บริบทการปฏิบัติงาน สมรรถนะที่จำเป็น และการสังเคราะห์กรอบสมรรถนะของพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติครอบครัว ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัดอุบลราชธานี: การศึกษาเชิงคุณภาพแบบพรรณนา

Practice Context, Essential Competencies, and a Synthesized Competency Framework for Family Nurse Practitioners in Primary Health Care, Ubon Ratchathani Province: A Qualitative Descriptive Study

Warunee Nadoon, M.P.H.
Pawinee Harasan, M.N.S.
Patcharee Jaigarun, Ph.D in Nursing
Boromarajonani College of Nursing,
Sunpasitthiprasong, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute
Co-response: pawinee@bcnsp.ac.th

วารุณี นาดูน, ส.ม.
ภาวิณี หาระสาร, พย.ม.
พัชรี ใจการุณ, ปร.ด.
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนนก

Received: Aug 7, 2026	**Revised:** Oct 14, 2026	**Accepted:** Oct 30, 2026

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อ (1) ศึกษาบริบทการปฏิบัติงานของพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติครอบครัว (Family Nurse Practitioner: FNP) ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดอุบลราชธานี (2) ศึกษาการรับรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อสมรรถนะที่จำเป็นของ FNP ในการปฏิบัติงานจริง และ (3) สังเคราะห์กรอบสมรรถนะเชิงบริบทของ FNP โดยเปรียบเทียบกับกรอบสมรรถนะของสภาการพยาบาล

วิธีศึกษา: การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (Qualitative descriptive design) โดยใช้สมรรถนะหลัก 8 ด้านของสภาการพยาบาลร่วมกับแนวคิดสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงของ Hamric เป็นกรอบแนวคิดในการสร้างแนวคำถาม และการสังเคราะห์ผล เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) บันทึกเสียงและถอดความคำต่อคำ ผู้ให้ข้อมูลหลักคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 19 คน ได้แก่ ผู้บริหาร/หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล 5 คน พยาบาล FNP 5 คน เพื่อนร่วมงานในทีมสหวิชาชีพ 5 คน และผู้รับบริการ 4 คน จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงแก่นสาระ (Thematic analysis) 6 ขั้นตอน และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness)

ผลการศึกษา: พบ 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) บริบทการปฏิบัติงาน “FNP เป็นด่านหน้าภายใต้การปฏิบัติงานในบทบาทที่ไม่ชัดเจน” ประกอบด้วย การเป็นด่านหน้าหลักในพื้นที่ขาดแคลนแพทย์ซึ่งทำให้ FNP รับบทบาทกว้างกว่ากรอบที่สภาการพยาบาลกำหนด และความคลุมเครือของขอบเขตบทบาทระหว่างนโยบายกับการปฏิบัติจริง 2) สมรรถนะที่จำเป็นตามการรับรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง “ผู้ดูแลสุขภาพครอบครัวแบบองค์รวมที่มีความสามารถทางคลินิกและเป็นที่ไว้วางใจของชุมชน” ประกอบด้วย 5 ประเด็นย่อย ได้แก่ สมรรถนะทางคลินิกขั้นสูง การดูแลต่อเนื่อง การดูแลครอบครัวและชุมชนแบบองค์รวม การทำงานเป็นทีม ภาวะผู้นำทางคลินิก การสื่อสาร การสร้างความไว้วางใจ และ 3) กรอบสมรรถนะเชิงบริบท ประกอบด้วย สมรรถนะที่เป็นจุดแข็ง 4 ด้าน (คลินิก การดูแลต่อเนื่องและครอบครัวชุมชน การสื่อสาร และจริยธรรม) สมรรถนะที่ต้องพัฒนา 3 ด้าน (ภาวะผู้นำเชิงระบบ เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ และการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์/การวิจัย) ซึ่งผู้ให้ข้อมูลระบุว่าเกิดจากภาระงานและการขาดระบบสนับสนุนมากกว่าข้อจำกัดของศักยภาพส่วนบุคคล และสมรรถนะเฉพาะบริบทที่ไม่ปรากฏชัดตามกรอบของสภาการพยาบาล 2 ด้าน (การจัดการความเชื่อด้านสุขภาพดั้งเดิม และการทำงานร่วมกับเครือข่าย อสม.)
สรุป: FNP ในพื้นที่ศึกษามีสมรรถนะโดดเด่นด้านคลินิก การดูแลต่อเนื่อง การสื่อสาร และจริยธรรม ทั้งในการปฏิบัติงานปกติและในพื้นที่ขาดแคลนแพทย์ซึ่งต้องปฏิบัติงานเกินกรอบที่กำหนด แต่ยังขาดโอกาสพัฒนาสมรรถนะด้านภาวะผู้นำเชิงระบบ เทคโนโลยีสารสนเทศ และการวิจัย หน่วยบริการและผู้กำหนดนโยบายควรกำหนดขอบเขตบทบาท FNP ให้ชัดเจน จัดสรรเวลาและระบบพี่เลี้ยงเพื่อการพัฒนา และนำกรอบสมรรถนะเชิงบริบทนี้ไปพัฒนาเป็นเครื่องมือประเมินสมรรถนะ FNP ต่อไป
คำสำคัญ: พยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติครอบครัว, สมรรถนะ, บริการสุขภาพปฐมภูมิ, กรอบสมรรถนะ, การวิจัยเชิงคุณภาพ

Abstract

Purpose: This study aimed to (1) explore the practice context of Family Nurse Practitioners (FNPs) in primary health care settings of Ubon Ratchathani Province, Thailand; (2) examine stakeholders' perceptions of the essential competencies of FNPs in actual practice; and (3) synthesize a contextualized FNP competency framework by comparing the findings with the competency framework of the Thailand Nursing and Midwifery Council.
Methods: A qualitative descriptive design was employed, guided by the eight core competency domains of the Thailand Nursing and Midwifery Council and Hamric's advanced practice nursing competencies. Data were collected through audio-recorded semi-structured interviews with verbatim transcription. Nineteen key informants were purposively selected: five nursing administrators/unit heads, five FNPs, five interprofessional colleagues, and four patients from sub-

district health-promoting hospitals, a community hospital, and the Ubon Ratchathani Provincial Administrative Organization. Data were analyzed using six-phase thematic analysis, and trustworthiness was established.

Results: Three themes emerged. First, the practice context was characterized as "FNPs as permanent frontline providers under ambiguous roles," comprising serving as the main frontline in physician-scarce areas, which required roles beyond the Council's defined scope, and ambiguity between policy and actual practice. Second, stakeholders perceived the essential competencies as those of "a clinically competent and trusted holistic family health provider," comprising five subthemes: advanced clinical competency, continuity of care, holistic family and community care, teamwork and clinical leadership, and communication and trust. Third, the synthesized contextualized framework comprised four strength domains (clinical practice, continuity and family–community care, communication, and ethics); three domains requiring development (system leadership, health information technology, and evidence-based practice/research), which informants attributed to workload and lack of organizational support rather than individual capability; and two context-specific competencies not explicitly stated in the Council's framework (managing traditional health beliefs and working with village health volunteer networks).

Conclusion: FNPs in the study area demonstrated strong clinical, continuity-of-care, communication, and ethical competencies in both routine practice and physician-scarce settings where they practiced beyond their defined scope, but lacked opportunities to develop system leadership, health informatics, and research competencies. Clear role boundaries, protected time, and mentoring systems are needed, and the contextualized framework should be further developed into an FNP competency assessment instrument.

Keywords: Family Nurse Practitioner, Competency, Primary Health Care, Competency Framework, Qualitative Research

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและระบาดวิทยาของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในประเทศไทย ประกอบกับนโยบายการกระจายบริการสุขภาพสู่ระดับปฐมภูมิตามปฏิญญา Astana (Declaration of Astana)[1] ทำให้บทบาทของพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติครอบครัว (Family Nurse Practitioner: FNP) มีความสำคัญในฐานะกำลังคนด้านสุขภาพด่านหน้าที่ดูแลประชาชนแบบองค์รวมต่อเนื่องและใกล้ชิดชุมชน สภาการพยาบาลแห่งประเทศไทยได้พัฒนาหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติครอบครัวขึ้นเพื่อผลิตบุคลากรที่มีสมรรถนะขั้นสูงสำหรับระบบบริการปฐมภูมิ[2] สอดคล้องกับแนวทางขององค์การพยาบาลระหว่างประเทศ (International Council of Nurses: ICN)[3] และรายงานของ I. Brownwood และคณะ[4] ที่ระบุว่าพยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง (Advanced Practice Nurse: APN) มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มการเข้าถึงบริการปฐมภูมิและควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในหลายประเทศ

สำหรับประเทศไทย พยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติครอบครัว (FNP) หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติครอบครัวที่สภาการพยาบาลรับรอง[2] ซึ่งปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีบทบาทในการประเมินภาวะสุขภาพ การรักษาโรคเบื้องต้นและการสั่งใช้ยาตามขอบเขตที่ข้อบังคับสภาการพยาบาลกำหนด[5] ควบคู่กับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการดูแลบุคคล ครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่อง สภาการพยาบาลกำหนดสมรรถนะหลักของผู้สำเร็จการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติไว้ 8 ด้าน ได้แก่ (1) จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ และกฎหมาย (2) การปฏิบัติการพยาบาล (3) คุณลักษณะเชิงวิชาชีพ (4) ภาวะผู้นำ การจัดการ และการพัฒนาคุณภาพ (5) วิชาการและการวิจัย (6) การสื่อสารและสัมพันธภาพ (7) เทคโนโลยีและสารสนเทศ และ (8) สมรรถนะด้านสังคม[2,6]

พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง (Advanced Practice Nurse: APN) เป็นคำที่ใช้ในระดับสากลเพื่อเรียกพยาบาลที่มีการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาและปฏิบัติบทบาทขั้นสูง ซึ่งครอบคลุมบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติ (Nurse Practitioner: NP) ที่ตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคในระบบบริการปฐมภูมิ[3] ในประเทศไทย ผู้ปฏิบัติบทบาทลักษณะ NP มีทั้งผู้สำเร็จการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาและผู้สำเร็จการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางระยะสั้น ซึ่งรวมถึง FNP[7] แม้ FNP จะมีคุณวุฒิแตกต่างจาก APN ตามนิยามสากล แต่มีลักษณะงานด้านการดูแลโดยตรงในระดับปฐมภูมิใกล้เคียงกับ NP การศึกษานี้จึงใช้งานวิจัยด้าน APN/NP ระดับสากลเป็นกรอบเปรียบเทียบ โดยตระหนักถึงความแตกต่างด้านคุณวุฒิดังกล่าว

แม้จะมีการกำหนดสมรรถนะไว้ แต่การปฏิบัติงานจริงของพยาบาลเวชปฏิบัติในหน่วยบริการปฐมภูมิของไทยยังพบปัญหาหลายประการ ได้แก่ ภาระงานที่หลากหลายตามภารกิจของหน่วยบริการ การขาดแคลนแพทย์ในระดับปฐมภูมิ และความไม่ชัดเจนของขอบเขตการปฏิบัติงาน[7-8] การประเมินสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พบว่าสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านวิชาการและการวิจัย และด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับด้านอื่น และผู้วิจัยเสนอให้มีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจปัจจัย ที่เกี่ยวข้องอย่างลึกซึ้ง[6] สำหรับจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นจังหวัดขนาดใหญ่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวนมาก โดยมีจำนวนประชากร 1,865,501 คน รพ.สต. จำนวน 317 แห่ง สัดส่วนแพทย์ต่อประชากร ประมาณ 1 : 2,315 คน จำนวน FNP 248 คน ปัญหาด้านสมรรถนะและขอบเขตบทบาทดังกล่าวส่งผลโดยตรงต่อการเข้าถึงบริการ ความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และคุณภาพการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

การทบทวนวรรณกรรมเชิงระบบในระดับสากลชี้ให้เห็นว่าสมรรถนะของ NP/FNP ยังคงเป็นแนวคิดที่มีความหลากหลายสูงและขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละระบบสุขภาพ MC. Schlunegger และคณะ[9] ทบทวนวรรณกรรมแบบ Scoping Review พบว่าสมรรถนะของ NP ในคลินิกครอบครัวครอบคลุมทั้งมิติทางคลินิก การจัดการ การศึกษา และภาวะผู้นำ แต่มิติด้านการปฏิบัติที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice: EBP) กลับปรากฏในวรรณกรรมเพียงร้อยละ 5 เท่านั้น ขณะที่ C. Torrens และคณะ[10] พบว่าอุปสรรคสำคัญต่อการนำบทบาท APN ไปปฏิบัติจริงในบริบทปฐมภูมิ ได้แก่ ภาระงาน การขาดทรัพยากร และความไม่ชัดเจนของขอบเขตวิชาชีพ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบร่วมกันในหลายประเทศ ในบริบทเอเชีย H. Guo และคณะ[11] พัฒนากรอบสมรรถนะหลักของ APN ในจีนด้วยวิธีการสำรวจเชิงลำดับ (Sequential Exploratory Study) และพบว่ากรอบสมรรถนะที่พัฒนาจากบริบทตะวันตกไม่สามารถถ่ายโอนมาใช้ได้โดยตรง

สำหรับบริบทประเทศไทย A. Nantsupawat และคณะ[7] ทำการทบทวนแบบ Scoping Review เกี่ยวกับกำลังคน NP ในประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2545–2565 พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งศึกษาด้านการศึกษา ผลลัพธ์ทางสุขภาพ และการปฏิบัติงาน แต่ยังขาดนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับขอบเขตการปฏิบัติงานและคุณวุฒิขั้นต่ำที่สอดคล้องกับมาตรฐานสากล อีกทั้งยังมีข้อจำกัดของงานวิจัยด้านสมรรถนะ FNP ที่เชื่อมโยงกับบริบทปฐมภูมิไทยโดยตรง เช่นเดียวกับ A. Scanlon และคณะ[12] ที่ชี้ว่าประเทศรายได้ต่ำและปานกลางยังขาดกรอบสมรรถนะ APN ที่พัฒนาขึ้นเฉพาะสำหรับบริบทของตนเอง

ด้านเครื่องมือประเมินสมรรถนะ S. Sevilla-Guerra และคณะ[13] ทบทวนเครื่องมือประเมินสมรรถนะ APN จำนวน 7 เรื่อง ในระดับนานาชาติ พบว่ามีงานวิจัยเพียง 1 เรื่อง ที่สามารถแยกแยะสมรรถนะของพยาบาลทั่วไปออกจาก APN ได้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับ FCP. Dias และคณะ[14] ที่พัฒนาและตรวจสอบความตรงของเครื่องมือประเมินสมรรถนะ APN ฉบับภาษาโปรตุเกสในบริบทปฐมภูมิของบราซิล และพบว่าการปรับเครื่องมือให้เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมท้องถิ่นช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการประเมินได้อย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่ K. Kilpatrick และคณะ[15] ทบทวนงานวิจัย APN ระดับโลกจาก 117 Systematic Reviews ครอบคลุม 38 ประเทศ พบว่าหลายภูมิภาคของ WHO ยังขาดตัวแทนในงานวิจัย และข้อจำกัดสำคัญที่ต้องการการศึกษาเพิ่มเติม ได้แก่ การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ภาระงาน และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว ในฐานะหุ้นส่วนการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ยังพบข้อจำกัดของงานวิจัยที่สำคัญสำหรับบริบทประเทศไทยได้ 3 ประการ ประการแรก ยังขาดการศึกษาเชิงคุณภาพที่เจาะลึกถึงบริบทการปฏิบัติงานจริงของ FNP ในระบบบริการปฐมภูมิไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ขาดแคลนแพทย์ ประการที่สอง ยังไม่มีการศึกษาที่รวบรวมมุมมองจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลากหลายกลุ่มในบริบทเดียวกันอย่างเป็นระบบ และประการที่สาม ยังขาดกรอบสมรรถนะ FNP ที่ผ่านการสังเคราะห์และยืนยันจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในระดับพื้นที่ให้สอดคล้องกับบริบทของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิไทย โดยเฉพาะการวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งหาคำตอบจากข้อจำกัดดังกล่าว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทการปฏิบัติงานของพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติครอบครัวในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัดอุบลราชธานี

2. เพื่อศึกษาการรับรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้บริหาร พยาบาล FNP ทีมสหวิชาชีพ และผู้รับบริการ ต่อสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติครอบครัวในการปฏิบัติงานจริง

3. เพื่อสังเคราะห์กรอบสมรรถนะเชิงบริบทของพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติครอบครัว โดยเปรียบเทียบสมรรถนะที่ได้จากวัตถุประสงค์ข้อ 2 กับกรอบสมรรถนะของสภาการพยาบาลและกรอบสากล เพื่อจำแนกสมรรถนะที่เป็นจุดแข็ง สมรรถนะเฉพาะบริบท และสมรรถนะที่ต้องพัฒนา

นิยามศัพท์

พยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติครอบครัว (FNP) หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติครอบครัวที่สภาการพยาบาลรับรอง และปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิของจังหวัดอุบลราชธานี

สมรรถนะที่จำเป็น (Essential Competencies) หมายถึง ความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องรับรู้ว่า FNP ต้องมี เพื่อปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพในบริบทจริง ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์ตามวัตถุประสงค์ข้อ 2

กรอบสมรรถนะเชิงบริบท (Contextualized Competency Framework) หมายถึง ผลการสังเคราะห์สมรรถนะที่จำเป็นร่วมกับบริบทการปฏิบัติงาน และเปรียบเทียบกับกรอบสมรรถนะของสภาการพยาบาลและกรอบสากล เพื่อจำแนกเป็นสมรรถนะที่เป็นจุดแข็ง สมรรถนะเฉพาะบริบท และสมรรถนะที่ต้องพัฒนา ตามวัตถุประสงค์ข้อ 3

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้สมรรถนะหลัก 8 ด้านของสภาการพยาบาล[2,6] เป็นกรอบหลักในการสร้างแนวคำถามสัมภาษณ์ และการเปรียบเทียบผลร่วมกับแนวคิดสมรรถนะหลักของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงตามโมเดลของ Hamric[16] ซึ่งมีการปฏิบัติทางคลินิกโดยตรง (Direct Clinical Practice) เป็นแกนกลาง และมีสมรรถนะสนับสนุน ได้แก่ การชี้แนะและการฝึกสอน การให้คำปรึกษา การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ภาวะผู้นำ การทำงานร่วมกัน และการตัดสินใจเชิงจริยธรรม รวมทั้งแนวทาง APN ของ ICN[3] ที่ระบุว่าสมรรถนะต้องกำหนดตามบริบทของแต่ละประเทศ กรอบแนวคิดดังกล่าวใช้เป็นแนวทางในการตั้งคำถาม การจัดหมวดหมู่ และการอภิปรายความสอดคล้องหรือความแตกต่างของสมรรถนะ FNP ในบริบทไทยกับกรอบที่มีอยู่

รูปแบบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (Qualitative Descriptive Design) เพื่อสำรวจและอธิบายบริบทการปฏิบัติงาน มุมมองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และสังเคราะห์สมรรถนะที่จำเป็นของ FNP ตามประสบการณ์และการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลโดยตรง การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนาเหมาะกับการศึกษาที่ต้องการบรรยายปรากฏการณ์ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลโดยตรง และตีความข้อมูลในระดับที่ใกล้เคียงกับข้อมูลมากที่สุด โดยไม่สร้างทฤษฎีหรือตีความเชิงปรัชญาในระดับลึกแบบปรากฏการณ์วิทยา[17]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พื้นที่ศึกษาครอบคลุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 2 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง และองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี โดยเลือกให้มีความหลากหลายทั้ง รพ.สต. ในพื้นที่ห่างไกลที่ขาดแคลนแพทย์และ รพ.สต. ที่อยู่ใกล้โรงพยาบาลแม่ข่าย (Maximum Variation) ผู้ให้ข้อมูลหลักคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ การมีประสบการณ์ตรงหรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของ FNP รวมทั้งสิ้น 19 ราย จำแนกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ (1) พยาบาล FNP ผู้ปฏิบัติงานจริง (2) ผู้บริหาร/หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้างานปฐมภูมิ/OPD (3) เพื่อนร่วมงานในทีมสหวิชาชีพ และ (4) ผู้รับบริการ/ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจาก FNP

ผู้ให้ข้อมูลหลักรวมทั้งสิ้น 19 ราย คือ ผู้บริหาร/หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล 5 คน พยาบาล FNP 5 คน เพื่อนร่วมงานในทีมสหวิชาชีพ 5 คน และผู้รับบริการ 4 คน โดยมีกระบวนการคัดเลือกตามเกณฑ์ คือ เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติครอบครัวในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ 2) มีประสบการณ์ปฏิบัติงานหรือเกี่ยวข้องกับการบริหาร การกำกับ หรือการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิไม่น้อยกว่า 1 ปี และ 3) สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลเกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติครอบครัวได้ สำหรับเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) ไม่สะดวกให้ข้อมูลตลอดกระบวนการสัมภาษณ์ และ 2) ขอถอนตัวจากการวิจัยในระหว่างการเก็บข้อมูล จำนวนผู้ให้ข้อมูลขึ้นอยู่กับความอิ่มตัวของข้อมูล ซึ่งพิจารณาจากการไม่มีข้อมูลใหม่จากการวิเคราะห์ข้อมูล การกำหนดผู้ให้ข้อมูล 4 กลุ่ม มีเหตุผลเพื่อให้ได้มุมมองต่อสมรรถนะ FNP อย่างครอบคลุมและสมดุล ได้แก่ มุมมองของผู้ปฏิบัติ (FNP) ผู้กำกับดูแล (ผู้บริหาร) ผู้ทำงานร่วม (ทีมสหวิชาชีพ) และผู้รับผลของการปฏิบัติ (ผู้รับบริการ) ซึ่งช่วยให้ตรวจสอบสามเส้าด้านแหล่งข้อมูลได้ สำหรับกลุ่ม FNP มีจำนวน 5 คน จากแหล่งปฏิบัติงาน รพ.สต. และโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งความอิ่มตัวของข้อมูลพิจารณาโดยคณะผู้วิจัยร่วมกันประชุมวิเคราะห์ข้อมูลหลังการสัมภาษณ์แต่ละราย เพื่อยืนยันความอิ่มตัวของข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่งประสบการณ์การทำงาน และสำหรับ FNP ระบุปีที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง และ (2) แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดการวิจัย ได้แก่ สมรรถนะหลัก 8 ด้านของสภาการพยาบาลและสมรรถนะ APN ตามโมเดลของ Hamric ประกอบด้วยคำถามหลัก 5 ข้อ ครอบคลุม (1) บริบทการปฏิบัติงานของ FNP ในหน่วยบริการ (2) บทบาทและหน้าที่ของ FNP ในการดูแลสุขภาพประชาชน (3) สมรรถนะที่สำคัญ ที่ FNP ควรมี (4) ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคต่อการพัฒนาสมรรถนะ และ (5) ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาสมรรถนะ FNP พร้อมคำถามเจาะลึก (Probe) ในแต่ละข้อ แนวคำถามปรับถ้อยคำให้เหมาะสมกับผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม โดยกลุ่มผู้บริหารเน้นการกำหนดบทบาทและการสนับสนุนเชิงองค์กร กลุ่มทีมสหวิชาชีพเน้นการทำงานร่วมกับ FNP

กลุ่ม FNP เน้นประสบการณ์การปฏิบัติงานและการพัฒนาตนเอง และกลุ่มผู้รับบริการใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เช่น “ท่านได้รับการดูแลจากพยาบาลอย่างไร” และ “ท่านอยากให้พยาบาลที่ดูแลท่านมีความสามารถด้านใด” แนวคำถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งมีประสบการณ์ด้านการปฏิบัติการสอน หรือการวิจัยเกี่ยวกับ FNP ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) 0.67–1.00 และนำไปทดลองสัมภาษณ์กับผู้ที่มีลักษณะคล้ายผู้ให้ข้อมูล จำนวน 3 ราย เพื่อปรับความชัดเจนของภาษาก่อนนำไปใช้จริง

ผู้วิจัยในฐานะเครื่องมือการวิจัย คณะผู้วิจัยมี 3 คน เป็นอาจารย์พยาบาล ประกอบด้วย ผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอกทางการพยาบาล 1 คน และผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว 2 คน เป็นผู้มีประสบการณ์การวิจัยเชิงคุณภาพ ก่อนการเก็บข้อมูล คณะผู้วิจัยประชุมเตรียมความพร้อมร่วมกันเพื่อทำความเข้าใจแนวคำถาม เทคนิคการสัมภาษณ์ การถามเจาะลึก และการบันทึกภาคสนาม รวมทั้งฝึกสัมภาษณ์ร่วมกันเพื่อให้การเก็บข้อมูลเป็นแนวทางเดียวกัน คณะผู้วิจัยไม่ได้อยู่ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลและไม่มีความสัมพันธ์เชิงบังคับบัญชากับผู้ให้ข้อมูล อย่างไรก็ตามผู้วิจัยเป็นอาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาลซึ่งอาจมีมุมมองเชิงบวกต่อบทบาท FNP ผู้วิจัยจึงจัดการอคติด้วยการเขียนบันทึกสะท้อนคิด (Reflexive Journal) ตลอดการวิจัย การแยกความคิดเห็นของตนเองออกจากข้อมูล (Bracketing) ระหว่างการสัมภาษณ์และการวิเคราะห์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังโครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยขออนุญาตพื้นที่และเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2569 โดยประสานผู้ให้ข้อมูลผ่านหน่วยบริการและนัดหมายตามวันเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก สัมภาษณ์รายบุคคลในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว เช่น ห้องประชุมของหน่วยบริการหรือบ้านของผู้รับบริการ ใช้เวลาประมาณ 30–45 นาทีต่อราย คำถามยืดหยุ่นตามคำตอบของผู้ให้ข้อมูล มีการบันทึกเสียงจดบันทึกภาคสนาม (Field Note) และสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมระหว่างการสัมภาษณ์ เพื่อใช้ประกอบการตีความข้อมูล สำหรับกลุ่มผู้รับบริการ เพื่อลดอคติจากความเกรงใจ (Courtesy Bias) และการตอบตามความคาดหวังทางสังคม (Social Desirability Bias) ผู้สัมภาษณ์เป็นผู้วิจัยที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้บริการแก่ผู้ให้ข้อมูล สัมภาษณ์โดยไม่มี FNP ผู้ให้การดูแลอยู่ด้วย และชี้แจงว่าคำตอบจะไม่มีผลต่อการรับบริการ หลังการสัมภาษณ์แต่ละราย ผู้วิจัยถอดเทปแบบคำต่อคำ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อความที่ผู้วิจัยถอดเทปเทียบกับการถอดเทปโดยใช้ AI เพื่อยืนยันตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 2569-04.008 (30 เมษายน 2569 - 30 เมษายน 2570) ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล โดยการอธิบายรายละเอียดของโครงการ การปกปิดข้อมูลโดยใช้รหัสหมายเลขแทนผู้ให้ข้อมูลจริง และผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และให้ผู้ให้ข้อมูลลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนการดำเนินการวิจัย การบันทึกเสียงรายบุคคลตามวันและเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก อีกทั้งผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทุกคนทราบว่า หากผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกสะเทือนใจกับเรื่องราวที่เล่าในระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสามารถแจ้งผู้วิจัยเพื่อขอหยุดการให้สัมภาษณ์ได้ จากนั้นผู้วิจัยจะให้การดูแลด้านจิตใจจนกว่าผู้ให้ข้อมูลรู้สึกสบายใจ พร้อมสอบถามความสมัครใจในการให้สัมภาษณ์ต่อ อย่างไรก็ตามในงานวิจัยนี้ผู้ให้ข้อมูลไม่มีความรู้สึกดังกล่าวข้างต้น

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลตามเกณฑ์ของ YS. Lincoln และคณะ[18] และแนวทางของ LS. Nowell และคณะ[19] ดังนี้ (1) ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ด้วยการตรวจสอบสามเส้าด้านแหล่งข้อมูล (Data Triangulation) ระหว่างผู้ให้ข้อมูล 4 กลุ่ม การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member Checking) โดยนำสรุปประเด็นกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 3 ราย ยืนยันความถูกต้องของการตีความ (2) ความสามารถในการถ่ายโอนผล (Transferability) ด้วยการบรรยายลักษณะหน่วยบริการ ลักษณะผู้ให้ข้อมูล และบริบทการปฏิบัติงานอย่างละเอียด (Thick Description) (3) ความคงเส้นคงวา (Dependability) ด้วยการให้ผู้วิจัย 2 คน ให้รหัสบทถอดความอย่างอิสระ แล้วเปรียบเทียบและอภิปรายจนได้ข้อตกลงร่วม (Inter-Coder Agreement) และ (4) ความเป็นกลาง (Confirmability) ด้วยการจัดทำเส้นทางการตรวจสอบ (Audit Trail) ได้แก่ บทถอดความ ตารางรหัส บันทึกการประชุมวิเคราะห์ข้อมูล และบันทึกสะท้อนคิดของผู้วิจัย (Reflexivity)

การวิเคราะห์ข้อมูล

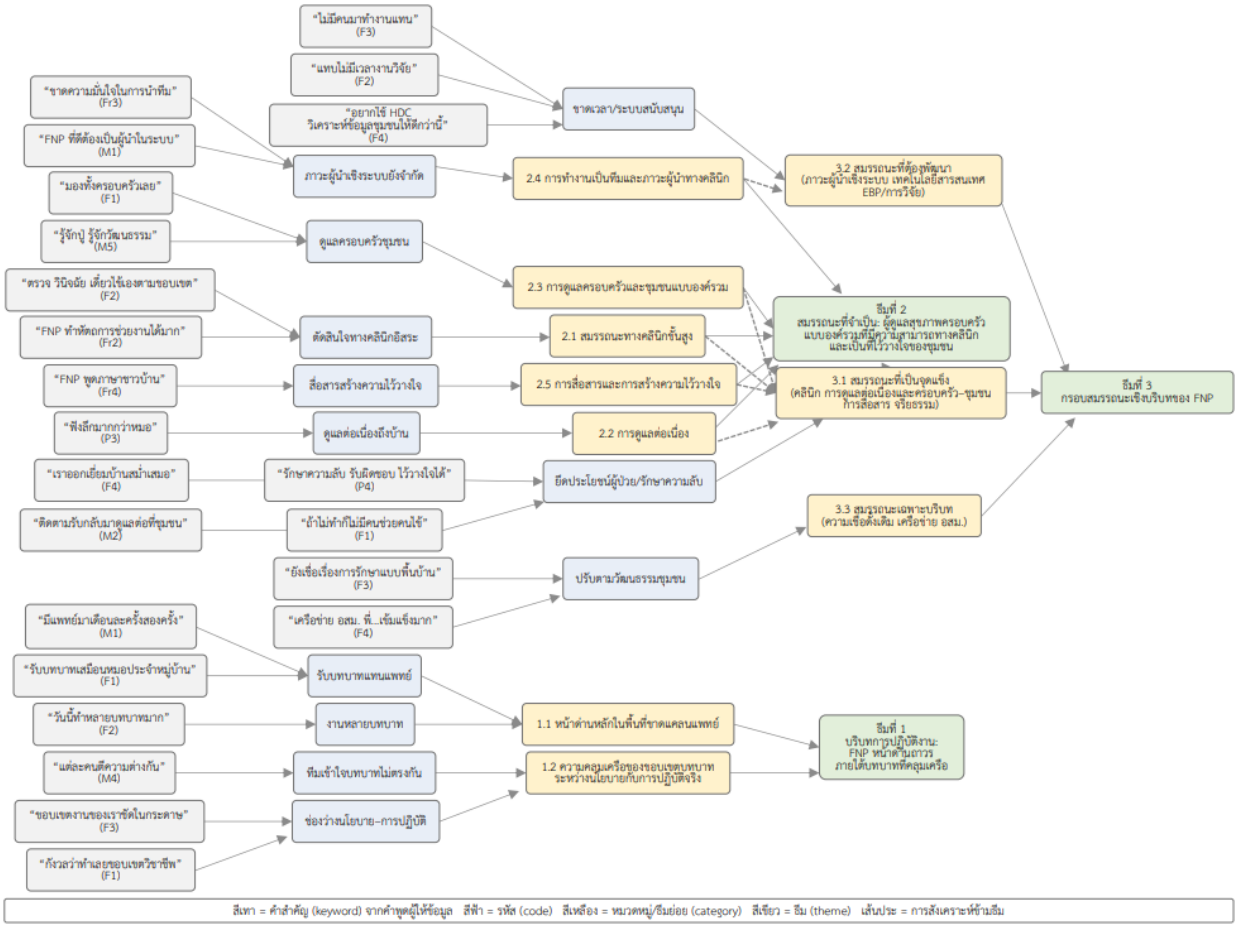
วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงแก่นสาระ (Thematic Analysis) ตามแนวทาง 6 ขั้นตอนของ V. Braun และคณะ[20] ได้แก่ (1) ทำความคุ้นเคยกับข้อมูลโดยอ่านบทถอดความซ้ำหลายครั้ง (2) สร้างรหัสเบื้องต้นจากคำสำคัญ (Keyword) ในข้อมูล (3) จัดกลุ่มรหัสที่มีความหมายใกล้เคียงกันเป็นหมวดหมู่ (Category) และค้นหาประเด็น (4) ทบทวนประเด็นเทียบกับข้อมูลทั้งหมด (5) นิยามและตั้งชื่อประเด็น และ (6) เรียบเรียงผลการวิเคราะห์ โดยจัดประเด็นตามวัตถุประสงค์การวิจัยทั้ง 3 ข้อ สำหรับวัตถุประสงค์ข้อ 3 ผู้วิจัยนำสมรรถนะที่ได้จากวัตถุประสงค์ข้อ 2 และเงื่อนไขการปฏิบัติงานจากวัตถุประสงค์ข้อ 1 มาจัดเทียบ (Mapping) กับสมรรถนะหลัก 8 ด้านของสภาการพยาบาล และสมรรถนะ APN ตามโมเดลของ Hamric[16] และ APNCAI[21] เพื่อจำแนกเป็นสมรรถนะที่เป็นจุดแข็ง สมรรถนะเฉพาะบริบท และสมรรถนะที่ต้องพัฒนา ความสัมพันธ์ของคำสำคัญ รหัส หมวดหมู่ และประเด็น การอ้างอิงคำพูดของผู้ให้ข้อมูลใช้รหัสแทนชื่อจริง ได้แก่ M หมายถึง ผู้บริหาร/หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล (M1–M5)

F หมายถึง พยาบาล FNP (F1–F5) Fr หมายถึง เพื่อนร่วมงานในทีมสหวิชาชีพ (Fr1–Fr5) และ P หมายถึง ผู้รับบริการ (P1–P4) ตามด้วยเลขหน้าและเลขบรรทัดของบทถอดความ เช่น (F1, น. 3, บ. 12–15)

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลหลักรวม 19 ราย ประกอบด้วย ผู้บริหาร/หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล 5 คน พยาบาล FNP 5 คน เพื่อนร่วมงานในทีมสหวิชาชีพ 5 คน และผู้รับบริการ 4 คน ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล FNP มีอายุระหว่าง 28-48 ปี ประสบการณ์ทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ 5-15 ปี และผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางเวชปฏิบัติครอบครัวมาแล้ว 1-5 ปี

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้ 3 ประเด็นหลักตามวัตถุประสงค์การวิจัย ได้แก่ ประเด็นที่ 1 บริบทการปฏิบัติงานของ FNP ประเด็นที่ 2 สมรรถนะที่จำเป็นตามการรับรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และประเด็นที่ 3 กรอบสมรรถนะเชิงบริบทของ FNP ความสัมพันธ์ของคำสำคัญ รหัส หมวดหมู่ และประเด็น ดังแสดงตัวอย่างในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ตัวอย่างความสัมพันธ์ของคำสำคัญ (Keyword) รหัส (Code) หมวดหมู่ (Category) และประเด็น (Theme) จากการวิเคราะห์ข้อมูล

ประเด็นที่ 1 บริบทการปฏิบัติงานของ FNP

ประเด็นนี้สะท้อนว่า FNP ในพื้นที่ศึกษาทำงานเป็นด่านหน้าหลักของระบบบริการปฐมภูมิ ภายใต้ขอบเขตบทบาทที่ยังไม่ชัดเจน ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย ดังนี้

1.1 โครงสร้างระบบและบทบาท FNP ในฐานะหน้าด่านหลักในพื้นที่ขาดแคลนแพทย์

ผู้ให้ข้อมูลทั้งกลุ่มพยาบาล FNP และผู้บริหารสะท้อนตรงกันว่า ในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านกำลังคน FNP ทำหน้าที่เป็น “ด่านหน้า” ของระบบบริการ ต้องรับผิดชอบครอบคลุมทั้งงานคัดกรอง งานตรวจรักษาเบื้องต้น งานเยี่ยมบ้าน และงานประสานส่งต่อ ซึ่งกว้างกว่าขอบเขตที่กำหนดไว้ในหลักสูตรหรือประกาศนโยบายของสภาการพยาบาล ข้อมูลจาก รพ.สต. บางแห่งในพื้นที่ห่างไกล สะท้อนว่าการขยายบทบาทดังกล่าวไม่ใช่ทางเลือกแต่เป็นเงื่อนไขที่ทำให้ระบบบริการยังคงดำเนินต่อไปได้

“รพ.สต.....เราดูแลประชากรกว่า 5,000 คน มีแพทย์มาเดือนละครั้งสองครั้ง FNP คือคนที่อยู่ทุกวัน รู้จักทุกคน เป็นด่านหน้าที่แท้จริง” M1

“ที่ รพ.สต..... เราอยู่ไกลอำเภอมาก FNP ต้องรับบทบาทเสมือนหมอประจำหมู่บ้าน ต้องตัดสินใจได้เองในทุกสถานการณ์” F1

“ระบบปฐมภูมิไทยมีแพทย์ไม่พอ FNP จึงเป็นกำลังหลักในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ถ้าไม่มี FNP ระบบคงล่มไปนานแล้ว” M2

“งานของเราไม่ใช่แค่ตรวจคนไข้ในคลินิก ต้องออกชุมชน เยี่ยมบ้าน ประสานทีม ทำข้อมูล วันนึงทำหลายบทบาทมาก” F2

เมื่อเปรียบเทียบตามลักษณะหน่วยบริการ พบว่า FNP ใน รพ.สต. ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการหลักเกือบทุกด้าน ได้แก่ การตรวจรักษาโรคเบื้องต้น การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การเยี่ยมบ้าน การประสานส่งต่อ และการจัดทำข้อมูลสุขภาพ โดยมีแพทย์หมุนเวียนมาให้บริการเพียงเดือนละ 1–2 ครั้ง (M1, F2) ขณะที่ FNP ในโรงพยาบาลชุมชนปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในงานผู้ป่วยนอกและงานปฐมภูมิ บทบาทจึงเน้นการคัดกรอง การตรวจรักษาในขอบเขตที่กำหนด การทำหัตถการและการรับผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อเนื่องในชุมชน ส่วนใน รพ.สต. ที่ห่างไกลมากที่สุด FNP ต้องตัดสินใจทางคลินิกได้เองในทุกสถานการณ์และรับบทบาท *“เสมือนหมอประจำหมู่บ้าน”* (F1) ซึ่งเกินกว่าบทบาทการรักษาโรคเบื้องต้นตามขอบเขตที่สภาการพยาบาลกำหนด ข้อค้นพบนี้แสดงว่าการขยายบทบาทของ FNP ไม่ได้เกิดจากนโยบาย แต่เกิดจากเงื่อนไขการขาดแคลนแพทย์ที่ทำให้ระบบบริการยังคงดำเนินต่อไปได้

1.2 ความไม่ชัดเจนของขอบเขตบทบาทระหว่างนโยบายกับการปฏิบัติจริง

ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มผู้บริหารและ FNP ระบุตรงกันว่าขอบเขตอำนาจหน้าที่ของ FNP โดยเฉพาะด้านการวินิจฉัย การรักษา และการส่งต่อ ยังไม่ชัดเจนในระดับปฏิบัติ ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างบทบาทที่ฝึกอบรมมากับบทบาทที่ได้รับอนุญาตให้ปฏิบัติจริงในแต่ละหน่วยบริการ

“ขอบเขตงานของเราชัดในกระดาษ แต่ในทางปฏิบัติมันยืดหยุ่นกว่ามาก บางทีต้องตัดสินใจเรื่องที่ยากกว่าที่หลักสูตรฝึกมา” F3

“ที่.....เราทำงานได้กว้างมาก เพราะไม่มีหมอ ต้องตัดสินใจเองทุกอย่าง บางทีก็กังวลว่าเกินขอบเขตหรือเปล่า แต่ถ้าไม่ทำก็ไม่มีคนช่วยคนไข้” F1

“ควรมีการนิยามบทบาท FNP ให้ชัดเจนในระดับโรงพยาบาล ทุกคนในทีมต้องเข้าใจตรงกัน ตอนนี้แต่ละคนตีความต่างกัน” M4

“บางคนในทีมยังมองว่า FNP คือพยาบาลทั่วไปที่มีความรู้มากกว่าหน่อย ไม่ได้มองว่าเป็นบทบาทใหม่ที่ต้องการ การยอมรับแบบพิเศษ” Fr1

ความไม่ชัดเจนของบทบาท FNP พบในทุกพื้นที่ที่ศึกษา แต่มีลักษณะแตกต่างกันตามบริบท ใน รพ.สต. ที่ขาดแคลนแพทย์ FNP เผชิญความขัดแย้งระหว่างความจำเป็นในการช่วยเหลือผู้ป่วยกับความกังวลว่าจะปฏิบัติงานเกินขอบเขต โดยเฉพาะเมื่อต้องตัดสินใจรักษากรณีที่ซับซ้อนเกินกว่าที่ได้รับการฝึกอบรม (F1, F3) ส่วนหน่วยบริการที่มีแพทย์และทีมสหวิชาชีพปฏิบัติงานร่วมกัน พบความเข้าใจบทบาท FNP ที่ไม่ตรงกันในระดับทีมและองค์กร โดยสมาชิกบางส่วนมองว่า FNP เป็นพยาบาลทั่วไปที่มีความรู้เพิ่มเติม (M4, Fr1) ผู้ให้ข้อมูลเห็นตรงกันว่าการกำหนดบทบาท FNP ให้ชัดเจนในระดับหน่วยบริการเป็นสิ่งจำเป็นต่อการปฏิบัติงาน

สรุปได้ว่าบริบทการปฏิบัติงานของ FNP ในพื้นที่ศึกษามีลักษณะสำคัญ 2 ประการ ได้แก่ (1) การทำงานในพื้นที่ขาดแคลนแพทย์ทำให้ FNP ต้องรับบทบาทที่กว้างและซับซ้อนกว่ากรอบที่สภาการพยาบาลกำหนด และ (2) ความไม่ชัดเจนของขอบเขตบทบาทในระดับบุคคล ทีม และองค์กร ยังเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานอย่างเต็มศักยภาพ บริบทดังกล่าวเป็นเงื่อนไขที่ช่วยกำหนดสมรรถนะที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องคาดหวังจาก FNP ในประเด็นที่ 2

ประเด็นที่ 2 สมรรถนะที่จำเป็นตามการรับรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (ผู้ดูแลสุขภาพครอบครัวแบบองค์รวมที่มีความสามารถทางคลินิกและเป็นที่ไว้วางใจของชุมชน)

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้ง 4 กลุ่มสะท้อนภาพ FNP ที่พึงประสงค์ร่วมกันว่า เป็นผู้ที่ดูแลได้จริงทางคลินิก ดูแลต่อเนื่องถึงบ้านและครอบครัว และเป็นที่ไว้วางใจของชุมชน ประเด็นนี้ประกอบด้วย 5 ประเด็นย่อย ดังนี้

2.1 สมรรถนะทางคลินิกขั้นสูงเป็นหัวใจหลักของ FNP ในบริบทปฐมภูมิ

ผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่มสะท้อนตรงกันว่าสมรรถนะทางคลินิกเป็นสิ่งที่คาดหวังสูงสุดจาก FNP โดยเฉพาะการตรวจวินิจฉัยและการรักษาได้อย่างอิสระ

“เราสามารถตรวจวินิจฉัย สั่งยาได้เองตามขอบเขต ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องรอคิวหมอนาน ๆ แบบก่อน ระบบมันเดินได้เร็วขึ้น ผู้ป่วยพอใจ” F2

“FNP วินิจฉัยแยกโรคได้ดีมาก บางทีจับโรคได้ที่แพทย์ทั่วไปอาจมองข้าม เพราะเขาใช้เวลากับผู้ป่วยมากกว่า รู้ประวัติครบ รู้บริบทชีวิต” M2

“FNP ทำหัตถการช่วยงานได้มาก พยาบาลทั่วไปต้องรอหมอ แต่ FNP ทำเองได้ ลดเวลารอของผู้ป่วย ลดภาระทีม” Fr2

“หมอมา FNP ก็ดูแลได้เลย ไม่ต้องนั่งรอหมอนาน ยาก็ได้เหมือนกัน รักษาก็ดีเหมือนกัน บางทีดีกว่าด้วย เพราะพยาบาลฟังเรานานกว่า” P4

สมรรถนะทางคลินิกที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องคาดหวัง ได้แก่ การซักประวัติ ตรวจร่างกาย การวินิจฉัยแยกโรค การรักษาและใช้ยาตามขอบเขต การทำหัตถการ และการส่งต่อ ซึ่งตรงกับสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลของสภาการพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่ม ถือว่าเป็นสมรรถนะพื้นฐานที่สำคัญที่สุด และผู้รับบริการเชื่อมโยงคุณภาพการรักษาเข้ากับการที่ FNP มีเวลาในการดูแลมากกว่า (P4)

2.2 การดูแลต่อเนื่องและการเชื่อมโยงเครือข่ายชุมชน

ผู้ให้ข้อมูลเน้นว่าสิ่งที่ทำให้ FNP แตกต่างจากวิชาชีพอื่นคือความสามารถในการดูแลต่อเนื่องที่ผสานบริการในและนอกสถานบริการ รวมถึงการเชื่อมโยงกับเครือข่ายชุมชนอย่างเป็นระบบ

“เราออกเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอ ดูว่าผู้ป่วยกินยาไหม มีปัญหาอะไรในบ้านที่กระทบสุขภาพ ครอบครัวดูแลได้ไหม อันนี้คือหัวใจของงาน FNP ในชุมชน” F4

“FNP ออกเยี่ยมบ้านพร้อม อสม. ทำให้เราเห็นปัญหาที่คนไข้ไม่ยอมบอกที่คลินิก บางคนบ้านไม่มีอาหาร บางคนถูกทอดทิ้ง ต้องประสานหน่วยงานสังคม” Fr3

“ก่อนที่จะมี FNP ผู้ป่วยบางคนหายไปจากระบบหลังออกโรงพยาบาล ตอนนี้ FNP ติดตามรับกลับมาดูแลต่อที่ชุมชนได้ทันที ลด readmission ชัดเจน” M2

“ตั้งแต่มี FNP มาเยี่ยมที่บ้าน แม่ที่นอนติดเตียงได้รับการดูแลดีขึ้นมาก พยาบาลสอนวิธีดูแลที่บ้านให้เราด้วย ไม่ต้องพาไปโรงพยาบาลบ่อย” P3

การดูแลต่อเนื่องที่ผู้ให้ข้อมูลอธิบายครอบคลุมการเยี่ยมบ้าน การติดตามการใช้ยา การรับผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับมาดูแลในชุมชน การสอนผู้ดูแลที่บ้าน และการประสานหน่วยงานสังคมเมื่อพบปัญหาที่ไม่ใช่ปัญหาทางการแพทย์ ซึ่งตรงกับสมรรถนะย่อยด้านการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ผู้ให้ข้อมูลมองว่าเป็นสมรรถนะที่เป็นเอกลักษณ์ของ FNP เมื่อเทียบกับวิชาชีพอื่น

2.3 การดูแลครอบครัวและชุมชนเชิงองค์รวม

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า FNP ในบริบทไทยโดดเด่นในการมองผู้ป่วยแบบองค์รวมที่รวมครอบครัวและชุมชนเป็นส่วนหนึ่งของการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับวัฒนธรรมไทย

“เราไม่ได้มองแค่ตัวคนไข้ มองทั้งครอบครัวเลย ว่าโรคของเขากระทบคนในบ้านอย่างไร และคนในบ้านมีส่วนช่วยการรักษาได้แค่ไหน นี่คือสิ่งที่แตกต่างจากพยาบาลทั่วไป” F1

“FNP ถามถึงครอบครัวด้วยทุกครั้ง ถามว่าลูกหลานช่วยดูแลไหม มีปัญหาอะไรในบ้านไหม รู้สึกว่าไม่ใช่แค่คนไข้ แต่ทั้งบ้านได้รับการดูแล” P2

“FNP ต้องรู้จักชุมชน รู้จักผู้นำ รู้จักวัฒนธรรม ถ้าไปทำงานโดยไม่เข้าใจบริบทท้องถิ่น จะเจออุปสรรคเยอะมาก ชุมชนจะไม่เชื่อถือ” M5

“FNP ไม่ได้แค่รักษาโรค แต่ดูว่าครอบครัวมีจุดแข็งอะไร แล้วเสริมให้แข็งขึ้นอีก ช่วยให้ครอบครัวพึ่งตัวเองได้มากขึ้น” Fr4

สมรรถนะในประเด็นย่อยนี้ ได้แก่ การประเมินผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อครอบครัว การเสริมจุดแข็งของครอบครัวเพื่อให้พึ่งตนเองได้ (Fr4) และความเข้าใจผู้นำ วัฒนธรรม และบริบทท้องถิ่น (M5) ซึ่งกว้างกว่าสมรรถนะด้านสังคมในกรอบของสภาการพยาบาล และสะท้อนบริบทสังคมไทยที่ให้ความสำคัญกับครอบครัวขยายและความสัมพันธ์ในชุมชน

2.4 การทำงานเป็นทีมและภาวะผู้นำทางคลินิก

ผู้บริหารและเพื่อนร่วมงานสหวิชาชีพให้น้ำหนักกับสมรรถนะด้านการประสานงานทีม การสื่อสารระหว่างวิชาชีพ และภาวะผู้นำทางคลินิก (Clinical Leadership) ในฐานะปัจจัยที่ทำให้ FNP ขับเคลื่อนงานปฐมภูมิในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกันก็สะท้อนข้อจำกัดระหว่างความคาดหวังกับความเป็นจริง ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการที่สมาชิกทีมเข้าใจบทบาท FNP ไม่ตรงกันดังที่พบในประเด็นย่อย 1.2

“บางครั้งทีมไม่แน่ใจว่า FNP ทำได้แค่ไหน บางคนคิดว่าต้องให้หมอสั่งทุกอย่าง ต้องอธิบายซ้ำ ๆ ว่าเราอยู่ในขอบเขตที่กฎหมายกำหนด เสียเวลา เสียพลังงาน” F2

“FNP บางคนยังไม่มั่นใจในบทบาทตัวเอง บางทีสงสัยว่าทำอะไรได้บ้าง ขอบเขตอยู่ที่ไหน ต้องปรึกษาหมอทุกเรื่องหรือเปล่า ขาดความมั่นใจในการนำทีม” Fr3

“FNP ที่ดีต้องเห็นปัญหาในระบบ ไม่ใช่แค่ทำงานประจำ ต้องวิเคราะห์ได้ว่าทำไมผู้ป่วยถึงตกหล่น แล้วเสนอทางออก แต่ตอนนี้ยังน้อยคนที่ทำได้” M1

ข้อมูลในประเด็นย่อยนี้สะท้อนข้อจำกัดระหว่างความคาดหวังกับความเป็นจริง ผู้บริหารคาดหวังให้ FNP มีภาวะผู้นำเชิงระบบ คือ วิเคราะห์ได้ว่าเหตุใดผู้ป่วยจึงตกหล่นจากระบบและเสนอทางออก (M1) แต่ FNP ยังต้องใช้เวลาอธิบายขอบเขตบทบาทของตนซ้ำ ๆ (F2) และบางรายขาดความมั่นใจในการนำทีม (Fr3) ซึ่งเชื่อมโยงกับความไม่ชัดเจนของบทบาทในประเด็นที่ 1 สมรรถนะนี้ตรงกับสมรรถนะด้านภาวะผู้นำ การจัดการ และการพัฒนาคุณภาพของสภาการพยาบาล แต่ยังพัฒนาได้ไม่เต็มที่ในบริบทจริง

2.5 การสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพ

กลุ่มผู้รับบริการและเพื่อนร่วมงานสะท้อนตรงกันว่าสมรรถนะที่ทำให้ FNP แตกต่างจากแพทย์ในสายตาผู้ป่วย คือ ทักษะการสื่อสารที่ปรับตามบริบทและการสร้างความสัมพันธ์ระยะยาว

“FNP พูดภาษาชาวบ้าน ไม่ใช้ศัพท์หมอที่คนไข้ไม่เข้าใจ ทำให้คนไข้กล้าถาม กล้าบอกปัญหาจริงๆ ความไว้วางใจมันเกิดขึ้น ผลการรักษาก็ดีขึ้น” Fr4

“พยาบาล FNP ฟังฉันนานกว่าหมอ มีเวลาให้ฉัน ถามซ้ำว่าเข้าใจไหม ไม่รู้สึกว่าถูกรีบไล่ออก ทำให้กล้าบอกความกังวลทั้งหมด” P3

“การบอกให้ลดน้ำหนักหรือลดเกลืออย่างเดียวไม่ได้ผล ต้องเข้าใจว่าคนไข้ติดขัดอะไร วิถีชีวิตเป็นอย่างไร แล้วค่อยหาทางออกร่วมกัน” Fr1

“FNP ต้องสื่อสารได้กับหลายกลุ่ม ทั้งผู้ป่วย ครอบครัว แพทย์ อสม. ผู้บริหาร แต่ละกลุ่มต้องใช้วิธีและภาษาต่างกัน ทักษะนี้สำคัญมาก” M2

สมรรถนะด้านการสื่อสารที่พบ ได้แก่ การใช้ภาษาท้องถิ่นและภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจ การรับฟังและตรวจสอบความเข้าใจ การหาทางออกร่วมกันโดยเข้าใจวิถีชีวิตของผู้ป่วย และการปรับวิธีสื่อสารให้เหมาะกับผู้ป่วย ครอบครัว แพทย์ อสม. และผู้บริหาร ซึ่งตรงกับสมรรถนะด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพของสภาการพยาบาล กลุ่มผู้รับบริการให้ความสำคัญกับสมรรถนะนี้มากที่สุด เนื่องจากเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความไว้วางใจและกล้าบอกปัญหาที่แท้จริง

โดยภาพรวม ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องรับรู้สมรรถนะที่จำเป็นของ FNP สอดคล้องกันในหลายด้าน แต่ให้น้ำหนักแตกต่างกันตามบทบาทของตน กล่าวคือพยาบาล FNP เน้นสมรรถนะทางคลินิกและการดูแลต่อเนื่อง ผู้บริหารเน้นภาวะผู้นำ และการจัดการระบบ เพื่อนร่วมงานเน้นการทำงานเป็นทีมและความชัดเจนของบทบาท และผู้รับบริการเน้นการสื่อสารและความไว้วางใจ ประเด็นย่อยทั้ง 5 จึงรวมกันเป็นภาพของ FNP ในฐานะ *“ผู้ดูแลสุขภาพครอบครัวแบบองค์รวมที่มีความสามารถทางคลินิกและเป็นที่ไว้วางใจของชุมชน”*

ประเด็นที่ 3 กรอบสมรรถนะเชิงบริบทของ FNP (จุดแข็ง สมรรถนะที่ต้องพัฒนา และสมรรถนะเฉพาะบริบท)

ผู้วิจัยนำสมรรถนะที่จำเป็นจากประเด็นที่ 2 และเงื่อนไขการปฏิบัติงานจากประเด็นที่ 1 มาจัดเทียบกับสมรรถนะหลัก 8 ด้านของสภาการพยาบาล โดยพิจารณาว่าสมรรถนะแต่ละด้านปรากฏในข้อมูลมากน้อยเพียงใด มีหลักฐานจากผู้ให้ข้อมูลกลุ่มใด และมีข้อจำกัดระหว่างความคาดหวังกับการปฏิบัติจริงหรือไม่ ผลการสังเคราะห์จำแนกได้ 3 ประเด็นย่อย และข้อเสนอของผู้ให้ข้อมูลเพื่อลดข้อจำกัด ดังนี้

3.1 สมรรถนะที่เป็นจุดแข็ง (คลินิก การดูแลต่อเนื่องและครอบครัว-ชุมชน การสื่อสาร และจริยธรรม)

สมรรถนะที่เป็นจุดแข็งของ FNP ได้รับการยืนยันจากผู้ให้ข้อมูลหลายกลุ่มและไม่พบข้อจำกัดที่ชัดเจนระหว่างความคาดหวังกับการปฏิบัติ ได้แก่ สมรรถนะทางคลินิก (ประเด็นย่อย 2.1) การดูแลต่อเนื่องและการดูแลครอบครัวชุมชน (ประเด็นย่อย 2.2–2.3) การสื่อสารและการสร้างความไว้วางใจ (ประเด็นย่อย 2.5)

ส่วนด้านจริยธรรมวิชาชีพปรากฏในข้อมูลน้อยกว่าด้านอื่น แต่ผู้รับบริการสะท้อนเรื่องการรักษาความลับ ความรับผิดชอบ และความน่าไว้วางใจ (P4) และ FNP สะท้อนการตัดสินใจโดยยึดประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ แม้อยู่ภายใต้ข้อจำกัด (F1)

“FNP ที่นี่ทำได้ทุกอย่างในขอบเขต ตรวจ สั่งยา เยี่ยมบ้าน ดูแลครอบครัว ประสานทีม ทั้งหมดนี้คือสิ่งที่ระบบต้องการ” M1

“ที่.....เราพิสูจน์ให้เห็นว่า FNP สามารถดูแลชุมชนได้โดยไม่ต้องมีหมอทุกวัน ถ้ามีสมรรถนะครบและมีระบบสนับสนุนที่ดี” M2

“การที่ FNP รู้จักชุมชน รู้จักบริบท รู้จักคนทุกคน ทำให้ประสิทธิผลการรักษาดีกว่าหมอที่มาเป็นครั้งคราว” Fr3

“FNP รักษาความลับ รับผิดชอบ ไว้วางใจได้ ดูแลต่อเนื่อง ใส่ใจครอบครัว สิ่งเหล่านี้คือสิ่งที่ชาวบ้านต้องการและ FNP ทำได้ดีมาก” P4

เมื่อเทียบกับกรอบของสภาการพยาบาล สมรรถนะที่เป็นจุดแข็งเหล่านี้ตรงกับด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพและกฎหมาย และด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ ทั้งนี้ในพื้นที่ขาดแคลนแพทย์ FNP ใช้สมรรถนะทางคลินิกในระดับที่กว้างกว่ากรอบที่กำหนด ดังที่พบในประเด็นที่ 1

3.2 สมรรถนะที่ต้องพัฒนา (ภาวะผู้นำเชิงระบบ เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ และการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์/การวิจัย)

สมรรถนะ 3 ด้านนี้ตรงกับด้านภาวะผู้นำ การจัดการ และการพัฒนาคุณภาพ ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ ด้านวิชาการและการวิจัยของสภาการพยาบาล แต่เป็นด้านที่ปรากฏในข้อมูลน้อยที่สุดและมีข้อจำกัดระหว่างความคาดหวังกับการปฏิบัติจริงมากที่สุด ด้านภาวะผู้นำ ผู้บริหารระบุว่ายังมี FNP น้อยรายที่วิเคราะห์ปัญหาเชิงระบบและเสนอทางออกได้ (M1) และเพื่อนร่วมงานสะท้อนว่า FNP บางรายขาดความมั่นใจในการนำทีม (Fr3) ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ FNP ใช้ระบบข้อมูลสุขภาพ (HDC) ได้เพียงระดับพื้นฐาน และด้านการวิจัย FNP ไม่มีเวลาอ่านและนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ ผู้ให้ข้อมูลระบุสาเหตุตรงกันว่ามาจากภาระงาน การขาดเวลาที่ได้รับการคุ้มครอง (Protected Time) การไม่มีผู้ปฏิบัติงานแทนเมื่อไปอบรม และการขาดผู้สอนหรือพี่เลี้ยง ดังคำกล่าว

“งานล้นมาก แทบไม่มีเวลาอ่านงานวิจัย อยากนำ evidence ใหม่ไปใช้ แต่ต้องการ protected time และระบบสนับสนุน” F2

“ที่.....การพัฒนาตัวเองยากมาก เพราะไม่มีคนมาทำงานแทนถ้าต้องไปอบรม อยากพัฒนาแต่ไม่มีโอกาส ต้องการระบบที่สนับสนุนจริง ๆ” F3

“อยากใช้ HDC วิเคราะห์ข้อมูลชุมชนให้ดีกว่านี้ แต่ไม่มีเวลา ไม่มีคนสอน ตอนนี้ใช้ได้แค่พื้นฐาน ยังไม่ได้ใช้ให้เต็มศักยภาพ” F4

“ควรให้ FNP ได้มีโอกาสพัฒนาเหมือนกับที่อื่น อาจต้องเป็น online learning หรือ blended ที่ไม่ต้องออกจากพื้นที่นาน” M2

ข้อมูลจาก รพ.สต. ในพื้นที่ห่างไกลยังแสดงให้เห็นความไม่เท่าเทียมของโอกาสในการพัฒนาระหว่างพื้นที่ห่างไกลกับพื้นที่ที่เข้าถึงง่าย (F3, M2) ข้อจำกัดเหล่านี้จึงสะท้อนอุปสรรคเชิงระบบมากกว่าการขาดความตั้งใจหรือศักยภาพส่วนบุคคลของ FNP

3.3 สมรรถนะเฉพาะบริบท

ผลการสังเคราะห์พบสมรรถนะที่ผู้ให้ข้อมูลระบุว่าจำเป็นต่อการทำงานในพื้นที่ แต่ไม่ได้ระบุไว้อย่างชัดเจนในกรอบสมรรถนะของสภาการพยาบาล 2 ประการ ได้แก่

(1) การจัดการความเชื่อด้านสุขภาพดั้งเดิม (Traditional-belief management) คือ การเข้าใจและเคารพความเชื่อเรื่องการรักษาแบบพื้นบ้าน ไม่ขัดแย้ง แต่ค่อย ๆ ให้ความรู้ที่ถูกต้องควบคู่ไป

“ที่.....ชาวบ้านบางคนยังเชื่อเรื่องการรักษาแบบพื้นบ้าน FNP ต้องเข้าใจ ไม่ขัดแย้ง แต่ค่อย ๆ ให้ความรู้ที่ถูกต้องควบคู่ไป นี่คือสมรรถนะพิเศษที่ต้องมี” F3

(2) การทำงานร่วมกับเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) ในฐานะกลไกขยายการดูแลให้ครอบคลุมชุมชน โดย FNP ทำหน้าที่เป็นแกนเชื่อมทีม

“เครือข่าย อสม. ที่.....เข้มแข็งมาก ช่วย FNP ติดตามผู้ป่วยในชุมชนได้ดี เป็นหูเป็นตาในหมู่บ้าน ทำให้ครอบคลุมพื้นที่ได้กว้างขึ้น” F4

สมรรถนะทั้งสองประการนี้สะท้อนลักษณะเฉพาะของระบบบริการปฐมภูมิไทยที่มีเครือข่าย อสม. และวัฒนธรรมความเชื่อด้านสุขภาพในชุมชน ซึ่งกรอบสมรรถนะที่ใช้อยู่ครอบคลุมเพียงบางส่วนภายใต้สมรรถนะด้านสังคม จึงควรได้รับการระบุให้ชัดเจนในกรอบสมรรถนะเชิงบริบทของ FNP

3.4 ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อลดข้อจำกัดสมรรถนะ

ผู้ให้ข้อมูลเสนอแนวทางลดข้อจำกัดสมรรถนะ ได้แก่ (1) การนิยามบทบาท FNP ให้ชัดเจนในระดับหน่วยบริการ (M4) (2) การจัดการอบรมต่อเนื่องในรูปแบบออนไลน์หรือแบบผสมผสานที่ไม่ต้องออกจากพื้นที่เป็นเวลานาน (M2) (3) การจัดสรรเวลาที่ได้รับการคุ้มครองและระบบสนับสนุนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (F2) และ (4) การขยายแนวทางทีมหมอครอบครัว ไปยังพื้นที่อื่นดังข้อความ

“นโยบาย Family Care Team ช่วยได้มาก มีทีมชัดเจน รู้ว่าใครทำอะไร FNP เป็นแกนกลางในการเชื่อมทีมทั้งหมด ควรขยายแนวทางนี้ไปพื้นที่อื่นด้วย” M3

โดยสรุป กรอบสมรรถนะเชิงบริบทของ FNP ที่สังเคราะห์ได้ ประกอบด้วย สมรรถนะที่เป็นจุดแข็ง 4 ด้าน สมรรถนะที่ต้องพัฒนา 3 ด้าน และสมรรถนะเฉพาะบริบท 2 ด้าน ส่วนการทำงานเป็นทีมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากถูกจำกัดด้วยความไม่ชัดเจนของบทบาท ข้อจำกัดของสมรรถนะเกิดจากอุปสรรคเชิงระบบ ได้แก่ ภาระงานสูง การขาดการสนับสนุนจากองค์กร และความไม่ชัดเจนของบทบาท มากกว่าข้อจำกัดด้านความสามารถของบุคคล

อภิปรายผล

1) บริบทการปฏิบัติงาน FNP ด่านหน้าภายใต้บทบาทที่ไม่ชัดเจน

ในพื้นที่ที่แพทย์ให้บริการได้เพียงเดือนละ 1–2 ครั้ง FNP เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในชุมชนอย่างต่อเนื่อง รู้จักผู้ป่วยและครอบครัว และรับผิดชอบทั้งการคัดกรอง การวินิจฉัยเบื้องต้น การเยี่ยมบ้าน และการประสานส่งต่อ การขยายบทบาทดังกล่าวเกิดจากข้อจำกัดด้านบุคลากรมากกว่าการกำหนดเชิงนโยบาย ส่งผลให้การปฏิบัติงานครอบคลุมภารกิจเกินกรอบที่หลักสูตรและประกาศสภาการพยาบาลกำหนด สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ C. Torrens และคณะ[10] ซึ่งพบว่า ภาระงานและการขาดแคลนทรัพยากรเป็นปัจจัยสำคัญที่ผลักดันให้พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง (APN) ซึ่งมีบทบาทดูแลผู้ป่วยโดยตรงในระดับปฐมภูมิใกล้เคียงกับ FNP ปฏิบัติงานเกินขอบเขตที่กำหนดอย่างเป็นทางการ รวมทั้ง I. Brownwood และคณะ[4] ที่พบว่า APN ในประเทศที่ขาดแคลนแพทย์มีขอบเขตบทบาทกว้างกว่าในประเทศที่มีแพทย์เพียงพอ สำหรับประเทศไทย รัชตวรรณ ศรีตระกูล และคณะ[8] พบเช่นเดียวกันว่า พยาบาลเวชปฏิบัติในหน่วยบริการปฐมภูมิปฏิบัติงานทั้งตามบทบาทที่กฎหมายกำหนดและตามภารกิจที่หลากหลายของหน่วยบริการ

แม้บทบาทในการดูแลผู้ป่วยจะปรากฏชัดเจน แต่ขอบเขตอำนาจตัดสินใจของ FNP ในระดับองค์กรยังคลุมเครือแม้ภายในหน่วยงานเดียวกัน ผู้ให้ข้อมูลบางรายต้องชี้แจงขอบเขตการปฏิบัติงานตามกฎหมายซ้ำ ขณะที่บางรายในพื้นที่ห่างไกลจำเป็นต้องตัดสินใจให้การดูแล เนื่องจากไม่มีบุคลากรอื่นช่วยเหลือผู้ป่วย แม้กังวลว่าอาจเกินขอบเขตอำนาจ ความขัดแย้งระหว่างพันธกิจในการดูแลผู้ป่วยกับความไม่มั่นใจในขอบเขตการปฏิบัติงานสอดคล้องกับ A. Nantsupawat และคณะ[7] ซึ่งทบทวนสถานการณ์กำลังคนพยาบาลเวชปฏิบัติ (NP) ในประเทศไทยตลอด 20 ปี และพบว่า แม้ NP มีศักยภาพและได้รับการยอมรับด้านการปฏิบัติงาน แต่นโยบายกำหนดขอบเขตการปฏิบัติงาน (Scope of Practice) ที่ชัดเจนและมีผลผูกพันทางกฎหมาย ยังไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริง เมื่อพิจารณาข้อบังคับสภาการพยาบาลที่กำหนดให้พยาบาลเวชปฏิบัติรักษาโรคเบื้องต้นภายใต้ข้อจำกัดและเงื่อนไขที่กำหนด[5] บทบาทของ FNP ในพื้นที่ห่างไกลจึงกว้างกว่ากรอบดังกล่าว และอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและความรับผิดทางวิชาชีพ การคุ้มครองชื่อหรือตำแหน่งทางวิชาชีพ (Title Protection) และการกำหนดขอบเขตการปฏิบัติงานที่ชัดเจนจึงเป็นประเด็นเชิงนโยบายที่ควรได้รับการแก้ไข สอดคล้องกับ C. Torrens และคณะ[10] ที่ระบุว่าความคลุมเครือของบทบาท (Role Ambiguity) เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนา APN ในหลายประเทศ

ข้อค้นพบที่การศึกษานี้เพิ่มเติมจากวรรณกรรมสากล คือความสัมพันธ์ระยะยาวกับชุมชนซึ่งช่วยชดเชยข้อจำกัดเชิงระบบในพื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัด เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และความคุ้นเคยระหว่าง FNP กับครอบครัวผู้ป่วยเป็นกลไกสำคัญในการคงคุณภาพการดูแล แม้ขาดแคลนบุคลากรและความชัดเจนเชิงนโยบาย ปัจจัยเหล่านี้สะท้อนทั้งจุดแข็งของบริบทไทยและข้อจำกัดของระบบที่ยังพึ่งพาความทุ่มเทส่วนบุคคลของ FNP มากกว่าโครงสร้างสนับสนุนที่เป็นระบบ

2) สมรรถนะที่จำเป็นตามการรับรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

ผลการศึกษาประเด็นสมรรถนะที่สำคัญของพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว (FNP) พบว่า ผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่มให้ความสำคัญกับสมรรถนะแตกต่างกันตามบทบาทและประสบการณ์ โดย FNP เน้นการดูแลทางคลินิกและการดูแลต่อเนื่อง ผู้บริหารเน้นภาวะผู้นำและการบริหารจัดการระบบ ทีมสุขภาพสหวิชาชีพเน้นการทำงานร่วมกันและความชัดเจนของขอบเขตบทบาท ส่วนผู้รับบริการเน้นการสื่อสารและความไว้วางใจ ความแตกต่างดังกล่าวสะท้อนลักษณะพหุมิติของสมรรถนะ FNP สอดคล้องกับ MC. Schlunegger และคณะ[9] ที่อธิบายว่าสมรรถนะพยาบาลเวชปฏิบัติเป็นแนวคิดพหุมิติ (Multidimensional Concept) ซึ่งควรกำหนดร่วมกันโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายฝ่ายมากกว่าการกำหนดจากส่วนกลางเพียงฝ่ายเดียว แม้ผู้ให้ข้อมูลจะมีจุดเน้นแตกต่างกัน แต่ทุกกลุ่มให้ความสำคัญกับสมรรถนะทางคลินิกขั้นสูง สอดคล้องกับ MC. Schlunegger และคณะ[9] ที่พบว่าการปฏิบัติทางคลินิกโดยตรง (Direct Clinical Practice) เป็นสมรรถนะที่พบมากที่สุดในวรรณกรรมเกี่ยวกับพยาบาลเวชปฏิบัติ (NP) คิดเป็นร้อยละ 33 และสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ Hamric[16] ที่กำหนดให้สมรรถนะดังกล่าวเป็นแกนกลางของพยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง (APN) ส่วนการดูแลต่อเนื่อง รวมถึงการดูแลครอบครัวและชุมชน สอดคล้องกับ A. Bagnasco และคณะ[22] และ M. Azimirad และคณะ[23] ที่ระบุว่าการดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางและการดูแลบนฐานชุมชนเป็นสมรรถนะหลักของพยาบาลครอบครัวและชุมชน ขณะที่ทักษะการสื่อสารซึ่งผู้รับบริการให้ความสำคัญสอดคล้องกับสมรรถนะด้านการชี้แนะ การฝึกสอน และการให้คำปรึกษา ซึ่งรวมกันคิดเป็นประมาณร้อยละ 20 ของสมรรถนะ NP ในวรรณกรรม[9] อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้พบจุดเน้นเฉพาะบริบทไทย ได้แก่ การใช้ภาษาท้องถิ่นและการสร้างความสัมพันธ์ระยะยาวกับครอบครัวขยาย โดยสมรรถนะทั้ง 5 ประเด็นย่อยครอบคลุมกรอบสมรรถนะของสภาการพยาบาลเกือบทุกด้าน ยกเว้นด้านวิชาการและการวิจัย และด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลระบุว่ายังมีข้อจำกัด

ข้อค้นพบนี้สนับสนุนแนวทางของ A. Bagnasco และคณะ[22] ที่ใช้กระบวนการ e-Delphi รวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญหลายกลุ่มเพื่อพัฒนากรอบสมรรถนะพยาบาลครอบครัวและชุมชนในยุโรป การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องจึงเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ช่วยให้กรอบสมรรถนะสอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริง การพัฒนากรอบสมรรถนะ FNP ของไทยควรปรับใช้กรอบสากลให้เหมาะสมกับบริบท โดยรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้ง 4 กลุ่มอย่างเป็นระบบ

3) กรอบสมรรถนะเชิงบริบท (จุดแข็ง ข้อจำกัดด้านภาวะผู้นำ ข้อมูลและการวิจัย และสมรรถนะเฉพาะบริบท)

การศึกษานี้พบความแตกต่างระหว่างสมรรถนะที่ FNP ปฏิบัติได้ดีและสมรรถนะที่ยังมีข้อจำกัดในการพัฒนา โดยผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่มยืนยันจุดแข็งด้านการดูแลทางคลินิก การดูแลต่อเนื่อง และจริยธรรมวิชาชีพ ขณะที่ภาวะผู้นำเชิงระบบ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ และการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ได้รับการกล่าวถึงน้อย และส่วนใหญ่สะท้อนข้อจำกัดในการปฏิบัติงาน FNP หลายรายระบุว่าภาระงานสูงทำให้ไม่มีเวลาศึกษางานวิจัยหรือใช้ข้อมูลในระบบอย่างเต็มศักยภาพ รวมทั้งขาดผู้ให้คำแนะนำ ข้อมูลดังกล่าวชี้ว่าข้อจำกัดเหล่านี้เกี่ยวข้องกับอุปสรรคเชิงระบบ มากกว่าการขาดความตั้งใจหรือศักยภาพส่วนบุคคล

ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับ MC. Schlunegger และคณะ[9] ที่รายงานว่าการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) คิดเป็นเพียงร้อยละ 5 ของสมรรถนะ NP ที่ปรากฏในวรรณกรรม และ M. Azimirad และคณะ[23] ที่พบว่าหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่องสำหรับพยาบาลครอบครัวและชุมชนในหลายประเทศให้ความสำคัญกับสมรรถนะทางคลินิกมากกว่าภาวะผู้นำและการวิจัย ความสอดคล้องดังกล่าวสะท้อนว่า ข้อจำกัดในการพัฒนาสมรรถนะนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วยโดยตรงพบได้ในหลายบริบท และอาจเกี่ยวข้องกับแนวทางการผลิตและพัฒนา NP ที่ยังเน้นการปฏิบัติทางคลินิกเป็นหลัก

ในประเทศไทย หฤทัย กงมหา และคณะ[6] พบว่าสมรรถนะด้านวิชาการและการวิจัย และด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศของพยาบาลเวชปฏิบัติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีค่าเฉลี่ยอยู่ในกลุ่มต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับด้านอื่น และเสนอให้ศึกษาเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การศึกษานี้ช่วยขยายความเข้าใจว่า ภาระงานและการขาดระบบสนับสนุนเป็นปัจจัยสำคัญของข้อจำกัดดังกล่าว นอกจากนี้ ยังพบสมรรถนะเฉพาะบริบท 2 ประการ ได้แก่ การจัดการความเชื่อด้านสุขภาพดั้งเดิมและการทำงานร่วมกับเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของ H. Guo และคณะ[11] ที่ระบุว่ากรอบสมรรถนะจากบริบทตะวันตกไม่สามารถนำมาใช้ในบริบทเอเชียได้โดยตรง และแนวทางของ ICN[3] ที่กำหนดให้สมรรถนะ APN สอดคล้องกับบริบทของแต่ละประเทศ กรอบสมรรถนะ FNP ของไทยจึงควรระบุสมรรถนะเฉพาะบริบทเหล่านี้อย่างชัดเจน

ผลการศึกษาสะท้อนว่า FNP ในระบบปฐมภูมิไทยมีความเชี่ยวชาญ แต่ยังขาดโอกาส เวลา และระบบสนับสนุนในการพัฒนาบทบาทด้านการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ การใช้ข้อมูลระดับประชากรเพื่อวางแผนป้องกันโรคเชิงรุก และการสร้างองค์ความรู้ผ่านการวิจัย การแก้ไขข้อจำกัดดังกล่าวจึงต้องอาศัยนโยบายที่จัดสรรเวลาและทรัพยากรสนับสนุนอย่างเหมาะสม เพื่อให้ FNP สามารถใช้ศักยภาพในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิได้อย่างเต็มที่

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดจากการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงในพื้นที่จำกัด การเชื่อมโยงข้อมูลจึงควรพิจารณาความคล้ายคลึงของบริบทระบบบริการอย่างรอบคอบ อีกทั้งข้อมูลเก็บรวบรวม ณ ช่วงเวลาเดียวและเป็นการรายงานด้วยตนเองซึ่งอาจมีอคติจากการรับรู้หรือความต้องการนำเสนอภาพลักษณ์เชิงบวก นอกจากนี้กรอบสมรรถนะที่สังเคราะห์ได้ยังไม่ผ่านการตรวจสอบเชิงปริมาณ จึงควรมีการศึกษาต่อยอดเพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือประเมินอย่างเป็นระบบ รวมทั้งจำนวนผู้ให้ข้อมูลในแต่ละกลุ่มมีขนาดเล็ก (4–5 คน) การศึกษาดำเนินการในจังหวัดอุบลราชธานีเพียงจังหวัดเดียว และผู้วิจัยเป็นอาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาล ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อการตีความ แม้จะใช้การสะท้อนคิดและการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกเพื่อลดอคติแล้วก็ตาม การนำผลไปใช้ในพื้นที่อื่นจึงควรพิจารณาความคล้ายคลึงของบริบท

สรุปผล

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า FNP ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดอุบลราชธานี ปฏิบัติงานในฐานะด่านหน้าภายใต้บทบาทที่ไม่ชัดเจน โดยเฉพาะในพื้นที่ขาดแคลนแพทย์ที่ต้องรับบทบาทเกินกรอบที่สภาการพยาบาลกำหนด ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องรับรู้ว่า FNP ที่พึงประสงค์คือผู้ดูแลสุขภาพครอบครัวแบบองค์รวมที่มีความสามารถทางคลินิกและเป็นที่ไว้วางใจของชุมชน กรอบสมรรถนะเชิงบริบทที่สังเคราะห์ได้ประกอบด้วยจุดแข็งด้านคลินิก การดูแลต่อเนื่องและครอบครัว-ชุมชน การสื่อสาร และจริยธรรม สมรรถนะที่ต้องพัฒนาด้านภาวะผู้นำเชิงระบบ เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ และการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งเป็นผลจากอุปสรรคเชิงระบบ และสมรรถนะเฉพาะบริบทด้านการจัดการความเชื่อดั้งเดิมและการทำงานร่วมกับเครือข่าย อสม. กรอบนี้เป็นพื้นฐานสำหรับการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะ FNP ที่มีความตรงเชิงบริบทต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากข้อค้นพบว่า FNP ในพื้นที่ขาดแคลนแพทย์ต้องตัดสินใจทางคลินิกเกินกรอบที่กำหนดและมีความคลุมเครือของบทบาท (ประเด็นที่ 1) หน่วยบริการควรกำหนดแนวปฏิบัติ (Clinical Guideline) ที่ชัดเจนเกี่ยวกับขอบเขตการตัดสินใจทางคลินิกของ FNP โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ไม่มีแพทย์ประจำพื้นที่ เพื่อลดความไม่ชัดเจนของบทบาทและเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติงาน[3,16]

2) ด้านการบริหารจัดการ

จากข้อค้นพบว่าภาระงานมากและการขาดการสนับสนุนจากองค์กรเป็นสาเหตุของข้อจำกัดด้านภาวะผู้นำ (ประเด็นย่อย 2.4 และ 3.2) ผู้บริหารระบบบริการสุขภาพควรทบทวนอัตรากำลังและภาระงานของ FNP ในพื้นที่ขาดแคลนบุคลากร พร้อมสนับสนุนโครงสร้างการนิเทศและกลไกภาวะผู้นำทางคลินิกที่เอื้อให้ FNP มีบทบาทในการตัดสินใจเชิงระบบมากขึ้น สอดคล้องกับข้อเสนอ ของ I. Brownwood และคณะ[4] เกี่ยวกับการใช้ APN เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพระบบสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งขยายแนวทางทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าช่วยให้บทบาทของ FNP ชัดเจนขึ้น

3) ด้านการจัดการศึกษาและการพัฒนาบุคลากร

จากข้อค้นพบว่า FNP ยังขาดโอกาสพัฒนาสมรรถนะด้านภาวะผู้นำ เทคโนโลยีสารสนเทศ การวิจัย และมีสมรรถนะเฉพาะบริบทที่ยังไม่ปรากฏชัดในหลักสูตร (ประเด็นที่ 3) สถาบันการศึกษาพยาบาลควรบรรจุเนื้อหาด้านภาวะผู้นำทางคลินิกและเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพเพิ่มเติมในหลักสูตรฝึกอบรมเฉพาะทาง FNP และในการศึกษาต่อเนื่อง เพื่อลดข้อจำกัดสมรรถนะที่พบในการศึกษานี้ ตามข้อเสนอของ M. Azimirad และคณะ[23] รวมทั้งเพิ่มเนื้อหาด้านการจัดการความเชื่อด้านสุขภาพดั้งเดิมและการทำงานร่วมกับเครือข่าย อสม. โดยจัดในรูปแบบออนไลน์หรือแบบผสมผสาน เพื่อให้ FNP ในพื้นที่ห่างไกลเข้าถึงได้โดยไม่ต้องออกจากพื้นที่นาน

4) ด้านการวิจัยต่อยอด

จากกรอบสมรรถนะเชิงบริบทที่ได้ยังไม่ผ่านการตรวจสอบเชิงปริมาณ ควรมีการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือประเมินสมรรถนะ FNP ที่สร้างจากกรอบสมรรถนะเชิงบริบทที่สังเคราะห์ได้ในการศึกษานี้ รวมถึงการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะ FNP กับผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชนในระบบปฐมภูมิไทยในระยะยาว[14-15]

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Declaration of Astana [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2026 Jul 31]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf
2. สภาการพยาบาล. หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติครอบครัว [เอกสารหลักสูตร]. กรุงเทพฯ: สภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย; 2563.
3. International Council of Nurses. Guidelines on advanced practice nursing 2020 [Internet]. Geneva: ICN; 2020 [cited 2026 Jul 31]. Available from: https://www.icn.ch/resources/publications-and-reports/guidelines-advanced-practice-nursing-2020
4. Brownwood I, Lafortune G. Advanced practice nursing in primary care in OECD countries: recent developments and persisting implementation challenges. Paris: OECD Publishing; 2024. (OECD Health Working Papers No. 165). doi: 10.1787/8e10af16-en.
5. สภาการพยาบาล. ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2564. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 138, ตอนพิเศษ 53 ง (ลงวันที่ 10 มีนาคม 2564).
6. หฤทัย กงมหา, จงกลณี ตุ้ยเจริญ, ประทุ่ม กงมหา. การติดตามและประเมินผลสมรรถนะทางการพยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ที่สำเร็จการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น). วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา มกราคม – มิถุนายน 2568; 11(1): 20–34.
7. Nantsupawat A, Srisuphan W, Sripetchwadee N, Nantsupawat P, Courtwright SE, Horton MD, et al. A scoping review of empirical evidence on the nurse practitioner workforce in Thailand. Int Nurs Rev 2025; 72(1): e70016. doi: 10.1111/inr.70016. PubMed PMID: 40105105.

8. รัชตวรรณ ศรีตระกูล, ขนิษฐา นันทบุตร. การปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติในบริบทการดูแลสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ พฤษภาคม-สิงหาคม 2564; 14(2): 265–79.
9. Schlunegger MC, Aeschlimann S, Palm R, Zumstein-Shaha M. Competencies of nurse practitioners in family practices: a scoping review. J Clin Nurs 2023; 32(11–12): 2521–32. doi: 10.1111/jocn.16382. PubMed PMID: 35642084.
10. Torrens C, Campbell P, Hoskins G, Strachan H, Wells M, Cunningham M, et al. Barriers and facilitators to the implementation of the advanced nurse practitioner role in primary care settings: a scoping review. Int J Nurs Stud 2020; 104: 103443. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103443. PubMed PMID: 32120089.
11. Guo H, Zhu W, Li J. Developing a core competency framework for advanced practice nursing in mainland China: a sequential exploratory study. BMC Nurs 2023; 22(1): 179. doi: 10.1186/s12912-023-01335-4. PubMed PMID: 37221496.
12. Scanlon A, Murphy M, Smolowitz J, Lewis V. Advanced nursing practice and advanced practice nursing roles within low and lower-middle-income countries. J Nurs Scholarsh 2023; 55(2): 484–93. doi: 10.1111/jnu.12838. PubMed PMID: 36352540.
13. Sevilla-Guerra S, Zabalegui A. Analysis instruments for the performance of advanced practice nursing. Enferm Clin (Engl Ed) 2019; 29(2): 90–8. doi: 10.1016/j.enfcli.2017.10.002. PubMed PMID: 29198618.
14. Dias FCP, Ferreira TDM, Vergílio MSTG, Sastre-Fullana P, São-João TM, Gasparino RC. Evaluation of advanced practice nurse competencies: validation of an instrument for primary care. Rev Lat Am Enfermagem 2025; 33: e4449. doi: 10.1590/1518-8345.6958.4449. PubMed PMID: 39907391.
15. Kilpatrick K, Savard I, Audet LA, Costanzo G, Khan M, Atallah R, et al. A global perspective of advanced practice nursing research: a review of systematic reviews. PLoS One 2024; 19(7): e0305008. doi: 10.1371/journal.pone.0305008. PubMed PMID: 38954675.
16. Tracy MF, O'Grady ET, Phillips SJ. Hamric & Hanson's advanced practice nursing: an integrative approach. 7th ed. St. Louis (MO): Elsevier; 2022.
17. Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description? Res Nurs Health 2000; 23(4): 334–40. doi: 10.1002/1098-240x(200008)23:4<334::aid-nur9>3.0.co;2-g. PubMed PMID: 10940958.
18. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Beverly Hills (CA): Sage Publications; 1985.

19. Nowell LS, Norris JM, White DE, Moules NJ. Thematic analysis: striving to meet the trustworthiness criteria. Int J Qual Methods 2017; 16(1): 1–13. doi: 10.1177/1609406917733847.
20. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol 2006; 3(2): 77–101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa.
21. Sastre-Fullana P, Morales-Asencio JM, Sesé-Abad A, Bennasar-Veny M, Fernández-Domínguez JC, De Pedro-Gómez J. Advanced Practice Nursing Competency Assessment Instrument (APNCAI): clinimetric validation. BMJ Open 2017; 7(2): e013659. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013659. PubMed PMID: 28235968.
22. Bagnasco A, Catania G, Zanini M, Pozzi F, Aleo G, Watson R, et al. Core competencies for family and community nurses: a European e-Delphi study. Nurse Educ Pract 2022; 60: 103296. doi: 10.1016/j.nepr.2022.103296. PubMed PMID: 35176643.
23. Azimirad M, Paloniitty R, Papathanasiou IV, Aleo G, Catania G, Pozzi F, et al. Examining family and community nurses' core competencies in continuing education programs offered in primary health care settings: an integrative literature review. Nurse Educ Pract 2023; 67: 103561. doi: 10.1016/j.nepr.2023.103561. PubMed PMID: 36738528.