



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาบทบาทและหน้าที่ที่พึงประสงค์ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดในปี พ.ศ. 2553  
ผู้วิจัยได้ศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีแนวคิด ดังต่อไปนี้

1. แนวโน้มของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด
  - 1.1 บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดในอดีต
  - 1.2 บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดในปัจจุบัน
  - 1.3 บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดในอนาคต
2. แนวโน้มทางเทคโนโลยีในการผ่าตัด
3. แนวโน้มทางสังคม
  - 3.1 การปฏิรูประบบสุขภาพ
  - 3.2 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549)
  - 3.3 แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549)
  - 3.4 การพยาบาลและผดุงครรภ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2540-2549)
4. แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทและหน้าที่
5. การวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย
  - 5.1 ประวัติความเป็นมาของการวิจัยแบบเดลฟาย
  - 5.2 ความหมายของเทคนิคเดลฟาย
  - 5.3 คุณลักษณะของเดลฟาย
  - 5.4 ส่วนประกอบที่สำคัญของเทคนิคเดลฟาย
  - 5.5 ความตรง และความเที่ยง
  - 5.6 วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
  - 5.7 การวิเคราะห์ข้อมูล
  - 5.8 ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย
  - 5.9 ข้อดีของเทคนิคเดลฟาย
  - 5.10 ข้อจำกัดของเดลฟาย
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. แนวโน้มของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด

### 1.1 บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดในอดีต

เมื่อ ปี ค.ศ. 1875 เริ่มมีการบันทึกว่า พยาบาลเป็นผู้เตรียมเครื่องมือสำหรับการผ่าตัด John Hopkins University, Baltimore, U.S.A เป็นสถานที่แห่งแรกที่ให้นักศึกษาพยาบาลศึกษางานการผ่าตัด ต่อมาให้หมุนเวียนเข้าไปฝึกงานในวิชากายวิภาคศาสตร์ เทคนิคการปราศจากเชื้อ มีหน้าที่แม่บ้าน ยังไม่มีบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลในการเตรียมเครื่องมือ ต่อมา Boston Training School ได้มีการฝึกอบรมนักศึกษาในวันเสาร์ทำหน้าที่ส่งเครื่องมือการทำความสะอาด การจัดเก็บเครื่องมือ ส่วนพยาบาลที่สำเร็จใหม่ได้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์มากขึ้นในการช่วยทีมผ่าตัด และการผ่าตัดมีเพิ่มขึ้นซึ่งทำให้เห็นความสำคัญของพยาบาลห้องผ่าตัด แต่ก็เป็นการทำงานในแต่ละวัน ยังไม่ได้กำหนดบทบาทชัดเจน ต่อมา Matha Luce เป็นหัวหน้าพยาบาลได้กำหนดบทบาทของพยาบาลในการมอบหมายงานโดยมีแนวคิดที่ว่าพยาบาลไม่เพียงแต่ดูแลการผ่าตัด แต่ดูแลและคาดการณ์ล่วงหน้าในการจัดเตรียมอุปกรณ์ สิ่งของที่ต้องการให้พร้อมในการผ่าตัด และมีพยาบาลประจำตึกผู้ป่วยมาช่วยงานในห้องผ่าตัดและติดตามดูแลจนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน

Scottish Surgeon และ Dr. Joseph Bell เริ่มให้ความสำคัญในการฝึกอบรมพยาบาลเฉพาะทาง มีการฝึกให้พยาบาลช่วยในห้องผ่าตัด ในปี ค.ศ.1900 เริ่มมีโปรแกรมการพยาบาลพื้นฐานซึ่งเพิ่มหลักสูตรศัลยกรรม โดยมีระยะเวลาในการฝึก 3 ถึง 4 เดือนในห้องผ่าตัด เพื่อเพิ่มประสบการณ์ในคลินิก ต่อมา Dr.Hunter Robb โรงพยาบาล John Hopkins ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับทีมสำหรับการผ่าตัดคือ การเตรียมดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ มีการผ่าตัดโดยให้พยาบาลประจำการที่มีประสบการณ์มีบทบาทเป็นพยาบาลส่งเครื่องมือ ส่วนพยาบาลสำเร็จการศึกษาใหม่หรือนักศึกษาพยาบาลเป็นผู้ช่วยดูแลอุปกรณ์เครื่องมือปราศจากเชื้อ และทำหน้าที่เป็นพยาบาลช่วยเหลือรอบนอก แพทย์ฝึกหัดเป็นผู้ช่วยผ่าตัด จนกระทั่ง ในปี ค.ศ. 1910 American Nurses Association (ANA) ได้เขียนหน้าที่ของพยาบาลช่วยเหลือรอบนอก เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์มาก และมีเทคนิคปราศจากเชื้อ ส่วนพยาบาลส่งเครื่องมือเป็นพยาบาลสำเร็จการศึกษาใหม่ไม่ต้องมีประสบการณ์ทางการพยาบาลก็ได้ ซึ่งในปัจจุบันบทบาทพยาบาลช่วยรอบนอกถูกมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพและหน้าที่ส่งเครื่องมือเป็นหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพหรือนักเทคนิค ในปี ค.ศ. 1919 มีการประชุมหลักสูตรเกี่ยวกับห้องผ่าตัด ให้เวลา 10 ชั่วโมง สำหรับทฤษฎี ให้เวลา 20 ชั่วโมง และเวลา 2 ถึง 3 เดือน เป็นการหมุนเวียนฝึกงานในศัลยกรรมโดยมีผู้ตรวจการพยาบาลในห้องผ่าตัดเป็นผู้ดูแลต่อมา The National League for nursing (NLN) ได้วางหลักสูตร

สำหรับความก้าวหน้าในทฤษฎีและเทคนิคในห้องผ่าตัดเป็นรูปแบบสำหรับฝึกในวิชาการพยาบาล ห้องผ่าตัด ในช่วงปี ค.ศ. 1940 ถึง ค.ศ. 1945 เกิดสงครามโลกครั้งที่ 2 มีการส่งพยาบาลไปร่วมกับกองทัพ โดยต้องการพยาบาลที่มีประสบการณ์ มีการคัดเลือกสมาชิกทีมผ่าตัดเป็นนักเทคนิคในการทำหน้าที่ส่งเครื่องมือ ฝึกรอบมเป็นผู้ช่วยผ่าตัด ในระยะเวลา 12 ถึง 14 เดือน มีการนำบุคคลที่ไม่ใช่พยาบาลมาดูแลผู้ป่วย บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดเริ่มชัดเจนในบทบาทด้านการเป็นผู้นำ บทบาทครูและพยาบาลมืออาชีพที่รับผิดชอบการปฏิบัติการพยาบาลห้องผ่าตัด ในปี ค.ศ. 1940 พยาบาลห้องผ่าตัดไม่เพียงแต่ดูแลผู้ป่วยระหว่างปฏิบัติการพยาบาลห้องผ่าตัด แต่เริ่มบทบาทในการบริหารจัดการในห้องผ่าตัด ขณะที่บทบาทพยาบาลส่งเครื่องมือถูกส่งต่อให้กับนักเทคนิค ต่อมา ปี ค.ศ. 1946 ถึง ค.ศ. 1960 มีการเปลี่ยนแปลงหลังสงครามพยาบาลมีบทบาททั้งเป็นวิชาชีพ และนักวิชาการ ซึ่งนักเทคนิคทำหน้าที่เป็นผู้ส่งเครื่องมือภายใต้การนิเทศจากพยาบาลผู้ตรวจการ NLN เริ่มมีบทบาทลดลง หลักสูตรนักศึกษาพยาบาลมีเพียงการสังเกตการณ์และมีระยะเวลาที่ฝึกลดลงด้วย ต่อมาพยาบาลห้องผ่าตัดเริ่มคิดว่าถึงเวลาแล้วที่จะต้องสร้างองค์กรที่มีรูปแบบของความรู้และมีแนวคิด จึงมีพยาบาลระดับผู้ตรวจการใน New York จำนวน 17 คน รวมกันจัดตั้งสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัด (Association of Operating Room Nurse: AORN) เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ จูงใจให้พยาบาลที่มีประสบการณ์ได้สอนผู้ที่เริ่มฝึกหัดใหม่ และส่งเสริมสนับสนุนให้พยาบาลอยู่ในระดับที่มีความชำนาญเฉพาะทาง ต่อมา ANA เมื่อไม่ได้รับการสนับสนุนทำให้ AORN ได้ก่อตั้งขึ้น ในปี ค.ศ. 1959 เริ่มให้การพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นการดูแลโดยเอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมากกว่ามุ่งเน้นที่การปฏิบัติงานกับเครื่องมือ และต้องการสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานให้กับองค์กรบนพื้นฐานความปลอดภัยและการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ใน ค.ศ. 1976 เริ่มมีการให้ความหมายเกี่ยวกับ บทบาท ต่อมาอีก 2 ปี "Perioperative" เป็นคำที่ใช้อธิบายบทบาท และหน้าที่ในการเป็นวิชาชีพของพยาบาลในการดูแล ผู้ป่วย 3 ระยะ คือ ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดในปีค.ศ.1982 เริ่มมีการให้ความสำคัญกับการปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัดเฉพาะทาง (Fairchild 1996)

สรุปบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดในอดีต ของ Fairchild (1996) ซึ่งสอดคล้องกับ McGarvey et al. (2000) คือ การเตรียมและทำความสะอาดเครื่องมือในการผ่าตัด ดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด ควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในแผลผ่าตัด ดูแลอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ปราศจากเชื้อ ส่งเครื่องมือผ่าตัด ช่วยรอบนอก ภาวะผู้นำ บทบาทครู และพยาบาลปฏิบัติการเฉพาะทางพยาบาลห้องผ่าตัด

## 1.2 บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดในปัจจุบัน

ปี ค.ศ.1984 ถึง ค.ศ. 1985 AORN มีการกำหนดการปฏิบัติการพยาบาลห้องผ่าตัด โดยเน้นให้พยาบาลวิชาชีพมีความเชี่ยวชาญและมีความสามารถในการปฏิบัติงานโดยมีการสร้างความรู้และทักษะระดับความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มีเป้าหมายจากความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ซึ่งบทบาทปัจจุบันของพยาบาลมีดังนี้ คือ เตรียมผู้ป่วยและครอบครัวสำหรับการผ่าตัดให้ได้รับความสุขสบาย ได้รับความปลอดภัยจากการผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ สนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันแก้ปัญหาทั้งพยาบาลส่งเครื่องมือ พยาบาลช่วยเหลือรอบนอก และผู้ตรวจการพยาบาลต้องทำหน้าที่ดูแลสิ่งแวดล้อม ให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดทั้ง 3 ระยะ มีความรู้เทคนิคปราศจากเชื้อ ความปลอดภัยของผู้ป่วย รูปแบบการพยาบาลและการบริหารการพยาบาลในการผ่าตัด พยาบาลผ่าตัดพยายามปฏิบัติงานให้เป็นวิชาชีพ ซึ่งโดยมีความแตกต่างในด้านความรู้ มีบรรทัดฐาน และมีมติการประเมินผล ซึ่งบทบาทที่หลากหลายในการปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัด มี 3 ระยะ ดังนี้คือ

1. ระยะเวลาก่อนผ่าตัด (Preoperative Phase)
  - ผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Leader change agent)
  - ครู (Teacher)
2. ระยะเวลาขณะผ่าตัด (Intraoperative Phase)
  - ผู้พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ( Client advocate )
3. ระยะเวลาหลังผ่าตัด (Postoperative Phase)
  - ผู้ดูแล (Care giver)
  - นักวิจัย (Researcher)

การปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัดขั้นสูง (Advanced practice: perioperative nursing) คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้พิเศษและทักษะในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่รับการผ่าตัด สามารถประเมินและมีความอิสระในการปฏิบัติงาน มีทักษะในการวินิจฉัยและการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย มีความรู้ทางคลินิก รวมถึงการปฏิบัติทางคลินิก การศึกษา การวิจัย การบริหาร ภาวะผู้นำ และการให้คำปรึกษา นอกจากนี้ต้องมีความสามารถทางด้านการใช้เทคโนโลยีในการให้การพยาบาล (Fairchair, 1996)

บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดในประเทศไทย กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ได้เห็นความสำคัญของบริการพยาบาลห้องผ่าตัด และถือว่าเป็นงานหนึ่งที่

ต้องการพัฒนาตามกระบวนการพยาบาลในห้องผ่าตัด โดยจัดให้มีการสัมมนาทางวิชาการ ห้องผ่าตัดขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ.2528 หลังจากนั้นก็มีการจัดสัมมนาวิชาการปี พ.ศ. 2530 สำหรับพยาบาลห้องผ่าตัดเฉพาะสาขา ได้แก่ สาขาศัลยกรรมทั่วไป สาขาศัลยกรรมกระดูก สาขา ศัลยกรรมประสาท และศัลยกรรมตกแต่ง โดยมุ่งเน้นให้ผู้อบรมได้ฝึกปฏิบัติงานตามบทบาทของ พยาบาลห้องผ่าตัดตามกระบวนการพยาบาล เขียนบันทึกทางการพยาบาล โดยการเยี่ยมผู้ป่วย ก่อนผ่าตัด นำข้อมูลมาวิเคราะห์และวางแผนการพยาบาลก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และหลังผ่าตัด เพื่อที่พยาบาลผู้เข้าฝึกอบรมจะได้นำความรู้ไปพัฒนาบริการพยาบาลห้องผ่าตัด ต่อมาได้มีการพัฒนารุดหน้าไปมาก มีการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อประเมินปัญหาของผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัด (เอกสารการสัมมนาวิชาการกองการพยาบาล, 2530 อ่างไว้ใน กาญจนา จันทริไทย, 2532)

ต่อมาพยาบาลห้องผ่าตัดได้มีการพัฒนาบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยมีการรวมกลุ่มก่อตั้ง ชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย: พ.ผ.ท (The Thai Operating Room Nurses Society: TORN) ในวันที่ 28 พฤษภาคม พ.ศ.2537 โดยมีวัตถุประสงค์ คือ ส่งเสริมความสามัคคีระหว่างสมาชิกและผู้ร่วมวิชาชีพและการปฏิบัติงานของพยาบาล ห้องผ่าตัดให้ถูกต้องตามเกณฑ์มาตรฐานสากล รักษาจรรยาบรรณวิชาชีพของพยาบาล ห้องผ่าตัด เพื่อสร้างความเลื่อมใสแก่สังคมและเชิดชูเกียรติของวิชาชีพ ส่งเสริมวิทยาการ การศึกษาค้นคว้า วิจัยและการปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัดแก่สมาชิก ประชาสัมพันธ์เผยแพร่งาน พยาบาลห้องผ่าตัด และเสนอผลงานทางวิชาการของสมาชิกลงในวารสารชมรมฯ เป็นแหล่งรวม ความก้าวหน้าทางวิชาการ ให้คำแนะนำปรึกษาในการปฏิบัติงานการพยาบาลผ่าตัดแก่สมาชิก และผู้สนใจ มีการจัดประชุมวิชาการประจำปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 เป็นต้นมา ในเรื่องความก้าวหน้า ทางการพยาบาลห้องผ่าตัด: บทบาทและความคาดหวัง การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน โรงพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัด: บทบาทเชิงรุก ทิศทางการพัฒนาสู่คุณภาพการพยาบาล ห้องผ่าตัดและความต่อเนื่องเรื่องคุณภาพ ชมรมฯมีการจัดทำวารสารเพื่อเผยแพร่ความรู้ทาง วิชาการ ผลงานวิจัยด้านการพยาบาลผ่าตัดและวิทยาการก้าวหน้าทางศัลยกรรม รวมทั้งเป็น สื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ เกี่ยวกับการพยาบาลผ่าตัด มีการจัดทำ มาตรฐานการพยาบาลห้องผ่าตัดขึ้น เป็นการพัฒนาบทบาทและหน้าที่ขององค์กรพยาบาลวิชาชีพ ห้องผ่าตัด ส่วนกิจกรรมต่างประเทศ ได้ร่วมเป็นสมาชิกของ IFPN (International Federation of Perioperating Room Nurse) เมื่อปี พ.ศ. 2542 และมีพยาบาลห้องผ่าตัดประเทศไทยไปร่วม ประชุม World Conference of Operating Room Nurses ซึ่งจัดโดย AORN ร่วมกับ IFPN (เอกสารการประชุมวิชาการชมรม ห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย, 2544)

บทบาทและหน้าที่ของห้องผ่าตัดในประเทศไทยปัจจุบันมีดังนี้ คือ ประเมินสภาพผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดทั้งร่างกายและจิตใจ ใช้ความรู้เกี่ยวกับหลักการและเทคนิคปลอดภัยบริหารจัดการการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆอย่างประหยัดและมีคุณภาพ ปฏิบัติการพยาบาลในสถานะพยาบาลส่งเครื่องมือ พยาบาลช่วยเหลือการผ่าตัดหรือพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ประสานงานและให้ความร่วมมือกับบุคลากรในทีมสุขภาพอื่นๆ ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วย ปฏิบัติการพยาบาลโดยเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยและครอบครัว ปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างมีคุณภาพ เป็นแบบอย่างที่ดีของนักศึกษาพยาบาลและเพื่อนร่วมวิชาชีพ สนับสนุนการเข้าร่วมโครงการประชุมวิชาการหรือฝึกอบรม เพื่อพัฒนาความรู้ของตนเองให้ก้าวทันกับเทคโนโลยีทางการผ่าตัดที่มีความก้าวหน้าอยู่ตลอดเวลา สนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมกับ องค์กรวิชาชีพพยาบาล (กันยา ออประเสริฐ, 2541)

### 1.3 บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดในอนาคต

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดรวมถึงการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดทั้งทางด้านร่างกายและ จิตใจ โดยเฉพาะการตรวจสอบข้อมูลของผู้ป่วยให้ถูกต้อง การพยาบาลผ่าตัดมี 3 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะก่อนผ่าตัด มีการดูแลความปลอดภัยในด้านต่างๆเช่น การตรวจสอบชื่อให้ตรงกับ การผ่าตัด การเตรียมพร้อมของอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ สำคัญที่สุด คือการดูแลด้านจิตใจ 2) ระยะขณะผ่าตัด มีการดูแลเคลื่อนย้าย การจัดทำผ่าตัดที่ถูกต้อง และ ความปลอดภัยจากภาวะเสี่ยง เช่น ด้านการติดเชื้อ การตรวจนับผ้าซับโลหิต ของมีคม และเครื่องมือตกค้างในร่างกายผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด การบาดเจ็บจากเครื่องจีไฟฟ้า ความร้อน สารเคมี และดูแลความสุุขสบายให้กับผู้ป่วย และ 3) ระยะหลังผ่าตัด ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ป้องกันอันตรายในระบบทางเดินหายใจในผู้ป่วยหลังจากการได้รับการดมยาสงบ การได้รับสารน้ำ McGarvey et al, (2000) ได้กล่าวว่า บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดเชิงรุกมีดังนี้ คือ บทบาทของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ใช้บริการและการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ บทบาทต่อหน่วยงานและสังคม และบทบาทต่อวิชาชีพและตนเองในการพัฒนาความรู้ การวิจัย ตลอดจนการพัฒนาให้ได้มาตรฐานแห่งวิชาชีพ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) พยาบาลห้องผ่าตัดต้องขยายบทบาทด้านความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลและการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและญาติมากขึ้น ในระยะก่อนผ่าตัดอาจจะมีการเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย ก่อนวันผ่าตัดและให้คำแนะนำในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการและความคับข้องใจของผู้ป่วย ซึ่งหน้าที่นี้จะไม่ซ้ำซ้อนกับการสอนผู้ป่วยของพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และควรมีแบบแผนการให้คำแนะนำผู้ป่วยไว้อย่างชัดเจนในการให้การพยาบาลควรยึดหลักของกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการให้การพยาบาล การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่

พยาบาลห้องผ่าตัดควรจะต้องปรับปรุงตนเองในด้านบุคลิกภาพเพราะเป็นสิ่งแรกที่จะเกิดความประทับใจในบุคลิกภาพที่ดี น่าเชื่อถือ มีความมั่นใจ สนใจรับฟังปัญหาผู้ป่วยอย่างเต็มใจและให้คำตอบที่ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย (เรณู อาจสาลี, 2542) สิ่งเหล่านี้เป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้รับบริการ Applegeet (1996 อ้างถึงใน ศิริพร พุทธิรังษี, 2542) ได้กำหนดบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดไว้ ดังนี้ คือ ผู้ส่งเครื่องมือ ผู้ช่วยเหลือรอบนอก ผู้บริหารจัดการ นักการศึกษา และพยาบาลช่วยผ่าตัด คนที่หนึ่ง (registered nurse first assistant: RNFA)

การพยาบาลห้องผ่าตัดในอนาคต (Groch ,1990) เป็นการพยาบาลเชี่ยวชาญพิเศษ (Perioperative Nurse Practitioner) บทบาทใหม่นี้พยาบาลวิชาชีพ ในระยะก่อนผ่าตัดจะต้องเตรียมการดูแลและประเมินสภาพของผู้ป่วย การสังเกตอาการโดยดูจากข้อมูลทางพยาธิสภาพ และรายงานสิ่งที่ผิดปกติให้แพทย์ทราบเพื่อการวินิจฉัยและการรักษาในระยะผ่าตัดพยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่ช่วยผ่าตัด ส่งเครื่องมือและช่วยเหลือรอบนอกและในระยะหลังผ่าตัด พยาบาลเตรียมการดูแลประเมินผลอาการผู้ป่วย เตรียมส่งผู้ป่วยกลับบ้านหรือผู้ป่วยและให้ความรู้ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลจะต้องให้การพยาบาลด้วยเทคนิคขั้นสูงร่วมกับการดูแลผู้ป่วยในฐานะมนุษย์อย่างมีประสิทธิภาพ ทิศทางวิชาชีพพยาบาลในอนาคตนั้นจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ การเมือง และสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้ปัญหาสุขภาพของประชาชนเปลี่ยนแปลงและมีความสลับซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น

ดังนั้นเมื่อจะมองภาพรวมในเรื่องปัญหาสุขภาพของประชาชนจะเห็นว่ามีความยุ่งยากซับซ้อนและมีปัจจัยต่างๆโยงใยกันเป็นลูกโซ่ การผลิตและพัฒนาบุคลากรทางด้านสุขภาพและการจัดระบบบริการสุขภาพจึงต้องสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชน ซึ่งการบริการสุขภาพนั้นควรมีลักษณะคือ สามารถครอบคลุมและสนองความต้องการของประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการรักษาฟื้นฟูสภาพให้เท่าเทียมกับการรักษาเน้นบริการที่มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับสังคม วัฒนธรรมประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศสามารถเข้าถึงและสามารถจัดการได้ด้วยระบบของรัฐและเอกชน ให้บุคคล ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองและการพึ่งพาตนเอง มีการร่วมมือกันระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพและเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานอื่นๆ ทั้งในสถาบันของรัฐและเอกชน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539)

ทิศทางการพยาบาลผ่าตัด (กันยา ออประเสริฐ, 2542) ในทศวรรษใหม่ควรมีการปรับเปลี่ยนไปสู่วิสัยทัศน์อันกว้างไกลมีความเห็นว่าวิสัยทัศน์ของพยาบาลห้องผ่าตัดในประเทศไทยจะต้องครอบคลุมดังนี้

1. ด้านบริการพยาบาล คือ มีการพยาบาลแบบองค์รวม และมีการพยาบาลเชิงรุก มีการเยี่ยม การให้คำปรึกษาและการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรับการผ่าตัด ในกรณีผู้ป่วยที่ไม่ต้องนอนพักในโรงพยาบาล พยาบาลผ่าตัดอาจให้ข้อมูลโดยการโทรศัพท์ ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดและติดตามผลในระยะหลังผ่าตัด เพื่อเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรับบริการให้น้อยที่สุด พร้อมทั้งทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้ต้องมีทักษะในการติดต่อสื่อสารที่ดี ทักษะในการประสานงานที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานและที่สำคัญคือ คำหนึ่งถึงจริยธรรมและสิทธิของผู้ป่วย
2. ด้านการศึกษาให้มีการศึกษาต่อเนื่องก่อนปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัดหลังจากที่พยาบาลสำเร็จการศึกษาพื้นฐานมีการศึกษาค้นคว้าองค์ความรู้ใหม่ๆตลอดเวลาต้องให้การสนับสนุนและเข้าร่วมโครงการประชุมวิชาการหรือฝึกอบรมในหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่อง
3. ด้านการวิจัยเพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาการปฏิบัติพยาบาลนำผลการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลห้องผ่าตัดมาพัฒนาให้เกิดมาตรฐานการปฏิบัติงานที่ดี
4. ด้านองค์การวิชาชีพ มีการร่วมมือเพื่อพัฒนาวิชาชีพอย่างกว้างขวางเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางและผู้บริหารระดับสูงทางการพยาบาลผ่าตัด

การพยาบาลผ่าตัดในทศวรรษใหม่นี้ต้องมีการเปลี่ยนแปลงในระบบบริการเพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ พยาบาลห้องผ่าตัดต้องร่วมมือร่วมใจกันคิดและวางแผนการเปลี่ยนแปลงในระบบบริการพยาบาลผ่าตัด เพื่อให้การพยาบาลผ่าตัดมีเอกลักษณ์และเจริญก้าวหน้าเป็นวิชาชีพได้อย่างสมบูรณ์ ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ควรมีลักษณะเป็นระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวม ชุมชนมีส่วนร่วม ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเอง เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในเชิงรุก และมีการพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง (กันยา ออประเสริฐ, 2543)

รูปแบบการบริการพยาบาลในการปฏิรูประบบสุขภาพการส่งเสริมสุขภาพเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญ การสร้างจิตสำนึกในเรื่องการมีสุขภาพดีแก่ประชาชน ส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆที่เป็นสาเหตุให้เกิดโรค มีทักษะในการสร้างสุขภาพ เช่น ออกกำลังกาย การบริโภคอาหารสุขภาพ การละเว้นการสูบบุหรี่ การสร้างความผ่อนคลาย เพื่อป้องกันความเครียด เฉพาะระบบบริการพยาบาลในระดับทุติยภูมิและ



ตติยภูมิหมายถึง การให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนทุกวัย ที่เน้นการแก้ไขปัญหาคความเจ็บป่วย และผลกระทบจากความเจ็บป่วยที่ซับซ้อนรุนแรง จนถึงวิกฤติซึ่งต้องการความช่วยเหลือ จากบุคลากรด้านสุขภาพที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทาง การพยาบาลขั้นสูงที่มีประสิทธิภาพ จัดระบบการดูแลพิเศษและผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาเทคโนโลยี สิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่ง คือ ต้องส่งเสริม การดูแลตนเองของผู้ป่วย และประชาชน โดยจัดแหล่งทรัพยากรเพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองและต้อง ครอบคลุมการแก้ไขปัญหสุขภาพหลักของท้องถิ่น การพัฒนาบทบาทพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด มีดังนี้ พัฒนาโปรแกรมการศึกษา โดยการส่งเสริมบทบาทพยาบาลห้องผ่าตัด สนทนากับ นักวิชาการในเรื่องการเปลี่ยนแปลงบทบาท ปัญหาเกี่ยวกับเศรษฐกิจและสังคม พยาบาลควรจะ ยอมรับสิ่งท้าทายในความสำเร็จของวิชาชีพและได้รับรองเกี่ยวกับการศึกษาเฉพาะทางจะต้องมี ภาวะผู้นำมีการส่งเสริมความรู้และมีการพัฒนาเกี่ยวกับการช่วยผ่าตัด

บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดในการส่งเสริมสุขภาพเป็นการปรับปรุงคุณภาพบริการ ผ่าตัดให้มีคุณภาพมาตรฐานดีขึ้นโดยการดูแลให้ผู้ป่วยและครอบครัวดูแลตนเองก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด รวมทั้งมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิต วิญญาณ พยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องตระหนักถึงบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ ควบคู่กับการมีบทบาทในการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมเพื่อรับการผ่าตัด ดูแลผู้ป่วยในระยะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ให้ กระบวนการผ่าตัดดำเนินไปได้อย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ Snape (อ้างถึงใน กัญญา ออประเสริฐ, 2542) ได้นำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ French's model มาอธิบาย รูปแบบ การส่งเสริมสุขภาพสำหรับงานห้องผ่าตัด ประกอบด้วย 4 มิติ คือ

1. มิติการดูแลและรักษาโรค (Disease management) บทบาทพยาบาล ห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยจะต้องเป็นแบบองค์รวม เริ่มตั้งแต่การประเมินปัญหาและ ความต้องการของผู้ป่วยให้ครอบคลุม ทั้งกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ผู้ป่วยมาอยู่ ในโรงพยาบาลแล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ กำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ให้การพยาบาล ตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ในระยะผ่าตัดอย่างต่อเนื่องจนถึงระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น จนกระทั่งย้ายกลับไปหผู้ป่วยหรือกลับบ้านในรายผู้ป่วยนอก รวมทั้งติดตามประเมินผล การพยาบาล โดยจะต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจนถึงหลังผ่าตัด 1 วัน และจะต้องให้การดูแล ผู้ป่วยแบบทีมสหวิชาชีพพร้อมกับบุคลากรอื่น ส่วนมิติในการรักษาโรคนั้น เป็นการเปลี่ยนแปลง ขยายบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด จากการทำพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลผ่าตัด และมีการอบรมพยาบาลห้องผ่าตัดให้ทำหน้าที่พยาบาลช่วยผ่าตัดคนที่หนึ่ง ซึ่งมีหน้าที่ใน การประเมินปัญหาผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เพื่อนำมาให้การวินิจฉัยการพยาบาล วางแผน การพยาบาลและช่วยแพทย์ทำผ่าตัดได้อย่างราบรื่น ตลอดจนติดตามดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

2. มิติการป้องกันโรค (Disease prevention) พยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องเป็นผู้ควบคุมดูแลให้บุคลากรทุกคนในห้องผ่าตัดปฏิบัติตามหลักของเทคนิคปลอดเชื้อเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในห้องผ่าตัดและรักษาสภาวะปลอดเชื้อบริเวณผ่าตัด ตลอดเวลาการผ่าตัด ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำสำหรับผ่าตัด ป้องกันอันตรายต่างๆ ได้แก่ การสูญเสียเลือด การแพ้ยาและสารเคมี การใช้อุปกรณ์ เครื่องไฟฟ้าในการผ่าตัด และอุบัติเหตุต่างๆที่อาจเกิดขึ้นในระยะผ่าตัด โดยจะต้องจัดทำมาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในห้องผ่าตัดและให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและอันตรายต่างๆจากการผ่าตัด

3. มิติการให้ข้อมูลทางสุขภาพ (Health education) การให้ข้อมูลทางสุขภาพในบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด เริ่มตั้งแต่การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วันและการเยี่ยมหลังผ่าตัด โดยเฉพาะขณะเยี่ยมจะต้องให้ข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับโรค การผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึก สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด และสิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องประสบในระยะผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและความกลัว

4. มิตินโยบายสำหรับสุขภาพ (Politic of health) การที่รัฐบาลมีนโยบายในการปฏิรูประบบสุขภาพ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานการพยาบาลผ่าตัด ได้แก่ นโยบายในการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก ความต้องการและความคาดหวังทางด้านบริการสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปหรือการใช้กลยุทธ์เสริมสร้างพลังอำนาจในงานส่งเสริมสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถตัดสินใจเลือกบริการสุขภาพที่ดีที่สุด

การปฏิรูประบบสุขภาพเป็นการสร้างโอกาสให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีการขยายบทบาทออกไปจากบทบาทในอดีต โดยเฉพาะแนวโน้มของการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก เป็นการเปิดโอกาสให้พยาบาลห้องผ่าตัดก้าวเข้ามามีบทบาทสำคัญมีการเตรียมผู้ป่วย ในอนาคตอันใกล้นี้พยาบาลห้องผ่าตัดจะมีบทบาทรับผิดชอบในการจัดตั้งคลินิกก่อนผ่าตัดซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ออกมาผ่าตัด จนถึงติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับแผลผ่าตัด และการดำเนินชีวิตภายหลังผ่าตัด อันจะนำไปสู่การมีชีวิตที่ ผาสุก ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ มีศักยภาพในการดูแลตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม ซึ่งในกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ ต้องมีกลยุทธ์หรือกลวิธีภายใต้บริบทภาวะการณ์ของประเทศ

จากการวิเคราะห์ปัญหาทางการบริการสุขภาพและบริการพยาบาลทำให้มองเห็นจุดเปลี่ยนของงานบริการพยาบาลในศตวรรษที่ 21 ซึ่งต้องทำงานภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด แต่ความคาดหวังที่สูงขึ้น งานบริการต้องเกิดผลผลิตสูงและมีประสิทธิภาพเนื่องจากขาดบุคลากรและเทคโนโลยีสูง ทั้งยังต้องบริหารจัดการในแนวธุรกิจและแนวทางด้านเศรษฐกิจร่วมกัน มุ่งเป้าหมาย

ที่ผู้รับบริการหรือลูกค้า จึงต้องพิจารณาความพึงพอใจเป็นสำคัญมุ่งคุณภาพให้ได้มาตรฐานที่มีระบบและมีแนวคิดทางวิชาการที่ยอมรับได้ มีแนวคิดเชิงธุรกิจในการบริหารจัดการเพื่อสร้างผลผลิตที่มีประสิทธิภาพมุ่งเข้าสู่เสริมสุขภาพการป้องกันโรคและความเจ็บป่วย จึงต้องมีการปฏิบัติงานในเชิงรุกสู่บ้าน ครอบครัว และชุมชน เพื่อลดค่าใช้จ่าย นอกจากนี้การบริการพยาบาลน่าจะมีผลผลิตใหม่ ในปี ค.ศ. 2000 ได้แก่ การดูแลที่บ้าน การดูแลผู้เจ็บป่วยระยะสุดท้าย การฟื้นฟูสุขภาพ การบริการพยาบาลก่อนเข้าโรงพยาบาล บริการพยาบาลเชิงรุก การส่งเสริมสุขภาพ และการบริการเชิงจัดการผู้ป่วยเป็นรายบุคคลสิ่งเหล่านี้เป็นผลผลิตที่มีแนวโน้มว่าในอนาคตจะต้องสร้างให้เกิดขึ้น (พรเทัญ สิงหวรรณกุล, 2541)

บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ บทบาทและหน้าที่ที่มีความสำคัญ ดังนี้ บทบาท คือ กลุ่มของรูปแบบพฤติกรรมของตำแหน่งและเป็นการสะท้อนของบุคคล, สังคมหรือขอบเขตอาชีพของตนเป็นรูปแบบพฤติกรรมในหน้าที่การทำงานและเป็นความรับผิดชอบ หน้าที่ คือ สถานะหรือตำแหน่งที่เฉพาะเจาะจง ในแต่ละองค์กร สรุป บทบาทคือ กลุ่มพฤติกรรมที่บุคคลมีความรับผิดชอบ และหน้าที่ คือ การจำแนกงานแต่ละบุคคลทำตามตำแหน่งที่กำหนดไว้ สรุป บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ Creasia and Parker (2001) มีดังนี้

1. บทบาทเป็นผู้ให้การดูแล (Caregiver) คือ การดูแล 3 ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด เป็นการช่วยเหลือทั้งหมด บางส่วน และการให้ความรู้
2. บทบาทการเป็นครู (Teacher) คือ เป็นการพยายามที่จะให้ผู้ป่วยที่เจ็บป่วย เรื้อรังได้เผชิญกับปัญหาได้ พยาบาลควรมีบทบาทการดูแลและการสอนเป็นสิ่งแรก เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยหัวใจ ผู้ป่วยที่มีบาดแผล โดยมีการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการติดเชื้อ มีหน้าที่ คือ แยกแยะความต้องการการเรียนรู้การสอนของผู้ป่วยและญาติ ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและความพร้อมในการเรียน พัฒนาเป้าหมายการศึกษาและวัตถุประสงค์ร่วมกันกับผู้ป่วย วางแผนประสบการณ์ การเรียนการสอน การเตรียมข้อมูลที่จะนำมาใช้ในการสร้างกลยุทธ์ในการสอนและประเมินผลสัมฤทธิ์ในการเรียนการสอน
3. บทบาทการเป็นผู้พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (Advocate) เป็นหัวใจสำคัญของระบบ ค่านิยมในการพยาบาลเป็นการป้องกันอันตรายและให้ความสนใจขั้นสูงกับผู้ป่วย ดูแลช่วยเหลือด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ บทบาทผู้สนับสนุนเริ่มจากความสนใจในการรักษา รวมทั้งการป้องกัน ปกป้อง และการวินิจฉัย ตรวจสอบ การดูแลระยะยาวและการดูแลระยะสุดท้าย พยาบาลจะต้องมีหน้าที่คือ ให้ความมั่นใจในเอกสารที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยช่วยเหลือในการเข้ารับการรักษา จัดลำดับความต้องการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการตัดสินใจเป็นตัวแทน

ระหว่างผู้ป่วยกับสิ่งแวดล้อม ประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ กระจายการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและชุมชน ครอบครัว และหน่วยงานอื่นๆ

4. บทบาทเป็นผู้ประสานงานด้านการส่งเสริมคุณภาพ (coordinator) การประเมินคุณภาพเป็นเรื่องยากเพราะคุณภาพการดูแลจะต้องประเมินจากแนวคิดหลายด้าน ทั้งค่านิยม พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงของผู้ใช้บริการและเทคนิคที่มีความเจริญก้าวหน้าโดยดูจากการเงิน ความห่วงใยในความรับผิดชอบที่มีผู้ให้บริการ ผู้เตรียมความก้าวหน้าในเทคโนโลยีดูแลสุขภาพ มีองค์กรมากมายที่แต่งตั้งผู้รับผิดชอบในการควบคุมและส่งเสริมคุณภาพการดูแลด้านการควบคุมคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (Total quality management: TQM) การควบคุมคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality improvement: CQI) และการประกันคุณภาพ (Quality assurance: QA) เพื่อวัดคุณภาพการพยาบาลความสำคัญในการส่งเสริมทั้งระบบมากกว่ารายบุคคล โดยพยาบาลจะต้องมีหน้าที่ออกแบบกระบวนการมีการประสานงานในการปฏิบัติงาน สรุปการประเมินผลโดยมีการพิจารณา "ค่านิยม" เพื่อให้เกิดคุณภาพการดูแลขึ้น

5. บทบาทผู้บริหาร (Manager) หน้าที่ คือ ทำให้เกิดมีประสิทธิภาพขึ้นโดยการสร้างกลยุทธ์เป็นพฤติกรรมที่บุคคลทั่วไปคาดหวังในบทบาทโดยรวม ต้องใช้ทักษะในการแก้ปัญหาและทักษะการตัดสินใจ โดยจะต้องมีความยืดหยุ่น สร้างสรรค์ การปฐมนิเทศและความรู้ทางธุรกิจ คาดว่าปี ค.ศ. 2000 เป็นต้นไป ผู้บริหารจะต้องมีความรับผิดชอบมากกว่าหนึ่งหน่วยงาน เป็นส่วนหนึ่งของการวางแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาล ร่วมวางแผนและเป้าหมายที่จะทำให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการใช้มนุษย์ วัสดุครุภัณฑ์และแหล่งการเงิน (Barret,1990: 86) พยาบาลจะต้องมีหน้าที่วางแผนกลยุทธ์ ควบคุมการจัดตั้งเป้าหมายและวัตถุประสงค์ ริเริ่ม และเปลี่ยนแปลงการบริหาร มีการบริหารข้อมูลสำหรับช่วยสนับสนุนการวางแผนและการตัดสินใจ พัฒนานโยบาย ข้อปฏิบัติและมาตรฐานการดูแลบริหารทรัพยากรมนุษย์ ประเมินการปฏิบัติงาน การสอนและให้คำปรึกษา การมอบหมายงานที่มีประสิทธิภาพ มีการแก้ไขความสับสน ส่งเสริมการสร้างทีมให้ความสะดวกในการสื่อสาร ควบคุมการติดต่อสัมพันธ์ภาพระหว่างหน่วยงาน เป็นที่เลี้ยงและแบบอย่างที่ดีให้แก่ผู้บริหารในอนาคต ส่งเสริมคุณภาพตามนโยบายขององค์กร มีการปฏิบัติตามมาตรฐานอาชีพส่งเสริมแหล่งทรัพยากรให้กับองค์กรมีการพัฒนาและควบคุมการดูแลผู้ป่วยตามความคาดหวัง

6. บทบาทเป็นนักวิจัย (Researcher) ANA's code of ethics (American National Association) กล่าวว่า การพัฒนาการปฏิบัติงานจะต้องเกิดจากการพัฒนาองค์ความรู้และมาตรฐานของผู้เชี่ยวชาญ เป็นสมรรถนะหนึ่งของวิชาชีพ มีการเพิ่มบทบาทนักวิจัยขึ้นในองค์กรโดยพยาบาลมีหน้าที่เตรียมความเข้าใจในกระบวนการวิจัยไว้ในโปรแกรมการพยาบาล

ซึ่งประกอบด้วย การค้นหาปัญหา ทบทวนวรรณกรรม ตั้งสมมุติฐาน ออกแบบงานวิจัย กำหนดกลุ่มตัวอย่าง ทดสอบและเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลและแปลความ รายงานผลที่ค้นพบและสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนางาน

7. บทบาทในการให้คำปรึกษา (Consultant) พัฒนาเป็นผู้เชี่ยวชาญ สามารถค้นหาปัญหาหรือเตรียมความรู้เพื่อช่วยผู้ป่วยในการตัดสินใจ ค้นหาปัญหา ช่วยในการออกแบบวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูล ประเมินการปฏิบัติงาน พัฒนาหลักสูตรการพยาบาล ทบทวนบันทึกสำหรับรายที่มีความผิดทางกฎหมาย เช่น พฤติกรรมละเลยการบริการ อันตรายจากสิ่งแวดล้อม การให้ยาผิดและการตกค้างของอุปกรณ์เครื่องมือในช่องท้อง พยาบาลจะต้องมีหน้าที่ ดังนี้คือ เตรียมข้อมูลข่าวสารในการฝึกอบรมและให้วิธีการในการค้นหาและสามารถแก้ไขปัญหาได้

8. บทบาทพยาบาลสารสนเทศ (Informatic nurse) ได้รับการฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญในการใช้ศาสตร์ทางคอมพิวเตอร์ในการสร้างข้อมูลทางการพยาบาล มีหน้าที่คือ ออกแบบหรือปฏิบัติการทางสารสนเทศ สามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการปฏิบัติการพยาบาล วิเคราะห์และประเมินผลความต้องการสารสนเทศทางการพยาบาล พัฒนากลยุทธ์นโยบายและข้อปฏิบัติในการทำงาน และพัฒนาการสอนทฤษฎีและสารสนเทศทางการพยาบาล

9. บทบาทการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) เกิดจากความต้องการประสิทธิภาพของการบริหารต้นทุนในการดูแลที่มีคุณภาพสูง มีการรวมทักษะของคลินิกและการบริหารไว้ด้วยกันเพื่อให้ผลลัพธ์ในการดูแลเป็นตามเป้าหมายเป็นระบบ บทบาททางด้านเทคโนโลยี พยาบาลใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ ความเชี่ยวชาญพิเศษ การใช้ต้นทุนอย่างมีประสิทธิภาพ มีหน้าที่คือ ประเมินและรวบรวมข้อมูล วางแผนองค์การด้วยข้อมูล วางแผนบริการและการค้นหาทรัพยากร การให้คำปรึกษา เป็นนักวิชาการและตัวแทนผู้ป่วย ประสานงาน ปฏิบัติตามความต้องการบริการของผู้ป่วยและเป็นตัวแทนดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ใช้ Path way เป็นเครื่องมือออกแบบในการเตรียมให้การดูแลตามปัญหาของผู้ป่วย

10. บทบาทปฏิบัติการขั้นสูง (Advanced practices roles: APN) เป็นผู้เชี่ยวชาญมีความรู้และขยายทักษะการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อประเมินผลลัพธ์ มีบทบาทและหน้าที่คือ ค้นหาปัญหาของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนที่มีสถานะเสี่ยงเตรียมระบบบริหาร บริการ ช่วยผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพและการใช้ยา เป็นที่ปรึกษาให้กับส่วนรวมหน่วยงานอื่นๆ ประเมินโปรแกรมสุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งขององค์กร หรือสมาคมวิชาชีพ และศึกษางานวิจัยและสารสนเทศ

## 2. แนวโน้มทางเทคโนโลยีในการผ่าตัด

ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในการผ่าตัดมีการพัฒนามากขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การผ่าตัดมีประสิทธิภาพ มีเครื่องมือที่ทันสมัยสามารถทำการผ่าตัดที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ทำให้ศัลยแพทย์ผ่าตัดได้สะดวกสบายมากขึ้น ผู้ป่วยมีขนาดแผลผ่าตัดที่เล็กลง ป้องกันการบาดเจ็บและการเกิดแผลหลังผ่าตัดที่มีขนาดใหญ่ ซึ่งผู้ป่วยมีแนวโน้มที่ต้องการความสวยงามและลดระยะเวลาที่ต้องนอนรักษาที่โรงพยาบาลในระยะเวลาที่ยาวนาน พร้อมทั้งเป็นการลดค่าใช้จ่ายด้วย Mailhot (1996) กล่าวว่า การใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยเป็นการลดต้นทุนและทำให้เกิดคุณภาพ กลุ่มผู้ป่วยมีความต้องการมากขึ้น มีการใช้ระบบ Telepresence เป็นการส่งเสริมให้ศัลยแพทย์สามารถผ่าตัดได้ โดยผ่านการควบคุมด้วยระบบคอมพิวเตอร์และมองผ่านจอภาพ มีศูนย์ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการผ่าตัดทางไกล โรงพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อเตรียมผู้ป่วยและดูแลช่วยเหลือในการผ่าตัด และมีความก้าวหน้าทางการผ่าตัดมากขึ้น เช่น การใช้เลเซอร์ การใช้กล้องในการผ่าตัด มีการใช้วิทยาการทางด้านรังสี ความก้าวหน้าทางด้านการผ่าตัดโรคหัวใจ และการผ่าตัดที่มีเครื่องมือพร้อมในการเคลื่อนที่ได้อย่างสะดวกสบาย มีการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมากขึ้นซึ่งเป็นสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต Popolow (1999) ได้กล่าวว่ามี การใช้เครื่องมือที่มีขนาดเล็กลงในการผ่าตัด และมีการใช้กล้องซึ่งควบคุมโดยระบบหุ่นยนต์คอมพิวเตอร์ช่วยในการผ่าตัดมีการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้

## 3. แนวโน้มทางสังคม

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดคือ การปฏิรูประบบสุขภาพ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) และแผนการพัฒนาระบบสุขภาพและผดุงครรภ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2540-2549) ซึ่งส่งผลต่อบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ในอนาคตแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและเพิ่มความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆจนเป็นรูปแบบสังคมใหม่ที่แตกต่างไปจากเดิม ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมมี 4 ด้าน คือ สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ความสัมพันธ์ของคนในสังคมที่เปลี่ยนไป วัฒนธรรมของสังคมที่เปลี่ยนไป และค่านิยมของสังคมที่เปลี่ยนไป การเปลี่ยนแปลงเกิดจากการกำหนดวิสัยทัศน์ ซึ่งเมื่อพิจารณาจากสภาพสังคมปัจจุบันและแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงในอนาคต พบว่าสังคมไทยต้องปรับกระบวนทัศน์จากเดิมในหลายด้าน มีการศึกษาวิสัยทัศน์สำหรับสังคมไทยที่พึงปรารถนาในอีก 25 ปีข้างหน้าพื้นฐานของการศึกษาอดีต วิเคราะห์สภาพปัจจุบันและคาดการณ์อนาคต เพื่อกำหนดวิสัยทัศน์ ดังนั้นสังคมไทยที่พึงประสงค์ในศตวรรษที่ 21 ควรที่

จะมีลักษณะ 8 ประการ คือ 1) สังคมประสิทธิภาพนิยม คือ การทำงานที่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งใจไว้โดยใช้ทรัพยากรน้อยที่สุด 2) สังคมปัญญานิยม คือ คนมีความรู้เท่าเทียมกัน ใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย ใช้ภาษาสากล 3) สังคมพหุเอกานิยม คือ มนุษย์มีความเท่าเทียมกัน 4) สังคมครอบครัวนิยม 5) สังคมสิ่งแวดล้อมนิยม 6) สังคมอนุรักษนิยม 7) สังคมชุมชนนิยม และ 8) สังคมคุณธรรมนิยม (เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์, 2541)

ปัจจัยที่มีผลต่อการพยาบาลในอนาคตมีหลายประการ เช่น การใช้เทคโนโลยีด้านคุณภาพในการรักษา มีทั้งคอมพิวเตอร์และเครื่องมือที่ทันสมัยทำให้ผู้ป่วยต้องการขอคำปรึกษาซึ่งพยาบาลจะต้องสามารถให้คำปรึกษาได้ รวมทั้งแนะนำเกี่ยวกับสิทธิมนุษยย์ ด้านสุขภาพ การดูแลและการจัดการสุขภาพของแต่ละบุคคล ครอบครัวและชุมชน ในอนาคตพยาบาลจะต้องมีความรู้พื้นฐานหลายด้าน ในการสนองตอบต่อสภาวะทางสังคมของผู้รับบริการและงานด้านการรักษาที่พัฒนาด้วยเทคโนโลยีและข้อมูลข่าวสาร เป็นเหตุให้พยาบาลในศตวรรษที่ 21 จะต้องมีความรู้หลากหลายทันต่อความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องของเทคโนโลยีทางสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพ และการปรับรับศตวรรษของเทคโนโลยี ทำให้เกิดปัญหาความห่างเหินระหว่างบุคคล การติดต่อผ่านทางสารสนเทศ ขาดการเข้าถึงในแง่ของความเป็นมนุษย์เป็นแนวคิดหนึ่งที่สอดคล้องกับการพยาบาลในห้องผ่าตัดและเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ต้องให้ความสนใจที่จะนำมาปรับเปลี่ยนบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัดด้วยเช่นกัน (สายสวาท เผ่าพงษ์, 2542) และแนวโน้มสำคัญที่เกี่ยวข้องมี ดังนี้ คือ

### 3.1 การปฏิรูประบบสุขภาพ

ในอดีตระบบสาธารณสุขมีการปฏิบัติงานที่เน้นการตั้งรับเพื่อการรักษามากกว่าการเน้นระบบเชิงรุก มีการสร้างสุขภาพดี เป็นเหตุให้ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพแพงมากแต่ได้ผลต่ำเป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ มีการเพิ่มค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพที่มุ่งเป็นการซ่อมสุขภาพเช่นนี้ มีอัตราเพิ่มกว่าร้อยละ 10 ต่อปี และไม่สามารถจะควบคุมให้ลดลงได้ ระบบสุขภาพมีปัญหาเรื่องคุณภาพเกี่ยวกับมาตรฐานในเรื่องวิชาการและจริยธรรม มีการเลือกปฏิบัติ ขาดหลักประกันสุขภาพที่ดี จึงเป็นเหตุทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบเกิดขึ้น มีการปฏิรูปสุขภาพขึ้น เริ่มในช่วงหลังปี พ.ศ. 2540 ได้มีรัฐธรรมนูญใหม่ในมิติที่ส่งเสริมสิทธิประชาชน เปิดช่องทางการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนอย่างกว้างขวางมุ่งกระจายอำนาจและการจัดระบบสำคัญๆขึ้นในสังคมเรื่องสุขภาพรัฐธรรมนูญได้กำหนดบทบัญญัติไว้หลายประการ เช่น ในมาตรา 52 ของหมวดที่ 3 ระบุว่า บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ตามที่

กฎหมายกำหนดไว้ ในมาตรา 82 ของหมวดที่ 5 ระบุว่า รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ เป็นต้น ประกอบกับประเทศไทยประสบภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจอย่างรุนแรง ส่งผลกระทบให้ระบบราชการและระบบต่างๆ ต้องปรับตัวเพื่อรองรับกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง ต่อมาได้มีการตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส) ผลักดันให้มีการปฏิรูปสุขภาพที่ระบบ เน้นการรุกเพื่อสร้างสุขภาพดีนำหน้าการตั้งรับเพื่อซ่อมสุขภาพ มีเป้าหมายออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เป็นรัฐธรรมนูญด้านสุขภาพ กำหนดระบบโครงสร้าง กลไก กติกาและเงื่อนไขของระบบสุขภาพให้เสร็จภายในเวลาไม่เกิน 3 ปี (พ.ศ. 2543-2546) โดยใช้ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาอันประกอบด้วยการสร้างองค์ความรู้ การเคลื่อนไหวในภาคสังคม และการเชื่อมโยงกับภาคการเมือง เป็นแนวทางการทำงานและหลักประกันสุขภาพเป็นอีกเรื่องหนึ่งที่เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพขึ้น คือ โครงการ 30 บาทรักษาได้ทุกโรค เป็นการจักระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับคนไทยเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพ มีการให้ความสำคัญกับการจักระบบบริการระดับต้นที่ใกล้บ้านใกล้ใจเพื่อเป็นจุดแรกของการบริการสุขภาพแก่ประชาชน โดยการสร้างระบบเครือข่ายเข้ากับโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนในระดับที่สูงกว่า และมีการสร้างกลไกคุ้มครองผู้บริโภคควบคู่ไปกับการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่ดีและสอดคล้องกับทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพ (อำพลจินดาวัฒน์ และคณะ, 2544)

ดังนั้นการที่ระบบสุขภาพมีการปฏิรูปทำให้บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทและหน้าที่ให้สอดคล้องกับการปฏิรูป ห้องผ่าตัดเป็นหน่วยงานหนึ่งที่เป็นหน่วยงานตั้งรับเพื่อการรักษาตามบทบาทเดิมที่ปฏิบัติกันมา เมื่อมีการพัฒนาเกิดขึ้นโดยมุ่งเน้นการพยาบาลผู้ป่วยในเชิงรุกจะต้องมีการเพิ่มบทบาทและหน้าที่เน้นการดูแลผู้ป่วย ให้ครอบคลุมทั้งร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด เพื่อให้การปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพอย่างสมบูรณ์ ดังนั้นเมื่อมองในภาพรวมของการพยาบาลผ่าตัดตั้งแต่อดีตจะเห็นได้ว่าการพยาบาลผ่าตัดมีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงมาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ณ จุดเปลี่ยนศักราชใหม่นี้ การเปลี่ยนแปลงในระบบบริการของการพยาบาลผ่าตัดเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิรูปในระบบบริการสุขภาพดังกล่าวมาแล้วในข้างต้น พยาบาลห้องผ่าตัดทุกคนต้องตระหนักถึงความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนและขยายบทบาทของตน โดยอยู่บนพื้นฐานที่สามารถดำเนินการให้บรรลุถึงได้



ระบบสาธารณสุขในประเทศไทยและแนวโน้มในอนาคต รัฐบาลเป็นผู้กำหนดทิศทาง และมีอิทธิพลสูงสุดในกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ผ่านมา ซึ่งขึ้นกับปัจจัยอื่นๆอีกมากโดยเฉพาะ ประชาชนหรือผู้รับบริการย่อมส่งผลกระทบต่อการตัดสินใจของผู้วางกติกาในภาครัฐอย่างไม่ต้องสงสัย ปัจจัยภายนอกที่มีผลกระทบ คือ การเพิ่มความรู้และเทคโนโลยีใหม่ๆ การศึกษาวิจัยค้นคว้า และสร้างความรู้ใหม่ทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุขจัดเป็นสาขาที่มีการเพิ่มขึ้นของความรู้ อย่างรวดเร็ว และอยู่ในปริมาณมาก ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนการทำงานรวมทั้งการจัดรูปแบบ การให้บริการทางด้านสุขภาพอนามัยอย่างมากมาย ดังนี้ การขยายตัวของการสื่อสารและส่งผ่าน ความรู้ ทำให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น ทำให้เกิดความตื่นตัวของผู้บริโภค รู้สึกว่า ตนเองมีโอกาสที่จะรับรู้และต้องการรักษาสิทธิของตน มีการเข้ามามีส่วนร่วมในการออกความคิดเห็นในการวางนโยบายของรัฐบาล ปรากฏการณ์สำคัญของระบบสาธารณสุขในอนาคตขึ้นอยู่กับ ปัจจัยและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงในระบบบริการสาธารณสุขประเทศไทย (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2542) ได้แก่

1. การเน้นการใช้ความรู้ข้อมูลที่ชัดเจน เพื่อการให้บริการหรือการใช้บริการ รวมทั้งการพัฒนาในระบบในจุดต่างๆ จากการเพิ่มของความรู้ การวิจัย มีการเผยแพร่ขยายตัวกว้างขวางขึ้น ฉะนั้นบุคลากรสาธารณสุขที่มีหน้าที่ต้องตัดสินใจใช้ความรู้และเทคโนโลยีเพื่อการบริการ ต้องพัฒนาตนเอง เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่จะเกิดขึ้นตามมา

2. บทบาทแบบใหม่ของสถานบริการภาครัฐ มีแนวโน้มและทิศทางต่างๆมากมาย หลายรูปแบบที่ต้องเปลี่ยนตนเองในอนาคต แต่ส่วนใหญ่จะเป็นไปโดยเป้าหมายหลักเดียวกัน คือ ลดการควบคุมโดยกฎระเบียบและอำนาจรัฐแบบรวมศูนย์ไปสู่การมีอิสระและความคล่องตัวในการบริหารจัดการมากขึ้น ในหลายประเทศรูปแบบที่เลือกคือ การให้สถานบริการของรัฐกลายเป็น สถานบริการเอกชนที่รัฐจะเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับน้อยมากควบคู่กับการมีกลไกใหม่มาดูแลเพื่อสร้าง เสริมประสิทธิภาพ ส่วนการถ่ายโอนไปขึ้นกับรัฐบาลท้องถิ่นหรือจัดระบบการบังคับบัญชาดูแล ใหม่ให้เป็นรูปของการบริหารแบบเอกชนโดยมีรัฐบาลเป็นเจ้าของหรือมีชุมชนมามีส่วนร่วม แต่เชื่อว่าประเด็นนี้จะกลายเป็นประเด็นสำคัญที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ภายใต้กติกากลางของระบบรัฐ แบบรวมศูนย์ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ภาครัฐก็ต้องปรับตัวให้มีบทบาทที่เหมาะสมในขนาดเล็กลง และประชาชนก็เรียกร้องหาโอกาสที่จะมีส่วนร่วมในการบริหารดูแลกิจการที่เป็นสาธารณสุข ประโยชน์ที่กระทบต่อตัวเองโดยตรงมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับ สมชาย ภคภาสนวิวัฒน์ (2542: 161) กล่าวว่าการปรับโครงสร้างระบบราชการมุ่งเป้าหมายในการเพิ่มประสิทธิภาพและลดขั้นตอนในการบริหารเพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการแข่งขันหมายถึง การปรับทัศนคติและวิธีการทำงานของระบบ ราชการต้องคำนึงถึงการบริหารแผนใหม่

3. การจัดการระบบการเงินและค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพแบบรวมกลุ่มพัฒนาระบบ จึงจำเป็นและมีแนวโน้มที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่จะต้องใช้ความรู้ความเข้าใจภาวะวิกฤติเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ส่วนรวม

4. กลไกเพื่อตรวจสอบและพัฒนาคุณภาพของระบบ แนวโน้มในอนาคตระบบคุณภาพของบริการควบคู่กับการจัดให้มีบริการจึงต้องมีการกระตุ้นและคอยตรวจสอบในแต่ละสถานบริการและบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องต้องมีการพัฒนาคุณภาพในส่วนของบริการที่มีอยู่ให้ดีขึ้นตลอดเวลา

5. รัฐบาลกับบทบาทใหม่ในเรื่องสุขภาพอนามัย รัฐบาลมีนโยบายจะต้องมีมาตรการและกลไกในการติดตามให้มีการปฏิบัติตามมาตรการของกฎหมายเพื่อการกำกับพฤติกรรมของบุคคลหรือองค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพ

6. การมีส่วนร่วมกำหนดนโยบาย หมายถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในรูปแบบต่างๆ เพื่อพัฒนาสิ่งแวดล้อม สุขภาพและการศึกษาซึ่งเป็นเรื่องใหม่สำหรับประเทศไทย

สรุปการปฏิรูประบบสุขภาพทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ดังนี้ คือ เน้นการบริการเชิงรุก เพื่อสร้างสุขภาพดีนำหน้าการตั้งรับในการให้บริการ เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารงานของภาครัฐ โดยมีการกระจายอำนาจ ส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน และมีการตรวจสอบและประเมินผลเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีการถ่ายโอนอำนาจให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ลดการควบคุมโดยกฎระเบียบหรือจากหน่วยงานของรัฐ ดังนั้นเพื่อเป็นการรองรับการปฏิรูประบบสุขภาพนั้นนอกจากจะต้องปรับปรุงคุณภาพบริการผ่าตัดสิ่งสำคัญคือ การเน้นให้บริการไปในทิศทางส่งเสริมสุขภาพในเชิงรุก พยาบาลห้องผ่าตัด จึงต้องมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทและหน้าที่ให้สอดคล้องกับสถานะการณ์ (กันยา ออประเสริฐ, 2543: 58) จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเข้าใจได้ว่า การปฏิรูประบบสุขภาพมีส่วนสำคัญต่อองค์กรต่างๆมากมาย โดยเฉพาะองค์กรพยาบาลซึ่งเป็นองค์กรที่ใหญ่และมีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพบริการเป็นอย่างมาก บุคลากรทางการพยาบาลทุกหน่วยงานต้องปรับเปลี่ยนบทบาทและหน้าที่ให้สอดคล้องกับแนวโน้มของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ในหน่วยงานห้องผ่าตัดก็เช่นกันพยาบาลวิชาชีพจะต้องหาแนวทางในการปฏิบัติงานโดยต้องศึกษาบทบาทและหน้าที่ของตนเองให้ชัดเจนเพื่อมาตรฐานการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ

### 3.2 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549)

แนวคิดจากปรัชญาของเศรษฐกิจเพียงพอ โดยการพัฒนาที่มีคุณภาพให้ยั่งยืนเพื่อความอยู่ดีมีสุขภาพของคนไทยให้สังคมเข้มแข็งมีคุณภาพ ซึ่งวิสัยทัศน์การพัฒนาประเทศยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ให้การพัฒนาอยู่บนพื้นฐานความสมดุลและความพอประมาณอย่างมีเหตุผลนำไปสู่สังคมที่มีคุณภาพทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง สามารถพึ่งตนเองมีภูมิคุ้มกันและรู้เท่าทันโลก คนไทยส่วนใหญ่มีการศึกษาและรู้จักเรียนรู้ต่อเนื่องตลอดชีวิต เป็นคนดีมีศีลธรรมและซื่อสัตย์สุจริต อยู่ในสังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้ สามารถรักษาภูมิปัญญาท้องถิ่น ควบคู่ไปกับการสืบสานวัฒนธรรม ประเพณีที่ดงามดำรงไว้ซึ่งคุณธรรมและคุณค่าของสังคมไทยที่มีความสมานฉันท์เอื้ออาทรต่อกัน อันจะเป็นรากฐานของการพัฒนาประเทศอย่างสมดุลมั่นคงและยั่งยืน

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อแก้ปัญหาความยากจนเพิ่มศักยภาพและโอกาสของคนไทยในการพึ่งตนเอง
2. เพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจภายในให้เข้มแข็ง มีเสถียรภาพ และมีภูมิคุ้มกัน
3. เพื่อวางรากฐานการพัฒนาประเทศระยะยาว ให้สามารถพึ่งตนเองได้
4. เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการที่ดีในสังคมไทยทุกระดับ

#### เป้าหมายหลัก

เป็นการลดความยากจน ยกกระดับคุณภาพชีวิต และสร้างดุลยภาพทางเศรษฐกิจ เป้าหมายยุทธศาสตร์ คือ การพัฒนาคุณภาพคนและการคุ้มครองทางสังคมมีดังนี้

การพัฒนาคุณภาพคน ให้ประชาชนอย่างน้อยร้อยละ 60 ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาเพิ่มขึ้น ขยายการประกันสุขภาพ ลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยสาเหตุที่ป้องกันได้ เพิ่มจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาโดยเฉลี่ยของคนไทยไม่ต่ำกว่า 9 ปี เพิ่มคุณภาพการเรียนการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทุกระดับให้ได้มาตรฐาน และยกระดับการศึกษาของแรงงานไทยให้ถึงระดับมัธยมศึกษาไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50 สร้างความเข้มแข็งของครอบครัว ชุมชน และความมั่นคงทางสังคมมีการเพิ่มสถานที่เผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร สร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน ขยายโอกาสให้ผู้ด้อยโอกาสได้เข้าถึงบริการทางสังคม ลดสัดส่วนคดีที่เกี่ยวกับความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน (คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2544)

สรุปจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) มุ่งเน้นพัฒนาเศรษฐกิจที่สมดุลมีความเพียงพอ เน้นคุณภาพชีวิตของประชาชนเน้นการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน ให้มีการเรียนรู้เพื่อพัฒนาภูมิปัญญา ซึ่งแนวโน้มอนาคตของพยาบาล

วิชาชีพห้องผ่าตัด เน้นความสำคัญในบทบาทและหน้าที่เกี่ยวกับการให้ความรู้ เป็นที่ปรึกษา และเป็นตัวแทนให้กับผู้ป่วย (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

### 3.3 แผนการพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549 )

การกำหนดแผนสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ซึ่งองค์การที่เกี่ยวข้องจะต้องนำมาพิจารณาเพื่อนำมาบริหาร วางแผน จัดทำเป็นนโยบายให้สอดคล้องจึงจะเกิดประสิทธิภาพในการดำเนินงาน แนวคิดหลักของการพัฒนาสุขภาพ เป็นการเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ มีการพัฒนาทั้งระบบโดยการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย เพื่อเชื่อมโยงถึงเหตุปัจจัยทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม โดยมีวิสัยทัศน์ คือ คนในสังคมไทยทุกคนมีหลักประกันที่จะดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพและเข้าถึงบริการสุขภาพ ที่มีคุณภาพอย่างเสมอภาค รวมทั้งอยู่ในครอบครัว ชุมชน และสังคมที่มีความพอเพียงทางสุขภาพมีศักยภาพในการเรียนรู้และมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ โดยสามารถใช้ประโยชน์ ทั้งจากภูมิปัญญาไทยได้อย่างรู้เท่าทัน

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสุขภาพเชิงรุกที่มุ่งการสร้างเสริมสุขภาพดี และการคุ้มครองความปลอดภัยของชีวิตและสุขภาพ ความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมและการประกอบอาชีพการคุ้มครองผู้บริโภค
2. เพื่อสร้างหลักประกันที่ช่วยคุ้มครองสุขภาพของประชาชนจากผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และการพัฒนาการสร้างหลักประกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง และเป็นธรรม โดยเฉพาะคนจน และผู้ด้อยโอกาสในสังคม
3. เพื่อสร้างความเข้มแข็งของปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ให้มีศักยภาพในการดูแล และสร้างเสริมสุขภาพ มีการเรียนรู้ มีส่วนร่วมในการสร้าง และจัดการระบบสุขภาพ
4. เพื่อสร้างกลไกมาตรการในการสร้างและแสวงหาการใช้ความรู้เพื่อการพัฒนาสุขภาพ โดยเน้นการวิจัยและพัฒนาเพื่อการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาสากล และภูมิปัญญาไทยอย่างรู้เท่าทันเพื่อการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ

เป้าหมายการพัฒนาแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) มีดังนี้ คือ

1. มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค
2. คนไทยทุกคนมีหลักประกันสุขภาพ
3. การสร้างความเสมอภาคทางด้านสุขภาพ
4. ปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้างขององค์กร / กลไกของรัฐในการพัฒนาสุขภาพ
5. การสนับสนุนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

6. การพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพของประชาชน / ครอบครัว / ชุมชน / ประชาคม
7. การพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขระดับต้นทั้งเขตเมืองและชนบท โดยเชื่อมโยงกับระบบบริการขั้นสูง
8. การพัฒนาคุณภาพสถานบริการสาธารณสุข
9. การสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพทางปัญญาของระบบสุขภาพ โดยเน้นการแพทย์แผนไทยสมุนไพร และการแพทย์ทางเลือกทั้งจากภูมิปัญญาไทยและสากล
10. การสนับสนุนอุตสาหกรรมสุขภาพ

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาไว้ 6 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ปฏิรูประบบโครงสร้างและกลไกการบริหารจัดการระบบสุขภาพ ปฏิรูประบบโครงสร้าง และกลไกการบริหารจัดการระบบสุขภาพให้มีเอกภาพประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้ และสามารถตอบสนองต่อความหลากหลายของพื้นที่ รวมทั้งเอื้อต่อการมีส่วนร่วมและสามารถระดมศักยภาพของสังคมทุกส่วนและทุกระดับ เพื่อร่วมพัฒนาสุขภาพของสังคม

ยุทธศาสตร์ที่ 2 เร่งการสร้างสุขภาพเชิงรุกมุ่งสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกอย่างเป็นระบบโดยมุ่งที่ปัจจัยพื้นฐานของการมีสุขภาพดีควบคู่กับการเร่งรัดมาตรการและกลไกการสร้างเสริมสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างหลักประกัน การเข้าถึงบริการสุขภาพ มุ่งพัฒนาคุณภาพระบบและวิธีการบริหารจัดการของระบบบริการ ระบบควบคุมเฝ้าระวังป้องกันโรค ระบบการเงินและกลไกการกำกับดูแลระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพและเอกภาพในการจัดการรวมทั้งสร้างเครือข่ายระบบสุขภาพเพื่อเป็นหลักประกันการเข้าถึงบริการ สุขภาพของประชาชน

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาสังคม เพื่อสุขภาพมุ่งส่งเสริมบทบาทองค์กรการปกครองท้องถิ่น และสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวตลอดจน ภาคประชาสังคมทุกระดับ พัฒนาการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและการพึ่งตนเอง

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การบริหารจัดการความรู้และภูมิปัญญาเพื่อสุขภาพ มุ่งสร้างระบบบริหารจัดการข้อมูล องค์ความรู้ การวิจัยและภูมิปัญญาสุขภาพ รวมทั้งสื่อการเรียนรู้และวัฒนธรรมสุขภาพ เพื่อให้สามารถสร้างผลสมผลสานและพัฒนาให้เกิดระบบสุขภาพแบบพึ่งตนเอง และ สร้างเศรษฐกิจชุมชนและของประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อสนองรับการเปลี่ยนแปลง และระบบสุขภาพใหม่ มุ่งการผลิตและพัฒนาคุณภาพกำลังคนด้านสุขภาพ ให้มีคุณภาพและปริมาณเหมาะสมกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ พัฒนาศักยภาพการทำงานใหม่และการสร้างเสริมกลไกด้านคุณธรรมและจริยธรรมรวมทั้งพัฒนาขีดความสามารถและภาวะผู้นำในผู้บริหารทุกระดับ

สรุปแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ทำให้สามารถนำมาเป็นแนวทางในการกำหนดบทบาทและหน้าที่ในอนาคตของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดในด้านการดูแลสุขภาพเชิงรุก การสร้างเสริมให้ประชาชนและครอบครัวได้รับความเสมอภาคในการเข้ารับบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน ได้รับความรู้สามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมและการกระจายอำนาจในการจัดการสุขภาพ

### 3.4 แผนการพัฒนาการพยาบาลและผดุงครรภ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2540-2549) ( วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2541)

การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน 3 ด้าน คือ 1) ด้านเศรษฐกิจ มีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว แต่รายได้ของประชากรก็ยังคงมีความเหลื่อมล้ำกันอยู่มาก 2) ด้านสังคม เกิดเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวเป็นลักษณะครอบครัวเดี่ยวจากการที่มีการโยกย้ายไปมีอาชีพ มีการถ่ายทอดวัฒนธรรม ค่านิยมลดลง เกิดการย้ายถิ่นฐานเข้าสู่เมืองทำให้ผู้สูงอายุและเด็กถูกทอดทิ้ง จำนวนผู้สูงอายุและวัยทำงานมีมากขึ้นเนื่องจากผลการวางแผนคุมกำเนิด ผู้ชายแรงงานมีคุณภาพชีวิตที่ขาดคุณภาพ เรื่องระดับการศึกษาแนวโน้มระดับการศึกษาสูงขึ้น มีการกระจายโอกาสทำให้ประชากรตระหนักในสิทธิของตนเองมากขึ้น มีความสนใจและดูแลตนเองด้านสุขภาพมากขึ้น และมีการสื่อสารที่รวดเร็ว และ 3) ภาวะสุขภาพ อายุเฉลี่ยของคนไทยคาดว่าจะเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มจาก 68.72 ปี ใน พ.ศ. 2533 ถึง พ.ศ. 2538 เป็น 71.50 ปี ใน พ.ศ. 2553 ถึง พ.ศ. 2558 เพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 71.40 ปี เพศชาย 66.48 ปี ซึ่งสูงกว่าอายุขัยเฉลี่ยของโลก อัตราการเพิ่มของประชากรจะลดลงจาก 10.9 เหลือ 6.0 ต่อประชากร 1,000 คนใน พ.ศ. 2558 (สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2538) แนวโน้มโรคไม่ติดต่อ โรคเอดส์ และอุบัติเหตุเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อประเทศไทย รวมทั้งปัญหาการดูแลผู้ที่พิการจากอุบัติเหตุ ผู้ที่มีปัญหาโรคเรื้อรังและการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลส่วนใหญ่ยังคงปฏิบัติงานในสถานบริการด้านการดูแลผู้ป่วย โดยมีบทบาทอื่นค่อนข้างน้อยถึงแม้จะมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค พยาบาลจะต้องเรียนรู้อย่างต่อเนื่องให้ทันกับเทคโนโลยีการรักษาอยู่ตลอดเวลา ปัจจัยที่มีผลต่อการบริการพยาบาลในอนาคตจะต้องคำนึงถึงความต้องการของประชาชนและคุณภาพบริการเป็นสำคัญ ปรับปรุงพระราชบัญญัติวิชาชีพในการกำกับดูแลคุณภาพบริการพยาบาลได้ครอบคลุมทุกระดับและยังช่วยให้ความเป็นธรรมแก่ทั้งผู้ให้บริการและผู้ประกอบวิชาชีพด้วย และมีการกำหนดมาตรการในการเพิ่มขวัญและกำลังใจให้กับพยาบาลเกิดความก้าวหน้าเพื่อคงอยู่ในวิชาชีพ

วิสัยทัศน์ของการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในระยะ 10 ปีข้างหน้า มีดังนี้ การพยาบาลและการผดุงครรภ์เป็นบริการที่มีความสำคัญ ต่อการพัฒนาสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชากรโดยที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับกระแสการเปลี่ยนแปลงเพื่อบริการที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการระบบบริการสุขภาพ และสังคมไทย ครอบคลุมทั้งด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ การศึกษาพยาบาลและการผดุงครรภ์ การวิจัยทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ด้านกฎหมายและองค์การวิชาชีพ

#### วัตถุประสงค์

1. ด้านการบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เพื่อ มุ่งเน้นด้านส่งเสริมและป้องกันโรคในเชิงรุก สร้างและนำนวัตกรรมและเทคโนโลยีใหม่ๆมาประยุกต์ใช้ มีการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล สร้างเครือข่ายเพื่อให้เกิดความร่วมมือ ประสานงานในการให้บริการสุขภาพทุกด้านเริ่มสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและได้รับสิทธิประโยชน์ด้วยความเสมอภาค
2. ด้านการศึกษาพยาบาลและการผดุงครรภ์ เพื่อพัฒนาระบบประกันคุณภาพ/การจัดการศึกษา สามารถผลิตพยาบาลตามความต้องการของสังคม
3. ด้านการวิจัยทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เพื่อเพิ่มปริมาณและคุณภาพของงานวิจัย ให้มีการเผยแพร่ผลงานวิจัย นำผลการวิจัยไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติงานและพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งเครือข่ายงานการวิจัยทั้งในและนอกประเทศ
4. ด้านกฎหมายและองค์การวิชาชีพเพื่อปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบ ข้อปฏิบัติของการปฏิบัติเพื่อพิทักษ์สิทธิของประชาชน

นโยบายของแผนพัฒนาการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) มีดังนี้ คือ

1. ด้านการบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เน้นการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกควบคู่ไปกับการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพให้ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่ม โดยเน้นสตรี เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาสและผู้พิการมีการพัฒนาด้านการบริหารจัดการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ในการบริหาร โดยมีผู้บริหารที่มีคุณสมบัติเหมาะสม มีการกระจายอำนาจ ให้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและระบบบริการสุขภาพในทุกระดับมีระบบการประกันคุณภาพ มีการสร้างเครือข่ายภายในองค์กรและระหว่างองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน ส่งเสริมการพัฒนาบุคลากรพยาบาลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องเพื่อให้มีความรู้ความสามารถ มีคุณธรรม จริยธรรมและมนุษยสัมพันธ์ในการให้บริการที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงและความต้องการของสังคม ส่งเสริมความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่

2. ด้านการศึกษาพยาบาลและผดุงครรภ์ ส่งเสริมการผลิตพยาบาลในทุกระดับ และพัฒนาระบบประกันคุณภาพการศึกษาพยาบาล

3. ด้านการวิจัยทางการพยาบาลและผดุงครรภ์ เพิ่มปริมาณและคุณภาพของนักวิจัยทางการพยาบาลและมีการเผยแพร่ผลงาน สามารถนำไปใช้ในการพัฒนางานได้ให้ทุนสนับสนุน

4. ด้านกฎหมาย และองค์วิชาชีพ พัฒนาศักยภาพขององค์วิชาชีพเพื่อพัฒนาวิชาชีพให้มีการสนับสนุนให้มีการแก้ไขกฎหมายเพื่อการบริหารที่มีเอกภาพและเอกสิทธิ์อย่างสมบูรณ์

สรุปจากปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทและหน้าที่ที่ได้กล่าวมาข้างต้นนั้น มีส่วนสำคัญที่จะทำให้พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดสามารถที่จะนำมาเป็นข้อมูลที่จะวิเคราะห์ ทำนาย คาดการณ์ ถึงแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นต่อไปได้

#### 4. แนวคิดบทบาทและหน้าที่ (Roles and functions)

##### 4.1 ความหมายของบทบาท มีดังนี้ คือ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ได้กล่าวว่า บทบาท หมายถึง การทำ ทำตามบท การทำตามหน้าที่ตามที่กำหนดไว้

ทัศน บุญทอง (2525) มีแนวคิด เกี่ยวกับ บทบาท คือ หน้าที่ตามตำแหน่งที่ถูกคาดหวัง จากสังคมรอบด้าน เช่น จากผู้อยู่ในตำแหน่งอื่นๆ รวมทั้งตัวเราเองด้วย ขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง คือ ความเข้าใจในบทบาทที่ตนต้องแสดงหรือต้องปฏิบัติ ประสบการณ์ของผู้ที่แสดงบทบาท และบุคลิกภาพของผู้ที่ต้องแสดงบทบาทนั้น

อรุณ รักธรรม (2526) แบ่งบทบาทในการบริหารจิตวิทยาเป็น 3 ประการ คือ 1) บทบาทที่ปฏิบัติจริงคือ บทบาทจริงหรือพฤติกรรมที่แท้จริงของบุคคล ซึ่งจะถูกควบคุมโดยอารมณ์ ทัศนคติ พฤติกรรมส่วนตัวและปัญหาในการปฏิบัติงาน 2) บทบาทที่องค์การกำหนดคือ บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบซึ่งองค์การหรือหน่วยงานกำหนดขึ้นและ 3) บทบาทที่คาดหวังคือ บทบาทที่สังคมคาดหวังให้บุคคลปฏิบัติหรือความคาดหวังของบุคคลที่มีต่อบทบาทนั้นๆ

ภิญโญ สาร (2527 อ้างถึงใน นาดสุรางค์ ไกรอาบ, 2539: 9) กล่าวว่าบทบาท หมายถึง ความมุ่งหมายที่บุคคลอื่นคาดหวังว่าบุคคลในตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งควรกระทำหรือแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งออกมา

เทพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ (2529) กล่าวว่า บทบาทเป็นรูปแบบของพฤติกรรมมาตรฐานที่คาดหวังว่าบุคคลที่อยู่ในตำแหน่งเฉพาะ โดยไม่คำนึงถึงความปรารถนาและข้อห้ามส่วนบุคคล ที่บุคคลจะต้องปฏิบัติในบทบาทนั้นๆ



หฤทยา ปรีชาสุข (2531) ได้กล่าวว่า บทบาท หมายถึง พฤติกรรมตามเงื่อนไขของหน้าที่และความรับผิดชอบหรือแนวทางที่บุคคลพึงกระทำเมื่อดำรงตำแหน่งใดๆตามความคาดหวังของตนเองและบุคคลอื่นที่มีส่วนสัมพันธ์เกี่ยวข้องด้วย ซึ่งความคาดหวังเหล่านี้จะได้อิทธิพลมาจากเกณฑ์ปกติ เป้าหมาย ความเชื่อ ทศนคติ และค่านิยมของบุคคลต่างๆที่มีต่อตำแหน่งนั้น

สายสวาท เผ่าพงษ์ (2535) กล่าวว่า บทบาท หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกตามเงื่อนไขอำนาจหน้าที่ที่พึงกระทำเมื่อบุคคลเข้ารับตำแหน่งหรือฐานะใด โดยพฤติกรรมที่แสดงออกนั้นขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของผู้ดำรงตำแหน่งและความคาดหวังของสังคม

มัช สุขเยี่ยม (2537) กล่าวว่า บทบาท คือ การปฏิบัติตามสิทธิและหน้าที่ของสถานภาพหรือตามฐานะตำแหน่งที่บุคคลมีอยู่ เช่น มีฐานะเป็นพ่อเป็นแม่ ก็จะมีบทบาทคือการเลี้ยงดูบุตร ส่วนครูอาจารย์บทบาทคือ การสั่งสอนศิษย์ และแพทย์มีบทบาทในการรักษาผู้ป่วย บทบาทในสังคมต้องอาศัยผู้ที่มีความสามารถและความชำนาญพิเศษจึงจะทำได้ แต่ละบทบาทมนุษย์จะสะท้อนให้เห็นถึงวิถีทางในการอยู่ร่วมกันในสังคม ซึ่งช่วยให้มนุษย์อยู่ร่วมกันได้โดยสันติและช่วยให้สังคมเป็นปึกแผ่น ได้อ้างถึง Deutch and Kranss (1965) แบ่งบทบาทออกเป็น 4 แบบ คือ 1) บทบาททางเพศ มีผลต่อการกำหนดพฤติกรรมต่างๆ 2) บทบาทความเกี่ยวพันทางเครือญาติ 3) บทบาททางสังคมคือ บทบาทที่สังคมกำหนดให้ยึดถือปฏิบัติ และ 4) บทบาททางอาชีพ คือ การแสดงบทบาทที่สำคัญที่จะให้มนุษย์สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ อยู่ได้อย่างมีความสุข โดยผู้ที่ประกอบอาชีพจะต้องคำนึงถึงบทบาทและหน้าที่ที่กำหนดไว้

วันเพ็ญ สุขสุวรรณ (2541) กล่าวว่า บทบาท หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกตามเงื่อนไขอำนาจหน้าที่ที่พึงกระทำ เมื่อบุคคลเข้ารับตำแหน่งหรือฐานะใด โดยพฤติกรรมที่แสดงออกนั้น ขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของผู้ดำรงตำแหน่ง และความคาดหวังของสังคม

วรดา ช่างแก้ว (2542) กล่าวว่า บทบาท คือ การแสดงออกในรูปพฤติกรรมของบุคคลที่เป็นไปตามหน้าที่หรือ ตำแหน่งตามความคาดหวังของสังคมและของตนเอง

Neufeldt and Guralnik (1986) ให้ความหมายของ บทบาท ไว้ว่า เป็นรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมในการตอบสนองความต้องการหรือความคาดหวังจากบุคคลอื่น

Newcomb (1950: cited in Biddle, 1979: 55) กล่าวว่า บทบาท เป็นสิ่งที่บุคคลปฏิบัติในตำแหน่งของอาชีพ

Parsons (1951: 25 cited in Biddle, 1979: 55) กล่าวว่า บทบาทเป็นสิ่งที่ผู้แสดงปฏิบัติและเป็นการอธิบายถึงความสำคัญในหน้าที่

Gruendemann (1970) กล่าวว่า บทบาท หมายถึง พฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัดที่ดำเนินการอย่างมีโครงสร้าง มีความหมายและเป้าหมายชัดเจนรวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ที่เกี่ยวข้องตามความคาดหวังของหน่วยงานและตามความคาดหวังของตนเอง

Levy (1952: 159 cited in Biddle, 1979: 14) กล่าวว่า บทบาทเป็นสิ่งที่สังคมกำหนดให้ความแตกต่างในแต่ละตำแหน่งทางสังคม และเป็นตัวแทนความถูกต้องและความคาดหวังในการทำงานของบุคคลที่ปฏิบัติงานนั้นๆ

Thomos and Biddle (1965: 10-12 cited in Biddle, 1979: 9) กล่าวว่า บทบาทมาจากภาษาละติน "Rotula" คือ คุณลักษณะในการปฏิบัติโดยนักแสดงในละคร หรือหน้าที่ตามสมมุติฐานของบุคคล ต่อมามีการให้ความหมายของบทบาทไว้ว่า เป็นพฤติกรรมของบุคคลในตำแหน่ง มีบรรทัดฐาน เป็นแนวคิดในพฤติกรรมของบุคคลหรือตำแหน่งทางสังคม

Biddle (1979: 9) กล่าวว่า บทบาท เป็นพฤติกรรมมีการกระทำในหน้าที่ที่มีจำนวนมาก โดยความเข้าใจในบทบาทบุคคลจะกระทำบทบาทของตนก็เพราะมีความต้องการและเห็นดีด้วยในหน้าที่ที่จะต้องกระทำให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

#### 4.2 ความหมายของหน้าที่ มีดังนี้ คือ

ในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 กล่าวว่า หน้าที่ หมายถึง งานพิธี หน้าที่ และการทำงาน

อรุณ รักรธรรม (2536) กล่าวว่า การทำงานมีความจำเป็นที่จะต้องมีการแบ่งแยกหน้าที่เพื่อเป็นการพัฒนาด้านการบริหารที่สำคัญ และในสังคมนั้นจะคงสภาพอยู่ไม่ได้ถ้าหากปราศจากการแบ่งแยกหน้าที่

Gruendemann (1970) กล่าวว่า หน้าที่ หมายถึง กิจกรรมการทำงาน การกระทำเพื่องานที่กำหนดไว้ตามตำแหน่งหรือวิชาชีพเป็นกิจกรรมที่กำหนดไว้เหมาะสมตามตำแหน่งเฉพาะซึ่งเป็นไปตามโครงสร้างของวิชาชีพ

Biddle (1979: 51) กล่าวว่า หน้าที่ หมายถึง การวิเคราะห์ระบบบทบาทของพฤติกรรมทั้งที่เกิดขึ้นมาก่อนและผลที่เกิดขึ้นของพฤติกรรมมาอธิบาย

Neufeldt and Guralnik (1986) กล่าวว่า หน้าที่ หมายถึง การกระทำที่เฉพาะในแต่ละลักษณะงานหรือเป็นรูปแบบทางด้านภาษาศาสตร์ในการแสดงบทบาทที่เกิดจากความคาดหวังในงานนั้นๆ

สรุปบทบาทและหน้าที่ หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกอย่างมีเงื่อนไขกับหน้าที่ที่กำหนดไว้ตามตำแหน่งนั้นๆ ซึ่งเกิดจากความคาดหวังของตนเองและบุคคลอื่นที่มีสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันจะมีอิทธิพลมาจากเกณฑ์ปกติ เป้าหมาย ความเชื่อ ทศนคติ และค่านิยมที่บุคคลมีต่อกันบุคคลไม่ว่าจะอยู่ในสถานภาพโดยอ้อมต้องมีบทบาทหน้าที่ตามที่สังคมให้การยอมรับและถือปฏิบัติกันอยู่ทั่วไป ผู้ที่ฝ่าฝืนบรรทัดฐานของสังคมโดยไม่ยอมปฏิบัติตามบทบาทที่มีอยู่ย่อมเป็นบุคคลที่ไม่พึงประสงค์ของสังคมนั้น ดังนั้นเราต้องคำนึงเสมอว่ามีบทบาทหน้าที่อะไร และจะต้องทำหน้าที่ของเราให้ดีที่สุด

## 5. การวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique)

### 5.1 ประวัติความเป็นมาของการวิจัยแบบเดลฟาย

เทคนิคเดลฟายเป็นวิธีการรวบรวมข้อมูล เกิดจากผู้มีชื่อเสียงซึ่งเป็นผู้ทำนายที่ศักดิ์สิทธิ์แห่งกรีกอยู่ที่เดลฟาย (Nieswaidom, 1998) เป็นเทคนิคที่มีเป้าหมายในการสร้างความสอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญ และได้รับการพัฒนาในช่วงต้นของปี ค.ศ. 1950 โดยบริษัท Rand Corporation คือ Olaf Helmer, Norman Dalkdy, และ Rescher (จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2532) และได้มีการเผยแพร่เรื่องราวเกี่ยวกับเทคนิคเดลฟายโดย Helmer และ Dakley ร่วมกันเขียนบทความเรื่อง An experimental application of the Delphi method to the use of expert ลงในวารสาร Management science ปีที่ 9 ฉบับ 3 เมษายน พ.ศ. 2506 (ประยูร ศรีประสาธน์, 2523) ในระยะต้นปี ค.ศ. 1950 สำหรับใช้ในการกำหนดความหมายในการวิจัยมีการนำมาใช้มากขึ้นเพื่อหาความหมายที่มีความสอดคล้องกันในเรื่องที่ยังไม่มีองค์ความรู้ที่มีการยอมรับ (Jenkins and Smith, 1994 cited in Sharkey and Sharples, 2001)

### 5.2 ความหมายของเทคนิคเดลฟาย

Rasp (1973 อ้างถึงใน ประยูร ศรีประสาธน์, 2523: 50) ได้ให้ความหมายของเทคนิคเดลฟายว่า เป็นเทคนิคของการรวบรวมการพิจารณาตัดสินที่มุ่งเพื่อเอาชนะจุดอ่อนของการตัดสินใจแต่เดิมที่จำกัดขึ้นกับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญคนใดคนหนึ่งโดยเฉพาะหรือความคิดเห็นของกลุ่มหรือมติที่ประชุม

Linstone และ Turoff (1975) ให้ความหมายของเทคนิคเดลฟายว่า เป็นวิธีการวางโครงสร้างกระบวนการติดต่อสื่อสารของกลุ่ม เป็นกระบวนการที่มีประสิทธิภาพโดยใช้กลุ่มบุคคลเพื่อแก้ปัญหาที่ซับซ้อน

Burns (1987) ให้ความหมายเทคนิคเดลฟายว่า เป็นวิธีที่จะวัดผลการตัดสินใจของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญสำหรับการประเมินลำดับความสำคัญหรือการทำนาย

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

5.3 คุณลักษณะของเดลฟาย (ประยูร ศรีประสาธน์, 2523; ชนิษฐา วิทยาอนุมาส, 2530: 26; พนารัตน์ วิศวกรรมมิตร, 2539) มีดังต่อไปนี้

5.3.1 เทคนิคเดลฟาย เป็นการเสาะแสวงหาความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้วยแบบสอบถาม ดังนั้นผู้เชี่ยวชาญทุกคนจึงจำเป็นต้องตอบแบบสอบถามตามที่ผู้ทำการวิจัยได้กำหนดขึ้นครบทุกขั้นตอน

5.3.2 ความคิดเห็นของผู้อื่นไม่มีอิทธิพลหรือมีผลกระทบต่อการศึกษาตัดสินใจของตนเพราะผู้เชี่ยวชาญแต่ละคน ทั้งนี้เพราะมีการปิดบังชื่อผู้เชี่ยวชาญและความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเป็นความลับจะทราบเฉพาะคำตอบของตนเองเท่านั้น

5.3.3 การตอบแบบสอบถามนั้น ผู้เชี่ยวชาญมีโอกาสถกเถียงความคิดเห็นของตนเองอย่างละเอียดรอบคอบและเพื่อให้มั่นใจในการตัดสินใจจากการถามหลายรอบ ผู้ทำการวิจัยจะแสดงความเห็นที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นสอดคล้องกันในคำตอบแต่ละข้อของแบบสอบถามที่ตอบไปในครั้งก่อน ความคิดเห็นที่สอดคล้องต้องกันนี้จะแสดงในรูปสถิติ และผู้ทำการวิจัยจะจัดส่งไปให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนได้ทราบทั้งนี้เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณาตัดสินใจว่าจะคงคำตอบเดิมอยู่หรือจะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงคำตอบประการใดบ้าง ซึ่งในการเปลี่ยนแปลงคำตอบนี้จะต้องบอกเหตุผลให้ทราบด้วย

5.3.4 ความน่าเชื่อถือได้ของคำตอบ และความสำเร็จของการวิจัยขึ้นอยู่กับแบบสอบถามความรอบรู้ของผู้เชี่ยวชาญที่ตอบแบบสอบถาม และความร่วมมือในการวิจัย

5.3.5 การใช้สถิติวิเคราะห์ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญโดยทั่วไปจะใช้สถิติเกี่ยวกับการวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลางและการวัดการกระจาย

คุณลักษณะของเดลฟายที่ทำให้แตกต่างจากกลุ่มปฏิสัมพันธ์ชนิดอื่นๆ เช่น การประชุม การสัมภาษณ์ มี 3 ข้อ ดังนี้ คือ (Couper, 1984)

1. ความเป็นนิรนาม (Anonymity) หมายถึง ปิดบังรายชื่อผู้เชี่ยวชาญเป็นความลับ เพื่อป้องกันปฏิกิริยาที่เกิดจากการแสดงความคิดเห็นของแต่ละบุคคล ข้อถกเถียงและความเห็นที่

สอดคล้องกันให้เป็นอิสระในแต่ละบุคคล โดยการไม่มีการประชุมร่วมกันเพื่อการแสดงความคิดเห็น โดยปราศจากความกดดันทางจิตวิทยาจากกลุ่ม ซึ่งปรากฏการณ์ทางจิตวิทยาเรียกว่า "Bandwagon Effect" มีผลกระทบมากต่อการแสดงความคิดเห็น จากการถูกครอบงำหรือทำให้คล้อยตามหรือความคิดเห็นแต่ละท่านจะได้น้ำหนักของความสำคัญเท่าเทียมกันและการแสดงออกที่เป็นอิสระจากผู้อื่น

2. การถามซ้ำโดยมีการควบคุมการตอบกลับ (Iteration with controlled feedback) ในการส่งแบบสอบถามให้กับผู้ตอบเพื่อถามซ้ำให้ได้เหตุผลของคำตอบเป็นการยืนยันหรือแก้ไขความเห็นของตนให้เป็นความเห็นที่มีความสอดคล้องกัน กรณีที่มีความเห็นขัดแย้งกับกลุ่มก็จะได้สามารถพิจารณาคำตอบของตนที่จะตอบใหม่ ทำให้สามารถไต่ร่องแก้ไขข้อบกพร่องสิ่งที่ตอบไปในครั้งก่อนได้ (Jones and Hunter, 1996 cited in Sharkey and Sharples, 2001)

3. การพิจารณาปฏิกริยาตอบสนองในเชิงสถิติ (Statistic group response) เป็นแบบสอบถามในรูปของมาตราประมาณค่าตามแบบ Likert Scale เป็นที่นิยมนำมาใช้ในการจัดน้ำหนักค่าคำตอบในเทคนิคเดลฟายนั้น Dalkey and Rourke ได้ทำการวิจัยเปรียบเทียบการจัดน้ำหนักค่าคำตอบหลายวิธีแล้ว พบว่าแบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่ามีข้อดีที่สุดคือ ผู้ตอบตอบได้ง่าย ใช้เวลาน้อยถึงแม้แบบสอบถามจะมีจำนวนข้อมากก็ไม่ยุ่งยากในการตอบ การนำมาแปลผลก็ไม่ซับซ้อน นำมาหาค่ามัธยฐาน ฐานนิยมและพิสัยควอไทล์ เพื่อนำมาแสดงต่อผู้ตอบในรอบถัดไปว่าคำตอบของตนนั้นมีความสอดคล้องหรือไม่กับความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

ประเภทของเทคนิคเดลฟาย (Linstone and Turoff, 1975; จันทร สังข์สุวรรณ, 2538) มี 2 ประเภท คือ

1. Delphi exercise คือ การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการใช่แบบสอบถาม นำคำตอบที่ได้มาพิจารณาสรุปแล้วพัฒนาแบบสอบถามใหม่ ส่งให้ผู้ตอบได้มีโอกาสทบทวนและทราบความคิดเห็นของกลุ่ม บางทีเรียกว่า เทคนิคเดลฟายแบบเก่า (Convention Delphi )

2. Delphi conference คือ เทคนิคเดลฟายแบบใหม่ กลุ่มใหญ่ขึ้น ใช้คอมพิวเตอร์ในการควบคุมที่มีโปรแกรมสรุปคำตอบวิธีนี้ลดความล่าช้า เนื่องจากการปรับปรุงคำตอบของแต่ละรอบ โดยผู้ตอบนั่งอยู่หน้าจอคอมพิวเตอร์เมื่อตอบคำถาม คอมพิวเตอร์จะประมวลผลรวมกับของผู้อื่น และสรุปผลให้เขาู้ได้ทันทีซึ่งสามารถโต้ตอบกลับ ทำเช่นนี้เรื่อยๆกับทุกๆคนที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ จนในที่สุดทุกคนให้คำตอบในแนวทางเดียวกัน วิธีนี้บางทีเรียกว่า เดลฟายเชิงเวลาจริง (Real-Time Delphi)

## 5.4 ส่วนประกอบที่สำคัญของเทคนิคเดลฟาย มีดังนี้

5.4.1 การพิจารณาหัวข้อปัญหาที่จะศึกษา (Linston and Turoff,1975) เทคนิคเดลฟายเป็นการคาดการณ์อนาคตเพื่อหาคำตอบในเรื่องต่างๆโดยการรวบรวมข้อมูลในอดีตและปัจจุบันที่ไม่แน่ใจว่าถูกต้องหรือเพียงพอ เป็นการตรวจสอบความสำคัญของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีต สามารถประเมินการจัดสรรงบประมาณ ค้นหาคำตอบเพื่อนำมาวางแผนและพัฒนาเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบาย ลักษณะปัญหาที่ต้องการหาคำตอบโดยใช้เทคนิคเดลฟาย มีดังนี้ คือ 1) ปัญหาที่เกิดขึ้นไม่สามารถหาคำตอบจากการใช้วิธีการวิเคราะห์วิธีใดวิธีหนึ่งที่มีอยู่ต้องใช้การตัดสินใจปัญหาจากความรู้สึกนึกคิดในการรวบรวมข้อมูล 2) ปัญหาที่ต้องการคำตอบจากความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในเรื่องนั้นๆอย่างกว้างขวาง และเป็นปัญหาที่ซับซ้อนและยังไม่มีการศึกษาอย่างเพียงพอ 3) ปัญหาที่ต้องการคำตอบจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญโดยไม่เกิดผลกระทบจากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นแบบเผชิญหน้ากัน เพื่อขจัดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการครอบงำความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและ 4) ต้องการประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการจัดประชุมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ Sackman (1974 อ้างถึงใน วันทนา ถิ่นกาญจน์, 2539) ได้ให้ความหมายผู้เชี่ยวชาญคือ บุคคลที่มีความสามารถและทักษะเป็นพิเศษในเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ แต่การวัดหรือการพิสูจน์ความเป็นผู้เชี่ยวชาญเป็นสิ่งที่ยากลำบาก การสุ่มตัวอย่างของตัวแทนผู้เชี่ยวชาญในบางสถานการณ์เป็นสิ่งที่ทำไม่ได้

5.4.2 วิธีการเลือกผู้เชี่ยวชาญ พอสรุปได้ดังนี้ (จันทร์ สังข์สุวรรณ, 2538 ; วันทนา ถิ่นกาญจน์, 2539)

5.4.2.1 การสำรวจความคิดเห็นของบุคคลอื่น ได้แก่ การให้ผู้อื่นลงมติหรือแสดงความคิดเห็นเสนอชื่อผู้เชี่ยวชาญเรื่องนั้นๆ

5.4.2.2 การสำรวจความเห็นจากบุคคลสำคัญในวิชาชีพ เป็นวิธีการของการสำรวจผู้เชี่ยวชาญโดยอาศัยข้อมูลและความรู้จากบุคคลสำคัญในสาขานั้นๆ ให้ระบุนรายชื่อของบุคคลที่เห็นว่ามีคามชำนาญในเรื่องดังกล่าว

5.4.2.3 การเลือกผู้เชี่ยวชาญโดยการวิเคราะห์ และการสำรวจผลงานที่ปรากฏ อาจจะเป็นหนังสือ สิ่งพิมพ์ เอกสาร หรือผลงานวิจัย

### 5.4.3 จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ขึ้นอยู่กับลักษณะของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและประเด็นปัญหาเป็นสำคัญ หากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเป็นเอกพันธ์ (Homogeneous Group) อาจมีจำนวน 10 – 15 คน แต่ถ้ากลุ่มมีความแตกต่างกัน (Heterogeneous Group) ก็จำเป็นต้องใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากด้วย

(Couper, 1984) แม้จะไม่มีข้อกำหนดไว้ว่าจะต้องใช้จำนวนที่แน่นอนว่าเป็นเท่าใดแต่จากการศึกษาวิจัยพบว่าหากมีจำนวนตั้งแต่ 17 คนขึ้นไป อัตราการลดลงของความคลาดเคลื่อน (Error) จะมีน้อย

ตาราง 1 แสดงการลดลงของความคลาดเคลื่อนของจำนวนผู้เชี่ยวชาญ

จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ (panel size)	การลดลงของความคลาดเคลื่อน (error reduction)	ความคลาดเคลื่อนลดลง (net change)
1 – 5	1.20 – 0.70	0.50
5 – 9	0.70 – 0.58	0.12
9 – 13	0.58 – 0.54	0.04
13 – 17	0.54 – 0.50	0.04
17 – 21	0.50 – 0.48	0.02
21 – 25	0.48 – 0.46	0.02
25 – 29	0.46 – 0.44	0.02

(MacMillan " The Delphi Technique" อ้างจาก เกษม บุญอ่อน, 2522: 27-28)

มีแนวคิดเกี่ยวกับจำนวนผู้เชี่ยวชาญในการทำวิจัยในอนาคตว่า "ไม่มีการกำหนดที่ชัดเจนควรพิจารณาจำนวนผู้เชี่ยวชาญตามคุณสมบัติ ถ้าผู้เชี่ยวชาญมีคุณสมบัติดี จำนวนผู้เชี่ยวชาญไม่ต้องมากก็เชื่อถือได้ (จุมพล พูลภัทรชีวิน, เทปบันทึกภาพ)

คุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญที่ใช้ในการวิจัยเทคนิคเดลฟาย มีดังนี้คือ (วันทนา ถิ่นกาญจน์, 2539) มีความชำนาญหรือความเป็นเลิศเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆอย่างแท้จริง มีความเต็มใจที่จะให้ความร่วมมือในการวิจัย สามารถติดต่อสื่อสารได้สะดวก และเห็นคุณค่าของการทำงาน

### 5.5 ความตรง (Validity) และความเที่ยง (Reliability)

ขึ้นอยู่กับจำนวนของผู้เชี่ยวชาญและอัตราการเปลี่ยนแปลงของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ และจะต้องมีการตั้งข้อคำถามด้วยความระมัดระวัง สิ่งสำคัญคือการเลือกผู้เชี่ยวชาญในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งผลลัพธ์ของเทคนิคเดลฟายนี้เป็นคำตอบจากความเห็นที่ผ่านการถามซ้ำโดยการให้ผู้เชี่ยวชาญมีโอกาสตรวจสอบคำตอบของตนเองหลายรอบ จึงเป็นการหาความเที่ยงและความตรงอยู่ในกระบวนการของเทคนิคเดลฟาย และด้วยเหตุที่ว่าการศึกษาอนาคตเกี่ยวข้องโดยตรงกับบุคคล ดังนั้นความเที่ยงและความตรงของข้อมูลที่ได้รับจึงขึ้นอยู่กับ

การเลือกผู้เชี่ยวชาญอันจะทำให้ผลการวิจัยที่ได้รับมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น (Sharkey and Sharples, 2001)

## 5.6 วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย คือ แบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยต้องกำหนดกรอบการวิจัย เนื่องจากปัญหาที่ศึกษาเป็นประเด็นปัญหาเชิงคุณลักษณะที่มีขอบข่ายกว้างขวาง การกำหนดกรอบของการวิจัยทำให้เห็นภาพชัดเจนขึ้น การสร้างเครื่องมือมักจะเป็นรูปแบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์ การเก็บข้อมูลโดยเทคนิคเดลฟายต้องการเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญได้ไตร่ตรองความคิดของตนอย่างละเอียดรอบคอบ และมั่นใจในการตัดสินใจจึงมีการถามย้ำถึง 3 รอบ หรือมากกว่า

รอบที่ 1 มีจุดมุ่งหมายเพื่อการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ หรือผู้ตอบเกี่ยวกับเรื่องทั่วไปในประเด็นปัญหาที่กำหนดโดยไม่จำกัดความคิดเห็น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถามปลายเปิดที่มีข้อความกระตุ้นหรือเชิญชวนให้ผู้ตอบได้แสดงความคิดเห็นของตนต่อประเด็นปัญหานั้นอย่างเต็มที่ ในบางครั้งอาจเป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างหรือกึ่งโครงสร้าง อาจจะเริ่มด้วยแบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า โดยเพิ่มคำถามปลายเปิดในตอนท้ายของแบบสอบถาม เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม

รอบที่ 2 รอบนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อการรวบรวม และจัดลำดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ โดยนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากรอบที่ 1 ของผู้เชี่ยวชาญมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ จัดให้เป็นหมวดหมู่ ให้เป็นระบบ ถึงแม้ว่าแนวทางบางข้อจะได้รับการเสนอจากผู้เชี่ยวชาญจำนวนน้อยก็ตาม ทั้งนี้เพราะผู้วิจัยต้องเคารพในความเชี่ยวชาญของผู้เชี่ยวชาญ หลังจากนั้นสร้างเครื่องมือในการวิจัยรอบที่ 2 เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า โดยใช้ภาษาที่สั้นกะทัดรัดชัดเจน พยายามคงความหมายเดิมของผู้เชี่ยวชาญไว้ให้มากที่สุด หรือถ้าผู้เชี่ยวชาญใช้ภาษาที่ชัดเจนดีแล้วก็ไม่ต้องปรับปรุงแก้ไข และส่งกลับไปให้ผู้เชี่ยวชาญตอบอีกครั้งแบบสอบถามรอบนี้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนต้องให้ความสำคัญของแต่ละข้อ และอาจให้เหตุผล หรือคำแนะนำลงในช่องว่างท้ายข้อด้วย

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



จะเปลี่ยนแปลง หรือยังยืนยันเหมือนเดิม ในกรณีที่คำตอบไม่เห็นพ้องต้องกันกับกลุ่มหรือคำตอบนั้นอยู่นอกพิสัยระหว่างควอไทล์จะต้องให้เหตุผลประกอบด้วย

รอบที่ 4 ผู้วิจัยจะทำตามขั้นตอนเดียวกันกับรอบที่ 3 แล้วส่งกลับไปให้ผู้ตอบบททวนคำตอบอีกครั้ง ซึ่งโดยทั่วไปอาจจะไม่ต้องทำขั้นตอนนี้เพราะความคิดเห็นในรอบที่ 3 และรอบที่ 4 มีความแตกต่างกันน้อยมาก ผลที่ได้ในรอบสุดท้ายนี้เป็นผลสรุปของการวิจัย

สำหรับจำนวนรอบที่เหมาะสมนั้น ขึ้นอยู่กับจุดมุ่งหมาย เวลา งบประมาณของการวิจัย จำนวนรอบสำหรับการวิจัยควรพิจารณาดูคำตอบที่ได้ในรอบต่างๆว่ามีความสอดคล้องกันของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญครอบคลุมเรื่องที่ศึกษามากพอหรือไม่ ถ้ามีมากพออาจจะหยุดในรอบที่ 2 หรือรอบที่ 3 ก็ได้ในเรื่องจำนวนรอบนี้ได้มีผู้ศึกษาไว้พบว่า การส่งแบบสอบถาม 3 รอบเป็นจำนวนรอบที่พอดี ความคลาดเคลื่อนมีไม่มาก ตั้งแต่รอบที่ 3 ขึ้นไป ความแตกต่างของผลที่ได้ไม่มีนัยสำคัญ (จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2530) มีการรายงานถึงการส่งแบบสอบถาม 25 รอบ พบว่ารอบที่ 2-3 ก็มีความสอดคล้องกันในการพยากรณ์อนาคตได้ และจำนวนรอบขึ้นอยู่กับเวลา จำนวนข้อคำถาม และเหตุการณ์ (Couper, 1984)

## 5.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับเทคนิคเดลฟาย ได้แก่ สถิติที่เกี่ยวข้องกับการวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง ได้แก่ มัชยฐาน ฐานนิยม ค่าเฉลี่ย ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ การเลือก หรือการกำหนดสถิติสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลนั้น ผู้วิจัยจะต้องเลือกให้เหมาะสม หากเป็นการแสดงความคิดเห็นในเรื่องเวลา หรือปริมาณ ควรใช้ค่ามัชยฐาน สำหรับกรณีที่เป็นการทำงานเวลา ปริมาณ หรือสถานการณ์ในอนาคตมักใช้ฐานนิยม สำหรับค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ นั้นใช้เพื่อพิจารณาการกระจายของความคิดเห็นว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันในข้อความนั้นๆมากน้อยเพียงใด ถ้าค่าพิสัยระหว่างควอไทล์กว้างก็แสดงว่าสอดคล้องน้อย แต่ถ้าแคบก็แสดงว่าสอดคล้องกันมาก อย่างไรก็ตามผู้วิจัยควรให้ความสำคัญกับข้อความที่มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์กว้างบางกรณี เพราะอาจเป็นข้อความที่มีประโยชน์ หรือเป็นการเตือนล่วงหน้าให้เห็นถึงประเด็นที่ไม่สอดคล้องกัน ซึ่งทำให้คาดการณ์ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ ทั้งนี้การวิเคราะห์ก็ต้องพิจารณาถึงเหตุผลที่ผู้เชี่ยวชาญได้ระบุไว้ประกอบด้วย ฉะนั้นการวิเคราะห์จึงควรแยกการวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นความคิดเห็นที่สอดคล้อง และไม่สอดคล้องกัน

## 5.8 ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย

5.8.1 ผู้วิจัยควรมีเวลามากเพียงพอ ประมาณ 2 เดือน จึงจะเสร็จสิ้นกระบวนการ อาจจะใช้เวลาช้าหรือเร็วกว่านั้น ขึ้นอยู่กับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจะส่งแบบสอบถามแต่ละรอบคืนมาช้าหรือเร็วเพียงใด

5.8.2 การเลือกสรรผู้เชี่ยวชาญควรคำนึงถึงความสามารถเป็นเลิศในสาขานั้นๆ อย่างแท้จริงไม่ควรเลือกโดยอาศัยความคุ้นเคยหรือติดต่อกง่าย สามารถให้ความร่วมมือด้วยความเต็มใจและยอมสละเวลากับงานวิจัยโดยตลอด และควรเลือกให้มีจำนวน ผู้วิจัยมากพอ เพื่อจะได้ความเห็นที่มีน้ำหนักน่าเชื่อถือ

## 5.9 ข้อดีของเดลฟาย มีดังนี้

5.9.1 ความสามารถของเทคนิคเดลฟายสามารถนำความต้องการของผู้เกี่ยวข้องเข้าสู่ทิศทางที่ต้องการเพราะเทคนิคเดลฟายได้ให้ระเบียบสำหรับคาดการณ์ในเชิงเลือกสรรความรู้และความคิดใหม่ๆ และให้ผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ถ้าได้กระทำอย่างเหมาะสม

5.9.2 สามารถหาความสอดคล้องของความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญได้ โดยไม่ต้องจัดให้มีการประชุม ทำให้ประหยัดเวลา ค่าใช้จ่าย และไม่มีข้อจำกัดเรื่องสภาพทางภูมิศาสตร์ ในด้านการเดินทางข้อมูลที่ได้มีความเชื่อถือได้มากเพราะเป็นความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิชานั้นๆ และได้มาจากการข้ถามหลายรอบ มีโอกาสปรับเปลี่ยนหรือยืนยันความคิดเห็นของตนเองเกิดความมั่นใจ ช่วยให้มีการพิจารณาประเด็นปัญหาอย่างลึกซึ้งทุกข้อปัญหา และความคิดจะถูกเสนอไปยังผู้เชี่ยวชาญโดยไม่มีการตัดแนวทางใดออก ผู้เชี่ยวชาญทุกคนจึงรับทราบและประเมินแนวทางทุกแนวทางได้เท่าเทียมกัน นอกจากนี้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนสามารถแสดงความคิดเห็นของตนอย่างเต็มที่และเป็นอิสระ ไม่ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลทางความคิดหรืออำนาจเสียงส่วนใหญ่เพราะผู้เชี่ยวชาญเหล่านั้นจะไม่ทราบว่ามิได้อยู่ในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญบ้าง

5.9.3 เทคนิคเดลฟายช่วยให้ผู้วิจัยสามารถทราบถึงลำดับความสำคัญของข้อมูล และเหตุผลในการตอบรวมทั้งความสอดคล้องในเรื่องความคิดเห็นเป็นอย่างดี

5.9.4 ใช้ในการวิจัยได้กว้างขวางทุกขอบข่ายงาน เพราะบทบาทที่สำคัญของวิธีการวิจัยแบบนี้ คือ การระบุนิวทัศน์พื้นฐานในปัจจุบันเกี่ยวกับการพัฒนาการที่จะเกิดขึ้นในอนาคตโดยการชักกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เลือกมาเป็นอย่างดี ความรู้ใหม่ๆ และข้อสันนิษฐานร่วมกันจะปรากฏขึ้นมาด้วยวิธีการสังเคราะห์ของ “โลกทัศน์” หรือ “การสร้างความจริง” และจะนำไปสู่วิธีการศึกษาที่เปิดกว้างขึ้นต่อการแก้ปัญหามากกว่าวิธีการที่ผ่านมา

## 5.10 ข้อจำกัดของเทคนิคเดลฟาย มีดังนี้

5.10.1 ผลการวิจัยอาจขาดความน่าเชื่อถือ หากผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการคัดเลือก ไม่ได้เป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถทางด้านนั้นๆอย่างแท้จริง

5.10.2 การวิจัยแบบเทคนิคเดลฟายอาศัยข้อมูลจากการรวบรวมความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีความสอดคล้อง โดยเชื่อว่าผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนให้ความเห็นอย่างไม่มีอคติและจะต้องเข้าใจประเด็นปัญหาโดยส่วนรวมและข้อความในแบบสอบถามแต่ละข้อตรงกัน มิฉะนั้นผลการวิจัยอาจจะไม่น่าเชื่อถือเพราะความคิดเห็นที่ได้มานั้นเป็นการเดามากกว่า การพิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบ นอกจากนี้หากลักษณะของการวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อทำนายเหตุการณ์ในอนาคตต้องระมัดระวังว่าคำตอบที่ได้รับต้องไม่ใช้การแสดงความหวังหรืออุดมคติของผู้ตอบเกี่ยวกับประเด็นที่ศึกษานั้น

5.10.3 เมื่อมีการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟายเพื่อการทำนายเหตุการณ์ในอนาคต การกำหนดระยะเวลาของการทำนายเป็นสิ่งที่ต้องระมัดระวัง ถ้ากำหนดให้ผู้เชี่ยวชาญทำนายเหตุการณ์ในระยะเวลาใกล้หรือไกลเกินไป อาจทำให้ผู้เชี่ยวชาญทำนายได้ด้วยความลำบาก และเกิดความคลาดเคลื่อนได้ มีผู้ศึกษาไว้ว่าช่วงเวลาของการทำนายอนาคตควรอยู่ในช่วงเวลา 10 -15 ปี (Schwarz, Svedin, and Wittrack, 1982 อ้างถึงใน จันทร สังข์สุวรรณ, 2538: 78)

5.10.4 การที่ต้องใช้การถามย้ำหลายๆรอบตามกระบวนการวิจัยนั้น อาจทำให้ผู้เชี่ยวชาญเกิดความเบื่อหน่ายไม่เต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัยอย่างแท้จริง

5.10.5 ผู้ทำการวิจัยขาดความรอบคอบ มีความลำเอียงในการพิจารณาวิเคราะห์คำตอบที่ได้ในแต่ละรอบ

5.10.6 เนื่องจากมีการส่งแบบสอบถามหลายรอบ อาจมีการสูญหายของแบบสอบถาม หรือไม่ได้รับคำตอบกลับคืนมา

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้เทคนิคเดลฟาย มีดังนี้

วิจิต คุชชาญ (2535) ศึกษาแนวโน้มของหลักสูตรพลศึกษาระดับประถมศึกษาในปี พ.ศ. 2545 โดยใช้เทคนิคเดลฟาย กลุ่มตัวอย่างประชากรเป็นผู้เชี่ยวชาญสาขาพลศึกษาจำนวน 18 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นวิเคราะห์ข้อมูล โดยการคำนวณหาค่ามัธยฐาน ฐานนิยม และพิสัยระหว่างควอไทล์ พบว่า ด้านลักษณะทั่วไป จะเป็นหลักสูตรที่ดำเนินการโดยท้องถิ่น มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้เรียนมีพัฒนาการในทุกๆด้าน คือ ด้านกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เน้นการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน เนื้อหากิจกรรมประกอบด้วยทักษะพื้นฐาน

เกมพื้นฐาน กิจกรรมเข้าจังหวะ ยิมนาสติกพื้นฐาน และกรีฑา มีความสอดคล้องกับระดับความสามารถของนักเรียน หลักการทางด้านจิตวิทยา สรีรวิทยา และสภาพแวดล้อมของโรงเรียน เน้นผู้เรียนทุกคนได้มีพัฒนาการสูงสุด การวัดผลประเมินผลจะวัดตามวัตถุประสงค์ของการสอน ประกอบด้วยเกณฑ์ทางด้านทักษะ ความรู้ และคุณธรรม

จันทร์ สังข์สุวรรณ (2538) ศึกษาสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงานที่สถานีนามัย โดยมีการดำเนินการวิจัย 2 ขั้นตอน คือ 1) สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับสถานีนามัย ในระดับนโยบาย ผู้เฝ้าตรวจและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานีนามัย รวม 9 คน และ 2) นำสาระจากการสัมภาษณ์มากำหนดเป็นเค้าโครงเบื้องต้นและประเด็นในการสร้างแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลและ/หรือการสาธารณสุข จำนวน 27 คน ใช้เทคนิคเดลฟาย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้สอบถาม 3 รอบ รอบที่ 1 เป็นแบบสอบถามปลายเปิด รอบที่ 2 และรอบที่ 3 เป็นแบบสอบถามแบบมาตรฐาน ค่า และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณหาค่ามัธยฐาน ฐานนิยม และพิสัยระหว่าง ควอไทล์ พบว่ามีสมรรถนะที่จำเป็น 7 ด้าน ดังนี้ ด้านปฏิบัติการพยาบาล การบริหาร การเป็นผู้นำการทำงาน ร่วมกันในชุมชน การนำหลักการสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ การสอนและฝึกอบรม และการวิจัยและการพัฒนา มีสมรรถนะที่จำเป็นในระดับมากที่สุด 13 รายการ

วันทนา ถิ่นกาญจน์ (2538) ศึกษาสมรรถนะภาวะผู้นำที่พึงประสงค์ของบัณฑิตสาขาพยาบาลศาสตร์โดยมีการดำเนินการวิจัยตามเทคนิคเดลฟาย คือ ศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมากำหนดประเด็นในการสร้างแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้นำทางการพยาบาลของประเทศไทย ผู้เชี่ยวชาญทางการศึกษาพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการบริหารการพยาบาล และผู้เชี่ยวชาญทางการปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 21 ท่าน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และใช้แบบสอบถามมาตรฐานค่าทำการวิเคราะห์ ข้อมูลโดยคำนวณหาค่ามัธยฐาน ฐานนิยม และพิสัยระหว่างควอไทล์ ผลการวิจัยสรุปได้ 8 สมรรถนะ คือ บุคลิกภาพ ความรู้และสติปัญญา สมรรถนะเชิงวิชาชีพ สมรรถนะเชิง จริยธรรม สมรรถนะเชิง การเมือง เศรษฐกิจและสังคม สมรรถนะเชิงธุรกิจการตลาด และสมรรถนะด้านการใช้เทคโนโลยี และภาษาต่างประเทศ

พนารัตน์ วิศวะเทพนิมิตร (2539) ศึกษาสมรรถนะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตทางพยาบาลศาสตร์ ในปี พ.ศ. 2544-พ.ศ. 2549 ดำเนินการตามเทคนิคเดลฟาย โดยการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน นำมากำหนดเป็นประเด็นในการสร้างแบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญ 24 ท่าน

3 รอบ รอบที่ 1 เป็นแบบสอบถามปลายเปิด รอบที่ 2 และรอบที่ 3 เป็นแบบสอบถามมาตรประมาณค่า ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณหาค่ามัธยฐาน ฐานนิยม และพิสัยระหว่างควอไทล์ ผลการวิจัยสรุปคือ ประกอบด้วยสมรรถนะหลัก 12 สมรรถนะ คือ ด้านบุคลิกภาพ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านคุณธรรม จริยธรรม ด้านวิชาการ ด้านบริหาร ด้านภาวะผู้นำ ด้านทักษะเกี่ยวกับมนุษย์และชุมชน ด้านการใช้เทคโนโลยี ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านการวิจัย ด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ด้านกฎหมายและการมีส่วนร่วมทางการเมือง รวมสมรรถนะย่อย 200 รายการ เป็นสมรรถนะที่จำเป็นมากที่สุด 72 รายการ และจำเป็นในระดับมาก 128 รายการ

สุนันทา ตรีสายลักษณ์ (2542) ศึกษาการสร้างแบบประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดและศึกษาความคิดเห็นในการใช้แบบประเมินผลการปฏิบัติงานที่สร้างขึ้น ด้วยเทคนิคเดลฟาย โดยผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ความชำนาญในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดจำนวน 35 คน และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 60 คน ศึกษาความคิดเห็นจากกลุ่มตัวอย่าง คือ หัวหน้าและพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีประสบการณ์ในการทำงานการพยาบาลผ่าตัดมากกว่า 5 ปี จำนวน 152 คน และผู้รับการประเมินได้แก่ พยาบาลประจำการห้องผ่าตัดที่มีประสบการณ์ในการทำงานการพยาบาลผ่าตัดมากกว่า 1 ปี จำนวน 100 คน จากโรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าฯ และตำรวจ พบว่าค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.80 และค่าความเชื่อมั่นของผู้ประเมินโดยใช้สูตรของ Ebel's formula เท่ากับ 0.77 ผู้ประเมินมีความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง

เสียงพิน อ่ำโพธิ์ (2543) ศึกษาอนาคตภาพการบริหารงานของวิทยาลัยสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนาการศึกษาระดับอุดมศึกษาฉบับที่ 9 โดยใช้เทคนิคเดลฟาย ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้เชี่ยวชาญการบริหารการศึกษาพยาบาลจากกระทรวงสาธารณสุข รวม 19 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น รอบแรกมีลักษณะเป็นแบบสอบถามปลายปิดและเลือกตอบ รอบที่ 2-3 เป็นแบบมาตรประมาณค่า วิเคราะห์ข้อมูลโดยการคำนวณหาค่ามัธยฐาน และพิสัยระหว่างควอไทล์ พบว่าการบริหารงานการพยาบาลศึกษาในลักษณะคณะกรรมการ บุคลากรมีส่วนร่วมในการบริหารหลักสูตร มุ่งให้ผู้เรียนมีโลกทัศน์ที่กว้างไกล ปรับตัวและดำรงชีวิตในสังคมท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รู้จักคิดวิเคราะห์ แสวงหาความรู้อย่างมีประสิทธิภาพ มีคุณธรรมและจริยธรรม มุ่งเน้นให้เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต มีระบบประกันคุณภาพการศึกษา การจัดกิจกรรมมุ่งให้นักศึกษามีสมรรถนะที่พึงประสงค์ของ

หลักสูตรเน้นให้นักศึกษามีกิจกรรมร่วมกับชุมชนมากขึ้น มีการวางแผนการจัดกิจกรรมเพื่อสนองตอบต่อความต้องการของชุมชนเป็นสำคัญ

ศิริรณภา ชี้นำให้ (2543) การศึกษาตัวชี้วัดประสิทธิผลขององค์การพยาบาล โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟายผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารองค์การพยาบาล และด้านการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจำนวน 20 ท่าน พบว่า ตัวชี้วัดประสิทธิผลขององค์การพยาบาลที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นมีทั้งหมด 114 รายการ จำแนกเป็น 3 ชุด ข้อมูลย่อย คือ รายการตัวชี้วัดประสิทธิผลขององค์การพยาบาล ด้านผู้ให้บริการจำนวน 59 รายการ ตัวชี้วัดประสิทธิผลขององค์การพยาบาลด้านการจัดการทางการพยาบาล จำนวน 39 รายการและรายการตัวชี้วัดประสิทธิผลขององค์การพยาบาล ด้านผู้รับบริการ มีจำนวน 16 รายการ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบทบาทและหน้าที่พยาบาลห้องผ่าตัด มีดังนี้

พินิจ ปริชานนท์ (2531) ศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อประสิทธิผลการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติวิชาการพยาบาลห้องผ่าตัดระหว่างระบบที่เลี้ยงกับระบบปกติของนักศึกษาพยาบาลปี 3 โรงพยาบาลรามธิบดี 62 คน พบว่า ด้านความรู้ไม่แตกต่างกัน ความพึงพอใจไม่แตกต่างกันในผลรวมทุกองค์ประกอบ นอกจากองค์ประกอบด้านคุณลักษณะส่วนตัวของพยาบาลประจำการ นักศึกษาที่ได้รับการสอนด้วยระบบพยาบาลที่เลี้ยงพึงพอใจมากกว่าและด้านผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน พฤติกรรมการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดของนักศึกษาที่ได้รับการเรียนการสอนด้วยระบบพยาบาลที่เลี้ยงดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญ 0.01

กาญจนา จันทร์ไทย (2532) ศึกษาการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข และกลุ่มตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัด ซึ่งตัวพยากรณ์มีดังนี้ คือ อายุ ประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัด ระดับการศึกษา การรับรู้ต่อสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด การรับรู้ต่อการติดต่อสื่อสารภายในห้องผ่าตัด และการรับรู้ต่อบรรยากาศเพื่อนร่วมงาน พบว่าการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค เฉพาะโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปอยู่ในระดับมาก การรับรู้ต่อการติดต่อสื่อสารภายในห้องผ่าตัด การรับรู้ต่อบรรยากาศเพื่อนร่วมงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เจนีวา รักมหาคุณ (2543) ศึกษาการนำเสนอมาตรการควบคุมอุบัติเหตุความเสียหายทางการพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ดำเนินโครงการโดยการจัดการให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงให้แก่พยาบาลห้องผ่าตัดศิริกิตติ 5 จำนวน 9 คน และประชุมเชิงปฏิบัติการด้วยการประยุกต์ใช้กระบวนการเอไอซี เพื่อให้กำหนดมาตรการ ดังนี้ ควบคุมผ้าซับ เข็มเครื่องมือ ตกค้างในร่างกายผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ถูกของมีคมบาดขณะผ่าตัด ผ่าตัดผิดคนผิดตำแหน่ง ได้รับบาดเจ็บจากเครื่องจีไฟฟ้า แผลไฟไหม้จากเครื่องกระตุ้นหัวใจและการติดเชื้อจากการจัดท่า

เจริญพร ศรีเนตร (2543) ศึกษาประสบการณ์การพัฒนาดตนเองของพยาบาลห้องผ่าตัดไทยที่ได้รับการฝึกอบรมในประเทศฝรั่งเศส ระยะเวลา 1 ปี โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่าง 15 คน พบว่า ประสบการณ์ในการพัฒนาดตนเองมี 6 ประเด็น 1) ปรรณนาการเรียนรู้ในต่างแดน 2) ประเมินตนเองและการเตรียมความพร้อม 3) การแสวงหาแหล่งสนับสนุน 4) การไม่ละทิ้งการพยาบาล 5) การปรับตัว และ 6) การประเมินผลการพัฒนาดตนเอง

พินิจ ปริษานนท์ และอัญชลี นวลคล้าย (2540) การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการใช้มาตรฐานการพยาบาลในห้องผ่าตัด และประเมินคุณภาพเชิงกระบวนการของการพยาบาลในห้องผ่าตัดโดยกำหนดเกณฑ์คุณภาพจากการใช้มาตรฐานการพยาบาลเจ้าหน้าที่พยาบาลเป็นผู้ประเมินตนเอง ประชากรที่ศึกษาคือ พยาบาลวิชาชีพ 92 คน ปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผ่าตัด ได้แก่ ห้องผ่าตัดจักษุ-โสตฯ ศัลยศาสตร์ ออโรดิคัล สูติ-นรีเวช และห้องพักรฟื้นศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ เก็บข้อมูลโดยให้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 216 กิจกรรมการพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการพยาบาลในห้องผ่าตัดอยู่ในระดับดีมาก 141 กิจกรรม การพยาบาลระดับดี 36 กิจกรรม และต้องปรับปรุง 39 กิจกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการประเมินความพร้อมทางด้านร่างกาย เอกสาร และอุปกรณ์ ตลอดจนความพร้อมทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการนำมาตรฐานการพยาบาลในห้องผ่าตัดไปใช้ พบว่าบางกิจกรรมของพยาบาลซ้ำซ้อนกับกิจกรรมพยาบาลวิสัญญี พยาบาลมีเวลาจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในห้องผ่าตัด นอกจากนั้นพบว่ากิจกรรมการพยาบาลบางอย่างไม่เหมาะสมที่จะนำมาใช้ทุกห้องผ่าตัด ผลการศึกษาที่ได้รับจะเป็นประโยชน์อย่างมาก ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลและปรับปรุงมาตรฐานการพยาบาลในห้องผ่าตัดให้มีความเที่ยงตรง ชัดเจน มีความเป็นไปได้ สามารถวัดประเมินผลได้ สำหรับเป็นแนวทางในการใช้และประเมินคุณภาพการพยาบาลต่อไป

วิชุดา ทรรษาจารย์พันธ์ (2540) ศึกษาและเปรียบเทียบความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 สถาบันการศึกษาเอกชน 7 แห่ง จำนวน 329 คน ในด้านต่างๆ 8 บทบาท พบว่า ความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทผู้ร่วมงาน บทบาทผู้ปกป้องผู้ใช้บริการ บทบาทครู บทบาทผู้ให้การดูแล บทบาทผู้ประสานด้านศาสนาและวัฒนธรรม บทบาทนักวิชาการและนักวิจัย และบทบาทผู้ให้คำปรึกษาแนะนำอยู่ในระดับมาก ส่วนบทบาทผู้นำและผู้นำการเปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับปานกลาง

จิตรา เกิดเพชร (2541) ศึกษาวิจัยถึงการประเมินคุณภาพการพยาบาลในห้องผ่าตัดและการวิเคราะห์ปัญหาของการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัด กลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด 294 คน โรงพยาบาลในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง โดยใช้เครื่องมือ 2 ชุด คือ แบบประเมินคุณภาพการพยาบาล และแบบสัมภาษณ์กลุ่ม จำนวน 14 คน พบว่า 1) คุณภาพการพยาบาลผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อวิเคราะห์ตามระยะการผ่าตัด พบว่า คุณภาพการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับต้องปรับปรุง คุณภาพการพยาบาลในระยะผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง และคุณภาพการพยาบาลในระยะหลังผ่าตัดอยู่ในระดับดี 2) ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด 3 ด้าน ได้แก่ ข้อจำกัดในด้านความรู้ เจตคติต่อการปฏิบัติการพยาบาลและวิจารณ์ญาณของพยาบาล ปัญหาจากระบบงาน ได้แก่ ภาระงาน ลักษณะงาน ลักษณะการนิเทศงาน แบบบันทึกและอุปกรณ์ที่เอื้อ

วิลาวรรณ ตันติสิทธิพร (2541) ศึกษาวัฒนธรรมองค์การของกลุ่มงานพยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลรัฐบาล เขตกรุงเทพมหานคร ในด้านลักษณะสร้างสรรค์ ลักษณะตั้งรับ-เฉื่อยชา และลักษณะตั้งรับ-ก้าวร้าว และเปรียบเทียบวัฒนธรรมองค์การของกลุ่มงานพยาบาลห้องผ่าตัด จำแนกตามสังกัดและประเภทของห้องผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด 633 คน เครื่องมือคือ แบบสอบถามวัฒนธรรมองค์การ ผลการวิจัย คือ 1) วัฒนธรรมอยู่ในลักษณะสร้างสรรค์มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา ได้แก่ ตั้งรับ-ก้าวร้าว และลักษณะตั้งรับ-เฉื่อยชา ตามลำดับ 2) กลุ่มงานที่สังกัดต่างกัน มีลักษณะสร้างสรรค์แตกต่างกัน และ 3) ประเภทห้องผ่าตัด มีวัฒนธรรมองค์การลักษณะสร้างสรรค์แตกต่างกัน โดยห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวชกรรม และห้องผ่าตัดไต ศอ นาสิก มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าห้องผ่าตัดจักษุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนวัฒนธรรมองค์การลักษณะตั้งรับ เฉื่อยชา และตั้งรับ-ก้าวร้าว ไม่มีความแตกต่าง



ศรีสุรางค์ แสงแก้ว (2542) การวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัดด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาลและด้านพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติพยาบาลด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมพยาบาลประจำการด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดจากห้องผ่าตัดจากห้องผ่าตัดอโศกโรติกส์ จำนวน 90 คน โรงพยาบาลตำรวจ เครื่องมือที่ใช้คือ โปรแกรมการฝึกอบรมพยาบาลประจำการด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาลและแบบวัดพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติพยาบาลด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบสังเกตพฤติกรรมและแบบสอบถามพยาบาลตามการรายงานของตนเอง ซึ่งผ่านการตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาความเที่ยงแล้ว ผลการวิจัยพบว่า 1) คุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัดด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย คือ การบริการพยาบาลหลังการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมพยาบาลประจำการด้านการพิทักษ์สิทธิสูงกว่า ก่อนการใช้ อย่างมีนัยสำคัญ .05 และ 2) คุณภาพบริการพยาบาลพิเศษด้านพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติพยาบาลด้านพิทักษ์สิทธิหลังการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมพยาบาลประจำการ สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญ .05

ศุภฎี ยศทอง (2542) ศึกษาวิจัยถึงผลการใช้โปรแกรมการบริการพยาบาลก่อนการผ่าตัดเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ในผู้ป่วยผ่าตัด จำนวน 60 คน โรงพยาบาลศิริราช โดยการใช้โปรแกรมการบริการพยาบาลก่อนผ่าตัดกับกลุ่มผู้ป่วย มีเนื้อหา 3 กิจกรรม ดังนี้ 1) การกำกับปฏิบัติพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลก่อนการผ่าตัด 2) เกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามแผนภูมิการไหลเวียนของการปฏิบัติงาน และ 3) การจัดบรรยากาศในห้องรอผ่าตัด เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย แบบบันทึกเวลารอก่อนผ่าตัด และแบบสังเกตการปฏิบัติพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลก่อนผ่าตัด พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการบริการพยาบาลก่อนผ่าตัดสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้ารับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญ.05 เวลาที่ใช้ในการรอผ่าตัดน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ .05 และการปฏิบัติพยาบาลตามมาตรฐานสูงกว่า อย่างมีนัยสำคัญ.05

ปานตา อภิรักษานานนท์ (2542) ได้ทำการศึกษาวิจัยถึงผลของการพยาบาลตามแนวคิด 5 ซีของโรซต่อคุณภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดจำนวน 32 คน พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามแนวคิด 5 ซีของโรซ ประกอบด้วย การมีสัมพันธภาพที่อบอุ่น สมรรถนะในการดูแล ความเชื่อมั่น ความถูกต้อง

ทางจริยธรรม และความยึดมั่นผูกพันต่อการดูแลในบทบาทของพยาบาลผ่าตัด มีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปรกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Dobbs (1991 cited by Mcgarvey et. al., 2000) ได้ทำการศึกษาถึงบทบาทที่อิสระเป็นการให้การพยาบาลผู้ป่วยตามความต้องการของรายบุคคลวิชาชีพการพยาบาล เป็นวิชาชีพที่จะต้องมีความรู้มากในเรื่องการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก โดยเฉพาะงานของพยาบาลห้องผ่าตัด ลักษณะงานจะอยู่ภายใต้การควบคุมของแพทย์ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการตัดสินใจและปฏิเสธไม่ได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลทำตามคำสั่งของแพทย์ระหว่างการผ่าตัดและการดมยาสลบ เช่น ชนิดของการทำผลหลังผ่าตัดต้องควบคุมโดยแพทย์ บทบาทพยาบาลส่งเครื่องมืออยู่ภายใต้อิทธิพลของแพทย์ แต่อย่างไรก็ตามไม่ใช่เป็นปัญหาสำหรับห้องผ่าตัดเท่านั้นแต่เป็นปัญหาในหอผู้ป่วย

Carrington (1991 cited by Mcgarvey et. al., 2000) ได้ศึกษาบทบาทโดยรวมของพยาบาลห้องผ่าตัด คือ ความรู้ด้านทักษะและความเชี่ยวชาญการใช้เครื่องมือ ทักษะที่ได้จากการฝึกอบรมและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การป้องกันอันตรายจากการผ่าตัด

West (1992 cited by Mcgarvey et. al., 2000) ได้ทำการศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผ่าตัดในโรงพยาบาล 4 แห่ง พบว่าประสบการณ์ในการทำงานมีความสำคัญกับพยาบาลห้องผ่าตัดไม่ใช่เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลแต่เพียงกลุ่มเดียวแต่เป็นพฤติกรรมที่หน่วยงานอื่นต้องทำด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ทักษะในการทำงานก็มีความสำคัญมากอีกอย่างหนึ่ง การทำงานพยาบาลห้องผ่าตัดมีความสำคัญทั้งด้านอารมณ์และหน้าที่ มีความรู้ด้านเทคนิคมีความเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือพิเศษต่างๆ การใช้อุปกรณ์ในปัจจุบัน ซึ่งสิ่งเหล่านี้ได้จากการศึกษาและการฝึกหัด เป็นความรับผิดชอบของพยาบาลห้องผ่าตัดที่จะดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และในขณะเดียวกัน ก็ต้องดำรงเกียรติและศักดิ์ศรีแห่งตนรวมทั้งวิชาชีพไว้

Kalideen (1994 cite by Mcgarvey et. al., 2000) ได้ศึกษาโดยการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพ 15 คน พบว่า บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด มีดังนี้คือ การจัดเตรียมการดูแลผู้ป่วยแบบองค์ บทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง ดูแลความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม เป็นการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มุ่งเน้นให้ได้มาตรฐานในระดับที่สูงขึ้น

McGarvey (1998) ได้ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพถึงบทบาทพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่าจากการฝึกงาน 358 ชั่วโมง ของพยาบาลจำนวน 35 คน ในการวางแผนการพยาบาลที่รับการผ่าตัดเป็นการยากที่จะอธิบายบทบาทชัดเจนของพยาบาลห้องผ่าตัดได้จะเป็นลักษณะบทบาทที่ปฏิบัติงานประจำวันมากกว่าการใช้แนวคิดทางปรัชญาการดูแลทำให้ไม่สามารถบอกบทบาทที่ชัดเจนของพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัดได้

### สรุปเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษารoles และหน้าที่ที่พึงประสงค์ ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดในปี พ.ศ. 2553 ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิด โดยได้บูรณาการแนวคิด Creasia and Parker (2001: 82-90) และแนวคิดจากเอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยศึกษาจากแนวโน้มและปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดในปี พ.ศ. 2553 พิจารณาจากแนวโน้มของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด แนวโน้มทางเทคโนโลยีในการผ่าตัด แนวโน้มทางสังคม และแนวคิดบทบาทและหน้าที่ กำหนดเป็นบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัดที่พึงประสงค์ ในปี พ.ศ. 2553 ดังนี้คือ ด้านทักษะการปฏิบัติงานการพยาบาลผ่าตัด ด้านการประสานงาน ด้านการเป็นครู ด้านการให้คำปรึกษา ด้านการวิจัย ด้านการบริหารจัดการ ด้านการเป็นผู้พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ด้านการใช้เทคโนโลยี ด้านการพัฒนาคุณภาพ ด้านการเชี่ยวชาญพยาบาลพิเศษ และ ฯลฯ ใช้วิธีการวิจัยแบบเดลฟาย มีการสัมภาษณ์และสอบถามให้ได้ความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 25 ท่าน ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ดังภาพประกอบ ต่อไปนี้

## กรอบแนวคิด

