

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้พบว่า ยังไม่มีผู้ใดวิจัยเกี่ยวกับสมรรถนะภาวะผู้นำที่พึงประสงค์ของบัณฑิตสาขาพยาบาลศาสตร์ ในการเสนอวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะ
2. ทฤษฎีผู้นำ
3. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะผู้นำทางพยาบาล
  - 3.1 ประเภทของผู้นำทางการพยาบาล
  - 3.2 บทบาทของผู้นำทางการพยาบาล
  - 3.3 คุณลักษณะของผู้นำทางวิชาชีพพยาบาล
  - 3.4 คุณลักษณะของผู้นำทางการพยาบาล
4. แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาพยาบาล
  - 4.1 นโยบายการจัดการศึกษาพยาบาลกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7
  - 4.2 แนวโน้มการศึกษาพยาบาล
  - 4.3 การจัดการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์
5. แนวคิดเกี่ยวกับลักษณะของวิชาชีพพยาบาล
  - 5.1 ความหมายของวิชาชีพการพยาบาล การสาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพ
  - 5.2 ลักษณะการปฏิบัติการพยาบาล
  - 5.3 บทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ
6. งานวิจัยเกี่ยวกับภาวะผู้นำ
7. วิธีการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย

## 1. แนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะ

สมรรถนะ บางครั้งใช้คำว่า สมรรถภาพ ตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า Ability หรือ Competent ได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่า "สมรรถนะ" ไว้ต่างๆ ดังนี้

สมรรถนะ หมายถึง คุณสมบัติที่เป็นผลมาจากความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ เจตคติ และอุปนิสัย หรือบุคลิกภาพ ซึ่งเป็นผลทำให้เกิดความสามารถในการทำพฤติกรรมต่างๆ ที่พึงปรารถนาได้ (กมล สุตประเสริฐ และคณะ, 2526)

สมรรถนะ หมายถึง ความสามารถของบุคคลแต่ละคนอันเป็นผลมาจากการเรียนรู้ (วีรพล วาระวรรณ, 2530)

สมรรถนะ มีความหมายเช่นเดียวกับ ความสามารถ หรือหมายถึง คุณภาพหรือสภาวะของการทำหน้าที่ได้อย่างเพียงพอ หรือหมายถึง มีความรู้ การตัดสินใจ ทักษะ หรือความแข็งแรงพอ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2530)

สมรรถนะ คือ ความรู้ ทักษะ และความสามารถที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งพึงมีและสามารถแสดงออกให้เห็นพฤติกรรมทางความรู้ เจตคติ และการกระทำที่ดี (McAshan, 1973 อ้างถึงใน กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2532)

สมรรถนะ หมายถึง การที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งสามารถที่จะประยุกต์หลักการและเทคนิควิธีการในสาขาวิชานั้นให้เข้ากับสถานการณ์ที่ปฏิบัติจริง (Good, 1973)

สมรรถนะ หมายถึง สภาวะของการกระทำหน้าที่ได้อย่างเพียงพอ (Neufeldt and Guralnik, eds, 1985)

สมรรถนะ หมายถึง ทักษะ ความรู้ หรือความสามารถที่มีอยู่อย่างเป็นพิเศษ (The American Heritage of the English Language, 1992)

สมรรถนะ เป็นคำที่มีความหมายค่อนข้างกว้าง เพราะรวมถึงความสามารถในการนำความรู้ ทักษะที่ได้จากการศึกษาไปใช้ในสถานการณ์ในขอบข่ายอาชีพของตน อีกทั้งเป็นความสามารถของบุคคลที่จะประสานสัมพันธ์หรือปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Teed, 1988 Quoted in Hunt and Wainwright, 1994)

ความรู้ ทักษะ หรือความสามารถที่กำหนดเป็นสมรรถนะจะต้องเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องเรียนรู้ สำหรับผู้เรียนที่จะต้องนำไปใช้เพื่อการประกอบอาชีพการงานเมื่อสำเร็จการศึกษา ฉะนั้นสมรรถนะของแต่ละวิชาชีพจะแตกต่างกันหรือในวิชาชีพเดียวกัน ถ้าอยู่ต่างสภาพการณ์ก็อาจมีความแตกต่างกันด้วย (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2532)

สมรรถนะของแต่ละงานของแต่ละวิชาชีพเป็นสิ่งที่ได้มีการกำหนดตายตัว ขึ้นอยู่กับความจำเป็นของวิชาชีพที่สอดคล้องกับความต้องการของสังคม เศรษฐกิจ สภาพการณ์ และความเหมาะสมของสังคมนั้นๆ ซึ่งอาจจะเป็นประเทศ จังหวัด หรือแม้แต่ชุมชนเล็กๆ สิ่งที่จะเหมือนกันก็คือ มโนทัศน์ เท่านั้น การกำหนดสมรรถนะจึงควรเป็นหน้าที่หรือความเห็นของกลุ่มผู้ใช้ในเขตนั่นๆ เอง (สายหยุด นิยมวิภาต, 2530)

ส่วนสมรรถนะในการปฏิบัติงานเชิงวิชาชีพ ครอบคลุมการมีความรู้ในขอบเขตที่กว้างขวาง ทักษะ และมีพฤติกรรมในรูปแบบให้สังเกตได้ รวมกันออกมาเป็นความสามารถในการให้บริการเฉพาะของวิชาชีพนั้นๆ (องค์การอนามัยโลก, 1978)

การได้มาซึ่งสมรรถนะของวิชาชีพหนึ่งๆ หรืองานหนึ่งๆ มีหลายวิธี แล้วแต่จะเลือกใช้ตามความเหมาะสม คือ (กุลยา ตันติผลสาวิระ, 2532)

1. การกำหนดสมรรถนะโดยการประเมินความต้องการ (Needs assessment) โดยการศึกษาจากกลุ่มผู้ใช้ นักการศึกษา และนโยบายต่างๆ ถึงความต้องการที่จะให้มีการจัดเตรียมผู้สำเร็จการศึกษาให้สามารถทำงานอะไร ต้องมีความรู้ ทักษะ และทัศนคติอย่างไร ถ้าเป็นทางการพยาบาลจะหมายถึง ความรู้เกี่ยวกับงานที่พยาบาลจะต้องออกไปปฏิบัติในหน้าที่ของพยาบาล

2. การกำหนดสมรรถนะโดยการวิเคราะห์งาน (Task analysis) โดยการจำแนกเนื้อหาและเป้าหมายของหลักสูตรให้อยู่ในรูปของงานที่ต้องปฏิบัติ หรือต้องเรียนรู้แล้วแจกแจงในรายละเอียดของแต่ละงานให้เป็นระดับย่อยมากที่สุด การวิเคราะห์งานจะช่วยในการกำหนดงานที่ต้องการจะให้เกิดแก่ผู้เรียนได้ในรายละเอียด

3. การกำหนดสมรรถนะโดยการวิเคราะห์สมรรถนะอย่างเป็นระบบ (Systemic competency analysis) หมายถึง เทคนิคการกำหนดสมรรถนะหรือเป้าหมายที่พัฒนาจากระบบการวิเคราะห์ตามปกติ ด้วยการจำแนกเนื้อหาวิชาออกเป็นหน่วยย่อยที่เป็นรูปแบบชัดเจน ซึ่งอาจจำแนกตามรายวิชาหรือทั้งหลักสูตรก็ได้

4. การกำหนดสมรรถนะโดยผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ เป็นผู้ให้ความเห็นหรือบอกเกี่ยวกับสมรรถนะที่จำเป็นว่า ผู้มีสมรรถนะในวิชาชีพนั้นต้องมีความรู้เรื่องอะไรบ้าง มีทักษะที่ต้องการและต้องมีทัศนคติทางวิชาชีพอะไรบ้าง โดยที่ผู้เชี่ยวชาญจะพิจารณาตัดสินว่า

4.1 ความรู้และทักษะใดที่จำเป็นต่อการปฏิบัติ

4.2 เรียงลำดับความสำคัญมากน้อยของความรู้และทักษะเหล่านั้น เช่น จำเป็นเป็นที่ต้องการแต่ไม่จำเป็น เป็นประโยชน์แต่ไม่ควรกำหนดให้ต้องมีและไม่สำคัญ

4.3 ระบุองค์ประกอบเฉพาะเจาะจงภายใต้หัวข้อเรื่องเหล่านี้

4.4 ให้นิยามเชิงปฏิบัติการขององค์ประกอบเหล่านี้ และกำหนดระดับของสมรรถนะที่

นักปฏิบัติการวิชาชีพควรได้แสดงออกในแต่ละเรื่อง

## 5. การกำหนดสมรรถนะโดยการวิเคราะห์ตามหลักการทฤษฎีและตำรา

การกำหนดสมรรถนะที่ชัดเจนจะเป็นหนทางนำไปสู่การสร้างกิจกรรมในการปฏิบัติงานได้อย่างสมบูรณ์ แต่สิ่งที่ต้องคำนึงถึงก็คือ จะต้องเกิดขึ้นบนพื้นฐานของความเป็นจริง (Hall and Jones, 1976 อ้างถึงใน กุल्या ตันติผลาชีวะ, 2532) ได้จำแนกระบบสมรรถนะไว้ดังนี้

1. สมรรถนะเชิงความรู้ (Cognitive Competencies) หมายถึง ความรู้เฉพาะ ความเข้าใจ และสิ่งที่ต้องตระหนักถึง
2. สมรรถนะเชิงเจตคติ (Affective Competencies) จะเกี่ยวข้องกับค่านิยม เจตคติ ความสนใจ ที่แสดงออกในการปฏิบัติงานของตนเอง
3. สมรรถนะเชิงปฏิบัติการ (Performance Competencies) เป็นพฤติกรรมแสดงออกที่เป็นทักษะปฏิบัติที่แสดงให้เห็นว่ามีการลงมือกระทำจริง เช่น สอนบัสสาวะได้ เป็นต้น สมรรถนะเชิงปฏิบัติการนี้ มักจะเป็นผลสืบเนื่องมาจากสมรรถนะเชิงความรู้
4. สมรรถนะเชิงผลผลิต (Consequence or Product Competencies) เป็นสมรรถนะที่แสดงให้เห็นถึงความสามารถของการกระทำเพื่อเปลี่ยนอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือทำให้เกิดสิ่งใดสิ่งหนึ่งขึ้นมา หรือกระทำงานในอาชีพได้ประสบผลสำเร็จ
5. สมรรถนะเชิงแสดงออก (Exploratory or Expressive Competencies) เป็นความสามารถที่แสดงถึงการนำความรู้และประสบการณ์ไปใช้เพื่อพัฒนาผลงาน หรือให้หาประสบการณ์ที่แปลกออกไปอย่างเหมาะสม

จากแนวคิดที่เกี่ยวกับ "สมรรถนะ" ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้สรุปความหมาย "สมรรถนะ" ของบัณฑิตสาขาพยาบาลศาสตร์ว่า หมายถึง ความรู้ ทักษะ เจตคติ และบุคลิกลักษณะ ที่บัณฑิตพยาบาลพึงมีและแสดงออกอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับวิชาชีพการพยาบาล

## 2. ทฤษฎีผู้นำ

ในปัจจุบันแนวความคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการเป็นผู้นำ (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2535) แบ่งออกเป็น 3 ทฤษฎี คือ

1. ทฤษฎีเกี่ยวกับคุณลักษณะของผู้นำ (Trait Theories) ศึกษาค้นคว้าระหว่างปี ค.ศ. 1940 - 1950 ซึ่งเน้นคุณลักษณะของผู้นำ 6 ลักษณะเด่นๆ ดังนี้ คือ
  - 1.1 ลักษณะทางกาย (Physical characteristics) ได้แก่ อายุ ลักษณะท่าทาง ส่วนสูง และน้ำหนัก
  - 1.2 ภูมิหลังทางสังคม (Social background) ได้แก่ การศึกษา สถานภาพทางสังคม และการเชยิบฐานะทางสังคม

1.3 สติปัญญา ความรู้ ความสามารถ (Intelligence) ได้แก่ พุดเก่ง ตัดสินใจดี ความรู้ดี และฉลาดหลักแหลม

1.4 บุคลิกภาพ (Personality) ได้แก่ ความเชื่อมั่นในตนเอง ความสุขุมรอบคอบ และความกระตือรือร้น

1.5 ลักษณะที่เกี่ยวกับงาน (Task - relation characteristics) ได้แก่ เป็นผู้ต้องการความสำเร็จ และมีความรับผิดชอบสูง มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์

1.6 ลักษณะต่างๆ ทางสังคม (Social characteristics) เช่น ผู้มุ่งความสัมพันธ์สูง

2. ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้นำ (Behavioral Theories) ทฤษฎีพฤติกรรมเน้นความมีประสิทธิภาพของผู้นำไม่ใช่การปรากฏตัวออกมาของบุคคลใดบุคคลหนึ่งในฐานะผู้นำและคิดคำนึงถึงผู้ใต้บังคับบัญชาหรือผู้ร่วมงาน พฤติกรรมผู้นำจะมีอยู่ 2 แบบคือ พฤติกรรมมุ่งงานกับพฤติกรรมมุ่งสัมพันธ์ ผู้นำที่มีพฤติกรรมมุ่งงานจะยึดถืองานเป็นสำคัญเหนือสิ่งอื่นใด มุ่งหวังการทำงานและผลผลิตสูงสุด โดยไม่คำนึงถึงความสัมพันธ์ที่ดีที่จะมีระหว่างผู้บริหารกับผู้ใต้บังคับบัญชา ส่วนในด้านผู้นำที่มีพฤติกรรมมุ่งสัมพันธ์จะยึดถือจิตใจเป็นสำคัญ เน้นในความเห็นอกเห็นใจ ความนับถือ และความอบอุ่นในความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหารกับผู้ใต้บังคับบัญชา

3. ทฤษฎีผู้นำตามสถานการณ์ (Situation Theories) ทฤษฎีนี้จะชี้ให้เห็นว่า จะมีลักษณะหรือปัจจัยหลายๆ ประการที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพ และความสำเร็จในความเป็นผู้นำ ซึ่งมีลักษณะพลวัต (Dynamic) อยู่ตลอดเวลา ฉะนั้น หน้าที่ที่สำคัญที่สุดสำหรับงานของผู้บริหาร คือ การพิจารณาวินิจฉัย (Diagnosis) และการประเมินผล ลักษณะหรือปัจจัยต่างๆ ที่อาจมีผลกระทบต่อความเป็นผู้นำ ด้วยความรอบคอบ ลักษณะหรือปัจจัยเกี่ยวกับสถานการณ์ที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของความเป็นผู้นำ ได้แก่

3.1 ลักษณะของผู้บริหาร (Managerial characteristics)

3.2 ลักษณะของผู้ใต้บังคับบัญชาหรือผู้ร่วมงาน (Subordinate characteristics)

3.3 โครงสร้างของกลุ่มและลักษณะของงาน (Group structure characteristics)

3.4 ลักษณะหรือปัจจัยอื่นๆ ขององค์การ (Organizational factors)

Stogdill (1969) ได้ให้ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะผู้นำไว้ดังนี้

1. Great Man Theory ทฤษฎีนี้เชื่อว่าลักษณะความเป็นผู้นำนั้นมามีมาตั้งแต่กำเนิด

2. Environment Theory เชื่อว่า ลักษณะความเป็นผู้นำนั้นเกิดจากสภาพแวดล้อม เวลา สถานที่ และโอกาส

3. Personal - Situation Theory ทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญกับองค์ประกอบ 3 ประการ คือ การกระทำ (Action) การปฏิสัมพันธ์ (Interaction) และเจตสิก (Sentiment) โดยเชื่อว่า ผู้ที่จะเป็นผู้นำได้นั้นจะต้องมีความสามารถในการกระทำ มีมนุษยสัมพันธ์ และมีการควบคุมทางใจที่ดีเหมาะสมกับสถานการณ์

4. Humanistic Theory เชื่อว่า ผู้นำนั้นจะต้องเป็นผู้มีความเข้าใจในลักษณะทางธรรมชาติของจิตมนุษย์ว่า มีความต้องการอะไร บุคคลแต่ละคนในกลุ่มมีความนึกคิดและต้องการอะไร หากผู้ที่เป็นผู้นำเข้าใจและสามารถตอบสนองต่อความต้องการเหล่านั้นได้ จะสามารถทำให้ผู้นั้นกลายเป็นผู้นำในกลุ่มอย่างแท้จริง

5. Exchange Theory เชื่อว่า ลักษณะทางธรรมชาติของมนุษย์นั้นจะคิดอยู่เสมอว่า การที่ตนให้อะไรแก่ผู้อื่นย่อมต้องการได้สิ่งตอบแทนที่คุ้มค่างานหรือดีกว่า ฉะนั้นผู้ที่เป็ผู้นำจะให้ผู้ตามในกลุ่มคิดอยู่เสมอว่า ถ้าตนให้ความร่วมมือตามที่ผู้นำขอไว้แล้ว ผลตอบแทนควรจะคุ้มค่างาน ถ้าผู้นำสามารถให้ผลตอบแทนที่คุ้มค่างานได้แล้ว ผู้นำนั้นย่อมเป็นที่ยอมรับของผู้ตามคนอื่นๆ ในกลุ่มด้วย

Heimann (1976 อ้างถึงใน อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2534) ได้กล่าวถึงทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะผู้นำไว้ 4 ทฤษฎี ซึ่ง 3 ทฤษฎีแรกนั้นได้รับการพัฒนามาเป็นเวลานานมาแล้ว และปัจจุบันก็ยังเป็นที่ยอมรับนิยมใช้กันอย่างกว้างขวาง ส่วนทฤษฎีที่ 4 เป็นทฤษฎีที่ได้สังเคราะห์มาจาก 3 ทฤษฎีแรกและเป็นทฤษฎีที่ใช้มากในปัจจุบัน ได้แก่

1. ทฤษฎีเกี่ยวกับแบบของภาวะผู้นำ (Style Theories of Leadership) เป็นกิริยาท่าทางที่ผู้นำแสดงออกซึ่งมีหลายรูปแบบ เช่น แบบเผด็จการ (Autocratic) แบบประชาธิปไตย (Democratic) แบบเสรีนิยม (Laissez Faire) แบบพ่อปกครองลูก (Paternalistic) ผู้นำแบบที่ต้องการความร่วมมือ (Participation)

2. ทฤษฎีเกี่ยวกับลักษณะที่ดีของผู้นำ (Trait Theories of Leadership) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงคุณลักษณะเด่นของผู้นำที่เป็นผู้ชักชวนให้แก่งานและกลุ่มซึ่งทำให้ผู้นำแตกต่างจากบุคคลอื่นในกลุ่ม ทฤษฎีนี้พยายามชี้ให้เห็นถึงคุณลักษณะของบุคคลที่เป็นผู้นำ ถ้าบุคคลได้รับการฝึกฝนให้มีคุณสมบัติตามนั้น บุคคลนั้นก็สมารถที่จะเป็นผู้นำได้ คุณสมบัติของผู้นำ ได้แก่ การมีสุขภาพจิตและสุขภาพกายที่สมบูรณ์ มีแนวทางในการปฏิบัติงานที่แน่นอน สร้างศรัทธาต่อกลุ่ม มีความรู้สึกเป็นมิตร มีความซื่อสัตย์ และความจริงใจ มีเทคนิคในการสื่อความหมาย สามารถใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ในการตัดสินใจปัญหา มีความเฉลียวฉลาด รอบรู้ในสถานการณ์ต่างๆ

3. ทฤษฎีเกี่ยวกับสถานการณ์ของผู้นำ (Situation Theories of Leadership) ภาวะของผู้นำขึ้นอยู่กับสถานการณ์ วัฒนธรรม และประเพณีที่กลุ่มยึดถืออยู่ เนื่องจากผู้นำเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของกลุ่มไม่ใช่ความต้องการของผู้นำเอง ทฤษฎีนี้เน้นให้เห็นว่าสถานการณ์จะเป็นสิ่งกำหนดแบบของผู้นำและแนวทางปฏิบัติในแต่ละสถานการณ์ต่างกัน ขึ้นอยู่กับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ ได้แก่

- 3.1 ความสำเร็จของผู้นำขึ้นอยู่กับสมาชิกของกลุ่ม
- 3.2 ผู้นำจะต้องมีศักยภาพสูงทางสังคม ที่จะทำให้เกิดความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของกลุ่ม ตามปกติบุคคลจะมีความรู้สึกรักเคารพผู้ที่เขารู้จักว่าเป็นพวกเดียวกัน และจะเกลียดกลัวบุคคลที่เหนือกว่า
- 3.3 ผู้นำจะต้องรู้จริงถึงสิ่งที่อยู่ในโครงสร้างของสถานการณ์และสิ่งที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ
- 3.4 ระยะเวลาในการดำเนินการของผู้นำ ขึ้นอยู่กับความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงเมื่อโครงสร้างของสถานการณ์เปลี่ยนแปลงไป
- 3.5 ผู้นำจะต้องรู้ว่า การเป็นผู้นำเป็นการเพิ่มอำนาจ แต่เป็นการลดอิสรภาพของตนเอง ในขณะที่ผู้นำควบคุมสถานการณ์ สถานการณ์ก็จะควบคุมผู้นำด้วย

4. ทฤษฎีเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ของผู้นำ (A New Theory of Leadership Interaction Theory) เป็นทฤษฎีที่สังเคราะห์มาจาก 3 ทฤษฎีแรก ทฤษฎีนี้อธิบายถึงการเป็นผู้นำจะต้องประกอบด้วยปฏิสัมพันธ์ของบุคลิกภาพและสถานการณ์ (Style, Trait and Situation) ซึ่งได้รวมถึงความสัมพันธ์ของผู้ตามด้วย เช่น ผู้นำชักชวนให้กลุ่มทำงาน เงื่อนไขของกลุ่มที่มีต่อผู้นำคือ กลุ่มสามารถที่จะมีอิทธิพลต่อผู้นำโดยการคุกคามว่าจะขัดขืน กลุ่มสามารถจะขับไล่ผู้นำได้โดยการมอบหมายให้คนใดคนหนึ่งทำหน้าที่ช่วยเหลือและชี้แนะในการปฏิบัติงาน ดังนั้นภาวะผู้นำจึงเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างงาน สมาชิก และผู้นำ ผู้นำจะต้องมีความสามารถสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับสมาชิก และมีความสามารถให้กลุ่มร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมทุกอย่างได้อย่างสมบูรณ์

จากทฤษฎีภาวะผู้นำ ผู้วิจัยขอสรุปว่า ทฤษฎีภาวะผู้นำนั้นประกอบไปด้วยกลุ่มของทฤษฎี 4 กลุ่ม คือ

1. Great Man Theory ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้นำเกิดมาเพื่อเป็นผู้นำโดยแท้จริง นั่นคือคุณสมบัติต่างๆ ของผู้นำติดตัวมาตั้งแต่เกิด
2. Trait Theory ทฤษฎีนี้ได้ให้ความสำคัญ และมุ่งอธิบายเกี่ยวกับคุณลักษณะที่สำคัญที่จะทำให้เกิดภาวะผู้นำ
3. Situation Theory ทฤษฎีนี้กล่าวว่าภาวะผู้นำเกิดขึ้น หรือเป็นผลจากสถานการณ์ต่างๆ และอธิบายเกี่ยวกับสถานการณ์ต่างๆ ที่ผู้นำเข้าไปเกี่ยวข้องด้วย
4. Interactoin Theory ทฤษฎีนี้อธิบายถึงการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้นำ พฤติกรรมกลุ่ม และรายละเอียดในสถานการณ์นั้นๆ ซึ่งทฤษฎีนี้ทำให้มองเห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพราะสถานการณ์แต่ละสถานการณ์มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การเปลี่ยนแปลงของกลุ่ม และเป้าหมายของกลุ่มก็จะต้องเปลี่ยนแปลงไปด้วย

ทฤษฎีผู้นำมีประโยชน์ไม่เพียงแต่ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้นำเท่านั้น แต่รวมถึงผู้ที่ปรารถนาจะเป็นผู้นำด้วย และเป็นเครื่องชี้ให้พิจารณาบุคลิกภาพของตนเองเช่นเดียวกับการพิจารณาสถานการณ์ที่ทำให้

เขารู้ว่า ตัวเองเป็นอย่างไร ซึ่งผลจากการนำความรู้และศิลปะต่างๆ ของผู้นำมาใช้จะทำให้สามารถประเมินตนเองได้ว่า จะสามารถเป็นผู้นำได้หรือไม่ จึงกล่าวได้ว่า การฝึกปฏิบัติการเป็นผู้นำ จะต้องมียุทธศาสตร์เป็นพื้นฐานและมีโอกาสของการเป็นผู้นำจึงจะได้ผู้นำที่มีประสิทธิภาพ

จะเห็นได้ว่า ทฤษฎีภาวะผู้นำแต่ละทฤษฎีจะมีจุดเน้น หรือให้ความสำคัญต่างๆ กัน อย่างไรก็ตามเป็นการยากที่จะกล่าวได้ว่าทฤษฎีใดที่เหมาะสมที่สุดกับวิชาชีพการพยาบาล แต่ควรพิจารณาและคำนึงถึงผู้นำแต่ละคน ลักษณะของกลุ่ม และสถานการณ์แต่ละสถานการณ์ที่พยาบาลเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องด้วย และสิ่งที่ผู้นำควรสร้างเสริมให้มีขึ้นในตนเอง คือ บุคลิกภาพ ความรู้ และสมรรถนะ

จากการที่ผู้วิจัยได้ศึกษาจากเอกสาร หนังสือต่างๆ เกี่ยวกับแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะผู้นำจะเห็นได้ว่า นักการศึกษาพยาบาลได้มีการศึกษากันอย่างกว้างขวางและมีการพัฒนามาโดยลำดับ สำหรับในวิชาชีพพยาบาล เรื่องของ "ภาวะผู้นำ" ก็ได้รับความสนใจและมีการศึกษากันอย่างกว้างขวางเช่นกัน แต่การศึกษาดังกล่าวมักจะเน้นในด้านการบริหารจัดการ และยังไม่มียุทธศาสตร์ของนักการศึกษาพยาบาลท่านใดกล่าวถึงภาวะผู้นำในนักการศึกษาพยาบาลหรือบัณฑิตพยาบาล ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาจากเอกสาร หนังสือ และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะผู้นำของบัณฑิตสาขาพยาบาลศาสตร์ดังนี้

### 3. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะผู้นำทางการพยาบาล

ภาวะผู้นำทางการพยาบาล (Bernard and Walsh, 1990) หมายถึง กระบวนการหลายมิติ ซึ่งขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำ (Nurse Leader) กับกลุ่ม (Group) การจัดระบบระเบียบของการมีปฏิสัมพันธ์ (The Setting or Organization of The Interaction) และทฤษฎีผู้นำที่ผู้นำคนนั้นๆ เลือกใช้

#### 3.1 ประเภทผู้นำทางการพยาบาล

ในทางการพยาบาล Douglas (1980 อ้างถึงใน ไชแสง ชวศิริ, 2528) ได้จำแนกผู้นำตามลักษณะอำนาจหน้าที่ไว้ 2 ประเภท คือ

1. ผู้นำโดยตำแหน่ง (The Formal or Appointed Leader) เป็นผู้ที่ได้รับการคัดเลือกโดยผู้บริหาร จึงมีอำนาจและหน้าที่ในการกระทำกิจกรรมต่างๆ อย่างถูกต้อง
2. ผู้นำโดยบทบาท (The Informal Leader) เกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับการคัดเลือกจากกลุ่มแต่ไม่มีสิทธิที่ถูกต้องในการสั่งการปฏิบัติกิจกรรมแก่บุคคลอื่น ส่วนใหญ่ผู้นำประเภทนี้จะถูกเลือกโดยกลุ่มเพราะเป็นบุคคลที่สูงอายุ มีประสบการณ์การทำงานมานาน มีความสามารถพิเศษ หรือได้รับเชิญเพราะคุณลักษณะส่วนบุคคลดี เป็นต้น

สรุปได้ว่า ผู้นำทางการพยาบาลประกอบด้วยผู้นำที่อยู่ในตำแหน่งที่จะต้องมีและใช้ภาวะผู้นำกับผู้นำที่มีคุณสมบัติเด่นเฉพาะตัว อาจไม่มีตำแหน่งรองรับก็ได้



### 3.2 บทบาทของผู้นำทางการพยาบาล

ผู้นำทางการพยาบาลสมัยใหม่ควรได้เข้าใจถึงกลยุทธ์ และวิธีการด้านบริหารการพยาบาลต่างๆ ตามข้อเสนอแนะของ Zorn (1977 อ้างถึงใน อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2534) ได้แก่

1. มีความรู้ในเทคนิคต่างๆ ในการปฏิบัติการพยาบาลจนเป็นที่ประจักษ์แก่ผู้อื่น
2. การร่วมมือในการแก้ปัญหาต่างๆ โดยให้ทุกคนมีส่วนร่วมรับผิดชอบอันเป็นการเพิ่มขวัญและกำลังใจแก่สมาชิกในการปฏิบัติงาน
3. การเปลี่ยนแปลงบทบาทตามสถานการณ์ ผู้นำควรทำตัวให้เห็นว่า เป็นปฏุชนธรรมดาย่อมต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น
4. ผู้นำควรส่งเสริมการทำงานของสมาชิก โดยการให้งานตามความถนัดและความสามารถของแต่ละบุคคล และควรหลีกเลี่ยงการแสดงออกว่าชอบบุคคลใดบุคคลหนึ่งโดยเฉพาะ ควรใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อให้งานมีประสิทธิภาพและสำเร็จตามเป้าหมาย
5. ควบคุมการกระทบกระทั่งระหว่างสมาชิก ในที่ทำงานย่อมมีบุคคลหลายกลุ่มซึ่งอาจเกิดความขัดแย้งกันได้ ผู้นำควรจัดข้อขัดแย้งโดยการแยกออกเป็นกลุ่มย่อยหรือเป็นรายบุคคล และมอบหมายงานให้ตามความสามารถของสมาชิกนั้น
6. ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทำให้สมาชิกรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม แสดงความเป็นมิตรต่อกัน ไม่มีการแบ่งชั้นวรรณะ และร่วมกันทำงานเพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกัน
7. รู้จักการใช้อำนาจบังคับและการออกคำสั่งในกรณีจำเป็น เพื่อให้งานประสบผลสำเร็จโดยผู้นำจะต้องมีความสามารถพิเศษและแข็งแกร่ง ซึ่งจะประสบความสำเร็จ

Levenstein (1985 Quoted in Morrison, 1993) ได้กล่าวถึงคุณลักษณะของผู้นำทางการพยาบาลที่มีคุณภาพจะต้องประกอบด้วยบทบาท 12 ประการ ดังนี้

1. สนับสนุนการทำงานของกลุ่ม (Group Advocacy)
2. จัดข้อขัดแย้ง (Conflict Resolution)
3. ทนต่อความไม่แน่นอน (Tolerance of Uncertainty)
4. สามารถโน้มน้าวจิตใจผู้อื่น (Persuasiveness)
5. มีความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ (Initiate Structure)
6. ให้อิสระผู้อื่นในการทำงาน (Tolerance of Freedom)
7. รับบทบาทของตนเอง (Role Assumption)
8. ห่วงใยผู้อื่น (Consideration)
9. เน้นผลผลิต (Production Emphasis)

10. ทำนาย คาดการณ์ล่วงหน้าได้แม่นยำ (Predictive Accuracy)
11. ทำให้เกิดความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวในองค์กร (Integration)
12. เคารพผู้อยู่เหนือบังคับบัญชา (Consideration of Superior)

### 3.3 คุณลักษณะของผู้นำทางวิชาชีพพยาบาล

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีความเฉพาะ ซึ่งมีลักษณะงานที่ปฏิบัติโดยตรงต่อการบริการ เพื่อสุขภาพของผู้เจ็บป่วยและผู้รับบริการทางสุขภาพโดยทั่วไป นักการศึกษาพยาบาลได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับคุณลักษณะของผู้นำทางวิชาชีพพยาบาลไว้หลายท่าน สรุปได้เป็นสมรรถนะหรือพฤติกรรมที่พึงประสงค์สำหรับผู้นำดังนี้คือ

1. สมรรถนะความเป็นวิชาชีพ (Professional - Minded) คือ ความเป็นนักวิชาการพยาบาลหรือความเป็นผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาล (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2534) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ สายหยุด นิยมวิภาต (2534) และกรรณิการ์ รักเสนาะ (2535) ที่กล่าวว่า คุณลักษณะของผู้นำทางการพยาบาลในเชิงวิชาชีพจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ประสบการณ์ และความชำนาญในศาสตร์ทางการพยาบาล และประยุกต์ใช้ความรู้ได้เหมาะสม นอกจากนี้จะต้องมีพฤติกรรมอื่นประกอบด้วยคือ พฤติกรรมกล้าแสดงออก (Assertiveness) และพฤติกรรมเผชิญหน้า (Confrontation) (Morrison, 1993)

2. สมรรถนะเชิงธุรกิจ (Business - Minded) ผู้นำทางการพยาบาลจะต้องมีพฤติกรรมตามแนวธุรกิจหลายประการคือ ยอมเสี่ยง (Risk Taking) การจัดการข้อขัดแย้ง (Conflict Management) การจัดการต่อภาวะเครียด (Stress Management) การตัดสินใจที่ดี กล้าตัดสินใจกระทำ แต่ต้องมีข้อมูลที่ดีในการพิจารณา (Decision Making) และการสื่อสาร ซึ่งหมายถึงการพูด การฟัง การเขียน และการอ่าน (สายหยุด นิยมวิภาต, 2534 วรธนวิไล จันทราภา สุจิตรา ดันตินันต์ และ พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2535)

3. สมรรถนะเชิงการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม (Political Economic and Social Minded) ซึ่งมีพฤติกรรมสำคัญอยู่ 3 ประการคือ การเจรจาต่อรอง (Negotiation) การเจรจาอย่างไม่เป็นทางการ (Lobbying) (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2534) ส่วน กรรณิการ์ รักเสนาะ (2535) และ สายหยุด นิยมวิภาต (2534) ได้กล่าวว่า ภาวะผู้นำที่สามารถนำไปสู่ความสำเร็จของกระบวนการมีสุขภาพดี ถ้วนหน้าจะต้องมีความสามารถให้ത്യษฎีระบบ กระบวนการทางการเมือง และมีความรู้ความเข้าใจในระบบ เศรษฐกิจ การเมือง และไวต่อปัญหาปัจจุบันของสังคม

4. สมรรถนะเชิงบริหาร (Management Competencies) ผู้นำทางการพยาบาลจะต้องมีความสามารถในการวางแผนการจัดองค์กร การวินิจฉัยสั่งการ การควบคุม และการติดตามประเมินผล มีศิลปะในการจูงใจผู้ร่วมงาน ตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยความเหมาะสม มีการติดต่อสื่อสาร (Two - Way Communication) สามารถพูดโน้มน้าวจิตใจผู้อื่น สามารถเปลี่ยนแปลงตัวเองและบุคคลอื่นได้ เพราะการ

เป็นผู้นำต้องสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้อื่นให้ทำตามสิ่งที่กลุ่มหรือผู้นำเห็นว่าดี (สายหยุด นิยมวิภาต, 2534 กรรณิการ์ รักเสนาะ, 2535)

นอกจากนี้ พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ (2534) กล่าวไว้ว่า ผู้นำทางการพยาบาลนอกจากจะมีสมรรถนะดังกล่าวแล้ว ควรเสริมสร้างสมรรถนะของความกล้าแกร่ง 3 ประการ เพื่อนำเข้ามาเสริมเป็นพฤติกรรมของผู้นำทางการพยาบาลด้วย ได้แก่ ความกล้าแกร่งทางสังคม (Social Courage) ความกล้าแกร่งทางสร้างสรรค์ (Creative Courage) และความกล้าแกร่งทางจริยธรรม (Moral Courage)

ถึงแม้ว่าในทางการบริหารจัดการนักรักษาพยาบาลได้กำหนด หรือเสนอแนวความคิดเกี่ยวกับคุณลักษณะของผู้นำทางการพยาบาลไว้ดังกล่าวข้างต้น แต่เนื่องจากในลักษณะงานที่ปฏิบัติกันอยู่ในวิชาชีพพยาบาลจะต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของประชาชน ไม่ว่าพยาบาลจะดำรงตำแหน่งในระดับใด ความเป็นผู้นำด้านสุขภาพอนามัยของวิชาชีพจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

การเป็นผู้นำทางสุขภาพอนามัยนั้น ทางองค์การอนามัยโลกได้รับการสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพดีถ้วนหน้าจึงเกิดผู้นำสุขภาพดีถ้วนหน้าขึ้น เพื่อเป้าหมายให้ประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ถูกต้อง พยาบาลเป็นคนส่วนใหญ่ในทีมสุขภาพ องค์การอนามัยโลกจึงส่งเสริมให้พัฒนาบุคลิกภาพของพยาบาลให้เป็นผู้นำทางสุขภาพอนามัย เพื่อให้พยาบาลสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทักษะคิด ความรู้ ความเข้าใจของประชาชนทางด้านสุขภาพอนามัยจาก Negative เป็น Positive และบรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า

### 3.4 แนวทางพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาล

การเตรียมผู้นำทางการพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญมากและควรได้มีการพัฒนาทักษะทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และยุทธวิธีต่างๆ ทางด้านการบริหาร นอกเหนือจากความรู้และทักษะทางด้าน การพยาบาล (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2534) และการพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาลนั้นนักรักษาพยาบาลหลายท่านได้ให้แนวคิดแนวเดียวกันว่า เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของสถาบันการศึกษาพยาบาลที่ควรจะสนับสนุนให้นักศึกษาได้ฝึกหัดเพื่อแสดงความสามารถในบทบาทผู้นำทั้งในสถาบันและชุมชน และสามารถพัฒนาภาวะผู้นำได้ตั้งแต่ขณะเป็นนักรักษาพยาบาล (ไชแสง ชาศิริ, 2528 ฟาริดา อิบราฮิม, 2536 บุปผา อธิธมณฑล, 2536 และ Swanburg, 1995) โดยสามารถพัฒนาได้ด้วยวิธีการต่างๆ ต่อไปนี้

1. จัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาทักษะของการเป็นผู้นำ เนื่องจากการพัฒนาภาวะผู้นำจะ ได้จากการเรียนรู้และการฝึกหัด ซึ่งต้องสอนให้ผู้เรียนมีทักษะในการวิเคราะห์ การปรับตัวเกี่ยวกับปัญหา ความต้องการของบุคคลและสถาบันตามสถานการณ์ให้เหมาะสม ควรจัดให้ผู้เรียนมีทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Skill) โดยสามารถเป็นผู้นำทีมได้ (Moloney, 1979 อ้างถึงใน ไชแสง ชาศิริ, 2528) และควรเพิ่มเรื่องเกี่ยวกับการเมืองและการจัดระบบเข้าไปด้วย ซึ่งในการจัดการเรียน

การสอนเพื่อพัฒนาทักษะการเป็นผู้นำนั้นสามารถกระทำได้โดย (ไชแสง ชวศิริ, 2528 บุญใจ ศรีสติตย์นรากร, 2534 และฟาริดา อิบราฮิม, 2536)

1.1 ผู้สอนต้องใช้กระบวนการการเรียนการสอน ที่มุ่งเน้นให้ผู้เรียนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น เสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการอภิปราย เสริมสร้างและสนับสนุนพฤติกรรมกล้าแสดงออกที่เหมาะสม เช่น การสัมมนา การอภิปรายกลุ่มย่อย

1.2 การจัดระบบที่ปรึกษาหรือระบบพี่เลี้ยง (Preceptorship) โดยการให้นักศึกษาพยาบาลได้มีโอกาสมีส่วนร่วมในการวางแผนและร่วมกิจกรรมกับพี่เลี้ยง (Preceptor) ซึ่งพี่เลี้ยงต้องเป็นแบบอย่างที่ดี (Role Model) แก่ นักศึกษาพยาบาลได้ เพื่อทำหน้าที่ให้คำแนะนำชี้แจงและฝึกทักษะต่างๆ ของบทบาทผู้นำทางการพยาบาล ซึ่งจะทำให้นักศึกษาได้เรียนรู้บทบาทผู้นำจากประสบการณ์จริงได้อย่างดี และมีความพร้อมที่จะก้าวไปสู่การปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ (บุญใจ ศรีสติตย์นรากร, 2534)

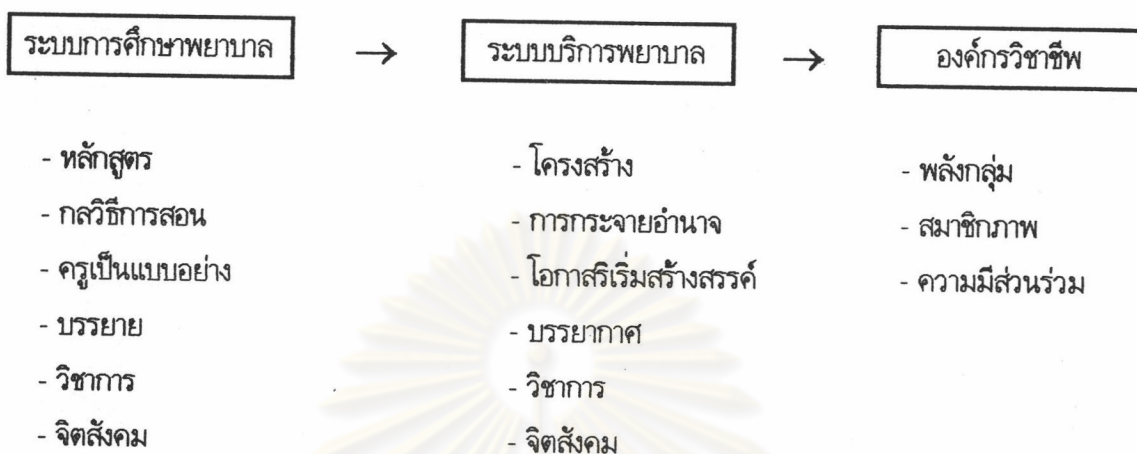
1.3 การเข้าร่วมปฏิบัติงานในสถานการณ์จริง เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้เข้าร่วมในการบริหารเพื่อสังเกตการปฏิบัติงานของผู้บริหาร การเข้าร่วมปฏิบัติงานในสถานการณ์จริงนี้จะช่วยพัฒนาให้ผู้เรียนแสดงความสามารถของตนอย่างเต็มที่ในการแก้ปัญหาต่างๆ ในฐานะผู้นำ (ไชแสง ชวศิริ, 2528)

2. จัดให้มีกิจกรรมเสริมหลักสูตร เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลมีการพัฒนาพฤติกรรมนอกวิชาชีพและความเจริญก้าวหน้าให้ทันต่อเหตุการณ์ เช่น การเข้าร่วมในกิจกรรมของสังคม ดุละคร ฟังดนตรี ซึ่งเป็นกิจกรรมที่นอกเหนือจากวิชาชีพทั้งปวง

จากแนวทางพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาล ผู้วิจัยสรุปได้ว่า แนวทางการพัฒนาภาวะผู้นำของบัณฑิตพยาบาลต้องอาศัยแนวทางการพัฒนาที่แตกต่างกัน คือ ด้านความรู้ ใช้วิธีเรียน ซึ่งเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของผู้สอนที่จะให้ความรู้แก่นักศึกษาเกี่ยวกับภาวะผู้นำ ด้านบุคลิกภาพ ใช้วิธีฝึกและปรับพฤติกรรมและด้านสมรรถนะ ใช้วิธีฝึกฝนและเสริมสร้างให้เกิดขึ้น และจะต้องกระทำอย่างเป็นระบบต่อเนื่องกันไป ดังแผนภูมิที่ 1

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### แผนภูมิที่ 1 การพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาล



(ที่มา : พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2534 : 9)

จากทฤษฎีผู้นำและแนวคิดเกี่ยวกับภาวะผู้นำทางการพยาบาลพอจะสรุปได้ว่าทุกๆ สถานการณ์ของภาวะผู้นำจะประกอบด้วยส่วนสำคัญ 3 ส่วนคือกลุ่ม (The Group) องค์กร (The Organization) และทฤษฎีภาวะผู้นำ (The Leadership Theory) ซึ่งในแง่ของภาวะผู้นำทางการพยาบาลก็จะมีลักษณะเช่นเดียวกัน เนื่องจากภาวะผู้นำทางการพยาบาลเป็นกระบวนการหลายมิติ (Bernard And Walsh, 1990) เพราะได้รวมถึงคุณลักษณะ คุณสมบัติของผู้นำในแต่ละสถานการณ์ในผู้นำแต่ละคน กลุ่มแต่ละกลุ่ม และสถานการณ์แต่ละสถานการณ์ สิ่งที่ผู้นำทางการพยาบาลต้องการที่จะประเมินมี 2 ประการ คือ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำกับกลุ่ม คุณสมบัติของผู้นำทางการพยาบาลและองค์ประกอบของกลุ่ม

กลุ่มและองค์ประกอบของกลุ่มนั้นผู้นำทางการพยาบาลจะต้องมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับกลุ่มใน 2 ลักษณะคือ ต้องเกี่ยวข้องกับผู้รับบริการ (Clients) ผู้ซึ่งต้องการการพยาบาล เมื่อต้องปฏิบัติงานกับผู้รับบริการพยาบาลจะต้องมีสัมพันธภาพเชิงการรักษา (Thiapeutic Relationship) และต้องเกี่ยวข้องกับผู้ซึ่งร่วมปฏิบัติงานในทีมการพยาบาล นั่นคือ พยาบาลด้วยกัน และผู้ร่วมทีมสุขภาพอื่นๆ สัมพันธภาพก็จะเป็นการร่วมมือร่วมใจปฏิบัติงานเพื่อให้งานสำเร็จ (Hopefully, A Collaborative Relationship)

องค์การของการดูแลสุขภาพทั้งหมดโดยทั่วไปแล้วจะมีจุดมุ่งหมายขององค์กรที่คล้ายคลึงกัน คือ การสนับสนุน การคงไว้ และรักษาสุขภาพของสุขภาพของผู้รับบริการ แต่อาจจะมีความแตกต่างกันไปบ้างตามปรัชญา เป้าหมาย นโยบาย โครงสร้าง ขององค์กร ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะเป็นสิ่งช่วยกำหนดพฤติกรรมของผู้นำทางการพยาบาล



ทฤษฎีผู้นำ ถึงแม้ว่าทฤษฎีผู้นำจะมีหลายทฤษฎีและมีความแตกต่างกัน ผู้นำทางการพยาบาล ควรจะใช้เหตุผลพิจารณา เปรียบเทียบแต่ละทฤษฎีกับปรัชญา และเป้าหมายขององค์กร ทฤษฎีผู้นำมีความ สำคัญสำหรับผู้นำทางการพยาบาลที่จะช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพของผู้นำ โดยการนำมาใช้เป็นกรอบในการ ประเมินสถานการณ์ที่แตกต่างกัน

สำหรับบัณฑิตสาขาพยาบาลศาสตร์ ผู้วิจัยได้สรุปสมรรถนะภาวะผู้นำที่ได้มีนักวิชาการศึกษา พยาบาลได้เสนอแนวคิดไว้หลายท่าน และนำมาพิจารณาว่า สมรรถนะภาวะผู้นำใดเหมาะสมกับความรู้ ความสามารถของบัณฑิตสาขาพยาบาลศาสตร์ ซึ่งสรุปได้ว่า มีส่วนเกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพ ความรู้ และ สติปัญญา สมรรถนะเชิงวิชาชีพ สมรรถนะเชิงบริหาร สมรรถนะเชิงจริยธรรม และสมรรถนะเชิงการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม

#### 4. แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาพยาบาล

การจัดการศึกษาพยาบาลเป็นการศึกษาเพื่อเตรียมบุคลากรด้านการพยาบาลซึ่งถือว่าเป็นวิชาชีพ ที่มีลักษณะเฉพาะ พยาบาลวิชาชีพต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถพร้อมที่จะปฏิบัติงานระดับวิชาชีพและต้อง เป็นผู้ที่มีคุณธรรม จริยธรรม และรักษาระเบียบวินัยอย่างเคร่งครัด การปฏิบัติงานพยาบาลเป็น การปฏิบัติที่ต้องอาศัยศาสตร์และศิลปะของการพยาบาล รวมทั้งศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้องเป็นพื้นฐาน เป็นการ บริกราด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนทั้งในภาวะที่ปกติและภาวะที่เจ็บป่วยไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกายหรือ จิตใจก็ตาม บริการพยาบาลนี้จะครอบคลุมบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา พยาบาล และการฟื้นฟูสภาพที่เป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม นอกจากนี้ยังรวมถึงการบริการพยาบาลที่ให้แก่ ประชาชนที่มารับบริการในโรงพยาบาล สถานบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ และประชาชนที่อาศัยอยู่ใน ชุมชนทั้งที่เป็นการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงร่วมกับทีมสุขภาพ และการปฏิบัติโดยอ้อมในลักษณะของ การฝึกอบรม การนิเทศงาน การประสานงาน โดยมีความมุ่งหวังให้ประชาชนผู้รับบริการมีสุขภาพอนามัย ด้านร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขและพึ่งตนเองได้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2530)

การจัดการศึกษาพยาบาลในประเทศไทยได้มีการจัดตั้งมาจนถึงปัจจุบันประมาณ 100 ปี โดย เริ่มมีการก่อตั้งโรงเรียนพยาบาลครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2439 และได้มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาโดยลำดับ ในแต่ละยุคแต่ละสมัยได้รับอิทธิพลจากหลายด้าน จากผลการวิเคราะห์พัฒนาการของการศึกษาพยาบาลใน ประเทศไทยของ ไพลิน นฤมลกิจ (2529) ได้จำแนกยุคของการพยาบาลเป็น 4 ยุคซึ่งแต่ละยุคได้รับอิทธิพล ต่างๆ กัน คือ

1. การศึกษาพยาบาลยุคแรกตั้งแต่ พ.ศ. 2439 - 2468 เป็นการจัดการศึกษาพยาบาลที่ได้รับ อิทธิพลมาจากต่างประเทศ โดยชาวต่างชาตินำความรู้เข้ามาเผยแพร่ในประเทศไทย อีกทั้งยังมีการติดต่อกับ

ประเทศต่างๆ มากขึ้นด้วย อิทธิพลอีกประการหนึ่งคือ ปัญหาสุขภาพของประชาชนและการขาดแคลนอัตรา กำลังพยาบาล

2. การศึกษาพยาบาลในยุคปรับปรุง พ.ศ. 2468 - 2488 ยุคนี้เป็นยุคที่สงครามโลกครั้งที่ 2 มี อิทธิพลมาก อีกทั้งการได้รับความช่วยเหลือจากต่างประเทศ และมีพยาบาลไทยเดินทางไปศึกษาต่อใน ต่างประเทศมาก ทำให้มีการพัฒนาหลักสูตรเนื้อหาวิชาที่เรียนใกล้เคียงกับมาตรฐานสากลมากขึ้น

3. การศึกษาพยาบาลยุคฟื้นฟูหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 พ.ศ. 2489 - 2504 ปัจจัยที่มีอิทธิพล คือ การขาดแคลนพยาบาล และความต้องการยกระดับมาตรฐานวิชาชีพ ทำให้หลักสูตรพยาบาลได้รับการพัฒนา ขึ้นเป็นหลักสูตรในระดับอุดมศึกษาเมื่อ พ.ศ. 2499 ซึ่งนับเป็นความก้าวหน้าอย่างสูงของวงการศึกษาวินิจฉัย พยาบาล

4. การศึกษาพยาบาลในยุคแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตั้งแต่ พ.ศ. 2505 - 2529 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการศึกษาพยาบาลมี 3 ประการคือ การขาดแคลนพยาบาล ความต้องการยกมาตรฐาน วิชาชีพ และยังคงได้รับอิทธิพลจากต่างประเทศด้วย การจัดการศึกษาพยาบาลในยุคนี้เป็นยุคของการเปลี่ยน การศึกษาไปสู่ระดับอุดมศึกษาอย่างสมบูรณ์

#### 4.1 นโยบายการจัดการศึกษาพยาบาลกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7

นับแต่ประเทศไทยได้นำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติมาใช้ ในการพัฒนาประเทศ กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นหน่วยงานหนึ่งของรัฐก็ได้ดำเนินการตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม โดยปรับ เข้าสู่นโยบายการสาธารณสุข เรียกว่า แผนพัฒนาการสาธารณสุข จากนโยบายนี้มีผลกระทบต่อการศึกษา พยาบาลทั้งด้านตัวหลักสูตรและปริมาณการผลิต (สุวรรณ กิตติเนาวรัตน์, 2530) ผลกระทบที่เกิดขึ้นจะ มากหรือน้อยขึ้นอยู่กับแนวนโยบายของแผนแต่ละฉบับ

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังดำเนินแผนการพัฒนาสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้คุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะ อย่างยิ่งสุขภาพอนามัยทั้งทางร่างกายและจิตใจมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และสามารถบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า ในระยะใกล้ การพัฒนาสาธารณสุขที่ยึดหลักความครอบคลุมและความเป็นธรรม การผสมผสานที่กลมกลืน และครบถ้วน ความยืดหยุ่นและสอดคล้อง และการพึ่งตนเองของประชาชนและชุมชน จึงได้กำหนดนโยบาย ในการพัฒนาสาธารณสุขในระยะแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (กองแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข, 2534) ดังต่อไปนี้

1. สนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตชนบทอย่างต่อเนื่อง พัฒนาให้มีความหลากหลายและขยายเข้าไปในเขตเมืองมากขึ้น
2. ปรับปรุงคุณภาพและประสิทธิภาพของสถานบริการทุกระดับ โดยพัฒนาสถานบริการระดับล่างให้สามารถรักษาผู้ป่วยที่พบบ่อยและโรคฉุกเฉิน เพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในเมือง พัฒนาสถานบริการระดับจังหวัดให้สามารถเป็นจุดรับส่งต่อและปรับปรุงระบบการส่งต่อให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
3. สนับสนุนให้ประชาชนทุกคนโดยเฉพาะในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย ผู้ใช้แรงงานทั้งในและต่างประเทศ ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้พิการทุพพลภาพ และกลุ่มด้อยโอกาสในสังคมอื่นๆ ได้มีหลักประกันในการรับบริการสาธารณสุขทั้งทางด้านป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสภาพ และรักษาพยาบาล
4. ปรับปรุงประสิทธิภาพในการบริหารสาธารณสุข และกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการบริหาร
5. แสวงหาและพัฒนาทรัพยากร เพื่อการสนับสนุนงานสาธารณสุขให้มีความพอเพียงและมีคุณภาพในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข
6. ปรับปรุงและพัฒนากระบวนการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขแก่ประชาชน ให้มีประสิทธิภาพอย่างกว้างขวาง
7. พัฒนาการส่งเสริมการใช้วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สนับสนุนงานวิจัยและพัฒนาเพื่อการสาธารณสุขบนรากฐานของการพึ่งตนเองให้มากขึ้นในระยะยาว
8. ปรับปรุงบทบัญญัติแห่งกฎหมาย กฎ ระเบียบ และข้อบังคับต่างๆ ให้เอื้อประโยชน์ต่อการพัฒนาสาธารณสุข

จะเห็นได้ว่า แผนพัฒนาการสาธารณสุขตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 ยังคงมุ่งเน้นการใช้กลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน และขยายงานด้านสาธารณสุขมูลฐานให้กว้างขวางและครอบคลุม ดังนั้นเพื่อให้สถาบันการศึกษาพยาบาลสามารถผลิตพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณลักษณะเหมาะสมจึงได้กำหนดแผนพัฒนาการศึกษาศาสาวิชาพยาบาลศาสตร์ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 7 โดยได้กำหนดวัตถุประสงค์ นโยบาย มาตรการ และเป้าหมาย (พจน์ สะเพียรชัย, 2534) ดังนี้

#### 1. วัตถุประสงค์

เพื่อให้การจัดการศึกษาศาสาพยาบาลศาสตร์ดำเนินการไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 และให้สถาบันการศึกษาพยาบาลต่างๆ ของประเทศสามารถพัฒนาการจัดการศึกษาพยาบาลตามความต้องการของสังคมทั้งด้านปริมาณและคุณภาพให้ได้มาตรฐานใกล้เคียงกัน รวมทั้งให้สามารถใช้ทรัพยากรด้านการศึกษาศาสาพยาบาลศาสตร์ที่มีอยู่ในประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดใน



การพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชน จึงเห็นสมควรกำหนดวัตถุประสงค์ในช่วงแผนพัฒนาการศึกษาระดับ  
อุดมศึกษา ฉบับที่ 7 ไว้ดังนี้

1.1 ผลิตพยาบาลระดับต่างๆ ที่มีคุณภาพเพียงพอทั้งในด้านวิชาการ สังคม  
คุณธรรม และความเป็นผู้นำ ให้มีปริมาณเพียงพอกับความต้องการของสังคม โดยเน้นการเพิ่มการผลิต  
พยาบาลระดับปริญญาตรีและระดับบัณฑิตศึกษา

1.2 พัฒนาสถาบันการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ ทั้งของรัฐและเอกชนให้สามารถ  
ปฏิบัติงานภารกิจหลักได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความเป็นสากลทั้งในด้านการผลิตพยาบาล การวิจัย  
การบริการวิชาการแก่สังคม และการส่งเสริมศิลปวัฒนธรรม

1.3 พัฒนาคุณภาพการบริการ และการจัดการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ให้มี  
ประสิทธิภาพ มีการกระจายโอกาสทางการศึกษา รวมถึงมีการประสานสัมพันธ์กันระหว่างภาครัฐภาคเอกชน  
ทั้งในและต่างประเทศ

## 2. นโยบาย มาตรการ เป้าหมาย และแผนการดำเนินการ

ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 ได้กำหนดนโยบาย มาตรการ  
เป้าหมาย และแผนดำเนินการ เพื่อการพัฒนาการจัดการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ออกเป็น 7 ด้าน คือ

2.1 ด้านการจัดการศึกษา

2.2 ด้านบริหารการศึกษา

2.3 ด้านการปรับปรุงคุณภาพการศึกษา

2.4 ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

2.5 ด้านบริการวิชาการ

2.6 ด้านอนุรักษ์ ส่งเสริม เผยแพร่ และพัฒนาศาสนา ศิลปะและวัฒนธรรม

2.7 ด้านกิจการนิสิตนักศึกษา

## 3. ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการดำเนินการ

3.1 เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 คาดว่า จะมีผู้สำเร็จ  
การศึกษาระดับปริญญาตรีในสาขาพยาบาลศาสตร์ในระดับต่างๆ จำนวน 24,789 คนจำแนกได้ดังนี้

หลักสูตรระดับปริญญาตรี 4 ปี	15,323 คน
หลักสูตรปริญญาต่อเนื่อง 1 - 2 ปี	8,090 คน
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต	1,320 คน
หลักสูตรพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต	56 คน

ซึ่งคาดว่าสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากรจะเป็น 1 : 900 (ขณะนี้ประมาณ 1 : 1,384) อัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อพยาบาลระดับต้นเป็น 3 : 1 สัดส่วนอาจารย์ : นักศึกษาหลักสูตรปริญญาตรีจะเป็น 1 : 5

3.2 ด้านคุณภาพเมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 คาดว่า จะเกิดผลเชิงคุณภาพดังนี้

3.2.1 สัดส่วนคุณวุฒิอาจารย์ระดับปริญญาเอก : โท : ตรี เป็น 3 : 6 : 1 สำหรับการสอนในระดับปริญญาตรี และสัดส่วนคุณวุฒิอาจารย์ระดับปริญญาเอก : โท เป็น 5 : 5 ในการสอนระดับบัณฑิตศึกษา

3.2.2 นักศึกษาได้เรียนรู้ด้วยตนเอง (Learning Resource Center) มากขึ้น โดยอาศัยระบบบริการห้องสมุดและเทคโนโลยีทางการศึกษาที่ทันสมัย

3.2.3 มีความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษา โดยอาศัยเครือข่ายทั้งทางด้านสารสนเทศในทุกด้านของสถาบันการศึกษาทั้งภายในและต่างประเทศ

3.2.4 มีผลงานวิจัยและตำราวิชาการเพิ่มขึ้น รวมทั้งได้มีการเผยแพร่ในสถาบันการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ

3.2.5 มีกิจกรรมบริการวิชาการ และส่งเสริมอนุรักษ์ศิลปวัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมของชาติ โดยร่วมมือระหว่างนิสิตนักศึกษา อาจารย์ ทั้งสถาบันของรัฐและเอกชน

3.2.6 ให้อุปการะที่สำเร็จการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์มีคุณภาพ เป็นที่ยอมรับของสังคมและสถาบันวิชาชีพ

4. ระบบการศึกษาพยาบาลในอนาคต ควรปรับระบบการศึกษาให้เหมาะสมและสอดคล้องกับเรื่องต่างๆ ดังต่อไปนี้

4.1 Future Needs ของสังคม ประเทศ และโลกว่าต้องการพยาบาลมากขึ้นเพียงใด

4.2 Realistic รู้จริงในการป้องกัน การพยาบาล และฟื้นฟูสภาพคนไข้ตามสภาพของโรคที่เป็นอยู่

4.3 Coordination การร่วมมือประสานงานกันระหว่างสถาบันที่จัดการศึกษาพยาบาล ทุกสังกัดในการผลิตพยาบาล การจัดการศึกษาต่อเนื่อง และการฝึกอบรมทักษะวิชาชีพในเรื่องต่างๆ

4.4 Data Base and Information System ในการพัฒนาการศึกษานั้นระบบการ จัดเก็บข้อมูลและการเผยแพร่ข้อมูลเพื่อการบริหารหรือการวางแผนพัฒนาจะต้องกระทำให้เป็นระบบที่ เชื่อมถือได้ รวดเร็ว และสอดคล้องกัน

4.5 Staff Development ขณะนี้สถาบันการจัดการศึกษาพยาบาลโดยทั่วไปยังคงต้องเร่งพัฒนาคุณวุฒิอาจารย์ผู้สอนในระดับปริญญาโท - เอกอีกมาก และขณะนี้ยังต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน

อยู่มากระบบการศึกษาพยาบาลควรมีแผนงาน/โครงการที่เร่งรีบดำเนินการพัฒนาบุคลากรในสาขาวิชาชีพ ให้ทัดเทียมกับสาขาวิชาชีพอื่น

กล่าวได้ว่า ทิศทางการจัดการศึกษาพยาบาลขึ้นอยู่กับปัญหาสาธารณสุขของประเทศเป็นสำคัญ ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาพยาบาลมีความรับผิดชอบโดยตรงต่อปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนในประเทศ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วของสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และกฎหมาย สิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลกำหนดทิศทางการศึกษาพยาบาลทั้งสิ้น (O'Brien and Watson, 1993)

#### 4.2 แนวโน้มของการศึกษาพยาบาล

ระบบการศึกษาพยาบาลเป็นระบบหนึ่งของสังคม มีเป้าหมายของระบบเพื่อพัฒนาสังคม เมื่อสังคมมีการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบย่อยในระบบการศึกษาพยาบาลก็ต้องเปลี่ยนไปด้วย ทศนา บุญทอง (2532) กล่าวว่า การศึกษาพยาบาลในอนาคตจะต้องมองย้อนไปในอดีต วิเคราะห์สิ่งที่กระทำอยู่ในปัจจุบัน และปัจจัยที่สำคัญในการวิเคราะห์แนวโน้มของการจัดการศึกษาพยาบาลในอนาคต นอกจากจะต้องคำนึงถึงนโยบายการสาธารณสุขแห่งชาติแล้วยังประกอบด้วยปัจจัยสำคัญ ได้แก่ นโยบายการศึกษาระดับอุดมศึกษา ปัญหาสาธารณสุขของประเทศ ลักษณะของกลุ่มประชากร ความเจริญก้าวหน้าทางวิชาการและวิชาชีพ และทรัพยากรของประเทศ ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ล้วนมีผลต่อการจัดการศึกษาพยาบาลทั้งสิ้น ได้มีนักศึกษาศึกษาพยาบาลหลายท่านได้กล่าวถึงแนวโน้มของการศึกษาพยาบาลในประเทศไทยไว้ดังนี้

วัฒนา วินิตวัฒน์คุณ (2527) ได้ศึกษาผลกระทบของการสาธารณสุขมูลฐานต่อการศึกษาพยาบาลในอนาคต โดยใช้เทคนิคเดลฟาย เพื่อวิเคราะห์แนวโน้มของการจัดการศึกษาพยาบาลจนถึงปี พ.ศ. 2543 จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางด้านสาธารณสุขมูลฐานและการศึกษาพยาบาล จำนวน 23 ท่าน ผลการวิจัยพบว่า

1. จุดมุ่งหมายของสถาบัน การสาธารณสุขมูลฐานจะมีบทบาทต่อการพัฒนาหลักสูตรและการเรียนการสอนโดยที่นักวิชาการพยาบาลและอาจารย์พยาบาลของทุกสถาบันจะดำเนินการร่วมกันภายใต้จุดมุ่งหมายและนโยบายเดียวกัน ภายในสถาบันก็จะมีกระตมความคิดเห็นในเรื่องของการสาธารณสุขมูลฐานให้มีความเข้าใจที่ตรงกัน ในการจัดการเรียนการสอน การบริการชุมชนจะมีบทบาทและขยายภารกิจด้านการสนับสนุน ส่งเสริม และป้องกันสุขภาพให้มากขึ้น โดยการเผยแพร่ข่าวสารและงานวิจัยด้านสุขภาพอนามัยที่จะเป็นประโยชน์ต่อชุมชน อีกทั้งจะมีการสนับสนุนและส่งเสริมให้อาจารย์พยาบาลและนักศึกษาศึกษาพยาบาลทำวิจัยเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐานให้มากขึ้นทั้งภายในและภายนอกสถาบัน

2. การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ ในส่วนเนื้อหาของหลักสูตรจะเน้นการป้องกันและส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้มากขึ้น จะมีการประยุกต์แต่ละองค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐาน โดยเน้นการใช้ความรู้และทักษะที่จำเป็นเพื่อนำไปใช้ในชุมชนที่แตกต่างกันได้เหมาะสม ซึ่งจะจัดให้มีอยู่ตลอดโปรแกรม

การศึกษา การพัฒนาหลักสูตรจะมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องโดยค้นคว้าและศึกษาจากเอกสารและงานวิจัย เป็นอย่างดี พร้อมทั้งมีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งด้านนโยบายและการปฏิบัติ ส่วนรูปแบบของการเรียนการสอนและเทคโนโลยีที่ใช้จะมีการพัฒนาให้ผู้เรียนได้ประสบการณ์ตรงจากชุมชน โดยให้ประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยมากขึ้น มีการใช้กระบวนการแก้ปัญหาเป็นเทคนิคในการเรียน และจัดการสอนแบบทีมในลักษณะบูรณาการสาขาวิชา ซึ่งจะทำให้ทัศนคติของอาจารย์พยาบาลเปลี่ยนแปลง กล่าวคือ จะมีทัศนคติในการทำงานร่วมกัน ยอมรับซึ่งกันและกันมากขึ้น นอกจากนี้บทบาทของอาจารย์พยาบาลจะขึ้นอยู่กับนโยบาย สภาพปัญหา และความต้องการของสังคม

3. การประเมินผลการเรียนการสอน จะมีรูปแบบการประเมินการปฏิบัติงานของนักศึกษาที่ ให้ประชาชนมีส่วนร่วมด้วยอย่างมีประสิทธิภาพคือ จะมีการพัฒนาเครื่องมือที่วัดความรู้ความสามารถ ทักษะ ทัศนคติของผู้เรียนให้มีความเที่ยงและความตรงมากขึ้น ระหว่างสถาบันการศึกษาพยาบาลและหน่วยงานที่ใช้ ผลผลิตจะร่วมมือกันส่งเสริมให้บุคลากรในหน่วยงานกระตือรือร้นและเห็นความสำคัญของการประเมินผล เป็นระยะๆ ระหว่างการฝึกภาคปฏิบัติอย่างต่อเนื่องด้วย

ละออ หุตางกูร (2534) ได้กล่าวถึงการจัดการศึกษาพยาบาลในทศวรรษหน้าคือ ตั้งแต่ พ.ศ. 2535 ถึง พ.ศ. 2544 ซึ่งตรงกับช่วงเวลาของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 และฉบับที่ 8 ว่า การจัดการศึกษาพยาบาลควรมีลักษณะดังนี้

1. การจัดการศึกษาเพื่อเสริมประสิทธิภาพของพยาบาล ในการประกอบวิชาชีพในสังคมที่ เปิดรับนานาชาติมากขึ้น เช่น ให้มีความรู้ทางวัฒนธรรมของชาติอื่น และความสามารถสื่อสารด้วยภาษาสากล โดยเฉพาะภาษาอังกฤษทั้งในด้านการอ่าน การเขียน และการพูด แสดงความคิดเห็น เพื่อติดตามความก้าวหน้าทางวิชาการ การเผยแพร่ข้อมูลความรู้ การประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการพยาบาลระหว่าง ประเทศและการปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการต่างภาษาซึ่งจะมีมากขึ้นในสังคม

2. การจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาความสามารถของพยาบาล ในการใช้เทคโนโลยีการสื่อสาร เช่น ให้มีความรู้พื้นฐานและความสามารถร่วมในการใช้คอมพิวเตอร์ เพื่อการรวบรวมข้อมูลและเรียกใช้ข้อมูล ในการประกอบวิชาชีพในองค์กร การเผยแพร่ข้อมูลความรู้ทางสื่อมวลชน

3. การจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาอิสรภาพในการประกอบวิชาชีพการพยาบาล เช่น โดยการเสริมสร้างความสามารถจัดบริการการพยาบาลอย่างเป็นระบบ หรือเป็นองค์กรเพื่อประกอบวิชาชีพอย่าง อิสระในสังคม ความสามารถจัดระบบบริการวิชาชีพของตนเองอย่างอิสระจะช่วยให้ประชาชนเข้าใจบทบาท หน้าที่ของวิชาชีพการพยาบาลชัดเจนขึ้น และจะเป็นจุดเริ่มต้นที่ผลักดันให้พยาบาลคิดค้นสร้างสรรค์ เพื่อ พัฒนาคุณภาพของบริการวิชาชีพให้ดียิ่งขึ้น

4. การจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถภาพและคุณภาพ ในการผลิตบุคลากรทางการ พยาบาลให้แก่สังคม ซึ่งจะพัฒนาได้โดยการจัดสรรหน้าที่ของสถานบันการศึกษาอย่างมีระบบ

5. การจัดการศึกษาเพื่อเสริมสร้างเจตคติ และความสนใจของผู้สำเร็จการศึกษาพยาบาล ในอันที่จะประกอบวิชาชีพในสถานที่หรือท้องถิ่นที่ต้องการบริการวิชาชีพในประเทศ โดยไม่ขึ้นอยู่กับพันธะ ทางหนี้สิน ซึ่งจะสร้างความภาคภูมิใจและความปรารถนาสร้างสรรค์อย่างจริงจังของผู้ประกอบการ

6. การจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลทั้งในหลักสูตรขั้นพื้นฐาน และการศึกษา เพิ่มเติมอย่างสืบเนื่องของผู้ประกอบการให้มีคุณธรรม จริยธรรม และความรู้ความสามารถอันดี พร้อมด้วย ความรู้เท่าถึงการณทางกฎหมาย ด้วยความตระหนักว่า ความต้องการคุณภาพการพยาบาลของสังคมเป็นสิ่งที่ ละเอียดอ่อนมากขึ้น การมีกฎหมายประกันสังคมที่ครอบคลุมการประกันสุขภาพจะกระตุ้นให้ผู้เอาประกัน ตื่นตัวในสิทธิ์ที่จะได้รับบริการด้วยคุณภาพ จะมีการประเมินผลบริการที่ได้รับ ทั้งดี และพึงร้องมากขึ้น เมื่อเห็นว่าไม่ได้รับความเป็นธรรม ซึ่งพยาบาลจะต้องควบคุมคุณภาพการพยาบาลของตนเองให้อยู่เหนือการ ควบคุมของความตื่นตัวนั้น

#### 4.3 การจัดการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์

หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ระดับวิชาชีพ เป็นหลักสูตรพยาบาลระดับพื้นฐานเพื่อเตรียม พยาบาลไปปฏิบัติการพยาบาลทั่วไป เป็นหลักสูตรการศึกษาที่รับผู้เรียนที่สำเร็จการศึกษาจากชั้นมัธยมศึกษา ตอนปลายหรือเทียบเท่า มีระยะเวลาการศึกษาอย่างน้อย 4 ปี วุฒิการศึกษาที่ได้รับคือ พยาบาลศาสตร์ บัณฑิต หรือประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ ผู้สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรนี้สามารถขอรับการขึ้นทะเบียน ประกอบโรคศิลปะ สาขาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 และปฏิบัติงานในสายงานการพยาบาลใน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระบบการจัดการศึกษาโดยทั่วไปเป็นระบบหน่วยกิต ปัจจุบันมีสถาบันการศึกษา พยาบาลที่เปิดสอนหลักสูตรประเภทนี้ทั้งในหน่วยของรัฐและเอกชน รวมจำนวนทั้งสิ้น 22 หลักสูตร (กองวิชาการ สำนักงานปลัดทบวงมหาวิทยาลัย, 2532)

สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ได้แก่

1. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาล) ของภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
3. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
4. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
5. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
6. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
7. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

8. หลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ ของสถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัด  
กระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

9. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สังกัดกระทรวงกลาโหม ได้แก่

10. หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ของวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก กองทัพบก

11. หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ของวิทยาลัยพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัยกองทัพอากาศ

12. หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ของวิทยาลัยพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัยกองทัพเรือ

สังกัดกระทรวงมหาดไทย ได้แก่

13. หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ของวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ สำนักแพทย์ใหญ่ กรมตำรวจ

สังกัดกรุงเทพมหานคร ได้แก่

14. หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ของวิทยาลัยเกื้อการุณย์

สังกัดสภากาชาดไทย ได้แก่

15. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

สังกัดภาคเอกชน ได้แก่

16. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพายัพ

17. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยคริสเตียน

18. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของวิทยาลัยพยาบาลเซนต์หลุยส์

19. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

20. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของวิทยาลัยพยาบาลมิชชัน

21. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียว

เฉลิมพระเกียรติ

22. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ

#### 4.3.1 ปรัชญาของหลักสูตร

ปรัชญาเป็นองค์ประกอบสำคัญอย่างหนึ่งของหลักสูตร และมีความสำคัญต่อการ  
กำหนดกรอบแนวความคิดมาก เพราะช่วยทำให้เห็นค่านิยมและความเชื่อที่ใช้เป็นแกนหลักสูตรได้ชัดเจน

(Bevis, 1978) สามารถบอกทิศทางหลักสูตรได้ หน้าที่ของปรัชญาโดยแท้ก็คือ การบ่งชี้ให้เห็นระบบความเชื่อหรือพื้นฐานของปรัชญาที่สนับสนุนจุดประสงค์ของโปรแกรมการศึกษาและกรอบหลักสูตร (Scales, 1985) ปรัชญาการศึกษาพยาบาลต่างจากปรัชญาการศึกษาทั่วไปคือ ปรัชญาการศึกษาทั่วไปจะเน้นที่ตัวผู้เรียนเท่านั้น แต่ปรัชญาทางการศึกษาพยาบาลจะเป็นปรัชญาร่วมระหว่างปรัชญาทางการพยาบาลซึ่งเน้นที่ผู้ป่วยกับปรัชญาทางการศึกษาที่หมายถึงธรรมชาติของวิชา ธรรมชาติการสอนและการเรียนรู้ การนำทฤษฎีมาใช้ในหลักสูตรที่มุ่งเน้นบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพที่ต้องอยู่ในสังคมต่างๆ (Heidgerken, 1965 Torres and Stanton, 1982 อ้างถึงใน กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2532)

ถึงแม้ว่าสถาบันการศึกษาพยาบาลจะมีแนวความเชื่อ ค่านิยม ที่แตกต่างกันออกไป แต่จากการที่ผู้วิจัยได้ศึกษาและวิเคราะห์หลักสูตรของสถาบันการศึกษาพยาบาลต่างๆ พอสรุปได้ว่า ปรัชญาการศึกษาพยาบาล ระดับวิชาชีพ โดยส่วนใหญ่แล้วตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่า มนุษย์เป็นองค์รวมอย่างผสมผสานของร่างกาย จิตใจ สังคม วิญญาณ ซึ่งดำเนินชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มนุษย์มีศักยภาพในการช่วยเหลือตนเองเพื่อให้คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ซึ่งการพยาบาลจะต้องคำนึงถึงสิ่งเหล่านี้ และปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณของวิชาชีพ

#### 4.3.2 จุดมุ่งหมายของหลักสูตร

การผลิตพยาบาลวิชาชีพมีจุดมุ่งหมายเพื่อปฏิบัติงานในที่มสุขภาพ ในการให้บริการด้านสุขภาพอนามัยแก่ชุมชน

โดยเหตุที่ความก้าวหน้าในทางวิชาการซึ่งเป็นไปอย่างรวดเร็ว บุคลากรแต่ละสาขาจำเป็นต้องติดตาม ค้นคว้า ศึกษา เพื่อความรู้ที่ลึกซึ้ง และเกิดความเชี่ยวชาญ การปฏิบัติงานบริการด้านสุขภาพอนามัย จึงมีอาจกระทำให้ครอบคลุมโดยบุคลากรประเภทใดประเภทหนึ่ง หากแต่ต้องกระทำเป็นที่มและต้องมีความสามารถในการร่วมมือประสานงานทั้งภายในและระหว่างวิชาชีพ ดังนั้นจุดมุ่งหมายของหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ระดับวิชาชีพ จึงมีจุดมุ่งหมายให้ผู้สำเร็จการศึกษามีความสามารถให้สอดคล้องกับสภาพความต้องการของสังคม โดยครอบคลุมการเรียนรู้ทั้ง 3 ด้านคือ ด้านพุทธิปัญญา (Cognitive Domain) ด้านจิตต (Affective Domain) และด้านทักษะ (Psychomotor Domain) สรุปได้ดังนี้คือ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2527 จันทิรา วงษ์ชมทอง, 2536)

1. มีความรู้ความสามารถในศาสตร์ทางการพยาบาล และศาสตร์ที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดีและสามารถประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม
2. สามารถแก้ปัญหาอย่างมีระบบโดยวิธีที่เป็นวิทยาศาสตร์และการใช้วิจารณ์ญาณ
3. แสวงหาความรู้และพัฒนาตนเองอย่างสม่ำเสมอ
4. สามารถเรียนรู้ เข้าใจ และปฏิบัติงานป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ การรักษาโรค และฟื้นฟูสภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนได้

5. สามารถที่จะให้การสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานได้เป็นอย่างดี
6. มีความเคารพและคำนึงถึงความเป็นปัจเจกชนของผู้รับบริการ
7. เข้าใจขอบเขตหน้าที่ของวิชาชีพตน
8. ให้ความร่วมมือและสร้างสัมพันธ์ที่จะเข้ากับบุคคลในวิชาชีพอื่นๆ และกับ  
ผู้ร่วมงานได้เป็นอย่างดี
9. สามารถเรียนรู้ และปรับตัวให้มีความสามารถบริหารทรัพยากรที่มีอยู่ให้ได้ผล  
สูงสุดและประหยัด
10. ความเป็นผู้นำ
11. ยึดมั่นในจรรยาบรรณของวิชาชีพ
12. สำนึกในความรับผิดชอบต่อสังคม

#### 4.3.3 ลักษณะการจัดการเรียนการสอน

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตใช้ระยะเวลาการศึกษา 4 ปี หนึ่งปีการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ภาคการศึกษา ภาคละ 16 สัปดาห์ และรวมภาคฤดูร้อนอีก 1 ภาคการศึกษา ภาคละ 8 สัปดาห์ เวลาเรียนต่อสัปดาห์ของรายวิชาที่เปิดสอนในภาคฤดูร้อนจะต้องเป็น 2 เท่าของภาคเรียนปกติประกอบด้วย 4 หมวดวิชา คือ หมวดวิชาพื้นฐานทั่วไป หมวดวิชาพื้นฐานวิชาชีพ หมวดวิชาชีพ และหมวดวิชาเลือกเสรี มีจำนวนหน่วยกิตรวมไม่น้อยกว่า 130 หน่วยกิต และอย่างมากไม่เกิน 150 หน่วยกิต ได้แก่

หมวดวิชาพื้นฐานทั่วไป	34 - 36	หน่วยกิต
หมวดวิชาพื้นฐานวิชาชีพ	24 - 34	หน่วยกิต
หมวดวิชาชีพ	74 - 76	หน่วยกิต
หมวดวิชาเลือกเสรี	6	หน่วยกิต

สำหรับลักษณะการจัดการเรียนการสอนทางด้านพยาบาลศาสตรบัณฑิตจะมีลักษณะเฉพาะ คือ แบ่งการเรียนการสอนเป็นภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ โดยเน้นความสำคัญในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติมากกว่าหรือมากกว่าภาคทฤษฎี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2527) ทั้งนี้เพราะการศึกษภาคปฏิบัติเป็นการจัดประสบการณ์การเรียนรู้จากสภาพหรือเหตุการณ์ที่เป็นจริงเพื่อให้ผู้เรียนได้เห็น ได้สังเกต และลงมือปฏิบัติจริงด้วยตนเอง (จริยวัตร คมพยัคฆ์, 2537) ดังนั้นการจัดการเรียนการสอน จึงต้องจัดให้ควบคู่กันไปทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ

การเรียนการสอนภาคทฤษฎี (สุวรรณ กิตติเนาวรัตน์, 2530) หมายถึง การจัดการเรียนการสอนในชั้นเรียนด้านเนื้อหาสาระ เพื่อให้มีโน้ตทัศน์ หลักการ กฎ และทฤษฎี ในหมวดวิชาต่างๆ เป็นการปูพื้นฐานความรู้ทางข้อมูล วิธีการจัดการเรียนการสอนจะเหมือนกับการเรียนการสอนในสถาบันอุดมศึกษาทั่วไป ซึ่งรูปแบบการเรียนการสอนที่ใช้มากในระบบการศึกษาพยาบาลมีอยู่ 3 รูปแบบ (Ellis,



Cogan and Howay, 1981 อ้างถึงใน กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2532) แต่ละรูปแบบมีลักษณะและวิธีการต่างๆ กันแล้วแต่จุดประสงค์ของการสอน ความสนใจ ความสามารถ และปรัชญาของครู ความแตกต่างกันของวิธีการจัดการเรียนการสอนทั้ง 3 รูปแบบเป็นดังนี้ (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2532)

1. รูปแบบการสอนที่เน้นข้อความรู้ (The Didactic Model or Fact Oriented Model) เป็นรูปแบบที่นิยมใช้กันมาก ลักษณะการสอนขึ้นอยู่กับตัวผู้สอนที่จะวางตนในฐานะของผู้ถ่ายทอดเนื้อหาความรู้ให้แก่ผู้เรียน วิธีการสอนส่วนใหญ่จะเป็นการบรรยายและใช้เนื้อหาจากตำราเป็นหลักซึ่งการสอนในแบบเน้นข้อความรู้นี้ Kozma และคณะ (Kozma, Belle and Williams, 1978 อ้างถึงใน กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2532) ยังจำแนกออกเป็น 2 แบบคือ แบบเน้นเนื้อหา หมายถึง การศึกษา หรือเรียนโดยตรงจากสื่อเนื้อหาเลยทีเดียว เช่น บทเรียนโปรแกรม ส่วนอีกแบบหนึ่งคือ การสอนที่เน้นครูเป็นศูนย์กลาง

2. รูปแบบการสอนแบบแก้ปัญหา (Problem-Solving Models or Inquiry/Discovery Model) เป็นวิธีการจัดการเรียนการสอนแบบแก้ปัญหา จะเน้นที่ผลผลิตคือ การเรียนรู้ด้วยการแก้ปัญหาหรือค้นพบด้วยตนเอง ครูจะทำหน้าที่เป็นเพียงแต่ผู้อำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ให้แก่ผู้เรียน ให้การสนับสนุนที่จะช่วยให้ผู้เรียนค้นคว้าหาคำตอบและข้อความรู้ด้วยตนเอง กับให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้เรียนเพื่อทราบผลการเรียนของตนเอง Schweer (1992 อ้างถึงใน กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2532) มีความเห็นว่าวิธีการสอนนี้จะช่วยให้ผู้เรียนมีความรู้อย่างกว้างขวางทั้งทางด้านวิทยาศาสตร์และทางสังคม ซึ่งจะทำให้สามารถนำไปใช้ในการพยาบาลได้อย่างสมบูรณ์

3. การเรียนการสอนแบบการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Interpersonal Learning Model) การจัดการเรียนการสอนนี้จะเน้นข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้สอนและผู้เรียน โดยผู้เรียนมีสิทธิ์เลือกเรียนในสิ่งที่ต้องการได้ บรรยากาศการเรียนการสอนจะเน้นถึงความมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อกันในชั้นเรียนระหว่างครูและผู้เรียน

การเรียนการสอนภาคปฏิบัติในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์จำแนกได้เป็น 3 ลักษณะ คือ (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2532)

1. การปฏิบัติทางห้องทดลองเป็นการเรียนการสอนที่คุ้นเคยกันมาก โดยเฉพาะการเรียนในวิชาวิทยาศาสตร์ การฝึกปฏิบัตินี้จะเป็นการฝึกฝนในแง่ของการทดลอง เช่น การฝึกภาคปฏิบัติทดลองทางวิทยาศาสตร์ การฝึกภาคปฏิบัติในวิชาโภชนาการและการฝึกปฏิบัติด้านเทคนิคการพยาบาลในห้องปฏิบัติการพยาบาล เป็นต้น การปฏิบัตินี้จะเน้นถึงการฝึกหัดและทดลองก่อนการได้ลงปฏิบัติจริงแก่ผู้ป่วย เป็นการฝึกในสถานการณ์จำลองที่ครูกำหนดขึ้นในห้องทดลองที่ใกล้เคียงความจริงที่สุด

2. การฝึกปฏิบัติในชั้นเรียน การปฏิบัตินี้ต่างจากการฝึกปฏิบัติในห้องทดลอง และสถานฝึกปฏิบัติตรงที่เป็นการฝึกซึ่งเน้นถึงการใช้ข้อมูลจริงเพื่อการศึกษาปัญหาและใช้กิจกรรมการแก้ปัญหา วิธีการเรียนผู้เรียนจะต้องลงปฏิบัติโดยเก็บข้อมูลจากสถานการณ์จริง แล้วนำเข้าไปศึกษาในชั้นเรียน เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ เชิงทฤษฎีที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ พร้อมอภิปรายและสรุปผลร่วมกันกับผู้เรียน

คนอื่นๆ ประสพการณ์ที่เน้นหนักคือ การฝึกวิเคราะห์และแก้ปัญหาโดยใช้ข้อมูลจากสถานการณ์จริง วิธีการจัดการเรียนการสอนที่นิยมใช้กันมาก ได้แก่ กรณีศึกษา (Case Study) วิเคราะห์อุบัติการณ์ (Case Incident Analysis) และสถานการณ์จำลอง เป็นต้น

3. การฝึกปฏิบัติภาคสนาม หมายถึง การฝึกประสบการณ์ทางวิชาชีพโดยตรงด้วยการปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย บุคคล หรือชุมชน การฝึกภาคปฏิบัติภาคสนามจะเป็นการฝึกฝนให้ใช้ความคิด วิธีการแก้ปัญหา สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ ได้พิสูจน์ความจริงของทฤษฎีในสถานการณ์เป็นจริง ซึ่งเป็น การเพิ่มพูนประสบการณ์ที่นอกเหนือไปจากที่ครูสอน (ไพฑูริย์ ลินลารัตน์, 2527) อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริม ประสบการณ์ และทักษะทางวิชาชีพด้วย โดยเฉพาะการฝึกปฏิบัติในคลินิกของนักศึกษาพยาบาล นอกจากจะ เป็นการเสริมความรู้ความเข้าใจในชั้นเรียนแล้ว ยังเป็นการเตรียมให้ผู้เรียนเป็นผู้ที่สามารถปฏิบัติการ พยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งนอกจากการฝึกเทคนิคการพยาบาลยังฝึกกระบวนการพยาบาลร่วมด้วย Schweer กล่าวว่า การฝึกปฏิบัติเป็นหัวใจของการศึกษา เพราะการฝึกปฏิบัติเป็นการ 1) สนับสนุนผู้เรียนให้ เกิดความคิดอย่างอิสระ 2) ส่งเสริมผู้เรียนให้มีทักษะในการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ 3) แสดงความสัม พันธ์ระหว่างทฤษฎีและภาคปฏิบัติ 4) ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความเจริญทางด้านสติปัญญาและวิชาชีพ และ 5) พัฒนาทุกด้าน (Schweer, 1972 อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธุ์, 2527)

สมคิด รักษาสัตย์ และ ประนอม โอทกานนท์ (2525) ได้กล่าวถึงวิธีการสอนที่ สามารถนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนในคลินิกรวม 7 วิธีด้วยกันคือ

1. การบรรยาย (Lecture) เป็นวิธีที่ช่วยให้ครูสามารถให้เนื้อหาสาระ ข้อมูล และ ข้อค้นพบต่างๆ แก่ผู้เรียนๆ ได้กว้างขวางในช่วงเวลาที่จำกัด เพื่อช่วยให้ผู้เรียนติดตามบทเรียนได้ต่อเนื่อง หรือสามารถทำการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมด้วยตนเองได้ต่อไป

2. การสาธิต (Demonstration) มีจุดมุ่งหมายที่สำคัญคือ ต้องแสดงวิธีการปฏิบัติ ที่ถูกต้องแก่ผู้เรียน โดยมุ่งให้ผู้เรียนสามารถปฏิบัติได้และเกิดทักษะในเรื่องนั้นๆ การสาธิตอาจรวมกับ วิธีการสอนอื่นๆ เช่น การบรรยาย การประชุมเพื่อแก้ปัญหา เป็นต้น

3. การประชุมกลุ่มการพยาบาล (Nursing Care Conference) เป็นการประชุมที่ ทุกคนในกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็น เป็นวิธีที่จะช่วยเสริมประสบการณ์ในตึกผู้ป่วยให้แก่ผู้เรียน ช่วยให้ผู้เรียนเรียนรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยอย่างลึกซึ้งและในขอบข่ายที่กว้างขวาง

4. การศึกษาจากผู้ป่วยโดยตรง (Nursing Clinics) มีจุดมุ่งหมายเพื่อการปรับปรุง วิธีการและคุณภาพของการพยาบาลเป็นสำคัญ เป็นวิธีการสอนแบบกลุ่มอีกลักษณะหนึ่งที่มีใช้ควบคู่ไปกับการประชุมกลุ่มพยาบาล การบรรยาย หรือการสัมมนา ช่วยให้ผู้เรียนได้ฝึกหัดการสังเกตลักษณะอาการ และปัญหาจากผู้ป่วยโดยตรง

5. การสัมมนา (Seminar) เป็นวิธีการสอนเมื่อต้องการให้ผู้เรียนร่วมกันทำงานร่วมกันศึกษาค้นคว้า เพื่อแสวงหาความรู้ หรือแสวงหาวิธีแก้ปัญหาใดปัญหาหนึ่งที่กำหนดไว้ โดยใช้แหล่งวิทยาการ ผลการวิจัยข้อมูล และข้อค้นพบต่างๆ มาประกอบ แล้วนำเสนอผลงานโดยการเขียนรายงาน รายงานต่อที่ประชุม เปิดโอกาสให้สมาชิกได้อภิปรายเพิ่มเติม วิเคราะห์ และประเมินผล

6. การสอนโดยการศึกษาผู้ป่วยเฉพาะราย (Nursing Care Study) เป็นวิธีการสอนที่จะกระตุ้นให้ผู้เรียนได้พยายามนำความรู้ด้านต่างๆ มาใช้ฝึกหัดให้มีทักษะในการวางแผน การพยาบาลแก่ผู้ป่วยและสามารถจัดลำดับความคิดเห็นของตนได้ โดยผู้เรียนจะได้รับมอบหมายให้ทำการศึกษาผู้ป่วยเฉพาะราย เขียนรายงาน และเสนอรายงานเกี่ยวกับการศึกษาผู้ป่วยให้กลุ่มผู้เรียนด้วยกัน ทราบ ซึ่งในการศึกษานี้ผู้เรียนจะต้องทำการศึกษาผู้ป่วยที่กำหนดตั้งแต่สภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจที่อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บป่วย ศึกษาปัญหาและความต้องการ พร้อมกับเสนอแผนการพยาบาล วิธีปฏิบัติ และการประเมินผลการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย

7. การสอนเฉพาะกรณี (Case Incident) เป็นวิธีการสอนที่เน้นให้ผู้เรียนมีทักษะในด้านการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล และมีความเหมาะสมสอดคล้องกับสภาพความจริงที่กำลังประสบอยู่ หรือสิ่งที่มักพบได้เสมอในตึกผู้ป่วย โดยเมื่อมีปัญหาหรือสถานการณ์กำหนดขึ้น ผู้เรียนจะต้องศึกษาปัญหาและที่มา ศึกษาวิธีแก้ปัญหา และทำการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติพร้อมทั้งอธิบายเหตุผล

จุดประสงค์ของการฝึกภาคปฏิบัติสำหรับนักศึกษา มีขอบเขตกว้างกว่าการฝึกหัดเฉพาะเพื่อการทำเป็น แต่ยังมีมุ่งถึงการพัฒนาทักษะวิชาชีพด้านอื่นๆ รวมด้วย กล่าวคือ

1. พัฒนาทักษะการประยุกต์ใช้ความรู้ หลักการ และทฤษฎีในสถานการณ์จริง เพื่อการพยาบาล หรือการแก้ปัญหาขณะปฏิบัติงาน โดยเฉพาะการประยุกต์ทฤษฎีและข้อความรู้ทางวิทยาศาสตร์พื้นฐานเพื่อให้การดูแลสุขภาพแก่ผู้รับบริการ (Brown, In Brown And Chinn, Eds., 1982)

2. พัฒนาทักษะการสังเกตแบบรับรู้ (Perceptive Observation) การสังเกตนี้เกิดขึ้นจากการวิเคราะห์บ่อยๆ จนเข้าใจ เพราะการพยาบาลจำเป็นต้องใช้ข้อมูลทั้งที่เห็นชัดเจนกับข้อมูลที่ต้องใช้การสังเกตอย่างพิจารณา จะทำให้เกิดความเข้าใจปัญหาของประชาชนมากขึ้น

3. พัฒนาทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relationship Skill) การพยาบาลมิใช่เป็นงานที่ปฏิบัติอย่างโดดเดี่ยว หากแต่เป็นงานที่ต้องสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่อื่นๆ เช่น แพทย์ นักสังคมเคราะห์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ เป็นต้น แต่อย่างน้อยที่สุดจะเป็นการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ

4. พัฒนาทักษะการตัดสินใจ การตัดสินใจที่ดีนำไปสู่การปฏิบัติกรพยาบาลอย่างมีเหตุผลและตรงตามปัญหาของผู้บริการ ดังนั้นพยาบาลจะต้องเรียนรู้ถึงกระบวนการแก้ปัญหา การศึกษา

ข้อมูลอย่างเข้าใจ การใช้เหตุผลอย่างรอบคอบในการตัดสินใจเพื่อกระทำการพยาบาลอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งสิ่งที่กระทำนั้นจะผิดพลาดไม่ได้

นอกจากนี้การฝึกภาคปฏิบัติยังมีจุดมุ่งหมายเพื่อ

1. สามารถให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยทุกชนิดอย่างชำนาญ
2. สามารถปรับสถานการณ์ที่บ้านให้เหมาะสม ที่จะช่วยในการดำรงไว้ซึ่งภาวะแวดล้อมแห่งสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยนานเท่าที่จะนานได้
3. สามารถประยุกต์ใช้หลักการของสหวิทยาการในการดูแลผู้ป่วย และพัฒนาทัศนคติทางจิตใจของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับพักผ่อนได้อย่างมีความสุข
4. สามารถสอนหลักการ และการปฏิบัติเพื่อสุขภาพในการที่จะประยุกต์ใช้สิ่งต่างๆ ในการฟื้นฟู การดำรงไว้ และการส่งเสริมสุขภาพกายและจิต ให้แก่ผู้รับบริการ
5. สามารถให้ความร่วมมือกับแพทย์ และเจ้าหน้าที่ทางวิชาชีพอื่นๆ ด้วยสัมพันธภาพที่ดี และร่วมมือกับโครงการต่างๆ ในชุมชนด้านการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ
6. สามารถให้ความร่วมมือกับโรงพยาบาล สถานบริการสาธารณสุข องค์กรพยาบาลสาธารณสุข และองค์กรของสังคม ด้วยการอำนวยความสะดวกและช่วยเหลือเพื่อให้ดำรงไว้ซึ่งมาตรฐานแห่งบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน
7. สามารถให้คำแนะนำที่เชื่อถือได้ มีความสนใจอย่างแท้จริงในปัญหามนุษยชาติ ยินดีให้ความช่วยเหลืออย่างจริงใจ และเต็มใจให้บริการวิชาชีพทันทีที่มีโอกาส (Jansen, 1952)

การฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาลมีความสำคัญต่อการจัดการศึกษาพยาบาลมากจึงทำให้การจัดโครงสร้างหลักสูตรพยาบาลมีลักษณะเฉพาะ Bevis (1978) แต่ละแบบนั้นมีวิธีการและจุดประสงค์ที่แตกต่างกัน การเลือกใช้ขึ้นอยู่กับพิจารณาเห็นความเหมาะสมของสถาบัน

#### 4.3.4 การประเมินผลการเรียนการสอน

การประเมินผลการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญที่จะขาดไม่ได้ในขบวนการศึกษาเพราะจะทำให้ทราบว่า ขบวนการศึกษาต่างๆ ได้บรรลุตามเป้าหมายหรือไม่ ในด้านการศึกษาพยาบาลนั้น การประเมินผลของการศึกษาพยาบาลมีจุดมุ่งหมายสำคัญๆ ดังนี้ (Heidgerken, 1965 อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธุ์, 2527)

1. เพื่อหาระดับความรู้ ความเข้าใจ ของนักศึกษาพยาบาลในแต่ละช่วงเวลาระหว่างภาคการศึกษา
2. เพื่อหาระดับความสามารถในการปฏิบัติในคลินิกของนักศึกษาตามขั้นตอนต่างๆ

3. เพื่อให้เห็นถึงปัญหาของผู้เรียนเป็นรายบุคคล หรือทำขึ้นเพื่อนำไปใช้ในการสอนต่อไป
  4. เพื่อวินิจฉัยจุดเด่น และจุดด้อยของผู้เรียน และแนะนำวิธีการซ่อมเสริมที่อาจจำเป็นต้องจัดให้
  5. เพื่อกระตุ้นการเรียนรู้ของผู้เรียนด้วยการวัดระดับผลสัมฤทธิ์ของการเรียน และแจ้งผลให้ผู้เรียนทราบ
  6. เพื่อสร้างเสริมการประเมินผลตนเองด้านเจตคติ ทักษะ
  7. เพื่อช่วยผู้เรียนให้สามารถที่จะศึกษาได้ด้วยตนเอง
  8. เสริมแรงจูงใจด้วยการสอนที่ช่วยให้มีโอกาสคิดสร้างสรรค์ ประยุกต์ใช้หลักการ และตัดสินใจ เป็นต้น
  9. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการสอนเทคนิคต่างๆ ในการเรียนรู้เนื้อหาวิชาและอุปกรณ์การสอนที่จะนำไปสู่เป้าหมายของวิชา
  10. เพื่อรวบรวมข้อมูลที่ต้องใช้ในการบริหาร เช่น การเลือกนักศึกษา เกียรตินิยม การกำหนดตำแหน่งผู้เรียน การเขียนใบรับรอง การประเมินความสำเร็จของผู้เรียน
- การประเมินผลการศึกษาวิชาชีพพยาบาลต้องประเมินทั้ง 2 ด้านคือ ภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ การประเมินภาคปฏิบัตินั้นมีความสำคัญเท่าเทียมกันหรืออาจจะมากกว่าภาคทฤษฎีได้ ถ้าหากมุ่งถึงมาตรฐาน คุณภาพ และทัศนคติทางวิชาชีพ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการสังเกตทักษะ ความรู้ และทัศนคติในแง่การแสดงออกของพฤติกรรมเฉพาะทางการพยาบาล (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2532)

#### ลักษณะการประเมินผล

Saylor and Alexander (1974, อ้างถึงใน กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2532) ได้กล่าวถึงลักษณะการประเมินผลไว้ 2 ลักษณะคือ

1. การประเมินผลความก้าวหน้า (Formative Evaluation) หมายถึง การประเมินผลในขณะที่มีการใช้หลักสูตรและกระบวนการเรียนการสอนกำลังดำเนินอยู่ การประเมินกระทำเพื่อการปรับปรุง เปลี่ยนแปลง ในโปรแกรมการศึกษา
2. การประเมินผลสรุป (Summative Evaluation) หมายถึง การประเมินเมื่อการดำเนินการตามแผนการต่างๆ สิ้นสุดลง

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2527) ได้กล่าวถึงลักษณะการประเมินผลการเรียนไว้ดังนี้

1. การประเมินก่อนเรียน เป็นการตรวจสอบว่า ผู้เรียนมีความรู้ ทักษะ และทัศนคติ ก่อนที่จะเข้าเรียนอย่างไรบ้าง เพื่อเป็นประโยชน์ในการจัดเรียงเนื้อหา ประสิทธิภาพการเรียนรู้ให้ต่อเนื่องกัน

การประเมินก่อนเรียนนี้มีความสำคัญยิ่งในการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลภาคปฏิบัติ เพราะทักษะทางการพยาบาลเป็นทักษะที่ซับซ้อนต้องอาศัยทั้งพื้นความรู้ มีพัฒนาการด้านจิตต และจะต้องมีทักษะพื้นฐานที่เพียงพอ จึงจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมทักษะการพยาบาลในขั้นสูงได้

2. การประเมินระหว่างดำเนินการสอน เป็นการตรวจสอบควบคุมพฤติกรรมของผู้เรียนว่า ประสบการณ์ผู้เรียนกำลังได้รับเป็นไปในแนวทางที่พึงปรารถนาหรือไม่ การประเมินในช่วงนี้อาจกระทำอย่างไม่เป็นทางการ เป็นกิจกรรมแทรก ซึ่งกิจกรรมที่อาจใช้ในการประเมินระหว่างดำเนินการสอนได้แก่

2.1 การใช้คำถาม เป็นกิจกรรมที่ใช้ในการประเมินระหว่างสอนที่ดีที่สุด เป็นประโยชน์ในการควบคุมและตรวจสอบพฤติกรรมการเรียนการสอน ส่งเสริมพฤติกรรมการเรียนรู้ของผู้เรียน

2.2 การสังเกต การสังเกตพฤติกรรมการเรียนรู้ของผู้เรียนนี้จะช่วยเป็นข้อบ่งชี้ว่า การจัดประสบการณ์การเรียนรู้สอดคล้องกับความสามารถของผู้เรียน ความสนใจ หรือความต้องการหรือไม่

2.3 การใช้เครื่องมือการประเมินผล กิจกรรมนี้เหมาะที่จะใช้ในการเรียนการสอนการพยาบาลภาคปฏิบัติมากกว่าภาคทฤษฎี เพราะภาคทฤษฎีเวลามีจำกัด หากประเมินในลักษณะนี้ จะทำให้มีเวลาในการทำกิจกรรมการเรียนการสอนในห้องเรียนน้อยลง เครื่องมือที่สามารถนำมาใช้ในการประเมินลักษณะนี้ ได้แก่ แบบประเมินที่ครูสร้างขึ้นเอง แบบทดสอบ เป็นต้น

3. การประเมินผลหลังเรียน เป็นการตรวจสอบผลผลิตว่า ได้มีการเปลี่ยนแปลงไปตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้มากน้อยเพียงใด มีวิธีการประเมิน 2 แบบคือ

3.1 การวัดอิงกลุ่ม (norm - references measurement) เป็นการวัดที่ขึ้นอยู่กับเกณฑ์มาตรฐานสัมพัทธ์หรือพฤติกรรมของกลุ่ม การวัดแบบนี้มุ่งระบุหาความแตกต่างระหว่างผู้เรียนและเป็นแรงกระตุ้นที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้แบบแข่งขันระหว่างผู้เรียนด้วยตนเอง

3.2 การวัดอิงเกณฑ์ (criterion - referenced measurement) เป็นการวัดที่ขึ้นอยู่กับเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ มุ่งประเมินว่า ผู้เรียนสามารถหรือไม่สามารถทำอะไรได้บ้าง แต่ไม่ได้ตีความหมายของคะแนนในแง่การเปรียบเทียบกับคะแนนของเพื่อนร่วมชั้น ซึ่งเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดจะหมายถึงจุดมุ่งหมายเชิงพฤติกรรมนั่นเอง การวัดอิงเกณฑ์นี้นับว่า มีคุณค่าในทางการเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์มาก โดยเฉพาะการศึกษาภาคปฏิบัติ เพราะผู้สอนจะต้องประเมินการเรียนรู้ของผู้เรียนว่า เรียนรู้อะไรบ้าง ก่อนที่จะให้การรับรองว่า ผู้เรียนมีสมรรถภาพเพียงพอในการประกอบอาชีพพยาบาลได้

3.3 การวัดแบบอิงเกณฑ์อิงกลุ่ม เป็นการวัดที่ประยุกต์มาจากแนวคิด 2 แบบดังกล่าวข้างต้น การประเมินลักษณะนี้มุ่งกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้เรียนมีการเรียนรู้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ มีการประเมินบ่อยครั้งเพื่อให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้เรียนและผู้สอน เพื่อการปรับปรุงการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น อีกทั้งยังเป็นแบบประเมินที่อยู่ติธรรมคือ ผู้เรียนทราบล่วงหน้าว่าจะถูกประเมินอะไร และ

คะแนนที่ได้จะเป็นตัวชี้ระดับสัมฤทธิ์ผลของผู้เรียนด้วย ซึ่งการประเมินในลักษณะนี้จะเหมาะกับการเรียนทางวิชาการพยาบาล

สรุปได้ว่า ในการจัดการเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์จะต้องครอบคลุมองค์ประกอบต่างๆ ดังนี้คือ 1. ตัวป้อน (Input) หมายถึง สิ่งที่เป็นตัวป้อนในระบบการเรียนการสอน ได้แก่ อาจารย์ ผู้เรียน หลักสูตร และสิ่งแวดล้อมทางการเรียนการสอน 2. กระบวนการดำเนินงาน (Process) เป็นการนำตัวป้อนทั้งหมดซึ่งเป็นทรัพยากรมาก่อให้เกิดผลผลิตตามที่ต้องการ ได้แก่ การกำหนดจุดมุ่งหมายของการเรียนการสอน การกำหนดเนื้อหาวิชา การดำเนินการสอน 3. การประเมินผลการเรียนการสอน (Evaluation) ซึ่งเป็นวิธีการที่จะคอยกำกับให้การเรียนการสอนเป็นไปตามที่คาดหวังไว้ และ 4. ผลผลิต (Output) คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างถาวรในด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่เกิดขึ้นในตัวผู้เรียน

## 5. แนวความคิดเกี่ยวกับลักษณะวิชาชีพการพยาบาล

### 5.1 ความหมายของวิชาชีพ การพยาบาล การสาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพ

#### 5.1.1 ความหมายของวิชาชีพ

การพยาบาลถือว่าเป็นวิชาชีพหนึ่ง เนื่องจากเป็นบริการที่เกิดมาจากความต้องการของสังคม ประกอบกับเมื่อพิจารณาตามคำจำกัดความของคำว่าวิชาชีพที่มีผู้อธิบายและให้ความหมายไว้หลายประการ จะเห็นว่าสอดคล้องกัน ดังนี้

Moore (1970) ได้กล่าวถึงคุณลักษณะของผู้ประกอบวิชาชีพว่า ผู้ประกอบวิชาชีพควรเป็นผู้มีคุณลักษณะเฉพาะ คือ

1. ทำงานอย่างมีสำนึกในความรับผิดชอบ
2. ยอมรับบรรทัดฐานและมาตรฐานของวิชาชีพ
3. เป็นสมาชิกของสมาคมวิชาชีพและได้รับการรับรองจากกลุ่ม
4. มีการศึกษาลึกลงไปในแต่ละสาขา
5. มีการศึกษาตามมาตรฐาน คือ อย่างน้อยต้องศึกษาในระดับอุดมศึกษา

Kolb, Rubin and McInty (1979) ได้รวบรวมคุณลักษณะที่ถือว่าเป็นเกณฑ์คุณลักษณะของความเป็นวิชาชีพไว้ดังนี้

1. การตัดสินใจในทางวิชาชีพมีพื้นฐานอยู่บนหลักการ ทฤษฎี และข้อตกลงร่วมกันในวิชาชีพ
2. ใช้ความรู้เฉพาะสาขามีใช้ความรู้ทั่วไป
3. มีความสัมพันธ์กับผู้รับบริการโดยมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน
4. สมาชิกภาพได้มาด้วยความสามารถเชิงสมรรถนะมิใช่ด้วยอำนาจหรือการแข่งขัน
5. การตัดสินใจในทางวิชาชีพ ส่วนหนึ่งเป็นของผู้รับบริการ และอีกส่วนหนึ่งเป็นของผู้ประกอบวิชาชีพ ซึ่งตัดสินใจได้อย่างมีอิสระตามหลักวิชาการ
6. ผู้ประกอบวิชาชีพต้องยอมรับอำนาจของกลุ่มสมาชิก ในการควบคุมความประพฤติของตน
7. ต้องมีจรรยาบรรณวิชาชีพเพื่อปกป้องผู้รับบริการ

Ganong (1980 อ้างถึงใน ฟาริดา อิบราฮิม, 2535) ได้กำหนดคุณสมบัติของวิชาชีพไว้ดังนี้

1. รอบรู้ในงานที่ปฏิบัติเป็นอย่างดี ศึกษาและทำงานให้เกิดความรู้เพิ่มขึ้น ต้องไม่แสดงความไร้สมรรถภาพ หรือหลู่เกียรติงานที่ตนเองปฏิบัติ
2. ด้านประสบการณ์ ต้องฝึกประสบการณ์ที่มีความหมาย สามารถเผชิญต่อสถานการณ์ที่ยากลำบาก และตอบสนองต่อสถานการณ์ในทางที่ถูกที่ควร
3. ด้านทักษะ ต้องเป็นผู้ชำนาญการ ทำงานด้วยคุณภาพสูงสุด ไม่ทำงานแบบสมัครเล่น เรียนรู้ด้วยวิธีการที่ดีเด่น ฝึกปฏิบัติความรู้ และให้บริการในทุกสถานการณ์
4. ด้านความเชื่อมั่น ต้องมีความเชื่อมั่นในตนเองและบุคคลอื่นซึ่งทำงานร่วมกัน
5. ด้านการเปลี่ยนแปลงและเคลื่อนไหวเพื่อพัฒนางาน ต้องเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เพื่อนำไปสู่พัฒนาการในงาน
6. ด้านการแสดงออก ต้องเป็นผู้พอใจในชัยชนะ ใช้ความสามารถรอบด้านให้ไปสู่ความสำเร็จสูงสุด เพื่อให้ได้รับความสำเร็จและภาคภูมิใจ
7. ด้านการยอมรับ ต้องเป็นผู้พอใจในงาน และยืนหยัดอยู่กับความเป็นจริงตามคุณค่าที่ตนเองมองเห็น ปรับสภาพอย่างพอเพียงในหลายๆ ทางให้เกิดความสำเร็จและพึงพอใจ
8. ด้านการเป็นผู้นำ ต้องเต็มใจในการเป็นผู้นำในหน่วยงาน ทำงานเต็มความสามารถ อุทิศเวลา และใช้ความพยายามจนถึงที่สุดให้ได้ชื่อว่าเป็นผู้ให้มากกว่าผู้รับ มองเห็นค่านิยมและความต้องการของหน่วยงานที่ปฏิบัติซึ่งมุ่งการบริการแก่สังคม



Pavalko (Quoted in Bernhard and Walsh, 1981) ได้กล่าวถึงคุณลักษณะของความเป็นวิชาชีพว่าประกอบด้วย

1. มีทฤษฎีหรือองค์ความรู้เฉพาะสาขาที่ชัดเจน
2. เป็นงานที่เกี่ยวข้องกับค่านิยมพื้นฐานของสังคม
3. มีระยะเวลาในการศึกษาและฝึกงานที่ยาวนานพอสมควร
4. มีแรงจูงใจในการทำงาน
5. มีเอกลักษณ์ในการทำงาน
6. มีความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ
7. มีความรู้สึกร่วมในการเป็นสมาชิกของกลุ่ม
8. มีจรรยาบรรณ

Herobin (1983 อ้างถึงใน นันทนา น้ำฝน, 2538) กล่าวว่า เป็นการยากที่จะให้คำจำกัดความของคำว่า "วิชาชีพ" ให้ชัดเจนได้ แต่วิชาชีพจะมีคุณลักษณะที่แตกต่างจากอาชีพทั่วไป คือ

1. ระยะเวลาฝึกปฏิบัติมีระยะเวลายาวนาน
2. มีการศึกษาหาความรู้ลึกลงไปในระดับเฉพาะสาขา
3. บุคลากรเป็นผู้มีพฤติกรรมตามบรรทัดฐานอันเป็นเอกลักษณ์เฉพาะแบบ
4. ค่าจ้างถึงประโยชน์ของประชาชนผู้รับบริการมากกว่าประโยชน์ตอบแทน
5. บุคลากรมีความยึดมั่นผูกพันต่ออาชีพ ประสงค์ที่จะประกอบอาชีพนั้นต่อไปโดยไม่คิดที่จะเปลี่ยนงาน

ไม่คิดที่จะเปลี่ยนงาน

Yura and Walsh (1988) ได้สรุปเกณฑ์ของความเป็นวิชาชีพว่าประกอบด้วยสิ่งต่อไปนี้

1. การประกอบวิชาชีพจะต้องอยู่ในลักษณะเต็มเวลาและเป็นรายได้หลักของบุคคลในวิชาชีพ
2. ผู้ที่อยู่ในวิชาชีพจะต้องเป็นผู้ที่มีแรงจูงใจอย่างแท้จริงที่จะเข้ามาสู่วิชาชีพนั้น
3. วิชาชีพนั้นจะต้องจัดให้มีการเตรียมบุคลากร ให้เข้าสู่วิชาชีพอย่างมีแบบแผน เพื่อให้บุคคลนั้นมีความรู้และทักษะเฉพาะสาขาของตน
4. วิชาชีพจะต้องยึดถือทฤษฎี หลักการ หรือแนวความคิดที่จะเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการตัดสินใจที่จะประกอบการใดๆ โดยคำนึงถึงผู้รับบริการเป็นหลัก

5. วิชาชีพจะต้องยึดมั่นในการให้บริการ (Service Oriented) มีทักษะที่จำเป็นในการตอบสนองต่อปัญหาความต้องการของผู้รับบริการ สิ่งที่เป็น ได้แก่ ทักษะในการวินิจฉัย ทักษะในการปฏิบัติการ และไม่เห็นแก่ประโยชน์ส่วนตน

6. วิชาชีพจะต้องดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพกับผู้รับบริการ ปฏิบัติการใดๆ ที่เกิดขึ้นจะต้องเป็นไปเพื่อผลประโยชน์ของผู้รับบริการ สนองตอบต่อปัญหาความต้องการของเขาโดยปราศจากอคติใดๆ

7. วิชาชีพจะต้องมีเอกสิทธิ์ (Autonomy) ในการตัดสินใจปฏิบัติการ โดยยึดมั่นในจริยธรรม และมาตรฐานวิชาชีพ

8. จะต้องมีการจัดตั้งสมาคมวิชาชีพขึ้น เพื่อธำรงไว้ซึ่งเอกสิทธิ์ มาตรฐาน ของวิชาชีพทั้งในด้านการจัดการศึกษาและการปฏิบัติ

9. ความรู้ของบุคคลในวิชาชีพเป็นความรู้เฉพาะไม่รู้จักหรือก้าวไกลไปสู่วิชาชีพอื่น

ดังนั้นจึงสรุปคุณลักษณะของความเป็นวิชาชีพได้ว่า วิชาชีพเป็นอาชีพที่บริการเพื่อสังคม มีหลักการทางวิชาการหรือทฤษฎี มีการถ่ายทอดความรู้และทักษะ เพื่อให้สมาชิกใหม่มีความสามารถในเชิงสมรรถนะ สามารถให้บริการแก่ผู้รับบริการได้ตามมาตรฐานและตามบรรทัดฐานของวิชาชีพนั้น ซึ่งการศึกษาที่จัดนั้นควรเป็นการศึกษาในระดับอุดมศึกษา มีจรรยาบรรณในการประกอบอาชีพ มีเอกสิทธิ์ในการทำงาน และมีองค์กรวิชาชีพทำหน้าที่ควบคุมสมาชิกของวิชาชีพ ดังนั้นการพยาบาลจึงถือว่าเป็นวิชาชีพ

### 5.1.2 ความหมายของการพยาบาล

นับตั้งแต่ศตวรรษที่ 18 โดยการนำของฟลอเรนซ์ นิติงเกล การพยาบาลได้รับการพัฒนาสู่ความเจริญก้าวหน้าโดยลำดับ หากแบ่งระยะของการพยาบาลจนถึงปัจจุบันสามารถแบ่งได้ 4 ระยะ (พวงรัตน์ บุญญาณรงค์, 2528) คือ ระยะของการปฏิบัติ ระยะปรับปรุงการปฏิบัติให้มีคุณค่า ระยะของการวิจัยพัฒนาการศึกษาสู่การศึกษาระดับดุขภูิบัณฑิต และระยะอธิบายสาระความรู้ด้วยทฤษฎี การพยาบาลอันเป็นแกนความรู้และเอกลักษณ์ของวิชาชีพการพยาบาลด้วย ลักษณะวิวัฒนาการดังกล่าวมีผลให้เกิดนิยามการพยาบาล (Nursing) อย่างหลากหลาย ซึ่งมีความเป็นนามธรรมสูง ดังนั้นเพื่อให้เกิดความชัดเจนในการปฏิบัติ องค์กรวิชาชีพจึงได้ให้ความหมายของการพยาบาลไว้ดังนี้

สภาการพยาบาลระหว่างประเทศ (International Council of Nursing) (อ้างถึงใน กุศล ศรีอุทัย และคณะ, 2534) ให้ความหมายว่า การพยาบาล หมายถึง การให้การวินิจฉัย (Diagnosis) และการรักษา (Curation) เพื่อปฏิกิริยาตอบสนองมนุษย์ เพื่อจัดกระทำต่อปัญหาสุขภาพ เมื่อพยาบาลมีความสามารถและลัทธิตามกฎหมาย

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย (อ้างถึงใน กุศล ศรีอุทัย และคณะ, 2534) ให้ความหมายของการพยาบาลไว้ดังนี้ การกระทำในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการของโรคและหรือยับยั้งการลุกลามของโรค รวมทั้งการประเมินสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ และการป้องกันโรค ทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล

สภาการพยาบาล (สำนักเลขาธิการสภาการพยาบาล, 2529) ได้ให้ความหมายของการพยาบาลว่า หมายถึง การกระทำในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการของโรค และการลุกลามของโรค การประเมินภาวะสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ อนามัย และการป้องกันโรค รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์ และการกระทำตามคำสั่งในการรักษาโรคของแพทย์ ทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล

จากความหมายของการพยาบาลดังกล่าวข้างต้นพบว่า การพยาบาลมีความหมายเกี่ยวข้องกับบุคคลหรือชุมชน (Man) ภาวะสุขภาพ (Health) สิ่งแวดล้อม (Environment) และรูปแบบการดูแลช่วยเหลือบุคคลหรือชุมชน (Nursing Care) โดยอาศัยกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ซึ่งเป็นแก่นความรู้ของวิชาชีพการพยาบาล (Body of Knowledge) ทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้วยความเป็นอิสระ ให้การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Nursing Care) ครอบคลุมบทบาททั้ง 4 มิติ คือ การประเมินภาวะสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพอนามัย และการป้องกันโรค

แต่เนื่องจากการพยาบาลเป็นบริการสาธารณสุขที่สนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานตามแผนพัฒนาสาธารณสุขของประเทศด้วย ผู้วิจัยจึงได้เสนอแนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการสาธารณสุขควบคู่กันไป

### 5.1.3 ความหมายของการสาธารณสุข

การสาธารณสุขเป็นวิชาชีพที่มีความสำคัญตั้งแต่โบราณกาลจนถึงปัจจุบัน โดยมีบุคคลที่เกี่ยวข้องหลายท่านที่ทำให้วงการสาธารณสุขเกิดการเคลื่อนไหวไปในทางพัฒนาการขึ้นอย่างจริงจังทั้งในประเทศไทยเองคือ สมเด็จพระราชบิดา กรมหลวงสงขลานครินทร์ และในต่างประเทศคือ C-E.A. Winslow งานด้านการสาธารณสุขนั้นจะต้องเกี่ยวข้องกับการปกครอง เศรษฐกิจ นิเวศวิทยา สภาพภูมิประเทศ สังคม วัฒนธรรม และการศึกษา บุคคลสามารถปรับปรุงตนเองและครอบครัวให้มีสุขปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยการปรับสภาวะของตนเองและสิ่งแวดล้อมให้เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดอนามัยที่ดีแก่ตนเอง ครอบครัว และชุมชนที่อาศัยอยู่ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความสุขสมบูรณ์แห่งตนและเกิดความมั่นคงแห่งชีวิตในที่สุด

จากคำนิยามของ Winslow ซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับการยกย่องว่าเป็น "บิดาแห่งวงการสาธารณสุข" ได้กล่าวไว้ว่า การสาธารณสุขเป็นงานทางด้านวิทยาศาสตร์และศิลปะแห่งการป้องกันโรค การให้สุขศึกษาแก่บุคคล โดยยึดหลักสำคัญในเรื่อง สุขวิทยาส่วนบุคคล การจัดการบริการด้านการแพทย์และการพยาบาลเบื้องต้น ตลอดจนการป้องกันโรคและการพัฒนาสังคม ซึ่งเป็นการกระทำที่ทำให้ทุกคนในชุมชนได้มีการดำรงชีวิตอยู่ในระดับมาตรฐานทางสุขภาพที่พึงประสงค์ (Winslow, 1920 Quoted in Pickett and Hanlon, 1990)

นอกจากนี้ Winslow ยังได้ให้ความเห็นที่มีคุณค่าและกว้างไกลว่า การสาธารณสุขจะต้องเป็นการดำเนินงานของหลายๆ สาขา จึงจะทำให้การสาธารณสุขบรรลุเป้าหมายได้งานดังกล่าวนี้คือ

1. ด้านการป้องกันโรค
2. การทำนุบำรุงชีวิตให้ยืนยาว
3. การส่งเสริมสุขภาพและการบริหารจัดการชุมชนในเรื่องของ
  - 3.1 การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม
  - 3.2 การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ
  - 3.3 การให้สุขศึกษาเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคล
  - 3.4 การบริหารจัดการในบริการทางด้านสุขภาพ การแพทย์ที่จะต้องให้การวินิจฉัยและการรักษาตั้งแต่เริ่มเป็น
  - 3.5 การพัฒนากลไกของสังคมถึงประเด็นต่างๆ ในการดำรงชีวิตให้ได้ระดับมาตรฐานเพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี

ส่วน วรณวิไล จันทราภา สุจิตรา ตันตินันต์ และ พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2535) ได้ให้แนวคิดทางการสาธารณสุข เป้าหมายของการสาธารณสุข และการพยาบาลในมิติของการสาธารณสุขไว้ดังนี้

แนวคิดทางการสาธารณสุขประกอบด้วยสิ่งสำคัญ 2 ประการคือ

1. คน ทำอย่างไรคนจะมีสุขภาพดี ไม่มีปัญหาสุขภาพ
  2. สิ่งแวดล้อม การดูแลส่งเสริมสภาพแวดล้อม เพื่อส่งเสริมให้คนมีสุขภาพดี
- เป้าหมายของการสาธารณสุขเน้นอยู่ที่ตัวประชาชนผู้รับบริการ 3 ประการคือ
- 2.1 ประชาชนมีความรู้เรื่องการรักษาสุขภาพอนามัยของตนเอง (Knowledge)
  - 2.2 ประชาชนมีค่านิยมที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง (Attitude)
  - 2.3 ประชาชนเปลี่ยนหรือมีพฤติกรรมอนามัยที่เหมาะสม (Practice)

กล่าวโดยสรุปถึงการพยาบาลในมิติของการสาธารณสุขมี 2 ด้านคือ

1. Care ในทางการสาธารณสุขแล้วพยาบาลเป็นบุคคลที่เกี่ยวข้องกับคน พยาบาลจะเป็นผู้นำในการดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งในยามเจ็บป่วยและมีสุขภาพดี โดยเฉพาะการยึดหลัก "KAP"

2. Cure เป็นบทบาทของบุคลากรอื่นทั้งในด้าน Cure บุคคลและสิ่งแวดล้อม ดังนั้นพยาบาลจะต้องดำรงความเป็นวิชาชีพและความเป็นผู้นำด้านสุขภาพไว้เพื่อประเทศชาติ นอกจากนี้เกี่ยวกับเรื่องของการพยาบาลได้อธิบายว่าพัฒนามาจาก Caring ของแม่ที่เลี้ยงดูลูกคือ

2.1 Custodial Care การเอาใจใส่ผู้รับบริการ เน้นระวังคุ้มครองการป้องกัน ไม่ให้เกิดอันตราย การดูแลในความเป็นมนุษย์

2.2 Nourishing Care การบำรุงเลี้ยงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมการปรับตัวต่างๆ

2.3 Cherishing Care การให้ความอบอุ่น เมตตากรุณา เอื้ออาทร และห่วงใยผู้รับบริการ

การสาธารณสุขเป็นกิจกรรมทางสังคมที่สำคัญยิ่งในการวางรากฐานความรับผิดชอบทางด้านอนามัยให้แก่ประชาชนและสังคม การสาธารณสุขเป็นงานที่ได้นำความรู้หลายๆ ด้านมาประยุกต์กับความรู้และวิธีการใหม่ๆ มาใช้ในการควบคุมโรค การส่งเสริมสุขภาพ โดยการผสมผสานกับการพยาบาล การแพทย์ ทันตกรรม ระบาดวิทยา การสุขาภิบาล วิศวกรรม การสุขศึกษา ชีวสถิติ โภชนาการ การเกษตร เป็นต้น ให้เข้ามาอยู่ในงานนี้ การสาธารณสุขจึงเป็นแหล่งรวมทางสังคม วิทยาศาสตร์สาขาต่างๆ ด้วย เช่น ด้านกัญญาวิทยา จิตวิทยา สังคมวิทยา การรัฐศาสตร์ และการบริหารการสาธารณสุข บุคลากรสาธารณสุขจึงต้องมีความสามารถที่จะแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนให้บรรลุจุดหมายของการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าได้

#### 5.1.4 ความหมายของพยาบาลวิชาชีพ

ความหมายของคำว่า "พยาบาลวิชาชีพ" หากจะพิจารณาจากพระราชบัญญัติวิชาชีพ การพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 จะตรงกับคำว่า "ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล" หมายถึงบุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลจากสภาการพยาบาล (สำนักงานเลขาธิการสภาการพยาบาล, 2529)

หากจะพิจารณาความหมายของ "พยาบาลวิชาชีพ" ในเชิงวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพจะมีความหมายว่า บุคคลซึ่งให้บริการแก่ผู้รับบริการโดยมีลักษณะของความเป็นวิชาชีพ 6 ประการคือ ได้รับการศึกษาให้มีความรู้ในวิชาชีพนั้นเป็นเวลานานพอควร ให้บริการแก่สังคม ใช้วิธีการแห่งปัญญาในการประกอบ อาชีพ มีเสรีภาพในการให้บริการแก่สังคม มีจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ และเป็นสมาชิกขององค์กรวิชาชีพถูกต้องตามกฎหมาย (รัตนา ทองสวัสดิ์, 2532)

คุณลักษณะที่ประกอบขึ้นเป็นคุณลักษณะของวิชาชีพการพยาบาลมีหลายประการ แต่คุณลักษณะที่โดดเด่นสามารถบ่งชี้ได้อย่างชัดเจนว่า นี่คือนคุณลักษณะของวิชาชีพการพยาบาล ได้แก่ ลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาล บรรทัดฐานเฉพาะแบบทางการพยาบาล จรรยาบรรณวิชาชีพ การพยาบาล เอกลักษณ์ทางการพยาบาล บทบาทหน้าที่ของพยาบาลและความรู้สึกสำนึกในความรับผิดชอบ ตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาล (นันทนา น้ำฝน, 2538) การมีคุณลักษณะเหล่านี้เป็นองค์ประกอบทำให้ การพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตัว (Profession identity) ทำให้สังคมรับรู้ได้ในเอกลักษณ์ ของวิชาชีพการพยาบาล

## 5.2 ลักษณะการปฏิบัติการพยาบาล

การพยาบาลเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุคคล ครอบครัว และสังคม ลักษณะ การให้บริการพยาบาลแบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะ (ละออ หุตางกูร, 2529) คือ

1. การพยาบาลในสถาบันการรักษารับผู้ป่วยใน เช่น โรงพยาบาล (Institutional Nursing) เป็นการให้บริการการพยาบาลแก่ผู้รับบริการตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้บริการพยาบาลมีความต่อเนื่อง จึงแบ่งเวลาการปฏิบัติงานเป็น 3 เวรคือ เวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก บุคลากรพยาบาลจึงต้อง รับผิดชอบในการผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันอยู่เวรในยามวิกาล

ลักษณะของการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเป็นกิจกรรมที่มีความยุ่งยากซับซ้อนทั้งใน ด้านกิจกรรมการพยาบาล กิจกรรมการดูแลสถานที่และวัสดุอุปกรณ์ในการรักษาพยาบาล รวมทั้งสิ่งแวดล้อม ภายในหอผู้ป่วย ตลอดจนกิจกรรมการบริหารงานให้มีประสิทธิภาพ เพื่อคุณภาพการพยาบาล ดังนั้นการ ปฏิบัติงานบริการพยาบาลจึงต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจและประสานงานกับบุคลากรหลายฝ่าย ในลักษณะ ของการทำงานเป็นทีมซึ่งมีทั้งทีมการพยาบาลและทีมสุขภาพ กิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติโดยทีมการพยาบาล เป็นการดำเนินงานแบบกลุ่มของบุคลากรทางการพยาบาล สามารถบริหารงานที่เป็นกิจกรรมการพยาบาลได้โดย อิสระ แต่กิจกรรมการรักษาก็ต้องประสานงานกับแพทย์และบุคลากรในทีมสุขภาพอื่นๆ เป็นกิจกรรม การบริการที่ไม่อิสระ ต้องประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพ

กิจกรรมการพยาบาลจะต้องครอบคลุมกิจกรรมใน 4 ด้านคือ การรักษาพยาบาล การ ป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ แต่ที่เป็นกิจกรรมหลักในการให้บริการในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่มี 2 ด้านคือ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ สำหรับกิจกรรมการพยาบาลอีก 2 ด้านคือ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่ทำได้เป็นส่วนน้อย

2. การพยาบาลในชุมชน (Community Nursing) เป็นบริการที่จัดให้แก่ผู้รับบริการทั้งที่เป็น ผู้มีสุขภาพดีและผู้เจ็บป่วยด้วยโรคสามัญที่ไม่รุนแรง การจัดบริการเป็นลักษณะรุกเข้าหาชุมชนเพื่อกระตุ้นให้ บุคคลในชุมชนได้พัฒนาภาวะสุขภาพของตนเองและชุมชนด้วยตนเอง โดยมีบุคลากรทางการพยาบาลหรือ บุคลากรทางการสาธารณสุขเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือและส่งเสริมให้มีการพัฒนาตามศักยภาพของแต่ละบุคคล และชุมชน

ลักษณะของการบริการการพยาบาลในชุมชนเป็นการให้บริการที่เน้นการป้องกันโรค และ การส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ยุทธวิธีต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานของบุคคลในชุมชนและส่งเสริมให้ บุคคลในชุมชนได้ร่วมมือกันพัฒนาและยกระดับความแข็งแรงของสุขภาพให้ดีขึ้น สำหรับงานการให้บริการ รักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพนั้น ส่วนใหญ่เป็นงานการรักษาเบื้องต้นที่บุคลากรทางการพยาบาลสามารถ ให้บริการได้โดยอิสระ เนื่องจากเป็นการปฏิบัติงานตามลำพังในชุมชนต่างๆ และอาจมีการประสานงานกับ แพทย์และฝ่ายต่างๆ ของทีมสุขภาพในชุมชนบ้าง แต่การตัดสินใจในกิจกรรมการให้บริการ การบริหารงาน บริการเป็นบทบาทอิสระที่บุคลากรทางการพยาบาลจะต้องรับผิดชอบโดยตรง

กล่าวได้ว่า การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน จึง มีการให้บริการการพยาบาลทั้งแก่บุคคลที่เจ็บป่วยและบุคคลที่มีสุขภาพดี เป็นบริการการพยาบาลที่มองคน ทั้งคนเป็นหน่วยเดียวที่มีการผสมผสานระหว่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ และครอบคลุมกิจกรรม การพยาบาล 4 ด้านคือ การรักษาพยาบาล ฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่าน กระบวนการพยาบาล แต่ลักษณะการบริการจะเน้นหนักไปทางใดนั้นขึ้นอยู่กับสถานการณ์และสิ่งแวดล้อม ของการให้บริการการพยาบาลว่าจะเป็นการให้บริการในโรงพยาบาลหรือเป็นการให้บริการในชุมชน การปฏิบัติงานการพยาบาลจึงมีทั้งงานที่ปฏิบัติได้อย่างอิสระตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาล และงานที่ไม่อิสระ ซึ่งต้องประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพ

### 5.3 บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ

ความก้าวหน้าของการจัดการศึกษาทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ความก้าวหน้าของการจัดบริการ ทางสุขภาพแก่ประชาชน รวมไปถึงการผลิตบุคลากรเพื่อใช้ในการเร่งด่วน เพื่อให้การให้บริการทางสุขภาพ อนามัยแก่ประชาชนได้ทั่วถึง บัณฑิตต่างๆ เหล่านี้เป็นเหตุให้มีการผลิตบุคลากรทางวิทยาศาสตร์สุขภาพขึ้น หลายสาขา เช่น โภชนาการ พนักงานรังสี นักกายภาพบำบัด ฯลฯ รวมทั้งมีการผลิตบุคลากรทาง การพยาบาลในระดับต่ำกว่าระดับวิชาชีพ บุคคลเหล่านี้ล้วนมีส่วนเกี่ยวข้องกับงานการพยาบาลทั้งโดยตรงและ ทางอ้อม (นันทนา น้ำฝน, 2538) การเปลี่ยนแปลงในระบบบริการทางสุขภาพ มีผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ ของพยาบาลวิชาชีพ ความเหลื่อมล้ำในการปฏิบัติงานตามขอบเขตและหน้าที่ความรับผิดชอบ อาจทำให้เกิด ความสับสนขึ้นในการปฏิบัติงานจนบางครั้งอาจจะไม่รู้ว่า ใครควรปฏิบัติอะไรหรือไม่อาจแยกแยะกิจกรรม ที่เป็นอิสระของวิชาชีพการพยาบาลออกมาได้ (พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ, 2526) พยาบาลวิชาชีพจึงควรได้

ตระหนักว่า อะไรคือกิจกรรมการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ที่เป็นอิสระหรือเป็นเอกสิทธิ์ทางการพยาบาล กิจกรรมใดเป็นกิจกรรมตามหน้าที่ที่ไม่อิสระต้องพึ่งพาต่อกันในที่มรสุมสภาพ การร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนของพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง จะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพสามารถดำรงไว้ซึ่งเอกสิทธิ์และเอกลักษณ์ของวิชาชีพการพยาบาลไว้ได้

พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีการพยาบาลจะเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่เพียงใด ขึ้นอยู่กับการได้รับการศึกษาอบรมตามหลักสูตรการศึกษาระดับปริญญาตรีการพยาบาล การได้มีโอกาสฝึกหัดสวมบทบาทและปฏิบัติการพยาบาลในบทบาทหน้าที่พยาบาลวิชาชีพในสถานการณ์จริง ตลอดจนการได้มีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับบุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้องในวิชาชีพการพยาบาล หลักสูตรการศึกษาระดับปริญญาตรีการพยาบาลในปัจจุบันมุ่งเตรียมนักศึกษาพยาบาลให้เป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลครบทั้ง 4 ด้าน (ประนอม โอทกานนท์, 2528) แต่การนำความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงานการพยาบาลตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพทั้ง 4 ด้านนี้ไปใช้ในการให้บริการแก่ผู้รับบริการได้อย่างมีคุณภาพเพียงใดขึ้นอยู่กับสมรรถนะหรือศักยภาพของบุคคลทั้งในด้านความรู้ทางวิชาการ ความสามารถให้การบริการได้อย่างถูกต้องตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการและความสามารถในการเป็นผู้นำ ตลอดจนการตัดสินใจกระทำในสิ่งที่นำไปสู่เป้าหมายของการให้บริการการพยาบาลภายใต้ขอบเขตของกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล (Leddy and Pepper, 1985)

บทบาทหน้าที่ที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพ นอกเหนือจากการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหลัก พยาบาลวิชาชีพยังต้องรับผิดชอบในการบริหารจัดการและควบคุมงานการพยาบาลที่ให้แก่ผู้รับบริการให้ดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย ตลอดจนบริหารบุคลากรทางการพยาบาล และบริหารทรัพยากรอื่นๆ ทุกประเภท (พวงรัตน์ บุญญาณรงค์, 2526) ประกอบกับกิจกรรมการพยาบาลในสถานพยาบาลเป็นบริการที่ให้อย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง พยาบาลวิชาชีพจึงต้องทำหน้าที่ในการบริหารงานการบริการพยาบาลให้มีคุณค่าอยู่ตลอดเวลาด้วยการปฏิบัติงานด้านการบริหารการพยาบาลวิชาชีพ เริ่มตั้งแต่การปฏิบัติงานในฐานะเป็นหัวหน้าทีมการพยาบาล หัวหน้าเวร หัวหน้าหอผู้ป่วย ตลอดจนการเป็นผู้ตรวจการเวรยามวิกาล สำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในชุมชนก็ต้องทำหน้าที่ในการวางแผนงาน การนิเทศงานแก่บุคลากรในที่มรสุมสาธาณสุข ลักษณะของการปฏิบัติงานการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพจึงมิใช่เฉพาะงานการให้บริการการพยาบาลโดยตรงกับผู้รับบริการเท่านั้น แต่ยังต้องทำหน้าที่ในฐานะผู้บริหารงานการพยาบาลและหรือผู้นิเทศงานการพยาบาลอีกด้วย

บทบาทหน้าที่อีกอย่างหนึ่งของพยาบาลวิชาชีพ คือ การเป็นนักวิชาการทางการพยาบาล โดยทำหน้าที่ของผู้สอนหรือถ่ายทอดความรู้ ทักษะ และเจตคติที่ดีสู่สมาชิกใหม่ที่เข้าสู่วิชาชีพการพยาบาล ทั้งนี้เพื่อถ่ายทอดคุณลักษณะเฉพาะแบบทางการพยาบาลสู่สมาชิกใหม่ให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้สอดคล้องตามมาตรฐานเฉพาะแบบทางการพยาบาล นอกจากนี้จะทำหน้าที่เป็นผู้สอนแก่บุคลากรที่เข้าสู่วิชาชีพการพยาบาลแล้วพยาบาลวิชาชีพยังต้องทำหน้าที่ในการสอนหรือให้ความรู้แก่ผู้มารับบริการการพยาบาลด้วย



เพื่อให้ผู้มารับบริการการพยาบาลสามารถดูแลตนเอง ครอบครัว และ/หรือชุมชน ได้อย่างถูกต้อง การทำหน้าที่เป็นผู้สอนให้ความรู้แก่ผู้รับบริการการพยาบาลหรือผู้เกี่ยวข้องเป็นการแสดงออกถึงความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อวิชาชีพและต่อสังคม (นันทนา น้าฝน, 2538)

จากบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพที่ขยายออกไปอย่างกว้างขวางนั้น พอจะสรุปบทบาทหลักของพยาบาลวิชาชีพได้ว่า พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทหน้าที่หลัก 3 ประการคือ

1. บทบาทการเป็นผู้ให้บริการการพยาบาลแก่ผู้รับบริการ โดยครอบคลุมการบริการพยาบาล 4 ด้าน ได้แก่ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การช่วยส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพบุคคล
2. การเป็นผู้บริหารงานการพยาบาล และ
3. การเป็นนักวิชาการทางการพยาบาล

เนื่องจากวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีองค์กรวิชาชีพเป็นผู้ดูแล และควบคุมพยาบาลในวิชาชีพให้ปฏิบัติการพยาบาลอยู่บนพื้นฐานความถูกต้องเหมาะสม จึงได้มีพระราชบัญญัติวิชาชีพและบทบัญญัติจรรยาบรรณของวิชาชีพ ซึ่งได้กำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพไว้ดังนี้

### 5.3.1 หน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปรากฏในพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528

พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 ได้ประกาศลงในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 5 กันยายน 2528 และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ประกาศลงในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป พระราชบัญญัตินี้ได้ให้ความหมายของวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ดังต่อไปนี้

"การพยาบาล" หมายความว่า การกระทำในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการของโรคและการลุกลามของโรค การประเมินภาวะสุขภาพ การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพอนามัย การป้องกันโรค รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์ และการกระทำตามคำสั่งในการรักษาโรคของแพทย์ ทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล

"การผดุงครรภ์" หมายความว่า การตรวจ การแนะนำ การส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติต่อหญิงมีครรภ์ การป้องกันความผิดปกติในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด การทำคลอด การดูแลและส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกในระยะหลังคลอด รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์และการกระทำตามคำสั่งในการรักษาโรคของแพทย์ ทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการผดุงครรภ์

จากความหมายตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 นี้ได้ชี้บ่งให้เห็นขอบเขตหน้าที่อิสระของพยาบาลไว้ดังนี้

หน้าที่อิสระของการพยาบาลประกอบด้วย

1. การประเมินภาวะสุขภาพ
2. การกระทำในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการของโรค
3. การกระทำเพื่อยับยั้งอาการของโรค
4. การส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพ
5. การป้องกันโรค

หน้าที่ที่ไม่อิสระ ได้แก่

1. การช่วยเหลือแพทย์
2. การกระทำตามคำสั่งในการรักษาโรคของแพทย์

สำหรับความหมายของ "การผดุงครรภ์" ที่ได้ปรับปรุงแก้ไขใหม่ให้เห็นบทบาท

หน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจนขึ้นเช่นเดียวกันคือ

หน้าที่ที่อิสระ ได้แก่

1. การตรวจและแนะนำการส่งเสริมสุขภาพของหญิงมีครรภ์
2. การปฏิบัติต่อหญิงมีครรภ์ในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด
3. การป้องกันความผิดปกติในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด
4. การดูแลและส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกในระยะหลังคลอด

หน้าที่ที่ไม่อิสระ คือ

1. การช่วยเหลือแพทย์
2. การกระทำตามคำสั่งของแพทย์ในการรักษาโรคของแพทย์

### 5.3.2 หน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปรากฏในบทบัญญัติจรรยาบรรณของวิชาชีพการพยาบาลของประเทศไทย

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยได้รับรองจรรยาบรรณวิชาชีพ ที่คณะอนุกรรมการโครงการพัฒนาวิชาชีพของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยได้จัดทำขึ้นเมื่อวันที่ 25 ตุลาคม 2528 และประกาศใช้เมื่อวันที่ 26 ตุลาคม 2528 นับเป็นครั้งแรกที่ได้มีการเขียนจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลขึ้นไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ในจรรยาบรรณฉบับนี้ได้กำหนดข้อพึงปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพไว้อย่างชัดเจนครอบคลุมถึงหน้าที่ความรับผิดชอบ 5 ประการดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, กองงานวิทยาลัยพยาบาล, 2534)

#### 1. จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลต่อประชาชน

- 1.1 ประกอบวิชาชีพด้วยความมีสติ ตระหนักในคุณค่า และศักดิ์ศรีของความ

เป็นมนุษย์

1.2 ปฏิบัติต่อประชาชนด้วยความเสมอภาคตามสิทธิของมนุษย์ชน โดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ ศาสนา และสถานภาพของบุคคล

1.3 ละเว้นการปฏิบัติที่มีอคติและการใช้อำนาจหน้าที่เพื่อผลประโยชน์ส่วนตน

1.4 พึงเก็บรักษาเรื่องส่วนตัวของผู้รับบริการไว้เป็นความลับ เว้นแต่ด้วยความยินยอมของผู้นั้นหรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมาย

1.5 พึงปฏิบัติหน้าที่โดยใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ ในการวินิจฉัยและการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยอย่างเหมาะสมแก่สภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

2. จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลต่อสังคมและประเทศชาติ

2.1 พึงประกอบกิจแห่งวิชาชีพให้สอดคล้องกับนโยบายอันยังประโยชน์แก่สาธารณชน

2.2 พึงรับผิดชอบร่วมกับประชาชนในการริเริ่ม สนับสนุน กิจกรรมที่ก่อให้เกิดสันติสุข และยกระดับคุณภาพชีวิต

2.3 พึงอนุรักษ์และส่งเสริมศิลปวัฒนธรรมประจำชาติ

2.4 พึงประกอบวิชาชีพโดยมุ่งส่งเสริมความมั่นคงของชาติ ศาสนา และสถาบัน

พระมหากษัตริย์

3. จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลต่อวิชาชีพ

3.1 พึงตระหนักและถือปฏิบัติในหน้าที่ความรับผิดชอบ ตามหลักการแห่งวิชาชีพพยาบาล

3.2 พัฒนาความรู้และวิธีปฏิบัติให้ได้มาตรฐานแห่งวิชาชีพ

3.3 พึงศรัทธาสนับสนุนและให้ความร่วมมือในกิจกรรมแห่งวิชาชีพ

3.4 พึงสร้างและธำรงไว้ซึ่งสิทธิอันชอบธรรมในการประกอบวิชาชีพพยาบาล

3.5 พึงเผยแพร่ชื่อเสียงและคุณค่าแห่งวิชาชีพให้เป็นที่ปรากฏแก่สังคม

4. จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลต่อผู้ร่วมวิชาชีพและผู้ประกอบวิชาชีพอื่น

4.1 ให้เกียรติ เคารพในสิทธิและหน้าที่ของผู้ร่วมวิชาชีพและผู้อื่น

4.2 เห็นคุณค่าและยกย่องผู้มีความรู้ความสามารถในศาสตร์สาขาต่างๆ

4.3 ยอมรับความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ และชักนำไปประพฤติปฏิบัติในทาง

ที่ถูกที่ควร

4.4 พึงรักษาไว้ซึ่งความสัมพันธ์อันดีกับผู้ร่วมงานทั้งภายในและภายนอกวิชาชีพ

4.5 พึงอำนวยความสะดวก และให้ความร่วมมือกับผู้ร่วมงานในการปฏิบัติภารกิจ

อันชอบธรรม

4.6 ละเว้นการส่งเสริม หรือปกป้องผู้ประพฤติผิด เพื่อประโยชน์แห่งตนหรือ

ผู้กระทำการนั้นๆ

## 5. จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลต่อตนเอง

- 5.1 ประพฤติตนและประกอบกิจแห่งวิชาชีพโดยถูกต้องตามกฎหมาย
- 5.2 ยึดมั่นในคุณธรรมและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ
- 5.3 ประพฤติตนเป็นแบบอย่างที่ดีทั้งในด้านการประกอบกิจแห่งวิชาชีพและส่วนตัว
- 5.4 ใฝ่รู้ พัฒนาแนวคิดให้กว้างและยอมรับการเปลี่ยนแปลง
- 5.5 ประกอบกิจแห่งวิชาชีพด้วยความเต็มใจและเต็มกำลังความสามารถ
- 5.6 ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความมีสติ รอบรู้ เชื่อมั่น และมีวิจารณ์ญาณอันรอบคอบ

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะผู้นำ

เนื่องจากการวิจัยเรื่อง "การศึกษาสมรรถภาวะผู้นำที่พึงประสงค์ของบัณฑิตสาขาพยาบาลศาสตร์" ยังไม่มีผู้ใดวิจัยมาก่อน ผู้วิจัยจึงได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะผู้นำในนักเรียน นักศึกษา ซึ่งได้มีผู้วิจัยท่านอื่นๆ ทำการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ดังนี้คือ

ผ่องพรรณ อยู่ประเสริฐ (2512) ได้ศึกษาความแตกต่างระหว่างลักษณะความเป็นผู้นำของนิสิตที่เป็นผู้นำและนิสิตที่ไม่ได้เป็นผู้นำ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนิสิตที่กำลังศึกษาอยู่ในคณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีกลุ่มผู้นำ 50 คน และกลุ่มผู้ตาม 50 คน โดยแบ่งเป็นเพศชายและเพศหญิง กลุ่มละ 25 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบประเมินลักษณะความเป็นผู้นำ (The Leadership Ability Evaluation) ของ Cassel และ Stanick โดยจะวัดลักษณะความเป็นผู้นำในแบบการตัดสินใจ โดยกำหนดสภาพทางสังคมหรือสถานการณ์นั้นๆ จะเลือกใช้วิธีการใดใน 4 แบบที่กำหนดให้เป็นตัวเลือก เพื่อให้สามารถมีอิทธิพลเหนือผู้อื่นในสถานการณ์นั้น ลักษณะผู้นำแบบประชาธิปไตย ลักษณะผู้นำแบบอัตนียมก้าวร้าว และลักษณะความเป็นผู้นำแบบอัตนียมยอมตาม ผลการวิจัยพบว่า นิสิตที่เป็นผู้นำแตกต่างจากนิสิตที่ไม่ได้เป็นผู้นำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในลักษณะความเป็นผู้นำแบบเสรีนิยม แบบประชาธิปไตย และแบบอัตนียมก้าวร้าว ส่วนลักษณะความเป็นผู้นำแบบอัตนียมยอมตามนั้นไม่แตกต่างกัน เพศไม่มีผลทำให้ลักษณะการเป็นผู้นำของนิสิตทั้งที่เป็นผู้นำและไม่เป็นผู้นำแตกต่างกัน

ต่อมา กัลยา ตะบูนพงศ์ (2516) ได้ใช้แบบสอบถามวัดลักษณะผู้นำฉบับเดียวกับของ ผ่องพรรณ อยู่ประเสริฐ นำมาเปรียบเทียบลักษณะความเป็นผู้นำของนักศึกษามหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โดยเปรียบเทียบระหว่างประเภทนักศึกษาที่เป็นผู้นำและไม่เป็นผู้นำเพศชายหญิงและระดับหลักสูตร ศึกษา ลักษณะความเป็นผู้นำของนักศึกษากลุ่มรุนแรง และทดสอบความเป็นอิสระของลักษณะความเป็นผู้นำกับประเภทนักศึกษา เพศ และระดับหลักสูตร โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 235 คน เป็นผู้นำ 75 คน ไม่เป็นผู้นำ 160

คน ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาที่เป็นผู้นำและที่ไม่เป็นผู้นำมีลักษณะความเป็นผู้นำไม่แตกต่างกัน นักศึกษา ทั้ง 2 เพศมีลักษณะผู้นำแบบประชาธิปไตยและแบบอัตนียมยอมตามแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ นักศึกษา ที่ระดับหลักสูตรต่างกันมีลักษณะความเป็นผู้นำของนักศึกษาแบบเสรีนิยมและแบบประชาธิปไตยไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบจากทุกวิทยาลัยในกรุงเทพมหานคร เพศ และลักษณะความเป็นผู้นำของกลุ่มรุนแรงมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ ประเภทนักศึกษาระดับหลักสูตรไม่มีความสัมพันธ์กับลักษณะความเป็นผู้นำของกลุ่มรุนแรง

สุพร รุ่งเรือง (2521) ได้ใช้แบบสอบถามวัดลักษณะผู้นำฉบับเดียวกันของ ผ่องพรรณ อยู่ประเสริฐ ศึกษาเปรียบเทียบลักษณะความเป็นผู้นำของนักเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้าและนิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กลุ่มตัวอย่างประชากรเป็นนักเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้าปีสุดท้ายจำนวน 179 คน และนิสิตชายจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยปีสุดท้ายจำนวน 462 คน ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะความเป็นผู้นำโดยทั่วไปไม่แตกต่างกัน

ยุวดี วัฒนานนท์ (2521) ได้ศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับลักษณะความเป็นผู้นำของนักศึกษาพยาบาลในกรุงเทพมหานคร โดยศึกษาเปรียบเทียบตัวแปรต่างๆ ได้แก่ ความวิตกกังวล มโนภาพแห่งตน ความคิดสร้างสรรค์ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และลักษณะความเป็นผู้นำระหว่างกลุ่มผู้นำและกลุ่มผู้ตาม โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีสุดท้ายจากโรงเรียนพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล และคณะพยาบาลศาสตร์ในกรุงเทพมหานครจำนวน 5 แห่ง ปีการศึกษา 2521 จำนวน 426 คน ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษากลุ่มผู้นำทั้งหมดมีลักษณะความเป็นผู้นำสูงกว่านักศึกษากลุ่มผู้ตามทั้งหมดอย่างมีนัยสำคัญ ไม่พบความแตกต่างของคะแนนลักษณะความเป็นผู้นำระหว่างนักศึกษาหลักสูตรอนุปริญญา กับนักศึกษาหลักสูตรปริญญาทั้งในกลุ่มผู้นำและกลุ่มผู้ตาม นักศึกษากลุ่มผู้นำมีความวิตกกังวลต่ำกว่านักศึกษากลุ่มผู้ตามทั้งหมดอย่างมีนัยสำคัญ นักศึกษาหลักสูตรปริญญามีความวิตกกังวลต่ำกว่านักศึกษหลักสูตรอนุปริญญาอย่างมีนัยสำคัญทั้งในกลุ่มผู้นำและกลุ่มผู้ตาม นักศึกษากลุ่มผู้นำทั้งหมดมีมโนภาพแห่งตนสูงกว่านักศึกษหลักสูตรอนุปริญญาในกลุ่มผู้ตามอย่างมีนัยสำคัญ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มของตัวแปรความคิดสร้างสรรค์ และไม่พบความแตกต่างของผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนระหว่างกลุ่มผู้นำทั้งหมดกับกลุ่มผู้ตามทั้งหมดอย่างมีนัยสำคัญ แต่พบว่านักศึกษหลักสูตรปริญญามีคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงกว่านักศึกษหลักสูตรอนุปริญญาอย่างมีนัยสำคัญ

เกรียงไกร ธรรมลักษณ์ (2525) ได้ศึกษาลักษณะความเป็นผู้นำของนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษา และเปรียบเทียบลักษณะความเป็นผู้นำของนักศึกษาชายและหญิงแต่ละวิทยาลัยและรวมในทุกวิทยาลัย พลศึกษา เครื่องมือที่ใช้ชุดเดียวกันกับ ผ่องพรรณ อยู่ประเสริฐ กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาวิชาเอกพลศึกษา

จำนวน 700 คนที่กำลังศึกษาชั้นปีที่ 2 ภาคปกติ ปีการศึกษา 2524 ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาทุกวิทยาลัย พลศึกษา มีลักษณะความเป็นผู้นำทั้ง 4 แบบตามลำดับจากมากไปน้อย คือ ลักษณะความเป็นผู้นำแบบประชาธิปไตยสูงสุด แบบอัตนิยมขอมตาม แบบเสรีนิยม และแบบอัตนิยมก้าวร้าว นักศึกษาชายและหญิงมีลักษณะความเป็นผู้นำทั้ง 4 แบบไม่แตกต่างกันที่ระดับความมีนัยสำคัญที่ .05 และลักษณะความเป็นผู้นำของนักศึกษากลุ่มรุนแรงมีความเกี่ยวข้องกับเพศคือ นักศึกษาชายส่วนมากเป็นแบบอัตนิยมก้าวร้าว ส่วนนักศึกษาหญิงส่วนมากเป็นแบบเสรีนิยม

อุทัย ทันทสุวรรณ (2527) ได้ทำการสำรวจลักษณะความเป็นผู้นำของนักเรียนรวมเหล่า เพื่อศึกษาลักษณะความเป็นผู้นำของนักเรียนแต่ละเหล่า จำแนกตามเหล่าที่สังกัด เปรียบเทียบลักษณะความเป็นผู้นำของนักเรียนรวมเหล่าในแต่ละเหล่าโดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,000 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบวัดคุณลักษณะของทหารและตำรวจด้านผู้นำสร้างโดย รองศาสตราจารย์ประคอง กรรณสูต และ ดร. ทวีวัฒน์ ปิตยานนท์ ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะความเป็นผู้นำของนักเรียนรวมเหล่าทั้งสามเหล่าและตำรวจมีมัชฌิมเลขคณิตอยู่ในเกณฑ์เหนือปานกลางถึงค่อนข้างสูง ลักษณะความเป็นผู้นำของนักเรียนรวมเหล่ากับลักษณะความเป็นผู้นำของค่าปกติวิสัยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในทุกลักษณะของทหารบก ทหารเรือ และทหารอากาศ สำหรับในส่วนของการสำรวจลักษณะความเป็นผู้นำของนักศึกษารวมเหล่ากับลักษณะความเป็นผู้นำของค่าปกติวิสัยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในทุกลักษณะ สำหรับลักษณะความเป็นผู้นำของนักเรียนรวมเหล่าในส่วนของการสำรวจกับลักษณะความเป็นผู้นำของนักเรียนนายร้อยตำรวจไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเกือบทุกลักษณะนอกจากลักษณะของความซื่อสัตย์ สุจริต นักเรียนรวมเหล่ามีลักษณะด้านนี้สูงกว่านักเรียนนายร้อยตำรวจชั้นปีที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Cassel and Tiaw (1961 อ้างถึงใน ยุวดี วัฒนานนท์, 2521) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบนักเรียนชั้นปีที่ 1 และปีที่ 2 ของโรงเรียนแห่งหนึ่ง โดยเปรียบเทียบจากนักเรียนที่มีผลการเรียนดี ระดับอายุใกล้เคียงกัน และมีเชื้อชาติเดียวกัน จำนวนชั้นละ 70 คน โดยใช้แบบสอบถามซึ่งกำหนดค่านิยมของการเป็นผู้นำและหลักการตัดสินใจของผู้นำพบว่า นักเรียนชั้นปีที่ 1 และปีที่ 2 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แสดงว่า ระดับชั้นเรียนไม่มีส่วนสำคัญต่อลักษณะความเป็นผู้นำ เพราะมีความสามารถทำแบบสอบถามได้เท่าเทียมกัน

Burton (1974 อ้างถึงใน อุทัย ทันทสุวรรณ, 2527) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบนิสิตที่สำเร็จการศึกษาไปแล้วว่า ระหว่างนิสิตที่เคยมีประสบการณ์การเป็นผู้นำมาก่อนในมหาวิทยาลัยกับนิสิตที่ไม่เคยทำหน้าที่ผู้นำหรือมีตำแหน่งเป็นผู้นำมาก่อนในมหาวิทยาลัย เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วนิสิตประเภทใดจะได้

ทำหน้าที่ผู้นำชุมชนมากกว่ากัน ผลปรากฏว่า ไม่มีความแตกต่างกัน นิสิตที่ไม่เคยเป็นผู้นำในมหาวิทยาลัยมาก่อนได้เป็นผู้นำชุมชนมากเท่าๆ กับนิสิตที่เคยเป็นผู้นำ

Caffo and Jane (1992) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทและการรับรู้เอกสิทธิ์ของนักศึกษาพยาบาลระดับวิชาชีพ โดยเป็นการศึกษาเชิงสำรวจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความเป็นวิชาชีพ (Professional Socialization) ของนักศึกษาพยาบาลระดับวิชาชีพ แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทและการรับรู้เอกสิทธิ์ได้ถูกนำมาสร้างขึ้นเพื่อที่จะใช้แสดงความเป็นวิชาชีพ โดยกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยนักศึกษาพยาบาลระดับวิชาชีพจำนวน 84 คนเข้ารับการอบรมในโครงการเกี่ยวกับภาวะผู้นำและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยดูจากระยะเวลาและประเภทของประสบการณ์การพยาบาล การศึกษาในระยะที่ผ่านมาและการรับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนช่วยเหลือและนำมาหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับระดับคะแนนความเป็นวิชาชีพ และรูปแบบบทบาทในคลินิก โดยการทดสอบสมมติฐานที่ (Paired T-Test) ผลการวิจัยพบว่า ระดับของคะแนนในข้อย่อยหลายๆ ประการไม่มีการเปลี่ยนแปลง ( $P < .05$ ) แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทมีความสัมพันธ์กับแนวคิดเกี่ยวกับความเป็นวิชาชีพและแนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของการให้บริการพยาบาลลดลง ในขณะที่แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติการเชิงวิชาชีพที่ปฏิบัติอยู่จริงมีค่าคะแนนเพิ่มขึ้น และการรับรู้เอกสิทธิ์มีคะแนนสูงขึ้น แต่การรับรู้เกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนของผู้ป่วยลดลง และมีคุณสมบัติหลายประการที่สามารถอธิบายได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่เป็นเพียงส่วนเล็กน้อยของคะแนนของตัวแปรเกี่ยวกับแนวคิดเกี่ยวกับบทบาท และเอกสิทธิ์ของวิชาชีพ และไม่มีตัวทำนายที่แน่นอนที่มีผลกระทบต่อทั้งบทบาทและการรับรู้เอกสิทธิ์ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การเข้าโครงการอบรมการเป็นผู้นำไม่มีผลกระทบต่อความเป็นวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลระดับวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญ

Reider and Riley - Giomaniso (1993) ได้ศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับประสบการณ์ด้านภาวะผู้นำในการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี โดยมีจุดประสงค์ของการวิจัยเพื่อวิเคราะห์ทัศนคติเกี่ยวกับประสบการณ์ด้านภาวะผู้นำในการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกของนักศึกษาระดับปริญญาตรี โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ของ Colaizzi (Colaizzi's Method of Protocal Analysis) ซึ่งประสบการณ์ด้านภาวะผู้นำได้ถูกนำมาสร้างขึ้นเพื่อที่จะให้นักศึกษาได้มีโอกาสฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะผู้นำที่เฉพาะและทักษะด้านการจัดการ ซึ่งมีความจำเป็นต่อนักศึกษาพยาบาลในการนำไปใช้ในการปฏิบัติหน้าที่ในฐานะหัวหน้าทีมการพยาบาลและพยาบาลพื้นฐาน (Primary Nurses) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน 27 คน ซึ่งได้รับการอบรมเกี่ยวกับทฤษฎีภาวะผู้นำทางการพยาบาลจำนวน 3 ชั่วโมง และฝึกการปฏิบัติการพยาบาลในระยะเฉียบพลัน (Acute Care Clinical Practice) จำนวน 5 ชั่วโมง ผลการวิจัยพบว่า ถึงแม้ว่านักศึกษาจะรู้สึกวิตกกังวลก่อนที่จะเข้าอบรม แต่นักศึกษาก็มีความคาดหวังในทางบวกในการที่จะได้รับรู้ทักษะเกี่ยวกับบทบาทด้านภาวะผู้นำในคลินิก ในระหว่างการอบรมประสบการณ์

เกี่ยวกับบทบาทภาวะผู้นำและการจัดการได้ปรากฏอย่างชัดเจน และได้ตระหนักถึงระบบการสนับสนุนช่วยเหลือ ผลของกิจกรรมภาวะผู้นำในคลินิก ทำให้นักศึกษาเกิดความรู้สึกมั่นใจ (Sense of Confidence) และพัฒนาการรู้สึกมีคุณค่าในวิชาชีพการพยาบาล ซึ่งมีความจำเป็นต่อการจัดการการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วย และเพิ่มคุณภาพความต้องการภาวะผู้นำเพื่อที่จะแสดงออกถึงทักษะต่างๆ

## 7. วิธีการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย (Delphi Technque)

การพิจารณาตัดสินใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่งมีความจำเป็นจะต้องอาศัยข้อมูลที่ผ่านการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีความรู้และ/หรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ เป็นอย่างดี จะทำให้ได้ผลการพิจารณาที่ถูกต้องแน่นอนยิ่งขึ้น วิธีการที่จะทำให้ได้ความคิดเห็นของกลุ่มบุคคลมาใช้ประโยชน์ โดยให้มีความถูกต้อง เชื่อถือได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้วิธีการหนึ่งที่ได้รับการคิดค้นขึ้นมาคือ เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique)

### 7.1 ประวัติความเป็นมาของเทคนิคเดลฟาย

เดลฟาย (Delphi) เป็นชื่อของสถานที่อันศักดิ์สิทธิ์ในสมัยกรีกโบราณ และเป็นที่อยู่ของเทพพยากรณ์ ซึ่งมีความสามารถในการทำนายอนาคตหรือเหตุการณ์สำคัญๆ ได้ คำว่า "เดลฟาย" จึงถูกนำมาใช้เป็นชื่อของเทคนิคการวิจัยที่ใช้ทำนายเหตุการณ์ต่างๆ หรือความเป็นไปได้ในอนาคต โดยอาศัยความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน (Consensus) ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

เทคนิคเดลฟายได้เริ่มขึ้นอย่างมีระบบในปี พ.ศ. 2465 (ขนิษฐา วิทยาอนุมาส, 2530) แต่ได้ถูกปิดเป็นความลับมาตลอด เนื่องจากทางกองทัพอากาศอเมริกันใช้เทคนิคนี้ในการศึกษาและวิจัยสิ่งต่างๆ ต่อมาได้รับการพัฒนาและเปิดเผยเป็นครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. 2505 โดย Olaf Helmer และ Norman Dalkey ซึ่งบุคคลทั้งสองท่านนี้เป็นนักวิจัยของบริษัทแรนด์ (Rand Cooperation) ในรัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยได้ศึกษาความเห็นของผู้เชี่ยวชาญอเมริกันเกี่ยวกับอาวุธยุทโธปกรณ์ และต่อมาในปี พ.ศ. 2506 ได้เขียนบทความเรื่อง "An Experimental Application of the Delphi Method to Use of Experts" ลงในวารสาร Management Science ปีที่ 9 ฉบับที่ 3 ประจำเดือนเมษายน พ.ศ. 2506 ซึ่งทำให้เทคนิคเดลฟายแพร่หลายไปอย่างกว้างขวางมาก จากนั้นเป็นต้นมาก็ได้มีผู้นำเทคนิคเดลฟายไปใช้ในการวิจัยที่นอกเหนือไปจากด้านทหาร แต่ขอบเขตของการศึกษายังคงเป็นเรื่องทำนายเหตุการณ์ในอนาคต และได้แพร่หลายไปสู่ประเทศต่างๆ ในเกือบทุกภูมิภาค จนกระทั่งในปัจจุบันเดลฟายเป็นเทคนิคการวิจัยที่ได้รับความนิยมอย่างมากในทุกวงการไม่ว่าองค์กรการด้านธุรกิจ การเมือง การทหาร เศรษฐกิจ การศึกษา ด้านสุขภาพอนามัย สิ่งแวดล้อม และด้านอื่นๆ อีกมากมาย (จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2530)



## 7.2 ความหมายของเทคนิคเดลฟาย

เทคนิคเดลฟายเป็นการวิจัยแบบหนึ่งซึ่งยังไม่มีศัพท์บัญญัติภาษาไทย เป็นการวิจัยที่ไม่ต้องใช้การทดสอบสมมติฐานทางสถิติได้มีนักวิชาการหลายท่านให้คำจำกัดความของเทคนิคเดลฟายไว้ ดังนี้

เกษม บุญอ่อน (2522) ได้ให้ความหมายเทคนิคเดลฟายไว้ว่า หมายถึง โครงการที่จัดทำอย่างละเอียดรอบครอบในการที่สอบถามบุคคล (ด้วยแบบสอบถาม) ในเรื่องต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อมูล และความคิดเห็นกลับมาประกอบการพิจารณา ตัดสินใจ และสร้างความเป็นเอกฉันท์ในเรื่องที่เกี่ยวกับความเป็นไปในอนาคตในส่วนที่เกี่ยวกับเวลา ปริมาณ และสภาพการณ์ที่ต้องการจะให้เป็น

ประยูร ศรีประสาธน์ (2523) กล่าวว่า เทคนิคเดลฟาย คือ ขบวนการที่เสาะหาความคิดที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของกลุ่มคนเกี่ยวกับความเป็นไปในอนาคตในเรื่องที่เกี่ยวกับเวลา ปริมาณ หรือสภาพที่ต้องการจะให้เป็นทั้งนี้โดยใช้วิธีการเสาะหาความคิดด้วยการใช้แบบสอบถามแทนการเรียกประชุม

เทียนฉาย กิระนันท์ (2529) กล่าวถึงเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟายว่า เป็นเทคนิคการวิเคราะห์อีกแบบหนึ่งที่ได้รับการประดิษฐ์และการพิจารณาขึ้นมาเพื่อใช้ในการวิจัยเชิงอนาคตโดยเฉพาะ อาจเรียกได้ว่าเทคนิคเดลฟายเป็นวิธีการที่ใช้สำหรับกำหนดโครงสร้างของกระบวนการสื่อสารระหว่างสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้บรรลุผลในการพิจารณาปัญหาที่ซับซ้อนมากๆ ร่วมกันโดยเฉพาะปัญหาที่เกี่ยวกับในอนาคตเช่นนี้ มักจะเป็นปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อนมากกว่าที่คนใดคนหนึ่งจะสามารถวิเคราะห์ได้ถี่ถ้วนและรอบคอบพอ

ชนิษฐา วิทยาอนุมาส (2530) กล่าวไว้ว่า ลักษณะของเทคนิคเดลฟายคล้ายกับการสำรวจ แต่ต่างกันตรงที่เทคนิคเดลฟายส่งคำถามให้ผู้เชี่ยวชาญตอบหลายรอบเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญมีโอกาสพิจารณาคำตอบที่เป็นความคิดเห็นของตนอีกครั้งหนึ่ง ในขณะที่การสำรวจไม่มีการป้อนข้อมูลย้อนกลับ

อุทุมพร จามรมาน (2537) กล่าวถึงความหมายของเทคนิคเดลฟายว่า เป็นเทคนิคที่สกัดความคิดเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ได้คำตอบที่เป็นเอกฉันท์ เพื่อการตัดสินใจโดยจัดกระทำเป็นกลุ่ม และให้ข้อมูลย้อนกลับหลังจากการพิจารณาคำตอบเป็นข้อๆ เทคนิคเดลฟายช่วยให้ผู้ตอบได้ทบทวนคำตอบของตน และอาจแก้ไขคำตอบของตนหลังจากที่ได้ข้อมูลย้อนกลับ

Ducanis (1970 อ้างถึงใน ชนิษฐา วิทยาอนุมาส, 2530) ได้ให้ความหมายของเทคนิคเดลฟายไว้ว่า เป็นการทำนายเกี่ยวกับเรื่องราวต่างๆ ที่จะเป็นไปได้ในอนาคตนี้ โดยมุ่งที่จะลดผลการกระทบหรืออิทธิพลจากบุคคลอื่น ในกรณีที่ต้องมีการเผชิญหน้ากัน ขณะเดียวกันก็มีการลดผลกระทบทางด้านความคิดระหว่างกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้วยกัน หรืออาจกล่าวได้อีกอย่างหนึ่งว่า เทคนิคเดลฟายเป็นวิธีการรวบรวม

เอาคำตอบที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกับเรื่องที่เราจะศึกษาในขณะที่ความคิดเป็นของผู้เชี่ยวชาญที่ไม่ได้เกี่ยวข้อง ก็จะถูกจำกัดลงด้วย

เทคนิคเดลฟายเป็นวิธีการระดมความคิดเห็นสอดคล้องกันของกลุ่ม เพื่อพัฒนาและปรับปรุงแก้ไข หากความเชื่อมั่นในการทำนายเกี่ยวกับอนาคต (Anderson, 1975 Buins, 1992)

Helmer and Rescher (อ้างถึงใน ประยูร ศรีประสาธน์, 2523) ให้คำนิยามของเทคนิคเดลฟายว่า เป็นโครงการที่จัดทำอย่างละเอียดรอบคอบในการที่จะสอบถามบุคคลด้วยแบบสอบถามในเรื่องต่างๆ เพื่อที่จะให้ได้ข้อมูลและความคิดเห็นกลับมาโดยมุ่งที่จะรวบรวมการพิจารณา การตัดสินใจ และสร้างความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในเรื่องที่เกี่ยวกับความเป็นไปได้ในอนาคต

Linstone and Turoff (1975) ได้ให้ความหมายของเทคนิคเดลฟายว่า เป็นวิธีการของการจัดกระบวนการสื่อสารของกลุ่มที่มีประสิทธิภาพในการที่ให้นักลหรือกลุ่มดำเนินการเกี่ยวกับปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อนอย่างได้ผล

ในการพยาบาลเทคนิคเดลฟาย คือ การรวบรวมและผนวกความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ การอภิปรายให้ความคิดเห็นของพยาบาลคลินิก และนักวิจัยทางการพยาบาลที่ใช้เมื่อต้องการข้อความรู้กว้างๆ จากพยาบาลในหลายๆ สาขา เพื่อหาความคิดเห็นและแนวคิดที่เป็นข้อตกลงร่วมกัน (Krueger, 1978 อ้างถึงใน กุลยา ดันติผลาชีวะ, 2532)

จากความหมายที่ได้กล่าวแล้วข้างต้นสรุปได้ว่า เทคนิคเดลฟายเป็นกระบวนการหนึ่งของการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยอาศัยความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างมีระบบและสอดคล้องกัน ซึ่งจะนำไปสู่การตัดสินใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

### 7.3 ลักษณะของเทคนิคเดลฟาย

เทคนิคเดลฟายมีลักษณะจำเพาะที่ทำให้แตกต่างจากกลุ่มปฏิสัมพันธ์ชนิดอื่นๆ เช่น การประชุม การสัมภาษณ์ต่อหน้า เป็นต้น ลักษณะจำเพาะที่สำคัญมี 3 ประการคือ (จันทร์ สังข์สุวรรณ, 2538)

1. ความเป็นนิรนาม (Anonymity) หมายถึง การที่ผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มจะไม่มีใครรู้จักซึ่งกันและกัน ปฏิกริยาข้อถกเถียงและความเห็นพ้องต้องกัน จะไม่มีการระบุนามของผู้เชี่ยวชาญ เป็นการป้องกันการเกิดปรากฏการณ์ทางจิตวิทยาที่เรียกว่า Bandwagon Effect เป็นปรากฏการณ์ที่บ่งว่า การแสดงความคิดเห็นถูกครอบงำทำให้คล้อยตามความคิดเห็นจากผู้ที่มีบุคลิกภาพหรือวิธีการแสดงออกที่เหนือกว่า ดังนั้น

ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านจะได้นำหนักของความสำคัญเท่าเทียมกันและการแสดงออกที่เป็นอิสระจากผู้อื่น

2. การถามย้ำคำตอบที่ควบคุมปฏิกริยาย้อนกลับ (Interaction With Controlled Feedback) เทคนิคเดลฟายจะประกอบด้วยการถามย้ำด้วยแบบสอบถาม ซึ่งมีใช่เป็นเพียงแค่แบบสอบถามธรรมดา แต่จะใช้ข้อมูลซึ่งควบคุมปฏิกริยาย้อนกลับของผู้ตอบได้ อาทิเช่น ความคิดเห็นของกลุ่มในขณะนั้น ข้อโต้เถียงที่มีอยู่ ความสอดคล้องของคำตอบกับของกลุ่มและเหตุผลในการยืนยันคำตอบซึ่งไม่สอดคล้องกับกลุ่ม เป็นต้น การถามย้ำด้วยแบบสอบถามเดิมต่อเนื่องกันเป็นรอบมีข้อดีคือ จะทำให้ผู้ตอบมีโอกาสแก้ไขคำตอบเพื่อสนับสนุนหรือขัดแย้งกับความสอดคล้องของกลุ่มได้ เมื่อเป็นเช่นนี้ปฏิกริยาย้อนกลับจากกลุ่มจะสามารถชักจูงให้ผู้ตอบกลับมาพิจารณาคำตอบที่ตอบไปแล้วใหม่ ทำให้สามารถแก้ไขข้อบกพร่องสิ่งที่มองข้ามไปในการพิจารณาครั้งก่อนได้

3. การพิจารณาปฏิกริยาตอบสนองในเชิงสถิติ (Statistic Group Response) คำถามแต่ละข้อในแบบสอบถามจะให้กลุ่มแสดงความคิดเห็นออกมาในรูปของมาตราประเมินค่าแบบสเกลของลิเคอร์ท (Likert Type Scale) ซึ่งทำให้สามารถหาค่ามัชฌิมฐาน ฐานนิยม พิสัยระหว่างควอไทล์ ออกมา เพื่อนำไปแสดงต่อผู้ตอบในรอบถัดไปว่าคำตอบของตนนั้นมีความสอดคล้องกับความเห็นของกลุ่มมากน้อยเพียงไร โดยพิจารณาความแตกต่างของตำแหน่งในคำตอบต่อค่ามัชฌิมฐานและฐานนิยม พิสัยระหว่างควอไทล์ในแต่ละข้อ

การที่มาตราประเมินค่าแบบสเกลของลิเคอร์ท เป็นที่นิยมนำมาใช้ในการจัดน้ำหนักคำตอบของผู้ตอบในเทคนิคเดลฟายนั้น Dalkey and Rourke (1971) ได้ทำการวิจัยเปรียบเทียบการจัดน้ำหนักคำตอบหลายๆ วิธีแล้วพบว่า แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประเมินค่าของลิเคอร์ทมีข้อดีที่สุดคือ ผู้ตอบตอบได้ง่าย ใช้เวลาน้อย ถึงแม้จะมีจำนวนข้อมากแต่ก็ไม่ยุ่งยากในการตอบ การนำมาแปลผลก็ไม่ซับซ้อน

#### 7.4 ประเภทของเทคนิคเดลฟาย

การวิจัยแบบเดลฟายในปัจจุบันมีอยู่ด้วยกัน 2 ประเภทดังนี้ (อุทุมพร จามรมาน, 2537)

1. เทคนิคเดลฟายที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม หรือที่เรียกว่าแบบฝึกหัดเดลฟาย (Delphi Exercise) ลักษณะของเทคนิคประเภทนี้ได้แก่ การสร้างแบบสอบถามแล้วส่งไปยังกลุ่มผู้ให้ข้อมูลกลุ่มใหญ่เพื่อได้แบบสอบถามกลับผู้สร้างแบบสอบถามนำคำตอบที่ได้มาพิจารณาสรุ่ยพัฒนาเป็นแบบสอบถามฉบับใหม่ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีโอกาสทบทวนคำตอบของตน โดยผ่านแบบสอบถามรอบที่สอง ซึ่งเทคนิคเดลฟายแบบนี้เป็นการผสมผสานระหว่างคำตอบของกลุ่มและกระบวนการปรึกษาหารือด้วยแบบสอบถาม บางทีเรียกวิธีนี้ว่า "เทคนิคเดลฟายแบบเก่า" (Conventional Delphi)

2. เทคนิคเดลฟายเข้าประชุม (Delphi Conference) เป็นเทคนิคเดลฟายแบบใหม่แทนการมีผู้สร้างและปรับปรุงแบบสอบถาม ให้ใช้คอมพิวเตอร์ซึ่งมีโปรแกรมสรุปคำตอบ วิธีนี้ลดความล่าช้าเนื่องจากการปรับปรุงคำตอบของแต่ละรอบ โดยผู้ตอบนั่งอยู่หน้าจอคอมพิวเตอร์ เมื่อเขาตอบคำถามไปคอมพิวเตอร์จะประมวลผลรวมกับของคนอื่นๆ และสรุปผลให้เขารู้ได้ทันทีซึ่งเขาก็จะได้ตอบกลับ ทำเช่นนี้เรื่อยๆ กับทุกๆ คนที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ จนในที่สุดทุกคนให้คำตอบในแนวทางเดียวกัน วิธีนี้บางทีเรียกว่า "เดลฟายเชิงเวลาจริง" (Real-Time Delphi)

ไม่ว่าจะเป็นเทคนิคเดลฟายประเภทใดก็ตามจะมีขั้นตอนที่สำคัญอยู่ 4 ขั้นตอนคือ

1. การเสาะแสวงหาความคิดเห็นของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหรือผู้เชี่ยวชาญ
2. เป็นกระบวนการมุ่งหาคำตอบว่า กลุ่มมีความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นให้ทำอะไร เช่น เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย เข้าใจว่า มีความสำคัญมาก ปานกลาง น้อย หมายถึงอะไร
3. ถ้าเกิดความไม่ลงรอยในความเห็น ต้องแสดงเหตุผลให้เป็นที่ประจักษ์
4. เป็นการสรุปความคิดเห็นที่ได้รับในตอนต้นรวมทั้งการพิจารณาข้อมูลย้อนกลับต่างๆ

## 7.5 ขั้นตอนของการทำวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย

### 7.5.1 การพิจารณาหัวข้อปัญหาที่จะศึกษา

ดังที่ได้กล่าวแล้วว่า เมื่อแรกเริ่มนั้นเทคนิคเดลฟายเป็นวิธีการของการศึกษา เพื่อสำรวจความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการทำนายปรากฏการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตและจำกัดอยู่ในวงการทหาร ต่อมาเมื่อเทคนิคเดลฟายพัฒนาขึ้น ได้มีปรัชญาอื่นๆ เข้ามาเป็นฐานสนับสนุน โดยมุ่งเน้นความเป็นวิทยาศาสตร์ และผลที่ได้มีคุณค่าเชื่อถือได้ จึงได้มีการนำเทคนิคเดลฟายไปใช้ในกรณีอื่นไม่ว่าเป็นด้านการศึกษา สาธารณสุข วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี อุตสาหกรรม และอื่นๆ ในส่วนของลักษณะของปัญหานั้นก็ไม่จำเป็นว่าจะต้องเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับอนาคตทั้งหมด แต่เพื่อหาความคิดเห็นสอดคล้องหรือหาข้อตกลงอย่างใดอย่างหนึ่ง นอกจากนี้เทคนิคเดลฟายยังใช้เพื่อการศึกษาเชิงประวัติศาสตร์ การวางแผนงาน การตรวจสอบโครงสร้าง รูปแบบ นโยบาย และศึกษาสภาพเศรษฐกิจและสังคมด้วย

นาดยา บิลันธานนท์ (2526) สุวรรณา เชื้อรัตนพงศ์ (2528) Linstone and Turoff (1975) ได้เสนอแนะเกี่ยวกับลักษณะของปัญหาที่ควรใช้เทคนิคเดลฟายไว้ว่า

1. ปัญหาการที่จะทำการวิจัยไม่มีคำตอบที่ถูกต้องแน่นอนและไม่สามารถใช้การศึกษาวิเคราะห์ด้วยวิธีการอื่น แต่สามารถวิจัยปัญหาได้จากการรวบรวม การตัดสินแบบอัตวิสัย (Subject Judgement) ของผู้เชี่ยวชาญสาขาอื่นๆ
2. ไม่ต้องการให้ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนมีผลกระทบ หรืออิทธิพลต่อการพิจารณาปัญหานั้นๆ

3. มีปัญหาในเรื่องของเวลา งบประมาณ หรือการพบปะเพื่อนัดประชุมกลุ่มไม่สะดวก เนื่องจากสภาพภูมิศาสตร์ หรือเสียค่าใช้จ่ายและเวลามากเกินไป
  4. เมื่อไม่ต้องการเปิดเผยรายชื่อบุคคลในกลุ่ม
  5. จำเป็นจะต้องหลีกเลี่ยงการครอบงำของบุคคลบางคน
- โดยสรุปแล้วจะเห็นได้ว่า ปัญหาที่จะศึกษาด้วยเทคนิคเดลฟายควรจะเป็นประเด็นปัญหาที่จะนำไปสู่การวางนโยบายหรือคาดการณ์ในอนาคต รวมทั้งการกำหนดทางเลือกต่างๆ หรือเป็นประเด็นปัญหาที่มุ่งหาความสอดคล้องกันเพื่อแก้ปัญหาที่มุ่งหาความสอดคล้องกัน เพื่อแก้ปัญหาที่สลับซับซ้อนทั้งในเชิงโครงสร้างและการปฏิบัติงาน หรือเพื่อสรุปเป็นหลักการ แนวคิดร่วมกัน ปัญหาที่ศึกษาในการวิจัยแบบเดลฟายจึงเป็นปัญหาในเชิงคุณลักษณะซึ่งไม่อาจได้คำตอบโดยอาศัยการศึกษาด้วยวิธีการเชิงสถิติ

### 7.5.2 การเลือกผู้เชี่ยวชาญ

เทคนิคเดลฟายเป็นเทคนิคการวิจัยที่ใช้วิธีการระดมความคิด ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ โดยตรง ดังนั้นการเลือกผู้เชี่ยวชาญจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

ผู้เชี่ยวชาญ ตามความหมายของพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานปี พ.ศ. 2525 ได้อธิบายว่า ผู้เชี่ยวชาญ คือ สันทัด จัดเจน ชำนาญ มีความชำนาญมาก (ราชบัณฑิตยสถาน, 2530)

ผู้เชี่ยวชาญ ตามความหมายของ Hawaii Communication Directory ระบุไว้ว่า ผู้เชี่ยวชาญ คือ บุคคลผู้ซึ่งมีประสบการณ์ ความรู้ หรือทักษะพิเศษ ซึ่งได้มาจากการฝึกฝนทางวิชาชีพ หรือประสบการณ์จากการปฏิบัติ (Honolulu : Social Science and Linguistics Institute, 1979 อ้างถึงใน วัฒนา วินิตวัฒน์คุณ, 2527)

จากความหมายที่กล่าวไว้ข้างต้นพอจะสรุปได้ว่า ผู้เชี่ยวชาญ คือ บุคคลที่มีความสามารถและทักษะเป็นพิเศษในเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ แต่การวัดหรือการพิสูจน์ความเป็นผู้เชี่ยวชาญเป็นสิ่งที่ยากลำบาก จากการศึกษาของ Sackman (1974) ซึ่งตั้งข้อสงสัยไปยังแนวคิดเกี่ยวกับผู้เชี่ยวชาญของเทคนิคเดลฟาย โดยอ้างว่า ไม่มีเหตุผลทางศาสตร์และเป็นการกล่าวเกินเลยไป ข้อโต้แย้งนี้อยู่ได้พื้นฐานที่ว่า ปัญหาต่างๆ ของประชากรทั้งหมดของผู้เชี่ยวชาญที่มีอยู่ และการมีส่วนร่วมของตัวแทนผู้เชี่ยวชาญในบางสถานการณ์เป็นสิ่งที่ทำไม่ได้ อาทิเช่น ผู้วิจัยมีความต้องการผู้เชี่ยวชาญในหลายด้าน ซึ่งในบางสาขาอาจจะมีจำนวนผู้เชี่ยวชาญอยู่อย่างจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทยด้วยแล้วผู้เชี่ยวชาญบางสาขาเป็นสิ่งที่หาได้ยากยิ่ง

ถึงแม้ว่าข้อกำหนดในการวัดที่กล่าวมาแล้วนั้น จะช่วยทำให้เข้าใจแนวคิดเกี่ยวกับผู้เชี่ยวชาญได้ดีขึ้น แต่ในทางปฏิบัติก็ยังยากต่อการวัดจากสถานการณ์ที่เป็นจริง อย่างไรก็ตาม Pill (1971, อ้างถึงใน นันทิพย์ สุนทรนนท์, 2534) ได้เสนอว่า ผู้เชี่ยวชาญอาจจะหมายความว่าทุกคนซึ่งสามารถให้ข้อมูลที่ผู้วิจัยต้องการได้ ดังนั้นในการเลือกผู้เชี่ยวชาญในการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟายนี้ผู้วิจัยจะต้องใช้



ตารางที่ 1 จำนวนผู้เชี่ยวชาญและค่าความคลาดเคลื่อนของการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย

จำนวนผู้เชี่ยวชาญ	ช่วงความคลาดเคลื่อน	ความคลาดเคลื่อนลดลง
1 - 5	1.02 - 0.70	0.50
5 - 9	0.70 - 0.58	0.12
9 - 13	0.58 - 0.54	0.04
13 - 17	0.54 - 0.50	0.04
17 - 21	0.50 - 0.48	0.02
21 - 25	0.48 - 0.46	0.02
25 - 29	0.46 - 0.44	0.02

(ที่มา : Thomas T. Macmillan, 1971 อ้างถึงใน เกษม บุญอ่อน, 2522)

#### 7.5.2.3 คุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญ

ผู้เชี่ยวชาญที่ใช้ในการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย ควรมีคุณสมบัติดังนี้คือ

- มีความชำนาญหรือความเป็นเลิศหรือเกี่ยวข้องกับเรื่องนั้นๆ อย่างแท้จริง
- มีความเต็มใจที่จะให้ความร่วมมือในการวิจัย
- มีถิ่นที่อยู่ที่สามารถใช้การสื่อสารติดต่อได้สะดวก
- เห็นคุณค่าของการทำงาน

#### 7.6 วิธีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย คือ แบบสอบถาม ผู้วิจัยต้องกำหนดกรอบของการวิจัย เนื่องจากประเด็นปัญหาที่ศึกษาเป็นประเด็นเชิงคุณลักษณะที่มีขอบข่ายกว้างขวาง การกำหนดกรอบของการวิจัยทำให้เห็นภาพชัดเจนขึ้น การกำหนดประเด็นแนวโน้มและการสร้างเครื่องมือมักจะเป็นรูปแบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้าง การเก็บข้อมูลโดยเทคนิคเดลฟายต้องการเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญได้ถกแถลงความคิดเห็นของตนเองอย่างละเอียดรอบคอบและมั่นใจในการตัดสินใจจึงมีการถามย้ำ 3 รอบ หรือมากกว่า

รอบที่ 1 มีจุดมุ่งหมายเพื่อการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ตอบ เกี่ยวกับเรื่องทั่วไปในประเด็นปัญหาที่กำหนดโดยไม่จำกัดความคิดเห็น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่แบบสอบถามปลายเปิดที่มีข้อความกระตุ้นหรือเชิญชวนให้ผู้ตอบได้แสดงความคิดเห็นของตนต่อประเด็นนั้นอย่างเต็มที่ ใน

บางครั้งอาจจะเป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างหรืออาจจะเริ่มด้วยแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประเมินค่าโดยเพิ่มคำถามปลายเปิดในตอนท้ายของแบบสอบถาม เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม

รอบที่ 2 ในรอบนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อการรวบรวมและการจัดความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ โดยนำข้อมูลทั้งหมดทุกแนวทางที่ได้จากรอบที่ 1 ของผู้เชี่ยวชาญมาทำการวิเคราะห์ สังเคราะห์ จัดให้เป็นหมวดหมู่ ให้เป็นระบบ ถึงแม้ว่าแนวทางบางข้อจะได้รับการเสนอจากผู้เชี่ยวชาญจำนวนน้อยก็ตาม ทั้งนี้เพราะผู้วิจัยต้องเคารพในความเชี่ยวชาญของผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นสร้างเครื่องมือในการวิจัยรอบที่ 2 เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วน ประมาณค่าแล้วส่งกลับไปให้ผู้เชี่ยวชาญตอบอีกครั้งหนึ่ง แบบสอบถามรอบนี้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนต้องให้ความสำคัญของแต่ละข้อรวมทั้งให้เหตุผลหรือคำแนะนำลงในช่องว่างท้ายข้อด้วย

รอบที่ 3 หลังจากที่ได้รับแบบสอบถามรอบที่ 2 คืนมาแล้ว ผู้วิจัยจะนำคำตอบแต่ละข้อมาคำนวณหาค่ามัธยฐาน (Median) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) จากนั้นก็สร้างแบบสอบถามใหม่ประกอบด้วยข้อความเดิม แต่เพิ่มตำแหน่งของค่ามัธยฐานและพิสัยระหว่างควอไทล์ของผู้ตอบในแต่ละข้อลงไปด้วย แล้วส่งกลับไปให้ผู้เชี่ยวชาญตอบเป็นครั้งที่ 3 ในการตอบครั้งนี้ผู้เชี่ยวชาญจะได้รับการขอร้องให้พิจารณาทบทวนคำตอบของตนเองอีกครั้งหนึ่งว่าจะเปลี่ยนแปลงหรือยืนยันเหมือนเดิม ในกรณีที่คำตอบไม่เห็นพ้องต้องกันกับกลุ่มหรือคำตอบนั้นอยู่นอกพิสัยระหว่างควอไทล์จะต้องให้เหตุผลประกอบด้วย

รอบที่ 4 ผู้วิจัยจะทำตามขั้นตอนเดียวกับรอบที่ 3 แล้วส่งกลับไปให้ผู้ตอบทบทวนคำตอบอีกครั้ง ซึ่งโดยทั่วไปอาจจะไม่ต้องทำขั้นตอนนี้ เพราะความคิดเห็นในรอบที่ 3 และรอบที่ 4 มีความแตกต่างกันน้อยมาก ผลที่ได้รอบสุดท้ายนี้เป็นผลสรุปของการวิจัย

### 7.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับเทคนิคเดลฟาย ได้แก่ สถิติที่เกี่ยวข้องกับการวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง ได้แก่ ค่ามัธยฐาน (Median) ฐานนิยม (Mode) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) การเลือกหรือการกำหนดสถิติสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลนั้น ผู้วิจัยจะต้องเลือกให้เหมาะสม หากเป็นการแสดงความคิดเห็นในเรื่อง เวลา หรือปริมาณ ควรใช้ค่ามัธยฐาน สำหรับกรณีที่เป็นการทำนายเวลา ปริมาณ หรือสถานการณ์ในอนาคต มักใช้ฐานนิยม ส่วนค่าเฉลี่ยอาจไม่เหมาะสมเนื่องจากมาตราที่ใช้กับคำถามมีเพียงเล็กน้อย (เกษม บุญอ่อน, 2522) สำหรับค่าพิสัยระหว่างควอไทล์นั้นใช้เพื่อพิจารณาการกระจายของความคิดเห็นว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันในข้อความนั้นๆ มากน้อยเพียงใด ถ้าค่าพิสัยระหว่างควอไทล์กว้างก็แสดงว่า สอดคล้องกันน้อย แต่ถ้าแคบก็แสดงว่า สอดคล้องกันมาก อย่างไรก็ตามผู้วิจัยควรให้ความสำคัญกับข้อความที่มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์กว้างบางกรณี เพราะอาจเป็นข้อความที่มีประโยชน์ หรือเป็นการเตือนล่วงหน้าให้เห็นถึงประเด็นที่ไม่สอดคล้องกัน ซึ่งทำให้คาดการณ์ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ ทั้งนี้การวิเคราะห์ก็ต้องพิจารณาถึงเหตุผลที่ผู้เชี่ยวชาญได้ระบุไว้



ประกอบกันด้วย ฉะนั้นการวิเคราะห์จึงควรแยกการวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นความคิดเห็นที่สอดคล้องและไม่สอดคล้องกัน

### 7.8 ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย

1. เวลา ผู้วิจัยควรมีเวลามากเพียงพอประมาณ 2 เดือนจึงจะเสร็จสิ้นกระบวนการ หรืออาจจะใช้เวลาช้ำหรือเร็วกว่านั้นขึ้นอยู่กับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจะส่งแบบสอบถามแต่ละรอบคืนมาช้ำหรือเร็วเพียงใด

#### 2. ผู้เชี่ยวชาญ ในการเลือกสรรผู้เชี่ยวชาญคำนึงถึง

2.1 ความสามารถของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ควรเลือกผู้ที่มีความรู้ความสามารถเป็นเลิศในสาขานั้นๆ อย่างแท้จริง ไม่ควรเลือกโดยอาศัยความคุ้นเคยหรือติดต้องง่าย

2.2 ความร่วมมือของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ควรเลือกผู้ที่มีความเต็มใจตั้งใจและมั่นใจในการให้ความร่วมมือกับงานวิจัยโดยตลอด รวมทั้งยินยอมสละเวลาอีกด้วย

2.3 จำนวนผู้เชี่ยวชาญ ควรเลือกให้มีจำนวนมากเพียงพอ เพื่อจะได้ความคิดเห็นใหม่ๆ และได้คำตอบที่มีน้ำหนักน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น โดยทั่วไปไม่มีข้อกำหนดตายตัวว่า จะมีจำนวนเท่าใด แต่จากผลการวิจัยของ Tomas T. Macmillan ที่กล่าวไว้ข้างต้นควรมีจำนวนผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 17 คนขึ้นไป

3. แบบสอบถาม ข้อความในแบบสอบถามจะต้องชัดเจน และผู้ตอบแต่ละท่านจะต้องเข้าใจตรงกันในคำถามหรือข้อความเดียวกัน เนื่องจากการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟายจำเป็นต้องส่งแบบสอบถามหลายรอบ ดังนั้นการเว้นระยะเวลาตอบในแต่ละรอบก็มีความสำคัญมาก จากการวิจัยของ Waldrone พบว่าการส่งแบบสอบถามในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ในเวลาที่แตกต่างกันจะมีผลกระทำให้เกิดความแตกต่างกันในคำตอบที่ได้รับ (Weatherman and Swenson, 1974 อ้างถึงใน วัฒนา วินิตวัฒน์คุณ, 2527)

4. ผู้วิจัย ในด้านตัวผู้วิจัยนอกจากจะต้องเป็นผู้รู้ความต้องการของตนในการวิจัยอย่างละเอียดรอบคอบและมีความสามารถในการที่จะแสดงความต้องการวิจัยของตนออกมาด้วยการออกแบบสอบถามที่แน่นอนชัดเจนแล้ว ผู้วิจัยจะต้องให้ความสำคัญในคำตอบที่ได้รับอย่างเสมอกันทุกข้อ ไม่ว่าจะผู้ตอบแต่ละคนจะตอบครบทุกข้อหรือไม่ก็ตาม ทั้งนี้เพื่อมิให้พลาดในข้อความ คำตอบหรือเหตุผลที่แท้จริงของเรื่องไป ทั้งยังควรมีการวางแผนล่วงหน้าอย่างดีในการดำเนินงานตามขั้นตอนของกระบวนการวิจัยแบบเดลฟายด้วย

### 7.9 ความเที่ยงและความตรง (Reliability and Validity)

การหาความเที่ยงและความตรงของเทคนิคการวิจัยในเชิงอนาคตนั้น ยังเป็นปัญหาอยู่มาก เพราะรูปแบบการวิจัยมีปรัชญาพื้นฐานที่แตกต่างจากระเบียบวิธีการวิจัยอื่นๆ ที่มีในอดีตและในปัจจุบัน ดังนั้นการที่จะเอาเกณฑ์ของระเบียบที่มีอยู่เดิมมาตัดสินใจเป็นมาตรฐานของระเบียบวิธีวิจัยอีกแบบหนึ่งจึงดูไม่

เหมาะสมและไม่ยุติธรรมนัก แต่อย่างไรก็ตามความเที่ยงและความตรงของเทคนิคนี้ก็แฝงอยู่ในกระบวนการตามระเบียบวิธีการวิจัยอยู่แล้ว กล่าวคือ ความเที่ยงของเทคนิคเดลฟายนั้นอยู่ที่การให้ผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามซ้ำหลายๆ รอบ เพื่อตรวจสอบความเที่ยงของคำตอบแต่ละรอบว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ถ้าคำตอบผู้เชี่ยวชาญคงเดิมไม่เปลี่ยนแปลงก็แสดงว่ามีความเที่ยงมาก

ส่วนความตรงของเครื่องมือนั้น การวิจัยโดยทั่วไปจะใช้วิธีแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรง แต่เทคนิคเดลฟายนี้ทำกับผู้เชี่ยวชาญอยู่แล้ว อาจจะมีปัญหาอยู่บ้างก็เพราะในเรื่องของการใช้ภาษาเท่านั้น นอกจากนี้การวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟายนี้ยังใช้วิธีการที่ทำให้เกิดความตรงของข้อมูลที่ตรงกับความรู้สึก การรับรู้ และการมีประสบการณ์โดยปราศจากอคติของผู้เชี่ยวชาญ ด้วยการให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคำตอบของตนเองหลายรอบ และด้วยเหตุที่ว่า การวิจัยแบบเทคนิคเดลฟายเกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้เชี่ยวชาญ ดังนั้นความเที่ยงและความตรงของข้อมูลที่ได้รับจึงขึ้นอยู่กับ การเลือกผู้เชี่ยวชาญโดยใช้เกณฑ์ที่เหมาะสม และการให้ความสำคัญกับธรรมชาติของบุคคลด้วย เช่น จัดแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญตัดสินใจเป็นหมวดหมู่ เป็นระบบ ไปติดต่อในเวลาที่เหมาะสม ไม่เร่งรีบ เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ผู้ที่จะทำวิจัยควรรู้และตระหนักให้มากเพื่อหาวิธีป้องกัน เพราะจะทำให้ผลการวิจัยที่ได้รับมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

#### 7.10 ข้อดีของเทคนิคเดลฟาย

1. ความสามารถของวิธีการแบบเดลฟาย สามารถนำความต้องการของผู้เกี่ยวข้องสู่ทิศทางที่ต้องการเพราะเทคนิคเดลฟายได้ให้ระเบียบคาดการณ์ในเชิงเลือกสรรความรู้และความคิดใหม่ๆ และให้ผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ได้กระทำอย่างเหมาะสม
2. สามารถหาความสอดคล้องของความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญได้ โดยไม่ต้องจัดให้มีการประชุมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ทำให้ประหยัดเวลา ค่าใช้จ่าย และไม่มีข้อจำกัดเรื่องสภาพทางภูมิศาสตร์ในด้านการเดินทาง
3. ข้อมูลที่ได้มีความเชื่อถือได้มาก เพราะว่าเป็นความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิชานั้นๆ และได้มาจากการย้ำถามหลายรอบ มีโอกาสปรับเปลี่ยนหรือยืนยันความคิดเห็นของตนจนเกิดความมั่นใจและช่วยให้มีการพิจารณาประเด็นปัญหาอย่างลึกซึ้งทุกข้อปัญหาและความคิดจะถูกเสนอไปยังผู้เชี่ยวชาญโดยไม่มีการตัดแนวทางใดออก ผู้เชี่ยวชาญทุกคนจึงรับทราบและประเมินแนวทางได้เท่าเทียมกัน นอกจากนี้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนสามารถแสดงความคิดเห็นของตนอย่างเต็มที่และเป็นอิสระ ไม่ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลทางความคิดหรืออำนาจเสียงส่วนใหญ่ เพราะผู้เชี่ยวชาญเหล่านั้นจะไม่ทราบว่ามีผู้อื่นอยู่ในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญบ้าง
4. เทคนิคเดลฟายช่วยให้ผู้วิจัยสามารถทราบลำดับความสำคัญของข้อมูลและเหตุผล ในการตอบรวมทั้งความสอดคล้องในเรื่องความคิดเห็นเป็นอย่างดี

5. ประหยัดเวลา เพราะเทคนิคเดลฟายใช้เวลาเพียงระยะสั้นคือ ถ้าให้เวลาผู้เชี่ยวชาญตอบคำถามโดยเฉลี่ยรอบละ 2 สัปดาห์นับจากวันที่ส่งคำถามไป จนกระทั่งได้รับคำตอบกลับคืนมาประมาณ 2 - 3 เดือนก็เขียนรายงานผลการวิจัยได้

6. วิเคราะห์ง่าย เพราะใช้สถิติพื้นฐานง่ายๆ ได้แก่ ค่ามัธยฐาน ฐานนิยม ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์

7. ใช้ในการวิจัยได้กว้างขวางทุกข่างาน เพราะบทบาทที่สำคัญของเดลฟายคือ การระบุข้อสันนิษฐานในปัจจุบันเกี่ยวกับการพัฒนาการที่จะเกิดขึ้นในอนาคตโดยการใช้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เลือกมาเป็นอย่างดี เราจะพบว่า ความรู้ใหม่ๆ และข้อสันนิษฐานร่วมกันจะปรากฏขึ้นมาด้วยวิธีการสังเคราะห์ของ "โลกทัศน์" หรือ "การสร้างความจริง" และจะนำไปสู่วิธีการศึกษาที่เปิดกว้างขึ้นต่อการแก้ปัญหามากกว่าวิธีการที่ผ่านมา

#### 7.11 ข้อจำกัดของเทคนิคเดลฟาย

1. ผลการวิจัยอาจขาดความน่าเชื่อถือหรือมีความคลาดเคลื่อนได้ หากผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการเลือกไม่ได้เป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถทางด้านนั้นๆ อย่างแท้จริง

2. การเลือกแบบเทคนิคเดลฟาย อาศัยข้อมูลจากการรวบรวมความสอดคล้องของความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ โดยเชื่อว่า ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนให้ความเห็นอย่างไม่มีอคติและจะต้องเข้าใจประเด็นปัญหาโดยส่วนรวม และข้อความในแบบสอบถามแต่ละข้อตรงกัน จึงจำเป็นต้องแสวงหากลยุทธ์เพื่อสร้างความเข้าใจให้ตรงกันก่อน มิฉะนั้นผลการวิจัยอาจจะไม่น่าเชื่อถือเพราะความคิดเห็นที่ได้มานั้นเป็นการเดามากกว่าการพิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบ นอกจากนี้หากลักษณะของการวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อทำนายเหตุการณ์ในอนาคต ต้องระมัดระวังคำตอบที่ได้รับ ต้องไม่ใช้การแสดงความหวังหรืออุดมคติของผู้ตอบเกี่ยวกับประเด็นที่ศึกษานั้น

3. เมื่อใช้การวิจัยแบบเทคนิคเดลฟายเพื่อการทำนายเหตุการณ์ในอนาคต การกำหนดระยะเวลาของการทำนายใกล้หรือไกลเกินไปอาจทำให้ผู้เชี่ยวชาญทำนายได้ด้วยความลำบากและเกิดความคลาดเคลื่อนได้ Gordon and Helmer (1965 อ้างถึงใน กรรณิการ์ เจิมเทียนชัย, 2529) ได้เสนอว่าช่วงเวลาของการทำนายอนาคตอยู่ในช่วงเวลา 10 - 15 ปี

4. การที่ต้องใช้การถามย้ำหลายรอบ ตามกระบวนการวิจัยนั้น อาจทำให้ผู้เชี่ยวชาญเกิดความเบื่อหน่ายและไม่เต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัยอย่างแท้จริงโดยตลอด

5. ผู้ทำการวิจัยขาดความรอบคอบ มีความลำเอียงในการพิจารณาวิเคราะห์คำตอบที่ได้ในแต่ละรอบ

6. เนื่องจากมีการส่งแบบสอบถามหลายรอบ อาจมีการสูญหายของแบบสอบถามหรือไม่ได้รับคำตอบกลับคืนมา

จะเห็นได้ว่า คุณค่าของเทคนิคเดลฟายอยู่ที่การเห็นพ้องต้องกันและความสอดคล้องกันของความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เพื่อที่จะชี้ให้เห็นถึงความคาดหวัง การวาดภาพอนาคต หรือประเมินสภาพในปัจจุบันกับความรู้ต่างๆ ที่มีอยู่ในปัจจุบันและถ้าไม่มีความเห็นพ้องต้องกันก็สามารถชี้ให้เห็นถึงความขัดแย้งหรือสภาพปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ (วิทิต คชชาญ, 2536) ด้วยเหตุผลดังกล่าว ประกอบกับยังไม่มีการศึกษาหรือรายงานเกี่ยวกับสมรรถนะผู้นำของบัณฑิตพยาบาล ผู้วิจัยจึงเลือกใช้เทคนิคเดลฟายในการทำวิจัยเรื่อง "ศึกษาสมรรถนะภาวะผู้นำที่พึงประสงค์ของบัณฑิตสาขาพยาบาลศาสตร์" ผลจากการวิจัยสามารถนำไปเป็นแนวทางให้สถาบันการศึกษาพยาบาลกำหนดนโยบายและวางแผนการจัดการเรียนการสอน เพื่อให้บัณฑิตพยาบาลสำเร็จการศึกษาเป็นบัณฑิตพยาบาลที่มีสมรรถนะภาวะผู้นำ สามารถให้บริการด้านสุขภาพอนามัยได้เหมาะสมกับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

