

บทความวิชาการ

การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลกับนโยบาย คนไทยทุกครอบครัว

มีหมอประจำตัว 3 คน

เกตุกมล ทิพย์ทิพย์วงศ์* ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน**
สุภาเพ็ญ ปาณะวัฒน์พิสุทธิ์*** ราตรี เทียงจิตต์****

บทคัดย่อ

นโยบายกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้คนไทยทุกครอบครัว มีหมอประจำตัว 3 คน หรือ 3 หมอ เพื่อสร้างการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ โดยหมอคนที่ 1 คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม. ทำหน้าที่ เยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ คัดกรองเบื้องต้น หมอคนที่ 2 หมอสาธารณสุข คือ บุคลากร ในสถานบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครอบคลุมบุคลากรทุกวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักสาธารณสุขชุมชน และวิชาชีพอื่นๆ ทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ ประสานงานระหว่างหมอคนที่ 1 และหมอคนที่ 3 หมอครอบครัว คือ แพทย์ ในโรงพยาบาลมีบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลด้านการรักษา ให้คำปรึกษา ประสานและส่งต่อการรักษาพิเศษ โดยพยาบาลอนามัยชุมชนเป็นอีก 1 วิชาชีพเป็นหมอคนที่ 2 มีส่วนสำคัญ ในการขับเคลื่อนนโยบาย 3 หมอเพื่อสร้างการเข้าถึงและการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวคิด การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลกับการดำเนินงานตาม นโยบาย 3 หมอ ของพยาบาลอนามัยชุมชน มี 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินสุขภาพชุมชน การวินิจฉัยปัญหา ชุมชนการวางแผนแก้ปัญหา และการประเมินผลปัญหาสุขภาพ ภายใต้บทบาทพยาบาลอนามัยชุมชน มีหน้าที่ในการ ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ประสานงาน บริหารจัดการและประเมินความเสี่ยงเกี่ยวกับสุขภาพ ในชุมชน ซึ่งจะเป็นอีกหนึ่งทางเลือกให้กับพยาบาลอนามัยชุมชน นำไปกำหนดเป็นกรอบแนวคิด ในการทำงาน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการประสานงาน บรรลุตามนโยบายสร้างการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ ของประชาชน

คำสำคัญ: กระบวนการพยาบาล/ นโยบาย 3 หมอ/ พยาบาลอนามัยชุมชน

*ผู้รับผิดชอบหลัก ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร

**รองศาสตราจารย์ ดร. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร

**** อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร

The Application of the Nursing Process to drive the 3-Doctors for Every Thai Family Policy

Ketkarn Thipthimwong* Narongsak Noosorn**
Supapen Panawatthanapisuit* Ratree Theangjit*

ABSTRACT

Ministry of Public Health policy stipulates that Thai people from every family can have 3 family doctors to increase accessibility of the health service system. The first doctor refers to a village health volunteer (VHV) who performs a home visit, gives advice, and provides basic health screening. The second doctor refers to a health care providers, who work in a primary care setting, such as at Subdistrict Health Promoting Hospital. The second doctor can be any professionals, such as a nurse, a pharmacist, a public health worker, or other professions, whose job were to promote health and coordinate between the first doctor and the third doctor. The third doctor refers to a family doctor, who works at the hospital to provide diagnosis, treatment, advice, coordinate and refer for advanced treatment. Community nurse, the second doctor, is assigned to be a key professional who plays an important role in driving the 3- Doctors policy to increase accessibility and promote health in the community. This article aimed to present how to apply the nursing process to operations according to the 3-Doctors policy. Nursing process for a community nurse has 5 steps, including community health assessment, community Diagnosis, problem priority, planning and evaluation of health problems. Regarding this policy, the community health nurse is responsible for health education, consultant, coordinating and managing, performing risk assessments and community health. These challenges give more opportunity for community health nurses to act in defining a framework to generate nursing outcomes and make coordination and integration of health services to promote service accessibility towards population and community health.

Key Words: Nursing process/ Policy 3 Doctors/ Community Health Nurses

Article info: Received: September 15, 2023, Revised: October 7, 2023, Accepted: November 11, 2023

*Corresponding Author, Ph.D., Faculty of Nursing, Kamphaeng Phet Rajabhat University

** Associate Professor., Ph.D., Faculty of Public Health, Naresuan University

*** Assistant Professor Dr., Faculty of Nursing, Kamphaeng Phet Rajabhat University

**** Lecturer., Faculty of Nursing, Kamphaeng Phet Rajabhat University

บทนำ

นโยบาย 3 หมอ หรือคนไทยทุกคน ครอบครัว มีหมอประจำตัว 3 คน เป็นหนึ่งในประเด็นสำคัญของรัฐบาล ที่มุ่งหวังสร้างช่องทางในการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพ ลดความแออัดลดการรอคอยในสถานพยาบาลของรัฐ การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ให้เข้มแข็ง มีคุณภาพทั่วถึง เป็นการประสานการทำงานดูแลประชาชนที่บ้านและชุมชนแบบ “ดูแลใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ”¹ เพิ่มความครอบคลุมให้ได้รับบริการต่อเนื่อง เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และส่งเสริมรักษาโรคซับซ้อนยุ่งยาก ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้มอบเป็นของขวัญปีใหม่ของคนไทยเมื่อช่วงปลายปี 2563 โดยหมอคนที่ 1 หมอหมู่บ้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม.ทำหน้าที่ เยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ คัดกรอง ติดตามและดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น โดยดูแลประชาชน 10-20 หลังคาเรือน หมอคนที่ 2 หมอสาธารณสุขคือ บุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือ รพ.สต. คลินิกหมอครอบครัว ศูนย์บริการสาธารณสุขครอบคลุมบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพทั้งพยาบาล เภสัชกร นักสาธารณสุขชุมชน และวิชาชีพอื่นๆ ทำหน้าที่ให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพ ประสานงานระหว่างหมอคนที่ 1 และหมอคนที่ 3 โดยกำหนดให้พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน ดูแลประชากร 1,250 คน – 2,500 คน หรือ 1-3 หมู่บ้าน. และหมอคนที่ 3 หมอครอบครัว คือ แพทย์ในโรงพยาบาล เป็นผู้ดูแลด้านการรักษา ให้คำปรึกษา ประสานและส่งต่อการรักษาพิเศษ โดยแพทย์ 1 คน ดูแลประชาชน 8,000 – 12,000 คน

กระบวนการดำเนินงาน 3 หมอ กับ

บทบาทพยาบาลอนามัยชุมชน: บทบาทหน้าที่ของพยาบาลอนามัยชุมชน ในการดูแลสุขภาพประชาชน ประกอบด้วย การจัดการบริการสุขภาพและให้การดูแลสุขภาพของ ประชาชนจัดกลุ่มผู้รับบริการตามภาวะความเร่งด่วนทางสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยง กลุ่มสุขภาพดี และตามความต้องการเฉพาะโดย เน้นให้บริการ ด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ให้ความช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยตลอดจนครอบครัว และชุมชน รวมทั้งร่วมมือในการ แก้ไขปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีบทบาท ดังนี้ 1. เป็นผู้ให้ความรู้ (Health educator) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ในโลกปัจจุบันจึงมีความจำเป็นที่ประชาชนต้องได้รับความรู้ที่ถูกต้องรวมทั้งทักษะการป้องกันตัวเองและการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม 2. เป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (Health care provider) ตามขอบเขตความรับผิดชอบ ทั้งกับผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มคน และ ชุมชน โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นสำคัญ 3. บทบาทการเป็นผู้พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (Advocator) การพิทักษ์สิทธิ ตามประกาศ 10 ประการ ซึ่งเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลอนามัยชุมชนสามารถจัดการ และคุ้มครองประชาชนให้ได้รับการดูแลและรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน 4. บทบาทบริหารจัดการ (Manager) ทั้งการจัดระบบงาน การวางแผน จัดงบประมาณ จัดวางกำลังคนจัดทรัพยากร จัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์เวชภัณฑ์ 5. บทบาทผู้ประสานงาน (Coordinator) กับหน่วยงานต่างๆ ให้บรรลุผลลัพธ์ที่ดี 6. บทบาทสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ (Health promotor for empowerment)

ประยุกต์การสร้างพลังอำนาจกระบวนการทางสังคมที่แสดงให้เห็นถึงการยอมรับ ส่งเสริมและพัฒนา ความสามารถของบุคคลในการแก้ปัญหา และใช้ ทรัพยากรที่จำเป็นในการ ดำรงชีวิต²

ที่กล่าวมาจะเห็นว่า มีจำนวนมาก กระบวนการพยาบาลอนามัยชุมชนจึงเป็นแนวทางสำคัญที่จะช่วยให้พยาบาลสามารถทำงานได้ครอบคลุมและมีแนวทางในการวางแผนโครงการดูแลสุขภาพได้สอดคล้องและตรงกับปัญหาของพื้นที่ ผู้เขียนเห็นควรนำกระบวนการพยาบาลอันเป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ที่ได้รับการยอมรับในทุกวิชาชีพมาปรับใช้กับงานอนามัยชุมชนโดยเฉพาะงาน หมอที่ 2 มาเป็นแนวในการปฏิบัติงาน บทความวิชาการฉบับนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) นำเสนอบทบาทพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในหน่วยปฐมภูมิ ที่เป็นพยาบาลอนามัยชุมชน 2) นำเสนอการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลกับบทบาทของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติในหน่วยบริการปฐมภูมิหรือในชุมชน³

บทบาทพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชน :
สภาการพยาบาล ได้ออกประกาศเรื่อง มาตรฐานการพยาบาล พ.ศ. 2562 วันที่ 17 เดือนกุมภาพันธ์ 2561 อย่างครอบคลุมทั้งที่เป็นบริการในชุมชนและในสถานบริการสาธารณสุขไว้ มี 3 หมวด ประกอบด้วย หมวดการบริหาร หมวดปฏิบัติการ และหมวดผลลัพธ์⁴ รายละเอียดดังนี้

หมวดที่ 1 การบริหารองค์กรพยาบาล (nursing organization) ประกอบด้วย 4 มาตรฐาน ได้แก่ 1) องค์กรและการบริหารองค์กร เกี่ยวกับ โครงสร้างองค์กร คุณสมบัติผู้บริหาร อำนาจหน้าที่ บทบาท พันธกิจ วิสัยทัศน์ นโยบายและ แผนงาน

ด้านการพยาบาล และการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของผู้ ประกอบวิชาชีพ 2) ทรัพยากรและสิ่งสนับสนุน ทั้งความเพียงพอ จำนวน คุณสมบัติ และสมรรถนะของบุคลากรทางการพยาบาล คุณสมบัติบทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบของพยาบาลในแต่ละตำแหน่ง ระบบกลไกการคัดสรร และพัฒนา 3) ระบบบริการการพยาบาล ประกอบด้วย การจัดการบริการที่คำนึงถึงคุณภาพและความปลอดภัยของผู้รับบริการ การมอบหมายงาน เป็นลายลักษณ์อักษร 4) ระบบการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล การจัดการคุณภาพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ระบบบริหาร และระบบกำกับ และนำผลไปพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้เกิดความต่อเนื่อง

หมวดที่ 2 การปฏิบัติการพยาบาล (nursing practice) มี 5 มาตรฐาน ซึ่งเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่มีเป้าหมายหลัก เพื่อส่งมอบบริการที่ดีให้กับประชาชน ได้แก่ 1) ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ กระบวนการพยาบาล ที่ดูแลแบบองค์รวม ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ใช้แนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ นางานวิจัย มาประยุกต์ใช้ 2) การรักษาสีทธิผู้ป่วย จริยธรรม และ จรรยาบรรณวิชาชีพ ประกอบด้วย การปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดหลักคุณธรรม และ จรรยาบรรณวิชาชีพ บนพื้นฐานของจริยธรรมและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง 3) การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล แนวปฏิบัติให้ถูกต้องเหมาะสม พัฒนานวัตกรรม ที่ตอบสนองต่อการให้บริการการพยาบาล และ ปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง 4) การจัดการดูแลอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย การประเมิน วางแผน และการประสานใช้แหล่งประโยชน์ตลอดจนการส่งต่อ

เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม 5) การบันทึกและรายงานการพยาบาล ประกอบด้วยบันทึกทางการพยาบาลที่ต้องมีข้อมูลสำคัญ ได้แก่ 5.1 การประเมิน 5.2 การกำหนดปัญหา 5.3 กิจกรรมการพยาบาลและ 5.4 การประเมินผลภายหลังการปฏิบัติการพยาบาล

หมวดที่ 3 ผลลัพธ์การพยาบาล (nursing outcome) เป็นการบริหารจัดการผลลัพธ์การพยาบาล โดยองค์กรพยาบาลจะต้องพิจารณากำหนดตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนผลลัพธ์การบริหารทั้งทรัพยากร การวางระบบงาน กระบวนการให้บริการ ระบบการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาล ให้บรรลุเป้าหมายตลอดจนการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ให้มีองค์ความรู้ เน้นนำหลักฐานเชิงประจักษ์ และกระบวนการวิจัยมาขับเคลื่อน

บทบาทที่สภาการพยาบาลได้กำหนดไว้ ทำให้เห็นว่าถึงแม้พยาบาลแต่ละหน่วยบริการมีความรับผิดชอบ แตกต่างกัน มีหน้าที่ไม่เหมือนกัน แต่มีมาตรฐานในภาพรวมที่ต้องยึดเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลทั้ง 3 หมวด โดยเฉพาะในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งส่วนใหญ่ไม่มีแพทย์ประจำ พยาบาลจึงต้องมีความรู้ความสามารถที่จะตรวจรักษาโรคและสั่งยาภายใต้ขอบเขตวิชาชีพให้กับผู้รับบริการ โดยพยาบาลวิชาชีพต้องผ่านการอบรมเฉพาะทางหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) และขึ้นทะเบียนกับสภาการพยาบาล ส่วนพยาบาลที่ยังไม่ผ่านการอบรม มีบทบาทในการประเมินภาวะสุขภาพ เพื่อการดูแลรักษาให้ผู้ป่วยทุเลาหรือ

หายจากโรคที่เป็น ส่งต่ออย่างถูกต้องและรวดเร็ว สะท้อนถึงคุณภาพการบริการ นอกจากนี้ยังทำหน้าที่ประสานงานกับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. (หมอคนที่ 1) และแพทย์ที่ทำการรักษา (หมอคนที่ 3) จัดรูปแบบบริการ เพื่อการดูแลประชาชนผู้ป่วย และครอบครัวให้กลับบ้านไกลใจอย่างมีประสิทธิภาพ

พยาบาลอนามัยชุมชนเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการนำนโยบาย 3 หมอ สู่การปฏิบัติ เนื่องจากเป็นผู้ให้บริการที่มีความใกล้ชิดกับชุมชนในการปฏิบัติงาน เช่นการประเมินปัญหาสุขภาพ ประสานงานการติดต่อสื่อสาร อาทิจำกัดการให้ความรู้ การให้คำปรึกษา การบริหารจัดการ และการประเมินความเสี่ยง ซึ่งพยาบาลอนามัยชุมชนได้รับการสอน แนวคิดเรื่องกระบวนการพยาบาล โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เพื่อให้เกิดความชัดเจน สามารถผสมผสานแนวคิด กระบวนการพยาบาล เข้ากับการดำเนินงานในชุมชน ผู้เขียนเห็นควรนำกระบวนการพยาบาลมาปรับใช้ให้ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ และแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนประกอบด้วย 5 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) 3) การวางแผนการพยาบาล (Planning) 4) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และ 5) การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) โดยนำมาประยุกต์ใช้ดังนี้⁵

1. การประเมินสุขภาพชุมชน หรือการประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) โดยการประเมินสุขภาพด้วยกระบวนการพยาบาลในชุมชนนั้นจะใช้ หลักการของ community health Nursing Stanhope⁶ หรือมีแนวคิดที่มองชุมชนเป็นผู้รับบริการ โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินสุขภาพประกอบด้วย 1) การศึกษา/วิเคราะห์/ประเมินชุมชนจากคนกลุ่มต่างๆ 2) ประเมินสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรหรือปัจจัยก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือการเจ็บป่วย 3) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล แบ่งแยกเป็นหมวดหมู่ ของข้อมูล คน สิ่งแวดล้อม ปัญหาสุขภาพ และ 4) วิเคราะห์กลยุทธ์และนวัตกรรมบริการสุขภาพชุมชนแบบผสมผสาน (ป้องกัน ส่งเสริมฟื้นฟู รักษา)⁷ อย่างเป็นองค์รวมในลักษณะบริการสุขภาพในชุมชน เพื่อจัดบริการให้ครบวงจร ปรับระบบบริการ นอกจากนั้นสามารถนำเครื่องมือ 7 ชิ้น ของ นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ เช่น แผนที่เดินดิน มาร่วมประเมินปัญหา⁸ รวบรวมข้อมูลพื้นฐานภาวะสุขภาพ ข้อมูลสิ่งแวดล้อม ข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนความสามารถของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหา การค้นหาการเข้าถึงและคืนข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพในชุมชน รวมทั้งการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วน และรับทราบข้อมูลร่วมกัน⁹ ซึ่งพยาบาลอนามัยชุมชนต้องนำประเด็นต่างๆ เหล่านี้ มาบูรณาการเพราะจะทำให้การประเมินชุมชนนั้นมีความชัดเจนและครอบคลุมมากขึ้น

การประเมินทางพยาบาลสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับหมอประจำตัว 3 คน โดยดำเนินงานทั้ง 4 มิติคือ การส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู ใช้ปัจจัยนำเข้าคือประวัติ ข้อมูล ปฐมภูมิและทุติยภูมิ ที่มีความครอบคลุมทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย พยาบาลอนามัยชุมชนต้องสร้างเครือข่าย มีทักษะในการประเมิน ให้ได้มาซึ่งปัญหาสุขภาพของชุมชนที่แท้จริงเพื่อนำไปจัดทำแผน¹⁰ พยาบาลต้องเป็นผู้ประสานงานกับหมอคนที่ 1 และคนที่ 3 ใช้ข้อมูลที่ได้มาทั้งที่ผู้ป่วยบอก (Subjective Data) และ ข้อมูลที่สามารถวัดได้มองเห็น ได้ สัมผัสได้ (Objective data) โดยมองเห็นในมุมมองของ Holistic (ทั้งกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณ)¹¹ ประกอบการคัดกรองเพื่อระบุสาเหตุปัญหาทางสุขภาพ จากการเยี่ยมบ้าน พบว่าบทบาทพยาบาลอนามัยชุมชนในการประเมินต้องการทำงานร่วมกับ อสม. (หมอ 1) สำหรับการเชื่อมโยงสู่แพทย์ เช่นการดูแลโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นการดูแลรายบุคคล ที่มีปัญหาซับซ้อน อีกทั้งเชื่อมต่อการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนในทุกภาคส่วน ทั้งร่วมคิด ร่วมทำแผน ร่วมปฏิบัติ และร่วมประเมินผล ทั้งหมดนี้คือการใช้ข้อมูลทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการผ่านการลงพื้นที่จริง ซึ่งต้องใช้ทักษะในการสร้างความไว้วางใจเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วม การทำงานเป็นทีมที่ดี

2. การวินิจฉัยปัญหาชุมชนและการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ (community diagnosis and priority Setting of health problem) ตรงกับกระบวนการพยาบาลในประเด็นการวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) การประเมินปัญหาสุขภาพของชุมชน พบประเด็นปัญหาที่หลากหลาย การระบุปัญหาคือการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพของชุมชนว่ามีปัญหาภัยสุขภาพอะไรบ้าง ซึ่งการทำงานกับชุมชนมีข้อจำกัด ด้านงบประมาณ กำลังคนจึงต้องมีเกณฑ์ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อจะได้แก้ไขปัญหาเร่งด่วนก่อนโดยประเด็นหลักในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา คือ การมีส่วนร่วมของประชาชนและผู้เกี่ยวข้องใน การพิจารณาขนาดของปัญหาความรุนแรง ความยากง่ายในการแก้ไขปัญหา¹² การทำประชาสังคัม คือ อีกแนวทางหนึ่ง ที่นิยมในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา รวมทั้งการจัดประชุมเพื่อรับทราบปัญหาให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิเข้าร่วมและเสนอความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนอย่างเท่าเทียมกัน โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นเตรียมการ พยาบาลอนามัยชุมชนต้องสรุปข้อมูลที่ได้จากชุมชน ระบุปัญหาเพื่อให้ชุมชนรับทราบโอกาสพัฒนาหรือความเสี่ยงในชุมชนนั้น ซึ่งอาจนำเสนอด้วยภาพถ่ายที่เห็นบริบทปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้น รวมถึงการเตรียมผู้ที่เข้าร่วม โดยต้องเป็น ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือตัวแทนของคนในชุมชน เช่น ตัวแทนภาคประชาชน ตัวแทนภาครัฐ 2) ขั้นตอนการพยาบาลอนามัยชุมชนควรสรุปประเด็นปัญหาพร้อมให้ข้อมูลสนับสนุนในแต่ละปัญหา อธิบายวัตถุประสงค์ เลือกรูปแบบที่ต้องการให้ได้รับการ

แก้ไขในชุมชน และให้ผู้เข้าร่วมได้ร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และ 3) ระยะสรุปพยาบาลอนามัยชุมชนต้อง สรุปประเด็นเร่งด่วนตอนนี้ที่ต้องรีบแก้ไข และสอบถามความคิดเห็นของชุมชนว่ามีแนวทางแก้ไขปัญหา การวางแผนการแก้ไขปัญหาชุมชนควรเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อเข้าสู่ขั้นตอนการวางแผน

การวินิจฉัยทางการพยาบาลสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับนโยบาย 3 หมอ โดยพยาบาลอนามัยชุมชนนำข้อมูลที่ได้มาระบุว่าปัญหาใดคาดว่าจะเกิด เพราะพบปัจจัยเสี่ยง ปัญหาใดที่กำลังเกิดขึ้น พร้อมจัดลำดับความสำคัญโดยนำหลักเกณฑ์ในการจัดลำดับความสำคัญ of ปัญหา วิเคราะห์โดยพิจารณาจากตัวแปรขนาดความรุนแรงเร่งด่วน ความยากง่าย และความร่วมมือของชุมชน¹³ เช่น การจัดลำดับว่าจะเยี่ยมบ้านผู้ป่วยใดก่อนหลัง โดยต้องใช้ทักษะการสื่อสาร การสร้างการมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้อง โดยใช้ความรู้ในการคำนวณขนาดความรุนแรงของปัญหาตลอดจน ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ คณะกรรมการหรือคณะทำงานภาคีเครือข่ายต่างๆ รวมทั้งประสานสัมพันธ์ความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในระดับอำเภอ จัดระบบการส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง เชื่อมโยงข้อมูลด้านสุขภาพระหว่างบุคลากร สหสาขาวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน

3. การวางแผนการดูแลสุขภาพชุมชน หรือตรงกับกระบวนการพยาบาลในประเด็น การวางแผนการพยาบาล (Planning) เป็น

กระบวนการต่อเนื่องจากขั้นตอนที่ 2 นำ ข้อมูลที่ผ่านการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา มาแล้ว โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ร่วมคิด ร่วมวางแผนแก้ไขปัญหากำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงานหรือกิจกรรมหรือ โครงการที่สามารถปฏิบัติได้จริงและใช้ทุนทาง สังคมที่มีอยู่ในการดูแลสุขภาพชุมชนให้เกิด ประโยชน์มากที่สุด มี 3 ขั้นตอนดังนี้ 1) การร่วม ทำความเข้าใจข้อมูลศักยภาพของชุมชน ปัญหา สุขภาพของชุมชนตามประเด็นที่ต้องการจัดการ รวมทั้งแหล่งทุน งบประมาณ 2) ร่วมค้นหา ทางออกแนวทางในการจัดการกับปัญหา กิจกรรม ต่างๆ ซึ่งต้องอาศัยความรู้และประสบการณ์ของ คนในชุมชน จากงานวิจัยการศึกษาดูงานพื้นที่อื่น และ 3) ร่วมปฏิบัติการและประชุมเชิงปฏิบัติการ เวทีประชุมปรึกษาหารือกับผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ เวทีระดมสมอง เป็นต้น ผลลัพธ์คือได้วิธีการดูแล สุขภาพของชุมชน เช่นกระบวนการจัดการเมื่อเกิด ภาวะฉุกเฉิน การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรัง หรือเกิดข้อตกลงเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะด้าน สุขภาพ กฎกติการะดับพื้นที่⁵

การวางแผนทางการพยาบาลสามารถ นำมาประยุกต์ใช้กับนโยบาย 3 หมอ ดังนี้ กิจกรรม การพยาบาล เกณฑ์การประเมินและผลลัพธ์ (Outcomes) โดยนำปัญหาชุมชนมากำหนด ในรูปแบบโครงการ ซึ่งต้องใช้ทุนทางสังคม เช่น แหล่งความเข้มแข็งของชุมชน แกนนำและ ผู้ประสานหลักในการวางแผนดังนี้ 1) การวาง ระบบการให้บริการพยาบาลในชุมชน โดยบูรณา

การแผนงาน โครงการ เช่นการดูแลกลุ่มผู้ป่วย เปราะบาง กลุ่มป่วย และกลุ่มปกติ 2) วางแผน พัฒนาคุณภาพระบบการจัดบริการพยาบาลอนามัย ชุมชน ทั้งในสถานบริการและในชุมชน เชิงรุกและ เชิงรับที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ โดยใช้ข้อมูลเชิง ประจักษ์ 3) วางแผนร่วมกับหมอคนที่ 1 และ 3 รวมทั้งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมกำหนดแนวทางและ วิธีการดูแลผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เชื่อมโยง และต่อเนื่องจากโรงพยาบาล 4) จัดทำแผน ยุทธศาสตร์เป้าประสงค์ ด้านการพยาบาลและด้าน บุคลากรทางการพยาบาล และการถ่ายทอด ยุทธศาสตร์ผ่านแผนปฏิบัติการ 5) วางแผนนิเทศ บุคลากรพยาบาลและทีมสุขภาพครอบครัวในพื้นที่ รับผิดชอบ โดยใช้ความรู้ประสบการณ์และความ เชี่ยวชาญ ด้านการพยาบาลในชุมชน 6) วาง แผนการติดตาม ประเมินผล และทบทวนผลการ ดำเนินงานขององค์กร¹⁴

4. การปฏิบัติการเพื่อดูแลสุขภาพชุมชน หรือการปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)

เป็นการบริการดูแลสุขภาพตามแผนที่วางไว้โดยมี การทำงานร่วมกับองค์กรชุมชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หรือหน่วยงานอื่นๆ ที่รับผิดชอบในพื้นที่การ นำกิจกรรมที่วางไว้ ตามช่วงเวลาสูงสู่การ ปฏิบัติ ทั้งกิจกรรม การรณรงค์ การจัดทำ โครงการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางด้านสุขภาพต่างๆ เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การป้องกัน อุบัติเหตุจราจร การลดพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิด โรคติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases (NCDs)) หรือพฤติกรรมเสี่ยงของเด็ก กวัยรุ่นในชุมชน ซึ่งเป็นโครงการที่ทำร่วมกันระหว่าง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น⁵ โดยพยาบาล

อนามัยชุมชนต้องใช้ทักษะ ในการเป็นผู้ประสาน การปฏิบัติตามแผนทั้งก่อน และหลังการจัดทำ โครงการ ตลอดจนเป็นผู้ให้คำแนะนำให้ บรรลุตามแผนงาน

การปฏิบัติทางการพยาบาลสามารถนำมา ประยุกต์ใช้กับ 3 หมวดดังนี้ 1) ปฏิบัติการพยาบาล ที่ต้องตัดสินใจหรือแก้ปัญหาตามมาตรฐานภายใต้ จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล รวมถึง การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งกลุ่มผู้ที่มีปัญหา สุขภาพกายและจิต ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วย ระยะสุดท้าย และคนพิการ จัดการความเสี่ยงต่อ ภาวะแทรกซ้อน และการรักษาพยาบาล แก่ประชาชน 2) คัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ ของชุมชน และวิเคราะห์วินิจฉัยปัญหาความ ต้องการในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย เพื่อวางแผนการ ดูแลและตัดสินใจให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ทันสถานการณ์ และทันเวลา 3) ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านและในชุมชน ในฐานะหมอคนที่ 2 โดยใช้กระบวนการพยาบาลใน การประเมิน วินิจฉัย และคาดการณ์ภาวะเสี่ยงทาง คลินิกและสังคม ให้การพยาบาลและตัดสินใจ แก่ปัญหาที่ซับซ้อนได้อย่างเหมาะสมร่วมกับทีม สหสาขาวิชาชีพ 4) เผื่อระวัง ปฏิบัติการ ช่วยเหลือ เบื้องต้นทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน ประสาน การส่งต่อผู้ป่วย และการให้บริการพยาบาลเชิงรุก เช่น การเยี่ยมบ้าน งานอนามัยโรงเรียน 5) จัดการ สิ่งแวดล้อมในครอบครัวและชุมชนที่ปลอดภัย การสร้างเสริม การดูแลตนเองกับกลุ่มเป้าหมาย โดยการมีส่วนร่วม ออกแบบกิจกรรมเพื่อสนับสนุน การดูแลตนเอง ช่วยเหลือทั้งกลุ่มเสี่ยง และกลุ่ม ป่วยในชุมชน 6) การออกแบบกิจกรรม

เพื่อสนับสนุนการดูแลตนเอง ช่วยเหลือทางการ พยาบาลกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยในชุมชน ให้การ ป้องกันโรค และชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่ป้องกันได้ 7) บันทึกข้อมูลด้านการพยาบาล ภาวะสุขภาพของประชาชนในแฟ้มเยี่ยมบ้าน พร้อมทั้งตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการ พยาบาลให้ครอบคลุมครบถ้วน ถูกต้องและเป็น ปัจจุบัน ตามมาตรฐานการบันทึกทางการพยาบาล 8) ติดตามผลการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อนำไป สู่การแก้ปัญหาและปรับปรุงพัฒนาระบบบริการ อย่างต่อเนื่อง 9) ร่วมกำหนดแนวทางป้องกันและ ควบคุมการติดเชื้อในชุมชนเผื่อระวังการติดเชื้อและ แพร่กระจายเชื้อในผู้ป่วย 10) ร่วมกำหนด แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทั้งกลุ่มปกติและกลุ่มป่วย โดยสร้างการมีส่วนร่วม ของชุมชน 11) ติดตามและดำเนินการควบคุม คุณภาพการพยาบาล โดยใช้มาตรฐานการพยาบาล และ คู่มือในการปฏิบัติการพยาบาลต่างๆ 12) กำหนดฐานข้อมูลทาง การพยาบาลในระดับ หน่วยงานที่รับผิดชอบ และการนำข้อมูลไปใช้ เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพบริการ พยาบาล¹⁴

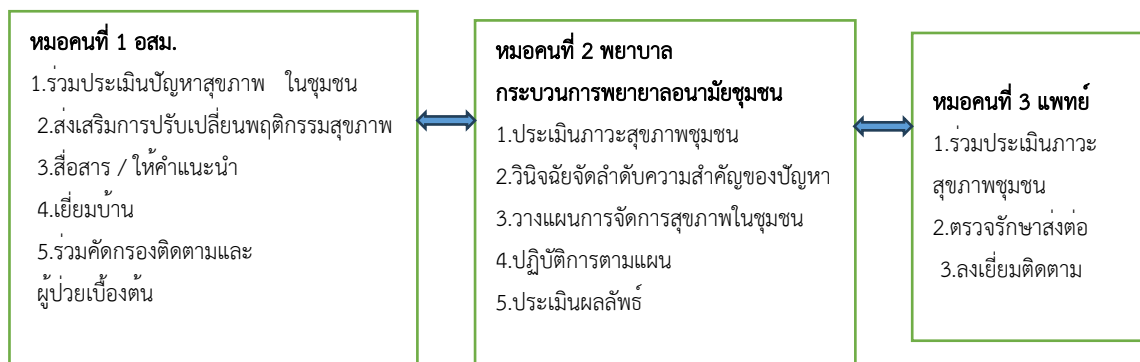
5. การประเมินผลการดำเนินงาน หรือ ตรงกับประเด็นการประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) โดยให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมรับผิดชอบ ในการประเมินผลตั้งแต่เริ่มดำเนินการ ขณะ ดำเนินการ หลังดำเนินการ ตลอดจน ร่วมวิเคราะห์ หาสาเหตุและดำเนินการแก้ไข หากผลการ ดำเนินการไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ จะต้อง ร่วมกันวิเคราะห์ ทบทวนจนกว่าจะบรรลุ วัตถุประสงค์ ที่วางไว้ โดยมีการประเมินทั้งระยะสั้น ระยะกลาง ระยะยาว 3 ปี 5 ปี แล้วแต่แผนที่ได้

วางเอาไว้ เป็นความสามารถในการจัดการองค์การและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์บรรลุวัตถุประสงค์ มีผลสัมฤทธิ์สูงสุด ซึ่งต้องใช้ทักษะในการนำรูปแบบประเมินผลต่างๆ มาใช้ เช่น CIPP Model¹⁵ เป็นต้น นอกจากนั้นการนำผลลัพธ์จากการจัดโครงการต่าง ๆ มาคืนข้อมูลให้กับประชาชน โดยชุมชนมีส่วนร่วมในการรับรู้การดำเนินงาน ปัจจัยแห่งความสำเร็จและข้อเสนอแนะ เป็นต้น⁵

การประเมินผลการพยาบาลสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับ 3 หมวดดังนี้ ประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติงานจากตัวชี้วัดของกองการพยาบาลที่ได้ปรับใหม่มี 6 ตัวชี้วัด คือ 1) อัตราส่วนของพยาบาลวิชาชีพต่อประชากร 2) อัตราการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยติดเตียงจากการเยี่ยมบ้าน 3) อัตราการพลัดตกหกล้ม/ตกเตียงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ที่บ้าน 4) ชั่วโมงการเยี่ยมบ้านของ

พยาบาลวิชาชีพ 5) ร้อยละความพึงพอใจในงานของบุคลากรพยาบาล และ 6) ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการในชุมชน นอกจากนี้ยังใช้ประเมินผลการดูแลรักษาคุณภาพบริการพยาบาล ที่มุ่งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณด้วยความเอื้ออาทรเพื่อให้พ้นหายจากภาวะที่เจ็บป่วยมีสุขภาพที่ดี ดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยปกติสุข¹⁶ ทั้งนี้พยาบาลอนามัยชุมชนต้องประเมินผลโครงการต่าง ๆ สนับสนุนเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียน ซึ่งต้องมีทักษะ การใช้เครื่องมือในการประเมินผลเชิงประจักษ์ สร้างเวทีคืนข้อมูลสื่อสารและประสานงานในทีมสุขภาพ

ข้อมูลดังกล่าวเขียนเป็นกรอบการดำเนินงาน ดังรูปที่แสดงการดำเนินงาน 3 หมวดที่เชื่อมต่อกันด้วยพยาบาลอนามัยชุมชน



อภิปราย

1. ด้วยบทบาทหน้าที่อันหลากหลายของการพยาบาลอนามัยชุมชน บางครั้งทำให้ขาดความตระหนักในการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ บางแห่งทำตามทำเนียมที่ได้ทำกันมา ทำให้ผลงานไม่เป็นรูปธรรม ไม่สามารถนำสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงประจักษ์ การมีแนวทาง

ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลอนามัยชุมชน การใช้กระบวนการพยาบาลจะสามารถปิดช่องว่างดังกล่าวได้

2. การปฏิบัติหน้าที่ในสถานพยาบาลที่แตกต่างบริบทกันทั้งพื้นที่ ขนาดสถานบริการ สายบังคับบัญชา ส่งผลให้ขาดความต่อเนื่องในการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ การมี

แนวทางที่ชัดเจนร่วมกับการนิเทศอย่างต่อเนื่อง จะช่วยเพิ่มประโยชน์ในการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ

3. การนิเทศติดตามยังไม่เป็นรูปแบบชัดเจน กระบวนการพยาบาลในหน่วยปฐมภูมิ ยังมีโอกาสพัฒนาอีกหลายประเด็น

4. การมีองค์การ ระดับกระทรวง ขับเคลื่อนโดยมีกรมการระดับเขตสุขภาพ จังหวัดและอำเภอทำงานเป็นเครือข่าย เกี่ยวกับนโยบาย สร้างมาตรฐานการพยาบาลอนามัยชุมชน จะช่วยเป็นช่องทางหนึ่งที่ช่วยให้กระบวนการพยาบาลนำสู่การปฏิบัติ

ข้อดีและประโยชน์ของการนำกระบวนการพยาบาล มาใช้กับนโยบาย 3 หมอ

1. กระบวนการพยาบาลช่วยให้มีกรอบในการปฏิบัติงาน¹⁷ ที่มีที่มาจากสภาพยาบาลและกองการพยาบาล จัดทำข้อกำหนดหรือมาตรฐานให้พยาบาลวิชาชีพได้ใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงาน ทำให้มีความมั่นใจส่งผลลัพธ์ที่ดีกับชุมชน

2. ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีเป้าหมายในการปฏิบัติ โดยปรับมาใช้กับการทำงานในชุมชน บทบาทหมอคคนที่ 2 เป็นผู้ประสานงานจัดการระบบสุขภาพในตำบลอย่างมีศาสตร์และศิลป์ในการดำเนินงาน

3. ส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีความเป็นปึกแผ่น โดยวิชาชีพพยาบาลมีการประกันคุณภาพการพยาบาล (Quality Assurance)¹⁸ จังหวัดเป็นพี่เลี้ยงเครือข่าย ให้ส่งเสริมการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ สร้างระบบนิเทศ

4. กระบวนการพยาบาลแต่ละขั้นตอนมีประเด็นต่อยอด สามารถนำไปใช้ได้ในทุกสถานการณ์ โดยปรับให้ตรงกับบริบทของผู้ปฏิบัติงาน มุ่งตอบสนอง แก้ไขปัญหาชุมชนและประชาชนในพื้นที่

5. ความเป็นศาสตร์ของกระบวนการพยาบาลที่ คล้ายกับการแก้ปัญหาด้วยกระบวนการวิทยาศาสตร์สามารถขยายหรือเป็นแกนนำทีม 3 หมอ ในการขับเคลื่อนนโยบายเพื่อการเข้าถึงของประชาชน

ข้อจำกัด

1. ความหลากหลายการปฏิบัติงานทำให้ขาดความตระหนักในการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ ทำให้ไม่เห็นผลเชิงประจักษ์

2. การประสานงานในภาพรวมด้วยการปฏิบัติหน้าที่ในสถานพยาบาลที่ต่างกันทั้งพื้นที่ ขนาดสถานบริการ สายบังคับบัญชา ส่งผลให้การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ไม่มีความต่อเนื่องและไม่เกิดประโยชน์กับผู้ให้และผู้รับบริการ

3. การนิเทศติดตามยังไม่เป็นรูปแบบ กระบวนการพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ ยังมีโอกาสพัฒนาอีกหลายประเด็น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีองค์การ ระดับกระทรวง ให้ความสำคัญในต้นการสร้างมาตรฐานการพยาบาลอนามัยชุมชน นำตัวชี้วัดกระบวนการพยาบาลมาขับเคลื่อน โดยมีกรมการระดับเขตสุขภาพ จังหวัดและอำเภอทำงานเป็นเครือข่าย เกี่ยวกับนโยบาย มีทีมงานและการดำเนินงานที่ชัดเจน ตลอดจนและมีประเด็น 3 หมอ ในบทบาทหมอคคนที่ 2

2. ระบบการนิเทศที่ก่อให้เกิดการพัฒนา โดยผู้รับการนิเทศมีส่วนร่วมในการสะท้อนมุมมองของการปฏิบัติงานในชุมชนกับบริบทที่หลากหลาย

3. การพัฒนาบุคลากรเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลในพยาบาลอนามัยชุมชน พัฒนางานวิจัยโดยการขับเคลื่อนนโยบาย 3 หมอ ประเด็นการตอบสนองความต้องการของประชาชน และวิจัยเชิงประเมินผลในนโยบาย 3 หมอ โดยการจัดทำกลุ่มพี่เลี้ยง นิเทศให้กำลังใจ พัฒนาแนวทาง/คู่มือ/ส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาลในงานพยาบาลอนามัยชุมชน

4. ส่งเสริมการจัดเวที ถอดบทเรียน และเผยแพร่การพยาบาลอนามัยชุมชนที่ใช้กระบวนการพยาบาลมาขับเคลื่อนนโยบาย 3 หมอ โดยแสดงถึงผลลัพธ์ที่บรรลุเป้าหมาย เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้

บทสรุป

กระบวนการพยาบาลสามารถนำมาปรับใช้ ขับเคลื่อนนโยบาย 3 หมอ ในบทบาทของผู้ประสาน หมอคนที่ 2 ได้ในทุกขั้นตอน ทั้งการประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล โดยนำมาใช้ในมุมมองของการพยาบาลอนามัยชุมชนที่เป็นผู้ให้ความรู้ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ และผู้พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อส่งผลลัพธ์ที่ดีกับประชาชน ลดการเจ็บป่วย ลดการแออัด ลดการรอคอย สร้างการเข้าถึง ลดความเหลื่อมล้ำในสังคม อันเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานของการดำเนินชีวิต เกิดการ

ประสานงานระหว่างวิชาชีพ แก้ไขปัญหาอย่างมีส่วนร่วม และระบบสุขภาพยั่งยืนบรรลุยุทธศาสตร์ชาติที่ตั้งไว้

เอกสารอ้างอิง

1. 1.Department of Health Service Support. (2022). 3 doctors “every thai family has 3 personal doctors”. August 1, 2023,<https://prgroup.hss.moph.go.th/article/1175-3>

2. Phattharathiranont P. The role of community nurses in health promotion and prevention Outbreak of coronavirus disease 2019 in 8 communities in the area of responsibility of Ramathibodi Hospital. 2021;44(1): 1-11.

3. Tithiphontumrong S. The Integration of Health Promotion Concepts in Teaching and Learning of Community Health Nursing and Health Promoting Competencies of Nursing Students. Thai Red Cross Nursing Journal. 2016;9(2):49-72.

4. Thailand Nursing and Midwifery Council. Thailand Nursing and Midwifery Council on Professional nurse Competency 1999 [cited 2023 April 30]. Available from: http://www.tnc.or.th/files/2016/09/page-44708/_28294.pdf.

5. Khungtumneam K. Community Health Care Process: The Role of Community Nurse. *Journal of Phrapokklao Nursing College* 2(7):140-8.
6. Intarangkul, T. Community health nursing: Solving community health problems through the nursing process. Buriram: Rewatprinting. 2021.
7. Nursing Division of Ministry of Public Health Thailand. Roles and duties of professional nurses. Bangkok: SueTawan Printing House. 2018.
8. Yana T, Bookboon P. Know the principles, know how to adapt: Tools for working with communities. Bangkok: Beyond Publishing Co. LTD.; 2022.
9. Severtson DJ, Baumann LC, Will JA. A participatory assessment of environmental health concerns in an Ojibwa community. *Public Health Nursing*. 2002;19(1):47-58.
10. Nantabut K. Community health care system: concepts, tools, design. Nonthaburi: Institute. Research and development of nursing system, Nursing Council; 2008.
11. Instructor Yongyuth Bunjong Master of Nursing Science (Community Nurse Practitioner), Faculty of Nursing, Buriram Rajabhat University. History taking, physical examination, laboratory examination 2022 [cited 2022 August 15]. Available from: <https://dspace.bru.ac.th/xmlui/bitstream/handle/123456789/7134/>.