

Scan

**ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน
ในหน่วยบริการปฐมภูมิ : กรณีศึกษาอำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช**

นางลักขณา เดชรัตน์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2550

**Factors Associated with Retention of Professional Nurses in Primary Care Units :
A Case Study of Phipun District, Nakhon Si Thammarat Province**

Mrs. Lakana Decharat

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

School of Nursing

Sukhothai Thammathirat Open University

2007

ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐม

ภูมิ : กรณีศึกษาอำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ผู้วิจัย นางลักขณา เคารรัตน์ ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล)

อาจารย์ที่ปรึกษา (1) รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล (2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชราพร

เกิดมงคล ปีการศึกษา 2550

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยศึกษากรณีอำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช

รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก และการสนทนากลุ่ม กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในการสัมภาษณ์เจาะลึกประกอบด้วย (1) ผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ ผู้บริหารระดับจังหวัด ผู้นำวิชาชีพทางการพยาบาล อาจารย์พยาบาล จำนวน 3 คน (2) ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ซึ่งมีประสบการณ์ในการจัดการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จำนวน 1 คน (3) ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย ผู้บริหารทางการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพทั้งที่กำลังปฏิบัติงานและเคยปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ และพยาบาลวิชาชีพที่เพิ่งสำเร็จการศึกษา จำนวน 7 คน (4) ผู้นำองค์กรท้องถิ่น จำนวน 1 คน และ (5) แกนนำประชาชนในท้องถิ่น จำนวน 1 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อสร้างข้อสรุปของปัจจัย และดำเนินการสนทนากลุ่มเพื่อยืนยันข้อสรุปที่ได้ 2 ครั้งในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จำนวน 9 คน และ กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 11 คน

ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยที่มีเกี่ยวข้องกับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิสามารถสรุปได้ 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) คุณสมบัติพื้นฐาน ประกอบด้วย มีความรู้รอบมีประสบการณ์ ใจรักงานด้านชุมชน เป็นคนในพื้นที่หรือมีครอบครัวอยู่ในพื้นที่ เข้าใจประชาชนเข้ากับชุมชนได้ และความรู้และทักษะพื้นฐานไม่เพียงพอต่อการทำงานในชุมชน (2) ปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ มีทีมงานที่ร่วมมือร่วมใจ เครือข่ายสนับสนุนช่วยเหลือ มีโอกาสทำงานที่อิสระและริเริ่มงานได้ด้วยตนเอง ได้รับการยอมรับเป็นคนสำคัญของชุมชน ได้รับคำตอบแทนที่เหมาะสม และผู้นำระบบบริการปฐมภูมิเข้ากันได้ และ (3) ปัจจัยอุปสรรค ได้แก่ ปัญหาขาดแคลนพยาบาลถูกมองข้าม เครียดกับการปรับเปลี่ยนชีวิตให้ปฏิบัติงานได้ ถูกทิ้งให้เผชิญปัญหาตามลำพัง การบริหารจัดการเครือข่ายไม่ลงตัว พยาบาลเป็นคนใหม่เข้ากับทีมเดิมไม่ได้ ขาดขวัญกำลังใจในการทำงาน และ ความก้าวหน้าในวิชาชีพไม่ชัดเจน

คำสำคัญ การคงอยู่ พยาบาลวิชาชีพ บริการปฐมภูมิ จังหวัดนครศรีธรรมราช

Thesis title: Factors Associated with Retention of Professional Nurses in Primary Care Units :A Case Study of Phipun District, Nakhon Si Thammarat Province
Researcher: Mrs.Lakana Decharat ; **Degree:** Master of Nursing Science (Nursing Administration) **Thesis advisors:** (1) Dr.Somjai Puttapitukpol , Associate Professor; (2) Dr.Patcharaporn kerdmongkol, Assistant Professor; **Academic year:** 2007

ABSTRACT

The purpose of this qualitative research was to explore the factors associated with retention of professional nurses in the primary care unit of Phipun District, Nakhon Si Thammarat Province.

In-depth interview and focus group were used for collecting data. The former was performed with thirteen key informants of the following five groups:(1) three experts consisting of a provincial administrator, a nursing leader, and a nursing educator; (2) a doctor in medicine who had experience in primary care;(3) seven professional nurses who worked in a community-based organization comprising (a) administrators, (b) nurses who are working and who worked in the primary care units, and (c) a new nurse who just graduated; (4) one community leader; finally, (5) one core community person was included. Content analysis was used to derive themes and summary of influencing factors. In addition, two focus group interview sessions were performed to cross-check the results. The participants of both sessions included nine primary-health care personnel and eleven professional nurses.

The results showed that three factors associated to maintaining professional nurses were as follows.(1) Basic qualification factors included: (a) nurses should be well-rounded and have wide experience,(b) they should be devoted to their communities, (c) they should be local residents or their families should live in the area, and(d) they should understand local people and be able to work in communities. and (e) they felt that they did not have enough knowledge and skills to work in communities. (2) Supportive factors comprised:(a) teams works co-operatively, (b) their networks supported them, (c) they had opportunities to work independently and could initiate their work by themselves, (d) they were recognized as important persons in the communities,(e) they received suitable incomes,and (f) they had good relationship with their supervisors. (3)Barrier factors consisted of: (a) there was a shortage of nurses, (b) they were not recognized,(c) they felt stress because they needed to adapt themselves to their work, (d) they were left to cope with problems alone, (e) they could not manage their networks efficiently, (f) new nurses could not work well with existing teams, (g) they lacked morale and willpower, finally (h) their professional promotion was not clear.

Keywords: Retention, Professional nurses, Primary care, Nakhon Si Thammarat Province

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยได้รับความกรุณาและความอนุเคราะห์อย่างยิ่ง จาก อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชราพร เกิดมงคล ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา และติดตามการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้อย่างใกล้ชิดเสมอมา นับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสำเร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาและความช่วยเหลือจากท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์กรรมิกา ปัญญาอมรวัฒน์ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี อาจารย์ภรณ์ เลื่องอรุณ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช อาจารย์นายแพทย์สาธิต ไผ่ประเสริฐ ผู้อำนวยการเวชกรรมระดับ 9 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ได้กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ อย่างดียิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช อาจารย์นายแพทย์ นพพร ชื่นกลิ่น ที่ได้ให้การสนับสนุนในการลงเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลชุมชน เขตจังหวัด นครศรีธรรมราช ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล เจ้าหน้าที่พยาบาลโรงพยาบาล ชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช และเพื่อนๆ พี่ๆ น้อง พยาบาลเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลพิปูน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอพิปูนทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ จนสำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณอาจารย์ชวลิต สิทธิฤทธิ์ นายกองค้การบริหารส่วนตำบลเขาพระ อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช อาจารย์เฉลิม เพชรประพันธ์ ประธาน อสม. ได้กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการให้ข้อมูลภาคประชาชนในการวิจัยครั้งนี้ อย่างดียิ่ง

สุดท้าย ผู้วิจัยขอขอบคุณมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราชที่ได้กรุณาให้ทุนอุดหนุนส่วน หนึ่งในการทำวิจัยครั้งนี้ กราบขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช เพื่อนนักศึกษา และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ทุกท่านที่ได้กรุณาให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ และให้กำลังใจ จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยดี คุณค่า และประโยชน์ที่ได้จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแด่บุพการี และทุกท่านที่มีส่วน เกี่ยวข้องและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีมา ณ ที่นี้

ลักขณา เดชรัตน์

มีนาคม 2551

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญภาพ.....	ณ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
ประเด็นปัญหาการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	7
สถานการณ์ความขาดแคลนกำลังคนทางการพยาบาล.....	7
ระบบบริการสุขภาพกับการบริการระดับปฐมภูมิ.....	23
เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิบูล.....	38
การวิจัยเชิงคุณภาพ.....	45
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	49
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	53
ประชากรกลุ่มตัวอย่าง.....	53
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	55
การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล.....	55
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	55
การวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอข้อมูล.....	56
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	57
คุณสมบัติผู้ให้ข้อมูล.....	57
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	59

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	84
สรุปผลการวิจัย.....	84
อภิปรายผล.....	86
ข้อเสนอแนะ.....	96
บรรณานุกรม.....	99
ภาคผนวก.....	106
ก เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	107
ข แบบสัมภาษณ์.....	109
ค ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ให้ข้อมูลหลัก.....	113
ประวัติผู้วิจัย.....	118

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 2.1 กระบวนการจัดการทรัพยากร.....	13
ภาพที่ 2.2 แผนที่อำเภอพิปูน/เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิปูน.....	38
ภาพที่ 2.3 แผนผังโครงสร้างโรงพยาบาลพิปูน.....	40
ภาพที่ 2.4 แผนผังโครงสร้างหน่วยงานสาธารณสุขอำเภอ.....	43

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยอยู่ในช่วงเวลาของการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สุขภาพแนวคิดใหม่เน้นความเป็นองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และสิ่งต่างๆที่มีผลต่อสุขภาพรวมทั้งพฤติกรรม สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมและการเมือง รูปแบบการให้บริการสุขภาพจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนเพื่อให้สามารถให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและหลายระดับ และระดับที่เป็นด่านแรกให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ง่ายและบรรเทาทุกข์แก่ประชาชนยามเจ็บป่วยและใกล้ชิดประชาชนมากที่สุดคือระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งมุ่งให้การดูแลสุขภาพทุกกลุ่มอายุอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย ทั้งในภาวะสุขภาพดี ภาวะเสี่ยง และภาวะเจ็บป่วย เสริมสร้างศักยภาพความเข้มแข็งและพลังอำนาจให้แก่บุคคลรวมทั้งชุมชนให้สามารถรับมือและดูแลสุขภาพตนเองได้

มาตรฐานของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในด้าน บุคลากร คือ 1 หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิรับผิดชอบประชากรไม่เกิน 10,000 คน และมีบุคลากรทางการแพทย์ต่อประชากรดังนี้ แพทย์ 1:10,000 คน ทันตแพทย์ 1:20,000 คน เภสัชกร 1:12,000 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1:1,250 คน และพยาบาลวิชาชีพ 1:5,000 คน (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 2550 : 78) ในการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนให้ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ บรรลุเป้าหมายแห่งการเป็นบริการด่านแรกที่ใกล้บ้าน ใกล้ใจ และสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกอย่างแท้จริงและมีประสิทธิภาพ ผู้ให้บริการ โดยเฉพาะบุคลากรพยาบาล ถือเป็นพลังหลักที่สำคัญในการมีส่วนร่วมจัดและให้บริการระดับปฐมภูมิ อันเป็นเป้าหมายแห่งความสำเร็จของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

บทบาทการจัดบริการด้านการพยาบาลในชุมชนให้เหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในชุมชนต้องมีความรู้ความสามารถในการประยุกต์องค์ความรู้ทางการแพทย์และทักษะด้านการพยาบาลและสาธารณสุขในการให้บริการสุขภาพครอบคลุมทั้ง 4 มิติของการบริการ คือ การส่งเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสภาพ เป้าหมายหลักคือ การพัฒนาสุขภาพของประชาชนให้มีความสมบูรณ์

(Healthy) โดยใช้กลยุทธ์การมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการ ในการดูแลสุขภาพตนเอง (กองการพยาบาล : 2544) มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพผู้ให้บริการในชุมชน และสามารถสื่อสารให้เข้าใจกันและกันได้ดี ขณะเดียวกันต้องทำหน้าที่เสริมสร้างศักยภาพของประชาชนในการร่วมดูแลสุขภาพ ได้อย่างเหมาะสม สามารถพึ่งตนเองและระบบบริการ ได้อย่างสมดุล รวมทั้งทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานบริการและส่งต่อผู้ให้บริการ ไปรับบริการที่หน่วยอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพที่พบ บ่อยของประชาชนได้ดี ขอบเขตการพยาบาลในชุมชน จึงมีความกว้างขวาง ลึกซึ้งและซับซ้อน เนื่องจากชุมชนเป็นศูนย์รวมของผู้รับบริการสุขภาพทุกระดับ

ขณะที่การให้บริการปฐมภูมิขยายตัวขึ้นเพื่อสร้างสุขภาพที่ดีแก่ประชาชนภายใต้การ ใช้ทรัพยากรที่คุ้มค่า แต่ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนสาขาพยาบาลศาสตร์ได้ทวีความรุนแรงขึ้นและ เป็นอุปสรรคสำคัญในการจัดบริการให้บรรลุเป้าประสงค์ ซึ่งเกิดจากปัจจัยสำคัญได้แก่ นโยบายของ รัฐบาลที่มุ่งขยายบริการสุขภาพเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างเสมอภาค การพัฒนาประเทศไทย ให้เป็นศูนย์กลางด้านการแพทย์ในทวีปเอเชีย การเปิดเสรีทางการค้า การเพิ่มขึ้นและการแข่งขันด้าน บริการสุขภาพของเอกชน อุบัติการณ์ของโรคไร้เชื้อและโรคติดเชื้อ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลง โครงสร้างของประชากรทำให้มีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น ทำให้ความต้องการพยาบาลเพิ่มขึ้นจำนวนมาก ความขาดแคลนนี้ยิ่งทวีความรุนแรงขึ้นในท้องถิ่นห่างไกล พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนมาก กระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานครและภาคกลางมากที่สุด กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2546 กรุงเทพมหานคร มีอัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากร คือ 1: 285 ขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราส่วน พยาบาลวิชาชีพต่อประชากรเพียง 1: 1,145 (รายงานทรัพยากรสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 2540 – 2546 : อ้างใน กฤษดา แสงวดี 2549) ปัจจุบันแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และ สถาบันการศึกษาเอกชน จะได้ร่วมกันผลิตบุคลากรพยาบาลได้ ปีละ 6,910 คน แต่จำนวนบุคลากร ดังกล่าวยังไม่เพียงพอต่อความต้องการ พบว่าในปี 2550 ยังขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ จำนวนกว่า 30,000 คน (อ้างถึง วัลลภ ไทยเหนือ กล่าวเปิดการประชุมวิชาการเรื่อง 'วิกฤตการขาดแคลนพยาบาล : วิกฤตชาติ' www.dtam.moph.go.th/alternative/news/newsblockdetail.php?newsid =2253 ค้นคืนวันที่ 14 พฤศจิกายน 2550)

นอกจากนี้การปรับเปลี่ยนนโยบายของรัฐบาลที่ผ่านมายังส่งผลให้ความขาดแคลน พยาบาลทวีความรุนแรงขึ้นได้แก่ การปฏิรูประบบราชการเพื่อลดกำลังคนภาครัฐ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2547 เป็นต้นมา ทำให้เกิดการสูญเสียพยาบาลที่เพิ่งก้าวเข้าสู่วิชาชีพเนื่องจากไม่ได้รับการบรรจุในตำแหน่ง ข้าราชการ ต้องอยู่ในตำแหน่งลูกจ้าง ไปสู่ภาคเอกชนซึ่งอยู่ในเขตเมือง และให้ค่าตอบแทนที่สูงกว่า รวมทั้งการยกเลิกระบบนักเรียนทุนของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานใน ท้องถิ่นกันดารที่ห่างไกลตัวเมื่อน้อยลง ความขาดแคลนกำลังคนที่ทวีความรุนแรงขึ้นทุกทีทำให้

บุคลากรพยาบาลที่ยังคงอยู่ในระบบบริการสุขภาพต้องทำงานหนัก ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและคุณภาพบริการ เกิดความเหนื่อยหน่าย ขาดแรงจูงใจและออกจากวงการพยาบาลไปในที่สุด

อำเภอพิปูน เป็นอำเภอตั้งอยู่ในจังหวัดนครศรีธรรมราช และเป็น 1 ใน 3 อำเภอที่ถือเป็นพื้นที่กันดาร ในอดีตถือเป็นพื้นที่สีแดงที่มีผู้มีอิทธิพลในพื้นที่ ตั้งอยู่ทางทิศตะวันตกเฉียงเหนือของจังหวัดนครศรีธรรมราช ห่างจากตัวจังหวัด ประมาณ 95 กิโลเมตร มีพื้นที่ประมาณ 363 ตารางกิโลเมตร ลักษณะภูมิประเทศ พื้นที่ 2 ใน 3 เป็นภูเขาสูงสลับซับซ้อน มีลักษณะเป็นแอ่งระหว่างหุบเขา โดยพื้นที่ราบอยู่ตรงกลาง และภูเขาล้อมรอบ มีประชากรทั้งสิ้น 24,542 คน เป็นชาย 12,221 คน หญิง 12,321 คน จำนวนครัวเรือน 6,883 ครัวเรือน ถนนสายหลักของอำเภอพิปูนเป็นถนนลาดยางจากที่ตั้งที่ว่าการอำเภอถึงจังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งถนนสายดังกล่าวมีความคดเคี้ยวมากและต้องข้ามภูเขาหลวง ถนนเชื่อมระหว่างตำบล และหมู่บ้านเป็นถนนดินลูกรังสลับลาดชันในช่วงฤดูฝน การคมนาคมไม่สะดวก ประชากร นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 99.95 อาชีพหลัก ได้แก่ การเกษตรกรรมทำสวนยางพาราและสวนผลไม้ แบ่งการปกครองออกเป็น 5 ตำบล 39หมู่บ้าน และ 1 เทศบาล

สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐในอำเภอพิปูนประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง และสถานีอนามัยในเครือข่าย 7 แห่ง โรงพยาบาลพิปูนเปิดให้บริการตั้งแต่เดือน มิถุนายน พ.ศ.2527 เป็นต้นมาเป็นโรงพยาบาลขนาด 10 เตียง ปี พ.ศ.2535 ปรับเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียงจนถึงปัจจุบัน สำหรับสถานีอนามัยในเครือข่ายประกอบด้วย สถานีอนามัยจุฬารัตน์พัฒนา 2 สถานีอนามัยบ้านกะทูนเหนือ สถานีอนามัยบ้านวังวัว สถานีอนามัยบ้านปากจัง สถานีอนามัยบ้านป่ากระแนะ สถานีอนามัยบ้านทุ่งนาใหม่ และสถานีอนามัยบ่อน้ำร้อน จากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในพ.ศ.2544 โรงพยาบาลพิปูนรับนโยบายและเริ่มดำเนินการ โดยขยายระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิประกอบด้วย หน่วยบริการปฐมภูมิหลัก 1 แห่ง ได้แก่ สถานีอนามัยจุฬารัตน์พัฒนา 2 ซึ่งเป็นสถานีอนามัยขนาดใหญ่ และมีหน่วยบริการร่วม 6 แห่ง โดยมีโรงพยาบาลพิปูนเป็นแม่ข่าย

โรงพยาบาลพิปูนมีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนเข้ารับบริการ ดังนี้ โรคความดันโลหิตสูง 1,643 ราย โรคเบาหวาน 563 ราย โรคชัษร่อยค้ 261 ราย ผู้ป่วยจิตเวช 139 ราย และผู้ป่วยติดเชื้อ HIV จำนวน 101 ราย มีผู้ใช้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย 221 คน / วัน (ข้อมูลสถิติงานผู้ป่วยนอก ณ วันที่ 30 กันยายน 2549) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องการการดูแลระยะยาวต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน ทำให้การให้บริการปฐมภูมิในชุมชนของพยาบาลวิชาชีพมีความสำคัญและจำเป็นมาก โดยเฉพาะในอำเภอที่เป็นพื้นที่ที่กันดารและขาดแคลนแพทย์

การจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพเพื่อปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นความรับผิดชอบของกลุ่มการพยาบาล เนื่องจากอยู่ในระยะเริ่มต้นในการดำเนินงาน มีข้อจำกัดในการแปลง

นโยบายสู่การปฏิบัติ ในระยะเริ่มต้น ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลจึงดำเนินการโดยใช้ระบบหมุนเวียนพยาบาลวิชาชีพจากงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินลง ไปปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ เนื่องจากมีประสบการณ์ในการรักษาโรคเบื้องต้นมากกว่าพยาบาลในหน่วยอื่น มีการปรับระบบการทำงาน การจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ให้พร้อมใช้ สำหรับการดำเนินการเชิงรุกในชุมชน ยังคงเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเช่นเดิม หลังจากดำเนินงานไประยะหนึ่งพบว่า การให้บริการปฐมภูมิเกิดการแยกส่วนระหว่างงานด้านรักษาพยาบาล โดยพยาบาลวิชาชีพ กับงานเชิงรุกในชุมชน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นอกจากนี้ยังทำให้พยาบาลวิชาชีพต้องมีภาระงานหนักขึ้นเนื่องจากไม่ได้รับการจัดสรรอัตรากำลังเพิ่มเติมแต่ต้องหมุนเวียนทำหน้าที่ทั้งใน โรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ

กลุ่มการพยาบาลได้มีการปรับเปลี่ยนนโยบายเพื่อให้การบริการสมบูรณ์ขึ้น ปี พ.ศ. 2547 โรงพยาบาลพิปูน โดยผู้อำนวยการคนใหม่ได้เพิ่มหน่วยบริการปฐมภูมิหลักจาก 1 หน่วย เป็น 2 หน่วย คือเพิ่มสถานีอนามัยบ้านวังวัว ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ห่างไกลจากโรงพยาบาลพิปูน ทำให้ประชาชนในเขตนี้มักไปใช้บริการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชควางซึ่งเดินทางสะดวกกว่า และมีนโยบายให้กลุ่มการพยาบาลจัดพยาบาลวิชาชีพประจำ ณ หน่วยปฐมภูมิหลักทั้งสองแห่ง ซึ่งพบว่าสถานีอนามัยจุฬาภรณ์พัฒนา 2 มีพยาบาลวิชาชีพ 1 คน สมัครใจอยู่ประจำเนื่องจากมีภูมิลำเนาในพื้นที่และไม่ต้องการอยู่เวร และจัดให้มีพยาบาลเวชปฏิบัติร่วมปฏิบัติงานอีก 1 คน แต่สำหรับสถานีอนามัยบ้านวังวัวไม่มีพยาบาลวิชาชีพคนใดต้องการลงไปปฏิบัติงานประจำ กลุ่มการพยาบาลจึงจัดให้พยาบาลวิชาชีพที่มีตำแหน่งในกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนลงไปปฏิบัติงานเป็นการประจำ 2 คน ซึ่งปัญหา คือ พยาบาลเกิดความเครียดสูง ไม่สามารถทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จึงต้องย้ายกลับมาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล ไม่มีพยาบาลวิชาชีพประจำอยู่ต่อ

เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ใน พ.ศ. 2548 โรงพยาบาลพิปูนจึงมีนโยบายให้รับพยาบาลใหม่ที่เพิ่งสำเร็จการศึกษา 2 คน ไปประจำที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งพบว่าพยาบาลใหม่ 1 คน ขอไปปฏิบัติงานที่อำเภออื่นเมื่อทราบว่าโรงพยาบาลพิปูนจัดให้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ และพยาบาลใหม่อีก 1 คน ซึ่งเป็นอัตราจ้างขอยื่นใบลาออกหลังจากทดลองในโรงพยาบาลพิปูน ได้ 6 เดือน ก่อนที่โรงพยาบาลจะให้ไปปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิด้วยเหตุผลว่าไม่ชอบงานชุมชน

จากเหตุการณ์ดังกล่าวข้างต้น ทำให้ปัจจุบันอำเภอพิปูนสามารถเปิดหน่วยบริการปฐมภูมิหลักได้เพียงแห่งเดียวคือสถานีอนามัยจุฬาภรณ์พัฒนา 2 จากที่ควรต้องมี 2 แห่ง และได้จัดบริการแก่ประชาชน โดยให้บริการคลินิกโรคเรื้อรัง โดยทีม แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในหน่วยบริการร่วมซึ่งไม่มีพยาบาลวิชาชีพประจำ

ปัจจุบันอำเภอพิปูนมีพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด 30 คน ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 25 – 33 ปี ปฏิบัติงานหน่วยบริการปฐมภูมิหลัก 1 คน งานเวชปฏิบัติครอบครัว 6 คน และกลุ่มการพยาบาล 23

คน พยาบาลวิชาชีพที่คงอยู่ปฏิบัติงานในอำเภอพิปูนส่วนใหญ่คือคนที่มีภูมิลำเนาหรือมีครอบครัวอยู่ในอำเภอพิปูน และมีพยาบาลวิชาชีพขอย้ายออกกลับภูมิลำเนาหรือย้ายตามครอบครัวทุกปี ๆ ละ 2-3 คน โดยพบว่าพยาบาลวิชาชีพมักขอย้ายไปหลังจากปฏิบัติงานได้ประมาณ 5 ปี

พยาบาลวิชาชีพซึ่งถือเป็นอัตรากำลังหลักที่มีความสำคัญในทีมสุขภาพ ที่มีบทบาทในการให้บริการด้านสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ จากผลการศึกษารายองค์ประกอบการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ (ศศิวิมล ชูตินันท์กุล : 2547) พบว่า ปัญหาการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิใช้แนวทางให้บุคลากรแสดงความจำนงเต็มใจที่จะปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ หรืออาจให้ลง โดยการจับฉลากหรือตามตำแหน่ง และจากการศึกษาการดำรงอยู่อย่างพึงพอใจของบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (นงลักษณ์ พะไยยะและคณะ : 2549) ปัจจัยหลัก การมีผู้บังคับบัญชาที่ดี งานอิสระ ความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน เหตุผลที่ย้ายออก ภาระงานมากเกินไป ตำแหน่งขาดความก้าวหน้า ค่าตอบแทนไม่เหมาะสม การพัฒนาและธำรงรักษาพยาบาลวิชาชีพให้ทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อสนับสนุนการจัดบริการด้านการพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิล้วนต้องอาศัยการจัดการทรัพยากรมนุษย์ที่ดี ด้วยการสร้างแรงจูงใจแก่บุคลากร สร้างขวัญและกำลังใจในการทำงาน เพื่อดึงดูดและธำรงรักษาคนให้คงอยู่และปฏิบัติงานให้บรรลุตามวัตถุประสงค์

จากสาระสำคัญดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวเนื่องกับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ : กรณีศึกษาอำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้งในเชิงนโยบายและเพื่อการปฏิบัติ

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวเนื่องกับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช

3. ประเด็นปัญหาการวิจัย

ปัจจัยเกี่ยวข้องที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพคงอยู่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช มีอะไรบ้าง

4. ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องทำให้พยาบาลวิชาชีพคงอยู่ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เครือข่ายอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักและสนทนากลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องระหว่างเดือน เมษายน 2550 – ธันวาคม 2550

5. คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

5.1 พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง บุคลากรที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า และได้รับใบประกอบวิชาชีพ และเคยปฏิบัติงานหรือยังคงปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เครือข่ายระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

5.2 หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หมายถึง สถานที่ให้บริการสุขภาพ ซึ่งให้การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานของบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง ในทุกๆ ด้านที่เกี่ยวข้อง ที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดภาวะสุขภาพดีของประชาชน โดยการให้ชุมชนมีส่วนร่วมตัดสินใจในระบบบริการ และเป็นชุมชนที่เข้มแข็ง

5.3 การคงอยู่ หมายถึง ระยะเวลาการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ นับตั้งแต่เริ่มปฏิบัติงานจนถึงปัจจุบัน ควรจะอยู่ที่ปี และวางแผนว่าจะอยู่นานเท่าใด หรือจนกว่าเกษียณ

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

นำผลการวิจัยไปพัฒนาการบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อธำรงรักษาบุคลากรพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นกำลังหลักในการให้บริการสุขภาพในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ จากเอกสาร บทความ หนังสือ วารสาร และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญดังนี้

1. สถานการณ์ความขาดแคลนกำลังคนทางการพยาบาล
2. ระบบบริการสุขภาพกับการบริการระดับปฐมภูมิ
3. เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิปูน
4. การวิจัยเชิงคุณภาพ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. สถานการณ์ความขาดแคลนกำลังคนทางการพยาบาล

ตั้งแต่ปี พ.ศ.2512 เป็นต้นมา ประเทศไทยประสบปัญหาการขาดแคลนพยาบาลมาอย่างต่อเนื่อง โดยมองในภาพรวมทั้งภาครัฐและเอกชน นอกจากนี้ปัญหาการกระจายของพยาบาลตามภาคต่างๆ ของประเทศซึ่งมีการกระจายในสัดส่วนที่ไม่เหมาะสมกับการกระจายของประชากร พบว่า กรุงเทพมหานครมีอัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากรสูงที่สุด คือ 1: 374 ขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากรเพียง 1: 2,803 (สำนักนโยบายและแผนกระทรวงสาธารณสุข 2535 : อ้างใน กฤษดา แสงดี ; 2549) นับตั้งแต่ปี 2535 เป็นต้นมา สถานการณ์การกระจาย และอัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากรเริ่มดีขึ้น จากการขยายการผลิตของสถาบันการศึกษา ทั้งการผลิตพยาบาลระดับต้น 2 ปี และพยาบาลวิชาชีพ 4 ปี ซึ่งสามารถชดเชยส่วนขาดได้ในระดับหนึ่ง แต่ปัญหาเราพบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนมากกระจุกตัวอยู่ใน กรุงเทพมหานครและภาคกลางมากที่สุด กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2546 พบว่า กรุงเทพมหานครมีอัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากร คือ 1: 285 ขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากรเพียง 1: 1,145 (รายงานทรัพยากรสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 2540 – 2546 : อ้างใน กฤษดา แสงดี ; 2549)

อย่างไรก็ตามในปัจจุบันพบว่าสภาพความขาดแคลนกำลังคนทางการแพทย์บาลยังคงมีอยู่ และมีแนวโน้มที่จะมีความขาดแคลนเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากความต้องการการบริการสุขภาพของ ประชาชนเพิ่มมากขึ้น รัฐบาลมีนโยบายส่งเสริมการส่งออกบริการสุขภาพ โดยกำหนดเป้าหมายการ พัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพแห่งเอเชีย (Medical Hub of Asia) ส่งผลให้การเติบโต และการขยายตัวของธุรกิจด้านสุขภาพในภาคเอกชนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะการแข่งขันการ เป็นศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาในด้านต่างๆ ภาคเอกชนมีข้อได้เปรียบ คือ ค่าตอบแทนที่สูงและ สามารถดึงดูดพยาบาลที่มีประสบการณ์ ความชำนาญ และความเชี่ยวชาญเฉพาะออกจากภาครัฐได้ ใน 2 – 3 ปีที่ผ่านมา พบว่า มีภาวะสมองไหลจากภาครัฐไปสู่เอกชนและจากชนบทเข้าสู่เมือง ซึ่งเป็น ปัจจัยที่ทำให้เกิดความไม่เป็นที่ธรรมขึ้นในระบบบริการ การลดกำลังการผลิต และการสูญเสียพยาบาล จากวิชาชีพ สาเหตุต่างๆสะท้อนให้มองเห็นถึงภาวะการขาดแคลนกำลังคนสาขาพยาบาลในปัจจุบัน แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และสถาบันการศึกษาเอกชน จะได้ร่วมกันผลิต บุคลากรพยาบาลได้ ปีละ 6,910 คน แต่จำนวนบุคลากรดังกล่าวยังไม่เพียงพอต่อความต้องการ พบว่า ในปี 2550 ยังขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ จำนวนกว่า 30,000 คน (อ้างถึง วัลลภไทยเหลือ กล่าวเปิด การประชุมวิชาการเรื่อง 'วิกฤตการขาดแคลนพยาบาล :วิกฤตชาติ

www.dtam.moph.go.th/alternative/news/newsblockdetail.php?newsid=2253 ค้นคืนวันที่ 14 พฤศจิกายน 2550) นอกจากนี้จากการปฏิรูประบบราชการเพื่อลดกำลังคนภาครัฐ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2547 เป็นต้นมา วิชาชีพพยาบาลไม่ได้เป็นนักเรียนทุนและหลังจากจบการศึกษาไม่ได้รับการบรรจุเป็น ข้าราชการ โดยปฏิบัติงานในภาครัฐในตำแหน่งลูกจ้าง จากนโยบายดังกล่าวยิ่งทำให้เกิดความขาด แคลนพยาบาลวิชาชีพในภาครัฐและชนบทเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในพื้นที่กันดารที่ห่างไกลตัวเมือง พบว่าโดยส่วนใหญ่จะไปปฏิบัติงานภาคเอกชนหรือโรงพยาบาลที่ให้อัตราค่าจ้างที่สูงกว่า มีส่วน หนึ่งลาออก นอกจากนี้บางส่วนที่เกษียณอายุออกไป บุคลากรพยาบาลที่เหลืออยู่ก็ต้องรับภาระงานที่ หนักมากขึ้น และคนกลุ่มนี้ก็จะยังคงอยู่ในระบบได้อีกนานเท่าใด (อดิศร ภัทราคูลย์ 2548 ; อ้างใน กฤษดา แสงวงศ์ ; 2549)

1.1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการขาดแคลนกำลังคนทางการแพทย์บาล

จากการศึกษาเอกสารพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงกำลังคนทางการแพทย์ บาล (อ้างใน กฤษดา แสงวงศ์; 2549) พบว่าอิทธิพลที่มีผลต่อการขาดแคลนกำลังคนทางการแพทย์ บาลประกอบด้วยปัจจัยดังนี้

1.1.1 การลดการผลิตพยาบาล พบว่ามีการลดกำลังการผลิต แม้จะมีผลการวิจัยคาด ประเมินความต้องการด้านสุขภาพและพบว่ามีแนวโน้มมีความต้องการพยาบาลเพิ่มขึ้น แต่เมื่อ

นโยบายภาครัฐให้มีการลดขนาดกำลังคนลง ก็ทำให้มีการลดกำลังการผลิตพยาบาลวิชาชีพลง ดังตัวอย่างการผลิตพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา ลดลงจาก 3,500 คน เป็น 1,500 คน (กฤษดา แสงวดี ; 2549) ซึ่งเป็นประเด็นที่สะท้อนให้เห็นจุดอ่อนของการวางแผนกำลังคนที่ชัดเจน ตอบสนองนโยบายของรัฐ โดยไม่คำนึงถึงแนวโน้มความต้องการของประชาชนจากนโยบาย และผลการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจ

1.1.2 การออกจากวิชาชีพ พบว่าพยาบาลวิชาชีพออกจากวิชาชีพภายในเวลาไม่นาน ภายหลังจากสำเร็จการศึกษา เป็นการออกจากวิชาชีพเร็วกว่าเดิมเมื่อเทียบกับในอดีต เหตุผลส่วนใหญ่ที่ลาออกคือ เพื่อหางานที่ปลอดภัย หางานที่ก้าวหน้ามากกว่า และมีชั่วโมงการทำงานที่ไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต งานที่มีค่าตอบแทนดีกว่า สภาพการทำงานที่ดีกว่า เป็นต้น

1.1.3 คุณภาพของสถานที่ทำงานและความมั่นคงในงาน ในภาคบริการสุขภาพ หลายๆประเทศ พบว่า ประสบปัญหาเกี่ยวกับการวางแผน การจัดการและการดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสภาพการทำงานของบุคลากร โดยเฉพาะพยาบาลจะเป็นกลุ่มที่มีสภาพการทำงานที่ไม่ดีนัก เช่น การทำงานที่ไม่ปลอดภัย ขาดความก้าวหน้า ขาดระบบสนับสนุน ภาระงานเพิ่มมากขึ้น (Bossely , 2001; Jeukins – Clarke & Carr – Hill , 2001 ; อ้างใน กฤษดา แสงวดี ; 2549)

1.1.4 ความต้องการที่เพิ่มมากขึ้นใหม่อีกครั้งเมื่อเข้าสู่ศตวรรษใหม่ การลดกำลังการผลิตและขนาดกำลังคนทางการพยาบาลในอดีต จนทำให้ประสบปัญหาการขาดแคลนพยาบาลอีกครั้ง ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพ ทำให้ความต้องการด้านบริการสุขภาพของประชาชนเพิ่มขึ้นในปัจจุบัน จากภาระงานที่เพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อกำลังคนด้านการพยาบาล ส่อเค้าให้แนวโน้มความขาดแคลนที่รุนแรงขึ้น นอกจากนี้การลดลงของกำลังคนเนื่องจากพยาบาลที่เรียนสำเร็จแล้วไปอบรมเฉพาะด้าน เพื่อกลับออกไปให้บริการในโรงพยาบาลทุติยภูมิและตติยภูมิเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับการปฏิรูประบบราชการลดขนาดกำลังคนภาครัฐ กระทรวงสาธารณสุขจึงลดการผลิตพยาบาลวิชาชีพลง ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพเข้าสู่ระบบปี พ.ศ. 2547 – 2549 ลดลงตามไปด้วย ทำให้เกิดความขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในด้านจำนวนเมื่อเทียบกับปริมาณความต้องการที่เพิ่มขึ้น ปี พ.ศ. 2548 อายุเฉลี่ยของพยาบาลวิชาชีพ เท่ากับ 37.6 ในขณะที่ ปี พ.ศ. 2545 อายุเฉลี่ยของพยาบาลวิชาชีพ เท่ากับ 33.5 (กฤษดา แสงวดี 2548) ปัจจุบันพบว่าสัดส่วนพยาบาลที่มีอายุ 40 – 59 ปีมีสัดส่วนถึงร้อยละ 35 ของพยาบาลทั้งหมด ในอีก 10 ปีข้างหน้าบุคคลเหล่านี้จะทยอยเกษียณอายุไป หากไม่มีการรับพยาบาลใหม่เข้ามาทดแทนจะเกิดปัญหาอย่างรุนแรงทั้งด้านปริมาณและทักษะประสบการณ์ของกำลังคน นอกจากนี้พบว่า อายุเฉลี่ยของพยาบาลที่ลาออกจากราชการร้อยละ 13.2 อยู่ในช่วงอายุ 25 – 29 ปี เพื่อไปประกอบอาชีพอื่น (กฤษดา แสงวดี ; 2549)

จะเห็นได้ว่า จากปัจจัยดังกล่าว การลดกำลังการผลิต และการสูญเสียพยาบาลจากวิชาชีพสาขาต่างๆ สะท้อนให้มองเห็นถึงภาวะการณ์ขาดแคลนกำลังคนสาขาพยาบาลในปัจจุบัน ซึ่งถ้าไม่มีการปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์ด้านกำลังคนที่เป็นรากฐานของระบบบริการสุขภาพก็อาจนำมาซึ่งความด้อยประสิทธิภาพและคุณภาพของระบบบริการสุขภาพในที่สุด

1.2 การจัดการทรัพยากรมนุษย์

เพ็ญศรี วายวานนท์ (2537: 2) ให้ความหมายการจัดการทรัพยากรมนุษย์ว่า เป็นงานการจัดการในส่วนที่เกี่ยวข้องกับคนทำงาน เกี่ยวข้องกับการกำหนดและดำเนินนโยบายในด้านการวางแผนกำลังคน การจัดหาและคัดเลือกคนเข้าทำงาน การพัฒนา การจ่ายค่าตอบแทน การประสานสัมพันธ์เพื่อการธำรงรักษากำลังคนและการฟื้นฟูสภาพการทำงานอย่างเป็นธรรมชาติ เพื่อมุ่งหมายให้คนทำงานอยู่ดีและเป็นส่วนสำคัญในความสำเร็จขององค์กร

มอนดี และ โน (Mondy and Noe, 1996 : 4) ให้ความหมายว่า การจัดการทรัพยากรมนุษย์ เป็นการใช้ทรัพยากรมนุษย์เพื่อให้องค์กรบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด

คลาร์ค (Clark, 1992 : 13) อธิบายว่า การจัดการทรัพยากรมนุษย์ เป็นการจัดการความสัมพันธ์ของคนงานและผู้บริหาร โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้องค์กรบรรลุจุดหมาย ซึ่งจากความหมายดังกล่าวมีประเด็นที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1. การจัดการทรัพยากรมนุษย์ให้ความสำคัญกับการจัดการความสัมพันธ์ ที่ไม่ใช่เป็นการจัดการบุคคล
2. การจัดการทรัพยากรมนุษย์มุ่งเน้นที่เป้าประสงค์ขององค์กร ดังนั้น เมื่อวัตถุประสงค์ขององค์กรเปลี่ยนแปลงไป การจัดการความสัมพันธ์ดังกล่าวก็จะเปลี่ยนด้วย
3. วัตถุประสงค์หลักของการจัดการทรัพยากรมนุษย์ควรมุ่งที่องค์กร ส่วนสมาชิกขององค์กรแต่ละคนจะเป็นวัตถุประสงค์รอง

จากความหมายดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า การจัดการทรัพยากรมนุษย์ เป็นการจัดการความสัมพันธ์ในการจ้างงาน เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรมนุษย์ในการทำให้องค์กรบรรลุวัตถุประสงค์ โดยจะเกี่ยวข้องกับการจัดการทรัพยากรมนุษย์ตั้งแต่การได้คนมาทำงานจนถึงคนนั้นออกจากงานไป ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะที่สำคัญ คือ ระยะการได้มาซึ่งทรัพยากรมนุษย์ (acquisition phase) ระยะการรักษาทรัพยากรมนุษย์ที่ทำงานในองค์กร (retention phase) และระยะการให้พ้นจากงาน (termination or separation phase)

1.2.1 ความสำคัญของการจัดการทรัพยากรมนุษย์

ในการบริหาร โรงพยาบาล มนุษย์นับเป็นทรัพยากรสำคัญที่จำเป็นและต้องใช้ ทรัพยากรมนุษย์จำนวนมากในหลากหลายหน้าที่ เพราะทรัพยากรมนุษย์จะเป็นผู้สร้างสรรคงาน บริการและเป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ที่เน้นคุณภาพ มาตรฐาน ความปลอดภัย และคุณธรรม จริยธรรม ซึ่งการที่จะได้มาซึ่งทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพ การพัฒนาและการรักษาทรัพยากรมนุษย์ ให้ทำงานให้กับองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ตลอดจนการออกจากองค์กรไปด้วยดี นั้น ล้วนต้องอาศัยการจัดการทรัพยากรมนุษย์ที่ดี ดังนั้น การจัดการทรัพยากรมนุษย์มีความสำคัญกับการบริหารองค์กร ดังต่อไปนี้คือ

1) **ทำให้มีบุคลากรทำงานที่เพียงพอและต่อเนื่อง** เนื่องจากการจัดการ ทรัพยากรมนุษย์ที่ดีจะต้องมีการวางแผนทรัพยากรมนุษย์ โดยมีการทำนายความต้องการทรัพยากร มนุษย์ในอนาคต ซึ่งต้องสัมพันธ์กับทิศทางและแผนงานขององค์กร ตลอดจนกิจกรรมขององค์กรที่ คาดว่าจะมีในอนาคต นอกจากนี้ ยังต้องคำนึงถึงตลาดแรงงานของทรัพยากรมนุษย์ เพื่อที่จะคาดการณ์ ได้ว่าองค์กรมีความต้องการทรัพยากรมนุษย์ประเภทใด จำนวนเท่าใด เมื่อใด ทำให้สามารถวางแผนการรับคนเข้าทำงาน การฝึกอบรมและพัฒนา และการหาทรัพยากรอื่นมาทดแทนถ้าจำเป็น ซึ่งจะ ส่งผลให้องค์กรมีบุคลากรทำงานอย่างเพียงพอตามความจำเป็น และมีบุคลากรที่ทำงานในหน้าที่ต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการขยายหรือหดตัวของธุรกิจขององค์กร ส่งผลให้องค์กรสามารถ ดำเนินงานไปได้ตามทิศทางและบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

2) **ทำให้ได้คนดีและมีความสามารถเข้ามาทำงานในองค์กร** การจัดการ ทรัพยากรมนุษย์ที่ดีจะนำมาสู่กระบวนการสรรหา คัดเลือกและบรรจุแต่งตั้งบุคคลที่เป็นคนดีและมี ความสามารถสอดคล้องกับความต้องการขององค์กร

3) **ทำให้มีการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์** การฝึกอบรมและพัฒนาทรัพยากร มนุษย์นับเป็นบทบาทหนึ่งของการจัดการทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งการฝึกอบรมและพัฒนาจะเกี่ยวข้องกับ คนที่ทำงานในองค์กร ทั้งคนที่รับเข้ามาทำงานใหม่และคนที่ทำงานอยู่เดิม เพื่อเพิ่มศักยภาพของ ทรัพยากรมนุษย์เหล่านี้ให้ทำงานได้ ทำงานเป็น ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และทำงานได้ สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยต่าง ๆ ในการบริหารองค์กร

4) **ทำให้มีการบริหารค่าตอบแทนและสวัสดิการแก่บุคลากรอย่างเหมาะสม** การจัดการทรัพยากรมนุษย์ที่ดีจะทำให้เกิดการพิจารณาเรื่องค่าตอบแทนและสวัสดิการที่เหมาะสมกับ การดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ เป็นการดึงดูดและรักษาคนให้คงอยู่กับองค์กร มีขวัญและกำลังใจใน การทำงานให้กับองค์กร

5) ทำให้เกิดการป้องกันและแก้ไขพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนของบุคลากร ในการจัดการทรัพยากรมนุษย์จะมีการวางกฎระเบียบด้านวินัยของบุคลากรหรือคนทำงานให้เป็นไปตามสภาพลักษณะงานและวัตถุประสงค์ขององค์กร เช่น งานบริการคนไข้ในโรงพยาบาลจะต้องทำงาน 24 ชั่วโมง จึงต้องกำหนดกฎระเบียบให้บุคลากรทำงานในเวรเช้า เวรบ่าย เวรคึก เวิร์ด 8 ชั่วโมง หมุนเวียนกันไป เพื่อให้สามารถบริการแก่ลูกค้าได้ตลอด 24 ชั่วโมง

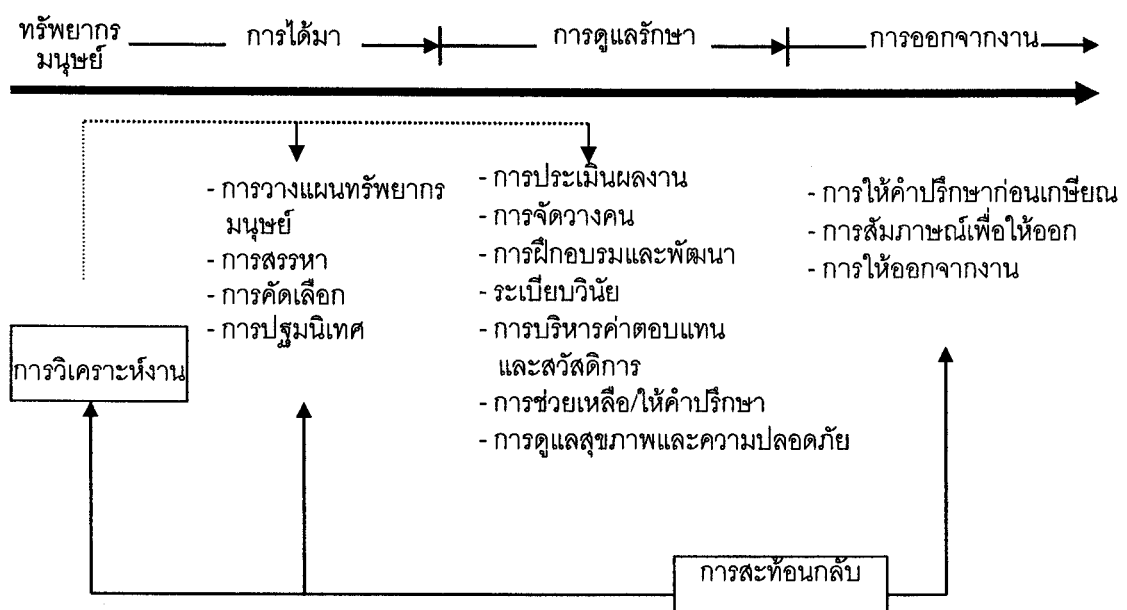
6) ทำให้เกิดการประเมินผลงานของบุคลากรที่เหมาะสมและสนับสนุนคนทำงานดี การจัดการทรัพยากรมนุษย์ที่มีการกำหนดกระบวนการประเมินผลงานของบุคลากรที่ดีและเป็นธรรม จะส่งผลให้มีการให้รางวัล การเลื่อนตำแหน่งแก่ผู้ที่ปฏิบัติงานดี และการลงโทษผู้ที่ปฏิบัติงานไม่ดีและก่อให้เกิดความเสียหายแก่องค์กร อันเป็นการสร้างแรงจูงใจบุคลากรให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

7) ทำให้เกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างคนทำงานด้วยกันและคนทำงานกับผู้บริหาร เนื่องจากการจัดการทรัพยากรมนุษย์จะให้ความสำคัญกับการพัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างคนทำงานด้วยกัน และระหว่างคนทำงานกับผู้บริหารหรือแรงงานสัมพันธ์ เพื่อให้เกิดบรรยากาศที่ดีในการทำงาน และเป็นการลดความขัดแย้งและกรณีพิพาทต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อองค์กร

โดยสรุปแล้ว การจัดการทรัพยากรมนุษย์มีความสำคัญต่อการบริหารองค์กร โดยเฉพาะองค์กรที่ดำเนินงานด้าน โรงพยาบาลที่ต้องใช้มนุษย์เป็นผู้ให้บริการที่สำคัญ ซึ่งการจัดการทรัพยากรมนุษย์จะช่วยให้มีคนที่เพียงพอและต่อเนื่อง ได้คนดีมีความสามารถมาทำงานที่เหมาะสมกับงาน มีการรักษาคณไว้อยู่กับองค์กร โดย มีการพัฒนา การให้ค่าตอบแทนและสวัสดิการ และการประเมินผลที่เหมาะสม ตลอดจนการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับคนทำงาน ซึ่งจะส่งผลให้สามารถใช้ศักยภาพของทรัพยากรมนุษย์ได้อย่างเหมาะสมในการทำงานให้องค์กรบรรลุตามวัตถุประสงค์

1.2.2 กระบวนการจัดการทรัพยากรมนุษย์

การบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์สามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะสำคัญ ตั้งแต่ การได้คนมาทำงานในองค์กร (acquisition) การดูแลรักษาให้คนในองค์กรทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (retention) และการดูแลการออกจากงานของคนงาน (separation) โดยในแต่ละขั้นตอนจะมีกิจกรรมย่อยที่เกี่ยวข้องกัน ซึ่งในกระบวนการจัดการทรัพยากรมนุษย์จะได้รับอิทธิพลจากกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับแรงงานด้วย ดังภาพ



ภาพที่ 2.1 กระบวนการจัดการทรัพยากร

1) การวางแผนกำลังคน (Manpower planning) เป็นการกำหนดความต้องการของกำลังคน หน่วยงานจะต้องวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานต่างๆ ในลักษณะการประมาณความต้องการล่วงหน้า การวางแผนความต้องการต้องมีการวิเคราะห์ข้อมูลและภาระงานแต่ละประเภท คำนึงถึงทั้งจำนวนและคุณภาพของกำลังคนและสอดคล้องกับนโยบายขององค์กรด้วย

2) การสรรหา (Recruitment) การสรรหากำลังคนที่เป็นไปตามแผนงานกำลังคนขององค์กร การสรรหากำลังคนให้มาปฏิบัติงานในองค์กร ใช้การสรรหาได้หลายวิธี เช่น การประกาศในหนังสือพิมพ์ แจกใบไปรษณีย์ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือการสรรหาจากสถาบันการศึกษา เป็นต้น

3) การคัดเลือก (Selection) กระบวนการคัดเลือกเกี่ยวข้องกับการประเมินและการคัดเลือกผู้สมัครงาน ใบสมัครงาน ประวัติ การสัมภาษณ์ และการตรวจสอบการอ้างอิงซึ่งเป็นเครื่องมือในการคัดเลือกโดยทั่วไป

4) การปฐมนิเทศ (Orientation) ขั้นตอนนี้ถูกกำหนดขึ้นเพื่อช่วยให้บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกแล้วมีความคุ้นเคยกับองค์กร ผู้มาใหม่จะได้รับการแนะนำให้รู้จักกับเพื่อนร่วมงาน ความรับผิดชอบและเป้าหมายขององค์กร ส่วนใหญ่หน่วยงานมีการจัดการปฐมนิเทศ3-5วัน โดยมีการปฐมนิเทศเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามกฎ ระเบียบ กฎหมายและการทบทวนทักษะการปฏิบัติตามหน่วยงาน

5) การประเมินผลการปฏิบัติงาน (performance appraisal) การประเมินผลงานเป็นระบบการวัดผลงานของบุคคลที่ทำได้ในระยะเวลาที่กำหนดไว้ แล้วนำไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์หรือมาตรฐานที่กำหนด ซึ่งการประเมินผลงานของบุคลากรเป็นมาตรการหนึ่งที่ทำให้ผู้บริหารได้ข้อมูลเกี่ยวกับระดับผลงานของเจ้าหน้าที่แต่ละคนเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ และเป็นข้อมูลป้อนกลับสำหรับการปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากร การบริหารค่าตอบแทน การพิจารณาเลื่อนตำแหน่งหรือการโอนย้ายหน้าที่ การฝึกอบรมและพัฒนา

6) การจัดวางคน (employee placement) โดยที่ต้องพิจารณาอบหมายงาน ความรับผิดชอบให้เหมาะสมกับความสามารถของบุคคล ทั้งนี้หน่วยงานต้องมีการกำหนดหน้าที่ ความรับผิดชอบแต่ละตำแหน่งให้ชัดเจน และมีการมอบหมายงานเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อให้ผู้รับมอบหมายทราบตรงกันและสามารถปฏิบัติงานได้ตามที่หน่วยงานต้องการ

7) การฝึกอบรมและพัฒนา (training and development) ความการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เป็นกระบวนการเพิ่มศักยภาพและผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในองค์กร โดยใช้วิธีการฝึกอบรมและพัฒนาในรูปแบบต่าง ๆ สำหรับเหตุผลสำคัญที่โรงพยาบาลจะต้องมีการฝึกอบรมและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ มี 5 ประการ ได้แก่

(1) เพื่อช่วยปรับปรุงการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ให้ดีขึ้น ซึ่งเจ้าหน้าที่ที่ขาดทักษะที่จำเป็นในการทำงานนับเป็นความสำคัญอันดับแรกที่จะต้องได้รับการฝึกอบรม นอกจากนี้เจ้าหน้าที่บางรายที่ได้รับการเลื่อนตำแหน่งและยังขาดทักษะและความสามารถบางประการในการดำรงตำแหน่งใหม่ ก็จำเป็นต้องมีการฝึกอบรมเช่นกัน

(2) เพื่อช่วยให้เจ้าหน้าที่มีทักษะก้าวทันกับการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยี องค์กร และวิธีการบริหารจัดการ เช่น เมื่อมีการปรับระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล จำเป็นต้องฝึกอบรมเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการใช้คอมพิวเตอร์ในหน่วยงานต่าง ๆ เป็นต้น

(3) เพื่อช่วยให้ปัญหาของหน่วยงาน ได้รับการแก้ไข เช่น ปัญหาความขัดแย้ง การลาออก การทำงานไม่ได้มาตรฐาน ฯลฯ ซึ่งการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่เป็นวิธีการหนึ่งที่สำคัญที่ช่วยแก้ไขปัญหาเหล่านี้

(4) เพื่อเตรียมความพร้อมให้กับเจ้าหน้าที่ที่จะได้รับการเลื่อนตำแหน่งให้ทำงานในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งการจูงใจด้วยการเลื่อนตำแหน่งให้จะต้องทำควบคู่กับการมีโปรแกรมการฝึกอบรมและพัฒนาเจ้าหน้าที่อย่างกว้างขวาง

(5) เพื่อปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ เป็นการแนะนำบุคลากรที่ทำงานใหม่ทำความรู้จักกับองค์กร เป็นการสร้างความเข้าใจในการใช้ชีวิตเริ่มต้นในองค์กร รับรู้ข้อมูลเบื้องต้นในการทำงาน ทำความรู้จักเพื่อนร่วมงานและอาคารสถานที่

จากเหตุผลดังกล่าว การฝึกอบรมและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์จึงมีส่วนช่วยให้การดำเนินงานของหน่วยงาน แผนก และองค์กรประสบความสำเร็จตามเป้าประสงค์ และช่วยให้เป้าประสงค์ของแต่ละบุคคลบรรลุด้วย นอกจากนี้ ยังสามารถช่วยในการผลักดันและสร้างวัฒนธรรมขององค์กรให้เป็นไปในทิศทางที่พึงประสงค์ด้วยการฝึกอบรมและพัฒนา

สำหรับกระบวนการฝึกอบรมและพัฒนาจำเป็นต้องเริ่มต้นด้วยต้องหาความต้องการ ซึ่งได้จากการวิเคราะห์ความต้องการ 3 ด้าน คือ

(1) ความต้องการขององค์กร ที่พิจารณาจากแผนขององค์กรและแผนทรัพยากรมนุษย์

(2) ความต้องการของงาน ที่พิจารณาจากการวิเคราะห์งาน องค์กรความรู้และทักษะที่ต้องการสำหรับงานนั้น ๆ

(3) ความต้องการส่วนบุคคล ที่พิจารณาจากการประเมินผลงานและศักยภาพของแต่ละบุคคล เมื่อพบว่าความต้องการเหล่านั้นสามารถแก้ไขได้ด้วยการฝึกอบรมและพัฒนา ทั้งนี้จะต้องมีการกำหนดวัตถุประสงค์ หลักสูตร วิธีการและวัสดุอุปกรณ์ในการฝึกอบรมและพัฒนาที่เหมาะสม มีการดำเนินการและทำการประเมินผลการฝึกอบรมและพัฒนาให้ครบวงจร

8) ระเบียบวินัย (discipline) เมื่อกล่าวถึงระเบียบวินัย คนส่วนใหญ่มักจะมองในด้านลบว่าเกี่ยวข้องกับการลงโทษ แต่ถ้ามองในด้านบวกระเบียบวินัยช่วยสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงานและทำให้เจ้าหน้าที่มีทัศนคติที่ดีต่อกัน และเกิดการยอมรับนโยบายและแนวปฏิบัติขององค์กร ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ ทั้งนี้ นโยบายและกฎระเบียบต่าง ๆ ที่กำหนดต้องสมเหตุสมผล และเจ้าหน้าที่ที่มีความเข้าใจต่อสิ่งที่องค์กรคาดหวังให้เขาปฏิบัติ รวมทั้งการยอมรับในอำนาจหน้าที่ของผู้บริหารที่จะออกระเบียบวินัยที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดการทำงานที่ดีของเจ้าหน้าที่ และให้การยอมรับการดำเนินการใด ๆ ของผู้บริหาร เมื่อมีการละเมิดระเบียบวินัยดังกล่าว

ระเบียบวินัยหรือการให้คำปรึกษาเพื่อให้เจ้าหน้าที่ปรับปรุงแก้ไข (corrective counseling) ที่ใช้ได้ผล ควรตั้งอยู่บนความเป็นจริงที่ปฏิบัติได้ มีความชัดเจน สามารถตัดสินใจได้ มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติอย่างคงเส้นคงวา และกำหนดวิธีการแก้ไขด้านวินัยกับเจ้าหน้าที่ที่ทำผิดรุนแรงมากน้อยตามพฤติกรรมที่แสดงออก เช่น เริ่มตั้งแต่ (1) การตักเตือนด้วยวาจา (2) การบันทึกคำตักเตือนไว้ในแฟ้มประวัติ (3) การให้พักงาน หรือการตัดเงินเดือน หรือการลดเงินเดือน และขั้นรุนแรง คือ (4) การให้ออก การปลดออก หรือการไล่ออก

สำหรับระเบียบวินัยของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลที่กำหนด ควรมีความเข้มงวดตามลำดับจากมากไปหาน้อยในเรื่องต่อไปนี้ คือ

- (1) ชีวิตและความปลอดภัยของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ
- (2) ระเบียบวินัยที่เกี่ยวข้องกับความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการแก่
ผู้ให้บริการ
- (3) ระเบียบวินัยที่เกี่ยวข้องกับความสะดวกรวดเร็วในการปฏิบัติงาน
ร่วมกันของเจ้าหน้าที่
- (4) ระเบียบวินัยที่เกี่ยวข้องกับความสามัคคีของเจ้าหน้าที่
- (5) ระเบียบวินัยเกี่ยวกับการปฏิบัติทั่วไป

9) การบริหารค่าตอบแทนและสวัสดิการ (compensation and benefits administration) สิ่งที่สำคัญอย่างหนึ่งในการรักษาคนที่ทำงานให้ทำงานตามที่มุ่งหวังและอยู่กับองค์กรต่อไป โดยไม่ย้ายงาน หรือลาออก คือ การบริหารค่าตอบแทนให้แก่เจ้าหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม มีทั้งค่าตอบแทนที่เป็นตัวเงินโดยตรง เช่น ค่าจ้าง เงินเดือน และ โบนัส เป็นต้น ค่าตอบแทนที่เป็นตัวเงินทางอ้อม เช่น การประกันสังคม การประกันชีวิตและอุบัติเหตุ เงินช่วยเหลือการศึกษาบุตร เงินสะสม และเงินบำเหน็จบำนาญ เป็นต้น และค่าตอบแทนที่ไม่เป็นตัวเงิน เช่น การให้วันหยุด การลาพัก การลาป่วย การลาพักผ่อน การให้ชุดทำงานแก่เจ้าหน้าที่ การให้เครื่องคัมหรืออาหารขณะขึ้นเวรป่วยและเวรดึก เป็นต้น

การบริหารค่าตอบแทนควรคำนึงถึง (1) นโยบายค่าตอบแทน (เช่น คำนึงถึงความเสมอภาคภายในองค์กร การสามารถแข่งขันกับภายนอก การพิจารณาผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ และการบริหารนโยบายสู่การปฏิบัติได้ เป็นต้น) (2) เทคนิคการบริหารค่าตอบแทน (เช่น การต้องวิเคราะห์งานและประเมินค่างานในแต่ละตำแหน่ง การสำรวจตลาดแรงงานและโครงสร้างค่าตอบแทนของหน่วยงานต่าง ๆ การพิจารณาผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ และกระบวนการวางแผนและประเมินผลเรื่อง การบริหารค่าตอบแทน เป็นต้น) และ (3) วัตถุประสงค์ของการบริหารค่าตอบแทน (เช่น เพื่อให้การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่มีประสิทธิภาพและเกิดความเสมอภาค เป็นต้น)

10) การช่วยเหลือ/ให้คำปรึกษา (employee assistance/career counseling)

เนื่องจากทรัพยากรมนุษย์เป็นทรัพยากรที่มีคุณค่ายิ่งขององค์กร ในขณะที่เดียวกันทรัพยากรมนุษย์แต่ละคนต่างมีปัญหาส่วนตัว และปัญหาครอบครัวที่แตกต่างกันไป บางคนสามารถเผชิญและแก้ไข ปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ในขณะที่บางคนไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเองและส่งผลกระทบต่อ ประสิทธิภาพของการทำงาน เช่น อาจเป็นเหตุให้ต้องมาทำงานสาย หยุ่งงาน อารมณ์หงุดหงิดขณะ ทำงาน หรือเกิดอุบัติเหตุในการทำงาน ดังนั้น แต่ละองค์กรควรให้ความสำคัญในการจัดโปรแกรมการช่วยเหลือหรือให้คำปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การให้บริการคลินิกหลายเคียด การจัด คลินิกเลิกบุหรี่และเลิกสุราให้แก่เจ้าหน้าที่ที่มีปัญหาในเรื่องดังกล่าว การให้คำปรึกษาเรื่องอาชีพ เพื่อให้บุคลากรมีการพัฒนาตนให้สอดคล้องกับความต้องการทรัพยากรมนุษย์ในอนาคตขององค์กร เป็นต้น

11) การดูแลสุขภาพและความปลอดภัย (safety and health) นอกจากกฎหมาย

แรงงานที่กำหนดให้องค์กรต่าง ๆ ต้องดูแลสุขภาพและความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่แล้ว บุคลากร ของโรงพยาบาลบางตำแหน่งยังต้องทำงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและความไม่ปลอดภัย เช่น ทำงาน ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคต่าง ๆ ทำให้สัมผัสกับเชื้อโรคที่อันตรายต่อสุขภาพ ตัวอย่างเช่น เชื้อเอชไอวี บาง ตำแหน่งต้องสัมผัสกับสารเคมีอันตราย เช่น ในห้องชันสูตร บางรายต้องสัมผัสกับรังสีในห้องเอกซเรย์ ผู้บริหารของโรงพยาบาลจึงต้องให้ความสำคัญในการดูแลเรื่องสุขภาพและความปลอดภัยของทั้ง เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลด้วย ซึ่งจำเป็นต้องกำหนดนโยบายและมี คณะกรรมการดูแลเรื่องความเสี่ยงต่าง ๆ มีการจัดปรับปรุงแก้ไขสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย การ ฝึกอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นเพื่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน เป็นต้น

12) การพ้นจากงาน (Exit) การพ้นจากงานเน้นการลาออกเนื่องจากการเกษียณ

ซึ่งผู้บริหารต้องมีการปัจฉิมนิเทศผู้เกษียณ เพื่อการเตรียมตัวใช้ชีวิตหลังเกษียณอายุให้มีความสุข การ ปลดออก การไล่ออก จะเป็นการให้ออกจากงาน โดยที่บุคคลนั้นไม่สามารถปฏิบัติงานได้ตาม เป้าหมายหรือไม่เป็นไปตามกฎกติกาที่ตั้งไว้ ซึ่งผู้บริหารต้องมีความยุติธรรมและรอบคอบในการ ดำเนินการ โดยมีข้อมูลเชิงประจักษ์ทั้งจากการสัมภาษณ์ สอบถามจากผู้ปฏิบัติงานร่วมกับบุคคลนั้น ด้วย

สรุปได้ว่ากระบวนการจัดการทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพจะทำให้ บุคลากรปฏิบัติงานอยู่ภายในองค์กร ได้นาน มีความสุข และปฏิบัติได้อย่างมีคุณภาพ ทุกกระบวนการ ต้องมีความสมดุลและความเสมอภาค

1.2.3 การจูงใจ

คาร์โต ซาร์มอล (1985) การจูงใจ หมายถึง ภาวะภายในจิตใจของแต่ละบุคคล ที่เป็นสาเหตุทำให้เขาเหล่านั้นแสดงพฤติกรรมในทิศทางที่จะบรรลุเป้าหมายบางอย่าง

โรบินส์ สตีเฟน (1985) การจูงใจ หมายถึง ความปรารถนาที่จะพยายามให้ไปถึงความสำเร็จสูงสุดขององค์การซึ่งเป็นเงื่อนไขของความสามารถ ความพยายามของบุคคลเพื่อให้เกิดความพอใจ

ราณี อิติชัยกุล (2547) การจูงใจ หมายถึง ความต้องการหรือความเต็มใจ ภายในที่ผลักดันให้บุคลากรแสดงพฤติกรรมที่นำไปสู่เป้าหมายหรือผลสำเร็จของงานและองค์การ

สรุปได้ว่า แรงจูงใจเป็นสภาวะของความต้องการหรือความเต็มใจภายในที่ผลักดันให้บุคลากรเต็มใจในการทำงานทำให้เกิดแรงจูงใจ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายหรือความสำเร็จขององค์การ โดยสามารถสนองตอบความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานด้วย

1) ความสำคัญของการจูงใจ

การจูงใจบุคลากรเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ มีผลโดยตรง ต่อผลงานหรือผลกำไรขององค์การ มีความสำคัญต่อผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการ คือ

(1) ความสำคัญต่อองค์การ การจูงใจมีความสำคัญต่อองค์การในอันที่จะตอบสนองความต้องการด้านพฤติกรรมของพนักงานให้แก่องค์การ พฤติกรรมที่แสดงออกนำไปสู่ผลสำเร็จของงานหรือเป้าหมายขององค์การ การจูงใจจึงมีความสำคัญต่อองค์การในเรื่องต่อไปนี้

- เป็นหลักประกันว่าบุคลากรในองค์การจะปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้ความรู้ความสามารถที่มีอยู่ทั้งหมด
- เพิ่มผลกำไรขององค์การ เมื่อพนักงานปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ย่อมส่งผลให้องค์การมีผลกำไรที่สูงขึ้น
- ช่วยให้องค์การสามารถแข่งขันกับคู่แข่งได้ดีขึ้น โดยเฉพาะในยุคปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วและมีการแข่งขันกันมากขึ้น
- ช่วยเกื้อหนุนให้บุคลากรเกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เกิดโครงการใหม่ๆ ก่อประโยชน์ให้แก่องค์การ
- ช่วยสร้างเสริมให้บุคลากรเกิดความจงรักภักดีต่อองค์การเกิดศรัทธาและความเชื่อมั่นในองค์การ

(2) ความสำคัญต่อผู้บริหาร ผู้บริหารจะได้รับประโยชน์จากการจูงใจบุคลากรโดยตรงในด้านต่างๆดังนี้

- ช่วยให้ผู้บริหารมีภาวะผู้นำที่ดีการจูงใจเป็นเครื่องมือสนับสนุนในการ
อำนวยความสะดวกให้เกิดประสิทธิผลบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร

- ช่วยให้การกระจายอำนาจของผู้บริหารเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การ
ปฏิบัติงานสำเร็จลุล่วงได้ด้วยความดี การจูงใจจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานยินดีรับมอบอำนาจหน้าที่ได้ดีขึ้น
ผู้ปฏิบัติงานมีความเต็มใจและมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองมากขึ้น

- ลดปัญหาความขัดแย้งระหว่างผู้บริหารและพนักงาน การจูงใจเป็น
แรงผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมตามที่ผู้บริหารต้องการ เกิดการยอมรับในตัวผู้บริหาร ความ
ขัดแย้งในการทำงานน้อยลง

- ช่วยทำให้การควบคุมดำเนินไปด้วยความราบรื่น อยู่ในกรอบของ
องค์กรและมีศีลธรรม

(3) ความสำคัญต่อผู้ปฏิบัติงาน การจูงใจก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงาน
ในองค์กรดังนี้

- ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานมีขวัญและกำลังใจในการทำงาน การจูงใจเป็นเรื่อง
ของการที่ผู้บริหารให้ความสำคัญและความสนใจต่อผู้ปฏิบัติงาน โดยมีการให้รางวัลตอบแทนใน
รูปแบบต่างๆ ซึ่งผู้ปฏิบัติงานย่อมเกิดความพอใจในการทำงานมากขึ้น

- ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถตอบสนองวัตถุประสงค์ขององค์กร และ
ของตนเองไปพร้อมกัน การจูงใจจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความกระจำงในเรื่องวัตถุประสงค์ของ
องค์กร สามารถปรับปรุงวัตถุประสงค์ของตนเองให้สอดคล้องกับองค์กรได้ง่ายขึ้น

- ช่วยส่งเสริมและสร้างเสริมความสามัคคีในหมู่คณะ เป็นการสร้างพลัง
ของกลุ่มหรือทีมงาน

- ช่วยให้พนักงานปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

1.2.4 ทฤษฎีของกำลังขวัญในการปฏิบัติงาน

บุคคลนับว่าเป็นระบบย่อยที่สุดในองค์กร ในการศึกษาถึงพฤติกรรมของ
บุคคลนั้นประโยชน์สำคัญที่แท้จริงคือ การศึกษาและเข้าใจลักษณะความเป็น ไปของพฤติกรรมภายใน
สังคมของกลุ่มคนในองค์กร คนมักทำงานเพื่อให้ความต้องการของตนได้รับการตอบสนอง
เพราะฉะนั้นพฤติกรรมจึงเป็นสิ่งที่มิสาเหตุจากการจูงใจ จากความคิดอันนี้ทำให้สามารถจูงใจคนได้
เสมอ ทั้งการจูงใจภายนอกและการจูงใจภายใน ดังนั้นคนเข้ามาทำงานในองค์กรต่าง ๆ เนื่องจากมี
ความต้องการหลายอย่าง หากองค์กรสามารถตอบสนองความต้องการของบุคคลเหล่านั้นได้คนก็จะ
สนใจทำงาน อย่งไรก็ตามถ้าหากองค์กรในฐานะที่เป็นระบบใหญ่ที่ไม่สามารถจะตอบสนองความ
ต้องการของบุคคลนั้นได้ทั้งหมด คนๆ นั้นจะกลับมามีความต้องการของตนเองเป็นเป้าหมายหลัก

ที่ถือว่า “ทำเพื่อตัวเอง” เท่านั้น และถือเอาเป้าหมายของค์การเป็นรอง จึงเห็นว่าเป็นการง่ายกว่าที่จะมาใช้วิธีแก้ไข โดยการพยายามช่วยให้เขาได้รับการตอบสนองความต้องการให้มากขึ้น ซึ่งตามวิธีนี้ย่อมง่ายกว่าการที่จะพยายามเข้าไปเปลี่ยนแปลงความต้องการของบุคคล ความรู้ในเรื่องการจูงใจและแรงจูงใจนั้น ได้มีผู้ศึกษาวิจัยกันอย่างกว้างขวางจึงสามารถตั้งเป็นทฤษฎีขึ้นมาได้หลายทฤษฎี แต่ที่ยอมรับกันโดยทั่วไปได้แก่ ทฤษฎีการจูงใจของ Herzberg (Herzberg’s Motivation and Hygiene Theory) และทฤษฎีความต้องการของ Maslow (Maslow’s Hierarchy of Needs)

1.2.5. ทฤษฎีสองปัจจัยของเฮร์สเบอร์ก

เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงปัจจัยสำคัญ 2 ประการ ที่ เฮร์สเบอร์ก เรียกว่า ทฤษฎีสองปัจจัย เป็นทฤษฎีที่เสนอแนวทางการจัดการ 2 แนวทางของความต้องการที่เป็นอิสระแก่กัน มีพฤติกรรมที่แสดงออกแตกต่างกัน คือ ปัจจัยแรงจูงใจ และปัจจัยอนามัย

1) ปัจจัยจูงใจ (Motivation Factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับงาน โดยตรง เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานชอบและรักงาน ทำให้บุคคลในองค์การปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น 5 ประการ คือ

(1) ผลการปฏิบัติงาน (Achievement) การที่บุคคลสามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ การรู้จักการป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้น เมื่อผลงานสำเร็จจะเกิดความรู้สึกพอใจในผลสำเร็จของงานนั้น

(2) การได้รับการยอมรับนับถือ (Recognition) การได้รับการยอมรับนับถือจากบุคคลภายนอกผู้บังคับบัญชาจากเพื่อน จากผู้มาขอรับคำปรึกษาหรือจากบุคคลในหน่วยงาน การยอมรับนับถือนี้อาจอยู่ในรูปของการยกย่องชมเชย

(3) ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ (Work Itself) เป็นงานที่น่าสนใจต้องอาศัยความริเริ่มสร้างสรรค์ที่ท้าทายให้ลงมือ

(4) ความรับผิดชอบ (Responsibility) ความพึงพอใจที่เกิดขึ้นจากการรับมอบหมายให้ รับผิดชอบงานใหม่ ๆ ที่มีอำนาจรับผิดชอบอย่างเต็มที่ ไม่มีการตรวจสอบหรือควบคุมอย่างใกล้ชิด เป็นปัจจัยที่จูงใจให้บุคคลอยากทำงาน

(5) ความก้าวหน้า (Advancement) การได้รับเลื่อนขั้น เลื่อนตำแหน่งให้สูงขึ้นของบุคคลในองค์กร การมีโอกาสได้ศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมหรือการได้รับการฝึกอบรม จะเป็นสิ่งจูงใจให้บุคคลอยากทำงาน

2) ปัจจัยอนามัย (Hygiene factors) เป็นปัจจัยที่คงไว้ซึ่งแรงจูงใจในการทำงานของบุคคลให้มีอยู่ตลอดเวลา ถ้ามีหรือไม่มีและไม่สอดคล้องกับความปรารถนาของบุคคลในองค์การแล้วจะก่อให้เกิดความไม่ชอบงานขึ้น ปัจจัยอนามัยเหล่านี้ได้แก่

(1) เงินเดือน (Salary) เงินเดือนและการเลื่อนขั้นในหน่วยงานเพื่อพอใจของบุคคลที่ทำงาน

(2) โอกาสที่จะได้รับความก้าวหน้าในอนาคต (Possibility of Growth) นอกจากหมายถึง การที่บุคคลได้รับการแต่งตั้ง เลื่อนตำแหน่งภายในหน่วยงานแล้วยังหมายถึงการที่บุคคลสามารถได้รับความก้าวหน้าในทักษะวิชาชีพ

(3) ความสัมพันธ์ของผู้บังคับบัญชา ผู้ใต้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน (Interpersonal Relation with Superior, Subordinate, Peers) การติดต่อไม่ว่าจะเป็นกิริยาหรือวาจาที่แสดงถึงความสัมพันธ์อันดีต่อกันสามารถทำงานร่วมกันมีความเข้าใจซึ่งกันและกันอย่างดีเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งในการทำงาน

(4) ตำแหน่งหน้าที่ (Status) ในหน่วยงานเป็นที่ยอมรับนับถือของสังคม ความมีเกียรติและศักดิ์ศรีเป็นสิ่งที่สำคัญประการหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลเกิดความพอใจในงาน

(5) นโยบายและการบริหาร (Policy and Administration) การจัดการและการบริหารขององค์กร การติดต่อสื่อสารภายในองค์กรที่ดีจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความรู้สึกที่ดีต่อองค์กร

(6) สภาพการทำงาน (Working Conditions) ได้แก่ สภาพทางกายภาพของงาน เช่น แสง เสียง อากาศ ชั่วโมงการทำงาน รวมทั้งลักษณะสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ เช่น อุปกรณ์และเครื่องมือต่าง ๆ เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคลากรเกิดความพอใจต่องาน

(7) ความเป็นส่วนตัว (Personal Life) ความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดี อันเป็นผลที่ได้รับจากงานในหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงาน เช่น ผู้ปฏิบัติงานถูกย้ายไปทำงานในหน้าที่แห่งใหม่ซึ่งห่างไกลจากครอบครัวทำให้ไม่มีความสุขจึงเกิดความไม่พอใจกับการทำงานในที่ทำงานแห่งใหม่ได้

(8) ความมั่นคง (Security) ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่องาน ความมั่นคงในการทำงาน

(9) วิธีการปกครองของผู้บังคับบัญชา (Supervision-technical) ความสามารถของผู้บังคับบัญชาในการดำเนินงาน การนิเทศงาน และความยุติธรรมในการบริหารที่มีอิทธิพลต่องานของบุคลากรในหน่วยงาน

ปัจจัยทั้งสองนี้บุคคลอาจพึงพอใจในปัจจัยใดปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งและอาจไม่พอใจทั้งสองปัจจัย ต้องพิจารณาปัจจัยที่บุคคลไม่พึงพอใจ ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งน้อยไปควรสร้างแรงจูงใจเพิ่มขึ้นเพื่อผลผลิตของงาน

1.2.6 ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์

ทฤษฎีความต้องการ Maslow ซึ่งสมมุติฐานว่ามนุษย์มีความต้องการอยู่ตลอดเวลาไม่สิ้นสุด และความต้องการของแต่ละบุคคลจะเริ่มจากความต้องการพื้นฐานไปสู่ความต้องการที่สูงกว่าตามลำดับ เมื่อความต้องการพื้นฐานได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจแล้ว ความต้องการในลำดับต่อมาก็จะเกิดขึ้น ความต้องการของมนุษย์สลับซับซ้อน มีความต้องการหลายอย่างพร้อมกันได้ ลำดับขั้นความต้องการของ Maslow แบ่งออกได้ดังนี้

1) ความต้องการทางร่างกาย (*Physiological Needs*) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์และเป็นสิ่งที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ได้แก่ อาหาร อากาศ ที่อยู่ เครื่องนุ่งห่ม ยา รักษาโรค ความต้องการพักผ่อน และความต้องการทางเพศ

2) ความต้องการความปลอดภัย (*Safety and Security Needs*) เป็นความรู้สึกที่ต้องการความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตทั้งปัจจุบันและอนาคต ซึ่งรวมถึงความก้าวหน้าและความหวัง

3) ความต้องการทางสังคม (*Social or Belongingness Needs*) เมื่อความต้องการทางร่างกายและความปลอดภัย ได้รับการตอบสนองแล้วความต้องการทางด้านสังคมก็จะเริ่มเป็นสิ่งจูงใจที่สำคัญต่อพฤติกรรมของบุคคลเป็นความต้องการที่จะให้สังคมยอมรับตนเองเป็นสมาชิก ต้องการได้รับการยอมรับจากคนอื่น ๆ

4) ความต้องการเกียรติยศชื่อเสียง (*Esteem Needs*) ความต้องการทางด้านนี้เป็นความต้องการระดับสูงที่เกี่ยวกับความอยากเด่นอยากดังในสังคม ต้องการให้บุคคลอื่นยกย่องสรรเสริญ รวมถึงความเชื่อมั่นในตัวเองในเรื่องความรู้ความสามารถความเป็นอิสระและเสรีภาพ

5) ความต้องการที่จะได้รับความสำเร็จในชีวิต (*Self-realization or Self-actualization Need*) เป็นความต้องการระดับสูงสุด ซึ่งเป็นความต้องการที่อยากจะให้เกิดความสำเร็จในทุกสิ่งทุกอย่างตามความนึกคิดของตนเอง เป็นความต้องการที่อยากจะเสาะแสวงหาได้

เมื่อเปรียบเทียบกันแล้ว ผู้วิจัยคิดว่าทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg และทฤษฎีความต้องการของ Maslow มีความสัมพันธ์และคล้ายคลึงกันมาก ปัจจัยอนามัย (Hygiene factors) ของ Herzberg เปรียบได้กับความต้องการพื้นฐานของ Maslow นั่นเอง ซึ่งเป็นความต้องการที่ผู้บริหารจะต้องคำนึงถึง เพื่อให้บุคลากรอยู่ปฏิบัติงานในหน่วยงานได้นานมีความพึงพอใจและทำงานได้ผลดีที่สุด และคิดว่าปัจจัยดังกล่าวน่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาครั้งนี้

2. ระบบบริการสุขภาพกับการบริการระดับปฐมภูมิ

2.1 ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์

การให้บริการสุขภาพ (Health Care Service) ของประเทศไทยส่วนใหญ่ เป็นความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข ทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยสามารถจัดแบ่งระดับของการให้บริการออกได้ ดังนี้ (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 2548)

2.1.1 การจัดบริการในระดับการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) เป็นการจัดบริการที่มุ่งเน้นให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยความพยายามร่วมกันของสมาชิกในชุมชนนั้นๆ เป็นสำคัญ และรัฐจะคอยให้การสนับสนุนในกรณีที่เกินขีดความสามารถของชุมชน ซึ่งในระดับนี้มีหน่วยบริการที่สำคัญคือ ศูนย์บริการสาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่คอยดูแลและประสานงานกับระบบบริการสาธารณสุขที่สูงขึ้นไป โดยในระดับนี้จะเน้นหนักในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นหลักประมาณร้อยละ 90

2.1.2 การจัดบริการในระดับที่ 1 (Primary Care) การจัดบริการระดับนี้ เป็นการจัดการที่ดำเนินการ โดยบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ใกล้ชิดกับประชาชนและชุมชนมากที่สุด เป็นการให้บริการสุขภาพเบื้องต้นที่มีอาการไม่รุนแรงมากนัก และผู้รับบริการสามารถเข้าใจและดูแลตนเองได้ ซึ่งหน่วยบริการในระดับนี้ได้แก่ สถานีอนามัย (สต.) และโรงพยาบาลสาขาหรือโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) หน่วยบริการในระดับนี้เน้นหนักในด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการควบคุมป้องกันโรคเป็นส่วนใหญ่ คือ ประมาณร้อยละ 50-75 ส่วนด้านการรักษาและการฟื้นฟูสภาพประมาณร้อยละ 25-50

2.1.3 การจัดบริการในระดับที่ 2 (Secondary Care) การจัดบริการในระดับที่ 2 นี้ เป็นการดำเนินการ โดยบุคลากรด้านสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้ความรู้ ความชำนาญ ในระดับที่สูงขึ้นมา เพื่อดูแลให้การรักษายาบาลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคค่อนข้างรุนแรง และผู้ป่วยอาจจะต้องอยู่ในความดูแลระยะหนึ่งด้วย หน่วยบริการระดับนี้ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป คลินิกเอกชน หรือหน่วยบริการอื่นๆ ซึ่งเป็นหน่วยที่ต้องมีแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรทางการแพทย์คอยให้การดูแล ในระดับนี้เน้นหนักในด้านการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพส่วนใหญ่ ประมาณร้อยละ 75

2.1.4 การจัดการบริการในระดับที่ 3 (Tertiary Care) ในระดับนี้จะเน้นบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญเป็นพิเศษหรือผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะทางซึ่งถือว่าเป็นระดับสูงสุดของระบบบริการสาธารณสุขโดยหน่วยบริการในระดับนี้จะมีโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ ซึ่งจะเน้นหนักในด้านการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพเป็นหลัก คือ ประมาณร้อยละ 90 ของสัดส่วนการให้บริการทั้งหมด

2.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสาธารณสุข

หน่วยงานในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข กระจายอยู่ทั่วไปทั้งระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน ดังนี้

2.2.1 หน่วยงานระดับจังหวัด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) เป็นหน่วยงานบริหาร มีหน้าที่ในการส่งเสริมสนับสนุน ควบคุมกำกับ และประสานกิจการสาธารณสุขของจังหวัดในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้เป็นไปตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด มีหน้าที่สนับสนุนการจัดการบริการสาธารณสุขโดยเน้นหนักด้านการรักษาพยาบาล การรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชน สถานิอนามัยและการรักษาพยาบาลในรูปแบบพิเศษอื่นๆ นอกจากนี้ยังมีหน่วยบริการสาธารณสุขของเอกชนอีกมากมาย รวมทั้งหน่วยบริการของหน่วยราชการอื่นๆ อีกด้วย

2.2.2 หน่วยงานระดับอำเภอ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) เป็นหน่วยงานบริหาร มีหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนและควบคุมการปฏิบัติงานของสถานีอนามัย (สอ.) และประสานกิจกรรมสาธารณสุขระดับอำเภอ

โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันและควบคุมโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรับ-ส่งต่อผู้ป่วยไว้รักษาหรือรักษาต่อเนื่อง และกิจการด้านการรักษาพยาบาลในรูปแบบพิเศษอื่นๆซึ่งในขณะนี้ มีโรงพยาบาลชุมชนครบทุกอำเภอทั่วประเทศ

นอกจากหน่วยงานดังกล่าวแล้วก็ยังมีหน่วยบริการของส่วนราชการอื่นๆ เช่น มหาดไทย กลาโหม และของเอกชน กระจายอยู่ตามจุดต่างๆทั่วไป

2.2.3 หน่วยงานระดับตำบล หมู่บ้าน

สถานีอนามัย (สต.) เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขในระดับตำบล มีหน้าที่ในการให้บริการสาธารณสุขสู่ประชาชนทั้งในด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมและป้องกันโรค และการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งสถานีอนามัยแต่ละแห่งจะครอบคลุมประชากรประมาณ 5000 คน ปัจจุบันมีสถานีอนามัยทั่วไปและสถานีอนามัยขนาดใหญ่ครอบคลุมพื้นที่ทุกตำบลทั่วประเทศและบางตำบลจะมีสถานีอนามัยมากกว่า 1 แห่งได้ ทั้งนี้ขึ้นกับลักษณะทางประชากร ภูมิประเทศและปัจจัยอื่นๆ

ศูนย์บริการสาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุข โดยการสนับสนุนในด้านวัสดุอุปกรณ์บางส่วน และด้านวิชาการต่างๆจากสถานีอนามัย ซึ่งจัดตั้งขึ้นภายใต้โครงการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อการบรรลุสุขภาพถ้วนหน้า โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นสำคัญ และขณะนี้มี ศสมช. กระจายอยู่ในหมู่บ้านต่างๆทั่วประเทศเกือบทุกหมู่บ้าน

2.3 การปฏิรูประบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ

เดิมระบบสุขภาพของไทยเป็นระบบตั้งรับ ไม่ใช่ระบบเชิงรุก คือรอให้เป็น โรคก่อนแล้วค่อยมารักษา กัน เช่น เป็นโรคเบาหวาน เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นมะเร็ง ฯลฯ ทรัพยากรโดยส่วนใหญ่ถูกทุ่มในการสร้างโรงพยาบาล รายจ่ายของประเทศเพิ่มขึ้นอัตราร้อยละ 10 มาหลายปีติดต่อกัน โดยสุขภาพของประชาชนโดยรวมไม่ดีขึ้น รัฐจึงมีความจำเป็นต้องปฏิรูประบบสุขภาพ จุดเน้นของการปฏิรูประบบสุขภาพ คือ “สร้างสุขภาพ” นำ “ซ่อมสุขภาพ” การให้บริการแบบองค์รวมและด้วยค่าใช้จ่ายที่ต่ำลง ซึ่งใช้กระบวนการทางการเมือง ประชาสังคมและพลังวิชาการและองค์ความรู้ในการขับเคลื่อนให้เกิด

2.4 ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งมีสุขภาพะที่ดี ได้แก่ (สำเร็จ แหงกระโทก ; 2544)

- 2.4.1 การทำให้ชีวิตยืนยาว และป้องกันการตายก่อนกำหนดอันควร
- 2.4.2 เปลี่ยนการดูแลสุขภาพมุ่งป้องกันปัจจัยนำสู่การเจ็บป่วย และปัจจัยเสี่ยง
- 2.4.3 ลดการไม่สบาย การเจ็บป่วยและความพิการ
- 2.4.4 การส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจในสิ่งแวดล้อมที่ดีในระดับสูง
- 2.4.5 เพิ่มพูนโอกาสสำหรับผู้บริโภคต่อการมีส่วนร่วมในการบริการสุขภาพมีการพัฒนาองค์ความรู้ทันสมัยตลอดเวลา และสังคมเข้ามามีส่วนร่วม

2.5 ลักษณะของระบบบริการสุขภาพที่ดี (สำเร็จ แห่งกระโทก ; 2545)

ในด้านการดำเนินงานเพื่อสร้างสุขภาพที่ดี ระบบสุขภาพควรมี ดังนี้

1. มีความเป็นธรรมที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นเท่าเทียมกัน
2. มีคุณภาพทั้งความถูกต้องทางวิชาการ น่าใจ และจรรยาบรรณ
3. มีประสิทธิภาพที่คุ้มค่า
4. มีความหลากหลาย เพื่อให้มีทางเลือกมากขึ้น
5. โปร่งใสตรวจสอบได้

2.6 หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

2.6.1 ความหมาย

ผู้วิจัยได้รวบรวมความหมายของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขได้เปลี่ยนชื่อเป็น “ศูนย์สุขภาพชุมชน” เพื่อให้ประชาชนในชุมชนเกิดความรู้สึกร่วมกันและเป็นเจ้าของ จากนักวิชาการหลายท่านซึ่งสรุปเป็นความหมายดังนี้

สำเรีง แห่งกระโทก (2544) หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit) หมายถึง การจัดพื้นที่ในอาคาร (หรือจัดตั้งอาคารแยกต่างหากก็ได้) และมีองค์ประกอบ บุคคล วัสดุ สิ่งของ และระบบการทำงาน เพื่อจัดบริการปฐมภูมิ โดยมีสัดส่วนและองค์ประกอบเพื่อจัดบริการที่ชัดเจน

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2545) หน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นหน่วยบริการสุขภาพด่านแรกที่ได้รับบริการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานกับบุคคล ครอบครัว และชุมชน อย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่องในทุกสภาวะของสุขภาพ ครอบคลุมถึงการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษาโรคเบื้องต้น การฟื้นฟูสภาพ และสามารถประยุกต์ความรู้ทางการแพทย์และการสาธารณสุข ในการจัดบริการทางสุขภาพให้สอดคล้องกับสภาพทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมของชุมชน มีการประสานเชื่อมโยงกับชุมชนและองค์กรส่วนท้องถิ่น

สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2546:6) หน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นหน่วยบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่มีหน้าที่และความรับผิดชอบในการจัดบริการตอบสนองต่อความจำเป็นทางด้านสุขภาพของประชาชนขั้นพื้นฐาน มีความเชื่อมโยงต่อเนื่องของกิจกรรมด้านสุขภาพในลักษณะองค์รวมผสมผสาน ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก และมีระบบการให้คำปรึกษาและส่งต่อ ทั้งนี้เพื่อการสร้างสุขภาพและความ

เข้มแข็งให้แก่ประชาชนเพื่อป้องกันและลดปัญหาที่ป้องกันได้ทั้งทางกาย จิต สังคม โดยประชาชนมีส่วนร่วม

สรุปได้ว่า หน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการสุขภาพด่านแรกที่ได้รับบริการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานกับบุคคล ครอบครัว และชุมชน อย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่องในทุกสภาวะของสุขภาพ ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ และสามารถประยุกต์ความรู้ทางการแพทย์และการสาธารณสุข ในการจัดบริการทางสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน โดยชุมชนและองค์กรส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วม มีพื้นที่ที่จัดบริการอย่างเป็นสัดส่วน และมีองค์ประกอบเพื่อจัดบริการที่ชัดเจน ประกอบด้วย บุคคล วัสดุ สิ่งของ และระบบการทำงานเพื่อจัดบริการปฐมภูมิ

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2545) บริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ หมายถึง การดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนโดยรวม ที่รวมทั้งปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางสังคม เป็นการดูแลทั้งครอบครัว และชุมชนในทุกๆด้านที่เกี่ยวข้อง ที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดภาวะสุขภาพดีของประชาชน

ไพเราะ ผ่องโชค และคณะ (2547) บริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ หมายถึง การดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชนในเขตที่รับผิดชอบ ดูแลทั้งผู้ที่มีสุขภาพดี ผู้ไม่เจ็บป่วย ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคและอยู่ในภาวะบาดเจ็บ ทั้งเรื้อรังและเฉียบพลัน ผสมผสานบริการครบถ้วนทั้ง 4 มิติ จัดสิ่งแวดล้อมที่เป็นสาเหตุของโรค และปัญหาสุขภาพ เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน เพิ่มศักยภาพและความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพดี ลดการป่วย การตาย ความพิการจากโรคหรือปัญหาสุขภาพที่ป้องกันได้

สรุปได้ว่า บริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ หมายถึง การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานของบุคคล ครอบครัว และชุมชน อย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง ในทุกๆ ด้านที่เกี่ยวข้อง ที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดภาวะสุขภาพดีของประชาชน โดยการให้ชุมชนมีส่วนร่วมตัดสินใจในระบบบริการ และเป็นชุมชนที่เข้มแข็ง

2.6.2 ลักษณะสำคัญของระบบบริการระดับปฐมภูมิ

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2545) ได้กล่าวถึงลักษณะสำคัญของระบบบริการปฐมภูมิไว้ดังนี้

1) เป็นบริการสุขภาพด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงบริการ ได้สะดวก (Front – line care) ดูแลสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มอายุตามมาตรฐาน ให้บริการที่หลากหลายตามสภาพปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบทุกครอบครัว ก่อนที่จะไปรับบริการเฉพาะทาง

2) เป็นบริการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง (Ongoing Care / Longitudinal Care) ในทุกสภาวะสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพ ตั้งแต่เกิดจนตาย โดยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

3) เป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างผสมผสาน (Comprehensive Care) คำนึงถึงปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง ทุกด้านตามปัญหาและความจำเป็น ครอบคลุม 4 มิติ แห่งการดูแลสุขภาพ

4) เป็นบริการที่ทำหน้าที่ส่งต่อ และประสานเชื่อมต่อการให้บริการอื่นๆ (Co-ordinated Care) ทั้งด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และสังคม ตามความจำเป็นเพื่อให้ประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุด

2.6.3 ความสัมพันธ์ในเชิงคู่สัญญาของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ขณะนี้กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้บริการปฐมภูมิเป็นหนึ่งในจำนวนสามกลุ่มคู่สัญญาในการให้บริการสุขภาพ โดยมีรายละเอียดระบุชัดเจนว่า หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ หมายถึงหน่วยงานที่จัดให้มีบริการสุขภาพทั่วไป ทั้งส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน ที่เป็นลักษณะการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก การให้บริการที่บ้าน และบริการในชุมชน ไม่รวมบริการที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะหน่วยบริการปฐมภูมิที่กล่าวมาอาจจัดบริการ โดยสถานพยาบาลหน่วยเดียว หรืออาจจัดเป็นเครือข่ายของหน่วยบริการย่อยที่ร่วมกันให้บริการก็ได้ ในกรณีที่จัดบริการได้ครบถ้วนตามเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งสามารถเป็นหน่วยบริการคู่สัญญาได้โดยตรง เราจะเรียกบริการนี้ว่า หน่วยบริการปฐมภูมิหลัก ส่วนหน่วยบริการที่ให้บริการไม่ได้ทุกประเภท หรือไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่คณะกรรมการกลางกำหนด เราจะเรียกว่า หน่วยบริการปฐมภูมิรองในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ซึ่งจะไม่สามารถรับขึ้นทะเบียนเป็นคู่สัญญาได้ เว้นแต่จะรวมตัวกันเป็นเครือข่ายที่สามารถจัดบริการได้ครบและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์

2.6.4 มาตรฐานของหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (CUP)

หน่วยงานที่เป็นหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (CUP) ต้องจัดการและรับผิดชอบให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU : Primary Care Unit) ที่ให้บริการภายใต้หน่วยบริการหน่วยเดียว หรือจัดเป็นเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่มีคุณสมบัติได้ตามมาตรฐาน ดังต่อไปนี้ (อ้างถึงสำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข 2545)

1) จัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ที่รับผิดชอบดูแลประชากรให้ครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมด ทั้งนี้หน่วยบริการแต่ละแห่งจะรับผิดชอบประชากรไม่เกิน 10,000 คนต่อ

หน่วยบริการ(หนึ่งหน่วยคู่สัญญา (CUP) อาจจัดให้มีหลายหน่วยบริการปฐมภูมิได้) สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีขนาดเล็กอาจรับผิดชอบประชากรน้อยกว่า 10,000 คนได้

2) ในพื้นที่ซึ่งเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาล จะต้องจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิโดยกรณีที่มีประชากรขึ้นทะเบียนน้อยกว่า 10,000 คน สามารถตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิในบริเวณที่ตั้งของโรงพยาบาลได้ แต่ต้องจัดระบบให้คล่องตัว ในกรณีที่ประชากรมากกว่า 10,000 คน สามารถตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล โดยรับผิดชอบประชากรไม่เกิน 10,000 คน ส่วนที่เหลือต้องจัดเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิกนอกระบบซึ่งตั้งอยู่ในชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิที่ตั้งในโรงพยาบาล สถานที่ให้บริการต้องแยกเป็นสัดส่วนที่ชัดเจน แยกจากแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล โดยมีทีมประจำให้บริการ และบริการได้สะดวก รวดเร็ว

3) หน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่ง จะต้องตั้งอยู่ในพื้นที่ที่ประชาชนเดินทางไปใช้บริการได้สะดวกภายในเวลา 30 นาทีโดยรถยนต์

2.6.5 มาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)

หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ มีบทบาทในการจัดการและสนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่ง ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ ดังต่อไปนี้ (อ้างถึง สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 2550)

1) มาตรฐานด้านบริการ

(1) มาตรฐานด้านกิจกรรมในชุมชน

- ประสานงานให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผน/ทำกิจกรรมสาธารณสุขในชุมชนของตนเอง และสนับสนุนการจัดกิจกรรมสุขภาพที่ริเริ่มจากองค์กรชุมชน/ท้องถิ่น

- ร่วมดำเนินงานหน่วยราชการ/องค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค สร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน

- บริการเชิงรุกเพื่อให้ชุมชนสามารถประเมินสถานะสุขภาพของครอบครัวและปัจจัยที่กระทบต่อสุขภาพ เพื่อวางแผนในการสร้างสุขภาพ การป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

- มีและใช้แฟ้มครอบครัว (Family Folder) เพื่อการดูแลสุขภาพ

- มีและใช้แฟ้มชุมชน (Community Folder)

(2) มาตรฐานกิจกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ

- มีรูปแบบบริการที่เห็นชัดเจนด้านการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

- มีระบบข้อมูลที่สามารถสืบค้นข้อมูลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วย การติดตาม และการส่งต่อได้สะดวก

- ทีมสุขภาพสามารถเชื่อมโยงข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการไปสู่ การป้องกันปัญหาเสริมสร้างสุขภาพ (กายจิตสังคม) ในกลุ่มเสี่ยง ได้อย่างถูกต้องตามแนวทาง กระบวนการ มาตรฐาน คู่มือ

- มีบริการรักษาพยาบาลทุกกลุ่มอาการ ที่ผสมผสานกับการส่งเสริม ป้องกันฟื้นฟูสภาพ เชื่อมต่อกับการบริการภายในเครือข่ายและการดูแลฉุกเฉินทั้งในและนอกเวลา ราชการ

- มีการจัดบริการด้านทันตกรรมและการส่งเสริมป้องกันโรคทางด้าน ทันตกรรม

- มีบริการด้านการชันสูตรที่ครบตามมาตรฐาน

- มีบริการด้านยา ทั้งด้านระบบการจัดหายา การจัดเก็บ การจ่ายยา การ กำกับคุณภาพ มาตรฐานยาเหมาะสม

- มีบริการการแพทย์แผนไทย/การแพทย์ทางเลือก

- มีบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคในหญิงตั้งครรภ์ และเด็กอายุ 0-5 ปี

(3) มาตรฐานบริการต่อเนื่อง

- มีและใช้บันทึกสุขภาพรายบุคคล (Personal Record)

- มีบริการให้คำปรึกษา (Counseling)

- มีระบบส่งต่อที่มีคุณภาพทั้งไปและกลับในกรณีฉุกเฉิน ได้อย่าง รวดเร็ว

- มีการบริการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้การบริการรวมทั้งติดตามเยี่ยม เพื่อทำ ความรู้จักและสร้างความเข้าใจในการดูแลสุขภาพให้กับครอบครัว และการให้บริการแก่ผู้ที่มีปัญหา สุขภาพตามความจำเป็น

2) มาตรฐานการบริหารจัดการ

(1) การให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ จำเป็นต้องมีทีมสุขภาพที่เป็น ทีมประจำ ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถสร้างความคุ้นเคย รับทราบปัญหาและมีส่วนร่วมใน วิถีชีวิตของชุมชน ทีมสุขภาพต้องประกอบไปด้วยบุคลากรทุกสาขา ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตามสัดส่วนประชากร เพื่อให้เกิดการทำงานผสมผสานกันทั้งใน ด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และสร้างสุขภาพแบบองค์รวม ดังนี้

- แพทย์ : มีแพทย์ให้บริการเป็นประจำ/บางครั้ง/เป็นที่ปรึกษาในหน่วยปฐมภูมิแต่ละแห่ง โดยรับผิดชอบประชากรไม่เกิน 10,000 คน

- ทันตแพทย์ : มีทันตแพทย์หรือทันตภิบาลให้บริการเป็นการประจำ/บางครั้ง/เป็นที่ปรึกษาในหน่วยปฐมภูมิแต่ละแห่ง โดยทันตแพทย์รับผิดชอบประชากรไม่เกิน 20,000 คน หรือทันตภิบาล รับผิดชอบประชากรไม่เกิน 10,000 คน

- เกษัชกร : มีเกษัชกรให้บริการเป็นการประจำ/บางครั้ง/เป็นที่ปรึกษาในหน่วยปฐมภูมิแต่ละแห่ง โดยรับผิดชอบประชากรไม่เกิน 12,000 คน

- พยาบาลวิชาชีพ : มีพยาบาลให้บริการเป็นการประจำในหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่ง โดยรับผิดชอบประชากรไม่เกิน 1 : 5,000 คน

- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข : มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่ง โดยรับผิดชอบประชากรไม่เกิน 1 : 1,250 คน

(2) มีการพัฒนาบุคลากรต่อเนื่อง

(3) บุคลากรมีความสามารถในการวางแผนแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์

(4) มีการพัฒนามาตรฐานบริหารจัดการที่มีคุณภาพ

(5) มีแผนพัฒนาและติดตามประเมินผลงานทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ

3) มาตรฐานด้านวิชาการ

(1) มีแนวทาง กระบวนการ มาตรฐาน คู่มือการให้บริการ

(2) มีนวัตกรรมด้านต่างๆ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

(3) มีการดำเนินงานวิจัยในพื้นที่

2.7 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในระบบบริการระดับปฐมภูมิ

ตั้งแต่แผนพัฒนาฉบับที่ 3 ปี พ.ศ. 2515 – 2519 เป็นต้นมาจะพบว่าปัญหาของการขาดแคลนแพทย์ โดยเฉพาะในเขตชนบท พยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นๆ ในพื้นที่ชนบทต้องให้การรักษาเบื้องต้นในผู้ป่วยที่มีอาการเล็กน้อยและโรคที่พบบ่อย หรือช่วยชีวิตเบื้องต้นก่อนส่งต่อโรงพยาบาล จึงมีการอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลที่จบหลักสูตรพื้นฐานและจำเป็นต้องปฏิบัติงานด้านการรักษาเบื้องต้น โดยจัดหลักสูตร 1 ปี เป็นหลักสูตรอนุปริญญาพยาบาลเวชปฏิบัติ ขณะนั้นยังไม่มีกฎหมายรองรับการปฏิบัติ จนกระทั่งปี 2518 จึงมีระเบียบของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้เจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่ไม่ใช่แพทย์รวมทั้งพยาบาล ให้การรักษาเบื้องต้นตามอาการได้ในบางกรณีและอยู่ภายใต้การควบคุมของแพทย์ (ไพเราะ ผ่องโชค และ คณะ ; 2547 : 7) แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 เร่งผลิตพยาบาลเวชปฏิบัติให้พอใช้สำหรับการให้บริการรักษาเบื้องต้นในระดับ โรงพยาบาล ระดับอำเภอ และแผนก

ผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลระดับจังหวัด โดยความร่วมมือของคณะสาธารณสุขศาสตร์และกระทรวงสาธารณสุข มาระยะหลังมีการปรับหลักสูตรเป็นอบรมระยะสั้น 4 เดือน โดยปรับปรุงหลักสูตรให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิและระบบสุขภาพใหม่ปี พ.ศ. 2545 จนถึงปัจจุบัน

เป้าหมายของการจัดบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ คือ เป้าหมายสุดท้ายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นั่นคือ ต้องการให้ “ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี และสามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้” (กองการพยาบาล สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ; 2545)

จากหลักเกณฑ์การจัดบริการระดับปฐมภูมิ จะเห็นได้ว่า คุณลักษณะของบริการระดับปฐมภูมิ มีความหมายตรงกับการพยาบาลระดับปฐมภูมิ จากมาตรฐานเบื้องต้นด้านบุคลากร กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นกลุ่มบุคลากรที่ต้องปฏิบัติงานประจำในศูนย์สุขภาพชุมชน และเป็นกลุ่มบุคลากรหลักที่รับผิดชอบการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ มีความสำคัญในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพดีของประชาชนทุกคน สามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน ในทุกภาวะสุขภาพภายใต้การนำของพยาบาลวิชาชีพ อาจจะเข้าไปมีบทบาทในฐานะผู้บริหาร โครงการ (Project manager) หรือผู้ปฏิบัติจัดบริการด้านสุขภาพ ณ หน่วยบริการปฐมภูมิและในชุมชน เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบทุกคน ทุกครอบครัว ได้เข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างเสมอภาค ลักษณะบริการสุขภาพที่ผสมผสานทุกกลุ่มอายุ ครอบคลุมปัญหาสุขภาพพื้นฐานของประชากรในระดับบุคคลและครอบครัว บริการด้านยา จัดหายา และการให้ความรู้ด้านยาที่เหมาะสม

2.7.1 บริการสุขภาพหลัก

1) การรักษาพยาบาล ได้แก่ ปัญหาสุขภาพทั่วไป ปัญหาสุขภาพเฉียบพลันที่พบบ่อย ปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่พบบ่อย การคัดกรองโรครีรัง การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การบริการเบื้องต้นกรณีอุบัติเหตุรุนแรงก่อนส่งต่อ การตรวจชันสูตรพื้นฐาน บริการทันตกรรมพื้นฐาน

2) การส่งเสริมสุขภาพ ครอบคลุมดูแลประชาชน ตั้งแต่เกิดจนตาย ดูแลหญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ ตั้งแต่ก่อนคลอด หลังคลอด ดูแลเด็กทั้งด้านพัฒนาการ การให้วัคซีน เด็กวัยเรียน ส่งเสริมสุขภาพประชาชนทั่วไปและประชาชนกลุ่มเสี่ยง ดูแลผู้สูงอายุ บริการเยี่ยมบ้าน ดูแลสุขภาพในช่องปาก บริการให้คำปรึกษา พร้อมให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคล ครอบครัว

3) การฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน ครอบคลุมการฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ทั้งการ maintenance ต่อเนื่อง ตลอดจนการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ค้นหาปัญหาความต้องการจาก

ประชาชน แล้วให้การดูแลขั้นต้น ก่อนส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญในการวางแผนการฟื้นฟูที่ครบถ้วน ให้การดูแลต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนดูแลจากโรงพยาบาลแล้ว

4) การควบคุมป้องกันโรค ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ได้แก่การให้วัคซีน เพื่อป้องกันโรค การค้นหาผู้ป่วย เฝ้าระวัง และการรายงานผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคติดต่อตามพระราชบัญญัติสาธารณสุข

5) สนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน องค์กรประชาชนและชุมชน ด้านสุขภาพ โดยการให้ความรู้และสร้างความมั่นใจในการดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพที่แข็งแรงในการดำรงชีวิต ร่วมมือกับหน่วยงานอื่นในการวางแผน และดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน

6) บริการด้านยา ตั้งแต่การจัดการจัดหา การจ่ายยา และการให้ความรู้ด้านยา

2.7.2 หน้าที่รับผิดชอบของพยาบาลในการจัดบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ

การจัดระบบบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทั้งในศูนย์สุขภาพชุมชน และในชุมชนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ และสร้างความเข้มแข็งในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพแก่ชุมชน พยาบาลวิชาชีพ ในฐานะหนึ่งในทีมสุขภาพ ทั้งในฐานะผู้บริหารและผู้จัดการด้านสุขภาพในชุมชน มีหน้าที่รับผิดชอบดังนี้ (กองการพยาบาล 2545 : 22 – 25)

1) ด้านการบริหารจัดการ

(1) ร่วมกำหนดนโยบาย เป้าหมาย พันธกิจ และวางแผนการปฏิบัติงานของศูนย์สุขภาพชุมชน โดยสอดคล้องกับสถานการณ์ด้านสุขภาพในพื้นที่ ครอบคลุมแผนปฏิบัติการ แผนงบประมาณ แผนอัตรากำลัง และแผนพัฒนาบุคลากร

(2) กระจายอัตรากำลังและมอบหมายงานตามความรู้ ความสามารถของ ทีมสุขภาพแต่ละระดับอย่างเหมาะสม

(3) สร้างทีมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพในการให้บริการสุขภาพแก่ชุมชน และส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพและองค์กรต่างๆ

(4) สนับสนุนการทำงานเป็นทีม ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และทีมแกนนำสุขภาพ และทีมแกนนำสุขภาพในชุมชน

(5) กำหนดระบบงานที่ชัดเจน สะดวกในการปฏิบัติงาน เช่น การบริหารความเสี่ยง การมอบหมายงาน การประสานความร่วมมือทั้งในหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงาน การระดมทรัพยากรและแหล่งประโยชน์ ระบบการติดตาม กำกับ และประเมินผลระบบ และรูปแบบการรายงานผลการปฏิบัติงาน การจัดการด้านงบประมาณ เป็นต้น

(6) วิเคราะห์ปัญหา แกไขอุปสรรคที่เกิดขึ้นในระบบงาน บุคคลและ สิ่งแวดล้อม รวมทั้งตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนระบบงานและแผนการปฏิบัติงานตามความเหมาะสม กับสถานการณ์และข้อมูล

(7) ร่วมกำหนดมาตรฐานวิธีปฏิบัติสำหรับงานที่ยุ่งยากซับซ้อนหรือเป็น ปัญหาที่พบบ่อยของหน่วยงาน เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ตรงกัน เป็นการช่วยป้องกัน/ลด/ ขจัดความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดพลาด ทั้งงานการให้บริการ โดยตรงแก่บุคคลครอบครัวและชุมชน

(8) จัดการด้านอาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม และอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ให้มีความเพียงพอ คุณภาพดี พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา ถูกสุขลักษณะตามเกณฑ์ มาตรฐานของศูนย์สุขภาพชุมชน และหลักการควบคุมป้องกันการติดเชื้อ

(9) จัดการด้านระบบบันทึกและพัฒนาระบบสารสนเทศให้เอื้อต่อการ จัดบริการ เช่น การใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชน การใช้แฟ้มดูแล สุขภาพครอบครัว (Family Folder) เป็นแหล่งรวบรวม บันทึกข้อมูล เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพ ต่อเนื่อง

(10) จัดระบบนิเทศ ติดตาม กำกับ และประเมินผลการปฏิบัติงานของ เจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายและงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพของชุมชน รวมทั้งผลการ ดำเนินงานในภาพรวมของศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างต่อเนื่อง

(11) วิเคราะห์ปัญหาของระบบ ทบทวนผลการประเมิน นำผลการทบทวน มาปรับปรุงระบบให้เหมาะสมตามสถานการณ์

(12) ดำเนินการประกันคุณภาพการพยาบาลระดับปฐมภูมิ และพัฒนา คุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

(13) จัดทำรายงานประจำเดือน / ปี ที่สะท้อนถึงผลสำเร็จของงานและ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน เพื่อนำไปสู่แนวทางปรับปรุงแก้ไขต่อไป

2) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

(1) ดำเนินการสำรวจ วินิจฉัยปัญหา วางแผน ดำเนินการแก้ไขปัญหา ออนามัยชุมชนและประเมินผลการดำเนินงาน รวมทั้งเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพของชุมชน โดยใช้ความรู้ ในศาสตร์ทางการพยาบาล ศาสตร์ที่เกี่ยวข้องและผลการวิจัยร่วมกับประสบการณ์

(2) เยี่ยมบ้าน เพื่อให้บริการพยาบาลที่บ้านเป็นรายบุคคล ครอบครัว ทั้ง กลุ่มที่อยู่ในภาวะปกติ กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งผู้ป่วยหรือ ผู้มีสุขภาพสุขภาพที่ต้องการดูแล หรือใช้ทักษะในการบริการพยาบาล

(3) วางแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลตามปัญหา / ความต้องการของผู้ป่วย ความรุนแรงของโรคและปัญหาของชุมชน ประเมินผลการพยาบาลที่บ้านและปรับแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทนต่อการเปลี่ยนแปลง โดยนำแนวคิดหรือทฤษฎีทางการพยาบาลและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งนำผลการวิจัยมาใช้ในการวางแผนและให้บริการพยาบาลในชุมชน เพื่อรักษาไว้ซึ่งคุณภาพของการพยาบาล

(4) ทำงานร่วมกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง องค์กรชุมชนทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งแหล่งประโยชน์บุคคลในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(5) ประสานงานร่วมกับทีมสุขภาพ รายงานปัญหาของชุมชนหรือปัญหาสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขเร่งด่วน ผลของการให้บริการและข้อมูลสำคัญอื่นๆ เพื่อร่วมวางแผนในการวางแผนป้องกัน โรคและส่งเสริมสุขภาพของชุมชนที่รับผิดชอบ

(6) ร่วมมือร่วมกับทีมสุขภาพ สมาชิกในครอบครัวและแหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อพัฒนาศักยภาพของสมาชิกในครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของชุมชน ส่งเสริมสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

(7) ประเมิน วิเคราะห์ ค้นหาสาเหตุ ความเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชน รวมทั้งผู้ป่วยหรือผู้มีปัญหาสุขภาพที่ต้องการการดูแลทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน

(8) มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เพื่อควบคุมการระบาดของโรคที่เกิดขึ้นในชุมชน

(9) คัดกรองผู้ป่วยและผู้มีปัญหาสุขภาพตามอาการและความรุนแรงของโรค ตรวจวินิจฉัย ทำการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ภายใต้ข้อกำหนดตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข เพื่อการรักษาและส่งต่อ

(10) เป็นผู้นำในการสร้างและใช้เกณฑ์มาตรฐานในการประเมินคุณภาพบริการสุขภาพและผลลัพธ์ของบริการสุขภาพ ของศูนย์สุขภาพชุมชนและในชุมชน

(11) ให้คำแนะนำและให้ความช่วยเหลือทีมสุขภาพในการแก้ปัญหา เพื่อรักษาคุณภาพของบริการสุขภาพ

(12) ร่วมกับหน่วยงาน / องค์กรที่เกี่ยวข้องในการจัดกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพแก่ชุมชน

3) ด้านวิชาการ

- (1) พัฒนาศักยภาพทีมงานในความรับผิดชอบ ตามความต้องการที่จำเป็นของบุคคล หน่วยงาน และประชาชนผู้ให้บริการอย่างต่อเนื่องด้วยเทคนิคและวิธีการที่เหมาะสม
- (2) มีส่วนร่วมในการสร้างและส่งเสริมการพัฒนาวิชาการให้แก่นักเรียนเยาวชน อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชน
- (3) ให้ความรู้แก่บุคลากร ทีมสุขภาพ รวมทั้งปฐมนิเทศ เจ้าหน้าที่ที่มาปฏิบัติงานใหม่และผู้ที่มีรับการอบรมในศูนย์สุขภาพชุมชน
- (4) เป็นผู้นำในการจัดทำคู่มือให้ความรู้แก่บุคคลและครอบครัว รวมทั้งคู่มือปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข และทีมสุขภาพอื่นๆ ตามความจำเป็น
- (5) มีส่วนร่วมและเป็นวิทยากรในการจัดอบรมหรือฝึกทักษะการพยาบาลเฉพาะ ได้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เข้าปฏิบัติงานใหม่ในศูนย์สุขภาพชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข รวมทั้งทีมแกนนำต่างๆ ในชุมชน
- (6) ส่งเสริมและให้บริการวิชาการแก่บุคคล องค์กร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- (7) เสนอประเด็นที่ควรทำวิจัยในชุมชน มีส่วนร่วมและให้ความร่วมมือในการวิจัยเพื่อค้นหาองค์ความรู้และนวัตกรรม รวมทั้งนำผลการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงการให้บริการสุขภาพให้เกิดประโยชน์แก่ชุมชน

2.7.3 บทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน

1) บทบาทของการเป็นผู้ดูแลโดยตรง (Care Provider) เป็นการให้การดูแลแก่บุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชน ทั้งในภาวะสุขภาพดี ภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ภาวะเจ็บป่วย เป็นการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานและทักษะขั้นสูงในวิชาชีพ โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางปฏิบัติ ในบทบาทนี้พยาบาลต้องมีความรู้ ความชำนาญทางคลินิกเป็นพื้นฐานเพื่อให้สามารถตัดสินใจให้การพยาบาล หรือนำแผนการรักษาของแพทย์ไปปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วย หรือผู้ให้บริการที่บ้านหรือชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ

2) บทบาทของการเป็นผู้สอนหรือให้ความรู้ด้านสุขภาพ (Education) พยาบาลที่ปฏิบัติการในชุมชนต้องเป็นผู้ให้ความรู้แก่ประชาชน เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นประเด็นหลัก สอนให้ผู้ที่ป่วยแล้วสามารถดูแลตนเอง และปฏิบัติตนเพื่อการฟื้นฟูสภาพด้วย นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพยังมีหน้าที่ในการพัฒนาโปรแกรมการสอนและดำเนินการเพื่อให้ประชาชน

มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี นอกจากสอนประชาชนแล้วจะต้องสอนเจ้าหน้าที่และบุคลากรด้านสุขภาพด้วย

3) บทบาทการเป็นผู้พิทักษ์สิทธิของผู้บริโภค (*Advocator*) พยาบาลที่ปฏิบัติการในชุมชนจะเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด เปรียบเสมือนสื่อกลางระหว่างการจัดบริการสาธารณสุขกับประชาชน บทบาทสำคัญคือ การให้ข้อมูลและความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการเลือกใช้บริการทางสุขภาพ ตลอดจนการพัฒนาบริการพยาบาลเพื่อให้สามารถให้บริการได้อย่างทั่วถึง เสมอภาค โดยเฉพาะกลุ่มผู้ด้อยโอกาส รวมทั้งเป็นตัวแทนของประชาชนในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน

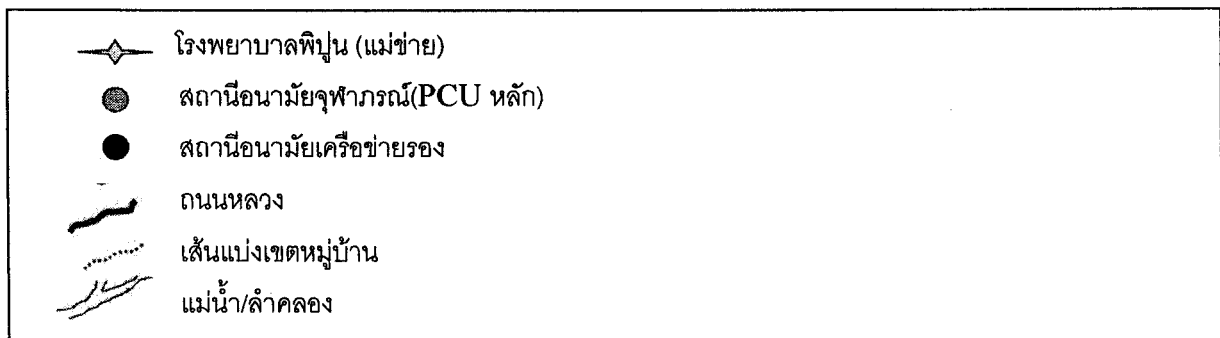
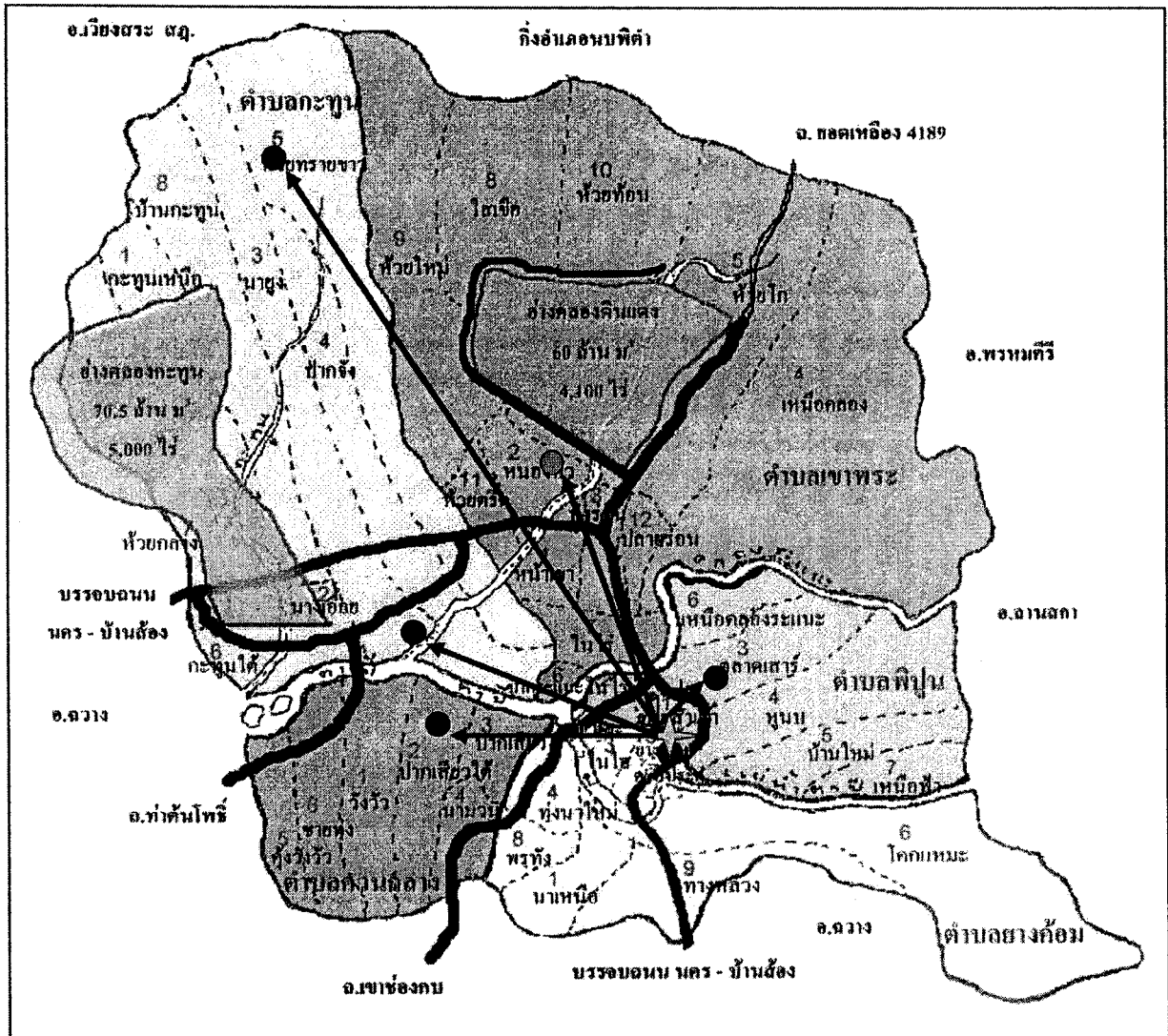
4) บทบาทการเป็นผู้จัดการการดูแล (*Manager*) เป็นการจัดการกับระบบบริการพยาบาล ซึ่งพยาบาลจะต้องทำหน้าที่ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการในชุมชน ปัญหาของชุมชน วางแผนและดำเนินการแก้ไข ไม่ว่าจะด้วยวิธีการให้การดูแลโดยตรง หรือการจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาร่วมกับชุมชน รวมทั้งต้องทำหน้าที่ควบคุมกำกับนิเทศงานให้มีการปฏิบัติตามแผนและการประเมินผลการปฏิบัติงาน

5) บทบาทการเป็นผู้ประสานงาน (*Collaborator*) การดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชนจำเป็นต้องมีการทำงานเป็นทีมทั้งทีมสุขภาพและทีมงานพัฒนาชุมชนอื่นๆ เช่น ทีมงานบริการสังคมสงเคราะห์ ทีมงานด้านการศึกษา การเกษตร และองค์กรเอกชน เป็นต้น ซึ่งการดำเนินงานด้านสุขภาพ พยาบาลเป็นบุคลากรกลุ่มใหญ่ที่สุดในการให้บริการ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในฐานะผู้ประสานงานการดูแล ทั้งนี้เพื่อให้มีการผสมผสานกิจกรรมการบริการด้านสุขภาพอย่างมีคุณภาพ

6) บทบาทการเป็นผู้นำ (*Leader*) พยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลในชุมชนต้องมีบทบาทในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (*Change agent*) ในด้านการพัฒนาสุขภาพประชาชน การมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนและนโยบายการพัฒนาสุขภาพของประชาชนรวมทั้งการปฏิบัติตนให้เป็นแบบอย่างของผู้มีสุขภาพดี

7) บทบาทการเป็นนักวิจัย (*Researcher*) พยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน จะต้องสามารถค้นคว้าหาความรู้อย่างเป็นระบบ มีการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำมาสู่การแก้ปัญหาทางสาธารณสุข ซึ่งจำเป็นจะต้องทำงานวิจัยเพื่อให้ได้คำตอบในการพัฒนาหรือแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล

3. เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิปูน



ภาพที่ 2.2 แสดงแผนที่อำเภอพิปูน /เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิปูน
ที่มา : แผนทำงานระบาควิทยา โรงพยาบาลพิปูน กุมภาพันธ์ 2549

อำเภอพิบูลย์ ตั้งอยู่ทางทิศตะวันตกเฉียงเหนือของจังหวัด นครศรีธรรมราช ห่างจากตัว จังหวัด ประมาณ 95 กิโลเมตร มีพื้นที่ประมาณ 363 ตารางกิโลเมตร

ลักษณะภูมิประเทศ พื้นที่ 2 ใน 3 เป็นภูเขาสูงสลับซับซ้อน มีลักษณะเป็นแอ่งระหว่างหุบเขา โดยพื้นที่ราบอยู่ตรงกลาง และภูเขาล้อมรอบ ด้วยเหตุนี้ ปัญหาการเกิดอุทกภัย จึงเกิดขึ้นได้โดยง่าย เนื่องจากกระแสน้ำไหลมาจากเทือกเขาที่สูงชัน จึงทำให้กระแสน้ำไหลแรง ประกอบกับภูมิประเทศไม่เอื้ออำนวยต่อการระบายน้ำ

ประชากร จำนวนประชากร จากการลงทะเบียน ประชากร ตุลาคม 2549 มีประชากรทั้งสิ้น 24,542 คน เป็นชาย 12,221 คน หญิง 12,321 คน จำนวนครัวเรือน 6,883 ครัวเรือน ความหนาแน่นของประชากร ประมาณ 78 คน / ตารางกิโลเมตร

การคมนาคม เส้นทางคมนาคม สายหลักของอำเภอพิบูลย์เป็นถนนลาดยางจากที่ตั้งที่ว่าการ อำเภอถึงจังหวัด นครศรีธรรมราช ระยะทาง 95 กิโลเมตร ซึ่งสายดังกล่าวมีความคดเคี้ยวมาก ถนนเชื่อมระหว่างตำบล และหมู่บ้านเป็นถนนดินลูกรังสลับลาดชันใน ช่วงฤดูฝน การคมนาคมไม่สะดวกเท่าที่ควร ภายในอำเภอมิรถ โดยสารหมู่บ้านคือ รถจักรยานยนต์ ซึ่งผู้ป่วยเมื่อมาใช้บริการที่โรงพยาบาลใช้วิธีการนัดมาพร้อมกันและจ้างเหมารถยนต์ในการเดินทางสำหรับผู้ที่อยู่ไกลจากโรงพยาบาลออกไป

ศาสนา ประชากร นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 99.95 และนับถือศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 0.05

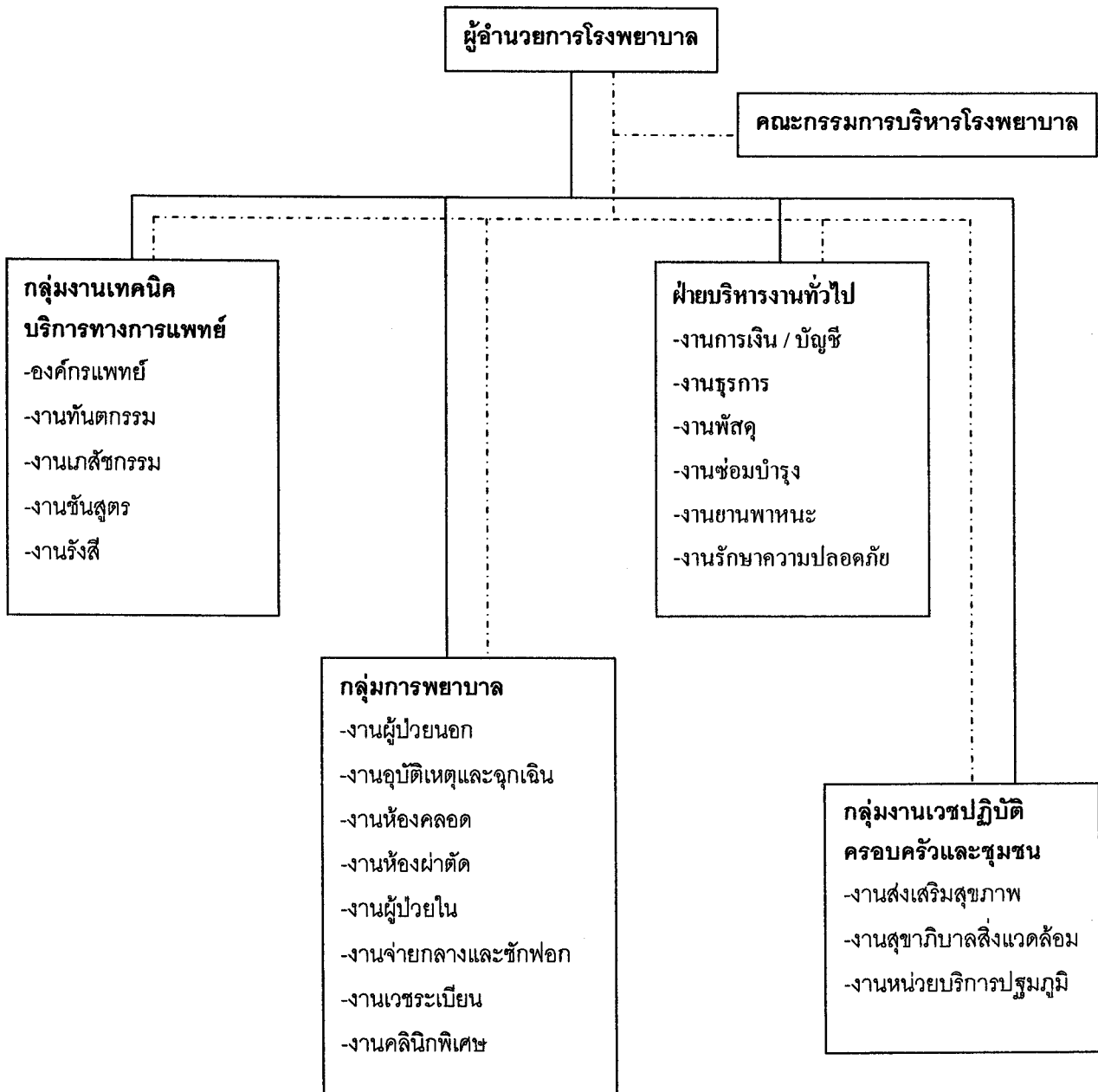
เศรษฐกิจ อาชีพหลัก ได้แก่ ด้านการเกษตรกรรม ประมาณร้อยละ 80 ได้แก่ทำสวนยางพารา และทำสวนผลไม้ ด้านค้าขาย ประมาณร้อยละ 17.5 รับราชการ ประมาณร้อยละ 2.5 รายได้เฉลี่ยต่อคนต่อปีของประชากรในพื้นที่ประมาณ 27,753 บาท

การปกครอง การปกครอง แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 5 ตำบล 39 หมู่บ้าน และ 1 เทศบาล

3.1 ระบบบริการสุขภาพเครือข่ายอำเภอพิบูลย์

แหล่งบริการสุขภาพของรัฐ ประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง และสถานีอนามัย 7 แห่ง สัดส่วนของแพทย์/ประชากร ในอำเภอพิบูลย์ = 1 : 14,000 คน จะสูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนดและต้องรับภาระดูแลทั้งระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิ สัดส่วนพยาบาล/ประชากร ในอำเภอพิบูลย์ = 1 : 600 คน ถ้ามองตามเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ แต่ในทางปฏิบัติภาระงานต้องรับผิดชอบระดับทุติยภูมิด้วย มีอัตรากำลังเพียง 1 คนที่ออกปฏิบัติงานระดับปฐมภูมิเต็มตัว

แผนผังโครงสร้างโรงพยาบาลพิบูล



หมายเหตุ ————— หมายถึง สายการบังคับบัญชา
 - - - - - หมายถึง การประสานงาน

ภาพที่ 2.3 แผนผังโครงสร้างโรงพยาบาลพิบูล

ที่มา : ข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล งานคุณภาพ
 โรงพยาบาลพิบูล ธันวาคม 2550:4

3.1.1 **โรงพยาบาลพิปูน** เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ให้บริการทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ อัตรากำลังบุคลากรทั้งหมด ประกอบด้วย ดังนี้

- แพทย์ประจำ	2	อัตรา
- แพทย์หมุนเวียน	1	อัตรา
- ทันตแพทย์	2	อัตรา
- เกษัตริกร	3	อัตรา
- พยาบาลวิชาชีพ	30	อัตรา
- พยาบาลเทคนิค/ เจ้าหน้าที่พยาบาล	2	อัตรา
- นักวิชาการ	1	อัตรา
- งานชั้นสูตรและรังสี	2	อัตรา
- ข้าราชการอื่นๆ	5	อัตรา
- ลูกจ้างประจำ	18	อัตรา
- ลูกจ้างชั่วคราว	24	อัตรา

โครงสร้างการบริหารของโรงพยาบาลพิปูน มีผู้อำนวยการเป็นผู้บริหารสูงสุดแบ่งเป็น 3 กลุ่มงานและ 1 ฝ่าย คือ กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน กลุ่มงานเทคนิค บริการทางการแพทย์ และฝ่ายบริหารงานทั่วไป โดยมีคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยหัวหน้าฝ่ายและหัวหน้ากลุ่มงานทำหน้าที่เป็นผู้กำหนดนโยบายและให้คำปรึกษาแก่ผู้บริหาร

งบประมาณที่ได้รับ จากการจัดสรรของภาครัฐตามจำนวนหัวประชากรที่รับผิดชอบ คิดเป็นเงินประมาณ 15.5 ล้านบาท/ปี และงบประมาณสนับสนุนประมาณ 4 ล้านบาท/ปี

ขอบเขตการให้บริการสุขภาพ รับผิดชอบให้บริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ และสนับสนุนการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ปัจจุบัน สามารถรับผู้ป่วยใน 30 เตียง เป็นผู้ป่วยสามัญ 24 เตียง และผู้ป่วยพิเศษ 6 เตียง ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกโดยเฉลี่ย 221 ราย/วัน (สถิติข้อมูลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพิปูน 2550) ให้บริการคลินิกผู้ป่วยเรื้อรังซึ่งมีขึ้นทะเบียนคือ โรคความดันโลหิตสูง 1,643 ราย โรคเบาหวาน 563 ราย โรคธัยรอยด์ 261 ราย ผู้ป่วยจิตเวช 139 ราย และผู้ป่วยติดเชื้อ HIV จำนวน 101 ราย การให้บริการวันอังคารแรกตอนบ่ายของเดือนคลินิกธัยรอยด์ อังคารที่สองของเดือนตอนบ่ายคลินิกผู้ป่วยจิตเวช ทุกวันพุธตอนเช้าบริการคลินิกเบาหวาน ทุกวันพฤหัสบดีบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูง อังคารสุดท้ายของเดือนบริการคลินิก Day Care และทุกวันศุกร์จะออกให้บริการคลินิกโรคเรื้อรังในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยอีก 4 จุด เพื่อต้องการให้ผู้ป่วยเดินทางไปใช้บริการใกล้ที่สุดไม่ต้องเดินทางเข้ามาโรงพยาบาลและลดความแออัดของการให้บริการงาน

ผู้ป่วยนอก เพื่อความสะดวกในการเดินทางของผู้ใช้บริการคลินิกเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลจะนัดกลุ่มเป็นตำบลเดียวกันและสามารถเดินทางด้วยรถคันเดียวกันได้ 5 อันดับโรคของการให้บริการผู้ป่วยนอก เรียงตามลำดับคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ระบบอาหารทำงานผิดปกติ และการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้น สาเหตุการตาย 5 อันดับโรคแรกคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเอดส์ มะเร็ง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและเบาหวาน

3.1.2 สถานีนอมนามัย ประกอบด้วย สถานีนอมนามัยจำนวน 7 แห่ง ได้แก่

1) สถานีนอมนามัยจุฬารักษ์พัฒนา 2 เป็นสถานีนอมนามัยขนาดใหญ่และเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหลัก ตั้งอยู่หมู่ที่ 11 ตำบลเขาพระ มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประจำ 3 คน ประกอบด้วย นักวิชาการ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน รับผิดชอบประชากรตำบลเขาพระ 9 หมู่บ้าน จำนวน 6,598 คน

2) สถานีนอมนามัยบ้านกะทูนเหนือ ตั้งอยู่หมู่ที่ 8 ตำบลกะทูน มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประจำ 3 คน ประกอบด้วย หัวหน้าสถานีนอมนามัย 1 คน นักวิชาการ 1 คน และผู้ช่วยพยาบาล 1 คน รับผิดชอบประชากรตำบลกะทูน 4 หมู่บ้าน จำนวน 2,295 คน

3) สถานีนอมนามัยบ้านวังวัว ตั้งอยู่หมู่ที่ 5 ตำบลควนกลาง มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประจำ 3 คน ประกอบด้วย หัวหน้าสถานีนอมนามัย 1 คน นักวิชาการ 1 คน และเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 1 คน รับผิดชอบประชากรตำบลควนกลาง 6 หมู่บ้าน จำนวน 2,332 คน

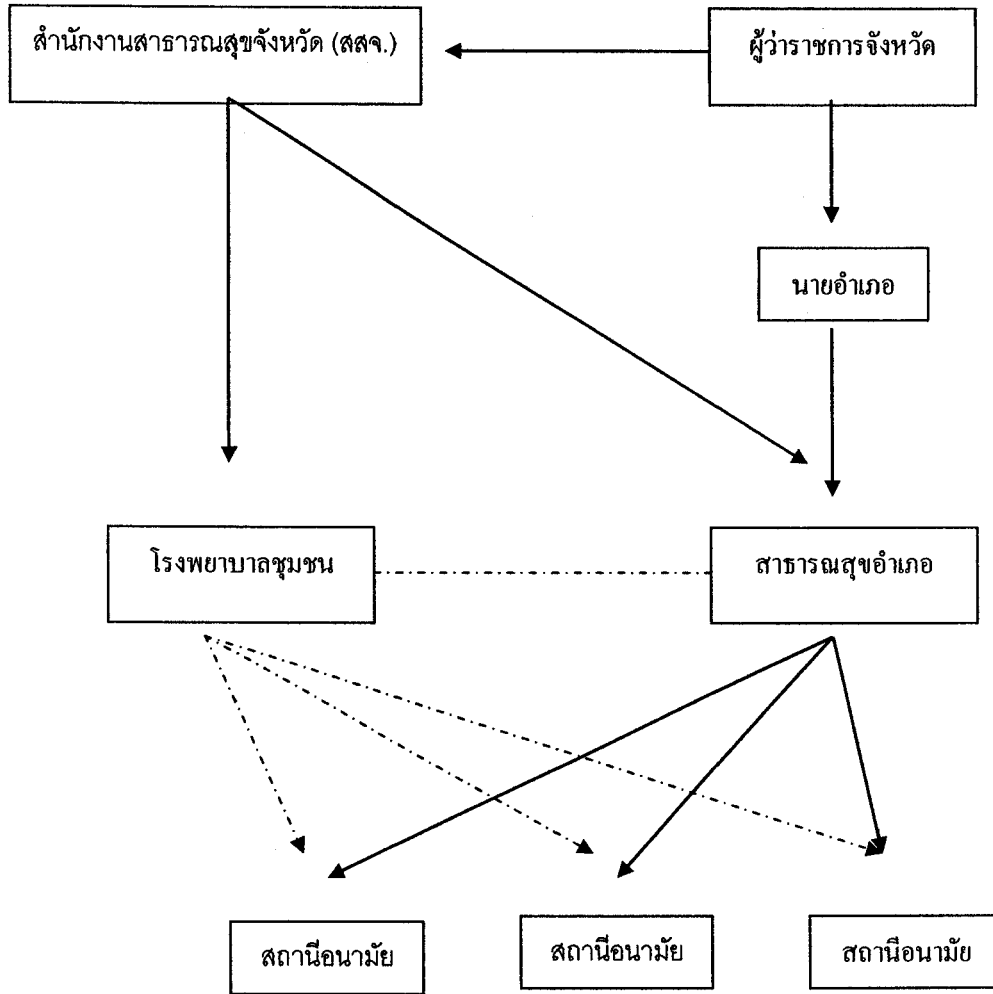
4) สถานีนอมนามัยบ้านปากจัง ตั้งอยู่หมู่ที่ 3 ตำบลกะทูน มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประจำ 2 คน ประกอบด้วย หัวหน้าสถานีนอมนามัย 1 คน และเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 1 คน รับผิดชอบประชากรตำบลกะทูน 4 หมู่บ้าน จำนวน 2,221 คน

5) สถานีนอมนามัยบ้านป่ากระแนะ ตั้งอยู่หมู่ที่ 7 ตำบลเขาพระ มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประจำ 2 คน ประกอบด้วย หัวหน้าสถานีนอมนามัย 1 คน นักวิชาการ 1 คน รับผิดชอบประชากรตำบลเขาพระ 3 หมู่บ้าน จำนวน 1,324 คน

6) สถานีนอมนามัยบ้านทุ่งนาใหม่ ตั้งอยู่หมู่ที่ 4 ตำบลยางค้อม มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประจำ 2 คน ประกอบด้วย หัวหน้าสถานีนอมนามัย 1 คน นักวิชาการ 1 คน รับผิดชอบประชากรตำบลยางค้อม 3 หมู่บ้าน จำนวน 1,240 คน

7) สถานีนอมนามัยบ่อน้ำร้อน ตั้งอยู่หมู่ที่ 3 ตำบลพิปูน มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประจำ 2 คน ประกอบด้วย หัวหน้าสถานีนอมนามัย 1 คน และเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 1 คน รับผิดชอบประชากรตำบลพิปูน 4 หมู่บ้าน จำนวน 2,800 คน

แผนผังโครงสร้าง
การบริหารของหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ



————> สายการบังคับบัญชา

- - - - -> สายประสานงาน

ภาพที่ 2.4 แผนผัง โครงสร้างของหน่วยงานสาธารณสุขอำเภอ

3.1.3 การบริหารจัดการเครือข่าย

การบริหารจัดการเครือข่ายในรูปแบบ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) โดยองค์ประกอบของคณะกรรมการจะประกอบด้วย

ประธาน เลือกจากสาธารณสุขอำเภอหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลผู้ใดผู้หนึ่ง เป็นประธาน ส่วนที่เหลือเป็นรองประธาน โดยผลัดเปลี่ยนอยู่ในวาระคนละ 1 ปี

เลขานุการ ประธานเลือกจากผู้แทนของสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลชุมชนฝ่ายละ 1 คน เป็นเลขานุการและผู้ช่วยเลขานุการ

กรรมการ ประกอบด้วยผู้แทนจากสาธารณสุขอำเภอ/สถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชนจำนวนเท่ากัน รวมแล้วไม่เกิน 12 คน

สำหรับบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) จะร่วมกันกำหนดนโยบายวางแผนและดำเนินงานตามแผน รวมทั้งการติดตามควบคุม กำกับ นิเทศติดตามและประเมินผลงานของเครือข่าย นอกจากนี้ยังมีบทบาทในการประสานและ สนับสนุนแผนงานและ โครงการพิเศษตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและจังหวัด และ ดำเนินการเป็นศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขระดับอำเภอด้วย จะมีการประชุมร่วมกันทุกเดือน

3.1.4 การสนับสนุนระบบบริการของเครือข่าย

1) บุคลากร เนื่องจากไม่สามารถจัดพยาบาลวิชาชีพลงประจำได้ มีเพียง หน่วยบริการปฐมภูมิหลักที่มีพยาบาลวิชาชีพอยู่ประจำ 1 คน หน่วยบริการอีก 4 จุดที่เปิดให้บริการ คลินิกโรคเรื้อรัง คือ ที่ สถานีอนามัยจุฬารัตน์พัฒนา 2 สถานีอนามัยบ้านปากจ้ง และเขตพื้นที่ของ สถานีอนามัยบ้านวังวัวที่เปิดให้บริการที่บ้านชาวบ้านและศูนย์ราชการอีก 2 จุด จะมีทีมของ โรงพยาบาล ประกอบด้วย แพทย์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ 3 ท่าน ฝ่ายเภสัชกร 3 คน พร้อมพนักงาน ขับรถและอุปกรณ์ร่วมกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยร่วมให้บริการคลินิกดังกล่าว

2) ยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยา ทางโรงพยาบาลจะเป็นผู้จัดซื้อสนับสนุนให้สถานี อนามัย โดยให้ทำรายการเบิกเดือนละ 1 ครั้ง โรงพยาบาลจะนำรถออกตระเวนส่งให้

3) อุปกรณ์ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ใช้ระบบส่งน้ำโรงพยาบาลทั้งหมด โรงพยาบาลจะออกรับของและส่งของให้สัปดาห์ละ 2 วัน คือ วันอังคารกับวันพฤหัสบดี ซึ่งมีจุด รับส่งที่ PCU หลักและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

4) งบประมาณ ในการสนับสนุนด้านงบประมาณค่าใช้จ่ายของสถานีอนามัย ใช้ฐานประชากรที่รับผิดชอบเป็นฐานในการคำนวณ จัดสรรในส่วนของงบผู้ป่วยนอก โดยสนับสนุน ปีงบประมาณละ 3 งวด สถานีอนามัยขนาดเล็กที่รับผิดชอบประชากรน้อยสนับสนุนงบประมาณเฉลี่ย งวดละ 40,000 บาท สถานีอนามัยขนาดใหญ่ที่รับผิดชอบประชากรมากสนับสนุนงบประมาณเฉลี่ย

50,000-70,000 บาท/งวด ในส่วนสถานีนอนำยที่เปิดบริการคลินิกโรคเรื้อรังจะเพิ่มให้อีกงวดละ 10,000 บาท เพื่อทางสถานีนอนำยนำไปใช้ในส่วนของการสาธารณสุขปโรค และค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่รับผิดชอบเพิ่มขึ้น

4. การวิจัยเชิงคุณภาพ

ความหมายการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลทางสังคม และวัฒนธรรม โดยการเข้าถึงโลกทัศน์ของผู้ถูกศึกษา แล้วนำเสนอเป็นองค์ความรู้ที่อธิบายปรากฏการณ์นั้นได้ชัดเจน เช่น ความรู้สึกนึกคิดต่างๆ ประวัติชีวิต ค่านิยม ประสบการณ์ หรือปัญหาในการดำเนินชีวิตบางประการ รวมทั้งอุดมการณ์ต่างๆ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ทำให้ผู้ศึกษามีความเข้าใจเข้าถึงวิถีชีวิตของผู้คน และความหมายของพฤติกรรมของผู้คนในวัฒนธรรม ซึ่งข้อมูลเชิงปริมาณไม่อาจนำเสนอได้อย่างลึกซึ้งเพียงพอ การวิจัยประเภทนี้สามารถใช้ในทางการพยาบาลได้ทั้งการศึกษาปรากฏการณ์ หรือพฤติกรรมผู้ป่วยในโรงพยาบาล ผู้รับบริการทั้งในและนอกโรงพยาบาล ในองค์กร ในหมู่บ้าน หรือชุมชนต่างๆ

4.1 ลักษณะของการวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพมีลักษณะสำคัญ 4 ประการ คือ

4.1.1 การได้มาซึ่งความรู้ (Epistemology หรือ ญาณวิทยา) เน้นวิธีการอุปนัยหรืออุปมาน คือการแสวงหาความรู้จากข้อเท็จจริงตามที่มีอยู่ เป็นอยู่ มักเป็นข้อมูลเชิงรูปธรรมและนามธรรมหลายๆกรณี รวบรวมมาวิเคราะห์ ตีความแล้วประมวลเป็นข้อสรุป สมมุติฐาน หรือทฤษฎี ส่วนวิธีการศึกษาแบบนินัย คือเริ่มศึกษาด้วยการตั้งสมมุติฐานจากทฤษฎีที่มีอยู่ องค์ความรู้ที่ได้เป็นองค์ความรู้ใหม่ที่เฉพาะ แล้วใช้สมมุติฐานเป็นแนวทางในการแสวงหาความรู้ รวบรวมข้อเท็จจริง เพื่อนำมาพิสูจน์ว่าสมมุติฐานตามทฤษฎีนั้นๆ ถูกต้องหรือไม่ ใช้อธิบายความเป็นจริงที่ศึกษานั้นได้หรือไม่ องค์ความรู้ที่ได้เป็นความรู้ซึ่งอยู่ภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีที่มีอยู่แล้ว

4.1.2 มีเป้าหมายเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ทางสังคม ทำความเข้าใจความหมายของปรากฏการณ์นั้นๆ โดยให้ความสำคัญกับสังคม วัฒนธรรมและความหมายในทรงสนะของผู้ถูกศึกษา หรือ คนใน (emic)

4.1.3 มีความเป็นองค์รวม เนื่องจากการจะเข้าใจความหมายของพฤติกรรม เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษานั้นต้องมองจากหลายแง่มุม ใช้ทฤษฎีที่หลากหลาย และใช้วิธีการหลายๆแขนง เป็นลักษณะสหวิทยาการ ต้องศึกษาทุกอย่างให้รอบด้านทุกแง่มุม เพื่อให้ นักวิจัยสามารถ

ทำความเข้าใจกระบวนการเกิดปรากฏการณ์ หรือพฤติกรรมตามข้อเท็จจริงของสังคมที่ปรากฏ ณ เวลาที่ศึกษา

4.1.4 มีความเป็นธรรมชาติ เพื่อให้นักวิจัยสามารถสะท้อนความเป็นจริงของปรากฏการณ์นั้นได้อย่างแท้จริง การวิจัยเชิงคุณภาพจึงไม่มีการควบคุมตัวแปรใดๆ ทั้งสิ้น แต่จะศึกษาเรื่องต่างๆ ในสภาพแวดล้อมตามธรรมชาติ และนักวิจัยต้องสามารถทำตัวให้สอดคล้องกับธรรมชาตินั้นๆ

4.2 ปรัชญาพื้นฐานของการวิจัยเชิงคุณภาพ

นักปรากฏการณ์นิยมใช้แนวคิดปรากฏการณ์นิยมเป็นแนวคิดพื้นฐานในการวิจัยเชิงคุณภาพ แนวคิดนี้เชื่อว่า ความรู้ที่มนุษย์ได้รับจากการถ่ายทอดมาจากผู้อื่น และจากสังคมนั้นอาจผิดพลาดได้ การรับรู้อาจเกิดจากการถูกบังคับ หรือยึดยึด มนุษย์จึงควรศึกษาโลกและสังคมด้วยตนเอง และสร้างระบบความรู้ที่เป็นส่วนตัวขึ้นมา แล้วมนุษย์ก็จะมีระบบคิด วิจักษ์ญาณ โลกทรรศน์ ค่านิยม อุดมการณ์เฉพาะตน โดยการได้สัมผัสกับโลกโดยตรง พฤติกรรมมนุษย์จึงเป็นผลมาจากวิธีการที่มนุษย์ให้ความหมายต่อโลก นักวิจัยต้องทำความเข้าใจว่าทำไมบุคคลจึงกระทำเช่นนั้น เข้าใจความหมายที่บุคคลให้กับการกระทำนั้นๆ ของตนเอง ถ้าต้องการทำความเข้าใจพฤติกรรมสังคมอะไรก็ต้องเข้าใจความหมายที่คนในสังคมให้กับพฤติกรรมนั้นๆ ซึ่งนักสังคมวิทยา กล่าวว่าปรากฏการณ์ทางสังคม หรือพฤติกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมนั้นนอกจากจะมีความหมายเฉพาะที่เกิดจากการตีความของคนในสังคมนั้นๆ แล้ว ยังมีความซับซ้อนเพราะมีเรื่องของจิตใจ ค่านิยม อุดมการณ์เข้ามาเกี่ยวข้องมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา และมีปฏิสัมพันธ์หรือมีความเกี่ยวพันระหว่างกันและกันตลอดเวลา (ศิริพร จิรวัดน์กุล : 2549)

จากการที่แนวคิดปรากฏการณ์นิยม เชื่อว่า สังคมมนุษย์มีความเป็นพลวัต (dynamic) หรือมีความเคลื่อนไหวตลอดเวลา เพราะมนุษย์มีการรับรู้ ให้ความหมาย และแสดงพฤติกรรมตามที่เห็นว่าเหมาะสมกับบริบท (Context) ที่อาศัยอยู่ ณ เวลานั้นๆ การแสวงหาความรู้ภายใต้แนวคิดนี้จึงมุ่งที่การทำทำความเข้าใจพฤติกรรมมนุษย์ และข้อเท็จจริงทางสังคมโดยผู้ที่รู้ข้อเท็จจริงนั้นดีที่สุดคือ ผู้ที่เป็นสมาชิกของสังคมนั้นเท่านั้น ดังนั้นการแสวงหาความรู้ภายใต้แนวคิดนี้จึงให้ความสำคัญต่อความคิด ความรู้สึก และอิทธิพลทางสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการวิจัยเชิงคุณภาพ

4.3 ความสำคัญของการวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพพยาบาล

พยาบาลเป็นผู้ที่จะต้องให้บริการการพยาบาลแก่ผู้รับบริการทุกคนในชุมชน หรือท้องถิ่นที่ปฏิบัติงาน พยาบาลอาจเป็นคนในท้องถิ่นนั้นเอง หรือเป็นคนต่างถิ่น ผู้รับบริการก็มีทั้งคนท้องถิ่นเดียวกัน และคนต่างถิ่น ซึ่งหมายความว่าพยาบาลก็มีวิถีชีวิตที่ทั้งเหมือน และแตกต่างไปจาก

ผู้รับบริการ จึงมีโอกาสให้บริการพยาบาลต่างวัฒนธรรมตลอดเวลา หากพยาบาลไม่ได้ให้ความสำคัญด้านมิติทางวัฒนธรรมทั้งของตนเอง และผู้รับบริการ ย่อมทำให้เกิดปัญหาในการให้บริการ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องพัฒนาความรู้ทางการพยาบาล และสร้างองค์ความรู้ขึ้นมาเป็นแนวคิด ทฤษฎีที่เหมาะสมสำหรับการให้บริการพยาบาลแก่ผู้รับบริการที่หลากหลายในวัฒนธรรมต่างๆ

การวิจัยเชิงคุณภาพเข้ามามีบทบาทสำคัญในการวิจัยทางการพยาบาล เนื่องจากสังคมไทยเป็นสังคมที่มีความหลากหลายวัฒนธรรมรวมกันอยู่ จึงมีการกระทบกระทั่งทางวัฒนธรรมกันตลอดเวลา เกิดผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน ทำให้สาเหตุและปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในแต่ละวัฒนธรรมมีรูปแบบที่หลากหลาย การแก้ไขปัญหาต้องให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละวัฒนธรรม

4.4 การเลือกใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

งานวิจัยเชิงคุณภาพเน้นการศึกษาอย่างลึกซึ้งในปรากฏการณ์เฉพาะที่ต้องการการเข้าใจความหมาย การตีความ งานวิจัยประเภทนี้จึงมีความจำกัดในตัวเองในเรื่องของการอ้างอิงสู่ประชากรหรือภาพรวม (Generalization) แต่นำไปอ้างอิงได้กับบริบทที่คล้ายคลึงกัน นอกจากนั้นยังใช้เวลาศึกษานาน นักวิจัยต้องใช้เวลาในการสร้างความสัมพันธ์ ความเชื่อถือไว้วางใจกับผู้คนในบริบทที่ศึกษาเป็นอย่างดี จึงจะได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งหลากหลาย รอบด้าน นักวิจัยต้องมีความสามารถเฉพาะในการเป็นผู้มีสหวิทยาการในตนเอง มีความสามารถในการสื่อสารอธิบายปรากฏการณ์ในแง่มุมมองของคนใน จากข้อจำกัดนี้ร่วมกับลักษณะของงานวิจัยเชิงคุณภาพ ทำให้การวิจัยสามารถกระทำได้ในสภาพการณ์ต่อไปนี้

- 1) เมื่อต้องการสร้างสมมุติฐานหรือทฤษฎีใหม่ๆ
- 2) เมื่อต้องการทำความเข้าใจกระบวนการเกิดปรากฏการณ์ทางสังคม
- 3) เมื่อต้องการศึกษาหาความหมาย ข้อเท็จจริงที่อธิบายลักษณะที่เป็นนามธรรมในสังคมวัฒนธรรมนั้นๆ
- 4) เมื่อต้องการทำความเข้าใจเหตุผลลึกซึ้งของข้อมูลบางอย่าง เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจ
- 5) เมื่อต้องการวิจัยเพื่อปรับเปลี่ยน พัฒนาองค์กร แก้ไขปัญหา เพิ่มพูนประสิทธิภาพของการทำงาน โดยการให้ผู้เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย

4.5 ลักษณะของข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพนั้น มีทั้งข้อมูลที่แสดงลักษณะทางกายภาพของสถานที่ศึกษาหรือสนาม ข้อมูลทางประชากรของผู้ที่ให้ข้อมูล ข้อมูลในเอกสาร ข้อความแสดงความคิดเห็น ความรู้สึก การให้คุณค่า อุดมการณ์ เหตุผลของการกระทำต่างๆ ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ข้อความที่บรรยายพฤติกรรมของบุคคล และกลุ่มบุคคลในสถานการณ์ พิธีกรรมต่างๆ ในบริบทที่ศึกษาและอื่นๆ ทุกอย่างในบริบทที่ผ่านเข้ามาในประสาทสัมผัสของนักวิจัยถือเป็นข้อมูลทั้งสิ้น

ข้อมูลโดยส่วนใหญ่เป็นข้อมูลเชิงคุณลักษณะหรือข้อมูลเชิงคุณภาพ หมายถึง ข้อความที่บรรยายสภาพการณ์ ลักษณะ ความรู้สึก ความรู้ ความสามารถ ความเชื่อ ค่านิยม พฤติกรรม รวมถึงปรากฏการณ์ต่างๆ ทางสังคม นอกจากนี้ยังมีข้อมูลเชิงคุณลักษณะที่จัดกระทำในรูปของตัวเลขแล้วแปลงเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ

4.6 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพนั้นใช้กระบวนการจัดระบบความคิด (conceptualization) การตีความ (interpretation) และจินตนาการ (imagination) ซึ่งเป็นทักษะสำคัญที่นักวิจัยเชิงคุณภาพต้องมี วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานในงานวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การวิเคราะห์เนื้อหา การวิเคราะห์ตีความ สร้างข้อสรุป

1) การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เป็นวิธีการวิเคราะห์ที่นิยมใช้กับข้อมูลเอกสาร มีลักษณะสำคัญ 3 ประการ คือ มีความเป็นวัตถุวิสัย มีความเป็นระบบ และสอดคล้องกับทฤษฎี การวิเคราะห์เนื้อหานี้อิงวิธีการเชิงปริมาณและให้ความสำคัญกับสาระที่ปรากฏตามเอกสารมากกว่าที่จะหาความหมายที่ลึกซึ้ง ดังนั้นเนื้อหาที่ได้จากการวิเคราะห์และคุณลักษณะที่ได้จากการวิเคราะห์ต้องอยู่บนพื้นฐานของสาระต่างๆ ในเอกสารเท่านั้น ไม่ใช่จากการกำหนดหรือจินตนาการของนักวิจัย

2) การวิเคราะห์ตีความสร้างข้อสรุป เนื่องจากเป้าหมายของการวิจัยเชิงคุณภาพอยู่ที่การหาความหมาย อธิบายเหตุการณ์ที่ศึกษาอย่างลึกซึ้งตามมุมมองของคนใน และข้อมูลส่วนใหญ่เป็นข้อมูลเชิงคุณลักษณะหรือเชิงคุณภาพ ดังนั้นการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ จึงเป็นกระบวนการจัดกระทำกับข้อมูลต่างๆ และเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูล สร้างข้อสรุปจากข้อมูลชุดต่างๆ ส่วนการวิเคราะห์โดยใช้สถิตินั้นอาจมีบ้างเพื่อเสริมความหนักแน่น และเป็นหลักฐานประกอบข้อสรุป

5. ผลการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จุฑาวัติ กลิ่นเฟื่อง (2543) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะงาน และบรรยากาศ องค์การ กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิภาพการทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ กับคุณภาพชีวิตการทำงานของ พยาบาลประจำการ ส่วนสถานภาพสมรส และระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ ลักษณะงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต การทำงานของพยาบาลประจำการ บรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ

ชุตินา สุวรรณประทีป (2543) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการจัดการทรัพยากรมนุษย์ กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลของรัฐกรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยึด มั่นผูกพันต่อองค์การพยาบาล และสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การพยาบาล ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การพยาบาล การจัดการทรัพยากรมนุษย์ของกลุ่มการพยาบาลมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การพยาบาลอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (2545) จากการศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับการทำงานในชุมชนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดสงขลา พบว่า เหตุผลที่เจ้าหน้าที่ไม่ยอมลงชุมชน คือ ขาดประสบการณ์ มีงานหลายอย่าง ขาดความปลอดภัย กลัวแก้ปัญหาไม่ได้ ขาดความรู้งานชุมชน บุคลากรน้อย ไม่มีการแบ่งงานเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวกันทำงาน ไม่มีเพื่อนไปด้วย ขาดขวัญกำลังใจ ขาดแผนปฏิบัติงาน หัวหน้างานไม่สนับสนุน ขาดการประสานงาน การคมนาคมไม่สะดวก ขาดจุดมุ่งหมาย ชุมชนไม่ให้ความร่วมมือ ขาดความมั่นใจ และปัจจัยที่ส่งเสริมงานชุมชนให้ได้ผล คือ ความพร้อมของทีมงาน มีใจรักที่จะทำงานชุมชน มีความรู้ความสามารถ ภาวะผู้นำมีความคิดสร้างสรรค์ ความร่วมมือของชุมชน สัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่และชุมชน มีมาตรฐานในการให้บริการ ผู้บริหารสนับสนุน มีองค์กรสนับสนุน ทีมมีเทศมีความรู้ความสามารถ และการประเมินผลงานที่มีประสิทธิภาพ

อุมภาพร วงศ์ประยูร (2545) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัย สถานการณ์ คุณลักษณะของงาน กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการ

ปฐมภูมิ โรงพยาบาลชุมชน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ ประสิทธิภาพการทำงาน ปัจจัยสถานการณ์ และคุณลักษณะของงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุนุตตรา ตะบูนพงศ์ และคณะ (2545) จากรายงานวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : กรณีศึกษาอำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา ผลการวิจัยพบว่า เหตุผลที่พยาบาลวิชาชีพตัดสินใจเลือกปฏิบัติงานที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เหตุผลส่วนตัวชอบทำงานชุมชน เป็นคนในพื้นที่ อยากพัฒนาบ้านเกิด ไม่ต้องอยู่เวรทำให้มีเวลาให้ครอบครัว และมั่นใจในความสามารถของตน เหตุผลด้านลักษณะงาน เป็นงานที่ใกล้ชิดประชาชน มีอิสระในการทำงาน มีโอกาสแสดงศักยภาพได้เต็มที่ เข้าถึงรากเหง้าของภาวะสุขภาพ หน่วยงานเล็กสามารถพูดคุยเปิดใจได้ เหตุผลด้านนโยบาย เนื่องจากเป็นนโยบายของรัฐและหน่วยงาน ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิ การไม่ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารเท่าที่ควร ในเรื่องการพิจารณาความดีความชอบ ยานพาหนะ และสวัสดิการในการเข้าชุมชน การปฏิบัติงานในชุมชนเป็นงานที่เสี่ยงต่ออุบัติเหตุการเดินทาง เป็นงานที่หนักเหนื่อยและร้อน สำหรับหน่วยบริการที่สถานีอนามัย พยาบาลที่ไปปฏิบัติงานรู้สึกคับข้องใจ เพราะไม่มีอำนาจสั่งการ งานต่างๆจึงต้องปฏิบัติเองเกือบทั้งหมด เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้พบว่าเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมองว่าพยาบาลลงไปช่วยงานเท่านั้น และกลัวการเปลี่ยนแปลงพยาบาลจะมาเป็นผู้นำแทนหัวหน้าสถานีอนามัย

สุภาณี เสนาติสัย และคณะ (2546) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : กรณีศึกษาภาคกลาง อำเภอบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จากการศึกษาพบว่า คุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานใน PCU ควรเป็นพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จบใหม่ มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ มีมนุษยสัมพันธ์ดี มีความสามารถในการประสานงานได้ดี ถ้าโอนย้ายมาจากที่อื่นไม่ควรเป็นบุคลากรที่มีตำแหน่งทางบริหาร

อารีรัตน์ มณีรัตน์ (2547) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าสถานีอนามัย จังหวัดเชียงราย พบว่าแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีอนามัยจังหวัดเชียงราย ในด้านสภาพและลักษณะงาน รายได้และประโยชน์เกื้อกูลต่างๆ และโอกาสความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนแรงจูงใจในด้านสัมพันธภาพในการปฏิบัติงาน ความสำเร็จและการยอมรับนับถืออยู่ในระดับสูง

สุวรรณณี เนตรศรีทอง และคณะ (2547) ได้ศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับกำลังขวัญในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า

แรงจูงใจและสิ่งสนับสนุนให้มาปฏิบัติงานสูงสุด คือ การจับฉลาก / ได้รับการจัดสรร รองลงมาคือ สัมผัสใจย้ายมาจากหน่วยงานอื่น ย้ายคิดตามครอบครัว และใกล้บ้าน กำลังขวัญในการปฏิบัติงาน ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ในภาพรวมกำลัง ขวัญในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับดีสูงสุด คือ ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน รองลงมาคือในด้านความ ตั้งใจในการทำงานและการได้รับการยอมรับนับถือ ต่ำสุดในด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ ความ มั่นคงปลอดภัย และความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา

ศศิวิมล หุตินันท์กุล (2547) ได้ศึกษาองค์ประกอบการวางแผนการจัดอัตรากำลัง โรงพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิของผู้รับผิดชอบหลักโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ ปัญหาการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพใน PCU ผลการวิจัย พบว่า ใช้แนวทางการแก้ปัญหาหลายแนวทาง โดยให้บุคลากรแสดงความจำนงที่จะปฏิบัติงานที่ PCU มากที่สุด รองลงมาคือ พิจารณาผู้ที่สำเร็จ การศึกษามีความเต็มใจที่จะปฏิบัติงานที่ PCU และมีความเข้าใจในงานดี ในการจัดสรรอัตรากำลังยึด บุคลากรในพื้นที่เป็นหลัก อาจโดยการจับฉลากหรือให้ลงปฏิบัติงานที่ PCU ตามตำแหน่ง นอกจากนี้ ยังพบว่าไม่มีแรงจูงใจที่มากพอเพราะผู้นำไม่ได้ให้ความสำคัญ ปัญหาสายการบังคับบัญชา โครงสร้างเครือข่ายที่ทำให้ปรับระบบยาก พยาบาลไม่ยอมลงไปทำงาน ไม่สร้างขวัญและกำลังใจ ในการปฏิบัติงาน เช่น การพิจารณาความดีความชอบ การให้โอกาสเข้ารับการอบรมความรู้ต่างๆ ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลปล่อยให้ตามยถากรรมเนื่องจากโรงพยาบาลก็ไม่เพียงพอ และบังคับ เจ้าหน้าที่จบใหม่ลงปฏิบัติงานที่ PCU เนื่องจากไม่มีผู้สมัครใจลง

เอมอร แซ่จิว และคณะ (2549) ได้ศึกษาการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของ พยาบาล กรณีศึกษาหน่วยบริการในเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคใต้ ผลการวิจัย พบว่า เหตุผลที่พยาบาลวิชาชีพเลือกปฏิบัติงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิ และการรับรู้เกี่ยวกับงาน หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เหตุผลส่วนบุคคล คือ ชอบทำงานชุมชน เป็นคนในพื้นที่ อยาก พัฒนาบ้านเกิด ไม่ต้องอยู่เวรผลัดบายศึกทำให้มีเวลาอยู่กับครอบครัว และมั่นใจในความสามารถ ของตนเอง โครงสร้างของหน่วยงานและลักษณะงานเป็นหน่วยงานขนาดเล็ก สามารถพูดคุยเปิดใจ กันระหว่างผู้ร่วมงาน เป็นงานที่ใกล้ชิดประชาชน มีอิสระในการทำงานมากขึ้น มีโอกาสแสดง ศักยภาพได้เต็มที่ และด้านการงานเพื่อตอบสนองนโยบายของรัฐและหน่วยงาน คุณลักษณะของ พยาบาลหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (1) มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการตรวจรักษาเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพ (2) มีทักษะด้านการสื่อสาร มีมนุษยสัมพันธ์ดี (3) มีใจรักงานชุมชน ชอบการทำงานกับชาวบ้าน มีความรู้และทักษะการเข้าถึง ชุมชน (4) มีความเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (5) มีสุขภาพแข็งแรงและอดทนต่อความยากลำบาก ใน

เรื่องการสนับสนุนจากผู้บริหาร คือการสนับสนุนสิ่งที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงาน ได้แก่ การจัด ยานพาหนะ สวัสดิการสำหรับการปฏิบัติงานในชุมชน

นางลักษณ์ พะโกยะ และคณะ (2549) ได้ศึกษาเรื่อง การดำรงอยู่อย่างพึงพอใจของ บุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ พบว่าปัจจัยหลักที่ทำให้บุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิดำรง อยู่ได้แก่ การมีผู้บังคับบัญชาที่ดี ลักษณะงานมีความอิสระ ค่าตอบแทนที่นอกเหนือจากเงินเดือนที่ รัฐจัดให้ ความสัมพันธ์ที่ดีจากเพื่อนร่วมงาน การได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุและครุภัณฑ์อย่าง เพียงพอ และได้ทำงานใกล้เคียงครอบครัว ปัจจัยที่ทำให้ย้ายออกจากสถานีนามัย แรงขับสำคัญสุดคือ จำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอกับงานทำให้แต่ละคนต้องมีภาระงานมากเกินไป รองลงไปได้แก่ การ ต้องออกไปดูแลครอบครัว งบประมาณของสถานีนามัยไม่เพียงพอ ตำแหน่งงานขาดความก้าวหน้า ค่าตอบแทนและสวัสดิการอื่นๆ ไม่เหมาะสม ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการย้ายออกได้แก่ อายุราชการ ระดับการศึกษา และภูมิลำเนา อายุราชการมากขึ้นมีแนวโน้มในการย้ายออกสูงเหตุผล ประการหนึ่งคือการแสวงหาความก้าวหน้า และผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีอัตราการ ย้ายสูงกว่าผู้ที่มีวุฒิมัธยมศึกษาต่ำกว่า ผู้ที่มีภูมิลำเนาในเมืองมีอัตราการย้ายออกสูงกว่าผู้ที่มีภูมิลำเนาใน ชนบท

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานของพยาบาล ในหน่วยบริการปฐมภูมิ และสามารถปฏิบัติงานอยู่ได้ประกอบด้วยหลายปัจจัย ปัจจัยด้านตัวบุคคลที่ เลือกไปอยู่ ได้แก่ อายุมาก มีครอบครัวไม่อยากอยู่เวรทำให้มีเวลาให้ครอบครัว ใจรักทำงานชุมชน เป็นคนในพื้นที่ อยากพัฒนาบ้านเกิด ชอบการทำงานกับชาวบ้าน มีความคิดสร้างสรรค์ **ปัจจัยอื่นๆ** ที่ทำให้คนอยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิได้ได้แก่ ลักษณะงานมีความอิสระ ค่าตอบแทนที่เหมาะสม การได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุและครุภัณฑ์อย่างเพียงพอ บรรยากาศองค์การที่ดี ความร่วมมือของ ชุมชน ได้รับการยอมรับนับถือ ผู้บริหารและองค์กรสนับสนุน และการประเมินผลงานที่มี ประสิทธิภาพ **ปัจจัยที่ทำให้คนอยู่ไม่ได้** ได้แก่ ขาดการสนับสนุนจากผู้บริหาร ในเรื่องการพิจารณา ความดีความชอบ ยานพาหนะ และสวัสดิการในการเข้าชุมชน ทำงานในชุมชนเป็นงานที่เสี่ยงต่อ อุบัติเหตุการเดินทาง ต้องรับภาระงานมากเกินไป ขาดการให้โอกาสเข้ารับการพัฒนาอบรมความรู้ ต่างๆ ใ้งบประมาณน้อย ตำแหน่งไม่ความก้าวหน้า และค่าตอบแทนน้อย

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อศึกษาสถานการณ์และความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้องและมีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ โดยศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เครือข่ายระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมีขั้นตอนการศึกษาดังนี้

1. การทบทวนศึกษางานวิจัย เอกสารต่างๆ ได้แก่ ข้อมูลเชิงนโยบาย รายงานการวิจัย บทความวิชาการ รายงานการวิจัย และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ ตั้งแต่การได้มาซึ่งบุคลากร การธำรงรักษา วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง นำประเด็นข้อมูลมาจัดทำแนวคำถาม เพื่อจัดทำโครงร่างแบบสัมภาษณ์

2. ทำการสัมภาษณ์เชิงลึก (In – depth Interview) ผู้ที่เกี่ยวข้องและมีส่วนได้ส่วนเสียและผู้กำหนดนโยบายขององค์กรวิชาชีพ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อประมวลสรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพ แล้วนำข้อสรุปไปสนทนากลุ่ม

กลุ่มประชากรเป้าหมายสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วย กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยการกำหนดคุณสมบัติเพื่อให้ได้ผู้ให้ข้อมูลที่หลากหลายทั้งในเชิงนโยบาย ระดับบริหาร ระดับปฏิบัติการ และผู้ใช้บริการ แล้วนำมาจัดกลุ่มผู้ที่มีลักษณะคล้ายกันไว้ด้วยกันเป็นกลุ่มๆ ทั้งหมด 5 กลุ่ม จำนวน 13 คน ดังนี้

1) กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย บุคคลที่ปฏิบัติงานในระดับผู้บริหาร เป็นผู้นำองค์กรวิชาชีพพยาบาลในสถานพยาบาล และสถาบันการศึกษา ซึ่งมีประสบการณ์ ในการมีส่วนร่วม กำหนดนโยบาย การบริหารจัดการกำลังคนทั้งในหน่วยงานและในระดับประเทศ จำนวน 3 คน

2) กลุ่มองค์กรแพทย์ เป็นผู้ที่ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่อำเภอจังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นผู้มีประสบการณ์ในการจัดบริการปฐมภูมิและเป็นที่ยอมรับของอำเภออื่นจำนวน 1 คน

3) กลุ่มวิชาชีพพยาบาล ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ประกอบด้วย

- ผู้บริหารทางการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนที่มีประสบการณ์การให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจำนวน 2 คน

- ผู้ปฏิบัติการพยาบาลในสถานบริการสุขภาพเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในชุมชนเป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 3 ปี ในพื้นที่และอำเภอใกล้เคียงจำนวน 2 คน
- พยาบาลวิชาชีพที่เคยปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิและขอย้ายออกจากหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่และอำเภอใกล้เคียงจำนวน 2 คน
- พยาบาลวิชาชีพที่จบใหม่ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จำนวน 1 คน

4) กลุ่มผู้นำองค์กรท้องถิ่น เป็นผู้ดำรงตำแหน่งประธานองค์การบริหารส่วนตำบล และมีบทบาทในการดำเนินการดูแลสุขภาพในพื้นที่ของตนเองในเขตพื้นที่จำนวน 1 คน

5) กลุ่มประชาชน / ผู้นำองค์กรประชาชน

- เป็นประชาชนผู้เคยมีประสบการณ์ใช้บริการในสถานพยาบาลและชุมชน/ผู้นำองค์กรประชาชนที่มีบทบาทเป็นแกนนำ การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มประชาชนในพื้นที่จำนวน 1 คน

3. การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อยืนยันข้อสรุปที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกอีกครั้งได้ทำการสนทนากลุ่มในบุคลากร 2 กลุ่ม กลุ่มเป้าหมายที่สนทนากลุ่มเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในอำเภอพิปูนและไม่ซ้ำกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก กลุ่มละ 1 ครั้ง กลุ่มแรกคือ บุคลากรสาธารณสุขผู้ที่ปฏิบัติอยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเคยปฏิบัติงานร่วมกับพยาบาลวิชาชีพของหน่วยบริการในพื้นที่ทุกหน่วยจำนวน 9 คน กลุ่มที่สอง คือ พยาบาลวิชาชีพงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนที่ดูแลรับผิดชอบงานชุมชน พยาบาลวิชาชีพที่เคยปฏิบัติงานหน่วยบริการปฐมภูมิ พยาบาลวิชาชีพที่ไม่ประสงค์จะปฏิบัติงานหน่วยบริการปฐมภูมิ และพยาบาลวิชาชีพที่เพิ่งสำเร็จการศึกษาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพิปูนรวมทั้งสิ้นจำนวน 11 คน

4. เครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ตามแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) พร้อมการสังเกตท่าทาง น้ำเสียงผู้ให้ข้อมูลหลัก ร่วมกับการจดบันทึกและบันทึกเทป ตามแนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน สถานที่ปฏิบัติงาน ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ประสบการณ์ทำงาน คำถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ บุคคลที่เกี่ยวข้องและมีส่วนได้ส่วนเสียในการปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ลักษณะของแนวคำถามเป็นแบบปลายเปิดซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อสัมภาษณ์เจาะลึกในประเด็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ เครื่องหมายระดับอำเภอ ประกอบด้วยประเด็นคือ

ประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่

1. ท่านคิดอย่างไรต่อการบริหารบุคลากรทางการพยาบาลยุคปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ให้กับประชาชนในหน่วยบริการปฐมภูมิ

2. ท่านคิดอย่างไรต่อการลาออกของบุคลากรทางการพยาบาลในปัจจุบัน

3. ท่านคิดว่าการธำรงรักษานักวิชาการทางการพยาบาลควรทำอย่างไร

ประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์กลุ่มวิชาชีพพยาบาล

1. ท่านคิดอย่างไรต่อการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ / ในชุมชน

2. เพราะอะไรท่านจึงปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่ได้นานในปัจจุบัน

3. ท่านคิดว่ามีปัจจัยใดบ้างที่จะทำให้ท่านปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไม่ได้

ประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์กลุ่มผู้นำองค์กรประชาชน / กลุ่มผู้นำท้องถิ่น / กลุ่มประชาชน

1. ปัจจุบันในชุมชนของท่านๆต้องการให้พยาบาลวิชาชีพช่วยเหลืออะไรให้แก่ท่าน
ด้านสุขภาพในภาพรวม

2. ท่านคิดว่าพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในชุมชนควรมีคุณลักษณะอย่างไร

3. ท่านคิดว่าตัวท่านมีส่วนร่วมรับผิดชอบ หรือมีบทบาทอย่างไรบ้างในการให้การสนับสนุนบริการสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ

5. การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลและผู้สนทนากลุ่ม

5.1 โครงการวิทยานิพนธ์ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษยศาสตร์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

5.2 ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลทุกคนทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ตลอดจนวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

5.2.1 การสัมภาษณ์หรือสนทนากลุ่มจะเกิดขึ้น ได้เมื่อผู้ให้ข้อมูลให้การยินยอมเท่านั้น

5.2.2 ผู้ให้ข้อมูลสามารถระบุให้บันทึกเทปหรือไม่ให้บันทึกเทปข้อมูลส่วนไหนก็ได้

5.2.3 ไม่มีการระนามผู้ให้ข้อมูล

5.2.4 ข้อมูลที่ได้จะใช้เป็นข้อมูลสำหรับการศึกษาเท่านั้น

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

6.1 การขออนุญาตรวบรวมข้อมูล โดยทำหนังสือผ่านประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม เพื่อขออนุญาตและความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในการศึกษา

6.2 ดำเนินการติดต่อประสานกับผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อนัดหมายเวลา สถานที่

6.3 ส่งจดหมายเชิญพร้อมประเด็นคำถามอย่างกว้างแก่ผู้ให้ข้อมูล

6.4 ดำเนินการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มตามประเด็นคำถาม โดยเริ่มต้นจากการแนะนำตัวบอกวัตถุประสงค์การเก็บข้อมูลและขออนุญาตบันทึกเทปใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งประมาณ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที

6.5 ทำการถอดเทปคำต่อคำ เขียนข้อมูลทั้งหมดใส่ในตารางทันทีหลังสัมภาษณ์

7. การวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการประมวล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) การสังเคราะห์ การตีความหมาย และสรุปประเด็น โดยผู้วิจัยทบทวนเนื้อหา และสรุปสาระเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว

8. ระยะเวลาและขั้นตอนการดำเนินงาน

ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลเป็นเวลา 9 เดือน โดยเก็บข้อมูลสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักและทำการสนทนากลุ่มช่วงระยะเวลาตั้งแต่ เดือน เมษายน 2550 ถึง ธันวาคม 2550

9. สถานที่ทำการวิจัย คือ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลผลการศึกษาระดับปริญญาโทที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช จากการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ในกลุ่มผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ตอนที่ 1 คุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึกและผู้สนทนากลุ่ม

ตอนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

ตอนที่ 1 คุณสมบัติผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม

1.1 ผู้ให้ข้อมูลหลักในการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผู้ให้ข้อมูลหลักในการสัมภาษณ์เชิงลึกแบ่งเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย บุคคลที่ปฏิบัติงานในระดับผู้บริหาร เป็นผู้อำนวยการวิชาชีพพยาบาลในสถานพยาบาลและสถาบันการศึกษา มีประสบการณ์ในการมีส่วนร่วมกำหนดนโยบาย การบริหารจัดการกำลังคนทั้งในหน่วยงานและในระดับประเทศ จำนวน 3 คน 2) กลุ่มองค์กรแพทย์ เป็นบุคคลที่ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครศรีธรรมราช มีประสบการณ์ในการจัดบริการปฐมภูมิและเป็นที่ยอมรับจำนวน 1 คน 3) กลุ่มวิชาชีพพยาบาล เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในจังหวัดนครศรีธรรมราชทั้งในระดับผู้บริหาร ระดับปฏิบัติการ และพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ เป็นผู้มีประสบการณ์ในการให้บริการระดับปฐมภูมิทั้งที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่และเคยปฏิบัติงานในพื้นที่และอำเภอใกล้เคียงจำนวน 7 คน 4) กลุ่มผู้อำนวยการท้องถิ่น ที่มีบทบาทในการดำเนินการดูแลสุขภาพในพื้นที่จำนวน 1 คน 5) กลุ่มประชาชน เป็นผู้มีบทบาทเป็นแกนนำและมีประสบการณ์ใช้บริการสถานพยาบาลและชุมชนจำนวน 1 คน ประกอบด้วย เพศหญิง ร้อยละ 69.23 เพศชาย ร้อยละ 30.77 อายุเฉลี่ย 40.38 ปี อายุสูงสุด 53 ปี อายุต่ำสุด 24 ปี กลุ่มอายุมากที่สุดคือ 41-50 ปี ร้อยละ 38.46 สถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 69.23 รองลงมาสถานภาพโสดคิดเป็นร้อยละ 30.76 วุฒิมัธยมศึกษา ระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 61.53 รองลงมาระดับปริญญาโทคิดเป็นร้อยละ 38.46 ดังรายละเอียดตารางแสดงในภาคผนวก ข

1.2 ผู้ให้ข้อมูลหลักในการสนทนากลุ่ม

ผู้ให้ข้อมูลหลักในการสนทนากลุ่มเพื่อยืนยันข้อค้นพบ ดำเนินการ 2 ครั้ง โดยผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มในครั้งที่ 1 ได้แก่ 1) บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอพิบูลย์ที่ปฏิบัติงานหน่วยบริการระดับปฐมภูมิและเคยปฏิบัติงานร่วมกับพยาบาลวิชาชีพประกอบด้วยเจ้าหน้าที่บริหารสาธารณสุขชุมชน จำนวน 7 คน และนักวิชาการสาธารณสุขจำนวน 2 คน พบว่าข้อมูลส่วนบุคคลบุคลากรสาธารณสุข เพศหญิง ร้อยละ 77.78 เพศชาย ร้อยละ 22.22 อายุเฉลี่ย 40.38 ปี อายุสูงสุด 57 ปี อายุต่ำสุด 25 ปี กลุ่มอายุมากที่สุดคือ 41-50 ปี ร้อยละ 44.44 สถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 66.66 รองลงมาสถานภาพโสดคิดเป็นร้อยละ 22.22 และสถานภาพหม้ายคิดเป็นร้อยละ 11.11 วุฒิการศึกษา ระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 66.66 รองลงมาระดับต่ำกว่าปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 33.33 ประสบการณ์ทำงาน เฉลี่ย 21.66 ปี สูงสุด > 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.55 รองลงมาคือ 16-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.22

สำหรับผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มครั้งที่ 2 ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพิบูลย์ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่มีปฏิบัติงานและเคยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 7 คน และปฏิบัติงานกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน จำนวน 4 คน พบว่าข้อมูลส่วนบุคคลผู้สนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพ เพศหญิงทั้งหมด อายุเฉลี่ย 34 ปี อายุสูงสุด 44 ปี อายุต่ำสุด 26 ปี กลุ่มอายุมากที่สุดคือ 31-40 ปี ร้อยละ 54.54 สถานภาพโสดคิดเป็นร้อยละ 54.54 รองลงมาสถานภาพคู่คิดเป็นร้อยละ 36.36 และสถานะภาพหม้ายคิดเป็นร้อยละ 09.09 วุฒิการศึกษา ระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 90.90 รองลงมาระดับปริญญาโทคิดเป็นร้อยละ 09.09 ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 13 ปี สูงสุด 11-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.36 รายละเอียดข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สนทนากลุ่มทั้งหมดแสดงในภาคผนวก ข

ตอนที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จัดได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยส่งเสริม และ ปัจจัยอุปสรรค ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 คุณสมบัติพื้นฐาน

ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่สามารถปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิได้นั้นจำเป็นต้องมีคุณสมบัติพื้นฐานดังต่อไปนี้

2.1.1 มีความรอบรู้ในงานชุมชน

การที่พยาบาลวิชาชีพจะปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิได้ประสบความสำเร็จนั้น พยาบาลวิชาชีพต้องมีความรอบรู้ในงานชุมชน อาจกล่าวได้ว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลต้อง “รู้ลึก” แต่เมื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิต้อง “รู้รอบ” ดังที่ ผู้ให้ข้อมูลหลักระดับบริหารส่วนใหญ่มองว่าพยาบาลกลุ่มนี้จะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้และทักษะในงานหลายด้าน นอกจากจะต้องมีทักษะการให้บริการรักษาพยาบาล หัตถการห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ งานอนามัยแม่และเด็ก แล้ว ยังต้องมีทักษะการทำงานในชุมชน การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ระบบข้อมูลรายงานต่างๆ และที่สำคัญคือต้องมีความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับชุมชนและ การทำงานเป็นทีม

นอกจากนี้การที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิต้องรับบทบาทการรักษาโรคเบื้องต้น ดังนั้นพยาบาลกลุ่มนี้จึงควรผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติ (การรักษาโรคเบื้องต้น) เพื่อเพิ่มสมรรถนะในด้านนี้ เพื่อให้ประชาชนผู้ใช้บริการได้ประโยชน์สูงสุด

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องตอบสนองต่อความคาดหวังจากเจ้าหน้าที่อนามัยและผู้ใช้บริการ ซึ่งต้องการพยาบาลที่มีองค์ความรู้ทางการพยาบาลอย่างเต็มเปี่ยม สร้างความเชื่อถือให้กับพวกเขาได้ แต่ในทางปฏิบัติ การที่รัฐบาลมีนโยบายขยายหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างรวดเร็ว ทำให้หน่วยงานไม่สามารถเตรียมพยาบาลวิชาชีพจนมีความรอบรู้เพียงพอก่อนส่งไปปฏิบัติงานได้ทั้งหมด เครือข่ายที่มีการพัฒนาชัดเจนจะมีการเตรียมพยาบาลวิชาชีพโดยจัดอบรมหลักสูตรระยะสั้นประมาณ 2-3 วัน เกี่ยวกับทักษะการทำงานในชุมชน แต่เครือข่ายส่วนใหญ่ยังไม่มีการเตรียมพยาบาลวิชาชีพก่อนส่งไปปฏิบัติงาน ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพจึงต้องเรียนรู้ด้วยตนเองจากการทำงาน และบางรายอาจได้รับพิจารณาส่งไปศึกษาอบรมเพิ่มเติมในภายหลัง

ดึงข้อมูลต่อไปนี้

“...ความรู้ที่ปฏิบัติมี 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 คือความรู้และทักษะในงาน เช่น ทักษะเรื่องการให้บริการรักษาพยาบาล ทักษะการให้บริการงานแม่และเด็ก ทักษะการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ส่วนที่ 2 สมรรถนะในการทำงานเช่น การสร้างสัมพันธ์ภาพกับชุมชน การทำงานเป็นทีม ควรเรียนรู้จากงานเวชปฏิบัติ ในงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เทคนิคการทำงานในชุมชน และงานอุบัติเหตุ ในทักษะเรื่องการตรวจรักษา การใช้ยา หัตถการที่ง่าย ๆ และการเรียนรู้เรื่องทักษะทางการพยาบาลเช่นUP...”

(ผู้นำทางการพยาบาล)

“...การเตรียมคนสำคัญที่สุด มองว่าการที่น้องพยาบาลออกไปอยู่PCU ความคาดหวังจากผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่อนามัยจะคาดหวังไว้สูง วัฒนธรรมในการทำงานของโรงพยาบาลกับPCU จะไม่เหมือนกัน...”

(ผู้บริหารทางการพยาบาล)

“...มีการเยี่ยมบ้านด้วย ตรวจรักษาด้วย มีเปิดบริการนอกเวลาด้วย เป็นบริบทที่ต้องประสานกันทุกอย่าง ทั้งเรื่องการบริการรักษาพยาบาล การส่งเสริมป้องกันเชิงรุก พยาบาลต้องทำได้...”

(แพทย์)

“...งานในความรับผิดชอบของชุมชนต้องมีครบทุกด้าน ทั้งด้านรักษาพยาบาลด้าน ส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูต้องมีให้ครบ การติดตามเยี่ยมบ้านก็ต้องมีความรู้ ต้องรู้หมดทุกด้าน ปฏิบัติงานใน PCU มีทั้งเชิงรับและเชิงรุก...”

(พยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ หน่วยบริการปฐมภูมิ)

“...งานใน PCU ยากกว่า พยาบาลต้องมีความรู้ในหลายๆเรื่อง ต้องมีภาวะผู้นำ เป็นผู้นำด้านสุขภาพ ต้องดูแลประชาชนทั้งหมดในบ้าน เพราะฉะนั้นต้องมีความรู้หลายๆด้าน งานหนักกว่าโรงพยาบาลมาก โรงพยาบาลทำงานงานหน้าเดียว เฉพาะเวลาคนไข้ไปที่โรงพยาบาล แต่ออนามัยต้องดูแลคนไข้อย่างต่อเนื่อง งานในชุมชนต้องดูแลครบวงจร...”

(พยาบาลที่เคยอยู่ หน่วยบริการปฐมภูมิ)

“...ผมอยากให้คนที่มีความน่าเชื่อถือและมีความรู้ลงไปทำความเข้าใจกับเขา ให้มากยิ่งขึ้น ให้เขามีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น รู้ว่าจะมีอะไรบ้างที่เสี่ยงต่อสุขภาพ การที่จะไปชักจูงชาวบ้านให้ออกกำลังกายหรือทำอะไร ความน่าเชื่อถือ ความรู้ผู้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่ได้...”

(ประชาชน)

2.1.2 ไม้ไข่พยาบาลใหม่ถอดด้าม

งานที่หน่วยบริการปฐมภูมิสำหรับพยาบาลวิชาชีพมีความหลากหลาย ต้องการความรู้ และสมรรถนะหลายประการ จึงไม่เหมาะสำหรับพยาบาลที่เพิ่งสำเร็จการศึกษา ผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นผู้บริหารส่วนใหญ่เห็นว่าหน่วยบริการปฐมภูมิต้องการพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอย่างน้อยไม่ต่ำกว่า 2 ปี พยาบาลวิชาชีพที่เพิ่งสำเร็จการศึกษายังสะสมทักษะและประสบการณ์ทางการพยาบาลไม่เพียงพอ และมีขาดความมั่นใจในการทำงานในชุมชน แม้แต่พยาบาลวิชาชีพที่โอนย้ายมาจากสถานพยาบาลแห่งอื่นซึ่งยังขาดความเข้าใจในบริบทของชุมชนก็ควรต้องจัดให้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแม่ข่ายก่อน อย่างน้อยไม่ต่ำกว่า 6 เดือน เพื่อศึกษาระบบงานของโรงพยาบาลและสามารถทำงานเป็นทีมกับบุคลากรของโรงพยาบาลได้ เมื่อลงไปอยู่หน่วยบริการปฐมภูมิ ระดับปฏิบัติการมองว่าควรมีประสบการณ์อย่างน้อย 5 ปี จึงออกอยู่ชุมชนได้ และต้องได้รับการเตรียมความพร้อมทักษะการทำงานในชุมชนก่อนที่จะส่งลงไป

ดังข้อมูลต่อไปนี้

“...ไม่จัดห้องพยาบาลจบใหม่ลงไป พยาบาลที่ปฏิบัติงาน หน่วยบริการปฐมภูมิ จะจัดพยาบาลค่อนข้างมีประสบการณ์นิดหนึ่ง เพราะคิดว่าคนใหม่ประสบการณ์ยังน้อย ภาวการณ์ตัดสินใจค่อนข้างลำบาก วัฒนธรรมในการลงไปอยู่ หน่วยบริการปฐมภูมิกับโรงพยาบาลจะไม่เหมือนกัน เดี่ยวจะมีปัญหาไปแล้วอยู่กับไม่ได้ คนที่ลงไปประสบการณ์อยู่ในช่วง 1 – 2 ปี จะเอาพยาบาลที่ค่อนข้างอาวุโส...”

(ผู้บริหารทางการพยาบาล)

“...ผมว่าต้องมีประสบการณ์ในพื้นที่ 3 ปีน่าจะพอไหว ปีแรกอาจไม่รู้อะไร ยิ่งถ้าเพิ่งจบใหม่ด้วย ปีที่สองเรียนรู้งานจริงๆอีกซักปี ปีที่สามก็เรียนรู้ว่ามีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้างถ้าต้องถูกวางตัวไปอยู่ PCU...”

(แพทย์)

“...คิดว่าควรมีประสบการณ์ในการทำงานในโรงพยาบาลไม่ต่ำกว่า 2 ปีต้องฝึกทักษะด้านการพยาบาลให้เกิดความถนัดก่อน เพราะการทำงานขอพยาบาลใน PCU พยาบาลต้องมีทักษะด้านการพยาบาลที่สำคัญที่สุดในการรักษาพยาบาล ถ้าเขาไม่เห็นจาก โรงพยาบาลลงไปเห็นที่ PCU เลยไม่มีความเพียงพอ เพราะอยู่ PCU การตัดสินใจค่อนข้างสูง ก่อนลงไปควรส่งอบรมเวชปฏิบัติเบื้องต้น เวชปฏิบัติครอบครัวก่อน...”

(อาจารย์พยาบาล)

“...คิดว่าต้องใช้คนที่มีความรู้ประสบการณ์ด้านการพยาบาลไม่น้อยกว่า 5 ปี ถึงจะออกทำงานชุมชนได้ ต้องส่งไปอบรมเรื่อง PCU ก่อนลงไปปฏิบัติงาน จะได้ทำงานใน PCU ได้อย่างมีคุณภาพ...”

(พยาบาลที่เคยอยู่หน่วยบริการปฐมภูมิ)

“...อยู่หน่วยบริการปฐมภูมิทักษะต่างๆด้านการพยาบาล และประสบการณ์ต้องแน่น ต้องต่อเนื่องเรื่องของ เวชปฏิบัติเบื้องต้น เหตุผลเพราะเราเป็นพยาบาลเราจะรู้เรื่องการพยาบาลแต่ถ้าเราสามารถรู้เรื่องการรักษาได้คิดว่าจะครอบคลุมมากขึ้น ของตัวเองงานด้านรักษาพยาบาลประสบการณ์น้อยมาก คิดว่าน้องจบใหม่ไม่ควรลงอยู่ PCU เพราะประสบการณ์ทักษะด้านการพยาบาลยังน้อย ไม่เพียงพอ...”

(พยาบาลจบใหม่)

2.1.3 ใจรักงานด้านชุมชน

การทำหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิได้อย่างยั่งยืน ต้องอาศัยความสมัครใจของพยาบาลวิชาชีพ โดยพยาบาลวิชาชีพที่รักงานด้านชุมชน รักที่จะอยู่กับชาวบ้าน ส่วนใหญ่มักถูกปลูกฝังและสร้างทัศนคติที่ดีต่อการทำงานในชุมชนตั้งแต่ยังเป็นนักศึกษาพยาบาล จากการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพให้เหตุผลในการเข้าปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิว่า มีใจรัก สมัครใจลงปฏิบัติงานในชุมชน เพราะต้องทำตามนโยบายของหน่วยงาน จับฉลากได้ พยาบาลที่สมัครใจลงปฏิบัติงานใน หน่วยบริการปฐมภูมิ เนื่องจากเป็นนโยบายใหม่อยากพัฒนางาน อายุมากขึ้น มีครอบครัว ไม่อยากอยู่เวร อยากทำงานเฉพาะกลางวัน ได้อยู่กับครอบครัวดูแลพ่อแม่ หน่วยบริการอยู่ใกล้บ้าน และไม่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ส่วนบุคลากรที่ลงไปอยู่หน่วยบริการปฐมภูมิด่วนนโยบายของหน่วยงาน หรือจับฉลากได้ ถ้า หน่วยบริการปฐมภูมิ มีระบบการจัดการที่ดี มีแรงจูงใจดีพอ ใช้เวลา

ระยะหนึ่งในการปรับตัวก็อยู่ได้ แต่บุคลากรที่ไม่ชอบงานหรือรักงานชุมชนจริงๆ ก็จะทำงานไปวันๆ
อย่างไม่มีความสุข ขอลงไปปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลถ้าเป็นพยาบาลอัตราจ้างก็ขอลาออก

ดังข้อมูลต่อไปนี้

“...พื้นที่ชนบทให้สมัครใจลงไม่มี ลงจริงโดยวิธีจับฉลาก แต่ปัญหาที่ตามมา
คือลาออก สาเหตุส่วนใหญ่ที่พบคือได้ลงในสถานที่ที่ไม่อยากไปเลยลาออก...”

(ผู้บริหารระดับจังหวัด)

“...สิ่งที่เราเตรียมให้เขาเรียนรู้ การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ปฏักฝังตรงนี้ ทำ
ให้เด็กเกิดความรักกับการทำงานในชุมชน สนุกกับงานในชุมชน ด้านทัศนคติต้องค่อยๆทำ ใช้ลักษณะ
การซึมซับและเวลาเขาจะได้ไปเรื่อยๆ การเปลี่ยนทัศนคติได้ต้องใช้เวลา พยายามสอนให้นักศึกษา
เรียนรู้วัฒนธรรมภายในชุมชน ของดีภายในชุมชน มองชุมชนแบบมีชีวิต ไม่ใช่แห้งแล้ง...”

(อาจารย์พยาบาล)

“...บางคนชอบงานชุมชน ชอบลักษณะงานแบบนั้น โอเคเขาก็ลงไป บางคน
ที่ขอลงไปปฏิบัติงานที่ PCU จะบอกเลยว่าไม่อยากอยู่เวร อยากอยู่เวรเช้า ก็เลยขอไปอยู่ PCU ก็เลยให้
ไป อายุค่อนข้างเยอะ มีครอบครัว บ้านอยู่ที่นั่น ส่วนใหญ่บ้านอยู่ใน PCU นั้น และไม่อยากอยู่เวร...”

(ผู้บริหารทางการพยาบาล)

“...อยู่ไปก็กลมกลืนกับงาน เนื่องจากสมัครใจมาอยู่ โรงพยาบาลบอกมี
นโยบายให้มาอยู่ PCU ก็มาไม่ได้มีปัญหา เพราะใกล้บ้านไปกลับสะดวก ไม่ต้องอยู่เวรเรื่องเงินทองก็
ไม่ได้มีปัญหา อยู่ PCU ทำงานแต่กลางวันได้อยู่กับครอบครัว ได้รู้จักชาวบ้านมากขึ้น...”

(พยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่หน่วยบริการปฐมภูมิ)

“...จับฉลากได้ เป็นงานที่ไม่ชอบ ไม่ชอบตั้งแต่แรก ไม่ชอบงานจำจืดจำจางไม่
ชอบการทำงานในชุมชน คนลงไปปฏิบัติงานที่ PCU ต้องมีใจรักจริงๆ ชอบงานชุมชนจริงๆ จึงจะ
ทำงานได้ประสบความสำเร็จ ถ้าใจไม่รัก จะทำงานให้จบไปวันๆ...”

(พยาบาลที่เคอยู่ หน่วยบริการปฐมภูมิ)

2.1.4 เป็นคนในพื้นที่ หรือมีครอบครัวอยู่ในพื้นที่

จากการศึกษาพบว่าในมุมมองของผู้บริหารสาธารณสุข การที่พยาบาลวิชาชีพ มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ หรือมีครอบครัวอยู่ในพื้นที่ หรือมีบ้านอยู่ใกล้ที่ทำงาน ช่วยให้พยาบาลวิชาชีพ คงอยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ และเหตุผลอีกประการหนึ่งคือ การอยู่ใกล้ญาติพี่น้อง ช่วยให้พยาบาล วิชาชีพมีความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน จากข้อมูลพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่สมัครใจลงไปอยู่ หน่วย บริการปฐมภูมิ ส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่ และมีครอบครัวอยู่ที่นั่น ขณะที่ในมุมมองของชาวบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นใครก็ได้ที่อยู่กับชาวบ้านและเข้ากับชาวบ้านได้ เป็นที่พึงให้การช่วยเหลือ ชาวบ้านได้ สามารถสร้างความศรัทธาให้เกิดขึ้นกับชาวบ้านได้

ดังข้อมูลต่อไปนี้

“...คนในพื้นที่หรือคนที่ต้องการไปอยู่ นอกจากคนที่ยังไม่มีเป้าหมายอย่างอื่น เมื่อไปอยู่แล้วคิดว่าอยู่ได้ก็จะอยู่ต่อ...”

(ผู้นำทางการพยาบาล)

“...เรื่องของพยาบาลที่มีภูมิลำเนาอยู่ที่นี้ ทำให้การบริหารจัดการง่ายขึ้น อีกอย่างเราเลือกคนที่มีแฟนเขาภูมิลำเนาอยู่ที่ตำบล บางคนก็เป็นแฟนกับเจ้าหน้าที่อนามัย ซึ่งตรงนี้เป็นลักษณะของครอบครัว ซึ่งเขาก็อยู่กันได้และอยู่กันดีด้วย เท่าที่ดูก็ได้ผลดี ก็ให้คนเหล่านี้ลงไป ก่อน ไปเป็นตัวอย่าง ความประทับใจรู้สึกดีก็จะมีเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ช่วงแรกเราก็รู้ว่าอึดอัด หรือว่า ตะจิตตะขวงใจ พอช่วงหลังก็โอเคก็รู้ว่าปกติ...”

(แพทย์)

“...จากการเป็นคนในพื้นที่ทำให้มีคนรู้จักเยอะ ไม่รู้จักเราก็รู้จักพ่อ ปู่ นับญาติ ไปเรื่อยๆซึ่งบางเรื่องเราไม่ทราบมาก่อน เช่นปู่เคยเป็นแพทย์ประจำตำบล เขาบอกเชื้อไม่ทิ้งแถว ทำ ให้ชาวบ้านมั่นใจในตัวเรามากขึ้น...”

(พยาบาลจบใหม่)

2.1.5 เข้าใจประชาชนและเข้ากับชุมชนได้

พยาบาลวิชาชีพที่จะลงปฏิบัติงานที่ หน่วยบริการปฐมภูมิ มุมมองผู้บริหารเป็น บุคคลที่มีทักษะจิตวิทยาสังคมสูง สามารถเข้ากับคนได้ง่าย มีทักษะการประสานงาน เนื่องจากการ

ทำงานในชุมชนต้องพบปะผู้คนหลายระดับ บุคลิกที่สำคัญ ให้บริการด้วยรอยยิ้ม เข้ากับชาวบ้านได้ มีความเสียสละ ให้ความสำคัญกับชุมชน และรักงานที่ทำในชุมชน มีพฤติกรรมเป็นแบบอย่างที่ดีในทุกด้าน ไม่ว่าจะเรื่องงานหรือเรื่องส่วนตัว สร้างความน่าเชื่อถือให้กับชาวบ้าน นอกจากนี้การรับรู้บริบทของชุมชน ทำให้ทำงานด้านสาธารณสุขได้ดีขึ้น ชาวบ้านมองว่าการที่จะจัดทำกิจกรรมใดๆก็ตามในการส่งเสริมสุขภาพควรมีการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง และรู้จักหว่านเวลาในการทำของชุมชนว่าเขาวางและมีเวลา มากที่สุดช่วงใด

ดึงข้อมูลต่อไปนี้

“...ผมว่าอยู่ที่เทคนิคของแต่ละคน เป็นเทคนิคเชิงจิตวิทยาและทักษะจิตวิทยา สังคม คือการเข้ากับคนได้ การทำงานจะ work มาก พุดจาดี บริการดี เข้าใจคนไข้ ตรงนี้เป็นเทคนิคที่สำคัญของพยาบาลเลย...”

(แพทย์)

“...คนทำงานในชุมชนต้องมีทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ ต้องเข้ากับชาวบ้าน และบุคคลระดับต่างๆได้ ต้องมีองค์ความรู้และภาวะผู้นำ เป็นตัวอย่างที่ดี มีการเสนอแนะและต้องเป็นผู้นำด้านสุขภาพ...”

(พยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ หน่วยบริการปฐมภูมิ)

“...งานในชุมชนเป็นงานที่ดี เราได้สัมผัสบุคคลภายนอกได้หลากหลาย รู้จักคนมากขึ้น เช่น ผู้นำชุมชน ผู้นำหมู่บ้าน อสม.เราต้องประสานกับเขาหมด ทำให้เจอคนหลากหลาย ดี...”

(พยาบาลจบใหม่)

“...ผมว่าต้องเข้ากับชาวบ้านได้ ต้องรับสภาพผู้มาใช้บริการได้ ต้องเข้าใจหัวอกว่าเขาเดือดร้อนมาและก็ต้องรับให้ได้ จริงๆแล้วไม่ต้องอะไรมากไม่ถึงกับให้เนียบ เพียงแต่พูดคุยพบปะ ทักทายยิ้มแย้ม มีอัธยาศัยดี ชาวบ้านใช้ไปจะดีมีกำลังใจหายไข้ ยิ่งใครคนไข้ที่ต้องการกำลังใจผมว่า...”

(ผู้นำชุมชน)

“...บุคลิกสำคัญคือ ต้องยิ้มแย้มแจ่มใส และเข้ากับชาวบ้านได้ ถ้าไม่ยิ้มแย้มแจ่มใสอยู่แต่สถานีนอนามัย รอไปชุมชนพร้อมแต่ อสม. ชาวบ้านจะเฉยๆ ไม่ค่อยให้ความร่วมมือเท่าที่ควร สำคัญคือต้องลงพื้นที่บ่อยๆ ก็ต้องไปสร้างความสัมพันธ์ส่วนตัวส่วนหนึ่ง จะสร้างความน่าเชื่อถือให้กับชาวบ้านมากขึ้น อีกอย่างต้องมีจิตอาสาพอสมควร สามารถลงไปในชุมชนได้เมื่อมีโอกาส...”

(ประชาชน)

2.1.6 ความรู้และทักษะพื้นฐานไม่เพียงพอต่อการทำงานในชุมชน

การเตรียมพยาบาลวิชาชีพระดับพื้นฐานในปัจจุบัน มีหลักสูตรการสอนเพียงแบบเดียว ไม่มีหลักสูตรเฉพาะสำหรับพยาบาลที่ต้องมาทำงานในชุมชน พยาบาลจบใหม่จึงมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอในการทำงานในชุมชนหรือ ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ การที่พยาบาลวิชาชีพจะปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ต้องสร้างประสบการณ์ ทักษะทางการพยาบาล โดยอาศัยการทำงานในโรงพยาบาลก่อน พร้อมทั้งการอบรมเพิ่มเติม สิ่งที่ทำได้ คือ ในการศึกษาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน อาจารย์พยาบาลต้องพยายามสอนเน้นบทบาทการเป็นพยาบาลชุมชนโดยให้นักศึกษาได้ฝึกฝนในสถานการณ์จริง และสร้างทัศนคติที่ดีในการทำงานในชุมชน ทำให้นักศึกษาเห็นว่างานชุมชนเป็นงานที่ทำทนาย สนุก ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลาในการพัฒนาและสะสมประสบการณ์ พยาบาลระดับปฏิบัติการมองว่าพยาบาลที่อยู่ชุมชนควรมีการเตรียมต่างจากพยาบาลที่อยู่โรงพยาบาล

ดังข้อมูลต่อไปนี้

“...ในหลักสูตรการศึกษา คิดว่า โอเค เขาต้องปูพื้นฐานให้เหมือนกันหมดในเด็ก การที่จะได้คนลงไปอยู่ชุมชนจริงๆ คนๆนั้นต้องผ่านการอบรมพิเศษอีก Course สำหรับพยาบาลที่จะลงชุมชน ต้องให้เข้าอบรมถึงคุณลักษณะของชุมชน การทำงานในชุมชนทั้งหมด ชีวิตความเป็นอยู่ในชุมชน การศึกษาดูงาน การดูงานในแหล่งที่เขาทำสำเร็จแล้ว ตรงนี้มีความสำคัญ จบไปลงปีไม่มีความเพียงพอสำหรับเขา อาศัยว่าจบถึงลงเลยไม่ได้ เพราะที่เรียนมาก็ท้อๆ ไป ชุมชนก็แต่ไม่มาก...”

(อาจารย์พยาบาล)

“...พยายามเปลี่ยนทัศนคติให้เขามองเห็นในสิ่งที่ดีๆเขาจะได้มีใจชอบ พยายามเปลี่ยนให้เห็นในสิ่งที่ชัดเจนในความสำเร็จของการให้การพยาบาลในชุมชน ทำแล้วมันสนุก

ได้ผลงาน ทำแล้วมองเห็นชัดเจน ไม่ได้ทำแล้วไม่เห็นอะไรมีแต่ความแห้งแล้ง เขาก็ไม่ทำ จริงๆแล้ว
พยาบาลชุมชน เป็นอาชีพที่อิสระมาก ไม่มีใครมาควบคุมเราเลย เราจะทำให้ดังก็ได้ ทำให้ดับก็ได้...”

(อาจารย์พยาบาล)

“...ช่วงเรียน งานส่งเสริมสุขภาพทำไม่เป็น คือตอนเรียนจะเรียนแต่ในหอผู้ป่วย
มีออกชุมชนบ้างเพียง 2-3 วัน งานแม่และเด็กก็ไม่ค่อยรู้เรื่อง คิดว่า พยาบาลควรมีหลักสูตรใหม่
สำหรับลงชุมชนโดยเฉพาะ ไม่ใช่เรียนเหมือนกันหมด ทำให้ไม่มีความรู้กับการทำงานในชุมชน
(พยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ หน่วยบริการปฐมภูมิ)

2.2 ปัจจัยส่งเสริม ได้แก่

2.2.1 มีทีมงานที่ร่วมมือร่วมใจ

การที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานได้ใน หน่วยบริการปฐมภูมิ เพราะทุกคน
ช่วยกันทำงาน มีการวางแผนการทำงานตั้งแต่ระดับผู้บริหารเครือข่ายจะต้องมีการวางแผนล่วงหน้า
และพูดคุยทำความเข้าใจกัน ในการกำหนดทีมและบทบาทหน้าที่ของบุคลากรแต่ละคนในการทำงาน
ในชุมชน ทั้งหน่วยงานที่สนับสนุนและบุคลากรที่ลงไปปฏิบัติงานจริงที่ หน่วยบริการปฐมภูมิ
ในทางปฏิบัติพบว่าแต่ละ หน่วยบริการปฐมภูมิ อาจวางแผนปฏิบัติงานไม่เหมือนกัน บาง หน่วย
บริการปฐมภูมิ แบ่งภาระรับผิดชอบอย่างชัดเจนเหมือนกันทุกคนทั้งเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเดิมและ
พยาบาลวิชาชีพในการรับผิดชอบดูแลประชากรทำทั้งงานเชิงรับและงานเชิงรุก บาง หน่วยบริการ
ปฐมภูมิ ใช้วิธีการให้พยาบาลรับผิดชอบหลักภาครักษาพยาบาล และเจ้าหน้าที่โดยเฉพาะเจ้าพนักงาน
สาธารณสุขชุมชนจะรับภาระด้านชุมชน ทุกคนมองว่าการที่พยาบาลอยู่ได้ ทีมงานสำคัญที่สุด
พยาบาลเข้ากับทีมได้มีความกลมกลืนเป็นส่วนหนึ่งของทีม โดยเฉพาะผู้นำของเครือข่ายต้องทำตัว
เป็นแบบอย่างในการทำงานเพื่อชุมชน และพยายามทำให้พยาบาลที่ลง หน่วยบริการปฐมภูมิ ยังเป็น
บุคลากรทีมเดียวกับโรงพยาบาล ไม่มีการทอดทิ้งกัน การนำจุดแข็งของแต่ละคนมาประสานใช้
ร่วมกัน และทุกคนมีคุณค่าเหมือนกันหมดในการทำงานในชุมชน และในการสนทนากลุ่มผู้วิจัยได้
ข้อมูลเพิ่มเติมคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องการการทำงานระหว่างโรงพยาบาลและสถานีอนามัยเป็น
ทีมเดียวกัน โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ประสานในจุดนี้ และภาคประชาชนต้องการให้มีการทำงาน
เป็นทีมที่ร่วมมือกันทุกภาคส่วน

ตั้งข้อมูลต่อไปนี้

“...มีอะไรให้เป็นอนุกรรมการในการแก้ปัญหา อนุกรรมการส่วนใหญ่ยกให้สถานีอนามัยเป็นตัวหลัก โรงพยาบาลเป็นตัวเสริม แต่ถ้ามาตรฐานวิชาการวิชาชีพ โรงพยาบาลเป็นตัวหลักเพราะโรงพยาบาลมีความรู้มากกว่า แต่ในส่วนของการบริหารจัดการเรื่องเชิงรุก ก็ให้อาามัย เพราะเขาเก่งกว่าในเรื่องของข้อมูลหรือเชิงรุกคิดว่าตรงนี้ใช้จุดแข็งแต่ละคนแต่ละงานเข้ามา...”

(แพทย์)

“...ทำงานกันได้แน่นอน แต่มีการกำหนด โครงสร้างให้ชัดเจน และแยกกันขาดไม่ได้ ไม่ใช่ชุมชนก็อยู่กับชุมชน รักษาที่อยู่รักษา แบบนั้นก็จบเพราะคนไข้ต้องมีการดูแลต่อเนื่อง ต้องมีการวางแผนให้ดี ใครเป็นตัวหลักด้านใด เช่นพยาบาลเป็นตัวหลักงานรักษาก็ต้องเป็นที่เลี้ยงให้เจ้าหน้าที่อนามัยด้วย ในขณะที่ด้านชุมชนเจ้าหน้าที่อนามัยเป็นตัวหลักและเป็นพี่เลี้ยงให้พยาบาลด้วย เราต้องให้ความสำคัญเขาด้วย...”

(อาจารย์พยาบาล)

“...มาอยู่โอทีที่โรงพยาบาลได้ มองว่าเป็นผลดีกับตัวพยาบาลจะได้ไม่ลืมหักกะต่างๆในโรงพยาบาล และอีกอย่างงานก็ยังเหมือนทำงานที่มเดิมด้วยกัน ไม่หลุดโลกออกไปเลย...”

(ผู้บริหารทางการแพทย์)

“...การที่อยู่ต่อได้ ปัจจัยที่จะทำให้อยู่ได้ก็คือทีมงาน ที่ทำงานอยู่ด้วยกันสามารถเข้ากันได้ มีความสะดวกในการทำงาน มีความปลอดภัย มีรายได้เพียงพอ...”

(ผู้นำทางการแพทย์)

“...ผมเองก็ไปออก PCU ให้เห็นอยู่ ผู้อำนวยการออกเองก็ไม่รู้จะว่ายังไง นี่ก็คือเครือข่ายเดียวกัน พอยังไปเลยและไปหลายที่ด้วย การทำงานแบบนี้ก็ทำเพื่อชุมชน คนไข้อยู่ที่ไหนก็ได้ แต่การบริการเราต้องไปให้ถึง ในการส่งคนไข้ก็สามารถประสานงานกับหน่วย EMS ให้ช่วยออกไปรับได้ตลอดเวลา ประสานงานกับห้องฉุกเฉินได้โดยตรง มีปัญหาโทรศัพท์ปรึกษาได้เลยไม่ว่าพยาบาลหรือแพทย์โดยตรง ก็ถือเป็นหน่วยงานเดียวกัน ไม่มีความแตกต่าง...”

(แพทย์)

“...เจ้าหน้าที่ทำงานให้มีความชัดเจน ถูกเวลา ถูกจังหวะ ถึงจะได้รับความร่วมมือ อีกอย่างผมว่าในการทำงานต้องจอยกันหมดในแต่ละภาคส่วน น่าจะคุยกันโดยเฉพาะหน่วยราชการด้วยกัน...”

(ประชาชน)

2.2.2 มีเครือข่ายสนับสนุนช่วยเหลือ

การทำงานใน หน่วยบริการปฐมภูมิ พยาบาลวิชาชีพสามารถทำงาน ได้อย่างเป็นระบบและปัญหาน้อยที่สุด เริ่มตั้งแต่เครือข่ายมีการวางแผนร่วมกันในเรื่องความต้องการ อัตรากำลัง ในการพัฒนาระบบการให้บริการใน หน่วยบริการปฐมภูมิ มีแนวทางในการปฏิบัติงานที่ หน่วยบริการปฐมภูมิ ชัดเจน สนับสนุนความพร้อมในเรื่องของวัสดุอุปกรณ์ ระบบการขอคำปรึกษา เมื่อมีปัญหา มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยได้ตลอดเวลา การติดตามนิเทศของผู้บังคับบัญชาเพื่อทราบ ปัญหาและช่วยแก้ไข นอกจากนี้ยังไม่ถูกตัดขาดจากโรงพยาบาล โดยบางคนยังคงพักอยู่ใน โรงพยาบาลและมีรถรับส่งในการทำงาน และยังหารายได้เพิ่มจากการกลับมาอยู่ที่โรงพยาบาล ตามหน่วยงานที่ตนถนัด ซึ่งได้ทั้งเงิน วิชาการ และทักษะเพิ่มขึ้น

ดังข้อมูลต่อไปนี้

“...ในส่วนการจัดซื้อจัดจ้างอะไรต่างๆ พยายามให้คิดร่วมกัน โรงพยาบาล อาจจัดซื้อครุภัณฑ์ต่างๆและแจกจ่ายไปยังอนามัย ให้ส่งแผนร่วมกันทำใน คปสอ.งบลงทุนต่างๆก็ต้อง คิดว่าอนามัยจะปรับปรุงเรื่องอะไร...”

(แพทย์)

“...มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยและใช้ร่วมกับของโรงพยาบาล แพทย์ เป็นผู้ทำให้ เป็นแพทย์ที่รับผิดชอบงาน ER โรงพยาบาลหัวไทร แพทย์ทุกคนจะมีการมอบหมายงานไว้เลยว่า แพทย์ท่านใดดูแลงานER แพทย์ท่านใดดูแลPCUใด CPG ที่ได้ก็เลยออกจากแพทย์ที่ดูแลงานER และก็ใช้ร่วมกันทั้งโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ เรื่องการเจาะ LAB งานชั้นสูงจะ ทำมาตรฐานให้ว่าเจาะ LAB ไคบ้าง ใช้หลอดใส่แบบใด และเจาะจำนวนเท่าใด แนวทางนี้จะมีให้ หน่วยบริการปฐมภูมิโดยเฉพาะPCUหลัก เครือข่ายอำเภอหัวไทรค่อนข้างสะดวกชนิดหนึ่ง คือระบบ การขอคำปรึกษาจากแพทย์จะได้ตลอดเวลา เพราะจะมีแพทย์ประจำแต่ละPCU เวลาพยาบาลอยู่เวร หรืออยู่PCUพบปัญหาสามารถ โทรศัพท์ขอคำปรึกษาได้ตลอดเวลาในเรื่องระบบการส่งต่อก็ไม่มี

ปัญหา ถ้าฉุกเฉินต้องการให้รถโรงพยาบาลออกไปรับ โทรศัพท์เข้าห้องฉุกเฉินได้เลย รถก็จะออกไปรับกรณีที่ต้องการพยาบาลก็จะมีพยาบาลออกไปพร้อม...”

(ผู้บริหารทางการแพทย์)

“...คนที่บ้านไม่ได้อยู่ที่นั่นจะมีรถพยาบาลรับส่งทุกวัน เช้าๆจะออกไปส่งคนที่ลงปฏิบัติงานที่PCU ถามว่าเขายังกลับมาอยู่แเวร OT ที่โรงพยาบาล ได้หรือไม่ เขาสามารถกลับมาอยู่แเวร OT ที่โรงพยาบาลได้ เราจะสนับสนุนให้เหมือนกับพยาบาลในโรงพยาบาล จะไม่กีดกันตรงนี้...”

(ผู้บริหารทางการแพทย์)

2.2.3 มีโอกาสได้ทำงานที่อิสระและริเริ่มงานใหม่ด้วยตนเอง

การทำงานของพยาบาลในชุมชนต้องให้การดูแลสุขภาพของประชาชนขั้นพื้นฐานเน้นการดูแลแบบองค์รวมทั้งในภาครักษาและงานชุมชน แม้คนน้อยก็มีการแบ่งช่วงเวลาให้บริการ มีข้อมูลข่าวสารก็จะมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบล่วงหน้า งานในชุมชนเป็นงานไม่หนัก มีความอิสระ สามารถสร้างงานและริเริ่มงานใหม่ได้ด้วยตนเอง ไม่มีใครคอยควบคุม ถ้าพยาบาลทุกคนทำได้ก็จะสนุกกับการพัฒนางาน ในยุคปัจจุบันพบว่า นโยบายของรัฐเปลี่ยนแปลงบ่อย พยาบาลชุมชนต้องติดตามองค์ความรู้ตลอดเวลาเพื่อให้ทันกับการเปลี่ยนแปลง ในภาคประชาชนต้องการให้เจ้าหน้าที่ทำงานในชุมชนให้ถูกจังหวะและถูกเวลา ทำทุกเรื่องให้เป็นเรื่องปกติและมีความต่อเนื่อง

ตั้งข้อมูลต่อไปนี้

“...ความรู้สึกว่าการปฏิบัติงานที่ PCU มีความอิสระในการทำงาน ชอบลักษณะงานแบบนั้น ชอบงานชุมชน โอเคเขาก็ลงไป...”

(ผู้บริหารทางการแพทย์)

“...พยายามให้เห็นในสิ่งที่ชัดเจนในความสำเร็จของการให้การพยาบาลในชุมชน ทำแล้วมันสนุก ได้ผลงาน จริงๆแล้วพยาบาลชุมชนเป็นอาชีพที่อิสระมาก ไม่มีใครมาคอยควบคุมเราเลย เราจะทำให้ดังก็ได้ ทำให้ดับก็ได้...”

(อาจารย์พยาบาล)

“...ไปใหม่ๆ มีความสนุก เริ่มด้วยการพัฒนา PCU ใหม่ ใน PCU ไม่มีอะไรเลย ระบบ IC ก็ไม่มี ระบบบำบัดน้ำเสียไม่มี มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยเรื้อรังยังไม่มี ตอนไปใหม่ๆ Folder ก็ยังไม่มี โดยส่วนใหญ่ที่ทำตัวเองจะเป็นคนให้คำแนะนำ เจ้าหน้าที่อนามัยจะเป็นคนทำกันเอง เขาจะเข้าใจ เขาบอกว่าก็ถูกอบรมมามากแล้ว แต่พอมีเรามากระตุ้นทำให้งานทำได้เร็วขึ้น ซึ่งเขามีใช้มาจนถึงปัจจุบัน เมื่อทำ Folder เสร็จ มองเห็นว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาก ก็จัดตั้งคลินิกโรคเรื้อรังขึ้น...”

(พยาบาลที่เคยอยู่ หน่วยบริการปฐมภูมิ)

“...ใกล้บ้าน มีความอิสระในการทำงาน อยู่แล้วเข้ากับชาวบ้านได้ ชาวบ้านให้ความนับถือ มีความสุขในงานที่ทำไม่ได้นึกถึงผลประโยชน์หรือค่าตอบแทน...”

(พยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ หน่วยบริการปฐมภูมิ)

“...เจ้าหน้าที่ที่ทำงานทำงานให้มีความชัดเจน ถูกเวลา ถูกจังหวะ ถึงจะได้รับความร่วมมือ นอกจากนี้ผมว่าควรพยายามให้ชาวบ้านเห็นว่าจำเป็นและมีความสำคัญสำหรับเขา เขาจะปฏิบัติตาม และอีกอย่างผมว่าทำให้เป็นแฟชัน ทำให้เป็นเรื่องง่ายๆ เช่นเห็นเพื่อนวิ่งกันมาก ไปวิ่งด้วยดีกว่า ซึ่งความจริงไม่ได้คิดหรอกว่าไปวิ่งแล้วเกิดประโยชน์กับตนเอง แต่อยากไปสนุกกับเพื่อน ต้องพยายามทำให้ออกมาเป็นแบบนี้ และต้องมีความสม่ำเสมอให้ติดหูติดตาชาวบ้านเรื่อยๆ ไม่ใช่ไม่ถึงเวลาไม่มีการระบาคไม่ทำ...”

(ประชาชน)

2.2.4 ได้รับการยอมรับเป็นคนสำคัญของชุมชน

พยาบาลที่ทำงานในชุมชนจะมีความสุขจากงานที่ทำ ภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือคนจากคำชมของคนไข้ และการเป็นผู้นำด้านสุขภาพ นอกจากนี้การเป็นคนในพื้นที่ทำให้ทำงานในชุมชนง่ายขึ้น รู้จักชาวบ้านมากขึ้น ชาวบ้านให้ความร่วมมือ เกิดความผูกพันกับชุมชนอยู่กันแบบพี่แบบน้อง มีความไว้วางใจกล้าบอกปัญหาที่แท้จริง ชุมชนยอมรับและมีส่วนร่วมในการดูแลเจ้าหน้าที่ในเรื่องการทำงานและความปลอดภัย

ดังข้อมูลต่อไปนี้

“...ความสบายใจทำงานที่ PCU มีเยอะกว่า อยู่โรงพยาบาลเป็นกะเขาก็จริง ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วย การได้ขวัญและกำลังใจจากการได้รับคำชมจากคนไข้ไม่มี อยู่ชุมชนพยาบาลคือคนสำคัญของชาวบ้าน การได้เป็นส่วนหนึ่งในการช่วยเหลือคน ความสามารถในการเป็นแกนนำด้านสุขภาพได้ ไม่ว่าจะขอความช่วยเหลืออะไรจากชุมชน อสม. เองก็ดี จะให้ความร่วมมือพร้อมเพรียงมาก...”

(พยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ หน่วยบริการปฐมภูมิ)

“...ตอนนี้พยายามให้เขาเข้าถึงชุมชนมากขึ้น มีที่ปรึกษาจากชุมชน ช่วยลดเรื่องความขัดแย้งหรือความไม่เข้าใจระหว่างชุมชนกับผู้ให้บริการ กลยุทธ์ตรงนี้น่าจะทำให้คนอยู่นานขึ้นอีกอย่างความภูมิใจที่ได้รับเกียรติจากชุมชน ตรงนี้ก็เยอะขึ้น อยู่โรงพยาบาลอาจไม่มีใครรู้จัก แต่อยู่ที่ตำบลมีคนรู้จักเขาเรียกหมอนั่นหมอนี่ พยาบาลน่าจะได้อำนาจใจจากตรงนี้ด้วย...”

(แพทย์)

“...ลงในชุมชนสร้างทักษะให้กับเราที่หลากหลายกว่า เหมือนกับชาวบ้านก็มีความผูกพันกับเรามากกว่า ในความผูกพันทำให้ชาวบ้านเกิดความมั่นใจและไว้วางใจในตัวเรา มีปัญหาอะไรเขาก็จะปรึกษา อยากให้เราช่วย ซึ่งในหน้าที่พยาบาลเราก็ต้องช่วยเขาอยู่แล้ว แต่เราจะช่วยได้เท่าใดคืออีกเรื่องหนึ่ง ไม่ใช่จำเป็นต้องมีแต่การรักษาอย่างเดียว อาจจะมียาอื่น เช่น การให้คำแนะนำปรึกษาด้านจิตใจ หรือเรื่องอื่นที่ช่วยได้ ทำให้เราเกิดความภูมิใจในการได้ช่วยเหลือเขา...”

(พยาบาลจบใหม่)

“...ดีนะคะ เป็นความสุขทางใจที่ประเมินค่าไม่ได้ เามาประเมินผลไม่ได้ คือผลจากการปฏิบัติงานตรงนั้นทำให้เรามีความสุข การลงไปอยู่ PCU ตัวพยาบาลบ้านอยู่ที่นั่นก็จริง แต่ก็ไม่ได้รู้จักใครมาก แต่พอลงไปอยู่จริงๆ เดินไปทางไหนก็มีคนรู้จักหมด ทำอะไรก็สะดวก...”

(พยาบาลที่เคยอยู่ หน่วยบริการปฐมภูมิ)

2.2.5 ได้รับคำตอบแทนที่เหมาะสม

การปฏิบัติงานใน หน่วยบริการปฐมภูมิ ของพยาบาลวิชาชีพจะต้องมีความสมดุลของงานและสวัสดิการ มีตำแหน่งรองรับ มีเงินเดือนและคำตอบแทนที่เหมาะสม เครือข่าย

จะต้องกำหนดวางเกณฑ์ไว้อย่างชัดเจน เช่นค่าตอบแทนตามผลงานในการเยี่ยมบ้าน พื้นที่ที่วาง
เกณฑ์ไว้ชัดเจนจะให้ครัวเรือนละ 60 บาททำได้เท่าไรหรือรับไปเลยแล้วมีคณะกรรมการลงตรวจสอบ
อีกครั้ง การประเมินผลงานพิจารณาชั้นพยาบาลวิชาชีพที่ลง หน่วยบริการปฐมภูมิ ให้ 1.5 ชั้นใน
ภาวะปกติถ้าผลงานคุณดีก็จะได้ 2 ชั้น ค่าตอบแทนจากการที่สามารถกลับมาอยู่เวรนอกเวลาที่
โรงพยาบาล เงินสนับสนุนการทำกิจกรรม การฝึกอบรมและประชุมวิชาการ การที่พัฒนา หน่วย
บริการปฐมภูมิ ได้ตามมาตรฐานที่รัฐกำหนดคุณก็จะได้โบนัสรายปีมากตามผลงาน

ดังข้อมูลต่อไปนี้

“... การสร้างคนให้อยู่ในชุมชนได้ต้องมีความสมดุลของทั้งสวัสดิการที่
เจ้าหน้าที่พึงได้รับกับงานที่ปฏิบัติ มีตำแหน่งรองรับ /มีเงินเดือนและค่าตอบแทนที่เหมาะสม/ มี
บ้านพัก/และมีโอกาสในการทำงานอย่างอิสระ...”

(ผู้นำทางการพยาบาล)

“...ตอนนี้การมีโบนัส ค่าตอบแทน แรงจูงใจ ชั้นครึ่งเป็นอย่างน้อยทุกปี คิด
ว่าพยาบาลก็อยู่ได้ อยู่เวรที่โรงพยาบาลได้ ช่วยแก้ปัญหาแรงจูงใจค่าตอบแทนได้ คิดว่าการแก้ปัญหา
คนตรงนี้ ผมว่าน่าจะยั่งยืน...”

(แพทย์)

“...แพทย์ ผอ.จะตั้งงบประมาณในการเยี่ยมบ้านหลังคาเรือนละ 60 บาท คุณ
ทำผลงานได้ตามเกณฑ์คุณเอาไปเลย จะมีกรรมการลงติดตามงาน เช่น PCU ก. เยี่ยมบ้านไปเท่าไร
แล้ว จะต้องโอนเงินให้จำนวนเท่าใด เขาจะได้ไปเลย ซึ่งแพทย์ ผอ.จะวางเกณฑ์ไว้ให้หมดแล้ว...”

(ผู้บริหารทางการพยาบาล)

“...น่าจะมียุทธศาสตร์ปี ตามผลงานเด่นที่ทำได้...”

(พยาบาลที่เคอยู่ หน่วยบริการปฐมภูมิ)

2.2.6 ผู้นำในระบบบริการปฐมภูมิเข้ากันได้

การทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน หน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้นำ
ทางการพยาบาลมองว่าการที่พยาบาลปกครองกันเองมีความก้าวหน้าในวิชาชีพ แต่ในกรณีที่สายการ
บังคับบัญชาขึ้นกับสาธารณสุขอำเภอ ผู้นำต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน โดยเฉพาะหัวหน้าพยาบาล

กับหัวหน้าสถานีนามัย แพทย์ผู้อำนวยการกลับมองว่าสายการบังคับบัญชาของพยาบาลขึ้นกับใครก็ได้ แต่ทั้งกลุ่มการพยาบาลและกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนต้องทำงานร่วมกันในการสนับสนุนเรื่องมาตรฐานวิชาชีพ ในความเป็นจริงระดับปฏิบัติการมองว่ามีการดูแลที่ดีขึ้นภายใต้การดูแลของกลุ่มการพยาบาล การบริหารด้วยความใส่ใจกับบุคลากรทุกคนแบบมีส่วนร่วม มีความยืดหยุ่น และหัวหน้าต้องให้การช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหา

ดังข้อมูลต่อไปนี้

“...พยาบาลขึ้นตรงกับ กลุ่มการพยาบาลก็จะมีผลดีในเชิงวิชาชีพที่พยาบาล จะได้รับการดูแลทั้งความก้าวหน้า วิชาการ แต่ถ้าขึ้นกับสาธารณสุขอำเภออาจทำให้การสนับสนุนในเรื่องดังกล่าวอาจทำได้ไม่ดีพอถ้าหัวหน้าพยาบาล ไม่เอื้อหรือสัมพันธ์ภาพระหว่างโรงพยาบาลกับ สสอ. ไม่ดีพอ...”

(ผู้นำทางการพยาบาล)

“...ผมว่าตรงนี้โดยหลักผมไม่มองว่าต้องขึ้นกับสายไหนๆ แต่ผมมองว่าเรามี การพูดคุยถึงเรื่องมาตรฐาน ถ้ามาตรฐานการรักษาพยาบาล QA ของพยาบาลก็ต้องเข้าไปจับ เข้าไป เล่น แต่ถ้าพูดถึงเรื่องการเยี่ยมบ้าน คนไข้โรคเรื้อรังก็ต้องกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว คือ ไม่คิดเป็น สาย ผมว่าเราส่วนใหญ่ยังติดในเรื่องระบบสายงานว่าต้องอย่างนั้นอย่างนี้ แต่ผมไม่ Fix Idia ผมคิดว่าโดยหลักคุณต้องช่วยกันอยู่ดี คุณไม่เก่งอย่างใดอย่างหนึ่งแน่นอน คุณต้องช่วยกัน คุณไม่ช่วยกัน งานก็ไม่เกิด คุณยิ่งแยกฝ่ายคุณยิ่งไม่เข้ากันตรงนั้นเป็นปัญหา...”

(แพทย์)

“...หลักการ Maintain คน ที่ใช้คือ ใช้การบริหารแบบมีส่วนร่วม มีความเป็น ประชาธิปไตย นอกจากนี้มีบทบาทและอำนาจในการตัดสินใจในการปฏิบัติงาน มีความยืดหยุ่นในบางกรณี...”

(ผู้บริหารทางการพยาบาล)

“...ในปีถัดมาจากปัญหาดังกล่าวได้พูดคุยกับหัวหน้าพยาบาล จึงเกิดการถ่ายโอนพยาบาลที่ปฏิบัติงาน PCU ให้อยู่ภายใต้การดูแลของกลุ่มการพยาบาล ทุกอย่างจึงดีขึ้นมาก มีการดูแล โดยมีผู้ช่วยกลุ่มการพยาบาลเป็นผู้ประสานข้อมูลต่างๆให้ตลอด ในทุกเรื่อง มีกิจกรรมอะไร ใน โรงพยาบาลก็ได้เข้าร่วม

(พยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ หน่วยบริการปฐมภูมิ)

2.3 ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ได้แก่

2.3.1 การขาดแคลนพยาบาลถูกมองข้าม

การจัดสรรอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพในระดับจังหวัด ผู้บริหารระดับสูง ไม่ได้ดูแลใกล้ชิดเหมือนจัดสรรแพทย์ แต่มอบหมายให้กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการเป็นผู้ดูแล จากนโยบายการปฏิรูประบบข้าราชการทั้งระบบระดับจังหวัดจัดสรรอัตรากำลังลงพื้นที่ทำได้ยาก และในระดับแพทย์ผู้อำนวยการมองว่าขาดอัตรากำลังพยาบาลสามารถแก้ไขได้ด้วยการเพิ่มเรื่องค่าเวรค่าโอทีที่พยาบาลทำงานทดแทนกันได้ ทำให้เป็นการบดบังความขาดแคลนด้านกำลังคน ประกอบกับขาดข้อมูลที่เป็นจริง พยาบาลด้วยกันไม่ค่อยให้ข้อมูลที่จำเป็นในการจัดการวิชาชีพแก่องค์กรใหญ่ จากนโยบายไม่บรรจุนักเรียนทุนเป็นข้าราชการ จบแล้วทำงานในตำแหน่งอัตราจ้าง การจะได้รับการบรรจุต้องใช้เวลา รอ แม้จะมีการผลักดันในองค์กรวิชาชีพในการขอเพิ่มตำแหน่งบรรจุแต่ในระดับกระทรวงให้ความสำคัญน้อยกว่าการกำหนดตำแหน่งของผู้บริหารระดับ 9 พยาบาลอัตราจ้างส่วนใหญ่ลาออกก่อนได้รับการบรรจุ แม้ระดับจังหวัดสร้างแรงจูงใจในการลงพื้นที่ชนบทโดยจบก่อนบรรจุก่อนพื้นที่กันการบรรจุก่อนก็ตาม ในการจัดสรรพยาบาลวิชาชีพระดับจังหวัดต้องยอมทุกอย่าง ใครอยากลงปฏิบัติงานที่ไหนให้ไป เพราะถ้าไม่ได้ตั้งใจต้องการก็ลาออก จากการที่สำนักงานสาธารณสุขไม่มีเงิน ไม่มีอำนาจในปัจจุบัน ทำให้ต้องเสียบุคลากรพยาบาลให้กับองค์กรส่วนท้องถิ่น เนื่องจากมีตำแหน่งบรรจุเป็นข้าราชการได้เร็ว และเสียคนให้กับเอกชนที่จ่ายค่าจ้างดีกว่า

ดังข้อมูลต่อไปนี้

“...การจัดสรรแพทย์เป็นอะไรที่หนักใจมาก ที่ว่าหนักเพราะเป็นอาชีพเดียวกับ ผอ. หมอน้อย ผอ.เด็คร้อนเพราะต้องทำหน้าที่แพทย์ด้วย ต้องทำหน้าที่หนักขึ้น ยากกว่าจัดพยาบาลมาก พยาบาลน้อยความหนักใจผู้อำนวยการอยู่ที่ค่าเวรค่า OT จึงต้องให้ทำความเข้าใจทำความเข้าใจกันในเรื่องของพยาบาล ผมจะไม่ได้ดูอย่างใกล้ชิดเหมือนแพทย์ จะมอบหมายให้กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการเป็นผู้ดูแล ที่สำคัญยอมทั้งนั้น คุณอยากไปอยู่ที่ไหนให้ไป ซึ่งการจัดสรรที่คุยกันไว้ก็ไม่ได้เป็นอย่างที่คิดกันไว้ เพี้ยนไปหมดเท่าที่ทราบ ตอนนี้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น เทศบาลนคร นครศรีธรรมราชจะมีตำแหน่งเหลืออยู่และค่อนข้างต้องการคน ไปอยู่เทศบาลสามารถบรรจุได้เร็วมาก ได้เป็นข้าราชการเร็วมาก ซึ่งเป็นแม่เหล็กที่ดูดได้ดีมาก จะกลายเป็นว่าทาง สสจ. ไม่กล้าหือ เพราะจบมาน้อย เอกชนก็ดึงไม่หมด ...”

(ผู้บริหารระดับจังหวัด)

“...เนื่องจากยังไม่มีสภาพการขาดกำลังคนที่ส่งผลออกมาให้เห็นมากนัก เนื่องจากเวลาขาดกำลังคนสายงานพยาบาลใช้ชีวิตจัดเป็นเวรล่วงเวลา ทั้งที่จ่ายเป็นเงินหรือให้วันหยุด แทนทำให้ไม่เห็นภาพความขาดแคลนกำลังคน จากนโยบายการปฏิรูประบบราชการไม่เพิ่มเงินไม่เพิ่มคน ไม่คืนตำแหน่งว่างทำให้เรื่องนี้เป็นเรื่องที่ทำได้ยากมาก อีกทั้งผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขยังไม่ให้ความสำคัญอย่างจริงจังเท่ากับการกำหนดตำแหน่งสูงของผู้บริหารระดับ 9 ...”
(ผู้นำทางการพยาบาล)

“...ในเรื่องความขาดแคลนเป็นปัญหาตรงที่ว่า ข้อมูลที่ทางกระทรวงขอมา ได้รับความร่วมมือในการให้ข้อมูลการตอบกลับน้อยทำให้ข้อมูลที่ได้อาจไม่ตรงกับความเป็นจริง เสมือนว่าไม่มีความขาดแคลนในอัตรากำลังพยาบาล ...”
(ผู้บริหารทางการพยาบาล)

2.3.2 เครียดกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้ทำงานได้

พยาบาลที่ลงปฏิบัติงานที่ หน่วยบริการปฐมภูมิ ในช่วงแรกจากความเคยชินกับการทำงานในโรงพยาบาลมากกว่างานในชุมชน ช่วงแรก เหนื่อยมาก เครียด ร้อน รู้จักคนน้อย ต้องพึ่งคนอื่นในทักษะที่ไม่ชำนาญ เช่น ขับมอเตอร์ไซด์ไม่เป็นในการออกเยี่ยมบ้าน และทำงานอีกหลายอย่างที่ไม่ว่าง ซึ่งก็อึดอัดในการทำงานเพราะต้องเป็นภาระคนอื่น ช่วงใหม่การทำงานใน หน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องพยายามจัดการงานทุกอย่างด้วยตัวเอง ตั้งแต่เตรียมจนเก็บล้าง ซึ่งอยู่โรงพยาบาลไม่ต้องทำ ต้องจัดการกับระบบบริการด้วยตนเอง คิดเอง แก้ปัญหาเอง ผู้พิเศษไม่เข้าใจปัญหา อยากทำงานต้องลงทุนเอง แม้สมัครใจไปอยู่ที่ไม่เคยถูก Train ต้องต่อสู้ดิ้นรนเพื่อให้ตัวเองมีความรู้เพิ่มเติม
ดังข้อมูลต่อไปนี้

“...ช่วงแรกเหนื่อยมาก เครียด ร้อนด้วย ขับมอเตอร์ไซด์ไม่ชำนาญต้องไปกับเจ้าหน้าที่อีกคน ออกไปเกิดความเคยชิน แม้จะเป็นชุมชนที่บ้านตั้งอยู่แต่ไม่ค่อยรู้จักใครมากนัก รู้จักเฉพาะคนใกล้บ้าน เจ้าหน้าที่อนามัยเดิมที่อยู่มานานแม้ไม่ใช่คนในพื้นที่รู้จักคนในชุมชนมากกว่าอีก ออกมาอยู่ PCU ได้รู้จักคนมากขึ้นจากการออก...”
(ที่ปฏิบัติงานอยู่ หน่วยบริการปฐมภูมิ)

“...วันแรกของการทำงานในความรู้สึกใน PCU ไม่มีอะไรเลย ประมาณ 1 เดือนแรก ออกกันไป 2 คน ช่วยกัน Check เครื่องมือ Clear ให้เข้าที่ก่อน ให้เข้ารูปเข้ารอยว่าเราจะเอา

อย่างไรบ้าง การเดินทางค่อนข้างจะไกล จากบ้านไปอนามัย ให้คิดจาก โรงพยาบาลเพราะเจ้าหน้าที่
อีกคนที่ไปด้วยจะขับ MC ไปรับที่บ้านประมาณ 7.30 น. จากโรงพยาบาลไปอนามัยระยะทางเกือบ 10
กิโลเมตร ค่อนข้างเหนื่อย บางวันที่ต้องอยู่เวรOTโรงพยาบาล ต้องออกจากอนามัย 15.00 น. เดินทาง
เยอะ เหนื่อยกับการเดินทาง ทางก็ไม่สะดวก...”

(พยาบาลที่เคยอยู่ หน่วยบริการปฐมภูมิ)

“...ในเรื่องระบบการลงข้อมูลในคอมพิวเตอร์ของ PCU พยาบาลไม่มี
ความรู้เลย ต้องมาศึกษาเอง ช่วงแรกเครียดมาก จริงๆแล้วคิดว่าพยาบาลที่จะลง PCU สมควรได้รับ
การอบรมหรือศึกษาให้รู้เรื่องระบบข้อมูลเหล่านี้มาก่อน...”

(พยาบาลที่ปฏิบัติงาน หน่วยบริการปฐมภูมิ)

“...อนามัยเหมือนโรงพยาบาล 1 โรงที่มีทุกงาน งานบริหารเขารับไป งาน
รักษา งานสุขาภิบาลก็อยู่ที่เรา งานสุขาภิบาลก็มีตั้งหลายงาน รายงานทุกรายงานก็ต้องทำ เราไม่มี
ความรู้เรื่องการจัดทำรายงานในชุมชนเลย ก็เลยยาก...”

(พยาบาลที่ออกจาก หน่วยบริการปฐมภูมิ)

“...ช่วงไปใหม่ๆก็คิดไม่ออกว่าจะทำอย่างไร เพราะต้องคิดเองทำเอง เพราะ
หัวหน้าไม่เคยลงไปดูไปนิเทศหรือประเมินผลอะไรเลย ก็เลยต้องคิดเองทำเองทั้งหมด ว่าทำอย่างนี้ดี
หรือไม่ จึงเลยเจาะเลือดคนไข้ เจาะส่งตรวจ BUN Cr, Lipid profile เจาะเสร็จต้องขับรถมาส่งที่
โรงพยาบาลเอง ทำได้ระยะหนึ่งเริ่มล้า ในความรู้สึกถ้ายังเป็นแบบนี้จะทำไหวเร็ว ! ก็เลยอยากให้
หัวหน้าไปดูบ้าง จึงทำบันทึกข้อความมาถึงโรงพยาบาล 2 ครั้ง พบว่าหัวหน้าลงไปนิเทศ 1 ครั้ง แต่
ไม่ได้ลงไปนิเทศวันที่พยาบาลอยู่...”

(พยาบาลที่ออกจาก หน่วยบริการปฐมภูมิ)

2.3.3 อยู่ หน่วยบริการปฐมภูมิ เหมือนถูกทิ้งให้เผชิญปัญหาตามลำพัง

การทำงานใน หน่วยบริการปฐมภูมิ วัฒนธรรมการทำงานที่แตกต่างกัน
บ่อยครั้งพยาบาลวิชาชีพถูกทิ้งให้ทำงานที่ หน่วยบริการปฐมภูมิ คนเดียว ไม่ได้ทำงานตามแผนที่วาง
ไว้ ชัดแจ้งอยู่ในใจเพราะหลักการต่างกันกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เกิดความคับข้องใจ อยากทำอะไร

ก็ทำไม่ได้ เพราะพยาบาลไม่รู้จักพื้นที่ บางครั้งต้องเผชิญอยู่กับปัญหาตามลำพังในปัญหาที่เร่งด่วน และเฉพาหน้า ต้องทำงานในพื้นที่กับผู้มีอิทธิพล นอกจากนี้องค์กรเดิมก็ตัดขาดทิ้งไม่เหลียวแล ดังข้อมูลต่อไปนี้

“...สำหรับการทำงานใน PCU มีความแตกต่างจากงานโรงพยาบาลมาก คนละเรื่องกันเลยตั้งแต่เวลาทำงาน โรงพยาบาล 8.00 – 16.00 น. เวลาทำงานของ PCU 8.30 – 16.30 น. ในช่วงแรกที่ลงมาทำงานพบว่าเจ้าหน้าที่ของอนามัยจะออกงานข้างนอกเยอะทิ้งให้พยาบาลอยู่กับคนไข้ทำงานที่อนามัยคนเดียว ในขั้นตอนกระบวนการรักษาพยาบาลจะอยู่ที่เราหมด ตั้งแต่ค้นบัตรตรวจโรค จ่ายยา และเขียนใบเสร็จ...”

(พยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ หน่วยบริการปฐมภูมิ)

“...ระยะหลังจะบ่อยขึ้นที่ถูกให้อยู่ PCU คนเดียวก็มีการวางแผนกันต่อว่า ตอนเช้าจะอยู่ PCU บ่ายออกชุมชน แต่พบว่าจะไม่ค่อยได้ออกเลย พอช่วงบ่ายเจ้าหน้าที่อนามัยไม่อยู่กันเลย บอกไปประชุมบ้างทำแผนบ้าง เหลือไว้อนามัยเพียง 2-3 คน เป็นประจำ เวลาออกชุมชนส่วนใหญ่จะไปกัน 2 คน พยาบาลไม่ค่อยรู้จักพื้นที่ก็ต้องไปกับเจ้าหน้าที่อนามัยอีกคน...”

(พยาบาลที่เคยอยู่ หน่วยบริการปฐมภูมิ)

“...คนที่ไม่ลงอยู่ PCU จริงๆจะไม่รู้หรอก ทุกคนจะกลัว กลัวความเหน็ดเหนื่อย กลัวมาอยู่แล้วเงินไม่พอใช้ กลัวขวัญและกำลังใจน้อย และที่สำคัญสุดกลัวถูกทอดทิ้ง ไม่มีใครสนใจจากองค์กรเดิม ด้านจิตใจสำคัญมาก ผู้ถูกสัมภาษณ์มาอยู่ใหม่ๆ ถูกทอดทิ้งจริงๆ...”

(พยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ หน่วยบริการปฐมภูมิ)

“...ห้องพยาบาลอยู่ PCU คนเดียว หัวหน้าสถานีอนามัยไปประชุม คอมพิวเตอร์ ปรากฏว่ามีผู้มาใช้บริการหลายคน พยาบาลก็คัดกรองตามอาการ พบว่าในขณะนั้นมีคนไข้เด็กมีไข้มาหลายวันแล้ว จึงให้บริการผู้ป่วยเด็กก่อน ในรายที่มีปัญหาเป็นรายที่มาทำแผลทุกวัน หัวหน้าพยาบาลให้เขารอนานทำไมไม่ทำให้เขาก่อน เลยมีปากเสียงกัน คนไข้มาด่ามาว่าจนห้องพยาบาลรับไม่ได้ พบว่าคนที่ทำเรื่องเป็นหลานของผู้มีอิทธิพล ณ. ที่นั่น และค่อนข้างมีอิทธิพลในชุมชน...”

(ผู้บริหารทางการพยาบาล)

2.3.4 การบริหารจัดการเครือข่ายไม่ลงตัว

จากนโยบายเปลี่ยนเร็วในเวลาจำกัด ในระดับ หน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้บริหาร ยังขาดความชัดเจนในการบริหารจัดการเครือข่าย โครงสร้างเครือข่ายไม่ชัดเจน ขาดแนวทางการปฏิบัติงาน การประเมินผลการปฏิบัติงาน ตัวแม่ข่ายเองไม่มีผู้รับผิดชอบ หน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ชัดเจนเนื่องจากเป็นงานใหม่พยาบาลทำงานกับอนามัยแต่ขึ้นกับโรงพยาบาล แต่ขอสนับสนุนสิ่งต่างๆ มาก การสื่อสารหลายขั้นตอน ระดับนโยบายไม่มีการประสานเรื่องหน้าที่บทบาทของแต่ละคนภายในชุมชนให้มีความชัดเจน ตัวบุคลากรเองกว้างทำได้แต่งาน แต่ไม่มีความก้าวหน้า อยู่เหมือนถูกตัดขาดจากระบบ แม้สมัครใจลงอยู่แต่เมื่อขาดการสนับสนุนก็เกิดความท้อแท้

ดังข้อมูลต่อไปนี้

“...คุณลองคิดดูตอนนี้ PCU ที่ส่งพยาบาลลงไป ไม่ได้เป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมที่ชัดเจนว่าชุมชนทำงานอย่างไร เวลาลงไปคุณไม่ได้มีเพียงงานรักษาอย่างเดียว ทำงานอย่างไร เขาก็ไม่มีความชัดเจน เพราะระบบบางครั้งก็ไม่มีเวลา ...”

(อาจารย์พยาบาล)

“...ในช่วงแรกเรื่องของพยาบาล PCU ยังไม่มีความชัดเจนยังถูกฝึกถูกคน เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานเดิมมองว่าคนที่ออกไปอยู่ PCU ไม่รู้ออกไปอยู่ด้วยสาเหตุอะไร ถูกย้าย ไม่ใช่บุคลากรของโรงพยาบาลต่อไป เป็นเจ้าหน้าที่ของอนามัย ระบบข่าวสารจากโรงพยาบาลจะถูกตัดไปเลย ขาดการติดต่อจากโรงพยาบาล พุดง่ายๆคือถูกทิ้งไปเลยไม่มีหน่วยงานชัดเจนรับผิดชอบ ไม่มีผู้ประสานงานถูกตัดขาดข่าวสารจากโรงพยาบาล เครือข่ายต้องมีความชัดเจน ใครเป็นคนดูแล ผู้ประสานงานเครือข่ายคือใคร มีปัญหาอะไรสามารถโทรศัพท์ขอคำปรึกษาได้...”

(พยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ หน่วยบริการปฐมภูมิ)

“...ไม่มีอะไรที่ทำให้เกิดความก้าวหน้า เช่น การวางแผนที่ชัดเจนจากผู้บริหาร ปีนี้ทำแบบนี้ ปีหน้าจะพัฒนาอะไรต่อไป มีแนวทางในการดูแลบุคลากรที่ลงไปปฏิบัติงานที่ PCU ว่าควรจะดูแลอย่างไร ไม่ใช่กลุ่มการพยาบาลก็เที่ยงไปที่งานเวชปฏิบัติฯ งานเวชปฏิบัติฯก็เที่ยงมาที่กลุ่มการพยาบาล พอวันดีคืนดีกลุ่มงานเวชปฏิบัติฯกลับบอกว่า คนที่ปฏิบัติงานที่ PCU ต้องย้ายตำแหน่งจากกลุ่มการพยาบาล ไปอยู่กลุ่มงานเวชปฏิบัติฯ ต้องย้ายตำแหน่งจากโรงพยาบาล ไปอนามัย ซึ่งสร้างความสับสนและยุ่งยากให้กับเรา คิดว่ามันคืออะไร นโยบายทำไมไม่ชัดเจนซักที จึงคิดว่ากลับมาอยู่โรงพยาบาลดีกว่า ใหนๆเราก็เป็นพยาบาล ...”

(พยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ หน่วยบริการปฐมภูมิ)

2.3.5 พยาบาลเป็นคนที่เข้ากับทีมเดิมไม่ได้

พยาบาลวิชาชีพที่ลงไปอยู่ หน่วยบริการปฐมภูมิ สิ่งหนึ่งที่พบในการลงไปปฏิบัติงาน คือเข้ากับเจ้าหน้าที่อนามัยเดิมไม่ได้ ทำงานไม่พูดคุยกัน ไม่มีการแบ่งงานที่ชัดเจน ไม่ลงรอยกันต่างคนต่างทำ หลักการทำงานที่แตกต่างกันกับเจ้าหน้าที่อนามัย เกิดความคับข้องใจจากการทำงานแต่ไม่พูด ยิ่งทำให้มีรอยร้าวมากขึ้น จนทำงานอยู่ด้วยกันไม่ได้

ดังข้อมูลต่อไปนี้

“...มีปัญหาเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่อนามัย เจ้าหน้าที่อนามัยทิ้งให้พยาบาลทำงานทั้งหมด ไม่อยู่อนามัยเลย การสำรวจร้านขายของชำก็ต้องทำเองหมด เจ้าหน้าที่อนามัยจะปรับนโยบายมาบอกอย่างเดียว ไม่ได้ช่วยวางแผนหรือช่วยงานเลย ไม่ค่อยลงรอยกัน มีปัญหาคือเราต้องทำอะไรทุกอย่าง มีการแบ่งงานแต่ไม่เป็นรูปเป็นร่างที่ชัดเจน เดิมก็มีตารางการปฏิบัติงานอยู่แล้ววันไหนทำอะไร แต่ไม่ได้บอกไว้ว่าวันไหนใครอยู่อนามัย วันไหนใครออกข้างนอก...”

(พยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ หน่วยบริการปฐมภูมิ)

“...บางครั้งจะมีปัญหาเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่อนามัยบ้าง ด้วยเหตุผลว่าทำไมหลักการจึงไม่เหมือนกัน อนามัยจะอยู่กับแบบสบายๆ วันนี้นัดจะไปธุระ โน้นนะก็คือไป เหลือไว้อนามัยซักคนก็ไม่ใช่ใคร ทำให้เกิดความขัดแย้งในใจ แต่ไม่เคยพูดให้อาามัยฟัง ...”

(พยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ หน่วยบริการปฐมภูมิ)

2.3.6 ขาดขวัญกำลังใจในการทำงาน

พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานที่ หน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องทำงานเองทุกอย่าง ทำงานมากแต่กลับได้ค่าตอบแทนต่ำ เหนื่อย ต้องทำงานเองหมดทุกอย่างตั้งแต่ การโรงยันทิวหน้า เงินไม่พอใช้ ค่าตอบแทนอยู่กลุ่มการพยาบาลในโรงพยาบาลได้เยอะกว่า โครงสร้างก็ไม่มี ความชัดเจน ไม่มีกรอบตำแหน่งหรือความก้าวหน้าให้เห็น ไม่มีหัวหน้าดูแลที่ชัดเจน อยากพัฒนางานต้องลงทุนเอง พยาบาลที่สมัครใจลงเมื่อขาดการสนับสนุนและการดูแลก็เกิดความท้อ โดยเฉพาะพยาบาลอัตราจ้างขอมเลือกอยู่ปฏิบัติงานในที่สบายกว่า เหนื่อยน้อยกว่า

ดังข้อมูลต่อไปนี้

“...จริงแล้วตรงจุดนี้เราต้องเราต้องสร้างพลังให้พวกนี้มีกำลังใจในระดับรากหญ้า ขวัญกำลังใจต้องมี ทำให้น้อยคนลงอยู่ PCU ความก้าวหน้าในวิชาชีพความชัดเจนของตำแหน่ง

ก็ไม่มี อยู่โรงพยาบาลค่าตอบแทนสูงกว่า ค่าเวรอีก ไปอยู่ PCU บางที่ก็ไม่มีนอกเวลา เหนื่อยในการ
ออกชุมชน เหนื่อยแต่ไม่มีค่าตอบแทน ...”

(อาจารย์พยาบาล)

“...สาเหตุที่พยาบาลลาออกคือจบแล้วเป็นลูกจ้างพยาบาลเมื่อก่อนจบก็คนที่
อยู่กับกระทรวงสาธารณสุขเพราะได้รับการบรรจุ แต่เดี๋ยวนี้ไม่มีต่งนี้ ตั้งแต่ปี 2547 เป็นต้นมา
กลายเป็นลูกจ้าง มันไม่มีความมั่นคงเลย เอาเขาไปใช้แต่ไม่ให้ความมั่นคงในชีวิต ...”

(ผู้บริหารระดับจังหวัด)

“...แต่พบว่าใน 3 ปีที่อยู่ PCU การประเมินขั้นครึ่ง หรือสองขั้นไม่เคยได้เลย
ไม่แน่ใจในความมั่นคง นโยบายไม่ทราบจะมีอีกซักกี่ปี พิจารณาขั้นครึ่ง สองขั้นไม่เคยได้กับเพื่อน
สำหรับคนที่อยู่ PCU ขวัญและกำลังใจสำคัญ คนเราทำงานบางครั้งก็เพื่อเงิน แต่ที่ลงไปปฏิบัติงานที่
PCU ไปกับอยากไป เหมือนมีอุดมการณ์อะไรซักอย่าง แต่เมื่อทำไปซักพักรู้สึกว่ามันลำบาก ก็เลยขอกลับ
คิดว่าถ้าอยู่อนามัยอายุมากขึ้นเรื่อยๆ แล้วนโยบายยกเลิก เราจะไปอยู่ตรงไหน จะกลับมาขึ้นเวรอีก
หรือ คิดมากหลายเรื่อง ...”

(พยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ หน่วยบริการปฐมภูมิ)

“...ช่วงลงไปปฏิบัติงานที่ PCU ออกหมู่บ้านหรือทำงานอะไรต้องใช้เงินเอง
ตลอด เชื้อมบ้านน้ำมันรถก็ต้องใส่เอง ไร่รถเอง เบิกยากก็ไร่รถเอง...”

(พยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ หน่วยบริการปฐมภูมิ)

“...ในเรื่องค่าตอบแทน ค่าเวร ค่า OT ในกลุ่มการพยาบาลจะได้เยอะกว่า
กลุ่มงานเวชปฏิบัติได้ค่าตอบแทนน้อย เฉพาะเงินเดือนอย่างเดียวไม่พอใช้ อยู่กลุ่มการพยาบาลมีค่า
OT บวกเงินเดือนพออยู่ได้...”

(พยาบาลจบใหม่)

2.3.7 ความก้าวหน้าในวิชาชีพไม่ชัดเจน

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ หน่วยบริการปฐมภูมิ เรื่องความก้าวหน้ายังไม่
มีนโยบายที่ชัดเจนในระดับประเทศ ว่าในชุมชนควรมีเท่าไร ครอบคลุมอย่างไร บอกว่าอาจมี 2 คนแต่
ให้รอปรับในโครงสร้างใหม่ ให้พยาบาลที่อยู่ หน่วยบริการปฐมภูมิ ปัจจุบันใจเย็นๆให้รอไปก่อนใน

คนที่อยากจะไปอยู่ นอกจากนี่พยาบาลจบใหม่ไม่มีการบรรจุ การเป็นลูกจ้างไม่มีความมั่นคง ส่วนใหญ่ไม่รอบรรจุถ้ามีสิ่งที่ดีกว่าก็จะไป เช่น เทศบาล หรือ เอกชน

ตั้งข้อมูลต่อไปนี้

“...ในเรื่องความก้าวหน้าและค่าตอบแทน เขาต้องมีความก้าวหน้าได้ด้วยสายงานของเขา บอกว่าพยาบาลวิชาชีพได้ถึง 7 อยู่ชุมชนกรอบก็ไม่มี ตั้งแต่ C 6 ใครอยากจะไป ทำไมระดับข้างบนไม่คิดบ้างว่า พยาบาลวิชาชีพที่อยู่ PCU ได้ถึง C8บ้าง จะได้มีคนแย่งกันไปอยู่...”

(อาจารย์พยาบาล)

“...มีการกำหนดนโยบายให้มีพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเวชปฏิบัติ ใน PCU ในโครงสร้างการบริหารงาน ในมาตรฐานสภาวิชาชีพ แต่การนำไปสู่การปฏิบัตินั้นยังขาดความจริงจังในการปฏิบัติทำให้ไม่มีการสนับสนุนการดำเนินงานในการผลักดันให้เกิดขึ้น นโยบายเรื่องกำลังคน ความก้าวหน้า ตำแหน่งงาน ยังไม่มีในระดับประเทศ ...”

(ผู้นำทางการพยาบาล)

“...สำหรับเรื่องกรอบยังไม่มีชัดเจนเท่าไร ว่าควรจะมีเท่าไร และอย่างไร แต่อย่างน้อยควรมี 2 คนในแต่ละ PCU ให้บอกน้องๆว่าใจเย็นๆ ตอนนี้โครงสร้างใหม่กำลังจะออก เมื่อโครงสร้างใหม่ออกก็จะมีตำแหน่งหมด โครงสร้างใหม่กำลังดำเนินการอยู่รอประกาศใช้เท่านั้นเอง...”

(ผู้บริหารทางการพยาบาล)

“...อยากได้รับการบรรจุ ค่าตอบแทนหรือสวัสดิการจะได้ตามมาก็ไม่ได้ เรียกร้องอะไรมาก ถ้าได้บรรจุเงินเดือนก็ขึ้นตามระดับเพราะผลงานมันเป็นของเรา จะได้ไม่รู้สึกแตกต่างจากคนอื่น พ่อแม่ใช้สิทธิได้ด้วย...”

(พยาบาลจบใหม่)

2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหน่วยบริการปฐมภูมิ
เครือข่ายอำเภอ ข้อมูลที่แตกต่างระหว่างการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม คือ

2.4.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ในบุคลากรพยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่อนามัยต้องการ
พยาบาลที่ผ่านการปฏิบัติงานจากโรงพยาบาลและสามารถเป็นตัวประสานให้สถานีอนามัยทำงานได้
เป็นทีมเดียวกันกับโรงพยาบาล ไม่ใช่พยาบาลที่จบใหม่หรือนักเรียนทุนที่ส่งไปเรียนแล้วลงชุมชนเลย
และไม่มีการแข่งขันวรรณะ สามารถทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่อนามัยได้ และเข้ากับชาวบ้านได้

2.4.2 ด้านความปลอดภัย โดยเฉพาะเรื่องผู้สาวในการต้องลงไปทำงานคนเดียวใน
ชุมชน จากการสนทนากลุ่มพบว่าความปลอดภัยขึ้นอยู่กับตัวบุคคลในการวางตัวในชุมชน ตามปกติ
บุคลากรสาธารณสุขชาวบ้านจะให้ความนับถือจะรักและให้การช่วยเหลือดูแลเรื่องความปลอดภัยอยู่
แล้ว

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพพระคัมภีร์ปฐมภูมิ กรณีศึกษาอำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพพระคัมภีร์ปฐมภูมิ กรณีศึกษาอำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีขั้นตอนการศึกษาดังนี้ โดยการทบทวนศึกษางานวิจัย เอกสารต่างๆ ได้แก่ ข้อมูลเชิงนโยบาย รายงานการวิจัย บทความวิชาการ และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยการธำรงรักษาทรัพยากรมนุษย์ วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง นำประเด็นข้อมูลมาจัดทำคำถาม เป็นโครงร่างแบบสัมภาษณ์ แล้วทำการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ที่เกี่ยวข้องและมีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิระดับผู้บริหาร เป็นผู้อำนวยการวิชาชีพ พยาบาลในสภากาชาดและสถาบันการศึกษา มีประสบการณ์ ในการมีส่วนร่วมกำหนดนโยบาย การบริหารจัดการกำลังคนทั้งในหน่วยงานและในระดับประเทศ ผู้ปฏิบัติงานระดับปฏิบัติการ ผู้นำองค์กรท้องถิ่นและแกนนำภาคประชาชน เครือข่ายบริการสุขภาพพระคัมภีร์อำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 13 คน เพื่อประมวลสรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพ และนำข้อมูลที่สรุปได้ไปทำการสนทนากลุ่ม 2 ครั้ง ประกอบด้วย กลุ่มแรก ได้แก่ บุคลากร สาธารณสุขผู้ปฏิบัติในหน่วยบริการสุขภาพพระคัมภีร์ปฐมภูมิที่เคยปฏิบัติงานร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 9 คน กลุ่มที่สอง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่กำลังปฏิบัติงาน พยาบาลที่เคยปฏิบัติงาน พยาบาลที่ไม่ประสงค์จะปฏิบัติงานหน่วยบริการสุขภาพพระคัมภีร์ปฐมภูมิ และพยาบาลที่เพิ่งสำเร็จการศึกษารวมทั้งสิ้นจำนวน 11 คน เพื่อยืนยันข้อสรุปที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกอีกครั้ง

1.3 ผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1.3.1 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องและมีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับกระบวนการในการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งในระดับบริหาร ระดับปฏิบัติการ และภาคประชาชน ทั้งหมด 13 ราย เป็นเพศหญิง 9 ราย เพศชาย 4 ราย อายุ 24 – 53 ปี เฉลี่ย 40.38 ปี สถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 69.23 รองลงมาสถานภาพโสดคิดเป็นร้อยละ 30.76 วุฒิการศึกษาในระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 61.53 รองลงมาในระดับปริญญาโทคิดเป็นร้อยละ 38.46 สำหรับกลุ่มประชุมระดมสมองเพื่อยืนยันข้อสรุปที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกอีกครั้งในบุคลากร 2 กลุ่ม กลุ่มแรก คือ บุคลากรสาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิปฏิบัติงานร่วมกับพยาบาลวิชาชีพจำนวน 9 คน เพศชาย 2 คน เพศหญิง 7 คน อายุ 25 – 57 ปี เฉลี่ย 42.77 ปี สถานภาพสมรสมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 66.66 รองลงมาสถานภาพโสดคิดเป็นร้อยละ 22.22 และสถานภาพม่ายคิดเป็นร้อยละ 11.11 วุฒิการศึกษาในระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 66.66 รองลงมาในระดับอนุปริญญาคิดเป็นร้อยละ 33.33 มีประสบการณ์ทำงาน 5-35 ปี เฉลี่ย 21.66 ปี กลุ่มที่สอง คือ พยาบาลวิชาชีพ ได้แก่พยาบาลที่กำลังปฏิบัติงาน พยาบาลที่เคยปฏิบัติงาน พยาบาลที่ไม่ประสงค์จะปฏิบัติงาน หน่วยบริการปฐมภูมิ และพยาบาลที่เพิ่งสำเร็จการศึกษารวมทั้งสิ้นจำนวน 11 คน เพศหญิงทั้งหมด อายุ 26-44 ปี เฉลี่ย 34 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 90.90 รองลงมาในระดับปริญญาโทคิดเป็นร้อยละ 9.09 มีประสบการณ์ทำงาน 5-35 ปี เฉลี่ย 13 ปี

1.3.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ กรณีศึกษาระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

1) คุณสมบัติพื้นฐานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรอบรู้งานด้านชุมชน ไม่ใช่พยาบาลวิชาชีพใหม่ถอดด้าม ใจรักในงานด้านชุมชน เป็นคนในพื้นที่หรือมีครอบครัวอยู่ในพื้นที่ เข้าใจประชาชนเข้ากับชุมชนได้ดี และความรู้และทักษะพื้นฐานไม่เพียงพอต่อการทำงานในชุมชน

2) ปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า **ปัจจัยส่งเสริม**ที่ทำให้คนอยู่ได้ ได้แก่ มีทีมงานที่ร่วมมือร่วมใจ เครือข่ายสนับสนุนช่วยเหลือ ได้ทำงานที่อิสระและริเริ่มงานใหม่ได้ด้วยตนเอง ได้รับการยอมรับและเป็นคนสำคัญของชุมชน ค่าตอบแทนที่เหมาะสม และผู้นำในการบริการปฐมภูมิเข้ากันได้ **ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค**ในการทำงานที่ทำให้อยู่ไม่ได้ ได้แก่ ความขาดแคลนของพยาบาลถูกมองข้าม เครียดกับการปรับเปลี่ยนชีวิตให้ทำงานได้ ถูกทิ้งให้เผชิญกับปัญหาตามลำพัง การบริหารจัดการเครือข่ายไม่ลงตัว พยาบาล

เป็นคนใหม่เข้ากับทีมเดิมไม่ได้ ขาดขวัญกำลังใจในการทำงาน และความก้าวหน้าในวิชาชีพไม่ชัดเจน

2. อภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ กรณีศึกษาอำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช

2.1 คุณสมบัติพื้นฐาน ผู้ให้ข้อมูลหลักได้ให้ข้อคิดเกี่ยวกับคุณสมบัติพื้นฐานของพยาบาลวิชาชีพที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและอยู่ปฏิบัติงานได้ยั่งยืนดังนี้

2.1.1 มีความรอบรู้ในงานชุมชน เนื่องจากการทำงานในชุมชนเป็นงานที่หลากหลายมีทั้งเชิงรับ เชิงรุกและระบบข้อมูลต่างๆ ได้แก่ งานด้านรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ นอกจากนี้มีระบบข้อมูลรายงานต่างๆ เหมือนโรงพยาบาลหนึ่งโรงที่คนหนึ่งคนต้องรับผิดชอบและปฏิบัติเอง จากการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ลงปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ขาดทักษะและองค์ความรู้ในการทำงานในชุมชน เช่น งานส่งเสริมสุขภาพ งานสุขภาพจิต และระบบการลงข้อมูลต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนทราวดี เรือรพิเชษฐ์ (2546: 59) ที่พบว่า บุคลากรพยาบาลบางส่วนยังขาดการเตรียมความรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ขาดความเข้าใจที่ถูกต้องลึกซึ้งต่อการบริการเชิงรุกรวมทั้งทักษะการรักษาพยาบาล ซึ่งการให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพจะต้องมีการเตรียมความรู้และทักษะของบุคลากรก่อนลงปฏิบัติงานจริง (กองการพยาบาล 2545 : 25) แม้ผู้ให้ข้อมูลบางหน่วยงานให้ข้อมูลว่ามีการเตรียมความพร้อมการทำงานในชุมชนโดยการอบรมระยะสั้นเป็นเวลา 3 วัน แต่ก็ไม่เพียงพอกับการต้องไปเผชิญกับภาระงานใหม่โดยเฉพาะความมั่นใจของผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลรักษาเบื้องต้น ผู้ให้ข้อมูลท่านหนึ่งบอกว่าหลังจากที่ผ่านการอบรมระยะสั้น 4 เดือน ทำให้เกิดความรู้ที่ดีและถูกต้องสร้างความมั่นใจในการให้บริการประชาชน ระบุว่าตนเองมีความเป็นวิชาชีพมากขึ้น การให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เน้นการดูแลคนแบบองค์รวม ต้องใช้คนที่มีความรู้ ความสามารถ มีประสบการณ์และเข้าใจทุกข์สุขของประชาชน วัตถุประสงค์ต่างๆทั้งชีวิต จิตสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ (นวลขนิษฐา ลิขิตลีธธา 2547 : 232)

2.1.2 ไม่ใช่พยาบาลใหม่ถอดด้าม พบว่าประสบการณ์ทำงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ จากผลการรายงานของสำนักงานปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2545) (อ้างตามอุมาพร, 2545) ที่พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิ ในหลายพื้นที่ได้มีการ

มอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพที่มีความเป็นอาวุโสในประสบการณ์ทำงาน ไปปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิเนื่องจาก มีทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล และการตัดสินใจที่ดีในการให้บริการกับผู้ใช้บริการ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อูมาพร วงศ์ประยูร(2545:93) ที่พบว่าประสบการณ์ทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ พยาบาลวิชาชีพนอกจากมีบทบาทผู้ให้บริการแล้ว ยังมีบทบาทเป็นผู้ให้คำแนะนำ สอนสุขศึกษา ผู้ให้คำปรึกษา โดยมีการทำงานเน้นผู้ใช้บริการเป็นจุดศูนย์กลางและมีการดูแลที่ต่อเนื่อง รวมทั้งต้องเป็นผู้เชื่อมประสานระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน บทบาททั้งหมดอาศัยทักษะและประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมา สอดคล้องกับผู้ใช้ข้อมูลท่านหนึ่งที่บอกว่า ควรมีประสบการณ์ไม่น้อยกว่า 3 ปี มีวุฒิภาวะดีพอสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในขณะที่ปฏิบัติงานได้ด้วยตนเอง ทำให้เกิดความเชื่อถือว่าไว้วางใจจากผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงาน และผู้ใช้บริการ สอดคล้องกับทฤษฎีวิวงจรชีวิต (life – cycle theory) ของพอล เฮอร์เชย์ และเคนเน็ท แบลนชาร์ด ที่อธิบายถึงพฤติกรรมผู้นำที่จำเป็นในแต่ละสถานการณ์ โดยพิจารณาจากวุฒิภาวะผู้ตามข้อหนึ่งคือ ต้องมีความรู้ที่จำเป็น มีประสบการณ์และมีทักษะในการปฏิบัติงาน (พูลสุข หิงคานนท์ 2549 : 3-45)

2.1.3 ใจรักงานด้านชุมชน ขอบการทำงานกับชาวบ้าน มีความรู้และทักษะการเข้าถึงชุมชน จากการศึกษาของศศิวิมล ชุตินันท์กุล(2547:73) สมนุดตรา ตะบูนพงศ์และคณะ (2545 : 50)พบว่า การจัดอัตรากำลังพยาบาลที่ลงปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ใ้มากที่สุดคือ การให้บุคลากรแสดงความจำนงหรือสมัครใจที่จะลงปฏิบัติงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งจากผู้ใช้ข้อมูลในพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ได้ยั่งยืนจนถึงปัจจุบัน คือเป็นคนที่รักในงานชุมชนและชอบงานด้านนี้มาตั้งแต่ช่วงที่ศึกษาอยู่ มีทัศนคติที่ดีในการทำงานชุมชน ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า การทำงานในชุมชนเป็นงานที่ ร้อน เหนื่อย ยากต้องทำกันด้วยใจจริง รักที่จะทำงานแบบนั้น การที่จะได้ใจชาวบ้าน นอกจากงานในหน้าที่แล้ว การที่อยู่กับชาวบ้านไม่ว่างานแต่ง งานบุญ งานศพ ต้องไปร่วม ความคิดดังกล่าวสอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า “ ถ้าคิดจะทำงานกับชุมชน ควรเริ่มด้วยใจ คือ มีศรัทธาที่จะทำงานที่เห็นว่ามีความค่าและเชื่อมั่นว่าการทำงานให้กับชุมชนเป็นสิ่งที่ถูกต้อง ” ดังนั้นถ้าคิดจะทำงานกับชุมชนไม่ควรเริ่มต้นด้วยเหตุผลหรือข้ออ้าง แต่ควรเริ่มด้วยใจคือมีศรัทธาที่จะทำงานที่เราเห็นว่ามีความค่าและเชื่อมั่นว่าการทุ่มเทกับงานชุมชนเป็นสิ่งที่ถูกต้อง ดังาม ดังนั้น สิ่งแรกที่เราต้องเตรียมความพร้อมก่อนลงชุมชนคือ ใจที่รักและเห็นความสำคัญของการทำงานชุมชน (โกมาตร และคณะ, 2545 : 7) สอดคล้องกับทฤษฎีวิวงจรชีวิต (life – cycle theory) ของพอล เฮอร์เชย์ และเคนเน็ท แบลนชาร์ด ที่อธิบายถึงพฤติกรรมผู้นำที่จำเป็นในแต่ละสถานการณ์ โดยพิจารณาจากวุฒิภาวะผู้ตามคือ ต้องมีความเต็มใจ มีความเชื่อมั่น มีความผูกพัน และมีแรงจูงใจในการทำงาน (พูลสุข หิงคานนท์ 2549 : 3-45)

2.1.4 เป็นคนในพื้นที่หรือมีครอบครัวอยู่ในพื้นที่ การที่พยาบาลวิชาชีพเป็นคนในพื้นที่ทำให้รู้วัฒนธรรมองค์กร วิถีชีวิตความเป็นอยู่ของชาวบ้าน และสามารถสร้างสัมพันธภาพสร้างความไว้วางใจให้แก่ชาวบ้านได้มากกว่าคนนอกพื้นที่ และพยาบาลวิชาชีพที่กลับมาทำงานในภูมิลำเนามีโอกาสอยู่นานกว่าบุคคลอื่น ดังเช่นผู้ให้ข้อมูลท่านหนึ่งบอกว่า “ การที่ตนเองเป็นคนในพื้นที่ทำให้รู้จักคนเยอะ ไม่รู้จักเราก็รู้จัก พ่อ แม่ ปู่ ย่า เขาจะถามนามสกุล พอบอกก็นับญาติไปเรื่อยๆ ถ้าบรรพบุรุษเป็นบุคคลที่ชาวบ้านยอมรับนับถือ ยิ่งทำให้ชาวบ้านมั่นใจในตัวพยาบาลมากยิ่งขึ้น “ ซึ่งในส่วนนี้ยิ่งทำให้พยาบาลทำงานในชุมชนง่ายขึ้น ชาวบ้านจะให้ความร่วมมือดี แต่ในส่วนตัวชาวบ้านเองข้อมูลที่ได้มาเขาไม่ได้สนใจตรงจุดนี้ เขาต้องการใครก็ได้ที่อยู่และเข้ากับชาวบ้านได้ มีเวลาและจิตอาสาพอสมควรในการทำงานให้กับชุมชน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุพานี เสนาดีสัยและคณะ (2546:54), ศศิวิมล ชุตินันทกุล (2547:74) ที่พบว่าคุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานใน PCU ควรเป็นคนมีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ และอยากพัฒนาบ้านเกิด และในการจัดอัตรากำลังพยาบาลควรยึดบุคลากรในพื้นที่เป็นหลัก ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากผู้บริหารเครือข่ายการจัดการบุคลากรลงปฏิบัติงานหน่วยบริการระดับปฐมภูมิมองคนในพื้นที่หรือมีครอบครัวอยู่ในพื้นที่นอกจากอยู่นานแล้วพี่น้องในพื้นที่ช่วยกันดูแลความปลอดภัยให้ด้วย

2.1.5 เข้าใจประชาชนและเข้ากับชุมชนได้ ระบบงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ให้ความสำคัญกับผู้ให้บริการมากกว่าการจัดการเอกสาร การที่พยาบาลให้การดูแลด้วยความเอาใจใส่ ยิ้มแย้มแจ่มใส มีมนุษยสัมพันธ์ มีทักษะในการสื่อสารสามารถอธิบาย ผู้ใช้บริการเข้าใจได้ชัดเจน ได้รับข้อมูลที่เพียงพอสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ให้บริการ ผู้ให้ข้อมูลท่านหนึ่งบอกว่า “ พยาบาลต้องรับสภาพผู้มาใช้บริการได้ ต้องเข้าใจหัวอกว่าเขาเดือดร้อนมาและก็ต้องรับให้ได้ จริงๆแล้วไม่ต้องอะไรมาก เพียงแค่พูดจา พบปะ ทักทายยิ้มแย้ม มีอัธยาศัยดี ยังไงคนไข้ก็ต้องการกำลังใจ ” สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิจิตร ศรีสุพรรณและคณะ (2546: 41) ที่พบว่า ในมุมมองผู้ให้บริการในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ค่อนข้างให้ความสำคัญกับคุณลักษณะส่วนตัวของผู้ให้บริการ ในด้านอัธยาศัยส่วนตัว คือ มีสัมพันธภาพที่ดี ยิ้มแย้มแจ่มใส พูดจาไพเราะ ไม่ดู มีน้ำใจ ไม่แสดงท่ารังเกียจ ให้ความเป็นกันเองกับผู้รับบริการ มีความยืดหยุ่น ให้การดูแลเสมือนญาติ

2.1.6 ความรู้และทักษะพื้นฐานไม่เพียงพอต่อการทำงานในชุมชน
หลักสูตรการศึกษาสำหรับพยาบาลในปัจจุบัน ใช้หลักสูตรการสอนเหมือนกันหมดทุกคน ไม่มีหลักสูตรเฉพาะสำหรับพยาบาลชุมชน ซึ่งพยาบาลจบใหม่ไม่มีความรู้พอในการลงทำงานในชุมชนหรือ PCU การที่พยาบาลวิชาชีพจะลงอยู่ PCU ต้องสร้างประสบการณ์ทักษะการพยาบาลในโรงพยาบาล พร้อมทั้งการอบรมเพิ่มเติม ผู้ให้ข้อมูลมองว่าพยาบาลที่อยู่ชุมชนควรมีการเตรียมต่างจาก

พยาบาลที่อยู่โรงพยาบาล ซึ่งคุณสมบัติที่เหมาะสมของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชน ได้ดี ต้องมีความรู้และทักษะด้านการพยาบาลสาขาต่างๆ ได้แก่ การดูแลรักษาเบื้องต้นผู้ป่วยและผู้บาดเจ็บทั่วไป และฉุกเฉิน การอนามัยสิ่งแวดล้อม ระบาดวิทยา การป้องกันและควบคุมโรค โภชนาการชุมชน สุขศึกษา ฯลฯ ต้องมีความรู้ความชำนาญเฉพาะเพิ่มจากพยาบาลวิชาชีพทั่วไป จากการศึกษาเพิ่มเติมหรือฝึกอบรมเฉพาะทาง เช่น การตรวจรักษาโรคเบื้องต้น มีความรู้ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ เพื่อเข้าถึงประชาชน เข้าใจชีวิตความเป็นอยู่ปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้ดี สามารถปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรหลายฝ่าย รวมทั้งประชาชนที่ระดับพื้นฐานความรู้และสังคมต่างกัน (ไพเราะ ผ่อง โสภคและคณะ 2547 : 24-25)

2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

2.2.1 มีทีมงานที่ร่วมมือร่วมใจ การที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานได้ใน PCU เพราะทุกคนร่วมแรง ร่วมใจ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมกันแก้ปัญหา เป็นภาพสะท้อนการทำงานเป็นทีมของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่อนามัยจะไม่ค่อยดีนัก เนื่องจากการไม่เข้าใจเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดพยาบาลวิชาชีพลงปฏิบัติงานในช่วงแรกก็ตาม ในขณะที่เจ้าหน้าที่อนามัยมองว่าพยาบาลทำแต่งงานรักษา ส่วนพยาบาลมองว่าเจ้าหน้าที่อนามัยไม่ช่วยงานทิ้งให้พยาบาลทำงานคนเดียว แต่เมื่อเวลาเปลี่ยนไปสัมพันธ์ภาพดีขึ้น มีความคุ้นเคย ร่วมกันปฏิบัติงานในชุมชนด้วยกัน พยาบาลเข้ากับทีมได้มีความกลมกลืนเป็นส่วนหนึ่งของ การนำจุดแข็งของแต่ละคนมาประสานใช้ร่วมกัน และทุกคนมีคุณค่าเหมือนกันหมดในการทำงานในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ นางลักษณ พะโกยะและคณะ (ผีเสื้อขยับปีก, 2549), โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ (2545:6) ที่พบว่าปัจจัยหลักที่ทำให้บุคลากรสาธารณสุขดำรงอยู่ได้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ คือ ความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน ความพร้อมของทีมงาน สัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่และชุมชน ซึ่งอับราฮัม มาส โลว์ (อ้างตาม Bateman Thomas S. and Scott A. Snell (1999 : 440) ศึกษาความต้องการของมนุษย์ประกอบด้วยความต้องการ 5 ลำดับ ความต้องการลำดับที่สี่ คือ ความต้องการเพื่อเป็นเจ้าของ(belongingness and love needs) การต้องการความรักจากเพื่อน ผู้อื่น ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และความอาทรห่วงใย

2.2.2 มีเครือข่ายสนับสนุนช่วยเหลือ การสนับสนุนจากผู้บริหาร การสนับสนุนสิ่งที่เอื้ออำนวยในการปฏิบัติงาน เช่น แนวทางในการปฏิบัติงานที่ PCU การจัดยานพาหนะและสวัสดิการสำหรับการปฏิบัติงานในชุมชน ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า “ การปฏิบัติงานในชุมชนเป็นงานที่หนัก เหนื่อย และร้อน ต้องจับมอเตอร์ไซด์เป็น มอเตอร์ไซด์อนามัยก็เก่าต้องใช้รถของตนเอง น้ำมันเต็มเอง ในการ

เดินทางไปเยี่ยมบ้าน บ้านที่อยู่ห่างไกลกัน เสี่ยงต่อความปลอดภัยในชีวิต นอกจากนี้เบิกเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลต้องใช้เอง” ข้อมูลที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนา ยอดอานนท์ (2545: 699) ที่พบว่าความพึงพอใจของผู้ให้บริการต้องการการจัดระบบการบริหารจัดการภายใน การจัดยานพาหนะ และเครื่องมือในการติดต่อสื่อสารเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ผู้ให้ข้อมูลระดับบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีการพัฒนาอย่างชัดเจนสะท้อนให้เห็นว่า ผู้บริหารต้องมีกลยุทธ์ แรงจูงใจ และการจัดสรรงบประมาณโดยวิธีการต่างๆ ในการจัดการให้หน่วยปฐมภูมิมีความพร้อมในเรื่องของ คน เงิน และวัสดุอุปกรณ์ เพื่อให้การทำงานบรรลุเป้าหมาย เช่นเดียวกับการศึกษาของวิจิตร ศรีสุพรรณและคณะ (2544: 150) อุมาพร วงศ์ประยูร (2545:98) ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิต้องการให้มีระบบบริหารจัดการดูแล เช่น ความเพียงพอของวัสดุอุปกรณ์ ค่าตอบแทนที่เหมาะสม ค่าใช้จ่ายในการให้บริการในพื้นที่ อีกทั้งยังต้องการให้มีขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานที่ชัดเจน นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลระดับปฏิบัติการให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า การปฏิบัติงานที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สายการบังคับบัญชาและการนิเทศงานที่ไม่มีความชัดเจน ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยแต่ประเมินผลงานที่โรงพยาบาล เก่งหัวหน้าไม่สังเกตเห็นถึงภาระงานที่ทำอยู่ที่มีผลต่อการพิจารณาความดีความชอบ อาจส่งผลให้เกิดการบั่นทอนกำลังใจในการปฏิบัติงานได้ จากการศึกษาของแดรช – ซาฮาวิ (Drach – Zahavy, 2004 (อ้างตาม เอ็ม ออร์และคณะ(2549: 69) พบว่าการปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ได้รับการสนับสนุนโดยหัวหน้าหรือผู้บริหารจะทำให้ผลสัมฤทธิ์การทำงานสูง

2.2.3 มีโอกาสได้ทำงานที่อิสระและริเริ่มงานใหม่ได้ด้วยตนเอง การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผู้ให้ข้อมูลระดับปฏิบัติการสะท้อนให้เห็นว่าการปฏิบัติงานในชุมชนเป็นงานมีความหลากหลาย ต้องให้บริการที่ผสมผสานอย่างเป็นองค์รวม มีความอิสระ สามารถสร้างงานและริเริ่มงานใหม่ได้ด้วยตนเอง ไม่มีใครคอยควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของอุมาพร วงศ์ประยูร (2545: 100), สมนุดตราและคณะ (2545), อารีรัตน์ มณีรัตน์ (2547: 86-87) ที่พบว่าคุณลักษณะของงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นงานที่ใกล้ชิดประชาชน มีอิสระในการทำงานในการวางแผน มีโอกาสแสดงศักยภาพได้เต็มที่ด้วยตนเองตามความเหมาะสม เข้าถึงรากเหง้าของภาวะสุขภาพ หน่วยงานเล็กสามารถพูดคุยเปิดใจกันได้ ในยุคปัจจุบันพบว่านโยบายภาครัฐเปลี่ยนบ่อย โรงพยาบาลชุมชนต้องติดตามองค์ความรู้ตลอดเวลาเพื่อให้ทันกับการเปลี่ยนแปลง ในภาคประชาชนต้องการให้เจ้าหน้าที่ทำงานในชุมชนให้ถูกจังหวะและถูกเวลา มีการร่วมมือกับทุกภาคส่วน ทำทุกเรื่องให้เป็นเรื่องปกติและมีความต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ อุมาพร วงศ์ประยูร (2545: 99)

ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพต้องสนับสนุนให้ประชาชนที่อยู่ในชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ และต้องดำเนินงานประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ เพื่อให้เกิดภาคีสุขภาพในการแก้ปัญหาาร่วมกัน

2.2.4 ได้รับการยอมรับเป็นคนสำคัญของชุมชน การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่า การที่ชาวบ้านให้การนับถือและให้ความร่วมมือในการทำงาน อยู่ในชุมชนแบบพี่แบบน้อง ทำงานกับชาวบ้านมีความผูกพันเหมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน ก่อให้เกิดภูมิใจจากงานที่ทำ นอกจากสร้างความผูกพันทำให้ชาวบ้านเกิดความมั่นใจและไว้เนื้อเชื่อใจในตัวพยาบาลแล้ว ความมีน้ำใจในการอยู่ร่วมกันก็เกิดขึ้น “ มีของกินอะไรนิดหน่อยเวลามาอนามัยก็จะนึกถึงและเอามาฝาก ” สอดคล้องกับการศึกษาของ คิตชนก อนุชาญและคณะ (2546: 1026) พบว่าแรงจูงใจด้านการได้รับการยอมรับจากสังคมเป็นแรงจูงใจที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีสูงกว่าด้านอื่น โดยเฉพาะในกลุ่มแพทย์เมื่อมีโอกาสลงไปสัมผัสกับชาวบ้านในชุมชนและได้รับการยกย่องนับถือเป็นที่ยอมรับของชาวบ้าน เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อารีรัตน์ มณีรัตน์ (2547:87) ที่พบว่าแรงจูงใจในความสำเร็จและการยอมรับนับถือ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าสถานีนามัยจังหวัดเชียงรายในภาพรวม ซึ่งเนื่องมาจากแม้ไม่ได้รับการยอมรับนับถือ ก็ต้องปฏิบัติงานตามหน้าที่ตนเอง ซึ่งอับราฮัม มาสโลว์ (อ้างตามราณี อิศัยกุล 2548: 283) ศึกษาความต้องการของมนุษย์ประกอบด้วยความต้องการ 5 ลำดับ ความต้องการลำดับที่สาม คือ ความต้องการสังคม(Social or Belongingness Needs) การต้องการสังคมหรือความสัมพันธ์กับผู้อื่น รวมทั้งการต้องการความรักและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

2.2.5 ได้รับความตอบแทนที่เหมาะสม ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่าการปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของพยาบาลวิชาชีพก็จะต้องมีความสมดุลของงานและสวัสดิการมีตำแหน่งรองรับ มีเงินเดือนและค่าตอบแทนที่เหมาะสม เครื่องข่ายจะต้องกำหนดวงเกณฑ์ไว้อย่างชัดเจน เช่นค่าตอบแทนตามผลงานในการเยี่ยมบ้าน การประเมินผลงาน ค่าตอบแทนจากการที่สามารถกลับมาอยู่เวรนอกเวลาที่โรงพยาบาล เงินสนับสนุนการทำกิจกรรม การฝึกอบรมและประชุมวิชาการ การได้โบนัสรายปีตามผลงาน ซึ่งในทางปฏิบัติพยาบาลวิชาชีพค่าตอบแทนได้น้อยกว่าปฏิบัติงานอยู่กลุ่มการพยาบาล ซึ่งกลุ่มการพยาบาลได้ทั้งค่าเวรป่วย-ดึก และค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของคิตชนก อนุชาญและคณะ (2546:1024) ที่พบว่าในเรื่องของผลตอบแทนเงินเดือนมีความเหมาะสม แต่ผลตอบแทนเกี่ยวกับค่าล่วงเวลา ค่าเบี้ยเลี้ยง และสวัสดิการต่างๆยังไม่เหมาะสม นงลักษณ์ พะไถยะและคณะ (2549:10-11) พบว่าบุคลากรที่ย้ายออกจากสถานีนามัย ปัจจัยหนึ่งคือ สวัสดิการและค่าตอบแทนต่างๆที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่าบุคลากรที่ย้ายออกและยืนยันปฏิบัติงานที่สถานีนามัยมีความเห็นตรงกันว่ามาตรการทางการเงินเป็น

มาตรการที่บุคลากรถือว่าสำคัญมาก การเพิ่มค่าตอบแทนเมื่อเทียบเคียงกับวิชาชีพอื่นที่ใกล้เคียงกัน สามารถรักษาค่าตอบแทนไว้ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากไม่มีการกำหนดเป็นนโยบายที่ชัดเจนในระดับประเทศ ขึ้นอยู่กับแต่ละเครือข่ายจะบริหารจัดการเองอย่างไร

2.2.6 ผู้นำในระบบบริการปฐมภูมิเข้ากันได้ การทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน PCU ผู้ให้ข้อมูลระดับผู้นำทางการพยาบาลมองว่าการที่พยาบาลปกครองตนเองมีความก้าวหน้าในวิชาชีพ แต่ในกรณีที่สายการบังคับบัญชาขึ้นกับสาธารณสุขอำเภอ ผู้นำต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน โดยเฉพาะหัวหน้าพยาบาลกับหัวหน้าสถานีอนามัย แพทย์ผู้อำนวยการกลับมองว่าสายการบังคับบัญชาของพยาบาลขึ้นกับใครก็ได้ แต่ทั้งกลุ่มการพยาบาลและกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนต้องทำงานร่วมกันในการสนับสนุนเรื่องมาตรฐานวิชาชีพ ผู้ให้ข้อมูลระดับปฏิบัติการสะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพจะได้รับการดูแลที่ดีภายใต้การดูแลของกลุ่มการพยาบาล โดยจะไม่ถูกตัดขาดออกไปจากระบบยังคงได้รับผลประโยชน์และการเอาใจใส่เหมือนพยาบาลวิชาชีพคนอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนทราวดี เรือรพิเชษฐ์และคณะ (2546:61) พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ประจำที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ แต่ตำแหน่งยังคงอยู่ที่อยู่โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งขาดความชัดเจนในเรื่องการบริหารงานบุคคล การพัฒนาบุคลากร การพิจารณาความดีความชอบ ความมั่นคงและความก้าวหน้าในงาน นอกจากนี้พบว่า ผู้บริหารบางคน ขาดความรู้ความสามารถในด้านการบริหาร พรชนก ทองลาด (2549:40) พบว่า ผู้บริหารคือผู้ที่สร้างขวัญและกำลังใจให้กับพนักงาน ถึงแม้จะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พนักงานมองว่าจำเป็นต้องมีในองค์กร จึงจะครองใจและธำรงรักษาพนักงานไว้ได้ เห็นได้ว่าผู้บริหารทางการพยาบาลมีความสำคัญต่อองค์กรพยาบาล เนื่องจากพยาบาลมีความเป็นพลวัต ผู้บริหารต้องมีความเป็นผู้นำและสามารถสร้างความไว้วางใจ ความศรัทธา และความเลื่อมใสแก่ผู้ใต้บังคับบัญชาได้ (เพียงใจ มีไพฑูรย์ 2547:222)

2.3 ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

การขาดแคลนพยาบาลถูกมองข้าม ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่าเนื่องจากภาวะขาดแคลนพยาบาลบังคับด้วยการจัดทดแทนเพิ่มเป็นค่าเวรค่าโอที พยาบาลทำงานทดแทนกันได้ ทำให้ระดับผู้บริหารมองข้ามความขาดแคลนด้านกำลังคนพยาบาล ระดับจังหวัดไม่สามารถจัดการได้ เหมือนอย่างที่เกิดขึ้นเนื่องการปฏิรูประบบราชการ ไม่มีการบรรจุเจ้าหน้าที่ใหม่ ทำให้จัดบุคลากรลงพื้นที่ชนบทยากมาก สูญเสียคนให้กับองค์กรส่วนท้องถิ่นที่มีตำแหน่งบรรจุ หรือเอกชนที่มีค่าตอบแทนที่สูงกว่า การจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลเพื่อให้มีการจัดการให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของบริบท

ของหน่วยงาน และรองรับภาระงาน ผู้บริหารทางการแพทย์จึงต้องจัดการให้มีอัตรากำลังพยาบาลให้ทำงานที่เพียงพอ (ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา 2549 :7-22) แม้ในสภาพความจริงไม่สามารถตอบสนองต่อคุณภาพได้มากนักก็ตาม **การบริหารจัดการเครือข่ายที่ไม่ลงตัว** ข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่า จากการกำหนดนโยบายการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มีการประกาศใช้อย่างเร่งด่วนซึ่งไม่มีการวางแผนเตรียมความพร้อมมาก่อนในระดับประเทศ ความไม่ชัดเจนในนโยบายระดับประเทศ ขาดการเตรียมความพร้อมของบุคลากรทุกระดับ และการรับทราบข้อมูลนโยบายของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ศักยภาพของบุคลากรยังไม่สอดคล้องกับการพัฒนาการบริการสุขภาพเชิงรุก พยาบาลวิชาชีพมีปฏิบัติงานที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ส่วนหนึ่งยังขาดความรู้ ความสามารถ ในการตรวจรักษาโรคเบื้องต้น ได้พัฒนาศักยภาพเพิ่มเติมเมื่อลงไปอยู่แล้ว **เครียดกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้ทำงานได้** จากการต้องทำในสิ่งที่ไม่รู้ และชวนขวยเรียนรู้อเองจากการปฏิบัติงาน นอกจากนี้รูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแม้จะปรับชื่อจากสถานีอนามัยเดิมเป็น ศูนย์สุขภาพชุมชน แต่โครงสร้างกระบวนการบริการ การบริหารจัดการยังคงไม่แตกต่างจากเดิม การที่พยาบาลวิชาชีพต้องเข้าไปเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตวัฒนธรรมเดิมที่ปฏิบัติอยู่ทำได้อ่อนข้างยาก ยิ่งเคยชินกับการปฏิบัติงานแบบเดิมๆ ขาดการกระตุ้นเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่รูปแบบใหม่ จากการที่ตั้งใจปฏิบัติงานก่อให้เกิดภาวะ **ถูกทิ้งให้เผชิญปัญหาตามลำพัง เป็นคนใหม่ที่เข้ากับทีมเดิมไม่ได้** ผู้บริหารทุกระดับ ตั้งแต่ระดับจังหวัด ระดับอำเภอและระดับตำบล ชุมชน และ สอ.ยังไม่ได้ชัดเจนและสื่อให้ทราบว่า ทิศทาง และการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกันเป็นอย่างไร **ขาดขวัญกำลังใจในการทำงาน และ ความก้าวหน้าในวิชาชีพไม่ชัดเจน** พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ประจำที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ตำแหน่งโดยส่วนใหญ่ยังอยู่ที่โรงพยาบาล ไม่มีตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพประจำที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ กรณีบุคลากรสาธารณสุขที่ศึกษาต่อเนื่องเป็นพยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนและนักวิชาการปรับเข้าสู่ตำแหน่งวิชาชีพไม่ได้ ไม่มีตำแหน่งให้ปรับขึ้น ซึ่งบุคลากรเหล่านี้ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอยู่แล้ว ความไม่ชัดเจนของความก้าวหน้าในตำแหน่งงาน เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อแรงจูงใจในการพัฒนางานในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ สมนุดตรา ตะบูนพงศ์ (2545:100) ที่พบว่า โครงสร้างการบริหารของหน่วยบริการสุขภาพในชุมชนยังอยู่ในระบบเดิม ในขณะที่การให้บริการสุขภาพระบบใหม่ การบริหารจัดการหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งอยู่ภายใต้การบริหารของ CUP แต่สายการบังคับบัญชาอยู่ภายใต้การดูแลของสาธารณสุขอำเภอ หากผู้บริหารทั้งสองหน่วยไม่สามารถสื่อสารหรือประสานงานได้อย่างชัดเจน ก็นำไปสู่ความสับสนของผู้ปฏิบัติ นอกจากนี้พบว่าระบบการติดตามนิเทศ ต้องการให้มีการนิเทศงานที่ชัดเจนจาก CUP เพื่อเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจ ตลอดจนรับฟังปัญหาอุปสรรคและร่วมหาทางแก้ไข และจากการศึกษาของ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2545:7) พบว่า

เหตุผลที่งานชุมชนล้มเหลวเชิงระบบ ได้แก่ ผู้บริหารไม่สนใจไม่สนับสนุน กลไกระบบงานไม่ดีพอที่เอื้อต่อการทำงาน

สรุปได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ กรณีศึกษาอำเภอพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช จากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ได้ปัจจัยดังนี้

คุณสมบัติพื้นฐาน ของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่

- 1) มีความรอบรู้ในงานชุมชน
- 2) ไม่ใช่พยาบาลวิชาชีพที่จบใหม่ (มีประสบการณ์)
- 3) ใจรักงานด้านชุมชน
- 4) เป็นคนในพื้นที่หรือมีครอบครัวอยู่ในพื้นที่
- 5) เข้าใจประชาชนและเข้ากับชุมชนได้ดี
- 6) ความรู้และทักษะพื้นฐานไม่เพียงพอต่อการทำงานในชุมชน

ปัจจัยส่งเสริม ได้แก่

- 1) มีทีมงานที่ร่วมมือร่วมใจ
- 2) เครือข่ายสนับสนุนช่วยเหลือ
- 3) มีโอกาสได้ทำงานที่อิสระ ริเริ่มงานใหม่ได้ด้วยตนเอง
- 4) ได้รับการยอมรับเป็นคนสำคัญของชุมชน
- 5) ได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสม
- 6) ผู้นำในระบบบริการปฐมภูมิเข้ากันได้

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ได้แก่

- 1) การขาดแคลนพยาบาลถูกมองข้าม
- 2) เครียดกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้ทำงานได้
- 3) อยู่หน่วยบริการปฐมภูมิเหมือนถูกทิ้งให้เผชิญปัญหาตามลำพัง
- 4) การบริหารจัดการเครือข่ายไม่ลงตัว
- 5) พยาบาลเป็นคนใหม่ที่เข้ากับทีมเดิมไม่ได้
- 6) ขาดขวัญกำลังใจในการทำงาน
- 7) ความก้าวหน้าในวิชาชีพไม่ชัดเจน

สิ่งที่ค้นพบใหม่จากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในครั้งนี้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่

พยาบาลวิชาชีพที่ลงปฏิบัติงานในชุมชน ไม่ใช่พยาบาลที่จบใหม่ถอดด้าม ต้องมีประสบการณ์และทักษะที่เพียงพอด้านการรักษาพยาบาล และต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นและการทำงานในชุมชน นอกจากนี้ทีมบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในชุมชนต้องการพยาบาลวิชาชีพที่ลงไปปฏิบัติงานที่ PCU นอกจากมีองค์ความรู้แล้วต้องเป็นบุคลากรที่สามารถทำงานประสานเป็นทีมเดียวกับโรงพยาบาลได้ เพื่อความสะดวกในการติดต่อขอความช่วยเหลือของทีมในหน่วยบริการปฐมภูมิ ขณะเดียวกันประชาชนต้องการบุคลากรเป็นใครก็ได้ที่เข้ากับประชาชนได้ มีความสามารถให้การช่วยเหลือและเป็นผู้นำด้านสุขภาพได้และไม่จำเป็นต้องเป็นคนในพื้นที่

จากผลการศึกษารุ่นนี้สอดคล้องกับทฤษฎีสองปัจจัยของเฮอรัสเบอร์ค คือ **ปัจจัยแรงจูงใจ (Motivation Factors)** เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับงานโดยตรง เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานชอบและรักงาน ทำให้บุคคลในองค์กรปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ได้แก่ (1) การได้รับการยอมรับนับถือ (Recognition) จากบุคคลภายนอกผู้บังคับบัญชาจากเพื่อน จากผู้มาขอรับคำปรึกษาหรือจากบุคคลในหน่วยงาน (2) ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ (Work Itself) เป็นงานที่น่าสนใจต้องอาศัยความริเริ่มสร้างสรรค์ท้าทายให้ลงมือ (3) ความรับผิดชอบ (Responsibility) ความพึงพอใจที่เกิดขึ้นจากการได้รับมอบหมายให้ รับผิดชอบงานใหม่ ๆ ที่มีอำนาจรับผิดชอบอย่างเต็มที่ (5) ความก้าวหน้า (Advancement) การได้รับเลื่อนขั้น เลื่อนตำแหน่งให้สูงขึ้นของบุคคลในองค์กร การมีโอกาสได้ศึกษาค้นคว้าความรู้เพิ่มเติมหรือการได้รับการฝึกอบรม **ปัจจัยอนามัย (Hygiene factors)** ได้แก่ (1) โอกาสที่จะได้รับความก้าวหน้าในอนาคต (Posibility of Growth) การที่บุคคลได้รับการแต่งตั้ง เลื่อนตำแหน่ง และได้รับความก้าวหน้าในทักษะวิชาชีพ (2) ความสัมพันธ์ของผู้บังคับบัญชา ผู้ใต้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน (Interpersonal Relation with Superior, Subordinate, Peers) การมีความสัมพันธ์อันดีต่อกันสามารถทำงานร่วมกันมีความเข้าใจซึ่งกันและกันอย่างดีเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งในการทำงาน (3) ตำแหน่งหน้าที่ (Status) ในหน่วยงานเป็นที่ยอมรับนับถือของสังคม ความมีเกียรติและศักดิ์ศรีเป็นสิ่งที่สำคัญประการหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลเกิดความพอใจในงาน (4) นโยบายและการบริหาร (Policy and Administration) การจัดการและการบริหารของ องค์กร การติดต่อสื่อสารภายในองค์กรที่ดีจะช่วยทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความรู้สึกที่ดีต่อองค์กร (5) ความมั่นคง (Security) ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อ งาน ความมั่นคงในการทำงาน (6) วิธีการปกครองของผู้บังคับบัญชา (Supervision-technical) ความสามารถของผู้บังคับบัญชาในการดำเนินงาน การนิเทศงาน และความยุติธรรมในการบริหารที่มีอิทธิพลต่องานของบุคลากรในหน่วยงาน

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพพระคัมภีร์ปฐมภูมิ กรณีศึกษาอำเภอพิบูล จังหวัดนครศรีธรรมราช ประกอบด้วยคุณสมบัติพื้นฐาน ปัจจัยส่งเสริม และปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ดังนั้นเพื่อส่งเสริมให้การดำเนินงานหน่วยบริการปฐมภูมิประสบความสำเร็จ และคงไว้ซึ่งพยาบาลวิชาชีพที่ถือเป็นหัวใจหลักในการพัฒนางานหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้บริหารควรมีการพัฒนาการบริหารจัดการด้านกำลังคนดังนี้

3.1.1 ด้านบุคลากร

การพิจารณาคัดเลือกผู้ปฏิบัติงานควรพิจารณาคุณสมบัติดังนี้

- มีประสบการณ์ในบทบาทพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 1 – 3 ปี
- ชอบงานชุมชน ยินดีทำงานด้วยความสมัครใจ
- มีความมั่นใจในตนเอง ทั้งด้านความรู้ความเข้าใจในแนวคิดการบริการ เวชปฏิบัติครอบครั
- มีทักษะการสื่อสาร มีเหตุผล สามารถอธิบายได้ชัดเจน
- มีมนุษยสัมพันธ์ดี
- รู้จักแก้ปัญหาเฉพาะหน้า
- ตั้งใจและเสียสละเพื่อชุมชน ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการได้
- ร่างกายต้องแข็งแรงและขับรถจักรยานยนต์ได้
- คนในภูมิลำเนาพิจารณาเป็นพิเศษ เนื่องจากรู้พื้นเพ วัฒนธรรมและสามารถอยู่ได้นาน

3.1.2 ด้านนโยบาย

1) รัฐควรมีนโยบายที่ชัดเจนเพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพพระคัมภีร์ปฐมภูมิที่พึงประสงค์ในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับกระทรวง ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับชุมชน สู่ถึงบุคลากรทุกระดับเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้

2) รัฐควรสนับสนุนทรัพยากร งบประมาณระเบียบการปฏิบัติมีความรวดเร็วเพียงพอ เป็นจริง และเป็นไปได้ในทางปฏิบัติสำหรับหน่วยบริการสุขภาพพระคัมภีร์ปฐมภูมิ

3) ควรมีกฎหมายรองรับการปฏิบัติงานของพยาบาลในสถานีนอมนัยในการตรวจและรักษาโรคเบื้องต้น

4) สายงานการบังคับบัญชาควรไปด้วยกัน ปัจจุบันพยาบาลจากโรงพยาบาลเป็นผู้นิเทศติดตามการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ แต่ไม่อยู่ในสายการบังคับบัญชาของสถานีนามัย จึงไม่ส่งผลให้คุณให้โทษไม่ก่อให้เกิดการพัฒนา

5) การจัดให้มีผู้บริหารเครือข่ายบริการสุขภาพของอำเภอที่ไม่ใช่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้บริหารมีเวลาให้กับเครือข่ายเต็มร้อย และต้องมีระบบการพัฒนาผู้ที่ดำรงตำแหน่งนี้และมีการมอบหมายอำนาจหน้าที่ชัดเจน และควรมีการประสานงานในระดับผู้นำภายในเครือข่ายที่นำสู่การพัฒนางาน

6) ควรมีระบบการนิเทศงานและประเมินผลที่จริงจังและต่อเนื่องโดยสายบังคับบัญชาที่มีประสิทธิภาพพัฒนาการสื่อสารของผู้บริหารถึงผู้ใต้บังคับบัญชา ในประเด็น นโยบาย ทิศทาง และวิธีการให้มีประสิทธิภาพในรูปแบบต่างๆ

7) การพัฒนาระบบค่าตอบแทนที่จ่ายตามผลการปฏิบัติงานจริงเพื่อสร้างแรงจูงใจในการทำงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

8) องค์กรวิชาชีพควรผลักดันให้รัฐบาลกำหนดกรอบตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพอย่างเป็นรูปธรรมทุกหน่วยบริการปฐมภูมิ อย่างน้อยหน่วยละ 2 คน และกำหนดความก้าวหน้าในวิชาชีพอย่างชัดเจน

9) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผ่านการศึกษาลัทธิพยาบาลศาสตร์ สามารถปรับขึ้นตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพได้ด้วยตำแหน่งตนเองที่ครองอยู่

10) สถาบันการศึกษาควรปรับหลักสูตรพยาบาลศาสตร์บัณฑิตเน้นการพัฒนาคุณลักษณะและสมรรถนะบัณฑิตพยาบาลที่มีความมั่นใจในความรู้และสามารถทำงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิได้

11) การคัดเลือกผู้เรียนในชุมชน ที่มีคุณสมบัติและมีความสนใจที่จะศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ เพื่อกลับไปปฏิบัติงานในชุมชน และรัฐควรมีตำแหน่งรองรับพร้อมบัณฑิตอาชีพให้กับบุคคลเหล่านี้เพื่อขวัญกำลังใจของคนที่ยากลำบากกลับไปทำงาน

12) พยาบาลวิชาชีพที่จะลงปฏิบัติงานหน่วยบริการปฐมภูมิควรผ่านการอบรมหลักสูตรเวชปฏิบัติทั่วไป (ตรวจ โรคเบื้องต้น) ก่อนลงไปอยู่ในชุมชน

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 **ศึกษารูปแบบ** ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในความดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3.2.2 **พัฒนารูปแบบ** สมรรถนะบุคลากรที่พึงประสงค์ในการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ

3.2.3 **ศึกษารูปแบบ** หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ครบวงจรเพื่อกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานและพยาบาลวิชาชีพพึงพอใจในการปฏิบัติ

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กองการพยาบาล (2544) *มาตรฐานการพยาบาลในชุมชน*. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร
โรงพยาบาลชุมชน สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด
- กองการพยาบาล (2545) *แนวทางการจัดบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ*. พิมพ์ครั้งที่ 1
กรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลชุมชน สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (2545) *วิถีชุมชน: คู่มือการเรียนรู้ที่ทำงานให้งานชุมชนง่ายและ
สนุก* กรุงเทพมหานคร สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- กองการพยาบาล (2539) *บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล: ที่ปฏิบัติงาน
ในชุมชน* กรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- กาญจนา สันติพัฒนาชัย (2545) *ทิศทางการผลิตและพัฒนากำลังคนสาขาพยาบาลศาสตร์ของ
กระทรวงสาธารณสุข*. สถาบันพระบรมราชชนก
- กฤษดา แสงวดี (2549) “สถานการณ์และแนวโน้มของการบริหารกำลังคนสาขาพยาบาลศาสตร์” ใน
ประมวลสาระชุดวิชาประเด็นและแนวโน้มทางการบริหารการพยาบาล หน้าที่ 6 หน้า 1 -
56 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์.
- กาญจนา จันทร์ไทย “ประชุมวิชาการเรื่อง วิฤติการขาดแคลนพยาบาล วิฤติชาติ 2550” คั่นคืน
วันที่ 14 พฤศจิกายน 2550 จาก
<http://www.chiangmainews.co.th/viewnews.php?id=18555&lyo>
- กิ่งพร ทองใบ (2547) “การบริหารค่าตอบแทน ” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการจัดการองค์การ
และทรัพยากรมนุษย์* หน้าที่ 13 หน้า 335 - 403 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
สาขาวิชาวิทยาการจัดการ.
- กฤษดา แสงวดี “ การใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (GIS) ในการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพ ” คั่น
คืนวันที่ 2 กันยายน 2549 จาก http://www.dms.moph.go.th/nurse/issue4_knowledge2.html
- _____ (2548) *การจัดการทรัพยากรมนุษย์* คั่นคืนวันที่ 28 ตุลาคม 2548 จาก
http://www.stou.ac.th/Thai/Grad_Stdy/schools/shs/DOC/no4/no4-2.doc
- _____ (2548) *การวิจัยเชิงคุณภาพ* คั่นคืนวันที่ 28 ตุลาคม 2548 จาก
http://www.krumpai.net/qualitative_areewan.doc
- คิตชนก อนุชาญและคณะ (2546) “ แรงจูงใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการพัฒนาสถานีอนามัย
เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายโรงพยาบาลหาดใหญ่” *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 12,
6 (พฤศจิกายน – ธันวาคม): 1020-1029

- จุฑาวดี กลิ่นเฟื่อง (2543) “ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะงาน และบรรยากาศ
องค์การ กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัด
กระทรวงกลาโหม ” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหาร
การพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทย
ค้นคืนวันที่ 2 กันยายน 2548
- ชมชื่น สมประเสริฐ (2542) รูปแบบการเสริมสร้างแรงจูงใจในการทำงานของพยาบาล วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- ชุติมา สุวรรณประทีป (2543) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการจัดการทรัพยากรมนุษย์
กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลของรัฐ
กรุงเทพมหานคร วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการ
พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ณรงค์ศักดิ์ บุญเลิศ (2547) “การกำหนดนโยบายและการวางแผนทรัพยากรมนุษย์” ใน *ประมวลสาระ
ชุดวิชาการจัดการองค์การและทรัพยากรมนุษย์* หน้าที่ 9 หน้า 56 -133 นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช สาขาวิชาวิทยาการจัดการ
- ณัฐพันธ์ เขจรนันท์ (2547) “การเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน ” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการ
จัดการองค์การและทรัพยากรมนุษย์* หน้าที่ 14 หน้า 405 - 439 นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช สาขาวิชาวิทยาการจัดการ
- ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา (2549) “การบริหารทรัพยากรมนุษย์ในระบบบริการพยาบาล ” ใน *ประมวล
สาระชุดวิชาการพัฒนาศักยภาพระบบบริการการพยาบาล* หน้าที่ 7 หน้า 1 - 29 นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- ทายาท ศรีปลั่ง (2547) “ผลการศึกษาแนวทางการจูงใจพนักงาน” *วารสารการบริหารคน*. 25,1
(66 - 68)
- นิตา ชูโต (2545) การวิจัยเชิงคุณภาพ พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร แมทส์ปอยท์
นงลักษณ์ พะโกยะ และคณะ (2550) “ การดำรงอยู่อย่างพึงพอใจของบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐม
ภูมิ ” *วารสารผีเสื้อขยับปีก*. 1, 1 (กันยายน-ตุลาคม) 10-11
- นวลขนิษฐา ลิขิตลือชา (2547) “*ศาสตร์สาขาทางการพยาบาล และการปฏิบัติ*” ใน *หลักสูตรการ
บริหารการพยาบาลแนวใหม่* กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุ
ภัณฑ์

- _____.(2545) แนวทางกิจกรรมคุณภาพบริการปฐมภูมิ สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข
- _____.(2548) แบบประเมินตนเอง การบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ (HRM) ค้นคืนวันที่ 28
ตุลาคม 2548 จาก <http://www.rajavithi.go.th/hrm/hrm4.htm>
- _____.(2550) คู่มือประเมินรับรองมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน สำนักพัฒนาระบบบริการ
สุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
- ไพเราะ ผ่องโชค และคณะ (2547) การพยาบาลอนามัยชุมชน กรุงเทพมหานคร
จุดทองการพิมพ์
- พรชนก ทองลาด (2549) “อิทธิพลของพรหมวิหารธรรมที่มีความพึงพอใจในการทำงานและการ
ปฏิบัติงานของพนักงานโรงงานเซรามิก ในภาคเหนือตอนบน ” วารสารสมาคมนักวิจัยใน
ความอุปถัมภ์สภานักวิจัยแห่งชาติ 12, 4 (กันยายน – ตุลาคม): 28-40
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย (2550) หลักการและการใช้วิจัยเชิงคุณภาพสำหรับทางการพยาบาลและ
สุขภาพ สงขลา ชานเมืองการพิมพ์
- เพ็ญศรี วายวานนท์ (2533) การจัดการทรัพยากรมนุษย์ โครงการส่งเสริมเอกสารวิชาการ สถาบัน
บัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
- เพียงใจ มีไพฑูรย์ (2547) “ผู้นำวิชาชีพทางการพยาบาล ” ใน *หลักสูตรการบริหารการพยาบาลแนว
ใหม่* กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์
- พูลสุข หิงคานนท์ (2549) “ ทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหารระบบบริการ ” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการ
การพัฒนาศักยภาพระบบบริการการพยาบาล* หน่วยที่ 3 หน้า 3 - 66 นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาวิทยาการจัดการ
- รัตนา ยอดอานนท์ (2546) “ การพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน : กรณีศึกษาหนองสาหร่าย”
วารสารวิชาการสาธารณสุข 12, 5 (กันยายน – ตุลาคม): 689-701
- ราณี อธิชัยกุล (2547) “การจูงใจและการติดต่อสื่อสารในองค์กร ” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการ
จัดการองค์การและทรัพยากรมนุษย์* หน่วยที่ 5 หน้า 272 -338 นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาวิทยาการจัดการ
- วันชัย มีชาติ (2548) *พฤติกรรมการบริหารองค์การสาธารณะ* กรุงเทพมหานคร แอคทีฟ พรินท์
วัลลภ ไทยเหลือ “ ประชุมวิชาการเรื่อง วิกฤตการขาดแคลนพยาบาล วิกฤตชาติ 2550 ” ค้นคืนวันที่
14 พฤศจิกายน 2550 จาก
www.dtam.moph.go.th/alternative/news/newsblockdetail.php?newsid =2253

- สำเร็จ แหยงกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ (2545) ศูนย์สุขภาพชุมชน: หนทางสู่ระบบบริการที่พึงประสงค์ นครราชสีมา สมบูรณ์การพิมพ์
- สำเร็จ แหยงกระโทก (18 กรกฎาคม 2544) การดำเนินงานตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit) ค้นคืนวันที่ 28 ตุลาคม 2548 จาก http://province.moph.go.th/nakhonratchasima/PCU/PCU_Work.htm
- สมหมาย หิรัญนุช และคณะ (2547) การศึกษาสถานการณ์และแนวโน้มการบริการพยาบาลในประเทศไทย กรุงเทพมหานคร สำนักการพยาบาล
- สำนักการพยาบาล (2547) แผนยุทธศาสตร์การบริการพยาบาล (พ.ศ.2547 – 2549). กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.)
- สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล (2548) “ความรู้พื้นฐานการวิจัยทางการพยาบาล” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการวิจัยทางการพยาบาลสารสนเทศและสถิติ*. หน่วยที่ 2 หน้า 2-58 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- _____ (2549) ผลสำรวจความคิดเห็นของประชาชนและผู้ให้บริการต่อการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ.2549 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- สุมิตร สุวรรณ การวิจัยเชิงคุณภาพ (2) (*Qualitative Research*) ค้นคืนวันที่ 28 ตุลาคม 2548 จาก <http://pirun.ku.ac.th/~fedusmsw/Quali2.doc>
- สนุดตรา ตะบูนพงศ์ และคณะ (2545) การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : กรณีศึกษาอำเภอหนองม่อม จังหวัดสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- สุพัตรา ศรีวานิชชากกร (2545) “บริการปฐมภูมิ บริการใกล้บ้านใกล้ใจ” *วารสารการศึกษพยาบาล* 13,1 (มกราคม-เมษายน): 7-16
- สุปาณี เสนาดิสัย และคณะ (2546) “การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : กรณีศึกษาภาคกลาง อำเภอชัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา” *ห้องสมุดสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข* ค้นคืนวันที่ 12 สิงหาคม 2549
- สุวรรณณี เนตรศรีทอง และคณะ (2547) “การศึกษาผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพและกำลังขวัญของพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้” *โครงการศึกษาวิจัยโดยสถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้* วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดยะลา ห้องสมุดสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ค้นคืนวันที่ 13 สิงหาคม 2549

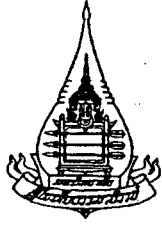
- สุนทราวดี เขียรพิเชษฐ์ และคณะ (2546) “การพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อชุมชนแห่งสุขภาพ : กรณีศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ” คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ห้องสมุดสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข คั่นคืนวันที่ 12 สิงหาคม 2549
- สุนทรี เลาวพงศ์ (2534) “การจูงใจพยาบาลใหม่ให้อยู่ในวิชาชีพการพยาบาล” *วารสารพยาบาล* 40,1 (มกราคม-มีนาคม) : 84-92
- สร้อยตระกูล (ดิทยานนท์) อรรถมานะ (2542) *พฤติกรรมองค์การ : ทฤษฎีและการประยุกต์* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- ศศิวิมล ชูตินันทกุล (2547) “องค์ประกอบการวางแผนการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิของผู้รับผิดชอบหลักโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้” วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- ศิริพร จิรวัดน์กุล (2548) . *การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล* พิมพ์ครั้งที่ 2 โรงพิมพ์ศิริกัณฑ์ ออฟเซ็ต
- อकिन รพีพัฒน์ และคณะ (2546) *คู่มือการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่องานพัฒนา* พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพมหานคร สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- อุมาพร วงศ์ประยูร (2545) “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสถานการณ์ คุณลักษณะของงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลชุมชน.” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- อารีรัตน์ มณีรัตน์ (2547) “ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าสถานีอนามัย จังหวัดเชียงราย ” วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- เอมอร แซ่จิว และคณะ (2549) *การให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของพยาบาลกรณีศึกษาหน่วยบริการในเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคใต้* *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์* 26(1), 53-71
- อุคม ทุมโมลิต (2544) “ การจูงใจคนให้ทำงาน (Motivation to work) ” ใน *การจัดการ คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์* บทที่ 7
- Bateman Thomas S. and Scott A. Snell (1999) “ *Motivating for performance : Management Building Competitive Advantage* ” Noth America : McGraw- Hill Companies 438 – 467.

- Certo. Samuel C. (1985), *Principle of Modern Management Function and System*.
Edition Boston Allyn and Bacon.
- Christine Kovner, Carol Brewer, Yow-Wu Wu, Ying Cheng, Miho Suzuki (2006) “ Factoes
Association With Work Satisfaction of Registered Nurses” *Journal of Nursing
Scholarship* 38:1, 71-79.
- Frederick Herzberg (1959) *The Motivation To Work*. New York. and London
- Frederick Herzberg's *motivation and hygiene factors* (online) available from (31/10/2006)
: URL <http://www.businessballs.com/herzberg.htm>
- Gary Dessler (2004) “ *Influencing individual behavior and Motivation : Management Principles
and practices for Tomorrow ' s. Leaders* ” Florida International University : Pearson
Printice Hall 282 – 296.
- Janice M. Swanson and Mary A. Nies (1997) “ *Community Health Nursing promotion
The Health of Aggregates* ” The United States of America : W.B. Saunders
- Naomi A. Watson and Caral Wilkinson (2001) “ *Nursing in Primary Care A Handbook for
Students*” Great Britain : Ebbw Vale.
- Roberta Hunt (2005) *Introduction To Community – Based Nursing* A Wolters Kluwer
- Robins. Stephen P. (1985) *The Administration Process*. New Delhi : Printice Hall Inc
- Robert N. Anthony. And Vijay Gavindarajan (2003) “ *Senice Organization : Management
Control Systems*” Exclusive rights by McGraw – Hill Education (Asia) 694 – 696.
- Rana Pongruengphant (2000) “ When nurses cry : coping with occupational stress in Thailand ”
International journal of nursing Studies 37 , 535-539.
- Samuel C. Certo (2000) *Motivation : Modern Management*. The United States of America :
Printice Hall.
- Thomas R. Knapp (1998).*Quantitative Nursing Research*.The United States of America

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ค.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120

โทร. 02-5048036, 02-5048037 โทรสาร 02-5048096

School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University Bangpood, Pakkred,
Nonthaburi 11120

Tel. (662) 5048036, 5048037 Fax : (662) 5048096

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

เลขที่ ๑๑/๒๕๕๑

ชื่อโครงการวิจัย : ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ
: กรณีศึกษาอำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช

เลขที่โครงการ/รหัส : ID 2485100727

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย : นางลักขณา เศษรัตน์

ที่ทำงาน : โรงพยาบาลพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ลงนาม
(อาจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข)

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม
(รองศาสตราจารย์ ดร. พูลสุข หิงคานนท์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง ๒๒ มี.ค. ๒๕๕๑

ภาคผนวก ข
แบบสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi – Structured Interview) ร่วมกับการบันทึกเทป ตามแนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเป็นข้อคำถามแบบให้เลือกและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ บุคคลที่เกี่ยวข้องและมีส่วนได้ส่วนเสียในการปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ลักษณะของแนวคำถามเป็นแบบปลายเปิด

แนวคำถามสัมภาษณ์แบบเชิงลึก

ประเด็นการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ / กลุ่มวิชาชีพแพทย์

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ในส่วนนี้เป็นคำถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับตัวท่าน กรุณาเลือกคำตอบที่เหมาะสมในแต่ละคำถาม หรือเติมคำในช่องว่าง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ
3. สถานภาพสมรส
 () โสด () คู่ () ม้าย () หย่าร้าง () แยกกันอยู่
3. วุฒิการศึกษา
 () ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
 () ปริญญาโท
 () อื่นๆ (ระบุ).....
4. ตำแหน่งที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน
 () แพทย์ () พยาบาลวิชาชีพ
 () นักวิชาการ
 () อื่นๆ ระบุ
5. สถานที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 () โรงพยาบาล () รัฐบาล () เอกชน
 () สถานีอนามัย / PCU
 () สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

- () สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- () สถาบันการศึกษาพยาบาล
- () อื่นๆ (ระบุ).....

6. ลักษณะงานที่ปฏิบัติ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () ผู้บริหาร / หัวหน้างาน
- () พยาบาลประจำการ
- () พยาบาลเวชปฏิบัติ
- () นักวิชาการ
- () อาจารย์
- () อื่นๆ (ระบุ).....

7. ประสบการณ์ทำงาน.....ปี

ส่วนที่ 2 แนวคำถามสัมภาษณ์แบบเชิงลึก

ประเด็นการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ / กลุ่มวิชาชีพแพทย์ / ผู้บริหารทางการพยาบาล/อาจารย์พยาบาล

ประเด็นการสัมภาษณ์

1. ท่านคิดอย่างไรต่อการบริหารบุคลากรทางการพยาบาลยุคปฏิรูประบบบริการสุขภาพให้กับประชาชนในหน่วยบริการปฐมภูมิ
2. ท่านคิดอย่างไรต่อการลาออกของบุคลากรทางการพยาบาลในปัจจุบัน
3. ท่านคิดว่าการธำรงรักษามูลค่าบุคลากรทางการพยาบาลควรทำอย่างไร

ประเด็นการสัมภาษณ์กลุ่มวิชาชีพพยาบาลระดับปฏิบัติการ

ประเด็นการสัมภาษณ์

1. ท่านคิดอย่างไรต่อการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ / ในชุมชน
2. เพราะอะไรท่านจึงปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่ได้นานในปัจจุบัน
3. ท่านคิดว่ามีปัจจัยใดบ้างที่จะทำให้ท่านปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไม่ได้

แนวคำถามสัมภาษณ์แบบเชิงลึก

ประเด็นการสัมภาษณ์กลุ่มผู้นำองค์กรประชาชน / กลุ่มผู้นำท้องถิ่น / กลุ่มประชาชน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ในส่วนนี้เป็นคำถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับตัวท่าน กรุณาเลือกคำตอบที่เหมาะสมในแต่ละคำถาม หรือเติมคำในช่องว่าง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ ปี
3. สถานภาพสมรส
 () โสด () คู่ () ม่าย () หย่าร้าง () แยกกันอยู่
3. วุฒิการศึกษา
 () ประถมศึกษา
 () มัธยมศึกษา
 () อนุปริญญา
 () ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
 () ปริญญาโท
 () อื่นๆ (ระบุ).....

ส่วนที่ 2 แนวคำถามสัมภาษณ์แบบเชิงลึก

ประเด็นการสัมภาษณ์กลุ่มผู้นำองค์กรประชาชน / กลุ่มผู้นำท้องถิ่น / กลุ่มประชาชน

ประเด็นการสัมภาษณ์

1. ปัจจุบันในชุมชนของท่านๆต้องการให้พยาบาลวิชาชีพช่วยเหลืออะไรให้แก่ท่านด้านสุขภาพในภาพรวม
2. ท่านคิดว่าพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในชุมชนควรมีคุณลักษณะอย่างไร
3. ท่านคิดว่าตัวท่านมีส่วนร่วมรับผิดชอบ หรือมีบทบาทอย่างไรบ้างในการให้การสนับสนุนบริการสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ภาคผนวก ค
ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา และประสบการณ์ในการทำงาน

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล (n = 13)

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	4	30.77
หญิง	9	69.23
รวม	13	100.00
2. อายุ		
21-30 ปี	2	15.38
31-40 ปี	4	30.77
41-50 ปี	5	38.46
51-60 ปี	2	15.38
รวม	13	100.00
Mean = 40.38 Max = 53 ปี Min = 24 ปี		
3. สถานภาพสมรส		
โสด	4	30.77
คู่	9	69.23
รวม	13	100.00
4. วุฒิการศึกษา		
ปริญญาตรี	8	61.53
ปริญญาโท	5	38.46
รวม	13	100.00

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้สนทนากลุ่มในกลุ่มเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยจำแนกตาม
ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล (n = 9)

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล(ต่อ)	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	2	22.22
หญิง	7	77.78
รวม	9	100.00
2. อายุ		
21-30 ปี	1	11.11
31-40 ปี	2	22.22
41-50 ปี	4	44.44
51-60 ปี	2	22.22
รวม	9	100.00
Mean = 42.77 Max = 57 ปี Min = 25 ปี		
3. สถานภาพสมรส		
โสด	2	22.22
คู่	6	66.66
ม้าย	1	11.11
รวม	9	100.00
4. วุฒิการศึกษา		
อนุปริญญา	3	33.33
ปริญญาตรี	6	66.66
รวม	9	100.00

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล(ต่อ)	จำนวน	ร้อยละ
5. ประสบการณ์การทำงาน		
1-5 ปี	1	11.11
6-10 ปี	0	00.00
11-15 ปี	1	11.11
16-20 ปี	2	22.22
> 20 ปี	5	55.55
รวม	9	100.00
Mean = 21.66 Max = 35 ปี Min = 5 ปี		

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้สนทนากลุ่มในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามลักษณะ
ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล (n = 11)

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล(ต่อ)	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	0	00.00
หญิง	11	100.00
รวม	11	100.00
2. อายุ		
21-30 ปี	2	18.18
31-40 ปี	6	54.54
41-50 ปี	3	27.27
รวม	11	100.00
Mean = 34 Max = 44 ปี Min = 26 ปี		

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล(ต่อ)	จำนวน	ร้อยละ
3. สถานภาพสมรส		
โสด	6	54.54
คู่	4	36.36
ม่าย	1	9.09
รวม	11	100.00
4. วุฒิการศึกษา		
ปริญญาตรี	10	90.90
ปริญญาโท	1	9.09
รวม	11	100.00
5. ประสบการณ์การทำงาน		
1-5 ปี	2	18.18
6-10 ปี	2	18.18
11-15 ปี	4	36.36
16-20 ปี	1	9.09
> 20 ปี	2	18.18
รวม	11	100.00
Mean = 13 ปี Max = 24 ปี Min = 3 ปี		

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางลักขณา เคนาร์ตัน
วัน เดือน ปีเกิด	12 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2508
สถานที่เกิด	34 หมู่ที่ 4 ตำบลยางค้อม อำเภอพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช
ที่อยู่ปัจจุบัน	254/2 หมู่ที่ 1 ตำบลพิบูลย์ อำเภอพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ พ.ศ.2530
ที่ทำงาน	โรงพยาบาลพิบูลย์ ตำบลยางค้อม อำเภอพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช
ตำแหน่ง	หัวหน้าพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ 7 (ด้านการพยาบาล) โรงพยาบาลพิบูลย์