

# พยาบาลเวชปฏิบัติ กับการพัฒนาบริการปฐมภูมิ

สมจิต หนูเจริญกุล  
 ุปนายกสภาการพยาบาล คนที่ 1 สภาการพยาบาล  
 ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ

การสร้างวามเข้มแข็งของการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ เป็นหัวใจสำคัญที่จะช่วยให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม ทั่วถึง มีคุณภาพ คุ่มค่าใช้จ่าย และผู้ให้บริการมีความสุขจากการทำงาน ระบบบริการปฐมภูมิ จึงต้องเป็นบริการที่เรียกว่า “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” เป็นที่ยอมรับของประชาชนและสังคม โดยมีพันธกิจหลักคือ ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพและเสริมสร้างขีดความสามารถของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน อย่างครอบคลุม มีคุณภาพมาตรฐานที่สอดคล้องกับสภาพพื้นที่อย่างเหมาะสม โดยที่บุคลากรในระบบบริการปฐมภูมิต้องดูแลสุขภาพของประชาชนในความรับผิดชอบอย่างต่อเนื่องเป็นองค์รวม สามารถบูรณาการการดูแลทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้นในโรคหรือปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในพื้นที่ การจัดการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ หรือผู้ที่ต้องพึ่งพิงในชุมชน ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตให้ตายอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยการบริการนั้นต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของการดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์

พยาบาลเวชปฏิบัติเป็นบุคลากรสุขภาพที่สำคัญในการให้บริการระดับปฐมภูมิซึ่งเป็นด้านหน้าของระบบบริการสุขภาพ ผู้นำทางด้านสุขภาพหลายท่านในประเทศไทยมีความเห็นว่าพยาบาลเป็นบุคลากรที่เหมาะสมในการรับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนในระดับปฐมภูมิ เนื่องจาก 1) ค่าใช้จ่ายในการผลิตพยาบาลต่ำกว่าการผลิตแพทย์มาก 2) พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมาแล้ว ถ้าได้รับการศึกษาเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจะกระทำได้ดี 3) พยาบาลส่วนใหญ่มีทักษะในการติดต่อสื่อสารที่ดี และทักษะในการสร้างสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการและกับผู้ร่วมงาน 4) จำนวนของพยาบาลในระบบสุขภาพมีมากกว่าเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ 5) การดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิเน้นการทำงานร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนมากกว่าการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง นอกจากนี้พยาบาลมีความรู้ในเรื่องระบาดวิทยา สังคม และพฤติกรรมศาสตร์ รวมทั้งสุขภาพของชุมชน (Schoenhofer, 1995) อีกทั้งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ (Innes, 1987) ซึ่งความรู้ที่กว้างขวางเหล่านี้มีประโยชน์อย่างมากในการดูแลสุขภาพในระดับ



ปฐมภูมิ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจะสามารถบูรณาการความรู้ทางการพยาบาล  
กับความรู้ดังกล่าวร่วมกับการมีข้อผูกพันในการดูแลแบบองค์รวม จะเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการ  
ปรับปรุงสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน

งานวิจัยต่างๆ ทั้งในประเทศไทยและประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่า พยาบาลเวชปฏิบัติเป็น  
บุคลากรสุขภาพที่สำคัญในการให้บริการระดับปฐมภูมิซึ่งเป็นด่านหน้าของระบบบริการสุขภาพ โดย  
เฉพาะอย่างยิ่งในท้องถิ่นที่ไม่มีแพทย์ ก่อให้เกิดผลดีทั้งทางด้านผลลัพธ์ทางคลินิกและลดค่าใช้จ่าย ใน  
หลายประเทศทั้งสหรัฐอเมริกา (Ingersoll & Mahn-Dinicola, 2005), อังกฤษ (Kinnersley et al.,  
2000) และแม้ในประเทศไทยที่ใช้พยาบาลเวชปฏิบัติที่ได้รับการศึกษาเพิ่มเติม 4 เดือนให้บริการใน  
ระดับปฐมภูมิพบว่า ประชาชนยอมรับและให้ความเชื่อมั่นในการรักษาภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน การ  
ดูแลทางด้านจิตสังคม และการสร้างสุขภาพ (โครงการสนับสนุนการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข,  
2551) นอกจากนี้พบว่า พยาบาลส่วนหนึ่งได้เปิดคลินิกส่วนตัวเพื่อให้บริการรักษาโรคเบื้องต้นแก่  
ประชาชนนอกเวลาราชการในชนบท และคลินิกเหล่านี้ได้รับการยอมรับจากประชาชน และช่วย  
บรรเทาทุกข์ยามเจ็บป่วยและฉุกเฉินให้แก่ประชาชนได้ส่วนหนึ่ง (สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ,  
2542) แต่พยาบาลเวชปฏิบัติจะต้องทำงานเป็นเครือข่ายกับแพทย์ที่สามารถปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยที่  
เกินขอบเขตความรับผิดชอบของตนเอง เพื่อเพิ่มขีดความสามารถและคุณภาพของการบริการใน  
ระดับปฐมภูมิในประเทศไทยดังกล่าว ได้มีความพยายามที่จะผลิตแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวเพื่อ  
ปฏิบัติงานในระดับนี้ อย่างไรก็ตาม ภาวะการขาดแคลนแพทย์ ความเจริญทางด้านเทคโนโลยีและ  
เทคโนโลยี ร่วมกับปัญหาสุขภาพที่มีความสลับซับซ้อนต้องการผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญมากขึ้น  
ผนวกการขยายตัวของโรงพยาบาลและศูนย์ของความเป็นเลิศในการบริการสุขภาพในสาขาเชี่ยวชาญ  
ทั้งของรัฐและเอกชน ทำให้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ทวีความรุนแรงขึ้น ดังนั้นจึงเป็นการยากที่จะมี  
แพทย์ประจำอยู่ในระดับปฐมภูมิในขณะนี้

สภาการพยาบาลได้มีบทบาทอย่างมากในการพัฒนาขีดความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ  
เพื่อตอบสนองนโยบายของระบบสุขภาพของประเทศในทุกด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับปฐมภูมิ  
ได้ดำเนินการร่วมกับสถาบันการศึกษาพยาบาลในการวางมาตรฐานหลักสูตรและการจัดการเรียนการ  
สอนพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (รักษาโรคเบื้องต้น) ซึ่งเป็นหลักสูตรระยะสั้น 4 เดือน โดยมีเป้าหมาย  
เพื่อผลิตพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปให้ได้จำนวน 10,000 คน ใน 10 ปี (2545-2555) รวมทั้งอบรม  
พยาบาลที่จบพยาบาลเวชปฏิบัติก่อนปี พ.ศ.2545 โดยทำการอบรม 5 วัน นอกจากนั้น ในปี  
พ.ศ.2550 สำนักงานหลักประกันสุขภาพได้ให้ทุนแก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในชุมชนเพื่อศึกษา  
ต่อในสถาบันการศึกษาต่างๆ ในหลักสูตรเวชปฏิบัติทั่วไป หลักสูตร 4 เดือน ปีละ 1,000 คน และ  
สถาบันการศึกษาพยาบาลยังได้ผลิตพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ซึ่งเป็นการศึกษาในระดับปริญญาโทอีก  
ประมาณปีละ 500 คน ปัจจุบันสภาการพยาบาลได้ออกหนังสือรับรองให้แก่พยาบาลเหล่านี้เพื่อให้  
สามารถตรวจและรักษาโรคเบื้องต้นตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาลมีจำนวน 7,000 คน

รวมทั้งได้มีการจัดทำแนวปฏิบัติในการรักษาโรคเบื้องต้น รวมทั้งจัดทำข้อกำหนดในการใช้ยา  
ของพยาบาลเวชปฏิบัติด้วย แนวปฏิบัตินี้ได้ผ่านการรับรองจากแพทยสภา สภาเภสัชกรรม และทันต  
แพทยสภา อีกทั้งได้ลงประกาศในราชกิจจานุเบกษาในหน้า 10 เล่ม 119 ตอนพิเศษ 114 ง  
ราชกิจจานุเบกษา 22 พฤศจิกายน 2545 (สภาการพยาบาล, 2545) ซึ่งนับว่าเป็นประโยชน์แก่  
พยาบาลเวชปฏิบัติและวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์เป็นอย่างมาก ในการปรับแนวความคิด  
และการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติที่เคยเป็นอยู่คือ ปฏิบัติงานแทนแพทย์หรือช่วยเหลือแพทย์  
มาเป็นการปฏิบัติงานในขอบเขตของกฎหมายวิชาชีพที่ขยายออกไปเพื่อตอบสนองความต้องการด้าน  
สุขภาพ เป็นการเพิ่มความรู้สึกรับคุณค่าในตนเองของพยาบาลเวชปฏิบัติที่ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนา  
คุณภาพและสุขภาพของประชาชน



การที่จะให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานในชุมชนชนบทได้ยั่งยืน ไม่ใช่เรื่องง่าย เนื่องจากมีความแตกต่างระหว่างชุมชนเมืองกับชุมชนชนบทในทุกด้าน ทั้งเศรษฐกิจ การเมือง ความสะดวกสบาย และความปลอดภัย ซึ่งในชุมชนเมืองดีกว่าในทุกด้าน รศ.ดร.ชนิษฐา นนทบุรี และคณะภายใต้การผลักดันและสนับสนุนจาก ศ.นพ.ประเวศ วะสี และ ศ.ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ จึงได้สร้างนวัตกรรมการผลิตพยาบาลชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในท้องถิ่น ตั้งแต่สาธารณสุขอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชาวบ้าน ในการคัดเลือกนักศึกษาซึ่งเป็นคนในท้องถิ่นเพื่อมาศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ต่างๆ ที่เข้าร่วมโครงการ นักศึกษาพยาบาลเหล่านี้ นอกจากจะต้องมีความรู้ความสามารถตามมาตรฐานของหลักสูตรที่สภาการพยาบาลรับรองแล้ว ยังต้องมีความรู้ความสามารถตามมาตรฐานของหลักสูตรที่สภาการพยาบาลรับรองแล้ว ยังต้องมีประสบการณ์เป็นพิเศษในการดูแลสุขภาพของชุมชนที่พวกเขาจะกลับไปทำงานหลังจบการศึกษาแล้ว ซึ่งนักศึกษาเหล่านี้ส่วนหนึ่งได้รับทุนการศึกษาจากท้องถิ่น ดังนั้นพวกเขาจะต้องทำงานในท้องถิ่นที่ได้รับทุนเป็นเวลาอย่างน้อย 2 เท่าของระยะเวลาที่ได้รับทุน และอาจจะต้องทำงานและรับเงินเดือนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งวิธีนี้เคยใช้ได้ผลมาแล้วในอดีตที่ประเทศไทยมีปัญหาการตายของมารดาทารกจากการคลอดและมีการให้ทุนนักศึกษาในท้องถิ่นเพื่อศึกษาด้านผดุงครรภ์และกลับไปทำงานในท้องถิ่นที่สุขศาลา ต่างกันตรงที่ผดุงครรภ์เหล่านั้นได้บรรจุในตำแหน่งข้าราชการ แต่ปัจจุบันเนื่องจากนโยบายกระจายอำนาจและเงินสู่ท้องถิ่นและการปรับลดกำลังคนในภาคราชการ จึงไม่สามารถบรรจุพยาบาลในหน่วยปฐมภูมิหรือสถานีอนามัยให้เป็นข้าราชการได้ ซึ่งค่านิยมของคนไทยและบิดามารดาที่อยากให้บุตรรับราชการยังสูงมาก จึงต้องคอยติดตามกระตุ้นและสร้างอุดมการณ์ให้พยาบาลเหล่านี้รักบ้านเกิด และมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาชุมชนของตนเอง สร้างความมีคุณค่าจากการทำงานที่ช่วยเหลือญาติมิตรในถิ่นฐานบ้านเกิด เพื่อป้องกันพยาบาลไหลไปสู่ภาคเอกชนที่ใช้เงินเป็นตัวตั้ง

เพื่อติดตามการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติที่ได้รับหนังสืออนุบัตรหรือหนังสือรับรองผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษารอคเบื้องต้น) จากสภาการพยาบาล สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2550) ได้สำรวจสถานการณ์การปฏิบัติของพยาบาลเวชปฏิบัติ จำนวน 1,928 คน พบว่า พยาบาลเวชปฏิบัติมีบทบาทในการตรวจรักษาเบื้องต้นสูงสุด โดยให้บริการแก่ผู้ป่วยเฉลี่ย 26 คนต่อวัน รองลงมาคือการสร้างเสริมสุขภาพ การให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพ การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการและผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต การป้องกันและเฝ้าระวังโรคและความเจ็บป่วย พยาบาลเวชปฏิบัติเหล่านี้มีความภาคภูมิใจ และมีความเชื่อมั่นในการรักษารอคเบื้องต้นมากขึ้น และเห็นว่าช่วยแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแพทย์ได้ระดับหนึ่ง แต่ต้องการการศึกษาอบรมเพิ่มเติม และต้องการมีแพทย์เป็นที่ปรึกษาเมื่อไม่แน่ใจในปัญหาสุขภาพบางอย่างของผู้ป่วย ส่วนปัญหาของพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนคือ ความไม่ชัดเจนในบทบาท ภาระงาน การบริหารจัดการขององค์กร ซึ่งเชื่อมโยงกับปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทั้งแพทย์ พยาบาล และความเสียหายที่ต้อง ช่วยแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ โดยการ

“ทำแทนแพทย์” ซึ่งบางครั้งต้องกระทำการรักษาโรคเกินกว่าที่สภาการพยาบาลกำหนด ขณะเดียวกันจะต้องทำงานในหลายส่วนของพยาบาลวิชาชีพโดยทั่วไป รวมทั้งงานด้านธุรการอื่น ที่สำคัญคือ ขาดการเป็นเจ้าของงานของตนเอง ไม่สามารถปฏิบัติงานในบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติได้เต็มกำลังและความสามารถ สำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติที่สถานีนอนามัย มีลักษณะของ “การทำงานตามลำพัง” มีภาระงานมากแต่บุคลากรน้อย ขาดการช่วยเหลือสนับสนุนจากผู้บริหารสถานีนอนามัย และผู้บริหารสถานีนอนามัยบางคนไม่เข้าใจบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติ อาจเนื่องจากผู้กำหนดนโยบายของการบริการสุขภาพชุมชนคาดหวังให้บุคลากรที่ทำงานในระดับปฐมภูมิทำงานได้เหมือนๆ กัน และแทนกันได้ไม่ว่าจะเป็นพยาบาลหรือพนักงานชุมชน ซึ่งบุคลากรเหล่านี้ได้รับการเตรียมที่แตกต่างกัน ถ้าทำงานร่วมกันจะช่วยกันแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชนได้อย่างองค์รวม ซึ่งการคาดหวังให้บุคลากรทั้งหมดที่ทำงานในชุมชนทำงานเหมือนกัน ทำให้เกิดความสับสนและเกิดความขัดแย้งในบทบาท วิธีการที่จะแก้ปัญหาคือ ควรกำหนดขอบเขตความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่แต่ละประเภทให้ชัดเจน มีงานประเภทใดบ้างที่จะต้องทำร่วมกันเป็นทีม และประเภทใดบ้างที่เป็นงานอิสระของแต่ละวิชาชีพที่ต้องกระทำ นอกจากนี้ผู้บริหารสถานีนอนามัยจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพของชุมชนเป็นอย่างดี รู้จักบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลและทรัพยากรอื่นๆ เพื่อผลสัมฤทธิ์ของงาน

โดยสรุปจะเห็นว่า วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ได้มีส่วนในการพัฒนากำลังคนคือพยาบาลชุมชนและพยาบาลเวชปฏิบัติ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนมาเป็นเวลายาวนาน แต่ขาดนโยบายสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ทั้งจากระดับประเทศและระดับองค์กร ความไม่ชัดเจนในการกำหนดบทบาทและขอบเขตความรับผิดชอบตลอดจนตำแหน่งทำให้พัฒนาการของพยาบาลเวชปฏิบัติกระทำไม่ได้เต็มที่ ดังนั้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันจึงต้องการแผนกลยุทธ์ที่ชัดเจน และต้องติดตามประเมินผลการดำเนินงานของพยาบาลเวชปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทแต่ละท้องถิ่น และสอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนอย่างแท้จริง ■

## เอกสารอ้างอิง

Hanucharunkul, S. Leucha, Y. Cha Intrapasert, S.et al. (2002). Effectiveness of primary care provided at private nursing clinic in Thailand. Contemporary Nurse 13: 259-270

Ingersoll, G.L. & Mahn-DiNicola, V.A. (2005). Outcome evaluation and performance improvement In A.B. Hamric, J.A. Spross & C.M.Hanson (Eds.) Advanced nursing practice: An integrative approach (p.875-947)Philadelphia: W.B. Saunders.

Innes, J. (1987) PHC: primary health care in perspective. Can Nurse. 83(8):17-8. Kinnersley, P., Anderson, E., Parry, K., & et al. (2000). Randomized controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requiring 'same day' consultations in primary care, British Medical Journal, 320, 1043-8.

Schoenhofer, S.O. (1995). Rethinking primary care: Connection to nursing. Advances in Nursing Science. 17(4), p.12-21.

สมจิต หนูเจริญกุล นพวรรณ เปี้ยชื่อ ปณิตดา ปรียทฤม และคณะ (2550) สถานการณ์การดำเนินการของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศไทย สภาการพยาบาล

สภาการพยาบาล. (2545). ข้อกำหนดการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรคสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง. กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์.

โครงการสนับสนุนการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2551) การยอมรับและเชื่อมั่นของผู้ใช้บริการต่อพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวในศูนย์สุขภาพชุมชน {online www.hcrp.or.th} May 2551