

การพัฒนาขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล



นางสาวสุรางคินี วนวงศ์ไทย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2557

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE DEVELOPMENT OF COVERAGE PROMOTING NURSES' LEADERSHIP
IN DISASTER MANAGEMENT

Miss Surangkhonee Wanawongthai



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Administration

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2014

Copyright of Chulalongkorn University

| | |
|---------------------------------|--|
| หัวข้อวิทยานิพนธ์ | การพัฒนาขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล |
| โดย | นางสาวสุรางคินี วนวงศ์ไทย |
| สาขาวิชา | การบริหารการพยาบาล |
| อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช |

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โปธิสาร)

สุรางคินี วนวงศ์ไทย : การพัฒนาขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล (THE DEVELOPMENT OF COVERAGE PROMOTING NURSES' LEADERSHIP IN DISASTER MANAGEMENT) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช, 201 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลโดยใช้เทคนิคเดลฟาย และศึกษาความเป็นไปได้ของขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลเป็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์การทำงานด้านสาธารณสุขจำนวน 23 คน ประกอบด้วย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้านนโยบายการจัดการสาธารณสุข 2 คน นักวิชาการ/อาจารย์พยาบาล 7 คน ผู้บริหารการพยาบาล 8 คน และผู้ปฏิบัติการพยาบาล 6 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น รอบที่ 1 เป็นแบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างชนิดปลายเปิด รอบที่ 2 และรอบที่ 3 เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และเครื่องมือประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล โดยสอบถามนักวิชาการ/อาจารย์พยาบาล และผู้บริหารจำนวน 5 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่าภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล ตามความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย 3 ด้านหลัก 52 ข้อรายการ ดังนี้ ด้านที่ 1 ความรู้ในการจัดการสาธารณสุข ประกอบด้วย 3 ด้านรอง มี 12 ข้อรายการ ได้แก่ 1) ความรู้ด้านสาธารณสุข 2) ความรู้ด้านการพยาบาลฉุกเฉิน และ 3) ความรู้ทั่วไป ด้านที่ 2 การจัดการสาธารณสุข แบ่งเป็น 4 ระยะ มี 22 ข้อรายการ ได้แก่ 1) ระยะการป้องกันและลดความเสี่ยง 2) ระยะการเตรียมพร้อม 3) ระยะรับสาธารณสุข และ 4) ระยะการฟื้นฟูภายหลังเกิดสาธารณสุข ด้านที่ 3 กลยุทธ์การนำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล ประกอบด้วย 5 ด้านรอง มี 18 ข้อรายการ ได้แก่ 1) การสื่อสาร 2) การประสานงาน 3) การตัดสินใจ 4) การทำงานเป็นทีม และ 5) การแก้ปัญหา

ผลการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล พบว่าขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล มีความเป็นไปได้ในระดับมากที่สุด 5 ด้าน มี 25 ข้อรายการ ดังนี้ 1) ความรู้ด้านสาธารณสุข 2) บทบาทพยาบาลในการจัดการสาธารณสุขทั้ง 4 ระยะ 3) ความรู้ด้านการพยาบาลฉุกเฉิน 4) กลยุทธ์การนำของพยาบาลในการจัดการสาธารณสุข และ 5) การฝึกสถานการณ์จำลองบนโต๊ะ

สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล

ปีการศึกษา 2557

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5477326136 : MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEYWORDS: LEADERSHIP / DISASTER NURSING

SURANGKHINEE WANAWONGTHAI: THE DEVELOPMENT OF COVERAGE PROMOTING NURSES' LEADERSHIP IN DISASTER MANAGEMENT. ADVISOR: ASST. PROF. SUVINEE WIVATVANIT, Ph.D., 201 pp.

The purposes of this research were to study nursing leadership in disaster management by using Delphi technique and to test feasibility of coverage nurses' leadership in disaster management. Twenty three experts in disaster management field are 2 experts involved in disaster management policy, 7 academics or nursing instructors, 8 nursing administrators and 6 clinical practice nurses. The instruments were developed by researcher. The instruments were consisted of semi-structured open-ended questionnaires/interview in first round, the second and third round using questionnaire with 5 scale rating scores. The feasibility of using the coverage promoting nurses' leadership in disaster management was tested by 5 experts, nursing instructors and nursing administrators. The statistical tools for data analysis were median and interquartile range, mean and standard deviation.

The results revealed that the experts had a common agreement on nurses' leadership in disaster management in 3 domains, 52 items. First domain, knowledge of disaster management, consisted of 3 sub-domains, 12 items including 1) basic knowledge about disaster 2) knowledge of emergency care and 3) general knowledge. Second domain, disaster management, consisted of 4 phases, 22 items including 1) preventive and mitigation phase 2) preparedness phase 3) response phase and 4) recovery phase. Third domain, strategic leadership of nurse in disaster management, consisted of 5 sub-domains, 18 items including 1) communication 2) coordination 3) decision making 4) team working and 5) problem solving.

The feasibility in using of coverage promoting nurses' leadership in disaster management revealed that this coverage has 5 sub-domains, 25 items at high feasibility. The sub-domains included 1) basic knowledge about disaster 2) role of nurse in 4 phases of disaster management 3) knowledge of emergency care 4) strategic leadership of nurse in disaster management and 5) table top exercise of disaster management.

Field of Study: Nursing Administration

Student's Signature

Academic Year: 2014

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช ที่ได้กรุณาสละเวลาอันมีค่าทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการที่ให้คำปรึกษา คำแนะนำ และชี้แนะแนวทางอันเป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่และด้วยความห่วงใย ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจในความกรุณาที่อาจารย์มอบให้ตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี ประธานคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โปธิสาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อคิดและแนวทางปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ที่เป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาการศึกษา

ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าในการให้สัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามรวมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณครอบครัวที่คอยให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนตลอดระยะเวลาการศึกษา ขอขอบคุณเพื่อนนิสิตทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือมาโดยตลอด และพี่ๆ น้องๆ เพื่อนร่วมงานในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ที่ให้คำแนะนำ สนับสนุน เป็นกำลังใจในการศึกษาครั้งนี้ คุณค่าของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบเป็นคุณความดีแก่ทุกท่านที่มีส่วนร่วมสนับสนุนให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี

สารบัญ

หน้า

| | |
|--|----|
| บทคัดย่อภาษาไทย..... | ง |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... | จ |
| กิตติกรรมประกาศ..... | ฉ |
| สารบัญ..... | ช |
| สารบัญตาราง..... | ฅ |
| สารบัญภาพ | ญ |
| บทที่ 1 บทนำ | 11 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา | 11 |
| วัตถุประสงค์การวิจัย | 16 |
| ขอบเขตการวิจัย | 16 |
| คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย | 17 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... | 19 |
| บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 20 |
| 1. พยาบาลกับการจัดการสาธารณสุข | 21 |
| 2. ภาวะผู้นำของพยาบาล..... | 37 |
| 3. เทคนิคเดลฟาย | 57 |
| 4. แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินความเป็นไปได้..... | 62 |
| 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 65 |
| 6. กรอบแนวคิดการวิจัย | 69 |
| บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย | 71 |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง | 71 |
| ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย | 73 |

| | |
|---|-----|
| การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ..... | 83 |
| การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง..... | 85 |
| บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... | 88 |
| บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล ข้อเสนอแนะ..... | 108 |
| สรุปผลการวิจัย..... | 109 |
| อภิปรายผลการวิจัย..... | 115 |
| ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้..... | 128 |
| ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป..... | 128 |
| รายการอ้างอิง..... | 129 |
| ภาคผนวก..... | 137 |
| ภาคผนวก ก รายนามและประวัติผู้เชี่ยวชาญ..... | 138 |
| ภาคผนวก ข ตัวอย่างหนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญ..... | 166 |
| ภาคผนวก ค เอกสารพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย..... | 168 |
| ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... | 170 |
| ภาคผนวก จ ตารางแสดงเหตุผลในการตอบนอกพิสัยระหว่างควอไทล์..... | 189 |
| ภาคผนวก ฉ ตารางแสดงการเปลี่ยนแปลงข้อมูลของผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 3..... | 195 |
| ภาคผนวก ช ขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล และตารางแสดงข้อเสนอแนะ ในการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้..... | 197 |
| ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... | 201 |

สารบัญตาราง

| | |
|---|-----|
| ตารางที่ 1 การสังเคราะห์วรรณกรรมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล..... | 55 |
| ตารางที่ 2 การลดลงของความคลาดเคลื่อนและจำนวนผู้เชี่ยวชาญ..... | 59 |
| ตารางที่ 3 จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมการวิจัยในแต่ละรอบ..... | 72 |
| ตารางที่ 4 ภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล จำแนกเป็นรายด้านเปรียบเทียบผล การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 และรอบที่ 3..... | 90 |
| ตารางที่ 5 ภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล ด้านความรู้ในการจัดการสาธารณสุข เปรียบเทียบผลวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 และรอบที่ 3..... | 91 |
| ตารางที่ 6 ภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล ด้านการจัดการสาธารณสุข เปรียบเทียบผลวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 และรอบที่ 3..... | 93 |
| ตารางที่ 7 ภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล ด้านกลยุทธ์การนำของพยาบาล ใน การจัดการสาธารณสุข เปรียบเทียบผลวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 และรอบที่ 3..... | 97 |
| ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย (X) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับความเป็นไปได้ในการ นำไปใช้ของขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของ พยาบาล..... | 104 |

สารบัญภาพ

| | |
|---|----|
| ภาพที่ 1 วงจรการเกิดสาธารณภัยและการจัดการสาธารณภัย (Disaster Cycle and Disaster Management) | 24 |
| ภาพที่ 2 ICN Framework of Disaster Nursing Competencies | 30 |
| ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย | 70 |
| ภาพที่ 4 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย | 87 |



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา สาธารณภัย (Disaster) ทั่วโลกมีแนวโน้มที่จะเกิดเพิ่มจำนวนมากและทวีความรุนแรงมากขึ้นทั้งภัยธรรมชาติ ภัยที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์ และภัยจากเทคโนโลยีในรูปแบบต่างๆ ในอนาคตการเกิดสาธารณภัยและผลกระทบต่างๆ จะทวีความรุนแรงมากขึ้นเนื่องจากการขยายตัวของประชากร (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2554) จากรายงานของ World Population Prospects (United Nations, 2013) พบว่าปัจจุบันจำนวนประชากรโลกมีมากถึง 7,200 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2593 ประชากรโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 9,600 ล้านคน จากการเพิ่มขึ้นของประชากรดังกล่าวจะทำให้ความต้องการความจำเป็นพื้นฐาน เช่น อาหาร น้ำ พลังงาน ที่อยู่อาศัย และปัจจัยอื่นๆ ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตจะมีความต้องการเพิ่มสูงขึ้น จึงมีสิ่งขับเคลื่อนที่สำคัญในการตอบสนองความต้องการดังกล่าว ได้แก่ ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี การเติบโตทางเศรษฐกิจ อุตสาหกรรม การค้า การลงทุน เป็นต้น สิ่งขับเคลื่อนเหล่านี้จะเป็นตัวเร่งให้เกิดการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างรวดเร็ว เป็นเหตุให้มีการสูญเสียทรัพยากรและระบบนิเวศถูกทำลายอย่างต่อเนื่อง (กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย, 2554)

สาธารณภัยที่สำคัญที่เกิดขึ้นในโลกหลายเหตุการณ์ เช่นในปี พ.ศ. 2551 มีสาธารณภัยที่ร้ายแรงเกิดขึ้น 2 เหตุการณ์คือ พายุไซโคลนนาเกสที่พัดถล่มประเทศพม่าส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตมากกว่า 20,000 คนและมีผู้สูญหายมากกว่า 40,000 คน และเหตุการณ์แผ่นดินไหวที่ประเทศจีน ทำให้ประชาชนสูญหายและเสียชีวิตมากกว่า 225,000 คน (International Federation of Red cross and Red Crescent Societies, 2009 อ้างถึงใน วรวรรณ์ ทิพย์วาริรมย์, 2555) ในปี พ.ศ. 2552 มี 3 สาธารณภัยที่เกิดขึ้นภายใน 1 สัปดาห์ได้แก่ การเกิดสึนามิที่เกาะซามัว แผ่นดินไหวที่ประเทศอินโดนีเซียและพายุไต้ฝุ่นเข้าที่ประเทศฟิลิปปินส์และประเทศเวียดนาม ซึ่งมีผู้เสียชีวิตจาก 3 เหตุการณ์มากกว่า 1,000 คน ผู้ไร้ที่อยู่อาศัยมากกว่า 100,000 คน มูลค่าความเสียหายหลายล้านเหรียญสหรัฐ (Thomson Reuter Foundation, 2009 อ้างถึง ในวรวรรณ์ ทิพย์วาริรมย์, 2555) วันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2553 เกิดแผ่นดินไหวที่ประเทศเฮติความรุนแรง 7.0 ริกเตอร์ ประมาณการว่ามีผู้บาดเจ็บ 300,000 คน ผู้เสียชีวิตกว่า 200,000 คน (Elizabeth Sloand et al, 2012) ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2554 เกิดแผ่นดินไหวความรุนแรง 8.9 ริกเตอร์ทำให้เกิดคลื่นยักษ์สึนามิพัดถล่มชายฝั่งในเขตโทโฮกุของเกาะฮอนชูซึ่งเป็นเกาะใหญ่ที่สุดของประเทศญี่ปุ่น ทำให้มีผู้เสียชีวิตมากกว่า 11,168

คนและมีผู้สูญหายมากกว่า 16,407 มูลค่าความเสียหายครั้งนี้คิดเป็น 309,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ และสึนามิในครั้งนี้ส่งผลให้โรงไฟฟ้าพลังงานนิวเคลียร์ฟูกูชิมะมีสารกัมมันตรังสีรั่วไหลส่งผลกระทบต่อสุขภาพ คุณภาพชีวิตของประชาชนและสิ่งแวดล้อม (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2554 ; Masaru Nohara, 2011) และครั้งล่าสุดคือวันที่ 25 เมษายน พ.ศ. 2558 เกิดเหตุการณ์แผ่นดินไหวขนาด 7.8 ที่ประเทศเนปาล โดยมีจุดศูนย์กลางอยู่ไปทางตะวันตกของกรุงกาฐมาณฑุ ทำให้มีผู้เสียชีวิตมากกว่า 8,000 ราย บาดเจ็บมากกว่า 17,800 รายและคาดว่ามิประชาชน 8 ล้านคนจาก 30 ล้านคนได้รับผลกระทบจากแผ่นดินไหวครั้งนี้ (สุทธิศักดิ์ศรีลัมพ์, 2558 ; Viroj Wiwanitkit, 2015) จากการรวบรวมสถิติเกี่ยวกับผลกระทบจากสาธารณภัยทั่วโลกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535-2555 ของสำนักงานเพื่อการลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติแห่งสหประชาชาติ (UNISDR) พบว่าประชากรทั่วโลกได้รับผลกระทบจากสาธารณภัยจำนวน 4.4 พันล้านคน (64 % ของประชากรทั้งหมด) โดยมีประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีนมีประชากรได้รับผลกระทบสูงที่สุดกว่า 2,500 ล้านคน ตามด้วยประเทศอินเดีย บังคลาเทศ ฟิลิปปินส์ และไทยตามลำดับ และมีการจัดอันดับประเทศที่ได้รับ ความเสียหายทางเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากสาธารณภัยพบว่า ประเทศสหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น และสาธารณรัฐประชาชนจีน ได้รับความเสียหายทางเศรษฐกิจมากที่สุด 3 อันดับแรกตามลำดับ โดยประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 4 มูลค่าความเสียหายทางเศรษฐกิจคือ 135 หมื่นล้านบาท (กระทรวงมหาดไทย กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, 2556)

ประเทศไทยในทศวรรษที่ผ่านมา ได้เผชิญกับสาธารณภัยบ่อยครั้งและมีความรุนแรงมากขึ้น เนื่องจากการพัฒนาประเทศเน้นการเติบโตด้านเศรษฐกิจทำให้นิคมอุตสาหกรรมขยายตัวเพิ่มขึ้นและผลที่ตามมาคือปัญหาสิ่งแวดล้อมและภาวะโลกร้อนจากการปล่อยก๊าซเรือนกระจก (Greenhouse gases) สาธารณภัยทางธรรมชาติที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งในระยะหลังคาดว่าเป็นผลกระทบมาจากภาวะโลกร้อน โดยสาธารณภัยที่มีความรุนแรงมากที่สุดคือกรณีคลื่นยักษ์สึนามิในทะเลอันดามันเมื่อวันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ. 2547 ประเทศไทยได้รับผลกระทบ 6 จังหวัดชายฝั่งทะเลอันดามัน คือ จังหวัดพังงา กระบี่ ระนอง ภูเก็ต ตรัง และสตูล มีผู้เสียชีวิตทั้งชาวไทยและชาวต่างประเทศมากกว่า 5,000 คน มูลค่าความเสียหายประมาณ 14,491 ล้านบาท (กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย, 2554) และในปี พ.ศ. 2554 เกิดมหาอุทกภัยน้ำท่วมใหญ่ครอบคลุม 65 จังหวัด ตั้งแต่เชียงใหม่จรดกรุงเทพมหานครสร้างความเดือดร้อนให้ประชาชน 12 ล้านคน เศรษฐกิจสูญเสีย 1.425 ล้านล้านบาท โดยที่ธนาคารโลกจัดอันดับความเสียหายทางเศรษฐกิจเป็นอันดับ 4 ของโลกรองจากแผ่นดินไหวและสึนามิในญี่ปุ่นปี 2554, แผ่นดินไหวในโกเบปี 2538 และเฮอริเคนแคทรีน่าปี 2548 (ไพบูลย์ สุริยวงษ์ไพศาลและสำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555) บริษัทแมเปิลครอฟท์ (Maplecroft) ทำการวิเคราะห์ความเสี่ยงจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ พ.ศ. 2554 พบว่าประเทศไทยติดอันดับที่ 37 ของประเทศที่มีความเสี่ยงต่อภัยจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

และจากรายงานประจำปี พ.ศ. 2556 ว่าด้วยดัชนีความเปราะบางต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Climate Change Vulnerability Index) ได้จัดลำดับเมืองที่มีความเสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศมากที่สุดปรากฏว่ากรุงเทพมหานครติดอันดับที่ 3 ของโลก และจัดอยู่ในระดับที่มีความเสี่ยงสูงมาก (Extreme) รองจากเมืองธากาประเทศบังคลาเทศ และเมืองมะนิลาประเทศฟิลิปปินส์ ซึ่งอยู่ในอันดับที่ 1 และ 2 ตามลำดับ (กระทรวงมหาดไทย กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, 2556) สาธารณภัยเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมขึ้นอยู่กับขนาดและระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น เช่น ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ชีวิตและทรัพย์สิน ความเป็นอยู่ของประชาชน การเกิดโรคระบาด รวมถึงความเสียหายในภาพรวมทางเศรษฐกิจของประเทศ การสื่อสารการคมนาคม การลงทุน และแผนการพัฒนาของประเทศ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ที่สำคัญคือส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้ประสบภัย (กำไลรัตน์ เียนสุจิตร์, 2553) โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะเครียดหลังเกิดสาธารณภัย (Post-traumatic stress disorder: PTSD) จากการสูญเสียบุคคลในครอบครัว สูญเสียบ้าน และทรัพย์สินจากเหตุการณ์สาธารณภัย จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่อาจนำไปสู่การคิดฆ่าตัวตายได้ (Veenama, 2013)

ด้วยความตระหนักในผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากสถานการณ์สาธารณภัย ทำให้ทั่วโลกตื่นตัวในการค้นหาแนวทางเพื่อลดโอกาสในการเกิดผลกระทบ จากการตั้งรับและรอแก้ไขปัญหาหรือเยียวยาผลกระทบที่เกิดขึ้นมาสู่การเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับสาธารณภัยที่อาจจะเกิดขึ้น จึงเกิดแนวคิดในการปฏิบัติการเพื่อลดความเสี่ยงจากสาธารณภัยขึ้น (Disaster Risk Reduction: DRR) ในระดับสากลได้มีการจัดทำกรอบการดำเนินงานเพื่อเป็นแนวทางในการจัดการและลดความเสี่ยงจากสาธารณภัย ซึ่งเป็นที่รู้จักในนามกรอบการดำเนินงานเฮียวโกะ (Hyogo Framework for Action: HFA) มีระยะเวลาดำเนินการ 10 ปี (พ.ศ. 2548 - 2558) และกรอบการดำเนินงานในระดับภูมิภาคอาเซียนว่าด้วยการจัดการสาธารณภัยและการตอบโต้สถานการณ์ฉุกเฉิน (ASEAN Agreement on Disaster Management and Emergency Response: AADMER) มีระยะเวลาดำเนินการ 6 ปี (พ.ศ. 2553 - 2558) นอกจากความร่วมมือในระดับสากลและระดับภูมิภาคแล้ว ประเทศไทยได้ดำเนินการจัดการและลดความเสี่ยงจากสาธารณภัยภายในประเทศ โดยการตราพระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2550 กำหนดให้กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย (ปภ.) ภายใต้สังกัดกระทรวงมหาดไทยเป็นหน่วยงานหลักมีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดการสาธารณภัยของประเทศ (กระทรวงมหาดไทย กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, 2556) ประเทศไทยยังได้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการลดความเสี่ยงจากสาธารณภัยแห่งชาติในเชิงยุทธศาสตร์พ.ศ. 2553 - 2562 (Strategic National Action Plan (SNAP) on Disaster Risk Reduction for Thailand) ตามกรอบการดำเนินงานของ HFA โดยมีกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย (ปภ.) เป็นหน่วยงานหลัก

ร่วมด้วยกระทรวงสาธารณสุข สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ หน่วยงานราชการฝ่ายกองทัพ หน่วยงานรัฐวิสาหกิจและหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัด อำเภอ/กิ่งอำเภอ กรุงเทพมหานครและเขตภาคเอกชนและองค์กรต่างๆ องค์กรนอกภาครัฐ (NGOs) และมูลนิธิการกุศล สถาบันการศึกษา และชุมชนต่างๆ โดยมีการร่วมมือกันในทุกภาคส่วนเพื่อกำหนดแนวทางในการปฏิบัติงานสำหรับการลดความเสี่ยงจากสาธารณภัยทั้งในระยะก่อนเกิด ขณะเกิด และหลังเกิด สาธารณภัย (กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย, 2554) ในการจัดการ สาธารณภัย กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่รับผิดชอบในขอบเขตการบริการทาง การแพทย์และสาธารณสุข และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพที่มีสัดส่วนมากที่สุดในระบบบริการสุขภาพ ของประเทศคือพยาบาล โดยกระจายตัวอยู่ในหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับตั้งแต่ระดับตำบลถึงระดับ จังหวัด (สภาการพยาบาล, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลในการจัดการสาธารณภัยพบว่าตลอด ช่วงเวลาที่เกิดสาธารณภัยพยาบาลจะเข้าไปมีส่วนร่วมในทุกระยะ บทบาทของพยาบาลที่เห็นได้ชัดใน เรื่องการจัดการสาธารณภัยคือในระยะเกิดสาธารณภัยซึ่งเป็นระยะที่การช่วยชีวิตและการรักษาเป็น สิ่งจำเป็นอันดับแรก (Veenama, 2013) องค์การอนามัยโลก (WHO) และสภาการพยาบาลสากล (ICN) ให้ความสำคัญแก่พยาบาลเพราะเป็นบุคลากรที่มีจำนวนมากที่สุดในกลุ่มบุคลากรวิชาชีพด้าน สุขภาพ และมีบทบาทสำคัญในสถานการณ์สาธารณภัย คือเป็นผู้ตอบสนองต่อสถานการณ์ สาธารณภัยเป็นลำดับแรก ทำหน้าที่คัดกรองและให้บริการพยาบาล ประสานการดูแล ให้ข้อมูลและ ให้คำปรึกษา ดังนั้นการที่พยาบาลจะทำหน้าที่ให้ประสบความสำเร็จได้ด้วยดีพยาบาลจะต้องมี สมรรถนะพื้นฐานในการพยาบาลสาธารณภัย ประกอบด้วยสมรรถนะในการป้องกันและลดความเสี่ยง (Prevention/Mitigation Competencies) สมรรถนะในการเตรียมพร้อม (Preparedness Competencies) สมรรถนะในการรับมือเมื่อเกิดสาธารณภัย (Response Competencies) และ สมรรถนะในการฟื้นฟูภายหลังการเกิดสาธารณภัย (Recovery Competencies) (WHO and ICN, 2009) ในประเทศไทยสภาการพยาบาลได้ตระหนักถึงการเตรียมความพร้อมให้กับพยาบาลเพื่อพัฒนา ให้มีทักษะเฉพาะทางในการเตรียมรับมือกับสาธารณภัย โดยกำหนดแผนพัฒนาสมรรถนะพยาบาล ด้านการรับมือภัยพิบัติไว้ในแผนพัฒนาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2555 - 2559) ซึ่งเป็นแนวทางในการกำหนดสมรรถนะเฉพาะทางและการพัฒนาหลักสูตรในระดับปริญญาตรี หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง หลักสูตรฝึกอบรม เป็นต้น (สภาการพยาบาล, 2555) การพยาบาล สาธารณภัยเป็นการพยาบาลที่ต้องนำความรู้และทักษะทางการพยาบาลทั่วไปและการพยาบาล ฉุกเฉินมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์สาธารณภัย (วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และ สมจินดา ชมพูนุท, 2557) ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาและมีทรัพยากรที่จำกัด ต้องเปลี่ยนจากการดูแลผู้ป่วยแต่ ละรายเป็นการดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก พยาบาลจึงต้องสามารถปรับวิธีการทำงานให้เข้ากับสาธารณภัย

ในแต่ละเหตุการณ์ นอกจากนั้นการทำงานในสถานการณสาธารณสุขพยาบาลต้องทำงานร่วมกับบุคลากรจากองค์กรต่างๆ เพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัย (Veenama, 2013) พยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขจึงต้องมีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการเป็นผู้นำที่ดีประกอบด้วยทักษะในการเป็นผู้ประสานงาน การตัดสินใจ สามารถประเมินปัญหาและแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างเหมาะสม ทั้งในระยะก่อนเกิดสาธารณสุข ระยะเวลาเกิดสาธารณสุข และระยะหลังเกิดสาธารณสุข (วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และ สมจินดา ชมพูนุท, 2557)

การทำงานภายใต้สถานการณ์สาธารณสุขซึ่งเป็นเหตุการณ์ฉุกเฉิน สร้างความกดดันและความเครียดอย่างมากส่งผลให้เกิดปัญหาความขัดแย้งระหว่างการปฏิบัติงาน พยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขจะต้องใช้ความรู้ ความสามารถ ความชำนาญ และประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะความสามารถในด้านภาวะผู้นำ เนื่องจากการดูแลช่วยเหลือผู้ประสบภัยไม่สามารถปฏิบัติงานได้ด้วยพยาบาลเพียงคนเดียว จำเป็นต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมที่เข้มแข็งในการปฏิบัติงานร่วมกัน เพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัยและครอบครัวให้ได้รับความปลอดภัย (ปรารณายามานนท์, 2550) สาธารณภัยเป็นสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงทั้งกับตนเอง เพื่อนร่วมงานและผู้ประสบภัย ผู้ที่เข้าไปช่วยเหลือจะต้องมีความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ภายใต้สถานการณ์ความกดดันต่างๆ สามารถรับผิดชอบต่องานในหน้าที่ของตนเองและยังเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ร่วมงานได้ (พรพิมล รักษาแก้ว, 2548) ส่วนประกอบสำคัญที่ทำให้การจัดการสาธารณสุขเป็นไปอย่างราบรื่นและลดความสูญเสียของผู้ประสบภัยที่อาจเกิดขึ้นคือการมีหัวหน้าทีมที่มีประสบการณ์ซึ่งจะทำให้มีศักยภาพในการตัดสินใจและการจัดแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกในทีม (วิระดา แสงศรี, 2550) พยาบาลที่มีทักษะภาวะผู้นำ มีความรู้ และมีประสบการณ์ในการบริหารจัดการสาธารณสุขในอนาคตจะสามารถเป็นผู้นำทีมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Power and Daily, 2010) การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลในการจัดการสาธารณสุขเป็นการศึกษาการจัดการสาธารณสุขในระยะต่างๆ รวมถึงประสบการณ์ของพยาบาลในการจัดการสาธารณสุขในสถานการณ์ที่แตกต่างกันตามบริบทพื้นที่เสี่ยงภัย ทำให้ทราบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขควรมีคุณลักษณะผู้นำประกอบด้วยความสามารถในการปฏิบัติงาน บุคลิกภาพ และด้านสติปัญญา ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้การทำงานบรรลุเป้าหมาย (Marquis and Huston, 2012) ภาวะผู้นำเป็นศิลปะทางการปฏิบัติสามารถฝึกหัดและเรียนรู้ได้โดยการศึกษาและนำมาปรับปรุงพัฒนาตนเอง (นิตยา ศรีญาณลักษณ์ , 2545)

การให้บริการพยาบาลด้านสาธารณสุข พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม ปัจจุบันจึงมีหลักสูตรฝึกอบรมสำหรับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข เนื้อหาของหลักสูตรประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับนโยบายและแผนการเตรียมความพร้อม สถานการณ์และแนวโน้มการเกิดสาธารณสุข บทบาทและสมรรถนะด้านการจัดการสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ฝึกอบรมมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องดังกล่าว กิจกรรม

การเรียนการสอนมีทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เช่น การฝึกอบรมหลักสูตรการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพและสาธารณสุขด้านสาธารณสุขฉุกเฉิน จัดโดยคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยคริสเตียน การอบรมฟื้นฟูวิชาการเรื่องการพยาบาลเวชปฏิบัติทันยุค จัดโดยคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าคุณลักษณะบทบาทผู้นำของพยาบาลมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข แต่เนื้อหาในหลักสูตรฝึกอบรมต่างๆ ยังไม่มีการกำหนดหัวข้อในการบรรยายเรื่องภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลและนำเสนอเป็นขอบเขตเนื้อหาสำหรับพัฒนาศักยภาพของบุคลากรพยาบาล เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ขององค์กรพยาบาล ในเรื่องการพัฒนาความรู้ ความสามารถ และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2551)

จากเหตุผลที่กล่าวมาผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล โดยใช้แนวคิดภาวะผู้นำของ Marquis and Huston (2012) และการจัดการสาธารณสุขของสภากาชาดสากล (WHO and ICN, 2009) เป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล
2. เพื่อกำหนดขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล
3. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล

ขอบเขตการวิจัย

1. ประชากรในการศึกษาภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) คือ ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์การจัดการสาธารณสุขประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านนโยบาย ด้านการศึกษาพยาบาล ด้านบริหารการพยาบาล และด้านการพยาบาลสาธารณสุข ประชากรในการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลไปใช้ คือ อาจารย์/นักวิชาการด้านการพยาบาลสาธารณสุขและผู้บริหารการพยาบาล

2. ตัวแปรที่ศึกษา คือ ภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุข และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. **ภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุข** หมายถึง ความรู้ ความสามารถในการจัดการสาธารณสุขซึ่งเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นวงจร โดยมีสาเหตุเกิดจากธรรมชาติ การกระทำของมนุษย์ ก่อให้เกิดความเสียหายต่อชีวิต ทรัพย์สินและสิ่งแวดล้อม เกินขีดความสามารถของชุมชนในการรับมือ ต้องมีการระดมทรัพยากรจากหน่วยงานภายนอกเพื่อให้ความช่วยเหลืออย่างรีบด่วน และกลยุทธ์การนำของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ในการศึกษาค้างนี้ ใช้แนวคิดภาวะผู้นำของ Marquis and Huston (2012) ร่วมกับการจัดการสาธารณสุขของสภาการพยาบาลสากล (WHO and ICN, 2009) ประกอบด้วย

1.1 **ความรู้ในการจัดการสาธารณสุข** หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับความหมายของสาธารณสุข การแบ่งประเภทของสาธารณสุข วงจรการเกิดและการจัดการสาธารณสุข นโยบายและแผนการจัดการสาธารณสุข ความรู้ด้านการพยาบาลฉุกเฉิน และความรู้ทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข

1.2 **ความสามารถในการจัดการสาธารณสุข** หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติงานโดยสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการจัดการสาธารณสุข ได้แก่ การจัดการในระยะป้องกันและลดความเสี่ยง การจัดการในระยะเตรียมพร้อม การจัดการในระยะรับมือเมื่อเกิดสาธารณสุข และการจัดการในระยะฟื้นฟูหลังเกิดสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข แบ่งการจัดการสาธารณสุขเป็น 4 ระยะ ประกอบด้วย

1.2.1 **การจัดการในระยะป้องกันและลดความเสี่ยง** หมายถึง การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพก่อนเกิดสาธารณสุขเพื่อบรรเทาผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากสาธารณสุข โดยการวิเคราะห์ความเสี่ยงและประเมินกลุ่มเสี่ยง จัดทำแผนรับสาธารณสุข

1.2.2 **การจัดการในระยะเตรียมพร้อม** หมายถึง การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพก่อนเกิดสาธารณสุขในการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับสาธารณสุข โดยวางแผนเตรียมทรัพยากร กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากร/หน่วยงาน พัฒนาสมรรถนะด้านสาธารณสุขของบุคลากรทางการพยาบาล และฝึกซ้อมแผนรับสาธารณสุข

1.2.3 **การจัดการในระยะรับมือเมื่อเกิดสาธารณสุข** หมายถึง การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในขณะเกิดสาธารณสุขได้อย่างทันที่วงที่ โดยการปฐมพยาบาล

เบื้องต้น การคัดแยกประเภทผู้บาดเจ็บ การช่วยฟื้นคืนชีพ การส่งต่อผู้บาดเจ็บ และการประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ

1.2.4 การจัดการในระยยะฟื้นฟูหลังเกิดสาธารณภัย หมายถึง การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหลังเกิดสาธารณภัย โดยการประเมินและฟื้นฟูระบบบริการพยาบาล ประเมินและวางแผนฟื้นฟูผู้ประสบภัย สรุปและจัดทำรายงานผลการปฏิบัติงาน

1.3 กลยุทธ์การนำในการจัดการสาธารณภัย หมายถึง ความรู้และความสามารถ และกลยุทธ์การนำ ได้แก่ การสื่อสาร การประสานงาน การตัดสินใจ การทำงานเป็นทีม และการแก้ปัญหา มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับการจัดการสาธารณภัยในแต่ละระยะ ได้แก่ ระยะป้องกันและลดความเสี่ยง ระยะเตรียมพร้อม ระยะรับมือเมื่อเกิดสาธารณภัย และระยะฟื้นฟูหลังเกิดสาธารณภัย ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณภัย กลยุทธ์การนำในการจัดการสาธารณภัย ประกอบด้วย

1.3.1 การสื่อสาร หมายถึง ความสามารถและทักษะของพยาบาลวิชาชีพ ในการติดต่อสื่อสารกับหน่วยงานภายในและภายนอก รวมถึงผู้บาดเจ็บและญาติเพื่อดำเนินการในเรื่องให้ข้อมูลข่าวสารและแผนการรักษา ในการสื่อสารแต่ละครั้งข้อมูลมีความน่าเชื่อถือและครบถ้วน สามารถประยุกต์ใช้เครื่องมือสื่อสารในสถานการณ์สาธารณภัยได้

1.3.2 การประสานงาน หมายถึง ความสามารถและทักษะของพยาบาลวิชาชีพ ในการติดต่อประสานงานระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพและหน่วยงานอื่นๆ เพื่อดำเนินการในเรื่อง การจัดทำแผนและซ้อมแผนรับสาธารณภัย การเตรียมทรัพยากร เช่น อุปกรณ์ทางการแพทย์ และเวชภัณฑ์ให้มีเพียงพอและพร้อมใช้สำหรับสถานการณ์สาธารณภัย เมื่อเกิดสาธารณภัยสามารถประสานกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อเข้าช่วยเหลือและส่งต่อผู้ประสบภัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถประสานงานกับหน่วยงานสนับสนุนเพื่อให้การฟื้นฟูผู้ประสบภัยในระยะหลังเกิดสาธารณภัย

1.3.3 การตัดสินใจ หมายถึง ความสามารถและทักษะของพยาบาลวิชาชีพ ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับมาเพื่อดำเนินการในเรื่อง ประเมินสถานการณ์สาธารณภัยและพิจารณา รายงานผู้เกี่ยวข้องในการประกาศใช้แผนรับสาธารณภัย การจัดบุคลากรปฏิบัติงานร่วมกับทีมปฏิบัติการทางการแพทย์ และสามารถตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัยได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสม เช่น การจำแนกประเภทผู้ป่วย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การช่วยฟื้นคืนชีพ และการนำส่งโรงพยาบาล

1.3.4 การทำงานเป็นทีม หมายถึง ความสามารถและทักษะของพยาบาลวิชาชีพ ในการปฏิบัติงานในสถานการณ์สาธารณภัยโดยมีความเข้าใจและแสดงบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการช่วยเหลือผู้ประสบภัย และสามารถเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ร่วมงานได้

1.3.5 การแก้ปัญหา หมายถึง ความสามารถและทักษะของพยาบาลวิชาชีพ ในการรับรู้ปัญหา สาเหตุของปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์สาธารณสุขที่เกิดขึ้น เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนและแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ เมื่อมีข้อผิดพลาดก็สามารถนำมาวิเคราะห์แก้ไขและปรับปรุงให้เข้ากับแต่ละสถานการณ์

2. ขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุข หมายถึง ข้อกำหนดและเนื้อหาในการพัฒนาภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขแก่พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติหน้าที่ช่วยเหลือผู้ประสพภัยที่ดำเนินการอย่างมีระบบและมีการกำหนดเป้าหมาย ซึ่งข้อกำหนดและเนื้อหาี้มาจากผลสรุปความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสาธารณสุข

3. ความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ หมายถึง ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสาธารณสุข ต่อการนำขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติจริง โดยให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นตามระดับความเห็นเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้องค์ประกอบภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล
2. ได้ขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล
3. เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาภาวะผู้นำของพยาบาลด้านการจัดการสาธารณสุข

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ จากเอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาสรุปเป็นสาระสำคัญโดยนำเสนอตามลำดับ ดังต่อไปนี้

1. พยาบาลกับการจัดการสาธารณสุข
 - 1.1 ความหมายของสาธารณสุข
 - 1.2 ประเภทของสาธารณสุข
 - 1.3 สาธารณภัยที่สำคัญในประเทศไทย
 - 1.4 ความหมายของการจัดการสาธารณสุข
 - 1.5 แนวคิดการจัดการสาธารณสุข
 - 1.6 บทบาทพยาบาลในการจัดการสาธารณสุข
2. ภาวะผู้นำของพยาบาล
 - 2.1 ความหมายของภาวะผู้นำ
 - 2.2 แนวคิด ทฤษฎีภาวะผู้นำ
 - 2.3 กลยุทธ์การนำ
 - 2.4 ภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล
3. เทคนิคเดลฟาย
4. แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินความเป็นไปได้
 - 4.1 แนวคิดเกี่ยวกับการประเมิน
 - 4.2 ความหมายของการประเมินความเป็นไปได้
 - 4.3 เป้าหมายของการศึกษาความเป็นไปได้
 - 4.4 ประเภทการประเมิน
 - 4.5 ขั้นตอนการประเมินความเป็นไปได้
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. พยาบาลกับการจัดการสาธารณภัย

1.1 ความหมายของสาธารณภัย (Definition of Disaster)

มีผู้ให้ความหมายของสาธารณภัยไว้ ดังนี้

ศูนย์เตรียมความพร้อมป้องกันภัยพิบัติแห่งเอเชีย (Asian Disaster Preparedness Center) ให้ความหมายของสาธารณภัยว่า เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ทั้งจากการกระทำของมนุษย์หรือจากธรรมชาติ เกิดได้ทันทีทันใดหรือเกิดอย่างค่อยเป็นค่อยไป แต่เมื่อเกิดแล้วจะส่งผลกระทบต่อชุมชนต้องตอบสนองด้วยมาตรการพิเศษ เช่น การระดมความช่วยเหลือต่างๆ

สำนักงานบรรเทาทุกข์แห่งสหประชาชาติ (United Nation Disaster Relief office) ให้ความหมายของสาธารณภัยว่า เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรงในเวลาและสถานที่หนึ่ง ทำให้สังคมหรือชุมชนต้องประสบกับอันตรายอย่างร้ายแรง ก่อให้เกิดความสูญเสียชีวิตและทรัพย์สิน อันทำให้โครงสร้างในสังคมแตกแยก รวมทั้งไม่สามารถทำภารกิจตามปกติได้

สภาชาดอเมริกา (The American Red Cross) ให้ความหมายของสาธารณภัยว่า เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ทั้งธรรมชาติและจากการกระทำของมนุษย์ ทำให้มนุษย์ตกอยู่ในความทุกข์ทรมานและต้องการการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาทุกข์

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542) ให้ความหมายสาธารณภัยว่า เป็นภัยที่เกิดขึ้นแก่คนหมู่มาก เช่น ไฟไหม้ น้ำท่วม

พระราชบัญญัติป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (2522) ให้ความหมายสาธารณภัยว่า เป็นอัคคีภัย วาตภัย อุทกภัย ตลอดจนภัยอื่นๆ อันมีมาเป็นสาธารณะ ไม่ว่าจะเกิดจากธรรมชาติหรือมีผู้กระทำให้เกิดขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายแก่ชีวิตร่างกายของประชาชนหรือความเสียหายแก่ทรัพย์สินของประชาชนหรือรัฐ

The American Nurses Association (2002) ให้ความหมายสาธารณภัยว่า เป็นเหตุการณ์ที่เกิดจากการกระทำของธรรมชาติ หรือเกิดจากความล้มเหลวของทางด้านกายภาพและโครงสร้างระบบ หรือเกิดจากการกระทำของมนุษย์เป็นผลให้ทำลายภาวะสุขภาพและความปลอดภัย ตัวอย่างเช่น เฮอริเคน ทอร์นาโด รถไฟหรือเครื่องบินปะทะกัน การก่อการร้าย สงคราม

Langan and james (2005) ให้ความหมายสาธารณภัยว่า เป็นเหตุการณ์ที่เกิดจากการกระทำของธรรมชาติหรือมนุษย์ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้มนุษย์ได้รับความทรมานและได้รับความบาดเจ็บ ต้องการการบรรเทาและให้ความช่วยเหลือฉุกเฉิน

โดยสรุป สาธารณภัย หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรงจากการกระทำของธรรมชาติและจากการกระทำของมนุษย์ ซึ่งก่อให้เกิดความเสียหายทั้งชีวิต ทรัพย์สิน และสิ่งแวดล้อมจนไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นปกติในสังคม

1.2 ประเภทของสาธารณภัย (Types of Disaster)

การแบ่งประเภทของสาธารณภัย แบ่งได้เป็น 2 วิธี ดังนี้ (วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว, 2548)

สาธารณภัยที่แบ่งตามลักษณะการเกิดหรือสาเหตุ ได้แก่ 1) สาธารณภัยธรรมชาติ (Natural disaster) เป็นสาธารณภัยที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติมักเกิดขึ้นตามฤดูกาลเป็นส่วนใหญ่ แต่บางครั้งก็เกิดขึ้นโดยไม่รู้ตัว เช่น อุทกภัย วาตภัย ภัยแล้ง แผ่นดินไหว ภูเขาไฟระเบิด โรคระบาด เป็นต้น และ 2) สาธารณภัยมนุษย์ (Man-made disaster) เป็นสาธารณภัยที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์ทั้งที่เกิดจากสิ่งประดิษฐ์เพื่อความสนุกสนาน หรือเพื่อการสู้รบกัน ภัยจลาจล ภัยจากการอุตสาหกรรม ภัยจากการก่อสร้าง ภัยจากความขัดแย้งในผลประโยชน์ ภัยจากการก่อวินาศกรรม ภัยจากการจลาจล ภัยจากสงคราม เป็นต้น

สาธารณภัยที่แบ่งตามสถานการณ์ ได้แก่ 1) สาธารณภัยในภาวะปกติ เป็นสาธารณภัยที่เกิดขึ้นในระหว่างช่วงเวลาที่ประเทศไม่มีสงคราม ได้แก่ อุทกภัย วาตภัย เป็นต้น 2) สาธารณภัยในภาวะฉุกเฉิน เป็นสาธารณภัยที่เกิดเนื่องจากประเทศถูกรบกวหรือบ่อนทำลายจากฝ่ายตรงข้ามทำให้เกิดภาวะฉุกเฉิน โดยมีการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินหรือประกาศใช้กฎอัยการศึก เช่น ภัยจากการจลาจล ภัยจากการก่อวินาศกรรม เป็นต้น และ 3) สาธารณภัยในภาวะสงคราม เป็นสาธารณภัยที่เกิดขึ้นในระหว่างประเทศอยู่ในภาวะสงคราม และมีสาธารณภัยเกิดขึ้น เช่น การระบาดของโรค อุทกภัย วาตภัย เป็นต้น

1.3 สาธารณภัยที่สำคัญของประเทศไทย (Significant Disaster in Thailand)

สาธารณภัยที่สำคัญของประเทศไทย ได้แก่ (วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว, 2548)

อัคคีภัย (Fire) เกิดได้เนื่องจากความประมาทของมนุษย์ และเกิดจากธรรมชาติโดยการเสียดสีของต้นไม้จนเกิดประกายไฟตามธรรมชาติ หรือการเกิดประกายไฟจากแร่ธาตุบางชนิดทำให้เกิดไฟป่าขึ้นได้

อุทกภัย (Flood) เป็นภัยที่เกิดจากน้ำ มีสาเหตุจาก พายุหมุนเขตร้อน ลมมรสุมมีกำลังแรง ร่องความกดอากาศต่ำมีกำลังแรง น้ำทะเลหนุน แผ่นดินไหวเขื่อนพัง

วาตภัย (Depression/Typhoon) เป็นภัยที่เกิดจากลมพายุ อันตรายนหรือผลกระทบเล็กน้อยเพียงใดขึ้นกับชนิดของลมพายุ ซึ่งมีความเร็วของลมสูงสุดใกล้บริเวณศูนย์กลางที่แตกต่างกันออกไป พายุในประเทศไทย แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือพายุฤดูร้อนและพายุหมุนเขตร้อน

ภัยจลาจล (Traffic) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากการเดินทางไปมาของคน ซึ่งประสบเหตุโดยไม่ได้คาดไว้ก่อน ทำให้มีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้น ภัยจลาจลแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ ภัยจลาจลทางบก ทางน้ำและทางอากาศ

แผ่นดินไหว (Earthquake) เกิดจากการสั่นสะเทือนของพื้นผิวโลกเป็นปรากฏการณ์ทางธรณีวิทยาจากภายในโลก หรือเกิดจากการกระทำของมนุษย์ที่ทำให้สภาพสมดุลของเปลือกโลกบางส่วนเปลี่ยนไป และไปกระตุ้นให้เกิดอาการดังกล่าว การเกิดแผ่นดินไหวแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะไหวเตือน ระยะไหวใหญ่ ระยะไหวตาม อันตรายและความเสียหายโดยตรงเกิดขึ้นจากการสั่นสะเทือนของแผ่นดิน

ภัยแล้ง (Drought) เป็นภัยที่มีผลกระทบต่อประเทศไทยอยู่เสมอ ภัยแล้งนี้อาจเกิดจากฝนไม่ตกต้องตามฤดูกาล

การระบาดของโรค (Epidemics) เป็นภัยที่เกิดจากการแพร่ระบาดของเชื้อจุลินทรีย์ที่ก่อให้เกิดโรคติดต่อต่างๆ เช่น ไข้หวัดนก อหิวาตกโรค เอชไอวี เป็นต้น โรคระบาดก่อให้เกิดความเสียหายทั้งต่อชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน คือก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย เจ็บป่วย เสียชีวิต

ภัยจากความขัดแย้ง เช่น ภัยจลาจล ภัยจากการปฏิวัติ ภัยจากการก่อการร้าย ภัยจากการก่อวินาศกรรม เป็นต้น

ภัยจากอุตสาหกรรมและความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีให้ทันสมัยและเป็นประโยชน์มากที่สุด อาจก่อให้เกิดปัญหาจากเทคโนโลยี บางครั้งก่อให้เกิดความหายนะแก่สังคม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผลร้ายที่เกิดจากการผลิตเทคโนโลยีเหล่านั้น เช่น เครื่องจักรกลระเบิด สารเคมีระเบิด การปล่อยสารพิษ ติ๊กถล่ม เป็นต้น

1.4 ความหมายของการจัดการสาธารณภัย

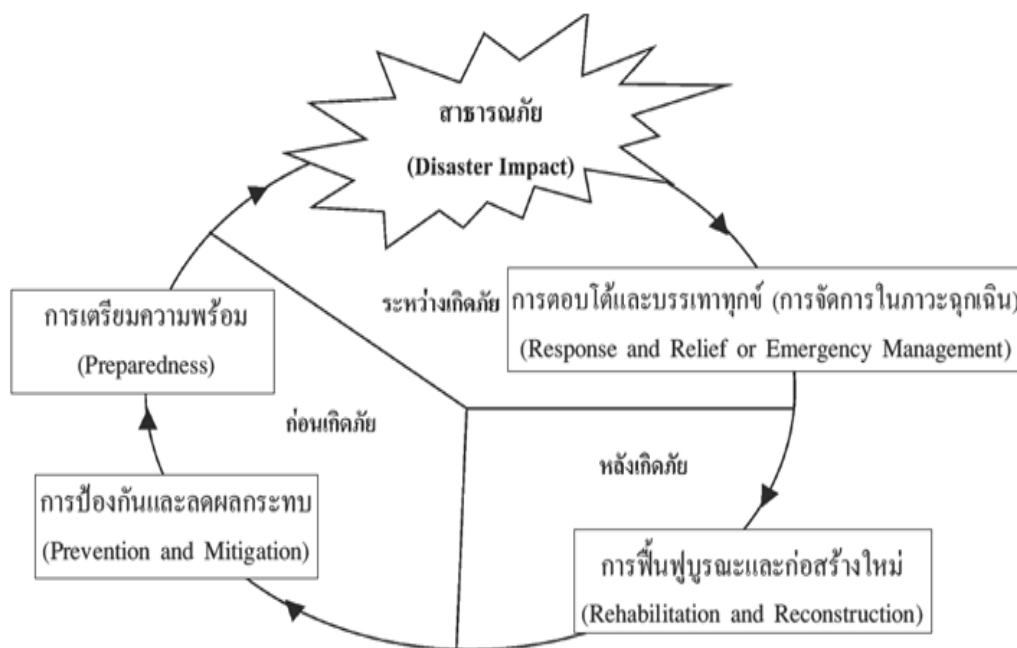
การจัดการสาธารณภัย หมายถึงกระบวนการที่มีความต่อเนื่องแต่เปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ ครอบคลุมการดำเนินงานทุกขั้นตอนตั้งแต่การวางแผน การปฏิบัติการ การประสานความร่วมมือของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อการดำเนินงานที่ดีในทุกระยะของการเกิดภัย (Carter, 1991 อ้างใน วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว, 2548)

วัตถุประสงค์ของการจัดการสาธารณภัย (Purpose of disaster management)

- 1) หลีกเลี่ยงการสูญเสียชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่อยู่ในความเสี่ยงต่างๆ
- 2) ปกป้องทรัพย์สินให้เกิดความเสียหายน้อยที่สุด รวมทั้งลดการสูญเสียชีวิตทางเศรษฐกิจ
- 3) รักษาสภาวะแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจซึ่งมีผลโดยตรงต่อความผาสุกของสังคม

1.5 แนวคิดการจัดการสาธารณภัย

สาธารณภัยเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นวงจร ดังนั้นการจัดการสาธารณภัยจึงควรดำเนินการในทุกๆระยะของการเกิดสาธารณภัย ดังภาพที่ 1 ดังนี้



ภาพที่ 1 วงจรการเกิดสาธารณภัยและการจัดการสาธารณภัย (Disaster Cycle and Disaster Management)

ที่มา : วรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และคณะ. 2548. การพยาบาลสาธารณภัย: DISASTER NURSING, หน้า 31.

การจัดการระยะก่อนเกิดสาธารณภัย (Pre-impact phase)

การจัดการสาธารณภัยในระยะนี้ที่สำคัญ ได้แก่

1) การประเมินสาธารณภัย (Disaster assessment) ด้วยการศึกษารวบรวมข้อมูลทั้งด้านภูมิศาสตร์ สภาพแวดล้อมและสถิติการเกิดสาธารณภัย ประกอบด้วย (1) การประเมินภัย (Hazard assessment) เป็นการกำหนดโอกาสในการเกิดภัยในแต่ละพื้นที่และแต่ละเวลา สิ่งที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ข้อมูลของภัยเกี่ยวกับชนิด ความถี่ของการเกิด ระยะเวลาที่เกิด ความรุนแรง ความสามารถในการพยากรณ์ รวมถึงข้อมูลชุมชนและสิ่งแวดล้อม (2) การประเมินกลุ่มเสี่ยง (Vulnerability assessment) เป็นการประเมินหรือวิเคราะห์ผลที่จะเกิดจากภัยที่มีผลกระทบต่อสิ่งต่างๆ ทั้งประชาชน ทรัพย์สิน สิ่งก่อสร้าง สาธารณูปโภค ทรัพยากรธรรมชาติ โดยประเมินผลกระทบต่อทั้งด้านกายภาพ สังคม และเศรษฐกิจ (3) การประเมินการจัดการภัย (Manageability assessment)

เป็นการวิเคราะห์สิ่งต่างๆ ที่ทำให้โอกาสของการพบกันระหว่างภัยและกลุ่มเสี่ยงน้อยลง เช่น ความตระหนักของประชาชนและรัฐ การมีกฎหมายหรือนโยบายในการดำเนินงาน การเตรียมพร้อมรับภัย เป็นต้น

2) การป้องกันสาธารณภัย (Prevention) เป็นการป้องกันการเกิดสาธารณภัยและป้องกันไม่ให้ประชาชนหรือสิ่งของต่างๆ ได้รับความเสียหายจากสาธารณภัย ซึ่งสามารถกระทำโดย (1) มีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในด้านการป้องกัน ซึ่งนโยบายที่ชัดเจนเป็นปัจจัยที่สำคัญในการกำหนดทิศทางในการจัดการสาธารณภัยแก่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง (2) การสร้างความตระหนักและการให้ความรู้เกี่ยวกับสาธารณภัยแก่ประชาชน ควรประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับผลและผลกระทบจากภัยต่อตนเอง การปฏิบัติก่อนและหลังการเกิดภัย แนวทางการช่วยเหลือของรัฐบาล

3) การลดความรุนแรงของสาธารณภัย (Mitigation) เป็นมาตรการเฉพาะที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความรุนแรง ความเสียหาย ผลกระทบของสาธารณภัยที่จะเกิดกับผู้ประสบภัย ชุมชนและประเทศชาติ ไม่ได้มุ่งเน้นจัดการที่สาเหตุ วิธีการหรือแนวทางในการลดความรุนแรงของสาธารณภัยนั้นสามารถใช้แนวทางเดียวกันกับการป้องกันสาธารณภัยได้

4) การเตรียมพร้อมรับสาธารณภัย (Preparedness) เป็นมาตรการซึ่งช่วยให้รัฐ ชุมชนและบุคคลตอบสนองต่อสถานการณ์สาธารณภัยได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ได้แก่ (1) ร่วมกับองค์การในการจัดทำแผนสาธารณภัย ซึ่งเป็นแผนหลักทุกๆ ไปสำหรับสาธารณภัย ในแผนสาธารณภัยนี้ต้องกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคคลและหน่วยงานต่างๆ อย่างชัดเจน แผนนี้เมื่อจัดทำแล้วต้องมีการฝึกซ้อมเป็นระยะๆ และต้องปรับใช้ให้เข้ากับสถานการณ์สาธารณภัยที่เกิดขึ้นตลอดเวลา (2) การจัดเตรียมสถานที่สำหรับการอพยพเคลื่อนย้ายประชาชน/ผู้ประสบภัย ซึ่งต้องพิจารณาถึงความสะดวก รวดเร็ว ปลอดภัยในการเคลื่อนย้าย และการพักอาศัยด้วย (3) การจัดเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ เช่น ยา เวชภัณฑ์ เครื่องมือผ่าตัด เครื่องมือสำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพ เป็นต้น (4) การเตือนภัย เป็นการให้ข่าวสารสัญญาณต่างๆ เพื่อให้ประชาชนและบุคลากรทราบว่าจะมีภัยเกิดขึ้น รวมทั้งลักษณะและการดำเนินของภัยว่าเป็นอย่างไร

การจัดการระยะเกิดสาธารณภัย (Impact phase)

การจัดการสาธารณภัยในระยะนี้ที่สำคัญ ได้แก่

1) การควบคุมภัย (Control hazard) เป็นการระงับให้ภัยนั้นคงอยู่เท่าเดิม หรือลดการทำลายมิให้ภัยนั้นขยายออกไป แนวทางในการควบคุมภัย คือ (1) การวิเคราะห์ภัย เป็นกิจกรรมที่จำเป็นซึ่งต้องกระทำอย่างรีบด่วนโดยการสำรวจความเสียหายในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อจะทราบถึงขนาดของภัยที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด ซึ่งขนาดของความรุนแรงแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ภัยขนาดเล็กเป็นระยะที่เริ่มเกิดเหตุการณ์ ภัยขนาดกลางเป็นระยะที่ภัยเริ่มแผ่กระจายเพิ่มมากขึ้น ภัยขนาดนี้ต้องมีการแจ้งภัยและปฏิบัติตามแผนสาธารณภัย และภัยขนาดใหญ่เป็นระยะที่ภัย

ลูกกลมอย่างกว้างขวาง สำหรับข้อมูลที่ใช้สำหรับการวิเคราะห์ภัยในระยะนี้ อาจได้มาจากการสำรวจทางอากาศ การสำรวจโดยหน่วยควบคุมภัย หรือจากการรายงานขององค์กรต่างๆ ที่อยู่ในที่เกิดภัย (2) การใช้แผนสาธารณภัย ทันทีที่เกิดสาธารณภัยขึ้นและมีความรุนแรงตั้งแต่ขนาดกลาง ซึ่งผู้ประสบภัยไม่สามารถระงับได้ด้วยตนเองต้องมีการแจ้งภัยเพื่อให้ผู้มีหน้าที่ต่างๆ ตามที่กำหนดไว้ในแผนสาธารณภัยเข้ามาปฏิบัติหน้าที่ตามความเหมาะสม เพื่อให้ภัยนั้นสงบโดยเร็ว สูญเสียทรัพย์สินน้อยที่สุด ผู้ประสบภัยได้รับความปลอดภัยมากที่สุด

2) การกู้ภัย (Rescue) เป็นการช่วยเหลือผู้ประสบภัย การค้นหาผู้ประสบภัย และระงับภัยที่เกิดขึ้นให้ลดน้อยลง ควรกระทำทันทีในขณะเกิดสาธารณภัย การกู้ภัยและการช่วยเหลือผู้ประสบภัยต้องมีการฝึกอบรม และมีอุปกรณ์เครื่องใช้และบุคลากรที่พร้อมจะปฏิบัติงานช่วยเหลือผู้ประสบภัย แนวทางในการกู้ภัย คือ (1) การค้นหาและช่วยเหลือผู้ประสบภัย ต้องคำนึงถึงสถานการณ์ สภาพสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ ผู้ดำเนินการช่วยเหลือต้องพิจารณาว่าตนเองสามารถจะดำเนินการได้หรือไม่ ด้วยวิธีการใด ต้องมีการรวบรวมข้อมูลของสาธารณภัยที่เกิดขึ้นในด้านต่างๆ ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อนำมาวิเคราะห์และใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน (2) การให้บริการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ได้แก่ การปฐมพยาบาลและการจำแนกผู้ประสบภัย (3) การเคลื่อนย้ายและส่งต่อต้องกระทำด้วยความถูกต้อง รวดเร็วและพยายามให้ผู้ประสบภัยได้รับการกระทบกระเทือนเนื่องจากการเคลื่อนย้ายน้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ และ (4) การช่วยเหลือฉุกเฉินอื่นๆ นอกจากการช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาลแล้วผู้ประสบภัยต้องการความช่วยเหลือในเรื่องความจำเป็นขั้นพื้นฐานอื่นๆ เช่น อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่พักอาศัย ฯลฯ

3) การสื่อสารและคมนาคม (Communication and transportation) เมื่อเกิดสาธารณภัยการสื่อสารและคมนาคมอาจถูกทำลายได้ จำเป็นต้องมีการจัดตั้งเครื่องมือในการติดต่อสื่อสารที่จำเป็น เช่น วิทยุ โทรศัพท์ โทรสาร พยาบาลมีบทบาทในการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อความสะดวกในด้านการสื่อสารและคมนาคม

4) การรักษาความปลอดภัยและความสงบเรียบร้อย (Safety and security) สาธารณภัยทำให้สุขภาพจิตของคนเปลี่ยนแปลง และบางครั้งอาจมีการบ่อนทำลายหรือความไม่สงบเกิดขึ้นอันเป็นการซ้ำเติมภัยที่กำลังเกิดขึ้น พยาบาลมีบทบาทในการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อรักษาความปลอดภัยและความสงบเรียบร้อย

การจัดการระยะหลังเกิดสาธารณภัย (Post-Impact phase)

การจัดการสาธารณภัยในระยะนี้ ที่สำคัญได้แก่

1) การช่วยเหลือฉุกเฉินและการบรรเทาทุกข์ (Emergency response and relief) โดยทั่วไปเป็นการปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากรจากสาขาวิชาชีพต่างๆ โดยการสำรวจความเสียหาย ประเมินความจำเป็นรีบด่วน จัดเตรียมแผนปฏิบัติการและเริ่มดำเนินการตามแผนอย่างรวดเร็ว มีการ

ประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ แนวทางในการช่วยเหลือฉุกเฉินและการบรรเทาทุกข์สามารถกระทำได้ดังนี้ (1) การดูแลช่วยเหลือผู้ประสบภัยเป็นการดูแลช่วยเหลือทั้งด้านการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่องจากการรักษาพยาบาลฉุกเฉินจนถึงการดูแลในระยะยาว มีการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลเรื่องอาหาร น้ำดื่ม น้ำใช้ ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม รวมถึงการจัดการกับผู้ประสบภัยที่เสียชีวิตและผู้ที่อยู่อาศัย และ (2) ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานจัดสร้างศูนย์อพยพซึ่งเป็นที่พักชั่วคราวหรือกึ่งถาวรที่จัดขึ้นสำหรับผู้ประสบภัยที่สูญเสียที่พักอาศัยได้พัก

2) การฟื้นฟูสภาพ (Recovery) แนวทางในการฟื้นฟูสภาพสามารถกระทำได้โดยการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ประสบภัยทางด้านร่างกายและจิตใจโดยเฉพาะการฟื้นฟูด้านจิตใจเป็นสิ่งที่เข้าถึงได้ยากมีความลึกซึ้งละเอียดอ่อน ต้องอาศัยความศรัทธาและความเชื่อส่วนบุคคลตลอดจนความชำนาญของผู้ช่วยเหลือและความร่วมมือของชุมชนรวมถึงสังคมด้วย

3) การประเมินผลการจัดการสาธารณภัย (Disaster management evaluation) เพื่อประโยชน์ที่จะทำให้ทราบว่าการแก้ไขปัญหาสาธารณภัยประสบความสำเร็จหรือไม่ อย่างไรก็ตามการประเมินผลนี้ควรกระทำอย่างรวดเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้หลังเกิดสาธารณภัย

ปัจจุบันสถานการณ์สาธารณภัยที่มีความรุนแรงและเกิดขึ้นบ่อยกว่าในอดีตที่ผ่านมาส่งผลให้ทุกหน่วยงานเกิดความตระหนักและวางแผนในการจัดการเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติการป้องกันและลดผลกระทบ พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีความสำคัญในการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสาธารณภัย การบริหารจัดการที่ดีจะเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานและสร้างความมั่นใจให้แก่ประชาชน

1.6 บทบาทพยาบาลในการจัดการสาธารณภัย

การจัดการสาธารณภัยของพยาบาล หมายถึง การบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนการตัดสินใจ เพื่อการเตรียมพร้อมก่อนเกิดเหตุ การปฏิบัติการระหว่างเกิดเหตุ และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ และการดำเนินชีวิตของผู้ประสบภัย โดยใช้องค์ความรู้และทักษะทางการพยาบาล (แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ, 2552)

การจัดการของพยาบาลในเหตุการณ์สาธารณภัยมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากการจัดการพยาบาลในหอผู้ป่วย คือเป็นการให้บริการแก่คนหมู่มากพร้อมๆ กัน โดยใช้วิธีการจำแนกผู้บาดเจ็บ การให้การพยาบาลฉุกเฉิน และเป็นการทำงานร่วมกันของทีมดูแลช่วยเหลือ ทั้งนี้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลต้องมีความรู้ ความสามารถ ความฉับไว มีความตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา มีทักษะในการตัดสินใจที่ดีสามารถปฏิบัติงานได้ดีทั้งในระยะก่อนเกิด ขณะเกิดและหลังเกิดสาธารณภัย เพื่อป้องกันและลดความสูญเสียที่จะเกิดกับชีวิตและทรัพย์สิน รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ประสบภัยและญาติ ดังนั้นพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณภัยจึงต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้ (วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และสมจินดา ชมพูนุท, 2557)

- 1) มีความรู้ทางการแพทย์บาลและมีประสบการณ์การปฏิบัติงานการพยาบาลฉุกเฉินการพยาบาลวิกฤต และด้านการรักษาขั้นต้น
- 2) มีความรู้ด้านสาธารณสุข มีความสามารถในการประเมินสถานการณ์และคาดการณ์ถึงปัญหาสุขภาพที่จะเกิดจากสาธารณสุขชนิดต่างๆ รวมทั้งมีความสามารถในการให้การพยาบาลได้ครอบคลุมทุกระยะของการเกิดสาธารณสุข
- 3) มีทักษะในการตัดสินใจที่ดี มีภาวะผู้นำและสามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้
- 4) มีทักษะในการสื่อสารและการบันทึกข้อมูลต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน
- 5) มีวุฒิภาวะ มีสติ รอบคอบ อดทน และต้องมีสุขภาพกายและจิตที่แข็งแรง

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลด้านการจัดการสาธารณสุข

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลต้องครอบคลุมบริการพยาบาลด้านการส่งเสริมคุณภาพการรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ ในทุกระยะการเกิดสาธารณสุข ทั้งนี้ถ้าพิจารณาตามวงจรการเกิดสาธารณสุขแล้วจะสามารถจำแนกบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในงานสาธารณสุขแต่ละระยะเวลา (วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว, 2548) ได้ดังนี้

การจัดการสาธารณสุขในระยะก่อนเกิดสาธารณสุข

พยาบาลมีหน้าที่ต้องเตรียมความพร้อมทั้งของบุคคล อุปกรณ์ และชุมชน เพื่อป้องกันการเกิดสาธารณสุข ลดความรุนแรงของสาธารณสุข และเตรียมรับสถานการณ์สาธารณสุขที่เกิดขึ้น โดยปฏิบัติการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินสถานการณ์สาธารณสุข โดยการรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลที่คาดว่าจะทำให้เกิดสาธารณสุข และการประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดภัย รวมทั้งการประเมินความสามารถในการให้บริการเพื่อตอบสนองต่อสาธารณสุข การจัดทำแผนหรือร่วมจัดทำแผนสาธารณสุข แผนสาธารณสุขโรงพยาบาล และแผนสาธารณสุขชุมชน มีการเตรียมการเพื่อรับสาธารณสุข โดยการเตรียมความพร้อมของบุคลากร การเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ในการรักษาพยาบาลให้เพียงพอ มีการจัดเครื่องอุปโภคบริโภค ได้แก่ น้ำ อาหาร เสื้อผ้า ฯลฯ เพื่อให้การสงเคราะห์แก่ผู้ประสบภัย โดยการเตรียมความพร้อมของระบบการสื่อสาร ทั้งเครื่องมือเครือข่ายการติดต่อสื่อสารกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนในการวางแผนระบบการสื่อสาร มีการเตรียมสถานที่ มีการกำหนดวิธีการเคลื่อนย้ายและลำเลียง มีการซ้อมแผนสาธารณสุขเป็นระยะๆ เพื่อประเมินแผนว่ามีข้อบกพร่องหรือไม่ อย่างไร มีการให้ความรู้แก่ประชาชนในเรื่องเกี่ยวกับสาธารณสุขที่พบบ่อย

การจัดการสาธารณสุขในขณะเกิดสาธารณภัย

บทบาทหน้าที่ในระยณะนี้เน้นการช่วยเหลือผู้ประสบภัยอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพโดยทั้งผู้ให้การช่วยเหลือ และผู้ประสบภัยต้องมีความปลอดภัย ซึ่งประกอบด้วย การประเมินสถานการณ์ สาธารณภัยที่เกิดขึ้น สามารถสรุปได้ว่าเกิดอะไร กับใคร ที่ไหน อย่างไร ขนาดเท่าใดรุนแรงเพียงใด เพื่อจะได้ทราบว่าควรจะใช้แผนรับสาธารณสุขใด เมื่อประเมินสถานการณ์สาธารณสุขได้แล้ว จึงประกาศใช้แผน เรียกกระตมบุคคลากรพร้อมทั้งอุปกรณ์ทุกชนิดและให้ปฏิบัติตามแผน รวมทั้งประเมินความสามารถในการรับสาธารณสุข มีการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพดี รวดเร็ว มีการจำแนก เคลื่อนย้ายถูกต้อง และนำส่งโรงพยาบาลที่เหมาะสม มีการประสานงานเพื่อช่วยเหลือ และส่งต่อผู้ประสบภัยได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย มีการจัดทำทะเบียนเพื่อบันทึกเหตุการณ์และการรายงานเหตุการณ์สาธารณสุข และภายหลังปฏิบัติตามแผนแล้วต้องประเมินสถานการณ์ สาธารณภัยว่ารุนแรงมากขึ้นหรือสงบลงเพื่อพิจารณาปรับแผนต่อไป

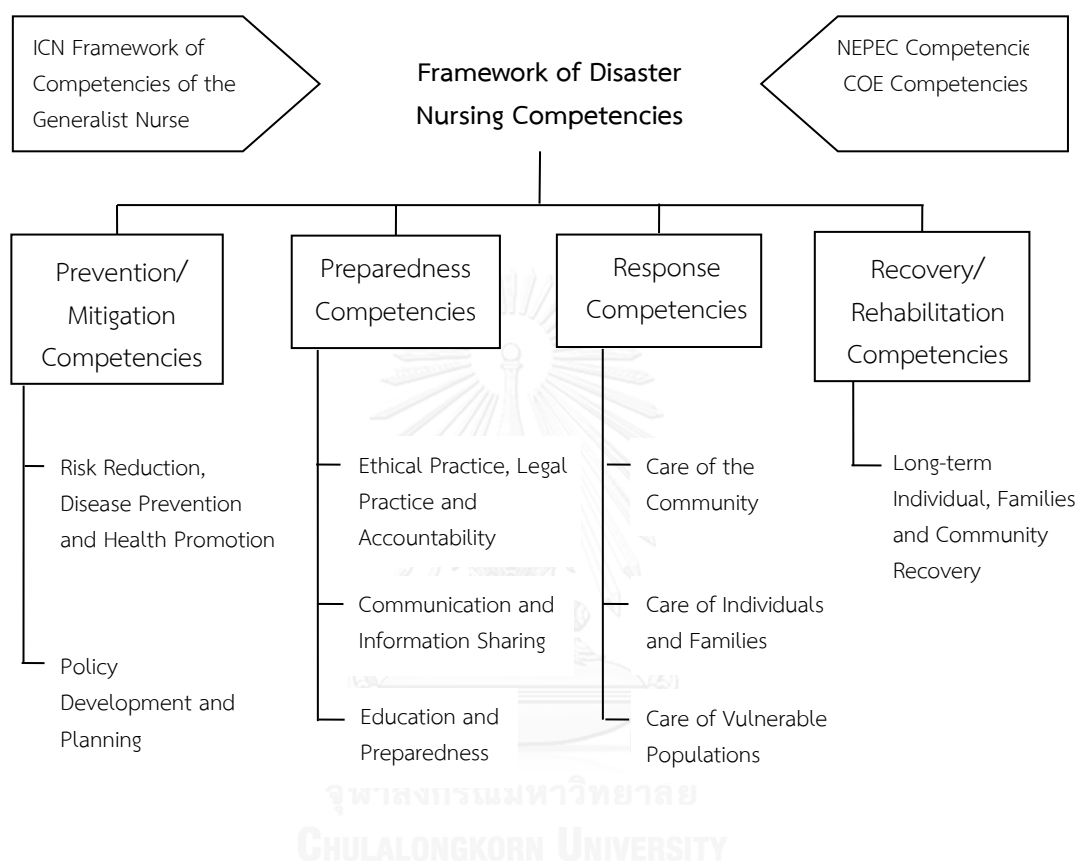
การจัดการสาธารณสุขในระยะหลังเกิดสาธารณภัย

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือผู้ประสบภัยในระยณะนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ การช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องโดยมุ่งหวังให้ผู้ประสบภัยและญาติสามารถกลับคืนสู่สภาพปกติสามารถ ดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข ซึ่งประกอบไปด้วย การประเมินสถานการณ์หลังการเกิดสาธารณภัยเพื่อ รวบรวมข้อมูลความเสียหายโดยเฉพาะภาวะสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมเพื่อ วางแผนให้การช่วยเหลือได้ตรงตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น มีการปฏิบัติการพยาบาลในรายที่บาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่องในรายที่ป่วยเรื้อรัง การฟื้นฟูสภาพในรายที่พิการโดยไม่เลือกเชื้อชาติ ศาสนาเป็นไปตามจรรยาบรรณพยาบาลและมาตรฐานการพยาบาล มีการจัดทำบันทึกรายงานสรุป รวมจำนวนผู้เข้ารับบริการทั้งหมด มีการประสานงานกับแหล่งสนับสนุนเพื่อให้การรักษาต่อเนื่อง รวมถึงการประเมินผลการปฏิบัติการในสถานการณ์สาธารณสุขที่เกิดขึ้นเพื่อดูว่าการช่วยเหลือประสบ ผลอย่างไร มีปัญหาอะไร ควรปรับแก้อย่างไรในครั้งต่อไป ส้ารวจความเสียหายของอุปกรณ์และ จำนวนวัสดุเวชภัณฑ์ที่ใช้ไป พร้อมทั้งจัดหามาทดแทนให้อยู่ในสภาพเตรียมพร้อมเหมือนเดิม

การจัดการสาธารณสุขของสภาการพยาบาลสากล (WHO and ICN, 2009)

สภาการพยาบาลสากล (ICN) มีการดำเนินงานด้านสาธารณสุขโดยพัฒนากรอบสมรรถนะ การพยาบาลสาธารณสุข ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2001 เพื่อเผยแพร่ให้ประเทศสมาชิกรนำไปพัฒนาหลักสูตรการ เรียนการสอนและสมรรถนะของพยาบาลในหน่วยงาน ให้สามารถปฏิบัติงานเมื่อเกิดสาธารณสุข ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดย ICN ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก WHO Western Pacific Refion ซึ่งเป็นภาคีเครือข่ายการพัฒนางานวิจัยและการแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสาธารณสุข การจัดการสาธารณสุขทางการพยาบาลของ ICN พัฒนาจากแนวคิดของ Jennings Disaster Nursing Model (2004) และ The Disaster Nursing Timeline by Veenema (2007) ปัจจุบันได้

มีการพัฒนาให้มีความทันสมัยและเหมาะสมกับสถานการณ์สาธารณสุข โดยกำหนดสมรรถนะของพยาบาลด้านสาธารณสุขแบ่งออกเป็น 4 หมวดตามระยะของการเกิดสาธารณสุข รายละเอียดในภาพที่ 2 ดังนี้



ภาพที่ 2 ICN Framework of Disaster Nursing Competencies

ที่มา : World Health Organization and International Council of Nurses. 2009. ICN Framework of Disaster Nursing Competencies, pp 49.

ระยะที่ 1 การป้องกันและลดความเสี่ยง (Prevention/Mitigation)

สมรรถนะหมวดที่ 1 การป้องกันและลดความเสี่ยง ประกอบด้วย 2 สมรรถนะ ดังนี้

1.1 การลดความเสี่ยง การป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ

1) การลดความเสี่ยงและการป้องกันโรค ได้แก่ (1) สามารถใช้ข้อมูลด้านวิทยาการระบาดในการประเมินความเสี่ยงและผลที่เกิดจากความเสี่ยงจากสาธารณสุขรูปแบบต่างๆ สำหรับชุมชน ประชาชน และกำหนดวิธีการให้การพยาบาลเพื่อลดความเสี่ยงและป้องกันโรคได้อย่างเหมาะสม (2) ทำงานร่วมกับบุคลากรสุขภาพสาขาอื่น องค์กรในชุมชน ผู้นำภาครัฐ ภาคประชาสังคม

เพื่อพัฒนาวิธีการลดความเสี่ยง และความไม่มั่นคงในชีวิต ทรัพย์สินและประเด็นที่เป็นจุดเปราะบาง สำหรับประชาชน (3) มีส่วนร่วมในการวางแผนเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของ ประชาชนขณะเกิดสาธารณภัย (4) ประเมินและคาดการณ์ให้ได้ว่า มีประเด็นใดที่เป็นความเสี่ยงหรือ ปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบสุขภาพระหว่างการเกิดสาธารณภัยและการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อบรรเทาความเสี่ยงนั้นๆ (5) ระบุให้ได้ว่าใครคือประชากรกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มเปราะบาง และหา วิธีการลดความเสี่ยงในประชากรกลุ่มนั้นๆ (6) มีความเข้าใจหลักการและขั้นตอนในการแยกกัก บริเวณผู้สัมผัสสารปนเปื้อน การยับยั้งการแพร่กระจายเชื้อ หรือสารปนเปื้อน การชะล้างหรือการจัด สารปนเปื้อน และช่วยในการพัฒนาแผนเพื่อนำวิธีการดังกล่าวไปใช้กับชุมชน และ (7) ทำงานร่วมกับ หน่วยงาน องค์กรทั้งภาครัฐและภาคเอกชนเพื่อพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนในการเตรียมรับมือกับ สาธารณภัย

2) การส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ (1) มีส่วนร่วมในกิจกรรมการให้ความรู้แก่ชุมชนในการ เตรียมรับสาธารณภัย (2) ประเมินชุมชนเพื่อระบุให้ได้ว่ากลุ่มคนในชุมชนนั้นๆ มีปัญหาสุขภาพเดิม อะไรบ้าง มีความชุกของโรคประเภทใด มีบุคคลในครัวเรือนใดที่มีโรคเรื้อรังหรือความพิการ รวมทั้ง ประเมินว่าชุมชนนั้นๆ มีแหล่งสนับสนุนใดบ้าง (3) ทำงานแบบเป็นภาคีกับผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เช่น นักวิชาการสาธารณสุข อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ฯลฯ เพื่อนำวิธีการที่กำหนดไว้ไปใช้ในการลดความ เสี่ยงของการแพร่กระจายโรคติดต่อต่างๆ ในทุกๆ ระดับและทุกด้าน ได้แก่ จากบุคคลสู่บุคคล การแพร่กระจายโรคในสิ่งแวดล้อม และการแพร่กระจายโรคติดต่อทางอาหาร (4) มีส่วนร่วมในการ วางแผนเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน ได้แก่ การให้วัคซีนประชาชน ในชุมชน การให้ยากับประชาชนในชุมชน และ (5) ทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อพัฒนาความเข้มแข็งของ ระบบสุขภาพในชุมชน ทั้งนี้เพื่อให้สามารถรับมือเมื่อเกิดสาธารณภัย และสามารถฟื้นฟูภายหลัง เหตุการณ์สาธารณภัยได้อย่างรวดเร็ว

1.2 การพัฒนาและวางแผนนโยบาย ได้แก่ (1) สามารถแสดงให้เห็นได้อย่างชัดเจนว่ามีความ เข้าใจนิยามต่างๆ ที่ใช้ในเรื่องเกี่ยวกับสาธารณภัยได้แก่ Natural disaster, man-made disaster, technological disasters, conflicted disaster, terrorism (2) สามารถอธิบายระยะ ต่างๆ ของการจัดการสาธารณภัยได้อย่างถูกต้อง อันประกอบด้วย การป้องกันและบรรเทาทุกข์ การเตรียมพร้อม การรับมือ และการฟื้นฟู (3) สามารถอธิบายบทบาทขององค์กรต่างๆ และ หน่วยงานภาครัฐในการวางแผนและการรับมือสาธารณภัยได้ (4) เข้าใจแผนการเตรียมรับสาธารณภัย ของชุมชนและสามารถเชื่อมโยงแผนดังกล่าวกับแผนกลยุทธ์หรือแผนปฏิบัติการในระดับชาติและ ระดับนานาชาติได้ (5) ตระหนักถึงความสำคัญของการมีแผนรับสาธารณภัยในสถานที่ทำงาน และบทบาทของบุคลากรในหน่วยงานเมื่อเกิดสาธารณภัย (6) มีส่วนร่วมในการวางแผนและพัฒนานโยบายการจัดการสาธารณภัย (7) มีส่วนในการพัฒนา ประเมินผลแผนจัดการสาธารณภัยในชุมชน

(8) ตรวจสอบเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าแผนจัดการสาธารณสุขในชุมชนสามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มประชากรที่เปราะบางและมีความเสี่ยงต่อร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ ผู้สูงอายุและประชาชนกลุ่มด้อยโอกาสต่างๆ (9) สามารถแยกแยะบทบาทของพยาบาลภายในทีมการดูแลกลุ่มอื่นๆ ได้อย่างชัดเจน รวมทั้งสามารถระบุบทบาทของพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรอื่นๆ ในทีมได้อย่างถูกต้อง (10) มีส่วนร่วมทางการเมืองและกระบวนการตรากฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมรับและการรับมือกับสาธารณสุข และ (11) ระบุบทบาทของสาธารณสุขในการดำเนินการกรณีสาธารณสุขได้ และสามารถอธิบายความสัมพันธ์ของสาธารณสุขกับบทบาทของพยาบาลได้

ระยะที่ 2 การเตรียมพร้อม (Preparedness)

สมรรถนะหมวดที่ 2 สมรรถนะในการเตรียมพร้อม ประกอบด้วย 3 สมรรถนะ ได้แก่

2.1 การปฏิบัติตามหลักจริยธรรมกฎหมายและการมีความรับผิดชอบ

1) การปฏิบัติตามหลักจริยธรรม ได้แก่ (1) ประสานงานกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายเพื่อระบุปัญหาด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นในการเตรียมรับและตอบสนองต่อสาธารณสุข (2) ประยุกต์ใช้กรอบทางจริยธรรมที่เป็นมาตรฐานและได้รับการยอมรับในระดับชาติเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางจริยธรรมและการให้ลำดับความสำคัญของปัญหา (3) ปกป้องสิทธิ คุณค่า เกียรติยศ และศักดิ์ศรีของบุคคลและชุมชน (4) ปฏิบัติการพยาบาลอย่างสอดคล้องกับความเชื่อทางวัฒนธรรม สังคม และจิตวิญญาณของบุคคลและชุมชน (5) รักษาความลับในการสื่อสารและการบันทึก หรือเอกสารสำคัญต่างๆ (6) เข้าใจในความเชื่อส่วนบุคคลของผู้ประสพภัยและเข้าใจว่าความเชื่อเหล่านั้นมีผลกระทบต่อตอบสนองต่อสาธารณสุขบ้าง และ (7) ระบุเหตุผลให้ได้ว่าประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยและประเด็นทางจริยธรรมอาจมีความขัดแย้งกันได้

2) การปฏิบัติตามหลักกฎหมาย ประกอบด้วย การปฏิบัติที่เกี่ยวกับหลักกฎหมายในกรณีเตรียมรับและการตอบสนองสาธารณสุข 5 กิจกรรม ดังนี้ (1) การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ให้สอดคล้องกับกฎหมายท้องถิ่น กฎหมายประเทศหรือกฎหมายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (2) มีความเข้าใจการบังคับใช้กฎหมายและบุคคลที่บังคับใช้กฎหมายเมื่อเกิดสาธารณสุข เข้าใจเรื่องการใช้กฎหมายในสถานการณ์สาธารณสุขและกรณีฉุกเฉิน ในด้านต่างๆ เช่น ด้านความปลอดภัย การรักษาหลักฐานที่สำคัญทางราชการ (3) มีความรู้เกี่ยวกับกฎหมาย ข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการปฏิบัติการช่วยเหลือของอาสาสมัคร บทบาทของอาสาสมัคร การช่วยเหลือหรือละทิ้งผู้ประสพภัย (4) สามารถปรับใช้วิธีการช่วยเหลือผู้ประสพภัยตามทรัพยากรที่มี และ (5) เข้าใจบทบาทของอาสาสมัครจากนานาชาติและสามารถร่วมทีมได้

3) การปฏิบัติด้วยความรับผิดชอบ ประกอบด้วย การปฏิบัติที่เกี่ยวกับความรับผิดชอบของพยาบาลในกรณีการเตรียมรับและการตอบสนองสาธารณสุข 5 กิจกรรม ดังนี้ (1) การยอมรับว่าการปฏิบัติหน้าที่ด้วยความรับผิดชอบเป็นภารกิจหนึ่งในการเตรียมพร้อมเพื่อรับ

สาธารณสุข (2) ปฏิบัติในฐานะเป็นตัวแทนผู้ประสภภัยโดยยึดหลักของวิชาชีพ กฎหมาย และระเบียบ หรือข้อกำหนดต่างๆ ในกรณีสาธารณสุข (3) ระบุข้อจำกัดด้านความรู้ ทักษะ และความสามารถของ บุคคลอื่นๆ ในกรณีที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจัดการเมื่อเกิดสาธารณสุข และสามารถทำงานกับผู้มี ข้อจำกัดนั้นๆ ได้อย่างราบรื่น (4) ปฏิบัติภายใต้กรอบกฎหมายวิชาชีพและเงื่อนไขในการประกอบ วิชาชีพการพยาบาล และ (5) เป็นผู้พิทักษ์ผลประโยชน์เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ปลอดภัย

2.2 การสื่อสารและการแบ่งปันข้อมูล ประกอบด้วยการปฏิบัติที่เกี่ยวกับการสื่อสารและ การแบ่งปันข้อมูลของพยาบาลในกรณีการเตรียมรับและการตอบสนองสาธารณสุข 12 กิจกรรม ดังนี้

- 1) มีความรู้ความเข้าใจ chain of command และบทบาทหรือสถานะของพยาบาลในระบบการ สื่อสารเพื่อการสั่งการได้
- 2) สามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความไวต่อการตอบสนอง ของประชาชน และผู้เกี่ยวข้องที่มีความหลากหลาย
- 3) สามารถอธิบายหลักการสื่อสารในสถานการณ์ ที่มีความกดดันสูง สามารถจัดการเหตุการณ์ที่รุนแรงและประเมินความเสี่ยงต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นได้
- 4) สามารถระบุประเด็นข้อมูลที่มีความสำคัญได้ และสามารถสื่อสารสู่ผู้รับผิดชอบสูงสุดได้ทันที
- 5) ใช้เครื่องมือหรือวิธีการสื่อสารที่มีความหลากหลายเพื่อลดอุปสรรคด้านการใช้ภาษาในการสื่อสาร ที่ไม่ตรงกันหรือไม่เข้าใจกัน
- 6) ประสานงานด้านข้อมูลต่างๆ กับบุคคลในทีมรับสาธารณสุข
- 7) ให้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันในเรื่องเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ การดูแลสุขภาพและความต้องการทรัพยากร ของผู้ประสภภัยกับทีมรับสาธารณสุข
- 8) ทำงานกับทีมรับสาธารณสุขเพื่อกำหนดบทบาทของ พยาบาลในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาธารณสุขแก่ผู้สื่อข่าว และบุคคลหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง
- 9) เข้าใจกระบวนการจัดการข้อมูลสุขภาพในกรณีเกิดสาธารณสุข
- 10) สามารถใช้เครื่องมือพิเศษ ในการสื่อสารได้
- 11) สามารถบันทึกและจัดเก็บข้อมูลในเอกสารสำคัญระหว่างเกิดสาธารณสุขและ ใช้ข้อมูลดังกล่าวเพื่อรายงานได้ และ
- 12) รายงานข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ ความเสี่ยงด้าน สุขภาพและสิ่งแวดล้อมแก่ผู้รับผิดชอบหลักในทีมได้

2.3 การให้การศึกษาและการเตรียมพร้อม ประกอบด้วยการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวกับการ ให้การศึกษาและการเตรียมพร้อมของพยาบาลในกรณีการเตรียมรับและการตอบสนอง สาธารณสุข 12 กิจกรรม ได้แก่

- 1) การค้นคว้าและเรียนรู้และศึกษาวิจัยเพื่อให้ตนเองมีความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับ สาธารณสุขและพยาบาลสาธารณสุข และมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ความรู้ให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบด้วย วิธีการต่างๆ เช่น การจัดโครงการฝึกอบรม
- 2) มีส่วนร่วมในการฝึกเตรียมรับสาธารณสุขในหน่วยงาน และในชุมชน
- 3) แสวงหาความรู้ใหม่และรักษาความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสาธารณสุข
- 4) อำนวยความสะดวกในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสาธารณสุข
- 5) ประเมินความต้องการฝึกอบรม เพิ่มเติมและเข้ารับการฝึกอบรมที่จำเป็น
- 6) พัฒนาและดำรงไว้ซึ่งแผนการเตรียมพร้อมรับภัยของ บุคคลและครอบครัว
- 7) อธิบายบทบาทของพยาบาลในงานต่างๆ ที่ได้รับมอบหมายในสถานการณ์ สาธารณสุข เช่น ศูนย์พักพิงผู้ประสภภัย สถานที่ดูแลฉุกเฉิน สถานที่ดูแลสุขภาพชั่วคราว ศูนย์

ประสานงานและจัดการสาธารณสุข 8) เตรียมอุปกรณ์และเครื่องใช้ที่จำเป็นส่วนบุคคล สำรองไว้ใช้ในกรณีเกิดสาธารณสุขหรือเหตุการณ์ฉุกเฉิน เช่น บัตรประจำตัว เสื้อผ้าที่เหมาะสมกับสภาพอากาศ ยากันยุง เวชภัณฑ์ อาหาร และน้ำดื่มบรรจุขวด เป็นต้น 9) เป็นส่วนหนึ่งของทีมสหสาขาวิชาชีพในการทำกิจกรรมเพื่อเตรียมรับสาธารณสุข 10) มีส่วนช่วยในการพัฒนาระบบ เพื่อสร้างศักยภาพของบุคลากรด้านการพยาบาลและการดูแลสุขภาพในการรับมือกับสาธารณสุข 11) แสดงบทบาทการเป็นผู้นำในการพัฒนาและดำเนินโครงการฝึกอบรมสำหรับพยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพอื่นๆ และ 12) ประเมินความพร้อมของชุมชน และดำเนินการเพื่อเพิ่มความพร้อมให้แก่ชุมชน

ระยะที่ 3 การรับสาธารณสุข (Response)

สมรรถนะหมวดที่ 3 สมรรถนะในการรับมือเมื่อเกิดสาธารณสุข ประกอบด้วย 4 สมรรถนะ ดังนี้

3.1 การดูแลชุมชน ประกอบด้วย การปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลชุมชนของพยาบาล ในกรณีรับมือเมื่อเกิดสาธารณสุข 11 กิจกรรม ได้แก่ 1) อธิบายระยะการรับมือกับสาธารณสุขของชุมชนและการปฏิบัติพยาบาล 2) รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการบาดเจ็บและการเจ็บป่วยของชุมชน 3) ประเมินความต้องการด้านสุขภาพ ความเพียงพอของทรัพยากรและแหล่งทรัพยากรในพื้นที่ที่ประสบภัย เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ประสบภัย 4) ทำงานร่วมกับทีมรับมือสาธารณสุขเพื่อลดอันตรายและความเสี่ยงในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากสาธารณสุข 5) เข้าใจวิธีการลำดับการดูแลและการจัดการในสถานการณ์ที่ซับซ้อน 6) มีส่วนร่วมในกลยุทธ์การป้องกัน เช่น กิจกรรมการให้ภูมิคุ้มกันโรคแก่ชุมชน 7) ร่วมกับองค์กรบรรเทาทุกข์เพื่อช่วยเหลือเรื่องความต้องการพื้นฐานของชุมชน เช่น ที่พักพิงชั่วคราวของผู้ประสบภัย อาหาร น้ำดื่ม การดูแลสุขภาพ เป็นต้น 8) ให้ความรู้แก่ชุมชนเกี่ยวกับผลกระทบด้านสุขภาพจากสาธารณสุข 9) ประเมินผลกระทบของการปฏิบัติการพยาบาลต่อประชาชนและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน และใช้ผลการประเมินในการตัดสินใจบนหลักฐานเชิงประจักษ์ 10) จัดการทรัพยากรและสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นในการให้การดูแลในชุมชน และ 11) มีส่วนร่วมในทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ

3.2 การดูแลบุคคลและครอบครัว ประกอบด้วย การปฏิบัติกิจกรรมหลัก 2 กิจกรรม ได้แก่ 1) การประเมิน ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ ประเมินความต้องการการพยาบาล ประเมินภาวะสุขภาพ ผลกระทบของสาธารณสุขต่อปัญหาด้านร่างกายและจิตใจ ป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายของโรคติดต่อที่อาจพบได้บ่อย เช่น โรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร การติดเชื้อทางเดินหายใจ ส่วนต้น ประเมินอาการและอาการแสดงของการสัมผัสสารปนเปื้อนสารเคมีหรือสารพิษต่างๆ ประเมินการบาดเจ็บ ความต้องการการรักษา การล้างสารพิษหรือสารปนเปื้อน การแยก การกักตัว หรือการส่งต่อ และ 2) การปฏิบัติการช่วยเหลือตามแผน โดยใช้หลักการช่วยเหลือดูแลผู้บาดเจ็บอย่างถูกต้องตามหลักการและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ประสบภัย โดยมีความยืดหยุ่นในการ

ปฏิบัติและปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติให้เหมาะสมกับสถานการณ์และทรัพยากร ใช้หลัก triage เพื่อคัดแยกผู้ประสบภัยตามความเร่งด่วนและตามลำดับความต้องการการช่วยเหลือ โดยคำนึงถึงหลักความปลอดภัย ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ บันทึกสถานการณ์การบาดเจ็บและผลการรักษาพยาบาล ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงความแตกต่างเชิงสังคมและวัฒนธรรม ประเมินความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อพยาบาลและบุคลากรสุขภาพในทีม ให้การดูแลโดยไม่มีอคติ ใช้วิธีการที่เหมาะสมในการจัดการร่างกายของผู้เสียชีวิต และจัดการเรื่องการพิสูจน์เอกลักษณ์ ติดต่อครอบครัวของผู้เสียชีวิตและผู้บาดเจ็บ และประสานงานเพื่อส่งต่ออย่างเหมาะสม

3.3 การดูแลด้านจิตใจ โดยการประเมินปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ของผู้ประสบภัยซึ่งมีความแตกต่างกันระหว่างเด็ก ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ ผู้มีปัญหาโรคเรื้อรัง หรือผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง ให้การดูแลด้านจิตใจแก่ผู้ประสบภัยรายใดต้องการความช่วยเหลือหรือการบำบัดทางจิต

3.4 การดูแลบุคคลกลุ่มเปราะบาง (Special Needs Population) ได้แก่ การระบุหรือประเมินให้ได้ว่าใครคือกลุ่มเปราะบาง หรือกลุ่มเสี่ยงและประเมินให้ได้ว่าการดูแลที่สำคัญสำหรับกลุ่มนี้คืออะไร สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เป็นผู้พิทักษ์สิทธิให้โดยการหาแหล่งสนับสนุนที่เหมาะสมและส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาตามปัญหาที่เกิดขึ้น

ระยะที่ 4 ฟื้นฟูภายหลังเกิดสาธารณภัย (Recovery)

สมรรถนะหมวดที่ 4 สมรรถนะในการฟื้นฟูภายหลังการเกิดสาธารณภัย คือ สมรรถนะการดูแลระยะยาวเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวของบุคคล ครอบครัวและชุมชน อธิบายดังนี้

4.1 การดูแลเพื่อฟื้นฟูบุคคลและครอบครัว ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ได้แก่ 1) พัฒนาแผนเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ประสบภัยในระยะสั้นและระยะยาว 2) ประเมินอย่างต่อเนื่องเพื่อระบุความต้องการของผู้ประสบภัยที่มักเปลี่ยนแปลงไปจากความต้องการที่ประเมินได้ในครั้งแรก ทั้งนี้เพื่อปรับปรุงแผนในการดูแลให้สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริง 3) ส่งต่อผู้ประสบภัยเพื่อให้ได้รับการรักษาหรือบำบัดเฉพาะจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขามาความเหมาะสม 4) สอนให้ผู้รอดชีวิตจากสาธารณภัยรู้จักวิธีในการป้องกันตนเองจากการบาดเจ็บและป้องกันการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยอื่นๆ 5) ให้การช่วยเหลือแหล่งบริการสุขภาพในชุมชนในการฟื้นฟูสภาพของแหล่งบริการนั้นๆ 6) ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานทางสุขภาพที่ยังหลงเหลืออยู่ภายหลังการเกิดสาธารณภัยในชุมชน ทั้งนี้เพื่อให้การช่วยเหลือให้เป็นหน่วยงานที่สามารถให้บริการทางสุขภาพได้ต่อไป และ 7) แสดงบทบาทเป็นผู้พิทักษ์สิทธิสำหรับผู้ประสบภัย เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลด้านต่างๆ ในระยะยาว

4.2 การดูแลเพื่อฟื้นฟูชุมชน ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ได้แก่ 1) เก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรับมือสาธารณภัยเพื่อเป็นการประเมินผลของการดำเนินงาน 2) ประเมินการรับมือและการปฏิบัติของพยาบาลระหว่างการเกิดสาธารณภัย รวมถึงการประสานงานของพยาบาลภายในองค์กรพยาบาล

เพื่อการปรับปรุงแก้ไข 3) ร่วมในกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลโดยมีจุดเน้นเพื่อการปรับปรุงและพัฒนาการรับมือสาธารณสุขในครั้งต่อไป 4) ระบุประเด็นที่ต้องแก้ไขปรับปรุงให้ชัดเจนและสื่อสารกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อการปรับปรุงที่มีประสิทธิภาพ 5) ช่วยเหลือชุมชนในการเปลี่ยนผ่านจากระยะการรับมือสาธารณสุข ซึ่งเป็นระยะวิกฤตของชุมชน สู่ระยะฟื้นฟูสภาพจนกระทั่งชุมชนเข้าสู่วิถีชีวิตปกติ 6) แบ่งปันข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งการส่งต่อและทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับประชาชนและชุมชนเมื่อเกิดสาธารณสุขภัย 7) ช่วยเหลือในการพัฒนากลยุทธ์ในการฟื้นฟูชุมชนและประชากรในชุมชนทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี และ 8) ประสานความร่วมมือกับกลุ่มองค์กรหรือหน่วยงานที่เหมาะสมเพื่อช่วยฟื้นฟูหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพในชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากสาธารณสุขภัย

การจัดการสาธารณสุขขององค์กรพยาบาลในประเทศไทย ประกอบด้วย การดำเนินงานของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย โดยศูนย์การพยาบาลสาธารณสุขแห่งชาติ และสภาการพยาบาล ดังนี้

1) ศูนย์การพยาบาลสาธารณสุขแห่งชาติ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย(จินตนา ยูนิพันธ์, 2556) มีคณะกรรมการอำนวยการทำหน้าที่กำหนดนโยบาย และกำกับกำกับการดำเนินการของศูนย์การพยาบาลสาธารณสุขแห่งชาติให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และมีคณะกรรมการดำเนินงานศูนย์การพยาบาลสาธารณสุขแห่งชาติทำหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุข กล่าวคือ จัดฝึกอบรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาล จัดทำหนังสือเอกสารวิชาการ จัดทำฐานข้อมูลการสืบค้นและฐานข้อมูลพยาบาลด้านสาธารณสุข พัฒนาองค์ความรู้โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการทำวิจัย พัฒนามาตรฐานบริการพยาบาลสาธารณสุข เตรียมความพร้อมและช่วยเหลือผู้ประสบภัยให้ทันเหตุการณ์ เสริมสร้างเครือข่าย พัฒนาระบบการพยาบาลสาธารณสุขในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ โดยประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและทำหน้าที่อื่นๆ ตามคณะกรรมการอำนวยการมอบหมายให้ โดยกิจกรรมที่ศูนย์การพยาบาลสาธารณสุขแห่งชาติ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ได้ดำเนินการไปแล้วคือ จัดอบรมผู้บริหารเพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลสาธารณสุข ร่วมประชุมวิชาการระดับสากลเพื่อเพิ่มพูนความรู้อย่างต่อเนื่อง ฝึกอบรมให้ความรู้ในการทำวิจัยเพื่อนำมาพัฒนาการจัดการสาธารณสุข การเผยแพร่ข้อมูล/บทความวิชาการผ่านทางเว็บไซต์ของสมาคม แพลตฟอร์มสมรรถนะพยาบาลสาธารณสุขเป็นภาษาไทยพร้อมทั้งเผยแพร่

2) สภาการพยาบาล (อรพรรณ โตสิงห์, 2554) ได้ตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องนี้โดยกำหนดสมรรถนะพยาบาลสาธารณสุข พัฒนาหลักสูตรร่วมกับ WHO ระบุปัญหาของระบบสุขภาพวางแผน ลดความเสี่ยงและป้องกันโรค วางแผนตอบสนองความต้องการสุขภาพ ให้ความรู้กลุ่มเสี่ยงในชุมชน ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม โดยคำนึงถึงสิทธิ ความเชื่อและวัฒนธรรมในระดับบุคคล แต่สิ่งที่พยาบาลยังไม่ได้มีส่วนร่วมคือการวางแผนพัฒนาในระดับนโยบาย วิเคราะห์และปรับปรุงการจัดการ

สาธารณสุข ทบพทวนความต้องการของกลุ่มเสี่ยง กระบวนการทางกฎหมายเพื่อรับมือกับสาธารณสุข ไม่มีการเชื่อมโยงแผนระดับชุมชนกับระดับชาติ

สาธารณสุขเป็นปัญหาสากลที่ทุกประเทศต้องเตรียมความพร้อมในการรับมือกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีสุขภาพที่เข้าถึงพื้นที่ประสบภัยและตอบสนองต่อสาธารณสุข ในหลายบทบาทและในระยะเวลาต่างๆ ของการเกิดสาธารณสุข การเตรียมความพร้อมให้พยาบาล มีสมรรถนะที่เหมาะสมในการจัดการสาธารณสุขจึงมีความสำคัญยิ่ง โดยเฉพาะภาวะผู้นำของพยาบาล ที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข เนื่องจากการจัดการสาธารณสุขเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพและพหุภาคี เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

2. ภาวะผู้นำของพยาบาล

2.1 ความหมายของภาวะผู้นำ

จากการทบทวนวรรณกรรม นักวิชาการได้ให้ความหมายของภาวะผู้นำไว้ดังนี้
 เรมวอล นันท์ศุภาวัฒน์ (2542) กล่าวว่า ภาวะผู้นำ คือ กระบวนการตั้งแต่ 2 คน ขึ้นไปที่มีการปฏิสัมพันธ์กัน โดยมีอำนาจและอิทธิพลเข้ามาเกี่ยวข้อง เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายได้สำเร็จ

วิเชียร วิทย์อุดม (2550) กล่าวว่า ภาวะผู้นำ หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรมออกมา เมื่อได้มีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่ม เป็นความสามารถที่เกิดขึ้นระหว่างที่มีการทำงานร่วมกันหรือร่วมอยู่ในเหตุการณ์เดียวกัน ในอันที่จำทำให้กิจกรรมของกลุ่มดำเนินไปสู่เป้าหมายและประสบความสำเร็จ

ณัฐพันธ์ เขจรนนท์ (2551) กล่าวว่า ภาวะผู้นำ คือ ความสามารถ (Ability) ที่ผู้นำใช้อำนาจที่มีการชักจูงให้กลุ่มมุ่งไปสู่วัตถุประสงค์ตามที่ต้องการ

Daft (1999) กล่าวว่า ภาวะผู้นำ เป็นความสัมพันธ์ที่มีอิทธิพลต่อระหว่างผู้นำ (Leaders) และผู้ติดตาม (Followers) ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน

Dubrin (2004) กล่าวว่า ภาวะผู้นำ เป็นความสามารถที่จะสร้างความเชื่อมั่นและให้การสนับสนุนบุคคลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์การ

Marquis and Huston (2012) กล่าวว่า ภาวะผู้นำ เป็นกระบวนการชักชวน และมีอิทธิพลต่อกลุ่มในการทำงานให้บรรลุเป้าหมาย และประกอบด้วยหลายบทบาท

โดยสรุป ภาวะผู้นำ หมายถึง ความสามารถและพฤติกรรมของผู้บังคับบัญชาที่มีอิทธิพลต่อผู้ใต้บังคับบัญชาที่จะส่งผลให้เกิดการจูงใจให้ผู้ใต้บังคับบัญชาเกิดความเชื่อมั่น มีการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน และนำไปสู่ประสิทธิภาพและประสิทธิผลขององค์การ

2.2 แนวคิด ทฤษฎีภาวะผู้นำ

ผู้วิจัยเสนอทฤษฎีภาวะผู้นำโดยสังเขป ดังนี้

2.2.1 ทฤษฎีคุณลักษณะภาวะผู้นำ (Leadership trait theory) เป็นทฤษฎีที่ได้รับแนวทางมาจากทฤษฎีมหาบุรุษ (Great man theory) โดยเชื่อว่าลักษณะของผู้นำเป็นคุณลักษณะเฉพาะตัว บุคคลบางคนจะมีคุณลักษณะพิเศษหรือบุคลิกภาพที่ทำให้พวกเขาเป็นผู้นำมากกว่าบุคคลอื่นๆ ดังนั้นในระยะเริ่มแรกจะเป็นการศึกษาถึงคุณลักษณะและทักษะของผู้นำที่ประกอบด้วยคุณลักษณะทางกายภาพ เช่น ส่วนสูง ลักษณะกิริยาท่าทาง เป็นต้น คุณลักษณะพื้นฐานทางบุคลิกภาพ เช่น ความต้องการเกียรติยศชื่อเสียง (Self esteem) ความต้องการมีอำนาจเหนือผู้อื่น (Dominance) ความมั่นคงทางอารมณ์ เป็นต้น รวมทั้งคุณลักษณะที่เป็นความถนัดตามธรรมชาติ (Aptitudes) และคุณลักษณะด้านสติปัญญา ความคล่องแคล่วทางวาจา และความสามารถสร้างสรรค์ (Marquis and Huston, 1996 อ้างถึงใน อารียวรรณ อ่วมธานี, 2554)

คุณลักษณะผู้นำ แบ่งเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย (Marquis and Huston, 2012)

1) ด้านสติปัญญา (Intelligence) ได้แก่ มีความรู้ดี มีการตัดสินใจดี ฉลาด มีไหวพริบ มีวิจารณ์ญาณ รู้จักคิดและมีเหตุผล พุดจาคล่องแคล่ว ความฉลาดทางอารมณ์ มีความอิสระในตนเอง

2) ด้านความสามารถในการปรับตัว (Adaptability) ได้แก่ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีความพร้อมที่จะให้ความร่วมมือ มีความกระตือรือร้นและตื่นตัวอยู่เสมอ มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความซื่อสัตย์ มีอารมณ์คงที่และสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดี

3) ด้านความสามารถ (Ability) ได้แก่ มีความสามารถในการขอความร่วมมือ มีทักษะในการสื่อสาร มีปฏิภาณดี รู้จักกาลเทศะ รู้จักผ่อนหนักผ่อนเบา มีชั้นเชิง มีความสามารถในการกระทำตนให้ได้รับความนิยม/ศรัทธา มีบาร์มีเป็นที่ยอมรับของบุคคลทั่วไป มีความสามารถในการเข้าสังคม มีความสามารถพิเศษ

2.2.2 ทฤษฎีเชิงพฤติกรรม (Leadership behavioral theory) บางครั้งมีผู้เรียกทฤษฎีนี้ว่า “ทฤษฎีหน้าที่ของภาวะผู้นำ” ทฤษฎีนี้จะมุ่งอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมผู้นำว่าผู้นำทำอะไรมากกว่าใครคือผู้นำ ซึ่งการศึกษาเชิงพฤติกรรมที่สำคัญมีหลายแนวคิด ดังนี้

1) การศึกษาของมหาวิทยาลัยไอโอวา (The university of Iowa studies) ได้จำแนกพฤติกรรมผู้นำเป็น 3 แบบ ดังนี้ (1) พฤติกรรมผู้นำแบบเผด็จการ (Autocratic leader behavior) ผู้นำแบบเผด็จการนี้จะยึดความคิดเห็นของตนเองเป็นหลัก ความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหารและผูปฏิบัติงานเป็นความสัมพันธ์ในลักษณะผู้บังคับบัญชา ผู้นำจะเน้นการออกคำสั่งให้ผูปฏิบัติตาม มักเป็นผู้นำที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่วิกฤติ ฉุกเฉิน ต้องการการตัดสินใจอย่างเร่งด่วน (2) พฤติกรรมผู้นำแบบประชาธิปไตย (Democratic leader behavior) ผู้นำจะเปิดให้ผูตาม

มีโอกาสได้แสดงความคิดเห็น และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ผู้นำจะแสดงบทบาทเป็นผู้เสริมสร้างพลังอำนาจ สนับสนุน ให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำ และ (3) พฤติกรรมผู้นำแบบปล่อยตามสบาย (Laissez-faire leader behavior) บางครั้งเรียกว่าแบบเสรีนิยม ผู้นำแบบปล่อยตามสบายจะเน้นให้ความอิสระแก่ผู้ตามจะอนุญาตให้ผู้ตามมีอำนาจกระทำการใดๆ ได้ตามใจชอบ ไม่ติดตามและไม่ควบคุมการทำงาน (Marquis and Huston, 1996 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2554)

2) การศึกษาของมหาวิทยาลัยโอไฮโอ (The Ohio state studies)

พบว่าพฤติกรรมผู้นำของผู้บังคับบัญชาจำแนกได้เป็น 2 ลักษณะ ดังนี้ (1) พฤติกรรมมุ่งงาน (Initiating structure behavior) หมายถึง ผู้นำที่มีลักษณะของความกระตือรือร้น มีความคิดริเริ่ม มีมนุษยสัมพันธ์ในกลุ่ม ชักนำให้มีการสร้างแบบแผนที่ดีและสร้างช่องทางของการติดต่อสื่อสารให้มีความสามารถติดต่อกับบุคคลทุกคน และ (2) พฤติกรรมมุ่งคน (Consideration behavior) หมายถึง ผู้นำที่มีลักษณะของการดูแลเอาใจใส่ ความเป็นมิตรภาพ มีความไว้วางใจต่อกัน ยอมรับฟังความคิดเห็น ให้การยอมรับนับถือ ให้ความอบอุ่น มีความปรองดองกันระหว่างผู้นำและผู้ใต้บังคับบัญชา (Fleishman, 1953 อ้างถึงใน วิเชียร วิทย์อุดม, 2550)

3) การศึกษาของมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด (The Harvard studies)

Tannenbaum and Schmidt (1958 cited in Lim and Daft, 2004) นำผลการวิจัยมาจำแนกพฤติกรรมผู้นำเป็น 7 ช่วง เริ่มจากพฤติกรรมผู้นำแบบอึดตายไปโดยมากที่สุด ซึ่งเป็นผู้นำที่เน้นเจ้านายเป็นศูนย์กลาง (Boss centered leadership) ไปยังพฤติกรรมผู้นำที่เป็นแบบอึดตายไปโดยน้อยที่สุด ซึ่งเป็นผู้นำที่เน้นผู้ใต้บังคับบัญชาเป็นศูนย์กลาง (Subordinate centered leadership)

4) การศึกษาของมหาวิทยาลัยมิชิแกน (University of Michigan studies)

ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมผู้นำ กระบวนการกลุ่ม และผลการปฏิบัติงานของกลุ่ม ผลการวิจัยพบว่ามีภาวะผู้นำที่แตกต่างกัน 3 แบบ ดังนี้ (1) พฤติกรรมแบบมุ่งงาน (Task-oriented behavior) หมายถึง ผู้นำที่มุ่งงานในหน้าที่ของตน เช่น การวางแผน การจัดตารางการทำงาน ให้การช่วยเหลือด้านทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (2) พฤติกรรมแบบมุ่งสัมพันธ์ (Relation-oriented behavior) หมายถึง ผู้นำที่มีการปฏิบัติต่อผู้ใต้บังคับบัญชาด้วยความเป็นมิตร เข้าใจปัญหา สนับสนุนและให้ความช่วยเหลือด้วยความจริงใจ เห็นคุณค่าและความสำคัญของผู้ใต้บังคับบัญชา และ (3) ภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วม (Participating Leadership) หมายถึง ผู้นำที่มีพฤติกรรมในการควบคุมการทำงานแบบเป็นกลุ่มมากกว่าเป็นรายบุคคล ผู้นำจะแสดงบทบาทการส่งเสริมความร่วมมือในงาน โดยให้การสนับสนุนด้านต่าง ๆ และให้ข้อเสนอแนะ (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2554)

2.2.3 ทฤษฎีภาวะผู้นำตามสถานการณ์ (Situational leadership theory)

หลักการของทฤษฎีภาวะผู้นำตามสถานการณ์ กล่าวได้ว่า ไม่มีพฤติกรรมผู้นำใดที่เหมาะสมกับทุก ๆ สถานการณ์ ประกอบด้วย (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2554)

1) **ทฤษฎีภาวะผู้นำตามสถานการณ์ของ Fiedler (Fiedler's leadership contingency theory)** ทฤษฎีนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ร่วมงาน และงานที่ได้กำหนด โดยแบ่งพฤติกรรมกรรมการบริหารของผู้นำเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้ (1) ผู้นำที่มุ่งความสัมพันธ์ (Relationship-oriented leader) เป็นผู้นำที่มีพฤติกรรมแสดงออกว่ามุ่งความเกี่ยวข้องกับผู้ใต้บังคับบัญชา ผู้นำประเภทนี้จะสร้างความไว้วางใจ ความเคารพนับถือและรับฟังความคิดเห็นหรือความต้องการของผู้ใต้บังคับบัญชา และ (2) ผู้นำที่มุ่งงาน (Task-oriented leader) เป็นผู้นำที่มีพฤติกรรมแสดงออกว่ามุ่งความสำเร็จในงาน จะมีการกำหนดทิศทางและมาตรฐานในการทำงานไว้อย่างชัดเจน มีลักษณะคล้ายกับผู้นำแบบที่เริ่มต้นจากตนเองเป็นหลัก (Initiating structure style)

2) **ทฤษฎีภาวะผู้นำเส้นทางสู่เป้าหมาย (Path-Goal Theory)** เป็นทฤษฎีที่พัฒนาขึ้นโดย Martin Evans และ Robert House ถือเป็นทฤษฎีภาวะผู้นำตามสถานการณ์ที่เชื่อว่าผู้นำที่ทำงานได้ผลดีจะมีผลต่อความพึงพอใจของผู้ใต้บังคับบัญชา แบ่งเป็น 4 แบบ ดังนี้ (1) ผู้นำแบบบงการ (Directive leadership) เป็นแบบผู้นำที่มุ่งใช้อำนาจสั่งการผู้ใต้บังคับบัญชาและให้การแนะนำแก่ผู้ใต้บังคับบัญชาว่าอะไรควรจะทำและบอกถึงวิธีที่ควรจะทำ มีการสั่งการให้ทำตามตารางการทำงาน (2) ผู้นำแบบให้การสนับสนุน (Supportive leadership) เป็นแบบผู้นำที่เน้นถึงความเป็นอยู่และความต้องการของพนักงาน และเสริมสร้างบรรยากาศในการทำงานที่เป็นมิตรและความเป็นกันเองแก่ผู้ใต้บังคับบัญชา (3) ผู้นำแบบมีส่วนร่วม (Participative leadership) เป็นแบบผู้นำที่มุ่งเน้นให้การปรึกษากับผู้ใต้บังคับบัญชาและรวบรวมข้อเสนอแนะก่อนที่จะมีการตัดสินใจ และ (4) ผู้นำแบบมุ่งความสำเร็จ (Achievement-oriented leadership) เป็นแบบผู้นำที่มุ่งเน้นการกระตุ้นให้พนักงานมีการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง โดยการตั้งเป้าหมายที่ท้าทายใส่ใจต่องานที่ดีเลิศ และแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ใต้บังคับบัญชาว่าปฏิบัติงานให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ได้เป็นอย่างดี

3) **ทฤษฎีภาวะผู้นำตามสถานการณ์ของ Hersey และ Blanchard (Hersey and Blanchard's situational theory)** เป็นทฤษฎีภาวะผู้นำตามสถานการณ์ที่พัฒนาโดย Paul Hersey และ Kenneth H. Blanchard เรียกอีกอย่างว่าทฤษฎีความเป็นผู้นำตามวงจรชีวิต (A life cycle theory of leadership) โดยทฤษฎีนี้กล่าวได้ว่าผู้นำที่มีประสิทธิผลมาจากความเหมาะสมระหว่างรูปแบบของการเป็นผู้นำและความเต็มใจของผู้ตาม แบ่งเป็น 4 แบบ ดังนี้ (1) ผู้นำแบบบอกกล่าว (Telling) เป็นผู้นำที่มีการมุ่งงานสูงมุ่งความสัมพันธ์ต่ำ หมายถึง ผู้นำที่ให้ความสำคัญกับงานมากกว่าให้ความสำคัญกับผู้ใต้บังคับบัญชา (2) ผู้นำแบบขายความคิด (Selling) เป็นผู้นำที่มุ่ง

งานสูง มุ่งความสัมพันธ์สูง หมายถึง ผู้นำที่ให้ความสำคัญกับงานและให้ความสำคัญกับผู้ใต้บังคับบัญชา (3) ผู้นำแบบมีส่วนร่วม (Participating) ซึ่งมุ่งงานต่ำมุ่งความสัมพันธ์สูง หมายถึง ผู้นำที่ให้ความสำคัญกับงานน้อยกว่าให้ความสำคัญกับผู้ใต้บังคับบัญชา และ (4) ผู้นำแบบมอบหมายงาน (Delegating) เป็นผู้นำซึ่งมุ่งงานต่ำมุ่งความสัมพันธ์ต่ำ หมายถึง ผู้นำที่ไม่ให้ความสำคัญกับงานและไม่ให้ความสำคัญกับผู้ใต้บังคับบัญชา

2.2.4 ทฤษฎีภาวะผู้นำร่วมสมัย (Contemporary leadership theory)

1) **ทฤษฎีการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำและสมาชิก (Leader-member exchange theory)** หลักการของทฤษฎีการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำและสมาชิก คือ เน้นการสร้างสัมพันธ์ภาพและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้นำและผู้ใต้บังคับบัญชา โดยมีการคำนึงถึงความแตกต่างและความต้องการของผู้ใต้บังคับบัญชาแต่ละบุคคล รวมทั้งมีการปฏิบัติต่อทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งทฤษฎีการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำและสมาชิก ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การร่วมกันกำหนดเป้าหมายและร่วมกันสร้างผลงานที่มีค่า การสนับสนุนและความรักดี และมีความชอบพอและจริงใจต่อกัน (Dienesch and Liden, 1986)

2) **ภาวะผู้นำเชิงแลกเปลี่ยน (Transactional leadership)** แนวคิดนี้ริเริ่มโดย Bernard Burns (1987) โดยมีหลักการ คือ ผู้บังคับบัญชาควรประเมินความต้องการของผู้ใต้บังคับบัญชาเพื่อนำมาใช้เป็นกลวิธีโน้มน้าวให้ผู้ใต้บังคับบัญชายินดีที่จะปฏิบัติตามที่ผู้บังคับบัญชาต้องการ

3) **ภาวะผู้นำเชิงปฏิรูป (Transformational leadership)** หมายถึง ผู้นำที่สามารถแปลงวิสัยทัศน์ให้เป็นความจริงได้ นำไปสู่การปฏิบัติได้ สามารถทำให้บุคคลสนใจและยินดีปฏิบัติตาม มีลักษณะสำคัญ 3 ประการ ดังนี้ (1) ภาวะผู้นำเชิงบารมีหรือมีบุญญาธิการ (Charismatic leadership) คุณลักษณะของผู้นำเชิงบารมีคือ มีความสามารถในการจูงใจให้ผู้ตามปฏิบัติตามคำสั่งได้ โดยไม่มีคำถาม ซึ่งเป็นความสามารถเฉพาะตัวที่จำเป็นต้องมีในตัวผู้นำแต่ละคน โดยอาจแสดงออกไม่เหมือนกัน (2) การคำนึงถึงความต้องการที่แตกต่างกันไปในตัวตามแต่ละบุคคล (Individualized consideration) เป็นความสามารถของผู้นำที่จะทราบถึงความต้องการของแต่ละบุคคล รู้ถึงจุดเด่นจุดด้อย และสามารถมอบหมายงานที่มีความเหมาะสมกับความรู้และความสามารถของผู้ตามแต่ละบุคคล และ (3) การกระตุ้นให้ใช้สติปัญญา (Intellectual stimulation) คือ ผู้นำจะต้องใช้ความรู้และความสามารถของตนเองกระตุ้นให้ผู้ตามได้เกิดกระบวนการคิดและลงมือกระทำบางสิ่งบางอย่าง กระตุ้นให้ผู้ตามเกิดความคิดสร้างสรรค์ (Bass, 1985)

2.3 กลยุทธ์การนำ

การพยาบาลสาธารณสุขมีลักษณะที่แตกต่างจากการพยาบาลในหอผู้ป่วย คือ เป็นการให้การพยาบาลแก่คนจำนวนมากพร้อมๆ กัน และต้องสามารถปฏิบัติการพยาบาลภายใต้ความขาดแคลนทั้งอัตรากำลัง อุปกรณ์เครื่องมือ (WHO and ICN, 2009) อีกทั้งพยาบาลยังต้องเผชิญกับความเครียด ความไม่ปลอดภัยในสถานการณ์สาธารณสุขที่เกิดขึ้น (Power and Daily, 2010) พยาบาลต้องมีความสามารถในการประยุกต์ใช้ความรู้ ทักษะด้านการพยาบาลทั่วไปและการพยาบาลฉุกเฉินให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และจำเป็นต้องมีทักษะการตัดสินใจ สามารถประเมินปัญหาและแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างถูกต้อง ทักษะการทำงานเป็นทีม ทักษะการเป็นผู้ประสานงานที่ดีทั้งในระยะก่อนเกิด ขณะเกิด และหลังเกิดสาธารณสุข (วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และ สมจินดา ชมพูนุท, 2557)

2.3.1 การติดต่อสื่อสาร (Communication)

ความหมายของทักษะการติดต่อสื่อสาร

การสื่อสารถือเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ทักษะเป็นปัจจัยส่วนบุคคลปัจจัยหนึ่งซึ่งแต่ละบุคคลจะมีทักษะที่แตกต่างกัน ทำให้มีการแสดงพฤติกรรมที่แตกต่างกันในการปฏิบัติงานและก่อให้เกิดประสิทธิผลต่อการปฏิบัติงาน นักวิชาการได้ให้ความหมายของทักษะในการสื่อสาร ดังนี้

สมานพงษ์ เนตรยารักษ์ (2540) ให้ความหมายของทักษะในการสื่อสารว่า หมายถึง ความชำนาญหรือความสามารถในการสื่อสารทั้งในฐานะผู้ส่งสารและผู้รับสาร

วิริยา ขุนพรหม (2543) ให้ความหมายของทักษะการสื่อสารว่าเป็นความสามารถสรุปการตีความให้ได้ตรงกับความประสงค์ของคู่สนทนาและสามารถส่งสารให้คู่สนทนาได้เข้าใจอย่างเหมาะสม

Gomez-Mejia and Balkin (2002) ได้เสนอความหมายของทักษะการสื่อสารไว้ว่าเป็นทักษะที่ใช้ส่งและรับสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โดยสรุป ทักษะการสื่อสาร คือ ความสามารถที่จะสื่อความได้เหมาะสมในบริบทที่คู่สื่อสารมีการปฏิสัมพันธ์กัน สามารถตีความได้ตรงกับความประสงค์ของคู่สนทนา

กระบวนการติดต่อสื่อสาร (Communication Process)

กระทำได้โดยมีวิธีการและขั้นตอนเพื่อให้การส่งข้อมูลด้านต่างๆบรรลุเป้าหมาย เพราะการสื่อสารจะผลัดกันเป็นผู้ส่งสารและผู้รับสาร ต่างพยายามจะเปลี่ยนความคิดโน้มน้าวจิตใจ และพฤติกรรมอีกฝ่ายหนึ่งให้คล้อยตามและเห็นด้วยกับตน ซึ่งมีอยู่หลายวิธีการและหลายขั้นตอนด้วยกัน ดังนี้

1) ผู้ส่งสาร (Sender, Source) เป็นผู้ส่งสารเพื่อแจ้งสิ่งที่ต้องการไปยังผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยชี้แจงรายละเอียดต่างๆ อธิบายจุดมุ่งหมายและวัตถุประสงค์ให้ได้ทราบ ซึ่งการส่งข่าวทุกครั้งผู้ส่งข่าวจะปฏิบัติตามลำดับ ขั้นตอนที่หนึ่งคือรวมความคิด (Idealistic) เป็นการเริ่มต้นทางสมองที่เกิดแนวคิดจินตนาการในข้อเท็จจริง สิ่งที่ต้องการจะให้ป็นข่าวโดยรู้ว่าจะส่งข่าวอะไร ส่งอย่างไร และส่งไปถึงผู้ใด และขั้นตอนที่สองคือใส่รหัส (Encoding) เมื่อผู้ส่งข่าวตัดสินใจว่าจะส่งข่าวใดมีสาระและรายละเอียดอะไรบ้าง ก็จะต้องกำหนดรูปแบบแล้วใส่ข่าวสารที่เป็นคำพูด สัญลักษณ์ ไดอะแกรม ตัวเลข หรือรวมกันหลายอย่างได้ถูกต้อง

2) ช่องทางการสื่อสาร (Transmission Channel) กระบวนการส่งข่าวจะผ่านช่องทางการสื่อสารที่เป็นทางการหรือไม่ก็ตาม ควรจะเป็นการติดต่อกันโดยตรงไม่ว่าจะเป็นการพูดคุย การจดบันทึก การส่งข้อความ ซึ่งการส่งข่าวสารอาจจะส่งผ่านสื่ออย่างหนึ่งอย่างใดก็ได้ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ เครื่องมือสื่อสาร สิ่งพิมพ์ แผ่นป้ายโฆษณาและอื่นๆ สรุปคือช่องทางการสื่อสาร ประกอบด้วย ข่าวสาร (Message) และสื่อที่ใช้ (Channel)

3) ผู้รับสาร (Receiver) เป็นผู้รับข้อความ ข่าวสารต่างๆ จากผู้ส่งโดยกระบวนการผ่านสื่อ ทำให้สามารถทราบข่าวต่างๆ ที่ต้องการ ประกอบด้วยการแปลความหมาย (Interpretation) หมายถึง เมื่อผู้รับข่าวได้รับข่าวใดแล้วก็จะทำการแปลรหัสข้อความเพื่อทำความเข้าใจ ซึ่งบางครั้งผู้รับข่าวก็แปลความตามที่ผู้ส่งต้องการแต่บางครั้งก็อาจแปลเป็นอย่างอื่นก็มี และการแสดงออก (Action) เมื่อผู้รับข่าวสารทำการแปลรหัสแล้วก็จะแสดงออกเป็นปฏิกิริยาต่อข่าวสาร เช่น การทำตามข่าวสารที่ได้รับหรืออาจไม่สนใจใยดีต่อข่าวสารนั้น

4) ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) เป็นการตรวจสอบข่าวสารที่ผู้ส่งต้องการจะทราบ ผลว่าข่าวสารที่ตนส่งถึงผู้รับนั้นจะเป็นที่ถูกต้อง พอใจหรือไม่ด้วยการบอกกลับไปให้ผู้ส่งได้รับทราบโดยวิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น ด้วยถ้อยคำที่พูดโต้ตอบหรือบอกกล่าว แสดงออกจากสีหน้า ท่าทาง และการเขียนตอบกลับเป็นลายลักษณ์อักษร

แนวคิดทักษะการสื่อสาร

บุญใจ ศรีสถิตยัณรากูร (2551) กล่าวว่า ทักษะการติดต่อสื่อสารไม่ได้ติดตัวมาแต่กำเนิด สามารถพัฒนาได้โดยฝึกฝนและปฏิบัติตามหลักการและศิลปะการติดต่อสื่อสาร ดังนี้

1) ทักษะและศิลปะการพูด ไม่พูดแทรก ไม่พูดขัดจังหวะ ควบคุมอารมณ์ให้อยู่ในสภาวะธรรมชาติ ไม่แสดงอาการประหม่า ไม่พูดเกินเวลาที่กำหนด หรือควบคุมเวลาพูดภายในเวลาที่กำหนด พูดด้วยน้ำเสียงชวนฟัง เสียงดังพอเหมาะ และเข้าใจความสนใจของผู้ฟัง ออกเสียงควบกล้ำชัดเจน มองหน้าผู้ฟังอย่างทั่วถึงและสบตาผู้ฟังเป็นระยะๆ ไม่ผูกขาดการพูดคนเดียว กระตุ้นให้ผู้ฟังแสดงความคิดเห็น ไม่แสดงท่าทางประกอบมากเกินไปเหมาะสม ไม่ตั้งใจพูดเพื่อให้ผู้ฟังได้รับการอภัย

โกรธและไม่พอใจ พูดด้วยถ้อยคำสุภาพ น้ำเสียงอ่อนโยน ใช้คำพูดเหมาะสมกับสถานะผู้ฟัง คำพูด สีหน้าและพฤติกรรมมีความสอดคล้องกัน

2) ทักษะและศิลปะการกล่าวคำชื่นชม ไม่พูดชื่นชมพร่ำเพรื่อ ไม่เสแสร้งกล่าวคำชื่นชมที่เกินความจริงหรือน้อยกว่าความจริง แต่ควรกล่าวคำชื่นชมด้วยความจริงใจ

3) การกล่าวคำชื่นชมบุคคลที่ได้กระทำ ปฏิบัติหรือประพฤติดนเป็นแบบอย่างที่ดีแก่สังคม รวมทั้งผลิตผลงานที่เป็นเลิศ ทำให้หน่วยงาน/องค์กร/สังคม/ประเทศชาติได้รับผลประโยชน์ และชื่อเสียง ไม่ควรกล่าวคำชื่นชมเป็นการส่วนตัวเท่านั้นแต่ควรกล่าวคำชื่นชมต่อหน้าสาธารณชนด้วย

4) ทักษะและศิลปะการฟัง มองหน้าผู้พูดด้วยสายตาปกติ ไม่มองแบบจ้องจับผิด ฟังด้วยความสนใจ ถ้าต้องการซักถามหรือแสดงความคิดเห็นให้ขออนุญาตก่อน ตอบรับหรือแสดงพฤติกรรมเห็นด้วยหรือคล้อยตามกับผู้พูดเป็นระยะๆ เช่น ยิ้มและพยักหน้า

2.3.2. การประสานงาน (Coordination)

เรวัตร์ ชาตรีวิศิษฐ์ (2539) ให้ความหมาย การประสานงาน หมายถึง การที่บุคคลหรือกลุ่มคน หรือหน่วยงานร่วมมือกันทำงาน เพื่อให้บรรลุผลตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ตามเวลาที่กำหนดไว้

สมชาติ กิจยรรยง (2546) ให้ความหมาย การประสานงาน หมายถึง การจัดระเบียบการทำงานเพื่อให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานต่างๆ ร่วมมือปฏิบัติงานเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ไม่ทำงานซ้ำซ้อนกัน เป็นภาระผูกพันทางจิตใจ เป็นข้อตกลงเพื่อให้งานดำเนินตามนโยบายของหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ทองทิพภา วิริยะพันธุ์ (2553) ให้ความหมาย การประสานงาน หมายถึง กิจกรรมที่เกิดขึ้นเพื่อประสานความร่วมมือระหว่างบุคคล กลุ่มบุคคล ทีมงาน และหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้งานที่ได้รับมอบหมายหรือรับผิดชอบบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

Hoegol and Gemuenden (2001) ให้ความหมาย การประสานงาน หมายถึง ทีมงานต้องทำการพัฒนาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการทำงานที่นำไปสู่เป้าหมาย โดยจะต้องมีความชัดเจนในเป้าหมายย่อยของสมาชิกในทีมงานแต่ละคนที่เพียงพอ และต้องไม่มีช่องว่างและความซ้ำซ้อนกัน

โดยสรุป การประสานงาน หมายถึง การติดต่อสื่อสารให้เกิดความคิด ความเข้าใจตรงกันในการร่วมมือกันปฏิบัติงานให้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่เกิดการดำเนินงานซ้ำซ้อนกัน ขัดแย้งกัน หรือเหลื่อมล้ำกัน

วัตถุประสงค์ของการประสานงาน

การประสานงานเกิดจากความต้องการที่จะให้งานที่ทำเกิดผลสำเร็จ ได้ผลงานที่มีคุณภาพตามมาตรฐานที่เป็นไปตามข้อกำหนด ประหยัดเวลาและทรัพยากรในการปฏิบัติงานโดยก่อนการประสานงานควรกำหนดความต้องการให้แน่ชัดว่าจะประสานงานให้เกิดอะไรหรือเป็นอย่างไร หรือจะทำให้ได้ผลรับอย่างไร เพราะหากไม่มีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนก็อาจจะประสานงานไปผิดจากที่ควรจะเป็น โดยในการประสานงานแต่ละครั้งมีวัตถุประสงค์ ดังนี้ 1) เพื่อแจ้งให้ผู้ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องทราบ 2) เพื่อขอความช่วยเหลือและเพื่อรักษาไว้ซึ่งความสัมพันธ์อันดี 3) เพื่อขอคำยินยอมหรือความเห็นชอบ 4) เพื่อจัดข้อขัดแย้งในการปฏิบัติงาน 5) เพื่อใช้เพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลขององค์กร 6) เพื่อช่วยให้การดำเนินการเป็นไปตามแผนและวางแผนอย่างรอบคอบ และ 7) เพื่อตรวจสอบอุปสรรคและสภาพปัญหา

รูปแบบของการประสานงาน

ในการทำงานเป็นทีมการประสานงานจะส่งผลดีต่อการปฏิบัติงานโดยตรง เพราะจะทำให้ทีมงานมีผลของการปฏิบัติงานที่สูงขึ้น ผู้นำจึงควรเรียนรู้เกี่ยวกับการประสานงาน ซึ่งการประสานงานมี 3 รูปแบบ ดังนี้

การประสานงานภายใน ผู้นำที่ดีควรกระทำตนเป็นผู้ประสานงานภายในทีมงานด้วยการจัดสรรงานให้ทีมงานทำงานไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้ เพื่อให้สมาชิกของทีมงานทำงานด้วยกันอย่างร่วมแรงร่วมใจยิ่งขึ้นและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพราะทุกคนจะมีเป้าหมายเดียวกันจึงให้ความร่วมมือทำงานอย่างเต็มที่ รูปแบบการประสานงานมี 2 ลักษณะคือ 1) รูปแบบการประสานงานที่ไม่ดี หัวหน้าทีมงานจะมีการประสานงานกับทีมงานอย่างใกล้ชิดและเข้มงวด เนื่องจากสมาชิกของทีมงานทุกคนจะขึ้นตรงต่อหัวหน้าทีมงาน ทำให้หัวหน้าทีมงานจะเป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจทุกเรื่อง 2) การประสานงานที่ดี จะมีการประสานงานระหว่างทีมงานหรือสมาชิกในทีมอย่างแข็งแกร่ง โดยหัวหน้าทีมงานจะมีบทบาทในการช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างทีมงานหรือสมาชิกในทีมงานให้เป็นไปอย่างแนบแน่น ซึ่งการประสานงานภายในที่ดีจะทำให้ทีมงานมีการตัดสินใจที่รอบคอบ เพราะทีมงานทุกคนจะช่วยกันคิด ช่วยกันพิจารณาเพื่อหาข้อสรุปหรือหาทางเลือกในการตัดสินใจที่ดีที่สุด

การประสานงานภายนอก หัวหน้าทีมงานในฐานะที่เป็นตัวแทนของทีมงานจะต้องรับหน้าที่ในการเป็นผู้ประสานงานภายนอกให้แก่ทีมงาน เพื่อให้การทำงานบรรลุเป้าหมายสูงสุดซึ่งหน้าที่ของผู้เป็นหัวหน้าทีมงานนี้ได้แก่ ให้การสนับสนุนทีมงานอย่างเต็มที่ตามที่ทีมงานต้องการ เช่น การจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นหรือส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานของทีมงานให้ทุกคนในองค์กรได้รับรู้ เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่ทีมงาน เป็นต้น

การประสานงานอย่างไม่เป็นทางการ เนื่องจากการทำงานเป็นทีมโดยทั่วไปภายในทีมงานจะมีกลุ่มที่ไม่เป็นทางการ (Informal group) ซึ่งทุกคนมีการประสานงานกันเองอย่างไม่เป็นทางการอยู่แล้วเนื่องจากทุกคนรู้จักคุ้นเคยและมีความสัมพันธ์ส่วนตัวที่ดีต่อกันมาก่อน ทำให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความช่วยเหลือระหว่างกันและกัน ทำให้กลายเป็นโอกาสที่ดีต่อหัวหน้าทีมงานและทีมงานที่จะได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการประสานงานอย่างไม่เป็นทางการ และการมีความสัมพันธ์ส่วนตัวที่ดีต่อกันนี้จะนำไปสู่ผลสำเร็จของงานที่ดี เพราะการประสานงานอย่างไม่เป็นทางการจะช่วยเสริมสร้างความผูกพันให้แก่สมาชิกในทีมงาน

2.3.3. การตัดสินใจ (Decision Making)

ความหมาย การตัดสินใจ

สุลักษณ์ มีชูทรัพย์ (2539) ให้ความหมาย การตัดสินใจ หมายถึง กระบวนการเลือกปฏิบัติทางหนึ่งทางใดจากทางเลือกหลายๆ ทาง

นิตยา ศรีญาณลักษณ์ (2545) ให้ความหมาย การตัดสินใจ หมายถึง การพิจารณาทางเลือกที่ดีที่สุดจากทางเลือกหลายทางเพื่อดำเนินการให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ตามสถานการณ์นั้นๆ

บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร (2551) ให้ความหมาย การตัดสินใจ หมายถึง การพิจารณาเลือกแนวทางที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุด รวมทั้งมีความเป็นไปได้สำหรับนำมาแก้ไขปัญหา เพื่อขจัดปัญหาที่เกิดขึ้นให้หมดไปหรือลดความรุนแรงของปัญหาให้ลดน้อยลง

สุรลักษณ์ (นิติธรรม) แก่นทอง (2555) ให้ความหมาย การตัดสินใจ หมายถึง การพิจารณาทางเลือกที่ดีที่สุดจากหลายๆ ทาง โดยผู้นำใช้ตัดสินใจเพื่อให้ผู้ปฏิบัติใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน

โดยสรุป การตัดสินใจ หมายถึง การพิจารณาตกลงในการเลือกทางเลือกใดทางเลือกหนึ่ง เพื่อจะดำเนินกิจกรรมของตนให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

ประเภทของการตัดสินใจ

สมยศ นาวิการ (2545) แบ่งประเภทของการตัดสินใจไว้ 2 ประเภท ดังนี้

1) การตัดสินใจที่เป็นแบบแผน หรือแบบมีโครงสร้าง หรือเรียกว่า การตัดสินใจที่กำหนดไว้ล่วงหน้า (Programmed decision) เป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับงานประจำ ปัญหาที่เกี่ยวข้องต้องตัดสินใจเกิดขึ้นซ้ำๆ หรือคล้ายคลึงกัน มีกฎเกณฑ์การตัดสินใจอยู่บนพื้นฐานของกฎระเบียบและนโยบายต่างๆ

2) การตัดสินใจที่ไม่เป็นแบบแผน ไม่มีโครงสร้าง หรือการตัดสินใจที่ไม่ได้กำหนดไว้ล่วงหน้า (Non Programmed decision) เป็นการตัดสินใจที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน ไม่สามารถนำกฎเกณฑ์ ระเบียบปฏิบัติที่มีอยู่ไปประกอบการตัดสินใจได้

กระบวนการตัดสินใจ

การตัดสินใจเป็นหน้าที่ของผู้บริหารที่เป็นกระบวนการ (Process) และต้องมีการพิจารณาข้อมูลต่างๆ อย่างรอบครอบ จากนั้นจึงทำการกำหนดทางเลือกและเลือกทางที่ดีที่สุดไปปฏิบัติ ผู้นำต้องมีทักษะการตัดสินใจตามกระบวนการตัดสินใจ (Decision making process) ได้แก่ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2551)

ขั้นที่ 1 ระบุปัญหา (Define the Problem) เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นหรือเมื่อเผชิญปัญหา ผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องควรดำเนินการแก้ไขปัญหา โดยเริ่มจากการตั้งคำถามดังนี้ ปัญหาที่เกิดขึ้นคือปัญหาประเด็นใด ปัญหาใดคือปัญหาหลักและปัญหาใดคือปัญหารอง อะไรคือสาเหตุของปัญหา ปัญหาเกิดขึ้นที่ไหน ปัญหาเกิดขึ้นอย่างไร ปัญหาเกิดขึ้นเมื่อไหร่ ผู้เกี่ยวข้องกับปัญหามีใครบ้าง (เพื่อต้องการสอบถามข้อมูลไม่ได้มีจุดประสงค์เพื่อมุ่งหาผู้กระทำผิด) และปัญหาที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อใครบ้าง

ขั้นที่ 2 รวบรวมข้อมูล (Gather Information) โดยรวบรวมข้อมูลของคำถามทุกข้อจากผู้ที่เกี่ยวข้องและต้องเป็นข้อมูลที่ตรงตามข้อเท็จจริง เชื่อถือได้ ในกรณีปัญหาที่เกิดขึ้นมีหลายประเด็น ให้จัดลำดับการแก้ไขปัญหาย่างเหมาะสมโดยพิจารณาจากเกณฑ์ ดังนี้ 1) ความสำคัญของปัญหา (Significant of the problem) โดยพิจารณาว่าปัญหาที่เกิดขึ้นมีผลเสียต่อวิชาชีพ ผลเสียต่อหน่วยงาน และผลเสียต่อบุคคลที่เกี่ยวข้องหรือไม่ รวมทั้งมีผลเสียมากน้อยเพียงใด 2) ความเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหา (Emergent of the problem) โดยพิจารณาว่าปัญหาที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงเพียงใด 3) ความเป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหา (Feasibility of the problem) โดยพิจารณาว่าปัญหาที่เกิดขึ้นมีทรัพยากรเพียงพอสำหรับแก้ไขปัญหาให้สำเร็จลุล่วงหรือไม่ การแก้ไขปัญหามาดังกล่าวจะได้รับการสนับสนุนและความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องมากน้อยเพียงใด

ขั้นที่ 3 ค้นหาทางเลือก (Search for alternatives) กรณีเป็นการตัดสินใจแก้ไขปัญหโดยคณะกรรมการหรือทีมงาน การค้นหาทางเลือกให้รวบรวมความคิดจากทุกคนในทีม แต่หากเป็นการตัดสินใจแก้ไขปัญหโดยผู้ตัดสินใจเพียงคนเดียว การค้นหาทางเลือกให้รวบรวมความคิดจากบุคคลที่สามารถให้ข้อเสนอแนะหรือความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์สำหรับใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญห ควรให้ความสำคัญกับการค้นหาทางเลือกที่สามารถใช้แก้ไขสาเหตุของปัญหารวมทั้งทางเลือกที่ใช้แก้ไขผลเสียหรือผลกระทบที่เกิดจากปัญหา

ขั้นที่ 4 เปรียบเทียบทางเลือก (Compare Alternatives) หลังจากรวบรวมทางเลือกสำหรับแก้ไขสาเหตุของปัญหาแล้ว ให้นำทางเลือกทั้งหมดมาศึกษาและเปรียบเทียบโดยใช้เกณฑ์ดังนี้ 1) ความเป็นไปได้ (Feasibility) หมายถึงความเป็นไปได้ในการใช้แก้ไขปัญห 2) การยอมรับ (Acceptability) หมายถึง ได้รับการยอมรับจากผู้เกี่ยวข้องส่วนใหญ่ 3) ต้นทุนหรือค่าใช้จ่าย (Cost) หมายถึง ใช้งบประมาณน้อย 4) เวลา (Time) หมายถึง ใช้นเวลาน้อยและแก้ไขทัน

เหตุการณ์ และ 5) จริยธรรม (Ethics) หมายถึง มีความยุติธรรมและเป็นธรรมกับผู้เกี่ยวข้องไม่ใช้ระบบพรรคพวก (Patronage system)

ขั้นที่ 5 เลือกทางเลือกที่ดีที่สุด (Select the Best Alternative) โดยตัดสินใจเลือกแนวทางที่ดีที่สุด เหมาะสมที่สุด มีความเป็นไปได้มากที่สุด ได้รับการยอมรับจากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ใช้งบประมาณน้อยที่สุด ใช้เวลาน้อยที่สุด และไม่ขัดต่อจริยธรรมในการแก้ไขปัญหา

ขั้นที่ 6 วางแผนและนำทางเลือกไปแก้ไขปัญหา (Plan and Implement the Solution) ก่อนนำทางเลือกที่ได้ตัดสินใจไปใช้แก้ไขปัญหา ควรวางแผนอย่างเป็นระบบกำหนดวิธีการปฏิบัติอย่างชัดเจน และระบุชื่อบุคคลที่รับผิดชอบ

ขั้นที่ 7 กำกับและติดตามผล (Monitor and Follow up) ขณะนำทางเลือกไปดำเนินการแก้ไขปัญหา ต้องกำกับผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบให้ดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดรวมทั้งติดตามเป็นระยะๆ หากพบว่าแนวทางปฏิบัติได้มีอุปสรรคต้องปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม

ขั้นที่ 8 ประเมินผล (Evaluation) ภายหลังกดำเนินการแก้ไขปัญหา ควรประเมินทางเลือกที่นำมาใช้แก้ไขปัญหาว่าเป็นทางเลือกที่ถูกต้องหรือไม่ หากประเมินแล้วพบว่า เป็นทางเลือกที่ถูกต้องให้นำมาใช้เป็นแนวทางตัดสินใจแก้ไขปัญหาในครั้งต่อไป แต่หากประเมินแล้วพบว่า เป็นทางเลือกที่ไม่เหมาะสมให้นำมาเป็นบทเรียน ซึ่งเป็นการเรียนรู้จากความผิดพลาด (Learning by mistaking)

2.3.4. การทำงานเป็นทีม (Team Work)

ความหมายของการทำงานเป็นทีม

สุนันทา เลานันท์ (2540) ให้ความหมายการทำงานเป็นทีมว่า หมายถึง กลุ่มของบุคคลที่ทำงานร่วมกัน มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกในทีม ช่วยกันทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายเดียวกันอย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ร่วมทีมต่างมีความพอใจในการทำงานนั้น

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร (2551) กล่าวว่า การทำงานเป็นทีม หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ร่วมกันทำงานเพื่อเป้าหมายเดียวกัน สมาชิกทีมมีการติดต่อสื่อสารมีการประสานการทำงานมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ให้ความช่วยเหลือสนับสนุน พึงพาซึ่งกันและกันเพื่อให้ผลงานของทีมบรรลุเป้าหมาย

Stewart (1999) กล่าวว่าการทำงานเป็นทีม หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ทำงานในองค์การเดียวกัน มีความยึดมั่นต่อกัน มีการแลกเปลี่ยนข่าวสารระหว่างกัน มีผู้นำทีมที่มีความสามารถและสมาชิกทีมมีการช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกันในการทำงานร่วมกัน เพื่อให้งานสำเร็จตามเป้าหมาย

Tomas (2002) ให้ความหมายการทำงานเป็นทีมว่า หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีความชำนาญมาร่วมกันทำงานตามวัตถุประสงค์ เพื่อให้งานสำเร็จตามเป้าหมายด้วยความมุ่งมั่นและสมาชิกมีความไว้วางใจกัน

โดยสรุป การทำงานเป็นทีม หมายถึง การที่บุคคลหลายๆ คนเข้ามารับผิดชอบงานร่วมกันและปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ซึ่งบุคคลแต่ละคนล้วนมีพื้นฐานแนวความคิดทัศนคติและประสบการณ์ที่แตกต่างกัน

ความหมายการสร้างทีมงาน

การสร้างทีมงาน หมายถึง กระบวนการพัฒนาบุคคลที่มารวมตัวกันเพื่อปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย โดยได้วางแผนไว้ล่วงหน้าเพื่อรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลการทำงานของกลุ่มบุคคล ยกกระตือรือร้นการทำงานของกลุ่มให้มีประสิทธิภาพโดยเน้นหลักการให้กลุ่มทำงานร่วมกัน ให้ความสนใจต่อขบวนการในการทำงานและความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทของผู้นำที่มีความสัมพันธ์กับสมาชิกของกลุ่ม โดยเป็นการเปลี่ยนแปลงซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาทีมงานและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของกลุ่ม (สุธีลักษณ์ (นิติธรรม) แก่นทอง, 2555)

บทบาทของผู้นำทีมงาน

บทบาทของผู้นำทีม ก็คือ ผู้นำที่สามารถพัฒนาทีมงานให้เป็นทีมงานที่มีคุณภาพหรือทีมงานที่แท้จริง 6 ประการ (Real Team) คือ (สุธีลักษณ์ (นิติธรรม) แก่นทอง, 2555)

1) สร้างความผูกพันและความมั่นใจให้แก่ทีมงาน ผู้นำทีมงานจะเป็นผู้สร้างความผูกพันความมั่นใจให้กับทีมงาน โดยมีความรับผิดชอบร่วมกันและเป็นความรับผิดชอบที่สามารถตรวจสอบได้ร่วมกันทั้งทีม

2) รักษาวัตถุประสงค์เป้าหมายและแนวทางปฏิบัติของทีมงานให้มีความหมายและสอดคล้องซึ่งกันและกัน ผู้นำเปรียบเสมือนสมาชิกคนหนึ่งจะต้องนำทีมให้บรรลุเป้าหมายทั้งต้องเป็นบุคคลที่มีความสามารถในการมองปัญหาให้กับทีมงานและช่วยสร้างความชัดเจน

3) เสริมสร้างความแข็งแกร่งให้ทีมโดยสร้างความหลากหลายและทักษะที่จำเป็น ผู้นำจะต้องสร้างทีมงานให้มีความยืดหยุ่น มีการปฏิบัติงานให้ได้มากที่สุดและเสริมสร้างทักษะต่างๆ ให้กับผู้ร่วมทีม

4) เสริมสร้างความสัมพันธ์อันดีกับบุคคลภายนอก รวมทั้งช่วยแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องมีความสามารถในการสื่อสารให้ทีมงานและบุคคลอื่นๆ ทราบและเข้าใจถึงจุดมุ่งหมาย เป้าหมายของทีมงานด้วย

5) สร้างโอกาสให้แก่ผู้อื่น ผู้นำที่ตื่นอกจากจะมีความสามารถในการนำทีมงานให้ปฏิบัติพันธกิจตามที่ได้รับมอบหมายให้บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ต้องการ ผู้นำยังจำเป็นต้องเป็นผู้เสริมสร้างโอกาสให้แก่ผู้อื่นด้วย

6) ร่วมทำงานกับทีมงานอย่างจริงจัง ในบางโอกาสผู้นำจำเป็นต้องร่วมปฏิบัติงานกับสมาชิกในทีม นอกจากจะทำให้ทราบถึงปัญหาอุปสรรคของงานที่ปฏิบัติแล้วยังก่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ทางบวกและมีผลต่อการยอมรับนับถือของสมาชิกในกลุ่มอีกด้วย

2.3.5. การแก้ปัญหา (Problem Solving)

ความหมายของการแก้ปัญหา (จินตนา พุ่มเพ็ชร, 2545)

อาภรณ์ ชูดวง (2535) กล่าวว่า การแก้ปัญหาคือกระบวนการในการนำความรู้ ความคิด ประสบการณ์ที่ผ่านมา มาจัดเรียงใหม่เพื่อจะได้ความรู้หรือแนวคิดใหม่อันเป็นจุดมุ่งหมายที่ต้องการ

Good (1973) กล่าวว่า การแก้ปัญหาคือเป็นแบบแผนหรือวิธีดำเนินการซึ่งอยู่ในสภาพที่พยาบาลตรวจสอบข้อมูลที่หามาได้ที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหา มีการตั้งสมมติฐานและมีการตรวจสอบสมมติฐานภายใต้การควบคุม มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการทดลองเพื่อหาความสัมพันธ์และทดสอบสมมติฐานนั้นว่าเป็นจริงหรือไม่

Gagne (1985) การแก้ปัญหาคือกระบวนการที่ผู้เรียนค้นพบ โดยการผสมผสานสิ่งที่ได้เรียนรู้มาและวางแผนที่จะประยุกต์ใช้สิ่งเหล่านั้น เพื่อความสำเร็จในการแก้ปัญหาสำหรับสถานการณ์ปัญหาใหม่ๆ

โดยสรุป การแก้ปัญหา หมายถึง ความสามารถในการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหานำมาบูรณาการร่วมกับความรู้ ประสบการณ์เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมาย

วิธีการแก้ปัญหา

กมลรัตน์ หล้าสุวงศ์ (2524 อ้างถึงใน ทองสุข คำธนะ, 2538 อ้างถึงในจินตนา พุ่มเพ็ชร, 2545) ได้ศึกษาและแบ่งวิธีการแก้ปัญหาได้ 4 วิธี คือ 1) การแก้ปัญหาคือด้วยพฤติกรรมแบบเดียว โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงการแก้ปัญหาเมื่อประสบปัญหาจะไม่มีการคิดไตร่ตรองหาเหตุผลเป็นการจำหรือเลียนแบบพฤติกรรมเดิมที่เคยแก้ปัญหาได้ 2) การแก้ปัญหาคือแบบลองผิดลองถูก เป็นวิธีการของมนุษย์และสัตว์ที่ใช้แก้ปัญหาได้ เช่น การทดลองของธอร์นไดค์ เป็นการทดลองแก้ปัญหาแบบเดาสุ่ม โดยการลองผิดลองถูกของแมวจนกระทั่งกอดคานและเปิดประตูออกมาได้ 3) การแก้ปัญหาคือโดยการเปลี่ยนแปลงทางความคิด เป็นพฤติกรรมภายในยากแก่การสังเกต ที่นิยมที่สุดคือ การหยั่งเห็นซึ่งวิธีการหยั่งเห็นนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์เดิมและการรับรู้ และ 4) การแก้ปัญหาคือโดยวิธีวิทยาศาสตร์ เป็นวิธีการแก้ปัญหาในระดับสูงสุดและใช้ได้ดีที่สุด โดยเฉพาะการแก้ปัญหายากซับซ้อน

เรมวอล นันท์ศุภวัฒน์ (2542) กล่าวว่า วิธีการแก้ปัญหาหลายวิธี สรุปได้ดังนี้

1) การลองผิดลองถูก คือ ใช้วิธีหนึ่งไม่สำเร็จก็จะใช้อีกวิธีหนึ่งจนสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องใช้เวลาค่อนข้างนาน ซึ่งโอกาสที่จะไม่ประสบความสำเร็จมีมากในปัญหาที่ซับซ้อน ทั้งนี้เพราะผู้นำมักจะขาดประสบการณ์ เวลา และทรัพยากรที่จะต้องค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหา

2) การทดลอง เป็นวิธีการที่เข้มงวดกว่าการลองผิดลองถูก โดยการนำโครงการนำร่องหรือข้อจำกัดของการทดลองคือตัวอย่างที่ใช้ทดลอง การทดลองจะเกี่ยวข้องกับการทดสอบสมมติฐานเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจหรือพยากรณ์ การทดลองอาจจะเกิดผลลัพธ์ทั้งการสร้างสรรคและมีประสิทธิภาพหรือไม่มีแรงบันดาลใจและไม่มีประสิทธิภาพก็ได้ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวิธีการใช้ ดังนั้นการแก้ปัญหาส่วนใหญ่ถ้าใช้การทดลองอาจจะไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากปริมาณของเวลาและเงื่อนไขที่ต้องมีกลุ่มควบคุมเข้ามาเกี่ยวข้อง

3) ธรรมชาติแบบบุคคลทั่วไป คือ อาศัยความชำนาญ สัญชาตญาณและสามัญสำนึกทำตามแบบที่คนอื่นๆ ทำเป็นประจำ ตามอารมณ์ความรู้สึก

4) กระบวนการแก้ปัญหา เป็นกระบวนการตามหลักวิทยาศาสตร์ สามารถวิเคราะห์โดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์เพื่อการเรียนรู้การจัดการวิธีการแก้ปัญหาที่หาไม่ได้

จะเห็นว่า วิธีแก้ปัญหามีหลายวิธีแต่วิธีแก้ปัญหาย่างมีประสิทธิภาพ มีระเบียบแบบแผน คือ การแก้ปัญหตามกระบวนการวิทยาศาสตร์ ได้แก่ กระบวนการแก้ปัญหาและเหมาะสมสำหรับกรแก้ปัญหาในสถานการณ์ปัจจุบันที่เป็นปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อน

กระบวนการแก้ปัญหา

การแก้ปัญหา คือ การทำให้เกิดสภาพการณ์ที่เราคาดหวัง แต่มีคนจำนวนไม่น้อยที่ถึงแม้จะรู้ว่าสิ่งที่คาดหวังหรือเป้าหมายคืออะไร แต่ก็ไม่สามารถไปถึงเป้าหมายนั้นได้เพราะปัญหามีมากมาย มีความซับซ้อนคลุมเครือ และถ้าเราหาทางแก้ปัญหาแบบไม่มีแนวทางชัดเจน เราก็คงจะพบกับสิ่งกีดขวางที่ทำให้เราไปไม่ถึงสิ่งที่คาดหวังไว้ มีนักวิชาการหลายท่านได้เสนอกระบวนการแก้ปัญหา ดังนี้ (จินตนา พุ่มเพชร, 2545)

พรทิพย์ เกตุรานนท์ (2530) เสนอขั้นตอนการแก้ปัญหา 5 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดปัญหาและการเก็บรวบรวมข้อมูล 2) การกำหนดแนวทางเลือก 3) การเลือกวิธีแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม 4) การดำเนินการแก้ไขปัญหา และ 5) การประเมินผลการดำเนินงาน

วีรพล สุวรรณนันต์ (2534) เสนอขั้นตอนการแก้ปัญหาโดยยึดหลักอริยสัจ 4 ทางพุทธศาสนา คือ 1) ระบุปัญหา(ทุกข์) 2) สาเหตุแห่งปัญหา (สมุทัย) 3) การกำหนดจุดมุ่งหมายในการแก้ปัญหา (นิโรธ) และ 4) กำหนดแนวทางแก้ไขปัญหา

ยูดา รักไทย และธนิการต์ มาฆะศิริรานนท์ (2544) เสนอขั้นตอนการแก้ปัญหา 7 ขั้นตอน ดังนี้ 1) เข้าใจสถานการณ์ 2) กำหนดปัญหาให้ถูกต้องชัดเจน 3) วิเคราะห์สาเหตุสำคัญ 4) หาวิธีแก้ที่เป็นไปได้ 5) เลือกวิธีแก้ที่ดีที่สุด 6) วางแผนการปฏิบัติ และ 7) ติดตามประเมินผล

Hamilton and Ghatala (1994) เสนอขั้นตอนการแก้ปัญหา 4 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นปัญหา 2) ค้นหาความรู้และประสบการณ์ที่สามารถช่วยในการแก้ปัญหา 3) พัฒนาด้านการวางแผนเพื่อช่วยในการแก้ปัญหา และ 4) ตรวจสอบหรือประเมินว่าแผนที่วางไว้สามารถแก้ปัญหาได้หรือไม่

สรุปได้ว่า กระบวนการแก้ปัญหาเริ่มจาก ระบุปัญหา หาสาเหตุ หาแนวทางแก้ไข ปัญหา วางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหา และสุดท้ายคือการประเมินผล

กลยุทธ์การนำดังที่กล่าวมา มีส่วนสำคัญที่จะทำให้การบริหารจัดการสาธารณสุขในทุกระยะสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี เพราะการทำงานด้านสาธารณสุขเป็นการทำงานร่วมกันหลายฝ่าย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในระยะการป้องกันและลดความเสี่ยง ระยะการเตรียมความพร้อม ระยะรับมือสาธารณสุข และระยะฟื้นฟูภายหลังเกิดสาธารณสุข

2.4 ภาวะผู้นำของพยาบาลในการจัดการสาธารณสุข

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการสาธารณสุขทางการพยาบาล เพื่อมากำหนดเป็นภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล ดังนี้

แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ (2552) กล่าวว่า การจัดการสาธารณสุขแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ก่อนเกิดเหตุ ระหว่างเกิดเหตุ และหลังเกิดเหตุ กลยุทธ์การนำประกอบด้วย การทำงานเป็นทีมโดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ผู้รับผิดชอบไว้ในแผนรับสาธารณสุข การประสานงานภายในและนอกทีมการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ประสบภัย การตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และการสื่อสารให้ข้อมูลทางสุขภาพ

วรวรรณ ทิพย์วาริรัมย์ (2555) กล่าวว่า การจัดการสาธารณสุขแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ ระยะการป้องกันสาธารณสุข ระยะการเตรียมพร้อมรับสาธารณสุข ระยะการตอบสนองเมื่อเกิดสาธารณสุข และระยะฟื้นฟูภายหลังเกิดสาธารณสุข กลยุทธ์การนำประกอบด้วย การสื่อสารโดยข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชน การทำงานเป็นทีมคือมีการจัดทำแผนรับสาธารณสุขและกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ และการประสานงานกับหน่วยงานสนับสนุนเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัยในระยะฟื้นฟู

วรวรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และ สมจินดา ชมพูนุช (2557) กล่าวว่า บทบาทของพยาบาลในการจัดการสาธารณสุข แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนเกิดสาธารณสุข ขณะเกิดสาธารณสุข และระยะหลังเกิดสาธารณสุข กลยุทธ์การนำประกอบด้วย การสื่อสารโดยให้ความรู้แก่ประชาชน การทำงานเป็นทีมคือมีการจัดทำแผน กำหนดบทบาทหน้าที่ และกำหนดเส้นทางอพยพ การตัดสินใจเพื่อจัด

บุคลากรพยาบาลออกไปช่วย ณ จุดเกิดเหตุและสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ถูกต้อง การประสานงานทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานเพื่อช่วยเหลือและส่งต่อผู้ประสบภัย คุณสมบัติของพยาบาลที่ปฏิบัติงานสาธารณสุขต้องมีทักษะในการตัดสินใจที่ดี สามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และมีภาวะผู้นำ

พรพิมล รักษาแก้ว (2548) ศึกษาวิเคราะห์ตัวประกอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ผลการศึกษาพบว่า ตัวประกอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมมีทั้งหมด 9 ตัวประกอบ โดยตัวประกอบสมรรถนะด้านคุณลักษณะบทบาทผู้นำของพยาบาลมีความสำคัญเป็นลำดับที่ 1 ประกอบด้วยตัวแปร 8 กลุ่ม คือ บทบาทผู้นำ การเชื่อมโยงข้อมูลข่าวสาร การประสานงาน และการทำงานเป็นทีม ความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงาน คุณธรรมและจริยธรรม การเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บ ความเข้าใจสังคม ชุมชนและวัฒนธรรมที่เกิดสาธารณสุข และด้านกฎหมาย

ปรารณา ยามานนท์ (2550) ศึกษาเรื่องประสบการณ์การจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพในเหตุการณ์สึนามิ ผลการศึกษาพบว่า การจัดการสาธารณสุข คือการดำเนินการตามแผน วัตถุประสงค์หมู่และการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ปัญหาที่พบในการปฏิบัติงานคือ พยาบาลไม่สามารถคัดกรองผู้ประสบภัยได้อย่างมีประสิทธิภาพเนื่องจากเป็นสาธารณสุขขนาดใหญ่และมีความรุนแรงมาก การบริหารจัดการไม่เป็นระบบเนื่องจากขาดการวางแผน การเตรียมความพร้อม และการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ การปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรต่างอาชีพต่างหน่วยงาน อาจมีแนวคิดที่ไม่ตรงกันทำให้เกิดปัญหาความขัดแย้งระหว่างการปฏิบัติงาน พยาบาลที่ปฏิบัติงานสาธารณสุขจำเป็นต้องใช้ความสามารถในด้านภาวะผู้นำ และแสดงออกได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์สาธารณสุขที่เกิดขึ้น ปัญหาการสื่อสารกับชาวต่างประเทศจากภาษาที่ต่างกันทำให้เกิดความเข้าใจผิด พยาบาลควรมีความสามารถในการสื่อสารด้วยภาษาที่สองและมีความเข้าใจในวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน

วิระดา แสงศรี (2550) ศึกษาเรื่องประสบการณ์การจัดการพยาบาลสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพ สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ต่อการจัดการสาธารณสุขประกอบด้วย การทำงานด้วยความรวดเร็ว ให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ช่วยเหลือให้ครบทั้งก่อนเกิดภัย ขณะเกิด และหลังเกิดภัย ต้องมีการเตรียมพร้อมในทุกด้านทั้ง กำลังพล ยา เวชภัณฑ์ ยานพาหนะ และเครื่องอุปโภคบริโภค ประสบการณ์การจัดการสาธารณสุขประกอบด้วย เตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัยเป็นการเตรียมความพร้อมของตนเองและเตรียมของไว้พร้อมใช้ การจัดการในขณะเกิดภัย ได้แก่ การประสานงาน การประเมินสถานการณ์เพื่อเตรียมพร้อมในการช่วยเหลือ การแบ่งงานตามความเหมาะสม การส่งต่อผู้ป่วย และการรายงานสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การจัดการหลังเกิดภัย ได้แก่ การส่งเสริมคุณภาพชีวิต พื้นฟูอาชีพ สภากาชาด

ร่างกาย และจิตใจ ปัจจัยที่ส่งเสริมให้การทำงานดีขึ้น ได้แก่ มีหัวหน้าทีมขณะออกปฏิบัติงาน มีความสามารถในการตัดสินใจ มีการมอบหมายงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เข้าใจบทบาทความเป็น ผู้นำวิชาชีพการพยาบาล มีทักษะสัมพันธภาพที่ดี และมีประสบการณ์ในการทำงาน ปัญหาในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ขาดการประสานงาน การติดต่อสื่อสารทั้งภายในและภายนอกองค์กร ปัญหาในการสื่อสารกับชาวต่างชาติ และการทำงานด้วยความเครียด บทเรียนที่ได้รับจากประสบการณ์ที่ผ่านมา ได้แก่ มีเครือข่ายในการทำงาน จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งองค์กรนานาชาติ เพิ่มเนื้อหาในหลักสูตรการพยาบาลสาธารณสุขตั้งแต่ระดับปริญญาตรี พัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพตามสมรรถนะของพยาบาลสาธารณสุข

อุไรพร จันทะอุ่มเม้า และคณะ (2554) ศึกษาการบริหารจัดการในกรณีภัยพิบัติทางธรรมชาติ : ประสบการณ์พยาบาลในจังหวัดภาคใต้ พบว่า การบริหารจัดการบริการพยาบาลในสถานการณ์สาธารณสุขภัย แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ การป้องกันและลดผลกระทบ การเตรียมความพร้อมรับสาธารณสุขภัย การตอบโต้สาธารณสุขภัย และการฟื้นฟูภายหลังการเกิดสาธารณสุขภัย กลยุทธ์การนำประกอบด้วย การทำงานเป็นทีมคือจัดทำแผนและกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบในระดับบุคคลและหน่วยงาน การประสานงานในหน่วยงานภายในและภายนอกองค์กรเพื่อดูแลผู้ประสบภัยอย่างต่อเนื่อง การสื่อสารทั้งการให้ข้อมูลและการเตรียมเครื่องมือสื่อสาร การตัดสินใจเพื่อการบริหารงานในสถานการณ์ฉุกเฉิน

WHO and ICN (2009) กล่าวว่า พยาบาลสาธารณสุขภัยต้องประยุกต์ใช้ความรู้และทักษะทางด้านการพยาบาลพื้นฐาน ความรู้ด้านระบาดวิทยา สรีรวิทยา และเภสัชวิทยา ในการดำเนินการเตรียมความพร้อม รับมือกับสาธารณสุขภัย จนกระทั่งการฟื้นฟูสภาพในระยะหลังเกิดสาธารณสุขภัย

Power and Daily (2010) กล่าวว่า การจัดการสาธารณสุขภัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมความพร้อม ระยะรับมือกับสาธารณสุขภัย และระยะฟื้นฟูหลังเกิดสาธารณสุขภัย กลยุทธ์การนำประกอบด้วย การประสานงานเรื่องบุคลากร ทรัพยากร และการอพยพ การทำงานเป็นทีม การแก้ปัญหาขณะเกิดสถานการณ์สาธารณสุขภัย การคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการมีภาวะผู้นำจะทำให้การรับมือต่อสถานการณ์สาธารณสุขภัยทำได้ดีขึ้น

Marquis and Huston (2012) กล่าวว่าภาวะผู้นำมีอิทธิพลต่อกลุ่มในการทำงานให้บรรลุเป้าหมาย กลยุทธ์ที่จะเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน ได้แก่ การสื่อสาร การประสานงาน การตัดสินใจ การทำงานเป็นทีม และการแก้ปัญหา

Veenema (2013) กล่าวว่า การจัดการสาธารณสุขภัยแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ การป้องกันสาธารณสุขภัย การเตรียมความพร้อมรับสาธารณสุขภัย การตอบสนองเมื่อเกิดสาธารณสุขภัย และการฟื้นฟูหลังเกิดสาธารณสุขภัย พยาบาลที่ปฏิบัติงานสาธารณสุขภัยควรมีภาวะผู้นำและสามารถใช้กลยุทธ์ต่างๆ ในการทำงานระหว่างองค์กรเพื่อทำงานให้มีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมาย กลยุทธ์การนำ

ประกอบด้วย การสื่อสารเพื่อให้ข่าวสารแก่ชุมชน การทำงานเป็นทีมโดยการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละบุคคล การประสานงานระหว่างหน่วยงานเพื่อการเตรียมความพร้อม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะผู้นำและการจัดการสาธารณสุขทางการแพทย์จากผู้ป่วยวิจัยสังเคราะห์วรรณกรรมการจัดการสาธารณสุขเป็น 4 ระยะ โดยใช้แนวคิดการจัดการสาธารณสุขของ WHO and ICN (2009) และแนวคิดภาวะผู้นำของ Marquis and Huston (2012) เป็นแนวคิดหลัก ร่วมกับวรรณกรรมและการศึกษาของแอนน์ จีระพงษ์สุวรรณ (2552), วรรณกรรมทิพย์วาริรัมย์ (2555), วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และ สมจินดา ชมพูนุช (2557), พรพิมล รักษาแก้ว (2548), ประรณดา ยามานนท์ (2550) , วิระดา แสงศรี (2550), อุไรพร จันทะอุ่มเฒ่า และคณะ (2554), Power and Daily (2010) และ Veenema (2013) รายละเอียดดังตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 การสังเคราะห์วรรณกรรมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล

| ภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล | WHO and ICN (2009) | Power and Daily (2010) | Veenema (2013) | Marquis and Huston (2012) | แอนน์ จีระพงษ์สุวรรณ (2552) | วรรณกรรมทิพย์วาริรัมย์ (2555) | วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และสมจินดา ชมพูนุช (2557) | พรพิมล รักษาแก้ว (2548) | ประรณดา ยามานนท์ (2550) | วิระดา แสงศรี (2550) | อุไรพร จันทะอุ่มเฒ่า และคณะ (2554) |
|--|--------------------|------------------------|----------------|---------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---|-------------------------|-------------------------|----------------------|------------------------------------|
| 1. ความรู้ในการจัดการสาธารณสุข | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 2. ความสามารถในการจัดการสาธารณสุข | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 3. กลยุทธ์การนำ | | | | | | | | | | | |
| 3.1 การสื่อสาร | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 3.2 การประสานงาน | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 3.3 การตัดสินใจ | ✓ | | | ✓ | ✓ | | ✓ | | | | ✓ |
| 3.4 การทำงานเป็นทีม | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ |
| 3.5 การแก้ปัญหา | ✓ | ✓ | | ✓ | | | ✓ | | | | |

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสังเคราะห์แนวคิดของการจัดการสาธารณสุขภัยร่วมกับแนวคิดภาวะผู้นำ และสรุปเป็นภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขภัยของพยาบาล 3 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. ความรู้ในการจัดการสาธารณสุขภัย ประกอบด้วย 1) ความรู้ด้านสาธารณสุขภัย ได้แก่ ความหมาย ประเภทของสาธารณสุขภัย ปัญหาและผลกระทบจากสาธารณสุขภัย กฎหมายที่เกี่ยวข้อง สถานการณ์สาธารณสุขภัยในปัจจุบันและแนวโน้มการเกิดสาธารณสุขภัยในอนาคต บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการจัดการสาธารณสุขภัย ระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉิน (ICS) แผนการจัดการสาธารณสุขภัยขององค์กรพยาบาล และองค์กรภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ 2) ความรู้ด้านการพยาบาลฉุกเฉิน ได้แก่ การจำแนกประเภทผู้บาดเจ็บ (Triage) การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานและการช่วยชีวิตขั้นสูง การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ และ 3) ความรู้ทั่วไป ได้แก่ สภาพภูมิศาสตร์และสภาพภูมิอากาศในพื้นที่ที่เกิดสาธารณสุขภัย การใช้เครื่องมือสื่อสารและเทคโนโลยีที่ทันสมัย และภาษาต่างประเทศ

2. ความสามารถในการจัดการสาธารณสุขภัย ประกอบด้วย 1) ระยะเวลาป้องกันและลดความเสี่ยง ได้แก่ สนับสนุนให้ตัวแทนองค์กรวิชาชีพพยาบาลมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรการ ระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับการจัดการสาธารณสุขภัย สนับสนุนการศึกษาวิจัยด้านการพยาบาลสาธารณสุขภัย 2) ระยะเวลาเตรียมพร้อม ได้แก่ การจัดทำแผนและการซ้อมแผนรับสาธารณสุขภัย การสำรองทรัพยากรเพื่อใช้ในสถานการณ์สาธารณสุขภัย และการพัฒนาความรู้ของบุคลากร 3) ระยะเวลารับสาธารณสุขภัย ได้แก่ การประเมินสถานการณ์สาธารณสุขภัยที่เกิดขึ้น การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัย และการบันทึกข้อมูล และ 4) ระยะเวลาฟื้นฟูหลังเกิดสาธารณสุขภัย ได้แก่ ประเมินผลกระทบทางด้านจิตใจ ร่างกาย และสังคมของผู้ประสบภัย การส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบเพื่อการฟื้นฟูในระยะยาวต่อไป

3) กลยุทธ์การนำในการจัดการสาธารณสุขภัย ประกอบด้วย 1) การสื่อสาร ได้แก่ การให้ข้อมูลทางสุขภาพและข้อมูลด้านสาธารณสุขภัยเพื่อให้ประชาชนเตรียมความพร้อม ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเมื่อเผชิญกับสถานการณ์สาธารณสุขภัย 2) การประสานงาน ได้แก่ การประสานงานกับหน่วยงานภายในและภายนอกหน่วยงานเพื่อเตรียมทรัพยากร บุคลากรให้พร้อมในระยะก่อนเกิดสาธารณสุขภัย ในสถานการณ์สาธารณสุขภัยประสานงานการช่วยเหลือและการส่งต่อผู้ประสบภัยเพื่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม และการประสานงานในระยะหลังเกิดสาธารณสุขภัยแก่หน่วยงานต่างๆ ในการดูแลผู้ประสบภัยต่อไป 3) การตัดสินใจ ได้แก่ การประเมินสถานการณ์สาธารณสุขภัยที่เกิดขึ้น และสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้องและเหมาะสม 4) การทำงานเป็นทีม ได้แก่ การจัดทำแผนรับสาธารณสุขภัย และกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคคลและหน่วยงาน การปฏิบัติงานได้หลากหลายหน้าที่ในกรณีที่ยั่วยุกำลังไม่เพียงพอ และ 5) การแก้ปัญหา ได้แก่ ใช้ความรู้ด้านสาธารณสุขภัยและการพยาบาลในการวิเคราะห์ปัญหา และแก้ไขปัญหามาตรฐานได้อย่างเหมาะสม

3. เทคนิคเดลฟาย

เทคนิคเดลฟายเป็นเทคนิคที่ได้รับการยอมรับในหมู่นักวิชาการทางการศึกษาอย่างมากในปัจจุบัน ถูกค้นพบและพัฒนาขึ้นโดยนักวิจัยคือ Olaf Helmer, Norman C. Dalkey ในปี ค.ศ.1952 (ชนิตา รักษ์พลเมือง, 2553) เทคนิคเดลฟายเป็นกระบวนการหนึ่งของการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นความคิดของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับเรื่องในอนาคต จึงเป็นเทคนิคการทำนายเหตุการณ์ หรือความเป็นไปได้ในอนาคตโดยอาศัยฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุปอันน่าเชื่อถือในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง สามารถนำมาใช้ประกอบในการตัดสินใจด้านต่างๆได้

3.1 ความหมายของเทคนิคเดลฟาย

ใจทิพย์ เชื้อรัตนพงษ์ (2535) ให้ความหมายของการวิจัยแบบเดลฟายว่าเป็นกระบวนการที่รวบรวมความคิดเห็นหรือตัดสินใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่งเกี่ยวกับอนาคตจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สอดคล้องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและมีความถูกต้องน่าเชื่อถือมากที่สุด โดยผู้ทำวิจัยไม่ต้องนัดสมาชิกในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญซึ่งอยู่ในที่ต่าง ๆ ทำให้ไม่มีข้อจำกัดรวมทั้งยังประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย ตลอดจนช่วยให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระและไม่ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลทางความคิดเห็นของผู้อื่นหรือเสียงส่วนใหญ่

จุมพล พุฒภักดิ์ (2551) ได้ให้ความหมายของเทคนิคเดลฟายว่า เป็นเทคนิคการวิจัยคาดการณ์อนาคต และเป็นเทคนิคการสื่อสารระหว่างกลุ่มผู้เชี่ยวชาญช่วยให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนได้รับข่าวสารและแลกเปลี่ยนความเชี่ยวชาญระหว่างกันโดยไม่มีการเผชิญหน้ากันโดยตรงเช่นเดียวกับการระดมสมอง หรือการประชุมกลุ่มแบบอื่น ๆ

บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร (2553) ได้ให้ความหมายของเทคนิคเดลฟายว่า เป็นเทคนิคการวิจัยเพื่อศึกษาแนวโน้มของเหตุการณ์หรือปรากฏการณ์ต่าง ๆ ในอนาคต โดยการรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่มีความรอบรู้และมีประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาการวิจัยที่ผู้วิจัยศึกษา ตลอดจนเป็นผู้ที่ยินดีให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามจนครบทุกขั้นตอน ซึ่งผู้วิจัยไม่เปิดเผยรายชื่อผู้เชี่ยวชาญท่านอื่น ๆ ให้ผู้เชี่ยวชาญทราบ รวมทั้งไม่ให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านเผชิญหน้ากันเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ซึ่งช่วยขจัดปัญหาการครอบงำทางความคิดระหว่างผู้เชี่ยวชาญด้วยกัน

ชนิตา รักษ์พลเมือง (2553) ให้ความหมายของเทคนิคเดลฟายว่า เป็นเทคนิคที่มักถูกนำมาใช้เมื่อผู้ศึกษาต้องการทราบความคิดเห็นที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและ/หรือมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับประเด็นที่เกี่ยวกับเวลา ปริมาณและ/หรือสภาพการณ์ที่ต้องการจะให้ เป็นอีกนัยหนึ่ง คือ เป็นการระดมความคิดโดยที่ผู้ให้ข้อคิดไม่จำเป็นต้องเผชิญหน้ากัน

จากความหมายที่กล่าวมา สรุปความหมายของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟายว่าเป็น กระบวนการหนึ่งของการเก็บรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในอนาคต จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่สอดคล้องกัน โดยใช้วิธีการตอบแบบสอบถามแทนการเรียกประชุม

3.2 คุณสมบัติของเทคนิคเดลฟาย

จากความหมายที่กล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นคุณลักษณะของเทคนิคเดลฟาย (ชนิตา รัชพลเมือง, 2553) มีดังต่อไปนี้

1) ผู้เข้าร่วมเป็นผู้เชี่ยวชาญในการศึกษาวิจัยไม่ทราบว่าใครบ้างที่เข้าร่วมเป็นกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญไม่ทราบว่าผู้อื่นมีความเห็นอย่างไรในประเด็นที่ศึกษา ทั้งนี้เพราะผู้เชี่ยวชาญทุกคนจะตอบแบบสอบถามตามที่ผู้วิจัยจะกำหนดขึ้นในแต่ละขั้นตอนในเวลาใกล้เคียงกัน

2) ผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมในการวิจัยต้องตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยกำหนดให้ครบทุกขั้นตอน ซึ่งอาจเป็น 2-4 รอบ ทั้งนี้โดยที่การสอบถามครั้งแรกจะเป็นคำถามปลายเปิดส่วนคำถามรอบต่อ ๆ ไป จะอยู่ในลักษณะมาตรฐานประเมิน ผู้เชี่ยวชาญสามารถทบทวนคำตอบของตนได้ทุกขั้นตอน มีโอกาสกลั่นกรองคำตอบของตนอย่างละเอียดรอบคอบ จนกระทั่งมีความมั่นใจในคำตอบและสามารถแสดงความคิดเห็นของตนได้อย่างอิสระ

3) ผู้วิจัยจะนำคำตอบไปวิเคราะห์ และป้อนข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์กลับไปให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาอีกครั้ง โดยปกติกระบวนการทำซ้ำ (Iterative Process) แบบนี้จะดำเนินต่อไปจนกว่าจะได้คำตอบที่เป็นฉันทามติ (Consensus) ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จุดประสงค์การทำซ้ำก็เพื่อที่จะกรอง (Refine) ความเชี่ยวชาญของกลุ่มผู้เชียวชาญนั่นเอง

3.3 กระบวนการวิจัยของเทคนิคเดลฟาย

กระบวนการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย (ชนิตา รัชพลเมือง, 2553 ; Limestone and Turoff, 1975) ประกอบด้วยส่วนสำคัญ ดังต่อไปนี้

1) การกำหนดปัญหาที่จะศึกษาวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย ควรเป็นปัญหาที่ยังไม่มีคำตอบที่ถูกต้องแน่นอน และสามารถวิจัยได้จากการให้ผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ เป็นผู้ตัดสินประเด็นปัญหา เพื่อนำไปสู่การวางแผนนโยบายหรือคาดการณ์ในอนาคต

2) การเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ขั้นตอนนี้มีความสำคัญมากเนื่องจากคุณลักษณะเฉพาะของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟายคือการอาศัยข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ดังนั้นผลการวิจัยจะน่าเชื่อถือหรือไม่ขึ้นอยู่กับว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เลือกสรรมานั้น สามารถให้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้เพียงใด การเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญควรพิจารณาถึงสิ่งต่อไปนี้

2.1) ผู้วิจัยควรกำหนดคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อจัดสรรกลุ่มคนที่เข้าร่วมในการวิจัย หรืออาจอาศัยการสอบถามจากผู้ทรงคุณวุฒิในวงการนั้น ๆ ให้เสนอรายชื่อบุคคลที่ควรได้รับการเลือกสรรให้เป็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยควรติดต่อขอความร่วมมือในการวิจัยการที่

ผู้เชี่ยวชาญให้คำตอบอย่างเต็มที่ และให้ความสำคัญแก่การวิจัยจะเป็นตัวแปรคำตอบที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อมั่นของข้อมูลที่ได้รับ

2.2) จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ใช้ในการวิจัยขึ้นกับลักษณะของกลุ่มและประเด็นที่ศึกษา ขนาดของกลุ่มที่เพียงพออยู่ระหว่าง 10 -15 คน แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลด้วย หากข้อมูลเป็นเอกพันธ์ (Homogeneous group) คือ มีความคล้ายคลึงกันมาก จำนวนสมาชิกที่มากกว่า 30 คน จะให้ข้อมูลที่เป็นการคิดใหม่ ๆ มากขึ้น แต่หากต้องการได้รับสนับสนุนความคิดมากก็ใช้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลขนาดใหญ่ได้ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาวิจัยของ Macmillan (1971) พบว่าหากจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีตั้งแต่ 17 คน ขึ้นไป อัตราการลดลงของความคลาดเคลื่อนจะมีน้อยมาก ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การลดลงของความคลาดเคลื่อนและจำนวนผู้เชี่ยวชาญ

| จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ (Panel size) | การลดลงของความ คลาดเคลื่อน (Error reduction) | ความคลาดเคลื่อนลดลง (Net change) |
|---|--|-------------------------------------|
| 1 – 5 | 1.20 – 0.70 | 0.50 |
| 5 – 9 | 0.70 – 0.58 | 0.12 |
| 9 – 13 | 0.58 – 0.54 | 0.04 |
| 13 – 17 | 0.54 – 0.50 | 0.04 |
| 17 – 21 | 0.50 – 0.48 | 0.02 |
| 21 – 25 | 0.48 – 0.46 | 0.02 |
| 25 – 29 | 0.46 – 0.44 | 0.02 |

ที่มา: Macmillan (1971 อ้างถึงในเกษม บุญอ่อน, 2522)

3) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย เป็นแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามอย่างน้อย 3 รอบ

รอบที่ 1 แบบสอบถามกึ่งโครงสร้างชนิดปลายเปิด เป็นการถามกว้างๆ ให้ครอบคลุมประเด็นปัญหาที่จะศึกษาวิจัย เพื่อรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่แสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

รอบที่ 2 แบบสอบถามที่พัฒนาจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทุกคนในรอบแรก นำมาวิเคราะห์เนื้อหา ตัดข้อมูลซ้ำซ้อนออกและรวบรวมข้อความเข้าด้วยกัน ใช้ข้อความที่ครอบคลุมรายการข้อมูลทั้งหมด โดยคงความหมายเดิมของผู้เชี่ยวชาญไว้ จัดลำดับความสำคัญของแต่ละข้อใน

รูปแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) พร้อมทั้งให้เหตุผลที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยของ
ข้อคำถามแต่ละข้อในตอนท้าย จากนั้นดำเนินการจัดส่งให้ผู้เชี่ยวชาญลงมติ

รอบที่ 3 ผู้วิจัยนำคำตอบแต่ละข้อหาค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่าง
ควอไทล์ (Interquartile range) แล้วสร้างเป็นแบบสอบถามใหม่ โดยใช้ข้อความเดียวกับ
แบบสอบถามรอบที่ 2 แต่เพิ่มตำแหน่งมัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และตำแหน่งคะแนนที่
ผู้เชี่ยวชาญตอบลงในแบบสอบถามรอบที่ 3 แล้วส่งกลับให้ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อยืนยันคำตอบเดิมหรือหาก
มีการเปลี่ยนแปลงคำตอบให้เขียนเหตุผลในตอนท้ายของแต่ละข้อ

โดยปกติจะนิยมใช้แบบสอบถามเพียง 2-3 รอบ การกำหนดว่าควรมีแบบสอบถาม
รอบต่อไปนี้จะพิจารณาพิสัยระหว่างควอไทล์ประกอบ หากพบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือมีการ
เปลี่ยนแปลงน้อยมาก กล่าวคือพิสัยควอไทล์แคบมากอาจยุติกระบวนการวิจัยลงได้ซึ่ง Limestone
และ Turoff (1975) ระบุว่า แบบสอบถามรอบถัดไปในการศึกษาแบบเดลฟายจะยุติได้เมื่อระดับ
ฉันทามติเปลี่ยนแปลงน้อยกว่าร้อยละ 15 ถึงยุติการส่งแบบสอบถามได้

4) ความตรงและความเที่ยงของเทคนิคเดลฟาย ความเที่ยง (Reliable) และความตรง
ตามเนื้อหา (Content validity) ของเทคนิคเดลฟาย จะแฝงอยู่ในกระบวนการตามระเบียบวิธีวิจัย
กล่าวคือ ความเที่ยงอยู่ที่การให้ผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามซ้ำหลายๆ รอบ เพื่อตรวจสอบความ
เที่ยงของคำตอบแต่ละรอบว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ถ้าคำตอบของผู้เชี่ยวชาญคงเดิมไม่
เปลี่ยนแปลงก็แสดงว่ามีความเที่ยงสูง ส่วนความตรงตามเนื้อหานั้นการวิจัยโดยทั่วไปจะใช้วิธีนำ
แบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญอยู่แล้ว จึงมีความตรงตามเนื้อหาสูงแต่จะมีปัญหาอยู่เฉพาะเรื่องการใช้
ภาษาในแบบสอบถามเพราะสรุปรวมจากผู้เชี่ยวชาญหลายคน นอกจากนั้นผู้เชี่ยวชาญยังมีโอกาสได้
ตรวจสอบคำตอบอีกหลายรอบ รวมทั้งการใช้เทคนิคการสรุปสะสมในระหว่างการสัมภาษณ์จึงมีความ
ตรงตามเนื้อหาสูง สิ่งสำคัญคือการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญโดยใช้เกณฑ์ที่เหมาะสมเพื่อให้ได้ผู้เชี่ยวชาญที่
มีความเชี่ยวชาญ มีความรู้ และประสบการณ์ในเรื่องที่ศึกษามากที่สุด จึงจะทำให้ผลการวิจัยที่ได้
มีความน่าเชื่อถือ (Shark and Sharples, 2001)

3.4 ข้อดีและข้อจำกัดของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย (สุวิมล ว่องวาณิช, 2548)

1) ข้อดีหรือลักษณะเด่นของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย

- 1.1) เป็นเทคนิคที่ไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้ให้ข้อมูล สามารถเก็บเป็นความลับได้
- 1.2) สามารถรวบรวมความคิดเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวนมากได้อย่าง
กว้างขวางโดยลดข้อจำกัดด้านการเดินทาง ทำให้ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย
- 1.3) ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความน่าเชื่อถือเพราะผู้เชี่ยวชาญสามารถ
แสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระไม่ถูกครอบงำทางความคิด

1.4) ข้อสรุปที่ได้จากเทคนิคเดลฟายได้ผ่านการไตร่ตรองอย่างรอบคอบหลายขั้นตอน ให้ความเวลาในการคิด ทำให้คำตอบที่ได้มีความน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น

1.5) เป็นกระบวนการกลุ่มที่มีปฏิสัมพันธ์ทางความคิด เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แม้จะไม่มี การเผชิญหน้า

1.6) สามารถกำหนดระดับความสอดคล้องทางความคิดโดยอธิบายได้ด้วยสถิติ

1.7) เป็นการเก็บข้อมูลที่ให้อิสระทางความคิดแก่ผู้ตอบหากไม่เห็นด้วยกับคำตอบของกลุ่มก็สามารถแสดงความคิดเห็นโดยใช้คำตอบปลายเปิดได้

1.8) แม้จะเป็นเทคนิคที่ไม่มีกระบวนการเก็บข้อมูลแบบไม่เป็นทางการและเป็นการตัดสินใจบนฐานของความคิดเห็น แต่หากได้ข้อมูลที่ได้มาจากฐานความรู้ วิธีนี้จะเป็นการดำเนินงานที่เป็นทางการ

2) ข้อจำกัดของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย

2.1) การใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามหลายรอบทำให้ผู้เชี่ยวชาญรู้สึกถูกรบกวนมากเกินไป และไม่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

2.2) การปิดกั้นมุมมองของผู้เชี่ยวชาญ โดยการจำกัดกรอบความคิดผู้เชี่ยวชาญให้อยู่ภายในกรอบความคิดที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นเท่านั้น

2.3) ผู้วิจัยอาจขาดความรอบคอบหรือมีความลำเอียงในการพิจารณาวิเคราะห์คำตอบที่ได้ในแต่ละรอบ มิฉะนั้นผลของการวิจัยอาจไม่น่าเชื่อถือเนื่องจากการแสดงความคิดเห็นอย่างจิตวิสัยไม่มีเหตุผลเป็นการเดามากกว่าการพิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบ นอกจากนี้หากลักษณะของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟายนั้นมุ่งทำนายเหตุการณ์อนาคต ผู้วิจัยจะต้องพึงระวังให้คำตอบของผู้เชี่ยวชาญเป็นการแสดงความหวังหรืออคติของผู้ตอบเกี่ยวกับประเด็นนั้นๆ มากกว่าเป็นการทำนายความเป็นไปได้ของเหตุการณ์ในอนาคต

2.4) มีความเป็นไปได้ที่แบบสอบถามที่ส่งไปสูญหายระหว่างทางหรือไม่ได้คำตอบกลับมาครบในแต่ละรอบ

2.5) คำตอบอาจมีความลำเอียง หากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญถูกกำหนดโดยไม่เป็นตัวแทนประชากร

2.6) การวิเคราะห์เนื้อหาและการนำเสนอผลโดยการให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นงานที่ยุ่งยากและใช้เวลามากกว่ากระบวนการกลุ่มอื่นๆ

2.7) มีความเป็นไปได้ที่ความคิดที่แตกต่างหรือตอบแบบสุดขั้วไม่ได้รับความสนใจ และถูกบีบให้ตอบตามค่ากลางเพื่อให้เกิดฉันทามติ

2.8) การรอแบบสอบถามกลับคืนในแต่ละรอบทำให้สิ้นเปลืองเวลาในการเก็บข้อมูล เทคนิคนี้ใช้เวลาประมาณ 30-45 วัน ในการเก็บข้อมูล

4. แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินความเป็นไปได้

4.1 แนวคิดเกี่ยวกับการประเมิน (Evaluation)

ศิริชัย กาญจนวาสี (2554) ได้กล่าวถึงความหมายและแนวคิดของการประเมินว่า ความหมายเดิม คือการวัด (Measure) ต่อมานักประเมินให้ความหมายว่า เป็นการวัดและการประเมิน (Evaluation) โดยที่ Thorndike และ Hagen ให้ความเห็นไว้ว่า การประเมินเป็นกระบวนการที่มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับการวัดเพียงแต่การประเมินมีความเฉพาะเจาะจงมากกว่า ต่อมา Cronbach (1963) ให้ความหมายของการประเมินว่า เป็นการช่วยตัดสินใจ (Assist decision making) โดยการประเมินหมายถึง กระบวนการการระบุและเสนอสารสนเทศเพื่อช่วยการตัดสินใจ

4.2 ความหมายของการประเมินความเป็นไปได้

การประเมินความเป็นไปได้ เป็นการประเมินเพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ของสิ่งที่จะดำเนินการ โดยศึกษาวิเคราะห์ถึงปัจจัยเงื่อนไขที่จำเป็นต่อความสำเร็จ โดยมักจะประเมินในด้าน เศรษฐกิจ สังคม การเมือง และการบริหาร โดยมีจุดมุ่งหมายของการประเมินดังนี้ (พิสนุ พองศรี, 2554)

- 1) เพื่อตรวจสอบผลสรุปที่เกิดขึ้นจริงว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่คาดหวังไว้หรือไม่ เป็นการประเมินผลที่เน้นจุดมุ่งหมาย (Objective based evaluation)
- 2) เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลสารสนเทศสำหรับกำหนดและวินิจฉัยคุณค่าของสิ่งที่เกิดขึ้นจากโครงการนั้น เป็นการประเมินที่เน้นการตัดสินคุณค่า (Judgmental evaluation)
- 3) เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลและข่าวสารต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้บริหารใช้ในการตัดสินใจเลือกทางต่างๆ เป็นการประเมินผลที่เน้นการตัดสินใจ (Decision-oriented evaluation)

4.3 เป้าหมายของการศึกษาความเป็นไปได้

การประเมินมีเป้าหมายจาก 2 แนวทางที่สำคัญ ดังนี้ (พิสนุ พองศรี, 2554)

1) แนวทางประโยชน์นิยม แนวทางประโยชน์นิยม (Utilitarianism) เป็นแนวทางที่นำผลการประเมินมาใช้ เพื่อพัฒนาให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องหรือสังคมให้มากที่สุด โดยนักประเมินมีหน้าที่เพียงเสนอสารสนเทศที่เป็นประโยชน์ต่อการบริหาร การตัดสินใจเป็นหน้าที่ของผู้ใช้สารสนเทศ รูปแบบ (Model) การประเมินตามแนวทางนี้ที่นิยมใช้กัน เช่น รูปแบบยึดวัตถุประสงค์ (Goal-Based Model) และรูปแบบซีบีพี (CIPP Model) เป็นต้น

2) แนวทางพหุนิยม แนวทางพหุนิยม (Pluralism) นอกจากจะนำผลการประเมินใช้เพื่อพัฒนาแล้ว ยังเพิ่มเป้าหมายอื่นๆ ด้วย เช่น เป็นกลไกเสนอสารสนเทศ และตัดสินคุณค่าสิ่งที่ประเมิน ซึ่งผลการตัดสินใจอาจตรงหรือไม่ตรงกับความต้องการของผู้ใช้สารสนเทศก็ได้ ถือว่านักประเมินมีความ

เชี่ยวชาญ นำเชื่อถือเพียงพอ รูปแบบการประเมินที่นิยมใช้กัน เช่น รูปแบบอิสระจากจุดมุ่งหมาย (Goal-free Model) และรูปแบบสนองความต้องการ (responsive Model) เป็นต้น

4.4 ประเภทการประเมิน

แบ่งตามช่วงเวลาของการประเมินได้ 7 ประเภท คือ

1) การประเมินความต้องการจำเป็น (Needs assessment) เป็นการประเมินความต้องการจำเป็นในเบื้องต้นก่อนที่จะจัดทำอะไรๆ เป็นการประเมินที่มีประโยชน์ต่อการวางนโยบายและการวางแผน เพื่อให้ได้แนวคิดของการดำเนินงาน

2) การประเมินความเป็นไปได้ (Feasibility evaluation) เป็นการประเมินเพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ของสิ่งที่จะดำเนินการ โดยศึกษาวิเคราะห์ถึงปัจจัยเงื่อนไขที่จำเป็นต่อความสำเร็จ โดยมักจะประเมินในด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และการบริหาร

3) การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input evaluation) เป็นการประเมินสิ่งที่ป้อนเข้าสู่การดำเนินงานว่ามีความเหมาะสมเพียงใด เช่น คน วัสดุ อุปกรณ์เครื่องมือ และงบประมาณ

4) การประเมินกระบวนการ (Process evaluation) เป็นการประเมินกระบวนการดำเนินการตามที่กำหนด ทำการประเมินในขณะที่กำลังดำเนินการอยู่ เพื่อใช้ผลการประเมินมาปรับปรุงหรือเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน

5) การประเมินผลผลิต (Output/Product evaluation) เป็นการประเมินผลที่ได้จากสิ่งที่ประเมินหรือผลการดำเนินงานโดยตรง และผลที่คาดหวังที่ได้ตามวัตถุประสงค์ เป้าหมายของสิ่งที่ประเมินว่ามากน้อยเพียงใด

6) การประเมินผลลัพธ์หรือผลกระทบ (Outcome/Impact evaluation) เป็นการประเมินผลที่ได้จากผลของสิ่งที่ประเมินหรือการดำเนินงานทั้งที่คาดหวังและไม่ได้คาดหวังเป็นผลทั้งทางบวกและทางลบ เพื่อนำผลไปประกอบการตัดสินใจในการยกเลิกหรือขยายสิ่งที่ประเมิน

7) การประเมินงานประเมิน (Meta evaluation) เป็นการประเมินผลของการประเมินอีกครั้งหนึ่งเพื่อพิจารณาคุณภาพ โดยศึกษาความถูกต้องและเหมาะสมของการประเมิน การประเมินประเภทนี้ยังไม่แพร่หลายมากนัก

4.5 ขั้นตอนการประเมินความเป็นไปได้

ขั้นตอนการประเมินโดยทั่วไป อาจปรับลด เพิ่มได้ตามความเหมาะสมของสิ่งที่ประเมิน โดยมีขั้นตอนการประเมิน 9 ขั้นตอน ดังนี้ (พิสนุ พงศ์ศรี, 2554)

1) การศึกษาวิเคราะห์สิ่งที่ประเมิน การประเมินสิ่งใดก็ตามขั้นตอนแรกผู้ประเมินจะต้องทราบและเข้าใจรายละเอียดของสิ่งที่จะประเมินอย่างถ่องแท้ ด้วยการศึกษาระบุสิ่งที่ประเมินในทุกแง่มุมเท่าที่จะทำได้

2) การศึกษารูปแบบ หรือแนวทาง หรือข้อกำหนดการประเมิน ผู้ประเมินจำเป็นต้องศึกษารูปแบบต่างๆ ให้เข้าใจเพื่อจะได้เลือกหรือนำมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับสิ่งที่จะประเมิน

3) การกำหนดวัตถุประสงค์ หรือประเด็นการประเมิน การกำหนดประเด็นการประเมิน ซึ่งจะสอดคล้องกับวัตถุประสงค์หรือเป็นสิ่งเดียวกัน จะเป็นกรอบสำคัญที่นำไปสู่กิจกรรมอื่นๆ

4) การกำหนดขอบเขตการประเมิน มีองค์ประกอบสำคัญเช่นเดียวกับขอบเขตการวิจัย เช่น ประเด็นการประเมินตามขั้นตอนที่ 3 จะมีลักษณะเช่นเดียวกับตัวแปรหรือเนื้อหาในการวิจัย ส่วนประชากรกลุ่มตัวอย่าง พื้นที่ และเวลา จะคล้ายกับงานวิจัย

5) การพัฒนาตัวชี้วัด กำหนดเกณฑ์ และค่าน้ำหนักตัวชี้วัด (Indicator) เป็นองค์ประกอบสำคัญของการประเมิน ซึ่งมีที่มาจากประเด็นการประเมินนำมาขยายเป็นประเด็นย่อยๆ ก่อนจะนำไปสู่การสร้างข้อคำถามรายชื่อในเครื่องมือประเภทต่างๆ

6) การออกแบบการประเมินหรือกำหนดกรอบแนวคิด ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่จะแสดงถึงความสามารถในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ของผู้ประเมินที่จะออกแบบการประเมินหรือกำหนดกรอบแนวคิดในการประเมินเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในขั้นตอนต่อไป

7) การสร้างและพัฒนาเครื่องมือเก็บข้อมูล การประเมินเป็นการตัดสินใจโดยอาศัยสารสนเทศที่สรุปผลการวิเคราะห์โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ซึ่งต้องใช้เครื่องมือเช่นเดียวกับการวิจัย เพียงแต่เครื่องมือในการวิจัยอาจใช้เครื่องมือมาตรฐานหรือเครื่องมือที่สร้างไว้แล้วได้บ้าง แต่การประเมินมีลักษณะเฉพาะกว่าการวิจัย นักประเมินมักจะต้องสร้างและพัฒนาเครื่องมือขึ้นเอง เครื่องมือส่วนใหญ่ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบสังเกต

8) การใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูล การประเมินในเชิงปริมาณหรือวิธีการเชิงระบบ ซึ่งเก็บข้อมูลในเชิงปริมาณจะต้องอาศัยสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสรุปผลการประเมินได้ชัดเจนขึ้น เช่นเดียวกับการวิจัย เพียงแต่สถิติที่ใช้ส่วนใหญ่จะเป็นสถิติพื้นฐาน เช่น ค่าความถี่ ค่าร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) หรือสถิติที่ใช้ในการวัดผลตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือบางชนิดซึ่งไม่ยุ่งยากซับซ้อนเท่ากับสถิติที่ใช้ในการวิจัย

9) การเขียนรายงานการประเมิน ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนสุดท้าย ผู้ประเมินต้องเขียนรายงานการประเมินเพื่อเป็นสื่อกลางให้ผู้ใช่ผลการประเมิน ผู้บริหารหรือผู้มีอำนาจตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ประเมินนำไปใช้ประโยชน์ การเขียนรายงานจะมีโครงสร้างคล้ายกับรายงานการวิจัย เพียงแต่จะมีบทสรุปสำหรับผู้บริหารแทนบทคัดย่อ

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยด้านการพยาบาลสาธารณสุข จำนวน 12 เรื่อง และการประเมินความเป็นไปได้ 2 เรื่อง รายละเอียดดังต่อไปนี้

งานวิจัยด้านการพยาบาลสาธารณสุข จำนวน 12 เรื่อง ดังนี้

พรพิมล รักษาแก้ว (2548) ศึกษาการวิเคราะห์ตัวประกอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม โดยใช้วิธีวิจัยเชิงบรรยาย ผลการศึกษาพบว่าตัวประกอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมมี 9 ตัวประกอบ ดังนี้ 1) ตัวประกอบสมรรถนะด้านคุณลักษณะบทบาทผู้นำทางการพยาบาล 2) ตัวประกอบสมรรถนะด้านการบริหารจัดการทั่วไป 3) ตัวประกอบสมรรถนะด้านการวางแผนเตรียมการปฏิบัติการ 4) ตัวประกอบสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตใจ 5) ตัวประกอบสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ประสบสาธารณสุข 6) ตัวประกอบสมรรถนะด้านการควบคุม ป้องกันและเฝ้าระวังโรค 7) ตัวประกอบสมรรถนะด้านการเข้าถึงประชาชน (ผู้ประสบภัย) ในชุมชน สังคมที่เกิดสาธารณสุข 8) ตัวประกอบสมรรถนะด้านการส่งต่อผู้บาดเจ็บ และ 9) ตัวประกอบสมรรถนะด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ปรารธนา ยามานนท์ (2550) ศึกษาประสบการณ์การจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพในเหตุการณ์สึนามิ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพผลการศึกษาพบว่าประสบการณ์การจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพในเหตุการณ์สึนามิแบ่งเป็น 3 ประเด็น ดังนี้ 1) การจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพ แบ่งเป็น 8 ประเด็นย่อย คือ คัดกรองไม่ทันเพราะคนไข้มาเป็นพัน การจัดการไม่เป็นระบบขาดการประสานการส่งต่อผู้ป่วย ข้อมูลสับสนอลหม่าน คนทำงานจนหมดแรงแจ้งโรงพยาบาลอื่นมาช่วย เครื่องมือไม่พอต้องขอจากโรงพยาบาลอื่น หลายพวกหลายกลุ่มประชุมแก้ไข มีอะไรใช้ไปก่อน และระบบสื่อสารล้มระดมล่ามช่วยแปล 2) การจัดการกับอารมณ์ของพยาบาลวิชาชีพ แบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย คือ หน้าที่มาก่อนเรื่องอื่นไว้ทีหลัง กลัวแต่ทั้งคนไข้ไม่ได้ และขมใจสื่อสาร ทำงานจนหมดแรง และ 3) ผลที่ได้จากการจัดการสาธารณสุข แบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย คือ ช่วยเหลือคนอื่นจนลืมเรื่องตนเองและประทับใจในการร่วมใจกันทำงานไม่ทอดทิ้งกันยามภัยมา

วิระดา แสงศรี (2550) ศึกษาประสบการณ์การจัดการการพยาบาลสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพ สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทยโดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่าประสบการณ์การจัดการการพยาบาลสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพมี 5 ประเด็น ดังนี้ 1) การรับรู้ต่อการจัดการสาธารณสุข ประกอบด้วย ทำงานด้วยความรวดเร็ว ช่วยเหลือให้ครบทั้งก่อนเกิดภัย ขณะเกิดภัยและหลังเกิดภัย ช่วยเหลือเรื่องความต้องการขั้นพื้นฐาน ดูแลผู้ป่วยใน

พื้นที่ประสบภัย และทำงานด้วยความมุ่งมั่น 2) ประสิทธิภาพในการจัดการสาธารณสุข ประกอบด้วย เตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัย การจัดการในขณะเกิดภัยการจัดการเฉพาะด้านในขณะเกิดภัย และการจัดการหลังเกิดภัย 3) ปัจจัยที่ส่งเสริมให้การทำงานดีขึ้น ประกอบด้วย มีหัวหน้าทีมขณะออกปฏิบัติงาน มีประสิทธิภาพในการทำงานทำความคุ้นเคยกับคนในพื้นที่ และเชื่อมั่นในหลักการขององค์กร 4) สิ่งซึ่งผลกระทบต่อการทำงานในพื้นที่ประสบภัย ประกอบด้วย ขาดการประสานงาน การแตกแยกเรื่องผลประโยชน์ ปัญหาในการสื่อสาร ทำงานด้วยความเครียด และ 5) บทเรียนที่ได้รับจากประสบการณ์ที่ผ่านมา ประกอบด้วย มีเครือข่ายในการทำงาน เรียนรู้เรื่องภัยเพื่อเตรียมพร้อม ฝึกซ้อมจริงจัง เราต้องพร้อมเวลาทำงาน เตรียมชุมชนในพื้นที่เสี่ยงภัย

สุนันทา ลักขิตติกุล, อุไร หัตถกิจ, และจิรพรพรณ พิวรุฒ (2551) ศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการปฏิบัติงานกรณีฉุกเฉินพิบัติภัยในโรงพยาบาลของจังหวัดพังงา โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพผลการศึกษาพบว่า ประสิทธิภาพของพยาบาลในการปฏิบัติงานกรณีฉุกเฉินพิบัติภัยในโรงพยาบาลของจังหวัดพังงามี 8 ประเด็น ดังนี้ 1) บริหารจัดการด้านอัตรากำลังและประสานงาน 2) ตัดครองและส่งต่อ 3) ดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน/วิกฤต 4) จัดการและดูแลบาดแผล 5) การพยาบาลในห้องผ่าตัด 6) ดูแลด้านจิตใจ 7) จัดการด้านข้อมูลและบริการติดต่อญาติ และ 8) ให้การพยาบาลพื้นฐานและทำหน้าที่นอกเหนือบทบาทการพยาบาล

เอมอร ขุนเพชร (2552) ศึกษาสมรรถนะการพยาบาลสาธารณสุขจากเหตุการณ์ความไม่สงบตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงบรรยาย ผลการศึกษาพบว่าระดับสมรรถนะการพยาบาลสาธารณสุขจากเหตุการณ์ความไม่สงบโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเนื่องจากการพยาบาลในสถานการณ์สาธารณสุขเป็นการพยาบาลที่ซับซ้อน อัตรากำลังไม่เพียงพอกับผู้ป่วยที่มารับบริการพร้อมกันจำนวนมาก และสถานการณ์ยังเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง พยาบาลจึงต้องปฏิบัติงานภายใต้ความกดดัน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองอยู่ในระดับกลาง สมรรถนะด้านการให้ความร่วมมือมีระดับสูงเนื่องจากตลอดระยะเวลาสามปีที่ผ่านมาพยาบาลมีการติดต่อประสานงานระหว่างหน่วยงานภายในและภายนอกโรงพยาบาล เพื่อขอความร่วมมือในการช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บ อัตรากำลังของบุคลากร และทรัพยากรต่างๆ ระดับสมรรถนะด้านภาวะผู้นำมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดเนื่องจากเหตุการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นสร้างความหวาดกลัวให้กับผู้ปฏิบัติงาน ทำให้ไม่สามารถแสดงภาวะผู้นำในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ดี สมรรถนะการวิเคราะห์ปัญหาและการแก้ปัญหาที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เนื่องจากผู้ป่วยเจ็บมีลักษณะการบาดเจ็บที่หลากหลายและผู้ป่วยเจ็บมีจำนวนมาก การขาดแคลนอัตรากำลังของพยาบาล และทรัพยากรที่ไม่เพียงพอ ทำให้พยาบาลต้องเผชิญกับปัญหาที่ซับซ้อนและต้องปฏิบัติการพยาบาลด้วยความเร่งด่วน ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างไม่เคยอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการพยาบาลสาธารณสุข และขาดโอกาสพัฒนาทักษะการวิเคราะห์และการแก้ปัญหาในรอบสามปีที่ผ่านมา

นงนุช โอบะ, ประนอม โอทกานนท์, รุ่งศรี แสงแก้วศรี, ศรีสุภา ใจโสภา, ขจรศักดิ์ อิ่มเต็ม, และทองใบคำศรี (2554) ศึกษาการจัดการสาธารณสุขภัยอย่างมีส่วนร่วมเพื่อลดผลกระทบของน้ำท่วมและแผ่นดินถล่มในชุมชนแห่งหนึ่ง เป็นการวิจัยเชิงพัฒนาโดยมุ่งพัฒนาการจัดการสาธารณสุขภัยเพื่อลดผลกระทบจากสาธารณสุขในอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดสาธารณสุข สร้างแผนปฏิบัติการจัดการสาธารณสุขและประเมินผลการใช้แผนปฏิบัติการจัดการสาธารณสุข โดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่าขั้นตอนที่ 1 ผลจากการสนทนากลุ่มพบว่าสาธารณสุขที่เกิดขึ้นภายใน 5 ปีที่ผ่านมาเรียงลำดับความรุนแรงมากไปน้อยได้แก่ น้ำท่วมแผ่นดินถล่ม น้ำท่วม วาดภัย ภัยแล้ง และอุบัติเหตุการจราจร ขั้นตอนที่ 2 ผลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการทำให้ได้แผนปฏิบัติการจัดการภาวะน้ำท่วมแผ่นดินถล่มตามระยะการเกิดสาธารณสุข 3 โครงการ คือ โครงการเตรียมความพร้อมรับน้ำท่วมและแผ่นดินถล่ม โครงการช่วยเหลือผู้ประสบภัยน้ำท่วมและแผ่นดินถล่ม และโครงการช่วยเหลือผู้ประสบภัยหลังเกิดน้ำท่วมและแผ่นดินถล่ม ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินโครงการและประเมินผลโครงการ

Margalit (2002) ศึกษาการแนะนำความต้องการการพยาบาลในโรงพยาบาลสนามของฐานทัพอากาศของอิสราเอลเมื่อครั้งที่เกิดแผ่นดินไหวเมื่อเดือนสิงหาคม 1999 โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลและแพทย์ที่เคยมีประสบการณ์ด้านสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลในโรงพยาบาลสนามมีการทำงานที่ยาวนานกว่าจะเปลี่ยนเวรมากกว่าพยาบาลในโรงพยาบาลปกติ อุปสรรคที่พบได้แก่ ภาษา ความแตกต่างด้านวัฒนธรรม และการเผชิญกับภาวะสุขภาพจากการศึกษาและการวิเคราะห์ที่มีข้อแนะนำประการแรก คือ ควรมีการจัดพยาบาลให้เพียงพอกับจำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บ ซึ่งเป็นการยากที่จะทำนายเกี่ยวกับจำนวนและประเภทของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ โดยอนาคตพยาบาลต้องมีความสามารถเฉพาะและสามารถหมุนเวียนได้เพียงพอ ประการที่สอง คือ ภาษาและวัฒนธรรมเป็นอุปสรรคที่ไม่ควรถูกมองข้าม และสุดท้ายพยาบาลควรมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการสถานะของโรงพยาบาลภาคสนาม

Rivera and Char (2004) ศึกษาการเตรียมความพร้อมด้านสาธารณสุขของแผนกฉุกเฉิน : ด้านอุปสรรค กลุ่มตัวอย่างได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้บริหารในศูนย์อุบัติเหตุฉุกเฉินของ St.Louis & Missouri จำนวน 170 คน พบว่าแผนกฉุกเฉินเป็นแผนกแรกของโรงพยาบาลที่ได้รับผลกระทบจากสาธารณสุขที่เกิดขึ้น โดยมีหลายอุปสรรคที่มีข้อจำกัดในแผนกฉุกเฉินในการจัดเตรียมการพร้อมรับสาธารณสุข ประเด็นสำคัญในแผนก ได้แก่ การขาดอุปกรณ์พิเศษและการฝึกในเหตุการณ์เฉพาะด้าน นิวเคลียร์ชีวเคมี ส่วนภายนอกแผนก ได้แก่ ด้านความรู้เกี่ยวกับกลุ่มผู้ได้รับบาดเจ็บจำนวนมาก และการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ

Chapman, K. and Arbon, P. (2008) ศึกษาความพร้อมในการรับมือกับสาธารณภัยในสถานการณฉุกเฉิน สืบค้นจากฐานข้อมูลจาก Flinders University Library จำนวน 16 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่ามี 4 ประเด็น ดังนี้ 1) การให้ความรู้แก่พยาบาลเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมรับเหตุการณ์สาธารณภัย 2) ทักษะและความรู้ถึงความพร้อมต่อการเตรียมรับเหตุการณ์สาธารณภัย 3) การวางแผนรับมือในสถานพยาบาลฉุกเฉิน และ 4) ความสามารถในการรับรองผู้ประสบภัยที่เพิ่มขึ้นโดยฉับพลันของสถานพยาบาลฉุกเฉิน

Kako, M., and Mitani, S. (2010) ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลที่ปฏิบัติงานสาธารณภัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาแนวคิดเรื่องสมรรถนะของพยาบาลที่ปฏิบัติงานสาธารณภัย จากวารสารการพยาบาลญี่ปุ่น สืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ คือ ichu-shi (ver.4) ข้อกำหนดในการคัดเลือกคือเป็นงานวิจัยที่เขียนและตีพิมพ์เป็นภาษาญี่ปุ่นตั้งแต่ปี ค.ศ. 2001 ถึง ค.ศ. 2008 จำนวน 43 เรื่อง สามารถสรุปได้ 4 ประเด็น ดังนี้ 1) ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ 2) การเตรียมความพร้อมของผู้เชี่ยวชาญ 3) การเตรียมความพร้อมของชุมชน และ 4) หลักสูตรการพยาบาลสาธารณภัย

Putra, A., Petpichetchian, W., and Maneewat, K. (2011) ศึกษาบทบาทหน้าที่และสมรรถนะของพยาบาลในการจัดการสาธารณภัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนบทบาทหน้าที่และสมรรถนะของพยาบาลในการจัดการสาธารณภัย สืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ PubMed, CINAHL, The Cochrane and ProQuest Medical Library, and Science Direct ข้อกำหนดในการคัดเลือกคือเป็นบทความภาษาอังกฤษและงานวิจัยฉบับเต็มที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 ถึง ค.ศ. 2009 จำนวน 28 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดการสุขภาพและให้ความช่วยเหลือในระบบสุขภาพระดับชุมชนและระบบสุขภาพทั่วไปตลอดระยะเวลาของการเกิดสาธารณภัยทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะการเตรียมความพร้อม ระยะการรับมือเมื่อเกิดสาธารณภัย และระยะการฟื้นฟูหลังเกิดสาธารณภัย และพบว่าการศึกษาการฝึกอบรมและการมีประสบการณ์ในเหตุการณ์สาธารณภัยมีผลต่อสมรรถนะของพยาบาลในการจัดการสาธารณภัย

Al Khalailah, M. A., Bond, E., and Alasad, J. A. (2012) ศึกษาการรับรู้ของพยาบาลจอร์แดนเกี่ยวกับความพร้อมในการจัดการสาธารณภัย วัตถุประสงค์เพื่อประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความรู้ ทักษะและความพร้อมในการจัดการสาธารณภัยของพยาบาลวิชาชีพชาวจอร์แดน ด้วยวิธีการสำรวจแบบ Cross-sectional ผลการศึกษาพบว่าการเตรียมความพร้อมต่อสาธารณภัยในระดับน้อย และพยาบาลส่วนใหญ่ต้องการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับบทบาท ความรู้และทักษะของพยาบาลในเหตุการณ์สาธารณภัย

งานวิจัยด้านการประเมินความเป็นไปได้ จำนวน 2 เรื่อง ดังนี้

ละอียด รัชชเลิศวงศ์ (2552) ศึกษากระบวนการผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จำนวน 23 คน และพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดน่าน จำนวน 30 คนในการประเมินความเป็นไปได้ ผลการศึกษาพบว่า ระบบบริการผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน ประกอบด้วย 8 ด้าน 44 รายการ ดังนี้ การจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน การให้ความรู้/คำปรึกษาที่บ้าน การเยี่ยมบ้าน การฟื้นฟูสภาพที่บ้าน/ในชุมชน การพยาบาลที่บ้าน การบริการดูแลทดแทน และการบริการประคับประคอง/การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต การศึกษาความเป็นไปได้ของการนำระบบบริการผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่านไปใช้จริง มีความเป็นไปได้ในระดับมาก 8 ด้าน 36 รายการ ผลการศึกษาให้ข้อเสนอแนะว่า หน่วยงานหลัก ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล และสถานีอนามัย ควรจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุที่มีข้อมูลครบถ้วนทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม วางระบบสนับสนุนในการจัดเก็บและส่งข้อมูลให้แก่ชุมชน และหน่วยงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลไปบริหารจัดการในการจัดบริการแก่ผู้สูงอายุให้ครอบคลุมต่อไป

ทิพวรรณ บุญสนอง, หทัยรัตน์ แสงจันทร์ และ ประณีต ส่งวัฒนา (2554) ศึกษาการพัฒนาและประเมินผลความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับปวดทางช่องเหนือดورا ผู้วิจัยสังเคราะห์งานวิจัยและทบทวนวรรณกรรมสรุปเป็นแนวคิดในการประเมินและการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้รับยาระงับปวดทางช่องเหนือดورا ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดตามแผนการรักษา การดูแลจัดการความปวดหลังผ่าตัด การป้องกันและการจัดการภาวะกตการหายใจ การเฝ้าระวังและจัดการภาวะความดันโลหิตต่ำ การป้องกันและจัดการภาวะความรู้สึกลดลง และการป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนจากยาระงับปวดทางช่องเหนือดورا การประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ พบว่าความเป็นไปได้ในการนำไปใช้โดยรวมอยู่ในระดับมาก

6. กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขภัยของพยาบาล ที่นำมาเป็นแนวคิดในการศึกษาคือแนวคิดคุณลักษณะผู้นำของ Marquis and Huston (2012) ประกอบด้วยความสามารถ บุคลิกภาพ และสติปัญญา และแนวคิดการจัดการสาธารณสุขภัยของสภากาชาดสากล (WHO and ICN, 2009) ประกอบด้วยการจัดการใน 4 ระยะ ได้แก่ ระยะการป้องกันและลดความเสี่ยง ระยะการเตรียมพร้อม ระยะรับสาธารณสุขภัย และระยะการฟื้นฟูภายหลังเกิดสาธารณสุขภัย ผู้วิจัยได้บูรณาการ 2 แนวคิดนี้แล้วนำไปสอบถามความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสาธารณสุข โดยใช้เทคนิคเดลฟาย และนำผลที่ได้ไปสอบถามอาจารย์/นักวิชาการด้านการพยาบาลสาธารณสุขและ

ผู้บริหารการพยาบาล โดยถ้ามถึงความเป็นไปได้ในการนำขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลไปใช้ เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรการพยาบาล ดังแสดงในภาพที่ 3



ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขภัยของพยาบาล ด้วยการใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ซึ่งเป็นการศึกษาและรวบรวมความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสาธารณสุข และศึกษาความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขภัยของพยาบาล มีวิธีการดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขภัยของพยาบาล ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสาธารณสุข ได้แก่ 1) กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้านนโยบายการจัดการสาธารณสุข 2) กลุ่มอาจารย์/นักวิชาการด้านการพยาบาลสาธารณสุข 3) กลุ่มผู้บริหารการพยาบาล และ 4) กลุ่มผู้ปฏิบัติการพยาบาลสาธารณสุข
2. กลุ่มผู้ให้ความเห็นเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขภัยของพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างที่ 1 คือ ผู้เชี่ยวชาญที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขภัยของพยาบาล จำนวน 24 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำแนกเป็น 4 กลุ่ม มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญดังนี้

1. กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้านนโยบายการจัดการสาธารณสุข มีคุณสมบัติดังนี้ ปฏิบัติงานในองค์กรหรือหน่วยงานที่มีส่วนในการกำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขในระดับประเทศ หรือเป็นคณะกรรมการของศูนย์พยาบาลสาธารณสุขแห่งชาติ มีประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 2 คน
2. กลุ่มอาจารย์/นักวิชาการด้านการพยาบาลสาธารณสุข ได้แก่ อาจารย์พยาบาลหรือนักวิชาการที่มีคุณสมบัติดังนี้ สำเร็จการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ระดับปริญญาโทขึ้นไป เป็นอาจารย์หรือผู้พัฒนาหลักสูตรด้านสาธารณสุข หรือเป็นวิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขที่ได้รับการยอมรับในระดับประเทศ มีประสบการณ์ด้านการสอนหรือผลงานทางวิชาการด้านสาธารณสุขอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 8 คน

3. กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านบริหารการพยาบาล ได้แก่ ผู้บริหารทางการพยาบาลตั้งแต่ระดับหัวหน้าหอ หัวหน้าแผนกหรือหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลที่มีคุณสมบัติดังนี้ ได้รับการฝึกอบรมด้านสาธารณสุข หรือมีประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 8 คน

4. กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านปฏิบัติการพยาบาลสาธารณสุข ได้แก่ พยาบาลในระดับปฏิบัติการที่มีคุณสมบัติดังนี้ สำเร็จการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ในระดับปริญญาตรีขึ้นไป ผ่านการฝึกอบรมด้านสาธารณสุขหรือเป็นวิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข มีประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 6 คน

วิธีการเลือกผู้เชี่ยวชาญ

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญกลุ่มที่ 1 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดข้างต้น โดยศึกษาจากประวัติการทำงาน ผลงานทางวิชาการและประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข นำเสนอรายชื่อผู้เชี่ยวชาญให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้ร่วมพิจารณา เพื่อให้ได้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ตรงตามวัตถุประสงค์ของเรื่องที่ศึกษาวิจัย โดยเลือกผู้เชี่ยวชาญแบบเจาะจง (Purposive sampling) หลังจากนั้นผู้วิจัยติดต่อผู้เชี่ยวชาญทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามความยินดีในการให้ข้อมูลการวิจัย และขอความกรุณาจากผู้เชี่ยวชาญแนะนำผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้หรือการบอกต่อแบบลูกโซ่ (snowball sampling) จนได้ผู้เชี่ยวชาญครบตามจำนวนที่ผู้วิจัยต้องการในแต่ละกลุ่มรวมทั้งสิ้น 24 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่มีความเหมาะสมกับเทคนิคเดลฟาย (ฉัตรสุนทร พลฤทธิบุญ, 2553) จากนั้นได้ติดต่อขอเชิญให้เข้าร่วมงานวิจัยแบบเป็นทางการผ่านคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำหรับการศึกษาคั้งนี้มีจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยในแต่ละรอบ ได้จำแนกความเชี่ยวชาญตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เป็น 4 กลุ่ม ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมการวิจัยในแต่ละรอบ

| กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ | รอบที่ 1 | รอบที่ 2 | รอบที่ 3 |
|----------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| 1. ด้านนโยบาย | 2 | 2 | 2 |
| 2. ด้านการศึกษา | 8 | 7 | 7 |
| 3. ด้านบริหารการพยาบาล | 8 | 8 | 8 |
| 4. ด้านปฏิบัติการพยาบาลสาธารณสุข | 6 | 6 | 6 |
| รวม | 24 | 23 | 23 |

กลุ่มตัวอย่างที่ 2 คือ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ให้ความเห็นเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล ในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ได้แก่ อาจารย์/นักวิชาการด้านการพยาบาลสาธารณสุข และผู้บริหารการพยาบาล จำนวน 5 คน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การพัฒนาขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นขั้นตอนในการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสาธารณสุข เพื่อให้ได้องค์ประกอบของภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล

ระยะที่ 2 เป็นขั้นตอนประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล

ระยะที่ 1 มีวิธีการดำเนินการวิจัย 3 รอบ ดังนี้

รอบที่ 1

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามกึ่งโครงสร้างชนิดปลายเปิด ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวข้องกับภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล แบบสอบถามที่สร้างขึ้นได้ผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาในด้านความถูกต้องชัดเจนของภาษาที่ใช้และครอบคลุมเนื้อหาที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ส่วน ได้แก่ (ภาคผนวก ง)

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบ

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็น มีจำนวน 8 ข้อ ดังนี้

- 1) ท่านมีประสบการณ์ในการจัดการสาธารณสุขในพื้นที่ใด
- 2) การมีส่วนร่วมในการจัดการสาธารณสุขในเหตุการณ์ที่ผ่านมาท่านมีบทบาทหน้าที่อย่างไร
- 3) กรณีที่ท่านมีส่วนร่วมในการจัดการสาธารณสุข ท่านได้ใช้บทบาทผู้นำในการจัดการสาธารณสุขนั้นอย่างไร
- 4) ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการสาธารณสุขนั้น มีอะไรบ้าง/อย่างไร
- 5) ท่านได้ใช้ภาวะผู้นำในการแก้ไขปัญหา/อุปสรรคนั้นหรือไม่ อย่างไร
- 6) ท่านคิดว่าในการจัดการสาธารณสุข พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้เรื่องใดบ้าง เพราะเหตุใดจึงต้องมีความรู้เรื่องนั้นๆ

7) ในการจัดการสาธารณสุขนั้นตามหลักการแล้วแบ่งการจัดการออกเป็น 4 ระยะ ในแต่ละระยะท่านได้มีการจัดการอย่างไร โดยเฉพาะเรื่องของการใช้ภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุข (ระยะการป้องกันและลดความเสี่ยง, ระยะการเตรียมพร้อม, ระยะรับสาธารณสุข และระยะฟื้นฟูภายหลังเกิดสาธารณสุข)

8) หากมีการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล ท่านคิดว่าควรมีประเด็นในหัวข้อใดบ้าง เพราะเหตุใด

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ติดต่อผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการพิจารณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาเรียบร้อยแล้ว ได้ติดต่อเรียนเชิญผู้เชี่ยวชาญอย่างไม่เป็นทางการโดยการโทรศัพท์ติดต่อและส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e mail) หลังจากงานวิจัยได้รับการพิจารณาอนุมัติจากกรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแล้ว จึงนำหนังสือเชิญจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อที่มีรายละเอียดของเทคนิคเคลฟายแบบสอบถามถึงโครงสร้างที่เป็นข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เป็นคำถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นของภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล พร้อมทั้งนัดวัน เวลา สถานที่ในการสัมภาษณ์ ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญทางไปรษณีย์และจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e mail) จำนวน 24 คน

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้วยตนเอง 24 คน ใช้เวลาเฉลี่ย 60 – 90 นาที/คน และบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์โดยขออนุญาตผู้เชี่ยวชาญก่อนบันทึกเทป ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ โดยนำเนื้อหาที่มีลักษณะเดียวกันรวมเข้าด้วยกัน วิเคราะห์เนื้อหา ผ่านความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ นำมาสร้างเป็นข้อรายการภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลในรอบที่ 2 ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2557 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2557 รวมทั้งสิ้น 122 วัน

3. การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 1 จำนวน 24 คน มาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ผลการวิเคราะห์ได้ภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล ที่นำไปใช้เป็นแบบสอบถามภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลในรอบที่ 2 แบ่งเป็น 3 ส่วน 69 ข้อรายการ คือ

ส่วนที่ 1 ความรู้ในการจัดการสาธารณสุข แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ

- 1.1 ความรู้ด้านสาธารณสุข
- 1.2 ความรู้ด้านการพยาบาลฉุกเฉิน
- 1.3 ความรู้ทั่วไป

ส่วนที่ 2 การจัดการสาธารณสุข แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ

- 2.1 ระยะการป้องกันและลดความเสี่ยง
- 2.2 ระยะการเตรียมพร้อมจำนวน
- 2.3 ระยะรับสาธารณสุขจำนวน
- 2.4 ระยะฟื้นฟูภายหลังเกิดสาธารณสุข

ส่วนที่ 3 กลยุทธ์การนำของพยาบาลในการจัดการสาธารณสุข แบ่งเป็น 5 ข้อหลัก

- 3.1 การสื่อสาร
- 3.2 การประสานงาน
- 3.3 การตัดสินใจ
- 3.4 การทำงานเป็นทีม
- 3.5 การแก้ปัญหา

รอบที่ 2

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ผู้วิจัยนำผลที่ได้จากรอบที่ 1 มาสร้างเป็นแบบสอบถามภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลได้ 69 ข้อรายการ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ที่แสดงถึงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อระดับความสำคัญของภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลในแต่ละข้อ ตั้งแต่ 5 ถึง 1 คือความสำคัญมากที่สุดถึงน้อยที่สุด พร้อมให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โดยผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของเนื้อหาและภาษาที่ใช้จากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

เกณฑ์การพิจารณาระดับความสำคัญในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 ดังนี้

ระดับคะแนน

CHULALONGKORN UNIVERSITY ความหมาย

| | | |
|---|---------|--|
| 5 | หมายถึง | ท่านมีความเห็นว่าข้อความดังกล่าวเป็นภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลที่มีความสำคัญ มากที่สุด |
| 4 | หมายถึง | ท่านมีความเห็นว่าข้อความดังกล่าวเป็นภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลที่มีความสำคัญ มาก |
| 3 | หมายถึง | ท่านมีความเห็นว่าข้อความดังกล่าวเป็นภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลที่มีความสำคัญ ปานกลาง |
| 2 | หมายถึง | ท่านมีความเห็นว่าข้อความดังกล่าวเป็นภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลที่มีความสำคัญ น้อย |
| 1 | หมายถึง | ท่านมีความเห็นว่าข้อความดังกล่าวเป็นภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลที่มีความสำคัญ น้อยที่สุด |

2. **การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 24 คน ด้วยการส่งด้วยตนเอง ส่งทางไปรษณีย์และจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e mail) สำหรับแบบสอบถามที่ส่งทางไปรษณีย์ผู้วิจัยได้แนบของผนึกตราไปรษณีย์ยากและระบุชื่อ ที่อยู่ของผู้รับและผู้ส่งเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญสะดวกในการส่งกลับ ในการตอบแบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญสามารถให้ความคิดเห็นได้อิสระในด้านเนื้อหา ภาษา การปรับข้อความ การปรับกลุ่ม ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามกลับคืน 23 ฉบับ เนื่องจากมีผู้เชี่ยวชาญ 1 คนติดภารกิจไม่สามารถตอบกลับแบบสอบถามได้ ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2558 ถึงวันที่ 25 พฤษภาคม 2558 รวมทั้งสิ้น 25 วัน

3. **การวิเคราะห์ข้อมูล** เมื่อได้รับแบบสอบถามในรอบที่ 2 กลับคืนมา ผู้วิจัยนำคำตอบที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล คำนวณหาค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของแต่ละข้อรายการด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อสร้างเป็นแบบสอบถามรอบที่ 3

ค่ามัธยฐาน (Median : Md)

การแปลความหมายค่ามัธยฐานในแต่ละข้อรายการ ดังนี้ (จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2546)

| ค่ามัธยฐาน | ความหมาย |
|-------------|--|
| 4.50 – 5.00 | ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวม เห็นว่าภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลของข้อรายการนั้นๆ มีระดับความสำคัญมากที่สุด |
| 3.50 – 4.49 | ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวม เห็นว่าภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลของข้อรายการนั้นๆ มีระดับความสำคัญมาก |
| 2.50 – 3.49 | ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวม เห็นว่าภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลของข้อรายการนั้นๆ มีระดับความสำคัญปานกลาง |
| 1.50 – 2.49 | ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวม เห็นว่าภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลของข้อรายการนั้นๆ มีระดับความสำคัญน้อย |
| 1.00 – 1.50 | ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวม เห็นว่าภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลของข้อรายการนั้นๆ มีระดับความสำคัญน้อยที่สุด |

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range : IR)

การแปลความหมายค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ดังนี้ (จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2546)

| ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) | ความหมาย |
|-----------------------------|--|
| น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.50 | ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลของข้อรายการนั้นๆ มีความสอดคล้องกัน |
| มากกว่า 1.50 | ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญโดยรวมต่อภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลของข้อรายการนั้นๆ ไม่มีความสอดคล้องกัน |

ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 ของผู้เชี่ยวชาญมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ให้ปรับข้อความให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น ปรับรวมข้อความที่คล้ายคลึงกันเข้าด้วยกัน และเพิ่มเติมข้อรายการเพื่อให้ครอบคลุมมากขึ้น ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้ในการจัดการสาธารณสุข กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า

ความรู้ด้านสาธารณสุข กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าทุกข้อรายการเป็นความรู้ด้านสาธารณสุขที่มีระดับความสำคัญปานกลางถึงมากที่สุด บางข้อรายการมีความหมายคล้ายกัน บางข้อรายการเสนอแนะให้ปรับภาษาให้ชัดเจนขึ้น ดังนั้นความรู้ด้านสาธารณสุขมีจำนวนข้อรายการเหลือ 5 ข้อรายการจากเดิม 7 ข้อรายการ

ความรู้ด้านการพยาบาลฉุกเฉิน กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าทุกข้อรายการเป็นความรู้ด้านการพยาบาลฉุกเฉินที่มีระดับความสำคัญปานกลางถึงมากที่สุด ข้อความรู้การปฏิบัติการพยาบาลช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน การพยาบาลช่วยชีวิตขั้นสูงและการพยาบาลช่วยชีวิตผู้ประสบภัยที่ได้รับบาดเจ็บ (Trauma Life Support : TLS) นำมาสรุปรวมเป็นข้อเดียวกัน และเพิ่มข้อรายการใหม่ 2 ข้อคือ ความรู้เรื่องการดูแลผู้บาดเจ็บก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre hospital trauma life support : PHTLS) และความรู้เรื่องการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บ เพื่อให้เนื้อหาครอบคลุมยิ่งขึ้น ดังนั้นความรู้ด้านการพยาบาลฉุกเฉินมีจำนวนข้อรายการเหลือ 4 ข้อรายการจากเดิม 5 ข้อรายการ

ความรู้ทั่วไป กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าทุกข้อรายการเป็นความรู้ทั่วไปที่มีระดับความสำคัญปานกลางถึงมากที่สุด มีการปรับคำให้มีความชัดเจนขึ้น โดยจำนวนข้อรายการยังคงไว้ 3 ข้อรายการ

ส่วนที่ 2 ด้านการจัดการสาธารณสุข กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า

ระยะการป้องกันและลดความเสี่ยง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าทุกข้อรายการมีความเหมาะสมในระดับความสำคัญปานกลางถึงมากที่สุด ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าการส่งเสริมบุคลากรทางการแพทย์ให้เข้าร่วมฝึกอบรมหรือฝึกซ้อมด้านสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายควรเป็นการจัดการในระยะการเตรียมพร้อมมากกว่า และเพิ่มข้อรายการใหม่ 2 ข้อคือ การจัดทำฐานข้อมูลที่เป็นในการจัดการสาธารณสุข เช่น ข้อมูลเจ้าหน้าที่/อาสาสมัคร ข้อมูลสถิติต่างๆ รวมถึงการพัฒนา/จัดทำระบบการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน และมีส่วนร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ในการให้ความรู้เรื่องสาธารณสุขแก่ชุมชนเพื่อสร้างความตระหนักและจัดเตรียมแผนรับสาธารณสุข เพื่อให้เนื้อหาครอบคลุมยิ่งขึ้น ดังนั้นระยะการป้องกันและลดความเสี่ยงมีจำนวนข้อรายการ 5 ข้อรายการจากเดิม 3 ข้อรายการ

ระยะการเตรียมพร้อม กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าทุกข้อรายการมีความเหมาะสมในระดับความสำคัญปานกลางถึงมากที่สุด ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าการกำหนดกลยุทธ์นโยบายการจัดการสาธารณสุข การจัดทำแผนปฏิบัติการและงบประมาณด้านสาธารณสุขขององค์กรพยาบาลควรรวมเป็นข้อเดียวกันและควรเป็นการจัดการในระยะการป้องกันและลดความเสี่ยง บางข้อรายการมีความหมายคล้ายกัน บางข้อรายการเสนอแนะให้ปรับภาษาให้ชัดเจนขึ้น ดังนั้นระยะการเตรียมพร้อมมีจำนวนข้อรายการเหลือ 6 ข้อรายการจากเดิม 12 ข้อรายการ

ระยะรับสาธารณสุข กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าทุกข้อรายการมีความเหมาะสมในระดับความสำคัญปานกลางถึงมากที่สุด ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าการจัดหน่วยบริการเคลื่อนที่เพื่อให้การดูแลรักษาพยาบาลทั้งกาย จิตและสังคมแก่ผู้ประสบภัยและญาติ การจัดบริการโดยคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อและขนบธรรมเนียมประเพณี และการจัดบริการที่เหมาะสมกับช่วงอายุและกลุ่มเปราะบางทั้ง 3 ข้อรายการเป็นเรื่องเดียวกันควรรวมเป็นข้อเดียวกัน การจัดสถานที่เพื่อเป็นศูนย์พักพิง และการดูแลความสะอาดสุขภาพ การกำจัดสิ่งปฏิกูลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ทั้ง 2 ข้อรายการเป็นเรื่องเดียวกันควรรวมเป็นข้อเดียวกันและปรับภาษาให้ชัดเจน ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะให้เพิ่มข้อรายการ 1 ข้อคือสามารถคัดแยกประเภทของผู้บาดเจ็บ (Triage) เพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม บางข้อรายการเสนอแนะให้ปรับภาษาให้ชัดเจนขึ้น ดังนั้นระยะรับสาธารณสุขมีจำนวนข้อรายการเหลือ 7 ข้อรายการจากเดิม 10 ข้อรายการ

ระยะฟื้นฟูภายหลังเกิดสาธารณสุข กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าทุกข้อรายการมีความเหมาะสมในระดับความสำคัญปานกลางถึงมากที่สุด มีการรวมข้อรายการที่คล้ายคลึงกันเข้าด้วยกัน ดังนั้นระยะฟื้นฟูภายหลังเกิดสาธารณสุขมีจำนวนข้อรายการเหลือ 4 ข้อรายการจากเดิม 7 ข้อรายการ

ส่วนที่ 3 ด้านกลยุทธ์การนำของพยาบาลในการจัดการสาธารณสุข กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า

การสื่อสาร กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าทุกข้อรายการมีความเหมาะสมในระดับความสำคัญปานกลางถึงมากที่สุด มีการรวมข้อรายการที่คล้ายคลึงกันเข้าด้วยกันและปรับภาษาให้ชัดเจนขึ้น ดังนั้นการสื่อสารมีจำนวนข้อรายการเหลือ 4 ข้อรายการจากเดิม 5 ข้อรายการ

การประสานงาน กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าทุกข้อรายการมีความเหมาะสมในระดับความสำคัญปานกลางถึงมากที่สุด ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ภายในโรงพยาบาลเพื่อเตรียมอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ให้พร้อมใช้ในการดูแลผู้ประสพภัย การประสานงานในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม และการประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐ/เอกชนในการระดมทรัพยากรและการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับการรักษาที่เหมาะสม 3 ข้อรายการนี้มีความหมายคล้ายกันเสนอแนะให้รวมกันและปรับภาษาให้ชัดเจนขึ้น บางข้อรายการปรับภาษาให้ชัดเจนขึ้น ดังนั้นการประสานงานมีจำนวนข้อรายการเหลือ 4 ข้อรายการจากเดิม 6 ข้อรายการ

การตัดสินใจ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าทุกข้อรายการมีความเหมาะสมในระดับความสำคัญมากถึงมากที่สุด มีการปรับภาษาให้ชัดเจนขึ้น ดังนั้นการตัดสินใจมีจำนวนข้อรายการคงเดิมคือ 4 ข้อรายการ

การทำงานเป็นทีม กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าทุกข้อรายการมีความเหมาะสมในระดับความสำคัญมากถึงมากที่สุด ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะให้ปรับภาษาให้ชัดเจน ข้อที่มีความหมายคล้ายกันให้รวมเป็นข้อเดียวกัน และเสนอให้เพิ่ม 1 ข้อรายการคือสามารถประเมินเหตุการณ์ผลกระทบที่เกิดจากสาธารณสุข และสั่งการให้ทีมปฏิบัติตามแผนรับสาธารณสุขได้รวดเร็วทันต่อสถานการณ์ ดังนั้นการทำงานเป็นทีมมีจำนวนข้อรายการเหลือ 3 ข้อรายการจากเดิม 4 ข้อรายการ


การแก้ปัญหา กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าทุกข้อรายการมีความเหมาะสมในระดับความสำคัญมากถึงมากที่สุด ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะให้ปรับภาษาให้ชัดเจน ข้อที่มีความหมายคล้ายกันให้รวมเป็นข้อเดียวกันและเสนอให้เพิ่ม 1 ข้อรายการคือ สามารถใช้ความรู้ด้านสาธารณสุข ประเมินความเสี่ยงของการเกิดสาธารณสุข วางแผนให้ความรู้และมีส่วนร่วมจัดทำแผนรับสาธารณสุข ดังนั้นการแก้ปัญหามีจำนวนข้อรายการคงเดิมคือ 3 ข้อรายการ

สรุป ข้อรายการภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล ที่ได้จากแบบสอบถามในรอบที่ 2 ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ ความรู้ในการจัดการสาธารณสุข การจัดการสาธารณสุข และกลยุทธ์การนำของพยาบาลในการจัดการสาธารณสุข ประกอบด้วยข้อรายการรวมทั้งหมด 52 ข้อรายการ

รอบที่ 3

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ผู้วิจัยนำข้อคำถามของแบบสอบถามในรอบที่ 2 มาปรับปรุงแก้ไขภาษาให้ชัดเจน รวมข้อความที่มีความหมายซ้ำซ้อนกัน ตัดและเพิ่มข้อความใหม่ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญจากรอบที่ 2 โดยแบบสอบถามรอบที่ 3 นี้การตอบมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับเหมือนรอบที่ 2 แต่เพิ่มตำแหน่งของค่ามัธยฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และตำแหน่งคำตอบของผู้เชี่ยวชาญที่ได้ตอบไปในรอบที่ 2 สำหรับนำมาใช้ประกอบการพิจารณาในการยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบการให้ระดับความสำคัญให้สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

ค่ามัธยฐาน (Md) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) แสดงข้อความสอดคล้องกันของแต่ละข้อความของการตอบ ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ในแบบสอบถาม ดังนี้

ค่ามัธยฐาน (Md) ใช้สัญลักษณ์ 

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ใช้สัญลักษณ์ 

ตำแหน่งคำตอบของท่านในรอบที่ผ่านมา ใช้สัญลักษณ์ X

ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 หากผู้เชี่ยวชาญยืนยันคำตอบของตนที่อยู่ในค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของข้อนั้น หมายความว่าความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญสอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญไม่ต้องให้เหตุผลประกอบ แต่ถ้าคำตอบของผู้เชี่ยวชาญอยู่นอกค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ หมายความว่าความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญขอให้ผู้เชี่ยวชาญชี้แจงเหตุผลประกอบในข้อนั้นๆ (ภาคผนวก จ)

แบบสอบถามในรอบที่ 3 นี้มีข้อคำถามภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขภัยของพยาบาลแบ่งเป็น 3 ส่วนคงเดิม จำนวนข้อรายการย่อยทั้งหมด 52 ข้อรายการ ซึ่งข้อคำถามลดลงจากเดิม 17 ข้อรายการ เนื่องจากการรวมข้อรายการและตัดทอนข้อรายการตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและผ่านการพิจารณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้ในการจัดการสาธารณสุขภัย มีการปรับรวมข้อรายการที่มีความหมายคล้ายคลึงกันจำนวน 7 ข้อรายการ ปรับภาษาที่ใช้ให้ชัดเจนขึ้นจำนวน 1 ข้อรายการ และเพิ่มข้อรายการใหม่จำนวน 2 ข้อรายการ

ส่วนที่ 2 การจัดการสาธารณสุขภัย มีการปรับรวมข้อรายการที่มีความหมายคล้ายคลึงกันจำนวน 11 ข้อรายการ ปรับภาษาที่ใช้ให้ชัดเจนขึ้นจำนวน 2 ข้อรายการ เพิ่มข้อรายการใหม่จำนวน 3 ข้อรายการ และย้ายกลุ่มจำนวน 1 ข้อรายการ

ส่วนที่ 3 กลยุทธ์การนำของพยาบาลในการจัดการสาธารณสุข มีการปรับรวมข้อรายการที่มีความหมายคล้ายคลึงกันจำนวน 10 ข้อรายการ ปรับภาษาที่ใช้ให้ชัดเจนขึ้นจำนวน 2 ข้อรายการ และเพิ่มข้อรายการใหม่จำนวน 2 ข้อรายการ

หลังจากผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญแล้ว ทำให้ได้แบบสอบถามรอบที่ 3 จำนวน 52 ข้อ ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้ในการจัดการสาธารณสุข แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ

- | | |
|---------------------------------|-------------------|
| 1.1 ความรู้ด้านสาธารณสุข | จำนวน 5 ข้อรายการ |
| 1.2 ความรู้ด้านการพยาบาลฉุกเฉิน | จำนวน 4 ข้อรายการ |
| 1.3 ความรู้ทั่วไป | จำนวน 3 ข้อรายการ |

ส่วนที่ 2 การจัดการสาธารณสุข แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ

- | | |
|------------------------------------|-------------------|
| 2.1 ระยะการป้องกันและลดความเสี่ยง | จำนวน 5 ข้อรายการ |
| 2.2 ระยะการเตรียมพร้อม | จำนวน 6 ข้อรายการ |
| 2.3 ระยะการรับสาธารณสุข | จำนวน 7 ข้อรายการ |
| 2.4 ระยะฟื้นฟูภายหลังเกิดสาธารณสุข | จำนวน 4 ข้อรายการ |

ส่วนที่ 3 กลยุทธ์การนำของพยาบาลในการจัดการสาธารณสุข แบ่งเป็น 5 ข้อหลัก

- | | |
|---------------------|-------------------|
| 3.1 การสื่อสาร | จำนวน 4 ข้อรายการ |
| 3.2 การประสานงาน | จำนวน 4 ข้อรายการ |
| 3.3 การตัดสินใจ | จำนวน 4 ข้อรายการ |
| 3.4 การทำงานเป็นทีม | จำนวน 3 ข้อรายการ |
| 3.5 การแก้ปัญหา | จำนวน 3 ข้อรายการ |

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบสอบถามส่งให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 23 คน ด้วยการส่งด้วยตนเอง ส่งทางไปรษณีย์ และจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e mail) สำหรับแบบสอบถามที่ส่งทางไปรษณีย์ผู้วิจัยได้แนบซองผนึกตราไปรษณีย์ยากและระบุชื่อ ที่อยู่ของผู้รับและผู้ส่งเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญสะดวกในการส่งกลับ ในการตอบแบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญสามารถให้ความคิดเห็นได้อิสระในด้านเนื้อหา ภาษา การปรับข้อความ การปรับกลุ่ม ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามกลับคืนครบ 23 ฉบับ ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 3 ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2558 ถึงวันที่ 10 มิถุนายน 2558 รวมทั้งสิ้น 10 วัน

3. การวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อได้รับแบบสอบถามรอบที่ 3 คืนจากผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์คำนวณหาค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์แต่ละข้อรายการอีกครั้งเพื่อสรุปผลการวิจัย โดยพิจารณาการคำนวณในแต่ละข้อรายการที่มีค่ามัธยฐานมากกว่า 3.50 พิจารณา

ความสอดคล้องของข้อความค่าพิสัยระหว่างควอไทล์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.00 และคำตอบที่มีการเปลี่ยนแปลงไม่เกินร้อยละ 15 ถือว่าเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Limestone and Turoff, 1975)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 3 พบว่า ภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล ข้อย่อยการมีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 3.50 - 4.49 แสดงว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันในระดับมาก และข้อย่อยการที่มีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 4.50 ขึ้นไป แสดงว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันในระดับมากที่สุด ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของทุกข้อย่อยการมีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.00 และมีการเปลี่ยนแปลงคำตอบของผู้เชี่ยวชาญร้อยละ 9.86 (ภาคผนวก ฉ)

ในรอบที่ 3 ฉันทามติจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในเรื่องภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล ยังคงประกอบด้วย 3 ส่วน 52 ข้อย่อยการ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้ในการจัดการสาธารณสุข กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า

ความรู้ด้านสาธารณสุข กลุ่มผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ยืนยันคำตอบเดิม มีการเปลี่ยนแปลงการให้ระดับความสำคัญบ้างแต่คำตอบยังอยู่ในช่วงค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ดังนั้นความรู้ด้านการพยาบาลสาธารณสุข มีจำนวน 5 ข้อย่อยการคงเดิม

ความรู้ด้านการพยาบาลฉุกเฉิน กลุ่มผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ยืนยันคำตอบเดิม มีการเปลี่ยนแปลงการให้ระดับความสำคัญบ้างแต่คำตอบยังอยู่ในช่วงค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ข้อย่อยการที่เพิ่มใหม่ 2 ข้อนั้นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน และให้ระดับความสำคัญในระดับปานกลางถึงมากที่สุด ดังนั้นความรู้ด้านการพยาบาลฉุกเฉิน มีจำนวน 4 ข้อย่อยการคงเดิม

ความรู้ทั่วไป กลุ่มผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ยืนยันคำตอบเดิม มีการเปลี่ยนแปลงการให้ระดับความสำคัญบ้างแต่คำตอบยังอยู่ในช่วงค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ดังนั้นความรู้ทั่วไป มีจำนวน 3 ข้อย่อยการคงเดิม

ส่วนที่ 2 ด้านการจัดการสาธารณสุข กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า

ระยะการป้องกันและลดความเสี่ยง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีการเปลี่ยนแปลงการให้ระดับความสำคัญเล็กน้อย ข้อย่อยการที่เพิ่มใหม่ 2 ข้อนั้นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน และให้ระดับความสำคัญในระดับปานกลางถึงมากที่สุด ดังนั้นระยะการป้องกันและลดความเสี่ยง มีจำนวน 5 ข้อย่อยการคงเดิม

ระยะการเตรียมพร้อม กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีการเปลี่ยนแปลงการให้ระดับความสำคัญเล็กน้อย ดังนั้นระยะการเตรียมพร้อม มีจำนวน 6 ข้อย่อยการคงเดิม

ระยะรับสาธารณสุข กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีการเปลี่ยนแปลงการให้ระดับความสำคัญเล็กน้อย ข้อย่อยการที่เพิ่มใหม่ 1 ข้อนั้นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน และให้ระดับความสำคัญในระดับปานกลางถึงมากที่สุด ดังนั้นระยะการรับสาธารณสุข มีจำนวน 7 ข้อย่อยการคงเดิม

ระยะฟื้นฟูภายหลังเกิดสาธารณภัย กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีการเปลี่ยนแปลงการให้ระดับความสำคัญเล็กน้อย ดังนั้นระยะฟื้นฟูภายหลังเกิดสาธารณภัย มีจำนวน 4 ข้อรายการคงเดิม

ส่วนที่ 3 ด้านกลยุทธ์การนำของพยาบาลในการจัดการสาธารณภัย กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า

การสื่อสาร กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีการเปลี่ยนแปลงการให้ระดับความสำคัญเล็กน้อย ดังนั้นการสื่อสาร มีจำนวน 4 ข้อรายการคงเดิม

การประสานงาน กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีการเปลี่ยนแปลงการให้ระดับความสำคัญเล็กน้อย ดังนั้นการประสานงาน มีจำนวน 4 ข้อรายการคงเดิม

การตัดสินใจ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีการเปลี่ยนแปลงการให้ระดับความสำคัญเล็กน้อย ดังนั้นการตัดสินใจ มีจำนวน 4 ข้อรายการคงเดิม

การทำงานเป็นทีม กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีการเปลี่ยนแปลงการให้ระดับความสำคัญเล็กน้อย ข้อรายการที่เพิ่มเติมใหม่ 1 ข้อนั้นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน และให้ระดับความสำคัญในระดับมากถึงมากที่สุด ดังนั้นการทำงานเป็นทีม มีจำนวน 3 ข้อรายการคงเดิม

การแก้ปัญหา กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีการเปลี่ยนแปลงการให้ระดับความสำคัญเล็กน้อย ข้อรายการที่เพิ่มเติมใหม่ 1 ข้อนั้นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน และให้ระดับความสำคัญในระดับมากถึงมากที่สุด ดังนั้นการแก้ปัญหา มีจำนวน 3 ข้อรายการคงเดิม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงของการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย มีอยู่ในตัวเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล เพราะสอบถามความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ ความชำนาญด้านนั้นโดยตรง ใช้เทคนิคการสรุปสะสมระหว่างการสัมภาษณ์ ขณะสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้สรุปเนื้อหาและสอบถามผู้เชี่ยวชาญว่าถูกต้องตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญหรือไม่ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน อีกทั้งมีการสรุปเนื้อหาการสนทนาเป็นระยะเพื่อให้ได้เนื้อหาการสัมภาษณ์ที่ตรงประเด็นกับหัวข้อการวิจัย ส่งผลให้มีความตรงเชิงเนื้อหาสูง และความเที่ยงเกิดจากการที่ผู้เชี่ยวชาญมีการตอบแบบสอบถามชุดเดิมซ้ำหลายรอบ หากคำตอบของแบบสอบถามมีการเปลี่ยนแปลงน้อยมากหรือไม่เปลี่ยนแปลงแสดงว่าเครื่องมือมีความเที่ยงสูงเช่นกัน (จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2551)

ระยะที่ 2 การประเมินความเป็นไปได้

เป็นขั้นตอนประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล ที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลรอบที่ 3 โดยมีลำดับขั้นตอน ดังนี้

1) การกำหนดขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล โดยนำข้อรายการที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับมากที่สุด มาจัดทำเป็นเนื้อหาประกอบด้วยภาคทฤษฎี 4 หัวข้อวิชา 24 ข้อรายการ และภาคปฏิบัติ 1 ข้อรายการ

2) การนำขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล ไปประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้

การกำหนดขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล ดำเนินการดังนี้

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ในรอบนี้แบบสอบถามเป็นข้อมูลที่สรุปจากความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการวิเคราะห์ในรอบที่ 3 และผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว แบบสอบถามเป็นระดับการให้คะแนนถึงความเป็นไปได้มากที่สุดถึงน้อยที่สุด ระดับคะแนนอยู่ที่ 5 ถึง 1 คะแนน แบบสอบถามนี้นำไปให้ผู้บริหารการพยาบาล/นักวิชาการ/อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสาธารณสุข ลงความเห็นถึงความเป็นไปได้ของขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล ซึ่งจะเป็นข้อมูลให้ผู้บริหารใช้ตัดสินใจ แนวทางนี้เรียกว่าเป็นประโยชน์นิยม (Utilitarianism) ใช้เพื่อพัฒนาให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องมากที่สุด (ศิริชัย กาญจนวาสี , 2545) เมื่อรวบรวมข้อมูลได้นำมาวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ยและให้ความหมายตามเกณฑ์ ดังนี้

| ค่าเฉลี่ย | ความหมาย |
|-------------|--|
| 4.51 – 5.00 | มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ มากที่สุด |
| 3.51 – 4.50 | มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ มาก |
| 2.51 – 3.50 | มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ปานกลาง |
| 1.51 – 2.50 | มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ น้อย |
| 1.00 – 1.50 | มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ น้อยที่สุด |

เกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ คือ หาค่าเฉลี่ยคะแนนความเป็นไปได้ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ โดยกำหนดการตัดสินใจในระดับมากขึ้นไป

2. **การสร้างเครื่องมือ** แบบสอบถามเพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล ได้จากการนำข้อสรุปจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 3 โดยผู้วิจัยคัดเลือกข้อรายการที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับมากที่สุด มาจัดทำเป็นขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของ

พยาบาล โดยรวมข้อรายการที่มีความหมายคล้ายกันหรือใกล้เคียงกันไว้ด้วยกัน และจัดเป็นขอบเขตเนื้อหาซึ่งประกอบด้วยภาคทฤษฎี 4 หัวข้อวิชา 24 ข้อรายการ และภาคปฏิบัติ 1 ข้อรายการ

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อพิจารณาความถูกต้องของเนื้อหาในแบบสอบถาม

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจัดส่งแบบสอบถามที่ได้จากการสรุปคำตอบของรอบที่ 3 และผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เป็นที่เรียบร้อยแล้วให้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ ผู้บริหารการพยาบาล นักวิชาการ/อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสาธารณสุขจำนวน 5 คน ด้วยการส่งด้วยตนเอง ส่งทางไปรษณีย์ และจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e mail) สำหรับแบบสอบถามที่ส่งทางไปรษณีย์ผู้วิจัยได้แนบซองผนึกตราไปรษณีย์การและระบุชื่อ ที่อยู่ของผู้รับและผู้ส่ง เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญสะดวกในการส่งกลับ ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามกลับคืนครบ 5 ฉบับ ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระยะที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 13 มิถุนายน 2558 ถึงวันที่ 15 มิถุนายน 2558 รวม 3 วัน

5. การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมนุษย์ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างการวิจัยได้ ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษรในแบบสอบถาม โดยระบุวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม และกลุ่มตัวอย่างต้องสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัย ในระหว่างการวิจัยผู้เข้าร่วมในการวิจัยสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่ต้องให้เหตุผล และไม่กระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

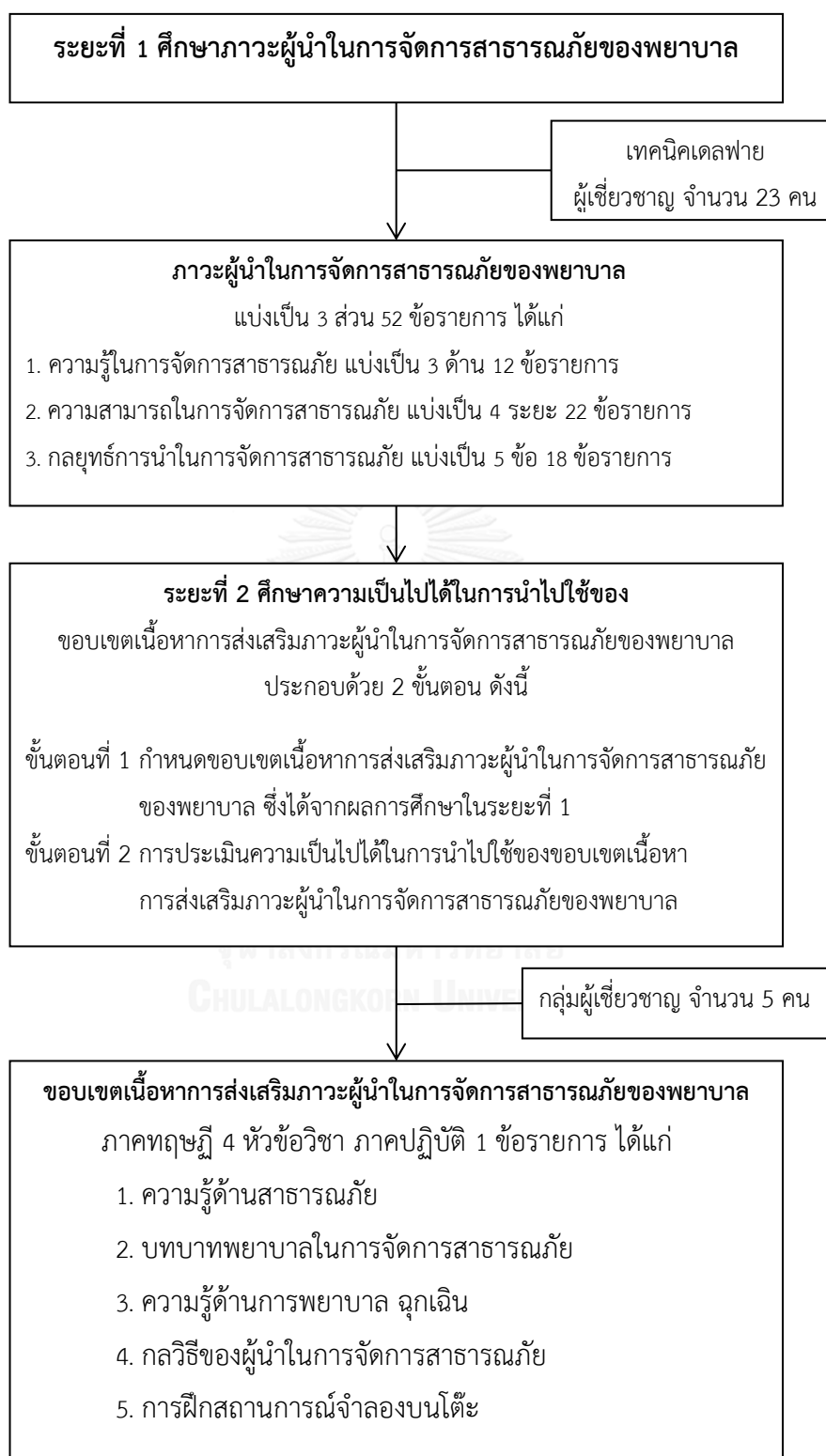
2. การรักษาความลับของข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่รับกลับคืนจากผู้เข้าร่วมในการวิจัยไว้เป็นความลับ และทำลายแบบสอบถามและเทปที่ใช้ในการบันทึกเสียงทิ้งเมื่อเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูล

3. การวิเคราะห์และรายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูล มีลักษณะเป็นภาพรวม

สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ในการศึกษาการพัฒนาขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล มีขั้นตอนในการศึกษาวิจัย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล โดยการใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ในการรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสาธารณสุข จำนวน 23 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้านนโยบายการจัดการสาธารณสุข

จำนวน 2 คน 2) กลุ่มอาจารย์/นักวิชาการด้านการพยาบาลสาธารณสุข จำนวน 7 คน 3) กลุ่มผู้บริหารการพยาบาล จำนวน 8 คน และ 4) กลุ่มผู้ปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 6 คน โดยดำเนินการเก็บข้อมูลทั้งหมด 3 รอบ ได้แก่ การสัมภาษณ์ 1 ครั้ง และการตอบแบบสอบถามอีก 2 ครั้ง ผลจากการศึกษาพบว่าภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล แบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ความรู้ในการจัดการสาธารณสุข ส่วนที่ 2 การจัดการสาธารณสุข และส่วนที่ 3 กลยุทธ์การนำของพยาบาลในการจัดการสาธารณสุข

ระยะที่ 2 ศึกษาความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล ซึ่งขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลได้จากผลการศึกษาในระยะที่ 1 การศึกษาความเป็นไปได้ของการนำไปใช้เริ่มจากกำหนดขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล จากการนำข้อรายการที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับมากที่สุด มาจัดทำเป็นขอบเขตเนื้อหาประกอบด้วย ภาคทฤษฎี 4 หัวข้อวิชา และภาคปฏิบัติ 1 ข้อรายการ จากนั้นนำขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล ไปประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน พบว่าขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลซึ่งประกอบด้วยภาคทฤษฎี 4 หัวข้อวิชา และภาคปฏิบัติ 1 ข้อรายการ มีความเป็นไปได้ในระดับมากที่สุด โดยสรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ด้วยการใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ในการรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสาธารณสุขแบ่งเป็น 4 กลุ่ม จำนวน 23 คน ประกอบด้วย กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้านนโยบายการจัดการสาธารณสุข กลุ่มอาจารย์/นักวิชาการด้านการพยาบาลสาธารณสุข กลุ่มผู้บริหารการพยาบาล และกลุ่มผู้ปฏิบัติการพยาบาล โดยเก็บข้อมูลจำนวน 3 รอบและนำผลสรุปข้อมูลไปสอบถามความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล การนำเสนอข้อมูลแบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการศึกษาภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล

ตอนที่ 2 ผลการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล

ตอนที่ 1 ผลการศึกษาภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 1

จากข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์เนื้อหาและสรุปประเด็นสำคัญของภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล จากนั้นนำเนื้อหาที่ได้มาจัดกลุ่มตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ พบว่าภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลในรอบที่ 1 ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้ในการจัดการสาธารณสุข แบ่งเป็น 3 ด้าน

- 1.1 ความรู้ด้านสาธารณสุข
- 1.2 ความรู้ด้านการพยาบาลฉุกเฉิน
- 1.3 ความรู้ทั่วไป

ส่วนที่ 2 การจัดการสาธารณสุข แบ่งเป็น 4 ระยะ

- 2.1 ระยะการป้องกันและลดความเสี่ยง (Prevention / Mitigation)
- 2.2 ระยะการเตรียมพร้อม (Preparedness)
- 2.3 ระยะรับสาธารณสุข (Response)
- 2.4 ระยะฟื้นฟูภายหลังเกิดสาธารณสุข (Recovery)

ส่วนที่ 3 กลยุทธ์การนำของพยาบาลในการจัดการสาธารณสุข แบ่งเป็น 5 ข้อหลัก

- 3.1 การทำงานเป็นทีม
- 3.2 การสื่อสาร
- 3.3 การประสานงาน
- 3.4 การตัดสินใจ
- 3.5 การแก้ปัญหา

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 และรอบที่ 3

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 แสดงค่ามัธยฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และระดับความสำคัญของภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล แบ่งตามรายด้าน ดังนี้

2.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล แบ่งเป็นรายด้านและข้อรายการ

ตารางที่ 4 ภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล จำแนกเป็นรายด้านเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 และรอบที่ 3

| ภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุข ของพยาบาล | รอบที่ 2 | | | รอบที่ 3 | | |
|--|----------|------|------------------------|----------|------|------------------------|
| | Md | IR | ระดับ ความ สำคัญ | Md | IR | ระดับ ความ สำคัญ |
| 1. ความรู้ในการจัดการสาธารณสุข | | | | | | |
| 1) ความรู้ด้านสาธารณสุข | 4.66 | 0.34 | มากที่สุด | 4.71 | 0.29 | มากที่สุด |
| 2) ความรู้ด้านการพยาบาลฉุกเฉิน | 4.68 | 0.32 | มากที่สุด | 4.66 | 0.34 | มากที่สุด |
| 3) ความรู้ทั่วไป | 4.42 | 0.57 | มาก | 4.18 | 1.05 | มาก |
| 2. การจัดการสาธารณสุข | | | | | | |
| 1) ระยะเวลาป้องกันและลดความเสี่ยง | 4.55 | 0.43 | มากที่สุด | 4.58 | 0.41 | มากที่สุด |
| 2) ระยะเวลาเตรียมพร้อม | 4.68 | 0.32 | มากที่สุด | 4.73 | 0.26 | มากที่สุด |
| 3) ระยะเวลารับสาธารณสุข | 4.66 | 0.34 | มากที่สุด | 4.69 | 0.30 | มากที่สุด |
| 4) ระยะเวลาฟื้นฟูภายหลังเกิดสาธารณสุข | 4.64 | 0.36 | มากที่สุด | 4.72 | 0.28 | มากที่สุด |
| 3. กลยุทธ์การนำ | | | | | | |
| 1) การทำงานเป็นทีม | 4.72 | 0.28 | มากที่สุด | 4.75 | 0.25 | มากที่สุด |
| 2) การสื่อสาร | 4.68 | 0.32 | มากที่สุด | 4.73 | 0.26 | มากที่สุด |
| 3) การประสานงาน | 4.66 | 0.34 | มากที่สุด | 4.73 | 0.26 | มากที่สุด |
| 4) การตัดสินใจ | 4.69 | 0.30 | มากที่สุด | 4.73 | 0.26 | มากที่สุด |
| 5) การแก้ปัญหา | 4.72 | 0.28 | มากที่สุด | 4.72 | 0.28 | มากที่สุด |

2.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล ด้านความรู้ในการจัดการสาธารณสุข

ตารางที่ 5 ภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล ด้านความรู้ในการจัดการสาธารณสุข เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 และรอบที่ 3

| ความรู้ ในการจัดการสาธารณสุข (12 ข้อรายการ) | รอบที่ 2 | | | รอบที่ 3 | | |
|---|----------|------|---------------|----------|------|---------------|
| | Md | IR | ระดับ | Md | IR | ระดับ |
| | | | ความ สำคัญ | | | ความ สำคัญ |
| 1. ความรู้ด้านสาธารณสุข (5 ข้อรายการ) | | | | | | |
| 1) มีความรู้เรื่องสาธารณสุข | 4.61 | 0.38 | มากที่สุด | 4.73 | 0.26 | มากที่สุด |
| 2) มีความรู้เรื่องบทบาทหน้าที่ของพยาบาล และการจัดการสาธารณสุขที่สอดคล้อง กับวงจรการเกิดสาธารณสุข | 4.71 | 0.29 | มากที่สุด | 4.72 | 0.28 | มากที่สุด |
| 3) มีความรู้เรื่องระบบบัญชาการเหตุการณ์ ในภาวะฉุกเฉิน (ICS) | 4.66 | 0.34 | มากที่สุด | 4.71 | 0.29 | มากที่สุด |
| 4) มีความรู้เรื่องแผนการจัดการสาธารณสุข ขององค์กรพยาบาลซึ่งสอดคล้องกับแผน รับสาธารณสุขของโรงพยาบาล จังหวัด และประเทศ | 4.66 | 0.34 | มากที่สุด | 4.71 | 0.29 | มากที่สุด |
| 5) มีความรู้เรื่ององค์กรภาคีเครือข่ายทั้งใน และต่างประเทศ | 4.42 | 0.57 | มาก | 4.27 | 1.04 | มาก |
| 2. ความรู้ด้านการพยาบาลฉุกเฉิน (4 ข้อรายการ) | | | | | | |
| 1) มีความรู้ในการจำแนกประเภทผู้บาดเจ็บ (Triage) | 4.72 | 0.28 | มากที่สุด | 4.73 | 0.26 | มากที่สุด |
| 2) มีความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาล ช่วยชีวิตผู้ประสบภัยที่ได้รับบาดเจ็บ (Trauma Life Support : TLS) | 4.68 | 0.32 | มากที่สุด | 4.71 | 0.29 | มากที่สุด |

ตารางที่ 5 (ต่อ)

| ความรู้ ในการจัดการสาธารณสุข (12 ข้อรายการ) | รอบที่ 2 | | | รอบที่ 3 | | |
|---|----------|------|---------------|----------|------|---------------|
| | Md | IR | ระดับ | Md | IR | ระดับ |
| | | | ความ สำคัญ | | | ความ สำคัญ |
| 3) มีความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บก่อนถึง โรงพยาบาล (Pre hospital trauma life support : PHTLS) | - | - | - | 4.66 | 0.34 | มากที่สุด |
| 4) มีความรู้เรื่องการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยบาดเจ็บ | - | - | - | 4.64 | 0.36 | มากที่สุด |
| 3. ความรู้ทั่วไป (3 ข้อรายการ) | | | | | | |
| 1) มีความรู้เรื่องการใช้เครื่องมือสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย | 4.55 | 0.43 | มากที่สุด | 4.64 | 0.36 | มากที่สุด |
| 2) มีความรู้เรื่องสภาพภูมิศาสตร์ สภาพอากาศในพื้นที่ที่เกิดสาธารณสุข | 4.42 | 0.57 | มาก | 4.18 | 1.05 | มาก |
| 3) มีความรู้ด้านภาษาต่างประเทศ | 4.09 | 1.05 | มาก | 4.03 | 0.82 | มาก |

จากตารางที่ 5 ภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล ด้านความรู้ในการจัดการสาธารณสุข ความรู้ด้านสาธารณสุข พบว่าผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทั้ง 5 ข้อ มี 4 ข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด (Md = 4.71 – 4.73, IR = 0.26 – 0.29) และอีก 1 ข้อรายการที่มีระดับความสำคัญมาก (Md = 4.27, IR = 1.04) คือ ความรู้เรื่ององค์รภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ

ความรู้ด้านการพยาบาลฉุกเฉิน พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทั้ง 4 ข้อ ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด (Md = 4.64 – 4.73, IR = 0.26 – 0.36)

ความรู้ทั่วไป พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทั้ง 3 ข้อ มี 1 ข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด (Md = 4.64, IR = 0.36) คือ ความรู้เรื่องการใช้เครื่องมือสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย และอีก 2 ข้อรายการมีระดับความสำคัญมาก (Md = 4.03 – 4.18, IR = 0.82 – 1.05)

2.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล ด้านการจัดการสาธารณสุข

ตารางที่ 6 ภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล ด้านการจัดการสาธารณสุข เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 และรอบที่ 3

| การจัดการสาธารณสุข (22 ข้อรายการ) | รอบที่ 2 | | | รอบที่ 3 | | |
|---|----------|------|-----------|----------|------|-----------|
| | Md | IR | ระดับ | Md | IR | ระดับ |
| | | | ความสำคัญ | | | ความสำคัญ |
| 1. ระยะการป้องกันและลดความเสี่ยง | | | | | | |
| (Prevention/Mitigation) (5 ข้อรายการ) | | | | | | |
| 1) มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนรับสาธารณสุขขององค์กรพยาบาล โดยให้ความสำคัญสอดคล้องกับแผนของโรงพยาบาล | 4.72 | 0.28 | มากที่สุด | 4.73 | 0.26 | มากที่สุด |
| 2) สนับสนุนให้ตัวแทนองค์กรวิชาชีพสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรการ ระเบียบ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสาธารณสุข | 4.55 | 0.43 | มากที่สุด | 4.69 | 0.30 | มากที่สุด |
| 3) มีส่วนร่วมกับหน่วยงานต่างๆในการให้ความรู้เรื่องสาธารณสุขแก่ชุมชนเพื่อสร้างความตระหนักและจัดเตรียมแผนรับสาธารณสุข | - | - | - | 4.58 | 0.41 | มากที่สุด |
| 4) การจัดทำฐานข้อมูลที่จำเป็นในการจัดการสาธารณสุข เช่น ข้อมูลเจ้าหน้าที่/อาสาสมัคร ข้อมูลสถิติต่างๆ รวมถึงการพัฒนา/จัดทำระบบการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน | - | - | - | 4.42 | 0.57 | มาก |
| 5) สนับสนุนการศึกษาวิจัยด้านสาธารณสุขและการนำผลวิจัยมาใช้พัฒนางาน | 4.47 | 0.51 | มาก | 4.25 | 0.83 | มาก |

ตารางที่ 6 (ต่อ)

| การจัดการสาธารณสุข (22 ข้อรายการ) | รอบที่ 2 | | | รอบที่ 3 | | |
|--|----------|------|---------------|----------|------|---------------|
| | Md | IR | ระดับ | Md | IR | ระดับ |
| | | | ความ สำคัญ | | | ความ สำคัญ |
| 2. ระยะเวลาเตรียมพร้อม (Preparedness) | | | | | | |
| (6 ข้อรายการ) | | | | | | |
| 1) วางแผนการสำรองทรัพยากรที่ใช้ใน สถานการณ์สาธารณสุข ได้แก่ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ ยา เวชภัณฑ์ เครื่องอุปโภคบริโภค และเครื่องมือสื่อสาร | 4.68 | 0.32 | มากที่สุด | 4.75 | 0.25 | มากที่สุด |
| 2) มีส่วนร่วมในการจัดตั้งระบบบัญชาการ เหตุการณ์ (ICS) ของโรงพยาบาล | 4.72 | 0.28 | มากที่สุด | 4.73 | 0.26 | มากที่สุด |
| 3) จัดทำแผนการฝึกซ้อมเพื่อเตรียมรับสาธารณสุข ตามความเสี่ยงของการเกิดสาธารณสุขในพื้นที่ และประเมินผลการฝึกซ้อมเพื่อนำมาปรับปรุง แก้ไขให้เหมาะสมและทันต่อสถานการณ์ สาธารณสุขในปัจจุบัน | 4.71 | 0.29 | มากที่สุด | 4.73 | 0.26 | มากที่สุด |
| 4) วางแผนเตรียมบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อร่วมทีมปฏิบัติการทางการแพทย์ใน สถานการณ์สาธารณสุข | 4.71 | 0.29 | มากที่สุด | 4.73 | 0.26 | มากที่สุด |
| 5) พัฒนาความรู้ด้านสาธารณสุขโดยการอบรม และฝึกซ้อมร่วมกับภาคีเครือข่ายในระดับ พื้นที่ ชาติและนานาชาติ | 4.68 | 0.32 | มากที่สุด | 4.72 | 0.28 | มากที่สุด |
| 6) เตรียมความพร้อมของชุมชนโดยการให้ความรู้ ด้านสุขภาพ การจัดเตรียม Disaster Kit จัดทำฐานข้อมูลกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ หญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น | 4.64 | 0.36 | มากที่สุด | 4.68 | 0.32 | มากที่สุด |

ตารางที่ 6 (ต่อ)

| การจัดการสาธารณสุข (22 ข้อรายการ) | รอบที่ 2 | | | รอบที่ 3 | | |
|--|----------|------|---------------|----------|------|---------------|
| | Md | IR | ระดับ | Md | IR | ระดับ |
| | | | ความ สำคัญ | | | ความ สำคัญ |
| 3. ะยะรับสาธารณสุข (Response) | | | | | | |
| (7 ข้อรายการ) | | | | | | |
| 1) ร่วมประชุมเพื่อประเมินสถานการณ์ สาธารณสุขเป็นระยะเพื่อติดตามสถานการณ์ ได้อย่างรวดเร็ว ทันเวลา | 4.72 | 0.28 | มากที่สุด | 4.72 | 0.28 | มากที่สุด |
| 2) มีส่วนร่วมในการประเมินความต้องการด้าน สุขภาพของผู้ประสบภัย และความต้องการ ใช้ทรัพยากรเพื่อจัดหาและระดมทรัพยากร ให้สอดคล้องกับความต้องการ | 4.72 | 0.28 | มากที่สุด | 4.72 | 0.28 | มากที่สุด |
| 3) จัดระบบการบันทึกข้อมูล ลงทะเบียน ผู้ประสบภัย การรักษาพยาบาลและการส่งต่อ ผู้ประสบภัยอย่างครบถ้วนและถูกต้อง | 4.66 | 0.34 | มากที่สุด | 4.72 | 0.28 | มากที่สุด |
| 4) จัดบริการพยาบาลในสถานการณ์สาธารณสุข ให้เหมาะสมกับกลุ่มประชากรที่เปราะบาง และมีความเสี่ยง | 4.66 | 0.34 | มากที่สุด | 4.69 | 0.30 | มากที่สุด |
| 5) ประสานงานการเคลื่อนย้ายและส่งต่อผู้ป่วย ทั้งทางบก เรือและอากาศไปยังโรงพยาบาล เครือข่ายด้วยความรวดเร็วและปลอดภัย | 4.64 | 0.36 | มากที่สุด | 4.66 | 0.34 | มากที่สุด |
| 6) สามารถคัดแยกประเภทของผู้บาดเจ็บ เพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม | - | - | - | 4.64 | 0.36 | มากที่สุด |
| 7) ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อ ดำเนินการจัดตั้งศูนย์พักพิงและระบบ สุขภาพให้เหมาะสม | 4.58 | 0.41 | มากที่สุด | 4.52 | 0.48 | มากที่สุด |

ตารางที่ 6 (ต่อ)

| การจัดการสาธารณสุข (22 ข้อรายการ) | รอบที่ 2 | | | รอบที่ 3 | | |
|---|----------|------|---------------|----------|------|---------------|
| | Md | IR | ระดับ | Md | IR | ระดับ |
| | | | ความ สำคัญ | | | ความ สำคัญ |
| 4. ะยะฟื้นฟูหลังเกิดสาธารณสุข (Recovery) (4 ข้อรายการ) | | | | | | |
| 1) ประเมินและรายงานความเสียหายของระบบบริการพยาบาลหลังสิ้นสุดสถานการณ์สาธารณสุข เพื่อวางแผนฟื้นฟูสภาพให้สามารถเปิดให้บริการได้รวดเร็ว | 4.64 | 0.36 | มากที่สุด | 4.73 | 0.26 | มากที่สุด |
| 2) ประสานการส่งต่อข้อมูลทางการแพทย์ให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้ผู้ประสบภัยได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญอย่างต่อเนื่อง | 4.55 | 0.43 | มากที่สุด | 4.72 | 0.28 | มากที่สุด |
| 3) ประเมินผลการปฏิบัติงานในสถานการณ์สาธารณสุขที่ผ่านมา จัดทำรายงานสรุปปัญหาและอุปสรรค เพื่อนำไปพัฒนาปรับปรุงแผนรับสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ | 4.71 | 0.29 | มากที่สุด | 4.64 | 0.36 | มากที่สุด |
| 4) ประเมินผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ประสบภัย เพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือในระยะสั้นและระยะยาว | 4.66 | 0.34 | มากที่สุด | 4.55 | 0.43 | มากที่สุด |

จากตารางที่ 6 ภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลด้านการจัดการสาธารณสุข แบ่งเป็น 4 ระยะ โดยระยะการป้องกันและลดความเสี่ยง (Prevention / Mitigation) พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทั้ง 5 ข้อรายการ มี 3 ข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด (Md = 4.58 - 4.73, IR = 0.26 - 0.41) และอีก 2 ข้อรายการมีระดับความสำคัญมาก (Md = 4.25 - 4.42, IR = 0.57 - 0.83) คือ การจัดทำฐานข้อมูลที่ใช้ในการจัดการสาธารณสุข เช่น ข้อมูลเจ้าหน้าที่/อาสาสมัคร ข้อมูลสถิติต่างๆ รวมถึงการพัฒนา/จัดระบบการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน และสนับสนุนการศึกษาวิจัยด้านสาธารณสุข/การนำผลวิจัยมาใช้พัฒนางาน

ระยะการเตรียมพร้อม (Preparedness) พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ทั้ง 6 ข้อรายการ ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด (Md = 4.68 - 4.73, IR = 0.26 - 0.32)

ระยะรับสาธารณสุข (Response) พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทั้ง 7 ข้อรายการ ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด (Md = 4.52 - 4.72, IR = 0.28 - 0.48)

ระยะฟื้นฟูภายหลังเกิดสาธารณสุข (Recovery) พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทั้ง 4 ข้อรายการ ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด (Md = 4.55 - 4.73, IR = 0.26 - 0.43)

2.4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล ด้านกลยุทธ์การนำของพยาบาลในการจัดการสาธารณสุข

ตารางที่ 7 ภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล ด้านกลยุทธ์การนำของพยาบาลในการจัดการสาธารณสุข เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 และรอบที่ 3

| กลยุทธ์การนำของพยาบาล ในการจัดการสาธารณสุข (18 ข้อรายการ) | รอบที่ 2 | | | รอบที่ 3 | | |
|---|----------|------|---------------|----------|------|---------------|
| | Md | IR | ระดับ | Md | IR | ระดับ |
| | | | ความ สำคัญ | | | ความ สำคัญ |
| 1. การทำงานเป็นทีม (3 ข้อรายการ) | | | | | | |
| 1) สามารถกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรในแผนรับสาธารณสุขได้ชัดเจน | 4.72 | 0.28 | มากที่สุด | 4.75 | 0.25 | มากที่สุด |
| 2) รับฟังและเปิดโอกาสให้บุคลากรในทีมแสดงความคิดเห็นเมื่อเกิดปัญหาในสถานการณ์สาธารณสุข เช่น ขาดแคลนทรัพยากรสำหรับการพยาบาลผู้ป่วย/ผู้ประสพภัย | 4.72 | 0.28 | มากที่สุด | 4.75 | 0.25 | มากที่สุด |
| 3) สามารถประเมินเหตุการณ์ผลกระทบที่เกิดจากสาธารณสุข และสั่งการให้ทีมปฏิบัติตามแผนรับสาธารณสุขได้รวดเร็ว ทันต่อสถานการณ์ | - | - | - | 4.68 | 0.32 | มากที่สุด |
| 2. ด้านการสื่อสาร (4 ข้อรายการ) | | | | | | |
| 1) สามารถสื่อสารในระยะก่อนเกิดสาธารณสุข โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาธารณสุข การเตรียมพร้อมรับสาธารณสุข เพื่อให้ชุมชนรับรู้ ตระหนักและมีการเตรียมความพร้อม | 4.68 | 0.32 | มากที่สุด | 4.73 | 0.26 | มากที่สุด |
| 2) สามารถสื่อสารข้อมูลในระยะการเกิดสาธารณสุข ระหว่าง ณ จุดเกิดเหตุและหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ประสพภัยได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม | 4.71 | 0.28 | มากที่สุด | 4.73 | 0.26 | มากที่สุด |
| 3) สามารถประเมินข่าวสารและถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขกับหน่วยงานภายในและหน่วยงานภายนอกได้ถูกต้อง ครบถ้วน | 4.64 | 0.36 | มากที่สุด | 4.73 | 0.26 | มากที่สุด |
| 4) สามารถใช้เครื่องมือสื่อสารได้ถูกต้องและเหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น วิทยุสื่อสาร | 4.64 | 0.36 | มากที่สุด | 4.72 | 0.28 | มากที่สุด |

ตารางที่ 7 (ต่อ)

| กลยุทธ์การนำของพยาบาล ในการจัดการสาธารณสุข (18 ข้อรายการ) | รอบที่ 2 | | | รอบที่ 3 | | |
|---|----------|------|---------------|----------|------|---------------|
| | | | ระดับ | | | ระดับ |
| | Md | IR | ความ สำคัญ | Md | IR | ความ สำคัญ |
| 3. การประสานงาน (4 ข้อรายการ) | | | | | | |
| 1) สามารถประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดทำแผนรับสาธารณสุขและมีส่วนร่วม ในการซ้อมแผนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง | 4.64 | 0.36 | มากที่สุด | 4.75 | 0.25 | มากที่สุด |
| 2) ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ภายในและ ภายนอกโรงพยาบาลเพื่อเตรียมอุปกรณ์ ยา และเวชภัณฑ์ให้พร้อมใช้ในการดูแลผู้ประสบภัย | 4.66 | 0.34 | มากที่สุด | 4.75 | 0.25 | มากที่สุด |
| 3) สามารถประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ ทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อให้การช่วยเหลือ ผู้ประสบภัยและส่งต่อผู้บาดเจ็บให้ได้รับการ รักษาที่เหมาะสม | 4.72 | 0.28 | มากที่สุด | 4.75 | 0.25 | มากที่สุด |
| 4) สามารถประสานงานกับหน่วยงานสนับสนุน เพื่อให้การรักษาและฟื้นฟูผู้ประสบภัย ด้านร่างกาย จิตใจ ที่อยู่อาศัย | 4.66 | 0.34 | มากที่สุด | 4.72 | 0.28 | มากที่สุด |
| 4. การตัดสินใจ (4 ข้อรายการ) | | | | | | |
| 1) สามารถประเมินสถานการณ์สาธารณสุข ที่เกิดขึ้นและตัดสินใจรายงานผู้รับผิดชอบ ในการประกาศใช้แผนรับสาธารณสุข | 4.69 | 0.30 | มากที่สุด | 4.73 | 0.26 | มากที่สุด |
| 2) สามารถใช้ข้อมูล เช่น ประเภทของสาธารณสุข จำนวนผู้บาดเจ็บเป็นแนวทางในการตัดสินใจ วางแผนจัดบุคลากรทางการแพทย์เพื่อออก ปฏิบัติงานร่วมกับทีมปฏิบัติการทางการแพทย์ และจัดหน่วยตั้งรับในโรงพยาบาล | 4.72 | 0.28 | มากที่สุด | 4.73 | 0.26 | มากที่สุด |
| 3) สามารถตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาลใน สถานการณ์สาธารณสุข การจำแนกประเภท ผู้บาดเจ็บ (Triage) | 4.71 | 0.29 | มากที่สุด | 4.73 | 0.26 | มากที่สุด |

ตารางที่ 7 (ต่อ)

| กลยุทธ์การนำของพยาบาล ในการจัดการสาธารณสุข (18 ข้อรายการ) | รอบที่ 2 | | รอบที่ 3 | | | |
|--|----------|------|---------------|------|------|-----------|
| | Md | IR | ระดับ | Md | IR | ระดับความ |
| | | | ความ สำคัญ | | | สำคัญ |
| 4) สามารถวิเคราะห์ผลกระทบที่เกิดจาก การตัดสินใจ | 4.66 | 0.34 | มากที่สุด | 4.72 | 0.28 | มากที่สุด |
| 5. การแก้ปัญหา (3 ข้อรายการ) | | | | | | |
| 1) สามารถวิเคราะห์เหตุการณ์สาธารณสุข ที่ผ่านมาเพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาปรับปรุง แผนรับสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ | 4.72 | 0.28 | มากที่สุด | 4.75 | 0.25 | มากที่สุด |
| 2) สามารถวิเคราะห์ข้อมูลและแก้ปัญหา เมื่อสถานการณ์สาธารณสุขเกินกว่าที่ คาดการณ์ไว้ | 4.72 | 0.28 | มากที่สุด | 4.72 | 0.28 | มากที่สุด |
| 3) สามารถใช้ความรู้ด้านสาธารณสุขประเมิน ความเสี่ยงของการเกิดสาธารณสุข | - | - | - | 4.69 | 0.30 | มากที่สุด |

จากตารางที่ 7 ภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล ด้านกลยุทธ์การนำของพยาบาลในการจัดการสาธารณสุขแบ่งเป็น 5 ข้อ โดยด้านการทำงานเป็นทีม พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทั้ง 3 ข้อรายการ ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด (Md = 4.68 – 4.75, IR = 0.25 – 0.32)

ด้านการสื่อสาร พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทั้ง 4 ข้อรายการ ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด (Md = 4.72 – 4.73, IR = 0.26 -0.28)

ด้านการประสานงาน พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทั้ง 4 ข้อรายการ ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด (Md = 4.72 – 4.75, IR = 0.25 – 0.28)

ด้านการตัดสินใจ พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทั้ง 4 ข้อรายการ ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด (Md = 4.72 – 4.73, IR = 0.26 -0.28)

ด้านการแก้ปัญหา พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทั้ง 3 ข้อรายการ ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด (Md = 4.69 – 4.75, IR = 0.25 – 0.30)

สรุป ภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล ที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันตามเกณฑ์ คือ ระดับความสำคัญมากขึ้นไป มี 3 ด้าน จำนวน 52 ข้อรายการ ดังนี้

ด้านที่ 1 ความรู้ในการจัดการสาธารณภัย แบ่งเป็น 3 ด้าน

1.1 ความรู้ด้านสาธารณภัย

- 1) มีความรู้เรื่องสาธารณภัย
- 2) มีความรู้เรื่องบทบาทหน้าที่ของพยาบาล และการจัดการสาธารณภัยที่สอดคล้องกับวงจรการเกิดสาธารณภัยในแต่ละระยะ
- 3) มีความรู้เรื่องระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉิน (ICS)
- 4) มีความรู้เรื่องแผนการจัดการสาธารณภัยขององค์กรพยาบาลซึ่งสอดคล้องกับแผนรับสาธารณภัยของโรงพยาบาล จังหวัดและ ประเทศ
- 5) มีความรู้เรื่ององค์กรภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ

1.2 ความรู้ด้านการพยาบาลฉุกเฉิน

- 1) มีความรู้ในการจำแนกประเภทผู้บาดเจ็บ (Triage)
- 2) มีความรู้เรื่องการดูแลผู้บาดเจ็บก่อนถึงโรงพยาบาล (PHTLS)
- 3) มีความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลช่วยชีวิตผู้ประสบภัยที่ได้รับบาดเจ็บ
- 4) มีความรู้เรื่องการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บ

1.3 ความรู้ทั่วไป

- 1) มีความรู้เรื่องสภาพภูมิศาสตร์ สภาพอากาศในพื้นที่ที่เกิดสาธารณภัย
- 2) มีความรู้เรื่องการใช้เครื่องมือสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย
- 3) มีความรู้ด้านภาษา ต่างประเทศ

ด้านที่ 2 การจัดการสาธารณภัย แบ่งเป็น 4 ระยะ

2.1 ระยะการป้องกันและลดความเสี่ยง (Prevention / Mitigation)

- 1) มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนรับสาธารณภัยขององค์กรพยาบาล โดยให้มีความสอดคล้องกับแผนของโรงพยาบาล
- 2) การจัดทำฐานข้อมูลที่จำเป็นในการจัดการสาธารณภัย เช่น ข้อมูลเจ้าหน้าที่/อาสาสมัคร ข้อมูลสถิติต่างๆ รวมถึงการพัฒนา/จัดทำระบบการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน
- 3) สนับสนุนให้ตัวแทนองค์กรวิชาชีพพยาบาล มีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรการ ระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสาธารณภัย
- 4) สนับสนุนการศึกษาวิจัยด้านสาธารณภัยและการนำผลวิจัยมาใช้พัฒนางาน
- 5) มีส่วนร่วมกับหน่วยงานต่างๆในการให้ความรู้เรื่องสาธารณภัยแก่ชุมชน เพื่อสร้างความตระหนักและจัดเตรียมแผนรับสาธารณภัย

2.2 ระยะเวลาเตรียมพร้อม (Preparedness)

- 1) มีส่วนร่วมในการจัดตั้งระบบบัญชาการเหตุการณ์ของโรงพยาบาล (ICS)
- 2) จัดทำแผนการฝึกซ้อมเพื่อเตรียมรับสาธารณภัยตามความเสี่ยงของการเกิดสาธารณภัยในพื้นที่และประเมินผลการฝึกซ้อมเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมและทันต่อสถานการณ์สาธารณภัยในปัจจุบัน
- 3) วางแผนการสำรองทรัพยากรที่ใช้ในสถานการณ์สาธารณภัย ได้แก่ วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ ยา เวชภัณฑ์ เครื่องอุปโภคบริโภค และเครื่องมือสื่อสาร
- 4) วางแผนเตรียมบุคลากรทางการแพทย์เพื่อร่วมทีมปฏิบัติการทางการแพทย์ในสถานการณ์สาธารณภัย
- 5) พัฒนาความรู้ด้านสาธารณภัยโดยการอบรมและฝึกซ้อมร่วมกับภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ ชาติและนานาชาติ
- 6) เตรียมความพร้อมของชุมชนโดยการให้ความรู้ด้านสุขภาพการจัดเตรียม Disaster Kit จัดทำฐานข้อมูลกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ หญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น

2.3 ระยะเวลารับสาธารณภัย (Response)

- 1) ร่วมประชุมเพื่อประเมินสถานการณ์สาธารณภัยเป็นระยะ เพื่อติดตามสถานการณ์ ได้อย่างรวดเร็ว ทันเวลา
- 2) สามารถคัดแยกประเภทของผู้บาดเจ็บ (Triage) เพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม
- 3) ประสานงานการเคลื่อนย้ายและส่งต่อผู้ป่วยทั้งทางบก เรือและอากาศ ไปยังโรงพยาบาลเครือข่ายด้วยความรวดเร็วและปลอดภัย
- 4) มีส่วนร่วมในการประเมินความต้องการด้านสุขภาพของผู้ประสบภัย และความต้องการใช้ทรัพยากร เพื่อจัดหาและระดมทรัพยากรให้สอดคล้องกับความต้องการ
- 5) จัดบริการพยาบาลในสถานการณ์สาธารณภัยให้เหมาะสมกับกลุ่มประชากรที่เปราะบางและมีความเสี่ยง เช่น เด็ก สตรี สตรีมีครรภ์ กลุ่มที่มีความเสี่ยงทุพพลภาพด้านร่างกาย จิตใจหรืออารมณ์ ผู้สูงอายุ
- 6) ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการจัดตั้งศูนย์พักพิง และระบบสุขภาพให้เหมาะสม

- 7) จัดระบบการบันทึกข้อมูล ลงทะเบียนผู้ประสพภัยการรักษาพยาบาล และการส่งต่อผู้ประสพภัยอย่างครบถ้วนและถูกต้อง

2.4 ระยะเวลาฟื้นฟูภายหลังเกิดสาธารณภัย (Recovery)

- 1) ประเมินผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้ประสพภัย เพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือในระยะสั้นและระยะยาว
- 2) ประสานการส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาลให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้ผู้ประสพภัยได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญอย่างต่อเนื่อง
- 3) ประเมินและรายงานความเสียหายของระบบบริการพยาบาลหลังสิ้นสุดสถานการณ์สาธารณภัย เพื่อวางแผนฟื้นฟูสภาพให้สามารถเปิดให้บริการได้รวดเร็ว
- 4) ประเมินผลการปฏิบัติงานในสถานการณ์สาธารณภัยที่ผ่านมา จัดทำรายงานสรุปปัญหาและอุปสรรค เพื่อนำไปพัฒนาปรับปรุงแผนรับสาธารณภัยให้มีประสิทธิภาพ

ด้านที่ 3 กลยุทธ์การนำของพยาบาลในการจัดการสาธารณภัย แบ่งเป็น 5 ข้อหลัก

3.1 การทำงานเป็นทีม

- 1) สามารถกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรในแผนรับสาธารณภัยได้ชัดเจนและเหมาะสม
- 2) สามารถประเมินเหตุการณ์ผลกระทบที่เกิดจากสาธารณภัย และสั่งการให้ทีมปฏิบัติตามแผนรับสาธารณภัยได้รวดเร็ว ทันท่วงทีสถานการณ์
- 3) รับฟังและเปิดโอกาสให้บุคลากรในทีมแสดงความคิดเห็นเมื่อเกิดปัญหาในสถานการณ์สาธารณภัย เช่น ขาดแคลนทรัพยากรสำหรับการพยาบาล

3.2 การสื่อสาร

- 1) สามารถสื่อสารในระยะก่อนเกิดสาธารณภัย โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาธารณภัย การเตรียมพร้อมรับสาธารณภัย เพื่อให้ชุมชนรับรู้ ตระหนัก และมีการเตรียมความพร้อม
- 2) สามารถสื่อสารข้อมูลในระยะการเกิดสาธารณภัย ระหว่าง ณ จุดเกิดเหตุ และหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ประสพภัยได้อย่างถูกต้อง
- 3) สามารถประเมินข่าวสารและถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณภัยกับหน่วยงานภายในและหน่วยงานภายนอกได้ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน

- 4) สามารถใช้เครื่องมือสื่อสารได้ถูกต้องและเหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น วิทยุสื่อสาร

3.3 การประสานงาน

- 1) สามารถประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดทำแผนรับสาธารณภัย และมีส่วนร่วมในการซ้อมแผนรับสาธารณภัยอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
- 2) ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ภายในและภายนอกโรงพยาบาลเพื่อเตรียมอุปกรณ์ ยา และเวชภัณฑ์ให้พร้อมใช้ในการดูแลผู้ประสบภัย
- 3) สามารถประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัยและส่งต่อผู้บาดเจ็บให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม
- 4) สามารถประสานงานกับหน่วยงานสนับสนุน เพื่อให้การรักษาและฟื้นฟูผู้ประสบภัยด้านร่างกาย จิตใจ ที่อยู่อาศัย

3.4 การตัดสินใจ

- 1) สามารถประเมินสถานการณ์สาธารณภัยที่เกิดขึ้น และตัดสินใจรายงานผู้รับผิดชอบในการประกาศใช้แผนรับสาธารณภัย
- 2) สามารถใช้ข้อมูล เช่น ประเภทของสาธารณภัย จำนวนผู้บาดเจ็บเป็นแนวทางในการตัดสินใจวางแผนจัดบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อออกไปปฏิบัติงานร่วมกับทีมปฏิบัติการทางการแพทย์ และจัดหน่วยตั้งรับในโรงพยาบาล
- 3) สามารถตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์สาธารณภัย การจำแนกประเภทผู้บาดเจ็บ (Triage) เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัยตามขั้นตอนได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 4) สามารถวิเคราะห์ผลกระทบที่เกิดจากการตัดสินใจ

3.5 การแก้ปัญหา

- 1) สามารถใช้ความรู้ด้านสาธารณภัยประเมินความเสี่ยงของการเกิดสาธารณภัย วางแผนให้ความรู้และมีส่วนร่วมจัดทำแผนรับสาธารณภัย
- 2) สามารถวิเคราะห์ข้อมูลและแก้ปัญหาเมื่อสถานการณ์สาธารณภัยเกินกว่าที่คาดการณ์ไว้ เช่น การขาดอัตราการกำลัง อุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์
- 3) สามารถวิเคราะห์เหตุการณ์สาธารณภัยที่ผ่านมา เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาปรับปรุงแผนรับสาธารณภัยให้มีประสิทธิภาพ

ตอนที่ 2 การศึกษาความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล

โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างจากการศึกษาในรอบที่ 3 นำมาวิเคราะห์ข้อมูลและเรียบเรียงเป็นรายละเอียดขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล ประกอบด้วย 4 หัวข้อวิชา 24 รายการ และภาคปฏิบัติ 1 รายการ แบบสอบถามมี 5 ระดับ ตั้งแต่ความเป็นไปได้น้อยที่สุดถึงความเป็นไปได้มากที่สุด โดยใช้เป็นระดับคะแนน 1 – 5 นำไปให้อาจารย์/นักวิชาการด้านการพยาบาลสาธารณสุข และผู้บริหารการพยาบาลจำนวน 5 คน เป็นผู้ตอบถึงระดับความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเป็นไปได้ ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล

| ขอบเขตเนื้อหา | \bar{X} | SD | ระดับความเป็นไปได้ |
|---|-----------|------|--------------------|
| หัวข้อที่ 1 ความรู้ด้านสาธารณสุข | 5 | 0.00 | มากที่สุด |
| เนื้อหา 1.1 ความรู้เรื่องสาธารณสุข ได้แก่ ความหมาย ประเภทของสาธารณสุข ปัญหาและผลกระทบ จากสาธารณสุข กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุข | 5 | 0.00 | มากที่สุด |
| 1.2 ความรู้เรื่องระบบบัญชาการเหตุการณ์ ในภาวะฉุกเฉิน (ICS) | 5 | 0.00 | มากที่สุด |
| หัวข้อที่ 2 บทบาทพยาบาล ในการจัดการสาธารณสุข ทั้ง 4 ระยะ | 5 | 0.00 | มากที่สุด |
| เนื้อหา 2.1 ระยะการป้องกันและลดความเสี่ยง การจัดทำแผนรับสาธารณสุขขององค์กรพยาบาลโดยให้มีความสอดคล้องกับแผนของโรงพยาบาล | 5 | 0.00 | มากที่สุด |

ตารางที่ 8 (ต่อ)

| ขอบเขตเนื้อหา | — X | SD | ระดับความ เป็นไปได้ |
|--|--------|------|------------------------|
| 2.2 ระยะการเตรียมพร้อม | 5 | 0.00 | มากที่สุด |
| 1) จัดทำแผนการฝึกซ้อมรับสาธารณภัย | 5 | 0.00 | มากที่สุด |
| 2) วางแผนทรัพยากร ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ อุปกรณ์ที่ต้องเตรียมรับสถานการณ์สาธารณภัย | 5 | 0.00 | มากที่สุด |
| 3) วางแผนพัฒนาสมรรถนะบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ด้านสาธารณภัย | 5 | 0.00 | มากที่สุด |
| 2.3 ระยะรับสาธารณภัย | 5 | 0.00 | มากที่สุด |
| 1) การจัดบริการพยาบาล บุคลากร และสถานที่ ในสถานพยาบาลเพื่อตั้งรับผู้ประสบภัย | 5 | 0.00 | มากที่สุด |
| 2) การเตรียมบุคลากร อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ เพื่อปฏิบัติงาน ณ จุดเกิดเหตุ | 5 | 0.00 | มากที่สุด |
| 3) จัดระบบการบันทึกข้อมูล ลงทะเบียน ผู้ประสบภัย การรักษา และการส่งต่อ | 5 | 0.00 | มากที่สุด |
| 2.4 ระยะฟื้นฟูหลังเกิดสาธารณภัย | 5 | 0.00 | มากที่สุด |
| 1) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ประสบภัย เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายจิตใจ และสังคม เช่น หน่วยสังคมสงเคราะห์ | 5 | 0.00 | มากที่สุด |
| 2) การจัดทำรายงานสรุปการบริหารจัดการด้าน ต่างๆ ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการพัฒนา | 5 | 0.00 | มากที่สุด |
| หัวข้อที่ 3. ความรู้ด้านการพยาบาลฉุกเฉิน | 5 | 0.00 | มากที่สุด |
| เนื้อหา 3.1 ความรู้ในการจำแนกประเภทผู้บาดเจ็บ (Triage) | 5 | 0.00 | มากที่สุด |
| 3.2 ความรู้ในการปฏิบัติกรพยาบาลช่วยชีวิต ผู้ประสบภัยที่ได้รับบาดเจ็บ (TLS) | 5 | 0.00 | มากที่สุด |

ตารางที่ 8 (ต่อ)

| ขอบเขตเนื้อหา | \bar{X} | SD | ระดับความ เป็นไปได้ |
|---|-----------|------|------------------------|
| หัวข้อที่ 4. กลยุทธ์การนำของพยาบาลในการจัดการ สาธารณสุข | 5 | 0.00 | มากที่สุด |
| เนื้อหา 4.1 การทำงานเป็นทีม | 5 | 0.00 | มากที่สุด |
| 1) กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของ บุคลากรในทีม ได้ชัดเจนและเหมาะสม | 5 | 0.00 | มากที่สุด |
| 2) การบริหารอัตรากำลังในสถานการณ์สาธารณสุข | 5 | 0.00 | มากที่สุด |
| 4.2 การสื่อสาร | 5 | 0.00 | มากที่สุด |
| 1) ในระยะก่อนเกิดสาธารณสุข ได้แก่ การให้ข้อมูล เกี่ยวกับสาธารณสุข การเตรียมความพร้อม | 5 | 0.00 | มากที่สุด |
| 2) ในระยะรับสาธารณสุข ได้แก่ ให้ข้อมูลระหว่าง จุดเกิดเหตุและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง | 5 | 0.00 | มากที่สุด |
| 3) การถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุข กับหน่วยงานภายในและหน่วยงานภายนอก | 5 | 0.00 | มากที่สุด |
| 4.3 การประสานงาน | 5 | 0.00 | มากที่สุด |
| 1) ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ภายในและ ภายนอกโรงพยาบาลเพื่อเตรียมอุปกรณ์ ยา และเวชภัณฑ์ให้พร้อมใช้ในการดูแลผู้ประสบภัย | 5 | 0.00 | มากที่สุด |
| 2) ประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพทั้งภาครัฐและ เอกชนเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัยและ ส่งต่อผู้บาดเจ็บให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม | 5 | 0.00 | มากที่สุด |
| 3) ประสานงานกับหน่วยงานสนับสนุนเพื่อให้การ รักษาและฟื้นฟูผู้ประสบภัยด้านร่างกาย จิตใจ ที่อยู่อาศัย | 5 | 0.00 | มากที่สุด |
| 4.4 การตัดสินใจ | | | |
| ในระยะรับสาธารณสุขประเมินสถานการณ์ สาธารณสุข และตัดสินใจรายงานผู้รับผิดชอบ ในการประกาศใช้แผนรับสาธารณสุข | 5 | 0.00 | มากที่สุด |

ตารางที่ 8 (ต่อ)

| ขอบเขตเนื้อหา | \bar{X} | SD | ระดับความ เป็นไปได้ |
|---|-----------|-------------|------------------------|
| 4.5 การแก้ปัญหา | 5 | 0.00 | มากที่สุด |
| 1) การนำความรู้ด้านสาธารณสุขมาใช้ในการ แก้ปัญหาเฉพาะหน้า | 5 | 0.00 | มากที่สุด |
| 2) การวิเคราะห์สถานการณ์สาธารณสุข การดำเนินการตามแผนและการสรุปผล เพื่อปรับปรุงแผนรับสาธารณสุข ภัยให้มี ประสิทธิภาพ | 5 | 0.00 | มากที่สุด |
| หัวข้อที่ 5 ฝึกภาคปฏิบัติ | | | |
| ฝึกสถานการณ์จำลองบนโต๊ะ (Table top exercise) | 5 | 0.00 | มากที่สุด |
| รวม | 5 | 0.00 | มากที่สุด |

จากตารางที่ 8 ผลการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริม
ภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล ทั้ง 5 หัวข้อวิชา พบว่าผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่า
ทุกหัวข้อวิชาความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับมากที่สุด

หัวข้อที่ 1 ความรู้ด้านสาธารณสุข พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าขอบเขตเนื้อหา
2 ข้อรายการ มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับมากที่สุด

หัวข้อที่ 2 บทบาทพยาบาลในการจัดการสาธารณสุข พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่า
ขอบเขตเนื้อหา 9 ข้อรายการ มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับมากที่สุด

หัวข้อที่ 3 ความรู้ด้านการพยาบาลฉุกเฉิน พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าขอบเขต
เนื้อหา 2 ข้อรายการ มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับมากที่สุด

หัวข้อที่ 4 กลยุทธ์การนำของพยาบาลในการจัดการสาธารณสุข พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความ
คิดเห็นว่าขอบเขตเนื้อหา 11 ข้อรายการ มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับมากที่สุด

หัวข้อที่ 5 การฝึกภาคปฏิบัติ ได้แก่ การฝึกสถานการณ์จำลองบนโต๊ะ พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมี
ความคิดเห็นว่ามีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับมากที่สุด

ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงข้อเสนอแนะเพิ่มเติมขอบเขตเนื้อหาส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการ
สาธารณสุขของพยาบาล ดังแสดงในภาคผนวก ข

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ด้วยการใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ในการรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสาธารณสุข โดยเริ่มต้นจากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลสาธารณสุข มาบูรณาการเพื่อกำหนดเป็นกรอบในการวิจัย การเก็บรวบรวมความคิดเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญดำเนินการทั้งหมด 3 รอบ โดยการสัมภาษณ์ 1 ครั้ง และการตอบแบบสอบถามอีก 2 ครั้ง จากนั้นนำผลสรุปข้อมูลไปสอบถามความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของขอบเขตเนื้อหาส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสาธารณสุข จำนวน 23 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้านนโยบายการจัดการสาธารณสุข จำนวน 2 คน 2) กลุ่มอาจารย์/นักวิชาการด้านการพยาบาลสาธารณสุข จำนวน 7 คน 3) กลุ่มผู้บริหารการพยาบาล จำนวน 8 คน และ 4) กลุ่มผู้ปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 6 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นทั้งหมด 3 ชุด ประกอบด้วย ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ศึกษาภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างชนิดปลายเปิด จำนวน 8 ข้อคำถาม ชุดที่ 2 เป็นแบบสอบถามที่ได้จากการวิเคราะห์เนื้อหาจากแบบสัมภาษณ์ในรอบที่ 1 นำมาสร้างแบบสอบถามในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) มีจำนวน 69 ข้อคำถาม เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนวโน้มความสำคัญของภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลในแต่ละข้อรายการ และชุดที่ 3 เป็นแบบสอบถามที่ปรับข้อความให้มีความชัดเจนสมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ รวมข้อคำถามที่มีความหมายใกล้เคียงกันเข้าไว้ด้วยกันและเพิ่มข้อคำถามเพื่อให้เนื้อหาครอบคลุมยิ่งขึ้น ได้ข้อคำถามจำนวน 52 ข้อ ข้อคำถามจะมีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และมีค่ามัธยฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และตำแหน่งคำตอบที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนตอบในรอบที่ 2 ของข้อคำถามแต่ละข้อ ให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบคำตอบของตนเองและของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด ก่อนทบทวนคำตอบของตนเองเพื่อยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ

การศึกษาความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล โดยแบบสอบถามที่สร้างจากฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ได้ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล แบบสอบถามแต่ละรายการมีความเป็นไปได้ 5 ระดับ ตั้งแต่ความเป็นไปได้น้อยที่สุดถึงความเป็นไปได้มากที่สุด เกณฑ์ที่ใช้คือมีความเป็นไปได้ระดับมากขึ้นไป สถิติที่ใช้คือ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 3 รอบรวมกับสอบถามความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ใช้เวลาทั้งสิ้น 160 วัน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2557 ถึง 30 กันยายน 2557 รอบที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2558 ถึง 25 พฤษภาคม 2558 และรอบที่ 3 วันที่ 1 มิถุนายน 2558 ถึง 10 มิถุนายน 2558 ระยะเวลารวบรวมข้อมูลความเป็นไปได้ ตั้งแต่วันที่ 13 มิถุนายน 2558 ถึง 15 มิถุนายน 2558

สรุปผลการวิจัยการพัฒนาขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล เรียงลำดับข้อรายการแต่ละด้านตามค่ามัธยฐานจากมากไปหาน้อย ข้อความที่มีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 3.50 - 4.49 แสดงถึงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับมาก และข้อความที่มีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 4.50 ขึ้นไป แสดงถึงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับมากที่สุด ส่วนความเป็นไปได้ใช้มาตราส่วน 5 ระดับ ได้แก่ ระดับความเป็นไปได้น้อยที่สุดถึงระดับความเป็นไปได้มากที่สุดและใช้เกณฑ์ระดับมากขึ้นไป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์คือ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยเรื่องการพัฒนาขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการศึกษาภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล

แบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ความรู้ในการจัดการสาธารณสุข แบ่งเป็น 3 ด้าน 12 ข้อรายการ ส่วนที่ 2 การจัดการสาธารณสุข แบ่งเป็น 4 ระยะ 22 ข้อรายการ และส่วนที่ 3 กลยุทธ์การนำของพยาบาลในการจัดการสาธารณสุข แบ่งเป็น 5 ด้านหลัก 18 ข้อรายการ มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้ในการจัดการสาธารณสุข แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้ด้านสาธารณสุข ความรู้ด้านการพยาบาลฉุกเฉิน และความรู้ทั่วไป ผลการวิจัยพบว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมากถึงมากที่สุด ($Md = 4.18 - 4.71$, $IR = 0.29 - 1.05$) ดังนี้

1.1 ความรู้ด้านสาธารณสุข ประกอบด้วย 5 ข้อรายการ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดทั้ง 4 ข้อรายการ ได้แก่ 1) มีความรู้เรื่องสาธารณสุข 2) มีความรู้เรื่องบทบาทหน้าที่ของพยาบาลและการจัดการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวงจรการเกิดสาธารณสุขในแต่ละระยะ 3) มีความรู้เรื่องระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉิน (ICS) และ 4) มีความรู้เรื่องแผนการจัดการสาธารณสุขขององค์กรพยาบาลซึ่งสอดคล้องกับแผนรับสาธารณสุขของโรงพยาบาล จังหวัดและประเทศ ข้อรายการที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมาก 1 ข้อรายการ ได้แก่ มีความรู้เรื่ององค์รภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ

1.2 ความรู้ด้านการพยาบาลฉุกเฉิน ประกอบด้วย 4 ข้อรายการ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดทั้ง 4 ข้อรายการ ได้แก่ 1) มีความรู้ในการจำแนกประเภทผู้บาดเจ็บ (Triage) 2) มีความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลช่วยชีวิตผู้ประสบภัยที่ได้รับบาดเจ็บ (TLS) 3) มีความรู้เรื่องการดูแลผู้บาดเจ็บก่อนถึงโรงพยาบาล (PHTLS) และ 4) มีความรู้เรื่องการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บ

1.3 ความรู้ทั่วไป ประกอบด้วย 3 ข้อรายการ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมากที่สุด 1 ข้อรายการ ได้แก่ มีความรู้เรื่องการใช้เครื่องมือสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย ข้อรายการที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมาก 2 ข้อรายการ ได้แก่ 1) มีความรู้ด้านภาษาต่างประเทศ และ 2) มีความรู้เรื่องสภาพภูมิศาสตร์ สภาพอากาศในพื้นที่ที่เกิดสาธารณสุข

ส่วนที่ 2 การจัดการสาธารณสุข แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะการป้องกันและลดความเสี่ยง (Prevention / Mitigation) ระยะการเตรียมพร้อม (Preparedness) ระยะรับสาธารณสุข (Response) และระยะฟื้นฟูภายหลังเกิดสาธารณสุข (Recovery) ผลการวิจัยพบว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมากที่สุด ($Md = 4.58 - 4.73$ $IR = 0.26 - 0.41$) ดังนี้

2.1 ระยะการป้องกันและลดความเสี่ยง (Prevention / Mitigation) ประกอบด้วย 5 ข้อรายการ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมากที่สุด 3 ข้อรายการ ได้แก่ 1) มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนรับสาธารณสุขขององค์กรพยาบาล โดยให้มีความสอดคล้องกับแผนของโรงพยาบาล 2) สนับสนุนให้ตัวแทนองค์กรวิชาชีพพยาบาลมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรการ ระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสาธารณสุข และ 3) มีส่วนร่วมกับหน่วยงานต่างๆในการให้ความรู้เรื่องสาธารณสุขแก่ชุมชนเพื่อสร้างความตระหนักและจัดเตรียมแผนรับสาธารณสุข

ข้อรายการที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมาก 2 ข้อ รายการได้แก่ 1) การจัดทำฐานข้อมูลที่จำเป็นในการจัดการสาธารณภัย เช่น ข้อมูลเจ้าหน้าที่/อาสาสมัคร ข้อมูลสถิติต่างๆ รวมถึงการพัฒนา/จัดทำระบบการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน และ 2) สนับสนุนการศึกษาวิจัยด้านสาธารณภัยและการนำผลวิจัยมาใช้พัฒนางาน

2.2 ระยะเวลาเตรียมพร้อม (Preparedness) ประกอบด้วย 6 ข้อรายการ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมากที่สุด 6 ข้อรายการ ได้แก่ 1) วางแผนการสำรองทรัพยากรที่ใช้ในสถานการณ์สาธารณภัย ได้แก่ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ ยา เวชภัณฑ์ เครื่องอุปโภคบริโภค และเครื่องมือสื่อสาร 2) มีส่วนร่วมในการจัดตั้งระบบบัญชาการเหตุการณ์ของโรงพยาบาล (ICS) 3) จัดทำแผนการฝึกซ้อมเพื่อเตรียมรับสาธารณภัยตามความเสี่ยงของการเกิดสาธารณภัยในพื้นที่และประเมินผลการฝึกซ้อมเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมและทันต่อสถานการณ์สาธารณภัยในปัจจุบัน 4) วางแผนเตรียมบุคลากรทางการแพทย์เพื่อร่วมทีมปฏิบัติการทางการแพทย์ในสถานการณ์สาธารณภัย 5) พัฒนาความรู้ด้านสาธารณภัยโดยการอบรมและฝึกซ้อมร่วมกับภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ ชาติและนานาชาติ และ 6) เตรียมความพร้อมของชุมชนโดยการให้ความรู้ด้านสุขภาพการเตรียม Disaster Kit จัดทำฐานข้อมูลกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ หญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น

2.3 ระยะเวลารับสาธารณภัย (Response) ประกอบด้วย 7 ข้อรายการ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมากที่สุด 7 ข้อรายการ ได้แก่ 1) ร่วมประชุมเพื่อประเมินสถานการณ์สาธารณภัยเป็นระยะ เพื่อติดตามสถานการณ์ ได้อย่างรวดเร็ว ทันเวลา 2) มีส่วนร่วมในการประเมินความต้องการด้านสุขภาพของผู้ประสบภัย และความต้องการใช้ทรัพยากรเพื่อจัดหาและระดมทรัพยากรให้สอดคล้องกับความต้องการ 3) จัดระบบการบันทึกข้อมูล ลงทะเบียน ผู้ประสบภัยการรักษาพยาบาลและการส่งต่อผู้ประสบภัยอย่างครบถ้วนและถูกต้อง 4) จัดบริการพยาบาลในสถานการณ์สาธารณภัยให้เหมาะสมกับกลุ่มประชากรที่เปราะบางและมีความเสี่ยง เช่น เด็ก สตรี สตรีมีครรภ์ กลุ่มที่มีความเสี่ยงทุพพลภาพด้านร่างกาย จิตใจหรืออารมณ์ ผู้สูงอายุ 5) ประสานงานการเคลื่อนย้ายและส่งต่อผู้ป่วยทั้งทางบก เรือและอากาศไปยังโรงพยาบาลเครือข่ายด้วยความรวดเร็วและปลอดภัย 6) สามารถคัดแยกประเภทของผู้บาดเจ็บ (Triage) เพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม และ 7) ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการจัดตั้งศูนย์พักพิงและระบบสุขภาพให้เหมาะสม

2.4 ระยะเวลาฟื้นฟูภายหลังเกิดสาธารณภัย (Recovery) ประกอบด้วย 4 ข้อรายการ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมากที่สุด 4 ข้อรายการ ได้แก่ 1) ประเมินและรายงานความเสียหายของระบบบริการพยาบาลหลังสิ้นสุดสถานการณ์สาธารณภัย เพื่อวางแผนฟื้นฟูสภาพให้สามารถเปิดให้บริการได้รวดเร็ว 2) ประสานการส่งต่อข้อมูลทาง

การพยาบาลให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้ผู้ประสบภัยได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญอย่างต่อเนื่อง 3) ประเมินผลการปฏิบัติงานในสถานการณสาธารณสุขภัยที่ผ่านมา จัดทำรายงานสรุปปัญหาและอุปสรรค เพื่อนำไปพัฒนาปรับปรุงแผนรับสาธารณสุขภัยให้มีประสิทธิภาพ และ 4) ประเมินผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้ประสบภัยเพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือในระยะสั้นและระยะยาว

ส่วนที่ 3 ด้านกลยุทธ์การนำของพยาบาลในการจัดการสาธารณสุขภัย แบ่งเป็น 5 ข้อหลัก ได้แก่ การทำงานเป็นทีม การสื่อสาร การประสานงาน การตัดสินใจ และการแก้ปัญหา ผลการวิจัยพบว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมากที่สุด ($Md = 4.72 - 4.73$, $IR = 0.25 - 0.28$) ดังนี้

3.1 การทำงานเป็นทีม ประกอบด้วย 3 ข้อรายการ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมากที่สุด 3 ข้อรายการ ได้แก่ 1) สามารถกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรในแผนรับสาธารณสุขภัยได้ชัดเจนและเหมาะสม 2) รับฟังและเปิดโอกาสให้บุคลากรในทีมแสดงความคิดเห็นเมื่อเกิดปัญหาในสถานการณสาธารณสุขภัย เช่น ขาดแคลนทรัพยากรสำหรับการพยาบาลผู้ป่วย/ผู้ประสบภัย และ 3) สามารถประเมินเหตุการณ์ผลกระทบที่เกิดจากสาธารณสุขภัย และสั่งการให้ทีมปฏิบัติตามแผนรับสาธารณสุขภัยได้รวดเร็ว ทันต่อสถานการณ์

3.2 การสื่อสาร ประกอบด้วย 4 ข้อรายการ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมากที่สุด 4 ข้อรายการ ได้แก่ 1) สามารถสื่อสารในระยะก่อนเกิดสาธารณสุขภัย โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาธารณสุขภัย การเตรียมพร้อมรับสาธารณสุขภัย เพื่อให้ชุมชนรับรู้ ตระหนักและมีการเตรียมความพร้อม 2) สามารถสื่อสารข้อมูลในระยะการเกิดสาธารณสุขภัย ระหว่าง ณ จุดเกิดเหตุ และหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัยได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม 3) สามารถประเมินข่าวสารและถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขภัยกับหน่วยงานภายในและหน่วยงานภายนอกได้ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน และ 4) สามารถใช้เครื่องมือสื่อสารได้ถูกต้องและเหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น วิทยุสื่อสาร

3.3 การประสานงาน ประกอบด้วย 4 ข้อรายการ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมากที่สุด 4 ข้อรายการ ได้แก่ 1) สามารถประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดทำแผนรับสาธารณสุขภัย และมีส่วนร่วมในการซ้อมแผนรับสาธารณสุขภัยอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 2) ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ภายในและภายนอกโรงพยาบาลเพื่อเตรียมอุปกรณ์ ยา และเวชภัณฑ์ให้พร้อมใช้ในการดูแลผู้ประสบภัย 3) สามารถประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัยและส่งต่อผู้บาดเจ็บให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม และ 4) สามารถประสานงานกับหน่วยงานสนับสนุน เพื่อให้การรักษาและฟื้นฟูผู้ประสบภัยด้านร่างกายจิตใจ ที่อยู่อาศัย

3.4 การตัดสินใจ ประกอบด้วย 4 ข้อรายการ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมากที่สุด 4 ข้อรายการ ได้แก่ 1) สามารถประเมินสถานการณ์สาธารณสุขที่เกิดขึ้น และตัดสินใจรายงานผู้รับผิดชอบในการประกาศใช้แผนรับสาธารณสุข 2) สามารถใช้ข้อมูล เช่น ประเภทของสาธารณสุข จำนวนผู้บาดเจ็บเป็นแนวทางในการตัดสินใจวางแผนจัดบุคลากรทางการแพทย์เพื่อออกปฏิบัติงานร่วมกับทีมปฏิบัติการทางการแพทย์และจัดหน่วยตั้งรับในโรงพยาบาล 3) สามารถตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์สาธารณสุข การจำแนกประเภทผู้บาดเจ็บ (Triage) เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัยตามขั้นตอนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ 4) สามารถวิเคราะห์ผลกระทบที่เกิดจากการตัดสินใจ

3.5 การแก้ปัญหา ประกอบด้วย 3 ข้อรายการ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมากที่สุด 3 ข้อรายการ ได้แก่ 1) สามารถวิเคราะห์เหตุการณ์สาธารณสุขที่ผ่านมา เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาปรับปรุงแผนรับสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ 2) สามารถวิเคราะห์ข้อมูลและแก้ปัญหาเมื่อสถานการณ์สาธารณสุขเกินกว่าที่คาดการณ์ไว้ เช่น การขาดอัตรากำลัง อุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ และ 3) สามารถใช้ความรู้ด้านสาธารณสุขประเมินความเสี่ยงของการเกิดสาธารณสุข วางแผนให้ความรู้ และมีส่วนร่วมจัดทำแผนรับสาธารณสุข

ตอนที่ 2 ผลการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ของขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล พบว่ามีความเป็นไปได้มากที่สุด 4 หัวข้อวิชา 24 รายการ และภาคปฏิบัติ 1 รายการ ดังนี้

1. หัวข้อวิชา ความรู้ด้านสาธารณสุข

ขอบเขตเนื้อหา

- 1.1 ความรู้เรื่องสาธารณสุข ได้แก่ ความหมาย ประเภทของสาธารณสุข ปัญหาและผลกระทบจากสาธารณสุข กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุข
- 1.2 ความรู้เรื่องระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉิน (ICS)

2. หัวข้อวิชา บทบาทพยาบาลในการจัดการสาธารณสุข

ขอบเขตเนื้อหา

- 2.1 ระยะเวลาป้องกันและลดความเสี่ยง การจัดทำแผนรับสาธารณสุขขององค์กรพยาบาล โดยให้มีความสอดคล้องกับแผนของโรงพยาบาล
- 2.2 ระยะเวลาเตรียมพร้อม
 - 1) จัดทำแผนการฝึกซ้อมรับสาธารณสุข
 - 2) วางแผนทรัพยากร ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ อุปกรณ์ที่ต้องเตรียมรับสถานการณ์สาธารณสุข

3) วางแผนพัฒนาสมรรถนะบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข

2.3 ระยะเวลารับสาธารณสุข

- 1) การจัดบริการพยาบาล บุคลากร และสถานที่ในสถานพยาบาลเพื่อตั้งรับผู้ประสบภัย
- 2) การเตรียมบุคลากร อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์เพื่อปฏิบัติงาน ณ จุดเกิดเหตุ
- 3) จัดระบบการบันทึกข้อมูล ลงทะเบียนผู้ประสบภัย การรักษา และการส่งต่อ

2.4 ระยะเวลาฟื้นฟูหลังเกิดสาธารณสุข

- 1) หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลผู้ประสบภัย เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายจิตใจและสังคม เช่น หน่วยสังคมสงเคราะห์
- 2) การจัดทำรายงานสรุปการบริหารจัดการด้านต่างๆ ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการพัฒนา

3. หัวข้อวิชา ความรู้ด้านการพยาบาลฉุกเฉิน

ขอบเขตเนื้อหา

- 3.1 ความรู้ในการจำแนกประเภทผู้บาดเจ็บ (Triage)
- 3.2 ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลช่วยชีวิตผู้ประสบภัยที่ได้รับบาดเจ็บ (TLS)

4. หัวข้อวิชา กลยุทธ์การนำของพยาบาลในการจัดการสาธารณสุข

ขอบเขตเนื้อหา

4.1 การสื่อสาร

- 1) ในระยะก่อนเกิดสาธารณสุข ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาธารณสุข การเตรียมความพร้อม
- 2) ในระยะรับสาธารณสุข ได้แก่ ให้ข้อมูลระหว่างจุดเกิดเหตุ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 3) การถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขกับหน่วยงานภายในและหน่วยงานภายนอก

4.2 การประสานงาน

- 1) ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ภายในและภายนอกโรงพยาบาลเพื่อเตรียมอุปกรณ์ ยา และเวชภัณฑ์ให้พร้อมใช้ในการดูแลผู้ประสบภัย
- 2) ประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัยและส่งต่อผู้บาดเจ็บให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม
- 3) ประสานงานกับหน่วยงานสนับสนุน เพื่อให้การรักษาและฟื้นฟูผู้ประสบภัยด้านร่างกาย จิตใจ ที่อยู่อาศัย

4.3 การตัดสินใจ ในระยะรับสาธารณสุขภัยการประเมินสถานการณ์สาธารณสุขภัยและ
ตัดสินใจรายงานผู้รับผิดชอบในการประกาศใช้แผนรับสาธารณสุขภัย

4.4 การทำงานเป็นทีม

- 1) กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรในทีมได้ชัดเจน
- 2) การบริหารอัตรากำลังในสถานการณ์สาธารณสุขภัย

4.5 การแก้ปัญหา

- 1) การนำความรู้ด้านสาธารณสุขภัยมาใช้ในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า
- 2) การวิเคราะห์สถานการณ์สาธารณสุขภัยการดำเนินการตามแผน และการ
สรุปผล เพื่อปรับปรุงแผนรับสาธารณสุขภัยให้มีประสิทธิภาพ

5. การฝึกภาคปฏิบัติ ฝึกสถานการณ์จำลองบนโต๊ะ (Table top exercise)

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขภัยของพยาบาล โดยแบ่งเป็น
3 ส่วน ผู้วิจัยขออภิปรายเป็นรายด้าน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้ในการจัดการสาธารณสุขภัย แบ่งเป็น 3 ด้าน

ความรู้ด้านสาธารณสุขภัย ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันและให้
ความสำคัญในระดับมากที่สุด 4 ข้อรายการ (Md = 4.71 – 4.73, IR = 0.26 – 0.29) และ 1 ข้อ
รายการมีระดับความสำคัญมาก (Md = 4.27, IR = 1.04) ข้อรายการที่มีระดับความสำคัญมากที่สุด
ได้แก่ ความรู้เรื่องสาธารณสุขภัย ความรู้เรื่องบทบาทหน้าที่ของพยาบาลและการจัดการสาธารณสุขภัยที่
สอดคล้องกับวงจรการเกิดสาธารณสุขภัยในแต่ละระยะ ความรู้เรื่องแผนการจัดการสาธารณสุขภัยของ
องค์กรพยาบาลซึ่งสอดคล้องกับแผนรับสาธารณสุขภัยของโรงพยาบาล จังหวัด และประเทศ และความรู้
เรื่องระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉิน (ICS)

สาธารณสุขภัยทุกประเภทมีลักษณะการเกิดที่คล้ายกัน คือมีลักษณะการเกิดที่ต่อเนื่องเป็นวงจร
แต่แต่ละระยะไม่สามารถแบ่งแยกกันโดยเด็ดขาด (วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และคณะ, 2548) วงจรการ
เกิดสาธารณสุขภัยสามารถจำแนกเป็น 3 ระยะคือ ระยะก่อนเกิดสาธารณสุขภัย (Pre-impact phase)
ระยะเกิดสาธารณสุขภัย (Impact phase) ระยะเวลาดังแต่เริ่มเกิดจนกระทั่ง 72 ชั่วโมง และระยะหลัง
เกิดสาธารณสุขภัย (Post-impact phase) จะเริ่มภายหลัง 72 ชั่วโมงเป็นต้นไป การช่วยเหลือ
จะแตกต่างกันไปในแต่ละช่วงเวลาโดยมีจุดมุ่งหมายคือการลดหรือหลีกเลี่ยงความสูญเสีย
จากสาธารณสุขภัยที่เกิดขึ้น มีความพร้อมที่จะช่วยเหลือผู้ประสบภัย และการฟื้นฟูสภาพ
หลังเกิดเหตุการณ์อย่างรวดเร็ว (Veenema, 2013) สอดคล้องกับการจัดการสาธารณสุขภัยของ

สภากาชาดสากล (WHO and ICN, 2009) ที่กำหนดสมรรถนะของพยาบาลด้านการพยาบาล สาธารณภัยโดยจำแนกตามการจัดการสาธารณภัยออกเป็น 4 ระยะ คือ ระยะป้องกันหรือลดผลกระทบ(Prevention/Mitigation phase) ระยะเตรียมความพร้อม (Preparedness phase) ระยะรับมือ (Response phase) และระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery phase) สอดคล้องกับประเทศไทยที่มีแผนการจัดการสาธารณภัยด้านสาธารณสุขซึ่งอยู่ภายใต้กรอบแผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2553 – 2557 โดยคณะกรรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ กระทรวงมหาดไทย ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขเมื่อเกิดสาธารณภัยไว้อย่างชัดเจนในด้านการป้องกันและลดผลกระทบ การเตรียมความพร้อม การบริหารจัดการฉุกเฉิน และการจัดการหลังเกิดสาธารณภัย (2P2R : Prevention, Preparedness, Response, and Recovery) (สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน, ออนไลน์) บทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลสาธารณภัยต้องครอบคลุมบริการพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณในทุกๆ ระยะของการเกิดสาธารณภัย คือ บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในระยะก่อนเกิดสาธารณภัย พยาบาลมีหน้าที่ต้องเตรียมความพร้อมของบุคคล อุปกรณ์ และชุมชน เพื่อป้องกัน/ลดความรุนแรง/เตรียมรับสถานการณ์สาธารณภัยที่เกิดขึ้น บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในขณะเกิดสาธารณภัย เน้นการช่วยผู้ประสบภัยอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ และบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในระยะหลังเกิดสาธารณภัยเป็นการให้การช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องโดยมุ่งหวังให้ผู้ประสบภัยและญาติ สามารถกับคืนสู่สภาพปกติได้และดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข (วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และคณะ, 2548)

เมื่อเกิดสาธารณภัยต่างๆ จะมีผู้ได้รับบาดเจ็บหรือได้รับผลกระทบทั้งร่างกายและจิตใจเป็นจำนวนมาก พยาบาลเป็นบุคลากรสำคัญที่ต้องให้การดูแลผู้ประสบภัย เพราะฉะนั้นพยาบาลวิชาชีพ จะได้รับการคาดหวังในเรื่องสมรรถนะการดูแลหลังจากเกิดสาธารณภัย เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพเป็นกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพที่มีขนาดใหญ่ที่สุด จึงได้รับการคาดหวังว่าพยาบาลจะต้องมีความรู้เรื่อง สาธารณภัย ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพต้องมีการเตรียมความพร้อมสำหรับสถานการณ์ดังกล่าว (Langan & James, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของสุนันทา ลักษณ์ติกุล และคณะ (2551) พบว่าเมื่อเกิด สาธารณภัยพยาบาลจำเป็นต้องช่วยตรวจประเมินอาการ และให้การรักษาผู้ประสบภัยที่จำเป็นแทน แพทย์ พยาบาลจึงควรมีความรู้และทักษะด้านการพยาบาลสาธารณภัยและการจัดการเมื่อเกิด สาธารณภัย สอดคล้องกับการศึกษาของวิระดา แสงศรี (2550) พบว่าจากประสบการณ์การจัดการ สาธารณภัยของพยาบาลวิชาชีพทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ พยาบาลควรมีการเตรียมความพร้อมของตนเองในเรื่องความรู้ด้านการรักษาพยาบาลและความรู้ด้านสาธารณภัย และเพื่อให้งาน ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลสาธารณภัยนั้นสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ พยาบาลวิชาชีพ นอกจากจำเป็นต้องมีความรู้แล้วยังต้องมีความสามารถ และสามารถแสดงบทบาทผู้นำซึ่งเป็น

คุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพในแต่ละบุคคล (พรพิมล รักษาแก้ว, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณรัตน์ สิริภักดีกาญจน์ (2556) พบว่าองค์กรพยาบาลหรือผู้บริหารทางการพยาบาลยังขาดการตระหนักถึงความสำคัญในการวางแผนกลยุทธ์ด้านการเตรียมความพร้อม จึงควรมีการพัฒนาองค์ความรู้ด้านภัยพิบัติให้แก่ผู้บริหารทางการพยาบาลและบุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับ พัฒนาสมรรถนะภาวะผู้นำให้สามารถเป็นตัวแทนองค์กรวิชาชีพพยาบาลในเวทีระดับชาติหรือนานาชาติ

การเกิดสาธารณภัยแต่ละครั้งแต่ละเหตุการณ์ถือเป็นภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์ฉุกเฉินที่ต้องอาศัยระบบคิดในการจัดการที่เป็นระบบคิดเดียวกัน และมีเครื่องมือในการจัดการภาวะวิกฤตที่เป็นระบบเดียวกันจึงจะทำให้การจัดการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ เครื่องมือของการบริหารที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลว่ามีประสิทธิภาพและเหมาะสมต่อการจัดการในภาวะวิกฤตหรือภาวะฉุกเฉิน คือ ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System : ICS) (ศูนย์อำนวยการบรรเทาสาธารณภัย กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, ออนไลน์) คือ ระบบที่ใช้เพื่อสั่งการ (Command) ควบคุม (Control) และประสานงาน (Coordination) ความร่วมมือของแต่ละหน่วยที่มาร่วมปฏิบัติงานในสถานการณ์ฉุกเฉินสาธารณภัย โดยระบบดังกล่าวเป็นระบบปฏิบัติการเพื่อการระดมทรัพยากรไปยังที่เกิดเหตุ เพื่อบริหารจัดการเหตุฉุกเฉินให้สามารถปกป้องชีวิต ทรัพย์สินและสิ่งแวดล้อมได้อย่างบรรลุเป้าหมายและมีประสิทธิภาพ (คณะทำงานพัฒนามาตรฐานระบบบัญชาการเหตุการณ์, ออนไลน์) สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณรัตน์ สิริภักดีกาญจน์ (2556) พบว่าการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล ในระยะเตรียมความพร้อมก่อนการเกิดภัยพิบัติพยาบาลควรมีส่วนร่วมในการจัดตั้งระบบบัญชาการเหตุการณ์เพื่อรับมือกับภัยพิบัติของโรงพยาบาล รูปแบบ ICS ที่เป็นกรอบการปฏิบัติงานในการรองรับสาธารณภัยในโรงพยาบาลที่เป็นสากล เพื่อช่วยให้การทำงานในสภาวะของความกดดันมีความคล่องตัว เรียกว่า Hospital Incident Command System (HICS) (กรองไธ อุณหสูต, ออนไลน์) วชิรพยาบาลได้จัดระบบแผนรับสาธารณภัยที่ใช้ภายในโรงพยาบาล โดยใช้ระบบ HICS มาระยะหนึ่งแล้วและนับว่าได้ผลดี จึงยึดเป็นหลักการในการปฏิบัติจนถึงปัจจุบัน (ชัยวัน เจริญโชคทวี, 2556)

ความรู้ด้านการพยาบาลฉุกเฉิน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดทุกข้อรายการ ($Md = 4.64 - 4.73$, $IR = 0.26 - 0.36$) ข้อรายการที่มีระดับความสำคัญสูงสุดคือ ความรู้ในการจำแนกประเภทผู้บาดเจ็บ (Triage) และความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลช่วยชีวิตผู้ประสบภัยที่ได้รับบาดเจ็บ (TLS) การพยาบาลสาธารณภัยเป็นการพยาบาลที่ต้องนำความรู้และทักษะการพยาบาลทั่วไปและด้านการพยาบาลฉุกเฉินมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์สาธารณภัยทั้งในระยะก่อนเกิด ขณะเกิด และหลังเกิดสาธารณภัยเพื่อป้องกันและลดความสูญเสียที่จะเกิดกับชีวิตและทรัพย์สิน (วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และคณะ, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาของพรพิมล รักษาแก้ว (2548) พบว่าสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่

ปฏิบัติงานสาธารณสุขควรมีสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ประสพภัย การคัดแยกผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ ประเมินความรุนแรง อาการบาดเจ็บและทำการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นต้น (BLS) และขั้นสูง (ACLS) ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของนางนุช โอบะ และคณะ (2554) พบว่าการจำแนกผู้บาดเจ็บในที่เกิดเหตุ มีประโยชน์ต่อการปฐมพยาบาลและการส่งต่อผู้บาดเจ็บไปรับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป จึงควรฝึกอบรมให้บุคลากรทางสุขภาพมีความรู้และทักษะในการจำแนกผู้บาดเจ็บอย่างถูกวิธี สอดคล้องกับการศึกษาของสุนันทา ลักษัทธิกุล และคณะ (2551) พบว่าการช่วยฟื้นคืนชีพหรือการกู้ชีวิตเป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ประสพภัย ซึ่งการช่วยเหลือจะต้องกระทำอย่างถูกต้อง และทันท่วงทีจึงจะช่วยให้ผู้ประสพภัยฟื้นคืนชีวิตกลับสู่สภาพปกติได้โดยปราศจากภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนิ อ่อนท้วม (2553) พบว่าหลังการใช้แบบบันทึกการพยาบาลที่มีเนื้อหาการประเมินผู้บาดเจ็บแบบ ATLS (Advance trauma life support) ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย อุบัติเหตุฉุกเฉินสูงขึ้นกว่าก่อนการใช้แบบบันทึกการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำเป็นต้องใช้ความรู้ ความสามารถ และทักษะในการปฏิบัติงานเนื่องจากทุกหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลต่ออัตราการความพิการและอัตราการตายของผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ดังนั้นการที่พยาบาลมีความรู้และปฏิบัติตามแนวทาง ATLS จะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามชีวิตได้รับการดูแลรักษาอย่างทันที และช่วยในการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุเพื่อรักษาต่อได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ (กรองไธ อุณหสูต , 2554)

ความรู้ทั่วไป ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมากที่สุด 1 ข้อรายการ (Md = 4.64, IR = 0.36) และอีก 2 ข้อรายการมีระดับความสำคัญมาก (Md = 4.03 - 4.18, IR = 0.82 - 1.05) ข้อรายการที่มีระดับความสำคัญมากที่สุด คือ คือ ความรู้เรื่องการใช้เครื่องมือสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย สอดคล้องกับการศึกษาของชนิษฐา อรัญตร และคณะ (2548) พบว่าขณะเกิดสถานการณ์วิกฤตน้ำท่วม การประสานงานเป็นสิ่งจำเป็นมากในการบริหารจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น แต่การประสานงานครั้งนี้ขาดอุปกรณ์ช่วยสื่อสารเนื่องจากระบบการสื่อสารถูกตัดขาด ทำให้เกิดความลำบากในการปฏิบัติงาน ดังนั้นการจัดเตรียมอุปกรณ์ช่วยสื่อสารที่ไม่ใช้ไฟฟ้าจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการบริหารจัดการขณะเกิดวิกฤตน้ำท่วม ปัจจุบันระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสามารถนำมาใช้ในการเชื่อมโยงข้อมูลด้านสาธารณสุขระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ในการบริหารจัดการสาธารณสุขของประเทศ ได้แก่ การจัดทำเว็บสาธารณสุขแห่งชาติ ซึ่งมีข้อมูลในการเตรียมความพร้อม วางแผนรับมือและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้สอดคล้องกับสถานการณ์ ส่งผลให้การดำเนินชีวิตภายใต้ภาวะความเสี่ยงจากสาธารณสุขเป็นไปอย่างปลอดภัย การจัดทำโครงการระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการสิ่งของสำรองจ่าย (E-stock) เพื่อการตรวจสอบ จัดหา เก็บสำรอง และแจกจ่ายสิ่งของ ส่งผลให้สามารถสนับสนุนสิ่งของช่วยเหลือผู้ประสพภัย ได้สอดคล้องกับสภาพความเดือดร้อนและความจำเป็นในการดำเนิน

ชีวิตขั้นพื้นฐาน (กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย, ออนไลน์) สอดคล้องกับการศึกษาของลิจิต น้อยจ่ายสิน (2557) พบว่าประเทศไทยใช้เทคโนโลยีภูมิสารสนเทศซึ่งประกอบด้วย ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ (Geographic Information System : GIS) การรับรู้ระยะไกล (Remote Sensing : RS) และระบบกำหนดตำแหน่งบนพื้นโลก (Global Navigation Satellite System : GNSS) เพื่อศึกษาภัยพิบัติทางธรรมชาติ ข้อมูลที่ได้เป็นประโยชน์อย่างมากต่อการวางแผนรับมือสถานการณ์ต่างๆ เพื่อให้การบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติทางธรรมชาติได้อย่างทันทั่วถึงและลดความเสียหายที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

ข้อรายการที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมาก ได้แก่ ความรู้เรื่องสภาพภูมิศาสตร์ สภาพอากาศในพื้นที่เกิดสาธารณภัย และความรู้ด้านภาษาต่างประเทศ โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่าพยาบาลควรมีความรู้ด้านภาษาต่างประเทศที่สามารถใช้สื่อสารได้ในระดับหนึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของสุนันทา ลักษณะิตกุล และคณะ (2551) พบว่าในเหตุการณ์ธรณีพิบัติภัยมีผู้ประสบภัยชาวต่างชาติเป็นจำนวนมาก พยาบาลส่วนใหญ่มีปัญหาในการสื่อสารกับผู้ให้บริการเนื่องจากชาวต่างชาติไม่สามารถพูดภาษาไทยได้ และผู้ให้บริการส่วนมากพูดภาษาของตนเอง ไม่สามารถพูดภาษาอังกฤษได้ แต่พยาบาลสามารถสื่อสารผ่านภาษากาย เช่น สีหน้า แววตา และการสัมผัสเพื่อแสดงให้ผู้ประสบภัยรับรู้ถึงความสนใจเอาใจใส่ และความต้องการให้ความช่วยเหลืออย่างจริงใจ

ส่วนที่ 2 การจัดการสาธารณภัย แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่

ระยะการป้องกันและลดความเสี่ยง (Prevention / Mitigation) ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมากที่สุด 3 ข้อรายการ (Md = 4.58 - 4.73, IR = 0.26 - 0.41) และ 2 ข้อรายการมีระดับความสำคัญมาก (Md = 4.25 - 4.42, IR = 0.57 - 0.83) ข้อรายการที่มีระดับความสำคัญสูงสุด ได้แก่ มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนรับสาธารณภัยขององค์กรพยาบาล โดยให้มีความสอดคล้องกับแผนของโรงพยาบาล และสนับสนุนให้ตัวแทนองค์กรวิชาชีพพยาบาล มีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรการ ระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสาธารณภัย การจัดการสาธารณภัยเป็นการทำงานร่วมกันของหลายหน่วยงาน นโยบายเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดทิศทางและกรอบการปฏิบัติงาน ดังนั้นองค์กรควรมีการกำหนดนโยบายด้านการจัดการสาธารณภัยที่ชัดเจนโดยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนในการกำหนดนโยบายเพื่อให้ทราบสถานการณ์และความเป็นไปได้ในการดำเนินการจริง (แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของปรารถนา ยามานนท์ (2550) พบว่าบทบาทหน้าที่ในการจัดการสาธารณภัยที่สำคัญคือการจัดทำแผนสาธารณภัย ซึ่งรวมไปถึงการวางระบบการจัดการเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในกิจการสาธารณภัย โดยทำการสำรวจและจัดหาทรัพยากรทางการแพทย์ให้มีเพียงพอและพร้อมสำหรับการใช้งาน สอดคล้องกับการศึกษาของอุไรพร จันทะอุ่มเม้า และคณะ (2554) พบว่าบทบาท

ของกลุ่มการพยาบาลจะต้องจัดทำแผนการบริหารจัดการสาธารณสุขภัยให้สอดคล้องกับ Hospital emergency incident command system (PHER) ของโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณรัตน์ สิริภักดีกาญจน์ (2556) พบว่าองค์กรพยาบาลหรือผู้บริหารทางการพยาบาลยังขาดการตระหนักถึงความสำคัญในการวางแผนกลยุทธ์ด้านการเตรียมความพร้อม จึงควรมีการพัฒนาองค์ความรู้ด้านภัยพิบัติให้แก่ผู้บริหารทางการพยาบาลและบุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับ พัฒนาสมรรถนะภาวะผู้นำให้สามารถเป็นตัวแทนองค์กรวิชาชีพพยาบาลในเวทีระดับชาติหรือนานาชาติ

ข้อรายการที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมาก ได้แก่ การจัดทำฐานข้อมูลที่เป็นในการจัดการสาธารณสุขภัย เช่น ข้อมูลเจ้าหน้าที่/อาสาสมัคร ข้อมูลสถิติต่างๆ รวมถึงการพัฒนา/จัดทำระบบการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน และสนับสนุนการศึกษาวิจัยด้านสาธารณสุข/การนำผลวิจัยมาใช้พัฒนางาน เนื่องจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ข้อคิดเห็นว่าพยาบาลไม่ได้มีบทบาทด้านการจัดทำฐานข้อมูลโดยตรง ควรให้หน่วยงานที่มีหน้าที่โดยตรงในการจัดทำฐานข้อมูลดูแลรับผิดชอบในส่วนนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา บุญจันทร์ และคณะ (2555) กล่าวว่าควรจัดให้มีผู้รับผิดชอบในการจัดทำข้อมูลสารสนเทศของโรงพยาบาล ทั้งรายชื่อแพทย์ พยาบาล อาสาสมัครจากแผนกต่างๆ รายชื่อพยาบาลเฉพาะด้านการพยาบาลสาธารณสุข เป็นต้น พร้อมทั้งจัดทำแนวทางการปฏิบัติของโรงพยาบาลเครือข่ายในการประสานเครือข่ายความช่วยเหลือระหว่างกันทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล

ระยะการเตรียมพร้อม (Preparedness) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดทุกข้อรายการ (Md = 4.68 – 4.73, IR = 0.26 – 0.32) ข้อรายการที่มีระดับความสำคัญสูงสุดได้แก่ วางแผนการสำรองทรัพยากรที่ใช้ในสถานการณ์สาธารณสุขภัย ได้แก่ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ ยา เวชภัณฑ์ เครื่องอุปโภคบริโภค และเครื่องมือสื่อสาร มีส่วนร่วมในการจัดตั้งระบบบัญชาการเหตุการณ์ของโรงพยาบาล (ICS) จัดทำแผนการฝึกซ้อมเพื่อเตรียมรับสาธารณสุขภัยตามความเสี่ยงของการเกิดสาธารณสุขภัยในพื้นที่และประเมินผลการฝึกซ้อมเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมและทันต่อสถานการณ์สาธารณสุขภัยในปัจจุบัน วางแผนเตรียมบุคลากรทางการพยาบาลเพื่อร่วมทีมปฏิบัติการทางการแพทย์ในสถานการณ์สาธารณสุขภัย และพัฒนาความรู้ด้านสาธารณสุขภัยโดยการอบรมและฝึกซ้อมร่วมกับภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ ชาติและนานาชาติ สอดคล้องกับการศึกษาของพรพิมล รักษาแก้ว (2548) พบว่าสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานสาธารณสุขภัย ควรมีสมรรถนะด้านการบริหารทรัพยากร ได้แก่ การเตรียมความพร้อมด้าน ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ ให้เหมาะสมและเพียงพอที่ใช้เมื่อเกิดสาธารณสุขภัย และสามารถประเมินสภาพของทรัพยากรด้านบุคคล อุปกรณ์ ในขณะที่ปฏิบัติงานเพื่อเตรียมการร้องขอความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของปรารณา ยามานนท์ (2550) พบว่าการจัดทำแผนสาธารณสุขภัยที่ดีจะต้องมีการปรับปรุงแผนให้มี

ความเหมาะสมกับสถานการณ์อยู่เสมอ โดยทำการสำรวจข้อมูลต่างๆ เช่น กำลังคน ชนิดของภัยที่มีโอกาสเกิด จัดฝึกอบรมบุคลากรในหน่วยงาน รวมทั้งจัดให้มีการฝึกซ้อมเพื่อประเมินผลของแผนปฏิบัติการและความพร้อมของบุคลากร สอดคล้องกับการศึกษาของ นงนุช โอบะ และคณะ (2554) พบว่าผลของการซ้อมแผนรับสาธารณภัยเป็นประโยชน์ต่อชุมชนในการลดผลกระทบของภาวะน้ำท่วมและแผ่นดินถล่มที่อาจเกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุนันทา ลักษณะิติกุล และคณะ (2551) พบว่าควรมีการประชุม ซ้อมแผนอุบัติภัยหมู่ทั้งภายในโรงพยาบาล และร่วมกับเครือข่ายโรงพยาบาลใกล้เคียง เพื่อช่วยให้ผู้ประสบภัยได้รับการรักษาที่รวดเร็วและปลอดภัย การซ้อมแผนเป็นหนึ่งในบทบาทที่สำคัญมากเพราะจะช่วยให้เกิดความรวดเร็วในการปฏิบัติงาน และเป็นการประเมินว่าแผนที่วางไว้มีประสิทธิภาพในการปฏิบัติในสถานการณ์ฉุกเฉินมากน้อยเพียงใด ทั้งยังทำให้บุคลากรแต่ละคนรู้หน้าที่ความรับผิดชอบของตนในขณะที่ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน (กรองไต่ อุณห์สุด, ออนไลน์) สอดคล้องกับการศึกษาของเอมอร ชุนเพชร (2551) พบว่าผู้บริหารควรมีแผนการพัฒนาการพยาบาลสาธารณภัยจากเหตุการณ์ความไม่สงบกับพยาบาลทุกคน เนื่องจากพยาบาลทุกคนในโรงพยาบาลมีโอกาสหมุนเวียนมาดูแลผู้บาดเจ็บในแผนสาธารณภัยของโรงพยาบาล สอดคล้องกับการถอดบทเรียนโรงพยาบาลเครือข่ายช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากภัยน้ำท่วมของจินตนา บุญจันทร์ และคณะ (2555) พบว่าควรมีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารจัดการ (Disaster management) และการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการให้การช่วยเหลือในภาวะภัยพิบัติ (Disaster nursing competency) พร้อมทั้งมีการฝึกการทำงานเป็นทีมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับการศึกษาของอังคณา ช่วยคำชู (2555) พบว่าองค์กรวิชาชีพควรจัดทำแนวทางการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลสาธารณภัย เพื่อให้มีสมรรถนะพร้อมรับสถานการณ์ จัดการกับสถานการณ์ และฟื้นฟูสภาพหลังเกิดสาธารณภัยได้อย่างเหมาะสม การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลสาธารณภัยสามารถทำได้หลายรูปแบบ เช่น การฝึกซ้อมรับสถานการณ์ การจำลองสถานการณ์ การอบรมเสริมความรู้และทักษะ เป็นต้น (พุลสุข ศิริสุข และ สุพัฒนา ศักดิษฐานนท์, 2555)

ระยะรับสาธารณภัย (Response) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดทุกข้อรายการ ($Md = 4.52 - 4.72$, $IR = 0.28 - 0.48$) ข้อรายการที่มีระดับความสำคัญสูงสุด ได้แก่ ร่วมประชุมเพื่อประเมินสถานการณ์ สาธารณภัยเป็นระยะเพื่อติดตามสถานการณ์ ได้อย่างรวดเร็ว ทันเวลา มีส่วนร่วมในการประเมินความต้องการด้านสุขภาพของผู้ประสบภัย และความต้องการใช้ทรัพยากร เพื่อจัดหาและระดมทรัพยากรให้สอดคล้องกับความต้องการ จัดบริการพยาบาลในสถานการณ์สาธารณภัยให้เหมาะสมกับกลุ่มประชากรที่เปราะบางและมีความเสี่ยง เช่น เด็ก สตรี สตรีมีครรภ์ กลุ่มที่มีความเสี่ยงทุพพลภาพด้านร่างกาย จิตใจหรืออารมณ์ ผู้สูงอายุ จัดระบบการบันทึกข้อมูล ลงทะเบียนผู้ประสบภัย

การรักษาพยาบาลและการส่งต่อผู้ประสพภัยอย่างครบถ้วนและถูกต้อง วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และคณะ (2548) กล่าวว่าบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในขณะเกิดสาธารณภัย ประกอบด้วย การประเมินสถานการณ์สาธารณภัยที่เกิดขึ้น การใช้แผน การปฐมพยาบาลและการช่วยเหลือผู้ประสพภัย ณ จุดเกิดเหตุ การประสานงานเพื่อการส่งต่อผู้บาดเจ็บ การจัดทำทะเบียนบันทึกรายงานสถานการณ์ และการประเมินสถานการณ์เพื่อพิจารณาปรับแผนหรือยกเลิกแผนเมื่อสิ้นสุดสถานการณ์สาธารณภัย สอดคล้องกับการจัดการสาธารณภัยของ Veeneme (2013) กล่าวว่าในสถานการณ์สาธารณภัย พยาบาลมีความจำเป็นต้องประเมินสถานการณ์ความรุนแรง ผลกระทบ และความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงาน วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และ สมจินดา ชมพูนุช (2557) กล่าวว่า การดูแลผู้ประสพภัยที่มีประสิทธิภาพต้องคำนึงถึงความเปราะบาง ความต้องการ และความสามารถที่แตกต่างกันของผู้ประสพภัยแต่ละกลุ่ม เช่น เพศ อายุ ภาวะสุขภาพ ความพิการ มีผลให้เกิดความเปราะบาง ความสามารถในการรับมือและการอยู่รอดเมื่อประสพภัย ดังนั้นเด็ก ผู้สูงอายุ และผู้พิการจึงมีข้อเสียเปรียบบางประการเมื่อเกิดสาธารณภัย สอดคล้องกับการกำหนดกรอบสมรรถนะของพยาบาล สาธารณภัย (WHO and ICN, 2009) ในเรื่องสมรรถนะการรับมือเมื่อเกิดสาธารณภัย พยาบาลต้องประเมินให้ได้ว่าใครคือกลุ่มเปราะบางหรือกลุ่มเสี่ยง และประเมินให้ได้ว่าการดูแลที่สำคัญสำหรับกลุ่มนี้คืออะไร สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา โชคทวีพานิชย์ (2556) พบว่าการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ การประเมินปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุต้องครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ เพราะผู้สูงอายุมีความเปราะบาง และมีความต้องการการช่วยเหลือจำเพาะไม่เหมือนกับช่วงวัยอื่นและยังไม่เหมือนกันในแต่ละบุคคล สอดคล้องกับคำกล่าวของพูลสุข หิงคานนท์ (2548) ว่าในขณะที่มีเหตุการณ์สึนามิผู้ประสพภัยได้รับการลำเลียงจากที่เกิดเหตุมารับบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลต่างๆ จำนวนมาก ในโรงพยาบาล จะเกิดความซุลมุน การจัดระบบข้อมูลข่าวสารจึงจำเป็นอย่างยิ่ง พยาบาลต้องมีบทบาทในการรายงานสิ่งที่เกิดขึ้นในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง การเขียนรายงาน การบันทึกทางการพยาบาลเพื่อเป็นหลักฐานการทำงาน การรายงานผู้บังคับบัญชาและเผยแพร่สู่สาธารณชน สอดคล้องกับการศึกษาของสุนันทา ลักษณ์ธิกุล และคณะ (2551) พบว่าการบริหารจัดการข้อมูลเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่เข้าถึงข้อมูลเบื้องต้นของผู้ประสพภัย ดังนั้นจึงควรพัฒนาแนวทางการจัดการข้อมูลในกรณีที่เกิดสาธารณภัย เพื่อให้สามารถเก็บข้อมูลที่จำเป็นได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วนและเชื่อถือได้ รวมทั้งสามารถค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและการรักษาได้รวดเร็ว ควรมีการเลือกใช้เทคโนโลยี อุปกรณ์และระบบการเก็บรวบรวมข้อมูลการดูแลผู้ประสพภัย การดำเนินการต่างๆ เพื่อให้สามารถสืบค้นได้ง่ายและรวดเร็ว (แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ, 2552)

ระยะฟื้นฟูภายหลังเกิดสาธารณภัย (Recovery) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดทุกข้อรายการ ($Md = 4.55 - 4.73$,

IR = 0.26 – 0.43) ข้อรายการที่มีระดับความสำคัญสูงสุด ได้แก่ ประเมินและรายงานความเสียหายของระบบบริการพยาบาลหลังสิ้นสุดสถานการณ์สาธารณสุข เพื่อวางแผนฟื้นฟูสภาพให้สามารถเปิดให้บริการได้รวดเร็ว และการประสานการส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาลให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้ผู้ประสบภัยได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญอย่างต่อเนื่อง วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และคณะ (2548) กล่าวว่าบทบาทของพยาบาลในระยะหลังเกิดสาธารณสุขเป็นการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องโดยมุ่งหวังให้ผู้ประสบภัยและญาติ สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติและดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ประกอบด้วย การประเมินสถานการณ์หลังเกิดสาธารณสุขเพื่อรวบรวมข้อมูลความเสียหายทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม สำหรับวางแผนให้การช่วยเหลือได้ตรงตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น การจัดทำบันทึกรายงานเกี่ยวกับรายชื่อและจำนวนผู้บาดเจ็บ ชนิดของการบาดเจ็บ การรักษาที่ได้รับและผลของการรักษาเช่น หาย พิกุล เสียชีวิตหรือส่งต่อ การประสานงานกับแหล่งสนับสนุนเพื่อให้การรักษาที่ต่อเนื่องและฟื้นฟูสภาพ การประเมินผลการปฏิบัติงานในเรื่องของปัญหา อุปสรรคและสิ่งที่ควรนำไปพัฒนาในครั้งต่อไป สสำรวจความเสียหายของอุปกรณ์/เวชภัณฑ์ที่ใช้ไปพร้อมทั้งจัดหาทดแทน สอดคล้องกับการศึกษาของสุนันทา ลักษิณีกุล และคณะ (2551) พบว่าพยาบาลในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการรักษาชีวิตให้ปลอดภัยในช่วงวิกฤต จนอาจมองข้ามภาวะวิกฤตด้านจิตใจจากภัยพิบัติ ซึ่งเป็นผลกระทบที่รุนแรงของผู้ประสบภัยพยาบาลจึงควรให้การช่วยเหลือเร่งด่วนด้านจิตใจเช่นกัน เพื่อป้องกันปัญหาภาวะเครียดหลังภัยพิบัติ สอดคล้องกับกรอบสมรรถนะของสภาการพยาบาลสากล (WHO and ICN, 2009) กล่าวว่า การฟื้นฟูภายหลังเกิดสาธารณสุข บทบาทของพยาบาลคือการประเมินเพื่อระบุความต้องการหรือปัญหาของผู้ประสบภัย และส่งต่อผู้ประสบภัยเพื่อให้ได้รับการรักษาหรือบำบัดจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาตามความเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของอุไรพร จันทะอุมเฒ่าและคณะ (2554) กล่าวว่า การฟื้นฟูภายหลังการเกิดสาธารณสุขเป็นการบริหารจัดการในเรื่องการดูแลผู้ประสบภัยอย่างต่อเนื่อง การควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการเกิดโรคระบาด การตรวจสอบอุปกรณ์และทรัพยากรที่ใช้ไปหรือเสียหายระหว่างเกิดสถานการณ์ และการลด/บรรเทาผลกระทบทางจิตใจของผู้ประสบภัย/ผู้เกี่ยวข้องทั้งพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในสถานการณ์สาธารณสุขที่ผ่านมา สอดคล้องกับ Beach (2010) กล่าวว่า เมื่อสถานการณ์สาธารณสุขสิ้นสุดลง การบริหารจัดการของพยาบาลคือการสำรวจและดำเนินการปรับปรุงอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็นต่อระบบบริการสุขภาพที่ได้รับความเสียหาย

ส่วนที่ 3 ด้านกลยุทธ์การนำของพยาบาลในการจัดการสาธารณสุข แบ่งเป็น 5 ข้อหลัก

ได้แก่ การทำงานเป็นทีม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดทุกข้อรายการ ($Md = 4.68 - 4.75$, $IR = 0.25 - 0.32$) ได้แก สามารถกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรในแผนรับสาธารณสุขได้ชัดเจนและเหมาะสม สามารถประเมินเหตุการณ์ผลกระทบที่เกิดจากสาธารณสุข และสั่งการให้ทีมปฏิบัติตามแผนรับสาธารณสุขได้รวดเร็ว ทันต่อสถานการณ์และรับฟัง เปิดโอกาสให้บุคลากรในทีมแสดงความคิดเห็นเมื่อเกิดปัญหาในสถานการณ์สาธารณสุข เช่น ขาดแคลนทรัพยากรสำหรับการพยาบาลผู้ป่วย/ ผู้ประสบภัย ในสถานการณ์สาธารณสุขการจัดการสาธารณสุขจำเป็นต้องใช้บุคลากรจำนวนมากและต้องให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว บุคลากรจึงต้องทำงานร่วมกันเป็นทีม การแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบในบุคลากรที่ให้ความช่วยเหลือจะทำให้เกิดความชัดเจนในการปฏิบัติงาน จากการศึกษาพบว่าผู้ให้การช่วยเหลือส่วนใหญ่ ขาดการทำงานเป็นทีมไม่รู้บทบาทของตนเอง ไม่ได้รับการมอบหมายงานก่อนที่จะลงพื้นที่ประสบภัย (Slepski, 2007) สอดคล้องกับการจัดการสาธารณสุขของ Beach (2010) อธิบายว่าหน่วยงานหรือองค์กรต้องมีการจัดทำคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติ กำหนดบทบาทหน้าที่ มอบหมายผู้รับผิดชอบในแต่ละหน่วยงานขององค์กรพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของอุไรพร จันทะอุ่มเม้า และคณะ (2554) กล่าวว่าในการจัดทำแผนการบริหารจัดการสาธารณสุข ต้องกำหนดผู้รับผิดชอบทั้งในระดับบุคคล และระดับหน่วยงาน กำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในกรณีเกิดสถานการณ์สาธารณสุข (Job action sheet) ควรมีการกำหนดนโยบายในการรองรับสถานการณ์ฉุกเฉิน ความรับผิดชอบของบุคลากรและหน่วยงาน และแนวปฏิบัติกลางในการทำงาน (Standard Operating Guidelines; SOGs) โดยกล่าวถึงกิจกรรมการปฏิบัติที่รองรับต่อสถานการณ์นั้นๆ (กรองโต อุณหสูต, ออนไลน์) สอดคล้องกับการศึกษาของประกายแก้ว กำคำและคณะ (2555) พบว่าผลของการซ้อมแผนเพื่อเตรียมรับภัยพิบัติแผ่นดินไหว พยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดได้ร้อยละ 92 ประเด็นที่ทำได้ดีคือ ความสามารถในการทำงานเป็นทีม ความสามารถในการปฏิบัติตามแผนที่กำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของพรพิมล รักษาแก้ว (2548) พบว่าสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานสาธารณสุข ควรมีสมรรถนะด้านบทบาทผู้นำทางการพยาบาล ได้แก่ การสั่งการอย่างเป็นระบบเพื่อลดความซ้ำซ้อนของงาน สามารถเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ร่วมงานได้เมื่อเกิดสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของปรารธนา ยามานนท์ (2550) พบว่าการปฏิบัติงานในสถานการณ์สาธารณสุขเป็นการทำงานในภาวะฉุกเฉินภายใต้ความกดดันและความเครียดอย่างมาก ส่งผลให้เกิดปัญหาความขัดแย้งระหว่างการปฏิบัติงาน พยาบาลผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขจะต้องใช้ความรู้ ความชำนาญประสบการณ์ และความสามารถในด้านภาวะผู้นำ คือ ต้องมีความอดทน เสียสละ มีความยืดหยุ่นในการทำงาน มีการสั่งการอย่างเป็นระบบเพื่อลดความซ้ำซ้อน

ของงาน สามารถเป็นที่ปรึกษาให้กับเพื่อนร่วมงานได้ และสามารถแสดงบทบาทผู้นำได้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

การสื่อสาร ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดทุกข้อรายการ ($Md = 4.72 - 4.73$, $IR = 0.26 - 0.28$) ได้แก่ สามารถสื่อสารในระยะก่อนเกิดสาธารณภัย โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาธารณภัย การเตรียมพร้อมรับสาธารณภัย เพื่อให้ชุมชนรับรู้ ตระหนักและมีการเตรียมความพร้อม สามารถสื่อสารข้อมูลในระยะการเกิดสาธารณภัย ระหว่าง ณ จุดเกิดเหตุและหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัยได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม สามารถประเมินข่าวสารและถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณภัยกับหน่วยงานภายในและหน่วยงานภายนอกได้ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน และสามารถใช้เครื่องมือสื่อสารได้ถูกต้อง และเหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น วิทยุสื่อสาร สอดคล้องกับการศึกษาของปรารณา ยามานนท์ (2550) พบว่าการสื่อสารส่วนมากเป็นการส่งข่าวสารต่างๆ เพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัย อุปกรณ์ที่ใช้ในการสื่อสารต้องมีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันการสื่อสารความหมายผิดพลาด ควรมีการจัดตั้งเครื่องมือในการติดต่อสื่อสารที่จำเป็น เช่น วิทยุสื่อสาร โทรศัพท์ และโทรสารเพื่อประโยชน์ในการติดต่อสื่อสาร สอดคล้องกับการศึกษาของปัทมา โมลี (2551) พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการดูแลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะฉุกเฉินในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล คือเรื่องการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพซึ่งประกอบด้วยข้อมูลที่ทันสมัยและรวดเร็ว (real-time information) ควรเป็นการสื่อสารแบบสองทาง (two ways) การสื่อสารด้วยวิทยุสื่อสารควรมีแบบฟอร์มมาตรฐานในการสื่อสารด้วยข้อมูลที่สั้นกะทัดรัดและตรงประเด็น มีการสื่อสารโดยตรงระหว่างพยาบาลกับโรงพยาบาลที่นำส่ง และข้อมูลการบาดเจ็บควรมีการเชื่อมโยงระหว่างการดูแลในระยะก่อนถึงโรงพยาบาลและในโรงพยาบาล

การประสานงาน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดทุกข้อรายการ ($Md = 4.72 - 4.75$, $IR = 0.25 - 0.28$) ได้แก่ สามารถประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดทำแผนรับสาธารณภัย และมีส่วนร่วมในการซ้อมแผนรับสาธารณภัยอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ภายในและภายนอกโรงพยาบาลเพื่อเตรียมอุปกรณ์ ยา และเวชภัณฑ์ให้พร้อมใช้ในการดูแลผู้ประสบภัย สามารถประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัยและส่งต่อผู้บาดเจ็บให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม และสามารถประสานงานกับหน่วยงานสนับสนุน เพื่อให้การรักษาและฟื้นฟูผู้ประสบภัยด้านร่างกาย จิตใจ ที่อยู่อาศัย บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในขณะเกิดสาธารณภัยคือการประสานงานภายในหน่วยงานซึ่งเป็นองค์กรของตนเอง และการประสานงานภายนอกหน่วยงานหรือการประสานกับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ ซึ่งมีจุดประสงค์เพื่อให้ทราบถึงข้อมูลทั้งหมดเกี่ยวกับผู้ประสบภัย เพื่อลดความสับสนในบทบาทหน้าที่ของแต่ละองค์กรที่เข้าไปทำการ

ช่วยเหลือ (วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และคณะ, 2548) สอดคล้องกับ (Lundy & Butts, 2009 อ้างถึงใน พรรรถพิไล สุทธนะ และ ประภาพร มโนรัตน์, 2555) ที่กล่าวว่า การประชาสัมพันธ์และการประสานงานเป็นหัวใจสำคัญของการซ่อมแผน ซึ่งควรมีการวางแผนล่วงหน้า มีการซักซ้อมทำความเข้าใจกันเป็นอย่างดี สอดคล้องกับ พูลสุข หิงคานนท์ (2548) กล่าวว่าในการปฏิบัติงานในเหตุการณ์ธรณีพิบัติภัย พยาบาลต้องมีบทบาทประสานงานเพื่อขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเรื่องต่างๆ ได้แก่ กำลังคน วัสดุ เวชภัณฑ์ต่างๆ เพื่อใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติ สอดคล้องกับการศึกษาของสุนันทา ลักษณ์ธิดกุล และคณะ (2551) พบว่าในวันที่เกิดสาธารณภัยวันแรกซึ่งเป็นวันหยุดราชการ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานขณะเกิดเหตุได้มีการประสานด้านการประกาศใช้แผนอุบัติภัยหมู่ และประสานงานกับหน่วยงานภายในและภายนอกโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ประสบภัยได้รับการช่วยเหลือที่รวดเร็ว ปลอดภัยมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของชนิษฐา อรัญดร และคณะ (2548) พบว่าการช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤตยามฉุกเฉินมีการเร่งรีบส่งต่อ ซึ่งการส่งต่อผู้ป่วยในยามขาดแคลนทรัพยากรเป็นทางออกที่ดีที่สุดขณะนั้น ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤตให้ได้รับความปลอดภัย

การตัดสินใจ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดทุกข้อรายการ ($Md = 4.72 - 4.73$, $IR = 0.26 - 0.28$) ได้แก่ สามารถประเมินสถานการณ์สาธารณภัยที่เกิดขึ้น และตัดสินใจรายงานผู้รับผิดชอบในการประกาศใช้แผนรับสาธารณภัย สามารถใช้ข้อมูล เช่น ประเภทของสาธารณภัย จำนวนผู้บาดเจ็บเป็นแนวทางในการตัดสินใจวางแผนจัดบุคลากรทางพยาบาลเพื่อออกปฏิบัติงานร่วมกับทีมปฏิบัติการทางการแพทย์ และจัดหน่วยตั้งรับในโรงพยาบาล สามารถตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์สาธารณภัย การจำแนกประเภทผู้บาดเจ็บ (Triage) เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัยตามขั้นตอนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถวิเคราะห์ผลกระทบที่เกิดจากการตัดสินใจ การบริหารจัดการการพยาบาลในสถานการณ์สาธารณภัยเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการบริหารทั่วไป การบริหารทรัพยากรที่มีอยู่ให้ใช้ได้เพียงพอและคุ้มค่า การตัดสินใจแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า การประสานงาน การทำงานเป็นทีม และการติดต่อสื่อสาร ซึ่งเป็นสิ่งที่พยาบาลจะต้องสามารถจัดการให้ได้อย่างเป็นระบบ เนื่องจากการทำงานของพยาบาลมีผลต่อความปลอดภัยของผู้ประสบภัยทั้งสิ้น (ปรารธนา ยามานนท์, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของชนิษฐา อรัญดร และคณะ (2548) พบว่าพยาบาลตัดสินใจแก้ปัญหาโดยใช้วิจารณญาณและประสบการณ์ส่วนตัว เนื่องจากหน่วยงานไม่ได้กำหนดแนวทางการปฏิบัติงานขณะเกิดภาวะวิกฤตน้ำท่วม สอดคล้องกับการศึกษาของอุไรพร จันทะอุมเม้า และคณะ (2554) กล่าวว่า การบริหารจัดการสถานการณ์ภัยในระยะรับมือต้องประเมินสถานการณ์ว่าความเสียหายอยู่ในระดับใด (major or minor) เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจเลือกใช้แผน

การแก้ปัญหา ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดทุกข้อรายการ ($Md = 4.69 - 4.75$, $IR = 0.25 - 0.30$) ได้แก่ สามารถใช้ความรู้ด้านสาธารณสุขประเมินความเสี่ยงของการเกิดสาธารณสุข วางแผนให้ความรู้ และมีส่วนร่วมจัดทำแผนรับสาธารณสุข สามารถวิเคราะห์ข้อมูลและแก้ปัญหาเมื่อสถานการณ์สาธารณสุขเกินกว่าที่คาดการณ์ไว้ เช่น การขาดอัตรากำลัง อุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ และสามารถวิเคราะห์เหตุการณ์สาธารณสุขที่ผ่านมาเพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาปรับปรุงแผนรับสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และคณะ (2548) กล่าวว่า การช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินเป็นการดำเนินการภายใต้ภาวะที่มีความกดดันสูง เนื่องจากต้องปฏิบัติงานภายใต้ความไม่พร้อมทั้งการติดต่อสื่อสาร การขนส่ง เครื่องมือที่จำเป็น ฯลฯ ต้องแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าตลอดเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของอังคณา ช่วยค้าชู (2555) พบว่าการจัดระบบบริการสุขภาพในศูนย์พักพิงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อช่วยเหลือและส่งเสริมสุขอนามัยของผู้ประสบภัย พยาบาลที่ให้บริการด้านสุขภาพต้องมีความเชี่ยวชาญในการประเมินและการแก้ไขปัญหาให้ทันต่อสถานการณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของชนิษฐา อรรถบุตร และคณะ (2548) พบว่ามีกรณีการดัดแปลงทรัพยากรที่มีในหน่วยงานเพื่อใช้ประโยชน์ขณะเกิดภาวะวิกฤตน้ำท่วมโรงพยาบาลขนาดใหญ่ อันเกิดจากการคิดแก้ปัญหาการที่ผู้ปฏิบัติงานมีความคิดสร้างสรรค์ในการดัดแปลงทรัพยากรมาใช้ นับเป็นการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากผลกระทบน้ำท่วมเป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของ นงนุช โอบะ และคณะ (2554) พบว่าการสรุปบทเรียนหลังการซ้อมแผนการจัดการน้ำท่วมและแผ่นดินถล่ม ทำให้ได้ข้อมูลสำคัญสำหรับการประเมินผลและการพัฒนาการซ้อมแผนรับสาธารณสุขในครั้งต่อไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของประกายแก้ว กำคำ และคณะ (2555) ได้พัฒนาระบบบริการพยาบาลเพื่อเตรียมรับภัยพิบัติแผ่นดินไหว ในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โดยเริ่มจากการประเมินความเสี่ยงของสาธารณสุขในพื้นที่ ดำเนินการให้ความรู้แก่บุคลากร จากนั้นทำการซ้อมแผนแผ่นดินไหว และหลังการฝึกซ้อมได้นำข้อมูลไปปรับปรุงแก้ไขเพื่อพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับการเตรียมรับภัยพิบัติแผ่นดินไหว สอดคล้องกับการจัดการสาธารณสุขของ Veenama (2013) เมื่อสิ้นสุดสถานการณ์สาธารณสุข ควรมีการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรและแผนการปฏิบัติงาน เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ปรับปรุงพัฒนาแผนปฏิบัติการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการแพทย์สามารถนำขอบเขตเนื้อหาไปใช้ในการพัฒนาภาวะผู้นำของพยาบาลที่ปฏิบัติงานสาธารณสุข
2. พยาบาลผู้ปฏิบัติงานสามารถนำข้อความรู้ที่ได้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาตนเอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลของการนำขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลไปใช้ในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลที่ปฏิบัติงานสาธารณสุข
2. การศึกษาภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล พิจารณาคัดเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้มีความหลากหลายสาขาวิชาชีพ เนื่องจากการทำงานด้านสาธารณสุขเป็นการทำงานร่วมกันของหลายองค์กร
3. ในการศึกษาความเป็นไปได้ ควรเพิ่มจำนวนผู้เชี่ยวชาญในการประเมินความเป็นไปได้ให้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและเพียงพอ เพื่อจะได้ประเมินความเป็นไปได้ที่สามารถนำไปใช้ได้ ในสถานการณ์จริง

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2557. **สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กระทรวงมหาดไทย กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย. 2554. **แผนยุทธศาสตร์กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2555-2559**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: www.disaster.go.th/dpm/index.php?...com [2557, ตุลาคม 26]

กระทรวงมหาดไทย กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย. 2556. **การลดความเสี่ยงจากสาธารณภัย**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กระทรวงมหาดไทย กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย. **ป้องกันภัยเชิงรุก บรรเทาทุกข์เมื่อเกิดภัย**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://61.19.54.141/relation/files/book_2556.pdf [2557, พฤศจิกายน 3]

กรองไต่ อุณหสูต. สมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลอุบัติเหตุในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ. **วารสารอุบัติเหตุ**. 30(2): 73-77.

กรองไต่ อุณหสูต. **หลักการ ; การเตรียมพร้อมและการตั้งรับภัยพิบัติ**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <file:///C:/Users/TOSHIBA/Downloads/random-150519143009-lva1-app6892.pdf> [2558, เมษายน 16]

เกษม บุญอ่อน. 2522. **เดลฟาย: เทคนิคการวิจัย**. ครูปริทัศน์.

กำไลรัตน์ เย็นสุจิตตร. 2553. **เอกสารประกอบการบรรยาย Nurses' Role in Disaster and Mass Casualty**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.bangkokhospital.com/images/downloads/ners.pdf> [2556, พฤษภาคม 11]

ชนิษฐา อรัญดร, อารมณ์ เชื้อประไพศิลป์ และ ไชแสง โพธิโกสุม. 2548. ประสบการณ์การดูแลและบริหารจัดการของพยาบาลขณะเกิดภาวะวิกฤตน้ำท่วม โรงพยาบาลหาดใหญ่. **วารสารสภาการพยาบาล**. 20(2): 44 – 62.

คณะทำงานพัฒนามาตรฐานระบบบัญชาการเหตุการณ์. **กรอบแนวคิดและแผนการพัฒนา ICS**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.thaiics.com/index.php?option=com> [2558, กุมภาพันธ์ 18]

จินตนา บุญจันทร์, ศิริพร มงคลถาวรชัย, เพชรรัตน์ บุตะเขี้ยว, จงกล พลตรี และ รัชณี ศรีวิชัย.

2555. **โรงพยาบาลเครือข่ายช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากภัยน้ำท่วม : กรณีโรงพยาบาล**

- ศรีนครินทร์. วารสารสภาการพยาบาล. 27(ฉบับพิเศษ ตุลาคม – ธันวาคม): 44 – 58.
- จินตนา พุ่มเพชร. 2545. ผลของการฝึกอบรมผ่านเว็บเรื่อง กระบวนการตัดสินใจต่อความสามารถในการแก้ปัญหาทางการบริหารการพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลอานันทมหิดล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ยูนิพันธ์. 2556. ศูนย์การพยาบาลสาธารณสุขแห่งชาติ. บันทึกการประชุม.
- จุมพล พูลภัทรชีวิน. 2546. ปฏิบัติการอนาคตด้วย EFDR. วารสารครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย . 32(1): 1-19.
- จุมพล พูลภัทรชีวิน. 2551. การวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย. ในทศพร ศิริสัมพันธ์ (บรรณาธิการ). **เทคนิควิธีวิเคราะห์นโยบาย**. หน้า 61. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ใจทิพย์ เชื้อรัตนพงษ์. 2535. การวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย. ในรวมบทความที่เกี่ยวกับการวิจัยทางการศึกษา (เล่ม2). ม.ป.ท.
- ฉัตรสุมน พงศ์ภิญโญ. 2553. **หลักการวิจัยทางสังคม**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- ชฎาวัลย์ รุณเลิศ. 2550. **การพัฒนารูปแบบและกลไกสำหรับการจัดการหลักสูตรปริญญาตรี 2 ปริญญาของสถาบันอุดมศึกษา สังกัดกระทรวงสาธารณสุข**. ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต. สาขาวิชาอุดมศึกษา ภาควิชานโยบายการจัดการและความเป็นผู้นำทางการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนิดา รักษ์พลเมือง. 2553. เทคนิควิธีการวิเคราะห์นโยบาย. ใน ทศพร ศิริสัมพันธ์ (บรรณาธิการ), **การวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย**. หน้า 59 พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัยวัน เจริญโชคทวี. 2556. การบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ในอุบัติภัยกลุ่มชน. **วชิรเวชสาร**. 57(2): 73 – 79.
- ณัฐพันธ์ เขจรนันท์. 2551. **พฤติกรรมองค์กร**. กรุงเทพมหานคร: ซีเอ็ดยูเคชั่น.
- ทิพวรรณ บุญสนอง, หทัยรัตน์ แสงจันทร์ และ ประณีต ส่งวัฒนา. 2554. การพัฒนาและประเมินผลความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับบาดเจ็บปวดทางช่องเหนืออุรา. **วารสารสภาการพยาบาล**. 26(2): 115 – 125.
- นงนุช โอบะ, ประนอม โอทกานนท์ , รุ่งศรี แสงแก้วศรี, ศรีสุภา ใจโสภา, ขจรศักดิ์ อิ่มเต็ม และทองใบ คำศรี. 2554. การจัดการสาธารณสุขอย่างมีส่วนร่วมเพื่อลดผลกระทบของน้ำท่วมและแผ่นดินถล่ม ในชุมชนแห่งหนึ่ง. **วารสารการพยาบาลและสุขภาพ** 5(3): 39-53.

- นิตยา ศรีญาณลักษณ์. 2545. **การบริหารการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร:
ประชุมช่าง.
- นิตยา โชคทวีพานิชย์. 2556. **การศึกษาการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ**.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. 2551. **ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่
21**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร . 2553. **ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 5.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประกายแก้ว กำคำ, ผ่องสาย จุงใจไพศาล, และ สุริรัช อจลพงค์. 2555. การพัฒนาระบบบริการ
พยาบาลเพื่อเตรียมรับภัยพิบัติแผ่นดินไหว ในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. **วารสาร
พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**. (ฉบับพิเศษ): 87 – 96.
- ปรารธนา ยามานนท์. 2550. **ประสบการณ์การจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพใน
เหตุการณ์สึนามิ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปัทมา โมลี. 2551. ระบบการดูแลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะฉุกเฉินในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล : วิเคราะห์
วรรณกรรม. **วารสารสภาการพยาบาล**. 23(1): 22 – 34.
- พรหมพิไล สุทชนะ และ ประภาพร มโนรัตน์. 2555. ประสบการณ์ของพยาบาลในการช่วยเหลือ
ผู้ประสบภัยน้ำท่วม : กรณีศึกษาโรงพยาบาลสนามจังหวัดอุดรดิตถ์ ณ วัดเขาสมอคอน อำเภอ
ท่าอุ้ง จังหวัดลพบุรี. **วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**. (ฉบับพิเศษ
เดือนพฤศจิกายน): 141-148.
- พรพิมล รักษาแก้ว. 2548. **การวิเคราะห์ตัวประกอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน
สาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต.
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิสนุ พองศรี. 2554. **การประเมินทางการศึกษา: แนวคิดสู่การปฏิบัติ**. พิมพ์ครั้งที่ 6.
กรุงเทพมหานคร: ด้านสุทธาการพิมพ์.
- พูนสุข ศิริพูล, และ สุพัฒนา ศักดิษฐานนท์. 2555. การพยาบาลภาวะพิบัติภัย: สมรรถนะที่จำเป็น
สำหรับพยาบาลไทย. **วารสารสภาการพยาบาล**. 27 (ฉบับพิเศษ ตุลาคม – ธันวาคม): 18-30.
- พูนสุข หิงคานนท์. 2548. ทักษะจำเป็นในการบริหารจัดการทางการพยาบาล. **ในเอกสารประกอบ
การสอนชุดวิชาประสบการณ์วิชาชีพการพยาบาล หน่วยที่ 6**, หน้า 25-52. กรุงเทพมหานคร:
สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

- ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และสำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2555. **มหาอุทกภัยปี 2554 บทเรียนจากประสบการณ์**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์พิมพ์.
- เรมวอล นันท์ศุภวัฒน์. 2542. **ภาวะผู้นำทางการพยาบาลในองค์กร**. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: นพบุรุษการพิมพ์.
- ละเอียต รักษ์เลิศวงศ์. 2552. **ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลิขิต น้อยจ่ายสิน. 2557. เทคโนโลยีภูมิสารสนเทศเพื่อศึกษาภัยพิบัติทางธรรมชาติในประเทศไทย. **วารสารวิทยาศาสตร์บูรพา** . 19(2): 179 -188.
- วรรณเพ็ญ อินทร์แก้วและคณะ. 2548. **การพยาบาลสาธารณภัย: DISASTER NURSING**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สุภา.
- วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และ สมจินดา ชมพูนุช. 2557. **การพยาบาลสาธารณภัย**. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนต์ พับลิชชิ่ง จำกัด.
- วรรณรัตน์ ทิพย์วาริรมย์. 2555. บทบาทพยาบาลสาธารณสุขกับการจัดการภัยพิบัติทางธรรมชาติ. **วารสารพยาบาลสาธารณสุข** 26(3): 119-131.
- วาศินี อ่อนท้วม. 2553. **ผลของการใช้แบบบันทึกการพยาบาลต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิระดา แสงศรี. 2550. **ประสบการณ์การจัดการการพยาบาลสาธารณภัยของพยาบาลวิชาชีพสำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิริยา ขุนพรหม. 2543. **การสร้างแนวคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับความสามารถในเรื่องการสื่อสารระดับกลุ่มในองค์กรประเทศไทย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล. สาขาวิชาอาชีวศึกษาและสื่อการศึกษาคณะศึกษาศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย โรงเรียนจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิเชียร วิทย์อุดม. 2550. **ภาวะผู้นำ (Leadership)**. กรุงเทพมหานคร: ซีระฟิล์มและไซเท็กซ์ จำกัด.
- ศิริชัย กาญจนวาสี. 2554. **ทฤษฎีการประเมิน**. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: สามลดา.
- ศิริลักษณ์ หย่างสุวรรณ. 2543. **การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการจัดเนื้อหาสาระด้วยแผนภาพ สำหรับนักศึกษาฝึกหัดครูสาขาการศึกษาปฐมวัย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล. สาขาวิชาการศึกษาศาสตร์. คณะศึกษาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศูนย์อำนวยการบรรเทาสาธารณภัย กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย. **ระบบบัญชาการ**

เหตุการณ์ในฐานะเครื่องมือบริหารสถานการณ์ฉุกเฉิน. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา:

[http://www.chiangmaihealth.com/cmpho_web53/ICS\).pdf](http://www.chiangmaihealth.com/cmpho_web53/ICS).pdf) [2558, เมษายน 9]

สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน. **โครงการทบทวนแผนจัดการภัยพิบัติด้านการแพทย์และสาธารณสุข.**

[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: [http://who-rtg.com/files/content/brief/Research% 20brief% 202.pdf](http://who-rtg.com/files/content/brief/Research%20brief%202.pdf) [2558, พฤษภาคม 15]

สภาการพยาบาล. 2555. **แผนพัฒนาการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งชาติ ฉบับที่ 3**

(พ.ศ. 2555-2559). นนทบุรี.

สมยศ นาวิการ. 2545. **การบริหาร.** พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: บรรณกิจ.

สมานพงษ์ เนตรยารักษ์. 2540. **ประสิทธิภาพการสื่อสารในธุรกิจแฟรนไชส์ด้านการสื่อสาร**

ระหว่างบริษัทเวสต์ โฟนชิป จำกัด กับลูกค้าแฟรนไชส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ.

ภาควิชาการสื่อสารมวลชน คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุทธิศักดิ์ ศรีสัมพันธ์. 2558. **รายงานการสำรวจทางวิศวกรรม กรณีแผ่นดินไหวประเทศเนปาล.**

[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.gerd.eng.ku.ac.th/News/2015_MayA5.pdf [2558, พฤษภาคม 18]

สุวิมล ว่องวานิช. 2548. **การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่ง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุธีลักษณ์ (นิติธรรม) แก่นทอง. 2555. **ภาวะผู้นำ.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ทริปเพิ้ล กรุ๊ป.

สุนันทา ลักษณิติกุล, อุไร หัตถกิจ และ จิรพรรณ พิรุณดี. 2551. **ประสบการณ์ของพยาบาลในการ**

ปฏิบัติงานกรณีฉุกเฉินพิบัติภัย ในโรงพยาบาลของจังหวัดพังงา. *สงขลานครินทร์เวชสาร.*

26(4): 349 – 360. CHULALONGKORN UNIVERSITY

สุนันทา เลานันท์. 2540. **การสร้างทีมงาน.** กรุงเทพมหานคร: ดี.ดี.บุคส์ไตร์.

สุลักษณ์ มีชูทรัพย์. 2539. **การบริหารการพยาบาล.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร:

จิริรัชการพิมพ์.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.). 2554. **การจัดการภัยพิบัติ**

และการฟื้นฟูบูรณะหลังการเกิดภัย กรณีศึกษาประเทศไทยและประเทศอื่นๆ. [ออนไลน์].

แหล่งที่มา: <http://measwatch.org/book/2689> [2556, พฤศจิกายน 3]

อรพรรณ โตสิงห์. 2554. **สภาการพยาบาลกับการรับมือภัยพิบัติ.** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา:

http://www.thaicne.com/images/sub_1333175250/final%20TNMC.pdf [2558,

พฤษภาคม 15]

- อรุณรัตน์ สิริภักดีกาญจน์. 2556. การศึกษาการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อวยพร ตันมุขกุล. 2540. พลังอำนาจกับการเสริมสร้างในวิชาชีพการพยาบาล. **พยาบาลสาร**
 24(1): 1-9.
- อารีย์วรรณ อ่วมธานี. 2553. เอกสารคำสอนวิชาการพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาล:
LEADERSHIP DEVELOPMENT FOR NURSES. (อัดสำเนา)
- อุไรพร จันทะอุ่มเม้า, สายพิมพ์ คงคุ้ม, อรทัย นนทเกศ และเปรมวดี ศรีเกษ. 2554. การบริหาร
 จัดการในกรณีภัยพิบัติทางธรรมชาติ: ประสบการณ์พยาบาลในจังหวัดภาคใต้. **วารสารกองการ
 พยาบาล** 38(1): 67-74.
- เอมอร ชุนเพชร. 2552. สมรรถนะการพยาบาลสาธารณภัยจากเหตุการณ์ความไม่สงบตาม
 การรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้. วิทยานิพนธ์
 ปริญญาโทบริหารการพยาบาล สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัย
 สงขลานครินทร์.
- อังคณา ช่วยคำชู. 2555. ประสบการณ์การจัดการศูนย์พักพิงช่วยเหลือผู้ประสบภัยน้ำท่วม :
 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต. **วารสารสภาการพยาบาล**. 27(ฉบับพิเศษ ตุลาคม –
 ธันวาคม): 31 - 43.

ภาษาอังกฤษ

- Al Khalaileh, M. A., Bond, E., and Alasad, J. A. 2012. Jordanian nurses' perceptions of
 their preparedness for disaster management. **International Emergency Nursing**
 20:14-23.
- Bass, B. M. 1985. **Leadership and performance beyond expectation.** New York: Free
 Press.
- Beach, M. 2010. **Disaster preparedness and management.** Philadelphia: F.A. Davis.
- Chapman, K., and Arbon, P. 2008. Are nurses ready? Disaster preparedness in the
 acute setting. **Australasian Emergency Nursing Journal** 11: 135-144.
- Daft, R. L. 1999. **Leadership theory and practice.** The Dryden Press.
- Dienesch, R. M., and Liden, R. C. 1986. Leader-member exchange model of leadership:
 A critique and further development. **Academy of Management Review** 11:
 618- 634.

- Dubrin, A. J. 2004. **Leadership research finding, practice, and skills**. 4th ed.
New York: Houghton Mifflin company.
- Elizabeth Sloand, Grace Ho, Rachel Klimmek, Anthony Pho and Joan Kub. 2012.
Nursing children after a disaster: A qualitative study of nurse volunteers and children after the Haiti earthquake. **Journal for Specialists in Pediatric Nursing**. 17(3): 242-253.
- Gomez-Mejia, R. L., and Balkin, B. D. 2002. **Management**. New York: McGraw-Hill.
- Kako, M., and Mitani, S. 2010. A literature review of disaster nursing competencies in Japanese nursing journals. **Collegian** 17: 161-173.
- Langan, J.C., and James,D.C. 2005. **Preparing nurse for disaster management**. New Jersey: Pearson education.
- Lim, G. S., and Daft, R. L. 2004. **The leadership experience in Asia**. Singapore: Thomson.
- Linestone, H. A., and Turoff, M. 1975. **The delphi method techniques and application**. Masshusette: Addison-Wesky Pulishing.
- Margalit, G., et al. 2002. Recommendations for nursing requirements at a field hospital, based on the Israel Defense Forces field hospital at the earthquake disaster in Turkey-August 1999. **Accident and Emergency Nursing**. 10(4): 217-220.
- Marquis, B. L., and Huston, C. J. 2012. **Leadership Roles and Management Functions in Nursing Theory and Application**. 7th ed. New York: Lippincott.
- Masaru Nohara. 2011. Impact of the Great East Japan Earthquake and tsunami on health, medical care and public health systems in Iwate Prefecture, Japan, 2011. **Western Pacific Surveillance and Response Journal**. 2(4): 1-7.
- Powers. R., and Daily,E. 2010. **International Disaster Nursing**. New York: Cambridge University Press.
- Priest, C. 2009. Catastrophic Conditions, Tough Decision: The role and Responsibilities of Nurse Leaders in Disaster Setting. **Nurse Leader**, 7(3): 48-50.
- Putra, A., Petpichetchian,W., and Maneewat,K. 2011. Review: Public Health Nurses' Roles and Competencies in Disaster Management. **Nurse Media Journal of Nursing**.1(1): 1-14.

- Rivera, A. F. and Char, D. M. 2004. Emergency department disaster preparedness: Identifying the barriers. **Annals of Emergency Medicine**. 44(4).
- Shark, S. B., and Sharples, A. Y. 2001. An approach to consensus building using The Delphi technique: developing a learning resource in mental health nursing. **Nurse Education Today** 21(5): 398-408.
- Slepski, L. A. 2007. Emergency Preparedness and Professional Competency Among Health Care Providers During Hurricanes Katrina and Rita: Pilot Study Results. **Disaster Management and Response**. 5(4): 99-110.
- Stewart, R. 1999. **Handbook of team working**. Hampshire: Gower publishing.
- Tomas, S. B. 2002. **Management: Competency in the new era**. 5th ed. Boston: McGraw- Hill.
- United Nations. 2013. **World Population Prospects The 2012 Revision Highlights and Advance Tables**. [online]. Available from: http://esa.un.org/unpd/wpp/Documentation/pdf/WPP2012_HIGHLIGHTS.pdf [2013, Aug 30]
- Veenama, T.G. 2013. **Disaster nursing and emergency preparedness for chemical, biological, and radiological terrorism and other hazards**. 3rd ed. New York: Springer.
- Viroj Wiwanitkit. 2015. 2015 Nepal Earthquake: Lessons Learnt for Health Care Team. **International Journal of Natural Disasters & Health Security**. 2(1): 1.
- World Health Organization and International Council of Nurses. 2009. **ICN Framework of Disaster Nursing Competencies**. Geneva.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก
รายนามและประวัติผู้เชี่ยวชาญ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้เชี่ยวชาญ

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้านนโยบายการจัดการสาธารณสุข จำนวน 2 คน รายนามดังนี้
 - 1.1 นางสาวประกายแก้ว กำคำ
 - 1.2 นางสาวกาญจณี โอภาสพิพาคร
2. กลุ่มอาจารย์/นักวิชาการด้านการพยาบาลสาธารณสุข จำนวน 8 คน รายนามดังนี้
 - 2.1 รศ.ดร. นงนุช บุญยัง
 - 2.2 ผศ. ดร. กรองไต่ อุณหสูต
 - 2.3 ผศ. ดร อรพรรณ โตสิงห์
 - 2.4 ผศ. ดร.แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ
 - 2.5 ผศ. วรณเพ็ญ อินทร์แก้ว
 - 2.6 ดร. วิภาดา วิจักขณาจัญญ์
 - 2.7 ดร. กำไลรัตน์ เย็นสุจิตร์
 - 2.8 น.ท.หญิง บุรณี เครือเพชร
3. กลุ่มผู้บริหารการพยาบาล จำนวน 8 คน รายนามดังนี้
 - 3.1 นางสาวพูนพิศ บุรณะการเจริญ
 - 3.2 นางสาวอุบล ยี่เฮง
 - 3.3 นาวาอากาศเอกหญิง ดร โสพรรณ โปะทะยะ
 - 3.4 นางกฤษณา กลิ่นสมิทธิ์
 - 3.5 นางเพ็ญจิต งามนิธิพร
 - 3.6 นางสาวสรिया ทวีกุล
 - 3.7 นางสาวกมลมาศ ไสสะอาด
 - 3.8 นายอำนาจ กาศสกุล
4. กลุ่มผู้ปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 6 คน รายนามดังนี้
 - 4.1 นางสาวอุษา บุญเปลี่ยน
 - 4.2 นางสาวภาวิณี อยู่ประเสริฐ
 - 4.3 นางสาวสุกัญญา ทรัพย์อุดมมั่งมี
 - 4.4 เรืออากาศตรีธนารัตน์ ศรีสวัสดิ์
 - 4.5 นายเสริมเกียรติ ไกรทองสุข
 - 4.6 นายปัญญาศิลป์ สมบูรณ์

ประวัติผู้เชี่ยวชาญ

1. กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้านนโยบายการจัดการสาธารณสุข จำนวน 2 คน รายนามดังนี้

1.1 นางสาวประกายแก้ว กำคำ

ตำแหน่งปัจจุบัน หัวหน้าพยาบาล

สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

ประสบการณ์ทำงานด้านสาธารณสุข มากกว่า 7 ปี

วุฒิการศึกษา

ปริญญาตรี สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข
เน้นการบริหารโรงพยาบาล จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

ปริญญาโท ครุศาสตรบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2534

การศึกษาอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการสาธารณสุข

- การบรรเทาสาธารณสุขของ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ผลงานวิชาการหรือรางวัลที่ได้รับเกี่ยวกับงานด้านการจัดการสาธารณสุข

- ประกายแก้ว กำคำ. 2555. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลเพื่อเตรียมรับภัยพิบัติแผ่นดินไหว ในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ฉบับพิเศษ หน้า 87 – 96

ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการจัดการสาธารณสุข

- เป็นหัวหน้าทีมการพยาบาลในเหตุการณ์แผ่นดินไหว จังหวัดเชียงราย วันที่ 4 มีนาคม 2554 และ วันที่ 5 พฤษภาคม 2557
- คณะกรรมการศูนย์การพยาบาลสาธารณสุขแห่งชาติ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ วาระ ปี พ.ศ. 2556-2558

1.2 นางสาวกาญจณี โอภาสทิพากร

ตำแหน่งปัจจุบัน หัวหน้าพยาบาล

สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประสบการณ์ทำงานด้านสาธารณสุข มากกว่า 20 ปี

วุฒิการศึกษา

ปริญญาโท พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2550

การศึกษาอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการสาธารณสุข

- หลักสูตรการบริหารจัดการสถานการณ์ภัยพิบัติ
- อบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเป็นวิทยากรทางการแพทย์ กรณีบาดเจ็บจากอาวุธที่มีอำนาจทำลายสูง (The Management and Treatment of WMD mass casualty Incidents)
- การเตรียมด้านจิตใจเพื่อการบรรเทาทุกข์ (Coping with Crisis)

ผลงานวิชาการหรือรางวัลที่ได้รับเกี่ยวกับงานด้านการจัดการสาธารณสุข

- รางวัล 45th Award of the Florence Nightingale Model. By the International Committee of the Red Cross (ICRC)

ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการจัดการสาธารณสุข

- การบริหารจัดการรับสถานการณ์รถแก๊สพลิกคว่ำและระเบิดที่ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ สีนามิ การชุมนุมทางการเมืองในกรุงเทพมหานคร และมหาอุทกภัย
- คณะกรรมการศูนย์การพยาบาลสาธารณสุขแห่งชาติ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ วาระ ปี พ.ศ. 2556-2558

2. กลุ่มอาจารย์/นักวิชาการด้านการพยาบาลสาธารณสุข จำนวน 7 คน รายนามดังนี้

2.1 รศ.ดร. นงนุช บุญยัง

ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์ประจำภาควิชาการบริหารการศึกษาพยาบาลและบริการการพยาบาล

สถานที่ปฏิบัติงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ประสบการณ์ทำงานด้านสาธารณสุข มากกว่า 5 ปี

วุฒิการศึกษา

Ph.D. from University of Washington Seattle, USA.

MBA (Health care systems) Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand

การศึกษาอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการสาธารณภัย

- การศึกษาการจัดการระบบสุขภาพทั้งในยามปกติและเมื่อเกิดสาธารณภัย

ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการจัดการสาธารณภัย

- ช่วยเหลือจัดการขณะเกิดสึนามิ ที่ภูเก็ต
- น้ำท่วม อำเภอหาดใหญ่
- อยู่ในระหว่างการเตรียมการช่วยเหลือผู้ประสบภัยแผ่นดินไหว ประเทศเนปาล

2.2 ผศ. ดร. กรองโต อุณหุต

ตำแหน่งปัจจุบัน ผู้ช่วยศาสตราจารย์

สถานที่ปฏิบัติงาน ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประสบการณ์ทำงานด้านสาธารณภัย มากกว่า 15 ปี

วุฒิการศึกษา

| | |
|-----------|---|
| ปริญญาตรี | พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา |
| ปริญญาโท | วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล |
| ปริญญาเอก | การศึกษาดุษฎีบัณฑิต (การอุดมศึกษา) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ Research Program a Post Doctoral university of Colorado in Denver, Follow (Trauma nursing) USA. ค.ศ. 2009 |

การศึกษาอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการสาธารณภัย

- Certificate of Developing and Organizing a trauma care system from Rambam Medical Center, Isreal. 2002
- Certificate of Attendance truma nurse coordinator from Rambam Medical Center, Israel. 2006 and Fellow in Mass casualty situation management from Rambam Medical Center, Israel. 2008

ผลงานวิชาการหรือรางวัลที่ได้รับเกี่ยวกับงานด้านการจัดการสาธารณภัย

- การพัฒนาเกณฑ์การประเมินความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในประเทศไทย
- Protocol of Nursing management in Emergency Incident Command System
- วิทยากรบรรยายเรื่อง Disaster nursing ณ ประเทศญี่ปุ่นและ Mass casualty situation management ณ ประเทศอิสราเอล
- Unhasuta, K, and Thai Truma Nurses Society. (2007). Core competency Research of ER Nurse. Bangkok: Sahadhamic Printing.

ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการจัดการสาธารณสุข

- ร่วมวางแผนจัดการสาธารณสุขจากสารเคมี ณ ประเทศอิสราเอล และ เฮติ
- ร่วมวางแผนและจัดระบบบริการพยาบาลเพื่อรับมือกับสาธารณสุข ณ โรงพยาบาลเกาะพีพี จังหวัดกระบี่

2.3 ผศ. ดร อรพรรณ โตสิงห์

ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์

สถานที่ปฏิบัติงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประสบการณ์ทำงานด้านสาธารณสุข มากกว่า 9 ปี

วุฒิการศึกษา

ปริญญาตรี อนุปริญญาพยาบาล ประกาศนียบัตรผดุงครรภ์
ป พยาบาลผดุงครรภ์และอนามัยชั้นสูง คณะพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล

ปริญญาโท Master of Science in Nursing, Wayne State University,
Michigan, USA

ปริญญาเอก พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล

การศึกษาอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการสาธารณสุข

- RAMBAM Medical center, ประเทศอิสราเอล พ.ศ. 2555
- Flinders University, Australia, 2015

ผลงานวิชาการหรือรางวัลที่ได้รับเกี่ยวกับงานด้านการจัดการสาธารณสุข

- Visiting scholar at WHO CC for disaster nursing research , Flinders University, Australia, 2015.
- Contry report for WHO South east asia region 2013
- Speakers ในการประชุม Asian pacific on Emergency and Disaster Nursing Network ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 2005 ถึงปัจจุบัน (ปีละ 1 ครั้ง)

ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการจัดการสาธารณสุข

- จัดฝึกอบรม Trauma Life Support for nurses ในนามของสภาการพยาบาลร่วมกับโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ ทหารอากาศ ให้พยาบาล 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พ.ศ. 2549
- ประธานคณะทำงานศูนย์พยาบาลสาธารณสุขแห่งชาติ พ.ศ. 2550 – 2555

- Core working group Asian pacific on Emergency and Disaster Nursing Network ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 2005 ถึงปัจจุบัน
- ควบคุมวิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ เกี่ยวกับ emergency and disaster
- ผู้แทนประเทศไทยในการประชุม World Health Assembly ที่กรุงเจนีวา ประเทศสวิส เพื่อเสนอนโยบายเกี่ยวกับการควบคุมการขนย้ายและเก็บสารเคมี เพื่อป้องกันภัยพิบัติจากสารเคมี ค.ศ. 2011

2.4 ผศ. ดร.แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ

ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข

สถานที่ปฏิบัติงาน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประสบการณ์ทำงานด้านสาธารณสุข มากกว่า 8 ปี

วุฒิการศึกษา ปริญญาเอก Ph.D. (Global Environmental Health)

การศึกษาอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการสาธารณสุข

- จบการศึกษาระดับปริญญาเอกสาขา Disaster management

ผลงานวิชาการหรือรางวัลที่ได้รับเกี่ยวกับงานด้านการจัดการสาธารณสุข

- แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ. (2551). “ภาวะโลกร้อน: ความท้าทายต่อการสาธารณสุข” การประชุมวิชาการสาธารณสุขแห่งชาติ ครั้งที่ 12 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 20 – 22 สิงหาคม 2551
- แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ. (2552). การจัดการสาธารณสุขทางการแพทย์. วารสารการพยาบาลสาธารณสุข. 23(2), 108 – 119.
- Jirapongsuwan A., Englande A J., Fos P.J. Development of a water-related disaster decision model for nurses in Thailand. J Med Assoc. Thailand 2012; 95 (Suppl. 6) : S120-126.

ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการจัดการสาธารณสุข

- วิทยากรบรรยายเรื่องการจัดการสาธารณสุข
- ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลสาธารณสุข

2.5 ผศ. วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว

ตำแหน่งปัจจุบัน ผู้ช่วยศาสตราจารย์

สถานที่ปฏิบัติงาน ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช
วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

ประสบการณ์ทำงานด้านสาธารณสุข มากกว่า 28 ปี

วุฒิการศึกษา

ปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

ปริญญาโท ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

การศึกษาอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการสาธารณสุข

- พ.ศ. 2538 : Disaster Management Course (ADPC)
- พ.ศ. 2549 : Psychosocial Support Programme (IFRC)
- พ.ศ. 2550 : การจัดการภัยพิบัติ (สำนักงานบรรเทาทุกข์ฯ สภากาชาดไทย)
- พ.ศ. 2550 : CBFA Master Facilitator (ARC, IFRC and PMI)
- พ.ศ. 2555 : Promoting community – based Disaster Risk Reduction, Climate Change Adaptation and Helping Older People in Emergencies (ESCAP, ADPC and Help Age)
- พ.ศ. 2556 : Incident Command System (สำนักงานบรรเทาทุกข์ฯ สภากาชาดไทย)
- พ.ศ. 2555 – พ.ศ. 2557 : Disaster Nursing Education Programme (JRCCN)

ผลงานวิชาการหรือรางวัลที่ได้รับเกี่ยวกับงานด้านการจัดการสาธารณสุข

ตำรา

- พ.ศ. 2548 : ตำราการพยาบาลสาธารณสุข
- พ.ศ. 2557 : ตำราการพยาบาลสาธารณสุข

วิจัย

- พ.ศ. 2557 : งานวิจัย Health Impact and Adaptation of the Eldery Affected by Flood in Ladkrabang District Bangkok
- พ.ศ. 2557 : The Effect of Interactive Teaching Method on Achievement and Prevention – Mitigation, Preparedness, and Response Competencies of Undergraduate Nursing Students based on ICN Framework of Disaster Nursing Competencies.
- พ.ศ. 2557 : Nurses’ Perception and Expectation on Disaster Nursing.

ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการจัดการสาธารณสุข

งานบริการ

- พ.ศ. 2531 : การสร้างเสริมสุขภาพผู้อพยพในศูนย์อพยพเขาอีต้ง จังหวัดปราจีนบุรี
- พ.ศ. 2549 – 2553 : การฟื้นฟูสภาพผู้ประสบภัยจากคลื่นยักษ์สึนามิใน 6 จังหวัดภาคใต้ของประเทศไทย
- พ.ศ. 2554 : การบรรเทาทุกข์ผู้ประสบอุทกภัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

งานสอน

- พ.ศ. 25530 – ปัจจุบัน : สอนวิชาการพยาบาลสาธารณสุขแก่นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

งานพัฒนาวิชาชีพ

- พ.ศ. 2551 – 2555 : คณะทำงานศูนย์พยาบาลสาธารณสุขแห่งชาติ

2.6 ดร. วิภาดา วิจักขณางค์

ตำแหน่งปัจจุบัน ผู้ช่วยเลขาธิการ

สถานที่ปฏิบัติงาน สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ประสบการณ์ทำงานด้านสาธารณสุข มากกว่า 8 ปี

วุฒิการศึกษา

ปริญญาตรี(เทียบเท่า) ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง

วิทยาลัยพยาบาลศรราชสีมา พ.ศ. 2528

ปริญญาโท พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลครอบครัว)

มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ. 2539

ปริญญาเอก ศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต (หลักสูตรและการสอน)

มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ. 2544

การศึกษาอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการสาธารณสุข

- อบรมหลักสูตร Disaster โดยวิทยากรจากประเทศสหรัฐอเมริกา ณ โรงแรมสยามซิตี้ จัดโดยสำนักควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี ค.ศ. 1999
- อบรมหลักสูตร “Pollution Prevention: Chemical Emergency Preparedness” จัดโดย Faculty of Engineering, Khon Kaen University, Thailand in collaboration with Council for State Government/ US-Asian Environmental Partnership ในปี ค.ศ. 2000

- อบรมหลักสูตร “Major Incident Medical Management and Support: MIMMS” จัดโดย Region Vastra Gotaland, Pre-hospital and Disaster Medicine Centre เมือง Gothenburg ประเทศ Sweden ในปี ค.ศ. 2007 โดยได้รับทุนจาก สสส.
- ศึกษาดูงานการเตรียมความพร้อมและตอบโต้ภัยพิบัติ ณ ประเทศไต้หวัน จัดโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ระหว่างวันที่ 4 – 8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2556 โดยได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
- ศึกษาดูงาน Disaster Management in Houston city, State of Texas ประเทศสหรัฐอเมริกา ระหว่างวันที่ 20 – 30 กันยายน 2557 โดยได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ผลงานวิชาการหรือรางวัลที่ได้รับเกี่ยวกับงานด้านการจัดการสาธารณสุข

- โล่ผู้มีผลงานดีเด่นด้านการพัฒนาบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินและผู้ให้การสนับสนุนการพัฒนาทักษะการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ โดยคณะกรรมการแข่งขัน EMS Rally ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2557

ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการจัดการสาธารณสุข

- คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ศูนย์นเรนทร กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2545 – 2546
- คณะกรรมการพัฒนาหลักสูตร คณะทันตแพทย์พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน คณะทำงานจัดทำมาตรฐานเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ. 2550 – ปัจจุบัน
- คณะกรรมการศึกษาพัฒนาระบบบริหารจัดการด้านการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพและองค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2552
- คณะอนุกรรมการด้านสาธารณสุขในคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ. 2553 – 2556
- Asia Conference for Emergency Medicine 2011 Committee สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2554
- คณะกรรมการพัฒนาศักยภาพด้านวิชาการสาธารณสุขทางการแพทย์และสาธารณสุข สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน (สธฉ.) กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2556 – ปัจจุบัน

2.7 ดร. กำไลรัตน์ เย็นสุจิตร์

ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์ระดับ 7

สถานที่ปฏิบัติงาน ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช
วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

ประสบการณ์ทำงานด้านสาธารณสุข มากกว่า 20 ปี

วุฒิการศึกษา

ปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย พ.ศ. 2525

ปริญญาโท วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาสุขศึกษา

มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2534

สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2538

ปริญญาเอก สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2543

การศึกษาอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการสาธารณสุข

- 27-31 May, 2002 : The South East and East Asia Region SPHERE Training Workshop : Hanoi, Vietnam.
- 9-12 May, 2006 : Regional Water and Sanitation Workshop, Organized by Bangkok Regional Delegation-Southeast Asia : Bangkok, Thailand.
- 22-28 May, 2006 : Participatory Hygiene and Sanitation Transformation (PHAST) Workshop, Organized by American Red Cross : Phang Nga Province, Thailand.
- 18-25 September, 2006 : Training of Trainers & Technical skills in SPHERE Course, Organized by The International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies South East Asia Regional Delegation : Bangkok, Thailand.
- 28-31 August, 2006 : CBDRM Training-of-Trainers Course, Organized by The Department of Disaster Prevention and Mitigation : Bangkok, Thailand.
- 24 June -2 July, 2007 : Workshop on Sharing of Experience on Early Warning System BDRCS Cyclone Preparedness Program, sponsored by the American Red Cross and International Federation of Red Cross and Red Crescent : Dhaka, People's Republic of Bangladesh.
- 16-27 July, 2007 : Community Based Disaster Risk Reduction Course, Organized by Asian Disaster Preparedness Center : Bangkok, Thailand.

- 17-21 September, 2007 : Field Induction Course, Organized by British Red Cross Society : Bangkok, Thailand.
- 14-22 February, 2008 : RDRT Induction Course (Regional Disaster Response Team), Organized by The International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies South East Asia Regional Delegation : Singapore & Johor Bahru, Malaysia.

ผลงานวิชาการหรือรางวัลที่ได้รับเกี่ยวกับงานด้านการจัดการสาธารณสุข

- พ.ศ. 2554 ได้รับรางวัลเหรียญพลอเรนซ์ ไนติงเกล ครั้งที่ 43 ประจำปี 2554 จากคณะกรรมการกาชาดระหว่างประเทศ (International Committee of the Red Cross : ICRC) โดยรับพระราชทานจากสมเด็จพระรัตนราชสุตาฯ สยามบรมราชกุมารี เมื่อวันที่ 16 มิถุนายน 2554
- กำไลรัตน์ เย็นสุจิตร์ และรัตนา พึ่งเสมา. (2557). สมรรถนะพยาบาลสาธารณสุขตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, 15, 6-20.

ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการจัดการสาธารณสุข

- การปฏิบัติงานบรรเทาทุกข์ผู้ประสบภัยต่างๆ เช่น อุทกภัย วาตภัย อัคคีภัย เป็นต้น และการปฏิบัติงานหน่วยปฐมพยาบาลในงานต่างๆ
- การปฏิบัติงานหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ให้การบริการตรวจรักษาพยาบาลและดูแลสุขภาพอนามัยแก่ผู้ด้อยโอกาสในถิ่นทุรกันดาร และการปฏิบัติงานหน่วยแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.)
- การปฏิบัติงานหน่วยแพทย์ให้การรักษาพยาบาลและดูแลสุขภาพอนามัยแก่ผู้อพยพชาว กัมพูชาและเวียดนาม ณ ศูนย์อพยพเขาอีต้งและไซท์ 2 และราษฎรไทยตามชายแดน ไทย-กัมพูชา จังหวัดสระแก้ว และได้ร่วมกับคณะกรรมการกาชาดระหว่างประเทศในการเผยแพร่กฎหมายมนุษยธรรมและความรู้เรื่องสุขภาพ ให้กับหน่วยทหารและประชาชนที่อยู่ตามแนวชายแดนไทย-กัมพูชา
- การปฏิบัติงานให้บริการด้านการรักษาพยาบาลและดูแลสุขภาพอนามัยแก่ชาวกัมพูชา ภายใต้โครงการให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์และสาธารณสุข ณ จังหวัดเกาะกง ราชอาณาจักรกัมพูชา
- การปฏิบัติงานหน่วยแพทย์ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลในเหตุการณ์ที่มีความขัดแย้งทางการเมือง เช่น พฤษภาทมิฬ

- เป็นหัวหน้าทีมในการปฏิบัติงานโครงการชุมชนพร้อมรับภัยพิบัติ สภากาชาดไทย ที่จังหวัดพังงา ตามโครงการเตรียมพร้อมด้านภัยพิบัติสำหรับประเทศไทย ปี พ.ศ. 2551-2553 ซึ่งเป็นโครงการความร่วมมือระหว่างสภากาชาดไทยและกาชาดอเมริกา
- การบริหารจัดการการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องด้านภัยพิบัติ เช่น การจัดการด้านภัยพิบัติ การลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติระดับชุมชน การประเมินความเสียหายและความต้องการเมื่อเกิดภัยพิบัติ การสื่อสารในภาวะฉุกเฉิน
- เป็นวิทยากรบรรยายเรื่อง การจัดการภัยพิบัติ การลดความเสี่ยงจากภัยภัยพิบัติระดับชุมชน การมีส่วนร่วมและการสร้างเครือข่ายในการจัดการความเสี่ยงจากภัยพิบัติโดยอาศัยชุมชนเป็นฐาน การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพชุมชนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการฝึกอบรมปฐมพยาบาล

ปัจจุบัน

- อาจารย์สอนนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ในรายวิชาต่างๆ เช่น การพยาบาลฉุกเฉินและสาธารณสุขภัย การพยาบาลอนามัยชุมชน การพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การรักษาโรคเบื้องต้น วิทยาการระบาด การวิจัยทางการพยาบาล ประเด็นและแนวโน้มวิชาชีพการพยาบาล โครงการงานเพื่อสุขภาพ เป็นต้น
- วิทยากรให้ความรู้ด้านการจัดการภัยพิบัติในหัวข้อต่างๆ เช่น “บทบาทพยาบาลกับการจัดการสาธารณสุขภัย” “Nurses’ Role in Disaster and Mass Casualty” “การประสานงานและการสร้างเครือข่าย” “การสร้างเครือข่ายในการจัดการความเสี่ยงจากภัยพิบัติโดยอาศัยชุมชนเป็นฐาน” “บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลสาธารณสุขภัย” “การปฐมพยาบาล” ให้กับหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ สถาบันการศึกษา วิทยาลัยป้องกันและบรรเทาสาธารณสุขภัย สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย หน่วยงานภาครัฐและเอกชน ฯลฯ
- คณะทำงานศูนย์ฝึกอบรมด้านสุขภาพในงานสาธารณสุข วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ร่วมดำเนินโครงการชุมชนพร้อมรับอุทกภัย 2557 และโครงการแกนนำจิตอาสาเตรียมพร้อมรับอุทกภัย 2556
- คณะกรรมการศูนย์การพยาบาลสาธารณสุขภัยแห่งชาติ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ วาระ ปี พ.ศ. 2556-2558
- เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ งานวิจัย และงานวิชาการต่างๆ

2.8 น.ท.หญิง บุรณี เครือเพ็ชร์

ตำแหน่งปัจจุบัน หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลพื้นฐาน

สถานที่ปฏิบัติงาน วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ

ประสบการณ์ทำงานด้านสาธารณสุข มากกว่า 15 ปี

วุฒิการศึกษา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
มหาวิทยาลัยมหิดล

3. กลุ่มผู้บริหารการพยาบาล จำนวน 8 คน รายนามดังนี้

3.1 นางสาวพูนพิศ บุรณะการเจริญ

ตำแหน่งปัจจุบัน หัวหน้าพยาบาล/รองผู้อำนวยการ (อดีต)

สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลราชวิถี (อดีต)

ประสบการณ์ทำงานด้านสาธารณสุข มากกว่า 20 ปี

วุฒิการศึกษา การศึกษา (การพยาบาล) บัณฑิต

การศึกษาอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการสาธารณสุข

- การพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี
- หลักสูตรพยาบาลประจำการพยาบาลฉุกเฉิน ณ สถาบันการแพทย์ ด้านอุบัติเหตุและสาธารณสุข
- Second South and East Asia Conference on Emergency Medical Care ณ ประเทศสิงคโปร์

ผลงานวิชาการหรือรางวัลที่ได้รับเกี่ยวกับงานด้านการจัดการสาธารณสุข

- ประกาศนียบัตรช่วยผู้ประสบภัยแผ่นดินไหว ณ ประเทศญี่ปุ่น จากรัฐบาลญี่ปุ่น ปีพ.ศ. 2538
- เกียรติบัตรช่วยผู้ประสบภัยสึนามิ จากกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- เกียรติบัตรช่วยผู้ประสบภัยแก๊สระเบิด จากกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการจัดการสาธารณสุข

- ร่วมทีมหน่วยแพทย์ ช่วยผู้ประสบภัยแผ่นดินไหว ณ ประเทศญี่ปุ่น
- หัวหน้าทีมพยาบาล ช่วยผู้ประสบภัยสึนามิ ภาคใต้ ประเทศไทย
- หัวหน้าทีมพยาบาล ช่วยผู้ประสบภัยแก๊สระเบิด ประเทศไทย
- บริหารจัดการและวางระบบบริการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต โรงพยาบาลราชวิถี (รวมทั้งหน่วยกู้ชีพเรนทร) และเป็นผู้ร่วมก่อตั้งหน่วยกู้ชีพเรนทร

3.2 นางสาวอุบล ยี่เฮง

ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ

สถานที่ปฏิบัติงาน ศูนย์กู้ชีพเรนทร โรงพยาบาลราชวิถี

ประสบการณ์ทำงานด้านสาธารณสุข มากกว่า 20 ปี

วุฒิการศึกษา พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง วิทยาลัยบรมราชชนนีกรุงเทพ

การศึกษาอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการสาธารณสุข

- Certificate “Hospital Preparedness for Disaster management” ADPC พ.ศ. 2545
- Certificate “WMD Mass Casualty Management and Treatment : Train the Trainer. US. Department of State. พ.ศ. 2546
- Certificate “Nuclear and Radiological Emergency Preparedness” Office of Atoms for Peace and Japan Atomic Energy Research Institute. พ.ศ. 2548
- Certificate “Hospital Based Management of Mass Casualty Incidents.” US. Department of State. พ.ศ. 2550
- Certificate “Developing a Scalable Biological Response Table-Top Exercise, 30 July – 1 August 2012.” จาก Kingdom of Thailand National Security Council and United States Defense Threat Reduction Agency

ผลงานวิชาการหรือรางวัลที่ได้รับเกี่ยวกับงานด้านการจัดการสาธารณสุข

- วิทยากรบรรยายและสอนภาคปฏิบัติ รวมถึงภาคสนามด้านอุบัติเหตุฉุกเฉิน และระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตั้งแต่ พ.ศ. 2540 ถึงปัจจุบัน
- วิทยากรร่วมกับสถานทูตสหรัฐอเมริกา สอนทหาร, ตำรวจ, กู้ภัยใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในหัวข้อ การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บในสถานการณ์รบ พ.ศ. 2550
- วิทยากรฝึกอบรมการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บสำหรับพยาบาล Trauma Life Support for Nurses ของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ร่วมกับสถาบันเวชศาสตร์การบินกรรมแพทยทหารอากาศ
- อาจารย์พิเศษหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, มหาวิทยาลัยบูรพา, มหาวิทยาลัยปทุมธานี, มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี และ

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ในหัวข้อเรื่องแนวทางในการจัดทำแผนอู่บัติภัยหมู่และ
สาธารณภัย, ภัยพิบัติและการเตรียมความพร้อม

- คณะผู้จัดทำหลักสูตรและคู่มือวิทยากรการปฐมพยาบาล ณ. จุดเกิดเหตุ กระทรวง
สาธารณสุข
- ศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการช่วยชีวิตขั้นสูงของผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ
จุดเกิดเหตุ ของศูนย์กู้ชีพเรนทร โรงพยาบาลราชวิถี พ.ศ. 2550

ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการจัดการสาธารณภัย

- คณะทำงานการจัดทำเนื้องานการจ้ดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย
กระทรวงสาธารณสุข และกรรมการบริหารสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย
ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 – 2548
- กรรมการและเลขานุการพัฒนาระบบบริการพยาบาลสาธารณสุข สมาคมพยาบาล
แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2548 – 2549
- คณะกรรมการและวิทยากรการจัดทำหลักสูตรและฝึกซ้อมการเตรียมพร้อมรับ
สถานการณ์ฉุกเฉิน ทั้งภาคทฤษฎีและภาคสนาม ของกรมการแพทย์ กระทรวง
สาธารณสุข ร่วมกับสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2551 –
ปัจจุบัน
- คณะกรรมการศูนย์การพยาบาลสาธารณสุขแห่งชาติ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
วาระ ปี พ.ศ. 2556-2558

3.3 นาวาอากาศเอกหญิง ดร โสพรรณ โพทะยะ

ตำแหน่งปัจจุบัน นายทหารพยาบาลกองการพยาบาล โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
กรมแพทย์ทหารอากาศ

สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

ประสบการณ์ทำงานด้านสาธารณสุข มากกว่า 10 ปี

วุฒิการศึกษา

- ปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลกองทัพอากาศ
- ปริญญาโท วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาขาพยาบาลศาสตร์)
- ปริญญาเอก พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต
- วุฒิปัตร (2546) และหนังสืออนุมัติ (2556) ผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง (APN)
สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์

การศึกษาอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการสาธารณภัย

- บทบาทของบุคลากรสายแพทย์ในการช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติ (24-25 ก.ค.51) สนพ. ทหาร สน.ผบ.ทหารสูงสุด
- ศัลยกรรมแก่ผู้บาดเจ็บจากความรุนแรงทางอาวุธ (6-7 พ.ย.51) สภาอากาศไทย และ คณะกรรมการกาชาดสากล
- Quality Improvement in Trauma Care (24-25 พ.ย.51) ศูนย์อุบัติเหตุ รพ.พระมงกุฎเกล้า
- การประชุมวิชาการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับชาติ ครั้งที่ 3 เรื่อง พัฒนาระบบ EMS รับเหตุสาธารณภัย (27-29 เม.ย.52) สพฉ. ร่วมกับ สนง.สสจ.สุราษฎร์ธานี และ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
- โครงการอบรมผู้บริหารเพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านสาธารณภัย (25-26 พ.ค.52) สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
- RTARF – USPACOM Blast Injury Symposium 2009 (20-24 ก.ค.52) RTARF, USPACOM
- โครงการอบรมพยาบาลเพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านสาธารณภัย (16-17 ธ.ค.52) สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
- The 1st Research Conference of World Society of Disaster Nursing เรื่อง Disaster Knows No Borders: Human Bonding (9-10 ม.ค.53) ณ เมืองโกเบ ประเทศญี่ปุ่น
- Mass trauma: Preparedness, Response and Lesson Learned (10-11 ส.ค.53) สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
- Trauma Center Development and Mass Casualty Incident Management Course (21-23 เม.ย.57) Phramongkutklo Hospital, Royal Thai Embassy, Tel Aviv, Israel, and Rambam Health Care Campus, Haifa, Israel

ผลงานวิชาการหรือรางวัลที่ได้รับเกี่ยวกับงานด้านการจัดการสาธารณภัย

- วิทยากรบรรยาย การจัดการ/การพยาบาลผู้บาดเจ็บและสาธารณภัย ตั้งแต่ ปี 2546
- ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย (การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาล, การพัฒนาหลักสูตรเสริมเพื่อพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลด้านภัยพิบัติสำหรับนักศึกษาพยาบาล ฯลฯ)
- Reviewer บทความตีพิมพ์ในวารสาร (การเตรียมความพร้อมในการรับอุทกภัยของประชาชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี)

- คณะอนุกรรมการจัดทำหลักสูตรฝึกอบรม APN (สาขาอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์) แขนงการพยาบาลฉุกเฉิน การบาดเจ็บและสาธารณสุข) สภาการพยาบาล
- กรรมการและเลขานุการ ศูนย์การพยาบาลสาธารณสุขแห่งชาติ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
- ICN Experts Bank ด้าน Trauma & Disaster Nursing
- โสพรรณ โพทะยะ และสุพุม่า ฐิติพลธำรง (บรรณาธิการ) (2557). กรอบสมรรถนะการพยาบาลสาธารณสุขของสภาพยาบาลระหว่างประเทศ (ICN Framework of Disaster Nursing Competencies) ฉบับแปลภาษาไทย. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ.
- ประกาศเกียรติคุณ การสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ที่ประสบภัยในด้านการแพทย์และสาธารณสุขจากพิบัติภัย คลื่นสึนามิ ถล่มใน 6 จังหวัดอันดามัน ภูเก็ต พังงา กระบี่ ระนอง ตรัง สตูล เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2547 (กระทรวงสาธารณสุข 25 ม.ค.2548)

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข

- อุบัติเหตุเฮลิคอปเตอร์ตก ปี 2532
- โรงแรมรอยัลพลาซ่าถล่มที่โคราช ปี 2536
- สถานการณ์ธรณีพิบัติภัยคลื่นยักษ์สึนามิ ปี 2547
- สถานการณ์ความขัดแย้งทางความคิดและการเมืองในปี 2553
- อุทกภัยในภาคกลางและกรุงเทพฯ ปี 2554
- คณะกรรมการศูนย์การพยาบาลสาธารณสุขแห่งชาติ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ วาระ ปี พ.ศ. 2556-2558

3.4 นางกฤษณา กลิ่นสมิทธิ

ตำแหน่งปัจจุบัน หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

สถานที่ปฏิบัติงาน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ประสบการณ์ทำงานด้านสาธารณสุข มากกว่า 5 ปี

วุฒิการศึกษา ปริญญาตรี จากวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

การศึกษาอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการสาธารณสุข การอบรมภายในโรงพยาบาล

ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการจัดการสาธารณสุข

- คณะกรรมการศูนย์การพยาบาลสาธารณสุขแห่งชาติ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ วาระ ปี พ.ศ. 2556-2558

3.5 นางเพ็ญจิต งามนิธิพร

ตำแหน่งปัจจุบัน หัวหน้างานการพยาบาลเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

สถานที่ปฏิบัติงาน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี

ประสบการณ์ทำงานด้านสาธารณสุข 14 ปี

วุฒิการศึกษา

ปริญญาตรี วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาล) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ปริญญาโท วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (การบริหารโรงพยาบาล) มหาวิทยาลัยมหิดล

การศึกษาอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการสาธารณสุข

- ศึกษาดูงานด้าน Paramedics : Ambulance Service of NSW and flight Nurse Australia.
- อบรม EMS ระหว่างผู้แทนประเทศต่างๆ ในโครงการ JICA ณ โรงพยาบาลขอนแก่น

ผลงานวิชาการหรือรางวัลที่ได้รับเกี่ยวกับงานด้านการจัดการสาธารณสุข

- ได้รับรางวัลเข็มพระราชทานจากผู้แทนพระองค์ในโอกาสเสด็จในเหตุการณ์วิกฤตทางการเมือง

ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการจัดการสาธารณสุข

- มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัยต่างๆ ได้แก่ เหตุการณ์กลุ่มประท้วงต่างๆ เช่น สมัชชาคนจน เหตุการณ์ทางการเมือง เป็นต้น จัดตั้งโรงพยาบาลสนาม เพื่อช่วยเหลือผู้ประสบอุทกภัย พ.ศ. 2544 - ปัจจุบัน
- บริหารอัตรากำลังในการสนับสนุนให้การช่วยเหลือสาธารณสุขต่างๆ พ.ศ. 2544 - ปัจจุบัน
- คณะกรรมการศูนย์การพยาบาลสาธารณสุขแห่งชาติ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ วาระ ปี พ.ศ. 2556-2558

3.6 นางสาวสรिया ทวีกุล

ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

ประสบการณ์ทำงานด้านสาธารณสุข 33 ปี

วุฒิการศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต

การศึกษาอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการสาธารณสุข

- วิทยากรเรื่อง การพยาบาลอุบัติเหตุภัยและสาธารณสุข สาขาวิชาการพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ปี พ.ศ. 2552 - 2553

- วิทยากรการฝึกอบรมปฐมพยาบาล/การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (BLS,ALS ให้กับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป *โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล* อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน และประชาชน)
- Trauma Nurse Coordinator ปี พ.ศ. 2549
- Paramedic โรงพยาบาลราชวิถี

ผลงานวิชาการหรือรางวัลที่ได้รับเกี่ยวกับงานด้านการจัดการสาธารณภัย

- ผลงานวิชาการ (C8) ทำเรื่อง Mass Casualty
- พยาบาลดีเด่นด้านอุบัติเหตุฉุกเฉิน ปี พ.ศ. 2546 ของสมาคมแพทย์อุบัติเหตุแห่งประเทศไทย
- บุคลากรดีเด่นสาขาพยาบาล ของชมรมโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ปี พ.ศ. 2550
- รางวัล Priminister Road Safety Award 2013 ของศูนย์ความปลอดภัยทางถนน
- รางวัล The Best Community Practitioner Safety Traffic of the year 2014 จาก ATRANS.

ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการจัดการสาธารณภัย

- พยาบาลวิชาชีพประจำงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2524 – 2536
- พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ (หัวหน้างาน) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 – 2554
- พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (C 8) ทำหน้าที่ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 จนถึงปัจจุบัน

3.7 นางสาวกมลมาศ ไสสะอาด

ตำแหน่งปัจจุบัน หัวหน้างานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลราชวิถี

ประสบการณ์ทำงานด้านสาธารณภัย 29 ปี

วุฒิการศึกษา

- | | |
|-----------|---|
| ปริญญาตรี | ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ |
| ปริญญาโท | การจัดการภาครัฐและเอกชนมหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ |

การศึกษาอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการสาธารณภัย

- Paramedic Nurse certification. 1994
- Training Paramedic Services in SAMU 92 France. 1997
- อบรม Disaster ร่วมกับกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ปีพ.ศ. 2550
- อบรม BDLS และ ADLS (National Disaster Life Support Foundation)

ผลงานวิชาการหรือรางวัลที่ได้รับเกี่ยวกับงานด้านการจัดการสาธารณภัย

- นำเสนอผลงาน ณ ประเทศญี่ปุ่นเรื่อง Emergency Preparedness and Disaster Planning Resources of Flood Crisis in Thailand 2011.
- เสนอผลงาน “บทบาทของพยาบาลในภาวะสาธารณภัย” ในการประชุม UHOSNET ครั้งที่ 53

ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการจัดการสาธารณภัย

- ช่วยเหลือโรงพยาบาลชุมพร เหตุการณ์อุทกภัย พายุไต้ฝุ่นเกย์ ปีพ.ศ. 2532
- ช่วยเหลือผู้ป่วยเหตุการณ์ไฟไหม้ ถนนเพชรบุรี แก๊สระเบิด ปีพ.ศ. 2534
- เหตุการณ์พฤษภาทมิฬ ปีพ.ศ. 2535
- เหตุการณ์กองกำลังพม่า (ก๊อดอาร์มี) ยึดโรงพยาบาลราชบุรี ปีพ.ศ. 2543
- ช่วยเหลือโรงพยาบาลอ่างทอง อุทกภัยจากพายุซังसार ปีพ.ศ. 2549
- เหตุการณ์การชุมนุมทางการเมือง ปีพ.ศ. 2551 – 2553
- เหตุการณ์อุทกภัย จังหวัดนครราชสีมา ช่วยโรงพยาบาลนครราชสีมา ปีพ.ศ. 2553
- ช่วยเหลือโรงพยาบาลหาดใหญ่ อุทกภัย ปีพ.ศ. 2554
- เหตุการณ์มหาอุทกภัย กรุงเทพมหานคร ปีพ.ศ. 2554 – 2555
- เหตุการณ์ชุมนุมทางการเมือง ปีพ.ศ. 2556 - 2557

3.8 นายอำนาจ กาศสกุล

ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าศูนย์กู้ชีพเลือดสีน

สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลเลือดสีน

ประสบการณ์ทำงานด้านสาธารณภัย 19 ปี

วุฒิการศึกษา

- | | |
|-----------|---|
| ปริญญาตรี | พยาบาลศาสตรบัณฑิต การพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ |
| ปริญญาโท | พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (MNS.) สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล |

วุฒิบัตร ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN.)

สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์- ศัลยศาสตร์ สภากาพยาบาลวุฒิบัตร

การศึกษาอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการสาธารณภัย

- ประกาศนียบัตรหลักสูตร Medical Emergency Response Team กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- Certificate First Response to a Terrorist Incident by Bureau of Diplomatic Security, US.
- Certificate Basic & Advanced Disaster Life Support by NDLSF, Southwestern Medical Center, Texas,
- หลักสูตร Phe-hospital trauma life support ประเทศสิงคโปร์

ผลงานวิชาการหรือรางวัลที่ได้รับเกี่ยวกับงานด้านการจัดการสาธารณภัย

- วิทยากรหลักสูตร การจัดการด้านสาธารณภัย สำหรับพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ โรงพยาบาลกรุงเทพ
- วิทยากรหลักสูตร การจัดการด้านสาธารณภัย สำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ โรงพยาบาลหัวเฉียว
- วิทยากรหลักสูตร ครู ก Mini MERT สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข
- วิทยากรหลักสูตร การตอบโต้สาธารณภัยและภัยพิบัติ (MERT) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- วิทยากรหลักสูตร การจัดการด้านสาธารณภัย สำหรับพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกรุงเทพ
- วิทยากรหลักสูตร การจัดการด้านสาธารณภัย สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทรถไฟฟ้ากรุงเทพ จำกัด (BTS, BMCL)
- อาจารย์ผู้สอนการจัดการด้านสาธารณภัยให้กับพยาบาลในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยความร่วมมือระหว่างคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ องค์การอนามัยโลก (WHO)
- รางวัลชนะเลิศลำดับที่ 3 ผลงาน EMS LERDSIN HOSPITAL MODEL for Disaster ในมหกรรมผลงานคุณภาพโรงพยาบาลเลิศสิน

ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการจัดการสาธารณภัย

- การปฏิบัติงานในกรณีผู้ประสบภัยสึนามิ หาดป่าตอง จังหวัดภูเก็ต
- ที่ปรึกษาในการซ้อมแผนสาธารณภัยในแบบ ISPS code การทำเรือแห่งประเทศไทย

- การบริหารจัดการเหตุน้ำท่วม โดยการส่งทีมเข้าช่วยเหลือในเขตพื้นที่จังหวัดอยุธยา จังหวัดนครสวรรค์ และจังหวัดปราจีนบุรี
- การบริหารจัดการนำผู้ป่วยวิกฤต ลำเลียงออกนอกโรงพยาบาลโดยการนำส่งทางรถพยาบาล และทางอากาศยาน ในกรณีเหตุน้ำท่วม ปี 2554
- การบริหารจัดการเหตุการณ์ชุมนุมทางการเมือง บริเวณถนนสีลม ถนนพระรามสี่ เขตคลองเตย ทำการส่งทีมเข้าปฏิบัติหน้าที่ตลอด 24 ชั่วโมง และทำการเตรียมสร้าง war room สำรองของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงการส่งเจ้าหน้าที่เข้าร่วมปฏิบัติการกับ ศูนย์เฮอร์คิวลีน กรุงเทพมหานคร ในปี 2557

4. กลุ่มผู้ปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 6 คน รายนามดังนี้

4.1 นางสาวอุษา บุญเปลี่ยน

ตำแหน่งปัจจุบัน ผู้ชำนาญการพิเศษพยาบาล 7

สถานที่ปฏิบัติงาน สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย

ประสบการณ์ทำงานด้านสาธารณสุข 30 ปี

วุฒิการศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต

การศึกษาอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการสาธารณสุข

- การบริหารจัดการด้านสาธารณสุข
- ฝึกอบรมเพื่อเป็นวิทยากรทางการแพทย์กรณีบาดเจ็บจากอาวุธที่มีอำนาจทำลายสูง
- เข้าร่วมปฏิบัติการการฝึกคอบร้าโกลด์
- ประชุมเชิงปฏิบัติการการเป็นผู้นำองค์กร/มูลนิธิ/เครือข่ายเพื่อการป้องกันและบรรเทาสาธารณสุข
- เข้าร่วมอบรม “การจัดตั้งและบริหารโรงพยาบาลสนาม”
- การประชุมการดำเนินงานร่วมในโครงการพัฒนาศักยภาพในการจัดการภัยพิบัติของประเทศไทย
- การอบรมเชิงปฏิบัติการ Follow up Mitigation Strategy for Mega-Urban Earthquake Disaster
- การอบรมหลักสูตร Mini MBA in Health รุ่น 32 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ประชุมเชิงปฏิบัติการ Health in Emergencies Training Workshop ณ ประเทศฟิลิปปินส์

- อบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน
- Mitigation Strategy for Mega Urban Earthquake Disaster ณ ประเทศสเปน
- อบรมการป้องกันและระงับอัคคีภัย และการซ้อมแผนป้องกันและระงับอัคคีภัย
- การสัมมนาเรื่อง “แนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้หวัดนก”
- การประชุมวิชาการเรื่อง Resuscitation Trauma Nurse
- การสัมมนาเรื่อง “ศัลยกรรมผู้บาดเจ็บจากความรุนแรงทางอาวุธ”
- การอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “การลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติ”
- การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “ภาวะโลกร้อน : บทบาทของสภากาชาดไทย (Climate Change)”
- The 6th RDRT Induction Course in June in Philippine 2007

ผลงานวิชาการหรือรางวัลที่ได้รับเกี่ยวกับงานด้านการจัดการสาธารณภัย

- เครื่องราชอิสริยาภรณ์ดิเรกคุณาภรณ์ ประจำปี 2548 (สำหรับบุคคลที่ช่วยเหลือผู้ประสบภัยสึนามิ)
- บทความประสบการณ์ช่วยเหลือผู้ประสบภัยสึนามิ ลงสารพยาบาลสภากาชาดไทย
- เป็นวิทยากรบรรยายเรื่อง ความรู้เรื่องสึนามิและประสบการณ์การทำงาน ณ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย วันที่ 2 พฤษภาคม ปีพ.ศ. 2548

ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการจัดการสาธารณภัย

- ปฏิบัติงานหน่วยแพทย์ช่วยเหลือผู้อพยพชาวกัมพูชาที่ศูนย์เขาอีตัง จังหวัดสระแก้ว ปีพ.ศ. 2529 – 2535
- ปฏิบัติงานหน่วยแพทย์ช่วยเหลือผู้ประสบภัยอุทกภัย จังหวัดนครศรีธรรมราช ปีพ.ศ. 2530
- ปฏิบัติงานหน่วยแพทย์ช่วยเหลือผู้ประสบภัยพายุนันแกม ที่อำเภอประทิวและท่าแซะ จังหวัดชุมพร เดือนตุลาคม พ.ศ. 2532
- ปฏิบัติงานหน่วยแพทย์ช่วยเหลือผู้ประสบภัยอุทกภัย จังหวัดน่าน
- ปฏิบัติงานหน่วยแพทย์ช่วยเหลือผู้ประสบภัยจากคลื่นสึนามิในจังหวัดชายฝั่งทะเลอันดามันภาคใต้ของประเทศไทย เดือนธันวาคม พ.ศ. 2547
- ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินรับสถานการณ์ชุมนุมทางการเมือง ปีพ.ศ. 2551, 2552, 2553, 2554 และ 2556
- ปฏิบัติงานหน่วยแพทย์ช่วยเหลือผู้ประสบภัยอุทกภัย จังหวัดนครสวรรค์ ปีพ.ศ. 2554
- ปฏิบัติงานหน่วยแพทย์ช่วยเหลือผู้ประสบภัยอุทกภัย กรุงเทพมหานคร ปีพ.ศ. 2554

4.2 นางสาวภาวิณี อยู่ประเสริฐ

ตำแหน่งปัจจุบัน หัวหน้าฝ่ายบรรเทาทุกข์ผู้ประสบภัย

สถานที่ปฏิบัติงาน สำนักงานบรรเทาทุกข์ สภากาชาดไทย

ประสบการณ์ทำงานด้านสาธารณสุข มากกว่า 30 ปี

วุฒิการศึกษา

ปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

ปริญญาโท วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

การศึกษาอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการสาธารณสุข

ประวัติการอบรม

- Disaster Management Course
- Health Emergencies in Large Populations
- Regional Water and Sanitation Training
- Community Based Disaster Risk Reduction
- Induction Regional Disaster Response Training Course
- Climate Change Adaptations
- Law and Legal Issue in International Disaster Response (IDRL)

การศึกษาดูงาน

- การเตรียมพร้อมรับพายุไซโคลนและการเตรียมชุมชนพร้อมรับภัยพิบัติ ณ ประเทศบังคลาเทศ

ผลงานวิชาการหรือรางวัลที่ได้รับเกี่ยวกับงานด้านการจัดการสาธารณสุข

- พ.ศ. 2556 ได้รับรางวัลเหรียญพลอเรนซ์ ไนติงเกล ประจำปี 2556 จากคณะกรรมการกาชาดระหว่างประเทศ (International Committee of the Red Cross : ICRC)

ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการจัดการสาธารณสุข

- การบรรเทาทุกข์ผู้ประสบภัย ในสถานการณ์ต่างๆ เช่น ผู้อพยพ ผู้ประสบภัยอัคคีภัย อุทกภัย และสึนามิ เป็นต้น
- การบรรเทาทุกข์ผู้ประสบภัยแผ่นดินไหวที่ประเทศปากีสถาน
- การบรรเทาทุกข์ผู้ประสบภัยไต้ฝุ่น ที่ประเทศฟิลิปปินส์
- การประเมินผู้ประสบภัยสึนามิ เพื่อการฟื้นฟู
- การเตรียมชุมชนเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ
- เป็นวิทยากรในงานด้านสาธารณสุข
- การบรรเทาทุกข์ผู้ประสบภัย แผ่นดินถล่ม จังหวัด อุตรดิตถ์

4.3 นางสาวสุกัญญา ทรัพย์อุดมมั่งมี

ตำแหน่งปัจจุบัน หัวหน้างานบรรเทาทุกข์ผู้ประสบภัย

สถานที่ปฏิบัติงาน สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย

ประสบการณ์ทำงานด้านสาธารณสุข 24 ปี

วุฒิการศึกษา

ปริญญาตรี วิทยาศาสตร์บัณฑิตโรคติดเชื้อ (ระบาดวิทยา)

การศึกษาอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการสาธารณสุข

- IFRC : Program “Health in Emergencies Training Workshop” in Philippine on 26 November – 7 December 2001.
- IFRC : Program “The Global VCA Practitioners Training” in Turkey on 11 – 19 November 2006.
- IFRC : Program “The SEA Regional Disaster Response Team Induction Course” in Philippine on 3 – 11 June 2007.
- IFRC : Program “Emergency Wat San Induction Course” in Indonesia on 18 – 23 October 2009.
- IFRC : Program “Disaster Management Induction Course” in Bangkok on 8 – 12 March 2010.
- GRDRR World Bank : Program “Comprehensive Disaster Risk Management Framework” online course on 5 April – 9 May 2010.
- ICRC : Program “Regional RFL in Disaster Training Workshop” in Malaysia on 6 – 10 December 2010
- IFRC : Program “Asia Pacific Emergency Health Training” in Hong Kong on 23 – 29 June 2013.

ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการจัดการสาธารณสุข

- ปีพ.ศ. 2534 ถึงปัจจุบัน : พยาบาลประจำฝ่ายบรรเทาทุกข์ผู้ประสบภัย
- ปีพ.ศ. 2554 ถึงปัจจุบัน : หัวหน้างานบรรเทาทุกข์ผู้ประสบภัย

4.4 เรืออากาศตรี ธนารัตน์ ศรีสวัสดิ์

ตำแหน่งปัจจุบัน รองหัวหน้าหน่วยกู้ชีพคุ้มเกล้า กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาล ภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

สถานที่ปฏิบัติงาน หน่วยกู้ชีพคุ้มเกล้า กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

ประสบการณ์ทำงานด้านสาธารณสุข 11 ปี

วุฒิการศึกษา

ปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

การศึกษาอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการสาธารณสุข

- EMS Management ณ โรงพยาบาลราชวิถี
- ICS จัดโดยสำนักการแพทย์ฉุกเฉิน กทม (เอราวัณ)
- Disaster Management จัดโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ)
- DMERT จัดโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ)
- หลักสูตรการเผชิญเหตุ นิวเคลียร์ ชีวะ เคมี และอาวุธทำลายล้างสูง

ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการจัดการสาธารณสุข

- ช่วยเหลือผู้ประสบภัยแผ่นดินไหว ที่ประเทศอินโดนีเซีย ปี พ.ศ. 2547
- เตรียมทีมช่วยเหลือผู้ประสบภัยพายุแคทรีนา ประเทศสหรัฐอเมริกา และ พม่า
- การปฏิบัติงานชุดแพทย์เผชิญเหตุกรณีการชุมนุมทางการเมือง
- การเตรียมชุดแพทย์ ทอ.ปฏิบัติหน้าที่ช่วยเหลือผู้ประสบภัยแผ่นดินไหวที่ เนปาล

4.5 นายเสริมเกียรติ ไกรทองสุข

ตำแหน่งปัจจุบัน รักษาการหัวหน้าหน่วยรถพยาบาล การแพทย์ฉุกเฉินและส่งต่อ

สถานที่ปฏิบัติงาน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ

ประสบการณ์ทำงานด้านสาธารณสุข 7 ปี

วุฒิการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

การศึกษาอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการสาธารณสุข

- อบรมทีม DMERT ของสพฉ.
- การปฏิบัติงานฝึกสาธารณสุข ณ ค่ายพระราม 6 จังหวัดเพชรบุรี

ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการจัดการสาธารณสุข

- การปฏิบัติงานร่วมกับทีม Medical Thailand Team ในเหตุการณ์พายุไต้ฝุ่นที่ประเทศพม่า วันที่ 17 – 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2551
- การปฏิบัติงานร่วมกับทีม Medical Thailand Team ในเหตุการณ์แผ่นดินไหวที่ประเทศเนปาล วันที่ 11 – 23 พฤษภาคม พ.ศ. 2558

- การปฏิบัติงานในเหตุการณ์น้ำท่วมในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2554

4.6 นายปัญญาศิลป์ สมบูรณ์

ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถานที่ปฏิบัติงาน งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี

ประสบการณ์ทำงานด้านสาธารณสุข มากกว่า 5 ปี

วุฒิการศึกษา

ปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

ปริญญาโท วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาสุขภาพจิต)

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การศึกษาอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการสาธารณสุข

- Medical Emergency Response Team (MERT)
- National Disaster Life Support (NDLS)
- Hospital Preparedness for Emergencies (HOPE)

ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการจัดการสาธารณสุข

- ปฏิบัติงานในเหตุการณ์สึนามิ ประเทศญี่ปุ่น ปี พ.ศ. 2554
- ปฏิบัติงานในเหตุการณ์น้ำท่วม จังหวัดนครสวรรค์ ปี พ.ศ. 2554
- ปฏิบัติงานในเหตุการณ์น้ำท่วม จังหวัดภูเก็ต ปี พ.ศ. 2556
- ปฏิบัติงานในเหตุการณ์แผ่นดินไหว ประเทศเนปาล ปี พ.ศ. 2558

ภาคผนวก ข
ตัวอย่างหนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญ



ที่ ศธ 0512.11/๐๗๒๙



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๘ สิงหาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุรางคินี วนวงศ์ไทย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมภาวะผู้นำของพยาบาลในการจัดการสาธารณภัย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญในการให้ข้อมูลเพื่อการวิจัย ดังนี้

- | | |
|--|--|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วรณเพ็ญ อินทร์แก้ว | อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล อนามัยชุมชนและจิตเวช |
| 2. ดร. กำไลรัตน์ เย็นสุจิตร์ | อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล อนามัยชุมชนและจิตเวช |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้เชี่ยวชาญในการให้ข้อมูลเพื่อการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

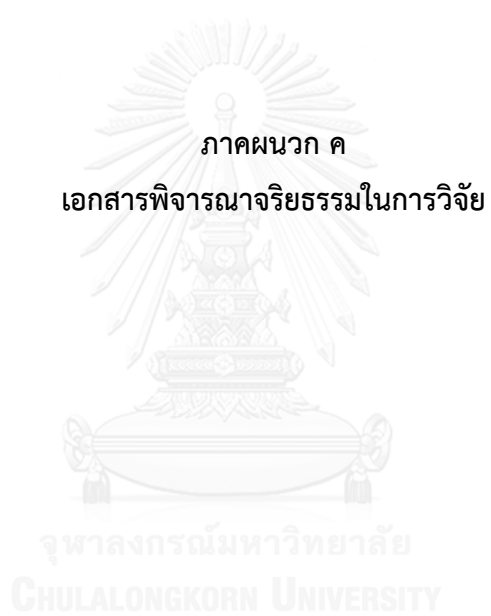
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และดร. กำไลรัตน์ เย็นสุจิตร์
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-1158
นางสาวสุรางคินี วนวงศ์ไทย โทร. 08-1934-3735



AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 083/2557

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 065/57 : การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมภาวะผู้นำของพยาบาลในการจัดการสาธารณสุข
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวสุรางคินี วนวงศ์ไทย
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice
(ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทัดสินประดิษฐ์)
ประธาน

ลงนาม.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 30 พฤษภาคม 2557

วันหมดอายุ : 29 พฤษภาคม 2558

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วม ในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย



เลขที่โครงการวิจัย 065 / 57
วันที่รับรอง 30 พ.ค. 2557
วันหมดอายุ 29 พ.ค. 2558

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น



ตอนที่ 1 แบบสอบถามรอบที่ 1
แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ
เรื่อง

“ การพัฒนาขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล ”

คำชี้แจง

1. การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
2. ผู้วิจัยได้จัดส่งเอกสารให้ผู้เชี่ยวชาญศึกษาเพื่อแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะ
3. ข้อคำถาม แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ
 - 1) ข้อมูลส่วนบุคคล
 - 2) ข้อคำถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ เกี่ยวกับภาวะผู้นำและวิธีการจัดการของพยาบาลในการจัดการสาธารณสุข

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงที่ท่านได้กรุณาให้ข้อมูลในครั้งนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณากรอกรายละเอียดลงในช่องว่าง และทำเครื่องหมาย \surd ลงใน () เพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงเกี่ยวกับการพัฒนาขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล

1. ชื่อ..... นามสกุล.....
2. อายุ.....ปี
3. ตำแหน่ง.....
4. สถานที่ปฏิบัติงาน.....
5. ประวัติการศึกษา
 - ()ปริญญาตรี
 - ()ปริญญาโท
 - ()ปริญญาเอก
 - ()อื่นๆ
6. ประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุข.....ปี
7. การศึกษาดูงาน / ฝึกอบรม ในเรื่องสาธารณสุข

.....

.....

.....
8. ผลงานวิชาการหรือรางวัลที่ได้รับในด้านสาธารณสุข

.....

.....

.....
9. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข

.....

.....

.....

2. แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

1. ท่านมีประสบการณ์ในการจัดการสาธารณสุขในพื้นที่ใด

.....

.....

สาธารณสุขที่ท่านเคยมีประสบการณ์เป็นประเภทใดเช่น อุทกภัย โรคระบาด การจลาจล เป็นต้น (โปรดบรรยายละเอียดของเหตุการณ์สาธารณสุขนั้นๆ)

.....

.....

2. การมีส่วนร่วมในการจัดการสาธารณสุขในเหตุการณ์ที่ผ่านมา ท่านมีบทบาทหน้าที่อย่างไร (โปรดบรรยายละเอียด)

.....

.....

3. กรณีที่ท่านมีส่วนร่วมในการจัดการสาธารณสุข ท่านได้ใช้บทบาทผู้นำในการจัดการสาธารณสุขนั้นหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

4. ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการสาธารณสุขนั้น มีอะไรบ้าง/อย่างไร (โปรดบรรยายละเอียด)

.....

.....

5. ท่านได้ใช้ภาวะผู้นำในการแก้ไขปัญหา/อุปสรรคนั้นหรือไม่ อย่างไร (โปรดบรรยายละเอียด)

.....

.....

6. ท่านคิดว่าในการจัดการสาธารณสุข พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้เรื่องใดบ้าง เพราะเหตุใดจึงต้องมีความรู้เรื่องนั้นๆ (โปรดบรรยายละเอียด)

.....

.....

7. ในการจัดการสาธารณสุขนั้นตามหลักการแล้วแบ่งการจัดการออกเป็น 4 ระยะ ในแต่ละระยะท่านได้มีการจัดการอย่างไร โดยเฉพาะเรื่องของการใช้ภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุข

1) ระยะการป้องกันและบรรเทาทุกข์ (Prevention / Mitigation)

.....
.....
.....

2) ระยะการเตรียมพร้อม (Preparedness)

.....
.....
.....

3) ระยะการรับสาธารณสุข (Response)

.....
.....
.....

4) ระยะฟื้นฟูภายหลังเกิดสาธารณสุข (Recovery)

.....
.....
.....

8. หากมีการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล ท่านคิดว่าควรมีประเด็นในหัวข้อใดบ้าง เพราะเหตุใด (โปรดระบุรายละเอียด)

.....
.....
.....

ตอนที่ 2 แบบสอบถามรอบที่ 2

เรื่อง

“ การพัฒนาขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล ”

คำชี้แจง

1. กรุณาตอบแบบสอบถาม โดยเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
2. เกณฑ์ในการให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีรายละเอียดดังนี้

| | | | |
|---|---------|---------------------------------|-----------------|
| 5 | หมายถึง | ท่านมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้น | สำคัญมากที่สุด |
| 4 | หมายถึง | ท่านมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้น | สำคัญมาก |
| 3 | หมายถึง | ท่านมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้น | สำคัญปานกลาง |
| 2 | หมายถึง | ท่านมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้น | สำคัญน้อย |
| 1 | หมายถึง | ท่านมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้น | สำคัญน้อยที่สุด |

3. แบบสอบถาม “การพัฒนาขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล” ได้จากการวิเคราะห์เนื้อหาการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 1 จำนวน 24 ท่าน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล

4. การตอบแบบสอบถามในรอบที่ 2 นี้ ขอความกรุณาท่านผู้เชี่ยวชาญให้คะแนนความสำคัญของเนื้อหาภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล หากท่านต้องการเพิ่มเติมหรือปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาท่านสามารถใส่ลงในข้อเสนอแนะ

ขอขอบพระคุณท่านผู้เชี่ยวชาญเป็นอย่างสูงที่ได้กรุณาสละเวลาอันมีค่าในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้

ขอแสดงความนับถือ

นางสาวสุรางคินี วนวงศ์ไทย

นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถาม “การพัฒนาขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล” แบ่งออกเป็น 3 ส่วน มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 69 ข้อ

| | | | |
|--|-----------------|-----------|------------|
| ส่วนที่ 1 ความรู้ในการจัดการสาธารณสุข แบ่งเป็น 3 ด้าน | จำนวนรวม | 15 | ข้อ |
| 1.1 ความรู้ด้านสาธารณสุข | จำนวน | 7 | ข้อ |
| 1.2 ความรู้ด้านการพยาบาลฉุกเฉิน | จำนวน | 5 | ข้อ |
| 1.3 ความรู้ทั่วไป | จำนวน | 3 | ข้อ |
| ส่วนที่ 2 การจัดการสาธารณสุข แบ่งเป็น 4 ระยะ | จำนวนรวม | 32 | ข้อ |
| 2.1 ระยะการป้องกันและลดความเสี่ยง (Prevention / Mitigation) | จำนวน | 3 | ข้อ |
| 2.2 ระยะการเตรียมพร้อม (Preparedness) | จำนวน | 12 | ข้อ |
| 2.3 ระยะการรับสาธารณสุข (Response) | จำนวน | 10 | ข้อ |
| 2.4 ระยะฟื้นฟูภายหลังเกิดสาธารณสุข (Recovery) | จำนวน | 7 | ข้อ |
| ส่วนที่ 3 กลยุทธ์การนำ แบ่งเป็น 5 ข้อหลัก | จำนวนรวม | 22 | ข้อ |
| 3.1 การสื่อสาร | จำนวน | 5 | ข้อ |
| 3.2 การประสานงาน | จำนวน | 6 | ข้อ |
| 3.3 การตัดสินใจ | จำนวน | 4 | ข้อ |
| 3.4 การทำงานเป็นทีม | จำนวน | 4 | ข้อ |
| 3.5 การแก้ปัญหา | จำนวน | 3 | ข้อ |

ตัวอย่างแบบสอบถาม รอบที่ 2 การพัฒนาขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการ
สาธารณสุขของพยาบาล

ส่วนที่ 1 ความรู้ในการจัดการสาธารณสุข

| ข้อ | ความรู้ในการจัดการสาธารณสุข | ระดับความคิดเห็น | | | | | ข้อเสนอแนะ |
|-----|---|------------------|---|---|---|---|------------|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| | ความรู้ด้านสาธารณสุข | | | | | | |
| 1 | มีความรู้เรื่องประเภทของสาธารณสุข | | | | | | |
| 2 | มีความรู้เรื่องการประเมินภาวะสุขภาพ ผลกระทบ ต่อสุขภาพหลังเกิดสาธารณสุข | | | | | | |
| ... | | | | | | | |
| | ความรู้ด้านการพยาบาลฉุกเฉิน | | | | | | |
| 8 | มีความรู้ในการจำแนกประเภทผู้บาดเจ็บ (Triage) | | | | | | |
| 9 | มีความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลช่วยชีวิตขั้น พื้นฐาน | | | | | | |
| ... | | | | | | | |

ส่วนที่ 2 การจัดการสาธารณสุข

| ข้อ | การจัดการสาธารณสุข | ระดับความคิดเห็น | | | | | ข้อเสนอแนะ |
|-----|--|------------------|---|---|---|---|------------|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| | ระยะการป้องกันและลดความเสี่ยง (Prevention/Mitigation) | | | | | | |
| 16 | สนับสนุนให้ตัวแทนองค์กรวิชาชีพพยาบาล มีส่วน ร่วมในการกำหนดมาตรการ ระเบียบข้อบังคับที่ เกี่ยวข้องกับ การจัดการสาธารณสุข | | | | | | |
| 17 | ส่งเสริมบุคลากรทางการพยาบาลให้เข้าร่วม ฝึกอบรมหรือฝึกซ้อมด้านสาธารณสุขร่วมกับภาคี เครือข่ายในระดับพื้นที่ ชชาติและนานาชาติ | | | | | | |
| ... | | | | | | | |

ส่วนที่ 3 กลยุทธ์การนำของพยาบาลในการจัดการสาธารณสุข

| ข้อ | กลยุทธ์การนำของพยาบาลในการจัดการสาธารณสุข | ระดับความคิดเห็น | | | | | ข้อเสนอแนะ |
|-----|---|------------------|---|---|---|---|------------|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| | การสื่อสาร | | | | | | |
| 48 | สามารถสื่อสารในระยะก่อนเกิดสาธารณสุข โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับชนิดของภัย พื้นที่เสี่ยงภัย และการเตรียมพร้อมรับสาธารณสุข เพื่อให้ชุมชนรับรู้ ตระหนักและมีการเตรียมความพร้อม | | | | | | |
| 49 | สามารถสื่อสารในระยะเกิดสาธารณสุขระหว่าง ณ จุดเกิดเหตุและหน่วยงานภายนอกเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัยได้อย่างถูกต้อง | | | | | | |
| ... | | | | | | | |

ตอนที่ 3 แบบสอบถามรอบที่ 3

แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเทคนิคเดลฟาย

เรื่อง

“ การพัฒนาขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล ”

เรียน

ดิฉัน นางสาวสุรางคินี วนวงศ์ไทย นิสิตหลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอความกรุณาท่านในการตอบแบบสอบถามสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลในเทคนิคเดลฟายรอบที่ 3 **เพื่อยืนยันความคิดเห็นของท่าน** ในการให้ความสำคัญของการพัฒนาขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล ความคิดเห็นของท่านจะเป็นความลับแต่จะใช้เป็นข้อมูลในการพิจารณาร่วมกับความคิดเห็นจากผู้มีประสบการณ์ท่านอื่นๆ เพื่อหาความสอดคล้องกันของผู้มีประสบการณ์ในเรื่องการพยาบาลสาธารณสุข

ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามนี้เป็นรอบสุดท้าย ในการนี้ใคร่ขอความกรุณาท่านตอบแบบสอบถามทุกข้อ และโปรดแสดงเหตุผลประกอบตามคำชี้แจงในตัวอย่างแบบสอบถามรอบที่ 3

ขอขอบพระคุณในความอนุเคราะห์ของท่านเป็นอย่างสูง

นางสาวสุรางคินี วนวงศ์ไทย
นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามรอบที่ 3

เรื่อง

“ การพัฒนาขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล ”

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามรอบที่ 3 นี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบความคิดเห็นของกลุ่ม และทบทวนคำตอบของตนเองจากการตอบคำถามชุดที่ 2 โดยผู้วิจัยได้นำคะแนนทั้งหมด มาคำนวณค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) เพื่อแสดงความสอดคล้องกันแต่ละข้อความของการตอบ พร้อมทั้งระบุคะแนนการตอบของท่านในรอบที่ 2 ไว้ด้วยดังเครื่อง หมายแสดงต่อไปนี้

ค่ามัธยฐาน (Md) ใช้สัญลักษณ์ ★
 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ใช้สัญลักษณ์ ↔
 ตำแหน่งคำตอบของท่านในรอบที่ผ่านมา ใช้สัญลักษณ์ X

2. เมื่อท่านได้พิจารณาแล้วโปรดทำเครื่องหมาย ✓ เพื่อยืนยันคำตอบเดิมหรือเปลี่ยนแปลงตามความเห็นของท่าน ซึ่งระดับความคิดเห็นของท่านหมายถึงระดับความสำคัญของภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล โดยกำหนดเป็น 5 ระดับ ดังนี้คือ

- | | | |
|---|---------|--|
| 5 | หมายถึง | ท่านมีความเห็นว่าข้อความดังกล่าวเป็นภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลที่มีความสำคัญมากที่สุด |
| 4 | หมายถึง | ท่านมีความเห็นว่าข้อความดังกล่าวเป็นภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลที่มีความสำคัญมาก |
| 3 | หมายถึง | ท่านมีความเห็นว่าข้อความดังกล่าวเป็นภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลที่มีความสำคัญปานกลาง |
| 2 | หมายถึง | ท่านมีความเห็นว่าข้อความดังกล่าวเป็นภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลที่มีความสำคัญน้อย |
| 1 | หมายถึง | ท่านมีความเห็นว่าข้อความดังกล่าวเป็นภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลที่มีความสำคัญน้อยที่สุด |

3. หากคำตอบของท่านอยู่ในค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ของข้อความนั้น หมายความว่า ความเห็นของท่านสอดคล้องกับความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ท่านไม่ต้องให้เหตุผลประกอบ แต่ถ้า คำตอบของท่านอยู่นอกพิสัยระหว่างควอไทล์ หมายความว่า ความเห็นของท่านไม่สอดคล้องกับความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นๆ ผู้วิจัยขอความกรุณาท่านได้โปรดชี้แจงเหตุผลประกอบในข้อนี้ๆ

ค่ามัธยฐาน (Md) ที่ใช้มีความหมายดังนี้

| | | |
|----------------------------------|---------|--|
| ค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 4.50 ขึ้นไป | หมายถึง | กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญอยู่ในระดับมากที่สุด |
| ค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 3.50 - 4.49 | หมายถึง | กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญอยู่ในระดับมาก |
| ค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 2.50 - 3.49 | หมายถึง | กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญอยู่ในระดับปานกลาง |
| ค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 1.50 - 2.49 | หมายถึง | กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญอยู่ในระดับน้อย |
| ค่ามัธยฐานต่ำกว่า 1.50 | หมายถึง | กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญอยู่ในระดับน้อยที่สุด |

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range : IR) มีความหมายดังนี้

IR ที่มีค่าไม่เกิน 1.50 หมายความว่า ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวมต่อภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล ของข้อรายการนั้นๆ **มีความสอดคล้องกัน**

IR ที่มีค่ามากกว่า 1.50 หมายความว่า ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวมต่อภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล ของข้อรายการนั้นๆ **ไม่มีความสอดคล้องกัน**

ตัวอย่างการตอบแบบสอบถาม (มีความเห็นสอดคล้องกับความคิดของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ)

| ข้อ | ภาวะผู้นำ ในการจัดการสาธารณสุข ของพยาบาล | ระดับความคิดเห็น | | | | | ความเห็นของ กลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ |
|-----|--|------------------|---|---|---|---|--------------------------------------|------|----------|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | |
| 1. | ความรู้ในการจัดการสาธารณสุข 1. ความรู้ด้านสาธารณสุข มีความรู้เรื่องสาธารณสุข เหตุผล..... | | ↔ | | | | 4.65 | 1.07 | |
| | | | ★ | | | | | | |
| | | | X | | | | | | |

จากตัวอย่างที่ 1

1. ภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลในข้อ 1 มีค่ามัธยฐาน (Md) = 4.65 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) = 1.07 หมายความว่าภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลในด้านความรู้ในการจัดการสาธารณสุข เรื่องความรู้เรื่องสาธารณสุข กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่ามีระดับความสำคัญมากที่สุด และผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกัน

2. คำตอบในรอบ 2 ของท่าน (X) อยู่ในขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ หมายความว่าความคิดเห็นของท่านสอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และภายหลังจากที่ท่านทบทวนแล้ว ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 นี้ ยังคงยืนยันความคิดเห็นเหมือนเดิมคือ 4 ซึ่งเป็นคำตอบที่อยู่ในขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ในกรณีนี้ท่านไม่ต้องแสดงเหตุผลประกอบ

ตัวอย่างการตอบแบบสอบถาม (มีความเห็นไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ)

| ข้อ | ภาวะผู้นำ ในการจัดการสาธารณสุข ของพยาบาล | ระดับความคิดเห็น | | | | | ความเห็นของ กลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ |
|-----|--|------------------|---|---|---|---|--------------------------------------|------|----------|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | |
| 5 | มีความรู้เรื่ององค์การภาคี เครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ เหตุผล..... | | ↔ | ★ | X | | 3.46 | 1.66 | |

จากตัวอย่างที่ 2

1. ภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลในข้อ 5 มีค่ามัธยฐาน (Md) = 3.46 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) = 1.66 หมายความว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า ภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลในเรื่องความรู้เรื่ององค์การภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศมีระดับสำคัญมากและผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกัน

2. คำตอบในรอบ 2 ของท่าน (X) อยู่นอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์หมายความว่าความคิดเห็นของท่านไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และภายหลังจากที่ท่านทบทวนแล้ว ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 นี้ ท่านไม่เปลี่ยนแปลงคำตอบ ยังคงยืนยันความคิดเห็นเดิมคือ 2 ซึ่งเป็นคำตอบที่อยู่นอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ **ในกรณีนี้ผู้วิจัยขอความ กรุณาท่านโปรดแสดงเหตุผลประกอบ**

3. หรือหากที่กรณีคำตอบรอบที่ 2 ของท่านอยู่นอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และภายหลังจากที่ท่านทบทวนแล้ว ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 นี้ท่านเปลี่ยนแปลงคำตอบมาเป็นข้อ 3 ซึ่งเป็นคำตอบที่อยู่ในขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ **ในกรณีนี้ท่านไม่ต้องแสดงเหตุผลประกอบ**

หมายเหตุ :

1. กรณีที่ไม่มีเครื่องหมาย **X** ในข้อความของท่าน แสดงว่าในรอบที่ผ่านมา ท่านไม่ได้ตอบแบบสอบถามข้อนี้

2. ผู้วิจัยแสดงหมายเหตุข้อที่ความคิดเห็นของท่านอยู่นอกเขตพิสัยระหว่างควอไทล์ด้วยข้อความ คำตอบของท่านอยู่นอกขอบเขตพิสัยระหว่างควอไทล์ ถ้าท่านยืนยันคำตอบเดิมกรุณาให้เหตุผลประกอบ

**ตัวอย่างแบบสอบถาม รอบที่ 3 การพัฒนาขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการ
สาธารณสุขของพยาบาล**

| ข้อ | ภาวะผู้นำ ในการจัดการสาธารณสุข ของพยาบาล | ระดับความคิดเห็น | | | | | ความเห็นของ กลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ |
|-----|---|------------------|---|---|---|---|--------------------------------------|------|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | |
| 1 | ความรู้ในการจัดการสาธารณสุข 1. ความรู้ด้านสาธารณสุข มีความรู้เรื่องสาธารณสุข เหตุผล..... | ↔ | ★ | | | | 4.73 | 0.26 | ปรับตาม ข้อ เสนอแนะ โดยรวม ข้อ 1.1 และ 1.2 |
| 2 | มีความรู้เรื่องบทบาทหน้าที่ของ พยาบาล และการจัดการสาธารณสุข ที่สอดคล้องกับวงจรการเกิด สาธารณภัยในแต่ละระยะ เหตุผล..... | ↔ | ★ | | | | 4.72 | 0.28 | |
| ... | | | | | | | | | |
| 13 | การจัดการสาธารณสุข 1. ระยะเวลาป้องกันและลดความ เสี่ยง มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนรับ สาธารณภัยขององค์กรพยาบาล โดยให้ความสอดคล้องกับแผน ของโรงพยาบาล เหตุผล..... | | | | | | 4.73 | 0.26 | |

| ข้อ | ภาวะผู้นำ ในการจัดการสาธารณสุข ของพยาบาล | ระดับความคิดเห็น | | | | | ความเห็นของ กลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ | | หมายเหตุ |
|-----|---|------------------|---|---|---|---|--------------------------------------|------|----------|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Md | IR | |
| 35 | กลยุทธ์การนำ 1. ด้านการสื่อสาร สามารถสื่อสารในระยะก่อนเกิด สาธารณภัย โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับ สาธารณภัยเพื่อให้ชุมชนรับรู้ตระหนัก และมีการเตรียมความพร้อม เหตุผล..... | ↔ | ★ | | | | 4.73 | 0.26 | |
| 36 | สามารถสื่อสารข้อมูลในระยะการ เกิดสาธารณภัยระหว่าง ณ จุดเกิด เหตุและหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้การ ช่วยเหลือผู้ประสบภัยได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม เหตุผล..... | ↔ | ★ | | | | 4.73 | 0.26 | |
| ... | | | | | | | | | |

ตอนที่ 4 แบบสอบถามความเป็นไปได้

“ ขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล ”

เรียน

ดิฉัน นางสาวสุรางคินี วนวงศ์ไทย นิสิตหลักสูตรปริญญาโทบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอความกรุณาท่านในการตอบแบบสอบถามความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล ความคิดเห็นของท่านจะเป็นความลับแต่จะใช้เป็นข้อมูลในการพิจารณา ร่วมกับความคิดเห็นจากผู้มีประสบการณ์ท่านอื่นๆ เพื่อหาความสอดคล้องกันของผู้มีประสบการณ์ในเรื่องการพยาบาลสาธารณสุข

ขอขอบพระคุณในความอนุเคราะห์ของท่านเป็นอย่างสูง



นางสาวสุรางคินี วนวงศ์ไทย
นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเหตุ กรุณาส่งแบบสอบถามใส่ซองติดแสตมป์ที่ผู้วิจัยได้เตรียมมาให้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม

แบบสอบถามความเป็นไปได้

เรื่อง

“ ขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล ”

.....

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

เมื่อท่านได้พิจารณาแล้ว โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นต่อระดับความเป็นไปได้ในขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล โดยใช้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า ระดับ 5, 4, 3, 2 และ 1 มีความหมาย ดังนี้

- | | | | |
|---|---------|---|-------------------|
| 5 | หมายถึง | การพัฒนาภาวะผู้นำของพยาบาล รายการนั้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้เป็นแนวทางพัฒนาภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล | มากที่สุด |
| 4 | หมายถึง | การพัฒนาภาวะผู้นำของพยาบาล รายการนั้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้เป็นแนวทางพัฒนาภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล | มาก |
| 3 | หมายถึง | การพัฒนาภาวะผู้นำของพยาบาล รายการนั้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้เป็นแนวทางพัฒนาภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล | ปานกลาง |
| 2 | หมายถึง | การพัฒนาภาวะผู้นำของพยาบาล รายการนั้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้เป็นแนวทางพัฒนาภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล | น้อย |
| 1 | หมายถึง | การพัฒนาภาวะผู้นำของพยาบาล รายการนั้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้เป็นแนวทางพัฒนาภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล | น้อยที่สุด |

รายละเอียดของขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล ประกอบด้วยหัวข้อ ดังนี้

| หัวข้อวิชา | ขอบเขตเนื้อหา | ความคิดเห็น ความเป็นไปได้ ในการนำไปใช้ | | | | | ข้อเสนอแนะ |
|---|--|--|---|---|---|---|------------|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 1. ความรู้ด้านสาธารณสุข | 1.1 ความรู้เรื่องสาธารณสุข ได้แก่ ความหมาย ประเภทของสาธารณสุข ปัญหาและผลกระทบ จากสาธารณสุข กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุข | | | | | | |
| | 1.2 ความรู้เรื่องระบบบัญชาการเหตุการณ์ ในภาวะฉุกเฉิน (ICS) | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 2. บทบาทพยาบาล ในการจัดการสาธารณสุข ทั้ง4ระยะ | 2.1 ระยะการป้องกันและลดความเสี่ยง 1) การจัดทำแผนรับสาธารณสุขขององค์กร พยาบาล โดยให้มีความสอดคล้องกับแผนของ โรงพยาบาล | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 3. ความรู้ด้านการพยาบาลฉุกเฉิน | 3.1 ความรู้ในการจำแนกประเภทผู้บาดเจ็บ (Triage) | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 4. กลยุทธ์การนำของพยาบาล ในการจัดการสาธารณสุข | 4.1 การสื่อสาร 1) ในระยะก่อนเกิดสาธารณสุข ได้แก่ การให้ ข้อมูลเกี่ยวกับสาธารณสุข การเตรียมความพร้อม | | | | | | |
| | 2) ในระยะรับสาธารณสุข ได้แก่ ให้ข้อมูลระหว่าง จุดเกิดเหตุ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 5. ภาคปฏิบัติ | ฝึกสถานการณ์จำลองบนโต๊ะ (Table top exercise) | | | | | | |

ภาคผนวก จ
ตารางแสดงเหตุผลในการตอบนอกพิสัยระหว่างควอไทล์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางแสดงเหตุผลในการตอบนอกพัลส์ระหว่างควอไทล์

| ข้อ | รายการ | เหตุผล |
|-----|---|---|
| 3 | มีความรู้เรื่องระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉิน (ICS) | เห็นว่าในเรื่องของ ICS เป็นเรื่องสำคัญแต่ก็ไม่ได้จำเป็นมากที่สุด เพราะในบางหน่วยงานอาจไม่มีการใช้ระบบ ICS |
| 4 | มีความรู้เรื่องแผนการจัดการสาธารณสุขขององค์กรพยาบาลซึ่งสอดคล้องกับแผนรับสาธารณสุขของโรงพยาบาล จังหวัด และประเทศ | แผนรับสาธารณสุขของแต่ละพื้นที่อาจไม่เหมือนกัน การจัดการต้องแล้วแต่บริบทของพื้นที่ด้วย |
| 5 | มีความรู้เรื่ององค์กรภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ | <p>1) ทำให้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้มีมุมมองที่กว้างขึ้น และการสนับสนุนช่วยเหลือ</p> <p>2) การจัดการสาธารณสุขจะต้องอาศัยความรู้ทักษะ ประสบการณ์ร่วมกันทั้งภายในและต่างประเทศ</p> <p>3) การทำงานในองค์กรที่มีการติดต่อประสานงานกับต่างประเทศจำเป็นต้องมีความรู้เรื่ององค์กรภาคีเครือข่ายต่างๆ เพื่อสะดวกในการติดต่อประสานงาน</p> |
| 8 | มีความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลช่วยชีวิตผู้ประสบภัยที่ได้รับบาดเจ็บ (TLS) | ขึ้นอยู่กับหน่วยงานที่พยาบาลปฏิบัติงานอยู่ ซึ่งถ้าไม่ได้ปฏิบัติงานอยู่ ER อาจไม่จำเป็นมาก |
| 10 | มีความรู้เรื่องสภาพภูมิศาสตร์ สภาพอากาศในพื้นที่ที่เกิดสาธารณสุขภัย | <p>1) เพื่อการวางแผนตัดสินใจ และการบริหารจัดการ</p> <p>2) จำเป็นต่อการเตรียมของใช้ส่วนตัว เช่น เครื่องแต่งกาย</p> |

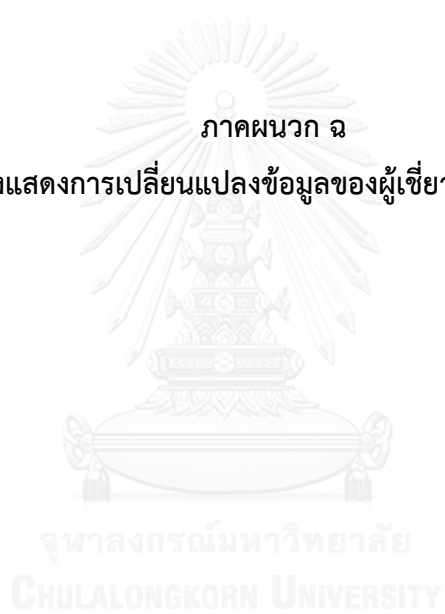
| ชื่อ | รายการ | เหตุผล |
|------|--|--|
| 11 | มีความรู้เรื่องการใช้เครื่องมือสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย | <p>1) พยาบาลแค่เพียงรู้และใช้เป็นที่เพียงพอ ไม่ใช่ประเด็นหลักที่ต้องเก่ง ผู้นำจะต้องบริหารคน มีเครือข่ายช่วยสั่งการ กำกับควบคุม</p> <p>2) ควรจะเป็นหน้าที่ของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องมาช่วย เช่น เจ้าหน้าที่ ICT โดยตรง พยาบาลควรรู้เรื่องพื้นฐานที่จำเป็น เช่น วิทยุสื่อสาร</p> <p>3) เป็นสิ่งที่จำเป็นระดับหนึ่ง แต่บางครั้งเราอาจจะไปเรียนรู้เพิ่มเติมได้จากหน่วยงาน (เพราะเครื่องมือแต่ละอย่างมีการพัฒนาอยู่ตลอดเวลา)</p> |
| 12 | มีความรู้ด้านภาษา ต่างประเทศ | <p>1) จำเป็นสำหรับผู้ผู้นำในอนาคตที่ต้องติดต่อสื่อสารโดยเฉพาะภาษาอังกฤษ</p> <p>2) ภาษาจะช่วยให้การสื่อสารดีและการจัดการมีประสิทธิภาพ</p> <p>3) เฉพาะภาษาอังกฤษก็เพียงพอ</p> |
| 16 | สนับสนุนการศึกษาวิจัยด้านสาธารณสุข และการนำผลวิจัยมาใช้พัฒนางาน | <p>1) ระยะเวลาที่ผ่านมาที่มีความสำคัญมากใน Disaster management ซึ่งมีผลกระทบต่อจากระยะต่างๆ นำไปพัฒนาการจัดการด้านต่างๆ</p> <p>2) ในการพัฒนางานด้านสาธารณสุขควรจะต้องมีการสนับสนุนและการนำเอาผลการวิจัยมาใช้พัฒนางาน ถ้าหากผู้ที่เป็นผู้นำเห็นความสำคัญก็จะทำให้งานด้านสาธารณสุขได้รับการพัฒนา</p> <p>3) พยาบาลที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขเป็นผู้ที่มีข้อมูลมากมาย แต่ไม่ค่อยนำมาทำวิจัย จึงควรตระหนักในเรื่องนี้มากที่สุด</p> |

| ข้อ | รายการ | เหตุผล |
|-----|--|--|
| 18 | มีส่วนร่วมในการจัดตั้งระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ของโรงพยาบาล | บางครั้งเราอาจไม่จำเป็นต้องมีส่วนร่วม เพียงแต่รับทราบและนำไปปฏิบัติให้ถูกต้องตามระบบ ICS ที่ตั้งไว้ |
| 19 | จัดทำแผนการฝึกซ้อมเพื่อเตรียมรับสาธารณภัยตามความเสี่ยงของการเกิดสาธารณภัยในพื้นที่ และประเมินผลการฝึกซ้อมเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมและทันต่อสถานการณ์สาธารณภัยในปัจจุบัน | เป็นหน้าที่หลักของกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย |
| 23 | เตรียมความพร้อมของชุมชนโดยการให้ความรู้ด้านสุขภาพ การจัดเตรียม Disaster Kit จัดทำฐานข้อมูลกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ หญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น | เป็นบทบาทร่วมกันระหว่างองค์กรต่างๆ ที่จะต้องเข้ามาสนับสนุนกิจกรรมนี้ ไม่ใช่ประเด็นหลักของพยาบาล |
| 26 | ประสานงานการเคลื่อนย้ายและส่งต่อผู้ป่วยทั้งทางบก เรือและอากาศ ไปยังโรงพยาบาลเครือข่ายด้วยความรวดเร็วและปลอดภัย | ในกรณีที่เป็นสาธารณภัยขนาดใหญ่ จำเป็นต้องมีการ refer ผู้ป่วย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องทราบถึงการประสานงานกับโรงพยาบาลเครือข่าย |
| 29 | ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการจัดตั้งศูนย์พักพิงและระบบสุขภาพให้เหมาะสม | เป็นการบริหารจัดการที่หน่วยงานอื่นสามารถดำเนินการช่วยเหลือได้ |
| 31 | ประเมินผลกระทบทางด้านร่างกายจิตใจและสังคมของผู้ประสบภัยเพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือในระยะสั้นและระยะยาว | 1) เป็นขั้นตอนสำคัญ หากประเมินไม่ได้/ไม่ถูกต้อง แผนงานและการช่วยเหลือคงไม่ตอบสนองความต้องการ/แก้ปัญหาที่แท้จริงไม่ได้ 2) เพื่อให้ความช่วยเหลือได้เหมาะสม ถูกต้อง 3) พยาบาลผู้นำสามารถประเมินด้านองค์รวมได้ดี ถ้ามีสมรรถนะข้อนี้มาก จะส่งผลดีต่อผู้ประสบภัยในระยะฟื้นฟู |

| ข้อ | รายการ | เหตุผล |
|-----|---|--|
| | | <p>4) การประเมินเน้นเรื่องสำคัญของการวางแผนการช่วยเหลือ เพื่อให้ตรงตามความต้องการ/สถานการณ์ของผู้ประสบภัยมากที่สุด</p> <p>5) พยาบาลใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จึงควรตระหนักในเรื่องนี้ให้มากที่สุด</p> |
| 33 | ประเมินและรายงานความเสียหายของระบบบริการพยาบาลหลังสิ้นสุดสถานการณ์สาธารณภัย เพื่อวางแผนฟื้นฟูสภาพให้สามารถเปิดให้บริการได้รวดเร็ว | ระบบสุขภาพถ้าเกิดความเสียหาย ไม่ใช่บริการพยาบาลอย่างเดียว เป็นสหสาขาต้องเข้ามาร่วมกันประเมิน(ไม่แยกกัน) |
| 34 | ประเมินผลการปฏิบัติงานในสถานการณ์สาธารณภัยที่ผ่านมา จัดทำรายงานสรุปปัญหาและอุปสรรคเพื่อนำไปพัฒนาปรับปรุงแผนรับสาธารณภัยให้มีประสิทธิภาพ | <p>1) การประเมินผลการปฏิบัติงานมีความสำคัญ ต้องมีความถูกต้อง ตรงตามความเป็นจริง เพราะมีผลต่อการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำไปปรับปรุงแผนให้มีประสิทธิภาพ</p> <p>2) บทเรียนที่มีคุณค่าต่อการพัฒนาครั้งต่อไป</p> <p>3) เป็นการประเมินในบทบาทหน้าที่ของพยาบาล จำเป็นต้องวิเคราะห์ตัวเอง เป็นอย่างยิ่ง</p> <p>4) เป็นภาวะผู้นำที่สำคัญ ในการทบทวน เพื่อเกิด utilization ที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>5) การจัดทำรายงานสรุป ทำให้เป็นบทเรียนสำหรับนำมาพัฒนาและปรับแผน เพื่อให้แผนมีประสิทธิภาพมากที่สุด และสามารถนำไปใช้ได้จริง</p> <p>6) ในการปฏิบัติงานทุกครั้งควรมีการจัดทำ Lesson Learned เพื่อพัฒนาปรับปรุงแผนหรือการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น</p> |

| ข้อ | รายการ | เหตุผล |
|-----|--|--|
| 35 | สามารถสื่อสารในระยะก่อนเกิดสาธารณภัย โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาธารณภัย การเตรียมพร้อมรับสาธารณภัย เพื่อให้ชุมชนรับรู้ ตระหนักและมีการเตรียมความพร้อม | การสื่อสารการเกิดสาธารณภัยเป็นบทบาทขององค์กรอื่นๆ ร่วมกัน พยายามเป็นบทบาทร่วม |
| 36 | สามารถสื่อสารข้อมูลในระยะการเกิดสาธารณภัย ระหว่าง ณ จุดเกิดเหตุและหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัยได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม | ในสถานการณ์จริง การสื่อสารเป็นเรื่องของเทคนิคและเครื่องมือที่เป็นปัญหา จึงเป็นสิ่งที่ต้องแก้ไขในภาพรวมใหญ่ เช่น จะใช้วิธีสื่อสารด้วยเครื่องมืออะไร เมื่อเครือข่ายปกติล้ม |
| 37 | สามารถประเมินข่าวสารและถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณภัยกับหน่วยงานภายในและหน่วยงานภายนอกได้ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน | การถ่ายทอดข้อมูลตามความเป็นจริง เป็นเรื่องปกติที่ปฏิบัติอยู่ในสถานการณ์ พยายามไม่มีหน้าที่ให้ข่าว |
| 42 | สามารถประสานงานกับหน่วยงานสนับสนุน เพื่อให้การรักษาและฟื้นฟูผู้ประสบภัยด้านร่างกาย จิตใจ ที่อยู่อาศัย | 1) น่าจะเป็นภาวะผู้นำที่สำคัญมากของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น งานสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น 2) น่าจะเป็นหน้าที่หลักของสังคมสงเคราะห์ พยายามควรมีข้อมูลและส่งให้หน่วยงานหลักดำเนินการต่อไป |

ภาคผนวก ฉ
ตารางแสดงการเปลี่ยนแปลงข้อมูลของผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 3



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางแสดงการเปลี่ยนแปลงข้อมูลของผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 3

| ผู้เชี่ยวชาญ | จำนวนข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง (ข้อ) |
|--------------|---------------------------------|
| 1 | 6 |
| 2 | 16 |
| 3 | 7 |
| 4 | 6 |
| 5 | 30 |
| 6 | 12 |
| 7 | 0 |
| 8 | 0 |
| 9 | 4 |
| 10 | 0 |
| 11 | 9 |
| 12 | 8 |
| 13 | 0 |
| 14 | 8 |
| 15 | 6 |
| 16 | 0 |
| 17 | 0 |
| 19 | 0 |
| 20 | 5 |
| 21 | 1 |
| 22 | 0 |
| 23 | 0 |
| รวม | 118 |

คำนวณค่าความเปลี่ยนแปลงของความคิดเห็นทั้งหมด 52 ข้อรายการ จากผู้เชี่ยวชาญ 23 คน ได้ดังนี้

$$\frac{118 \times 100}{52 \times 23} = 9.86 \%$$

ภาคผนวก ข

ขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล
และตารางแสดงข้อเสนอแนะ ในการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล

ผลการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล มีความเป็นไปได้ในระดับเป็นไปได้มากที่สุด 5 หัวข้อวิชา พร้อมข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

1. หัวข้อวิชา ความรู้ด้านสาธารณสุข

ขอบเขตเนื้อหา

- 1.1 ความรู้เรื่องสาธารณสุข ได้แก่ ความหมาย ประเภทของสาธารณสุข ปัญหาและผลกระทบจากสาธารณสุข กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุข
- 1.2 ความรู้เรื่องระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉิน (ICS)

2. หัวข้อวิชา บทบาทพยาบาลในการจัดการสาธารณสุข

ขอบเขตเนื้อหา

- 2.1 ระยะเวลาป้องกันและลดความเสี่ยง การจัดทำแผนรับสาธารณสุขขององค์กรพยาบาล โดยให้มีความสอดคล้องกับแผนของโรงพยาบาล
- 2.2 ระยะเวลาเตรียมพร้อม
 - 1) จัดทำแผนการฝึกซ้อมรับสาธารณสุข
 - 2) วางแผนทรัพยากร ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ อุปกรณ์ที่ต้องเตรียมรับสถานการณ์สาธารณสุข
 - 3) วางแผนพัฒนาสมรรถนะบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข
- 2.3 ระยะเวลารับสาธารณสุข
 - 1) การจัดบริการพยาบาล บุคลากร และสถานที่ในสถานพยาบาลเพื่อตั้งรับผู้ประสบภัย
 - 2) การเตรียมบุคลากร อุปกรณ์ และ เวชภัณฑ์เพื่อปฏิบัติงาน ณ จุดเกิดเหตุ
 - 3) จัดระบบการบันทึกข้อมูล ลงทะเบียนผู้ประสบภัย การรักษา และการส่งต่อ
- 2.4 ระยะเวลาฟื้นฟูหลังเกิดสาธารณสุข
 - 1) หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลผู้ประสบภัย เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจและสังคม เช่น หน่วยสังคมสงเคราะห์
 - 2) การจัดทำรายงานสรุปการบริหารจัดการด้านต่างๆ ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการพัฒนา

3. หัวข้อวิชา ความรู้ด้านการพยาบาลฉุกเฉิน

ขอบเขตเนื้อหา

3.1 ความรู้ในการจำแนกประเภทผู้บาดเจ็บ (Triage)

3.2 ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลช่วยชีวิตผู้ประสพภัยที่ได้รับบาดเจ็บ (TLS)

4. หัวข้อวิชา กลยุทธ์การนำของพยาบาลในการจัดการสาธารณภัย

ขอบเขตเนื้อหา

4.1 การสื่อสาร

1) ในระยะก่อนเกิดสาธารณภัย ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาธารณภัย การเตรียมความพร้อม

2) ในระยะรับสาธารณภัย ได้แก่ ให้ข้อมูลระหว่างจุดเกิดเหตุ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3) การถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณภัยกับหน่วยงานภายในและหน่วยงานภายนอก

4.2 การประสานงาน

1) ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ภายในและภายนอกโรงพยาบาลเพื่อเตรียมอุปกรณ์ยา และเวชภัณฑ์ให้พร้อมใช้ในการดูแลผู้ประสพภัย

2) ประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ประสพภัยและส่งต่อผู้บาดเจ็บให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม

3) ประสานงานกับหน่วยงานสนับสนุน เพื่อให้การรักษาและฟื้นฟูผู้ประสพภัยด้านร่างกาย จิตใจ ที่อยู่อาศัย

4.3 การตัดสินใจ ในระยะรับสาธารณภัยการประเมินสถานการณ์สาธารณภัย และตัดสินใจ

รายงานผู้รับผิดชอบในการประกาศใช้แผนรับสาธารณภัย

4.4 การทำงานเป็นทีม

1) กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรในทีมได้ชัดเจน

2) การบริหารอัตรากำลังในสถานการณ์สาธารณภัย

4.5 การแก้ปัญหา

1) การนำความรู้ด้านสาธารณภัยมาใช้ในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า

2) การวิเคราะห์สถานการณ์สาธารณภัยการดำเนินการตามแผน และการสรุปผลเพื่อปรับปรุงแผนรับสาธารณภัยให้มีประสิทธิภาพ

5. การฝึกภาคปฏิบัติ ฝึกสถานการณ์จำลองบนโต๊ะ (Table top exercise)

ตารางแสดง ข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญในการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของ
ขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล

| หัวข้อ | ข้อเสนอแนะ |
|------------|---|
| ภาคทฤษฎี | <ol style="list-style-type: none"> 1. ด้วยโปรแกรมการเรียนการสอนเป็นเรื่องภาวะผู้นำของพยาบาลในการจัดการสาธารณสุข ดังนั้นในการจัดการเรียนการสอน ควรต้องใช้วิธีการที่ให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง และมีส่วนร่วมมากที่สุด 2. ในระยะรับสาธารณสุขควรเพิ่มหัวข้อการจัดการ Mass Triage ซึ่งประกอบด้วย Move, Assess, Sort และ Send 3. กลยุทธ์ของผู้นำในการจัดการสาธารณสุข ควรแยกเป็น 4 ระยะเช่นเดียวกับหัวข้อบทบาทของพยาบาล คือ การป้องกันและบรรเทาผลกระทบ การเตรียมรับสาธารณสุข การรับมือกับสาธารณสุข และการฟื้นฟูบูรณะ ผู้นำต้องมีกลวิธีในการจัดการอย่างไรในแต่ละระยะ |
| ภาคปฏิบัติ | <ol style="list-style-type: none"> 1. ในภาคปฏิบัตินอกจากฝึกสถานการณ์จำลองบนโต๊ะ (Table top exercise) เพื่อความชัดเจนในเรื่องหน้าที่การประสานงาน ระบบบัญชาการฯ นำที่จะทำการฝึกซ้อมเฉพาะหน้าที่ได้ (Functional exercise) 2. ควรจัดให้มีการฝึกภาคสนาม จะสามารถปฏิบัติได้ดีกว่าการฝึกสถานการณ์จำลองบนโต๊ะ เช่น การฝึก MERT ภาคสนาม |

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ นางสาวสุรางคินี วนวงศ์ไทย เกิดวันที่ 3 พฤศจิกายน พ.ศ. 2519 ที่จังหวัด
ประจวบคีรีขันธ์ สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาล

พระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี เมื่อปีการศึกษา 2542 เข้าศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษา
ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2554 ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ
ชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

