



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพในศตวรรษที่ 21 ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางการวิจัย โดยนำเสนอเนื้อหาตามลำดับดังนี้

1. ระบบบริการพยาบาลประเทศไทยในศตวรรษที่ 21
  - 1.1 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554)
  - 1.2 แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554)
  - 1.3 ทิศทางการปฏิรูประบบบริการพยาบาล
2. พยาบาลวิชาชีพ
  - 2.1 ความหมายของพยาบาลวิชาชีพ
  - 2.2 ความสำคัญของพยาบาลวิชาชีพ
  - 2.3 ขอบเขตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ
  - 2.4 บทบาทและหน้าที่รับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ
3. ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพ
  - 3.1 ความหมายของภาพลักษณ์
  - 3.2 ความสำคัญของภาพลักษณ์และการสร้างภาพลักษณ์
  - 3.3 วิวัฒนาการของภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพ
  - 3.4 ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพในสังคมไทย
4. องค์กรวิชาชีพการพยาบาล
  - 4.1 สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี
  - 4.2 สภาการพยาบาล
  - 4.3 แผนพัฒนาภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพและวิชาชีพการพยาบาลขององค์กรวิชาชีพ
  - 4.4 บันไดอาชีพกับภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพ
5. เทคนิควิธีวิจัยเชิงอนาคตแบบ Ethnographic Delphi Future Research (EDFR)
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. ระบบบริการพยาบาลประเทศไทยในศตวรรษที่ 21

### 1.1 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554)

อิทธิพลของกระแสโลกาภิวัตน์ที่แผ่ขยายอย่างรวดเร็วไปทั่วโลกทำให้ประเทศไทยต้องเผชิญกับบริบทการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในหลายด้าน ซึ่งมีผลกระทบรุนแรงทั้งที่เป็นโอกาสและข้อจำกัดต่อการพัฒนาประเทศ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) เป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของการวางแผนพัฒนาประเทศ จากการมุ่งเน้นความเติบโตทางเศรษฐกิจเป็นหลักมาเป็นการให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม และมุ่งให้คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา เพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างการพัฒนาคคน เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม (สมภูมิ แสงวงกุล, 2550) อย่างไรก็ตามในปีแรกของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ประเทศไทยต้องประสบวิกฤตเศรษฐกิจอย่างรุนแรง และส่งผลกระทบต่อคนและสังคมเป็นอย่างมาก เกิดปัญหาการว่างงานและความยากจนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงต้องแก้ปัญหาเร่งด่วนเพื่อลดความรุนแรงของภาวะวิกฤตก่อนจนถึงปีสุดท้ายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ซึ่งเป็นช่วงเวลาเริ่มต้นศตวรรษที่ 21 จนถึงช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) รัฐบาลไทยได้อัญเชิญ “ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” มาเป็นปรัชญานำทางในการพัฒนาและบริหารประเทศ ควบคู่ไปกับการพัฒนาแบบบูรณาการเป็นองค์รวมที่มีคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา ต่อเนื่องจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 เพื่อนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนและความอยู่ดีมีสุขของคนไทย ผลการพัฒนาประเทศในระยะแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 สรุปได้ว่า เสถียรภาพทางเศรษฐกิจปรับตัวสู่ความมั่นคง ความยากจนลดลง มีการปรับปรุงการเสริมสร้างสุขภาพอนามัย มีหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมคนส่วนใหญ่ของประเทศ และปัญหาเสพติดแม้การระบาคจะลดลง แต่ยังคงเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขอย่างต่อเนื่อง ในระยะแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) ประเทศไทยยังคงต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่หยุดยั้ง จำเป็นต้องสร้างความสมดุลระหว่างมิติทางวัตถุกับจิตใจของคนในชาติ ความสมดุลระหว่างความสามารถในการพึ่งตนเองกับความสามารถในการแข่งขันในเวทีโลก ความสมดุลระหว่างสังคมชนบทกับสังคมเมือง พร้อมรับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทั้งจากภายในและภายนอกประเทศ เพื่อมุ่งสู่สังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน ตามเป้าหมายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ต่อไป

ในระยะของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ประเทศไทยยังคงต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในหลายบริบท ทั้งที่เป็นส่วนสนับสนุนและข้อขัดข้องต่อการ

พัฒนาประเทศ จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมของคนและระบบให้สามารถปรับตัวพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคตโดยแสวงหาประโยชน์อย่างรู้เท่าทันโลกาภิวัตน์และสร้างภูมิคุ้มกันให้กับทุกภาคส่วนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อนำชาติไปให้ถึงวิสัยทัศน์ประเทศไทยที่วางไว้ว่า “มุ่งพัฒนาสู่สังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน (Green and happiness society) โดยคนไทยมีคุณธรรม มีความรอบรู้ รู้เท่าทันโลก ครอบครัวยุคใหม่ ชุมชนเข้มแข็ง สังคมสันติสุข เศรษฐกิจมีคุณภาพ เสถียรภาพ และเป็นธรรม สิ่งแวดล้อมมีคุณภาพ และทรัพยากรธรรมชาติยั่งยืน อยู่ภายใต้ระบบบริหารจัดการประเทศที่มี ธรรมภิบาล ดำรงไว้ซึ่งระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข และอยู่ในประชาคมโลกได้อย่างมีศักดิ์ศรี”

จากการประเมินแนวโน้มของบริบทการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่ประเทศไทยต้องเผชิญในอนาคตและการทบทวนสถานการณ์ภายในประเทศโดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่าประเทศไทยมีโอกาสปรับตัวและได้รับประโยชน์จากกระแสโลกาภิวัตน์ แต่ยังคงพัฒนาโครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองในหลายประการ สรุปลักษณะของประเทศและยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านสำคัญในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ได้ ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2550)

1.1.1 ด้านเศรษฐกิจ ประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลาง เศรษฐกิจของประเทศมีการเติบโตอย่างต่อเนื่อง โดยมีขนาดทางเศรษฐกิจใหญ่เป็นลำดับที่ 20 จากจำนวน 192 ประเทศในโลก โครงสร้างการผลิตมีจุดแข็งคือมีฐานการผลิตที่หลากหลาย มีศักยภาพในการผลิตสินค้าเกือบทุกกลุ่มที่ทั่วโลกต้องการ แต่ก็มีจุดอ่อนในเชิงโครงสร้างที่ต้องพึ่งพิงการนำเข้าวัตถุดิบ ชิ้นส่วน พลังงาน เงินทุน และเทคโนโลยี ในสัดส่วนที่สูง การผลิตอาศัยฐานทรัพยากรมากกว่าองค์ความรู้ มีการใช้ทรัพยากรเพื่อการผลิตและบริโภคอย่างสิ้นเปลือง ทำให้เกิดปัญหาสภาพแวดล้อมและผลกระทบในด้านสังคมตามมา โดยไม่ได้มีการสร้างภูมิคุ้มกันอย่างเหมาะสม ด้านโครงสร้างพื้นฐานการขนส่งและโลจิสติกส์ยังขาดประสิทธิภาพและการเชื่อมโยงที่เป็นระบบทำให้มีต้นทุนประกอบการสูง ส่วนโครงสร้างพื้นฐานด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมของไทยยังอยู่ในระดับต่ำและตกเป็นรองประเทศเพื่อนบ้านที่เป็นคู่แข่งทางการค้า รวมทั้งประเทศไทยยังมิใช่ฐานการออมที่ต่ำกว่าการลงทุนส่งผลให้ต้องพึ่งพิงเงินทุนจากต่างประเทศ ทำให้ประเทศมีความเสี่ยงจากการขาดดุลบัญชีเดินสะพัดและการเปลี่ยนแปลงในตลาดการเงินของโลก จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมต่อการผันผวนของค่าเงินและอัตราดอกเบี้ยในตลาดโลก การรวมตัวของกลุ่มเศรษฐกิจต่างๆ ประกอบกับการก่อตัวของศตวรรษแห่งเอเชียที่มีจีนและอินเดียเป็นตัวจักรสำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจโลก ส่งผลให้ประเทศไทยต้องกำหนดยุทธศาสตร์การปรับโครงสร้างเศรษฐกิจให้สมดุลและยั่งยืน มีความจำเป็นต้องดำเนินนโยบายการค้าในเชิงรุกเพื่อ

เพิ่มศักยภาพการแข่งขัน พัฒนาระบบภูมิคุ้มกันทางเศรษฐกิจเพื่อปกป้องผลประโยชน์ของประเทศ โดยให้ความสำคัญกับองค์ประกอบ ดังนี้

1.1.1.1 การปรับโครงสร้างการผลิตเพื่อเพิ่มผลิตภาพและคุณค่าของสินค้าและบริการบนฐานความรู้และความเป็นไทย รวมทั้งสร้างบรรยากาศการลงทุนที่ดี เพื่อดึงดูดการลงทุนจากต่างประเทศ และส่งเสริมการลงทุนไทยในต่างประเทศ การพัฒนาระบบโลจิสติกส์ การดำเนินนโยบายการค้าระหว่างประเทศให้สนับสนุนโครงสร้างการผลิต และเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ

1.1.1.2 การสร้างภูมิคุ้มกันของระบบเศรษฐกิจ โดยสนับสนุนให้มีการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพบนหลักการบริหารจัดการที่ดี เพื่อให้การใช้ทรัพยากรเกิดประสิทธิภาพและสวัสดิการสูงสุดแก่ประเทศ การส่งเสริมการออมอย่างเป็นระบบเพื่อเป็นแหล่งระดมทุนและเป็นหลักประกันในชีวิตของประชาชน การเพิ่มประสิทธิภาพการใช้พลังงานและการพัฒนาแหล่งพลังงานทางเลือกเพื่อลดการพึ่งพิงการนำเข้าพลังงานและประหยัดเงินตราต่างประเทศ

1.1.1.3 การสนับสนุนให้เกิดการแข่งขันที่เป็นธรรมและการกระจายผลประโยชน์จากการพัฒนาอย่างเป็นธรรม ด้วยการพัฒนาการเงินชุมชนให้เข้มแข็ง รวมทั้งดำเนินนโยบายการค้าเพื่อส่งเสริมการกระจายรายได้ โดยกระจายอำนาจการจัดเก็บภาษี การจัดทำงบประมาณ การเบิกจ่าย และการก่อหนี้ ภายใต้กรอบการรักษาวินัยทางการคลังสู่ท้องถิ่น

1.1.2 ด้านสังคม ประเทศไทยอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีการพัฒนาคนระดับกลางและมีแนวโน้มการพัฒนาคนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ค่าดัชนีการพัฒนามนุษย์ของประเทศไทยในปี 2548 อยู่ในลำดับ 73 จาก 177 ประเทศ ซึ่งสูงกว่าจีนและเวียดนามแต่ต่ำกว่าญี่ปุ่น เกาหลีและสิงคโปร์ การพัฒนาคุณภาพคนด้านการศึกษาขยายตัวเชิงปริมาณอย่างรวดเร็ว แต่ความสามารถในการเชื่อมโยงนำความรู้ไปปรับใช้ของคนไทยและการลงทุนด้านวิจัยและพัฒนาอยู่ในระดับต่ำตลอดทั้งกำลังคนระดับกลางและระดับสูงยังขาดแคลนทั้งปริมาณและคุณภาพ จึงเป็นจุดอ่อนของประเทศไทยในการแข่งขันกับต่างประเทศ ขณะเดียวกันคนไทยกำลังประสบปัญหาวิกฤตค่านิยมที่เป็นผลกระทบจากการเลื่อนไหลทางวัฒนธรรมต่างชาติเข้าสู่ประเทศจากการแพร่ขยายของข้อมูลข่าวสารที่ไร้พรมแดนทั้งทางสื่อสารมวลชนและเทคโนโลยีสารสนเทศ เนื่องจากขาดการคัดกรองและเลือกรับวัฒนธรรมที่ดีงาม ทำให้คุณธรรมและจริยธรรมของคนไทยลดลง โดยเฉพาะเด็กและเยาวชน การดูแลและป้องกันเด็กและวัยรุ่นจากค่านิยมที่ไม่พึงประสงค์เป็นไปอย่างลำบากมากขึ้น ประกอบกับวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปทำให้สถาบันครอบครัว สถาบันการศึกษา และสถาบันศาสนามีบทบาทในการอบรมเลี้ยงดู ให้ความรู้ ปลูกฝังศีลธรรมให้มีคุณภาพและจริยธรรมลดน้อยลงนำไปสู่ค่านิยมและพฤติกรรมที่เน้นวัตถุนิยมและบริโภคนิยมเพิ่มมากขึ้น

สำหรับสถานะด้านชุมชนพบว่าสังคมไทยได้ปรับตัวเข้าสู่ยุคของการเปลี่ยนแปลงจากชนบทสู่เมืองอย่างต่อเนื่อง ขณะที่การพัฒนาชนบทกับเมืองมีลักษณะแยกส่วน ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลของการพัฒนาของชุมชนชนบท อย่างไรก็ตาม ภาครัฐบาลมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาและการจัดการความรู้มีมากขึ้น ส่งผลให้ชุมชนมีการรวมตัว รวมกลุ่ม และมีการเรียนรู้ร่วมกัน ทำให้สามารถจัดการกับปัญหาที่มากกระทบกับชุมชนได้ในระดับหนึ่ง พร้อมกับการเตรียมความพร้อมของท้องถิ่นให้สามารถปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น และมีกลไกการบริหารงานให้พร้อมรับการกิจการกระจายอำนาจ โดยภาครัฐได้ส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้เพื่อการจัดทำแผนชุมชน รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพของผู้นำชุมชนซึ่งมีบทบาทสำคัญเป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนการพัฒนาชุมชน ทำให้มีชุมชนต้นแบบที่มีความเข้มแข็งสามารถเป็นแบบอย่างเพื่อเรียนรู้และประยุกต์ใช้ ในด้านวัฒนธรรม ค่านิยมที่ดีงามและภูมิปัญญาท้องถิ่นยังถูกดูแลและมีการถ่ายทอดสู่คนรุ่นใหม่ ทั้งระบบคุณค่าของสังคมไทยในเรื่องจิตสาธารณะ ความเอื้ออาทร และการช่วยเหลือซึ่งกันและกันเริ่มเสื่อมถอย ขณะเดียวกันพฤติกรรมการค้าแรงชีวิตและการปฏิสัมพันธ์ของคนในชุมชนปรับเปลี่ยนไปจากอดีต โดยกระแสวัตถุนิยมที่เข้าสู่ชุมชนได้ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตของคนในชุมชน ทำให้มีความสะดวกสบายมากขึ้นแต่มีความสุขลดลง มีรายได้ไม่พอรายจ่าย มีหนี้สินเพิ่มขึ้น และความสัมพันธ์ของคนในชุมชนลดน้อยลงในลักษณะต่างคนต่างอยู่มากขึ้น

ในด้านสุขภาพคนไทยได้รับหลักประกันสุขภาพอย่างทั่วถึงร้อยละ 96.3 ในปี 2548 การเจ็บป่วยโดยรวมเป็น 1,798.1 ต่อประชากรพันคนในปี 2547 อย่างไรก็ตามหลักประกันทางสังคมยังไม่ครอบคลุมแรงงานนอกระบบและกลุ่มผู้ด้อยโอกาสอย่างทั่วถึง ขณะเดียวกันปัญหาการก่อการร้ายและการค้ายาเสพติดในหลากหลายรูปแบบก็ยังเป็นปัญหาต่อเนื่องที่ทำให้คนไทยต้องเผชิญกับความเสี่ยงในด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินสูงขึ้น นอกจากนี้คนไทยยังเผชิญกับการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง รวมทั้งโรคอุบัติใหม่หรือโรคระบาดซ้ำที่เป็นผลกระทบจากกระแสโลกาภิวัตน์ แนวโน้มการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเป็นทั้งโอกาสและภัยคุกคามต่อประเทศไทย โดยด้านหนึ่งประเทศไทยจะมีโอกาสมากขึ้นในการขยายตลาดสินค้าเพื่อสุขภาพ และการให้บริการด้านอาหารสุขภาพ ภูมิปัญญาท้องถิ่นและแพทย์พื้นบ้าน สถานที่ท่องเที่ยวและการพักผ่อนระยะยาวของผู้สูงอายุ จึงนับเป็นโอกาสในการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นของไทยและนำมาสร้างมูลค่าเพิ่ม ซึ่งจะเป็นสินทรัพย์ทางปัญญาที่สร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจได้ แต่ในอีกด้านก็จะเป็นภัยคุกคามในเรื่องการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือและทักษะ ซึ่งรวมถึงบุคลากรในวิชาชีพทางสุขภาพไปสู่ประเทศที่มีผลตอบแทนสูงกว่า

ยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพคน และสังคมไทย มุ่งสร้างความเข้มแข็งของชุมชนเพื่อให้เป็นรากฐานที่มั่นคงของประเทศ มีจุดมุ่งหมายให้เกิดสังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้ มีองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

1.1.2.1 การพัฒนาคนให้มีคุณธรรมนำความรู้ เกิดภูมิคุ้มกัน โดยพัฒนาจิตใจควบคู่กับการพัฒนาการเรียนรู้ของคนทุกกลุ่มทุกวัยตลอดชีวิต

1.1.2.2 การเสริมสร้างสุขภาพของคนไทยให้มีสุขภาพแข็งแรงทั้งกายและใจ และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่น่าอยู่ เน้นการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างครบวงจร มุ่งการดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ เสริมสร้างคนไทยให้มีความมั่นคงทางอาหารและการบริโภคอาหารที่ปลอดภัย ลด ละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ

1.1.2.3 การเสริมสร้างคนไทยให้อยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างสันติสุขบนพื้นฐานของความยุติธรรมในสังคม เสริมสร้างกระบวนการยุติธรรมแบบบูรณาการและการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังควบคู่กับการเสริมสร้างจิตสำนึกด้านสิทธิและหน้าที่ของพลเมือง และความตระหนักถึงคุณค่าและเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

1.1.2.4 การส่งเสริมการรวมตัว ร่วมคิด ร่วมทำตามความพร้อมของชุมชน มีเครือข่ายการเรียนรู้ทั้งภายในและภายนอกชุมชน เน้นการผลิตเพื่อการบริโภคอย่างพอเพียงภายในชุมชน สนับสนุนการนำภูมิปัญญาและวัฒนธรรมท้องถิ่นมาใช้ในการสร้างสรรค์คุณค่าของสินค้าและบริการ ควบคู่กับการพัฒนาความรู้ด้านการจัดการ และการตลาด ซึ่งนำไปสู่การพึ่งตนเองและการสร้างภูมิคุ้มกันให้ชุมชนพร้อมเผชิญการเปลี่ยนแปลง

1.1.3 ด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม จำนวนประชากรในโลกที่มากขึ้น ได้สร้างแรงกดดันต่อทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมของโลกให้เสื่อมโทรมลง ส่งผลกระทบต่อความแปรปรวนของสภาพภูมิอากาศ และการเกิดภัยธรรมชาติบ่อยครั้งขึ้น รวมทั้งการเกิดภาวะขาดแคลนและแพร่เชื้อโรคที่มีรหัสพันธุกรรมใหม่ๆ นอกจากนี้การกัดกินทางการค้าที่เชื่อมโยงกับประเด็นด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมก็มีมากขึ้น ตัวอย่างเช่นปัญหาราคาน้ำมันและข้าวซึ่งพุ่งสูงขึ้นอย่างรวดเร็วส่งผลกระทบไปทั่วโลกขณะนี้ สำหรับประเทศไทยในอดีตทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมได้ถูกนำมาใช้เพื่อตอบสนองการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจเป็นหลัก โดยพื้นที่ป่าไม้ถูกทำลายไปถึง 67,000,000 ไร่ในช่วง 40 ปี ปัจจุบันเหลือพื้นที่ป่าร้อยละ 33 ของพื้นที่ประเทศ ก่อให้เกิดปัญหาน้ำท่วม น้ำแล้ง และภัยธรรมชาติที่บ่อยครั้งและรุนแรง ทรัพยากรทางทะเลและชายฝั่งลดความอุดมสมบูรณ์ลง โดยป่าชายเลนลดลงจาก 2,000,000 ไร่ เหลือ 1,500,000 ไร่ แหล่งปะการังและหญ้าทะเลสภาพเสื่อมโทรม ทรัพยากรและความหลากหลายทางชีวภาพ ถูกทำลายอย่างรวดเร็ว กิจกรรมของมนุษย์ทำลายถิ่นที่อยู่อาศัยของสิ่งมีชีวิตชนิดต่างๆ

ซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบนิเวศ ทำให้คุณภาพสิ่งแวดล้อมมีความเสื่อมโทรม จากการพัฒนาตัวของจำนวนประชากร และแบบแผนการดำรงวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดปัญหามลพิษเพิ่มขึ้น โดยคุณภาพอากาศและน้ำอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่ามาตรฐาน ปริมาณขยะมูลฝอยและของเสียอันตรายมีมากขึ้นเกินศักยภาพในการกำจัดได้ทัน ขณะที่การนำเข้าสารอันตรายที่ใช้ในการผลิตมีมากขึ้น โดยขาดกลไกการจัดการทั้งการควบคุมกระบวนการผลิต การจัดเก็บ การขนส่ง ทำให้เกิดการแพร่กระจายในสิ่งแวดล้อมและปนเปื้อนห่วงโซ่อาหาร เป็นมูลเหตุของปัญหาทางสุขภาพของประชาชนโดยรวมทั้งสิ้น นอกจากนี้การใช้เครื่องมือทางเศรษฐศาสตร์และกฎหมายที่เกี่ยวข้องยังมีอยู่จำกัด รวมทั้งมีความซ้ำซ้อน มีช่องว่าง และขาดการบังคับใช้ ประเทศไทยจึงต้องยกระดับมาตรฐานการจัดการสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้นกว่าเดิม และปรับรูปแบบการผลิตสินค้าและบริการที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมมากขึ้น ขณะเดียวกันต้องเพิ่มประสิทธิภาพการใช้พลังงาน และพัฒนาพลังงานทางเลือก เพื่อรองรับความต้องการใช้พลังงานในประเทศ มีการกำหนดยุทธศาสตร์โดยใช้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงเป็นแนวทางสำคัญ ดังนี้

1.1.3.1 การรักษาสมดุลระหว่างการอนุรักษ์และการใช้ประโยชน์ทรัพยากร ส่งเสริมการมีส่วนร่วมและจัดทำข้อตกลงกับชุมชนท้องถิ่น ในการดูแลทรัพยากรธรรมชาติหลัก ได้แก่ ดิน น้ำ ป่าไม้ ทรัพยากรทะเลและชายฝั่ง ทรัพยากรแร่ มีมาตรการหยุดใช้ทรัพยากรที่ถูกทำลายสูงเป็นการชั่วคราว รวมทั้งพัฒนาระบบการจัดการและการป้องกันภัยพิบัติ

1.1.3.2 การปรับแบบแผนการผลิตและพฤติกรรมผู้บริโภคไปสู่การสร้างสภาพแวดล้อมที่ดี ซึ่งนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตและการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยกำหนดนโยบายสาธารณะควบคุมกิจกรรมที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสร้างตลาดสินค้าและบริการที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ผลักดันให้เกิดระบบประเมินผลกระทบทางสังคมและสุขภาพระดับยุทธศาสตร์ควบคู่กับการยกระดับขีดความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนในการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม กำหนดจุดยืนต่อพันธกรณีและข้อตกลงระหว่างประเทศด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อการคุ้มครองทรัพยากรจากการคุกคามภายนอก

1.1.4 ด้านการเมืองและการบริหารจัดการประเทศ ภาคประชาชนและภาคสาธารณะอื่นๆ ยังมีบทบาทจำกัด กลไกการตรวจสอบถ่วงดุลนอกภาครัฐขาดการทำงานเป็นเครือข่ายที่จะก่อให้เกิดพลังร่วมในการตรวจสอบอย่างมีประสิทธิภาพ แม้ว่าการปฏิรูประบบราชการนำไปสู่ความทันสมัยและมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่กระบวนการบริหารจัดการยังมีลักษณะปิดค่อนข้างมาก โดยยังมีลักษณะรวมศูนย์อำนาจ ยังไม่เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็ยังไม่เข้มแข็งและขาดอิสระในการจัดเก็บรายได้ให้

เพียงพอต่อการพึ่งตนเอง รวมทั้งวัฒนธรรมอุปถัมภ์ที่ฝังรากลึก ยังคงเป็นอุปสรรคขัดขวางการเสริมสร้างธรรมาภิบาลในสังคมไทย ประกอบกับการขาดบุคลากรคุณภาพสูงที่มีความรู้เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ และการขาดจิตสำนึกสาธารณะ จึงทำให้ไม่สามารถแยกแยะผลประโยชน์ส่วนตัวออกจากผลประโยชน์สาธารณะ ก่อให้เกิดปัญหาความไม่เป็นธรรมและการทุจริตประพฤติมิชอบที่ซับซ้อนมากขึ้น กระบวนการยุติธรรมและกฎหมายปรับตัวไม่ทันการเปลี่ยนแปลง จึงยังไม่สามารถสร้างความเป็นธรรมกับทุกภาคี ในขณะที่กลไกการตรวจสอบการใช้อำนาจของรัฐยังขาดประสิทธิภาพ การกำหนดยุทธศาสตร์จึงเน้นการเสริมสร้างธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการประเทศ มุ่งเสริมสร้างความเป็นธรรมในสังคมอย่างยั่งยืน ประกอบด้วย

1.1.4.1 การพัฒนาวัฒนธรรมประชาธิปไตย และธรรมาภิบาลให้เป็นส่วนหนึ่งของวิถีการดำเนินชีวิตในสังคมไทย กระจายอำนาจการตัดสินใจให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาท้องถิ่นของตนเอง ให้ท้องถิ่นสามารถรับผิดชอบในการบริหารจัดการสาธารณะ ตลอดจนแก้ไขปัญหาที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ สร้างกลไกให้ประชาชนสามารถเข้าถึงกระบวนการยุติธรรมอย่างเท่าเทียม เสริมสร้างความเข้มแข็ง และสร้างเครือข่ายการทำงานของกลไกตรวจสอบภาคประชาชน เพื่อติดตามตรวจสอบการใช้อำนาจของภาครัฐได้อย่างเข้มแข็งมีประสิทธิภาพ

1.1.4.2 สร้างภาคราชการที่มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล เน้นการบริการแทนการกำกับควบคุม ลดภาระการลงทุนของภาครัฐ ส่งเสริมภาคธุรกิจเอกชนให้เกิดความเข้มแข็งในการประกอบธุรกิจอย่างซื่อสัตย์ ยุติธรรมต่อผู้บริโภค และเป็นธรรมกับธุรกิจคู่แข่ง พร้อมทั้งยึดมั่นในความรับผิดชอบต่อสังคม แบ่งปันผลประโยชน์คืนสู่สาธารณะ โดยทั้งภาคราชการและภาคธุรกิจเอกชนคำนึงถึงผลประโยชน์ของประเทศและคุ้มครองผู้ใช้บริการ

1.1.4.3 การปฏิรูปกฎหมาย กฎระเบียบ และขั้นตอน กระบวนการเกี่ยวกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม เพื่อสร้างความเป็นธรรมทางเศรษฐกิจ ลดการใช้ดุลพินิจของข้าราชการและเจ้าหน้าที่ รวมทั้งสร้างความเข้มแข็งของกลไกการบังคับใช้กฎหมาย

1.1.4.4 การพัฒนาศักยภาพ บทบาท และภารกิจของหน่วยงานด้านการป้องกันประเทศ ความมั่นคง และการรักษาความสงบเรียบร้อย ให้มีประสิทธิภาพในการป้องกันประเทศและตอบสนองต่อภัยคุกคามในทุกรูปแบบสถานการณ์ได้ฉับไว ดำเนินการป้องกันและพัฒนาประเทศให้สามารถพิทักษ์รักษาเอกราช สถาบันพระมหากษัตริย์ ผลประโยชน์ของชาติ และการปกครองตามระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข

1.1.5 ด้านเทคโนโลยี ความก้าวหน้าอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยีสารสนเทศ เทคโนโลยีชีวภาพ เทคโนโลยีวัสดุ และนาโนเทคโนโลยี เป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างก้าวกระโดด



จึงจำเป็นต้องเตรียมพร้อมให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีดังกล่าวในอนาคต โดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมมาผสมผสานร่วมกับจุดแข็งในสังคมไทย แต่ก็ยังมีปัญหาโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและสื่อสารยังไม่กระจายไปสู่พื้นที่ชนบทอย่างเพียงพอและทั่วถึง ซึ่งเป็นอุปสรรคในการสร้างความเชื่อมโยงระหว่างเทคโนโลยีกับวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่น นอกจากนี้ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีการขนส่งและกระแสโลกาภิวัตน์ส่งผลให้มีการเดินทางทั้งเพื่อการท่องเที่ยวและการทำธุรกิจในที่ต่างๆ ทั่วโลกมากขึ้นทำให้การเคลื่อนย้ายเงินทุน สินค้า บริการ และคนในระหว่างประเทศมีความคล่องตัวมากขึ้น ดังนั้นประเทศไทยจึงต้องคำนึงถึงมาตรการรองรับผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะปัญหาที่จะมีผลกระทบต่อความมั่นคงของคนในเชิงสุขภาพ และความปลอดภัยในชีวิตทรัพย์สิน

ภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงในกระแสโลกาภิวัตน์ที่ปรับเปลี่ยนเร็วและเพิ่มความสลับซับซ้อนมากยิ่งขึ้นทุกขณะ การประเมินสถานะของประเทศแสดงให้เห็นว่าประเทศไทยอยู่ในสถานะที่ไม่เข้มแข็ง ไม่เท่าเทียมกับประเทศในภูมิภาคเดียวกัน การพัฒนาประเทศที่ขาดคุณภาพและธรรมาภิบาลทำให้การพัฒนาประเทศไม่ก้าวรุดหน้าเท่าที่ควร จึงจำเป็นต้องมียุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศที่เหมาะสม รวมทั้งต้องมีการพัฒนาคนในแต่ละภาคส่วนให้มีคุณธรรมควบคู่กับความรู้ความสามารถในระดับสูง เพื่อผลักดันยุทธศาสตร์เหล่านี้ให้เกิดประสิทธิภาพในทางปฏิบัติให้สามารถปรับตัวพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต อันจะนำไปสู่การพัฒนาประเทศที่มั่นคงและยั่งยืน สามารถดำรงอยู่ในประชาคมโลกได้อย่างมีเกียรติภูมิและมีศักดิ์ศรี ในกระบวนการพัฒนาดังกล่าวนี้ จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม ทรัพยากร สิ่งแวดล้อม และการเมือง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยรวม จำเป็นต้องทบทวนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพและระบบสุขภาพของสังคมไทย รวมทั้งการพัฒนาทรัพยากรบุคคลในระบบสุขภาพให้สอดคล้องกับกลยุทธ์และมาตรการต่างๆ ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 เพื่อสร้างสุขภาพอนามัยที่ดีภายใต้สังคมที่ดีตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

**1.2 แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2550)**

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ได้จัดทำขึ้นโดยผ่านกระบวนการวิเคราะห์สังเคราะห์ปัญหาและแนวโน้มของระบบสุขภาพไทยที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ ทั้งในบริบทภายในประเทศและภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วอย่างรอบด้าน มุ่งสู่จุดมุ่งหมายในการรวม

พลังทั้งสังคมเพื่อสร้างสุขภาพ และการน้อมนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ ทั้งในการดำเนินชีวิต การบริหาร และการพัฒนาทางด้านสุขภาพในทุกมิติ ทุกระดับ และทุกภาคส่วนที่สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาประเทศในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10

ภายใต้สถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่ท่วมท้น หลากหลาย และปัญหาาระบบ สาธารณสุขของไทย ได้แก่ การดำรงอยู่ของโรคในกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับความยากจน เช่น ภาวะ โภชนาการพร่อง โรคติดเชื้อทางเดินอาหาร อาหารเป็นพิษ รวมทั้งโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ฯลฯ โรคเรื้อรังที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงแบบแผนวิถีการดำเนินชีวิตและการบริโภค ภัยคุกคามต่อ สุขภาพจากพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง อุบัติเหตุ ฯลฯ อุบัติภัยที่ ทวีความรุนแรงขึ้นทั้งภัยจากธรรมชาติ ภัยที่มนุษย์ก่อขึ้น และภัยจากเทคโนโลยี อีกทั้งพฤติกรรม ความรุนแรง ปัญหาสุขภาพจิต โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ ผู้สูงอายุต้องประสบปัญหาภาวะโรค เรื้อรังและโรคที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น อาทิ โรคกระดูกและข้อและภาวะทางทันตกรรม โรคหัวใจ อัลไซเมอร์ คอกระจก รวมทั้งเผชิญกับภาวะทุพพลภาพในระยะยาว สถานการณ์ผู้ใช้แรงงานมี การเพิ่มจำนวนของแรงงานต่างชาติที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพมากขึ้น แรงงานเหล่านี้ไม่เพียงแต่ ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อยามเจ็บป่วยเท่านั้น แต่ยังเป็นกลุ่มเสี่ยงทั้งในแง่ที่ต้องทำงานใน สภาพที่ไม่ถูกหลักอาชีวอนามัย ถูกกดขี่แรงงานเพราะการเข้าเมืองผิดกฎหมาย และในแง่ที่อาจนำ โรคภัยไข้เจ็บต่างๆ เข้ามาสู่ประเทศไทย เช่น ไข้มาลาเรีย โรคพยาธิต่างๆ โรคเท้าช้าง ฯลฯ ความทุกข์ยากไม่ได้จำกัดอยู่ที่ผู้ใช้บริการเท่านั้น บุคลากรทางสาธารณสุขก็ประสบปัญหาความ ทุกข์จากความขัดแย้งและการถูกฟ้องร้องจากผู้รับบริการ รวมทั้งปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้าน สาธารณสุข

กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพกำหนดทิศทางการพัฒนาและคุณลักษณะของ ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยคำนึงถึงปัญหาแวดล้อมรอบด้านอย่างบูรณาการ และมุ่งเน้นให้คน เป็นศูนย์กลางการพัฒนา มุ่งหวังให้เกิดสุขภาพดีจากสังคมดี สร้างระบบสุขภาพพอเพียง เพื่อคุณภาพ ชีวิตที่มีความสุขพอเพียงอย่างยั่งยืน เชื่อมโยงกับการสร้างสังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน ชีดถือแนว ปฏิบัติ ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 สรุป สาระสำคัญของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ได้ดังนี้

1.2.1 เป้าหมายการพัฒนา ได้กำหนดเป้าหมายหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพ ไทย ที่มุ่งสู่ระบบสุขภาพพอเพียงไว้ 10 ประการคือ

1.2.1.1 เอกภาพและธรรมาภิบาลในการจัดการระบบสุขภาพที่สมดุลและ ยั่งยืน

- 1.2.1.2 งานสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกที่สามารถสร้างปัจจัยพื้นฐานของการมีสุขภาพดี
- 1.2.1.3 วัฒนธรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่มีความสุขพอเพียงอย่างเป็นองค์รวม
- 1.2.1.4 ระบบสุขภาพชุมชนและเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง
- 1.2.1.5 ระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ มีการใช้เทคโนโลยีอย่างพอประมาณตามหลักวิชาการอย่างถูกต้อง เหมาะสม ทำให้ผู้รับบริการมีความอุ่นใจ และผู้ให้บริการมีความสุข
- 1.2.1.6 หลักประกันสุขภาพที่เป็นธรรม ทัวถึง มีคุณภาพ
- 1.2.1.7 ระบบภูมิคุ้มกันและความพร้อมรองรับเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพได้อย่างทันการณ์
- 1.2.1.8 ทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากลอย่างรู้เท่าทันและพึ่งตนเองได้
- 1.2.1.9 ระบบสุขภาพฐานความรู้ด้วยการจัดการความรู้อย่างมีเหตุผลรอบด้าน
- 1.2.1.10 สังคมที่ไม่ทอดทิ้งคนทุกซ์ยาก เป็นสังคมที่ดูแลรักษาคนจนคนทุกซ์คนยาก และผู้ด้อยโอกาสอย่างเคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
- 1.2.2 ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพไทย ทิศทางการสร้างระบบสุขภาพพอเพียงในสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน เพื่อบรรลุเป้าหมายทั้ง 10 ประการ มียุทธศาสตร์หลักในการพัฒนา 6 ยุทธศาสตร์ ดังนี้
- 1.2.2.1 การสร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในการจัดการระบบสุขภาพ ปฏิรูประบบงาน โครงสร้างการบริหารจัดการ กลไกและกระบวนการด้านนโยบายสุขภาพให้เกิดความเป็นเอกภาพและธรรมาภิบาล มีความยุติธรรม โปร่งใสตรวจสอบได้ โดยในระยะสั้นเน้นการป้องปรามการทุจริตคอร์รัปชั่น และเน้นการสร้างวัฒนธรรมองค์การที่ดีเป็นเกราะปกป้องธรรมาภิบาลในระยะยาว
- 1.2.2.2 การสร้างวัฒนธรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่มีความสุขในสังคมแห่งสุขภาพะ เร่งรัดงานสุขภาพเชิงรุกเพื่อสร้างหลักประกันความปลอดภัยอย่างพอเพียงในชีวิตประจำวัน ทั้งด้านอาหาร ยา ผลิตภัณฑ์สุขภาพ การประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งส่งเสริมบทบาทของครอบครัว ชุมชนและภาคประชาสังคมในการสร้างวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพที่ดีและสร้างสรรค์สังคมที่มีความสุขในทุกกระดับ

1.2.2.3 การสร้างระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่ผู้รับบริการพอใจ ผู้ให้บริการมีความสุข เน้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ใส่ใจต่อความทุกข์ยากและความลำบากใจทั้งในส่วนของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ โดยสร้างระบบการจัดการที่เป็นธรรมชาติ มีความเห็นอกเห็นใจกัน และมีความภาคภูมิใจและพึงพอใจในประสิทธิภาพและคุณภาพการบริการร่วมกันภายใต้ นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1.2.2.4 การสร้างระบบภูมิคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพ สร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบการควบคุมป้องกันโรค การควบคุมปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบด้านสุขภาพของการเปลี่ยนแปลงต่างๆ รวมทั้งเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภัยพิบัติและความรุนแรงที่แพร่ระบาดทั่วไป

1.2.2.5 การสร้างทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทย และสากล เน้นการพัฒนาศักยภาพเพื่อการพึ่งตนเองได้ในด้านสุขภาพด้วยการส่งเสริมสมุนไพร การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีความปลอดภัย

1.2.2.6 การสร้างระบบสุขภาพฐานความรู้ด้วยการจัดการความรู้ สร้างระบบการจัดการที่เน้นการใช้ความรู้เป็นฐานการตัดสินใจด้วยการสร้างวัฒนธรรมการวิจัยและการจัดการความรู้ในทุกระดับองค์การด้านสุขภาพเพื่อกำหนดกรอบทิศทางนโยบาย และยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศให้เน้นการมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง ในเดือนมีนาคม 2550 สภานิติบัญญัติแห่งชาติได้ผ่านการเห็นชอบให้ประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติเป็นกฎหมาย เป็นการกำหนดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์เน้นการป้องกันโรค การเสริมสร้างสุขภาพ เพื่อการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยทุกภาคส่วนต้องมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพ สร้างความรู้ความเข้าใจให้ประชาชนตระหนักว่า การสร้างสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งกายและใจเป็นหน้าที่ของบุคคลและชุมชน การดูแลสุขภาพโดยภาพรวมไม่ได้เป็นภาระของบุคลากรทางสาธารณสุขเท่านั้น แต่ประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมกันสร้างเสริมให้เกิดระบบสุขภาพที่ดีในสังคมไทย โรงพยาบาลเป็นสถานที่สำหรับแก้ไขซ่อมแซมสุขภาพเมื่อเกิดความบกพร่อง สถานพยาบาลต่างๆ ต้องให้การบริการสาธารณสุขที่เป็นไปในทิศทางสร้างเสริมสุขภาพเป็นหลัก บนพื้นฐานของสุขภาพพอเพียง การให้บริการต้องเป็นระบบที่มีคุณภาพ มีความปลอดภัย มีความเป็นธรรม ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย มีหลายแบบแผนให้ประชาชนเลือก เพื่อสามารถพึ่งตนเองได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

จะเห็นได้ว่าในแต่ละยุทธศาสตร์การพัฒนา ได้มีการกำหนดเป้าประสงค์ เป้าหมาย กลวิธี และมาตรการต่างๆ ที่สอดคล้อง และนำไปสู่การบรรลุวิสัยทัศน์และเป้าหมายหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพพอเพียง จะเห็นว่าการพัฒนาระบบบริการสุขภาพมุ่งเน้นให้มีการพัฒนา

ศักยภาพและขีดความสามารถของบุคลากรทุกระดับ โดยใช้การจัดการความรู้ การสร้างระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้รับบริการอบอุ่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุข ใส่ใจต่อความรู้สึก ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยสร้างระบบการจัดการที่เป็นธรรม พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพ จึงต้องมีการปรับบทบาท และภาพลักษณ์ที่มุ่งส่งเสริมสนับสนุนแนวทางที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติด้วย

### 1.3 ทิศทางการปฏิรูประบบบริการพยาบาล

ระบบบริการพยาบาลในสังคมไทยเป็นบริการที่จำเป็นอย่างยิ่งต่อการดำรงชีวิต ซึ่งนับวันจะขยายขอบเขตกว้างขวางยิ่งขึ้น เนื่องจากมีความสัมพันธ์อย่างแนบแน่นเชื่อมโยงกับ กลไกสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง การปรับเปลี่ยนเป้าหมายและระบบการพัฒนาประเทศในช่วง ปลายศตวรรษที่ 20 จนถึงศตวรรษที่ 21 ดังได้กล่าวมาแล้ว ส่งผลกระทบต่อคนไทยทุกคน และ องค์การทุกภาคส่วนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติที่มีเป้าหมาย ว่า “ประชาชนไม่ควรที่จะป่วย พิการ หรือตาย โดยปราศจากเหตุอันควร หากต้องป่วยหรือพิการ ก็ควรเกิด ในระดับน้อยที่สุด และหากพิการก็ต้องสามารถดำรงชีพได้โดยอิสระเท่าที่จะทำได้” ซึ่งกำหนดยุทธศาสตร์สำคัญในการยกระดับสถานะทางสุขภาพของประชาชนอยู่ที่การส่งเสริม สุขภาพและการป้องกันโรค โดยมุ่งลดความแตกต่างของโอกาสในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่ จำเป็น สร้างความตระหนัก ให้ความรู้ และเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน มุ่งพัฒนาระบบสุขภาพให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพและเสมอภาค มีการใช้เทคโนโลยี อย่างเหมาะสม มีความยืดหยุ่นในการตอบสนองความจำเป็นและความต้องการของประชาชนกลุ่ม ต่างๆ สร้างหลักประกันสุขภาพและช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส รวมทั้งปรับเปลี่ยนการให้บริการจาก เชิงรับเป็นเชิงรุกมากขึ้น ในการนี้ภายใต้นโยบายของรัฐบาลปัจจุบัน มีการดำเนินการกลยุทธ์หลัก ที่เกี่ยวข้องกับงานบริการด้านสุขภาพ 4 นโยบายดังนี้

1) นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal coverage) คือ การสร้าง หลักประกันสุขภาพให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ตามความจำเป็น ส่งผล ให้บริการสาธารณสุขกระจายทั่วถึงทั้งประเทศ ทำให้ประชาชนไทยเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่าย มากขึ้น ส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพมีการปรับเปลี่ยน ให้มีความสำคัญกับหน่วยบริการระดับต้น ซึ่งรับผิดชอบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยเน้นในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง การควบคุมและการป้องกันโรค การดูแลสุขภาพครอบครัวและการเยี่ยมบ้าน การฟื้นฟูสภาพบุคคล และประชากรกลุ่มต่างๆ ในชุมชน การเสริมสร้างศักยภาพ ความเข้มแข็งให้ประชาชนสามารถ พึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้ ส่วนหน่วยบริการสุขภาพในระดับที่สูงขึ้นเน้นความรับผิดชอบการ

แก้ปัญหาสุขภาพ ความเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาลที่ซับซ้อน มีความจำเป็นต้องเพิ่มขีดความสามารถของบุคลากรพยาบาล และพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลให้ได้มาตรฐาน ทำให้สถานบริการต่างๆ โดยเฉพาะโรงพยาบาลทั้งของภาครัฐและเอกชนต้องปรับตัวเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการให้บริการสุขภาพรองรับนโยบายดังกล่าว เร่งสร้างเครือข่ายความร่วมมือของสถานพยาบาลทุกระดับทั้งภาครัฐและเอกชน

นอกจากนี้รัฐบาลได้จัดให้มีกองทุนประกันสังคม ที่ให้สิทธิคุ้มครองด้านความเจ็บป่วยแก่ลูกจ้างในภาคเอกชน ทำให้เกิดผลกระทบต่อการขยายบริการรักษาพยาบาลของประเทศ กล่าวคือโครงการประกันสังคมได้สร้างเงื่อนไขให้โรงพยาบาลต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนแข่งขันพัฒนาคุณภาพและศักยภาพของการจัดบริการเพื่อให้เป็นสถานบริการคู่สัญญาของโครงการประกันสังคม ดังนั้นจึงเกิดสถานการณ์เร่งรัดการลงทุนของโรงพยาบาลต่างๆ ให้ปรับปรุงขีดความสามารถของตนเอง เพื่อให้เข้าสู่เงื่อนไขดังกล่าว จึงมีโรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งได้ลงทุนปรับปรุงคุณภาพและขยายกิจการเป็นจำนวนมาก ทำให้เพิ่มขีดความสามารถและ ศักยภาพที่จะรองรับการให้บริการผู้ป่วยเป็นโอกาสที่จะพัฒนาบริการ และสิ่งอำนวยความสะดวกด้านบริการทางการแพทย์และสุขภาพ เป็นการเปิดการแข่งขันอย่างเสรีในการลงทุนด้านอุตสาหกรรมสุขภาพ โดยยกระดับมาตรฐานคุณภาพสู่สากล (กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

2) นโยบายสนับสนุนให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย (Center of Excellent Health Care of Asia) คือ การเพิ่มศักยภาพและขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศด้านบริการสุขภาพและส่งเสริมธุรกิจรักษาพยาบาลในกลุ่มชาวต่างชาติที่มีกำลังซื้อสูง รวมถึงส่งเสริมการผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพให้มีมูลค่าเพิ่มและสร้างตราสินค้าไทยในตลาดโลก ทั้งนี้เน้นเป้าหมายส่งเสริมธุรกิจสุขภาพ เพิ่มบริการสุขภาพให้มีบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน โดยมี 3 กลุ่มผลิตภัณฑ์ดังนี้ คือบริการสุขภาพด้านการแพทย์การพยาบาล บริการส่งเสริมสุขภาพ และบริการส่งเสริมผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพร เพื่อนำรายได้เข้าสู่ประเทศ โดยความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงการคลัง และการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย (กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

3) นโยบายเมืองไทยสุขภาพดี (Healthy Thailand) คือ นโยบายที่รัฐบาลกำหนดเป้าหมายให้ประชาชนทุกคนสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง นโยบายรัฐบาลที่กำหนดเป้าหมายให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพแข็งแรง กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดยุทธศาสตร์เพื่อสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ให้มีความตื่นตัว และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน รวมถึงการดูแลสิ่งแวดล้อม โดยให้ความสำคัญกับการออกกำลังกาย อาหาร

ปลอดภัย การพัฒนาอรรถประโยชน์ของโรคที่สำคัญ อนามัยสิ่งแวดล้อม ปรับสถานบริการพยาบาลให้เน้นงานส่งเสริมสุขภาพ มุ่งสู่เป้าหมายเมืองไทยสุขภาพดีในปี 2558

4) นโยบายการปฏิรูประบบราชการ คือ การแก้ไขปัญหาพื้นฐานและจุดอ่อนของระบบราชการ พัฒนาการดำเนินงานเพื่อตอบสนองต่อการบริหารปกครองในระบอบประชาธิปไตยให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีความคุ้มค่า และสอดคล้องกับนโยบายรัฐบาล มุ่งผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐและประโยชน์สุขของประชาชน โดยมีแผนยุทธศาสตร์ในการพัฒนาที่สำคัญ 7 ประการ คือ 1) การปรับเปลี่ยนกระบวนการและวิธีการทำงาน 2) การปรับปรุงโครงสร้างการบริหารราชการแผ่นดิน 3) การปรับรื้อระบบการเงินและระบบงบประมาณ 4) การสร้างระบบบริหารงานบุคคลและค่าตอบแทนใหม่ 5) การปรับเปลี่ยนกระบวนการพัฒนา 6) การเสริมสร้างระบบราชการให้ทันสมัย 7) การเปิดระบบราชการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, 2550) ยุทธศาสตร์ทั้ง 7 ประการต้องการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนมุมมองต่อระบบบริหารราชการ ให้มีความสำคัญกับการกระจายอำนาจการปกครองและการบริหารออกไปสู่องค์กรท้องถิ่น ปรับเปลี่ยนโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ กำหนดให้มีองค์การในกำกับของรัฐซึ่งมีความเป็นอิสระและคล่องตัวในการบริหารจัดการมากขึ้น มีการกำหนดแผนบริหารราชการแผ่นดินแผนปฏิบัติราชการและการบริหารงานจังหวัดแบบบูรณาการ ส่งผลให้ระบบราชการในอนาคตมีแนวโน้มมีเสถียรภาพ มีบทบาทจำกัดแคบลงและมีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้น บางหน่วยงานในระบบราชการจะมีการแปรสภาพเป็นองค์การมหาชน เช่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ ทำให้รัฐมีบทบาทเป็นผู้กำกับดูแลโดยไม่ใช่ผู้ดำเนินการเองอีกต่อไป งานบางอย่างให้หน่วยงานภายนอกดำเนินการ เช่น การรักษาความปลอดภัย การรักษาความสะอาด การจ้างงานตามรายโครงการ หรือการจ้างงานแบบเหมา เพื่อลดต้นทุนค่าใช้จ่าย ผลที่ตามมา คือ การลดจำนวนข้าราชการลง ทั้งนี้คาดหวังให้ข้าราชการที่คงอยู่มีประสิทธิภาพอย่างแท้จริงที่จะเป็นแรงผลักดันสำคัญต่อความสำเร็จขององค์การ โดยการเร่งพัฒนาขีดความสามารถของข้าราชการทุกสายงาน ให้ข้าราชการเป็นผู้รู้ลึกเชี่ยวชาญในสาขาของตน รอบรู้ในสาขาที่เกี่ยวข้อง ในการนี้ได้มีการตราพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551 ขึ้น มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 26 มกราคม 2551 ความในพระราชบัญญัติฉบับนี้แสดงถึงการปรับเปลี่ยนระบบบริหารทรัพยากรบุคคลภาคราชการให้มีระบบบริหารทรัพยากรบุคคลที่เหมาะสมตามลักษณะงาน ผลงาน และความรู้ความสามารถ ซึ่งมีองค์ประกอบหลัก 2 ประการ ได้แก่ กลไกระบบบริหารทรัพยากรบุคคลและระบบพิทักษ์คุณธรรม มีสาระสำคัญ คือ การปรับระบบจําแนกตำแหน่งใหม่ให้สอดคล้องกับลักษณะงานในแต่ละประเภท โดยจ่ายค่าตอบแทนที่เป็นธรรมตามบัญชีเงินเดือนซึ่งมีความหลากหลายมากขึ้น ทำให้สามารถสะท้อนค่างานของตำแหน่งในแต่ละประเภทได้อย่างแท้จริง

พร้อมกับปรับปรุงระบบจรรยาบรรณ วินัย อุทธรณ์ และร้องทุกข์ให้มีความเข้มแข็งขึ้น เพื่อเพิ่มพูนประสิทธิภาพและเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการบริการประชาชนที่ดีขึ้น ปรับบทบาท ภารกิจ และขนาดขององค์การให้มีความเหมาะสม ผลักดันขีดความสามารถและมาตรฐานการทำงานของรัฐและข้าราชการให้อยู่ในระดับสูงเทียบเท่าสากล และมีธรรมาภิบาล (Good governance) โปร่งใส ตรวจสอบได้ เป็นระบบที่มีความคล่องตัว สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชน และเหมาะสมกับสภาวะของประเทศอย่างแท้จริง

จากนโยบายรัฐบาลที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพดังกล่าว ส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพมีการปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการรูปแบบใหม่ที่ประชาชนเป็นศูนย์กลางการพัฒนาอย่างจริงจัง มีการกระจายบริการทางสุขภาพให้ประชาชนอย่างทั่วถึง เปิดโอกาสและสนับสนุนภูมิปัญญาท้องถิ่นสู่การแพทย์ทางเลือก ในขณะที่เดียวกันก็มุ่งส่งเสริมธุรกิจบริการสุขภาพเทียบเท่าอารยประเทศ และเปิดการแข่งขันอย่างเสรีในการลงทุนด้านอุตสาหกรรมสุขภาพ ทำให้เกิดการปรับปรุงโครงสร้าง รูปแบบ คุณภาพ กับสถานบริการสุขภาพทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ทั้งในภาครัฐและเอกชน และจากสภาพการณ์ของสังคมไทยและระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ดังได้ประมวลมาแล้ว สภาการพยาบาล (2542) ได้เสนอให้มีการพัฒนาทิศทางการปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพ เพื่อนำเสนอเป็นแนวทางในการปฏิรูประบบบริการการพยาบาล โดยสืบเนื่องมาจากสถานการณ์ที่พยาบาลวิชาชีพต้องรับภาระงานที่มุ่งเน้นการประกันคุณภาพ ชีวัดความสำเร็จที่ผลสัมฤทธิ์ของงาน ดังนั้นบุคลากรทางการพยาบาลซึ่งเป็นที่ปรึกษาบุคคลสำคัญจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาขีดความสามารถและพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง โดยมีการพัฒนาเป็นระบบเครือข่ายในลักษณะการบูรณาการ ให้ความสำคัญในด้านการส่งเสริมและการป้องกันโรค การบริการแบบเชิงรุกที่จัดให้มีสถานพยาบาลประจำครอบครัว การให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมที่มีคุณภาพ มีมาตรฐานและความต่อเนื่อง ส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมและมีศักยภาพในการดูแลตนเอง โดยมีประเด็นหลักสู่ทิศทางการพัฒนาบุคลากรและวิชาชีพดังต่อไปนี้

1.3.1 ความต้องการของประชาชนต่อระบบบริการสุขภาพและบริการพยาบาล ในปัจจุบันพยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรกลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุดในกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ และได้ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในทุกระดับของงานบริการในระบบบริการสุขภาพไทย การหาทิศทางการปรับระบบบริการการพยาบาลเพื่อให้สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทย ซึ่งจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนไปในอนาคต จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาความต้องการของประชาชนที่มีต่องานบริการการพยาบาลด้วย ทั้งนี้เพื่อให้ทิศทางการปรับเปลี่ยนของระบบบริการการพยาบาลไทยตอบสนองความต้องการของประชาชนมากที่สุด และสอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบันมากที่สุด



1.3.2 ทิศทางการปฏิรูประบบบริการการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต ระบบบริการสุขภาพในภาพรวมของประเทศมีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา ทำให้ระบบบริการการพยาบาลซึ่งเปรียบเสมือนระบบย่อยในระบบบริการสุขภาพจำเป็นต้องปฏิรูปเพื่อให้สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อเป็นส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในทุกระดับของสถานบริการสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพตอบสนองความต้องการของสังคมไทยในอนาคตได้ นอกจากนี้การปฏิรูประบบบริการการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยควรครอบคลุมประเด็นสำคัญ ดังนี้ คือ 1) การปฏิรูปกำลังคนด้านการพยาบาล 2) ระบบบริการการพยาบาลทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ 3) ระบบบริหารการบริการพยาบาลที่เอื้อต่อการปฏิรูประบบบริการพยาบาลในอนาคต

1.3.3 ทิศทางการปฏิรูปด้านปริมาณบุคลากรพยาบาล เน้นการเพิ่มจำนวนบุคลากรพยาบาลให้เหมาะสมกับจำนวนประชากร โดยกำหนดอัตราส่วนพยาบาลต่อประชากรตามมาตรฐานขั้นต่ำที่องค์การอนามัยโลกกำหนด เป็น 1 ต่อ 900 และให้มีการกระจายอย่างเหมาะสม กำหนดให้มีปริมาณพยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะสาขาปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิอย่างเพียงพอ

1.3.4 การปฏิรูปบุคลากรพยาบาลด้านคุณภาพ จะเน้นการพัฒนาคุณภาพทางการศึกษาให้พยาบาลวิชาชีพมีศักยภาพเหมาะสมที่จะปฏิบัติงานในชุมชน และให้มีความรู้ความสามารถในเรื่องการตรวจรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการส่งต่อให้มากขึ้น พัฒนาศักยภาพพยาบาลให้มีความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง เพื่อให้บริการสุขภาพในระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิเพียงพอที่จะสามารถสนับสนุนงานบริการสุขภาพระดับสถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3.5 การปฏิรูปการสร้างแรงจูงใจแก่บุคลากรทางการพยาบาลให้เหมาะสม และตรงตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ โดยกำหนดค่าตอบแทนที่เป็นธรรม และเท่าเทียมแก่บุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานที่มีลักษณะเสี่ยง งานที่ปฏิบัติในชุมชนและถิ่นทุรกันดาร โดยจัดให้มีสวัสดิการ เช่น จัดหาบ้านพักอาศัยที่สะดวกและปลอดภัยแก่บุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนและถิ่นทุรกันดาร ขยายโอกาสความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ของบุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้มากยิ่งขึ้น และเท่าเทียมกับผู้ปฏิบัติงานในระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ จัดโอกาสให้บุคลากรพยาบาลในชุมชนได้มีโอกาสศึกษาต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงาน และเพิ่มโอกาสความก้าวหน้าในวิชาชีพ

1.3.6 การปฏิรูประบบการบริหารการพยาบาลที่จะเอื้อต่อการปฏิรูประบบบริการการพยาบาลในอนาคต มีดังนี้

1.3.6.1 เป็นระบบการบริหารการพยาบาลที่เน้นการมีส่วนร่วมของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน มีการกระจายอำนาจในการตัดสินใจ มีกฎระเบียบที่ทันสมัย ปฏิบัติได้จริง และมีความยืดหยุ่นที่เอื้อประโยชน์ต่อคุณภาพของงาน และมีสายบังคับบัญชาที่สั้นสามารถประสานงานกันได้โดยง่ายรวดเร็วและทั่วถึง

1.3.6.2 มีระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารงานที่สมบูรณ์ จากความเป็นพลวัตของระบบบริการสาธารณสุขและระบบบริหารซึ่งต้องตรวจสอบได้เสมอ และการมุ่งเน้นประสิทธิผลของงาน องค์กรการพยาบาลทุกระดับต้องเป็นองค์กรที่มีระบบสารสนเทศเพื่อการบริหาร (Management Information System: MIS) ที่เต็มรูปแบบเพื่อให้มีข้อมูลที่พอเพียงในการตัดสินใจในการบริหารได้อย่างทันการ และเพื่อความอยู่รอดขององค์กร

1.3.6.3 พัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning organization) จากการพัฒนาการของความรู้ในทุกแขนงวิชาอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว องค์กรการพยาบาลในอนาคตต้องเป็นองค์กรที่มีบุคลากรที่ใฝ่รู้ เรียนรู้ได้ด้วยตนเอง และมีวิจาร์ณญาณในการใช้ความรู้ในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง องค์กรพยาบาลจะต้องสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ได้ทั้งในระบบและนอกระบบการศึกษา และเป็นองค์กรที่ให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (Human resource development)

1.3.6.4 ใช้ทรัพยากรบุคคลให้คุ้มค่า โดยการจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลในการปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ มีสัดส่วนเหมาะสมต่อความต้องการพยาบาลของผู้รับบริการ โดยคำนึงถึงการผสมผสานพยาบาลผู้มีทักษะและความเชี่ยวชาญในหลายระดับ (Skill mixed team) อย่างพอเหมาะและเกิดผลดีต่องานบริการและการจัดงานที่มีโรงงานพยาบาล (Non-nursing) ออกจากขอบเขตความรับผิดชอบ

1.3.6.5 มีเครือข่ายความร่วมมือ (Networking) การบริหารงานพยาบาลในอนาคตจำเป็นต้องมีเครือข่ายทั้งในวิชาชีพ ระหว่างวิชาชีพ และเครือข่ายกับสังคม ซึ่งจะเป็นแหล่งสนับสนุนกันและกันในการพัฒนาการบริการพยาบาล รวมทั้งการมีเครือข่ายกว้างขวางจะช่วยให้เกิดการรู้จักคุ้นเคยซึ่งกันและกัน และนำไปสู่การยอมรับทั้งในวิชาชีพ ระหว่างวิชาชีพ และการยอมรับของสังคมต่อวิชาชีพการพยาบาล

จะเห็นได้ว่าทิศทางการปฏิรูประบบบริการพยาบาล มีความสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยและนโยบายของประเทศ มีการกระจายบทบาทของพยาบาลวิชาชีพสู่ชุมชนและสถานบริการสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมให้เกิดสมรรถนะที่เหมาะสมของพยาบาล

วิชาชีพ ซึ่งเป็นบุคลากรสำคัญเนื่องจากปฏิบัติงานอยู่ในทุกระดับของสถานบริการ ให้พยาบาลวิชาชีพสามารถสร้างคุณภาพบริการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีผลสัมฤทธิ์สูง สร้างและใช้ความรู้ในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง ยังประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ โดยการใช้ทรัพยากรบุคคลอย่างคุ้มค่าและสร้างแรงจูงใจแก่พยาบาล โดยผลกระทบจากปัจจัยต่างๆ ทำให้ผู้บริหารทางวิชาชีพต้องตระหนักถึงการเอื้อระบบบริหารจัดการให้พยาบาลวิชาชีพได้พัฒนาสมรรถนะในระดับบุคคล คือ การพัฒนาตนเองและเพื่อนร่วมวิชาชีพ รวมทั้งการพัฒนาภาพลักษณ์ตนเอง เป็นการสร้างคุณค่าให้เป็นที่ยอมรับทั้งในวิชาชีพและระหว่างวิชาชีพเป็นการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลต่อไป

## 2. พยาบาลวิชาชีพ

### 2.1 ความหมายของพยาบาลวิชาชีพ

พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลจากสภาการพยาบาล ต้องเป็นผู้สำเร็จการศึกษาในระดับประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี หรือปริญญาตรี หรือสูงกว่าปริญญาตรีทางสาขาการพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2540) ทั้งนี้วิชาชีพการพยาบาลเป็นที่รู้จักกันแพร่หลายและได้รับการยอมรับว่าเป็นวิชาชีพที่มีความสำคัญต่อสังคม เนื่องจากเป็นงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับชีวิตและความเป็นอยู่ของมนุษย์ นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพจะต้องมีความรู้ในศาสตร์ต่างๆ แล้ว ยังต้องเป็นผู้มีคุณค่าและคุณสมบัติเชิงคุณธรรมตามความคาดหวังของสังคม ดังพระราชดำรัสของสมเด็จพระราชชนนีศรีสังวาลย์ในพิธีทรงเปิดการประชุมพยาบาลแห่งชาติครั้งที่ 1 ณ ศาลาสันติธรรม วันที่ 7 มิถุนายน พ.ศ. 2503 ความว่า “...ผู้ที่สมัครใจเลือกวิชาชีพพยาบาล เป็นผู้ที่สมควรได้รับการยกย่อง เพราะเป็นผู้ที่มีใจเพียงแต่ประกอบอาชีพ โดยใช้กำลังแรงและกำลังกายเท่านั้น แต่ต้องใช้กำลังใจอย่างแรงกล้าในการปฏิบัติงานด้วยความกล้าหาญ อดทน พร้อมทั้งรักษาความซื่อสัตย์ สุจริต และมีเมตตา กรุณา คุณสมบัติต่างๆ เหล่านี้เป็นสิ่งจำเป็นยิ่งสำหรับพยาบาล...” ซึ่งองค์การวิชาชีพการพยาบาลได้ยึดถือเป็นหลักสำคัญในการกำหนดคุณสมบัติพยาบาลวิชาชีพตลอดมา ทั้งนี้บทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ และคุณสมบัติของพยาบาลวิชาชีพมีวิวัฒนาการตามการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมทั้งมาโดยลำดับ (นันทนา น้าฝน, 2538) หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่าพยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรทางการพยาบาลที่อยู่ในระดับวิชาชีพ เป็นผู้มีความรู้ความสามารถเฉพาะที่เป็นเอกลักษณ์ มีความชำนาญในการปฏิบัติงานบนพื้นฐานของคุณธรรม และรับผิดชอบต่อผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติงานนั้นได้

## 2.2 ความสำคัญของพยาบาลวิชาชีพ

พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรที่มีจำนวนมากที่สุดในจำนวนบุคลากรทางสาธารณสุข ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในทุกระดับของงานบริการสุขภาพในสังคมไทย มีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบหลากหลายด้าน ให้บริการแก่ประชาชนทั้งที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพดี ทั้งยังเป็นผู้ที่ใช้เวลากับผู้รับบริการมากที่สุด จึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพของประเทศให้บรรลุเป้าหมายสูงสุด (ทัศนา บุญทอง, 2543) นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพยังมีความสำคัญในฐานะสมาชิกขององค์การวิชาชีพที่ต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อคุณภาพการบริหารองค์การในการพัฒนาวิชาชีพให้ทัดเทียมกับวิชาชีพอื่นๆ หรือ ก้าวหน้ากว่า เพื่อให้วิชาชีพการพยาบาลสามารถอยู่รอดอย่างได้รับการยอมรับในยุคของการปฏิรูประบบสุขภาพ (จินตนา ยูนิพันธุ์ และคณะ, 2542) เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพเป็นบุคคลที่มีการปฏิบัติโดยตรงต่อผู้รับบริการ สามารถสร้างคุณภาพการบริการพยาบาลให้เกิดความประทับใจ รวมทั้งสร้างสรรค์ความเจริญก้าวหน้าทางการพยาบาลให้ตอบสนองต่อความต้องการ และความคาดหวังของสังคม (วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2544)

คุณสมบัติเฉพาะของพยาบาลวิชาชีพนั้น นอกเหนือจากองค์ความรู้ที่เป็นศาสตร์ทางการพยาบาลแล้ว พยาบาลทุกคนได้เรียนรู้มิติทางจิตสังคมและพฤติกรรมศาสตร์ทำให้เข้าใจความแตกต่างของบุคคล ครอบครัว และชุมชนที่มีความต่างบริบทและวัฒนธรรมได้เป็นอย่างดี ทั้งยังถูกขัดเกลาด้วยกระบวนการเรียนการสอนให้สามารถเข้าถึง เข้าใจ และดูแลผู้รับบริการทุกระดับความแตกต่างอย่างเป็นองค์รวม ได้รับการพัฒนาทักษะการเห็นอกเห็นใจผู้อื่น ความรู้สึกเอื้ออาทร ทักษะการติดต่อสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลทุกเชื้อชาติทุกช่วงวัย นอกจากนี้การพัฒนาทักษะการทำงานเป็นทีม การรู้จักประสานความร่วมมือกับบุคลากรในวิชาชีพเดียวกัน และต่างวิชาชีพ การฝึกปฏิบัติที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ไม่ว่าจะเป็นการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ ทำให้พยาบาลทำงานอย่างครอบคลุม จากรากฐานประสบการณ์ที่สะสมมาทั้งในสถาบันการศึกษาร่วมกับการปฏิบัติงานจริง ทำให้พยาบาลเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติพื้นฐานที่จะพัฒนาเพิ่มศักยภาพให้เกิดความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านต่างๆ ได้ดี ทำให้บทบาทหน้าที่รับผิดชอบของพยาบาลขยายขอบเขตกว้างขวางขึ้น ทั้งนี้กิจกรรมการพยาบาลต้องอยู่ภายใต้กฎหมายและจริยธรรมตามจรรยาบรรณวิชาชีพ เพื่อสร้างประโยชน์และคุณค่าแห่งวิชาชีพให้เป็นที่ประจักษ์แก่บุคลากรในวิชาชีพทางด้านสุขภาพ และสาธารณสุข (ปรีชกมล รัชนกุล, 2551)

ในอีกทางหนึ่งการขยายบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพเป็นการพัฒนาศักยภาพขีดความสามารถ เพื่อตอบสนองการปฏิรูประบบบริการพยาบาลให้มีความสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทย ซึ่งจะส่งผลให้ยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพของประเทศชาติ

บรรลุผลตามที่คาดหวัง พยาบาลวิชาชีพจะต้องมีกิจกรรมตามบทบาทหน้าที่ทั้งที่เป็นอิสระทางการพยาบาล และหน้าที่ที่ไม่เป็นอิสระต้องพึ่งพากันในทีมสุขภาพ ยิ่งแสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพเป็นบุคคลสำคัญที่จะอำนวยความสะดวกให้เกิดขึ้นกับประชากรไทยในการปฏิรูประบบสุขภาพ การสร้างงานบริการที่ดีมีมาตรฐานอย่างต่อเนื่องไม่ว่าจะกระทำกิจกรรมในบทบาทใดขึ้นอยู่กับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพที่จะต้องได้รับการพัฒนาอย่างเหมาะสมควบคู่กันไป อันจะกำหนดคุณค่าและภาพลักษณ์ที่ดีในสังคมไทยของพยาบาลวิชาชีพและวิชาชีพการพยาบาล

กล่าวได้ว่าพยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรทางการพยาบาลที่อยู่ในระดับวิชาชีพ ซึ่งมีความรู้ความสามารถเฉพาะที่เป็นเอกลักษณ์ มีทักษะความชำนาญในการปฏิบัติ และรับผิดชอบต่อผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติงานนั้นได้ เป็นบุคคลที่ได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่าต่อสังคม เนื่องจากเป็นผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับชีวิตและความเป็นอยู่ของมนุษย์ เพราะเป็นผู้มีส่วนร่วมในประสบการณ์ชีวิตของบุคคล อยู่ในกระบวนการแก้ปัญหาของชีวิต ตั้งแต่ปฏิสนธิ เกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นกำลังหลักทั้งด้านการปฏิบัติการพยาบาลและด้านการบริหารองค์การเพื่อการพัฒนาวิชาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีความสำคัญต่อความสำเร็จในการพัฒนาระบบสุขภาพโดยรวมของชาติ

### 2.3 ขอบเขตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และที่แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 กำหนดขอบเขตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพไว้ตามความในมาตรา 4 ดังนี้

การพยาบาล หมายความว่า การกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการดูแลและการช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค ทั้งนี้ โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล

การประกอบวิชาชีพการพยาบาล หมายความว่า การปฏิบัติหน้าที่การพยาบาลต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยกระทำการต่อไปนี้

- 1) การสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษาและการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย
- 2) การกระทำต่อร่างกายและจิตใจของบุคคล รวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการแก้ปัญหาคความเจ็บป่วยการบรรเทาอาการของโรค การลุกลามของโรค และการฟื้นฟูสภาพ
- 3) การกระทำตามวิธีที่กำหนดไว้ในการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรค
- 4) ช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรคทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาลในการประเมินสุขภาพ การวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผล

การพยาบาลเป็นการปฏิบัติโดยใช้ความรู้และสติปัญญา ได้รับการยอมรับว่าเป็นการบริการในระดับสถาบันวิชาชีพแก่สังคมและมีความเป็นเอกสิทธิ์ จากความในมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และที่แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 ดังได้กล่าวมาแล้ว สามารถสรุปลักษณะเฉพาะของวิชาชีพพยาบาลได้ ดังนี้

1) เป็นการบริการแก่สังคม ช่วยเหลือ และสนับสนุนให้มนุษย์ดำรงรักษาสุขภาพอนามัยที่ดี และความเป็นอยู่ที่ดีในสังคม ซึ่งต้องอาศัยทั้งหลักศิลปะและวิทยาศาสตร์ในการปฏิบัติงาน และความรับผิดชอบต่อตนเองและวิชาชีพ

2) เป็นการปฏิบัติต่อมนุษย์โดยตรง และเป็นการปฏิบัติต่อธรรมชาติของบุคคลที่มีความแตกต่างกัน ดังนั้น กระบวนการพยาบาลจึงเป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ในการที่จะรวบรวมปัญหา เฝ้าดูปัญหาและแก้ไข โดยพื้นฐานความเข้าใจในลักษณะของบุคคลที่มีความแตกต่างกัน

3) เป็นการปฏิบัติหน้าที่ซึ่งต้องเข้าไปมีส่วนร่วมกับผู้ป่วย / ประชาชน / ชุมชน ดังนั้นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติ คือ การเข้าไปสัมผัสรับรู้ ข้อมูล ข่าวสาร ประสบการณ์ชีวิต ความเชื่อ ค่านิยม ทัศนคติ รวมทั้งวัฒนธรรมของชุมชน สังคม ซึ่งต้องใช้ความรู้ความสามารถในหลายๆ ด้าน เพื่อให้เข้าถึงสิ่งเหล่านี้ และมีส่วนร่วมในการทำงาน ออกความเห็นและการตัดสินใจ มีความคิดสร้างสรรค์ รับผิดชอบต่อตนเองและสังคม

4) มีความเป็นอิสระควบคุมนโยบายและกิจกรรมการปฏิบัติของตนได้

5) มีองค์ความรู้ของวิชาชีพตนเอง ซึ่งมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยการวิจัยอย่างเป็นระบบ

6) ผู้ประกอบวิชาชีพยึดถือปฏิบัติการบริการด้วยจิตวิญญาณ ด้วยความเอื้ออาทร รับผิดชอบต่อตนเอง งาน และวิชาชีพ มีการควบคุมลักษณะของการปฏิบัติอยู่เสมอ

7) มีจรรยาบรรณวิชาชีพเป็นแนวทางการพิจารณาตัดสินใจและการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพ

8) มีองค์การวิชาชีพที่ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนามาตรฐานวิชาชีพและการประกอบวิชาชีพ

จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพมีขอบเขตกว้างขวางครอบคลุมภาวะสุขภาพของประชากรในทุกระดับ ทุกพื้นที่ จำเป็นต้องใช้ความรู้ความสามารถในศาสตร์ต่างๆ เพื่อกำหนดบทบาทอิสระของตน ภายใต้กฎหมาย จรรยาบรรณวิชาชีพ และความรับผิดชอบต่อผลงานที่ปรากฏเป็นประจักษ์แก่สังคม บริบทที่แตกต่างของผู้รับบริการร่วมกับความผันผวนของ

การเมือง เศรษฐกิจ เทคโนโลยี และสังคม ทำให้พยาบาลวิชาชีพต้องปฏิบัติบทบาทที่หลากหลาย ปรับบทบาทให้เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง โดยคงไว้ซึ่งความเป็นเอกลักษณ์แห่งวิชาชีพและภาพลักษณ์ แห่งเกียรติภูมิของตนเอง

## 2.4 บทบาทและหน้าที่รับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ

การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพเป็นการปฏิบัติโดยตรงต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม เป็นการปฏิบัติต่อมนุษย์ซึ่งมีชีวิตและจิตวิญญาณอันซับซ้อนละเอียดอ่อน จึงต้องเป็นผู้มีความรับผิดชอบสูง เป็นผู้ que เชื่อถือไว้วางใจได้ มีความรู้ความชำนาญในการปฏิบัติ มีจริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ ลออ หุตางกูร (2525) ได้กล่าวถึงหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลไว้ดังนี้

1. ความรับผิดชอบที่พึงมีต่อตนเอง ถือเป็นปณมภูมิสำหรับความสมบูรณ์ในความ รับผิดชอบด้านอื่นๆ พยาบาลในฐานะปุถุชนย่อมต้องเผชิญกับอำนาจเรียกร้องของความเห็นแก่ตัว และของมโนธรรมอยู่ตลอดเวลา ซึ่งหากอำนาจของความเห็นแก่ตัวและความด้อยมโนธรรมมี อำนาจสูงขึ้นย่อมมีผลกระทบตามมา ดังนี้

1.1 ชีวิตของผู้ป่วยจะเสี่ยงอันตรายมากอาจถึงขั้นถึงแก่ชีวิต หรือแม้แต่เป็น การทำลายความสุขและคุณภาพในการดำรงชีวิตของเพื่อนมนุษย์

1.2 ทำให้ผู้รับบริการเกิดทัศนคติในทางลบกับพยาบาล จากความเสื่อมศรัทธา เชื่อถือของสังคมต่อพยาบาลและวิชาชีพการพยาบาลโดยรวม

1.3 เป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จของบริการการรักษาพยาบาล และนำความ เสื่อมเสียมาสู่หน่วยงานที่ตนปฏิบัติอยู่

1.4 เป็นอุปสรรคต่อประสิทธิผลของการรักษาพยาบาลและความร่วมมือ ประสานงานของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน ซึ่งในที่สุดก็จะกลายเป็นอุปสรรค สำคัญของการพัฒนาสุขภาพอนามัยของคนในประเทศ

2. ความรับผิดชอบของพยาบาลต่อผู้ป่วย ในฐานะผู้ประกอบวิชาชีพทางการ พยาบาล ซึ่งถือเป็นตัวแทนของวิชาชีพอันทรงเกียรติ พึ่งที่จะปฏิบัติกรพยาบาลต่อผู้เจ็บป่วย ดังนี้

2.1 ให้การพยาบาลด้วยความรักเพื่อนมนุษย์ ความรักเพื่อนมนุษย์จะทำให้ พยาบาลลดความเห็นแก่ตัว มีความเมตตาเอื้อเฟื้อ มีการร่วมความรู้สึกต่อผู้ป่วย จึงมีความรู้สึกเอื้อ ออาทร มีความอ่อนโยน อดทนกับความทุกข์ยาก หมั่นเพียร มุ่งแสวงหาความรู้ที่จะค้นหาวิธีที่จะ ช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นทุกข์ รู้สึกเป็นสุขเมื่อสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นทุกข์และมีสุขได้

2.2 ให้การพยาบาลด้วยความเข้าใจในศาสตร์แห่งธรรมชาติ โดยที่การพยาบาลเป็นบริการที่ให้กับมนุษย์ ซึ่งมีความต้องการทั้งทางร่างกายและจิตใจที่แตกต่างกันออกไป พยาบาลจึงควรมีความรู้เกี่ยวกับความต้องการพื้นฐาน เพื่อรักษาไว้ซึ่งคุณภาพของชีวิตและ ปฏิบัติการปรับตัวต่อสิ่งที่มารบกวนคุณภาพของชีวิตทั้งทางร่างกายจิตใจของมนุษย์ มีความรู้ทาง วิทยาศาสตร์ ธรรมชาติทั่วไป เพื่อให้การบริการที่สามารถครอบคลุมหน้าที่ทางการพยาบาลได้ อย่างมีประสิทธิภาพ การกระทำที่เกิดจากการเดา การลอกเลียน โดยขาดเหตุผล ไม่เข้าใจ กระบวนการของชีวิต และความไม่ซื่อสัตย์ต่อหลักวิชา เป็นการกระทำที่ขาดคุณลักษณะของความ เป็นวิชาชีพ

2.3 ให้การพยาบาลโดยเคารพในสิทธิมนุษยชน พยาบาลจะต้องยอมรับใน ความต้องการพื้นฐานอันเป็นสิทธิโดยชอบธรรมของผู้ป่วย คือ ความต้องการและสิทธิที่จะได้รับ การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย เพื่อรักษาไว้ซึ่งความมีสุขภาพที่ดีและชีวิต ความต้องการและสิทธิที่ จะได้รับการปฏิบัติด้วยความเมตตาปราณี ความต้องการและสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลที่มี คุณภาพสูงสุดเท่าที่จะอำนวยได้ ความต้องการและสิทธิที่จะได้รับการเป็นเจ้าของร่างกายและชีวิต ของตนเอง ความต้องการและสิทธิที่จะมีชีวิตอยู่อย่างมีเกียรติของความเป็นมนุษย์

3. ความรับผิดชอบของพยาบาลต่อวิชาชีพการพยาบาล คำว่าวิชาชีพตาม ความหมายสากลหมายถึง บริการของอาชีพในระดับสถาบันของสังคมที่พยาบาลวิชาชีพจะต้อง ศึกษารักษาและพัฒนาให้เป็นที่ยกย่องในสังคม มีลักษณะสำคัญ 3 ประการ คือ

3.1 มีหน้าที่ให้บริการเฉพาะด้าน ผู้ให้บริการจะต้องเป็นผู้มีความรู้ความ ชำนาญอย่างแท้จริง

3.2 เป็นบริการที่มีความสำคัญและจำเป็นพื้นฐานต่อชีวิตมนุษย์

3.3 ผู้ให้บริการจะต้องเป็นผู้มีธรรมจรรยาที่สูง มีวิจรรณญาณและคุณธรรม เป็นที่เชื่อถือไว้วางใจได้ ไม่เห็นแก่ประโยชน์ส่วนตน ไม่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้รับบริการ และสังคมโดยรวม

หน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพดังกล่าวมาแล้วแสดงให้เห็นว่าในการ ปฏิบัติงานนอกจากจะต้องใช้ความรู้ความสามารถตามหลักวิชาการแล้ว ยังจำเป็นต้องใช้คุณธรรม จริยธรรมยกระดับจิตใจและกำกับการกระทำให้ถูกต้องดีงาม เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์แห่ง วิชาชีพและความคาดหวังของสังคม ดังนั้นองค์การวิชาชีพการพยาบาล จึงได้กำหนดจรรยาบรรณ วิชาชีพพยาบาลเพื่อให้สมาชิกได้ยึดถือเป็นแนวปฏิบัติ โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้ (สมาคมพยาบาล แห่งประเทศไทยฯ, 2530)



อนามัยโลกได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลวิชาชีพไว้ ดังนี้ (องค์การอนามัยโลก, 1996 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

บทบาทที่ 1 การจัดการกับภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต รวมถึงให้การรักษาเบื้องต้น ภายใต้วินิจฉัยภาพที่ให้การสนับสนุนเอื้ออาทร ยอมรับความรู้สึก ความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณี และประสบการณ์ของผู้รับบริการ

บทบาทที่ 2 การเฝ้าระวังโรคและติดตามควบคุมคุณภาพของการให้บริการสุขภาพ ทั้งการปฏิบัติด้วยตนเอง ทีมการพยาบาล และทีมสุขภาพ

บทบาทที่ 3 การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ โดยมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสุขภาพทุกระดับ ในการแบ่งปันแหล่งผลประโยชน์และการเสนอข้อมูลเพื่อการพัฒนาบริการสุขภาพ สามารถเผชิญปัญหาอาชนะอุปสรรคที่เกิดจากระบบงานได้อย่างเหมาะสม

บทบาทที่ 4 การช่วยเหลือและการดูแล ทั้งในเรื่องความทุกข์สบายการบรรเทาอาการไม่พึงประสงค์ต่างๆ การร่วมเผชิญปัญหาช่วยเหลือในกระบวนการจัดการปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ โดยเปิดโอกาสให้บุคคลที่เกี่ยวข้อง ครอบครัว และชุมชนได้มีส่วนร่วม การสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพ รวมถึงสนับสนุนการพัฒนาครอบครัวและชุมชนเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมในทุกช่วงชีวิต

บทบาทที่ 5 การสอนให้ประชาชนมีความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล ซึ่งต้องคำนึงถึงความพร้อม และเทคนิควิธีการสอนที่เหมาะสม

บทบาทที่ 6 การคาดการณ์และจัดการกับภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพในสถานการณ์ต่างๆ ทั้งภาวะวิกฤตทางคลินิก และสาธารณภัย รวมถึงการวิเคราะห์คาดการณ์การเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ทั้งในด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคม และสาธารณสุข เพื่อการวางแผนเตรียมพร้อมและการบริหารจัดการที่ดี นับว่ามีความจำเป็นมากในยุคโลกาภิวัตน์ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในบริบทต่างๆ เป็นไปอย่างรวดเร็ว

บทบาทที่ 7 การส่งเสริมสนับสนุนการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแล บำบัด และการฟื้นฟูสภาพ อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม

สำหรับสังคมไทย นันทนา น้าฝน (2538) กล่าวถึงบทบาทหน้าที่หลักของพยาบาล ดังนี้ คือ

1) ด้านบริหารการพยาบาล เป็นบทบาทในการวางแผนงานและมอบหมายงานตามความรู้ ความสามารถที่เหมาะสมกับงาน การควบคุม การนิเทศงาน การประเมินผล และการจัดบรรยากาศการทำงาน

2) ด้านการบริการพยาบาล เป็นบทบาทในการให้บริการโดยตรงกับผู้รับบริการ โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

3) ด้านวิชาการ เป็นบทบาทเสริมสร้างพัฒนาวิชาชีพให้เจริญก้าวหน้า อยู่เสมอเป็นที่ยอมรับแก่ผู้ร่วมวิชาชีพ และชุมชน รวมทั้งในการฝึกอบรมและการทำวิจัย

สมจิต หนูเจริญกุล (2543) กล่าวว่า iva บทบาทและหน้าที่รับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงานทั้งในสถานพยาบาลและชุมชนว่ามีหลายบทบาทแต่ละบทบาทไม่อาจแยกออกจากกัน ได้ชัดเจน อาจจะต้องกระทำไปพร้อมๆ กัน ดังนี้

1) เป็นผู้ดูแลเอาใจใส่ (Care provider) นับเป็นหัวใจสำคัญของการปฏิบัติพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ เป็นกิจกรรมการรักษาไว้ซึ่งเกียรติยศและศักดิ์ศรีของผู้รับบริการ ต้องใช้ความรู้และความไวต่อความรู้สึกนึกคิดในปัญหาของผู้รับบริการ

2) เป็นผู้ติดต่อสื่อสารและผู้ช่วยเหลือ (Communicator / Helper) การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับพยาบาลวิชาชีพ เพราะจะช่วยเอื้อต่อการปฏิบัติในททุกิจกรรมการพยาบาล จะช่วยสร้างความไว้วางใจให้กับผู้ร่วมงานและผู้รับบริการ เป็นประโยชน์ในการสร้างสัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือบำบัดเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม

3) การเป็นผู้สอน (Teacher) เป็นบทบาทสร้างกระบวนการปฏิสัมพันธ์เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามที่ต้องการ ใช้ประโยชน์ทั้งในการส่งเสริมสุขภาพและการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

4) การเป็นที่ปรึกษา (Counselor) เป็นการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ จิตใจ และสติปัญญา เน้นให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกและพฤติกรรม พัฒนาความสามารถในการควบคุมดูแลตนเอง กระตุ้นให้มองหาทางเลือกที่เป็นผลดีกับตนเองและสังคมได้

5) การเป็นผู้พิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการ (Advocator) พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทในการช่วยให้ผู้รับบริการรู้จักสิทธิของตนเอง และช่องทางในการติดต่อ ระเบียบปฏิบัติ รวมทั้งการเจรจาต่อรองกับเจ้าหน้าที่เพื่อให้ได้มาซึ่งสิทธิประโยชน์อันควร

6) การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent) โดยประเมินแยกแยะปัญหา กำหนดทางเลือกสำรวจผลลัพธ์ที่เป็นไปได้ ประเมินแหล่งประโยชน์ กำหนดบทบาทผู้เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสม

7) การเป็นผู้นำ (Leader) โดยใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิดเห็น ประสพการณ์ระหว่างบุคคล เพื่อสร้างแรงจูงใจและโน้มน้าวบุคคลอื่นให้ปฏิบัติการและดำเนินงาน ไปสู่เป้าหมาย เป็นผู้ไกล่เกลี่ยหรือแก้ปัญหาต่างๆ เมื่อเกิดความขัดแย้งขึ้น มีความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์

8) การเป็นผู้จัดการ (Manager) พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทในการจัดการทรัพยากร ตั้งแต่การวางแผน การมอบหมายงาน การให้ทิศทาง การพัฒนาคน การนิเทศและประเมินผล นอกจากนี้ยังมีบทบาทในการจัดการอุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ และสถานที่

9) บทบาทด้านการวิจัย (Research) พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการทำ วิจัยและนำผลการวิจัยไปใช้ทั้งในด้านการปฏิบัติการพยาบาล การบริหารการพยาบาล และ การศึกษาพยาบาล เป็นการสร้างองค์ความรู้และนวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อการพัฒนาอย่างมั่นคง ถาวรของวิชาชีพการพยาบาล

นอกจากนี้ สิวลี สิริโล (2548) ได้กล่าวถึงรูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่าง พยาบาลกับผู้ป่วยตามบทบาทของพยาบาลไว้ 6 บทบาท ดังนี้

1) พยาบาลในบทบาทผู้ปกครอง (The nurse as parent surrogate paternalism) เป็น ลักษณะของความห่วงใย ความหวังดี ช่วยเหลือให้ความอบอุ่น รวมไปถึงการเลือกตัดสินใจเลือก แทน ถ้าได้รับการปฏิเสธก็อาจถูกบังคับแกมขอร้องให้ปฏิบัติตาม

2) พยาบาลในบทบาทของผู้ช่วยแพทย์ (The nurse as physician surrogate) เป็นการ ร่วมมือกับแพทย์ในการรักษาพยาบาลและปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ รายงานข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยให้ แพทย์ทราบ รวมทั้งการเป็นผู้ช่วยอธิบายรายละเอียดหรือให้ข้อมูลบางประการแก่ผู้ป่วยตามที่ แพทย์ขอร้อง เป็นผู้ประสานเชื่อมโยงระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

3) พยาบาลในบทบาทของผู้ให้การพยาบาล (The nurse as healer) คือ การ ช่วยเหลือผู้ป่วยให้คืนสู่สภาพปกติตามธรรมชาติด้วยกระบวนการพยาบาล

4) พยาบาลในบทบาทของผู้ให้การดูแลปกป้องผู้ป่วย (The nurse as patient advocate or protector) ในบางครั้งพยาบาลต้องกระทำหน้าที่เป็นเสมือนผู้ดูแลปกป้องผู้ป่วย ในกรณีที่เกิดหรืออาจเกิดสิ่งที่จะเป็นผลร้ายต่อผู้ป่วย หรือวิธีการรักษาพยาบาล การกระทำของ บุคคลใดที่อาจเกิดจากความไม่รู้เท่าไม่ถึงการณ์ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยในทางที่ไม่ดีแล้ว พยาบาลย่อมมีหน้าที่และบทบาทที่จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดผลเสียดังกล่าวขึ้น

5) พยาบาลในบทบาทของผู้ให้คำแนะนำในด้านสุขภาพอนามัย (The nurse as health educator) ถือเป็นหน้าที่และบทบาทที่สำคัญของพยาบาลประการหนึ่งที่จะให้คำแนะนำ

อธิบายและสอนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยแก่ผู้ป่วยและประชาชน ไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลหรือชุมชน

6) พยาบาลในบทบาทของคู่สัญญา (The nurse as contracted clinician) ผู้ป่วยและพยาบาลต่างฝ่ายต่างเป็นคู่สัญญาซึ่งกันและกัน การปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลต่อผู้ป่วยจะเน้นในเรื่องสิทธิเสรีภาพของบุคคลเป็นสำคัญ สิ่งใดก็ตามที่พยาบาลเห็นว่าดี ถูกต้อง เหมาะสม อาจไม่ใช่สิ่งที่ผู้ป่วยเห็นว่าดีสำหรับเขาก็ได้ ดังนั้นการตัดสินใจการเลือกสิ่งหนึ่งสิ่งใดแทนผู้ป่วยอาจไม่ใช่วิธีที่ถูกต้องเสมอไป พยาบาลพึงเข้าใจในขอบเขตของหน้าที่ สิทธิ เสรีภาพของตนเอง และของผู้ป่วยควบคู่กันไป เพื่อมิให้เกิดการกระทำที่เป็นการละเมิดสัญญา หรือละเมิดสิทธิของผู้ป่วย

กล่าวสรุปได้ว่าบทบาทและหน้าที่รับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพเป็นการปฏิบัติกรพยาบาลในการดูแลผู้รับบริการครอบคลุมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ทั้งในและนอกสถานพยาบาล ทั้งในภาวะเจ็บป่วยและสุขภาพดี ผ่านบทบาทด้านบริหาร ด้านบริการ และด้านวิชาการ ซึ่งต้องมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพจำเป็นจะต้องมีความรู้ความสามารถในศาสตร์หลายๆ ด้าน ทั้งยังต้องพร้อมที่จะปฏิบัติงานด้วยความมีคุณธรรม จริยธรรม และรักษาจรรยาบรรณวิชาชีพอย่างเคร่งครัดสม่ำเสมอ เพื่อสร้างและรักษาภาพลักษณ์ที่ดีของพยาบาลวิชาชีพ เป็นการเสริมสร้างความมั่นคงให้วิชาชีพการพยาบาลได้รับการยกย่องเชิดชูในสังคม

### 3. ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพ

#### 3.1 ความหมายของภาพลักษณ์

พจนานุกรม Webster's New International Dictionary, 1988: 673) ให้คำจำกัดความของภาพลักษณ์ไว้ว่าเป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกรู้สึกนึกคิดต่อสิ่งต่างๆ ซึ่งเกิดจากประสบการณ์การได้เห็น ได้ยิน ได้สัมผัส เป็นภาพที่สร้างขึ้นตามความคิดของบุคคลนั้น

มานิต รัตนสุวรรณ (2527) ให้ความหมายภาพลักษณ์ คือ ความประทับใจในสิ่งที่เรารู้สึกต่อสิ่งหนึ่ง หรือคนหนึ่งคนใด หรือองค์กรใดองค์กรหนึ่ง จะเรียกว่าชื่อเสียงก็ได้

ดวงพร คำบุญวัฒน์ และ วาสนา จันทร์สว่าง (2536) ให้ความหมายภาพลักษณ์ หมายถึง ภาพที่คนรู้สึกนึกคิด หรือวาดขึ้นในใจ ซึ่งจะเป็นภาพของอะไรก็ได้ ทั้งที่มีชีวิตหรือไม่มีชีวิต เช่น ภาพของคน หน่วยงาน องค์กร สินค้า หรือผลิตภัณฑ์ เป็นต้น

ประจวบ อินอ้อด (2537) ให้ความหมายว่า ภาพลักษณ์เป็นสิ่งที่สะท้อนความรู้สึกนึกคิดของคนที่มีต่อกรณี บุคคล สถานที่ หรือสถาบัน เป็นคุณค่าเพิ่มหรือความนิยม ซึ่งเป็นพลังแฝงที่จะนำไปสู่พฤติกรรม

พรทิพย์ วรกิจ โภคาทร (2537) กล่าวว่า ภาพลักษณ์ คือ ภาพที่เกิดขึ้นในจิตใจของแต่ละคน ซึ่งสามารถสร้างจินตนาการเป็นภาพของสิ่งนั้นๆ ได้ โดยเกิดจากการรับรู้ ได้ฟัง ได้เห็น หรือมีประสบการณ์จากอดีต จนเกิดความประทับใจ ทำให้บุคคลนั้นสามารถจดจำและพัฒนาเป็นภาพอย่างใดอย่างหนึ่งขึ้นมา

วิรัช ฤทธิรัตนกุล (2549) ให้ความหมายภาพลักษณ์ หมายถึง ภาพที่เกิดขึ้นในจิตใจซึ่งบุคคลมีความรู้สึกนึกคิดต่อ องค์กร สถาบัน บุคคล หรือกลุ่มบุคคล ภาพในใจดังกล่าวของบุคคลนั้นอาจจะได้มาทั้งประสบการณ์ทางตรง หรือทางอ้อม เช่น ได้ประสบมาด้วยตนเอง หรือได้ยินได้ฟังมาจากคำบอกเล่าของผู้อื่น เพื่อนฝูง ญาติมิตร หรือจากกิตติศัพท์เล่าลือต่างๆ นานา เป็นต้น

Lesly (1971) กล่าวว่าภาพลักษณ์ หมายถึง ความประทับใจของบุคคลใดบุคคลหนึ่งที่มีต่อองค์กร สถาบัน บุคคล กลุ่มบุคคล ซึ่งความประทับใจดังกล่าวนี้มีรากฐานมาจากผลกระทบระหว่างบุคคลกับสิ่งนั้นๆ

Jefkins (1977) กล่าวว่าภาพลักษณ์ หมายถึง ความประทับใจที่ถูกต้อง

สรุป ความหมายของภาพลักษณ์ คือ ภาพความประทับใจเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ที่คนรู้สึกนึกคิดหรือวาดขึ้นในใจ จากการรับรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับสิ่งนั้นทั้งทางตรงและทางอ้อม

### 3.2 ความสำคัญของภาพลักษณ์และการสร้างภาพลักษณ์

ภาพลักษณ์เป็นรากฐานแห่งความมั่นคงของบุคคลและองค์กร การมีภาพลักษณ์ที่ดีนับเป็นการเตรียมพร้อมขององค์กร แม้มีวิกฤตการณ์เกิดขึ้นก็สามารถแก้ไขได้ทันทั่วทั้งการสื่อสารในยุคโลกาภิวัตน์ทำให้โลกแคบลง การแสดงออกของบุคคลและการเปลี่ยนแปลงขององค์กรได้รับความสนใจจากสาธารณชนมากขึ้น โดยเฉพาะในวิชาชีพที่แนบแน่นกับความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน และความเป็นไปของสังคมเช่นวิชาชีพในระบบสุขภาพ หากบุคคลในวิชาชีพใดมีภาพลักษณ์ที่ดีก็จะได้รับความเชื่อถือไว้วางใจ ยกย่องให้เกียรติ ทำให้วิชาชีพและองค์กรได้รับความเชื่อถือไว้วางใจ และได้รับความร่วมมือจากผู้คนในสังคม แต่ถ้าบุคคลในวิชาชีพหรือองค์กรใดมีภาพลักษณ์ที่ไม่ดี ย่อมได้รับการต่อต้าน และดูหมิ่นเกลียดชัง (ดวงพร คำบุญวัฒน์ และ วาสนา จันทร์สว่าง, 2536: 82-83)

สำหรับภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพ เป็นภาพที่คนในสังคมทั่วไปรวมทั้งตัวพยาบาลวิชาชีพเองกำหนดขึ้นในใจจากความคิดเห็น ทศนคติ และความเชื่อ จนเกิดความประทับใจ

แล้ววาดภาพนั้นไว้ในใจ ซึ่งภาพลักษณ์นี้จะเป็นตัวสะท้อนการรับรู้และความไว้วางใจของสังคมที่มีต่อพยาบาลวิชาชีพ หากภาพลักษณ์ออกมาทางบวกพยาบาลจะรู้สึกมีเกียรติ มีศักดิ์ศรีมีกำลังใจในการทำงานมากขึ้น หากภาพลักษณ์ออกมาทางลบก็จะมีผลอย่างมากต่อศรัทธา การยอมรับ และประสิทธิภาพการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ (เรวดี ศิรินคร, 2541: 34, Takase, Kershaw, and Burt, 2002) ดังนั้นภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพจึงเป็นสิ่งที่พยาบาลวิชาชีพทุกคนทุกระดับควรให้ความสำคัญ และมีการสร้างเสริมภาพลักษณ์ที่ดี มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ของโลกที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ไม่หยุดนิ่ง เพื่อประโยชน์แห่งความก้าวหน้าของตนเอง ขององค์กร และวิชาชีพให้ได้รับการยกย่องยอมรับในสังคมต่อไป

ภาพลักษณ์เกิดจากกระบวนการรับรู้และการตีความหมายจนเกิดเป็นความทรงจำและความประทับใจ บุคคลมีการรับรู้ต่อสิ่งเร้าต่างๆ แตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะของสิ่งเร้า และลักษณะของผู้รับรู้ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาพลักษณ์ ดังนี้ (พงษ์เทพ วรกิจ โภคาทร, 2533)

1. เหตุการณ์และสิ่งแวดล้อม (Events and environment) ในความเป็นไปของสังคม เหตุการณ์และสิ่งแวดล้อมต่างๆ ทั้งการเมือง เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ฯลฯ ทั้งที่เกิดขึ้นก่อนและหลังการรับรู้ มีอิทธิพลต่อการกำหนดคุณค่าหรือความสำคัญของสิ่งเร้าที่บุคคลเลือกรับรู้

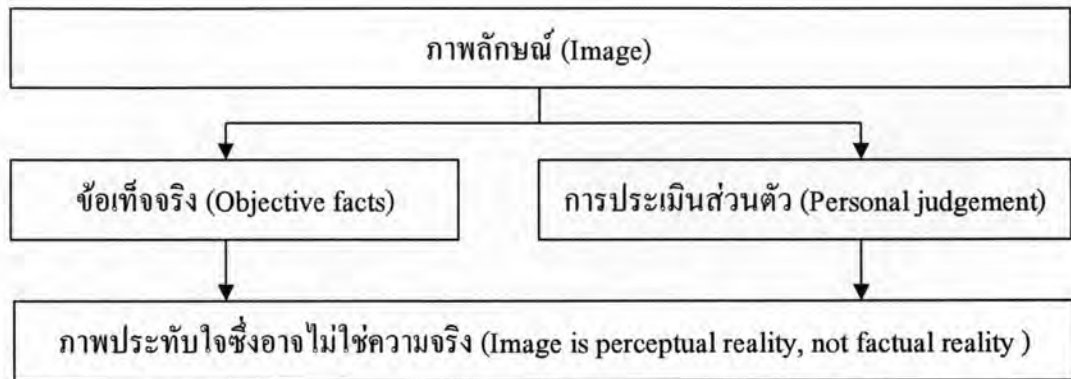
2. ช่องทางการสื่อสาร (Communication channel) ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการรับรู้ การได้ยิน ได้เห็น ได้สัมผัส ได้ลิ้มรส และได้กลิ่น ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ของเนื้อหาสาระวิธีการจัดข่าวสาร และช่องทางการสื่อสารว่ามีความเหมาะสมเพียงใด

3. องค์ประกอบเฉพาะบุคคล (Personal elements) ปัจจัยเฉพาะบุคคล 5 ประการ ประกอบด้วยทักษะของการสื่อสาร ทักษะคิด ความรู้ ระบบสังคม และวัฒนธรรม มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ความนิยมชมชอบ ความสนใจ แม้ว่าสิ่งเร้าใดๆ ผ่านช่องทางการสื่อสารมาแล้ว ปัจจัยทั้ง 5 นี้ จะทำให้การแปลความหมายของบุคคลต่อปัจจัยนั้นๆ แตกต่างกัน

4. การรับรู้และความประทับใจ (Perception and impression) คุณภาพและปริมาณของความทรงจำไม่ว่าทางบวกหรือทางลบ มีผลต่อความแนบแน่นยาวนานของภาพลักษณ์ การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์จึงต้องใช้เวลาาน ค่อยเป็นค่อยไปอย่างช้าๆ

ปัจจัยของการเกิดภาพลักษณ์ดังกล่าวสอดคล้องกับลักษณะของภาพลักษณ์ตามคำอธิบายของผู้เชี่ยวชาญด้านการประชาสัมพันธ์ที่กล่าวไว้ว่า (เสรี วงษ์มณฑา, 2542) ภาพลักษณ์คือ ข้อเท็จจริง (Objective facts) รวมกับการประเมินส่วนตัว (Personal judgement) แล้วกลายเป็นภาพที่ประทับใจอยู่ในความรู้สึกนึกคิดของบุคคล ซึ่งอาจแตกต่างจากความเป็นจริงก็ได้ เพราะ

ภาพลักษณ์ไม่ใช่เรื่องของข้อเท็จจริง (Reality) เพียงอย่างเดียว แต่เป็นเรื่องของการรับรู้ (Perception) ที่มนุษย์เอาความรู้สึกส่วนตัวเข้าไปประเมินข้อเท็จจริงด้วย ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงลักษณะของภาพลักษณ์

เนื่องจากการรับรู้เป็นเรื่องของโครงสร้างทางความคิด ที่มีความรู้ ความเชื่อ ทักษะ ค่านิยม เป็นองค์ประกอบจึงเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก ฉะนั้นในแง่ของการประชาสัมพันธ์ การสร้างภาพลักษณ์ที่ดี คือ การจงใจให้บุคคลประเมินสิ่งที่เราต้องการสร้างภาพลักษณ์ที่ดีนั้น ในจุดที่เป็นความเด่น ความดี และมองข้ามจุดด้อยของสิ่งนั้นไป

นักวิชาการได้เสนอแนวคิดในการสร้างภาพลักษณ์ว่า เป็นการสังเคราะห์ “ภาพลักษณ์” ขึ้นมาจากองค์ประกอบหลายๆ อย่าง เป็นสิ่งที่มีความน่าเชื่อถือได้ เป็นภาพที่มองเห็นได้ชัดเจนดูง่าย เข้าใจง่าย และสามารถเข้าใจได้ โดยรวบรวมลักษณะของภาพลักษณ์ไว้ 6 ประการ คือ (Broorstin, 1970)

1) An image is synthetic ภาพลักษณ์เป็นสิ่งที่ถูกประกอบขึ้นมาโดยมีการวางแผนไว้แล้ว สร้างสรรค์ขึ้นมาเพื่อสนองเป้าหมายโดยเฉพาะ และต้องการให้เกิดความประทับใจอย่างแน่นอน

2) An image is believable ภาพลักษณ์เป็นสิ่งที่น่าเชื่อถือ ผู้สร้างภาพลักษณ์มักมีเจตนาที่จะทำเพื่อภาพของบุคคล หรือองค์กร การสร้างภาพลักษณ์จะไม่มีประโยชน์อะไร ถ้าไม่มี ความน่าเชื่อถือ

3) An image is passive ภาพลักษณ์เป็นสิ่งที่อยู่นิ่งและสมมุติขึ้นมาเพื่อให้เหมาะสมกับความเป็นจริง ผู้สร้างภาพลักษณ์จะเป็นผู้วางสิ่งนั้นให้พอดีกับภาพมากกว่าที่จะดูขัดแย้งไม่เข้ากัน และภาพลักษณ์ คือ “ความดีที่กลายเป็นความจริงเมื่อนำมาเผยแพร่แล้วเท่านั้น”

4) An image is vivid and concrete ภาพลักษณ์เป็นสิ่งที่เห็นได้ชัดเจนและเป็นรูปธรรม โดยจะต้องตอบสนองเป้าหมายให้ดีที่สุดด้วยการดึงคุณความรู้สึก

5) An image is simplified ภาพลักษณ์เป็นสิ่งที่ทำให้ดูง่าย เพื่อกำจัดแง่มุมอันไม่พึงประสงค์ออกไป กล่าวคือ ภาพลักษณ์จะต้องเป็นสิ่งที่ทำให้ดูง่ายกว่าเป้าหมายที่เสน่อออกมา และจะต้องจดจำได้ง่ายด้วย

6) An image is ambiguous ภาพลักษณ์มีความหมาย 2 แง่มุม บางครั้งภาพลักษณ์จะลอยอยู่ระหว่างจินตนาการกับความรู้สึก ระหว่างความคาดหวังกับความเป็นจริง และแม้ว่าภาพลักษณ์จะเป็นสิ่งที่ดูกำกวม แต่จะต้องไม่ใช่สิ่งที่ผิด กล่าวคือ เป็นสิ่งที่ยอมรับได้ว่าเป็นจริง

การสร้างภาพลักษณ์เป็นกิจกรรมที่ต้องมีการวางแผนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เข้าถึงจิตใจของประชาชน จะเห็นได้ว่าภาพลักษณ์นั้นเป็นสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นมาอย่างมีจุดประสงค์ ซึ่งในกรณีของพยาบาลวิชาชีพสามารถสร้างภาพลักษณ์ โดยใช้กระบวนการต่างๆ และสื่อมวลชนในการสร้างภาพลักษณ์และความน่าเชื่อถือให้แก่ตนเองและวิชาชีพ ผู้สร้างภาพลักษณ์อาจมีความมุ่งหมายหรือเหตุผลอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายประการรวมกันซึ่งพอประมวลได้ดังนี้

1) เพื่อให้ได้มาซึ่งการยอมรับ ความเชื่อถือและความไว้วางใจ ไม่ว่าจะส่วนบุคคลองค์กร สินค้า หากได้รับความเชื่อถือจากประชาชนเป็นพื้นฐานแล้ว การดำเนินงานต่างๆ จะเป็นไปด้วยดี โดยอาศัยความร่วมมือจากประชาชน

2) เพื่อสร้างความประทับใจครั้งแรก จากการที่คนเรามีแนวโน้มที่จะสรุปรวมข้อมูลเพียงบางส่วนจากการพบเห็นครั้งแรก ดังนั้นการสร้างความประทับใจครั้งแรกต่อสาธารณชนจึงเป็นหัวใจสำคัญของการสร้างภาพลักษณ์ การสร้างภาพลักษณ์ที่ดีในการพบกันครั้งแรกสามารถก่อความประทับใจได้รวดเร็วและยากที่จะลบเลือน

3) เพื่อสนองตอบต่อความคาดหวังที่เกินเลยขอบเขต มนุษย์เรามักมีความคาดหวังหรือความต้องการต่อบางสิ่งบางอย่างในลักษณะที่เกินเลยขอบเขต หรือยากที่จะเป็นไปได้ในโลกของความเป็นจริง ความคาดหวังเช่นนี้ทำให้ผู้สร้างภาพลักษณ์บางกลุ่มนำมาใช้เป็นวิธีเพื่อจะตอบสนองความต้องการในลักษณะดังกล่าว คือ เมื่อได้รับบริการการพยาบาล ผู้รับบริการมักจะคาดหวังว่าจะได้พบพยาบาลที่เป็นคนดี มีความสามารถและเปรียบพร้อมด้วยคุณธรรม หากพยาบาลคนใดสามารถสร้างภาพลักษณ์เพื่อตอบสนองความคาดหวังนั้นได้ ก็ย่อมมีโอกาสได้รับการยกย่องสรรเสริญ

4) เพื่อผลประโยชน์ทางการค้า ภาพลักษณ์เป็นสิ่งที่ขายได้ แบบฉบับของภาพลักษณ์ได้กลายมาเป็นสิ่งที่สงวนลิขสิทธิ์ตามกฎหมาย ยิ่งไปกว่านั้นสินค้าบางประเภทเจ้าของผลิตภัณฑ์ไม่ได้ใช้ผลิตภัณฑ์ที่จับต้องได้เป็นจุดเน้นของการขาย หากแต่ได้ใช้ชื่อเสียงหรือ



ภาพลักษณ์ที่ดีเป็นจุดขาย เช่น เสื้อผ้าสุภาพบุรุษ หากไม่มีการประทับตราชื่อแล้วจะแยกความแตกต่างได้ยาก แต่เมื่อชื่อปรากฏอยู่บนเสื้อผ้าเหล่านั้น ผสมผสานกับการจัดวางที่ดีก็จะทำให้สินค้าเหล่านั้นมีความแตกต่างเกิดขึ้น อาทิ ถ้าเป็นเสื้อผ้า GQ ก็จะเป็นภาพลักษณ์แห่งความสำเร็จ Arrow เอกลักษณ์ของเอกบุรุษ เหล่านี้ล้วนเป็นภาพลักษณ์ที่เจ้าของผลิตภัณฑ์สร้างขึ้นแต่ก็สามารถก่อให้เกิดความประทับใจต่อผู้ใช้สินค้า นั่นคือ ภาพลักษณ์เป็นแบบฉบับที่ขายได้ และเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมผู้ใช้สินค้า

5) เพื่อให้ภาพลักษณ์เป็นตัวกำหนดพฤติกรรม เรามักพบเสมอว่า คนจำนวนไม่น้อยที่คอยระแวงระวังประพฤติปฏิบัติตัวให้เป็นไปตามความคาดหวังของผู้อื่นในลักษณะเช่นนี้เป็นผลมาจากการที่ภาพลักษณ์ของเขานั้นเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของเขาเอง

Scott and others (1999: 340-341) ได้กล่าวไว้ว่าในกระบวนการสร้างภาพลักษณ์นั้นจะมีขั้นตอนที่สำคัญ 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาคุณลักษณะปัญหาของภาพลักษณ์ (Defining public relation problems) ซึ่งจะเป็นการคุณลักษณะปัญหาที่เกิดขึ้นว่าจะสามารถเกี่ยวข้องหรือสะท้อนอะไรได้บ้างเกี่ยวกับความคิดเห็น ทศนคติ ความรู้ หรือ พฤติกรรม ซึ่งในขั้นตอนนี้มักจะมีการวิจัยเกิดขึ้นเพื่อให้ทราบปัญหาที่ชัดเจน ซึ่งในวิธีการศึกษาก็มีมากมายขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของสถานการณ์ของปัญหานั้นๆ

ขั้นตอนที่ 2 เป็นการวางแผนและจัดโปรแกรมในการสร้างภาพลักษณ์ (Planning and programming) การวางแผนกลยุทธ์นั้นจะทำให้เราสามารถกำหนดทิศทางในการแก้ปัญหาได้ โดยเราจะนำข้อมูลในขั้นตอนที่ 1 มาทำการสรุปเป็นโปรแกรม วัตถุประสงค์ กิจกรรมที่จะทำ และกลยุทธ์ในการสื่อสาร และหาปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาในขั้นตอนที่ 1 เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายและวางโปรแกรมต่างๆ ขั้นตอนที่ 2 นี้จะเป็นกระบวนการที่ขึ้นอยู่กับว่า “พวกเรารู้อะไรเกี่ยวกับเหตุการณ์ของปัญหา และมีอะไรที่เราจะเปลี่ยนแปลงได้”

ขั้นตอนที่ 3 การจัดทำโครงการเพื่อประชาสัมพันธ์ภาพลักษณ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้น หรือการสื่อสารตามการวางแผน (Talking action and communicating) เป็นขั้นตอนของการปฏิบัติ โดยนำความจริงที่หามาได้นั้นปรับใช้กับกลยุทธ์ที่วางไว้ ซึ่งมีหลักง่ายๆ คือ “ใครควรจะพูด ใครควรจะทำอะไร ที่ไหน อย่างไร” เหล่านี้ควรให้มีความเหมาะสม โดยนำกลยุทธ์ในขั้นตอนที่ 2 ซึ่งถูกออกแบบ มาตามวัตถุประสงค์ที่เฉพาะเจาะจงกับปัญหา

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลของโปรแกรมการสร้างภาพลักษณ์ (Evaluating the program) ในการประเมินผลจะประเมินตั้งแต่ขั้นของการวางแผน การปฏิบัติ และผลของการปฏิบัติ

ตามโปรแกรมที่วางไว้เพื่อที่จะทำให้สามารถปรับปรุงแก้ไขขณะที่กำลังอยู่ในขั้นปฏิบัติการ โดยแก้ไขตามข้อมูลป้อนกลับที่ได้รับ

ภาพลักษณ์นั้นกว่าจะเกิดได้ต้องอาศัยเวลาอันยาวนาน ประกอบกับความเพียรพยายามสะสมเพิ่มพูนขึ้นทีละน้อยจนฝังรากมั่นคงแน่นหนาอยู่ในจิตใจ ในความรู้สึกนึกคิดและทัศนคติของคนทั่วไป เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากความประทับใจอย่างแท้จริง (True impression) ภาพลักษณ์ในสายตาของคนส่วนใหญ่จะเป็นภาพที่ดีต่อเมื่อภาพลักษณ์นั้น มีส่วนประกอบที่สำคัญหลายประการ พอสรุปดังนี้ คือ

1. บุคลิกภาพส่วนตัวที่เหมาะสม เป็นข้อที่สำคัญที่สุดในการสร้างภาพลักษณ์เพราะจะเป็นสิ่งแรกที่กระทบกับความรู้สึกของคนส่วนใหญ่ เมื่อแรกพบเห็น เพราะจะก่อให้เกิดความประทับใจ ความนิยมเลื่อมใส น่าเชื่อถือมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับ การแสดงออก ไม่ว่าจะเป็นลักษณะท่าที การแต่งกายที่เหมาะสมกับกาลเทศะ การพูดจา สิ่งเหล่านี้สามารถสร้างและเรียนรู้ได้

2. การวางแผนและกำหนดขอบเขตของภาพลักษณ์ที่ต้องการจะสร้างให้เกิดขึ้นในจิตใจของคนทั่วไป ก่อนอื่นจะต้องรู้เสียก่อนว่า เราคือใคร มีสถานภาพอย่างไรและมีแนวทางในการดำเนินงานในรูปใด มีจุดยืนอย่างไร (Standpoint)ว่าจะสร้างภาพลักษณ์ไปในทางใด

3. เทคนิคที่ใช้ในการสร้างภาพลักษณ์ ต้องเป็นเทคนิคที่มีประสิทธิภาพสูงสุดพอที่จะดึงดูดความสนใจ หรือมีอิทธิพลที่จะโน้มน้าวชักจูงให้คนทั่วไปเกิดภาพลักษณ์ในใจตามที่เรารต้องการ

4. มีมนุษยสัมพันธ์ดี มีความศรัทธาอย่างแรงกล้าในการทำงานร่วมกับบุคคลหลายๆ ฝ่าย และศรัทธาดังกล่าวต้องมั่นคง สม่าเสมอในทุกสภาพการณ์ สามารถเข้ากับกลุ่มชนทั่วไปได้อย่างดี รวมไปถึงกริยา มารยาท ท่าทางที่น่าประทับใจในการติดต่อกับบุคคลหลากหลายประเภทสนใจในผู้อื่นมากกว่าตนเองและไม่นำตนเองเป็นหลักในการดำเนินงานและตัดสินใจ การมีเจตนาดีต่อผู้อื่นเสมอจะทำให้บุคคลที่เข้ามาพบปะติดต่อสัมผัสได้ เพราะการเป็นพยานกวิชาชีพนั่น จะต้องมีศรัทธาในการทำงาน และมีความเมตตาเอื้ออาทรต่อคนรอบข้าง

จะเห็นได้ว่าภาพลักษณ์มีองค์ประกอบมากมายหลายด้าน สามารถสร้างขึ้นได้ด้วยกระบวนการที่มีเป้าหมายเฉพาะเจาะจง แต่ก็ต้องใช้ระยะเวลาในการสะสมเพิ่มพูนความประทับใจให้เกิดขึ้นทีละเล็กทีละน้อยจนกระทั่งเกิดเป็นภาพฝังแน่นในจิตใจ ความสม่ำเสมอของการปฏิบัติ และการประเมินผลกิจกรรมในการสร้างภาพลักษณ์จะทำให้ปรับเปลี่ยนพัฒนากลยุทธ์ได้เหมาะสมกับสถานการณ์รอบข้างตลอดเวลา เพื่อให้ได้ภาพลักษณ์ที่ต้องการ

### 3.3 วิวัฒนาการของภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพ

นับตั้งแต่วิชาชีพการพยาบาลกำเนิดขึ้นในยุควิกตอเรีย ในประมาณปี ค.ศ. 1800 ภาพลักษณ์ของพยาบาลเป็นผู้เสียสละ สตรีในยุคนั้นต้องอาสาสมัครเพื่อเป็นผู้ดูแลสุขภาพประชาชนและปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์อย่างอัตโนมัติเพียงเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและเป็นผู้ช่วยแพทย์เท่านั้น ซึ่งแตกต่างจากปัจจุบันเป็นอย่างยิ่ง (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และ มานีย์ อัยเจริญพงษ์, 2541) นักวิชาการได้ศึกษาถึงภาพลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพในยุคต่างๆ พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงเป็นลำดับดังนี้ (Kalisch and Kalisch, 1987)

ระยะระหว่าง ค.ศ. 1854 - 1919 พบว่าภาพลักษณ์ของพยาบาลมีลักษณะเปรียบเสมือนนางฟ้าผู้ปราณี (Angel of mercy) หรือเป็นผู้เสียสละ ทำงานหนักในการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วย อุทิศตนเพื่อผู้ป่วยและญาติ มีจริยธรรมสูง มีความเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย มีความซื่อสัตย์ พูดความจริง ปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างเท่าเทียม รวมทั้งกล้าหาญ กล้ารับผิดชอบในการกระทำ กล้าเผชิญกับปัญหาต่างๆ ในทุกสถานการณ์ ตลอดจนให้การพยาบาลด้วยความอบอุ่นเปรียบเสมือนมารดาที่เอาใจใส่บุตร

ระยะระหว่าง ค.ศ. 1920-1929 ภาพลักษณ์ของพยาบาลเปลี่ยนแปลงไปโดยพบว่าภาพลักษณ์ของพยาบาลมีลักษณะของสตรีผู้ซื่อสัตย์ จงรักภักดี ไร้ใช้ผู้อื่น (Girl Friday) อยู่ภายใต้บังคับบัญชาของแพทย์ ปฏิบัติงานตามคำสั่งของแพทย์ ไม่มีอิสระในการตัดสินใจใดๆ ที่เกี่ยวกับผู้ป่วย ให้การดูแลผู้ป่วยต่อเมื่อแพทย์มีคำสั่งเท่านั้น มักบอกให้ผู้ป่วยไปถามแพทย์ผู้รักษาเมื่อต้องการทราบความเจ็บป่วย ไม่คิดที่จะทำงานอื่นนอกเหนือไปจากแพทย์มีคำสั่งเท่านั้น และมีความกระตือรือร้นรับคำสั่งแพทย์มากกว่าที่จะตัดสินใจดูแลผู้ป่วยด้วยตนเอง

ระยะระหว่าง ค.ศ. 1930-1945 ภาพลักษณ์ของพยาบาลมีลักษณะของสตรีผู้เสียสละ และมีความกล้าหาญ (Heroine) ทำได้ทุกอย่างเทียบได้กับบุรุษ เสียสละความสุขส่วนตัวเพื่อประโยชน์ส่วนรวม อาสาทำงานที่ยากลำบากเสี่ยงอันตรายที่ไม่มีผู้อื่นอยากกระทำ

ระยะระหว่าง ค.ศ. 1946-1964 ภาพลักษณ์ของพยาบาลมีลักษณะของสตรีที่มีความเป็นภรรยา และมารดา (Wife and mother) หัวอ่อน เชื่อฟังคนง่าย ไม่มีปากเสียงกับใคร ไม่รู้จักคิดให้ความร่วมมือกับผู้อื่น ไม่มีความเป็นอิสระ ชอบฟังพาคคนอื่น ทำตามคำสั่งที่บอกอย่างดี ยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่นเสมอโดยไม่มีข้อโต้แย้งถึงแม้ไม่เห็นด้วย ไม่พัฒนางานบริการใดๆ จึงไม่มีงานหรือสิ่งประดิษฐ์ใหม่ ไม่ชอบต่อสู้เรียกร้องสิทธิของพยาบาลที่พึงจะมี

ระยะระหว่าง ค.ศ. 1965-1982 ภาพลักษณ์ของพยาบาลมีลักษณะของสตรีที่เข้ายวน (Sex object) โดยถูกมองจากสื่อมวลชนว่าเป็นผู้หญิงเปลือยตัว เชื่อถือไม่ได้ ไม่รักษานวลสงวนตัว ซึ่งพฤติกรรมที่แสดงออกของพยาบาล เช่น มีบุคลิกภาพที่ยั่ววนใจ มักชอบแต่งตัวแปลกออกไป

เพื่อตั้งคูใจเพศตรงกันข้าม มีความใฝ่ฝันและอุดมคติมากมายแต่บางครั้งก็ไม่สามารถทำให้มันเป็นจริงได้ มีรสนิยมดี แต่วางท่าหยิ่งว่าคนมีสถานภาพเหนือกว่าผู้ป่วย

ระยะระหว่าง ค.ศ.1983-1988 ภาพลักษณ์ของพยาบาลมีลักษณะของสตรีนักวิชาชีพ (Careerist) มีคุณลักษณะเป็นคนฉลาด มีไหวพริบ เป็นผู้สูงส่ง มีเหตุผล มีความหนักแน่น มีความรู้กล้าแสดงออก เป็นนักวิชาชีพที่น่าเลื่อมใสและศรัทธา ดังนั้นพฤติกรรมที่แสดงออกของพยาบาล เช่น มีความฉลาดและไหวพริบในการแก้ปัญหาให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว มีความหนักแน่นและอดทนต่อคำวิพากษ์วิจารณ์จากผู้อื่น มีความสามารถในการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ได้อย่างมั่นใจ สามารถอธิบายเหตุผลของการพยาบาลต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้รับอย่างครอบคลุมและเข้าใจง่าย กล้าแสดงความคิดเห็นกับแพทย์ เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย มีบุคลิกที่น่าเลื่อมใส น่าศรัทธา แสดงออกถึงความภูมิใจและปกป้องมิให้มีการดูหมิ่นวิชาชีพของตน และใช้ความรู้ที่เรียนมาอย่างเต็มที่

Strasen (1992) มองคุณสมบัตินักวิชาชีพพยาบาลที่ควรจะมีในด้านต่างๆ ทั้งจากลักษณะของพยาบาล และการปฏิบัติงานที่เหมาะสมกับความเป็นนักวิชาชีพ โดยพิจารณาว่าเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพ เป็นบุคคลที่มีบทบาทหน้าที่ หรือภารกิจด้านสุขภาพที่มีความจำเป็น และเป็นความต้องการของสังคม ที่ต้องปฏิบัติหน้าที่เพื่อการบริการสุขภาพแก่ประชาชน โดยอาศัยองค์ความรู้ที่หลากหลายมาจัดบริการให้ถูกต้อง แม่นยำและเหมาะสมในบริการแต่ละราย ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามแนวความคิดของ Strasen (1992) มองภาพลักษณ์พยาบาลเป็น 8 ด้าน ดังนี้

- 1) ระดับการศึกษา (College education) จำเป็นต้องสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี
- 2) การมีความรู้เป็นพื้นฐาน (Knowledge base) พยาบาลวิชาชีพต้องมีความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลทางคลินิก การมีความรู้ด้านการบริหารจัดการในการปฏิบัติการพยาบาล มีความรู้ในการทำงานเป็นทีม มีความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีการตัดสินใจ วิธีการต่างๆ ในการแก้ปัญหา และจะต้องมีความรู้ทางเศรษฐศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านสุขภาพ

- 3) การปฏิบัติระดับวิชาชีพ (Professional practice) พยาบาลวิชาชีพต้องมีความรู้ความสามารถ และทักษะในด้านต่างๆ ทั้งด้านการดูแลปฏิบัติการพยาบาล และการบริหารการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการมอบหมาย ควรสามารถประเมินภาวะสุขภาพ และความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง วินิจฉัยการพยาบาลได้อย่างแม่นยำและทันต่อเหตุการณ์ วางแผนการพยาบาลได้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละบุคคล ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้สมควรแก่เหตุการณ์ ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีระบบและต่อเนื่อง จัดการการดูแลผู้ป่วยตามลำดับความสำคัญ และมีความรับผิดชอบเต็มที่ต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการปฏิบัติการพยาบาล ในการปฏิบัติหน้าที่เป็นหัวหน้าแอร์หรือหัวหน้าทีมการพยาบาล สามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถมอบหมายงานแก่บุคลากรที่ไม่อยู่ในระดับวิชาชีพ

ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ติดตามประเมินผลบุคลากรที่อยู่ในบังคับบัญชาได้อย่างต่อเนื่องสมควร แก่ลักษณะงาน นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพต้องให้คำปรึกษา หรือให้ข้อเสนอแนะที่ถูกต้องและเป็น ประโยชน์ในฐานะผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลกับวิชาชีพอื่นๆ และรับผิดชอบเต็มที่ในการ ประสานงานกับบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องการดูแลผู้รับบริการทุกประเภท

4) รูปร่างและบุคลิกภาพส่วนบุคคล (Physical and personal appearance) พยาบาล วิชาชีพควรมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้ มีความเชื่อมั่นในตัวเอง แต่งกายเรียบร้อย สะอาดและปราณีต สวมเครื่องแบบที่ดูดี ชวนมอง มีร่างกายสมส่วน คือ น้ำหนักและส่วนสูงได้สัดส่วนเหมาะสม มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง มีท่าทางสง่างาม

5) ค่าตอบแทน (Compensation) พยาบาลวิชาชีพจะต้องสามารถปฏิบัติงานอย่างมี ศักยภาพคุ้มกับค่าตอบแทน สามารถเจรจาเกี่ยวกับค่าตอบแทนได้อย่างเหมาะสม และยึดวิชาชีพ การพยาบาลเป็นอาชีพที่ถาวร

6) การให้ประโยชน์ทางวิชาชีพ (Professional contributions) พยาบาลวิชาชีพ จะต้องเข้าร่วมกิจกรรมในระดับวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ เช่น เป็นกรรมการของหน่วยงาน เข้าร่วม ประชุม เสนอความคิดเห็นต่างๆ เป็นต้น รวมทั้งเป็นสมาชิกขององค์การวิชาชีพที่สำคัญ สามารถ เสนอแนะวิธีการแก้ไขปัญหาก็กับหน่วยงาน ให้การสนับสนุนผู้ร่วมงานทุกระดับทั้งด้านความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงาน พยาบาลวิชาชีพจะต้องมีแรงบันดาลใจในการทำคนให้เป็นประโยชน์ ต่อวิชาชีพการพยาบาล

7) การติดต่อสื่อสารเชิงวิชาชีพ (Professional communication) พยาบาลวิชาชีพ จะต้องมีความสามารถและทักษะต่างๆ นับตั้งแต่การติดต่อสื่อสารกับทุกคนที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพ การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม สามารถให้ข้อคิดเห็นที่มีประโยชน์ในการปฏิบัติการพยาบาลอย่าง นักวิชาชีพ เขียนรายงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยได้อย่างสมบูรณ์และชัดเจน ถ่ายทอดความคิด โดยการพูดและเขียนได้เป็นอย่างดี ไม่กล่าวโทษหรือมีข้อแก้ตัวเมื่อมีการทำงานที่ผิดพลาดหรือ บกพร่อง รวมทั้งสามารถยอมรับฟังข้อวิพากษ์วิจารณ์ในผลงานของตนเองได้

8) การควบคุมตัวเอง (Self control) พยาบาลวิชาชีพจะต้องสามารถควบคุมอารมณ์ ของตนเองได้ต่อที่สาธารณชน ในการปฏิบัติหน้าที่ประจำวัน และในการแสดงความคิดเห็นต่อ สาธารณชนทั้งในที่ประชุมหรือสื่อสาธารณะต่างๆ

ดังได้กล่าวมาแล้วว่าการเกิดภาพลักษณ์มีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง จากการ ทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพ ดังนี้

## 1. การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ

1.1 ข้อมูลข่าวสารจากสื่อมวลชนแขนงต่างๆ การเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับพยาบาลวิชาชีพทั้งด้านดีและไม่ดีจากสื่อมวลชนมีความสำคัญอย่างมากสำหรับวิชาชีพการพยาบาล ถ้าเป็นภาพลักษณ์ด้านดีจะทำให้บุคคลที่อยู่ในวิชาชีพการพยาบาลและบุคคลอื่นๆ มีความเชื่อถือและยอมรับวิชาชีพการพยาบาล แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าเผยแพร่ข้อมูลทางด้านไม่ดีจะส่งผลให้จำนวนผู้ที่เลือกเรียนวิชาชีพการพยาบาลลดลง รวมทั้งทำให้บุคคลที่อยู่ในวิชาชีพการพยาบาลรู้สึกขาดคุณค่า ขาดความเชื่อมั่นในวิชาชีพได้ (สิระยา สัมมาวาจ, 2538) นอกจากนี้ Chilty (1993) และ Stoller (1978) ได้กล่าวถึงสื่อมวลชนว่ามีผลต่อภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพได้เท่ากับการที่บุคคลได้มีประสบการณ์โดยตรงกับพยาบาลด้วยตัวเอง Kalisch and Kalisch (1987) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพทางสื่อมวลชนทั้งในภาพยนตร์ หนังสือ เรื่องสั้น หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ ซึ่งจะเผยแพร่ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับพยาบาลวิชาชีพ พบว่านักเรียนมัธยมปลายรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพจากการดูโทรทัศน์มากกว่าสื่อมวลชนแขนงอื่น และการเรียนในชั้นเรียนโดยสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Barkley and Kohler (1992) และ Foong, Rossiter and Chan (1999) ที่พบว่าโทรทัศน์จะเป็นสื่อในการให้ข้อมูลข่าวสารที่มีอิทธิพลในการสร้างภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพทำให้มีผลต่อการเลือกวิชาชีพการพยาบาลของนักเรียนมัธยมปลายได้ ดังนั้นอิทธิพลของสื่อมวลชนจึงมีผลกับความเชื่อถือศรัทธาต่อวิชาชีพการพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพของทั้งบุคคลทั่วไป ตัวพยาบาลวิชาชีพเอง และผู้ที่ก้าวเข้าสู่วิชาชีพการพยาบาลตามการรับรู้ภาพลักษณ์จากข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ

1.2 ข้อมูลข่าวสารจากบุคคลอื่นๆ ในสังคม เป็นการบอกเล่าหรือการพูดคุยให้คำแนะนำ เช่น เพื่อน คนใกล้ชิด หรือบุคคลอื่นในสังคม ก็จะทำให้บุคคลทั่วไปรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพแตกต่างกัน (Grossman and Nothrop, 1993)

1.3 ข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัว ได้แก่ บิดามารดา ญาติ พี่น้อง ซึ่งอาจจะสัมผัสพูดคุยกับพยาบาลวิชาชีพโดยตรง หรือบุคคลในครอบครัวเคยมีประสบการณ์ในการเจ็บป่วยต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพ จะเป็นผู้ให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพยาบาลวิชาชีพที่แตกต่างกัน (Stevens and Walker, 1993)

1.4 อาจารย์ (Instructor) อาจารย์ผู้สอนในสหสาขาวิชาชีพต่างๆ มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ทั้งในด้านเทคนิค ทฤษฎี ชี้นำ กระบวนการเรียนรู้ในสถาบันการศึกษาระหว่างอาจารย์ผู้สอนและนักศึกษาที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้เกี่ยวกับพยาบาลวิชาชีพ (Reilly and Oveman, 1992) เพราะอาจารย์เป็นบุคคลที่มีประสบการณ์การทำงานร่วมกับพยาบาลวิชาชีพมาก่อน บทบาทในการสนับสนุนเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในวิชาชีพ และช่วยเหลือในภาวะ

ต่างๆ ในการฝึกปฏิบัติงาน รวมทั้งเป็นผู้รับผิดชอบในการเรียนรู้วิชาชีพ อันจะทำให้นักศึกษาในสาขาวิชาชีพเกิดความมั่นใจ ศรัทธาในตัวอาจารย์ และถ่ายทอดภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพจากอาจารย์ของตน มาสู่ตนเองด้วย (Weller, Harrison and Katz, 1988)

ในมุมมองของพยาบาลเองอาจารย์พยาบาลมีบทบาทสำคัญต่อการปลูกฝังภาพลักษณ์ที่ดีของวิชาชีพการพยาบาลให้กับนักศึกษาตามที่ Cambell, Larrivee, Field, Day and Reutter (1994) ได้กล่าวว่าอาจารย์เป็นแม่แบบที่สำคัญของนักศึกษาโดยนักศึกษาจะเป็นผู้รับรู้เกี่ยวกับพยาบาลวิชาชีพจากการสังเกตพฤติกรรมของอาจารย์โดยตรงในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และการปฏิบัติกิจกรรมกับผู้ป่วย นอกจากนี้สัมพันธภาพ ความประทับใจของนักศึกษาต่ออาจารย์ทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติจะทำให้ศึกษารับรู้ภาพลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพเปลี่ยนแปลงไปด้วย (Mckay, 1993) ซึ่งอาจารย์ผู้สอนควรมีบทบาทในการสนับสนุนส่งเสริมและกระตุ้นนักศึกษาให้มีภาพลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพในด้านดี (Dahl, 1992)

1.5 พยาบาลวิชาชีพ (Professional nurse) การกระทำของพยาบาลวิชาชีพที่ได้แสดงออกระหว่างปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เป็นข้อมูลโดยตรงที่จะทำให้ผู้พบเห็นทั้งบุคคลที่เข้ามาติดต่อใช้บริการ หรือนักศึกษาในสาขาวิชาชีพต่างๆ เมื่อเข้ามาปฏิบัติงานในวิชาชีพเริ่มเข้าสู่สังคมของโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพจะมีบทบาทสำคัญในการประสานงานขณะปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งเป็นผู้พัฒนาความรู้และทักษะจากประสบการณ์ในสถานการณ์ต่างๆ ให้แก่นักศึกษาพยาบาล (ศิขริน ตูสุข, 2532) โดยสาขาวิชาชีพจะมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลวิชาชีพจึงได้รับข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับพยาบาลวิชาชีพ ทั้งในด้านบทบาท และการแสดงออกของพยาบาลวิชาชีพซึ่งจะทำให้การรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพเปลี่ยนแปลงไปตามประสบการณ์ที่ได้รับจากพยาบาลวิชาชีพ (Mckay, 1993) ดังนั้นถ้าพยาบาลวิชาชีพมีแสดงออกถึงความเป็นวิชาชีพ นอกจากทำให้รู้สึกถึงความมีคุณค่าในตัวเอง และวิชาชีพการพยาบาลแล้วยังเป็นการส่งเสริมและกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาภาพลักษณ์ของพยาบาลต่อวิชาชีพพยาบาลในด้านดีได้ นอกจากนี้การที่พยาบาลวิชาชีพเป็นแม่แบบในการให้ประสบการณ์การเรียนรู้ที่ดี เช่น ให้ความเป็นมิตรและต้อนรับผู้ร่วมงานสาขาวิชาชีพ ให้การต้อนรับโดยถือว่าเป็นบุคคลคนหนึ่งที่มาเข้าร่วมในทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ มีบรรยากาศการทำงานที่ดี มีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ส่งเสริมการปฏิบัติพยาบาล สาขาวิชาชีพจะมีประสบการณ์การเรียนรู้ที่ดีก็จะมองภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพในด้านดี แต่ถ้าพยาบาลวิชาชีพไม่ให้เกิดศรัทธาสาขาวิชาชีพ ให้การประเมินในด้านลบไม่ตระหนักถึงความเป็นบุคคลของผู้อื่น สาขาวิชาชีพก็จะมีประสบการณ์การเรียนรู้ในทางที่ไม่ดีส่งผลภาพลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพได้ (Kiger, 1994) ทั้งนี้ผู้รับบริการก็จะได้รับประสบการณ์ตรงจากพยาบาลวิชาชีพทั้งในการปฏิบัติการพยาบาลและการติดต่อสื่อสารเช่นกัน

1.6 กลุ่มที่และเพื่อนร่วมสถาบันของทั้งพยาบาล และสาขาวิชาชีพ การแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับพยาบาลวิชาชีพอันเกิดจากการที่ผู้ร่วมงานในสถาบันเดียวกัน ร่วมวิชาชีพเดียวกัน ได้มีปฏิสัมพันธ์กันในกิจกรรมต่างๆ มีการเรียนรู้ร่วมกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ซึ่งกันและกันเมื่อเข้ามาสู่สังคมและได้ทำงานร่วมกับวิชาชีพการพยาบาล (นันทนา น้าฝน, 2538) ซึ่งจะเป็นการผ่านกระบวนการถ่ายทอดทางสังคมในวิชาชีพ ทั้งพยาบาล และสาขาวิชาชีพจะได้รับข้อมูลและซึมซับตามลักษณะของกลุ่มที่และเพื่อนในวิชาชีพของตน ดังจากการศึกษาของ Dalme (1983) ที่พบว่าเมื่อบุคคลเข้ามาเป็นสมาชิกใหม่ในสถาบัน รุ่นที่ และเพื่อนจะมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เสนอความคิดเห็นร่วมกันในการให้ความช่วยเหลือกันในการทำงาน หรือในการปฏิบัติการในคลินิกประจำวัน จะทำให้มองภาพลักษณะพยาบาลวิชาชีพ แตกต่างกันไป ตามการรับรู้ และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับกลุ่มเพื่อนร่วมสถาบัน

1.7 การมีประสบการณ์ในการเป็นผู้ป่วย โดยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลจากพยาบาลวิชาชีพด้วยตัวเองได้มีประสบการณ์การติดต่อสื่อสารกับพยาบาลวิชาชีพก็จะทำให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับพยาบาลวิชาชีพที่แตกต่างกัน (Marriner, Schwier, Maricke and Austin, 1990)

## 2. สถานภาพบุคคล ซึ่งได้แก่

2.1 อายุ พบว่าบุคคลที่มีอายุน้อยจะมีคุณค่าและความเชื่อด้านบวกต่อวิชาชีพ การพยาบาลมากกว่าบุคคลที่มีอายุมาก (May, Champion and Austin, 1991)

2.2 เพศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพแตกต่างกัน โดยพบว่าเพศหญิงจะมีค่านิยม และความเชื่อเกี่ยวกับวิชาชีพการพยาบาลด้านบวกมากกว่าเพศชาย (May, Champion and Austin, 1991) รวมทั้งบุคคลส่วนใหญ่คิดว่าวิชาชีพการพยาบาล เป็นอาชีพที่ เน้นเฉพาะเพศหญิงเท่านั้น ดังนั้นการรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพในเพศหญิงและชายจึง แตกต่างกันไป (Pillitteri, 1994)

2.3 การศึกษา พบว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมหรือต่ำกว่ามองภาพลักษณ์ในการปฏิบัติงานของพยาบาลดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (May, Champion and Austin, 1991) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาสูงมีโอกาสได้รับข่าวสารข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ ได้มากกว่า (ธงชัย สันติวงษ์, 2539) นอกจากนี้การศึกษาช่วยในการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจตลอดจน ทักษะที่มีต่อสิ่งต่างๆ ได้ดีกว่า

2.4 ฐานะทางเศรษฐกิจ ผู้ที่มีฐานะดี มีรายได้ดี มักมีความคาดหวังจากสินค้าและบริการสูงกว่าผู้มีเศรษฐกิจต่ำ ความแตกต่างของฐานะทางเศรษฐกิจทำให้ความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การใช้บริการด้านสุขภาพไม่เหมือนกัน การรับรู้ ความคิดเห็นที่มีต่อพยาบาล และความต้องการการตอบสนองจากพยาบาลจึงแตกต่างกันไปด้วย (ชุตติ จิตพิทักษ์, 2529)



จากการศึกษาพบว่าผู้มีรายได้น้อยมีทัศนคติและการรับรู้ภาพลักษณ์ในการปฏิบัติงานของพยาบาลที่ต่ำกว่าผู้มีรายได้สูง (May, Champion and Austin, 1991)

2.5 อาชีพ บุคคลต่างอาชีพกันย่อมมีค่านิยมและบุคลิกภาพต่างกันไปตามแต่ลักษณะของงาน ความชำนาญ และรูปแบบของข้อมูลข่าวสาร (สุพัตรา สุภาพ, 2535) บุคคลในกลุ่มอาชีพเดียวกันย่อมมีการรับรู้ ความเข้าใจในสิ่งต่างๆ และการตีความใกล้เคียงกัน (ธงชัย สันติวงษ์, 2539) รวมทั้งการแลกเปลี่ยนข้อมูลประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ดังนั้นการรับรู้ภาพลักษณ์ของพยาบาลจึงเหมือนหรือแตกต่างกันตามลักษณะกลุ่มอาชีพด้วย

ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพในสังคมไทยยุคสมัยต่างๆ ได้มีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทั้งนี้เป็นตามผลกระทบจากสภาวะการณ์และสิ่งแวดล้อม ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การปกครอง วัฒนธรรม การศึกษา และเทคโนโลยี ในอดีตที่ผ่านมาวิชาชีพการพยาบาลถูกมองว่า เป็นวิชาชีพของผู้หญิงที่มีบทบาทในการดูแลความทุกข์สบายรับผิดชอบเครื่องใช้ สิ่งของของผู้ป่วย และเป็นผู้ปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด จะเห็นได้จากข้อบังคับของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เมื่อ 10 ตุลาคม 2460 ได้กล่าวถึงหน้าที่ของพยาบาลไว้ว่า “มีหน้าที่ดูแลรักษาพยาบาลการกินอยู่ทั่วไปให้คนเจ็บไข้ทุกคนได้รับการรักษาพยาบาลและกินอยู่เป็นสุขสบาย เป็นไปตามคำสั่งแพทย์ และเป็นไปตามระเบียบแบบแผนของการแพทย์และการพยาบาลจนทุกประการ” ในเอกสารฉบับเดียวกันนี้ได้ระบุหน้าที่ของหัวหน้าพยาบาลไว้ว่า “มีหน้าที่รับผิดชอบในการปกครองนางพยาบาลและตรวจตราให้การพยาบาลเป็นไปโดยถูกต้องตรงตามหลักของการพยาบาลและคำสั่งทุกประการ กับทั้งต้องรับผิดชอบเรื่องในบาณูชิคนเจ็บไข้ บาณูชิสรรพสิ่งของเครื่องใช้ทั้งปวงในเครื่องนุ่งห่มเข้าของเงินทองของคนเจ็บไข้ และในเรื่องอาหารการกินอยู่ของคนเจ็บไข้ อย่าให้ไม่เป็นที่พอใจได้” (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2541) ต่อมาวิทยาการทางการแพทย์เจริญก้าวหน้าขึ้น เช่น มีการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้สำเร็จในปี พ.ศ. 2502 การที่พยาบาลยึดถือการปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์โดยเคร่งครัดอยู่เดิม จึงทำให้การบริการพยาบาลได้มีการพัฒนาควบคู่กับการพัฒนาทางการแพทย์ โดยได้รับการช่วยเหลือจากต่างประเทศ ในรูปของ ผู้เชี่ยวชาญ ทุนการศึกษา อุปกรณ์ และเนื่องจากความเจริญก้าวหน้าในด้านเทคโนโลยี เครื่องมือต่างๆ ส่งผลให้ปัญหาของผู้ป่วยซับซ้อนขึ้น จึงได้มีการต้นต้วพัฒนาระบบบริการการพยาบาลอย่างเป็นทางการ ประกอบกับมีการพัฒนาการศึกษาสาขาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งถึงปัจจุบันมีการผลิตพยาบาลถึงระดับคุณวุฒิปริญญาตรี ทำให้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพได้ปรับเปลี่ยนไปในลักษณะของนักวิชาการเพิ่มมากขึ้น

อย่างไรก็ตามยังมีผู้กล่าวถึงพยาบาลวิชาชีพไว้ในแง่มุมต่างๆ ที่หลากหลาย ดังแสดงตัวอย่าง (ฟาริดา อิบราฮิม, 2525)

ประชาชนคนหนึ่ง กล่าวว่า “แพทย์เห็นพยาบาลเป็นพยาบาลจริงหรือเปล่า หรือเห็นว่าเป็นคนไข้ เป็นจี้ข้าช่วยเขาใช้ พุดจาหายบายอะไรก็ได้ ... คนไข้ที่มาอยู่โรงพยาบาลเห็น ความสำคัญของพยาบาลแค่ไหน หรือเห็นว่าพยาบาลเป็นคนไข้เช่นเดียวกัน”

นักศึกษาพยาบาลคนหนึ่ง กล่าวว่า “ผู้ที่จะเป็นพยาบาลที่ดีได้นั้น ต้องเป็นคนที่รัก วิชาชีพนี้จริงๆ เสียสละ มีคุณธรรมประจำใจ จึงจะประกอบอาชีพนี้ได้อย่างภูมิใจ ส่วนคนที่คิดว่า จะเป็นพยาบาลเพียงเพื่อเหตุผลที่ว่า เป็นงานซึ่งไม่มีวันตกงาน รายได้คือนั้น ข้าพเจ้าคิดว่า ท่าน อาจจะประสบความสำเร็จหวังก็ได้ ควรลาออกไปเลือกเรียนวิชาชีพอื่นที่สบายได้คือจริงๆ ดีกว่า เพราะ ท่านจะได้ไม่ต้องทำงานอย่างฝืนใจ หรือทำอย่างขอไปที เพราะการกระทำเช่นนั้นเป็นการทำลาย ภาพลักษณ์ที่ดีของประชาชนต่อวิชาชีพพยาบาล และท่านจะกลายเป็นผู้หนึ่งที่มีส่วนในการทำให้ วิชาชีพพยาบาลตกต่ำมากยิ่งขึ้น โดยท่านไม่ตั้งใจทำก็ได้”

ประชาชนคนหนึ่ง กล่าวว่า “พยาบาลเป็นสติสำหรับผู้ที่ไร้สติ เป็นความรู้สึกที่จะมีชีวิตอยู่สำหรับผู้ที่อยากตาย เป็นดวงตาสำหรับผู้ที่นัยน์ตาเริ่มจะบอด เป็นถนนหนทางที่จะก้าว ต่อไปสำหรับเด็กเกิดใหม่ เป็นความรู้ความมั่นใจสำหรับผู้ที่เริ่มเป็นมารดา เป็นแขนเป็นขาสำหรับ ผู้พิการหรืออัมพาต และเป็นเสียงสำหรับผู้ที่อ่อนเปลี้ยจนเกินกว่าที่จะเปล่งเสียงพูดออกมาได้”

จะเห็นได้ว่าภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพในสังคมไทยมีทั้งในแง่บวกและแง่ลบ ทั้งที่ สังคมยกย่องและดูถูกเหยียดหยาม และแปรเปลี่ยนไปตามกาลเวลาและสถานการณ์แวดล้อม สมควรที่พยาบาลวิชาชีพทุกคนจะให้ความสำคัญปรับปรุงพัฒนาให้เกิดภาพลักษณ์ที่ดีอันจะส่งผล ต่อวิชาชีพการพยาบาลดังจะได้กล่าวต่อไป

ฟาริดา อิบราฮิม (2525) กล่าวว่า พยาบาลทุกคนมีบทบาทเป็นผู้นำทางของวิชาชีพ ให้ไปสู่เป้าหมาย จำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลต้องตระหนักในหน้าที่ของตนเอง เพื่อพัฒนาความเป็น บุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ ใช้ความรู้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเองและผู้อื่น มีจริยธรรม เมตตาธรรมพร้อมจะให้ความช่วยเหลือต่อผู้ทุกข์ยากด้วยความเต็มใจ วิชาชีพจะได้รับความยกย่อง และยอมรับของสังคมหรือทีมสุขภาพมากน้อยเพียงใด ย่อมขึ้นอยู่กับความประพฤติและ ความสามารถของพยาบาลเป็นสำคัญ ดังคำกล่าวที่เป็นอมตะของฟลอเรนซ์ ไนติงเกล ที่ว่า “วิชาชีพ ไม่ต่างอะไรกับประเทศชาติ จะเจริญเฟื่องฟูอยู่ได้ย่อมขึ้นอยู่กับสมาชิกทุกคนสำนึกในหน้าที่ รับผิดชอบของตนที่จะกระทำให้วิชาชีพและร่วมมือปฏิบัติเพื่อวิชาชีพ” เป็นคำกล่าวที่ยืนยันถึง ความสำคัญของพยาบาลในฐานะเป็นสมาชิกของวิชาชีพ เป็นผู้ควบคุมวิชาชีพของตนเองให้มั่นคง และมีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับของสังคม พยาบาลทุกคนสำคัญที่สุดที่จะหันเหหรือจูงวิชาชีพให้ ไปสู่เป้าหมาย ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ ม.ร.ว. คึกฤทธิ์ ปราโมช “อาชีพพยาบาล เป็นอาชีพที่ สุจริตและมีเกียรติ แต่การที่สังคมเห็นว่ามีเกียรติจริงหรือไม่ เป็นหน้าที่ของพยาบาลจะต้อง

ปรึกษาหารือกันมุ่งปรับปรุงอาชีพให้ดีขึ้น” แสดงให้เห็นว่าภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพดีหรือเลว เป็นอย่างไรก็จะทำให้ภาพลักษณ์วิชาชีพการพยาบาลเป็นอย่างนั้น

ทั้งนี้ ได้มีผู้ให้ความเห็นถึงวิชาชีพการพยาบาลไว้หลายมุมมอง ซึ่งสะท้อนภาพลักษณ์ของวิชาชีพการพยาบาลในลักษณะต่างๆ จะขอยกตัวอย่างบุคคลที่มีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับของสังคมได้แสดงทัศนะไว้พอสังเขป ดังนี้

ศาสตราจารย์คุณหญิงจินตนา ยศสุนทร กล่าวว่า “เป็นอาชีพที่ได้ทั้งกำไรและขาดทุน กำไรในแง่ที่เป็นพยาบาลซึ่งต้องทำงานให้กับสังคม จึงต้องหักตนเอง เรียนให้รู้และปรับปรุงตนเองให้มีทักษะในการพยาบาล ปรับปรุงบุคลิกและจิตใจให้อยู่ในกรอบที่มีระเบียบ มีลักษณะคุณภาพที่สุภาพและเหมาะสม ต้องเป็นคนยิ้มหวานพูดเพราะและเดินเบา ต้องเรียนจิตวิทยา ต้องฝันใจ แต่ถ้าพยาบาลใช้เวลาไปในการปฏิบัติแต่อย่างเดียว โดยไม่สร้างเสริมความก้าวหน้าทางด้านวิชาการ หรือความรู้ หรือประสบการณ์ใหม่ๆ หรือเผชิญกับความทุกข์ยากของบุคคลอื่นอยู่เป็นเวลานานจนเกิดความอึดใจในความทุกข์ยากเหล่านั้น ขาดความสนใจสิ่งเหล่านี้เป็นการขาดทุน” ทัศนะดังกล่าวช่วยให้พยาบาลมองเห็นความหมั่นหม่อมและความท้าทายของตนเอง อันเนื่องมาจากวิชาชีพได้ดี และยอมช่วยให้เกิดการปรับปรุงตนเองได้เช่นเดียวกัน ทั้งนี้เพราะการยอมรับ ยกย่อง เชื่อถือที่สังคมจะให้แก่วิชาชีพการพยาบาล ย่อมไม่ได้อยู่ที่สิ่งอื่นไกล ที่ไหนนอกจากตัวพยาบาลวิชาชีพนั่นเอง (ฟาริดา อิบราฮิม, 2525)

ประเวศ วะสี (2513) กล่าวว่า “เมื่อพิจารณาถึงชีวิตและงานของพยาบาล ในด้านหนึ่งอาจจะเห็นว่าเป็นงานที่จำเจซ้ำซาก คลุกคลีอยู่กับความสกปรก ความไม่เจริญตาเจริญใจ เงินเดือนน้อย ไม่มีความก้าวหน้า ไม่ได้หน้าได้ดามีชื่อเสียงอย่างไร ทำงานไปอีก 10-20 ปี อย่างมากก็เป็นแค่หัวหน้าตึก ไม่มีใครเห็นอกเห็นใจ” หากตัวพยาบาลเองมีภาพลักษณ์ต่อวิชาชีพแบบนี้ทำให้เกิดความท้อแท้ ทุรนทुरาย ปราศจากความสงบสุขของจิตใจ และกระทบกระเทือนถึงคุณภาพการปฏิบัติงานด้วยอย่างแน่นอน “ผมมองไม่เห็นสิ่งอื่นใดที่จะหล่อเลี้ยงใจของพยาบาลให้มีความสุขได้ นอกเหนือไปจากอุดมการณ์อันสูงส่งของพยาบาลเอง” “แม้จะไม่ร่ำรวย แต่ก็มียู้อาศัย ไม่ถึงกับหิวไม่มีจะกิน เครื่องนุ่งห่มก็มีฟอร์มพยาบาลไม่หมดเปลืองมาก เมื่อป่วยไข้ก็ได้ยารักษาจากโรงพยาบาลนั่นเอง เป็นอันว่าเมื่อบวชเป็นพยาบาลแล้วปัจจัยสี่ก็พอมีพอได้ การที่จะคิดร่ำรวยจากอาชีพพยาบาลก็เห็นจะไม่ได้” และ “งานของพยาบาลมีปัจจัยเกื้อกูลต่อการที่จะเจริญสติสมาธิ ปัญญา ไกล่ชิดต่อเรื่องของการเกิดแก่เจ็บตาย เอื้ออำนวยให้เห็นไตรลักษณ์อันได้แก่ อนิจจัง ทุกขัง อนัตตา ได้ง่ายขึ้น”

จะเห็นได้ว่าการสะท้อนภาพลักษณ์ของวิชาชีพการพยาบาลในมุมมองต่างๆ กัน ทั้งในแง่บวกและลบ ทั้งในแง่กึ่งขาสงสัย ความก้าวหน้าและตกต่ำของวิชาชีพย่อมขึ้นอยู่กับผู้ประกอบวิชาชีพเองที่จะทำให้สังคมยอมรับและเชื่อถือมากน้อยเพียงใด ในการประกอบวิชาชีพ

การพยาบาล ซึ่งต้องการผู้ที่มีความประพฤติดีควบคู่ไปกับมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อปฏิบัติงานบริการที่มีมาตรฐานแก่สังคม (ล่อ หุตางกูร, 2521) การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม การเมืองวัฒนธรรม และเทคโนโลยี มีผลให้ปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนมีความซับซ้อนยุ่งยากมากยิ่งขึ้น จากเดิมการดูแลสุขภาพของประชาชนเป็นบทบาทหลักของแพทย์และพยาบาล ก็มีวิชาชีพอื่นๆ เข้ามาเกี่ยวข้องในเพิ่มขึ้น ที่เรียกว่าสหสาขาวิชาชีพ มีการทำงานที่เชื่อมโยงเป็นเครือข่าย ทำให้บทบาทและขอบเขตของพยาบาลเปลี่ยนแปลงไป การตอบสนองนโยบายของรัฐบาลในการเปลี่ยนแปลงในระบบสาธารณสุขก้าวสู่ระบบการประกันคุณภาพก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการพยาบาล การเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านี้ ทำให้ภาพลักษณ์ของพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ภาพลักษณ์ของพยาบาลที่เกิดขึ้นอาจเป็นภาพทั้งในทางบวกและลบ

กล่าวได้ว่าเมื่อพยาบาลเข้ามาอยู่ในวิชาชีพแล้ว จะต้องสร้างเสริมบุคลิกภาพส่วนตัวให้ติดอยู่ในตนเป็นการสร้างอำนาจทางบุคลิกภาพ เช่น ความเมตตา กรุณา ความเป็นมิตร ความรักผู้อื่น และสร้างอำนาจทางความรู้วิชาการและการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อนำไปปฏิบัติการพยาบาลให้ประสบความสำเร็จ ถ้ากระทำได้เช่นนี้ วัฏจักรแห่งความตกต่ำของวิชาชีพย่อมไม่เกิดกับวิชาชีพการพยาบาล

#### 4. องค์กรวิชาชีพการพยาบาล

องค์กรวิชาชีพเป็นองค์กรที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมาย เพื่อเป็นศูนย์รวมของผู้ประกอบวิชาชีพ รักษาและพัฒนาวิชาชีพให้มีความเจริญก้าวหน้า พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ประกอบวิชาชีพ สำหรับวิชาชีพการพยาบาล Styles, 1983 อ้างถึงในสมจิต หนูเจริญกุล, 2543 อธิบายว่า องค์กรของวิชาชีพการพยาบาลจะต้องกระทำหน้าที่ 5 ประการ คือ 1) กำหนดและควบคุมวิชาชีพ โดยการกำหนดมาตรฐานการศึกษา และการปฏิบัติ 2) พัฒนาความรู้เพื่อเป็นพื้นฐานในการปฏิบัติ ทั้งในระดับกว้างและลึก 3) ถ่ายทอดค่านิยม เกณฑ์มาตรฐาน ความรู้และทักษะ 4) ติดต่อสื่อสาร และเผยแพร่คุณค่าของสมาชิกและวิชาชีพให้สาธารณชนยอมรับ เพื่อการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการออกกฎหมายและกำหนดนโยบายด้านสุขภาพ 5) สนับสนุนขวัญและกำลังใจของสมาชิก ผดุงสังคมและสวัสดิภาพให้สมาชิกสามารถปฏิบัติบทบาทในวิชาชีพ เจริญกับปัญหาของวิชาชีพ และปัญหาชีวิตได้

สำหรับองค์กรวิชาชีพการพยาบาลในประเทศไทยมีองค์กรวิชาชีพหลัก 2 องค์กรที่นอกจากจะพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของวิชาชีพการพยาบาลสู่ความเป็นเลิศแล้ว ยังเป็นผู้ชี้นำ

สังคมด้านสุขภาพ และสร้างเสริมให้วิชาชีพเป็นที่ประจักษ์ในสังคมโลก ซึ่งองค์การหลักดังกล่าว คือ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี และ สภาการพยาบาล

#### 4.1 สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ฯ จัดตั้งขึ้นในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว พระราชทานนามสมาคมว่า สมาคมนางพยาบาลแห่งกรุงสยาม อันเป็นสมาคมสตรีแห่งแรกของประเทศ ได้รับการจดทะเบียนลำดับที่ จ.67 เมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม พ.ศ. 2470 เป็นองค์การในระดับสากล ชี้นำสังคมด้านคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นองค์การหลักในการดูแลและพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล ช่วยเหลือในการจัดสวัสดิการ ประสานประโยชน์แก่สมาชิก และเพื่อเป็นศูนย์กลางองค์ความรู้ในระดับสากล จัดประชุมเผยแพร่ความรู้ พัฒนาคุณภาพ และมาตรฐานการพยาบาล มุ่งพัฒนาวิชาชีพสู่ความเป็นเลิศ ให้บริการวิชาการแก่สมาชิกและสังคม เป็นศูนย์รวมพลัง ความรักและสามัคคีของผู้ประกอบวิชาชีพ เป็นศูนย์กลางเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาชีพ ให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น เป็นตัวแทนวิชาชีพในการประชุมด้านสาธารณสุข ดำเนินการในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพ พัฒนาจริยธรรมวิชาชีพ เสริมสร้างภาพลักษณ์วิชาชีพ โดยมีสาขาย่อยในแต่ละภาค คือ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ เพื่อความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ประสานงานได้ครอบคลุมทั่วประเทศ (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ฯ, 2546)

#### 4.2 สภาการพยาบาล

สภาการพยาบาลเป็นองค์การวิชาชีพที่จัดตั้งขึ้นโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พุทธศักราช 2528 ซึ่งได้ออกประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับพิเศษ เล่ม 102 ตอนที่ 120 วันที่ 5 กันยายน 2528 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 6 กันยายน 2528 โดยในปี พ.ศ. 2514 สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ได้จัดทำร่างพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ฉบับแรกขึ้น เพื่อที่จะผลักดันให้มืองค์การวิชาชีพที่ทำหน้าที่ควบคุมการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2518 ที่ประชุมของการประชุมพยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 5 ได้มีมติให้เสนอกกระทรวงสาธารณสุขให้ปรับปรุงแก้ไขพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พุทธศักราช 2479 ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสาขาการพยาบาลและสาขาการผดุงครรภ์ เพื่อแสดง

ความหมายและขอบเขตของพยาบาลและผดุงครรภ์ให้ชัดเจนและสมบูรณ์ ตามบทบาทหน้าที่ที่ได้เปลี่ยนแปลงไป และเสนอให้มีการจัดตั้งสภาการพยาบาล เพื่อทำหน้าที่ควบคุมวิชาชีพนี้

พ.ศ. 2521 สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ฯ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการร่างพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ขึ้นอีกคณะหนึ่งเพื่อจัดทำร่างพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์คอจนแล้วเสร็จ และนำเสนอเข้าสู่กระบวนการการออกพระราชบัญญัติตามขั้นตอนนิติบัญญัติ เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2528 ได้รับพระกรุณาโปรดเกล้าให้ตราพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พุทธศักราช 2528 ด้วยเหตุผลว่าเนื่องจากในปัจจุบันการประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันในสาขาการพยาบาล และการผดุงครรภ์อยู่ในความควบคุมตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ซึ่งมีคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะทำหน้าที่ควบคุมทั้งการประกอบโรคศิลปะ แผนปัจจุบันในสาขาทันตกรรม เกศษกรรม การพยาบาล การผดุงครรภ์ กายภาพบำบัด เทคนิคการแพทย์ และการประกอบโรคศิลปะแผนโบราณในสาขาเวชกรรม เกศษกรรม การผดุงครรภ์ และในปัจจุบันมีผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันในสาขาการพยาบาลและการผดุงครรภ์เป็นจำนวนมาก สมควรแยกการควบคุมการประกอบโรคศิลปะโดยจัดตั้ง “สภาการพยาบาล” ขึ้นประกอบด้วยผู้แทนส่วนราชการที่เกี่ยวข้องซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว และผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าวได้รับเลือกตั้งโดยผู้ประกอบวิชาชีพด้วยกันเองเป็นกรรมการ เพื่อความคล่องตัวในการทำหน้าที่ควบคุมและส่งเสริมมาตรฐาน การประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์โดยอิสระเหมาะสม และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น พระราชบัญญัติดังกล่าวได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับพิเศษ เล่ม 102 ตอน 120 วันที่ 5 กันยายน 2528 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 6 กันยายน 2528 เป็นต้นไป

ในปี พ.ศ.2540 ได้มีการออกพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 เพื่อปรับปรุงแก้ไขพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกา เล่ม 114 ตอนที่ 75 ก เมื่อวันที่ 23 ธันวาคม พ.ศ. 2540 มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ที่สำคัญหลายประการ ได้แก่การกำหนดให้ผู้สำเร็จการศึกษาพยาบาลที่จะขอขึ้นทะเบียนเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพนั้นจะต้องสอบความรู้ผ่านตามเกณฑ์ที่สภาการพยาบาลเป็นผู้กำหนด และการกำหนดอายุใบอนุญาตให้มีอายุ 5 ปี ทั้งพยาบาลและผดุงครรภ์ที่ขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตใหม่ รวมทั้งพยาบาลและผดุงครรภ์รุ่นเก่าที่เคยมีใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ หรือใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ฯ อยู่เดิม ที่ไม่ได้กำหนดวันหมดอายุเอาไว้ จะมีอายุใบอนุญาตต่อไปอีก 5 ปี นับตั้งแต่วันที่ 24 ธันวาคม พ.ศ. 2540

จะเห็นได้ว่าวิชาชีพการพยาบาลได้มีการพัฒนาควบคู่มากับสังคมไทย เป็นวิชาชีพอิสระที่มีองค์การวิชาชีพเป็นสถาบันหลักในการควบคุมดูแล กำกับ กำหนดนโยบายต่างๆ เพื่อให้เป็นวิชาชีพที่ได้รับการยอมรับอย่างมีเกียรติ มีศักดิ์ศรี มีคุณค่าแก่สังคม ซึ่งบุคลากรในวิชาชีพ คือพยาบาลวิชาชีพควรจะตระหนักในบทบาทสำคัญของตนเอง ที่จะต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนาตนเอง และเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ขององค์การวิชาชีพในอันที่จะเสริมสร้างภาพลักษณ์ที่ดีของพยาบาลวิชาชีพ และวิชาชีพการพยาบาลต่อไป

#### 4.3 แผนพัฒนาภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพและวิชาชีพการพยาบาลขององค์การวิชาชีพ

จากการที่วิชาชีพการพยาบาลมีการพัฒนาให้เจริญก้าวหน้ามาโดยตลอดก็ด้วยการร่วมมือร่วมใจกันของพยาบาลวิชาชีพ และองค์การวิชาชีพที่เป็นศูนย์กลางของผู้ประกอบอาชีพพยาบาล ทั้งสภาการพยาบาลและสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ มีนโยบายและกลยุทธ์ในการพัฒนาภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพและวิชาชีพการพยาบาล ดังนี้ (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ, 2546; สภาการพยาบาล, 2546)

##### 4.3.1 ดำเนินการสร้างภาพลักษณ์วิชาชีพการพยาบาลให้เป็นที่ยอมรับในสังคม

4.3.1.1 จัดและร่วมจัดกิจกรรมในวันสำคัญของวิชาชีพการพยาบาล เช่น วันพยาบาลแห่งชาติ

4.3.1.2 ประสานเครือข่ายขององค์การต่างๆ ในประเทศในการร่วมกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

4.3.1.3 ร่วมดำเนินการกับองค์การวิชาชีพทั้งในและต่างประเทศ

4.3.2 ร่วมมือกับหน่วยงาน องค์การวิชาชีพ และองค์การอิสระอื่นๆ ในกิจกรรมการสร้างภาพลักษณ์วิชาชีพ

4.3.2.1 เฝ้าระวังและติดตามกิจกรรมต่างๆ ในสังคมที่มีผลต่อภาพลักษณ์วิชาชีพ

4.3.2.2 ส่งเสริมและสนับสนุนกิจกรรมที่เป็นผลดีต่อภาพลักษณ์วิชาชีพ

4.3.3. ยกย่อง เชิดชูเกียรติการปฏิบัติวิชาชีพของสมาชิกที่มีคุณค่าเพื่อสร้างความประทับใจต่อวิชาชีพการพยาบาล

4.3.3.1 สรรหาและสนับสนุนพยาบาลตัวอย่างในด้านต่างๆ

4.3.3.2 สรรหาผู้มีคุณสมบัติเหมาะสมกับรางวัลพยาบาลดีเด่น และรางวัลสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

4.3.3.3 ประชาสัมพันธ์เพื่อยกย่องเชิดชูเกียรติพยาบาลตัวอย่างในด้าน  
ต่างๆ

4.3.4 ประชาสัมพันธ์เพื่อการเสริมสร้างภาพลักษณ์วิชาชีพ

4.3.4.1 จัดทำและเผยแพร่เอกสารผลงานขององค์การวิชาชีพ และกิจกรรม  
ทางการพยาบาล

4.3.4.2 ประชาสัมพันธ์งานวิชาชีพการพยาบาลในสื่อมวลชนรูปแบบต่างๆ  
ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ หรือในการประชุมวิชาการต่างๆ

4.3.4.3 จัดทำสื่อสารสนเทศเพื่อสร้างภาพลักษณ์วิชาชีพและนำออก  
เผยแพร่

กลยุทธ์และนโยบายต่างๆ ที่องค์การวิชาชีพปฏิบัติมาอย่างต่อเนื่องแสดงให้เห็นว่า  
องค์การวิชาชีพการพยาบาลให้ความสำคัญในการพัฒนาภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพและวิชาชีพการ  
พยาบาลไปพร้อมๆ กัน นอกจากนี้สภาการพยาบาลยังให้ความสำคัญในการศึกษาวิจัยแนวโน้มใน  
อนาคตด้านการผลิตและการพัฒนากำลังคนเพื่อพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในวิชาชีพการพยาบาลให้  
สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป ซึ่งมีผลในการสะท้อนภาพลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพดังจะ  
เห็นได้จากการกำหนดคุณลักษณะพยาบาลที่ผู้รับบริการคาดหวังและพึงพอใจ (สภาการพยาบาล,  
2546) จากการศึกษาแนวโน้มในอนาคตด้านการผลิตและการพัฒนากำลังคน สาขาพยาบาลศาสตร์  
(กาญจนา สันติพัฒนาชัย และคณะ, 2544) ได้สรุปคุณลักษณะของผู้สำเร็จการศึกษา หรือบัณฑิต  
สาขาพยาบาลศาสตร์ที่พึงประสงค์จากการศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนของ  
กระทรวงสาธารณสุข และจากหน่วยงานอื่นทั้งในและต่างประเทศว่าควรมีลักษณะดังนี้

1. ความสามารถด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 มีทักษะความสามารถ ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นอย่างดี  
เน้นการป้องกัน และ ส่งเสริม สุขภาพการดูแลสุขภาพชุมชน

1.2 มีความสามารถในการให้บริการพยาบาลโดยใช้แนวคิด ทฤษฎีการ  
พยาบาล กระบวนการพยาบาล และศาสตร์สาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง

2. ความสามารถด้านวิชาการ

2.1 มีความสามารถในการคิด ใช้วิจารณ์ญาณและการตัดสินใจในการ  
แก้ปัญหาสุขภาพ

2.2 มีความคิดริเริ่มปรับปรุงงานให้ทันต่อความก้าวหน้าของวิทยาการและ  
เทคโนโลยี

2.3 มีความคิด ความสามารถเป็นสากล หรือในเชิงนานาชาติ



- 2.4 สามารถคัดกรอง แปร วิเคราะห์ และเลือกใช้ข้อมูล
- 2.5 มีความสามารถในการคิดรวบยอด วิเคราะห์ วิวิจารณ์
- 2.6 มีทักษะ ความสามารถในการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดชีวิต มีความรอบรู้ในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวกับระบบการบริการสุขภาพและศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น ความรู้ด้านประชากรศาสตร์ เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข การตลาด ขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม ชาติพันธุ์ ฯลฯ
3. ความสามารถด้านการบริหาร มีความสามารถในการเป็นผู้บริหารและการจัดการที่ดีมีความสามารถในการประกันการดูแล คุณภาพของการบริการ
4. ความสามารถด้านการวิจัย แสวงหาความรู้ใหม่ๆ เพื่อพัฒนาศาสตร์ทางวิชาชีพ สามารถร่วมทำวิจัยและนำผลการวิจัยมาใช้
5. ความสามารถด้านทักษะเกี่ยวกับมนุษย์และมวลชน
  - 5.1 สามารถทำงานร่วมกับทีมสุขภาพและบุคคลอื่นได้
  - 5.2 มีการปรับตัว ขอมรับการเปลี่ยนแปลง เปิดกว้าง รับรู้สิ่งใหม่ ๆ
  - 5.3 มีความสามารถทางภาษา
  - 5.4 มีศักยภาพด้านมนุษยสัมพันธ์มีความสามารถติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น
6. ความสามารถในการมีส่วนร่วมทางการเมืองและการปกครอง สามารถคาดการณ์การเปลี่ยนแปลงของสังคมและการเมืองที่มีผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลและสนองตอบต่อการเปลี่ยนแปลงได้สนับสนุนหลักการประชาธิปไตย และดำรงตนเป็นพลเมืองดีของสังคม
7. คุณสมบัติด้านคุณธรรม และจริยธรรม
  - 7.1 มีสมรรถนะให้คำปรึกษาด้านจริยธรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ
  - 7.2 มีความปรารถนา และพร้อมที่จะช่วยเหลือผู้อื่น ประชาชน
  - 7.3 มีค่านิยมร่วมในขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรมของสังคม
  - 7.4 มีคุณธรรม จริยธรรมในด้านส่วนตัว และหน้าที่การงาน
  - 7.5 มีความจงรักภักดีต่อหน่วยงาน และองค์กร
  - 7.6 ตระหนักและคำนึงถึงคุณค่าของวิชาชีพและสิทธิมนุษยชนของผู้รับบริการ
  - 7.7 ใฝ่ดี ชำรงรักษาเอกลักษณ์ไทยที่พึงประสงค์
8. ความสามารถด้านการใช้เทคโนโลยี เข้าใจและใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม สามารถจัดการ และใช้สารสนเทศในด้านต่างๆ ได้
9. ความสามารถด้านภาวะผู้นำ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงเป็นผู้นำและแหล่งบริการวิชาการที่เกื้อกูล ประโยชน์ต่อสาธารณสุขและสังคม

10. คุณสมบัติด้านบุคลิกภาพ มีบุคลิกภาพที่เหมาะสมด้านการแต่งกาย อารมณ์และจิตใจ มองโลกในแง่ดี มีอารมณ์ขันมีความสุข

11. คุณสมบัติด้านอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม ประหยัด และใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าให้ความรู้ วรรณคดี ป้องกันภัยอันตรายต่าง ๆ ที่ผลกระทบต่อสุขภาพ อันเนื่องมาจากสิ่งแวดล้อมอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม

เพื่อให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพและแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของชาติ ในการเสริมสร้างความแข็งแกร่งของโครงสร้างของระบบต่างๆ ภายในประเทศให้มีศักยภาพแข่งขันได้ในกระแสโลกาภิวัตน์ และสร้างฐานความรู้ให้เป็นภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้อย่างรู้เท่าทัน ควบคู่ไปกับการกระจายการพัฒนาที่เป็นธรรม และเสริมสร้างความเท่าเทียมกันของกลุ่มคนในสังคม และความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น พร้อมทั้งฟื้นฟูและอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและคุณภาพสิ่งแวดล้อมให้คงความสมบูรณ์เป็นรากฐานการพัฒนาที่มั่นคงและเป็นฐานการดำรงวิถีชีวิตของชุมชนและสังคมไทย ตลอดจนการเสริมสร้างธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการประเทศทุกระดับ อันจะนำไปสู่การพัฒนาประเทศที่มั่นคงและยั่งยืน สามารถดำรงอยู่ในประชาคมโลก ได้อย่างมีเกียรติภูมิและมีศักดิ์ศรีตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ทักษะความสามารถ คุณสมบัติของพยาบาลวิชาชีพที่ได้กล่าวมาแล้ว เป็นสิ่งที่สังคมคาดหวังว่าพยาบาลวิชาชีพควรมี และแสดงออกให้เห็นได้ในการให้บริการพยาบาล และการติดต่อสื่อสารต่อสาธารณชนจนเป็นความประทับใจเกิดภาพลักษณ์ที่ดีต่อพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความชื่นชม ศรัทธา ยกย่องในตัวพยาบาลวิชาชีพเอง และวิชาชีพการพยาบาลด้วย ทั้งนี้การกำหนดภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพที่เหมาะสม จะเป็นการสร้างความมั่นคงให้วิชาชีพให้สามารถดำรงอยู่ได้ในกระแสโลกาภิวัตน์

#### 4.4 บันไดอาชีพกับภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพ

ทรัพยากรมนุษย์นับว่ามีความสำคัญต่อความสำเร็จของทุกองค์การ ดังนั้นการบริหารงานทรัพยากรมนุษย์จึงต้องดำเนินการให้ครอบคลุมทั้งการคัดเลือก การพัฒนานุเคราะห์ การคงไว้ซึ่งบุคลากร การสร้างแรงจูงใจ และการประเมินผลการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะในเรื่องของบันไดความก้าวหน้าในอาชีพ ซึ่งพวงรัตน์ บุญญาอนุรักษ์ (2546) กล่าวว่า บันไดความก้าวหน้าในอาชีพมีบทบาทสำคัญต่อชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพทุกคน เพราะเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จและความก้าวหน้าในอาชีพการทำงาน สร้างคุณค่าในตนเอง และคุณภาพบริการพยาบาล ให้เกิดการพัฒนาวิชาชีพอันเป็นกระบวนการสำคัญที่จะแสวงหาศักยภาพในตนเองและวิชาชีพ ซึ่งดำเนิน

ไปพร้อมกับการเพิ่มขีดความสามารถของพยาบาลวิชาชีพให้สอดคล้องกับการปฏิรูประบบบริการพยาบาล ระบบการจัดตำแหน่ง (Position classification)

ในหน่วยงานต่างๆขององค์การพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน ใช้การพิจารณาหน้าที่รับผิดชอบในงานเป็นหลัก แต่ก็ยังมีปัญหาอย่างมากในระบบการเลื่อนขั้น (Promotional system) เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพแต่ละคนมีความชำนาญเฉพาะตัวในสาขาใดสาขาหนึ่ง (Expertise) โดยเกิดจากประสบการณ์การทำงาน การฝึกฝนและ/หรือการศึกษาเพิ่มเติม แต่โอกาสความก้าวหน้าทางการพยาบาลในคลินิกไม่มีการกำหนดตำแหน่งที่ชัดเจน ไม่มีตำแหน่งความก้าวหน้าในฝ่ายปฏิบัติการบริการพยาบาล เห็นได้จากการจัดตำแหน่งขององค์การพยาบาลพยาบาลวิชาชีพมีตำแหน่งที่จะก้าวหน้าไปได้คือ หัวหน้าตึก หัวหน้าฝ่าย พยาบาลนิเทศ หัวหน้าแผนก หรือหัวหน้าพยาบาลเท่านั้น ผลลัพธ์ก็คือ พยาบาลวิชาชีพไม่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติการพยาบาลมากพอที่จะรักษาความเป็นอาชีพไว้ได้อย่างสมบูรณ์ เป็นการสร้างทัศนคติที่ไม่ถูกต้องในวิชาชีพการพยาบาล คือ ให้ความสำคัญกับนักวิชาการมากกว่านักปฏิบัติการ ทั้งที่แท้จริงแล้วความสำคัญหลักของวิชาชีพการพยาบาลอยู่ที่การปฏิบัติต่อเพื่อนมนุษย์โดยตรง ดังที่ Parker (2005) แสดงทัศนะว่าในฐานะที่ได้ใช้ชีวิตอยู่ในฮ่องกง ซึ่งเป็นดินแดนตะวันตกพบ ตะวันออกอยู่กึ่งกลางระหว่างสองวัฒนธรรมได้ศึกษาบทความเกี่ยวกับการทำงานของพยาบาลในสหรัฐอเมริกา อังกฤษ ออสเตรเลีย และญี่ปุ่น ที่มีผลกระทบของการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในวงการสุขภาพ และความแตกต่างในการใช้ภาษาและวัฒนธรรม ทำให้การดูแลผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน แต่ในความแตกต่างนี้มีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในการที่จะดูแลผู้ป่วยด้วยความใส่ใจแบบที่ในดิงเกลได้เคยกระทำมา โดยตั้งอยู่บนฐานของความรู้เชิงประจักษ์ ใฝ่รู้และการพัฒนาการศึกษาพยาบาลจึงจะเรียกว่าพยาบาลวิชาชีพที่แท้จริง และ Tourville and Ingalls, (2003) ได้เปรียบเทียบว่า หากการเจริญเติบโตของต้นไม้ต้องการอาหาร น้ำ แสงแดด และการดูแลเอาใจใส่ การพัฒนาทฤษฎีทางการพยาบาล ต้องการองค์ความรู้ใหม่ๆ จากพยาบาลวิชาชีพ การนำทฤษฎีสู่การปฏิบัติ การรับฟังความคิดเห็นจากผู้รับบริการ การขัดเกลาจากสถานศึกษาที่ผลิตพยาบาล เพื่อการเจริญเติบโตแก่กิ่งก้านสาขาของวิชาชีพการพยาบาล มิฉะนั้นต้นไม้แห่งทฤษฎีทางการพยาบาลก็ตายลงไม่มีการงอกของกิ่งก้าน อาหารของต้นไม้แห่งทฤษฎีทางการพยาบาล คือ การเข้าใจศาสตร์ทางการพยาบาลอย่างลึกซึ้งและพัฒนาความรู้ความเข้าใจใหม่ๆ ให้เกิดขึ้นจากการปฏิบัติต่อพยาบาลวิชาชีพด้วยกันเอง ผู้รับบริการ บริบททางสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม

สมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกาได้พยายามที่จะแสดงเหตุผลของความก้าวหน้าทางการพยาบาลในคลินิก จนกระทั่งความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในเรื่องความเป็นเลิศทางการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะสาขาได้รับการยอมรับ การที่พยาบาลระดับปฏิบัติการได้รับการ

ยกย่องว่ามีความสามารถด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน เป็นการยอมรับว่าพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ให้บริการพยาบาลระดับสูงอย่างมีประสิทธิภาพ ได้รับความไว้วางใจให้รับผิดชอบในการปฏิบัติงานระดับที่สูงขึ้น ซึ่งเป็นเหตุผลสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้พยาบาลตระหนักในคุณค่าของตนเอง เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน และคงอยู่ในวิชาชีพนานขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับหลักจริยธรรมที่สภาพยาบาลนานาชาติ (The International Council of Nurses : ICN) กำหนดไว้ 6 ประการ ดังนี้ (Fry, 1994)

- 1) การเคารพอิสระของปัจเจกบุคคล (Autonomy)
- 2) การยึดมั่นในความยุติธรรม (Justice)
- 3) การปฏิบัติงานดีมีคุณภาพ (Beneficence)
- 4) การป้องกันอันตรายแก่ผู้ป่วย (Nonmaleficence)
- 5) การบอกความจริงแก่ผู้ป่วย (Veracity)
- 6) การปฏิบัติงานด้วยความซื่อสัตย์ (Fidelity)

สภาการพยาบาล และสำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการที่จะพัฒนาและส่งเสริมความก้าวหน้าของบุคลากรในสายอาชีพพยาบาล พร้อมกับการปฏิบัติงานด้วยความรับผิดชอบในบทบาทที่ได้พัฒนาไปตามบันไดวิชาชีพ ในการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ที่จะส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีการพัฒนาตนเองมากขึ้น จึงได้กำหนดตำแหน่งทางการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advance Nursing Practice: APN) โดยต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีวุฒิการศึกษาปริญญาโทขึ้นไปทางการพยาบาล มีความรู้ความสามารถเชี่ยวชาญในการพยาบาลเฉพาะทาง และผ่านการสอบวัดผลโดยสภาการพยาบาล ทั้งนี้การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องใช้ทักษะ สมรรถนะในการจัดการดูแลผู้ใช้บริการ โดยใช้ความรู้ที่กว้างขวางลึกซึ้ง ใช้วิจารณญาณในการไตร่ตรองหาเหตุผลเพื่อตัดสินใจทางคลินิก ในการจัดการผู้รับบริการที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน มีทักษะสูงในการจัดการเกี่ยวกับองค์การ ระบบสิ่งแวดล้อม มีทักษะในการติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่และบุคลากรอื่นทั้งภายในและภายนอกระบบสุขภาพ มีเอกสิทธิ์สูงในการปฏิบัติ สามารถตัดสินใจได้อย่างอิสระ การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) ผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกเฉพาะสาขา (Clinical Nurse Specialist: CNS) 2) ผู้เชี่ยวชาญทางด้านเวชปฏิบัติ (Nurse Practitioner: NP) สภาการพยาบาลได้จัดให้มีการสอบเพื่อรับวุฒิปับัตรแสดงความรู้ ความชำนาญเฉพาะสาขา เพื่อเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546

จากแนวความคิดการพัฒนาระดับวิชาชีพแบบขั้นบันได (Career ladder) โดยมีการกำหนดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพแต่ละระดับเพื่อให้เห็นความก้าวหน้าอย่างเป็นรูปธรรม จึงได้มีการ

ทบทวนระบบการจำแนกตำแหน่งและค่าตอบแทน ให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ที่มีการแข่งขัน การขาดแคลนบุคลากร และการบริหารราชการแนวใหม่ โดยแบ่งงานพยาบาลวิชาชีพ ออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. พยาบาลระดับบริหาร ในการพัฒนาความก้าวหน้าพยาบาลระดับบริหารแต่เดิมนั้นจะมีการกำหนดเฉพาะในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล นอกเหนือจากนั้นเป็นการกำหนดเองในแต่ละองค์กร เพื่อความก้าวหน้าของพยาบาลวิชาชีพในตำแหน่งบริหาร จึงได้แบ่งพยาบาลระดับบริหารตามข้อกำหนดของกรมการพยาบาล (กพร.) และสำนักงานพยาบาล เป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ผู้ตรวจการ (Unit manager) หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญในการประเมินความต้องการ และสามารถบริหารจัดการการให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพกับผู้ใช้บริการได้

ระดับที่ 2 ผู้จัดการ (Nurse manager) หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญในการบริหารจัดการทรัพยากรในหน่วยงาน

ระดับที่ 3 ผู้จัดการทางการบริหาร (Senior nurse manager) พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญ ความสามารถทางคลินิก และเป็นผู้ที่สร้างการเปลี่ยนแปลงคุณภาพอย่างชัดเจน

ระดับที่ 4 ผู้บริหารระดับสูง (Chief Nurse Officer: CNO) พยาบาลวิชาชีพที่มีความสามารถในการบริหารงานให้เกิดผลสัมฤทธิ์ระดับสูง

2. พยาบาลระดับปฏิบัติการ พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการสามารถพัฒนาตนเองให้มีความก้าวหน้าทางด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติงาน แบ่งพยาบาลระดับปฏิบัติการเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ระดับปฏิบัติการ ได้แก่ พยาบาลปฏิบัติการ 1 (Clinical nurse 1: CN1) หมายถึงพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ปฏิบัติงาน โดยใช้กระบวนการพยาบาลภายใต้มาตรฐานอย่างเคร่งครัด และมีผู้นิเทศงานอย่างใกล้ชิด และพยาบาลปฏิบัติการ 2 (Clinical nurse 1: CN2) หมายถึงพยาบาลที่ปฏิบัติงานระยะเวลา 2-3 ปี ให้การพยาบาลแบบองค์รวม ต้องการผู้นิเทศเป็นครั้งคราว

ระดับที่ 2 ระดับชำนาญการ หมายถึงพยาบาลปฏิบัติการ 3 (Clinical nurse 1: CN3) ปฏิบัติการในตำแหน่งผู้ชำนาญการ สามารถสอน ดูแลผู้ป่วยวิกฤต และตัดสินใจในการแก้ปัญหาต่างๆ ได้

ระดับที่ 3 ระดับชำนาญการพิเศษ ได้แก่ พยาบาลปฏิบัติการ 4 (Clinical Nurse 4: CN4) และ พยาบาลระดับปฏิบัติการที่มีความชำนาญ 1 (Clinical Nurse Specialist 1: CNS1) ให้การดูแลผู้ป่วยเฉพาะด้าน สามารถคิดรูปแบบการสอน โครงการพัฒนาทางปฏิบัติการ

ระดับที่ 4 ระดับเชี่ยวชาญ หมายถึง พยาบาลระดับปฏิบัติการที่มีความชำนาญ 2 (Clinical Nurse Specialist 2: CNS2)

ระดับที่ 5 ระดับผู้ทรงคุณวุฒิ คือ พยาบาลปฏิบัติการระดับหัวหน้าพยาบาล

บันไดอาชีพเป็นส่วนหนึ่งของการบริหารทรัพยากรมนุษย์ ด้านการพัฒนาทรัพยากร ซึ่งผู้บริหารทางการพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพควรให้ความสำคัญ เพื่อการพัฒนาตนเองและวิชาชีพ ให้มีความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน เกิดความสำเร็จในการประกอบอาชีพอย่างเป็นรูปธรรม ก่อให้เกิดขวัญกำลังใจ เป็นการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน ให้ได้รับผลตอบแทนในการปฏิบัติงาน อย่างมีเป้าหมายทั้งในระดับบุคคลและระดับองค์กร ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของ Keyzer (2004) กล่าวถึงความพยายามในการคัดเลือกบุคคลเข้ามาเป็นพยาบาลและการรักษาพยาบาลให้ดำรงอยู่ในวิชาชีพให้ยาวนานที่สุด โดยภาคการเมืองและสังคมเข้ามามีส่วนในการพิจารณาขึ้นค่าตอบแทนให้พยาบาล ซึ่งก็ขึ้นอยู่กับการทำงานของพยาบาลและการเผยแพร่ผลงานของพยาบาลให้สังคมเห็นความสำคัญและเชื่อถือยอมรับในบทบาท อันจะทำให้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพและวิชาชีพการพยาบาลได้รับการยอมรับ และความเชื่อถือยกย่องเพิ่มขึ้น

## 5. การวิจัยเชิงอนาคตโดยใช้เทคนิค Ethnographic Delphi Future Research (EDFR)

### 5.1 ความหมายของการวิจัยเชิงอนาคต (Future Research)

จุมพล พูลภัทรชีวิน (2529) ได้ให้ความหมายการวิจัยอนาคตไว้ว่า เป็นวิธีการศึกษาอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับทางเลือกอนาคตต่าง ๆ ที่เป็นไปได้หรือน่าจะเป็น ของกลุ่มประชากร หรือกลุ่มสังคมใดสังคมหนึ่ง

เทียนฉาย กิระนันท์ (2537) กล่าวว่า การวิจัยอนาคตเป็นการศึกษาเพื่อมองถึงพฤติกรรมหรือเหตุการณ์ที่น่าจะเป็นไปได้ในอนาคตไม่ว่าระยะสั้นหรือระยะยาวก็ตาม รวมทั้งปฏิสัมพันธ์และผลกระทบในระหว่างเหตุการณ์หรือพฤติกรรมต่างๆ ที่น่าจะเป็นเกิดขึ้นด้วย

Textor (1980 อ้างถึงใน จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2529) ให้ความหมายของการวิจัยอนาคตไว้ว่า เป็นวิธีการศึกษาอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับทางเลือกในอนาคตที่คนกลุ่มหนึ่งหรือสังคมหนึ่งคิดว่าเป็นไปได้ (possible) หรือน่าจะเป็นไปได้ (probable) สำหรับคน

Garett (1996) กล่าวว่า การวิจัยอนาคตเป็นการปรับนโยบายและกลยุทธ์เพื่อการจัดการกับปัญหาที่ประสบอยู่ในปัจจุบัน โดยการมองไปข้างหน้าไกลๆ ที่จะช่วยชี้แจงข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวางนโยบาย และแผนที่จะต้องเตรียมการไว้ตั้งแต่ปัจจุบัน

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปความหมายของการวิจัยอนาคตได้ว่าเป็นการศึกษาอย่างเป็นระบบด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ถึงแนวโน้มของภาพเหตุการณ์ในอนาคตที่อาจเป็นไปได้ในสังคมกลุ่มหนึ่ง เพื่อประโยชน์ในการวางแผนและกำหนดนโยบาย ตลอดจนแนวทางดำเนินงานในอนาคต

## 5.2 แนวคิดการวิจัยเชิงอนาคต (Future Research)

การวิจัยเชิงอนาคตมีต้นกำเนิดจากความเชื่อของนักอนาคตศาสตร์ (Futurist) ที่ว่าอนาคตเป็นเรื่องที่สามารถศึกษาได้อย่างเป็นระบบ มนุษย์สามารถสร้างและควบคุมอนาคตได้ การวิจัยเชิงอนาคตเป็นระเบียบวิธีที่คิดขึ้นให้มีความครอบคลุมข้อมูลอย่างกว้างขวาง มีวัตถุประสงค์ในการคาดการณ์ประเด็นที่ต้องการศึกษา ใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบาย กำหนดกลยุทธ์ และการวางแผนระยะยาว เพื่อจัดการกับปัญหาที่ประสบอยู่ในปัจจุบัน การคาดการณ์อนาคตที่มีแนวโน้มใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุดจะช่วยให้การเตรียมการสำหรับอนาคตมีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากมีพื้นฐานจากภาพอนาคตมากกว่า 1 ภาพ เหตุการณ์ในอนาคตมักจะไม่เป็นไปตามที่เราคาดการณ์เอาไว้ทำให้การบริหารจัดการต้องยุ่งยากกับแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้นการเตรียมตัวรับสถานการณ์หลายๆ รูปแบบ จะทำให้การจัดการกับปัญหามีประสิทธิภาพสูงขึ้น (Garett, 1996: 1-3) ซึ่งสอดคล้องกับ จุมพล พูลภัทรชีวิน (2529) กล่าวว่า การวิจัยเชิงอนาคตมิใช่อู่ที่การทำนายที่ถูกต้อง หากแต่อยู่ที่การสำรวจและศึกษาแนวโน้มที่เป็นไปได้หรือน่าจะเป็นของเรื่องที่ศึกษาให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทั้งที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ เพื่อที่จะหาทางทำให้แนวโน้มที่พึงประสงค์นั้นเกิดขึ้น และป้องกันหรือขจัดแนวโน้มที่ไม่พึงประสงค์ให้หมดไปหรือหาทางที่จะเผชิญกับแนวโน้มที่ไม่พึงประสงค์นั้นอย่างมีประสิทธิภาพ ถ้าหากว่ามันจะเกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

## 5.3 เทคนิคการวิจัยเชิงอนาคตแบบ Ethnographic Delphi Future Research (EDFR)

เทคนิคการวิจัยเชิงอนาคตแบบ EDFR เป็นเทคนิควิธีการวิจัยรูปแบบหนึ่งของการวิจัยเชิงอนาคต พัฒนาขึ้นโดย จุมพล พูลภัทรชีวิน ในปี พ.ศ. 2522 ขณะกำลังศึกษาในระดับปริญญาเอกที่ University of Minnesota ร่วมกับ Professor Dr. Robert B. Textor แห่ง Stanford University ซึ่งเป็นผู้พัฒนาเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EFR (Ethnographic Future Research) และ

ได้ร่วมกันทดลองใช้เทคนิคการวิจัยเชิงอนาคตแบบ EDFR เป็นครั้งแรกในงานวิจัยเรื่อง Alternative Futures of Thai University: An EDFR Study ในปี พ.ศ. 2523 ซึ่งต่อมาได้รับการตีพิมพ์ในวารสาร Cultural and Education Futures

ในการพัฒนาเทคนิคการวิจัยเชิงอนาคตแบบ EDFR มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเพิ่มศักยภาพของเทคนิค EFR กับเทคนิค Delphi โดยการรวมเอาจุดเด่นหรือข้อดีของทั้งสองเทคนิคไว้ด้วยกัน และช่วยแก้จุดอ่อนของแต่ละเทคนิคให้มีความสมบูรณ์และเหมาะสมมากขึ้น กล่าวคือ เทคนิค EFR ใช้การสัมภาษณ์รอบเดียว และเทคนิค Delphi ใช้การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ซึ่งเป็นการประเมินประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญต่ำกว่าความเป็นจริง เพราะไปจำกัดข้อมูลที่ควรได้จากผู้เชี่ยวชาญ และเป็นการจำกัดกรอบความคิดของผู้เชี่ยวชาญ ส่วนเทคนิค EDFR ใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเป็นคำถามปลายเปิดและไม่ใช้คำถามชี้แนะ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ สังเคราะห์ แล้วสรุปเป็นข้อมูลป้อนกลับไปให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาคำตอบในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ทำให้เทคนิค EDFR เป็นเทคนิคการวิจัยที่ตอบสนองจุดมุ่งหมายและความเชื่อพื้นฐานของการวิจัยเชิงอนาคตมากที่สุดวิธีหนึ่งในปัจจุบัน (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2547) โดยเทคนิค EDFR มีลักษณะดังนี้ (จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2529; Garrett, 1996)

1. มีรูปแบบที่ยืดหยุ่น ที่เป็นระบบมากกว่าเทคนิค Delphi เพราะไม่มีกำหนดกรอบที่แน่นอนให้ผู้เชี่ยวชาญตอบ เปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นได้ทุกด้านที่คิดว่ามีความเป็นไปได้สำหรับการวิจัยเรื่องนั้น สามารถเพิ่มเติมกรอบหรือโครงสร้างสำหรับสัมภาษณ์ รวมทั้งข้อคำถามในแบบสอบถามได้ทุกรอบ ตลอดระยะเวลาของการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดพื้นฐานของการวิจัยอนาคตที่ว่า พยายามหาแนวโน้มของทางเลือกทุกทางที่เป็นไปได้

2. สามารถอธิบายอนาคตที่เป็นไปได้มากที่สุดได้อย่างชัดเจน ด้วยการใช้สถิติอย่างง่ายกับข้อมูลรอบที่ 2, และ 3 ตามกระบวนการของเทคนิค Delphi จึงสามารถแก้ไขจุดอ่อนของเทคนิค EFR ได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังสามารถทำได้ครอบคลุมกว่า เพราะในการสร้างแบบสอบถามทุกข้อปัญหาและความคิดจะถูกเสนอไปยังผู้เชี่ยวชาญโดยไม่มีการคัดแนวโน้มใดออก ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านจึงได้รับทราบและประเมินแนวโน้มทุกแนวโน้มได้เท่าเทียมกัน

3. เทคนิค EDFR ซึ่งรวมไปถึงเทคนิค Delphi ด้วย เป็นเทคนิคที่เป็นทั้งระเบียบวิธีวิจัยในการคาดการณ์อนาคต และยังเป็นเทคนิคการสื่อสารระหว่างผู้เชี่ยวชาญ เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ความเชี่ยวชาญระหว่างผู้เชี่ยวชาญ ผู้ซึ่งไม่ค่อยมีเวลาแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันโดยตรง เป็นการเพิ่มความเชี่ยวชาญให้กับผู้เชี่ยวชาญ



4. เทคนิค EDFR ยังเปิดโอกาสให้นำวิธีการของเทคนิคไปประยุกต์ใช้กับการวิจัยอดีตหรือปัจจุบันได้ ถ้าหากว่าการนำไปใช้นั้นทำให้เกิดผลดีขึ้น และสนองต่อจุดมุ่งหมายที่ต้องการ เช่น นำไปวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา ตัดสินปัญหา กำหนดนโยบายระยะสั้น เป็นต้น แต่ทั้งนี้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญจะต้องเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้นอย่างแท้จริง (Garrett, 1996)

5. จุดอ่อนของเทคนิค EDFR ยังไม่มีการกล่าวถึงอย่างชัดเจน แต่มักจะพบว่าเทคนิคนี้มีลักษณะเช่นเดียวกับการวิจัยที่ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ และการตอบแบบสอบถามโดยทั่วไป คือ ขึ้นอยู่กับผู้เชี่ยวชาญมากกว่าวิธีการ กล่าวคือ ต้องใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลนาน และเทคนิคนี้มีแนวโน้มที่จะใช้เวลานานมากกว่าเทคนิคอื่นๆ เพราะเก็บข้อมูลหลายรอบ รวมทั้งจะเสียเวลาไปกับการสัมภาษณ์รอบแรกค่อนข้างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้เชี่ยวชาญเป็นบุคคลที่มีชื่อเสียง มีภาระหน้าที่การงานมาก นอกจากนี้แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะประกอบไปด้วยแนวคิดหลายแนวคิด ซึ่งต้องใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามมาก เพราะต้องมีการพิจารณาอย่างละเอียดกว่าแบบสอบถามอื่น

#### 5.4 ปัญหาการวิจัยที่เหมาะสมกับการวิจัยเชิงอนาคตแบบ Ethnographic Delphi Future Research (EDFR)

ในปัจจุบันการวิจัยเชิงอนาคตได้รับความนิยมนำมาใช้ในการคาดการณ์คำตอบของปัญหาการวิจัยเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ปัญหาการวิจัยหรือปรากฏการณ์ที่เหมาะสมสำหรับนำมาศึกษาเพื่อคาดการณ์คำตอบโดยใช้เทคนิคการวิจัยเชิงอนาคตแบบ Ethnographic Delphi Future Research (EDFR) ควรมีลักษณะดังนี้ (สุวรรณ เชื้อรัตนพงศ์, 2528; บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2547)

1. เป็นปัญหาการวิจัยที่ยังไม่มีคำตอบที่ชัดเจน และไม่สามารถแสวงหาคำตอบหรือค้นหาคำตอบได้ด้วยวิธีการวิจัยจากเอกสาร (Document research) แต่สามารถแสวงหาคำตอบโดยการรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์อย่างกว้างขวางในเรื่องนั้นๆ

2. เป็นปัญหาการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือปรากฏการณ์ในอนาคต เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจกำหนดนโยบาย และวางแผนดำเนินการในการป้องกันปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต หรือกำหนดกลยุทธ์ให้สอดคล้องกับสภาพการณ์หรือบริบทสังคมในอนาคต

3. เป็นปัญหาการวิจัยที่ต้องแสวงหาคำตอบจากผู้เชี่ยวชาญหลากหลายสาขา จากประสบการณ์หรือความรู้ความสามารถของผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ เพื่อร่วมกันระดมความคิดเห็นให้ได้แนวทางปฏิบัติที่ดีและเหมาะสมที่สุด

4. ผู้วิจัยไม่ต้องการให้ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนมีผลกระทบหรือมีอิทธิพลครอบงำความคิดระหว่างผู้เชี่ยวชาญด้วยกัน ในการพิจารณาตัดสินปัญหาหรือให้ความเห็นในประเด็นเรื่องนั้นๆ

5. การพบปะหรือการประชุมรวมกลุ่มของผู้เชี่ยวชาญไม่สะดวก ขึ้นเปลืองเวลา และค่าใช้จ่ายมากเกินไป

6. ผู้วิจัยไม่ต้องการเปิดเผยรายชื่อของผู้เชี่ยวชาญแก่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้วยกัน เพราะความคิดเห็นของบุคคลในกลุ่มเกี่ยวกับปัญหาการวิจัยอาจมีความขัดแย้งกันอย่างรุนแรง

เนื่องจากภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพเป็นประเด็นที่ยังไม่มีข้อสรุปแน่นอน ยังไม่มีทิศทางในการสร้างหรือกำหนดภาพลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่พึงประสงค์อย่างชัดเจน อีกทั้งภาพลักษณ์เป็นการรับรู้ที่ไม่หยุดนิ่งสามารถแปรเปลี่ยนไปได้ตามประสบการณ์ ไม่อาจสร้างหรือเปลี่ยนแปลงได้โดยง่ายหรือใช้เวลาอันสั้น จะต้องใช้กระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไป ฉะนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกเทคนิคการวิจัยเชิงอนาคตแบบ EDFR โดยวิธีอาศัยความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญในด้านระบบสุขภาพและวิชาชีพการพยาบาล ซึ่งพิจารณาว่าเหมาะสมที่จะทำให้ได้ผลการวิจัยที่มีความสมบูรณ์ และความน่าเชื่อถือมากกว่าเทคนิคการวิจัยแบบอื่น

### 5.5 กลุ่มตัวอย่างของเทคนิคการวิจัยเชิงอนาคตแบบ (EDFR)

กลุ่มตัวอย่างของเทคนิค EDFR คือ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ด้วยเหตุผลที่ว่าผู้เชี่ยวชาญสามารถทำนายอนาคตได้ดีกว่ามุมมองของคนทั่วไปและมีความน่าเชื่อถือมากกว่า เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วในสภาพสังคม หรือในองค์การเกี่ยวเนื่องมาจากบุคคลสำคัญที่อยู่เบื้องหลังเหตุการณ์เหล่านั้น ซึ่งสามารถเรียกบุคคลกลุ่มนั้นว่าเป็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ การแลกเปลี่ยนข้อมูลกันและกันของผู้เชี่ยวชาญทำให้ผลการตัดสินใจมีความรอบคอบยิ่งขึ้น มีผลต่อการวางแผนและนโยบายที่ดีกว่า ข้อมูลของการวิจัยเชิงอนาคตแบบ EDFR ได้จากการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ การสรุปผลการวิจัยเป็นการสรุปความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ผู้เชี่ยวชาญที่ให้ข้อมูลจึงมีความสำคัญยิ่งต่อความตรงและความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย ดังนั้น เพื่อให้ผลการวิจัยมีความตรงและมีความน่าเชื่อถือสูง การพิจารณาคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยจึงต้องพิจารณาอย่างถี่ถ้วนและกำหนดเกณฑ์คุณสมบัติผู้เชี่ยวชาญให้เหมาะสมกับปัญหาการวิจัย เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์ตรงกับปัญหาการวิจัยที่ศึกษาอย่างแท้จริง ในการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญ จุมพล พุกภัทรชิวิน (2529) ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่า การเลือกผู้เชี่ยวชาญอยู่ที่วัตถุประสงค์ของการวิจัยว่าต้องการอะไร ถ้าต้องการทำให้ผลการวิจัยนั้นเกิดขึ้นจริง ก็ควรเลือกผู้เชี่ยวชาญกลุ่มผู้บริหารในปัจจุบัน กลุ่มผู้ที่มีศักยภาพจะเป็นผู้บริหารรุ่น

ต่อไป กลุ่มนักวิชาการ และอาจรวมไปถึงกลุ่มผู้รับบริการด้วยก็ได้ ส่วนอัตราส่วนหรือสัดส่วนระหว่างกลุ่มผู้เชี่ยวชาญต่างๆ นั้น ผู้วิจัยจะต้องเป็นผู้กำหนดเอง โดยต้องการเน้นจุดไหนมากก็เลือกผู้เชี่ยวชาญกลุ่มนั้นมากกว่ากลุ่มอื่นๆ แต่ทั้งนี้น่าจะมีกลุ่มนักวิชาการอยู่ด้วยเสมอ ทั้งนี้เพราะกลุ่มนักวิชาการเป็นกลุ่มที่มีความคิดเห็นค่อนข้างเป็นอิสระ และมีความคิดสร้างสรรค์หลายรูปแบบ นักวิชาการจึงน่าจะช่วยให้รายละเอียดเกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษาในแง่วิชาการหรือแนวโน้มที่เป็นไปได้หลายๆ รูปแบบมากขึ้น และจะช่วยทำให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มอื่นๆ ได้รับข้อมูลที่ทันสมัย ซึ่งเขาอาจยอมรับว่าเป็นสิ่งที่ดี และนำไปสู่การตัดสินใจได้เร็วขึ้น

การได้มาซึ่งรายชื่อบุคคลที่ควรได้รับการเลือกสรรให้เป็นผู้เชี่ยวชาญ ถ้าผู้วิจัยรู้จักชื่อของผู้เชี่ยวชาญที่ทำงานตรงหรือเกี่ยวข้องกับขอบเขตการวิจัยที่ผู้วิจัยกำลังศึกษา หรือผู้วิจัยมีจุดมุ่งหมายที่เฉพาะเจาะจง ผู้วิจัยก็สามารถระบุชื่อผู้เชี่ยวชาญตามที่ต้องการได้ แต่ถ้าไม่มีแนวคิดเกี่ยวกับผู้เชี่ยวชาญในขอบเขตการวิจัย ผู้วิจัยอาจใช้วิธีบอกต่อ (Snowballing Technique หรือ Network Technique) ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับนำมาใช้กับประชากรที่หายากหรือพบได้น้อยมาก รวมทั้งผู้วิจัยไม่ทราบว่ามีบุคคลใดบ้างที่มีความเชี่ยวชาญ หรือมีความเหมาะสมสำหรับให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาการวิจัยที่ผู้วิจัยศึกษา เมื่อผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์คุณสมบัติผู้เชี่ยวชาญแล้ว อาจเริ่มรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญเพียงจำนวนหนึ่งที่ผู้วิจัยได้คัดเลือกแล้วว่ามีความเชี่ยวชาญตรงกับปัญหาการวิจัยที่ผู้วิจัยศึกษา จากนั้นจึงขยายจำนวนผู้เชี่ยวชาญ โดยการสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญที่ให้สัมภาษณ์ และขอให้ช่วยแนะนำผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นๆ ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คุณสมบัติผู้เชี่ยวชาญที่กำหนดไว้ และขยายจำนวนผู้เชี่ยวชาญจากผู้เชี่ยวชาญคนใหม่ทำเช่นนั้นเรื่อยๆ ไปจนกระทั่งได้จำนวนผู้เชี่ยวชาญครบตามจำนวนที่ต้องการ หรือได้ข้อมูลที่อิ่มตัว (Saturated data)

ขนาดของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่จะคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง เทคนิค EDFR เปิดโอกาสให้ชี้ชัดหยุ่นได้มากกว่าเทคนิคอื่น กล่าวคือจะใช้จำนวนผู้เชี่ยวชาญเท่าไร ขึ้นอยู่กับเรื่องที่ศึกษาว่ามีความสลับซับซ้อนมากน้อยเพียงใด วัตถุประสงค์ของการวิจัย งบประมาณ เวลา และกำลังคน ถ้าใช้ผู้เชี่ยวชาญจำนวนมากก็จะทำให้ได้ทางเลือกมากขึ้น โดยปกติทั่วไปมักจะใช้ประมาณ 20-30 คน หรืออาจใช้จำนวนผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ 17 คนขึ้นไป ซึ่งจะทำให้ระดับความคลาดเคลื่อนลดลงอย่างคงที่ มีความคลาดเคลื่อนน้อยมากเท่ากับ 0.02 ตามการศึกษาของ Macmillan ดังแสดงในตารางที่ 1 (Thomus T. Macmillan, 1971 อ้างถึงในสุวดี ทวีบุตร, 2540) นอกจากนี้ถ้ามีเหตุผลหรือความจำเป็น ทำให้ผู้เชี่ยวชาญในแต่ละรอบมีจำนวนแตกต่างกันออกไป ก็ไม่มีปัญหาใดๆ แต่ควรรีบรอบแรกของการเก็บข้อมูลมีจำนวนผู้เชี่ยวชาญมากที่สุด ส่วนจำนวนผู้เชี่ยวชาญในรอบอื่นๆ อาจลดลงหรือเพิ่มขึ้นได้ตามความจำเป็น แต่ทั้งนี้ถ้าต้องการให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

ก็อาจเพิ่มจำนวนผู้เชี่ยวชาญในรอบสุดท้ายให้มากขึ้นและอาจมากกว่ารอบแรกก็ได้ โดยผู้ที่เพิ่มขึ้นมาจะต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้นอย่างแท้จริง ถ้าจำนวนผู้เชี่ยวชาญเท่ากันหมดทุกรอบ จะมีข้อดีในการคิดค่าทางสถิติ การนำเสนอผลการวิจัย และเป็นการเพิ่มคุณค่าให้กับงานวิจัยได้อีกทางหนึ่ง

ตารางที่ 1 การลดลงของความคลาดเคลื่อนของข้อมูลตามจำนวนผู้เชี่ยวชาญ

จำนวนผู้เชี่ยวชาญ (People Size)	การลดลงของความคลาดเคลื่อน (Error Reduction)	ความคลาดเคลื่อนลดลง (Net Change)
1-5	1.20-0.70	0.50
5-9	0.70-0.58	0.12
9-13	0.58-0.54	0.04
13-17	0.54-0.50	0.04
17-21	0.50-0.48	0.02
21-25	0.48-0.46	0.02
25-29	0.46-0.44	0.02

ที่มา: Thomas T. Macmillan, 1971 อ้างถึงในสุวดี ทวีบุตร, 2540

## 5.6 ขั้นตอนของเทคนิคการวิจัยเชิงอนาคตแบบ EDFR

การวิจัยเชิงอนาคตแบบ EDFR มีลำดับขั้นตอนสรุปได้ดังนี้ (จุมพล พุทธิพรชีวิน, 2533)

5.6.1 กำหนดและเตรียมตัวกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ขั้นตอนนี้มีความจำเป็นและสำคัญมาก เพราะหากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเชี่ยวชาญในเรื่องที่ต้องการศึกษาจริงๆ มากเท่าไร ก็จะทำให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้นเท่านั้น ส่วนการเตรียมตัวกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความจำเป็นยิ่ง เพราะผู้เชี่ยวชาญอาจมองไม่เห็นความสำคัญของการวิจัยในลักษณะนี้ ทำให้ไม่มีเวลาให้แก่ผู้วิจัยได้เต็มที่ ผู้วิจัยจำเป็นต้องอธิบายถึงจุดมุ่งหมาย ขั้นตอนต่างๆ ของการวิจัย เวลาที่ใช้โดยประมาณ และประโยชน์ของการวิจัย เน้นย้ำถึงความจำเป็นและความสำคัญของการได้รับความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญ แล้วจึงขอความร่วมมือ หากไม่ได้รับความร่วมมือจำเป็นต้องหาผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นต่อไป หากได้รับความร่วมมือก็ขอนัดวันเวลาในการสัมภาษณ์ การเตรียมผู้เชี่ยวชาญดังกล่าว

นอกจากจะทำให้มั่นใจได้ว่า จะได้รับความร่วมมืออย่างดีแล้ว ยังเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญ ได้มีเวลาเตรียมจัดระบบข้อมูลและความคิดล่วงหน้า ช่วยให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

5.6.2 สัมภาษณ์ (EDFR รอบที่ 1) เป็นการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) และใช้เทคนิคการสรุปสะสม (Cumulative summarization technique) ผู้สัมภาษณ์จะมีกรอบหรือโครงสร้างกว้างๆ ไว้ส่วนหนึ่ง เนื้อหาจะครอบคลุมเรื่องที่ต้องการศึกษา และใช้ถามเมื่อผู้เชี่ยวชาญไม่ได้พูดถึงเรื่องนั้น โครงสร้างนี้สามารถเพิ่มเติมได้ตลอดเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล คำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์จะใช้คำถามปลายเปิด เป็นคำถามที่เป็นกลาง ไม่มีการชี้นำคำตอบ (Open-ended and Non-directive questions) และอาจมีรายงานการสัมภาษณ์ไปให้ผู้เชี่ยวชาญอ่านอีกครั้ง หรือเพียงแต่สรุปคำให้สัมภาษณ์ให้ผู้เชี่ยวชาญฟัง

5.6.3 วิเคราะห์/สังเคราะห์ข้อมูล โดยนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์/สังเคราะห์จัดให้เป็นระบบหมวดหมู่ ถึงแม้ว่าข้อคิดเห็นบางข้อจะได้รับการเสนอจากผู้เชี่ยวชาญจำนวนน้อยก็ตาม ทั้งนี้เพราะผู้วิจัยต้องการพินความเชี่ยวชาญของผู้เชี่ยวชาญ และถ้าข้อคิดเห็นนั้นไม่เด่นจริงก็จะตกไปเองเมื่อใช้เทคนิคเคลฟายในรอบหลัง แต่ในทางตรงกันข้าม ข้อคิดเห็นนั้นอาจจะเป็นข้อคิดเห็นที่เด่นและได้รับการยอมรับจากผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ได้

5.6.4 การสร้างเครื่องมือในการวิจัยรอบที่สอง ในรูปของแบบสอบถามชนิดมาตราประมาณค่า (Rating scale) หรือแบบเติมค่าเปอร์เซ็นต์แนวโน้มความเป็นไปได้ หรือให้จัดอันดับความเป็นไปได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการวิจัย และถ้าผู้วิจัยสนใจด้วยว่าแนวโน้มแต่ละข้อนั้นผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นอนาคตภาพทางบวกหรืออนาคตภาพทางลบ ก็ให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมลงไปแบบสอบถาม

5.6.5 Delphi Probling คือ การส่งแบบสอบถามที่สร้างขึ้นในรอบที่ 2 และรอบอื่นๆ ไปให้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญตอบ โดยปกติประโยคหรือข้อคำถามจะเหมือนเดิม แต่เพิ่มเติมการรายงานของกลุ่ม โดยการแสดงตำแหน่งของฐานนิยมหรือค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของแต่ละข้อคำถาม รวมทั้งตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญท่านนั้นๆ ตอบในแบบสอบถามรอบก่อนหน้านี้นี้ ทั้งนี้เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบความเหมือนหรือความแตกต่างของคำตอบของตนเมื่อเปรียบเทียบกับคำตอบของกลุ่ม และอาจเปลี่ยนแปลงหรือยืนยันคำตอบเดิมก็ได้ แต่ถ้าคำตอบใดอยู่นอกพิสัยระหว่างควอไทล์ ผู้เชี่ยวชาญก็จะถูกขอร้องให้แสดงเหตุผลประกอบด้วย นอกจากนั้นผู้วิจัยยังสามารถเพิ่มเติมแนวโน้มที่น่าสนใจที่ได้รับการเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญในการตอบแบบสอบถามลงไปแบบสอบถามรอบต่อไปได้เรื่อยๆ สำหรับจำนวนรอบที่จะทำ Delphi Probling นี้ กำหนดได้จากคำตอบที่ได้จากแต่ละรอบนั้นมีความเอกพันธ์แล้วหรือยัง พิจารณาว่ามี Homogeneity ของคำตอบหรือมีฉันทามติ (Consensus) ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ครอบคลุมเรื่องที่

ผู้วิจัยศึกษามากพอหรือไม่ ดังนั้นจำนวนรอบจึงขึ้นอยู่กับความซับซ้อนของเรื่องที่จะศึกษา ถ้าเรื่องไม่ซับซ้อนและความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเป็นเอกฉันท์ตั้งแต่รอบแรก ก็อาจทำเพียงรอบเดียวก็ได้ จึงไม่สามารถกำหนดจำนวนรอบที่แน่นอนตายตัวลงไปได้

5.6.6 การวิเคราะห์ข้อมูลและการเรียบเรียงผลการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลจะพิจารณาจากผลการตอบแบบสอบถามรอบสุดท้ายของการวิจัย ด้วยสถิติที่เกี่ยวกับการวัดแนวโน้มเข้าสู่ศูนย์กลาง ได้แก่ ฐานนิยม มัธยฐาน หรือค่าเฉลี่ย โดยผู้วิจัยต้องเลือกประเภทของสถิติให้เหมาะสมกับเรื่องที่ศึกษา และใช้ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์มาพิจารณาการกระจายความคิดเห็น ข้อความใดมีพิสัยกว้างแสดงว่าผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่ต่างกัน ข้อความใดมีพิสัยแคบแสดงถึงความสอดคล้องกันของความคิดเห็น ซึ่งอาจนำข้อความนั้นมาเป็นข้อสรุปของการวิจัยได้ การเรียบเรียงผลการวิจัยผู้วิจัยอาจเขียนบรรยาย 3 ภาพ คือ ภาพทางบวก ภาพทางลบ และภาพทางที่เป็นไปได้มากที่สุด หรืออาจเขียนภาพสุดท้ายภาพเดียวก็ได้ ทั้งนี้ควรระบุด้วยว่าภาพที่เป็นไปได้มากที่สุดแต่ละภาพนั้น ภาพใดเป็นภาพอนาคตทางบวก ภาพใดเป็นภาพอนาคตทางลบ การเขียนจะใช้ภาษาเขียนธรรมดาเขียนเชื่อมโยงข้อมูลต่างๆ ให้สัมพันธ์กัน หรืออาจเขียนแยกเป็นข้อๆ ก็ได้ ที่ทำให้เห็นภาพได้ชัดเจน ภาพที่เขียนรายงานนั้นต้องมีแนวโน้มตามฉันทามติที่ผู้วิจัยตั้งเกณฑ์ไว้

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วิจิตร ศรีสุพรรณ และ วิภาดา คุณาวิคติกุล (2540) ศึกษาภาพลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล และอาจารย์พยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดของ Kalisch and Kalisch (1987) กลุ่มตัวอย่าง คือนักศึกษาพยาบาล จำนวน 75 คน และอาจารย์พยาบาลจำนวน 20 คน ในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่านักศึกษาพยาบาลรับรู้ภาพพยาบาลเป็นภาพนางฟ้าผู้เมตตา (Angel of mercy) คือ เสียสละ และอุทิศตนเองเพื่อสังคม ส่วนอาจารย์พยาบาลรับรู้ภาพพยาบาลเป็นนักวิชาชีพ (Careerist) คือ มีความรู้ ฉลาด และมีความศรัทธาในวิชาชีพ

ฉวีวรรณ โปธิศรี และ ปรารักษ์ทิพย์ อุจะรัตน์ (2541) ได้ศึกษาภาพลักษณ์ของพยาบาลและวิชาชีพการพยาบาลตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพ โดยศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นปีที่ 4 จำนวน 599 คน และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 229 คน ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปี และพยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้ภาพลักษณ์ของพยาบาล และวิชาชีพการพยาบาลอยู่ในระดับดี นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 มีการรับรู้ภาพลักษณ์ของพยาบาล และวิชาชีพการพยาบาลดีกว่านักศึกษา

พยาบาลชั้นปีที่ 2,3,4 และพยาบาลวิชาชีพ ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยภาพลักษณ์ของพยาบาล และวิชาชีพการพยาบาลตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับดีมาก คือ พยาบาลทำงานด้วยความเสียสละและอดทน พยาบาลมีความรับผิดชอบสูง วิชาชีพการพยาบาล เน้นการส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี พยาบาลแต่งกายดี สะอาด ส่วนการรับรู้เกี่ยวกับภาพลักษณ์ของพยาบาลที่อยู่ในระดับไม่ใช้อย่างมาก คือ พยาบาลมีโอกาสนำเสนอต่อการเกิดโรคจากการทำงานและพยาบาลทำงานหนัก

พูนพิลาศ โรจน์สุพจน์ (2541) ศึกษาภาพลักษณ์พยาบาลของสาธารณชน เพื่อเปรียบเทียบภาพลักษณ์พยาบาลที่เกิดขึ้นจริง และภาพลักษณ์ในอุดมคติ กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 400 คน อาศัยในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่า ภาพลักษณ์พยาบาลที่เกิดขึ้นจริงและภาพลักษณ์ในอุดมคติตามการรับรู้ของสาธารณชน ทั้งโดยรวมและรายด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยภาพลักษณ์พยาบาลที่มีค่าแตกต่างกันสูงกว่าด้านอื่นๆ ได้แก่ มนุษยสัมพันธ์ การติดต่อสื่อสาร รองลงมาคือความประพฤติก่อนพยาบาล การให้บริการบุคลิกภาพ ความรู้ความสามารถ และคุณสมบัติเฉพาะพยาบาล สำหรับภาพที่ติดตาจิตใจของสาธารณชนคือ ภาพพยาบาลกำลังให้ยา ทำแผล วัดสัญญาณชีพ ภาพลักษณ์ที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ มนุษยสัมพันธ์ และการติดต่อสื่อสารที่ดี ซึ่งควรปรับปรุงให้ดีขึ้น

สิระยา สัมมาวาจ (2541) ศึกษาภาพลักษณ์ของพยาบาลตามความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2,3 และ 4 โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลจำนวน 270 คน ผลการศึกษาพบว่า ภาพลักษณ์ของพยาบาลโดยรวมและทางด้านลักษณะส่วนบุคคลอยู่ในระดับดี ส่วนทางด้านลักษณะวิชาชีพอยู่ในระดับดีมาก นักศึกษาพยาบาลแต่ละชั้นปีมีความคิดเห็นเกี่ยวกับภาพลักษณ์พยาบาลไม่แตกต่างกัน นอกจากนั้นเมื่อเรียงลำดับค่าเฉลี่ยของคะแนนภาพลักษณ์ของพยาบาลโดยรวมซึ่งคะแนนสูงสุด 5 อันดับแรก คือ เป็นงานที่ต้องมีความอดทน ต้องใช้ความรู้ ต้องรับผิดชอบ ต้องมีความละเอียดรอบคอบ และเป็นงานที่มีประโยชน์แก่สังคม ส่วนคะแนนต่ำสุด 5 อันดับสุดท้าย คือ อยากรู้บุตรหลานเรียนพยาบาล เครื่องเคียด ฐึฐึฐึ เป็นงานที่คล้ายคนรับใช้ และไม่สามารถให้คำอธิบายที่ชัดเจน

วงเดือน สุนันดา (2544) ศึกษาเปรียบเทียบภาพลักษณ์ตนเองเชิงวิชาชีพที่เกิดขึ้นจริงและในอุดมคติของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล จำนวน 311 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า ภาพลักษณ์ตนเองเชิงวิชาชีพที่เกิดขึ้นจริงอยู่ในระดับ

ปานกลาง สำหรับภาพลักษณ์ตนเองเชิงวิชาชีพในอุดมคติอยู่ในระดับดี ภาพลักษณ์ตนเองเชิงวิชาชีพที่เกิดขึ้นจริงและในอุดมคติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $t=26.72$ )

อุบล จ้วงพานิช (2545) ศึกษาภาพลักษณ์ของพยาบาลในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลระดับปฏิบัติการและระดับผู้บริหารจำนวน 36 คน ผลการศึกษาพบว่าภาพลักษณ์ของพยาบาลด้านมนุษยสัมพันธ์ การให้บริการและการติดต่อสื่อสาร บุคลิกภาพ ความรู้ความสามารถอยู่ในระดับดี ด้านความประพฤติ เกี่ยวกับการเป็นคนดีมีศีลธรรม ยุติธรรม ความยืดหยุ่นพอดี มีกาลเทศะอยู่ในระดับดี ส่วนการประพฤติอยู่ในจารีตประเพณีและความประพฤติโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ด้านคุณสมบัติของพยาบาล เช่น ความขยัน อดทน ซื่อสัตย์ เสียสละ มีความรับผิดชอบ สนใจ ดูแลเอาใจใส่ เมตตา กรุณา สะอาด และคุณสมบัติของพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ภาพลักษณ์โดยรวมของพยาบาลระดับปฏิบัติการอยู่ในระดับดีมาก คะแนนร้อยละ 77.83 ภาพลักษณ์โดยรวมของพยาบาลระดับบริหารอยู่ในระดับดีมาก คะแนนร้อยละ 81.03

Foong, Rossiter, and Chan (1999) ศึกษาการรับรู้วิชาชีพการพยาบาล บทบาทของพยาบาล การเลือกอาชีพเป็นพยาบาลของนักเรียนมัธยมปลายในฮ่องกง 19 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์มีโครงสร้าง พบว่านักเรียนส่วนใหญ่ไม่ทราบบทบาทที่แท้จริงของพยาบาลคิดว่าพยาบาลมีหน้าที่ดูแลการขับถ่าย ความสะอาด ให้อาชีพป่วยตามคำสั่งแพทย์ ไม่เลือกอาชีพพยาบาลเพราะเป็นงานน่าเบื่อหน่าย สกปรก รายได้น้อย สถานภาพด้อยกว่าครูและแพทย์

Takase, Kershaw, and Burt. (2002) ศึกษาความสัมพันธ์ของภาพลักษณ์ตนเองเชิงวิชาชีพกับประสิทธิภาพการทำงาน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มหาวิทยาลัยใน Western Australia จำนวน 80 คน พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีภาพลักษณ์ตนเองเชิงวิชาชีพดี มีความนับถือตนเองสูง มีความพึงพอใจในงานสูง จะมีประสิทธิภาพในการทำงานสูงด้วย

Slusarska, Kulak, and Zarzycka (2004) ศึกษาการรับรู้ภาพลักษณ์วิชาชีพการพยาบาลในโปแลนด์ โดยศึกษาจากภาพวาดของเด็กชั้นอนุบาลและเด็กในหอผู้ป่วยเด็ก 182 ภาพ พบว่าเด็ก ๆ ให้ความหมายของพยาบาลว่า 1) เป็นส่วนหนึ่งของวิธีการรักษา เช่น ฉีดยา ให้น้ำเกลือ (48.2 %) 2) เป็นผู้ดูแลตอบสนองความต้องการต่างๆ เช่น ความสะอาดของร่างกาย ความหิว-กระหาย เป็นเพื่อนเล่นเกมส์ คอยอยู่ใกล้ๆ ปกป้องคุ้มครอง (17.9 %) 3) ผู้ให้การปฐมพยาบาล เช่น ห้ามเลือด ทำแผล เข้าเฝือก (13.2 %) 4) เป็นส่วนหนึ่งของการตรวจวินิจฉัย เช่น เอ็กซเรย์ อัลตราซาวด์ (11.3 %) 5) เป็นผู้ช่วยเหลือเมื่อทำกิจกรรมต่างๆ ไม่ได้ เช่น เมื่อต้องนั่งรถเข็น (9.4%)



Tzeng (2006) ศึกษาภาพลักษณ์ของพยาบาลในไต้หวัน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาและพนักงานมหาวิทยาลัย 488 คน พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาพลักษณ์ของพยาบาล คือ ลักษณะส่วนบุคคล ความสัมพันธ์ส่วนบุคคลกับบุคลากรในวงการสุขภาพ ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับวงการสุขภาพ ประสพการณ์การรับรู้ภาพลักษณ์ของพยาบาล ทั้งทางตรงและทางอ้อม ความแตกต่างระหว่างประสพการณ์การรับรู้ภาพลักษณ์และภาพลักษณ์ที่คาดหวัง และความพึงพอใจในบริการของพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร งานวิจัยดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยนำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้

## กรอบแนวคิดการวิจัย

ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพในศตวรรษที่ 21 จากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดของ Kalisch and Kalisch (1987), Strasen (1992), สิริยา สัมมาวาจ (2541), สภาการพยาบาล (2546) และ Tzeng (2006)

1. นางฟ้าผู้ปราณี
2. สตรีผู้ซื่อสัตย์ จงรักภักดี รับผิดชอบต่อผู้อื่น
3. ผู้เสียสละ
4. ภรรยา และมารดา
5. สตรีที่เข้ายวน
6. ผู้มีความกล้าหาญ
7. ผู้มีการศึกษา
8. ผู้ใช้ความรู้เป็นพื้นฐาน
9. สตรีนักวิชาชีพ
10. รูปร่างและบุคลิกภาพส่วนบุคคล
11. ผู้รับจ้าง
12. ผู้ให้ประโยชน์ทางวิชาชีพ
13. นักสื่อสารเชิงวิชาชีพ
14. ผู้ควบคุมตัวเอง
15. ผู้ดูแล ช่วยเหลือ

ความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลหลักจากสังคมในระบบสุขภาพ และสังคมผู้ใช้บริการ 4 กลุ่ม ต่อภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพในศตวรรษที่ 21 ประกอบด้วย

1. ด้านคุณธรรม จริยธรรม
2. ด้านวิชาการ
3. ด้านการวิจัย
4. ด้านการสื่อสาร
5. ด้านเอกลักษณ์วิชาชีพ
6. ด้านบุคลิกภาพ
7. ด้านความเป็นผู้นำ
8. ด้านการจัดการ
9. ด้านการเป็นแบบอย่าง

### ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพในศตวรรษที่ 21

1. ด้านคุณธรรม จริยธรรม
2. ด้านวิชาการ
3. ด้านความเป็นมืออาชีพ
4. ด้านการสื่อสาร
5. ด้านลักษณะวิชาชีพ
6. ด้านบุคลิกภาพ