

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพการปฏิบัติบทบาทพยาบาลในการให้บริการระดับปฐมภูมิในโรงพยาบาลชุมชน เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ต้องทำการศึกษามีหัวข้อ ดังต่อไปนี้ คือ

1. แนวคิดเกี่ยวกับบทบาท
2. การจัดบริการระดับปฐมภูมิในโรงพยาบาลชุมชน
3. บทบาทพยาบาลในการให้บริการระดับปฐมภูมิในโรงพยาบาลชุมชน
4. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

1. แนวคิดเกี่ยวกับบทบาท

ความหมายบทบาท

บทบาท เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมาตามตำแหน่งหน้าที่ที่รับผิดชอบ และตามความคาดหวังจากบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือตามความคาดหวังของสังคม (รุจา ภูไพบูลย์, 2537) ซึ่งต้องขึ้นกับอัตมโนทัศน์ของคนที่แสดงพฤติกรรม และผลจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Princition and others, 1973) บทบาทเป็นความคาดหวังของสังคมที่มีต่อหน่วยการทำงานในสังคมว่า บุคคลที่ประกอบอาชีพนั้นๆจะมีพฤติกรรมการแสดงออกอย่างไร (Roy, 1980)

บทบาท คือ การปฏิบัติตามสิทธิ และหน้าที่ของสถานภาพที่ตนดำรงอยู่ (ตำแหน่ง) (Kron, 1976 ; จำนวนค์ อธิวัฒน์สิทธิ, เกลียว ฤกษ์รุจิพิมล, ประไพร์ วิริยะสมบูรณ์ และคณะ, 2540 ; สุพัตรา สุภาพ, 2542) เมื่ออยู่ในตำแหน่งใด ตำแหน่งหนึ่งของระบบสังคม บุคคลในฐานะ หรือตำแหน่งที่แตกต่างกัน ก็จะมีบทบาทหน้าที่ ที่แตกต่างกัน และบทบาทหน้าที่เป็นสิ่งที่เรียนรู้กันได้ บทบาทเป็นสิ่งที่คู่กับสถานภาพ สถานภาพมีลักษณะเป็นนามธรรม มองไม่เห็น แต่บทบาทมีลักษณะเป็นรูปธรรม คือ มองเห็นได้จากการกระทำที่แสดงออกมา (พวงเพชร สุรัตนกวีกุล, 2542) บทบาทถือเป็นตัวเชื่อมระหว่างสังคมกับปัจเจกบุคคล (สัญญา สัญญาวิวัฒน์, 2538)

แนวคิดบทบาท

บรูม และฟิลลิปส์ (Broom and Phillips, 1978) กล่าวว่า บทบาท ประกอบด้วยลักษณะต่างๆ 3 ประการ คือ 1) บทบาทในอุดมคติ หรือสิ่งที่สังคมกำหนดไว้ เป็นบทบาทที่มีการกำหนดสิทธิและหน้าที่ตามตำแหน่งทางสังคม 2) บทบาทที่ควรกระทำ เป็นการปฏิบัติที่บุคคลเชื่อว่า

ควรกระทำตามตำแหน่งที่ได้รับ ซึ่งอาจไม่เหมือนบทบาทในอุดมคติ หรืออาจแตกต่างกันแต่ละบุคคล และ 3) บทบาทที่กระทำจริง เป็นบทบาทที่บุคคลได้กระทำไปจริง ขึ้นอยู่กับความเชื่อ ความคาดหวัง การรับรู้ของแต่ละบุคคล ความกดดัน โอกาสในสังคม บุคลิกภาพ ประสบการณ์ และบุคคลด้วย

คุชท์ และ คาอัส (Deutsch and Krauss, 1965 cited by Longres, 1990) ได้อธิบายบทบาทไว้ 3 ทาง คือ 1) บทบาทที่คาดหวัง หรือบทบาทที่กำหนด (expected or prescribed role) เป็นบทบาททางสังคมวิทยา ที่มาจากทัศนะของบุคคลอื่นมองผู้แสดงบทบาทในสถานะทางสังคมที่ดำรงอยู่ว่า ควรประพฤติปฏิบัติอย่างไร 2) การรับรู้บทบาท (perceived role) เป็นบทบาทในทางจิตวิทยาที่มาจากทัศนะของตัวผู้แสดงบทบาทว่ามีความคาดหวังเฉพาะต่อตำแหน่งที่ครอบครองและคาดหวังที่จะแสดงพฤติกรรมของตน เมื่อมีการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอย่างไร และ 3) บทบาทที่ปฏิบัติจริง (enacted role) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกอย่างเปิดเผยของผู้ครอบครองตำแหน่ง เมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

ส่วน อัลพอร์ท (Allport, 1964) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการแสดงบทบาทของบุคคลว่าขึ้นอยู่กับปัจจัย 4 อย่าง คือ 1) ความคาดหวังในบทบาท (role expectation) ซึ่งเป็นบทบาทตามความคาดหวังของผู้อื่น 2) การรับรู้บทบาท (role perception) เป็นการรับรู้บทบาทของตน ว่าควรจะมีบทบาทอย่างไร และสามารถมองเห็นบทบาทของตนได้ตามการรับรู้ นั้น 3) การยอมรับบทบาทของบุคคล (role acceptance) ซึ่งเกิดขึ้นได้เมื่อมีความสอดคล้องกันของบทบาท ตามความคาดหวังของสังคม และบทบาทที่ตนเองรับรู้ และ 4) การปฏิบัติตามบทบาทของบุคคล (role performance) เป็นบทบาทที่เข้าของสถานภาพแสดงจริง ซึ่งอาจเป็นการแสดงบทบาทตามที่สังคมคาดหวังหรือเป็นการแสดงบทบาทตามการรับรู้ และความคาดหวังของตนเอง

จากที่กล่าวมาทั้งหมด จึงพอที่จะสรุปได้ว่า บทบาท หมายถึง พฤติกรรมการแสดงออกที่บุคคลประพฤติปฏิบัติตามสิทธิ และหน้าที่ของสถานภาพที่ตนดำรงอยู่ และตามความคาดหวังของสังคม หรือบุคคลอื่น โดยสิ่งที่เป็นตัวกำหนดบทบาท คือ ตำแหน่งและสถานภาพทางสังคมของบุคคลนั้น ส่วนแนวคิดบทบาททั้ง 3 แนวคิดที่กล่าวมา มีความคล้ายคลึงกัน สรุปได้เป็น 3 ประการ คือ บทบาทที่ถูกกำหนด การรับรู้บทบาท และบทบาทที่ปฏิบัติจริง ผู้วิจัยได้นำเอาแนวคิดดังกล่าวมาสรุปเป็นแนวคิดการปฏิบัติบทบาทพยาบาลในการให้บริการระดับปฐมภูมิในโรงพยาบาลชุมชน คือ บทบาทที่ถูกกำหนด ซึ่งพบว่า ในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลในการให้บริการระดับปฐมภูมิในโรงพยาบาลชุมชน พยาบาลมีการปฏิบัติบทบาททั้งที่ถูกกำหนดในวิชาชีพซึ่งมีอยู่ 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ (กองการพยาบาล, 2539) และปฏิบัติบทบาทซึ่งถูกกำหนดตามแนวคิดการจัดบริการระดับปฐมภูมิ 2 แนวคิด ได้แก่

แนวคิดของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งกำหนดให้พยาบาลมีบทบาท 4 ด้านเช่นกัน (สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2527) และตามแนวคิดของโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ที่พยาบาลมีการปฏิบัติบทบาทเพิ่มเติมจากบทบาททั้ง 4 ด้าน เพื่อให้ได้การดูแลที่ผสมผสาน เป็นองค์รวม และมีความต่อเนื่อง

จากบทบาทที่ถูกกำหนดดังที่กล่าวมา ผู้วิจัยได้นำมาเป็นแนวทางในการสร้างคำถามเพื่อค้นหาการรับรู้บทบาทโดยการให้ความหมาย และการปฏิบัติบทบาทจริง ซึ่งบทบาทที่ถูกกำหนด การรับรู้บทบาท และบทบาทที่ปฏิบัติจริง ควรมีความสัมพันธ์กัน ฮาร์ดีและฮาร์ดี (Hardy and Hardy, 1988) กล่าวว่าหากพยาบาลมีการปฏิบัติบทบาทใน 3 ประการได้ไม่สอดคล้องกันย่อมมีแนวโน้มว่าจะเกิดปัญหาความขัดแย้งในการปฏิบัติบทบาท ซึ่งจะกล่าวถึงในส่วนของปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติบทบาทต่อไป

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติบทบาท และปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตามบทบาท

ในการปฏิบัติบทบาท การที่บุคคลจะสามารถปฏิบัติบทบาทได้ดี มีประสิทธิภาพ หรือไม่สามารถที่จะปฏิบัติบทบาทให้ดีได้ รวมทั้งการมีปัญหาในการปฏิบัติบทบาท ขึ้นกับปัจจัยหลายประการที่เป็นตัวกำหนด คือ

1. ความคาดหวังในบทบาท (role expectation) หมายถึง สิ่งที่บุคคลคิด หรือกำหนดไว้ว่าในแต่ละบทบาทที่ตนมีนั้นตนจะปฏิบัติอย่างไร เมื่อบุคคลมีความคาดหวังอย่างไรในบทบาทของตนก็จะพยายามปฏิบัติตามความคาดหวังนั้นๆ ความไม่สอดคล้องกันระหว่างความคาดหวังของบุคคลอื่นที่มีต่อบทบาทของบุคคลกับที่เจ้าของบทบาทคาดหวัง ทำให้เกิดปัญหาของการปฏิบัติบทบาทได้ คือ เกิดความขัดแย้ง หรือสับสนในบทบาทที่ปฏิบัติ

2. การรับรู้บทบาทของตนเองและบทบาทของผู้รับบริการ การรู้เขารู้เราเป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติบทบาทแต่ละบทบาทในกาลเทศะหนึ่งๆ พยาบาลอยู่กับผู้รับบริการก็ต้องรู้ว่า ขณะนั้นตนต้องปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาล การไม่รู้ว่าตนคือใคร ผู้ที่กำลังมีปฏิสัมพันธ์อยู่ด้วยคือใคร จะก่อให้เกิดปัญหาขึ้นได้ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้บทบาท และการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลถูกสรุปเป็น 2 ประการ คือ 1) ปัจจัยภายในของตัวพยาบาลเอง เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถิติปัญญา ทักษะคติ บุคลิกภาพ ความต้องการหรือแรงขับ ความสนใจ และประสบการณ์ และ 2) ปัจจัยภายนอก เช่น ความยึดมั่น เชื่อถือ คำบอกกล่าว คำแนะนำ คำสอนที่ได้รับกันต่อมา การได้รับการอบรม ซึ่งปัจจัยที่ผู้วิจัยนำมาศึกษาในครั้งนี้ คือ ปัจจัยด้านประสบการณ์ และการได้รับการอบรม

ประสบการณ์ ประสบการณ์กับการรับรู้ การรับรู้ของคนหนึ่งๆ อาจแตกต่างกันได้เนื่องจากความแตกต่างของประสบการณ์ของแต่ละบุคคล บุคคลทั่วไปมักจะตีความสิ่งที่ตัวเอง

สัมผัสตามภูมิหลังของแต่ละคน และการที่คนเรามีประสบการณ์ และการเรียนรู้สิ่งใดมาก่อน ทำให้เราเตรียมที่จะตอบสนองต่อสิ่งในแนวเดียวกันกับที่เราเข้ามา การที่เราจะรับรู้สิ่งเร้าที่มาสัมผัสได้ จะต้องอาศัยประสบการณ์ของเราเป็นเครื่องช่วยในการตีความ หรือแปลความ ถ้าเราไม่เคยมีประสบการณ์ เราก็ไม่สามารถที่จะรู้ว่าสิ่งที่เรสัมผัสนั้น มีความหมายอย่างไร ความรู้เดิมและประสบการณ์เดิมที่แตกต่างกัน ทั้งปริมาณ และความถูกต้อง ย่อมทำให้คนเรามีการรับรู้ในบทบาทที่แตกต่างกันได้

ประสบการณ์กับการปฏิบัติงาน พบว่า การมีประสบการณ์ในงานใดก็ตามย่อมเป็นผลให้บุคคลปฏิบัติงานได้ดี แต่จำนวนปีที่เคยทำงานมาไม่ได้เป็นหลักประกันว่า คนที่ทำงานมานานปีกว่า จะมีประสบการณ์มากกว่าคนที่ทำงานน้อยปีกว่า ทั้งนี้เพราะแต่ละวันที่ทำงานย่อมได้ประสบการณ์ที่แตกต่างกัน รวมทั้งประสบการณ์ในอดีตมีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพราะเข้าใจว่าอะไรควรเสี่ยงและอะไรไม่ควรเสี่ยง ดีหรือไม่ดี การมีประสบการณ์มากมีโอกาสเผชิญปัญหา ทำให้กล้าเผชิญปัญหา ซึ่งการแก้ปัญหา นั้น เป็นทักษะที่จำเป็นต่อการพัฒนาทักษะการตัดสินใจ ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถจินตนาการได้อย่างกว้างไกล รอบคอบ มีเหตุผล และสามารถเลือกทางเลือกได้ถูกต้อง เหมาะสม และรวดเร็ว (เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์, 2522)

การได้รับการอบรม การฝึกอบรม เป็นการพัฒนาความรู้ความสามารถ สอนให้บุคคลได้เรียนรู้ และเข้าใจในวิชาการ และวิธีปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ทันสมัย และเหมาะสม ซึ่งเป็นการสร้างเสริมคุณวุฒิ สมรรถภาพในการทำงาน และช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานได้เข้าใจชัดเจนถึงบทบาทของตนเอง และงานต่างๆ ที่ต้องปฏิบัติ (อุทัย หิรัญโต, 2521) การฝึกอบรมเป็นเรื่องที่สำคัญมากในการพัฒนาบุคลากรในองค์กร เพื่อให้แต่ละคนมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งธงชัย สันติวงษ์ (2540) ได้กล่าวไว้ว่า การฝึกอบรม และพัฒนาบุคลากรนับว่ามีความสำคัญยิ่งต่อองค์กร ทั้งนี้เพราะบุคคลที่ขาดความรู้ความสามารถมักจะทำให้ต้องกลายเป็นภาระ ผลผลิตตกต่ำ จากการศึกษาของ สมพร อธิธิเดชพงศ์ (2530) พบว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนที่ได้รับการฝึกอบรมจะมีผลการปฏิบัติที่ดีขึ้น และประณีตศิลป์ วงษ์ชมภู (2534) พบว่า การอบรมด้านสุขภาพจิตแก่บุคลากรมากเท่าใด ผลการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนก็ดีขึ้นเท่านั้น รวมทั้งการศึกษาของ เกษมธิดา สพสมัย (2536) พบว่า การได้รับการฝึกอบรมของเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนระดับตำบล มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในด้านการเตรียมชุมชน

3. ทักษะในบทบาท การปฏิบัติบทบาทใดก็ตาม สิ่งที่บุคคลต้องมีเพื่อสามารถปฏิบัติบทบาทได้อย่างเหมาะสมตามความคาดหวัง หรือตามที่ตนต้องการ ก็คือ ทักษะในบทบาท หรือ

ความพร้อมที่จะปฏิบัติ ได้แก่ ทักษะการคิด ทักษะการปฏิบัติ ทักษะการสังเกต การติดต่อสื่อสาร รวมทั้งบุคลิกภาพการพูด สิ่งเหล่านี้จะสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้

4. จำนวนบทบาท แต่ละคนมิได้มีตำแหน่งเพียงตำแหน่งเดียว อย่างน้อย 2 ตำแหน่ง แต่ละตำแหน่งที่ประกอบจะมีกิจกรรมมากมายที่ต้องปฏิบัติ การที่มีตำแหน่งมากเท่าใด อาจมีผลทำให้การปฏิบัติบทบาทไม่ดี ตามที่ตนเองคาดหวัง / ผู้อื่นคาดหวัง

5. ความสอดคล้องระหว่างคนและบทบาท หมายถึง ความเข้ากันได้ระหว่าง บุคลิกลักษณะ อุปนิสัย ความเป็นตัวของตัวเองกับตำแหน่ง หรือบทบาทที่ตนได้รับ

นอกจากนี้ ในการปฏิบัติบทบาทพยาบาล ซึ่งเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติบทบาท ที่ถูกกำหนด และการรับรู้บทบาทของตนเอง ผลกระทบทางสังคมอาจก่อให้เกิดปัญหา ในการปฏิบัติบทบาท การปฏิบัติบทบาทที่ไม่เหมาะสม โดยมีสาเหตุมาจากปัจจัยโครงสร้างสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกบุคคล และปัจจัยภายในบุคคล ซึ่งทำให้เกิดความเครียดขึ้น และส่งผลให้ บุคคลเกิดความรู้สึกเครียดในบทบาท หรือไม่พึงพอใจในบทบาท และเกิดความสับสนเหลว ในการแสดงบทบาท อธิบายได้ดังนี้ (Hardy and Hardy, 1988)

1. เครียดในบทบาท คือ ปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติบทบาทของบุคคล สามารถแบ่งได้หลายประเภท

1.1 ความคลุมเครือในบทบาท เกิดจากบทบาทที่สังคมคาดหวังไม่มีความชัดเจน ไม่มีข้อตกลงที่ชัดเจน พอที่จะเป็นแนวทางในการปฏิบัติสำหรับผู้แสดงบทบาท สาเหตุอาจเกิดมาจากการรับบทบาทใหม่ การเปลี่ยนแปลงบทบาทหนึ่งไปสู่อีกบทบาทหนึ่ง ผู้ปฏิบัติยังไม่ทราบถึงความคาดหวังที่มีต่อบทบาท หรือไม่มีขอบเขตของบทบาทที่ชัดเจนให้ผู้ปฏิบัติบทบาทเลือกปฏิบัติบทบาทอะไร เมื่อไร เป็นต้น (Hingley, 1986 ; Ivancevich and Matteson, 1990)

1.2 ความขัดแย้งในบทบาท เป็นสถานการณ์ที่คาดหวังในบทบาทเฉพาะหลายๆ อย่างและค่านิยมในตัว ทำให้ผู้ที่อยู่ในบทบาทเกิดความขัดแย้ง ไม่อาจปฏิบัติบทบาทให้เป็นตามความคาดหวังได้ ซึ่งมี 2 ลักษณะ คือ ความขัดแย้งระหว่างบทบาท เกิดจากการที่บุคคลคนเดียวกัน จำเป็นต้องปฏิบัติบทบาทหลายบทบาทไปพร้อมกัน เช่น พยาบาลต้องดูแลผู้ป่วย เป็นภรรยาของสามี และขณะเดียวกันต้องดูแลลูกที่ป่วย และความขัดแย้งในบทบาทเดียวกัน เป็นความขัดแย้งระหว่างค่านิยมของบุคคลนั้นกับค่านิยมของบุคคลอื่นเกี่ยวกับบทบาทเดียวกัน (Hingley, 1986)

1.3 ความไม่สอดคล้องในบทบาท เกิดเนื่องจากความคาดหวังของสังคม หรือ บุคคลนั้นต่อบทบาทเฉพาะนั้น ไม่เป็นไปตามการรับรู้ ทักษะคติ ค่านิยม และอัตมโนทัศน์ของผู้แสดงบทบาท เช่น พยาบาลได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ด้านโภชนาการ ในขณะที่พยาบาลมีทักษะ และทัศนคติที่จะดูแลผู้ป่วยมากกว่า

1.4 ความคาดหวังในบทบาทมากเกินไป ผู้ปฏิบัติบทบาทมีความสามารถปฏิบัติบทบาทในระดับหนึ่งที่เหมาะสมแล้ว แต่ถูกคาดหวังจากสังคมให้ปฏิบัติบทบาทมากเกินไปที่จะปฏิบัติให้เป็นที่พึงพอใจในระยะเวลาที่จำกัด เช่น พยาบาลที่ห้องฉุกเฉิน

1.5 ความคาดหวังในบทบาทน้อยเกินไป เกิดกรณีตรงกันข้ามกับมากเกินไป สังคมไม่ให้ความสำคัญ หรือคาดหวังน้อยกว่าความสามารถของผู้ปฏิบัติบทบาท

1.6 ความสามารถเกินบทบาท ผู้แสดงบทบาทมีความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจมากกว่าที่คุณสมบัติที่สังคมคาดหวัง เช่น ผู้ชำนาญการเฉพาะสาขาพยาบาล แต่ต้องมาปฏิบัติงานพยาบาลทั่วไป

1.7 ความสามารถน้อยกว่าบทบาท ผู้ปฏิบัติบทบาทขาดสิ่งจำเป็นที่จะทำให้เกิดความสำเร็จ ได้แก่ ขาดความรู้ ความตั้งใจ และทักษะ หรือมีทักษะไม่เพียงพอ (Bailey, Steffen and Grout, 1980 ; Sullivan and Decker, 1997)

2. ไม่พึงพอใจในบทบาท เป็นความรู้สึกกับข้อใจ ความตึงเครียด วิตกกังวล ไม่พอใจ ไม่สบายใจ กลัว และหวั่นไหว ซึ่งอาจมีผลถึงบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องด้วย

3. ความล้มเหลวในบทบาท เป็นผลที่ตามมาจากความเครียด และความไม่พึงพอใจในบทบาท จนทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทที่มีได้ เช่น การลาออกของนักศึกษาการหย่าร้างของคู่สามี ภรรยา

นอกจากนี้ปัญหาความเครียดในการปฏิบัติบทบาท อาจมาจากการจัดการภายในหน่วยงาน เช่น การที่แพทย์ไม่สามารถมาปฏิบัติงานได้ทุกครั้งที่ตาม การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน หยุดหายใจ หรือหัวใจหยุดเต้น การดูแลผู้ป่วยที่สิ้นหวัง การต้องตัดสินใจในภาวะวิกฤต การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง หรือการไม่ให้ความร่วมมือของผู้ป่วย การที่ต้องอดทนต่อเหตุการณ์ที่ไม่พึงพอใจในชีวิต (Bailey, Steffen and Grout, 1980) ความกดดันจากผู้ป่วยและญาติ (Riding and Wheeler, 1995) ลักษณะงานการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับความเป็นความตาย (Sullivan and Decker, 1997)

ดังนั้น การที่พยาบาลจะแสดงบทบาทได้ดี มีประสิทธิภาพ หรือมีปัญหาในการปฏิบัติบทบาท ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ในเรื่องความคาดหวังในบทบาท การรับรู้บทบาทของตนเองและบทบาทของผู้รับบริการ การมีทักษะในบทบาท จำนวนบทบาท และความสอดคล้องระหว่างตนและบทบาท พยาบาลอาจมีปัญหาในการแสดงบทบาท คือ ความเครียด ไม่พึงพอใจในบทบาท และนำไปสู่ความล้มเหลวในการปฏิบัติบทบาท หากมีความเครียด หรือไม่พึงพอใจมาก ซึ่งผู้วิจัยได้นำเอาข้อมูลส่วนนี้ มาเป็นแนวทางในการสร้างแนวคำถามในส่วนของปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลในการให้บริการระดับปฐมภูมิในโรงพยาบาลชุมชน

2. การจัดบริการระดับปฐมภูมิในโรงพยาบาลชุมชน

แนวคิดเกี่ยวกับบริการระดับปฐมภูมิ

1. แนวคิดบริการระดับปฐมภูมิในต่างประเทศ องค์การอนามัยโลก (WHO, 1978)

ได้ให้ความหมายบริการระดับปฐมภูมิว่าเป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนเข้ามาสัมผัสกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ มีจุดเน้นของบริการกว้างกว่าบริการทางการแพทย์ ซึ่งรวมไปถึงการดูแลที่เกี่ยวกับสุขภาพโดยรวม ที่รวมปัจจัยทางด้านสังคม และการดูแลทั้งครอบครัว ชุมชน มิใช่เฉพาะรายบุคคล เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดภาวะสุขภาพดีของประชาชน โดยมีเป้าหมาย คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและความเจ็บป่วย การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ

การที่จะทำให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายดังกล่าว บริการระดับปฐมภูมิต้องรวมความเกี่ยวข้องกับบริการดังต่อไปนี้ คือ การให้สุขศึกษา การค้นหาปัญหา การควบคุมปัญหาสุขภาพในท้องถิ่น การจัดหาอาหารและดำเนินการให้มีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม การจัดหา น้ำสะอาดและการสุขาภิบาล การดูแลอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว การให้วัคซีน ภูมิคุ้มกันโรค การรักษาปัญหาสุขภาพและการบาดเจ็บที่พบบ่อยอย่างเหมาะสม การดูแลสุขภาพจิต และการจัดให้มียาที่จำเป็น นอกจากนี้บริการระดับปฐมภูมิ ยังเป็นกลวิธีของการดำเนินงานที่ทำให้เกิดการบริการที่เข้าถึง สอดคล้องและตอบสนองต่อความจำเป็นของประชาชน โดยดำเนินการในลักษณะที่บูรณาการกับงานอื่นๆ ประสานความร่วมมือกับหน่วยงาน เกี่ยวข้องและตั้งอยู่บนฐานของการมีส่วนร่วมของประชาชน มีการดำเนินการที่คุ้มค่า (cost - effective) (Vuori, 1986)

ระบบบริการปฐมภูมิเป็นลักษณะของบทบาทที่เป็นกระบวนการให้บริการที่เป็นด่านแรกที่เข้าถึงได้ง่าย (front - line care) ให้บริการที่ต่อเนื่อง (ongoing care) บริการที่ผสมผสาน เข้าใจความต้องการของผู้ใช้บริการ (comprehensive care) และเป็นหน่วยที่ประสานการบริการกับบริการเฉพาะทางอื่น หรือบริการทางสังคมอื่นที่เกี่ยวข้อง (coordinated care) (Starfield, 1992) นอกจากนี้บทบาทในการให้บริการระดับปฐมภูมิที่ควรมีเพิ่มเติม คือ จากลักษณะการรักษาพยาบาลแบบเดิมไปเป็นการมีบทบาทในเชิงรุก เน้นการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคของกลุ่มประชากร มีการให้บริการโดยที่พิจารณาปัญหาอย่างเป็นองค์รวม (Tuder -Hart, 1989) อ้างถึงใน สุพัตรา ศรีวิเศษชากร, 2542) บริการระดับปฐมภูมิ เป็นบริการที่ครอบคลุม ผสมผสาน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาลในผู้รับบริการที่ไม่มีปัญหาซับซ้อน และการฟื้นฟูสภาพในระดับพื้นฐานที่บุคคล ครอบครัว และชุมชน สามารถมีบทบาทในการดูแลได้ เป็นบริการที่มีจุดเน้นของการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค เป็นบริการที่เน้นความสัมพันธ์ ความเข้าใจที่เป็นด้านมนุษยสัมพันธ์ สังคม จิตวิทยา ดูแลครอบคลุม

ไปที่ครอบครัวและชุมชน (Rifat and Henrietta, 1996 อ้างถึงใน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2542)

2. แนวคิดบริการระดับปฐมภูมิในประเทศไทย

2.1 แนวคิดบริการระดับปฐมภูมิของโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

แนวคิดบริการระดับปฐมภูมิของโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข มีลักษณะที่เหมือนกันกับการให้ความหมายโดยองค์กรและบุคลากรในต่างประเทศ โดยบริการระดับปฐมภูมิ เป็นบริการด่านแรกที่ทำให้การดูแลสุขภาพที่ผสมผสานในบริการทั้ง 4 ด้าน มีการดูแลอย่างองค์รวม (holistic care) และต่อเนื่อง (contineous care) ตั้งแต่ก่อนป่วยจนถึงตาย ตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึงขณะป่วย และการดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่องหลังจากป่วยแล้ว (continuity) เป็นหน่วยประสานงาน และส่งต่อผู้รับบริการไปยังหน่วยงานอื่นเมื่อมีความจำเป็นต้องส่งต่อ (ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ, 2541 ; ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2542) เป็นบริการสุขภาพที่ให้บริการโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เป็นบริการสุขภาพที่ไม่ได้เน้นเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง แต่ให้ความสำคัญกับมิติทางสังคมและจิตวิทยา และการผสมผสานของบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นจุดเชื่อมต่อ (interface) ระหว่างระบบบริการสุขภาพกับประชาชน และใช้ชุมชนเป็นฐานในการจัดบริการ (community based service) (อารี วัลยะเสวี และคณะ, 2543)

2.2 แนวคิดบริการระดับปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข สุพัตรา ศรีวณิชชากร

(2542) กล่าวว่า สำหรับในประเทศไทย บริการระดับปฐมภูมิ หมายถึง การให้บริการที่สถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีบทบาททั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งมีบทบาทสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน แต่นำหนักของบทบาทจะเน้นไปที่การคัดกรองปัญหาสุขภาพที่ไม่ซับซ้อน โดยมีได้กล่าวถึงคุณลักษณะของการดูแลที่ผสมผสานอย่างเข้าใจความต้องการของผู้ใช้บริการ มิได้เน้นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจุดนี้ถือเป็นความแตกต่างกับแนวคิดบริการระดับปฐมภูมิในต่างประเทศ และแนวคิดบริการระดับปฐมภูมิของโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

2.3 แนวคิดบริการระดับปฐมภูมิของบุคลากรทางด้านกายภาพบำบัด ทศนา บุญทอง

(2542) ได้ให้ความหมายการพยาบาลในระดับปฐมภูมิ ในลักษณะที่สอดคล้องกับแนวคิดบริการระดับปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข ในลักษณะของการคัดกรองเบื้องต้น การดูแลรักษาผู้ที่เจ็บป่วยไม่รุนแรง ในภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การจัดการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและการฟื้นฟูสภาพ และการส่งต่อผู้เจ็บป่วยที่เกินศักยภาพการดูแล ให้ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม ซึ่งเป็นการผสมผสานในบทบาททั้ง 4 ด้าน และในขณะเดียวกัน

มีความสอดคล้องกับแนวคิดบริการระดับปฐมภูมิในต่างประเทศ และแนวคิดบริการระดับปฐมภูมิของโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ที่ว่าเป็นบริการสุขภาพสำหรับประชาชนทุกวัย ครอบคลุมประชาชนในความรับผิดชอบโดยทั่วถึง เน้นการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันความเจ็บป่วย โดยการส่งเสริมศักยภาพของประชาชนในการดูแลตนเอง และใช้ทรัพยากรในชุมชน รวมทั้งภูมิปัญญาท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การให้บริการระดับปฐมภูมิ ในประเด็นการเข้าถึงบริการ การส่งเสริมสุขภาพ ความร่วมมือของประชาชน และการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม

โดยสรุป แม้ว่าแนวคิดบริการระดับปฐมภูมิจะถูกให้ความหมายโดยองค์กรและบุคลากรหลายท่าน แต่แนวคิดบริการระดับปฐมภูมิในประเทศไทย สามารถสรุปได้เป็น 2 แนวคิด ซึ่งมีลักษณะที่เหมือนและแตกต่างกัน คือ แนวคิดของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นการดูแลที่ผสมผสานในบริการการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ และแนวคิดของโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ซึ่งนอกจากเป็นการดูแลที่ผสมผสานในบริการทั้ง 4 ด้านแล้วยังเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเป็นองค์รวมด้วย

ลักษณะการจัดบริการระดับปฐมภูมิในโรงพยาบาลชุมชน

จากแนวคิดบริการระดับปฐมภูมิในประเทศไทยที่ผู้วิจัยสรุปได้ว่ามี 2 แนวคิด ซึ่งมีความแตกต่างและเหมือนกัน ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาต่อถึงการนำเอาแนวคิดไปใช้ในการจัดบริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งสามารถสรุปลักษณะการจัดบริการระดับปฐมภูมิตาม 2 แนวคิดได้ดังนี้

1. การจัดบริการระดับปฐมภูมิในโรงพยาบาลชุมชนตามแนวคิดกระทรวงสาธารณสุข การจัดบริการระดับปฐมภูมิในโรงพยาบาลชุมชนตามแนวคิดของกระทรวงสาธารณสุขนั้น มีการให้บริการทั้งในและนอกโรงพยาบาล โดยมีหน่วยที่ทำหน้าที่ให้บริการระดับปฐมภูมิหลายหน่วย ซึ่งส่วนใหญ่แยกกันในการให้บริการทั้ง 4 ด้าน โดยบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค การรักษาพยาบาล มีหน่วยงานให้บริการด้านนี้โดยตรง ที่ไม่มีการเชื่อมโยงกัน ส่วนบริการด้านการฟื้นฟูสภาพ ไม่มีผู้มีทักษะในการให้บริการดังกล่าว แต่มีการจัดบริการฟื้นฟูสภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง มีระบบรับผิดชอบประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ซึ่งมีทั้งงานเชิงรับและเชิงรุก ผู้ให้บริการมีทั้งแพทย์ พยาบาล ไม่นับเป็นทีมประจำที่ให้บริการต่อเนื่อง จำนวนผู้ให้บริการขึ้นกับปริมาณงานและขนาดสถานที่ ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีทักษะหลักในการรักษาพยาบาล (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2542)

บทบาทในการให้บริการตามการจัดบริการดังกล่าว คือ การตรวจวินิจฉัย และให้การบำบัดรักษาผู้รับบริการในขีดความสามารถระดับปฐมภูมิ ทดดิยภูมิเป็นหลัก ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล ศึกษานโยบาย วิเคราะห์สถานการณ์ จัดทำแผนงานโครงการ และดำเนินการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนอย่างผสมผสาน โดย 1) ให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การบริการอนามัยแม่และเด็ก งานให้ภูมิคุ้มกันโรค งานวางแผนครอบครัว งานอนามัยโรงเรียน งานโภชนาการ งานสุขศึกษา งานส่งเสริมสุขภาพจิต การดำเนินการให้บริการทั้งในและนอกสำนักงาน โดยเน้นการครอบคลุมประชากรในเขตรับผิดชอบ หรือตำบลที่ตั้ง 2) การควบคุมและป้องกันโรค ได้แก่ การให้บริการงานสุขาภิบาลทั่วไป งานอนามัยสิ่งแวดล้อม งานควบคุมและป้องกันโรค และงานเฝ้าระวังโรค เป็นต้น 3) ด้านการรักษาพยาบาล และด้านการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ การบริการงานรักษาพยาบาลทั่วไป งานรักษาพยาบาลในหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ งานรักษาพยาบาลทางวิทย์ งานชันสูตรสาธารณสุข งานเภสัชกรรม งานทันตกรรมบำบัด เป็นต้น ซึ่งมีการดำเนินการให้บริการทั้งในและนอกโรงพยาบาล โดยให้บริการครอบคลุมทั้งอำเภอ การให้บริการตามระบบส่งต่อผู้รับบริการเพื่อตรวจรักษาต่อโดยจัดดำเนินการสำหรับผู้รับบริการทุกประเภท (กองสาธารณสุขภูมิภาค, 2539 ; เรณูวรรณหาญวาทย์, 2540)

2. การจัดบริการระดับปฐมภูมิในโรงพยาบาลชุมชนตามแนวคิดโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข แนวคิดที่เป็นหลักการหรือปรัชญาสำคัญในการทำให้ประชาชนพึ่งตนเองได้มีส่วนร่วม และมีการจัดบริการที่สอดคล้องกับสังคม วัฒนธรรมของชุมชน และประชาชนเข้าถึงได้ เป็นประเด็นสำคัญที่ยึดถือต่อมา จากการวิเคราะห์ ที่พบว่า ไม่มีโครงสร้างการให้บริการระดับปฐมภูมิใดที่มีคุณภาพ มีการบริการแบบผสมผสาน ต่อเนื่อง องค์กรวม และครอบคลุมประชากรได้ดี จึงได้มีการจัดบริการลักษณะใหม่ขึ้นในโรงพยาบาลชุมชน นั่นคือ ลักษณะบริการที่นำเอาศาสตร์ของงานเวชปฏิบัติครอบครัวมาใช้ เริ่มดำเนินการแห่งแรกที่พื้นที่เขตจังหวัดอยุธยา และขยายการทดลองการดำเนินงานในพื้นที่อื่นเพิ่มเติม ได้แก่ ในจังหวัดขอนแก่น จังหวัดยโสธร จังหวัดพะเยา และจังหวัดสงขลา ซึ่งจังหวัดดังกล่าวอยู่ในพื้นที่ของการปฏิรูป ปัจจุบันแนวคิดดังกล่าวได้มีการขยายไปสู่พื้นที่นอกเขตการปฏิรูปในหลายๆจังหวัด เนื่องจากหลังมีการประเมินผลในเรื่องคุณภาพบริการ พบว่า ทำให้คุณภาพบริการดีขึ้น ประชาชนมีความพึงพอใจในระบบบริการดังกล่าว (วันดี แสงเจริญ, 2543) และจากนโยบายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 และแนวโน้มของแผน 9 ที่ต้องการให้มีการดำเนินงานบริการระดับปฐมภูมิแบบใหม่ในโรงพยาบาลชุมชน

จากประสบการณ์การศึกษาดูงานการให้บริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่การปฏิรูป พบว่า แนวคิดการให้บริการระดับปฐมภูมิที่นำเอาศาสตร์ของงานเวชปฏิบัติครอบครัสมาใช้ในแต่ละพื้นที่ มีความคล้ายคลึงกัน คือ รูปแบบระบบบริการสาธารณสุขแบบบูรณาการ ซึ่งมีลักษณะที่ว่าปัญหา สุขภาพทั้งหมดต้องได้รับการดูแล ไม่มีช่องว่างในบทบาทหน้าที่ของสถานบริการในแต่ละระดับ มีการแบ่งระดับสถานบริการเป็นสถานบริการด่านแรก และระดับโรงพยาบาล แต่ละหน่วย ของสถานบริการมีลักษณะจำเพาะและลักษณะเด่นเป็นของตนเอง มีการให้บริการทั้งที่เป็นคุณภาพ เชิงสังคมและเชิงเทคนิคบริการ มีการเชื่อมโยงของข้อมูลเมื่อมีการส่งต่อผู้รับบริการจาก สถานบริการหนึ่งไปยังอีกแห่งหนึ่ง (ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ, 2541) และมีรูปแบบเป็น การบริการที่ดี ที่เป็นลักษณะ 1) บริการที่ผสมผสาน 2) บริการที่ต่อเนื่อง และ 3) บริการที่เป็น องค์กรร่วม (ขงบุทท พงษ์สุภาพ, 2541)

แนวคิดดังกล่าว ถูกนำมาประยุกต์ใช้ให้เกิดความเหมาะสม สอดคล้องกับพื้นที่ใน การให้บริการของโรงพยาบาลชุมชน โดยมีเป้าหมายเดียวกัน คือ ต้องการให้ได้บริการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ เสมอภาค และมีความโปร่งใส สังคม ชุมชน สามารถตรวจสอบได้

เพื่อให้ได้บริการตามลักษณะแนวคิดดังกล่าว ซึ่งหมายถึง บริการที่มีคุณภาพ หน่วยที่ ทำหน้าที่ให้บริการ อันหมายถึง ตัวอาคารส่วนใหญ่จึงไม่ได้เน้นการตั้งอยู่ในโรงพยาบาล แต่เน้นความสะดวก เข้าถึงง่าย ระบบไม่ซับซ้อน อยู่ใกล้ชิดชุมชนที่รับผิดชอบ หากอยู่ใน โรงพยาบาล จะเป็นมุมเฉพาะที่สามารถให้บริการได้เบ็ดเสร็จ ไม่ต้องใช้บริการหลายจุด เพื่อที่จะให้ ประชาชนเข้าถึงบริการได้มากที่สุด และมีการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลในลักษณะเป็นที่พึ่ง ของกันและกันในเรื่องของข้อมูลเมื่อมีการส่งต่อผู้รับบริการ การให้คำปรึกษากรณีที่ต้องการปรึกษา แพทย์เฉพาะทาง และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษต่างๆ เช่น การเอ็กซเรย์ (x-ray) อัลตราซาวด์ (ultrasound) เป็นต้น

ทีมผู้ให้บริการในหน่วยงานดังกล่าวมีทั้งแพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่นๆร่วมกัน ให้บริการโดยเน้นให้บุคลากรผู้ให้บริการมีความรู้สหสาขา สามารถปฏิบัติงานต่างๆ ได้หลาย บทบาทหน้าที่ในขณะเดียวกัน (polyvalent team) จากประสบการณ์การศึกษาดูงานในพื้นที่ปฏิรูป ใน 5 จังหวัดของประเทศไทย พบว่า บุคลากรที่มีบทบาทในการทำหน้าที่ดังกล่าว คือ พยาบาล วิชาชีพ อาจเนื่องมาจากสถานการณ์ในโรงพยาบาลชุมชน แพทย์มีการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ชุมชนประมาณ 2-3 ปี ก็มักมีการโยกย้าย หรือไปศึกษาต่อเพื่อเป็นแพทย์เฉพาะทาง โรงพยาบาล ชุมชนจึงเป็นเพียงสถานที่ปฏิบัติงานชั่วคราวของแพทย์ ส่วนพยาบาลถือเป็นบุคลากรกลุ่มใหญ่สุด ของโรงพยาบาลชุมชน และมักจะเป็นคนในท้องถิ่นนั่นเอง มีการโยกย้ายสถานที่ทำงานน้อยกว่า แพทย์ มีความใกล้ชิดชุมชนมากกว่า รู้แหล่งประโยชน์ในชุมชน (อำพล จินดาวัฒนะ และคณะ,

2542) ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถทำให้เกิดการดูแลที่เป็นองค์รวม และมีความต่อเนื่องได้ตามแนวคิด การให้บริการระดับปฐมภูมิ

สำหรับลักษณะการให้บริการมีทั้งในสถานบริการ และนอกสถานบริการ บริการมีทั้ง คั่งรับและเชิงรุก 1) บทบาทและกิจกรรมการให้บริการในสถานบริการ ได้แก่ การตรวจสุขภาพ การตรวจรักษา การส่งเสริมสุขภาพ เช่น การดูแลด้านโภชนาการ การดูแลสุขภาพหญิงมีครรภ์ การดูแลเด็ก ผู้สูงอายุ การป้องกันโรค เช่น การให้ภูมิคุ้มกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ การให้บริการ ทางด้านการรักษาโรค (curative service) โดยไม่กำหนดว่าจะเป็นโรคนำๆ หรือโรคที่ซับซ้อน 2) การให้บริการนอกสถานพยาบาล หรือการเยี่ยมบ้าน มีการให้บริการการดูแลติดตามคนไข้ โรคเรื้อรัง (care and active follow up chronic patients) ซึ่งมีความต้องการการรักษา และจำเป็นต้อง ดูแลต่อเนื่องตลอดชีวิต การให้การดูแลและติดตามกลุ่มเสี่ยง (care and active follow up high risk group) ในชุมชนต้องกำหนดออกมาให้ได้ ว่ากลุ่มเสี่ยงมีอะไรบ้าง สำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี หญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีในทุกชุมชนอยู่แล้ว ซึ่งสามารถให้การดูแลได้ ตลอดเวลา เช่น การจัดบริการสุขภาพเด็กดี (well baby clinic) จำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจของ ชุมชน เรื่องความต่อเนื่องของการรับบริการ เนื่องจากความต้องการของแต่ละชุมชนจะแตกต่างกัน

นอกจากนี้ยังมีการผสมผสานการให้บริการอื่นๆเข้าไปด้วย เช่น สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การณรงค์ต่างๆซึ่งเป็นกระบวนการที่ค่อยเป็นค่อยไป และเป็นผลที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่าง สถานบริการกับชุมชน (ขงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2541)

นอกจากที่กล่าวมา ในการจัดบริการแบบนี้ เพื่อช่วยให้ได้การบริการระดับปฐมภูมิที่มี คุณภาพ ยังต้องมีระบบที่ช่วยเพิ่มความเข้มแข็งให้กับการให้บริการ ซึ่งประกอบด้วย 1) การขึ้นทะเบียน มีประชากรเป้าหมายที่ไม่มากเกินไป และไม่น้อยเกินไป มีการกำหนดสัดส่วน ที่เหมาะสม สอดคล้องกับจำนวนผู้ให้บริการ คือ ประชากรเป้าหมายประมาณ 3,000 - 5,000 คน ต่อพื้นที่รับผิดชอบ และมีการขึ้นทะเบียนประชากรกลุ่มเป้าหมาย 2) ระบบข้อมูล เป็นการรวบรวม ข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นของประชาชนที่ขึ้นทะเบียนไว้อย่างเป็นระบบ ง่ายต่อการเรียกใช้ อาจจัดเก็บ ในรูปของแฟ้มครอบครัว หรือพัฒนาใส่ในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ 3) ระบบการเงิน มีการพัฒนา ระบบการเงินให้เอื้อต่อการใช้บริการ 4) การมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกและชุมชน ซึ่งช่วยให้เกิด ความเชื่อมั่นระหว่างผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และชุมชน การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน ช่วยให้เกิด การดูแลที่ต่อเนื่อง และเป็นองค์รวมได้ง่ายขึ้น (ขงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2541)

จากที่กล่าวมา จึงพอที่จะสรุปได้ว่า ลักษณะการจัดบริการระดับปฐมภูมิใน โรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทยมี 2 ลักษณะ คือ 1) ลักษณะการจัดบริการการดูแลแบบเคมิตตาม แนวคิดของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีการจัดบริการทั้งในและนอกโรงพยาบาล ที่แยกส่วนกันใน

การให้บริการ โดยมีทั้งจัดบริการเน้นบริการตรวจและรักษาพยาบาล จัดบริการเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และสำหรับผู้มีปัญหาทางด้านจิตใจ มีการจัดบริการนี้โดยเฉพาะในรูปของคลินิกให้คำปรึกษา 2) การจัดบริการระดับปฐมภูมิตามแนวคิดของโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ซึ่งมีลักษณะเป็นบริการด่านแรกในชุมชน ที่ให้การดูแลแบบผสมผสานในบริการทั้ง 4 ด้าน มีความต่อเนื่องและเป็นองค์รวม มีการดำเนินงานมุ่งให้เกิดความยั่งยืน และยึดหลักการเข้าถึงบริการ

สำหรับสถานการณ์การจัดบริการระดับปฐมภูมิในโรงพยาบาลชุมชนเขตจังหวัดพัทลุง ในปัจจุบัน พบว่า มีการจัดบริการระดับปฐมภูมิในโรงพยาบาลชุมชนเป็น 2 รูปแบบ เช่นกัน คือ การจัดบริการตามรูปแบบเดิมที่มีมานาน ตามแนวคิดของกระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ และอีกส่วนหนึ่งในบางโรงพยาบาลได้มีการนำเอาการจัดบริการระดับปฐมภูมิใหม่ ตามแนวคิดของโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขมาร่วมให้บริการ จัดบริการในลักษณะของคลินิกชุมชน ซึ่งมีความสมบูรณ์ในการจัดบริการน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับลักษณะการจัดบริการที่เป็นอยู่ตามทฤษฎี

3. บทบาทพยาบาลในการให้บริการระดับปฐมภูมิในโรงพยาบาลชุมชน

บทบาทพยาบาลที่ถูกกำหนดในเชิงวิชาชีพ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ (กองการพยาบาล, 2539) ส่วนบทบาทตามแนวคิดการจัดบริการระดับปฐมภูมิในโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 2 รูปแบบ ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ โดยในรูปแบบเดิมตามแนวคิดของกระทรวงสาธารณสุข ใช้การวิเคราะห์บทบาทพยาบาลจากลักษณะงานที่กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข (2541) กำหนดให้พยาบาลปฏิบัติ ส่วนบทบาทพยาบาลตามแนวคิดการจัดบริการระดับปฐมภูมิของโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ยังไม่มีการกำหนดบทบาทที่ชัดเจน เนื่องจากต้องการให้เกิดการปฏิบัติบทบาทที่เหมาะสมในแต่ละพื้นที่ ซึ่งอาจมีการปฏิบัติบทบาทที่แตกต่างกันได้ ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมวิเคราะห์จากการศึกษาการจัดบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่การปฏิรูปในจังหวัดต่างๆ รวมทั้งการศึกษานำร่องกับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คน ในพื้นที่การปฏิรูปของโรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลา ซึ่งพบว่า พยาบาลยังคงมีการปฏิบัติบทบาทเดิมส่วนหนึ่งที่สอดคล้องกับแนวคิดการจัดบริการระดับปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข และมีการปฏิบัติบทบาทบางบทบาทเพิ่มเติมที่แตกต่างออกไป เพื่อให้เกิดการดูแลที่ผสมผสาน เป็นองค์รวม มีความต่อเนื่องได้มากที่สุด

ผลการวิเคราะห์ ผู้วิจัยได้สรุปบทบาทพยาบาลในการให้บริการระดับปฐมภูมิในโรงพยาบาลชุมชนเป็น 14 บทบาท ได้แก่ 1) ผู้คัดกรอง 2) ผู้รักษาพยาบาลเบื้องต้น 3) ผู้ส่งต่อ

4) ผู้ติดตามประเมินผล 5) ผู้ให้ความรู้ 6) ผู้ให้คำปรึกษา 7) ผู้ป้องกันโรค 8) ผู้ให้บริการวางแผนครอบครัว 9) ผู้ฟื้นฟูสภาพ 10) ผู้ประสานความร่วมมือ 11) ผู้สนับสนุนกิจกรรมสุขภาพในชุมชน 12) ผู้วางแผนสำรวจชุมชน 13) ผู้จัดระบบข้อมูลข่าวสาร และ 14) ผู้ติดตามเยี่ยม ซึ่งบทบาททั้ง 14 บทบาทนี้ ส่วนใหญ่เป็นบทบาทที่มีความสอดคล้องกับบทบาทที่ถูกกำหนดตามวิชาชีพ และบทบาทที่ถูกกำหนดตามแนวคิดการจัดบริการระดับปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกำหนดให้พยาบาลมีการปฏิบัติบทบาท 4 ด้าน เหมือนกัน บทบาทสำคัญที่เพิ่มเติมมาตามแนวคิดของโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข คือ บทบาทผู้จัดระบบข้อมูลข่าวสาร และบทบาทผู้ติดตามเยี่ยม ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอเปรียบเทียบบทบาทที่ได้จากการวิเคราะห์ เพื่อชี้ให้เห็นถึงความแตกต่าง และความสอดคล้องกันในรายละเอียดด้านต่างๆ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 สรุปบทบาทพยาบาลตามแนวคิดและลักษณะการให้บริการระดับปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุขและโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

บทบาทพยาบาล	แนวคิดและลักษณะการให้บริการระดับปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2541)	แนวคิดและลักษณะการให้บริการระดับปฐมภูมิของโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
<p>1. การรักษาพยาบาล</p> <p>1.1 ผู้คัดกรอง</p> <p>ลักษณะการปฏิบัติ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมิน คัดกรองความเจ็บป่วยของประชาชนตามความรุนแรงของการเจ็บป่วยเพื่อการรักษาพยาบาล - ประเมิน วินิจฉัยโรค หรือความเจ็บป่วยของประชาชนในการให้บริการรักษาพยาบาลเชิงรุก 	<ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติเหมือนกัน เน้นการเชื่อมโยงปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม
<p>1.2 ผู้รักษาพยาบาลเบื้องต้น</p> <p>ลักษณะการปฏิบัติ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติการรักษาพยาบาลในคลินิกบริการแก่ประชาชนในชุมชนตามขีดความสามารถ - รักษาพยาบาลเชิงรุก แก่ผู้ป่วยทุกประเภทในวงศรัศมีขอบ 	<ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติเหมือนกัน แต่เน้นการรักษาพยาบาลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เชื่อมโยงกับระบบข้อมูลที่มีอยู่เกี่ยวกับเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม
<p>1.3 ผู้ส่งต่อ</p> <p>ลักษณะการปฏิบัติ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาในกรณีที่เกิดความสามารถ - ส่งต่อผู้ป่วยจากการจัดการรักษาพยาบาลเชิงรุก เพื่อรับการรักษาที่เหมาะสมระบบ 	<ul style="list-style-type: none"> - ส่งต่อผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยรุนแรงไปรับการรักษาในโรงพยาบาล
<p>1.4 ผู้ติดตาม ประเมินผล</p> <p>ลักษณะการปฏิบัติ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามผลการรักษาผู้ป่วยที่เจ็บป่วย ดูแลช่วยเหลือในการปรับตัว และการดูแลตนเองของผู้ป่วย และในระยะพักฟื้น 	<ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติเหมือนกัน

ตาราง 1 (ต่อ)

<p>บทบาทพยาบาล</p>	<p>แนวคิดและลักษณะการจัดการระดับปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2541)</p>	<p>แนวคิดและลักษณะการจัดการระดับปฐมภูมิของโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข</p>
<p>2. การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค</p> <p>2.1 ผู้คัดกรองลักษณะการปฏิบัติ</p>	<p>- ติดตามผลการรักษาผู้ป่วยจากกาจัดการบริการรักษาพยาบาลเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติมาก - ตรวจวินิจฉัยและประเมินความผิดปกติของหญิงระยะตั้งครรภ์ - ตรวจวินิจฉัยและประเมินความผิดปกติของทารก - ตรวจสอบสุขภาพทั่วไป ตรวจพัฒนาการ และชั่งน้ำหนักเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี - ตรวจวินิจฉัยและประเมินความผิดปกติของหญิงระยะหลังคลอด - ประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการวางแผนครอบครัวทุกราย - ตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และประเมินความผิดปกติของผู้สูงอายุ - ตรวจวินิจฉัย และประเมินภาวะความผิดปกติของประชาชนวัยหลังเจริญพันธุ์ - ตรวจร่างกายเบื้องต้นแก่ผู้ที่จะสมรสหรือผู้สมรสใหม่ตามความต้องการและปัญหา - ตรวจสอบสุขภาพเด็กนักเรียน ในโรงเรียน - ตรวจคัดกรอง และวินิจฉัย ผู้ที่มีปัญหาภาวะโภชนาการของกลุ่มเป้าหมาย 0-5 ปีในชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติเหมือนกัน เพิ่มเติมการคัดกรองหากกลุ่มเสี่ยงอื่นที่มีอยู่ในชุมชนโดยใช้ข้อมูลทางระบาดวิทยาช่วย (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2542) - ในการคัดกรองมีการค้นหาปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เพื่อประเมินสภาพปัญหาอย่างองค์รวม (สำโรง แหียงกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ, 2545) - การชั่งน้ำหนักและการตรวจพัฒนาการเด็กเชื่อมโยงกับการให้ความรู้แก่มารดาในเรื่องโภชนาการ การให้นมมารดา และเชื่อมโยงกับบทบาทการวางแผนครอบครัว (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2542)

ตาราง 1 (ต่อ)

บทบาทพยาบาล	แนวคิดและลักษณะการบริการระดับปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2541)	แนวคิดและลักษณะการบริการระดับปฐมภูมิของโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
<p>2.2 ผู้ให้ความรู้</p> <p>ลักษณะการปฏิบัติ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - คัดกรอง วินิจฉัย ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน ประเมินภาวะสุขภาพจิต และการปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมทางสังคม - คัดกรอง วินิจฉัย ผู้ที่มีปัญหาความพิการ ประเมินภาวะสุขภาพ และการปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมทางสังคม - ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนแก่หญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดรวมทั้งสามี และครอบครัว ให้มีส่วนร่วมในการเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติหน้าที่ถูกต้องของหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด และการดูแลทารก - ให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการของเด็ก 0- 5 ปี - ให้โภชนาการเกี่ยวกับการสร้างบริ โภคนิสัยที่ถูกต้อง แก่กลุ่มเป้าหมาย และกลุ่มเสี่ยง - ให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยแก่ครูอนามัย โรงเรียน - ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและจิตวิทยาแก่เด็กนักเรียน และเยาวชน - สึกอบรมผู้นำเด็กนักเรียน (อสร.) และเยาวชนใน โรงเรียน (ยสร.) - สึกอบรม และ ให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนให้รู้จักประเมินสุขภาพเพื่อส่งเสริมและแก้ไขปัญหามือตนเอง หรือขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่กรณีที่มีปัญหาห่างยากซับซ้อน - ให้ความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษา และการวางแผนครอบครัวแก่กลุ่มเป้าหมาย 	<p>- ปฏิบัติเหมือนกัน ครอบคลุมทั้งบุคคล ครอบครัว และชุมชน และเพิ่มการให้ความรู้กับกลุ่มเสี่ยงอื่นที่มีอยู่ในชุมชน</p>

ตาราง 1 (ต่อ)

<p>บทบาทพยาบาล</p>	<p>แนวคิดและลักษณะการให้บริการระดับปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2541)</p> <p>ในพื้นที่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ฝึกอบรม และให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข คนเรียน และประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับ การส่งเสริมสุขภาพจิต เพื่อการเฝ้าระวัง และแก้ไขพฤติกรรมที่เสี่ยง - ให้ความรู้กับผู้ป่วย บุคคลในครอบครัว ชุมชน และผู้ดูแลผู้ป่วย ให้มีส่วนร่วมในการเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติหน้าที่ของผู้สูงอายุ - ให้ความรู้แก่ครอบครัวให้เกิดความเข้าใจ และยอมรับภาวะสุขภาพของผู้มีปัญหาสุขภาพจิต สนับสนุนการปฏิบัติตามแผนการรักษาและการฟื้นฟูสภาพจิต - ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และครอบครัวเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น แผนการรักษาของแพทย์ วิธีการปฏิบัติตนเอง สวัสดิ์และสิทธิปฏิบัติวิธีการดูแลตนเองตามสภาพปัญหา - ให้ความสำคัญ และให้คำแนะนำ แก่เด็กนักเรียนในการตรวจสอบสุขภาพเด็กนักเรียน - ให้ความสำคัญ ด้านการวางแผนครอบครัวแก่ประชากรวัยเจริญพันธุ์ และเลือกวิธีการวางแผนครอบครัวแก่คู่สมรสและประชากรวัยเจริญพันธุ์ - ให้ความสำคัญปัญหาที่เกิด อากาการข้างเคียงของวิธีการวางแผนครอบครัว 	<p>แนวคิดและลักษณะการให้บริการระดับปฐมภูมิของโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข</p>
<p>2.3 ผู้ให้คำปรึกษา ลักษณะการปฏิบัติ</p>	<p>- ปฏิบัติเหมือนกัน รวมทั้งให้คำปรึกษาในผู้รับบริการทั่วไป</p>	

ตาราง 1 (ต่อ)

บทบาทพยาบาล	แนวคิดและลักษณะการจั้บริการระดับปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2541)	แนวคิดและลักษณะการจั้บริการระดับปฐมภูมิของโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
<p>2.4 ผู้ป้องกันโรค</p> <p>ลักษณะการปฏิบัติ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ความสำคัญประชาชนวัยหลังเจริญพันธุ์เกี่ยวกับกรปฏิบัติตนที่ถูกต้อง - ให้ความสำคัญแก่ผู้มีปัญหาเฉพาะโรค และบุคคลที่อยู่ในภาวะเสี่ยง โดยผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรกรให้บริการ ให้คำปรึกษา 	<ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติเหมือนกัน - เพิ่มการเฝ้าระวังโรคติดต่อ โดยเฉพาะข้อมูลทางระบาดวิทยามาช่วย
<p>2.5 ผู้ให้บริการวางแผนครอบครัว</p> <p>ลักษณะการปฏิบัติ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามตามโปรแกรมการฉีดวัคซีนขั้นพื้นฐาน ในเด็ก 0-5 ปี และ เด็กวัยรุ่น - ติดตามวัคซีนในหญิงวัยเจริญพันธุ์ และหญิงตั้งครรภ์ 	<ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติเหมือนกัน
<p>2.6 ผู้ส่งต่อ</p> <p>ลักษณะการปฏิบัติ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ให้บริการวางแผนครอบครัว โดยวิธีที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและความต้องการของผู้ใช้บริการ - ส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ มารดาหลังคลอด เพื่อการรักษที่เหมาะสมในรายที่เกินขีดความสามารถ - ส่งต่อทารก เพื่อการรักษาที่เหมาะสมในรายที่เกิดขีดความสามารถ - ส่งต่อเด็ก 0-5 ปี เพื่อการแก้ไขปัญหาพัฒนาการที่ไม่เป็นไปตามวัย - ส่งต่อเด็กนักเรียนที่เจ็บป่วยเพื่อการแก้ไขที่เหมาะสม - ส่งต่อหญิงวัยเจริญพันธุ์เพื่อการดูแลรักษาที่เหมาะสมในรายที่เกิดขีดความสามารถ 	<ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติเหมือนกัน - ปฏิบัติเหมือนกัน

ตาราง 1 (ต่อ)

บทบาทพยาบาล	แนวคิดและลักษณะการจัดการระดับปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2541)	แนวคิดและลักษณะการจัดการระดับปฐมภูมิของโครงการปฏิบัติการระบบบริการสาธารณสุข
<p>2.7 ผู้ติดตาม ประเมินผล ลักษณะการปฏิบัติ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ส่งต่อผู้สูงอายุเพื่อการดูแลรักษาที่เหมาะสมในรายที่เกินขีดความสามารถ - ส่งต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในรายที่มีปัญหารุนแรง - ส่งต่อเด็ก 0- 5 ปีเพื่อการแก้ไขปัญหาโภชนาการในรายที่จำเป็น - ติดตาม ประเมินผลเกี่ยวกับการปฏิบัติของหญิงตั้งครรภ์ มารดาหลังคลอด ในรายปกติ และผิดปกติที่บ้าน - ติดตาม ประเมินผลการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพแก่เด็กวัยเรียนอย่างต่อเนื่อง - ติดตาม ประเมินผล แก้ไขเพิ่มเติมส่วนขาดในการปฏิบัติงานของผู้มีผู้นำนักเรียน - ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานกิจกรรมกลุ่มของเยาวชนอย่างต่อเนื่อง - ติดตาม ประเมินความต่อเนื่อง ในการวางแผนครอบครัว - ติดตาม ประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง - ติดตามความครอบคลุม ในการได้รับวัคซีนของกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง - ติดตาม ดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต แก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์และแผนการพยาบาล 	<ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติเหมือนกัน

ตาราง 1 (ต่อ)

<p>บทบาทพยาบาล</p>	<p>แนวคิดและลักษณะการจัดบริการระดับปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2541)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ติดตาม ประเมินผลผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิต - ติดตาม ประเมินผลผู้มีปัญหาความพิการ - ติดตามผล และสรุปผลการให้บริการรักษาอย่างต่อเนื่อง 	<p>แนวคิดและลักษณะการจัดบริการระดับปฐมภูมิของโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข</p>
<p>3. การฟื้นฟูสภาพ</p> <p>3.1 ผู้ฟื้นฟูสภาพ</p> <p>ลักษณะการปฏิบัติ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ฟื้นฟูสภาพหญิงหลังคลอดและทารกในรายที่มีปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจตามปัญหาและความต้องการ - ฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุในรายที่มีปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจตามปัญหาและความต้องการ - ให้บริการฟื้นฟูสภาพเชิงรุก แก่บุคคลในครอบครัว 	<ul style="list-style-type: none"> - ฟื้นฟูสภาพขั้นพื้นฐานในผู้ป่วยเรื้อรัง โดยการทำกายภาพบำบัดในต่างๆ (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2542)
<p>4. ผู้ประสานความร่วมมือ</p> <p>ลักษณะการปฏิบัติ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ร่วมมือกับครู พบผู้ปกครองนักเรียน ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังเพื่อให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา - ร่วมมือกับครูวางแผน และดำเนินการตรวจสอบสุขภาพทั่วไป ให้บริการปรึกษาแนะนำ ช่วยเหลือ และแก้ไขปัญหที่พบ - ร่วมมือกับครูจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ - ประชุมชี้แจง และอบรมครูเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กวัยเรียน 	<ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติเหมือนกัน เพิ่มความร่วมมือกับบุคคลและหน่วยงานที่มีอยู่ในชุมชน ในการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ รวมทั้งการตรวจสอบการให้บริการ

<p>บทบาทพยาบาล</p>	<p>แนวคิดและลักษณะการจัดการระดับปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2541)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร่วมมือกับครูคัดเลือก และฝึกอบรมนักเรียนให้เป็นผู้นำในการดูแลสุขภาพอนามัย - ร่วมมือกับครูติดตาม สนับสนุน ประเมินผล และแก้ไขเพิ่มเติมส่วนขาดในการปฏิบัติงานของผู้นำนักเรียน - ประสานการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ เพื่อการรักษาที่เหมาะสม 	<p>แนวคิดและลักษณะการจัดการระดับปฐมภูมิของโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข</p>
<p>5. ผู้สนับสนุนกิจกรรมสุขภาพในชุมชน</p> <p>ลักษณะการปฏิบัติ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนให้มีการจัดตั้งกลุ่มหรือคณะกรรมการเยาวชนเพื่อการทำกิจกรรมกลุ่มส่งเสริมสุขภาพในชุมชน - สนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมบำนาญเป็นรายกลุ่ม และรายบุคคลให้กับผู้สูงอายุตามสภาพของผู้สูงอายุ - ปฏิบัติปีละครั้ง 	<p>-ปฏิบัติเหมือนกัน</p>
<p>6. ผู้วางแผน ดำรงชุมชน</p> <p>ลักษณะการปฏิบัติ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - วางแผน ดำรงประชากรกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ตามงานที่รับผิดชอบ ได้แก่ หญิงมีครรภ์, หญิงหลังคลอด, เด็กเกิดใหม่, เด็ก 0-5 ปี, เด็กนักเรียน, หญิงวัยเจริญพันธุ์, ผู้สูงอายุ เป็นต้น 	<ul style="list-style-type: none"> -ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง - ดำรงข้อมูลประชากรทุกคนในทุกครัวเรือน โดยเก็บข้อมูลประชากร สังคมและเศรษฐกิจ เช่น รายชื่อ จำนวนสมาชิก แยกเป็นรายครอบครัว บ้านที่กสสถานะเศรษฐกิจ แยกตามสิทธิพิเศษในการรักษาพยาบาล วันเดือนปีเกิด เพื่อทราบอายุและข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ลักษณะบ้าน วัตถุประสงค์บ้านที่อยู่ ในเขตรับผิดชอบ ค้นหาปัญหาสุขภาพในครอบครัวนั้นๆ ดำรงความคิดเห็นในการเปิดบริการ และวิธีการ

ตาราง 1 (ต่อ)

บทบาทพยาบาล	แนวคิดและลักษณะการให้บริการระดับปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2541)	แนวคิดและลักษณะการให้บริการระดับปฐมภูมิของโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
<p>7. ผู้จัดระบบข้อมูลข่าวสาร ลักษณะการปฏิบัติ</p> <p>8. ผู้ติดตามเยี่ยม</p> <p>ลักษณะการปฏิบัติ</p>	<p>-</p> <p>- ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน</p>	<p>จ่ายเงินให้กับหน่วยบริการ</p> <p>- สํารวจประชากรอย่างต่อเนื่อง เพื่อทราบข้อมูลบางอย่างเพิ่มเติม เช่น คนย้ายเข้า ย้ายออก คนเกิดใหม่ คนเสียชีวิต ทั้งในขณะปฏิบัติงานในคลินิกบริการ และการติดตามเยี่ยมบ้าน (งยพท พงษ์สุภาพ, 2542)</p> <p>- ให้การบันทึกเป็นเพิ่มอนามัยครอบครัว บัตรสรุปสภาวะสุขภาพ ที่สำคัญ บัตรปฏิบัติการ เพิ่มปฏิทินวันนัดสำหรับเก็บบัตรปฏิบัติการ และสมุดประจำตัวผู้ป่วย ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของประชากรกลุ่มต่างๆ (งยพท พงษ์สุภาพ, 2542)</p> <p>- ติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยงในกรณีผิคนัดเกิน 7 วัน ในหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนคลอด ไปจนกระทั่งหลังคลอด</p> <p>- ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล</p> <p>- ติดตามเยี่ยมคนปกติระยะครึ่ง</p> <p>- ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่แพทย์คิดว่าจำเป็นต้องส่งกวดการต่อ เพื่อทราบข้อมูลที่จำเป็นในการให้การดูแลต่อ เช่น ผู้ป่วยโรคหอบหืด</p>

ตาราง 1 (ต่อ)

<p>บทบาทพยาบาล</p>	<p>แนวคิดและลักษณะการจัดการระดับปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2541)</p>	<p>แนวคิดและลักษณะการจัดการระดับปฐมภูมิของโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข</p>
		<p>เด็กมีใช้สูงและอาเจียน</p> <ul style="list-style-type: none"> - คิดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่ได้รับการอนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยหลังการผ่าตัด เพื่อดูภาวะแทรกซ้อน - คิดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกรณีผิดนัดเกิน 7 วัน - คิดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควบคุมได้ไม่ดี เช่น ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก หรือระดับความดันโลหิตสูงมาก เพื่อเข้าใจเกี่ยวกับครอบครัว พฤติกรรม ตลอดจนสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยให้มากขึ้น เพื่อปรับกลยุทธ์ในการดูแลผู้ป่วย - คิดตามเยี่ยมคนชราและผู้พิการที่มารับบริการที่สถานบริการลำบาก เพื่อทำกายภาพบำบัด ให้กำลังใจ - คิดตามเพื่อเก็บส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น เลือด ปัสสาวะ เสมหะ เมื่อจำเป็น - คิดตามให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ช่วยเหลือต่างๆ เช่น สายใส่อาหาร สายสวนปัสสาวะ <p>(ขงุทธ พงษ์สุภาพ, 2542 ; เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และ ศาวิตรี ถิมชัยอรุณเรือง, 2543 ; วันดี แสงเจริญ, 2543)</p>

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติบทบาทพยาบาล เพื่อทำการรวบรวมรายละเอียดเกี่ยวกับการปฏิบัติบทบาทพยาบาลในการให้บริการระดับปฐมภูมิในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเกี่ยวข้องกับบทบาทที่ได้จากการวิเคราะห์ ทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศ ซึ่งสามารถรวบรวมได้ดังนี้

1. บทบาทการเป็นผู้ดูแล (care provider) การเป็นผู้ดูแล เป็นการให้การดูแลแก่บุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชนทั้งในภาวะสุขภาพดี ภาวะเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ภาวะเจ็บป่วย เป็นการปฏิบัติกรพยาบาลด้วยทักษะขั้นพื้นฐาน และทักษะขั้นสูงในวิชาชีพ (กองการพยาบาล, 2539) ในการเป็นผู้ดูแล งานการดูแลอาจเป็นอิสระที่พยาบาลสามารถสั่งการได้เอง หรือเป็นงานการดูแลที่ไม่เป็นอิสระ เช่น ดูแลให้ผู้ป่วยบริการได้รับการรักษาตามแผนการรักษา เช่น การเตรียมตรวจวินิจฉัย การให้ยา ในการเป็นผู้ดูแล พยาบาลอาจแสดงบทบาทการดูแลโดยการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการเป็นผู้ดูแลโดยอ้อม ซึ่งสามารถรวบรวมบทบาทย่อยของการเป็นผู้ดูแลได้ดังนี้

1.1 บทบาทการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ถ้าหน่วยงานขาดแพทย์ พยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลเล็กๆ ต้องปฏิบัติบทบาทขยาย โดยการเป็นผู้ให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และเป็นผู้ส่งต่อผู้รับบริการ พยาบาลต้องวินิจฉัยโรค ให้การรักษาในขอบเขตที่จะทำได้ ต้องตัดสินใจรักษาอย่างทันท่วงทีในผู้รับบริการฉุกเฉินและวิกฤติ หรือตัดสินใจส่งต่อผู้รับบริการตามความเหมาะสม สอดคล้องกับที่เนตรทราย รุ่งเรืองธรรม และจริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2527) ได้กล่าวถึง บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นว่า 1) พยาบาลมีหน้าที่รักษาพยาบาลขั้นต้น ทำหน้าที่คัดกรองผู้รับบริการ โดยการตรวจ วินิจฉัย และให้การรักษาโรคง่ายๆ ที่พบได้บ่อย หากความเจ็บป่วยรุนแรง หรือเกินขีดความสามารถที่จะรักษาได้ จะให้คำแนะนำ หรือส่งต่อไปรับการรักษาตามความเหมาะสม รวมทั้งมีการติดตามผลการรักษา และให้การดูแลที่ต่อเนื่อง 2) การรักษาพยาบาลเฉียบพลัน สามารถสังเกตอาการสำคัญ อาการที่เป็นอันตราย พร้อมทั้งให้การรักษาพยาบาล ผู้รับบริการฉุกเฉินได้ และ 3) การรักษาพยาบาลผู้รับบริการเรื้อรัง เป็นการรับช่วงให้การรักษาพยาบาลผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัย และมีแผนการรักษาจากแพทย์แล้ว เพื่อให้การรักษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ขอบเขตของพยาบาลในการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ยังไม่มีกฎหมายรับรอง แต่ได้ยึดถือระเบียบกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2518 เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเบื้องต้นเป็นหลัก และในทางปฏิบัติ แพทย์ยังคงเป็นผู้รับผิดชอบการปฏิบัติงานทางด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้นของพยาบาลอยู่

1.2 บทบาทการส่งเสริมสุขภาพ คือ บทบาทในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคร่วมกัน โดยหน่วยงานวิทยาลัยพยาบาลสหประชาชาติไทย (2541) ได้กล่าวว่า ในบทบาทดังกล่าวพยาบาลจำเป็นต้องกระทำบทบาทให้ครอบคลุมในเรื่องต่อไปนี้

1.2.1 การให้ความรู้ ซึ่งในที่นี้หมายถึง การให้สุศึกษา เป็นการให้ข้อมูลด้านสถานะทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยงของปัจเจกบุคคล และการใช้ประโยชน์จากระบบบริการสาธารณสุข การให้สุศึกษาเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และเพื่อการปกป้องสุขภาพนั้น พยาบาลสามารถจัดดำเนินการ หรือมีส่วนร่วมดำเนินการให้แก่ ปัจเจกบุคคล กลุ่มบุคคลได้ เช่น เกี่ยวกับการออกกำลังกาย โภชนาการ การงดบุหรี่ การเลิกดื่มสุรา เพศศาสตร์ศึกษา การใช้เวลว่าง การควบคุมน้ำหนัก การรณรงค์การใช้เข็มฉีดยา การต่อต้านยาเสพติด การวางแผนครอบครัว การควบคุมความเครียด เป็นต้น การให้ข้อมูลข่าวสาร และการชี้แนะอย่างเพียงพอจะเป็นการช่วยประชาชนในการตัดสินใจเลือกทางการดำเนินชีวิตของตนเอง จัดว่าเป็นการให้อำนาจด้านสุขภาพ(empowerment for health) ให้แก่ปัจเจกบุคคลและชุมชน

1.2.2 การเป็นผู้ช่วยปัจเจกบุคคลและชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นการทำลายสุขภาพ มาเป็นพฤติกรรมที่เสริมสร้างสุขภาพ จำเป็นต้องอาศัยการให้สุศึกษาเป็นสื่อในการพัฒนาทักษะชีวิตของบุคคล ให้มีความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม โดยช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับความเครียดได้ด้วยตนเอง ตัดสินใจในการแก้ปัญหา และรู้จักเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นต้น

1.2.3 การป้องกันการเกิดโรค (health prevention) เป็นการลดโอกาสการเกิดความเจ็บป่วยและความพิการของปัจเจกบุคคล และชุมชนโดยการลดปัจจัยเสี่ยง ยับยั้งการลุกลามของโรค โดยการตรวจพบแต่ต้น ป้องกันการเกิดภาวะเจ็บป่วยซ้ำ สภาวะที่ไม่พึงประสงค์ และอาการแทรกซ้อนของโรค บริการด้านการป้องกันโรค เป็นความรับผิดชอบของบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพที่จะดำเนินการจัดให้กับปัจเจกบุคคล และกลุ่มประชากรที่เห็นได้ชัดว่ามีปัจจัยเสี่ยง และโดยมากจะเป็นประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านต่างๆ ตัวอย่างของบทบาทการป้องกันโรค เช่น การให้ภูมิคุ้มกันโรค โดยการฉีดวัคซีน การกันหามะเร็งปากมดลูก ความดันเลือดสูง การตรวจกรองหาความพิการแต่กำเนิด การเฝ้าระวังในระยะพัฒนาการ การให้ฟลูออไรด์ในน้ำเพื่อป้องกันฟันผุ การให้คำแนะนำแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนในการป้องกันโรค การป้องกันการเกิดโรคในชุมชน การเฝ้าระวังและป้องกันการใช้ยาเสพติด บทบาทในการส่งเสริมสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันความเจ็บป่วย (ทัศนาศิลป์, 2543) การป้องกันโรคทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ เฝ้าระวังและสอบสวนโรค ให้สุศึกษาและการฝึก

อบรมประชาชน ครู นักเรียน ในการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ ปรับปรุงและควบคุมคุณภาพสิ่งแวดล้อมและสุขาภิบาลอาหาร (สรวงทิพย์ ภู่อุณา, 2541) เป็นต้น จะเห็นได้ว่าการป้องกันโรคจะรวมถึงกลวิธีที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมหรือมาตรการในการควบคุม ที่มีผลต่อการป้องกันประชากรกลุ่มใหญ่

1.2.4 การชี้นำเพื่อสุขภาพ (advocacy for health) พยายามอยู่ในกลุ่มนักวิชาชีพด้านสุขภาพ มีความรู้และทักษะด้านสุขภาพ จึงมีส่วนร่วมในการผลักดัน สนับสนุน กีดค้าน การปรับปรุงระบบ หรือกำหนดนโยบายสาธารณะที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน

1.2.5 การเป็นผู้ให้คำปรึกษาและให้การช่วยเหลือในการส่งเสริมสุขภาพ บุคคลกลุ่มบุคคล จะเป็นผู้กำหนดทิศทาง หรือเลือกแนวทางในการดูแลสุขภาพ พยายามจะเน้นบทบาทที่การช่วยเหลือให้ปัจเจกบุคคล กลุ่มบุคคล สามารถตัดสินใจเพื่อบรรลุเป้าหมายทางสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ พยายามจะเป็นแหล่งทรัพยากรบุคคลด้านความรู้ และทักษะเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ซึ่งจะเป็นประโยชน์สำหรับปัจเจกบุคคล กลุ่มบุคคลที่ต้องการคำปรึกษา แนะนำ การให้คำปรึกษา จะช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจตนเอง มองปัญหากระจ่าง ชัดเจน เห็นแนวทางในการแก้ปัญหา และเป็นผู้ตัดสินใจปัญหาด้วยตนเอง พยาบาลวิชาชีพจะทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา โดยจะเป็นเพียงผู้รับฟังปัญหา กระตุ้นให้ผู้รับบริการได้ระบายความทุกข์ หรือปัญหาทางอารมณ์ออกมา และในที่สุด ผู้รับบริการจะเลือกตัดสินใจปัญหานั้นๆ ด้วยตนเอง (Clark, 1984) การให้คำปรึกษา พยาบาลต้องมีทักษะในการสื่อสาร มีความเป็นผู้นำเพียงพอที่จะวิเคราะห์สถานการณ์ เป็นผู้ฟังที่ดี (ฟาริดา อิบราฮิม, 2535) เป็นผู้ที่ถูกบุคคลสามารถติดต่อเข้าถึงได้ง่าย ให้ความสนใจปัญหาของผู้รับบริการรอบคอบ เพื่อร่วมงาน และบุคคลที่เกี่ยวข้อง (Freeman, 1970)

1.3 บทบาทการดูแลสุขภาพผู้รับบริการที่บ้าน มุกดา สำนักกลาง (2534) และ ฟาริดา อิบราฮิม (2535) ได้กล่าวถึง บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ว่าเป็นการประเมินสถานะสุขภาพของผู้รับบริการ ครอบครัว ให้บริการการพยาบาลโดยตรง (direct care) แก่ผู้รับบริการ เช่น การทำแผล การฉีดยา การให้ยาตามแผนการรักษา การใส่สายสวนปัสสาวะ และในผู้รับบริการบางรายที่ต้องการการดูแลที่ยุ่งยากซับซ้อน จำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีระดับสูง และทันสมัยที่บ้าน โดยต้องมีการคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังมีบทบาทในการสอน และให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้รับบริการและญาติ มีการสาธิตให้ดูเป็นตัวอย่างเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติดูแลตนเอง ทั้งผู้รับบริการและญาติ มีการติดตามประเมินการดูแลภายหลังการสอน และเป็นการติดตามประเมินการตอบสนองต่อการดูแลรักษาด้วย ซึ่งถือเป็นบทบาทการดูแลโดยอ้อม บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการเป็นผู้ดูแลผู้รับบริการที่บ้าน สอดคล้องกับแนวคิดการให้บริการระดับปฐมภูมิ ในลักษณะที่มีขั้นตอนที่เป็นวงจรต่อเนื่องอย่าง

เป็นระบบ มีการให้บริการอย่างผสมผสาน กระบวนการพยาบาลที่บ้านมีการแปรเปลี่ยนให้เกิดความเหมาะสมตามสถานที่ที่ให้บริการ และสอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้รับบริการ โดยใช้กระบวนการทางการพยาบาลเป็นหลักปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ ที่เป็นการประเมินสภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และเป็นปัจจุบัน ซึ่งมีทั้งข้อมูลของผู้รับบริการ ข้อมูลพื้นฐานของครอบครัว รวมถึงสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ข้อมูลสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ การดูแลสุขภาพทั่วไป ความรู้ ทักษะ และความสามารถของญาติในการดูแลผู้รับบริการ ข้อมูล ด้านเศรษฐกิจและด้านการรักษา ซึ่งช่วยทำให้พยาบาลทราบถึงความต้องการและความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ตลอดจนข้อจำกัดและความพร้อมของผู้รับบริการและครอบครัว ซึ่งจะ เป็นข้อมูลสำหรับนำไปวางแผนให้การพยาบาลต่อไป 2) การวางแผนการพยาบาล เป็นการกำหนดเป้าหมายในการจัดการกับปัญหาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว 3) การปฏิบัติตามแผน เป็นการปฏิบัติกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ในแผน เพื่อช่วยเหลือผู้รับบริการและสมาชิกในครอบครัว และ 4) การประเมินผล เพื่อดูว่าผู้รับบริการได้รับการดูแล และพัฒนาไปสู่เป้าหมายได้เพียงใด ตลอดจนการค้นหาปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติการประเมินผลต้องกระทำเป็นระยะ ซึ่งหากไม่เป็นไปตามเป้าหมายอาจต้องปรับเปลี่ยนแผนความร่วมมือระหว่างผู้รับบริการและพยาบาลเป็นจุดมุ่งหมาย ที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง

2. บทบาทการเป็นผู้ประสานงาน (collaborator) การดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชน จำเป็นต้องมีการทำงานเป็นทีม ทั้งทีมสุขภาพและทีมงานพัฒนาชุมชนอื่นๆ เช่น สังกศตสภเคราะห์ ทีมงานการศึกษา การเกษตร และองค์กรเอกชน เป็นต้น ซึ่งการดำเนินงานด้านสุขภาพ พยาบาลเป็นบุคลากรกลุ่มใหญ่ที่สุดในการให้บริการ ดังนั้นจึงมีบทบาทสำคัญในฐานะผู้ประสานงานการดูแล ทั้งนี้เพื่อให้มีการผสมผสานกิจกรรมการบริการด้านสุขภาพอย่างมีคุณภาพ เช่น การช่วยเหลือด้านสุขภาพ และการประกอบอาชีพของผู้พิการในชุมชน การประสานงานกับครูในโรงเรียน เพื่อพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในโรงเรียน หรือการสูบบุหรี่ในโรงเรียน เป็นต้น (กองการพยาบาล, 2539) ฟาริดา อิบราฮิม (2535) กล่าวว่า ผู้ร่วมทีมที่ใกล้ชิดที่สุดของพยาบาลในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล คือ แพทย์ นักกายภาพบำบัด และนักสังคสมสภเคราะห์ พยาบาลจะประสานให้เกิดความสอดคล้องในบทบาทที่ต้องปฏิบัติร่วมกัน จึงต้องมีทักษะในสัมพันธภาพ เรียนรู้งานและเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง พัฒนาทักษะการดูแล ที่สอดคล้องกับทิศทางการรักษาพยาบาลในทีมสุขภาพ และพยาบาลต้องเรียนรู้ลักษณะวัฒนธรรมและศาสนาของผู้รับบริการ ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เพื่อวางแผนได้สอดคล้อง และปรับเปลี่ยนให้เข้ากับระบบความเชื่อ ภูมิหลังด้านวัฒนธรรม และศาสนาของผู้รับบริการ นอกจากนี้ บทบาทการเป็นผู้ประสานงาน อาจเกิดขึ้นเมื่อมีความจำเป็นต้องส่งต่อผู้รับบริการ ไปยังหน่วยบริการในระดับที่สูงกว่า

3. บทบาทการเป็นผู้พิทักษ์สิทธิผู้บริโภค (advocator) พยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลในชุมชนเป็นผู้หนึ่งที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด เปรียบเสมือนสื่อกลางระหว่างการจัดบริการสาธารณสุขกับประชาชน ดังนั้นจึงมีบทบาทที่สำคัญ คือ การให้ข้อมูลและความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการเลือกใช้บริการทางสุขภาพ ตลอดจนการพัฒนาบริการการพยาบาล เพื่อให้สามารถให้บริการได้อย่างทั่วถึง เสมอภาค โดยเฉพาะการบริการสุขภาพแก่กลุ่มผู้ด้อยโอกาส อย่างเป็นธรรมและมีคุณภาพ รวมทั้งการเป็นตัวแทนของประชาชนในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน เช่น การแก้ปัญหาอันเกิดจากมลพิษจากโรงงานในชุมชน เป็นต้น (กองการพยาบาล, 2539)

4. บทบาทการเป็นผู้จัดการการดูแล (manager) เป็นบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการจัดการระบบบริการพยาบาล ซึ่งพยาบาลจะต้องทำหน้าที่ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการในชุมชน ปัญหาของชุมชน วางแผนและดำเนินการแก้ไข ไม่ว่าจะด้วยวิธีการให้การดูแลโดยตรงหรือการจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาร่วมกับชุมชน รวมทั้งจะต้องทำหน้าที่ควบคุม กำกับ นิเทศงานให้มีการปฏิบัติตามแผนและการประเมินผลการปฏิบัติด้วย การปฏิบัติงานในฐานะผู้จัดการดูแลนี้ จะมีการทำงานในลักษณะเป็นผู้วางแผน เป็นผู้ปฏิบัติ และการบริหารองค์กร เป็นผู้ควบคุม กำกับ และประเมินผลงาน (กองการพยาบาล, 2539) บทบาทการเป็นผู้จัดการการดูแลของพยาบาลมีความสอดคล้องกับการปฏิบัติบทบาทพยาบาลในรูปแบบบริการสุขภาพที่เริ่มที่บ้านของ ประพิน วัฒนกิจ (2543) ที่กล่าวว่า การจัดบริการสุขภาพที่เริ่มที่บ้าน พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้บริการ ซึ่งถือเป็นการให้บริการเชิงรุก ที่เป็นการให้บริการในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในครอบครัวที่บ้าน ทุกบ้าน ของแต่ละชุมชนในพื้นที่ที่ความรับผิดชอบ บริการลักษณะดังกล่าว พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้นำทางด้านการบันทึกรายงาน การรวบรวมข้อมูลทั้งในครอบครัวที่รับผิดชอบ และทุกครอบครัว ทำหน้าที่ดูแลประชาชนทั้งที่เจ็บป่วย และไม่เจ็บป่วยในครอบครัว ให้การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคด้วยความเสมอภาค

5. บทบาทการเป็นผู้นำ (leader) พยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน มีบทบาทในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) ในด้านการพัฒนาสุขภาพของประชาชน เช่น เป็นผู้ริเริ่มโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของคณงานในโรงงานอุตสาหกรรม การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค เป็นต้น หรือการมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนและนโยบายการพัฒนาสุขภาพของประชาชน รวมทั้งการปฏิบัติตนให้เป็นแบบอย่างของผู้มีสุขภาพดี (กองการพยาบาล, 2539)

6. บทบาทการเป็นนักวิจัย (researcher) พยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน จะต้องสามารถค้นคว้าหาความรู้อย่างเป็นระบบ มีการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำมาสู่การแก้

ปัญหาสาธารณสุข ซึ่งจำเป็นจะต้องทำงานวิจัยเพื่อให้ได้คำตอบในการพัฒนา หรือแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล (กองการพยาบาล, 2539) ในการเป็นผู้วิจัย พยาบาลจะทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลต่างๆ ในหน่วยบริการหรือในชุมชน มีการวิเคราะห์ หรือค้นหาปัญหาในการให้บริการ รับผิดชอบทั้งด้านการจัดทำกรวิจัยเอง สนับสนุนการทำวิจัยของผู้อื่น (สินีนานู โภษาคกร, 2534) โดยร่วมมือกับหน่วยงานอื่นในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ นำผลการวิจัยมาใช้ปรับปรุงงานบริการ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2535) ถือเป็นงานนำเอาผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดผลดียิ่งขึ้น ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งผลการวิจัยทั้งของผู้อื่น และของตนเอง (Clark, 1984)

สำหรับการปฏิบัติบทบาทพยาบาลในการให้บริการระดับปฐมภูมิในต่างประเทศ จากการค้นคว้า พบว่า ในประเทศสหรัฐอเมริกา อังกฤษ สวีเดน ออสเตรเลีย จีน อินโดนีเซีย และแอฟริกาใต้ พยาบาลมีการปฏิบัติบทบาทในการรักษา โดยพยาบาลจะทำการซักประวัติด้านสุขภาพ ตรวจร่างกาย วินิจฉัย และให้การบำบัดรักษาในกลุ่มโรคสามัญ ในผู้รับบริการที่มีอาการเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บ พยาบาลจะสั่งการรักษาและให้คำชี้แจงในด้านเอกซเรย์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และพยาบาลสามารถสอดใส่เครื่องมือเข้าไปในร่างกายผู้รับบริการเพื่อการรักษาได้ เช่น การใส่และถอดเอไลน์ (A-LINE), พัลโมนารี อาเทอร์รี่ แคททีเตอร์ (pulmonary artery catheter) เป็นต้น และมีการขยายบทบาทให้พยาบาลสามารถจ่ายยาสามัญได้

ส่วนบทบาทในการดูแล พยาบาลให้การดูแลผู้รับบริการ โรคเรื้อรังต่างๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ให้การดูแลสุขภาพในกลุ่มแม่และเด็กในชุมชน ปัญหาจิตเวช ในผู้สูงอายุ ดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย บริการสุขภาพทุกรูปแบบให้กับกลุ่มผู้ด้อยโอกาส มีบทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพ ให้การป้องกันโรคโดยการให้ข้อมูลสุขภาพ ทำการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เช่น หญิงตั้งครรภ์ เด็กวัยเรียน ผู้ติดสุรา และผู้ติดสารเสพติด มีบทบาทในการให้คำแนะนำ และให้แรงจูงใจกับชุมชนในการค้นหาปัญหาและความต้องการ มีบทบาทในการส่งต่อผู้รับบริการไปยังหน่วยบริการในระดับที่สูงกว่า เช่น โรงพยาบาล การส่งต่อผู้รับบริการไปยังแหล่งสนับสนุนในชุมชน และสถานพยาบาลต่างๆ มีบทบาทในการตรวจสอบ และประเมินผลการรักษาร่วมกับทีมสุขภาพ มีบทบาทในการให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการและผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น ในเรื่องการควบคุมน้ำหนัก การรับประทานอาหาร มีบทบาทในการเยี่ยมบ้าน และมีการดูแลที่ต่อเนื่องเมื่อผู้รับบริการกลับไปอยู่บ้านแล้ว ซึ่งเป็นบทบาทที่เด่นมากของพยาบาลในประเทศอังกฤษ (Paine, Barger, Marchese and Rorie, 1995 อ้างถึงใน คณะนักวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ (6 มหาวิทยาลัย : ขอนแก่น เชียงใหม่ มหิดล บุรพา วัลย์ลักษณ์ และสงขลานครินทร์), 2543)

การปฏิบัติบทบาทพยาบาลในการให้บริการระดับปฐมภูมิในประเทศแคนาดา มีเป้าหมายเพื่อที่จะปรับปรุงภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ให้บริการครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยมีจุดเน้นอยู่ที่ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันความเจ็บป่วย ทั้งนี้ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้รับบริการ ผู้ให้บริการสุขภาพอื่น ตัวแทนของชุมชน และหน่วยงานราชการ พยาบาลเกี่ยวข้องกับบทบาท อันหลากหลายรวมไว้ด้วยการเป็นผู้ให้บริการโดยตรงในเรื่องของการดูแล (direct care provider) ผู้สอน (educator) ผู้บริหาร (administrator) ผู้ให้คำปรึกษา (consultant) ผู้ให้คำปรึกษาในเรื่อง หลักการและนโยบาย (policy advisor) และผู้วิจัย (researcher) หลักการของการบริการระดับปฐมภูมิจึงนำมาประยุกต์สำหรับพยาบาล ในบทบาททั้งหมดนี้ (CNA-Policy Statement, 1999)

1. การเข้าถึงบริการ (accessibility) ในการให้บริการ ชาวแคนาดาต้องเข้าถึงบริการที่จำเป็นต่อสุขภาพทุกคน โดยไม่มีเครื่องกีดขวางทางการเงิน พยาบาลสามารถให้ทางเลือกในการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพ โดยแสดงบทบาทเหมือนเป็นจุดลงทะเบียนสำหรับผู้รับบริการในการเข้าสู่ระบบสุขภาพ เป็นผู้ให้บริการทางด้านกายภาพ และการรักษาในรายที่มีปัญหาสุขภาพ เป็นผู้ช่วยเหลือผู้รับบริการในการแยกแยะ และเลือกใช้แหล่งบริการด้านสุขภาพ ทั้งที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ มีบทบาทในการเป็นแหล่งที่ให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพสำหรับผู้รับบริการ

2. ความร่วมมือของประชาชน (public participation) ผู้รับบริการจะถูกกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการวางแผน และการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง พยาบาลร่วมกับประชาชนในการดูแลสุขภาพ โดยแสดงบทบาทร่วมกับผู้รับบริการในการที่จะให้ผู้รับบริการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของเขาเอง เป็นผู้กระตุ้นผู้รับบริการในการดูแลสุขภาพของตนเอง แสดงบทบาทร่วมกับผู้รับบริการในการช่วยพิจารณาแยกแยะ ในเรื่องความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ แสดงบทบาทร่วมกับผู้รับบริการในการวางแผนใช้ และการประเมินผลบริการสุขภาพ และเป็นผู้กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาวิธีการใช้ประโยชน์ในชุมชน

3. การส่งเสริมสุขภาพ (health promoting) ระบบสุขภาพมีจุดเน้นในการช่วยเหลือให้ผู้รับบริการมีความเป็นอยู่ที่ดีมากกว่าการรักษาเมื่อเกิดการเจ็บป่วย พยาบาลสามารถแสดงบทบาทการเป็นผู้นำในการส่งเสริมสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ โดยการสอนสุขภาพ และใช้กิจกรรมอื่นๆ มาช่วย การส่งเสริมและช่วยเหลือคนไข้เท่าที่จะพยายามทำได้เพื่อที่จะยกระดับสุขภาพให้สูงสุด

4. การใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม (appropriate technology) เทคโนโลยีและวิธีการในการดูแลต้องอยู่บนพื้นฐานของความจำเป็นด้านสุขภาพ และเปลี่ยนแปลงให้เกิดความเหมาะสมกับสังคมของชุมชน เป็นความจำเป็นที่จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงการพัฒนาการดูแลสุขภาพจากต้นทุนที่สูง บริการที่ใช้เทคโนโลยีสูง มาเป็นบริการสุขภาพที่ใช้ต้นทุนต่ำ คุณภาพสูง ทั้งในด้าน

การบริการ และตัวผู้ให้บริการ พยายามต้องให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพ อยู่บนพื้นฐานความจำเป็นของผู้รับบริการ ทำให้เห็นชัดโดยการทำวิจัย และการวัดผลทางด้านสุขภาพ พยายามจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับพัฒนาการดำเนินการให้เป็นผลสำเร็จ และการประเมินผลการใช้เทคโนโลยี รวมทั้งวิธีการในการดูแล เพื่อเป็นการรับรองถึงความเหมาะสมและมีการใช้ค่าใช้จ่ายที่มีประสิทธิภาพ

5. การประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น (intersectoral cooperation) กิจกรรมสุขภาพจะต้องอยู่ภายใต้การเกิดพร้อมกันกับการปรับปรุง การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ผู้ชำนาญจากทุกสาขาวิชาจะต้องร่วมมือกับผู้อื่น กับผู้รับบริการ กับผู้ชำนาญจากส่วนอื่น และกับหน่วยงานราชการในการดูแลสุขภาพผู้รับบริการ และพยายามที่จะผสมผสานบริการสุขภาพ พยายามสามารถร่วมกับผู้รับบริการในการออกแบบนโยบายของรัฐเพื่อการมีสุขภาพดี และจะทำต่อไปเพื่อให้สำเร็จถึงการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า พยายามจะทำงานร่วมกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการสุขภาพอื่น เพื่อดำเนินงานการบริการระดับปฐมภูมิให้บรรลุผล

จะเห็นได้ว่า การปฏิบัติบทบาทพยาบาลในการให้บริการระดับปฐมภูมิในต่างประเทศ มีลักษณะส่วนหนึ่งที่คล้ายกันกับในประเทศไทย แต่อีกส่วนหนึ่งมีการขยายบทบาทเพิ่มขึ้นทำให้ดูว่า เป็นการให้บริการที่มีความเป็นเฉพาะทางมากขึ้น เช่น บทบาทในการรักษาพยาบาล ส่วนบทบาทพยาบาลในการให้บริการระดับปฐมภูมิของประเทศแคนาดา เน้นให้พยาบาลปฏิบัติบทบาทตามกลยุทธ์ของการให้บริการระดับปฐมภูมิเป็นหลัก

ข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมเกี่ยวกับการปฏิบัติบทบาทพยาบาลในการให้บริการระดับปฐมภูมิในโรงพยาบาลชุมชน ผู้วิจัยได้นำมาเป็นแนวทางในการสร้างคำถามเกี่ยวกับบทบาทที่พยาบาลปฏิบัติในการให้บริการระดับปฐมภูมิในโรงพยาบาลชุมชน

4. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นปรัชญาสาขาหนึ่งที่เกิดขึ้นในศตวรรษที่ 19 โดยนักปรัชญาชาวเยอรมันชื่อ เอ็ดมัน ฮัสเซิล การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นส่วนหนึ่งในหลายๆวิธีที่นำมาใช้ในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ที่มีรากฐานมาจากสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ โดยมีความเชื่อว่า ความจริงแท้แน่นอนไม่จำเป็นต้องเป็นไปตามกฎธรรมชาติที่เป็นสากลเสมอไป เพราะสังคมและธรรมชาติมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา บุคคลสามารถรับรู้ ให้ความหมายและแสดงพฤติกรรมที่ถือว่าเหมาะสมตามสถานการณ์ที่ตนเองอาศัย (ฮาการ์ณ เชื้อประไพศิลป์, 2536)

การวิจัยทางปรากฏการณ์วิทยามีวัตถุประสงค์ เพื่อสืบสานหาความจริงและทำความเข้าใจประสบการณ์ตามความหมายของบุคคลนั้น รวมทั้งเรื่องราวที่ปรากฏขึ้นต่อผู้ที่ทำ

การศึกษา และเรื่องราวที่ปรากฏถือว่าเป็นความจริงตามที่สัมผัสอยู่ในขณะนั้น (Munhall and Oiler, 1986) การวิจัยทางปรากฏการณ์วิทยาเป็นทางเลือกหนึ่ง ที่สามารถนำมาแสวงหาความรู้ ที่มีประโยชน์ต่อการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เข้าใจประสบการณ์ของบุคคล (Oiler, 1981)

การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นการศึกษาทางประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์ เพื่อทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง โดยการบรรยายและสะท้อนความคิดพิจารณาอย่างมีสติ เพื่อหาความหมายของประสบการณ์นั้นๆ โดยไม่ใช้ทฤษฎีหรือรูปแบบใดๆมาใช้เป็นสมมุติฐานในการบรรยายวิธีการศึกษาประสบการณ์ โดยไม่มีการตั้งสมมุติฐานหรือคาดการณ์ไว้ก่อนล่วงหน้าในการกำหนดขอบเขตของประสบการณ์ ซึ่งบุคคลผู้เป็นเจ้าของประสบการณ์จะเป็นคนบอกเล่าถึงประสบการณ์ด้วยตนเอง ไม่ใช่เกิดจากการสรุปของนักวิจัยเอง (Omery, 1983)

การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาได้พัฒนาต่อมาเรื่อยๆจนกระทั่งถึงยุคปัจจุบันเป็นการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา แบบเฮร์มิวนิวติกซ์ (hermeneutic phenomenology) ซึ่งนักปรัชญาที่พัฒนาแนวคิดนี้ คือ ไฮเดกเกอร์ (Heidegger) โดยไฮเดกเกอร์ กล่าวว่า มนุษย์มีความเป็นเอกภาพของตนเองทั้งความคิดและการกระทำที่แปรเปลี่ยนไปตามสภาพแวดล้อม ดังนั้นการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาจึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจการให้ความหมาย ซึ่งสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรม และความคิดที่ซ่อนเร้นอยู่ในพฤติกรรมของบุคคล (Heidegger, 1962) ซึ่งต้องมีการศึกษา เพื่อสืบสาน วิเคราะห์ และแปลความหมายให้ชัดเจน (Sorrell and Redmon, 1995) เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งและกว้างขวาง ในการหล่อหลอมขอบเขตของอดีต ปัจจุบัน และอนาคตของบุคคลที่มีสถานการณ์ที่แตกต่างกัน (Annells, 1996)

การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์มิวนิวติกซ์ ไฮเดกเกอร์ ได้กล่าวเน้นถึงแนวคิดสำคัญ 3 ประการเหล่านี้ คือ 1) บุคคล (Person) 2) การเป็นอยู่ในสิ่งแวดล้อม (being in the world) และ 3) การเชื่อมโยงประสบการณ์ (hermeneutic circle) (Koch, 1995)

1. บุคคล หมายถึง ผู้ที่สามารถให้ความหมายต่อประสบการณ์ตามที่เขาได้รับมา โดยประสบการณ์ที่บรรยายออกมาจะเป็นลักษณะของความคิด ความรู้สึกของตนเอง ซึ่งความหมายประสบการณ์ของแต่ละบุคคลอาจแตกต่างกัน หรืออาจเป็นจริงตามทฤษฎี เนื่องจากการแปลความหมายของปรากฏการณ์ต่างๆของบุคคลขึ้นอยู่กับภูมิหลังและประสบการณ์ของบุคคลนั้น และการแปลความหมายต้องมีการเชื่อมโยง ความคิด ความรู้สึก จากประสบการณ์ในอดีตของตนมาสู่ปัจจุบัน และอาจมีผลส่งมาถึงความรู้สึกนึกคิดในอนาคตได้ (Koch, 1995) ซึ่งผู้วิจัยต้องเข้าใจความเป็นบุคคล ไฮเดกเกอร์ ได้อธิบายไว้ว่า (Leonard, 1994) บุคคล เป็นผู้ให้ความหมายและคุณค่าของสิ่งต่างๆ หมายถึง บุคคลมีส่วนเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม มีการปฏิบัติ ภาษา วัฒนธรรม ที่ติดตัว

มาตั้งแต่กำเนิดอย่างไม่สามารถแยกออกจากกันได้ การศึกษาเพื่อให้เข้าใจพฤติกรรมของบุคคล ต้องศึกษาบริบทที่บุคคลนั้นๆอาศัยอยู่ เพื่อให้เข้าใจถึงการให้คุณค่าและการให้ความหมายต่อสิ่งนั้นๆ (Leonard, 1994) การมีชีวิตอยู่ของบุคคล คือ การแปลความหมายด้วยตนเองขึ้นอยู่กับภาษาและวัฒนธรรมที่สืบทอดต่อกันมา เพราะฉะนั้นการที่ผู้วิจัยจะเข้าใจประสบการณ์ของบุคคล ต้องเข้าใจถึงหลักของภาษา และวัฒนธรรมของบุคคลเหล่านั้นด้วย (Leonard, 1994) และเนื่องจากบุคคลเป็นผู้รวบรวมประสบการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากสิ่งแวดล้อมที่เขาอาศัยอยู่ เพราะฉะนั้นการที่จะเข้าใจความหมายจากประสบการณ์ต่างๆของบุคคล จะต้องเข้าใจประสบการณ์ของการดำรงชีวิตของบุคคลที่ต้องการศึกษา และผลกระทบที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมที่บุคคลเหล่านั้นอาศัยอยู่ (Leonard, 1994) และบุคคลมีเวลาเป็นองค์ประกอบของการมีชีวิตอยู่ การที่จะเข้าใจประสบการณ์ของบุคคล ต้องเข้าใจว่าชีวิตอยู่ในปัจจุบันของบุคคล เป็นผลสืบเนื่องมาจากสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีต และมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลในอนาคตต่อไปด้วย (Leonard, 1994)

2. การเกิดหรือการอยู่ในสิ่งแวดล้อม หมายถึง ความสัมพันธ์ของบุคคลในสิ่งแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่ ซึ่งสิ่งแวดล้อมในที่นี้ หมายถึง ภูมิหลัง อายุ การศึกษา ภาษา วัฒนธรรม และค่านิยมทางสังคม ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้จะซึมซับอยู่ในตัวบุคคลอย่างแยกจากกันไม่ได้ โดยบุคคลจะเรียนรู้มาตั้งแต่กำเนิด (Koch, 1995)

3. การเชื่อมโยงประสบการณ์ หมายถึง การเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตที่บุคคลรับรู้หรือเข้าใจมาก่อนในอดีตเข้ากับประสบการณ์ใหม่ที่ได้รับ เพื่อที่จะรับรู้และให้ความหมายกับประสบการณ์ครั้งใหม่ โดยการแสดงออกทางการกระทำในปัจจุบัน และส่งผลถึงการกระทำในอนาคต นั่นคือ การที่บุคคลจะกระทำความเข้าใจกับสิ่งหนึ่งสิ่งใด บุคคลจะต้องมีการเปรียบเทียบกับอีกสิ่งหนึ่งที่บุคคลรู้จักดีหรือเรียนรู้มาก่อน

การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา แบบเฮอร์มิวนิวติกซ์ เป็นการค้นหาคำตอบจากการให้ความหมายของปรากฏการณ์ที่ซ่อนเร้น จากสิ่งที่เห็นในประสบการณ์ชีวิตของบุคคล โดยใช้การสัมภาษณ์ ซึ่งต้องทำอย่างผสมผสาน กลมกลืนระหว่างการฟังและการบรรยาย การสัมภาษณ์จะต้องพยายามค้นหาข้อมูลที่อยู่ข้างในออกมาให้ได้ ซึ่งการสัมภาษณ์ส่วนใหญ่จะเป็นการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง โดยใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถบรรยายประสบการณ์ได้โดยตรง และคำถามทั่วไปมักถามว่า “อย่างไร” (how) มากกว่า “ทำไม” (why) (Sorrell and Redmond, 1995) เพราะลักษณะคำถามดังกล่าวจะทำให้ได้รับคำตอบที่สามารถเจาะลึกถึงประสบการณ์ร่วมกับการตะล่อมกล่อมเกล้า ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งนานประมาณ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที พร้อมกับการบันทึกเทป และอาจต้องมีการกลับไปถามข้อมูลซ้ำๆ จนกว่าจะได้รับข้อมูลที่มีความหมายชัดเจนและลึกซึ้งเพียงพอ ซึ่งจะปรากฏในลักษณะของข้อมูลที่

อิมตัว คือ ไม่มีประเด็นเพิ่มขึ้น หรือสาระสำคัญเพิ่มเติม และข้อมูลที่ได้รับใหม่มักมีความซ้ำซ้อนกับข้อมูลที่สัมภาษณ์ช่วงที่ผ่านมา (Streubert and Carpenter, 1995)

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา มักใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยเลือกบุคคลที่สามารถถ่ายทอดประสบการณ์ได้ดีตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา การสร้างสัมพันธภาพถือว่ามีความจำเป็นที่จะต้องกระทำก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและยินยอมให้บันทึกเทปของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยจะต้องแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบรายละเอียดก่อนการเก็บข้อมูล การศึกษานำร่องก่อนทำการศึกษาริจริง หรือการเก็บข้อมูลเป็นการฝึกเทคนิคและทักษะที่ต้องใช้การเก็บรวบรวมข้อมูล และการถอดเทปข้อมูลจากการสัมภาษณ์ จะทำให้ทราบข้อบกพร่องในการเก็บรวบรวมข้อมูล (Streubert and Carpenter, 1995) และสามารถนำข้อบกพร่องที่ได้จากการศึกษานำร่อง ไปปรับปรุงแนวคำถามในการเก็บข้อมูลจริงในครั้งต่อไป

การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา นักวิจัยมีบทบาทสำคัญในการแปลความหมายของปรากฏการณ์ เพื่อแสดงความมีคุณค่าและความน่าเชื่อถือของปรากฏการณ์ นักวิจัยควรปฏิบัติดังนี้ (Streubert and Carpenter, 1995)

1. ความเข้าใจในภาษาที่พูดคุย เพื่อค้นหาประสบการณ์ของบุคคล ในการพูดคุยจะต้องให้ได้ข้อมูลที่มีความลึกซึ้งที่สุด และสามารถแปลความหมายประสบการณ์ที่ได้จากการพูดคุย รวมถึงพฤติกรรมต่างๆของบุคคลได้อย่างถ่องแท้

2. ทำการแปลความหมายสิ่งที่ได้จากการพูดคุยและสังเกตเห็นมา ให้ความหมายโดยใช้ทัศนคติของนักวิจัยในการตัดสินใจจากการแปลความหมาย กลับไปตรวจสอบซ้ำกับผู้ให้ข้อมูลว่าประสบการณ์ที่นักวิจัยแปลความหมายตรงกับผู้ให้ข้อมูลหรือไม่

3. นักวิจัยต้องแปลความหมายให้เห็นสาระสำคัญของประสบการณ์จากข้อมูลที่ค้นพบ

4. นำสาระทั้งหมดที่ได้มาอธิบายให้ผู้อ่านเห็นภาพของปรากฏการณ์ ภายได้ข้อมูลจริง

ที่ค้นพบ

5. เขียนรายงานให้เห็นภาพรวมของเหตุการณ์ทั้งหมด โดยการอธิบายรายละเอียดตามความเป็นจริง โดยไม่มีการบิดเบือนความเป็นจริง หรือเขียนเกินความจริง

จากแนวคิดและหลักการที่กล่าวมา ผู้วิจัยเห็นว่าการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เหมาะสมกับการนำมาเป็นแนวคิดในการทำวิจัยเพื่อจะทำให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงประสบการณ์การปฏิบัติบทบาทพยาบาลในการให้บริการระดับปฐมภูมิ เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาเรื่องการปฏิบัติบทบาทพยาบาลในการให้บริการระดับปฐมภูมิในโรงพยาบาลชุมชนต่อไป