อนาคตระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลในประเทศไทย

Analysis of the Future Nursing Profession In Thailand

ขนิษฐา นันทบุตร และ คณะ

สนับสนุนโดย
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
พฤศจิกายน 2548
ISBN : 974-666-447-6

รายชื่อผู้วิจัย

ที่ปรึกษา	ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ
นักวิจัย	รองศาสตราจารย์ ดร.ขนิษฐา นันทบุตร อาจารย์ กล้าเผชิญ โชคบำรุง อาจารย์ ปิยะธิดา นาคะเกษียร
ผู้ช่วยนักวิจัย	อาจารย์ ร.อ.(หญิง) ดร.วาสินี วิเศษฤทธิ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ปราณี ธีรโสภณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จินตนา ลี้ละไกรวรรณ

ผู้เขียนเอกสารประเด็นที่ศึกษา

กำลังคนทางการพยาบาล	รองศาสตราจารย์ วิลาวัณย์ เสนารัตน์ คณะพยาบาลศาสตร์ หาวิทยาลัยเชียงใหม่
บทบาท หน้าที่ และ ขอบเขตของวิชาชีพการพยาบาล	ดร.ยุวดี เกตุสัมพันธ์ โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
คุณภาพบริการพยาบาล	สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทราวดี เธียรพิเชฐ อาจารย์ รวีวรรณ เผ่ากัณหา และคณะ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
การจัดการความรู้ในวิชาชีพการพยาบาล	รองศาสตราจารย์ ดร.ขนิษฐา นันทบุตร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้เขียนเอกสารวิเคราะห์สถานการณ์ระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลไทย	รองศาสตราจารย์ ดร.ขนิษฐา นันทบุตร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

สถานการณ์ปัจจุบันทำให้วิชาชีพการพยาบาลต้องปรับตนเองอย่างมากกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยและสังคมโลกที่มีผลกระทบสูงต่อวิถีการดำเนินชีวิตและสุขภาพของประชาชน มีผลให้ลักษณะและแบบแผนการเจ็บป่วยของประชาชนเปลี่ยนไป โดยมีความซับซ้อนมากขึ้นเนื่องมาจากสาเหตุทางสังคมวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมที่ไม่คงที่ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยภาครัฐเพิ่มขึ้นจากการใช้เทคโนโลยีด้านการรักษาที่ฟุ่มเฟือยขาดการตรวจสอบและควบคุม และที่สำคัญคือการเรียกร้องจากภาคประชาชนและสังคมเรื่องคุณภาพบริการสุขภาพ ความเท่าเทียม และการเข้าถึงบริการในฐานะที่เป็นคนไทย เช่นเดียวกับทุกวิชาชีพที่ทำงานเพื่อตอบสนองสร้างคุณภาพชีวิตให้ประชาชน วิชาชีพการพยาบาลต้องทบทวนตนเอง และหาแนวทางที่เหมาะสม เพราะการดูแลสุขภาพทั้งโดยภาคประชาชน ภาควิชาชีพ ภาครัฐและภาคเอกชนเป็นหัวใจหลักของการทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี การดูแลสุขภาพให้มีคุณภาพสูงขึ้นในระดับที่ยอมรับได้จึงเป็นเป้าหมายของการพัฒนาที่ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของทุกฝ่าย

วิชาชีพการพยาบาลต้องวิเคราะห์โจทย์เพื่อกำหนดแนวทางการจัดการเรื่องสุขภาพของประชาชนอย่างรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของสังคมและใช้ความรู้ที่จำเป็นในการเสนอทิศทางการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง หากปล่อยให้ระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลดำเนินไปโดยไม่มีการกำกับทิศทาง ระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลจะไม่สามารถสนองตอบความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างแท้จริงและมีความหลากหลายเป็นไปตามบริบทสังคมวัฒนธรรมไทยในแต่ละพื้นที่ได้

รายงานการสังเคราะห์อนาคตระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลในประเทศไทยนี้ชี้ให้เห็นความเชื่อมโยงกันระหว่าง 1)การเปลี่ยนแปลงของสังคมวัฒนธรรม เทคโนโลยี เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมและการเมือง 2)วิถีการดำเนินชีวิตและการดูแลสุขภาพประชาชน 3)ระบบบริการสุขภาพและระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล 4)สถานการณ์ปัญหาในการดูแลสุขภาพประชาชนและระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลและแนวโน้ม และ 5)ยุทธศาสตร์และกลไกในการกำกับทิศทางการพัฒนาและการปรับตัวของระบบต่างๆในวิชาชีพการพยาบาลและในสังคมไทย

การนำเสนอครั้งนี้เป็นการนำเสนอบนฐานการใช้กระบวนการศึกษาอนาคตของระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลโดยใช้เทคโนโลยีการมองอนาคต (foresight technology) โดยมีผู้เกี่ยวข้องที่ถือเป็นคนสำคัญของระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลในประเทศไทยเข้าร่วมตลอดกระบวนการ ได้แก่ องค์กรชุมชนและภาคประชาชน องค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นๆและ องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบและกลไกที่เอื้อหรือเป็นเงื่อนไขของการพัฒนาระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้การตั้งประเด็นในการสังเคราะห์หากลยุทธ์และแนวทางในการดำเนินการเพื่อให้ระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลในอนาคตมีความเป็นไปได้มากที่สุดและมีข้อมูลสนับสนุนเพียงพอ

การวิเคราะห์ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของสังคม เทคโนโลยี สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และการเมือง

สถานการณ์อดีตและปัจจุบันที่เป็นผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของสังคม เทคโนโลยี สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจและการเมือง สามารถนำเสนอได้ ใน 8 ประเด็นได้แก่ 1)โลกาภิวัฒน์ด้านการเงินและเศรษฐกิจระบบผูกขาด 2)การปฏิรูประบบหลักของสังคมไทย 3)สิ่งแวดล้อมที่คุกคามความเป็นอยู่และสุขภาพของประชาชน 4)เทคโนโลยีกับการฟื้นฟูจิตวิญญาณภูมิปัญญาท้องถิ่น 5)แบบแผนความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน

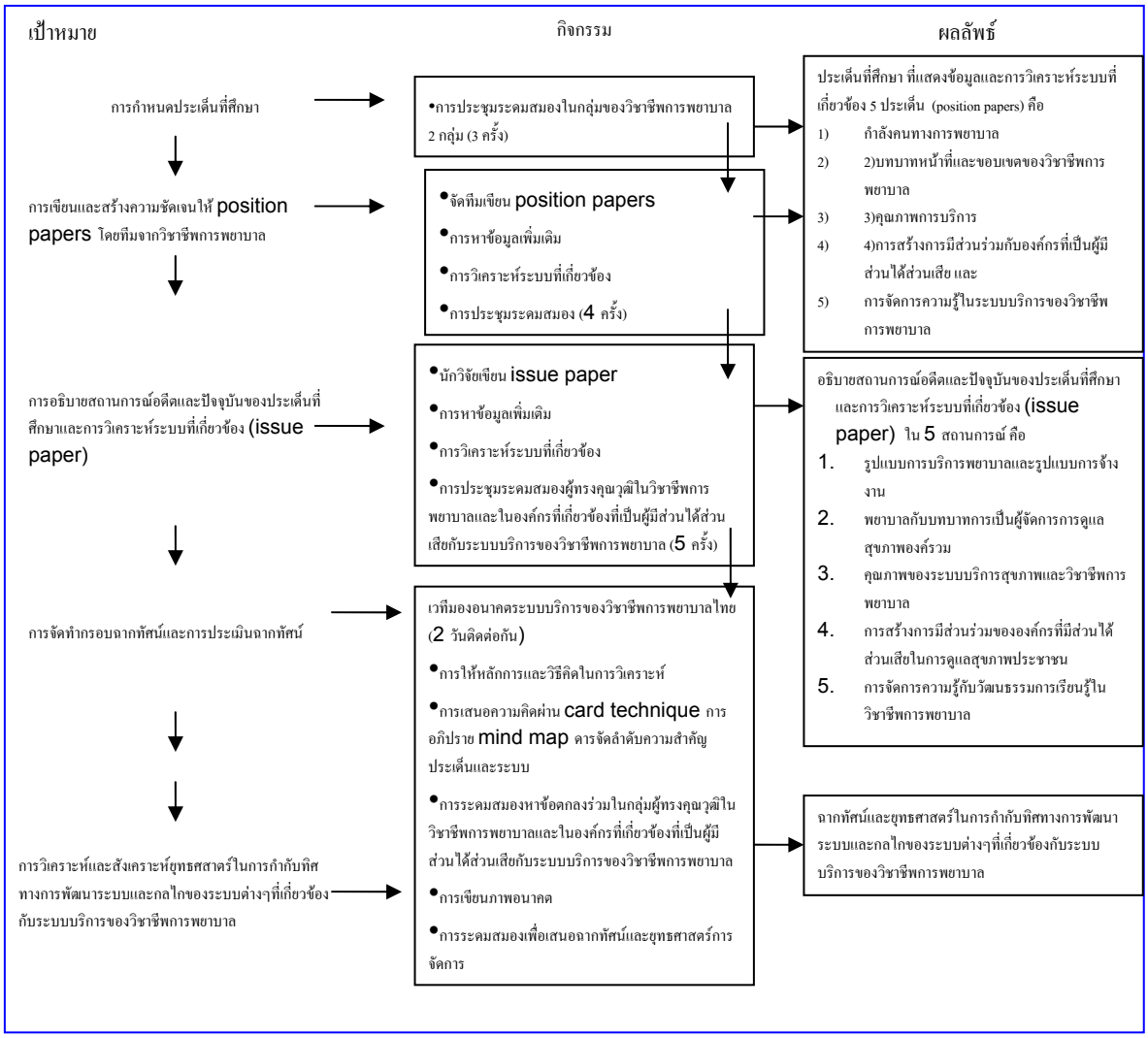
เปลี่ยนไป 6)ภาคประชาชนมีความเข้มแข็งมากขึ้น ภาครัฐมีการปรับตัว 7)การสร้างรูปธรรมในระบบสุขภาพใหม่ และ 8)แนวโน้มสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย เหล่านี้มีส่วนผลักดันให้พฤติกรรมการดำเนินชีวิตของประชาชนและระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงซึ่งเมื่อใช้ กระบวนการศึกษาอนาคตโดยใช้เทคโนโลยีการมองอนาคตดังกล่าว จะสามารถวิเคราะห์ถึงฉากทัศน์ของระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลในอนาคตและกลยุทธ์ในการพัฒนาระบบต่างๆที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล ได้

ฐานคิดของการวิจัยอนาคต ให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์ผลกระทบของเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นต่อระบบงาน สะท้อนปัญหาและการปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้เกี่ยวข้อง เป็นการสร้างระบบคิดอธิบายภาพการจัดการอนาคตที่ต้องการโดยกำหนดแนวทางและเตรียมการเพื่อให้มีการพัฒนาสู่ภาพอนาคตของระบบงานนั้นๆ โดยอาศัยข้อมูลจากแหล่งต่างๆอย่างรอบด้าน และวิเคราะห์ไปข้างหน้าอย่างน้อย 10 ปี การใช้เทคโนโลยีการมองอนาคตซึ่งเป็นรูปแบบการวิจัยอนาคตรูปแบบหนึ่งในการเสนอภาพระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลในอนาคต 10 ปีข้างหน้า เพื่อเป็นฐานในการวางเป้าหมายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบต่างๆของวิชาชีพการพยาบาลให้เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น จึงมีความสำคัญ

กระบวนการศึกษาอนาคตโดยใช้เทคโนโลยีการมองอนาคต

เทคโนโลยีการมองอนาคต เป็นกระบวนการมองไปข้างหน้าอย่างเป็นระบบ โดยพิจารณาอนาคตจากผลกระทบด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี เศรษฐกิจ และสังคม รวมทั้งปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อกัน เป็นกระบวนการที่มีความเข้มแข็งในเชิงของวิธีการศึกษาวิจัยที่อาศัยกระบวนการคิดที่เป็นระบบ สร้างสรรค์ และการคิดออกนอกกรอบ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ชี้กระบวนการเชิงคุณภาพในการหาคำตอบในเชิงแผนงานและยุทธศาสตร์ของการทำงานเพื่อการพัฒนาเชิงระบบ โดยมีหัวใจสำคัญอยู่ที่ฉากทัศน์ อันเป็นภาพลักษณ์ของอนาคตทั้งในเชิงแนวคิดหลัก เป้าหมาย วิธีดำเนินการ องค์ประกอบ

กิจกรรมและวิธีการในการศึกษาอนาคตของระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลในครั้งนี้ นำเสนอได้ดังแผนภาพ



ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการศึกษา

I. ประเด็นที่ศึกษา(position papers)

การแสดงข้อมูลและการวิเคราะห์ระบบที่เกี่ยวข้องใน 5 ประเด็นหลักที่ศึกษาสามารถนำเสนอเป็น position papers ได้แก่ 1)กำลังคนทางการพยาบาล 2)บทบาทหน้าที่และขอบเขตของวิชาชีพการพยาบาล 3) คุณภาพการบริการ 4)การสร้างการมีส่วนร่วมกับองค์กรที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และ 5)การจัดการความรู้ในระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล โดยมีสาระสำคัญของแต่ละประเด็นที่แสดงสถานการณ์และระบบที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการของพยาบาลดังนี้

1) กำลังคนทางการพยาบาล สาระสำคัญของประเด็นนี้คือการวางแผนการผลิต การใช้ การกระจาย และการพัฒนากำลังคนทางการพยาบาลโดยมีระบบที่เกี่ยวข้องได้แก่ ระบบและวิธีคิดในการวางแผนการผลิต การใช้ การกระจาย และการพัฒนา รูปแบบของการบริการพยาบาล รูปแบบการจ้างงานและระบบการพัฒนาบันไดวิชาชีพ ระบบค่าตอบแทน ระบบการศึกษาพื้นฐานและการศึกษาต่อเนื่องในสาขาพยาบาลศาสตร์ รูปแบบการผลิตและพัฒนากำลังคนทางการพยาบาล และมาตรฐานผู้ให้บริการในระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล เป็นต้น

2) บทบาทหน้าที่และขอบเขตของวิชาชีพการพยาบาล เน้นที่ประเด็นการยอมรับของสังคมประชาชน และผู้ให้บริการวิชาชีพด้านสุขภาพและองค์กรที่เกี่ยวข้อง ต่อบทบาทหน้าที่และขอบเขตการประกอบ

วิชาชีพการพยาบาล การนำเสนอบทบาทใหม่ที่เน้นการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิในหลายรูปแบบการบริการพยาบาล และวิธีการทำงานตามบทบาทหน้าที่และขอบเขตการประกอบวิชาชีพการพยาบาล เป็นต้น โดยระบบที่เกี่ยวข้องได้แก่ รูปแบบการบริการและบทบาทของพยาบาล รูปแบบและระบบการจ้างงาน รูปแบบและระบบการผลิตและการพัฒนากำลังคนทางการพยาบาล ระบบการสื่อสารกับสังคม ประชาชน และผู้ให้บริการวิชาชีพด้านสุขภาพและองค์กรที่เกี่ยวข้อง ต่อบทบาทหน้าที่และขอบเขตการประกอบวิชาชีพการพยาบาล เป็นต้น

3) คุณภาพการบริการ เป็นประเด็นที่แสดงให้เห็นสถานการณ์ของระบบคุณภาพที่กำหนดทิศทางการของการบริการพยาบาล และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับระบบที่สัมพันธ์กัน ได้แก่ ระบบการวิจัยเพื่อสร้างความรู้ที่นำสู่การพัฒนาคุณภาพการบริการ ระบบการจ้างงาน ระบบและกลไกการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานของการบริการ ระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนทางการพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานของผู้ให้บริการพยาบาล

4) การสร้างการมีส่วนร่วมกับองค์กรที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ถือเป็นประเด็นที่เป็นยุทธศาสตร์สำคัญของการผลักดันให้องค์กรต่าง ๆในระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลพัฒนาความร่วมมือกับองค์กรที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างเป็นระบบและเป็นรูปธรรมโดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่และภารกิจที่ชัดเจนได้ โดยองค์กรที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญได้แก่ระบบการปกครองส่วนท้องถิ่น ระบบหลักประกันสุขภาพ ระบบการศึกษาในสาขาพยาบาลศาสตร์ ส่วนระบบที่เกี่ยวข้องกับประเด็น คือ ระบบการผลิตและการพัฒนากำลังคน ระบบการจ้างงาน และ ระบบการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการบริการของวิชาชีพการพยาบาล เป็นต้น

5) การจัดการความรู้ในระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล ถือเป็นกลไกและเครื่องมือสำคัญในการผลักดันให้ระบบต่าง ๆที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพการพยาบาลได้มีการทำหน้าที่อย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ สาระสำคัญคือ การวิเคราะห์ความรู้ที่สำคัญและจำเป็นสำหรับระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล กระบวนการและวิธีการสร้างความรู้ที่จำเป็นเหล่านั้น วัฒนธรรมการเรียนรู้ในองค์กรของวิชาชีพการพยาบาล และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น ส่วนระบบที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนี้ได้แก่ ระบบการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ ระบบการวิจัย ระบบการเรียนรู้และสร้างความรู้จากการปฏิบัติ เป็นต้น

II. การวิเคราะห์สถานการณ์อดีตและปัจจุบันของประเด็นที่ศึกษาและการวิเคราะห์ระบบที่เกี่ยวข้อง (issue paper)

การวิเคราะห์สถานการณ์อดีตและปัจจุบันของประเด็นที่ศึกษาและการวิเคราะห์ระบบที่เกี่ยวข้อง (issue paper)ใน 5 สถานการณ์สำคัญ คือ 1)รูปแบบการบริการพยาบาลและรูปแบบการจ้างงาน 2)พยาบาลกับบทบาทการเป็นผู้จัดการการดูแลสุขภาพองค์รวม 3)คุณภาพของระบบบริการสุขภาพและวิชาชีพการพยาบาล 4)การสร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลสุขภาพประชาชน และ 5)การจัดการความรู้กับวัฒนธรรมการเรียนรู้ในวิชาชีพการพยาบาล โดยนำเสนอเป็นการวิเคราะห์เหตุการณ์รายล้อมและระบบที่ได้รับผลกระทบพร้อมทั้งประเด็นที่เป็นคำถามในอนาคตด้วย ดังนี้

1) รูปแบบการบริการพยาบาลและรูปแบบการจ้างงาน

รูปแบบการพยาบาลที่มีความหลากหลายมากขึ้นจากการที่แบบแผนสุขภาพของประชาชนเปลี่ยนภายใต้เงื่อนไขที่สำคัญคือมุมมองหรือกระบวนทัศน์เรื่องสุขภาพของวิชาชีพการพยาบาลและวิชาชีพอื่นเปลี่ยน มีผลให้เห็นการดูแลสุขภาพประชาชนเป็นเรื่องของหลายคนที่เกี่ยวข้อง และทำให้รูปแบบการจ้างงาน

พยาบาลขยายกว้างมากขึ้น สาระสำคัญของสถานการณ์นี้คือ กระแสที่ผลักดันการทบทวนบทบาทของวิชาชีพการพยาบาลให้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพและกระบวนการดุแลสุขภาพของประชาชนที่เป็นองค์รวมมากขึ้น รูปแบบการจ้างงานที่ต่างกัน แบบแผนการเจ็บป่วยและโรคของประชาชนไทยเปลี่ยนและการดูแลสุขภาพมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มประชากรในพื้นที่และกลุ่มที่ต่างกันหรือภาวะสุขภาพที่ต่างกัน การเข้าถึงการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพในลักษณะที่ต่างกันในสังคมไทยนอกเหนือจากระบบบริการสุขภาพที่รัฐจัดหาให้ ความต้องการพยาบาลต่างสมรรถนะสำหรับบริการพยาบาลในสถานการณ์ที่ต่างกัน กำลังคนทางการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของรูปแบบการบริการพยาบาลและรูปแบบการจ้างงานที่ต่างกัน ปัญหาของการจัดและพัฒนากำลังคนทางการพยาบาลของประเทศไทยที่ขาดภาพรวมการวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนทางการพยาบาลและด้านสุขภาพทั้งหมดทั้งประเทศ รวมทั้งกรอบการผลิตและการพัฒนากำลังคนทางการพยาบาลต่างสมรรถนะ

2) พยาบาลกับบทบาทการเป็นผู้จัดการการดูแลสุขภาพองค์รวม

บทบาทการจัดการการดูแลสุขภาพองค์รวมของวิชาชีพการพยาบาลถือเป็นบทบาทหลักในการที่จะทำให้การดูแลและบริการสุขภาพเห็นผลลัพธ์มากขึ้นถือเป็นการประสานการบริการทุกอย่างให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ใช้บริการ ซึ่งรูปแบบการดูแลสุขภาพประชาชนที่เปลี่ยนจากผลกระทบของสังคมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและจากกระบวนทัศน์เรื่องสุขภาพและการดูแลสุขภาพของวิชาชีพการพยาบาลตลอดจนการมีรูปแบบการจ้างงานที่หลากหลายมากขึ้นและ potential partners ของการดูแลสุขภาพมากขึ้น ทำให้วิชาชีพการพยาบาลต้องหันมาทบทวนบทบาทของตนเอง และเมื่อสุขภาพเป็นองค์รวม การดูแลย่อมต้องสอดรับกัน บทวิเคราะห์นี้ชี้นำให้วิชาชีพการพยาบาลเสนอบทบาทการจัดการการดูแลสุขภาพองค์รวมเพื่อสร้างคุณภาพให้ระบบบริการสุขภาพโดยนำเสนอการวิเคราะห์สถานการณ์หลัก

3) คุณภาพของระบบบริการสุขภาพและวิชาชีพการพยาบาล

การร่วมสร้างประสิทธิภาพของการดูแลสุขภาพประชาชนของระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลสามารถเกิดขึ้นได้เนื่องจากเป็นระบบใหญ่ที่มีบุคลากรแทรกอยู่ในทุกบริบทการดูแลสุขภาพประชาชนเป็นระบบที่มีสาระหลักของการทำงานเป็นการดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการใช้ข้อมูลในการประเมิน การจัดการการดูแล การสร้างและสรุปผลลัพธ์ด้านสุขภาพของการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ สาระสำคัญได้แก่ การวิเคราะห์ระบบคุณภาพของบริการสุขภาพและชี้บทบาทของวิชาชีพการพยาบาลในการร่วมสร้างและพัฒนาระบบคุณภาพนี้ สถานการณ์ปัจจุบันของคุณภาพบริการสุขภาพ ช่องทางของการสร้างการมีส่วนร่วมของวิชาชีพการพยาบาลในการสร้างคุณภาพให้ระบบบริการสุขภาพ การนำเสนอการสร้างและพัฒนามาตรฐานและแนวปฏิบัติการบริการสุขภาพร่วมกับวิชาชีพอื่นให้เป็นเครื่องมือสำคัญของการสร้างระบบคุณภาพ การนำเสนอให้วิชาชีพการพยาบาลใช้ การบันทึกทางการพยาบาลเป็นฐานสำคัญของระบบข้อมูลและการจัดการการร้องเรียนที่มีประสิทธิภาพของระบบคุณภาพ รวมทั้งการวิเคราะห์ถึงระบบกำลังคนที่มีประสิทธิภาพที่สร้างการเข้าถึงบริการสุขภาพให้ประชาชน เป็นต้น

4) การสร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลสุขภาพประชาชน

ระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลต้องทำงานแบบเป็นหุ้นส่วนกับองค์กรหรือระบบอื่นที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับการดูแลสุขภาพประชาชนทั้งในมิติของการให้บริการสุขภาพและการดูแลและมิติของการบริหารจัดการ ซึ่งต้องการการทำงานแบบรู้เขารู้เราและต่อเนื่องเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน

การดูแลสุขภาพประชาชนถือเป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของวิชาชีพการพยาบาล ที่ต้องเกี่ยวโยงกับประชาชนและหลายองค์กร ในหลายมิติที่ทั้งอาจซ้อนทับกันหรือต่างกันตั้งแต่มิติของการดูแลและ

การบริหารจัดการให้เกิดการดูแล การมีส่วนร่วมจึงครอบคลุมในหลายมิติ ตั้งแต่ ร่วมรับรู้ ร่วมให้ความเห็น ร่วมริเริ่ม ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ หรือร่วมตรวจสอบ และในหลายประเด็น ได้แก่ ร่วมผลิตและพัฒนา ร่วมลงทุนในการผลิต ร่วมบริการ ร่วมบริหารจัดการ ร่วมกำกับและควบคุมคุณภาพมาตรฐาน ร่วมประเมินผล ร่วมสร้างความรู้ทางการพยาบาลเหล่านี้เป็นการก้าวออกนอกกรอบวิชาชีพที่สำคัญของระบบการพยาบาล ที่ต้องสร้างหุ้นส่วนให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมโดยเป็นการสานประโยชน์ที่ยอมรับได้แก่ทุกฝ่ายโดยเฉพาะอย่างยิ่งประโยชน์ที่จะเกิดกับการดูแลสุขภาพองค์รวมของประชาชน ประเด็นสำคัญได้แก่ สาระของการมีส่วนร่วมกับองค์กรที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับการดูแลสุขภาพประชาชน เช่น การร่วมทำภารกิจกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การร่วมลงทุนการผลิตและการพัฒนากำลังคนกับองค์กรชุมชน การร่วมลงทุนผลิตเพื่อการจ้างงานรูปแบบใหม่ๆ การร่วมทำงานกับหน่วยบริการสุขภาพทุกภาคส่วน เป็นต้น

5) การจัดการความรู้กับวัฒนธรรมการเรียนรู้ในวิชาชีพการพยาบาล

อาศัยการจัดการความรู้เป็นกลไกสำคัญในการทำให้การดำเนินการตามประเด็นหลักอื่นๆ เป็นไปได้โดยเสนอ 3 เครื่องมือหลัก ได้แก่ กระบวนการปรับกระบวนทัศน์การบริการสุขภาพองค์รวมในระดับฐานราก การสร้างและพัฒนาผู้นำทางการพยาบาลในทุกระดับเพื่อสร้างวัฒนธรรมการจัดการความรู้ในระดับพื้นที่และพัฒนาเครื่องมือและวิธีการทำงานของวิชาชีพ และการวิจัยและพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสุขภาพและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ในทุกบริบทการดูแลสุขภาพประชาชน โดยการใช้เครื่องมือทั้งหมดต้องอยู่ภายใต้การสร้างกระบวนการเรียนรู้ในการสร้างความรู้ที่วิชาชีพการพยาบาลต้องการในการปรับตัวตามสถานการณ์ปัจจุบันและฉากทัศน์อนาคตของระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลในประเทศไทย ซึ่งนำเสนอให้เป็นกระบวนการสร้างความรู้จากการทำงานให้ได้ผลที่ดีจริง (good practice)ทั้งนี้เพื่อเป็นการนำสู่การทำงานให้ได้ผลเลิศ (best practice) ทางการบริการพยาบาลต่อไปได้

III. ฉากทัศน์และยุทธศาสตร์ในการกำกับทิศทางการพัฒนาระบบและกลไกของระบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลใน 10 ปีข้างหน้า

การนำเสนอในบทนี้วิเคราะห์ฉากทัศน์และยุทธศาสตร์ในการจัดการโครงสร้างหลักของระบบที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลตามประเด็นสำคัญจากฉากทัศน์ของสังคมไทยในอนาคต ใน 4 ประเด็นคือ 1)ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนผลิตและจ้างงานพยาบาล 2)Information Technology มีบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนและการจัดการระบบการบริการของวิชาชีพการพยาบาล 3) พยาบาลมีบทบาทในการเป็นผู้จัดการสุขภาพชุมชน และ 4)ธุรกิจบริการสุขภาพเติบโตมีผลต่อระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล

ฉากทัศน์ที่ 1 ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนผลิตและจ้างงานพยาบาล

สาระสำคัญของฉากทัศน์นี้ คือ เป้าหมายของการที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนการผลิตและจ้างงานพยาบาล ศักยภาพของชุมชน ธรรมชาติของการมีส่วนร่วมของชุมชน บทบาทหน้าที่ของชุมชนที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลเช่นการวางแผนและกระบวนการผลิต การจ้างงาน การบริการพยาบาล เป็นต้น กระบวนการและวิธีการสร้างการมีส่วนร่วมพร้อมทั้งผู้เกี่ยวข้อง คุณลักษณะของพยาบาลที่เป็นผลลัพธ์ของการมีส่วนร่วมในการวางแผนการผลิตกับชุมชน บทบาทหน้าที่และความก้าวหน้าของพยาบาลที่ทำงานในระบบการจ้างงานของชุมชน การสร้างแรงจูงใจให้เกิดการจ้างงานพยาบาลโดยชุมชน การจัดการศึกษาเพื่อสร้างพยาบาลตามความต้องการของชุมชน ระบบการจ้างงานพยาบาลโดยชุมชนและการสร้างระบบสนับสนุนให้เกิดระบบการจ้างงานพยาบาลโดยชุมชน เป็นต้น

โครงสร้างหลักที่สามารถทำหน้าที่ผลักดันให้เกิดระบบการมีส่วนร่วมดังกล่าวได้ ประกอบด้วย 1)นโยบายของรัฐและกฎหมายสนับสนุน 2)ระบบการศึกษาของวิชาชีพการพยาบาล 3)ระบบการควบคุมคุณภาพมาตรฐานของวิชาชีพการพยาบาล 4)ระบบการปกครองส่วนท้องถิ่นและการส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชน 5)ระบบการสร้างการยอมรับของชุมชนและสังคม 6)ระบบการสร้างการยอมรับในองค์กรของวิชาชีพการพยาบาล และระบบอื่นๆ โดยต้องสร้างยุทธศาสตร์สำคัญดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้ชุมชน องค์กรหลักของวิชาชีพการพยาบาล องค์กรที่เกี่ยวข้องอื่นๆในการวางระบบให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนผลิตและจ้างงานพยาบาล โดยอาศัยการวิเคราะห์จากรูปธรรมของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนการผลิตและการจ้างงานพยาบาลมาเป็นพื้นที่การเรียนรู้ ตั้งแต่รูปแบบการมีส่วนร่วม วิธีการทำงานร่วมกันระหว่างชุมชนและองค์กรวิชาชีพ รูปแบบการร่วมผลิต รูปแบบและวิธีการในการจ้างงาน รูปแบบการจัดการศึกษาพยาบาล รูปแบบการศึกษาต่อเนื่องสาขาพยาบาลศาสตร์ รูปแบบการคัดเลือกผู้เรียน เป็นต้น

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ปรับกระบวนการวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ โดยกำหนดให้มีเจ้าภาพหลักและองค์กรภาคี เพื่อกำหนดเป้าหมายของการวางแผนการผลิตและการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ วิเคราะห์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพทั้งประเทศ ศักยภาพในการผลิตและพัฒนากำลังคนทุกประเภท ตลอดจนกลไกในการสนับสนุนการผลิตและพัฒนากำลังคนทั้งหมด โดยให้มีการดำเนินการดังนี้ 1)จัดตั้งองค์กรภาคีในการวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของประเทศที่ให้ชุมชน องค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพต่างๆ และ องค์กรที่เกี่ยวข้องร่วมดำเนินการทั้งในระดับชาติ และระดับท้องถิ่น 2)พัฒนาระบบวิจัยและประเมินผลการวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพโดยเอาความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศทั้ง ประเภท สัดส่วน คุณสมบัติและคุณภาพ(พยาบาลพันธุ์ใหม่) แหล่งการจ้างงานและระบบการจ้างงาน เป็นตัวตั้ง เพื่อเป็นฐานการพัฒนาศักยภาพการผลิตและกลไกการสนับสนุนการผลิตและการจ้างงานให้สอดรับกัน เป็นการวิจัยที่ครอบคลุมทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่นโดยเน้นเชิงรูปธรรมรูปแบบการผลิตและการพัฒนาในระดับท้องถิ่น และภาพรวมการผลิตและการพัฒนาในระดับชาติ 3) นำเสนอเป็นนโยบายรัฐในการวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ปรับกระบวนการจัดการศึกษาพยาบาลโดย 1)สนับสนุนให้องค์กรวิชาชีพและสถาบันการศึกษาในวิชาชีพการพยาบาลเข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้ในพื้นที่ที่เป็นรูปธรรมของเรื่องนี้ เพื่อเป็นการสร้างความคิดร่วมและความต้องการในการปรับกระบวนการจัดการศึกษาพยาบาลตามระบบคิดที่ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนการผลิตและจ้างงานพยาบาล 2)สนับสนุนให้สถาบันการศึกษาสร้างช่องทางให้ชุมชนร่วมวางแผนการผลิตและจ้างงาน เช่น การผลิตพยาบาลตามความต้องการของชุมชน การสนับสนุนให้ชุมชนมีการจ้างงานพยาบาล การศึกษาต่อเนื่องสำหรับพยาบาลที่ทำงานในระบบการจ้างงานของชุมชน 3) พัฒนากระบวนการคัดเลือกผู้เรียนในหลักสูตรและระบบการศึกษาของวิชาชีพการพยาบาล โดยอาศัยข้อความรู้จากพื้นที่และรูปธรรมการดำเนินการที่เกิดขึ้นในประเทศเป็นตัวตั้ง และ4)ผลักดันให้มีการกำหนดเป็นนโยบายของการศึกษาระดับอุดมศึกษาของประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ปรับกระบวนการบริหารจัดการกลไกการสนับสนุนการผลิตและการจ้างงานพยาบาล โดยการสร้างสถาบันประสานองค์กรภาคีให้มีบทบาทหน้าที่ในการ 1)วางแผน ดำเนินการ ประเมินผลลัพธ์และสรุปข้อความรู้และบทเรียนจากกระบวนการในพื้นที่ และ เวทีการเรียนรู้ต่างๆ 2)ดำเนินการเพื่อพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนและองค์กรภาคีใน (1)การร่วมวางแผนการผลิตและจ้างงานพยาบาล (2)การควบคุมมาตรฐานการทำงานของผู้ให้บริการสุขภาพในชุมชน (3)การพัฒนาระบบและกลไกการจ้างงานพยาบาล

ของชุมชน และ อื่นๆ 3)เชื่อมประสานโดยใช้ความรู้จากพื้นที่และความสอดคล้องกับภารกิจของระบบสนับสนุนต่างๆ ในการหาทางออกในการจัดการเรื่อง ตำแหน่งงาน บทบาทหน้าที่และการปฏิบัติงาน สถานที่ปฏิบัติงาน การผลิต และ การพัฒนาด้านวิชาการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ระบบการบริหารจัดการที่เป็นไปได้ เช่น ระบบหลักประกันสุขภาพ ระบบการปกครองส่วนท้องถิ่น ระบบออมทรัพย์ ระบบชุมชนเข้มแข็งเป็นต้น และ4)ผลักดันให้เกิดนโยบายในระดับพื้นที่ในการสนับสนุนการผลิตและการจ้างงานพยาบาลเพื่อสร้างนโยบายระดับชาติ

<u>องค์กรร่วมประสาน</u> 1)องค์กรระดับชาติได้แก่ สภาการพยาบาล สกอ. กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพ กรมการส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันสนับสนุนการวิจัยระบบบริการสุขภาพ ระบบการศึกษาและระบบการปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น 2)องค์กรระดับพื้นที่ได้แก่ องค์กรชุมชนเข้มแข็ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันการศึกษาพยาบาลในพื้นที่ เป็นต้น

ฉากทัศน์ที่ 2 Information Technology (IT) มีบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนและการจัดการระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล

สาระสำคัญของฉากทัศน์นี้คือการเข้าถึง IT และการเลือกใช้ IT ของประชาชน และ วิชาชีพการพยาบาลเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่การดูแลสุขภาพของประชาชนและการให้บริการข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพของวิชาชีพการพยาบาลทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมของประชาชนเปลี่ยนแปลงตามความก้าวหน้าของ เทคโนโลยี ซึ่งกระทบบทบาท มาตรฐานและวิธีการทำงานของวิชาชีพการพยาบาล โดยโครงสร้างหลักในการดำเนินการได้แก่ 1)ระบบการศึกษาในวิชาชีพการพยาบาลทั้งการศึกษาระดับพื้นฐานและต่อเนื่อง 2)ระบบการพัฒนากำลังคนของประเทศ ทั้งประชาชนและวิชาชีพการพยาบาลและวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นๆ 3)ระบบข้อมูลที่เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพประชาชนโดยเฉพาะเป็นระบบที่เชื่อมต่อจากประชาชนสู่หน่วยบริการสุขภาพระดับต่างๆ 4)กลไกการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและความรู้ที่มีโดยเน้นการปรับเพิ่มข้อมูลและชุดความรู้ต่างๆ และ 5)กลไกการประเมินผลข้อมูลและชุดความรู้ที่หลั่งไหลมาถึงประชาชนและวิชาชีพการพยาบาล ซึ่งอาจรวมทั้งการพัฒนาคนและเครื่องมือในการจัดการข้อมูลและเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับพื้นที่ ทั้งนี้อาศัยยุทธศาสตร์หลักดังนี้

<u>ยุทธศาสตร์ที่ 1</u> สร้างช่องทางและปรับหลักสูตรเพื่อพัฒนาศักยภาพประชาชนและพยาบาลทั้งเรื่องการเข้าถึงและการเลือกใช้ IT และการให้บริการพยาบาลที่สอดรับกับการเปลี่ยนแปลงของ IT และพฤติกรรมของประชาชน โดย 1)ศึกษาความเป็นไปได้ในการสร้างความหลากหลายให้กับการผลิตพยาบาลที่มีสมรรถนะต่างกันหรือพยาบาลสายพันธุ์ต่างๆ และเหมาะสมกับความต้องการในแต่ละลักษณะของปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ 2)ปรับปรุงหลักสูตรในการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ให้เน้น IT ในการพยาบาล 3)สร้างระบบการจัดการความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย 4)สร้างช่องทางให้ประชาชนเข้าถึงความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพได้ง่ายทั้งในระดับพื้นที่และโดยทั่วไป และ 5)วิจัยและพัฒนารูปแบบและวิธีการในการเข้าถึงและใช้ IT ทางการพยาบาล เช่น E-nursing ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและการเจ็บป่วย การนำ IT มาใช้ในการดูแลสุขภาพที่บ้านในผู้ป่วยเรื้อรัง

<u>ยุทธศาสตร์ที่ 2</u> วิจัยและพัฒนาระบบข้อมูลและความรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพประชาชนโดยเฉพาะเป็นระบบที่เชื่อมต่อจากประชาชนสู่หน่วยบริการสุขภาพระดับต่างๆ โดย 1)สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาในหลายระดับทั้งระดับชาติเพื่อสร้างระบบหลักของฐานข้อมูลและชุดความรู้ และระดับชุมชนจนเกิดเป็นพื้นที่การเรียนรู้ในหลายท้องถิ่น โดยเฉพาะประเด็นชุดข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพและ

การดูแลสุขภาพที่จำเป็นสำหรับประชาชน ชุดข้อมูลและความรู้ที่จำเป็นสำหรับพยาบาลและบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพ ชุดข้อมูลและความรู้ที่จำเป็นสำหรับองค์กรที่เกี่ยวข้องเช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน องค์กรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น 2)จัดเวทีการเรียนรู้เพื่อเผยแพร่ความรู้จากการวิจัยในพื้นที่ต่างๆเพื่อให้เกิดการวิจัยและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างกลไกการตรวจสอบคุณภาพและการประเมินผลข้อมูลและชุดความรู้โดยเน้นการปรับเพิ่มข้อมูลและชุดความรู้ต่างๆให้มีความก้าวหน้าอยู่เสมอ การสร้างเครื่องมือในการเลือกใช้ข้อมูลและความรู้สำหรับประชาชนและองค์กรในวิชาชีพการพยาบาล โดย 1)สนับสนุนให้มีการพัฒนาบุคลากรเพื่อการบริหารระบบฐานข้อมูลทั้งในระดับองค์กรวิชาชีพ และระดับพื้นที่ในชุมชน เช่น การผลิตและพัฒนากำลังที่มีสมรรถนะในการสร้างและใช้ IT 2)จัดตั้งกลไกประสานเพื่อตรวจสอบคุณภาพและการประเมินผลการใช้ข้อมูลและชุดความรู้จาก IT 3)วิจัยและพัฒนากระบวนการสร้างและใช้มาตรฐานและแนวปฏิบัติในการให้บริการพยาบาลอย่างเท่าทันการเปลี่ยนแปลงของ IT และพฤติกรรมของประชาชน 4)วิจัยและพัฒนาเครื่องมือและแนวทางในการประเมินและเลือกใช้ข้อมูลและความรู้สำหรับประชาชนและองค์กรในวิชาชีพการพยาบาล

องค์กรสำคัญ ในการผลักดันยุทธศาสตร์เหล่านี้ได้แก่ องค์กรสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพและ information technology องค์กรวิชาชีพการพยาบาล สถาบันการศึกษา กระทรวง ICT บริษัทเอกชนต่างๆ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

ฉากทัศน์ที่ 3 พยาบาลมีบทบาทในการเป็นผู้จัดการสุขภาพชุมชน

สาระสำคัญของฉากทัศน์นี้คือ บทบาทหน้าที่ของพยาบาลกับการดูแลสุขภาพชุมชน การจัดการศึกษาเพื่อผลิตและพัฒนาพยาบาลให้มีสมรรถนะในการจัดการในระบบสุขภาพชุมชน และการสร้างรูปธรรมพยาบาลที่เป็นผู้จัดการสุขภาพชุมชนและผลลัพธ์ของการจัดการ และที่สำคัญคือการสร้างการยอมรับในบทบาทของการเป็นผู้จัดการสุขภาพชุมชนจากประชาชนและองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้องเป็นต้น โครงสร้างหลักที่จำเป็นในการผลักดันให้เกิดรูปธรรมของสาระสำคัญทั้งหมด ได้แก่ องค์กรวิชาชีพการพยาบาลทั้งหมด เช่น สภาการพยาบาล สถาบันการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ องค์กรวิชาชีพการพยาบาลในระดับหน่วยบริการสุขภาพ เป็นต้น โดยมียุทธศาสตร์ในการดำเนินการดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างกระบวนการเรียนรู้ในกลุ่มประชาชน องค์กรชุมชนและ องค์กรที่เกี่ยวข้องโดย 1)จัดให้มีการวิจัยและสรุปบทเรียนจากรูปธรรมการทำบทบาทหน้าที่ของพยาบาลกับการจัดการสุขภาพชุมชนและผลลัพธ์ เพื่อเรียนรู้กระบวนการจัดการในระบบสุขภาพและกลไกสนับสนุน เช่น การศึกษาต่อเนื่องในสาขาพยาบาลศาสตร์โดยเฉพาะที่เป็นการสร้างสมรรถนะในการเป็นผู้จัดการสุขภาพชุมชน ระบบการปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น และใช้ข้อความรู้ที่เกิดขึ้นเป็นฐานในการพัฒนา วิธีการทำงานของทุกองค์กรที่เกี่ยวข้องต่อไป 2)สนับสนุนให้มีการสร้างรูปธรรมพยาบาลที่เป็นผู้จัดการสุขภาพชุมชนและผลลัพธ์ของการจัดการสุขภาพในพื้นที่ และรูปแบบต่างๆที่แสดงให้เห็นรูปธรรมการทำงานร่วมกันเป็นหุ้นส่วนระหว่างองค์กรในพื้นที่ในการสร้างบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการเป็นผู้จัดการสุขภาพชุมชน และรูปแบบการทำงานตามขอบเขตการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพคนในชุมชน 3)เปิดเวทีการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในหลายรูปแบบระหว่างองค์กรหุ้นส่วนทั้งหมด เช่น การประชุมเสวนา การศึกษาดูงาน การอบรม เป็นต้น เพื่อให้เกิดการแพร่กระจายของความรู้ในวงกว้าง เกิดการยอมรับในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการเป็นผู้จัดการสุขภาพชุมชนในกลุ่มประชาชนและองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้องและสร้างความต้องการในการสร้างพื้นที่การทำงานในลักษณะนี้เพิ่มมากขึ้น

<u>ยุทธศาสตร์ที่ 2</u> ปรับปรุงหลักสูตรให้มุ่งผลิตพยาบาลที่มีสมรรถนะหลักในการเป็นผู้จัดการสุขภาพชุมชนโดย 1)สนับสนุนให้องค์กรวิชาชีพการพยาบาลสังเคราะห์ความจำเป็นและความเป็นไปได้ของการผลิตพยาบาลให้ตอบสนองความต้องการของการจัดการสุขภาพชุมชน 2)สนับสนุนให้มีการวิจัยและพัฒนา สาระความรู้ รูปแบบและวิธีการจัดการศึกษาเพื่อผลิตพยาบาลที่มีสมรรถนะหลักในการเป็นผู้จัดการสุขภาพชุมชน 3)สนับสนุนให้องค์กรวิชาชีพได้แก่ สภาการพยาบาล สถาบันการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ปรับหลักสูตรโดยเน้นการผลิตพยาบาลที่มีสมรรถนะหลักในการเป็นผู้จัดการสุขภาพชุมชน

<u>ยุทธศาสตร์ที่ 3</u> สร้างเครือข่ายในการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างองค์กรที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ ได้แก่ สถาบันการศึกษาทั้งนักศึกษา อาจารย์และผู้บริหาร องค์กรวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพ ชุมชนและองค์กรบริหารจัดการของชุมชน และ ผู้ให้บริการสุขภาพอื่นๆ โดย 1)สร้างรูปแบบที่ชัดเจน เป็นรูปธรรมของพยาบาลในการเป็นผู้จัดการสุขภาพชุมชน โดยการวิจัยและพัฒนาเป็นโครงการนำร่อง ในเรื่องสาระความรู้ที่จำเป็น วิธีการทำงานและเครื่องมือในการทำงาน กระบวนและระบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชนที่สะท้อนบทบาทพยาบาล เป็นต้น 2)สังเคราะห์ผลลัพธ์และบทบาทการเป็นผู้จัดการสุขภาพชุมชนของพยาบาลจากการสรุปบทเรียนในพื้นที่ต่างๆ โดยมีการกำหนดขอบเขตการปฏิบัติของพยาบาลผู้จัดการสุขภาพชุมชน และนำเสนอในเวทีวิชาการและประชาพิจารณ์ของวิชาชีพและสังคม 3)สร้างและพัฒนาแนวปฏิบัติและมาตรฐานการจัดบริการสุขภาพชุมชนและการจัดการสุขภาพชุมชนของพยาบาล โดยใช้การวิจัยและพัฒนาในพื้นที่ 4)สร้างกลไกเพื่อรองรับการจ้างงานของพยาบาลผู้จัดการสุขภาพชุมชนทั้ง รัฐ ท้องถิ่น และ เอกชน 5)จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสร้างการยอมรับในสังคมและวิชาชีพและปรับรูปแบบการทำงานอย่างต่อเนื่อง

ฉากทัศน์ที่ 4 ธุรกิจบริการสุขภาพเติบโตมีผลต่อระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล

สาระสำคัญของฉากทัศน์นี้คือ กำลังคนทางการพยาบาลและกลไกการจ้างงาน คุณภาพการบริการพยาบาล และ กลไกควบคุมและกำกับคุณภาพการบริการพยาบาล โดยโครงสร้างหลักของระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลได้แก่ ระบบการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการบริการพยาบาลในระบบบริการสุขภาพระดับต่างๆ ระบบการวางแผนการผลิตและการจ้างงานพยาบาล ระบบและกลไกการจัดการการเงินการคลังด้านสุขภาพเช่นระบบหลักประกันสุขภาพ ระบบธุรกิจการบริการสุขภาพ ระบบการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ และที่สำคัญคือกลไกภาษีเพื่อรองรับธุรกิจบริการสุขภาพ เหล่านี้เป็นต้น ทั้งนี้อาศัยยุทธศาสตร์ในการดำเนินการดังนี้

<u>ยุทธศาสตร์ที่ 1</u> ปรับกระบวนการวางแผนการผลิต การพัฒนา และการใช้กำลังคนทางการพยาบาลที่เป็นการทำงานร่วมกันระหว่าง ภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน ที่เป็นองค์กรจ้างงานพยาบาลทั้งในประเทศและต่างประเทศ ทั้งในรูปแบบการลบริการที่รัฐจัดหาให้และการดำเนินการธุรกิจการบริการสุขภาพ โดยเน้นการวิเคราะห์กำลังคนที่ภาคธุรกิจการบริการสุขภาพต้องการให้เป็นส่วนหนึ่งของการวางแผนการผลิต การพัฒนา และการใช้กำลังคนทางการพยาบาลนี้ โดย 1)สนับสนุนให้ภาคเอกชนและธุรกิจการบริการสุขภาพมีส่วนร่วมในการวางแผนการผลิต การพัฒนา และการใช้กำลังคนทางการพยาบาล โดยร่วมดำเนินการในองค์กรกลางที่มีบทบาทหน้าที่ในการวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพทั้งประเทศและวางแผนการผลิตและการพัฒนาตลอดจนการใช้กำลังคนดังกล่าวในองค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้อง 2)จัดทำแผนที่ศักยภาพขององค์กรที่เกี่ยวข้องในด้าน การผลิตและการพัฒนากำลังคนทางการพยาบาลทั้งหมด การจ้างงานพยาบาลในรูปแบบต่างๆเพื่อเป็นฐานข้อมูลสำคัญในการวางแผนการผลิต การพัฒนา และการใช้กำลังคนทางการพยาบาลทั้งในและต่างประเทศ และรัฐและเอกชน 3)สร้างระบบค่าตอบแทนที่เหมาะสมและเป็นธรรมให้สามารถเทียบเคียงได้

ในระหว่างการจ้างงานทุกรูปแบบโดยเฉพาะระหว่างภาครัฐและธุรกิจการบริการสุขภาพ 4)สร้างระบบการประเมินผลลัพธ์การทำงานของพยาบาลตามมาตรฐานและคุณภาพที่กำหนดโดยสภาวิชาชีพ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 สร้างกลไกส่งเสริมและควบคุมธรรมาภิบาลของธุรกิจบริการสุขภาพ โดย 1)พัฒนาระบบและกลไกการกำกับและประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลและบริการสุขภาพอื่นที่เป็นธรรมในการสนับสนุนธุรกิจบริการสุขภาพ 2)พัฒนามาตรฐานของการให้บริการพยาบาลและบริการสุขภาพอื่นให้อยู่ในระดับเดียวกันทั้งหน่วยบริการสุขภาพของภาครัฐและเอกชนธุรกิจการบริการสุขภาพ 3)สร้างระบบการจัดการความรู้ของแพทย์ พยาบาล ตลอดจนผู้ปฏิบัติงานให้เข้มแข็ง เพื่อปรับปรุงการวินิจฉัย/การตัดสินใจอย่างเหมาะสมของพยาบาล/แพทย์ ในมาตรฐานเดียวกันทุกรูปแบบการบริการรวมทั้งในธุรกิจการบริการสุขภาพ 4) ผลักดันให้ออกกฎหมายเพื่อ (1)ให้เก็บภาษีสุขภาพจากธุรกิจบริการสุขภาพเสรี (2)ให้ธุรกิจบริการสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยและ (3)มีระบบและกลไกการเงินการคลังสำหรับสร้างดุลยภาพของการเติบโตของธุรกิจบริการสุขภาพ 5)สร้างระบบบริการพยาบาลเป็นเชิงธุรกิจเช่นธุรกิจการบริการสุขภาพชุมชนร่วมกับองค์กรชุมชน การบริการสุขภาพกลุ่มผู้ด้อยโอกาส การบริการสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาคุณสมบัติและสมรรถนะของพยาบาลให้เอื้อต่อการทำธุรกิจบริการสุขภาพ โดย 1)สนับสนุนให้สถาบันการศึกษาวิเคราะห์แนวทางการพัฒนากระบวนการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณสมบัติและสมรรถนะของพยาบาลให้เอื้อต่อการทำงานในระบบธุรกิจบริการสุขภาพ 2)จัดเวทีวิชาการเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในการทำงานในธุรกิจบริการสุขภาพ เพื่อเป็นฐานสำคัญในการสร้างจิตสำนึกให้พยาบาลไม่ตกเป็นเครื่องมือของกระแสธุรกิจ 3)วิจัยและพัฒนาบทบาทพยาบาลในการจัดการบริการสุขภาพในรูปแบบธุรกิจการบริการสุขภาพที่เป็นธรรม 4)สนับสนุนให้เกิดพื้นที่การเรียนรู้ในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการจัดการบริการสุขภาพในรูปแบบธุรกิจการบริการสุขภาพที่เป็นธรรม

IV. ภาพรวมโจทย์การวิจัยระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล

นำเสนอขอบเขตและหัวข้อของโจทย์การวิจัยตามฉากทัศน์ระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลในอนาคต 10 ปีข้างหน้า ดังตาราง

ฉากทัศน์	ขอบเขตและหัวข้อของโจทย์การวิจัย
ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนผลิตและจ้างงานพยาบาล	1. วิธีคิดของผู้จัดหาบริการสุขภาพหรือผู้ซื้อ ที่นอกเหนือจากรัฐ ท้องถิ่น เช่น บริษัทประกัน ระบบประกันสังคม ระบบธุรกิจบริการสุขภาพ และองค์กรวิชาชีพการพยาบาล เป็นอย่างไรต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการผลิตและจ้างงานพยาบาลในรูปแบบต่างๆ 2. กระบวนการวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพและการพยาบาลในระดับประเทศเป็นอย่างไร 2.1. สถานการณ์ความขาดแคลนกำลังคนที่เผชิญอยู่ ชนิดของกำลังคนที่ขาดแคลนอยู่ในระดับใดของการดูแลสุขภาพประชาชน และในรูปแบบการจ้างงานใด 2.2. ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพและการพยาบาลในภาพรวมเป็นอย่างไร ทั้งในด้านคุณสมบัติและสมรรถนะ สัดส่วนต่อประชากร ต่อพื้นที่ ต่อลักษณะของการบริการสุขภาพ และต่อรูปแบบการจ้างงานต่างๆ

ฉากทัศน์	ขอบเขตและหัวข้อของโจทย์การวิจัย
	2.2.1. ลักษณะความต้องการพยาบาลในการดูแลประชากรกลุ่มต่างๆทั้งที่ป่วยและไม่ป่วย 2.2.2. ลักษณะความต้องการพยาบาลของต่างประเทศและธุรกิจบริการสุขภาพ 2.2.3. ความแตกต่างของสัดส่วนในเขตเมืองและเขตชนบท สัดส่วนในระบบบริการสุขภาพที่ต่างระดับกัน (ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ) 2.2.4. ผลกระทบของนโยบายต่อ การลาออกของพยาบาล การขาดพยาบาล ความต้องการในการศึกษาต่อเนื่องของพยาบาลในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ ตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ 2.3. ความต้องการพยาบาลในรูปแบบการบริการสุขภาพชุมชนและรูปแบบอื่นๆ เป็นอย่างไร ในแง่ สมรรถนะและบทบาทหน้าที่ สัดส่วนต่อประชากร 2.4. แผนที่ศักยภาพด้านการผลิต การพัฒนา และการจ้างงานพยาบาลในระดับประเทศเป็นอย่างไร 2.5. รูปแบบและกระบวนการวิธีการที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนการผลิตและจ้างงานพยาบาลเป็นอย่างไร 2.6. วิจัยและประเมินผลการวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านการพยาบาลโดยเอาความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศทั้ง ประเภท สัดส่วน คุณสมบัติและคุณภาพ(พยาบาลพันธุ์ใหม่) แหล่งการจ้างงานและระบบการจ้างงาน เป็นตัวตั้ง 3. บทบาทหน้าที่และขอบเขตของวิชาชีพการพยาบาลในรูปแบบการจ้างงานที่ต่างกันและในพื้นที่ที่ต่างกันเป็นอย่างไร 3.1. บทบาทหน้าที่และขอบเขตการทำงานของพยาบาลที่มีขีดขั้นความสามารถขั้นพื้นฐานและขั้นสูงมีความต่างกันอย่างไร ทั้งนี้ตามรูปแบบการจ้างงาน พื้นที่การบริการ กลุ่มประชากรและชุดความรู้ที่ต้องมี โดยเฉพาะในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นต้น 3.2. ระบบและกลไกการจ้างงานพยาบาลของชุมชนเป็นอย่างไร 3.3. โครงสร้างของตำแหน่งและค่าตอบแทน การเทียบเคียงกันในระหว่างระบบที่ต่างกัน สัดส่วนความแตกต่างระหว่างรัฐ เอกชน องค์กรชุมชนและกลไกการควบคุม เป็นอย่างไร 3.4. การดำเนินการสร้างระบบรองรับ ลักษณะความก้าวหน้าของงานและแนวทางการพัฒนาเป็นอย่างไร 3.5. มาตรฐานและกลไกการควบคุมคุณภาพการบริการพยาบาลในรูปแบบการบริการที่ต่างกันควรเป็นอย่างไร 4. รูปแบบการจัดการศึกษา การสร้างรูปแบบการเรียนรู้ในสาขาวิชาการพยาบาลควรเป็นอย่างไรเพื่อสร้างและพัฒนาพยาบาลให้เข้าสู่การจ้างงานรูปแบบต่างๆดังกล่าว

ฉากทัศน์	ขอบเขตและหัวข้อของโจทย์การวิจัย
Information Technology มีบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนและการจัดการระบบการบริการของวิชาชีพการพยาบาล	1. ศึกษาความเป็นไปได้ในการสร้างความหลากหลายให้กับการผลิตพยาบาลที่มีสมรรถนะต่างกันหรือพยาบาลสายพันธุ์ต่างๆ และเหมาะสมกับความต้องการในแต่ละลักษณะของปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ เช่น IT nurses 2. วิจัยและพัฒนาระบบข้อมูลและความรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพประชาชนโดยเฉพาะเป็นระบบที่เชื่อมต่อจากประชาชนสู่หน่วยบริการสุขภาพระดับต่างๆ 2.1. ชุดข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพที่จำเป็นเป็นอย่างไรสำหรับประชาชน พยาบาลและบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพ และองค์กรที่เกี่ยวข้องเช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน องค์กรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2.2. ระบบการจัดการความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่ายควรเป็นอย่างไร 2.3. เครื่องมือและแนวทางในการประเมินและเลือกใช้ข้อมูลและความรู้สำหรับประชาชน พยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพและองค์กรองค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน องค์กรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 3. รูปแบบและวิธีการในการเข้าถึงและใช้ IT ทางการพยาบาล เช่น E-nursing ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและการเจ็บป่วย การนำ IT มาใช้ในการดูแลสุขภาพที่บ้านในผู้ป่วยเรื้อรังเป็นอย่างไร 4. วิจัยและพัฒนากระบวนการสร้างและใช้มาตรฐานและแนวปฏิบัติในการให้บริการพยาบาลอย่างเท่าทันการเปลี่ยนแปลงของ IT และพฤติกรรมของประชาชน
พยาบาลมีบทบาทในการเป็นผู้จัดการสุขภาพชุมชน	1. วิธีคิดของชุมชน สังคม และองค์กรจ้างงานพยาบาล เป็นอย่างไรต่อบทบาทในการเป็นผู้จัดการสุขภาพชุมชน 2. การวิจัยและสรุปบทเรียนจากรูปธรรมการทำบทบาทหน้าที่ของพยาบาลกับการจัดการสุขภาพชุมชนและผลลัพธ์ที่ได้ผลดีในพื้นที่ต่างๆของประเทศ 3. รูปแบบการทำงานตามขอบเขตการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพคนในชุมชนของพยาบาลเป็นอย่างไร 3.1. รูปแบบการดูแลสุขภาพชุมชนเป็นอย่างไรในพื้นที่ที่ต่างกัน กลุ่มประชากรต่างกัน และ รูปแบบการจ้างงานต่างกัน 3.2. วิธีการทำงานและเครื่องมือในการทำงาน กระบวนและระบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชนที่สะท้อนบทบาทพยาบาลเป็นอย่างไร 3.3. แนวปฏิบัติและมาตรฐานการจัดบริการสุขภาพชุมชนและการจัดการสุขภาพชุมชนของพยาบาลเป็นอย่างไร 3.4. สมรรถนะของพยาบาลในการทำงานตามขอบเขตการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพคนในชุมชนตามบทบาทในการเป็นผู้จัดการสุขภาพชุมชนควรเป็นอย่างไร

ฉากทัศน์	ขอบเขตและหัวข้อของโจทย์การวิจัย
	3.5. กระบวนการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการทำงานตามขอบเขตการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพคนในชุมชนเป็นอย่างไร 4. การวิจัยและพัฒนา สาระความรู้ รูปแบบและวิธีการจัดการศึกษาเพื่อผลิตพยาบาลที่มีสมรรถนะหลักในการเป็นผู้จัดการสุขภาพชุมชน
ธุรกิจบริการสุขภาพเติบโตมีผลต่อระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล	1. ลักษณะความต้องการพยาบาลของธุรกิจบริการสุขภาพเป็นอย่างไร ในแง่รูปแบบและองค์กรจ้างงาน สัดส่วน ลักษณะการบริการ เป็นต้น 2. คุณสมบัติและสมรรถนะของพยาบาลให้เอื้อต่อการทำธุรกิจบริการสุขภาพเป็นอย่างไร 2.1. แนวทางการพัฒนากระบวนการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณสมบัติและสมรรถนะของพยาบาลให้เอื้อต่อการทำงานในระบบธุรกิจบริการสุขภาพควรเป็นอย่างไร 2.2. การวิจัยและพัฒนาแนวทางในการสร้างจิตสำนึกให้พยาบาลไม่ตกเป็นเครื่องมือของกระแสธุรกิจ 3. วิจัยและพัฒนาระบบบริการพยาบาลที่เป็นเชิงธุรกิจเช่นธุรกิจการบริการสุขภาพชุมชนร่วมกับองค์กรชุมชน การบริการสุขภาพกลุ่มผู้ด้อยโอกาส การบริการสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน 3.1. รูปแบบการดำเนินการธุรกิจบริการสุขภาพที่เป็นส่วนหนึ่งของชุมชนหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มผู้ด้อยโอกาส และผู้ป่วยเรื้อรัง 3.2. มาตรฐานระบบบริการพยาบาลที่เป็นเชิงธุรกิจ เช่นธุรกิจการบริการสุขภาพชุมชนร่วมกับองค์กรชุมชน การบริการสุขภาพกลุ่มผู้ด้อยโอกาส การบริการสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน 3.3. ระบบค่าตอบแทนที่เหมาะสมและเป็นธรรมให้สามารถเทียบเคียงได้ในระหว่างการจ้างงานทุกรูปแบบโดยเฉพาะหว่างภาครัฐและธุรกิจการบริการสุขภาพ 4. วิจัยและพัฒนาบทบาทพยาบาลในการจัดการบริการสุขภาพในรูปแบบธุรกิจการบริการสุขภาพที่เป็นธรรม

V. ยุทธศาสตร์เพื่อขับเคลื่อนให้เกิดการดำเนินการวิจัยอย่างต่อเนื่องในระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล

<u>ยุทธศาสตร์ที่ 1</u> ผลักดันให้เกิดกลไกการจัดการงานวิจัยในการสังเคราะห์ข้อความรู้และการใช้องค์ความรู้จากงานวิจัยเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล โดย

1) กำหนดบทบาทของสถาบันและองค์กรต่างๆ เกี่ยวกับการจัดการงานวิจัย
2) สร้างกระบวนการเรียนรู้ให้องค์กรวิชาชีพการพยาบาลในเรื่องการจัดการงานวิจัยตามโจทย์การวิจัยข้างต้นโดยใช้กิจกรรมการจัดการความรู้ในหลายรูปแบบ ตั้งแต่ เวทีวิชาการเกี่ยวกับการจัดการงานวิจัย เครือข่ายการวิจัย เป็นต้น

3) สร้างพื้นที่การวิจัยเป็นพื้นที่การเรียนรู้ทั้งสาระและข้อความรู้จากการวิจัย การนำข้อความรู้ไปปฏิบัติจริง การพัฒนาข้อความรู้โดยเฉพาะที่นำสู่การปฏิบัติได้ดีจริงอย่างต่อเนื่อง
4) พัฒนาผู้จัดการงานวิจัยในแต่ละสถาบัน/พื้นที่/เครือข่าย
5) พัฒนาความเข้มแข็งของระบบและกลไกที่ทำให้เกิดการใช้งานวิจัยเช่นวารสารวิจัยในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ เวทีวิชาการรูปแบบต่างๆ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ผลักดันให้เกิด ระบบและกลไกในการจัดการงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาเพื่อให้เป็นขุมกำลังในการสร้างองค์ความรู้ทางการพยาบาลที่ดีที่สุด และ เป็นกลไกในการสร้างนักวิจัยทางการพยาบาล โดย

1) ใช้การวิจัยในระดับบัณฑิตศึกษาเป็นฐานในการสร้างองค์ความรู้ที่ต้องการตามโจทย์การวิจัย
2) พัฒนาระบบและกระบวนการในการจัดการงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาตั้งแต่การสร้างงานวิจัย กระบวนการทำวิจัย และการใช้ผลงานวิจัยหรือองค์ความรู้ที่เกิดจากงานวิจัย เช่นการสนับสนุนทุนการวิจัยในระดับบัณฑิตศึกษาที่ดำเนินการตามโจทย์การวิจัยของระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล
3) กำหนดบทบาทของอาจารย์และนักศึกษาในการจัดการงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
4) ผลักดันให้มีนโยบายให้งานวิจัยในระดับบัณฑิตศึกษาเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยของอาจารย์ตามโจทย์การวิจัยของระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล
5) ผลักดันให้มีนโยบายให้มีการตีพิมพ์ผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
6) สังเคราะห์ข้อความรู้จากการสรุปบทเรียนในแต่ละสถาบันการศึกษาและเครือข่ายวิจัยเกี่ยวกับการจัดการงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ร่วมสร้างและผลักดันให้เกิดการทำงานแบบเป็นเครือข่ายในการสร้างความรู้และพัฒนานักวิจัยทางการพยาบาลตามโจทย์การวิจัยของระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล โดยเน้นเครือข่ายกับองค์กรหรือสถาบันอื่นที่เกี่ยวข้องให้มากขึ้นโดย

1) ผลักดันให้ดำเนินการตามนโยบายการพัฒนาเครือข่ายวิจัยในระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลและในระบบอื่นที่สัมพันธ์กัน
2) เพื่อให้เกิดการสร้างงานวิจัยอย่างกว้างขวาง เครือข่ายการวิจัยทั้งหลายควรเปิดโอกาสให้ประชาคมที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมเสนอโจทย์วิจัยและดำเนินการวิจัยได้
3) สังเคราะห์รูปแบบการปฏิบัติที่ได้ผลดี (Good Practice) ของการทำงานแบบเครือข่ายจากการสรุปบทเรียนในพื้นที่การเรียนรู้

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาความเข้มแข็งและบทบาทขององค์กรหรือสถาบันกลางด้านการวิจัยระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลให้เป็นกลไกให้องค์กรวิชาชีพและองค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น สถาบันหรือองค์กรสนับสนุนการวิจัย สถาบันที่นำข้อความรู้จากการวิจัยไปใช้ในระดับนโยบาย และ ระดับปฏิบัติในทุกระบบสำคัญในวิชาชีพการพยาบาล ในการร่วมสร้างชุดโครงการวิจัย ดำเนินการวิจัย และใช้ข้อความรู้จากงานวิจัย โดย

1) วางแผน ดำเนินการ ประเมินผลลัพธ์และสรุปข้อความรู้และบทเรียน
2) ดำเนินการเพื่อพัฒนาโจทย์การวิจัยและนักวิจัยโดยการจัดทำแผนที่การวิจัยตามขอบเขตและหัวข้อสาระสำคัญในระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลให้ทันสมัย
3) ผลักดันให้องค์กรสนับสนุนการวิจัยกำหนดเกณฑ์การสนับสนุนโดยให้งานวิจัยของอาจารย์มีผลลัพธ์เป็นการสร้างนักวิจัยใหม่
4) ผลักดันให้เกิดนโยบายในระดับหน่วยงานในการสนับสนุนการจัดการงานวิจัยตามโจทย์การวิจัยของระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล
5) เชื่อมประสานระหว่างองค์กรวิชาชีพและองค์กรอื่นที่สัมพันธ์กัน โดยใช้ความรู้จากการวิเคราะห์สถานการณ์และประเด็นทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง การปกครอง ที่กระทบทิศทางการเปลี่ยนแปลงของระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล ในการกำหนดบทบาทของระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพของประชาชน ได้แก่ ระบบการวางแผนการผลิต การใช้ การกระจายกำลังคนทางการพยาบาล ระบบการศึกษาสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ระบบคุณภาพการบริการพยาบาล ระบบการตรวจสอบและการควบคุมคุณภาพ ระบบการจ้างงานพยาบาล เป็นต้น

Executive Summary

Global and domestic changes are the main driving force in nursing profession revitalization. These changes have placed a major impact on ways of living and public health. The characteristics of today's illness, especially, have become more complicated, resulting from the complexity of social and cultural evolution, and environmental imbalance. Government budget spending on public health care, on the other hand, has been soaring because of the increased use of advanced technology and a lack of close cost-control monitoring. The public demand on quality and equality of health care services is a real wake-up call for the nursing profession to deliver a quality of life to the people. Therefore, the nursing profession needs to reexamine itself and find new suitable ways to provide proper and acceptable levels of public health care through muti-lateral co-operation among the public, the nursing profession, and the government and private sectors.

The nursing profession needs to critically analyze public health issues and problems that are affected by social changes, and to suggest the direction of long-term solutions. Without direction, it will be impossible to deliver the appropriate responses to actual health care needs, and to accommodate the variety of social and cultural contexts in each area.

This report on "Analysis of the Future Nursing Profession in Thailand" shows that this issue is related to: 1)Changes in society, culture, technology, economy, environment, and politics, 2)Ways of living and self-health care of the people, 3)Health care, and service systems of the nursing profession, 4)Problems in public health care, and in service systems of the nursing profession, 5)Strategies and mechanisms to maintain the course of development and evolution of nursing profession structures and systems.

The Foresight Technology is implemented in this analysis. Representatives from essential sectors -- such as community organizations, public health professions, and other institutes involved in developing the service systems of the nursing profession either directly or indirectly, have contributed to the input. This input will provide sufficient foundations and information to help designing strategies and methods to refine future service systems of the nursing profession as much as possible.

Situational Analysis of the Impacts of Changes in Social, Technology, Environment, Economy, and Politics

There are 8 factors that have caused changes in social, technology, environment, economy and politics from the past to the present: 1)monetary globalization, and monopoly, 2)core systems reform in Thai society, 3)environmental hazards to public well-being and health, 4)technology, and local wisdom revitalization, 5)changes in people health care demands, 6)stronger public sector and evolving government sector, 7)new concrete health system, and 8)trends and potentials of the new health system in Thailand

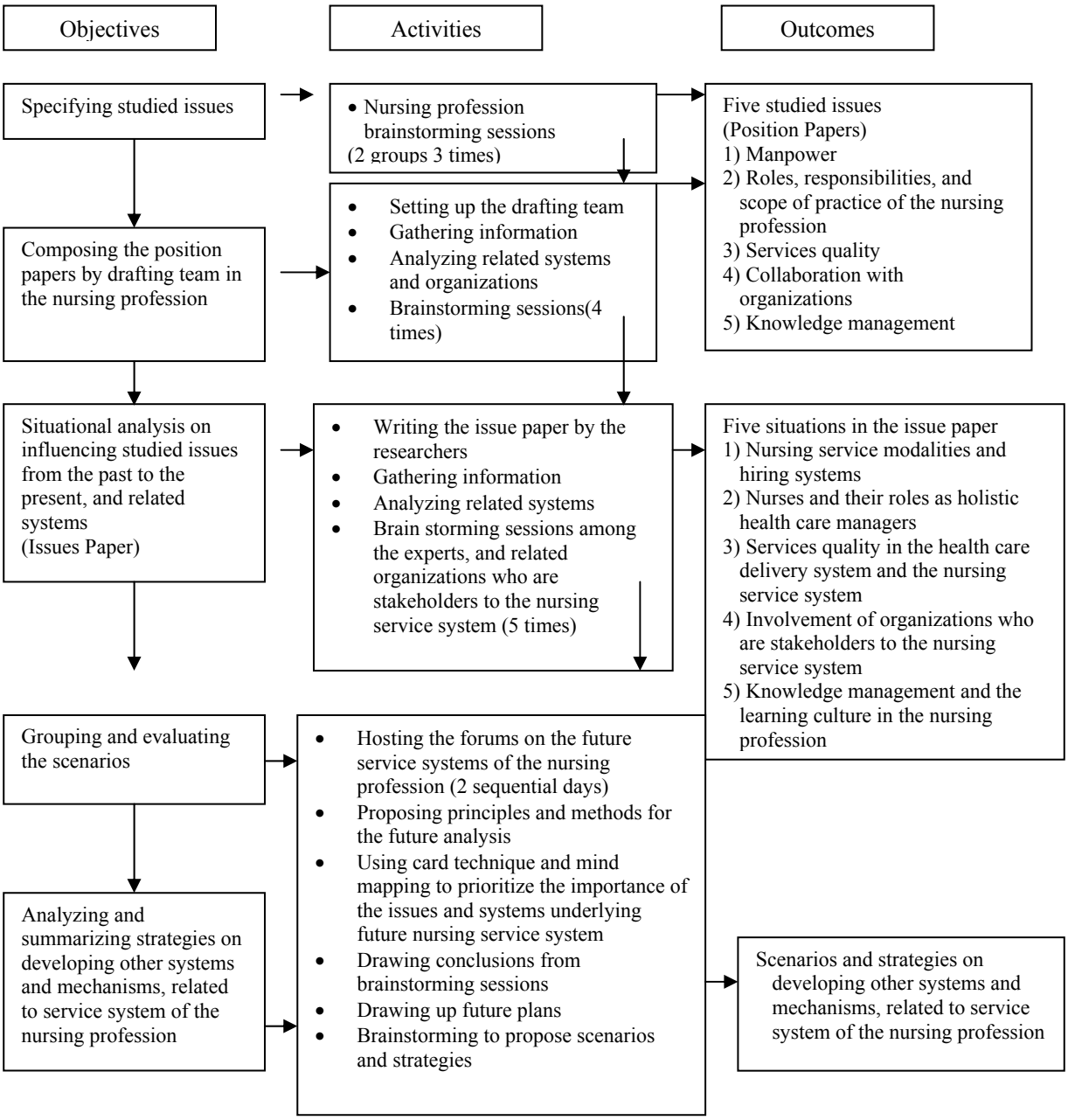
Accordingly, the above factors have caused changes in people's ways of living and the service systems of the nursing profession. With Foresight Technology, we can visualize the future nursing profession and the strategies for improving other systems relevant to it.

The underlying principle of this research is to analyze the cause and effect of changing events towards the system. Reflection and discussion of the issues among stakeholders helps stimulate and create a clearer vision of the desired future system, and to lay out development plans to achieve the desired results. This method will require critical analysis of information from various sources, and then projecting the future outcome over the next ten years at least. Foresight Technology, a research method for future projection, can be used to foresee the service systems of the nursing profession over the next ten years. It can also be used to set objectives and strategies in development of nursing systems to cope with continual changes.

Foresight Technology as a main method of study

The Foresight Technology – producing systematic future projections, is to calculate a future outcome based upon scientific, technological, economic, social and interactive factors. It is an upscale research method using creative, step-by-step thinking, which will be integrated with unusual out-of-the-box thinking. With the participation of the member participants, it brings in a qualitative process to set up a future vision – the essence of the system -- and create plans and strategies for systematic development. This vision will cover main ideas, objectives, operations, and other elements.

The illustration below demonstrates processes and activities on the Foresight Study of future service system of the nursing profession in 10 years.



Findings from the study

I. Studied Issues (Position Papers)

The five issues studied, based upon information and systems analysis in the position papers, include: 1)manpower in the nursing profession, 2)roles, responsibilities and scope of practice of the nursing profession, 3)service quality, 4)collaboration with organizations that are stakeholders to the service system of nursing profession, and 5)knowledge management in the service systems of the profession.

Main topics in each issue that reveal situations and systems related to the service systems of the nursing profession are discussed:

1) Manpower in the nursing profession

Main topics of this issue are how to plan on supplying, using, distributing, and developing manpower. These will involve systems related to generation, use, distribution, and development of manpower. Also included will be systems, such as service, hiring and career advancement, incentive, regular and continuing nursing education, nursing manpower creation and development, and standards of service providers in the profession.

2) Roles, responsibilities and scope of practice of the nursing profession

The main topic is to focus on the acceptance of roles, responsibilities, and scope of practice of the profession by the public, health care providers, and related organizations. The new roles proposed are to provide primary care services in multiple forms. Task performance will then follow the definition of the roles, responsibilities, and scope of practice of the profession. Thus, the systems involved are: the service systems; the roles of nurses; hiring and development of manpower; and communication with the public, health care providers, and related organizations.

3) Service quality

The issue of service quality will indicate the direction of the service systems in the nursing profession, and changes towards related systems. These systems are: researching to gain knowledge for developing service quality ; hiring ; service standards and quality control and assurance; and manpower generation and development.

4) Collaboration with organizations that are stakeholders to the service system of nursing profession

This is an essential issue that brings organizations that are involved directly with nursing service systems to work closely with other systems or organizations that are stakeholders to the service system of nursing profession. To make this issue concrete and feasible, the roles, responsibilities, and duties need to be clearly specified. Other systems indirectly involved are: local government and the decentralization process, health security and the universal coverage scheme, and the nursing education. Systems directly involved are: manpower generation and development, hiring, and service standards and quality control and assurance.

5) Knowledge management in the service systems of the nursing profession

Knowledge management is an important mechanism and tool to push all aspects of the service systems forward continuously and systematically. Its main issues are: critically analysis of useful and important knowledge used for the nursing service system; methods and processes in building and refining such knowledge; and a learning culture and its tendency for changes among organizations within the nursing profession. The systems involved are: nursing education and research, and hands-on learning.

II. Analysis of situations and related systems, from the past to the present, that have been influencing the studied issues (Issue Paper)

The essential five situations having an impact on studied issues in the issue paper are: 1)nursing service modalities and hiring systems, 2)nurses and their roles as holistic health care managers, 3)service quality of the health service systems and the service system of the nursing profession, 4)involvement of organizations who are stakeholders to the service system of the nursing profession, 5)knowledge management and the learning culture in the nursing profession.

The analysis of situations and systems involved in leading to future issues illustrate the following.

1) Nursing service modalities and hiring systems

Since the patterns of people health care have changed, nursing services have offered a wider range and variety of services through different service modalities. At the same time, the perspective or attitude of the nursing profession, and other related professions, towards health has also been revised. Therefore, health has become the central concern to the public. As a result, the demand for nursing services has been rising and nursing service modalities have been expanded.

The main changes of the situation are : revision of the nursing profession to correspond with simultaneous changes in public health care; hiring systems; sickness and health care among different groups of people in different areas; accessibility levels of quality health services; different nursing competence needs for different care demands and cases; the number of nurses on hand, and more hiring systems to cope with changes in nursing service modalities; and generation, development and management of nursing manpower to meet overall national health care needs.

2) Nurses and their roles as holistic health care managers

The main duty of nurses as holistic health care mangers is to give the utmost benefit to the clients. As the social context has been changed, the public health care and its perception of the nursing profession has also changed. This leads to changes in employment, and involves more potential partners and stakeholders. Therefore, the profession needs to reevaluate itself. The analysis will help it reconsider its role as overall health care provider, delivering quality to health care systems.

3) Service quality in the health service systems and the service system of the nursing profession

Creating quality service in health service systems is possible because the systems themselves are big and have lots of staff working in each level. The emphasis is on information analysis for effectively evaluating and managing the outcomes of health care services.

The essential situations are: critical analysis of the quality of health services, and the roles of the nursing profession in establishing and developing quality; the current situation of service quality; and the participation of the nursing profession and other professions in quality development. These also cover: nursing information system and nursing records, effective proposals on quality issues and mal practice prevention and surveillance; and competent human resources to increase accessibility of quality health services.

4) **Involvement of organizations who are stakeholders to the service system of the nursing profession**

The service systems of the nursing profession require working in partnership with other organizations and related systems, who are stakeholders to the service system of the nursing profession. The partnership will require co-learning and continuously benefits sharing with clear understanding in the health services and management.

Co-operation with public and other relevant organizations in health care management includes: acknowledgement, brainstorming, decision making, operation, and evaluation. These also include other co-operation in development, capital joint-venture, services, service management, quality control, evaluation, and accumulating knowledge in nursing science. In making this partnership become more tangible, true health care benefits for the public from the partnership should be clearly visible.

The important situation is the participation with the organizations who are stakeholders to the service system of the nursing profession. It comes from working with local government; developing manpower with community organizations and the local government; creating and investing on new types of employment; and working with other health care units.

5) Knowledge management and learning culture of the nursing profession

Three tools that could be used are: 1)vision adjustment of the overall health care at the grass-roots level; 2)nursing profession leadership development at every level, in order to create a learning culture and to develop working methods in the profession; and 3)research and development in heath services and nursing diagnosis. These tools will be used for building knowledge in the profession to adjust and adapt to not only current situations, but also future visions of the nursing profession in Thailand. Knowledge management starts with good practice, and eventually leads to the best practice of the profession.

III. Scenarios and strategies on developing systems and mechanisms, involved in future service system of the nursing profession for the next 10 years

The scenarios and strategies on developing the systems and mechanisms involved in future service system of the nursing profession can be categorized into 4 topics; 1)community Participation in nursing workforce planning, 2)implementation of information technology, 3)roles of nurses as community health care managers, and 4)impact of the growing health care business.

Scenario 1: Community participation in nursing workforce planning

The core of this scenario is goals, capabilities, characteristics, and roles of the community itself to plan, generate and hire nurses. This will also involve working with related sectors, especially community organizations and local governments who will be employing nurses for their health care and services mission. The considerations here are qualifications, roles and career advancement of the nurses; reasons and motivation from the community to hire nurses; education systems to bring in nurses with the expertise needed for the community; and the support systems and mechanisms to assist the hiring systems.

The mechanisms that can be the major driving force included: 1)supportive government policies and laws, 2)education systems of the nursing profession, 3)quality control systems of the profession, 4)local government systems, and the community strength to boost systems, 5)acceptance in the community, and 6)acceptance among the organizations of the nursing profession. There are strategies proposed, as listed, for the management of positive directions.

Strategy 1: *To create the learning process among community organizations, local governments, main organizations in the nursing profession, and other related organizations.*

This learning process will ultimately lead to the setting up of nurse generating and hiring systems by the community. The strategy requires the study of patterns of community participation; methods of co-operation between the community and the professional organizations; hiring procedures; nursing education administration; continuing education in nursing; and nursing student recruitment and screening.

Strategy 2*: To adjust the manpower generation and development systems of the national health care sector.*

This can be done by designating the organization in-charge and the supporting organizations to set up goals in manpower systems. They will analyze the needs, capacities, and support mechanisms to bring in and develop manpower. These will require:

1) Setting up organizations that will work together on this strategy. They will be organizations in the health care sector, and other related organizations in both local and national levels.
2) Developing research systems, and evaluating manpower generation. Development of national health care manpower is determined by the need for care. The demands of the new generation of nurses are related to: type, ratio, qualifications, quality, and hiring systems. Manpower generation and development should be based on these criteria. Research also should be done in a bottom-up fashion– from the practical local level to the ultimate national level.
3) Making the proposal a government policy on health manpower planning, utilization and management.

Strategy 3*: To refine nursing science education.*

This can be accomplished by:

1) Encouraging involvement of nursing organizations and educational institutes in the learning process. This will create idea sharing and a desire to reform the nursing education systems. Also, this process will firm up the concept of community involvement in generating and hiring nurses.
2) Broadening hiring channels by educational institutes. Examples are: generating nurses based on community needs; encouraging communities to hire nurses; and offering continuing education to employed nurses.
3) Developing the recruitment process. The recruitment and screening process of nursing students should be based on local information or knowledge, and actual practices in the country.
4) Making this issue a policy to be implemented by all involving sectors.

Strategy 4*: To adjust the management systems.*

This is to be done by indicating roles and responsibilities of associated organizations as follows:

1) To plan, operate, and evaluate the learning outcome and knowledge from actual working experience, and from academic forums.
2) To increase the strength of the communities and associated organizations to :
    a. co-plan nurse generating and hiring.
    b. control standards of community health care providers.
    c. develop hiring systems and mechanisms.
3) To integrate the knowledge from local areas and duties of the support systems to handle issues on: job positions and responsibilities, work location, and continuing education. These will involve utilizing existing feasible systems: health security, local government, saving funds, and potential communities.
4) To make the proposal become the local policy first, and eventually the national policy.

Involved organizations in the community participating in nursing workforce planning are: 1)National-level organizations including; Nursing Council; Office of Higher

Education; Ministry of Education; Ministry of Public Health; Department of Local Government Support; National Health Security Systems; Research Institutes on Health Care Systems; Education Systems; and Local Government Systems; 2)Local-level Organizations including; organizations of potential communities; local government organizations; and local nursing educational institutes, etc.

Scenario 2: Implementation of Information Technology (IT) for Public Self-Health Care, and Service Management in the nursing profession

The essence of this scenario is the accessibility and usage of IT by the public and the nursing profession, to provide or receive health care information and services. Innovations in technology have changed people's ways of living, and the standards and work of the profession have changed accordingly. The main systems involved in these changes include; 1)education of the nursing profession both in the regular and continuing education programs, 2)manpower development in the nursing profession and other health care professions, 3)information, especially connecting the public and the health care units, 4)information accuracy checking and updating, and 5)information screening and evaluation. The earlier mentioned systems will require the following strategies:

Strategy 1*: To adjust curriculums such that knowledge and skills of the public and nurses will be increased, and to build accessible channels.*

This can be accomplished by:

1) Focusing on the possibility of having a variety of curriculums to generate nurses with different potentials or perspectives, for particular health care needs.
2) Adjusting curriculums by using IT in health care.
3) Establishing knowledge and information systems on health and health care.
4) Creating channels for knowledge and information retrieval easily.
5) Developing patterns, accessing methods and usage of IT for nursing. Examples are using E-nursing for health care, and sickness prevention; and IT for domestic care of chronic disease patients.

Strategy 2 :*To research and develop information and knowledge systems on health and health care.*

This can be done by:

1) Supporting research and development on key topics related to public health care, at both national and local levels. At the national level, the knowledge will be used to set up the corpus of information and knowledge. At the local level, the knowledge will spread throughout the areas. The knowledge and information will be useful for the public, the nurses and health care providers, and related organizations such as local government organizations, community organizations, and organizations in the National Health Security Systems.
2) Setting up learning forums to share the researched information and to create continual development.

Strategy 3*: To set up systems to evaluate the credibility and quality of the information.*

This will include information updating, upgrading, selecting and utilizing. These can be accomplished by:

1) Developing human resources to be capable in managing data systems. This can be in both the nursing profession level, and the local community level. One possible example is to develop personnel capable of designing, developing and using the IT.

2) Setting up systems to assure the quality and flow of information and knowledge from the IT implementation.
3) Creating standards and guidelines on nursing, to simultaneously correspond to changes in IT and public behavior.
4) Researching and developing criteria for use as a decision making tool on selection of information and knowledge for the public and for nursing profession organizations.

Involved organizations in implementation of the Information Technology (IT) for public self-health care, and the service management in the profession are : institutes supporting information technology, and health care research and development; nursing profession organizations; educational institutes; Ministry of ICT; private sector; and local government organizations.

Scenario 3 : **Nurses as Community Holistic Health Care Managers**

The essence of this scenario is roles and responsibilities of nurses in community health care; education systems for generating and developing nurses; concrete concepts of community health care managers and expected outcomes; and acceptance of new roles from the public and associated organizations.

The main systems involved in these changes are: every organization in the nursing profession, such as Thailand Nursing Council, educational institutes, and health service units. The strategies used include:

Strategy 1*: To create a learning process in the public, the community, and involved organizations, by.*

1) Studying situations and drawing conclusions about the responsibilities, and roles of nurses in health care management. This will involve continuing education in nursing, especially focused on boosting the capability of nurses as health care managers; and local government systems. This knowledge will ease the development of related organizations.
2) Creating concrete and acceptable roles and responsibilities for nurses as community health care managers in partnership with local organizations.
3) Setting up learning forums to share ideas and experiences among related organizations, and to increase the acceptance of nurses' roles and responsibilities. Examples are seminars, study field trips, and training sessions.

Strategy 2*: To revise the nursing curriculums in order to generate qualified nurses as community health care managers by:*

1) Studying and analyzing the necessity and possibility of generating nurses proficient at community health care management.
2) Supporting the research and development of knowledge management systems.
3) Encouraging curriculum revision of nursing organizations such as the Council of Nursing, and institutes teaching nursing science.

Strategy 3*: To build a learning network with such local organizations as: educational institutes, health care units, the community and its administrative organizations; and other health care providers, by:*

1) Setting up a clear, concrete and practical concept of nurses as community health care managers. Launching a pilot project to study essential knowledge, methods and care taking systems, for better understanding the roles of nurses.

2) Drawing conclusions on the outcomes and roles of nurses as health care managers, from hands-on working experience which constitutes tacit knowledge of each individual nurse. These will be used to specify the work scope, and then for discussion in academic and professional forums.
3) Establishing guidelines and standards of community health care management.
4) Forming a hiring mechanism for community nurses through government, private and local sectors.
5) Opening forums to exchange and discuss ideas and information, for the acceptance and continual improvement of the profession.

Scenario 4: Impact of growing health care business on the service systems of the profession

The important issues of this scenario are manpower and hiring mechanisms, and nursing quality control systems. The mechanisms of the service systems of this profession are: quality and standard control systems; nurse generating and hiring systems; budget and financial management systems; and incentive systems. Examples of systems involved are: health care; health care business; and nursing education.

Strategy 1*: To adjust the generation and development of nurses to private sector needs. Hiring for nursing positions both overseas and in the country, can be done with the co-operation among the government, communities, and employment agencies by:*

1) Supporting the private health care sector to work with in-charge organizations in generating, developing and utilizing needed nursing manpower.
2) Making a chart, showing organizations working on developing and hiring nurses.
3) Setting up fair and reasonable incentive systems, both in the government and private health care sectors.
4) Designing an evaluation system to measure the job performance of nurses.

Strategy 2*: To promote good corporate governance in this business by:*

1) Developing applicable and reasonable quality control systems to support and promote the private health care business.
2) Standardizing the health service and profession, in both public and private sectors.
3) Updating the knowledge among the health care personnel, to assure uniform quality of prognosis and diagnosis.
4) Campaigning for legislation for the following purposes :
   Flexible taxation on private health care enterprises.
   Formal inclusion in the community and local government organizations.
   Good financial systems to monitor and maintain the growth pace.
   Types of private nursing service Entrepreneurship, free enterprises, for different clients, such as for communities run by community organizations; for patients with less opportunity; and for chronic disease patients.

Strategy 3*: To improve qualifications and competence of nurses for private health care business as follows*:

1) Encouraging educational institutes to study possibilities of developing the ability and competence of nurses.
2) Establishing academic forums to share ideas and experiences on the aspects of private health care business. This, hopefully, will strengthen

the profession's conscientiousness, and weaken the singular focus on personal financial gain.

3) Developing reasonable and fair roles of nurses as health care managers in the free enterprise.
4) Supporting the learning process on the roles of nurses in business.

IV. Overview of research topics on service systems of the nursing profession

The scope and topics of research on the scenarios illustrating the service systems of the nursing profession for the next 10 years are listed in the following table**.**

Scenarios	Scope and topics
Community participation in nursing workforce planning.	1. How other organizations (such as insurance companies, private health care enterprises, and the nursing profession organizations), which are either health care providers or customers, participate in generating and hiring nurses? 2. What kinds of processes are used in planning national health care manpower generation and development? 2.1. Which expertise areas of manpower, levels of public health care, and what types of employment are needed, for the current shortage of manpower? 2.2. What is the overall manpower demand? This will involve qualifications; capabilities; ratios between size of population and area; types of health care services; and hiring. 2.2.1. Demands for nurses to take care of different groups of population, both the healthy and the sick. 2.2.2. Demands for nurses overseas, and in health care enterprises. 2.2.3. Different ratios such as between metropolitan and rural areas; and between primary, secondary and tertiary health care levels. 2.2.4. Government policy impact on resignation and shortage of nurses, and demand for continuing education for nurses in the primary, secondary and tertiary health care levels. 2.3. What is the demand on competence, roles and responsibilities of nurses, for community health care services and other aspects? 2.4. What does the chart of national nurse generating, and developing potential look like? 2.5. What kinds of community participation in planning, generating and hiring nurses are? 2.6. Researching and evaluating nurse generation and development, by using the entire demand of health care manpower: types, ratio, qualification, quality (of new generation of nurses), working places, and hiring systems--as criteria. 3. When the hiring patterns are different in each area, what will the differences in roles, responsibilities and scopes of the profession be? 3.1. Between nurses who possess high expertise and those having only competent skills, what kinds of criteria will separate their roles and responsibilities, specifically in terms of hiring; geographical areas of responsibilities, and population groups;

Scenarios	Scope and topics
	and sets of knowledge needed, for the primary care system especially? 3.2. What would be the community nurse hiring systems and mechanisms? 3.3. What would the job position and incentive structure be, compared with other systems? What will be the different ratios, compared with the government, private sectors, and community organizations? And, what would the monitoring mechanisms be? 3.4. How would the support systems, job advancement, and career development be established? 3.5. What would the applicable standards and quality control systems be, for various types of health care services? 4. What would the education structures and management of nursing science be, to bring in nurses for different types of employment?
Information Technology used for public self-health care, and service management in the nursing system	1. To study possibilities in recruiting a variety of nurses with different capabilities, or of different generations. Also, to bring in nurses whose expertise will cope with particular health care needs or problems, such as IT nurses. 2. To research and develop data and information systems on health care, connecting the public with the different level health care units. 2.1 What should be the essential and necessary health care information and knowledge for the public, nurses, health care providers, and related organizations (such as local government organizations; community organizations; and organizations in the national health care system)? 2.2 How would the information and knowledge be easily accessible to the public? 2.3 What kinds of tools would be used to evaluate and select the information and knowledge for the public, nurses, health care providers, and related organizations (such as local government organizations; community organizations; and organizations in the national health care system)? 3. How will IT be accessed and used for: nursing (such as E-nursing); health awareness promotion; illnesses prevention; and caring for chronic disease patients at home? 4. To research and develop standards and guidelines of health care services, corresponding to the rapid changes in IT and living behaviors.
Nurses as community holistic health care managers.	1. What is the perception of nurses' roles as community holistic health care managers, from communities, societies, and nurse hiring organizations? 2. To research and conclude the roles and responsibilities of nurses in community health care management, from positive results of actual working cases throughout the country. 3. Based on the scope of community health care practice for nurses, what are their styles of working? 3.1. What should the styles of community health care be to accommodate different areas, groups of population, and

Scenarios	Scope and topics
	employment? 3.2. How could working methods and tools, and community patient care indicate the roles of nurses? 3.3. What would be the guidelines and standards of community health care and its management for nurses? 3.4. What would the nurses' competence be, to perform the duties as community health care manager, and follow the guidelines? 3.5 How to increase the nurses' capability so that they could fulfill the entire scope of the community health care? 4 To develop knowledge, education structure and management; for generating nurses with the required expertise, as community health care managers.
Health care enterprise and health care profession.	1. What are the kinds of demands on nurses in the health care enterprise, in terms of patterns, employment organizations, and types of health care services? 2. What qualifications and capabilities nurses should have, in order to support the health care business? 2.1 What should the educational development be to improve qualifications and capabilities of nurses to work for health care enterprises? 2.2 To build consciousness in nurses to avoid the lure of monetary rewards. 3. To research and develop the health care systems to possibly become private enterprises, such as community health care business, in co-operation with community organizations; health care for groups with fewer opportunities; and for chronic disease patients. 3.1. Health care business practices and operations. 3.2. Standards of the health care enterprise. 3.3. Reasonable, fair, and comparable recompense, between the government and private health care sectors. 4. To research and develop the roles of nurses as conscientious health care enterprise managers.

V. Strategies as driving forces for continual researching on service systems of the nursing profession

Strategy 1: *To analyze and use researched information to meet the needs of public, and stakeholders, in the service systems of the nursing profession.*

This can be accomplished by:

1) Indicating roles of institutes and organizations in research management.
2) Creating learning processes for the nursing profession, on research managing, focusing on the topics mentioned above. This will involve hosting academic forums on research management and network.
3) Making the research a knowledge arena, where information and knowledge from the research will be shared, used in practice, and developed for continual improvement.
4) Developing researchers for each institute, area, or network.
5) Improving channels or mechanisms to issue or spread the research work, such as nursing science research journal, and academic forums.

Strategy 2*: To establish systems and mechanisms to stimulate and manage graduate and higher level research work.*

This will generate the best pool of knowledge resources, and veteran researchers in this profession by:

1) Using the research work as a basis of knowledge and information for the studied topics.
2) Developing the entire research systems, starting from establishing a research project, researching process, and implementing the research result. A good example of supporting the research systems is research funding.
3) Specifying roles of college professors and students to run and manage the research in graduate and higher levels.
4) Making the research in both levels be part of the professors' research projects, especially those related to the studied topics on the service systems of the nursing profession.
5) Publishing the work.
6) Summarizing the knowledge or information on managing graduate and higher level research works, learnt from other educational institutes and research networks.

Strategy 3*: To encourage networking to build knowledge and develop researchers in the nursing field.*

This will also include increasing the number of network organizations by:

1) Following the policies of research networking in the nursing profession and other related systems.
2) Encouraging associated public sectors to propose studied issues, and be involved in conducting the research.
3) Analyzing good networking practice, from actual practice.

Strategy 4: *To strengthen the roles of central organizations or institutes which conduct research on service systems of the nursing profession.*

These central organizations will bring other professional organizations and related organizations -- (such as research institutes; research funding institutes; and organizations implementing the research results to set up their policies and operations), to join in setting up the research projects, conducting it, and utilizing the results. This can be done by:

1) Planning, operating, evaluating, and drawing conclusions.
2) Making a research plan chart and keeping it up-to-date. The chart will reflect the scope and studied topics of the service system.
3) Encouraging research funding organizations to clearly specify their rules or guidelines in supporting research. As a result, the research staffed by professors will directly bring in more new researchers.
4) Launching a policy supporting research on studied topics, related to service systems of the profession.
5) Specifying the roles and responsibilities of the service systems of the profession. The systems are: manpower (generating, utilizing, and distributing nursing staff); nursing education; service quality; quality inspection and control; and employment.

This will require co-operation between professional organizations and other related organizations. Also, the analysis of situations and issues in social, economic, and politics, that play crucial roles on the changes in the service systems of the nursing profession, will be needed.

บทคัดย่อ

รายงานการสังเคราะห์อนาคตระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลในประเทศไทยนี้ชี้ให้เห็นความเชื่อมโยงกันระหว่าง 1) การเปลี่ยนแปลงของสังคมวัฒนธรรม เทคโนโลยี เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และการเมือง 2) วิถีการดำเนินชีวิตและการดูแลสุขภาพประชาชน 3) ระบบบริการสุขภาพและระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล 4) สถานการณ์ปัญหาในการดูแลสุขภาพประชาชนและระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลและแนวโน้ม และ 5) ยุทธศาสตร์และกลไกในการกำกับทิศทางการพัฒนาและการปรับตัวของระบบต่างๆในวิชาชีพการพยาบาลและในสังคมไทย เป็นการนำเสนอบนฐานการใช้กระบวนการศึกษาอนาคตโดยใช้เทคโนโลยีการมองอนาคต (foresight technology) มีผู้เกี่ยวข้องซึ่งเป็นคนสำคัญของระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลในประเทศไทยเข้าร่วมตลอดกระบวนการ ได้แก่ องค์กร ชุมชน และภาคประชาชน องค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นๆ และ องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบและกลไกที่เอื้อหรือเป็นเงื่อนไขของการพัฒนาระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล ทั้งนี้ เพื่อให้การตั้งประเด็นในการสังเคราะห์หากลยุทธ์ และแนวทางในการดำเนินการเพื่อให้ระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลในอนาคต มีความเป็นไปได้มากที่สุดและมีข้อมูลสนับสนุนเพียงพอ

ผลการศึกษา แสดงประเด็นสำคัญในการบริการของวิชาชีพการพยาบาล ซึ่งได้แก่ 1) กำลังคนทางการพยาบาล 2) บทบาทหน้าที่และขอบเขตของวิชาชีพการพยาบาล 3) คุณภาพการบริการ 4) การสร้างการมีส่วนร่วมกับองค์กรที่เป็นผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย และ 5) สถานการณ์สำคัญและระบบที่ได้รับผลกระทบ พร้อมทั้งประเด็น ที่เป็นคำถามในอนาคต อันเป็นฐานของการหายุทธศาสตร์และกลไกในการกำกับทิศทางการพัฒนาระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลในอนาคต คือ 1) รูปแบบการบริการพยาบาลและรูปแบบการจ้างงานที่หลากหลายโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อธุรกิจบริการสุขภาพเติบโต มีผลต่อระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล 2) พยาบาลกับบทบาทการเป็นผู้จัดการการดูแลสุขภาพองค์รวมในชุมชน 3) การพัฒนาคุณภาพของระบบบริการวิชาชีพการพยาบาลเมื่อ Information Technology มีบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนและการจัดการระบบการบริการของวิชาชีพการพยาบาลมากขึ้น 4) การสร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรที่มีส่วนได้ ส่วนเสียในการดูแลสุขภาพประชาชนโดยเฉพาะการเข้ามาร่วมวางแผนการผลิต การพัฒนาและการจ้างงานโดยตรง และ 5) การพัฒนาการจัดการความรู้ กับวัฒนธรรมการเรียนรู้ในวิชาชีพการพยาบาล โดยในแต่ละสถานการณ์นั้น ต้องมียุทธศาสตร์สำคัญในการสร้างความรู้ สร้างกระบวนการเรียนรู้และสร้างเครือข่าย เพื่อผลักดันให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ ซึ่งอาจได้แก่ การวิจัย การสร้างชุมชนปฏิบัติการ การสื่อสารกับสังคม กับองค์กรสำคัญที่เกี่ยวข้อง ส่วนกลไกในแง่นโยบาย ข้อตกลง กฎหมายที่สามารถผลักดันให้เกิดกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องนั้น จะเกิดขึ้นได้ ต้องอาศัยกระบวนการจัดการความรู้โดยความร่วมมือขององค์กรในวิชาชีพการพยาบาลและองค์กรหุ้นส่วนอื่นที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง

Abstract

This “Analysis of the Future Nursing Profession in Thailand” reveals that the issue is related to: 1)changes in society, culture, technology, economic, environment, and politics, 2)ways of living and self-health care of the people, 3)health care systems, and service systems of the nursing profession, 4)problems in public health care, and in service systems of the nursing profession, 5)strategies and mechanisms to maintain the course of development and evolution of nursing profession structures and systems.

Foresight Technology is implemented in this analysis. In addition, prominent organizations – such as community organizations, public health care professions, and other institutes related to developing service systems of the profession-- became involved throughout the process. The goal was to obtain sufficient supporting information to help designing strategies and methods to refine future service system of the nursing profession as much as possible. Main topics in the nursing profession service systems include:1)Manpower, 2)Roles, responsibilities, and scope of the profession, 3)Service quality, 4)Collaboration with organizations who are stakeholders to the service systems of the nursing profession, and 5)Knowledge management in the nursing profession.

The five essential situations, from the past to the present, involved in developing the future nursing profession are:

1) Nursing service and hiring systems, especially when private nursing enterprises are booming.
2) Nurses and their roles as holistic health care managers.
3) Service quality of health care systems and the service systems of the nursing profession, when Information Technology is increasingly used in public health care, and nursing service management.
4) Involvement of organizations, which are stakeholders to the service systems of the nursing profession, in manpower development and employment.
5) Knowledge management and a learning culture of the nursing profession.

Each situation will have strategies in creating learning processes, knowledge, and network. This can be done through researching; actual hands-on working in the community; and communicating with societies and involved organizations. The mechanisms, in terms of policy, agreements, and legal regulations, can be the major driving force, as long as knowledge management is done with continual co-operation between nursing profession organizations and partnership organizations.

สารบัญ

		หน้า
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร		ก
Executive summary		ด
บทคัดย่อ		ม
Abstract		ย
สารบัญ		ล
สารบัญตาราง		ศ
สารบัญภาพ		ษ
บทที่ 1	บทนำ	1
	1.1 การวิเคราะห์ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของสังคม เทคโนโลยี สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และ การเมือง	1
	1.2 การปรับตัวของระบบต่างๆในวิชาชีพการพยาบาล	8
บทที่ 2	กระบวนการมองอนาคตระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลในประเทศไทย	11
	2.1 หลักการ	11
	2.2 กระบวนการ กิจกรรม และ ผลลัพธ์ในการมองอนาคตระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลไทย	16
บทที่ 3	สรุป ประเด็นสำคัญของการศึกษาอนาคตระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลในประเทศไทย	21
	3.1 ประเด็นที่ศึกษา (POSITION PAPERS)	21
	3.1.1 กำลังคนทางการพยาบาล	21
	3.1.2 บทบาท หน้าที่ และ ขอบเขตของวิชาชีพการพยาบาล	27
	3.1.3 คุณภาพบริการพยาบาล	38
	3.1.4 การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล	63
	3.1.5 การจัดการความรู้ในวิชาชีพการพยาบาล	79
	3.2 การวิเคราะห์สถานการณ์อดีตและปัจจุบันของประเด็นที่ศึกษาและการวิเคราะห์ระบบที่เกี่ยวข้อง (ISSUE PAPER)	97
บทที่ 4	การสังเคราะห์ฉากทัศน์และยุทธศาสตร์เพื่อการออกแบบระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล ใน 10 ปีข้างหน้า	135
	4.1 บทนำ	135
	4.2 ฉากทัศน์ระบบบริการพยาบาลของวิชาชีพการพยาบาลในประเทศไทยใน 10 ปีข้างหน้า	135
	4.3 ภาพรวมโจทย์การวิจัยระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล	142
	4.4 ยุทธศาสตร์เพื่อขับเคลื่อนให้เกิดการดำเนินการวิจัยอย่างต่อเนื่องในระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล	147

หน้า

บรรณานุกรม 151

ภาคผนวก ภาคผนวก 1 แผนที่ความคิดประเด็นที่ศึกษาในวิชาชีพการพยาบาล 5 ประเด็น 159

ภาคผนวก 2 แผนที่ความคิดในการวิเคราะห์สถานการณ์อดีตและปัจจุบันของประเด็นที่ศึกษาและการวิเคราะห์ระบบที่เกี่ยวข้อง 165

ภาคผนวก 3 ภาพอนาคตระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลในประเทศไทย 173

ภาคผนวก 4 ตัวอย่างโจทย์การวิจัยด้านสุขภาพในประเทศต่างๆ 185

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	แสดงร้อยละของประชากรวัยแรงงาน (20-59 ปี) และวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) อัตราตาย ทารก และ อายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทย ในช่วงปี พ.ศ.2541-2545	5
ตารางที่ 2	แสดงจำนวนพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามสังกัด	107
ตารางที่ 3	แสดงขอบเขตและหัวข้อที่เป็นสาระสำคัญและโจทย์การวิจัยของฉากทัศน์ระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลในอนาคต 10 ปี	186

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 1	เป้าหมายของกระบวนการศึกษา กิจกรรม และผลลัพธ์ในการมองอนาคตระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลไทย อีก10 ปี	16
ภาพที่ 2	องค์ประกอบของคุณภาพบริการพยาบาล	38
ภาพที่ 3	ประเด็นหลักของระบบบริการในวิชาชีพการพยาบาล	162
ภาพที่ 4	ประเด็นกำลังคนทางการพยาบาล	162
ภาพที่ 5	ประเด็นบทบาท หน้าที่ ขอบเขต	163
ภาพที่ 6	ประเด็นคุณภาพบริการ	163
ภาพที่ 7	ประเด็นการมีส่วนร่วมในการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล	164
ภาพที่ 8	ประเด็นการจัดการความรู้	164
ภาพที่ 9	ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของSTEEP	166
ภาพที่ 10	การเชื่อมโยงประเด็นสำคัญในวิชาชีพการพยาบาล	166
ภาพที่ 11	ประเด็นของรูปแบบการพยาบาลและรูปแบบการจ้างงาน	167
ภาพที่ 12	ประเด็นของบทบาทผู้จัดการการดูแลสุขภาพองค์รวม	167
ภาพที่ 13	ประเด็นของคุณภาพระบบบริการ	168
ภาพที่ 14	ประเด็นของการมีส่วนร่วมกับ stakeholders	168
ภาพที่ 15	ประเด็นของการพัฒนาความรู้และวัฒนธรรมการเรียนรู้	167

1... บทนำ

1.1 การวิเคราะห์ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของสังคม เทคโนโลยี สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และการเมือง

สถานการณ์ปัจจุบันทำให้วิชาชีพการพยาบาลต้องปรับตนเองอย่างมากกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยและสังคมโลกที่มีผลกระทบสูงต่อวิถีการดำเนินชีวิตและสุขภาพของประชาชน มีผลให้ลักษณะและแบบแผนการเจ็บป่วยของประชาชนเปลี่ยนไป โดยมีความซับซ้อนมากขึ้นเนื่องมาจากสาเหตุทางสังคมวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมที่ไม่คงที่ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยภาครัฐเพิ่มขึ้นจากการใช้เทคโนโลยีด้านการรักษาที่ฟุ่มเฟือยขาดการตรวจสอบและควบคุม และที่สำคัญคือการเรียกร้องจากภาคประชาชนและสังคมเรื่องคุณภาพบริการสุขภาพ ความเท่าเทียม และการเข้าถึงบริการในฐานะที่เป็นคนไทย เช่นเดียวกับทุกวิชาชีพที่ทำงานเพื่อตอบสนองสร้างคุณภาพชีวิตให้ประชาชน วิชาชีพการพยาบาลต้องทบทวนตนเอง และหาแนวทางที่เหมาะสม เพราะการดูแลสุขภาพทั้งโดยภาคประชาชน ภาควิชาชีพ ภาครัฐและภาคเอกชนเป็นหัวใจหลักของการทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี การดูแลสุขภาพให้มีคุณภาพสูงขึ้นในระดับที่ยอมรับได้จึงเป็นเป้าหมายของการพัฒนาที่ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของทุกฝ่าย

วิชาชีพการพยาบาลต้องวิเคราะห์โจทย์เพื่อกำหนดแนวทางการจัดการเรื่องสุขภาพของประชาชนอย่างรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของสังคมและใช้ความรู้ที่จำเป็นในการเสนอทิศทางการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง หากปล่อยให้ระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลดำเนินไปโดยไม่มีการกำกับทิศทาง ระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลจะไม่สามารถสนองตอบความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างแท้จริงและมีความหลากหลายเป็นไปตามบริบทสังคมวัฒนธรรมไทยในแต่ละพื้นที่ได้

รายงานการสังเคราะห์อนาคตระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลในประเทศไทยนี้ชี้ให้เห็นความเชื่อมโยงกันระหว่าง (1)การเปลี่ยนแปลงของสังคมวัฒนธรรม เทคโนโลยี เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมและการเมือง (2)วิถีการดำเนินชีวิตและการดูแลสุขภาพประชาชน (3)ระบบบริการสุขภาพและระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล (4)สถานการณ์ปัญหาในการดูแลสุขภาพประชาชนและระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลและแนวโน้ม และ (5)ยุทธศาสตร์และกลไกในการกำกับทิศทางการพัฒนาและการปรับตัวของระบบต่างๆในวิชาชีพการพยาบาลและในสังคมไทย

การนำเสนอครั้งนี้เป็นการนำเสนอบนฐานการใช้กระบวนการศึกษาอนาคตของระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลโดยใช้เทคโนโลยีการมองอนาคต (foresight technology) โดยมีผู้เกี่ยวข้องที่ถือเป็นคนสำคัญของระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลในประเทศไทยเข้าร่วมตลอดกระบวนการ ได้แก่ องค์กรชุมชนและภาคประชาชน องค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นๆและ องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบและกลไกที่เอื้อหรือเป็นเงื่อนไขของการพัฒนาระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้การตั้งประเด็นในการสังเคราะห์หากลยุทธ์และแนวทางในการดำเนินการเพื่อให้ระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลในอนาคตมีความเป็นไปได้มากที่สุดและมีข้อมูลสนับสนุนเพียงพอ

ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของสังคม เทคโนโลยี สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และ การเมือง

1) โลกาภิวัฒน์ด้านการเงินและเศรษฐกิจระบบผูกขาด

โลกาภิวัฒน์ด้านการเงินจากการลงทุนข้ามชาติด้วยเงินหมุนเวียนเพื่อการเก็งกำไรไม่ใช่การลงทุนเพื่อสร้างสินค้าและบริการแต่เป็นการต่อยอดเงิน (ผาสุก พงษ์ไพจิตร ในhttp://www.geocities.com/

midnightuniv/articlepage1.htm) ทำให้เศรษฐกิจของประเทศที่ได้รับอิทธิพลจากการลงทุนข้ามชาติเช่นประเทศไทยถูกกำหนดโดยการเปิดเสรีด้านการเงิน ซึ่งมีผลให้ผนึกโลกให้ใกล้ชิดกันมีการลงทุนข้ามชาติมากขึ้น การกู้ยืมระหว่างประเทศ ปัญหาหนี้ระหว่างประเทศ ประกอบกับผลของการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีทางด้านคมนาคมและการสื่อสารเช่นระบบดาวเทียมยิ่งทำให้การผนึกโลกเข้าด้วยกันเป็นไปได้อย่างรวดเร็วมากขึ้นส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของประชาชน ทั้งในแง่รูปแบบการบริโภคและปัญหาสุขภาพ ในระดับประเทศ การเข้าสู่ระบบการค้าเสรีและตลาดโลกทำให้เกิดการแข่งขันมากขึ้นทั้งในด้านผลิตภัณฑ์และการบริการสำหรับการดำเนินชีวิตที่ต้องอาศัยการสร้างค่านิยม รูปลักษณ์ และพฤติกรรมการบริโภคใหม่เพื่อแย่งชิงส่วนแบ่งการตลาดโดยอาศัยกลไกการโฆษณาการสื่อสารด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยเข้าถึงตัวประชาชนได้มากที่สุด การแข่งขันนี้ก่อให้เกิดการผูกขาดสินค้าและผลิตภัณฑ์ เกิดช่องว่างของรายได้ สร้างกลุ่มผู้บริโภคให้มีหลายระดับคือกลุ่มผู้มีอำนาจการซื้อสูงและต่ำ ส่งผลให้กลุ่มคนต่างชนชั้นมีการปรับตัว ชนชั้นสูงได้รับผลกระทบน้อยจากระบบบรรษัทลงทุนข้ามชาติเนื่องจากอำนาจการซื้อสูง คนในท้องถิ่นที่ชีวิตความเป็นอยู่อาจผูกใกล้ชิดกับฐานทรัพยากรการผลิตในชุมชนมากกว่าการพึ่งพิงสินค้าผลิตภัณฑ์จากระบบบรรษัทลงทุนข้ามชาติได้รับผลกระทบน้อยและมีโอกาสหลุดพ้นจากภาวะพึ่งพิงนี้ได้มาก (เสน่ห์ จามริก ในhttp://www.geocities.com/midnightuniv/articlepage1.htm) กลุ่มคนที่มีปัญหาคือชนชั้นกลางที่วิถีชีวิตพึ่งพิงเศรษฐกิจระบบผูกขาดนี้มาก กลุ่มคนเหล่านี้มีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ต่างกันคาดการณ์ไม่ได้ ภายใต้ค่านิยมที่ถูกหล่อหลอมมาต่างกันและอำนาจการซื้อการบริโภคที่ต่างกัน ซึ่งตัวอย่างพฤติกรรมการดำเนินชีวิตได้แก่ การกิน การดูแลสุขภาพ การคมนาคมและสื่อสาร การรักษา การประกอบอาชีพ เป็นต้น ปัญหาสังคมและปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นจึงมีความซับซ้อนและสัมพันธ์กับวิถีการดำเนินชีวิตสังคมค่านิยมเทคโนโลยีในลักษณะที่ต่างกันออกไป การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นมีได้หลายวิธี ผู้มีอำนาจการซื้อสูงสามารถเข้าถึงบริการที่ตอบสนองความพึงพอใจได้อย่างเต็มที่ในขณะที่ผู้คนกลุ่มอื่นต้องอาศัยการจัดการของภาครัฐ หรือการจัดการโดยใช้กระแสชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็งซึ่งเป็นกระบวนการประชาชนในรูปแบบต่างๆที่มีมากขึ้นเรื่อยๆ ถือเป็นผลจากแรงกดดันของความต้องการที่จะหลุดพ้นจากภาวะพึ่งพิงระบบเศรษฐกิจผูกขาดนั่นเอง

ระบบการค้าเสรีที่เกิดจากข้อตกลงการค้าโลกส่งผลกระทบต่อระบบการผลิตและการบริโภค ในเรื่องหลักๆหลายเรื่องที่สำคัญคือ อาหาร ยา และการบริการสุขภาพ ซึ่งทั้ง3เรื่องนี้มีอิทธิพลต่อสุขภาพประชาชนไทยสูงมาก เมื่อข้อตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าและการบริการ (General Agreements on Trades and services, GATS) ทำให้รัฐขาดอำนาจในการควบคุมการผลิตสินค้าและการบริการที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตของประชาชนดังกล่าว การเปิดเสรีทั้งหมดทำให้การเข้าถึงบริการตามสิทธิขั้นพื้นฐานของความเป็นมนุษย์และประชาชนไทยถูกปฏิเสธได้ (ผาสุก พงษ์ไพจิตร ในhttp://www.geocities.com/midnightuniv/articlepage1.htm) ไม่สามารถเข้าถึงอาหารได้เพราะบรรษัทลงทุนข้ามชาติผูกขาดอาหารหลัก เข้าถึงไฟและน้ำสะอาดไม่ได้เพราะถูกแปรรูปเป็นเอกชน การเข้าถึงยาการรักษาโรคและการดูแลสุขภาพไม่ได้เมื่อยาและเทคโนโลยีการรักษาบางตัวถูกจำกัดด้วยระบบลิขสิทธิ์ทางปัญญาทำให้มีราคาแพงผลิตเองไม่ได้และบุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาลมีการไหลออกสู่ระบบค่าตอบแทนที่สูงกว่า การเข้าถึงการศึกษาและบริการสาธารณะใดๆไม่ได้เพราะค่าบริการแพง (นิธิ เอี่ยวศรีวงศ์ ใน http://www.geocities.com/midnightuniv/articlepage1.htm) ดังนั้นคนที่มีอำนาจการซื้อต่ำและต้องพึ่งพิงสินค้าและบริการที่ผูกขาดเหล่านี้จะไม่สามารถเข้าถึงได้เลย สังคมจะแบ่งชนชั้นระหว่างคนมีเงินมากกับคนมีเงินน้อยได้ชัดเจนมากขึ้น ปัญหาในการดำเนินชีวิตจะสูงขึ้น เหล่านี้กระทบระบบบริการสุขภาพของประเทศที่เป็นระบบบริการพื้นฐานที่รัฐต้องจัดให้ทำให้ต้องปรับตัวอย่างต่อเนื่องให้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงโดยมีจุดเน้น 2 ทางคือการใช้กลไกภาครัฐในการต่อรองกับเงื่อนไขข้อตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้า

และการบริการเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการพื้นฐานที่จำเป็นได้ และการส่งเสริมความเข้มแข็งให้ชุมชนท้องถิ่นหลุดขาดจากภาวะพึ่งพิงเศรษฐกิจกระแสหลักแต่สร้างเครือข่าย “เศรษฐกิจชุมชน”ขึ้นมาให้ได้ ซึ่งต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนที่สำคัญคือวัฒนธรรมการเรียนรู้ให้หลุดจากกรอบคิดการผูกขาดและการสร้างอัตลักษณ์ของความเป็นชุมชนท้องถิ่นให้ได้ ประเด็นความต้องการในการสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนประชาชนสอดคล้องกับข้อเสนอ “วาระแห่งชาติภาคประชาชนระดับรากหญ้า”ด้วย(ในhttp://www.geocities.com/midnightuniv/articlepage1.htm) เหล่านี้ทำให้ทุกองค์กรโดยเฉพาะที่ต้องทำงานร่วมกับภาคประชาชน ต้องหันมาทบทวนตนเองและสร้างความคิดให้สอดร้อยไปกับกระบวนการสร้างชุมชนเข้มแข็งให้ได้เพื่อทำให้ปัญหามีการป้องกันหรือบรรเทาลง

2) การปฏิรูประบบหลักของสังคมไทย

ในระยะที่ผ่านมาได้เกิดกระบวนการปฏิรูประบบต่างๆได้แก่ การปฏิรูประบบราชการ การปฏิรูประบบสุขภาพ การปฏิรูประบบการศึกษา หลังการประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ซึ่งกำหนดสิทธิและเสรีภาพของประชาชนไทย และบทบาทรัฐที่ต้องจัดการให้สิทธิของประชาชนได้รับการตอบสนองอย่างทั่วถึง เท่าเทียมและเสมอภาคไว้ (สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2544) พระราชบัญญัติการกระจายอำนาจรัฐฯ พระราชบัญญัติปฏิรูประบบราชการ พระราชบัญญัติปฏิรูปการศึกษา พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ.2540 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติซึ่งกำลังอยู่ในขั้นตอนการดำเนินงานและพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ เหล่านี้ถูกนำมาเป็นเครื่องมือของรัฐในการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม และกระทบบทบาท หน้าที่ และการทำงานของทุกองค์กรรวมทั้งวิชาชีพการพยาบาล[1]

อย่างไรก็ดีกระแสของการทำให้เครื่องมือเหล่านี้ตอบสนองเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญนั้นมีข้อจำกัดมากจากกระแสการลงทุนข้ามชาติและการค้าเสรีที่ทำให้วัฒนธรรมการเรียนรู้แบบทุนนิยมครอบงำกลุ่มคนชั้นนำ ทำให้เข้าไม่ถึงปัญหาที่เกิดจากผลกระทบของการพึ่งพิงระบบผูกขาดและการเข้าไม่ถึงบริการพื้นฐานที่จำเป็นดังกล่าวแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกี่ยวกับการกระจายอำนาจรัฐสู่ท้องถิ่นที่เป็นกลไกการผลักดันให้ชุมชนพึ่งตนเองได้นั้นต้องสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ใหม่ เป็นเรื่องขององค์กรท้องถิ่นเข้มแข็งไม่ใช่เรื่องการจัดการโดยภาครัฐอย่างที่กำลังจะเป็นมากขึ้นเพราะถูกครอบงำโดยระบบรัฐ ดังนั้นภาคประชาชนจึงต้องมีกระบวนการของการเข้าร่วมในการจัดการปฏิรูประบบหลักต่างๆเหล่านี้ให้มากขึ้นและเป็นรูปธรรม ภาควิชาชีพที่เกี่ยวข้องเช่นวิชาชีพการพยาบาลย่อมต้องเร่งทำความเข้าใจและเตรียมการเพื่อปรับวัฒนธรรมการเรียนรู้ให้เท่าทัน

3) สิ่งแวดล้อมที่คุกคามความเป็นอยู่และสุขภาพของประชาชน

พิษและมลภาวะจากสภาพแวดล้อม คุกคามสุขภาพคนรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและโรคที่ซับซ้อน ก่อให้เกิดโรคใหม่ๆที่มีความรุนแรงและจัดการได้ยาก สภาพเหล่านี้เกิดแทรกอยู่ในการดำเนินชีวิตของประชาชน เช่น สารเคมีตกค้างในอาหาร พิษจากการสัมผัสสารเคมีในระหว่างการประกอบอาชีพ มลภาวะจากอากาศ น้ำ ที่ปนเปื้อนของเสียจากโรงงานอุตสาหกรรม (เดชรัต สุขกำเนิด วิชัย เอกพลากร และ ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์, 2545ข) สภาพความเครียดจากการประกอบอาชีพที่ต้องแข่งขันสูงและการเอาตัว

---

1 (1)รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52 และ 82 (2)พ.ร.บ.แผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 ที่ให้ท้องถิ่นบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพตามขีดความสามารถของตนและความต้องการของประชาชนในพื้นที่ เป็นการสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนมากขึ้น (3)พ.ร.บ.ข้อมูลข่าวสารทางราชการ พ.ศ.2540 เปิดให้ประชาชนสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลและการตรวจสอบการทำงานของภาครัฐที่มีผลกระทบต่อประชาชนได้ (4)พ.ร.บ.ระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ.2545และแผนแม่บทของการปฏิรูประบบราชการที่ให้ภาครัฐมีขนาดเล็กลงและแนวโน้มให้บางหน่วยงานแปรรูปเป็นองค์การมหาชน (5)พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ส่งผลให้กลุ่มประชาชนมีการเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยได้มากขึ้น โครงสร้างระบบบริการสุขภาพเปลี่ยนมาตรฐานการบริการดีขึ้นมีกลไกการจัดการการเงินการคลังเพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพให้ภาครัฐ แต่กระทบการปรับบทบาทภาควิชาชีพ เป็นต้น

รอดในสังคม ปัญหาสังคมจากหนี้สิน และปัญหาจากสภาพสังคมวัตถุนิยมอื่นๆเช่น อุบัติเหตุ สารเสพติด อาชญากรรม ความรุนแรง เหล่านี้มีความซับซ้อนมาก การแก้ปัญหาต้องอาศัยความรู้ที่สะท้อนวิถีชีวิตและสังคมที่กระทบชีวิตคนแบบองค์รวม หลายองค์กรรวมทั้งวิชาชีพการพยาบาลยังไม่สามารถสร้างความเข้าใจในระดับนี้ได้ องค์กรที่ให้บริการพื้นฐานเช่นการบริการสุขภาพและการรักษา การศึกษา รัฐสวัสดิการ ยังดำเนินการภายใต้กระบวนทัศน์แยกส่วนและความรู้ที่ครอบครองยังเฉพาะเจาะจงไม่สามารถผสานและร่วมกันแก้ปัญหาได้อย่างตรงจุด ประชาชนเห็นสถานการณ์ทางสังคมวัฒนธรรมของตนเองแต่ยังไม่เข้มแข็งพอที่จะจัดการได้ด้วยตนเอง การร่วมกันเรียนรู้เพื่อแก้ปัญหาจึงเป็นเรื่องที่ต้องเร่งสร้างให้เกิดขึ้นโดยเฉพาะในระดับท้องถิ่น

4) เทคโนโลยีกับการฟื้นฟูจิตวิญญาณภูมิปัญญาท้องถิ่น

ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีด้านต่างๆเป็นไปอย่างรวดเร็ว มีผลต่อวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนอย่างสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเทคโนโลยีชีวะภาพ การแพทย์ และการสื่อสาร เทคโนโลยีชีวะภาพบางอย่างก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่พลิกผันได้ เช่นเทคโนโลยีการปลูกถ่ายและตัดต่อยีน ที่นำมาใช้ในการป้องกันและรักษาโรคสำคัญ เช่นโรคจากพันธุกรรม โรคติดต่อร้ายแรง เป็นต้น (ประเวศ วะสี, 2546ก; วิพุธ พูลเจริญ ใน http://www.hsri.or.th/html/article5.htm)

ความฟุ่มเฟือยจากการใช้บริการทางการแพทย์และการดูแลสุขภาพจากระบบการค้าเสรีที่ใช้ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีเป็นองค์ประกอบ ก่อให้เกิดผลเสียหลายประการ ตั้งแต่ค่าใช้จ่ายที่สูงเกินเหตุ พฤติกรรมแบบใหม่ทั้งพฤติกรรมการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมการบริการสุขภาพ ในขณะที่ความสามารถในการซื้อของคนกลุ่มใหญ่ไม่มี ทำให้กระแสภูมิปัญญาพื้นบ้านธรรมชาติบำบัดกลับมามีผลต่อการดำเนินชีวิตของคนมากขึ้น โดยถูกนำมาผสมผสานในระบบเศรษฐกิจกระแสหลัก(เสรี พงษ์พิศ, 2546) เกิดการบริการสุขภาพแบบผสมสานระหว่างการแพทย์แผนวิทยาศาสตร์และแผนไทย และอาจนำมาทดแทนการบริการที่เข้าไม่ถึงบางอย่างได้ องค์กรบริการสุขภาพต้องมีการปรับตัวเรื่องนี้ในการให้คุณค่าของภูมิปัญญาพื้นบ้านและกระแสกระบวนการประชาชน (อคิน รพีพัฒน์, 2545) ธรรมชาติบำบัดและการดำเนินชีวิตอย่างพอเพียงในท้องถิ่นให้มากขึ้น และเน้นการเลือกใช้เทคโนโลยีได้อย่างเหมาะสม

ชาตรี บานชื่น (2545) วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพในประเทศไทย ชี้ว่าการนำเข้าไม่มีกลไกเลือกรับ เลือกใช้ ที่ใช้อยู่ไม่มีการกระจายที่ดี ไม่สมดุลและไม่เป็นธรรม เทคโนโลยีด้านสุขภาพพื้นบ้าน ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีอยู่ รวมถึงเทคโนโลยีที่คิดค้นประดิษฐ์ใหม่ยังขาดการรวบรวม ฟื้นฟูพัฒนา ให้สามารถนำมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และปลอดภัยและขาดการรวบรวม และการเผยแพร่เทคโนโลยีด้านสุขภาพที่ถูกที่ควรอย่างเป็นระบบ ผู้ที่ควรได้ข้อมูลไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้

5) แบบแผนความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนเปลี่ยนไป

ผลกระทบจากการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ทำให้โครงสร้างทางประชากรของประเทศไทยเปลี่ยนไป ลักษณะปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพในประชากรแต่ละกลุ่มแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน มีความซับซ้อนผูกร้อยกับสภาพทางสังคมวัฒนธรรมสูงมากดังนั้นแบบแผนการดูแลสุขภาพจึงมีความแตกต่างกันออกไปด้วย การจัดบริการสุขภาพในรูปแบบเดิมที่เน้นการปูพรมเหมือนกันทั้งประเทศอาจขาดประสิทธิภาพ การสร้างวิธีการดูแลสุขภาพที่มีความเฉพาะเจาะจงในแต่ละท้องถิ่นจึงมีความสำคัญมากขึ้น

โครงสร้างทางประชากรของไทยมีผู้สูงอายุมากขึ้น อัตราการตายในทารกลดลง อายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ประชากรที่อยู่ในวัยแรงงานและตลาดแรงงานเพิ่มขึ้น(ตารางที่ 1) ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น บทบาทหลักของสมาชิกในครอบครัวทั้งหญิงและชายเน้นการหารายได้เป็นหลัก เพราะมีภาระหนี้สินมากขึ้นโดยในช่วงปี 2539,2541,2543 และ 2545 ครัวเรือนของประชากรไทยมีอัตราร้อยละหนี้สินครัวเรือน

เท่ากับ 49.2, 55.1, 56.3 และ 62.4 ตามลำดับ (http://www.nso.go.th/thai/stat/stat_23/toc_7/7.1-10.xls; หทัยชนก บัวเจริญ, 2547) ทำให้บทบาทอื่นๆต้องถูกละเลย ได้แก่บทบาทการดูแล การเลี้ยงดูสมาชิกที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ข้อมูลการคาดการอายุเฉลี่ยคนไทยยืนยาวขึ้น โดย ชาย 55.9 ปี หญิง 62.0 ปี ในปี 2507-2508 เพิ่มเป็น ชาย 70.2 ปี หญิง 74.7 ปี ในปี 2543-2548 (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2546ก)

ลักษณะปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยและโรคของประชาชนเปลี่ยนไป เป็นปัญหาสุขภาพจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โรคเรื้อรัง โรคร้ายแรงใหม่ๆ เมื่อพิจารณาจาก 5 อันดับแรกที่เป็นสาเหตุการตาย พบว่า ในช่วงปี พ.ศ.2541 สาเหตุการตายอันดับแรกคือ โรคหัวใจ ในช่วงปี พ.ศ.2542 เป็นต้นมา สาเหตุการตายอันดับที่ 1 กลับเป็นโรคมะเร็ง ในส่วนของสาเหตุการตายอื่นๆมีการเปลี่ยนแปลงอันดับแตกต่างกันไป ในช่วงปี พ.ศ.2544-2545 พบว่า 5 อันดับแรกของสาเหตุการตายคือ (1)มะเร็งทุกชนิด (2)อุบัติเหตุและการเป็นพิษ (3)ความดันเลือดสูงและโรคหลอดเลือดในสมอง (4)โรคหัวใจ และ (5)ปอดอักเสบและโรคอื่นๆของปอด ตามลำดับ (ตารางที่ 2) โดยมีโรคที่เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยในลำดับแรกๆ[1] คือ โรคเบาหวาน โรคความดันเลือดสูง โรคของระบบย่อยอาหาร โรคระบบไหลเวียน เป็นต้น (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ใน http://203.157.19.191/OPD_Tot_Pak-45.xls; http://203.157.19.191/IPD_Tot_Pak-45.xls;http://203.157.19.191/OPD_BKK_TOT-45.xls; http: //203.157.19.191/IPD_BKK_TOT-45.xls) ในขณะที่ ความต้องการด้านการดูแลในผู้สูงอายุมีมากขึ้นทั้งในสังคมเมืองและชนบท (ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ, 2544) ปัญหาและความต้องการการดูแลเด็กในระยะพัฒนาการและวัยรุ่น อันเกิดจากความผูกพันและความมั่นคงของครอบครัวลดลง ได้แก่ ความรุนแรง การถูกทำร้ายหรือทารุนกรรม การถูกทอดทิ้ง การใช้สารเสพติด และความเครียด เหล่านี้เป็นปัญหาที่ซับซ้อนที่ต้องการวิธีการแก้ไขที่รอบด้านเพราะที่มาของปัญหาผูกเงื่อนอยู่กับสังคมเศรษฐกิจ วัฒนธรรมและการเมือง ทำให้ต้องมีการปรับกระบวนทัศน์เรื่องสุขภาพและวิธีการบริการสุขภาพให้สอดรับกันด้วย

ตารางที่ 1 แสดงร้อยละของประชากรวัยแรงงาน (20-59 ปี)และวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)อัตราตายทารก และอายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทย ในช่วงปี พ.ศ.2541-2545

พ.ศ.	2541	2542	2543	2544	2545
ร้อยละของประชากรกลางปีวัยแรงงาน (20-59 ปี)	55.2	55.6	55.9	56.3	58.9
ร้อยละของประชากรกลางปีวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	8.7	8.9	9.3	9.3	10.8
อัตราตายทารก(อายุน้อยกว่า 1 ปี) (ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน)	4.9	6.6	6.2	6.5	6.5
อายุขัยเฉลี่ย ชาย (ปี)					67.9 *
หญิง (ปี)					75.0 *

(ดัดแปลงจาก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ใน http://203.157.19.191/table%201.1.xls; http://203.157.19.191/45%20table %201.5%20population.xls; http://203.157.19.191/45%20table%201.6%20population.xls; http://203.157.19.191/45%20 table%202.2.5%20Deaths.xls) * ข้อมูล ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2546 (สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล ใน http://203.157.19.191/table%201.1.xls)

6) ภาคประชาชนมีความเข้มแข็งมากขึ้น ภาครัฐมีการปรับตัว

การจัดการให้เกิดการใช้ศักยภาพสังคมและชุมชนอย่างเหมาะสมต้องอาศัยกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กรชุมชนในระดับที่สามารถแก้ปัญหาได้ ทั้งนี้ รัฐธรรมนูญฯพ.ศ.2540 ฉบับประชาชน ให้ความสำคัญกับการสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคประชาชนมากขึ้น

1 รายละเอียดดูเพิ่มเติมได้ใน http://203.157.19.191/OPD_Tot_Pak-45.xls ; http://203. 157.19.191/IPD_Tot_Pak-45.xls ; http://203.157.19.191/OPD_BKK_TOT-45.xls ; http://203.157.19.191/IPD__BKK_TOT-45.xls

(สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2544) โดยกำหนดเป้าหมายและทิศทางการพัฒนาไว้อย่างชัดเจน นำสู่การปฏิบัติจริงได้ ทุกระดับของการบริหารจัดการเปิดช่องให้ประชาชนเข้าร่วมในกระบวนการได้อย่างสมศักดิ์ศรี เพื่อให้เกิดการปกป้องสิทธิของทุกๆคนอย่างเท่าเทียม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องการดูแลสุขภาพซึ่งถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนไทยทุกคนต้องได้รับทั้งจากการจัดการของภาครัฐและภาคประชาชน อาศัยกลไกทางกฎหมายและนโยบายจากรัฐบาลก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในหลายระบบ ดังนี้

การปฏิรูประบบราชการส่งผลกระทบอย่างสูงโดยตรงต่อประสิทธิภาพและบทบาทหน้าที่ของภาครัฐ ซึ่งอาจมีผลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตประชาชน ก่อให้เกิดการทบทวนวิธีการทำงานของภาครัฐอย่างถล่มทลาย มาตรการต่างๆถูกนำมาใช้ ตั้งแต่การปรับขนาดองค์กร การตั้งเป้าหมายเชิงผลลัพธ์เพื่อแก้ปัญหาสำคัญของประเทศ การตรวจสอบจากผู้เกี่ยวข้องทุกระดับเหล่านี้กระทบทุกองค์กรและวิชาชีพ

การปฏิรูประบบการศึกษาที่มุ่งเน้นการสร้างกระบวนการและวิธีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตให้ประชาชนนั้นถือเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการสร้างความเข้มแข็งให้ภาคประชาชน ซึ่งไม่ได้เริ่มต้นที่ระบบการศึกษา แต่มุ่งสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ให้เกิดขึ้นในสังคมชุมชนวงกว้างโดยใช้รูปแบบและกลไกที่หลากหลาย ตั้งแต่การใช้สื่อ การมีปฏิสัมพันธ์กันเพื่อสื่อความเข้าใจในระดับบุคคล การมุ่งเน้นที่กระบวนการเรียนรู้เพื่อแก้ปัญหาในการทำงานนี้กระตุ้นให้องค์กรและวิชาชีพต่างๆมีการตื่นตัวในการสร้างวัฒนธรรมการทำงานโดยใช้ความรู้มากขึ้น

ผลกระทบจากพระราชบัญญัติการกระจายอำนาจรัฐฯ ทำให้รูปธรรมการดูแลกันเองการจัดการปัญหาในระดับท้องถิ่นมีความเป็นไปได้มากขึ้น ซึ่งต้องเร่งสร้างความเข้าใจในบทบาทหน้าที่และภารกิจขององค์กรที่รับผิดชอบ และกระจายทรัพยากรบุคคลและเงินให้เพียงพอ ซึ่งกระบวนการพัฒนาให้เกิดภาพเหล่านี้องค์กรปกครองระดับท้องถิ่นต้องได้รับการผลักดันจากภาควิชาชีพและภาครัฐอย่างจริงจังโดยส่งเสริมให้สามารถพึ่งตนเองให้มากขึ้นและให้การกระจายอำนาจที่แท้จริงอยู่ที่การหลุดพ้นจากการพึ่งพิงอำนาจของทุนนิยมและระบบเศรษฐกิจผูกขาดแต่เป็นการเร่งสร้างระบบเศรษฐกิจชุมชนขึ้นมาแทน ถือเป็นยุทธศาสตร์หลักของชาติในการแก้ปัญหาจากผลกระทบที่เกิดขึ้น รูปแบบการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งได้เกิดขึ้นในหลายพื้นที่และกำลังขยายวงกว้างมากขึ้น (เสรี พงษ์พิศ, 2546) ภาพรวมการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งนี้เปิดโอกาสให้มีการใช้ความรู้และภูมิปัญญาอย่างรอบด้านทั้งจากภาควิชาชีพ และภาคประชาชน การบริหารจัดการจากทั้งภาครัฐและองค์กรท้องถิ่น วิชาชีพด้านสุขภาพต้องเห็นช่องทางนี้จึงจะสามารถเข้ามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งนี้ได้ ตัวอย่างเช่น กลุ่มสัจจะออมทรัพย์แบบพัฒนาครบวงจร ในพื้นที่อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา (ชบ ยอดแก้ว, 2545) พื้นที่จังหวัดตราด (คณะทำงานจังหวัดตราด, 2545) วัดไผ่ล้อม อำเภอเมือง จังหวัดตราด (พระอาจารย์สุบิน ปณีโต, 2546) การส่งคนในพื้นที่เข้าศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตโครงการบัณฑิตคืนสู่สังคม (คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2544)และกระบวนการพัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยใช้การผลิตและพัฒนาพยาบาลของชุมชนเป็นฐาน (ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ, 2547) การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยใช้พยาบาลชุมชนเป็นเครื่องมือในการจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ตำบลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ที่เป็นความรับผิดชอบพื้นที่ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลน้ำพอง และ องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำพอง (จินตนา ลี้ละไกรวรรณ, 2545) การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร (ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ, 2547) การศึกษาดูงานการจัดบริการสุขภาพขององค์กรท้องถิ่นของพื้นที่ตำบลขุนคง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ (คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2546ก) การพัฒนาศักยภาพของศูนย์บริการสุขภาพชุมชนในเขตเทศบาล (สุนทราวดี เธียรพิเชฐ และคณะ, 2546) เป็นต้น

7) การสร้างรูปธรรมในระบบสุขภาพใหม่

การเปลี่ยนโครงสร้างของระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพของประเทศกระทบคุณภาพชีวิตของประชาชน พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติซึ่งกำลังอยู่ในขั้นตอนการดำเนินงานก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งกระบวนทัศน์เรื่องสุขภาพและการออกแบบระบบบริการสุขภาพในหลายมิติ (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2546ข) ที่สำคัญคือประชาชนเข้ามามีบทบาทสูงมากในการออกแบบระบบ เน้นการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพเป็นสำคัญ ส่วนการรักษาหรือแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นแล้วนั้น ให้ความสำคัญกับประสิทธิภาพของการจัดบริการ และการลดหรือควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็นหลัก (คณะทำงานเพื่อเตรียมระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใน http://www.nhso.go.th/)

การได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยภาระด้านค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับนั้น เป็นสิทธิของประชาชนไทยทุกคน เป็นฐานคิดของระบบหลักประกันสุขภาพซึ่งสร้างกลไกให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานที่มีคุณภาพได้ตามความจำเป็น (คณะทำงานเพื่อเตรียมระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544; สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2546ข) ปัญหาสุขภาพในกลุ่มประชากรที่สำคัญของประเทศมีอัตราที่ลดลง หน่วยงานของรัฐสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้ และการรักษาพยาบาลมีแนวคิดของการพึ่งพาเทคโนโลยีลดลง ซึ่ง*"การจัดการบริการ"*ให้มีประสิทธิภาพ มีความเสมอภาค และประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการ ถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของนโยบายหลักประกันสุขภาพ (คณะทำงานเพื่อเตรียมระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใน http://www.nhso.go.th/) โดยมีระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นระบบหลักระบบแรกที่เป็นกลไกให้นโยบายประสบความสำเร็จได้ตามวัตถุประสงค์ ซึ่งการเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิส่งผลกระทบสูงต่อวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่นพยาบาลที่ต้องมีการปรับบทบาทให้เท่าทันความต้องการของการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานดังกล่าว(ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ, 2544, 2547; ขนิษฐา นันทบุตร, 2546) มีกำลังคนที่เพียงพอและมีประสิทธิภาพ เพื่อก่อให้เกิดความครอบคลุมของการบริการกลุ่มประชากรที่สำคัญ(วิพุธ พูลเจริญ ใน http://www.hsri.or.th/html/article5.htm ; ทัศนา บุญทอง, 2544) สร้างคุณภาพให้เกิดขึ้นกับการบริการพยาบาลและตอบสนองเสียงเรียกร้องเรื่องคุณภาพการบริการจากภาคประชาชน และที่สำคัญในระยะเปลี่ยนผ่านคือต้องมีการจัดการอย่างเท่าทันในผลกระทบเฉียบพลันที่เกิดขึ้น เช่น การปรับบทบาท การจ้างงานรูปแบบใหม่และตำแหน่งงาน การกำหนดมาตรฐานผู้ให้บริการ การสร้างขวัญและกำลังใจให้สามารถปรับตัวกับระบบใหม่ได้ การจัดการกับการไหลออกของบุคลากรในองค์กร เป็นต้น

8) แนวโน้มสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย

เมื่อกระบวนทัศน์เรื่องสุขภาพเปลี่ยนไป มุมมองเรื่องระบบการดูแลสุขภาพจะเปลี่ยนตาม potential partners จะมีหลายส่วนและมีกรอบคิดที่ต่างกัน ตั้งแต่ประชาชน รัฐ ผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้ปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันการศึกษา องค์กรวิชาชีพ องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน การดูแลสุขภาพจึงกว้าง ตั้งแต่ การดูแลสุขภาพโดยประชาชน การบริการสวัสดิการโดยองค์กรชุมชน องค์กรท้องถิ่น การให้บริการสุขภาพโดยวิชาชีพในภาครัฐ เอกชน และ การบริการสวัสดิการโดยองค์กรอื่นๆ third party จะมีความสำคัญมากขึ้นต้องทบทวนบทบาทวิชาชีพ ระบบบริการสุขภาพต้องมีมาตรฐานและมีการควบคุมคุณภาพโดยใช้มาตรการทาง

กฎหมายและกลไกการเงินที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น รูปแบบการจ้างงานเป็นแบบใหม่ ระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนต้องเป็นภาพรวมที่สามารถตอบสนองรูปแบบการจ้างงานที่หลากหลายโดยเฉพาะในยุคที่ต้องทำตามข้อตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าและการบริการ (GATS)ของการค้าเสรี(http://www.dft.moc.go.th/eximcentre/technical/fta_th_cn.htm) มีผลให้ระบบการจ้างงานและค่าตอบแทนเปลี่ยนไป การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ต้องการความรู้เพื่อมาจัดการให้เกิดภาพอนาคตตามที่พึงประสงค์ได้

1.2 การปรับตัวของระบบต่างๆในวิชาชีพการพยาบาล

สถานการณ์ข้างต้นมีผลให้วิชาชีพการพยาบาลปรับตัวในหลายด้านที่สำคัญคือด้านวิธีคิดของการสร้างบริการในรูปแบบต่างๆ มีบริการเชิงรุกมากขึ้นเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคและการเจ็บป่วย ต้องให้สุขศึกษาโดยใช้กลยุทธ์เพื่อปรับและสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ตรวจวินิจฉัยโรคและให้การรักษาโรคเบื้องต้นได้ ช่วยให้ผู้ป่วยหายป่วยโดยเร็วและสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน มีบทบาทในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ปกป้องสิทธิของผู้รับบริการ ให้บริการด้านข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพแก่ประชาชน มีบทบาทในการบริหารจัดการ เป็นผู้นำและสร้างงานด้านวิชาการและองค์ความรู้อย่างเป็นระบบเพื่อใช้เป็นฐานของการให้บริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ(ประคิณ สุจฉายา และคณะ, 2545) ในขณะที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจะต้องสามารถปฏิบัติงานที่กว้างขวางครอบคลุมในเรื่อง (1)การประเมินภาวะสุขภาพของประชาชน เพื่อจัดการบริการให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับแต่ละกลุ่มบุคคล (2)การจัดการดูแลสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม มีความต่อเนื่องของการบริการสุขภาพ และผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น ส่งเสริมและพิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการ มีการให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงสิทธิ์ของตนเอง (3)สร้างศักยภาพของชุมชนให้สามารถดูแลสุขภาพ มีการแลกเปลี่ยนและเลือกใช้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพและผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น (4)จัดระบบข้อมูลทางสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างต่อเนื่อง (5)จัดระบบและพัฒนาบริการการพยาบาลระดับปฐมภูมิ รวมทั้งมีการประเมิน ตรวจสอบ และพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (6)สร้างและพัฒนาเครือข่ายทางการพยาบาลทั้งในด้านวิชาการและการบริการสุขภาพให้กับบุคคล ครอบครัว และชุมชน (ทัศนา บุญทอง, 2542ข) เหล่านี้เป็นต้นทำให้ระบบต่างๆของวิชาชีพการพยาบาลมีการปรับตัวอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง เช่น ระบบการบริการพยาบาล ระบบการวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนทางการพยาบาล และระบบการจ้างงาน เป็นต้น

การปรับตัวของระบบต่างๆเหล่านี้เกิดขึ้นเพื่อแก้ปัญหาและจัดการกับกลไกที่เป็นเงื่อนไขของการพัฒนาคุณภาพการบริการสุขภาพแก่ประชาชนเป็นสำคัญตั้งแต่การพัฒนามาตรฐานการจัดการศึกษาในสาขาพยาบาลศาสตร์ การพัฒนากลไกการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการบริการพยาบาลในระบบบริการสุขภาพระดับต่างๆทั้งในด้านผู้ให้บริการ การบริการและผลลัพธ์การบริการ เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อตอบคำถามสังคมว่า การทำงานของวิชาชีพการพยาบาลในสถานการณ์ปัจจุบันทั้งในระดับปฐมภูมิ ตติยภูมิและทุติยภูมิ จะมีความไวในการตอบสนองปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นองค์รวมได้อย่างไร และโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าหากองค์กรในระบบปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจด้านการเงินการคลังในการจัดการภารกิจด้านสาธารณสุข ระบบหลักประกันสุขภาพมีความลงตัวมากขึ้นและระบบอื่นๆของสังคมไทยมีผลกระทบต่อความเข้มแข็งของประชาชนและชุมชนในการพึ่งตนเองมากขึ้นแล้ว วิชาชีพการพยาบาลจะสร้างกระบวนการทำงานร่วมกับองค์กรเหล่านั้นได้อย่างไร มีทางเลือกให้วิชาชีพการพยาบาลสามารถแสดงบทบาทหน้าที่ได้อย่างไรทั้งบทบาทเดิมและบทบาทใหม่ที่ไล่ตามการเปลี่ยนแปลงทั้งหลาย ทิศทางการพัฒนากำลังคนทางการพยาบาลควรเป็นอย่างไร

เหล่านี้ล้วนเป็นประเด็นคำถามที่เกิดขึ้นบนฐานของการเปลี่ยนแปลงทั้งสิ้น และถือได้ว่าเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญของระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล

การวิเคราะห์การออกแบบระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลที่ผ่านมาจากการศึกษาพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาล ฉบับ พ.ศ.2528 และฉบับปรับปรุง พ.ศ.2540 ชี้ว่า ระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลให้ความสำคัญกับระบบการปฏิบัติการพยาบาลมากที่สุดโดยระบุ4 บทบาทหลัก ไว้ชัดเจน การผลิตกำลังคนทางการพยาบาลเป็นไปเพื่อตอบสนองความต้องการบุคลากรทางการพยาบาลในภาวะเร่งด่วนของประเทศ (Srisuphan & et al.,1998) ซึ่งวิเคราะห์โดยใช้ศักยภาพการผลิตเป็นฐานคิดสำคัญ ในขณะที่การกระจายพยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพอื่นๆยังปรากฏว่าไม่มีความเท่าเทียมอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2546ข) คำถามที่เกิดขึ้นข้างต้นจึงเป็นคำถามที่ทำให้การหาคำตอบต้องวิเคราะห์ถึงภาพอนาคตของสังคมไทยและสุขภาพของคนไทยที่มีผลต่อการออกแบบระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล ทั้งนี้เป็นการกำหนดแนวทางการพัฒนาที่มีเป้าหมายชัดเจนและให้เกิดความลงตัวมากที่สุดในการหาทางออกเรื่องการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชน

ฐานคิดของการวิจัยอนาคต(futures research) ให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์ผลกระทบของเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นต่อระบบงาน สะท้อนปัญหาและการปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้เกี่ยวข้อง เป็นการสร้างระบบคิดอธิบายภาพการจัดการอนาคตที่ต้องการโดยกำหนดแนวทางและเตรียมการเพื่อให้มีการพัฒนาสู่ภาพอนาคตของระบบงานนั้นๆ โดยอาศัยข้อมูลจากแหล่งต่างๆอย่างรอบด้านและวิเคราะห์ไปข้างหน้าอย่างน้อย 10 ปี (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2540) การใช้เทคโนโลยีการมองอนาคตซึ่งเป็นรูปแบบการวิจัยอนาคตรูปแบบหนึ่งในการเสนอภาพระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลในอนาคต 10 ปีข้างหน้า เพื่อเป็นฐานในการวางเป้าหมายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบต่างๆของวิชาชีพการพยาบาลให้เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น จึงมีความสำคัญ

2... กระบวนการมองอนาคตระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลในประเทศไทย

2.1 หลักการ

จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสังคมและในโลก ทำให้เกิดกระบวนการหาแนวทางในการใช้โอกาสจากการเปลี่ยนแปลง เรียกแนวคิดที่เกิดขึ้นว่า “อนาคตศาสตร์ (futures) ” โดยสำนักความคิดอนาคตนิยม(futurism) การก่อตัวของแนวคิดนี้เกิดขึ้นในวงการอุตสาหกรรมทั้งในทวีปอเมริกาและยุโรป(http://www.acunu.org/millennium/applic-ch1.html) แนวคิดของสำนักคิดนี้มุ่งหวังการใช้ประโยชน์ในการวางแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาในระดับประเทศและขยายวงกว้างเป็นระดับนานาชาติ กระบวนการที่นำมาใช้คือการศึกษาวิจัยอนาคต (future research) โดยการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน แล้วนำไปหาแนวทางที่เป็นไปได้เพื่อให้เกิดสิ่งที่คาดหวัง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการดังกล่าวสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในระดับนโยบายและการวางแผนการพัฒนาประเทศได้(http:/blogger.iftf.org/Future/000254.html) อนาคตศาสตร์จึงไม่ใช่แนวคิดที่จะมาทดแทนการจัดทำแผนและกำหนดนโยบาย แต่เป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนและทำให้กระบวนการเหล่านี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น(Garett อ้างถึงใน สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2540)

สำนักคิดอนาคตนิยมได้รับการวิพากษ์วิจารณ์ว่ามีจุดอ่อนในเชิงกระบวนการและถูกมองว่าเป็นสำนักคิดที่ดับสูญ(futurism is dead)(http:/blogger.iftf.org/Future/000254.html) จากเหตุผลที่ว่าการมองภาพไปข้างหน้าตั้งอยู่บนพื้นฐานของการใช้การคาดเดาจากตัวเลขในเชิงปริมาณ อย่างไรก็ตามพบว่า จากข้อเขียนของ Marien (อ้างถึงใน http:/blogger.iftf.org/Future/000254.html) ซึ่งเป็นบรรณาธิการของ Future Survey ได้กล่าวถึงศาสตร์ในแขนงนี้ว่า โดยแท้จริงแล้วอนาคตศาสตร์มีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะหลากหลายที่เข้ามาช่วยมองไปข้างหน้า ซึ่งไม่เพียงแต่จะอาศัยตัวเลขเชิงปริมาณในการคาดเดาเท่านั้น แต่ในกระบวนการที่เกิดขึ้นนั้นสะท้อนถึงกระบวนการเชิงคุณภาพโดยมีวัตถุประสงค์ที่จะช่วยให้มีความเข้าใจถึงเทคโนโลยีใหม่ ๆและแนวโน้มที่จะส่งผลต่อคุณลักษณะ(character)และบริบทของโลกอนาคต หากพิจารณาในข้อคิดเห็นดังกล่าวแล้ว อนาคตศาสตร์ก็เป็นศาสตร์อีกแขนงหนึ่งที่มีความสำคัญในเชิงกระบวนการที่มีภาพของกระบวนการคุณภาพจากการร่วมมือกันของผู้เชี่ยวชาญที่หลากหลาย

อนาคตศาสตร์เป็นเรื่องที่ซับซ้อนและมีความหลากหลาย ทำให้อนาคตศาสตร์ถูกมองว่าเป็นการวิเคราะห์ยุทธศาสตร์และการพรรณนาวิสัยทัศน์ที่เหมาะสมสำหรับสังคม มีมาตรฐานของระเบียบวิธีวิจัยและวัตถุประสงค์ทั่วไป วิธีการหนึ่งที่ได้รับความนิยมและเป็นที่แพร่หลาย โดยรู้จักในนาม “เทคโนโลยีการมองอนาคต (foresight technology)” (Garett อ้างถึงใน สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2540) เทคโนโลยีการมองอนาคต (foresight technology) เป็นกระบวนการมองไปข้างหน้าอย่างเป็นระบบ โดยพิจารณาอนาคตจากผลกระทบด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี เศรษฐกิจ และสังคม รวมทั้งปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อกัน (ชาตรี ศรีไพพรรณ, 2547)

เทคโนโลยีการมองอนาคต (foresight technology) มีฐานคิดที่พัฒนาจากศาสตร์ในทางการมองอนาคต วิธีคิดการมองอนาคตเป็นกระบวนการที่ได้รับการยอมรับว่ามีความเข้มแข็งในเชิงของกระบวนการศึกษาวิจัยที่อาศัยกระบวนการคิดที่เป็นระบบ สร้างสรรค์ และการคิดออกนอกกรอบคิดเดิม โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง สะท้อนถึงกระบวนการเชิงคุณภาพในการหาตำตอบเชิงแผนงานและยุทธศาสตร์การทำงานเพื่อการพัฒนาเชิงระบบ โดยมีหัวใจสำคัญอยู่ที่ฉากทัศน์(scenario) อันเป็นภาพลักษณ์ของอนาคตทั้งในเชิงแนวคิดหลัก เป้าหมาย วิธีดำเนินการ องค์ประกอบ (Glenn, 1994a) ดังนี้

- **แนวคิดหลัก** ภายใต้ความเชื่อในเรื่องพลวัตรการเปลี่ยนแปลงในบริบททางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และเทคโนโลยี ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงโครงสร้างและการปฏิบัติ สิ่งเหล่านี้เป็นปรากฏการณ์ที่ไม่แน่นอนที่ไม่มีใครทำนายได้ ก่อให้เกิดปัญหาซับซ้อนและไม่ชัดเจนทำให้ไม่มีคำตอบที่ถูกต้องเพียงคำตอบเดียว วิธีการมองอนาคตจึงเป็นการคาดการณ์เหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงว่ามีอะไรบ้าง เหตุการณ์เหล่านั้นจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอะไรได้อีกบ้าง หากต้องการทำให้เกิดสิ่งที่พึงประสงค์แล้วจะต้องทำอย่างไร ดังนั้นจึงเป็นภาพของการทำให้กระจ่างในโอกาสที่เป็นไปได้ทั้งหมดจากสิ่งที่คาดการณ์ว่าจะมีอิทธิพลในระยะเวลาข้างหน้าซึ่งโดยทั่วไปมักจะมองในระยะยาวช่วง 10-25 ปีหรือมากกว่า
- **เป้าหมาย** วิธีคิดของกระบวนการมองอนาคตให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและมุ่งสู่การหาแนวทางทำให้เกิดสิ่งที่พึงประสงค์ในอนาคตให้ได้ เป้าหมายของวิธีการดังกล่าวจึงอยู่ที่การขยายความเข้าใจ(explore) การสร้างสรรค์(create) และการทดสอบความเป็นไปได้และสิ่งที่ไม่น่าเกิดขึ้น อย่างเป็นระบบ ไม่ได้ต้องการทำนาย(prediction)อนาคตว่าเป็นอย่างไร แต่ต้องการทำความเข้าใจอนาคตและใช้ข้อมูลเหล่านั้นเพื่อคาดการณ์ (forecast)ภาพอนาคตที่เป็นไปได้หรือไม่ได้ ซึ่งจะทำให้เกิดแนวทางที่เป็นไปได้ในการสร้างภาพอนาคตที่ต้องการทั้งในเชิงยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติ
- **วิธีดำเนินการ** กระบวนการมองอนาคตไม่ใช่กระบวนการเช่นเดียวกับฟิสิกซ์หรือเคมี เพราะวิธีการนี้ไม่ได้ใช้วิธีการทดลองที่มีการควบคุมปัจจัยต่างๆ ความเชื่อพื้นฐานของรูปแบบการวิจัยนี้อธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลรวมจากสิ่งทั้งหลายรอบตัวและเกี่ยวข้องกับผู้คน ดังนั้น กระบวนการมองอนาคตจึงใช้กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง(participatory approach) ในการมองภาพใหญ่(large scale) ที่ผ่านกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบจากโอกาสที่เป็นไปได้ในวันข้างหน้า (possibilities of tomorrow) การมองอนาคตเป็นการปรึกษาหารือกันอย่างเป็นระบบ และหัวใจสำคัญของการมองอนาคตอยู่ที่การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียอย่างกว้างขวางและอย่างต่อเนื่อง
- **องค์ประกอบ** ประกอบด้วย (1)การกำหนดประเด็นที่จะศึกษา(clarifying the issues) เป็นการสะท้อนประเด็นที่จะทำการศึกษาในทีมทำงานให้มีความเข้าใจตรงกัน ประเด็นที่จะศึกษามักมีลักษณะที่สะท้อนถึง ความเสี่ยง โอกาส ความวิตกกังวล คุณค่า และทางเลือก (2)การหาข้อมูลเพิ่มเติม(acquiring information) ข้อมูลมีความจำเป็นต่อการศึกษา โดยกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลอาจเกิดขึ้นก่อนหรือดำเนินไปตลอดช่วงที่ทำการศึกษา ข้อมูลที่นำมาใช้อาจมีได้หลากหลายทั้งข้อมูลในเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกรณีที่ต้องการการยืนยันสถานการณ์ต่างๆ นอกจากนี้ยังใช้ข้อมูลที่เป็นข้อคิดเห็น ความหวัง ข้อกังวลและแรงจูงใจ (3)การวิเคราะห์ระบบ (analyzing the system) เป็นกระบวนการทำความเข้าใจโครงสร้างหน้าที่ของหน่วยงานหรือระบบ ขั้นตอนนี้อาจทำได้โดยการทบทวนวรรณกรรมหรือการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งอาจเป็นผู้เกี่ยวข้องหลัก(key actors) และตัวแปรอื่นๆ(key variables)ที่เป็นองค์ประกอบย่อย เช่น องค์กรที่เกี่ยวข้องเป็นต้น (4)การอธิบายสถานการณ์ในอดีตและปัจจุบัน(describing the part and present) เป็นการบรรยายความเป็นมาและบรรยายสถานการณ์ปัจจุบัน (5)จินตนาการณ์แนวโน้มและเหตุการณ์ในอนาคต(imagining future trends and events) ในขั้นตอนนี้เป็นการใช้ข้อมูลที่ได้ดำเนินการมาเพื่อ

เป็นฐานคิดในการมองถึงอนาคต การจินตนาการมิใช่การมองอนาคตทั้งหมดแต่เป็นการสะท้อนแนวโน้มกับเหตุการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้น อาจจะเป็นเสี้ยวหนึ่งของเหตุการณ์ทั้งหมดที่อาจจะมีความสำคัญหรือไม่มีความสำคัญเลยก็ได้ อาจเป็นส่วนหนึ่งของเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตหรือเป็นตัวทำให้เกิดเหตุการณ์อื่นๆในอนาคตก็ได้ (6)การจัดทำกรอบฉากทัศน์(framing the scenarios) ในขั้นนี้อาศัยการกำหนดข้อสันนิษฐานที่สอดรับกับวัตถุประสงค์ในการศึกษาว่าต้องการ ทำนาย คาดการณ์ พยากรณ์ จินตนาการ หรือทดสอบทางเลือกนโยบาย ข้อสันนิษฐานอาจมีได้หลายๆข้อแล้วแต่การชี้นำจากข้อมูล ซึ่งจะต้องนำมาจัดกลุ่มข้อสันนิษฐานเหล่านั้นให้เป็นหมวดหมู่เพื่อใช้เป็นกรอบในการจัดทำฉากทัศน์ กรอบฉากทัศน์ไม่มีรูปแบบตายตัว เนื่องจากการมองอนาคตเป็นภาพของการพยากรณ์ คาดการณ์สิ่งที่อาจจะเกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้น ดังนั้นโดยทั่วไปจึงมีการวางกรอบการจัดทำฉากทัศน์โดยพิจารณาถึงความน่าจะเป็นและระดับความเป็นที่ต้องการ (7)การเติมฉากทัศน์(filling in the scenarios) เมื่อวางกรอบฉากทัศน์เรียบร้อยแล้วก็สามารถสร้างฉากทัศน์ได้ กรอบที่กำหนดขึ้นเป็นข้อสันนิษฐานเกี่ยวกับอนาคต ดังนั้นภาพเหตุการณ์ที่เป็นฉากทัศน์จึงเป็นภาพที่เกิดขึ้นตามการคาดการณ์ ซึ่งอาจเป็นไปได้ทั้งในภาพที่เป็นเชิงบวกและเชิงลบ (8)การประเมินฉากทัศน์(evaluating the scenarios) โดยทั่วไปมักจะพิจารณาว่าฉากทัศน์ที่สร้างขึ้นนั้นมีเหตุผลที่รับฟังได้หรือไม่เพียงใด ทั้งนี้เพราะนัยสำคัญของฉากทัศน์จะมีส่วนในการพัฒนากำหนดนโยบาย การวางแผนและแผนงาน ในการประเมินฉากทัศน์ในเบื้องต้นอาจจะต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆเข้ามาให้ความคิดเห็น และ (9)การนำผลการศึกษาไปใช้(applying the results) ขั้นตอนของการนำไปใช้คือการทำให้วัตถุประสงค์มีความสมบูรณ์ กล่าวคือวัตถุประสงค์กำหนดไว้อย่างไรผลที่เกิดขึ้นก็สามารถนำไปสะท้อนตามวัตถุประสงค์ได้ เช่น วัตถุประสงค์บอกเพียงเพื่อสร้างฉากทัศน์ ก็สามารถนำฉากทัศน์ที่ได้ไปทำให้เกิดแผนหรืออื่นๆต่อไปได้ เป็นต้น ความสำคัญของการนำไปใช้จึงอยู่ที่วัตถุประสงค์ที่กำหนดขึ้นตั้งแต่ครั้งแรกที่มีการศึกษาว่าต้องการอะไรอย่างไร

Glenn(1994b)ได้กล่าวถึงความสำคัญของกระบวนการมีส่วนร่วมในการศึกษาอนาคตว่า โดยแท้จริงแล้วการมีส่วนร่วม(participation) จะเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับผู้คนจำนวนหนึ่ง อาจจะโดยวิธีการประชุมเผชิญหน้าโดยตรง(meeting face-to-face) หรืออาจใช้การสอบถามพูดคุยทางโทรศัพท์ ลักษณะดังกล่าวจะทำให้เกิดการขยายสิ่งที่อยากรู้ในเชิงที่เป็นนามธรรม(normative) จึงไม่ใช่การเพ้อฝันโดยไม่มีข้อมูลอะไรเลย วิธีการที่แสดงถึงการมีส่วนร่วมแสดงให้เห็นได้จากวิธีต่างๆ เช่น การสนทนากลุ่ม เป็นต้น โดยวิธีการสนทนากลุ่มนี้ถือว่าเป็นจุดเด่นที่ถูกหยิบยกนำมาใช้ในการมองอนาคต ที่อาศัย การมีส่วนร่วม อาศัยการแสดงข้อคิดเห็น โดยผู้วิจัยหรือผู้ที่ได้รับการฝึกฝนให้นำกลุ่มเป็นผู้ชี้แนวทางการสนทนาที่เกิดขึ้นในกลุ่มขนาดเล็ก ประเด็นคำถามจะถูกป้อนเข้าไปในกลุ่มเพื่อให้เกิดการสะท้อนความคิดเห็นที่เกิดขึ้นจากความเข้าใจของแต่ละคน ในลักษณะดังกล่าวจะทำให้ได้ข้อคิดเห็นที่หลากหลายและมีมิติความแตกต่าง เพราะผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มสามารถอภิปรายได้อย่างอิสระ ผู้นำกลุ่มมีโอกาสซักถามผู้เข้าร่วมการสนทนาเพื่อให้เกิดความกระจ่างในข้อคิดเห็นนั้นๆได้ ในลักษณะเช่นนี้ทำให้เห็นว่า การสนทนากลุ่มจะช่วยให้เกิดทั้งความกระจ่าง(explore)เชิงลึกในประเด็น ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มจะได้รับการกระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น ภายใต้บรรยากาศที่ไม่เป็นทางการและผ่อนคลายนอกจากนี้ยังมีวิธีการอื่นๆอีกเช่น วิธีการ Charrette, SYNCON, Public Delphi, Future search conferences, Groupware เป็นต้น ซึ่งโดยพื้นฐานแล้วก็อาศัยการสนทนากลุ่มทั้งสิ้น(http://www.acunu.org/millennium/applic-ch1.html)

ผลของการมองอนาคตสะท้อนให้เห็นความสำเร็จตามที่นำไปสู่กระบวนการตัดสินใจ(decision making) ในระดับองค์กรและประเทศ ดังเช่น (http://www.acunu.org/millennium/applic-ch1.html)

- Futures in the Virginia Judiciary : A Continuing Success Story โดยใช้กระบวนการมองอนาคต อันเป็นการมีส่วนร่วมของทั้งฝ่ายการศึกษา ตัวแทนจากกลุ่มผู้พิพากษา และประชาชน ที่ส่งผลให้เกิดการสร้างพันธกิจของรัฐ การเปลี่ยนแปลงในการจัดการศึกษาที่เกี่ยวข้อง และความต่อเนื่องในการสร้างกระบวนการยุติธรรมให้มีความเข้มแข็งของรัฐเวอร์จิเนีย
- USAID : Jamaica 2015 as input to USAID/Jamaica's Country Strategy Plan ประสบการณ์ในการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ของประเทศจาไมก้าโดย USAID ที่เรียกว่า " Jamaica 2015 " โดยการใช้กระบวนการมองอนาคต ผู้มีส่วนร่วมในการมองอนาคตประกอบด้วยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจาก USAID และกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในประเทศจาไมก้า ฉากทัศน์ที่เกิดขึ้นจากการมองอนาคตของประเทศจาไมก้าในปี 2015 ได้แก่ 1) business-as-usual เป็นการขยายแนวโน้มและพลวัตรเชิงธุรกิจ 2) tele-Jamaica เป็นกระบวนการพัฒนาการทำงานของคนจาไมก้าที่เชื่อมโยงกับโพ้นทะเล(oversea) และ 3) the pits เป็นการใช้โอกาสจากเงื่อนไขและนโยบายจากพลวัตรการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ปัจจุบัน
- The Shell Case กรณีบริษัทเชลอินเตอร์เนชั่นแนล ปิโตรเลี่ยม จำกัด (Shell International Petroleum Company, Royal Dutch/Shell group) ที่สะท้อนความสำเร็จในการบริหารจัดการจากการใช้ภาพความไม่แน่นอนของอนาคตที่เป็นผลมากจากการผันผวนของราคาน้ำมันในตลาดโลกที่กำหนดโดยกลุ่มประเทศผู้ผลิตน้ำมันในตะวันออกกลาง(OPEC) จากภาพดังกล่าวทำให้เกิดความมหัศจรรย์(miracles)ในความกระจ่างและการผลิตน้ำมันโดยการค้นพบกลุ่มประเทศผู้ผลิตน้ำมันที่ไม่ใช่กลุ่ม OPEC การมีความเต็มอกเต็มใจในการเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการเป็นผู้ผลิตน้ำมัน ซึ่งทำให้สามารถผลิตน้ำมันในราคาไม่สูงได้ เป็นผลดีต่อผู้บริโภค ไม่ทำร้ายต่อธรรมชาติหรือไม่ก่อให้เกิดสงครามแย่งชิงกักตุนน้ำมัน ทำให้บริษัทเชลเป็นผู้ถือครองน้ำมันที่ดีกว่าคู่แข่งขัน ทั้งนี้โดยใช้การมีส่วนร่วมในการมองภาพอนาคตจากผู้บริหารในระดับวางแผนและที่ปรึกษาจากภายนอกบริษัท
- The Mont Fleur Scenarios เป็นภาพอนาคตที่เกิดขึ้นจากการมองอนาคตของประเทศแอฟริกาใต้ใน 10 ปีข้างหน้า(3 ปีก่อนหมดยุคนโยบายแบ่งแยกสีผิว)โดยกลุ่มผู้นักเขียนภาพอนาคตผู้ซึ่งเข้าร่วมการประชุมปฏิบัติการ มีการเคลื่อนไหวเกิดขึ้นหลังการมองภาพอนาคตในแง่มุมทางการเมือง เกิดการพูดคุยอภิปรายอันเป็นวาระแห่งชาติ นำไปสู่การได้อิสรภาพในการลงมติที่เป็นความแตกต่างในแอฟริกาใต้ โดยภาพอนาคตที่เกิดขึ้นในเวลานั้นได้แก่ 1) Ostrich เป็นภาพการผ่อนคลายวิกฤตที่เกิดขึ้นจากการที่รัฐบาลไม่ได้ถูกยอมรับ 2) Lame Duck เป็นภาพการยอมรับอย่างสงบแต่การเปลี่ยนผ่านของการบริหารเกิดขึ้นอย่างเชื่องชาและอยู่บนฐานความลังเล 3) Icarus เป็นภาพของการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วแต่รัฐบาลใหม่ขาดความมั่นคง และนโยบายด้านเศรษฐกิจของพรรคการเมือง และ 4) Flight of the Flamingos เป็นภาพที่สะท้อนความมั่นคงในเชิงนโยบายของรัฐบาลและประเทศที่นำพาไปสู่ความเจริญงอกงามและเป็นประชาธิปไตย

มีการให้คุณค่าของงานอนาคตว่าขึ้นอยู่กับรูปแบบของการศึกษา(สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2540) ถ้าเป็นรูปแบบที่เป็นรูปธรรม(objective approach) ที่ขบวนการสร้างภาพอนาคตกระทำโดยใช้ตัวเลขและความเห็น การตัดสินว่าอะไรเป็นสิ่งที่ต้องการจะทำก็ต่อเมื่อได้สร้างฉากทัศน์(scenario)เสร็จเรียบร้อยแล้ว และไม่ได้ตัดสินโดยผู้ที่สร้างฉากทัศน์แต่เป็นผู้ที่จะต้องใช้ ผู้ที่รับผิดชอบให้ความเห็นมักจะเป็นกลุ่มผู้กำหนดนโยบาย กลุ่มที่เกี่ยวข้องหรือประชาชน หากเป็นแบบนามธรรม(normative approach) ซึ่งมองว่าคุณประโยชน์จะเกิดขึ้นเมื่อได้มีการสร้างอนาคตที่ปรารถนา(desired future) และการที่จะตัดสินว่าเป็นสิ่งที่ปรารถนาหรือไม่นั้นจะต้องกำหนดไว้ก่อนขบวนการสร้างฉากทัศน์ และฉากทัศน์ที่ได้มาจะเป็นสิ่งที่บอกว่าตัวฉากทัศน์นั้นมีคุณค่าแค่ไหน

การศึกษาอนาคตสามารถดำเนินการได้ 2 วิธีซึ่งอาจจะทำโดยวิธีใดวิธีหนึ่งหรือใช้ร่วมกันทั้ง 2 วิธี คือ (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2540)

1) Hard approach เป็นการศึกษาอนาคตที่อาศัยข้อมูล(objective) มักดำเนินการโดยผู้เชี่ยวชาญ ต้องอาศัยระเบียบวิธีวิจัยที่เป็นเทคนิคและใช้คอมพิวเตอร์ เป็นการออกแบบการศึกษาที่ต้องการให้ได้ผลลัพธ์ออกมาเป็นรูปร่าง และ
2) Soft approach เป็นการศึกษาอนาคตเกี่ยวกับการแสดงความคิดเห็น ความรู้สึก (normative) ต้องการผู้เข้าร่วมกลุ่มหลากหลาย ไม่ใช้เทคนิคสูงมักเป็นการศึกษาแบบใช้กระบวนการ เช่น การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างจินตนาการ เป็นต้น

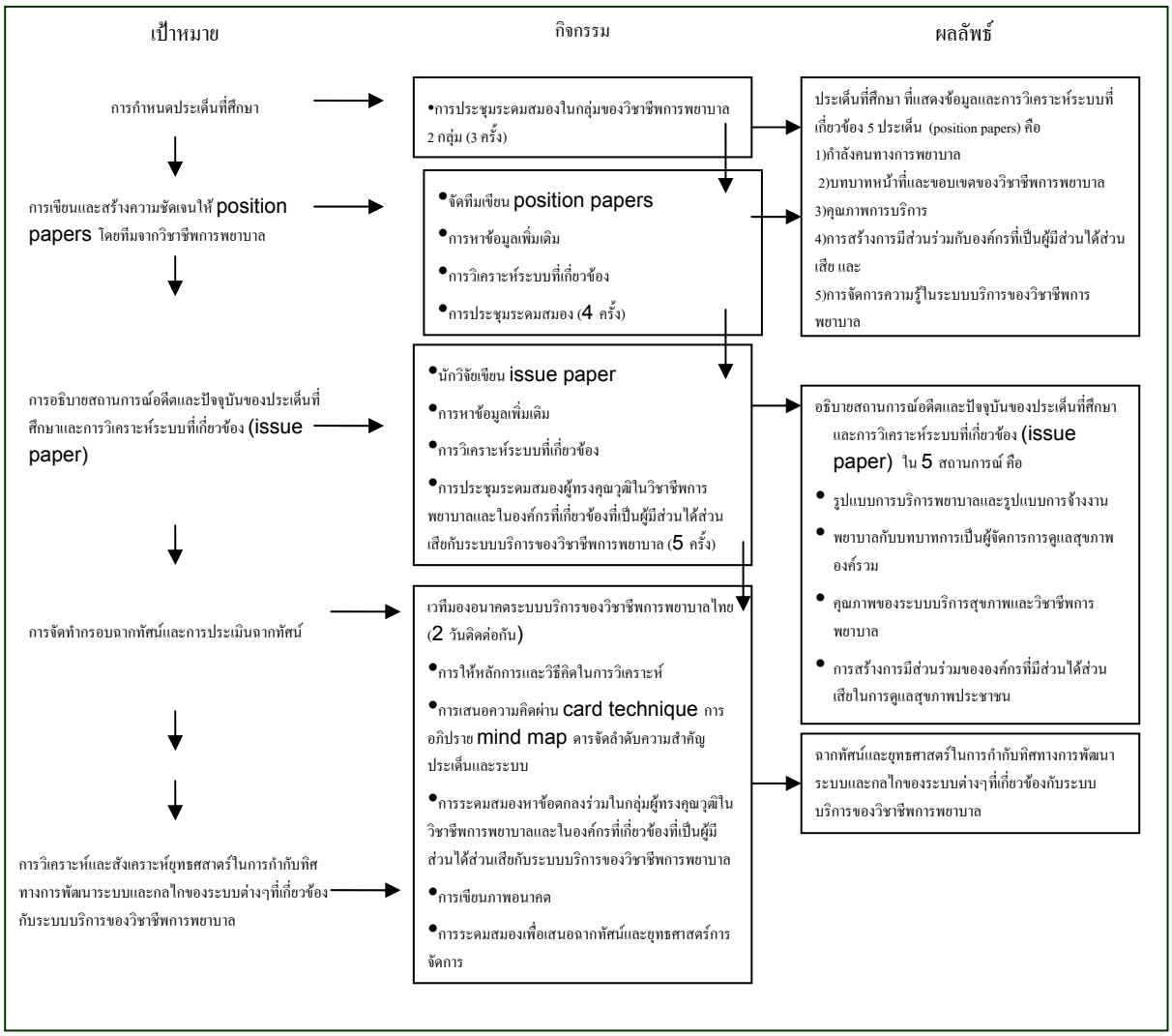
ในการเลือกวิธีการและเครื่องมือในการศึกษาอนาคตจะแตกต่างกันไปตามวัตถุประสงค์ในการศึกษา ซึ่งในการศึกษาหนึ่งอาจใช้เครื่องมือใดเครื่องมือหนึ่งหรือใช้หลายๆเครื่องมือก็ได้ โดยทั่วไปแล้วเครื่องมือจะถูกใช้ให้ทำหน้าที่ หาความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ(soliciting expert opinion) สร้างความคิด(generating ideas) หาข้อสรุป(developing consensus) วิเคราะห์(analyzing) ตรวจสอบ(scanning) ฉายภาพข้างหน้า(projection) ตัดสินใจ(making judgment) เพิ่มศักยภาพ(empowering) โดยมีเทคนิคต่างๆเข้ามาเกี่ยวข้องในวิธีการเหล่านี้ เช่น การสัมภาษณ์เจาะลึก การประชุมระดมสมอง การใช้ checklist การใช้บทบาทสมมติ เป็นต้น

จะเห็นว่า โดยแท้จริงแล้วการศึกษาอนาคตนั้นเป็นศาสตร์ที่มีมานานพอสมควรและเป็นศาสตร์ที่ได้รับการพัฒนามาโดยตลอด ถึงแม้จะมีประเด็นวิพากษ์วิจารณ์ในแง่มุมความเป็นวิทยาศาสตร์ของศาสตร์นี้จะเป็นประเด็นที่ถกเถียงอยู่ในปัจจุบัน แต่บนฐานคิดของศาสตร์ด้านนี้นั้นประเด็นสำคัญอยู่ที่ความเข้มงวดในกระบวนการศึกษาทั้งการวิเคราะห์และการสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำสู่กระบวนการมองอนาคตโดยกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการดูแลสุขภาพประชาชน การนำการศึกษาอนาคตมาใช้ครั้งนี้ จึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่ต้องการศึกษาที่ว่า ระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลในอนาคตของไทยเป็นอย่างไร จะมียุทธศาสตร์อย่างไรบ้างเพื่อให้เกิดภาพอนาคตของระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลไทยเป็นอย่างที่คาดหวัง

2.2 กระบวนการ กิจกรรม และ ผลลัพธ์ในการมองอนาคตระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลไทย

รูปแบบการศึกษาครั้งนี้ใช้เทคโนโลยีการมองอนาคต(foresight technology)เป็นเครื่องมือสำคัญจากพลวัตรการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม เทคโนโลยีสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และนโยบาย ที่ทำให้บริบทด้านสุขภาพและระบบสุขภาพเกิดการปรับตัวตาม ซึ่งก็รวมถึงระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลด้วย ความไม่แน่นอนในพลวัตรการเปลี่ยนแปลงและการคาดเดาไม่ได้ทำให้เกิดความไม่ชัดเจนในการจัดการด้านต่าง ๆในระบบต่าง ๆของวิชาชีพการพยาบาลไทย หากจะต้องวางแผนปฏิบัติการในอนาคตแล้ว การใช้วิธีการนี้จะทำให้เห็นภาพอนาคตระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลในประเทศไทยได้อย่างลาง ๆและสร้างแผนยุทธศาสตร์ในการพัฒนาระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลไทยได้

ในการมองอนาคตระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลไทยครั้งนี้มี กระบวนการ กิจกรรม และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละกระบวนการหรือกิจกรรม ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 เป้าหมายของกระบวนการศึกษา กิจกรรม และผลลัพธ์ในการมองอนาคตระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลไทย อีก10 ปีข้างหน้า

กิจกรรม

1) การกำหนดประเด็นที่จะศึกษา โดยใช้กิจกรรมต่างๆดังนี้

- **การประชุมพูดคุยและระดมสมอง** เป็นวิธีการที่นำมาใช้ในการสะท้อนถึงการมีส่วนร่วมที่ถือว่าเป็นหัวใจสำคัญในวิธีการมองอนาคตเพื่อทำให้เกิดความกระจ่างในประเด็นที่จะทำการศึกษา(Glenn, 1994b) โดยเชื่อว่าเป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการขยายสิ่งที่อยากรู้ในเชิงที่เป็นนามธรรม(normative)ว่าอนาคตน่าจะเป็นอย่างไร มากกว่าการวิเคราะห์ว่าอะไรจะเกิดขึ้นบ้าง โดยประเด็นคำถามจะถูกป้อนเข้าไปในกลุ่มเพื่อให้เกิดการสะท้อนความคิดเห็นที่เกิดขึ้นจากความเข้าใจของแต่ละคน ซึ่งสามารถอภิปรายได้อย่างอิสระ ผู้นำกลุ่มสามารถซักถามผู้เข้าร่วมการสนทนาเพื่อให้เกิดความกระจ่าง(explore)ในข้อคิดเห็นนั้นๆได้ การประชุมระดมสมองในกลุ่มบุคลากรในวิชาชีพการพยาบาล 2 กลุ่ม คือกลุ่มนักวิชาการและผู้ทรงคุณวุฒิ กลุ่มผู้บริหารหน่วยบริการพยาบาลและผู้ปฏิบัติในระบบบริการสุขภาพระดับต่างๆ ทำให้เกิดความชัดเจนในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการในระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลใน 5 ประเด็นหลักคือ (1)กำลังคนทางการพยาบาล (2)บทบาทหน้าที่และขอบเขตของวิชาชีพการพยาบาล (3)คุณภาพการบริการ (4)การสร้างการมีส่วนร่วมกับองค์กรที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และ (5)การจัดการความรู้ในระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล
- **การสร้างความชัดเจนให้ position paper ให้มีความชัดเจน** ทั้งในประเด็นและข้อมูลสนับสนุน โดยมีการแบ่งทีมทำงานในกลุ่มผู้ร่วมกระบวนการเพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์ประเด็นทั้ง 5 ประเด็น โดยใช้กิจกรรมหลัก 3 กิจกรรม คือ การประชุมปรึกษาหารือและอภิปราย การศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนการเสนอประเด็นและคำถามในแต่ละประเด็น และการประชุมเพื่อวิเคราะห์ระบบที่เกี่ยวข้อง ซึ่งทำให้ได้ position papers (สามารถแสดงเป็นแผนที่ความคิดในภาพรวมและในแต่ละประเด็น ในภาคผนวก 1)
- **การอธิบายสถานการณ์ในอดีตและปัจจุบันในประเด็นต่าง ๆพร้อมการวิเคราะห์ระบบที่เกี่ยวข้อง** โดยการจัดทำ issue paper ภายใต้ผลการสร้างความชัดเจนให้ position paper แล้ว ได้ทำการสังเคราะห์ให้เห็นประเด็นต่างๆที่อยู่ภายใต้ประเด็นหลัก 5 ประเด็น คือ และนำเสนอต่อกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิในวิชาชีพการพยาบาล 3 ครั้งและ กลุ่มผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียและเกี่ยวข้องกับระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลอีก 1 ครั้ง
- **การนำเสนอและรับฟังความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ กลุ่มในองค์กรที่มีส่วนได้ส่วนเสียและเกี่ยวข้องกับระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล** เป็นจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง อนาคตระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลในประเทศไทย พ.ศ.2548-2558 ใช้กระบวนการที่ชี้ให้เห็นสถานการณ์ระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลไทยในอดีตและปัจจุบันในประเด็นต่างๆ โดยให้องค์กรที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลเป็นผู้นำเสนอความชัดเจนของ issue paper ประกอบด้วย บุคลากรวิชาชีพพยาบาล แพทย์ เภสัชกร ทันตแพทย์ กายภาพบำบัด ฝ่ายการศึกษา องค์กรเอกชน NGOs องค์กรภาคประชาชน องค์กรรัฐ องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการจ้างงาน เช่น สปสช. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น รวมถึงสมาคมและมูลนิธิต่างๆ และนักวิชาการอิสระ ผลการประชุมทำให้ได้ข้อคิดเห็นและมุมมองที่แตกต่างจากลุ่มของวิชาชีพการพยาบาล และขยายความเข้าใจในประเด็นต่างๆที่เป็นมุมมองของ “คนนอก” ระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลมากขึ้น (ดูได้จากแผนที่ความคิดในภาพรวมและในแต่ละประเด็น ในภาคผนวก 2)

2) เวทีมองอนาคตระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลไทย เป็นการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องอนาคตระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลในประเทศไทย พ.ศ.2548-2558 โดยในครั้งนี้มีผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้ที่เกี่ยวข้อง จากหลากหลายภาคส่วนเข้าร่วมในกระบวนการ เป้าหมายสำคัญของการประชุมครั้งนี้เพื่อสะท้อนภาพอนาคตระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลไทย และนำไปสู่การวิเคราะห์และสังเคราะห์ประเด็นยุทธศาสตร์และแนวทางการพัฒนาระบบต่างๆที่เป็นกลไกและเงื่อนไขสำคัญของการพัฒนาระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลในประเทศไทย ให้เป็นอย่างที่คาดหวังหรือลดภาพที่ไม่ต้องการ ในกิจกรรมในกระบวนการมองอนาคตระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลไทยนี้ สามารถจำแนกเป็นขั้นตอนได้ดังนี้

- **การให้ข้อมูลเพื่อการกระตุ้นคิด** โดยใช้ภาพเหตุการณ์ ปรากฏการณ์การเปลี่ยนแปลงของสังคม ระบบการค้าเสรี ระบบอุตสาหกรรม ค่านิยม ภัยคุกคามต่อสุขภาพทั้งจากธรรมชาติและจากน้ำมือของมนุษย์ ที่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและส่งผลต่อภาวะสุขภาพของประชาชน จากภาพความจริงที่ปรากฏจึงนำสู่การหาคำตอบว่าในอนาคตการจัดบริการสุขภาพของคนไทยจะเกิดขึ้นได้อย่างไร และได้เสนอถึงบทบาทของพยาบาลในอนาคตกับการเป็นผู้จัดการสุขภาพองค์รวม ทั้งนี้โดยผ่านสื่อวิดิทัศน์เพื่อกระตุ้นคิดผู้เข้ามามีส่วนร่วมในการมองอนาคตระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลไทย ตลอดจนการนำเสนอประเด็นสำคัญจาก issue paper

- **การให้แนวคิดและหลักการของการมองอนาคต(Foresight) และระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลไทย** โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อเท็จจริงในระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลไทย (สถานการณ์ในอดีตและปัจจุบันจาก issue paper) และแนวคิดการมองอนาคต ข้อมูลทั้ง 2 ส่วนเป็นข้อมูลที่เชื่อมโยงกัน เป้าหมายของการให้ข้อมูล 2ส่วนนี้มีส่วนกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกระบวนการได้เกิดความเข้าใจในระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลไทยและวิธีการมองอนาคตไปพร้อมๆกัน

- **การระดมสมอง การอภิปรายในประเด็นหลัก และประเด็นอื่นๆ** ผู้เข้าร่วมการประชุมสามารถอภิปรายได้อย่างอิสระทั้งนี้การนำเสนอสถานการณ์ในอดีตและปัจจุบันจาก issue paper ขมวดที่ประเด็นคำถามที่ก่อให้เกิดการคิดวิเคราะห์เชิงระบบและการคาดการณ์อนาคตจากผลการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบดังกล่าวด้วย ในบรรยากาศที่เป็นกันเองผ่อนคลาย และถ้อยทีถ้อยอาศัย ทั้งนี้เป็นการใช้ความคิดและข้อมูลของผู้เข้าร่วมประชุมเป็นหลัก มาประกอบกับข้อมูลจาก issue paper โดยใช้เครื่องมือในการระดมสมอง ดังนี้

  (1) Card technique เป็นเทคนิคการเขียนความคิดบนกระดาษที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์หาปัจจัยที่เป็น driving force ที่อยู่ภายใต้ประเด็นนั้นๆ หลังจากการวิเคราะห์ได้เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายเพิ่มเติมในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน ทั้งนี้มีการเพิ่มเติมเช่น ประเด็นการเปิดการค้าเสรีที่ทำให้เกิดความต้องการพยาบาลที่มีคุณภาพมากขึ้น และความคุ้มทุนทำให้มีผู้ป่วยมากขึ้น เป็นต้น

  (2) แผนที่ระดมความคิด(mind map) ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถแสดงความคิดเห็นโดยการต่อเติมแผนที่ระดมความคิดในประเด็นจาก issue paper ทั้ง 5

  (3) การจัดลำดับความสำคัญโดยใช้ดาวคะแนน ผู้เข้าร่วมประชุมได้รับการแจกดาวคะแนนสีต่างๆจำนวน 3 สี แต่ละสีมีค่าคะแนนที่แตกต่างกันตั้งแต่ 1-3 คะแนน ดาวคะแนนเป็นการสะท้อนถึงการวิเคราะห์แนวโน้มอนาคตระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลไทย จาก

หลักการในการวิเคราะห์แนวโน้มและข้อมูลที่มี ซึ่งแนวโน้มเป็นแรงผลักที่มีผลกระทบในระดับหนึ่ง แนวโน้มต่างจากความไม่แน่นอนที่ความไม่แน่นอนเป็นความพลิกผัน ที่เห็นว่าอาจเกิดขึ้นได้และหากเกิดจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนทิศของระบบที่เกี่ยวข้องได้มาก ในขณะที่แนวโน้มเป็นสิ่งที่น่าจะทราบล่วงหน้าได้ว่าจะเกิดขึ้นมากที่สุด หลักการวิเคราะห์แนวโน้มกับเหตุการณ์ในอนาคตนี้ คือมีเหตุการณ์ใดบ้างน่าจะเกิดขึ้นมากที่สุดในอนาคต และระบบที่สนับสนุนมีอะไรบ้าง แรงผลักสำคัญมาจากที่ใดและอย่างไร มีความไม่แน่นอนใดบ้างที่อาจส่งผลกระทบต่อเหตุการณ์อนาคตได้ ซึ่งอาจเป็นผลดี หรือ ผลเสียต่อระบบ และ อาจเกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้นจริงก็ได้ ซึ่งผลจากการวิเคราะห์ผ่าน STEEP ทำให้เกิดประเด็นที่เป็นความไม่แน่นอนอย่างน้อย 16 ประเด็น จากนั้นนำมาวิเคราะห์ผ่านกราฟความไม่แน่นอน ภายใต้วิธีคิดในการอธิบาย ความไม่แน่นอน กับ ผลกระทบและโอกาส โดยเขียนกราฟอธิบายประเด็นจาก การที่มีผลกระทบสูงและมีโอกาสเกิดน้อยจะเป็นประเด็นหรือระบบที่ต้องได้รับการจัดการสูง

3) การเขียนภาพอนาคต เป็นกระบวนการที่ใช้หลักการในการตีโจทย์ประเด็นของระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล โดยใช้ข้อมูลจาก issue paper และจากผู้เข้าร่วมกระบวนการ ตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์และเหตุการณ์ในระบบต่าง ๆของวิชาชีพการพยาบาลทั้งในอดีตและปัจจุบันประเด็นอนาคตของระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลไทย แนวโน้มและความไม่แน่นอนของ STEEP ตลอดจนข้อมูลอื่นๆ โดย (1)ให้คิดโจทย์ว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในปี พ.ศ.2558 เป็นอย่างไรจากนั้นให้ กำหนดกรอบฉากทัศน์ (scenario logics) เช่น หาความหมายว่าโรคทางสังคมรุนแรงหมายถึงอะไร วิกฤตเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นมีใครได้รับผลกระทบบ้าง ให้มองอย่างรอบด้าน และให้นำปัจจัยความไม่แน่นอน ปัจจัยสนับสนุน โอกาสที่พลิกผัน เพื่อวิเคราะห์หา key success factor และแนวทางการจัดการ (2)เน้นที่ฐานคิดไม่ใช่ตีความที่ระดับกิจกรรม โดยวิเคราะห์ลึกลงไปที่ระบบคิด ที่อธิบายสิ่งที่อยู่เบื้องลึกของสถานการณ์ เช่น การแพทย์พื้นบ้าน ไม่ใช่ตีความที่กิจกรรม แต่ให้มองเห็นถึงวิถีชีวิต แนวคิด ปรัชญาที่ซ่อนอยู่ภายใต้เหตุการณ์นั้นๆ (3)จากนั้นจึงมองย้อนกลับมาว่า ณ วันนี้เราจะทำอะไร ปี 2554 ปี 2556 จะมีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้น ใครบ้างที่เข้ามาเกี่ยวข้อง และมีผลกระทบต่อระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลได้ในทิศทางใดและอย่างไร

ภาพอนาคตระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลไทย(ภาคผนวก 3) ที่เกิดขึ้นถูกใช้เป็นข้อมูลในการกระตุ้นความคิดของผู้เข้าร่วมกระบวนการเขียนภาพอนาคตโดยการอภิปราย วิพากษ์ และวิเคราะห์ ทำให้ภาพอนาคตระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลไทยมีลักษณะสำคัญ 4 ด้าน ดังนี้

1. ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนผลิตและจ้างงานพยาบาล
2. ไอที (information technology) มีบทบาทในการดูแลสุขภาพประชาชนและจัดการระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล
3. พยาบาลมีบทบาทในการเป็นผู้จัดการสุขภาพชุมชน
4. ธุรกิจบริการสุขภาพเติบโตและสร้างปัญหาต่อระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล

3... สรุป ประเด็นสำคัญของอนาคตระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลในประเทศไทย

3.1 ประเด็นที่ศึกษา (POSITION PAPERS)

การวิเคราะห์สถานการณ์ระบบการพยาบาลไทย โดยใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรม พบประเด็นหลักของสถานการณ์ระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลในประเทศไทย คือ กำลังคนทางการพยาบาล บทบาท ขอบเขตและหน้าที่ของวิชาชีพการพยาบาล คุณภาพบริการพยาบาล การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล และการจัดการความรู้ในวิชาชีพการพยาบาล ดังนี้

3.1.1 กำลังคนทางการพยาบาล

โดย วิลาวัณย์ เสนารัตน์

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง แนวโน้มด้านสุขภาพและกำลังคนทางการพยาบาล

ปัจจุบันประชาชนไทยมีจำนวนกว่า 62 ล้านคน และมีอายุยืนยาวขึ้น โดยอายุขัยเฉลี่ย 68 ปีในผู้ชาย และ 75 ปี ในผู้หญิง ทำให้มีปัญหาโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อเสื่อม ประกอบกับกลุ่มวัยทำงานมีอัตราการเกิดอุบัติเหตุและติดเชื้อ HIV/AIDS แล้วเสียชีวิตค่อนข้างสูง ทำให้อัตราพึ่งพิงสูงขึ้น จึงทำให้ความต้องการให้มีระบบการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรคอย่างครอบคลุม ทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากฐานะเศรษฐกิจ วิถีชีวิตเปลี่ยนไป ความเร่งรีบในการดำเนินชีวิต วัฒนธรรมการบริโภคทางตะวันตกมีอิทธิพลสูง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น เนื่องจากการบริโภคข้อมูลข่าวสารการโฆษณาประชาสัมพันธ์จากผู้ผลิตสินค้า การคุ้มครองผู้บริโภคยังไม่สามารถควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการผลิตได้ทั่วถึง ทำให้เกิดผลเสียต่อกลุ่มผู้บริโภค ส่งผลต่อสุขภาพ ถึงแม้ว่าประชาชนจะมีระดับการศึกษาดีขึ้น แต่ความสนใจต่อสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนยังน้อย ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีเป็นไปอย่างรวดเร็ว มีผลต่อการบริโภคเทคโนโลยีที่ไร้ขอบเขต การควบคุมกำกับมีความยุ่งยากซับซ้อน ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ทั้งสารพิษจากโรงงานอุตสาหกรรม การใช้สารเคมีในการเกษตร ปัญหาการทำลายทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมส่งผลให้เกิดภาวะคุกคามต่อชีวิตและสุขภาพ เช่น น้ำท่วม โรงงานระเบิด ฯลฯ รวมทั้งความผันผวนทางเศรษฐกิจของประเทศ ทำให้ครอบครัวประสบปัญหาการว่างงาน เกิดภาวะเครียด นำไปสู่ปัญหาครอบครัว ปัญหาสังคมและสุขภาพ ระบบการดูแลช่วยเหลือของระบบสุขภาพที่เป็นอยู่ยังมีปัญหาทั้งด้านคุณภาพ ประสิทธิภาพและความเป็นธรรม จึงต้องมีการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์ในเรื่องสุขภาพและระบบสุขภาพ มีการปฏิรูประบบสุขภาพ และรัฐบาลมีนโยบายเร่งด่วนในการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งเริ่มขึ้นเมื่อปี 2543 ได้ดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพโครงการ 30 บาท ในปี 2544 โดยมุ่งหวังให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ (Quality) มีประสิทธิภาพ(Efficiency) มีความต่อเนื่อง (Continuity) มีความเท่าเทียม (Equity) และสามารถเลือกรับบริการได้ (Choice)

กำลังคนด้านสุขภาพเป็นทรัพยากรหลักของระบบบริการสุขภาพซึ่งมีความสำคัญยิ่งต่อการพัฒนาภาวะสุขภาพของประชาชน พยาบาลเป็นบุคคลากรส่วนใหญ่ของระบบบริการสุขภาพในทุกระดับคิดเป็นร้อยละ 75

(กระทรวงสาธารณสุข,1999) การปฏิรูประบบสุขภาพส่งผลต่อนโยบายและแผน กำลังคน การผลิต การใช้ การกระจาย และการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ โดยเฉพาะบุคลากรพยาบาล เพื่อให้บรรลุ เป้าหมายสูงสุดด้านสุขภาพ คือ สุขภาวะของประชาชน

นโยบายและแผนกำลังคนทางการพยาบาล

ปัจจุบันนโยบายและแผนกำลังคนด้านสุขภาพได้รวมอยู่ในนโยบายสุขภาพ อย่างไรก็ตามยังไม่มีความชัดเจนในนโยบายและแผนกำลังคนด้านพยาบาลผดุงครรภ์ แผนที่ผ่านมาจะมุ่งเฉพาะจำนวนการผลิตและการกระจายในหน่วยงานของรัฐเป็นส่วนใหญ่ มิได้มีคณะกรรมการวางแผนกำลังคนด้านพยาบาลและผดุงครรภ์โดยเฉพาะ การมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนกำลังคนมีน้อยในทุกระดับใน พรบ.สุขภาพฯได้บรรจุส่วนของคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพได้ ซึ่งได้มีคณะกรรมการจากหลายสาขาอาชีพ มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะเข้าไปร่วมเป็นคณะกรรมการชุดนี้

การให้ความรู้ด้านนโยบายและแผน กระบวนการมีส่วนร่วมการวางแผนกลยุทธ์เป็นความจำเป็นและเป็นความต้องการอย่างมากสำหรับบุคลากรพยาบาลทุกระดับ การจัดการด้านงบประมาณ การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง การใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายที่เป็นรูปธรรม ระบบการกำกับดูแลที่ดี จะช่วยให้บุคลากรพยาบาลเป็นกำลังคนที่มีคุณภาพในระบบสุขภาพใหม่หลังการปฏิรูประบบสุขภาพ

ดังนั้น ควรศึกษาวิจัยเพื่อเพิ่มศักยภาพด้านนโยบายและแผนกับบุคลากรทางการพยาบาล สร้างระบบเครือข่ายความร่วมมืออย่างใกล้ชิดในการกำหนดนโยบายและแผนกำลังคนทางการพยาบาลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ความชัดเจน เกิดการมีส่วนร่วมและมีความครอบคลุม

การผลิตกำลังคนทางการพยาบาล

ในประเทศไทยระบบการศึกษาพยาบาลได้รับการวางระบบไว้เป็นอย่างดี โดยความรับผิดชอบของทบวงมหาวิทยาลัยเดิมหรือ กศอ. ในปัจจุบันซึ่งอยู่ภายใต้กระทรวงศึกษาธิการ มีระบบการประกันคุณภาพการศึกษา ขณะที่สภาการพยาบาลเป็นผู้ดูแลด้านมาตรฐานการประกอบวิชาชีพ

ในอดีตที่ผ่านมาเมื่อปี พ.ศ. 2523 กระทรวงสาธารณสุขได้เกิดปัญหาการขาดแคลนพยาบาล ในระบบสุขภาพ จึงได้ผลิตพยาบาลระดับต้นซึ่งเป็นหลักสูตร 2 ปี เพื่อให้ผู้สำเร็จการศึกษาสู่ระบบบริการสุขภาพได้เร็วขึ้น

ในปี พ.ศ. 2533 ทบวงมหาวิทยาลัยได้มีการวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนสาขาพยาบาลศาสตร์ พบว่าการผลิตพยาบาลนอกจากปริมาณไม่เพียงพอกับความต้องการแล้ว คุณภาพการผลิตยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานอุดมศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณวุฒิอาจารย์ผู้สอนและสิ่งสนับสนุนทางการพยาบาล หากไม่มีการแก้ไขปรับปรุงระบบการผลิตอย่างเร่งด่วนแล้ว การพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลสำหรับประชาชนอาจไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร

ดังนั้นคณะรัฐมนตรีได้มีมติ เมื่อวันที่ 1 กันยายน 2535 (กองแผนงาน สำนักงานปลัดทบวงมหาวิทยาลัย,2536) ให้เพิ่มการรับนักศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ ในสถาบันที่มีศักยภาพการผลิตสูงในทบวงมหาวิทยาลัยและสถาบันการศึกษาเอกชนระหว่าง พ.ศ. 2536-2544 จำนวน 6,203 คน เพื่อให้ได้อัตราส่วนพยาบาลต่อประชากร 1:950 และให้มีการปรับปรุงคุณวุฒิอาจารย์พยาบาล โดยจัดสรรทุนการศึกษาระดับปริญญาโท-เอกในสาขาพยาบาลศาสตร์ ณ ต่างประเทศ จำนวน 331 ทุน สำหรับทบวงมหาวิทยาลัยและวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งให้งบประมาณในการก่อสร้างอาคารเรียนและหอพักนักศึกษาพยาบาล โดยมีวงเงินงบประมาณทั้งสิ้นรวม 2,080 ล้านบาท

จากการศึกษาการคาดประมาณการผลิตพยาบาลวิชาชีพ พ.ศ. 2538 (Srisuphan et.al,1998) พบว่าเมื่อปรับจำนวนพยาบาลที่ออกจากวิชาชีพพยาบาลแล้ว ใน พ.ศ. 2559 จะมีพยาบาลวิชาชีพทั่วประเทศอยู่ระหว่าง 138,000-142,400 คน คิดเป็นอัตราส่วนพยาบาลต่อประชากร 1:500 ซึ่งเป็นอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกับญี่ปุ่นและไต้หวัน แต่เนื่องจากประเทศไทยพบกับภาวะวิกฤตเศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2540 และนโยบายการปฏิรูประบบราชการ พ.ศ. 2542 ทำให้จำนวนการผลิตได้ถูกลดลงประมาณปีละ 3,000 คน ในขณะที่ปี พ.ศ. 2543 ได้มีการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งมีความต้องการพยาบาลวิชาชีพเพื่อไปสนับสนุนการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิจำนวนมาก

จากการศึกษาการผลิตกำลังคนสาขาพยาบาลศาสตร์ (วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2545) ได้ศึกษาการผลิตกำลังคนสาขาพยาบาลศาสตร์ของสถาบันการศึกษาพยาบาลในประเทศ ระหว่าง พ.ศ. 2544-2551 พบว่า

ระหว่างปี พ.ศ. 2544-2551 สถาบันการศึกษาจะสามารถผลิตพยาบาลวิชาชีพหลักสูตร 4 ปี และหลักสูตรต่อเนื่องได้ 575,511 คน เฉลี่ยปีละ 7,189 คน ซึ่งต่ำกว่าการคาดประมาณการผลิตไว้เมื่อปี 2538(Srisuphan et.al,1998) อยู่ 14,053 คน ซึ่งได้คาดไว้ว่าจะผลิตได้ 71,564 คน หรือต่ำกว่าที่คาดประมาณไว้ 20% เนื่องจากสถาบันการศึกษาภายใต้กระทรวงสาธารณสุขลดจำนวนการผลิตหลักสูตร 4 ปี จากการรับปีละ 4,700 คน เหลือ 1,700 คน (สถาบันพระบรมราชชนก,2545) ประกอบกับสถาบันการศึกษาที่สังกัดหน่วยงานอื่นของรัฐ เช่น วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ จะหยุดการผลิตพยาบาลวิชาชีพ แต่จะรับพยาบาลที่จบจากสถาบันผลิตกลาง เช่น มหาวิทยาลัย

การขาดแคลนพยาบาลจะเพิ่มขึ้นด้วยเหตุผลความต้องการพยาบาลในระดับปฐมภูมิ หากกำหนดให้ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน (Primary Care Unit : PCU) แต่ละแห่งมีพยาบาลวิชาชีพแห่งละ 2 คน จะต้องมีพยาบาลวิชาชีพอีกอย่างน้อย 19,118 คน ทั่วประเทศ และหากกระทรวงสาธารณสุขสามารถเกลี่ยตำแหน่งสูงสุดได้ประมาณ 8,000 ตำแหน่ง ก็ยังคงขาดอีก 11,000 ตำแหน่งทั่วประเทศ และขณะเดียวกันการขาดแคลนเกิดขึ้นในต่างประเทศเช่นกัน เช่น สหรัฐอเมริกา อังกฤษ ยุโรป ได้เข้ามาติดต่อขอรับพยาบาลไปทำงานในประเทศของตนเป็นจำนวนมาก

ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น จึงจำเป็นต้องคงจำนวนการผลิตไว้ไม่ให้ลดจำนวนลง และขณะนี้ในภาพรวมพบว่าอัตราส่วนอาจารย์ต่อนักศึกษาเท่ากับ 1 : 8.9 ซึ่งใกล้เคียงกับเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล คือ อาจารย์ 1 คน ต่อนักศึกษา 8 คน แต่ยังคงมีปัญหาการกระจายยังไม่ดี โดยเฉพาะอาจารย์ระดับปริญญาโท-เอก

ด้านคุณวุฒิอาจารย์ยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานอุดมศึกษา คือ มีอาจารย์ระดับปริญญาเอกเพียงร้อยละ 8

สำหรับหลักสูตรปริญญาโท มีผู้ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการให้ความสนใจมาเรียนเป็นจำนวนมาก จึงต้องมีการปรับปรุงหลักสูตรให้สอดคล้องกับผู้เรียนและผู้ใช้ เช่น การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced practice nurse) และต้องการผู้สอนที่มีความรู้และประสบการณ์สูงในสาขานั้นๆ ซึ่งปัจจุบันมีจำกัดมาก

สำหรับการผลิตพยาบาลระดับปริญญาเอก พบว่า สถาบันการศึกษาต่างๆ ต้องการที่จะพัฒนาอาจารย์ระดับปริญญาเอกปีละประมาณ 105 คน แต่ความสามารถในการรับมีเพียง 60-80 คนต่อปี และหากต้องการให้อาจารย์ระดับบัณฑิตศึกษาจบปริญญาเอกทั้งหมด จะต้องพัฒนาอาจารย์อีกจำนวน 778 คนทั่วประเทศ(วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2545) ทั้งนี้ยังมิได้นำอาจารย์ที่จะเกษียณอายุราชการมาพิจารณาด้วย ปัจจุบันการลาศึกษาต่อเต็มเวลาของอาจารย์และบุคลากรมีข้อจำกัด เนื่องจากการปฏิรูประบบสุขภาพและปฏิรูประบบราชการ ดังนั้นการวางแผนการจัดการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา และการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรพยาบาลจึงควรมี

ความยืดหยุ่น เหมาะสมกับความต้องการและเศรษฐกิจในสังคมปัจจุบัน การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาสนับสนุนการเรียนการสอน เพื่อให้ผู้เรียนแสวงหาความรู้ได้ด้วยตนเอง จึงมีความจำเป็น

ผู้สอนที่มีประสบการณ์ทางด้านคลินิกและการบริการพยาบาลมีความจำเป็นในการจัดการศึกษา ซึ่งสามารถจัดการในลักษณะของความร่วมมือทั้งฝ่ายการศึกษาและฝ่ายบริหาร ซึ่งฝ่ายบริการสามารถทำหน้าที่อาจารย์ด้านคลินิก

การคัดเลือกผู้เรียน เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการผลิตบุคลากรพยาบาล ผู้ที่มีความต้องการที่จะเป็นพยาบาลที่ดี นอกเหนือจากการมีผลการเรียนที่ดีแล้ว ควรให้โอกาสสำหรับพื้นที่ที่ต้องการส่งผู้เรียนจากพื้นที่มาเข้าศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ โดยมุ่งหวังให้ผู้เรียนกลับไปปฏิบัติงานในพื้นที่ของตน ซึ่งจะช่วยลดปัญหาในการกระจายและรักษาคนไว้ในระบบได้

หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ซึ่งปัจจุบันได้ดำเนินการปรับปรุงให้พยาบาลมีสมรรถนะสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง สามารถปฏิบัติงานในระบบสุขภาพใหม่ได้ สถาบันการศึกษาต่างๆ ภายใต้ที่ประชุมหัวหน้าสถาบันการศึกษาพยาบาลทั่วประเทศ ได้ดำเนินการปรับปรุงหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ให้ผู้เรียนมีความสามารถในการคิด วิเคราะห์ เข้าใจแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ การปฏิรูประบบสุขภาพ การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอย่างมีจริยธรรมและการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ซึ่งคาดว่าจะดำเนินการในหลักสูตรใหม่ได้ในปี 2546 หรือ 2547

การใช้และการกระจายกำลังคนทางการพยาบาล

ในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา เกิดการขาดแคลนกำลังคนทางการพยาบาล ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะแรก เป็นการขาดแคลนเนื่องจากกำลังคนทางการพยาบาลไหลออกไปทำงานในต่างประเทศ ระยะที่สองการขาดแคลนเกิดขึ้นเนื่องจากมีการเปิดโรงพยาบาลเอกชนเป็นจำนวนมาก และให้ค่าตอบแทนที่สูงกว่าโรงพยาบาลของรัฐ การทำงานไม่หนักเหมือนกับโรงพยาบาลของรัฐ ส่งผลให้กำลังคนทางการพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐลาออกไปทำงานกับโรงพยาบาลเอกชนเป็นจำนวนมาก ส่งผลให้เกิดการขาดแคลน

เพื่อบรรเทาการขาดแคลน วิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้เปิดหลักสูตรระดับต้นขึ้นในปี 2533 เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนในระยะนั้น แต่การปฏิบัติบทบาทของพยาบาลระดับต้นนั้นแตกต่างจากพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งพยาบาลระดับต้นจะปฏิบัติงานในโรงพยาบาลภายใต้กระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยจะมีหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล ซึ่งเป็นหลักสูตร 1 ปี กับหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ 4 ปี อย่างไรก็ตามงานวิจัยเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการใช้ skill mix ยังไม่ปรากฏ แต่กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรฐานในการจัดการกำลังคนทางการพยาบาล สำหรับโรงพยาบาลภายใต้กระทรวงสาธารณสุขไว้ดังนี้ คือ Acute care setting อัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อพยาบาลเทคนิค เท่ากับ 2 : 1Critical care emergency care อาจเป็น 3 : 1 แต่ยังมีข้อถกเถียงในเรื่องดังกล่าว ในประเด็นที่ว่าคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยจะเป็นอย่างไรถ้ามีพยาบาลระดับต้นหรือผู้ช่วยพยาบาลจำนวนมาก เพราะใน Critical care เช่น ICU อัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยเท่ากับ 1 : 1 อย่างไรก็ตามยังมิได้มีแผนที่จะกำหนดมาตรฐานในเรื่องนี้ใหม่อย่างใด

ระบบสนับสนุนกำลังคนทางการพยาบาล

กำลังคนทางการพยาบาลได้มีการพัฒนาตนเองด้านความเป็นผู้นำและการจัดการสมัยใหม่ในหลายรูปแบบ เช่น การเข้ารับการฝึกอบรมระยะสั้น ลาศึกษาต่อในระดับสูงขึ้น ร่วมประชุมสัมมนา แต่ยังขาดการสนับสนุนที่เป็นระบบ จึงทำให้มีศักยภาพความเป็นผู้นำ และการจัดการยังไม่เข้มแข็ง โดยเฉพาะภายนอก

องค์กร และสหสาขาวิชา นอกจากนี้ยังขาดระบบสนับสนุนผู้บริหารทางการพยาบาล โดยการให้คำปรึกษาและการบริหาร

สภาพในการปฏิบัติงาน

พยาบาลที่ปฏิบัติงานพื้นที่ห่างไกลหรือพื้นที่เสี่ยง มีโอกาสเกิดความไม่ปลอดภัยในชีวิตการปฏิบัติงาน การเดินทาง การถูกข่มขืนและอาชญากรรมอื่นๆ เนื่องจากพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง

ค่าตอบแทนสำหรับกำลังคนทางการพยาบาล ขาดความเป็นธรรมเมื่อเทียบกับวิชาชีพอื่นที่ทำงานในพื้นที่เดียวกันซึ่งเป็นพื้นที่กันดาร เช่น แพทย์ ได้รับค่าตอบแทน 2 หมื่นบาทต่อเดือน แต่พยาบาลได้รับ2 พันบาทต่อเดือน จะเห็นว่าต่างกันถึง 10 เท่า นอกจากนั้นการปฏิบัติงานพยาบาลยังเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อจากโรคติดต่อรุนแรง เช่น โรคเอดส์ โรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี รวมทั้งโรคซาร์ จึงจำเป็นที่จะต้องได้รับการจัดการวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันให้เพียงพอในการปฏิบัติงานและการดูแลสุขภาพบุคลากร

ในด้านโอกาสการสร้างความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน พยาบาลมีโอกาสก้าวหน้าในหน้าที่การงานถึงตำแหน่งผู้บริหารระดับหัวหน้างาน รองผู้อำนวยการ รองสาธารณสุขจังหวัด ขึ้นอยู่กับความรู้ ความสามารถและประสบการณ์การทำงาน ยังไม่พบว่าพยาบาลได้เป็นผู้บริหารสูงสุดระดับโรงพยาบาลหรือระดับจังหวัด

ในระดับปฏิบัติก็มีความก้าวหน้าระดับผู้เชี่ยวชาญและชำนาญการพิเศษในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

ผู้ที่ปฏิบัติงานในสถาบันการศึกษา ก็สามารถขอตำแหน่งทางวิชาการในระดับผู้ช่วยศาสตราจารย์ รองศาสตราจารย์ และศาสตราจารย์ได้ และบางคนก็ดำรงตำแหน่งบริหารในมหาวิทยาลัยถึงระดับรองอธิการบดี มีน้อยมากที่มีโอกาสเป็นอธิการบดี

ระบบค่าตอบแทน

ค่าตอบแทนพยาบาลในลักษณะเงินเดือนและสวัสดิการจะได้รับเหมือนกับข้าราชการทั่วไป แต่พยาบาลทำงานในยามวิกาล เวรบ่ายและเวรดึก เป็นการทำงานหนักเมื่อเทียบกับวิชาชีพอื่น จากการศึกษาของวิจิตร ศรีสุพรรณ พบว่า สิ่งที่กำลังคนทางการพยาบาลต้องการคือ โอกาสที่จะได้รับการสนับสนุนให้ศึกษาต่อในระดับสูงขึ้น ซึ่งมีเพียง 1-2% ของบุคลากรทั้งหมดที่ได้รับโอกาสนี้ นอกจานี้ยังมีความต้องการพัฒนาศักยภาพตนเองเพื่อพัฒนาคุณภาพงาน

ส่วนความพึงพอใจในงานอยู่ในระดับปานกลาง สิ่งที่เป็นปัญหาคือ การได้รับการยอมรับค่าตอบแทนและความก้าวหน้าในวิชาชีพ ความพึงพอใจในงานของพยาบาลอาจส่งผลต่อคุณภาพการบริการ ดังนั้นผู้บริหารควรให้ความสนใจที่จะสร้างหรือสนับสนุนให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจในงาน

สรุป

โดยสรุปกำลังคนทางการพยาบาลยังมีปัญหาในหลายด้าน ดังนี้

1. ความสามารถในการกำหนดนโยบาย แผนกลยุทธ์ และการจัดการงบประมาณ ยังมีข้อจำกัด
2. ขาดโอกาสการเข้าไปมีส่วนร่วมในระดับนโยบาย
3. งานวิจัยด้านนโยบายและแผนกำลังคนมีจำกัดมาก
4. การสนับสนุนซึ่งกันและกันระหว่างสถาบันการศึกษาพยาบาลและฝ่ายบริการพยาบาลยังไม่ชัดเจน มีช่องว่างในการประสานงานและขาดแนวทางที่ชัดเจน
5. รูปแบบการคัดเลือกผู้ที่จะเข้าเรียนพยาบาลควรมีการปรับให้เหมาะสมกับความต้องการและการปฏิรูประบบสุขภาพและระบบราชการ
6. พัฒนารูปแบบการกระจายบุคลากรให้มีความเหมาะสม รวมทั้งกลยุทธ์ในการรักษาคนไว้ในระบบ
7. ควรมีการกำหนดมาตรฐานการพยาบาลและผดุงครรภ์และสมรรถนะที่ต้องการ

8. มีการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนเพื่อให้ผู้สำเร็จการศึกษามีสมรรถนะตามที่ต้องการ
9. ระบบสนับสนุนในการเรียนรู้ตลอดชีวิตของบุคลากรพยาบาลยังต้องการการพัฒนาให้เป็นระบบ
10. รูปแบบการปฏิบัติงานของพยาบาลยังต้องการยืดหยุ่นหลากหลายเพื่อให้เกิดความพึงพอใจ ความปลอดภัย มีคุณภาพและค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม
11. จัดระบบสวัสดิการ/ค่าตอบแทนที่เหมาะสมและเป็นธรรม
12. มีการศึกษาเกี่ยวกับ skill mix บทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคลซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณสุข. (2544). **สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2543**.

กองแผนงานสำนักงานปลัดทบวงมหาวิทยาลัย. (2536). **ความต้องการกำลังคน สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ ในช่วง 10 ปี ข้างหน้าเสนอต่อคณะรัฐมนตรี กรกฎาคม 2536**.

สำนักนโยบายและแผนอุดมศึกษา สำนักงานปลัดทบวงมหาวิทยาลัย. (2543). **วิสัยทัศน์การพัฒนาอุดมศึกษาของแผนพัฒนาการศึกษาระดับอุดมศึกษา ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549)**.

Senaratana, W.et al.(2001). **Model development for primary care and nurses' role : A case study of Chiang Mai**. A paper presented at the Community Nurses Conference in Pattaya, Cholburi, May 2001.

Srisuphan, W., Phongsanggach, P.Suchaxaya, P.,and Pumarporn,O.(1999). Factors influencing the Working lifespan of professional nurses in Thailand. **Thai Journal of Nursing Research** 3(2) : 97-118.

Srisuphan, W.et al. (1998). Supply and requirement projection of professional nurses in Thailand over The next two decades (1995-2015 AD). **Human Resources for Health Development Journal**, 2(3) : 210-220.

Srisuphan, W.et al. (2002). **Estimation of professional Nurse Production in 2002-2005**. Chiang Mai University.

The National Educational Act 1999, National Education Committee, Bangkok, Thailand.

The Nursing and Midwifery Act 1985 and 1997, The Thai Nursing Council, Bangkok, Thailand.

3.1.2 บทบาท หน้าที่ และ ขอบเขตของวิชาชีพการพยาบาล

โดย ยุวดี เกตุสัมพันธ์

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายในสังคมไทยและสังคมโลกที่เกิดขึ้นตลอดเวลา และด้วยอัตราที่เร็วขึ้น ส่งผลกระทบโดยตรงต่อระบบสุขภาพของประชาชนอย่างอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผลกระทบดังกล่าวส่งผลให้ผู้ที่มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพทุกสาขาอาชีพต้องทบทวนบทบาทหน้าที่ของตนเองเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานในระบบสุขภาพใหม่ที่เปลี่ยนไปอย่างเหมาะสม ก่อให้เกิดคุณประโยชน์กับสังคม อันจะทำให้สังคมสามารถดำรงอยู่ได้ไม่ก่อให้เกิดการล่มสลายในภาวะการเปลี่ยนแปลง พยาบาลเป็นบุคคลใกล้ชิดผู้ป่วยและเป็นคนสุดท้ายของกระบวนการการดูแลรักษา และมีจำนวนมากที่สุด จะต้องมีการปรับบทบาทอย่างไรในการใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ เพื่อให้กระบวนการดูแลมีประสิทธิผลและประสิทธิภาพสูงสุด รวมทั้งสามารถตอบสนองความต้องการและก่อประโยชน์ให้กับประชาชนและสังคมได้

การวิเคราะห์แนวโน้มและผลกระทบต่อบทบาทพยาบาล

ผลกระทบด้านสังคม

การเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยจากอัตราการเกิดลดลงทำให้โครงสร้างของประชากรไทยมีการเปลี่ยนแปลง[i] โดยประชากรวัยสูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ สังคมไทยในอนาคตจะค่อยๆ เปลี่ยนไปเป็นสังคมผู้สูงอายุ[ii] ทำให้สัดส่วนการบริการสำหรับผู้สูงอายุในระบบเพิ่มขยายมากขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุในอนาคตมีทั้งในระดับที่พึ่งพาตนเองได้และพึ่งพาตนเองไม่ได้ ในส่วนที่พึ่งพาตนเองได้ต้องการความรู้และคำแนะนำในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง สำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองไม่ได้และต้องการการดูแล เช่น ผู้สูงอายุที่พิการ (ร้อยละ 9) ซึ่งรัฐต้องรับผิดชอบจัดบริการให้

ลักษณะครอบครัวเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น พ.ศ.2546 มีครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 50 ในขณะที่ครอบครัวขยายลดเหลือเพียงร้อยละ 30[iii] สตรีทำงานนอกบ้านมากขึ้น และมีบทบาทในการเป็นผู้เลี้ยงดูบุตรก่อนวัยเรียนลดลง บางครอบครัวสามารถพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวอื่นๆ ให้ช่วยดูแลบุตรได้ แต่บางครอบครัวโดยเฉพาะในชุมชนเมือง ยังขาดแหล่งช่วยเหลือในการดูแลบุตรก่อนวัยเรียน จำเป็นต้องพึ่งพาที่เลี้ยงเด็กหรือสถานรับเลี้ยงดูเด็กของรัฐและเอกชนอื่นๆ เพื่อช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลเด็กก่อนวันเรียนให้มีพัฒนาการที่เหมาะสม ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยอาศัยทรัพยากรหรือแหล่งสนับสนุนในชุมชน เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลกันและส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีในชุมชน

ประชากรไทยมีระดับการศึกษาสูงขึ้น ภายใน 10 ปี ข้างหน้า ประชาชนไทยจะมีการศึกษาระดับมัธยมต้นเป็นอย่างน้อย[iv] การมีความรู้สูงขึ้นจะทำให้ประชาชนมีความต้องการข้อมูลด้านสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป โดยต้องการข้อมูลการดูแลสุขภาพด้วยตนเองมากขึ้น สามารถเข้าใจหลักการดูแลสุขภาพและใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์พื้นฐานได้มากขึ้น ทั้งในส่วนของผู้ที่เจ็บป่วย ผู้ที่มีสุขภาพดี ครอบครัว และชุมชน ประชาชนจึงต้องการบริการที่เอื้อต่อการเรียนรู้เรื่องสุขภาพ และมีช่องทางที่จะได้รับความรู้อย่างเหมาะสมตามระดับการศึกษาและศักยภาพในการดูแลตนเอง

จำนวนประชากรในวัยแรงงานเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 72 ของประชากรอยู่ในกำลังแรงงาน อัตราการมีงานทำและอัตราการว่างงานอาจเพิ่มหรือลดลงนั้น ขึ้นอยู่กับความสำเร็จของรัฐในการส่งเสริมการประกอบกิจการส่วนตัว และกิจการขนาดเล็กที่จะทำให้คนมีรายได้เลี้ยงชีพมากขึ้น ซึ่งจะทำให้ประชากรส่วนหนึ่งมีกำลังทรัพย์

พอที่จะซื้อบริการสุขภาพที่ดี และมีทางเลือกในการซื้อบริการสุขภาพมากขึ้น ในขณะที่ผู้มีรายได้น้อยยังต้องพึ่งพาการบริการสุขภาพของรัฐ

อัตราการตายของทารกลดลง ประชากรมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ในขณะที่อัตราการเจ็บป่วยกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น[v] โรคที่เคยเป็นสาเหตุการตายในอดีตเปลี่ยนแปลงไปเป็นโรคอื่นๆ ซึ่งเกิดจากค่านิยมการบริโภคเปลี่ยนแปลงไป ประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงและมีการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งโรคที่เป็นสาเหตุการตายในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ ประชาชนจึงต้องการบริการที่ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคดังกล่าวในเชิงรุก รวมทั้งคำปรึกษาแนะนำด้านสุขภาพให้สามารถผสมผสานวิธีการดูแลสุขภาพให้เหมาะกับวิถีการดำเนินชีวิตของคน เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค

ความผูกพันและความมั่นคงในครอบครัวลดน้อยลง อัตราการหย่าร้างสูงขึ้น เกิดปัญหาเด็กถูกทอดทิ้ง ถูกทำร้ายและทำทารุณกรรมมากขึ้น มีการใช้ความรุนแรงในสังคม และยาเสพติดเพิ่มมากขึ้น[vi] การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตใจเพิ่มมากขึ้น ประชาชนจึงต้องการดูแลสุขภาพจิตและสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน โดยต้องการให้มีบริการให้คำปรึกษา แนะนำ และช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิต เพื่อให้คนในชุมชนมีสุขภาพจิตและมีทักษะชีวิตที่ดี ไม่ก่อให้เกิดปัญหาแก่สังคมต่อไป

แม้ว่าจะมีความก้าวหน้าด้านการแพทย์แผนปัจจุบัน แต่ค่านิยมและความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพด้วย *การแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์ทางเลือก* กลับถูกนำมาฟื้นฟูใหม่ ประชาชนเริ่มหันกลับมานิยมการรักษาด้วยวิธีธรรมชาติบำบัด ใช้ประโยชน์จากสมุนไพรในการรักษาโรคและการบำรุงสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อ *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9* มีนโยบายสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพทางปัญญาของระบบสุขภาพ โดยเน้นการแพทย์แผนไทย สมุนไพร และการแพทย์ทางเลือกทั้งจากภูมิปัญญาไทยและสากล[vii] ประชาชนจึงต้องการการดูแลสุขภาพที่ผสมผสานระหว่างการแพทย์ตะวันตกกับตะวันออก และการนำภูมิปัญญาไทย รวมทั้งทรัพยากรในชุมชนมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของประชาชนได้มากขึ้น

ผลกระทบด้านเทคโนโลยี

การพัฒนาเทคโนโลยีและความก้าวหน้าทางวิชาการมีวิวัฒนาการอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา โดยเฉพาะเทคโนโลยีทางการแพทย์ก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว ความรู้ในการดูแลรักษาที่มีการปรับเปลี่ยนให้มีความก้าวหน้าทันยุค และความสามารถในให้บริการสุขภาพด้วยวิทยาการที่ทันสมัยจึงเป็นสิ่งสำคัญ รวมทั้งมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการจัดการฐานข้อมูลในด้านต่าง ๆ และการเชื่อมโยงเครือข่าย เพื่อให้การบริการด้านสุขภาพมีความทันสมัย สะดวก รวดเร็ว สามารถสืบค้น ข้อมูลได้ง่าย และมีการประสานข้อมูลเพื่อให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

ประเทศไทยหลังการฟื้นตัวจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ มีอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ธุรกิจด้านสุขภาพฟื้นตัวขึ้น มีการแข่งขันด้านบริการมากขึ้น ทำให้ประชาชนมีทางเลือกที่หลากหลายในการใช้บริการสุขภาพ และจากการเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทยส่งผลให้เกิดช่องว่างระหว่างรายได้เพิ่มมากขึ้น[viii] ทำให้เกิดการแบ่งชั้นของผู้อำนาจซื้อบริการด้านสุขภาพที่ชัดเจนใน 2 ระดับ คือ ระดับที่มีอำนาจซื้อสูงซึ่งต้องการบริการสุขภาพที่สามารถตอบสนองความพึงพอใจได้อย่างเต็มที่ และระดับที่มีอำนาจซื้อต่ำซึ่งต้องพึ่งพาระบบสวัสดิการสุขภาพหรือการประกันสุขภาพระบบต่างๆ ซึ่งต้องการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพโดยมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม การบริหารทรัพยากรด้านสุขภาพจึงเป็นกลไกสำคัญในการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์อย่างคุ้มค่า

(utilization management) มีการทบทวนการใช้ทรัพยากรอย่างเป็นระบบ (utilization review) ซึ่งสามารถให้บริการที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมคุ้มค่า

การเปิดเสรีทางการค้าทำให้เกิดการแข่งขันของธุรกิจสุขภาพทั้งในประเทศและการให้บริการข้ามชาติ สถานบริการสุขภาพทั้งของรัฐและเอกชนดำเนินการพัฒนาตามแนวคิดขององค์กรธุรกิจมากขึ้น ทำให้การให้บริการสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปจากการเป็นผู้ช่วยเหลือดูแล เป็นผู้ให้บริการตามความต้องการของลูกค้า ความสัมพันธ์ระหว่างสถานบริการสุขภาพกับผู้ใช้บริการเป็นไปในเชิงธุรกิจมากขึ้น ความเอื้ออาทรต่อกันลดลง มีปัญหาการฟ้องร้องเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น การปรับปรุงคุณภาพบริการ และความรู้ด้านการจัดการในเชิงธุรกิจ รวมทั้งบทบาทในการรักษาสมดุลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรด้านสุขภาพและผู้รับบริการให้อยู่บนรากฐานของความไว้วางใจและความเชื่อถือซึ่งกันและกันจึงเป็นประเด็นการพิจารณาที่สำคัญอีกประการหนึ่ง

ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม

จากอัตราการเกิดมลภาวะในสิ่งแวดล้อมที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดอันตรายคุกคามต่อสุขภาพของประชาชน และเป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่างๆ รวมทั้งการระบาดของโรคที่พบใหม่ ซึ่งเป็นไปอย่างรวดเร็วและรุนแรง จึงควรมีการบริหารจัดการในแนวทางป้องกันความเสี่ยง[ix] และส่งเสริมการสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเจ็บป่วย โดยเฉพาะโรคที่เกิดจากการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม โรคจากการเกษตรกรรม อันตรายจากการสัมผัสสารเคมีและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ มีการประสานร่วมมือกับชุมชนและองค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อระวังป้องกันและจัดการกับสาเหตุของปัญหาที่คุกคามต่อสุขภาพ

ผลกระทบด้านการเมืองการปกครอง

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2540 หมวด 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของบุคคล มาตรา 52 ระบุว่า บุคคลมีสิทธิเสมอกันในการบริการทางด้านสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และ มาตรา 82 ยังระบุอีกว่า รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ส่งผลให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยมีการออกพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ และโครงการสุขภาพถ้วนหน้าตามนโยบายของรัฐบาลปัจจุบัน ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่ผลักดันให้การดูแลสุขภาพเชิงรุกมีบทบาทมากกว่าเชิงรับ โดยเน้นการให้บริการในการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนแก้ปัญหาสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น ในขณะเดียวกันก็ยังคงต้องปรับปรุงคุณภาพการบริการสุขภาพในโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐาน ง่ายต่อการเข้าถึง และมีการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม

คำประกาศสิทธิผู้ป่วย พ.ศ.2541[x] เป็นตัวกำหนดบทบาทของบุคลากรด้านสุขภาพในการให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยคำนึงถึงสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์มากขึ้น รวมทั้งสิทธิประโยชน์ที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ นอกจากนี้ พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสาร พ.ศ.2540[xi] ได้ส่งผลให้ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจน เพื่อให้สามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพปฏิบัติต่อตน ประชาชนจึงต้องการข้อมูลข่าวสารในด้านต่าง ๆ ในการรักษาพยาบาลที่ตนได้รับ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเลือกการรักษา

คำประกาศสิทธิผู้ป่วย พ.ศ.2541 ยังระบุถึง การที่ผู้รับบริการมีสิทธิในการเลือกหรือตัดสินใจเลือกการรักษาตามความเชื่อและความต้องการของตนเอง ความเข้าใจถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ยอมรับในความเป็นมนุษย์ และสิทธิของผู้ป่วยที่เลือกจะปฏิบัติตามหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลสุขภาพ เพื่อให้การช่วยเหลือและจัดบริการให้ตามความต้องการ จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ผู้ให้บริการต้องตระหนักในการให้บริการ

การปฏิรูประบบบริหารงานภาครัฐ มาตรการปรับลดขนาดกำลังคน ลดค่าใช้จ่ายด้านบุคคล การมีระบบการทำงานที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเทียบเท่าสากล มุ่งสู่การใช้ประโยชน์ทรัพยากรและกำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นระบบที่เกื้อกูลและไวต่อปัญหาและความต้องการของประชาชน ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมและประชาคมโลก เน้นการปฏิรูปในลักษณะองค์รวม และเน้นการทำงานโดยยึดผลลัพธ์เป็นหลัก มีการวัดผลลัพธ์และค่าใช้จ่ายอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับต้องมีบทบาทรับผิดชอบต่อผลการปฏิบัติงานของตนเองที่ขึ้นตรงต่อผู้รับผลงาน กระบวนการทำงานโปร่งใส และ ตรวจสอบได้ จึงควรมีการจัดการบริการที่เกื้อกูล ไวต่อปัญหา และความต้องการของผู้ใช้บริการ เป็นบริการที่มีประสิทธิภาพมุ่งผลลัพธ์การดูแลที่ตรงตามความต้องการ เป็นการปฏิบัติที่เห็นผล มีกระบวนชัดเจนและตรวจสอบผลได้

ระบบงบประมาณที่มุ่งเน้นผลงาน ผลักดันให้หน่วยงานจะต้องมีการจัดทำงบประมาณ เพื่อตอบสนองต่อภารกิจหลักให้เป็นแนวทางที่ครบวงจรตั้งแต่การวางแผนงาน การจัดสรรงบประมาณ การจัดการที่เน้นผลผลิตและบริการที่เป็นรูปธรรมหรือรับรู้ได้ รวมทั้งการจัดการผลลัพธ์ของการทำงาน ซึ่งหมายถึงผลประโยชน์ที่ได้จากผลผลิต หรือบริการและผลกระทบที่มีต่อบุคคล ชุมชนและสิ่งแวดล้อม เป็นผลให้หน่วยบริการสุขภาพต้องปรับบทบาทการจัดการงบประมาณให้มีการบริหารทรัพยากรเวลา กำลังคน และกระบวนการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่มุ่งหวังในวงรอบของงบประมาณ โดยต้องกำหนดวิธีการวัดผลและดำเนินงานวัดผล เพื่อบ่งบอกประสิทธิผลและความสามารถในการผลิต ที่เชื่อมโยงกับทรัพยากรที่ใช้ไปโดยเทียบผลที่ได้มากับเป้าหมายที่คาดหวัง และวัตถุประสงค์หลักตามนโยบายขององค์กร ทั้งนี้จะต้องรู้ถึงต้นทุนและผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ขณะเดียวกันในระดับบุคคลจะมีการเร่งรัดการเพิ่มประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของการปฏิบัติงานและสัมฤทธิ์ผลของระบบการจัดการ

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ ร่วมกับการปฏิรูปการบริหารงบประมาณ ทำให้การจ่ายค่าตอบแทนแก่สถานประกอบการด้านสุขภาพ เป็นไปแบบเหมาจ่ายรายหัวล่วงหน้าและจ่ายคืนตามรายการเหมาจ่ายรายโรค ส่งผลให้สถานประกอบการต้องพัฒนาความรู้ความเข้าใจในนโยบาย ระเบียบ วิธีการปฏิบัติ และกลไกการเงินการคลังของรัฐตลอดจนการพัฒนาความสามารถของบุคลากรพยาบาล เพื่อการจัดบริการให้กับประชาชนอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับ งบประมาณในความจำกัดที่เป็นอยู่ เพื่อให้การบริการมีคุณภาพสมดุลกับค่าใช้จ่ายและเป็นการใช้จ่ายที่มีความคุ้มค่ามากที่สุด

การกระจายอำนาจการจัดทำงบประมาณการบริหารงบประมาณสู่องค์กรส่วนท้องถิ่น เป็นช่องทางให้ภาคีสุขภาพภาคประชาชน มีอำนาจ มีโอกาสและมีส่วนร่วมในการกำหนดผลที่คาดหวัง และทิศทางการจัดบริการตามความต้องการของตนเองมากขึ้น ซึ่งแต่เดิมอำนาจในการจัดการและการจัดบริการตกอยู่กับผู้ให้บริการแต่ฝ่ายเดียว การจัดบริการจึงเปลี่ยนไปโดยภาคประชาชนจะร่วมบริหารในฐานะเป็นผู้ถือหุ้นในสัดส่วนที่มีอำนาจการจัดการที่เพียงพอต่อการกำหนดนโยบายและทิศทางของการจัดบริการ

บทบาทของพยาบาลในปัจจุบัน

พยาบาลมีประวัติอันยาวนานและมีขอบเขตการบริการที่กว้างขวางในการเข้าไปมีบทบาทในการให้การดูแลสุขภาพของประชาชน ทั้งนี้เพราะพยาบาลได้รับการมอบหมายในการให้การดูแลทั้งในยามที่ประชาชนมีสุขภาพดีและเมื่อเจ็บป่วย ทั้งในสถานบริการที่อยู่ในเมืองและในชุมชนห่างไกล รวมทั้งจำนวนพยาบาลที่มีจำนวนมาก ประมาณ ร้อยละ 70-80 ของบุคลากรสุขภาพทั้งหมด ทำให้การดูแลสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในมือของพยาบาล

เมื่อพูดถึงพยาบาลว่าเป็นใคร และทำหน้าที่อะไร ประชาชนส่วนใหญ่จะคิดถึงพยาบาลว่าเป็นคนที่ใส่ชุดขาวมีหน้าที่ฉีดยา ช่วยเหลือแพทย์ทำการรักษา และเป็นผู้ที่จะอยู่ใกล้ชิด คอยช่วยเหลือดูแลเมื่อยามเจ็บป่วย

และเมื่อดูตามกฎหมาย ในพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2528 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่2) พ.ศ.2540 มาตรา 4 พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ครอบคลุมดังนี้

1. การสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษาและการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย
2. การกระทำต่อร่างกายและจิตใจของบุคคล รวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อม เพื่อการแก้ปัญหาความเจ็บป่วย การบรรเทาอาการของโรค การลุกลามของโรค และการฟื้นฟูสภาพ
3. การกระทำตามวิธีที่กำหนดไว้ในการรักษาโรคเบื้องต้น และการให้ภูมิคุ้มกันโรค
4. ช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค

ทั้งนี้ โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาลในการประเมินสภาพ การวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผล[xii]

การปฏิบัติการพยาบาลตามกฎหมาย จึงมีขอบเขตกว้างขวางเพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพอนามัยได้อย่างทั่วถึง ครอบคลุมการให้บริการแก่ผู้มีสุขภาพดีและผู้ที่เจ็บป่วยทุกช่วงอายุตั้งแต่เกิดจนตาย อย่างไรก็ตามสถานการณ์ปัจจุบันในด้านการจัดบริการสุขภาพก่อให้เกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลและทำให้พยาบาลมีการปรับบทบาทคือ

1. ปัญหาการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

เนื่องจากบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีจำนวนแพทย์และพยาบาลวิชาชีพน้อย ทำให้ประชาชนส่วนหนึ่งขาดศรัทธาต่อบริการของสถานีอนามัย / ศูนย์บริการสาธารณสุข และมักข้ามขั้นไปใช้บริการของโรงพยาบาล และจากการศึกษาของสภาการพยาบาล เรื่องการพยาบาลและระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ พบว่า การจัดบริการในชุมชนยังไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ยังเน้นหนักด้านการรักษาพยาบาล ส่วนการฟื้นฟูสภาพจะไม่ค่อยได้รับความสำคัญ

2. ปัญหาบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ

บทบาทของพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิในระยะที่ผ่านมา มีสัดส่วนการปฏิบัติหน้าที่ โดยมุ่งเน้นการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต่อการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูในสัดส่วน 75:25 การปฏิบัติพยาบาลจึงปรากฏบทบาทเด่นชัดในด้านการช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค เพื่อแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยและผลกระทบจากความเจ็บป่วยที่ซับซ้อน รุนแรงและวิกฤต แม้ว่าจะมีการปฏิบัติโดยคู่ขนานไปกับบทบาทด้านการพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือผู้เจ็บป่วย การดูแลด้านจิตสังคม รวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อแก้ปัญหาความเจ็บป่วย การบรรเทาอาการของโรค การลุกลามของโรค และการฟื้นฟูสภาพ โดยที่บทบาทของพยาบาลในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษาและการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การดูแลอย่างต่อเนื่อง การป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งการป้องกันการเป็นซ้ำยังปฏิบัติได้น้อย

3. ปัญหาการประยุกต์องค์ความรู้ทางการพยาบาลเชื่อมโยงสู่การบริการสุขภาพ

การใช้ข้อมูลและสารสนเทศเพื่อประโยชน์ต่อสุขภาพของประชาชน และเพื่อการพยาบาลที่ผ่านมาแม้ว่าจะมีข้อมูล และงานวิจัยที่สำรวจความต้องการการดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาลของประชาชนทั้งผู้ที่มีสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง และผู้ที่เจ็บป่วยในหลายระดับและการวิจัยพัฒนากระบวนการและระบบการพยาบาล แต่งานวิจัยดังกล่าว ยังขาดความชัดเจนในการเชื่อมโยงข้อมูลความรู้เหล่านั้น นำมาวิเคราะห์ความต้องการด้าน

การพยาบาล เพื่อจัดบริการตามความต้องการของกลุ่มประชาชนผู้ใช้บริการ และยังไม่สามารถจัดบริการตามความต้องการของประชาชนได้อย่างครอบคลุมในทุกกลุ่มบริการ

บทบาทของพยาบาล

การปรับบทบาทพยาบาลที่สอดรับกับผลกระทบจากปัจจัยต่าง ๆ และปัญหาที่มีต่อการให้บริการสุขภาพในสังคมไทย จึงมีปรับบทบาทบทบาทจากการให้การดูแลหรือช่วยเหลือโดยตรงแก่ผู้รับบริการไปเน้นความสำคัญใน บทบาทของการช่วยเหลือให้ผู้รับบริการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้ และเป็นผู้นำในการดูแลสุขภาพของชุมชน โดยเพิ่มบทบาทของการเป็นผู้ให้คำแนะนำ ความรู้ และคำปรึกษาด้านการดูแลทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการเกิดโรค ซึ่งเป็นไปในลักษณะเชิงรุกเพิ่มมากขึ้น ในส่วนของบทบาทเชิงรับยังคงรักษาไว้ซึ่งคุณภาพของการบริการที่เข้าถึงได้ง่าย มีการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมและคุ้มค่าและเป็นตัวแทนของผู้รับบริการในการพิทักษ์สิทธิ์ รวมทั้งประสานงานกับกลุ่มบุคลากรและกลุ่มความช่วยเหลือทางสังคม เพื่อจัดบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการแต่ละระดับ สำหรับบทบาทด้านวิชาชีพนั้นมีความพยายามในการการพัฒนาองค์ความรู้และงานวิจัย ที่จะช่วยส่งเสริมให้เห็นบทบาทอิสระของวิชาชีพพยาบาลในการให้บริการแก่ผู้รับบริการมากยิ่งขึ้น

พยาบาลในอนาคตจะให้บริการในลักษณะที่บูรณาการทั้งมิติสุขภาพและแหล่งประโยชน์ทุกด้านอย่างเป็นองค์รวม บนพื้นฐานของการเข้าถึงความเป็นธรรมชาติของมนุษย์ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลด้วยความรัก ความเข้าใจ ห่วงใยและเอื้ออาทร โดยความเสมอภาคและสิทธิที่เท่าเทียมกัน ผู้รับบริการมีอิสระในการตัดสินใจเลือกใช้บริการและเลือกวิธีการดูแลรักษาตนเอง บริการพยาบาลเป็นบริการที่จัดให้แก่ผู้ที่มีสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง และผู้ที่มีความเจ็บป่วยทุกช่วงวัยตั้งแต่เกิดจนตาย โดยมุ่งส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมากกว่าการรักษา ทั้งนี้จะต้องปรับกระบวนทัศน์การดูแล ทั้งผู้ให้ บริการและผู้รับบริการที่จะนำไปสู่การพึ่งตนเองด้านสุขภาพและการดูแลตนเองได้ การจัดบริการพยาบาลมุ่งให้เกิดผลได้ตามความคาดหวังร่วมกันของผู้รับบริการผู้จ่ายและทีมสุขภาพ มีมาตรฐานคุณภาพที่ประกันได้และ ใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมและคุ้มค่า การบริการจัดให้ ณ จุดที่ต้องการและเบ็ดเสร็จในจุดเดียวกัน มีการเพิ่มช่องทางเลือกให้เข้าถึงบริการได้ง่ายและรวดเร็ว โดยการจัดรูปแบบบริการที่หลากหลายซึ่งไม่จำเป็นต้องให้บริการในโรงพยาบาล ในขณะเดียวกันมีการเพิ่มทางเลือกในสายอาชีพการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทาง การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง และมีการประกอบวิชาชีพอิสระที่สร้างรายได้ที่ต้องควบคุมมาตรฐานการให้บริการพยาบาลโดยกฎหมาย จริยธรรมและองค์กรวิชาชีพ บทบาทของพยาบาลในอนาคตจัดเป็นกลุ่มใหญ่ๆได้ดังนี้

1. บทบาทการเป็นผู้นำและชี้นำสุขภาพชุมชน

พยาบาลจะมีบทบาทในการดูแลสุขภาพเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ เน้นการให้บริการในการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนแก้ปัญหาสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น โดยจัดบริการที่ผสมผสานวิธีการดูแลสุขภาพให้เหมาะกับวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม ลดค่าใช้จ่ายในการรักษามีการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมทั่วถึง เป็นการจัดการกับสุขภาพและความเจ็บป่วย ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม และผสมผสานความรู้ทางด้านวิชาชีพและภูมิปัญญาท้องถิ่น เพิ่มบทบาทในการให้ความรู้คำแนะนำและสอนทักษะการดูแลสุขภาพทั้งในส่วนของผู้ที่เจ็บป่วย ผู้ที่มีสุขภาพดี ครอบครัว และชุมชน โดยจัดทำช่องทางที่ประชาชนจะได้รับความรู้อย่างเหมาะสมตามระดับความรู้และศักยภาพที่มีอยู่ ในขณะเดียวกันต้องปรับปรุงคุณภาพการบริการพยาบาลในโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐานง่ายต่อการเข้าถึงและมีการเชื่อมต่อการดูแลให้ต่อเนื่อง การ

ประเมินภาวะสุขภาพของประชาชน โดยการแยกกลุ่มคนที่ปกติ คนที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และกลุ่มคนพิการ เพื่อการจัดการบริการให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

- จัดบริการในชุมชนให้ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุโดยบูรณาการตามความต้องการของผู้รับบริการ เป็นทั้งผู้ให้การดูแลโดยตรง แนะนำ สอนและฝึกทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้แก่ครอบครัวและประสานงานกับชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
- พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วย (Caregiver) ในชุมชน
- ช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลเด็กก่อนวันเรียนให้มีพัฒนาการที่เหมาะสมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยอาศัยแหล่งสนับสนุนในชุมชน ส่งเสริมการช่วยเหลือเกื้อกูลกันและสัมพันธภาพที่ดีในชุมชน
- การดูแลสภาพจิตใจของคนในชุมชนเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน ให้คำปรึกษา แนะนำ และช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิต โดยร่วมมือกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชนวางรากฐานให้คนในชุมชนมีสุขภาพจิตและมีทักษะชีวิตที่ดี ไม่ก่อให้เกิดปัญหาแก่สังคมต่อไป
- เป็นผู้ให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้เรื่องสุขภาพ การรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายที่จำเป็นแก่ผู้รับบริการประสานงานให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลจากบุคลากรทีมสุขภาพประกอบการตัดสินใจในการเลือกการรักษา
- จากการกระจายอำนาจสู่องค์กรส่วนท้องถิ่น ที่ภาคประชาชนจะร่วมบริหารและชี้นำการจัดบริการสุขภาพในฐานะเป็นผู้ถือหุ้น บทบาทของพยาบาลในการจัดบริการสุขภาพแก่ชุมชนจึงต้องเปลี่ยนไปเป็นผู้ให้ความรู้ ร่วมชี้นำการกำหนดเป้าหมาย กระบวนการ แบบแผนและมาตรฐานการจัดบริการ
- พยาบาลมีบทบาทเชิงรุกในการเฝ้าระวังการเกิดโรค โดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่ระบาด รวมทั้งการคาดการณ์ปัญหาหรือสิ่งคุกคามสุขภาพของคนในชุมชนในระยะยาวได้ อีกทั้งร่วมมือกับชุมชนในการเฝ้าระวังป้องกันและขจัดสาเหตุของปัญหา
- การดูแลอย่างต่อเนื่อง การป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งการป้องกันการเป็นซ้ำ
- การใช้ข้อมูลและสารสนเทศเพื่อประโยชน์ต่อสุขภาพของประชาชนและเพื่อการพยาบาล
- ให้ความรู้ความเข้าใจพื้นฐานหรือข้อมูลทางเลือกเพื่อการใช้บริการที่เหมาะสมและปลอดภัย

2. บทบาทการเป็นผู้จัดระบบบริการพยาบาล

พยาบาลต้องปรับบทบาทและจัดบริการที่เกื้อกูลและไวต่อปัญหา ความต้องการของผู้รับบริการ เป็นบริการที่มีประสิทธิภาพมุ่งผลลัพธ์การดูแลที่ตรงตามความต้องการ เป็นการปฏิบัติที่เห็นผล มีกระบวนชัดเจนและตรวจสอบผลได้ หน่วยบริการพยาบาลจะต้องจัดทำงบประมาณที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ บริหารทรัพยากรเวลากำลังคน และกระบวนการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่มุ่งหวังในวงรอบของงบประมาณ โดยต้องกำหนดวิธีการวัดผลและดำเนินงานวัดผล เพื่อบ่งบอกประสิทธิผลและความสามารถในการผลิตที่เชื่อมโยงกับทรัพยากรที่ใช้ไป ทั้งนี้จะต้องรู้ถึงต้นทุนและผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมทั้งในระดับหน่วยงานมีการเทียบผลที่ได้มากับเป้าหมายที่คาดหวังและวัตถุประสงค์หลักขององค์กร ขณะเดียวกัน ในระดับบุคคลจะมีการเร่งรัดการเพิ่มประสิทธิภาพและสัมฤทธิ์ผลของการจัดการระบบพยาบาล มีการเทียบเคียงกันระหว่างหน่วยงานอื่นๆในระดับประเทศและสากลเพื่อพัฒนาการปฏิบัติที่ดีที่สุด

- ออกแบบการบริการใหม่เพื่อให้เกิดผลของการพยาบาลที่ดีที่สุดโดยมีหลักฐานอ้างอิงที่เชื่อถือได้และใช้งานวิจัย
- เป็นผู้จัดการการดูแลสุขภาพให้เหมาะสมกับประชากรในแต่ละกลุ่ม(managed care) เพื่อให้เกิดคุณภาพของการบริการที่สมดุลกับการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า(utilization management)
- พัฒนาบุคลากรพยาบาลให้มีความรู้ความเข้าใจใน นโยบาย ระเบียบวิธีการปฏิบัติและ กลไกการเงินการคลังของรัฐ และสามารถจัดบริการให้กับประชาชนอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับงบประมาณที่จำกัดเพื่อให้การบริการมีคุณภาพสมดุลกับค่าใช้จ่ายและคุ้มค่ามากที่สุด
- ทำให้พยาบาลต้องพัฒนาความรู้ด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพิ่มมากขึ้น และสามารถนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการพัฒนางานและองค์กรวิชาชีพให้มีความทันสมัย รวดเร็ว สืบค้น ข้อมูลได้ง่าย
- บริหารจัดการรูปแบบบริการสุขภาพเพื่อสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการกับการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า
- จัดการระบบการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยพยาบาลเป็นผู้ประสานงานกับบุคลากรสุขภาพระดับปฐมภูมิหรือชุมชน ในการเตรียมความพร้อมของครอบครัวและทีมงานในชุมชนอย่างใกล้ชิดในระยะแรก เพื่อให้เกิดความเข้าใจและพัฒนาทักษะการฟื้นฟูและการแก้ปัญหาเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันที่บ้าน
- ประสานงานติดต่อกับบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการช่วยเหลือที่ทันท่วงทีและเหมาะสม

3. บทบาทในการพัฒนาการปฏิบัติและองค์ความรู้ทางการพยาบาล

บทบาทด้านการปฏิบัติการพยาบาลควรเป็นไปในทิศทางที่แสดงออกถึงความเป็นวิชาชีพอย่างสมบูรณ์ คือบูรณาการมิติทางการพยาบาลทั้ง4มิติได้แก่

- การปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งปัญหา (Problem-based nursing practice) มีการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างถูกต้อง จริงจังและต่อเนื่อง
- การปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งผลผลิต(Outcome-based nursing practice) ที่ผู้ประกอบวิชาชีพจะต้องบอกได้ว่าการปฏิบัตินั้นๆจะได้ผลอะไร และผลจากการปฏิบัติมีความสำคัญอย่างไร
- การปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีหลักฐานทางวิชาการและการวิจัย(Evidence-based nursing practice)สามารถอธิบายเหตุผลและผลดีที่ตรวจสอบได้ด้วยวิธีทางวิทยาศาสตร์
- การปฏิบัติการพยาบาลที่มีทฤษฎีชี้นำ(Theory directed nursing practice) โดยไม่ได้เป็นเพียงวิธีการปฏิบัติ
- เชื่อมโยงองค์ความรู้และพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปเพื่อพัฒนาวิชาชีพให้ก้าวหน้าและมีความชัดเจนในบทบาทที่เป็นเอกสิทธิ์มากขึ้น
- ประยุกต์ใช้การปฏิบัติที่มีหลักฐานอ้างอิงที่เชื่อถือได้มาพัฒนาการปฏิบัติ
- มีบทบาทที่ต้องรับผิดชอบต่อการพัฒนามาตรฐานคุณภาพ การบริการพยาบาล และผลการปฏิบัติการพยาบาล
- นำความรู้มาปรับใช้ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม พัฒนาองค์ความรู้ใหม่ซึ่งช่วยสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาวิชาชีพ เชื่อมโยงองค์ความรู้ไปสู่การปฏิบัติ

- มีบทบาทในการพัฒนาวิชาชีพ โดยพัฒนาองค์ความรู้สู่บริการทางการพยาบาลซึ่งจำเป็นต้องอาศัยนวัตกรรมและการวิจัยทางการพยาบาล
- พัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลจากแนวคิดการกลับสู่วิถีธรรมชาติ จัดรูปแบบบริการและการใช้ผลิตภัณฑ์ธรรมชาติ ให้เป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพ

4. บทบาทในการบริหารทรัพยากรสุขภาพ

บทบาทของพยาบาลเปลี่ยนแปลงไปจากการเป็นผู้ใช้ทรัพยากรเพื่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วย มาเป็นผู้บริหารและจัดการทรัพยากรให้เกิดการใช้อย่างคุ้มค่า ทำให้พยาบาลมีบทบาทหลากหลายและขยายวงกว้างมากขึ้นในการดูแลรักษาผู้ป่วย ทั้งในด้านการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพ และการประสานความร่วมมือระหว่างกลุ่มต่างๆพยาบาลต้องพัฒนาความรู้ทางการแพทย์ที่ทันสมัย และมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยตามเทคโนโลยีการรักษาที่เปลี่ยนแปลงไป

- ส่งเสริมศักยภาพของประชาชนในการดูแลตนเอง และใช้ทรัพยากรในชุมชน รวมทั้งภูมิปัญญาท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์สูงสุด

5. บทบาทการประกอบวิชาชีพอิสระ

<u>สถานบริการสุขภาพ</u>

- จัดบริการทางเลือกโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย ผสมผสานการแพทย์แผนไทยและการทำกายภาพบำบัด
- บริการการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง
- เป็นเจ้าของกิจการเลี้ยงเด็กอ่อนและส่งเสริมพัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน
- บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์และทำคลอดที่บ้าน

<u>คลินิกให้คำปรึกษา</u>

- จัดบริการให้คำปรึกษาการดูแลแผลเบาหวานหายยาก แผลเรื้อรัง แผลรูเปิดฯลฯ
- ให้คำปรึกษาสุขภาพทั่วไป สุขภาพจิต
- ให้คำปรึกษาผู้ป่วยมะเร็ง
- ให้คำปรึกษาการจัดอาหารเฉพาะโรค

<u>กิจการส่งเสริมสุขภาพ</u>

- แพคเกจล้างพิษ ลดน้ำหนัก เสริมความงาม
- สปา อโรมาเทอราปี

<u>การร่วมทีมให้คำปรึกษาด้านการจัดการระบบ บริการตรวจสอบระบบบริการสุขภาพ</u>

<u>การขายนวตกรรมความรู้ และวิธีการปฏิบัติที่ดีที่สุด</u>

6. บทบาทในการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและครอบครัว

- มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลที่ถูกต้องในการตรวจรักษา และสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสและทางเลือกในการรักษาพยาบาลตามสิทธิผู้ป่วย
- ส่งเสริมและพิทักษ์สิทธิของผู้ใช้บริการ โดยการให้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงสิทธิของตนเองในเรื่องสุขภาพโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ เด็กด้อยโอกาส ผู้ยากไร้

7. **บทบาทการสร้างเครือข่ายการพยาบาลเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือกันในการพัฒนาบริการพยาบาล**

8. **บทบาทในพัฒนาองค์กรวิชาชีพให้เข้มแข็ง สามารถเป็นตัวแทนในกลุ่มวิชาชีพในการผลักดันกฎหมายและระเบียบปฏิบัติทางสังคมที่เอื้อประโยชน์ต่อผู้ประกอบวิชาชีพ**

ประเด็นท้าทายต่อบทบาทของพยาบาลในอนาคต

ภาวะสุขภาพของคนไทยยังเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในปัจจุบันและในอนาคตข้างหน้า ซึ่งมีแนวโน้มว่าภาวะสุขภาพของคนไทยที่เป็นปัญหาหรือทำให้เกิดโรคต่างๆ ที่เป็นสาเหตุของการตายหรือการเจ็บป่วยนั้นเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคและอุปโภคของคนไทยที่ไม่ถูกต้อง จากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรของสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวง มหาดไทย พ.ศ.2542 ได้ระบุสาเหตุการตายของคนไทย 5 อันดับแรกว่า โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับแรก รองลงมาคือ โรคหัวใจ อุบัติเหตุและการเป็นพิษ ความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดในสมอง และการบาดเจ็บจากการฆ่าตัวตาย สำหรับสาเหตุในลำดับต่อๆ มาเป็นโรคติดเชื้อ ได้แก่ โรคปอดอักเสบและโรคอื่นๆ ของปอด ไตอักเสบ กลุ่มอาการของไตพิการและไตพิการ โรคเกี่ยวกับตับและตับอ่อน วัณโรคทุกชนิดและไข้เลือดออก

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า โรคติดเชื้อที่เป็นสาเหตุสำคัญของการตายของคนไทยในอดีตนั้นค่อยๆ ลดลง คนไทยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองในทิศทางที่ไม่เหมาะสมต่อการเกิดภาวะสุขภาพที่ดี โรคติดเชื้อต่างๆ สามารถป้องกัน รักษาหรือควบคุมได้ด้วยยาหรือวัคซีน แต่โรคที่เกิดจากพฤติกรรมนั้นได้เพิ่มความรุนแรงมากขึ้น เช่น พฤติกรรมการไม่ออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีไขมันหรือคลอเลสเตอรอลสูง ความเครียด จะส่งผลให้ในอนาคตมีโรคที่เป็นสาเหตุการตายของประชากรและเป็นปัญหาด้านสุขภาพของสังคมไทย ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และปัญหาสุขภาพจิต นอกจากนี้ความเจริญก้าวหน้าและการพัฒนาทางด้านการคมนาคมขนส่ง ทำให้เกิดอุบัติเหตุที่เป็นปัญหาต่อภาวะสุขภาพหรือเป็นสาเหตุของการตายมากขึ้น ดังนั้นบทบาทของพยาบาลที่สำคัญที่จะต้องรณรงค์หรือส่งเสริมให้เกิดขึ้นกับคนไทย คือ

- ต้องมุ่งเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยให้มีการเปลี่ยนแปลงหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม ทั้งในด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคดังกล่าว
- สนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนและครอบครัว ให้การดูแลแบบเชิงรุก โดยพยาบาลจะต้องมีความรู้ความชำนาญและมีทักษะในการดูแลหรือให้การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงหรือเฉพาะทาง ด้านโรคต่างๆ ที่กำลังเป็นแนวโน้มของปัญหาสุขภาพของสังคมไทย
- มีบทบาทในการพัฒนางานวิจัยและสร้างนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคและสามารถนำผลงานวิจัยมาปรับมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย
- ให้คำปรึกษาในฐานะผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคแก่บุคลากรในทีมสุขภาพ ทั้งพยาบาลและวิชาชีพอื่นๆ
- เป็นแบบอย่างที่ดีและชี้นำสังคมในการดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกันโรค

- และท้ายที่สุดคือบทบาทในการรักษาโรคเบื้องต้นที่จะช่วยให้ประชาชนสมารถเข้าถึงบริการด้านการรักษาพยาบาลอย่างทั่วถึง

---

[i] สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีและสารสนเทศและการสื่อสาร. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2533-2563.

[ii] สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีและสารสนเทศและการสื่อสาร. สรุปสถานการณ์สังคมไทย พ.ศ.2546.

[iii] สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีและสารสนเทศและการสื่อสาร. การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ.2542-2545./จ

[iv] คณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. (2545).

[v] สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2542 และ 2544.

[vi] สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด สำนักนายกรัฐมนตรี.

[vii] เป้าหมายการพัฒนาสุขภาพ ใน แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549.

[viii] สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีและสารสนเทศและการสื่อสาร. การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ.2537-2545.

[ix] พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2546). **ขุมปัญญาทางพยาบาลศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: พระราม 5 พริ้นติ้ง

[x] คำประกาศสิทธิผู้ป่วยของแพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา และคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลป วันที่ 1 เมย. 2541.

[xi] สภาการพยาบาล. กฎหมายกับการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ 2541.

[xii] สภาการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. (2540). **พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2528 และที่แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2540.**

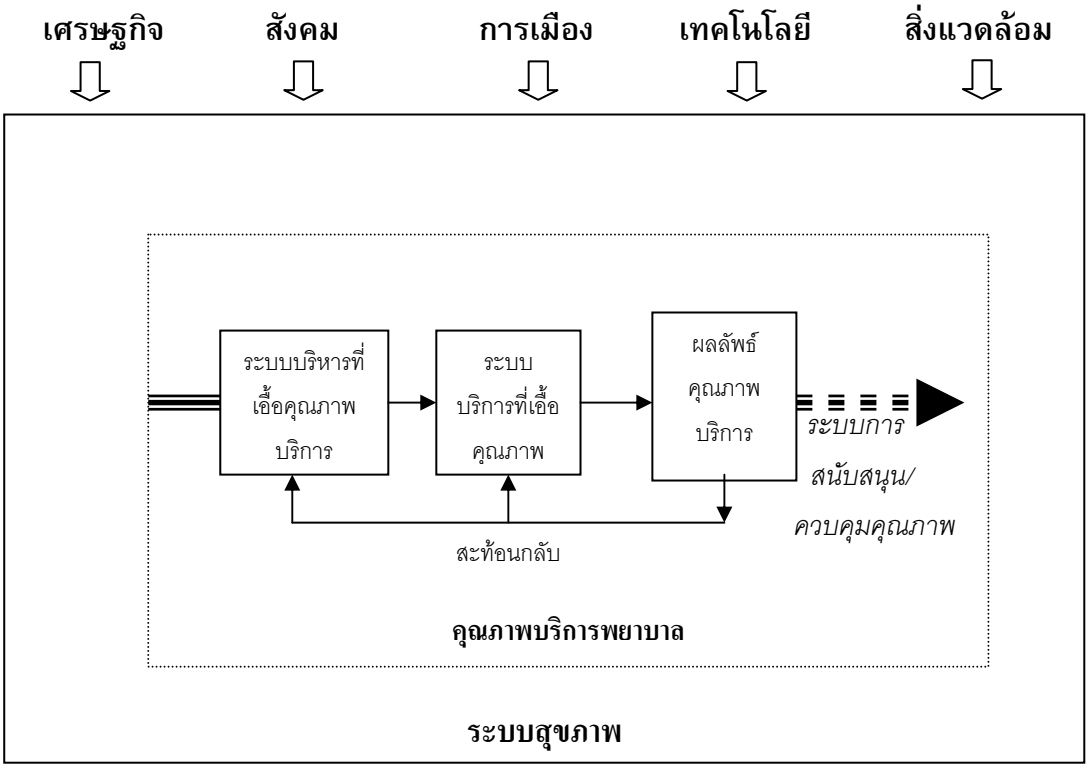
3.1.3 คุณภาพบริการพยาบาล

โดย สำนักการพยาบาล

พยาบาลเป็นวิชาชีพหนึ่งที่รับผิดชอบต่อการดูแลสุขภาพประชาชน เกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดต่อการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ การพยาบาลที่มีคุณภาพต้องตอบสนองต่อความต้องการและการแก้ไขปัญหาสุขภาพในลักษณะองค์รวม (คณะอนุกรรมการจริยธรรม สภาการพยาบาล, 2545) การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และการเมืองในปัจจุบัน ส่งผลอย่างมากต่อระบบสุขภาพของประเทศ โดยเฉพาะเทคโนโลยีที่มีความก้าวหน้าสูง การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่ไม่มีขีดจำกัด แนวคิดค่านิยมที่เปลี่ยนแปลงไปของสังคม ภาวะเศรษฐกิจที่บีบคั้น ตลอดจนการเรียกร้องต้องการในสิทธิของประชาชน ส่งผลให้บริการพยาบาลซึ่งอยู่ในระบบสุขภาพต้องปรับตัวในทุกด้าน เช่นเดียวกับบริการสุขภาพอื่นๆ ในระบบสุขภาพให้สามารถดำเนินงานตามภารกิจของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับและจัดการปัญหาสุขภาพได้เป็นจริง

องค์ประกอบของคุณภาพบริการพยาบาล

สรุปเป็นแผนภาพได้ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 องค์ประกอบของคุณภาพบริการพยาบาล

การบริหารการพยาบาล ระบบบริหารการพยาบาลที่เอื้อต่อการสร้างคุณภาพบริการควรมีลักษณะ

1. นำการกำหนดภารกิจ และวิสัยทัศน์ขององค์กรพยาบาล
2. สื่อสารการดำเนินงาน และผลของการดำเนินงานต่อผู้บริหารสถานบริการสุขภาพ/สถาบัน
3. วิเคราะห์และอธิบายความต้องการของผู้ใช้บริการ

4. ออกแบบ และวางแผนการให้บริการพยาบาล ออกแบบโครงสร้าง และพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติเพื่อ
   - ระบบการบริการพยาบาลที่เหมาะสม
   - กำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้น
   - วิเคราะห์และระบุทรัพยากรที่ต้องการใช้ในการให้บริการที่มีคุณภาพ
   - จัดการทรัพยากรที่ใช้ในการให้บริการให้เกิดประโยชน์สูงสุด
   - ประสานความร่วมมือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เกิดบริการคุณภาพ รวมทั้งจัดการแก้ปัญหาเชิงระบบ
   - สนับสนุนและพัฒนาบุคลากร
5. สนับสนุนและดำเนินการวิจัย การพัฒนาและการควบคุมคุณภาพบริการ เชื่อมโยงพัฒนาการของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

ระบบการบริการ ระบบบริการที่สนับสนุนคุณภาพบริการ ต้องสามารถสนับสนุนการบริการตามจุดเน้นของการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งมีลักษณะของการปฏิบัติร่วมกับบุคลากรหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพประชาชนผู้ใช้บริการ เช่น แพทย์ เภสัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น ระบบบริการสุขภาพที่ดีต้องสนับสนุนให้พยาบาลใช้ความรู้ และทักษะในการดูแลสุขภาพประชาชนผู้ใช้บริการซึ่งประกอบด้วยประชาชนในทุกสภาวะสุขภาพ ทั้งที่เจ็บป่วยและไม่ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การปกป้องสุขภาพ รักษาโรค/ความเจ็บป่วย การฟื้นฟู ซ่อมแซมสุขภาพด้วยความเอื้ออาทร ให้การช่วยเหลือในยามเผชิญภาวะวิกฤต และ/หรือความสูญเสีย ทั้งที่บ้าน ชุมชน สถานบริการสุขภาพ หรือสถานที่อื่นๆ โดยทั่วไปการแบ่งระบบบริการพยาบาลมักแบ่งเป็น ระบบบริการพยาบาลในโรงพยาบาลซึ่งจัดเป็นระบบบริการพยาบาลระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ และบริการพยาบาลในชุมชน ซึ่งจัดเป็นบริการพยาบาลในระดับปฐมภูมิ

ไม่ว่าจะเป็นระบบบริการพยาบาลใดก็ตามเทคโนโลยีมีความสำคัญต่อคุณภาพบริการพยาบาล ทั้งด้านบวก และด้านลบ ขึ้นอยู่กับความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการจัดการเทคโนโลยีต่างๆ เทคโนโลยีที่มีผลต่อคุณภาพบริการพยาบาลอาจจำแนกเป็น เทคโนโลยีด้านสุขภาพ และเทคโนโลยีสารสนเทศทางการพยาบาล

เทคโนโลยี เป็นคำที่มีความหมายกว้างถึงการนำองค์ความรู้สู่การปฏิบัติ มิใช่เพียงเครื่องมือ หรืออุปกรณ์ที่ทันสมัย หรือที่มีราคาแพงเท่านั้น ซึ่งหมายรวมถึงเครื่องมือ ยา วัสดุ อุปกรณ์ วิธีการที่ใช้ในบริการทางการแพทย์ โดยรวมถึงระบบการบริหารจัดการ และระบบสนับสนุนที่เป็นองค์ประกอบของการดูแล (จริยา เลิศอรรฆยมณี และ สมเกียรติ โพธิสัตย์, 2545)

เทคโนโลยีสารสนเทศ หมายถึง เทคโนโลยีที่ใช้ในการรวบรวม จัดเก็บ ประมวลผล และแสดงผลลัพธ์เป็นสารสนเทศในรูปแบบต่างๆที่สามารถในไปใช้ประโยชน์ได้ เทคโนโลยีสารสนเทศประกอบด้วยเทคโนโลยีหลักคือ เครื่องคอมพิวเตอร์ อุปกรณ์โทรคมนาคมต่างๆ และโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ทั้งแบบสำเร็จรูปและที่พัฒนาขึ้นเฉพาะงาน (รุจา ภู่ไพบูลย์, 2544)

สารสนเทศทางการพยาบาล หมายถึง การผสมผสานศาสตร์ทางการพยาบาลวิทยาศาสตร์คอมพิวเตอร์ และสารสนเทศศาสตร์มาใช้ในการคัดเลือก การจัดเก็บ การจัดระบบ และการบริหารจัดการข้อมูลที่สนับสนุนการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาพยาบาล การบริหารการพยาบาล และการสร้าง หรือขยายองค์ความรู้ทางการพยาบาล (รุจา ภู่ไพบูลย์, 2544)

เนื่องจากบริการพยาบาลมีขอบเขตกว้างอยู่ในทุกส่วนของระบบสุขภาพ จึงต้องอาศัยระบบบริหารการพยาบาลที่มีคุณภาพ อำนวยการ บริหารจัดการทรัพยากรและควบคุมคุณภาพเพื่อให้การปฏิบัติในระบบบริการมีคุณภาพสูงสุด เป็นไปตามมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ

ผลลัพธ์ของการพยาบาล เป็นส่วนที่สะท้อนผลการดำเนินงานทั้งระบบ ซึ่งเป็นผลจากการบริหารและการบริการ เป็นส่วนที่บ่งชี้ผลสำเร็จ และส่วนขาด-สิ่งที่ต้องปรับปรุง หรือพัฒนาให้เกิดคุณภาพที่ดีขึ้น เป็นส่วนที่สำคัญที่ใช้ในการประเมินผล จากนโยบายการมุ่งเน้นผลลัพธ์ในปัจจุบัน

ระบบสนับสนุน/ควบคุมคุณภาพ เป็นระบบนอกองค์กรที่สำคัญต่อคุณภาพบริการในการกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพบริการทั้งในระบบสุขภาพ และระบบบริการพยาบาล ประกอบด้วยระบบกลไกภายในและนอกระบบราชการ โดยอาศัยเครื่องมือที่สำคัญอย่างหนึ่งคือ มาตรฐาน

มาตรฐาน ตามพจนานุกรม หมายถึง สิ่งที่สร้างขึ้นใช้เป็นเกณฑ์หรือพื้นฐานสำหรับเปรียบเทียบเพื่อการตัดสินความสามารถ คุณภาพ ปริมาณ หรือคุณค่าของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

มาตรฐานการพยาบาล หมายถึง ข้อความที่อธิบายลักษณะที่แสดงถึงผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ดี เป็นข้อความที่สามารถวัดได้ และใช้เป็นแนวทางในการประเมินผลการให้การพยาบาลทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม เมสัน (Mason อ้างตาม สภาการพยาบาล, 2539) กล่าวว่า มาตรฐานการพยาบาล คือข้อความที่เที่ยงตรง และชัดแจ้ง แสดงถึงคุณภาพของการพยาบาลในแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้างของบริการ ด้านกระบวนการการให้การพยาบาล และด้านผลที่เกิดกับผู้รับบริการ

คุณภาพ ตามความหมายพจนานุกรมฉบับเวบสเตอร์หมายความว่า“ระดับของความเป็นเลิศ” หรือสิ่งที่ดีกว่าสิ่งอื่น สำหรับในการพยาบาลนั้นคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลหมายถึงคุณลักษณะที่สามารถสังเกตได้ ซึ่ง บ่งบอกถึงระดับความเป็นเลิศตามที่คาดหวัง และที่ต้องการให้เกิดขึ้นอันจะเป็นมาตรฐานที่จะนำไปสู่ระดับความเป็นเลิศที่สูงสุดและเป็นไปได้ (สภาการพยาบาล, 2539)

สถานการณ์ของคุณภาพบริการ

1. ระบบบริหารการพยาบาล การปฏิรูประบบสุขภาพ และการกระจายอำนาจมีผลต่อระบบบริหารการพยาบาลหลายประการ แต่ละองค์กร/หน่วยงาน พยายามปรับตัว ปรับโครงสร้างการบริหาร ให้เหมาะสมสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ซึ่งต้องอาศัยความรู้ เข้าใจต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงการปรับตัวที่เหมาะสมต่อสถานการณ์ แต่เนื่องจากระบบการพยาบาลภาครัฐส่วนมาก โดยเฉพาะในกระทรวงสาธารณสุขบริหารภายใต้นโยบาย และการสั่งการมาเป็นเวลานานทำให้การปรับตัวเป็นไปด้วยความยากลำบาก ตัวอย่างเช่น

1.1 การปรับโครงสร้างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตามแนวคิดของการยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ทำให้งานส่งเสริมสุขภาพและรักษาพยาบาลในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งเดิมมีบทบาทรับผิดชอบ ดูแล สนับสนุนบริการพยาบาลในระดับจังหวัดหายไป ซึ่งอาจเนื่องจากความไม่ชัดเจนของงานที่รับผิดชอบเดิม ปรับเปลี่ยนให้มีงานกำกับตรวจสอบคุณภาพสถานพยาบาลในกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคแทน ซึ่งมีขอบข่ายงานที่กว้างขึ้น การดำเนินงานเป็นไปตามนโยบายของผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและผู้ว่าราชการจังหวัดหลายจังหวัดที่ผู้บริหารมีนโยบายที่เน้นงานอื่น เช่น เน้นการจัดการควบคุมคุณภาพอาหารทำให้งานบริการพยาบาลขาดผู้ติดตามสนับสนุนที่เป็นระบบ ชัดเจนเช่นเดิม ในบางจังหวัดที่การดำเนินงานมีความเข้มแข็ง รวมตัวกันได้ ปัญหาการพัฒนาคุณภาพจะมีน้อย หรือมีโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปเข้มแข็งทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้ โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย อย่างไรก็ตามการปรับระบบหลักประกันสุขภาพ

ถ้วนหน้าทำให้โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปมีข้อจำกัดในการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการในระดับโรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย จากปัญหาด้านงบประมาณ

1.2 การปรับโครงสร้างในโรงพยาบาลบางแห่งที่ต้องการขยายงานด้านการรักษาให้มากขึ้น ตามแนวคิดของการบริการแบบสหสาขาวิชาชีพ จึงมีแนวคิดที่จะยุบกลุ่มงานการพยาบาล ให้พยาบาลทั้งหมดกระจายอยู่ภายใต้การบริหารงานของแพทย์ในหน่วยต่างๆ ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการบริหารงานภายใต้แพทย์ทำให้งานบริการพยาบาลขาดความชัดเจนในภาพรวม ขาดทิศทางการพัฒนา ทั้งนี้เนื่องจากงานบริการพยาบาลมีความซับซ้อนอยู่ในเกือบทุกหน่วยงานของโรงพยาบาล การดูแลต้องอาศัยระบบ และแนวคิดทางการพยาบาลซึ่งแพทย์ไม่อาจเข้าใจได้ การวิเคราะห์ปัญหา แนวโน้ม และแผนการพัฒนาบุคลากรและระบบการดูแลต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง และการดูแลต่อเนื่องระดับชุมชนถึงโรงพยาบาล และ โรงพยาบาลถึงชุมชน การติดตามนิเทศสนับสนุนในภาพรวมเพื่อให้ผู้ใช้บริการพยาบาลได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ตามมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ มีโอกาสจะขาดความชัดเจน และขาดหายไป เนื่องจากแพทย์ส่วนใหญ่มีจุดเน้นที่การรักษาโรค ตามแนวคิดชีวการแพทย์

1.3 ระบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปรับให้งบประมาณหน่วยงานบริการสุขภาพ รับผิดชอบสุขภาพของประชาชนมากขึ้น ส่งผลให้แต่ละหน่วยบริการสุขภาพต้องปรับโครงสร้างให้สามารถดูแลประชาชนในทุกสภาวะ สุขภาพ ไม่ว่าป่วยหรือไม่ป่วยก็ตาม หลายโรงพยาบาลมีการปรับโครงสร้างเพิ่มงานการดูแลสุขภาพในชุมชน ซึ่งซ้อนทับกับการดูแลสุขภาพในชุมชนเดิม ผลดีคือ งานการดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชนได้รับการพัฒนาเอาใจใส่มากขึ้น มีการประสานงานระหว่างการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิดีขึ้น ข้อเสีย เกิดจากการปรับตัวในโครงสร้างที่ยังไม่ลงตัว ทำให้เกิดความไม่เข้าใจ ความสับสนในโครงสร้างการบริหารงานของผู้ปฏิบัติงาน

1.4 ระบบการเตรียม และการคัดเลือกผู้บริหารทางการพยาบาล แม้จะมีการกำหนดขั้นตอนและเกณฑ์การคัดเลือกไว้ แต่ในทางปฏิบัติ ระบบอาวุโสและระบบเส้นสายยังมีอิทธิพลสูง ทำให้การได้มาซึ่งผู้บริหารการพยาบาล ยังคงขาดประสิทธิภาพ ส่งผลต่อปัญหาคุณภาพการบริหารการพยาบาลในปัจจุบัน

1.5 การกำหนดเป้าหมายการพัฒนาบุคลากร และการบริหารทรัพยากรบุคคลที่ขาดความชัดเจน ทำให้ขาดประสิทธิภาพในการใช้ศักยภาพของบุคลากร เห็นได้จากการส่งบุคลากรศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลส่วนมากยังขาดการกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ที่ชัดเจน พยาบาลผู้ปฏิบัติงานไม่ชัดเจนกับบทบาทหน้าที่ของตนหลังจบการศึกษา นอกจากนั้น พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาปริญญาโทสาขาทางการพยาบาลยังขาดระบบรองรับให้ใช้ความรู้และศักยภาพในคลินิกอย่างที่ควรจะเป็น พยาบาลส่วนหนึ่งปฏิบัติงานเช่นเดิม ส่วนหนึ่งได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานด้านอื่น เช่น งานพัฒนาโรงพยาบาล ซึ่งเน้นการประสานงาน ส่วนหนึ่งเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้บริหาร ส่วนหนึ่งเปลี่ยนงานเป็นอาจารย์เนื่องจากรู้สึกว่าไม่สามารถใช้ความรู้ที่เรียนมาได้อย่างเต็มที่ แสดงถึงความไม่คุ้มค่าของการพัฒนาบุคลากร นอกจากผู้ปฏิบัติงานจะไม่มีโอกาสใช้ศักยภาพของตนในคลินิก ผู้ร่วมงานและผู้ปฏิบัติงานวิชาชีพอื่นรวมทั้งผู้บริหารไม่เห็นความแตกต่างหรือคุณค่าของการศึกษาต่อเนื่องในสาขาการพยาบาลแล้ว ยังนำมาซึ่งผลลบต่อการสนับสนุนต่อเนื่องจากผู้บริหารและ ไม่เกิดผลดีต่อการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอีกด้วย

1.6 การปรับตัวของระบบบริหารการพยาบาลในประเด็นของการใช้ข้อมูล การวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ยังเป็นจุดอ่อนของระบบบริหารการพยาบาล ทำให้ปรับตัวได้ช้าและยาก ไม่ทันสถานการณ์

ประเด็น

1. สถานการณ์ ระบบและโครงสร้างการบริหารการพยาบาลในปัจจุบันมีลักษณะอย่างไร มีปัญหาอะไรบ้าง
2. ระบบ และโครงสร้างการบริหารการพยาบาล ควรมีลักษณะอย่างไร จึงจะเหมาะสม สอดคล้องกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพปัจจุบัน และเอื้อประโยชน์ให้เกิดคุณภาพบริการพยาบาลได้ดีที่สุดทั้งในระดับปฐมภูมิถึงตติยภูมิ
3. ทิศทาง การพัฒนา การสรรหาและการเตรียมความพร้อมของทีมผู้บริหารการพยาบาลควรประกอบด้วยอะไรบ้าง

2. ระบบการบริการพยาบาล แม้ว่าพยาบาลจะเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีจำนวนมากที่สุดในระบบสุขภาพเมื่อเทียบกับบุคลากรสุขภาพอื่น และอยู่ในทุกส่วนของระบบสุขภาพ แต่ยังไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทหน้าที่ และขอบเขตความรับผิดชอบของตนได้ทั้งหมด อาจเนื่องจากอัตรากำลังที่มีจำกัดเมื่อเทียบกับประชาชนผู้ใช้บริการ ที่ต้องรับผิดชอบ รวมทั้งการพัฒนาที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพเชิงรับแต่เดิม ตามระบบสุขภาพ ทำให้การพัฒนาคุณภาพการดูแลเป็นไปอย่างไม่ครอบคลุมขอบเขตงาน อย่างไรก็ตาม จากสถานการณ์แนวคิดที่เปลี่ยนไปจากการมุ่งขยายสถานบริการ และใช้เทคโนโลยีราคาแพง เช่นเดียวกับประเทศตะวันตก เป็นการมุ่งเน้นการส่งเสริม ปกป้องสุขภาพมากขึ้น ใช้เทคโนโลยี และภูมิปัญญาท้องถิ่นเพิ่มขึ้น เปิดโอกาสให้พยาบาลขยายบทบาทของตนเองให้กว้างขึ้น แต่ในขณะเดียวกัน ก็เกิดความยากลำบากในการปรับตัวเนื่องจากเคยชินกับการโน้มเอียงทุ่มเทให้บริการเชิงรับมานาน

2.1 สถานการณ์การบริการพยาบาลในโรงพยาบาล และในชุมชน

1) *การให้บริการพยาบาลในโรงพยาบาล*

1.1) <u>สถานการณ์บริการพยาบาลจากปัญหาแนวคิดการดูแลสุขภาพตะวันตก</u> ในอดีต พยาบาลต้องรับภาระแทนบุคลากรที่ขาดแคลนในหลายสาขา เช่น แพทย์ เภสัชกร การเงินการบัญชี สุขาภิบาล เป็นต้น จนกระทั่งบางครั้ง พยาบาลไม่สามารถทำงานบริการพยาบาลได้เลย ยิ่งเมื่อมีผู้ใช้บริการมาก โอกาสที่พยาบาลจะได้ทำหน้าที่ของตนเองก็ยิ่งมีน้อย ในสถานการณ์ระบบสุขภาพแบบตะวันตกเดิมที่มุ่งการรักษา การบริการเป็นเชิงรับ เน้นการให้ยา/การฉีดยา แม้ว่าจะเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยก็ตาม ทำให้เกิดค่านิยมการใช้ยาของประชาชน เห็นได้จากการที่ประชาชนที่มาใช้บริการในสถานบริการมักต้องการยา หรือฉีดยาแม้เจ็บป่วยเล็กน้อยไม่จำเป็นต้องใช้ยาก็ตาม การดูแลตามแผนการรักษาเต็มไปด้วยการให้ยา/ให้น้ำเกลือแม้ว่าโดยธรรมชาติแล้วจะมีความเสี่ยงจากการปฏิบัติดังกล่าวก็ตาม ในโรงพยาบาลชุมชนก็จะเห็นเสาน้ำเกลือห้อยแขวนอยู่มากมาย คำสั่งการรักษาก็จะพบว่ามีการให้ยาจำนวนมาก ดังนั้นระบบการบริการพยาบาลจึงมุ่งปฏิบัติตามแผนการรักษาและด้วยบุคลากรพยาบาลจำนวนน้อยทำให้การดูแลขาดมิติด้านจิต-สังคม และการดูแลต่อเนื่อง เป็นส่วนมาก (จากกำลังคนที่มีอยู่ เพียงการปฏิบัติตามแผนการรักษาก็แทบไม่ทันอยู่แล้ว) ส่งผลให้ไม่สามารถแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนได้อย่างแท้จริงในขณะที่การลงทุนของรัฐในด้านสุขภาพสูงมากขึ้น จะเห็นได้จากข้อมูลสถิติรายจ่ายของรัฐเพื่อการสาธารณสุขเมื่อเทียบกับสถานภาพทางสุขภาพของบางประเทศในเอเชีย พบว่ามีรายจ่ายสูงกว่าหลายประเทศ แต่ปัญหาภาวะสุขภาพของประชาชนสูงกว่าในหลายประเทศ เช่น อัตราตายของทารก ทารกน้ำหนักต่ำกว่าพิกัด สูงกว่า มาเลเซีย สิงคโปร์ เกาหลี เป็นต้น (เทียนฉาย กีระนันทน์, 2539)

ในปัจจุบันแม้จะมีบุคลากรอื่นเพิ่มมากขึ้น อัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น แต่ในบางหน่วยงานพยาบาลยังคงต้องทำงานแข่งกับเวลา “แค่ฉีดยาอย่างเดียวก็ไม่ทันแล้ว” ก็ยังคงเป็นภาพที่พบได้ใน

ปัจจุบัน การที่พยาบาลต้องทำตามคำสั่งแพทย์ ขาดการคิด ใช้ความรู้ ตัดสินใจตามภารหน้าที่การพยาบาล การไม่สามารถแก้ปัญหาภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการตามบทบาทหน้าที่ได้ ทำให้ความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองต่ำลง ความเคยชินกับการทำงานตามคำสั่งแพทย์และงานประจำทำให้เบื่อหน่าย

1.2) การปัญหาพยาบาลหลายระดับ นำมาสู่นโยบายและการดำเนินการปรับระดับพยาบาลเทคนิคให้เป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด สิ่งที่จะต้องคำนึงถึงต่อไปจากผลของการปรับระดับพยาบาลคือ งานการดูแลผู้ใช้บริการซึ่งมีหลายระดับ หลายลักษณะ มีปริมาณมาก ทั้งงานที่เป็นงานประจำไม่จำเป็นต้องอาศัยความรู้ความสามารถมากนัก จนถึงงานที่ต้องใช้ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์เชิงวิชาชีพในการค้นหา วิเคราะห์ วางแผน ดำเนินการจัดการแก้ปัญหา หากพยาบาลปฏิบัติงานทุกอย่างด้วยตนเอง จะต้องใช้อัตรากำลังพยาบาลจำนวนมากอย่างไม่คุ้มค่า คุ้มทุน ดังนั้นประเด็นที่ควรคิดถึงคือ ควรมีบุคลากรระดับอื่นช่วยในการปฏิบัติงานของพยาบาลด้วยหรือไม่เพื่อเปิดโอกาสให้พยาบาลมีเวลาคิด และมีเวลาศึกษาปัญหาของผู้ใช้บริการอย่างใกล้ชิดมากขึ้น บุคลากรนั้นควรเป็นผู้ใด ควรมีสมรรถนะอย่างไรบ้าง เพียงใด ใครจะเป็นผู้พัฒนาและควบคุมกำกับ ดูแล ด้วยวิธีการอย่างไร

1.3) รูปแบบระบบบริการพยาบาล เป็นประเด็นที่มีการศึกษามานาน มีความพยายามในการปรับปรุง ศึกษา พัฒนาระบบการบริการ ทดลองใช้ระบบบริการต่าง ๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของพยาบาล กระตุ้น และสนับสนุนการใช้ความรู้ ความสามารถของพยาบาล ในโรงพยาบาลหลายแห่ง เช่น ระบบทีมการพยาบาล ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นต้น ระบบทีม เป็นที่นิยมในประเทศไทยแต่ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายได้อย่างต่อเนื่องและสมบูรณ์ เนื่องจากพยาบาลมุ่งปฏิบัติให้งานแล้วเสร็จ ซึ่งมักเน้นที่ให้การรักษาทางการแพทย์มากกว่า (สิริกาญจน์ บริสุทธิบัณฑิต, 2540) ในระยะหลังมีความพยายามใช้ระบบการจัดการรายกรณี (Case management) มากขึ้น แต่เนื่องจากเป็นรูปแบบการบริการจากต่างประเทศ มีที่มาของการพัฒนาที่แตกต่างกันในบริบทต่างกันจึงต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนอย่างมากและพบว่าหลายแห่งต้องล้มเลิกไปหรือไม่สามารถขยายรูปแบบให้ครอบคลุมการบริการในองค์กรได้

หลักการที่สำคัญของการบริการพยาบาลการอยู่ที่การจัดระบบให้พยาบาลสามารถศึกษาปัญหาของผู้ใช้บริการ เฉพาะรายได้ เนื่องจากผู้ใช้บริการแต่ละรายเป็นปัจเจกบุคคล ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพแตกต่างกันไป การที่จะเข้าใจปัญหาของผู้ใช้บริการแต่ละรายได้ต้องอาศัยเวลา สัมพันธภาพที่ดี การที่จะช่วยเหลือแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ พยาบาลต้องมีความรู้ ทักษะประสบการณ์ที่เพียงพอ สามารถทำงานร่วมกับบุคลากรอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ ผู้ใช้บริการได้รับบริการจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องได้มากที่สุด

แม้ปัจจุบันแนวคิดของการจัดระบบสุขภาพจะเปลี่ยนเป็นเชิงรุกมากขึ้น และคาดหวังว่าการเจ็บป่วยของประชาชนจะลดลงจากการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันความเจ็บป่วย แต่ในความเป็นจริง ผลของการดูแลสุขภาพเชิงรุกต้องอาศัยเวลา ปัจจุบัน จะเห็นได้ว่าการดำเนินงานเชิงรุกยังไม่เห็นผล จากสถิติบริการ สถานบริการสุขภาพยังเต็มไปด้วยประชาชนที่เจ็บป่วย และมีจำนวนมากขึ้นโดยส่วนใหญ่จากนโยบาย “30 บาท รักษาทุกโรค” พยาบาลในโรงพยาบาล หรือสถานบริการสุขภาพยังต้องรองรับความเจ็บป่วยของประชาชนที่ยังเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ซับซ้อนมากขึ้น ต้องการความรู้ ความสามารถ ทักษะประสบการณ์เฉพาะในการช่วยเหลือดูแล แก้ไข และป้องกันภาวะแทรกซ้อน ความพิการมากขึ้น ในขณะที่ต้องแบ่งอัตรากำลังให้กับการดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชน และเพิ่มอัตรากำลังไม่ได้ตามนโยบายการปฏิรูประบบราชการ

ประเด็นที่สำคัญที่ต้องศึกษาคือ ใน*การจัดระบบบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ*นั้น ควรมีลักษณะอย่างไร ด้วยหลักการที่สำคัญคือ ระบบนั้นจะต้องเอื้อต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน ให้พยาบาลสามารถใช้

ศักยภาพของตนเองได้มากที่สุด เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ใช้บริการมากที่สุด ปลอดภัยทั้งต่อผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ

1.4) ปริมาณและคุณภาพของผู้ให้บริการ ที่ผ่านมาในอดีตการปรับระดับ และอัตรากำลังพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุข อยู่ในระบบของคณะกรรมการข้าราชการ-พลเรือน ร่วมกับกองการเจ้าหน้าที่ โดยมีกองการพยาบาล (สำนักการพยาบาล ปัจจุบัน) ร่วมในการคำนวณกรอบอัตรากำลังทุก 4 ปี จำนวน 3 ครั้ง กรอบอัตรากำลังรอบ 4 ไม่ได้นำมาใช้เนื่องจากถึงระยะของการปฏิรูประบบราชการ ในอดีตการคำนวณอัตรากำลังยึดจำนวนผู้ใช้บริการเป็นหลัก การปรับระดับความก้าวหน้าของพยาบาลคิดจากจำนวนผู้ใช้บริการและระยะเวลาปฏิบัติงานของพยาบาล ซึ่งจุดอ่อนของวิธีการดังกล่าว คือ

- การใช้จำนวนผู้ใช้บริการพิจารณาการกำหนดตำแหน่ง ทำให้ขาดการเน้นผลลัพธ์ในเชิงคุณภาพ
- การใช้ระยะเวลาในการปฏิบัติงานพิจารณาเลื่อนระดับความก้าวหน้า ทำให้ผู้ปฏิบัติงานขาดความกระตือรือร้นในการพัฒนางาน เนื่องจากถ้ายังไม่ถึงเวลาก็ไม่สามารถประเมินเข้าสู่ตำแหน่งงานที่สูงขึ้นได้
- การพัฒนาที่มุ่งเน้นการเติบโตทางด้านการบริหารมากกว่างานบริการพยาบาลในคลินิก พยาบาลผู้ปฏิบัติงานถูกจำกัดการเลื่อนขั้นไว้ในระดับหนึ่ง กล่าวคือ การเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นต้องรับผิดชอบงานบริหารมากขึ้น ความก้าวหน้าขั้นสูงเป็นตำแหน่งผู้บริหาร ซึ่งมีไม่มากนัก ดังนั้น เมื่อพยาบาลปฏิบัติงานในคลินิกระดับหนึ่ง จึงเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้บริหาร หรือเป็นอาจารย์ ทำให้การพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานในคลินิกถูกจำกัดและไม่ต่อเนื่อง พยาบาลที่เก่งมากขึ้นไม่ได้รับการส่งเสริมให้ใช้ศักยภาพของตนให้เต็มที่ในคลินิก

2) *การให้บริการพยาบาลในชุมชน* เช่นเดียวกับการพยาบาลในโรงพยาบาลที่พยาบาลต้องทำหน้าที่แทนบุคลากรอื่น จำนวนพยาบาลที่มีน้อย ทำให้ต้องเลือกปฏิบัติงานในบางเรื่อง กับกลุ่มประชาชนบางกลุ่ม ในอดีตมักเลือกตามนโยบายขององค์การอนามัยโลก กระทรวงสาธารณสุข และกรมต่างๆ มุ่งเน้นการปฏิบัติให้ได้ตามเป้าหมายที่แต่ละหน่วยงานกำหนดให้ เช่นกรมอนามัย ตั้งเป้าหมายการดูแลหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอดอย่างน้อย 4 ครั้ง การดำเนินงานมุ่งเน้นปริมาณ การตรวจครรภ์ แต่พบว่าปัญหาอัตราตายมารดา-ทารกยังลดลงน้อย ทำให้ต้องปรับกลวิธีเพิ่มนโยบาย จัดตั้ง MCH Broad เพื่อให้เกิดผลในเชิงคุณภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่างานอนามัยแม่และเด็ก เป็นงานในขอบเขตการพยาบาลโดยตรง แต่ไม่สามารถผลักดันให้พยาบาลสามารถดำเนินงานในเชิงคุณภาพได้ แม้หน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลโดยตรง เช่น กองการพยาบาล ซึ่งมีงบประมาณสนับสนุนน้อยมาก ได้นำเสนอแนวคิด มาตรฐาน และการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลงานบริการสูติกรรม แต่จากการที่ผู้ปฏิบัติงานไม่สามารถผสมผสานงานเข้าด้วยกัน และหน่วยงานส่วนกลาง ยังทำงานในลักษณะแบบแยกส่วน หน่วยงานที่ได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณมากกว่าจะมีอำนาจ สามารถผลักดันการดำเนินงานได้ดีกว่า ทำให้บริการพยาบาลที่เกิดขึ้นไม่ครอบคลุมขอบเขตของการพยาบาลที่ควรจะเป็น กล่าวโดยสรุปการให้บริการพยาบาลมักมีลักษณะแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเป็นส่วนใหญ่ และการดำเนินงานตามนโยบายเฉพาะหน้า คือเป็นบริการเชิงรับ เน้นการรักษาพยาบาล แก้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นแล้วเป็นส่วนมาก

ปัจจุบัน แม้จะเป็นโอกาสที่พยาบาลจะสามารถขยายบทบาทส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และปกป้องสุขภาพ รวมทั้งการจัดระบบในชุมชนมากขึ้น แต่สถานการณ์ที่ปรากฏยังเห็นภาพพยาบาลเน้นการปฏิบัติงาน

บริการเป็นเชิงรับ เน้นการรักษาพยาบาลในปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นเป็นหลัก และยังไม่สามารถจัดระบบการดูแลเชิงรุกได้ เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งอาจเนื่องจาก

- ขาดความรู้ความเข้าใจ และทักษะในมิติของการส่งเสริม ปกป้องสุขภาพ การป้องกันโรค/ความเจ็บป่วย เนื่องจากคุ้นเคยกับการรักษาพยาบาลมากกว่า
- ขาดความชัดเจนของการจัดระบบการดูแลสุขภาพจากนโยบาย และผู้บริหาร

ปัจจุบันจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ระบบการพยาบาลในโรงพยาบาลต้องปรับให้บริการพยาบาลในชุมชนให้มากขึ้น ประเด็นที่สำคัญของการให้บริการที่มีคุณภาพในชุมชนคือ จะทำอย่างไรให้พยาบาลที่คุ้นเคยกับการปฏิบัติงานเชิงรับในโรงพยาบาล สามารถปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรอื่นในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพในเวลาอันรวดเร็ว

ประเด็นที่น่าสนใจอีกประการหนึ่ง คือบทบาทการรักษาเบื้องต้นในชุมชน แม้เป็นบทบาทเชิงรับแต่มีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างหนึ่ง พยาบาลเป็นผู้ที่ทำหน้าที่นี้มานานด้วยนโยบาย “ทำแทนแพทย์” พบว่าพยาบาลในสถานีอนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุขในกรุงเทพมหานครมีการปฏิบัติงานด้านการรักษาเบื้องต้นมากที่สุดร้อยละ 90.19 ซึ่งประชาชนมีระดับความพึงพอใจดี ถึงดีมาก ร้อยละ 69.12 (ทัศนา บุญทอง, 2543) ตามเป้าหมายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะต้องมีแพทย์ทำหน้าที่ดูแลประชากรที่ขึ้นทะเบียนด้วยอัตราส่วน แพทย์ : ประชากร เท่ากับ 1: 10,000 (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2545) อย่างไรก็ตาม เมื่อดูแนวโน้ม จะเห็นได้ว่ามีความเป็นไปได้น้อย เนื่องจากสัดส่วนการผลิตค่านิยม และเป้าหมายของแพทย์โดยส่วนมากมุ่งเน้นความเป็นเลิศด้านการรักษาด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง แนวโน้มที่เป็นไปได้คือ พยาบาลคงจะต้องปฏิบัติหน้าที่รักษาเบื้องต้นในชุมชนต่อไป

ประเด็น

- ควรจัดระบบอย่างไรเพื่อให้การใช้ทรัพยากร คือบุคลากรพยาบาลที่มีอยู่อย่างจำกัดมีประสิทธิภาพสูงสุดทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน
- ระบบบริการพยาบาล ที่เหมาะสมเอื้อประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานการพยาบาลที่มีคุณภาพ ตามมาตรฐาน และการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง ควรมีลักษณะอย่างไร
- อัตรากำลัง และระดับความก้าวหน้าของพยาบาลควรจะเป็นอย่างไร เพื่อให้เกิดคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุดต่อคุณภาพบริการพยาบาล
- ในสถานการณ์ปัจจุบัน ภาวะผู้นำจะช่วยในเรื่องอัตรากำลังและค่าตอบแทนได้อย่างไร
- ควรมีบุคลากรระดับอื่นช่วยในการปฏิบัติงานของพยาบาลด้วยหรือไม่เพื่อเปิดโอกาสให้พยาบาลมีเวลาคิด และมีเวลาศึกษาปัญหาของผู้ใช้บริการอย่างใกล้ชิดมากขึ้น บุคลากรนั้นควรเป็นผู้ใด ควรมีสมรรถนะอย่างไรบ้าง เพียงใด ใครจะเป็นผู้พัฒนาและควบคุมกำกับ ดูแล ด้วยวิธีการอย่างไร
- พยาบาลควรได้รับบทบาทการทำหน้าที่ “ผู้รักษาเบื้องต้น” ตามที่เคยปฏิบัติมานาน และมีแนวโน้มว่าจะต้องรับต่อไปหรือไม่ โดยไม่ต้องเป็นหน้าที่ “ทำแทนแพทย์”
- เพื่อให้บทบาท “ผู้รักษาเบื้องต้น” มีคุณภาพ ควรกำหนดการพัฒนาพยาบาลอย่างไรอย่างเป็นระบบ ควรประกันคุณภาพตนเองอย่างไร และควรมีกลไกในการติดตาม สนับสนุน และควบคุมคุณภาพอย่างไร โดยใคร

2.2 แนวคิดการพยาบาลขั้นสูงในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล

จากงานวิจัยในต่างประเทศหลายเรื่องได้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพ และความคุ้มค่าของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในขั้นสูงที่ได้รับการเตรียมการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา (Gilles, 1996) และสำหรับในประเทศไทย มีรายงานการศึกษาวิจัยที่หลากหลายแสดงให้เห็นถึงความต้องการการดูแลสุขภาพของประชาชนไทย ที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน ทั้งที่เป็นปัญหาและเป็นแนวโน้มของปัญหาในอนาคต ตัวอย่างเช่น การศึกษาความต้องการการดูแล และการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ จินนะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ (2540) การศึกษาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคมะเร็งของ แม้นมนา จิระจรัส (2540) และสายพร รัตนเรืองวัฒนา (2540) เป็นต้น ซึ่งปัญหาและแนวโน้มของปัญหาเหล่านี้ พยาบาลระดับปฏิบัติการทั่วไปไม่สามารถแยกแยะความต้องการและการตอบสนองความต้องการเหล่านี้ได้ จำเป็นต้องอาศัยพยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญเฉพาะช่วยชี้แนะ วางแผนให้การพยาบาล และพัฒนาการพยาบาลให้มีคุณภาพ มีความก้าวหน้าทันต่อการเปลี่ยนแปลง พยาบาลดังกล่าว ไม่ได้หมายถึงพยาบาลผู้ชำนาญเฉพาะทางตามความหมายที่กำหนดไว้ของคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน

สภาการพยาบาลมีนโยบายการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลในขั้นสูง จัดให้มีการสอบและประกาศผลผู้สอบผ่านการเป็นผู้ชำนาญการพยาบาลเฉพาะสาขา 5 สาขา ครั้งแรกในปี 2546 อย่างไรก็ตามพบว่าองค์กรการพยาบาล หรือองค์กรสุขภาพส่วนมากยังขาดระบบรองรับการปฏิบัติงานตามบทบาทพยาบาลผู้ชำนาญการพยาบาลเฉพาะสาขาดังกล่าว ยกเว้นในโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย เนื่องจากผู้บริหารส่วนมากยังขาดความรู้ ความเข้าใจบทบาทของพยาบาลผู้ชำนาญการพยาบาลเฉพาะสาขา

ประเด็น

- แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลในขั้นสูงจะสามารถช่วยให้เกิดคุณภาพบริการพยาบาลในระบบสุขภาพไทยได้หรือไม่ อย่างไร และควรมีการสนับสนุนจากระบบบริหาร และระบบบริการพยาบาลในลักษณะใด

2.3 เทคโนโลยีต่อคุณภาพบริการพยาบาล

เทคโนโลยีด้านสุขภาพมีส่วนสำคัญในระบบบริการสุขภาพ เป็นการนำองค์ความรู้ไปสู่การใช้ประโยชน์ความก้าวหน้า และการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน ทำให้ค่าใช้จ่ายโดยรวมสูงขึ้น เกิดปัญหาการใช้เทคโนโลยี เช่น การใช้เทคโนโลยีไม่เหมาะสมและไม่มีความจำเป็น เป็นต้น เทคโนโลยีที่มีผลต่อบริการพยาบาลอาจจำแนกเป็น เทคโนโลยีด้านสุขภาพ และเทคโนโลยีสารสนเทศทางการพยาบาล

1) เทคโนโลยีด้านสุขภาพ ในยุคที่มีการพัฒนาเทคโนโลยีด้านสุขภาพอย่างรวดเร็วเกิดการไหลบ่าของเทคโนโลยีเข้ามาในประเทศอย่างอิสระ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเทคโนโลยีราคาแพง เช่น เครื่อง MRI เครื่องช่วยหายใจระบบ Digital เป็นต้น ขาดกลไกการกลั่นกรองเลือกเทคโนโลยีที่เหมาะสม ไม่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของประเทศ นอกจากความไม่สมดุลแล้ว ยังมีลักษณะกระจุกตัว และไม่เป็นธรรมในการใช้เทคโนโลยี การใช้งานไม่เหมาะสม ไม่เต็มประสิทธิภาพ ปัจจุบันจะพบว่าประชาชนสามารถได้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อหลายประเภท โดยยังขาดกลไกการคัดกรอง และช่องทางสำหรับข้อมูลข่าวสารที่เหมาะสมได้ ซึ่งนอกจากเครื่องมือราคาแพงแล้ว ปัจจุบันยังมียาสมุนไพร ทั้งจากต่างประเทศ และในประเทศ อาหาร การบำบัดต่างๆ เช่น การฝังเข็ม การนวด เป็นต้น พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรด้านสุขภาพ มีบทบาทในการสื่อสารกับประชาชนมากที่สุด จำเป็นต้องเข้าใจและเลือกที่จะใช้ และให้ข้อมูลในการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างเหมาะสม ต้องระลึกเสมอว่าเทคโนโลยีทันสมัยที่เผยแพร่ในวารสารทางด้านสุขภาพอาจไม่ใช่สิ่งที่ดีที่สุด หรือเหมาะสมที่สุดเสมอไป นอกจากนี้นโยบายการใช้เทคโนโลยีสุขภาพทางเลือกยังเข้ามามีบทบาทอย่างมากในปัจจุบัน มีการพัฒนาขึ้น

อย่างรวดเร็ว การเผยแพร่กว้างขวาง ในขณะที่มีเพียงบางเรื่องเท่านั้นที่ได้รับการยอมรับ และมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์สนับสนุน บางเรื่องเป็นเพียงความเชื่อขาดหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ และก่อให้เกิดผลลบอย่างมาก ดังที่ปรากฏในสื่อต่างๆ เป็นระยะๆ

สรุปสถานการณ์และปัญหาการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพในประเทศไทย (ชาตรี บานชื่น, 2545)

- เทคโนโลยีด้านสุขภาพที่นำเข้าจากต่างประเทศไม่มีกลไกในการเลือกรับ เลือกใช้
- เทคโนโลยีด้านสุขภาพที่มี และใช้อยู่ในปัจจุบันมีการกระจายไม่สมดุลและไม่เป็นธรรม
- เทคโนโลยีด้านสุขภาพพื้นบ้าน ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีอยู่ รวมถึงเทคโนโลยีที่คิดค้นประดิษฐ์ใหม่ยังขาดการรวบรวม ฟื้นฟู พัฒนา ให้สามารถนำมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และปลอดภัย
- ขาดการรวบรวม และการเผยแพร่เทคโนโลยีด้านสุขภาพที่ถูกที่ควรอย่างเป็นระบบ ผู้ที่ควรได้ข้อมูลไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้

2) เทคโนโลยีสารสนเทศทางการพยาบาล จากการสำรวจสถานการณ์และความต้องการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศทางการพยาบาลของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ในช่วงเดือนมีนาคม – พฤษภาคม 2546 พบว่าระบบสารสนเทศขององค์กรพยาบาลส่วนมากยังไม่มีโครงสร้างที่ชัดเจน ทั้งด้านนโยบาย ผู้รับผิดชอบ และการดำเนินงานพัฒนาระบบสารสนเทศ บุคลากรส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการพัฒนาระบบสารสนเทศทางการพยาบาล และการนำไปใช้ประโยชน์ อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ ไม่เพียงพอต่อการใช้งาน โปรแกรมที่ใช้ส่วนมากเป็นโปรแกรมสารสนเทศของโรงพยาบาล และ Microsoft office ปัญหา-อุปสรรค คือบุคลากรขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องสารสนเทศทางการพยาบาล ขาดบุคลากรที่รับผิดชอบเฉพาะ นโยบายไม่ชัดเจน และไม่มีการเชื่อมโยงข้อมูล (สำนักการพยาบาล, 2546)

การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศทางการพยาบาลระหว่างประเทศ เพื่อให้ข้อมูลการพยาบาลมีความชัดเจน เชื่อมโยงถึงกันได้ทั้งในระดับประเทศและระหว่างประเทศ สภาการพยาบาลระหว่างประเทศ (ICN) จึงพัฒนาระบบการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลในระดับสากลขึ้น (International Classification for Nursing Practice – ICNP) ในปี 1991 (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ, 2544) ประเทศไทยซึ่งเป็นสมาชิกได้ดำเนินการดังนี้

- สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ แต่งตั้งคณะกรรมการแปล ICNP เป็นภาษาไทย
- ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่จัดทำแผนการพยาบาลตามปรากฏการณ์การพยาบาล และพัฒนาโปรแกรมการใช้งานในโรงพยาบาล
- สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสถาบันมะเร็งแห่งชาติจัดทำดัชนี ICNP เพื่อให้ง่ายต่อการค้นหาคำ และอยู่ในระหว่างการดำเนินการจัดทำแผนการพยาบาลมาตรฐานตามการวินิจฉัยโรค 5 อันดับแรก ร่วมกับการพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์

ประเด็น

- ควรจะมีการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร ด้านสารสนเทศด้านสุขภาพอย่างไรจึงจะช่วยให้พยาบาลเรียนรู้ ทำความเข้าใจ และเลือกใช้ที่เหมาะสมได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ทั้งในระบบบริหารและระบบบริการพยาบาล เพื่อให้เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพประชาชนมากที่สุด
- ระบบการประสานความร่วมมือ และบทบาทของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องควรมีลักษณะอย่างไรจึงจะช่วยให้การพัฒนาระบบสารสนเทศเป็นประโยชน์ต่อการเรียนรู้ การวางแผน และการตัดสินใจในการจัดระบบบริการพยาบาลได้ดีที่สุด

3. ผลลัพธ์ของบริการพยาบาล

เป็นผลจากการดำเนินงานในภาพรวมของทั้งระบบบริหารและบริการพยาบาลแสดงผลสำเร็จ ส่วนขาด-สิ่งที่ต้องปรับปรุง หรือพัฒนาเป็นส่วนสำคัญที่ใช้ในการประเมินผล

3.1 ผลจากการปฏิรูประบบราชการที่มุ่งเน้นให้ทุกส่วนราชการปรับปรุงประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของงานโดยใช้แนวทางการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ และให้ค่าตอบแทนตามผลสัมฤทธิ์ นั่นหมายถึงการกำหนดเป้าหมายการดำเนินงาน ดัชนีชี้วัดผลสัมฤทธิ์ของงานอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งดัชนีของงานบริการพยาบาลและดัชนีชี้วัดผลสัมฤทธิ์ของบุคลากรพยาบาลทุกระดับ

ผลต่อบริการพยาบาล น่าจะเป็นโอกาสในการพัฒนาค่าตอบแทนสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลให้เหมาะสม รวมทั้งน่าจะเป็นโอกาสที่จะพัฒนาให้เกิดการใช้สติปัญญาหรือความสามารถในการให้บริการพยาบาลมากขึ้น (Work smarter) ในฐานะมืออาชีพ

ประเด็น

- ควรมีการศึกษาเพื่อกำหนดขีดความสามารถและบันไดอาชีพของบุคลากรทางการพยาบาลให้ชัดเจน เพื่อนำไปสู่การกำหนดค่าตอบแทนที่เหมาะสม

3.2 การปฏิรูประบบสุขภาพ ประเด็นที่สำคัญอย่างหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพคือ การลดค่าใช้จ่ายโดยรวมของประเทศ และประชาชนในการดูแลรักษาสุขภาพ

ประเด็นด้านกำลังคน

1) การขาดแคลนกำลังคนบางสาขา ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาล โดยเฉพาะกำลังคนที่ต้องให้บริการในระดับปฐมภูมิ

2) การกระจายของบุคลากรไม่เหมาะสม กล่าวคือ เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ ต่อประชากรในแต่ละพื้นที่ จะพบว่าในบางพื้นที่ โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีสัดส่วนแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ต่อประชากรต่ำกว่าภาคอื่นๆมาก แม้จะมีการสร้างแรงจูงใจด้วย ค่าตอบแทน และสวัสดิการอื่น ๆ ก็ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้เท่าที่ควร

3) แนวโน้มในการกระจายกำลังคน กระทรวงสาธารณสุขมีแนวโน้มที่จะจัดสรรให้มีการกระจายกำลังคนและทรัพยากรทางการแพทย์ รวมทั้งการลงทุนโดยใช้ระบบ GIS (Geographic Information System)

ประเด็นการใช้กลไกการเงิน การคลังเพื่อกระตุ้นการปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารจัดการ

ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ ซึ่งปัจจุบันสถานบริการสุขภาพต้องมีการปรับปรุง ประสิทธิภาพการบริหาร มีการควบคุมและมีความพยายามที่จะลดค่าใช้จ่ายลง การใช้กลไกการจ่าย ค่ารักษาพยาบาลแก่สถานบริการตามการวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ทำให้สถานบริการต้องหันมาเคร่งครัดกับมาตรฐานและคุณภาพ การรักษาพยาบาลบนพื้นฐานของแนวคิด “จำเป็น เหมาะสม และคุ้มค่า” มีความพยายามจะลดวันนอนผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) ขยายวันนอนในผู้ป่วยเบิกสวัสดิการข้าราชการ เพื่อหาทางเพิ่มรายได้ของโรงพยาบาล การจำหน่ายผู้ป่วยเร็ว ให้การดูแลแบบผู้ป่วยนอก และการดูแลที่บ้านมากขึ้น เพราะค่าใช้จ่ายต่ำกว่า รวมทั้งความพยายามที่จะจัดบริการในรูปของเครือข่าย มีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน ลดการลงทุนเพื่อการซื้อเครื่องมือราคาแพง

นอกจากนั้น ทิศทางการบริหารโรงพยาบาลในอนาคต อาจมีรูปแบบที่ เปลี่ยนไป เริ่มมีการใช้แนวคิดการบริหารธุรกิจ และการตลาดมาใช้มากขึ้น แนวโน้มในอนาคต โรงพยาบาลหลายแห่งอาจต้องปรับเปลี่ยนเป็น “องค์กรอิสระภายใต้กำกับของรัฐ” (Autonomous Hospital) เพื่อความคล่องตัวในการบริหารจัดการแบบมุ่ง

ผลสัมฤทธิ์ และเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันกับภาคเอกชน ซึ่งงานบริการพยาบาลจะต้องเตรียมพร้อมทั้งด้านบุคลากรและระบบงาน

ประเด็นการวัด/ประเมินผลโดยการใช้ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดเป็นเครื่องมือวัดผลลัพธ์ของงาน บอกเป้าหมายของงาน ซึ่งใช้ประเมินคุณภาพให้มีความชัดเจนเป็นตัวเลข มีความสำคัญทั้งในการประเมินเพื่อรับรองคุณภาพ เพื่อวัดผลสัมฤทธิ์บอกผลงาน ดังนั้นนอกจากหน่วยงานบริการพยาบาลเจ้าของผลงานแล้ว จึงมีหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหลายหน่วยงานที่กำหนดตัวชี้วัดขึ้นแม้จะใช้หลักของการประกันคุณภาพเช่นเดียวกัน แต่ด้วยหน่วยงานที่ต่างกัน ใช้ในภารกิจที่ต่างกัน ทำให้เกิดความสับสนแก่ผู้ปฏิบัติงาน

ในปี พ.ศ.2544 – ปัจจุบัน กองการพยาบาล (สำนักการพยาบาล ปัจจุบัน)ได้ขยายการดำเนินงานการประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล ครอบคลุมทุกสถานบริการสุขภาพและทุกงาน โดยอบรมทีมผู้นิเทศงานประกันคุณภาพการพยาบาลของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อติดตาม ให้คำปรึกษา-แนะนำ และประเมินผลการดำเนินงานประกันคุณภาพการพยาบาล

ในด้านการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล สำนักการพยาบาลได้พัฒนาตัวชี้วัดเพื่อใช้เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพผลลัพธ์ หรือคุณภาพผลงานของบริการพยาบาลให้สามารถใช้ในการเทียบเคียงกันได้ในระดับประเทศ และสามารถนำไปสู่การพัฒนาเกณฑ์อ้างอิงสำหรับการเทียบเคียง (Benchmarking) ของระดับคุณภาพการพยาบาล สำนักการพยาบาลจึงดำเนินการทบทวนและกลั่นกรองตัวชี้วัด เพื่อกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดระดับชาติ โดยใช้กรอบแนวคิดการกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ตาม “The Outcome Model of Health care Research (Holezemer, 1994) ซึ่งสรุปตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในสถานบริการสุขภาพได้ 10 ตัว และตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลชุมชนได้ 11 ตัว ซึ่งในขณะนี้อยู่ระหว่างการทดลองเก็บรวบรวมข้อมูล

ประเด็น สำคัญในส่วนตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลมีดังนี้

1) การขาดกรอบแนวคิดที่ชัดเจนเกี่ยวกับ การวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาล ทำให้ไม่สามารถใช้ในการสื่อสารเชื่อมโยงและพัฒนาให้เป็นสารสนเทศที่จะนำมาใช้เพื่อสะท้อนผลลัพธ์การพยาบาลในภาพรวมได้ และจากการขาดความชัดเจนทั้งระดับผู้ปฏิบัติ/หน่วยปฏิบัติ ระดับองค์กรและระดับชาติ จะสามารถนำไปสู่ปัญหาการสื่อสารผลลัพธ์ไปสู่ระดับนโยบาย และการสร้างความรู้ใหม่

2) การวินิจฉัยที่มีการดำเนินการอยู่ มีความหลากหลายและยังไม่สามารถนำมาบูรณาการเพื่อให้มีกรอบแนวคิดที่ชัดเจนได้

3) ขาดหน่วยงานที่จะเป็นองค์กรหลักที่ทำหน้าที่รวบรวมรายงานระดับชาติในฐานะ Nursing Quality Monitoring Office ซึ่งจะทำให้ขาดการรวบรวมประเมินผลข้อมูลผลลัพธ์การพยาบาลอย่างเป็นระบบ

ผลต่อการบริการพยาบาล

4. หากผลลัพธ์หรือผลสัมฤทธิ์ของบริการพยาบาลไม่ชัดเจน อาจมีการลดอัตรา กำลังพยาบาลวิชาชีพและใช้บุคลากรอื่น (Un-license Staff) ทดแทนเพื่อลดค่าใช้จ่าย สถานการณ์เช่นนี้เคยมีบทเรียนมาแล้วในการปฏิรูประบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกา และในปี ค.ศ. 1994 สมาคมพยาบาลอเมริกัน (ANA) จึงได้ทำการศึกษาผลกระทบจากการลดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพต่อคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วย และนำเสนอต่อรัฐบาล เพื่อให้ตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างการพยาบาล และผลลัพธ์ด้านสุขภาพงานวิจัยผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากมาย ต่อระบบบริการสุขภาพ กล่าวคือ มีหลักฐานที่แสดงถึงความคุ้มค่าของการใช้พยาบาลในการดูแลสุขภาพประชาชน

5. อาจมีการเกลี่ยอัตรากำลังตามแผนการกระจายอัตรากำลัง โดยใช้ข้อมูลในระบบ GIS ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อขวัญกำลังใจของบุคลากร เป็นอย่างมาก เช่น อาจต้องมีการลดขนาด โรงพยาบาลบางแห่ง ซึ่งอาจมีผลดีหากโรงพยาบาลนั้นมีภาระงานมากเกินอัตรากำลังที่มีอยู่หรืออาจส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาลที่มีอัตรากำลังเกินความต้องการ ซึ่งต้องมีการเกลี่ยอัตรากำลังไปในที่ที่ขาด

การดำเนินการดังกล่าว จะเห็นว่า เป็นไปเพื่อตอบสนองนโยบาย การจัดการทรัพยากรด้านสุขภาพให้เหมาะสมคุ้มค่า และการเพิ่มบริการด้านการสร้างสุขภาพ และลดการลงทุนหรือบริการที่เน้นการซ่อมสุขภาพนั่นเอง

6. ในขณะที่ภาคราชการมีการปฏิรูปกำลังคนด้านสาธารณสุขงานบริการสาธารณสุขของรัฐก็อยู่ในภาวะที่ต้องแข่งขันกับภาคเอกชน ซึ่งมีการขยายตัวอย่างรวดเร็ว และเป็นเหตุให้มีการเลื่อนไหลของกำลังคนจากภาคราชการไปสู่ภาคเอกชน โดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล ที่มีความชำนาญเฉพาะทาง หรือมีทักษะ/ประสบการณ์

ประเด็น

1. รูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการกระจายอัตรากำลังพยาบาลควรเป็นอย่างไร

2. จะมีการเตรียมความพร้อมของพยาบาลอย่างไร ในการเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการที่เปลี่ยนจากซ่อมสุขภาพ เป็นสร้างสุขภาพ

3. การวิจัยผลลัพธ์ของการพยาบาล ที่จะสะท้อนให้เห็นถึง Contribution ของการพยาบาลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ซึ่งจะเป็นโอกาสให้พยาบาลได้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพได้

ซึ่งการวิจัยผลลัพธ์นี้มีตัวอย่างในประเทศสหรัฐอเมริกา คือ ภายใต้โครงการ Medical outcome Study ได้มีการศึกษาวิจัยเพื่อกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการรักษาของแพทย์ และนำมาสู่การพัฒนาระบบสารสนเทศ ซึ่งใช้ในการสะท้อนผลงานของแพทย์ในการรักษา และประสิทธิผลของระบบบริการสุขภาพ ซึ่งส่งผลให้มีการสนับสนุนงบประมาณ เพื่อการพัฒนาด้านการแพทย์อย่างมาก โดย มุ่งหวังให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชน และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ รวมทั้งในประเทศไทย ขณะนี้ก็ได้มีการพัฒนานโยบายด้านสุขภาพจากสารสนเทศทางการแพทย์ เป็นส่วนใหญ่ เช่น พบว่า ภาวะสุขภาพคนไทยไม่ดีเท่าที่ควรเมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ หรือพบว่า คนไทยเจ็บป่วย และตายด้วยโรคที่ป้องกันได้ ข้อค้นพบเหล่านี้ได้มาจากสารสนเทศทางการแพทย์ ได้แก่ การวินิจฉัยโรค การรักษาค่าใช้จ่ายในการรักษา และผลของการรักษา เป็นต้น

ดังนั้น แม้ว่าผลลัพธ์ด้านสุขภาพดังกล่าวส่วนหนึ่งเกิดจากการพยาบาล แต่หากเราไม่สามารถจำแนก Nursing Sensitive Indicator ออกมาให้ชัดเจนได้ ก็จะส่งผลให้โอกาสที่พยาบาลจะได้รับการสนับสนุนก็อาจน้อยลง การลดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพอย่างไม่สมเหตุ สมผล โดยคำนึงถึงเฉพาะมิติทางการเงินเท่านั้นก็อาจจะเกิดขึ้นก็ได้

4. รูปแบบบริการสุขภาพที่เน้นผลลัพธ์ (Outcome based Delivery Care) ควรเป็นอย่างไรในแต่ละ Setting เช่น Acute care, Setting Long term care หรือ Community Setting

5. การศึกษาวิจัยเพื่อกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ Nursing Sensitive Indicator ระดับชาติ

6. การส่งเสริมการใช้ภาษาสากลทางการพยาบาล เพื่อการพัฒนาระบบสารสนเทศทางการพยาบาล ซึ่งจะเป็นองค์ประกอบสำคัญในการจัดการความรู้

4. ระบบสนับสนุน/ควบคุมคุณภาพ

การสนับสนุน และควบคุมคุณภาพบริการพยาบาลนั้น นอกจากจะเป็นบทบาทขององค์กรพยาบาลในสถานบริการสุขภาพ แล้ว ยังมีระบบและหน่วยงานนอกสถานบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องหลายหน่วยงานทั้งในและนอกระบบราชการ ดังนี้

4.1 ระบบ/กลไกในระบบราชการ กระทรวงสาธารณสุข และกรุงเทพมหานคร เป็นองค์กรทางราช-การที่มีระบบติดตาม สนับสนุน การให้บริการพยาบาลโดยรวมขององค์กรดังนี้

1) ระบบในกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ระบบการนิเทศติดตามสนับสนุนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักตรวจราชการสาธารณสุข และระบบการติดตามสนับสนุนด้านวิชาการและการบริการเฉพาะคุณภาพบริการพยาบาล ของสำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เดิม)

2) ระบบในกรุงเทพมหานคร กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย ทำหน้าที่ติดตามสนับสนุนบริการพยาบาลในศูนย์บริการสาธารณสุข 61 แห่ง ในสังกัด กทม.

4.2 ระบบ-กลไกนอกระบบราชการ ได้แก่

1) องค์กรวิชาชีพ คือสภาการพยาบาล ทำหน้าที่ควบคุมผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การปฏิบัติงานตาม พรบ.วิชาชีพการพยาบาลซึ่งถือได้ว่าเป็นมาตรฐานวิชาชีพในระดับชาติอย่างหนึ่ง

2) สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ทำหน้าที่ประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐานโรงพยาบาลที่สถาบันกำหนดขึ้น

3) หน่วยงานอื่นๆ ได้แก่ สำนักงานประกันสังคม ซึ่งมีกลไกการตรวจสอบคุณภาพบริการของหน่วยบริการสุขภาพในการพิจารณาการเป็นเครือข่ายประกันสังคมซึ่งมีผลโดยตรงต่อรายได้โรงพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลไกภาคประชาชน ซึ่งอาศัยอำนาจตามรัฐธรรมว่าด้วยสิทธิประชาชน และกลไกศาลปกครอง เพื่อการร้องขอความเป็นธรรมของประชาชน

เป็นที่น่าสังเกตว่า พรพ. และสำนักงานประกันสังคม เป็นตัวกระตุ้นที่ทรงพลังให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในภาพรวมซึ่งอาจเกิดจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดเป้าหมายให้โรงพยาบาลทุกแห่งผ่านการรับรองคุณภาพจาก พรพ. ส่วนสำนักประกันสังคมมีอำนาจการจ่ายเงินตาม พรบ.ประกันสังคม จึงสามารถผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวมได้อย่างมาก

สรุปหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุน ควบคุม และประเมินคุณภาพการบริการพยาบาล

หน่วยงาน/องค์กร	สังกัด/ที่มา	จุดเน้น/การดำเนินงาน	มาตรฐานที่ใช้
สภาการพยาบาล	องค์กรวิชาชีพก่อตั้งโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาล	ควบคุมคุณภาพบริการพยาบาลโดย - ประเมินและรับรองสถาบันการศึกษาพยาบาล - อนุมัติและเพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล - อยู่ระหว่างดำเนินการ จัดระบบการประเมินและรับรองคุณภาพการพยาบาล - ส่งเสริมการบริการที่มีคุณภาพ เช่น CNPG เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติ	- มาตรฐานการพยาบาลของสภาการพยาบาล - พรบ.วิชาชีพการพยาบาล
สำนักประกันสังคม	สังกัดกระทรวงแรงงาน จัดตั้งตามพรบ. ประกันสังคม พ.ศ.2533	- ตรวจประเมินสถานพยาบาลที่รับผู้ประกันตน เน้นด้านโครงสร้าง - ผลการตรวจสอบ ผ่านเกณฑ์-รับผู้ประกันตนได้ ไม่ผ่านเกณฑ์ให้ปรับปรุง หรือยกเลิกสัญญา	- เกณฑ์มาตรฐานประกันสังคม
กองการประกอบโรคศิลปะ	หน่วยงานสังกัดกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข	ตรวจสอบองค์ประกอบด้านโครงสร้าง ตรวจประเมินเฉพาะสถานบริการสุขภาพ ภาคเอกชนโดยมี ผลการตรวจสอบ คือ ผ่านเกณฑ์- ต่อใบอนุญาต ไม่ผ่านเกณฑ์-ไม่ต่อใบอนุญาต แจ้งให้ปรับปรุง ตรวจซ้ำก่อนต่อใบอนุญาต	เกณฑ์มาตรฐานสถานพยาบาลตาม พรบ. สถานพยาบาล
สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)	ก่อตั้งขึ้นจากข้อเสนอแนะภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ด้วยความเห็นชอบจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	- เน้นการตรวจสอบ องค์ประกอบด้านโครงสร้างและกระบวนการดูแลในภาพรวมของโรงพยาบาล - ตรวจ ประเมินโรงพยาบาลที่สมัครใจร่วมโครงการ ทั้งภาครัฐและเอกชน - ผลการตรวจประเมิน ผ่านเกณฑ์-รับรองคุณภาพระบบงาน ไม่ผ่านเกณฑ์ – ไม่รับรอง	มาตรฐานโรงพยาบาล ฉบับกาญจนาภิเษกของ พรพ.

หน่วยงาน/องค์กร	สังกัด/ที่มา	จุดเน้น/การดำเนินงาน	มาตรฐานที่ใช้
สำนักการพยาบาล (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณ-สุขเดิม)	หน่วยงานสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณ-สุข	- ประเมินเพื่อพัฒนา ปรับปรุงคุณภาพ กำหนดให้เป็นการประกันคุณภาพการพยาบาลภายในสถานบริการสุขภาพ - ประเมินเฉพาะงานบริการพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ - ผลการประเมิน เพื่อจัดระดับความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพ และใช้วางแผนในการติดตาม นิเทศ สนับสนุน การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล - สนับสนุนความรู้ และวิชาการเพื่อกระตุ้นการพัฒนา	เกณฑ์มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล และมาตรฐานการพยาบาลในชุมชน ภายใต้กรอบมาตรฐานของสภาการพยาบาล
กองการพยาบาล สาธารณสุข กรุงเทพมหานคร	สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร	นิเทศสนับสนุนคุณภาพบริการพยาบาลในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร 61 แห่ง	

ความหลากหลายขององค์กรที่เกี่ยวข้อง มาตรฐาน และแนวคิดหลักการในการพัฒนาคุณภาพประเมินรับรอง ทำให้เกิดความสับสนในระดับปฏิบัติ ขาดการบูรณาการ ซึ่งส่งผลให้มีตัวชี้วัดคุณภาพบริการที่หลากหลายตามระบบคุณภาพที่แต่ละหน่วยงานมีเลือกรับเข้ามาปฏิบัติ เช่น มีตัวชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาลตามที่ระบบ HA กำหนดมีตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลตามที่กองการพยาบาลกำหนดหรือมีตัวชี้วัดคุณภาพตามที่ระบบ ISO กำหนด แม้อาจเป็นตัวชี้วัดเดียวกันก็ตาม

แม้ว่า เมื่อวิเคราะห์เนื้อหาและหลักการของระบบคุณภาพแล้ว ทุกองค์กรจะใช้หลักการเดียวกันคือการประกันคุณภาพซึ่งประกอบด้วยการมีการทำงานที่ได้มาตรฐาน การควบคุมคุณภาพและการตรวจประเมินภายใน การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยใช้ข้อมูลจากการประเมิน และการรับการตรวจสอบจากองค์กรภายนอก แต่ประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นคือ แต่ละองค์กรต่างเรียกชื่อระบบคุณภาพต่างกันนั่นเอง

ประเด็น

1. ควรมีการทบทวนมาตรฐานที่มีอยู่ และเชื่อมโยงในแต่ละระบบ และแต่ละระดับ
2. ควรมีการพัฒนามาตรฐานในลักษณะของสหสาขาวิชาชีพหรือไม่ ในระดับ และรูปแบบใด
3. การรับรองคุณภาพการบริการพยาบาลควรมีรูปแบบ และระบบอย่างไร ใครควรเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการ และควรมีการเชื่อมโยงกันอย่างไรในระดับประเทศ
4. คลินิกพยาบาลที่มีอยู่เดิม ควรมีการพัฒนาหรือควบคุม ตรวจสอบอย่างไร ใครควรเป็นผู้ดำเนินการ

จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ ถือเป็นมาตรฐานที่บอกถึงคุณภาพหนึ่งของวิชาชีพการพยาบาล เนื่องจากเป็นวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับชีวิต และการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพของประชาชน และเป็นความคาดหวังของผู้ใช้บริการ

การดำเนินงานขององค์กรวิชาชีพการพยาบาลด้านจริยธรรม

เนื่องจากการดำเนินงานตามจริยธรรม และจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ เป็นสิ่งที่สำคัญของทุกวิชาชีพ องค์กรวิชาชีพจึงมีการดำเนินงานที่สำคัญดังนี้

การดำเนินงานของสภาการพยาบาล : สภาการพยาบาลแต่งตั้งคณะอนุกรรมการจริยธรรมให้ดำเนินงานเสนอแนะเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพแก่คณะกรรมการสภาการพยาบาล และควบคุมความประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพให้เป็นไปอย่างถูกต้องตามขอบเขต มาตรฐาน และหลักจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ ซึ่งที่ผ่านมาได้ดำเนินการใน 2 ด้านได้แก่ (สภาการพยาบาล, 2545)

1. การดำเนินการเชิงรับ ได้แก่ การพิจารณาความประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพฯ จากเรื่องร้องเรียน และจากสำนวนการสอบสวนและคำสั่งลงโทษข้าราชการเฉพาะที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ จากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นภารกิจหลักและเป็นการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพอีกประการหนึ่ง

2. การดำเนินการเชิงรุก ได้แก่ การส่งเสริมพัฒนาจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพฯ โดยคณะอนุกรรมการจริยธรรมได้ดำเนินโครงการกำหนดแนวทางการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลตามจรรยาบรรณวิชาชีพฯ อย่างเป็นลำดับต่อเนื่องมาโดยลำดับ

การดำเนินงานของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย : ได้กำหนดจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล และประกาศใช้เมื่อวันที่ 26 ตุลาคม 2428 (ที่ประชุมคณบดี และหัวหน้าสถาบันการศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์ของรัฐ, 2545: 12)

การดำเนินงานของกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข : กำหนด และพัฒนามาตรฐานวิชาชีพการพยาบาลทั้งในโรงพยาบาล และในชุมชน รวมทั้งกระตุ้น สนับสนุนการใช้มาตรฐานการพยาบาลในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ปัจจัยที่มีผลต่อประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

จากข้อมูลสถานการณ์ การร้องเรียนด้านจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพของสภาการพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2545) พบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะด้านความรับผิดชอบต่อผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ จากจำนวน 0-3 เรื่องต่อปีในปี 2528-2534 เพิ่มเป็น 5 เรื่อง ต่อปีในปี 2537 8 เรื่องต่อปีในปี 2540 14 เรื่องต่อปีในปี 2544 และ 24 เรื่องต่อปีในปี 2545 และมีแนวโน้มที่สูงขึ้นอีก นอกจากนั้น ยังสามารถเห็นได้จากการเสนอข่าวของสื่อสารมวลชนแหล่งต่างๆ ที่นับวันจะมีเพิ่มขึ้น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการร้องเรียนด้านจริยธรรม

1. ประชาชนได้รับทราบสิทธิ และตระหนักถึงสิทธิของตนเองเพิ่มขึ้น ทั้งจากการการสื่อสารประชาสัมพันธ์สิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนตามรัฐธรรมนูญกำหนด และ จากการประกาศสิทธิผู้ป่วยจาก 4 องค์กรวิชาชีพ

2. ระบบข้อมูลข่าวสาร และเทคโนโลยีที่ทันสมัย ทำให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย

3. การฟ้องร้องที่ทำได้ง่ายขึ้น การมีศาลปกครอง องค์กรวิชาชีพที่มีความชัดเจนขึ้นการ เข้าถึงประชาชนของผู้ประกอบวิชาชีพทางกฎหมายที่มีมากขึ้น

4. จำนวนผู้ใช้บริการสุขภาพที่มีมากขึ้นโดยเฉพาะสถานบริการสุขภาพของรัฐซึ่งจะเห็นได้จากสถิติการใช้บริการของประชาชนในสถานบริการสุขภาพต่างๆ โดยเฉพาะนับตั้งแต่เริ่ม นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (นโยบาย 30 บาท) ของรัฐ ประกอบกับการปฏิรูประบบราชการ ซึ่งมีเป้าหมายลดจำนวนข้าราชการลง ทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีจำนวนลดลงโดยส่วนมาก โอกาสของการปฏิบัติผิดพลาดจึงเกิดขึ้นได้ง่าย ความตึงเครียดในการปฏิบัติงานที่มีสูงขึ้น น่าจะเป็นส่วนสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้พฤติกรรมบริการไม่เป็นที่น่าประทับใจ สำหรับผู้ใช้บริการ

5. การปฏิรูประบบราชการ กระจายอำนาจสู่องค์กรท้องถิ่นมากขึ้น ทำให้ความสนใจต่อระบบบริการสุขภาพขององค์กรท้องถิ่นและการมีส่วนร่วมขององค์กรท้องถิ่นต่อบริการสุขภาพมีเพิ่มขึ้น

6. ความคาดหวังต่อบริการพยาบาล ตามความคาดหวังของสังคม ถึงการต้อนรับที่ดีให้ข้อมูลที่เพียงพอ การดูแลที่เห็นอกเห็นใจ เข้าใจ ให้เวลา ช่วยเหลือแก้ไขปัญหา การบรรเทาอาการ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาล

1. ความก้าวหน้าของการใช้เทคโนโลยีในการรักษาพยาบาล เทคโนโลยีที่ทันสมัย สามารถยืดอายุ แต่ในขณะเดียวกันก็อาจเป็นการสร้างความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยมากขึ้น นอกจากนี้การใช้เทคโนโลยีที่มีราคาแพง และมีจำนวนจำกัดยังมีประเด็นการกระจายทรัพยากรที่เหมาะสมอีกด้วย

จากการศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักของ กาญดา รักชาติ อรัญญา เชาวลิต และวันดี สุทธรังสี (2545:79) พบว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พยาบาลหอผู้ป่วยหนักประสบในโรงพยาบาล 2 แห่ง ในภาคใต้ พยาบาล 8 ราย พบสถานการณ์ที่แพทย์พยายามยืดชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือหมดหวังด้วยวิธีการต่างๆ ซึ่งพยาบาลไม่แน่ใจว่าเป็นการยืดชีวิตหรือยืดความทุกข์ทรมาน

นอกจากนี้ ยังมีประเด็นปัญหาทางจริยธรรมในความก้าวหน้าของการใช้เทคโนโลยี อื่นๆ ดังนี้

- การขอบริจาคอวัยวะในผู้ป่วยสมองตาย
- การใช้เทคโนโลยี การแพทย์ทางเลือกซึ่งขาดความชัดเจนในผลของการใช้วิธีการดูแลรักษา ทำให้ยากต่อการตัดสินใจ การให้ข้อมูลและความชัดเจนที่จะเลือกใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการดูแลผู้ป่วย

2. นโยบาย และปัญหาด้านเศรษฐกิจ–การเงินของสถานบริการสุขภาพ การปฏิรูประบบสุขภาพและนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ส่งผลกระทบต่อระบบการเงินของสถานบริการระดับตติยภูมิหลายแห่ง ซึ่งมีต้นทุนในการดูแลรักษาค่อนข้างสูง ทำให้ต้องตัดสินใจลดค่าใช้จ่าย ทั้งในการปรับเปลี่ยนการใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่มีราคาถูกลง การตัดรายจ่ายการพัฒนาบุคลากรลง เป็นต้น

3. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร รูปแบบการเจ็บป่วย และค่านิยมในสังคม

3.1 โครงสร้างประชากรที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ตลอดจนความซับซ้อนของการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่งผลต่อปัญหาด้านจริยธรรม ได้แก่ การละเลยการดูแล ความลำเอียง ความมีอคติต่อผู้สูง-อายุ (ที่ประชุมคณบดีและหัวหน้าสถาบันการศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์ของรัฐ, 2545: 208)

3.2 รูปแบบการเจ็บป่วยของประชาชนที่เปลี่ยนแปลง ประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น การเจ็บป่วยด้วยปัญหาทางจิตและผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มขึ้น ประเด็นปัญหาทางจริยธรรมที่พบได้แก่

- ปัญหาจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยทางจิต ได้แก่ การละเมิดสิทธิผู้ป่วย ทั้งในแง่การเคารพในเอกสิทธิ์ของผู้ป่วย การปกปิดความลับ การจำกัดพฤติกรรมด้วยการผูกยึด หรือการใช้ห้องแยก

- ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งได้แก่ การบอกความจริง ทั้งแก่ผู้ป่วยและญาติ การวิเคราะห์ และการให้ข้อมูล ทางเลือกในการดูแลรักษา
- ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ได้แก่ การรักษาความลับ การบอกความจริงทั้งแก่ผู้ป่วยและ คู่สมรส การละเลยการดูแล เนื่องจากกลัวการติดเชื้อ
- การยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ ในประเด็น ผู้ตัดสินและให้ข้อมูล การให้การดูแล และประเด็นการละเลยการดูแล
- ค่านิยมในสังคม การเปลี่ยนแปลงค่านิยมการมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ในอายุที่ลดลง การเปลี่ยนคู่นอน เป็นต้น ปัญหาด้านสุขภาพที่พบมากขึ้น ได้แก่ การตั้งครรภ์ที่ไม่พึง-ประสงค์ ประเด็นด้านจริยธรรมได้แก่ การตัดสินใจ การให้ข้อมูล การช่วยเหลือการทำแท้ง

4. วัฒนธรรมของการปฏิบัติระหว่างวิชาชีพ ซึ่งมีสืบเนื่องมาเป็นเวลานาน ลักษณะที่สำคัญและมีผลต่อความขัดแย้งเชิงจริยธรรมได้แก่

4.1 แพทย์เป็นใหญ่ เป็นผู้สั่งการ ตัวอย่างกรณีความขัดแย้งประเด็นจริยธรรมระหว่างวิชาชีพ เช่น

- แพทย์สั่งให้พยาบาลทำงานเกินขอบเขตความรับผิดชอบ หรือทำหน้าที่แทน
- แพทย์ไม่ยอมให้รับผู้ป่วยไว้ในแผนกอื่น/ไม่ไปดูแลผู้ป่วยที่แผนกอื่นแม้ว่าจะมีผู้ป่วย แออัด อาจเนื่องจากไม่มีเวลา ซึ่งพบมากในโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิกรณีนี้สัมพันธ์กับการจัดการดูแลให้มีคุณภาพของพยาบาลด้วย เนื่องจากความแออัดของ ผู้ป่วยทำให้ยากต่อการดูแล การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยและญาติ และความพึงพอใจของผู้ป่วย และญาติ เห็นได้จาก อัตราการติดเชื้อที่ควบคุมได้ยากปัญหาข้อผิดพลาดในการปฏิบัติงาน ในหน่วยงานที่มีผู้ป่วยแออัด และข้อร้องเรียน หรือการไม่สมัครใจอยู่ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์หลายแห่ง
- กรณีตัวอย่างแพทย์ไม่พอใจพยาบาลที่ย้ายผู้ป่วยเข้าห้องพิเศษโดยไม่ได้ผ่านความเห็นชอบของแพทย์ (พยาบาลตามแพทย์ไม่พบ) สั่งทำโทษพยาบาลโดยให้แขวนป้ายยอมรับผิดห้อยที่คอเดินข้ามตึก

เป็นต้น

4.2 ความไม่ไว้วางในระหว่างวิชาชีพ

- กรณีตัวอย่าง เกิดความผิดพลาดในการทำคลอดของแพทย์ แพทย์พยายามตรวจสอบรายงานเพื่อค้นหาความผิดพลาดที่เกิดจากพยาบาล ทำให้เกิดความไม่ไว้วางใจในระหว่างวิชาชีพ
- กรณีตัวอย่าง การปรับระบบการจ่ายยาแบบ Unit dose/ One day dose เมื่อพบว่ามีความผิดพลาดเกิดขึ้นอย่างมาก ซึ่งเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ทำให้เกิดความไม่ไว้วางใจในระบบของวิชาชีพเภสัชกร

เป็นต้น

5. การกระจายอัตรากำลังบุคลากรและการพัฒนาคุณภาพบริการตามมาตรฐานวิชาชีพอัตรากำลังที่เหมาะสมยังคงเป็นปัญหา ทั้งในระดับสถานบริการสุขภาพและระดับประเทศ

- ในระดับสถานบริการสุขภาพ เห็นได้จากความพยายามในการวิเคราะห์อัตรากำลังในหลาย โรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการกระจายอัตรากำลังที่เหมาะสม โดยเฉพาะในระดับตติยภูมิ ปัญหาความแออัดของผู้ป่วยในบางหอผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวนมาก ทำให้ยากต่อการจัดอัตรากำลัง การดูแลความปลอดภัยและการจัดการให้เกิด คุณภาพการพยาบาลตามมาตรฐาน ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นโยบาย การจัดระบบการบริการและวัฒนธรรมการปฏิบัติระหว่างวิชาชีพที่แพทย์เป็นผู้กำหนดการจัดระบบบริการตามความสะดวกของแพทย์เป็นหลัก (รายละเอียดเช่นเดียวกับข้อ 4.1) เป็นต้น
- การกระจายอัตรากำลัง และการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลให้เหมาะสมในระดับปฐมภูมิ เนื่องจากพัฒนาการระบบสุขภาพของประเทศในอดีตค่อนข้าง มุ่งเน้นการบริการในสถานบริการสุขภาพ การจัดบริการและการเตรียมบุคลากรในระดับปฐมภูมิจึงยังเป็นประเด็นที่ต้องพัฒนาอีกมาก ความขัดแย้งทางจริยธรรมเกิดขึ้นจากความพยายามจัดบริการให้สอดคล้องกับนโยบายและความต้องการในการดูแลระดับปฐมภูมิในขณะที่การจัดบริการในสถานพยาบาล ก็ยังเป็นปัญหาและยังมีความต้องการสูง เกิดปัญหาการพิจารณาแบ่ง/กระจายอัตรากำลัง การพัฒนาบุคลากรว่าควรมีอัตราส่วนเท่าใดจึงจะเหมาะสม/เพียงพอ
- การพัฒนาคุณภาพบริการตามมาตรฐานวิชาชีพ ยังคงเป็นประเด็นทั้งในประเทศและต่างประเทศ จากการศึกษาในสมาชิกผู้บริหารการพยาบาล ANA พบว่าประเด็นปัญหาจริยธรรมที่สำคัญในสายตาของผู้บริหารการพยาบาล คือ ความล้มเหลวในการให้บริการที่มีคุณภาพ โดยผู้บริหารฯ ที่ตอบแบบสอบถามให้ความสำคัญของปัญหา ความล้มเหลวในการให้บริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพอยู่ในอันดับที่ 2 รองจากปัญหาจริยธรรมความขัดแย้งระหว่างองค์กร และปรัชญามาตรฐานวิชาชีพ (Cooper,R.W., Frank,G.L., Gouty, C.A.,and Hansen, M.C.,2002 :331-337) สำหรับการพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย จากการประเมินผลการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลตามโครงการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ปีงบประมาณ 2541-2544 โดยคณะทำงานประเมินผลการพัฒนาคุณภาพ กองการ-พยาบาล (2545: 58) พบว่า แม้จะมีการดำเนินการเผยแพร่มาตรฐานการพยาบาลมากที่สุด แต่การนำมาตรฐานการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติจริง กลับเป็นประเด็นที่มีความก้าวหน้าในการดำเนินงานน้อยที่สุด ซึ่งอาจเนื่องจากการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติจริงต้องอาศัยการศึกษาทำความ เข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ส่วนขาดของการดำเนินงานเปรียบเทียบกับมาตรฐาน การปรับระบบการทำงานเพื่อให้สามารถรับกับสถานการณ์ของผู้ใช้บริการในแต่ละหน่วยงานให้ได้อย่างเหมาะสม ตลอดจน สถานการณ์ที่มีแรงผลักดันจากหลายหน่วยงาน มีการกำหนดมาตรฐานจากหลายสถาบัน ทำให้เกิดความสับสนใน ผู้ปฏิบัติงาน และหยุดชะงักการดำเนินงานในที่สุด

ประเด็น

ระบบที่ควรมีในการเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลทุกระดับในการประกอบวิชาชีพ สำหรับผู้ใช้บริการกลุ่มต่างๆ ตลอดจนความรู้ ความเข้าใจในการใช้เทคโนโลยีต่างๆ เพื่อช่วยให้พยาบาลสามารถช่วยเหลือ จัดการดูแล

ผู้ป่วยและญาติในสถานการณ์ต่างๆ โดยเฉพาะสถานการณ์ที่ต้องการการตัดสินใจเชิงจริยธรรมได้ดีขึ้น ระบบดังกล่าวควรเป็นอย่างไร

- ระบบเพื่อจัดการความขัดแย้งระหว่างวิชาชีพ
- การปรับค่านิยม และจริยธรรมระหว่างวิชาชีพ
- การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน และปรับระบบการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ
- การทำความเข้าใจร่วมกันในปรัชญา และบทบาทของแต่ละวิชาชีพ

มองแนวโน้มในอนาคต

โอกาส

- สถานการณ์การปฏิรูประบบสุขภาพ เปิดโอกาสให้พยาบาลขยายบทบาทอิสระ และสามารถแสดงผลงานที่ชัดเจนขึ้นได้ ตั้งแต่ในระดับปฐมภูมิ ถึงตติยภูมิ เปิดโอกาสให้ปรับเปลี่ยนระบบการปฏิบัติงานได้โดยถูกจำกัดจากระบบราชการน้อยลง

ภาวะคุกคาม

- การปฏิรูประบบราชการ มุ่งเน้นการจำกัดอัตรากำลังข้าราชการ เป็นอุปสรรคต่อการขยายบทบาท และการพัฒนาคุณภาพที่เหมาะสมต่อรูปแบบของปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป
- การปฏิบัติการพยาบาลเป็นงานเชิงคุณภาพ ยากต่อการรายงานผลให้เห็นการเปลี่ยน แปลงผลงานที่ชัดเจนในระยะเวลาอันสั้น ทำให้ยากต่อการรายงานผลดำเนินงาน ตามการปรับเปลี่ยนระบบการประเมินผลที่มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์
- การปรับระบบการเงินการคลัง ทำให้ระบบการพัฒนาบุคลากรได้รับการพิจารณาลดลง
- วัฒนธรรมการปฏิบัติระหว่างวิชาชีพยังไม่เปลี่ยนแปลง การแสดงการยอมรับ และให้โอกาสสนับสนุน การทำหน้าที่ของพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ที่แท้จริงของพยาบาลจากแพทย์ยังมีน้อย

จุดแข็ง

- พยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีการปลูกฝังจริยธรรมวิชาชีพมาตั้งแต่เริ่มก่อตั้ง ทำให้การปฏิบัติตามจริยธรรมวิชาชีพ เป็นที่ยอมรับและถือเป็นเรื่องสำคัญในการปฏิบัติงาน
- เป็นวิชาชีพที่มีความยืดหยุ่นสูง มีการปรับตัวในการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ต่างๆ มาโดยตลอด
- ลักษณะงานมีขอบเขตของการปฏิบัติกว้าง ใกล้ชิดประชาชน และสามารถปฏิบัติงานได้ในทุกส่วนของประเทศ
- มีจำนวนของผู้ปฏิบัติงานมากที่สุด เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ปฏิบัติงานวิชาชีพอื่นในระบบสุขภาพ

จุดอ่อน

- ทัศนคติ ค่านิยม ในการเป็นข้าราชการ และการยึดติดระบบราชการยังไม่เปลี่ยนแปลง
- เคยชินกับการทำงานตามคำสั่ง และเร่งรีบทำงานให้เสร็จ
- ปรับตัวได้ช้า ไม่ทันเหตุการณ์
- ยังขาดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนการจัดระบบ และวิธีการทำงาน
- ยังขาดความตระหนักในการปฏิบัติงานเกินขอบเขต บทบาท และความรับผิดชอบ ทั้งในระหว่างการปฏิบัติงาน และนอกเวลาปฏิบัติงาน
- การใช้ข้อมูลให้เป็นประโยชน์ยังมีน้อย อาจเป็นเพราะขาดความรู้ ความเข้าใจในการใช้ข้อมูลสารสนเทศ

- ขาดการพัฒนาภาวะผู้นำอย่างเป็นระบบ
- ขาดผู้นำที่เป็นแบบอย่างในการจัดการด้านจริยธรรม และเป็นที่พึ่งเมื่อเกิดความขัดแย้งทางจริยธรรม โดยเฉพาะจริยธรรมในระหว่างวิชาชีพ

สรุปประเด็นคุณภาพบริการพยาบาล

ประเด็นระบบบริหารการพยาบาล

1. สถานการณ์ ระบบและโครงสร้างการบริหารการพยาบาลในปัจจุบันมีลักษณะอย่างไร มีปัญหาอะไรบ้าง
2. ระบบและโครงสร้างการบริหารการพยาบาล ควรมีลักษณะอย่างไร จึงจะเหมาะสม สอดคล้องกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพปัจจุบันและเอื้อประโยชน์ต่อคุณภาพบริการพยาบาลได้ดีที่สุด
3. ทิศทาง การพัฒนา และการเตรียมความพร้อมของทีมผู้บริหารการพยาบาลควรประกอบด้วยอะไรบ้าง

ประเด็นระบบบริการพยาบาล

1. ควรจัดระบบอย่างไรเพื่อให้การใช้ทรัพยากร คือบุคลากรพยาบาลที่มีอยู่อย่างจำกัดมีประสิทธิภาพสูงสุด ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน
2. ควรมีบุคลากรระดับอื่นช่วยในการปฏิบัติงานของพยาบาลด้วยหรือไม่เพื่อเปิดโอกาสให้พยาบาลมีเวลาคิด และมีเวลาศึกษาปัญหาของผู้ใช้บริการอย่างใกล้ชิดมากขึ้น บุคลากรนั้นควรเป็นผู้ใด ควรมีสมรรถนะอย่างไรบ้าง เพียงใด ใครจะเป็นผู้พัฒนาและควบคุมกำกับ ดูแลด้วยวิธีการอย่างไร
3. ระบบบริการพยาบาล ที่เหมาะสมเอื้อประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานการพยาบาลที่มีคุณภาพ ตามมาตรฐาน และการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง ควรมีลักษณะอย่างไร
4. อัตรากำลัง และระดับความก้าวหน้าของพยาบาลควรจะเป็นอย่างไร เพื่อให้เกิดคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุดต่อคุณภาพบริการพยาบาล
5. ในสถานการณ์ปัจจุบัน ภาวะผู้นำจะช่วยในเรื่องอัตรากำลังและค่าตอบแทนได้อย่างไร
6. พยาบาลควรได้รับบทบาทการทำหน้าที่ “ผู้รักษาเบื้องต้น” ตามที่เคยปฏิบัติมานาน และมีแนวโน้มว่าจะต้องรับต่อไปหรือไม่ โดยไม่ต้องเป็นหน้าที่ “ทำแทนแพทย์”
7. เพื่อให้บทบาท “ผู้รักษาเบื้องต้น” มีคุณภาพ ควรกำหนดการพัฒนาพยาบาลอย่างไรอย่างเป็นระบบ ควรประกันคุณภาพตนเองอย่างไร และควรมีกลไกในการติดตาม สนับสนุนและควบคุม คุณภาพอย่างไร โดยใคร
8. แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลในขั้นสูงจะสามารถช่วยให้เกิดคุณภาพบริการพยาบาลในระบบสุขภาพไทยได้หรือไม่ อย่างไร และควรมีการสนับสนุนจากระบบบริหาร และระบบบริการพยาบาลในลักษณะใด
9. ควรจะมีการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร ด้านสารสนเทศด้านสุขภาพอย่างไรจึงจะช่วยให้พยาบาลเรียนรู้ ทำความเข้าใจ และเลือกใช้ที่เหมาะสมได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ทั้งในระบบบริหารและระบบบริการพยาบาล เพื่อให้เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพประชาชนมากที่สุด
10. ระบบการประสานความร่วมมือ และบทบาทของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องควรมีลักษณะอย่างไร จึงจะช่วยให้การพัฒนาระบบสารสนเทศเป็นประโยชน์ต่อการเรียนรู้ การวางแผนและการตัดสินใจในการจัดระบบบริการพยาบาลได้ดีที่สุด

ประเด็นผลลัพธ์การบริการพยาบาล

1. จะมีการเตรียมความพร้อมของพยาบาลอย่างไรในการเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการเปลี่ยนจากซ่อมสุขภาพ เป็นสร้างสุขภาพ
2. ควรมีการวิจัยผลลัพธ์ของการพยาบาลอะไรบ้าง ที่จะสะท้อนให้เห็นถึง การสร้างสรรค์ ของการพยาบาลต่อ สุขภาพอนามัยของประชาชน และ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพซึ่งจะเป็นโอกาสให้พยาบาลได้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพได้
3. รูปแบบบริการสุขภาพที่เน้นผลลัพธ์ (Outcome based Delivery Care) ควรเป็นอย่างไรในแต่ละระดับและองค์กรของบริการพยาบาล เช่น Acute care, Setting Long term care หรือ Community Setting
4. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลระดับชาติหรือไม่ อย่างไร
5. ควรมีการส่งเสริมการใช้ภาษาสากลทางการพยาบาล เพื่อการพัฒนาระบบสารสนเทศทางการพยาบาล ซึ่งจะเป็นองค์ประกอบสำคัญในการจัดการความรู้ในรูปแบบใด

ประเด็นระบบสนับสนุน/ควบคุมคุณภาพ และจริยธรรม

1. ควรมีการทบทวนมาตรฐานที่มีอยู่ และเชื่อมโยงในแต่ละระบบ และแต่ละระดับ
2. ควรมีการพัฒนามาตรฐานในลักษณะของสหสาขาวิชาชีพหรือไม่ ในระดับ และรูปแบบใด
3. การรับรองคุณภาพการบริการพยาบาลควรมีรูปแบบ และระบบอย่างไร ใครควรเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการ และควรมีการเชื่อมโยงกันอย่างไรในระดับประเทศ
4. คลินิกพยาบาลที่มีอยู่เดิม ควรมีการพัฒนาหรือควบคุม ตรวจสอบอย่างไร ใครควรเป็นผู้ดำเนินการ
5. ระบบที่ควรมีในการเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลทุกระดับในการประกอบวิชาชีพ สำหรับผู้ใช้บริการกลุ่มต่างๆ ตลอดจนความรู้ความเข้าใจในการใช้เทคโนโลยีต่างๆ เพื่อช่วยให้พยาบาลสามารถช่วยเหลือจัดการดูแลผู้ป่วย และญาติ ในสถานการณ์ต่างๆ โดยเฉพาะ สถานการณ์ที่ต้องการการตัดสินใจเชิงจริยธรรมได้ดีขึ้น ระบบดังกล่าวควรเป็นอย่างไร
6. ระบบเพื่อจัดการความขัดแย้งระหว่างวิชาชีพ
   - การปรับค่านิยม และจริยธรรมระหว่างวิชาชีพ
   - การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน และปรับระบบการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ
   - การทำความเข้าใจร่วมกันในปรัชญา และบทบาทของแต่ละวิชาชีพ

เอกสารอ้างอิง

กานดา รักชาติ, อรัญญา เชาวลิต, และ วันดี สุทธรังษี. (2545). ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก. **วารสารสภาการพยาบาล.** 17(1), 77-89.

คณะอนุกรรมการจริยธรรมร่วมกับคณะอนุกรรมการผดุงความเป็นธรรม. (2545). สรุปการดำเนิน งาน ของสภาการพยาบาลด้านจริยธรรม ใน **เอกสารประกอบการประชุมวิชาการด้านจริยธรรม และการผดุงความเป็นธรรม เรื่อง สิทธิผู้บริโภคยุคปฏิรูปสุขภาพ : ความท้าทายในการบริการวิชาชีพ.** วันที่ 4-6 กุมภาพันธ์ 2545 ณ โรงแรมเรดิสัน กรุงเทพฯ.

ชาตรี บานชื่น. (2545). บทนำและปัญหาการใช้เทคโนโลยีในประเทศไทย ในชาตรี บานชื่น และ สมเกียรติ โพธิสัตย์ (บรรณาธิการ). **คู่มือการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์.** กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

จริยา เลิศอรรฆยมณี และสมเกียรติ โพธิสัตย์. (2545) ใน ชาตรี บานชื่น และสมเกียรติ โพธิสัตย์ (บรรณาธิการ). **คู่มือการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์.** กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

เทียนฉาย กีระนันทน์. (2539). **เศรษฐกิจการเงินสาธารณสุข**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ที่ประชุมคณบดีและหัวหน้าสถาบันการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ของรัฐในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย. (2545). **คู่มือการสอนจริยศาสตร์ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต.** ทุนอุดหนุนจากทบวงมหาวิทยาลัย.

สภาการพยาบาล.(2539). **มาตรฐานการพยาบาลเชิงโครงสร้างในสถานบริการสาธารณสุข สถานศึกษาพยาบาลสถานประกอบการ.** กรุงเทพฯ : เจ เอส การพิมพ์.

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ. (2544). **ระบบการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาล.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ ผู้จัดพิมพ์.

สิริกาญจน์ บริสุทธิบัณฑิต. (2540). **ผลของการใช้ระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ต่อการใช้กระบวนการพยาบาล ความเป็นอิสระและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและความพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล.** วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. (2545). **แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน** (ฉบับปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การคลังสินค้าและครุภัณฑ์.

Cooper,R.W., Frank,G.L., Gouty,C.A., and Hansen, M.C. (2002). Key Ethical Issue Encountered in Healthcare Organization : Perception of Nurse Executives. **JONA.** 32(6), 331-337.

Holzemer, WL. (1994). The Impact of Nursing Care in Latin America and the Caribbean : A Focus on Outcomes. **Journal of Advanced Nursing.** 20(1), 5-12.

บรรณานุกรม

เดชรัต สุขกำเนิด (2544**). นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ : การวิเคราะห์ระบบการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ.** นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ทัศนา บุญทอง (2543). **ปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต.** กรุงเทพฯ : สภาการพยาบาล.

ประเวศ วสี (2545). **พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ : ธรรมนูญสุขภาพของคนไทย เครื่องมือนวัตกรรมทางสังคม.** นนทบุรี : สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2538). **การประกันคุณภาพการพยาบาล.** กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์วังใหม่บลูพริ้นท์.

พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ (2541). **การศึกษาอนาคตการสาธารณสุข (Health Futures Study) ระยะที่ 1.** นนทบุรี : สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

ภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์. (2543). สรุปรายงานการประชุมคณะ กรรมการจัดทำมาตรฐานการพยาบาลสาธารณสุข. อัดสำเนา.

ศิรินภา ชี้ทางให้ และ ยุพิน อังศุโรจน์. (2545). การศึกษาตัวชี้วัดประสิทธิผลขององค์การพยาบาล. **วารสารสภาการพยาบาล.** 17(1), 62-76.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2540). **มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับกาญจนาภิเษก พิมพ์ครั้งที่ 2.** กรุงเทพฯ : บริษัทดีไซร์ จำกัด.

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ (2542). **ปัจจุบันและอนาคตคลินิกเอกชนไทย.** นนทบุรี :โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2537). การควบคุมคุณภาพการพยาบาล : หลักการควบคุมคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2542). **มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2544). **มาตรฐานการพยาบาลในชุมชน.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2544). **การประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล : งานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน .** ปทุมธานี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ศูนย์รังสิต.

Allison, SE. and McLaughlin-Renpenning, K.E. (1999). **Nursing Administration in the 21st Century : A Self-Care Theory Approach.** Thousand Oaks : SAGE Publication,Inc.

Goossen, W.TF. (1999). **Measuring Nursing Outcomes : a Challenge for improving patient care.** A Paper for the Conference Health Services at the Service of the Citizens for Regional Ministry of Health, Ars Norte in Porto, Portugal . 19 October 1999.

International Medical Foundation of Japan. (2003). **SEAMIC Health Statistics 2002.** Tokyo : SEAMIC Publication No.86.

International Medical Foundation of Japan. (2002). **SEAMIC Health Statistics 2001.** Tokyo : SEAMIC Publication No.85.

International Medical Foundation of Japan. (2001). **SEAMIC Health Statistics 2000.** Tokyo : SEAMIC Publication No.84.

3.1.4 การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล

โดย สุนทราวดี เธียรพิเชฐ , รวีวรรณ เผ่ากัณหา , และคณะ

1. ความนำ

การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ เทคโนโลยีและการเมืองล้วนส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน รวมทั้งด้านการศึกษา ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในสังคมทุกประเทศทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยที่ช่วงนี้มีการทางเศรษฐกิจที่เน้นระบบทุนนิยม ที่ก่อให้เกิดการค้าเสรีในทุกด้านทั้งในด้านการศึกษาและสุขภาพ นอกจากนี้กระแสโลกาภิวัฒน์ที่เกิดจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี สร้างโอกาสให้คนได้เข้าถึงข้อมูลสารสนเทศและความรู้ต่าง ๆได้อย่างรวดเร็วและทั่วถึงมากขึ้น ส่วนผลกระทบที่เกิดจาการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เห็นได้ชัดเจนคือ การประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 มีผลให้เกิดการปรับโครงสร้างการบริหารราชการและมีพระราชบัญญัติใหม่หลายฉบับ พ.ร.บ.ที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพที่สำคัญได้แก่ พ.ร.บ.การศึกษาแห่งชาติ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ร.บ.วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ฯ พ.ร.บ.วิชาชีพเวชกรรม พ.ร.บ. วิชาชีพเภสัชกรรม พ.ร.บ.วิชาชีพทันตกรรม และ พ.ร.บ.ที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจ ได้แก่ พ.ร.บ. องค์การบริหารส่วนตำบล พ.ร.บ.องค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ร.บ.เทศบาล พ.ร.บ.กรุงเทพมหานครฯ พ.ร.บ.ดังกล่าวได้กล่าวถึง สิทธิ อำนาจ หน้าที่ ของบุคคล ครอบครัวและชุมชน มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพ และ บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ ของผู้เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพ ทุกวิชาชีพมีการเคลื่อนไหวเพื่อหาจุดยืนในกระแสการปฏิรูประบบราชการและการปฏิรูประบบสุขภาพ บุคลากรในวิชาชีพการพยาบาลเป็นบุคคลกลุ่มใหญ่ที่สุดที่มีผลกระทบจาก พ.ร.บ.ต่าง ๆ โดยเฉพาะ พ.ร.บ.การปฏิรูประบบราชการ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพฯ และ พ.ร.บ.การกระจายอำนาจ รวมทั้งผลกระทบจากนโยบายของรัฐ ทั้งหมดล้วนส่งผลกระทบต่ออนาคตวิชาชีพการพยาบาล และแนวทางการพัฒนาวิชาชีพ จึงเป็นประเด็นที่ผู้อยู่ในวิชาชีพนั้นต้องร่วมคิดและดำเนินการอย่างเป็นระบบ เพื่อให้การทำงานในวิชาชีพการพยาบาลสามารถตอบสนองความต้องการของสังคมได้อย่างแท้จริง และวิชาชีพมีการพัฒนาเคียงบ่าเคียงไหล่กับวิชาชีพอื่น ในการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลนั้น ควรต้องคำนึงถึงตัวแปรสำคัญที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพการพยาบาล และตัวแปรเหล่านั้นจะมีส่วนร่วมในวิชาชีพการพยาบาลได้อย่างไร ทั้งนี้เพื่อทำให้การพัฒนา วิชาชีพการพยาบาลอยู่บนฐานของการบูรณาการ

2. ตัวแปรสำคัญที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในวิชาชีพการพยาบาล

2.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540

2.1.1 สาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพการพยาบาลคือ สิทธิ เสรีภาพของบุคคล สิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน การบริการสาธารณสุขของรัฐต้องทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ การให้องค์กรปกครองท้องถิ่น และเอกชนมีส่วนร่วมในการให้บริการ การฟ้องร้องบุคคลและหน่วยงานที่เป็นนิติบุคคล ฯลฯ

2.1.2 ผลต่อวิชาชีพ

1) การพัฒนากิจกรรมการพยาบาลและพฤติกรรมผู้ประกอบวิชาชีพ ให้มีมาตรฐานการดูแลที่คงไว้ซึ่งสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้รับบริการ
2) การร่วมสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพให้ทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

3) การร่วมสร้างงานอิสระเพื่อการมีส่วนร่วมในการให้บริการด้านสุขภาพ
4) การแสดงผลแห่งงานที่ประชาชนรับทราบได้ว่ามีคุณภาพ(การประกันคุณภาพการพยาบาล)

2.1.3 ประเด็นการพัฒนา

1) การพัฒนาระบบบริการพยาบาลที่เคารพ สิทธิ และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์
2) การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของวิชาชีพการพยาบาลในการจัดบริการทางสุขภาพเชิงที่ได้มาตรฐานและทั่วถึง
3) การพัฒนารูปแบบการประกอบอาชีพอิสระทางการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพเชิงบูรณาการที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ

2.2 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

2.2.1 สาระสำคัญที่เกี่ยวข้องและผลต่อวิชาชีพการพยาบาล ได้แก่

1) การร่วมทีมทำงานในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค
2) ความกระจ่างชัดมากขึ้นในบทบาทหน้าที่การพยาบาลระดับปฐมภูมิ การพยาบาลระดับทุติยภูมิ และการพยาบาลระดับตติยภูมิ
3) การปรับรูปแบบการทำงานในโครงสร้างองค์กรพยาบาลเพื่อรองรับการทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน
4) การจัดการศึกษาพยาบาลที่แยกแยะได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้นระหว่าง การศึกษาเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลทั่วไป (General nursing) ซึ่งเป็นการศึกษาระดับปริญญาตรี การศึกษาเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced nursing practice) เพื่อการปฏิบัติการพยาบาลในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ และการจัดการศึกษาในระดับปริญญาเอกเพื่อสร้างนักวิชาการทางการพยาบาล

2.2.2 ประเด็นการพัฒนา

1) การพัฒนารูปแบบการทำงาน แนวบูรณาการในระดับปฐมภูมิ โดยยึดผู้รับบริการเป็นสำคัญ
2) บันได ความก้าวหน้าทางวิชาชีพ สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ
3) กระบวนการสร้างและพัฒนาบุคลากรที่มีคุณลักษณะสอดคล้องกับสมรรถนะที่พึงประสงค์ของการดูแลสุขภาพในแต่ละระดับ

2.3 พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541

2.3.1 สาระสำคัญที่เกี่ยวข้องและมีผลต่อวิชาชีพการพยาบาล

1) ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ สามารถสร้างงานอิสระเพื่อการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชนได้ [ม.23 (1)]
2) พยาบาลสามารถให้บริการได้ที่บ้านผู้รับบริการ (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2542)

2.3.2 ประเด็นการพัฒนา

1) รูปแบบ/บทบาทอิสระของพยาบาล ในการดูแลสุขภาพประชาชนในสถานพยาบาลและบ้านผู้รับบริการ
2) ชุดบริการพยาบาล การบริการเชิงรุกในบทบาทอิสระในวิชาชีพพยาบาล

2.4 ข้อกำหนดการรักษาโรคเบื้องต้น การให้ภูมิคุ้มกันโรค (สภาการพยาบาล ,2545)

2.4.1 สาระสำคัญ : การกำหนดรายละเอียดที่ชัดเจนสำหรับพยาบาลในการรักษาโรคเบื้องต้น แนวทางปฏิบัติและช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มอาการฉุกเฉินต้องส่งต่อทันที กลุ่มที่ต้องวินิจฉัยแยกโรคและรักษาเบื้องต้น

2.4.2 ประเด็นการพัฒนา

1) การสร้างมาตรฐานการดูแลตามข้อกำหนดการรักษาโรคเบื้องต้นฯ เพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการภาพใต้บริบทจริงของสังคมไทย
2) การพัฒนาบุคลากรให้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่สามารถให้บริการได้ตามข้อกำหนด
3) การปรับโครงสร้างการบริหารบุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อให้บุคลากรพยาบาลทำหน้าที่ได้ตามข้อกำหนด ในบทบาทของพยาบาลมิใช่ผู้ช่วยงานวิชาชีพอื่น
4) การพัฒนารูปแบบการทำหน้าที่ผู้รักษาโรคเบื้องต้นของบุคลากรพยาบาล ทั้งในสถานพยาบาลและการประกอบอาชีพอิสระที่มีเครือข่ายร่วมดูแล

2.5 พระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ.2542

2.5.1 สาระสำคัญ การจัดตั้งหน่วยงานเป็นองค์การมหาชน มีความมุ่งหมายให้มีการใช้ประโยชน์ทรัพยากรและบุคคลให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อให้เกิดการบริหารแนวใหม่ที่มีความคล่องตัว โดยมีฐานะเป็นหน่วยงานของรัฐที่เป็นนิติบุคคล

2.5.2 ผลต่อวิชาชีพการพยาบาล การปรับโครงสร้างองค์กรพยาบาลในสถาบันที่เป็นองค์การมหาชน ซึ่งอาจมีผลกระทบทั้งทางบวก และทางลบต่อบทบาทและหน้าที่ของพยาบาล

2.5.3 ประเด็นการพัฒนา

1) ระบบการพัฒนาบุคลากรพยาบาลและระบบการพิจารณาความดีความชอบที่เป็นธรรม
2) แบบแผน ความก้าวหน้าในวิชาชีพ ภายใต้ระบบงานองค์การมหาชน
3) คุณภาพชีวิต การทำงานในองค์การมหาชน

2.6 พระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจให้แก่การปกครองส่วนท้องถิ่น (พ.ร.บ. สภาตำบลและการบริหารส่วนตำบล พ.ศ.2537, พ.ร.บ.องค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.2538 , พ.ร.บ.ระเบียบบริหารราชการเมืองพัทยา พ.ศ.2542)

2.6.1 สาระสำคัญ

1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสุขภาพแก่ประชาชนในท้องถิ่น
2) ความต้องการบริการพยาบาล/ความต้องการบริการเกี่ยวกับสุขภาพของชุมชนที่มีมาตรฐาน มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

2.6.2 ผลกระทบต่อวิชาชีพการพยาบาล

1) การถ่ายโอนภารกิจจากส่วนกลางและส่วนภูมิภาคไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2) เครือข่ายการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชนระหว่างส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น

2.6.3 ประเด็นสู่การพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล

1) สถานการณ์ในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นอย่างไร
2) รูปแบบ/ความเป็นไปได้ในการจัดระบบบริการสุขภาพภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรเป็นอย่างไร
3) บทบาทของ อบต./อบจ. ในการร่วมให้บริการ และสร้างชุมชนสุขภาพควรเป็นอย่างไร
4) เครือข่ายการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงสา-ธารณสุข และองค์กรอื่นๆ ในชุมชนควรบูรณาการอย่างไร
5) อบต./อบจ. จะมีระบบการเกื้อกูลการผลิตบุคลากรวิชาชีพการพยาบาลต่อไปอย่างไร
6) รูปแบบการเป็นหุ้นส่วนในการผลิตบุคลากรสุขภาพระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับสถาบันการศึกษาควรเป็นอย่างไร
7) บทบาทของพยาบาลในระบบการบริการสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรเป็นอย่างไร
8) ความก้าวหน้าในวิชาชีพของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในระบบองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นอย่างไร
9) จำนวนบุคลากรพยาบาลที่ต้องผลิตเพิ่มเพื่อการทำงานในระบบสุขภาพใหม่

2.7 ภาคประชาชน

ประชาชนเป็นกลุ่มเป้าหมายของการดูแลสุขภาพ เดิมประชาชนเป็นผู้คอยรับบริการ บุคลากรทีมสุขภาพทำหน้าที่ผู้ให้บริการ แนวคิดและการปฏิบัติดังกล่าวไม่สามารถเอาชนะปัญหาสุขภาพได้ กลยุทธ์สำคัญในระบบ ปฏิรูปสุขภาพใหม่ ภายใต้ความเชื่อว่าสุขภาพเป็นสิทธิและหน้าที่ของประชาชน ประชาชนจึงมีบทบาทเชิงรุกในการ ดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน บทบาทของพยาบาลในการดูแลสุขภาพจึงต้องปรับเปลี่ยนไป เน้นการดูแลผู้มีสุขภาพดี และ การพยาบาลระดับปฐมภูมิที่เน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญ และให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประเด็นสู่การพัฒนา

1. รูปแบบการดูแลระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของสังคมไทยแต่ละท้องถิ่น
2. ภาคประชาชนจะเข้ามามีบทบาทในการร่วมสร้างสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้อย่างไร
3. ประชาชนจะมีบทบาทในการช่วยยกระดับมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลได้หรือไม่ อย่างไร

จากปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อวิชาชีพดังกล่าวเป็นข้อมูลที่ชี้ชัดว่าวิชาชีพการพยาบาลจะต้องปรับเปลี่ยนและพัฒนาอย่างมากจึงจะก้าวต่อไปข้างหน้าอย่างมั่นคง ประเด็นสำคัญอยู่ที่จะพัฒนาอย่างไรจึงจะประสบความสำเร็จและสอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของประชาชน

3. การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง : แนวคิดร่วมสมัยเพื่อการพัฒนา

วิชาชีพการพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรหลายประเภทและหลายระดับ และปัจจัยสู่สุขภาพซึ่งเป็นเป้าหมายของการปฏิบัติการพยาบาลนั้น คือการเป็นองค์กรรวมของการบูรณาการหลายมิติ มิใช่เพียงมิติด้านสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว ดังนั้นการพัฒนาวิชาชีพจึงต้องคำนึงถึงผู้ที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพ และให้ผู้เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลด้วย ตั้งแต่ การร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ ร่วมประเมินและพัฒนา รวมทั้งร่วมรับผลจากการกระทำด้วยกัน

3.1 ผู้เกี่ยวข้องหลักในการมีส่วนร่วมพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล ผู้ที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพการพยาบาลที่จะเป็นหุ้นส่วนสำคัญในการร่วมพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล ได้แก่ 1)หน่วยบริการสุขภาพภาครัฐ และเอกชน 2)องค์กรชุมชน/ภาคประชาชน 3)องค์กรปกครองท้องถิ่น ได้แก่ อบต. อบจ. เทศบาล เป็นต้น 4)องค์กรวิชาชีพ ได้แก่ สภาการพยาบาล สมาคมพยาบาล 5)สภาวิชาชีพอื่น เช่น แพทยสภา สภาเภสัชกรรม ฯลฯ 6)สถาบันการศึกษา 7)สำนักการพยาบาล 8)องค์กรการเมือง 9)กฎหมายต่างๆ 10)โรงเรียน 11)โรงงาน ฯลฯ

3.2 รูปแบบการมีส่วนร่วมในการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล การมีส่วนร่วมในการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลทำได้หลายลักษณะ เช่น 1)เป็นหุ้นส่วนในการร่วมผลิต 2)เป็นหุ้นส่วนในการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล 3)เป็นผู้ร่วมงาน ร่วมให้บริการ 4)ร่วมควบคุมคุณภาพการบริการ 5)ร่วมพัฒนาคุณภาพการบริการ 6)ร่วมกำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่พึงประสงค์ 7)ร่วมสร้างความรู้ในการดูแลสุขภาพ ฯลฯ

3.3 แนวคิดการมีส่วนร่วมขององค์กรหลักที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล

3.3.1 องค์กรการเมือง และกฎหมาย

กลไกการเมืองในส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ อยู่ในช่วงของการปฏิรูปกฎหมายต่าง ๆ เพื่อสร้างหลักการกลางร่วมกันของผู้เกี่ยวข้องในการร่วมสร้างสุขภาพ กลไกการเมืองที่ผ่านมายังไม่เอื้อต่อการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลเท่าที่ควรจะเป็น ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนคือ นโยบายการจัดสรรอัตรากำลังพยาบาลไปหน่วยงานต่าง ๆ ซึ่งยังไม่เพียงพอ ระบบการดำรงรักษายังทำให้มีผู้ออกจากวิชาชีพจำนวนมากตลอดมา ความปลอดภัยในชีวิตและความเสี่ยงจากการปฏิบัติงาน ยังถูกละเลยภาระงานที่พยาบาลเกือบทุกระดับต้องแบกรับด้วยความเสียสละ และอดทน ยังขาดการดูแลอย่างยุติธรรมต่อเนื่อง ปัจจัยนำเข้าผลผลิต ผลลัพธ์ของพยาบาล ยังไม่สมเหตุสมผล ประเทศไทยขาดบุคลากรพยาบาลมาโดยตลอด ผลการปฏิรูประบบสุขภาพทำให้มีความต้องการพยาบาลเพิ่มขึ้น ทั้งจำนวนและคุณภาพแต่ปัจจัยการผลิตยังคงเท่าเดิม ทำให้ไม่สามารถผลิตบัณฑิตพยาบาลได้ตามความต้องการของประเทศ

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องการพยาบาลวิชาชีพไปปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน แต่ไม่มีนโยบายกำหนดกรอบอัตรากำลังไว้ให้ การดูแลระดับทุติยภูมิต้องการการดูแลขั้นสูง แต่ยังไม่มีโครงสร้างรองรับสำหรับพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง การปฏิบัติการพยาบาลบางโอกาสต้องก้าวล่วงการปฏิบัติของวิชาชีพอื่นด้วยความจำเป็น และมุ่งให้การดูแลโดยเน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญโดยไม่มีกฎหมายรองรับ

นโยบายเกี่ยวกับระบบค่าตอบแทนและสวัสดิการยังขาดความเท่าเทียมในวิชาชีพที่ต้องปฏิบัติงานในสถานการณ์เดียวกัน ยังไม่สามารถเน้นเครื่องมือในการธำรงรักษาคนให้อยู่ในวิชาชีพได้เพียงพอ

สวัสดิการและความปลอดภัยขณะประกอบวิชาชีพยังถูกละเลย การสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินยัง ปรากฏได้แม้ขณะปฏิบัติงานในหน้าที่ ปัจจัยเหล่านี้ เป็นสิ่งที่ต้องการการพัฒนาทั้งสิ้น

องค์ประกอบด้านการเมืองซึ่งสัมพันธ์กับกฎหมายถือว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีอิทธิพล และความน่าจะเป็น ในการมีส่วนร่วมที่ก่อให้เกิดการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลมากที่สุด เพื่อให้บรรลุเป้าหมายแห่งการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล ด้านโยบาย ด้านการเมือง และกฎหมายควรมีแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

1. ทบทวนกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพการพยาบาลทั้งหมด วิเคราะห์ประเด็นที่ส่งเสริมต่อการการพัฒนาวิชาชีพ และประเด็นที่ไม่เอื้อต่อการการพัฒนาวิชาชีพทั้งหมด และนำเสนอการปรับปรุงให้ตรงกับบริบทการดูแลสุขภาพที่ปรับเปลี่ยนไป ทั้งนี้ให้คำนึงถึงความปลอดภัยของ ผู้รับบริการและมาตรฐานของวิชาชีพ
2. นโยบาย และ กฎหมาย ควรมีความชัดเจนในบทบาท ในการผลักดันด้านนโยบายการผลิต การใช้ การกระจาย การดำรงรักษา การควบคุมมาตรฐานและสวัสดิการของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ
3. จัดทำแผนพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล ที่เป็นภาพรวมของประเทศซึ่งได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ และความต้องการกำลังคนด้านการพยาบาลที่เป็นแผน 360 องศา ที่สัมพันธ์กับกำลังการผลิตความต้องการบุคลากร ระบบการบริหารงานบุคคลของประเทศ รวมทั้งระบบงบประมาณ
4. ควรมีนโยบายด้านงบประมาณ ที่รองรับแผนการพัฒนาวิชาชีพที่ชัดเจน เพื่อให้บรรลุแผนที่วางไว้

ผลนี้คาดว่าจะเกิดขึ้นถ้าองค์กรการเมืองและกฎหมาย เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล

1. ความปลอดภัยในการปฏิบัติหน้าที่ เนื่องจากมีกฎหมายรองรับ ตามสภาพการณ์ที่ปฏิบัติงานจริง
2. ความเพียงพอของบุคลากรสุขภาพทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ
3. ประชาชนได้รับความคุ้มครอง ตามสิทธิโดยสมบูรณ์

3.3.2 การมีส่วนร่วมขององค์กร/ประชาชน

สถานการณ์ปัจจุบัน

1. ประชาชนมีความรู้ / มีข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และบริการพยาบาลมากขึ้น ทั้งในด้านกฎหมาย/สิทธิที่พึงจะได้รวมทั้งวิธีการดูแล บำบัดรักษา ส่งเสริมสุขภาพตนเอง
2. สื่อต่าง ๆ ที่ร่วมผ่านข้อมูลความรู้สู่ประชาชน มีการพัฒนาวิธีการและรูปแบบหลากหลาย
3. ประชาชน/ เข้าใจบทบาทหน้าที่ของพยาบาลมากขึ้น และมีความคาดหวังในคุณภาพของบริการพยาบาลที่พึงได้รับตามสิทธิ
4. ประชาชนสามารถเข้ามาตรวจสอบ และขอรับทราบข้อมูลด้านการบำบัดรักษา ที่จะทำให้เกิดการตัดสินใจในการเลือกรับบริการ
5. องค์กรชุมชน / ภาคประชาชน เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของระบบบริการพยาบาล เพราะเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของระบบสุขภาพ และเนื่องจากประชาชนเป็นเจ้าของสุขภาพ จึงต้องมีการดูแลสุขภาพเชิงรุก ทั้งของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ภาคประชาชนมีแนวทางในการร่วมพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลดังนี้

3.3.2.1 การเป็นหุ้นส่วนในการร่วมผลิตบุคลากรพยาบาล

1) ร่วมสรรหาบุคคลที่ต้องการจะศึกษาต่อด้านการพยาบาลเพื่อให้กลับไปทำงานในชุมชน
2) ร่วมสรรหาทุน / ประสานองค์กรปกครองส่วนทีมอื่น ในการสนับสนุนทุนซึ่งอาจเป็นส่วนหนึ่งร่วมกับสถาบันการผลิต
3) ร่วมเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพัฒนาประสบการณ์ของผู้เรียนในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล
4) ร่วมประเมินผล ตรวจสอบ เป็นตัวเร่งให้ บุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ในชุมชนมีความตื่นตัวที่จะพัฒนาตนเองอยู่ตลอดเวลา เกิดความรอบคอบในการปฏิบัติการพยาบาล อย่างถูกต้องตามหลักวิชาและกฎหมาย รวมทั้งการมุ่งเน้นที่จะยกระดับคุณภาพการบริการพยาบาลให้มีมาตรฐานสูงขึ้น

3.3.2.2 การร่วมพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล

1) สะท้อนความคิดต่อความต้องการดูแลสุขภาพในสถานการณ์จริง โดยเฉพาะการดูแลทั้งในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ซึ่งผลจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการในพื้นที่พบว่าประชาชนมีความต้องการที่จะพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองมากขึ้น จึงน่าจะเป็นช่องทางและสร้างโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามาร่วมสะท้อนความคิดและสร้างรูปแบบการปฏิบัติตามสภาพจริงของแต่ละชุมชนให้มากขึ้น ผลจากการที่องค์การชุมชนและประชาชนเข้ามาสะท้อนความคิดทำให้เกิดความเชื่อมั่น และเป็นเจ้าของความคิดที่จะร่วมพัฒนาระบบบริการพยาบาลตั้งแต่แรกเริ่ม
2) กำหนดยุทธศาตร์การดูแลสุขภาพตนเองภายใต้การกระตุ้นกำกับของทีมพยาบาลและทีมสุขภาพ
3) จัดกลุ่มองค์กรชุมชน / ประชาชน เป็นกลุ่มย่อยที่หลากหลายในการร่วมทำกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง
4) พัฒนาศักยภาพกลุ่มองค์กรชุมชน อย่างต่อเนื่อง จริงจังเพื่อ ให้เกิดความเข้มแข็งในการสร้างสุขภาพตนเอง/สร้างความรู้สึกเป็นทีมดูแลสุขภาพร่วมกับทีมบริการพยาบาล ดังนั้นจึงต้องมีกระบวนการทำงานแบบทีมอย่างชัดเจน มีบทบาทและหน้าที่ชัดเจนของสมาชิกทีมเพื่อสร้างความผูกพันในงาน และความเป็นทีมสุขภาพภาคประชาชน

3.3.3 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ อบต. อบจ. เทศบาล

ความจำเป็นที่จะต้องรับการถ่ายโอนอำนาจในการดูแลสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้ต้องเร่งสร้างความเข้าใจ และพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่แต่ละองค์กรต้องรับผิดชอบให้มีศักยภาพและชัดเจนขึ้น รูปแบบในการมีส่วนร่วมมีแนวทางดังนี้

3.3.3.1 การเป็นหุ้นส่วนในการร่วมผลิต

1) ร่วมคิด/สะท้อนความคิดความต้องการบุคลากรพยาบาลตามสภาพจริงในแต่ละท้องถิ่น/ชุมชน

2) สนับสนุนบุคลากร/ประชาชน เข้าศึกษาวิชาชีพการพยาบาล โดยการสนับสนุนทุน ร่วมสรรหา/คัดเลือกนักเรียนที่มีภูมิลำเนาในชุมชนนั้น ๆ โดยประสานกับสถาบันการศึกษาพยาบาลในแต่ละเขตพื้นที่

3) ร่วมพัฒนาจัดการการสอนในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพของผู้ที่ได้รับทุน โดยรับกลับไปฝึกปฏิบัติในบางช่วงขณะที่มีการศึกษาภาคปฏิบัติ

3.3.3.2 ร่วมในการพัฒนาวิชาชีพ

1) ขยายกำหนดตำแหน่ง และคุณลักษณะงานบริการการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อการบรรจุบุคลากรพยาบาลเข้าปฏิบัติงาน ทั้งนี้ควรได้ร่วมพิจารณาในภาพรวมของแต่ละชุมชน แต่ละท้องถิ่น เพื่อจัดทำแผนอัตรากำลังระยะยาว

2) จัดให้มีระบบการพัฒนาบุคลากรพยาบาลที่สามารถเติบโตได้ในสายงานขององค์กร-ปกครองส่วนท้องถิ่น โดยร่วมพิจารณากับองค์กรวิชาชีพ หรือเทียบเคียงกับหน่วยงานอื่นเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพสามารถพัฒนาศักยภาพตนเอง เพื่อการยกระดับคุณภาพบริการและสุขภาพประชาชนในท้องถิ่น และส่งผลทางอ้อมต่อการเลื่อนไหลตำแหน่งตามสายงานอาชีพที่กำหนด

3.3.3.3 เป็นผู้ร่วมให้บริการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งมีการกำหนดแผนงานด้านการดูแลสุขภาพประชาชน และจัดให้มีหน่วยบริการสุขภาพ ซึ่งบางแห่งจะมีบุคลากรสุขภาพอยู่บ้างแล้ว จึงควรที่จะพัฒนาระบบการบริการสุขภาพ ให้สามารถจัดการสุขภาพแก่ประชาชนทางตรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งน่าจะทำให้การดูแลสุขภาพเชิงรุกบรรลุเป้าหมายได้เร็วยิ่งขึ้น

3.3.3.4 การควบคุมและพัฒนาคุณภาพการบริการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถสร้างความมีส่วนร่วมในการควบคุมคุณภาพได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม ได้แก่ การร่วมเป็นกรรมการ หรือเป็นตัวแทนในการจัดระบบและพัฒนาคุณภาพในการจัดบริการสุขภาพ การร่วมตรวจสอบ และการสร้างเครือข่ายภาคประชาชนระดับพื้นที่เพื่อร่วมในการพัฒนาสุขภาพ สนับสนุนและจัดให้มีระบบประกันคุณภาพในสถานบริการในพื้นที่ ในฐานะที่เป็นองค์กรกลางที่อยู่ในพื้นที่และใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด

3.3.3.5 ร่วมสร้างความรู้และพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการปฏิบัติการพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมวิจัยเชิงปฏิบัติการกับทีมวิจัยจากสถาบันการศึกษา หรือดำเนินการได้ด้วยตัวเอง โดยเน้นการวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ และใช้องค์ความรู้ในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง แนวคิดใหม่ในการจัดการและสร้างเสริมสุขภาพประชาชนในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบที่เน้นภูมิปัญญาท้องถิ่น รวมทั้งการวิจัยและพัฒนาเพื่อสร้างระบบการพยาบาลภายใต้บริบทขององค์ปกครองส่วนท้องถิ่นให้เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน การสร้างความมีส่วนร่วมในรูปแบบนี้ ทำให้เกิดการเรียนรู้แบบร่วมบริการ ทั้งทีมวิจัย อาจารย์ผู้สอน บุคลากรขององค์กรส่วนท้องถิ่น และผู้เรียนโดยใช้กระบวนการวิจัยเป็นฐาน

3.3.3.6 ร่วมสร้างและพัฒนาสมรรถนะพยาบาลที่พึงประสงค์ที่สอดคล้องกับความต้องการท้องถิ่น การที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพประชาชนในเขตพื้นที่ จึงมีความเข้าใจถึงความต้องการ การดูแลตนเองของประชาชน และมีส่วนเกี่ยวข้องเชิงนโยบายที่จะกำหนดสมรรถนะของผู้ดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ได้สอดคล้องกับความต้องการท้องถิ่นมากขึ้น

3.3.4 การมีส่วนร่วมของสถาบันการศึกษาพยาบาลในการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล

สถาบันการศึกษาพยาบาลเป็นผู้ที่รับผิดชอบโดยตรงต่อการสร้างบุคลากรพยาบาล และการพัฒนาวิชาชีพ ซึ่งปัจจุบันสถาบันการศึกษาพยาบาลมีส่วนร่วมดังนี้

1. ร่วมวางแผนและศึกษาความต้องการ และจัดทำแผนความต้องการกำลังคนและแผนการผลิตระดับชาติ ในปัจจุบันมีสถาบันการศึกษาพยาบาลทั้งหมด 65 แห่ง สามารถผลิตบัณฑิตพยาบาลได้ปีละ 4,180 คน ตามตัวเลขในแผนการผลิตในแผนพัฒนาการศึกษาระยะที่ 9 แต่จำนวนตัวเลขที่ควรผลิตได้ประมาณ 6,200คน ทำให้มีจำนวนที่ยังไม่ถึงเป้าหมายอยู่ปีละ 2,020 คน นอกจากนี้ยังมีความต้องการกำลังคนด้านพยาบาลอีกส่วนหนึ่ง เพื่อไปปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิด้วยแต่ยังขาดความชัดเจนในตัวเลขที่ควรจะเป็นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงระยะเปลี่ยนผ่าน
2. จัดการศึกษาเพื่อผลิตพยาบาลทุกระดับตามแผนและความจำเป็นของประเทศบนมาตรฐานคุณภาพการศึกษาพยาบาล ปัจจุบันสถาบันการศึกษาพยาบาลทุกแห่งมีระบบการประกันคุณภาพการศึกษา และการได้รับการรับรองหลักสูตรจากสภาการพยาบาล จึงเชื่อว่า ปัจจัยด้านกระบวนการผลิตมีคุณภาพ ซึ่งสถาบันการศึกษาแต่ละแห่งมีการตรวจสอบและประเมินผลตนเองทั้งภายในและจากองค์กรภายนอก ทำให้มีการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องอยู่ตลอดเวลา
3. ร่วมพัฒนาเครือข่าย ดัชนีคุณภาพการศึกษาพยาบาล สถาบันการศึกษาพยาบาลมีการสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกันมากขึ้น เช่นการพัฒนาเครือข่ายการวิจัย การพัฒนาเครือข่ายด้านการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งผลจากการดำเนินการประกันคุณภาพทำให้แต่ละสถาบันปรับระดับคุณภาพให้สูงขึ้น ตามแนวคิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
4. เป็นองค์กรหลักในการจัดการศึกษาต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาคุณภาพผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล สถาบันการศึกษาพยาบาลหลายแห่งมีการดำเนินการเพื่อจัดให้มีหน่วยการจัดการศึกษาต่อเนื่องเพื่อตอบสนองความต้องการในการพัฒนาและเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถ และทักษะทางการพยาบาล ที่จะทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความมั่นใจในการดูแล สร้างเสริมสุขภาพประชา-ชนได้ตามความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นไปตามมาตรการขององค์กรวิชาชีพที่กระตุ้นให้เกิดการปรับตัวและการเรียนรู้ตลอดเวลา
5. ร่วมสร้างและพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล สถาบันการศึกษาพยาบาลมีการร่วมสร้างและพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลโดยตรงคือ การจัดการเรียนการสอนในคลินิกหรือในชุมชนที่เป็นการบริการพยาบาลที่ให้แก่ผู้รับบริการร่วมกับการฝึกปฏิบัติของผู้เรียนภายใต้การนิเทศของอาจารย์หรือบุคลากรพยาบาลที่ร่วมนิเทศ โดยผู้สอนและผู้เรียนร่วมกับพยาบาลที่ปฏิบัติในสถานพยาบาลที่เป็นแหล่งฝึก ต่างมีส่วนร่วมในทีมการดูแล มีการประชุมปรึกษา การศึกษากรณีตัวอย่าง การตรวจเยี่ยมผู้ป่วย การศึกษาและวินิจฉัยชุมชน การร่วมทีมวิจัย การสร้างรูปแบบการบริการ หรือการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งจะทำให้เกิดการพัฒนาการดูแลผู้รับบริการในบริบทไทยได้เป็นอย่างดี ทุกคนและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต่างเกิดการสร้างมูลค่าเพิ่มจากการทำงานร่วมกัน เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน และนำไปสู่การยกระดับคุณภาพการดูแลให้ดียิ่งขึ้นได้

เนื่องจากสถาบันการศึกษาพยาบาลมีหลากหลายสังกัด ดังนั้นจึงต้องการภาพรวมของแผนกำลังคนด้านการพยาบาลระดับประเทศและระดับโลก เพื่อที่จะได้กำหนดเป้าหมายในการผลิตและการพัฒนาที่ตอบสนองความต้องการการดูแลสุขภาพในทุกระดับได้

แนวทางการสร้างความมีส่วนร่วมสามารถดำเนินการได้ดังนี้

3.3.4.1 การร่วมผลิตพยาบาล

1) กำหนดเป้าหมายการผลิตตามแผนความต้องการกำลังคนสาขาพยาบาลศาสตร์ โดยการจัดทำแผนร่วมผลิตระดับชาติ ซึ่งจะต้องมีการศึกษาตัวเลข และการคาดการณ์ อย่างบูรณาการทุกส่วนงานที่หน่วยผลิตและดำเนินการผลิตตามแผนอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้เพื่อกระจายกำลังการผลิตในแต่ละหน่วยอย่างเหมาะสมและคงไว้ซึ่งคุณภาพและมาตรฐานการจัดการศึกษา
2) ศึกษาความต้องการการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการของท้องถิ่น โดยจัดให้เป็นสมรรถนะเสริมที่จำเป็นของแต่ละท้องถิ่น อิงสมรรถนะที่องค์กรวิชาชีพได้กำหนดไว้เป็นมาตรฐาน
3) พัฒนาหลักสูตรที่สอดคล้องกับสมรรถนะที่จำเป็นอย่างเร่งด่วน และพัฒนาปรับเปลี่ยนให้ทันเหตุการณ์ และความต้องการของท้องถิ่น ทั้งการจัดการศึกษาระดับปริญญาตรีและระดับบัณฑิตศึกษา
4) พัฒนาระบบการรับเพื่อให้ได้คนที่ต้องการเรียนจริงที่มาจากแต่ละท้องถิ่น จะทำให้ระบบการผลิตที่เอื้อต่อความต้องการกำลังคนด้านพยาบาลของท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้มากขึ้น สถาบันการศึกษาควรได้ดำเนินการอย่างจริงจังเพื่อให้ได้บัณฑิตที่มีความเต็มใจที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ เกิดการกระจายกำลังคนด้านการพยาบาล เพียงพอกับความต้องการของท้องถิ่น
5) สร้างระบบและเครือข่ายครูเยี่ยมศิษย์เพื่อกระตุ้นและสร้างเสริมกำลังใจ ให้คำปรึกษา แนะนำ ถ่ายทอดองค์ความรู้ และสร้างความรู้สึกร่วมในการพัฒนาวิชาชีพและระบบการพยาบาล

3.3.4.2 การพัฒนาวิชาชีพ

1) การจัดการศึกษาต่อเนื่อง สถาบันการศึกษาพยาบาลแต่ละแห่งเป็นองค์กรหลักในการจัดการศึกษาต่อเนื่อง โดยพัฒนาและสร้างหลักสูตรที่ตอบสนองความต้องการการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะและความสามารถทั้งในด้านการบริการพยาบาล การบริหารการพยาบาล และการสร้างองค์ความรู้ การวิจัยในสถานการณ์ที่เป็นจริงเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรในระบบอย่างต่อเนื่อง
2) การพัฒนาองค์ความรู้ วิจัย และพัฒนารูปแบบการบริการที่เน้นการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อสร้างบทบาทอิสระให้เด่นชัดขึ้น
3) การพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล โดยการร่วมพัฒนาระบบคุณภาพในสถานบริการ เป็นที่ปรึกษา และทำหน้าที่กัลยาณมิตรผู้ประเมินเพื่อการพัฒนา
4) ร่วมให้บริการพยาบาลแก่ประชนชน โดยร่วมกับสถานพยาบาล หรือจัดตั้งเป็นศูนย์สาธิตทางการพยาบาล ซึ่งสามารถที่จะให้บริการพยาบาลได้โดยตรง

3.3.5 องค์กรวิชาชีพ

องค์กรวิชาชีพหลักทางการพยาบาลมี 2 องค์กร คือ สภาการพยาบาล และ สมาคมพยาบาล ซึ่งมีหน้าที่เฉพาะของแต่ละองค์กรที่ประสานงานกันอย่างใกล้ชิด นายกสมาคมพยาบาลฯ มีตำแหน่งเป็นกรรมการอำนวยการของสภาการพยาบาลโดยตำแหน่ง จึงทำให้ภาพการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลมีทิศทางเดียวกันแต่แบ่งงานในการดำเนินงานต่างกัน คือ

3.3.5.1 สภาการพยาบาล

สภาการพยาบาลเป็นนิติบุคคลที่จัดตั้งตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2528 และที่แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2540 มีวัตถุประสงค์ตามมาตรา 7 ดังนี้ (พ.ร.บ.วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2540)

1) ควบคุมการประพฤติของผู้ประกอบการวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ให้ถูกต้องตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์
2) ส่งเสริมการศึกษา การบริการ การวิจัย และความก้าวหน้าในวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์
3) ส่งเสริมความสามัคคีและผดุงเกียรติของสมาชิก
4) ช่วยเหลือ แนะนำ เผยแพร่ และให้การศึกษาแก่ประชาชนและองค์กรอื่นในเรื่องที่เกี่ยวกับการพยาบาล การผดุงครรภ์ และ การสาธารณสุข
5) ให้คำปรึกษา หรือข้อเสนอแนะต่อรัฐบาลเกี่ยวกับปัญหาการพยาบาล การผดุงครรภ์ และการสาธารณสุข
6) เป็นตัวแทนของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์ หรือการพยาบาล และการผดุงครรภ์ในประเทศไทย
7) ผดุงความเป็นธรรมและส่งเสริมสวัสดิการให้แก่สมาชิก

สภาการพยาบาลมีอำนาจหน้าที่ตามมาตรา 8 ดังนี้

1. รับขึ้นทะเบียนและออกใบอนุญาตให้แก่ผู้ขอเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์
2. สั่งพักใช้ใบอนุญาตหรือเพิกถอนใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์
3. ให้ความเห็นชอบหลักสูตรการศึกษาวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ในระดับอุดมศึกษาของสถาบันการศึกษาที่จะทำการสอนวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เพื่อเสนอต่อทบวงมหาวิทยาลัย
4. รับรองหลักสูตรต่างๆ สำหรับการศึกษาในระดับประกาศนียบัตรของสถาบันที่จะทำการสอนวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์
5. รับรองหลักสูตรต่างๆ สำหรับการฝึกอบรมในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของสถาบันการศึกษาที่จะทำการฝึกอบรมในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์
6. รับรองวิทยฐานะของสถาบันที่ทำการสอนและฝึกอบรมตาม (4) และ (5)

7. รับรองปริญญา ประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญา ประกาศนียบัตร หรือวุฒิบัตรในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของสถาบันต่าง ๆ
8. ออกหนังสืออนุมัติ หรือวุฒิบัตรเกี่ยวกับความรู้หรือความชำนาญเฉพาะทาง และหนังสือแสดงวุฒิอื่นในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลการผดุง-ครรภ์หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์
9. ดำเนินการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของสภาการพยาบาล

3.3.5.2 สมาคมพยาบาล

สมาคมพยาบาลเป็นองค์กรวิชาชีพที่มีสมาชิกมารวมกันตามความสมัครใจ เพื่อดำเนินกิจกรรมที่เป็นการส่งเสริมคุณภาพการบริการพยาบาล รวมทั้งการปกป้องพิทักษ์สิทธ์ของสมาชิก การดำเนินการของสมาคม ปฏิบัติตามกฎหมายที่ตราเป็นข้อบังคับของสมาคม ซึ่งกำหนดวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งสมาคมดังนี้ (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ,2539)

1. เป็นศูนย์กลางรวมความคิดและแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับวิชาชีพพยาบาล
2. ส่งเสริมความสามัคคี จริยธรรม คุณธรรมและจรรยาบรรณในการประกอบวิชา
3. ส่งเสริมความเจริญก้าวหน้าของวิชาชีพโดยการพัฒนามาตรฐานการประกอบวิชาชีพ การสนับสนุนการศึกษา การวิจัยและการเผยแพร่ความรู้
4. เสริมสร้างความเป็นธรรมและสวัสดิการของสมาชิก
5. ช่วยป้องกันและแก้ๆไขปัญหาอันเป็นอุปสรรคต่อความเจริญทางวิชาชีพ
6. ช่วยเหลือในการสร้างเสริมและผดุงไว้ซึ่งสวัสดิภาพ สุขอนามัย และความเป็นอยู่ อันดีของสังคม
7. เป็นตัวแแทนของสมาชิกในการติดต่อและร่วมมือประสานงานกับองค์กรอื่นทั้งภาครัฐและเอกชนทั้งในประเทศและระหว่างประเทศ

องค์การวิชาชีพมีจึงมีความเกี่ยวข้องโดยตรงในการพัฒนาวิชาชีพและควบคุมคุณภาพการบริการ แนวทางการมีส่วนร่วมมีดังนี้

1) การร่วมผลิตพยาบาล โดยมีแนวทางการมีส่วนร่วมดังนี้
   (1) การควบคุมมาตรฐานการผลิต การสนับสนุนการฝึกประสบการณ์วิชาชีพ ซึ่งสถานบริการพยาบาลที่เป็นแหล่งฝึกฯต้องมีการพัฒนาคุณภาพผู้ปฏิบัติเพื่อร่วมสอน และนิเทศ ร่วมเป็นต้นแบบที่ดี
   (2) การใช้มาตรการทางกฎหมายจะช่วยสนับสนุนให้การเรียนการสอนในคลินิกมีการประสานงานที่เอื้อต่อการฝึกประสบการณ์ของนักศึกษา
   (3) การสนับสนุนการพัฒนาบทบาทการเป็นอาจารย์พี่เลี้ยง รวมทั้งสร้างความรู้สึกเป็นหุ้นส่วนในการผลิตพยาบาลใหม่ให้กับสังคมร่วมกัน
2) การร่วมพัฒนาวิชาชีพ การพัฒนาวิชาชีพเป็นหน้าที่โดยตรงขององค์วิชาชีพดังนี้
   (1) การกำหนดมาตรการการควบคุมคุณภาพการบริการ
   (2) การปกป้องคุ้มครอง การสร้างแรงจูงใจ และความมั่นคงในการทำงาน โดยเป็นตัวแทนในการเรียกร้องสวัสดิการที่เหมาะสมกับภาระงานที่ปฏิบัติ เพื่อธำรงรักษา

กำลังคนไว้ทั้งนี้มีการวิจัยที่พบว่าพยาบาลส่วนหนึ่ง คิดที่จะออกจากวิชาชีพถ้ามีโอกาส

(3) การผลักดันให้มีการกำหนดสายงานทางวิชาชีพที่บุคลากรพยาบาลมีโอกาสเลื่อนไหลไปได้ตามผลงานที่ปฏิบัติ มีตำแหน่งของผู้เชี่ยวชาญ ผู้ชำนาญการที่ถูกต้องตามกฎหมาย ให้เทียบเท่ากับสายงานอื่น

(4) การกำหนดมาตรฐานโครงสร้างการบริหารและระบบพยาบาลในสถานพยาบาล

3) การร่วมควบคุมคุณภาพ

(1) การร่วมสร้างระบบการประกันคุณภาพการบริการพยาบาล และพัฒนาระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

(2) การส่งเสริมรางวัลคุณภาพระดับชาติ จะทำให้เกิดการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ปฏิบัติ

(3) การสนับสนุนงบประมาณเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลโดยเฉพาะการพัฒนาบทบาทพยาบาลที่อิสระในการให้การบำบัดทางการพยาบาล

3.3.6 โรงเรียน

โรงเรียนเป็นองค์กรที่มีความเกี่ยวข้องระบบสุขภาพ เพราะคนในโรงเรียน ได้แก่ นักเรียน ครู ผู้ปกครอง ต้องได้รับการสร้างเสริมสุขภาพ และเรียนรู้วิธีการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง และการจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อความปลอดภัยและความมีสุขภาวะที่ดี หากสถาบันศึกษาทุกสถาบันทั้งในระดับการศึกษาพื้นฐาน และการศึกษาระดับอุดมศึกษา มีความตระหนักในการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพอย่างจริงจังและเป็นรูปธรรม น่าจะช่วยลดการสูญเสียค่าใช้จ่ายจากการเจ็บป่วยทั้งจากอุบัติเหตุ และการติดเชื้อหรือสาเหตุอันเนื่องจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม อื่นๆได้เป็นอย่างมาก

แนวทางการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพมีดังนี้

1. การร่วมผลิต โรงเรียนเป็นแหล่งฝึกประสบการณ์วิชาชีพที่สำคัญที่นักศึกษาพยาบาลควรได้ฝึกปฏิบัติในการสร้างเสริมสุขภาพแก่นักเรียน ดังนั้นโรงเรียนจึงต้องมีมาตรฐานของการมีหน่วยดูแลสุขภาพและสวัสดิการแก่นักเรียน มีมาตรฐานในการดูแล จัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย

2. การร่วมพัฒนาวิชาชีพ

2.1 การกำหนดให้มีตำแหน่งรองรับอัตราพยาบาลประจำโรงเรียน

2.2 การร่วมให้ข้อมูลแนะแนวแก่นักเรียนในการศึกษาต่อในวิชาชีพการพยาบาล

2.3 การร่วมประสานในการคัดเลือกผู้ที่สนใจและจัดเข้าโครงการเตรียมสู่วิชาชีพการพยาบาล

3. การร่วมพัฒนาคุณภาพการบริการ

3.1 สนับสนุนให้มีการพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการสุขภาพในโรงเรียนอย่างต่อเนื่อง

3.2 การร่วมจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียนรวมกับสถานบริการและสถาบันการศึกษาพยาบาล

3.3 การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพนักเรียนที่ประสิทธิภาพเพื่อติดตาม ป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพที่รุนแรง

3.4 พัฒนาหลักสูตร เนื้อหา กระบวนการเรียนรู้ของนักเรียนที่เน้นการได้ฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเองและสิ่งแวดล้อมในสภาพจริง

3.5 เตรียมครูให้เป็นตัวอย่างที่ดีในสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้ครูและนักเรียนเรียนรู้ที่จะเป็นเจ้าของสุขภาพตนเองอย่างมีคุณภาพ ตระหนัก และใส่ใจสุขภาพตนเอง และผู้อื่นอย่างต่อเนื่อง

3.3.7 โรงงาน

โรงงานเป็นชุมชนที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพและระบบพยาบาล ในโรงงานที่ได้มาตร-ฐานจะกำหนดให้มีหน่วยงานหรือสถานบริการสุขภาพในโรงงานและจะต้องมีพยาบาลวิชาชีพเป็นพยาบาลประจำ ซึ่ง เกณฑ์กำหนดไว้ในสัดส่วน คือ ถ้ามีพนักงาน 200 คน จะต้องมีพยาบาลประจำ 1 คน ซึ่งในประเทศไทยมีโรงงานอุตสาหกรรมในช่วงเศรษฐกิจขาขึ้นเกิดขึ้นมาก และจะต้องจัดระบบสวัสดิการและการดูแลสุขภาพของคนทำงาน ซึ่งบุคลากรที่ประจำตลอด 24 ชั่งโมงได้แก่ พยาบาล

แนวทางการมีส่วนร่วม คือ

1. การร่วมผลิต โดยจัดให้มีตำแหน่งพยาบาลตามเกณฑ์ อาจประสานความร่วมมือ คัดสรรผู้เรียนที่มีคุณภาพที่มีคุณสมบัติตามโรงงานต้องการ ร่วมจัดเป็นแหล่งฝึกประสบการณ์วิชาชีพซึ่งสามารถส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาและการเรียนรู้ร่วมกันได้

2. ร่วมพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล โดยกำหนดนโยบายให้มีการพัฒนาบุคลากรที่ให้การดูแลสุขภาพพนักงานอย่างต่อเนื่อง

3. การควบคุมคุณภาพการบริการ สามารถจัดทำได้โดยกำหนดนโยบายการบริหารคุณภาพ ซึ่งจะต้องมีการรับรองคุณภาพของผลผลิตที่มีมาตรฐาน ซึ่งโรงงานจะต้องจัดให้มีระบบการดูแลสุขภาพของพนักงานที่เหมาะสม และมีการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพของพนักงานเป็นประจำเพื่อสร้างวัฒนธรรมสุขภาพที่เป็นความตระหนักด้วยตัวของพนักงานเองในขณะเดียวกันฝ่ายบริหาร จะต้องการปฏิบัติในด้านสุขภาพอย่างจริงจัง ศึกษาผลกระทบของการดำเนินงานของโรงงานไม่ให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนรวมทั้งสิ่งแวดล้อม

ยุทธศาสตร์การสร้างส่วนร่วม

1. ยุทธศาสตร์เชิงนโยบาย

การร่วมเชิงนโยบาย/มาตรการทางกฎหมาย ซึ่งเป็นมาตรการที่สามารถทำให้เกิดผลสำเร็จได้ แต่อย่างไรก็ตามควรให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการคิด ประชาพิจารณ์อย่างกว้างขวาง จึงจะทำให้มีความผูกพันมากขึ้น โดย

1.1 การสร้างวิสัยทัศน์ร่วม

1.2 การสร้างคณะทำงานร่วมเป็นทีมงาน

1.3 การร่วมวางแผน/การร่วมคิด

1.4 การมีองค์กรหรือหน่วยงานหลักในคิดริเริ่ม

1.5 การกระตุ้นให้เกิดการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ที่มีความสำคัญเท่าเทียมกัน

1.6 การสรรหาและจัดสรรทรัพยากร

1.7 การร่วมปฏิบัติ มีการวางแผนการปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน โดยกำหนดบทบาทของแต่ฝ่ายให้ชัดเจนในการเป็นเจ้าภาพร่วม และสร้างแนวปฏิบัติที่จะทำให้เกิดการทำงานร่วมกันอย่างมีความสุข

1.8 การร่วมประเมินและพัฒนา เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ข้อเด่น ข้อด้อยที่เกิดจากการทำงานร่วมกัน มีการประเมินการทำงานร่วมกันเป็นระยะ จะทำให้มีการแก้ไข ปรับปรุงวิธีการทำงานร่วมกันในแต่ละประเด็นได้อย่างทันกาล

2. ยุทธศาสตร์เชิงการวิจัย

การวิจัยเป็นกระบวนการสร้างความรู้ใหม่อย่างเป็นระบบ ที่จะทำให้ได้ความรู้ หรือข้อเท็จจริง หรือข้อมูลเชิงประจักษ์ ที่ผู้ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการสามารถรับรู้และมองเห็นผลได้ จึงทำให้เกิดการยอมรับในการเปลี่ยนแปลงได้มากขึ้น และในกระบวนการวิจัยยังสามารถเพิ่มพูนความรู้ ประสบการณ์ เจตคติในเรื่องที่ต้องการให้มีการปรับเปลี่ยน ผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมจึงอยู่ในกระบวนการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่เริ่มต้น ดังนั้น จึงควรได้มีการทำความ ตกลงระหว่างหน่วยงานหลักที่อาจเป็นสถาบันการศึกษา กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดย

2.1 การร่วมกำหนดประเด็น กรอบการวิจัย หรือสิ่งที่ต้องหาคำตอบร่วมกัน ซึ่งควรเป็นประเด็นที่เป็นปัญหาหรือคำตอบที่เอื้อประโยชน์แก่หน่วยงานหรือผู้ที่เขามามีส่วนร่วม

2.2 การสร้างเครือข่ายการทำงานเพื่อทำวิจัยเชิงปฏิบัติ หรือการวิจัยเพื่อการพัฒนา เพื่อให้มีการทำงานร่วมกัน

2.3 การจัดให้มีกระบวนการเผยแพร่ผลงานวิจัยหรือความรู้ที่ได้ เพื่อเป็นเวทีที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน สามารถนำผลการวิจัยไปสู่การพัฒนา และต่อยอดความรู้ต่อไปได้

2.4 ประเด็นการวิจัยเพื่อนำไปสู่การพัฒนาการมีส่วนร่วมได้แก่

บรรณานุกรม

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2544). การพัฒนาการจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร-บัณฑิตเพื่อตอบสนองการปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย.**ในเอกสารประกอบการสัมมนาพยาบาลศาสตร์ศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่** 3. กรุงเทพฯ.

ชูชัย ศุภวงศ์(บรรณาธิการ).(2544).**ทิศทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพใน 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ.2544-2553).** นนทบุรี:สำนักงานสนับสนุนและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ(สพกส.) กระทรวงสาธารณสุข.

เดชรัต สุขกำเนิด,วิชัย เอกพลากร และ ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์. (2545). **การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ เพื่อการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นนทบุรี.

ทัศนา บุญทอง. (2542).**วิสัยทัศน์การพยาบาลไทย ปี 2020 การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ด้านสุขภาพ** . ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน).

พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติพ.ศ. 2542.(2542).**ราชกิจจานุเบกษา เล่ม116 ตอนที่74ก**.(19 สค.) หน้า 1-23.

พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่2)พ.ศ.2540. (2540). พยาบาลและผดุงครรภ์ : กฎหมายและระเบียบข้อบังคับ.**ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม114 ตอนที่75ก** หน้า1-9.

ปิติพร จันทรทัต ณ อยุธยา และ วณี ปิ่นประทีป.(.2546). **บริการสาธารณสุขกับการแสวงหากำไรเชิงธุรกิจ.** นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. .

เมธี จันท์จารุภรณ์. (2545). **สิทธิ หน้าที่ พลเมือง : ระบบสุขภาพภาคประชาชน** . นนทบุรี:สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน.

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพ.ศ.2540. (2540) **ราชกิจจานุเบกษา.เล่ม114 ตอนที่55ก**.(11ตค.) หน้า1-99.

ลำยอง นกหงษ์. (2546). **บทบาทพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี เป็นคู่สัญญาหลัก**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ,สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ. (2544). โครงการวิจัยและพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน. ใน **เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสามัญประจำปี ครั้งที่21."การปฏิรูประบบสุขภาพ:สู่การปฏิรูประบบราชการ**. ชลบุรี:สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯสาขาภาคตะวันออก

วิพุธ พูลเจริญ และคณะ. (2543). สู่การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.กรุงเทพฯ : บริษัทดีไซร์ จำกัด.

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. (2544). **ธรรมนูญสุขภาพคนไทย**.นนทบุรี:สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ..

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. (2546). **สมัชชาสุขภาพระดับภาค/เฉพาะประเด็น** กรุงเทพฯ : บริษัท สามดี พริ้นติ้ง อีควิบเม้น จำกัด.

สุนทราวดี เธียรพิเชฐ และคณะ. (2544). **รูปแบบและความต้องการระบบบริการสุขภาพระดับต้นในทัศนะของกลุ่มประชาคมภาคตะวันออก**.ชลบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข..

สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ และคณะ. (2544)**. ความต้องการบริการสุขภาพระดับต้นของประชาชนภาคตะวันออก**. ชลบุรี : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

Anderson, Elizabeth T. and McFarlane, Judith. (1995). **Community as Partner: Theory and Practice in Nursing**. NewYork : Lippincott.

3.1.5 การจัดการความรู้ในวิชาชีพการพยาบาล

โดย ขนิษฐา นันทบุตร

บทนำ

สถานการณ์ปัจจุบันชี้ให้เห็นว่าวิชาชีพการพยาบาลต้องปรับตนเองอย่างมากในการชี้นำและรองรับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์สังคมไทยและสังคมโลกที่มีผลกระทบสูงต่อวิถีการดำเนินชีวิตและสุขภาพของประชาชน ทำให้ลักษณะและแบบแผนการเจ็บป่วยของประชาชนเปลี่ยนไปมีความซับซ้อนมากขึ้นจากสาเหตุทางสังคมวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยภาครัฐซึ่งส่วนใหญ่เป็นส่วนที่เพิ่มขึ้นกับการใช้เทคโนโลยีด้านการรักษาที่ขาดการตรวจสอบและควบคุม และที่สำคัญคือการเรียกร้องจากภาคประชาชนและสังคมเรื่องคุณภาพบริการสุขภาพและการดูแลสุขภาพ ความเท่าเทียม และการเข้าถึงบริการสุขภาพในฐานะที่เป็นคนไทย เหล่านี้ทำให้ทุกองค์กรต้องมาทบทวนตนเอง และหาแนวทางในการตอบสนองหรือแก้ปัญหาดังกล่าว เมื่อการดูแลสุขภาพทั้งโดยภาครัฐ ภาควิชาชีพ และภาคประชาชนเป็นหัวใจหลักของการทำให้ประชาชนสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข การยกระดับการดูแลสุขภาพให้มีคุณภาพสูงขึ้นในระดับที่ยอมรับได้จึงเป็นประเด็นหลักของการพัฒนาซึ่งต้องอาศัยการทำงานร่วมกันทั้งภาครัฐ ภาควิชาชีพ และภาคประชาชน

รายงานนี้เสนอการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความรู้เพื่อก่อให้เกิดคุณภาพบริการพยาบาลและข้อเสนอการปรับเปลี่ยนที่เป็นไปได้ สำหรับองค์กรต่างๆที่เป็น potential partners ของการบริการของวิชาชีพการพยาบาล

กรอบคิด

การจัดการความรู้

การจัดการความรู้ในวิชาชีพการพยาบาลถือเป็นการทำความเข้าใจเรื่องหรือประเด็นที่วิชาชีพสามารถใช้ในการก่อให้เกิดจุดเปลี่ยนของวิชาชีพในสังคมได้ เป็นเครื่องมือสำคัญของการพัฒนาวิชาชีพโดยเฉพาะเมื่อประชาชนต้องการคุณภาพจากการบริการ โดยการใส่ความรู้เข้าไปในกระบวนการทำงานให้การอธิบายการทำงานมีหลักการ ข้อมูลที่อ้างอิงได้ ก่อให้เกิดคุณภาพในการทำงานมากขึ้น

สิ่งสำคัญในกระบวนการจัดการความรู้ คือ เครื่องมือในการบริหารจัดการความรู้ วิชาชีพการพยาบาลจะต้องมีความเข้าใจว่า การจัดการความรู้ คือการใช้ความรู้เพื่อสร้างความรู้และโยงความรู้ไปสู่สถานการณ์จริงให้ได้ผลที่ประเมินได้และจัดให้มีการเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพื่อยกระดับความรู้และการปฏิบัติให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและพัฒนาจิตใจให้เป็นคนดีขึ้นด้วย (ประเวศ วะสี, 2546) กิจกรรมการจัดการความรู้ครอบคลุมตั้งแต่ 1)การกำหนดความรู้ที่ต้องการใช้จากการสร้างเป้าหมายร่วมกัน 2)การสร้างความรู้ 3) การเสาะหาความรู้ 4)การแลกเปลี่ยนความรู้ และ 5)การประยุกต์ใช้ความรู้ (วิจารณ์ พานิช, 2545)

ความรู้

ความหมายของความรู้มีผู้ตีความหรือให้คำนิยามไว้หลากหลาย แต่โดยทั่วไปมีเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความรู้อยู่ 3 ประการที่สำคัญ ได้แก่ ข้อมูล (data) สารสนเทศ (information) และ ความรู้ (knowledge)

ข้อมูล เป็นสิ่งที่ค้นหาหรือรวบรวมมาจากการทดลอง จากเอกสาร คำบอกเล่า แบบสอบถาม หรือโดยวิธีอื่นๆโดยที่ยังไม่ได้กรองและตรวจสอบ ข้อมูลอาจมีลักษณะเป็นตัวเลข เป็นสถิติ หรือเป็นข้อมูลเชิงพรรณนา เชิงบรรยาย

สารสนเทศ เกิดจากการนำข้อมูลมาคัดเลือก จัดหมวดหมู่ ใส่แบบแผน ใส่บริบทเข้าไปทำให้มองเห็นความหมายได้ง่ายขึ้นหรือชัดเจนขึ้น

ความรู้ เกิดจากการนำข้อมูลมาตีความหาความหมายใช้ในการทำนายหรืออธิบายสิ่งหรือเหตุการณ์ที่ปรากฏ โดยในการตีความนั้นจะต้องตรวจสอบกับข้อมูลหรือความรู้อื่น ตรวจสอบกับบริบท กาลเทศะ บุคคล องค์กร วัฒนธรรม ค่านิยม

โดยสรุปแล้ว ความรู้นั้นเกิดจากการประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์และจำแนกแยกแยะสารสนเทศ เพื่อนำไปสู่การตีความและทำความเข้าใจกับสารสนเทศเหล่านั้นจนกลายเป็นความรู้ซึ่งครอบคลุมทั้งส่วนของความรู้ที่แฝงอยู่ในองค์กรในรูปของกระบวนการทำงานและขั้นตอนการทำงาน (embedded knowledge) ซึ่งเมื่อมีการจัดการจะสามารถเปลี่ยนเป็นความรู้ที่เปิดเผย แจ้งชัด (explicit knowledge) ซึ่งปรากฏในเอกสาร ตำรา VDO internet บันทึก หรือรายงานต่างๆ ความรู้เหล่านั้นถ่ายทอดจากตัวบุคคลสู่ตัวบุคคล โดยกิจกรรมต่างๆ ตั้งแต่การพูดคุยไปจนถึงการฝึกฝน หรืออาจถ่ายทอดผ่านสื่อ เช่น หนังสือ และสื่ออื่นๆ ความรู้โดยนัย (tacit knowledge) ที่ฝังลึกในตัวคน เป็นความเชื่อ ความคิด ค่านิยม ที่ได้จากประสบการณ์ ข้อสังเกต ที่สั่งสมมานานจากการเรียนรู้ที่หลากหลาย เกิดการเชื่อมโยงจนเป็นความรู้ที่มีคุณค่าสูง แต่แลกเปลี่ยนยาก ต้องใช้วิธีการที่แยบยลจึงจะเกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ชนิดนี้ได้ (วิจารณ์ พานิช, 2546; เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์, 2546; Boersma & Stegwee, 2003) การจัดการความรู้ต้องดึงความรู้ทุกรูปแบบมาใช้ ให้ผู้ใช้สามารถเข้าถึงความรู้และข้อมูลและใช้ได้ง่าย เป็นการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ระหว่างคนทั้งเพื่อเป็นการเปิดเผยและแลกเปลี่ยนความรู้ด้วยโดยเฉพาะการนำเอา ความรู้ฝังลึกมาแลกเปลี่ยนกันให้มากที่สุด ดังนั้นการรับรู้ความคิด ความเชื่อ ค่านิยมจากประสบการณ์ของคนจึงต้องอาศัยวิธีการที่เหมาะสม

อาศัยความเข้าใจดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า องค์ความรู้ในระบบการพยาบาลที่ดำเนินการโดยวิชาชีพที่มีพื้นฐานอยู่ที่การปฏิบัติการบริการสุขภาพ (practice based discipline) มีอยู่ 3 ส่วนใหญ่ได้แก่ 1) ความรู้จากรายงานวิจัย ตำรา เอกสารต่างๆ VDO สื่อต่างๆ 2) ความรู้จากองค์กรวิชาชีพ องค์กรบริการสุขภาพ องค์กรการศึกษาพยาบาล 3)ความรู้ที่เกิดจากการทำงานปฏิบัติการพยาบาลและประสบการณ์ ข้อสังเกต ที่สั่งสมมานาน โดยกิจกรรมการจัดการความรู้มีหลากหลายตั้งแต่การระดมสมอง เวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การแสวงหาผู้เชี่ยวชาญ การออกแบบเพื่อพัฒนาคน การจัดทำโครงสร้างที่เอื้อให้คนในองค์กรเข้าถึงข้อมูลและความรู้ได้ง่าย เป็นต้น

ดังนั้นภาพรวมของการจัดการความรู้ในระบบการพยาบาลสามารถวิเคราะห์จาก 4 สถานการณ์หลัก คือ การสร้างความรู้ การประยุกต์ใช้ความรู้ การแลกเปลี่ยนความรู้ และ การสร้างเครือข่ายในการจัดการความรู้

สถานการณ์การจัดการความรู้และบริบทผู้เกี่ยวข้อง

จากการวิเคราะห์ความรู้ที่เกิดจากกระบวนการวิจัยในระบบการพยาบาลที่ผ่านมา ตั้งแต่ในอดีตจนกระทั่งถึงปัจจุบันพบว่า วิชาชีพการพยาบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญของการวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ที่สามารถนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพ แก้ไขปัญหาและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของประชาชนมาโดยตลอด ประเทศไทยได้เริ่มการวิจัยทางการพยาบาลเป็นครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. 2512 และมีงานวิจัยมากขึ้นเป็นลำดับเมื่อมีการจัดการศึกษา

ระดับปริญญาโทในปี พ.ศ. 2519 (ศิริอร สินธุ และ เรณู พุกบุญมี, 2544) หลังจากที่มีการจัดการศึกษาระดับปริญญาเอกสาขาวิชาการพยาบาลแล้วลักษณะของการวิจัยมีรูปแบบที่เปลี่ยนไปในขณะที่ปริมาณงานวิจัยจากการศึกษาระดับปริญญาโทยังเป็นส่วนใหญ่ของปริมาณงานวิจัยทั้งหมด ซึ่งส่วนที่เป็นวิจัยจากบัณฑิตศึกษานี้มหาวิทยาลัยโดยมีคณะพยาบาลศาสตร์เป็นกลไกสำคัญในการจัดการงานวิจัย ตั้งแต่การสร้างโจทย์การวิจัย กระบวนการวิจัย การเผยแพร่สื่อสารการวิจัย และการนำผลการวิจัยไปใช้

นอกจากนี้สภาการพยาบาลที่เป็นองค์กรนำของวิชาชีพของประเทศ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการวิจัยทางการพยาบาลแห่งชาติครั้งแรกขึ้นเมื่อ วันที่ 22 พฤศจิกายน 2534 จำนวน 15 คน โดยให้คณะกรรมการมีหน้าที่กำหนดนโยบายและทิศทางการวิจัยทางการพยาบาลระดับชาติ พัฒนานักวิจัยและคุณภาพงานวิจัย แสวงหาทุนและพิจารณาโครงการวิจัยเพื่อรับทุน ตลอดจนส่งเสริมการเผยแพร่ผลงานวิจัยให้ถึงระดับของการนำไปใช้ โดยมุ่งที่งานวิจัยทางการพยาบาลทั้งจากระบบการศึกษาที่เป็นงานวิจัยของอาจารย์และวิทยานิพนธ์ของบัณฑิตศึกษาสาขาวิชาการพยาบาล ระบบบริการสุขภาพและการพยาบาล ทั้งนี้มีความเชื่อว่าการวิจัยจะนำไปสู่การสร้างความรู้ที่จำเป็นมาใช้ในการทำความเข้าใจพฤติกรรมของคน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการเจ็บป่วยของคน การปฏิบัติของพยาบาลที่ทำให้คนมีภาวะสุขภาพดีขึ้น อีกทั้งยังสามารถปลูกฝังวิธีคิดเชิงวิจัยให้พยาบาลสมาชิกขององค์กรด้วย

ส่วนสมาคมพยาบาล ชมรมทางการพยาบาลสาขาต่างๆ ได้มีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความรู้เช่นกัน เช่น การจัดเวทีแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ การสื่อสารผ่านจดหมายข่าวและวารสาร เป็นต้น กลไกสนับสนุนการสร้างความรู้ยังปรากฏน้อยมาก ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับหน่วยบริการพยาบาลในสถานบริการสุขภาพระดับต่างๆแล้ว การส่งเสริมการวิจัยกำลังเกิดขึ้นมากตามลำดับจากอิทธิพลของการเลื่อนตำแหน่งเลื่อนระดับและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

จากข้อมูลการสืบค้นข้อมูลจาก internet จากเอกสาร บทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารทางการพยาบาล รวมทั้งฐานข้อมูลงานวิจัยของสถาบันการศึกษาต่างๆ ในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ระบบบริการสุขภาพของภาครัฐ และเอกชน ทั้งที่ตีพิมพ์เผยแพร่ และมีเก็บไว้อยู่ที่หน่วยงานและข้อมูลจากต่างประเทศเท่าที่จะสามารถติดตามได้ ตลอดจนข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นปัญหาและสถานการณ์การวิจัยในระบบการพยาบาลจากการระดมสมองผู้บริหารทางการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ นักวิจัยทางการพยาบาล นักวิชาการ ตัวแทนองค์กรต่างๆในวิชาชีพ ทำให้สามารถสรุปความคิดเรื่องความรู้จากการวิจัยทั้งในระบบการศึกษาพยาบาล และระบบบริการพยาบาลได้ดังนี้

ความรู้จากงานวิจัยในวิชาชีพการพยาบาล

การวิเคราะห์ภาพรวมของงานวิจัยที่ผ่านมาจะทำให้เกิดความเข้าใจถึงพื้นที่การวิจัยด้านสุขภาพและการพยาบาลและสามารถสังเคราะห์ทิศทางการวิจัยเพื่อพัฒนาวิชาชีพได้ ซึ่งการวิเคราะห์พื้นที่การวิจัยที่ผ่านมานี้กลุ่มนักวิจัยทางการพยาบาลได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องในหลายรูปแบบ เช่น สภาการพยาบาลโดยคณะกรรมการวิจัยทางการพยาบาลแห่งชาติที่วิเคราะห์ทิศทางการวิจัยโดยใช้กระบวนการต่างๆเป็นฐานสำคัญในการกำหนดนโยบายการวิจัย ที่ประชุมคณบดีและหัวหน้าสถาบันการศึกษาพยาบาลศาสตร์ในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย วิเคราะห์ทิศทางการวิจัยเพื่อใช้เป็นแนวทางการพัฒนากรอบการวิจัยทางการพยาบาลในการสร้างเครือข่ายการวิจัยทางการพยาบาลภายใต้การสนับสนุนของทบวงมหาวิทยาลัยและสถาบันการศึกษาที่ร่วมเครือข่าย เป็นต้นการวิเคราะห์พื้นที่การวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามเป้าหมายของแต่ละกลุ่มหรือองค์กรขาดการ

เชื่อมโยงกับองค์กรที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น องค์กรสนับสนุนการวิจัยของภาครัฐและเอกชน องค์กรที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการพัฒนาวิชาชีพที่อาจทำให้พื้นที่การวิจัยชี้ประเด็นการพัฒนาได้ชัดขึ้น

สถาบันการศึกษาโดยเฉพาะในระดับบัณฑิตศึกษาถือเป็นแหล่งผลิตใหญ่ของงานวิจัยทางการพยาบาล เป็นวิจัยวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาในระดับปริญญาโทและเอก ส่วนงานวิจัยของอาจารย์มีประกอบเป็นส่วนน้อย ซึ่งวิเคราะห์เป็นประเด็นภาพรวมงานวิจัยได้ดังนี้

1) ขอบเขตที่ศึกษา

งานวิจัยและวิทยานิพนธ์ก่อให้เกิดความรู้ครอบคลุมเรื่องสุขภาพของกลุ่มประชากรทุกกลุ่ม ทุกวัย ได้แก่ ผู้ใหญ่ ผู้หญิง วัยรุ่น ผู้สูงอายุ ทารกแรกเกิด โดยเฉพาะผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้แก่ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคเอดส์ ในประเด็นปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ พฤติกรรมสุขภาพซึ่งได้แก่พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง พฤติกรรมการเจ็บป่วยและการรักษา พฤติกรรมเสี่ยง และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยชี้ให้เห็นสุขภาพกับสาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ วิธีการในการดูแลสุขภาพตนเอง

งานวิจัยจำนวนน้อยให้ความรู้เกี่ยวกับประเด็นของสุขภาพวัยทารกแรกเกิด สุขภาพผู้หญิง สุขภาพวัยรุ่น สุขภาพผู้สูงอายุ สุขภาพจิตของกลุ่มประชากรวัยต่างๆ ส่วนงานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางการพยาบาล นวัตกรรมทางการพยาบาล การดูแลอย่างต่อเนื่อง การดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตยังมีน้อยมาก

งานวิจัยเกี่ยวกับระบบการบริการพยาบาลเน้นที่ การบริหารการพยาบาล เช่น ภาวะผู้นำ การบริหารองค์กรพยาบาล บรรยากาศองค์กร มาตรฐานการพยาบาล คุณภาพการพยาบาล ประเด็นอื่นเช่น การพัฒนาตัวชี้วัดด้านต่างๆ ได้แก่ ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านต่างๆ ต้นทุนบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคต่างๆ คุณภาพชีวิตของทั้งผู้ใช้บริการและบุคลากรที่ให้บริการและประเด็นทางจริยธรรม ยังมีน้อย

2) กลุ่มประชากรที่ศึกษา

กลุ่มประชากรของงานวิจัยที่ผ่านมา จัดได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่คือ ประชาชนผู้ใช้บริการสุขภาพ พยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพและผู้บริหาร และ อาจารย์ ผู้บริหารสถาบันการศึกษาและนักศึกษา ทำให้เกิดความรู้ที่สามารถอธิบายประเด็นที่เกี่ยวข้องกับคนดังกล่าวได้ส่วนหนึ่ง ส่วนที่ขาดคือประชาชนในกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มวัยทารกและเด็ก เด็กวัยเรียน วัยรุ่น ผู้สูงอายุ กลุ่มสตรี กลุ่มด้อยโอกาสและผู้ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ เช่น กลุ่มเด็กผู้พิการซ้ำซ้อน ครอบครัว และ ชุมชน สังคม ตลอดจนผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับการบริการพยาบาลทั้งหมด เช่น ผู้กำหนดนโยบายทุกระดับ องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพในทุกระดับ

3) ลักษณะการวิจัย

การวิจัยในระบบการพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ในระดับบัณฑิตศึกษาซึ่งถือเป็นวิจัยเดี่ยว ส่วนน้อยที่ทำเป็นทีม และ หากเป็นทีมมักเป็นทีมในวิชาชีพ งานวิจัยร่วมกับสหสาขาวิชายังน้อยมากและที่มีอยู่จะร่วมทีมกับวิชาชีพแพทย์ และด้านสาธารณสุขเป็นหลัก งานวิจัยร่วมทีมทางสังคมศาสตร์ พัฒนศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ และกฎหมาย หรืองานวิจัยร่วมภาคสังคมประชาชนแทบไม่ปรากฏ

4) การออกแบบการวิจัย

จากการศึกษาวิธีวิทยาการในวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต (วิลาวรรณ พันธุ์พฤกษ์, 2544) พบว่าวิทยานิพนธ์ส่วนใหญ่ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ประเภทหาความสัมพันธ์/การทำนาย มากที่สุด รองลงมาได้แก่ การบรรยาย/สำรวจ และเชิงทดลอง/กึ่งทดลอง ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพน้อยที่สุด การวิจัยและพัฒนามีน้อยมาก โดยเฉพาะเน้นในระบบบริการพยาบาล ซึ่งทำให้ความรู้ที่เกิดขึ้นมีข้อจำกัดในการนำไปใช้เพราะวิธีการศึกษาไม่

สอดคล้องกับธรรมชาติของความจริงเกี่ยวกับ ประชาชน ชีวิตความเป็นอยู่ ลักษณะการเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพ การดูแลสุขภาพ ตลอดจนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความคิด ความเข้าใจ ค่านิยม ความเชื่อ ซึ่งเหล่านี้ต้องอาศัยการเรียนรู้ที่ลุ่มลึกโดยใช้ผู้วิจัยกับผู้ถูกวิจัยมีความสัมพันธ์กันในเชิงการสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน เพราะถ่ายทอดประสบการณ์ต้องอาศัย การร่วมเรียนรู้จากการทำงานด้วยกัน

5) <u>การใช้แนวคิดทฤษฎี</u>

งานวิจัยวิทยานิพนธ์ที่ใช้กรอบแนวคิดและทฤษฎี ส่วนใหญ่ใช้แนวคิด ทฤษฎี จากต่างประเทศเป็นหลัก โดยใช้แนวคิดทางการพยาบาลเฉพาะทฤษฎีเช่น ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มซึ่งใช้มากที่สุด รองลงมาเป็นทฤษฎีทางพยาบาลของรอย (จินตนา ยูนิพันธ์ และ ชนกพร จิตปัญญา, 2544) และทฤษฎีทางสังคมศาสตร์อื่นๆ ส่วนงานวิจัยในระบบบริการพยาบาล ยังคงใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลจากต่างประเทศเป็นหลักเช่นกัน งานวิจัยที่พัฒนาความคิด ข้อสรุป วิธีการจากบริบทสังคมวัฒนธรรมไทยแทบไม่มีปรากฏ

ความรู้ที่เกิดขึ้นจากงานวิจัยเหล่านี้เป็นการตรวจสอบความคิดของต่างประเทศในบริบทสังคมวัฒนธรรมไทยซึ่งอาจเหมาะสมในบางสถานการณ์เท่านั้น งานวิจัยเหล่านี้ที่ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลเป็นฐานที่เน้นย้ำว่าเป็นกระบวนทัศน์ที่เห็นสุขภาพและการพยาบาลเป็นแบบองค์รวมความรู้ที่เกิดขึ้นกลับไม่ได้มีกระบวนทัศน์ต่างไปจากเดิมคือสุขภาพแบบแยกส่วนทั้งนี้เนื่องจากอิทธิพลของกรอบการคิดเดิมที่ฝังอยู่ในผู้ทำ สาเหตุที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากการทำความเข้าใจปรัชญาและหลักการแต่ละทฤษฎีไม่ลึกซึ้ง เป็นเพียงการอ่านเท่านั้นไม่ได้ฝึกฝนจากสถานการณ์จริงมากเท่าที่ควร

6) <u>สถานที่วิจัย</u>

พบว่า สถานที่วิจัยที่ใช้มากที่สุดคือ โรงพยาบาล ส่วนน้อยใช้หมู่บ้าน ในชุมชนทั้งเมืองและชนบท ในโรงเรียน โรงงาน องค์กร หรือสถาบันอื่น ที่เป็นบริบทการดำเนินชีวิตของผู้คน เมื่อความรู้ปรากฏจึงทำให้ขาดความครอบคลุม

7) <u>แหล่งทุนสนับสนุนการวิจัย</u>

ที่ผ่านมางานวิจัยทางการพยาบาลได้รับการสนับสนุนจากแหล่งทุนที่ไม่เฉพาะเจาะจง เช่น องค์กรสนับสนุนงานวิจัยจากภาครัฐ ได้แก่ สกว. สวรส. ทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงสาธารณสุข จากหน่วยงานหรือสถาบันที่สังกัดเช่น คณะพยาบาลศาสตร์ หรือ มหาวิทยาลัย และจากเอกชน เช่น องค์กรวิชาชีพ มูลนิธิต่างๆ สถาบันต่างๆ ส่วนงานวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ส่วนใหญ่ใช้ทุนส่วนตัวและมีบางส่วนที่ได้รับทุนจากสถาบันการศึกษา

องค์กรสนับสนุนทุนในการทำวิจัยส่วนใหญ่ไม่ได้กำหนดสาขางานวิจัยที่เฉพาะว่าเป็นสาขาการพยาบาล แต่เป็นสาขาอื่นๆ เช่น วิทยาศาสตร์สุขภาพ สังคมศาสตร์ หรือ ระบบบริการสุขภาพ เป็นต้น ทั้งนี้ยกเว้นองค์กรของวิชาชีพการพยาบาลโดยตรงซึ่งเป็นแหล่งเล็กหากเปรียบเทียบกับงานวิจัยในสาขาอื่นๆ ซึ่งรวมทั้งการสนับสนุนงานวิจัยเฉพาะประเด็นเช่น เอดส์ มีหลายองค์กรทั้งในและต่างประเทศได้แก่ UNAIDS WHO UNFPA และมหาวิทยาลัยต่างประเทศ โดยเปิดกว้างให้ทุกวิชาชีพสร้างองค์ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับปรากฏการณ์โรคเอดส์และชี้นำการสังเคราะห์บทบาทวิชาชีพในการจัดการกับปรากฏการณ์นี้ได้ ปัจจุบันองค์กรสนับสนุนการวิจัยมีแนวโน้มที่เน้นการสร้างทีมวิจัยแบบหุ้นส่วนระหว่างสถาบันที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับประเด็นที่วิจัยที่เป็นปัญหาเร่งด่วนและสำคัญของประเทศและระหว่างชาติในระดับที่ต่างกัน ได้แก่ ระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และ

ระดับนานาชาติ ซึ่งเชื่อว่าองค์กรวิชาชีพและองค์กรอื่นที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับการพัฒนาสุขภาพประชาชน ครอบครัว ชุมชน และ สังคม ต้องมีบทบาทและหน้าที่ร่วมกันจึงจะทำให้เกิดองค์รวมของการพัฒนาได้

ประเด็นนี้ชี้นำว่าการสร้างความรู้เพื่อทำให้เกิดผลกระทบต่อสังคมนั้นต้องเป็นองค์รวมตามธรรมชาติของสุขภาพประชาชน การสร้างความร่วมมือระหว่างองค์กรทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาควิชาชีพ และภาคประชาชน ควรเป็นไปในแนวเครือข่ายและความสัมพันธ์แบบแมดทิกซ์ ซึ่งทำให้เกิดพลังในการชี้นำสังคมได้ ดังนั้นการวิจัยทางการพยาบาลจึงต้องเชื่อมโยงกับสถานการณ์จริงที่เกี่ยวกับสุขภาพประชาชน ก่อนที่จะนำเสนอบทบาทของวิชาชีพให้ชัดเจน

จากสถานการณ์การสร้างความรู้โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการวิจัยแสดงให้เห็นจุดอ่อนหลายประเด็น กล่าวคือ

1) ขาดการวิจัยที่แสดงความรู้เกี่ยวกับความจริงของสุขภาพคน เช่น ความคิด ความเชื่อ ค่านิยม วิถีการดำเนินชีวิตที่ลุ่มลึก เนื่องจากงานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่ใช้วิธีการที่ไม่สอดคล้องกับธรรมชาติของความจริงเหล่านั้น ทำให้ความรู้ที่เกิดขึ้นนำไปประยุกต์ใช้ได้น้อยและมีช่องว่างมาก อีกทั้งยังเป็นการวิจัยที่นอกเหนือจากการทำงาน ด้วย
2) แม้ทฤษฎีทางการพยาบาลและทฤษฎีอื่นๆที่นำมาใช้เป็นกรอบคิดของการวิจัยจะมีปรัชญาและหลักการของความเป็นองค์รวม แต่การนำมาใช้ในการวิจัยส่วนใหญ่เป็นแบบแยกส่วนไม่ครอบคลุม และไม่สอดรับกับปรัชญาเหล่านั้น ทั้งนี้เนื่องจากกรอบกระบวนทัศน์ที่ครอบงำวิธีคิดของผู้วิจัยไม่ปรับเปลี่ยนตามกระบวนทัศน์ของทฤษฎีเหล่านั้น แต่ใช้กรอบเดิมคือแยกส่วนวัดได้ เป็นต้น ในขณะที่วิทยาการวิจัยในระยะที่ผ่านมาเน้นไปทิศทางเดียวคือเชิงปริมาณ เน้นการวัด ซึ่งเป็นแนวการศึกษาเชิงธรรมชาตินิยมในขณะที่ความเชื่อเกี่ยวกับคนและพฤติกรรมของคนเป็นแนวการตีความ
3) การสร้างความรู้ขาดความต่อเนื่องลุ่มลึก ไม่ได้ต่อยอดความรู้เดิมกับความรู้ใหม่ ที่สำคัญคือไม่ได้นำความรู้มาชี้นำการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากการวิจัยไม่ใช่วัฒนธรรมขององค์กร การสนับสนุนทุนวิจัยของแหล่งทุนเปลี่ยนแปลงตามประเด็นความสำคัญระดับชาติและนานาชาติ ในขณะที่การทำงานที่ต้องการความรู้ไปแก้ปัญหาเป็นความต้องการระดับพื้นที่ ผู้ปฏิบัติขาดสมรรถนะการวิจัย ขาดการสนับสนุนจากผู้บริหาร ผู้มีอำนาจเชิงนโยบาย ในการพัฒนาศักยภาพในการสร้างความรู้ ทั้งในเรื่อง ที่ปรึกษา เงินทุนสนับสนุน และที่สำคัญคือตัวพยาบาลขาดความตระหนักและไม่เห็นความสำคัญของการสร้างและใช้ความรู้ในการปฏิบัติงาน
4) การสร้างความรู้ในลักษณะฝังลึกที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์การทำงาน ยังไม่ได้พัฒนาให้เป็นความรู้แจ้งชัด ที่สามารถถ่ายทอดให้เกิดการเรียนรู้ในวงกว้างและก่อให้เกิดประโยชน์ในการยกระดับการปฏิบัติได้
5) การพัฒนาฐานข้อมูลในระบบการพยาบาล ยังไม่สมบูรณ์
6) การสร้างความรู้ที่ผ่านมายังขาดทิศทางที่ชัดเจนในการบูรณาการร่วมกันระหว่าง การสอน การวิจัย และ บริการวิชาการ อาจารย์ไม่ได้ถ่ายทอดความรู้จากประสบการณ์การวิจัยให้นักศึกษาและสังคม ความรู้จากการวิจัยไม่ได้ถูกนำมาใช้ในการสอนและการถ่ายทอดแก่ประชาชน

7) เครือข่ายการสร้างความรู้และการเรียนรู้จากประสบการณ์ระหว่างองค์กรต่างๆมีน้อยทำให้ขาดพลังเมื่อต้องชี้นำสังคม และ ขาดการยอมรับจากภาคต่างๆ
8) ความรู้จากการวิจัยส่วนใหญ่เข้าใจได้ยากเมื่อเกิดการแลกเปลี่ยนทำให้การประยุกต์ใช้มีข้อจำกัด ทั้งนี้เนื่องจากการสรุปข้อความรู้ไม่ชัดเจน การใช้ภาษาที่ยุ่งยากและไม่สามารถอธิบายสถานการณ์จริงได้

จากประเด็นปัญหาดังกล่าววิชาชีพการพยาบาลมีความตระหนัก และความพยายามที่จะพิจารณาปัญหาทางสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนให้ครอบคลุมทุกกลุ่ม ทั้งผู้ที่สุขภาพดี ผู้ที่มีความเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วย ดังนั้นเมื่อเดือนมีนาคม 2546 ที่ผ่านมาที่ประชุมคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จึงได้จัดการประชุมและจัดทำกรอบการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ขึ้นเพื่อเป็นแนวทางสำหรับการกำหนด การสร้าง และการเสาะหาทีมผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาความรู้ โดยสร้างเครือข่ายการวิจัยทางการพยาบาล มีการจัดทำแนวทางการวิจัยสาขาพยาบาลศาสตร์ ระหว่าง พ.ศ. 2546-2548 จำนวน 8 ด้าน ประกอบด้วย ด้านเสริมสร้างสุขภาพ ด้านสุขภาพเด็กและครอบครัว ด้านสุขภาพสตรี ด้านวัยสูงอายุ ด้านผู้ป่วยเรื้อรัง ด้านระบบสุขภาพ ด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช และการวิจัยและการพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการบำบัดทางการพยาบาล โดยกรอบดังกล่าวได้จัดทำขึ้นเพื่อให้สถาบันการศึกษาพยาบาลได้นำไปกำหนดแนวทางการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา เพื่อให้ได้งานวิจัยสร้างองค์ความรู้ที่นำไปสู่การพัฒนาสุขภาพ คุณภาพชีวิต ของประชาชนและการพัฒนาวิชาชีพ

ส่วนในระบบบริการพยาบาลในปัจจุบันได้มีการปรับและพัฒนาการดำเนินการเช่นกัน โดยฝ่ายการบริการพยาบาลในแง่ผู้บริหารเป็นผู้สนับสนุน หาทุน หาที่ปรึกษา และเห็นว่าในอนาคตต้องการให้วิชาชีพการพยาบาลสามารถทำงานโดยไม่ต้องพึ่ง/อิงกับวิชาชีพอื่น มีการทำแผน 10 ปี ที่เน้นในเรื่อง การบริการ วิชาการ การวิจัย และการสร้างนวัตกรรม เช่น การทำ counseling ในโรคต่างๆ เช่น โรค มะเร็ง เอดส์ ostomy wound care นอกจากนี้จะดำเนินการเพื่อหากลไกรองรับพยาบาล CNS รวมทั้งการพัฒนาการควบคุมคุณภาพ CQI ซึ่งเน้นการบริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนเป็นหลัก และบางแห่งร่วมพัฒนาความรู้กับสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ เป็นต้น นอกจากนี้ในสถาบันที่เป็นตัวแทนองค์กรวิชาชีพก็ให้ความสำคัญ และจัดสรรงบประมาณในการสนับสนุนและพัฒนานักวิจัยมากขึ้น ซึ่งนับว่าเป็นก้าวของการสร้างความรู้ที่มีความชัดเจนขึ้นเป็นลำดับ

นอกจากนี้สภาการพยาบาลและสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยยังได้จัดให้มีการประชุมพยาบาลแห่งชาติขึ้นในวาระทุก 2 ปี ซึ่งเป็นโอกาสที่จะให้สมาชิกของวิชาชีพได้เข้าร่วมประชุมแลกเปลี่ยนความรู้ และมีการจัดประชุมนานาชาติร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์หรือองค์กรในระดับสากล เพื่อส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับนานาชาติอีกด้วยซึ่งส่วนนี้มีผลให้เกิดการวิจัยมากขึ้น

การสื่อความรู้ในวิชาชีพการพยาบาล

ในการจัดการความรู้ สิ่งสำคัญที่จะถ่ายทอดความรู้ก็คือการสื่อสาร ซึ่งกระบวนการถ่ายทอดความรู้ที่สำคัญที่สุดคือกระบวนการที่เกิดขึ้นระหว่างคน ซึ่งอุปสรรคในการเข้าถึงข้อมูล/ความรู้ คือกระบวนการเรียนรู้ซึ่งถือเป็นกลยุทธ์การถ่ายทอดความรู้ฝังลึกได้ดี ส่วน ICT ถือเป็นเครื่องมือของการสื่อสาร ถ่ายทอดความรู้ได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้แจ้งชัด

แม้ว่าจะมีการวิจัยในระบบการพยาบาลอย่างยาวนาน แต่มิได้รวบรวมและจัดทำเป็นฐานข้อมูลอย่างเป็นระบบซึ่งในปัจจุบันหน่วยงานหลายแห่งได้ปรับปรุงและจัดทำฐานข้อมูลในการวิจัยของตนเองขึ้นมา แต่ยัง

ไม่ได้เชื่อมโยงเข้ากับส่วนกลางหรือองค์กรกลางของพยาบาลในการเผยแพร่แก่สมาชิกและสังคม ดังนั้น แหล่งข้อมูลส่วนใหญ่จึงอยู่ในตำรา ในวิทยานิพนธ์ซึ่งอยู่ในห้องสมุด ของสถาบันการศึกษาเป็นส่วนใหญ่

ส่วนความรู้จากการสั่งสมประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาล และการสังเกต ที่เป็นความรู้ฝังลึกที่มีคุณค่าสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้นั้น ยังขาดกลยุทธ์ในการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ชัดเจน ความรู้ส่วนนี้จึงยังมีอยู่อย่างจำกัด

การเผยแพร่ ข้อมูลข่าวสารมีข้อจำกัด แม้ว่าจะมีเทคโนโลยีมาช่วยแต่ปัญหาที่พบคือ พยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีสมรรถนะในการใช้เครื่องมือสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การใช้คอมพิวเตอร์ และ เนื่องจากการนำเสนองานวิจัยใช้ภาษาที่มีความเฉพาะของกลุ่มนักวิชาการที่มีแบบแผนแตกต่างจากนักปฏิบัติ ทำให้เกิดความไม่เข้าใจจึงไม่สามารถนำความรู้มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติได้

การเผยแพร่ในลักษณะวารสารทางการพยาบาล ตำรา บทความต่างๆ มีจำนวนมากขึ้น ปัญหาคือการเข้าถึงข้อมูล/ความรู้เหล่านั้นค่อนข้างจำกัดเฉพาะกลุ่มนักวิชาการทางการพยาบาล ส่วนนักปฏิบัติที่อยู่ในโรงพยาบาลจะมีอุปสรรคในการเข้าถึงข้อมูลได้ยากกว่า โดยเฉพาะที่อยู่ห่างไกล แม้กระทั่งการเข้าอบรมประชุมสัมมนามีอุปสรรคสำคัญคือไม่ทราบข้อมูลหรือทราบแต่ใช้ระยะเวลาการส่งข่าวสารที่นานมาก และบางครั้งไม่สามารถเข้าร่วมประชุมอบรมได้เนื่องจากขาดงบประมาณสนับสนุน เป็นต้น

การใช้ความรู้ในวิชาชีพการพยาบาล

ในกระบวนการของการจัดการความรู้ แม้ว่าจะมีการวิจัยจำนวนมากแต่พบว่าการนำความรู้จากการวิจัยไปใช้เป็นฐานในการปฏิบัติมีน้อย ทั้งนี้อุปสรรคต่อการนำผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ (ศิริอร สินธุ และ เรณู พุกบุญมี, 2544)ได้แก่ 1)การเผยแพร่และการเข้าถึงงานวิจัยเป็นอุปสรรคต่อการใช้ผลงานวิจัยมากที่สุด เอกสารและตำราที่เกี่ยวข้องกับผลการวิจัยไม่ได้รับการรวบรวมไว้ในที่ที่สะดวกที่จะนำมาใช้ได้และรายงานผลการวิจัยเผยแพร่ไปไม่ถึงผู้ปฏิบัติการ ผู้ปฏิบัติการไม่สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เพราะไม่เข้าใจการวิเคราะห์ทางสถิติ 2)องค์กรมีข้อจำกัดเรื่องการจัดเวลาที่เอื้อต่อการอ่านผลงานวิจัย มีภาระงานมากเพราะอัตราส่วนระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลไม่ได้มาตรฐาน พยาบาลต้องปฏิบัติงานในบทบาทอื่นๆ เช่น คิดค่ารักษาพยาบาล เจาะเลือด เป็นต้น องค์กรมีนโยบายระบุให้การประเมินการเลื่อนตำแหน่งโดยใช้ผลงานการสร้างงานวิจัยโดยไม่ได้ส่งเสริมชัดเจนในเรื่องการใช้ผลงานวิจัยในการปฏิบัติการพยาบาล และการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงานในคลินิกต้องเป็นไปตามลำดับขั้นตอนหรือเป็นการสั่งการมาจากองค์กรหรือผู้บริหารทำให้ขาดแรงจูงใจในการหาวิธีการใหม่ๆมาใช้ในการปฏิบัติงาน 3)ผู้ใช้ผลการวิจัย ขาดความรู้ความสามารถในการประเมินผลการวิจัยเพื่อนำมาใช้และขาดโอกาสในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ร่วมงานที่มีความรู้ด้านการวิจัยทำให้ขาดความมั่นใจในการนำผลงานวิจัยมาใช้ ไม่ตระหนักและเห็นความสำคัญและคุณค่าของการวิจัย และ 4)คุณภาพและความเหมาะสมของงานวิจัยที่จะนำไปใช้ เหล่านี้ชี้ให้เห็นความสำคัญของการจัดการความรู้ในทุกระดับ

นอกจากนี้ความรู้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการประชุมวิชาการ การสัมมนาในอดีต มักจะมีลักษณะเป็นบรรยายเป็นส่วนใหญ่ ไม่มีบรรยากาศของการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ซึ่งในระยะหลังเริ่มเห็นว่ารูปแบบในการประชุมมีการเปลี่ยนแปลงไปเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกันมากขึ้น เช่น การจัดประชุมกลุ่มย่อย การระดมสมอง การจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เป็นต้น

แม้ว่ากิจกรรมการสื่อสารความรู้จะเกิดขึ้นมายาวนานแต่ประเด็น คือการนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติให้ได้ ทำได้อย่างไร ต้องอาศัยกลไกหรือกลยุทธ์ใดช่วย

การสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ร่วมกัน

การสร้างเครือข่ายเรียนรู้ร่วมกันระหว่างองค์กรต่างๆทั้งในและนอกวิชาชีพ ส่วนใหญ่จะพบอยู่ในระบบการศึกษา หรือหากเป็นระบบบริการก็มักจะเป็นสถาบันหรือหน่วยงานที่เป็นแหล่งฝึกของนักศึกษา เช่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ส่วนในระดับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนยังพบน้อย ซึ่งอาจเป็นเพราะในอดีตการปฏิบัติงานจะเน้นเชิงรับมากกว่า แต่พบว่าในขณะนี้มีการสร้างเครือข่ายมากขึ้น เช่น สถาบันการศึกษากับหน่วยบริการสุขภาพ และหน่วยงานอื่นๆในระดับท้องถิ่น เช่น องค์กรส่วนปกครองท้องถิ่นทั้งในรูปแบบของเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล วัด และโรงเรียน เป็นต้น ตัวอย่างของการสร้างความรู้โดยการทำวิจัยร่วมกัน ได้แก่ การวิจัยและพัฒนารูปแบบการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน ซึ่งเป็นวิจัยที่คณะพยาบาลศาสตร์สังกัดทบวงมหาวิทยาลัยทั้งส่วนภูมิภาคและส่วนกลางดำเนินการร่วมกัน ทั้งระหว่างนักวิชาการพยาบาล สหวิชาชีพและองค์กรท้องถิ่น

นอกจากนี้ก็ได้เริ่มมีการสร้างเครือข่ายวิจัยร่วมกัน เช่น ที่ประชุมคณบดีและหัวหน้าสถาบันการศึกษาวิชาการพยาบาล หรือในระบบบริการพยาบาลเองที่กำลังดำเนินการร่วมกันกับสหวิชาชีพ เป็นต้น และยังมีการสร้างเครือข่ายวิจัยกับสถาบันหรือองค์กรในระดับนานาชาติด้วย

แนวโน้มและประเด็นหลัก

โดยสรุปแล้วภาพรวมการจัดการความรู้ในวิชาชีพการพยาบาลที่ผ่านมายังไม่เชื่อมร้อยกิจกรรมการจัดการความรู้ที่เกิดขึ้นในหลายรูปแบบเข้าด้วยกัน เนื่องจากองค์กรนี้**ขาดการสร้างเป้าหมายร่วมกัน**ในการพัฒนาระบบการพยาบาล ทำให้แต่ละองค์กรร่วมวิชาชีพดำเนินกิจกรรมต่างๆตามทิศทางของตนเอง ทั้งนี้สถานการณ์ดังกล่าวเป็นไปตามกระแสการเรียนรู้ของสังคมที่เปลี่ยนแปลง ดังนั้นในระยะนี้จึงเห็นความพยายามที่องค์กรร่วมวิชาชีพจะสร้างเป้าหมายการพัฒนาให้ชัดเจนขึ้น ซึ่งต้องอาศัยการวิเคราะห์จากปัจจัยกระทบทางสังคมวัฒนธรรม เศรษฐกิจ การเมือง นโยบาย การศึกษาอย่างครอบคลุม

ในขณะที่ภาคประชาชนและสังคมมีจุดยืนอย่างชัดเจนจากเรียกร้องเรื่องคุณภาพบริการสุขภาพและการดูแลสุขภาพ ความเท่าเทียม และการเข้าถึงบริการสุขภาพในฐานะที่เป็นคนไทย ตลอดจนการมีส่วนร่วมในการสร้างและตรวจสอบคุณภาพบริการ มาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ตามสิทธิตามรัฐธรรมนูญ ซึ่งมีผลให้รัฐต้องเร่งรัดลักษณะบริการสุขภาพเหล่านี้ให้เกิดขึ้นด้วย ทั้งนี้เพื่อเป็นการจัดการกับเงื่อนไขสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยให้สามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชนที่เปลี่ยนไปมีความซับซ้อนมากขึ้นจากสาเหตุทางสังคมวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป และหากเกิดร่วมกับการจัดการการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพจะสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยภาครัฐซึ่งส่วนใหญ่เป็นส่วนที่เพิ่มขึ้นกับการใช้เทคโนโลยีด้านการรักษาที่ขาดการตรวจสอบและควบคุม ได้ในระยะยาว และที่สำคัญประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพอย่างเท่าเทียมทั่วถึงด้วยบริการที่มีประสิทธิภาพ

ประเด็นคุณภาพบริการสุขภาพจึงถือเป็นประเด็นหลักของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในระยะนี้อันเป็นการสร้างความเข้มแข็งให้ระบบในระยะยาวได้ ดังนั้นเป้าหมายร่วมของวิชาชีพการพยาบาลซึ่งเป็นวิชาชีพที่ให้การดูแลประชาชนมายาวนานจึงต้องเน้นที่ **การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล** เป็นสำคัญ การจัดการความรู้ในระบบการพยาบาลทั้งหมดจึงมุ่งสู่การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลทั้งสิ้น โดยกลไกสำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการให้เกิดขึ้นนั้น ได้แก่ 1)มาตรฐานวิชาชีพและบทบาทวิชาชีพ มาตรฐานการบริการและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แนวปฏิบัติบริการสุขภาพ ตัวชี้วัดคุณภาพ 2)มาตรฐานผู้ให้บริการ บันไดวิชาชีพ

และค่าตอบแทน 3)การสร้างการยอมรับจากภาคประชาชนและสังคมและการให้ข้อมูลแก่ประชาชนและสังคม ซึ่งกลไกเหล่านี้วิเคราะห์จากผลกระทบของ พฤติกรรมสุขภาพ ปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชนที่เปลี่ยนไป กฎหมายสำคัญเช่น พรบ.สุขภาพ พรบ.หลักประกันสุขภาพ พรบ.การกระจายอำนาจรัฐฯ พรบ.ปฏิรูปการศึกษาแห่งชาติ นโยบายรัฐที่เน้นการใช้ความรู้เป็นฐานในการทำงาน ซึ่งนำเสนอเป็นการวิเคราะห์ลักษณะความรู้ที่ต้องการและกระบวนการจัดการความรู้ที่ท้าทาย ต่อไป

สถานการณ์แนวโน้มการจัดการความรู้ที่เกิดจากปัจจัยกระทบต่าง ๆ

ผลกระทบด้านต่าง ๆของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วเช่น การเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก นโยบายการค้าเสรี เศรษฐกิจของโลก เทคโนโลยีต่าง ๆ สิ่งแวดล้อม การเมืองการปกครอง มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชน ปัญหาของประชาชนเกิดขึ้นจากผลรวมของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทั้งหมดการแก้ปัญหาจึงต้องเป็นองค์รวม รัฐธรรมนูญปี พ.ศ. 2540เป็นภาพรวมของแนวทางการจัดการที่รัฐสร้างขึ้นผ่านระบบต่าง ๆ รวมทั้งระบบสุขภาพคือ

มาตรา 52 *“ บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ การบริการสาธารณสุขของรัฐ ต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพโดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรส่วนปกครองท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้ ”*

มาตรา 79 *“ รัฐต้องส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วม รวมทั้งด้านสุขภาพชีวิตของประชาชน ”*

มาตรา 80 *“ รัฐต้องสงเคราะห์คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพและผู้ด้อยโอกาสให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้ ”*

พระราชบัญญัติการกระจายอำนาจรัฐฯ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติซึ่งกำลังอยู่ในขั้นตอนการดำเนินงาน พระราชบัญญัติปฏิรูประบบราชการ พระราชบัญญัติปฏิรูปการศึกษา พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ.2540 และพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ ถือเป็นเครื่องมือของรัฐในการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก ที่ส่งผลให้ระบบต่าง ๆต้องปรับตัวให้เท่าทันเพื่อเอื้อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่นเดียวกับองค์กรอื่น ๆวิชาชีพการพยาบาลไม่สามารถหลีกเลี่ยงผลกระทบจากกลไกเหล่านี้ได้ วิชาชีพการพยาบาลต้องเสนอบทบาทและหน้าที่ของตนให้ชัดเจนตามภารกิจนี้ โดยใช้ศักยภาพของสมาชิกทุกคนและผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียจากภายนอกวิชาชีพ ไม่ว่าจะเป็นนักวิชาการ นักวิจัย พยาบาลนักปฏิบัติการ นักบริหาร ตัวแทนองค์กรวิชาชีพ ร่วมสร้างระบบการพยาบาลที่สนองตอบปัญหาและความต้องการของประชาชน สนับสนุนให้ประชาชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ ทั้งนี้โดยใช้ฐานของความรู้ในวิชาชีพการพยาบาลไปเชื่อมโยงกับภาคประชาชน สังคม และผู้มีอำนาจเชิงนโยบาย ผลักดันให้เกิดระบบคุณภาพขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม เครื่องมือสำคัญที่ทำให้การจัดการมีประสิทธิภาพได้ คือ การจัดการความรู้

แนวโน้มที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ 1)**ระบบการดูแลสุขภาพ**จะเปลี่ยนไป โดยมี potential partners หลายส่วน ตั้งแต่ประชาชน รัฐ ผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้ปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันการศึกษา องค์กรวิชาชีพ องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน การดูแลสุขภาพจึงกว้าง ตั้งแต่ การดูแลสุขภาพโดยประชาชน การบริการสวัสดิการโดยองค์กรชุมชน องค์กรท้องถิ่น การให้บริการสุขภาพโดยวิชาชีพในภาครัฐ เอกชน และ การบริการสวัสดิการโดยองค์กรอื่น ๆ การบริการสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นที่ประชาชนต้องการเมื่อการจัดการโดยประชาชนเอง (การดูแลตนเอง)ไม่ได้ผล หรือ เกินความสามารถของประชาชนที่จะดูแลสุขภาพตนเองได้ การจัดการจึงต้องอาศัยภาควิชาชีพไม่ว่าจะเป็นจากภาครัฐ เอกชน หรือ จากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชนเข้มแข็ง การบริการพยาบาล

เป็นส่วนหนึ่งของการบริการสุขภาพในระบบสุขภาพ และเป็นส่วนใหญ่ที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนผู้ใช้บริการ เป็นส่วนที่ส่งผลให้ประสิทธิภาพการบริการดีหรือไม่ดี ก็ได้ เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่ใช้การบำบัดทางการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญในการร่วมจัดการกับปัญหาและความเจ็บป่วยของประชาชนที่เกิดจากสาเหตุที่ซับซ้อนของวิถีการดำเนินชีวิต 2) ลักษณะการจัดการความรู้เปลี่ยนโดยมีการแลกเปลี่ยนความรู้กันมากขึ้นโดยเพาะจากการนำประสบการณ์การทำงานมาใช้ มีการวิจัยสร้างความรู้มากขึ้นโดยเป็นวิจัยกับบัณฑิตศึกษาที่มีปริมานสูงกว่าวิจัยจากแหล่งอื่น และวิจัยในการทำงานจะสูงขึ้น โดยลักษณะความรู้เปลี่ยนไปเน้นความคิด ความเชื่อ ความเข้าใจ ค่านิยม และพฤติกรรมเชิงลึก จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ภาคประชาชน พยาบาลผู้ปฏิบัติ ซึ่งใช้มาประกอบการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลต่อไป การสื่อการถ่ายทอดความรู้จะมีหลายช่องทางการสื่อการถ่ายทอดตามความสามารถการเข้าถึงและการรับรู้ การประยุกต์ใช้จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการตรวจสอบความรู้ด้วย

ประเด็นในการปรับระบบการพยาบาลตามผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆดังกล่าวเพื่อเอื้อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นได้แก่ 1)การบริการสุขภาพที่เป็นองค์รวมเพื่อจัดการกับองค์รวมของปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน 2)การขยายรูปแบบของการบริการพยาบาลในการสร้างระบบการพยาบาลให้ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน 3)การร่วมสร้างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกลางเพื่อสร้างคุณค่าให้การบริการพยาบาล 4)การสร้างผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการพยาบาล และ5)การร่วมพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสุขภาพเพื่อสื่อความเข้าใจระหว่างผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ

การบริการสุขภาพที่เป็นองค์รวมเพื่อจัดการกับองค์รวมของปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน

เมื่อสังคมโลกเปลี่ยนแปลง สังคมไทยเปลี่ยนตามอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา การดำเนินชีวิตของคนไทยเปลี่ยนมีผลให้บริบทของสุขภาพของคนไทยเปลี่ยน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ปัญหาที่เกิดขึ้นมีความซับซ้อนและต่อเนื่องโยงใยกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมมากขึ้นเป็นลำดับ ต้องอาศัยการจัดการอย่างเป็นระบบและเป็นองค์รวมมากเช่นเดียวกัน เช่น ปัญหาด้านสุขภาพจิตของประชาชนในกลุ่มวัยต่าง ๆที่เพิ่มขึ้น โรคจิตเภท โรคเครียด ภาวะซึมเศร้าปัญหาการหย่าร้างของครอบครัว ปัญหายาเสพติด ปัญหาสิ่งแวดล้อมต่าง ๆที่คุกคามและเป็นอันตรายต่อสุขภาพของประชาชน เช่น ด้านอาหาร น้ำ มลพิษทางอากาศ ขยะ อันตรายและอุบัติเหตุจากการใช้รถใช้ถนนที่มีสถิติผู้เสียชีวิตและพิการสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี อันตรายจากการใช้สารเคมีในครัวเรือนและในการประกอบอาชีพ โรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นใหม่และยังไม่สามารถรักษาได้ เช่น โรคเอดส์ โรคทางเดินหายใจเฉียบพลัน โรคจากพฤติกรรมการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนไป เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคหัวใจ เมื่อปัญหาในการดำเนินชีวิตของประชาชนมีความซับซ้อน ผสมผสานและเป็นองค์รวม องค์ความรู้ที่ต้องการในการจัดการกับปัญหาเหล่านี้ย่อมต้องสนองตอบได้อย่างเท่าทัน คือมีความเป็นองค์รวมและสอดรับกับวิธีคิดและวิถีชีวิตของประชาชนเป็นหลักตามธรรมชาติของปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นส่วนที่ระบบการพยาบาลมีประสบการณ์ที่เทียบเคียงได้แต่มีข้อจำกัด เรื่องกระบวนทัศน์ของพยาบาลที่ยังไปไม่ถึงมากเท่าที่ควรแม้ว่าผู้นำทางการพยาบาลในระดับนานาชาติและระดับชาติ(ดูได้จากปรัชญาและแนวคิดหลักของทฤษฎีการพยาบาลส่วนใหญ่)ได้สร้างเป้าหมายนี้ไว้แล้ว จึงมีความจำเป็นต้องเร่งทำความเข้าใจในวงกว้างมากขึ้น

กรอบวิธีคิดในการจัดการความรู้เรื่องสุขภาพองค์รวม การดูแลสุขภาพองค์รวมและการพยาบาลองค์รวม ต้องอาศัยการปรับวิธีคิดของพยาบาลเรื่อง สุขภาพ จากแบบแยกส่วน เป็นแบบองค์รวมเน้นการทำความเข้าใจวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนและปัจจัยที่เป็นเหตุให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อมโดยเฉพาะเงื่อนไขที่ทำให้การดูแลสุขภาพด้วยตนเองเป็นไปได้ยาก การปรับกระบวนทัศน์นี้ต้องปรับในระดับฐานรากเป็นการหาความรู้ฝังลึกจำนวนหนึ่งจากประสบการณ์การทำงานทางการพยาบาลในบริบทต่าง ๆของการดำเนินชีวิตของประชาชนเพื่อนำมาสรุปให้ประจักษ์อาจจะตามปรัชญาและแนวคิดหลักของการพยาบาลและตามบริบทสังคมวัฒนธรรมของไทย และถ่ายทอดให้เกิดการประยุกต์ใช้ต่อไป กิจกรรมการจัดการความรู้ที่เหมาะสมอาจได้แก่ การหาผู้เชี่ยวชาญในการทำงานบริการพยาบาลในบริบทต่าง ๆมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ข้อคิด ข้อสังเกตในเรื่องการพยาบาลองค์รวม การเปิดโอกาสให้มีการร่วมเรียนรู้ในกระบวนการทำงานของผู้เชี่ยวชาญในเรื่องต่าง ๆที่เกี่ยวกับสุขภาพองค์รวมและการพยาบาลองค์รวม เช่น แพทย์แผนโบราณ ประชาชน องค์กรชุมชนต่าง ๆ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เป็นต้น กลยุทธ์การดึงความรู้ฝังลึกมาใช้ ผลที่เกิดขึ้นจะเสนอเอกลักษณ์การทำงานแบบชัดเจนแก่ประชาชนและสังคมได้

การขยายรูปแบบของการบริการพยาบาลให้หลากหลายตามลักษณะความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน

กระบวนทัศน์ใหม่เรื่องสุขภาพที่เกิดขึ้นในระยะนี้เน้นการดูแลสุขภาพประชาชนแบบองค์รวมโดยใช้ทุกวิถีทางเพื่อเอื้อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี เมื่อลักษณะปัญหาสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนมีความหลากหลายจึงต้องการการจัดการที่ไม่เป็นรูปแบบเดียวกัน

เมื่อลักษณะและแบบแผนการเจ็บป่วยส่วนใหญ่หนักไปทาง ปัญหาด้านสุขภาพจิต โรคจิตเภท โรคเครียด ภาวะซึมเศร้าปัญหาการหย่าร้างของครอบครัว ปัญหายาเสพติด ปัญหาสิ่งแวดล้อมต่าง ๆที่คุกคามและเป็นอันตรายต่อสุขภาพของประชาชนเช่น อันตรายจากการใช้สารเคมีในครัวเรือนและในการประกอบอาชีพ มลพิษทางน้ำและอากาศ ขยะ อันตรายและอุบัติเหตุจากการใช้รถใช้ถนนที่มีสถิติผู้เสียชีวิตและพิการสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกเทศกาลและทุกปี โรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นใหม่และยังไม่สามารถรักษาได้ เช่น โรคเอดส์ โรคทางเดินหายใจเฉียบพลัน โรคจากพฤติกรรมการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนไป เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคหัวใจ ลักษณะทางประชากรที่ทำให้ผู้สูงอายุมีมากขึ้น เป็นต้น วิธีคิดเรื่องการจัดการกับปัญหาเหล่านี้ต้องอาศัยการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมและการบริการสุขภาพจะเน้นไปที่การดูแลในระดับปฐมภูมิ ที่บ้าน ในชุมชนและสถานประกอบการ ที่ทำงาน สถานศึกษา

ลักษณะการบริการพยาบาลดังกล่าวเป็นการบริการพยาบาลแบบเวชปฏิบัติชุมชนในหน่วยบริการสุขภาพที่เป็นเครือข่ายการบริการสุขภาพปฐมภูมิทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น และโดยองค์กรชุมชนเอง ได้แก่ คลินิกการพยาบาล หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สถานประกอบการ พยาบาลของชุมชน โรงเรียน พยาบาลที่ดูแลสุขภาพที่บ้าน ทั้งนี้ตามมาตรฐานวิชาชีพและขอบเขตการประกอบวิชาชีพที่กฎหมายกำหนด การทำงานร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลตามการดำเนินการภายใต้ภารกิจที่ทับซ้อนกันระหว่างสถานบริการสุขภาพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเรื่องการบริการด้านสุขภาพที่เป็นไปตาม พรบ.การกระจายอำนาจรัฐฯนั้นต้องถือเป็นรูปแบบการบริการพยาบาลที่เป็นก้าวสำคัญที่ต้องอาศัยการยอมรับจากประชาชนและองค์กรท้องถิ่น เป็นการนำวิชาชีพเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาบทบาทหน้าที่ขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นในช่วงที่เป็นระยะเตรียมความพร้อมการดำเนินการเต็มศักยภาพตาม พรบ.การกระจายอำนาจรัฐฯ ซึ่งกระบวนการมีส่วนร่วมนั้นมีตั้งแต่การร่วมผลิตพยาบาล การจ้างงาน การควบคุมและตรวจสอบบริการ เป็น

ต้น ส่วนการทำงานกับองค์กรชุมชนนั้นเป็นเสียงเรียกร้องจากภาคประชาชนโดยเฉพาะองค์กรชุมชนเข้มแข็งที่ต้องการสร้างสวัสดิการการดูแลสุขภาพให้เกิดขึ้นในชุมชนของตนเองเห็นว่าการมีพยาบาลของชุมชนเช่นเดียวกับพระและครูของชุมชนจะทำให้สามารถเป็นผู้นำด้านสุขภาพได้ทั้งนี้โดยชุมชนร่วมผลิตกับสถาบันการศึกษา จ้างงานเองและควบคุมกำกับคุณภาพการทำงานเอง การขยายรูปแบบการทำงานเช่นนี้ถือเป็นการก้าวออกนอกกรอบคิดการจ้างงานเดิมที่เน้นเพียงแค่ในสถาบันบริการภาครัฐและเอกชน

ประเด็นคือการขยายรูปแบบการทำงานเหล่านี้ยังไม่ได้รับการยอมรับในกลุ่มวิชาชีพ ระหว่างวิชาชีพและผู้มีอำนาจในการจัดการเชิงนโยบายของภาครัฐเท่าที่ควร ดังเห็นได้จากการที่คลินิกการพยาบาลไม่ถูกจัดให้เป็นหนึ่งในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพ ในขณะที่ความต้องการการดูแลสุขภาพในลักษณะเหล่านี้มีปรากฏให้เห็นตลอดมาจากประสบการณ์ของประชาชนผู้ใช้บริการ ชุมชน และเทศบาลที่เป็นกลุ่มแรกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ดำเนินการด้านสุขภาพโดยใช้พยาบาล โดยมีเงื่อนไขสำคัญ คือ ขาดการนำข้อมูลและความรู้มาสร้างความเข้าใจให้เกิดการยอมรับถึงความเป็นไปได้ของรูปแบบการบริการพยาบาลต่างๆในกลุ่มวิชาชีพ ระหว่างวิชาชีพและผู้มีอำนาจในการจัดการเชิงนโยบายของภาครัฐ การจัดการเงื่อนไขเหล่านี้ต้องมองให้เห็นศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้เกี่ยวข้องถึงวิธีคิด ภารกิจและพฤติกรรมการทำงานของแต่ละกลุ่มคนและปรับวิธีคิดเรื่องการสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างภาคท้องถิ่นประชาชน และผู้ให้บริการ บนฐานของการพัฒนาศักยภาพของแต่ละภาคส่วนเพื่อให้สามารถเชื่อมโยงการคิดบูรณาการงาน ดังนั้นการจัดการความรู้จึงน่าที่จะเป็นกลไกสำคัญในการขยายรูปแบบการบริการพยาบาลครั้งนี้และต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การเปิดโอกาสให้มีกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่างๆเช่นในการร่วมผลิตในรูปแบบต่างๆ การจ้างงาน การทำงานบริการสุขภาพตามบทบาทและหน้าที่ของแต่ละภาคส่วน เป็นต้น แล้วจัดให้มีการถ่ายทอดประสบการณ์ข้อคิดเห็นและความรู้โดยอาศัยวิธีการและช่องทางการรับรู้ที่แตกต่างออกไปตามธรรมชาติของผู้คนในแต่ละภาคส่วน เจ้าภาพในประเด็นนี้คือสภาการพยาบาลโดยความร่วมมือกับสถาบันการศึกษาและหน่วยบริการพยาบาลในการสร้างความรู้สนับสนุน วิเคราะห์หาช่องทางในการเปิดการรับรู้ของผู้มีอำนาจในการจัดการเชิงนโยบายของภาครัฐ และการเรียกร้องการสนับสนุนจากภาคประชาชน

การสร้างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกลางเพื่อสร้างคุณค่าให้การบริการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการบริการพยาบาลถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการทำให้การบริการพยาบาลมีมาตรฐานตามขอบเขตการประกอบวิชาชีพ สามารถใช้เป็นกลไกในการตรวจสอบคุณภาพการบริการและกลไกการเบิกจ่ายงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพได้ ทั้งนี้อยู่บนฐานของการปฏิบัติจริง

การบริการพยาบาลที่ผ่านมายังไม่ได้รับการยอมรับในคุณค่าถึงแม้จะมีส่วนทำให้เกิดคุณภาพการดูแลประชาชนและผู้ใช้บริการก็ตาม กิจกรรมการบริการไม่ได้ถูกนับและประเมินคุณค่า โดยไม่มีการกำหนดให้เป็นส่วนหนึ่งของการคิดราคากลางของโรคต่างๆในกลไกการเบิกจ่ายงบประมาณการรักษาของระบบหลักประกันสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากระบบการพยาบาลไม่สามารถแสดงมาตรฐานการบริการที่เป็นรูปธรรมได้ ไม่มีการวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ชัดเจนเป็นกลางแม้ว่าหลายองค์กรร่วมในวิชาชีพจะดำเนินการพัฒนาแต่ไม่มีการรวบรวมและสังเคราะห์ให้เป็นระบบเดียวกัน จึงขาดพลังในการสร้างการยอมรับให้เกิดขึ้นในเครือข่ายวิชาชีพและประชาชน ดังนั้นจึงต้องใช้การจัดการความรู้มาช่วย ซึ่งต้องอาศัยเจ้าภาพหลายฝ่าย ได้แก่ สภาการพยาบาล สถาบันการศึกษาพยาบาล หน่วยบริการสุขภาพในระดับต่างๆ ความร่วมมือระหว่างองค์กรวิชาชีพอื่น เช่น แพทย์ เภสัชกรรม ทันตกรรม เป็นต้น และความร่วมมือกับภาคประชาชนและสังคม ทั้งนี้เพื่อให้เกิดเป็น

ภาพลักษณ์การทำงานของพยาบาลที่ชัดเจนซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมากกว่าการบริการรักษาที่อยู่ภายใต้กรอบคิดสุขภาพแยกส่วน

การสร้างผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการพยาบาล

ระบบบริการสุขภาพที่แบ่งเป็นหลายระดับโดยใช้ความซับซ้อนทางเทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยและการรักษาเป็นฐานคิดนั้น มีผลให้ความต้องการพยาบาลมีความแตกต่างกันโดยเฉพาะเรื่องความสามารถและสมรรถนะในการให้บริการพยาบาลที่ต้องตอบสนองหรือจัดการกับปัญหาที่มีความซับซ้อนในระดับที่ต่างกันในทุกระดับของระบบบริการสุขภาพ ซึ่งวิธีคิดเรื่องนี้สอดคล้องกับแนวคิดพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงที่มีผลต่อมาตรฐานการบริการและคุณภาพการบริการในระดับที่แตกต่างกัน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงถือเป็นผู้เชี่ยวชาญการดูแลเฉพาะสาขาที่สามารถสร้างความรู้จากการทำงาน ใช้ความรู้เป็นฐานในการทำงาน ตลอดจนถ่ายทอดความรู้โดยใช้วิธีการต่างๆกันๆได้

ซึ่งสถานการณ์ปัจจุบันแม้ว่าการรับรองทางกฎหมายจากวิชาชีพเกิดขึ้นแล้วแต่ยังไม่มีตำแหน่งงาน ขอบเขต บทบาทหน้าที่อย่างชัดเจนในระบบบริการสุขภาพที่เป็นอยู่เพื่อรองรับการทำงานของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญนี้ จึงทำให้การผลิตและการพัฒนา การใช้ การจัดอัตรากำลังให้เกิดประโยชน์สูงสุด และการยกมาตรฐานวิชาชีพยังไม่เห็นผลชัดเจนเพียงพอเนื่องจากคุณภาพที่เกิดขึ้นจากการทำงานของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงยังไม่ได้ชี้ให้เห็นความแตกต่างจากการทำงานของผู้ปฏิบัติการพยาบาลในขั้นพื้นฐานอย่างชัดเจน การวิเคราะห์สัดส่วนของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในทีมการบริการพยาบาลจึงเป็นไปได้ยากและไม่เพียงพอที่จะวางแผนและพัฒนากำลังคนประเภทนี้และประเภทอื่นตามความต้องการได้ ซึ่งจำเป็นต้องรวบรวมข้อมูลและสร้างความรู้ให้แจ้งชัดเพื่อใช้ในการประยุกต์สู่การพัฒนาคุณภาพงานบริการพยาบาลและสื่อความเข้าใจระหว่างผู้เกี่ยวข้อง กระบวนการจัดการความรู้จึงมีความจำเป็น โดยเจ้าภาพหลักคือสภาการพยาบาล นักวิจัยทางการพยาบาลและหน่วยบริการพยาบาล

การร่วมพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสุขภาพในการพัฒนาคุณภาพบริการ

แนวปฏิบัติบริการสุขภาพเป็นหนึ่งในกลไกของการดำเนินการไปสู่การพัฒนาระบบคุณภาพสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพ โดยที่ช่วยให้สถานบริการสุขภาพมีเครื่องมือในการสร้างคุณภาพการบริการที่เหมาะสมกับทรัพยากร(คน เครื่องมือ ยา) และสังคมวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่บนพื้นฐานของการใช้ข้อมูลที่ถูกต้องตามหลักวิชาการและความต้องการของประชาชน ทั้งนี้ต้องอาศัยความอิสระและการพัฒนาของวิชาชีพ แนวปฏิบัติบริการสุขภาพถือเป็นแหล่งของความรู้และข้อมูลเพื่อการสื่อความเข้าใจในระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องให้ตรงกัน และมีส่วนในการปกป้องคุ้มครองทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ และลดประเด็นที่เกิดขึ้นจากการก้าวล้ำขอบเขตการประกอบวิชาชีพระหว่างผู้ให้บริการได้

ในการสร้างเป็นชุดสิทธิประโยชน์นั้นจำเป็นต้องมีแนวปฏิบัติบริการสุขภาพที่เกิดจากการร่วมสร้างจากวิชาชีพที่เกี่ยวข้องให้ถูกต้องตามหลักวิชาการโดยมีความรู้เป็นฐาน ซึ่งในสถานการณ์ปัจจุบันยังขาดองค์กรที่รวบรวมและพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสุขภาพในระดับประเทศ แม้ว่ามีการดำเนินการแต่เป็นไปแบบแยกส่วนโดยองค์กรวิชาชีพต่างๆรวมทั้งเครือข่ายผู้ปฏิบัติ แนวปฏิบัติบริการสุขภาพยังมีไม่ครอบคลุมทุกชุดสิทธิประโยชน์ การสร้างและพัฒนาแนวปฏิบัติส่วนใหญ่ใช้เฉพาะหน่วยงานหรือองค์กรเท่านั้น สถานบริการสุขภาพยังไม่มีการนำแนวปฏิบัติบริการสุขภาพมาใช้ในการชี้นำมาตรฐานการบริการที่สามารถเทียบเคียงได้ สัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพสถานบริการและการเบิกจ่ายในงบประมาณตามกลไกต่างๆที่ใช้เป็นฐานคิด เช่น DRG และ ICD10 เป็นต้น ส่วนการใช้แนวปฏิบัติบริการสุขภาพเป็นเงื่อนไขของการรับรองคุณภาพนั้นยังไม่

ปรากฏชัดเจน ผลการศึกษาโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ กรณีศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้ชี้ประเด็นการสร้างกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิว่าต้องอาศัยแนวปฏิบัติบริการสุขภาพ จากการพัฒนาและยกระดับการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องซึ่งอาจใช้กลไกการวิจัยและพัฒนา และประเมินผลงานที่ปฏิบัติและพัฒนาปรับให้เหมาะสมกับความต้องการและปัญหาที่เกิดขึ้น (ขนิษฐา นันทบุตรและคณะ, 2546)

วิชาชีพการพยาบาลจำเป็นต้องเร่งสร้างแนวปฏิบัติบริการสุขภาพในส่วนที่เป็นบทบาทหน้าที่ของวิชาชีพให้เกิดขึ้นและเรียกร้องให้เกิดการร่วมมือกันระหว่างวิชาชีพให้มีการดำเนินการรวบรวมและพัฒนาในระดับประเทศ ตลอดจนการหากลไกมาจัดการให้มีการใช้แนวปฏิบัติบริการสุขภาพในการพัฒนาคุณภาพบริการให้เป็นจริง กลไกที่สำคัญคือการจัดการความรู้ โดยต้องอาศัยความรู้ฝังลึกจากการปฏิบัติในการให้บริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพในทุกพื้นที่ของประเทศและความรู้จากตำราผลการวิจัย มาพัฒนาให้เป็นแนวทางในการบริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพและปัญหาสุขภาพของประชาชน กิจกรรมการจัดการความรู้ในส่วนนี้ต้องการสื่อความเข้าใจแบบระนาบเดียวกันในระหว่างเครือข่ายวิชาชีพและภาคประชาชน สังคม ภาครัฐเอกชน เพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันและร่วมมือกัน เช่น การรวบรวมความรู้เรื่องการปฏิบัติจากผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ การเปิดเวทีวิชาการเรื่องนี้ในวงกว้างระหว่างวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้อง การเปิดช่องทางการรับรู้โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ การเปิดโอกาสให้มีกระบวนการร่วมสร้างในกลุ่มผู้ปฏิบัติตั้งแต่ระดับรากหญ้าเป็นต้นไป

ประเด็นท้าทายสำหรับวิชาชีพการพยาบาลต่อการจัดการความรู้เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ

กระบวนการจัดการความรู้เป็นการยกระดับความรู้ภายในองค์กร เพื่อที่จะใช้เป็นต้นทุนทางปัญญาขององค์กรไปสร้างมูลค่าและคุณค่าเพื่อทำให้เกิดประโยชน์เชิงคุณค่าและมูลค่าเพิ่มขึ้น (วิจารณ์ พานิช, 2546) ประเด็นหลักที่ท้าทายวิชาชีพคือการก้าวออกจากกรอบคิดแบบเดิมทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็นการสร้างความเข้มแข็งให้การพยาบาลองค์รวมให้สามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพและปัญหาสุขภาพที่เป็นองค์รวมได้ การขยายรูปแบบของการบริการพยาบาลให้กว้างขึ้นจากการทำงานร่วมกับภาครัฐ เอกชน สู่การประกอบวิชาชีพอิสระ การทำงานร่วมกับองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น และชุมชนเอง การสร้างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกลางเพื่อใช้เป็นกลไกในการสร้างคุณค่าให้การบริการพยาบาลและร่วมพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสุขภาพเพื่อสื่อความเข้าใจระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในเรื่องคุณภาพบริการ ตลอดจนการสร้างผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเฉพาะสาขาต่างๆเพื่อเพิ่มคุณภาพบริการพยาบาล ซึ่งเป็นเรื่องที่หนักในการปรับวิธีคิดของพยาบาลเพื่อให้กลมกลืนกับวิธีคิดของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับเรื่องต่างๆ เท่าที่ผ่านมาระบบการพยาบาลจัดให้มีกิจกรรมการจัดการความรู้แต่เป็นการจัดกิจกรรมที่ไม่สอดร้อยทำให้เกิดการเชื่อมโยงความรู้สู่การยกระดับการปฏิบัติได้อย่างแท้จริง ประเด็นที่สองคือการสร้างเป้าหมายร่วมกัน ในมวลหมู่องค์กรร่วมวิชาชีพและสมาชิก ว่าจะดำเนินการได้อย่างไร ประโยชน์ที่เกิดจากผลใครคือผู้ได้รับ กลยุทธ์ที่แยบยลและกลไกสนับสนุนเป็นอย่างไร และใครควรเป็นเจ้าภาพ เหล่านี้น่าจะเป็นการตั้งหลักที่นำไปสู่การมีความรู้ที่เพียงพอในการสร้างคุณภาพบริการพยาบาลได้ ทั้งสองประเด็นหลักนี้ชี้ให้เห็นผลกระทบที่เกิดขึ้นที่เป็นแนวโน้มการดูแลสุขภาพประชาชนและการบริการพยาบาล

1. ความรู้ที่วิชาชีพการพยาบาลต้องการเพื่อให้สามารถทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในอนาคตน่าจะเป็นอย่างไร กลไกที่ช่วยเหลือเป็นอย่างไร

1.1. มีลักษณะเป็นความรู้ที่ เกิดจากการทำงาน และ ใช้งานได้จริง ครอบคลุมตามบริบทของการบริการพยาบาล ซึ่งมีความเป็นองค์รวม เชิงลึก ที่สามารถตอบสนอง clinical careของการเจ็บป่วยและโรค และบริบททางสังคมวัฒนธรรม วิถีการดำเนินชีวิตของประชาชน เช่น ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังต่างๆ ความรู้ในการทำงานร่วมกับประชาชนเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ความรู้ในการวางแผนกำลังคนของสถาบัน

1.2. ความรู้ที่เกิดจากงานวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยและพัฒนามีคุณค่ามากขึ้นเนื่องจากเป็นความรู้ที่สร้างจากประสบการณ์ในการทำงานจริง ที่ต้องมีการทำงานร่วมกับวิชาชีพอื่นและองค์กรอื่นๆ

1.3. ความรู้ที่เกิดจะเป็นความรู้เฉพาะพื้นที่ เหมาะสมกับแต่ละบริบทของสังคมวัฒนธรรม วิถีการดำเนินชีวิต และการจัดการของผู้เกี่ยวข้องในแต่ละพื้นที่

1.4. ความรู้ที่เกิดขึ้นจะเป็นความรู้สำหรับการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการบริการพยาบาลเพื่อจัดการปัญหาสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนโดย

1.4.1. ในระดับพื้นที่เน้นการสร้างคุณภาพการบริการพยาบาลให้เกิดขึ้นและพัฒนาอย่างต่อเนื่องของแต่ละสถาบัน เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นในทุกสถานการณ์ชีวิต

1.4.2. ในระดับเครือข่ายทั้งระหว่างสถาบันให้บริการสุขภาพ สถาบันการศึกษา องค์กรวิชาชีพต่างๆ เน้นการสร้างและพัฒนามาตรฐานต่างๆ เช่นมาตรฐานการบริการพยาบาล มาตรฐานการจัดการศึกษาสาขาวิชาการพยาบาล ทั้งนี้ตามภารกิจของแต่ละสถาบันและองค์กร

1.4.3. ในระดับชาติ เน้นที่การร่วมกำหนดแนวนโยบายร่วมกับ ภาคประชาชน รัฐ วิชาชีพอื่น องค์กรที่เกี่ยวข้องต่างๆ เพื่อให้เกิดความร่วมมือและการยอมรับ เช่นการร่วมวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ การร่วมกำหนดแนวปฏิบัติการบริการสุขภาพต่างๆที่พยาบาลต้องมีส่วนเกี่ยวข้อง การควบคุมคุณภาพการบริการพยาบาล การศึกษาพยาบาลในระดับต่าง การขยายบทบาทของวิชาชีพการพยาบาล เป็นต้น

2. การหาและสร้างความรู้ในลักษณะดังกล่าวข้างต้น อาจเกิดขึ้นได้โดยต้องมีความร่วมมือกับประชาชน วิชาชีพอื่น องค์กรอื่น แหล่งสนับสนุนทุนการวิจัยต่างๆ มีความสามารถในวิธีการหาหรือสร้างความรู้ซึ่งต้องฝึกฝนอย่างต่อเนื่องจึงจะสามารถหาวิธีการของวิชาชีพได้ชัดเจนมากขึ้น ประเด็นที่ท้าทายคือ

2.1. การปรับวิธีคิดในการทำงานเรื่องสุขภาพว่าให้ประชาชน วิชาชีพ องค์กรต่างๆ มีความสามารถในการหาและสร้างความรู้ในสถานการณ์ชีวิตของตนเองได้ มองปัญหาและพัฒนาแนวทางแก้ปัญหาของตนเองได้อย่างครอบคลุม

2.2. การสร้างความรู้ที่ฝังลึกจากการทำงานจริงจะเกิดขึ้นได้เมื่อผลลัพธ์ของการทำงานต้องชัดเจนวัดได้ซึ่งเป็นผลกระทบจากประเด็นคุณภาพการบริการที่สังคมเรียกร้อง ซึ่งขณะนี้ได้เกิดขึ้นบ้างแล้วจากกลไกของระบบหลักประกันสุขภาพ และ กลไกของสภาการพยาบาล ตลอดจนนโยบายของสถาบันต่อคุณค่าของความรู้เหล่านี้ ทั้งนี้อนาคตรูปแบบการบริการสุขภาพและการพยาบาลอาจมีมากขึ้น มีการแข่งขันกันเรื่องคุณภาพ และค่าบริการ และลักษณะบริการที่

เกิดขึ้นอาจมีได้หลายกลุ่มตามความต้องการของกลุ่มประชากร เช่น กลุ่มคนมีเงิน กลุ่มคนรายได้น้อย กลุ่มคนเมือง คนชุมชนแออัด และ คนชนบท

2.3. การสร้างพยาบาลที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในแต่ละพื้นที่อาจทำได้โดยอาศัยกลไกต่างๆ เช่น กลไกของสภาการพยาบาลในการขยายบทบาทของพยาบาลและการวางแผนและพัฒนากำลังคนทางการพยาบาล โดยให้เกิดความเกี่ยวโยงที่แนบแน่นระหว่างการสร้างความรู้กับการเป็นผู้นำเรื่องการดูแลสุขภาพประชาชนของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญและพยาบาลใหม่

2.4. การสร้างพยาบาลนักวิจัยที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะเรื่องและพื้นที่ อาจต้องมีความร่วมมือกันกับองค์กรและสถาบันต่างๆ เช่น สถาบันการศึกษา สถานบริการสุขภาพ แหล่งสนับสนุนการวิจัย องค์กรชุมชน ตลอดจนวิชาชีพอื่นๆ ให้สามารถสร้างความรู้ได้ลุ่มลึกและต่อเนื่องในแต่ละเรื่องแต่ละพื้นที่

3. ช่องทางการกระจายความรู้มีความสำคัญในอนาคตเนื่องจากเมื่อความรู้เกิดในระดับพื้นที่มาก การเข้าถึงความรู้ต้องมีการจัดการ เช่น การจัดเวทีแลกเปลี่ยนความรู้จากพื้นที่ต่างๆ ทั้งนี้การนำไปใช้จะเกิดขึ้นได้เมื่อพยาบาลหรือผู้ใช้มีศักยภาพในการตีความหรือสรุปความ มีการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ต่างๆได้อย่างทั่วถึงโดยอาศัยฐานข้อมูลต่างๆมาเชื่อมโยงกัน ทั้งนี้ตามรูปแบบการบริการสุขภาพที่ต่างกันออกไป โดยมีกลไกกำกับที่สำคัญ เช่นการดำเนินการควบคุมมาตรฐานของวิชาชีพโดยสภาการพยาบาลจะมีความเข้มข้นมากขึ้นเพื่อผลักดันให้พยาบาลเข้าถึงความรู้และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง เช่นการสะสมประสบการณ์การพัฒนาตนเองสำหรับการต่ออายุใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพ เกณฑ์มาตรฐานการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น เป็นต้น

บรรณานุกรม

กรอบวิจัยสาขาพยาบาลศาสตร์. เข้าถึงได้จาก http://thainurse.nurse.cmu.ac.th

การจัดการความรู้. ค้นเมื่อ 14 มิถุนายน 2546, จาก http://www.ha.or.th/Document/LOKM4.KPI.450511.doc

เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. **ความแตกต่างระหว่างการจัดการสารสนเทศกับการจัดการความรู้.** ค้นเมื่อ 11 มิถุนายน 2546, จาก http://www.ifd.or.th/futurestudiessite/newarticle97.htm

ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ. (2547). **โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ: กรณีศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.** ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.

จินตนา ยูนิพันธ์ และชนกพร จิตปัญญา. (2544). **การศึกษาสถานะการวิจัยในวิทยานิพนธ์ที่ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลเป็นกรอบแนวคิดในประเทศไทย พ.ศ. 2526-2542**. ในเอกสารประกอบการประชุมวิจัยทางการพยาบาลแห่งชาติครั้งที่ 2 การวิจัยทางการพยาบาล: นวัตกรรมเพื่อสุขภาพของประชาชนไทยในทศวรรษหน้า. วันที่ 19-21 พฤศจิกายน 2544 โรงแรมแอมบาสเดอร์ กรุงเทพฯ.

ประเวศ วะสี. (ม.ป.ป.). **ยุทธศาสตร์เขยื้อนสังคมไทยออกจากโครงสร้างมรณะ**. สำนักงานปฏิรูปสุขภาพแห่งชาติ.

ประเวศ วะสี. (2546). **ยุทธศาสตร์ทางปัญญาเพื่ออนาคตของประเทศไทย.** กรุงเทพฯ: มูลนิธิสื่อสร้างสรรค์.

วิจารณ์ พานิช. (2545). **สุขภาพบนฐานของปัญญา**. กรุงเทพฯ: บริษัท ดีไซร์จำกัด.

วิจารณ์ พานิช. (2546). **การจัดการเครือข่ายวิชาการ.** กรุงเทพฯ: หจก.ฟันนี่ พับบลิชชิ่ง.

ศิริอร สินธุ และเรณู พุกบุญมี. (2001). การรับรู้อุปสรรคต่อการนำผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ. **Thai Journal Nursing Research**, 5(1), 71-85.

สภาการพยาบาล. (2544). เอกสารประกอบการประชุมวิจัยทางการพยาบาลแห่งชาติครั้งที่ 2 **การวิจัยทางการพยาบาล: นวัตกรรมเพื่อสุขภาพของประชาชนไทยในทศวรรษหน้า**. วันที่ 19-21 พฤศจิกายน 2544 โรงแรมแอมบาสเดอร์ กรุงเทพฯ.

วิลาวรรณ พันธ์พฤกษ์. (2544). **วิธีวิทยาการวิจัยในวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต**. ในเอกสารประกอบการประชุมวิจัยทางการพยาบาลแห่งชาติครั้งที่ 2 การวิจัยทางการพยาบาล: นวัตกรรมเพื่อสุขภาพของประชาชนไทยในทศวรรษหน้า. วันที่ 19-21 พฤศจิกายน 2544 โรงแรมแอมบาสเดอร์ กรุงเทพฯ.

Boersma, J,& Stegwee, R.A. **Exploring the Issues in Knowledge Management**. Retrieved June 15, 2003, from http://www.it.consultancy.com/extern/pdf/boersma.pdf

3.2 การวิเคราะห์สถานการณ์อดีตและปัจจุบันของประเด็นที่ศึกษาและการวิเคราะห์ระบบที่เกี่ยวข้อง (ISSUE PAPER)

โดย ขนิษฐา นันทบุตร

1. บทนำ

รายงานการสังเคราะห์อนาคตระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลในประเทศไทยนี้ชี้ให้เห็นภาพผลกระทบของสังคมวัฒนธรรม เทคโนโลยี เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมและการเมืองต่อวิถีการดำเนินชีวิตและการดูแลสุขภาพประชาชน และระบบบริการสุขภาพและระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล สถานการณ์ปัญหาในการดูแลสุขภาพประชาชนและระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลและแนวโน้ม เพื่อเป็นฐานในการนำเสนอบทวิเคราะห์ประเด็นหลักของระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลในอนาคต ว่าด้วย (1)รูปแบบการพยาบาลที่มีความหลากหลายมากขึ้นจากการที่แบบแผนสุขภาพของประชาชนเปลี่ยนภายใต้เงื่อนไขที่สำคัญคือมุมมองหรือกระบวนทัศน์เรื่องสุขภาพของวิชาชีพการพยาบาลและวิชาชีพอื่นเปลี่ยน มีผลให้เห็นการดูแลสุขภาพประชาชนเป็นเรื่องของหลายคนที่เกี่ยวข้อง และทำให้รูปแบบการจ้างงานพยาบาลขยายกว้างมากขึ้น (2)บทบาทการจัดการการดูแลสุขภาพองค์รวมของวิชาชีพการพยาบาลถือเป็นบทบาทหลักในการที่จะทำให้การดูแลและบริการสุขภาพเห็นผลลัพธ์มากขึ้นถือเป็นการประสานการบริการทุกอย่างให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ใช้บริการ (3)การร่วมสร้างประสิทธิภาพของการดูแลสุขภาพประชาชนของระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลสามารถเกิดขึ้นได้เนื่องจากเป็นระบบใหญ่ที่มีบุคลากรแทรกอยู่ในทุกบริบทการดูแลสุขภาพประชาชนเป็นระบบที่มีสาระหลักของการทำงานเป็นการดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการใช้ข้อมูลในการประเมิน การจัดการการดูแล การสร้างและสรุปผลลัพธ์ด้านสุขภาพของการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ (4)ระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลต้องทำงานแบบเป็นหุ้นส่วนกับองค์กรหรือระบบอื่นที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับการดูแลสุขภาพประชาชนทั้งในมิติของการให้บริการสุขภาพและการดูแลและมิติของการบริหารจัดการ ซึ่งต้องการการทำงานแบบรู้เขารู้เราและต่อเนื่องเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน และ (5)อาศัยการจัดการความรู้เป็นกลไกสำคัญในการทำให้การดำเนินการตามประเด็นหลักอื่นๆเป็นไปได้โดยเสนอ 3 เครื่องมือหลัก ได้แก่ กระบวนการปรับกระบวนทัศน์การบริการสุขภาพองค์รวมในระดับฐานราก การสร้างและพัฒนาผู้นำทางการพยาบาลในทุกระดับเพื่อสร้างวัฒนธรรมการจัดการความรู้ในระดับพื้นที่และพัฒนาเครื่องมือและวิธีการทำงานของวิชาชีพ และการวิจัยและพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสุขภาพและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ในทุกบริบทการดูแลสุขภาพประชาชน

สถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการบริโภค การดำเนินชีวิต การดูแลสุขภาพประชาชนและระบบบริการสุขภาพ

โลกาภิวัฒน์ด้านการเงินและเศรษฐกิจระบบผูกขาด

โลกาภิวัฒน์ด้านการเงินจากการลงทุนข้ามชาติด้วยเงินหมุนเวียนเพื่อการเก็งกำไรไม่ใช่การลงทุนเพื่อสร้างสินค้าและบริการแต่เป็นการต่อยอดเงิน (ผาสุก พงษ์ไพจิตร ในhttp://www.geocities.com/midnightuniv/articlepage1.htm) ทำให้เศรษฐกิจของประเทศที่ได้รับอิทธิพลจากการลงทุนข้ามชาติเช่นประเทศไทยถูกกำหนดโดยการเปิดเสรีด้านการเงิน ซึ่งมีผลให้ผนึกโลกให้ใกล้ชิดกันมีการลงทุนข้ามชาติมากขึ้น การกู้ยืมระหว่างประเทศ ปัญหาหนี้ระหว่างประเทศ ประกอบกับผลของการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีทางด้านคมนาคมและการสื่อสารเช่นระบบดาวเทียมยิ่งทำให้การผนึกโลกเข้าด้วยกันเป็นไปได้อย่างรวดเร็วมากขึ้นส่งผลกระทบ

ต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของประชาชน ทั้งในแง่รูปแบบการบริโภคและปัญหาสุขภาพ ในระดับประเทศการเข้าสู่ระบบการค้าเสรีและตลาดโลกทำให้เกิดการแข่งขันมากขึ้นทั้งในด้านผลิตภัณฑ์และการบริการสำหรับการดำเนินชีวิตที่ต้องอาศัยการสร้างค่านิยม รูปลักษณ์ และพฤติกรรมการบริโภคใหม่เพื่อแย่งชิงส่วนแบ่งการตลาดโดยอาศัยกลไกการโฆษณาการสื่อสารด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยเข้าถึงตัวประชาชนได้มากที่สุด การแข่งขันนี้ก่อให้เกิดการผูกขาดสินค้าและผลิตภัณฑ์ เกิดช่องว่างของรายได้ สร้างกลุ่มผู้บริโภคให้มีหลายระดับคือกลุ่มผู้มีอำนาจการซื้อสูงและต่ำ ส่งผลให้กลุ่มคนต่างชนชั้นมีการปรับตัว ชนชั้นสูงได้รับผลกระทบน้อยจากระบบบรรษัทลงทุนข้ามชาติเนื่องจากอำนาจการซื้อสูง คนในท้องถิ่นที่ชีวิตความเป็นอยู่อาจผูกใกล้ชิดกับฐานทรัพยากรการผลิตในชุมชนมากกว่าการพึ่งพิงสินค้าผลิตภัณฑ์จากระบบบรรษัทลงทุนข้ามชาติได้รับผลกระทบน้อยและมีโอกาสหลุดพ้นจากภาวะพึ่งพิงนี้ได้มาก (เสน่ห์ จามริก ในhttp://www.geocities.com/midnightuniv/articlepage1.htm) กลุ่มคนที่มีปัญหาคือชนชั้นกลางที่วิถีชีวิตพึ่งพิงเศรษฐกิจระบบผูกขาดนี้มาก กลุ่มคนเหล่านี้มีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ต่างกันคาดการณ์ไม่ได้ ภายใต้ค่านิยมที่ถูกหล่อหลอมมาต่างกันและอำนาจการซื้อการบริโภคที่ต่างกัน ซึ่งตัวอย่างพฤติกรรมการดำเนินชีวิตได้แก่ การกิน การดูแลสุขภาพ การคมนาคมและสื่อสาร การรักษา การประกอบอาชีพ เป็นต้น ปัญหาสังคมและปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นจึงมีความซับซ้อนและสัมพันธ์กับวิถีการดำเนินชีวิตสังคมค่านิยมเทคโนโลยีในลักษณะที่ต่างกันออกไป การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นมีได้หลายวิธี ผู้มีอำนาจการซื้อสูงสามารถเข้าถึงบริการที่ตอบสนองความพึงพอใจได้อย่างเต็มที่ในขณะที่ผู้คนกลุ่มอื่นต้องอาศัยการจัดการของภาครัฐ หรือการจัดการโดยใช้กระแสชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็งซึ่งเป็นกระบวนการประชาชนในรูปแบบต่างๆที่มีมากขึ้นเรื่อยๆ ถือเป็นผลจากแรงกดดันของความต้องการที่จะหลุดพ้นจากภาวะพึ่งพิงระบบเศรษฐกิจผูกขาดนั่นเอง

ระบบการค้าเสรีที่เกิดจากข้อตกลงการค้าโลกส่งผลกระทบต่อระบบการผลิตและการบริโภค ในเรื่องหลักๆหลายเรื่องที่สำคัญคือ อาหาร ยา และการบริการสุขภาพ ซึ่งทั้ง3เรื่องนี้มีอิทธิพลต่อสุขภาพประชาชนไทยสูงมาก เมื่อข้อตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าและการบริการ (General Agreements on Trades and services, GATS) ทำให้รัฐขาดอำนาจในการควบคุมการผลิตสินค้าและการบริการที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตของประชาชนดังกล่าว การเปิดเสรีทั้งหมดทำให้การเข้าถึงบริการตามสิทธิขั้นพื้นฐานของความเป็นมนุษย์และประชาชนไทยถูกปฏิเสธได้ (ผาสุก พงษ์ไพจิตร ในhttp://www.geocities.com/midnightuniv/articlepage1.htm) ไม่สามารถเข้าถึงอาหารได้เพราะบรรษัทลงทุนข้ามชาติผูกขาดอาหารหลัก เข้าถึงไฟและน้ำสะอาดไม่ได้เพราะถูกแปรรูปเป็นเอกชน การเข้าถึงยาการรักษาโรคและการดูแลสุขภาพไม่ได้เมื่อยาและเทคโนโลยีการรักษาบางตัวถูกจำกัดด้วยระบบลิขสิทธิ์ทางปัญญาทำให้มีราคาแพงผลิตเองไม่ได้และบุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาลมีการไหลออกสู่ระบบค่าตอบแทนที่สูงกว่า การเข้าถึงการศึกษาและบริการสาธารณะใดๆไม่ได้เพราะค่าบริการแพง (นิธิ เอี่ยวศรีวงศ์ ใน http://www.geocities.com/midnightuniv/articlepage1.htm) ดังนั้นคนที่มีอำนาจการซื้อต่ำและต้องพึ่งพิงสินค้าและบริการที่ผูกขาดเหล่านี้จะไม่สามารถเข้าถึงได้เลย สังคมจะแบ่งชนชั้นระหว่างคนมีเงินมากกับคนมีเงินน้อยได้ชัดเจนมากขึ้น ปัญหาในการดำเนินชีวิตจะสูงขึ้น เหล่านี้กระทบระบบบริการสุขภาพของประเทศที่เป็นระบบบริการพื้นฐานที่รัฐต้องจัดให้ทำให้ต้องปรับตัวอย่างต่อเนื่องให้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงโดยมีจุดเน้น 2 ทางคือการใช้กลไกภาครัฐในการต่อรองกับเงื่อนไขข้อตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าและการบริการเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการพื้นฐานที่จำเป็นได้ และการส่งเสริมความเข้มแข็งให้ชุมชนท้องถิ่นหลุดขาดจากภาวะพึ่งพิงเศรษฐกิจกระแสหลักแต่สร้างเครือข่าย “เศรษฐกิจชุมชน” ขึ้นมาให้ได้ ซึ่งต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนที่สำคัญคือวัฒนธรรมการเรียนรู้ให้หลุดจากกรอบคิดการผูกขาดและการสร้างอัตลักษณ์ของความเป็นชุมชนท้องถิ่นให้ได้ ประเด็นความต้องการในการสร้างความเข้มแข็งให้กับ

ชุมชนประชาชนสอดคล้องกับข้อเสนอ “วาระแห่งชาติภาคประชาชนระดับรากหญ้า”ด้วย (ใน http://www.geocities.com/midnightuniv/articlepage1.htm) เหล่านี้ทำให้ทุกองค์กรโดยเฉพาะที่ต้องทำงานร่วมกับภาคประชาชน ต้องหันมาทบทวนตนเองและสร้างความคิดให้สอดร้อยไปกับกระบวนการสร้างชุมชนเข้มแข็งให้ได้เพื่อทำให้ปัญหามีการป้องกันหรือบรรเทาลง

การปฏิรูประบบหลักของสังคมไทย

ในระยะที่ผ่านมาได้เกิดกระบวนการปฏิรูประบบต่างๆได้แก่ การปฏิรูประบบราชการ การปฏิรูประบบสุขภาพ การปฏิรูประบบการศึกษา หลังการประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ซึ่งกำหนดสิทธิและเสรีภาพของประชาชนไทย และบทบาทรัฐที่ต้องจัดการให้สิทธิของประชาชนได้รับการตอบสนองอย่างทั่วถึง เท่าเทียมและเสมอภาคไว้ (สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2544) พระราชบัญญัติการกระจายอำนาจรัฐฯ พระราชบัญญัติปฏิรูประบบราชการ พระราชบัญญัติปฏิรูปการศึกษา พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ.2540 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติซึ่งกำลังอยู่ในขั้นตอนการดำเนินงานและพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ เหล่านี้ถูกนำมาเป็นเครื่องมือของรัฐในการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม และกระทบบทบาท หน้าที่ และการทำงานของทุกองค์กรรวมทั้งวิชาชีพการพยาบาล

ข้อมูลเพิ่มเติม

1)รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52 และ 82 2)พ.ร.บ.แผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ที่ให้ท้องถิ่นบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพตามขีดความสามารถของตนและความต้องการของประชาชนในพื้นที่ เป็นการสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนมากขึ้น 3)พ.ร.บ.ข้อมูลข่าวสารทางราชการ พ.ศ. 2540เปิดให้ประชาชนสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลและการตรวจสอบการทำงานของภาครัฐที่มีผลกระทบต่อประชาชนได้ 4)พ.ร.บ.ระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2545และแผนแม่บทของการปฏิรูประบบราชการที่ให้ภาครัฐมีขนาดเล็กลงและแนวโน้มให้บางหน่วยงานแปรรูปเป็นองค์การมหาชน 5)พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ส่งผลให้กลุ่มประชาชนมีการเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยได้มากขึ้น โครงสร้างระบบบริการสุขภาพเปลี่ยนมาตรฐานการบริการดีขึ้นมีกลไกการจัดการการเงินการคลังเพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพให้ภาครัฐ แต่กระทบการปรับบทบาทภาควิชาชีพ เป็นต้น

อย่างไรก็ดีกระแสของการทำให้เครื่องมือเหล่านี้ตอบสนองเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญนั้นมีข้อจำกัดมากจากกระแสการลงทุนข้ามชาติและการค้าเสรีที่ทำให้วัฒนธรรมการเรียนรู้แบบทุนนิยมครอบงำกลุ่มคนชั้นนำ ทำให้เข้าไม่ถึงปัญหาที่เกิดจากผลกระทบของการพึ่งพิงระบบผูกขาดและการเข้าไม่ถึงบริการพื้นฐานที่จำเป็นดังกล่าวแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกี่ยวกับการกระจายอำนาจรัฐสู่ท้องถิ่นที่เป็นกลไกการผลักดันให้ชุมชนพึ่งตนเองได้นั้นต้องสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ใหม่ เป็นเรื่องขององค์กรท้องถิ่นเข้มแข็งไม่ใช่เรื่องการจัดการโดยภาครัฐอย่างที่กำลังจะเป็นมากขึ้นเพราะถูกครอบงำโดยระบบรัฐ ดังนั้นภาคประชาชนจึงต้องมีกระบวนการของการเข้าร่วมในการจัดการปฏิรูประบบหลักต่างๆเหล่านี้ให้มากขึ้นและเป็นรูปธรรม ภาควิชาชีพที่เกี่ยวข้องเช่นวิชาชีพการพยาบาลย่อมต้องเร่งทำความเข้าใจและเตรียมการเพื่อปรับวัฒนธรรมการเรียนรู้ให้เท่าทัน

สิ่งแวดล้อมที่คุกคามความเป็นอยู่และสุขภาพของประชาชน

พิษและมลภาวะจากสภาพแวดล้อม คุกคามสุขภาพคนรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและโรคที่ซับซ้อน ก่อให้เกิดโรคใหม่ๆที่มีความรุนแรงและจัดการได้ยาก สภาพเหล่านี้เกิดแทรกอยู่ในการดำเนินชีวิตของประชาชน เช่น สารเคมีตกค้างในอาหาร พิษจากการสัมผัสสารเคมีในระหว่างการประกอบอาชีพ มลภาวะจากอากาศ น้ำ ที่ปนเปื้อนของเสียจากโรงงานอุตสาหกรรม (เดชรัต สุขกำเนิด วิชัย เอกพลากร

และ ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์, 2545) สภาพความเครียดจากการประกอบอาชีพที่ต้องแข่งขันสูงและการเอาตัวรอดในสังคม ปัญหาสังคมจากหนี้สิน และปัญหาจากสภาพสังคมวัตถุนิยมอื่นๆเช่น อุบัติเหตุ สารเสพติด อาชญากรรม ความรุนแรง เหล่านี้มีความซับซ้อนมาก การแก้ปัญหาต้องอาศัยความรู้ที่สะท้อนวิถีชีวิตและสังคมที่กระทบชีวิตคนแบบองค์รวม หลายองค์กรรวมทั้งวิชาชีพการพยาบาลยังไม่สามารถสร้างความเข้าใจในระดับนี้ได้ องค์กรที่ให้บริการพื้นฐานเช่นการบริการสุขภาพและการรักษา การศึกษา รัฐสวัสดิการ ยังดำเนินการภายใต้กระบวนทัศน์แยกส่วนและความรู้ที่ครอบครองยังเฉพาะเจาะจงไม่สามารถผสานและร่วมกันแก้ปัญหาได้อย่างตรงจุด ประชาชนเห็นสถานการณ์ทางสังคมวัฒนธรรมของตนเองแต่ยังไม่เข้มแข็งพอที่จะจัดการได้ด้วยตนเอง การร่วมกันเรียนรู้เพื่อแก้ปัญหาจึงเป็นเรื่องที่ต้องเร่งสร้างให้เกิดขึ้นโดยเฉพาะในระดับท้องถิ่น

เทคโนโลยีกับการฟื้นฟูจิตวิญญาณภูมิปัญญาท้องถิ่น

ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีด้านต่างๆเป็นไปอย่างรวดเร็ว มีผลต่อวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนอย่างสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเทคโนโลยีชีวะภาพ การแพทย์ และการสื่อสาร เทคโนโลยีชีวะภาพบางอย่างก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่พลิกผันได้ เช่นเทคโนโลยีการปลูกถ่ายและตัดต่อยีน ที่นำมาใช้ในการป้องกันและรักษาโรคสำคัญ เช่นโรคจากพันธุกรรม โรคติดต่อร้ายแรง เป็นต้น (ประเวศ วะสี, 2546; วิพุธ พูลเจริญ ใน http://www.hsri.or.th/html/article5.htm)

ความฟุ่มเฟือยจากการใช้บริการทางการแพทย์และการดูแลสุขภาพจากระบบการค้าเสรีที่ใช้ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีเป็นองค์ประกอบ ก่อให้เกิดผลเสียหลายประการ ตั้งแต่ค่าใช้จ่ายที่สูงเกินเหตุ พฤติกรรมแบบใหม่ทั้งพฤติกรรมการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมการบริการสุขภาพ ในขณะที่ความสามารถในการซื้อของคนกลุ่มใหญ่ไม่มี ทำให้กระแสภูมิปัญญาพื้นบ้านธรรมชาติบำบัดกลับมามีผลต่อการดำเนินชีวิตของคนมากขึ้น โดยถูกนำมาผสมผสานในระบบเศรษฐกิจกระแสหลัก(เสรี พงษ์พิศ, 2546) เกิดการบริการสุขภาพแบบผสมสานระหว่างการแพทย์แผนวิทยาศาสตร์และแผนไทย และอาจนำมาทดแทนการบริการที่เข้าไม่ถึงบางอย่างได้ องค์กรบริการสุขภาพต้องมีการปรับตัวเรื่องนี้ในการให้คุณค่าของภูมิปัญญาพื้นบ้านและกระแสกระบวนการประชาชน (อคิน รพีพัฒน์, 2545) ธรรมชาติบำบัดและการดำเนินชีวิตอย่างพอเพียงในท้องถิ่นให้มากขึ้น และเน้นการเลือกใช้เทคโนโลยีได้อย่างเหมาะสม

ข้อมูลเพิ่มเติม

ชาตรี บานชื่น (2545) วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพในประเทศไทย ชี้ว่า การนำเข้าไม่มีกลไกเลือกรับ เลือกใช้ ที่ใช้อยู่ไม่มีการกระจายที่ดี ไม่สมดุลและไม่เป็นธรรม เทคโนโลยีด้านสุขภาพพื้นบ้าน ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีอยู่ รวมถึงเทคโนโลยีที่คิดค้นประดิษฐ์ใหม่ยังขาดการรวบรวม ฟื้นฟู พัฒนา ให้สามารถนำมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และปลอดภัยและขาดการรวบรวม และการเผยแพร่เทคโนโลยีด้านสุขภาพที่ถูกที่ควรอย่างเป็นระบบ ผู้ที่ควรได้ข้อมูลไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้

แบบแผนความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนเปลี่ยนไป

ผลกระทบจากการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ทำให้โครงสร้างทางประชากรของประเทศไทยเปลี่ยนไป ลักษณะปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพในประชากรแต่ละกลุ่มแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน มีความซับซ้อนผูกร้อยกับสภาพทางสังคมวัฒนธรรมสูงมากดังนั้นแบบแผนการดูแลสุขภาพจึงมีความแตกต่างกันออกไปด้วย การจัดบริการสุขภาพในรูปแบบเดิมที่เน้นการปูพรมเหมือนกันทั้งประเทศอาจขาดประสิทธิภาพ การสร้างวิธีการดูแลสุขภาพที่มีความเฉพาะเจาะจงในแต่ละท้องถิ่นจึงมีความสำคัญมากขึ้น

โครงสร้างทางประชากรของไทยมีผู้สูงอายุมากขึ้น อัตราการตายในทารกลดลง อายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ประชากรที่อยู่ในวัยแรงงานและตลาดแรงงานเพิ่มขึ้น(ตารางที่ 1) ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น บทบาทหลักของสมาชิกในครอบครัวทั้งหญิงและชายเน้นการหารายได้เป็นหลัก เพราะมีภาระหนี้สินมากขึ้น โดยในช่วงปี 2539,2541,2543 และ2545 ครัวเรือนของประชากรไทยมีอัตราร้อยละหนี้สินครัวเรือนเท่ากับ 49.2, 55.1, 56.3 และ 62.4 ตามลำดับ (http://www.nso.go.th/thai/stat/stat_23/toc_7/7.1-10.xls; หทัยชนก บัวเจริญ, 2547) ทำให้บทบาทอื่นๆต้องถูกละเลย ได้แก่บทบาทการดูแล การเลี้ยงดูสมาชิกที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ข้อมูลเพิ่มเติม

ข้อมูลอายุคาดเฉลี่ยคนไทยยืนยาวขึ้น โดย ชาย 55.9 ปี หญิง 62.0 ปี ในปี 2507-2508 เพิ่มเป็น ชาย 70.2 ปี หญิง 74.7 ปี ในปี 2543-2548 (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2546)

ลักษณะปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยและโรคของประชาชนเปลี่ยนไป เป็นปัญหาสุขภาพจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โรคเรื้อรัง โรคร้ายแรงใหม่ๆ เมื่อพิจารณาจาก 5 อันดับแรกที่เป็นสาเหตุการตาย พบว่า ในช่วงปี พ.ศ.2541 สาเหตุการตายอันดับแรกคือ โรคหัวใจ ในช่วงปี พ.ศ.2542 เป็นต้นมา สาเหตุการตายอันดับที่ 1 กลับเป็นโรคมะเร็ง ในส่วนของสาเหตุการตายอื่นๆมีการเปลี่ยนแปลงอันดับแตกต่างกันไป ในช่วงปี พ.ศ.2544-2545 พบว่า 5 อันดับแรกของสาเหตุการตายคือ (1)มะเร็งทุกชนิด (2)อุบัติเหตุและการเป็นพิษ (3)ความดันเลือดสูงและโรคหลอดเลือดในสมอง (4)โรคหัวใจ และ (5)ปอดอักเสบและโรคอื่นๆของปอด ตามลำดับ โดยมีโรคที่เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยในลำดับแรกๆ[1] คือ โรคเบาหวาน โรคความดันเลือดสูง โรคของระบบย่อยอาหาร โรคระบบไหลเวียน เป็นต้น (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ใน http://203.157.19.191/OPD_Tot_Pak-45.xls; http://203.157.19.191/IPD_Tot_Pak-45.xls;http://203.157.19.191/OPD_BKK_TOT-45.xls; http://203.157.19.191/ IPD_BKK_TOT-45.xls) ในขณะที่ ความต้องการด้านการดูแลในผู้สูงอายุมีมากขึ้นทั้งในสังคมเมืองและชนบท (ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ, 2544) ปัญหาและความต้องการการดูแลเด็กในระยะพัฒนาการและวัยรุ่น อันเกิดจากความผูกพันและความมั่นคงของครอบครัวลดลง ได้แก่ ความรุนแรง การถูกทำร้ายหรือทารุนกรรม การถูกทอดทิ้ง การใช้สารเสพติด และความเครียด เหล่านี้เป็นปัญหาที่ซับซ้อนที่ต้องการวิธีการแก้ไขที่รอบด้านเพราะที่มาของปัญหาผูกเงื่อนอยู่กับสังคมเศรษฐกิจวัฒนธรรมและการเมือง ทำให้ต้องมีการปรับกระบวนทัศน์เรื่องสุขภาพและวิธีการบริการสุขภาพให้สอดรับกันด้วย

ภาคประชาชนมีความเข้มแข็งมากขึ้น ภาครัฐมีการปรับตัว

การจัดการให้เกิดการใช้ศักยภาพสังคมและชุมชนอย่างเหมาะสมต้องอาศัยกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กรชุมชนในระดับที่สามารถแก้ปัญหาได้ ทั้งนี้รัฐธรรมนูญฯพ.ศ.2540ฉบับประชาชนให้ความสำคัญกับการสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคประชาชนมากขึ้น (สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2544) โดยกำหนดเป้าหมายและทิศทางการพัฒนาไว้อย่างชัดเจน นำสู่การปฏิบัติจริงได้ ทุกระดับของการบริหารจัดการเปิดช่องให้ประชาชนเข้าร่วมในกระบวนการได้อย่างสมศักดิ์ศรี เพื่อให้เกิดการปกป้องสิทธิของทุกๆคนอย่างเท่าเทียม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องการดูแลสุขภาพซึ่งถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนไทยทุกคนต้องได้รับทั้งจากการจัดการของภาครัฐและภาคประชาชน อาศัยกลไกทางกฎหมายและนโยบายจากรัฐบาลก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในหลายระบบ ดังนี้

[1] รายละเอียดดูเพิ่มเติมได้ใน http://203.157.19.191/OPD_Tot_Pak-45.xls ; http://203. 157.19.191/IPD_Tot_Pak-45.xls ; http://203.157.19.191/OPD_BKK_TOT-45.xls ; http://203.157.19.191/IPD__BKK_TOT-45.xls

การปฏิรูประบบราชการส่งผลกระทบอย่างสูงโดยตรงต่อประสิทธิภาพและบทบาทหน้าที่ของภาครัฐ ซึ่งอาจมีผลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตประชาชน ก่อให้เกิดการทบทวนวิธีการทำงานของภาครัฐอย่างถล่มทลาย มาตรการต่าง ๆถูกนำมาใช้ ตั้งแต่การปรับขนาดองค์กร การตั้งเป้าหมายเชิงผลลัพธ์เพื่อแก้ปัญหาสำคัญของประเทศ การตรวจสอบจากผู้เกี่ยวข้องทุกระดับเหล่านี้กระทบทุกองค์กรและวิชาชีพ

การปฏิรูประบบการศึกษาที่มุ่งเน้นการสร้างกระบวนการและวิธีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตให้ประชาชนนั้นถือเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการสร้างความเข้มแข็งให้ภาคประชาชน ซึ่งไม่ได้เริ่มต้นที่ระบบการศึกษา แต่มุ่งสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ให้เกิดขึ้นในสังคมชุมชนวงกว้างโดยใช้รูปแบบและกลไกที่หลากหลาย ตั้งแต่การใช้สื่อ การมีปฏิสัมพันธ์กันเพื่อสื่อความเข้าใจในระดับบุคคล การมุ่งเน้นที่กระบวนการเรียนรู้เพื่อแก้ปัญหาในการทำงานนี้กระตุ้นให้องค์กรและวิชาชีพต่าง ๆมีการตื่นตัวในการสร้างวัฒนธรรมการทำงานโดยใช้ความรู้มากขึ้น

ผลกระทบจากพระราชบัญญัติการกระจายอำนาจรัฐฯ ทำให้รูปธรรมการดูแลกันเองการจัดการปัญหาในระดับท้องถิ่นมีความเป็นไปได้มากขึ้น ซึ่งต้องเร่งสร้างความเข้าใจในบทบาทหน้าที่และภารกิจขององค์กรที่รับผิดชอบ และกระจายทรัพยากรบุคคลและเงินให้เพียงพอ ซึ่งกระบวนการพัฒนาให้เกิดภาพเหล่านี้ องค์กรปกครองระดับท้องถิ่นต้องได้รับการผลักดันจากภาควิชาชีพและภาครัฐอย่างจริงจังโดยส่งเสริมให้สามารถพึ่งตนเองให้มากขึ้นและให้การกระจายอำนาจที่แท้จริงอยู่ที่การหลุดพ้นจากการพึ่งพิงอำนาจของทุนนิยมและระบบเศรษฐกิจผูกขาดแต่เป็นการเร่งสร้างระบบเศรษฐกิจชุมชนขึ้นมาแทน ถือเป็นยุทธศาสตร์หลักของชาติในการแก้ปัญหาจากผลกระทบที่เกิดขึ้น รูปแบบการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งได้เกิดขึ้นในหลายพื้นที่และกำลังขยายวงกว้างมากขึ้น (เสรี พงษ์พิศ, 2546)ภาพรวมการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งนี้เปิดโอกาสให้มีการใช้ความรู้และภูมิปัญญาอย่างรอบด้านทั้งจากภาควิชาชีพ และภาคประชาชน การบริหารจัดการจากทั้งภาครัฐและองค์กรท้องถิ่น วิชาชีพด้านสุขภาพต้องเห็นช่องทางนี้จึงจะสามารถเข้ามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งนี้ได้

ข้อมูลเพิ่มเติม

ตัวอย่างเช่น กลุ่มสัจจะออมทรัพย์แบบพัฒนาครบวงจร ในพื้นที่อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา (ชบ ยอดแก้ว, 2545) พื้นที่จังหวัดตราด (คณะทำงานจังหวัดตราด, 2545) วัดไผ่ล้อม อำเภอเมือง จังหวัดตราด (พระอาจารย์สุบิน ปณีโต, 2546) การส่งคนในพื้นที่เข้าศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โครงการบัณฑิตคืนสู่สังคม (คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2544) การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยใช้พยาบาลชุมชนเป็นเครื่องมือในการจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ตำบลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ที่เป็นความรับผิดชอบพื้นที่ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลน้ำพอง และ องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำพอง (จินตนา ลี้ละไกรวรรณ ,2545) การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร (ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ, 2547) การศึกษาดูงานการจัดบริการสุขภาพขององค์กรท้องถิ่นของพื้นที่ตำบลขุนคง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ (คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2546) การพัฒนาศักยภาพของศูนย์บริการสุขภาพชุมชนในเขตเทศบาล (สุนทราวดี เธียรพิเชฐ และ คณะ, 2546) เป็นต้น

การสร้างรูปธรรมในระบบสุขภาพใหม่

การเปลี่ยนโครงสร้างของระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพของประเทศกระทบคุณภาพชีวิตของประชาชน พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติซึ่งกำลังอยู่ในขั้นตอนการดำเนินงานก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้ง

กระบวนทัศน์เรื่องสุขภาพและการออกแบบระบบบริการสุขภาพในหลายมิติ (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2546) ที่สำคัญคือประชาชนเข้ามามีบทบาทสูงมากในการออกแบบระบบ เน้นการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพเป็นสำคัญ ส่วนการรักษาหรือแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นแล้วนั้น ให้ความสำคัญกับประสิทธิภาพของการจัดบริการ และการลดหรือควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็นหลัก (คณะทำงานเพื่อเตรียมระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใน http://www.nhso.go.th/)

การได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยภาระด้านค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับนั้น เป็นสิทธิของประชาชนไทยทุกคน เป็นฐานคิดของระบบหลักประกันสุขภาพซึ่งสร้างกลไกให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานที่มีคุณภาพได้ตามความจำเป็น(คณะทำงานเพื่อเตรียมระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544; สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2546) ปัญหาสุขภาพในกลุ่มประชากรที่สำคัญของประเทศมีอัตราที่ลดลง หน่วยงานของรัฐสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้ และการรักษาพยาบาลมีแนวคิดของการพึ่งพาเทคโนโลยีลดลง ซึ่ง*"การจัดการบริการ"*ให้มีประสิทธิภาพ มีความเสมอภาค และประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการ ถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของนโยบายหลักประกันสุขภาพ (คณะทำงานเพื่อเตรียมระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใน http://www.nhso.go.th/) โดยมีระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นระบบหลักระบบแรกที่เป็นกลไกให้นโยบายประสบความสำเร็จได้ตามวัตถุประสงค์ ซึ่งการเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิส่งผลกระทบสูงต่อวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่นพยาบาลที่ต้องมีการปรับบทบาทให้เท่าทันความต้องการของการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานดังกล่าว(ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ, 2544, 2547; ขนิษฐา นันทบุตร, 2545) มีกำลังคนที่เพียงพอและมีประสิทธิภาพ เพื่อก่อให้เกิดความครอบคลุมของการบริการกลุ่มประชากรที่สำคัญ(วิพุธ พูลเจริญ ใน http://www.hsri.or.th/html/article5.htm ; ทัศนา บุญทอง, 2544) สร้างคุณภาพให้เกิดขึ้นกับการบริการพยาบาลและตอบสนองเสียงเรียกร้องเรื่องคุณภาพการบริการจากภาคประชาชน และที่สำคัญในระยะเปลี่ยนผ่านคือต้องมีการจัดการอย่างเท่าทันในผลกระทบเฉียบพลันที่เกิดขึ้น เช่น การปรับบทบาท การจ้างงานรูปแบบใหม่และตำแหน่งงาน การกำหนดมาตรฐานผู้ให้บริการ การสร้างขวัญและกำลังใจให้สามารถปรับตัวกับระบบใหม่ได้ การจัดการกับการไหลออกของบุคลากรในองค์กร เป็นต้น

แนวโน้มสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย

เมื่อกระบวนทัศน์เรื่องสุขภาพเปลี่ยนไป มุมมองเรื่องระบบการดูแลสุขภาพจะเปลี่ยนตาม potential partners จะมีหลายส่วนและมีกรอบคิดที่ต่างกัน ตั้งแต่ประชาชน รัฐ ผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้ปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันการศึกษา องค์กรวิชาชีพ องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน การดูแลสุขภาพจึงกว้าง ตั้งแต่ การดูแลสุขภาพโดยประชาชน การบริการสวัสดิการโดยองค์กรชุมชน องค์กรท้องถิ่น การให้บริการสุขภาพโดยวิชาชีพในภาครัฐ เอกชน และ การบริการสวัสดิการโดยองค์กรอื่นๆ third party จะมีความสำคัญมากขึ้นต้องทบทวนบทบาทวิชาชีพ ระบบบริการสุขภาพต้องมีมาตรฐานและมีการควบคุมคุณภาพโดยใช้มาตรการทางกฎหมายและกลไกการเงินที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น รูปแบบการจ้างงานเป็นแบบใหม่ ระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนต้องเป็นภาพรวมที่สามารถตอบสนองรูปแบบการจ้างงานที่หลากหลายโดยเฉพาะในยุคที่ต้องทำตามข้อตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าและการบริการ (GATS)ของการค้าเสรี(http://www.dft.moc.go.th/eximcentre/technical/fta_th_cn.htm) มีผลให้ระบบการจ้างงานและค่าตอบแทนเปลี่ยนไป การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ต้องการความรู้เพื่อมาจัดการให้เกิดภาพอนาคตตามที่พึงประสงค์ได้

2. รูปแบบการบริการพยาบาลและรูปแบบการจ้างงาน

> " ***การพยาบาล*** หมายความว่า การกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับ การดูแลและการช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค ทั้งนี้ โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล "
>
> พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ คัดลอกจาก http://www.tnc.or.th/law/law28_1.html

ความนำ

สถานการณ์ระบบการพยาบาลและการดูแลสุขภาพประชาชนแสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับบทบาทของวิชาชีพการพยาบาลที่เป็นผลกระทบสืบเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์การมองสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนซึ่งสะท้อนภาพรูปแบบการดูแลหรือการบริการพยาบาลที่มีมากขึ้น โดยวิเคราะห์จากปัญหาสุขภาพของประชาชนและรูปแบบการจ้างงานที่ปรากฏในสังคมไทย พร้อมชี้ให้เห็นความจำเป็นในการทบทวนวิธีคิดเรื่องการวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนทางการพยาบาลให้สอดรับกับสภาพความต้องการพยาบาลแนวใหม่นี้

บทบาทของวิชาชีพการพยาบาล

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลถูกกำหนดโดยพรบ.การประกอบวิชาชีพการพยาบาลฯ(พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2528 แก้ไขปรับปรุง พ.ศ.2540 ใน http://www.tnc.or.th/law/law28_1.html) ให้มี 4 เรื่อง ซึ่งเป็นตัวชี้พื้นที่การครอบครองของวิชาชีพ ได้แก่ การสอน การให้คำปรึกษาเรื่องสุขภาพ การบริการโดยตรงเช่นการดูแลและการรักษาโรคเบื้องต้น การสร้างภูมิคุ้มกัน การฝากครรภ์และการคลอด ตลอดจนการช่วยเหลือแพทย์ในการบริการ ซึ่งการช่วยเหลือแพทย์เป็นบทบาทที่ประชาชนและสังคมรับรู้เป็นอันดับแรก และเป็นตัวทำให้เกิดการทำงานเกินขอบเขตการประกอบวิชาชีพมาช้านานเนื่องจากภาวะขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องในระบบบริการสุขภาพภาครัฐ workloadและTORไม่ชัดเจน ในยุคปฏิรูประบบสุขภาพตามกระบวนทัศน์ใหม่ของสุขภาพนี้กระบวนการทบทวนบทบาทของวิชาชีพการพยาบาลได้ก่อให้เกิดข้อความรู้ที่ชี้นำการพัฒนาอย่างกว้างขวางโดยเฉพาะในบทบาทของการเป็นผู้จัดการการดูแลสุขภาพองค์รวมให้เกิดขึ้นได้อย่างเป็นรูปธรรม

บทวิเคราะห์เพิ่มเติม

ยุวดี เกตุสัมพันธ์ (2546) ในเอกสารประกอบการประชุมนี้ วิเคราะห์บทบาทหน้าที่และขอบเขตของวิชาชีพการพยาบาลเพื่อตั้งข้อสังเกตว่าประสบการณ์ของวิชาชีพชี้ให้เห็นความจำเป็นในการทบทวนบทบาทของพยาบาลเพื่อให้สอดคล้องกับปรากฏการณ์การดูแลและเป้าหมายการพยาบาลที่เปลี่ยนไปตามแบบแผนด้านสุขภาพของประชาชน

รูปแบบการบริการพยาบาลเปลี่ยน รูปแบบการจ้างงานมีความหลากหลายมากขึ้น

เมื่อลักษณะและแบบแผนการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ของประชาชนเปลี่ยนไป วิธีคิดเรื่องการจัดการกับปัญหาเหล่านี้ต้องอาศัยการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมและรูปแบบการบริการสุขภาพจะเน้นไปที่การดูแลในระดับปฐมภูมิ ที่บ้าน ในชุมชนและสถานประกอบการ ที่ทำงาน สถานศึกษา เป็นการบริการพยาบาลแบบเวชปฏิบัติชุมชนในหน่วยบริการสุขภาพที่เป็นเครือข่ายการบริการสุขภาพปฐมภูมิทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น และโดยองค์กรชุมชนเอง ได้แก่ คลินิกการพยาบาล หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สถานประกอบการ พยาบาลของชุมชน โรงเรียน พยาบาลที่ดูแลสุขภาพที่บ้าน วิชาชีพการพยาบาลเสนอตนเข้ามี

บทบาทและหน้าที่ในพื้นที่นี้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ทำให้วิชาชีพเห็นภาพรูปแบบการบริการที่หลากหลายมากขึ้น เป็นโอกาสของการพัฒนาบทบาทชัดเจน ถือเป็นก้าวของการพัฒนาที่สำคัญ

บทวิเคราะห์เพิ่มเติม

การประกอบการอิสระของพยาบาลเกิดขึ้นในสภาพความเป็นจริงมานานจากความพยายามในการตอบสนองความต้องการของประชาชนโดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง การรักษาโรคเบื้องต้น การฝากครรภ์และการคลอด อย่างไรก็ดีการพัฒนารูปธรรมที่เกิดขึ้นแล้วให้เข้มแข็งและขยายผลต่อไปต้องอาศัยกลไกเชิงนโยบายเพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งของการบริการสุขภาพสำหรับประชาชนและรูปแบบการจ้างงานของพยาบาล ที่ผ่านมาการประกอบการอิสระค่อนข้างจำกัดที่การให้บริการแบบคลินิกเอกชน ทั้งนี้เนื่องจากขาดภาพคิดที่ชัดเจนในหลายประเด็นได้แก่ 1)บทบาทของพยาบาลในการประกอบการอิสระในการบริการสุขภาพลักษณะอื่นๆโดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิควรเป็นอย่างไร สร้างผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนอย่างไร ใครเป็นผู้ใช้บริการหลัก ค่าตอบแทนที่ได้เป็นอย่างไร 2)การพัฒนาพยาบาลเพื่อเข้าสู่การจ้างงานรูปแบบนี้ควรทำอย่างไร 3)การควบคุมคุณภาพเป็นอย่างไร การประเมินผลการบริการสุขภาพต้องทำอย่างไร ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นแล้วเป็นอย่างไร ควรพัฒนาอย่างไร

สถานการณ์การจ้างงานในระบบบริการสุขภาพใหม่หลังการปฏิรูประบบสุขภาพ หรือ ตามความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน เช่น บริการสุขภาพที่บ้าน บริการพยาบาลที่ต่างกันในหน่วยบริการสุขภาพต่างระดับ หรือในกรณีการบริการพยาบาลที่ผู้ใช้บริการสามารถจ่ายได้ อาจเกิดขึ้นในลักษณะที่ต่างไปจากเดิม การวางโครงสร้างรองรับในอนาคตต้องเกิดขึ้น นอกเหนือจากโครงสร้างภาครัฐ เช่น โครงสร้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การประกอบการอิสระของพยาบาลทั้งในการให้บริการสุขภาพพื้นฐานและเชียวชาญเฉพาะสาขา โครงสร้างการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน และโครงสร้างการดูแลสุขภาพของสถานประกอบการขนาดต่างๆ สถานการณ์นี้แสดงภาพตำแหน่งงานและการจ้างงานที่ชัดเจนว่าไม่จำกัดเพียงแค่ในระบบราชการในรูปแบบต่างๆ แต่ครอบคลุมถึงในรูปแบบอื่นๆด้วย ซึ่งจะมีผลต่อเนื่องใน2เรื่อง คือ 1)การเข้าถึงการดูแลสุขภาพของประชาชนที่มีพยาบาลในทุกรูปแบบการบริการ 2)ตัวอย่างงาน บันได วิชาชีพ ค่าตอบแทน และการพัฒนา ผู้เกี่ยวข้องในระบบการจ้างงานในแต่ละภาคส่วนต้องมีส่วนร่วมในกลไกการวางแผนและพัฒนา การลงทุนร่วมผลิต การประเมินผลควบคุมกำกับมาตรฐานและคุณภาพการทำงานด้วย

อนาคตความต้องการบริการพยาบาลตามการจ้างงานในรูปแบบต่างๆมีผลต่อ ชนิดของพยาบาลและสมรรถนะที่ต้องการ เช่นพยาบาลของ อบต. เน้นการทำงานร่วมกับชุมชนในการพัฒนาวิถีการดำเนินชีวิตทั้งหมด พยาบาลในสถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิและตติยภูมิเน้นการทำงานโดยการใช้ clinical knowledge เป็นหลักในการจัดการให้การดูแลผู้ป่วยเกิดขึ้นอย่างเป็นองค์รวมจากการประสานทีมสุขภาพ พยาบาลที่ประกอบการอิสระเน้นการรักษาเบื้องต้น การบริการที่เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา พยาบาลในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเน้นการเป็นผู้จัดการการบริการสุขภาพให้ชุมชน พยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้านในผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังใช้ความรู้ทั้งทางสังคมวัฒนธรรม วิถีการดำเนินชีวิต และclinical knowledge เป็นต้น เมื่อพยาบาลมีหลายชนิดและสมรรถนะมีความต่างกัน การผลิต การใช้ การกระจาย พยาบาลแต่ละชนิดจะเกิดขึ้นอย่างไร้ทิศทางหากไม่มีกลไกการจัดการที่มีประสิทธิภาพ ปัญหาความขาดแคลนพยาบาลอาจยังไม่ได้รับการแก้ไข

ในบริบทของการให้บริการสุขภาพขั้นพื้นฐานและเชี่ยวชาญนั้น ความต้องการพยาบาลที่มีระดับสมรรถนะที่ต่างกันในขั้นพื้นฐาน(ระดับปริญญาตรี)และขั้นเชี่ยวชาญ (ระดับปริญญาโทหรือการอบรมขั้นสูง)มีผลต่อ

มาตรฐานและคุณภาพการบริการพยาบาล สถานการณ์นี้มีความชัดเจนมากขึ้นเมื่อระบบหลักประกันสุขภาพกำหนดคุณภาพผู้ให้บริการไว้ชัดเจนว่าควรมีพยาบาลสมรรถนะใดในสัดส่วนอย่างไรในสถานบริการสุขภาพที่เป็นเครือข่ายคู่สัญญาฯ ดังนั้นกระบวนการผลิตและพัฒนาพยาบาลจึงต้องมีการปรับตัวทันที โดยสภาการพยาบาลเป็นองค์กรควบคุมมาตรฐานและสถาบันการศึกษาผลิตและพัฒนาให้เพียงพอ

รูปธรรมการจ้างงานใหม่จะเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมและก่อให้เกิดประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพประชาชนได้เต็มที่นั้น วิชาชีพการพยาบาลต้องทำความเข้าใจร่วมกับผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดในประเด็นต่างๆดังนี้

1. แนวคิดในการสรุปบทบาทหน้าที่และขอบเขตของวิชาชีพในรูปแบบการจ้างงานใหม่เหล่านี้ การทำงานในแต่ละรูปแบบและในพื้นที่ที่ต่างกัน ตลอดจนความต้องการพยาบาลในรูปแบบการบริการสุขภาพที่ต่างกัน ผลกระทบต่อการขยายบทบาทพยาบาล
2. วิธีคิดของPurchasers ที่นอกเหนือจากรัฐ ท้องถิ่น เช่น บริษัทประกัน ระบบประกันสังคมต่อเรื่องนี้
3. กรอบTOR ในแต่ละรูปแบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบบริการสุขภาพภาครัฐ เนื่องจากในภาคเอกชนมีกรอบคิดในการจ้างงานที่เป็นของตนเองในแต่ละองค์กรที่ชัดเจนมานาน และควรมีTOR ของพยาบาลบนฐานของมิติใดบ้าง เช่นขั้นความสามารถระดับพื้นฐานและสูง รูปแบบการบริการที่สถานบริการสุขภาพและในชุมชน กลุ่มประชากรที่ให้การดูแล ความรู้ที่ต้องมี
4. โครงสร้างของตำแหน่งและค่าตอบแทน การเทียบเคียงกันในระหว่างระบบที่ต่างกัน สัดส่วนความแตกต่างระหว่างรัฐ เอกชน องค์กรชุมชน และกลไกการควบคุม
5. การดำเนินการสร้างระบบรองรับ ลักษณะความก้าวหน้าของงานและแนวทางการพัฒนา
6. ความรู้อะไรบ้างที่ต้องสร้างเพื่อใช้เป็นฐานในการพัฒนาระบบเหล่านี้

ข้อมูลเพิ่มเติม

ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการออกวุฒิบัตรแสดงความรู้ ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2541 ให้มีสาขาต่างๆได้ 5 สาขาคือการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ การพยาบาลเด็ก การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และการพยาบาลชุมชน และใช้ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2545 เพื่อให้มีคุณสมบัติที่จะขอสอบวัดความรู้เพื่อรับวุฒิบัตรแสดงความรู้ ความชำนาญ เฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ลงวันที่ 22 มีนาคม พ.ศ. 2545 เป็นหนึ่งกลไกในการกำกับมาตรฐาน สำหรับการต่ออายุใบอนุญาตของผู้ปฏิบัติงานในวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์นั้นต้องผ่านเกณฑ์ที่กำหนดโดยสภาการพยาบาล ได้แก่1)การรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงานเจ้าของกิจการ 2)มีหลักฐานแสดงการเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถ หรือมีส่วนร่วมในการพัฒนาบุคลากรหรือวิชาการ โดยคิดเป็นคะแนนสะสม 50 คะแนนในระยะ 5 ปี

กำลังคนทางการพยาบาลที่สร้างการเข้าถึงการดูแลสุขภาพให้ประชาชนมากขึ้น

คำจำกัดความที่สำคัญของกำลังคนทางการพยาบาล ได้แก่ พยาบาล กำลังคน care givers และผู้ช่วยเหลืออื่นๆ บทบาทหรือระดับความสามารถในการปฏิบัติในขั้นพื้นฐาน ขั้นสูง และความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา กรอบแนวคิดในการวางแผนและพัฒนากำลังคนทางการพยาบาล ครอบคลุม นโยบายและแผนกำลังคนทางการพยาบาล การผลิตกำลังคนทางการพยาบาล การใช้และการกระจายกำลังคนทางการพยาบาล ระบบสนับสนุนกำลังคนทางการพยาบาล ได้แก่ สภาพการปฏิบัติงาน ระบบค่าตอบแทนและตำแหน่งการจ้างงาน โดยระบบการบริการที่ปรากฏในประเทศพบว่า มีการจัดบริการสุขภาพหลากหลายรูปแบบ ทำให้มีการกระจาย

ของพยาบาลวิชาชีพไปอยู่ตามหน่วยบริการสุขภาพต่างๆ ทั้งในระบบบริการสุขภาพภาครัฐ รัฐวิสาหกิจ เอกชน คลินิก องค์กรอิสระ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามสังกัด

สถานบริการสุขภาพ พ.ศ.	2540	2541	2542	2543	2545
รัฐบาล	56,366	63,708	68,008	70,978	75,691
รัฐวิสาหกิจ	2,017	2,387	2,421	2,614	*
เทศบาล	2,220	2,792	2,825	3,130	*
องค์กรอิสระ	*	*	*	2,340	*
เอกชน	5,943	8,009	8,182	8,909	9,701

(ดัดแปลงจาก http://hrm.moph.go.th/student/nurse1.rb; รายงานทรัพยากรสาธารณสุขประจำปี 2543 ใน http:// http://203.157. 19.191/hos26-43.doc ; http://203.157.19.191/table%203.5.xl *ไม่มีข้อมูล

บทวิเคราะห์

บทบาทและขอบเขตการทำงานของ care givers นั้นยังไม่ชัดเจน ถือเป็นการดูแลสุขภาพภาคประชาชนในภาวะที่ต้องพึ่งพาเกินความสามารถของครอบครัว ที่ต้องการการกำกับคุณภาพจากวิชาชีพ เพื่อผลประโยชน์ของผู้รับบริการ ความต้องการคนกลุ่มนี้มีสูงมากขึ้นโดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง และเด็กในระยะที่สังคมถูกครอบงำด้วยโลกาภิวัฒน์ด้านการเงิน ซึ่งต้องการการยอมรับจากสังคม ประชาชนและวิชาชีพอื่น care givers เป็นคนที่เกิดจากปัญหาของความไม่เพียงพอของพยาบาล ประเด็นคือบทบาทหน้าที่และขอบเขตการทำงานยังไม่เป็นที่ชัดเจนว่า เป็นส่วนหนึ่งของทีมการพยาบาลหรือเป็นส่วนเสริม บุคลากรกลุ่มนี้จะมีจำนวนมากขึ้น การควบคุมกำกับเรื่องคุณภาพเป็นเรื่องสำคัญ

วิลาวัณย์ เสนารัตน์ (2546)วิเคราะห์สถานการณ์กำลังคนทางการพยาบาล ในเอกสารประกอบการประชุมครั้งนี้ โดยชี้ให้เห็นสถานการณ์ปัจจุบัน เงื่อนไขสำคัญ ปัญหาเกี่ยวกับการวางแผนพัฒนากำลังคนทางการพยาบาล และแนวทางการวางแผนพัฒนากำลังคนสาขาต่างๆโดยวิเคราะห์จากความต้องการของประชาชน องค์กรให้บริการสุขภาพ องค์กรเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างเป็นภาพรวม

ข้อมูลเพิ่มเติม

สรุปจำนวนพยาบาล ในปี พ.ศ. 2545 จาก http://hem.moph.go.th/student/nurse1.rb

พยาบาล	ภาครัฐ	75,691
	ภาคเอกชน	9,701
	รวม	85,392
พยาบาลเทคนิค	ภาครัฐ	27,590
	ภาคเอกชน	425
	รวม	28,015
	รมทั้งสิ้น	113,407

ปัญหาของการผลิตและพัฒนากำลังคนทางการพยาบาลในประเทศ

สภาพความขาดแคลนกำลังคนทางการพยาบาลในปัจจุบันมีสาเหตุจากปัจจัยหลายประการได้แก่ อัตราการผลิตลดลง ความต้องการของตลาดต่างประเทศ การกระจายไม่เพียงพอ ความไม่ชัดเจนในนโยบายและแผนกำลังคน ความไม่ชัดเจนของTORและรูปแบบการจ้างงานที่ได้รับการยอมรับ ขาดการเชื่อมประสานระบบ

เครือข่ายความร่วมมือระหว่างผู้กำกับนโยบายและแผนกำลังคนกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การผลิตกำลังคนที่ไม่ได้มาตรฐาน ระบบค่าตอบแทนไม่สอดรับกับสภาพในการปฏิบัติงาน ภาระงานหนัก ความก้าวหน้าในงานไม่มีระบบการจ้างงานและค่าตอบแทนรองรับที่ชัดเจน การได้รับความสนับสนุนและการได้รับโอกาสในการศึกษาต่อมีน้อยจากข้อจำกัดของการปรับองค์กรจ้างงาน ระบบการศึกษาต่อเนื่องที่ขาดความยืดหยุ่น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวโน้มด้านสุขภาพและกำลังคนทางการพยาบาล ได้แก่ การที่ประชาชนมีจำนวนมากขึ้น ปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น ซับซ้อนมากขึ้น โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง พฤติกรรมการบริโภคที่เปลี่ยนไป ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่คุกคามสุขภาพประชาชน สังคมวัฒนธรรมวัตถุนิยมที่ขาดการเกื้อหนุนกัน การปฏิรูประบบต่างๆ เช่นระบบราชการ ระบบสุขภาพ ทำให้กรอบคิดในแต่ละระบบเปลี่ยนไป การจัดการเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพและการพยาบาลต้องเปลี่ยนตาม

ข้อมูลและบทวิเคราะห์เพิ่มเติม

สถานการณ์การผลิตกำลังคนทางการพยาบาลปัจจุบันมีสถาบันผลิตพยาบาลปริญญาตรี 7 สังกัด คือมหาวิทยาลัย 13 แห่ง กระทรวงสาธารณสุข 35 แห่ง กระทรวงกลาโหม 4 แห่ง กระทรวงมหาดไทย 1 แห่ง กรุงเทพมหานคร 1 แห่ง สภากาชาดไทย 1 แห่ง และเอกชน 10 แห่ง รวม 65 แห่งในปี 2547 มีเพิ่ม 2 แห่งที่สังกัดมหาวิทยาลัย ส่วนระดับบัณฑิตศึกษามี 11 แห่ง (รัฐ9+เอกชน2) ที่ผลิตระดับปริญญาโท และ 5 แห่งที่ผลิตระดับปริญญาเอก สำหรับการฝึกอบรมนั้นเกือบทุกสถาบันการศึกษาและฝ่ายการพยาบาลในหลายสถานบริการสุขภาพสามารถดำเนินการได้ทั้งด้วยตนเองและร่วมมือระหว่างสถาบัน

ระหว่างปี พ.ศ. 2544-2551 สถาบันการศึกษาจะสามารถผลิตพยาบาลวิชาชีพหลักสูตร 4 ปี และหลักสูตรต่อเนื่องได้ 575,511 คน เฉลี่ยปีละ 7,189 คน ซึ่งต่ำกว่าการคาดประมาณการผลิตไว้เมื่อปี 2538 (Srisuphan et.al,1998) อยู่ 14,053 คน ซึ่งได้คาดไว้ว่าจะผลิตได้ 71,564 คน หรือต่ำกว่าที่คาดประมาณไว้ 20% เนื่องจากสถาบันการศึกษาภายใต้กระทรวงสาธารณสุขลดจำนวนการผลิตหลักสูตร 4 ปี จากการรับปีละ 4,700 คน เหลือ 1,700 คน (สถาบันพระบรมราชชนก,2545) การขาดแคลนพยาบาลจะเพิ่มขึ้นด้วยเหตุผลความต้องการพยาบาลในระดับปฐมภูมิ หากกำหนดให้ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน (Primary Care Unit : PCU) แต่ละแห่งมีพยาบาลวิชาชีพแห่งละ 2 คน จะต้องมีพยาบาลวิชาชีพอีกอย่างน้อย 19,118 คน ทั่วประเทศ และหากกระทรวงสาธารณสุขสามารถเกลี่ยตำแหน่งสูงสุดได้ประมาณ 8,000 ตำแหน่ง ก็ยังคงขาดอีก 11,000 ตำแหน่งทั่วประเทศ และขณะเดียวกันการขาดแคลนเกิดขึ้นในต่างประเทศเช่นกัน เช่น สหรัฐอเมริกา อังกฤษ ยุโรป ได้เข้ามาติดต่อขอรับพยาบาลไปทำงานในประเทศของตนเป็นจำนวนมาก ด้วยค่าตอบแทนที่สูงกว่าการทำงานในประเทศทำให้เกิดแรงดูดให้พยาบาลลากออกเพื่อไปทำงานในต่างประเทศมากขึ้น ซึ่งตัวเลขขณะนี้ยังไม่มีการรวบรวมอย่างเป็นระบบแต่ผลกระทบเกิดขึ้นในสถานบริการสุขภาพหลายแห่ง

ยิ่งไปกว่านั้นรัฐบาลมีนโยบายส่งเสริมการผลิตพยาบาลเพื่อไปทำงานในต่างประเทศให้มากขึ้น โดยเน้นการสร้างหลักสูตรนานาชาติ การอบรมเพิ่มเติมสมรรถนะทางภาษาแก่พยาบาลผู้ต้องการไปทำงานในระบบของต่างประเทศ ความสมดุลของกำลังคนที่ผลิตเพื่อแก้ปัญหาความขาดแคลน และทดแทนจำนวนการไปทำงานต่างประเทศ จึงต้องมีการสังเคราะห์อย่างเร่งด่วน

สำหรับสถานการณ์กำลังคนทางการพยาบาลในระดับเชี่ยวชาญ (ปริญญาโทและเอก) ทั้งการผลิตและจำนวนที่มีอยู่นั้นยังไม่มีข้อมูลภาพรวม

ภาพรวมความต้องการกำลังคนทางการพยาบาลของประเทศ

ความต้องการกำลังคนทางการพยาบาลมาจากปัจจัยหลายประการ ที่สำคัญคือจากลักษณะความต้องการพยาบาลสำหรับการดูแลประชากรกลุ่มต่างๆทั้งที่เจ็บป่วย ไม่เจ็บป่วย ทั้งในพื้นที่เขตเมืองและชนบท การ

จัดการที่ผ่านมาไม่สามารถตอบสนองได้เนื่องจากวิธีคิดเรื่องนี้ถูกจำกัดด้วยกรอบของระบบการจ้างงานแบบรัฐที่กำกับด้วยการกำหนดตำแหน่ง การวางแผนและพัฒนาเท่าที่ผ่านมาผู้รับผิดชอบหลักเป็นกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีข้อจำกัดเรื่องกำลังคนที่นอกเหนือจากของภาครัฐหรือระบบที่คุ้นเคย การไหลออกจากวิชาชีพ แรงดึงจากต่างประเทศ กำลังคนในภาคเอกชน และการประกอบวิชาชีพอิสระ ทำให้ไม่มีข้อมูลกำลังคนทั้งหมด

กำลังคนทางการพยาบาลที่ปรากฏในระบบสุขภาพปัจจุบัน มีหลายกลุ่ม ได้แก่ พยาบาล (พยาบาลเทคนิค พยาบาลวิชาชีพซึ่งแบ่งเป็นขั้นพื้นฐาน ขั้นเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา) ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยเหลือต่างๆ กำลังคนเหล่านี้ร่วมทีมในการให้บริการพยาบาลในระบบ แต่ยังไม่มีความชัดเจนในชนิดของพยาบาลทั้งหมด การกำหนด TOR ของแต่ละชนิดในการให้บริการพยาบาลตามสถานบริการสุขภาพต่างๆ โดยเฉพาะในระบบบริการสุขภาพภาครัฐซึ่งเป็นระบบหลักยังไม่เป็นรูปธรรม ทำให้มีผลต่อการกำหนดตำแหน่ง บันไดวิชาชีพ ค่าตอบแทน ส่วนในภาคเอกชนนั้นมีความชัดเจนมาโดยตลอดและมากขึ้นเมื่อภาคเอกชนเข้าร่วมรับผิดชอบการจัดบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานกับรัฐในระบบหลักประกันสุขภาพด้วย ผลกระทบชัดเจนเมื่อรัฐนำระบบหลักประกันสุขภาพมาเป็นเครื่องมือการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพ เกิดการสูญเสียกำลังคนอย่างควบคุมไม่ได้

สถานการณ์สุขภาพของประชาชนไทยชี้ให้เห็นกลุ่มประชากรที่ต้องการบริการพยาบาลที่ขยายกว้างขึ้น รูปแบบการบริการสุขภาพเปลี่ยนไปมีความหลากหลายมากขึ้น การจัดการการบริการสุขภาพอยู่ในมือของหลายภาคส่วน ความต้องการกำลังคนทางการพยาบาลในการดูแลสุขภาพประชาชนจึงต้องการการปฏิรูปความคิดให้รอบด้านและครอบคลุม ทั้งในการตอบสนองรูปแบบการจ้างงานที่ต่างกันในภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่น และภาคประชาชน สมรรถนะขั้นพื้นฐานและขั้นสูงพร้อมสัดส่วนในระดับบริการสุขภาพที่มีความซับซ้อนต่างกัน พื้นที่เขตเมืองและเขตชนบท พื้นที่ทางสังคมวัฒนธรรมที่ต่างกัน การบริการข้ามชาติ บริการพื้นฐานและบริการพิเศษ ซึ่งต้องการกลไกจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหลายมาร่วมวางแผน ร่วมลงทุน กำกับประเมินผล ทั้งในการผลิตและการพัฒนา การใช้ การกระจาย

การวิเคราะห์กำลังคนที่ขาดเป็นเรื่องสำคัญว่าส่วนที่ขาดคือส่วนพื้นฐานหรือขั้นสูง โดยเฉพาะเมื่อมาตรฐานผู้ให้บริการสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพถูกกำหนด การขาดจะทวีความรุนแรงในกลุ่มพื้นฐานและขั้นสูงแตกต่างกัน การแยกประเภทความเชี่ยวชาญให้ย่อยมากขึ้นจะกระทบความต้องการพยาบาลขั้นพื้นฐานด้วย เมื่อพยาบาลต้องเข้าทำงานในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิความขาดแคลนจะเกิดขึ้นอย่างหนัก ประเด็นข้อมูลความต้องการกำลังคนทั้ง ชนิดและสัดส่วนน่าจะถูกกำหนดจากพื้นที่มากกว่าจากส่วนบน

การกระจายกำลังคนก็เป็นอีกประเด็นที่ต้องการฐานคิดที่ครอบคลุม โดยเน้น 2 ส่วนหลักคือสัดส่วนพยาบาลที่ต่างกันในพื้นที่เมืองและชนบท สัดส่วนพยาบาลทำงานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นระบบหลัก และพยาบาลในสถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิและตติยภูมิหรือเฉพาะทาง

การวางแผนการผลิตที่ผ่านมา ขาดการมองภาพรวมจากทุกองค์กรที่มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นการมองจากองค์กรภาครัฐเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะเมื่อมีการปฏิรูประบบสุขภาพซึ่งก่อให้เกิดความต้องการบุคลากรสำหรับการให้บริการสุขภาพที่ต่างออกไป เช่น ในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทั้งในส่วนที่ระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขจัดให้ ส่วนของบริการที่เกิดขึ้นจากการประกอบวิชาชีพโดยอิสระ ส่วนที่เป็นของภาคประชาชน ภาคเอกชน และส่วนที่ต้องสร้างขึ้นตามภารกิจขององค์กรปกครองท้องถิ่นตาม พ.ร.บ.การกระจายอำนาจรัฐฯ เป็นต้น ซึ่งภาพรวมกำลังคนทั้งหมดไม่สามารถตอบสนองได้เพราะขาดการวางแผนร่วมกัน ขาดการมีส่วนร่วมจากองค์กรที่เกี่ยวข้องที่เป็นผู้ใช้ทั้งในแง่การวางแผนการผลิต การจ้างงาน และการพัฒนากำลังคนอย่างต่อเนื่อง

วิกฤติที่เกิดขึ้นจากนโยบายมีผลต่อแนวทางการวางแผนและพัฒนากำลังคน เช่นนโยบายภาครัฐที่มุ่งการลดกำลังคนจากระบบราชการ ทำให้การลาศึกษาต่อมีข้อจำกัด พ.ร.บ.การประกอบวิชาชีพการพยาบาลฯ กำหนดให้มีการต่อทะเบียนใบอนุญาตทำให้ความต้องการการพัฒนาของพยาบาลมีการกำหนดทิศทางมากขึ้น ระบบหลักประกันสุขภาพที่ใช้มาตรการการเงินการคลังมาจัดการเรื่องคุณภาพการบริการเช่นการกำหนดคุณภาพผู้ให้บริการสุขภาพในสถานบริการสุขภาพของเครือข่ายคู่สัญญาทั้งชนิด สมรรถนะและสัดส่วนที่เหมาะสม เหล่านี้มีผลกระทบต่อกำลังคน ต่อการดูแลสุขภาพและการเข้าถึงบริการพยาบาลโดยเฉพาะในชนบทที่สัดส่วนกำลังคนมีความแตกต่างกันมาก

องค์ประกอบสำคัญของการศึกษาความต้องการกำลังคนภาพรวม ได้แก่ 1)ฐานคิดในการการศึกษาความต้องการกำลังคนทางการพยาบาล และด้านสุขภาพภาพรวม ข้อมูลที่ต้องใช้และกลไกในการได้มาซึ่งข้อมูลต่างๆ ความเชื่อมโยงกับการวางแผนระดับชาติในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ 2)สถานการณ์ความขาดแคลนกำลังคนที่เผชิญอยู่ ชนิดของกำลังคนที่ขาดแคลนอยู่ในระดับใดของการดูแลสุขภาพประชาชน และในรูปแบบการจ้างงานใด 3)ลักษณะความต้องการพยาบาลในการดูแลประชากรกลุ่มต่างๆทั้งที่ป่วยและไม่ป่วย 4)ลักษณะความต้องการพยาบาลของต่างประเทศ 4)ฐานคิดและขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลจากพื้นที่เรื่องความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพทั้งหมด 5)การคิดสัดส่วนของกำลังคนแต่ละชนิดและขีดขั้นความสามารถในแต่ละพื้นที่การบริการสุขภาพ รูปแบบการบริการ รูปแบบการจ้างงาน 6)ความแตกต่างของสัดส่วนในเขตเมืองและเขตชนบท สัดส่วนในระบบบริการสุขภาพที่ต่างระดับกัน (ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ) ตลอดจนรูปแบบการมีส่วนร่วมขององค์กรที่เกี่ยวข้องในการวางแผนการผลิต การใช้ การกระจาย กำลังคนด้านสุขภาพ 7)ผลกระทบของนโยบายต่อ การลาออกของพยาบาล การขาดพยาบาล ความต้องการในการศึกษาต่อเนื่องของพยาบาลในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ ตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ

กรอบการผลิตและการพัฒนาพยาบาลที่ขีดสมรรถนะต่างกัน

ในระบบบริการสุขภาพที่มีความแตกต่างกันหลายระดับ เช่น ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และรวมทั้งการบริการพยาบาลในรูปแบบใหม่ๆ เช่น รูปแบบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รูปแบบการประกอบการอิสระ รูปแบบที่ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพและบริการพยาบาลของกลุ่มประชากรพิเศษ เช่น ผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุ เหล่านี้มีความต้องการกำลังคนทางการพยาบาลที่ต่างกัน ในแง่สมรรถนะ การผลิตและการพัฒนาต้องตอบสนอง เพื่อให้เกิดคุณภาพ การบริการพยาบาลจำเป็นต้องมีภารกิจใดบ้าง ภาระงานใดเป็นภาระงานที่ต้องดำเนินการโดยพยาบาลและภาระงานใดที่สามารถให้บุคลากรอื่นเป็นฝ่ายสนับสนุน ซึ่งแนวคิดของการสร้าง skill mixed team ต้องให้ชัดเจน และให้เป็นทิศทางเดียวกันทั้งระบบ ว่าเป็นเรื่องผู้ช่วยของการพยาบาล หรือ เป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาล ทั้งนี้ต้องใช้ฐานคิดของความปลอดภัยของผู้ใช้บริการและคุณภาพการบริการเป็นตัวตั้ง

สาระสำคัญที่มีอิทธิพลต่อกรอบคิดเรื่องพยาบาลที่มีขีดสมรรถนะต่างกันและการสร้างทีมพยาบาล ได้แก่ 1)ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสุขภาพประชาชนจากการมีพยาบาลต่างสมรรถนะ ใครได้ประโยชน์ 2)ความแตกต่างของพยาบาลตามขั้นสมรรถนะในแต่ละ พื้นที่ รูปแบบการบริการ และรูปแบบการจ้างงาน ในแง่ความสามารถการผลิต การพัฒนา 3)ฐานคิดในการสร้าง skill mixed team พร้อมข้อมูลและความรู้ที่ต้องใช้ในการสร้างทีมนี้ เช่น สมรรถนะ ขอบเขตการปฏิบัติและมาตรฐาน TOR และระบบการพัฒนาความก้าวหน้า 4)ความต้องการพยาบาลต่างสมรรถนะ ในแง่ปัญหาสุขภาพ วิธีการทำงาน ประชากรที่ต้องดูแลที่เจ็บป่วยและไม่เจ็บป่วย ความรู้ที่ต้องมี 5)แนวทางการจัดการศึกษาให้สอดรับกันทั้งในแง่การผลิตกำลังคนใหม่และการพัฒนากำลังคนให้มีความสามารถในระดับสูงขึ้นไป 6)ความรู้ที่พยาบาลต้องการเพื่อใช้ในการทำงานในการจ้างงานรูปแบบ

เหล่านี้ การปรับตัวในกระบวนการศึกษาและวัฒนธรรมการเรียนรู้ หลักสูตรจะมีมาตรฐานเดียวหรือหลายมาตรฐานเพื่อการสร้างพยาบาลในรูปแบบที่ต่างกัน 7)แผนการพัฒนาการศึกษาต่อเนื่อง การรองรับของโครงสร้างตำแหน่งงานและบันไดวิชาชีพ และการควบคุมคุณภาพ

ประเด็นที่ 1
1. จะต้องทำอะไรเพิ่มในการที่จะปรับฐานคิดขององค์กรที่มีอำนาจในการวางแผนการผลิต การใช้ และการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพภาพรวม กระบวนการปรับวิธีคิดทำได้อย่างไร
2. ต้องการกลไกอะไรมาช่วยผลักดัน การมีองค์กรกลางจะสามารถผลักดันได้อย่างไร องค์กรที่เกี่ยวข้องที่มีอยู่จะปรับบทบาทอย่างไร เช่น ที่ประชุมคณบดีและหัวหน้าสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลฯ กระทรวงสาธารณสุข สภาการพยาบาล เป็นต้น

3. พยาบาลกับบทบาทการเป็นผู้จัดการการดูแลสุขภาพองค์รวม

ความนำ

รูปแบบการดูแลสุขภาพประชาชนที่เปลี่ยนจากผลกระทบของสังคมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และจากกระบวนทัศน์เรื่องสุขภาพและการดูแลสุขภาพของวิชาชีพการพยาบาล ตลอดจนการมีรูปแบบการจ้างงานที่หลากหลายมากขึ้นและ potential partners ของการดูแลสุขภาพมากขึ้น ทำให้วิชาชีพการพยาบาลต้องหันมาทบทวนบทบาทของตนเอง และเมื่อสุขภาพเป็นองค์รวม การดูแลย่อมต้องสอดรับกัน บทวิเคราะห์นี้ชี้นำให้วิชาชีพการพยาบาลเสนอบทบาทการจัดการการดูแลสุขภาพองค์รวมเพื่อสร้างคุณภาพให้ระบบบริการสุขภาพ

บทบาทการเป็นผู้จัดการการดูแลสุขภาพองค์รวม

เมื่อสังคมโลกเปลี่ยนแปลง สังคมไทยเปลี่ยนตามอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา การดำเนินชีวิตของคนไทยเปลี่ยนมีผลให้บริบทของสุขภาพของคนไทยเปลี่ยน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ปัญหาที่เกิดขึ้นมีความซับซ้อนและต่อเนื่องโยงใยกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมมากขึ้นเป็นลำดับ ต้องอาศัยการจัดการอย่างเป็นระบบและเป็นองค์รวมมากเช่นเดียวกัน เช่น ปัญหาด้านสุขภาพจิตของประชาชนในกลุ่มวัยต่างๆที่เพิ่มขึ้น โรคจิตเภท โรคเครียด ภาวะซึมเศร้าปัญหาการหย่าร้างของครอบครัว ปัญหายาเสพติด ปัญหาสิ่งแวดล้อมต่างๆที่คุกคามและเป็นอันตรายต่อสุขภาพของประชาชน เช่น ด้านอาหาร น้ำ มลพิษทางอากาศ ขยะ อันตรายและอุบัติเหตุจากการใช้รถใช้ถนนที่มีสถิติผู้เสียชีวิตและพิการสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี อันตรายจากการใช้สารเคมีในครัวเรือนและในการประกอบอาชีพ โรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นใหม่และยังไม่สามารถรักษาได้ เช่น โรคเอดส์ โรคทางเดินหายใจเฉียบพลัน โรคจากพฤติกรรมการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนไป เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคหัวใจ เมื่อปัญหาในการดำเนินชีวิตของประชาชนมีความซับซ้อน ผสมผสานและเป็นองค์รวม องค์ความรู้ที่ต้องการในการจัดการกับปัญหาเหล่านี้ย่อมต้องสนองตอบได้อย่างเท่าทัน คือมีความเป็นองค์รวมและสอดรับกับวิธีคิดและวิถีชีวิตของประชาชนเป็นหลักตามธรรมชาติของปัญหาที่เกิดขึ้น ทักษะและวิธีการจัดการกับปัญหาดังกล่าวย่อมต้องมีความเป็นองค์รวมด้วยซึ่งเป็นส่วนที่ระบบการพยาบาลมีประสบการณ์ที่เทียบเคียงได้เพราะภารกิจหลักของวิชาชีพคือ **“การดูแลแบบองค์รวม”** แต่เนื่องจากข้อจำกัดในกระบวนทัศน์ของพยาบาลที่ยังไปไม่ถึงมากเท่าที่ควรแม้ว่าผู้นำทางการพยาบาลในระดับนานาชาติและระดับชาติได้สร้างเป้าหมายนี้ไว้แล้ว การเร่งสร้างรูปธรรมบทบาทของการเป็นผู้จัดการการดูแลสุขภาพองค์รวมให้ปรากฏจึงควรต้องเป็นประเด็นหลักของวิชาชีพการพยาบาล

บทบาทของพยาบาลที่ปรากฏในระบบสุขภาพมี 2 ส่วนที่สำคัญคือ 1)บทบาทตามขอบเขตการประกอบวิชาชีพที่กำหนดโดย พ.ร.บ.การประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ฯ 2)บทบาทจากประสบการณ์การ

ทำงานในสถานการณ์จริงจากการยอมรับจากสังคม ประชาชนและผู้ร่วมวิชาชีพด้านสุขภาพ ซึ่งบทบาทในส่วนแรกเป็นการชี้นำการทำงานของวิชาชีพการพยาบาลเป็นหลัก ส่วนการชี้พื้นที่ครอบครองในแง่การจ้างงานนั้นยังแสดงไม่ชัดเนื่องจากที่ผ่านมากรอบการจ้างงานอยู่ในวงแคบเฉพาะสถานบริการสุขภาพของภาครัฐและของภาคเอกชน สถานการณ์จริงในบทบาทส่วนที่ 2 นี้เกิดขึ้นในทุกระดับของการบริการสุขภาพ บริบทของสถานการณ์ เกิดจาก ความขาดบุคลากรด้านสุขภาพอื่นโดยเฉพาะแพทย์ นักจัดการระบบฐานข้อมูลของสถานบริการสุขภาพ เภสัชกร และบริบทความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ อันมีผลทำให้เห็นภาพกว้างของการทำภารกิจของพยาบาลโดยเฉพาะอย่างยิ่งคือการดูแลครอบคลุม 3 ระดับ ทั้งบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในทุกกลุ่มประชากรสำคัญและในทุกระดับการบริการสุขภาพ ตามโครงสร้างระบบการดูแลสุขภาพของสังคมไทย

บทวิเคราะห์เพิ่มเติม

งานวิจัยทางการพยาบาลในระยะที่มุมมองสุขภาพอยู่ในกระบวนทัศน์ใหม่หลายชิ้นแสดงให้เห็นบริบทของการจัดการการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของพยาบาลในระบบบริการสุขภาพหลายระดับตั้งแต่ปฐมภูมิจนตติยภูมิ เช่น สุปราณี เสนาดิสัยและคณะ(2546)รวีวรรณ เผ่ากัณหาและสุนทราวดี เธียรพิเชฐ (2546)ขนิษฐา นันทบุตรและคณะ (2544,2546)คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่(2546) สุนทราวดี เธียรพิเชฐและคณะ(2546) ; สุนุตตรา ตะบูนพงศ์และคณะ(2546) ประคิณ สุจฉายา (2545) เป็นต้น อีกทั้งข้อมูลจากการทำงานในพื้นที่ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (2546ก, 2546ข)ได้แสดงบทบาทที่เปลี่ยนไปของพยาบาลโดยเฉพาะในชุมชนที่ชี้ให้เห็นการจัดการการดูแลให้เป็นองค์รวมมากขึ้น

สังเคราะห์บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ

1. ผู้ให้บริการสุขภาพ
   - 1.1 ผู้ให้บริการเชิงรุก เน้นการส่งเสริมและป้องกันโรค เน้นการกระตุ้น ปลูกฝัง แนะนำ ให้ประชาชนดูแลสุขภาพของตนเอง โดยอาศัยความความร่วมมือจากชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพในเชิงรุก เช่น การจัดกิจกรรมหรือโครงการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องทุกกลุ่มวัยในชุมชน การให้วัคซีนป้องกันโรคแก่เด็กก่อนวัยเรียน การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก การส่งเสริมการออกกำลังกายโดยการเต้นแอโรบิค กลุ่มผู้สูงอายุสานตะกร้าที่วัด กลุ่มปลูกผักปลอดสารพิษ เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อปลูกฝังจิตสำนึกที่ดีในเรื่องสุขภาพ และให้มีการเจ็บป่วยน้อยที่สุด
   - 1.2 ผู้ให้บริการตรวจวินิจฉัยโรค ให้การรักษาโรคเบื้องต้นและโรคฉุกเฉิน ในหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติวิชาชีพพยาบาลและการผดุงครรภ์ เช่น การรักษาตามอาการ ปวดท้อง เป็นไข้ ปวดศีรษะ การเย็บแผล ทำแผล ฉีดยา เป็นต้น
   - 1.3 ผู้ดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพ มีการติดตามให้บริการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ให้คำแนะนำ สอนให้ดูแลตนเองเมื่ออยู่ที่บ้าน หรือแนะนำให้ญาติสามารถดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านได้ มีการพัฒนาระบบเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องจากการใช้แฟ้มครอบครัวในการส่งต่อข้อมูล มีระบบนัดผู้ป่วยในการติดตามผลการรักษา มีการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นเข้ามาฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย
   - 1.4 ผู้วางแผนการให้บริการ ประเมินภาวะเสี่ยงทั้งความเจ็บป่วย โรค ภาวะคุกคามต่อสุขภาพ ติดตามและประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ ทั้งในระดับบุคคล ชุมชน ครอบครัว กลุ่มคนที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและติดตามผลการวางแผนให้บริการร่วมกับคนในชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาร่วมกัน
   - 1.5 ผู้ประสานงานติดต่อสื่อสารกับหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง การติดต่อประสานงานส่งต่อเพื่อการรักษา สามารถทำงานร่วมกับหน่วยงานหรือบุคคลอื่นๆได้ โดยเฉพาะปัญหาที่คุกคามต่อสุขภาพ

1.6 ผู้จัดการด้านสุขภาพ เพื่อให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างเหมาะสม เกิดประโยชน์สูงสุด ประหยัดสูง คุ้มค่า คุ้มทุน เช่น 1) การจัดหาบริการสุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ 2) การบริหารจัดการข้อมูล มีการนำแฟ้มครอบครัวเป็นฐานข้อมูลในการให้บริการ จัดการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง 3) การบริหารจัดการเรื่องยา ทั้งการจัดยาจ่ายยาตามแพทย์สั่ง การติดตามและประเมินผลการใช้ยา

1.7 ผู้ให้ความรู้ คำปรึกษา คำแนะนำ เรื่องโรค ความเจ็บป่วย สุขภาพ และการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งบุคคล ครอบครัว ชุมชน กลุ่มคนทุกวัย

1.8 ผู้ปกป้องและพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้บริการ ผู้คุ้มครองสิทธิผู้บริโภค ผู้สนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วม (advocacy) ในการจัดการด้านสุขภาพให้กับผู้ใช้บริการไม่ให้ถูกเอาเปรียบหรือถูกใช้ประโยชน์อย่างไม่เป็นธรรม เช่น พยาบาลได้เรียกร้องสิทธิในการได้รับการช่วยเหลือจากสวัสดิการของรัฐของคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน

1.9 ผู้นำในการเปลี่ยนแปลง ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในสถานการณ์ต่างๆ รู้จักการเจรจาต่อรองเพื่อรักษาผลประโยชน์ของพยาบาลและวิชาชีพ เป็นผู้ที่มีวิสัยทัศน์ มองไกล เช่น การเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการบริหารนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2. ผู้ประสานงาน

2.1 การสร้างกลไกการทำงานร่วมกับองค์กรที่มีภารกิจทับซ้อนกันเพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่เป็นรูปธรรม

2.2 การประสานงานการดูแลสุขภาพระหว่างเครือข่ายบริการสุขภาพ

2.3 การเข้าร่วมทำงานในลักษณะสหสาขาวิชาชีพ

3. ผู้นิเทศและติดตาม

3.1 เป็นแบบอย่างที่ดี เป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลง สามารถที่จะปรับแนวคิด เปิดใจรับฟังการสะท้อนคิดจากทุกสาขาวิชาชีพ เพื่อนำมาพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3.2 สนับสนุนการทำงานเป็นทีมโดยเฉพาะในลักษณะการทำงานที่เป็นเครือข่ายบริการสุขภาพ ที่เรียกว่าการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ

3.3 การให้กำลังใจ

3.4 การสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน เช่น การส่งเสริมให้มีการศึกษาต่อเนื่อง

3.5 การให้การปรึกษา ความรู้ ตามลักษณะงานในพื้นที่

3.6 การร่วมวิเคราะห์และวางแผนงาน เพื่อการจัดการในเรื่องสุขภาพของประชาชนและ ชุมชน

3.7 การควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการบริการสุขภาพ ให้เป็นไปตามหลักวิชาการ

4. พยาบาลชุมชน

4.1 การดูแลในทุกมิติของประชาชน

4.2 การจัดตั้งเครือข่ายการดูแลสุขภาพ

4.3 การดูแลต่อเนื่อง

4.4 การดูแลครอบครัว

4.5 บทบาทด้านการป้องกันโรคและการส่งเสริมอนามัย

ที่มา : ขนิษฐา นันทบุตรและคณะ(2546); สุปราณี เสนาดิสัยและคณะ(2546);คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2546); สุนทราวดี เธียรพิเชฐและคณะ(2546); สุนุตตรา ตะบูนพงศ์และคณะ(2546)

บทวิเคราะห์

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2544) ทำการศึกษาเพื่อพัฒนาบทบาทวิชาชีพในการให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ชี้หมวดกิจกรรม 7 หมวดที่เป็นภารกิจของวิชาชีพการพยาบาล ได้แก่ 1)การประเมินภาวะสุขภาพทั้งระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน 2)การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาความเจ็บป่วย 3)การจัดการเบื้องต้นและส่งต่อกรณีเจ็บป่วยวิกฤติฉุกเฉิน 4)การดูแลต่อเนื่องและการคงสภาวะสุขภาพในผู้ป่วยเรื้อรัง 5)การตรวจรักษาโรคเบื้องต้น 6)การมีส่วนร่วมพัฒนา ส่งเสริมชุมชนที่เป็นประโยชน์กับการพัฒนาสุขภาพอย่างเหมาะสมและ 7)ประเมินผลการปฏิบัติตามภารกิจเพื่อตรวจสอบผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงาน ซึ่งการปฏิบัติตามภารกิจดังกล่าวต้องอาศัยสมรรถนะการจัดการที่เป็นองค์รวมโดยใช้ความรู้และแหล่งประโยชน์ที่ปรากฏในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ ผลการวิจัยเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลและระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิชี้ให้เห็นภาพเชิงลึกในกรณีศึกษาของชุมชนภูมิภาคต่างๆของประเทศ

ประเด็นจากการประชุมระดมสมองในกลุ่มพยาบาลจากโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์ ชี้ความจำเป็นที่พยาบาลต้องเป็นผู้จัดการการดูแลสุขภาพองค์รวมเพื่อทำให้ภาพรวมการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลแต่ละรายได้รับการประเมิน การดูแล การรักษา การติดตามผลการดูแลและการรักษาด้วยวิธีการต่างๆและการสรุปผลทั้งนี้เกี่ยวพันกับ2ประเด็นหลักคือการกำกับผลลัพธ์การดูแลเป็น case management และการสรุปผลการดูแลเพื่อการบริหารจัดการทรัพยากรที่จำเป็นและการเบิกจ่าย ส่วนในชุมชนเป็นการจัดการในการประสานเพื่อประโยชน์ของคนในชุมชนดังกรณีตัวอย่างที่นำเสนอ

งานวิจัยหลายชิ้นเสนอความรู้ที่จำเป็นในการเป็นผู้จัดการการดูแลสุขภาพองค์รวมประชาชนในชุมชน ส่วนทักษะที่ต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่องให้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของเหตุปัจจัยของภาวะสุขภาพได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพและการจัดการ เช่น ปี พศ. 2543-2545 คณะพยาบาลศาสตร์ 6 แห่งโดยการสนับสนุนของสภาการพยาบาลและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้ทำการศึกษาบทบาทและภารกิจหลักของวิชาชีพการพยาบาลในการร่วมปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทำให้เห็นภาพบทบาทของการเป็นผู้จัดการการดูแลสุขภาพองค์รวมในวิชาชีพการพยาบาลชัดเจน (ภาคเหนือ โดยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ภาคกลาง โดยคณะพยาบาลศาสตร์ศิริราช และภาควิชาพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ภาคใต้โดยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ภาคตะวันออกโดยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิยาลัยบูรพา และภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น)

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมินี้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ของพยาบาลอย่างชัดเจน โดยเน้นให้เห็นรูปธรรมบทบาทอื่นที่นอกเหนือจากการช่วยเหลือแพทย์มากขึ้น ให้สามารถเป็นผู้จัดการบริการสุขภาพในชุมชนได้ โดยบทบาทที่เปลี่ยนไปได้แก่ 1)การเป็นผู้ประสานประโยชน์ของประชาชนและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและครอบครัว และ 2)การเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งในชุมชน กลุ่มวัยต่างๆและครอบครัว เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและแก้ปัญหาโรคหรือความเจ็บป่วยต่างๆ ประสบการณ์ชี้ให้เห็นว่างานบริการพยาบาลเป็นทั้งการดูแลและการจัดการการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างเป็นองค์รวม โดยใช้ความรู้ความชำนาญเรื่องโรคและการเจ็บป่วยต่างๆในพื้นที่ เพื่อให้สามารถประเมินภาวะสุขภาพปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยคุกตามต่อสุขภาพและปัญหาสุขภาพของคนในพื้นที่ และวางแผนกิจกรรมบริการพยาบาลที่ตอบสนองต่อการจัดการกับปัญหาดังกล่าวได้ การทำงานเน้นการจัดการให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพเป็นสำคัญ โดยมีแนวการบริการและตัวชี้วัด มีการจัดการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพโดยการสร้างระบบและใช้ข้อมูลให้ทันต่อสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง และประสานงานกับบุคลากรอื่น หน่วยหรือองค์กรอื่นเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพประชาชนที่มีประสิทธิภาพ บทบาทเหล่านี้เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพระดับต่างๆ ทั้งในชุมชน และสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน โดยสัดส่วนการกระทำตามบทบาทอาจแตกต่างกันไปตาม

สภาพปัญหาสุขภาพของประชาชนและปัจจัยอื่นในแต่ละท้องถิ่น แต่โดยรวมแล้วเป็นการกระทำในบทบาทของการเป็นผู้จัดการการดูแลสุขภาพองค์รวม

การยอมรับทางสังคมต่อบทบาทของพยาบาลการเป็นผู้จัดการการดูแลสุขภาพองค์รวมในรูปแบบการทำงานต่างๆ เป็นกลไกสำคัญในการสร้างรูปแบบการพยาบาลในอนาคต ถือเป็นการให้คุณค่ากับการขยายบทบาทหน้าที่ของวิชาชีพการพยาบาล ดังนั้นการสร้างการยอมรับจากประชาชน จากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพและองค์กรที่เป็น stakeholders เรื่องการดูแลสุขภาพประชาชนถือเป็นกลไกที่วิชาชีพต้องเร่งดำเนินการ ให้เป็นความก้าวหน้าของบทบาทวิชาชีพมากกว่าเป็นการทดแทนความขาดแคลนของวิชาชีพอื่น แนวคิดการครอบครองของแต่ละวิชาชีพอาจต้องเปลี่ยนไป เป็นการร่วมมือกันตามกระบวนทัศน์การดูแลสุขภาพของประชาชนที่ไม่ได้แยกส่วนเหมือนในกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ

บทวิเคราะห์

ความพยายามที่จะกระตุ้นให้พยาบาลมีการจัดการความรู้ให้เกิดการพัฒนาบทบาทการดูแลสุขภาพองค์รวมเห็นได้จากข้อเสนอของงานวิจัยทางการพยาบาลหลายชิ้นที่ให้เร่งรัดให้เกิดงานวิจัยเพื่อพัฒนาศักยภาพ และนวัตกรรมในการบริการพยาบาล พร้อมทั้งองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลประชากรกลุ่มต่างๆตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลทั้งในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ โดยเน้นที่1)การพัฒนาระบบการศึกษาต่อเนื่องและระบบการเรียนรู้ในการปฏิบัติงานพร้อมการสร้างกลไกรองรับเรื่องความก้าวหน้าในวิชาชีพและค่าตอบแทน 2)เน้นการพัฒนารูปแบบ เครื่องมือ และวิธีการดูแลประชากรกลุ่มต่างๆในทุกสภาวะการเจ็บป่วยและพื้นที่ทางสังคมวัฒนธรรมของท้องถิ่น ตลอดจนกระบวนการทำงานร่วมกับองค์กรชุมชนและภาคประชาชน โดยเร่งสร้างการศึกษารูปแบบการทำงานที่ได้ผลดีในพื้นที่ต่างๆของประเทศและจัดให้มีเวทีการแลกเปลี่ยน ตลอดจนการสนับสนุนให้เกิดความเข้าใจในวิธีคิดของการดูแลสุขภาพองค์รวม ระหว่างกลุ่มผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด ทั้งนี้เพื่อให้การทำงานตามภารกิจการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

กรอบวิธีคิดในการจัดการสุขภาพองค์รวม การดูแลสุขภาพองค์รวมและการพยาบาลองค์รวม ต้องอาศัยการปรับวิธีคิดของพยาบาลเรื่อง สุขภาพ จากแบบแยกส่วน เป็นแบบองค์รวมเน้นการทำความเข้าใจวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนและปัจจัยที่เป็นเหตุให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อมโดยเฉพาะเงื่อนไขที่ทำให้การดูแลสุขภาพด้วยตนเองเป็นไปได้ยาก ตลอดจนการจัดการเรื่องผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการดูแลทั้งหมด การปรับกระบวนทัศน์นี้ต้องปรับในระดับฐานรากเป็นการหาความรู้ฝังลึกจำนวนหนึ่งจากประสบการณ์การทำงานทางการพยาบาลในบริบทต่างๆของการดำเนินชีวิตของประชาชนเพื่อนำมาสรุปให้ประจักษ์อาจจะตามปรัชญาและแนวคิดหลักของการพยาบาลและตามบริบทสังคมวัฒนธรรมของพื้นที่ และถ่ายทอดให้เกิดการประยุกต์ใช้ต่อไป ทั้งในการผลิตพยาบาลใหม่และการเพิ่มศักยภาพพยาบาลที่มีอยู่แล้วโดยใช้กระบวนการของการศึกษา ซึ่งที่ผ่านมาได้มีความพยายามที่จะทำให้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเป็นบทบาทหลักของพยาบาลและเป็นปรัชญาของการจัดการศึกษาในหลักสูตรพื้นฐานและการศึกษาต่อเนื่อง กิจกรรมการจัดการความรู้ที่เหมาะสมอาจได้แก่ การหาผู้เชี่ยวชาญในการทำงานบริการพยาบาลในบริบทต่างๆมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ข้อคิด ข้อสังเกตในเรื่องการพยาบาลองค์รวม การเปิดโอกาสให้มีการร่วมเรียนรู้ในกระบวนการทำงานของผู้เชี่ยวชาญในเรื่องต่างๆที่เกี่ยวกับสุขภาพองค์รวมและการพยาบาลองค์รวม เช่น แพทย์แผนโบราณ ประชาชน องค์กรชุมชนต่างๆ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การวิจัยและพัฒนาการบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น กลยุทธ์การดึงความรู้ฝังลึกมาใช้ ผลที่เกิดขึ้นจะเสนออัตลักษณ์การทำงานแบบชัดเจนของพยาบาลในการเป็นผู้จัดการการดูแลสุขภาพองค์รวมแก่ประชาชนและสังคมได้

ประเด็น ที่ 2

1. ประเด็นทางสังคมในขณะนี้เกี่ยวกับบทบาทพยาบาลในการเป็นผู้จัดการการดูแลสุขภาพองค์รวม คืออะไร 1) กำลังคนในแง่ปริมาณและสัดส่วน ศักยภาพและความสามารถ ความรู้ สัมพันธภาพและทักษะ การผลิตการกระจายและการพัฒนา 2)จริยธรรมหรือขอบเขตการประกอบวิชาชีพ ประเด็นของประชาชนต่างจากประเด็นของผู้อยู่ในวิชาชีพอย่างไร
2. อะไรที่ต้องทำเพิ่มเพื่อให้ประชาชน stakeholders สำคัญ และวิชาชีพร่วมทีมสุขภาพ ให้การยอมรับบทบาทของพยาบาลในระบบสุขภาพไทยมากขึ้นโดยเน้นที่บทบาทการเป็นผู้จัดการการดูแลสุขภาพองค์รวม ฐานความรู้เกี่ยวกับการจัดการการดูแลสุขภาพองค์รวม เครื่องมือและรูปแบบของการดูแล การสื่อสาร
3. มีกลไกและมาตรการอะไรมาช่วยผลักดันให้องค์กรวิชาชีพการพยาบาลปรับกระบวนคิดเพื่อแสดงบทบาทผู้จัดการการดูแลสุขภาพองค์รวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต้องมีองค์กรกลางทำหน้าที่หรือไม่อย่างไร องค์กรกลางมีกี่ระดับ เกิดขึ้นได้อย่างไร ใครต้องทำ

4. คุณภาพของระบบบริการสุขภาพและวิชาชีพการพยาบาล

ระบบคุณภาพและบทบาทของวิชาชีพการพยาบาล

ระบบคุณภาพ เป็นสิ่งจำเป็นถือว่าเป็นการปกป้องสิทธิของประชาชนผู้รับบริการ ไม่ให้เกิดหรือได้รับอันตราย และ ได้บริการที่มีคุณภาพสูง ทำให้ประชาชนได้รับบริการที่จำเป็น ที่มีมาตรฐานในขั้นพื้นฐานที่มีประสิทธิภาพ ระบบคุณภาพคือกระบวนการพัฒนาและปรับปรุงการบริการให้ดีเป็นที่ยอมรับได้ของทุกฝ่ายมากขึ้น และเป็นการประหยัดทรัพยากรของประชาชนและประเทศ ข้อมูลที่เกี่ยวกับคุณภาพการบริการสื่อทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องให้ความเข้าใจได้ วิชาชีพการพยาบาลในฐานะร่วมทีมผู้ให้บริการสุขภาพมีบทบาทสำคัญยิ่งในการร่วมสร้างระบบคุณภาพให้เกิดขึ้นในทุกระดับของการดูแลสุขภาพประชาชน

คุณภาพวิเคราะห์ได้หลายมิติ ได้แก่ ประสิทธิภาพ ความปลอดภัยลดความเสี่ยงจากการได้รับบริการหรือลดปัญหาข้อขัดแย้งหรือการร้องเรียนจากคุณภาพบริการที่ต่ำ ความคุ้มค่า ความเสมอภาค ความเป็นที่ยอมรับของผู้ให้และผู้ใช้บริการ ความเหมาะสมทั้งเวลาและสถานที่ การเข้าถึงได้ ความเป็นบริการองค์รวม ความเชื่อมโยงระหว่างบริการระดับต่างๆ และการตอบสนองต่อปัญหาของประชาชน หลักการของการให้บริการที่มีคุณภาพคือ การบริการต้องถูกต้องและตอบสนองต่อปัญหาของประชาชน โดย1)ถูกต้องกับความรู้หลักวิชาการ ใช้ข้อมูล และเทคโนโลยีที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของผู้ใช้บริการ 2)ต้องเป็นไปตามเวลาที่เหมาะสมเป็นการใช้เวลาเป็นฐานในแง่การป้องกันโรค การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงก่อนทำให้เกิดโรค การบริการในภาวะฉุกเฉิน การบริการตามวัยที่เหมาะสมไม่ปล่อยให้ผ่านวัยโดยไม่ได้รับบริการ 3)เป็นการให้บริการโดยบุคลากรที่เหมาะสมที่มีความรู้ความสามารถในการบริการสุขภาพตามระดับขั้นที่ต่างกัน ทั้งขั้นสูงที่เชี่ยวชาญเฉพาะเรื่องและขั้นพื้นฐานที่จำเป็นทั้งหมด และ4)การให้บริการต้องเกิดในสถานที่ที่เหมาะสม ตามความจำเป็นของผู้รับบริการและบริบทของปัญหาที่เกิดขึ้น ทั้งนี้ต้องแสดงให้เห็นความแตกต่างระหว่างระดับของสถานบริการต่างๆ และปัญหาสุขภาพหรือการเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อนในเชิงปัจจัยสาเหตุหรือปัจจัยคุกคามที่ต่างกัน

กลไกของการพัฒนาระบบคุณภาพสามารถเกิดขึ้นได้จาก 1)การประกันคุณภาพที่สร้างระบบเปรียบเทียบผลงานกับมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับกันได้แก่ มาตรฐานวิชาชีพ มาตรฐานระบบ มาตรฐานผลงาน มาตรฐานด้านความคาดหวังของประชาชน การเปิดเผยข้อมูล การร้องเรียน และการเพิ่มคุณภาพซึ่งเป็นการสร้างระบบการเปรียบเทียบกับความคาดหวังของผู้รับบริการโดยมีเครื่องมือที่ใช้ได้แก่ การออกใบอนุญาต การควบคุมคุณภาพ การรับรองคุณภาพซึ่งเป็นการรับรองกระบวนการที่ช่วยลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการบริการสุขภาพแต่ไม่ได้รับรองว่าความเสี่ยงไม่เกิดขึ้น 2)ระบบข้อมูลสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพและเข้าถึงได้

เพื่อสร้างความเข้าใจให้ตรงกัน 3)ระบบการตรวจสอบและร้องเรียนที่มีประสิทธิภาพ 4)ระบบกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่การจัดหาหรือพัฒนาบุคลากรให้มีคุณสมบัติและสมรรถนะในการให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการสุขภาพของประชาชนในทุกระดับของการบริการสุขภาพ โดยประเด็นหลักของกำลังคนคือการวางแผนและพัฒนากำลังคนในเรื่องการผลิต การใช้ การกระจาย ค่าตอบแทนวิชาชีพ และ การพัฒนาบันไดวิชาชีพโดยวิเคราะห์ระดับความสามารถขั้นพื้นฐานและขั้นเชี่ยวชาญ

ข้อมูลและบทวิเคราะห์เพิ่มเติม

สำนักการพยาบาล (2546)ในเอกสารประกอบการประชุมนี้ ได้วิเคราะห์ในรายละเอียดเรื่องคุณภาพการบริการพยาบาลในหลายมิติตามระบบที่มีอยู่ พร้อมทั้งชี้ให้เห็นจุดอ่อนและประเด็นการพัฒนาอย่างครอบคลุม โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นมาตรฐานการบริการที่มีหลายระบบแต่ส่วนใหญ่ไม่ได้พัฒนาจากบริบทระบบสุขภาพไทยที่มีความหลากหลายทางสังคม วัฒนธรรม แต่ละองค์กรพัฒนาระบบมาตรฐานของตนเองโดยขาดการทำงานร่วมกัน การพัฒนาอย่างต่อเนื่องนั้นดูเหมือนว่าจะขึ้นอยู่กับกลุ่มงานพยาบาลในแต่ละพื้นที่ได้ดำเนินการเองซึ่งแทบไม่เกิดขึ้นจากเงื่อนไขต่างๆ ส่วนประเด็นการรวบรวมมาตรฐานการบริการพยาบาลต่างๆอย่างเป็นระบบที่แสดงให้เห็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพอย่างชัดเจนยังไม่เกิดขึ้นและไม่มีการเชื่อมโยงให้เห็นคุณค่าของการพยาบาลเหล่านั้นเลย

สถานการณ์ปัจจุบันของคุณภาพบริการสุขภาพ

สถานการณ์ปัจจุบันของคุณภาพการบริการได้รับผลกระทบอย่างสูงจาก กระแสการเรียกร้องจากประชาชนเรื่องคุณภาพและความเท่าเทียม ตามสิทธิแห่งรัฐธรรมนูญฯ นโยบายและระบบหลักประกันสุขภาพ นโยบายการค้าเสรีและนโยบายที่เน้นผลลัพธ์เป็นสำคัญ ทั้งนี้การสร้างคุณภาพให้เกิดขึ้นเป็นภารกิจร่วมกันของหลายองค์กรที่เป็น stakeholders ของการบริการสุขภาพทั้งหมด ซึ่งที่ผ่านมาจำกัดอยู่ในวงการวิชาชีพและสถานบริการสุขภาพเท่านั้น

หลังจากรัฐบาลประกาศใช้ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และกำหนดให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่ในการ1)ควบคุมคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ 2)กำกับดูแลให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการให้มีคุณภาพมาตรฐาน 3)กำหนดมาตรฐานควบคุมและส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ 4)เสนอแนะอัตราราคากลางของโรคทุกโรค 5)กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการร้องเรียนผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ 6)รายงานผลการตรวจตราและควบคุมคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่าย 7)สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจตราและควบคุมกำกับหน่วยบริการและเครือข่ายบริการ ตลอดจน 8)สนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบการเผยแพร่ข้อมูลแก่ประชาชนเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการเข้ารับบริการสาธารณสุข (พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2545) นั้นถือเป็นแรงผลักดันให้คุณภาพบริการเป็นประเด็นสำคัญที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องรวมทั้งวิชาชีพการพยาบาลต้องเข้าไปมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพที่ยอมรับกันได้

การมีส่วนร่วมของวิชาชีพการพยาบาลในการสร้างคุณภาพให้ระบบบริการสุขภาพ

การควบคุมคุณภาพของการบริการสุขภาพในประเทศไทยที่ผ่านมา มีการดำเนินไปอย่างแยกส่วน มีหน่วยงานควบคุมสถานพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่ในการขึ้นทะเบียนและควบคุมโครงสร้างการจัดการของสถานพยาบาลให้เป็นไปตามกฎกระทรวง แต่การควบคุมการขึ้นทะเบียนวิชาชีพ วุฒิการศึกษา และจริยธรรมในการประกอบวิชาชีพกลับอยู่ภายใต้การดูแลองค์กรวิชาชีพต่างๆมิได้เป็นหน่วยงานของรัฐ บทวิเคราะห์นี้เสนอมิติของการมีส่วนร่วมของวิชาชีพการพยาบาลในการสร้างคุณภาพให้ระบบบริการสุขภาพ ใน 3

ทาง ได้แก่ การร่วมกำหนดมาตรฐานการบริการและแนวปฏิบัติบริการสุขภาพโดยเสนอเครื่องมือทางการพยาบาลที่สำคัญเช่น case management การบันทึกทางการพยาบาล และการประเมินและการวินิจฉัยทางการพยาบาล เป็นต้น

เมื่อแนวโน้มรูปแบบการจ้างงานพยาบาลมีมากกว่าในระบบบริการสุขภาพภาครัฐ เอกชนที่คุ้นเคย แต่รวมถึงการทำงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชนเข้มแข็ง ชุมชนและประชาชน สถานประกอบการ สถาบันการศึกษา หน่วยประกอบการอิสระ ทำให้กรอบคิดเรื่องคุณภาพบริการตั้งแต่เรื่องการประกันคุณภาพ การเข้าถึงข้อมูลและการเปิดเผยข้อมูลการบริการ ระบบการร้องเรียนที่มีประสิทธิภาพ และระบบกำลังคน เปลี่ยนไปโดยเฉพาะอย่างยิ่งในแง่ของอำนาจการควบคุมได้เปลี่ยนจากมือของสถานบริการและผู้ให้บริการหรือวิชาชีพ ไปสู่ภาคประชาชนผู้ใช้บริการและผู้ซื้อหรือจัดหาบริการ วิธีการทำงานร่วมกันขององค์กรเหล่านี้ต้องการการพัฒนาอย่างเร่งด่วน เช่น การร่วมควบคุมคุณภาพ การร่วมบริหารจัดการ การร่วมประเมินผลลัพธ์การบริการ เป็นต้น

กรอบคิดเรื่องลูกค้าของการบริการพยาบาลที่เปลี่ยนไปจากผู้รับบริการที่ขาดอำนาจการต่อรองไปเป็นผู้ใช้บริการที่มีสิทธิปกป้อง ทำให้การวัดคุณภาพบริการต้องเหมาะสมกับทรัพยากร(คน เครื่องมือ ยา) และสังคมวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ มีการใช้ข้อมูลที่ถูกต้องตามหลักวิชาการและความต้องการของประชาชนอย่างชัดเจน ซึ่งเมื่อปัญหาสุขภาพ โรคและการเจ็บป่วยของประชาชนมีความซับซ้อนเป็นองค์รวมกับวิถีการดำเนินชีวิตแล้ว การบริการย่อมต้องตอบสนองได้เป็นอย่างดี ในขณะที่ผ่านมาการบริการพยาบาลไม่สามารถตอบสนองได้อย่างเป็นองค์รวมมีประสิทธิภาพ ดังนั้นกระบวนการพัฒนากำลังคนทางการพยาบาลจึงต้องมุ่งสร้างความพร้อมในเรื่องนี้เป็นหลัก โดยสร้างกลไกการทำงานร่วมกันขององค์กรที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจน เช่น เจ้าภาพของการกำหนดคุณลักษณะและสมรรถนะของกำลังคนทางการพยาบาล การกำกับและควบคุมคุณภาพและมาตรฐานของพยาบาล การสร้างความรู้เพื่อให้พยาบาลใช้ในการสร้างบริการที่มีคุณภาพ การร่วมวางแผนและพัฒนากำลังคนระหว่างผู้ใช้และผู้ผลิต เป็นต้นสาระสำคัญในการทำให้รูปธรรมเหล่านี้เกิดขึ้นได้ ได้แก่ 1)การวิเคราะห์และสังเคราะห์รูปแบบการมีส่วนร่วมและบทบาท หน้าที่ ของ key players ในการร่วมสร้างระบบคุณภาพจากรูปธรรมที่เกิดขึ้น 2)การพัฒนาวิธีการทำงานร่วมกับองค์กรต่างๆเช่นสมาคม ชมรมต่างๆ 3)แนวคิด กระบวนการสร้างและพัฒนามาตรฐานต่างๆ และ4)กลไกการควบคุมคุณภาพที่ผ่านมาเป็นการสร้างระบบควบคุมคุณภาพกันเองในระหว่างวิชาชีพ หากต้องสร้างให้ประชาชนผู้ได้รับประโยชน์จากการควบคุมคุณภาพเข้าร่วม จะมีกรอบคิดอย่างไร รูปแบบควรเป็นอย่างไร

มาตรฐานการบริการและแนวปฏิบัติบริการสุขภาพ

เมื่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความจริงจังและชัดเจนขึ้นตามลำดับ ทำให้องค์กรกลางด้านวิชาชีพมีความตระหนักถึง คุณภาพ มาตรฐานการบริการ และมี การพัฒนาและควบคุมคุณภาพบริการมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งสภาการพยาบาล กองการพยาบาลหรือสำนักพยาบาลในปัจจุบัน ซึ่งที่ผ่านมาระบบคุณภาพที่แต่ละสถานพยาบาลต้องใช้หรือได้รับการรับรองที่เป็นอยู่ไม่เป็นกลางไม่เหมือนกัน องค์กรเหล่านี้ต้องเข้าไปมีส่วนร่วมกับองค์กรอื่นในการพัฒนากลไกมาจัดการเรื่องนี้ให้เป็นที่ยอมรับได้ของทุกฝ่ายโดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชน

บทวิเคราะห์

ปัจจุบันมาตรการและเครื่องมือของระบบคุณภาพในโรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพในชุมชนมีลักษณะเป็น1) มาตรฐานเชิง inputและ process เป็นส่วนใหญ่ ขาดมาตรฐานเชิงผลลัพธ์การบริการที่บอกว่าผู้ใช้บริการหรือประชาชนจะได้อะไร 2)มาตรฐานที่กำหนดจากผู้ให้บริการและส่วนใหญ่มาจากระดับกลางไม่ใช่มาตรฐานที่ผู้ปฏิบัติในระดับพื้นที่สร้างขึ้นให้สอดคล้องกับปัญหาในท้องถิ่น และไม่มีลำดับความสำคัญที่ชัดเจนซึ่งอาจเป็นการเปิดเอื้อให้พื้นที่จัดเอง การดำเนินการตามมาตรฐานจึงขึ้นอยู่กับความเข้าใจของผู้ปฏิบัติแต่ละคน3)มาตรฐานที่ชัดเจนเรื่องการรักษาเน้นกิจกรรมที่เกิดขึ้นจากอิทธิพลของบางวิชาชีพ ส่วนการดูแลการส่งเสริมป้องกัน ไม่ปรากฏชัดโดยเฉพาะอย่างยิ่งว่าด้วยการทำงานร่วมกับชุมชน 4)ไม่มีเครื่องมือและวิธีการในการทำตามมาตรฐานและการประเมิน

การควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขตามระบบหลักประกันสุขภาพถือเป็นตัวตั้งเรื่องคุณภาพบริการได้ กลไกทางวิชาชีพสามารถร่วมสร้างมาตรฐานและเสนอแนะแนวปฏิบัติบริการบริการสุขภาพเพื่อกำหนดอัตราราคากลางของโรคได้ ในขณะที่การควบคุม กำกับ ตรวจสอบ การดำเนินการทั้งหมดของสถานพยาบาลและผู้ให้บริการให้เป็นไปตามมาตรฐานต่างๆนั้นต้องให้ภาคประชาชนและองค์กรผู้ซื้อบริการหรือจ้างงานในระดับพื้นที่มีส่วนร่วม การสร้างการยอมรับตามกรอบคิดนี้ต้องการเจ้าภาพหลักมาเป็นกลไกสำคัญ

แนวปฏิบัติบริการสุขภาพเป็นหนึ่งในกลไกของการดำเนินการไปสู่การพัฒนาระบบคุณภาพ โดยช่วยให้สถานบริการสุขภาพมีเครื่องมือในการสร้างคุณภาพการบริการที่เหมาะสมกับทรัพยากร(คน เครื่องมือ ยา) และสังคมวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่บนพื้นฐานของการใช้ข้อมูลที่ถูกต้องตามหลักวิชาการและความต้องการของประชาชน ทั้งนี้ต้องอาศัยความอิสระและการพัฒนาของวิชาชีพ แนวปฏิบัติบริการสุขภาพถือเป็นแหล่งของความรู้และข้อมูลเพื่อการสื่อความเข้าใจในระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องให้ตรงกัน และมีส่วนในการปกป้องคุ้มครองทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ ซึ่งการมีแนวปฏิบัติเป็นชุดสิทธิประโยชน์หลักสามารถทำให้การจัดการการดูแลสุขภาพองค์รวมเกิดขึ้นได้เป็นรูปธรรมและมีผลให้ระบบการบริหารจัดการและควบคุมกลไกการจ่ายเงิน(เช่นตาม DRG) ของสถานบริการสุขภาพและสำนักงานบริหารกองทุนระดับพื้นที่ได้ ที่ผ่านมายังขาดองค์กรที่รวบรวมและพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสุขภาพในระดับประเทศ แม้ว่ามีการดำเนินการแต่เป็นไปอย่างจำกัดและแยกส่วน เช่นโดยระบบของกระทรวงสาธารณสุข หรือเฉพาะสถาบัน โดยองค์กรวิชาชีพต่างๆรวมทั้งเครือข่ายผู้ปฏิบัติ แนวปฏิบัติบริการสุขภาพยังมีไม่ครอบคลุมทุกชุดสิทธิประโยชน์ สถานบริการสุขภาพยังไม่มีในการชี้นำมาตรฐานการบริการที่สามารถเทียบเคียงได้ สัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพสถานบริการและการเบิกจ่ายในงบประมาณตามกลไกต่างๆที่ใช้เป็นฐานคิด เช่น DRG และ ICD10 เป็นต้น ส่วนการใช้แนวปฏิบัติบริการสุขภาพเป็นเงื่อนไขของการรับรองคุณภาพนั้นยังไม่ชัดเจน

การร้องเรียนเรื่องคุณภาพบริการพยาบาลที่ผ่านมา มักเป็นประเด็นที่เกี่ยวกับมาตรฐานการปฏิบัติตามขอบเขตการประกอบวิชาชีพที่กฎหมายกำหนด ซึ่งยังขาดแนวปฏิบัติกลาง ขาดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ยอมรับกันได้ในเชิงวิชาการและสังคมวัฒนธรรม กลไกสำคัญส่วนนี้คือสมาคม ชมรม ทางการพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา ที่ต้องสร้างวิธีการทำงานร่วมกันกับสมาคม ชมรมทางการแพทย์และสาขาวิชาด้านสุขภาพอื่นๆด้วย

บทวิเคราะห์

จากข้อมูลสถานการณ์ การร้องเรียนด้านจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพของสภาการพยาบาล (สภาการ-พยาบาล, 2545) พบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะด้านความรับผิดชอบต่อผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ จากจำนวน 0-3 เรื่องต่อปีในปี 2528-2534 เพิ่มเป็น 5 เรื่อง ต่อปีในปี 2537 8 เรื่องต่อปีในปี 2540 14 เรื่องต่อปีในปี 2544 และ 24 เรื่องต่อปีในปี 2545 และมีแนวโน้มที่สูงขึ้นอีก นอกจากนั้น ยังสามารถเห็นได้จากการเสนอข่าวของสื่อสารมวลชนแหล่งต่างๆ ที่นับวันจะมีเพิ่มขึ้น

ประเด็นการยอมรับระหว่างวิชาชีพในการสร้างมาตรฐานและแนวปฏิบัติบริการสุขภาพน่าจะเป็นประเด็นหลักของการพัฒนา โดยต้องคำนึงถึงความชัดเจนของสาระอื่นๆด้วยได้แก่ 1)ความขัดแย้งระหว่างวิชาชีพว่าเป็นเรื่องการก้าวล้ำขอบเขตการครอบครองของวิชาชีพ สมรรถนะของวิชาชีพ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องเช่นการสื่อสาร อำนาจต่อรอง กระบวนทัศน์การครอบครองพื้นที่การบริการสุขภาพ หรือความรู้ในระบบการพยาบาลที่ไม่เพียงพอต่อการแสดงศักยภาพในเรื่องนี้ เป็นต้น 2)เครื่องมือในการควบคุมมาตรฐานและคุณภาพของวิชาชีพ ได้แก่ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแนวปฏิบัติบริการพยาบาล ที่ยอมรับกันได้ในเชิงวิชาการและสังคมวัฒนธรรม กระบวนการสร้างและ พัฒนาอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลและชุดความรู้ที่ต้องใช้ในกระบวนการสร้างและพัฒนา กระบวนการปรับบทบาทเป็นหน่วยวิชาการของสมาคม ชมรม ทางวิชาชีพ และ3)ผลกระทบของการมีเครื่องมือดังกล่าวต่อสุขภาพประชาชน ต่อการบริหารจัดการการเงินการคลังของระบบหลักประกันสุขภาพหรือนโยบายรัฐบาล ต่อคุณภาพชีวิตพยาบาลและผู้ให้บริการอื่นและต่อกระบวนการการศึกษาต่อเนื่อง

ระบบข้อมูลและการจัดการการร้องเรียนที่มีประสิทธิภาพ

การเข้าถึงข่าวสารของประชาชนและการใช้สิทธิตามรัฐธรรมนูญฯฉบับปี พ.ศ. 2540 ทำให้ประเด็นปัญหาในการร้องเรียนเรื่องคุณภาพบริการปรากฏมากขึ้น โดยเฉพาะประเด็นการตัดสินใจทางจริยธรรมที่บ่งบอกถึงคุณภาพบริการ ทำให้วิชาชีพการพยาบาลมีความตื่นตัว และหันมาสร้างระบบกำกับดูแลมากขึ้นโดยพยายามให้เรื่องการร้องเรียนเป็นกลไกสุดท้ายของการตรวจสอบและควบคุมคุณภาพบริการ การส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ผ่านระบบสารสนเทศหรือการพัฒนาระบบข้อมูลในการบริการนั้นสามารถสร้างความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้เกี่ยวข้องได้ ซึ่งปัจจุบันยังขาดประสิทธิภาพยังไม่มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้อย่างทั่วถึง บุคลากรยังไม่มีความคิดเรื่องการเปิดโปงหรือเปิดเผยข้อมูลการบริการสุขภาพต่อทุกฝ่ายโดยเฉพาะประชาชน สถานการณ์นี้ต้องร่วมดำเนินการระหว่างสถานบริการสุขภาพ ผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ ผู้จัดหาบริการและระดับองค์กรวิชาชีพในหลายระดับตั้งแต่ระดับพื้นที่ และระดับชาติ

ระบบข้อมูลสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพและเข้าถึงได้เพื่อสร้างความเข้าใจให้ตรงกันในคนที่เกี่ยวข้องเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาคุณภาพบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อใช้ข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจในการจัดการบริการแบบองค์รวม กลไกสำคัญของระบบนี้สำหรับวิชาชีพการพยาบาลคือ การบันทึกทางการพยาบาลซึ่งต้องเร่งรัดให้มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบทั้งนี้สอดรับกับมาตรฐานและแนวปฏิบัติบริการสุขภาพทั้งในระดับกลางและระดับพื้นที่ด้วย สถานพยาบาลต้องเป็นเจ้าภาพในการสร้างระบบบันทึกทางการพยาบาลนี้ร่วมกับสมาคม ชมรมทางการพยาบาลต่างๆ โดยต้องทำให้ประเด็นเหล่านี้ชัดเจนขึ้นด้วย ได้แก่ 1) ระบบข้อมูลที่ดี ระบบการบันทึกทางการพยาบาลที่ดี วิธีการบันทึกและวิธีการใช้ 2)ระบบการจัดการเรื่องการร้องเรียนที่เกี่ยวกับคุณภาพการบริการและจริยธรรมของพยาบาล ข้อมูล ประเด็นการร้องเรียนเกี่ยวพันกับคุณภาพบริการพยาบาลอย่างไร การจัดการการร้องเรียนที่ดี ใครต้องเกี่ยวข้องบ้าง 3)การดำเนินการทำความเข้าใจเรื่องประเด็นของการร้องเรียนในกลุ่มวิชาชีพและประชาชนเพื่อป้องกันและลดการเกิดซ้ำๆ เครื่องมือที่ใช้ในการสื่อสาร ช่องทางสื่อสารในระดับวิชาชีพและในระดับสถานบริการสุขภาพ และ4)ความรับผิดชอบตาม

กฎหมาย ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ปฏิบัติในระดับพื้นที่ เหตุปัจจัยในการเกิดสถานการณ์ที่ร้องเรียน เช่น ข้อมูลการบันทึกการปฏิบัติงาน การมอบอำนาจการทำงาน ความสามารถในการปฏิบัติงานหรือการตัดสินใจ และแนวทางการจัดการในระดับพื้นที่ปฏิบัติ เป็นต้น

ระบบกำลังคนที่มีประสิทธิภาพและการเข้าถึงการดูแลสุขภาพของประชาชน

กำลังคนในการให้บริการ เป็นกรอบคิดหนึ่งในการสร้างการเข้าถึงการดูแลสุขภาพของประชาชนและการพัฒนาคุณภาพบริการ พยาบาลเป็นกำลังสำคัญของการดูแลสุขภาพประชาชน (พยาบาลเป็นบุคคลากรส่วนใหญ่ของระบบบริการสุขภาพในทุกระดับคิดเป็นร้อยละ 75 กระทรวงสาธารณสุข, 2541) ซึ่งในปัจจุบันการวางแผนการผลิตของทุกองค์กรที่เกี่ยวข้องขาดการมองภาพรวมที่เชื่อมโยงกับระบบสุขภาพใหม่ที่มีรูปแบบการบริการพยาบาลที่หลากหลาย ทั้งในแง่ของการวางแผนการผลิตและการกระจายให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ระดับขั้นของสมรรถนะและความสามารถที่จะตอบสนองปัญหาสุขภาพองค์รวมของประชาชน ระบบการผลิตและการลงทุน ระบบค่าตอบแทนและการจ้างงาน ตลอดจนระบบการควบคุมกำกับมาตรฐานและคุณภาพ การดำเนินการเรื่องนี้ต้องการกลไกที่ดึงความร่วมมือจาก stakeholders ทั้งหมด

บทวิเคราะห์

ปัจจุบันพยาบาลมีสัดส่วนที่ดีมากที่สุดเมื่อเทียบกับวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นๆ โดยศักยภาพการผลิตมีมากกว่า 8,000-9,000 คนต่อปีและมีการกระจายในพื้นที่ในสัดส่วนที่ดีที่สุดด้วย โดยสัดส่วนที่น้อยที่สุดอยู่ที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ 1:1,702 (ข้อมูลปี 2545) จากการศึกษาการคาดประมาณการผลิตพยาบาลวิชาชีพ พ.ศ. 2538 (Srisuphan et.al,1998) พบว่าเมื่อปรับจำนวนพยาบาลที่ออกจากวิชาชีพพยาบาลแล้ว ใน พ.ศ. 2559 จะมีพยาบาลวิชาชีพทั่วประเทศอยู่ระหว่าง 138,000-142,400 คน คิดเป็นอัตราส่วนพยาบาลต่อประชากร 1:500 ซึ่งเป็นอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกับญี่ปุ่นและไต้หวัน แต่เนื่องจากประเทศไทยพบกับภาวะวิกฤตเศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2540 และนโยบายการปฏิรูประบบราชการ พ.ศ. 2542 ทำให้จำนวนการผลิตได้ถูกลดลงประมาณปีละ 3,000 คน ในขณะที่ปี พ.ศ. 2543 ได้มีการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งมีความต้องการพยาบาลวิชาชีพเพื่อไปสนับสนุนการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิจำนวนมาก

การกำหนดมาตรฐานผู้ให้บริการพยาบาลในระบบบริการสุขภาพระดับต่างๆตามระบบหลักประกันสุขภาพ เปิดโอกาสให้วิชาชีพมีการทบทวนเรื่องระดับสมรรถนะและความเชี่ยวชาญของพยาบาล ประเภทของพยาบาลในสาขาหลักและอนุสาขา พร้อมทั้งสัดส่วนที่เหมาะสมกับการบริการตามความต้องการของประชาชน ให้รัฐและองค์กรจ้างงานให้การยอมรับบทบาทพยาบาลที่ต่างกันและกำหนดตำแหน่งและระบบค่าตอบแทนอย่างเหมาะสมได้ การปรับตัวดังกล่าวเป็นไปตามแนวการพัฒนาความก้าวหน้าของพยาบาลด้วย โดยให้มีพยาบาลวิชาชีพทั่วไปที่มีสมรรถนะขั้นพื้นฐานและพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงที่เชี่ยวชาญในการบริการพยาบาลมากขึ้น สมาคม ชมรม เฉพาะสาขาและสถาบันการศึกษาต้องเป็นกลไกสำคัญในประเด็นนี้นอกจากความชัดเจนเรื่องประเด็นกำลังคนแล้ว รูปธรรมผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนและคุณภาพการบริการจากการมีพยาบาลต่างสมรรถนะต้องแสดงให้เห็นมากขึ้น

ประเด็นที่ 3

1. มีขั้นตอนหรือกลไกใดที่จะรวมองค์กรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่องค์กรพยาบาล สถาบันการศึกษา สถานบริการสุขภาพและองค์กรที่เกี่ยวกับการกำหนดคุณภาพบริการและการดูแลสุขภาพประชาชน มาผลักดันเรื่องเหล่านี้ให้เกิดขึ้นได้ ต้องมี focal point หรือไม่ ใครจะเป็น แหล่งสนับสนุนทั้งทุนการวิจัยและพัฒนา และทุนการขับเคลื่อนมาจากไหน ได้บ้าง องค์กรสนับสนุนมีกี่องค์กร
2. มีการปรับวิธีคิดของผู้มีอำนาจในองค์กร หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กระบวนการและขั้นตอนเป็นอย่างไร

4. การสร้างการมีส่วนร่วมของ stakeholders ในการดูแลสุขภาพประชาชน

ความนำ

การดูแลสุขภาพประชาชนถือเป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของวิชาชีพการพยาบาล ที่ต้องเกี่ยวโยงกับประชาชนและหลายองค์กร ในหลายมิติที่ทั้งอาจซ้อนทับกันหรือต่างกันตั้งแต่มิติของการดูแลและการบริหารจัดการให้เกิดการดูแล การมีส่วนร่วมจึงครอบคลุมในหลายมิติ ตั้งแต่ ร่วมรับรู้ ร่วมให้ความเห็น ร่วมริเริ่ม ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ หรือ ร่วมตรวจสอบ และในหลายประเด็น ได้แก่ ร่วมผลิตและพัฒนา ร่วมลงทุนในการผลิต ร่วมบริการ ร่วมบริหารจัดการ ร่วมกำกับและควบคุมคุณภาพมาตรฐาน ร่วมประเมินผล ร่วมสร้างความรู้ทางการพยาบาลเหล่านี้เป็นการก้าวออกนอกกรอบวิชาชีพที่สำคัญของระบบการพยาบาล ที่ต้องสร้างหุ้นส่วนให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมโดยเป็นการสานประโยชน์ที่ยอมรับได้แก่ทุกฝ่ายโดยเฉพาะอย่างยิ่งประโยชน์ที่จะเกิดกับการดูแลสุขภาพองค์รวมของประชาชน

บทวิเคราะห์

สุนทราวดี เธียรพิเชฐ , รวีวรรณ เผ่ากัณหา , และคณะ (2546) (เอกสารประเด็นที่ศึกษา) วิเคราะห์มิติต่างๆของการมีส่วนร่วมกับองค์กรที่เกี่ยวข้องโดยเน้นที่ภารกิจ และวิธีการทำงานของแต่ละองค์กรตามเงื่อนไขของการมีส่วนร่วมพร้อมทั้งชี้แนวทางการพัฒนาให้วิชาชีพการพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งได้วิเคราะห์ภารกิจ บทบาทของสภาการพยาบาล สมาคมพยาบาลฯในการกำหนดยุทธศาสตร์การสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีสุขภาพอื่นๆด้วย ส่วนสำคัญของประเด็นคือการชี้ให้เห็นวิธีคิดของคนสำคัญในองค์กรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งน่าจะเกิดได้จากการร่วมทำงานอย่างจริงจัง

เมื่อการดูแลสุขภาพประชาชนและระบบการพยาบาลได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆทางสังคมวัฒนธรรม เศรษฐกิจ การเมือง และ สิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540พระราชบัญญัติการปฏิรูประบบราชการ การรณรงค์เพื่อยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่ ปี 2542-ปัจจุบัน พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 พระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจฯลฯให้แก่การปกครองส่วนท้องถิ่น (พ.ร.บ. สภาตำบลและการบริหารส่วนตำบล พ.ศ.2537, พ.ร.บ.องค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.2538 ,พ.ร.บ.ระเบียบบริหารราชการเมืองพัทยา พ.ศ.2542) และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่ขอบเขตการประกอบวิชาชีพการพยาบาล เช่น พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ.2541(ให้พยาบาลบริการดูแลสุขภาพที่บ้านได้) ข้อกำหนดการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรค(ให้พยาบาลทำได้) ความจำเป็นที่ทุกองค์กรที่เกี่ยวข้องต้องร่วมมือกันมีสูงมากเพื่อจัดการให้เป้าหมายของแต่ละระบบเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

การบริการพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพโดยภาควิชาชีพ และเป็นส่วนใหญ่ที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนเนื่องจากการดูแลสุขภาพเป็นระบบที่คาบเกี่ยวตั้งแต่การที่ประชาชนดูแลตนเอง การดูแลโดยผู้ให้บริการสุขภาพ และการจัดการโดยนโยบายรัฐ องค์กรที่เกี่ยวข้องจึงมีตั้งแต่ ผู้ปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันการศึกษา องค์กรวิชาชีพ องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน รูปแบบการดูแลสุขภาพมีหลากหลาย ตั้งแต่

การดูแลสุขภาพโดยประชาชน การบริการสวัสดิการโดยองค์กรชุมชน องค์กรท้องถิ่น การให้บริการสุขภาพโดยวิชาชีพในภาครัฐ เอกชน และ การบริการสวัสดิการโดยองค์กรต่างๆ บทวิเคราะห์นี้ชี้มิติของการสร้างการมีส่วนร่วมจากผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดเพื่อผลักดันการพัฒนาในประเด็นต่างๆของวิชาชีพการพยาบาลในการดูแลสุขภาพประชาชน

การร่วมทำภารกิจกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามภารกิจที่ทับซ้อนกันระหว่างสถานบริการสุขภาพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเรื่องการบริการด้านสุขภาพที่เป็นไปตาม พ.ร.บ.ที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจรัฐฯนั้น ต้องถือเป็นรูปแบบการบริการพยาบาลที่เป็นก้าวสำคัญ ที่ต้องอาศัยการยอมรับจากประชาชนและองค์กรท้องถิ่น เป็นการนำวิชาชีพเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาบทบาทหน้าที่ขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นในการดำเนินการเต็มศักยภาพตามภารกิจใหม่ในการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาชุมชนให้มีความเข้มแข็งและสามารถพึ่งตนเองโดยหลุดพ้นจากการพึ่งพาระบบเศรษฐกิจทุนนิยมและกลไกภาครัฐที่ไม่เอื้ออำนวย ซึ่งกระบวนการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนนั้นต้องมีกลไกผลักดันที่สำคัญคือ การสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้และการให้คุณค่ากับภูมิปัญญาเพื่อการแก้ปัญหาในท้องถิ่นวิชาชีพการพยาบาลเช่นเดียวกับองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้องต้องให้การสนับสนุนและร่วมในกระบวนการนี้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งกระบวนการมีส่วนร่วมนั้นมีตั้งแต่การร่วมสร้างบริการสุขภาพ ร่วมผลิตพยาบาล การจ้างงาน การควบคุมและตรวจสอบบริการ เป็นต้น ส่วนการทำงานกับองค์กรชุมชนนั้นเป็นเสียงเรียกร้องจากภาคประชาชน โดยเฉพาะองค์กรชุมชนเข้มแข็ง ที่ต้องการสร้างสวัสดิการการดูแลสุขภาพให้เกิดขึ้นในชุมชนของตนเอง เห็นว่าการมีพยาบาลของชุมชนเช่นเดียวกับพระและครูของชุมชนจะทำให้สามารถเป็นผู้นำด้านสุขภาพได้ทั้งนี้โดยชุมชนร่วมกำหนดลักษณะการบริการสุขภาพร่วมผลิตกับสถาบันการศึกษา จ้างงานเองและควบคุมกำกับคุณภาพการทำงานเอง การขยายรูปแบบการทำงานเช่นนี้ถือเป็นการก้าวออกนอกกรอบคิดการจ้างงานเดิมที่เน้นเพียงแค่ในสถาบันบริการภาครัฐและเอกชน ส่วนสาระในการเรียนรู้เรื่องนี้ ที่จะทำให้สามารถดำเนินการไปได้ ได้แก่ 1)กระบวนทัศน์และกรอบคิดการสร้างความเข้มแข็งให้ท้องถิ่นในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน ชุมชน 2)ฐานคิดในการพัฒนาวัฒนธรรมการเรียนรู้เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนและการวิเคราะห์รูปธรรมที่เกิดขึ้น 3)วิธีการดำเนินการในการสร้างการยอมรับในองค์กรชุมชนและในกลุ่มวิชาชีพ 4)บทบาทของพยาบาลในการทำงานร่วมกับองค์กรเหล่านี้และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตประชาชนและการเข้าถึงการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพ ผลกระทบต่อองค์กรวิชาชีพ เช่น สภาการพยาบาล สถาบันการศึกษา สมาคม ชมรม ผลกระทบต่อความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ 5)การสังเคราะห์หากลไกในการขับเคลื่อนองค์กรเหล่านี้ทั้งในระดับพื้นที่และในวงกว้าง

บทวิเคราะห์

รศ.ดร. เสรี พงศ์พิศ ในการประชุมประจำปีทางมานุษยวิทยาครั้งที่ 3 เรื่อง ทบทวนภูมิปัญญา ท้าทายความรู้ ระหว่างวันที่ 24-26 มีนาคม 2547 ณ ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินทร ได้ตอกย้ำจุดยืนเรื่องการสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนว่า เป็นหนทางที่จะทำให้ประชากรส่วนใหญ่ของประเทศแก้ปัญหาการผูกติดกับระบบเศรษฐกิจผูกขาดของบรรษัทข้ามชาติ

การร่วมลงทุนการผลิตและการพัฒนากำลังคนทางการพยาบาล

การจัดการงบประมาณสำหรับการวางแผนทั้งการผลิตและการพัฒนา การใช้กำลังคนทางการพยาบาลอาจมาจากทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง ที่ผ่านมาอยู่ในองค์กรรัฐเป็นส่วนใหญ่ องค์กรเอกชนเป็นส่วนน้อย ส่วนการจัดการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นเริ่มมีรูปร่างเกิดขึ้น รูปธรรมการลงทุนร่วมผลิตในระดับพื้นที่เกิดขึ้นแล้วในหลายรูปแบบทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน องค์กรชุมชนเข้มแข็งและ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การวิเคราะห์รูปธรรมที่เริ่มต้นถือเป็นฐานการพัฒนาที่ดี

ข้อมูลเพิ่มเติม

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง อบต.และเทศบาลส่งคนในพื้นที่เข้าเรียนพยาบาลที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ภายใต้โครงการบัณฑิตคืนสู่สังคมที่ดำเนินการมาตั้งแต่ปี พศ. 2545 ปีละ 19 คนจากท้องถิ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และสถาบันการศึกษาในพื้นที่อื่นๆได้เริ่มเปิดรับในลักษณะเดียวกันมากขึ้น ทั้งเพื่อเข้าเรียนพยาบาลและทันตาภิบาล ในขณะเดียวกันได้มีความพยายามที่จะสร้างรูปธรรมการพัฒนากำลังคนทางการพยาบาลภาพรวมให้เกิดขึ้นทั่วประเทศในโดยการเสนอโครงการ 1พยาบาล 1 หมู่บ้านขึ้น ซึ่งอยู่ในระยะพัฒนากลไกในการดำเนินการ

ประเด็นที่สามารถอธิบายฐานคิดได้แก่ 1)รูปแบบการร่วมผลิตและการพัฒนาระหว่างหน่วยผลิตและหน่วยบริการ และ องค์กรชุมชน 2)อำนาจขององค์กรเหล่านี้ในแง่การลงทุนร่วมผลิต การจ้างงาน พร้อมกลไกการสร้างความเข้าใจให้เกิดขึ้นในวงกว้างและมีผลต่อการพัฒนารูปแบบการร่วมผลิต 3)รูปธรรมที่เกิดขึ้น(กับองค์กรชุมชน องค์กรปกครองระดับท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน สถานประกอบการต่างๆ) สามารถสร้างผลกระทบในวงกว้างได้ในแง่ การสร้างความเข้าใจในองค์กรที่เกี่ยวข้อง การพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมและวิธีการทำงานร่วมกัน ผลกระทบกับการดูแลสุขภาพประชาชนและความก้าวหน้าเชิงวิชาชีพของพยาบาล 4)ในแง่การร่วมลงทุนในการผลิต(กับองค์กรชุมชน องค์กรปกครองระดับท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน สถานประกอบการต่างๆ) ปริมาณในการผลิต ข้อมูลกำลังคน ประเด็นทางกฎหมาย แหล่งงบประมาณ การผูกมัดหรือการใช้ทุน การบริหารจัดการในระดับพื้นที่หรือองค์กรเรื่องค่าตอบแทน 5)ผู้รับผิดชอบทั้งในระดับพื้นที่และระดับกลาง 6)บทบาทหน้าที่ของแต่ละองค์กรในการร่วมผลิตความรู้ที่ต้องการ การปรับตัวของสถาบันการศึกษา กระบวนการเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ ผู้สอนและผู้เรียน

การร่วมมือของภาคประชาชนและองค์กรชุมชน

หลังการประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 และจากผลกระทบของความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสารสนเทศ ภาคประชาชนและสังคมมีจุดยืนที่ชัดเจนในการเรียกร้องเรื่องคุณภาพบริการสุขภาพและการดูแลสุขภาพ ความเท่าเทียม และการเข้าถึงบริการสุขภาพในฐานะที่เป็นคนไทย ตลอดจนการมีส่วนร่วมในการสร้างและตรวจสอบคุณภาพบริการ มาอย่างต่อเนื่อง มีผลให้รัฐต้องเร่งรัดจัดให้มีการจัดการกับเงื่อนไขสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยให้สามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชนที่มีความซับซ้อน และหากเกิดร่วมกับการจัดการการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพจะสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยภาครัฐซึ่งส่วนใหญ่เป็นส่วนที่เพิ่มขึ้นกับการใช้เทคโนโลยีด้านการรักษาที่ขาดการตรวจสอบและควบคุม ได้ในระยะยาว เป็นผลให้ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพอย่างเท่าเทียมทั่วถึงด้วยบริการที่มีประสิทธิภาพ กลไกสำคัญที่จะสร้างการมีส่วนร่วมนี้เกิดขึ้นได้ในหลายลักษณะได้แก่ การรวมกลุ่มเอง เช่น สมัชชาสุขภาพ กลุ่มคุ้มครองผู้บริโภค หรือการเข้ามีส่วนร่วมในลักษณะผู้แทนในคณะกรรมการต่างๆในระบบสำคัญๆ เช่นระบบหลักประกันสุขภาพ กระบวนการในการสร้างวิธีการทำงานร่วมกันต้องการความรู้อยู่มาก

โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการสร้างคุณภาพการบริการ กรอบคิดของอำนาจในเรื่องนี้คือประชาชน ดังนั้นการขับเคลื่อนที่สำคัญจึงต้องมุ่งที่การสร้างความเข้มแข็งให้ประชาชน ซึ่งมาตรการที่นำมาใช้ควรอยู่ที่ พ.ร.บ.การกระจายอำนาจรัฐฯกระบวนการดำเนินการได้เริ่มขึ้นบ้างแล้ว การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และให้เกิดขึ้นอย่างเจาะจง เช่น สมัชชาสุขภาพเรื่องต่างๆ และ ในพื้นที่นั้นควรเป็นอย่างไร ใครควรทำ เหล่านี้เป็นต้น

ข้อมูลเพิ่มเติม

"เรามีกองทุนดูแลเรื่องสุขภาพให้แก่ประชาชน ตอนนี้เราจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ประชาชนในพื้นที่ของเรา ถ้าหากจะจ้างพยาบาลมาดูแลคนในชุมชนเป็นเรื่องที่ไม่ยาก "

บทสัมภาษณ์ ครูชบ ยอดแก้ว เมื่อ มีนาคม 2546

องค์กรชุมชนเข้มแข็งที่เกิดขึ้นในหลายพื้นที่เป็นอีกกลไกหนึ่งที่สามารถสร้างรูปธรรมการมีส่วนร่วมกับระบบการพยาบาลได้ เช่นการร่วมลงทุนและเรียนรู้ในการผลิตและพัฒนา ใช้ ควบคุมคุณภาพและประเมินผลการบริการได้ การจ้างงานโดยชุมชน (พยาบาลของชุมชน) สามารถเกิดขึ้นเช่นเดียวกับพยาบาลเยี่ยมบ้านที่เป็นอยู่ ดังนั้นการสร้างชุมชนเข้มแข็งจึงถือเป็นกลไกหลัก ซึ่งที่ผ่านมามีเจ้าภาพดำเนินการหลายส่วนและได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐทั้งในเชิงนโยบายและงบประมาณ เช่น ในเรื่องการแก้ปัญหาความยากจน นโยบายกองทุนหมู่บ้าน นโยบาย OTOP SMEs เป็นต้น เพื่อสร้างความรู้ที่เกี่ยวข้องให้มากที่สุดโดยเฉพาะอย่างยิ่ง เกี่ยวกับการพัฒนาทุนทางสังคมของชุมชนทั้งเศรษฐกิจชุมชน ภูมิปัญญาท้องถิ่น และกำลังคนของท้องถิ่น ประเด็นคือทำอย่างไรจะทำให้เกิดองค์กรชุมชนเข้มแข็งมากขึ้นและระบบการพยาบาลเข้าร่วมทำงานกับองค์กรเข้มแข็งเหล่านี้ได้อย่างต่อเนื่อง

การร่วมลงทุนผลิตเพื่อการจ้างงานรูปแบบใหม่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

พ.ร.บ.การกระจายอำนาจรัฐฯให้อำนาจท้องถิ่นได้มีโอกาสในการแก้ไขปัญหาพื้นที่ตนเอง ในสองส่วนคือ บทบาทหน้าที่ ภารกิจในการดูสุขภาพประชาชน และงบประมานเพื่อการบริหารจัดการตามภารกิจ ซึ่งเป็นภารกิจที่ซ้อนทับกับรัฐบาลกลาง กรอบคิดของระบบบริการสุขภาพภาครัฐฯการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ซื้อบริการหรือบริหารจัดการการดูแลสุขภาพประชาชนดูเหมือนจะเป็นไปได้ยากเนื่องจากติดภาพลักษณ์เดิมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หากต้องการให้เกิดรูปธรรมการจ้างงานแล้ว น่าจะมุ่งที่การมีส่วนร่วมในการผลิต การใช้ การควบคุมคุณภาพ ให้ชัดเจน ทั้งในแง่การร่วมลงทุน การจ้างงานและการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการเรียนรู้เชื่อมต่อกัน รูปธรรมที่เกิดขึ้นในระยะเริ่มต้นต้องมีกลไกผลักดันหลายส่วน โดยเน้นที่การร่วมผลิตซึ่งกลไกที่สำคัญน่าจะได้แก่องค์กรวิชาชีพเฉพาะทางการพยาบาลของชุมชนมารับผิดชอบเชื่อมโยงกับสถาบันการศึกษา ร่วมกับกลไกการขับเคลื่อนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความรู้ ความสามารถในการร่วมทำงานนี้ด้วย กลไกนี้ต้องอาศัยการสร้างความรู้และการจัดการความรู้เพื่อผลักดันให้การทำงานเกิดขึ้นได้ทั้งในภาพบทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาพความต้องการพยาบาลของชุมชนด้วย เพื่อเป็นฐานการทำงานร่วมกันในระยะต่อไปที่อำนาจทางงบประมาณได้รับการกระจายเต็มรูปแบบ และการพัฒนาระบบการจ้างงานพยาบาล การควบคุมคุณภาพ เกิดขึ้นได้ สาระสำคัญของฐานคิดเรื่องนี้ได้แก่ การเสนอรูปธรรมที่แสดงความเป็นไปได้เพื่อสังเคราะห์ให้เห็นกระบวนการการมีส่วนร่วม ผลที่เกิดขึ้น ผู้เกี่ยวข้องและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ศักยภาพและวิธีคิด ความเข้าใจ และนำมาผลักดันให้เกิดการดำเนินการในวงกว้าง การสร้างกลไกการจัดการให้เกิดขึ้น เช่น นโยบาย งบประมาณ ความรู้ ข้อมูล ผู้รับผิดชอบ และที่สำคัญคือการสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้พยาบาลสามารถทำงานในส่วนนี้ได้

การมีส่วนร่วมของหน่วยบริการสุขภาพทั้งภาครัฐ เอกชน

หน่วยบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนต้องปรับตัวตามมาตรการต่างๆของระบบหลักประกันสุขภาพ ตามความต้องการการบริการสุขภาพข้ามชาติที่มากับข้อตกลงการค้าเสรีและการประกอบการอิสระ จึงต้องเร่งสร้างให้เกิดระบบคุณภาพขึ้น ในแง่การประกันคุณภาพโดยการสร้างมาตรฐาน แนวปฏิบัติบริการสุขภาพต่างๆ กลไกคือความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการทั้งในระดับพื้นที่และระดับชาติกับองค์กรวิชาชีพ เช่นสภาวิชาชีพ สมาคมชมรมพยาบาลเฉพาะทางต่างๆ กับวิชาชีพอื่น เช่นเดียวกับการร่วมสร้างระบบข้อมูลสารสนเทศที่บอกถึงชุดข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นในแต่ละหน่วยและระดับของการบริการสุขภาพ ส่วนระบบการจัดการการร้องเรียนนั้นบทบาทหลักคือสภาวิชาชีพทั้งนี้ให้เป็นไปตามกฎหมาย โดยต้องใช้ระบบข้อมูลสารสนเทศและแนวทางการเปิดเผยข้อมูลเป็นฐานสำคัญ ในแง่ของการพัฒนาระบบกำลังคนให้มีประสิทธิภาพนั้นมีการร่วมวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนทั้งในระดับพื้นที่และระดับชาติอยู่แล้ว (การทำสัญญาร่วมผลิตได้เกิดขึ้นเป็นรูปธรรมมาแล้วในหลายพื้นที่ เช่นที่อบต.น้ำพอง จ.ขอนแก่น และอบต.และเทศบาลที่เข้าร่วมโครงการบัณฑิตคืนสู่สังคมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีละ 10-15 แห่ง เป็นต้น) ประเด็นคือการสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ร่วมกันนั้นยังต้องการแนวคิดและกระบวนการในการดำเนินการทั้งนี้เรื่องนี้ถือเป็นหัวใจของการพัฒนากำลังคน

ฐานคิดของการร่วมผลิตและร่วมสร้างคุณภาพมีสาระที่สำคัญได้แก่ ความรู้ที่ต้องการในการทำงานระหว่างองค์กร กระบวนการปรับตัวของแต่ละองค์กร และรูปธรรมที่เป็นกรณีที่สำเร็จเพื่อการสังเคราะห์บทบาทหน้าที่ที่เป็นตัวอย่างการดำเนินการที่ดี

วิชาชีพอื่นและองค์กรที่เกี่ยวข้องกับระบบคุณภาพ

ระบบหลักประกันสุขภาพต้องกำหนดมาตรฐานของหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ ที่ผ่านมา พยาบาล ถือเป็นกลไกสำคัญในการสร้างรูปธรรมการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้เกิดขึ้น เป็นการเข้าครอบครองพื้นที่การบริการสุขภาพในชุมชน ในระยะนี้ การสร้างมาตรฐานผู้ให้บริการเป็นเรื่องสำคัญ องค์กรวิชาชีพต้องเร่งผลิตให้เพียงพอ และ เร่งรัดมาตรการระบบการจ้างงานและค่าตอบแทนให้เหมาะสมเป็นที่ยอมรับได้ขององค์กรที่เกี่ยวข้องเหล่านี้ซึ่งรวมทั้งการประกอบการอิสระ ซึ่งสภาการพยาบาลเป็นองค์กรหลักร่วมกับองค์กรวิชาชีพอื่น (สภาการพยาบาลมีกลไกการทำงานร่วมกับแพทยสภา ทันตแพทยสภา สภาเภสัชกรรม อย่างใกล้ชิด ในขณะที่การร่วมงานของสมาคมทางการพยาบาลเฉพาะสาขากับวิชาชีพอื่นมีความต่อเนื่องตลอดมา) และองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการรับรองคุณภาพ ควบคุมมาตรฐานและคุณภาพของหน่วยบริการสุขภาพโดยการร่วมสร้างมาตรฐาน แนวปฏิบัติบริการสุขภาพกลาง อัตราราคากลางตามโรค และร่วมรับรองและควบคุมคุณภาพของหน่วยบริการ การดำเนินการให้เกิดขึ้นได้นั้นต้องเร่งสร้างความรู้เพื่ออธิบายตามกรอบคิดใหม่ของรูปแบบการดูแลสุขภาพและของการจ้างงาน การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคน ความรู้ที่ชี้ให้เห็นว่าผู้ให้บริการตามมาตรฐานนี้สามารถสร้างผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนได้ และความรู้ที่บอกวิธีการทำงานตามระบบการจ้างงานแบบใหม่ เป็นต้น

องค์กรวิชาชีพที่สำคัญนอกจากสภาการพยาบาลซึ่งเป็นองค์กรตามกฎหมายคือ สมาคม ชมรมทางการพยาบาลเฉพาะทางต่างๆ สถาบันการศึกษา ต้องปรับบทบาทหน้าที่ให้เป็นหน่วยวิชาการให้กับสภาการพยาบาลและสถาบันการศึกษา มีการสร้างความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการดูแลเพื่อแสดงแนวปฏิบัติบริการพยาบาลตามมาตรฐานต่างๆ การเสนออัตราราคากลางในกรณีการบริการพยาบาล ดังนั้นต้องหาความชัดเจนเกี่ยวกับมาตรฐาน แนวปฏิบัติบริการสุขภาพกลาง อัตราราคากลางตามโรคในแง่องค์ประกอบและกลไก เป็นต้น

ประเด็นที่ 4
1. การสร้างกลไกกลางของการพัฒนาพยาบาลขึ้นในประเทศที่นอกเหนือจากองค์กรทางกฎหมายเช่น สภาการพยาบาล ซึ่งอาจได้แก่ มูลนิธิหรือสถาบัน นั้น ต้องการกลไก การสนับสนุนอะไรบ้าง ขั้นตอนการดำเนินการที่จะทำให้องค์กรที่เป็น stakeholders มาสร้างการมีส่วนร่วมกันในทุกมิติควรเป็นอย่างไร ใครควรทำ 2. มีกระบวนการใดที่สามารถปรับวิธีคิดขององค์กรดังกล่าวและองค์กรวิชาชีพการพยาบาลได้ 3. ต้องทำอะไรเพิ่มเติมบ้างเพื่อทำให้เกิดการทำงานร่วมมือกันได้เป็นอย่างดี เกิดวิธีการทำงานในหลายระดับ และสร้างชุดความรู้เพื่อกำหนดแนวทางการมีส่วนร่วมและสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมได้

5. การจัดการความรู้กับวัฒนธรรมการเรียนรู้ในวิชาชีพการพยาบาล

ความนำ

การจัดการความรู้ เป็นเครื่องมือสำคัญของการยกระดับความรู้และการปฏิบัติให้ดีขึ้น(ประเวศ วะสี, 2546, วิจารณ์ พานิช, 2545) เป็นการสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องให้เกิดขึ้น ในระบบการพยาบาล ความรู้ทางการพยาบาลเกิดขึ้นในบริบทของการปฏิบัติเป็นหลัก การจัดการความรู้ต้องดึงความรู้เหล่านี้มาใช้ ให้ผู้ใช้สามารถเข้าถึงความรู้และข้อมูลและใช้ได้ง่าย เป็นการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ระหว่างคนให้มากที่สุด ซึ่งต้องอาศัยวิธีการและช่องทางที่เหมาะสม

บทวิเคราะห์
ขนิษฐา นันทบุตร (2546)(เอกสารประเด็นที่ศึกษา)วิเคราะห์การจัดการความรู้ในวิชาชีพการพยาบาลโดยละเอียดตั้งแต่ชนิดของความรู้ที่ใช้ในวิชาชีพการพยาบาล วิธีการสร้างทั้งจากการวิจัยและการปฏิบัติงาน ช่องทางการสื่อที่เริ่มเน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่กันมากขึ้น งานวิจัยที่กำลังเปลี่ยนทิศทางให้สามารถตอบสนองวิธีคิดเรื่องสุขภาพองค์รวมและจุดเน้นของการสร้างอัตลักษณ์ของ"การดูแล"ให้วิชาชีพมีความชัดเจนมากขึ้น ที่เป็นประเด็นคือ วิธีการกระตุ้นให้พยาบาลผู้ปฏิบัติมีกระบวนการสังเคราะห์ข้อความรู้จากการปฏิบัติที่ผ่านมาและนำมาชี้นำการพัฒนาวิธีการทำงานต่อไป ส่วนประเด็นแหล่งทุนสนับสนุนการวิจัย ทิศทางการวิจัยโดยภาพรวมและเป้าหมายการวิจัยนั้นต้องเน้นที่การปรับวิธีคิดของนักวิจัยและผู้ปฏิบัติทางการพยาบาลเป็นอันดับแรก ให้เน้นเพื่อการพัฒนาวิธีการทำงานเป็นอันดับแรก (เอกสารประกอบการประชุม)

บทวิเคราะห์นี้ชี้ให้เห็นความจำเป็นของการใช้การจัดการความรู้ให้เป็นเครื่องมือในการเชื่อมโยงกับประเด็นหลักอื่นๆที่กล่าวมาแล้ว โดยเน้นที่การชี้ให้เห็นว่าระบบการพยาบาลต้องการความรู้ลักษณะใดในการทำให้ประเด็นหลักอื่นๆมีข้อเสนอทางออกที่ชัดเจนและทำให้ทิศทางการพัฒนาระบบการพยาบาลมีความเป็นไปได้ในอนาคต โดยเสนอเครื่องมือของการจัดการความรู้ใน 3 ชุด คือ การปรับกระบวนทัศน์การบริการสุขภาพองค์รวมในระดับรากหญ้า การสร้างและพัฒนาผู้นำทางการพยาบาลเพื่อสร้างวัฒนธรรมการจัดการความรู้ในระดับพื้นที่ และการวิจัยและพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสุขภาพและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อเป็นฐานในการสร้างคุณภาพการบริการพยาบาลให้ระบบบริการสุขภาพ (ศิริอร สินธุ และ เรณู พุกบุญมี, 2544, จินตนา ยูนิพันธ์ และ ชนกพร จิตปัญญา, 2544)

สถานการณ์แนวโน้มการจัดการความรู้ที่เกิดจากปัจจัยกระทบต่าง ๆ

ประเด็นคุณภาพบริการสุขภาพถือเป็นประเด็นหลักของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในระยะนี้อันเป็นการสร้างความเข้มแข็งให้ระบบในระยะยาวได้ การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลจึงเป็นเรื่องสำคัญ การจัดการความรู้ในระบบการพยาบาลทั้งหมดจึงมุ่งสู่การพัฒนาคุณภาพทั้งสิ้น โดยกลไกสำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการ ได้แก่ 1)บทบาทวิชาชีพและมาตรฐานวิชาชีพ มาตรฐานการบริการและข้อวินิจฉัยทางการ

พยาบาล แนวปฏิบัติบริการสุขภาพ ตัวชี้วัดคุณภาพ 2)มาตรฐานผู้ให้บริการ บันไดวิชาชีพและค่าตอบแทน 3)การสร้างการยอมรับจากภาคประชาชนและสังคมและการให้ข้อมูลแก่ประชาชนและสังคม ซึ่งกลไกเหล่านี้วิเคราะห์จากผลกระทบของ พฤติกรรมสุขภาพ ปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชนที่เปลี่ยนไป กฎหมายสำคัญเช่น พรบ.สุขภาพ พรบ.หลักประกันสุขภาพ พรบ.การกระจายอำนาจรัฐฯ พรบ.ปฏิรูปการศึกษาแห่งชาติ นโยบายรัฐที่เน้นการใช้ความรู้เป็นฐานในการทำงานและกระแสการสร้างความเข้มแข็งให้เกิดขึ้นกับภาคประชาชน ซึ่งนำเสนอเป็นการวิเคราะห์ลักษณะความรู้ที่ต้องการและกระบวนการจัดการความรู้ที่ท้าทายต่อไป

แนวโน้มที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ 1)ระบบการดูแลสุขภาพจะเปลี่ยนไป โดยมี potential partners หลายส่วน รูปแบบการดูแลสุขภาพจึงกว้าง ส่งผลให้รูปแบบการจ้างงานเปลี่ยนไป การบริการพยาบาลเปลี่ยนเมื่อปัญหาสุขภาพของประชาชนมีความซับซ้อนมากขึ้นจากผลกระทบของสังคมวัฒนธรรม เศรษฐกิจ การเมืองและสิ่งแวดล้อม ขีดความสามารถของพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนดังกล่าวต้องแบ่งระดับเป็นขั้นพื้นฐานและขั้นเชี่ยวชาญอย่างชัดเจน มีผลให้กรอบคิดเรื่องกำลังคนทั้งในแง่สมรรถนะ สัดส่วน และตำแหน่งงานพร้อมค่าตอบแทนเปลี่ยนไปให้มีระบบรองรับอย่างเหมาะสม 2)ลักษณะการจัดการความรู้เปลี่ยนมีการแลกเปลี่ยนความรู้กันมากขึ้นโดยเน้นที่การสรุปบทเรียนและข้อความรู้จากประสบการณ์การทำงาน มีการวิจัยสร้างความรู้จากการพัฒนาการทำงานมากขึ้น กลไกสำคัญคือการวิจัยในระดับบัณฑิตศึกษาที่มีปริมานสูงกว่าวิจัยจากแหล่งอื่น และกระบวนการสร้างการทำงานให้เป็นการวิจัย โดยลักษณะความรู้เปลี่ยนไปเน้นความคิด ความเชื่อ ความเข้าใจ ค่านิยม และพฤติกรรมเชิงลึก จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยเฉพาะประชาชน พยาบาลผู้ปฏิบัติ ซึ่งใช้มาประกอบการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลต่อไป การถ่ายทอดความรู้จะมีหลายช่องทางมากขึ้นแต่เน้นที่การทำงานร่วมกันซึ่งเป็นเรื่องของการสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้และวัฒนธรรมวิชาการให้เกิดในระบบการพยาบาลมากขึ้น

ข้อมูลเพิ่มเติม

วิลาวรรณ พันธุ์พฤกษ์ (2544) วิเคราะห์ให้เห็นภาพรวมงานวิจัยในระดับบัณฑิตศึกษาในสาขาวิชาการพยาบาล ส่วนที่ประชุมคณบดีและหัวหน้าสถาบันการศึกษาพยาบาลศาสตร์ฯได้ร่วมกันกำหนด**กรอบวิจัยสาขาพยาบาลศาสตร์** (เข้าถึงได้จาก http://thainurse.nurse.cmu.ac.th) ซึ่งมี 8 ด้านได้แก่ การวิจัยด้านโรคเรื้อรัง ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านเด็ก ด้านผู้สูงอายุ ด้านสุขภาพสตรี ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ด้านระบบการพยาบาลและระบบสุขภาพ ด้านการบำบัด ทางการพยาบาลทางเลือก โดยใช้เป็นแนวทางในการกำหนดทิศทางการวิจัยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับบัณฑิตศึกษา ประเด็นสำคัญในส่วนนี้คือแหล่งทุนสนับสนุน การเข้าถึงแหล่งทุนต่างๆ และศักยภาพการจัดการงานวิจัยของพยาบาลให้สามารถนำผลที่เกิดขึ้นสู่การพัฒนางานได้

การปรับกระบวนทัศน์การบริการสุขภาพองค์รวมในระดับฐานราก

เมื่อปัญหาในการดำเนินชีวิตของประชาชนมีความซับซ้อน ผสมผสานและเป็นองค์รวม องค์ความรู้ที่ต้องการในการแก้ปัญหาย่อมต้องสนองตอบได้อย่างเท่าทัน คือมีความเป็นองค์รวมและสอดรับกับวิธีคิดและวิถีชีวิตของประชาชนเป็นหลักตามธรรมชาติของปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นส่วนที่ระบบการพยาบาลมีประสบการณ์มามากแต่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติ โดยเฉพาะกระบวนทัศน์ของพยาบาลที่หล่อหลอมมานาน จึงมีความจำเป็นต้องเร่งทำความเข้าใจในวงกว้างมากขึ้น การปรับกระบวนทัศน์นี้ต้องปรับในระดับฐานรากเป็นการหาความรู้ฝังลึกจำนวนหนึ่งจากประสบการณ์การทำงานทางการพยาบาลในบริบทต่างๆของการดำเนินชีวิตของประชาชนเพื่อ

นำมาสรุปให้ประจักษ์อาจจะตามปรัชญาและแนวคิดหลักของการพยาบาลและตามบริบทสังคมวัฒนธรรมของไทย และถ่ายทอดให้เกิดการประยุกต์ใช้ต่อไป

กระบวนการสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้เพื่อปรับกระบวนทัศน์ในระดับฐานรากนี้ประกอบด้วยสาระสำคัญหลายประการได้แก่ กลไก องค์ความรู้ที่ต้องการ เครื่องมือในการเรียนรู้และวิธีการ ช่องทางและกิจกรรม

การสร้างและพัฒนาผู้นำทางการพยาบาลเพื่อสร้างวัฒนธรรมการจัดการความรู้ในระดับพื้นที่

การจัดการความรู้จึงมีความสำคัญในการขยายบทบาทของพยาบาลในการจัดการการดูแลสุขภาพองค์รวมและต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การเปิดโอกาสให้มีกระบวนการเรียนรู้ในระดับปฏิบัติงานและระดับบริหารจัดการในวิชาชีพและระหว่างวิชาชีพ การทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่าง ๆเช่นในการร่วมผลิตการจ้างงาน ตลอดจนการจัดให้มีการถ่ายทอดประสบการณ์ข้อคิดเห็นและความรู้โดยอาศัยวิธีการและช่องทางการรับรู้ที่แตกต่างออกไปตามธรรมชาติของผู้คนในแต่ละภาคส่วน ทั้งนี้ต้องทำงานแบบเป็นหุ้นส่วนในการสร้างความรู้สนับสนุน วิเคราะห์หาช่องทางในการเปิดการรับรู้ของผู้มีอำนาจในการจัดการเชิงนโยบายของภาครัฐ และการเรียกร้องการสนับสนุนจากภาคประชาชน

กลไกสำคัญในการสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ในกระบวนการของการจัดการความรู้ให้เกิดขึ้นในการปฏิบัติการพยาบาลได้แก่ การมีผู้นำในกระบวนการจัดการความรู้ในระดับต่าง ๆตั้งแต่พื้นที่ ระดับหน่วยงาน และระดับองค์กรกลาง ให้สามารถยกระดับการบริการพยาบาลได้ ตั้งแต่การสร้างข้อสรุปและข้อความรู้ที่เกิดจากการทำงาน การทำความเข้าใจร่วมกันในทีม และการหาวิธีการพัฒนาหรือแก้ปัญหาในงาน ซึ่งจะเป็นกระบวนการที่สร้างความเข้มแข็งให้กับระบบการพยาบาลได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อระยะนี้เป็นระยะที่ต้องการสร้างคุณภาพให้เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพ การแสดงภาพประสิทธิภาพของการบริการพยาบาลในรูปแบบต่าง ๆจากพื้นที่ต่าง ๆโดยใช้ความรู้และข้อมูลเป็นฐานสำคัญนั้นจะเป็นกลไกในการสร้างการยอมรับบทบาทของวิชาชีพการพยาบาลในการเป็นผู้จัดการการดูแลสุขภาพองค์กรมได้มากขึ้นด้วย องค์ประกอบของกระบวนการสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ อาจได้แก่ การสนับสนุนในเชิงนโยบายจากรัฐ สถานบริการสุขภาพ และองค์กรวิชาชีพ ในการสร้างผู้นำหรือให้มีผู้นำในการพัฒนาการปฏิบัติงานของพยาบาลในทุกระดับ ให้สามารถสร้างชุดความรู้จากการทำงานในพื้นที่ตนเพื่อชี้นำการสร้างคุณภาพการบริการให้เกิดขึ้นได้

การวิจัยและพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสุขภาพและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการบริการพยาบาลถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการทำให้การบริการพยาบาลมีมาตรฐานตามขอบเขตการประกอบวิชาชีพและแสดงถึงบทบาทการเป็นผู้จัดการการดูแลสุขภาพองค์รวมได้ สามารถใช้เป็นกลไกในการตรวจสอบคุณภาพการบริการและกลไกการเบิกจ่ายงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพได้ การบริการพยาบาลที่ผ่านมายังไม่ได้รับการยอมรับในคุณค่าถึงแม้จะมีส่วนทำให้เกิดคุณภาพการดูแลประชาชนและผู้ใช้บริการก็ตาม กิจกรรมการบริการไม่ได้ถูกนับและประเมินคุณค่า โดยไม่มีการกำหนดให้เป็นส่วนหนึ่งของการคิดราคากลางของโรคต่าง ๆในกลไกการเบิกจ่ายงบประมาณการรักษาของระบบหลักประกันสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากระบบการพยาบาลไม่สามารถแสดงมาตรฐานการบริการที่เป็นรูปธรรมได้ ไม่มีการวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ชัดเจนเป็นกลางแม้ว่าหลายองค์กรในวิชาชีพจะดำเนินการพัฒนาแต่ไม่มีการรวบรวมและสังเคราะห์ให้เป็นระบบเดียวกัน จึงขาดพลังในการสร้างการยอมรับให้เกิดขึ้นในเครือข่ายวิชาชีพและประชาชน ดังนั้นจึงต้องใช้การจัดการความรู้มาช่วย ซึ่งต้องอาศัย ความร่วมมือระหว่างองค์กรวิชาชีพต่าง ๆ เช่นแพทย์ เภสัชกรรม ทันตกรรม เป็นต้น และความร่วมมือกับภาคประชาชนและสังคม การเริ่มต้นต้องเกิดขึ้นในระบบการพยาบาล ประสบการณ์ที่ผ่านมาในระยะที่สถานบริการสุขภาพต้องดำเนินการตามระบบและกลไกของระบบหลักประกันสุขภาพนั้น พยาบาลแสดงตนให้เห็นชัดเจนว่าเป็นผู้จัดการการดูแล

สุขภาพองค์รวมได้ ตั้งแต่การใช้ข้อมูลและความรู้จากหลายส่วนเพื่อทำความเข้าใจภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของประชาชนหรือผู้ป่วยในแง่ปัจจัยสาเหตุ ปัจจัยคุกคาม หาแนวทางแก้ไขหรือบรรเทาปัญหาลดปัจจัยสาเหตุหรือคุกคามทั้งที่สามารถทำได้เองและต้องประสานกับบุคลากรจากวิชาชีพอื่นหรือองค์กรอื่น พร้อมทั้งประเมินผลการแก้ไขเพื่อการจัดการอย่างต่อเนื่องและการเบิกจ่ายตามเงื่อนไขของระบบหลักประกันสุขภาพ เป็นต้น

ในการสร้างชุดสิทธิประโยชน์สำหรับระบบหลักประกันสุขภาพนั้น จำเป็นต้องมีแนวปฏิบัติบริการสุขภาพที่เกิดจากการร่วมสร้างจากวิชาชีพที่เกี่ยวข้องให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ ซึ่งในสถานการณ์ปัจจุบัน แนวปฏิบัติบริการสุขภาพยังมีไม่ครอบคลุมทุกชุดสิทธิประโยชน์ ในส่วนที่เป็นบทบาทหน้าที่ของวิชาชีพต้องเรียกร้องให้เกิดการร่วมมือกันระหว่างวิชาชีพให้มีการดำเนินการรวบรวมและพัฒนาขึ้นโดยใช้การวิจัยเป็นฐาน ตลอดจนการหากลไกมาจัดการให้มีการใช้แนวปฏิบัติบริการสุขภาพในการพัฒนาคุณภาพบริการให้เป็นจริงในระดับปฏิบัติด้วย การมีผู้นำทางการพยาบาลจึงถือเป็นกลไกการพัฒนาที่จำเป็น

การจัดการความรู้นำมาใช้ในการทำให้งานบริการพยาบาลเป็นงานวิจัยให้ได้ โดยเน้นที่ความรู้ฝังลึกจากการปฏิบัติในการให้บริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพในทุกพื้นที่ของประเทศและความรู้จากตำราผลการวิจัย มาพัฒนาให้เป็นแนวทางในการบริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพและปัญหาสุขภาพของประชาชน กิจกรรมการจัดการความรู้ในส่วนนี้ต้องการสื่อความเข้าใจแบบระนาบเดียวกันในระหว่างเครือข่ายวิชาชีพและภาคประชาชน สังคม ภาครัฐเอกชน เพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันและร่วมมือกัน เช่น การรวบรวมความรู้เรื่องการปฏิบัติจากผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ การเปิดเวทีวิชาการเรื่องนี้ในวงกว้างระหว่างวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้อง การเปิดช่องทางการรับรู้โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ การเปิดโอกาสให้มีกระบวนการร่วมสร้างในกลุ่มผู้ปฏิบัติตั้งแต่ระดับรากหญ้าเป็นต้นไป ซึ่งต้องสร้างกลไกให้เกิดขึ้น

สาระของการสร้างงานบริการพยาบาลเป็นงานวิจัยโดยใช้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันเป็นฐานนี้ ประกอบด้วย การวิเคราะห์ประเด็นการพัฒนาว่าต้องเน้นที่การสร้างชุดข้อมูลมาตรฐานสำหรับการพยาบาลในการประเมินความต้องการด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ชุดความรู้ที่ต้องการสำหรับพยาบาล เครื่องมือและวิธีการในการหาข้อมูลและความรู้ วิธีการดูแลหรือบำบัดตามขอบเขตการประกอบวิชาชีพในรูปแบบการบริการและพื้นที่ที่ต่างกัน กระบวนการสร้างนักปฏิบัติให้เป็นนักวิจัยควรเน้นที่การศึกษาในระบบการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาหรือการศึกษาต่อเนื่อง กลไกสนับสนุนต้องมาจากทุกระดับตั้งแต่จากรัฐ สถานบริการสุขภาพ สถาบันการศึกษา สมาคม ชมรม หรือ สภาการพยาบาล

ประเด็นที่ 5

1. ขั้นตอนการสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้โดยใช้การทำงานเป็นการวิจัยทำอย่างไร ต้องการกลไกอะไรบ้างมาสนับสนุนให้เกิดกระบวนการสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ร่วมกันในการพัฒนางานบริการพยาบาลให้เกิดขึ้นในระดับพื้นที่ ให้มีการสร้างชุดความรู้เพื่อใช้ในการทำงานเฉพาะพื้นที่และมีกระบวนการแลกเปลี่ยนกัน ความรู้ที่พยาบาลต้องการมีอะไรบ้าง และวิธีการได้มาเป็นอย่างไร ต้องทำอะไรเพิ่มเติม
2. จำเป็นต้องมีองค์กรกลางหรือไม่ที่จะสร้างและรวบรวมชุดความรู้ที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์การทำงานในพื้นที่ต่าง ๆ และจากการวิจัย มาใช้ในกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันและนำมาใช้ได้ในการทำงาน ต้องใช้กลไกการสื่อสารอะไรบ้าง แหล่งสนับสนุนมีมากน้อยเพียงใด
3. มีขั้นตอนในการปรับวิธีคิดของพยาบาลให้มีการสร้างวัฒนธรรมการทำงานแบบใหม่อย่างไร

บรรณานุกรม

ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ .(2544) .**การวิจัยและพัฒนารูปแบบการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน:กรณีศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**.ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.

ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ. (2545). **สรุปบทเรียนจากการวิจัยเกี่ยวกับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ** ในเอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนานักวิจัยในโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (เอกสารอัดสำเนา).

ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ. (2546). **โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ: กรณีศึกษาในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ** (เอกสารอัดสำเนา).

ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ. (2547). **โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ: กรณีศึกษาในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ** (อยู่ในระหว่างดำเนินการจัดทำรูปเล่ม).

คณะทำงานจังหวัดตราด. (2545). **สรุปบทเรียน 15 โครงการในจังหวัดตราด** (เอกสารอัดสำเนา).

คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. (2544). **บทสรุปหลักการสำคัญนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

คณะทำงานเพื่อเตรียมระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า. (2544). **แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน.** ใน http://www.30bath.net

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2546ก). **โครงการเรียนรู้ชุมชน 11-24 มีนาคม 2546 .** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (เอกสารอัดสำเนา).

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น .(2545) .**โครงการผลิตบัณฑิตคืนสู่สังคม .**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (เอกสารอัดสำเนา)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2546ข). **โครงการ การพัฒนาชีวิตชุมชนสู่การจัดการศึกษาเพื่อสร้างบัณฑิตสู่สังคม:ถอดบทเรียนจากประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพชีวิต**. 15-16 มีนาคม 2546 ณ องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น.

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (2546). **การปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ: กรณีศึกษาตำบลขุนคง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่** (เอกสารอัดสำเนา).

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (2546). **การปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ: กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่** (เอกสารอัดสำเนา).

จินตนา ลี้ละไกรวรรณ. (2545).*ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชน* **เอกสารประกอบงานประชุมวิชาการหนึ่งทศวรรษ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมสร้างสุขภาพสังคมสู่สังคมสันติภาพ.** วันที่ 5-7 สิงหาคม พ.ศ. 2545 ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค บางนา กรุงเทพฯ.

จินตนา ยูนิพันธ์ และชนกพร จิตปัญญา. (2544). **การศึกษาสถานะการวิจัยในวิทยานิพนธ์ที่ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลเป็นกรอบแนวคิดในประเทศไทย พ.ศ. 2526-2542**. ในเอกสารประกอบการประชุมวิจัยทางการพยาบาลแห่งชาติครั้งที่ 2 การวิจัยทางการพยาบาล: นวัตกรรมเพื่อสุขภาพของประชาชนไทยในทศวรรษหน้า วันที่ 19-21 พฤศจิกายน 2544 โรงแรมแอมบาสเดอร์ กรุงเทพฯ.

ชบ ยอดแก้ว .(2543) .ใน **รายการสนทนามหาวิทยาลัยเที่ยงคืน :กลุ่มสัจจะออมทรัพย์-ธนาคารบ้านนอก** .วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2543 ณ สำนักส่งเสริมศิลปวัฒนธรรม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารอัดสำเนา).

ชบ ยอดแก้ว. (2545). **แนวคิดกลุ่มสัจจะออมทรัพย์แบบพัฒนาครบวงจรชีวิต** (เอกสารอัดสำเนา).

ชบ ยอดแก้ว. (2546). **การพัฒนาชีวิตชุมชนสู่การจัดการศึกษาเพื่อสร้างบัณฑิตสู่สังคม:ถอดบทเรียนจากประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพชีวิต**. 15-16 มีนาคม 2546 ณ องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น.

ชาตรี บานชื่น. (2545). บทนำและปัญหาการใช้เทคโนโลยีในประเทศไทย ในชาตรี บานชื่น และ สมเกียรติ โพธิสัตย์ (บรรณาธิการ). **คู่มือการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์.** กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

เดชรัต สุขกำเนิด วิชัย เอกพลากร และ ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์. (2545) .**การประเมินผลกระทบทางสุขภาพเพื่อการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ : แนวคิด แนวทาง และแนวปฏิบัติ** .พิมพ์ครั้งที่ .1 กรุงเทพฯ : ดีไซร์.

ทัศนา บุญทอง. (2544). *ขยายมุมมอง...บริการสุขภาพระดับต้น* ใน **จดหมายข่าวเวทีพยาบาลกับการปฏิรูประบบสุขภาพ**. ฉบับที่ 1. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ประคิณ สุจฉายา. (2545) . *การสังเคราะห์บทบาทและโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : บริบทของวิชาชีพและสถานบริการสุขภาพ*. **เอกสารประกอบงานประชุมวิชาการหนึ่งทศวรรษสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมสร้างสุขภาพสังคม สู่สังคมสันติภาพ.** วันที่ 5-7 สิงหาคม พ.ศ. 2545. ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค บางนา กรุงเทพฯ.

ประเวศ วะสี. (2546). **ยุทธศาสตร์ทางปัญญาเพื่ออนาคตของประเทศไทย.** กรุงเทพฯ:มูลนิธิสื่อ.

ประเวศ วะสี. (2546). **การปฏิวัติเงียบ : การปฏิรูประบบสุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ:พิมพ์ดี.

ประเวศ วะสี. (ม.ป.ป.). **ยุทธศาสตร์เขยื้อนสังคมไทยออกจากโครงสร้างมรณะ**. สำนักงานปฏิรูปสุขภาพแห่งชาติ.

พระอาจารย์สุบิน ปณีโต. (2546). **เอกสารประกอบการอบรมการจัดตั้งกลุ่มสัจจะออมทรัพย์เพื่อพัฒนาคุณธรรมครบวงจรของชีวิต** (เอกสารอัดสำเนา).

โรงพยาบาลน้ำพอง .(2546) .**โครงการเรียนรู้ชุมชน 17-13ตุลาคม .2546**โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น (เอกสารอัดสำเนา).

วิจารณ์ พานิช. (2545). **สุขภาพบนฐานของปัญญา**. กรุงเทพฯ: ดีไซร์.

วิจารณ์ พานิช. (2545). **สุขภาพบนฐานของปัญญา**. กรุงเทพฯ: ดีไซร์.

วิจารณ์ พานิช. (2546). **การจัดการเครือข่ายวิชาการ.** กรุงเทพฯ: หจก.ฟันนี่ พับบลิชชิ่ง.

วิพุธ พูลเจริญ ใน http://www.hsri.or.th/html/ article5.htm

วิลาวรรณ พันธ์พฤกษ์. (2544). **วิธีวิทยาการวิจัยในวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต**. ในเอกสารประกอบการประชุมวิจัยทางการพยาบาลแห่งชาติครั้งที่ 2 การวิจัยทางการพยาบาล: นวัตกรรมเพื่อสุขภาพของประชาชนไทยในทศวรรษหน้า. วันที่ 19-21 พฤศจิกายน 2544 โรงแรมแอมบาสเดอร์ กรุงเทพฯ.

ศิริอร สินธุ และเรณู พุกบุญมี. (2001). การรับรู้อุปสรรคต่อการนำผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ. **Thai Journal Nursing Research**, 5(1), 71-85.

สนั่น พงษ์สมบัติ. (2546). **บทสัมภาษณ์** เมื่อวันที่ 14 ตุลาคม 2546 ณ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น.

สภาการพยาบาล. (2544). เอกสารประกอบการประชุมวิจัยทางการพยาบาลแห่งชาติครั้งที่ 2 **การวิจัยทางการพยาบาล: นวัตกรรมเพื่อสุขภาพของประชาชนไทยในทศวรรษหน้า**. วันที่ 19-21 พฤศจิกายน 2544 โรงแรมแอมบาสเดอร์ กรุงเทพฯ.

สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล ปีที่ 12 ฉบับวันที่ 1 กรกฎาคม 2546 ใน http://203.157.19.191/ (02-04-2004).

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. (2543). **การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : อุษาการพิมพ์.

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. (2546). **ธรรมนูญสุขภาพคนไทย** (ฉบับปรับปรุง 24 กันยายน 25445). พิมพ์ครั้งที่ 2.มปพ.

สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2544). **รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: กองการพิมพ์ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใน http://www.nhso.go.th/

สุนทราวดี เธียรพิเชฐ และ คณะ. (2546). **การวิเคราะห์และสังเคราะห์ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเทศบาลภาคตะวันออก** (เอกสารอัดสำเนา).

สุนุตตรา ตะบูนพงศ์ และ คณะ. (2545ก). **รายงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ :กรณีศึกษาชุมชนนาหม่อม อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา** (ส่วนที่ 1 ระบบสุขภาพของอำเภอนาหม่อม : การสังเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน)(เอกสารอัดสำเนา).

สุนุตตรา ตะบูนพงศ์ และ คณะ. (2545ข). **รายงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : กรณีศึกษาชุมชนนาหม่อม อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา** (ส่วนที่ 2 รูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิภายใต้แนวคิดใหม่ของอำเภอนาหม่อม) (เอกสารอัดสำเนา).

สุนุตตรา ตะบูนพงศ์ และ คณะ. (2545ค). **รายงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : กรณีศึกษาชุมชนนาหม่อม อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา** (ส่วนที่ 3 ศักยภาพของประชาชนและองค์กรชุมชน ในการมีส่วนร่วมในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (เอกสารอัดสำเนา).

สุนุตตรา ตะบูนพงศ์ และ คณะ. (2545ง).**รายงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : กรณีศึกษาชุมชนนาหม่อม อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา** (ส่วนที่ 4 ศักยภาพของพยาบาล ทีมสุขภาพ และองค์กรที่เกี่ยวข้องในงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ)(เอกสารอัดสำเนา).

สุนุตตรา ตะบูนพงศ์ และ คณะ. (2545จ). **รายงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : กรณีศึกษาชุมชนนาหม่อม อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา** (ส่วนที่ 5 รายงานการวิเคราะห์และสังเคราะห์การเปลี่ยนแปลงและการเรียนรู้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพภายใต้แนวคิดใหม่:บทเรียนเพื่อการพัฒนา) (เอกสารอัดสำเนา).

สุปราณี เสนาดิสัย และคณะ. (2546). **โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ :กรณีศึกษาภาคกลาง อำเภอบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา** (เอกสารอัดสำเนา).

เสรี พงศ์พิศ. (2546). **ฐานคิด : จากแผนแม่บทสู่วิสาหกิจชุมชน**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : รังษีการพิมพ์.

หทัยชนก บัวเจริญ. (2547). *การพัฒนารูปแบบการป้องกันการใช้สารเสพติดของเด็กวัยรุ่นในชุมชนแออัด กรณีศึกษาชุมชนแออัดแห่งหนึ่ง เขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น*. **วิทยานิพนธ์** ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อคิน รพีพัฒน์. (2545). *กรอบทฤษฎีกับงานภาคสนาม* ใน **คนใน: ประสบการณ์ภาคสนามของนักมานุษยวิทยาไทย**. ปริตตา เฉลิมเผ่า กออนันตกูล (บรรณาธิการ). กรุงเทพฯ: โอเอสพริ้นติ้ง เฮ้าส์.

http://203. 157.19.191/45%20table%201.5%20population.xls (02-04-2004).

http://203.157.19.191/45%20table%201.6% 20population.xls (02-04-2004).

http://203.157.19.191/45%20table%202.2.4%20Deaths.xls (02-04-2004).

http://203.157.19.191/45%20table%202.2.5%20Deaths.xls (02-04-2004).

http://203.157.19.191/IPD__BKK_TOT-45.xls

http://203.157.19.191/IPD_Tot_Pak-45.xls

http://203.157.19.191/OPD_BKK_TOT-45.xls

http://203.157.19.191/OPD_Tot_Pak-45.xls

http://203.157.19.191/table%201.1.xls (02-04-2004).

http://thainurse.nurse.cmu.ac.th (12-12-2003)

http://www.dft.moc.go.th/eximcentre/technical/fta_th_cn.htm

http://www.geocities.com/midnightuniv/articlepage1.htm

http://www.nso.go.th/thai/stat/stat_23/toc_7/7.1-10.xls (02-04-2004).

http://www.tnc.or.th/law/law28_1.html

Srisuphan, W.et al. (1998). Supply and requirement projection of professional nurses in Thailand over The next two decades (1995-2015 AD). **Human Resources for Health Development Journal**, 2(3) : 210-220.

Srisuphan, W.et al. (2002). **Estimation of professional Nurse Production in 2002-2005**. Chiang Mai University.

4... การสังเคราะห์ฉากทัศน์และยุทธศาสตร์เพื่อการออกแบบระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลในประเทศไทย ใน 10 ปีข้างหน้า

4.1 บทนำ

เป้าหมายของการวิเคราะห์อนาคตระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลใน 10 ปีข้างหน้ามุ่งที่การออกแบบโครงสร้างหลักของวิชาชีพการพยาบาลและองค์กรที่เกี่ยวข้องให้มีศักยภาพในการรองรับหรือจัดการกับปัญหาสุขภาพและการดูแลสุขภาพประชาชนใน 10 ปีข้างหน้า ในฐานะที่วิชาชีพการพยาบาลเป็นองค์ประกอบสำคัญของการสนับสนุนการดูแลสุขภาพของประชาชน

การนำเสนอในบทนี้วิเคราะห์ฉากทัศน์และยุทธศาสตร์ในการจัดการโครงสร้างหลักของระบบที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลตามประเด็นสำคัญจากฉากทัศน์ของสังคมไทยในอนาคต ใน 4 ฉากทัศน์ คือ (1)ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนผลิตและจ้างงานพยาบาล (2)Information Technology มีบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนและการจัดการระบบการบริการของวิชาชีพการพยาบาล (3)พยาบาลมีบทบาทในการเป็นผู้จัดการสุขภาพชุมชน และ4)ธุรกิจบริการสุขภาพเติบโตมีผลต่อระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล

4.2 ฉากทัศน์ระบบบริการพยาบาลของวิชาชีพการพยาบาลในประเทศไทยใน 10 ปีข้างหน้า

ฉากทัศน์ที่ 1 ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนผลิตและจ้างงานพยาบาล

สาระสำคัญของฉากทัศน์นี้ คือ เป้าหมายของการที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนการผลิตและจ้างงานพยาบาล ศักยภาพของชุมชน ธรรมชาติของการมีส่วนร่วมของชุมชน บทบาทหน้าที่ของชุมชนที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลเช่นการวางแผนและกระบวนการผลิต การจ้างงาน การบริการพยาบาล เป็นต้น กระบวนการและวิธีการสร้างการมีส่วนร่วมพร้อมทั้งผู้เกี่ยวข้อง คุณลักษณะของพยาบาลที่เป็นผลลัพธ์ของการมีส่วนร่วมในการวางแผนการผลิตกับชุมชน บทบาทหน้าที่และความก้าวหน้าของพยาบาลที่ทำงานในระบบการจ้างงานของชุมชน การสร้างแรงจูงใจให้เกิดการจ้างงานพยาบาลโดยชุมชน การจัดการศึกษาเพื่อสร้างพยาบาลตามความต้องการของชุมชน ระบบการจ้างงานพยาบาลโดยชุมชนและการสร้างระบบสนับสนุนให้เกิดระบบการจ้างงานพยาบาลโดยชุมชน เป็นต้น

โครงสร้างหลักที่สามารถทำหน้าที่ผลักดันให้เกิดระบบการมีส่วนร่วมดังกล่าวได้ประกอบด้วย (1)นโยบายของรัฐและกฎหมายสนับสนุน (2)ระบบการศึกษาของวิชาชีพการพยาบาล (3)ระบบการควบคุมคุณภาพมาตรฐานของวิชาชีพการพยาบาล (4)ระบบการปกครองส่วนท้องถิ่นและการส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชน (5)ระบบการสร้างการยอมรับของชุมชนและสังคม 6)ระบบการสร้างการยอมรับในองค์กรของวิชาชีพการพยาบาล และระบบอื่นๆ โดยต้องสร้างยุทธศาสตร์สำคัญดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้ชุมชน องค์กรหลักของวิชาชีพการพยาบาล องค์กรที่เกี่ยวข้องอื่นๆในการวางระบบให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนผลิตและจ้างงานพยาบาล โดยอาศัยการ

วิเคราะห์จากรูปธรรมของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนการผลิตและการจ้างงานพยาบาลมาเป็นพื้นที่การเรียนรู้ ตั้งแต่รูปแบบการมีส่วนร่วม วิธีการทำงานร่วมกันระหว่างชุมชนและองค์กรวิชาชีพ รูปแบบการร่วมผลิต รูปแบบและวิธีการในการจ้างงาน รูปแบบการจัดการศึกษาพยาบาล รูปแบบการศึกษาต่อเนื่องสาขาพยาบาลศาสตร์ รูปแบบการคัดเลือกผู้เรียน เป็นต้น อาศัยกิจกรรมการเรียนรู้หลายอย่าง ได้แก่

1) การวิจัยและสรุปบทเรียนจากพื้นที่ที่ดำเนินการมาบ้างแล้วเพื่อจัดทำเป็นข้อความรู้ในการอธิบายรูปแบบต่างๆที่เป็นรูปแบบที่ดี และใช้ข้อความรู้ดังกล่าวเป็นฐานในการพัฒนา วิธีการทำงานของทุกองค์กรหุ้นส่วน ได้แก่ องค์กรชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรวิชาชีพการพยาบาล องค์กรที่เป็นกลไกสนับสนุนเช่น ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในระบบการส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นต้น
2) การสร้างพื้นที่การเรียนรู้ที่แสดงรูปธรรมการทำงานร่วมกันในการให้ชุมชนมีความเข้มแข็งและสร้างการมีส่วนร่วมในการวางแผนการผลิตและจ้างงานพยาบาลให้มากขึ้นอย่างต่อเนื่องให้เกิดเป็นระบบใหม่ โดยสนับสนุนรูปธรรมที่เกิดขึ้นแล้วให้เป็นพื้นที่การเรียนรู้ตัวอย่าง
3) เปิดประเด็นและเวทีการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในหลายรูปแบบระหว่างประชาชนและองค์กรหุ้นส่วนทั้งหมด เช่น การประชุมเสวนา การทำประชาพิจารณ์ การศึกษาดูงาน การอบรม การสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ข้ามองค์กร เป็นต้น เพื่อให้เกิดการแพร่กระจายของความรู้ในวงกว้างและสร้างความต้องการในเรื่องนี้มากขึ้น โดยจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในทุกองค์กรภาคีอย่างเป็นขั้นตอน

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ปรับกระบวนการวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ โดยกำหนดให้มีเจ้าภาพหลักและองค์กรภาคี เพื่อกำหนดเป้าหมายของการวางแผนการผลิตและการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ วิเคราะห์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพทั้งประเทศ ศักยภาพในการผลิตและพัฒนากำลังคนทุกประเภท ตลอดจนกลไกในการสนับสนุนการผลิตและพัฒนากำลังคนทั้งหมด โดยให้มีการดำเนินการดังนี้

1) จัดตั้งองค์กรภาคีในการวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของประเทศที่ให้ชุมชน องค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพต่างๆ และ องค์กรที่เกี่ยวข้องร่วมดำเนินการทั้งในระดับชาติ และ ระดับท้องถิ่น
2) พัฒนาระบบวิจัยและประเมินผลการวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพโดยเอาความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศทั้ง ประเภท สัดส่วน คุณสมบัติและคุณภาพ(พยาบาลพันธุ์ใหม่) แหล่งการจ้างงานและระบบการจ้างงาน เป็นตัวตั้ง เพื่อเป็นฐานการพัฒนาศักยภาพการผลิตและกลไกการสนับสนุนการผลิตและการจ้างงานให้สอดรับกัน เป็นการวิจัยที่ครอบคลุมทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่นโดยเน้นเชิงรูปธรรมรูปแบบการผลิตและการพัฒนาในระดับท้องถิ่นและภาพรวมการผลิตและการพัฒนาในระดับชาติ
3) นำเสนอเป็นนโยบายรัฐในการวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ปรับกระบวนการจัดการศึกษาพยาบาลโดย

1) สนับสนุนให้องค์กรวิชาชีพและสถาบันการศึกษาในวิชาชีพการพยาบาลเข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้ในพื้นที่ที่เป็นรูปธรรมของเรื่องนี้ เพื่อเป็นการสร้างความคิดร่วมและความต้องการในการปรับกระบวนการจัดการศึกษาพยาบาลตามระบบคิดที่ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนการผลิตและจ้างงานพยาบาล
2) สนับสนุนให้สถาบันการศึกษาสร้างช่องทางให้ชุมชนร่วมวางแผนการผลิตและจ้างงาน เช่น การผลิตพยาบาลตามความต้องการของชุมชน การสนับสนุนให้ชุมชนมีการจ้างงานพยาบาลการศึกษาต่อเนื่องสำหรับพยาบาลที่ทำงานในระบบการจ้างงานของชุมชน
3) พัฒนากระบวนการคัดเลือกผู้เรียนในหลักสูตรและระบบการศึกษาของวิชาชีพการพยาบาล โดยอาศัยข้อความรู้จากพื้นที่และรูปธรรมการดำเนินการที่เกิดขึ้นในประเทศเป็นตัวตั้ง
4) ผลักดันให้มีการกำหนดเป็นนโยบายของการศึกษาระดับอุดมศึกษาของประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ปรับกระบวนการบริหารจัดการกลไกการสนับสนุนการผลิตและการจ้างงานพยาบาล โดยการสร้างสถาบันประสานองค์กรภาคีให้มีบทบาทหน้าที่ในการ

1) วางแผน ดำเนินการ ประเมินผลลัพธ์และสรุปข้อความรู้และบทเรียนจากกระบวนการในพื้นที่ และเวทีการเรียนรู้ต่างๆ
2) ดำเนินการเพื่อพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนและองค์กรภาคีใน (1)การร่วมวางแผนการผลิตและจ้างงานพยาบาล (2)การควบคุมมาตรฐานการทำงานของผู้ให้บริการสุขภาพในชุมชน (3)การพัฒนาระบบและกลไกการจ้างงานพยาบาลของชุมชน และ อื่นๆ
3) เชื่อมประสานโดยใช้ความรู้จากพื้นที่และความสอดคล้องกับภารกิจของระบบสนับสนุนต่างๆ ในการหาทางออกในการจัดการเรื่อง ตำแหน่งงาน บทบาทหน้าที่และการปฏิบัติงาน สถานที่ปฏิบัติงาน การผลิต และ การพัฒนาด้านวิชาการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ระบบการบริหารจัดการที่เป็นไปได้ เช่น ระบบหลักประกันสุขภาพ ระบบการปกครองส่วนท้องถิ่น ระบบออมทรัพย์ ระบบชุมชนเข้มแข็งเป็นต้น
4) ผลักดันให้เกิดนโยบายในระดับพื้นที่ในการสนับสนุนการผลิตและการจ้างงานพยาบาลเพื่อสร้างนโยบายระดับชาติ

องค์กรร่วมประสานแบ่งเป็นสองระดับคือระดับชาติและระดับพื้นที่

องค์กรระดับชาติได้แก่ สภาการพยาบาล สกอ.กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพ กรมการส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันสนับสนุนการวิจัยระบบบริการสุขภาพ ระบบการศึกษาและระบบการปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

องค์กรระดับพื้นที่ได้แก่ องค์กรชุมชนเข้มแข็ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันการศึกษาพยาบาลในพื้นที่ เป็นต้น

ฉากทัศน์ที่ 2 Information Technology (IT) มีบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนและการจัดการระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล

สาระสำคัญของฉากทัศน์นี้คือการเข้าถึง IT และการเลือกใช้ IT ของประชาชน และ วิชาชีพการพยาบาลเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่การดูแลสุขภาพของประชาชนและการให้บริการข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพของวิชาชีพ

การพยาบาลทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมของประชาชนเปลี่ยนแปลงตามความก้าวหน้าของ เทคโนโลยี ซึ่งกระทบบทบาท มาตรฐานและวิธีการทำงานของวิชาชีพการพยาบาล โดยโครงสร้างหลักในการดำเนินการได้แก่ (1)ระบบการศึกษาในวิชาชีพการพยาบาลทั้งการศึกษาระดับพื้นฐานและต่อเนื่อง (2)ระบบการพัฒนากำลังคนของประเทศ ทั้งประชาชนและวิชาชีพการพยาบาลและวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นๆ (3)ระบบข้อมูลที่เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพประชาชนโดยเฉพาะเป็นระบบที่เชื่อมต่อจากประชาชนสู่หน่วยบริการสุขภาพระดับต่างๆ (4)กลไกการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและความรู้ที่มีโดยเน้นการปรับเพิ่มข้อมูลและชุดความรู้ต่างๆ และ (5)กลไกการประเมินผลข้อมูลและชุดความรู้ที่หลั่งไหลมาถึงประชาชนและวิชาชีพการพยาบาล ซึ่งอาจรวมทั้งการพัฒนาคนและเครื่องมือในการจัดการข้อมูลและเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับพื้นที่ ทั้งนี้อาศัยยุทธศาสตร์หลักดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างช่องทางและปรับหลักสูตรเพื่อพัฒนาศักยภาพประชาชนและพยาบาลทั้งเรื่องการเข้าถึงและการเลือกใช้ IT และการให้บริการพยาบาลที่สอดรับกับการเปลี่ยนแปลงของ IT และพฤติกรรมของประชาชน โดย

1) ศึกษาความเป็นไปได้ในการสร้างความหลากหลายให้กับการผลิตพยาบาลที่มีสมรรถนะต่างกันหรือพยาบาลสายพันธุ์ต่างๆ และเหมาะสมกับความต้องการในแต่ละลักษณะของปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ
2) ปรับปรุงหลักสูตรในการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ให้เน้น IT ในการพยาบาล
3) สร้างระบบการจัดการความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย
4) สร้างช่องทางให้ประชาชนเข้าถึงความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพได้ง่ายทั้งในระดับพื้นที่และโดยทั่วไป
5) วิจัยและพัฒนารูปแบบและวิธีการในการเข้าถึงและใช้ IT ทางการพยาบาล เช่น E-nursing ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและการเจ็บป่วย การนำ IT มาใช้ในการดูแลสุขภาพที่บ้านในผู้ป่วยเรื้อรัง

ยุทธศาสตร์ที่ 2 วิจัยและพัฒนาระบบข้อมูลและความรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพประชาชนโดยเฉพาะเป็นระบบที่เชื่อมต่อจากประชาชนสู่หน่วยบริการสุขภาพระดับต่างๆ โดย

1) สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาในหลายระดับทั้งระดับชาติเพื่อสร้างระบบหลักของฐานข้อมูลและชุดความรู้ และระดับชุมชนจนเกิดเป็นพื้นที่การเรียนรู้ในหลายท้องถิ่น โดยเฉพาะประเด็นชุดข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพที่จำเป็นสำหรับประชาชน ชุดข้อมูลและความรู้ที่จำเป็นสำหรับพยาบาลและบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพ ชุดข้อมูลและความรู้ที่จำเป็นสำหรับองค์กรที่เกี่ยวข้องเช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน องค์กรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น
2) จัดเวทีการเรียนรู้เพื่อเผยแพร่ความรู้จากการวิจัยในพื้นที่ต่างๆเพื่อให้เกิดการวิจัยและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างกลไกการตรวจสอบคุณภาพและการประเมินผลข้อมูลและชุดความรู้โดยเน้นการปรับเพิ่มข้อมูลและชุดความรู้ต่าง ๆให้มีความก้าวหน้าอยู่เสมอ การสร้างเครื่องมือในการเลือกใช้ข้อมูลและความรู้สำหรับประชาชนและองค์กรในวิชาชีพการพยาบาล โดย

1) สนับสนุนให้มีการพัฒนาบุคลากรเพื่อการบริหารระบบฐานข้อมูลทั้งในระดับองค์กรวิชาชีพ และระดับพื้นที่ในชุมชน เช่น การผลิตและพัฒนากำลังที่มีสมรรถนะในการสร้างและใช้ IT
2) จัดตั้งกลไกประสานเพื่อตรวจสอบคุณภาพและการประเมินผลการใช้ข้อมูลและชุดความรู้จาก IT
3) วิจัยและพัฒนากระบวนการสร้างและใช้มาตรฐานและแนวปฏิบัติในการให้บริการพยาบาลอย่างเท่าทันการเปลี่ยนแปลงของ IT และพฤติกรรมของประชาชน
4) วิจัยและพัฒนาเครื่องมือและแนวทางในการประเมินและเลือกใช้ข้อมูลและความรู้สำหรับประชาชนและองค์กรในวิชาชีพการพยาบาล

องค์กรสำคัญในการผลักดันยุทธศาสตร์เหล่านี้ได้แก่ องค์กรสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพและ information technology องค์กรวิชาชีพการพยาบาล สถาบันการศึกษา กระทรวง ICT บริษัทเอกชนต่าง ๆ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

ฉากทัศน์ที่ 3 พยาบาลมีบทบาทในการเป็นผู้จัดการสุขภาพชุมชน

สาระสำคัญของฉากทัศน์นี้คือ บทบาทหน้าที่ของพยาบาลกับการดูแลสุขภาพชุมชน การจัดการศึกษาเพื่อผลิตและพัฒนาพยาบาลให้มีสมรรถนะในการจัดการในระบบสุขภาพชุมชน และการสร้างรูปธรรมพยาบาลที่เป็นผู้จัดการสุขภาพชุมชนและผลลัพธ์ของการจัดการ และที่สำคัญคือการสร้างการยอมรับในบทบาทของการเป็นผู้จัดการสุขภาพชุมชนจากประชาชนและองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้องเป็นต้น โครงสร้างหลักที่จำเป็นในการผลักดันให้เกิดรูปธรรมของสาระสำคัญทั้งหมด ได้แก่ องค์กรวิชาชีพการพยาบาลทั้งหมด เช่น สภาการพยาบาล สถาบันการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ องค์กรวิชาชีพการพยาบาลในระดับหน่วยบริการสุขภาพ เป็นต้น โดยมียุทธศาสตร์ในการดำเนินการดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างกระบวนการเรียนรู้ในกลุ่มประชาชน องค์กรชุมชนและ องค์กรที่เกี่ยวข้องโดย

1) จัดให้มีการวิจัยและสรุปบทเรียนจากรูปธรรมการทำบทบาทหน้าที่ของพยาบาลกับการจัดการสุขภาพชุมชนและผลลัพธ์ เพื่อเรียนรู้กระบวนการจัดการในระบบสุขภาพและกลไกสนับสนุน เช่น การศึกษาต่อเนื่องในสาขาพยาบาลศาสตร์โดยเฉพาะที่เป็นการสร้างสมรรถนะในการเป็นผู้จัดการสุขภาพชุมชน ระบบการปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น และใช้ข้อความรู้ที่เกิดขึ้นเป็นฐานในการพัฒนา วิธีการทำงานของทุกองค์กรที่เกี่ยวข้อง ต่อไป
2) สนับสนุนให้มีการสร้างรูปธรรมพยาบาลที่เป็นผู้จัดการสุขภาพชุมชนและผลลัพธ์ของการจัดการสุขภาพในพื้นที่ และรูปแบบต่าง ๆที่แสดงให้เห็นรูปธรรมการทำงานร่วมกันเป็นหุ้นส่วนระหว่างองค์กรในพื้นที่ในการสร้างบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการเป็นผู้จัดการสุขภาพชุมชน และรูปแบบการทำงานตามขอบเขตการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพคนในชุมชน
3) เปิดเวทีการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในหลายรูปแบบระหว่างองค์กรหุ้นส่วนทั้งหมด เช่น การประชุมเสวนา การศึกษาดูงาน การอบรม เป็นต้น เพื่อให้เกิดการแพร่กระจายของความรู้ในวงกว้าง เกิดการยอมรับในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการเป็นผู้จัดการสุขภาพชุมชนในกลุ่ม

ประชาชนและองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้องและสร้างความต้องการในการสร้างพื้นที่การทำงานในลักษณะนี้เพิ่มมากขึ้น

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ปรับปรุงหลักสูตรให้มุ่งผลิตพยาบาลที่มีสมรรถนะหลักในการเป็นผู้จัดการสุขภาพชุมชน

1) สนับสนุนให้องค์กรวิชาชีพการพยาบาลสังเคราะห์ความจำเป็นและความเป็นไปได้ของการผลิตพยาบาลให้ตอบสนองความต้องการของการจัดการสุขภาพชุมชน
2) สนับสนุนให้มีการวิจัยและพัฒนา สาระความรู้ รูปแบบและวิธีการจัดการศึกษาเพื่อผลิตพยาบาลที่มีสมรรถนะหลักในการเป็นผู้จัดการสุขภาพชุมชน
3) สนับสนุนให้องค์กรวิชาชีพได้แก่ สภาการพยาบาล สถาบันการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ ปรับหลักสูตรโดยเน้นการผลิตพยาบาลที่มีสมรรถนะหลักในการเป็นผู้จัดการสุขภาพชุมชน

ยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างเครือข่ายในการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างองค์กรที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ ได้แก่ สถาบันการศึกษาทั้งนักศึกษา อาจารย์และผู้บริหาร องค์กรวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพ ชุมชนและองค์กรบริหารจัดการของชุมชน และ ผู้ให้บริการสุขภาพอื่นๆ โดย

1) สร้างรูปแบบที่ชัดเจน เป็นรูปธรรมของพยาบาลในการเป็นผู้จัดการสุขภาพชุมชน โดยการวิจัยและพัฒนาเป็นโครงการนำร่อง ในเรื่องสาระความรู้ที่จำเป็น วิธีการทำงานและเครื่องมือในการทำงาน กระบวนและระบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชนที่สะท้อนบทบาทพยาบาล เป็นต้น
2) สังเคราะห์ผลลัพธ์และบทบาทการเป็นผู้จัดการสุขภาพชุมชนของพยาบาลจากการสรุปบทเรียนในพื้นที่ต่างๆ โดยมีการกำหนดขอบเขตการปฏิบัติของพยาบาลผู้จัดการสุขภาพชุมชน และนำเสนอในเวทีวิชาการและประชาพิจารณ์ของวิชาชีพและสังคม
3) สร้างและพัฒนาแนวปฏิบัติและมาตรฐานการจัดบริการสุขภาพชุมชนและการจัดการสุขภาพชุมชนของพยาบาล โดยใช้การวิจัยและพัฒนาในพื้นที่
4) สร้างกลไกเพื่อรองรับการจ้างงานของพยาบาลผู้จัดการสุขภาพชุมชนทั้ง รัฐ ท้องถิ่น และ เอกชน
5) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อสร้างการยอมรับในสังคมและวิชาชีพและปรับรูปแบบการทำงานอย่างต่อเนื่อง

ฉากทัศน์ที่ 4 ธุรกิจบริการสุขภาพเติบโตมีผลต่อระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล

สาระสำคัญของฉากทัศน์นี้คือ กำลังคนทางการพยาบาลและกลไกการจ้างงาน คุณภาพการบริการพยาบาล และ กลไกควบคุมและกำกับคุณภาพการบริการพยาบาล โดยโครงสร้างหลักของระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลได้แก่ ระบบการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการบริการพยาบาลในระบบบริการสุขภาพระดับต่างๆ ระบบการวางแผนการผลิตและการจ้างงานพยาบาล ระบบและกลไกการจัดการการเงินการคลังด้านสุขภาพเช่นระบบหลักประกันสุขภาพ ระบบธุรกิจการบริการสุขภาพ ระบบการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ และที่สำคัญคือกลไกภาษีเพื่อรองรับธุรกิจบริการสุขภาพ เหล่านี้เป็นต้น ทั้งนี้อาศัยยุทธศาสตร์ในการดำเนินการดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ปรับกระบวนการวางแผนการผลิต การพัฒนา และการใช้กำลังคนทางการพยาบาลที่เป็นการทำงานร่วมกันระหว่าง ภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน ที่เป็นองค์กรจ้างงานพยาบาลทั้งในประเทศและต่างประเทศทั้งในรูปแบบการลบริการที่รัฐจัดหาให้และการดำเนินการธุรกิจการบริการสุขภาพ โดยเน้นการวิเคราะห์

กำลังคนที่ภาคธุรกิจการบริการสุขภาพต้องการให้เป็นส่วนหนึ่งของการวางแผนการผลิต การพัฒนา และการใช้กำลังคนทางการพยาบาลนี้ โดย

1) สนับสนุนให้ภาคเอกชนและธุรกิจการบริการสุขภาพมีส่วนร่วมในการวางแผนการผลิต การพัฒนาและการใช้กำลังคนทางการพยาบาล โดยร่วมดำเนินการในองค์กรกลางที่มีบทบาทหน้าที่ในการวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพทั้งประเทศและวางแผนการผลิตและการพัฒนาตลอดจนการใช้กำลังคนดังกล่าวในองค์กรต่าง ๆที่เกี่ยวข้อง
2) จัดทำแผนที่ศักยภาพขององค์กรที่เกี่ยวข้องในด้าน (1)การผลิตและการพัฒนากำลังคนทางการพยาบาลทั้งหมด (2)การจ้างงานพยาบาลในรูปแบบต่าง ๆเพื่อเป็นฐานข้อมูลสำคัญในการวางแผนการผลิต การพัฒนา และการใช้กำลังคนทางการพยาบาลทั้งในและต่างประเทศ และรัฐและเอกชน
3) สร้างระบบค่าตอบแทนที่เหมาะสมและเป็นธรรมให้สามารถเทียบเคียงได้ในระหว่างการจ้างงานทุกรูปแบบโดยเฉพาะระหว่างภาครัฐและธุรกิจการบริการสุขภาพ
4) สร้างระบบการประเมินผลลัพธ์การทำงานของพยาบาลตามมาตรฐานและคุณภาพที่กำหนดโดยสภาวิชาชีพ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 สร้างกลไกส่งเสริมและควบคุมธรรมาภิบาลของธุรกิจบริการสุขภาพ โดย

1) พัฒนาระบบและกลไกการกำกับและประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลและบริการสุขภาพอื่นที่เป็นธรรมในการสนับสนุนธุรกิจบริการสุขภาพ
2) พัฒนามาตรฐานของการให้บริการพยาบาลและบริการสุขภาพอื่นให้อยู่ในระดับเดียวกันทั้งหน่วยบริการสุขภาพของภาครัฐและเอกชนธุรกิจการบริการสุขภาพ
3) สร้างระบบการจัดการความรู้ของแพทย์ พยาบาล ตลอดจนผู้ปฏิบัติงานให้เข้มแข็ง เพื่อปรับปรุงการวินิจฉัย/การตัดสินใจอย่างเหมาะสมของพยาบาล/แพทย์ ในมาตรฐานเดียวกันทุกรูปแบบการบริการรวมทั้งในธุรกิจการบริการสุขภาพ
4) ผลักดันให้ออกกฎหมายเพื่อ (1)ให้เก็บภาษีสุขภาพจากธุรกิจบริการสุขภาพเสรี (2)ให้ธุรกิจบริการสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยและ (3)มีระบบและกลไกการเงินการคลังสำหรับสร้างดุลยภาพของการเติบโตของธุรกิจบริการสุขภาพ
5) สร้างระบบบริการพยาบาลเป็นเชิงธุรกิจเช่นธุรกิจการบริการสุขภาพชุมชนร่วมกับองค์กรชุมชนการบริการสุขภาพกลุ่มผู้ด้อยโอกาส การบริการสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาคุณสมบัติและสมรรถนะของพยาบาลให้เอื้อต่อการทำธุรกิจบริการสุขภาพ โดย

1) สนับสนุนให้สถาบันการศึกษาวิเคราะห์แนวทางการพัฒนากระบวนการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณสมบัติและสมรรถนะของพยาบาลให้เอื้อต่อการทำงานในระบบธุรกิจบริการสุขภาพ
2) จัดเวทีวิชาการ เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในการทำงานในธุรกิจบริการสุขภาพเพื่อเป็นฐานสำคัญในการสร้างจิตสำนึกให้พยาบาลไม่ตกเป็นเครื่องมือของกระแสธุรกิจ
3) วิจัยและพัฒนาบทบาทพยาบาลในการจัดการบริการสุขภาพในรูปแบบธุรกิจการบริการสุขภาพที่เป็นธรรม
4) สนับสนุนให้เกิดพื้นที่การเรียนรู้ในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการจัดการบริการสุขภาพในรูปแบบธุรกิจการบริการสุขภาพที่เป็นธรรม

4.3 ภาพรวมโจทย์การวิจัยระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล

4.3.1 ความนำ

การปฏิรูประบบสุขภาพที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจะเป็นไปได้ ต้องอาศัยองค์ความรู้ในทุกสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นตัวขับเคลื่อนและออกแบบระบบที่พึงประสงค์ การวิจัยระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลมีส่วนเติมเต็มฐานความคิดการออกแบบระบบสุขภาพใหม่ได้โดยเฉพาะเมื่อสังคมไทยต้องเผชิญกับฉากทัศน์สุขภาพและการดูแลสุขภาพประชาชนใน 10 ปีข้างหน้า

กระบวนการศึกษาอนาคตระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลใน 10 ปีนี้ มุ่งนำเสนอขอบเขตและหัวข้อที่เป็นสาระสำคัญของฉากทัศน์อนาคตระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลที่นำไปสู่การสร้างกรอบการศึกษาวิจัยของแต่ละขอบเขตและหัวข้อ เพื่อให้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านการดูแลสุขภาพของประชาชนและการบริการของวิชาชีพการพยาบาลมีความทันสมัยและทันต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม เทคโนโลยี เศรษฐกิจ และระบบสุขภาพ ทั้งนี้โดยใช้ฉากทัศน์และยุทธศาสตร์ในการกำกับทิศทางการพัฒนาระบบและกลไกของระบบต่างๆที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล ที่ได้จากกระบวนการศึกษา

กระบวนการพัฒนาและเรียนรู้ในโครงการนี้ อาศัยความร่วมมือระหว่างองค์กรวิชาชีพการพยาบาล เครือข่ายวิชาชีพและผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาต่างๆ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข โดยมีกลุ่มนักวิจัยและนักปฏิบัติในสาขาวิชาการพยาบาลเป็นแก่นสำคัญของการดำเนินการ โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ คือ

- กำหนดโจทย์วิจัยของแต่ละขอบเขตและหัวข้อที่เป็นสาระสำคัญของฉากทัศน์ระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลในอนาคต 10 ปี
- สร้างเครือข่ายการพัฒนานักวิจัยและกำหนดบทบาทของสถาบันการศึกษาและองค์กรวิชาชีพการพยาบาลที่เป็น key players
- พัฒนาระบบและกลไกในการบริหารงานวิจัยระดับเครือข่ายระหว่างองค์กรวิชาชีพการพยาบาลและสหวิชาชีพกับองค์กรชุมชนและประชาชน กระบวนการทำวิจัย และการใช้ผลงานวิจัยหรือองค์ความรู้ที่เกิดจากงานวิจัยเพื่อการเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆของวิชาชีพการพยาบาล
- กำหนดบทบาทขององค์กรและหน่วยงานที่สนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆของวิชาชีพการพยาบาล

4.3.2 หลักการ

บทเรียนจากองค์กรต่างๆที่กำหนด นโยบายเกี่ยวกับการวิจัยด้านสุขภาพ และการพยาบาลชี้ให้เห็นว่าการกำหนดทิศทางการวิจัยขึ้นอยู่กับเป้าหมายขององค์กรหรือประเทศที่ต้องการองค์ความรู้ด้านใดบ้างเพื่อช่วยให้การออกแบบระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพได้รับการตอบสนองหรือแก้ปัญหาที่เกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนหรือสมาชิกอย่างครอบคลุม ในการกำหนดนโยบายหรือทิศทางการวิจัยด้านสุขภาพนั้นต้องจัดลำดับความสำคัญเพื่อให้สามารถใช้เงินงบประมาณการวิจัยที่ได้รับจัดสรรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการจัดลำดับความสำคัญจึงมักเป็นกระบวนการจัดการเพื่อให้สามารถใช้งบประมาณที่มีอยู่ได้อย่างเพียงพอ การสร้างโจทย์การวิจัยตามขอบเขตและหัวข้อที่เป็นสาระสำคัญของระบบบริการสุขภาพในอนาคตจึงมีความแตกต่างกับการจัดลำดับความสำคัญของทิศทางการวิจัย ในหลักการและกระบวนการที่ต้องระบุเป็นระยะของการดำเนินการวิจัยโดยอาศัยแผนยุทธศาสตร์เพื่อขับเคลื่อนให้เกิดการดำเนินการวิจัยอย่างต่อเนื่อง

วิธีการและขั้นตอนการกำหนดโจทย์การวิจัยของระบบสุขภาพ และการจัดลำดับความสำคัญของการวิจัย มีได้หลายวิธี(http://w3.whosea.org/book4/cover.htm) ซึ่งอาจรวบรวมได้ดังนี้

1. การสนทนากลุ่ม (focus group discussion)
2. การระดมสมอง
3. การวิเคราะห์ข้อจำกัด (constraint analysis)
4. การสำรวจความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (nominal group technique)
5. การสำรวจโดยใช้เทคนิคเดลไฟ (the Delphi techniques)
6. การวิเคราะห์การตัดสินใจ (decision tree analysis)
7. การประยุกต์ใช้เกณฑ์ที่กำหนดไว้เพื่อการจัดลำดับความสำคัญ (application of a single criteria)
8. การหาข้อสรุปในเชิงปริมาณ โดยการให้คะแนน (scoring) ตามเกณฑ์ที่พัฒนาขึ้น ใช้ประเด็นจริยธรรม เช่นความเท่าเทียมและเสมอภาค (equity) ในการเข้าถึงระบบบริการ ในการพิจารณา

ส่วนเกณฑ์ในการกำหนดโจทย์และจัดลำดับความสำคัญที่ใช้ก็มีความหลากหลายเช่นกัน แต่ส่วนใหญ่มีลักษณะดังนี้

1. ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพในอนาคต
2. ใช้เกณฑ์ปัญหาสุขภาพที่มีผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนในประเทศในระดับสูง
3. เป็นการสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพทั้งหมดที่ต้องการ หรือ หากเป็นสาขาวิชาก็เฉพาะเจาะจงเรื่องที่สร้างความเป็นเอกลักษณ์ให้เกิดขึ้น เพื่อนำไปสู่การสร้างคุณภาพการดูแลสุขภาพอย่างครอบคลุม
4. เป็นปัญหาที่เชื่อมโยงกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงของประเทศ ในแง่บริการสุขภาพและศักยภาพในการควบคุมค่าใช้จ่าย
5. สอดรับกับทิศทางการพัฒนาประเทศ เป็นต้น

ในการกำหนดโจทย์และทิศทางการวิจัยในสาขาวิชาเฉพาะ เช่น การพยาบาลนั้นมักใช้เกณฑ์ที่ใกล้เคียงกัน แต่อาจเพิ่มในส่วนที่เป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพ ส่วนที่เป็นองค์ความรู้ที่ขาดหายในวิชาชีพ และความสามารถของนักวิชาการในสาขาที่จะทำการวิจัยหรือที่จะพัฒนาเป็นนักวิจัยในเรื่องนั้นๆได้

การวิเคราะห์กรอบการวิจัยตามขอบเขตและหัวข้อที่เป็นสาระสำคัญของฉากทัศน์ระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลในอนาคต 10 ปีข้างหน้านี้ ถือเป็นกระบวนการกำหนดทิศทางการวิจัยจากองค์กรวิชาชีพการพยาบาลร่วมกับองค์กรภาคีร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชน เพื่อสื่อสารกับองค์กรสนับสนุนการวิจัยที่ดำเนินการภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาลและองค์กรระหว่างประเทศ เช่น สภาวิจัยแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ให้เชื่อมโยงเข้ากับนโยบายการสนับสนุนการวิจัยขององค์กรนั้นๆและองค์กรวิชาชีพ เช่น สภาการพยาบาล โดยทำให้โจทย์การวิจัยทางการพยาบาลเป็นโจทย์ที่มีการกำหนดทิศทางจากบริบทของระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลโดยตรง

การกำหนดกรอบการวิจัยของระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลนี้ต้อง

1. ตอบสนองปัญหาและความต้องการของระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพของประเทศ ตามขอบเขตและหัวข้อที่เป็นสาระสำคัญของฉากทัศน์ระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลในอนาคต 10 ปีข้างหน้า
2. เป็นโจทย์การวิจัยที่มีนักวิจัยทางการพยาบาลที่มีความสามารถทำได้ นักวิจัยที่สามารถพัฒนาให้ทำได้ หรือต้องสร้างนักวิจัยใหม่มาทำการวิจัยให้ได้
3. เป็นโจทย์การวิจัยที่สามารถแสดงเอกลักษณ์และความเชี่ยวชาญของวิชาชีพการพยาบาลได้
4. เป็นโจทย์การวิจัยที่สามารถบูรณาการการวิจัยกับการเรียนรู้เข้าด้วยกันโดยอาศัยความร่วมมือกับองค์กรที่เกี่ยวข้องและการสร้างพื้นที่การเรียนรู้อย่างเป็นรูปธรรม
5. เป็นโจทย์การวิจัยที่เป็นแก่นของการพัฒนาระบบบริการของวิชาชีพที่ใช้การศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาเป็นฐานสำคัญเพื่อทำให้เกิดการสร้างนักวิจัยและการเสริมศักยภาพนักวิจัยในสาขาวิชาการพยาบาลได้

4.3.3 ขอบเขตและหัวข้อที่เป็นสาระสำคัญและโจทย์การวิจัยของฉากทัศน์ระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลในอนาคต 10 ปี

ตารางที่ 3 แสดงขอบเขตและหัวข้อที่เป็นสาระสำคัญและโจทย์การวิจัยของฉากทัศน์ระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลในอนาคต 10 ปี

ขอบเขตและหัวข้อ	โจทย์การวิจัย
ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนผลิตและจ้างงานพยาบาล	1. วิธีคิดของผู้จัดหาบริการสุขภาพหรือผู้ซื้อ ที่นอกเหนือจากรัฐ ท้องถิ่น เช่น บริษัทประกัน ระบบประกันสังคม ระบบธุรกิจบริการสุขภาพ และองค์กรวิชาชีพการพยาบาล เป็นอย่างไรต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการผลิตและจ้างงานพยาบาลในรูปแบบต่างๆ 2. กระบวนการวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพและการพยาบาลในระดับประเทศเป็นอย่างไร 2.1. สถานการณ์ความขาดแคลนกำลังคนที่เผชิญอยู่ ชนิดของกำลังคนที่ขาดแคลนอยู่ในระดับใดของการดูแลสุขภาพประชาชน และในรูปแบบการจ้างงานใด 2.2. ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพและการพยาบาลในภาพรวมเป็นอย่างไร ทั้งในด้านคุณสมบัติและสมรรถนะ สัดส่วนต่อประชากร ต่อพื้นที่ ต่อลักษณะของการบริการสุขภาพ และต่อรูปแบบการจ้างงานต่างๆ 2.2.1. ลักษณะความต้องการพยาบาลในการดูแลประชากรกลุ่มต่างๆทั้งที่ป่วยและไม่ป่วย 2.2.2. ลักษณะความต้องการพยาบาลของต่างประเทศและธุรกิจบริการสุขภาพ 2.2.3. ความแตกต่างของสัดส่วนในเขตเมืองและเขตชนบท สัดส่วนในระบบบริการสุขภาพที่ต่างระดับกัน (ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ)

ขอบเขตและหัวข้อ	โจทย์การวิจัย
	2.2.4. ผลกระทบของนโยบายต่อ การลาออกของพยาบาล การขาดพยาบาล ความต้องการในการศึกษาต่อเนื่องของพยาบาลในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ ตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ 2.3. ความต้องการพยาบาลในรูปแบบการบริการสุขภาพชุมชนและรูปแบบอื่นๆเป็นอย่างไร ในแง่ สมรรถนะและบทบาทหน้าที่ สัดส่วนต่อประชากร 2.4. แผนที่ศักยภาพด้านการผลิต การพัฒนา และการจ้างงานพยาบาลในระดับประเทศเป็นอย่างไร 2.5. รูปแบบและกระบวนการวิธีการที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนการผลิตและจ้างงานพยาบาลเป็นอย่างไร 2.6. วิจัยและประเมินผลการวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านการพยาบาลโดยเอาความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศทั้งประเภท สัดส่วน คุณสมบัติและคุณภาพ(พยาบาลพันธุ์ใหม่) แหล่งการจ้างงานและระบบการจ้างงาน เป็นตัวตั้ง 3. บทบาทหน้าที่และขอบเขตของวิชาชีพการพยาบาลในรูปแบบการจ้างงานที่ต่างกันและในพื้นที่ที่ต่างกันเป็นอย่างไร 3.1. บทบาทหน้าที่และขอบเขตการทำงานของพยาบาลที่มีขีดขั้นความสามารถขั้นพื้นฐานและขั้นสูงมีความต่างกันอย่างไร ทั้งนี้ตามรูปแบบการจ้างงาน พื้นที่การบริการ กลุ่มประชากรและชุดความรู้ที่ต้องมีโดยเฉพาะในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นต้น 3.2. ระบบและกลไกการจ้างงานพยาบาลของชุมชนเป็นอย่างไร 3.3. โครงสร้างของตำแหน่งและค่าตอบแทน การเทียบเคียงกันในระหว่างระบบที่ต่างกัน สัดส่วนความแตกต่างระหว่างรัฐ เอกชน องค์กรชุมชนและกลไกการควบคุม เป็นอย่างไร 3.4. การดำเนินการสร้างระบบรองรับ ลักษณะความก้าวหน้าของงานและแนวทางการพัฒนาเป็นอย่างไร 3.5. มาตรฐานและกลไกการควบคุมคุณภาพการบริการพยาบาลในรูปแบบการบริการที่ต่างกันควรเป็นอย่างไร 4. รูปแบบการจัดการศึกษา การสร้างรูปแบบการเรียนรู้ในสาขาวิชาการพยาบาลควรเป็นอย่างไรเพื่อสร้างและพัฒนาพยาบาลให้เข้าสู่การจ้างงานรูปแบบต่างๆ ดังกล่าว
Information Technology มีบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนและการจัดการระบบการบริการของวิชาชีพ	1. ศึกษาความเป็นไปได้ในการสร้างความหลากหลายให้กับการผลิตพยาบาลที่มีสมรรถนะต่างกันหรือพยาบาลสายพันธุ์ต่างๆ และเหมาะสมกับความต้องการในแต่ละลักษณะของปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ เช่น IT nurses 2. วิจัยและพัฒนาระบบข้อมูลและความรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพประชาชนโดยเฉพาะเป็นระบบที่เชื่อมต่อจากประชาชนสู่หน่วยบริการสุขภาพระดับต่างๆ

ขอบเขตและหัวข้อ	โจทย์การวิจัย
การพยาบาล	2.1. ชุดข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพที่จำเป็นเป็นอย่างไรสำหรับประชาชน พยาบาลและบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพ และองค์กรที่เกี่ยวข้องเช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน องค์กรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2.2. ระบบการจัดการความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่ายควรเป็นอย่างไร 2.3. เครื่องมือและแนวทางในการประเมินและเลือกใช้ข้อมูลและความรู้สำหรับประชาชน พยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพและองค์กรองค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน องค์กรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 3. รูปแบบและวิธีการในการเข้าถึงและใช้ IT ทางการพยาบาล เช่น E-nursing ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและการเจ็บป่วย การนำ IT มาใช้ในการดูแลสุขภาพที่บ้านในผู้ป่วยเรื้อรังเป็นอย่างไร 4. วิจัยและพัฒนากระบวนการสร้างและใช้มาตรฐานและแนวปฏิบัติในการให้บริการพยาบาลอย่างเท่าทันการเปลี่ยนแปลงของ IT และพฤติกรรมของประชาชน
พยาบาลมีบทบาทในการเป็นผู้จัดการสุขภาพชุมชน	1. วิธีคิดของชุมชน สังคม และองค์กรจ้างงานพยาบาล เป็นอย่างไรต่อบทบาทในการเป็นผู้จัดการสุขภาพชุมชน 2. การวิจัยและสรุปบทเรียนจากรูปธรรมการทำบทบาทหน้าที่ของพยาบาลกับการจัดการสุขภาพชุมชนและผลลัพธ์ที่ได้ผลดีในพื้นที่ต่าง ๆของประเทศ 3. รูปแบบการทำงานตามขอบเขตการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพคนในชุมชนของพยาบาลเป็นอย่างไร 3.1. รูปแบบการดูแลสุขภาพชุมชนเป็นอย่างไรในพื้นที่ที่ต่างกัน กลุ่มประชากรต่างกัน และ รูปแบบการจ้างงานต่างกัน 3.2. วิธีการทำงานและเครื่องมือในการทำงาน กระบวนและระบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชนที่สะท้อนบทบาทพยาบาลเป็นอย่างไร 3.3. แนวปฏิบัติและมาตรฐานการจัดบริการสุขภาพชุมชนและการจัดการสุขภาพชุมชนของพยาบาลเป็นอย่างไร 3.4. สมรรถนะของพยาบาลในการทำงานตามขอบเขตการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพคนในชุมชนตามบทบาทในการเป็นผู้จัดการสุขภาพชุมชนควรเป็นอย่างไร 3.5. กระบวนการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการทำงานตามขอบเขตการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพคนในชุมชนเป็นอย่างไร 4. การวิจัยและพัฒนา สาระความรู้ รูปแบบและวิธีการจัดการศึกษาเพื่อผลิตพยาบาลที่มีสมรรถนะหลักในการเป็นผู้จัดการสุขภาพชุมชน

ขอบเขตและหัวข้อ	โจทย์การวิจัย
ธุรกิจบริการสุขภาพเติบโตมีผลต่อระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล	1. ลักษณะความต้องการพยาบาลของธุรกิจบริการสุขภาพเป็นอย่างไร ในแง่รูปแบบและองค์กรจ้างงาน สัดส่วน ลักษณะการบริการ เป็นต้น 2. คุณสมบัติและสมรรถนะของพยาบาลให้เอื้อต่อการทำธุรกิจบริการสุขภาพเป็นอย่างไร 2.1. แนวทางการพัฒนากระบวนการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณสมบัติและสมรรถนะของพยาบาลให้เอื้อต่อการทำงานในระบบธุรกิจบริการสุขภาพควรเป็นอย่างไร 2.2. การวิจัยและพัฒนาแนวทางในการสร้างจิตสำนึกให้พยาบาลไม่ตกเป็นเครื่องมือของกระแสธุรกิจ 3. วิจัยและพัฒนาระบบบริการพยาบาลที่เป็นเชิงธุรกิจเช่นธุรกิจการบริการสุขภาพชุมชนร่วมกับองค์กรชุมชน การบริการสุขภาพกลุ่มผู้ด้อยโอกาส การบริการสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน 3.1. รูปแบบการดำเนินการธุรกิจบริการสุขภาพที่เป็นส่วนหนึ่งของชุมชนหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มผู้ด้อยโอกาส และผู้ป่วยเรื้อรัง 3.2. มาตรฐานระบบบริการพยาบาลที่เป็นเชิงธุรกิจ เช่นธุรกิจการบริการสุขภาพชุมชนร่วมกับองค์กรชุมชน การบริการสุขภาพกลุ่มผู้ด้อยโอกาส การบริการสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน 3.3. ระบบค่าตอบแทนที่เหมาะสมและเป็นธรรมให้สามารถเทียบเคียงได้ในระหว่างการจ้างงานทุกรูปแบบโดยเฉพาะหว่างภาครัฐและธุรกิจการบริการสุขภาพ 4. วิจัยและพัฒนาบทบาทพยาบาลในการจัดการบริการสุขภาพในรูปแบบธุรกิจการบริการสุขภาพที่เป็นธรรม

4.4 ยุทธศาสตร์เพื่อขับเคลื่อนให้เกิดการดำเนินการวิจัยอย่างต่อเนื่องในระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ผลักดันให้เกิดกลไกการจัดการงานวิจัยในการสังเคราะห์ข้อความรู้และการใช้องค์ความรู้จากงานวิจัยเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล โดย

1) กำหนดบทบาทของสถาบันและองค์กรต่างๆ เกี่ยวกับการจัดการงานวิจัย
2) สร้างกระบวนการเรียนรู้ให้องค์กรวิชาชีพการพยาบาลในเรื่องการจัดการงานวิจัยตามโจทย์การวิจัยข้างต้นโดยใช้กิจกรรมการจัดการความรู้ในหลายรูปแบบ ตั้งแต่ เวทีวิชาการเกี่ยวกับการจัดการงานวิจัย เครือข่ายการวิจัย เป็นต้น
3) สร้างพื้นที่การวิจัยเป็นพื้นที่การเรียนรู้ทั้งสาระและข้อความรู้จากการวิจัย การนำข้อความรู้ไปปฏิบัติจริง การพัฒนาข้อความรู้โดยเฉพาะที่นำสู่การปฏิบัติได้ดีจริงอย่างต่อเนื่อง
4) พัฒนาผู้จัดการงานวิจัยในแต่ละสถาบัน/พื้นที่/เครือข่าย

5) พัฒนาความเข้มแข็งของระบบและกลไกที่ทำให้เกิดการใช้งานวิจัยเช่นวารสารวิจัยในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ เวทีวิชาการรูปแบบต่างๆ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ผลักดันให้เกิด ระบบและกลไกในการจัดการงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาเพื่อให้เป็นขุมกำลังในการสร้างองค์ความรู้ทางการพยาบาลที่ดีที่สุด และ เป็นกลไกในการสร้างนักวิจัยทางการพยาบาล โดย

1) ใช้การวิจัยในระดับบัณฑิตศึกษาเป็นฐานในการสร้างองค์ความรู้ที่ต้องการตามโจทย์การวิจัย
2) พัฒนาระบบและกระบวนการในการจัดการงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาตั้งแต่การสร้างงานวิจัย กระบวนการทำวิจัย และการใช้ผลงานวิจัยหรือองค์ความรู้ที่เกิดจากงานวิจัย เช่นการสนับสนุนทุนการวิจัยในระดับบัณฑิตศึกษาที่ดำเนินการตามโจทย์การวิจัยของระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล
3) กำหนดบทบาทของอาจารย์และนักศึกษาในการจัดการงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
4) ผลักดันให้มีนโยบายให้งานวิจัยในระดับบัณฑิตศึกษาเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยของอาจารย์ตามโจทย์การวิจัยของระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล
5) ผลักดันให้มีนโยบายให้มีการตีพิมพ์ผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
6) สังเคราะห์ข้อความรู้จากการสรุปบทเรียนในแต่ละสถาบันการศึกษาและเครือข่ายวิจัยเกี่ยวกับการจัดการงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ร่วมสร้างและผลักดันให้เกิดการทำงานแบบเป็นเครือข่ายในการสร้างความรู้และพัฒนานักวิจัยทางการพยาบาลตามโจทย์การวิจัยของระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล โดยเน้นเครือข่ายกับองค์กรหรือสถาบันอื่นที่เกี่ยวข้องให้มากขึ้นโดย

1) ผลักดันให้ดำเนินการตามนโยบายการพัฒนาเครือข่ายวิจัยในระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลและในระบบอื่นที่สัมพันธ์กัน
2) เพื่อให้เกิดการสร้างงานวิจัยอย่างกว้างขวาง เครือข่ายการวิจัยทั้งหลายควรเปิดโอกาสให้ประชาคมที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมเสนอโจทย์วิจัยและดำเนินการวิจัยได้
3) สังเคราะห์รูปแบบการปฏิบัติที่ได้ผลดี (Good Practice) ของการทำงานแบบเครือข่ายจากการสรุปบทเรียนในพื้นที่การเรียนรู้

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาความเข้มแข็งและบทบาทขององค์กรหรือสถาบันกลางด้านการวิจัยระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลให้เป็นกลไกให้องค์กรวิชาชีพและองค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น สถาบันหรือองค์กรสนับสนุนการวิจัย สถาบันที่นำข้อความรู้จากการวิจัยไปใช้ในระดับนโยบาย และ ระดับปฏิบัติในทุกระบบสำคัญในวิชาชีพการพยาบาล ในการร่วมสร้างชุดโครงการวิจัย ดำเนินการวิจัย และใช้ข้อความรู้จากงานวิจัย โดย

1) วางแผน ดำเนินการ ประเมินผลลัพธ์และสรุปข้อความรู้และบทเรียน
2) ดำเนินการเพื่อพัฒนาโจทย์การวิจัยและนักวิจัยโดยการจัดทำแผนที่การวิจัยตามขอบเขตและหัวข้อสาระสำคัญในระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลให้ทันสมัย
3) ผลักดันให้องค์กรสนับสนุนการวิจัยกำหนดเกณฑ์การสนับสนุนโดยให้งานวิจัยของอาจารย์มีผลลัพธ์เป็นการสร้างนักวิจัยใหม่
4) ผลักดันให้เกิดนโยบายในระดับหน่วยงานในการสนับสนุนการจัดการงานวิจัยตามโจทย์การวิจัยของระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล

5) เชื่อมประสานระหว่างองค์กรวิชาชีพและองค์กรอื่นที่สัมพันธ์กัน โดยใช้ความรู้จากการวิเคราะห์สถานการณ์และประเด็นทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง การปกครอง ที่กระทบทิศทางการเปลี่ยนแปลงของระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาล ในการกำหนดบทบาทของระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพของประชาชน ได้แก่ ระบบการวางแผนการผลิต การใช้การกระจายกำลังคนทางการพยาบาล ระบบการศึกษาสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ระบบคุณภาพการบริการพยาบาล ระบบการตรวจสอบและการควบคุมคุณภาพ ระบบการจ้างงานพยาบาล เป็นต้น

บรรณานุกรม

กรอบวิจัยสาขาพยาบาลศาสตร์. เข้าถึงได้จาก http://thainurse.nurse.cmu.ac.th

กระทรวงสาธารณสุข. (2544). **สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2543**.

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2537). **การควบคุมคุณภาพการพยาบาล : หลักการควบคุมคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2542). **มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2544). **การประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล : งานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน .** ปทุมธานี:โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ศูนย์รังสิต.

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2544). **มาตรฐานการพยาบาลในชุมชน.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กองแผนงาน, สำนักงานปลัดทบวงมหาวิทยาลัย. (2536). **ความต้องการกำลังคน สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ ในช่วง 10 ปี ข้างหน้าเสนอต่อคณะรัฐมนตรี**. กรกฎาคม 2536.

กานดา รักชาติ อรัญญา เชาวลิต และ วันดี สุทธรังษี. (2545). ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก. **วารสารสภาการพยาบาล.** 17(1): 77-89.

การจัดการความรู้. ค้นเมื่อ 14 มิถุนายน 2546, จาก http://www.ha.or.th/Document/LOKM4.KPI.450511.doc

เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. **ความแตกต่างระหว่างการจัดการสารสนเทศกับการจัดการความรู้.** ใน http://www.ifd.or.th/fiturestudiessite/newarticle97.htm [11-06-2546]

ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ . (2544) .**การวิจัยและพัฒนารูปแบบการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน:กรณีศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.

ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ . (2545). **สรุปบทเรียนจากการวิจัยเกี่ยวกับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ** ใน เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนานักวิจัยในโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (เอกสารอัดสำเนา).

ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ .(2547). **โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ: กรณีศึกษาในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.

ขนิษฐา นันทบุตร. (2546). **กระบวนการพยาบาลชุมชน**. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา.

คณะทำงานจังหวัดตราด. (2545). **สรุปบทเรียน 15 โครงการในจังหวัดตราด** (เอกสารอัดสำเนา).

คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. (2544). **บทสรุปหลักการสำคัญนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

คณะทำงานเพื่อเตรียมระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า. (2544). **แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน.** ใน http://www.30bath.net

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2544). **การพัฒนาการจัดการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพื่อตอบสนองการปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย**.ใน เอกสารประกอบการสัมมนาพยาบาลศาสตร์ศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ.

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2544). **โครงการผลิตบัณฑิตคืนสู่สังคม .** (เอกสารอัดสำเนา).

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น .(2546ก). **โครงการเรียนรู้ชุมชน 11-24 มีนาคม 2546 .** (เอกสารอัดสำเนา)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น .(2546ข). **โครงการ การพัฒนาชีวิตชุมชนสู่การจัดการศึกษาเพื่อสร้างบัณฑิตสู่สังคม:ถอดบทเรียนจากประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพชีวิต**. 15-16 มีนาคม 2546 ณ องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น.

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2546ข). **โครงการ การพัฒนาชีวิตชุมชนสู่การจัดการศึกษาเพื่อสร้างบัณฑิตสู่สังคม:ถอดบทเรียนจากประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพชีวิต**. 15-16 มีนาคม 2546 ณ องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น.

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (2546ก). **การปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ: กรณีศึกษาตำบลขุนคง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่.** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารอัดสำเนา).

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (2546ข). **การปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ: กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่.** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารอัดสำเนา).

คณะอนุกรรมการจริยธรรมร่วมกับคณะอนุกรรมการผดุงความเป็นธรรม. (2545). **สรุปการดำเนิน งาน ของสภาการพยาบาลด้านจริยธรรม** ใน เอกสารประกอบการประชุมวิชาการด้านจริยธรรมและการผดุงความเป็นธรรม เรื่อง สิทธิผู้บริโภคยุคปฏิรูปสุขภาพ : ความท้าทายในการบริการวิชาชีพ. วันที่ 4-6 กุมภาพันธ์ 2545 ณ โรงแรมเรดิสัน กรุงเทพฯ.

จริยา เลิศอรรฆยมณี และสมเกียรติ โพธิสัตย์. (2545) ใน ชาตรี บานชื่น และสมเกียรติ โพธิสัตย์ (บรรณาธิการ). **คู่มือการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์.** กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

จินตนา ลี้ละไกรวรรณ. (2545). **ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชน** ใน เอกสารประกอบงานประชุมวิชาการหนึ่งทศวรรษ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมสร้างสุขภาพสังคมสู่สังคมสันติภาพ. วันที่ 5-7 สิงหาคม พ.ศ. 2545. ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค บางนา กรุงเทพฯ.

จินตนา ยูนิพันธ์ และชนกพร จิตปัญญา. (2544). **การศึกษาสถานะการวิจัยในวิทยานิพนธ์ที่ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลเป็นกรอบแนวคิดในประเทศไทย พ.ศ. 2526-2542**. ในเอกสารประกอบการประชุมวิจัยทางการพยาบาลแห่งชาติครั้งที่ 2 การวิจัยทางการพยาบาล: นวัตกรรมเพื่อสุขภาพของประชาชนไทยในทศวรรษหน้า. วันที่ 19-21 พฤศจิกายน 2544 โรงแรมแอมบาสเดอร์ กรุงเทพฯ.

ชบ ยอดแก้ว .(2543) .ใน **รายการสนทนามหาวิทยาลัยเที่ยงคืน :กลุ่มสัจจะออมทรัพย์-ธนาคารบ้านนอก** .วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2543 ณ สำนักส่งเสริมศิลปวัฒนธรรม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารอัดสำเนา).

ชบ ยอดแก้ว .(2545). **แนวคิดกลุ่มสัจจะออมทรัพย์แบบพัฒนาครบวงจรชีวิต** (เอกสารอัดสำเนา).

ชบ ยอดแก้ว .(2546). **การพัฒนาชีวิตชุมชนสู่การจัดการศึกษาเพื่อสร้างบัณฑิตสู่สังคม:ถอดบทเรียนจากประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพชีวิต**. 15-16 มีนาคม 2546 ณ องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น.

ชาตรี บานชื่น. (2545). บทนำและปัญหาการใช้เทคโนโลยีในประเทศไทย ในชาตรี บานชื่น และ สมเกียรติ โพธิสัตย์ (บรรณาธิการ). **คู่มือการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์.** กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

ชาตรี ศรีไพพรรณ. (2547). **เทคโนโลยีมองอนาคต.** ใน เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องอนาคตระบบการพยาบาลไทย พ.ศ.2548-2558 วันที่ 20 เมษายน 2547 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ กรุงเทพมหานคร(เอกสารอัดสำเนา).

ชูชัย ศุภวงศ์ (บรรณาธิการ). (2544). **ทิศทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพใน 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ.2544-2553).** นนทบุรี : สำนักงานสนับสนุนและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ(สพกส.) กระทรวงสาธารณสุข.

เดชรัต สุขกำเนิด (2544). **นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ : การวิเคราะห์ระบบการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ.** นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

เดชรัต สุขกำเนิด วิชัย เอกพลากร และ ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์. (2545). **การประเมินผลกระทบทางสุขภาพเพื่อการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ : แนวคิด แนวทาง และแนวปฏิบัติ** .พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ดีไซร์.

ทัศนา บุญทอง (2543). **ปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต.** กรุงเทพฯ : สภาการพยาบาล.

ทัศนา บุญทอง. (2542ก). **วิสัยทัศน์การพยาบาลไทย ปี 2020 การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ด้านสุขภาพ** . 1(2): เมษายน-มิถุนายน.

ทัศนา บุญทอง. (2542ข). **ปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต**. กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์.

ทัศนา บุญทอง. (2544). ขยายมุมมอง...บริการสุขภาพระดับต้น ใน **จดหมายข่าวเวทีพยาบาลกับการปฏิรูประบบสุขภาพ**. ฉบับที่ 1. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ที่ประชุมคณบดีและหัวหน้าสถาบันการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ของรัฐในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย. (2545). **คู่มือการสอนจริยศาสตร์ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต.**

เทียนฉาย กีระนันทน์. (2539). **เศรษฐกิจการเงินสาธารณสุข**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บัญชร แก้วส่อง และคณะ. (2543). **รายงานการวิจัยวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบสุขภาพประชาคมภาคอีสาน.** มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ประคิณ สุจฉายา และ คณะ. (2545). **การสังเคราะห์บทบาทและโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : บริบทของวิชาชีพและสถานบริการสุขภาพ** ใน บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ รูปธรรมที่เริ่มต้น . เอกสารประกอบการประชุมวิชาการหนึ่งทศวรรษสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ระหว่างวันที่ 5-7 สิงหาคม 2545 ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค.

ประเวศ วสี (2545). **พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ : ธรรมนูญสุขภาพของคนไทย เครื่องมือนวัตกรรมทางสังคม.** นนทบุรี : สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.

ประเวศ วะสี. (2546ก). **ยุทธศาสตร์ทางปัญญาเพื่ออนาคตของประเทศไทย.** กรุงเทพฯ: มูลนิธิสื่อสร้างสรรค์.

ประเวศ วะสี. (2546ข). **การปฏิวัติเงียบ : การปฏิรูประบบสุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : พิมพ์ดี.

ประเวศ วะสี. (ม.ป.ป.). **ยุทธศาสตร์เขยื้อนสังคมไทยออกจากโครงสร้างมรณะ**. สำนักงานปฏิรูปสุขภาพแห่งชาติ.

ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์. (2546). การเจ็บป่วยของคนไทยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ใน **เอกสารประกอบการปฏิรูประบบสุขภาพสำหรับการประชุมเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติปี พ.ศ.2546**. ม.ป.พ.

ปิติพร จันทรทัต ณ อยุธยา และ วณี ปิ่นประทีป.(.2546). **บริการสาธารณสุขกับการแสวงหากำไรเชิงธุรกิจ.** นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. .

พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ (2541). **การศึกษาอนาคตการสาธารณสุข (Health Futures Study) ระยะที่ 1.** นนทบุรี : สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติพ.ศ. 2542. (2542). **ราชกิจจานุเบกษา.เล่ม116 ตอนที่74ก**. (19 สค.) หน้า 1-23.

พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่2)พ.ศ.2540. (2540). พยาบาลและผดุงครรภ์ : กฎหมายและระเบียบข้อบังคับ.**ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม114 ตอนที่75ก** หน้า1-9.

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2545). ใน http://www.nhso.go.th/new/cgi-bin/DataCenterLaw/DataLaw/1/1.1/พรบ.หลักประกัน2.htm [20/08/2547].

พระอาจารย์สุบิน ปณีโต. (2546). **เอกสารประกอบการอบรมการจัดตั้งกลุ่มสัจจะออมทรัพย์เพื่อพัฒนาคุณธรรมครบวงจรของชีวิต** (เอกสารอัดสำเนา).

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2538). **การประกันคุณภาพการพยาบาล.** กรุงเทพฯ : วังใหม่บลูพริ้นท์.

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2546). **ขุมปัญญาทางพยาบาลศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: พระราม 5 พริ้นติ้ง

ภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์. (2543). สรุปรายงานการประชุมคณะ กรรมการจัดทำมาตรฐานการพยาบาลสาธารณสุข (เอกสารอัดสำเนา).

เมธี จันท์จารุภรณ์. (2545). **สิทธิ หน้าที่ พลเมือง : ระบบสุขภาพภาคประชาชน** . นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน.

ยุวดี เกตุสัมพันธ์. (2546).**บทบาท หน้าที่ และ ขอบเขตของวิชาชีพการพยาบาล**. ใน เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องอนาคตระบบการพยาบาลไทย พ.ศ.2548-2558 วันที่ 20 เมษายน 2547 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ กรุงเทพมหานคร(เอกสารอัดสำเนา).

รวีวรรณ เผ่ากัณหา และ สุนทราวดี เธียรพิเชฐ. (2546). **รายงานการสังเคราะห์บทเรียนในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อสร้างชุมชนแห่งสุขภาพ กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเทศบาลเมือง** (เอกสารอัดสำเนา).

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพ.ศ.2540. (2540) **ราชกิจจานุเบกษา.เล่ม114 ตอนที่55ก**. (11ตค.) หน้า 1-99.

โรงพยาบาลน้ำพอง .(2546) .**โครงการเรียนรู้ชุมชน 17-13ตุลาคม .2546**โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น (เอกสารอัดสำเนา).

ลำยอง นกหงษ์. (2546). **บทบาทพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี เป็นคู่สัญญาหลัก**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ,สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

วิจารณ์ พานิช. (2545). **สุขภาพบนฐานของปัญญา**. กรุงเทพฯ: ดีไซร์.

วิจารณ์ พานิช. (2546). **การจัดการเครือข่ายวิชาการ.** กรุงเทพฯ: ฟันนี่ พับบลิชชิ่ง.

วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ. (2544). **โครงการวิจัยและพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน** ใน เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสามัญประจำปี ครั้งที่ 21 เรื่อง การปฏิรูประบบสุขภาพ : สู่การปฏิรูประบบราชการ. ชลบุรี:สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯสาขาภาคตะวันออก.

วิพุธ พูลเจริญ และคณะ. (2543). **สู่การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.** กรุงเทพฯ : ดีไซร์.

วิพุธ พูลเจริญ ใน http://www.hsri.or.th/html/ article5.htm

วิลาวรรณ พันธ์พฤกษ์. (2544). วิธีวิทยาการวิจัยในวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต. ใน **เอกสารประกอบการประชุมวิจัยทางการพยาบาลแห่งชาติครั้งที่ 2 การวิจัยทางการพยาบาล: นวัตกรรมเพื่อสุขภาพของประชาชนไทยในทศวรรษหน้า**. วันที่ 19-21 พฤศจิกายน 2544 โรงแรมแอมบาสเดอร์ กรุงเทพฯ.

วิลาวรรณ พันธ์พฤกษ์. (2544). **วิธีวิทยาการวิจัยในวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต**. ในเอกสารประกอบการประชุมวิจัยทางการพยาบาลแห่งชาติครั้งที่ 2 การวิจัยทางการพยาบาล: นวัตกรรมเพื่อสุขภาพของประชาชนไทยในทศวรรษหน้า. วันที่ 19-21 พฤศจิกายน 2544 โรงแรมแอมบาสเดอร์ กรุงเทพฯ.

วิลาวัณย์ เสนารัตน์. (2546). **กำลังคนทางการพยาบาล**. ใน เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องอนาคตระบบการพยาบาลไทย พ.ศ.2548-2558 วันที่ 20 เมษายน 2547 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ กรุงเทพมหานคร(เอกสารอัดสำเนา).

ศักดา ศรีนิเวศน์. (2546). พิษภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ใน **เอกสารประกอบการปฏิรูประบบสุขภาพสำหรับการประชุมเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติปี พ.ศ.2546**. ม.ป.พ.

ศิรินภา ชี้ทางให้ และ ยุพิน อังศุโรจน์. (2545). การศึกษาตัวชี้วัดประสิทธิผลขององค์การพยาบาล. **วารสารสภาการพยาบาล.** 17(1), 62-76.

ศิริอร สินธุ และเรณู พุกบุญมี. (2001). การรับรู้อุปสรรคต่อการนำผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ. **Thai Journal Nursing Research.** 5(1): 71-85.

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ (2542). **ปัจจุบันและอนาคตคลินิกเอกชนไทย.** นนทบุรี :โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2540). **มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับกาญจนาภิเษก พิมพ์ครั้งที่ 2.** กรุงเทพฯ : ดีไซร์.

สนั่น พงษ์สมบัติ. (2546). **บทสัมภาษณ์** เมื่อวันที่ 14 ตุลาคม 2546 ณ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น.

สภาการพยาบาล. (2544). เอกสารประกอบการประชุมวิจัยทางการพยาบาลแห่งชาติครั้งที่ 2 **การวิจัยทางการพยาบาล: นวัตกรรมเพื่อสุขภาพของประชาชนไทยในทศวรรษหน้า**. วันที่ 19-21 พฤศจิกายน 2544 โรงแรมแอมบาสเดอร์ กรุงเทพฯ.

สภาการพยาบาล. (2539). **มาตรฐานการพยาบาลเชิงโครงสร้างในสถานบริการสาธารณสุข สถานศึกษาพยาบาลสถานประกอบการ.** กรุงเทพฯ : เจ เอส การพิมพ์.

สภาการพยาบาล. (2539). **มาตรฐานการพยาบาลเชิงโครงสร้างในสถานบริการสาธารณสุข สถานศึกษาพยาบาลสถานประกอบการ.** กรุงเทพฯ : เจ เอส การพิมพ์.

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ. (2544). **ระบบการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาล.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ.

สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล ปีที่ 12 ฉบับวันที่ 1 กรกฎาคม 2546 ใน http://203.157.19.191/table%201.1.xls [02-04-2004].

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. (2545). **แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน** (ฉบับปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การคลังสินค้าและครุภัณฑ์.

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. (2543). **การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: อุษาการพิมพ์.

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. (2544). **ธรรมนูญสุขภาพคนไทย**.นนทบุรี : สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. (2546). **สมัชชาสุขภาพระดับภาค/เฉพาะประเด็น** กรุงเทพฯ : สามดี พริ้นติ้ง อีควิบเม้น.

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. (2546ก). **สมัชชาสุขภาพระดับภาค/เฉพาะประเด็น** กรุงเทพฯ : สามดี พริ้นติ้ง อีควิบเม้น.

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. (2546ข). **ธรรมนูญสุขภาพคนไทย** (ฉบับปรับปรุง 24 กันยายน 2545). พิมพ์ครั้งที่ 2. มปพ.

สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2544). **รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: กองการพิมพ์ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใน http://www.nhso.go.th/

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2540). **คู่มือการศึกษาอนาคตการสาธารณสุข** แปลและเรียบเรียงจาก Martha J Garett for Unit of Strengthening Country Health Information Epidemiological Surveillance and Health Situation and Trend Assessment. (เอกสารอัดสำเนา).

สำนักนโยบายและแผนอุดมศึกษา สำนักงานปลัดทบวงมหาวิทยาลัย. (2543). **วิสัยทัศน์การพัฒนาอุดมศึกษาของแผนพัฒนาการศึกษาระดับอุดมศึกษา ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549)**.

สำนักนโยบายและแผนอุดมศึกษา, สำนักงานปลัดทบวงมหาวิทยาลัย. (2543). วิสัยทัศน์การพัฒนาอุดมศึกษาของแผนพัฒนาการศึกษาระดับอุดมศึกษา ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549).

สิริกาญจน์ บริสุทธิบัณฑิต. (2540). **ผลของการใช้ระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ต่อการใช้กระบวนการพยาบาล ความเป็นอิสระและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและความพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล.** วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุนทราวดี เธียรพิเชฐ และ คณะ. (2546). **การวิเคราะห์และสังเคราะห์ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเทศบาลภาคตะวันออก** (เอกสารอัดสำเนา).

สุนทราวดี เธียรพิเชฐ ระวีวรรณ เผ่ากัณหา และคณะ. (2546). **การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล**. ใน เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องอนาคตระบบการพยาบาลไทย พ.ศ.2548-2558 วันที่ 20 เมษายน 2547 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ กรุงเทพมหานคร(เอกสารอัดสำเนา).

สุนทราวดี เธียรพิเชฐ และคณะ. (2544). **รูปแบบและความต้องการระบบบริการสุขภาพระดับต้นในทัศนะของกลุ่มประชาคมภาคตะวันออก**.ชลบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข..

สุนทราวดี เธียรพิเชฐ และคณะ. (2546). **การวิเคราะห์และสังเคราะห์ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเทศบาลภาคตะวันออก.** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารอัดสำเนา).

สุนุตตรา ตะบูนพงศ์ และ คณะ. (2545ก). **รายงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการปฏิรูประบบ บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ :กรณีศึกษาชุมชนนาหม่อม อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา** (ส่วนที่ 1 ระบบสุขภาพของอำเภอนาหม่อม : การสังเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์)(เอกสารอัดสำเนา).

สุนุตตรา ตะบูนพงศ์ และ คณะ. (2545ข). **รายงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : กรณีศึกษาชุมชนนาหม่อม อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา** (ส่วนที่ 2 รูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิภายใต้แนวคิดใหม่ของอำเภอนาหม่อม) (เอกสารอัดสำเนา).

สุนุตตรา ตะบูนพงศ์ และ คณะ. (2545ค). **รายงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : กรณีศึกษาชุมชนนาหม่อม อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา** (ส่วนที่ 3 ศักยภาพของประชาชนและองค์กรชุมชน ในการมีส่วนร่วมในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (เอกสารอัดสำเนา).

สุนุตตรา ตะบูนพงศ์ และ คณะ. (2545ง).**รายงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : กรณีศึกษาชุมชนนาหม่อม อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา** (ส่วนที่ 4 ศักยภาพของพยาบาล ทีมสุขภาพ และองค์กรที่เกี่ยวข้องในงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ)(เอกสารอัดสำเนา).

สุนุตตรา ตะบูนพงศ์ และ คณะ. (2545จ). **รายงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : กรณีศึกษาชุมชนนาหม่อม อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา** (ส่วนที่ 5 รายงานการวิเคราะห์และสังเคราะห์การเปลี่ยนแปลงและการเรียนรู้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพภายใต้แนวคิดใหม่:บทเรียนเพื่อการพัฒนา) (เอกสารอัดสำเนา).

สุปราณี เสนาดิสัย และคณะ. (2546). **โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ :กรณีศึกษาภาคกลาง อำเภอบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.** ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี (เอกสารอัดสำเนา).

สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ และคณะ. (2544)**. ความต้องการบริการสุขภาพระดับตันของประชาชนภาคตะวันออก**. ชลบุรี : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

เสรี พงศ์พิศ. (2546). **ฐานคิด : จากแผนแม่บทสู่วิสาหกิจชุมชน**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : รังษีการพิมพ์.

เสรี พงศ์พิศ. (2547). ใน **การประชุมประจำปีทางมานุษยวิทยาครั้งที่ 3 เรื่อง ทบทวนภูมิปัญญา ท้าทายความรู้** ระหว่างวันที่ 24-26 มีนาคม 2547 ณ ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินทร.

หทัยชนก บัวเจริญ. (2547). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการใช้สารเสพติดของเด็กวัยรุ่นในชุมชนแออัด กรณีศึกษาชุมชนแออัดแห่งหนึ่ง เขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. **วิทยานิพนธ์** ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อคิน รพีพัฒน์. (2545). กรอบทฤษฎีกับงานภาคสนาม ใน **คนใน: ประสบการณ์ภาคสนามของนักมานุษยวิทยาไทย**. ปริตตา เฉลิมเผ่า กออนันตกูล (บรรณาธิการ). กรุงเทพฯ: โอเอสพริ้นติ้ง เฮ้าส์.

อำพล จินดาวัฒนะ. (2546). **ปฏิรูประบบสุขภาพ : ปฏิรูปชีวิตและสังคม.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: อุษาการพิมพ์.

Allison, SE. and McLaughlin-Renpenning, K.E. (1999). **Nursing Administration in the 21st Century : A Self-Care Theory Approach.** Thousand Oaks : SAGE Publication,Inc.

Anderson,Elizabeth T.andMcFarlane,Judith. (1995). **Community as Partner:Theory and Practice in Nursing**. NewYork : Lippincott.

Boersma, J. & Stegwee, R.A. cite in **Exploring the Issues in Knowledge Management**. Retrieved from http://www.it.consultancy.com/extern/pdf/ boersma.pdf [15-06-2003]

Cooper,R.W., Frank,G.L., Gouty,C.A., and Hansen, M.C. (2002). Key Ethical Issue Encountered in Healthcare Organization : Perception of Nurse Executives**. JONA.** 32(6), 331-337.

Cruz, F.A., McBride, M.R., Compas, L.B., Calixto, P., & Derveer, C.P. (2002). White paper on the health status of Filipino Americans and recommendations for research. **Nursing Outlook**, 50(1), 7-15.

Glazer, G. & DeKeyser, F. (2000). Prerequisites and priorities for nursing research in Israel. **Online Journal of Issues in Nursing**, 5(2), Manuscript 4. Retrieved from http://www.nursingworld.org/ojin/topic12/tpc12_4.htm

Glenn, J.C. (1994a). **Introduction to the futures research methodology series** in http://www.futurovenezuala.org/_curso/3-partmth.pdf [25-09-2547]

Glenn, J.C. (1994b). **Participatory method** in http://www.futurovenezuala.org/_curso/3-partmth.pdf [25-09-2547]

Goossen, W.TF. (1999). **Measuring Nursing Outcomes : a Challenge for improving patient care.** A Paper for the Conference Health Services at the Service of the Citizens for Regional Ministry of Health, Ars Norte in Porto, Portugal . 19 October 1999.

Hamilton, N. & Bhatti, T. (1996). **Population Health Promotion: An integrated model of population health and health promotion**. Ottawa : Health Promotion Development Division.

Holzemer, WL. (1994). The Impact of Nursing Care in Latin America and the Caribbean : A Focus on Outcomes. **Journal of Advanced Nursing.** 20(1): 5-12. Retrieved from http://203.157. 19.191/hos26-43.doc

http://203.157.19.191/45%20table%201.5%20population.xls (02-04-2004).

http://203.157.19.191/45%20table%201.6% 20population.xls (02-04-2004).

http://203.157.19.191/45%20table%202.2.4%20Deaths.xls (02-04-2004).

http://203.157.19.191/45%20table%202.2.5%20Deaths.xls (02-04-2004).

http://203.157.19.191/IPD__BKK_TOT-45.xls [02-04-2004]

http://203.157.19.191/IPD_Tot_Pak-45.xls [02-04-2004]

http://203.157.19.191/OPD_BKK_TOT-45.xls [02-04-2004]

http://203.157.19.191/OPD_Tot_Pak-45.xls [02-04-2004]

http://203.157.19.191/table%201.1.xls (02-04-2004).

http://203.157.19.191/table%203.5.xl

http://hrm.moph.go.th/student/nurse1.rb

http://thainurse.nurse.cmu.ac.th [12-12-2003]

http://www.acunu.org/millennium/applic-ch1.html [25-09-2547]

http://www.dft.moc.go.th/eximcentre/technical/fta_th_cn.htm [02-04-2004]

http://www.dopa.go.th/stat/y_stat46.html [04-10-2547]

http://www.geocities.com/midnightuniv/articlepage1.htm [02-04-2004]

http://www.ha.or.th/Doument/LOKM4.KPI.450511.doc [14-06-2546]

http://www.hsri.or.th/html/article5.htm

http://www.nhso.go.th/

http://www.nso.go.th/thai/stat/stat_23/toc_7/7.1-10.xls [02-04-2004]

http://www.tnc.or.th/law/law28_1.html [02-04-2004]

http:/blogger.iftf.org/Future/000254.html [25-09-2547]

International Medical Foundation of Japan. (2001). **SEAMIC Health Statistics 2000.** Tokyo : SEAMIC Publication No.84.

International Medical Foundation of Japan. (2002). **SEAMIC Health Statistics 2001.** Tokyo : SEAMIC Publication No.85.

International Medical Foundation of Japan. (2003). **SEAMIC Health Statistics 2002.** Tokyo : SEAMIC Publication No.86.

Kim, M.J., Oh, E., Kim, C., Yoo, J., & Ko, I. (2002). Priorities for nursing research in Korea. **Journal of Nursing Scholarship**, 4th Quarter, 307-312.

Rachlis, M. and Kushner. (1994). **Strong Medicine**. Toronto: Harper & Collins.

Senaratana, W. & et al. (2001). **Model development for primary care and nurses' role : A case study of Chiang Mai**. A paper presented at the Community Nurses Conference in Pattaya, Cholburi, May 2001.

Srisuphan, W. & et al. (1998). Supply and requirement projection of professional nurses in Thailand over The next two decades (1995-2015 AD). **Human Resources for Health Development Journal**. 2(3): 210-220.

Srisuphan, W. & et al. (2002). **Estimation of professional Nurse Production in 2002-2005**. Chiang Mai University.

Srisuphan, W., Phongsanggach, P.Suchaxaya, P.,and Pumarporn,O.(1999). Factors influencing the Working lifespan of professional nurses in Thailand. **Thai Journal of Nursing Research** 3(2) : 97-118.

The National Educational Act 1999. National Education Committee, Bangkok, Thailand.

The Nursing and Midwifery Act 1985 and 1997, The Thai Nursing Council, Bangkok, Thailand.

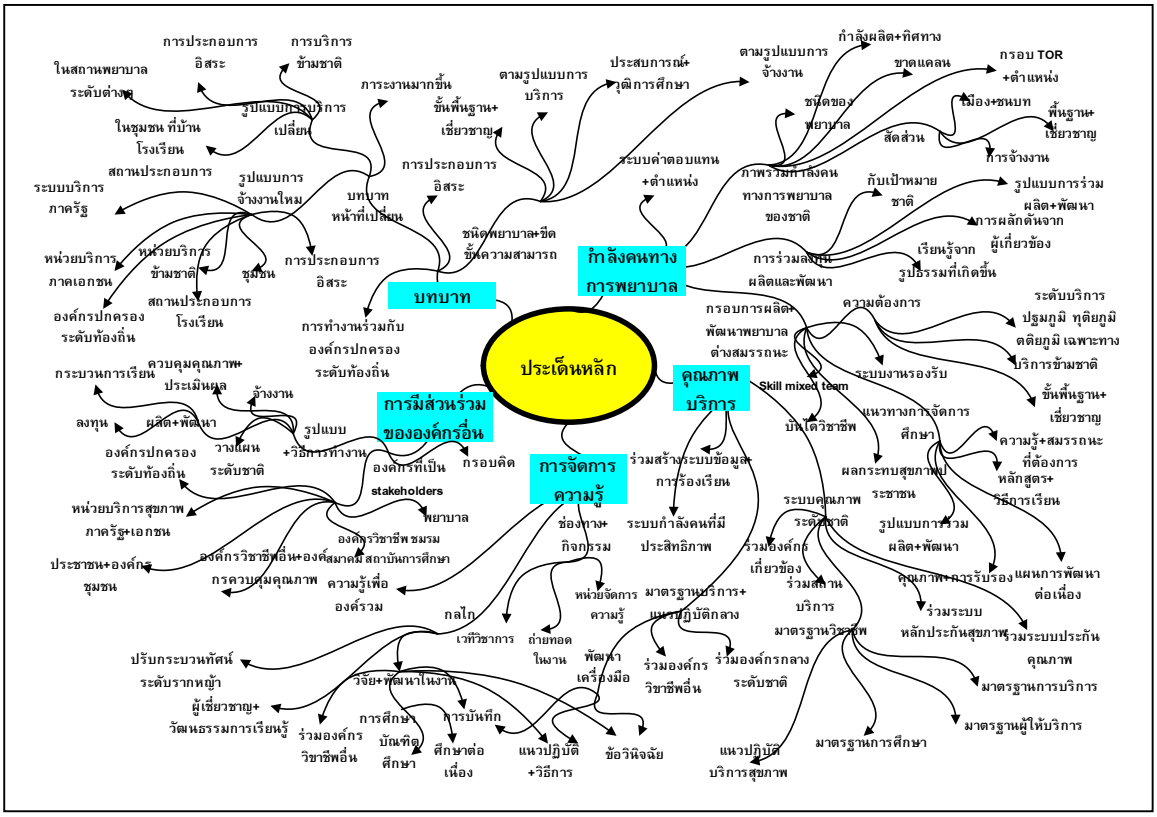
Vonderheid, S.C, Persaud, V., Stein-Parburg, J., Ghebrehiwet, T., Hanucharurnkul, S., Boontong, T., & Phuphaibul, R. Retrieved from http://www.conference2000.ch/pdf/discussionpaper.pdf. [02-04-2004]

World Health Organization. (April 2000). Meeting of the WHO Scientific Working Group on Criteria for Setting Health Research Priorities. Report to Regional Director, New Delhi, 1-3 November 1999. Retrieved from http://w3.whosea.org/book4/cover.htm. [02-04-2004]

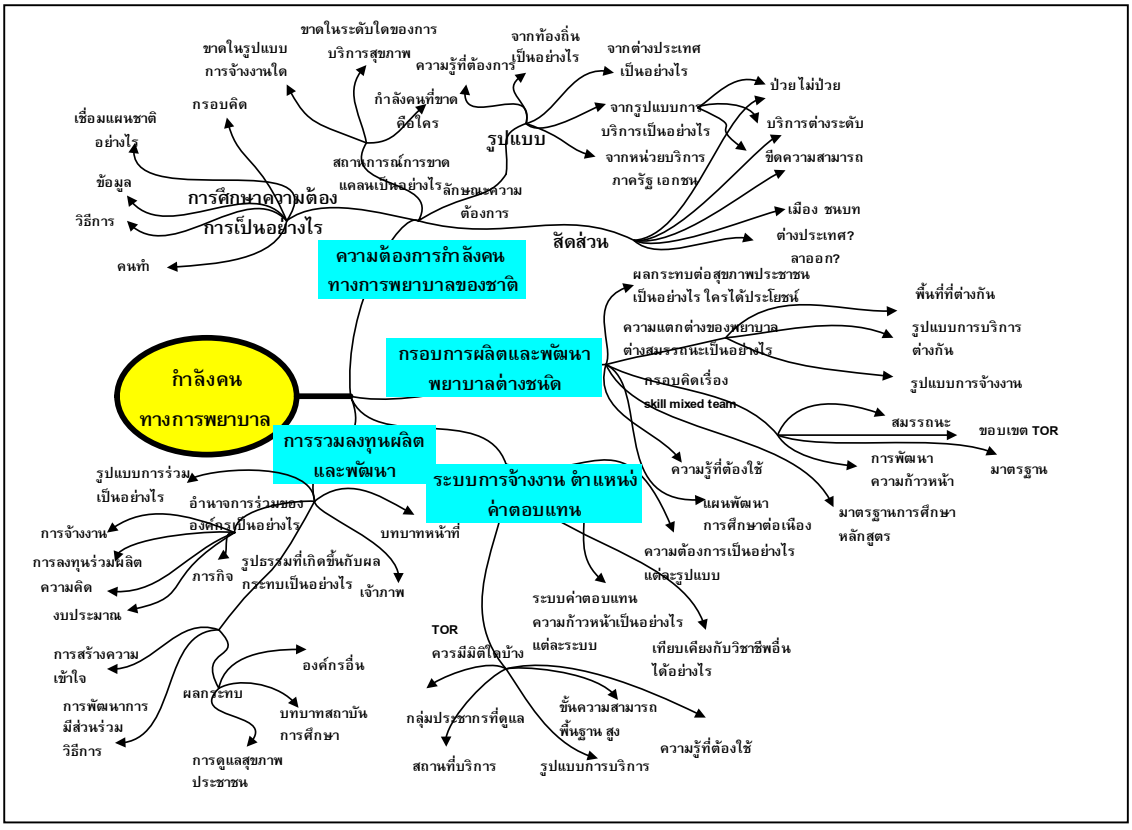
ภาคผนวก

1

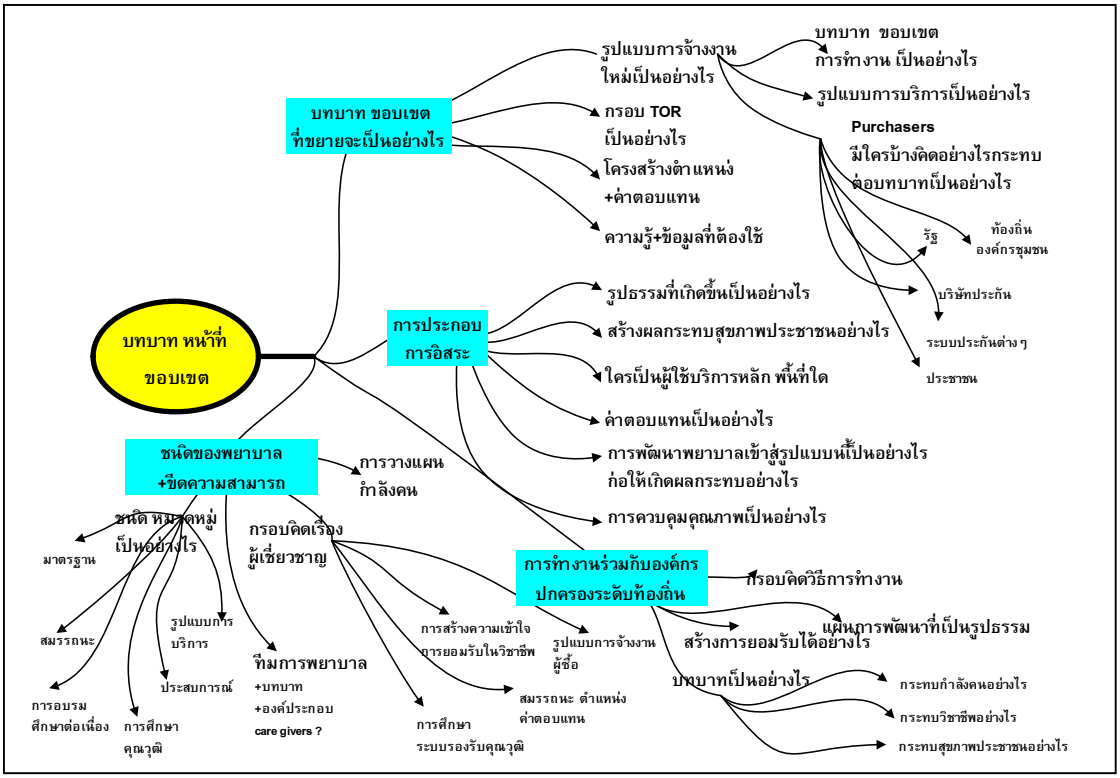
แผนที่ความคิดประเด็นหลักในทางการพยาบาล 5 ประเด็น



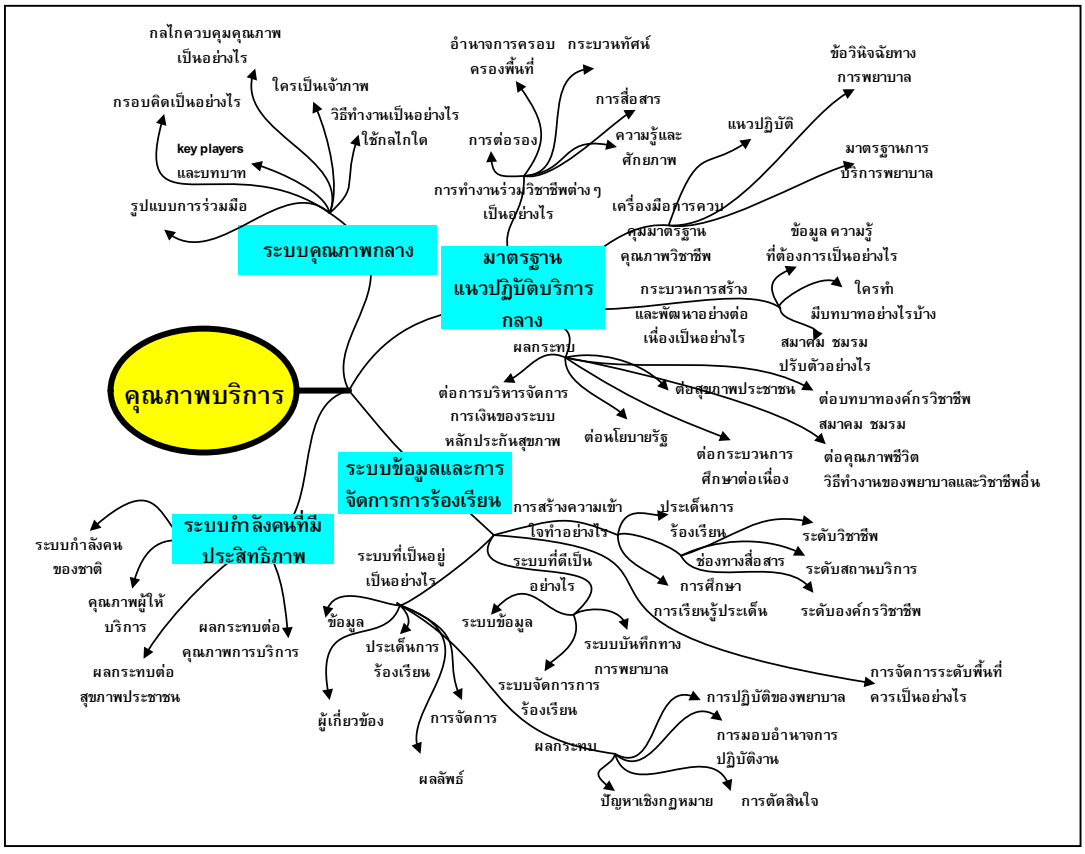
ภาพที่ 3 ประเด็นหลักของระบบบริการในวิชาชีพการพยาบาล



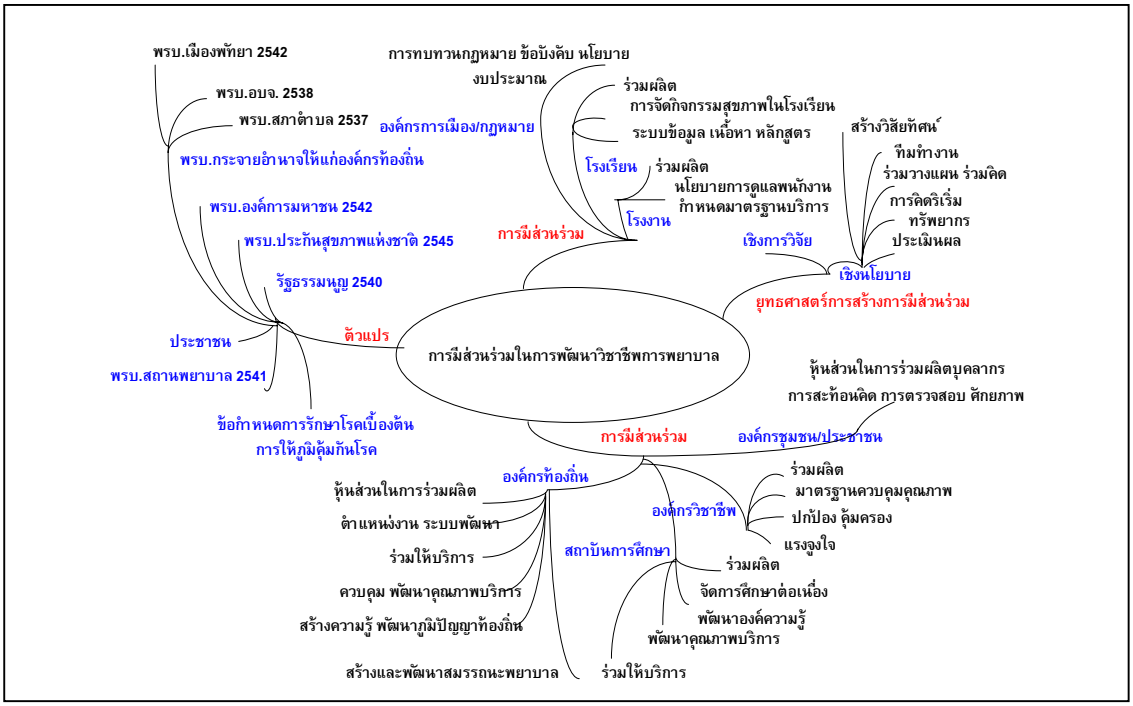
ภาพที่ 4 ประเด็นกำลังคนทางการพยาบาล



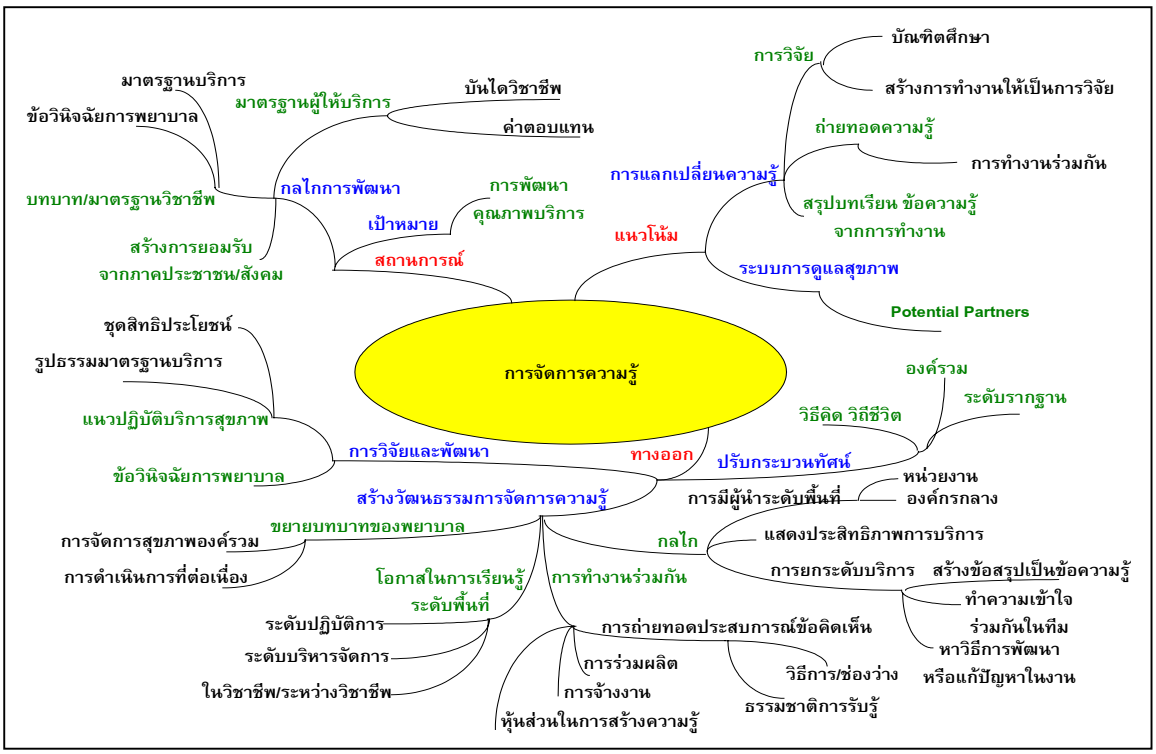
ภาพที่ 5 ประเด็นบทบาท หน้าที่ ขอบเขต



ภาพที่ 6 ประเด็นคุณภาพบริการ



ภาพที่ 7 ประเด็นการมีส่วนร่วมในการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล

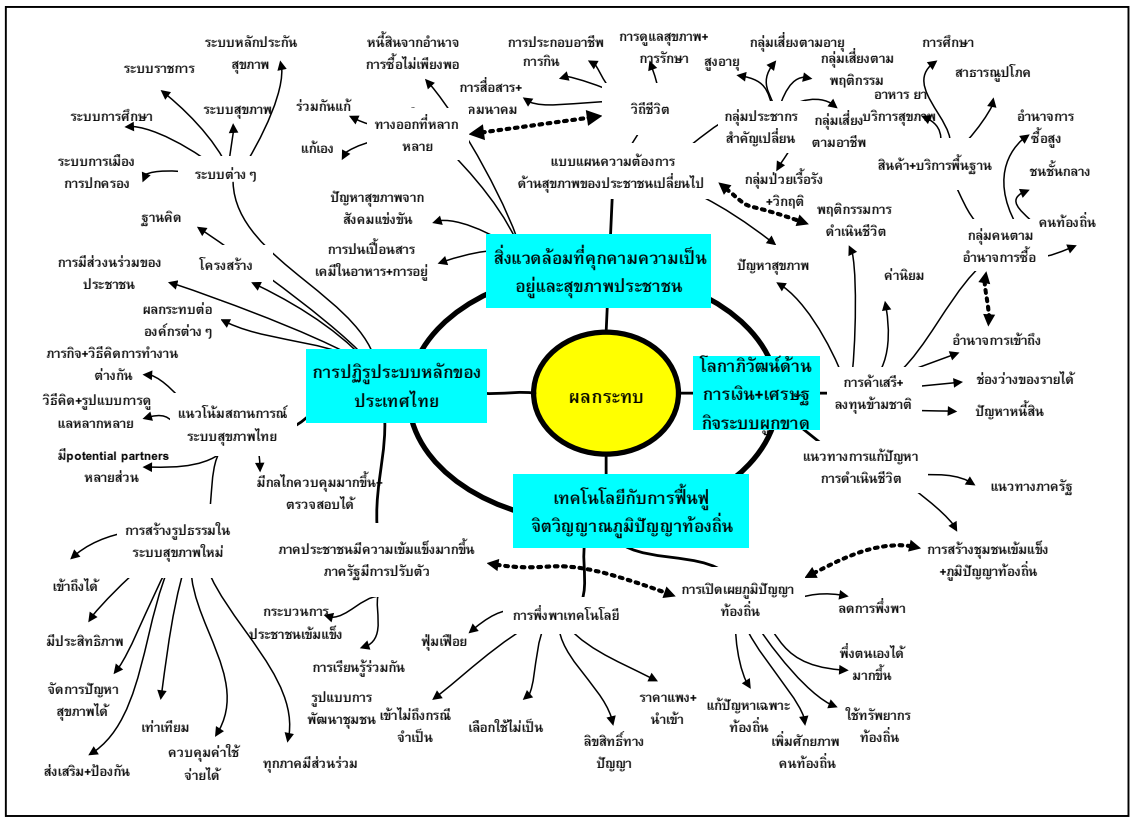


ภาพที่ 8 ประเด็นการจัดการความรู้

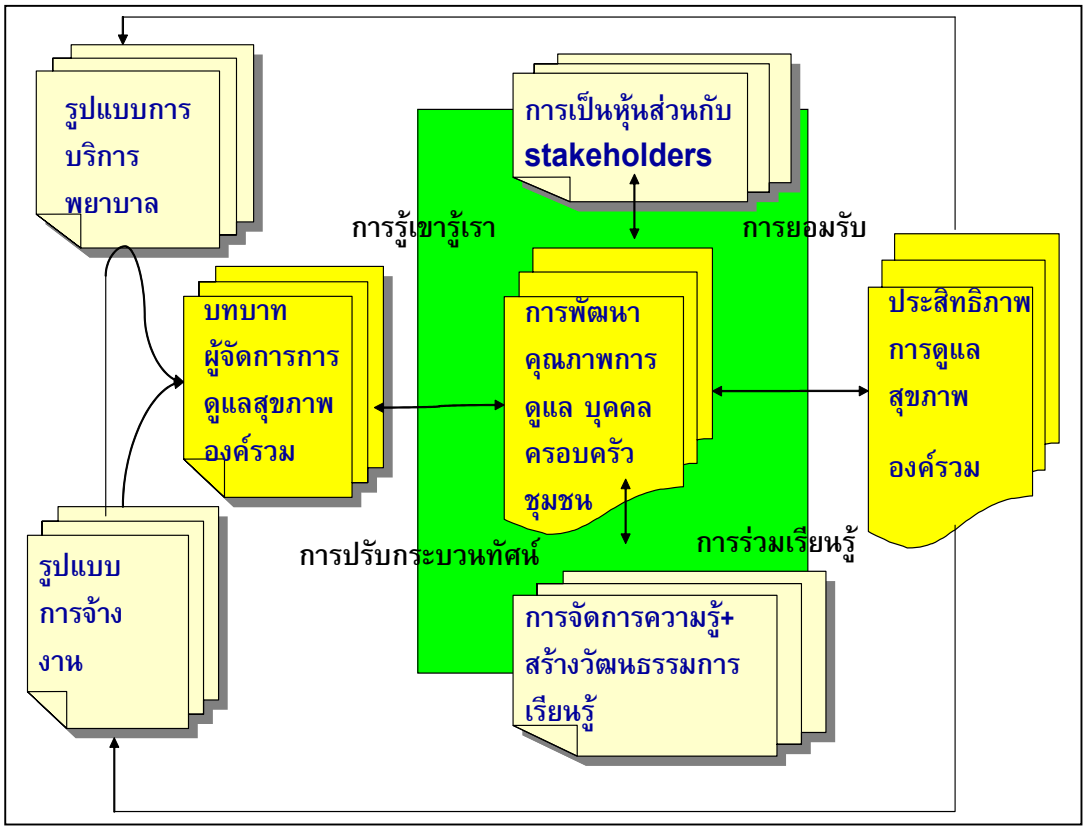
ภาคผนวก

2

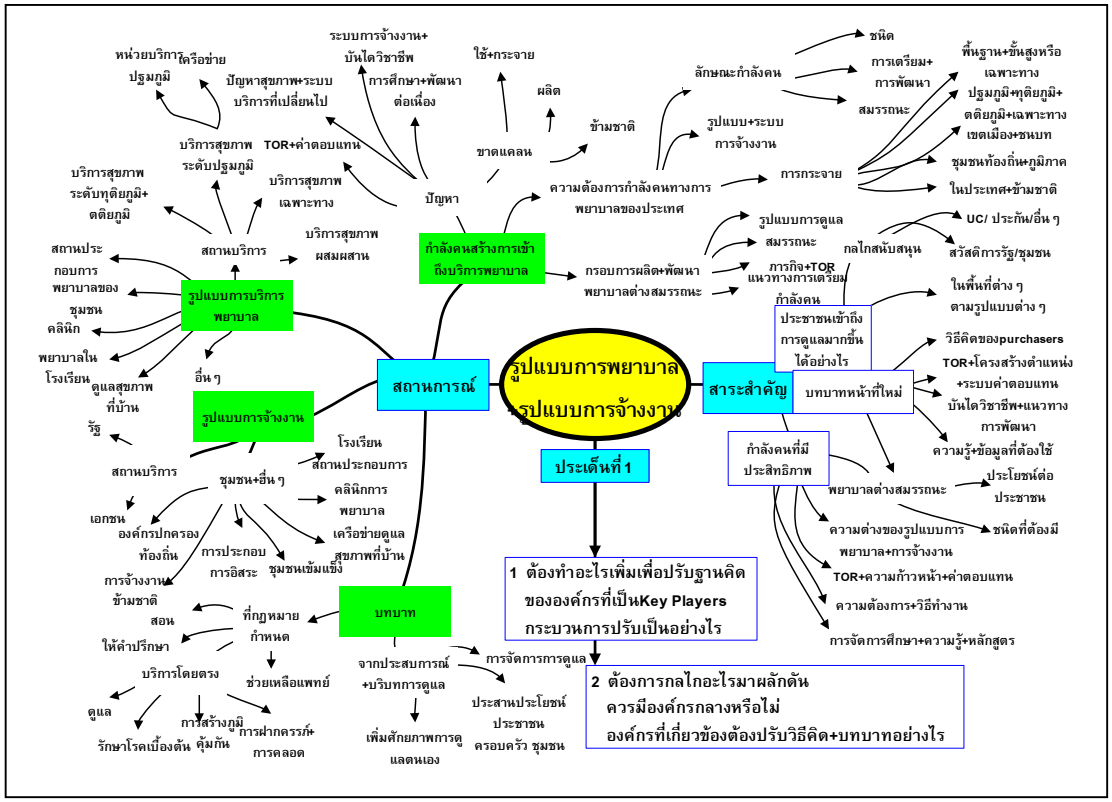
แผนที่ความคิดการวิเคราะห์สถานการณ์อดีตและปัจจุบัน ของประเด็นที่ศึกษาและการวิเคราะห์ระบบที่เกี่ยวข้อง



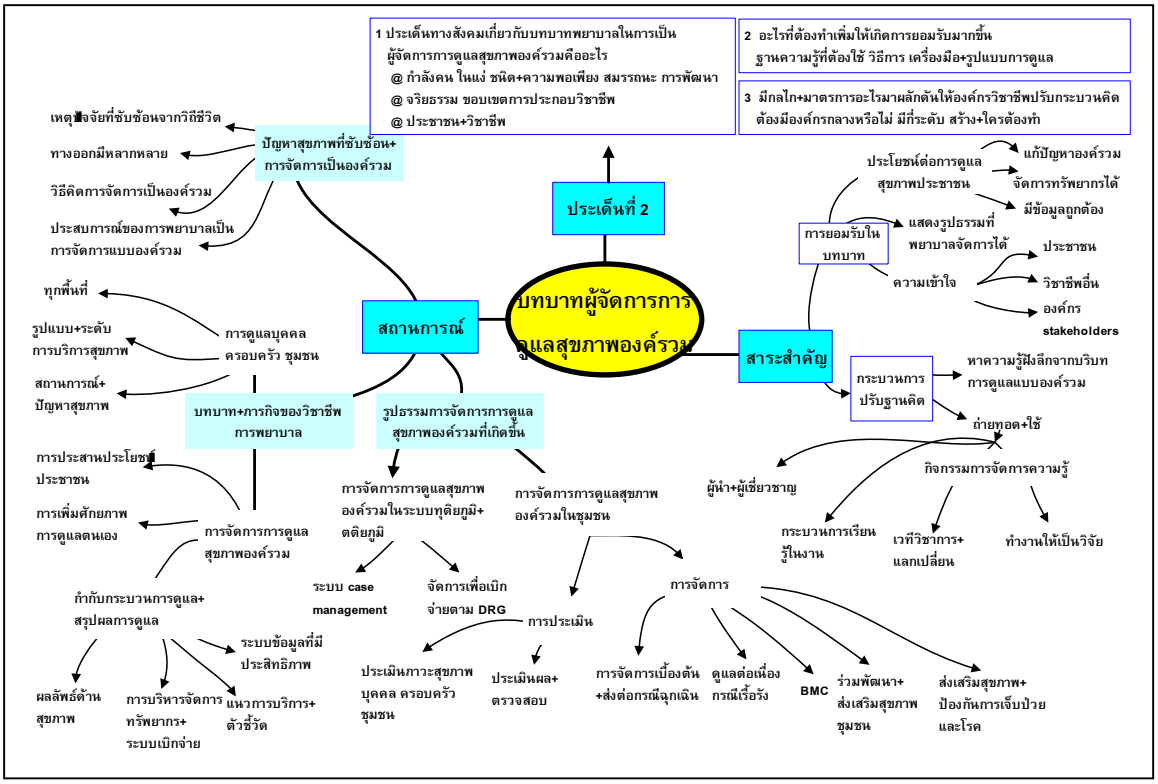
ภาพที่ 9 ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของSTEEP



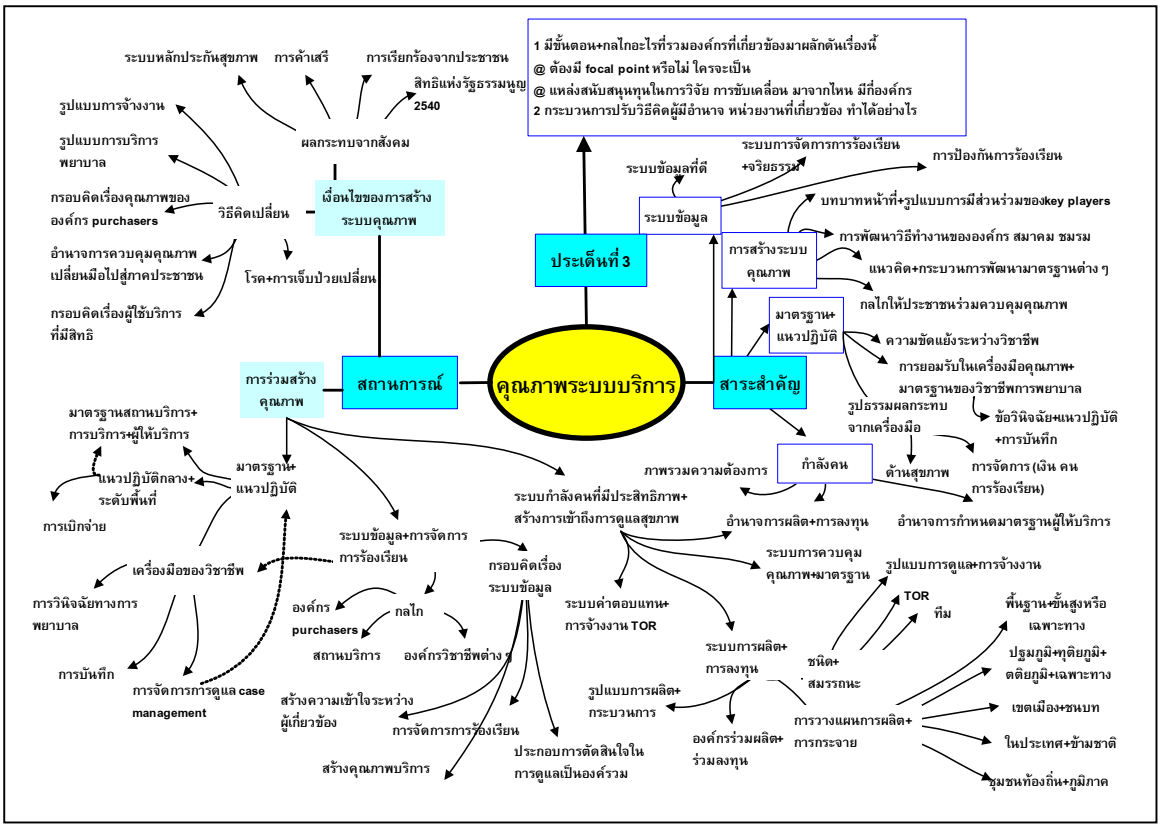
ภาพที่ 10 การเชื่อมโยงประเด็นสำคัญในทางการพยาบาล



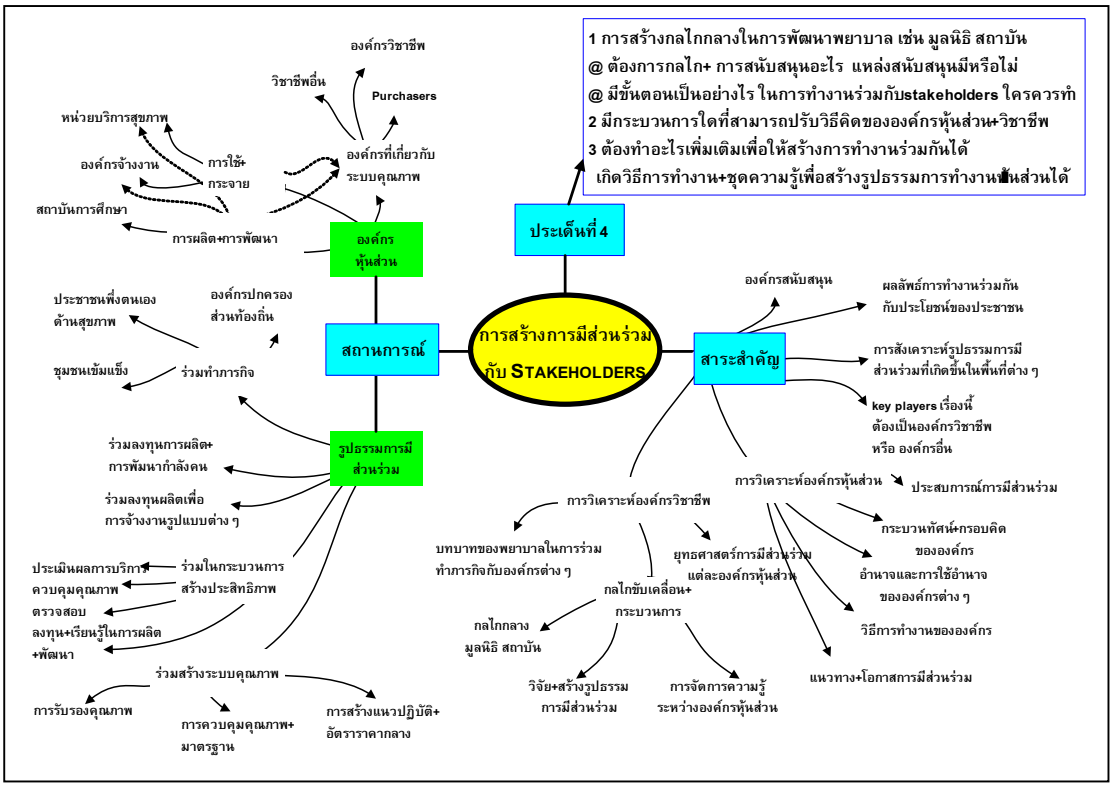
ภาพที่ 11 ประเด็นของรูปแบบการพยาบาล/รูปแบบการจ้างงาน



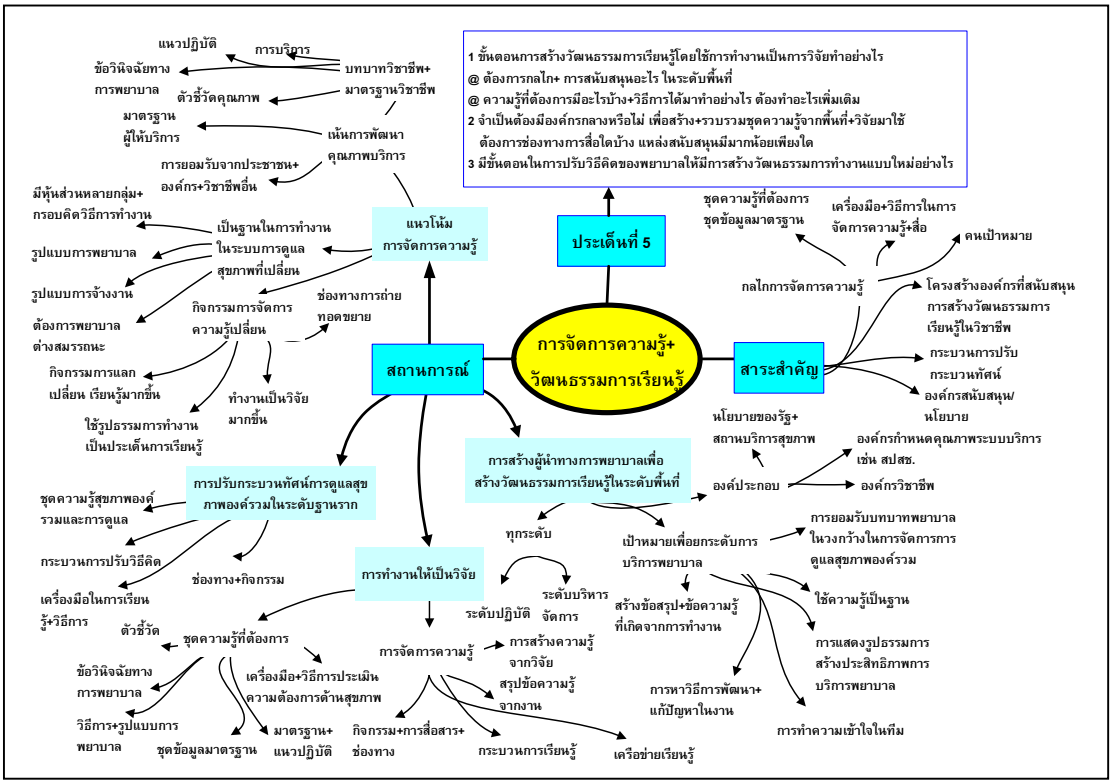
ภาพที่ 12 ประเด็นของบทบาทผู้จัดการการดูแลสุขภาพองค์รวม



ภาพที่ 13 ประเด็นของคุณภาพระบบบริการ



ภาพที่ 14 ประเด็นของการมีส่วนร่วมกับ stakeholders



ภาพที่ 15 ประเด็นของการพัฒนาความรู้+วัฒนธรรมการเรียนรู้

ประเด็นการอภิปรายจากผู้ทรงคุณวุฒิเพิ่มเติม

รูปแบบการพยาบาลและการจ้างงาน

- อยู่บนฐานคิดที่คำนึงถึงความต้องการของประชาชนกลุ่มต่างๆเป็นหลัก(demand site) เน้นความสอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเฉพาะของภูมิรัฐศาสตร์ สังคม ศาสนา การเมือง เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม โดยมีเป้าหมายให้คนมีชีวิตที่ดีขึ้น ยืนยาวขึ้น และได้รับการดูแลเมื่อเจ็บป่วย ดังนั้นฐานคิดของระบบการพยาบาลในอนาคต จึงต้องมีรูปแบบการพยาบาลที่หลากหลาย สามารถเอื้อให้กับกลุ่มคนที่หลากหลาย เช่นระบบการพยาบาลที่เอื้อสำหรับกลุ่มคนในชนบท โรงงาน ในเมือง กลุ่มต่างชาติ เป็นต้น
- ไม่ควรมองเฉพาะประชาชนผู้ยากไร้ การกำหนดกรอบควรมองไปที่นโยบายของรัฐบาล ดังเช่น นโยบายแบบคู่ขนาน(dual tract) นโยบายการค้าโลกเสรี ซึ่งทำให้เกิดการพัฒนาทางด้านเศรษฐศาสตร์ เช่น ในเรื่องของ FTA จะส่งผลต่อการจัดการศึกษา โดยที่เปิดโอกาสให้ต่างประเทศเข้ามาแข่งขันด้านการจัดการศึกษา ฉะนั้นต้องสร้างคุณภาพที่เน้นให้ประเทศเป็นศูนย์การศึกษาพยาบาลระดับชาติ ระดับสากล เช่น ทำTraining หรือหลักสูตรต่างๆ การสร้างผู้นำทางการพยาบาลให้มีความรู้ในระดับสากล การมองแบบ globalization เน้นสร้างคนระดับนานาชาติ แต่อย่างไรก็ตามต้องมองในระดับของ localization ด้วย โดยมองประชาชนส่วนนี้ด้วย

- วิชาชีพพยาบาลต้องพยายามมองนอกกรอบ และสร้างสิ่งที่ไม่เหมือนกัน เช่น แต่ละสถาบันอาจมีความเชี่ยวชาญคนละด้าน ซึ่งจะสร้างความหลากหลายให้กับวิชาชีพ เมื่อมองธรรมชาติของวิชาชีพอาชีพพยาบาลมีวงจรชีวิตการทำงานที่ค่อนข้างสั้น มีการเปลี่ยนอาชีพบ่อยๆ ซึ่งจะต้องมีการเตรียมรับสถานการณ์เหล่านี้
- ปัจจัยสองประการที่สำคัญที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพยาบาล คือ ประเด็นแรกเป็นเรื่องของแนวคิดทางด้านสุขภาพ ถ้าแนวคิดสุขภาพเปลี่ยนไป พยาบาลต้องเปลี่ยนรูปแบบการบริการ เช่น การคิดที่เน้นการสร้างนำซ่อม ทำให้พยาบาลลงไปในชุมชนมากขึ้น เมื่อมีโครงการ 30 บาท การผลิตการพยาบาลก็จะเปลี่ยนไป พยาบาลต้องเปลี่ยนไปตามระบบของรัฐบาล พยาบาลจะต้องมีรูปแบบที่หลากหลาย ดังเช่น พยาบาลแบบทุนนิยมที่คิดถึงเรื่องเศรษฐกิจ เช่น เป็นที่ผลิตพยาบาลศูนย์กลางของเอเชีย ส่วนปัจจัยที่สองคือ เรื่องของโครงสร้างระบบสาธารณสุข เช่น โครงสร้างในด้านการปกครอง ที่เน้นการกระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่น การมี อบต.ทำให้ต้องการพยาบาลสู่ชุมชนมากขึ้น ระบบโครงสร้างการผลิตสมัยใหม่ จะมีผลกระทบต่อระบบและการสร้างพยาบาล
- การสร้างให้คนในเป็นผู้จัดการทางสุขภาพ เพราะธรรมชาติของการพยาบาลเป็นวิถีการจัดการดูแลกันเองของคนในมากกว่าคนนอก พยาบาลควรทำบทบาทการประสานประโยชน์ให้กับประชาชนที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ดังเช่นรูปแบบพยาบาลชุมชน น่าจะทำให้การดูแลสุขภาพดีขึ้น ครอบคลุมขึ้น และค่าใช้จ่ายเหมาะสม
- สร้างทางเลือกใหม่ในการค้นหาความรู้ใหม่ที่เน้นการมองคุณค่าของภูมิปัญญาไทยที่สอดคล้องกับรากเหง้าของการพยาบาลไทย เพื่อสร้างสมดุลทางเลือกในระบบการพยาบาลระหว่างความรู้พื้นฐานและความรู้ทางเทคโนโลยี เพื่อให้ประชาชนมีทางเลือกมากขึ้น
- การผลิต/พัฒนากำลังคนทางการพยาบาล ต้องมีความหลากหลายเป็น multilayer education ให้คุณค่ากับระบบภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีอยู่ และกระจายภารกิจไปให้กับชุมชนมีส่วนร่วมด้วย โดยกำหนดหลักสูตรที่ผลิตหรือพัฒนากำลังคนตามสมรรถนะในแต่ละบทบาทที่แตกต่าง สอดคล้องกับความต้องการและวิถีชีวิตของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม เช่น พยาบาลชุมชน พยาบาลเวชปฏิบัติ พยาบาลในโรงงาน พยาบาลในสถานบริการสุขภาพระดับต่างๆ พยาบาลอิสระ และพยาบาลที่ให้การดูแลในระดับนานาชาติ เป็นต้น เนื่องจากมีการเชื่อมโยงกับการเปลี่ยนแปลงของโลกาภิวัฒน์ การค้าเสรี การเมือง และเศรษฐกิจ ทำให้ระบบสุขภาพกลายเป็นสินค้าที่แข่งขันกันได้ ดังนั้นรูปแบบการผลิตพยาบาลจึงต้องมีความหลากหลาย อยู่บนฐานว่าจะผลิตพยาบาลแต่ละรูปแบบเพื่อคนกลุ่มใด
- การทำงานเป็นเครือข่ายของพยาบาลในอนาคต อาจมี 3 ลักษณะ ได้แก่ 1)บทบาทอิสระ แต่มีคำถามว่าในระบบกระแสทุนที่ถูกกำหนดโดยกลไกการตลาด จะสร้างความชัดเจน และไปถึงบทบาทผู้จัดการในชุมชนได้อย่างไร และพยาบาลจะสร้างนวัตกรรมอะไร เพื่อให้เกิดการยอมรับบทบาทดังกล่าว ความเป็นอิสระอยู่ภายใต้กรอบใด 2)ระบบการทำงานเป็นเครือข่ายระดับชาติ และ 3)การทำงานเครือข่ายระดับนานาชาติ
- จัดตั้งสถาบันวิจัยระบบการพยาบาล เพื่อรวบรวมองค์ความรู้ทางการพยาบาล โดยสภาวิชาชีพการพยาบาล มีบทบาทในการสนับสนุนกิจกรรมดังกล่าว และเผยแพร่ไปสู่ประชาชนและวิชาชีพอื่นๆ เพื่อเสนอทางเลือกของบริการสุขภาพให้กับประชาชน

- ระบบการจ้างงานควรเป็นการจ้างงานในลักษณะ contract employment ที่ไม่ติดกับระบบราชการ แต่มีมาตรฐานหรือแนวปฏิบัติที่ได้มาจากการจัดการความรู้เป็นตัวชี้วัด คืออิง competency based นอกเหนือจาก professional based

บทบาทผู้จัดการการดูแลสุขภาพองค์รวม

- พยาบาลแสดงบทบาทการจัดการดูแลสุขภาพร่วมกับประชาชน โดยเอาความต้องการ ธรรมชาติ และความรู้เดิมของประชาชนที่เชื่อมโยงกับความคิด ความเชื่อ ระบบความสัมพันธ์ เศรษฐกิจ การเมือง และวัฒนธรรมของประชาชนเป็นตัวตั้ง และพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนตามศักยภาพความเข้มแข็งของประชาชน/ชุมชน
- บทบาทการจัดการของพยาบาล สามารถกระทำได้ เพราะในชุมชนมี 2 ลักษณะ 1)ชุมชนที่เข้มแข็งอยู่แล้ว เพราะนักคิด มีปราชญ์ชาวบ้าน วิชาชีพต้องเข้าไปเรียนรู้ และ 2)ชุมชนที่ไม่มีอะไรเลย พยาบาลอาจต้องเข้าไปเสริม ไปจัดการ
- การสร้างให้พยาบาลสามารถจัดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมได้ ต้องพิจารณาระบบการผลิตกำลังคนว่าจะต้องเพิ่มความรู้และทักษะเรื่องใดที่ครอบคลุมประเด็นทางสังคมวัฒนธรรม

คุณภาพระบบบริการ

- มีมาตรฐานหรือแนวปฏิบัติเชิงวิชาชีพ ที่เป็น core package และพัฒนาต่อยอดด้วยcompetency based และ evidence based ในแต่ละพื้นที่ บนฐานความเชื่อที่ว่าความเป็นองค์รวม ย่อมมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่และสังคมวัฒนธรรม ทั้งนี้ต้องการการมีส่วนร่วมในการกำหนดจากชุมชนด้วย
- การควบคุมคุณภาพมาตรฐานวิชาชีพโดยสภาวิชาชีพ โดยใช้ evidence based จากการพัฒนางานที่ทำ นอกเหนือจากการเก็บหน่วยกิตสะสมจากการเพิ่มพูนความรู้โดยการประชุม อบรมเท่านั้น
- ระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนทางการพยาบาล ต้องมีความหลากหลายตามความต้องการของแต่ละพื้นที่ ชุมชนมีส่วนร่วม และเน้นการพัฒนากำลังคนทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ คุณธรรม จริยธรรม ควบคู่กับการพัฒนากำลังคนเชิงปริมาณและทางเทคโนโลยี

การสร้างการมีส่วนร่วมกับ stakeholders

- ต้องสร้างวิธีการทำงาน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของหุ้นส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างเคียงบ่าเคียงไหล่ ทั้งในการร่วมพัฒนาคุณภาพการศึกษา การบริการ การจัดการความรู้ และการจัดการเงินการคลัง โดยมีการยอมรับความรู้ที่หลากหลายทั้งในส่วนของภาควิชาชีพ ภาคประชาชน และภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างสุขสาธารณะ
- การสร้างการมีส่วนร่วมกับองค์กรอื่นๆ ในส่วนที่รับผิดชอบจะมีพยาบาลเข้าไปในหมู่บ้าน มีการคัดเลือกคนที่จะเข้าไปศึกษาเป็นพยาบาล โดยเชื่อในความกตัญญูของคนที่จะมีต่อชุมชน พยาบาลในอนาคต พยาบาลจะต้องรอบรู้ทุกด้าน งานด้านสุขภาพจะต้องประกอบไปด้วยกระทรวงต่างๆร่วมกัน พยาบาลต้องมองว่าประชาชนเป็นศูนย์กลาง พยาบาลไม่ใช่เก่งอย่างเดียว แต่ต้องมีความรอบรู้
- การดูระบบการพยาบาลในอนาคตต้องมองทั้งระบบ โดยเฉพาะในเรื่องของหลักประกันสุขภาพ ที่มุ่งให้องค์กรส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพ ฉะนั้นพยาบาลจะต้องมีหลายรูปแบบเพื่อตอบสนองความต้องการ

- การจัดตั้งองค์กรกลาง เช่นสถาบันวิจัยระบบการพยาบาล รวบรวมความรู้ และพิจารณาเรื่อง ที่ควรดำเนินการ เร่งด่วนมาก สำคัญมาก เช่นการพิจารณา competency based ในการไปวัดหรือจัดระเบียบความรู้ที่สามารถนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพในระบบการพยาบาล
- มีกฎหมายเพิ่มอำนาจให้กับประชาชนในการจัดการและตัดสินใจเกี่ยวกับผลกระทบทางด้านสุขภาพชุมชน โดยใช้ระบบการเงินท้องถิ่น เช่นการเรียกร้องเงินชดเชยจากโรงงานที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของคนในชุมชน เพื่อนำเงินมาแก้ไขปัญหาชุมชน เป็นต้น

การจัดการความรู้และวัฒนธรรมการเรียนรู้

- มีองค์กรกลางรวบรวม เผยแพร่ และจัดเวทีสื่อสารแลกเปลี่ยนความรู้ทุกระดับจากพื้นที่ต่างๆ นำสู่ข้อเสนอเชิงนโยบาย
- มีองค์กรในระดับพื้นที่เป็นหน่วยงานที่สร้างวิธีการทำงานที่ช่วยในการปรับวิธีคิดของพยาบาลในการสร้างวัฒนธรรมการทำงานรูปแบบใหม่ สร้าง และแลกเปลี่ยนชุดความรู้ในการดูแลสุขภาพร่วมกับพื้นที่
- ระบบการผลิตกำลังคนทางการพัฒนา เปิดกว้างรับความรู้ที่หลากหลาย มีการพัฒนาต่อยอดผู้ที่มีความรู้นอกระบบการศึกษาให้มีโอกาสเข้ามาพัฒนาสุขภาพคนในพื้นที่
- การมองในเรื่องการจัดการความรู้ การวิจัย อาจต้องมองความรู้ที่มาจากแหล่งต่างๆทั้งในส่วนของงานวิจัยด้วย การผลิตและใช้พยาบาลในระดับต่างๆ ให้เกิดประโยชน์ทั้งในระดับตรี โท เอก

ภาคผนวก

3

ภาพอนาคตระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลในประเทศไทย

1. โจทย์ภาพอนาคตระบบการพยาบาลไทย

วิธีเขียนภาพอนาคตระบบการพยาบาลไทย โดยมองไปข้างหน้า 10 ปี ผ่านกระบวนการกระตุ้นคิดจากประเด็นแนวโน้มและความไม่แน่นอนในแต่ละช่วงเวลา สามารถสังเคราะห์ scenario logic เพื่อสร้างโจทย์ภาพอนาคตได้ 3 โจทย์ ดังนี้

โจทย์ภาพอนาคตที่ 1

- การบริหารจัดการด้านสุขภาพของท้องถิ่นล้มเหลว
- ระบบการดูแลสุขภาพพื้นบ้านเติบโตกว่าแผนปัจจุบัน
- E-nursing (การพัฒนานวตกรรมและเทคโนโลยี)
- ยารักษาโรคเรื้อรังขาดแคลนและมีราคาแพง

โจทย์ภาพอนาคตที่ 2

- เกิดวิกฤติเศรษฐกิจ
- โรคทางสังคมรุนแรง
- E-nursing (การพัฒนานวตกรรมและเทคโนโลยี)
- ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองมากขึ้นด้วยรูปแบบที่หลากหลาย

โจทย์ภาพอนาคตที่ 3

- นโยบายการค้าสนับสนุน Medical Hub
- เปลี่ยนรัฐบาลทำให้ระบบหลักประกันสุขภาพล้มเหลว
- ประชาชนดูแลสุขภาพตนเองดีมาก ความต้องการพยาบาลลดลง
- เกิด Mal-Practice Insurance

2. ตัวอย่างฉากทัศน์ระบบการพยาบาลในวิชาชีพการพยาบาล

ภาพอนาคตกลุ่มที่ 1 ระบบสุขภาพพื้นบ้านที่พึงประสงค์

ณ วันที่ 18 มิถุนายน 2547 เป็นยุคของการเปลี่ยนแปลงหลายระบบ ทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านสิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ การเมือง การปกครอง และการปฏิรูประบบสุขภาพ ประชาชนส่วนหนึ่งมีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร แต่ยังมีประชาชนอีกส่วนหนึ่งที่เข้าถึงได้น้อย สามารถเข้าถึงสื่อได้เพียงบางประเภท ได้แก่ โทรทัศน์ และวิทยุ ประชาชนส่วนใหญ่ยังคงพึ่งระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน และเทคโนโลยีขั้นสูง พบว่าประชาชนในชุมชนส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังจำนวนมาก เช่น เบาหวาน จึงมีการใช้ยาที่นำเข้าจากต่างประเทศมาก ประชาชนมีการดูแลตนเองและใช้บริการระบบสุขภาพแบบพื้นบ้านค่อนข้างน้อย เช่น การนวด อบ ประคบ สมุนไพร จึงยังไม่เป็นที่นิยมและยอมรับแพร่หลาย ในขณะเดียวกันเป็นระยะที่มีการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพภายใต้กระบวนทัศน์ใหม่ และผลักดันนโยบายการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ซึ่งเป็นระยะเปลี่ยนผ่าน เป็นระยะของการเรียนรู้เพื่อการรองรับภารกิจด้านการศึกษาและสาธารณสุข ซึ่งการบริหารจัดการขององค์กรท้องถิ่นล้มเหลว ไม่สามารถจัดการภารกิจด้านสาธารณสุขในชุมชนได้ตามความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น

ในปี 2558 เกิดวิกฤตเศรษฐกิจรุนแรง ค่าเงินตกต่ำ งบประมาณที่กระจายไปยังท้องถิ่นไม่เพียงพอ ทำให้

ภาพอนาคตกลุ่มที่ 1 ระบบสุขภาพพื้นบ้านที่พึงประสงค์
การบริหารจัดการด้านสุขภาพของท้องถิ่นล้มเหลว ยาที่ใช้รักษาเป็นยาที่นำเข้ามาจากต่างประเทศ ทำให้เกิดวิกฤตการณ์ยารักษาโรคเบาหวานมีราคาแพงและขาดแคลน จึงได้เกิดแนวคิดในการพลิกฟื้นระบบสุขภาพพื้นบ้านให้เป็นที่นิยมและได้รับการยอมรับ เพื่อช่วยลดค่าใช้จ่ายที่ต้องซื้อยามาจากต่างประเทศ ในขณะที่ระบบเทคโนโลยีข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมีการขยายไปยังทุกหมู่บ้าน ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลการดูแลตนเองทั้งในเรื่องสุขภาพทางเลือก การเลือกใช้ผัก พืชสมุนไพรพื้นบ้านที่สามารถหาได้ง่ายในชุมชน ประชาชนมีการเลือกใช้สมุนไพรในการช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด มีความรู้ในการดูแลตนเอง มีการพัฒนายาพื้นบ้านมาทดแทนยาที่ต้องนำเข้าจากต่างประเทศ ระบบการพยาบาลจะมีการปรับเปลี่ยนอย่างไรเพื่อรองรับสถานการณ์ดังกล่าว

ประเด็นวิพากษ์ภาพอนาคตที่ 1

- ภาพ scenario ของกลุ่ม 1 แสดงว่าในปี 2558 พยาบาลจะเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้จัดการสุขภาพในชุมชน หมายถึงเป็น leader ในชุมชน มีบทบาทของการเป็นที่ปรึกษา และการใช้ IT ซึ่งเป็นประเด็นที่น่าสนใจ โดยใช้การปรับกระบวนการศึกษา เพื่อปรับคนใหม่
- สำหรับการจ้างงาน พยาบาลจะเป็นไปเป็นการจ้างงานภายใต้ท้องถิ่น เป็นพนักงานของท้องถิ่น ขัดแย้งกับกรอบการทำงานที่อิสระขึ้น และขัดแย้งกับ logic ที่ให้
- ให้ทำความเข้าใจว่าชุมชนท้องถิ่นที่ล้มเหลว แล้วพยาบาลจะไปเป็น leader สุขภาพในองค์กรท้อง และพนักงานของท้องถิ่น ดูขัดแย้งกัน แต่กลับไม่เสนอรูปแบบการจ้างงานแบบอื่น ๆ
- ภาพที่นำเสนอเป็น prefer scenario โจทย์ที่ให้มีทั้งส่วนที่ดีและไม่ดีปนกัน แต่ในภาพอนาคตไม่ได้ address ความล้มเหลวในการบริหารงานขององค์กรท้องถิ่น และการขาดแคลนยารักษาโรคเรื้อรัง ต้องดูว่าแต่ละประเด็นมีรากมาจากอะไร
- logic ที่ให้อาจยากไป และต้องการผู้รู้ที่เชี่ยวชาญในประเด็นนี้ อาจต้องกลับไปทำความเข้าใจและพูดคุยกันในชุมชน
- ชี้แจงว่า การที่ไม่เชื่อมโยงเรื่องการบริหารท้องถิ่นล้มเหลว เนื่องมาจากกลุ่ม 1 มีฐานคิดที่ไม่เชื่อว่าระบบบริหารการเมืองท้องถิ่นจะล้มเหลว และไม่เชื่อว่าระบบการดูแลสุขภาพพื้นบ้านจะเติบโตได้มากภายใน 10 ปีข้างหน้า แต่เชื่อว่าจะสามารถ share พื้นที่ มีที่ยืนได้ คือสามารถเจือจางระบบการแพทย์แผนตะวันตกได้บ้าง และมีความเชื่อว่าวิชาชีพการพยาบาลจะเป็น leader ที่สำคัญ

ภาพอนาคตกลุ่มที่ 2 ป้าอวยพร

ในสถานการณ์ที่เกิดภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ ทำให้เกิดปัญหาทางอาชญากรรม โรคทางสังคมเกิดขึ้นมากมาย เหล่านี้กระทบกับด้านสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ป้าอวยพร

ป้าอวยพร อายุ 56 ปี จบ ป.4 อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลน้ำพอง พื้นเพเดิมของป้าอวยพรเป็นคนกรุงเทพฯ รู้ว่าป่วยเป็นโรคกระดูกพรุนมาตั้งแต่ปี 2530 ต้องกินยารักษาตลอด ยาที่ป้าอวยพรกินนั้นมีราคาค่อนข้างแพง เมื่อก่อนที่จะเกิดภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ ยาดังกล่าวสามารถใช้การสงเคราะห์ได้ แต่เมื่อเกิดวิกฤตเศรษฐกิจในปี 2538 ยาดังกล่าวมีราคาแพงเพิ่มขึ้นมาก ทำให้ป้าอวยพรต้องขายที่ดินของตนเองจำนวนสิบไร่อันเป็นมรดกชิ้นสุดท้ายที่มีอยู่ เพื่อนำไปเป็นค่าใช้จ่ายโดยทั่วไปและใช้ในการรักษา จากการขายที่ดินที่มีอยู่ทำให้ไม่มีที่อยู่อาศัยต้องเช่าบ้าน ทำให้เงินทองที่มีร่อยหรอลงไปเรื่อยๆ ท้ายที่สุดเงินของป้าอวยพรก็หมดลง ป้าอวยพรต้องรับจ้างหากินไปวันๆ และก็ไม่สามารถที่จะอาศัยอยู่ในกรุงเทพฯได้ จึงได้ย้ายมาอยู่ในพื้นที่ตำบลน้ำพองตั้งแต่ปี 2540 ถึงแม้ว่าป้าอวยพรจะป่วยเป็นโรคกระดูกพรุน สภาพร่างกายทรุดโทรมลงบ้างตามวัยที่เพิ่มมากขึ้น แต่ภาพที่มองเห็นป้าอวยพรนั้นดูเป็นคนที่มีความสุขจริงๆ

การเข้ามาอยู่ในพื้นที่ตำบลน้ำพองของป้าอวยพรในช่วงแรกนั้นเกิดปัญหาอย่างมาก โดยเฉพาะในเรื่องที่อยู่อาศัย แต่ก็ได้รับการดูแลจาก อบต.น้ำพอง ช่วยจัดที่ดินสาธารณะบริเวณท้ายหมู่บ้านให้อยู่อาศัย อยู่ห่างจากบ้านคนอื่นๆพอควร แต่การเข้ามาอยู่ของป้าอวยพรก็ได้รับการดูแลจากชาวบ้านในพื้นที่เดิมด้วย จึงได้รับการช่วยเหลือจุนเจือจากเพื่อนบ้านบ้างในเรื่องอาหาร ป้าอวยพรยังทำอาชีพรับจ้างทั่วไปก็พอมีรายได้เล็กน้อยพอจุนเจือตัวเองอยู่บ้าง ประเด็นสำคัญที่ป้าอวยพรกล่าวถึงการได้รับการดูแลช่วยเหลือ คือ ในเรื่องเจ็บป่วยที่ได้รับการดูแลอย่างดีจาก**พยาบาลของหมู่บ้าน** ที่ อบต. ส่งเข้าไปดูแลถึงบ้าน และโชว์โทรศัพท์มือถือรุ่นกลางเก่ากลางใหม่ที่ อบต. มอบให้แก่ป้าอวยพร กดให้ดูว่าสามารถติดต่อไปยังจุดใดได้บ้าง ป้าอวยพรได้ลองค้นเอาข้อมูลเรื่องโรคกระดูกพรุนมาดู แล้วก็อ่านอย่างเนิบนาบด้วยความที่ป้าอวยพรพออ่านได้เท่านั้น ในนั้นบ่งบอกถึงสิ่งที่ป้าอวยพรต้องทำในฐานะที่ป่วยเป็นโรคกระดูกพรุน และยังบอกว่าที่ อบต. เองมีคอมพิวเตอร์เอาไว้ค้นหาข้อมูลได้ เขามีคนคอยช่วยเหลือ สอนให้อีก ก็เป็นเด็กในหมู่บ้านนั่นแหละที่คอยช่วยเหลือคนที่ยังทำไม่เป็น เห็นว่า อบต. เขาจ้างให้คอยช่วย ไอ้อย่างที่กดเป็นนี่ป้าอวยพรก็ได้ไปเรียนรู้วิธีการกดมาจากเขานั่นแหละ

มีวันหนึ่งที่ป้าอวยพรไม่สามารถที่จะเดินทางไปตรวจที่โรงพยาบาลได้ ป้าอวยพรได้โทรศัพท์ติดต่อกับโรงพยาบาลให้เอารถไปรับซึ่งก็ได้รับบริการอย่างดี ไปถึงโรงพยาบาลเอาบัตรให้เจ้าหน้าที่เสียบที่เครื่องคอมพิวเตอร์ ก็เห็นข้อมูล รูปตัวเองออกมา ก็ทำให้ป้าอวยพรกังวลใจอยู่เหมือนกันว่า อย่างนี้แล้วใครๆก็เข้ามาเอาข้อมูลของป้าอวยพรไปใช้ได้ สิ่งนี้ต้องพิจารณาว่าจะจัดการอย่างไรเพราะทำให้ความเป็นส่วนตัวหายไป แต่อย่างไรก็ตามป้าอวยพรก็พึงพอใจที่ตนเองสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีอยู่ได้และได้รับการดูแลอย่างดีด้วย

การจัดให้แต่ละหมู่บ้านมีพยาบาลประจำของ อบต.น้ำพอง เกิดขึ้นจากความคิดที่ว่าคนในหมู่บ้านเดียวกัน ก็เป็นพี่น้องกัน ต้องดูแลกัน “เราต้องส่งคนไปดูแลคนในทุกเรื่อง” เป็นสิทธิที่ประชาชนต้องได้รับ การจัดพยาบาลประจำหมู่บ้านเป็นการทำให้กลุ่มคนที่เข้าไม่ถึงบริการได้รับการดูแล ป้าอวยพรกล่าวถึงการทำหน้าที่ที่เข้มแข็งของ อบต. ที่สะท้อนถึงความเข้มแข็งของชุมชน นี่ถ้ามีเงินมากกว่านี้ก็น่าจะช่วยคนได้มากกว่าเดิมอีก แต่ก็ต้องระวังว่าประชาชนจะพึ่งบริการที่จัดหาให้ทั้งหมดนะ ต้องกระตุ้นให้ประชาชนคิดถึงการดูแลตนเอง อาจจะต้องสร้างระบบบริการไว้ 2 ช่องทาง (dual tract) ที่ประชาชนเลือกใช้ได้ อย่างป้าอวยพรที่ไม่มีเงินมากก็ใช้บริการแบบนี้ได้ แต่ถ้าคนมีเงินก็ใช้อีกแบบหนึ่ง

ป้าอวยพรเคยถามพยาบาลประจำหมู่บ้านว่า “ไปมาอย่างไรถึงได้มาเป็นพยาบาลหมู่บ้าน ป้าอวยพรบอกว่าเคยเห็นทำงานแต่ในโรงพยาบาล พยาบาลหมู่บ้านก็มาเห็นที่นี่แหละ” ซึ่งพยาบาลหมู่บ้านก็เล่าให้ฟังว่า อบต. ได้จ้างตนเองมาเป็นพยาบาลหมู่บ้าน เพราะตนเองได้เรียนมาเพื่อให้ทำงานอย่างนี้โดยตรง จริงๆแล้วก็มีอีกหลาย

ภาพอนาคตกลุ่มที่ 2 ป้าอวยพร

คนที่เรียนด้วยกันแต่เขาก็ได้รับการสั่งสอนให้มีความเชี่ยวชาญการทำงานในโรงพยาบาล พยาบาลทุกคนก็ต้องดูแลคนไม่ให้ป่วย แม้ป่วยก็ต้องให้เขาอยู่ได้ หายป่วย ทีนี้คนที่เจ็บป่วยก็จะมีอาการหนักรุนแรงแตกต่างกัน อย่างป้าอวยพรถือว่าไม่หนักแต่ป่วยเรื้อรัง เดี๋ยวนี้มีการจัดหน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่เข้าถึงบ้านของประชาชนในรายที่ป่วยมากๆ เช่น เครื่องฟอกเลือดไฮเทคมาก แต่ก็ได้ยินเขาว่าราคาค่าบริการแพงนะ แต่ป้าอวยพรก็มองเห็นว่าตนเองเสียค่าใช้จ่ายไม่แพงแตกต่างจากที่พยาบาลหมู่บ้านเล่าให้ฟัง จึงเกิดความสงสัยในแง่นี้ จึงเดินไปที่อบต.ให้เจ้าหน้าที่ช่วยค้นหาข้อมูลเรื่องนี้ให้ดู ป้าอวยพรบอกว่าสิ่งที่ตนเองเห็นนั้นคือ มีวิธีการจ่ายเงินเรื่องนี้หลากหลายแบบ มีการตั้งกองทุน แบบของป้าเนี่ยเรียกว่าโครงการ 30 บาท บางคนก็ใช้วิธีประกันสุขภาพ ป้าว่าก็ดีนะที่เห็นแบบนี้ ช่วยให้ทุกคนได้บริการตามที่อยากได้ดี

แต่ป้าอวยพรก็ตั้งคำถามกับตัวเองว่า แล้วปัจจุบันในประเทศไทยจะมีพยาบาลหมู่บ้านอย่างหมู่บ้านที่ตนเองมาอาศัยอยู่นี้กี่คน เท่าที่ป้าอวยพรรู้มาก็คือพยาบาลคนหนึ่งต้องเรียนหนังสือตั้งสี่ปี อีกกี่ปีจึงจะเป็นไปได้ อันนี้เป็นคำถามที่ป้าอวยพรยังต้องการคำตอบอยู่ ป้าอวยพรเคยถาม อบต.อยู่ครั้งหนึ่งว่า “แล้ว อบต. มีวิธีการได้มาซึ่งพยาบาลที่จะมาดูแลแบบนี้ได้อย่างไร” ซึ่งป้าอวยพรก็ได้รับคำตอบว่า อบต.ต้องส่งคนในหมู่บ้านนี่แหละไปเรียน ทีนี้แหล่งผลิตต้องหาวิธีการสร้างคนเหล่านี้ด้วยกันนะเพราะถ้าจะเอาคนเก่งในหมู่บ้านอาจจะไม่มี แต่ อบต. อยากได้คนดีที่จะดูแลประชาชนได้ ถ้าให้เขาไปสอบแข่งกับคนอื่นก็คงลำบาก ไม่เช่นนั้นเราก็ไม่ได้คนมาทำงานสักที ป้าอวยพรเลยนึกถึงจินตนาที่เป็นนักศึกษาของสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่งขึ้นมาได้ว่า คนนี้แหละที่เป็นตัวอย่างที่พอมองเห็นลางๆแล้ว ซึ่งป้าอวยพรก็คาดหวังไว้ว่าประชาชนน่าจะได้รับการดูแลและมีสุขภาวะได้หากเรื่องที่ตนเองรับรู้มานั้นเป็นอย่างที่ว่าทั้งหมด

ประเด็นวิพากษ์ภาพอนาคตที่ 2

- ภาพรวมที่นำเสนอมีประเด็นสำคัญคือวิกฤติเศรษฐกิจ เกิดการปรับเปลี่ยนบทบาทของผู้ผลิตและผู้ให้บริการ สิ่งยังไม่ชัดคือวิกฤติเศรษฐกิจมีผลกระทบต่อชุมชนระดับใด การใช้เทคโนโลยีเพื่อให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้ จะเป็นการปรับเปลี่ยนที่เป็นทักษะการพัฒนาเทคโนโลยีที่เป็น Friendly users
- ภาพที่ให้ยังต้องทำให้เห็นว่า ภาวะวิกฤติทำให้สังคมหาทางออกด้วยการใช้ระบบไอที การแข่งขันจะทำให้ไอทีมีราคาถูกมากขึ้น ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ในอีก 10 ปีข้างหน้า ระบบข้อมูลรองรับเวชระเบียนได้หรือไม่ พยาบาลพันธ์ใหม่จะมีผลกระทบด้านลบอย่างไร เช่นรัฐบาลไม่มีเงินจ้าง ทำให้พยาบาลไม่ถูกจ้างงาน การตกงาน การไหลออกจากระบบ หรือไปทำงานอื่น โรคทางสังคมยังไม่ใช่โรคที่เกิดใหม่ หรือเป็นโรคเก่าแต่มีรูปแบบใหม่ เช่นมีการล่อลวงจากการใช้ Chat roomการใช้ไอซีที มีความสมจริงสมจังมากขึ้น แต่อาจเกิดปัญหาจากไวรัส การรั่วไหลของข้อมูล ขโมยข้อมูล ความเป็นส่วนตัวหายไป หรือระบบถูก abused
- แต่ในด้านบวก การมีเครือข่าย อาจเป็นบุคคล ชุมชน โรงพยาบาล เป็น grid ที่ทำให้ประชาชนได้พูดคุยกัน ทำให้สามารถดูแลตนเองได้ ช่วยกันได้ในชุมชน ทำให้ประชาชนไม่ต้องมาโรงพยาบาล น่าจะมีการสัมภาษณ์พยาบาลพันธ์ใหม่ ที่มีความสุขในการทำงานและภาพที่รู้สึกเป็นภาระ
- สิ่งหนึ่งที่คิด one school two system คิดวิกฤติให้เป็นโอกาส ทำไมต้องรอให้เกิดวิกฤติก่อน

ภาพอนาคตกลุ่ม 3 นายมีกับนางมา

นายมีกับนางมา

ปี 2548 พ.ต.อ.ทักษิณ ชินวัตรได้รับการเลือกเป็นนายกรัฐมนตรีและเป็นต่อรวมอีก 2 สมัย จากนโยบายทักษิณซึ่งให้การสนับสนุนทุนนิยมการค้าเสรี โดยเฉพาะนโยบายทางด้านสาธารณสุขได้มีการสนับสนุนให้มี Medical Hub ทำให้ประเทศไทยกลายเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์แห่งเอเชีย

ณ วันนี้ วันที่ 18 มิถุนายน 2558 เศรษฐกิจโดยรวมดีขึ้น คนไทยกลุ่มหนึ่งมีเงิน โดยเฉพาะเพิ่มมากขึ้นในบางกลุ่มธุรกิจ บริการทางการแพทย์ได้เปลี่ยนโฉมไปเป็นศูนย์การแพทย์ที่ทันสมัย และเกิดขึ้นทุกจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปบางแห่ง ได้เปลี่ยนเป็นการบริหารตนเอง ในกำกับของรัฐ มีโรงพยาบาลเอกชนที่ทันสมัย ที่ปรับเป็นศูนย์การแพทย์สากล มีการดูดแพทย์พยาบาลที่ดี ๆเก่ง ๆเข้ามาทำงานที่ศูนย์การแพทย์ด้วยเงินเดือนสูง รายได้ของแพทย์พยาบาลมาจากเงินเดือนและค่าประสบการณ์(จำนวนปีที่ทำงานและ/หรือค่าความเป็นผู้เชี่ยวชาญ) ทำให้แพทย์พยาบาลไปสู่เอกชนมากขึ้น ขณะเดียวกันภาวะเศรษฐกิจที่ดีขึ้นและภาวะเงินเฟ้อ ทำให้ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพสูงขึ้น แต่รัฐบาลยังจ่ายเงินค่าหัวประชากรสำหรับการประกันสุขภาพเพียง 2000 บาทต่อปี ทำให้โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขขาดทุน บริการไม่ดีทั้งด้านคุณภาพและจำนวนผู้ให้บริการ

ในปี 2557 ได้มีการเปลี่ยนรัฐบาล รัฐบาลใหม่ล้มระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า(30 บาท) ประชาชนส่วนใหญ่ยังคงมีเศรษฐกิจดี จึงไปซื้อประกันสุขภาพเอกชนมากขึ้น คนจนคนรวยจะมีการซื้อประกันสุขภาพ

นายมา อายุ 68 ปีป่วยด้วยโรคเส้นเลือดสมองตีบ ทำให้เป็นอัมพาต เนื่องจากไม่มีประกันสุขภาพและเป็นเหตุฉุกเฉิน จึงไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลรัฐ ระยะหนึ่งแล้วแต่อาการไม่ดีขึ้น ขณะเดียวกันญาตินายมาซึ่งมีความรู้ได้ไปเรียนหนังสือที่กรุงเทพ ช่วยค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมได้แนะนำว่ามีหมอลิลี่ที่กรุงเทพเก่ง ครอบครัวนายมาจึงได้ไปกู้หนี้ยืมสินมา เพื่อไปรักษาที่ชาญชัย Medical Hub ในกรุงเทพ ครอบครัวนายมาได้ขับรถปิคอัพมายังโรงพยาบาล เมื่อไปถึงก็เกิดความตื่นตาตื่นใจ พบเห็นชาวต่างชาติมารับบริการมากมาย และมีพนักงานใส่สูทให้การต้อนรับอย่างดี ญาตินายมาได้ระบุขอให้หมอลิลลี่ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญมารักษาตามความต้องการ นายมาได้รับการรักษาพยาบาลอย่างดี ผู้ป่วยข้างห้องคนหนึ่งเป็นชาวญี่ปุ่น อีกคนเป็นคนไทย เจ้าของบริษัทมือถือที่ใหญ่อันดับหนึ่งของประเทศ ส่วนห้องตรงข้ามเป็นรัฐมนตรี

ต่อมา นายมาเสียชีวิต เนื่องจากโรครุนแรงมาก โรงพยาบาลคิดค่ารักษา 4 แสนบาทเศษ ญาติอีกคน อ่านข่าวจากอินเตอร์เน็ตรู้ว่าสามารถฟ้องร้องได้จากการได้รับการรักษาที่ไม่ดี หรือไม่เป็นธรรม จึงไปปรึกษาทนายให้ไปฟ้องแพทย์ลิลลี่และพยาบาล จากเหตุผลการรักษาพยาบาลด้อยคุณภาพ ฝ่ายแพทย์พยาบาลก็มีประกันเช่นกัน จึงได้ส่งทนายต่อสู้คดีกัน

ในปี 2558นั้น การฟ้องร้องแพทย์พยาบาลได้เกิดขึ้นเป็นรายวัน เหตุการณ์นี้ก็เกิดขึ้นเช่นกันที่จังหวัดชัยภูมิ นางมีป่วยในโรคเดียวกัน แต่ไม่มีประกันสุขภาพ เลยไปรับบริการที่โรงพยาบาลของจังหวัด แพทย์และพยาบาลได้ช่วยเต็มความสามารถ เท่าที่จะทำได้ แต่นางมีก็เสียชีวิตลงเช่นกัน ญาตินางมีจึงฟ้องร้องเหมือนกัน แพทย์และพยาบาลทีมนี้ไม่มีทนายฟ้องสู้ ทำให้เสียชื่อเสียง จึงทำให้ขวัญและกำลังใจของแพทย์พยาบาลเสียไป

ประเด็นวิพากษ์ภาพอนาคตที่ 3

- เป็น scenario ที่เกิดขึ้นได้ เห็นภาพของบริการสุขภาพเป็นธุรกิจ กลไกตามตลาดแบบ free market ระบบเหล่านั้นหายไป แต่ยังมีรพ.ของรัฐ ประเด็นที่น่าสนใจคือ การปรับเปลี่ยนโครงสร้างตามกรอบ ทำให้มองเห็นว่าบริการสุขภาพมีเพื่อสร้างรายได้มากกว่าเป็นบริการของรัฐที่จะให้บริการแก่คนทั่วไป ที่สำคัญอีกประเด็นหนึ่งคือเรื่องนี้อาจพูดยังไม่ถึงพยาบาล

เท่าไหร่ บอกภาพอีกส่วนหนึ่งว่าระบบ refer ไปตามสะดวก เพราะเดิมจะถูกตัวระบบ ส่วนสำคัญที่ขาดหายไป คือกรอบของพยาบาลว่าเป็นส่วนของธุรกิจหรือไม่

- การที่จะเตรียมพยาบาล กฎหมายเป็นสิ่งสำคัญ ถ้าจะกระทบกับพยาบาลต้องเรียนให้มากขึ้น ขณะเดียวกันประชาชนขยายขอบเขตออกมาฟ้องร้องเอง อีกส่วนหนึ่งเรื่องของทนายต่างประเทศมีทนายความที่เดินไปตามว่าจะฟ้องหรือไม่ รพ.อาจต้องจ้างทนายไว้ดูแล
- เป็น scenario ที่ดี มีความน่าเชื่อว่าจะเป็นจริง ส่วนใหญ่เป็นเพราะองค์ประกอบของโจทย์เป็น truth ค่อนข้างมาก พยายามมองหา uncertainties ยังไม่ค่อยถึง หัวใจของภาพนี้คือเปลี่ยนรัฐบาลทำให้ระบบหลักประกันสุขภาพล้มเหลว พอถึงปี 2557 พรรคใหม่ก็ยกเลิก แต่ scenario ไม่ได้พูดถึงระบบหลักประกันสุขภาพที่จะเข้ามาทดแทน มีหรือไม่ ระบบสุขภาพที่จะมาทดแทน
- ในอีก 10 ปีข้างหน้าเป็นสังคมชรา ใน scenario พูดถึงผู้สูงอายุ 2 คน เป็นโรคที่เป็นอยู่แล้ว ถ้าเป็นโรคที่อาจมีเกิดขึ้น เช่น อัลไซเมอร์ จะทำให้ชัดเจนขึ้น
- Medical hub จะอยู่ในระดับโรงพยาบาล ถ้าเป็นเอกชนมากขึ้น จะลงไปต่อถึงพยาบาลอย่างไร

3. ภาพอนาคตระบบการพยาบาลไทยในวิชาชีพการพยาบาล

1. ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนผลิตและจ้างงานพยาบาล

Key players : ผู้นำวิชาชีพการพยาบาล ภาคประชาสังคม

วิธีการ :

1) เปิดประเด็นให้ชุมชนรู้จัก ทำประชาพิจารณ์ โดย;
   - มีการปรับฐานความรู้ระหว่างชุมชนกับกลุ่มวิชาชีพ
   - ชุมชนกับโรงพยาบาลอยู่ด้วยกัน
   - สร้างจิตสำนึกของความเป็นเจ้าของและการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน
2) สร้างความเข้มแข็งให้องค์กรส่วนท้องถิ่น(ให้ความรู้) โดย ;
   - ให้ความรู้ความเข้าใจผู้นำชุมชนถึงความจำเป็นในการจัดลำดับปัญหาสาธารณสุข อยู่ในลำดับต้นๆ ของการวางแผนงบประมาณการจัดการ
   - จัดให้มีผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการผลิต
   - สร้างความเข้มแข็งองค์กรท้องถิ่นโดย พัฒนาระบบ สนับสนุนทรัพยากร
   - สร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนหรือพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชน
   - สร้างทัศนคติว่าสุขภาพของเรา ของชุมชนเป็นเรื่องของเรา
   - วิเคราะห์สถานการณ์และสร้างเสริมปัจจัยเอื้อ/สิ่งอำนวยประโยชน์ให้ชุมชน
   - สร้างกระแสผ่านสื่อมวลชน วิทยุชุมชน หอกระจายข่าว SMS ห้องสมุดชุมชน website
   - กำหนดเป็นนโยบายของรัฐ ออกกฎหมาย
3) เตรียมสถาบันการศึกษาให้พร้อมปรับแนวคิด วิจัยพัฒนาหลักสูตร เรียนรู้ในชุมชน โดย ;
   - สถาบันการศึกษาทำแผนร่วมกับองค์กรชุมชน
   - จัดให้เป็นสถาบันพยาบาลชุมชน

1. ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนผลิตและจ้างงานพยาบาล

- ประชาชนมาร่วมในการบริหารหลักสูตร
- เปิดหลักสูตรสาธารณสุขให้ อบต.
- จัดสร้างสาธารณะเตรียมความพร้อมชุมชน

4) พัฒนารูปแบบในการวางแผนกำลังคน/ผลิตและการกระจายโดยชุมชน โดย ;

- มีกลไกที่จะสลายระบบการผลิตกำลังคนแบบเดิมและสร้างแนวคิดในการผลิตใหม่(การวิจัยหรือวิธีใดก็ได้)
- อบต.เป็นองค์กรระดับท้องถิ่นที่มีศักยภาพ การกำหนดความต้องการ สามารถผลิตและจ้างงานได้
- ให้โควต้าเรียนฟรีและกลับไปชุมชน
- ให้ข้อมูลระบบการผลิตและการจ้างพยาบาลชุมชน
- สถาบันการศึกษาที่ผลิตพยาบาลควรเริ่มปลูกฝังการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ที่มีฐานรากจากชุมชน(tacit knowledge)
- ชุมชนจะต้องมีความชัดเจนว่าลักษณะของพยาบาลที่ตนต้องการเป็นอย่างไร
- ชุมชน/อบต. กองทุนชุมชนสนับสนุนงบประมาณ
- กิจกรรมการเรียนการสอนถ่ายทอดประสบการณ์ที่ชุมชนมีส่วนร่วมเป็น " อาจารย์พิเศษ "
- การคำนวณค่าใช้จ่าย การเชื่อมโยงกับครอบครัว สมาชิกในชุมชน (เช่น พ่อ แม่ ญาติ)

5) ให้ชุมชนมีระยะเวลาในการเตรียมความพร้อม

6) เปิดโอกาสให้องค์กรชุมชนเป็นคณะกรรมการบริหารในการผลิต

7) ให้ตัวแทนชุมชนร่วมเป็นบอร์ดในการวางแผน

8) ชุมชนวางแผนการสร้างสุขภาพในชุมชนแล้วดูว่าต้องการบุคลากรและการสนับสนุนอะไร และสร้างระบบการจัดการของชุมชนและสร้างแผนพัฒนา

9) ชุมชนต้องมีภาพจริงด้านความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ก่อน แล้วจัด supply ด้านบุคลากรสุขภาพ

- ชุมชน + สถานพยาบาล ⟶ ความต้องการสุขภาพพื้นฐาน(อบต.)
- องค์กรพยาบาล - เตรียมคน ⟶ ชุมชน
  - สนับสนุน resource ⟶ ชุมชน
  - เตรียมตัวเอง ⟵ ชุมชน

10) กระตุ้น ประชาชน/ผ่านภาคประชาสังคมให้ผู้นำชุมชนจัดงบ/ทำแผน ให้ความสำคัญกับสุขภาพ ของชุมชนเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน โดย ;

- ประชาสัมพันธ์ข้อดีของการมีส่วนร่วมในการผลิตและจ้างพยาบาลเอง(ดูงานที่น้ำพองและเวทีชาวบ้าน) เข้าหาชุมชนเป้าหมาย(ทำฐานข้อมูลชุมชนเป้าหมายไว้)
- แลกเปลี่ยนเรียนรู้แผนความต้องการ แผนผลิตหลักสูตรโดยชุมชน โดย
  - ○ทำประชาวิจารณ์กับสังคม
  - ○เปิดเวทีกับชุมชนและสถานศึกษา
  - ○เรียนรู้ข้ามเครือข่ายกัน peer review เพื่อ benchmark กันระหว่างชุมชน
- กลยุทธ์ต่อองค์กรวิชาชีพ key player คือองค์กรวิชาชีพ โดย
  - ○ปรับฐานคิดขององค์กรวิชาชีพ
  - ○องค์กรวิชาชีพร่วมกับชุมชนในการควบคุมมาตรฐานวิชาชีพ

1. ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนผลิตและจ้างงานพยาบาล

○ปรับบทบาทองค์กรวิชาชีพในการเตรียมคน เตรียม resource เตรียมตนเอง

○ปรับบทบาทในการดูแลตนเอง เป็นผู้ใช้บริการเพื่อเป็นการวินิจฉัยร่วมกัน

○ปรับกระบวนทัศน์ในการทำงาน วิถีการทำงาน ในการควบคุมมาตรฐานทั้งในระดับขั้นสูงแต่ในชุมชน ชุมชนต้องมีส่วนร่วม

2. IT มีบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเองประชาชนและการจัดการระบบการพยาบาล

วิธีการ :

1) ปรับปรุงหลักสูตรให้มีเนื้อหา IT สำหรับนักศึกษาพยาบาล โดย ปรับปรุงหลักสูตรการศึกษาพยาบาล ได้แก่ การพัฒนา nurse information system, E-nursing

2) วิจัย + วิจัยและพัฒนา เช่น หลักสูตรพยาบาล เช่น home base และ hospital base โครงสร้างการบริการพยาบาล รูปแบบและวิธีการ

- สร้างกลยุทธ์พัฒนาระบบ บนฐานความต้องการของ อบต. (key player: กระทรวงสาธารณะสุข, วิชาชีพพยาบาล, องค์กรท้องถิ่น)
- มีกลไกเฝ้าระวัง over technology
- ลดค่าใช้จ่ายในการนำIT และเทคโนโลยีมาใช้
- ใช้เทคโนโลยี มาเป็นtool ในการในการ access เข้ามาในระบบตามความต้องการ
- จัดระบบบริการที่สอดคล้อง
- สร้างระบบการจัดการความรู้ที่เข้าถึง
- ช่วยให้มีการจัดการความรู้ที่สร้างความรู้ เทคนิค การดูแลที่เหมาะสมกับกลุ่มคน
- จัดตลาดวิชาการใช้ IT กับประชาชน
- ITเอื้ออาทรกับกลุ่มประชาชน

3) ระบบบำรุงรักษาIT เพื่อการพร้อมใช้

- เตรียมบุคลากร IT ระดับประเทศ และสนับสนุนไอทีใน อบต.
- เตรียมบุคลากรที่มีความรู้และช่วยแนะนำ
- พัฒนามาตรฐานของ operation

4) ประเมินผลการใช้ระบบ IT ให้คุ้มค่าและเหมาะสม โดย ต้องมีระบบและวิธีการในการให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองที่เผยแพร่สู่ประชาชน

5) สร้าง IT Nurse

6) update ความรู้ IT

7) ใช้ IT ในการปฏิบัติงานประจำ

8) จัดงบประมาณสนับสนุนการใช้ IT ในการปฏิบัติงาน

เทคโนโลยีที่ต้อง concern

1) นำ technology network มาใช้ใน health promotion, health education, counseling, เครือข่ายเพื่อนอาทรเพื่อน

2) Stem cell

3) Chromosome Mapping

4) Nanotechnology

2. IT มีบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเองประชาชนและการจัดการระบบการพยาบาล

5) Artificial Intelligence

(2,3,4,5 เป็นกลยุทธ์ปรับเปลี่ยนบทบาทบุคลากรพยาบาล)

6) สร้างฐานข้อมูลความจำเป็นทางการพยาบาลเชื่อมโยงกับระบบใหญ่อื่น

7) สร้างชุดการเรียนรู้ด้วยตนเอง

8) กำหนดนิยามและระบบที่ต้องการ

9) นำGPRS , GIS, Pocket PC มาจัดบริการ

- พยาบาลชุมชน(Home health care, Self health care)
- Mentor ผู้ป่วย
- Supervisor ในการบริหารการพยาบาล

10) กำหนดกรอบและระบบ IT ที่ใช้ในระบบที่ชัดเจน

11) สร้างระบบ/แนวทางการดูแลผู้ป่วย

12) กลยุทธ์พัฒนาระบบ IT บทฐานความต้องการของ อบต. (Key Player คือ กระทรวงสาธารณสุข สภาวิชาชีพ และองค์กรท้องถิ่น)

13) ใช้ IT เป็น tool ให้ access เข้ามาในระบบมาในระบบตามความต้องการ

14) ต้องจัดระบบที่มีความสอดคล้องด้วย

3. พยาบาลมีบทบาทในการเป็นผู้จัดการสุขภาพของชุมชน

วิธีการ :

1) สร้างการยอมรับพยาบาลในบทบาทของผู้จัดการสุขภาพชุมชน โดย;

- ระบบการผลักดัน(advocate)เกี่ยวกับ health policy ระดับชาติ
- มีกลไกการสร้างการยอมรับในเครือข่ายวิชาชีพเพื่อนำไปสู่การกำหนดนิยามของผู้จัดการสุขภาพชุมชน
- ต้องมีวิธีการให้ชุมชนเกิดการยอมรับในบทบาทของการเป็นผู้จัดการฯของพยาบาล

2) สร้างหรือปรับปรุงหลักสูตรพยาบาลให้มีเนื้อหาเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลในฐานะผู้จัดการชุมชน โดย ;

- ปรับหลักสูตรรองรับ
- set ระบบการพยาบาลสุขภาพชุมชน(ขอบเขต หน้าที่ รับผิดชอบ)
- เป็นผู้ทำ performance evaluation และ management ของชุมชน
- ร่วมสร้างรูปแบบในการวิจัยทุกกลุ่ม
- monitor คุณธรรมจริยธรรมของผู้ปฏิบัติงานสุขภาพชุมชนและ pre-hospital care
- ปรับหลักสูตรพยาบาลให้เรียนบริหารการจัดการระบบมีความคิดเชิงระบบมากขึ้น(key player: สถาบันการศึกษาพยาบาล,สาธารณสุข)

3) สร้างเครือข่ายในการสร้างองค์ความรู้ โดย ;

- มีกลุ่มสร้างทุกฝ่ายร่วมกันในรูปแบบที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม
- จัดทีมนำร่องเพื่อสร้างรูปแบบผู้จัดการสุขภาพ
- สังเคราะห์บทบาทพยาบาลใหม่จากเวทีประชาพิจารณ์ของวิชาชีพและสังคม
- สร้างและพัฒนา practice guideline ของการจัดบริการชุมชน
- ผู้จัดการสุขภาพจัดรูปแบบการเข้าถึงคนกลุ่มเฉพาะปิด gap เป็น caring model

3. พยาบาลมีบทบาทในการเป็นผู้จัดการสุขภาพของชุมชน

- จัดระบบรองรับโครงสร้างการบริหารจัดการ ระบบเครือข่ายความเชื่อมโยง
- process ให้มี paradigm shift ในระบบสุขภาพ
- สร้างกระบวนและระบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชนที่สะท้อนบทบาทการพยาบาล
- เพิ่มองค์ความรู้ด้านการจัดการเป็นทีมความเข้าใจมนุษย์และสังคม
- ต้องเข้าใจศาสตร์ทางสุขภาพที่มีมนุษย์เป็นเป้าหมาย

4) การให้คำนิยาม โดย ;

- การสร้างพยาบาลให้มีความรู้ในการแพทย์ทางเลือกที่มีความหลากหลาย จะทำให้การทำหน้าที่ facilitator ที่ประสานระบบสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น
- เป็นผู้วาง jigsaw สหวิชาชีพที่จะลงปฏิบัติตามความเหมะสมของพื้นที่ อาจเป็นแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา เป็นต้น
- ปรับเกณฑ์ประเมิน competency และ performance ของพยาบาลในการเป็นผู้จัดการ ชุมชน
- กำหนดนิยามขอบเขตปฏิบัติ
- กำหนดสมรรถนะของพยาบาลผู้จัดการชุมชน

4. ธุรกิจบริการสุขภาพชุมชน

วิธีการ :

1) ศึกษาปัญหาหรือสถานะสุขภาพชุมชนที่เป็นอยู่และกำลังจะเป็นธุรกิจชุมชนและการบริการสุขภาพ ทำให้เกิดการวางแผนการบริหารบุคล

- ร่วมวางแผนการบริหารพัฒนา(HRM) และแผนพัฒนาบุคลากร(HR; ระดับ บริการ –เทคนิค-ปฏิบัติการ)
- ทำ business health plan ของชุมชนที่รับผิดชอบร่วมกับ key person ในประชาคม
- identify health problem
- กำหนดวิสัยทัศน์ กำหนดกลยุทธ์
- กำหนดงบประมาณ
- ควบคุมงบประมาณและผลลัพธ์
- ธุรกิจชุมชนมีการควบคุมมาตรฐานโดยพยาบาล
- ผลิตพัฒนาสินค้าสู่ชุมชน
- ผลิตพัฒนาสินค้า บริการ สู่หน่วยบริการเช่น อะไหล่ เครื่องมือแพทย์และกายภาพบำบัด
- องค์กรวิชาชีพเตรียมพยาบาลทำหน้าที่ care manager ระดับบุคคล ชุมชน รวมทั้งขอบเขตที่สามรถทำได้
- ธุรกิจชุมชน
- พยาบาลสุขภาพ วิสาหกิจชุมชน ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุบริการผู้มีโรคเฉพาะ
- ศูนย์สงเคราะห์ผู้ด้อยโอกาสในชุมชน
- ศูนย์การฟื้นฟูนานาชาติ
- ออกกฎหมายให้ธุรกิจสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของของชุมชนหรือองค์กรท้องถิ่น
- มีการจัดทำแผน กำหนดระยะเวลาในการปฏิบัติงานชัดเจน
- ร่วมกันทำงานโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างบูรณาการ

4. ธุรกิจบริการสุขภาพชุมชน

- สร้างฐานความต้องการจากชุมชน
- สร้างการมีส่วนร่วมเพื่อให้ชุมชนเป็นแรงผลักดัน
- มีข้อกำหนดและข้อตกลงเบื้องต้น ร่วมกันระหว่างชุมชน customerและ providerที่ยืนอยู่บนมาตรฐานวิชาชีพ
- การวางมาตรฐานและแนวทางที่มีคุณภาพเท่าเทียม
- ธุรกิจบริการ
- แบบประเมินกำกับ การตรวจสอบที่เข้มแข็งสร้างความเป็นธรรมต่อสังคม
- ผลักดัน FTAในศูนย์บริการปฏิบัติควบคู่กับธุรกิจบริการ(สธ/นโยบายของรัฐ)
- ผลักดันระบบการป้องกัน จัดการความเสี่ยงให้เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนในทางการแพทย์

2) สร้างระบบแรงจูงใจเพื่อดำรงพยาบาลในระบบ

- พัฒนาระบบการจัดอัตรากำลังให้พอเหมาะ staff mix
- พัฒนาระบบ incentive ที่หลากหลาย
- พัฒนาตรวจสอบคุณภาพ
- วางธรรมาภิบาลของธุรกิจสุขภาพชุมชน

3) สร้าง SME ระบบบริการพยาบาล จัดระบบการพยาบาลเป็นเชิงธุรกิจพลิกวิกฤตเป็นโอกาส

4) สร้างกลไกส่งเสริมและควบคุมธรรมาภิบาลของธุรกิจพยาบาล

- มีระบบที่เป็นธรรมในการจัดการ facilitate ธุรกิจบริการสุขภาพ
- ออกกฎหมายภาษีสุขภาพจากธุรกิจบริการสุขภาพ
- export / import ระบบการพยาบาลภูมิภาค : กำหนดตลาด (ภายใน ภายนอก นานาชาติ)

5) พัฒนาคุณสมบัติและสมรรถนะพยาบาลให้เอื้อต่อการทำธุรกิจบริการสุขภาพ

- พัฒนาระบบการจัดการความรู้ทางการพยาบาลให้เข้มแข็ง
- สังเคราะห์ future robot nurse
- พยาบาลที่เป็นมนุษย์พัฒนา caring touch psycho leader นักวิจัย +R&D
- พยาบาลในฐานะ sample ของ randomized, control trial เรื่องสุขภาพ ca breast, ca cervix, happiness score work, environment
- พยาบาลต้องวางตำแหน่งทางการตลาดในระดับ premium grade เพื่อให้ธุรกิจสุขภาพ(เช่น spa nursing home, benchmark)
- ต้องสร้างจิตสำนึกให้พยาบาลไม่ตกเป็นเครื่องมือของกระแสธุรกิจ
- จัดอบรมเพิ่มความรู้และศึกษาเพิ่มเติม ตามความต้องการของสังคมนั้นๆ
- พยาบาลต้องพัฒนา ความสามารถทางด้านภาษา ความสามารถในการควบคุมคุณธรรม คุณภาพบุคลิกภาพ
- ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ สร้าง product service
- สร้างระบบการจัดการความรู้ของแพทย์ พยาบาล ตลอดจนผู้ปฏิบัติงาน เพื่อปรับปรุงการวินิจฉัย/การตัดสินใจอย่างเหมาะสมของพยาบาล/แพทย์

ภาคผนวก

4

ตัวอย่างโจทย์การวิจัยด้านสุขภาพในประเทศต่าง ๆ

ตัวอย่างโจทย์การวิจัยด้านสุขภาพที่กำหนดโดย ประเทศ หรือองค์กรต่าง ๆ

ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงตัวอย่างโจทย์การวิจัยด้านสุขภาพที่กำหนดโดย ประเทศ หรือองค์กรต่างๆ

องค์กรหรือประเทศ	โจทย์การวิจัย
WHO (WHO,2000)	ปัญหาสุขภาพภายใต้กรอบการพัฒนานโยบายและแผนสุขภาพ
เกาหลี (Kim, Oh, Kim, Yoo, & Ko ; 2002)	• ประเด็นที่พยาบาลเป็นผู้นำการวิจัยได้ 1. การปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก 2. การดูแลสุขภาพที่บ้าน 3. การศึกษาทางการพยาบาล 4. การวิจัยทางการพยาบาล 5. การจัดหมวดหมู่ของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล • ประเด็นส่งเสริมการพัฒนาวิชาชีพ 1. การศึกษาทางการพยาบาล 2. การปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก 3. การวิจัยทางการพยาบาล 4. การดูแลสุขภาพที่บ้าน 5. นโยบายทางการพยาบาล • ประเด็นที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้รับบริการ 1. การดูแลสุขภาพที่บ้าน 2. การปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก 3. การพยาบาลผู้สูงอายุ 4. การดูแลในภาวะเรื้อรัง
ประเทศไทย (จากการประชุมของผู้เชี่ยวชาญที่จัดโดย ICN ในประเทศไทย ในปี ค.ศ. 1997 Research Priority Areas สำหรับประเทศไทยในระยะ 10 ปีแรกของศตวรรษที่ 21) (http://www.conference2000.ch/pdf/discussi	1. สุขภาพและความเจ็บป่วย (health and illness) ■ โรคติดเชื้อ (Infection disease) ■ การเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน (Work related Illness) ■ สุขภาพในผู้สูงอายุ (aging) ■ การส่งเสริมการคลอดตามธรรมชาติ (Promotion of Natural Childbirth) ■ เอชไอวี/เอดส์ (HIV/AIDS) 2. ระบบสุขภาพ (health system) 2.1 การปฏิรูประบบการดูแลสุขภาพ (health care reform) ■ การพัฒนารูปแบบการดูแลปฐมภูมิในชุมชน ■ การพัฒนาหลักฐานทางวิทยาศาตร์สำหรับการดูแลแบบพื้นบ้าน

องค์กรหรือประเทศ	โจทย์การวิจัย
onpaper.pdf)	ของไทยและการรักษาเสริม (Thai traditional and complimentary therapy) 2.2 การพัฒนารูปแบบการใช้ผลการวิจัย 2.3 การพยาบาลอาชีวอนามัย 2.4 คุณภาพ ต้นทุน และประสิทธิภาพของการดูแล 2.5 การดูแลที่บ้านและชุมชน 3. การศึกษาพยาบาล (nursing education) ▪ การใช้ผลงานวิจัย 4. จริยธรรม (Ethics) ▪ ศึกษาความเสมอภาคในการเข้าถึงระบบบริการ
คนสัญชาติอเมริกันแต่มีเชื้อชาติฟิลิปปินส์ จากงานวิจัยของ Cruz, McBride, Compas, Calixto, & Derveer (2002)	1. สำรวจภาวะสุขภาพระดับท้องถิ่น มลรัฐ และประเทศ 2. พัฒนาฐานข้อมูลด้านสุขภาพ ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ดังนี้ • ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ ทุกกลุ่มอายุ เพศ และสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคม • ความต้องการบริการด้านสุขภาพและปัญหาหรืออุปสรรคในการเข้าถึงบริการ • รูปแบบในการทำนายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ • รูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลรักษาที่เหมาะสม • การศึกษารูปแบบที่อธิบายปัจจัยอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการแสวงหาบริการด้านสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ • ตัวชี้วัดเชิงวัฒนธรรมเกี่ยวกับความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มบุคคลในวัยต่างๆ • ผลกระทบของนโยบายด้านการย้ายถิ่นฐานเข้าประเทศของรัฐบาลอเมริกันต่อสุขภาพของบุคคลและครอบครัวของ Filipino Americans 3. การศึกษาเชิงระเบียบวิธีวิจัยตลอดจนการพัฒนาเครื่องมือวิจัยสำหรับใช้กับวัฒนธรรมและภาษาของ Filipino Americans 4. การวิจัยเกี่ยวกับการทดลองใช้รูปแบบและวิธีการพยาบาลที่มุ่งเน้นการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต 5. การวิจัยเกี่ยวกับความต้องการด้านจิตสังคมและอาชีวอนามัยของพยาบาล แพทย์ และบุคลากรด้านสุขภาพ 6. การพัฒนาทักษะและความสามารถของนักวิจัยทางการพยาบาลที่ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพของ Filipino Americans

องค์กรหรือประเทศ	โจทย์การวิจัย
อิสราเอล (Glazer & DeKeyser, 2000) (http://www.nursingworld.org/ojin/topic12/tpc12_4.htm)	ผลกระทบจากการปฏิรูประบบสุขภาพ ในประเด็น 1. ความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชน 2. การปฏิบัติด้านบริการสุขภาพที่พยาบาลสามารถทำได้ 3. ปัญหาด้านสุขภาพที่พยาบาลสามารถทำวิจัยได้ 4. การวิจัยเพื่อพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาล 5. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพ ต้นทุน และผลลัพธ์ของการดูแล 6. การศึกษาปัญหาสุขภาพและระบบบริการในกลุ่มประชาชนชาวรัสเซียและเอธิโอเปียที่ย้ายถิ่นฐานเข้าสู่ประเทศอิสราเอล
NLN(National League for Nursing) (http://www.nln.org/aboutnln/research.htm)	1. การศึกษาสมรรถนะด้านการจัดการศึกษาพยาบาลในศตวรรษที่ 21 (Competencies of Nursing graduates for 21st century practice) โดยเน้นการพัฒนาในทศวรรษแรก คือภายในปี ค.ศ. 2010 2. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างหลักสูตรการศึกษาพยาบาลกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ(Accountability links between educational programs and health outcomes) 3. การบรรจุเทคโนโลยีเข้าไปในแนวคิด โครงสร้าง และกระบวนการศึกษาพยาบาล (Infusion of technology into concepts, structures and processes of nursing education) 4. รูปแบบของการใช้ทรัพยากรในการจัดการศึกษาเกี่ยวกับงานด้านการพยาบาล (Resource accountability models of educating the nursing workforce) 5. สมรรถนะของผู้เรียนสำหรับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม การดูแลสุขภาพและการศึกษา (Educator competencies for changing social, health care, and educational worlds) 6. กระบวนทัศน์ กลยุทธ์ และรูปแบบการประเมินผลสำหรับการพยาบาล (Research-based paradigms, strategies, and evaluation models for nursing)
อังกฤษ	1. research into patients' perspectives of care and how they are assessed 2. the role of informal care givers and how health and social care are or will be integrated 3. nursing interventions including preventive care, treatment and support and nurse-led services 4. access to and exit from health services, and nurses' roles in this process 5. chronicity and how to facilitate coping with chronic illness 6. evaluating the effect of new technologies on nursing practice

องค์กรหรือประเทศ	โจทย์การวิจัย
ประเทศอาฟริกา	1. prevention of and care of individuals with AIDS 2. home care of individuals with AIDS 3. social, cultural, economic, and political activities that affect the elderly 4. Epidemiological studies of HIV/AIDS 5. Epidemiological studies of risk factors in work environment 6. effects of war and arms conflicts on health and general well-being especially woman and children 7. studies of mental and social health women
NINR	1. chronic illness experiences 2. cultural and ethic considerations in health and illness 3. end of life/ palliative care research 4. health promotion and disease prevention research 5. implications of genetic advances 6. quality of life and quality of care 7. symptom management 8. tele-health interventions and monitoring 9. health disparities among specific population groups