

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ปัญหา อุปสรรคและปัจจัยส่งเสริม สนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังนั้นเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาค้นคว้าหาข้อมูลจากเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยแบ่งเนื้อหาที่ทำการศึกษาดังนี้

1. โครงสร้างและการบริหารงานของโรงพยาบาลชุมชน
 - 1.1 โครงสร้างโรงพยาบาลชุมชน
 - 1.2 หลักเกณฑ์การจัดตั้งโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง
 - 1.3 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชน
2. โครงสร้างและการบริหารงานของกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน
 - 2.1 โครงสร้างกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน
 - 2.2 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของกลุ่มงานการพยาบาล
3. แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ
 - 3.1 ความหมายของบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ
 - 3.2 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ
 - 3.3 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลเทคนิค
 - 3.4 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน
 - 3.5 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน
 - 3.6 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลเทคนิค ที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน
4. แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหา อุปสรรคและปัจจัยส่งเสริม สนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

โครงสร้างและการบริหารงานของโรงพยาบาลชุมชน

กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ในทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ ให้มีสุขภาพดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยแบ่งการบริการออกเป็น 5 ระดับดังนี้ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542, หน้า 195-196)

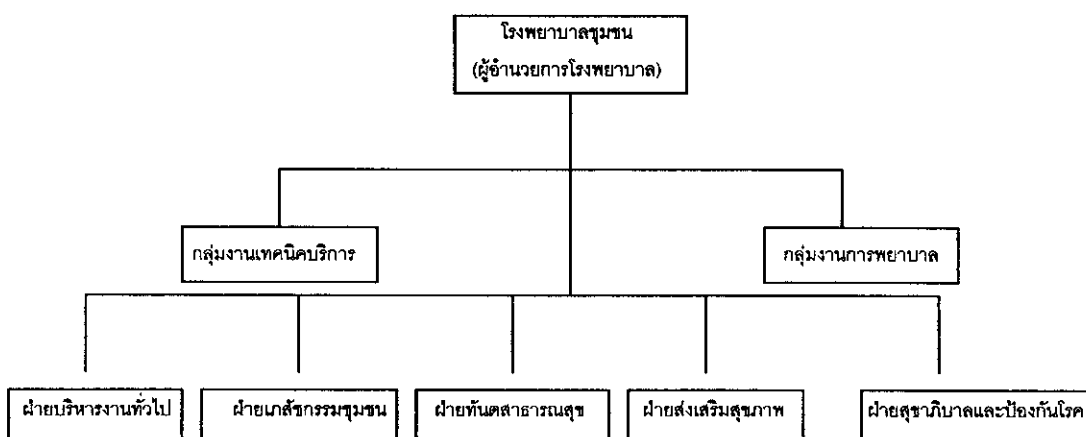
1. การดูแลสุขภาพด้วยตนเองในครอบครัว (self care)
2. การบริการสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care)
3. การบริการสาธารณสุขระดับต้น (primary care)
4. การบริการสาธารณสุขระดับกลาง (secondary care)
5. การบริการสาธารณสุขระดับสูง (tertiary care)

ซึ่งการบริการสาธารณสุขในแต่ละระดับ มีขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบและศักยภาพ ในการให้บริการที่แตกต่างกันออกไป โรงพยาบาลชุมชนจัดเป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับต้น ที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนในเขตอำเภอที่ตั้งโรงพยาบาลและพื้นที่ใกล้เคียง ส่วนใหญ่ตั้งอยู่ใน เขตอำเภอที่เป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลเริ่มมีมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2466 เดิมมีชื่อเรียกว่า "โสตศาศาลา" ต่อมาในปี พ.ศ. 2518 ถูกยกฐานะขึ้นเป็น "โรงพยาบาลอำเภอ" ซึ่งต่อมาในปี พ.ศ. 2525 ได้เปลี่ยนชื่อเป็น "โรงพยาบาลชุมชน" และให้ชื่อนี้มาจนถึงปัจจุบัน (สถาบันพระบรมราชชนก, ม.ป.ป., หน้า 5-6) มีหน้าที่ให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสานในด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนในชนบทซึ่งเป็นประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ มีขนาดตั้งแต่ 10-120 เตียง (ไม่เกิน 150 เตียง) แบ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10, 30, 60, 90, 120 เตียง (ไม่เกิน 150 เตียง) ปัจจุบันมีจำนวนทั้งสิ้น 712 แห่ง (ทำเนียบโรงพยาบาลและสถิติ สาธารณสุข 2543-2544, 2543, หน้า 261) ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง และเมื่อจำแนกตามขนาดและภาคแล้วจะพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นพื้นที่ที่มีจำนวน ของโรงพยาบาลชุมชนมากที่สุดในเกือบทุกขนาดเตียงยกเว้นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง ซึ่งมีมากที่สุดในภาคใต้ (ตาราง 3)

โรงพยาบาลชุมชน มีสายการบังคับบัญชาขึ้นตรงต่อสาธารณสุขจังหวัด มีสายการ นิเทศและประสานงานขึ้นกับศูนย์เขตสาธารณสุข มีแพทย์เป็นผู้บริหารสูงสุดขององค์กร ดำรง ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาล (กระทรวงสาธารณสุข, 2531, หน้า 156) จัดตั้งขึ้นเพื่อ กระจายสาธารณสุขพื้นฐาน (basic health care) ไปสู่ประชาชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนที่ อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ให้สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้สะดวกและครอบคลุมยิ่งขึ้น

เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลภาวะสุขภาพของตนเอง และครอบครัวได้ จึงอาจจะกล่าวได้ว่าโรงพยาบาลชุมชนเปรียบเสมือนปราการด่านแรก ที่จะช่วยสกัดกั้นการเดินทางเข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในตัวจังหวัดของประชาชน ซึ่งจะทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งของประชาชนและภาครัฐ ประกอบกับปัจจุบัน โรงพยาบาลชุมชนมีศักยภาพและพัฒนาขีดความสามารถในการให้บริการจนเป็นที่ยอมรับของประชาชนมากกว่าในอดีต ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก รวดเร็วมากยิ่งขึ้น และมีจำนวนมากพอที่จะให้บริการครอบคลุมพื้นที่ได้มากถึงร้อยละ 95 (อำพล จินดาวัฒนะ และคณะ, 2542, หน้า 51)

อย่างไรก็ตามขีดความสามารถในการให้บริการของโรงพยาบาลชุมชนนั้นแตกต่างกันไปตามขนาดของโรงพยาบาล ความอาวุโสของผู้บริหารและอัตรากำลัง แต่ก็ก็มีจุดอ่อนคือมีอัตราการหมุนเวียนของบุคลากรสูง เปลี่ยนผู้บริหารบ่อย ขาดแคลนบุคลากรบางสายงาน (สถาบันพระบรมราชชนก, ม.ป.ป., หน้า 17-19 อ้างอิงจาก สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ และคณะ, 2540) ดังนั้นเพื่อให้การบริหารงานและการบริการมีประสิทธิภาพและคล่องตัวมากยิ่งขึ้น กระทรวงสาธารณสุขจึงแบ่งการบริหารงานของโรงพยาบาลชุมชน ออกเป็น 5 ฝ่าย 2 กลุ่มงาน คือ (สถาบันพระบรมราชชนก, ม.ป.ป., หน้า 10) ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน ฝ่ายทันตสาธารณสุข ฝ่ายสุขภาพิบาลและป้องกันโรค กลุ่มงานเทคนิคบริการ และกลุ่มงานการพยาบาล



ภาพที่ 2 โครงสร้างการบริหารงานของโรงพยาบาลชุมชน

ที่มา : สยามคอนามัยแห่งประเทศไทย. (2543). ปฏิทินสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์. หน้า 42.

ในด้านอัตรากำลัง โรงพยาบาลชุมชนจำแนกอัตรากำลัง ออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ อัตรากำลังสายสุขภาพ ซึ่งได้แก่แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล เป็นต้น ซึ่งบุคลากรในกลุ่มนี้เป็นกลไกสำคัญในการให้บริการของโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลซึ่งมีจำนวนมากที่สุด และอัตรากำลังสายสนับสนุนหรือสายบริหาร ซึ่งได้แก่ เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป เจ้าหน้าที่ธุรการ เจ้าหน้าที่เวชสถิติ เป็นต้น ซึ่งบุคลากรในกลุ่มนี้ถึงแม้ว่าจะเป็นบุคลากรเพียงส่วนน้อย แต่ก็มีความสำคัญต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลไม่น้อยไปกว่าอัตรากำลังสายสุขภาพเช่นกัน อย่างไรก็ตามจำนวนของบุคลากรในแต่ละโรงพยาบาลจะมีจำนวนเล็กน้อยแตกต่างกันไปตามขนาดของโรงพยาบาล (ตาราง 1)

ตารางที่ 1 จำนวนบุคลากรของโรงพยาบาลชุมชน จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาล

ขนาดโรงพยาบาล (เตียง)	จำนวนบุคลากรตามกรอบอัตรากำลังของ ก.พ. (ตำแหน่ง)
10-30	88
60	118
90	146
120	171

ที่มา : สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย. (2543). ปฏิทินสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์. หน้า 42.

จากตาราง 1 แสดงให้เห็นว่า จำนวนบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน แตกต่างกันไปตามขนาดของโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่จะมีจำนวนบุคลากรมากกว่าโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก สอดคล้องกับความเป็นจริงที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่มักมีขีดความสามารถในการให้บริการรักษาพยาบาลมากกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็ก ดังนั้นจำนวนของบุคลากรจึงมากตามไปด้วย

ตารางที่ 2 จำนวนโรงพยาบาลชุมชน จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาล

ขนาดโรงพยาบาล (เตียง)	จำนวน (แห่ง)
10	101
30	422
60	126
90	53
120	12
รวม	714 (รวมรพ. สาขา)

ที่มา : ทำเนียบโรงพยาบาลและสถิติสาธารณสุข 2543-2544. (2543). กรุงเทพฯ : อัลฟ่า รีเสิร์ช. หน้า 254.

จากตาราง 2 แสดงให้เห็นว่าเมื่อมองในภาพรวมพบว่ามีโรงพยาบาลชุมชนเกือบครบทุกอำเภอทั่วประเทศและเมื่อจำแนกตามขนาดของโรงพยาบาลพบว่า โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดที่มีจำนวนมากที่สุด ส่วนโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียงเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีจำนวนน้อยที่สุด ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียงมีจำนวน 101 แห่ง

ตารางที่ 3 จำนวนของโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
จำแนกตามเขตพื้นที่

เขตพื้นที่	จำนวน (แห่ง)
กรุงเทพมหานคร	-
ปริมณฑล	4
ภาคกลาง	13
ภาคตะวันออก	7
ภาคตะวันตก	-
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	24
ภาคเหนือ	15
ภาคใต้	38
รวม	101

ที่มา : ทำเนียบโรงพยาบาลและสถิติสาธารณสุข 2543-2544. (2543). กรุงเทพฯ :
อัลฟา รีเสิร์ช. หน้า 262.

จากตาราง 3 แสดงให้เห็นว่า ภาคใต้เป็นเขตพื้นที่ที่มีโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10
เตียงมากที่สุด รองลงไปได้แก่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนเขตพื้นที่ที่ไม่มีโรงพยาบาลชุมชน
ขนาด 10 เตียงนั้น ได้แก่ภาคตะวันตกและเขตกรุงเทพมหานคร ทั้งนี้อาจเนื่องจากเขตพื้นที่ดัง
กล่าวมีการขยายตัวจากโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียงเป็นโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่กว่า
อย่างไรก็ตามแม้จะมีการขยายตัวอย่างต่อเนื่องทั้งด้านปริมาณและขนาดเตียง แต่เมื่อประเทศ
ประสบกับปัญหาภาวะวิกฤตเศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2540 จนทำให้รัฐบาลต้องยอมรับเงื่อนไขของ
กองทุนการเงินระหว่างประเทศ โดยการตัดลดงบประมาณของส่วนราชการต่าง ๆ จากเดิมที่เคย
ได้รับร้อยละ 38.7 ในปี พ.ศ. 2540 ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 15.5 ในปี พ.ศ. 2542 นอกจากนี้
ยังมีการลดอัตราค่าจ้างของข้าราชการลง (กุลยา ตันติผลาชีวะ และสงศรี กิตติรักษัตระกูล,
2541 อ้างถึงใน ณัฐธยาน์ ใจคำปัน, 2544, หน้า 1) ส่งผลให้อัตราการขยายตัวของโรงพยาบาล
ชุมชนมีแนวโน้มลดลง ประกอบกับกระทรวงสาธารณสุขสามารถขยายโรงพยาบาลชุมชนได้ครอบคลุม

คลุมเกือบทุกอำเภอทั่วประเทศ (สถาบันพระบรมราชชนก, ม.ป.ป.) คิดเป็นร้อยละ 89.56 จาก 795 อำเภอทั่วประเทศ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542) และเพื่อให้การบริการดำเนินไปอย่างเป็นระบบและครอบคลุมพื้นที่ให้บริการ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดหลักเกณฑ์และแนวทางในการจัดตั้งโรงพยาบาลชุมชนแต่ละขนาดขึ้น ในส่วนของโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียงนั้นมีเกณฑ์ในการจัดตั้งดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2531, หน้า 84-85 อ้างถึงใน นิสาชล สิงห์ศิริ, 2542, หน้า 15)

1. ควรจัดตั้งในอำเภอหรือกิ่งอำเภอที่มีประชาชนไม่เกิน 30,000 คน
2. ควรจัดตั้งในตำบลที่เป็นที่ตั้งของที่ว่าการอำเภอ / กิ่งอำเภอหรือตำบลที่เหมาะสม เช่น เป็นชุมทางสามารถติดต่อกับตำบลต่าง ๆ ของอำเภอหรือกิ่งอำเภอได้สะดวก และไม่ควรวางจากที่ว่าการอำเภอมากนัก
3. จำนวนประชากรในชุมชนที่ตั้งของโรงพยาบาลไม่ควรต่ำกว่า 5,000 คน
4. จัดตั้งเพื่อสนับสนุนโครงการต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยราชการอื่น เช่น โครงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับชนบางกลุ่ม โครงการปรับปรุงอำเภอตัวอย่าง และโครงการพิเศษอื่น ๆ
5. ประชาชนในท้องถิ่นต้องการให้การสนับสนุนในการจัดตั้งและการดำเนินงานของโรงพยาบาล
6. ควรมีสิ่งสาธารณูปโภคโดยเฉพาะอย่างยิ่งไฟฟ้า น้ำประปา
7. อำเภอที่ควรยกฐานะเป็นโรงพยาบาลขนาด 30, 60 เตียงในอนาคตควรจัดให้มีที่ดินสำรองไว้ประมาณ 15 และ 25 ไร่ตามลำดับ

และเพื่อให้โรงพยาบาลชุมชนสามารถดำเนินงานไปได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชนไว้ดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2531, หน้า 151-153)

1. งานด้านบริการ งานด้านบริการในโรงพยาบาลชุมชนนั้นเป็นการบริการสาธารณสุขแบบผสมผสานให้บริการทั้งในและนอกสถานบริการ เน้นความครอบคลุมของประชากรมีงานบริการที่ต้องดูแลรับผิดชอบดังนี้
 - 1.1 ให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่
 - 1.1.1 งานอนามัยแม่และเด็ก
 - 1.1.2 งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
 - 1.1.3 งานวางแผนครอบครัว

- 1.1.4 งานอนามัยโรงเรียน
- 1.1.5 งานโภชนาการ
- 1.1.6 งานสุขศึกษา
- 1.1.7 งานส่งเสริมสุขภาพจิต
- 1.1.8 งานทันตสาธารณสุข
- 1.1.9 งานเภสัชกรรมชุมชน

1.2 ให้บริการด้านการควบคุมและป้องกันโรค ได้แก่

- 1.2.1 งานสุขาภิบาลทั่วไป
- 1.2.2 งานอนามัยสิ่งแวดล้อม
- 1.2.3 งานควบคุมและป้องกันโรค
- 1.2.4 งานเฝ้าระวังโรค

1.3 ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่

- 1.3.1 งานรักษาพยาบาลทั่วไป
- 1.3.2 งานรักษาพยาบาลในหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่
- 1.3.3 งานรักษาพยาบาลทางวิทยุ
- 1.3.4 งานชันสูตรสาธารณสุข
- 1.3.5 งานเภสัชกรรม
- 1.3.6 งานทันตกรรมบำบัด

1.4 ให้บริการตามระบบการรับ-ส่งผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อสำหรับผู้รับบริการ
ทุกประเภทไม่จำกัดเฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น

2. งานด้านวิชาการ โรงพยาบาลชุมชนมีส่วนในการให้บริการและส่งเสริมวิชาการ ดังนี้

2.1 ให้การอบรมและสนับสนุนด้านวิชาการแพทย์และสาธารณสุข แก่เจ้าหน้าที่
สาธารณสุข ทั้งเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเองและหน่วยงานอื่นที่ขอความร่วมมือมา ตลอดจน
นิสิต นักศึกษาด้านสาธารณสุขหลักสูตรต่าง ๆ รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป

2.2 การนิเทศงานวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่สถานบริการ
สาธารณสุขในระดับรองรวมถึงการนิเทศงานสาธารณสุขมูลฐาน

2.3 ศึกษา ค้นคว้า วิจัย เพื่อให้เกิดการพัฒนาวิชาการทางการแพทย์และ
สาธารณสุข

2.4 ให้คำปรึกษา สนับสนุนด้านวิชาการแก่หน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง

3. งานสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาชนบท ได้แก่

3.1 งานสาธารณสุขมูลฐานในเขตตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล

3.2 ให้การสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ด้านวิชาการ กำลังคน วัสดุอุปกรณ์และด้านอื่น ๆ ที่สามารถทำได้ในเขตอำเภอที่ตั้งของโรงพยาบาล

3.3 สนับสนุนองค์การระดับหมู่บ้าน ตำบลและหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในเขตตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาลในการพัฒนาชนบท

3.4 ให้การสนับสนุนในทุกด้านที่สามารถทำได้แก่องค์กรในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ในการพัฒนาชนบท

4. ด้านอื่น ๆ นอกจากหน้าที่ด้านบริการ วิชาการ งานสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาชนบทแล้ว โรงพยาบาลชุมชนยังได้รับมอบหมายให้มีหน้าที่รับผิดชอบงานด้านอื่น ๆ ดังนี้

4.1 งานด้านระบบข้อมูลข่าวสารของหน่วยงาน โดยให้มีระบบข้อมูลข่าวสาร ที่มีประสิทธิภาพ สามารถเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่นทั้งในระดับอำเภอและจังหวัดได้

4.2 ให้การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านกำลังคนให้สถานบริการสาธารณสุข ทั้งในระดับเดียวกันและในระดับรองโดยไม่ขัดต่อระเบียบของทางราชการ

4.3 ให้ความคุ้มครองด้านสาธารณสุขแก่ผู้บริโภคในด้านอาหารและยา เครื่องสำอาง วัตถุมีพิษ

4.4 หน้าที่อื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมายจากหน่วยงานในระดับจังหวัด / กระทรวง หรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

4.4.1 ปฏิบัติงานในหน่วยอำเภอเคลื่อนที่เพื่อให้บริการแก่ประชาชน ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล

4.4.2 ปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยแพทย์ พอ.สว. / หน่วยแพทย์โดยพระราชประสงค์และหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ของ ก.ร.ป.กลาง เป็นต้น

4.4.3 ร่วมกับกองตรวจคนเข้าเมือง กรมตำรวจ ในการตรวจคนเข้าเมือง ในอำเภอชายแดนที่มีด่านตรวจคนเข้าเมือง

4.4.4 ร่วมกับศูนย์อพยพ ในการตรวจ รักษา ป้องกันโรคและให้การดูแลสุขภาพอนามัยและการสุภาพิบาลแก่ประชาชนในอำเภอที่มีศูนย์อพยพตั้งอยู่

4.4.5 ปฏิบัติงานตามนโยบายและโครงการเฉพาะของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โครงการบัตรสุขภาพ โครงการพัฒนาระบบบริการของสถานพยาบาลและหน่วยงาน

สาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (พ.บ.ส.) โครงการโรงพยาบาลชุมชนสาขา (extended O.P.D.) โครงการแพทย์หมุนเวียนปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย โครงการผลิตแพทย์เพิ่ม โครงการเวชศาสตร์ชุมชนและอื่น ๆ

4.4.6 ร่วมในการดูแล รักษาพยาบาลแก่นักโทษในเรือนจำของกรมราชทัณฑ์ กระทรวงมหาดไทย

4.4.7 ร่วมกับเทศบาล สุขาภิบาล ในการดำเนินงานต่าง ๆ เกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในเขตเทศบาลและสุขาภิบาล

4.4.8 ร่วมงานในโครงการพิเศษของจังหวัดเช่น งานหน่วยปฏิบัติการจิตวิทยา เป็นต้น

4.4.9 ร่วมกับหน่วยราชการอื่นที่เกี่ยวข้องในระดับอำเภอ เช่น เป็นคณะกรรมการ เป็นวิทยากร เป็นต้น

4.4.10 งานพิเศษอื่น ๆ

จะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลชุมชนแม้จะมีขนาดเล็ก แต่ก็มีขอบเขตของบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่กว้างขวางมากกล่าวคือ นอกจากจะต้องรับผิดชอบงานใน 4 มิติหลักแล้วยังมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบด้านวิชาการและการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้มากที่สุด ซึ่งการดำเนินงานต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรหลายสาขาวิชาชีพและหลายระดับ จากสถิติข้อมูลบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขจะพบว่า พยาบาลเป็นบุคลากรกลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุดในโรงพยาบาล (ตาราง 4) มีหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง และยังคงปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรอื่น ทำให้พยาบาลมีโอกาสปฏิบัติงานก้าวล้ำเข้าไปในงานที่เป็นบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของวิชาชีพอื่นหรือแม้กระทั่งวิชาชีพพยาบาลด้วยกันเอง ซึ่งแตกต่างกันตามระยะเวลาที่ได้รับการเตรียมมาด้วยการศึกษา กล่าวคือ พยาบาลวิชาชีพใช้เวลาในการศึกษา 4 ปี สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการหนักและซับซ้อนได้ ส่วนพยาบาลเทคนิคใช้เวลาในการศึกษา 2 ปี สามารถให้การพยาบาลอย่างง่าย ๆ แก่ผู้ป่วยได้ เป็นต้น ดังนั้นการกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลแต่ละระดับให้ชัดเจน จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะสิ่งเหล่านี้จะเป็นแนวทางให้พยาบาลปฏิบัติงานอย่างมีความมั่นใจมากยิ่งขึ้น อันจะส่งผลถึงคุณภาพและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานต่อไป

ตารางที่ 4 จำนวนบุคลากรสายการแพทย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามเขตพื้นที่

เขตพื้นที่	จำนวนบุคลากรสายการแพทย์ (คน)				
	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาลวิชาชีพ	พยาบาลเทคนิค
กรุงเทพฯ	6,137	1,379	2,228	12,076	2,518
ปริมณฑล	568	132	142	2,760	2,016
ภาคกลาง	439	118	181	3,213	2,160
ภาคตะวันออก	764	168	237	3,833	2,768
ภาคตะวันตก	468	118	183	2,897	2,037
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1,935	444	620	9,524	7,419
ภาคเหนือ	1,727	368	603	9,204	5,711
ภาคใต้	1,207	221	116	6,912	4,742
รวม	13,325	2,948	4,640	50,423	29,371

ที่มา : ทำเนียบโรงพยาบาลและสถิติสาธารณสุข 2543-2544. (2543). กรุงเทพฯ : อัลฟ่า รีเสิร์ช. หน้า 289-292.

จากตาราง 4 แสดงให้เห็นว่า กรุงเทพมหานครเป็นเขตพื้นที่ที่มีบุคลากรแพทย์ทันตแพทย์ เภสัชกรและพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด รองลงไปได้แก่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนพยาบาลเทคนิคเป็นบุคลากรที่มีจำนวนมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงไปได้แก่ภาคเหนือและภาคใต้ ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือและภาคใต้เป็นเขตพื้นที่ที่มีโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียงมากกว่าเขตพื้นที่อื่น ๆ สอดคล้องกับสถานการณ์จริงที่โรงพยาบาลชุมชนมักมีพยาบาลเป็นกำลังสำคัญในการดำเนินงาน

ตารางที่ 5 กรอบอัตรากำลังของพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน
จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาล

ชื่อตำแหน่งในการบริหาร	อัตรากำลัง			
	ขนาดของโรงพยาบาล (เตียง)			
	10-30	60	90	120
1. หัวหน้าพยาบาล	1	1	1	1
2. งานซักฟอกและจ่ายกลาง				
2.1 พยาบาลเทคนิค	1	2	3	4
3. งานผู้ป่วยใน				
3.1 พยาบาลวิชาชีพ	11	21	32	43
3.2 พยาบาลเทคนิค	5	11	16	21
4. งานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุ				
4.1 พยาบาลวิชาชีพ	5	8	11	11
4.2 พยาบาลเทคนิค	3	4	5	5
5. งานห้องคลอด				
5.1 พยาบาลวิชาชีพ	4	6	6	6
5.2 พยาบาลเทคนิคหรือ พยาบาลวิชาชีพ	2	3	3	3
6. งานห้องผ่าตัด				
6.1 พยาบาลวิชาชีพ	8	12	12	16
6.2 พยาบาลเทคนิคหรือ พยาบาลวิชาชีพ	4	6	6	8
รวม	44	74	95	118

ที่มา : กรอบอัตรากำลังของโรงพยาบาลชุมชน 3 ปี รอบ 3 (พ.ศ. 2538-2540). (2537).

กรุงเทพฯ : ม.ป.ท. หน้า 120-121.

จากตาราง 5 แสดงให้เห็นว่าจำนวนของบุคลากรทางการพยาบาล ในโรงพยาบาลชุมชนแตกต่างกันไปตามขนาดของโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางในการกำหนดขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชน ที่แตกต่างกันไปตามปริมาณงานและจำนวนประชากรที่ต้องรับผิดชอบ

163827

๑
๖10.73069
๗884๐
๓.3

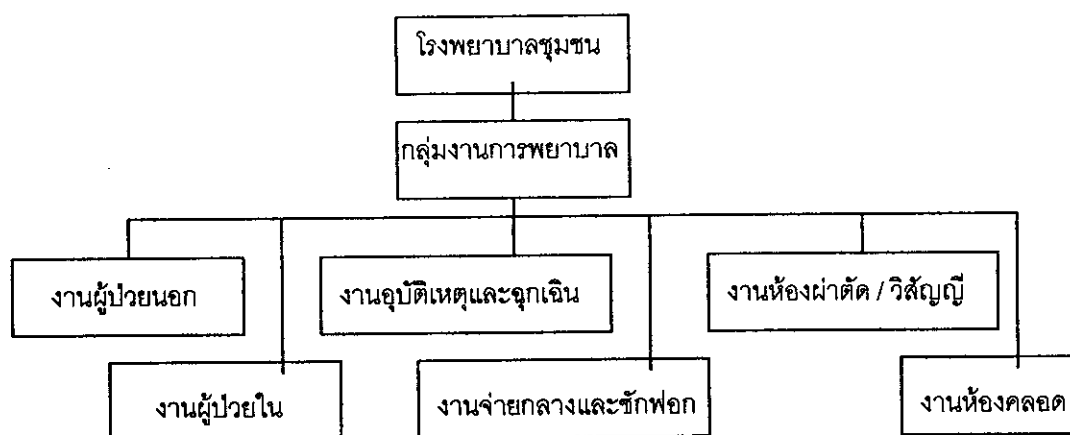
ตารางที่ 6 การกระจายของบุคลากรสายการแพทย์ พ.ศ. 2540 จำแนกตามภาค/จังหวัด

จำนวนบุคลากร : ประชากร						
ภาค / จังหวัด	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาลวิชาชีพ	พยาบาลเทคนิค	พยาบาลทุกประเภท
กรุงเทพฯ	720	3,389	1,965	368	2,137	314
ภาคกลาง	4,506	21,263	12,201	1,004	1,527	606
ภาคใต้	5,216	31,760	15,535	1,080	1,639	651
ภาคเหนือ	5,791	30,248	15,903	1,188	2,072	755
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	9,951	45,622	30,636	2,133	2,806	1,212
ทั่วประเทศ	3,649	17,711	10,178	1,073	2,025	701

ที่มา : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2542). การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2540-2541. นนทบุรี : สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (หน้า 44).

จากตาราง 6 แสดงให้เห็นว่าบุคลากรทางการแพทย์ทุกประเภท ที่ปฏิบัติงานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ต้องดูแลรับผิดชอบประชากรในจำนวนที่มากกว่าภาคอื่นๆ ดังนั้นจึงอาจทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีภาระงานมากกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในภาคอื่น ๆ ของประเทศ

โครงสร้างและการบริหารงาน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน



ภาพที่ 3 โครงสร้างการบริหารงาน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน

ที่มา : สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย. (2538). ปฏิทินสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สหประชาพานิชย์. หน้า 41.

กลุ่มงานการพยาบาล เป็นหน่วยงานที่มีขนาดใหญ่ที่สุดของโรงพยาบาลชุมชน เดิมเรียก “ฝ่ายการพยาบาล” มีสายบังคับบัญชาขึ้นตรงต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล มีพยาบาลวิชาชีพดำรงตำแหน่งหัวหน้าพยาบาลเป็นผู้บริหารสูงสุดขององค์การ มีบุคลากรในความดูแลรับผิดชอบตั้งแต่ 44-118 คนหรือประมาณร้อยละ 61.7 ของจำนวนข้าราชการทั้งหมดในโรงพยาบาล (อำพล จินดาวัฒนะ และคณะ, 2542, หน้า 50) แตกต่างกันไป ตามขนาดของโรงพยาบาล (ตาราง 5) ซึ่งการที่บุคลากรส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลชุมชนได้แก่พยาบาลนี้เอง จึงทำให้การดำเนินงานต่าง ๆ ของโรงพยาบาลชุมชน ต้องอาศัยบุคลากรในกลุ่มงานการพยาบาลเป็นกำลังสำคัญทั้งในส่วนที่เป็นงานการพยาบาลและไม่ใช่งานการพยาบาล อย่างไรก็ตามกลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน ยังคงทำหน้าที่ให้บริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนตลอด 24 ชั่วโมงโดยมีหน่วยงานในการกำกับ ดูแลรับผิดชอบคือ งานผู้ป่วยนอก งานผู้ป่วยใน งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานห้องคลอด งานห้องผ่าตัดและวิสัญญีงานซักฟอกและจ่ายกลาง ซึ่งแต่ละงานมีหน้าที่ความรับผิดชอบแตกต่างกันไป ในส่วนของงานผู้ป่วยในมีหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ม.ป.ป., หน้า 21-27)

งานในความรับผิดชอบ

1. ให้บริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตลอด 24 ชั่วโมงแก่ผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมจนกว่าจะจำหน่ายกลับบ้าน
2. สอนและให้คำปรึกษา แนะนำด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและญาติ
3. ให้บริการพยาบาลโดยการวางแผนการพยาบาล ตามแผนการรักษาของแพทย์
4. การบริการอาหารแก่ผู้ป่วย
5. การบริการเตรียมผู้ป่วยเพื่อการวินิจฉัยโรคและติดตามผลการตรวจ

ทางห้องปฏิบัติการ

6. บริการการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย
7. การจัดทำระเบียบรายงาน

หน้าที่ความรับผิดชอบ

1. บริการจำแนกประเภทผู้ป่วย
2. บริการการส่งต่อเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องได้แก่ การรับ-ส่งเวร การเขียนแผน
3. การพยาบาล
4. บริการการพยาบาลเป็นทีม
5. บริการการพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์โดยใช้กระบวนการพยาบาล
6. บริการรับใหม่และจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านและผู้ป่วยถึงแก่กรรม
7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่ถูกต้อง เหมาะสมกับความเจ็บป่วยและเพียงพอ

กับความต้องการของร่างกาย

จะเห็นได้ว่ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนมีงานที่อยู่ในการกำกับ ดูแล จำนวนมากทั้งงานด้านบริหาร บริการและวิชาการ โดยส่วนใหญ่เป็นงานด้านบริการพยาบาล ประกอบกับกลุ่มงานการพยาบาลมีบุคลากรในการกำกับ ดูแลจำนวนมากและหลายระดับ ซึ่งแต่ละระดับต่างก็มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่แตกต่างกันออกไป นอกจากนี้ยังต้องปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ ดังนั้นองค์การจึงต้องสร้างความชัดเจนในการกำหนดขอบเขตของบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรแต่ละระดับและแต่ละวิชาชีพ ทั้งนี้เพื่อให้บุคลากรใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานร่วมกัน โดยไม่เกิดการเหลื่อมล้ำในบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบซึ่งกันและกันอันจะนำมาซึ่งความขัดแย้ง ประกอบกับปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยมีแนวโน้มเป็นการรักษาแบบเฉพาะทาง มีการใช้เทคโนโลยีและวิทยาการใหม่ ๆ มาประกอบการรักษามากขึ้น ส่งผลให้บทบาทในการให้การพยาบาลของพยาบาลเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย

จากเดิมเป็นการปฏิบัติงานที่มุ่งเน้นเทคนิคและทักษะการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรคเป็นสำคัญ แต่ปัจจุบันเป็นการพยาบาลโดยมุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient oriented / patient center) ซึ่งจะทำให้พยาบาลใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นตามไปด้วย

ดังนั้นพยาบาลในยุคปัจจุบันจึงต้องมีความรู้ ความสามารถ ความชำนาญเฉพาะทาง และใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงานมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลขนาดใหญ่ แต่โรงพยาบาลชุมชนเองก็มีการพัฒนาขีดความสามารถและศักยภาพในการให้บริการสูงขึ้นไม่แพ้โรงพยาบาลขนาดใหญ่เช่นกัน เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนเป็นสถานบริการสาธารณสุขที่อยู่ใกล้ชิดและประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย จึงต้องมีการพัฒนาศักยภาพการบริการให้ทันกับความต้องการของประชาชน แต่โรงพยาบาลชุมชนก็มีปัญหา อุปสรรคที่ทำให้การบริการยังไม่เป็นที่พึงพอใจของประชาชนมากนักเช่น ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรโดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ทำให้พยาบาลต้องปฏิบัติงานในหลายบทบาทและบางครั้งเกินบทบาทของวิชาชีพไป ซึ่งจะส่งผลถึงคุณภาพและประสิทธิภาพการพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับด้วย ดังนั้นหากได้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรให้ชัดเจนก็จะช่วยแก้ปัญหาได้ในระดับหนึ่ง เพราะความไม่ชัดเจนจะทำให้บุคคลเกิดความสับสนในการครองบทบาทได้ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2536, หน้า 2) นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจุบันพยาบาลมีการปฏิบัติงานในเชิงวิชาชีพน้อยลง การปฏิบัติงานส่วนใหญ่มุ่งปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยคำนึงถึงความรู้สึกด้านจิตใจของผู้ป่วยน้อยลง พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่จะให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตมีอาการหนักและต้องใช้อุปกรณ์ เครื่องมือที่ทันสมัยและซับซ้อน ขณะเดียวกันก็มอบหมายงานการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยปานกลางให้บุคลากรที่อยู่ในระดับต่ำกว่าวิชาชีพมารับผิดชอบ นอกจากนี้ยังพบเสมอว่าพยาบาลปฏิบัติงานอื่นที่ไม่ใช่งานการพยาบาลเช่น งานธุรการ งานแม่บ้าน เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ชี้ให้เห็นถึงการขาดสำนึกของความเป็นวิชาชีพของพยาบาล และยังเป็นการใช้ประโยชน์จากบุคลากรพยาบาลไม่เหมาะสมกับความรู้ ความสามารถ ทั้งที่เป็นการใช้ประโยชน์จากบุคลากรต่ำกว่าความรู้ ความสามารถ (underutilization) และการใช้ประโยชน์จากบุคลากรสูงกว่าความรู้ ความสามารถ (overutilization) ซึ่งส่งผลถึงประสิทธิภาพและคุณภาพการพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับด้วย ดังนั้นหากได้มีการระบุบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลแต่ละระดับให้มีความชัดเจนในเชิงกิจกรรม ทำให้ผู้ปฏิบัติงานไม่สับสนและมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบทบาท หน้าที ความรับผิดชอบ

บทบาท หน้าที ความรับผิดชอบ มีความสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ เพราะมนุษย์มีความต้องการพื้นฐานประการหนึ่งคือการยอมรับจากสังคมหรือบุคคลอื่น เนื่องจากมนุษย์เป็นสัตว์สังคมจึงมักแสดงพฤติกรรมตามความต้องการหรือความคาดหวังของสังคมหรือบุคคลอื่นอยู่เสมอเพื่อให้ได้รับการยอมรับ หรืออาจจะกล่าวได้ว่าการปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาท หน้าทีความรับผิดชอบต่อของพยาบาลนั้น จำเป็นต้องปฏิบัติตามความคาดหวังหรือความต้องการของสังคม ซึ่งการที่บุคคลจะแสดงบทบาทให้เหมาะสมกับตำแหน่งมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการเช่น ความคาดหวัง ความเข้าใจในบทบาท ประสบการณ์ สภาพจิตใจและอารมณ์ของผู้ครองบทบาท เป็นต้น โดยสังคมจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ให้มีความเหมาะสมกับบทบาทที่ครองอยู่ในขณะนั้น

ความหมายของบทบาท หน้าที ความรับผิดชอบ บทบาท เป็นส่วนบูรณาการที่สำคัญของชีวิตมนุษย์ที่จะทำให้มนุษย์สามารถอยู่ร่วมกันในสังคมได้ด้วยดี โดยที่แต่ละคนจะมีบทบาทเฉพาะของตนเองซึ่งอาจจะเป็นหนึ่งในบทบาทหรือมากกว่า อาจกล่าวได้ว่าบทบาทเป็นตัวกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบต่อของแต่ละคน ตามข้อตกลงร่วมกันของสมาชิกในกลุ่มนั้น ๆ และความคาดหวังของสังคม บทบาทจะเป็นเครื่องชี้นำในการดำเนินชีวิตประจำวัน การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันรวมถึงการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ต่อกันตลอดจนการถ่ายทอดประเพณี วัฒนธรรมจากคนรุ่นหนึ่งไปสู่คนอีกรุ่นหนึ่งด้วย อย่างไรก็ตามในการปฏิบัติงานจริงนั้นบุคคลอาจไม่ได้ดำเนินชีวิตตามบทบาทได้ราบเรียบนัก ส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากความไม่ชัดเจนในบทบาท ดังนั้นจึงได้มีการให้ความหมายของบทบาทไว้ดังนี้

บทบาท คือการทำท่าในบทแสดงหรือการรำตามบทหรือการทำหน้าที่ที่กำหนดไว้ (พจนานุกรมฉบับเฉลิมพระเกียรติ พ.ศ. 2530, 2530 อ้างถึงใน เรณูวรรณ หาญวาทย์, 2540, หน้า 64) ในขณะที่ อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม (2534, หน้า 161) กล่าวว่าบทบาทหมายถึงกลุ่มพฤติกรรมและทัศนคติที่คนอื่นคาดหวังว่าบุคคลพึงกระทำ หรือเป็นการแสดงออกหรือพฤติกรรมที่คาดหวังต่อคน ๆ หนึ่ง ที่อยู่ในตำแหน่งหนึ่ง ๆ ของสังคม (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2536, หน้า 300) หรือเป็นความคาดหวังเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ต้องการ (Diekelman, Bennett, Shauger, & Vickerman, 1980, p. 11) หรือเป็นการกำหนดพฤติกรรมให้สัมพันธ์กับตำแหน่งหน้าที่การงาน (Strader & Decker, 1995, p. 58)

ส่วนความหมายของคำว่าหน้าที่นั้นหมายถึงพฤติกรรมหรือกิจกรรมเฉพาะอย่าง ซึ่งบุคคลจำเป็นต้องปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (เนตรทราย รุ่งเรืองธรรม, 2524

อ้างถึงใน เรณูวรรณ หาญวาฤทธิ์, 2540, หน้า 65) หรือหมายถึงงานที่ผู้ซึ่งอยู่ในตำแหน่งใด ตำแหน่งหนึ่งในหน่วยงานจะต้องรับผิดชอบกระทำหรือปฏิบัติ ตามที่ได้รับมอบหมายหรือกำหนด ไว้ในตำแหน่งนั้น ๆ (กันยา กาญจนบุรานนท์, 2528 อ้างถึงใน เรณูวรรณ หาญวาฤทธิ์, 2540, หน้า 65) หรือเป็นกิจที่บุคคลควรกระทำหรือต้องกระทำ (พจนานุกรมฉบับเฉลิมพระเกียรติ พ.ศ. 2530, 2530 อ้างถึงใน เรณูวรรณ หาญวาฤทธิ์, 2540, หน้า 64) หรือสิ่งที่ต้องกระทำ ตามลักษณะของงานตามที่ได้รับมอบหมาย หรือสิ่งที่ต้องลงมือปฏิบัติในกิจกรรมนั้น ๆ ซึ่ง ถูกกำหนดไว้ในทุกกิจกรรม โดยที่ผู้ปฏิบัติต้องรับผิดชอบในสิ่งที่ตนกระทำนั้นด้วย (เรณูวรรณ หาญวาฤทธิ์, 2540, หน้า 65)

สำหรับความรับผิดชอบ หมายถึงพันธะผูกพันในการปฏิบัติหน้าที่การงานให้สำเร็จ ลุล่วงไปได้ (สมพงษ์ เกษมสิน, 2517 อ้างถึงใน เรณูวรรณ หาญวาฤทธิ์, 2540, หน้า 66) เป็นการยินดีรับหรือเต็มใจยอมรับผลที่จะเกิดขึ้น ทั้งในด้านดีและด้านไม่ดีในกิจกรรมที่ได้กระทำ ลงไป (พจนานุกรมฉบับเฉลิมพระเกียรติ พ.ศ. 2530, 2530 อ้างถึงใน เรณูวรรณ หาญวาฤทธิ์, 2540, หน้า 65) หรือหมายถึงข้อผูกพันของผู้ได้บังคับบัญชาอันสืบเนื่องมาจากการได้รับมอบหมาย หน้าที่ให้กระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง (ธงชัย สันติวงษ์, 2539, หน้า 278) หรือข้อผูกพัน ที่เกิดขึ้นจากการที่เจ้าของบทบาทได้ลงมือปฏิบัติ (เรณูวรรณ หาญวาฤทธิ์, 2540, หน้า 66)

จากความหมายของคำว่า บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่กล่าวมาแล้วในข้างต้น อาจกล่าวได้ว่าบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ตำแหน่งหน้าที่การงาน ความคาดหวังของสังคม หมายความว่าบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบเป็นพฤติกรรมที่บุคคลควร แสดงออกให้สอดคล้องกับความคาดหวังหรือความต้องการของบุคคลในสังคม ในขณะดำรงตำแหน่ง ใดตำแหน่งหนึ่ง ซึ่งสำหรับพยาบาลนั้นต้องแสดงบทบาทของตนทั้งที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการ ผู้ร่วมงานและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความคาดหวังของวิชาชีพและ สังคมนอกเหนือจากบทบาทอื่นที่ต้องแสดงอยู่แล้ว (ฟาริดา อิบราฮิม, 2535, หน้า 170-175 อ้างถึงใน งามเอก ลำมะนา, 2539, หน้า 18) และการที่บุคคลจะสามารถแสดงพฤติกรรมให้ เหมาะสมและสอดคล้องกับบทบาทที่ตนเองครองอยู่ได้มากน้อยเท่าใดนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัย แวดล้อมหลายประการเช่น มโนทัศน์ในบทบาทของบุคคล ความคาดหวังในบทบาททั้งของตนเอง และสังคม การยอมรับในบทบาท ตลอดจนความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติตามบทบาทที่ ครองอยู่ ความไม่ชัดเจนในการกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ เป็นปัญหา อุปสรรคใน การบริหารงาน (สุภาวดี คูหาทอง, 2533) และการปฏิบัติงาน (รัชนิย์ ป้อมทอง, 2536) หรือ อาจจะกล่าวได้ว่าความคาดหวังและการปฏิบัติจริงตามบทบาท มีอิทธิพลต่อคุณภาพและ

ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคคล การที่บุคคลไม่สามารถปฏิบัติบทบาทได้ตามความคาดหวัง มักมีสาเหตุมาจากการที่องค์การไม่ได้กำหนดงานที่บุคคลผู้ครองบทบาทต้องปฏิบัติไว้อย่างชัดเจน ส่งผลให้บุคคลเกิดความคลุมเครือในบทบาททำให้บุคคลเกิดความลังเล ไม่มั่นใจในการตัดสินใจปฏิบัติ ผลที่ตามมาคือความด้อยประสิทธิภาพในการทำงานนั่นเอง (Rizzo et al., 1995 อ้างถึงใน กษวรรณ ราชศักดิ์, 2540, หน้า 21)

นอกจากนี้ความไม่สอดคล้องระหว่างความคาดหวังขององค์การกับความสามารถของบุคคลผู้ครองบทบาทก็มีอิทธิพลต่อความเครียดและประสิทธิภาพในการทำงาน ขณะเดียวกันความไม่สอดคล้องระหว่างความต้องการของบุคคลกับความต้องการขององค์การ ก็ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกล้าหลังได้เช่นกัน (Grigsby, 1991, p. 82) จะเห็นได้ว่าความคาดหวังและความต้องการขององค์การ กับความสามารถและความต้องการของบุคคล ล้วนส่งผลให้บุคคลเกิดความเครียดในการครองบทบาท (role strain) ได้ และเมื่อใดก็ตามที่มีความไม่สอดคล้องระหว่างความคาดหวัง ความต้องการและความสามารถเกิดขึ้นสิ่งทีตามาคือ ความรู้สึกขัดแย้งในบทบาทหรืออาจจะกล่าวได้ว่าความขัดแย้งในบทบาทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะเครียดในการปฏิบัติงาน (Fain, 1987 อ้างถึงใน กษวรรณ ราชศักดิ์, 2540, หน้า 30) โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิชาชีพพยาบาล เป็นอีกวิชาชีพหนึ่งที่มีภาวะเครียดในการปฏิบัติงานเกิดขึ้นได้เสมอ เนื่องจากพยาบาลต้องปฏิบัติงานในสิ่งแวดล้อมที่มีแต่ความไม่สุขสบาย และอยู่ในภาวะวิกฤต ซึ่ง อาริยา สัพพะเลข (2542, หน้า 84-86) กล่าวถึงสภาพและปัญหาในการปฏิบัติงานของพยาบาลไทยว่ามีลักษณะดังนี้

1. มีพยาบาลปฏิบัติงานในแต่ละเวรหรือแต่ละหน่วยงานไม่เพียงพอ จากปัญหาการขาดแคลนบุคลากรพยาบาล ส่งผลให้พยาบาลที่มีอยู่ต้องทำงานหนัก
2. มีการสูญเสียพยาบาลออกจากระบบบริการพยาบาล ในขณะเดียวกันผู้รับบริการกลับมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดความไม่สมดุลส่งผลต่อระบบบริการพยาบาล
3. มีการใช้บุคลากรไม่เหมาะสมเช่น พยาบาลต้องปฏิบัติงานอื่นที่ไม่ใช่งานในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลเช่น งานการเงิน งานพัสดุ งานประชาสัมพันธ์ เป็นต้น
4. มีการปฏิบัติงานเกินขอบเขตหน้าที่ในขณะขึ้นปฏิบัติงานในเวรบาย ดึก

พร้อมกันนี้ก็ได้เสนอว่า ควรกระจายอัตรากำลังของพยาบาลตามปริมาณงานและผู้ให้บริการ จัดให้มีระบบเวรตรวจการและแยกงานที่ไม่ใช่งานการพยาบาลไปให้เจ้าหน้าที่อื่นทำ และที่สำคัญควรกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรทุกระดับให้ชัดเจน พร้อมกับบังคับใช้อย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความต้องครองหลายบทบาทอันจะเป็นต้นเหตุของ

ความเครียดและความล้มเหลวในการปฏิบัติงาน (ทัศน บุญทอง, 2525) ซึ่งจากการศึกษาของ ศิริอร สิ้นธุ และเพ็ญศรี ระเบียบ (2538, หน้า 33-41) พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 84 ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลตั้งแต่ 4 บทบาทขึ้นไปได้แก่ บทบาทพยาบาล บทบาทการบริหาร จัดการ บทบาทผู้ช่วยแพทย์ บทบาทพนักงานธุรการ เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทการเป็น ผู้ช่วยแพทย์นั้นเป็นบทบาทไม่อิสระของพยาบาล เช่นเดียวกับบทบาทการเป็นพนักงานธุรการ ซึ่ง ไม่ใช่บทบาทที่แท้จริงของพยาบาลและไม่จำเป็นต้องใช้ความรู้ทางการแพทย์มาช่วยในการ ปฏิบัติ

บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาล การพยาบาลถือกำเนิดขึ้นมาพร้อมกับมนุษย์ เริ่มจากการที่มารดาดูแลเลี้ยงดูบุตรให้เจริญเติบโตมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง ต่อมาได้มีวิวัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงมาโดยลำดับ การปฏิบัติการพยาบาลในระยะแรกเป็นการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล เนื่องจากบทบาทพื้นฐานของพยาบาลคือการดูแล (caring) (Bowman, 1995, p. 50) และการช่วยเหลือ (helping) (Sundberg, 1989, p. 203) เป็นการดูแลกันเองตามสัญชาตญาณความเป็นมนุษย์ในการช่วยเหลือ เกื้อกูลซึ่งกันและกัน กระทั่งจนปัจจุบันได้จัดให้มีการศึกษาด้านการพยาบาลอย่างมีรูปแบบตั้งแต่ระดับต่ำกว่าปริญญาจนถึงระดับปริญญาเอก และเนื่องจากพยาบาลมีหลายระดับนี้เอง จึงต้องมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของพยาบาลระดับต่าง ๆ ไว้เป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อให้พยาบาลมีแนวทางในการปฏิบัติงานเป็นของตัวเอง โดยในส่วนของพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้ (กองงานวิทยาลัยพยาบาล, 2526 อ้างถึงใน นันทนา น้ำฝน, 2538, หน้า 60-61)

1. ด้านการพยาบาล

- 1.1 ให้การพยาบาลเฉพาะทางได้ทุกระยะและทุกระดับของความรุนแรงของโรค
- 1.2 จำแนก วิเคราะห์ วินิจฉัยปัญหาการพยาบาลที่ซับซ้อนได้อย่างถูกต้อง
- 1.3 วางแผนให้การพยาบาล ประเมินผลงานและนำมาปรับปรุงแก้ไข
- 1.4 ตัดสินใจแก้ปัญหาเร่งด่วนในภาวะฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม
- 1.5 ให้การผดุงครรภ์ตามสาขาการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งแผนปัจจุบันได้
- 1.6 บันทึก (สรุป) รายงานอาการเปลี่ยนแปลงและความก้าวหน้าในการรักษา

พยาบาลได้

2. ด้านการรักษา

- 2.1 ให้การตรวจ วินิจฉัยและรักษาพยาบาลขั้นต้นได้ตามระเบียบกระทรวง สาธารณสุข พ.ศ. 2539 ได้
- 2.2 ให้ความช่วยเหลือ แนะนำ ในด้านการรักษาพยาบาลขั้นต้นแก่เจ้าหน้าที่

สาธารณสุขได้

3. **ด้านการส่งเสริมสุขภาพ** วางแผนและดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ
ในตำแหน่งหัวหน้าทีมร่วมกับวิชาชีพอื่นได้

4. **ด้านการป้องกันโรค** วางแผนและมอบหมายงานให้ผู้ได้บังคับบัญชา ดำเนินการ
ป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค

5. **ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ** ควบคุม และดำเนินการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยในหน่วยงาน
ที่รับผิดชอบ

6. **ด้านการบริหาร**

6.1 นิเทศการปฏิบัติงานแก่เจ้าหน้าที่พยาบาลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ

6.2 วิเคราะห์ปัญหาและให้ข้อเสนอแนะแนวทางในการแก้ปัญหาด้านการบริการ
พยาบาล

6.3 จัดระเบียบ แบ่งงานและมอบหมายงานให้เจ้าหน้าที่ที่อยู่ภายใต้ความ
รับผิดชอบได้อย่างเหมาะสม

6.4 จัดทำและนำแบบประเมินที่จัดทำขึ้นนั้นไปใช้ประเมินผลการปฏิบัติงาน
ของเจ้าหน้าที่ที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบและประเมินตนเองได้อย่างเหมาะสม

6.5 วางแผนป้องกันอุบัติเหตุและความปลอดภัยในหน่วยงานที่รับผิดชอบ

6.6 ให้ความร่วมมือในงานสาธารณสุขมูลฐานร่วมกับบุคลากรและหน่วยงานอื่น
ที่เกี่ยวข้อง

7. **ด้านการศึกษา**

7.1 สอนและฝึกอบรมฟื้นฟูวิชาการให้บุคลากรทางการพยาบาล นักเรียน
นักศึกษา ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน

7.2 จัดทำคู่มือและอุปกรณ์การสอนด้านการพยาบาลได้

7.3 ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยและนำผลการวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติงานได้

8. **ด้านอื่น ๆ** เป็นการให้การสนับสนุนงานต่าง ๆ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เช่น

8.1 งานสังคมสงเคราะห์

8.2 งานสุขาภิบาล

8.3 งานเภสัชกรรม

8.4 งานทันตสาธารณสุข

8.5 งานชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ

นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพยังต้องมีหน้าที่รับผิดชอบในการให้บริการแก่ผู้ป่วย ในฐานะบุคลากรระดับวิชาชีพในหลายบทบาทเช่น บทบาทผู้ดูแล บทบาทครู บทบาทผู้คุ้มครอง บทบาทผู้ประเมินคุณภาพการดูแล บทบาทผู้จัดการ บทบาทผู้วิจัย บทบาทที่ปรึกษา บทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นต้น (Creasia & Parker, 1991, pp. 79-85) ซึ่งความหลากหลายของบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบนี้เองที่อาจทำให้พยาบาลไม่สามารถปฏิบัติงานได้ครอบคลุมและครบถ้วนตามที่กฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพกำหนดไว้ ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลทุกระดับจึงควรหาแนวทางในการส่งเสริม สนับสนุนให้พยาบาลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างครบถ้วนและสมบูรณ์ได้ นอกจากนี้พยาบาลผู้ปฏิบัติเองก็ต้องมีความตระหนักในการที่จะสงวนและรักษาไว้ซึ่งเอกลักษณ์แห่งวิชาชีพการพยาบาล โดยการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่เป็นบทบาทอิสระของพยาบาล ให้มากกว่านี้เพื่อแสดงให้เห็นถึงเอกลักษณ์แห่งวิชาชีพ

สำหรับพยาบาลเทคนิคนั้น กระทรวงสาธารณสุข โดยกองานวิทยาลัยพยาบาลได้กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ เพื่อให้พยาบาลเทคนิคใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานเช่นกันโดยการปฏิบัติงานของพยาบาลเทคนิคนั้น ต้องอยู่ภายใต้การกำกับ ดูแลของพยาบาลวิชาชีพซึ่งจำแนกเป็นด้านต่าง ๆ 8 ด้านดังนี้ (คณาจารย์วิทยาลัยพยาบาล, 2533, หน้า 115-116)

1. ด้านการพยาบาล

1.1 ประเมินภาวะสุขภาพของบุคคลในความดูแล

1.2 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวินิจฉัยปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน

1.3 วางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการและสภาพแวดล้อมของบุคคลทั้งทางร่างกายและจิตใจ

1.4 ให้การพยาบาลตามวิธีการและเทคนิคการพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสม

1.5 ดูแลความสุשבายและความปลอดภัยของผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ

1.6 ประเมินผลการพยาบาลของผู้ป่วย

1.7 บันทึกอาการและผลการพยาบาลตามความเป็นจริง

2. ด้านการรักษา

2.1 ตรวจร่างกาย วินิจฉัยโรคขั้นต้น

2.2 ให้การรักษาโรคกลุ่มอาการต่าง ๆ ทั้งด้านอายุรกรรม ศัลยกรรมและสูติกรรมตามขอบเขตของระเบียบกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2539 ยกเว้น ข้อ 7. 3. 2 ซึ่งเป็นการ

ช่วยเหลือขั้นต้นในรายที่มีการคลอดผิดปกติ

2.3 ปฏิบัติงานสาธารณสุขเคลื่อนที่

3. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ

3.1 งานอนามัยครอบครัว

3.2 งานอนามัยโรงเรียน

3.3 งานสุขศึกษา

3.4 งานโภชนาการ

3.5 งานวางแผนครอบครัว

3.6 งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม

4. ด้านการป้องกันโรค

4.1 การให้ภูมิคุ้มกันโรค

4.2 การควบคุม ป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน

4.3 ดำเนินงานเฝ้าระวังโรคติดต่อ

5. ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ

5.1 ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ เพื่อฟื้นฟูความสามารถในการทำหน้าที่

ของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายให้คืนสู่สภาพปกติโดยเร็วที่สุด

5.2 ให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมด้านจิตใจให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดำรงชีวิต

อยู่ในสังคมได้

6. ด้านการบริหาร

6.1 วางแผนการพยาบาลในผู้ป่วยที่รับผิดชอบ

6.2 ควบคุม จัดหา อุปกรณ์การรักษาพยาบาลให้มีเพียงพอและพร้อมใช้งาน

อยู่เสมอ

6.3 ประสานงานและให้ความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

7. ด้านการศึกษา

7.1 ให้ความร่วมมือในการสอนเจ้าหน้าที่หรือนักเรียนในหน่วยงานของตนเอง

8. ด้านอื่น ๆ

8.1 งานสังคมสงเคราะห์

8.2 งานสารบรรณ

8.3 งานสุขาภิบาล

8.4 งานชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ

8.5 งานเผยแพร่ยาดำรงหลวง

ส่วนพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนนั้น กองการพยาบาล (2539 อ้างถึงใน พิมพ์พรรณ ทิพาคำ, 2543, หน้า 27-28) ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของ พยาบาลวิชาชีพไว้ 5 ด้าน ดังนี้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ความรู้ ทักษะและความชำนาญในการให้บริการ สุขภาพอนามัยแก่บุคคล ครอบครัว สังคมทั้งผู้ที่อยู่ในภาวะปกติหรือมีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และผู้ที่เจ็บป่วยมีปัญหาทางสุขภาพอยู่แล้ว

1.2 ใช้กระบวนการพยาบาลในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย

1.3 มีส่วนร่วมในการสร้าง / ไขมาตรฐานการพยาบาลเพื่อควบคุมคุณภาพการ พยาบาล

1.4 ประสานงานและให้ความร่วมมือกับทีมสุขภาพเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่าง ต่อเนื่อง

1.5 เป็นผู้นำและแบบอย่างที่ดีในเชิงวิชาชีพในการพัฒนาภาวะสุขภาพอนามัย ของชุมชน

2. ด้านการบริหารจัดการ

2.1 บริหารจัดการโดยการผสมผสานความรู้ ความชำนาญในการให้บริการแก่ ชุมชน

2.2 มีส่วนร่วมในการจัดการและการให้บริการที่มุ่งเน้นคุณภาพการบริการ

2.3 ประสานงานและประสานแหล่งประโยชน์ในการให้บริการ

2.4 เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง

3. ด้านการให้ความรู้

3.1 มีส่วนร่วมในการพัฒนาวิชาการแก่บุคลากรทางการพยาบาล

3.2 ให้ความรู้แก่ผู้ใช้บริการทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัย

3.3 ให้ความร่วมมือและช่วยเหลือในการสอน อบรม

3.4 เป็นพี่เลี้ยงให้กับนักศึกษาพยาบาลและหลักสูตรอื่น ๆ

4. ด้านการเป็นที่ปรึกษา

4.1 เป็นแหล่งประโยชน์ในการเป็นที่ปรึกษาให้กับบุคลากรในทีมสุขภาพ

4.2 เป็นแหล่งประโยชน์ในการเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ใช้บริการ

5. ด้านการวิจัย

5.1 มีส่วนร่วมในการทำวิจัย

5.2 มีการนำผลการวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติงาน

5.3 วิเคราะห์ผลการวิจัยที่มีผู้ทำไว้เพื่อนำมาใช้ปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล

จะเห็นได้ว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนนั้นไม่ได้มีหน้าที่รับผิดชอบ

ในการให้บริการเฉพาะในโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว หากแต่เป็นการให้บริการทั้งในเชิงรุกและเชิงรับ โดยเฉพาะในปัจจุบันที่เน้นการให้บริการในเชิงรุก โดยมีการจัดตั้งหน่วยพยาบาลปฐมภูมิ (primary care unit) ขึ้นในชุมชน โดยมีพยาบาลเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบ ทั้งด้านบริหาร บริการ และวิชาการ ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ห่างไกลสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกมากยิ่งขึ้น แต่เนื่องจากจำนวนพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนมีน้อย และประกอบด้วยพยาบาลหลายระดับทั้งระดับวิชาชีพและระดับต่ำกว่าวิชาชีพ ทำให้พยาบาลเหล่านี้ไม่สามารถปฏิบัติงานให้ตรงกับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่องค์กรกำหนดได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในนั้น กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานปลัดกระทรวงจึงกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลแต่ละระดับที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยในไว้ดังนี้ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ม.ป.ป., หน้า 209-211)

บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ

1. ด้านบริหาร

1.1 รับนโยบายจากหัวหน้าหอผู้ป่วย

1.2 เป็นหัวหน้าทีมการพยาบาล / หัวหน้าเวร

1.3 มอบหมายงานแก่สมาชิกตามความรู้ ความสามารถและปริมาณงาน

1.4 ควบคุม ตรวจสอบการให้บริการรักษาพยาบาลของสมาชิกทีม

1.5 ดูแล การจัดอาคาร สถานที่ให้เป็นระเบียบ สะอาดและปลอดภัย

1.6 ดูแล การจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ให้มีเพียงพอ

และพร้อมที่จะใช้งาน

1.7 ดูแล การจัดเก็บ ทำความสะอาดและบำรุงรักษาเครื่องมือ เครื่องใช้

และเครื่องนอน

1.8 ประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ระดับรอง

2. ด้านบริการ

2.1 ให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล

2.1.1 ประเมินและวิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วย

- 2.1.2 เขียนแผนการพยาบาลในคาร์เด็กซ์
- 2.1.3 ให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลด้วยเทคนิคที่ถูกต้อง
- 2.1.4 ประเมินผลการพยาบาล
- 2.1.5 บันทึกรายงานการพยาบาลในผู้ป่วย
- 2.2 ให้การรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์
- 2.3 ดูแลความสะดวกสบายเรียบร้อยของผู้ป่วย
- 2.4 ดูแลความสุสบายของผู้ป่วย
- 2.5 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ
- 2.6 สอนสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยรายบุคคลและรายกลุ่ม
- 2.7 ป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้ผู้ป่วย
- 2.8 ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุให้ผู้ป่วย
- 2.9 พื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย
- 2.10 เป็นผู้นำในกิจกรรม
 - 2.10.1 การรับ-ส่งเวร
 - 2.10.2 การประชุมปรึกษา ก่อน-หลังการปฏิบัติงาน
 - 2.10.3 การเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล
- 2.11 นิเทศการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ระดับรอง
- 2.12 ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลกับทีมสุขภาพ
- 2.13 ประสานงานทั้งในและนอกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 2.14 ร่วมปรับปรุงและพัฒนาระบบการบริการพยาบาลของหน่วยงาน

3. ด้านวิชาการ

- 3.1 เป็นผู้นำในการประชุมวิชาการของหอผู้ป่วย
- 3.2 ตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลของสมาชิกทีมการพยาบาล
- 3.3 สรุปรวบรวมระเบียบรายงานต่าง ๆ
- 3.4 เป็นที่ปรึกษา แก้ปัญหาด้านการรักษาพยาบาลแก่เจ้าหน้าที่ระดับรอง
- 3.5 เป็นวิทยากรเผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาล
- 3.6 ร่วมจัดประสบการณ์การศึกษาทางการพยาบาล แก่นักศึกษาและ

ผู้ที่มาอบรม ดูงาน

- 3.7 ร่วมจัดทำเอกสาร คู่มือต่าง ๆ ของหอผู้ป่วย

3.8 ปฏิบัติงานอื่นตามที่ได้รับมอบหมาย

บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลเทคนิค

1. ด้านบริหาร

- 1.1 รับนโยบายจากหัวหน้าหอผู้ป่วย
- 1.2 รับมอบหมายงานจากหัวหน้าเวร / หัวหน้าทีม
- 1.3 จัดอาคาร สถานที่ให้เป็นระเบียบ สะดวก ปลอดภัย
- 1.4 จัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ให้มีเพียงพอและพร้อมที่จะใช้งานทันที
- 1.5 จัดเก็บ ทำความสะอาดและบำรุงรักษา เครื่องมือ เครื่องใช้ เครื่องนอน

2. ด้านบริการ

- 2.1 วางแผนการพยาบาลในผู้ป่วยรายที่รับผิดชอบ
- 2.2 ให้การพยาบาลพื้นฐานได้
- 2.3 บันทึกรายงานการพยาบาลในผู้ป่วย
- 2.4 ให้การพยาบาลตามที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าเวร
- 2.5 ดูแลความสะอาดเรียบร้อยของผู้ป่วย
- 2.6 ดูแลความสุขสบายของผู้ป่วย
- 2.7 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ
- 2.8 สอน แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพ
- 2.9 มีส่วนร่วมในกิจกรรม
 - 2.9.1 การรับ-ส่งเวร
 - 2.9.2 การประชุมปรึกษา ก่อน-หลังการปฏิบัติงาน
 - 2.9.3 การเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล

3. ด้านวิชาการ

- 3.1 มีส่วนร่วมในการประชุมวิชาการของหอผู้ป่วย / ฝ่ายการพยาบาล
- 3.2 ปฏิบัติงานอื่นตามที่ได้รับมอบหมาย

เมื่อพิจารณาถึงบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลในภาพรวม อาจกล่าวได้ว่า จากอดีตจนถึงปัจจุบันบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาล ได้มีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปโดยลำดับ ตามความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ตลอดจนความต้องการของประชาชนให้กว้างขวางมากขึ้นโดยลำดับ ดังจะเห็นได้ว่าปัจจุบันสถานีนามัยหลายแห่งมีพยาบาลทั้งระดับวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคปฏิบัติงานอยู่ แต่เป็นที่น่าเสียดายที่พบว่าพยาบาลเหล่านั้นมีการปฏิบัติงานจริงตามบทบาทน้อยกว่าความคาดหวัง โดยเฉพาะ

อย่างยิ่งบทบาทด้านวิชาการที่เกี่ยวกับงานวิจัย (สรวทพิทย์ ภูฤกษ์ณา, 2540, หน้า ง-จ) ซึ่งสาเหตุอาจเกิดจากพยาบาลขาดความรู้ความเข้าใจและความตระหนักในบทบาทของตนเอง สอดคล้องกับผลการศึกษาแนวคิดความต้องการของพยาบาลวิชาชีพ ต่อการนำความรู้ไปใช้ใน บทบาทหน้าที่การปฏิบัติการพยาบาลของ ประพิน วัฒนกิจ พบว่าความรู้ ความเข้าใจและ ความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับควรปรับปรุง เช่นเดียวกับ สายสวาท เฒ่าพงษ์ (2535, หน้า จ) ที่ศึกษาเปรียบเทียบบทบาทที่องค์การกำหนดกับ การปฏิบัติงานจริง ของพยาบาลผู้ชำนาญเฉพาะทางของโรงพยาบาลศูนย์พบว่า พยาบาล ผู้ชำนาญเฉพาะทางมีการปฏิบัติงานจริง แตกต่างจากบทบาทที่องค์การกำหนด แสดงให้เห็นว่า พยาบาลไม่สามารถปฏิบัติงานตามบทบาทที่องค์การกำหนดหรือที่ควรจะเป็นให้ครบถ้วนได้ ซึ่งเมื่อเป็นเช่นนี้ก็จะส่งผลถึงคุณภาพการพยาบาลที่ผู้ให้บริการจะได้รับได้

แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหา อุปสรรค และปัจจัยส่งเสริม สนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

วิชาชีพการพยาบาล เป็นวิชาชีพเชิงบริการ (service-oriented) ในการรับใช้สังคม และผู้ให้บริการ มีพยาบาลเป็นทรัพยากรบุคคลที่เป็นกลไกสำคัญในการดำเนินงานเพื่อตอบสนอง ความต้องการของประชาชนและสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อบุคคลเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลจะเป็นบุคลากรกลุ่มแรกๆ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยนับตั้งแต่ก้าวเท้า เข้าสู่รั้วโรงพยาบาลจนกระทั่งผู้ป่วยหาย (หรือตาย) และแพทย์จำหน่ายกลับบ้านได้แล้วพยาบาล ก็ยังต้องตามไปดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชนด้วย จะเห็นว่าการปฏิบัติการพยาบาลนั้น มีขอบเขตกว้างขวางและหลากหลายขึ้นอยู่กับบริบทที่พยาบาลแต่ละคนปฏิบัติงานอยู่ และ ขอบเขตดังกล่าวก็ไม่สามารถแยกออกจากวิชาชีพอื่นได้อย่างชัดเจนนัก เพราะการพยาบาล มีความยืดหยุ่นเพื่อสนองตอบความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน ซึ่งจะเปลี่ยนแปลง ไปตามลักษณะสังคม เศรษฐกิจและความก้าวหน้าของวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีต่าง ๆ โดยเฉพาะ เทคโนโลยีทางการแพทย์ นอกจากนี้การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลยังมีความแตกต่างกัน ตามสถานการณ์ ระดับการศึกษา ประสบการณ์และความแตกต่างกันของบุคคลด้วยกิจกรรม การพยาบาลที่พยาบาลพึงปฏิบัติต่อผู้ป่วยนั้น มีทั้งกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง (direct care) และกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม (indirect care) ปัจจุบันพบว่าพยาบาลไม่ค่อยใช้เวลากับ ผู้ป่วยมากนัก จึงทำให้มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยน้อยลงแตกต่างกับสมัยก่อนที่พยาบาลใช้เวลา

ส่วนใหญ่ไปกับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง (bedside nursing care) สาเหตุอาจเนื่องจากพยาบาลมีจำนวนน้อยแต่ผู้ป่วยมีจำนวนมากและอาการหนัก ประกอบกับพยาบาลต้องปฏิบัติงานอื่นนอกเหนือจากการให้การพยาบาลโดยตรงกับผู้ป่วยร่วมด้วยเช่น การรับ-ส่งเวรซึ่งส่วนใหญ่ใช้เวลานาน (ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา และชื่นชม เจริญยุทธ, 2531) ปริมาณงานมากและยังต้องทำงานอื่นที่ไม่จำเป็นต้องใช้ความรู้ทางการพยาบาล อีกทั้งยังต้องทำงานเกินความรู้ที่ได้รับ การเตรียมมาเช่น บางครั้งพยาบาลต้องตรวจรักษาโรคให้ผู้ป่วยแทนแพทย์ในกรณีที่ไม่มีแพทย์ปฏิบัติงาน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539, หน้า 195) ขัดแย้งกับ พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2536, หน้า 110) ที่กล่าวว่า พยาบาลไม่สามารถทำหน้าที่แทนแพทย์ได้เลยไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติงานของพยาบาลแทบทั้งสิ้น (ทัศนา บุญทอง, 2544, หน้า 1) จึงมีผู้เสนอแนวทางการแก้ปัญหาไว้ว่า ควรออกข้อบังคับหรือกฎหมายรองรับ การปฏิบัติงานในบทบาทขยายของพยาบาล กำหนดขอบเขตการปฏิบัติงานให้ชัดเจนและพัฒนา ศักยภาพของพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาลในระยะแรกนั้น เกิดขึ้นเนื่องจากมีผู้ป่วยเข้ามารับการรักษา ในโรงพยาบาล ดังนั้นจึงมุ่งเน้นกิจกรรมการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนการรักษา ของแพทย์มากกว่าการดูแลผู้ป่วยตามแผนการพยาบาล (ฟาริดา อิบราฮิม, 2541, หน้า 9) สอดคล้องกับ ชื่นชม เจริญยุทธ (2534, หน้า 545) ที่ศึกษากิจกรรมการพยาบาลของพยาบาล วิชาชีพในโรงพยาบาลศิริราชพบว่า กิจกรรมการพยาบาลโดยตรงที่พยาบาลปฏิบัติมากที่สุดคือ การฉีดยาและการให้ยาซึ่งเป็นกิจกรรมที่พยาบาลต้องปฏิบัติภายใต้คำสั่งการรักษาของแพทย์ ทำให้พยาบาลมีเวลาให้การดูแลผู้ป่วยค่อนข้างน้อย นอกจากนี้จากการศึกษาการปฏิบัติงาน ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ในมลรัฐคาลิฟอร์เนีย ในปี ค.ศ. 1950 (พวงน้อย สาครรัตนกุล, 2519, หน้า 33) พบว่าพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาลมีหน้าที่ความรับผิดชอบ ไม่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงมีการก้าวล่วงงานในหน้าที่ความรับผิดชอบซึ่งกันและกันมาก ต่อมาในปี ค.ศ. 1970 ได้มีการศึกษาในลักษณะเดียวกันนี้ในมลรัฐนิวยอร์ก โดย ซิมมอน (Simmon, 1970 อ้างถึงใน พวงน้อย สาครรัตนกุล, 2519, หน้า 33-34) ผลการศึกษาพบว่าพยาบาล วิชาชีพและพยาบาลเทคนิค มีหน้าที่ความรับผิดชอบที่เกือบจะเหมือนกัน แตกต่างกันที่ความ มากน้อยของกิจกรรมและยังพบว่าองค์การมีการใช้บุคลากรอย่างไม่มีประสิทธิภาพกล่าวคือ พยาบาลมีการใช้เวลาในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบน้อยกว่าครึ่งหนึ่งที่ องค์การคาดหวังไว้

เป็นที่น่าสังเกตว่าการวิจัยเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลทั้งสองครั้งซึ่งแม้จะต่างสถานที่และต่างเวลากันนานถึง 20 ปีแต่กลับพบว่าผลการวิจัยมิได้แตกต่างกันเท่าใดนัก ซึ่งทำให้มีผู้วิจารณ์ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นนี้ว่า อาจเป็นเพราะองค์การมิได้มีการใช้ประโยชน์จากบุคลากรอย่างเหมาะสมและไม่เต็มประสิทธิภาพ จึงทำให้มองว่าความรู้ความสามารถของพยาบาลระดับวิชาชีพเป็นสิ่งที่สูญเปล่า สำหรับประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2512-2513 กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับองค์การอนามัยโลกได้ทำการศึกษาและวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลของเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปของกรมการแพทย์ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2536, หน้า 66 อ้างอิงจาก Reed et al., 1970) ผลการศึกษาพบว่า พยาบาล ใช้เวลาร้อยละ 45 ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งครึ่งหนึ่ง ใช้ในกิจกรรมการรักษาพยาบาลเช่น การฉีดยา การให้น้ำเกลือ เข้าทางเส้นโลหิตดำ การทำแผล ใช้เวลาส่วนน้อย ในการดูแลความต้องการด้านร่างกาย ใช้เวลาน้อยมากในการดูแลความต้องการด้านจิตใจและกิจกรรมที่เกือบจะไม่พบเลยคือการให้สุขศึกษาส่วนผู้ช่วยพยาบาล ใช้เวลาร้อยละ 45 ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเวลาส่วนใหญ่ ใช้ในกิจกรรมการรักษาพยาบาลเช่น การฉีดยาเข้าใต้ผิวหนัง / กล้ามเนื้อ การทำแผล การเตรียมการ เพื่อให้การรักษาพยาบาล การช่วยเจ้าหน้าที่พยาบาลในการทำกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ใช้เวลาส่วนมากในการทำเตียง ใช้เวลาบางส่วนในการค้นหาความต้องการของผู้ป่วยโดยการสอบถาม แลกเปลี่ยนความรู้กับเพื่อนร่วมงาน การรับคำแนะนำ การอ่านคำสั่งเกี่ยวกับผู้ป่วย ใช้เวลาส่วนน้อยในการดูแลความต้องการของร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าทั้งพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล ต่างก็ใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับกิจกรรมการรักษาซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลในบทบาทไม่อิสระของพยาบาล ต่อมาในปี พ.ศ. 2518 พวงน้อย สาครรัตนกุล (2519, หน้า ง-จ) ได้ศึกษาการใช้เวลาของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในเวรเช้า ป้าย ดึก ในโรงพยาบาลรามาริบัติโดยจำแนกกิจกรรมออกเป็น 3 ประเภท คือ กิจกรรมการพยาบาลโดยตรงต่อผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลประกอบการดูแลผู้ป่วย กิจกรรมเฉพาะตำแหน่ง ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาล มีการใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทั้งสามประเภทแตกต่างกัน

ต่อมา สุขาดา เสดพันธ์ (2529, หน้า ง-จ) ได้ศึกษากิจกรรมการพยาบาลใน 4 มิติหลักของการพยาบาลคือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ของพยาบาลประจำการระดับวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยศึกษาในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรม อายุรกรรม สูติ-นรีเวชกรรมและกุมาร

เวชกรรม ของโรงพยาบาลศูนย์ 4 แห่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทั้ง 4 มิติของพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการทำงานและแผนกที่ปฏิบัติงาน โดยผู้วิจัยให้เหตุผลว่าพยาบาลที่มีประสิทธิผลการทำงานและสถานที่ปฏิบัติงานต่างกัน มีโอกาสในการได้ปฏิบัติและไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเท่า ๆ กัน เช่นเดียวกับ ธานี วิริยะเจริญกิจ (2535, หน้า ๑) ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้บทบาทและการปฏิบัติจริงของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า อายุราชการและประสิทธิผลการทำงานในตำแหน่ง ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้บทบาทของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลในทุกบทบาท แต่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติจริงในบทบาทด้านการบริหาร ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการที่โรงพยาบาลชุมชนเป็นหน่วยงานที่มีขนาดเล็ก ไม่ซับซ้อน มีความชัดเจนของกฎระเบียบ จึงทำให้ไม่ว่าหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลจะมีอายุราชการมากหรือน้อยก็มีการรับรู้ในบทบาทไม่แตกต่างกัน เพราะการทำงานมานานมิได้เป็นเครื่องบ่งชี้ว่าจะมีประสิทธิผลหรือมีการรับรู้ได้ถูกต้องมากกว่าคนที่ทำงานมาไม่นาน สอดคล้องกับ สุภาวดี คูหาทอง (2533) ที่พบว่าอายุราชการไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้บทบาทของผู้ชำนาญการพิเศษด้านสาธารณสุข ทั้งนี้ เพราะประสิทธิผลที่บุคคลได้รับในแต่ละวันนั้นมีความแตกต่างกันไป (เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์, 2521, หน้า 225-227 อ้างถึงใน ธานี วิริยะเจริญกิจ, 2535, หน้า 85) ในขณะที่อายุราชการจะเป็นตัวสะสมประสิทธิผลทำให้บุคคลมีทักษะในการปฏิบัติจริงมากขึ้น

ในขณะเดียวกัน ธานี อยู่ศิริ (2523 อ้างถึงใน รุ่งรวี จันทรแดง, 2540, หน้า 6) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผล ปัจจัยสนับสนุน ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติการพยาบาลด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในโรงพยาบาล ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษากลับพบว่า พยาบาลที่มีประสิทธิผลในการทำงานต่างก็มีการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับ ไดเออร์ (Dyer, 1981 อ้างถึงใน รุ่งรวี จันทรแดง, 2540, หน้า 58) ที่พบว่าประสิทธิผลการทำงานมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาล โดยพยาบาลที่มีประสิทธิผลการทำงานสูงความสามารถในการปฏิบัติงานก็จะสูงตามไปด้วย เพราะผู้ที่มีประสิทธิผลในการทำงานมากย่อมมีความเข้าใจในงานที่ปฏิบัติและสามารถรับผิดชอบงานได้ดีกว่าผู้ที่มีประสิทธิผลน้อย (Nigro & Nigro, 1984 อ้างถึงใน รุ่งรวี จันทรแดง, 2540, หน้า 6) สอดคล้องกับแนวคิดของ คอส์ฟีลด์ (Caulfield, 1974 อ้างถึงใน ทิพวรรณ ตั้งวงศ์กิจ, 2537, หน้า 4) ที่กล่าวว่าประสิทธิผลในชีวิตจะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ตลอดเวลาและตลอดชีวิต กล่าวคือ ระยะ

เวลาในการดำรงตำแหน่งจะทำให้บุคคลมีประสบการณ์เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้บุคคลได้เผชิญปัญหาและมีโอกาสแก้ปัญหามาก ความสามารถในการตัดสินใจมากขึ้นตามไปด้วย (Noorderhaven, 1995 อ้างถึงใน จันทรพร ยอดยิ่ง, 2544, หน้า 3) เพราะความสามารถในการปฏิบัติงานนั้น ส่วนหนึ่งเกิดจากประสบการณ์ที่จะทำให้บุคคลได้พัฒนาทักษะในการตัดสินใจเพื่อการแก้ปัญหา นำมาซึ่งความสามารถในการปฏิบัติงาน เนื่องจากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ (Luckman & Sorenen, 1980 อ้างถึงใน นิทรา มโนน้อม, 2540, หน้า 7) ที่พยาบาลต้องปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณด้วยความเอาใจใส่ ห่วงใยและมีเมตตา ซึ่งในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลใด ๆ ของพยาบาลนั้นต้องอาศัยทักษะ (skills) และการตัดสินใจที่ดี (judgement) บนพื้นฐานของความรู้และหลักวิชาการในศาสตร์สาขาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง (ฟาริดา อิบราฮิม, 2541) และสิ่งที่พยาบาลจะแสดงให้เห็นถึงควมมีเอกลักษณ์และเอกลักษณ์ของวิชาชีพพยาบาลอย่างชัดเจนนั้นได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่เป็นบทบาทอิสระของพยาบาล หากแต่ในการปฏิบัติงานจริงนั้นพยาบาลไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบเพียงบทบาทใดบทบาทหนึ่งได้ หากแต่เป็นการผสมผสานกันระหว่างกิจกรรมการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่เป็นบทบาทอิสระ บทบาทไม่อิสระและบทบาทที่พึ่งพาต่อกัน ซึ่งการที่พยาบาลต้องปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในหลายบทบาทในเวลาเดียวกันนั้น พยาบาลอาจเกิดความสับสนและไม่แน่ใจว่าแต่ละกิจกรรมนั้นตนเองสามารถตัดสินใจปฏิบัติได้ในระดับใด โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิก มีการจัดระดับของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกไว้ดังนี้ (Colavecchio et al., 1975, pp. 43-47 อ้างถึงใน พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2536, หน้า 72)

1. พยาบาลคลินิกระดับ 1 หมายถึง พยาบาลที่จบการศึกษาใหม่ ได้รับใบประกอบโรคศิลปะแล้วหรือพยาบาลที่เพิ่งกลับเข้าทำงานการพยาบาลอีกครั้งหนึ่งหลังจากที่ไม่ได้ประกอบอาชีพพยาบาลมานาน มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยกว่า 6 เดือน ดังนั้นการปฏิบัติงานต้องอยู่ภายใต้การนิเทศของพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่า มีหน้าที่รับผิดชอบการปฏิบัติการพยาบาลระดับง่ายและเป็นงานประจำ

2. พยาบาลคลินิกระดับ 2 หมายถึง พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน สามารถให้การพยาบาลเฉพาะโรคได้ มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อนได้ ไม่ต้องการการนิเทศอย่างใกล้ชิดแต่เป็นการนิเทศทั่วไป

3. พยาบาลคลินิกระดับ 3 หมายถึง พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานมาแล้ว

อย่างน้อย 2 ปี สามารถประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยใช้ความรู้ในศาสตร์ของการพยาบาลได้ สามารถคาดคะเนผลการพยาบาลที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังให้การพยาบาลได้ สามารถสอนเจ้าหน้าที่และนักศึกษาพยาบาลและให้ความร่วมมือในการวิจัย ตลอดจนการนำผลการวิจัยมาใช้ในการพัฒนางานได้

4. พยาบาลคลินิกระดับ 4 หมายถึง พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานมาแล้วอย่างน้อย 6 ปี สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยอาศัยเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ได้ เป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติการพยาบาลได้

ส่วน พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2536, หน้า 71) ได้จำแนกประเภทของพยาบาลไว้ 3 ระดับคือ

ระดับที่ 1 คือพยาบาลที่เข้าสู่การพยาบาลใหม่ ๆ อาจจะเป็นการจบการศึกษาใหม่ หรือจบการศึกษามานานแล้วแต่เพิ่งเริ่มทำงานด้านการพยาบาล เป็นระยะของการใช้ความรู้ที่ได้รับจากการศึกษามาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน อยู่ในระหว่างการเรียนรู้เทคนิคทางการพยาบาลเฉพาะทาง เริ่มสร้างทักษะในการให้การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวเฉพาะกลุ่ม และสร้างความรับผิดชอบในตนเองเกี่ยวกับการศึกษาต่อเนื่อง

ระดับที่ 2 คือพยาบาลที่สามารถแก้ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในระดับธรรมดาได้ อีกทั้งยังช่วยพยาบาลคนอื่น ๆ แก้ไขปัญหาได้ เกิดการเรียนรู้เหตุผลของการดูแลรักษาเฉพาะ สามารถแยกแยะข้อสังเกตที่สำคัญของแต่ละโรคได้

ระดับที่ 3 คือพยาบาลที่สามารถทำงานกับผู้ป่วยและครอบครัว ที่มีปัญหายุ่งยาก โดยอธิบายเหตุผลของการพยาบาลเฉพาะอย่างได้ลึกซึ้ง สามารถตรวจสอบการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีระบบระเบียบ สามารถให้ข้อเสนอแนะในการเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติการพยาบาลใด ๆ ได้ สามารถรับผิดชอบงานในฐานะหัวหน้างานได้ ได้รับความไว้วางใจจากผู้ร่วมวิชาชีพ มีมนุษยสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน

จะเห็นได้ว่า ประสบการณ์เป็นปัจจัยที่สำคัญตัวหนึ่งในการที่จะบ่งบอกว่าบุคคลมีความสามารถมากน้อยเพียงใดและควรทำอะไรได้บ้าง เพราะประสบการณ์จะทำให้บุคคลมีโอกาสดำเนินการเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถ เพื่อเป็นบันไดก้าวไปสู่ความก้าวหน้าในหน้าที่การงานได้ แต่ทั้งนี้และทั้งนั้นก็ขึ้นกับความตั้งใจจริงในการทำงานของบุคคลด้วย เพราะถ้าบุคคลมีประสบการณ์ในการทำงานมากแต่ปราศจากความตั้งใจในการทำงานก็ยังไม่สามารถประสบความสำเร็จและมีความเจริญก้าวหน้าได้เช่นกัน ซึ่งในการปฏิบัติงานจริงนั้นพยาบาลต้องประสบกับปัญหา อุปสรรคต่าง ๆ มากมายแตกต่างกันไปตามเวลา สถานที่ บริบทและสถานการณ์

แวดล้อมซึ่งพยาบาลต้องให้ความสนใจเพื่อแก้ปัญหาเหล่านั้นให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและหายจากความเจ็บป่วยจากการศึกษาพบว่าปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติงานของพยาบาลนั้นมีสาเหตุมาจากทั้งด้านระบบการบริหารงาน ด้านบุคลากร ด้านปริมาณงาน และด้านอื่น ๆ เช่น การปฏิบัติงานเกินขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลไม่ครอบคลุม (สุวรรณี สุคนธทรัพย์, 2541, หน้า ๖-๗) และ กิจกรรมการพยาบาลที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุดคือ กิจกรรมการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค สอดคล้องกับ พงษ์ลดา รักษาพันธ์ (2539, หน้า ๑) ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพ มีการปฏิบัติ ในบทบาทด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับบ่อยและ เวลาที่พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลใช้ไปมากที่สุดคือ กิจกรรมการประชุมภายในหน่วยงานซึ่งเป็น กิจกรรมอื่น ๆ ที่อยู่นอกเหนือกิจกรรมการพยาบาล คล้ายคลึงกับปัญหาในการปฏิบัติงานของ พยาบาลประจำการ โรงพยาบาลตำรวจ ที่พบว่าปัญหาที่พบบ่อยคือ (พวงเพ็ญ จัตรทอง, 2513 อ้างถึงใน สุวรรณี สุคนธทรัพย์, 2541, หน้า 22)

1. ปัญหาด้านบุคลากร

- 1.1 พยาบาลต้องปฏิบัติงานมากเกินไป

- 1.2 ผู้ช่วยพยาบาลปฏิบัติงานเกินหน้าที่ของตนและไม่รับผิดชอบงานของตน

2. ปัญหาด้านวิชาการ

- 2.1 พยาบาลขาดการแนะแนวทางวิชาการทำให้ไม่มั่นใจในการปฏิบัติงาน

- 2.2 ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานที่ไม่ตรงกับความถนัด

3. ด้านสิ่งแวดล้อม

- 3.1 ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือและมีอคติต่อพยาบาล ไม่เชื่อภูมิความรู้ของพยาบาล ไม่ยกย่องให้เกียรติ

ในขณะเดียวกัน ทิพวัลย์ ดารามาศ (2538, หน้า ๑) ได้ศึกษาปริมาณความต้องการ การพยาบาลของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยเด็กสามัญ โรงพยาบาลรามาริบัติพบว่าปัญหาในการปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลคือ

1. พยาบาลเวรเช้า ใช้เวลาเป็นส่วนน้อยในการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการสอน และการประคับประคองจิตใจ

2. พยาบาลใช้เวลาในกิจกรรมการเกี่ยวกับการเตรียมอาหาร ยา และอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้มาก

3. พยาบาลวิชาชีพมีงานประจำมาก

4. ไม่มีการมอบหมายงานที่ไม่ใช่งานการพยาบาลให้บุคลากรอื่น

จะเห็นได้ว่าปัญหา อุปสรรคที่พบในการปฏิบัติงานของพยาบาลนั้นสามารถจำแนกได้เป็น 2 ด้านใหญ่ ๆ คือ ปัญหาด้านบุคลากรและด้านปริมาณงาน ซึ่งปัญหาทั้งสองด้านต่างก็มีความเกี่ยวเนื่องและสัมพันธ์กัน ซึ่งหากปัญหาเหล่านี้ได้รับการแก้ไขอย่างถูกต้องก็จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการที่ดีมีคุณภาพได้ และเมื่อศึกษาข้อมูลย้อนหลังจะพบว่าการศึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่ผ่านมาในอดีตมักทำในโรงพยาบาลขนาดใหญ่เช่น โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลเกิดขึ้นในโรงพยาบาลเหล่านี้จะค่อนข้างมีความแตกต่างกับโรงพยาบาลชุมชนซึ่งมีขนาดเล็ก อย่างไรก็ตามพบว่ามีการศึกษาลักษณะนี้ในโรงพยาบาลชุมชนอยู่บ้างเช่น สุนธา รัตโน (2543, หน้า 3-4) ได้ศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพในภาคใต้ ที่รับผิดชอบงานบริการสุขภาพที่บ้านในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ผลการวิจัยพบว่า

1. กิจกรรมที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติมากที่สุดก่อนการเยี่ยมบ้านคือ การจัดกระเป๋าเยี่ยม อุปกรณ์ เครื่องมือให้พร้อมก่อนออกให้บริการ
2. กิจกรรมที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติมากที่สุดขณะเยี่ยมบ้านคือ การประเมินปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพของผู้รับบริการโดยการตรวจร่างกายเช่น การตรวจวัดสัญญาณชีพ การตรวจแผล เป็นต้น
3. กิจกรรมที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติมากที่สุดหลังเยี่ยมบ้านคือ การบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ได้จากการประเมินและการปฏิบัติตามแผนการดูแลขณะให้บริการสุขภาพที่บ้านอย่างครบถ้วน

และปัญหา อุปสรรคที่พบในการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นปัญหาด้านการบริหารจัดการเช่น การไม่มีกรอบอัตรากำลังสำหรับพยาบาลผู้รับผิดชอบงานนี้อีกทั้งยังขาดแหล่งสนับสนุนด้านความรู้ และความคล่องตัวในการใช้รถเพื่อออกเยี่ยมบ้าน ในขณะที่การประสานงาน การจัดระบบข้อมูลข่าวสาร งบประมาณ นโยบายของโรงพยาบาล และการพัฒนาบุคลากรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ

จากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่ามีการศึกษา ค้นคว้าเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ในหลายแง่มุมแตกต่างกันออกไปตามวัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา แต่ก็ยังไม่พบว่า มีผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลเลย ด้วยเหตุนี้เองผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะ

กิจกรรมการพยาบาลใด ๆ เพื่อแก้ปัญหา ป้องกัน หรือบรรเทาความรุนแรงของปัญหาให้กับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพที่ภายใต้ขอบเขตที่กฎหมายกำหนด

2. หน้าที่ที่ไม่เป็นอิสระ (dependent function) เป็นกิจกรรมการพยาบาล ที่พยาบาลมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วย โดยมีแพทย์เป็นผู้สั่งการรักษาและพยาบาลเป็นผู้นำคำสั่งการรักษานั้นมาปฏิบัติให้เกิดผลต่อผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเป็นปัญหาทางการแพทย์

3. หน้าที่ที่ต้องพึ่งพาต่อกัน (interdependent function) เป็นกิจกรรมการพยาบาล ที่พยาบาลและวิชาชีพอื่นในทีมสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์ ร่วมมือ ประสานงานกันในการดูแลผู้ป่วย เช่นในผู้ป่วยเบาหวานที่กำลังได้รับอินซูลินซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ พยาบาลจะต้องคอยเฝ้าระวังและค้นหาอาการ อาการแสดงในระยะเริ่มแรกของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เพื่อรายงานให้แพทย์ทราบเพื่อสั่งการรักษาต่อไป

นอกจากนี้ แพทริเซีย, บาร์บารา, และดอนนา (Patricia, Barbara, & Donna, 1986, pp. 6-7) ได้จำแนกกิจกรรมการพยาบาลออกเป็น 3 หมวดเช่นเดียวกับ แกส (Gas, 1997, pp. 100-101) ที่กล่าวว่าบทบาทอิสระ ไม่อิสระและบทบาทที่ต้องพึ่งพาต่อกันของพยาบาล เป็นคำที่ใช้กันบ่อยในการบอกหน้าที่ของพยาบาลที่แสดงถึงความสามารถในการคิด ตัดสินใจริเริ่ม และลงมือปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลใด ๆ ด้วยตัวเอง โดยเขาได้จำแนกกิจกรรมการพยาบาลออกเป็น 3 หมวดดังนี้

1. หน้าที่การพยาบาลที่เป็นอิสระ (independent nursing function) เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลสามารถพิจารณาตัดสินใจปฏิบัติได้ด้วยตัวเอง โดยอยู่ภายใต้ขอบเขตที่กำหนดกิจกรรมเหล่านี้ได้แก่

- 1.1 การประเมินสภาพผู้ป่วยและญาติ จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย
- 1.2 การวินิจฉัยความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย
- 1.3 การระบุกิจกรรมการพยาบาลที่จะช่วยสนับสนุนการหายและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย

- 1.4 การส่งต่อผู้ป่วยให้ทีมสุขภาพอื่นเมื่อมีข้อบ่งชี้
- 1.5 การประเมินผลการรักษาและการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ
- 1.6 การปรับปรุงคุณภาพการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและทีมสุขภาพ

2. หน้าที่การพยาบาลที่เป็นหน้าที่ไม่อิสระ (dependent nursing function) เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลต้องกระทำภายใต้แผนการรักษาของแพทย์ โดยการมอบอำนาจ (legal order) การสั่งการ (direction) การนิเทศ (supervision) เช่น การให้ยา การให้การ

รักษาเฉพาะอย่าง เป็นต้น

3. หน้าที่การพยาบาลที่ต้องพึ่งพาต่อกัน (interdependent nursing function) เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลต้องกระทำร่วมกับสมาชิกอื่นในทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเช่น แพทย์ (physician) เภสัชกร (pharmacist) นักจิตวิทยา (psychologist) นักกายภาพบำบัด (physical therapist) นักอาชีพบำบัด (occupational therapist) เป็นต้น โดยการปรึกษา (consultation) การส่งต่อ (referral) การวางแผน (planning) การติดต่อประสานงาน (coordination)

แต่เนื่องจากหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลในแต่ละบทบาท มีความใกล้เคียงกัน มากจนทำให้บางครั้งไม่สามารถจำแนกได้โดยเด็ดขาดว่า กิจกรรมการพยาบาลโดยอยู่ในขอบเขต ของบทบาทไหนดังนั้นก็จะมีผู้จำแนกกิจกรรมการพยาบาลไว้เพียง 2 บทบาทเท่านั้นคือ (Sundberg, 1989 ; ประพนธ์ วัฒนกิจ, 2541)

1. หน้าที่การพยาบาลที่เป็นหน้าที่อิสระ (independent nursing function) ได้แก่ กิจกรรมการพยาบาลที่เกิดจากคำสั่งการพยาบาล (nursing order) เช่นการวินิจฉัยการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้สมาชิกทีมการพยาบาล ในการ จัด/ลดสาเหตุแห่งปัญหาของผู้ป่วยและเป็นการป้องกัน / หรือคงไว้ไม่ให้ปัญหาเพิ่มมากขึ้นไปอีก เป็นกิจกรรมที่พยาบาลสามารถใช้ความรู้ ความสามารถแห่งวิชาชีพการพยาบาลในการวางแผน ให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ซึ่งกิจกรรมนี้จะช่วยส่งเสริมการรักษาของแพทย์ให้ได้ผลดี ยิ่งขึ้นเช่นการจัดทำอนที่ที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยแต่ละราย เป็นต้น

2. หน้าที่การพยาบาลที่เป็นหน้าที่ไม่อิสระ (dependent nursing function) เป็น กิจกรรมที่พยาบาลต้องปฏิบัติตามนโยบายหรือแผนการรักษาของแพทย์ กิจกรรมซึ่งส่วนใหญ่ เป็นกิจกรรมการรักษาเช่น

2.1 กิจกรรมที่เป็นคำสั่งการรักษาของแพทย์ (medical-related function) รวมไปถึงกิจกรรมการรักษาที่ต้องปฏิบัติโดยพยาบาล กิจกรรมการรักษาหรือการวินิจฉัยที่ทำโดย บุคลากรทางการแพทย์ที่มีพยาบาลเป็นผู้ประสานงาน ไม่ว่าจะเป็นการให้ยา การให้น้ำเกลือ การให้เลือด เป็นต้น

2.2 กิจกรรมที่เป็นการบริหารจัดการ (managerial function) เป็นกิจกรรมที่ไม่ ได้เป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงต่อผู้ป่วยเช่น การดูแลข้าวของเครื่องใช้ การแก้ปัญหาต่าง ๆ ขณะปฏิบัติงาน

2.3 กิจกรรมที่ไม่ใช้งานประจำและมีเป้าหมายในการรักษาผู้ป่วย (non specific function) เช่น การประชุมต่าง ๆ

อย่างไรก็ตามพบว่าในการปฏิบัติงานจริงนั้น กิจกรรมการบริหารจัดการเป็นกิจกรรมในบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในบทบาทอิสระของพยาบาล เนื่องจากคงไม่มีวิชาชีพใดที่จะรู้จักการบริหารจัดการทางการพยาบาลได้ดีกว่าพยาบาลด้วยกันเอง ขณะเดียวกัน เลสนิค และแอนเดอร์สัน (Lesnic & Anderson, 1987 อ้างถึงใน แจลัม พวงจันทร์, 2529, หน้า 101-102) ได้จำแนกหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพออกเป็น 2 หมวดเช่นเดียวกันได้แก่

1. หน้าที่การพยาบาลที่เป็นอิสระ (independent nursing function) ได้แก่กิจกรรมดังต่อไปนี้

1.1 ตรวจตรา ดูแลการพยาบาลทุกชนิดที่ให้แก่ผู้ป่วย โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์เป็นพื้นฐาน ให้ดำเนินไปอย่างเรียบร้อย ถูกต้องและมีประสิทธิภาพสูง

1.2 สังเกตอาการ รวมทั้งสภาพร่างกายและจิตใจตลอดจนความต้องการของผู้ป่วยโดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์เป็นเครื่องช่วย

1.3 ลงบันทึกและรายงานเกี่ยวกับผู้ป่วยอย่างเที่ยงตรงรวมทั้งประเมินผลการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ

1.4 ตรวจจรรายงานของเจ้าหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ยกเว้นงานในความรับผิดชอบของแพทย์

1.5 ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยอย่างถูกต้องตามเทคนิคและวิชาการ (สามารถเป็นตัวอย่างที่ดีได้)

1.6 แนะนำแนวทางในการปฏิบัติงานและให้ความรู้ (แก่ผู้ร่วมงาน) เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ

2. หน้าที่การพยาบาลที่ไม่เป็นอิสระ (dependent nursing function) ได้แก่ กิจกรรมที่ปฏิบัติเกี่ยวกับคำสั่งการรักษาของแพทย์เช่น การรักษาและการให้ยาผู้ป่วยโดยเป็นสิ่งที่ชอบด้วยกฎหมายอย่างมีความรู้และความเข้าใจในเหตุผลของการให้

จะเห็นได้ว่าในการจำแนกประเภทของกิจกรรมการพยาบาลที่กล่าวมาข้างต้น ต่างมุ่งเน้นที่ความมีอิสระหรือระดับความสามารถในการตัดสินใจลงมือปฏิบัติด้วยตัวของพยาบาลเองแทบทั้งสิ้นซึ่งโดยแท้จริงแล้วในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลนั้น พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบโดยรอบด้านที่ล้วนเป็นกิจกรรมในบทบาทอิสระแทบทั้งนั้น หากแต่บ่อยครั้งที่พยาบาลต้องปฏิบัติงานโดยอยู่ภายใต้การตัดสินใจของบุคคลอื่นที่อยู่เบื้องหลัง โดยเฉพาะ

อย่างยิ่งแพทย์ซึ่งใช้คำสั่งการรักษาเป็นเครื่องมือสั่งการให้พยาบาลต้องปฏิบัติตาม โดยในอดีตนั้น บุคลากรในทีมสุขภาพมีหน้าที่ปฏิบัติงานเพื่อตอบสนองคำสั่งการรักษาของแพทย์ แต่ในปัจจุบัน พยาบาลสามารถปฏิบัติงานโดยอาศัยการตัดสินใจของพยาบาลโดยตรงผ่านคำสั่งการพยาบาล เพื่อให้พยาบาลที่แม้จะมีความแตกต่างกันทั้งประเภทของพยาบาลและประสบการณ์สามารถ นำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานได้ (Ellis & Nowlis, 1985, pp. 36-37) เป็นการแสดง บทบาทอิสระแห่งวิชาชีพพยาบาลดังที่ ฟาริดา อิบราฮิม (2541, หน้า 38-40) กล่าวว่าบทบาท อิสระของพยาบาลนั้นได้แก่การประเมินปัญหาและวางแผนการพยาบาล การเป็นผู้ร่วมงาน เป็นครู เป็นผู้ประสานงาน เป็นผู้นิเทศ เป็นที่ปรึกษา เป็นผู้ประเมินและพัฒนางานและเป็นผู้วิจัย ดังนี้

1. การเป็นผู้ประเมินปัญหาและวางแผนการพยาบาล พยาบาลมีหน้าที่ ความรับผิดชอบ ในการซักประวัติการเจ็บป่วยโดยละเอียดและให้การวินิจฉัยการพยาบาลโดย
 - 1.1 ซักประวัติผู้ป่วยให้ครอบคลุมอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยทั้งในอดีต และปัจจุบัน ความผิดปกติต่าง ๆ ของร่างกายที่สามารถบอกถึงสภาพการเจ็บป่วย ตลอดจน ประวัติส่วนตัว ครอบครัว เศรษฐกิจ แบบแผนการดำเนินชีวิต แบบแผนสุขภาพ ภาวะสุขภาพ เป็นต้น
 - 1.2 การตรวจร่างกายเพื่อหาความบกพร่องที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วย
 - 1.3 บันทึกผลการซักประวัติและการตรวจร่างกาย
 - 1.4 วางแผนเพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาร่วมกับแพทย์
 - 1.5 เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเพิ่มเติมร่วมกับทีมสุขภาพ
 - 1.6 วางแผนการพยาบาลที่ต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน

- 1.7 รายงานและส่งต่อผู้ป่วยตามความเหมาะสมเพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง
2. การเป็นผู้ร่วมงาน โดย
 - 2.1 แลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ
 - 2.2 กำหนดวัตถุประสงค์ของการรักษาพยาบาลร่วมกับทีมสุขภาพเพื่อความสะดวกคล่องกันในการดูแลผู้ป่วย
 - 2.3 แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นทางวิชาการและความก้าวหน้าทางการแพทย์กับหน่วยงานอื่น

3. การเป็นครู พยาบาลสามารถนำความรู้ไปใช้ในการแนะนำผู้ป่วย ครอบครัว และทีมการพยาบาล โดย

- 3.1 ประเมินความต้องการการเรียนรู้ของทีมการพยาบาล พยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัว
- 3.2 วางแผนการสอน
- 3.3 ให้การสอนเป็นกลุ่มหรือรายบุคคลตามความเหมาะสม
- 3.4 ประเมินผลการสอน

4. การเป็นผู้ประสานงาน พยาบาลมีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วน ของแผนการพยาบาลและกำหนดความต้องการการช่วยเหลือในกรณีที่ต้องส่งต่อผู้ป่วย โดย

- 4.1 ร่วมงานกับทีมสุขภาพและครอบครัวผู้ป่วย
- 4.2 ปรีกษาหรือหาแหล่งความรู้และบริการในชุมชนสำหรับผู้ป่วย
- 4.3 ประสานงานในการส่งต่อผู้ป่วย
- 4.4 รวบรวมรายงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยและการรักษาพยาบาล

5. การเป็นผู้นิเทศ พยาบาลมีหน้าที่ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการรักษา พยาบาล ประเมินผลการพยาบาลและปรับปรุงแผนการพยาบาลตามความเหมาะสม โดย

- 5.1 แนะนำวิธีปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้อง
- 5.2 มอบหมายงานตามความรู้ ความสามารถของบุคลากร
- 5.3 วางแผนการพยาบาลร่วมกับทีมการพยาบาลพร้อมทั้งติดตามให้ผู้ป่วย

ได้รับการพยาบาลตามแผนที่วางไว้

6. การเป็นที่ปรึกษา พยาบาลมีหน้าที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในหน่วยงานที่จะรับคำร้อง หรือคำปรึกษาและส่งเสริมให้ได้ใช้ความรู้ตามความเหมาะสม โดย

- 6.1 รับคำร้องขอเพื่อขอความช่วยเหลือ ประเมินปัญหาและหาวิธีการแก้ปัญหา ให้กับบุคลากร
- 6.2 ร่วมมือในการเผยแพร่ความรู้ทั้งด้านการเขียน การพูด
- 6.3 แลกเปลี่ยนความรู้ทางการพยาบาลกับหน่วยงานอื่น
- 6.4 แสวงหาแหล่งความรู้เพื่อให้เกิดการศึกษา อบรมแก่บุคลากรในหน่วยงาน

7. การเป็นผู้ประเมินและพัฒนางาน พยาบาลทำหน้าที่ประเมินผลการปฏิบัติงาน ของบุคลากรเพื่อความก้าวหน้าร่วมกับฝ่ายการพยาบาล ในการประเมินผลการปฏิบัติงาน ในหน่วยงาน โดย

7.1 รวบรวมแผนการพยาบาลและผลการปฏิบัติการพยาบาลต่าง ๆ

ไว้เป็นหลักฐานในการประเมินคุณภาพการพยาบาล

7.2 ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลเป็นระยะ ๆ และสร้างมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลไว้เป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน

7.3 ประเมินผลการปฏิบัติงานของตนเอง

8. การเป็นผู้วิจัย พยาบาลทำหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิธีการพยาบาลใหม่ ๆ ที่จะนำมาใช้กับผู้ป่วย

8.1 ให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบ

8.2 มีการเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ

8.3 เขียนคำสั่งการพยาบาลไว้เป็นหลักฐานสามารถนำมาใช้ประโยชน์ภายหลังได้

8.4 ร่วมมือในการวิจัยทางคลินิก

8.5 อ่านงานวิจัยและนำมาใช้ประกอบการพยาบาลเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

8.6 นำผลการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงงาน

ในขณะเดียวกัน สายสวาท เฝ้าพงษ์ (2542, หน้า 86) กล่าวถึงแนวโน้มของกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในทศวรรษหน้าว่าน่าจะได้แก่

1. บทบาทการเป็นผู้จัดการทางสุขภาพ (health manager) เป็นการวางแผน จัดโปรแกรมและส่งเสริมสุขภาพ ดำเนินกิจกรรมพัฒนาสุขภาพตลอดจนการติดตามและ ประเมินผลปัญหาสุขภาพสำหรับบุคคลทั่วไป ผู้พิการและผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง เป็นต้น

2. บทบาทการเป็นที่ปรึกษาทางสุขภาพ (health counsellor) พยาบาลสามารถเป็นที่ปรึกษาปัญหาสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของบุคคลและครอบครัวก็ได้ พร้อมทั้ง การเป็นครูสอนและให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน เพื่อการดูแลสุขภาพของบุคคลที่มาขอรับ คำปรึกษา เป็นต้น