

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาบทบาทการบริหารงานของหัวหน้าพยาบาลในยุคปฏิรูประบบสุขภาพผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ ดังหัวข้อต่อไปนี้

1. การปฏิรูประบบสุขภาพ
 - 1.1 การเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจ สังคม การเมือง
 - 1.2 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549)
 - 1.3 แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9
 - 1.4 ระบบบริการสุขภาพ ในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ
 - 1.5 ระบบบริการพยาบาล ในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ
2. แนวคิดทฤษฎีบทบาทการบริหารงานของหัวหน้าพยาบาล
 - 2.1 ความหมายของบทบาทและบทบาทการบริหารงาน
 - 2.2 บทบาทการบริหารงานของหัวหน้าพยาบาล
 - 2.3 บทบาทการบริหารงานของหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไป และ โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
 - 2.4 บทบาทการบริหารงานของหัวหน้าพยาบาลในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ
3. การวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย
 - 3.1 ความเป็นมาของการวิจัยแบบเดลฟาย
 - 3.2 ความหมายของเทคนิคเดลฟาย
 - 3.3 ลักษณะงานวิจัยที่ใช้เทคนิคเดลฟาย
 - 3.4 ประเภทของเทคนิคเดลฟาย
 - 3.5 กระบวนการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย
 - 3.6 ลักษณะเฉพาะของเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย
4. งานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง
 - 4.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบทบาทการบริหารงานของหัวหน้าพยาบาล
 - 4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเทคนิคเดลฟาย

1. การปฏิรูประบบสุขภาพ

1.1 การเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และเทคโนโลยี

วิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจ (Economic crisis) ที่เกิดขึ้นในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 เป็นวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจครั้งที่ยาวนานที่สุดในประวัติศาสตร์เศรษฐกิจของประเทศไทย ก่อให้เกิดผลกระทบเชิงลบในหลากหลายมิติทั้งในแง่เศรษฐกิจ การเมือง สังคม การจ้างงานซึ่งบั่นทอนสุขภาพจิตของคนไทยทั้งชาติ (รังสรรค์ หทัยเสรี, 2541: 19) ผลกระทบของวิกฤตเศรษฐกิจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม คือ จำนวนผู้ตกงานเพิ่มขึ้น รายได้ของครอบครัวลดลง ในขณะที่รายจ่ายเพิ่มสูงขึ้น (ปรีดา เต๋ออารักษ์, 2542: 4) หลายครอบครัวต้องอพยพเข้าเมืองเพื่อขายแรงงาน ผู้สูงอายุและเด็กถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ในขณะที่ผู้ขายแรงงานในเขตชุมชนเมืองต้องอยู่อย่างแออัด มีชีวิตที่ด้อยคุณภาพและมีสุขภาวะที่ไม่ดี มีปัญหาการปรับตัวกับวิถีชีวิตในเมือง (สำนักปฏิรูประบบสุขภาพ, 2543: 6)

การโยกย้ายถิ่นฐานเข้าเมืองเพื่อขายแรงงาน ทำให้โครงสร้างของครอบครัวไทยเปลี่ยนไป จากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น การถ่ายทอดประสบการณ์ วัฒนธรรม ประเพณี และค่านิยมลดลง เยาวชนเรียนรู้ทั้งในเชิงบวกและเชิงลบจากการสื่อสารที่พัฒนาไปมากอย่างรวดเร็วและกว้างขวาง (ทัศนาศ นุญทอง, 2542: 5) สื่อวิทยุ ศูนย์การค้า สถานเริงรมย์ และแหล่งอบายมุขขยายตัว ผลที่ตามมาคือ ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ สื่อสารเสพติด อาชญากรรม และความรุนแรงต่างๆ (สำนักปฏิรูประบบสุขภาพ, 2543: 9)

ผลกระทบทางเศรษฐกิจและการโยกย้ายถิ่นฐานดังกล่าว ทำให้เกิดสภาวะสิ่งแวดล้อม เป็นพิษระดับรุนแรงในเขตเมืองกล่าวคือ เกิดภาวะน้ำเน่าเสียจากการพัฒนาอุตสาหกรรมเพื่อความอยู่รอด อากาศเป็นพิษจากการจราจรที่แออัดคับคั่ง ขยะล้นเมืองจากจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้น (สำนักปฏิรูประบบสุขภาพ, 2543: 8) ซึ่งจากการสำรวจของกรมอนามัยพบว่าปัญหามลพิษส่วนใหญ่ที่เกิดในเขตเมือง โดยเฉพาะเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล คือ ปัญหามลพิษทางอากาศ ได้แก่ ปัญหาฝุ่นละออง รองลงมา คือ ปัญหาก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ ปัญหาอากาศเป็นพิษจึงเป็นปัญหาหลักของผู้ที่อาศัยในเขตเมือง (เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์, 2544: 6)

ความเจริญก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีผลต่อการรักษาพยาบาล และความสำเร็จของการวางแผนครอบครัว ทำให้อัตราการเพิ่มของประชากรในภาพรวมของประเทศลดลง แต่สัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น องค์การอนามัยโลกประมาณการไว้ว่า สัดส่วนประชากรวัยเฟื่องฟูที่เป็นผู้สูงอายุของประเทศไทยจะเพิ่มขึ้นจากสัดส่วน ร้อยละ 7.5 ในปี พ.ศ.

2538 เป็นร้อยละ 16.3 ในปี พ.ศ. 2568 (เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์, 2544: 5) เมื่อสัดส่วนผู้สูงอายุในสังคมสูงขึ้น ความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจึงขยายตัวมากขึ้น

จากปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาสังคม และปัญหาสุขภาพของประชาชนดังกล่าวข้างต้น ทำให้เกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงมิได้ แต่การแก้ปัญหาสุขภาพดังกล่าวเป็นภารกิจที่ไม่สามารถกระทำได้ด้วยคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งในสังคมไทย พลังการเมืองจึงเป็นพลังสำคัญในการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางนโยบายงบประมาณ และกฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในประเทศ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงแม่บทที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ คือ กฎหมายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 (วิพุธ พูลเจริญ, 2544: 39) รัฐธรรมนูญฉบับนี้เป็นรากฐานนำไปสู่การปฏิรูปต่างๆ เช่น การปฏิรูปการศึกษา การปฏิรูประบบราชการ (อำพล จินดาวัฒนะ และคณะ, 2541: 6) รวมถึงการปฏิรูประบบสุขภาพ

จะเห็นได้ว่าปัจจัยการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ได้แก่ เศรษฐกิจ สังคม และการเมือง โดยเฉพาะการปฏิรูประบบราชการ ส่งผลผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพซึ่งเป็นส่วนหนึ่งระบบบริการภาครัฐ ที่จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนบทบาทภารกิจด้านการจัดการสาธารณสุข เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาสุขภาพและยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนไทยให้มีสุขภาพดีแบบยั่งยืน

1.2 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549)

“เศรษฐกิจพอเพียง” เป็นปรัชญาที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงมีพระราชดำรัสชี้แนะแนวทางการดำเนินชีวิตแก่พสกนิกรชาวไทยมาโดยตลอดนานกว่า 25 ปี ตั้งแต่ก่อนเกิดวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจ (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9, 2544: 84) ดังพระบรมราโชวาท เมื่อวันที่ 18 กรกฎาคม 2517 ที่ว่า

“การพัฒนาประเทศจำเป็นต้องทำตามลำดับขั้น ต้องสร้างพื้นฐาน คือ ความพอมีพอกิน พอใช้ของประชาชนส่วนใหญ่เบื้องต้นก่อน โดยใช้วิธีการและอุปกรณ์ที่ประหยัดแต่ถูกต้องตามหลักวิชาการ เมื่อได้พื้นฐานความมั่นคง พร้อมพอสมควรและปฏิบัติได้แล้ว จึงค่อยสร้างเสริมความเจริญและฐานะเศรษฐกิจขั้นสูงโดยลำดับไป”

และพระราชดำรัส เมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2540 ที่ว่า

“โครงการอะไรก็จะต้องนึกถึงขนาดที่เหมาะสมกับอัตตภาพหรือกับสิ่งแวดล้อม...”

“...ฉะนั้นจะทำโครงการอะไรจะต้องมีความรอบคอบ และอย่าตาโตเกินไป คือบางคนเขาเห็นว่ามีโอกาสที่จะทำโครงการอย่างนั้นอย่างนี้ และไม่ได้นึกถึงปัจจัยต่างๆ ให้ครบ...”

“...อันนี้เป็นสิ่งที่สอนว่า กู้เงิน เงินนั้นจะต้องเกิดประโยชน์ไม่ใช่กู้สำหรับไปเล่นไปทำอะไรที่ไม่เกิดประโยชน์...”

“...นี่ก็เป็นเรื่องของการแก้ไขวิกฤตการณ์ แต่ว่าท่านผู้ที่ชอบเศรษฐกิจแบบสมัยใหม่ อาจไม่พอใจ มันจะต้องถอยหลังเข้าคลอง มันต้องอยู่อย่างระมัดระวัง และต้องกลับไปทำกิจการที่อาจจะไม่มีใครจับช้อนัก คือ ใช้เครื่องมืออะไรที่ไม่หรูหรา แต่อย่างไรก็ตามมีความจำเป็นที่จะต้องถอยหลังเพื่อที่จะก้าวหน้าต่อไป...”

“...ให้พอมีพอใช้อยู่ได้ด้วยตัวเอง ให้ยืนบนขาตัวเองได้ คือ ยืนได้โดยไม่หกล้ม ไม่ต้องขอยืมจากคนอื่นเขามา...”

“ความพอเพียง หมายถึง ความพอประมาณ ความมีเหตุผล รวมถึงความจำเป็นที่จะต้องมีการมีระบบภูมิคุ้มกันในตัวที่ดีพอสมควร ต่อการมีผลกระทบใดๆ อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งภายนอกและภายใน ทั้งนี้ จะต้องอาศัยความรอบรู้ ความรอบคอบ และความระมัดระวังอย่างยิ่งในการนำวิชาการต่างๆ มาใช้ในการวางแผนและการดำเนินการทุกขั้นตอน”

“ความพอเพียง หมายถึง การที่มีความพอ คือมีความโลภน้อย เมื่อโลภน้อยก็เบียดเบียนคนอื่นน้อย ถ้าประเทศได้มีความคิดนี้ มีความคิดว่าทำอะไรต้องพอเพียง หมายความว่าพอประมาณ ซื่อตรง ไม่โลภอย่างมาก คนเราก็อาจจะเป็นสุข”

ดังนั้นสาระหลักของปรัชญานำทาง “เศรษฐกิจพอเพียง” จึงมีหลักการสำคัญ 5 ประการ คือ

1. การยึดทางสายกลาง
2. มีความสมดุลพอดี
3. รู้จักพอประมาณอย่างมีเหตุผล
4. มีระบบภูมิคุ้มกัน
5. รู้เท่าทันโลก

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) เป็นแผนที่ได้อัญเชิญแนวปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงตามพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมาเป็นปรัชญาในการพัฒนาและบริหารประเทศ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, มปป: ก) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 เป็นแผนยุทธศาสตร์ระยะปานกลางที่ชี้นำทิศทางการพัฒนาประเทศที่สอดคล้องกับแผนระยะยาวที่มุ่งเน้นการแก้ปัญหาความยากจนและยกระดับคุณภาพชีวิตของคนส่วนใหญ่ของประเทศ และมีการดำเนินการต่อเนื่องจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ในด้านแนวคิดที่ยึด “คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา” (วันเพ็ญ เล็นศูนย์, 2545: 13) ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า ประชากรเป็นทรัพยากรพื้นฐาน

ที่สำคัญยิ่งของแต่ละสังคม ประชากรเป็นตัวแทนสำคัญที่จะทำให้สังคมอยู่รอด และเจริญก้าวหน้าไปด้วยดีทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม การพัฒนาที่แท้จริงและยั่งยืนจึงอยู่ที่การพัฒนาคุณภาพของคนเป็นสำคัญ (ภัสสร ลิมานนท์, 2540: 7)

เพื่อให้การพัฒนาประเทศเป็นไปตามจุดมุ่งหมาย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2544) จึงได้กำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายหลักของการพัฒนาประเทศไว้ดังนี้

วัตถุประสงค์ของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9

เพื่อปรับโครงสร้างการพัฒนาประเทศให้เกิดดุลยภาพ มีการพัฒนาทุกมิติอย่างเป็นองค์รวมที่มีคนเป็นศูนย์กลาง ควบคู่กับการสร้างความเป็นธรรมในสังคม สามารถก้าวตามโลกได้อย่างรู้เท่าทัน สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จึงกำหนดวัตถุประสงค์ของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 ไว้ดังนี้

1. เพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจให้มีเสถียรภาพและมีภูมิคุ้มกัน โดยการปรับโครงสร้างเศรษฐกิจ เพื่อให้เศรษฐกิจระดับฐานรากมีความเข้มแข็ง ตลอดจนเพิ่มสมรรถนะให้สามารถแข่งขันและก้าวทันเศรษฐกิจยุคใหม่ได้
2. เพื่อวางรากฐานการพัฒนาประเทศให้เข้มแข็ง สามารถพึ่งตนเองได้ โดยการพัฒนาคุณภาพคน ปฏิรูปการศึกษา ปฏิรูประบบสุขภาพ เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและเครือข่ายชุมชน
3. เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการที่ดีในสังคมทุกระดับ เน้นการปฏิรูประบบบริหารภาครัฐ ให้มีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ การมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการพัฒนา
4. เพื่อแก้ปัญหาความยากจน เพิ่มศักยภาพ และโอกาสของคนไทยในการพึ่งพาตนเอง โดยการสร้างอาชีพ เพิ่มรายได้ ยกกระดับคุณภาพชีวิตประชาชน ให้ได้รับโอกาสในการศึกษาและบริการทางสังคมอย่างเป็นธรรม

เป้าหมายของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9

เพื่อให้การวางบทบาทการพัฒนาประเทศเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับกระแสโลกาภิวัตน์และการเปลี่ยนแปลงต่างๆ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จึงกำหนดเป้าหมายของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 ไว้ดังนี้ (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9, 2544: 146)

1. เป้าหมายดุลยภาพทางเศรษฐกิจ เป็นการสร้างความเข้มแข็งของเศรษฐกิจระดับมหภาค โดยมีเป้าหมายให้เศรษฐกิจขยายตัวโดยเฉลี่ยร้อยละ 4-5 ต่อปี สามารถเพิ่มการจ้างงานในประเทศได้
2. เป้าหมายการยกระดับคุณภาพชีวิต โดยการรักษาแนวโน้มภาวะเจริญพันธุ์ของประชากรให้อยู่ในระดับทดแทนอย่างต่อเนื่อง ประชาชนมีสุขภาพดี มีหลักประกันสุขภาพอย่างทั่วถึง และเท่าเทียมกัน
3. เป้าหมายการบริหารจัดการที่ดี ได้แก่ การสร้างระบบราชการที่มีประสิทธิภาพ มีขนาดและโครงสร้างที่เหมาะสม มีระบบสนับสนุนการกระจายอำนาจ ประชาชนมีส่วนร่วมในระบบการตรวจสอบเพื่อป้องกันและปราบปรามการทุจริต
4. เป้าหมายการลดความยากจน มีมาตรการทางเศรษฐกิจที่เอื้ออาทรต่อคนจน เพิ่มโอกาสการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสร้างศักยภาพให้คนจน และผู้ด้อยโอกาส

โดยสรุปแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) มุ่งที่การปฏิรูประบบเศรษฐกิจและสังคมให้เกิดสัมฤทธิ์ผลในทางปฏิบัติให้มากยิ่งขึ้น โดยยึดแนวคิด "คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา" วางรากฐานการพัฒนาประเทศให้เข้มแข็งโดยการพัฒนาคุณภาพคน ได้แก่ ปฏิรูปการศึกษา ปฏิรูประบบสุขภาพ ขณะเดียวกันก็ผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการบริหารจัดการประเทศใหม่ให้มุ่งสู่ประสิทธิภาพและคุณภาพพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงของโลก

1.3 แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9

แนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพเริ่มขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2541 ภายหลังจากประเทศไทยประสบกับภาวะวิกฤตเศรษฐกิจอย่างรุนแรง (ปริดา แต่อาร์กซ์, 2542) ดังนั้นในปลายปี พ.ศ. 2541 คณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้มีมติให้กำหนดแผนงาน 3 ปี (พ.ศ. 2542-2544) เพื่อใช้งานวิจัยในการผลักดันแนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีปรัชญาสำคัญอันเป็นหลักของการปฏิรูประบบสุขภาพ คือ "สร้างสุขภาพที่เป็นองค์รวมเชิงรุก เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนเข้าร่วมสร้างสุขภาพดีถ้วนหน้า" (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2545)

ในปลายปี พ.ศ. 2542 บุคคลกลุ่มหนึ่งซึ่งประกอบด้วย ศาสตราจารย์ นายแพทย์ ประเวศ วะสี ศาสตราจารย์ นายแพทย์อารี วัลยะเสวี นายแพทย์ไพโรจน์ ینگสานนท์ ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจารณ์ พานิช ศาสตราจารย์ นายแพทย์เกษม วัฒนชัย รวมตลอดถึงข้าราชการระดับสูงและระดับกลางของกระทรวงสาธารณสุขได้นำเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพไปยังรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้นเพื่อให้เห็นชอบในหลักการเบื้องต้นของการปฏิรูประบบสุขภาพอันจะ

นำไปสู่กระบวนการจัดทำ “พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ” (เกษม วัฒนชัย, 2543) ซึ่งในลำดับต่อมาคณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบในหลักการการปฏิรูประบบสุขภาพและได้จัดตั้ง “คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.)” ขึ้นตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543 มีวาระไม่เกิน 3 ปี นับจากวันที่ 9 สิงหาคม พ.ศ. 2543 มีพันธกิจหลักคือการจัดทำร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้เป็นธรรมนูญด้านสุขภาพของประชาชนไทย โดยให้จัดตั้ง “สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.)” เป็นหน่วยงานภายในของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

การจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 เริ่มต้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์ โดยใช้เทคนิค SWOT Analysis (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ สุมาภรณ์ แซ่ลิ้ม, 2544: 77) และเชื่อมโยงกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549 โดยการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกและสภาพแวดล้อมภายในในระบบสุขภาพ ควบคู่กับการกำหนดค่านิยมร่วม วิสัยทัศน์ และพันธกิจหลัก แล้วจึงกำหนดเป็นวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และแผนยุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกัน

สาระสำคัญของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือแนวคิดหลักของการพัฒนาสุขภาพ การเชื่อมโยงวิสัยทัศน์ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กับการพัฒนาสุขภาพ วิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ และแนวทางการบริหารจัดการและติดตามผลมีรายละเอียดดังนี้

1. แนวคิดหลักของการพัฒนาสุขภาพ

1.1 สุขภาพคือสุขภาวะ: คำว่า “สุขภาพ” มีความหมายรวมถึงสุขภาวะร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (วิพุธ พูลเจริญ, 2544: 1) การปรับกระบวนการทัศน์เกี่ยวกับสุขภาพจึงต้องมองให้ครอบคลุมสุขภาพทั้งในมิติทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ โดยเชื่อมโยงกับปัจจัยทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมืองและสิ่งแวดล้อม

1.2 การพัฒนาระบบสุขภาพทั้งระบบ: เนื่องด้วยสุขภาวะที่สมบูรณ์เกิดจากระบบสุขภาพที่สมบูรณ์ การพัฒนาระบบสุขภาพจึงต้องเน้นการพัฒนาระบบสุขภาพทั้งระบบ โดยต้องสร้างการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของภาคส่วนต่างๆในการพัฒนาสุขภาพ

2. การเชื่อมโยงวิสัยทัศน์ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กับการพัฒนาสุขภาพ

2.1 **ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงกับสุขภาพ:** ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเป็นปรัชญาที่มองการพัฒนาอย่างเป็นองค์รวมเชื่อมโยงมิติทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและ คุณธรรม ระบบสุขภาพภายใต้ปรัชญา “เศรษฐกิจพอเพียง” จึงเป็น “สุขภาพพอเพียง” ซึ่งมีลักษณะคือ มีรากฐานที่เข้มแข็งทางสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชน มีความรอบคอบและรู้จักพอประมาณในด้านการเงินการคลังเพื่อสุขภาพ มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม โดยเน้นภูมิปัญญาไทยและการพึ่งตนเอง มีการบูรณาการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค มีระบบหลักประกันและคุ้มครองสุขภาพประชาชน มีคุณธรรม จริยธรรม

2.2 **ภาพลักษณ์ของสังคมและระบบสุขภาพที่พึงประสงค์:** แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2544: 2) ได้กำหนดสภาพสังคมไทยที่พึงประสงค์ ไว้ 3 ด้าน คือ สังคมคุณภาพ สังคมแห่งการเรียนรู้ สังคมสมานฉันท์และเอื้ออาทร ดังนั้นระบบสุขภาพเพื่อสังคมคุณภาพ เพื่อสังคมแห่งการเรียนรู้ เพื่อสังคมสมานฉันท์และเอื้ออาทร จึงเป็นระบบสุขภาพเชิงรุกที่มุ่งการสร้างเสริม สุขภาพ ควบคู่กับการมีหลักประกันในการเข้าถึงสุขภาพของประชาชน

3. วิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดวิสัยทัศน์การพัฒนาสุขภาพของประชาชน คือ “คนในสังคมไทยทุกคนมีหลักประกันที่จะดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข และเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเสมอภาค รวมทั้งอยู่ในครอบครัว ชุมชนและสังคมที่มีศักยภาพ มีการเรียนรู้และมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ โดยสามารถใช้ประโยชน์ทั้งจากภูมิปัญญาสากลและภูมิปัญญาไทยได้อย่างรู้เท่าทัน” (อรสา ใญวินทะ, 2543: 21)

จากวิสัยทัศน์ดังกล่าว จึงกำหนดเป็นยุทธศาสตร์ในการพัฒนาระบบสุขภาพ 6 ยุทธศาสตร์ คือ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ปฏิรูประบบโครงสร้างและกลไกการบริหารจัดการระบบสุขภาพปฏิรูประบบโครงสร้าง และกลไกการบริหารจัดการระบบสุขภาพ ให้มีเอกภาพ ประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้ และสามารถตอบสนองความหลากหลายของพื้นที่ รวมทั้งเอื้อต่อการมีส่วนร่วม และสามารถระดมศักยภาพของสังคมทุกส่วนและทุกระดับ เพื่อร่วมพัฒนาสุขภาพะของสังคม

ยุทธศาสตร์ที่ 2 เร่งการสร้างสุขภาพเชิงรุก มุ่งสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกอย่างเป็นระบบโดยมุ่งที่ปัจจัยพื้นฐานของการมีสุขภาพดีควบคู่กับการเร่งรัดมาตรการและกลไกการสร้างเสริมสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างหลักประกัน การเข้าถึงบริการ สุขภาพถ้วนหน้า มุ่งพัฒนาคุณภาพระบบ และวิธีการบริหารจัดการของระบบบริการ ระบบควบคุม เฝ้าระวังป้องกันโรค

ระบบการเงินการคลังและกลไกการกำกับดูแลระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ให้มีประสิทธิภาพ และ
เอกภาพในการจัดการ รวมทั้งสร้างเครือข่ายระบบสุขภาพเพื่อเป็นหลักประกันการเข้าถึงบริการ
สุขภาพของประชาชน

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาสังคม เพื่อสุขภาพมุ่ง
ส่งเสริมบทบาทขององค์กรการปกครองท้องถิ่น และสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวตลอดจนภาค
ประชาชน สังคมทุกระดับ พัฒนาการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น และการพึ่งตนเอง

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การบริหารจัดการความรู้และภูมิปัญญาเพื่อสุขภาพมุ่งสร้าง
ระบบบริหารจัดการข้อมูล องค์ความรู้ การวิจัยและภูมิปัญญาสุขภาพ รวมทั้งสื่อการเรียนรู้และ
วัฒนธรรมสุขภาพ เพื่อให้สามารถสร้างผสมผสานและพัฒนาให้เกิดระบบสุขภาพแบบพึ่งตนเองและ
สร้างเศรษฐกิจชุมชนและของประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อสนองรับการเปลี่ยนแปลง
และระบบสุขภาพใหม่ มุ่งการผลิตและพัฒนาคุณภาพกำลังคนด้านสุขภาพ ให้มีคุณภาพและปริมาณ
เหมาะสมกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ พัฒนาทักษะการทำงานใหม่และการ
สร้างเสริมกลไกด้านคุณธรรมและจริยธรรม รวมทั้งพัฒนาขีดความสามารถและภาวะผู้นำในผู้บริหาร
ทุกระดับ

4. แนวทางการบริหารจัดการและติดตามผล

การวางแผนกลยุทธ์ หรือยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพดังกล่าวข้างต้น เป็น
เพียงขั้นตอนหนึ่งของการดำเนินการ ดังนั้นเพื่อให้สามารถติดตาม ตรวจสอบตลอดทั้งองค์กรทั้ง
กระบวนการวางแผน การนำแผนสู่การปฏิบัติ และผลของการปฏิบัติงาน จึงต้องดำเนินการต่อไปนี้
(โกมาตร จึงเกียรติทรัพย์ และสุมาภรณ์ แซ่ลิ้ม, 2544: 94)

4.1 พัฒนาระบบการติดตาม ควบคุมกำกับและประเมินผลโดยจัดทำระบบ
ฐานข้อมูล การสร้างตัวชี้วัด และวิธีการติดตามประเมินผลที่มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์

4.2 พัฒนารูปแบบการวัดผลการปฏิบัติงาน แบบลิตสมดุลขององค์การ
(Balanced scorecard) และ ตัวชี้วัดผลงาน (Key performance indicators)

4.3 พัฒนาองค์กรที่รับผิดชอบในการติดตามผลและพัฒนากลไกการติดตาม
ผลสัมฤทธิ์ของนโยบายและแผน ในลักษณะ Post auditing

แนวคิดหลักของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติเป็นการเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่า
การซ่อม สุขภาพ มีการพัฒนาระบบสุขภาพทั้งระบบโดยการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย เพื่อเชื่อมโยงถึง
เหตุปัจจัยทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม โดยมีวิสัยทัศน์ คือ คนใน

สังคมไทยทุกคนมีหลักประกันที่จะดำรงชีวิตอย่างมีความสุขภาวะ และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเสมอภาค รวมทั้งอยู่ในครอบครัวชุมชน และสังคมที่มีความพอเพียงทางสุขภาพ มีศักยภาพ มีการเรียนรู้และมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ โดยสามารถใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาไทยได้อย่างรู้เท่าทัน

โดยสรุป การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติเป็นกระบวนการที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยน การจัดการระบบสุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นระบบที่มุ่งให้ประชาชนทั้งมวลสามารถมีสุขภาพที่ดีทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ มุ่งให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพตามความจำเป็นอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นธรรม และมีคุณภาพได้มาตรฐาน โดยการปฏิรูประบบโครงสร้างและกลไกการบริหารจัดการ การเร่งสร้างสุขภาพเชิงรุก การสร้างหลักประกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพ การสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาสังคม การบริหารจัดการความรู้และภูมิปัญญาเพื่อสุขภาพ และการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ซึ่งกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพดังกล่าวนี้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลภาครัฐ และบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะในระดับผู้บริหารขององค์กร ทั้งในด้านการปรับระบบบริหาร การปรับระบบบริการ การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทุกระดับในองค์กร

1.4 ระบบบริการสุขภาพในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ จรัส สุวรรณเวลา (2544: 63-64) กล่าวว่าระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ ควรมีลักษณะดังนี้

1. เป็นระบบที่การรักษาโรค การดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชน เป็นไปอย่างมีคุณภาพ สามารถให้ผลสัมฤทธิ์ได้ดีที่สุด ไม่เกิดสูญเสียจากพิษโทษภัย และสภาพแทรกซ้อนต่างๆ โดยไม่จำเป็น
2. เป็นระบบที่ประหยัด มีสุขภาพพอเพียง สมถะ คือ เน้นการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาพยาบาล เพราะทำให้สิ้นเปลืองน้อยกว่า
3. เป็นระบบที่พึ่งตนเองได้ มีเสรีภาพในการเลือก และการกำกับชีวิตตนเอง เริ่มต้นจากการมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพ สามารถเลือกใช้บริการสุขภาพได้อย่างถูกต้อง และถูกใจ
4. เป็นระบบที่มีความเสมอภาค เคารพความเป็นมนุษย์ที่พึงมีสิทธิในชีวิต และความมั่นคงในสุขภาพ ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพมีน้อยที่สุด โดยมีกลไกหรือบทบาทรัฐเข้ามาช่วยเหลือ ครอบคลุมประชากรอย่างทั่วถึงทุกท้องถิ่น

5. เป็นระบบที่มีน้ำใจ มีคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ มีความเอื้ออาทรต่อกัน ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ สร้างความเชื่อและศรัทธาด้วยการมีมนุษยสัมพันธ์ และการสื่อสารที่ดี การมีความรับผิดชอบ และการรักษาชื่อเสียงแห่งวิชาชีพ

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2541: 9-13) กล่าวว่า ระบบบริการสุขภาพในยุคปฏิรูประบบสุขภาพนี้ เป็นระบบบริการที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลางเป้าหมายของการปฏิรูปสุขภาพจึงควรเป็นระบบที่

1. มีการส่งเสริมสถานพยาบาลประจำครอบครัว โดยการส่งเสริมศูนย์แพทย์ชุมชน สถานีอนามัยในต่างจังหวัด ศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร และเขตเทศบาล หรือ คลินิกเอกชน ที่มีศักยภาพเพียงพอ เพื่อรับผิดชอบในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพให้กับประชาชนได้อย่างครบถ้วน เป็นเจ้าของ “คนไข้” อย่างแท้จริง

2. มีการแข่งขันและร่วมมือกันของสถานพยาบาลรัฐและเอกชนในด้านการบริการ กล่าวคือเกิดการแข่งขันเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่พึงพอใจ หรือเกิดเครือข่ายความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในลักษณะเครือข่ายสถานบริการ ซึ่งความร่วมมืออาจเลยไปถึงการใช้เครื่องมือแพทย์ที่มีราคาแพงร่วมกัน เช่น เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เครื่องฉายภาพแบบใช้กระแสแม่เหล็ก เครื่องสลายนิว

3. มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากกาให้บริการสุขภาพเป็นบริการที่เกี่ยวข้องกับความอยู่รอดของชีวิต ดังนั้นเพื่อให้ประชาชนผู้รับบริการมั่นใจได้ว่าได้รับบริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน จึงควรมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยกระบวนการภาครัฐที่จะเสริมให้สถานบริการสุขภาพมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องได้แก่ การประเมินและรับรองสถานพยาบาล

4. มีแนวทางการให้บริการสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ มีแนวทาง (Guideline) ทางวิชาการที่ถูกต้องและมีความเหมาะสมกับประเทศในเชิงการใช้เทคโนโลยีอย่างสมคุณค่า เพื่อให้สามารถให้บริการที่มีมาตรฐานและลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น

5. มีบริการการแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลแผนปัจจุบัน การผสมผสานระหว่างแพทย์แผนตะวันตกกับแผนตะวันออก นอกจากจะทำให้เกิดความหลากหลายที่เป็นทางเลือกแก่ประชาชนแล้วยังเป็นการส่งเสริมภูมิปัญญาไทย และทำให้ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพลดลง

ทัศนาศ นุญทอง (2542: 23-33) กล่าวว่า ระบบสุขภาพไทยในยุคปฏิรูประบบสุขภาพควรมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. เป็นระบบบริการที่มีเครือข่ายของสถานบริการสุขภาพ ตั้งแต่ระดับสถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โดยมีการ

ประสานงานกันเป็นเครือข่ายโดยใช้ระบบส่งต่อ (Referral system)

2. เป็นระบบบริการสุขภาพเชิงรุกที่จัดให้มีสถานพยาบาลประจำครอบครัว กล่าวคือ สนับสนุนให้สถานอนามัย และศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นสถานบริการด้านแรกมี ศักยภาพและคุณภาพเพียงพอในการให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ โดยครอบคลุมบริการ หลักที่จำเป็นได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และการดูแลรักษาเบื้องต้น อย่างครบถ้วน และถือว่าเป็น “สถานพยาบาลประจำครอบครัว” ทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบสุขภาพของ ครอบครัวอย่างแท้จริง

3. เป็นระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวม คือ บูรณาการการดูแลครอบคลุมกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม เป็นการดูแล “คน” ไม่ใช่ดูแล “ไข้” เป็นการดูแลอย่างต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลสู่ บ้าน จากสถาบันหนึ่งสู่อีกสถาบันหนึ่ง เน้นการทำงานร่วมกันในลักษณะสหสาขาวิชาชีพ นอกจากนี้ ต้องรู้จักทำงานร่วมกับประชาชน และบุคคลในอาชีพอื่นๆ ทั้งในระบบราชการและองค์กรเอกชน

4. เป็นระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มีมาตรฐานและมีความต่อเนื่องในการ ดูแล

5. เป็นระบบบริการที่มีค่าใช้จ่ายเหมาะสม กล่าวคือ ควรเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และบำบัดรักษาความเจ็บป่วยในระยะเริ่มต้น ทำให้ประชาชนไม่เกิดปัญหาการเจ็บ ป่วยที่รุนแรงซับซ้อน ทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาโรคไม่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นการลงทุนค่าใช้จ่ายด้าน สุขภาพที่ต่ำและคุ้มค่า

6. เป็นระบบบริการที่ประชาชนมีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบบริการ สุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งของแนวคิดในเรื่องการกระจายอำนาจ การให้ชุมชนมีส่วนร่วมนี้ครอบคลุมตั้งแต่ การให้มีส่วนร่วมรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ร่วมตัดสินใจในขั้นตอนการรักษาพยาบาล

7. เป็นระบบบริการที่ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเอง การดูแล ตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพ และ สวัสดิภาพ ของตน ถ้ากระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาไปได้จนถึงขีดสูงสุด ทำให้ประชาชนมี ชีวิตและความเป็นอยู่อย่างดีทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย

8. เป็นระบบบริการแบบบูรณาการ ระบบบริการสุขภาพที่ดีต้องมีบูรณาการของ บริการสุขภาพอย่างผสมผสานของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการ ฟื้นฟูสภาพ การบูรณาการของบริการสุขภาพจะต้องปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ คือ ทั้งใน บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และระดับตติยภูมิ มีการปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีมในลักษณะ สหวิทยาการที่มีการประสานงานในแนวราบมากกว่าแนวตั้ง บุคลากรแต่ละวิชาชีพสามารถปฏิบัติงาน อย่างอิสระ โดยใช้องค์ความรู้ทางวิชาชีพเป็นพื้นฐาน

9. เป็นระบบบริการที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในเชิงรุก การส่งเสริมสุขภาพที่จัดภายในสถานบริการดังที่เคยปฏิบัติในอดีตไม่ประสบความสำเร็จด้วยข้อจำกัดต่างๆ การมีนโยบายเชิงรุกโดยเข้าไปให้บริการประชาชนในชุมชนโดยบุคลากรสุขภาพ เป็นการเข้าถึงประชาชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายและเป็นโอกาสในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการอีกด้วย

10. เป็นระบบบริการที่มีการพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง กล่าวคือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในทุกระดับของระบบจะต้องมีความรู้ที่เป็นปัจจุบัน ทันต่อเหตุการณ์และการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ และสามารถนำความรู้ที่นำมาพัฒนางานบริการให้มีคุณภาพ ตอบสนองความต้องการของประชาชนและสังคม

จะเห็นได้ว่าระบบบริการสุขภาพในยุคปฏิรูประบบสุขภาพนั้นมีรูปแบบเปลี่ยนไปจากเดิม ก่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ คือ เป็นระบบบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคในเชิงรุกมากกว่าการรักษาพยาบาล โดยการส่งเสริมให้มีสถานพยาบาลประจำครอบครัว พัฒนาศักยภาพสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้สามารถดูแลและแก้ปัญหาความเจ็บป่วยในระยะแรกได้ มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานบริการที่มีประสิทธิภาพ มีความคุ้มค่าคุ้มทุนในการใช้ทรัพยากร บูรณาการการดูแลแบบองค์รวม ประชาชนมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาพยาบาล มีศักยภาพในการดูแลตนเองครอบครัวและชุมชน มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมทั้งในระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ผู้ให้บริการกับประชาชน และระหว่างองค์กรภาครัฐกับภาคเอกชน บุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพมีการพัฒนาองค์ความรู้อยู่เสมอ และสามารถนำความรู้ที่นำมาประยุกต์ใช้ในการให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน ชุมชน และสังคม

1.5 ระบบบริการพยาบาลในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ

ในขณะที่ระบบบริการสุขภาพในภาพรวมของประเทศมีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคมไทย ระบบบริการพยาบาลซึ่งเปรียบเสมือนระบบย่อยในระบบบริการสุขภาพ จำเป็นต้องมีการปฏิรูป เพื่อให้สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ และเพื่อส่งเสริมให้พยาบาลทุกระดับ สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพ ตอบสนองความต้องการของสังคมไทยในอนาคต ดังนั้นระบบบริการพยาบาลในยุคปฏิรูประบบสุขภาพควรมีลักษณะ ดังนี้ (กองบรรณาธิการวารสารพยาบาล, 2544: 2-3; ทัดนา บุญทอง, 2542: 65-79)

1. มีการปฏิรูประบบกำลังคนด้านการพยาบาล คือ ให้มีพยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเวชปฏิบัติอยู่ประจำทุกสถานเอนามัย และศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตเมือง และกำหนดให้มีพยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะสาขาอยู่ในหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ

อย่างพอเพียง นอกจากนั้นต้องมีการพัฒนาคุณภาพของบุคลากรให้มีความรู้ ความชำนาญเหมาะสมกับงานที่ปฏิบัติ เช่น พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในชุมชน ควรมีความรู้ความสามารถในการตรวจรักษาพยาบาลเบื้องต้นและการส่งต่อ

2. มีการปฏิรูประบบบริการพยาบาลในระดับปฐมภูมิ โดยกำหนดขอบเขตการปฏิบัติงานให้ชัดเจน ครอบคลุมงานทุกด้าน พัฒนาระบบการพยาบาลในระดับปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน รวมทั้งพัฒนานวัตกรรมและองค์ความรู้เพื่อการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ

3. มีการปฏิรูประบบบริการพยาบาลในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ โดยกำหนดขอบเขตการปฏิบัติงานของพยาบาลในสองระดับนี้ให้ชัดเจน จัดระบบบริการพยาบาลให้มีระบบปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน และการพยาบาลขั้นสูงที่มีประสิทธิภาพ จัดให้มีหน่วยการเรียนรู้ ฝึกทักษะและศึกษาด้วยตนเองของผู้ป่วยและประชาชน จัดระบบประกันคุณภาพบริการพยาบาล จัดระบบฐานข้อมูลทางการพยาบาล และจัดให้มีหน่วยวิจัยทางการพยาบาลและเครือข่ายการวิจัย

4. ปฏิรูประบบบริหารการพยาบาลที่เอื้อต่อการปฏิรูประบบบริการพยาบาลในอนาคต คือ เป็นระบบการบริหารการพยาบาลที่เน้นการมีส่วนร่วมของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน มีระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารที่สมบูรณ์ พัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ใช้ทรัพยากรบุคคลให้คุ้มค่าและมีเครือข่ายความร่วมมือ (Networking)

สมจิต หนูเจริญกุล (2543: 90-93) กล่าวถึงประเด็นสำคัญในการปฏิรูประบบบริการพยาบาลในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ดังนี้

1. จัดระบบบริการพยาบาลให้มีระบบการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน และการพยาบาลขั้นสูงที่มีประสิทธิภาพ โดยมีการกำหนดตำแหน่งพยาบาลผู้มีความรู้ ความชำนาญเฉพาะสาขาในโรงพยาบาล กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบให้ชัดเจน มีการพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติการพยาบาลทั้งในและนอกระบบอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งจัดให้มีพยาบาลรับผิดชอบเป็นเจ้าของผู้ป่วย (Primary care nursing) หรือเป็นผู้จัดการเฉพาะกรณี (Case management) เพื่อสามารถให้การดูแลแบบองค์รวม ต่อเนื่อง ลดค่าใช้จ่าย และประสานการดูแลระหว่างเจ้าหน้าที่ในสหสาขาวิชา

2. จัดระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยที่ต้องรับการดูแลพิเศษและผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาเทคโนโลยี

3. จัดให้มีหน่วยการเรียนรู้ ฝึกทักษะและศึกษาด้วยตนเองของผู้ป่วยและประชาชน เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและประชาชน

4. จัดระบบประกันคุณภาพบริการพยาบาล เป็นการสร้างหลักประกันให้กับประชาชนว่าจะได้รับบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานตามสิทธิที่พึงได้รับตามรัฐธรรมนูญและเป็นการสร้าง

วัฒนธรรมใหม่ในการปฏิบัติงาน คือ การสร้างประสิทธิภาพในการทำงาน ซึ่งจะมีส่วนในการลดต้นทุนการบริการในที่สุด

5. จัดระบบฐานข้อมูลทางการพยาบาล เพื่อใช้ในการตัดสินใจในบริการพยาบาลในอนาคต

6. จัดให้มีหน่วยวิจัยทางการพยาบาลและเครือข่ายการวิจัย

ดังนั้นระบบบริการพยาบาลในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ จึงเป็นระบบที่มีการจัดการด้านบุคลากร และระบบบริการให้มีความเหมาะสมในแต่ละระดับของสถานบริการ กล่าวคือ ในระดับปฐมภูมิ ต้องมีการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้ ความสามารถในด้านเวชปฏิบัติทั่วไป และเวชปฏิบัติครอบครัว ในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิมีการพัฒนาความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการขั้นพื้นฐาน และการพยาบาลขั้นสูงที่มีประสิทธิภาพ ในแต่ละระดับมีการประสานเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตัวเองได้ ให้การบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ประกันคุณภาพบริการพยาบาลได้ รวมทั้งมีการจัดการด้านข้อมูลสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ

2. แนวคิดทฤษฎีบทบาทการบริหารงานของหัวหน้าพยาบาล

2.1 ความหมายของบทบาทและบทบาทการบริหารงาน

2.1.1 ความหมายของบทบาท

Sarbin (1968) ให้ความหมายว่า บทบาทเป็นการแสดงกิจกรรมของบุคคลตามความคาดหวังซึ่งขึ้นกับองค์ประกอบ 3 ประการ คือ ความเที่ยงตรงของบทบาทตามการรับรู้ ความชำนาญในการกระทำตามบทบาท และการจัดระบบของตนเอง

Nye (1974 อ้างถึงในรุจา ภูไพบูลย์, 2537: 69) ให้ความหมายของ บทบาทว่า หมายถึง กลุ่มของพฤติกรรมที่แสดงออกตามบรรทัดฐาน ตามความคาดหวังของสังคมและตามสถานภาพของบุคคลนั้นๆ

หฤทยา ปรีชาสุข (2531: 13) ให้ความหมายของบทบาทว่า หมายถึง พฤติกรรมตามเงื่อนไขหน้าที่และความรับผิดชอบ หรือแนวทางที่บุคคลควรกระทำเมื่อดำรงตำแหน่งใดๆตามความคาดหวังของตนเองและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง

สายสวาท เฝ้าพงษ์ (2535: 6) กล่าวว่า บทบาท หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกตามเงื่อนไขอำนาจหน้าที่ที่พึงกระทำ เมื่อบุคคลเข้าดำรงตำแหน่งหรือฐานะใดโดยพฤติกรรมที่แสดงออกนั้นขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของผู้ดำรงตำแหน่งและความคาดหวังของสังคม

พืงพิศ การงาม (2536: 14) ให้ความหมายของบทบาทว่า หมายถึง การแสดงพฤติกรรมตามตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบที่สังคมหรือองค์กรนั้นกำหนดเงื่อนไขการปฏิบัติไว้ตามความคาดหวังของตนเองและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง

รุจา ภูไพบูลย์ (2537: 69) กล่าวว่า บทบาทเป็นความคาดหวัง ความมุ่งหมาย ความต้องการ เป็นการให้คำอธิบายและประเมินพฤติกรรมบทบาทหรือการปฏิบัติบทบาทของบุคคล

บุญธนา วานิชกุล และคณะ (2533: 9) ให้ความหมายของบทบาทว่า เป็นพฤติกรรมตามเงื่อนไขของหน้าที่และความรับผิดชอบหรือแนวทางที่บุคคลพึงกระทำเมื่อดำรงตำแหน่งตามความคาดหวังของตนเองและบุคคลอื่น ที่มีส่วนสัมพันธ์เกี่ยวข้องด้วย ความคาดหวังเหล่านี้จะได้รับการอิทธิพลมาจากเกณฑ์ปกติ เป้าหมาย ความเชื่อ ทศนคติ และค่านิยมของบุคคลต่างๆ ที่มีต่อตำแหน่งนั้น

ดังนั้น สรุปได้ว่า บทบาท หมายถึง ลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออกตามตำแหน่งหน้าที่ที่ได้รับ การแสดงออกตามตำแหน่งนั้นผูกพันกับความคิดของผู้ดำรงตำแหน่งเอง และความคาดหวังของบุคคลในสังคมที่เกี่ยวข้องกับตำแหน่งนั้น

2.1.2 ความหมายของบทบาทการบริหาร

คำว่า การบริหาร ภาษาอังกฤษใช้อยู่ 2 คำ คือ Administration และ Management บางแห่งใช้คำว่า การจัดการ แต่ทั้ง 2 คำมีความหมายอย่างเดียวกัน แต่นิยมใช้ต่างกัน คือ Administration มักใช้ในการบริหารระดับสูง มักใช้ในเรื่องเกี่ยวกับนโยบาย และนิยมใช้ในการบริหารราชการ ส่วน Management เป็นการนำนโยบายไปปฏิบัติ นิยมใช้ในการบริหารธุรกิจ สำหรับในองค์การพยาบาลจะพบคำ 2 คำนี้เสมอ อย่างไรก็ตาม คำ 2 คำนี้อาจใช้แทนกันได้ และหมายถึงการบริหารงานเช่นกัน (สุลักษณ์ มีชูทรัพย์, 2539: 1)

สมยศ นาวิกการ (2544: 23) กล่าวว่าการบริหาร คือ กระบวนการของการวางแผน การจัดองค์การ การสั่งการ และการควบคุมกำลังความพยายามของสมาชิกขององค์การและใช้ทรัพยากรอื่นๆ เพื่อความสำเร็จในเป้าหมายขององค์การที่กำหนดไว้

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (2541) การบริหารจัดการ หมายถึง การทำให้ส่วนต่างๆ ในองค์การหรือระบบใหญ่โดยรวม สามารถปฏิบัติหน้าที่สอดคล้องประสานกันไปสู่เป้าหมายที่ต้องการได้ โดยใช้ข้อมูลในการกำกับทิศทาง

ธงชัย สันติวงษ์ (2540: 1) ให้ความหมายการจัดการ คือ ภารกิจของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือหลายคนที่เรียกว่าผู้บริหาร ที่เข้ามาทำหน้าที่ประสานให้การทำงานของบุคคลที่ต่างฝ่ายต่างทำ และไม่อาจประสบความสำเร็จจากการแยกกันทำ ให้สามารถบรรลุผลสำเร็จได้ด้วยดี

ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ (2539: 1) กล่าวว่า การบริหารและการจัดการ หมายถึง กิจกรรมในการบริหารทรัพยากรและกิจการงานอื่นๆ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

สุชาวดี ยิ้มมี (2537: 11) การบริหาร คือ กระบวนการที่ทำให้องค์การบรรลุ วัตถุประสงค์ ประกอบด้วย การวางแผน การจัดบุคคล การพัฒนา และการควบคุม โดยมีข้อมูลต่างๆ เป็นองค์ประกอบในการบริหาร

Drucker (อ้างถึงใน ธงชัย สันติวงษ์, 2535) การบริหาร คือ การทำให้งาน ต่างๆ ลุล่วงไปโดยอาศัยคนอื่นเป็นผู้ทำ

Robbins (2001: 3) ให้ความหมายการบริหาร หมายถึง กระบวนการ ทำงาน ให้แล้วเสร็จโดยอาศัยบุคคลอื่น

Knootz and Wehrich (1988: 4) กล่าวว่า การบริหาร เป็นกระบวนการออกแบบ และการคงไว้ซึ่งสิ่งแวดล้อมในการทำงานของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล เพื่อให้งานบรรลุผลสำเร็จ

โดยสรุป บทบาทการบริหาร หมายถึง กระบวนการ กิจกรรม หรือวิธีการที่ผู้บริหารมีการ ดำเนินงานอย่างเป็นขั้นตอน ในการจัดสรรทรัพยากรให้เหมาะสม เพื่อให้งานบรรลุวัตถุประสงค์หรือ เป้าหมายขององค์การอย่างประหยัด มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

2.2 บทบาทการบริหารงานของหัวหน้าพยาบาล

2.2.1 แนวคิดทฤษฎีบทบาทการบริหารงานทั่วไป

ทฤษฎีการบริหารเป็นกลุ่มของความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับการจัดโครงสร้าง ขององค์การ ทฤษฎีการบริหาร เรียกกันอย่างแพร่หลายว่า “หลักการบริหาร” องค์ประกอบส่วนใหญ่ ของทฤษฎีการบริหารเป็นการออกแบบ การจัดระเบียบสิ่งต่างๆ การใช้ประโยชน์จากหลักการแบ่งงาน กันทำเฉพาะด้าน (สมยศ นาวิการ, 2544) นักวิชาการทางด้านการบริหารงานได้เสนอทฤษฎีทางการ บริหารไว้หลายทฤษฎีซึ่งพอจะสรุปได้ดังนี้ (สุลักษณ์ มีชูทรัพย์, 2539)

1. แนวความคิดของนักวิชาการยุคคลาสสิก (Classical period) ระหว่างปี ค.ศ. 1887-1940 มีนักวิชาการเสนอทฤษฎีการบริหารไว้ดังนี้

1.1 ทฤษฎีแบบประเพณีนิยมในอดีต (Traditional or classical theory) เป็นการบริหารงานแบบใช้อำนาจเป็นใหญ่ ผู้ปฏิบัติงานทุกคนจะอยู่ภายใต้การควบคุมของผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้างาน

1.2 การบริหารแบบวิทยาศาสตร์ (Scientific management theory) Frederic Winslow Taylor (1900 อ้างถึงใน ศิริวรรณ เสรีรัตน์, สมชาย หิรัญกิตติ และ สมศักดิ์ วานิชยภรณ์, 2545: 38) วิศวกรชาวอเมริกัน เป็นผู้เสนอแนวคิดการบริหารจัดการให้มีระบบ โดยศึกษา

หาเหตุผล (Cause and effect) เพื่อหาวิธีการที่ดีที่สุดในการทำงาน หลักการบริหารของ Taylor จึงมุ่งเน้นเรื่องประสิทธิภาพในการผลิตเป็นสำคัญ ซึ่งถือเป็นหลักเบื้องต้นในการบริหารงานในปัจจุบัน

1.3 การบริหารงานแบบกระบวนการ (Administrative process theory)

Henry Fayol วิศวกรและนักบริหารชาวฝรั่งเศส ได้วิเคราะห์หลักประสิทธิภาพของ Taylor และเห็นว่าประสิทธิภาพขององค์การจะเพิ่มขึ้นหากได้ปรับปรุงกระบวนการบริหารเสียใหม่ Fayol มีความเห็นว่าการบริหารควรเป็นกระบวนการ (Management process) ซึ่งประกอบด้วยหน้าที่หลัก 5 ประการ คือ การวางแผน (Planning) การจัดองค์การ (Organizing) การบังคับบัญชาสั่งการ (Commanding) และการประสานงาน (Co-ordinating) และการควบคุมงาน (Controlling) (ศิริวรรณ เสรีรัตน์, สมชาย หิรัญกิตติ และ สมศักดิ์ วานิชยภรณ์, 2545: 82) แนวคิดการบริหารงานของ Fayol เน้นถึงเรื่องของมนุษยสัมพันธ์ ประสิทธิภาพของผลงาน และความสามารถในการบริหารงาน ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติงานได้ทั่วไป จึงได้รับการยกย่องว่าเป็น "บิดา" แห่งทฤษฎีการบริหารงาน ต่อมาในปี ค.ศ. 1937 Luther Urwick และ Lyndall Gulick ได้เพิ่มกระบวนการบริหารจากเดิมที่ Fayol ให้ไว้เป็น 7 ประการ ซึ่งได้รับความนิยมแพร่หลาย และเป็นที่ยุ้จักกันคือ "POSCoRB" ได้แก่ การวางแผน (Planning) การจัดองค์การ (Organizing) การบริหารงานบุคคล (Staffing) การอำนวยการ (Directing) การประสานงาน (Co-ordinating) การรายงาน (Reporting) และ การบริหารงบประมาณ (Budgeting)

2. แนวความคิดของนักวิชาการยุคนีโอคลาสสิก (Neo classical period)

ระหว่าง ค.ศ. 1927-1932 แนวคิดการบริหารในยุคนี้แตกต่างจากยุคคลาสสิกคือ การบริหารงานในยุคนี้จะเน้นเกี่ยวกับพฤติกรรมของคน (Behavioral science) หรือบางครั้งเรียกว่าเป็นการบริหารงานตามแนวมนุษยสัมพันธ์ (Human relation approach)

3. แนวความคิดของการบริหารงานสมัยใหม่ (Modern management theory)

การบริหารงานในยุคนี้ นักวิชาการเชื่อว่า การบริหารงานจะประสบผลถ้าคนในหน่วยงานร่วมมือร่วมใจ สามัคคี มุ่งไปสู่วัตถุประสงค์เดียวกัน เรียกว่าการทำงานเป็นกลุ่มหรือเป็นทีม (Team) และงานเหล่านั้นจะต้องจัดเป็นระบบ (System) ขั้นตอนการทำงานจะต้องสัมพันธ์กันจึงเกิดทฤษฎีระบบ (System theory) ทฤษฎีการบริหารงานตามวัตถุประสงค์ (Management by objective หรือ MBO)

2.2.2 บทบาทการบริหารงานของหัวหน้าพยาบาล

Mintzberg (1977 อ้างถึงใน ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ, 2539: 35-36) ได้ทำการศึกษาบทบาทการบริหารของผู้บริหาร สรุปเป็นบทบาทการบริหารได้ดังนี้

1. บทบาทระหว่างบุคคล (Interpersonal roles) ประกอบด้วย

- 1.1 บทบาทการเป็นหัวหน้า
- 1.2 บทบาทการเป็นผู้นำ
- 1.3 บทบาทในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลภายนอก
2. บทบาทเกี่ยวกับข้อมูล (Informational roles)
 - 2.1 บทบาทการรับข้อมูล
 - 2.2 บทบาทการกระจายข้อมูล
 - 2.3 บทบาทด้านการเจรจา
3. บทบาทการตัดสินใจ (Decision roles)
 - 3.1 บทบาทการเป็นผู้ประกอบการ
 - 3.2 บทบาทการจัดการข้อขัดแย้ง
 - 3.3 บทบาทการจัดสรรทรัพยากร
 - 3.4 บทบาทการติดต่อกับบุคคลและกลุ่มบุคคลต่างๆ

Steven (1981 อ้างถึงใน อังคณา สุเมธสิทธิกุล, 2538: 13) ได้สรุปบทบาทของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลที่สำคัญ 10 บทบาท โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

i. บทบาทในด้านความสัมพันธ์ระหว่างกัน (Interpersonal roles) เป็นบทบาทที่เกิดขึ้นจากการทำงานตามอำนาจหน้าที่ที่มีอยู่ของผู้บริหาร ดังนี้

1.1 บทบาทหัวหน้า (Figurehead) เป็นหัวหน้าอย่างเป็นทางการทำหน้าที่เหมือนสัญลักษณ์ในด้านพิธีการต่างๆ

1.2 บทบาทผู้นำ (Leader) จูงใจให้ลูกน้องปฏิบัติหน้าที่ให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้

1.3 บทบาทผู้ประสานงาน (Liaison) ประสานความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงานและฝ่ายอื่นๆ

2. บทบาทในด้านข้อมูล (Informational roles) เป็นบทบาทที่เกิดขึ้นจากบทบาทกลุ่มแรก ที่ต้องการติดต่อกับผู้ได้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงาน ประกอบด้วย

2.1 บทบาทผู้ชี้แนะ (Monitor) โดยการรวบรวมข้อมูล ติดตามความเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของอำนาจ หรือทิศทางขององค์การ

2.2 บทบาทผู้เผยแพร่ข้อมูล (Disseminator) โดยมีการพิจารณาถึงข้อมูลที่ต้องการสื่อสาร เวลา สถานที่ และเหตุผลที่ต้องการให้ข้อมูล

2.3 บทบาทผู้ให้ข้อมูล (Spokesman) โดยทำหน้าที่เป็นตัวแทนของฝ่ายการพยาบาลในการให้ข้อมูลอย่างถูกต้องแก่บุคลากรทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน

3. บทบาทในด้านการตัดสินใจ (Decisional roles) บทบาทกลุ่มนี้จะเป็นผลสืบเนื่องมาจากบทบาทสองกลุ่มแรกซึ่งจะส่งผลให้เกิดบทบาทที่เกี่ยวกับการตัดสินใจ 4 บทบาท คือ

3.1 บทบาทผู้คิดริเริ่มกิจการ (Entrepreneur) โดยการแสวงหาโอกาสในการพัฒนา หรือริเริ่มโครงการใหม่ๆ ในองค์กรพยาบาล

3.2 บทบาทนักแก้ปัญหา (Disturbance handler) โดยทำหน้าที่เป็นนักแก้ปัญหาความขัดแย้งภายในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน

3.3 บทบาทนักจัดสรรทรัพยากร (Resource allocator) โดยการจัดทรัพยากรที่เหมาะสมเพียงพอแก่การปฏิบัติงานของผู้ร่วมงาน และเพื่อคุณภาพบริการพยาบาล

3.4 บทบาทนักเจรจาต่อรอง (Negotiator) ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยพิจารณาถึงประโยชน์ที่ฝ่ายการพยาบาลจะได้รับเป็นสำคัญ

Jaco, Price, and Davidson (1994) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของผู้บริหารทางการพยาบาลในภาครัฐพบว่าผู้บริหารทางการพยาบาลจะมีบทบาทที่สำคัญดังนี้

1. การบริหาร

- 1.1 วางแผนกลยุทธ์สำหรับองค์กร
- 1.2 การตัดสินใจ
- 1.3 การวางแผนการเพื่อกำหนดเป้าหมาย
- 1.4 การจัดทำงบประมาณ

2. ภาวะผู้นำ

- 2.1 เป็นนักพูด
- 2.2 เป็นนักคิด
- 2.3 มีมนุษยสัมพันธ์
- 2.4 พัฒนาบุคลากร
- 2.5 ปรับปรุงนโยบายของกลุ่มงานการพยาบาล
- 2.6 การอำนวยความสะดวก
- 2.7 การติดต่อสื่อสาร

3. ด้านการวิจัย ร่วมมือสนับสนุนให้มีการวิจัยและนำผลการวิจัยไปใช้

4. ด้านการศึกษา ส่งเสริมบุคลากรในด้านการลาศึกษาต่อ

5. ด้านปฏิบัติการพยาบาล เป็นที่ปรึกษา เป็นผู้นิเทศ กำหนดมาตรฐาน

ปรับปรุงโปรแกรมด้านการดูแลสุขภาพ

Pilette and Kirby (1991) ได้กล่าวถึงบทบาทของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลไว้ 3 ด้าน คือ บทบาทด้านการบริหาร บทบาทด้านการดำเนินงาน บทบาททางด้านวิชาชีพ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. บทบาทด้านการบริหาร (Administrative management)

1.1 เสริมสร้างปรัชญา เป้าหมาย วัตถุประสงค์ของหน่วยงาน และเข้าร่วมปรึกษาหารือในการจัดพัฒนา และตรวจสอบเป้าหมาย วัตถุประสงค์ของฝ่ายการพยาบาลประจำปี

1.2 เข้าร่วมปรึกษาหารือในการพัฒนา จัดทำนโยบาย และวิธีปฏิบัติงานของโรงพยาบาล และของฝ่ายการพยาบาล

1.3 จัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกและให้ความมั่นใจในการปฏิบัติงานการพัฒนากการประเมินผล และมาตรฐานการปฏิบัติงานของฝ่ายการพยาบาลให้ทันสมัย

1.4 เข้าร่วมปรึกษาหารือในการกำหนดโครงสร้าง และคุณสมบัติของตำแหน่งงานทั้งหมดในฝ่ายการพยาบาล

1.5 เข้าร่วมปรึกษาหารือในการวางระบบการให้บริการผู้ป่วย

1.6 เข้าร่วมปรึกษาหารือในการตรวจสอบผลงาน และประสิทธิภาพของฝ่ายการพยาบาล

1.7 ร่วมปรึกษาหารือถึงผลกระทบของแผนกอื่นๆ ต่อโครงสร้างของฝ่ายการพยาบาล

1.8 ให้การช่วยเหลือในการติดต่อประสานงานกับแผนกอื่นๆต่อโครงสร้างของฝ่ายการพยาบาล

1.9 ร่วมปรึกษาหารือในฐานะเป็นประธานหรือสมาชิกของฝ่ายการพยาบาลในที่ประชุมโรงพยาบาลและคณะกรรมการแพทย์

1.10 ปรึกษาหารือในเรื่องการวางแผน และนำโครงการใหม่ๆไปปฏิบัติ และนำหลักการตลาดมาใช้ในฝ่ายการพยาบาล และหน่วยงาน

1.11 ให้ความร่วมมือกับองค์การสุขภาพอื่นๆ ในการวางแผนการนำไปปฏิบัติ และการประเมินผลระบบการให้บริการสุขภาพ

1.12 ปรึกษาหารือเพื่อการพัฒนา และประเมินผลการจัดการเกี่ยวกับระบบข้อมูลข่าวสารของฝ่ายการพยาบาล

1.13 ให้ความร่วมมือในการไกล่เกลี่ยความขัดแย้งของบุคลากร

1.14 ให้คำรับรองการแต่งตั้งผู้บริหารอื่นๆ

2. บทบาทด้านการดำเนินงาน (Operational management)
 - 2.1 สร้างระบบการจัดการเกี่ยวกับเอกสาร ให้มั่นคงปลอดภัย
 - 2.2 ประกันคุณภาพการลงบันทึกทุกอย่างให้เป็นไปตามคณะกรรมการ
ร่วมการประกันคุณภาพโรงพยาบาล หน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และกฎระเบียบของราชการ
 - 2.3 จัดระบบการตรวจสอบการประกันคุณภาพ
 - 2.4 สัมภาษณ์ จัดจ้าง ให้คำแนะนำ และประเมินผลการพยาบาลของ
บุคลากรอื่นๆ ในฝ่ายการพยาบาล
 - 2.5 ประชุมนิเทศ และให้การสนับสนุน ส่งเสริม พัฒนาบุคลากรทางการ
พยาบาล
 - 2.6 ตรวจสอบ และทบทวนเป้าหมายของฝ่ายการพยาบาลร่วมกับ
ผู้บริหารการพยาบาลอื่นๆ อย่างสม่ำเสมอ
 - 2.7 ช่วยเหลือในการจัดทำ และประเมินผลให้บริการพยาบาล
 - 2.8 ให้คำแนะนำในเรื่องแนวทางการประเมินผลการปฏิบัติงานของ
บุคลากรประเด็นทางด้านสัญญา และการลงโทษ
 - 2.9 ช่วยเหลือในการประเมินความต้องการทางด้านการศึกษา สํารวจ
แผนการปฐมนิเทศ และโครงการศึกษาต่อเนื่อง
 - 2.10 สร้างระบบการสื่อสาร และการแก้ปัญหาในกลุ่มผู้นำทางการ
พยาบาลเพื่อความมั่นใจในการให้บริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
 - 2.11 ทำงานร่วมกับผู้จัดการพยาบาลในการตัดสินใจที่จะคงไว้ซึ่งระดับ
บุคลากรที่เหมาะสมในแต่ละแผนก
 - 2.12 เตรียมการ และแสดงเหตุผลในการจัดทำงบประมาณสำหรับ
แผนกต่าง ๆ โดยขึ้นอยู่กับโครงการของงบประมาณของผู้จัดการพยาบาล
 - 2.13 ตรวจสอบความพอเพียงของงบประมาณ และปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม
 - 2.14 ปรึกษาหารือเพื่อจัดทำโครงการใหม่ ๆ และงบประมาณหลักของ
ฝ่ายการพยาบาล
 - 2.15 ตรวจสอบ และทบทวนการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดบุคลากรเพื่อ
ความแน่ใจในความพอเพียงของงบประมาณ
 - 2.16 ปรึกษาหารือเพื่อจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพของฝ่ายการพยาบาล
และคงไว้ซึ่งการบันทึกที่ถูกต้อง

2.17 จัดเตรียม และเสนอรายงานงบประมาณของฝ่ายการพยาบาล ประจำเดือนหรือตามที่ร้องขอ

3. บทบาททางด้านวิชาชีพ (Professional activity)

3.1 เข้าร่วมปรึกษาและแสดงความคิดเห็นในการสัมมนาโครงการทาง
วิชาการ

3.2 แสดงบทบาทเป็นครูพี่เลี้ยง เพื่อคัดเลือกนักศึกษา

3.3 แนะนำ ส่งเสริมและเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล

3.4 จัดทำและจัดพิมพ์งานวิชาการต่างๆ

3.5 ติดตามประเด็นทางการพยาบาลที่เป็นปัจจุบัน การปฏิบัติและ
แนวโน้มใหม่ๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และการบริหารทางการพยาบาล

3.6 เข้าร่วมแสดงความคิดเห็นในการประเมินตนเองของบุคลากร

Ward and Price (1991) กล่าวว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลที่จะได้รับการยอมรับว่าเป็น
ผู้มีความสามารถในการปฏิบัติงานสอดคล้องกับความต้องการในอนาคตได้นั้น จะต้องมีความ
สามารถ 9 ประการดังนี้

1. ความสามารถในการเตรียมและแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรพยาบาล เพื่อจัดให้
มีทรัพยากรบุคคลให้เพียงพอ สำหรับการดูแล และสามารถวิเคราะห์ปัญหากำหนดทางเลือกเพื่อ
ให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

2. ความสามารถในการส่งเสริมให้เกิดภาพพจน์ และคุณค่าที่ชัดเจนว่าอะไรบางอย่างที่
พยาบาลควรจะต้องทำรวมถึงการเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลสุขภาพให้เหมาะสมกับสภาพการณ์

3. ความสามารถในการให้อำนาจ และข้อผูกพันที่จะปฏิบัติให้ดีที่สุด การให้อำนาจ
พยาบาลอื่นในการปฏิบัติงานก่อให้เกิดประโยชน์ การสร้างสรรค์ และคุณความดี

4. ความสามารถที่จะมีส่วนร่วมในการบริหารงาน เพื่อก่อให้เกิดประสิทธิผลในองค์การ
จะต้องมีระบบการสื่อสารที่ดี เพื่อพยาบาลจะได้รับข้อมูลที่ดี อันจะนำไปสู่กิจกรรมและการตัดสินใจ
อย่างมีประสิทธิภาพในองค์การ

5. มีความเข้าใจงานด้านธุรกิจ ผู้บริหารจ้องรับผิดชอบในการจัดงบประมาณ ต้องมี
ความรู้เรื่องบัญชี และเทคนิคด้านบริหารการเงินให้ได้ดีเท่าทางธุรกิจ รู้หลักการบริหารงานบุคคล
รอบรู้ตลาดผู้ใช้บริการด้านสุขภาพ

6. ความสามารถในการสร้างความร่วมมือทางวัฒนธรรมของหน่วยงาน ผู้บริหารจะต้อง
กำหนดนโยบายที่องค์กรต้องปฏิบัติ มีการตัดสินใจและเจตคติที่ดี กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติงานเป็นทีม

อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมการใช้ทรัพยากรบุคคล จัดให้มีการให้รางวัลแก่ผู้ปฏิบัติงาน รวมทั้งจัดให้มีรูปแบบของบทบาทในการปฏิบัติงาน

7. ความสามารถในการพัฒนาและใช้วิธีการใหม่ในการปฏิบัติกาพยาบาล การปฏิบัติกาพยาบาลที่จะเป็นการป้องกันการผิดพลาด การนำวิธีการใหม่ๆ มาใช้นโยบายของกาพยาบาลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับผลประโยชน์

8. ความสามารถในการแสวงหาและการสร้างลักษณะใหม่ ผู้บริหารทางการพยาบาลจะต้องสร้างลักษณะใหม่กับวิชาชีพอื่นๆในสังคม เช่น ด้านธุรกิจ สังคม ขององค์กรและกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ รวบรวมหลายๆ อย่างเข้าด้วยกัน เพื่อคิดนโยบายใหม่ด้านสุขภาพเพื่อให้วิชาชีพพยาบาลได้รับการยอมรับและเป็นที่ยอมรับ

9. การศึกษาของพยาบาลในยุคข้อมูลข่าวสารผู้บริหารทางการพยาบาลต้องมีความพร้อมด้านข้อมูลและสารสนเทศเพื่อสนองต่อรูปแบบของกาพยาบาลที่มีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้น

จากแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวสรุปได้ว่าบทบาทการบริหารงานของหัวหน้าพยาบาลประกอบด้วย บทบาทการบริหารจัดการ เช่น จัดทำนโยบาย เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของกลุ่มงานกาพยาบาล วางระบบและควบคุมกำกับมาตรฐานกาบริการพยาบาล ดำเนินการเกี่ยวกับการบริหารบุคลากร การจัดท่าบประมาณ บทบาทด้านการนิเทศและสนับสนุนบริการ ได้แก่ เป็นผู้นำในการเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล สร้างระบบกาจัดหา ควบคุมพัสดุ ครุภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ให้เพียงพอต่อการใช้งาน เป็นผู้ประสานงานดำเนินงานบริการพยาบาล เป็นที่ปรึกษา เป็นผู้นิเทศ บทบาทด้านภาวะผู้นำ ได้แก่ เป็นนักพูด เป็นนักคิด มีมนุษยสัมพันธ์ มีทักษะการติดต่อสื่อสาร บทบาทด้านการวิจัย ได้แก่ ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการวิจัยและนำผลการวิจัยไปใช้ บทบาทด้านการศึกษา ได้แก่ ส่งเสริมบุคลากรในด้านการลาศึกษาต่อ บทบาทด้านอื่นๆ ได้แก่ เผยแพร่และประชาสัมพันธ์ผลงานกาบริการพยาบาล ปฏิบัติงานอื่นๆที่ได้รับมอบหมายจากผู้บริหาร

2.3 บทบาทการบริหารงานของหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

2.3.1 โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

2.3.1.1 โรงพยาบาลทั่วไป

โรงพยาบาลทั่วไปอยู่ในการสนับสนุนของกองโรงพยาบาลภูมิภาค มีจำนวนเตียงรับผู้ป่วยตั้งแต่ 150-500 เตียงขึ้นไป (กาบริหารโรงพยาบาล 1, 2527 อ้างถึงใน พัฒนี นาคฤทธิ, 2540: 25)

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2525) กำหนดไว้ว่าโรงพยาบาลทั่วไป เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการแก่ประชาชนในเขตเมืองและชนบทถัดจากโรงพยาบาลชุมชนตั้งอยู่ในเขต อำเภอเมือง หรืออำเภอขนาดใหญ่ ที่มีความสำคัญด้านเศรษฐกิจทัดเทียมหรือมากกว่าอำเภอเมือง

ลักษณะงานและขีดความสามารถ คืองานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มี ประมาณ 25% ของงานทั้งหมด โดยดำเนินงานร่วมกับ สสจ. สสอ. เทศบาล ในงานสาธารณสุข พื้นฐาน และ สสม. ในเขตอำเภอที่เป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลที่ไม่มีสถานบริการอื่นได้รับผิดชอบ ส่งเสริมสนับสนุนงานสาธารณสุขพื้นฐานของระดับตำบลและหมู่บ้าน งานด้านรักษาพยาบาล รักษา โรคทั่วไปในระดับที่สูงขึ้น โดยมีความจำกัดในสาขาเฉพาะโรค งานศึกษาฝึกอบรมให้แก่เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขประเภทต่างๆ เช่น นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล และงานด้านการวิจัย ได้แก่ Clinical research, Health service research

หน้าที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลทั่วไป

1. ให้บริการตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลโรคตามสาขาวิชาทางการแพทย์ที่จำเป็นและฟื้นฟูสภาพ ทั้งประเภทผู้ป่วยภายนอกและผู้ป่วยภายในที่มารับการรักษาทั้งทางกายและทางจิต รวมทั้งร่วมมือในการรักษาพยาบาลแบบหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ และรักษาพยาบาลในห้องที่ห่างไกลทางวิทยุ
2. ให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ก่อนnamแม่และเด็ก วางแผนครอบครัว การโภชนาการ การสุขศึกษา การอนามัยผู้สูงอายุ การป้องกันและรักษาผู้ติดยาเสพติด การสังคมสงเคราะห์ รวมทั้งให้บริการควบคุมป้องกันโรคติดต่อต่างๆ สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและการสุขภาพตามแผนงานและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและจังหวัด แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยในโรงพยาบาล และแก่ประชาชนในเขตอำเภอที่ตั้งของโรงพยาบาลที่ไม่มีสถานบริการอื่นได้รับผิดชอบ
3. ให้บริการชั้นสูงตรสาธารณสุขทั้งในโรงพยาบาล และแก่งานบริการสาธารณสุขทุกแห่งภายในจังหวัด
4. จัดดำเนินการตามระบบรับ-ส่งผู้ป่วย เพื่อตรวจหรือรักษาต่อให้มีประสิทธิภาพ ระหว่าง รพศ. รพช. รวมทั้งสถาบันทางการแพทย์และสถานบริการสาธารณสุขอื่นๆในเขตจังหวัด
5. ให้การสนับสนุนด้านวัสดุ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ แก่โรงพยาบาลชุมชน และสถานบริการสาธารณสุขอื่นๆ ตามที่ระเบียบของทางราชการจะเอื้ออำนวย
6. รวบรวมสถิติ ข้อมูลต่างๆ และจัดทำเป็นรายงาน เสนอศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขจังหวัด และศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขกลาง
7. ศึกษา ค้นคว้า วิจัย งานด้านการแพทย์และสาธารณสุขชุมชน

8. สนับสนุน และนิเทศงานโรงพยาบาลชุมชน และสถานบริการสาธารณสุข
อื่นๆ ในจังหวัดที่รับผิดชอบทางด้านวิชาการ ด้านการรักษายาบาล และอื่นๆ รวมทั้งสนับสนุนงาน
สาธารณสุขมูลฐาน

9. ดำเนินงานด้านการศึกษาและฝึกอบรม

9.1 โรงพยาบาลขนาด 250-500 เตียง ให้การศึกษาอบรมเจ้าหน้าที่ทาง
การแพทย์และการสาธารณสุขในระดับอุดมศึกษาหลังปริญญา เช่น นักศึกษาแพทย์ นักศึกษา
พยาบาล แพทย์ฝึกหัด แพทย์ประจำบ้าน วิทยาลัยแพทย์ เจ้าหน้าที่เภสัชกรรม เจ้าหน้าที่ชันสูตรโรค
และผู้ช่วยทันตแพทย์

9.2 โรงพยาบาลขนาด 150-250 เตียง ให้การอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
และอาสาสมัครสาธารณสุข ตามแผนงานของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
และใช้เป็นสถานที่ฝึกปฏิบัติงานสมทบหลักสูตรศึกษา/อบรมเจ้าหน้าที่ด้านการแพทย์

2.3.1.2 โรงพยาบาลศูนย์

เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 500 เตียงขึ้นไป ตั้งอยู่ใน
จังหวัดที่มีประชากรมาก เป็นจุดศูนย์กลางของการคมนาคม ขึ้นอยู่กับสำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข ยกเว้น โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเด็ก โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลประสาท
โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ที่สังกัดกรมการแพทย์ ขีดความสามารถของโรงพยาบาลระดับนี้ อยู่ใน
ชั้นสูง สามารถรักษาโรคยากๆ และทำการผ่าตัดที่ต้องใช้เครื่องมือและผู้ชำนาญได้ (อาภรณ์ สุขเจริญ,
2544: 10) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2525) กำหนดไว้ว่าโรงพยาบาลศูนย์ เป็นโรงพยาบาล
ที่ให้บริการแก่ประชาชนในเขตศูนย์กลางหรือเขตของส่วนภูมิภาค จัดเป็นโรงพยาบาลที่ให้การรักษา
โรคได้ครบถ้วนทุกสาขาการรักษายาบาล ตั้งอยู่ในอำเภอเมืองหรืออำเภอขนาดใหญ่ของจังหวัดที่มี
ประชากรหนาแน่น ซึ่งเป็นจังหวัดที่เป็นศูนย์กลางด้านต่างๆ เช่น การคมนาคม การศึกษา เศรษฐกิจ
และการรักษาความปลอดภัยของประเทศ ลักษณะ

ลักษณะงานและขีดความสามารถ คือ งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีประมาณ
25% ของงานทั้งหมด โดยดำเนินการร่วมกับ สสจ. สสอ. เทศบาล ในงานสาธารณสุข พื้นฐาน และ
สสม. ในเขตอำเภอที่เป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลที่ไม่มีสถานบริการอื่นได้รับผิดชอบ ส่งเสริม สนับสนุน
งานสาธารณสุขพื้นฐานของระดับตำบลและหมู่บ้าน งานด้านรักษายาบาล บริการในลักษณะเฉพาะ
โรคทุกสาขา งานศึกษาฝึกอบรมให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเภทต่างๆ เช่น นักศึกษาแพทย์ นักศึกษา
พยาบาล เป็นต้น และงานด้านการวิจัย Clinical research, Health service research และ
Biomedical research

หน้าที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลศูนย์

1. ให้บริการตรวจวินิจฉัยโรค ให้การรักษาพยาบาลทุกสาขาวิชาทางการแพทย์ และฟื้นฟูสภาพ ทั้งประเภทผู้ป่วยภายนอก และผู้ป่วยภายในที่มาับการรักษาทั้งทางกายและทางจิต ร่วมมือในการรักษาพยาบาลแบบหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่และรักษาพยาบาลในท้องที่ ห่างไกลทางวิหุ
2. ให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ อนามัยแม่และเด็ก วางแผนครอบครัว การโภชนาการ การสุขศึกษา การอนามัยผู้สูงอายุ การป้องกันและรักษาผู้ติดยาเสพติด การสังคมสงเคราะห์ รวมทั้งให้บริการ ควบคุมป้องกันโรคติดต่อต่างๆ สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และการสุขภาพตามแผนงานและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและจังหวัดแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยในโรงพยาบาล และแก่ประชาชนในเขตอำเภอที่ตั้งของโรงพยาบาลที่ไม่มีสถานบริการอื่นได้รับผิดชอบ
3. ให้บริการชั้นสูงตรสาธารณสุข ทั้งในโรงพยาบาลและแก่หน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่งภายในจังหวัดและจังหวัดอื่นๆในเขตรับผิดชอบ
4. จัดดำเนินการตามระบบ รับ-ส่งผู้ป่วย เพื่อตรวจหรือรักษาต่อให้มีประสิทธิภาพ ระหว่าง รพศ. รพท. รพช. และ สอ. รวมทั้งสถาบันทางการแพทย์และสถานบริการสาธารณสุขอื่นๆ ในเขตจังหวัดที่รับผิดชอบ
5. ให้การสนับสนุนด้านวัสดุ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ แก่โรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขอื่นๆ ในเขตรับผิดชอบ ตามที่ระเบียบของทางราชการจะเอื้ออำนวย
6. ให้การสนับสนุนด้านซ่อมแซมเครื่องมือ เครื่องใช้ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์แก่โรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขอื่นๆ ในเขตรับผิดชอบ
7. ศึกษา ค้นคว้า วิจัย เพื่อให้มีพัฒนาการทางวิชาการ ในด้านการแพทย์และเทคนิคต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล
8. ดำเนินงานด้านการศึกษาและฝึกอบรมแก่แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ รวมทั้งการจัดห้องสมุดให้มีตำราและเอกสารทางวิชาการให้เพียงพอแก่การสนับสนุนโรงพยาบาลต่างๆด้วย
9. รวบรวมสถิติข้อมูลต่างๆ และจัดทำเป็นรายงานเสนอศูนย์ข้อมูล ข่าวสารสาธารณสุขจังหวัดและศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขกลาง
10. สนับสนุนและนิเทศงานโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานบริการสาธารณสุขอื่นๆในจังหวัดที่รับผิดชอบ ในด้านวิชาการ ด้านการรักษาพยาบาลและอื่นๆ รวมทั้งสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน

โดยสรุปหน้าที่ และความรับผิดชอบของโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข คือ การรักษาพยาบาลโรคที่มีความซับซ้อน รุนแรง ใช้เทคโนโลยีในการรักษา

และตรวจวินิจฉัย สำหรับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดำเนินการเพียง 25% ของงานทั้งหมด นอกจากนั้นยังเป็นแหล่งฝึกอบรมให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเภทต่างๆ นิเทศ ติดตาม ให้การสนับสนุนโรงพยาบาล และสถานบริการสาธารณสุขอื่นๆ ในความรับผิดชอบในด้านต่างๆ เช่น ด้านวิชาการ ด้านการรักษายาบาล และด้านวัสดุ ครุภัณฑ์ ดังนั้นองค์กรพยาบาลซึ่งเป็นหน่วยหนึ่งในโรงพยาบาลจึงต้องดำเนินการตามหน้าที่และความรับผิดชอบที่ถูกกำหนดไว้เช่นกัน

2.3.2 บทบาทการบริหารงานของหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

องค์กรพยาบาลเป็นองค์กรขนาดใหญ่ที่มีความซับซ้อนมาก จึงมีความจำเป็นต้องจัดระบบระเบียบในการปฏิบัติงาน โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้บริหารแต่ละระดับแตกต่างกันไป โดยทั่วไปองค์กรพยาบาลจะแบ่งผู้บริหารการพยาบาลออกเป็น 4 ระดับ (สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2539) คือ

ผู้บริหารสูงสุดทางการพยาบาล ได้แก่ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าพยาบาล เป็นผู้บังคับบัญชาสูงสุดของกลุ่มงานการพยาบาล รับผิดชอบในการบริหารการพยาบาลทั้งด้านวิชาการและบริการพยาบาล โดยรับนโยบายจากผู้บังคับบัญชามาวางแผน กำหนดนโยบาย ทิศทาง และเป้าหมายการพัฒนางานทางการพยาบาล มอบหมายงาน ตรวจสอบและควบคุมการปฏิบัติงาน รวมทั้งการพิจารณาแก้ไขปัญหา ปรับปรุงการบริการพยาบาล ให้คำแนะนำทางวิชาการ และบริหารการพยาบาลแก่เจ้าหน้าที่ในกลุ่มงาน

1. ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล เป็นผู้บริหารการพยาบาลที่ได้รับมอบหมาย อำนาจหน้าที่จากหัวหน้าพยาบาลตามความชำนาญในสาขาการพยาบาลเฉพาะทาง เช่น อายุรกรรม ศัลยกรรม ฯลฯ ในการควบคุมกำกับ ดูแลช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ และเป็นทีปรึกษาในการปฏิบัติงานของหัวหน้าหน่วยงาน/หัวหน้าหอผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลทุกระดับในสาขาที่รับผิดชอบ แล้วรายงานผลโดยตรงต่อหัวหน้าพยาบาล

2. พยาบาลตรวจการ เป็นผู้รับผิดชอบในการตรวจควบคุมกำกับ แนะนำ และเป็นทีปรึกษาการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลในหน่วยงาน/หอผู้ป่วยที่รับผิดชอบ นอกเวลาราชการและยามวิกาล โดยได้รับมอบหมายอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบจากหัวหน้าพยาบาล เป็นผู้นำนโยบายและแผนงานมาสู่ระดับปฏิบัติการ เพื่อให้เกิดการผสมผสานและดำเนินการร่วมกันได้อย่างดีด้วยการควบคุม กำกับ ติดตามสนับสนุน ช่วยเหลือและแก้ไขโดยสม่ำเสมอ แล้วรายงานผลการนิเทศต่อหัวหน้าพยาบาลโดยตรง

3. ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น ได้แก่ หัวหน้าหน่วยงาน/หัวหน้าหอทำหน้าที่บังคับบัญชาเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลทุกระดับในหน่วยงาน/หอผู้ป่วยที่รับผิดชอบ มีภารกิจ

หลักคือ การบริหารบริการพยาบาลในหน่วยงาน เป็นผู้เชื่อมโยงงานระดับนโยบายกลุ่มงานการพยาบาลสู่การปฏิบัติระดับหน่วยงาน/หอผู้ป่วย รวมทั้งเป็นผู้นำในการปฏิบัติการพยาบาล ให้คำปรึกษาและวินิจฉัยสั่งการ

หัวหน้าพยาบาลจึงเป็นผู้บริหารสูงสุดในกลุ่มงานการพยาบาลที่มีบทบาทโดยตรงต่อการดำเนินงานขององค์กร สำหรับบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าพยาบาลมีผู้เสนอไว้แตกต่างกันดังนี้

กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2539) ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าพยาบาลไว้ดังนี้

1. ด้านบริหาร เป็นผู้นำเกี่ยวกับ
 - 1.1 กำหนดทิศทางกรให้บริการพยาบาลและการพัฒนาบริการพยาบาล
 - 1.2 กำหนดมาตรฐานการบริการพยาบาลในภาพรวมให้สอดคล้องกับมาตรฐานส่วนกลาง และมาตรฐานวิชาชีพ รวมทั้งกลวิธีนำมาตราฐานไปใช้
 - 1.3 กำหนดหลักการและเกณฑ์ในการสรรหาคัดเลือกเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลในการขึ้นสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นและ/หรือการเลื่อนตำแหน่งตลอดจนการให้พ้นจากงาน
 - 1.4 กำหนดขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบ และคุณภาพของตำแหน่งของบุคลากรทุกระดับ
 - 1.5 ดำเนินการเกี่ยวกับการบริหารบุคคลรวมทั้งพิจารณาเสนอขอบำเหน็จความดีความชอบ และการพิจารณาโทษทางวินัยเสนอต่อผู้บังคับบัญชาตามลำดับ
 - 1.6 ควบคุมกำกับระบบการดำเนินงานบริการพยาบาลของทุกหน่วยงาน ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ และเป้าหมายที่กำหนด
 - 1.7 ติดตามประเมินผลระบบการจัดบริการพยาบาล สนับสนุนช่วยเหลือ และศึกษาปัญหาและบันทึกประสิทธิภาพของกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมด
 - 1.8 ตรวจสอบ และวิเคราะห์ ปริมาณ และคุณภาพของการให้บริการพยาบาลของกลุ่มงานเพื่อการพัฒนา
 - 1.9 ประสานงานกับส่วนราชการต่างๆ เพื่อให้เกิดความร่วมมือ เป็นที่ปรึกษาทางการพยาบาลและในเชิงวิชาชีพ
 - 1.10 ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และ/หรือได้รับการมอบหมายจากผู้บริหาร
2. ด้านการนิเทศและสนับสนุนบริการ

- 2.1 เป็นผู้ดำเนินการเยี่ยมตรวจทางการแพทย์ (Grand rounds) ร่วมกับ
ผู้แทนเฉพาะสาขา
- 2.2 ร่วมในกิจกรรมเยี่ยมตรวจโรงพยาบาลกับผู้บริหารระดับสูงและคณะ
กรรมการบริหารโรงพยาบาล (Hospital rounds)
- 2.3 ส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์ได้วางแผนร่วมกับแพทย์ และ
เจ้าหน้าที่อื่นเพื่อสนองความต้องการการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย
- 2.4 นิเทศงานการพยาบาลในโรงพยาบาลเครือข่าย
- 2.5 จัดหา ควบคุมพัสดุ ครุภัณฑ์ เครื่องมือทางการแพทย์และการ
พยาบาลให้เพียงพอและใช้งานอย่างประหยัดไว้ใช้งาน
- 2.6 เป็นผู้ประสานการดำเนินงานบริการพยาบาลในรูปแบบผสมผสาน
- 2.7 ส่งเสริมการจัดหน่วยบริการสาธารณสุขเคลื่อนที่ตามแผนของ
โรงพยาบาลและร่วมในการจัดหน่วยบริการสาธารณสุขเคลื่อนที่ตามแผนงานจังหวัดและจัดหน่วย
บริการเฉพาะกิจอื่นๆ
3. งานด้านอื่นๆ
 - 3.1 วางแผนร่วมกันสถาบันการศึกษา ในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้
และการสอนภาคปฏิบัติของนักศึกษา
 - 3.2 ริเริ่มและส่งเสริมให้มีการวิจัย ตลอดทั้งส่งเสริมสนับสนุนให้มีการนำ
ผลการวิจัยมาใช้ในการพัฒนางาน
 - 3.3 มีส่วนร่วมและส่งเสริมให้สมาชิก/ผู้ได้บังคับบัญชาสนใจเข้าร่วม
กิจกรรมของสมาคม สภาการพยาบาล หน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้อง
 - 3.4 ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 - 3.5 เผยแพร่และประชาสัมพันธ์ผลงานบริการพยาบาลอย่างเหมาะสม
4. งานอื่นๆ ที่ผู้บริหารสูงสุดมอบหมาย

กุลยา ตันติผลาชีวะ (2539: 7-9) กล่าวถึงบทบาทการบริหารงานของหัวหน้า
พยาบาล (Director of Nursing) ว่ามีบทบาท 2 บทบาท คือ บทบาทการบริหารงานทั่วไป และบทบาท
การบริหารการพยาบาล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. บทบาทการบริหารงานทั่วไป ได้แก่
 - 1.1 สร้างปรัชญา และวัตถุประสงค์ของฝ่ายการพยาบาลซึ่งสอดคล้องกับ
จุดมุ่งหมายของโรงพยาบาลและการสาธารณสุขของประเทศ
 - 1.2 สร้างมาตรฐานการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

1.3 สร้างนโยบายของการบริการพยาบาล โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมุ่งที่จะจัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพตลอดไป

1.4 ให้ความร่วมมือในการสร้างนโยบายบริการ

1.5 ให้ความร่วมมือในการสร้างนโยบายด้วยบุคลากร จัดให้มีหลักการในการสรรหา การคัดเลือก และเลื่อนชั้นของบุคลากรพยาบาลทุกระดับ ตลอดจนหลักการในการตัดสินใจการสิ้นสุดการทำงาน

1.6 วางแผนการจัดบุคลากรสำหรับหน่วยงานต่างๆในแผนกพยาบาล

1.7 กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบและคุณภาพของงานแต่ละตำแหน่งงาน

1.8 ควบคุมงานในแผนกการพยาบาล

1.9 มอบหมายอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบ จัดสายบังคับบัญชา และการติดต่อสื่อสาร อันจะมีผลส่งเสริมประสิทธิภาพของการบริการพยาบาล

1.10 ประเมินผลบริการพยาบาล เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนและคาดคะเนงานต่อไป

1.11 จัดให้มีและคงไว้ซึ่งระบบบันทึกและการรายงานที่มีประสิทธิภาพ

1.12 ส่งเสริม สนับสนุนให้บุคลากรทางการพยาบาลได้วางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ

1.13 รับผิดชอบในด้านงบประมาณ

1.14 ร่วมมือกับสถาบันการศึกษาในการจัดหลักสูตรการเรียนการสอน สำหรับนักศึกษาฝึกภาคปฏิบัติ

1.15 ริเริ่ม ส่งเสริม และร่วมมือในการวิจัย รวมทั้งสนับสนุนการนำผลการวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

2. บทบาทการบริหารการพยาบาล ประกอบด้วย

2.1 สร้างและกำหนดมาตรฐานการพยาบาล เพื่อให้ได้มาซึ่งคุณภาพและประสิทธิภาพทางการพยาบาลอย่างแท้จริง

2.2 ส่งเสริมและสนับสนุนระบบบันทึกและการรายงานเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ

2.3 ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับสามารถวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรอื่น ๆ ได้

2.4 ส่งเสริมการนำความรู้ทางวิทยาศาสตร์และงานวิจัยมาใช้ใน
กระบวนการพยาบาล

2.5 จัดอัตรากำลังตามความเหมาะสมกับความต้องการการพยาบาล

2.6 ร่วมมือ ส่งเสริม และทำการวิจัยทางการพยาบาล รวมทั้งส่งเสริม
การนำผลการวิจัยมาใช้เพื่อปรับปรุงบริการพยาบาล

จากแนวคิดหน้าที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ สังกัด
กระทรวงสาธารณสุข และ บทบาทการบริหารงานของหัวหน้าพยาบาลดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า
บทบาทการบริหารงานของหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวง
สาธารณสุข ประกอบด้วย บทบาทการบริหารจัดการ เช่น จัดทำนโยบาย เป้าหมายและวัตถุประสงค์
ของกลุ่มงานการพยาบาล ให้สอดคล้องตามแผนนโยบาย วางระบบและควบคุมกำกับมาตรฐานการ
บริการพยาบาล โดยดำเนินการด้านการรักษาพยาบาลมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
ดำเนินการเกี่ยวกับการบริหารบุคลากร การจัดทำงบประมาณ บทบาทด้านการนิเทศและสนับสนุน
บริการ ได้แก่ เป็นผู้ดำเนินการเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล สร้างระบบการจัดการ ควบคุมพัสดุ ครุภัณฑ์
เครื่องมือแพทย์ให้เพียงพอต่อการใช้งาน เป็นผู้ประสานงานดำเนินงานบริการพยาบาล เป็นที่ปรึกษา
เป็นผู้นิเทศ ให้กับสถานบริการสาธารณสุขระดับอื่นๆ ในความรับผิดชอบ บทบาทด้านการวิจัย ได้แก่
สนับสนุนให้มีการวิจัยและนำผลการวิจัยไปใช้ และปฏิบัติงานอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมายจากผู้บริหาร

2.4 บทบาทการบริหารงานของหัวหน้าพยาบาลในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ

เนื่องจากสถานการณ์แวดล้อมในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไปมากตั้งแต่เกิดภาวะวิกฤต
เศรษฐกิจ บทบาทการบริหารงานแบบเดิมจึงเปลี่ยนไปมีความสลับซับซ้อนและท้าทายความสามารถ
มากขึ้น หัวหน้าพยาบาลในยุคปฏิรูประบบสุขภาพจึงต้องทบทวนบทบาทในการบริหารงาน
เสียใหม่ให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปซึ่งบทบาทการบริหารงานของหัวหน้าพยาบาลที่
เปลี่ยนไปนั้นมีผู้เสนอไว้ดังนี้

พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ (2544: 168) กล่าวว่าผู้บริหารการพยาบาลในทศวรรษหน้า
ไม่ได้แสดงบทบาทตามกระบวนการจัดการเท่านั้น แต่มีบทบาทอื่นๆอีกหลายประการซึ่งมีการ
บูรณาการภาวะผู้นำเข้ากับการจัดการดังนี้

1. การแสดงอำนาจ (Authority) และความเกี่ยวข้อง (Influence) คือ จะต้องมีความ
เหมาะสมในการใช้อำนาจอย่างเป็นทางการ กับการเข้าไปเกี่ยวข้องเชิงภาวะผู้นำ เพื่อให้เกิด
ความสำเร็จตามเป้าหมาย

2. บทบาทการจัดการ ได้แก่ การวางแผน การจัดองค์การ การสั่งการ และการควบคุม
3. บทบาทการใช้ทรัพยากร ทั้งทรัพยากรมนุษย์ สิ่งที่เป็นกายภาพและเทคโนโลยี รวมทั้งเทคโนโลยีต่างๆ
4. บทบาทในการสร้างและส่งเสริมการดูแล การสร้างสรรค์และบรรยากาศ ริเริ่มสิ่งใหม่ที่จะต้องปรากฏในปรัชญา วัฒนธรรม สังคม ค่านิยมเชิงจริยธรรม ความสำเร็จตามเป้าหมาย สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การกระตุ้นส่งเสริมกลุ่ม และความพึงพอใจส่วนบุคคล

Barbara (2000: 57-58 อ้างถึงใน ดวงกมล เจริญ, 2544: 231-235) มีแนวคิดว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลในศตวรรษที่ 21 ควรมีลักษณะดังนี้

1. การรู้จักตนเอง (Self-knowledge) ซึ่งจะทำให้ผู้บริหารเข้าใจในคุณค่า ความเชื่อ และแรงจูงใจของตนเอง สามารถดึงจุดแข็งภายในตัวมาใช้และพร้อมที่จะปรับปรุงแก้ไข จุดด้อยของตน
2. ความเคารพ (Respect) ผู้บริหารต้องเคารพในความคิดและความรู้สึกของตนเอง รวมทั้งให้คุณค่ากับความคิดเห็นที่แตกต่างของบุคคลอื่นด้วย
3. ความเชื่อใจ (Trust) ผู้บริหารควรจะทำให้ความเชื่อใจกันเป็นวัฒนธรรมในการทำงานภายในองค์การ
4. การยึดหลักคุณธรรม (Integrity)
5. การแบ่งปันวิสัยทัศน์ (Shared vision) ผู้บริหารที่ดีต้องมีวิสัยทัศน์ที่ทำได้จริง สามารถชี้แนะ และกระตุ้นให้ทีมงานมุ่งไปสู่เป้าหมายที่ต้องการร่วมกันได้
6. การมีส่วนร่วม (Participation) ผู้บริหารจะต้องมีการกระจายอำนาจอย่าง รัศม และต้องพัฒนาทักษะทางด้านผู้นำให้กับผู้ร่วมงานให้สามารถทำการตัดสินใจได้ถูกต้อง
7. การเรียนรู้ (Learning) ผู้บริหารต้องสนับสนุนการพัฒนาวิชาชีพ และความก้าวหน้าในการทำงาน
8. การสื่อสาร (Communication) ผู้บริหารต้องรับฟัง มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร และมีการป้อนข้อมูลกลับ
9. ปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ให้การช่วยเหลือได้ (Change facilitator)

จางดี ไตอิม (2544: 9-22) กล่าวถึงผู้บริหารที่ต้องการในอนาคตว่า

1. ต้องการผู้บริหารที่มีทัศนคติ และค่านิยมใหม่มีความเข้าใจในมิติทางด้านสุขภาพอนามัยที่แตกต่างจากเดิม โดยเน้นให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลตนเองปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต รู้

แนวทางการป้องกันโรค ต้องมีการทำงานเป็นทีม และให้ความสำคัญในเรื่องสิทธิเสรีภาพ และความสะดวก

2. ปรับเปลี่ยนบทบาทของผู้บริหารจากผู้สั่งการ (Supervisor) เป็นผู้อำนวยการอำนวยความสะดวก (Facilitator) ที่เน้นแนวทางการพัฒนา มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี
3. การให้บริการเน้นที่ความพอใจ ประทับใจของผู้ใช้บริการ
4. การวางแผน การตัดสินใจต้องตอบสนองต่อความต้องการที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว ใช้ข้อมูลสารสนเทศในการบริหารจัดการ
5. มีวิสัยทัศน์ในการพัฒนา สามารถประยุกต์ใช้เทคโนโลยีให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ทัศนคติของ (2542: 80-81) กล่าวว่าผู้บริหารการพยาบาลในอนาคตจำเป็นต้องพัฒนาคุณลักษณะที่สำคัญดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้รอบรอบ (Well rounded) ผู้บริหารการพยาบาลจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ทางการพยาบาลในความรับผิดชอบ และรอบรู้ในด้านเศรษฐกิจสังคมและการสาธารณสุข สามารถแสดงความคิดเห็นต่อผู้ร่วมงานที่บริหารองค์กรและบุคคลที่หลากหลายในสังคมได้อย่างเหมาะสม
2. มีความรู้และทักษะการบริหารจัดการ (Administrative and management skill) ผู้บริหารองค์กรพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะที่ถูกต้องในการบริหารจัดการองค์กรและพัฒนาระบบบริการเพื่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบริหาร
3. มีทักษะภาวะผู้นำ (Leadership skill) ภาวะผู้นำเป็นคุณสมบัติที่สำคัญยิ่งของผู้บริหารการพยาบาลทุกระดับในการที่จะก่อให้เกิดความร่วมมือประสานกันของบุคลากรในองค์กรพยาบาลและนำองค์กรไปสู่เป้าหมาย ทักษะภาวะผู้นำที่จำเป็นอย่างยิ่งในการบริหารองค์กรพยาบาลในปัจจุบันได้แก่ ทักษะการนำการเปลี่ยนแปลง หรือการจัดการกับการเปลี่ยนแปลง (Management for change) การต่อรอง (Negotiation) การให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ (Lobby) และการยืนหยัด (Assertiveness)
4. มีทักษะการสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีการสื่อสาร จากกระแสสังคมโลกในภาวะโลกาภิวัตน์และการใช้เทคโนโลยี ทักษะพื้นฐานในการใช้เทคโนโลยีดังกล่าวในการบริหาร เพื่อความรวดเร็วในการใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารและการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารขององค์กร โดยผู้บริหารจำเป็นต้องพัฒนาความสามารถในการใช้ภาษาสากลเพื่อการสื่อสารโดยใช้เทคโนโลยีที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการบริหารองค์กร

ทองหล่อ เดชไทย และรุ่งศิริ เข้มตระกูล (มปป.) ทำการวิจัยการบริหารจัดการสาธารณสุขของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563 พบว่าผู้บริหารสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2563 นั้นต้องเป็น

ผู้ที่มีความรอบรู้ มีความสามารถทางการบริหารสาธารณสุขอย่างดีหรือเป็นมืออาชีพ รองลงมาคือมีวิสัยทัศน์กว้างไกล มีความรู้รอบด้าน เข้าใจแนวโน้มเศรษฐกิจ การปกครองและนำมาใช้เป็นฐานข้อมูลคุณสมบัติข้อต่อไป คือ ผู้บริหารสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2563 ต้องมีคุณธรรม จริยธรรม มองเห็นประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตน มีความสามารถทางด้านภาษา คอมพิวเตอร์ รอบรู้ความเป็นไปของโลก

กฤษยา ตันติผลาชีวะ และสงศรี กิตติรักษ์ตระกูล (2541: 5) กล่าวว่า ผู้บริหารการพยาบาลต้องมีความสามารถในการบริหารธุรกิจ การเงิน การลงทุน การวางแผนเชิงกลยุทธ์และการจัดทำงบประมาณควบคู่ไปกับการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลโดยปรับบทบาทให้เหมาะสมกับสภาวะการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปดังนี้

1. นักพยากรณ์ สามารถคาดคะเนแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงได้แม่นยำและรวดเร็ว
2. นักเศรษฐศาสตร์ จัดบริการให้เกิดประโยชน์สูงสุดและคุ้มค่า ลดความซ้ำซ้อน ป้องกันการเกิดความสูญเสีย
3. นักจัดการ ดำเนินการวางแผนแล้วปฏิบัติเองหรือมอบหมายให้ผู้อื่นปฏิบัติอย่างเหมาะสมกับวุฒิ ศักยภาพ ความชำนาญ ตลอดจนจัดการควบคุมกำกับและประเมินผลในการเป็นนักจัดการจะต้องจัดการอย่างเป็นระบบ ระบบการให้บริการอย่างบูรณาการและเป็นองค์รวม (Integrated and holistic care)
4. ผู้สอนหรือนักถ่ายทอดความรู้
5. นักวิจัย ใส่ใจและสนใจที่จะค้นคว้าหาคำตอบในการให้บริการเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างมีเหตุผล โดยมีการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์และทดลองอย่างเป็นระบบตามหลักวิทยาศาสตร์นำองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยไปประยุกต์ใช้
6. นักอนุรักษ์ รักษาเอกลักษณ์ของวิชาชีพ จรรยาบรรณ
7. ผู้เชี่ยวชาญ มีความชำนาญในการใช้เทคโนโลยีแทนแรงงานบุคคล
8. ผู้แสวงหาโอกาสและประโยชน์ที่จะเสริมสร้างโอกาสให้ผู้ให้บริการได้อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องและเหมาะสม โดยนำองค์ความรู้เชิงทฤษฎี (สหวิทยาการ) มาใช้
9. ผู้สร้างสรรค์และพัฒนา สร้างนวัตกรรมทางการพยาบาลและพัฒนาให้เหมาะสมกับสถานการณ์
10. นักประยุกต์ รู้จักเลือกใช้และ/หรือประยุกต์ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดให้เกิดประโยชน์
11. ผู้ประสาน เป็นแกนกลางหรือเป็นสื่อกลางในการประสาน
12. ผู้พิทักษ์สิทธิ เป็นผู้พิทักษ์สิทธิอันชอบธรรมที่ผู้ป่วยพึงมีและ/หรือพึงต้องได้รับ

Gelinas and Manthey (1997) ทำการวิจัยผลกระทบของการปรับระบบบริการสุขภาพต่อบทบาทผู้บริหาร พบว่าร้อยละ 80 ของกลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่าบทบาทผู้บริหารเปลี่ยนไปดังนี้

1. เป็นผู้นำ สามารถนำการเปลี่ยนแปลงได้ มีความสามารถในการเจรจาต่อรอง
2. มีทักษะด้านเศรษฐศาสตร์
3. พัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ลดต้นทุนการให้บริการ บูรณาการ การดูแลให้สอดคล้องต่อชุมชน
4. ส่งเสริม สนับสนุนการทำงานเป็นทีม
5. พัฒนาวิชาชีพ
6. เป็นผู้สอน ให้คำแนะนำ
7. เป็นผู้ประสานงานที่ดี
8. สร้างเครือข่ายระหว่างผู้ให้บริการ
9. มีความอดทน อดกลั้นต่อการเปลี่ยนแปลง
10. พัฒนาบุคลากรให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความเชื่อ ค่านิยม

Fullan (1998 อ้างถึงใน นฤมล ศรีทานันท์ และจิงกูร ญัฐรังสี, 2542: 84) ได้กล่าวถึงภาวะผู้นำในยุคศตวรรษที่ 21 ไว้ว่าผู้นำจะต้องเป็นผู้เปลี่ยนแปลงนวัตกรรมใหม่ๆ ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพและจะต้องรับผิดชอบในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ให้กับผู้ได้บังคับบัญชาด้วยความชาญฉลาด การวางนโยบายในการทำงานต้องพิจารณาถึงความต้องการในชุมชนเป็นหลักสามารถประสานการทำงานร่วมกับกลุ่มเป้าหมายต่างๆได้ ชักจูงให้ผู้เกี่ยวข้องร่วมแรงร่วมใจทำงานเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้โดยสมัครใจ

จากการบูรณาการแนวคิด ทฤษฎีดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่าบทบาทหัวหน้าพยาบาลในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ ประกอบด้วย

1. บทบาทการจัดการ เป็นผู้วางแผน กำหนดนโยบายและทิศทางการให้บริการพยาบาล โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมากกว่าการรักษาพยาบาล พัฒนาศักยภาพของบุคลากรให้สามารถส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

2. บทบาทภาวะผู้นำ เป็นบทบาทที่ผู้บริหารในยุคปฏิรูประบบสุขภาพจำเป็นต้องใช้อย่างมาก กล่าวคือ เป็นผู้ที่มีความสามารถในการนำการเปลี่ยนแปลง ปรับเปลี่ยนทัศนคติและบทบาทของบุคลากรทางการพยาบาลให้เป็นผู้กระตุ้นและสนับสนุนให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองทางสุขภาพ ลดการพึ่งพาศูนย์กลางทางสาธารณสุข สามารถชักจูงให้ผู้เกี่ยวข้องร่วมแรงร่วมใจทำงาน

3. บทบาทผู้รอบรู้ เป็นผู้รอบรู้ทั้งด้านเศรษฐศาสตร์ สามารถนำความรู้ด้านเศรษฐศาสตร์ มาใช้ในการบริหารงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รอบรู้ด้านสังคม การสาธารณสุข การเปลี่ยนแปลงของโลก ภาษา การใช้คอมพิวเตอร์และการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม
4. บทบาทผู้ประสานงาน มีความสามารถในการประสานงานระหว่างวิชาชีพเดียวกัน และสหสาขาวิชาชีพ มีทักษะการสื่อสารที่ดี ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมและสร้างเครือข่ายการให้บริการ ในแต่ละระดับ มีความสามารถในการเจรจาต่อรอง
5. บทบาทผู้สนับสนุนบริการ คือ จัดระบบการให้บริการอย่างบูรณาการและเป็นองค์รวม และบูรณาการการดูแลให้สอดคล้องกับชุมชน พัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นคุณภาพที่ต้นทุนต่ำ มีการกระจายและใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ลดการพึ่งพาเทคโนโลยีราคาแพง สนับสนุนภูมิปัญญาไทยและการแพทย์ทางเลือก
6. บทบาทวิชาชีพ เป็นผู้ที่มีคุณธรรม จริยธรรม มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ พัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาล พัฒนาศาสตร์ รักษาเอกลักษณ์วิชาชีพ พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย
7. บทบาทนักวิชาการ เป็นผู้สอน ถ่ายทอดความรู้ เป็นผู้ให้คำแนะนำ เป็นนักวิจัย สนับสนุนให้นำผลการวิจัยมาใช้ในการควบคุม ป้องกันโรค
8. บทบาทอื่นๆ เช่น เป็นผู้ที่มีทัศนคติและค่านิยมใหม่ เป็นผู้มีความอดทน อดกลั้น ต่อการเปลี่ยนแปลง

3. การวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย

3.1 ความเป็นมาของการวิจัยแบบเดลฟาย

เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย เริ่มพัฒนาขึ้นครั้งแรกประมาณ ปี พ.ศ. 2495 โดยทีมนักวิจัยของบริษัท Rand Corporation ซึ่งเป็นบริษัทที่ทำธุรกิจเกี่ยวกับการค้าอาวุธสงครามในรัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา เทคนิคนี้ถูกปิดเป็นความลับ และใช้เฉพาะในการศึกษาวิจัยของกองทัพอเมริกา จนกระทั่งปี พ.ศ. 2505 เทคนิคเดลฟายจึงถูกเปิดเผยในครั้งแรกในโดย Helmur และ Dalkey นักวิจัยของบริษัท Rand Corporation ทั้งสองได้เขียนบทความเรื่อง An Experimental Application of the Delphi Method to the Use of Experts ตีพิมพ์ในวารสาร Management Science ปีที่ 9 ฉบับที่ 3 เดือนเมษายน พ.ศ. 2506 บทความนี้นับเป็นจุดเริ่มต้นของการเผยแพร่เทคนิคเดลฟายให้เป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลาย (ประยูร ศรีประสาธน์, 2523: 49)

3.2 ความหมายของเทคนิคเดลฟาย

Burns and Grove (2001) ให้ความหมายเทคนิคเดลฟายว่า เป็นการวัดการตัดสินใจของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ประเมินลำดับก่อนหลัง หรือการพยากรณ์ เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับโดยไม่ต้องมีการประชุมร่วมกัน ความคิดเห็นของบุคคลจะไม่ถูกเปลี่ยนจากกลุ่มคนในที่ประชุม

Burns (1987) ให้ความหมายของเทคนิคเดลฟายว่า เป็นวิธีที่จะวัดผลการตัดสินใจของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญสำหรับการประเมินลำดับความสำคัญหรือการทำนาย

Linstone and Turoff (1975) ให้ความหมายของเทคนิคเดลฟายว่า เป็นวิธีการวางโครงสร้างกระบวนการติดต่อสื่อสารของกลุ่ม เป็นกระบวนการที่มีประสิทธิภาพโดยใช้กลุ่มบุคคลเพื่อแก้ปัญหาที่ซับซ้อน

Rasp (1973: 26-30 อ้างถึงใน ประยูร ศรีประสาธน์, 2523: 50) ได้ให้ความหมายของเทคนิคเดลฟายว่าเป็นเทคนิคของการรวบรวมการพิจารณาตัดสินใจที่มุ่งเพื่อเอาชนะจุดอ่อนของการตัดสินใจแต่เดิมที่จำกัดขึ้นกับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญคนใดคนหนึ่งโดยเฉพาะ หรือความคิดเห็นของกลุ่มหรือมติที่ประชุม

เสียงพิน อ่ำโพธิ์ (2543) ให้ความเห็นว่า เทคนิคเดลฟาย คือ กระบวนการที่จะหาคำตอบของเหตุการณ์ หรือพฤติกรรมต่างๆที่จะเป็นไปในอนาคต เป็นการหาความคิดเห็นที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมาเป็นข้อสรุปให้ได้คำตอบที่เป็นเอกฉันท์เพื่อการตัดสินใจ

สุวลี ทวีบุตร (2540) ให้ความเห็นว่าเทคนิคเดลฟาย เป็นกระบวนการรวบรวมความคิดเห็นหรือการตัดสินใจในเรื่องหนึ่ง เกี่ยวกับเหตุการณ์หรือแนวโน้มที่เกิดขึ้นในอนาคต

พนารัตน์ วิศวะเทพนิมิตร (2539) ให้ความเห็นว่า การวิจัยเดลฟาย เป็นเทคนิคการวิจัยและเทคนิคการสื่อสารระหว่างกลุ่มผู้เชี่ยวชาญอย่างเป็นระบบ เพื่อคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และเสาะหาความคิดเห็นที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งแต่ละคนสามารถแสดงความคิดเห็นในเรื่องนั้นๆ ได้อย่างอิสระโดยไม่มีการเผชิญหน้ากันโดยตรง ทำให้ลดผลกระทบทางด้านความคิดระหว่างกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้วยกัน

3.3 ลักษณะงานวิจัยที่ใช้เทคนิคเดลฟาย (ศิรินภา ชี้ทางให้, 2543: 45-46)

เทคนิคเดลฟายจะใช้กับงานวิจัยที่มีลักษณะดังนี้

1. ปัญหาที่จะทำการวิจัยไม่มีคำตอบที่ถูกต้องแน่นอน แต่สามารถศึกษาปัญหาได้จากการรวบรวมการตัดสินใจแบบอัตตวิสัย จากผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ
2. ปัญหาที่จะทำการวิจัยต้องการความคิดเห็นหลายๆด้านจากประสบการณ์หรือความรู้ความสามารถของผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ

3. ผู้ทำการวิจัยไม่ต้องการให้ความคิดเห็นของผู้อื่นแต่ละคนมีผลกระทบหรืออิทธิพลต่อการพิจารณาตัดสินปัญหานั้นๆ
4. การประชุมของสมาชิกผู้เชี่ยวชาญไม่สะดวก เสียค่าใช้จ่ายและเวลามากเกินไป
5. ไม่ต้องการเปิดเผยรายชื่อสมาชิกผู้เชี่ยวชาญ เพราะความคิดเห็นของคนในกลุ่มเกี่ยวกับปัญหาที่วิจัยอาจมีความขัดแย้งอย่างมาก

3.4 ประเภทของเทคนิคเดลฟาย (Linstone and Turoff, 1975: 5-6; จันทรสังข์สุวรรณ, 2538: 67-68) มี 2 ประเภท คือ

1. Delphi exercise คือการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม นำคำตอบที่ได้มาพิจารณาสรุปแล้วพัฒนาแบบสอบถามใหม่ ส่งให้ผู้ตอบได้มีโอกาสทบทวนและทราบความคิดเห็นของกลุ่ม บางที่เรียกว่า “เทคนิคเดลฟายแบบเก่า” (Convention Delphi)
2. Delphi conference คือ เทคนิคเดลฟายแบบใหม่ กลุ่มใหญ่ขึ้น ใช้คอมพิวเตอร์ในการควบคุมที่มีโปรแกรมสรุปคำตอบวิธีนี้ลดความล่าช้า เนื่องจากการปรับปรุงคำตอบของแต่ละรอบ โดยผู้ตอบนั่งอยู่หน้าจอคอมพิวเตอร์ เมื่อตอบคำถามคอมพิวเตอร์จะประมวลผลรวมกับของผู้อื่น และสรุปผลให้เขารู้ได้ทันทีซึ่งสามารถโต้ตอบกลับ ทำเช่นนี้เรื่อยๆกับทุกคนที่เป็นผู้เชี่ยวชาญจนในที่สุดทุกคนให้คำตอบในแนวทางเดียวกัน วิธีนี้บางที่เรียกว่า “เดลฟายเชิงเวลาจริง” (Real time Delphi)

3.5 กระบวนการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย

กระบวนการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟายมีวิธีการเช่นเดียวกับระเบียบวิธีวิจัยทั่วไป โดยเริ่มจากการกำหนดปัญหา การเลือกสรรผู้เชี่ยวชาญ การสร้างเครื่องมือ การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการอภิปรายผล ซึ่งจะกล่าวถึงรายละเอียดเฉพาะส่วนที่มีความแตกต่างหรือเป็นจุดเน้นของเทคนิคเดลฟายดังต่อไปนี้

เมื่อผู้วิจัยกำหนดปัญหาการวิจัย และตกลงใจใช้เทคนิคเดลฟายในการวิจัยแล้ว ลำดับต่อไปจะเป็นการเลือกสรรผู้เชี่ยวชาญที่จะร่วมในการวิจัยซึ่งนับเป็นขั้นตอนที่เป็นหัวใจสำคัญของการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย

สิ่งที่ควรคำนึงถึงในการเลือกสรรผู้เชี่ยวชาญ สรุปได้ 3 ประการ ได้แก่ ความสามารถของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ความร่วมมือของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และจำนวนผู้เชี่ยวชาญ ดังมีรายละเอียด ต่อไปนี้

1. ความสามารถของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ควรเลือกผู้มีความรู้ ความสามารถเป็นเลิศในสาขานั้นๆอย่างแท้จริง ไม่ควรเลือกโดยอาศัยความคุ้นเคย หรือติดต่อได้ง่าย เนื่องจากผลของ

การวิจัยจะมีความถูกต้อง น่าเชื่อถือมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้เชี่ยวชาญเป็นสำคัญ ผู้วิจัยจึงควรกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญให้ชัดเจนและเหมาะสม

2. ความร่วมมือของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ควรเลือกผู้ที่มีความเต็มใจ ตั้งใจ และมั่นใจในการให้ความร่วมมือกับงานวิจัยโดยตลอด รวมทั้งยินยอมสละเวลา ในการตอบแบบสอบถามซ้ำหลายรอบ

3. จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ใช้ในการวิจัยนั้น ขึ้นอยู่กับลักษณะของกลุ่ม และประเด็นปัญหาที่ศึกษาเป็นสำคัญ หากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเป็นเอกพันธ์ (Homogenous group) อาจใช้เพียง 10-15 คน แต่ถ้ากลุ่มมีลักษณะอเนกพันธ์ (Heterogeneous group) อาจต้องใช้กลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวนมากด้วย (Couper, 1984) จากการศึกษาของ Mac.Millan (1971 อ้างถึงใน ประยูร ศรีประสาธน์, 2523: 52) หากมีจำนวนผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ 17 คนขึ้นไปอัตราการลดลงของความคลาดเคลื่อน (Error) จะมีน้อยมาก ดังนั้นจำนวนผู้เชี่ยวชาญจึงควรมีไม่น้อยกว่า 17 คน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการลดลงของความคลาดเคลื่อนของจำนวนผู้เชี่ยวชาญ

| จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ (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: Mac.Millan "The Delphi Technique" อ้างใน ประยูร ศรีประสาธน์.(2523). เทคนิคการวิจัยแบบเดลไฟ.กรุงเทพมหานคร

เครื่องมือที่ใช้ในเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟายเป็นแบบสอบถามอย่างน้อย 3 รอบซึ่งผู้วิจัยควรเขียนให้ชัดเจน สละสลวย ง่ายแก่การอ่านและเข้าใจ โดยในแต่ละรอบมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกันดังต่อไปนี้

รอบที่ 1 มีจุดมุ่งหมายเพื่อการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ตอบเกี่ยวกับเรื่องทั่วไปในประเด็นปัญหาที่กำหนดโดยไม่จำกัดความคิดเห็น ผู้วิจัยจะต้องกำหนดกรอบ (Frame) ของการวิจัย เนื่องจากประเด็นปัญหาที่ศึกษามักเป็นประเด็นเชิงคุณลักษณะ ซึ่งมีขอบข่ายกว้างขวาง การกำหนดกรอบของการวิจัยจะทำให้เห็นภาพของการวิจัยชัดเจนขึ้น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามปลายเปิด ที่มีข้อความกระตุ้น หรือเชิญชวนให้ผู้ตอบได้แสดงความคิดเห็นของตนต่อประเด็นปัญหานั้นอย่างกว้างขวางภายในกรอบที่กำหนด ในบางครั้งอาจเป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้าง แต่อย่างไรก็ตามควรมีคำถามปลายเปิดไว้ตอนท้ายด้วย เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม แบบสอบถามรอบแรกจะเลือกใช้วิธีการตอบโดยการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ หรือส่งไปรษณีย์ การตอบของผู้เชี่ยวชาญอาจประกอบด้วยความคิดเห็น ข้อวิจารณ์ ข้อโต้แย้ง หรือเป็นข้อกระทงให้ผู้วิจัยใช้ในการสร้างแบบสอบถามรอบที่ 2

รอบที่ 2 ในรอบนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อการวางแผน และจัดลำดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ โดยนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากรอบที่ 1 ของผู้เชี่ยวชาญมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ จัดให้เป็นหมวดหมู่ ให้เป็นระบบ ถึงแม้ว่าแนวทางบางข้อจะได้รับการเสนอจากผู้เชี่ยวชาญจำนวนน้อย ก็ตาม ทั้งนี้เพราะผู้วิจัยต้องเคารพในความเชี่ยวชาญของผู้เชี่ยวชาญ หลังจากนั้นสร้างเครื่องมือในการวิจัยรอบที่ 2 เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า โดยใช้ภาษาที่สั้นกะทัดรัดชัดเจน พยายามคงความหมายเดิมของผู้เชี่ยวชาญไว้ให้มากที่สุด หรือถ้าผู้เชี่ยวชาญใช้ภาษาที่ชัดเจนดีก็ไม่ต้องปรับปรุงแก้ไข และส่งกลับไปให้ผู้เชี่ยวชาญตอบอีกครั้ง แบบสอบถามรอบนี้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนต้องให้ความสำคัญของแต่ละข้อ และอาจให้เหตุผล หรือคำแนะนำลงในช่องว่างท้ายข้อด้วย

รอบที่ 3 หลังจากที่ได้รับแบบสอบถามรอบที่ 2 คืนมาแล้ว ผู้วิจัยจะนำ คำตอบแต่ละข้อ มาคำนวณหาค่ามัธยฐาน (Median) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) จากนั้นก็สร้างแบบสอบถามใหม่ประกอบด้วยข้อความเดิม แต่เพิ่มตำแหน่งของค่ามัธยฐานและพิสัยระหว่างควอไทล์ของผู้ตอบในแต่ละข้อลงไปด้วย แล้วส่งกลับไปให้ผู้เชี่ยวชาญตอบเป็นครั้งที่ 3 ในการตอบครั้งนี้ผู้เชี่ยวชาญจะได้รับการขอร้องให้พิจารณาทบทวนคำตอบของตนเองอีกครั้งหนึ่งว่าจะเปลี่ยนแปลงหรือยังยืนยันเหมือนเดิม ในกรณีที่คำตอบไม่เห็นพ้องกันกับกลุ่มหรือคำตอบนั้นอยู่นอกพิสัยระหว่างควอไทล์ จะต้องให้เหตุผลประกอบด้วย

รอบที่ 4 ผู้วิจัยจะทำตามขั้นตอนเดียวกันกับรอบที่ 3 แล้วส่งกลับไปให้ผู้ตอบ ทบทวนคำตอบอีกครั้ง ซึ่งโดยทั่วไปอาจจะไม่ทำขั้นตอนนี้เพราะความคิดเห็นในรอบที่ 3 และรอบที่ 4 มีความแตกต่างกันอย่างมากผลที่ได้ในรอบสุดท้ายนี้เป็นผลสรุปของการวิจัย

สำหรับจำนวนรอบที่เหมาะสมนั้นขึ้นอยู่กับจุดมุ่งหมาย เวลา งบประมาณของการวิจัย โดยการจะหยุดที่รอบใดรอบหนึ่งควรจะพิจารณาคำตอบที่ได้ในรอบต่างๆว่ามีความเป็นเอกภาพแล้วหรือยัง หรือมีความสอดคล้องกันของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ครอบคลุมเรื่องที่ศึกษามากพอหรือไม่ ถ้ามีมากพออาจจะหยุดในรอบที่ 2 หรือรอบที่ 3 ก็ได้ ในเรื่องจำนวนรอบนี้ได้มีผู้ศึกษาไว้พบว่า การส่งแบบสอบถาม 3 รอบเป็นจำนวนรอบที่พอดี ความคลาดเคลื่อนมีไม่มากตั้งแต่รอบที่ 3 ขึ้นไป ความแตกต่างที่ได้ไม่มีนัยสำคัญ (จุมพล พูลภทธรชวิน, 2530 อ้างถึงใน จันทร สังข์สุวรรณ, 2538: 74) ข้อมูลที่ได้เพิ่มเติมมากก็ไม่คุ้มกับความพยายามในการดำเนินการ

การรวบรวมข้อมูล เริ่มจากการติดต่อขอความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญให้เข้าร่วมการวิจัย โดยขอความร่วมมือให้ตอบแบบสอบถามทุกรอบ เนื่องจากเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟายต้องอาศัยการตอบแบบสอบถามหลายรอบ จึงมักเกิดปัญหาในการรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 2 และรอบถัดไป นอกจากนี้การเว้นระยะในการส่งแบบสอบถามไปยังกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในแต่ละรอบไม่ควรให้ห่างนานเกินไป จากการศึกษาของ Waldron (1974 อ้างถึงใน ประยูร ศรีประสาธน์, 2523: 53) พบว่าการส่งแบบสอบถามในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ในเวลาที่แตกต่างกันจะมีผลให้เกิดความแตกต่างของคำตอบที่ได้รับ เพราะอาจทำให้ขาดความต่อเนื่องในความคิดผู้ตอบลืมหืมผลที่ตอบในรอบที่ผ่านมา หรืออาจเกิดเหตุการณ์บางอย่างที่ทำให้เกิดความไม่แน่ใจในคำตอบ หรือแม้แต่หมดความสนใจที่จะตอบแบบสอบถามได้

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับเทคนิคเดลฟาย ได้แก่สถิติที่เกี่ยวข้องกับการวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง ได้แก่ มัชยฐาน ฐานนิยม ค่าเฉลี่ย ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ การเลือกหรือการกำหนดสถิติสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลนั้น ผู้วิจัยจะต้องเลือกให้เหมาะสม หากเป็นการแสดงความคิดเห็นในเรื่อง เวลา หรือปริมาณ ควรใช้ค่ามัธยฐาน สำหรับกรณีที่เป็นการทำนายเวลา ปริมาณ หรือสถานการณ์ในอนาคตมักใช้ฐานนิยม สำหรับค่าพิสัยระหว่างควอไทล์นั้น ใช้เพื่อพิจารณาการกระจายความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่ามีความเห็นสอดคล้องกันในข้อความนั้นๆ มากน้อยเพียงใด ถ้าค่าพิสัยระหว่างควอไทล์กว้างก็แสดงว่าสอดคล้องน้อย แต่ถ้าแคบก็แสดงว่าสอดคล้องกันมาก อย่างไรก็ตามผู้วิจัยควรให้ความสำคัญกับข้อความที่มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์กว้างบางกรณี เพราะอาจเป็นข้อความที่มีประโยชน์ หรือเป็นการเตือนล่วงหน้าให้เห็นถึงประเด็นที่ไม่สอดคล้องกัน ซึ่งทำให้คาดการณ์ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ ทั้งนี้การวิเคราะห์ก็ต้องพิจารณาถึงเหตุผลที่ผู้เชี่ยวชาญได้ระบุไว้ประกอบด้วย ฉะนั้นการวิเคราะห์จึงควรแยกการวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นความเห็นที่สอดคล้องและไม่สอดคล้องกัน

3.6 ลักษณะเฉพาะของเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย

ลักษณะเฉพาะของการวิจัยแบบเดลฟาย จะมีการคล้ายคลึงกับการวิจัยเชิงสำรวจ คือ มีการส่งคำถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญตอบ แต่จะต่างกันตรงที่เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟายมีการป้อนข้อมูลย้อนกลับ โดยการส่งคำถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญตอบหลายรอบ (3 รอบหรือมากกว่า) เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญมีโอกาสพิจารณาคำตอบที่เป็นความคิดเห็นของตนซ้ำอีก ซึ่งเทคนิคการวิจัยแบบนี้มีคุณลักษณะ ความตรง ความเที่ยง และข้อจำกัดของการใช้ ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

3.6.1 คุณลักษณะของเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย (Couper, 1984: 73-74)

3.6.1.1 ความเป็นนิรนาม (Anonymity) หมายถึง การที่ผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มไม่ได้มาร่วมกลุ่มกันและปิดบังไม่ระบุชื่อให้กลุ่มทราบ เพื่อป้องกันปฏิกิริยาที่เกิดจากการแสดงความคิดเห็นของแต่ละบุคคล ข้อถกเถียง และความเห็นที่สอดคล้องกันให้เป็นอิสระในแต่ละบุคคล เพื่อการแสดงความคิดเห็นโดยปราศจากความกดดันทางจิตวิทยาจากกลุ่มซึ่งปรากฏการณ์ทางจิตวิทยาเรียกว่า Bandwagon effect มีผลกระทบมากต่อการแสดงความคิดเห็น จากการถูกรวบงำหรือทำให้คล้อยตาม หรือความคิดเห็นแต่ละท่านจะได้นำหนักของความสำคัญเท่าเทียมกัน และการแสดงออกที่เป็นอิสระจากผู้อื่น

3.6.1.2 การถามย้ำคำตอบที่ควบคุมการปฏิกิริยาย้อนกลับ (Iteration with controlled feedback) แบบสอบถามเป็นข้อมูลที่จะนำมาพิจารณาให้ได้คำตอบของปัญหา ในการส่งแบบสอบถามให้กับผู้ตอบเพื่อถามย้ำให้ได้เหตุผลของคำตอบเป็นการยืนยันหรือแก้ไขความเห็นของตน ให้เป็นความคิดเห็นที่มีความสอดคล้องกัน กรณีที่มีความเห็นขัดแย้งกับกลุ่มก็จะยังสามารถพิจารณาคำตอบของตนที่ตอบใหม่ ทำให้สามารถแก้ไขข้อบกพร่อง สิ่งที่ตอบไปในครั้งก่อนได้

3.6.1.3 การพิจารณาปฏิกิริยาตอบสนองในเชิงสถิติ (Statistic group response) เป็นแบบสอบถามในรูปของมาตราส่วนประมาณค่าตามแบบ Likert scale นำมาหาค่ามัธยฐาน ฐานนิยม และพิสัยควอไทล์ เพื่อนำมาแสดงต่อผู้ตอบในรอบถัดไปว่าคำตอบของตนนั้นมีความสอดคล้องกับความเห็นของกลุ่มมากน้อยเพียงไร โดยพิจารณาความแตกต่างของตำแหน่งในคำตอบต่อค่ามัธยฐาน ฐานนิยม และพิสัยระหว่างควอไทล์ในแต่ละข้อ การที่มาตราส่วนประมาณค่าแบบ Likert scale เป็นที่นิยมนำมากใช้ในการจัดน้ำหนักคำตอบในเทคนิคเดลฟายนั้น Dalkey and Routke (1971 อ้างถึงใน จันทร สังข์สุวรรณ, 2538: 67) ได้ทำการวิจัยเปรียบเทียบการจัดน้ำหนักคำตอบหลายๆ วิธีแล้วพบว่าแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่าของ Likert มีข้อดีที่สุด คือ ผู้ตอบตอบได้ง่าย ใช้เวลาน้อย ถึงแม้แบบสอบถามจะมีจำนวนข้อมากก็ไม่ยุ่งยากในการตอบการนำมาแปลผลก็ไม่ซับซ้อน

3.6.2 ความตรง (Validity) และความเที่ยง (Reliability)

ความตรงและความเที่ยงของเทคนิคเดลฟาย แฝงอยู่ในกระบวนการตามระเบียบวิธีการวิจัยอยู่แล้ว (จุมพล พูลภัทรชีวิน, เทปตลับ อ้างถึงใน ศรีรัตน์ จันทรสมวงศ์, 2530: 79; พนารัตน์ วิศวะเทพนิมิตร, 2539) กล่าวคือความตรงของเครื่องมือนั้น การวิจัยโดยทั่วไปก็จะใช้วิธีนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรง แต่เทคนิคเดลฟายนี้นำกับผู้เชี่ยวชาญอยู่แล้ว จึงอาจจะมีปัญหาบ้างก็เฉพาะในเรื่องของการใช้ภาษาเท่านั้น นอกจากนี้เทคนิคเดลฟายยังใช้วิธีการที่ทำให้เกิดความตรงของข้อมูลที่ตรงกับความรู้สึก การรับรู้ และการมีประสบการณ์โดยปราศจากอคติของผู้เชี่ยวชาญ ด้วยการให้ผู้เชี่ยวชาญมีโอกาสตรวจสอบคำตอบของตนเองหลายรอบ ความเที่ยงของเทคนิคเดลฟายอยู่ที่การให้ผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามซ้ำหลายรอบเพื่อตรวจสอบความเที่ยงของคำตอบแต่ละรอบว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ถ้าคำตอบของผู้เชี่ยวชาญคงเดิมไม่เปลี่ยนแปลงก็แสดงว่ามีความเที่ยงมาก และด้วยเหตุที่ว่าการวิจัยอนาคตเกี่ยวข้องกับโดยตรงกับบุคคล ดังนั้นความเที่ยง และความตรงของข้อมูลที่ได้รับ จึงขึ้นอยู่กับ การเลือกผู้เชี่ยวชาญอย่างเป็นหมวดหมู่เป็นระบบ ไปติดต่อในเวลาที่เหมาะสม ไม่เร่งรีบ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ผู้ที่วิจัยอนาคตควรรู้และตระหนักให้มาก เพื่อหาวิธีป้องกันอันจะทำให้ผลการวิจัยที่ได้รับมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

3.6.3 ข้อจำกัดของเทคนิคเดลฟาย มีดังนี้

3.6.3.1 ผลการวิจัยอาจขาดความน่าเชื่อถือ หากผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการคัดเลือกไม่ได้เป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถทางด้านนั้นๆอย่างแท้จริง

3.6.3.2 การวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย อาศัยข้อมูลจากการรวบรวมความคิดเห็นของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ โดยเชื่อว่าผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนให้ความเห็นอย่างไม่มีอคติ และจะต้องเข้าใจประเด็นปัญหาโดยส่วนรวม และข้อความในแบบสอบถามแต่ละข้อตรงกัน มิฉะนั้นผลการวิจัยอาจจะไม่น่าเชื่อถือเพราะความคิดเห็นที่ได้มานั้นเป็นการเดามากกว่าการพิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบ นอกจากนี้หากลักษณะของการวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อทำนายเหตุการณ์ในอนาคตต้องระมัดระวังว่าคำตอบที่ได้รับต้องไม่ใช่การแสดงความหวังหรืออุดมคติของผู้ตอบเกี่ยวกับประเด็นที่ศึกษานั้น

3.6.3.3 เมื่อมีการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟายเพื่อการทำนายเหตุการณ์ในอนาคต การกำหนดระยะเวลาของการทำนายเป็นสิ่งที่จะต้องระมัดระวัง ถ้ากำหนดให้ผู้เชี่ยวชาญทำนายเหตุการณ์ในระยะเวลาใกล้หรือไกลเกินไป อาจทำให้ผู้เชี่ยวชาญทำนายได้ด้วยความลำบากและเกิดความคลาดเคลื่อนได้ มีผู้ศึกษาไว้ว่าช่วงเวลาของการทำนายอนาคตควรอยู่ในช่วงเวลา 10-15 ปี (Schwarz, Svedin, and Wittrack, 1982 อ้างถึงใน จันทร สัจสุวรรณ, 2538: 78)

3.6.3.4 การที่ต้องใช้การถามย้ำหลายรอบตามกระบวนการวิจัยนั้นอาจทำให้ผู้เชี่ยวชาญเกิดการเบื่อหน่าย ไม่เต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัยอย่างแท้จริงโดยตลอด

3.6.3.5 ผู้ทำการวิจัยขาดความรอบคอบ มีความลำเอียงในการพิจารณาวิเคราะห์คำตอบที่ได้ในแต่ละรอบ

3.6.3.6 เนื่องจากมีการส่งแบบสอบถามหลายรอบ อาจมีการสูญหายของแบบสอบถามหรือไม่ได้รับคำตอบกลับคืนมา

3.7 ข้อดีของเทคนิคเดลฟาย มีดังนี้

3.7.1 ความสามารถของเทคนิคเดลฟายสามารถนำความต้องการของผู้เกี่ยวข้องเข้าสู่ทิศทางที่ต้องการ เพราะเทคนิคเดลฟายได้ให้ระเบียบสำหรับคาดการณ์ในเชิงเลือกสรรความรู้และความคิดใหม่ๆ และให้ผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ถ้าได้กระทำอย่างเหมาะสม

3.7.2 สามารถหาความสอดคล้องของความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญได้โดยไม่ต้องจัดให้มีการประชุม ทำให้ประหยัดเวลา ค่าใช้จ่าย และไม่มีข้อจำกัดเรื่องสภาพทางภูมิศาสตร์ในด้านการเดินทาง ข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือได้มาก เพราะเป็นความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิชานั้นๆ และได้มาจากการถามย้ำหลายรอบ มีโอกาสปรับเปลี่ยนหรือยืนยันความคิดเห็นของตนจนเกิดความมั่นใจ ช่วยให้มีการพิจารณาประเด็นปัญหาอย่างลึกซึ้งทุกข้อปัญหา และความคิดจะถูกเสนอไปยังผู้เชี่ยวชาญโดยไม่มีการตัดแนวทางได้ออก ผู้เชี่ยวชาญทุกคนจึงรับทราบ และประเมินแนวทางทุกแนวทางได้อย่างเท่าเทียมกัน นอกจากนี้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนสามารถแสดงความคิดเห็นของตนอย่างเต็มที่และเป็นอิสระ ไม่ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลทางความคิดหรืออำนาจเสียงส่วนใหญ่เพราะผู้เชี่ยวชาญเหล่านั้นจะไม่ทราบว่ามีผู้ใดอยู่ในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญบ้าง

3.7.3 เทคนิคเดลฟาย ช่วยให้ผู้วิจัยสามารถทราบถึงลำดับความสำคัญของข้อมูลและเหตุผลในการตอบรวมทั้งความสอดคล้องในเรื่องความคิดเห็นเป็นอย่างดี

3.7.4 ใช้ในการวิจัยได้กว้างขวางทุกขอบข่ายงาน เพราะบทบาทที่สำคัญของการวิจัยแบบนี้ คือ การระบุข้อสันนิษฐานในปัจจุบันเกี่ยวกับการพัฒนาการที่จะเกิดขึ้นในอนาคตโดยการใช้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เลือกมาเป็นอย่างดี ความรู้ใหม่ๆ และข้อสันนิษฐานร่วมกันจะปรากฏขึ้นมาด้วยวิธีการสังเคราะห์ของ “โลกทัศน์” หรือ “การสร้างความจริง” และจะนำไปสู่วิธีการศึกษาที่เปิดกว้างขึ้นต่อการแก้ปัญหามากกว่าวิธีการที่ผ่านมา

4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบทบาทการบริหารของหัวหน้าพยาบาล

ประกายแก้ว ธนสุวรรณ (2543) ศึกษาการปฏิบัติตามบทบาทของผู้บริหารการพยาบาลและปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตามบทบาทด้านบริหาร ด้านการบริการ และด้านวิชาการ จากผู้บริหารการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 19 คน พบว่า

สุพรรณี วงคำจันทร์ (2541) ศึกษาสมรรถนะของหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนตามการรับรู้ของตนเอง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลังของบุคคล คุณลักษณะส่วนบุคคล และสภาพแวดล้อมในหน่วยงาน กับหน่วยงานกับสมรรถนะหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่าสมรรถนะด้านภาวะผู้นำ สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล และสมรรถนะด้านการฝึกอบรม อยู่ในระดับสูง ส่วนสมรรถนะด้านการบริหารงาน สมรรถนะด้านการตลาด สมรรถนะด้านการสนับสนุนงานการสาธารณสุขมูลฐาน สมรรถนะด้านการใช้เทคโนโลยีทันสมัย อยู่ในระดับปานกลาง และสมรรถนะด้านวิชาการและการวิจัยอยู่ในระดับต่ำ

กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่น (2539) ศึกษาพฤติกรรมความเป็นผู้นำของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลตามการรับรู้ของตนเองและพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลชุมชน เขต 6 พบว่าหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลมีคะแนนการรับรู้พฤติกรรมความเป็นผู้นำเชิงปฏิรูปของตนเองสูงกว่าเชิงเป้าหมาย เช่นเดียวกับการรับรู้ของพยาบาลประจำการ

เสาวภา สีเหนียง (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลังกับความเป็นเลิศ ในเชิงบริหารของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเอกชนและปัจจัยที่เป็นตัวทำนายความเป็นเลิศในเชิงบริหารของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล จากหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 133 คน พบว่า การศึกษาอบรมเพิ่มเติมทางการบริหารและประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งบริหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเป็นเลิศในเชิงบริหาร และการศึกษาอบรมเพิ่มเติมทางการบริหารและประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งบริหาร เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายความเป็นเลิศในเชิงบริหารได้

อังคณา สุเมธสิทธิกุล (2538) ศึกษาตัวประกอบสมรรถนะของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐพบว่าตัวประกอบที่สำคัญของสมรรถนะของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลมี 8 ตัวประกอบ คือ ภาวะผู้นำ การวางแผนและการจัดระบบงาน การตลาดบริการพยาบาลและการเปลี่ยนแปลง วิชาการ การอำนวยความสะดวก การควบคุม การวางแผนกลยุทธ์ และการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล

กนกวรรณ จิตต์ตรีงาม (2537) ศึกษาแนวคิดพื้นฐานในการเตรียมตัวเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โดยศึกษาจากหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน จำนวน 151 คน พบว่า หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลควรเตรียมตัวด้านวิชาการอย่างเป็นทางการด้วยการเข้ารับการอบรมหลักสูตรการบริหารและเตรียมตัวอย่างไม่เป็นทางการด้วยการศึกษาหาความรู้ด้วย

ตนเอง การเตรียมการด้านสมรรถภาพ ควรเตรียมพร้อมในด้านสมรรถภาพการเป็น ผู้นำสมรรถภาพ ด้านการบริหาร สมรรถภาพด้านวิชาชีพ สมรรถภาพเชิงธุรกิจ และสมรรถภาพเชิงการเมือง การเตรียม การด้านบุคลิกภาพ ควรมีการเตรียมบุคลิกภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา โดยใช้การเรียนรู้ จากการแสดงบทบาท การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง และการเรียนแบบตัวต่อตัวกับอดีตหัวหน้า ฝ่ายการพยาบาล

Dubnicki and Sloan (1991) ได้ทำการวิจัยนำร่องเกี่ยวกับความเป็นเลิศในการ บริหารงานของผู้บริหารการพยาบาลพบว่าสมรรถนะที่สำคัญของผู้บริหารการพยาบาลประกอบด้วย สมรรถนะ 9 ด้านดังนี้

1. การอำนวยการ มีความสามารถในการใช้อำนาจในตำแหน่งอย่างมีประสิทธิภาพ และเหมาะสม ในการบังคับตามกฎระเบียบ ในการชี้แจงให้ผู้อื่นเห็นถึงปัญหาในการตั้งเกณฑ์มาตรฐานของพฤติกรรม และในการบอกในสิ่งที่ผู้อื่นต้องทำ
2. ความเชื่อมั่นในตนเอง มีความเชื่อมั่น ทุกคนมีความสามารถในการปฏิบัติงาน และสามารถคัดเลือกวิธีการปฏิบัติงาน และการแก้ปัญหา มีความเต็มใจในการตัดสินใจหรือมีอิสระ ในการปฏิบัติงาน
3. การใช้กลยุทธ์ที่ดี มีความสามารถในการพัฒนา และการใช้กลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพ เช่น การวางแผน บทบาทและทางเลือกที่จะมีผลต่อผู้อื่น
4. มีความเข้าใจความรู้สึกของบุคคลอื่น มีความสามารถที่จะเข้าใจและแปลความหมาย ในความรู้สึก หรือความกังวลของผู้อื่น มองเห็นความสำคัญของจุดแข็ง และข้อจำกัดของแต่ละบุคคล
5. ความคิดริเริ่ม มีทิศทางการทำงานที่เป็นตัวของตัวเอง ซึ่งมีผลทำให้มีบทบาทใน การหาโอกาส หรือการจัดลำดับการทำงานที่มีความสำคัญไว้ก่อนงานที่มีความสำคัญน้อยกว่า
6. การบริหารกลุ่ม มีความสามารถในการเป็นผู้นำกลุ่ม ส่งเสริมการให้กลุ่มมีส่วนร่วม ส่งเสริมการประสานงาน และการทำงานเป็นทีม ลดความขัดแย้งภายในกลุ่มส่งเสริมการร่วม มือกัน ให้ความรัก การดูแลอย่างยุติธรรม เท่าเทียมกัน ให้ข้อมูล และหาข้อแก้ไขที่เป็นที่พอใจของ กลุ่ม
7. ความรู้สึกถึงความสำเร็จ มีความรู้สึกความสำเร็จ มอบหมายงาน เพื่อมุ่งไปสู่ เป้าหมายที่ทำหาย หรือแข่งขันในการค้นหามาตรฐานในความเป็นเลิศ
8. การจูงใจ มีความสามารถในการแสดงถึงความจริง มีข้อมูลที่เชื่อถือได้ ทำให้ผู้ อื่นเชื่อในสิ่งที่ตนทำในบทบาทนั้น

9. มีความคิดอย่างวิเคราะห์ และแก้ปัญหาอย่างมีระเบียบ ทั้งกระบวนการและโครงการที่จะนำไปสู่ส่วนประกอบต่างๆในระบบ และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อดี ข้อเสียของระบบต่างๆ

4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้เทคนิคเดลฟาย

ศิรินภา ชีทาให้ (2543) ศึกษาตัวชี้วัดประสิทธิผลขององค์การพยาบาล โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย ผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารองค์การพยาบาล และด้านการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจำนวน 20 ท่าน พบว่าตัวชี้วัดประสิทธิผลขององค์การพยาบาลที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นมีทั้งหมด 114 รายการ จำแนกเป็น 3 ชุดข้อมูลย่อยคือ รายการตัวชี้วัดประสิทธิผลขององค์การพยาบาลด้านผู้ให้บริการจำนวน 59 รายการ รายการตัวชี้วัดประสิทธิผลขององค์การพยาบาลด้านการจัดการทางการแพทย์จำนวน 39 รายการ และรายการตัวชี้วัดประสิทธิผลขององค์การพยาบาลด้านผู้รับบริการมีจำนวน 16 รายการ

ภัทรมนัส กล่อมจันทร์ (2542) ได้ศึกษาชุดข้อมูลพื้นฐานเพื่อการบริหารจัดการทางการแพทย์ สำหรับโรงพยาบาลชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และประเมินชุดข้อมูลพื้นฐานเพื่อการบริหารจัดการทางการแพทย์ สำหรับโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย ผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล ด้านการบริหารโรงพยาบาล และด้านสารสนเทศทางการแพทย์ จำนวน 18 คน ผลการวิจัยพบว่าชุดข้อมูลพื้นฐานเพื่อการบริหารจัดการทางการแพทย์ ประกอบด้วยรายการข้อมูลพื้นฐาน จำนวน 157 รายการ เป็นรายการข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นมากที่สุด 93 รายการ และจำเป็นมาก 64 รายการ จำแนกเป็นข้อมูลด้านบุคลากร 45 รายการ ข้อมูลด้านพัสดุ 35 รายการ ข้อมูลด้านงบประมาณ 15 รายการ ข้อมูลเพื่ออำนวยความสะดวก 8 รายการ และข้อมูลเพื่อการควบคุมกำกับ 20 รายการ

Hall (1994) ได้ศึกษาแนวโน้มในอนาคตทางการแพทย์และการปฏิบัติพยาบาลและด้านการศึกษายาบาลในปี ค.ศ.2015 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมความคิดเห็นระหว่างผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ว่ามีบทบาทหน้าที่ที่ควรจะเป็นคืออะไร โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย มีผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถาม จำนวน 23 คน ผลการวิจัยพบว่า การเปลี่ยนแปลงที่จะมีขึ้นในวิชาชีพพยาบาลในปี ค.ศ. 2015 นั้น แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม คือ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านประเด็นทางด้านวิชาชีพ ด้านการศึกษาทางการแพทย์ ด้านการดูแลสุขภาพ ด้านการเงิน และด้านการบริการทางการแพทย์

วันเพ็ญ เล้นสุนย์ (2544) ได้ทำการศึกษบทบาทหน้าที่ที่พึงประสงค์ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ในปี พ.ศ. 2553 พบว่า ประกอบด้วยบทบาทหลัก 14 ด้าน คือ 1) การปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัด 2) การบริหารจัดการและพัฒนาคุณภาพ 3) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย จริยธรรมและ

กฎหมาย 4) การวิจัย 5) การสอนและการให้คำปรึกษา 6) การพัฒนาวิชาชีพและตนเอง 7) การประสานงาน การสื่อสารและมนุษยสัมพันธ์ 8) ด้านนวัตกรรม เทคโนโลยีสารสนเทศและเทคโนโลยี 9) การส่งเสริมสุขภาพ 10) การพยาบาลเชิงรุก 11) การดูแลสิ่งแวดล้อม 12) การเป็นผู้นำ 13) การใช้พยาบาลทางเลือก และ 14) การเป็นพยาบาลช่วยผ่าตัดคนที่หนึ่ง



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

