

กิจกรรมและผลลัพธ์การดำเนินงานเกี่ยวกับการรักษาโรคเบื้องต้น
ของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

กิจกรรมและผลลัพธ์การดำเนินงานเกี่ยวกับการรักษาโรคเบื้องต้น
ของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

๖๓ ๑๖๕

นาย เวหา เกษมสุข

ผู้วิจัย

๓๖ ๑๖๕

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นพวรรณ เปียชื่อ,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

๓๖ ๑๖๕

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุจินดา จารุพัฒน์ มารูโอ,

Ph.D. (Life Science and Human Technology)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

๓๖ ๑๖๕

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

๓๖ ๑๖๕

รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์ศักดิ์,

พย. ค.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

กิจกรรมและผลลัพธ์การดำเนินงานเกี่ยวกับการรักษาโรคเบื้องต้น
ของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

วันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2553

นายเวหา เกษมสุข

ผู้วิจัย

ผู้วิจัย

ศาสตราจารย์สมจิต หนูเจริญกุล,

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นงลักษณ์ สุวิสิทธิ์

ปร.ด. (พยาบาลศาสตร์)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุจินดา จารุพัฒน์ มารูโอ,

Ph.D. (Life Science and Human

Technology)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นพวรรณ เปียเชื้อ,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน,พ.บ.

คณบดี

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพวรรณ เปียซื่อ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุจินดา จารุพัฒน์ มารุโอ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ศาสตราจารย์ เกียรติคุณ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล ประธาน กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงลักษณ์ สุวิสิทธิ์ กรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ ที่กรุณา อุทิศเวลาให้คำแนะนำ ปรึกษา ตรวจสอบ ข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ เป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้ผู้วิจัยนำไปปรับปรุงแก้ไข จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงเป็น อย่างดี ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลทุกท่าน ที่ช่วยประสิทธิ์ประสาทความรู้ และชี้แนะแนวทางการเรียนรู้ ตลอดระยะเวลาที่ศึกษาและคุณครูในอดีตที่มีพระคุณ

ขอกราบขอบขอบคุณ คณบดี ผู้บริหาร ผู้บังคับบัญชา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่อนุญาติทุนสนับสนุนการศึกษาและการลาศึกษาต่อ รวมทั้งสภากาพยาบาล และสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย

ขอขอบคุณในความอนุเคราะห์และความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการทำ วิทยานิพนธ์ครั้งนี้จากพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เจ้าหน้าที่ กลุ่มตัวอย่างทุกท่านในอำเภอสวรรคภูหา จังหวัดหนองบัวลำภู ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่าเข้าร่วมในการวิจัยและอำนวยความสะดวกจนทำให้ การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดีตลอดจนเจ้าหน้าที่หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะ แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกใน การศึกษาครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

ขอขอบคุณ พี่ๆ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ทุกท่านที่ช่วยเหลือและเป็น กำลังใจมาโดยตลอด ทำนุผู้วิจัยขอกราบระลึกถึงพระคุณบุญการผู้ให้กำเนิดและสมาชิกทุกคนใน ครอบครัว ที่คอยห่วงใยและให้กำลังใจตลอดมาด้วยความซาบซึ้งยิ่งไว้ ณ โอกาสนี้

เวหา เกษมสุข

กิจกรรมและผลลัพธ์การดำเนินงานเกี่ยวกับการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

ACTIVITIES AND OUTCOMES OF PRIMARY MEDICAL CARE BY A COMMUNITY NURSE PRACTITIONER

เวหา เกษมสุข 5136682 RACN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : นพวรรณ เปียซ้อ, Ph.D. (Nursing), สุจินดา จารุพัฒน์ มารูโอ, Ph.D. (Life Science and Human Technology)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงผลลัพธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยประสิทธิภาพและความคุ้มค่าของ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและพยาบาลเวชปฏิบัติในระบบสุขภาพของประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา กิจกรรมและผลลัพธ์ของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนด้านการรักษาโรคเบื้องต้น ได้แก่ ความพึงพอใจของ ผู้รับบริการ ภาวะสุขภาพหลังได้รับบริการ และค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชนที่มีผลงานเป็นเลิศ 1 คน และผู้รับบริการจำนวน 200 คน ที่มารับบริการจากพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนใน สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดหนองบัวลำภู เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์จาก แบบสอบถาม การทบทวนเวชระเบียน และการสังเกตกิจกรรมการปฏิบัติงานของพยาบาลพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติบรรยาย และสรุปประเด็นจากข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.5) เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 40.68 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกร อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการสุขภาพฯ มาตรวจด้วยปัญหาระบบ ทางเดินหายใจมากที่สุด รองลงมาคือระบบทางเดินอาหาร ใช้เวลาเฉลี่ยในการตรวจรักษา 8.28 นาที (ค่าพิสัย 6-10 นาที) โดยมีกิจกรรมดังนี้ ผู้รับบริการติดต่อเจ้าหน้าที่แล้วค้นเพิ่มประวัติครอบครัวของตนเอง ภายหลังการ กล่าวทักทาย พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนทำการซักประวัติ และตรวจร่างกาย โดยผู้รับบริการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 97.0) ได้รับการตรวจร่างกายและทุกคนได้รับการประเมินสัญญาณชีพ วินิจฉัยแยกโรคและให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ปัญหาสุขภาพที่ตรวจพบ เกือบทั้งหมดได้รับการสอนสุขศึกษา (ร้อยละ 98.5) มีโอกาสในการสอบถามปัญหา สุขภาพหรือวิธีการปฏิบัติตัว (มากกว่าร้อยละ 97.5) ได้รับยา (ร้อยละ 99.5) และคำแนะนำการใช้ยา (ร้อยละ 97.0) โดยพบว่ายาที่มีการใช้มากที่สุดเป็นยาชนิดรับประทานในกลุ่มยาแก้ปวด/ลดไข้ คือพาราเซตามอล คิดเป็น ร้อยละ 60.0 และยาฉีดคือ วิตามินบี 1-6-12 คิดเป็นร้อยละ 11.5 ของผู้รับบริการทั้งหมด เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48.5) ได้รับการทำหัตถการ โดยเป็นการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อมากที่สุด ผู้ที่ได้รับการนัดหมายเพื่อตรวจติดตามคิด เป็นร้อยละ 2.5 ในขณะที่ร้อยละ 3.5 ได้รับการส่งต่อ สำหรับความพึงพอใจ ผู้รับบริการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 98.0) มีความพึงพอใจในระดับดี การติดตามผลการรักษาพบว่า ร้อยละ 73 หายหรือมีอาการเป็นปกติ และร้อยละ 27 มี อาการดีขึ้น ความคาดหวังในการมารับบริการครั้งต่อไปพบว่า ร้อยละ 99.5 จะมาใช้บริการอีก ในด้านค่าใช้จ่าย ของผู้รับบริการคิดเป็นค่าเดินทางเฉลี่ย 12.20 บาทต่อคนต่อเที่ยวและค่ายาเฉลี่ย 24.57 บาทต่อคนต่อครั้ง

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า กิจกรรมในด้านการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชนในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ ผลการศึกษามีข้อเสนอแนะใน การส่งเสริมให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถปฏิบัติตามบทบาทดังกล่าวได้อย่างเหมาะสมและพัฒนาระบบ บริการด้านการรักษาโรคเบื้องต้นให้มีประสิทธิภาพและมีผลลัพธ์ที่ดี

คำสำคัญ: การรักษาโรคเบื้องต้น / ผลลัพธ์ / พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

ACTIVITIES AND OUTCOMES OF PRIMARY MEDICAL CARE BY A COMMUNITY NURSE PRACTITIONER

WEHA KASEMSUK 5136682 RACN/M

M.N.S. (COMMUNITY HEALTH NURSE PRACTITIONER)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: NOPPAWAN PIASEU, Ph.D. (Nursing),
SUCHINDA JARUPAT MARUO, Ph.D. (Life Science and Human Technology)**ABSTRACT**

This outcome research aimed to describe activities and outcomes of primary medical care by a community nurse practitioner including patient satisfaction, health condition after receiving care, and medical care expenses. The sample consisted of one community nurse practitioner who was awarded for Best Practice and 200 service users who sought healthcare services at a primary care setting in Nongbualumpu Province, Thailand. Data were collected by using questionnaires, reviews of medical records, and observation of primary medical care provided by the community nurse practitioner. Quantitative data were analyzed by using descriptive statistics, and content analysis was employed to analyze qualitative data.

The findings showed that most of the subjects (76.5%) were female, with the mean age of 40.68 years. They were farmers and resided in the area under the responsibility of the healthcare setting. Most of them sought treatment for their respiratory problems, followed by problems of the gastro-intestinal system. The duration of primary medical care was 8.28 minutes on average, ranging from six to ten minutes. The activities performed by the community nurse practitioner included processes after the service users retrieved their own medical records. They met with the community nurse practitioner who greeted them, interviewed them to take their history and gave a physical examination. Almost all of the service users (97%) received a physical examination, and all of them were assessed for vital signs, differential diagnosis, and provided information on their health problems. Almost all of them received health education (98.5%), had an opportunity to ask about health problems or self-care practices (97.5%), received prescribed medications (99.5%), and advice on medication use (97%). It was found that the most frequently prescribed medication was analgesics and antipyretic such as paracetamol (60%), while an intramuscular injection of vitamins B 1-6-12 was used most often in 11.5% of all service users. Moreover, almost half (48.5%) received a medical procedure, with intramuscular injections used most often. In addition, 2.5% of the subjects had an appointment with the community nurse practitioner for follow-up diagnosis whereas, 3.5% were referred to a hospital. With regard to satisfaction, nearly all service users (98%) had a good level of satisfaction. A follow-up showed that 73% were completely recovered or had normal symptoms, while 27% had improved symptoms. Regarding expectations about the next service, almost all of them (99.5%) indicated that they would return to the healthcare setting to use services again. Finally, the average expense on transportation were 12.20 baht/ person/trip and medical expenses were 24.57 baht /person/visit, respectively.

The findings revealed that activities of primary medical care services of the community nurse practitioner resulted in good outcomes for service users. It is recommended that support should be offered to the community nurse practitioner to enable her to continue her practices. The primary medical care service provision system should also be developed to increase its efficiency and effectiveness and to ensure desirable outcomes.

KEY WORDS: PRIMARY MEDICAL CARE / OUTCOMES / COMMUNITY NURSE PRACTITIONER

147 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ซ
บทที่ 1 บทนำ	
ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
นิยามศัพท์	7
กรอบแนวคิดการวิจัย	7
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	
ระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย	10
การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง และความเป็นมา/แนวคิด	12
ผลลัพธ์จากการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในระบบบริการสุขภาพ	20
ขอบเขต/สมรรถนะ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน	
ในการรักษาโรคเบื้องต้นตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาล	24
กรอบแนวคิดในการศึกษา	27
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
แบบการวิจัย	32
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	32
สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล	34
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	35

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การเก็บรวบรวมข้อมูล	36
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	38
การวิเคราะห์ข้อมูล	38
บทที่ 4 ผลการวิจัย	39
บทที่ 5 การอภิปรายผล	74
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	87
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	92
บทสรุปสมบูรณภาษาอังกฤษ	107
รายการอ้างอิง	127
ภาคผนวก	134
ประวัติผู้วิจัย	147

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	ลักษณะทั่วไปของผู้รับบริการ	42
2	ลักษณะการมารับบริการ	45
3	ปัญหาสุขภาพหรืออาการสำคัญตามการรับรู้ของผู้รับบริการ	48
4	ความถี่ของกิจกรรมในการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน	51
5	ปัญหาสุขภาพในการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน	53
6	ประเภทและชนิดของยารับประทานที่ใช้ในการรักษาโรคเบื้องต้น ของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน	56
7	ชนิดของยาฉีดที่ใช้ในการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน	59
8	ชนิดของยาใช้ภายนอกและเวชภัณฑ์ที่ใช้ในการรักษาโรคเบื้องต้น ของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน	60
9	สรุปปัญหาสุขภาพและกิจกรรมในการรักษาโรคเบื้องต้น ของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน	61
10	ชนิดหัตถการในการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน	66
11	ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการภายหลังบริการจากพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน	70
12	เหตุผลของผู้รับบริการในการตัดสินใจใช้บริการครั้งต่อไป	70
13	ค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการในการรับบริการจากพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน	72

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านต่างๆ ส่งผลให้วิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป เกิดการเจ็บป่วยด้วยปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อนและค่าใช้จ่ายสูง โดยค่าใช้จ่ายของรัฐเกี่ยวกับสุขภาพของประชากรไทยเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 6 ต่อปี ส่วนใหญ่ใช้ไปกับการรักษาพยาบาลมากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนความเท่าเทียมในการกระจายของโรงพยาบาลรัฐในภาคต่างๆ ของประเทศไทยยังมีความแตกต่างกัน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนเตียงต่อประชากรน้อยที่สุดคือ 1 เตียงต่อประชากร 740 คน ในขณะที่กรุงเทพมหานคร 1 เตียงต่อประชากร 223 คนและยังมีโรงพยาบาลเอกชนมากที่สุด (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2552) นอกจากนี้ยังพบว่าสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อจำนวนประชากรไทยทั่วประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 - 2550 คือ 1:687, 1:652, 1:613, 1:619 และ 1:597 คนตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2550) เมื่อพิจารณาในระดับภาคในปี พ.ศ. 2550 พบว่า กรุงเทพมหานคร มีสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากรมากที่สุดคือ 1:240 ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือมีสัดส่วนน้อยที่สุด คือ พยาบาลวิชาชีพ 1 คนต่อประชากร 638 คน อีกทั้งสัดส่วนแพทย์ต่อประชากร ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือแพทย์ 1 คนต้องรับผิดชอบประชากร 5,308 คน ด้วยข้อจำกัดนี้การบริการสุขภาพจึงต้องการพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ความสามารถขั้นสูงในการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อน

ภายหลังวิกฤติเศรษฐกิจในปี พ.ศ.2540 ประเทศไทยมีการปฏิรูประบบสุขภาพที่มุ่งเน้นการบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น เพราะเป็นระบบบริการสุขภาพระดับต้นที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, คณิศร เต็งรัง, ราตรี แก้วปิ่น และวรัญญา เพ็ชรคง, 2545; ปรีดา แต่อารักษ์และคณะ, 2543; สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2552) โดยเป็นระบบบริการสุขภาพเชิงรุกที่สำคัญและครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2550) การให้บริการเป็นทีมสุขภาพ โดยมีการผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษาโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ ขอบเขตการบริการจัดบริการเชิงรุกในชุมชนโดยสถานีนอามัยหรือหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและโรงพยาบาล

ชุมชน (ปรีดา แด่อารักษ์และคณะ, 2543) มีเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับบริบท ระบบบริการสุขภาพ ปฐมภูมิสามารถดูแลสุขภาพประชาชนได้อย่างเป็นองค์รวม มีความเข้าใจในมิติทางสังคมของภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยตามบริบทของสังคม วัฒนธรรม ในการเข้าถึงบริการและความเป็นธรรม ในระบบบริการสุขภาพ พบว่าประชากรไทยกลุ่มรายได้ต่ำมีสัดส่วนการใช้บริการสุขภาพมากขึ้น รัฐจัดสรรงบประมาณอุดหนุนบริการสุขภาพซึ่งให้ประโยชน์ต่อกลุ่มประชากรผู้มีรายได้น้อย มากกว่ากลุ่มที่มีรายได้สูง (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2548) ประชาชนผู้ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เคยใช้บริการมากกว่าร้อยละ 51.4 เห็นว่าบริการที่ได้รับใกล้เคียงกัน เมื่อเทียบกับสิทธิอื่นๆ ได้แก่ ความรวดเร็วในการรอรับการตรวจรักษา วิธีการรักษา ชนิด/ประเภท ของยาและจำนวนยาที่ได้รับเป็นต้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพและสำนักวิจัยเอแบค-เคเอสซี อินเทอร์เน็ตโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ, 2549)

พยาบาลวิชาชีพโดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) เป็นบุคลากรที่เป็นกำลังสำคัญและมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อตอบสนองให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมีพยาบาลถึงร้อยละ 80 ของเจ้าหน้าที่สุขภาพทั้งหมด รัฐบาลมีนโยบายพัฒนาสถานอนามัยให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต) และพัฒนาเครือข่ายการส่งต่อในทุกระดับอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ลดค่าใช้จ่ายและความแออัดของโรงพยาบาลได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552) ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลในระบบบริการปฐมภูมินั้นต้องการพยาบาลที่มีศักยภาพทั้งในด้านประสบการณ์ และความรู้ในขั้นสูง ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเป็นการปฏิบัติที่มีลักษณะแตกต่างจากการพยาบาลขั้นพื้นฐานทั่วไปที่ต้องใช้ทักษะและสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการโดยใช้ความรู้ทั้งในเชิงกว้างและเชิงลึก ใช้วิจารณญาณในการไตร่ตรองหาเหตุผล เพื่อตัดสินใจทางคลินิกในการจัดการกับผู้ป่วย/ ผู้มารับบริการ หรือชุมชน ที่มีปัญหาซับซ้อน มีทักษะสูงในการจัดการเกี่ยวกับองค์กร รวมทั้งระบบสิ่งแวดล้อม มีทักษะในการติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ และบุคคลอื่นทั้งภายใน และภายนอกระบบสุขภาพ มีเอกสิทธิ์สูงในการปฏิบัติสามารถตัดสินใจได้อย่างอิสระ และรับผิดชอบในผลที่ตามมา (สมจิต หนูเจริญกุล, 2550) เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการและปัญหาสุขภาพของประชาชนที่มีความซับซ้อนทั้งในมิติทางสังคมและวัฒนธรรม

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นผู้มีความสามารถในการพัฒนาระบบการดูแลและแก้ไข ปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนโดยใช้กระบวนการพยาบาล สามารถรวบรวมข้อมูลผู้รับบริการได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์โดยใช้องค์ความรู้และศิลปะในการศึกษาถึงภูมิหลัง อุปนิสัย ประเพณี วัฒนธรรม ข้อมูลครอบครัวเป็นต้น (กนกพร หมู่พยัคฆ์, 2550) การบริการที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดนั้น

พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิจะต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดี มีความชำนาญหลายด้าน มีข้อมูลเพียงพอ ทันสมัยและเพิ่มพูนความรู้ของตนเองตลอดเวลาเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้รับบริการ ประชาชน และระบบบริการสุขภาพ ในต่างประเทศมีบริการทางด้านสุขภาพที่พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเป็นผู้ให้บริการ จากการศึกษาผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงตามเอกสิทธิ์ของวิชาชีพโดยแฮมริกและคณะ (Hamric, Lindebak, Worley & Jaubert, 1998) พบว่า เกิดผลลัพธ์ดีมาก โดยผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่งมีอาการดีขึ้นและเกิดความพึงพอใจ ใช้เวลาในการรอเพื่อรับบริการน้อยลง จากการศึกษาติดตามผลลัพธ์สองปีพบว่าอัตราการกลับมาตรวจซ้ำในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยแพทย์สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยพยาบาลเวชปฏิบัติ และมีหลักฐานสนับสนุนว่าคุณภาพของการดูแลโดยพยาบาลเวชปฏิบัติไม่แตกต่างจากแพทย์ (Lenz, Mudinger, Kane, Hopkins, & Lin, 2003)

ประเทศไทยโดย สภาการพยาบาลได้ออกประกาศเรื่องขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ในสาขาต่างๆ ในปี 2551 (สภาการพยาบาล, 2551) เพื่อให้พยาบาลสามารถตอบสนองต่อปัญหา ความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการที่มีความซับซ้อนได้อย่างมีคุณภาพ มีมาตรฐาน จากการศึกษาของเรณู พุกบุญมีและคณะ (เรณู พุกบุญมีและคณะ, 2551 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2552) เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนาบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่ได้รับวุฒิบัตรในประเทศไทยจำนวน 206 คนตามการรับรู้ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง พบว่ามีการรับรู้ถึงการปฏิบัติของตนส่งผลลัพธ์ต่อผู้ใช้บริการ โดยเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดภาวะแทรกซ้อน ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมาน เพิ่มการดูแลที่ต่อเนื่อง ลดอัตราการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย เพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ หน่วยงานมีนวัตกรรมและแนวปฏิบัติช่วยลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาลประจำการ เกิดการพัฒนาระบบคุณภาพ การปฏิบัติงานแบบสหวิชาชีพและระบบส่งต่อที่มีคุณภาพ เกิดเครือข่ายในการปฏิบัติงานและระบบการปรึกษา เกิดการพัฒนาเอกสิทธิ์ของวิชาชีพ

นอกจากนี้ยังพบผลลัพธ์ว่าโรงพยาบาลที่มีผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่งผลให้ความทนต่อกิจกรรม ความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น อาการกำเริบเฉียบพลัน ค่าใช้จ่าย และอัตราการนอนโรงพยาบาลลดลง (พิกุล นันทชัยพันธ์ สารทิ วงศ์สิทธิ์ จงลักษณ์ จัมนันใจ และกชพร เชื้อนธนะ, 2553 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล, 2553) ผู้ป่วยสตรีมีเรื้อรังเต้านมหลังผ่าตัดไม่ต้องเข้ารับการรักษารักษาซ้ำ ความสม่ำเสมอในการรับการรักษาด้วยเคมีบำบัดเพิ่มขึ้น การเข้ารับการรักษาและการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังให้เคมีบำบัดลดลง แพทย์ให้การยอมรับและเห็นประโยชน์ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (รัชนิ นาม

จันทรา ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ ปิ่นหทัย สุกเมธพร กนกพร นทีชนสมบัติ และประทุม สร้อยวงศ์, 2553 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล, 2553) จำนวนวันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในการจัดการดูแลผู้ป่วยวิกฤต อัตราการเกิดภาวะปอดอักเสบ แผลกดทับ และการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดลดลง (ฉวีวรรณ ชงชัย และมยุลี สำราญญาติ, 2553 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล, 2553) สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมคลอดจากสู่วิถีการพยาบาลขั้นสูงมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ความพึงพอใจในบริการ ความพึงพอใจในการคลอด อัตราการให้นมบุตรและการมีส่วนร่วมของสามีสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการจากพยาบาลประจำการ ส่วนภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ การได้รับยาเร่งคลอด ความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และระยะเวลาในการคลอดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลจากสู่วิถีการพยาบาลขั้นสูง (สุกัญญา ปรีชญญกุล และโสเพ็ญ ชูนวน, 2553 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2553) ผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อเชื้อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราภายหลังเข้ารับการรักษาโดยมีสู่วิถีการพยาบาลขั้นสูงสร้างและใช้แนวปฏิบัติในการดูแล มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การประเมินตนเอง การดูแลสุขภาพอนามัย การรับประทานอาหารสูงขึ้นกว่าก่อนเข้ารับการรักษา และกลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งมีความพึงพอใจในระดับสูง รองลงมาคือระดับปานกลาง (อำภาพร นามวงศ์พรหม พูลสุข เจนพานิชย์ วิมลรัตน์ บุญเสถียร น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ มนพร ชาติธานี และวิลาวัลย์ แก้วอ่อน, 2553 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล, 2553)

ในการนำเสนอผลงานของ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน พบว่าพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีส่วนสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้รับบริการ ตัวอย่างเช่น ผลจากการปฏิบัติงานเกิดโครงการเด็กอาสาอนามัยทำให้เด็กเกิดความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง มีความเฉลียวฉลาด ความฉลาดทางอารมณ์สูงขึ้น ได้รับการดูแลจากผู้ปกครอง ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย เด็กขาดการดูแล และติดการพนันได้รับการแก้ไข (นิตยา หาญรักษ์, 2552) ผู้เป็นเบาหวานสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม มีความรู้ความเข้าใจในโรคเบาหวานสามารถควบคุมน้ำตาลได้ด้วยตนเอง เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อทีมพยาบาลช่วยพัฒนาทักษะความสามารถ ส่งเสริมการทำงานเป็นสหวิชาชีพ จากการปฏิบัติงานทำให้เป็นที่ยอมรับของผู้ป่วยและญาติ และมีผลงานลงตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานปีละ 1 เรื่อง (เบญจมาภรณ์ วงศ์ประเสริฐ, 2552) สำหรับการดำเนินงานรักษาโรคเบื้องต้น พบโรคและปัญหาสุขภาพของประชาชนคือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน พิกการ โรคจิต โรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคกระเพาะอาหารและวิงเวียนศีรษะ เป็นต้น นอกจากนั้นยังมีการนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้รับบริการที่บ้านทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าถึงข้อมูลสุขภาพประชาชนในชุมชนได้เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังหรือผู้พิการในชุมชนที่ไม่เคยมาใช้บริการ ช่วยเสริมสร้าง

พลังอำนาจให้กับชุมชน ลดช่องว่างระหว่างภาครัฐและประชาชน ประชาชนเกิดความภาคภูมิใจในการปฏิบัติงาน (จิรพันธ์ โพธิ์พฤษ, 2552)

จะเห็นได้ว่าพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโดยเฉพาะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่จะทำให้ระบบบริการปฐมภูมิมีคุณภาพและประสิทธิภาพ ตั้งแต่ปี 2546 ถึงปัจจุบัน สภาการพยาบาลได้จัดให้มีการสอบและออกวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะสาขาเพื่อเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงรวม 944 คนเป็นสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 97 คน (อุบล จ้างพานิช, 2553; สมจิต หนูเจริญกุล, 2553) และมีผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนหลายประการ ตามบริบทของพื้นที่และลักษณะของกิจกรรม การศึกษากิจกรรมในการดำเนินงานของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนรวมทั้งผลลัพธ์ในแต่ละพื้นที่ยังมีข้อจำกัด อีกทั้งยังไม่มี การรวบรวมและประเมินผลลัพธ์ไว้อย่างเป็นระบบ ซึ่งการประเมินผลลัพธ์ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเป็นสิ่งที่จำเป็น เพราะผลลัพธ์เป็นส่วนสำคัญของระบบบริการสุขภาพและการประกันคุณภาพ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต้องแสดงผลลัพธ์ของการดูแลให้เป็นที่ประจักษ์จึงจะเป็นที่ยอมรับในระบบบริการสุขภาพได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2553) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการศึกษา ลักษณะและกิจกรรมในการดำเนินงานของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนรวมทั้งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยการศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นศึกษาในบทบาทการรักษาโรคเบื้องต้นตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาล ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ภาวะสุขภาพและค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการภายหลังได้รับบริการจากพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ผลการศึกษานี้จะนำมาเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนกิจกรรมให้เหมาะสมกับประชากรเป้าหมาย การกำหนดอัตราค่าจ้างและสมรรถนะของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต่อไป

คำถามวิจัย

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มีการปฏิบัติกิจกรรมอะไรในการรักษาโรคเบื้องต้น
2. ความพึงพอใจของผู้รับบริการภายหลังได้รับบริการจากพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการรักษาโรคเบื้องต้น เป็นอย่างไร
3. ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับบริการจากพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการรักษาโรคเบื้องต้น เป็นอย่างไร
4. ค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการในการรับบริการจากพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนด้านการรักษาโรคเบื้องต้น เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษากิจกรรมของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ในการรักษาโรคเบื้องต้น
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการ ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ภายหลังการรับบริการ ค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ในการรักษาโรคเบื้องต้น

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาเชิงผลลัพธ์ครั้งนี้ดำเนินการที่สถานีอนามัยแห่งหนึ่งใน อำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู สถานีอนามัยแห่งนี้มี เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน รับผิดชอบและปฏิบัติกิจกรรมในการตรวจรักษาโรคเบื้องต้น การสร้างเสริมสุขภาพและให้ภูมิคุ้มกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ การส่งต่อและติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง มีประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบมารับบริการจากสถานีอนามัยมากกว่า 1,800 คน/เดือนจากจำนวนประชากรในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยมากกว่า 5,000 คน การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษา กิจกรรมของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ในการรักษาโรคเบื้องต้น และผลลัพธ์ได้แก่ ความพึงพอใจ ภาวะสุขภาพ และค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ ตามกรอบแนวคิดของโคนาปีเดียน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษาครั้งนี้ คือ

1. ได้ตัวอย่างด้านการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ
2. ได้แนวทางในการพัฒนาบทบาทด้านการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ
3. ได้แนวทางเพื่อเป็นข้อมูลเสนอแนะต่อผู้กำหนดนโยบายเพื่อใช้ในการกำหนดตำแหน่ง และเห็นความสำคัญในการมีพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ
4. ได้ข้อมูลเสนอแนะต่อสถาบันการศึกษาในการกำหนดหลักสูตรและแนวทางในการพัฒนาการศึกษาแก่บัณฑิตเพื่อก้าวเข้าสู่ตำแหน่งพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

นิยามศัพท์

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับวุฒิบัตรรับรองความรู้ ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ปฏิบัติหน้าที่ให้การพยาบาลโดยตรง บริหารจัดการในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชนที่มีปัญหาสุขภาพ หรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ การรักษาโรคเบื้องต้น ซึ่งต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญและทักษะการพยาบาลขั้นสูง

กิจกรรมด้านการรักษาโรคเบื้องต้น หมายถึง ขั้นตอน วิธีการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการตรวจ วินิจฉัย ให้การบำบัดเพื่อจัดการกับปัญหาหรือภาวะคุกคามของผู้รับบริการตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาล ประเมินโดยใช้แบบสอบถาม แบบบันทึกการสังเกต สัมภาษณ์การให้บริการ และการทบทวนเวชระเบียน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสรุปประเด็นในแต่ละกิจกรรม

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ หมายถึง ความรู้สึกหรือทัศนคติของผู้รับบริการที่มีต่อบริการสุขภาพและพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ภายหลังจากได้รับบริการในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ประเมินโดยแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อพยาบาลและการให้บริการในสถานบริการ ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ด้าน คือ คุณลักษณะของพยาบาล กิจกรรมทางการพยาบาล และความรู้สึกและการรับรู้ต่อบริการ คะแนนมาก หมายถึง ความพึงพอใจมาก คะแนนน้อย หมายถึง ความพึงพอใจน้อย

ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจตามการรับรู้ของผู้รับบริการภายหลังการรับบริการจากพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 7 วัน ประเมินโดยการสัมภาษณ์จากแบบสอบถามภาวะสุขภาพภายหลังรับบริการ (ผลของการรักษาพยาบาล) แบ่งเป็น หาย ดีขึ้น อาการคงเดิม และอาการแย่ลง

ค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ หมายถึง จำนวนเงินที่ใช้ไปกับการเจ็บป่วยที่นำมาสู่การมารับบริการในปัจจุบันทั้งทางตรงและทางอ้อม ประเมินโดยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการและการทบทวนเวชระเบียน

กรอบแนวคิดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการของ Donabedian (1966) โดนาบีเดียนมีแนวคิดในการประเมินคุณภาพการดูแลสุขภาพ ในการประเมินคุณภาพการดูแลแบ่งได้เป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ “โครงสร้าง” (structure) “กระบวนการ” (process) และ “ผลลัพธ์” (outcome) (ภาพ 1) โครงสร้าง หมายถึง สิ่งที่แสดงถึงลักษณะของสถานที่ในการ

ให้บริการซึ่งรวมถึง ทรัพยากรวัตถุ (material resources) เช่น เครื่องมืออำนวยความสะดวก เงินทุน ทรัพยากรบุคคล (human resources) เช่น จำนวนบุคลากรและคุณวุฒิ และโครงสร้างองค์กร (organizational structure) เช่น โครงสร้างองค์กร เจ้าหน้าที่ แพทย์ พยาบาล กระบวนการ หมายถึง สิ่งที่แสดงถึงการกระทำที่เกิดขึ้นจริงในการให้และรับการดูแล รวมไปถึงการแสวงหาซึ่งการดูแลของผู้รับบริการและการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ทำการศึกษาให้สำเร็จในการวินิจฉัยโรค การแนะนำหรือการรักษา **ผลลัพธ์** หมายถึง สิ่งที่เกิดตามมาจากการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการและประชาชน การเพิ่มขึ้นของความรู้ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้นต่อสุขภาพของผู้รับบริการ และความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการดูแลที่ได้รับ ในการประเมินคุณภาพนั้นเป็นไปได้ที่จะประเมินจาก 3 องค์ประกอบดังกล่าว เพราะว่า การมีโครงสร้างที่ดีย่อมนำมาซึ่งกระบวนการที่ดี และเมื่อมีกระบวนการที่ดีย่อมนำมาสู่ผลลัพธ์ที่ดี ซึ่งองค์ประกอบทั้งสามส่วนมีความสัมพันธ์กัน ในการศึกษาครั้งนี้เน้นศึกษาที่ กระบวนการ คือ กิจกรรมที่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนกระทำในการดูแลผู้รับบริการ/กลุ่มเป้าหมายตามสมรรถนะที่สภาการพยาบาลกำหนดในการรักษาโรคเบื้องต้น และผลลัพธ์ คือ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ และค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ



ภาพ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษากิจกรรมและผลลัพธ์การดำเนินงานด้านการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาและทบทวนวรรณกรรม โดยมีเนื้อหา ดังนี้

1. ระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย
2. การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง และความเป็นมา/แนวคิด
 - 2.1 ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง
 - 2.2 ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
 - 2.3 ความเป็นมา/แนวคิดของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในต่างประเทศ
 - 2.4 ความเป็นมา/แนวคิดของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในประเทศไทย
3. ผลลัพธ์จากการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในระบบบริการสุขภาพ
4. ขอบเขต/สมรรถนะ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการรักษาโรคเบื้องต้นตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาล
5. กรอบแนวคิดในการศึกษา

1. ระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย

การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยโดยการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี พ.ศ. 2545 ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างระบบบริการสุขภาพ และเกิดความต้องการพยาบาลเวชปฏิบัติเพื่อไปปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2550; Hanucharurnkul, 2007) ซึ่งเป็นระบบบริการสุขภาพเชิงรุกที่สำคัญที่สุด (สมจิต หนูเจริญกุล, 2550) ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลและสำนักงานพัฒนาพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2552; สมจิต หนูเจริญกุล, 2550) ดังนี้

1.1 ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ เป็นบริการระดับต้นและอยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด ให้บริการขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพแก่ บุคคล ครอบครัวและชุมชนทุกปัญหาและภาวะสุขภาพ เป็นองค์รวมและต่อเนื่อง มุ่งเน้นในมิติของมนุษย์ และสังคม ผสมผสานการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้นและการส่งต่อเมื่อมีความจำเป็นตามปัญหาของผู้รับบริการ การฟื้นฟูสุขภาพ การติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับบริการที่เหมาะสม มุ่งการพัฒนาศักยภาพบุคคล ครอบครัว ชุมชน ในการดูแลตนเอง รวมทั้งการบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นและการมีส่วนร่วมของชุมชน และเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขระดับอื่นๆ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2550) แต่มีจุดเน้นที่สำคัญที่สุดคือการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค บริการสุขภาพปฐมภูมิจัดบริการโดย ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์บริการสุขภาพ และโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลและสำนักงานพัฒนาพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2552; Tientaworn, 2007) ดังนี้

1.1.1 ศูนย์สุขภาพชุมชน (Community health centers) ให้บริการในชุมชนที่อยู่ห่างไกล การเข้าถึงบริการสุขภาพมีข้อจำกัด มีประชากรในความรับผิดชอบ 500-1,000 คน ให้บริการภายในชุมชนมีจุดเน้นที่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการปฐมพยาบาล ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ดูแลค้างคืน

1.1.2 ศูนย์บริการสาธารณสุข หรือสถานีอนามัย หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (Health centers municipal) กระจายอยู่ทุกตำบลกว่า 9,762 แห่ง ทั่วประเทศ ให้บริการระดับตำบลหรือแขวง มีประชากรในความรับผิดชอบ 1,000-5,000 คน บุคลากรผู้ให้บริการมีทั้งเจ้าพนักงานสาธารณสุข ผู้ช่วยพยาบาล ผดุงครรภ์ พยาบาลเทคนิค ในปัจจุบันมีพนักงานทันตภิบาล พยาบาลวิชาชีพ การบริการมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้นตามข้อกำหนด โดยได้รับการสนับสนุนทรัพยากรจากโรงพยาบาลชุมชน ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ดูแลค้างคืน

1.1.3 โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (Small community hospitals) กระจายอยู่ทุกอำเภอ 730 แห่ง ให้บริการการแพทย์และสาธารณสุขระดับอำเภอหรือ กิ่งอำเภอ มีเตียงรับผู้ป่วยตั้งแต่ 10-150 เตียง มีประชากรในความรับผิดชอบ มากกว่า 10,000 คน มีบริการพื้นฐานทั่วไปครบครันแต่มีข้อจำกัดเรื่องจำนวนแพทย์ บุคลากรและเครื่องมือทางการแพทย์ อย่างไรก็ตามสามารถให้บริการได้มากกว่าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข จะเห็นได้ว่าระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นระบบบริการที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาและภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการได้อย่างเป็นองค์รวมมากที่สุด

1.2 ระบบบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ เป็นระบบบริการสุขภาพที่มีศักยภาพและเทคโนโลยีสูงกว่าระบบบริการระดับปฐมภูมิ มีเตียงบริการผู้ป่วยตั้งแต่ 200-500 เตียง เป็นบริการด้านสุขภาพที่มีจุดเน้นมุ่งที่การรักษาทางการแพทย์ ไม่ต้องการความเชี่ยวชาญทางการแพทย์และเทคโนโลยีที่มีความซับซ้อนมาก อาจมีความเชี่ยวชาญด้านการแพทย์บางอย่าง เช่น โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่และโรงพยาบาลทั่วไป

1.3 ระบบบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ เป็นบริการด้านสุขภาพที่มีจุดเน้นมุ่งที่การรักษาทางการแพทย์ โดยมีเทคโนโลยีขั้นสูง มีเตียงผู้ป่วยบริการมากกว่า 500 เตียง ต้องการความเชี่ยวชาญทางการแพทย์และเทคโนโลยีที่มีความซับซ้อน (Tientaworn, 2007) เน้นแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อน รุนแรง ต้องการการดูแลจากบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทาง มีอุปกรณ์ทางการแพทย์และเทคโนโลยีขั้นสูงราคาแพงมากขึ้น เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของผู้ใช้บริการที่มีความซับซ้อนได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2550) เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลเฉพาะทาง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลและสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2552; Tientaworn, 2007)

ความเท่าเทียมในการกระจายโรงพยาบาลรัฐและบุคลากรทางสาธารณสุขในภาคต่างๆของประเทศไทยยังมีความแตกต่างกัน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนเตียงต่อประชากรน้อยที่สุดคือ 1 เตียงต่อประชากร 740 คน ในขณะที่กรุงเทพมหานคร 1 เตียงต่อประชากร 223 คน อีกทั้งยังมีโรงพยาบาลเอกชนมากที่สุด (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลและสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2552) สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อจำนวนประชากรทั้งประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546- 2550 คือ 1:687, 1:652, 1:613, 1:619 และ 1:597 คนตามลำดับ โดยในปี พ.ศ. 2550 พบว่า กรุงเทพมหานคร มีสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากรมากที่สุดคือ 1:240 ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือมีสัดส่วนน้อยที่สุด คือ พยาบาลวิชาชีพ 1 คนต่อประชากร 638 คน สัดส่วนแพทย์ต่อประชากร ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือแพทย์ 1 คนต้องรับผิดชอบประชากร 5,308 คน ส่วนภาคอื่นๆ ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคกลางไม่รวม

กรุงเทพมหานคร และกรุงเทพมหานคร คือ 1:3279,1:3354,1:2683 และ1:850 ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2550) ซึ่งภาคตะวันออกเฉียงเหนือแพทย์ 1 คนต้องรับผิดชอบประชากรมากกว่าภาคอื่นๆในประเทศ ด้วยข้อจำกัดนี้การบริการสุขภาพจึงต้องการพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ความสามารถขั้นสูงในการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อนของผู้รับบริการ

2. การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง และความเป็นมา/แนวคิด

การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมีความหมาย ความเป็นมา/แนวคิดดังนี้

2.1 การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advance Practice Nursing) หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการหรือปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อน (สภาการพยาบาล, 2551; สมจิต หนูเจริญกุล, 2550) ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน ชุมชน หรือประชากรทั้งหมด (Canadian Nurses Association, 2008) โดยใช้ สมรรถนะขั้นสูง ทักษะความชำนาญเฉพาะด้าน และองค์ความรู้ที่กว้างขวางลึกซึ้ง มีการเตรียมการศึกษาในระดับสูง (สภาการพยาบาล, 2551; สมจิต หนูเจริญกุล, 2550; Hamric, Spross & Hanson 2009; CNA, 2008; International Council of Nursing, 2009) รวมทั้งการจัดการรายกรณี หรือวิธีการอื่น การจัดการระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ (สภาการพยาบาล, 2551) ใช้วิจารณ์ญาณในการไต่ตรองหาเหตุผลเพื่อตัดสินใจทางคลินิก (สมจิต หนูเจริญกุล, 2550) ให้เหตุผลและตัดสินใจเชิงจริยธรรม ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ผลการวิจัย ความรู้ทฤษฎีที่เป็นปัจจุบันและบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ (สภาการพยาบาล, 2551; CNA, 2008) มุ่งเน้นผลลัพธ์ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว พัฒนานวัตกรรมและกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง (สภาการพยาบาล, 2551) มีความสามารถในการสื่อสารและจัดการเกี่ยวกับองค์กร (สมจิต หนูเจริญกุล, 2550) มีเอกสิทธิ์และขยายขอบเขตในการปฏิบัติและรับผิดชอบผลที่ตามมา (สมจิต หนูเจริญกุล, 2550; ICN, 2009) ติดตามประเมินคุณภาพ และจัดการผลลัพธ์โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงประเมินผล (สภาการพยาบาล, 2551) ในประเทศไทย ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) และการปฏิบัติขั้นสูงทางการพยาบาล (ANP) มีความหมายที่แตกต่างกัน ดังนี้

การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nursing; APN) เป็นแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลเน้นที่ผู้ป่วย/ผู้ให้บริการโดยตรงตามกลุ่มเป้าหมายหรือสาขาที่มีความเฉพาะเจาะจง เป็นการปฏิบัติที่ใช้สมรรถนะขั้นสูง มีสมรรถนะแกนกลาง ขยายขอบเขตบทบาทวิชาชีพ (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2553; สมจิต หนูเจริญกุล, 2552) โดยทั่วไป Advanced Practice Nursing (APN) หมายถึง บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ซึ่งประกอบด้วย 4 กลุ่มได้แก่พยาบาลเวชปฏิบัติ (Nurse Practitioner) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก (Clinical Nurse Specialist) พยาบาลวิสัญญี (Certified

registered nurse anesthetists) และการผดุงครรภ์ (Certified Nurse Midwifery) (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552)

การปฏิบัติขั้นสูงทางการพยาบาล (Advanced Nursing Practice; ANP) มีความหมายกว้าง โดยรวมถึงความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลแต่ไม่ใช่การให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง เช่น การกำหนดนโยบายสุขภาพ การบริหาร การศึกษา การวิจัยเป็นต้น (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2553; สมจิต หนูเจริญกุล, 2552; สมจิต หนูเจริญกุล, 2553)

2.2 การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน หมายถึง การกระทำการพยาบาลโดยตรง บริหารจัดการในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชนที่มีปัญหาสุขภาพ หรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่ หรือของประเทศ รวมทั้งการรักษาโรคเบื้องต้น ซึ่งต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญและทักษะการพยาบาลขั้นสูง ใช้ระบบการจัดการรายบุคคล กลุ่มบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งการจัดการให้มีระบบการดูแลในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ การให้เหตุผลและตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิจัย ความรู้ ทฤษฎีการพยาบาลและทฤษฎีอื่นๆที่เป็นปัจจุบัน มุ่งเน้นผลลัพธ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว พัฒนานวัตกรรมและระบบการดูแลครอบครัว และชุมชนอย่างต่อเนื่อง เป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ร่วมงานในการพัฒนาความรู้และทักษะเชิงวิชาชีพ ตลอดจนควบคุมคุณภาพและจัดการกับผลลัพธ์โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงประเมินผลในการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชน (สภาการพยาบาล, 2551)

นอกจากนี้สภาการพยาบาลยังกำหนดสมรรถนะ 9 สมรรถนะหลักประกอบด้วยความสามารถในด้านต่างๆ ดังนี้ 1) การพัฒนา จัดการและกำกับระบบการดูแลบุคคล กลุ่มคน ครอบครัว และชุมชนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ 2) การดูแลและให้การพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ วัยรุ่น วัยสูงอายุ มารดาและทารก และกลุ่มอื่นในชุมชนที่มีปัญหาซับซ้อน 3) การประสานงาน 4) การเสริมสร้างพลังอำนาจ การสอน การฝึก การเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ 5) การให้คำปรึกษาด้านการดูแลบุคคลครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน 6) เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง 7) การให้เหตุผลทางจริยธรรมและตัดสินใจเชิงจริยธรรม 8) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และ 9) การจัดการและประเมินผลลัพธ์ (สภาการพยาบาล, 2551)

2.3 ความเป็นมาและแนวคิดของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในต่างประเทศ
วิวัฒนาการของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเริ่มต้นที่ประเทศสหรัฐอเมริกาตั้งแต่ช่วงปลายศตวรรษที่ 19 จนถึงปัจจุบันซึ่งพบว่าการพัฒนาบทบาทพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงหลายประเทศ เช่น บราซิล ไทย อังกฤษและอเมริกา มีแรงผลักดันที่คล้ายคลึงกัน คือ นโยบายทางด้านสังคม และ

แรงผลักดันทางวิชาชีพที่จะพัฒนาบทบาททางวิชาชีพและการสร้างรูปแบบของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Ketefian, Redman, Hanucharunkul, Masterson, & Neves, 2001) ตามบริบทของสังคม นโยบาย สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ ภายใต้วิวัฒนาการทางการแพทย์ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (Keeling, 2009) โดยบทบาทพยาบาลผดุงครรภ์และวิสัญญีพยาบาลได้พัฒนามาตั้งแต่ช่วงตอนต้นศตวรรษที่ 20 ขณะที่พยาบาลผู้ชำนาญการทางคลินิก และพยาบาลเวชปฏิบัติ เริ่มพัฒนามาในช่วงตอนปลายศตวรรษที่ 20 (Ketefian et al., 2001) แนวคิดที่สำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงคือการเป็นผู้นำและการตัดสินใจทางคลินิก (Clinical judgement) โดยกระบวนการใช้สติปัญญาในระดับที่ยากขึ้น บูรณาการประสบการณ์และความรู้ในระดับหลังปริญญา ในการให้บริการผู้รับบริการที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนทั้งกาย จิต สังคม เกี่ยวกับ ความหมายและความสำคัญของสิ่งสังเกต และสิ่งที่ควรกระทำเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยในสถานการณ์ที่เฉพาะนั้นๆ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540; สมจิต หนูเจริญกุล, 2552) รวมทั้งการเป็นผู้ที่สามารถใช้กระบวนการติดต่อสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

ในประเทศแคนาดาความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนรวมทั้งค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับสุขภาพสูงขึ้น การขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพ การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ การนำเอาเทคโนโลยี และปัญหาการเข้าถึงบริการของประชาชน ส่งผลให้ระบบการดูแลสุขภาพได้รับผลกระทบ เกิดความต้องการบุคลากรด้านสุขภาพที่มีความสามารถ มีความคิดสร้างสรรค์และประสานความร่วมมือเพื่อให้การดูแลดีขึ้น โดยเห็นว่าพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเป็นบุคลากรที่เหมาะสมที่สุดที่จะสามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงนี้ได้โดยอาศัยองค์ความรู้ทางการพยาบาล (CNA, 2008) ปัจจุบันประเทศแคนาดามีพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 2 สาขา คือพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านคลินิก (Clinical nurse specialists) และพยาบาลเวชปฏิบัติ (Nurses practitioners)

จะเห็นได้ว่าการเกิดขึ้นของบทบาทการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เกิดจากการได้รับแรงผลักดันโดย นโยบายด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ความต้องการด้านสุขภาพของสังคม อุปสงค์และอุปทานกำลังแรงงานด้านสุขภาพ นโยบายการปกครอง ความร่วมมือภายในและระหว่างวิชาชีพ การพัฒนาทางการศึกษาพยาบาล (Ketefian et al., 2001) ส่วนการพัฒนาพยาบาลเวชปฏิบัติในสหรัฐอเมริกาขึ้นเนื่องจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนสูงขึ้น การเจ็บป่วยเกิดจากวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ประชากรของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่งผลให้เกิดภาวะเรื้อรังตามมาจึงเกิดพยาบาลเวชปฏิบัติเพื่อตอบสนองและแก้ไขต่อปัญหาดังกล่าว และพบว่าสามารถแก้ไขและรับผิดชอบต่อปัญหาสุขภาพในระดับปฐมภูมิได้ร้อยละ 80- 90 ซึ่งการเกิดขึ้นของพยาบาลเวชปฏิบัติในประเทศสหรัฐอเมริกาดำเนินไปพร้อมกับประเทศไทย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2550; สมจิต หนูเจริญกุล, 2553) รวมทั้งแคนาดาด้วย

การปฏิรูประบบสุขภาพ เน้นการบริการสุขภาพปฐมภูมิส่งผลให้บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงได้รับความสนใจไปทั่วโลก (สมจิต หนูเจริญกุล, 2550) โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน “พยาบาลเวชปฏิบัติเป็นองค์ประกอบที่จะเป็นส่วนเสริมให้ระบบบริการสุขภาพสมบูรณ์ขึ้นมากกว่าที่จะเป็นการปฏิบัติแทนบุคลากรสุขภาพอื่นๆ พยาบาลเวชปฏิบัติจะเป็นสะพานเชื่อมต่อช่องว่างในการให้บริการแก่ประชาชน เป็นการขยายขอบเขต บทบาทการดูแล ช่วยส่งเสริมสนับสนุนและยกระดับให้การดูแลขั้นพื้นฐานดีขึ้น” (Mary Nugent, nurse practitioner cited in CNA, 2008) การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเป็นตัวชี้วัดถึงความก้าวหน้าในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เนื่องจากการปฏิบัติที่ต้องมีองค์ความรู้และทักษะที่สูงกว่าการปฏิบัติทั่วไป พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงคือพยาบาลที่ได้รับการขึ้นทะเบียน มีพื้นฐานความรู้ความชำนาญ มีความสามารถและทักษะในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาทางคลินิกที่ซับซ้อน มีสมรรถนะเพื่อขยายขอบเขตการปฏิบัติตามบริบทแต่ละประเทศ และต้องสำเร็จการศึกษาขั้นต่ำในระดับปริญญาโท (ICN, 2009)

การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมีลักษณะและแนวคิดที่แตกต่างจากการปฏิบัติการพยาบาลทั่วไป (ANA, 2003 cited in Hamric et al., 2009 ; ANA, 2003 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล, 2552; ICN, 2009) ดังนี้

1) การพัฒนา ขยายความรู้ ทักษะใหม่ และเอกสิทธิ์ในการปฏิบัติ (Expansion) การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเป็นการพัฒนาทักษะ ความรู้ การปฏิบัติใหม่ รวมทั้งเอกสิทธิ์ในการปฏิบัติ จึงส่งผลให้การปฏิบัติการพยาบาลได้รับความคุ้มครองตามเอกสิทธิ์และกฎหมาย เช่นบทบาทในการรักษาโรคเบื้องต้น การให้เคมีบำบัดและฉีดสารทึบรังสี เป็นต้น

2) ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน (Specialization) โดยมีความรู้ที่เชี่ยวชาญและความชำนาญในการพยาบาลผู้รับบริการตามกลุ่มเป้าหมายหรือสาขาที่มีความเฉพาะเจาะจง เช่นการพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยออสโตมี (Ostomy care) การพยาบาลกลุ่มผู้รับบริการที่มีภาวะเรื้อรังเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การพยาบาลกลุ่มผู้เป็นมะเร็ง กลุ่มมารดา-ทารก กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ไร้บ้าน ผู้อพยพ ผู้ลี้ภัย และหน่วยพยาบาลเยี่ยมบ้าน (Ambulatory) เป็นต้น

3) การปฏิบัติขั้นสูง (Advance practice) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลโดยบูรณาการความรู้ทางทฤษฎีจากการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา การวิจัย ประสพการณ์ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้รับบริการ โดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต้องได้รับวุฒิบัตร หรือการรับรองการปฏิบัติการพยาบาลในบทบาทที่ขยายออกไป

2.3.1 แนวคิดแบบบูรณาการการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงของแฮมริก

(Hamric et al., 2009; Hamric, 2009 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2552) แฮมริกชี้ให้เห็นความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและประเด็นที่สำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ดังนี้

1. เป็นการปฏิบัติงานการพยาบาลที่ผ่านการเตรียมเรื่องการศึกษาและการปฏิบัติตามสมรรถนะที่กำหนด
2. ปฏิบัติทางคลินิกต่อผู้ป่วยโดยตรงซึ่งเป็นสมรรถนะแกนกลางที่ทำให้ทราบถึงสมรรถนะอื่นๆ ทั้งหมด
3. เป็นการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่มีเกณฑ์และสมรรถนะหลักในการปฏิบัติร่วมกัน

โดยคุณสมบัตินักปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงนั้น เกณฑ์ขั้นต้น (Primary criteria) ต้องสำเร็จการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา ได้รับการรับรองในสาขาที่มีความเชี่ยวชาญ ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยมุ่งเน้นที่ผู้ให้บริการและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีสมรรถนะกลาง (Central competency) ได้แก่ การปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยตรง สมรรถนะแกนหลัก (Core competencies) ได้แก่ การเป็นที่ปรึกษา การวิจัย การเป็นผู้นำในการปฏิบัติในคลินิก ในวิชาชีพและระบบบริการสุขภาพ การประสานงานร่วมมือกัน การเป็นพี่เลี้ยง ฝึกฝนชี้แนะอย่างเชี่ยวชาญ และการตัดสินใจเชิงจริยธรรม นอกจากนี้ยังมีปัจจัยแวดล้อมภายนอกที่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงคือ มีการควบคุมและการรับรอง ระบบเศรษฐกิจ ประเด็นนโยบายด้านสุขภาพ ระบบค่าตอบแทนและผลประโยชน์ การประเมินผลลัพธ์และการพัฒนาสมรรถนะ การตลาด การจัดระบบโครงสร้างและวัฒนธรรม เป็นต้น ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ในการปฏิบัติการพยาบาลนั้นจะมีความแตกต่างกันตามลักษณะผู้รับบริการ ความต้องการขององค์กร แฮมริกจึงเสนอแนะให้เรียกชื่อตำแหน่งงานของพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่มีความแตกต่างหลากหลาย เช่น พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านไต มะเร็ง เวชปฏิบัติชุมชน เป็นต้น (Hamric, 2009 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2552)

2.3.2 แนวคิดของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงของสมาคมการศึกษาพยาบาลอเมริกัน

สมาคมการศึกษาพยาบาลอเมริกันกำหนดขอบเขตสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (American Association of College of Nursing (AACN), 2006 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2552; AACN, 2006 cited in Hamric et al., 2009) ดังนี้

1. มีความสามารถในการประเมินภาวะสุขภาพและตัวชี้วัดความเจ็บป่วยในสถานการณ์ที่มีความซับซ้อนได้อย่างเป็นระบบ ครอบคลุม และมีความไวเชิงวัฒนธรรม

2. วางแผน ปฏิบัติ และประเมินผลการปฏิบัติ บนพื้นฐานของศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์สาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง

3. พัฒนาและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพเชิงบำบัด การมีส่วนร่วมกับผู้รับบริการทั้งระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน รวมทั้งวิชาชีพอื่นๆที่เกี่ยวข้องที่จะส่งเสริมให้เกิดการดูแลและผลลัพธ์ที่ดีที่สุด

4. แสดงให้เห็นถึงความสามารถระดับสูงในการตัดสินใจทางคลินิก การคิดอย่างเป็นระบบ และความเป็นธรรมในการการดูแล รวมทั้งการประเมินผลหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแล เพื่อส่งเสริมให้ผลลัพธ์ของผู้รับบริการดีขึ้น

5. ชี้นำ เป็นพี่เลี้ยงและสนับสนุนพยาบาลผู้ร่วมงานเพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่มีความเป็นเลิศ

6. สอนและชี้นำ บุคคล กลุ่มบุคคลให้สามารถเผชิญและผ่านสถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อน

7. ใช้แนวคิด ทักษะการวิเคราะห์ในการประเมินความเชื่อมโยงระหว่างการปฏิบัติกับโครงสร้างองค์กร ประชากร การเงิน และประเด็นปัญหาเชิงนโยบาย

2.4 ความเป็นมา/แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในประเทศไทย

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ เน้นบริการปฐมภูมิ มุ่งสร้างสุขภาพมากกว่าการดูแลรักษา ส่งผลต่อระบบบริการพยาบาล ทำให้เกิดความต้องการพยาบาลที่มีองค์ความรู้พื้นฐานในการปฏิบัติ ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงความคุ้มค่าคุ้มทุน จัดการกับปัญหาในกลุ่มผู้รับบริการที่มีภาวะเรื้อรังซับซ้อน เน้นความต่อเนื่อง เพิ่มศักยภาพและคุณภาพชีวิต ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการและครอบครัวให้ได้รับความพึงพอใจ ปรับเปลี่ยนจุดเน้นเชิงรุกในชุมชน ดูแลผู้รับบริการเป็นกลุ่มตามสภาพปัญหา ตระหนักและมุ่งเน้นถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแล พัฒนา และใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีผลการวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์อ้างอิงรองรับปฏิบัติงานในลักษณะสหวิชาชีพ มีความรู้ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ มีจริยธรรม จรรยาบรรณ มุ่งเน้นคุณภาพ เคารพในสิทธิของผู้ใช้บริการอย่างเท่าเทียมกัน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2550) ดังนั้นการผลิตพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเพื่อให้บริการในระบบบริการสุขภาพจึงมีความสำคัญ

จากการศึกษาของสมัย อัสวสันติ (2539) พบว่าต้นทุนค่าใช้จ่ายในการผลิตบัณฑิตแพทย์ต่อหลักสูตรต่อคนนั้นประมาณ 1,452,637 บาท ซึ่งต้นทุนค่าใช้จ่ายสถาบันการศึกษาของรัฐสูงกว่าเอกชน ส่วนต้นทุนการผลิตพยาบาลวิชาชีพพบว่าหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตต่อคนต่อ

หลักสูตรประมาณ 285,233 - 311,799 บาท หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง 2 ปี) ต่อคนต่อหลักสูตรประมาณ 26,836 - 71,308 บาท (จันทิมา จารณศรี และเพ็ญใจ ขจรนิพัทธ์, 2549; เยาวเรศ ประภาษานนท์, กุลธิดา กุลประทีปปัญญา และวิมลพรรณ สังข์สกุล, 2551) เพื่อตอบสนองนโยบายปฏิรูประบบสุขภาพที่เน้นบริการสุขภาพปฐมภูมิและต้องการพยาบาลเวชปฏิบัติจำนวนมากไปปฏิบัติงานประจำในหน่วยบริการปฐมภูมิของประเทศ สภาการพยาบาลได้ผลักดันให้มีการผลิตพยาบาลเวชปฏิบัติร่วมกับสถาบันการศึกษา และกำหนดนโยบายให้พยาบาลเวชปฏิบัติที่ผ่านการอบรมหลักสูตรระยะสั้นสามารถศึกษาต่อในระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนได้ (คณะทำงานศึกษาสถานการณ์การดำเนินการของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป สภาการพยาบาล, 2550) และมุ่งผลิตพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (รักษาโรคเบื้องต้น) จำนวน 10,000 คนใน 10 ปี (พ.ศ. 2545-2555) (สภาการพยาบาล, 2551) ข้อมูลเมื่อเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2552 มีพยาบาลเวชปฏิบัติที่ขึ้นทะเบียนกับสภาการพยาบาล จำนวน 8,000 คน และสถาบันการศึกษากำลังผลิตอีกปีละประมาณ 1,800 คน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552)

ในการประชุมคณบดีและผู้บริหารสถาบันการศึกษาพยาบาลเพื่อกำหนดทิศทางการจัดการหลักสูตรบัณฑิตศึกษาสาขาพยาบาลเวชปฏิบัติโดยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2548 มีมติกำหนดให้การศึกษาในระดับปริญญาโททางการพยาบาลเพื่อเตรียมพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (Community Nurse Practitioner) ซึ่งในการศึกษาต้องมีเนื้อหาที่สำคัญ 2 ส่วนคือ การพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) และการพยาบาลชุมชนสามารถขึ้นทะเบียนเป็นผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (รักษาโรคเบื้องต้น) ได้ (ที่ประชุมคณบดีและผู้บริหารสถาบันการศึกษาพยาบาล, 2548 อ้างใน สุวรรณ จันทรประเสริฐ, 2550) ต่อมา มีการออกประกาศสภาการพยาบาลในเดือนกุมภาพันธ์ ปีพ.ศ. 2549 ให้พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรปริญญาโท สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนได้รับหนังสืออนุมัติเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) ได้ และกำหนดให้สถาบันการศึกษาที่จัดหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตเพื่อเตรียมพยาบาลเวชปฏิบัติให้จัดหลักสูตรเดียวคือ สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (สภาการพยาบาล, 2549)

สภาการพยาบาลเป็นองค์กรวิชาชีพที่มีส่วนสำคัญในการมีส่วนร่วมกำหนดแนวทางและมาตรฐานการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ในปี พ.ศ. 2552 สภาการพยาบาลได้ออกประกาศ เพื่อให้สถาบันการศึกษาได้นำแนวทางไปกำหนดหลักสูตรการเรียนการสอนเพื่อให้บัณฑิตมีคุณสมบัติที่จะขอสอบวัดความรู้เพื่อรับวุฒิปริญญาโท และมีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ให้ยกเลิกเกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับปริญญาโทสาขาพยาบาลศาสตร พ.ศ. 2549 ทั้ง 2 ฉบับ ในประกาศฉบับใหม่นั้น โครงสร้างหลักสูตรปริญญาโทที่สภาการ

พยาบาลกำหนดแบ่งเป็น 2 แผน และมีหน่วยรายวิชา ตลอดหลักสูตรไม่น้อยกว่า 42 หน่วย มีเนื้อหาสาระเกี่ยวกับนโยบายและระบบสุขภาพ การสร้างศักยภาพผู้นำ กฎหมายและจริยธรรม การวิจัยและการใช้ผลการวิจัย ทฤษฎีและแนวคิดทางการพยาบาล การประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูง วิทยาศาสตร์สุขภาพที่เกี่ยวข้องกับวิชาเฉพาะ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เนื้อหาวิชาเฉพาะ วิชาเลือกและวิทยานิพนธ์ (สภาการพยาบาล, 2552) และยังกำหนดให้บางสาขามีสาขาย่อยได้ นอกจากนี้ยังกำหนดคุณสมบัติของอาจารย์ผู้สอนและสถานที่ฝึกปฏิบัติไว้ด้วย

ถึงแม้สภาการพยาบาลซึ่งเป็นองค์กรวิชาชีพได้ออกประกาศก็ตามแต่ในทางปฏิบัติพบว่าการจัดการเรียนการสอนยังมีความแตกต่างหลากหลายตามบริบทของสถาบันการศึกษา ปรัชญาของหลักสูตรและมหาวิทยาลัย บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาก็มีลักษณะเด่นที่แตกต่างกัน คุณสมบัติของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่จะสอบเพื่อรับวุฒิปริญญาที่มีความหลากหลาย อาทิเช่น สำเร็จการศึกษหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนโดยตรง หรือสำเร็จการศึกษหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชนและผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติทั่วไป (รักษาโรคเบื้องต้น) มีการพัฒนางานตามระยะเวลาที่กำหนดจนมีผลงานเป็นที่ประจักษ์ ก็มีคุณสมบัติสามารถสอบเพื่อรับวุฒิปริญญา สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนได้

จะเห็นได้ว่าเมื่อระบบบริการสุขภาพมีความต้องการบุคลากรด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรที่มีสัดส่วนมากที่สุด ต้นทุนการผลิตต่ำกว่าการผลิตแพทย์ประกอบกับได้รับการเตรียมตัวมา และสามารถให้การรักษาโรคเบื้องต้นตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาลได้ มีการฝึกอบรมการดูแลสุขภาพทั้งในหลักสูตรระยะสั้นและระดับบัณฑิตศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (APN/NP) และพยาบาลเวชปฏิบัติ (NP) ที่จะสามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิได้ดีที่สุด

พันธกิจหลักของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คือ ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพส่งเสริมศักยภาพและความสามารถของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน อย่างมีคุณภาพ มาตรฐานสอดคล้องกับสภาพพื้นที่อย่างเหมาะสม บูรณาการการดูแลทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้นในโรคหรือปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในพื้นที่ การจัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการและผู้ที่ต้องพึ่งพิงในชุมชน รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน (คณะทำงานศึกษาสถานการณ์การดำเนินการของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป สภาการพยาบาล, 2550) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นผู้มีความสามารถในการพัฒนาระบบการดูแลและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแล สามารถรวบรวมข้อมูลผู้รับบริการได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ทั้งข้อมูลอดีตและปรนัยโดยใช้องค์ความรู้และศิลปะในการศึกษาถึงภูมิหลัง

อุปนิสัย ประเพณี วัฒนธรรม ข้อมูลครอบครัวเป็นต้น (กนกพร หมู่พยัคฆ์, 2550) เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้รับบริการ ประชากร และระบบบริการสุขภาพ

3. ผลลัพธ์จากการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในระบบบริการสุขภาพ

ผลลัพธ์จากการปฏิบัติการพยาบาลในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิพบว่าการศึกษาถึงความคุ้มค่าคุ้มทุนของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ให้บริการโดยพยาบาลวิชาชีพในคลินิกส่วนตัว พบว่า เหตุผลที่เปิดบริการเพื่อเติมเต็มความต้องการของชุมชน เพิ่มรายได้ มีโอกาสใช้สมรรถนะของตน เพื่อเป็นทางเลือกให้แก่ผู้รับบริการและเป็นการช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อย ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ โรคระบบทางเดินหายใจ ไข้หวัด และโรคอื่นๆเช่น กล้ามเนื้อและกระดูก ผิวน้ำแข็ง ปวดศีรษะ ปวดข้อ ท้องร่วงเป็นต้น โดยพยาบาลสามารถให้บริการตามปัญหาของผู้รับบริการได้ร้อยละ 90 ค่าใช้จ่ายในการบริการจากพยาบาลน้อยกว่าแพทย์ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมาก นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอแนะให้บริการถูกรวมเข้าไปในเกณฑ์ที่จะได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งการบริการควรขยายไปถึงการบริการสุขภาพที่บ้านแก่ประชาชนในบริเวณใกล้เคียงกับคลินิกที่เปิดบริการ (Hanucharunkul, Leucha, Chutungkorn, Chantraprasert, Athaseri & Noonil, 2002)

บทเรียนจากความสำเร็จของพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานดีเด่น 16 คน พบว่าระยะเวลาในการก้าวเข้าสู่ความเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติใช้เวลาประมาณ 8 ปีโดยมีแรงจูงใจคือรักในงานชุมชน การมีจิตสำนึกรักบ้านเกิดและต้องการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาการบริการสุขภาพของหน่วยงานเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียม ทัวถึง มีคุณภาพ ตระหนักในขีดจำกัดความสามารถและเห็นความสำคัญของการพัฒนาตนเอง บทบาทหลักของพยาบาลเวชปฏิบัติได้แก่การสร้างสัมพันธภาพ การจัดการกับสุขภาพและภาวะเจ็บป่วย การสอน การฝึกฝน และชี้แนะแก่ผู้ใช้บริการและชุมชน บทบาทเชิงวิชาชีพ การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพและควบคุมคุณภาพบริการ ปัจจัยที่สนับสนุนการดำเนินงานทำให้สามารถเผชิญความยากลำบากและฝ่าฟันอุปสรรคได้ คือ การมีใจรักในวิชาชีพ การเป็นคนในพื้นที่ การมีความรู้และทักษะเชิงวิชาชีพ ได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงาน การมีนโยบายด้านพยาบาลเวชปฏิบัติที่ชัดเจนในหน่วยงาน การเป็นแหล่งเรียนรู้ให้กับหน่วยงาน การให้ความร่วมมือของเครือข่ายและชุมชน ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคได้แก่ ขาดความชัดเจนในบทบาทจากผู้บังคับบัญชา แพทย์ ผู้ร่วมงาน ขาดนโยบายขององค์กรที่เอื้อและให้ความร่วมมือต่อการดำเนินงาน การถูกมองว่าช่วยทำหน้าที่แทนแพทย์เมื่อแพทย์ไม่อยู่ หรือการทำงานในรูปแบบที่ช่วยแบ่งเบาภาระแพทย์ การทำหน้าที่ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่แทนแพทย์ และการถูกปล่อยให้อำนาจหน้าที่เกินขอบเขตความรับผิดชอบ ตำแหน่งงานที่สถานีนามัยไม่ชัดเจน อัตราค่าจ้างไม่เพียงพอ สายการบังคับบัญชาที่ไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติงานทำให้การดำเนินงานมี

ข้อจำกัด ในเรื่องการรักษาขั้นต้นและการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังพบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจและประทับใจในการดูแล กล้าบอกอาการหรือซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตน ผู้รับบริการและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ ภาวะเจ็บป่วยทุเลาและหายจากโรค ภาวะแทรกซ้อนลดลง มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นและลดพฤติกรรมเสี่ยง ผลลัพธ์ต่อระบบบริการพบว่ามีผู้ใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น ช่วยลดความแออัดของผู้ใช้บริการที่โรงพยาบาล เกิดเครือข่ายการดูแล อัตราการป่วยในชุมชนลดลง และลดค่าใช้จ่ายของสถานบริการ (สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ, 2550)

การศึกษาศาสนาการดำเนินงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศไทยพบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐร้อยละ 57 รองลงมาคือสถานีนามัย/หน่วยบริการปฐมภูมิในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ และมีบทบาทในการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นมากที่สุด มีการส่งเสริมสุขภาพโดยให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้พิการอย่างต่อเนื่อง และการเฝ้าระวังโรค ปัญหาสุขภาพที่ให้บริการรักษาขั้นต้นมากที่สุดคือปัญหาทางเดินหายใจส่วนต้น (ร้อยละ 95) ให้บริการรักษาขั้นต้นเฉลี่ย 26 คนต่อวัน พยาบาลเวชปฏิบัติมากกว่าครึ่งไม่เคยทำผลงานวิชาการและงานวิจัย และมีความเห็นว่าปัจจัยที่มีความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพตามบทบาทได้แก่การจัดหลักสูตรต่างๆอย่างต่อเนื่อง การสร้างความเข้าใจของผู้บริหารและการกำหนดตำแหน่งพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป นอกจากนี้ยังพบปัญหาการปฏิบัติงานหลายด้าน ปฏิบัติงานเกินขอบเขตบทบาทหน้าที่และกฎหมาย (คณะทำงานศึกษาศาสนาการดำเนินงานการของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป สภาการพยาบาล, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแสงทอง ชีระทองคำ, สมจิต หนูเจริญกุล และนงลักษณ์ สุวิสิทธิ์ (2552) พบว่าพยาบาลเวชปฏิบัติมีการรับรู้ประโยชน์ของตนต่อระบบบริการสุขภาพในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ ช่วยเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงาน สามารถคัดกรองผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และรับรู้ว่าการผลิตพยาบาลเวชปฏิบัติมีความเหมาะสม ปัญหาจากการปฏิบัติงานพบว่า ปฏิบัติงานเกินบทบาทและขอบเขตกฎหมายทั้งการปฏิบัติงานแทนแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนและโดยลำพังที่สถานีนามัย นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอแนะให้สภาการพยาบาลกำหนดบทบาท สมรรถนะ และสวัสดิการค่าตอบแทนพร้อมทั้งสร้างความเข้าใจในบทบาทและพัฒนาพยาบาลเวชปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการในระดับปฐมภูมิ

การศึกษาของเรณู พุกบุญมีและคณะ (2551) เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนาบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่ได้รับวุฒิปริญญาในประเทศไทยจำนวน 206 คน ตามการรับรู้ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง พบว่ามีการรับรู้ถึงการปฏิบัติของตนส่งผลลัพธ์ต่อผู้ใช้บริการในเรื่องการเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดภาวะแทรกซ้อน ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมาน เพิ่มการดูแลต่อเนื่อง ลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลดจำนวนวันนอน

โรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย เพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ นอกจากนี้ยังเกิดผลลัพธ์ต่อหน่วยงาน คือมีนวัตกรรมและแนวปฏิบัติช่วยลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาล ประจำการ เกิดการพัฒนากระบวนการ การปฏิบัติงานแบบสหวิชาชีพและระบบส่งต่อที่มีคุณภาพ เกิดเครือข่ายในการปฏิบัติงานและระบบการปรึกษา เกิดการพัฒนาเอกลักษณ์ของวิชาชีพ (เรณู พุกบุญ มีและคณะ, 2551 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2552)

นอกจากนี้ยังพบผลลัพธ์ว่าโรงพยาบาลที่มีผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่งผลให้ความทนต่อกิจกรรม ความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น อาการกำเริบเฉียบพลัน ค่าใช้จ่าย และอัตราการรับไว้ในโรงพยาบาล ลดลง (พิกุล นันทชัยพันธ์ สารทิ วงศ์สิทธิ์ จงลักษณ์ จีมนันใจ และกชพร เชื้อนธนะ, 2553 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2553) ผู้ป่วยสตรีมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดไม่ต้องเข้ารับการรักษารักษาซ้ำ ความสม่ำเสมอในการรับการรักษาด้วยเคมีบำบัดเพิ่มขึ้น การเข้ารับการรักษาและการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังให้เคมีบำบัดลดลง แพทย์ให้การยอมรับและเห็นประโยชน์ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (รัชนิ นาม จันทรา ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ ปิ่นหทัย สุกเมธพร กนกพร นทีชนสมบัติ และประทุม สร้อยวงศ์, 2553 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2553) จำนวนวันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและระยะเวลาที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในการจัดการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและอัตราการเกิดภาวะปอดอักเสบ แผลกดทับ และการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดลดลง (ฉวีวรรณ ชงชัย และมยุลี ตำราญญาติ, 2553 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2553) สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมคลอดจากผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมีการรับรู้ ประสิทธิภาพการคลอด ความพึงพอใจในบริการ ความพึงพอใจในการคลอด อัตราการให้นมบุตร และการมีส่วนร่วมของสามีสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการจากพยาบาลประจำการ ส่วนภาวะแทรกซ้อน ในระยะตั้งครรภ์ การได้รับยาเร่งคลอด ความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และระยะเวลาในการคลอด น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลจากผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (สุกัญญา ปรีชญญกุล และโสเพ็ญ ชูนวน, 2553 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2553) ผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อเอชไอวีสมองอักเสบจากเชื้อรา ภายหลังเข้ารับการรักษาโดยมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสร้างและใช้แนวปฏิบัติในการดูแล มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การประเมินตนเอง การดูแล สุขภาพอนามัย การรับประทานยาสูงขึ้นกว่าก่อนเข้ารับการรักษ และกลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งมีความพึงพอใจในระดับสูง รองลงมาคือระดับปานกลาง (อำภาพร นามวงศ์พรหม พูลสุข เจนพานิชย์ วิมลรัตน์ บุญเสถียร น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ มนพร ชาติธานี และวิลาวัลย์ แก้วอ่อน, 2553 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2553)

ในการนำเสนอผลงาน APN Success Stories สาขาการพยาบาลชุมชนและเวชปฏิบัติ ชุมชนจากการประชุมวิชาการเรื่อง “ความสำเร็จในงานของ APN” พบว่าผลลัพธ์จากการปฏิบัติงาน

ในบทบาท APN สาขาชุมชนและเวชปฏิบัติชุมชน ที่สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ พบว่า APN มีการดูแลประชากรในพื้นที่ประมาณ 4,900 คน มีกลุ่มผู้รับบริการเฉพาะคือกลุ่มเด็ก ผลจากการปฏิบัติงานเกิดโครงการเด็กอาสาสมัครทำให้เด็กเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความเฉลียวฉลาด ความฉลาดทางอารมณ์สูงขึ้น ได้รับการดูแลจากผู้ปกครอง ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย เด็กขาดการดูแล และติดการพนันได้รับการแก้ไข (นิตยา หาญรักษ์, 2552) ผู้เป็นเบาหวานสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม มีความรู้ความเข้าใจในโรคเบาหวานสามารถควบคุมน้ำตาลได้ด้วยตนเอง เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อทีมพยาบาลช่วยพัฒนาทักษะความสามารถ ส่งเสริมการทำงานเป็นสหวิชาชีพ จากการปฏิบัติงานทำให้เป็นที่ยอมรับของผู้ป่วยและญาติ และมีผลงานลงตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานปีละ 1 เรื่อง (เบญจมาภรณ์ วงศ์ประเสริฐ, 2552) การดำเนินงานรักษาโรคเบื้องต้น พบโรคและปัญหาสุขภาพของประชาชนคือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน พิการ โรคจิต โรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคกระเพาะอาหารและวิงเวียนศีรษะเป็นต้น นอกจากนั้นยังมีการนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้รับบริการที่บ้านทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าถึงข้อมูลสุขภาพประชาชนในชุมชนได้เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังหรือผู้พิการในชุมชนที่ไม่เคยมาใช้บริการ ช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับชุมชน ลดช่องว่างระหว่างภาครัฐและประชาชน ประชาชนเกิดความภาคภูมิใจ ในการปฏิบัติงาน (จิรพันธ์ โพธิพฤกษ์, 2552)

ในต่างประเทศมีบริการทางด้านสุขภาพที่พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเป็นผู้ให้การดูแล โดยการศึกษาผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงตามข้อกำหนดและเอกลักษณ์ของวิชาชีพของแอมริคและคณะโดยทำการศึกษาในพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติจำนวน 32 คนที่ให้บริการผู้รับบริการทั้งหมด 1,708 คนในระยะเวลา 2 เดือนพบว่าปัญหาที่นำผู้รับบริการมาพบมากที่สุด คือ ไซนัสอักเสบ หูชั้นกลางอักเสบ เอชไอวี/เอดส์ คอและทอนซิลอักเสบ ผลจากการดูแลนั้นการกลับเป็นซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง เมื่อได้รับการรักษาอาการคงที่หรือดีขึ้นร้อยละ 76 จากการให้ผู้รับบริการประเมินผลลัพธ์พบว่าใกล้เคียงกับที่พยาบาลเป็นผู้ประเมินตนเอง การรักษาและการให้ยาของพยาบาลช่วยทำให้อาการดีขึ้น จากการประเมินผลลัพธ์โดยแพทย์ เห็นด้วยกับกิจกรรมและการรักษา พยาบาลเวชปฏิบัติมีความรู้ในเรื่องการใช้ยา มีข้อกำหนดในการปฏิบัติที่ชัดเจน มีการปรึกษาได้อย่างเหมาะสม แพทย์เห็นด้วยอย่างเป็นเอกฉันท์ถึงประโยชน์ที่เกิดจากการปฏิบัติของพยาบาลเวชปฏิบัติที่ช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น เกิดความพึงพอใจและใช้เวลาในการรอคอยน้อยลง (Hamric et al., 1998) ซึ่งคล้ายคลึงกับประเทศไทย ในการศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศไทย ของคณะทำงานศึกษาสถานการณ์การดำเนินการของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป สภาการพยาบาล (2550) พบว่าปัญหาที่นำผู้รับบริการมาพบและพยาบาลเวชปฏิบัติให้การรักษาโรคมามากที่สุด คือ โรคระบบ

ทางเดินหายใจส่วนบน คิดเป็นร้อยละ 95.1 รองลงมาได้แก่ โรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โรคระบบทางเดินอาหาร และจากการศึกษาของเล็นซ์และคณะพบว่าผลลัพธ์ที่เกิดจากการดูแลของพยาบาลเวชปฏิบัติ หรือแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิโดยทำการติดตามสองปีพบว่าอัตราการกลับมาตรวจซ้ำในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยแพทย์สูงกว่าพยาบาลเวชปฏิบัติและมีหลักฐานสนับสนุนว่าคุณภาพของการดูแลโดยพยาบาลเวชปฏิบัติไม่แตกต่างจากแพทย์ (Lenz et al., 2003)

จะเห็นได้ว่าผลลัพธ์ที่ดีขึ้นจากพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนกับระบบบริการสุขภาพของประเทศ ช่วยลดค่าใช้จ่ายของรัฐ ดูแลจัดการผู้มีภาวะโรคเรื้อรัง การเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการเนื่องจากการขยายขอบเขตสมรรถนะ เอกสิทธิ์และมีกฎหมายคุ้มครอง รวมทั้งการปฏิบัติในขั้นสูงดังกล่าว

4. ขอบเขต/สมรรถนะ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการรักษาโรคเบื้องต้นตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาล

การระบุให้พยาบาลต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดในการรักษาโรคเบื้องต้นนั้น ไม่เพียงพอที่จะเป็นหลักประกันว่าผู้รับบริการจะได้รับบริการที่มีคุณภาพ การกำหนดมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ต้องมีพยาบาลเวชปฏิบัติ หรือพยาบาลปริญาโท หรือพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาชุมชน / เวชปฏิบัติชุมชนจะช่วยให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ (สุวรรณ จันทรประเสริฐ, 2550) สภาการพยาบาลได้กำหนดให้การปฏิบัติการพยาบาลมี 2 ระดับ คือ การปฏิบัติการพยาบาลทั่วไป (General Nursing Practice) และการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advance Practice Nursing) (สมจิต หนูเจริญกุล, 2550) มีการดำเนินการสอบและออกวุฒิบัตรรับรองพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2546 จำนวน 5 สาขา มีผู้สอบผ่านจำนวน 49 คน และทั้งหมดเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางโดยจำนวนนี้มีสาขาชุมชนรวมอยู่ด้วย ปัจจุบันมีการสอบและออกวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะสาขาเพื่อเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงจำนวนทั้งหมด 944 คน เป็นสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 97 คน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2553; อุบล จัวงพานิช, 2553) และได้กำหนดสมรรถนะ บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงไว้ทั้งหมด 9 สมรรถนะ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2550) ในส่วนของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ได้กำหนดแนวทางให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในการดูแลครอบครัวหรือชุมชน รวมการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรคไว้ด้วย

นับเป็นความท้าทายของวิชาชีพในยุคที่กำลังขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่จะพัฒนาขีดความสามารถของตนเพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เป็นผู้ที่มิบทบาทสำคัญที่จะทำให้ระบบบริการปฐมภูมิมียุทธศาสตร์และประสิทธิภาพ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นบุคลากรที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนในระบบบริการปฐมภูมิ

(สภาการพยาบาล, 2551) จากประกาศดังกล่าวพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต้องมีความรู้ความสามารถในการรักษาโรคเบื้องต้นตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาล การจัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในการประเมินภาวะสุขภาพและให้การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ การป้องกัน ส่งเสริม รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ ประเมินผลลัพธ์ของการจัดการดูแลผู้รับบริการทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน รวมทั้งบทบาทอื่นๆ (สภาการพยาบาล, 2545; สภาการพยาบาล, 2551) จุดเน้นในการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีความแตกต่างจากแพทย์ซึ่งแพทย์เน้นที่การวินิจฉัยและการรักษาโรคแต่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีจุดเน้นตามบริบทที่มีความหลากหลายทั้งการสนับสนุน การดูแลตนเอง การดูแลที่ต่อเนื่อง การวินิจฉัยและการรักษาโรค (สมจิต หนูเจริญกุล, 2553) ในส่วนของบทบาทและสมรรถนะในการรักษาโรคเบื้องต้นนั้นสภาการพยาบาล ได้จัดทำข้อกำหนดในการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรคครั้งแรกในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2545 มีจัดทำคู่มือและปรับปรุงพัฒนามาโดยตลอด นอกจากนี้สภาการพยาบาลได้กำหนดขอบเขตและการควบคุมมาตรฐานในการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นเพื่อให้ประชาชนผู้รับบริการได้รับความปลอดภัย และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานเองมีแนวทางการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น (สภาการพยาบาล, 2551 หน้า 6) ดังนี้

4.1 คุณสมบัติของพยาบาล

4.1.1 ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง

4.1.2 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลหลังได้รับใบอนุญาตฯ ไม่น้อยกว่า 2 ปี

4.1.3 ผ่านการอบรมและได้รับประกาศนียบัตรหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (รักษาโรคเบื้องต้น) ที่สภาการพยาบาลรับรองและขึ้นทะเบียนกับสภาการพยาบาล

4.1.4 มีการเพิ่มพูนความรู้และทักษะให้ทันสมัยอยู่เสมอ และตามที่สภาการพยาบาลกำหนด

4.2 ขอบเขตของการรักษาโรคเบื้องต้น

4.2.1 สามารถตรวจ ประเมินสภาพ วินิจฉัย แยกกลุ่มโรคและให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมตามข้อกำหนดการรักษาโรคเบื้องต้น

1. กลุ่มอาการ/ความเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ต้องรีบช่วยเหลือ และส่งต่อไปรับบริการที่เหมาะสม ทั้งหมด 38 กลุ่มอาการ

2. กลุ่มอาการ/ความเจ็บป่วยที่อาจเป็นความเจ็บป่วยที่ร้ายแรง ต้องการการส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยและรักษา ทั้งหมด 28 กลุ่มอาการ

3. กลุ่มอาการ/ความเจ็บป่วย โรคที่พบบ่อยที่ให้การบรรเทาอาการ/ ให้การรักษาได้ ทั้งหมด 8 กลุ่มอาการ

4.2.2 ให้การดูแลช่วยเหลือ ส่งต่อ การรักษาโรคและอาการที่พบบ่อย ทำหัตถการที่กำหนด

4.2.3 ให้ยาเพื่อบรรเทาอาการ/ รักษาโรคตามแนวทางที่กำหนดไว้และให้ภูมิคุ้มกันโรค

4.2.4 มีการติดตามผล

4.2.5 รับดูแลผู้ป่วยต่อ เพื่อการดูแลต่อเนื่อง การให้ยาเพิ่มเติมตามแผนการรักษาของแพทย์ในผู้ป่วยเรื้อรัง

4.3 การควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการปฏิบัติ

4.3.1 มีเครือข่ายที่สามารถปรึกษา หรือส่งต่อกรณีเกินขอบเขตความสามารถ

4.3.2 มีแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ชัดเจน

4.3.3 มีการบันทึกและทำรายงานเพื่อตรวจสอบและควบคุมคุณภาพ

4.3.4 สภาการพยาบาลจัดทำเนียบทะเบียนที่เป็นปัจจุบันทุก 6 เดือน

4.3.5 มีกลไกในการประสานงานเพื่อควบคุมคุณภาพติดตามประเมินผล

ในอดีตที่ผ่านมา พยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ขาดแคลนแพทย์มีความจำเป็นต้องปฏิบัติหน้าที่ในการตรวจ วินิจฉัย และรักษาโรคเบื้องต้น ซึ่งเป็นการกระทำเกินบทบาทหน้าที่โดยไม่มีกฎหมายรองรับ มีการศึกษา พบว่าพยาบาลผดุงครรภ์ใช้เวลาร้อยละ 45 ในการรักษาโรค (สภาการพยาบาล, 2545; สภาการพยาบาล, 2551) ในปี พ.ศ. 2528 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลป์และให้บุคลากรสาธารณสุขอื่นๆรวมทั้งพยาบาลสามารถรักษาโรคเบื้องต้นและจ่ายยาภายใต้พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรมได้ ต่อมาปี พ.ศ. 2539 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกระเบียบมอบหมายให้ พยาบาลเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นและอาสาสมัครประจำหมู่บ้านซึ่งปฏิบัติงานในกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา สภาอากาศไทย เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น สามารถประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยการทำการรักษาโรคด้านอายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินรีเวชกรรม การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การวางแผนครอบครัว และการปัจจุบันพยาบาลตามที่กำหนดได้ แต่ในความเป็นจริงพบว่าการตัดสินใจด้วยตนเองและปฏิบัติงาน

ตามล้าพัง (สภาการพยาบาล, 2545; สภาการพยาบาล, 2551; สุวรรณ จันทรประเสริฐ, 2550) ในปี พ.ศ. 2540 สภาการพยาบาลได้ปรับปรุงพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และกำหนดให้การประกอบวิชาชีพการพยาบาล ครอบคลุมการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกัน ได้ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อออกแนวทางและวิธีปฏิบัติโดยความร่วมมือหลายภาคส่วนและวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง (สภาการพยาบาล, 2545; สภาการพยาบาล, 2551) นับตั้งแต่มีพระราชบัญญัติ วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และมีการแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2540 ซึ่งเป็น กฎหมายที่ได้กำหนดบทบาท หน้าที่ ควบคุม ดูแลพยาบาลวิชาชีพและองค์กรวิชาชีพ ส่งผลให้การ ปฏิบัติการพยาบาลที่มีการขยายขอบเขตบทบาทวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ได้รับความ คุ้มครองตามกฎหมาย

ต่อมาปี พ.ศ. 2545 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกระเบียบกระทรวงว่าด้วยการประกอบ วิชาชีพการพยาบาลตามข้อกำหนดในการรักษาโรคเบื้องต้นว่าต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการ พยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติ (รักษาโรคเบื้องต้น) ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการ พยาบาลและการผดุงครรภ์ และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้ออกแนว ปฏิบัติบริการสุขภาพสำหรับศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการรักษาพยาบาลซึ่งได้นำข้อกำหนดการรักษา โรคเบื้องต้น การให้ภูมิคุ้มกันโรค สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ของสภาการพยาบาลมาเป็นแนวทางและปรับปรุงให้เหมาะสมกับศูนย์สุขภาพชุมชน (กรม สนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2546) การออกประกาศนี้เป็นส่วนที่ช่วยแสดงถึง เอกสิทธิ์ของวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรักษาโรคเบื้องต้น (สุวรรณ จันทรประเสริฐ, 2550) เมื่อมีนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและรัฐกำหนดให้มีศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นสถานบริการระดับปฐมภูมิเพื่อดูแล บุคคล ครอบครัว และชุมชนตั้งแต่ก่อนป่วย หลังป่วย และ ให้การดูแลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย ทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ที่ให้บริการโดยพยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ

5. กรอบแนวคิดในการศึกษา

แนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการของ Donabedian (1966) ในการประเมิน คุณภาพการดูแลสุขภาพแบ่งได้เป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ “โครงสร้าง” (Structure) “กระบวนการ” (Process) และ “ผลลัพธ์” (Outcome)

5.1 โครงสร้าง หมายถึง สิ่งที่แสดงถึงลักษณะของสถานที่ในการให้บริการซึ่งรวมไป ถึง ทรัพยากร (material resources) เช่น เครื่องมืออำนวยความสะดวก เงินทุน ทรัพยากรบุคคล (human resources) เช่น จำนวนบุคลากรและคุณภาพ และโครงสร้างองค์กร (Organizational structure) เช่น โครงสร้างบุคลากร วิธีการตรวจสอบ การชดเชยค่าเสียหาย เมื่อระบบบริการสุขภาพมี

โครงสร้างที่ดีและมีความพร้อมทุกด้านย่อมนำมาสู่ผลลัพธ์ที่ดี ตัวอย่างเช่น ระบบบริการสุขภาพระดับตติยภูมิที่มีความพร้อมทั้งด้านบุคลากรที่มีคุณวุฒิที่สูง สถานที่ เครื่องมืออำนวยความสะดวกเงินทุนและมีการจัดโครงสร้างองค์กรที่ดี มีการบังคับบัญชาและการมอบหมายงานที่ชัดเจนย่อมส่งผลต่อผลลัพธ์ที่ตามมาทั้งคุณภาพของการดูแลที่ดี องค์กรมีศักยภาพ สามารถให้การดูแลผู้รับบริการที่มีปัญหาซับซ้อนได้ เมื่อมองในมิติของการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีการศึกษาการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชนในจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของทองพูน กริ่งสันเทียะ (2547) พบว่า กรอบแนวคิดของการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) การผสมผสานบริการทั้งการรักษาพยาบาล การป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพ 2) การบริการต่อเนื่องทุกสุขภาพและมีระบบข้อมูลที่สามารถติดตามได้ 3) การบริการใกล้บ้านใกล้ใจที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ทั้งในแง่เศรษฐกิจ การเงิน ภูมิประเทศ การคมนาคม สังคม และวัฒนธรรม 4) การบริการที่มุ่งเน้นความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของชุมชน 5) การกระจายอำนาจ ส่วนการเข้าใจในแนวคิดและหลักการเหล่านี้ พบว่าการผสมผสานบริการและการบริการใกล้บ้านใกล้ใจที่ประชาชนสามารถเข้าถึง เจ้าหน้าที่ทุกคนเข้าใจและปฏิบัติได้ทุกแห่ง ส่วนการบริการต่อเนื่องเจ้าหน้าที่ทุกคนเข้าใจแต่ปฏิบัติได้ร้อยละ 86 เท่านั้นเนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากรที่มีจำนวนไม่เพียงพอ การบริการที่มุ่งเน้นความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของชุมชน เจ้าหน้าที่ทุกคนเข้าใจแต่ปฏิบัติได้เพียงร้อยละ 23 เท่านั้น ส่วนการกระจายอำนาจ มีเจ้าหน้าที่เข้าใจร้อยละ 23 เท่านั้น จากการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นได้ว่าโครงสร้างเป็นส่วนสำคัญที่จะนำมาสู่ผลลัพธ์หรือคุณภาพของการดูแล ถ้ามีโครงสร้างดีก็จะนำมาสู่ผลลัพธ์ที่ดี

5.2 กระบวนการ หมายถึง สิ่งที่แสดงถึงการกระทำที่เกิดขึ้นจริงในการให้และรับการดูแล รวมไปถึงการแสวงหาซึ่งการดูแลของผู้ป่วยและการปฏิบัติกิจกรรมของแพทย์ให้สำเร็จในการวินิจฉัยโรค การแนะนำหรือการรักษาโรค กิจกรรมในการรักษาโรคเบื้องต้นตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาลของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนก็เป็นกระบวนการหนึ่งที่น่ามาซึ่งผลลัพธ์ การศึกษาประสิทธิภาพของการรักษาโรคเบื้องต้นที่ให้บริการที่คลินิกส่วนตัวในจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ดำเนินการในการทำการรักษาโรคเบื้องต้น เกิดผลลัพธ์ต่อระบบบริการสุขภาพ และสามารถตอบสนองต่อปัญหาของผู้รับบริการ นอกจากนี้ผลการศึกษายังชี้ให้เห็นถึงศักยภาพของพยาบาลในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นในชุมชนได้เป็นอย่างดีและก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน (Kittipoom, 2001) การศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศไทย พบว่าพยาบาลเวชปฏิบัติส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในการตรวจรักษาโรคเบื้องต้น (คณะทำงานศึกษาสถานการณ์การดำเนินการของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป สภาการพยาบาล, 2550) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่จะนำมาสู่ผลลัพธ์ที่จะตามมา

5.3 ผลลัพธ์ หมายถึง สิ่งที่เกิดตามมาจากการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและประชาชน การเพิ่มขึ้นของความรู้ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้นต่อสุขภาพของผู้ป่วย รวมไปถึงทุกสิ่งที่อยู่ภายใต้คำจำกัดความของภาวะสุขภาพ เช่นค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลที่ได้รับ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผลลัพธ์จากการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาลดังนี้

5.3.1 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นความรู้สึกรู้สึกหรือทัศนคติของผู้รับบริการที่มีต่อการบริการสุขภาพและผู้ให้บริการ ภายหลังจากได้รับบริการ ตัวอย่างการศึกษาความพึงพอใจของผู้ให้และผู้รับบริการต่อการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ พบว่าความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทั้งผู้ให้และผู้รับบริการอยู่ในระดับสูง ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจด้านความสำเร็จในการทำงาน การได้รับการยอมรับนับถือ ความรับผิดชอบ ความมีโอกาสดำเนินงานและลักษณะงานที่ปฏิบัติ นโยบายและการบริหารรวมทั้งสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน และผู้รับบริการมีความพึงพอใจในการบริการสูงด้านความมั่นคงและความปลอดภัย ความรับผิดชอบ ความสำเร็จในการให้บริการ การให้คำแนะนำ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ค่าใช้จ่าย และการได้รับการยอมรับจากผู้ให้บริการ นอกจากนี้ผู้รับบริการยังมีความเห็นว่าเจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลรักษาพยาบาลและออกเยี่ยมบ้านได้ เจ้าหน้าที่พูดจาไพเราะ และเป็นที่พึ่งพิงยามเจ็บไข้ได้ (สุวิทย์ พัฒนกิจ, 2546) ผู้รับบริการมีความพึงพอใจด้านความสุภาพอ่อนโยน ความสะอาดและความเป็นกันเอง (Kittipoom, 2001) และการศึกษาคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการปฐมภูมิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลโรคติดต่อภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า คุณภาพบริการตามความคาดหวังของผู้รับบริการและคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการมีความแตกต่างกัน โดยคุณภาพบริการตามความคาดหวังของผู้รับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการอยู่ในระดับมาก ผู้รับบริการเสนอแนะปัญหาที่พบ คือ การบริการที่ล่าช้า พยาบาลให้บริการด้วยน้ำเสียงที่สั้นและห้วนเกินไป บุคลากรให้บริการไม่ตรงเวลาโดยเฉพาะแพทย์และมีจำนวนบุคลากร สถานที่ไม่เพียงพอ (บึงอร คนกลาง, วิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี, วงศา เลหาศิริวงศ์ และสุทิน ชนะบุญ, 2547) จากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนและผู้ให้บริการต่อการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี พ.ศ. 2549 กับกลุ่มตัวอย่างทุกภาคของประเทศไทย ในด้านความพึงพอใจพบว่า ส่วนใหญ่เกินร้อยละ 90 พอใจ/ค่อนข้างพอใจต่อคุณภาพการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ส่วนการให้ยา มีความพึงพอใจร้อยละ 86.1 จะเห็นได้ว่าโครงสร้างหรือกระบวนการอาจส่งผลต่อผลลัพธ์ในด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการเมื่อไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการตามที่ตนความคาดหวังได้

5.3.2 ภาวะสุขภาพ (ผลการรักษา) และค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ เป็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจภายหลังการรับบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการ จากการศึกษาประสิทธิภาพของการรักษาโรคเบื้องต้นที่ให้บริการที่คลินิกส่วนตัวในจังหวัดนครสวรรค์ โดยพยาบาลวิชาชีพ พบว่าส่งผลให้ผู้รับบริการหายจากโรคหรือภาวะเจ็บป่วย ค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการที่ใช้ไปกับการเจ็บป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อมมีค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 61 บาท ค่าเดินทาง 9 บาท (Kittipoom, 2001) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกส่วนตัวสามารถให้บริการตามปัญหาของผู้รับบริการได้ประมาณร้อยละ 90 และค่าบริการจากพยาบาลน้อยกว่าค่าบริการจากแพทย์มากกว่าครึ่ง และผู้รับบริการมีความพึงพอใจมาก (Hanucharunkul et al., 2002)

การประเมินคุณภาพนั้นเป็นไปได้ที่จะประเมินจาก 3 องค์ประกอบดังกล่าว เพราะว่า การมีโครงสร้างที่ดีย่อมนำมาซึ่งกระบวนการที่ดี เมื่อมีกระบวนการที่ดีย่อมนำมาสู่ผลลัพธ์ที่ดี และเกิดคุณภาพของการดูแลตามมา องค์ประกอบทั้งสามส่วนมีความสัมพันธ์กัน ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพนั้นเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในการประเมินการให้การดูแลโดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ผลลัพธ์เป็นสิ่งที่เกิดตามมาจากการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลรักษาทางการแพทย์โดยใช้องค์ความรู้ที่เป็นวิทยาศาสตร์ ทักษะ และประสบการณ์ ผลลัพธ์อาจอยู่ในลักษณะที่เป็นการตอบสนอง พฤติกรรมที่เกิดขึ้น ความรู้สึก หรือผลลัพธ์สุดท้ายจากการได้รับการดูแล ผลลัพธ์ถูกนำมาใช้ในการประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดูแล เป้าหมายที่สำคัญของผลลัพธ์ที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย คือ การฟื้นหายจากภาวะเจ็บป่วย หรืออาการบรรเทาความสามารถกระทำหน้าที่ได้เช่นเดิม การคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี (Kleinpell, 2009)

โดยสรุป เนื่องจากระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยมีข้อจำกัด และนำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพโดยการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างระบบบริการสุขภาพเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียม ทัวถึง ได้รับบริการที่มีคุณภาพ ราคาเป็นธรรม เป้าหมายสูงสุด คือประชาชนมีสุขภาพดี พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เป็นบุคลากรที่เป็นกำลังสำคัญและมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อจะตอบสนองให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ปัจจุบันมีพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ 97 คน เกิดคุณภาพและผลลัพธ์ที่ดีขึ้นกับระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ช่วยลดค่าใช้จ่ายของรัฐ สามารถดูแลจัดการผู้มีภาวะโรคเรื้อรัง การรักษาโรคเบื้องต้น แต่ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นนั้นมีความแตกต่างหลากหลายตามบริบทของพื้นที่และลักษณะของกิจกรรมหรือการดำเนินงาน และยังมีข้อยังมีข้อจำกัดในการศึกษา อีกทั้งยังไม่มีกรรวบรวมและประเมินผลลัพธ์ไว้อย่างเป็นระบบ จึงมีความจำเป็นที่จะทำการศึกษาถึงลักษณะ และ

รูปแบบของกิจกรรมในการดำเนินงานของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนรวมทั้งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดของไดนาบีเดียน เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนกิจกรรมให้เหมาะสมกับประชากรเป้าหมาย การกำหนดอัตรากำลังและสมรรถนะของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต่อไป



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากิจกรรม และผลลัพธ์ด้านการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ที่ให้บริการในสถานบริการระดับปฐมภูมิแห่งหนึ่ง

แบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงผลลัพธ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ที่ได้รับวุฒิบัตรแสดงความรู้ ความชำนาญเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (APN/NP) จากสภาการพยาบาล
2. ประชาชนที่มารับบริการจากพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ที่ได้รับวุฒิบัตรแสดงความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง จากสภาการพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 คน ที่ได้รับวุฒิบัตรแสดงความรู้ ความชำนาญเฉพาะทางปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแห่งหนึ่ง ในอำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภูและมีการปฏิบัติงานที่เป็นเลิศ ระหว่างเดือนธันวาคม 2552 – กุมภาพันธ์ 2553
2. ประชาชนจำนวน 200 คน ที่มารับบริการจากพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ที่ได้รับวุฒิบัตรแสดงความรู้ ความชำนาญเฉพาะทางที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและมีการปฏิบัติงานที่เป็นเลิศ ระหว่างเดือนธันวาคม 2552 – กุมภาพันธ์ 2553

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

1. **กลุ่มตัวอย่างพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน** เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ดังนี้

- 1.1 เป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ที่ได้รับวุฒิบัตรแสดงความรู้ ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาล เวชปฏิบัติชุมชน ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีบทบาทหน้าที่ในการรักษาโรคเบื้องต้นและมีการ

ปฏิบัติงานที่เป็นเลิศ โดยการค้นหารายชื่อและที่อยู่จากฐานข้อมูลของหน่วยทะเบียน สภาการพยาบาล และข้อมูลจากการประชุมวิชาการโดยสภาการพยาบาลเรื่อง “ความสำเร็จในงานของ APN” วันที่ 27-28 มีนาคม 2552

1.2 ปฏิบัติงานเต็มบทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

1.4 มีผลงานเป็นที่ยอมรับของหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกองค์กร และหน่วยงานยินดีให้ทำการวิจัย

1.3 ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

2. กลุ่มตัวอย่างประชาชนที่มารับบริการจากพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง ตามเกณฑ์ ดังนี้

2.1 เป็นผู้มารับบริการหรือญาติในกรณีที่นำผู้รับบริการที่เป็นเด็กหรือผู้รับบริการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มารับบริการในระหว่างเดือนธันวาคม 2552-กุมภาพันธ์ 2553 จากพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จังหวัดหนองบัวลำภูและมีการปฏิบัติงานที่เป็นเลิศ

2.2 สามารถสื่อสารด้วยการฟังภาษาไทยได้เข้าใจ

2.3 ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

การคำนวณขนาดตัวอย่าง การคำนวณขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ใช้สูตรของ Cochran (1977)

$$n = \frac{n_0}{1 + (n_0 / N)}$$

เมื่อ

n = ขนาดตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากรมารับบริการจากพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

$$n_0 = \frac{t^2 p(q)}{(d)^2}$$

t = t value ที่ระดับนัยสำคัญ .05 = 1.96

p(q) = ค่าประมาณความแปรปรวน = (.5)(.5)

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ = .05

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างดังนี้

$$n = \frac{384}{1 + (384 / 300)}$$

$$= \frac{384}{1 + 1.28} = 168.42$$

$$= 168 \text{ ราย}$$

ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 โดยประมาณ เพื่อทดแทนในกรณีที่มีการตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน ดังนั้นจึงคิดเป็นขนาดตัวอย่าง 200 คน

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการที่สถานีนอนามัยแห่งหนึ่งในชุมชนชนบท จังหวัดหนองบัวลำภู ระหว่างเดือนธันวาคม 2552–กุมภาพันธ์ 2553 ซึ่งเป็นจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดหนองบัวลำภูประกอบด้วย 6 อำเภอ มีประชากรทั้งหมด 514,138 คน มีโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 5 แห่งและมี PCU/สถานีนอนามัยทั้งหมด 50 แห่ง โดยสถานีนอนามัยที่ผู้วิจัยเข้าไปทำการศึกษาครั้งนี้เป็น 1 ใน 13 สถานีนอนามัยในอำเภอสุวรรณคูหา รับผิดชอบประชาชน 6 หมู่บ้าน มีประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ประมาณ 5,000 คน และมารับบริการที่สถานีนอนามัยแห่งนี้ 1,800 ราย/เดือน ในปีงบประมาณ 2552 มีผู้รับบริการทั้งหมด 3,590 ราย 18,817 ครั้ง สถานีนอนามัยเปิดให้บริการทุกวัน โดยวันจันทร์- วันศุกร์ เปิดให้บริการตั้งแต่เวลา 08.30 - 20.30 น. วันเสาร์, วันอาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ เปิดให้บริการตั้งแต่เวลา 08.30 - 16.30 น. บริการในสถานีนอนามัย วันจันทร์-ศุกร์ ช่วงเช้า 08.30 -12.00 บริการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นทุกวัน ช่วงบ่าย 13.00 – 16.30 น. บริการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นและติดตามเยี่ยมบ้าน วางแผนครอบครัว และเวลา 16.30 – 20.30 น. บริการตรวจรักษาโรคเบื้องต้น ส่วนวันเสาร์, วันอาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ เปิดให้บริการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นเท่านั้น ตั้งตั้งแต่เวลา 08.30 -16.30 น. มีบุคลากรทั้งหมด 6 คน คือ นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน 1 คน ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข 1 คน ชูรการ 1 คน นักการภารโรง 1 คน และพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 คน โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน รับผิดชอบและปฏิบัติกิจกรรมในการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นเป็นหลักมีประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบมารับบริการรักษาโรคเบื้องต้น 300 คน และมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นเป็นบางวันแต่มีพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนให้คำปรึกษา มีการส่งเสริมสุขภาพและให้ภูมิคุ้มกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ การส่งต่อและติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง การจัดโครงการแก้ไขปัญหาชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามสำหรับพยาบาล พัฒนาโดย สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ (สภาการพยาบาล, 2550) ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลและการดำเนินงาน มี 11 ข้อคำถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่งงาน ผลงานและความรับผิดชอบ ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทการปฏิบัติงานโดยตรงตั้งแต่ได้รับวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN/NP) มี 26 ข้อคำถามประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับขอบเขตการปฏิบัติงาน ลักษณะกิจกรรมที่ปฏิบัติ จำนวนผู้รับบริการเฉลี่ย โรคและ/หรือปัญหาสุขภาพประชาชนมารับบริการมากที่สุด 10 อันดับแรก ลักษณะคำตอบ คือ ไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัติน้อย ปฏิบัติปานกลาง และปฏิบัติบ่อยมาก มีคำถามปลายเปิดจำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามผู้รับบริการ พัฒนาโดย นัยนา หนูนิลและคณะ (นัยนา หนูนิลและคณะ, 2544) ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการ จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ ข้อมูลในการมารับบริการ อาการสำคัญหรือปัญหาสุขภาพที่นำมาสู่การรับบริการ ภาวะสุขภาพภายหลังรับบริการ (ผลการรักษา) มี 3 ข้อคำถามที่เป็นข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ลักษณะคำตอบคือ หาย ดีขึ้น อาการคงเดิม อาการแย่ลง และความคาดหวังในการกลับมารับบริการครั้งต่อไปพร้อมระบุเหตุผล ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อพยาบาล และการให้บริการในสถานบริการ มี 15 ข้อคำถามซึ่งประกอบไปด้วย 3 ประเด็นหลัก คือคุณลักษณะของพยาบาล (จำนวน 5 ข้อ) กิจกรรมทางการพยาบาล (จำนวน 6 ข้อ) และ ความรู้สึกและการรับรู้ต่อบริการ (จำนวน 4 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นแบบ rating scale คือ ดี ไม่แน่ใจ และไม่ดี และความคิดเห็นอื่นๆ

ส่วนที่ 3 แบบสังเกตกิจกรรมการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการรักษาโรคเบื้องต้น พัฒนาโดย นัยนา หนูนิลและคณะ (นัยนา หนูนิลและคณะ, 2544) ประกอบด้วยข้อมูลปัญหาสุขภาพ การตรวจรักษา การวินิจฉัยอาการ การให้การบำบัดรักษา การสอนสุขศึกษา การให้คำปรึกษา การส่งต่อ และการนัดหมาย แบบสังเกตเป็นลักษณะ Check list และบันทึกข้อมูล แบบสังเกต

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยในการศึกษาครั้งนี้ทั้งสามส่วนได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน และมีการนำเครื่องมือไปใช้ในการศึกษาต่างๆ โดยเครื่องมือส่วนที่ 1 มีการนำไปใช้ในงานวิจัยเรื่อง สถานการณ์ดำเนินงานของพยาบาลเวชปฏิบัติ

ทั่วไปในประเทศไทย โดยคณะทำงานศึกษาสถานการณ์การดำเนินการของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงระบบและกลไกการพัฒนา สถานพยาบาล เครื่องมือส่วนที่ 2 และ 3 นำไปใช้ ในงานวิจัยเรื่อง Cost- effectiveness of primary care services provided by nurse's private clinics in Thailand (Hanucharurnkul et al, 2001) ประสิทธิภาพของการให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิของสถานผดุงครรภ์ (นัยนา หนูนิล และคณะ, 2544) และงานวิจัยเรื่อง Effectiveness of primary care provided at midwifery private clinics: Nakhonsawan province (Kittipoom, 2001)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. สรุปเนื้อหาของแบบสอบถาม แบบสังเกตและแนวทางการสัมภาษณ์ (ภาคผนวก ค) ให้สอดคล้องตามบริบทของการศึกษาครั้งนี้
2. นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาเวชปฏิบัติชุมชนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 คน และประชาชนผู้มารับบริการที่สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 30 คน แล้วนำมาปรับปรุงข้อคำถามที่เกี่ยวกับรายได้ให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การทบทวนเวชระเบียน และการสังเกตแบบมีโครงสร้าง โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกวันในระหว่างเดือนธันวาคม 2552 – กุมภาพันธ์ 2553 เวลา 8.30 – 20.30 น. มีผู้ช่วยวิจัย 1 คน เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตที่มีความรู้ทางด้านระเบียบวิธีวิจัยและการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน โดยผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย เครื่องมือในการวิจัย ขั้นตอนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยละเอียด และมอบหมายให้ผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการโดยการสัมภาษณ์จากแบบสอบถามเท่านั้น สำหรับแบบสอบถามข้อมูลสำหรับพยาบาลและการสังเกตกิจกรรมในการรักษาโรคเบื้องต้น ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ขออนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ทำการค้นหาและทำทะเบียนรายชื่อพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โดยขอข้อมูลจากหน่วยทะเบียนสถานพยาบาลและข้อมูลการนำเสนอผลงานและการประชุมวิชาการทางการพยาบาล

3. ขอนหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลส่งถึงผู้อำนวยการ/ผู้บริหารสถานบริการสุขภาพที่ทำการเก็บข้อมูล

4. ติดต่อ ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและประโยชน์ที่จะได้รับ รวมทั้งรายละเอียดของแบบสอบถาม ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนดำเนินการ

1. การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

1.1 ผู้วิจัยติดต่อกับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเพื่อขออนุญาตและนัดหมายในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขั้นตอน วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

1.3 เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยนำเอกสารการยินยอมตนเข้าร่วมการวิจัยให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนลงนามในการเข้าร่วมการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและการดำเนินงาน ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทการปฏิบัติงาน โดยตรงตั้งแต่ได้รับวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN/NP) ให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นผู้ตอบด้วยตนเองจำนวน 1 ชุด นักเวลาเก็บแบบสอบถามคืนภายในเวลา 2 สัปดาห์หลังจากได้รับแบบสอบถาม

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสังเกต การปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนด้านการรักษาโรคเบื้องต้น

ผู้วิจัยทำการสังเกตกิจกรรมที่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนปฏิบัติในด้านการรักษาโรคเบื้องต้น โดยผู้วิจัยเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของทีมและร่วมอยู่ในเหตุการณ์ตลอดเวลาที่ปฏิบัติงาน ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูล ตั้งแต่ผู้รับบริการเริ่มเข้ามาลงทะเบียนจนสิ้นสุดกระบวนการในการรักษาโรคเบื้องต้น โดยการสังเกต บันทึก พร้อมทั้งเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และการทบทวนเวชระเบียน (ภาคผนวก ค) ซึ่งใช้เวลาประมาณ 20 นาทีต่อผู้รับบริการ 1 ราย จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและแบบบันทึกการสังเกต

2. การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้รับบริการ

2.1 เมื่อผู้รับบริการมาลงทะเบียน ผู้วิจัยเข้าไปติดต่อเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาและประโยชน์ที่จะได้รับ รวมทั้งขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

2.3 เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยนำเอกสารการยินยอมตนเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในการเข้าร่วมวิจัย

2.4 ผู้ช่วยวิจัยหรือผู้วิจัย (กรณีที่ไม่มีผู้รับบริการรอรับบริการในรายต่อไป) เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการโดยการสัมภาษณ์จากแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อพยาบาล และการให้บริการในสถานบริการ โดยทำการสัมภาษณ์ในห้องที่จัดเตรียมไว้เป็นสัดส่วน ผู้วิจัยอ่านข้อความตามแบบสอบถามและขอให้ผู้รับบริการเลือกตอบ จากนั้นผู้ช่วยวิจัยนัดหมายวันเพื่อติดตามเยี่ยมบ้านหรือโทรศัพท์ติดตามผลการรักษาหลังได้รับบริการเป็นเวลา 7 วัน

2.5 ติดตามเยี่ยมบ้านหรือโทรศัพท์ติดตามผลการรักษาเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพภายหลังได้รับบริการ 7 วัน โดยใช้แบบสอบถามภาวะสุขภาพ (ผลของการรักษาพยาบาล) ภายหลังการรับบริการ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยให้ข้อมูลโดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยละเอียดให้กับกลุ่มตัวอย่าง การตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมตนเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใดๆ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้นและการนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม โดยไม่มีการระบุชื่อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษานี้ใช้สถิติบรรยาย (Descriptive Statistics) ประกอบด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าพิสัยของข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเพศ อายุ วุฒิการศึกษา การดำรงตำแหน่งในปัจจุบัน ประสบการณ์ที่ทำงานกิจกรรมที่ปฏิบัติในการรักษาโรคเบื้องต้น ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ภาวะสุขภาพและค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพในส่วนของคุณลักษณะของผู้รับบริการในการมารับบริการในครั้งต่อไปและความคิดเห็นอื่นๆ เกี่ยวกับความพึงพอใจ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยการจัดกลุ่มและสรุปประเด็น

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากิจกรรมของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนด้านการรักษาโรคเบื้องต้น ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ภาวะสุขภาพภายหลังการรับบริการ และค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ ผลการศึกษานำเสนอเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

- 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
- 1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการ
- 1.3 ลักษณะการมารับบริการของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการ
- 1.4 ปัญหาสุขภาพหรืออาการสำคัญตามการรับรู้ของผู้รับบริการ

ส่วนที่ 2 กิจกรรมของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการรักษาโรคเบื้องต้น

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์จากการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

- 3.1 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ
- 3.2 ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ
- 3.3 ค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการศึกษานี้มี 1 ราย เป็นเพศหญิง อายุ 45 ปี สถานภาพสมรส คู่ ศาสนาพุทธ ภูมิลำเนา อำเภอสวรรคภูหา จังหวัดหนองบัวลำภู สำเร็จการศึกษาสูงสุด พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชนและหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางระยะสั้นเวชปฏิบัติทั่วไป (รักษาโรคเบื้องต้น) การดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤต การตรวจอัลตราซาวด์หญิงตั้งครรภ์ ได้รับวุฒิปับตรแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเมื่อปี พ.ศ. 2551 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลรวม 22 ปี โดยปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ 4 ปี ปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสวรรคภูหา ประจำตึกผู้ป่วยใน พยาบาลเวรห้องฉุกเฉิน พยาบาลห้องผ่าตัด และหัวหน้าห้องคลอด 13 ปี และปฏิบัติงานในสถานอนามัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 5 ปีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 – ปัจจุบัน

จากการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างพบว่า ในบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีผลงานที่ปฏิบัติตั้งแต่ได้รับวุฒิปับตรแสดงความรู้ความชำนาญผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงนั้น ได้ปฏิบัติการพยาบาลตามสมรรถนะที่สภาการพยาบาลกำหนด ดังนี้ 1) สมรรถนะการดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มเฉพาะโรค (Direct Care) โดยมีการดูแลสุขภาพและตรวจรักษาโรคเบื้องต้นแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนทุกช่วงวัยและทุกภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีการส่งต่อ การให้ภูมิคุ้มกันโรคและการวางแผนครอบครัว 2) สมรรถนะในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) โดยมีการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพสำหรับบุคคลทั่วไปในชุมชน การเสริมสร้างศักยภาพความเข้มแข็งให้ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ 3) สมรรถนะในการพัฒนา จัดการและกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมาย (Care Management) โดยการบริหารจัดการเกี่ยวกับระบบบริการ จัดการกับสิ่งแวดล้อมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและภาวะคุกคามต่อสุขภาพ การเฝ้าระวังโรคและความเจ็บป่วย การค้นหาผู้ป่วยและประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงทางด้านสุขภาพ และการคัดกรองโรค การประเมินปัญหาสุขภาพของบุคคลครอบครัวชุมชน 4) สมรรถนะในการเป็นที่ปรึกษา (Consultation) โดยการให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพ การนิเทศติดตามการปฏิบัติงาน 5) สมรรถนะในการประสานงาน (Collaboration) โดยให้ชุมชน เทศบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการบริการสุขภาพของสถานอนามัย การใช้งบประมาณของสถานอนามัย และการประสานงานเพื่อการจัดสรรงบประมาณช่วยเหลือจากท้องถิ่น 6) สมรรถนะในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) และ 7) สมรรถนะการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice) โดยการพัฒนาคู่มือ

แนะนำหญิงตั้งครรภ์ มีการทำวิจัยในการพัฒนางาน ได้แก่ การใช้เวลาของเจ้าหน้าที่ในสถานอนามัย
การศึกษาชุมชนที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโนนปอแดง กระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับเด็ก
และเยาวชนเพื่อป้องกันการเข้าสู่การพนัน กระบวนการแก้ปัญหาหนี้สินในครัวเรือน การพัฒนา
บริการสถานอนามัยแบบมีส่วนร่วม การพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาล โดย การปรับปรุงงาน
บริการ คลินิกเด็กดี การสร้างเครือข่ายกับหมอพื้นบ้าน การทำโครงการเด็กอาสาอนามัย และเป็น
วิทยากรอบรมและเผยแพร่ความรู้และผลการปฏิบัติงาน 8) สมรรถนะในการใช้เหตุผลทางจริยธรรม
๑ (Ethical reasoning and ethical decision making) โดยการช่วยเหลือและพิทักษ์สิทธิวัยรุ่นทำแท้ง
และติดเชื้อที่ปฏิเสธการรักษาและไม่ไปโรงพยาบาลเพราะต้องการปิดเป็นความลับให้ได้รับการ
รักษาอย่างเหมาะสมและครอบคลุมรับ 9) การจัดการและประเมินผลลัพธ์ (Outcome
management and evaluation) โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนได้ร่วมกำหนดนโยบายสาธารณะต่างๆ
ในฐานะคณะกรรมการระดับจังหวัด คณะทำงานด้านวิชาการของสภาวิชาชีพหนองบัวลำภู
คณะกรรมการพิจารณาค่าตอบแทนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ
บริการงานปฐมภูมิ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเขต 10 คณะกรรมการพัฒนาเด็กและ
เยาวชนจังหวัดหนองบัวลำภู มีการเก็บข้อมูลติดตามผลลัพธ์การใช้ยาของประชาชนในพื้นที่
รับผิดชอบ เป็นต้น โดยทุกสมรรถนะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนปฏิบัติบ่อยมาก (เป็นประจำ) ส่วน
การรักษาโรคเบื้องต้นนั้นโรคที่ได้ให้การรักษามากที่สุด 10 อันดับแรก คือ 1) โรคระบบทางเดิน
หายใจ 2) โรคระบบข้อ 3) กล้ามเนื้อและกระดูก 4) โรคกระเพาะอาหารและลำไส้ 5) โรคติดเชื้อ
และปรสิต สาเหตุภายนอกอื่นๆ 6) โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อ 7) เนื้องอกและมะเร็ง 8) โรคตา 9) โรคหู
และ 10) โรคต่อมไร้ท่อ โดยมีผู้มารับบริการเฉลี่ย 20 คนต่อวัน

นอกจากนี้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนยังได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ที่มีผลงานเป็นเลิศและเป็นที่ยอมรับ โดยได้รับเชิญจากหลายหน่วยงานทั้งระดับจังหวัด เขต และประเทศ รวมทั้งสภาการพยาบาล เพื่อนำเสนอผลงานในการประชุมทางวิชาการและการประชุมที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพเป็นต้น

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการ กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการ จำนวน 200 ราย ประกอบด้วย 2 กลุ่มได้แก่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้รับบริการและกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปกครองในกรณีที่ผู้รับบริการเป็นเด็กเล็ก โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้รับบริการเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง 141 ราย เป็นผู้ปกครองตอบ 59 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.5) มีอายุระหว่าง 11 – 82 ปี อายุเฉลี่ย 40.68 ปี (SD. = 15.98) ส่วนใหญ่ อายุ 21-40 ปี (ร้อยละ 40.5) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนา

พุทธ ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 75.5) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 72.5) และครอบครัวมีรายได้ต่อเดือน 1,000-3,000 บาท (ร้อยละ 34.0) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ลักษณะทั่วไปของผู้รับบริการ (n=200)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	47 (23.5)
หญิง	153 (76.5)
อายุ (ปี)	
7-15	11 (5.5)
16-20	11 (5.5)
21-40	81 (40.5)
41-60	73 (36.5)
มากกว่า 60	24 (12.0)
(mean = 40.68 SD. = 15.98 Min. = 11 Max =82)	
อาชีพหลัก	
เกษตรกรกรรม	145 (72.5)
ค้าขาย / ธุรกิจ	3 (1.5)
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2 (1.0)

ตาราง 1 ลักษณะทั่วไปของผู้รับบริการ (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
อาชีพหลัก	
รับจ้าง	15 (7.5)
ไม่ได้ทำงาน/ แม่บ้าน	17 (8.5)
นักเรียน/ นักศึกษา	17 (8.5)
พระภิกษุ	1 (0.5)
รายได้ของครอบครัว (บาท/ เดือน)	
ไม่มีรายได้	13 (6.5)
น้อยกว่า 1,000	19 (9.5)
1,000 – 3,000	68 (34.0)
3,001 – 5,000	44 (22.0)
5,001 – 7,000	12 (6.0)
7,001 – 10,000	8 (4.0)
10,001 – 20,000	31 (15.5)
มากกว่า 20,000	5 (2.5)
การศึกษาสูงสุด	
ไม่ได้ศึกษา	1 (0.5)
ประถมศึกษา	151 (75.5)
มัธยมศึกษา	39 (19.5)

ตาราง 1 ลักษณะทั่วไปของผู้รับบริการ (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
การศึกษาสูงสุด	
อนุปริญญา	4 (2.0)
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	5 (2.5)

1.3 ลักษณะการมารับบริการของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการ การมารับบริการของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 200 ราย ส่วนใหญ่ มีที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีนอนามัยที่มารับบริการ (ร้อยละ 96.0) ระยะทางจากบ้านมายังสถานบริการตั้งแต่ 100 เมตร-10 กิโลเมตร ระยะทางเฉลี่ย 2.09 กิโลเมตร (SD. = 1.84) ส่วนใหญ่ คือ น้อยกว่า 2 กิโลเมตร (ร้อยละ 67.0) ใช้ระยะเวลาในการเดินทางตั้งแต่ 1-30 นาที ระยะเวลาเฉลี่ย 9.17 นาที (SD. = 6.65) ส่วนใหญ่ ใช้เวลาเดินทาง 1-10 นาที (ร้อยละ 78.0) และใช้จักรยานยนต์เป็นพาหนะในการเดินทาง (ร้อยละ 75.5) กลุ่มตัวอย่างเคยมารับบริการที่สถานีนอนามัยแห่งนี้ (ร้อยละ 97.5) และเคยมารับบริการมากกว่า 2 ครั้ง (ร้อยละ 96.5) กลุ่มตัวอย่างทราบว่าผู้ให้บริการเป็นพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 84.5) เคยรับบริการจากพยาบาล (ร้อยละ 97.0) และมากกว่า 2 ครั้ง (ร้อยละ 96.0) โดยกลุ่มตัวอย่างมีเหตุผลในการมารับบริการคือ ใกล้บ้าน (ร้อยละ 96.0) รองลงมาได้แก่พยาบาล अच्छาชัยดี (ร้อยละ 87.5) และได้รับบริการที่ดี (ร้อยละ 79.5) ตามลำดับ สำหรับเหตุผลในการมารับบริการในประเด็นชื่อเสียงของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยความถี่สูงสุดคือ บริการดีและให้คำแนะนำดี ส่วนเหตุผลอื่นๆ ที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจมารับบริการด้วยความถี่มากที่สุดคือ สะดวกสบาย

ตาราง 2 ลักษณะการมารับบริการ (n=200)

ลักษณะการมารับบริการ	จำนวน (ร้อยละ)
สถานที่ตั้งที่อยู่อาศัย	
อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการ	192 (96.0)
อยู่นอกเขตพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการ	8 (4.0)
ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ (กิโลเมตร)	
≤ 2	134 (67.0)
2.1-4	42 (21.0)
4.1-6	19 (9.5)
6.1- 8	3 (1.5)
8.1-10	2 (1.0)
(mean = 2.09 SD. = 1.84 Min. = 0.1 Max = 10)	
ระยะเวลาการเดินทาง (นาที/เที่ยว)	
≤ 10	156 (78.0)
11-20	40 (20.0)
21-30	4 (2.0)
(mean = 9.17 SD. = 6.651 Min. = 1 Max = 30)	

ตาราง 2 ลักษณะการมารับบริการ (n=200) (ต่อ)

ลักษณะการมารับบริการ	จำนวน (ร้อยละ)
วิธีการเดินทาง	
เดิน	15 (7.5)
จักรยาน	16 (8.0)
จักรยานยนต์	151 (75.5)
รถยนต์	15 (7.5)
รถโดยสาร	1 (0.5)
อาศัยรถของผู้อื่น	2 (1.0)
ประวัติการมารับบริการจากสถานบริการ	
ไม่เคย	5 (2.5)
เคย	195 (97.5)
ครั้งที่ 2	2 (1.0)
มากกว่า 2 ครั้ง	193 (96.5)
ทราบสถานะทางวิชาชีพผู้ให้บริการ	
ทราบ	169 (84.5)
ไม่ทราบ	31 (15.5)

ตาราง 2 ลักษณะการมารับบริการ (n=200) (ต่อ)

ลักษณะการมารับบริการ	จำนวน (ร้อยละ)
ประสบการณ์การมารับบริการจากพยาบาล	
ไม่เคย	6 (3.0)
เคย	194 (97.0)
ครั้งที่ 2	2 (1.0)
มากกว่า 2 ครั้ง	192 (96.0)
เหตุผลในการมารับบริการ*	
ใกล้บ้าน	192 (96.0)
พยาบาลมีชื่อเสียง	47 (23.5)
เสียค่าใช้จ่ายไม่แพง	101 (50.5)
พยาบาลอภัยาศัยดี	175 (87.5)
ได้รับบริการที่ดี	159 (79.5)
รักษาหาย	117 (58.5)
เหตุผลอื่นๆ	37 (18.5)

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

1.4 ปัญหาสุขภาพหรืออาการสำคัญตามการรับรู้ของผู้รับบริการ จากการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ หรืออาการสำคัญตามการรับรู้ของผู้รับบริการ 200 ราย พบว่ามีปัญหาระบบทางเดินหายใจมากที่สุด (ร้อยละ 31.1) รองลงมา ได้แก่ ปัญหาระบบทางเดินอาหาร (ร้อยละ 22) และปัญหาไข้ (ร้อยละ 10.5) ตามลำดับดังตาราง 3

ตาราง 3 ปัญหาสุขภาพหรืออาการสำคัญตามการรับรู้ของผู้รับบริการ (n=200)

ปัญหาสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)
ปัญหาทางเดินหายใจ	63 (31.5)
ปัญหาระบบทางเดินอาหาร	44 (22.0)
ไข้	21 (10.5)
ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	16 (8.0)
ปัญหาที่ผิวหนัง	16 (8.0)
ปวด/เวียนศีรษะ	13 (6.5)
อ่อนเพลีย	8 (4.0)
ปัญหาที่ตา หู จมูก	6 (3.0)
อุบัติเหตุ	4 (2.0)
ขอรับยา	4 (2.0)
อื่นๆ (น้ำหนักน้อย นอนไม่หลับ มีอาเจียน หวาน ทางเดินปัสสาวะ)	5 (2.5)

ส่วนที่ 2 กิจกรรมของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการรักษาโรคเบื้องต้น

การศึกษากิจกรรมของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการรักษาโรคเบื้องต้นครั้งนี้ ดำเนินการที่สถานีอนามัยแห่งหนึ่ง ในเขตอำเภอสุวรรณคูหา ซึ่งเป็นพื้นที่ทุรกันดารของจังหวัดหนองบัวลำภู โดยพบว่าสถานีอนามัยให้บริการสุขภาพตามโครงสร้างดังนี้

บุคลากรผู้ให้บริการ สถานีอนามัยมีบุคลากรทั้งหมด 6 คน คือ นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 1 คน ผู้ช่วยเจ้าพนักงานสาธารณสุข 1 คน ช่างการ 1 คน ภารโรง 1 คน และพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนรับผิดชอบและทำการตรวจรักษา

โรคเบื้องต้นเป็นหลักและเป็นที่ปรึกษาให้กับเจ้าหน้าที่อื่นๆ เจ้าหน้าที่ทุกคนเป็นสมาชิกของหมู่บ้าน ในชุมชนที่สถานีอนามัยรับผิดชอบยกเว้นนักวิชาการสาธารณสุข สถานที่ตั้งของสถานีอนามัยแห่งนี้ ตั้งอยู่ระหว่าง 6 หมู่บ้านระยะทางไม่เกิน 10 กิโลเมตร และอยู่ติดกับองค์การบริหารส่วนตำบล

ผู้รับบริการ สถานีอนามัยรับผิดชอบประชาชน 6 หมู่บ้าน มีประชากรในพื้นที่ รับผิดชอบ ประมาณ 5,000 คน มีโรงเรียนในความรับผิดชอบ 2 แห่ง ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมทำนา ทำไร่ ปีละ 1 ครั้ง หลังฤดูเก็บเกี่ยวผลผลิตด้วยแรงงานจะเข้ามาทำงานใน กรุงเทพมหานครและเมืองอุตสาหกรรม ประชาชนนับถือศาสนาพุทธและ/หรือนับถือผีสางเทวดา

ระบบการให้บริการ สถานีอนามัยเปิดให้บริการทุกวัน โดยวันจันทร์- วันศุกร์ เปิดให้บริการตั้งแต่เวลา 08.30- 20.30 น. วันเสาร์, วันอาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ เปิดให้บริการตั้งแต่เวลา 08.30- 16.30 น. โดยการบริหารในสถานีอนามัย วันจันทร์-ศุกร์ ช่วงเช้า 08.30 -12.00 บริการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นทุกวัน ช่วงบ่าย 13.00 – 16.30 น. บริการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นและติดตามเยี่ยมบ้าน วางแผนครอบครัว และเวลา 16.30 – 20.30 น. บริการตรวจรักษาโรคเบื้องต้น ส่วนวันเสาร์, วันอาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ เปิดให้บริการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นเท่านั้น ตั้งแต่เวลา 08.30- 16.30 น. ทุกวันที่ 1 และ 5 ของเดือนมีการคัดกรองและให้บริการเจาะน้ำตาลผู้รับบริการตามนัดในตอนเช้าและเลี้ยงอาหารเช้าแก่ผู้รับบริการ ทุกวันที่ 15 และ 20 ของเดือนให้บริการฉีดวัคซีนและติดตามพัฒนาการเด็ก ในวันพุธของทุกสัปดาห์รับฝากครรภ์โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นผู้ดำเนินการ มีการเจาะเลือดส่งตรวจ และมีเครื่องฟังเสียงหัวใจเด็กในครรภ์โดยให้หญิงตั้งครรภ์ร่วมฟังด้วย

นอกจากนี้หลังเวลาทำการ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเปิดโทรศัพท์มือถือให้โทรตามได้ ถึง 20.00 น. หลัง 20.00 น.ปิดโทรศัพท์มือถือแต่ผู้รับบริการสามารถไปพบพยาบาลได้ ซึ่งบ้านพักของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนอยู่ในหมู่บ้านห่างจากสถานีอนามัยประมาณ 1 กิโลเมตร เจ้าหน้าที่ทุกคนมีกระเป๋าและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นกลับไปบ้านด้วย เมื่อประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบเจ็บป่วยฉุกเฉินในยามวิกาลสามารถไปขอรับบริการปฐมพยาบาลเบื้องต้นที่บ้านพักของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่อยู่ใกล้ที่สุดได้

การเก็บรวบรวมข้อมูลกิจกรรมในการรักษาโรคเบื้องต้นครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการสังเกตกิจกรรมที่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนปฏิบัติตั้งแต่ผู้รับบริการเริ่มเข้ามาลงทะเบียนจนสิ้นสุดกระบวนการในการรักษาโรคเบื้องต้น โดยทำการบันทึก พร้อมทั้งเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์ และการทบทวนเวชระเบียน พบว่าในการบริการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นประชาชนที่มา

รับบริการได้มีส่วนร่วมโดยเป็นผู้ค้นเวชระเบียนเองจากตู้เก็บเวชระเบียนที่แยกเป็นบ้านเลขที่และหมู่บ้านตั้งอยู่ด้านในสถานีนามัย แล้วนำเข้าไปพบพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

จากการสังเกตการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในกลุ่มตัวอย่าง 200 รายพบว่า พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนใช้เวลาในการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นน้อยที่สุด 2 นาที/ราย มากที่สุด 30 นาที/ ราย เวลาเฉลี่ย 8.28 นาที/ ราย (SD. = 4.36) ส่วนใหญ่ ใช้เวลา 6-10 นาที/ราย (ร้อยละ 52.5) เมื่อมารับบริการที่สถานีนามัยผู้รับบริการเป็นผู้ค้นแฟ้มประวัติประจำครอบครัวและซังน้ำหนักเองแล้วนำเข้าไปพบพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน กิจกรรมในการตรวจรักษาโรค เริ่มต้นเมื่อผู้รับบริการเข้ามาในห้องตรวจ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนกล่าวทักทายและสวัสดิกลุ่มตัวอย่างทุกราย ในการรักษาโรคเบื้องต้นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนทำการซักประวัติทุกครั้ง การซักประวัติพบว่าอาการสำคัญและประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันมีการปฏิบัติทุกครั้ง ส่วนประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและประวัติการแพ้ยา ปฏิบัติร้อยละ 45.1 และ 27.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีการตรวจร่างกายผู้รับบริการ (ร้อยละ 97.0) โดยมีกลุ่มตัวอย่างเพียง 6 ราย (ร้อยละ 3.0) ที่ไม่ได้รับการตรวจร่างกายในระบบที่เกี่ยวข้อง พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นผู้ประเมินสัญญาณชีพเองทุกครั้ง มีการวัดอุณหภูมิร่างกาย (ร้อยละ 83.5) ประเมินชีพจร (ร้อยละ 33.5) ประเมินความดันโลหิต (ร้อยละ 57.0) ซังน้ำหนัก (ร้อยละ 71.0) ประเมินการหายใจ (ร้อยละ 10.5) วัดส่วนสูง (ร้อยละ 3.0) วัดเส้นรอบเอว (ร้อยละ 1.0) มีการวินิจฉัยแยกโรคทุกราย มีการให้ข้อมูลสุขภาพ/ปัญหา ที่ตรวจพบ (ร้อยละ 99.5) มีการจ่ายยา (ร้อยละ 99.5) ให้กับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งให้คำแนะนำการใช้ยา (ร้อยละ 97) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 98.5) ได้รับการสอนสุขศึกษา และมีโอกาสในการสอบถามปัญหาสุขภาพ หรือวิธีการปฏิบัติตน (ร้อยละ 97.5) เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 48.5) ได้รับการทำหัตถการ มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 7 ราย (ร้อยละ 3.5) ที่ได้รับการส่งต่อ เพื่อไปรับบริการในโรงพยาบาลชุมชน เมื่อภาวะเจ็บป่วยของผู้รับบริการเกินความสามารถพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และมีกลุ่มตัวอย่าง 5 ราย (ร้อยละ 2.5) ที่ได้รับการนัดหมายเพื่อติดตามปัญหาสุขภาพ ดังตาราง 4

ตาราง 4 ความถี่ของกิจกรรมในการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (n=200)

กิจกรรม	จำนวน (ร้อยละ)
เวลาที่ใช้ (นาที)	
≤ 5	51 (25.5)
6-10	105 (52.5)
11-15	35 (17.5)
16-20	8 (4.0)
> 20	1 (0.5)
(mean = 8.28 SD. = 4.36 Min. = 2 Max = 30)	
การกล่าวทักทาย	200 (100)
การซักประวัติ	200 (100)
อาการสำคัญ	200 (100)
ประวัติปัจจุบัน	200 (100)
ประวัติอดีต	91 (45.5)
ประวัติการแพ้ยา	54 (27.0)
การตรวจร่างกาย	194 (97.0)

ตาราง 4 ความถี่ของกิจกรรมในการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (n=200) (ต่อ)

กิจกรรม	จำนวน (ร้อยละ)
การวัดไข้	167 (83.5)
การประเมินชีพจร	67 (33.5)
การวัดความดันโลหิต	114 (57.0)
การชั่งน้ำหนัก	142 (71.0)
การวัดส่วนสูง	6 (3.0)
การวัดเส้นรอบเอว	2 (1.0)
การประเมินการหายใจ	21 (10.5)
การวินิจฉัยแยกโรค	200 (100.0)
การบอกปัญหา/ภาวะสุขภาพ	199 (99.5)
การจ่ายยา	199 (99.5)
การให้คำแนะนำการใช้ยา	194 (97.0)
การสอนสุขภาพศึกษา	197 (98.5)
การให้เวลาผู้รับบริการสอบถาม	195 (97.5)
การส่งต่อ	7 (3.5)
การนัดหมาย	5 (2.5)
การทำหัตถการ	97 (48.5)

ในกลุ่มตัวอย่างที่มีการส่งต่อ 7 ราย (ร้อยละ 3.5) นั้น พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนทำการส่งต่อด้วยปัญหาสุขภาพดังนี้ 1) เพื่อตรวจวินิจฉัยเบาหวาน 2) มีประวัติโรคหัวใจไม่ทราบชนิดและขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง 3) มีความวิตกกังวลและมีประวัติเคยฆ่าตัวตมองจากอุบัติเหตุ 4) สงสัย

วันโรคที่ค่อนข้างเลื่อง 5) มีประวัติโรคหัวใจตรวจร่างกายพบเสียงหัวใจผิดปกติ 6) มีภาวะซีดค่าความเข้มข้นของเลือดต่ำกว่ามาตรฐาน 7) สงสัยติดเชื้อไวรัสเด็งกี

ตาราง 5 ปัญหาสุขภาพในการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ให้การรักษาแก่กลุ่มตัวอย่าง 200 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 47.5) รองลงมาได้แก่ปัญหาระบบทางเดินอาหาร (ร้อยละ 26.5) โดยปัญหาระบบทางเดินหายใจนั้นส่วนใหญ่ ได้รับการวินิจฉัยแยกโรค คอหอยอักเสบ (Pharyngitis) (ร้อยละ 16.5) และทอนซิลอักเสบ (Tonsillitis) (ร้อยละ 13.0) มากที่สุด

ตาราง 5 ปัญหาสุขภาพในการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน*

ปัญหาสุขภาพ/การวินิจฉัยโรค	จำนวน (ร้อยละ)
ปัญหาทางเดินหายใจ	95 (47.5)
คอหอยอักเสบ	33 (16.5)
ทอนซิลอักเสบ	26 (13.0)
หลอดลมอักเสบ/ปอดบวม	12 (6.0)
ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนอื่นๆ	11 (5.5)
ไข้หวัดธรรมดา	10 (5.0)
หอบหืด	2 (1.0)
สงสัยวัณโรค	1 (0.5)
ปัญหาทางเดินอาหาร	53 (26.5)
อาหารไม่ย่อย	33 (16.5)

*ผู้รับบริการ 1 ราย อาจมีมากกว่า 1 ปัญหา

ตาราง 5 ปัญหาสุขภาพในการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน* (ต่อ)

ปัญหาสุขภาพ/การวินิจฉัยโรค	จำนวน (ร้อยละ)
ปัญหาระบบทางเดินอาหาร (ต่อ)	
ท้องเสีย	7 (3.5)
แผลแอฟทัส	4 (2.0)
เหงือกหรือฟันอักเสบ	4 (2.0)
โรคมือ เท้า ปาก	2 (1.0)
อาเจียน	2 (1.0)
พยาธิ	1 (0.5)
ปัญหาระบบผิวหนัง	25 (12.5)
ผื่นแพ้	8 (4.0)
เกาต์	5 (2.5)
บาดแผลอักเสบ	5 (2.5)
งูสวัด	3 (1.5)
ฝี	2 (1.0)
อื่นๆ (แมลงกัด)	2 (1.0)
ปัญหาระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ	19 (9.5)
กล้ามเนื้ออักเสบ	9 (4.5)
ข้ออักเสบ	7 (3.5)

* ผู้รับบริการ 1 ราย อาจมีมากกว่า 1 ปัญหา

ตาราง 5 ปัญหาสุขภาพในการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน* (ต่อ)

ปัญหาสุขภาพ/การวินิจฉัยโรค	จำนวน (ร้อยละ)
ปัญหาระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ (ต่อ)	
กล้ามเนื้ออ่อนแรงและเหน็บชา	3 (1.5)
ปัญหาที่ศีรษะ ตา หู จมูก	19 (9.5)
ปวดศีรษะ	7 (3.5)
เวียนศีรษะบ้านหมุน	4 (2.0)
ตาอักเสบ	4 (2.0)
อื่นๆ (ฝีหูอุดตัน, หูอักเสบ, ต้อลม, เศษผงเข้าตา)	4 (2.0)
ปัญหาระบบอื่นๆ	13 (6.5)
ความดันโลหิตสูง/โรคหัวใจ	3 (1.5)
อุบัติเหตุ	2 (1.0)
ติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ	2 (1.0)
เบื่ออาหาร	1 (0.5)
นอนไม่หลับ	1 (0.5)
ปวดประจำเดือน	1 (0.5)
สงสัยไข้เลือดออก	1 (0.5)
วิตกกังวล	1 (0.5)
ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	1 (0.5)

*ผู้รับบริการ 1 ราย อาจมีมากกว่า 1 ปัญหา

ตาราง 6 ยาที่ใช้ในการรักษาโรคเบื้องต้นมากที่สุด เป็นยาในกลุ่มยา แก้ปวด ลดไข้ แก้ปวดท้อง (ร้อยละ 71.0) โดยยาพาราเซตามอล มีการใช้มากที่สุด (ร้อยละ 60.0) ยาที่มีการใช้รองลงมา เป็นวิตามิน แร่ธาตุ (ร้อยละ 66.5) ซึ่งยาในกลุ่มนี้ วิตามินซี มีการใช้มากที่สุด (ร้อยละ 37.0) ส่วนยากลุ่มยาลดกรด แก้ท้องอืดท้องเฟ้อมีการใช้ (ร้อยละ 62.0) เป็นยาโซดาหมิ่นท์มากที่สุด (ร้อยละ 20.5)

ตาราง 6 ประเภท/ชนิดของยารับประทานที่ใช้ในการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน*

ประเภท/ ชนิดยา	จำนวน (ร้อยละ)
Analgesic/Antipyretic/Antispasmodic	142 (71.0)
Paracetamol	120 (60.0)
Hyoscin	22 (11.0)
Vitamin/ Mineral	133 (66.5)
Vitamin C	74 (37.0)
Multivitamin (MTV)	39 (19.5)
Vitamin B 1-6-12	14 (7.0)
Vitamin B complex	3 (1.5)
Folic acid	3 (1.5)
Antacid/ Antiflatulence	124 (62.0)
Sodamint	41 (20.5)
Alum milk	26 (13.0)
Ranitidine	21 (10.5)

* ผู้ตอบ 1 ราย อาจมีการใช้ยามากกว่า 1 ชนิด

ตาราง 6 ประเภท/ชนิดของยาที่รับประทานที่ใช้ในการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน*
(ต่อ)

ประเภท/ ชนิดยา	จำนวน (ร้อยละ)
Antacid/ Antiflatulence (ต่อ)	
Alumina and magnesia tablet	20 (10.0)
M. carminative	11 (5.5)
ขมิ้นชันแคปซูล	5 (2.5)
Antihistamine	94 (47.0)
Chlorpheniramine	94 (47.0)
Antibiotic	94 (47.0)
Amoxycillin	61 (30.5)
Roxithromycin	9 (4.5)
Co-trimoxazole	9 (4.5)
Dicloxacillin	6 (3.0)
Penicilin V	5 (2.5)
Metronidazole	2 (1.0)
Norfloxacin	1 (0.5)
Erythromycin	1 (0.5)
Mucolytic/ Cough suppressant	73 (36.5)
Bromhexain	36 (18.0)

*ผู้ตอบ 1 ราย อาจมีการใช้ยามากกว่า 1 ชนิด

ตาราง 6 ประเภท/ชนิดของยารับประทานที่ใช้ในการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน*
(ต่อ)

ประเภท/ ชนิดยา	จำนวน (ร้อยละ)
Mucolytic/ Cough suppressant (ต่อ)	
Guaifenesine	25 (12.5)
Brown mixture	11 (5.5)
มะแว้ง อม	1 (0.5)
NSAID/Muscle relaxant	51 (25.5)
Diclofenac	30 (15.0)
Orpar	21 (10.5)
Anti-diarrhea	10 (5.0)
ผงเกลือแร่ชนิดซอง	10 (5.0)
Anti-emetic	9 (4.5)
Domperidone	5 (2.5)
Dimenhydrinate	4 (2.0)
Bronchodilator	8 (4.0)
Salbutamol	8 (4.0)
Anti-fungal	2 (1.0)
-Ketoconazole	2 (1.0)
อื่นๆ (Milk of magnesia, Bisacodyl, Niclosamide, Diazepam)	5 (2.5)

*ผู้ตอบ 1 ราย อาจมีการใช้ยามากกว่า 1 ชนิด

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลการใช้ยาในรูปแบบยาฉีด ในการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชนพบว่า ยาที่มีการฉีดให้ผู้รับบริการมากที่สุด ได้แก่ Vitamin B1-6-12 (ร้อยละ 11.5) ส่วนยาฉีดอื่นๆ ที่มีการใช้ ได้แก่ Diclofenac (ร้อยละ 11.0) Lincomycin (ร้อยละ 10.5) Paracetamol (ร้อยละ 7) Chlopheniramine (ร้อยละ 5) Dexamethasone และ Ranitidine (ร้อยละ 4.5) เท่ากัน และยาอื่นๆ ดังตาราง 7 ส่วนยาใช้ภายนอกและเวชภัณฑ์ที่มีการใช้ร้อยละ 20.5 นั้นพบว่า Tropical steroid (ร้อยละ 6.5) มีการใช้มากที่สุด ดังตาราง 8

ตาราง 7 ชนิดของยาฉีดที่ใช้ในการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน*

ประเภท/ ชนิดยา	จำนวน (ร้อยละ)
การฉีดยา	118 (59.0)
Vitamin B1-6-12	23 (11.5)
Diclofenac	22 (11.0)
Lincomycin	21 (10.5)
Paracetamol	14 (7.0)
Chlopheniramine	10 (5.0)
Dexamethasone	9 (4.5)
Ranitidine	9 (4.5)
Dimenhydrinate	3 (1.5)
Hyoscine-N-Butyl Bromide	2 (1.0)
Plasil	2 (1.0)
อื่นๆ (Tetanus Toxin., Gentamycin, Vitamin B complex)	3 (1.5)

*ผู้ตอบ 1 ราย อาจมีการใช้ยามากกว่า 1 ชนิด

ตาราง 8 ชนิดของยาใช้ภายนอก และเวชภัณฑ์ที่ใช้ในการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน*

ประเภท/ ชนิดยา	จำนวน (ร้อยละ)
Tropical steroid	13 (6.5)
Kenalone oral paste	7 (3.5)
Beta cream	6 (3.0)
Balm	12 (6.0)
Hista-oph eye drop	7 (3.5)
Cotrimazole cream	5 (2.5)
Chloramp eye/ear drop	3 (1.5)
Chlotetracycline eye oint	3 (1.5)
Calamine lotion	2 (1.0)
Elastic bandage	1 (0.5)

*ผู้ตอบ 1 ราย อาจมีการใช้ยามากกว่า 1 ชนิด

โดยสรุป เมื่อผู้รับบริการมารับบริการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนได้ทำการซักประวัติการเจ็บป่วย อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันตามปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ ทำการ ตรวจร่างกาย ให้การวินิจฉัยโรค พร้อมทั้งการจ่ายยา และกิจกรรมทางการพยาบาล ดังตาราง 9

ตาราง 9 สรุปปัญหาสุขภาพและกิจกรรมในการรักษารอคอยเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

ปัญหาสุขภาพ/ อาการสำคัญ	กิจกรรมการซักประวัติ/ ตรวจร่างกาย	การวินิจฉัย/การจ่ายยา/ กิจกรรมทางการแพทย์
1.ปัญหาระบบ ทางเดินหายใจ (ผู้รับบริการมาด้วย อาการสำคัญ ไข้ ตัว ร้อน เจ็บคอ มีน้ำมูก หรือจาม ทั้งหมด หรืออย่างใดอย่าง หนึ่ง) รายละเอียด ในตาราง 5	1.ซักประวัติการเจ็บป่วย (อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันทุกราย ประวัติอดีต การแพ้ยา และพัฒนาการ และวัคซีน (กรณีเด็ก) บางราย 2.ประเมินสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก 3.ทำการตรวจร่างกายในระบบที่ เกี่ยวข้องได้แก่ ตรวจคอ ฟังปอด คลำ ต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ ในกรณีเด็กมี การใช้ Otoscope ตรวจหูและจุก ให้ วิตามินซีชนิดอมเพื่อให้เด็กอ้าปาก 4.บอกผู้รับบริการว่าตนเองเจ็บป่วย อะไร	1.กรณีตรวจพบไข้ ไอและนำมูก ¹ ได้รับการวินิจฉัย ไข้หวัดธรรมดา (Common cold) ถ้า ตรวจพบคอแดงร่วมด้วย ² ได้รับการวินิจฉัย คอหอยอักเสบ (Pharyngitis) จ่ายยา Paracetamol, Chlorpheniramine, Bromhexain (แก้ไอในผู้ใหญ่) ยาแก้ไอน้ำคำ หรือยาอม มะแว้ง Guaiifenesine (แก้ไอในเด็ก) และวิตามินซี ชนิดอมแก่เด็ก ถ้ามีไข้สูงบางรายให้ยา ปฏิชีวนะ ดังตาราง 6, 7 และ 8 2.กรณีตรวจพบต่อมทอนซิลแดง โต ได้รับการวินิจฉัย ทอนซิลอักเสบ (Tonsillitis) หรือ ฟังปอดมีเสียงผิดปกติร่วม (Crepitation) และได้รับการวินิจฉัยปอดบวม (Pneumonia) จ่าย ยาเช่นเดียวกันกับคอหอยอักเสบ และเพิ่มยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานหรือฉีด 3.กรณีฟังปอดมีเสียงผิดปกติร่วมด้วยและได้รับการวินิจฉัยเป็นหอบหืด พยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชนจ่ายยาเช่นเดียวกับกรณีแรกและเพิ่มเติม Salbutamol 4.ให้คำแนะนำการใช้ยา สุขศึกษาและสอบถามความต้องการของผู้รับบริการ ให้โอกาส สอบถามปัญหาสุขภาพของตน ถ้าอาการไม่ดีขึ้น ให้กลับมาพบหรือไปโรงพยาบาล

ตาราง 9 สรุปปัญหาสุขภาพและกิจกรรมในการรักษารอคบเบื้องต้นของพยาบาลวิชาชีพชุมชน (ต่อ)

ปัญหาสุขภาพ/ อาการสำคัญ	กิจกรรมการตรวจประวัติ/ตรวจร่างกาย	การวินิจฉัย/การจ่ายยา/ กิจกรรมทางการแพทย์พยาบาล
2.ปัญหาสุขภาพ/ ทางเดินอาหาร (ผู้รับบริการมาด้วย อาการสำคัญ ปวด จุก เสียด แน่นท้อง หรือ มีความผิดปกติเกิด ขึ้นกับระบบทางเดิน อาหาร อย่างใดอย่าง หนึ่ง) ดังตาราง 5	1.ซักประวัติการเจ็บป่วย (อาการ สำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ตามปัญหาที่มาทูลกราย ประวัติอดีต การแพทย์ปฏิบัติบงรายเท่านั้น 2.ประเมินสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก 3.ทำการตรวจร่างกายได้แก่ ตรวจ ท้องโดยการดู ฟัง เคาะ และคลำ ฟัง เสียงลำไส้ คลำหน้าท้อง หรือตรวจ ช่องปาก ฟัน ฟ้ามือ ฟ่าเท้าและให้การ วินิจฉัยตามอาการและปัญหาที่มา 4.บอกผู้รับบริการว่าตนเองเจ็บป่วย อะไร	1.กรณีได้รับการวินิจฉัยเป็นอาหารไม่ย่อย (Dyspepsia) จ่ายยาลดกรด/แก้ปวดท้อง ได้แก่ Sodamint, Alum milk, Ranitidine, Alumina and magnesia tablet, M. carminative, หรือ ขมิ้นชันแคปซูล ตามปัญหาสำคัญ ความจำเป็นและประสิทธิภาพของยาตามความต้องการ และการรับรู้ของผู้ป่วย (ลดการรับยาแล้วนำไปฟัง) ในกรณีมีอาการคลื่นไส้ มีการจ่ายยา Domperidone เพิ่มเติมให้ ดังตาราง 6, 7 และ 8 2.กรณี ท้องเสีย (Diarrhea) มีการจ่ายยาปฏิชีวนะ ยาแก้ปวดท้อง ท้องอืด และผงเกลือแร่ 3.กรณีได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมือ เท้า ปาก มีการจ่ายยา Paracetamol, Chlorpheniramine, MTV, Kenalone oral paste และยาปฏิชีวนะ 4. กรณีได้รับการวินิจฉัยเป็นแผลแอฟท์ส มีการจ่ายยา Kenalone oral paste หรือยา ปฏิชีวนะและ Paracetamol กรณีเหงือกอักเสบ 5. ให้คำแนะนำการใช้ยา สุขศึกษาและสอบถามความต้องการของผู้รับบริการ

ตาราง 9 สรุปปัญหาสุขภาพและกิจกรรมในการรักษารอคบเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (ต่อ)

ปัญหาสุขภาพ/ อาการสำคัญ	กิจกรรมการซักประวัติ/ ตรวจร่างกาย	การวินิจฉัย/การจ่ายยา/ กิจกรรมทางการแพทย์
3.ปัญหา ระบบ ผิวหนัง (ผู้รับบริการ มาด้วยอาการสำคัญ คัน มีตุ่มหรือผื่นตาม ตัว มีบาดแผลหรือ ถูกสัตว์กัดหรือต่อย อย่างใดอย่างหนึ่ง) ดังตาราง 5	1.ซักประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันตามปัญหาที่มา ทุกราย ประวัติอดีต การแพ้ยาปฏิบัติบาง รายเท่านั้น 2.ประเมินสัญญาณชีพ และตั้งน้ำหนัก 3.ทำการตรวจร่างกายได้แก่การดูผื่นหรือ ตุ่ม และให้การวินิจฉัย 4.บอกผู้รับบริการว่าตนเองเจ็บป่วยอะไร (บางรายมีการตรวจร่างกายก่อนตามความ จำเป็น)	1.กรณีได้รับการวินิจฉัยเป็นผื่นแพ้ มีการจ่ายยา Chlorpheniramine, Beta cream, Calamine lotion หรือยาคีด Dexamethasone และจ่ายวิตามิน ดังตาราง 6, 7 และ 8 2.กรณีที่เป็นฝี หรือมีบาดแผลอักเสบ ให้รับการรักษา ฝี ทำแผลและจ่ายยาปฏิชีวนะ ชนิดรับประทานหรือยาคีด ยา Paracetamol 3.กรณีเป็นกลากเกลื้อนมีการจ่ายยา Cotrimazole cream หรือ Ketoconazole 4.กรณีเป็นงูสวัดมีการจ่ายวิตามิน ยา Paracetamol หรือยาคีดยาแก้ปวด Fenac กรณี ที่แผลอักเสบมีการนัดยาปฏิชีวนะ 4. ให้คำแนะนำการใช้ยา สุขศึกษาและสอบถามความต้องการของผู้รับบริการและ ให้โอกาสสอบถามปัญหาสุขภาพของตน

ตาราง 9 สรุปปัญหาสุขภาพและกิจกรรมในการรักษารอคบเบื้องต้นของพยาบาลวิชาชีพชุมชน (ต่อ)

ปัญหาสุขภาพ/ อาการสำคัญ	กิจกรรมการซักประวัติ/ ตรวจร่างกาย	การวินิจฉัย/การจ่ายยา/ กิจกรรมทางการแพทย์
4.ปัญหากระดูก กล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ(ผู้รับบริการ มาด้วยอาการสำคัญ ปวด เมื่อย ตาม กล้ามเนื้อ ข้อต่อ หรืออ่อนแรง เหน็บ ชา) ดังตาราง 5	1.ซักประวัติการเจ็บป่วย (อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันตามปัญหาที่มาก ราย ประวัติอดีต การแพ้ยาปฏิบัติบางราย เท่านั้น 2.ประเมินสัญญาณชีพ และตั้งน้ำหนัก 3.ทำการตรวจร่างกายได้แก่การดูและการคลำ ในรายที่มาด้วยอาการปวดหลังหรือเอวมีการ ประวัติการปีส้าวและเคาะ CostoVertebral Angle (CVA) และให้การวินิจฉัย 4.บอกผู้รับบริการว่าตนเองเจ็บป่วยอะไร	1.กรณีได้รับการวินิจฉัยเป็นกล้ามเนื้ออักเสบ ข้ออักเสบ ข้อเข่าเสื่อม มีการจ่ายยา NSAID/Muscle relaxant ได้แก่ Diclofenac, Orpar วิตามิน B1-6-12, Paracetamol, Balm และจ่าย Elastic bandage 1 ราย ดังตาราง 6, 7 และ 8 2.กรณีที่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง เหน็บชา มีการจ่ายยาวิตามิน B1-6-12 ทั้ง ชนิดรับประทานและฉีด 4. ให้คำแนะนำการใช้ยา สุขศึกษาและสอบถามความต้องการของผู้รับบริการ และให้โอกาสสอบถามปัญหาสุขภาพของตน

ตาราง 9 สรุปปัญหาสุขภาพและกิจกรรมในการรักษารอคบเบื้องต้นของพยาบาลวิชาชีพชุมชน (ต่อ)

ปัญหาสุขภาพ/ อาการสำคัญ	กิจกรรมการซักประวัติ/ ตรวจร่างกาย	การวินิจฉัย/การจ่ายยา/ กิจกรรมทางการแพทย์
5.ปัญหาบริเวณ ศีรษะ ตาหูจมูก (ผู้รับบริการมาด้วย อาการสำคัญ ปวด หรือ เวียนศีรษะ บ้านหมุน ระคาย เคืองตา มีหู) ดัง ตาราง 5	1. ซักประวัติการเจ็บป่วย (อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ตามปัญหาที่มาทุกราย ประวัติอดีต การแพ้ยาปฏิบัติบางรายเท่านั้น 2. ประเมินสัญญาณชีพ และชั่งน้ำหนัก 3. ทำการตรวจร่างกายได้แก่การดู ลักษณะผิดปกติ สิ่งแปลกปลอม และใช้ Otoscope และให้การวินิจฉัย 4. บอกผู้รับบริการว่าตนเองเจ็บป่วยอะไร	1. กรณีที่ได้รับการวินิจฉัยปวดศีรษะ มีการจ่ายยา แก้ปวด คลายกล้ามเนื้อ ได้แก่ Diclofenac, Opar, Paracetamol, และวิตามิน B1-6-12 ในบางราย 2. กรณีที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นตาอักเสบจากการติดเชื้อแบคทีเรีย จากลักษณะถึงคัตหลัง มีการจ่ายยาปฏิชีวนะ Chloramphenicol eye drop, Chlorotetracycline eye ointment, Paracetamol และบีตาตา หรือจ่าย Histamine eye drop กรณีไวรัส หรือมีการใส่ตาในกรณีที่มีด้วยเศษผงเข้าตา 3. กรณีได้รับการวินิจฉัยเป็น Vertigo มีการจ่ายยา Dimenhydrinate, Vitamin B 1-6-12 ทั้งชนิดติดและรับประทาน MTV, Vitamin B complex 4. กรณีเจ็บหรืออักเสบที่หู มีขี้หูอุดตัน ภายหลังตรวจพบมีการจ่ายยา Chloramphenicol eye drop, Paracetamol, ยาปฏิชีวนะรับประทาน 4. ให้คำแนะนำการใช้ยา สุศึกษาและสอบถามความต้องการของผู้รับบริการและให้โอกาสสอบถามปัญหาสุขภาพของตน

การทำหัตถการในการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน พบว่ามีการนวดเข้ากล้ามเนื้ออย่างเดียวนมากที่สุด (ร้อยละ 27.5) รองลงมาได้แก่การนวดเข้าหลอดเลือดดำอย่างเดียว (ร้อยละ 8) การนวดเข้ากล้ามเนื้อพร้อมกับหลอดเลือดดำ (ร้อยละ 7.5) นวดเข้ากล้ามเนื้อและทำแผล ร้อยละ 2 ดังตาราง 10

ตาราง 10 ชนิดหัตถการในการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (n=200)

ชนิดหัตถการ	จำนวน (ร้อยละ)
การนวดเข้ากล้ามเนื้อ	55 (27.5)
การนวดเข้าหลอดเลือดดำ	17 (8.5)
นวดเข้ากล้ามเนื้อและหลอดเลือดดำ	15 (7.5)
การนวดเข้ากล้ามเนื้อและทำแผล	4 (2.0)
การผ่าระบายหนอง	3 (1.5)
การนวดเข้ากล้ามเนื้อและล้างตา	1 (0.5)
การทำแผล	1 (0.5)
การประคบเย็นและการจำกัดการเคลื่อนไหว	1 (0.5)

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์จากการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

ผลการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย ผลลัพธ์จากการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ในการรักษาโรคเบื้องต้นตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาลในด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการ ภาวะสุขภาพภายหลังการรับบริการ ค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ดังนี้

1. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ จากการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างด้าน ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อพยาบาลและการให้บริการในสถานบริการ พบว่า ความพึงพอใจ ซึ่งประกอบไปด้วย 3 ด้าน คือ คุณลักษณะของพยาบาล กิจกรรมทางการพยาบาล ความรู้สึกและการรับรู้ต่อบริการ พบว่า ส่วนใหญ่ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับดี (ร้อยละ 98 ขึ้นไป) ต่อคุณลักษณะของพยาบาล กิจกรรมทางการพยาบาล ความรู้สึกและการรับรู้ต่อบริการ มีกลุ่มตัวอย่าง

เพียง 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.5 ที่ตอบไม่ดีในความเป็นกันเองของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมีข้อเสนอแนะและความคิดเห็นแยกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านสถานที่-อุปกรณ์ กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นดังนี้

ประเด็น/ความคิดเห็น ได้แก่ สถานที่คับแคบแออัด ผู้รับบริการมาก เครื่องมือไม่เพียงพอ (3 ราย)

ข้อขึ้นชม ได้แก่ สะดวกสบาย ไม่ต้องรอนานจนหิวข้าว (4 ราย)

ข้อเสนอแนะ ได้แก่ ต้องการให้ขยายสถานีนามัยเป็นโรงพยาบาลชุมชน มีบริการมากขึ้น และต้องการเจ้าหน้าที่เพิ่ม (8 ราย) ต้องการให้ปรับปรุงสถานที่ให้ขึ้น-ลง ง่ายสำหรับผู้พิการ (1 ราย) ต้องการให้มีเครื่องพ่นยาขยายหลอดลมเพราะไปรับบริการที่โรงพยาบาล ต้องรอนาน (3 ราย)

2. ด้านพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นดังนี้

2.1 การปฏิบัติงาน

ประเด็น/ความคิดเห็น ได้แก่ ปฏิบัติงานดี ไม่เลือกเวลา ขอยาได้ จ่ายยามีประสิทธิภาพ รักษาหาย/ส่งต่อให้ ตามความต้องการผู้รับบริการ บริการรวดเร็ว

ข้อขึ้นชม ได้แก่ 1. มีการเข้าถึงผู้รับบริการ ตัวอย่างเช่น มีการติดตามเยี่ยมทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล การโทรศัพท์หาและตามไปที่บ้านของพยาบาลได้ รวมทั้งการแสดงออกซึ่งความเอื้ออาทร ห่วงใย เมื่อมีผู้เสียชีวิต เช่น ไปร่วมงานศพ (39 ราย) ดังคำกล่าวของผู้รับบริการที่ว่า “มีการติดตามเยี่ยมทั้งที่บ้าน โรงพยาบาล ให้บริการที่บ้าน โทรศัพท์หา และตามไปที่บ้านได้ ขับรถตนเองไปตามดูอาการ”

2. มีทักษะและความสามารถทางคลินิก และให้บริการที่มีคุณภาพ ให้ความสำคัญกับผู้รับบริการ (59 ราย) ดังคำกล่าวของผู้รับบริการที่ว่า “บริการดี ตรวจรักษาดี ให้คำแนะนำให้คำปรึกษาทุกเรื่อง ดีกว่าทุกคน เอาใจใส่ พบที่ไหนก็ดูแลขอบคุณที่ให้บริการ มาครั้งเมื่อไรก็พบแต่พยาบาลดูแล ให้เวลาพูดคุยซักถาม ให้คำแนะนำดีโพด (ดีมาก) ให้คำแนะนำทุกครั้ง ได้รับคำแนะนำดี คำปรึกษาดี ให้คำแนะนำดีว่าคนอื่น ๆ ไทรมาก็อธิบายดี การปฏิบัติตัวเพิ่นก็บอก มีความมั่นใจในการรักษาถึงได้มา แนะนำชี้แจงดีนับถือเพิ่น (พยาบาล) พยาบาลไม่มีความบกพร่องแนะนำดีมาก แลบ้านแนะนำให้มาที่นี่ ชาวบ้านที่หมู่บ้านมาที่นี่หมด ไม่ไป... ไม่ให้คำแนะนำ ” ขอยาได้ ตามใจผู้ป่วย มีเหตุผลในการชี้ยา ยาที่จัดให้ดีและหาย จัดยาตรงกับโรค มีการสอบถามต้องการของผู้รับบริการ (9 ราย) ดังคำกล่าวของผู้รับบริการ “ขอยากินก็

ให้ เอายาให้ก็ดี ขอยาได้ ตามใจผู้ป่วย ยาที่ให้หายทุกครั้ง ถ้าไม่หายก็ฉีดให้ ให้ยาดี มีการถามว่าแม่อยากได้ยาอะไรเพิ่มไหม มีเหตุผลในการใช้ยา หายจืดหายถูกกับโรค” รักษาหายโดยไม่ต้องไปโรงพยาบาล (9 ราย) ดังคำกล่าวของผู้รับบริการ “เป็นอะไรมาวางยาถูกตลอดหายเพราะหมอ (พยาบาล) ที่นี่ไม่ต้องไปโรงพยาบาล น้อยครั้งที่จะได้ไปโรงพยาบาล” บริการรวดเร็ว ทันใจ สะดวก และกระตือรือร้น (7 ราย) ดังคำกล่าวของผู้รับบริการที่ว่า “เมื่อมาใช้บริการดี ทันใจ ทันเหตุการณ์ เรื่องความสะดวกบางครั้งก็อึ้งๆ (แอดคนเยอะ) สะดวกไม่เลือกเวลา แม้เกินเวลาก็ให้บริการ เร่งรีบให้เรา หายากแบบนี้ดีมาก ชื่นชม รอเวลาไม่นานแบบเดียวเสร็จ ถ้าพยาบาลติดธุระก็เข้าข้างบางครั้ง”

3. มีความเสียสละ อุทิศตนเพื่อผู้รับบริการ (14 ราย) ดังคำกล่าวที่ว่า “บริการทุกที่ตลอดเวลา กลางดึกไปหาที่บ้าน ได้ตลอดทั้งคืน”

4. มีการส่งต่อและติดตามผล (9 ราย) ดังคำกล่าวของผู้รับบริการที่ว่า “เป็นอะไรมาหาก็หาย ไม่ต้องไปโรงพยาบาลต้องรอนาน ถ้าไม่ดีก็ให้มาคือเก่า (อีกเหมือนเดิม) ถ้าไม่หายเขาก็ส่งตัวให้ ดีทุกครั้งถ้าไม่ดีเพิ่ม (พยาบาล) ก็บอกให้ไปโรงพยาบาล”

5. ให้ความร่วมมือกับชุมชน (1 ราย)

ข้อเสนอแนะ ได้แก่ ไม่ต้องการให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนย้ายไปที่อื่นภูมิภาค ดีใจที่มีพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ต้องการให้ทำดีตลอดไป (6 ราย) ดังคำกล่าวของผู้รับบริการที่ว่า “ไม่มีเงินในโทรศัพท์ยังไป (missed call) ก็โทรกลับ สบายใจที่ได้พบ ถ้าไม่พบก็ไม่อยากตรวจ รู้สึกน้อยใจ ไม่อยากพบเจ้าหน้าที่อื่นไม่ต้องการให้ย้ายไปไหน ภูมิภาค ดีใจที่มีพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ต้องการให้ทำดีตลอดไป”

2.2 คุณลักษณะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มีความเห็นดังนี้

ข้อชื่นชม ได้แก่ 1. เป็นคนในพื้นที่ (คนในชุมชน) เป็นเหมือนญาติสนิท (8 ราย) ดังคำกล่าวของผู้รับบริการที่ว่า “คุ้นเคยกันและ เป็นคนในพื้นที่ (คนในชุมชน) เป็นเหมือนญาติสนิท เป็นกันเอง เป็นลูกในบ้านเป็นว่านในสวน คล้ายพี่น้องปล้องปลาย (ญาติสนิท) ดีเป็นหมอกคนบ้านเฮา (คนในพื้นที่) เพี้ยน (พยาบาล) เป็นลูกเป็นหลาน”

2. ความสามารถในการสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ (10 ราย) ดังคำกล่าวของผู้รับบริการที่ว่า “ไม่ถือตัว เข้าหาง่าย ใกล้ชิดผู้ป่วย”

3. ให้บริการดีกว่าที่ผ่านมา ดีมาก (66 ราย) ดังคำกล่าวของผู้รับบริการ “ดีกว่าที่ผ่านมา ดีมาก (สมกับเป็นหมอ) ถ้ามาพบพยาบาลคักโลก สุดใจ เอายาให้ก็ดี พบหมออื่นไม่พอใจ ตรวจรักษาดี มาครั้งเมื่อไรก็พบแต่พยาบาลดูแล เคยไปพบหมอที่อื่นบอกเป็นหวัด มาหาหมอ (พยาบาล) ที่นี่คลำตัวบอกเป็นไทรอยดั่งตัวให้แล้วผลก็เป็นจริงๆจึงยอมรับ”

4. การให้เกียรติ เคารพในความเป็นบุคคล ใจดี อธิษาศัยดี
พุดจาไผเราะไม่เคยขาดรอยยิ้ม แตกต่างจากที่อื่น ไม่ใช้อารมณ์ อ่อนน้อม ใจดีทักทาย (30 ราย) ดัง
คำกล่าวของผู้รับบริการที่ว่า “คำพูดคำจาดี อ่อนน้อม พุดเพราะ มาไม่เคยขาดรอยยิ้ม สุภาพ มากี่ไหว
เรา ดีทุกครั้ง อธิษาศัยดี อยู่นอกเขตตำบลก็ยินดีมา คนอื่นพุดไม่เพราะว่าเป็นตาซัง (พุดไม่ดีไม่
สุภาพ) หลานที่บ้านไม่เคยได้ไปโรงพยาบาลมาแต่อนามัย เว้าดี เว้ามัน (พุดจาเพราะดี) เพ็น
(พยาบาล) ดี ไม่มีที่ติ, พุดจาไผเราะแตกต่างจากที่อื่น สุภาพ ไม่ใช้อารมณ์ พุดจาตรงๆ ได้ ไม่ดู”

5. การเป็นที่พึ่งพิงเมื่อยามเจ็บป่วย มั่นใจ ฝากเนื้อฝากตัว
ได้ (11 ราย) ดังคำกล่าวของผู้รับบริการ “เป็นที่พึ่งพิงเมื่อยามเจ็บป่วย มั่นใจ ฝากผีฝากไข้ (ฝากเนื้อ
ฝากตัว) ได้ น้อยนักที่จะไปโรงพยาบาลนอกจากเพ็น (พยาบาล) ดูแลไม่ได้ ขอยากินก็ให้ มาครั้งใดก็
ดี ไปฮอดบ้าน (ไปถึงบ้าน) กลางคืนก็ไปถ้ำโทรตามหรือมาเอน (เรียก) ที่บ้าน ได้พบแล้วสบายใจ”

3. ด้านอื่นๆ

ข้อชื่นชม ได้แก่ บริการดีทุกคน (13 ราย)

ข้อเสนอแนะ ได้แก่ ต้องการให้ปรับปรุงและเปลี่ยนเจ้าหน้าที่บางคน/
บางครั้งที่บริการไม่ดี พุดจาไม่ไผเราะ (18 ราย) ดังคำกล่าวของผู้รับบริการที่ว่า “แต่เจ้าหน้าที่บาง
คนพุดจาไม่ดี พุดไม่เพราะว่าเป็นตาซัง (พุดไม่ดีไม่สุภาพ) ต้องปรับปรุง” ในบางวันไม่พบเจ้าหน้าที่
และไม่มาขึ้นเวร (2 ราย) เจ้าหน้าที่บางคนหรงยา มารับบริการ 2 คนให้ยาชุดเดียวไปแบ่งกัน (1 ราย)
ต้องการให้มีเจ้าหน้าที่เพิ่ม (1 ราย)

2. ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ

จากการติดตามผลการรักษา โดยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างทางโทรศัพท์หรือเยี่ยม
บ้านในรายที่บ้านอยู่ใกล้สถานเอนามัย ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่าง มารับบริการ 7 วัน พบว่า ส่วนใหญ่
ผู้รับบริการเป็นผู้ตอบเอง (ร้อยละ 70.5) บิดาหรือมารดาผู้รับบริการตอบ (ร้อยละ 18) และญาติอื่นๆ
(ร้อยละ 11.5) เมื่อสอบถามผลการรักษาพบว่า หาย (ร้อยละ 73) และ ดีขึ้น (ร้อยละ 27) ไม่มีกลุ่ม
ตัวอย่างรายใดตอบอาการเหมือนเดิม หรืออาการแย่ลง ดังตาราง 11

ตาราง 11 ภาวะสุขภาพ (ผลการรักษา) ของผู้รับบริการภายหลังการรับบริการ (n=200)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)
ผลการรักษา	
หาย	146 (73.0)
ดีขึ้น	54 (27.0)
ความคาดหวังในการมารับบริการครั้งต่อไป	
มา	199 (99.5)
ไม่มา	1 (0.5)

เมื่อสอบถามความคาดหวังในการมารับบริการครั้งต่อไปพบว่า เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 99.5) ตอบว่าจะมาใช้บริการอีกเมื่อเจ็บป่วย มีเพียง 1 รายที่ไม่กลับมาใช้บริการเนื่องจากไปทำงานต่างจังหวัดไม่ได้กลับมาแล้ว เหตุผลในการมาใช้บริการครั้งต่อไปจากกลุ่มตัวอย่าง ดังตาราง 12

ตาราง 12 เหตุผลของผู้รับบริการในการตัดสินใจมารับบริการครั้งต่อไป* (n= 200)

ประเด็น	เหตุผล	จำนวน (ร้อยละ)
1. สถานที่	1.1 ใกล้บ้าน	127 (63.5)
	1.2 การเดินทางสะดวก	23 (11.5)
	1.3 มียาที่มีประสิทธิภาพ	1 (0.5)
2. การบริการของพยาบาล เวชปฏิบัติชุมชน	2.1 รักษาดี หาย	55 (27.5)
	2.2 บริการดี กลางคืนก็ไปหาได้	43 (21.5)
	2.3 มีการส่งต่อ	7 (3.5)
	2.4 เชื่อมั่น ไม่แตกต่างจากที่อื่น	2 (1)
	2.5 รวดเร็ว ทันใจ	1 (0.5)

* ผู้รับบริการ 1 ราย อาจมีมากกว่า 1 เหตุผล

ตาราง 12 เหตุผลของผู้รับบริการในการตัดสินใจใช้บริการครั้งต่อไป* (n= 200) (ต่อ)

ประเด็น	เหตุผล	จำนวน (ร้อยละ)
3. คุณลักษณะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน	3.1 พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนดี ประทับใจ ได้พบสบายใจ ชื่นชอบ	12 (6)
	3.2 พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนพูดจาดี ไพเราะ	10 (5)
	3.3 พยาบาลไปเยี่ยมบ้าน ติดตามผลการรักษา	4 (2)
	3.4 มีความเป็นกันเอง	3 (1.5)
4.ด้านผู้รับบริการ	4.1 มารับบริการตามสิทธิ์การรักษา	7 (3.5)
	4.2 ไม่มีค่าบริการ	7 (3.5)
	4.3 เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ร้ายแรง	4 (2)
	4.4 ไม่ต้องการไปรับบริการที่อื่น	3 (1.5)
	4.5 ความคุ้นเคย	3 (1.5)
	4.6 เมื่อมีโอกาสผ่านมากครั้งต่อไป	3 (1.5)
	4.7 ค่าใช้จ่ายไม่แพง ไม่มีค่าเดินทางไปโรงพยาบาล	2 (1)

* ผู้รับบริการ 1 ราย อาจมีมากกว่า 1 เหตุผล

3. ค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ

ผลการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการในการมาตรวจรักษาโรคเบื้องต้นจากพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 85) มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการซึ่งผู้รับบริการต้องรับผิดชอบเองโดยมีค่าเดินทางตั้งแต่ 5 – 50 บาท เฉลี่ย 12.20 บาท (SD. = 9.10) โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.5) จ่ายค่าเดินทาง น้อยกว่า 10 บาท ส่วนค่ายาซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายส่วนที่รัฐสนับสนุน พบว่าจากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 200 ราย ไม่มีการจ่ายยาเพียง 1 ราย กลุ่มตัวอย่างมีค่ายาตั้งแต่ 1.60 – 96.42 บาท เฉลี่ย 24.57 บาท (SD. = 15.06) ผู้รับบริการร้อยละ 28 มีค่ายา 11-20 บาท รองลงมาคือ ร้อยละ 25.5 มีค่ายา 21-30 บาท ดังตาราง 13

ตาราง 13 ค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการในการมาตรวจรักษาโรคเบื้องต้นจากพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (n=200)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)
ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไป-กลับ	
ไม่มีค่าเดินทาง	30 (15)
มีค่าเดินทาง	170 (85)
ค่าเดินทาง (บาท/เที่ยว)	
≤ 10	133 (66.5)
11-20	57 (28.5)
21-30	4 (2)
31-40	4 (2)
41-50	2 (1)
(mean= 12.20, SD. = 9.10, Min. = 5, Max = 50)	

ตาราง 13 ค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการในการมาตรวจรักษาโรคเบื้องต้นจากพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (n=200) (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)
ค่ายาตามอัตราของจังหวัด (รัฐสนับสนุน) (บาท)	
≤ 10	36 (18)
11-20	56 (28)
21-30	51 (25.5)
31-40	33 (16.5)
41-50	14 (7)
51-60	6 (3)
61-70	1 (0.5)
71-80	1 (0.5)
81-90	1 (0.5)
91-100	1 (0.5)
(mean = 24.57, SD. = 15.06, Min. = 1.60, Max = 96.42)	

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การวิจัยเรื่องกิจกรรมและผลลัพธ์การดำเนินงานเกี่ยวกับการรักษาโรคเบื้องต้น ของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากิจกรรมของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ภาวะสุขภาพภายหลังการรับบริการ ค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ในการรักษาโรคเบื้องต้น มีประเด็นที่นำมาอภิปรายผล ดังนี้

1. ลักษณะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการ
2. กิจกรรมในการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
3. ผลลัพธ์จากการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
 - 3.1 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ
 - 3.2 ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ (ผลการรักษา)
 - 3.3 ค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ

1. ลักษณะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการ

ผลการศึกษาพบว่าตั้งแต่ได้รับวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงนั้น พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ครบทุกสมรรถนะตามที่สภาการพยาบาลกำหนด ในบทบาทการรักษาโรคเบื้องต้นตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาลที่ปฏิบัตินั้น ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ หายจากการเจ็บป่วย และค่าใช้จ่ายไม่สูง เมื่อพิจารณาตามกรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการด้านสุขภาพของโดนาเบเดียน (Donabedian, 1966) จะเห็นได้ว่าผลลัพธ์ที่ดีที่เกิดขึ้นเนื่องจากการมีโครงสร้างที่ดีที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น คือ

1.1 คุณลักษณะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นคนในพื้นที่ มีศักยภาพโดยได้รับการยอมรับว่าเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ ปฏิบัติงานเชิงรุก มีผลงานเป็นเลิศและเป็นที่ประจักษ์ในวิชาชีพทั้งระดับภูมิภาคและระดับประเทศ มีสัมพันธภาพและมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับบริการ มีความเสียสละ และเอื้ออาทร (Caring) มีการปฏิบัติงานที่เอื้อต่อ

ผู้รับบริการและเข้าถึงง่าย (Access and Available) ให้บริการด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanize) ดังคำกล่าวของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการที่ว่า “คุ้นเคยกัน เป็นเหมือนญาติสนิท ไม่ถือตัว เข้าหาง่าย ใกล้ชิดผู้ป่วย ดีกว่าที่ผ่านมา สมกับเป็นหมอ คำพูดคำจาดี อ่อนน้อม พุดเพราะ ไม่อยากให้อย่าไปไหน น้อยนักที่จะไปโรงพยาบาลนอกจากพื้น (พยาบาล)ดูแลไม่ได้ ขอยากินก็ให้ เป็นลูกในบ้านเป็นว่านในสวน ไปเยี่ยมถึงบ้านบ่อยมาก คล้ายพี่น้องปล้องปลาย (ญาติสนิท) มาหาได้ทุกเวลา เวลาเลิกงานไปที่บ้านก็ได้รับการดูแล ดีเป็นหมอกคนบ้านเฮา (คนในพื้นที่) มากครั้งใดก็ดี ไปหอดบ้าน (ไปถึงบ้าน) กลางคืนก็ไปถ้าโทรตามหรือมาเ็น (เรียก) ที่บ้าน พื้น (พยาบาล) เป็นลูกเป็นหลาน” และเหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจมารับบริการนอกจากใกล้บ้านมากที่สุดแล้วการที่พยาบาลอภัยชัยดีและได้รับการที่ดีเป็นเหตุผลรองลงมาในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน

1.2 ประสบการณ์และการศึกษา พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีสมรรถนะทั้งด้านการปฏิบัติงานและความรู้ในขั้นสูง จากประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน ทั้งได้รับการศึกษาและอบรมหลายหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล เป็นการพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ให้สามารถปฏิบัติงานจนเกิดผลลัพธ์ที่ดี เป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการในชุมชน ซึ่งการพัฒนาความสามารถเป็นกระบวนการที่มีลักษณะเป็นการสะสมเพิ่มพูนให้เป็นพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ (Novice – Expert) ดังแนวคิดของเบนเนอร์ (Benner, 1984) ที่กล่าวว่าความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นกระบวนการที่สะสมเพิ่มพูนขึ้นจากประสบการณ์การปฏิบัติงานและการศึกษา จำแนกเป็น 5 ระดับ จากพยาบาลฝึกหัด (Novice) ที่ปฏิบัติงานใน 2-3 ปีแรกโดยไม่มีประสบการณ์ต้องอาศัยกฎเกณฑ์ขั้นตอนในการปฏิบัติงาน เมื่อมีประสบการณ์มากขึ้นจนเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ (Expert) ที่มีความสามารถในการแก้ปัญหา มีทักษะการคิดวิเคราะห์ เชื่อมโยงปัญหาตามบริบทและสถานการณ์ สามารถกำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมแก่ผู้รับบริการที่มีปัญหาซับซ้อน ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ ค่าใช้จ่าย ความพึงพอใจ และการยอมรับของผู้รับบริการ และชุมชน

1.3 ลักษณะการมารับบริการของผู้รับบริการ ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการใช้ระยะเวลาเดินทางมารับบริการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นภายในระยะเวลา 30 นาที โดยใช้จักรยานยนต์เป็นพาหนะ ซึ่งค่อนข้างสะดวก ประหยัดเวลา และค่าใช้จ่าย จะเห็นได้ว่าระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นระบบบริการที่อยู่ใกล้บ้านของผู้รับบริการ อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด ส่งผลให้เกิดความสะดวกต่อการเดินทางมารับบริการ ประหยัดค่าเดินทาง และเวลาในการเดินทางและเวลารอรับการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ลักษณะการมารับบริการ ระยะเวลาการเดินทางและวิธีการเดินทางของผู้รับบริการใกล้เคียงกัน (จุฑามาศ พูลลาวัณย์, กนกพร หมูพยัคฆ์, ดวงใจ รัตนธัญญา และวชิรา กลีโกศล, 2552; Kittipoom, 2001)

1.4 จำนวนบุคลากร สถานีอนามัยมีบุคลากรที่เพียงพอทั้งหมด 6 คนซึ่งมากกว่าสถานีอนามัยอื่นๆในพื้นที่เดียวกัน ร่วมกันปฏิบัติงานเป็นทีม ช่วยเหลือกันตามความสามารถและบทบาทหน้าที่ โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนรับผิดชอบและทำการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นเป็นหลักและเป็นที่ปรึกษาให้กับเจ้าหน้าที่อื่นๆทำให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มความสามารถและประสบผลสำเร็จ ผู้รับบริการได้รับบริการที่ดี มีคุณภาพ และความพึงพอใจ

จะเห็นในการศึกษครั้งนี้ทั้งบุคลากร โดยเฉพาะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่มีความรู้ความสามารถ มีทักษะทั้งทางด้านคลินิก ทักษะทางการติดต่อสื่อสาร การทำงานช่วยเหลือร่วมกันเป็นทีม มีจิตใจที่เอื้ออาทร รวมทั้งลักษณะของผู้รับบริการดังกล่าว เป็นองค์ประกอบของโครงสร้างที่ดีที่มีผลต่อผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจ ภาวะสุขภาพและค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการได้

2. กิจกรรมในการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

กิจกรรมที่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนปฏิบัติในการรักษาโรคเบื้องต้นครั้งนี้ประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกายและประเมินสุขภาพ (การวัดไข้ การประเมินชีพจร การวัดความดันโลหิต การชั่งน้ำหนัก การวัดส่วนสูง การวัดเส้นรอบเอว การประเมินการหายใจ) การวินิจฉัยแยกโรค การบอกปัญหา/ภาวะสุขภาพ การจ่ายยา การให้คำแนะนำการใช้ยา การสอนสุขศึกษา การให้เวลาผู้รับบริการสอบถาม การส่งต่อ การนัดหมาย และการทำหัตถการ ซึ่งกิจกรรมในการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นครอบคลุมตามเงื่อนไขปัจจัย ความสำคัญและบริบทของการศึกษา และเป็นไปตามขอบเขต บทบาทซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งสามารถกระทำได้ตามข้อกำหนดการรักษาโรคเบื้องต้น (สภาการพยาบาล, 2551) กิจกรรมในการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นนี้เป็นกระบวนการตามกรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการด้านสุขภาพของโดนาเบเดียน (Donabedian, 1966) ที่ส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ อาการเจ็บป่วยดีขึ้น และค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการไม่สูง โดยผู้วิจัยจะอภิปรายในประเด็นดังต่อไปนี้

2.1 ระยะเวลาการตรวจรักษา ระยะเวลาที่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนใช้ในการรักษาโรคเบื้องต้นเฉลี่ย 8.28 นาที/ราย น้อยที่สุด 2 นาที/ราย ส่วนใหญ่ใช้เวลา 6-10 นาที/ราย (ตาราง 4) ซึ่งอยู่ในระยะเวลาที่สถานีอนามัยกำหนดไว้คือ 15 นาที/ราย การที่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถทำการรักษาโรคเบื้องต้นภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ได้เนื่องจากมีการวางแผนที่ดี มีการเตรียมความพร้อมจัดยาแยกไว้เป็นหมวดหมู่ และมีกำลังคนเพียงพอในการช่วยเหลือจัดเตรียมยา รวมทั้งให้เด็กในชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดเตรียมยาอย่างถูกต้องและเพียงพอ ซึ่งความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการ เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้รับบริการต้องการจากการมารับบริการสาธารณสุข (สำนักงานหลักประกันสุขภาพและสำนักวิจัยเอแบค-เคเอสซี อินเทอร์เน็ตโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ, 2549)

2.2 การต้อนรับ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนแสดงการต้อนรับโดยกล่าวทักทายและสวัสดิ์ ให้บริการด้วยทิวาจาที่สุภาพ ไพเราะ ยิ้มแย้มเต็มใจบริการ พฤติกรรมบริการเช่นนี้เป็นสิ่งที่ผู้รับบริการต้องการ ซึ่งพบค่อนข้างน้อยในผู้ให้บริการด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพของรัฐที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจในการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สอดคล้องกับการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนผู้ใช้บัตรทอง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพและสำนักวิจัยเอแบค-เกเอสซี อินเทอร์เน็ต โพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ, 2549) ที่กลุ่มตัวอย่างระบุสิ่งสำคัญที่สุดที่ต้องการจากการมารับบริการสาธารณสุข คือ มารยาท การพูดจา ความเต็มใจในการให้บริการของเจ้าหน้าที่ สิ่งที่ต้องการให้ปรับปรุงมากที่สุด คือ กิริยามารยาท การต้อนรับของเจ้าหน้าที่ นอกจากนี้ผู้รับบริการต้องการให้บุคลากรพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลมีท่าทีที่ต้อนรับ ให้ความสนใจและตอบข้อซักถามของผู้มารับบริการ (กรวิไล อภิชาตินนท์ และมนตบงกช กนกนันท์ พงศ์, 2542)

2.3 ทักษะการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การวินิจฉัยแยกโรค/ปัญหาสุขภาพ และการรักษา (การจ่ายยา) เมื่อผู้รับบริการคันแหวะเบียนและซั้่งน้ำหนักตัวเสร็จแล้วเข้าพบพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ในการรักษาโรคเบื้องต้นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนทำการซักประวัติโดยอาการสำคัญและประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันมีการปฏิบัติทุกครั้ง ส่วนการซักประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และประวัติการแพ้ยาไม่ได้ปฏิบัติทุกราย จากนั้นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนประเมินสัญญาณชีพเองทุกครั้งและทำการตรวจร่างกายผู้รับบริการในระบบที่มีความเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ ซึ่งเป็นไปตามหลักการตรวจรักษาโรคเบื้องต้น โดยการซักประวัติและการตรวจร่างกายเป็นกระบวนการทางการแพทย์เพื่อการวินิจฉัยและจัดการกับปัญหาการเจ็บป่วย การซักประวัติที่ดีต้องใช้ความสามารถทางอากรวิทยาซึ่งจะช่วยชี้นำการตรวจร่างกายในระบบที่มีความเกี่ยวข้อง โดยผู้ให้บริการไม่สามารถที่จะใช้การทบทวนประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วยได้ทุกระบบเนื่องจากจำกัดด้วยเวลาทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสำคัญหรือมุ่งเน้นที่ปัญหาเป็นหลัก (ทวี ศิริวงศ์, 2548; Bickley, 2004) เมื่อพิจารณาจากองค์ประกอบด้านโครงสร้างตามบริบทในการศึกษาครั้งนี้พบว่าการทำงานที่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนไม่ทำการซักประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและประวัติการแพ้ยากลุ่มตัวอย่างทุกรายเนื่องจาก พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและผู้รับบริการมีความคุ้นเคยกัน การเป็นคนในพื้นที่และปฏิบัติงานในพื้นที่ของตนเองทำให้ทราบประวัติผู้รับบริการและมองภาพของผู้รับบริการได้ว่ามีความเป็นอยู่ สภาพปัญหาสุขภาพเป็นอย่างไร ถ้าผู้รับบริการได้รับการรักษาอาการเจ็บป่วยจากที่อื่น หรือมีอาการแพ้ยาจะกลับมาบอกผลการรักษาให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนทราบเสมอเมื่อมารับบริการครั้งต่อไป ประกอบกับส่วนใหญ่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นผู้ทำการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นเองจึงทำให้ทราบประวัติการเจ็บป่วยและประวัติการแพ้ยาของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างทำการตรวจ มีการพูดคุยกับ

กลุ่มตัวอย่าง ทั้งเรื่องทั่วไปและเรื่องการเจ็บป่วยครั้งนี้ มีการติดตามสอบถามถึงอาการของผู้ป่วยที่ เคยมาได้รับการรักษาก่อนหน้าซึ่งอยู่หมู่บ้านเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง เป็นการติดตามทำให้ทราบ ผลการรักษา

ปัญหาสุขภาพและอาการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ พบว่าปัญหาในระบบทางเดินหายใจ เป็นสาเหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมารับบริการมากที่สุด ปัจจัยที่อาจมีผลต่อการเจ็บป่วยด้วยปัญหา ระบบทางเดินหายใจส่วนบนของกลุ่มตัวอย่างอาจเนื่องจากที่ตั้งของชุมชนมีภูเขาล้อมรอบ และช่วง ระยะเวลาที่เก็บข้อมูลเป็นฤดูหนาว (ธันวาคม 2552- มกราคม 2553) สภาพภูมิอากาศค่อนข้างหนาว ลมพัดแรง บางวันมีฝนตก ซึ่งการติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนสามารถติดต่อกันได้ง่าย เป็นโรคที่ พบได้ตลอดทั้งปี มักจะพบมากในฤดูฝนและฤดูหนาว หรือช่วงที่มีอากาศเปลี่ยนแปลง (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2551) อีกทั้งเวลาที่เก็บข้อมูลเป็นช่วงหลังการเก็บเกี่ยวข้าวนาปี และมีการตัดอ้อย และเผาหญ้าซึ่งก่อให้เกิดฝุ่นละอองมาก ปัจจัยเหล่านี้อาจเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้รับบริการเกิดการ เจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจได้ง่ายจึงทำให้ปัญหาในระบบทางเดินหายใจเป็นปัญหาที่พบมาก ที่สุด เมื่อมีการจ่ายยาในการรักษาโรคเบื้องต้นพบว่า ยาในกลุ่ม แก้วปวด ลดไข้ ซึ่งพาราเซตามอล มี การใช้มากที่สุด ยาในกลุ่มที่มีการใช้รองลงมา เป็นยาวิตามิน แร่ธาตุ ยากลุ่มนี้ วิตามินซี มีการใช้มาก ที่สุด สาเหตุที่มีการใช้ยาพาราเซตามอลมากที่สุดเนื่องจากอาการเจ็บป่วยของผู้รับบริการส่วนใหญ่ ต้องใช้ยาพาราเซตามอลอย่างกว้างขวาง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การรักษาโรค เบื้องต้นในสถานผดุงครรภ์ส่วนตัวของพยาบาลวิชาชีพ มีการใช้ยาพาราเซตามอล มากที่สุด เช่นเดียวกัน (นัยนา หนูนิล และคณะ, 2544; Kittipoom, 2001)

นอกจากนี้ผู้รับบริการบางรายมีการขอเบิกยาพาราเซตามอลไปเก็บไว้ที่บ้านเป็นยา สามัญประจำบ้าน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนให้เหตุผลว่าในทุกครอบครัวโดยเฉพาะครอบครัวที่มี เด็กเล็กจะส่งเสริมให้มาเบิกยาสามัญประจำบ้านที่จำเป็นไปเก็บไว้ เมื่อมีเด็กหรือสมาชิกใน ครอบครัวมีไข้สูงในเวลากลางคืนทำให้สามารถดูแลเบื้องต้นได้ และการติดตามเก็บข้อมูลการใช้ยา ของผู้รับบริการ พบว่าการใช้ยาและการมารับยาแล้วทั้งลดลงมาก ช่วยลดค่ายาและค่าใช้จ่ายของ สถานีนามัย เนื่องจากเมื่อผู้รับบริการมีความเจ็บป่วยและมารับบริการที่สถานีนามัยจะบอกผู้ ให้บริการทราบว่ายังมียาเหลือที่บ้านไม่ต้องการยาเพิ่มซึ่งดีกว่าการที่ผู้ให้บริการจ่ายยาโดยไม่ คำนึงถึงความต้องการของผู้รับบริการ เมื่อจ่ายยาให้เกินความต้องการผู้รับบริการก็จะนำไปเก็บไว้ จนหมดอายุ หรือนำยาไปทิ้งเนื่องจากได้ยามาจำนวนมาก การรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชน ได้คำนึงถึงความต้องการของผู้รับบริการ ไม่หวังยา มีเหตุผลในการใช้ยา ผู้รับบริการสามารถ ขอมาได้ ซึ่งจากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนผู้ใช้บัตรทองพบว่าผลการรักษา การให้ยาที่มี

คุณภาพเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องการจากการมารับบริการสาธารณสุข (สำนักงานหลักประกันสุขภาพและสำนักวิจัยเอแบค-เคเอสซี อินเทอร์เน็ตโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ, 2549)

เมื่อพิจารณาปัญหาการเจ็บป่วยของผู้รับบริการกับกิจกรรม ขั้นตอนในการรักษาโรค และการใช้ยาของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนพบว่า พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีการใช้องค์ความรู้และทักษะการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การวินิจฉัยแยกโรค/ปัญหาสุขภาพ และการรักษา (การจ่ายยา) ในการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นได้อย่างสอดคล้องและมีความเหมาะสมกับปัญหา การเจ็บป่วยของผู้รับบริการ (ตาราง 9) เช่น เมื่อผู้รับบริการมาด้วยปัญหาระบบทางเดินหายใจ มีการวัดไข้ ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ตรวจหู คอ จมูกโดยใช้ Otoscope ฟังปอด คลำต่อมน้ำเหลืองที่คอ และจ่ายยา พาราเซตามอล ยาลดน้ำมูก ยาแก้ไอ ส่วนยาฆ่าเชื้อพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนพิจารณาพร้อมกับผลการตรวจร่างกายว่ามีไข้สูงมากหรือการอักเสบของทอนซิลหรือไม่ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาระบบทางอาหาร เช่น อาหารไม่ย่อย (Dyspepsia) มีการจ่ายยา ลดกรด ยาเคลือบแผลในกระเพาะอาหาร ยาขับลม พร้อมคำแนะนำแก่ผู้รับบริการ ยาทั้งหมดที่ใช้ในการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนส่วนใหญ่เป็นไปตามรายการยาตามที่กำหนดในข้อกำหนดการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรค ฯ (สภากาชาด, 2551) และเป็นไปตามรายการยาตามที่กำหนดตามแนวปฏิบัติบริการสุขภาพสำหรับศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการรักษาพยาบาล ฯ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2546) มียาบางชนิดที่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนใช้ตามกรอบของสถานีนามัยและข้อตกลงระหว่างสถานีนามัยและโรงพยาบาลแม่ข่ายภายในพื้นที่บริการ เช่น Roxithromycin, Diclofenac, Salbutamol, Diazepam, Lincomycin, Dexamethasone และ Beta cream ซึ่งพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนได้ติดต่อประสานงานและทำข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้อำนวยการ และหัวหน้าคลังยาโรงพยาบาลแม่ข่าย

กระบวนการในการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนนอกมีการใช้ องค์ความรู้และทักษะได้อย่างสอดคล้องและมีความเหมาะสมกับปัญหาการเจ็บป่วยของผู้รับบริการแล้วยังมีการประเมินติดตามปัญหา บริหารเวลาตามที่กำหนดไว้ ให้ผู้รับบริการและครอบครัวมีส่วนร่วมในการรักษาโรค ทำให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกเป็นกันเอง ลดช่องว่างระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ให้บริการคำนึงถึงความต้องการของผู้รับบริการ ไม่หวงยา มีเหตุผลในการใช้ยา ผู้รับบริการสามารถขอยาได้ ดังคำกล่าวของผู้รับบริการที่ว่า “ขอยากินก็ให้ เอายาให้ก็ดี (ให้ยาที่มีคุณภาพ) ยาที่ให้หายทุกครั้ง ถ้าไม่หายก็ฉีดให้ ให้ยาดีมีการถามว่าเมื่อยากได้ยาอะไรเพิ่มไหม เป็นอะไรมาวางยาถูกตลอดหายเพราะหมอ (พยาบาล) ที่นี่ไม่ต้องไปโรงพยาบาล” ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการประเมินภาวะสุขภาพ ตัวชี้วัดความเจ็บป่วยได้อย่างเป็นระบบ ครอบคลุม และมีความไวเชิงวัฒนธรรม วางแผน ปฏิบัติ และประเมินผลการปฏิบัติ มีการสร้างและคงไว้ซึ่ง

สัมพันธภาพ การมีส่วนร่วมกับผู้รับบริการและวิชาชีพอื่นๆที่เกี่ยวข้องที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการดูแลและผลลัพธ์ที่ดี ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นกระบวนการที่นำมาซึ่งผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจและภาวะสุขภาพของผู้รับบริการได้

2.4 การทำหัตถการ การนวดเข้ากล้ามเนื้ออย่างเดียวยังเป็นหัตถการที่กระทำมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาพยาบาลเวชปฏิบัติต่อการรักษาโรคเบื้องต้นในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ พบว่ากิจกรรมการทำหัตถการโดยการนวด การทำแผลและผ้าฝี มีการปฏิบัติมากกว่าร้อยละ 78 รองลงมาจากการให้ยารับประทาน (ทัศนา บุญทอง, สุปราณี อัทธเสรี และนันทมน ศิริกุล, 2550) ทั้งนี้เนื่องจากการมารับบริการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นในการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างร้องขอให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนนวดให้ ซึ่งพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนให้เหตุผลในการนวดว่า ในบริบทของผู้รับบริการในชุมชนชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนมากต้องการให้นวด อาจเนื่องจากมีความเชื่อว่าการนวดนั้นจะทำให้หาย หรือถ้าไม่ได้นวดเหมือนไม่ได้รักษา และการนวดทำให้เห็นผลการรักษาเร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของผู้ให้และผู้รับบริการของโรงพยาบาลราชวิถี จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ผู้รับบริการส่วนมากมีทัศนคติต่อการใช้ยาผิดว่า ยาดีออกฤทธิ์เร็ว ช่วยให้อาการหายเร็ว บำรุงร่างกายให้แข็งแรง เป็นการได้รับยาโดยตรง สะดวก สะอาด (สมชาย ภาณุมาศวิวัฒน์, สถิต สายแก้ว, นพรัตน์ หารไชย, บรรณศาสตร์ ไชยพรรณ และสนอง ประนม, 2543) บางครั้งพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสอบถามกลุ่มตัวอย่างว่า ต้องการกินหรือนวด ต้องการนวดหรือไม่ ถ้าไม่นวดให้แก่อุบัติการณ์จะยังไปแสวงหาที่อื่นๆ เช่น ไปให้ชาวบ้านที่เป็นแพทย์พื้นบ้านซึ่งไม่ใช่ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม หรือบุคลากรสาธารณสุขนวดให้ตน ซึ่งยาบางชนิดเป็นยาอันตราย อุปกรณ์ในการนวดไม่ผ่านการฆ่าเชื้ออย่างเพียงพอ อาจเกิดอันตรายแก่ผู้รับบริการ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต้องนวดให้ตามที่ผู้รับบริการต้องการเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการเอง ยาที่ผู้รับบริการขอให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนนวดให้ส่วนใหญ่ คือยาบำรุงร่างกาย เช่น วิตามินบี 1-6-12 และยาแก้ปวด ลดไข้ ซึ่งเป็นยาพื้นฐานที่ใช้ในสถานอนามัย หัตถการที่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนกระทำนั้นอยู่ในขอบเขตซึ่งผู้ประกอบการวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งสามารถกระทำได้ตามแนวทางที่กำหนด (สภาการพยาบาล, 2551) จะเห็นได้ว่าผู้ให้การพยาบาลต้องมีความสามารถและองค์ความรู้ทั้งวิทยาศาสตร์และศิลปะในการที่จะแก้ปัญหา และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการและชุมชน ในบางสถานการณ์อาจมีเหตุผลทั้งทางวิทยาศาสตร์และต้องใช้ศิลปะทางการพยาบาล ซึ่งพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต้องใช้วิจารณญาณในการไตร่ตรองหาเหตุผลและตัดสินใจเชิงจริยธรรม

2.5 การให้สุขศึกษาและให้โอกาสผู้รับบริการสอบถาม การให้สุขศึกษาภายหลังการตรวจวินิจฉัยโรค/ปัญหาสุขภาพ และให้โอกาสผู้รับบริการในการสอบถามข้อมูลปัญหาสุขภาพ

หรือวิธีการปฏิบัติตัว แสดงให้เห็นว่าพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงความต้องการของผู้รับบริการ มีการยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ส่งผลต่อความพึงพอใจและภาวะสุขภาพของผู้รับบริการได้ดังคำกล่าวของผู้รับบริการที่ว่า “ให้เวลาพูดคุยซักถาม ให้คำแนะนำดีโพด (ดีมาก) พยาบาลไม่มีความบกพร่องแนะนำดีมาก แล้วยังแนะนำให้มาที่นี่ ชาวบ้านที่หมู่บ้านมาที่นี่หมด ไม่ไป... ไม่ให้คำแนะนำ ” สอดคล้องกับการศึกษาของเอ็ดมอนด์และชูดเดอร์ (Edmunds & Schudder, 2009) พบว่าพยาบาลเวชปฏิบัติใช้เวลามากกว่าสองในสามของการมาใช้บริการของผู้รับบริการ สื่อสารพูดคุยกัน รูปแบบการสื่อสารส่วนใหญ่ ที่พยาบาลเวชปฏิบัติคือ การสื่อสารเพื่อการค้นหาข้อมูลและการให้ข้อมูล (Information seeking and Information giving) โดยพยาบาลเวชปฏิบัติทำการซักประวัติ สอบถามข้อมูล ใช้คำถามปลายเปิด ถามความเห็นของผู้ป่วย มีการให้ข้อมูลความเห็น คำแนะนำ หรือการสอน การที่พยาบาลเวชปฏิบัติใช้คำถามปลายเปิดและถามความเห็นของผู้ป่วยนั้นทำให้เห็นได้ว่าการสื่อสารโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

2.6 การส่งต่อ เมื่อภาวะเจ็บป่วยของผู้รับบริการเกินความสามารถพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีการส่งต่อ เพื่อไปรับบริการในโรงพยาบาลชุมชนและมีการนัดหมายเพื่อติดตามปัญหาสุขภาพ โดยมีกลุ่มตัวอย่างเพียง 7 รายเท่านั้นที่มีการส่งต่อเนื่องจากภาวะความเจ็บป่วยของเกินความสามารถของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการรักษาและการดูแลจัดการกับปัญหาได้ถึงร้อยละ 98.5 โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในสถานอนามัย ซึ่งโรค/ปัญหาสุขภาพที่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนให้การรักษาเป็นไปตามข้อกำหนดในการรักษาเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรคสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ฯ (สภาการพยาบาล, 2551) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นนี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างหายจากการเจ็บป่วย เกิดความพึงพอใจ ไม่ต้องไปรอรับบริการที่โรงพยาบาล ช่วยประหยัดเวลา ค่าใช้จ่ายและช่วยลดความแออัดของการใช้บริการในโรงพยาบาลได้ ดังคำกล่าวของผู้รับบริการที่ว่า “เป็นอะไรมาหาก็คาย ถ้าไม่ดีก็ให้มาคือเก่า(อีกเหมือนเดิม) ไม่ต้องไปโรงพยาบาลต้องรอนาน ถ้าไม่ดีก็ส่งต่อให้ ดีทุกครั้งถ้าไม่ดีพื้น (พยาบาล) ก็บอกให้ไปโรงพยาบาล” สอดคล้องกับการศึกษาของสมจิต หนูเจริญกุลและคณะ (2550) เรื่องบทเรียนจากกรณีศึกษาเส้นทางสู่ความสำเร็จของพยาบาลเวชปฏิบัติ จากผู้ปฏิบัติงานดีเด่น 16 ราย พบว่ามีผู้มาใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิมากขึ้น ช่วยลดความแออัดของผู้ใช้บริการที่โรงพยาบาล

กิจกรรมดังกล่าวทั้งหมดในการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพskill mixed team ประกอบด้วย พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ชุกรการ และนักการภารโรงตามสมรรถนะ ความสามารถ และบทบาทของตนทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านภาวะสุขภาพ ค่าใช้จ่ายและความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ดีตามมา

3. ผลลัพธ์การดำเนินงานเกี่ยวกับการรักษาโรคเบื้องต้น

ผลลัพธ์การดำเนินงานเกี่ยวกับการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการศึกษารุ่นนี้ประกอบด้วยความพึงพอใจของผู้รับบริการ ภาวะสุขภาพภายหลังการรับบริการ และค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ในการรักษาโรคเบื้องต้นตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาลมีการอภิปรายผลดังนี้

3.1 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับดี ต่อคุณลักษณะของพยาบาล กิจกรรมทางการพยาบาล ความรู้สึกรับรู้ต่อการบริการ การที่กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับดีนั้นเนื่องจากว่ามีลักษณะของโครงสร้างและกระบวนการในการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นที่ดี ดังนี้

3.1.1 ประสิทธิภาพของพยาบาล พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนผู้ให้บริการมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ได้รับการศึกษาและอบรม มีการทำวิจัยและพัฒนาระบบการดูแลและปรับปรุงระบบการบริการ มีความชำนาญในการรักษา สามารถให้การดูแลผู้รับบริการได้ดี ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นถึงความสามารถในระดับสูงในการตัดสินใจทางคลินิก (Clinical decision making and clinical judgement) ในการตรวจ การวินิจฉัย การรักษา การติดตามและการส่งต่อ และการจัดการกับปัญหาของผู้รับบริการ รวมทั้งการประเมินผลและใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ ความมั่นใจต่อการรักษาของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ดังคำกล่าวของกลุ่มตัวอย่างที่ว่า “ถ้ามาพบพยาบาลก็โลก สดใจ เอามาให้ก็ดี พบหมออื่นไม่พอใจตรวจรักษาดี มาครั้งเมื่อไรก็พบแต่พยาบาลดูแล หายโดยไม่ต้องไปโรงพยาบาล น้อยครั้งที่จะได้ไปโรงพยาบาล ถ้ารักษาไม่หายก็มีการส่งต่อให้ มีการติดตามผล ดีกว่าไปโรงพยาบาล เคยไปพบหมอที่อื่นบอกเป็นหวัด มาหาหมอ (พยาบาล) ที่นี้คำ大夫บอกเป็นไทรอยด์ส่งตัวให้แล้วผลก็เป็นจริงๆจึงยอมรับ”

3.1.2 การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมารับบริการที่สถานีอนามัยกลุ่มตัวอย่างจะเป็นผู้ค้นและหยิบแฟ้มประวัติประจำครอบครัวเอง และนำมาเข้ามาพบพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในห้องสำหรับตรวจรักษาโรคเบื้องต้น เป็นการให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมทั้งระดับบุคคล ครอบครัวที่จะส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์สูงสุด ในกิจกรรมการรักษาโรคเบื้องต้นของตนเองหรือบุคคลในครอบครัวทำให้ทราบลำดับ ขั้นตอนในการเข้าตรวจของตนเอง ในขณะที่รอรับการตรวจรักษาจึงไม่มีความวิตกกังวลและไม่รู้สึกว่าผู้รับบริการรายอื่นมาแทรกลำดับตนเองทำให้เกิดความพึงพอใจ เมื่อเข้ามาในห้องตรวจพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีการยกมือไหว้ทักทาย สนทนากันด้วยความสนิทสนมกับกลุ่มตัวอย่างเป็นการแสดงให้เห็นถึงความเคารพ นับถือในตัวบุคคล

(Human respect) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความพึงพอใจในการต้อนรับ ความสุภาพอ่อนโยน ความกระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและความเป็นกันเองจากการมีสัมพันธภาพที่ดี (Relationship) เมื่อมารับบริการ ซึ่งเป็นความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการที่ส่งผลให้เกิดความเชื่อถือในตัวพยาบาล ช่วยลดปัญหาการถูกฟ้องร้อง สอดคล้องกับการศึกษาของกรวิไลอภิชาตินนท์ และมนตบงกช กนกนันท์พวงส์ (2542) พบว่าผู้รับบริการต้องการคำอธิบายขั้นตอนของระบบการมาใช้บริการ ต้องการให้ปรับปรุงระบบการติดตามบัตรตรวจ และต้องการให้บุคลากรพยาบาลมีท่าทีที่ต้อนรับ ให้ความสนใจและตอบข้อซักถามของผู้มารับบริการมากขึ้น

3.1.3 ระยะเวลาการตรวจรักษาโรค ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาโรคเบื้องต้นที่น้อยกว่าเวลาที่ทางสถานีนามั้ยกำหนดไว้ และในขณะที่กลุ่มตัวอย่างรอรับบริการ กลุ่มตัวอย่างได้พูดคุยสนทนากันเองเนื่องจากรู้จักกันและเป็นคนในชุมชนเดียวกัน บ้านอยู่ใกล้สถานีนามั้ย และส่วนใหญ่รู้จักคุ้นเคยกันเองทำให้ไม่รู้สึกเร่งรีบ ระยะเวลาเดินทางไม่เกิน 10 นาที จึงส่งผลต่อความพึงพอใจในการประหยัดเวลาการรักษาของกลุ่มตัวอย่างสอดคล้องกับการศึกษาผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงตามเอกสิทธิ์ของวิชาชีพโดยแฮมริกและคณะ (1998) พบว่า ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งเกิดความพึงพอใจ ใช้เวลาในการรอเพื่อรับบริการน้อยลง

3.1.4 การให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ เมื่อตรวจร่างกายเสร็จสิ้นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีการบอกปัญหา/ภาวะสุขภาพ ให้ได้รับทราบ และสอบถามความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง มีการให้คำแนะนำการใช้ยา สอนสุขศึกษา ให้โอกาสผู้รับบริการสอบถาม ดังคำกล่าวที่ว่า “ให้เวลาพูดคุย ซักถาม, ให้คำปรึกษาทั้งความในใจทุกเรื่อง โทรศัพท์หาและตามไปที่บ้านได้ ขับรถตนเองไปตามดูอาการ ไปหาที่บ้านได้ตลอดทั้งคืน เป็นที่พึ่งพิงเมื่อยามเจ็บป่วย มั่นใจ ผาสุกผาสุกใช้ได้ (ผาสุกเนื้อผาสุกตัว) ไม่มีเงินในโทรศัพท์ทิ้งไป (missed call) ก็โทรกลับ ภูมิใจ ดีใจที่มีพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ต้องการให้ทำตลอดไป” จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความพึงพอใจ

จะเห็นได้ว่าเมื่อมีโครงสร้างและกระบวนการที่ดีในการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงนำมาสู่ผลลัพธ์คือความพึงพอใจของผู้รับบริการในระดับดีซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของพยาบาลวิชาชีพในสถานผดุงครรภ์ส่วนตัวเช่นเดียวกัน (นัยนา หนูนิล และคณะ, 2544; Kittipoom, 2001) แต่ความพึงพอใจของผู้รับบริการในการศึกษานี้พบว่าสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาดังกล่าว ทั้งนี้อาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ผู้ให้บริการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) ที่ให้บริการในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีองค์ความรู้และสามารถให้การดูแลและจัดการกับปัญหาของผู้รับบริการ ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเป็นการปฏิบัติที่มีลักษณะแตกต่างจากการพยาบาลขั้นพื้นฐานทั่วไปที่ต้องใช้ทักษะและสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการโดยใช้

ความรู้ที่กว้างขวางลึกซึ้ง ใช้วิจารณ์งานในการไต่ตรองหาเหตุผล เพื่อตัดสินใจทางคลินิกในการจัดการกับผู้ป่วย/ ผู้มารับบริการ หรือชุมชน ที่มีปัญหาซับซ้อน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2550)

3.2 ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ

จากการติดตามภาวะสุขภาพ (ผลการรักษา) ของกลุ่มตัวอย่างภายหลังจากมารับบริการ 7 วัน พบว่าส่วนใหญ่มีอาการหาย และดีขึ้น ไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายใดตอบอาการเหมือนเดิม หรืออาการแย่ลง เมื่อสอบถามความคาดหวังในการมารับบริการครั้งต่อไปพบว่า เกือบทั้งหมด ตอบว่าจะมาใช้บริการอีกเมื่อเจ็บป่วย มีเพียง 1 รายที่ไม่กลับมาใช้บริการเนื่องจากไปทำงานต่างจังหวัดไม่ได้กลับมาแล้ว ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นนั้นเนื่องมาจากการกระบวนการที่ดีในตรวจรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนรวมทั้งปัญหาการเจ็บป่วยที่สามารถให้การรักษาได้ จึงส่งผลต่อผลการรักษาทำให้ผู้รับบริการหายจากการเจ็บป่วยการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา โดยพบว่า เกิดผลลัพธ์ดีมาก ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งอาการดีขึ้น (Hamric, Lindebak, Worley & Jaubert, 1998) อัตราการกลับมาตรวจซ้ำในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยแพทย์สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยพยาบาลเวชปฏิบัติ และมีหลักฐานสนับสนุนว่าคุณภาพของการดูแลโดยพยาบาลเวชปฏิบัติไม่แตกต่างจากแพทย์ (Lenz, Mudinger, Kane, Hopkins, & Lin, 2003) ผู้รับบริการและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ ภาวะเจ็บป่วยทุเลาและหายจากโรค ภาวะแทรกซ้อนลดลง มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นและลดพฤติกรรมเสี่ยง ผลลัพธ์ต่อระบบบริการพบว่าผู้ใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น ช่วยลดความแออัดของผู้ใช้บริการที่โรงพยาบาล เกิดเครือข่ายการดูแล อัตราการป่วยในชุมชนลดลง และลดค่าใช้จ่ายของสถานบริการ (สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ, 2550) ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของเรณู พุกบุญมีและคณะ (เรณู พุกบุญมีและคณะ, 2551 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2552) เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนาบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่ได้รับวุฒิบัตรในประเทศไทยจำนวน 206 คน พบว่าเกิดผลลัพธ์ต่อผู้ใช้บริการในเรื่องการเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดภาวะแทรกซ้อน ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมาน เพิ่มการดูแลที่ต่อเนื่อง ลดอัตราการเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล เพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ เกิดการพัฒนาระบบคุณภาพ การปฏิบัติงานแบบสหวิชาชีพและระบบส่งต่อที่มีคุณภาพ เกิดเครือข่ายในการปฏิบัติงานและระบบการปรึกษา เกิดการพัฒนาเอกลักษณ์ของวิชาชีพ

3.3 ค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ

จากการเก็บข้อมูลค่าใช้จ่ายของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการในการมาตรวจรักษาโรคเบื้องต้น พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ ซึ่งผู้รับบริการต้องรับผิดชอบเอง โดยมีค่าเดินทาง เฉลี่ย 12.20 บาท (ตาราง 12) ส่วนค่ายาซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายส่วนที่รัฐสนับสนุนตาม

สิทธิ์หลักประกันสุขภาพ พบว่าค่ายาเฉลี่ย 24.57 บาท ซึ่งราคาไม่สูง (ตาราง 12) ทั้งนี้เนื่องจากผู้รับบริการไม่ต้องเดินทางไกล บางรายไม่มีค่าเดินทาง ได้รับการรักษาตั้งแต่เมื่อมีการเจ็บป่วยในระยะเริ่มเจ็บป่วย การเจ็บป่วยไม่รุนแรง สามารถจัดการกับปัญหาได้โดยการใช้ทักษะและสมรรถนะทางคลินิกของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Kittipoom, 2001) ในกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการที่มีปัญหาการเจ็บป่วยใกล้เคียงกัน พบว่า มีค่าเดินทางเฉลี่ย 8.72 บาท อย่างไรก็ตามค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ย 68.31 บาท ซึ่งสูงกว่าการศึกษาครั้งนี้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาของสุมาลี กิตติภูมิ (Kittipoom, 2001) ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มาใช้บริการในคลินิกส่วนตัวของพยาบาลซึ่งเป็นสถานบริการเอกชน และกลุ่มยาที่มีการใช้มากที่สุดคือ ยาพาราเซตามอล รองลงมาได้แก่ยาฆ่าเชื้อแบคทีเรียซึ่งอาจทำให้มีค่าบริการสูงกว่าการศึกษาในครั้งนี้ได้ ผลการศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของเรณู พุกบุญมีและคณะ (เรณู พุกบุญมีและคณะ, 2551 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2552) พบว่าจากการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในระบบบริการสุขภาพเกิดผลลัพธ์ต่อผู้ใช้บริการในเรื่องการ ลดค่าใช้จ่าย เพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ หน่วยงานมีนวัตกรรมและแนวปฏิบัติช่วยลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาลประจำการ เกิดการพัฒนากระบวนการคุณภาพ จะเห็นได้ว่าเมื่อมีโครงสร้างที่ดีกล่าวคือ มีสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพ การเข้าถึงง่าย สะดวก ระยะทางใกล้ ผู้ให้บริการมีความรู้ความสามารถสูง ย่อมส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการราคาถูกลงได้

จากผลการศึกษาครั้งนี้โดยภาพรวมจะเห็นได้ว่าพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการศึกษาครั้งนี้สามารถจัดระบบการปฏิบัติงานในบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงได้ตามที่สภาการพยาบาลกำหนดและมีผลลัพธ์ที่ดีเกิดขึ้นกับระบบบริการสุขภาพถึงแม้ว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะมีสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรที่ต้องรับผิดชอบสูงโดยแพทย์ 1 คน ต้องรับผิดชอบประชากร 5,308 คน สัดส่วน พยาบาลวิชาชีพ 1 คนต่อประชากร 638 คน ซึ่งต้องรับผิดชอบประชากรมากที่สุดและมากกว่าภาคอื่นๆ แต่จากการวิจัยครั้งนี้ทำให้เห็นได้ว่าพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) ต้องดูแลรับผิดชอบประชาชนในชุมชนกว่า 5,000 คน มีผู้รับบริการที่สถานีอนามัยมากกว่า 1800 ราย/เดือน แต่สามารถที่จะปฏิบัติงานในการดูแลประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบโดยมีความสามารถในการประเมินสุขภาพของประชาชน ให้บริการทางการแพทย์พื้นฐาน โดยเฉพาะปัญหาที่พบบ่อย รวมทั้งภาวะวิกฤติและฉุกเฉินระยะแรกและสามารถส่งต่อได้อย่างเหมาะสม ให้การดูแลผู้รับบริการโดยประยุกต์องค์ความรู้ด้านต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาได้แบบองค์รวม ทำงานร่วมกับชุมชนและทีมสุขภาพตามบทบาทหน้าที่และความรู้ความสามารถของตนได้เป็นอย่างดีในการดูแลสุขภาพ สามารถทำงานร่วมกันเป็นทีมที่เอื้อต่อกัน ใช้ทักษะในการสื่อสารและการให้คำปรึกษา มองมิติของสุขภาพเป็นองค์รวม มีทักษะและสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้มารับ

บริการ ใช้ความรู้ที่กว้างขวางลึกซึ้ง ใช้วิจารณ์งานในการไต่ตรองหาเหตุผล เพื่อตัดสินใจทางคลินิกในการจัดการกับผู้ป่วย/ ผู้มารับบริการ หรือชุมชน มีทักษะในการติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ และบุคคลอื่นทั้งภายใน และภายนอกระบบสุขภาพ มีเอกลักษณ์สูงในการปฏิบัติสามารถตัดสินใจได้อย่างอิสระ และรับผิดชอบในผลที่ตามมา ซึ่งการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เป็นบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) ตามขอบเขตและสมรรถนะฯ ที่สภาการพยาบาลกำหนด (สภาการพยาบาล, 2551)

เมื่อวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดของ โดนาปีเดียน (1966) ในการประเมินคุณภาพการดูแลสุขภาพที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่าผลลัพธ์ที่ดีที่เกิดขึ้นอาจเนื่องจากมีโครงสร้างที่ดีทั้งทรัพยากรวัสดุ เครื่องมือ และทรัพยากรบุคคลโดยเฉพาะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน รวมทั้งที่ตั้งของสถานีนามัยที่อยู่ใกล้ชุมชนตลอดทั้งลักษณะการเจ็บป่วยของผู้รับบริการเอง ประกอบกับมีกระบวนการที่ดีในการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการ ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการที่หายจากการเจ็บป่วย และค่าใช้จ่ายทั้งของรัฐและของผู้รับบริการที่น้อยลงเกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นแก่ระบบบริการสุขภาพของประเทศได้

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาเชิงผลลัพธ์ในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากิจกรรมด้านการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ภาวะสุขภาพภายหลังการรับบริการ และค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ โดยใช้กรอบแนวคิดของโดนาปีเดียน กลุ่มตัวอย่างประกอบไปด้วย 2 ส่วน ได้แก่ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยมีผลการปฏิบัติงานที่เป็นเลิศจำนวน 1 รายและผู้รับบริการจากพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจำนวน 200 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลที่สถานอนามัยแห่งหนึ่งในอำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู โดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสังเกตแบบมีโครงสร้าง และการทบทวนเวชระเบียน สรุปผลการศึกษา ได้ดังนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นเพศหญิง อายุ 45 ปี สถานภาพสมรส คู่ ศาสนาพุทธ ภูมิลำเนา อำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู สำเร็จการศึกษาสูงสุด พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชนและหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางระยะสั้น เวชปฏิบัติทั่วไป (รักษาโรคเบื้องต้น) หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤต และการตรวจอัลตราซาวด์หญิงตั้งครรภ์ ได้รับวุฒิปัตรแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเมื่อปี พ.ศ. 2551 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลทั้งหมด 22 ปี โดยเป็นการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล 17 ปีและชุมชน 5 ปี มีผลงานที่ปฏิบัติได้แก่ การพัฒนาคู่มือแนะนำหญิงตั้งครรภ์ มีการทำวิจัยในการพัฒนางาน มีการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาล ร่วมเป็นกรรมการกำหนดนโยบายสาธารณะต่างๆในคณะกรรมการระดับจังหวัด ในบทบาทเกี่ยวกับการรักษาโรคเบื้องต้นนั้นโรคที่ได้ให้การรักษามากที่สุดคือ โรคระบบทางเดินหายใจ มีผู้มารับบริการเฉลี่ย 20 คนต่อวัน

ผู้รับบริการ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.5) อายุเฉลี่ย 40.68 ปี ส่วนใหญ่ อายุ 21-40 ปี (ร้อยละ 40.5) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 70.5) และประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 72.5) ครอบครัวมีรายได้ต่อเดือน 1,000-3,000 บาท (ร้อยละ 34.0) มีที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานอนามัย ระยะทางจากบ้านมายังสถานอนามัย เฉลี่ย 2.09 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทาง 1-10 นาที (ร้อยละ 78.0) โดยใช้

จักรยานยนต์เป็นพาหนะในการเดินทาง (ร้อยละ 75.5) เคยมารับบริการที่สถานีนอนัมยแห่งนี้ (ร้อยละ 97.5) และมากกว่า 2 ครั้ง (ร้อยละ 96.5) โดยกลุ่มตัวอย่างมีเหตุผลในการมารับบริการเพราะใกล้บ้าน (ร้อยละ 96.0) มากที่สุด รองลงมาได้แก่ พยาบาลอัครยาชัยดี (ร้อยละ 87.5) ได้รับบริการที่ดี (ร้อยละ 79.5) รักษาหาย (ร้อยละ 58.5) เสียค่าใช้จ่ายไม่แพง (ร้อยละ 50.5) ตามลำดับ โดยปัญหาสุขภาพหรืออาการสำคัญ ที่นำกลุ่มตัวอย่างมารับบริการมากที่สุดตามการรับรู้ของตนคือปัญหาระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 31.1)

กิจกรรมในการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

กิจกรรมในการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนแก่กลุ่มตัวอย่าง ผู้รับบริการ พบว่า เวลาที่ใช้ในการตรวจรักษาโรคเบื้องต้น เฉลี่ย 8.28 นาที/ราย กิจกรรมเริ่มต้นเมื่อพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนกล่าวทักทายและสวัสดีกลุ่มตัวอย่างทุกราย เมื่อทำการรักษาโรคเบื้องต้น พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจะทำการซักประวัติ ตรวจร่างกายผู้รับบริการ โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจะเป็นผู้ประเมินสัญญาณชีพเองทุกครั้ง มีการวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มตัวอย่างทุกราย ให้ข้อมูลสุขภาพ/ ปัญหา ที่ตรวจพบ (ร้อยละ 99.5) และมีการจ่ายยา (ร้อยละ 99.5) ให้กับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งให้คำแนะนำการใช้ยา (ร้อยละ 97) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 98.5) ได้รับการสอนสุขภาพ และมีโอกาสในการสอบถามปัญหาสุขภาพ หรือวิธีการปฏิบัติตน (ร้อยละ 97.5) เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 48.5) ได้รับการทำหัตถการ เมื่อภาวะเจ็บป่วยของผู้รับบริการเกินความสามารถพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีการส่งต่อเพื่อไปรับบริการในโรงพยาบาลชุมชน และมีกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 2.5) ที่ได้รับการนัดหมายเพื่อติดตามปัญหาสุขภาพ

ปัญหาสุขภาพที่พบ ส่วนใหญ่ มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 47.5) รองลงมา ได้แก่ ปัญหาระบบทางเดินอาหาร (ร้อยละ 26.5) ยารับประทานที่ใช้มากที่สุด เป็นยาในกลุ่มยา แก้ปวด ลดไข้ (ร้อยละ 71) โดยยาพาราเซตามอล มีการใช้มากที่สุด (ร้อยละ 60) ส่วนยารูปแบบยาฉีดที่มีการฉีดให้ผู้รับบริการมากที่สุด ได้แก่ Vitamin B1-6-12 (ร้อยละ 11.5) ส่วนยาใช้ภายนอกและเวชภัณฑ์นั้น Tropical steroid มีการใช้มากที่สุด (ร้อยละ 6.5) และการทำหัตถการในการรักษาโรคเบื้องต้นแก่กลุ่ม (ร้อยละ 48.5) พบว่ามีการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้ออย่างเดียวย (ร้อยละ 27.5) มากที่สุด

ผลลัพธ์จากการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

จากการศึกษาครั้งนี้ ผลลัพธ์จากการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ในการรักษาโรคเบื้องต้นตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาลในด้าน ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ภาวะสุขภาพภายหลังการรับบริการ ค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานของพยาบาลเวช

ปฏิบัติชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับดี (ร้อยละ 98 ขึ้นไป) จากการติดตามผลการรักษาโดยการโทรศัพท์ติดตามหรือเยี่ยมบ้าน ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างมารับบริการ 7 วัน พบว่า ส่วนใหญ่ หาย (ร้อยละ 73) และ อาการดีขึ้น (ร้อยละ 27) ไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายใดที่อาการคงเดิม หรือแย่ลง เมื่อสอบถามความคาดหวังในการมารับบริการครั้งต่อไปพบว่า เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 99.5) ตอบว่าจะมาใช้บริการอีกเมื่อเจ็บป่วย มีเพียง 1 รายที่ไม่กลับมาใช้บริการเนื่องจากไปทำงานต่างจังหวัดไม่ได้กลับมาแล้ว ส่วนค่าใช้จ่ายของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ (ร้อยละ 85) โดยมีค่าเดินทางตั้งแต่ 5 – 50 บาท ค่าเดินทางเฉลี่ย 12.20 บาท โดยส่วนใหญ่ จ่ายค่าเดินทางน้อยกว่า 10 บาท (ร้อยละ 66.5) ส่วนค่ายาซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายส่วนที่รัฐจ่าย พบว่า มีค่ายาที่จ่ายตั้งแต่ 1.60 – 96.42 บาท ค่ายาเฉลี่ย 24.57 บาท ส่วนใหญ่มีค่ายา 11-20 บาท (ร้อยละ 28) และรองลงมา มีค่ายา 21-30 บาท (ร้อยละ 25.5)

เมื่อพิจารณาด้านโครงสร้าง ตามกรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการด้านสุขภาพของโดนาเบเดียน (Donabedian, 1966) พบว่ามีโครงสร้างที่ดี ได้แก่ คุณลักษณะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่เป็นคนในพื้นที่ มีศักยภาพทั้งด้านประสบการณ์และความรู้ในขั้นสูง และผู้รับบริการที่มีปัญหาการเจ็บป่วยที่อยู่ในขอบเขตที่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถให้การดูแลได้ ใช้ระยะเวลาเดินทางมารับบริการภายในระยะเวลา 30 นาที โดยใช้จักรยานยนต์เป็นพาหนะ ส่งผลให้เกิดความสะดวกต่อการเดินทางมารับบริการ ประหยัดเวลาทั้งเวลาเดินทางและเวลารอรับการรักษา ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง/ค่าเดินทางราคาถูกลง ประกอบกับมีกระบวนการในการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นที่ดี ได้แก่ เวลาที่ใช้ในการรักษาโรคเบื้องต้นน้อยกว่าเวลาที่ทางสถานอนามัยกำหนดไว้เนื่องจาก พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีการวางแผนที่ดี เมื่อไม่มีผู้รับบริการจะนำยาและเวชภัณฑ์อื่นๆมาบรรจุ เตรียมไว้ใช้ จึงทำให้ประหยัดเวลาได้มากขึ้น เมื่อทำการตรวจรักษาโรค มีการกล่าวทักทายและสวัสดิการยกมือไหว้กลุ่มตัวอย่างทุกราย ทำการซักประวัติทุกครั้ง ระหว่างทำการตรวจจะมีการพูดคุยกับผู้รับบริการ มีการติดตามสอบถามถึงอาการผู้ป่วยที่เคยมารับการรักษา ก่อนหน้าเป็นการติดตามผลการรักษา ส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ รู้สึกเป็นกันเอง ลดช่องว่างระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ มีการตรวจร่างกายผู้รับบริการในระบบที่มีความเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย มีการจ่ายยาให้กับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งให้คำแนะนำการใช้ยา สอนสุขศึกษา ให้โอกาสผู้รับบริการในการสอบถามปัญหาสุขภาพ หรือวิธีการปฏิบัติตน และสอบถามความต้องการของผู้รับบริการเพิ่มเติม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการรักษาและให้การดูแลจัดการกับปัญหาได้ในสถานอนามัย โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ซึ่งโรค/ปัญหาสุขภาพที่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนรักษาเป็นไปตามข้อกำหนดในการรักษาเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรคสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ฯ (สภาการพยาบาล, 2551) เมื่อพิจารณาปัญหาการเจ็บป่วยของผู้รับบริการกับการใช้ยา

ของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนพบว่ามีความเหมาะสมกับปัญหาการเจ็บป่วย ซึ่งกิจกรรมในการรักษาโรคเบื้องต้นดังกล่าวส่งผลต่อผลลัพธ์ได้แก่ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจในระดับดี (ร้อยละ 98 ขึ้นไป) ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการส่วนใหญ่ หาย (ร้อยละ 73) และ ดีขึ้น (ร้อยละ 27) ค่าใช้จ่ายน้อยและยังช่วยลดความแออัดของการใช้บริการในโรงพยาบาล

จะเห็นได้ว่าผลลัพธ์ที่ดีที่เกิดขึ้นเนื่องจากมีโครงสร้างที่ดีทั้งทรัพยากรวัสดุ เครื่องมือ และทรัพยากรบุคคลโดยเฉพาะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน รวมทั้งที่ตั้งของสถานอนามัยที่อยู่ใกล้ชุมชนตลอดทั้งลักษณะการเจ็บป่วยของผู้รับบริการเอง ประกอบกับมีกระบวนการที่ดีในการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการ ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการที่หายจากการเจ็บป่วย และค่าใช้จ่ายทั้งของรัฐและของผู้รับบริการที่น้อยลงเกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นแก่ระบบบริการสุขภาพของประเทศได้

ข้อจำกัดในการศึกษา

ข้อจำกัดของการศึกษานี้มีดังนี้

1. การวิจัยครั้งนี้การเลือกกลุ่มตัวอย่างไม่ได้เป็นแบบสุ่มตามหลักความน่าจะเป็น (probability) อาจไม่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากร
2. การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้อยู่ในช่วงระหว่างเดือนธันวาคม – มกราคม ซึ่งเป็นช่วงฤดูหนาวสภาพแวดล้อมอาจมีผลต่อลักษณะการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ

ข้อดีของการศึกษานี้มีดังนี้

3. สถานที่ศึกษานี้ มีวัฒนธรรม ภาษา ที่มีความเฉพาะตามบริบทของท้องถิ่น มีกลุ่มตัวอย่างบางรายที่ไม่สามารถใช้ภาษาราชการสื่อสารได้ ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลต้องใช้วิธีการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัยซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่ในภาคเดียวกันทำให้สามารถสัมภาษณ์โดยใช้ภาษาที่ตรงกันทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึก

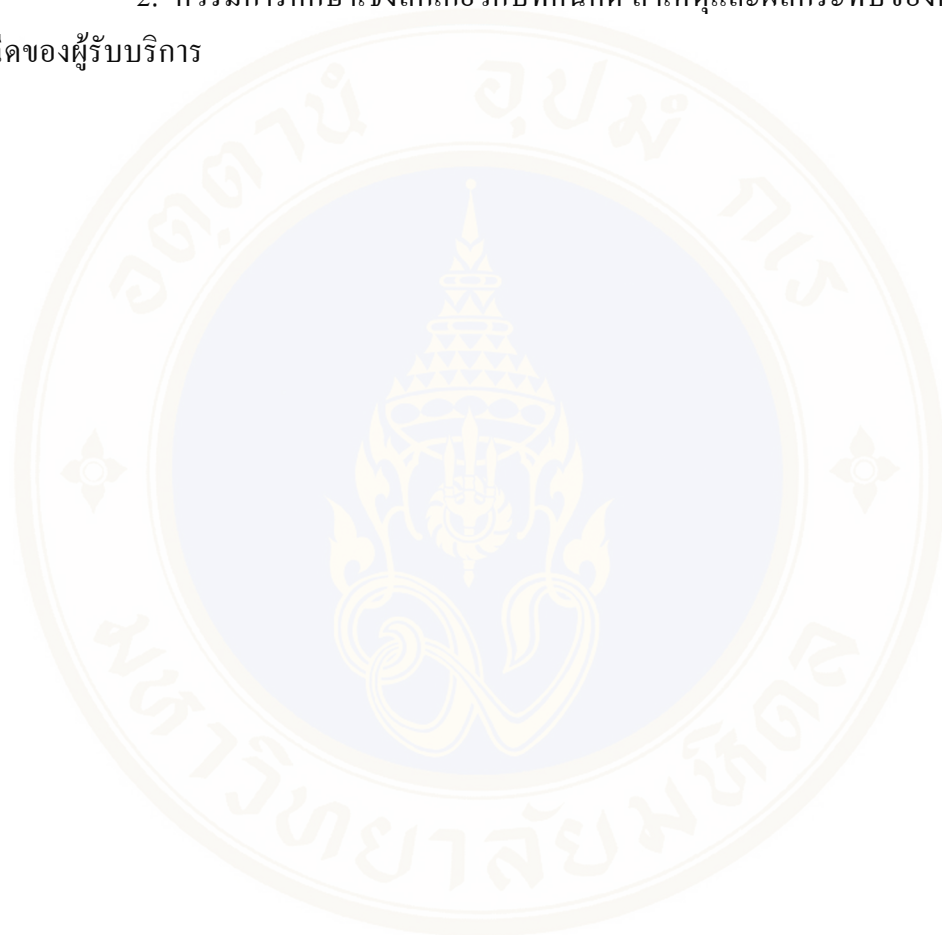
ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่เป็นคนในพื้นที่ควรได้รับการส่งเสริมให้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ของตนเอง
2. ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนวางแผนในการปฏิบัติงาน การเตรียมความพร้อมเรื่องยา และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี

ด้านการวิจัย

1. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรเฉพาะทางระยะสั้นและกลุ่มตัวอย่างพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนทั้งประเทศ
2. ควรมีการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับทัศนคติ สาเหตุและผลกระทบของการใช้ขานนิตินิคมของผู้รับบริการ



กิจกรรมและผลลัพธ์การดำเนินงานเกี่ยวกับการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
ACTIVITIES AND OUTCOMES OF PRIMARY MEDICAL CARE BY A COMMUNITY
NURSE PRACTITIONER

เวหา เกษมสุข 5136682 RACN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: นพวรรณ เปียชื่อ, Ph.D. (Nursing), สุจินดา จารุพัฒน์ มารุโอ,
Ph.D. (Life Science and Human Technology)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

ภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจในปี พ.ศ.2540 เมื่อมีการปฏิรูประบบสุขภาพที่มุ่งเน้นบริการสุขภาพปฐมภูมิ ส่งผลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้เพิ่มขึ้น เพราะเป็นระบบบริการสุขภาพระดับต้นที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, คณิศร เต็งรัง, ราตรี แก้วปิ่น และวรัญญา เพ็ชรคง, 2545; ปรีดา แด่อารักษ์และคณะ, 2543; สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2552) และครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2550) มีการผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษาโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ มีเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับบริบท ดูแลสุขภาพประชาชนได้อย่างเป็นองค์รวม เข้าใจในมิติทางสังคมของภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยตามบริบทของสังคม วัฒนธรรม

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นบุคลากรที่เป็นกำลังสำคัญและมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อตอบสนองให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี รัฐบาลมีนโยบายพัฒนาสถานอนามัยให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต) และพัฒนาเครือข่ายการส่งต่อในทุกระดับอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ลดค่าใช้จ่ายและความแออัดของโรงพยาบาลได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552) ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลในระบบบริการปฐมภูมินั้นต้องการพยาบาลที่มีศักยภาพทั้งในด้านประสบการณ์ และ

ความรู้ในขั้นสูง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2550) จึงจำเป็นต้องมีพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการและปัญหาสุขภาพของประชาชนที่มีความซับซ้อนทั้งในมิติทางสังคมและวัฒนธรรม

การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advance Practice Nursing) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการหรือปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อน (สภาการพยาบาล, 2551; สมจิต หนูเจริญกุล, 2550) ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน ชุมชน หรือประชากรทั้งหมด (CNA, 2008) โดยใช้ สมรรถนะขั้นสูง ทักษะความชำนาญเฉพาะด้าน และองค์ความรู้ที่กว้างขวางลึกซึ้ง มีการเตรียมการศึกษาในระดับสูง (สภาการพยาบาล, 2551; สมจิต หนูเจริญกุล, 2550; CNA, 2008; Hamric, 2009; ICN, 2009) รวมทั้งการจัดการรายกรณี หรือวิธีการอื่น การจัดระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ (สภาการพยาบาล, 2551) ใช้วิจารณ์ญาณในการไต่ตรองหาเหตุผลเพื่อตัดสินใจทางคลินิก (สมจิต หนูเจริญกุล, 2550) ให้เหตุผลและตัดสินใจเชิงจริยธรรม ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ผลการวิจัย ความรู้ ทฤษฎีที่เป็นปัจจุบันและบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ (สภาการพยาบาล, 2551; CNA, 2008) มุ่งเน้นผลลัพธ์ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว พัฒนานวัตกรรมและกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง (สภาการพยาบาล, 2551) มีความสามารถในการสื่อสารและจัดการเกี่ยวกับองค์กร (สมจิต หนูเจริญกุล, 2550) มีเอกสิทธิ์และขยายขอบเขตในการปฏิบัติและรับผิดชอบผลที่ตามมา (สมจิต หนูเจริญกุล, 2550; ICN, 2009) ติดตามประเมินคุณภาพและจัดการผลลัพธ์โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงประเมินผล (สภาการพยาบาล, 2551) ซึ่งประกอบด้วย 4 กลุ่มได้แก่พยาบาลเวชปฏิบัติ (Nurse Practitioner) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก (Clinical Nurse Specialist) พยาบาลวิสัญญี (Certified registered nurse anesthetists) และการผดุงครรภ์ (Certified Nurse Midwifery) (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552)

การศึกษาผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงตามเอกสิทธิ์ของวิชาชีพ โดยแฮมริก และคณะพบว่า มีผลลัพธ์ดีมาก โดยผู้รับบริการมากกว่าครึ่งอาการดีขึ้นและเกิดความพึงพอใจ ใช้เวลาในการรอรับบริการน้อยลง (Hamric, Lindebak, Worley & Jaubert, 1998) จากการศึกษาติดตามผลลัพธ์สองปีพบว่า อัตราการกลับมาตรวจซ้ำในผู้รับบริการที่ได้รับการดูแลโดยแพทย์สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยพยาบาลเวชปฏิบัติ และมีหลักฐานสนับสนุนว่าคุณภาพของการดูแลโดยพยาบาลเวชปฏิบัติไม่แตกต่างจากแพทย์ (Lenz, Mudinger, Kane, Hopkins, & Lin, 2003) การศึกษาของเรณู พุกบุญมีและคณะ (เรณู พุกบุญมีและคณะ, 2551 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2552) เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนาบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่ได้รับวุฒิบัตรฯ พบว่ามีการรับรู้ถึงการปฏิบัติของตนส่งผลลัพธ์ต่อผู้รับบริการ โดยเพิ่มความสามารถของญาติผู้ดูแล เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดภาวะแทรกซ้อน ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมาน เพิ่มการดูแลที่ต่อเนื่อง ลดอัตรา

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย เพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ หน่วยงานมีนวัตกรรมและแนวปฏิบัติช่วยลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาลประจำการ เกิดการพัฒนาระบบคุณภาพ การปฏิบัติงานแบบสหวิชาชีพและระบบส่งต่อที่มีคุณภาพ เกิดเครือข่ายในการปฏิบัติงานและระบบการปรึกษา เกิดการพัฒนาเอกสิทธิ์ของวิชาชีพ นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีส่วนสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้รับบริการในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ผลจากการปฏิบัติงานเกิดโครงการเด็กอาสาสมัครน้อยทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความเฉลียวฉลาด ความฉลาดทางอารมณ์สูงขึ้น ได้รับการดูแลจากผู้ปกครอง ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย เด็กขาดการดูแล และติดการพนันได้รับการแก้ไข (นิตยา หาญรักษ์, 2552) ผู้เป็นเบาหวานสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม มีความรู้ความเข้าใจในโรคเบาหวานสามารถควบคุมน้ำตาลได้ด้วยตนเอง (เบญจมาภรณ์ วงศ์ประเสริฐ, 2552) มีการนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้รับบริการที่บ้านทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าถึงข้อมูลสุขภาพประชาชนในชุมชนได้เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังหรือผู้พิการในชุมชนที่ไม่เคยมาใช้บริการ ช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับชุมชน ลดช่องว่างระหว่างภาครัฐและประชาชนประชาชนเกิดความภาคภูมิใจในการปฏิบัติงาน (จิรพันธ์ โพธิ์พฤกษ์, 2552)

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 สภาการพยาบาลออกกฎบัตรแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะสาขาเพื่อเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมีจำนวนรวม 944 คนเป็นสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 97 คน (อุบล จีวงพานิช, 2553; สมจิต หนูเจริญกุล, 2553) และเกิดผลลัพธ์ที่หลากหลายตามบริบทของพื้นที่และลักษณะของกิจกรรม การศึกษากิจกรรมในการดำเนินงานของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการได้มาซึ่งผลลัพธ์ที่ดียังมีข้อจำกัด อีกทั้งยังไม่มีการรวบรวมและประเมินผลลัพธ์ไว้อย่างเป็นระบบ จึงมีความจำเป็นในการศึกษาลักษณะและกิจกรรมการดำเนินงานของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนรวมทั้งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยการศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นศึกษาในบทบาทการรักษาโรคเบื้องต้นตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาล ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ภาวะสุขภาพและค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการภายหลังจากได้รับบริการจากพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนกิจกรรมให้เหมาะสมกับประชากรเป้าหมาย การกำหนดอัตราค่าจ้างและสมรรถนะของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต่อไป

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการของ Donabedian (1966) ในการประเมินคุณภาพการดูแลแบ่งได้เป็น 3 องค์ประกอบคือ โครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) การมีโครงสร้างที่ดีย่อมนำมาซึ่งกระบวนการที่ดี และเมื่อมี

กระบวนการที่ดีเพิ่มขึ้นย่อมนำมาสู่ผลลัพธ์ที่ดี ซึ่งองค์ประกอบทั้งสามส่วนมีความสัมพันธ์กัน ในการศึกษาครั้งนี้เน้นศึกษาที่ กระบวนการ ได้แก่กิจกรรมที่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนกระทำในการดูแลผู้ป่วย/กลุ่มเป้าหมายตามสมรรถนะที่สภาการพยาบาลกำหนดในการรักษาโรคเบื้องต้น และผลลัพธ์ ได้แก่ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษากิจกรรมของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนด้านการรักษาโรคเบื้องต้น
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการ ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ภายหลังการรับบริการ ค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ในการรักษาโรคเบื้องต้น

วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงผลลัพธ์

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 2 ส่วนคือพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและประชาชนที่มารับบริการระหว่างเดือนธันวาคม 2552 – กุมภาพันธ์ 2553 จากพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ได้รับวุฒิบัตรแสดงความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและมีการปฏิบัติงานที่เป็นเลิศ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามสำหรับพยาบาล พัฒนาโดย สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ (สภาการพยาบาล, 2550) ประกอบด้วย **ข้อมูลส่วนบุคคลและการดำเนินงาน** มี 11 ข้อคำถาม เกี่ยวกับ เพศ อายุ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่งงาน ผลงานและความรับผิดชอบ **ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทการปฏิบัติงานโดยตรงตั้งแต่ได้รับวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN/NP)** มี 26 ข้อคำถามประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับขอบเขตการปฏิบัติงาน ลักษณะกิจกรรมที่ปฏิบัติ จำนวนผู้รับบริการเฉลี่ย โรคและ/หรือปัญหาสุขภาพประชาชนมารับบริการมากที่สุด 10 อันดับแรก ลักษณะคำตอบ คือ ไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัติน้อย ปฏิบัติปานกลาง และปฏิบัติบ่อยมาก เป็นคำถามปลายเปิดจำนวน 2 ข้อ แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้และดัดแปลงตามบริบทของการศึกษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามผู้รับบริการ พัฒนาโดย นัยนา หนูนิลและคณะ (นัยนา หนูนิลและคณะ, 2544) ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการ จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ ข้อมูลในการมารับบริการ อาการสำคัญหรือปัญหาสุขภาพที่นำมาสู่การรับบริการ ภาวะสุขภาพภายหลังรับบริการ (ผลการรักษา) มี 3 ข้อคำถามเกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ลักษณะคำตอบคือ หาย ดีขึ้น อาการเหมือนเดิม อาการแย่ลง และความคาดหวังในการกลับมารับบริการครั้งต่อไป ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อพยาบาล และการให้บริการในสถานบริการ มี 15 ข้อคำถาม ประกอบไปด้วย 3 ประเด็นหลัก คือคุณลักษณะของพยาบาล (จำนวน 5 ข้อ) กิจกรรมทางการพยาบาล (จำนวน 6 ข้อ) และ ความรู้สึกและการรับรู้ต่อการบริการ (จำนวน 4 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นแบบ rating scale คือ ดี ไม่แน่ใจ และไม่ดี ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้และดัดแปลงให้สอดคล้องกับบริบทของการศึกษา

ส่วนที่ 3 แบบสังเกตกิจกรรมการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการรักษาโรคเบื้องต้น พัฒนาโดย นัยนา หนูนิลและคณะ (นัยนา หนูนิลและคณะ, 2544) ประกอบด้วยข้อมูลปัญหาสุขภาพ การตรวจรักษา การวินิจฉัยอาการ การให้การบำบัดรักษา การสอนสุขศึกษา การให้คำปรึกษา การส่งต่อ และการนัดหมาย แบบสังเกตเป็นลักษณะ Check list และบันทึกข้อมูล แบบสังเกตได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้และดัดแปลงให้สอดคล้องกับบริบทของการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยมีผู้ช่วยวิจัย 1 คนที่มีความรู้ด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและการวิจัยในการเก็บข้อมูลส่วนที่ 2 เท่านั้น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามส่วนที่ 1 ให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นผู้ตอบด้วยตนเอง นัดเวลารับแบบสอบถามคืนภายในเวลา 2 สัปดาห์ ส่วนการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนที่ 3 เมื่อผู้รับบริการทุกรายเข้ามารับการตรวจรักษาโรคเบื้องต้น ผู้วิจัยทำการสังเกตกิจกรรมที่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนปฏิบัติโดยผู้วิจัยเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของทีมและอยู่กับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนตลอดเวลาที่ปฏิบัติงาน ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูล ตั้งแต่ผู้รับบริการเริ่มเข้ามาลงทะเบียนจนสิ้นสุดกระบวนการในการรักษาโรคเบื้องต้นโดยการสังเกตบันทึก พร้อมทั้งเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์ และการทบทวนเวชระเบียน ซึ่งใช้เวลาประมาณ 20 นาทีต่อราย จากนั้นผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนที่ 2 โดยการสัมภาษณ์จากแบบสอบถามในสถานที่ที่เตรียมไว้หลังจากที่กลุ่มตัวอย่างออกจากห้องตรวจ ใช้เวลา 10 นาทีโดยประมาณ

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาแบ่งเป็น 3 ส่วนคือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง 2) กิจกรรมของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการรักษาโรคเบื้องต้นและ 3) ผลลัพธ์จากการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนผู้ให้บริการในการศึกษานี้เป็น เพศ หญิง อายุ 45 ปี สถานภาพสมรส คู่ ศาสนาพุทธ ภูมิลำเนา อำเภอสวรรคต จังหวัดหนองบัวลำภู สำเร็จการศึกษาสูงสุด พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางระยะสั้น เวชปฏิบัติทั่วไป (รักษาโรคเบื้องต้น) การดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤต การตรวจอัลตราซาวด์หญิงตั้งครรภ์ ได้รับวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเมื่อปี พ.ศ. 2551 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลทั้งหมด 22 ปี โดยเป็นการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล 17 ปี และชุมชน 5 ปี ตั้งแต่ได้รับวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมีผลงาน ได้แก่ การพัฒนาคู่มือแนะนำหญิงตั้งครรภ์ มีการทำวิจัยในการพัฒนางาน พัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาล ร่วมเป็นคณะกรรมการกำหนดนโยบายสาธารณะต่างๆ ในคณะกรรมการระดับจังหวัด ในบทบาทเกี่ยวกับการรักษาโรคเบื้องต้นนั้นโรคที่ได้ให้การรักษามากที่สุดคือ โรคระบบทางเดินหายใจ มีผู้มารับบริการเฉลี่ย 20 คนต่อวัน

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการ กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการ จำนวน 200 ราย ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้รับบริการ (141 ราย) และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปกครองในกรณีที่ผู้รับบริการเป็นเด็กเล็ก (59 ราย) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.5) อายุระหว่าง 11 – 82 ปี (ค่าเฉลี่ย 40.68 ± 15.98 ปี) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 75.5) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 72.5) และครอบครัวมีรายได้ต่อเดือน 1,000 - 3,000 บาท มีที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยที่มารับบริการ (ร้อยละ 96.0) ระยะทางจากบ้านมายังสถานบริการตั้งแต่ 100 เมตร–10 กิโลเมตร (ค่าเฉลี่ย 2.09 ± 1.84 กิโลเมตร) ใช้ระยะเวลาในการเดินทางตั้งแต่ 1-30 นาที (ค่าเฉลี่ย 9.17 ± 6.65 นาที) ใช้จักรยานยนต์เป็นพาหนะในการเดินทาง (ร้อยละ 75.5) กลุ่มตัวอย่างเคยมารับบริการที่สถานีอนามัยแห่งนี้ (ร้อยละ 97.5) และเคยมารับบริการมากกว่า 2 ครั้ง (ร้อยละ 96.5) โดยทราบว่าผู้ให้บริการเป็นพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 84.5) ส่วนใหญ่เคยรับบริการจากพยาบาล (ร้อยละ 97.0) และมากกว่า 2 ครั้ง (ร้อยละ 96.0) โดยเหตุผลสำคัญในการมารับบริการคือ ใกล้เคียงบ้าน (ร้อยละ 96.0) รองลงมาได้แก่พยาบาลอخصยาศิ (ร้อยละ 87.5) และได้รับการที่ดี (ร้อยละ 79.5) ตามลำดับ ใน

ประเด็นชื่อเสียงของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยความถี่สูงสุดคือ บริการดีและให้คำแนะนำดี ส่วนเหตุผลอื่นๆที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจมารับบริการด้วยความถี่มากที่สุดคือความสะดวกสบาย

ส่วนที่ 2 กิจกรรมในการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

การรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน พบว่าใช้เวลาเฉลี่ย 8.28 ± 4.36 นาที/ ราย (ค่าพิสัย 2-30 นาที/ราย) เมื่อมารับบริการที่สถานีอนามัยผู้รับบริการเป็นผู้ค้นพบประวัติประจำครอบครัวเองแล้วนำเข้าไปพบพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน กิจกรรมในการตรวจรักษาโรคเริ่มต้นเมื่อผู้รับบริการเข้ามาในห้องตรวจ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนกล่าวทักทายและสวัสดีกลุ่มตัวอย่างทุกราย ในการรักษาโรคเบื้องต้นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนทำการซักประวัติทุกครั้ง โดยอาการสำคัญและประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันมีการซักประวัติทุกครั้ง ส่วนประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและประวัติการแพ้ยาปฏิบัติร้อยละ 45.1 และ 27.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีการตรวจร่างกายผู้รับบริการ (ร้อยละ 97.0) มีเพียง 6 ราย (ร้อยละ 3.0) ที่ไม่ได้รับการตรวจร่างกายในระบบที่เกี่ยวข้อง พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นผู้ประเมินสัญญาณชีพเองทุกครั้ง ประกอบด้วยการวัดอุณหภูมิร่างกาย (ร้อยละ 83.5) ประเมินชีพจร (ร้อยละ 33.5) ประเมินความดันโลหิต (ร้อยละ 57.0) ชั่งน้ำหนัก (ร้อยละ 71.0) ประเมินการหายใจ (ร้อยละ 10.5) วัดส่วนสูง (ร้อยละ 3.0) วัดเส้นรอบเอว (ร้อยละ 1.0) มีการวินิจฉัยแยกโรคทุกราย มีการให้ข้อมูลสุขภาพ/ ปัญหา ที่ตรวจพบ (ร้อยละ 99.5) มีการจ่ายยา (ร้อยละ 99.5) ให้กับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งให้คำแนะนำการใช้ยา (ร้อยละ 97) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 98.5) ได้รับการสอนสุขศึกษา และมีโอกาสในการสอบถามปัญหาสุขภาพ หรือวิธีการปฏิบัติตน (ร้อยละ 97.5) เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 48.5) ได้รับการทำหัตถการซึ่งมีการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้ออย่างเดียวย (ร้อยละ 27.5) มากที่สุด กลุ่มตัวอย่างเพียง 7 ราย (ร้อยละ 3.5) ที่ได้รับการส่งต่อ เพื่อไปรับบริการในโรงพยาบาลชุมชน และมีกลุ่มตัวอย่าง 5 ราย (ร้อยละ 2.5) ที่ได้รับการนัดหมายเพื่อติดตามปัญหาสุขภาพ ปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุดคือ ปัญหาระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 47.5) รองลงมาคือระบบทางเดินอาหาร (ร้อยละ 26.5) ระบบผิวหนัง (ร้อยละ 12.5) ระบบกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ (ร้อยละ 9.5) ยาชนิดรับประทานที่ใช้มากที่สุด เป็นกลุ่มยาแก้ปวด ลดไข้ (ร้อยละ 71) โดยยาพาราเซตามอล มีการใช้มากที่สุด (ร้อยละ 60) ส่วนยาในรูปแบบยาฉีดที่มีการฉีดให้ผู้รับบริการมากที่สุด ได้แก่ วิตามินบี1-6-12 (ร้อยละ 11.5) ส่วนยาใช้ภายนอกและเวชภัณฑ์นั้น Tropical steroid มีการใช้มากที่สุด (ร้อยละ 6.5)

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์จากการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

ผลลัพธ์จากการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการรักษาโรคเบื้องต้นตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาลในด้าน ความพึงพอใจ ภาวะสุขภาพภายหลังการรับบริการ และค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการมีผลการศึกษา ดังนี้

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อพยาบาลและการให้บริการในสถานบริการอยู่ในระดับดีขึ้นไป (ร้อยละ 98) มีเพียง 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.5 ที่ตอบไม่ดีในเรื่องความเป็นกันเองของพยาบาลนอกจากนี้ยังมีข้อเสนอแนะ 3 ประเด็นคือ

1. ด้านสถานที่-อุปกรณ์ เช่น สถานที่คับแคบแออัด ผู้รับบริการมาก เครื่องมือไม่เพียงพอ (3 ราย) สะดวกสบาย ไม่ต้องรอนานจนหิวข้าว (4 ราย) ต้องการให้ขยายสถานีนามัยเป็นโรงพยาบาลชุมชน มีบริการมากขึ้น และต้องการเจ้าหน้าที่เพิ่ม (8 ราย)

2. ด้านพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นดังนี้

2.1 การปฏิบัติงาน ได้แก่

2.1.1 มีการเข้าถึงผู้รับบริการ ตัวอย่างเช่น มีการติดตามเยี่ยมทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล การโทรศัพท์หาและตามไปที่บ้านของพยาบาลได้ รวมทั้งการแสดงออกซึ่งความเอื้ออาทร ห่วงใย เมื่อมีผู้เสียชีวิต เช่น ไปร่วมงานศพ (39 ราย) ดังคำกล่าวของผู้รับบริการที่ว่า “มีการติดตามเยี่ยมทั้งที่บ้าน โรงพยาบาล ให้บริการที่บ้าน โทรศัพท์หาและตามไปที่บ้านได้ ขับรถตนเองไปตามดูอาการ”

2.1.2 มีทักษะและความสามารถทางคลินิก และให้บริการที่มีคุณภาพ ให้ความสำคัญกับผู้รับบริการ (59 ราย) ดังคำกล่าวของผู้รับบริการที่ว่า “บริการดี ตรวจรักษาดี ให้คำแนะนำให้คำปรึกษาทุกเรื่อง ดีกว่าทุกคน มีความมั่นใจในการรักษาถึงได้มาเคยไปพบหมอที่อื่นบอกเป็นหวัด มาหาหมอ (พยาบาล) ที่นี้คัดค้านบอกเป็นไทรอยด์ส่งตัวให้แล้วผลก็เป็นจริงๆจึงยอมรับ เป็นอะไรมาวางยาถูกตลอดหายเพราะหมอ (พยาบาล) ที่นี้ไม่ต้องไปโรงพยาบาล น้อยครั้งที่จะได้ไปโรงพยาบาล” บริการรวดเร็ว สะดวก และกระตือรือร้น (7 ราย) ดังคำกล่าวของผู้รับบริการที่ว่า “เมื่อมาใช้บริการดี ทันใจ ทันเหตุการณ์”

2.1.3 มีความเสียสละ อุทิศตนเพื่อผู้รับบริการ (14 ราย) ดังคำกล่าวที่ว่า “บริการทุกที่ตลอดเวลา กลางดึกไปหาที่บ้าน ได้ตลอดทั้งคืน”

2.1.4 มีการส่งต่อและติดตามผล (9 ราย) ดังคำกล่าวของผู้รับบริการที่ว่า “เป็นอะไรมาหากี่หาย ไม่ต้องไปโรงพยาบาลต้องรอนาน ถ้าไม่ดีก็ให้มาคือเก่า (อีกเหมือนเดิม) ถ้าไม่หายเขาก็ส่งตัวให้ ดีทุกครั้งถ้าไม่ดีเพิ่ม (พยาบาล) ก็บอกให้ไปโรงพยาบาล”

2.2 คุณลักษณะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ได้แก่

2.2.1 เป็นคนในพื้นที่ (คนในชุมชน) (8 ราย) ดังคำกล่าวของผู้รับบริการที่ว่า “คุ้นเคยกันและ เป็นคนในพื้นที่ (คนในชุมชน) เป็นเหมือนญาติสนิท เป็นกันเอง เป็นลูกในบ้านเป็นว่านในสวน คล้ายพี่น้องปล้องปลาย (ญาติสนิท) ดีเป็นหมอกคนบ้านเฮา (คนในพื้นที่) เพิ่น (พยายาล) เป็นลูกเป็นหลาน”

2.2.2 ความสามารถในการสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ (10 ราย) ดังคำกล่าวของผู้รับบริการที่ว่า “ไม่ถือตัว เข้าหาง่าย ใกล้ชิดผู้ป่วย คำพูดคำจาดี อ่อนน้อม พูดเพราะ มาไม่เคยขาดรอยยิ้ม สุภาพ อธิบายดี อยู่นอกเขตตำบลก็ยินดีมา คนอื่นพูดไม่เพราะว่า เป็นตาซัง (พูดไม่ดีไม่สุภาพ) หลานที่บ้านไม่เคยได้ไปโรงพยาบาลมาเดือนมัย เว้าดี เว้าม่วน (พูดจาเพราะดี) เพิ่น (พยายาล) ดี ไม่มีที่ติ ... ไม่ใช้อารมณ์ พูดจาตรงๆ ได้ ไม่ดู่”

2.2.3 ให้บริการดีกว่าที่ผ่านมา ดีมาก (66 ราย) ดังคำกล่าวของผู้รับบริการ “ดีกว่าที่ผ่านมา ดีมาก (สมกับเป็นหมอ) ถ้ามาพบพยายาลคักโรค สุดใจ เอายาให้ก็ ดี พบหมออื่นไม่พอใจ”

2.2.4 การให้เกียรติ เคารพในความเป็นบุคคล (30 ราย) ดังคำกล่าวของผู้รับบริการที่ว่า “มาก็ไหว้เร่ ดีทุกครั้ง”

2.2.5 การเป็นที่พึ่งพิง (11 ราย) ดังคำกล่าวของผู้รับบริการ “เป็นที่พึ่งพิงเมื่อยามเจ็บป่วย มั่นใจ ฝากผีฝากไข้ (ฝากเนื้อฝากตัว) ได้ น้อยนักที่จะไปโรงพยาบาล... กลางคืนก็ไปถ้าโทรตามหรือมาเ็น (เรียก) ที่บ้าน”

3. ด้านอื่นๆ เช่น บริการดีทุกคน (13 ราย) ต้องการให้ปรับปรุงและเปลี่ยนเจ้าหน้าที่บางคน/บางครั้งที่บริการไม่ดี พูดจาไม่ไพเราะ (18 ราย) ดังคำกล่าวของผู้รับบริการที่ว่า “แต่เจ้าหน้าที่บางคนพูดจาไม่ดี พูดไม่เพราะว่าเป็นตาซัง (พูดไม่ดีไม่สุภาพ) ต้องปรับปรุง” ในบางวันไม่พบเจ้าหน้าที่ และไม่มาขึ้นเวร (2 ราย) บางคนหวงยาให้ยาชุดเดียวไปแบ่งกัน (1 ราย)

ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ภายหลังจากมารับบริการ 7 วัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่หาย และ ดีขึ้น ไม่มีรายใดอาการเหมือนเดิม หรืออาการแย่ลง เมื่อสอบถามความคาดหวังในการมารับบริการครั้งต่อไปพบว่า เกือบทั้งหมด ตอบว่าจะมาใช้บริการอีกเมื่อเจ็บป่วย

ค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ ค่าใช้จ่ายของกลุ่มตัวอย่างในการมาตรวจรักษาโรคเบื้องต้น พบว่า มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ โดยมีค่าเดินทาง เฉลี่ย 12.20 บาท ส่วนค่ายาซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายส่วนที่รัฐจ่ายตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ พบว่าค่ายาเฉลี่ย 24.57 บาท

การอภิปรายผล

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผลการศึกษพบว่า พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ครบทุกสมรรถนะตามที่สภาการพยาบาลกำหนด ในบทบาทการรักษาโรคเบื้องต้นที่ปฏิบัติงานส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ หายจากการเจ็บป่วย และค่าใช้จ่ายราคาถูกลง เมื่อพิจารณาตามกรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการด้านสุขภาพของโดนาเบเดียน (Donabedian, 1966) พบว่าผลลัพธ์ที่ดีที่เกิดขึ้นเนื่องจากการมีโครงสร้างและกระบวนการที่ดีจึงส่งผลทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ดังนี้

1. ลักษณะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการ ซึ่งเป็นองค์ประกอบของโครงสร้างที่ดีดังนี้

1.1 คุณลักษณะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นคนในพื้นที่ มีศักยภาพโดย มีสัมพันธภาพและมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับบริการ มีความเสียสละและเอื้ออาทร (Caring) มีการปฏิบัติงานที่เอื้อต่อผู้รับบริการและเข้าถึงง่าย (Access and Available) ให้บริการด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanize) และปฏิบัติงานเชิงรุก เข้าถึงผู้รับบริการ มีทักษะและความสามารถทางคลินิก ให้บริการที่มีคุณภาพ มีความเสียสละ มีความสามารถในการสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ การให้เกียรติ เคารพในความเป็นบุคคลของผู้รับบริการและการเป็นที่พึ่งพิงเมื่อยามเจ็บป่วย

1.2 ประสบการณ์และการศึกษา จากประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน ผ่านการศึกษาและอบรมหลายหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล ส่งผลให้ความรู้ความสามารถของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสูงขึ้น มีความสามารถในการแก้ปัญหา มีทักษะการคิดวิเคราะห์ เชื่อมโยงปัญหาตามบริบทและสถานการณ์ สามารถกำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมแก่ผู้รับบริการที่มีปัญหาซับซ้อน จนเกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นได้

1.3 ลักษณะการมารับบริการของผู้รับบริการ ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการใช้ระยะเวลาเดินทางมารับบริการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นภายในระยะเวลา 30 นาที โดยใช้จักรยานยนต์เป็นพาหนะ ทำให้เกิดความสะดวก ส่งผลให้ ประหยัดเวลาการเดินทางและเวลารอรับการรักษา ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง/ค่าเดินทางราคาถูกลง

1.4 จำนวนบุคลากร สถานีอนามัยมีบุคลากรทั้งหมด 6 คนซึ่งเพียงพอและมากกว่าสถานีอนามัยอื่นๆในพื้นที่เดียวกัน ร่วมกันปฏิบัติงานเป็นสหสาขาช่วยเหลือกันโดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนรับผิดชอบและทำการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นเป็นหลักและเป็นที่ปรึกษาให้กับเจ้าหน้าที่อื่นๆทำให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่ดี มีคุณภาพ และเกิดความพึงพอใจ

2. กิจกรรมในการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

กิจกรรมที่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนปฏิบัติในการรักษาโรคเบื้องต้นครั้งนี้เป็นซึ่งประกอบด้วย การกล่าวทักทาย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การวัดไข้ การประเมินชีพจร การวัดความดันโลหิต การชั่งน้ำหนัก การวัดส่วนสูง การวัดเส้นรอบเอว การประเมินการหายใจ การวินิจฉัยแยกโรค การบอกปัญหา/ภาวะสุขภาพ การจ่ายยา การให้คำแนะนำการใช้ยา การสอนสุขศึกษา การให้เวลาผู้รับบริการสอบถาม การส่งต่อ การนัดหมาย และการทำหัตถการ ซึ่งกิจกรรมทั้งหมดครอบคลุมตามความสำคัญ เจ็บป่วย และบริบทของการศึกษา ตามขอบเขต บทบาทซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งสามารถกระทำได้ตามข้อกำหนดการรักษาโรคเบื้องต้นฯ (สภาการพยาบาล, 2551) ที่ส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ หายจากการเจ็บป่วย และค่าใช้จ่ายราคาถูกลง ดังนี้

2.1 ระยะเวลาการตรวจรักษา ระยะเวลาที่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนใช้ในการรักษาโรคเบื้องต้นเฉลี่ย 8.28 นาที/ราย ซึ่งไม่เกินเวลาที่ทางสถานีนอมนำกำหนดไว้ที่ 15 นาที/ราย เนื่องจากมีการวางแผนที่ดี มีการเตรียมความพร้อมโดยจัดยาแยกไว้เป็นหมวดหมู่ และมีการกำลังคนเพียงพอในการช่วยเหลือจัดเตรียมยา รวมทั้งให้เด็กในชุมชนมีส่วนร่วมในการเตรียมยาอย่างถูกต้อง

2.2 การต้อนรับ เมื่อเริ่มทำการตรวจรักษาโรค พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนกล่าวทักทายและสวัสดีด้วยการยกมือไหว้กลุ่มตัวอย่าง ให้บริการด้วยกิริยาจากที่สุภาพ ไพเราะ ยิ้มแย้มเต็มใจบริการ เป็นการให้เกียรติ เคารพในความเป็นบุคคลของผู้รับบริการทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ สอดคล้องกับการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนผู้ใช้บัตรทองระบุสิ่งสำคัญที่สุดที่อยากได้จากการมารับบริการสาธารณสุข คือ มารยาท การพูดจา ความเต็มใจในการให้บริการของเจ้าหน้าที่ รองลงมาได้แก่ ความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการ และผลการรักษา การให้ยาที่มีคุณภาพตามลำดับ สิ่งที่ต้องการให้ปรับปรุงมากที่สุด คือ กิริยามารยาท การต้อนรับของเจ้าหน้าที่ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพและสำนักวิจัยเอแบค-เคเอสซี อินเทอร์เน็ต โพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ, 2549) ต้องการให้บุคลากรพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลมีท่าทีที่ต้อนรับ ให้ความสนใจและตอบข้อซักถามของผู้มารับบริการ (กรวิไล อภิชาตนนท์ และมนตบงกช กนกนันท์ พงศ์, 2542)

2.3 ทักษะการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การวินิจฉัยแยกโรค/ปัญหาสุขภาพ และการรักษา (การจ่ายยา) ในการรักษาโรคเบื้องต้นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ทำการตรวจร่างกายผู้รับบริการในระบบที่มีความเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ ซึ่งเป็นไปตามหลักการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นโดยขึ้นอยู่กับความสำคัญหรือมุ่งเน้นที่ปัญหาเป็นหลัก การซักประวัติการเจ็บป่วย

ในอดีตและประวัติการแพ้ยาไม่ได้ปฏิบัติทุกรายเนื่องจากมีความคุ้นเคยกัน และเป็นคนในพื้นที่ทำให้ทราบประวัติผู้รับบริการ ระหว่างทำการตรวจ มีการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อติดตามสอบถามถึงอาการของผู้ป่วยที่เคยมารับการรักษาก่อนหน้านี้ที่อยู่หมู่บ้านเดียวกัน เป็นการติดตามผลการรักษาปัญหาสุขภาพและอาการเจ็บป่วยของผู้รับบริการพบว่า เป็นปัญหาระบบทางเดินหายใจมากที่สุด การจ่ายยา พบว่า ยาในกลุ่ม แก้วปวด ลดไข้ ซึ่งพาราเซตามอล มีการใช้มากที่สุด ยาในกลุ่มที่มีการใช้รองลงมา เป็นยาวิตามิน แร่ธาตุ โดยวิตามินซี มีการใช้มากที่สุด เนื่องจากอาการเจ็บป่วยของผู้รับบริการส่วนใหญ่ต้องใช้ยาพาราเซตามอลอย่างกว้างขวาง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรักษาโรคเบื้องต้นในสถานผดุงครรภ์ส่วนตัวของพยาบาลวิชาชีพ มีการใช้ยาพาราเซตามอลมากที่สุดเช่นเดียวกัน (นัยนา หนูนิล, 2544; Kittipoom, 2001) นอกจากนี้ผู้รับบริการบางรายมีการขอเบิกยาพาราเซตามอลไปเก็บไว้ที่บ้านเป็นยาสามัญประจำบ้าน เมื่อมีเด็กหรือสมาชิกในครอบครัวมีไข้สูงในเวลากลางคืนทำให้สามารถดูแลเบื้องต้นได้ การติดตามเก็บข้อมูลการใช้ยาพบว่า การใช้ยาและการมารับยาแล้วทิ้งลดลงมาก ช่วยลดค่ายาและค่าใช้จ่ายของสถานอนามัย ยาทั้งหมดที่ใช้ในการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนส่วนใหญ่เป็นไปตามรายการยาตามที่กำหนดในข้อกำหนดการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรค ฯ (สภากาพยาบาล, 2551) และรายการยาตามที่กำหนดตามแนวปฏิบัติบริการสุขภาพสำหรับศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการรักษาพยาบาล ฯ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2546) มียาบางชนิดที่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนใช้ตามกรอบของสถานอนามัยและข้อตกลงระหว่างสถานอนามัยและโรงพยาบาลแม่ข่ายภายในพื้นที่บริการ ซึ่งพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนได้ติดต่อประสานงานและทำข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้อำนวยการ และหัวหน้าคลังยาโรงพยาบาลแม่ข่าย

2.4 การทำหัตถการ หัตถการที่กระทำมากที่สุดได้แก่การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้ออย่างเดียวย โดยกลุ่มตัวอย่างร้องขอให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนฉีดยา พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนให้เหตุผลว่า ในบริบทของชุมชนส่วนใหญ่ต้องการให้ฉีดยา อาจเนื่องจากมีความเชื่อว่าต้องฉีดยาเท่านั้นจึงจะหาย หรือถ้าไม่ได้ฉีดยาเหมือนไม่ได้รับการรักษา และการฉีดยาทำให้เห็นผลการรักษาเร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาฉีดที่ไม่เหมาะสมของผู้ให้และผู้รับบริการของโรงพยาบาลรามาธิบดี จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ผู้รับบริการส่วนมากมีทัศนคติต่อการฉีดยาฉีดว่า ออกฤทธิ์เร็ว ช่วยให้หายเร็ว บำรุงร่างกายให้แข็งแรง เป็นการได้รับยาโดยตรง สะดวก สะอาด (สมชาย ภาณุมาสวิวัฒน์, สติติ สายแก้ว, นพรัตน์ หารไชย, บรรณศาสตร์ ไชยพรรณนา และสนอง ประนม, 2543) ถ้าไม่ฉีดยาให้กับผู้รับบริการจะยังไปแสวงหาที่อื่นๆ ซึ่งบางชนิดเป็นอันตราย อุปสรรคในการฉีดยาไม่ผ่านการฆ่าเชื้ออย่างเพียงพออาจเกิดอันตรายแก่ผู้รับบริการ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต้องฉีดยาให้ตามที่ผู้รับบริการต้องการเพื่อความ

ปลอดภัยของผู้รับบริการเอง ยาที่ผู้รับบริการขอให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนฉีดให้ส่วนใหญ่ คือยาบำรุงร่างกาย

2.5 การให้สุศึกษาและให้โอกาสผู้รับบริการสอบถามภายหลังการตรวจวินิจฉัยโรค/ปัญหาสุขภาพ พยาบาลให้โอกาสผู้รับบริการในการสอบถามข้อมูลปัญหาสุขภาพ หรือวิธีการปฏิบัติตัว แสดงให้เห็นว่าปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงความต้องการของผู้รับบริการ มีการยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ส่งผลต่อความพึงพอใจและภาวะสุขภาพของผู้รับบริการได้ สอดคล้องกับการศึกษาของเอดมวน์และชูดเดอร์ (Edmunds & Schudder, 2009) พบว่าพยาบาลเวชปฏิบัติใช้เวลามากกว่าสองในสามของการมาใช้บริการของผู้รับบริการ สื่อสารพูดคุยกัน โดยพยาบาลเวชปฏิบัติทำการซักประวัติ สอบถามข้อมูล ถามความเห็นของผู้ป่วย มีการให้ข้อมูล ความเห็น คำแนะนำ หรือการสอน ถามความเห็นทำให้เห็นได้ว่าการสื่อสารโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

2.6 การส่งต่อ เมื่อภาวะเจ็บป่วยของผู้รับบริการเกินความสามารถ มีการส่งต่อไปรับบริการในโรงพยาบาลชุมชนและมีการนัดหมายเพื่อติดตามปัญหาสุขภาพ โดยมีกลุ่มตัวอย่างเพียง 7 รายเท่านั้นที่มีการส่งต่อ แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการรักษาและการดูแลจัดการกับปัญหาได้ถึงร้อยละ 98.5 โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในสถานีนามัย ซึ่งโรค/ปัญหาสุขภาพที่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนให้การรักษาเป็นไปตามข้อกำหนดในการรักษาเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรคสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ฯ (สภาการพยาบาล, 2551) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นนี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างหายจากการเจ็บป่วย เกิดความพึงพอใจ ไม่ต้องไปรอรับบริการที่โรงพยาบาล ช่วยประหยัดเวลา ค่าใช้จ่ายและช่วยลดความแออัดของการใช้บริการในโรงพยาบาลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสมจิต หนูเจริญกุลและคณะ (2550) เรื่องบทเรียนจากกรณีศึกษาเส้นทางสู่ความสำเร็จของพยาบาลเวชปฏิบัติ จากผู้ปฏิบัติงานดีเด่น 16 ราย พบว่ามีผู้มาใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิมากขึ้น ช่วยลดความแออัดของผู้ใช้บริการที่โรงพยาบาล

จะเห็นได้ว่ากิจกรรม ขั้นตอนในการรักษาโรคและการใช้ยาของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนพบว่า พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีการใช้องค์ความรู้และทักษะการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การวินิจฉัยแยกโรค/ปัญหาสุขภาพ และการรักษา (การจ่ายยา) ในการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นได้อย่างสอดคล้องและมีความเหมาะสมกับปัญหาของผู้รับบริการ แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการประเมินภาวะสุขภาพ ตัวชี้วัดความเจ็บป่วยได้อย่างเป็นระบบ ครบคลุม และมีความไวเชิงวัฒนธรรม วางแผน ปฏิบัติ และประเมินผลการปฏิบัติ มีการสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ การมีส่วนร่วมกับผู้รับบริการและวิชาชีพอื่นๆที่เกี่ยวข้องที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการดูแลและผลลัพธ์ที่ดี ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นกระบวนการที่นำมาซึ่งผลลัพธ์ด้านภาวะสุขภาพ ค่าใช้จ่ายและความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ดีตามมา

3. ผลลัพธ์การดำเนินงานเกี่ยวกับการรักษาโรคเบื้องต้น ผลลัพธ์จากการดำเนินงานเกี่ยวกับการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนทั้ง 3 ด้าน พบว่า

3.1 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับดี ต่อคุณลักษณะของพยาบาล กิจกรรมทางการพยาบาล ความรู้สึกรับรู้ต่อการรับบริการ การที่กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับดีนั้นเนื่องจากว่ามีลักษณะของโครงสร้างและกระบวนการในการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นที่ดี คือ คุณลักษณะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ดี มีความชำนาญในการรักษา สามารถให้ดูแลผู้รับบริการได้ดี ให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วม ทำให้ทราบลำดับ ขั้นตอนในการเข้าตรวจของตนเอง เมื่อเข้ามาในห้องตรวจพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีการยกมือไหว้ทักทาย สนทนากันด้วยความสนิทสนมกับกลุ่มตัวอย่าง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความพึงพอใจในการต้อนรับ ความสุภาพอ่อนโยน ความกระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและความเป็นกันเอง ใช้เวลาการตรวจรักษาโรคน้อยกว่าที่สถานีนามัยกำหนดไว้ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างรอรับบริการ กลุ่มตัวอย่างได้พูดคุยสนทนากันเองเนื่องจากรู้จักกันและเป็นคนในชุมชนเดียวกัน บ้านอยู่ใกล้สถานีนามัย และส่วนใหญ่รู้จักคุ้นเคยกันเองทำให้ไม่รู้สึกเร่งรีบ ระยะเวลาเดินทางไม่เกิน 10 นาที จึงส่งผลต่อความพึงพอใจในการประหยัดเวลารอการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อตรวจร่างกายเสร็จสิ้นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีการบอกปัญหา/ภาวะสุขภาพ ให้ได้รับทราบ และสอบถามความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง มีการให้คำแนะนำการใช้ยา สอนสุขศึกษา ให้โอกาสผู้รับบริการสอบถาม จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความพึงพอใจได้

3.2 ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ภายหลังจากมารับบริการ 7 วัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่หาย และ ดีขึ้น ไม่มีรายใดอาการเหมือนเดิม หรืออาการแย่ลง เมื่อสอบถามความคาดหวังในการมารับบริการครั้งต่อไปพบว่า เกือบทั้งหมด ตอบว่าจะมาใช้บริการอีกเมื่อเจ็บป่วย ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นนั้นเนื่องจากโครงสร้างและกระบวนการที่ดีในการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงส่งผลต่อผลการรักษาทำให้ผู้รับบริการหายจากการเจ็บป่วย

3.3 ค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ ค่าใช้จ่ายของกลุ่มตัวอย่างในการมาตรวจรักษาโรคเบื้องต้น พบว่า มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ โดยมีค่าเดินทางเฉลี่ย 12.20 บาท ส่วนค่ายาซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายส่วนที่รัฐจ่ายตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ พบว่าค่ายาเฉลี่ย 24.57 บาท สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการที่มีปัญหาการเจ็บป่วยใกล้เคียงกัน พบว่า มีค่าเดินทางเฉลี่ย 8.72 บาท ค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ย 68.31 บาท (Kittipoom, 2001) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาของสุมาลี กิตติภูมิ (Kittipoom, 2001) ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มาใช้บริการในคลินิกส่วนตัวของพยาบาลซึ่งเป็นสถานบริการเอกชน และกลุ่มยาที่มีการใช้มากที่สุดคือ ยาพาราเซตามอล รองลงมาเป็นยาฆ่าเชื้อแบคทีเรียซึ่งอาจทำมีค่าบริการสูงกว่าการศึกษาในครั้งนี้ได้

จะเห็นได้ว่าผลลัพธ์ที่ดีเกิดขึ้นเนื่องจากมีโครงสร้างที่ดีทั้งทรัพยากรวัตถุ เครื่องมือ และทรัพยากรบุคคล โดยเฉพาะตัวพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน รวมทั้งที่ตั้งของสถานอนามัยที่อยู่ใกล้ชุมชนตลอดทั้งลักษณะการเจ็บป่วยของผู้รับบริการเอง ประกอบกับมีกระบวนการที่ดีในการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการ ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการที่หายจากการเจ็บป่วย และค่าใช้จ่ายทั้งของรัฐและของผู้รับบริการที่น้อยลงเกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นแก่ระบบบริการสุขภาพของประเทศได้

ข้อจำกัดในการศึกษา

ข้อจำกัดของการศึกษานี้มีดังนี้

1. การวิจัยครั้งนี้การเลือกกลุ่มตัวอย่างไม่ได้เป็นแบบสุ่มตามหลักความน่าจะเป็น (probability) อาจไม่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากร
2. การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้อยู่ในช่วงระหว่างเดือนธันวาคม – มกราคม ซึ่งเป็นช่วงฤดูหนาวสภาพแวดล้อมอาจมีผลต่อลักษณะการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ

ข้อดีของการศึกษานี้มีดังนี้

3. สถานที่ศึกษานี้ มีวัฒนธรรม ภาษา ที่มีความเฉพาะตามบริบทของท้องถิ่น มีกลุ่มตัวอย่างบางรายที่ไม่สามารถใช้ภาษาราชการสื่อสารได้ ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลต้องใช้วิธีการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัยซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่ในภาคเดียวกันทำให้สามารถสัมภาษณ์โดยใช้ภาษาที่ตรงกันทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึก

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่เป็นคนในพื้นที่ควรได้รับการส่งเสริมให้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ของตนเอง
2. ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนวางแผนในการปฏิบัติงาน การเตรียมความพร้อมเรื่องยา และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี

ด้านการวิจัย

1. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรเฉพาะทางระยะสั้นและกลุ่มตัวอย่างพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนทั้งประเทศ
2. ควรมีการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับทัศนคติ สาเหตุและผลกระทบของการใช้ยาชนิดฉีดของผู้รับบริการ

**ACTIVITIES AND OUTCOMES OF PRIMARY MEDICAL CARE BY A
COMMUNITY NURSE PRACTITIONER**

WEHA KASEMSUK 5136682 RACN/M

M.N.S. (COMMUNITY HEALTH NURSE PRACTITIONER)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: NOPPAWAN PIASEU, Ph.D. (Nursing),
SUCHINDA JARUPAT MARUO, Ph.D. (Life Science and Human Technology)**EXTENDED SUMMARY****Background and Significance of the Study**

After the economic crisis in 1997, the health system reform has been changed to place more emphases on primary care services. This enables the population to more easily gain access to health services, as it is a primary care system that is mostly accessible to the population (Komart Jungsathiensap, Kanisorn Tengrang, Ratre Pinkaew, & Waranya Petchkong, B.E. 2545; Preeda Taearak et al., B.E. 2543; Office of the National Health Committee, B.E. 2552). The primary care system is a proactive care system that is important and covers most of the population of the country (Somchit Hanucharurnkul, B.E. 2550), and it involves health promotion, prevention, treatment, and health rehabilitation. Technology appropriate for the care provision context is used, and the primary health service system is able to give holistic care to the population, with understanding of the social dimension of health and sickness in the social and cultural contexts taken into consideration.

Advanced nurse practitioners, are a major force in this system of service provision as they are qualified to deliver care to accomplish the desired outcomes. Besides this, Thailand has a policy to develop health stations into a hospital to promote health on a Tambon level and to develop the referral network in all levels to ensure effectiveness. Thus, the people will be able to gain access to quality health

services, and the hospitals can cut down on expenses and solve problems of crowdedness (Somchit Hanucharunkul, B.E. 2552). Therefore, medical care practices in the primary level require nurses who have potential in terms of both experience and advanced knowledge (Somchit Hanucharunkul, B.E. 2552). In other words, community nurse practitioners are needed to respond to the health needs and problems of the population which are socially and culturally complex.

Advance practice nursing refers to nursing care practice directly provided to patients/service users to respond to their health needs or complicated problems (Nursing Council, B.E. 2551; Somchit Hanucharunkul, B.E. 2550), at individual, family, and community levels, or the entire population (CAN, 2008). It involves a high level of capability, specialized skills and expertise, and profound bodies of knowledge (Nursing Council, B.E. 2551; Somchit Hanucharunkul, B.E. 2550; CNA, 2008; Hamric, 2009; ICN, 2009). Advance practice nursing also involves individual case management, or other effective care system (Nursing Council, B.E. 2551), as well as use of critical thinking to search for reasons to support clinical decisions (Somchit Hanucharunkul, B.E. 2550), including ethical reasons and decisions. Advance nursing practice also involves use of research findings and theoretical knowledge that are current, with an integration of research-based evidence (Nursing Council, B.E. 2551; CNA, 2008). The emphasis is placed on both short-term and long-term outcomes, and development of innovations and continuous care system is also stressed (Nursing Council, B.E. 2551). With advance practice nursing, nurses are able to communicate and manage the organization (Somchit Hanucharunkul, B.E. 2550), and they also have the rights to expand the scope of their practices and accountability of the resulting outcomes (Somchit Hanucharunkul, B.E. 2550; ICN, 2009). Finally, nurses are able to assess the quality and manage the outcomes using evaluative research (Nursing Council, B.E. 2551). Advance practice nursing are nurse practitioners, clinical nurse specialist, certified registered nurse anesthetists, and certified nurse midwiferies (Somchit Hanucharunkul, B.E. 2552).

Hamric, Lindebak, Worley, and Jaubert (1998) studied the outcomes of advance nursing practice based on professional rights and found that the outcomes were very positive as more than half of the service users had improved conditions and were satisfied with the care they received. It also took them less time to receive the

care they needed. Furthermore, there was also evidence that the quality of care provided by nurse practitioners was not different from that provided by physicians (Lenz, Mudinger, Kane, Hopkins, & Lin, 2003). A study conducted by Renu Pookboonme et al. (B.E. 2551, cited in Somchit Hanucharunkul, B.E. 2552) to follow up advances in development of roles of 206 certified advance nurse practitioners in Thailand revealed that nurses perceived that their practices affected the service users and that their practice could increase caregivers' efficacy, increase quality of life, reduce complications, relieve sufferings, enhance continuity of care, reduce rates of hospital admission, decrease length of hospital stay, cut down on medical expenses, and increase customer satisfaction. Moreover, the healthcare settings also had innovations and practice guidelines that helped save budgets and increase satisfaction of staff nurses, and the practice also led to development of quality systems, multidisciplinary practices, quality referral systems, practice network, consultancy system, and professional rights. In addition, it was found that most of the community nurse practitioners played an important role in provision of care to service users in the primary care system. The practice had led to an establishment of a child health volunteer project which enabled children to develop the sense of self-esteem, increase their emotional intelligence, and ensure parental care. Also, the problems of unsafe sex, child neglect, and addiction to gambling had been solved as well (Nittaya Harnrak, B.E. 2552). Furthermore, patients who were diabetic were able to perform correct self-care and had better knowledge and understanding about diabetes, enabling them to control their plasma glucose level. (Benjamaporn Wongprasert, B.E. 2552). Community was also involved in providing care to service users at home, which made public health officials gain better access to health data of people in the community, especially the elderly persons who lived on their own and the disabled who never used the services provided. In brief, such practices empower the community and reduce the gap that exists between the government and its people, making the people take pride in their practices (Jeeranat Popreug, B.E. 2552).

Since 2003 onward, the Nursing Council has organized examinations and certifications of advance nurse practitioners in different fields. Up until now, 944 nurses have been certified as advance nurse practitioners, and of these, 97 were community nurse practitioners (Ubol Juangpanich, B.E. 2553; Somchit Hanucharunkul,

B.E. 2553). There are numerous outcomes of practices of community nurse practitioners, which vary depending on the contexts of the location and the natures of the tasks or activities. However, there are very few studies on activities and tasks of community nurse practitioners in each area so as to derive at desirable outcomes. There is no systematic compilation and evaluation of the outcomes of such community nursing practices. As a result, it is necessary to carry out a study to explore the natures and characteristics of advance nurse practitioners who are community nurse practitioners and their outcomes. The present study aimed at investigating the nurses' roles of primary medical care of disease as specified by the Nursing Council, satisfaction of service users, and health conditions and expenses of service users after receiving care from community nurse practitioners. It was anticipated that the findings of the present study could be used as a guideline to adjust the nurses' activities to suit the target population and to specify the ratio and competency of community nurse practitioners.

Conceptual Framework of the Study

The quality of service evaluation framework of Donabedian (1966) was used as the conceptual framework of the present study to assess the quality of care which could be divided into three components: structure, process, and outcome. Generally, a good structure leads to a good process, which, in turn, brings about a good outcome. Thus, it can be seen that all three components are interrelated. In the present study, the process component was emphasized, which meant the activities advance community nurse practitioners carried out in providing care to patients/the target group in accordance with nursing competency specified by the Nursing Council in providing primary medical care and the outcome component which involved service users' health condition, expenses, and satisfaction.

Research Objectives

1. To describe activities for primary medical care by the community nurse practitioner.
2. To describe satisfaction, health condition after using services, and expenses of service users receiving primary medical care provided by the community nurse practitioner.

Research Methods

Research design The present study was outcome research.

Study sample The study samples could be divided into two groups—a community nurse practitioner and patients who received services between December 2009 and February 2010 from a community nurse practitioner who had been certified to guarantee their knowledge and specialization to provide services at primary healthcare centers and had awarded Best Practices.

Research Instruments The instruments used in this research consisted of three parts as follows:

- 1. Nurse questionnaire** was developed by Somchit Hanucharunkul et al. (Nursing Council, B.E. 2550). The questionnaire was divided into different parts as follows: **personal data and work data** consisting of 11 items which elicited data regarding gender, age, work experience, educational background, workplace, work position, responsibility, and outcomes; **data regarding direct work since certification as an advance nurse practitioner** consisting of 26 items which elicited data regarding scope of work, characteristics of activities, mean number of service users, and top ten disease and/or health problems of service users. The responses were arranged in a four-point rating scale of ‘never,’ ‘sometimes,’ ‘moderately,’ and ‘always.’ There were also two open-ended items. The questionnaire was examined to ensure content validity by a panel of five experts. After that, it was tried out and revised in accordance with the context of the study.

- 2. Service user questionnaire** was developed by Naiyana Noonin et al. (B.E. 2544). It was composed of personal data of service users in 14 items including **general information of service users**, information about services, and major symptoms or health problems that required services; **health condition after service** consisting of three items on health condition of service users with response choices of ‘recovered,’ ‘improved,’ ‘unchanged,’ and ‘worse’ and expectation about the next service; and **satisfaction of service users with nurses and provision of service** comprising 15 items which could be divided into characteristics of nurses (five items), nursing activities (six items), and feelings and perceptions of services (four items). The responses were arranged in a three-point rating scale of ‘good,’ ‘not sure,’ and ‘bad.’ The questionnaire was examined to ensure content validity by a panel of four

experts. After that, it was tried out and revised in accordance with the context of the study.

3. An advance nurse practitioner's provision of primary medical care observation form was also developed by Naiyana Noonin et al. (B.E. 2544). The observation form covered data on health problems, examinations, diagnoses, treatment, provision of health education, provision of consultancy, referrals, and appointments. The observation form was designed as a checklist and an open-ended record of information. The observation form was examined to ensure content validity by a panel of four experts. After that, it was tried out and revised in accordance with the context of the study.

Data Collection

The research conducted data collection with researcher and one research assistant who was knowledgeable in community nursing practices in the second part of the data collection. Data collection began when the researcher gave the first part of the questionnaire to the community nurse practitioner who was asked to fill out the questionnaire and return it to the researcher within two weeks. The third part of data collection, the observation, was carried out when the service users came to receive primary medical care. The researcher observed the nursing activities conducted by the community nurse practitioner by taking part in the provision of treatment. The researcher was with the community nurse practitioner all through the provision of primary medical care, starting when the service users completed the registration process and ending when the treatment ended. All through the treatment process, the researcher observed, recorded, and sought additional information through interviews and reviews of medical records, lasting approximately 20 minutes per service user. After that, the research assistant collected data in the second part using the service user questionnaire previously prepared after the study subjects came out of the examination room. This part of data collection last about ten minutes per service user.

Results

The study findings on activities and outcomes of primary medical care of community nurse practitioners can be divided into three parts as follows: 1) personal

data of the study samples, 2) activities of primary medical care of community nurse practitioners, and 3) outcomes of primary medical care of community nurse practitioners.

Part 1: Personal data of the study samples

1. Personal data and roles of community nurse practitioners The community nurse practitioner who provided primary medical care in this study was a female who was 45 years old. She was married and was a Buddhist. Her hometown was in Suwankuha District, Nongbualumpu Province. She held a master's degree in nursing science majoring in community nursing and had undergone short-course training on general medicine (primary medical care), critical care, and prenatal ultrasound examination. She was certified as a community nurse practitioner in 2008, and had a 22-year experience in the field of nursing, working for 17 years in a hospital and five years as a community nurse. After having been certified as an advance nurse practitioner, she developed a manual for pregnant women, conducted research, developed nursing innovations, and sat on a community to devise public policies on a provincial level. As regards her provision of primary medical care, the type of primary medical care she mostly provided was treatment of respiratory symptoms, with approximately 20 service users a day on average.

2. Personal data of service users There were 200 service users who participated in the study. They could be further divided into two groups. The first group consisted of 141 patients who sought primary medical care from the community nurse practitioner, and the second group was composed of 59 parents of service users who were young children. More than three-fourths (76.5%) of the service users were female, and they ranged in age from 11 to 82 years old (with the mean of 40.68 ± 15.98 years). Moreover, all of the service users were Buddhists, and about three quarters (75.5%) completed primary education. In terms of occupation, the majority of them (72.5%) worked as farmers, and their family income ranged from 1,000 to 3,000 baht. Furthermore, almost all of them (96%) lived in an area under the responsibility of the health station where they sought treatment and care, and the distance from home to the health station was between 100 meters and ten kilometers (with the mean of 2.09 ± 1.84 kilometers). The traveling time lasted one to 30 minutes (with the mean of 9.17 ± 6.65 kilometers). In addition, three quarters (75.5%)

of the subjects used motorcycles as their means of transportation, and almost all of them (97.5%) had used the services provided at this health station before. Almost all of them (96.5%) had received the services more than two times, and most of them (84.5%) knew that the person who provided medical care was a professional nurse. Also, almost all of the subjects (97%) used to receive healthcare services from a nurse, and more than two times (96%). The most important reason for using services at the health station was proximity to their home (96%), followed by the nurse's friendliness (87.5%), and good services (79.5%). With regard to the reputation of the community nurse practitioner, the response which received the highest frequency was good service provision and good advice. The other important reason was convenience. Finally, major health problems or symptoms as perceived by service users included respiratory problems (31.1%), problems with the digestive system (22%), and a fever (10.5%).

Part 2: Activities of primary medical care of the community nurse practitioner According to the observation of primary medical care provided by the community nurse practitioner, it was found that the mean duration of provision of primary medical care was 8.28 ± 4.36 minutes (with the range of two to 30 minutes per service user). When seeking service at the healthcare setting, the service users would search for and retrieve their own medical records by themselves before seeing the community nurse practitioner. As regard the primary medical care, the service provision began when the service user entered the examination room. The community nurse practitioner greeted all service users and began by eliciting their medical history. The community nurse practitioner elicited data on chief complaint and present illness history from all service users, but elicited history of past illnesses and allergy to medications from 45.1% and 27% of the service users. Almost all service users (97%) were physically examined by the community nurse practitioner, and there were only six service users (3%) who did not receive an examination of related bodily systems. The community nurse practitioner assessed the vital signs of all service users including measuring body temperature (83.5%), pulse rates (33.5%), blood pressure levels (57%), body weight (71%), rates of breathing (10.5%), body height (3%), and waist circumference (1%). The community nurse practitioner did differential diagnosis for all service users and provided them with information about their health conditions or

the problems (99.5%). She also prescribed medications to the service users (99.5%) and gave advice on medication intake (97%). Moreover, almost all of the service users (98.5%) received health education, and almost all (97.5%) also had an opportunity to ask the nurse about their problems or self-care practices. Besides this, close to half of the service users (48.5%) received nursing care practices, with the largest group (27.5%) receiving intramuscular injection. There were only seven service users (3.5%) were referred to a community hospital as their conditions were a kind of treatment that was beyond the available facility of the health station. Finally, there were five service users (2.5%) with whom the community nurse practitioner made an appointment for a follow-up on their health.

With regards to problems of service users, nearly half of them (47.5%) had respiratory problems. This was followed by problems with the digestive system (26.5%), skin problems (12.5%), and orthopedic problems (9.5%). The medications that were prescribed by the community nurse practitioner were mostly painkillers (71%), with paracetamol ranked first at 60%. As for injection, vitamins B 1-6-12 shots were mostly used, with 11.5% of the service users receiving the injection. Finally, tropical steroid was the most frequently used medication for external use at 6.5%.

Part 3: Outcomes of primary medical care of community nurse practitioner The outcomes of primary medical care of the community nurse practitioner as specified by the Nursing Council as perceived by the service users were as follows:

1. Satisfaction of service users: It was found that almost all of the subjects had satisfaction with nurses and the services provided at the healthcare setting at a good level or higher (98%). There was only one subject, accounting for 0.5%, who gave negative responses in terms of friendliness of nurses. In addition to such findings, there were subjects' comments and suggestions which could be divided into the following three aspects:

1. Setting and equipment: The subjects felt that the setting was too small, there were too many service users, and there were not enough tools and equipment (three subjects). On the other hand, other subjects stated that it was convenient and they did not have to wait for services for so long that they became

hungry (four subjects). Finally, some subjects stated that they would like the health station to be expanded into public hospitals with a wider variety of services provided and more staff (eight subjects).

2. Nurses

2.1 With regard to community practice nurses, the subjects had the following comments:

2.1.1 There should be access to service users. For example, home visits and hospital visits should be conducted, and nurses should make telephone calls or went to see the patients at their houses. They should also show compassion and sympathy when some patients have passed away (39 subjects), as one subject stated, *“There should be visits both at home and at the hospital. Nurses should provide services at home. They should call and pay home visits. They can drive their own car to see the symptoms of the patients.”*

2.1.2 Nurses should possess clinical skills and abilities and be able to provide quality care with recognition of significance of service users (59 subjects). One of the subject described, *“The services are good. The treatments are good. They give us advice on all issues and better than anybody else. I am confident in the treatment here. I had seen a doctor somewhere else, and he said I had a common cold. But, when I came here, the doctor (nurse) touched me and said that I had thyroid problems and referred me. And it turned out that I did have thyroid problems, so I accepted the doctor here. Whatever illness I have, the doctor (nurse) here can give correct prescriptions, and I can fully recover. I don’t have to go to the hospital. There are very few times when I have to go to the hospital.”* Other subjects (seven subjects) said that the services were fast and convenience, and nurses were eager to help, as one subject explained, *“When I use the services here, they are good, fast, and timely.”*

2.1.3 Nurses had dedication to provide care for the benefit of service users (14 subjects), as can be seen in the following sentiment, *“Nurses give services everywhere and at any time. They can go see you at your home anytime if you like.”*

2.1.4 There were referrals and follow-ups (nine subjects). One subject described the experience, *“Whatever I have, it can be cured. I don’t have to go to the hospital and wait for a long time. If it is not better, I can come back and they will*

refer me. It is good every time. If I am not better, nurses would tell me to go to the hospital.”

2.2 Characteristics of community practice nurses were as follows:

2.2.1 They should live in the local area (community members) (eight subjects), as one subject explained, *“We are familiar with each other. When they are local people, we feel that they are like our close relatives. If they live in the same area, they are like our close relatives. It is good that the nurses are from the same community, they are more like our children or nieces.”*

2.2.2 Nurses needed to have the ability to establish and maintain relationships (ten subjects). One subject explained, *“Nurses should be friendly and approachable. They should be close to patients. They should use nice and polite words, and they should never stop smiling. They should also have good manner. Even if we do not live in the community, we will still be willing to come here. Others are not polite when they talk to us. My grandchildren at home have never been to the hospital. They always come to the health center because nurses are good and there is nothing bad to say about them. They use polite words, and they are never emotional. We can directly say how we feel, and they will not scold us.”*

2.2.3 Nurses gave excellent services (66 subjects), as illustrated by one service user, *“It is much better than in the past. It is very good (just like what nurses should do). If I come here and see the nurses, I am so glad. They are also nice when they give us medicines. If I have to see nurses somewhere else, I am not happy.”*

2.2.4 Nurses at the healthcare setting showed respect to the patients' individuality (30 subjects). One of them described, *“Every time I come here, they politely greet us.”*

2.2.5 Nurses were dependable for service users (11 subjects). Such sentiment can be seen in a description of one subject, *“They are dependable when we are sick. I am confident that I can depend on them. It is very rare that I will go to the hospital when I am sick. Even if it's night time we can still go see them if we call them or ask them to come to our house.”*

3. Other aspects of services: The study subjects felt that nurses gave good healthcare services (13 subjects). However, some subjects felt that there was still room for improvement, and some of the staff members should be replaced as

they sometimes did not offer good services or speak politely to patients (18 subjects), as one of them stated, *“Some of the staff did not speak politely to us. They need to improve themselves.”* In addition, some subjects complained that they did not find any healthcare staff members when they came to the health station because they were not on duty as they were supposed to (two subjects), and some nurses gave them only one set of prescribed medications to share with other patients (one subject).

2. Health condition of service users: Seven days after receiving the services, most of the subjects had been recovered and were in a better condition. None of them had worsened or unchanged symptoms. When asked about their expectation of the next healthcare services, almost all of the subjects indicated that they would return the next time they were sick.

3. Expenses of service users: As for medical expenses for initial examinations and treatments, it was found that the subjects had to pay for transportation, which was equal to 12.20 baht on average. The medications were covered in the government’s health insurance scheme, and it was equal to 24.57 baht on average.

Discussion

The study findings showed that the community nurse practitioner was able to fulfill all nursing competencies specified by the Nursing Council. Her primary medical care practice resulted in favorable outcomes that made service users feel satisfied and recover from their sickness or condition, and the medical expenses were low. When considering the outcomes based on the quality of service evaluation framework of Donabedian (1966), it could be seen that good outcomes resulted from good structures as well as good processes as follows:

1. Characteristics of the community nurse practitioner and service users: Both the community nurse practitioner and service users are components of a good structure as follows:

1.1 Characteristics of the community nurse practitioner:

The community nurse practitioner was a local resident. She had potential and was able to establish a good relationship with service users. She was also dedicated and caring,

and the services she offered were accessible and available. Finally, she offered humanized services with proactive practices.

1.2 Experiences and educational background: The community nurse practitioner had competency to carry out primary medical care. She had an advanced level of knowledge and experience accumulated from her experience working both at a hospital and in the community. She also underwent different training programs in nursing, hence her increased ability to solve problems, to think analytically, to connect problems to contexts and situations, and to design appropriate nursing activities for service users who had complex problems so that desirable outcomes could be obtained.

1.3 Characteristics of service users: In this study, service users made a 30-minute trip to receive primary medical care. They used a motorcycle as their means of transportation, so it was convenient, economical, and not time-consuming.

1.4 Number of staff: At the health station, there were six healthcare team members, and the number of healthcare staff was higher than that at other health stations in the same area. They worked in a team and helped one another accomplished their tasks. The staff members helped the community nurse practitioner who was mainly responsible for giving primary medical care to service users and advice to other staff, thus ensuring that service users receive quality and satisfactory services from the team.

2. Primary medical care of the community nurse practitioner

The activities performed by the community nurse practitioner were a process which consisted of greeting, eliciting patients' medical history, physically examining service users, checking body temperature, assessing pulse rates, measuring blood pressure levels, measuring body weight and height, measuring waist circumferences, assessing rates of breathing, diagnosing patients, specifying health problems/ conditions, prescribing medications, giving advice on medication intake, disseminating health education, giving service users time to ask questions, referring patients, making appointments, and performing medical treatment. All of the activities covered the significance, conditions, factors, and contexts of the study as specified in the scopes and roles of first-class professional nurses and midwives in providing

primary medical care (Nursing Council, B.E. 2551). They all made service users feel satisfied, recover from their sickness, and save their medical expenses as follows:

2.1 Duration of examination: The mean duration the community nurse practitioner spent on giving primary medical care was 8.28 minutes per service user on average, which did not exceed the specified duration of the health station of 15 minutes. This was possible because there was good planning and preparation. For example, the medications to be prescribed were shelved according to their categories, and there were enough staff members to help with such arrangement. Children in the community also took part in correctly preparing the medications.

2.2 Greetings: When the community nurse practitioner was about to begin her primary medical care, she greeted the service users politely and nicely. She also provided services with polite words and manners, and she smiled to show her willingness to offer assistance, making the service users feel satisfied. Likewise, a survey of healthcare service users who held a 30-baht gold card indicated that what they wanted most when using public healthcare services was good manner and willingness to serve of staff, followed by convenience in service provision and use of quality medications. On the other hand, what they thought needed to be improved most was manner and greetings of staff (Health Insurance Office and ABAC-KSC Internet Poll Office, Assumption University, B.E. 2549). In other words, service users wanted nurses and nursing aids to show their welcoming manner, interest, and willingness to answer service users' questions (Kornwilai Apichartanon & Montbongkot Kanoknantapong, B.E. 2542).

2.3 Skills in eliciting history, conducting physical examination, diagnosing, and prescribing medications: When giving primary care, community practice nurses conducted physical examinations of service users who were in the healthcare provision system. The examinations conducted by nurses were based on the initial examination principles, which emphasized the problems service users had. It is worth noting that nurses did not elicit medical history or history of allergy to medications from all service users because some of them were local residents who were familiar with nurses, so their history was well known to the nurses. During the examinations, nurses talked to service users and asked about the symptoms or conditions that made them come to see nurses before this. This could be seen as a

follow-up on previous treatments. When considering health problems and illnesses of service users, it was found that respiratory problems were most commonly found. As regards prescription of medications, it was found that painkillers, especially paracetamol, were most frequently prescribed, followed by vitamins and minerals, with vitamin C most often given to service users. This was because the sickness conditions of patients mostly required the prescription of paracetamol. Such findings were consistent with the findings of previous studies that paracetamol was most widely used in the primary care of professional nurses working at their own midwifery (Naiyana Nunil, B.E. 2544; Kittipoom, 2001). Besides this, service users also asked for prescription of paracetamol to be kept at home so as to provide primary care to children or family members who may have a high fever at night. The follow-up on use of medications revealed that the rates of medication use and asking for unused medications considerably reduced, so it helped save expenses of the health centers. Furthermore, the findings showed that most of the medications used in primary care of community nurse practitioners were in accordance with the list of medication for primary care and immunization (Nursing Council, B.E. 2551) and the specification of the practice guidelines on nursing care at community health centers (Department of Medical Service Support, Ministry of Public Health, B.E. 2546). There were also some medications that community nurse practitioners used based on the framework of health stations and the agreement between health stations and the hospitals in the service provision areas after community nurse practitioners had coordinated and agreed with the directors and head of the pharmaceutical units of the hospitals.

2.4 Provision of nursing care practices: The nursing care practices that were mostly conducted by community nurse practitioners were intramuscular injections. The service users were likely to request for intramuscular injections, and community nurse practitioners explained that this was because these service users believed that only injections could make them recover and without an injection it seemed like they did not receive any treatment. Some of them also believed that an injection speeded up the treatment outcomes. Likewise, a study on inappropriate injection behaviors of service providers and service receivers at Raseesalai Hospital in Si Sa Ket Province indicated that most of the service receivers felt that an injection took effects sooner than oral medications, helped them recover

sooner, made them healthy, was a direct treatment, and was convenient and clean (Somchai Panumasvivat, Sathit Saikaew, Nopparat Harnchai, Bannasart Chaipanna, & Sanong Pranom, B.E. 2543). If the service providers did not give them an injection, service receivers tended to seek other sources of treatment where they may have been injected with a dangerous medication or the injection process was not sterilized enough and could be dangerous to them. Therefore, community nurse practitioners realized the needs to give an injection to service users as requested to ensure safety of service users. However, most of the injections given was vitamins or minerals to promote their health.

2.5 Health education and opportunity to ask questions:

After the community nurse practitioner had physically examined and diagnosed the disease or health problems of the service users, she prescribed the needed medications while giving advice on medication intake and health education. She also let service users asked questions about health problems or self-care practices. The community nurse practitioner also asked about the service users' needs about medications, their illness history, and additional self-care practices. This was considered client-centered nursing care practices of the community nurse practitioner who took the needs of service users into consideration to ensure improved health and satisfaction of service users.

2.6 Referrals: When the sickness of service users was beyond the capability of the community nurse practitioner to treat, the community nurse practitioner would refer the patients to a community hospital. In this study, only seven service users were referred to the hospital as most of them were treated and cared for by the community nurse practitioner at the health station. For instance, the primary medical care by the community nurse practitioner were mostly in accordance with lists specified in the primary medical care and immunization (Nursing Council, B.E. 2551). The outcomes of the primary medical care were recovery from the illness, satisfaction with the care received, lack of necessity to wait for services at the hospital, reduction in time and medical expenses, and decrease in crowdedness in the hospital. Similarly, Somchit Hanucharunkul et al. (B.E. 2550) conducted a case study on a path to success of 16 distinguished advance nurse practitioners and found that service users used services at the primary care setting more, hence a reduction in problems of crowdedness at the hospital

When considering the problems of sickness of service users, it was found that the problems were congruent with activities, steps in the primary medical care process, and use of medications of the community nurse practitioner. This reflected the ability to assess health status and sickness indicators systematically, comprehensively, and with sensitivity to cultures. There were also planning for practices and assessment of practice outcomes, establishment and maintenance of relationships, and participation with service users and other related professionals that promote effective provision of care and desirable care outcomes. These activities constituted a process which led to preferable health outcomes, care expenses, and service users' satisfaction.

3. Outcomes of primary medical care by the community nurse practitioner: The outcomes of the primary medical care of the community nurse practitioner consisted of satisfaction of service users, health conditions after service, and medical expenses of service users. The findings regarding all three components of outcomes of primary medical care of the community nurse practitioner were positive, as described below.

3.1 Satisfaction of service users Most of the service users had a good level of satisfaction with characteristics of the nurse, nursing activities, and feelings and perceptions of care. This may be explained that the structures and processes of primary medical care were already good as follows experience of the community nurse practitioner had accumulated experience and undergone training, so she was able to use her expertise to provide care to service users effectively. When service users came to the health station for services, they had to retrieve their own medical history folder and brought the file to the community nurse practitioner. In so doing, the service users had an opportunity to take part in their own primary medical care, so they understood the steps in their examinations. As a consequence, they did not have any worry or anxiety while they were waiting to see the community nurse practitioner. They also felt that there was nobody else who could cut in before them, hence a sense of satisfaction. Once the service users entered the examination room, the community nurse practitioner would welcome them and greet them in a polite and friendly manner. For this reason, the service users were satisfied with the nurses' greetings, their politeness and gentleness, and their willingness to provide assistance.

The duration of each primary medical care was shorter than that specified by the health station. Besides this, while waiting to see the community nurse practitioner and receive the services, service users mostly enjoyed talking to other patients who were waiting for their turns as they lived in the same community. Due to the proximity between the health station and the houses of the service users, with traveling time no longer than ten minutes, most subjects felt more relaxed and satisfied. After completing a physical examination, the community nurse practitioner informed service users of their health problems/conditions and asked about their needs. The community nurse practitioner also gave advice on medication intake and disseminated health education. She also gave the service users the opportunity to ask questions, so service users felt more satisfied with the services they received.

3.2 Health conditions of service users (treatment outcomes)

The findings revealed that seven days after receiving services most of the subjects recovered and had better symptoms. There was none whose symptoms remained unchanged or worse. When asked about their expectation about the next visit to the health station for services in the future, almost all of them stated that they would come back the next time they were sick. The outcomes that had taken place was due to a good process of primary medical care carried out by the community nurse practitioner, hence the patients' recovery from their sickness.

3.3 Expenses of service users When considering expenses of service users who sought primary medical care at the health station, it was found that the traveling expense was equal to 12.20 baht on average. As for medication expenses, which was the expenses covered by the government according to the rights specified in the health insurance, it was found that the mean medical cost was 24.57 baht. Such findings yielded support to the findings of a previous study conducted by Kittipoom (2001) who found that the mean traveling expense was 8.72 baht and the mean medical expense was 68.31 baht. One plausible explanation is that Kittipoom's study was conducted with the patients who sought medical care at a private clinic of the nurse. Also, painkillers like paracetamol were used most often, followed by antibiotics, which may have made the medical expenses higher than the average medical expenses of the subjects in the present study.

Therefore, it could be seen that good outcomes resulted from a good structure in terms of resources, items, tools, and human resources, especially community nurse practitioner. The health station's proximity to the residence of service users, the characteristics of the service users, and a well-planned process in providing primary medical care by the community nurse practitioner all guaranteed desirable outcomes in terms of satisfaction of service users, their improved health conditions, and a decrease in medical expenses of not only the government but also service users all led to desirable outcomes in the healthcare service systems in Thailand.

Limitations

The limitations of the present study were as follows:

1. The sample of the study was not recruited by means of probability sampling, so they may not have well represented the population of interest.
2. Data collection was conducted between December and January which was during the winter season. The weather condition may have had an effect on the types of illness of service users.

The strengths of the study were as follows:

1. The research setting had its own cultural and language contexts. Some of the subjects were unable to use the official language to communicate with the researcher. Data collection had to be done by means of oral interviews by the researcher who also shared the same local dialects as the subjects, so in-depth data could be elicited from them.

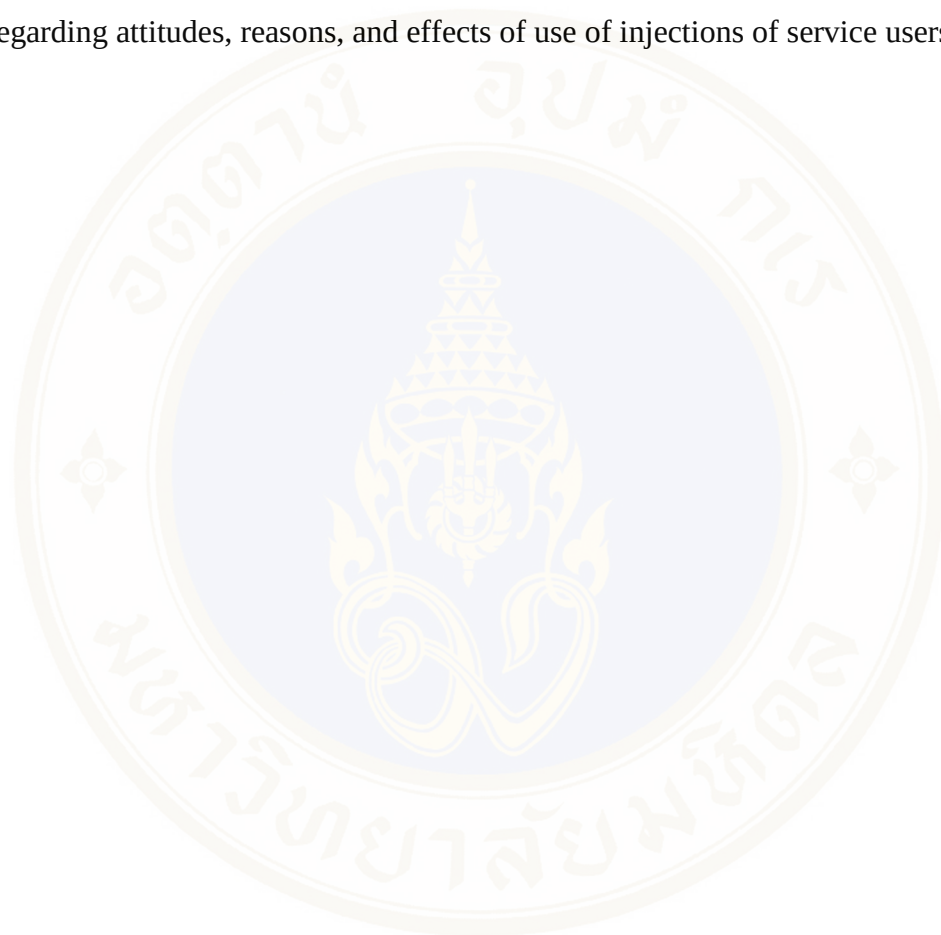
Recommendations

For nursing practices

1. Community nurse practitioners who are local residents should be supported and given the opportunity to work at the primary healthcare centers in their own areas.
2. Community nurse practitioners should be encouraged to plan for provision of primary care, preparation of prescription of medications, and establishment of good relationships with service users to ensure desirable treatment outcomes.

For nursing research

1. Further studies should be conducted with community nurse practitioners who have undergone specific short-course training as well as community nurse practitioners from different regions in the country.
2. A further study should be carried out to gather more in-depth data regarding attitudes, reasons, and effects of use of injections of service users.



รายการอ้างอิง

- กนกพร หมู่พยัคฆ์. (2551). บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง. วารสารพยาบาลศาสตร์: *Journal of Nursing Science*. 26(1), 33-45.
- กรวิไล อภิชาตนนท์และมนตบงกช กนกนันท์พงศ์. (2542). รายงานวิจัยเรื่องความพึงพอใจของผู้มารับบริการต่อระบบการให้บริการของหน่วยตรวจโรคจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2548). แนวปฏิบัติบริการสุขภาพสำหรับศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการรักษาพยาบาล. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, คณิศร เต็งรัง, ราตรี แก้วปิ่น, และวรัญญา เพ็ชรคง. (2545). วิถีชุมชน. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- คณะทำงานศึกษาสถานการณ์การดำเนินการของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงระบบและกลไกการพัฒนา สถานการพยาบาล. (2550). สถานการณ์การดำเนินการของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศไทย. นนทบุรี: สถานการพยาบาล.
- จันทิมา จารณศรี, และเพียงใจ ขจรนิพัทธ์. (2549). รายงานการวิจัยเรื่องการวิเคราะห์ต้นทุนการ ผลิต และการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ประจำปีงบประมาณ 2548. สระบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี.
- จุฑามาศ ผุนลาวงษ์, กนกพร หมู่พยัคฆ์, ดวงใจ รัตนัญญา, และวชิรา กลีโกศล. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดนครสวรรค์. *Journal of Nursing Science*, 27(2)S1, 93-102.
- จิรพันธ์ โพธิ์ฤกษ์. (2552). โครงการดูแลสุขภาพชุมชนด้วยหัวใจของชุมชน. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ ความสำเร็จในงานของ APN สถานการพยาบาล วันที่ 27-28 มีนาคม 2552. นนทบุรี.
- ทวี ศิริวงศ์. (2548). บทนำก่อนเข้าคลินิกเวชศาสตร์ผู้ป่วยนอก. ใน ทวี ศิริวงศ์ (บรรณาธิการ), *คู่มือเวชศาสตร์ผู้ป่วยนอก* (หน้า 1-16). ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ทัศนา บุญทอง, สุปราณี อัทธเสรี, และนัทธมน ศิริกุล. (2550). บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติต่อการรักษาโรคเบื้องต้นในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 22(4), 24-37.
- ทองพล กริ่งสันเทียะ. (2547). การให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชนในจังหวัดหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นัยนา หนูนิล, รวมพร คงกำเนิด, และทัศนียา วังสะจันทานนท์. (2544). ประสิทธิภาพของการให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิของสถานผดุงครรภ์. *Thai Journal of Nursing Research*, 5(1), 86-106.
- นิตยา หาญรักษ์. (2552). *APN success stories*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ ความสำเร็จในงานของ APN สภาการพยาบาล 27-28 มีนาคม 2552. นนทบุรี.
- บังอร คนกลาง, วิทัศน์ จันทร์โพธิ์ศรี, วงศา เลหาศิริวงศ์, และสุทิน ชนะบุญ. (2547). คุณภาพบริการตาม ความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการปฐมภูมิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลโรคติดต่อภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (บศ)*. 4 ฉบับพิเศษ, 63-68.
- เบญจมาภรณ์ วงศ์ประเสริฐ. (2552). *โครงการสุขภาพสดใส-ใส่ใจเบาหวาน*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ ความสำเร็จในงานของ APN สภาการพยาบาล 27-28 มีนาคม 2552. นนทบุรี.
- ปรีดา เต๋ออารักษ์, ปาณบดี เอกะจัมปะกะ, สุทธิสารณ์ วัฒนมะโน, รุจิรา ทวีรัตน์, จุฑามาศ โมพี, และสุรศักดิ์ อธิคมานนท์. (2543). ข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นของ ไทย: ในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติและใน (ร่าง) พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข.
- พิกุล นันทชัยพันธ์. (2553). *แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงกับการนำไปสู่การปฏิบัติ*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงแห่งชาติ ครั้งที่ 1 “APN: คุณค่า การพัฒนา และความสำเร็จ” โดยสภาการพยาบาล วันที่ 14-16 กรกฎาคม 2553, กรุงเทพฯ.
- เยาวเรศ ประภาษานนท์, กุลธิดา กุลประทีปปัญญา และวิมลพรรณ สังข์สกุล. (2551). รายงานการวิจัย เรื่องการวิเคราะห์ต้นทุนการผลิตและการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ ประสิทธิภาพประสงค์ ประจำปีงบประมาณ 2548. อุบลราชธานี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ ประสิทธิภาพประสงค์.

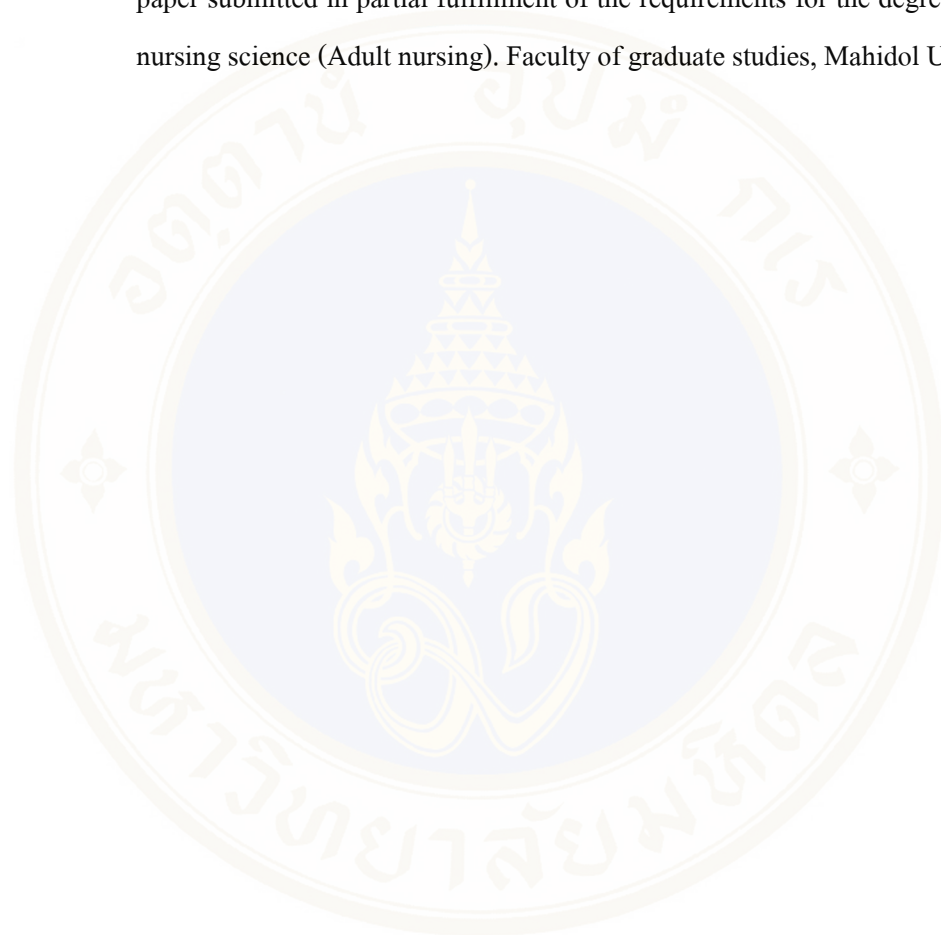
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, และสำนักงานพัฒนาพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. (2552). รายงานสุขภาพคนไทย 2552: เพื่อสุขภาพแห่งมวลชนหยดความรุนแรง. Retrieved on September 18, 2009. From http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/ThaiHealth2009/thai2009_6.pdf.
- สภาการพยาบาล. (2545). ข้อกำหนดการรักษาโรคเบื้องต้น การให้ภูมิคุ้มกันโรค และการวางแผนครอบครัวสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง. กรุงเทพฯ: สิริยอดการพิมพ์.
- สภาการพยาบาล. (2549). ประกาศสภาการพยาบาลเรื่องข้อกำหนดปฏิบัติเรื่องหนังสืออนุมัติ แสดงความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น). สืบค้นข้อมูลวันที่ 6 ธันวาคม 2552 จาก http://www.tnc.or.th/law/PDF_file/102%20.pdf.
- สภาการพยาบาล. (2551). ข้อกำหนดการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรคสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: พี. เอ. ลิฟวิ่ง.
- สภาการพยาบาล. (2551). ประกาศสภาการพยาบาลเรื่องขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาต่างๆ. สืบค้นข้อมูลวันที่ 4 มิถุนายน 2552 จาก http://www.tnc.or.th/file_attach/17Nov200857-AttachFile1226904957.pdf.
- สภาการพยาบาล. (2552). ประกาศสภาการพยาบาลเรื่องเกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2552 เพื่อให้มีคุณสมบัติที่จะขอสอบวัดความรู้เพื่อรับวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ เฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์. สืบค้นข้อมูลวันที่ 6 ธันวาคม 2552 จาก http://www.tnc.or.th/file_attach/16Feb200908-AttachFile1234770008.pdf.
- สมัย อัสวสันติ. (2539). การวิเคราะห์ต้นทุนการผลิตบัณฑิตคณะแพทยศาสตร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552). ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552. สืบค้นข้อมูลวันที่ 28 กันยายน 2552 จาก <http://www.nationalhealth.or.th/newweb/>.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2548). ความเป็นธรรมของการใช้บริการสุขภาพ. Retrieved on April 27, 2010. From http://www.hiso.or.th/hiso/brochure/b6_6.php?color=2&network=&lesson=6.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, และสำนักวิจัยเอแบค-เคเอสซี อินเทอร์เน็ตโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ. (2549). ผลสำรวจความคิดเห็นของประชาชนและผู้ให้บริการ

- ต่อการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี พ.ศ. 2549. กรุงเทพฯ: ส.พิจิตร การพิมพ์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *ข้อมูลสุขภาพ*. สืบค้นข้อมูลวันที่ 28 กันยายน 2552. จาก <http://bps.ops.moph.go.th/E-book/mapaunutin/index.html>.
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2551). *ตำราตรวจรักษาโรคทั่วไป 2*. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.
- สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ. (2550). พยาบาลเวชปฏิบัติ : เอกภาพ เอกลักษณ์ เอกสิทธิ์. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 15(4), 1-5.
- สุวิทย์ พัฒนากิตติ. (2546). *ความพึงพอใจของผู้ให้และผู้รับบริการต่อบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). การศึกษาเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง: แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลในขั้นสูง. *สารสภาการพยาบาล*, 12(2), 1-13.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2550). *แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในระบบสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. กรุงเทพฯ: จุฑาทอง.
- สมจิต หนูเจริญกุล, พิกุล นันทชัยพันธ์, นงลักษณ์ สุวิติชัย, นัยนา หนูนิล, อรสา คงตาล, แสงอรุณ อิศระมาลัย, และคณะ. (2550). *รายงานวิจัยบทเรียนจากกรณีศึกษาเส้นทางสู่ความสำเร็จของพยาบาลเวชปฏิบัติ*. นนทบุรี: สภาการพยาบาล.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2552). *แนวคิดของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการความสำเร็จในงานของ APN โดยสภาการพยาบาล วันที่ 27-28 มีนาคม 2552. นนทบุรี.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2552). *พยาบาลปฐมภูมิ: กระจกสะท้อนหลังของระบบสุขภาพไทย*. ใน สุมาลี ประทุมรัตน์, อภิญญา ตันทวีวงศ์, และธีรณรงค์ สกุลศรี. (บรรณาธิการ). *เรียงร้อยประสบการณ์ล้ำค่าพยาบาลกับบริการปฐมภูมิ: Life and experience of nurse in primary care* (หน้า 5-11). กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2553). *คำกล่าวรายงาน*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงแห่งชาติ ครั้งที่ 1 “APN: คุณค่า การพัฒนา และความสำเร็จ” โดยสภาการพยาบาล วันที่ 14-16 กรกฎาคม 2553, กรุงเทพฯ.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2553). *ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง: กุญแจสู่ความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงแห่งชาติ ครั้งที่ 1

- “APN: คุณค่า การพัฒนา และความสำเร็จ” โดยสภาการพยาบาล วันที่14-16 กรกฎาคม 2553, กรุงเทพฯ.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2553). แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง. ใน สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันภักดี. (บรรณาธิการ). *การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง: บูรณาการสู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: จุฑาทอง.
- สมชาย ภาณุมาสวิวัฒน์, สถิต สายแก้ว, นพรัตน์ หารไชย, บรรณศาสตร์ ไชยพรรณนา, และสนอง ประนม. (2543). *การศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของผู้ให้และผู้รับบริการของโรงพยาบาลราชวิถี: ปัญหาและแนวทางแก้ไข*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. สืบค้นข้อมูล วันที่ 29 มิถุนายน 2553 จาก <http://kb.hsri.or.th/dspace/>.
- แสงทอง ชีระทองคำ, สมจิต หนูเจริญกุล และนงลักษณ์ สุวิสิทธิ์. (2552). การรับรู้ประโยชน์ สภาพปัญหา ข้อเสนอแนะของพยาบาลเวชปฏิบัติในประเทศไทย. *วารสารสภาการพยาบาล*. 24(2), 39-49.
- อารีวรรณ เปสน. (2550) บทบาทของพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ Role of advanced nursing practice: From theory through practice. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*. 15(4), 6-15.
- อุบล จ้างพานิช. (2553). จำนวนผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในประเทศไทย (ปี 2552). สืบค้นข้อมูล วันที่ 1 พฤษภาคม 2553 จาก <http://portal.in.th/apn-kku/pages/2596/>.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and powering clinical practice*. California: Addison-Wesley publishing Company.
- Bickley, L. S. (2004). *Bates' pocket guide to physical examination and history taking* (4th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Canadian Nurses Association. (2008). *Advanced nursing practice: a national framework*. Retrieved on September 9, 2009. From www.cna-aiic.ca.
- Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques* (3rd ed.). New York: Wiley.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 44(3), 166-203.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed?. *Journal of American Medical Association*. 260(12), 1743-1748.
- Edmunds, M. W., & Scudder, L. E. (2009). Communication style of nurse practitioner. *Journal of Nurse Practitioner*. 5, 508-515.

- Hamric, A. B, Lindebak, S., Worley, D., & Jaubert, S. (1998). Outcomes associated with advanced nursing practice prescriptive authority. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 10(3), 113-118.
- Hamric, A. B., Spross, J. A., & Hanson, C. H. (Eds.). (2009). *Advanced practice nursing: an integrative approach*. (4th ed.). Missouri: Saunders Elsevier. pp.3-32.
- Hanucharunkul, S. (2007). *Nurse practitioner practice in Thailand*. Retrieved on September 9, 2009. From http://66.219.50.180/NR/rdonlyres/egrfsrnp2bwurrsvwkck7iyzrbt35sezv43f5qbqrejtlnqvlb55bas5bmk6minetsomqx4roy6akvtuk74fr6s6pa/Nurse_practitioner_in_Thailand_ICN_APNNP_rev.pdf.
- Hanucharunkul, S., Leucha, Y., Chutungkorn, P., Chantraprasert, S., Athaseri, S., & Noonil, N. (2002). Cost-effectiveness of primary care services provided by nurse's private clinics in Thailand. *Contemporary Nurse*. 13(2-3), 259-270.
- International council of nursing (ICN). (2009). *Nurse practitioner/Advance practice network*. Retrieved on September 9, 2009. From <http://www.icn-apnetwork.org/>.
- Kittipoom, S. (2001). *Effectiveness of primary care provided at midwifery private clinics: Nakhonsawan province*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of nursing science (Adult nursing), Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- Kleinpell, R. M. (2009). *Outcome assessment in advance practice nursing* (2nd ed.). New York: Springer.
- Keeling, A. W. (2009). A brief history of advanced practice nursing in United States. In Hamric, A. B., Spross, J. A., & Hanson, C. M. (Eds.), *Advanced practice nursing: an integrative approach*. (4th ed.) (pp. 3-32). Missouri: Saunders Elsevier.
- Ketefian, S., Redman, R.W., Hanucharunkul, S., Masterson, A., & Neves, E.P. (2001). The development of advance practice roles: implications in the international nursing community. *International Council of Nurses, International Nursing Review*. 48, 152-163.
- Lenz, E. R., Mudinger, M.O.N, Kane, R. L., Hopkins, S. C., & Lin, S. X. (2003). Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: Two-year follow-up. *Medical Care Research and Review*, 61(3), 322-351.

- Spross, J. A., & Lawson, M. T. (2009). Conceptualizations of Advanced practice nursing. In Hamric, A. B., Spross, J. A., & Hanson, C. M. (Eds.), *Advanced practice nursing: An integrative approach* (4th ed.) (pp. 33-74). Missouri: Saunders Elsevier.
- Tientaworn, R. (2007). *Referral system for trauma patients: A literature analysis*. A thematic paper submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of nursing science (Adult nursing). Faculty of graduate studies, Mahidol University.





ภาคผนวก ก

**เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)**

ชื่อโครงการ ประสิทธิภาพและผลลัพธ์ของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

ชื่อผู้วิจัย ผศ.ดร. นพวรรณ เปียชื่อและคณะ

สถานที่วิจัย ศูนย์สุขภาพชุมชนและชุมชนในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดต่างๆ

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ผศ.ดร. นพวรรณ เปียชื่อ โทรศัพท์ 089-6903411, ศ.ดร. สมจิต หนูเจริญกุล โทร. 081-7749313

ผู้สนับสนุนการวิจัย สภาการพยาบาล

ความเป็นมาของโครงการ ระบบสุขภาพของประเทศไทยเน้นการให้บริการในระดับปฐมภูมิ แบบใกล้บ้านใกล้ใจ โดยจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน สถานีอนามัยหรือหน่วยปฐมภูมิต่างๆ ทั่วประเทศ พยาบาลเวชปฏิบัติมีบทบาทในการดูแลจัดการปัญหาสุขภาพตามกลุ่มเป้าหมาย/ผู้รับบริการ โดยมุ่งเน้นการจัดระบบที่ดีจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล ทำให้ผู้รับบริการมีคุณภาพชีวิตที่ดี อีกทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่ายของทั้งผู้รับบริการ ครอบครัว และภาครัฐอีกด้วย ดังนั้น การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเป็นการขยายขอบเขตของการพยาบาลที่มีความจำเป็นเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยที่พยาบาลเวชปฏิบัติให้การรักษาโรคเบื้องต้น ดูแลสุขภาพครอบครัว การพัฒนานวัตกรรมต่างๆ เพื่อการปรับปรุงคุณภาพการบริการ ดังนั้นการศึกษาประสิทธิภาพและผลลัพธ์ของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนอย่างเป็นระบบจึงมีความจำเป็นและจะเป็นข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อ 1) ศึกษาผลลัพธ์ของการปฏิบัติของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปต่อภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ภาวะแทรกซ้อน ความพึงพอใจ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

และ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปกับผลลัพธ์ ด้านภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ภาวะแทรกซ้อน ความพึงพอใจและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือท่านในการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ปัญหาสุขภาพ กิจกรรมการตรวจและดูแลรักษา ระยะเวลาในการตรวจ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมทั้งความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลและให้ข้อเสนอแนะในการบริการ โดยจะใช้เวลาโดยเฉลี่ย 15-20 นาทีต่อคน หลังจากนั้นผู้วิจัยอาจขออนุญาตนัดหมายกับท่านและพยาบาลเพื่อสังเกต

กิจกรรมตามแบบสังเกตในวันเวลาที่ท่านสะดวก ทั้งนี้ท่านสามารถปฏิเสธไม่เข้าร่วมการศึกษาหรือขอถอนตัวจากการศึกษาได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆทั้งสิ้น

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะมีโอกาสพูดคุยเสนอความคิดเห็น ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงบริการในการรักษาพยาบาลให้กับท่านและผู้รับบริการท่านอื่นต่อไป การเข้าร่วมการศึกษานี้มีผลข้างเคียงน้อยมาก อย่างไรก็ตามอาจทำให้เกิดความเครียดสำหรับบางท่าน ซึ่งท่านสามารถยุติการเข้าร่วมการศึกษหากเกิดปัญหาดังกล่าว

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

การเก็บรวบรวมข้อมูลและนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อ และผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ





หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ประสิทธิภาพและผลลัพธ์ของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

ชื่อผู้วิจัย ผศ.ดร. นพวรรณ เปียชื่อและคณะ

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย.....

อายุ.....เลขที่เวชระเบียน

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดบีบบังคับหรือชักจูงใจให้ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการที่มีข้อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อตัวข้าพเจ้า นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผล ทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดบีบบังคับหรือชักจูงใจให้ข้าพเจ้าเข้าร่วมการวิจัย

ลงชื่อ.....(แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ: กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในใบยินยอมฯ นี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วมือเมื่อรับทราบในการให้ความยินยอม ดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย * ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย

ภาคผนวก ข



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ถนนพระราม 6 กทม. 10400
โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University
Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๒/๑๕๘๘

ชื่อโครงการ	ประสิทธิภาพและผลลัพธ์ของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
เลขที่โครงการ/รหัส	ID ๐๘-๕๒-๑๔ ข
ชื่อหัวหน้าโครงการ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์นพวรรณ เปียชื่อ
ที่ทำงาน	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติของ
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม _____

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน (รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล)

ลงนาม _____

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ศาสตราจารย์นายแพทย์บุญส่ง องค์พิพัฒนกุล)

วันที่รับรอง ๒๕ กันยายน ๒๕๕๒



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

**Documentary Proof of Ethical Clearance Committee on Human Rights
Related to Researches Involving Human Subjects
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University**

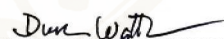
MURA2009/1588

Title of Project	Cost Effectiveness and Outcomes of Community Health Nurse Practitioners
Protocol Number	ID 08-52-14
Principal Investigator	Asst. Prof. Noppawan Piaseu
Official Address	Department of Nursing Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital Mahidol University

The aforementioned project has been reviewed and approved by Committee on Human Rights Related to Researches Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.

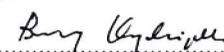
Signature of Secretary

Committee on Human Rights Related to
Researches Involving Human Subjects


.....
Assoc. Prof. Duangrudee Wattanasirichaigoon, M.D.

Signature of Chairman

Committee on Human Rights Related to
Researches Involving Human Subjects


.....
Prof. Boonsong Ongphiphadhanakul, M.D.

Date of Approval

September 29, 2009

ภาคผนวก ค

เครื่องม่อวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถามสำหรับพยาบาล

แบบสอบถามการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติ
ชุมชน (APN/NP)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและการดำเนินงาน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในวงเล็บหน้าข้อความที่ตรงกับความจริงเกี่ยวกับตัวท่านและเติมตัวเลขหรือเขียนข้อความลงในช่องว่าง

1. เพศ [] ชาย [] หญิง
2. อายุ ปี
3. ประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาล.....ปี

- •
•
• •
•
•
•
•

11. ผลงานที่ท่านได้ทำตั้งแต่ได้รับวุฒิปัตรแสดงความรู้ความชำนาญผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงหรือได้รับหนังสือรับรองผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (รักษาโรคเบื้องต้น)

-

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทการปฏิบัติงานโดยตรงตั้งแต่ได้รับวุฒิปัตรแสดงความรู้ความชำนาญ
ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN/NP)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

บทบาท	ไม่ได้ปฏิบัติ	ปฏิบัติ		
		บ่อยมาก	ปานกลาง	น้อย
1. การดูแลสุขภาพเด็กทุกวัย				
2. การดูแลสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์				
.				
.				
.				
.				
.				
24. การเป็นวิทยากรอบรมและเผยแพร่ความรู้				

25. ถ้าท่านได้ปฏิบัติบทบาทเกี่ยวกับการรักษาโรคเบื้องต้น โปรดระบุโรคที่ท่านให้การรักษ
 จำนวน 10 โรคแรก โดยเรียงลำดับจากโรคที่พบบ่อยจากมากไปหาน้อย

1.

.

.

.

10.

26. ถ้าท่านได้ปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาโรคเบื้องต้น โปรดระบุจำนวนผู้ป่วยโดยเฉลี่ยที่ท่าน

ให้บริการต่อวัน.....คน/วัน และจำนวนต่อสัปดาห์.....คน/สัปดาห์

ข้อมูลชุดที่

□□□□□

ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพภายหลังรับบริการ (ผลของการรักษาพยาบาล)

โปรดอ่าน : หลังจากที่ท่านรับการรักษาที่สถานบริการแห่งนี้แล้ว 7 วัน โปรดตอบแบบสอบถามชุดนี้

คำชี้แจง ให้ท่านเติมคำลงในช่องว่างหรือใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน □ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

1. ผู้ตอบแบบสอบถาม

☐ 1.1 ผู้รับบริการ☐ 1.2 อื่น ๆ (เช่นญาติ, เพื่อนบ้าน เป็นต้น) ระบุ.....

2. หลังจากที่ท่านรับการรักษาที่สถานบริการแห่งนี้ความเจ็บป่วย หรืออาการของท่านเป็นอย่างไร

☐ 1. หาย☐ 2. ดีขึ้น☐ 3. อาการเหมือนเดิม☐ 4. อาการแย่ลง3. ถ้าท่านเจ็บป่วยหรือไม่สบาย ครั้งต่อไป ท่านจะมาใช้บริการรักษาที่สถานบริการแห่งนี้หรือไม่☐ 1. มา

เพราะ.....

☐ 2. ไม่มา

เพราะ.....

.....

.....

.....

ข้อมูลชุดที่

□□□□□

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อพยาบาล และการให้บริการในสถานบริการ

คำชี้แจง ในแต่ละคำถามให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในตารางที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ข้อความ	ดี	ไม่ แน่ใจ	ไม่ดี
ท่านพึงพอใจต่อพยาบาลและการให้บริการเหล่านี้หรือไม่			
1. ความสุภาพและอ่อนโยนของพยาบาล			
2. ความชำนาญในการรักษาของพยาบาล			
3. พยาบาลกระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือ			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
15. ความมั่นใจในการรักษา			

16. ความคิดเห็นอื่น ๆ

(ระบุ).....

แบบบันทึกและสังเกตกิจกรรมรักษาโรคเบื้องต้นแบบมีโครงสร้าง

ข้อมูลชุดที่ □□□□□

แบบบันทึกการสังเกตการให้บริการ

1. ปัญหาสุขภาพ / อาการที่มารับการรักษา

.....

2. การซักประวัติความเจ็บป่วย

อดีต.....

ปัจจุบัน.....

3. การตรวจร่างกาย.....

4. การวินิจฉัย.....

แบบบันทึกการสังเกต

ชนิดของกิจกรรม	บันทึกการสังเกตกิจกรรม		
	มี	ไม่มี	ข้อมูลจากการสังเกต (เวลา)
การกล่าวทักทาย			
การวัดไข้			
การประเมินชีพจร			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
การส่งต่อ			
การทำหัตถการ			
อื่นๆ.....			

ภาคผนวก ง

ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อพยาบาลและการให้บริการในสถานบริการ (n=200)

ข้อความ	ดี จำนวน(ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ จำนวน(ร้อยละ)	ไม่ดี จำนวน(ร้อยละ)
1. ความสุภาพและอ่อนโยนของพยาบาล	199 (99.5)	1 (0.5)	-
2. ความชำนาญในการรักษาของพยาบาล			
3. พยาบาลกระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือ	199(99.5)	1 (0.5)	-
4. ความเป็นกันเองของพยาบาล	196 (98)	4 (2)	-
5. การเป็นที่พึ่งพิงเมื่อยามเจ็บป่วย	196 (98)	3 (1.5)	1 (0.5)
6. วิธีการรักษาของพยาบาล	197 (98.5)	3 (1.5)	-
7. ขณะรักษาใช้เวลาในการพูดคุย ซักถาม	198 (99)	2 (1)	-
8. วิธีให้คำแนะนำ และคำปรึกษาของ พยาบาล เกี่ยวกับ ความเจ็บป่วยและ การดูแลสุขภาพตนเอง	199 (99.5)	1 (0.5)	-
9. ตรวจร่างกายของท่านอย่างละเอียด	197 (98.5)	3 (1.5)	-
10. ยาที่ให้ไปกินที่บ้าน	198 (99)	2 (1)	-
11. การต้อนรับของพยาบาล	198 (99)	2 (1)	-
12. ความสะดวกเมื่อมาใช้บริการ	197 (98.5)	3 (1.5)	-
13. ประหยัดเวลารอการรักษา	196 (98)	4 (2)	-
14. ค่ารักษาพยาบาล	197 (98.5)	3 (1.5)	-
15. ความมั่นใจในการรักษา	199 (99.5)	1 (0.5)	-
	198 (99)	2 (1)	-

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล

นายเวหา เกษมสุข

วัน เดือน ปีเกิด

17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2526

สถานที่เกิด

จังหวัดอุบลราชธานี

วุฒิการศึกษา

มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2548

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

(การพยาบาลและการผดุงครรภ์)

มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2553

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

ทุนการศึกษา/ทุนวิจัย/รางวัลที่ได้

ทุนสนับสนุนการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

ทุนสนับสนุนการวิจัยบางส่วนจากสมาคมศิษย์เก่า

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ทุนสนับสนุนการวิจัย สภากาพยาบาล

ทุนสนับสนุนการวิจัยจากมูลนิธิสภา

ที่อยู่ปัจจุบัน

อาคารชุดพักอาศัย มหาวิทยาลัยมหิดล (อาคารB)

ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม

โทรศัพท์ 081-7790183

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน

อาจารย์

ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

โทรศัพท์ 02-4197466-80 ต่อ 1900, 1908

E-mail: nswls@mahidol.ac.th