บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษา เรื่อง การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า จาก เอกสาร วารสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับหัวข้อดังนี้

1. ความสำคัญของการนิเทศทางคลินิก
2. ความหมายของการนิเทศทางคลินิก
3. หลักการและวัตถุประสงค์ของการนิเทศทางคลินิก
4. กรอบการทำงานของการนิเทศทางคลินิก
5. กระบวนการนิเทศทางคลินิก ประกอบด้วย การวางแผนการนิเทศ การดำเนินการนิเทศ และการประเมินผลการนิเทศ
6. กิจกรรมการนิเทศ ประกอบด้วย การมอบหมายงาน การรายงานส่งเวร (การรับเวร-ส่งเวร) การเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล การสอน การให้คำแนะนำ/ปรึกษา และการร่วมมือปฏิบัติงาน
7. ลักษณะสัมพันธภาพในการนิเทศ
8. บทบาทการนิเทศทางคลินิกของพยาบาลผู้นิเทศก์
9. หน้าที่ความรับผิดชอบของหัวหน้าหอผู้ป่วย
10. รูปแบบการนิเทศทางคลินิก
11. เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย
    - 11.1 ความหมายและความเป็นมาของการวิจัยโดยเทคนิคเดลฟาย
    - 11.2 กระบวนการวิจัยโดยใช้ เทคนิคเดลฟาย
    - 11.3 ลักษณะเฉพาะของเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย
    - 11.4 ข้อได้เปรียบและข้อเสียเปรียบของเทคนิคเดลฟาย

ความสำคัญของการนิเทศทางคลินิก

การนิเทศทางคลินิกเป็นการสนับสนุนให้เกิดการสมดุลย์ระหว่างระบบต่าง ๆ ที่หลากหลาย เป็นการเพิ่มเติมให้ระบบนั้น ๆ เกิดความสมบูรณ์มากขึ้น ส่วน วอร์ด (Ward, 1990)

กล่าวถึง การนิเทศทางคลินิกเป็นกิจกรรมสำคัญที่ช่วยในการควบคุม ดูแล เฉพาะเรื่อง เช่น การควบคุมคุณภาพการบริการเป็นเครื่องมือของการอำนวยการ (directing) ซึ่งทำให้ผู้ปฏิบัติงานบรรลุวัตถุประสงค์ของงานที่กำหนดไว้ ผู้รับบริการพึงพอใจ ซึ่งต้องอาศัยผู้นิเทศที่มีความรู้ และมีประสิทธิภาพที่จะประยุกต์หลักการบริหารและการปฏิบัติ ต้องรู้วิสัยทัศน์ พันธกิจ ปรัชญา วัตถุประสงค์ขององค์กร วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วย รวมทั้งหมุนเวียนใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด ดังนั้นการนิเทศทางคลินิก จึงเป็นกิจกรรมที่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับหอผู้ป่วยที่มีบุคลากรจำนวนมากและมีอยู่หลายระดับ หัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องให้การช่วยเหลือ ส่งเสริม สนับสนุน ควบคุมและตรวจสอบผลงานของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานให้สามารถปฏิบัติงานในหน้าที่ความรับผิดชอบได้อย่างเต็มความสามารถ ให้การพยาบาลอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพเกิดความชำนาญทางคลินิกได้รับความสำเร็จ และความพึงพอใจในงานที่ปฏิบัติ ผลงานที่เกิดขึ้นบรรลุวัตถุประสงค์และตอบสนองนโยบายขององค์กร ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เอลโคนา และวินรูช (Elcrona & Winroth, 1997) ที่ได้ศึกษาในเชิงคุณภาพในการเข้าร่วมโปรแกรมการนิเทศงานระยะยาวของพยาบาลประจำการ 10 คน พบว่า การนิเทศช่วยให้พยาบาลกลุ่มดังกล่าวมีความรู้สึกของความเป็นวิชาชีพ และมองภาพลักษณ์ของตนเองดีขึ้น เป็นการช่วยพัฒนาวิชาชีพและป้องกันความเหนื่อยหน่ายในงาน ส่วน เซฟเวอร์รินสัน และเบอร์เกนเฮมมาร์ (Severinson & Borgenhammer, 1997) ได้ศึกษาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านการนิเทศในคลินิกโดยการสัมภาษณ์ เพื่อวิเคราะห์ถึงผลและคุณค่าของการนิเทศงานสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่าการนิเทศเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานจากผู้ฝึกหัดสู่การเป็นผู้เชี่ยวชาญ สร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงาน เพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและสนับสนุนให้มีการใช้ทรัพยากรในหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ

ความหมายของการนิเทศทางคลินิก

ได้มีผู้ให้คำจำกัดความหรือแนวคิดของการนิเทศทางคลินิกไว้ต่าง ๆ กันดังนี้

บัทเตอร์เวิท และ ฟาเกีย (Butterworth & Faugier, 1992) ให้คำจำกัดความของการนิเทศทางคลินิกว่า เป็นกระบวนการนิเทศที่ทำให้เกิดบรรลุผลสำเร็จของงานโดยไม่มีการลงโทษ แต่เป็นโอกาสสำหรับความก้าวหน้าของบุคคลและวิชาชีพ

ฮอลเบิกร์ (Hallberg, 1994) ให้ความหมายของการนิเทศทางคลินิกไว้โดยนัยว่า เป็นกระบวนการนิเทศงานที่ผู้นิเทศแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานร่วมกันกับผู้รับการนิเทศด้วยความรู้สึกที่ดี มีความเข้าใจและเชื่อถือร่วมกัน

ฟากัส-คาเมอรอน (Farkas-Cameron, 1995) ได้อธิบายเพิ่มเติมว่าการนิเทศทางคลินิกเป็นกระบวนการที่มีข้อผูกพันที่ว่าจะต้องบรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและมีพัฒนาการอย่างวิชาชีพ

โจนส์ (Jones, 1997) กล่าวถึงการนิเทศทางคลินิกเปรียบเสมือนการสนทนากันภายในวิชาชีพหรือสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานอย่างวิชาชีพ

เยจดิช (Yegdich, 1999) กล่าวถึงการนิเทศทางคลินิกว่าเป็นการส่งเสริม สนับสนุนให้มีการพัฒนาวิชาชีพและพัฒนาบุคลากร เป็นแนวคิดที่ยึดถือในจินตนาการของพยาบาล

บัทเตอร์เวิท และคณะ (Butterworth et al., 1997; White et al., 1998, cited in Farkas-Cameron, 1995) ให้คำจำกัดความของการนิเทศทางคลินิกว่า การนิเทศทางคลินิกเป็นการช่วยให้ผู้รับการนิเทศสามารถสะท้อนถึงผลการปฏิบัติงานของพวกเขา เพื่อที่จะยกระดับการพัฒนาวิชาชีพโดยใช้สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและทักษะการแก้ปัญหา การนิเทศทางคลินิกเป็นวิธีการส่งเสริมให้บุคลากรทางการพยาบาล สามารถให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

สวอนเบิร์ก (Swansburg, 1990) ให้แนวคิดเกี่ยวกับการนิเทศทางคลินิกว่า ผู้นิเทศก์ต้องรู้ว่าอะไรคือสิ่งที่ผู้รับการนิเทศต้องการการเรียนรู้ เพื่อให้ผู้รับการนิเทศสามารถปฏิบัติงานให้เกิดประสิทธิภาพและผู้นิเทศก์ต้องอาศัยทักษะการใช้กระบวนการนิเทศ

เดอะ ยูเคซีซี (The UKCC) (Wheatley, 1999) ให้คำจำกัดความว่า การนิเทศทางคลินิกช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานและผู้นิเทศก์ร่วมกันสะท้อนถึงวิธีการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เกิดการเรียนรู้เพิ่มความเข้าใจถึงแนวคิดวิชาชีพ และพัฒนาศักยภาพในหน้าที่ความรับผิดชอบที่ปฏิบัติงานอยู่

ลิท (Lyth, 2000) ให้คำจำกัดความของการนิเทศทางคลินิก ว่าเป็นกลไกการส่งเสริมสนับสนุนในการปฏิบัติงานของเหล่าวิชาชีพ (professionals) ซึ่งเขาเหล่านั้นร่วมกันปฏิบัติงานในคลินิกในองค์กร มีการพัฒนา มีประสบการณ์ด้านอารมณ์กับบุคลากรวิชาชีพอื่น ๆ ได้อย่างปลอดภัยในสิ่งแวดล้อมที่เชื่อมั่น เพื่อที่จะยกระดับความรู้และทักษะต่าง ๆ กระบวนการนิเทศทางคลินิกนี้จะนำไปสู่การเพิ่มความตระหนักรู้ (awareness) ในแนวคิดอื่น ๆ รวมทั้งมีความสามารถในการชี้แจงให้เหตุผลได้ (accountability) และการสะท้อนกลับการปฏิบัติงาน (reflective practice)

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2537) ให้ความหมายของการนิเทศทางคลินิกไว้ว่า การนิเทศเป็นกระบวนการปฏิบัติของผู้นิเทศก์ที่ให้กับผู้ปฏิบัติงานหรือผู้ใต้บังคับบัญชา โดยจะเน้นหลักสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ผู้นิเทศก์ที่มีความชำนาญทางคลินิกจะให้คำแนะนำ ช่วยเหลือผู้ปฏิบัติเพื่อให้มีพัฒนาการและมีความสามารถทางคลินิก ซึ่งผลสุดท้ายผู้ปฏิบัติจะต้องมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ

จึงอาจสรุปได้ว่า การนิเทศทางคลินิก เป็นกระบวนการปฏิบัติของผู้นิเทศก์ที่ให้กับผู้ปฏิบัติงานหรือผู้ใต้บังคับบัญชา โดยจะเน้นหลักสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ผู้นิเทศก์ที่มีความ

ชำนาญการทางคลินิกให้การส่งเสริม สนับสนุน แนะนำ ช่วยเหลือแก่ผู้ปฏิบัติงานให้มีพัฒนาการมีความสามารถทางคลินิก มีความสามารถในเชิงวิชาชีพ ทั้งนี้เพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ

หลักการและวัตถุประสงค์ของการนิเทศทางคลินิก

การนิเทศทางคลินิกต้องมีหลักการในการดำเนินงานเพื่อให้ผู้นิเทศก์ทำการนิเทศโดยใช้หลักการอันเดียวกัน มีการปฏิบัติที่แน่นอน ชัดเจน และเป็นแนวทางในการควบคุมกิจกรรมและวิธีปฏิบัติ

อดัมส์ และดิกส์กี้ (Adams & Dickey, 1953 อ้างถึงใน สุพิศ ประสพศิลป์, 2531) กล่าวถึงหลักการนิเทศที่สำคัญได้แก่

1. การนิเทศต้องช่วยให้ผู้รับการนิเทศค้นหาวิธีทำงานด้วยตนเองอย่างมีอิสระโดยไม่จำเป็นต้องคอยช่วยเหลือตลอดเวลา แต่ควรมุ่งให้คิดทำงานและตัดสินใจด้วยตนเองได้

2. การนิเทศต้องเป็นการช่วยให้ผู้รับการนิเทศเรียนรู้วิธีวิเคราะห์ปัญหาต่าง ๆ โดยมุ่งให้เรียนรู้ว่าอะไรคือปัญหา และจะแก้ไขได้อย่างไร เพื่อเป็นแนวทางไปสู่การแก้ไขปัญหาได้ตรงจุดยิ่งขึ้น

3. การนิเทศต้องเป็นการช่วยให้ผู้รับการนิเทศเกิดความรู้สึกมั่นคงและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โดยการสร้างขวัญและกำลังใจ ทำให้ผู้รับการนิเทศรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญจะทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานดีขึ้น

เบอร์ตัน และบรุคเนอร์ (Burton & Brueckner, 1955 อ้างถึงใน สุพิศ ประสพศิลป์, 2531) ได้ให้หลักการนิเทศไว้ว่า

1. ควรมีความถูกต้องตามหลักวิชาการ
2. มีความเป็นวิทยาศาสตร์
3. มีความเป็นประชาธิปไตย
4. ควรเป็นการสร้างสรรค์

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2538) และสุลักษณ์ มีชูทรัพย์ (2530) ได้กล่าวถึงหลักการนิเทศการพยาบาลด้วยความเห็นที่สอดคล้องกันว่า

1. เป็นการพัฒนาบุคลากรเป็นรายบุคคลมากกว่าการเลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่ง
2. เป็นการสร้างสรรมากกว่าสั่งการ
3. กระตุ้นให้บุคคลมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง
4. มีแผนการนิเทศทั้งระยะยาว ระยะสั้น และนิเทศเป็นกลุ่มและรายบุคคล

นีล (Neal, 1998) ได้กล่าวถึง ข้อกำหนดหลักการของสถาบัน UKCC เกี่ยวกับการนิเทศทางคลินิก ไว้ว่า

1. การนิเทศทางคลินิก ช่วยส่งเสริม สนับสนุนการปฏิบัติงาน สามารถทำให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งมาตรฐานการดูแล สนับสนุน นวัตกรรมใหม่ ๆ ในการให้การดูแลผู้ป่วย และผู้มารับบริการ

2. การนิเทศทางคลินิก มุ่งที่การปฏิบัติ (practice-focused) โดยเน้นสัมพันธภาพระหว่างวิชาชีพ รวมทั้งมีแนวทางการประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานทั้งนี้ขึ้นอยู่กับทักษะของผู้นิเทศก์

3. การใช้กระบวนการนิเทศทางคลินิก ในการนิเทศผู้ปฏิบัติงาน ตามสภาวะแวดล้อมเฉพาะที่และธรรมชาติของการปฏิบัติงานที่เป็นลักษณะส่วนบุคคล

4. จุดสำคัญของการนิเทศทางคลินิก ก็คือ การยืดหยุ่นและไม่ใช่การสั่ง การนิเทศควรเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมการปฏิบัติและหลีกเลี่ยงที่จะกระตือรือร้นชั่วระยะเวลาหนึ่งหรือสนใจเพียงผ่าน ๆ นอกจากนี้อัตราส่วนระหว่างผู้นิเทศก์และผู้รับการนิเทศ เฉลี่ยระหว่าง 3-6 คน ต่อผู้นิเทศก์ 1 คน ขึ้นอยู่กับเรื่องที่จะนิเทศและสถานที่ปฏิบัติงานนั้น ๆ

5. การประเมินผลการนิเทศทางคลินิก จะต้องให้เห็นถึงว่าการนิเทศทางคลินิกมีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วยมาตรฐานการปฏิบัติงานและระบบการประเมินผลการบริการควรจะถูกกำหนดเป็นการเฉพาะ

วัตถุประสงค์ของการนิเทศทางคลินิก

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2537) ได้กล่าวไว้ว่า เป้าหมายสำคัญของการนิเทศ คือ การพัฒนาคนที่ส่งผลถึงการพัฒนางาน และมุ่งสร้างความเจริญก้าวหน้าของหน่วยงาน การนิเทศทางคลินิกจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความเชี่ยวชาญทางคลินิก ผู้ปฏิบัติสามารถให้การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับ กอลลิเนช (Gallinagh, 2000) ได้กล่าวถึงเป้าหมายของการนิเทศ ไว้ดังนี้

1. เสริมสร้างประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบริการพยาบาลด้วยการสร้างบรรยากาศที่เอื้ออำนวยต่อการทำงานในเชิงสร้างสรรค์ และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นิเทศก์กับผู้รับการนิเทศ

2. การปรับปรุงวิธีการทำงานที่มุ่งสู่คุณภาพของการบริการพยาบาลโดยมีมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลเป็นหลักปฏิบัติ

3. ช่วยเหลือ ดูแล สนับสนุน และกระตุ้นให้มีการปฏิบัติงานที่มีผลผลิตสูงทั้ง

ด้านคุณภาพและปริมาณด้วยความรู้สึกสำนึกในความรับผิดชอบต่อการประกอบวิชาชีพการพยาบาล และปฏิบัติงานด้วยความเต็มใจ

4. รวบรวมข้อมูลและปัญหาต่าง ๆ ที่ได้จากการนิเทศ อันจะเป็นประโยชน์ในการปรับปรุง เปลี่ยนแปลง และพัฒนางานการพยาบาลต่อไป

ประเทืองวรรณ เพ็งสุวรรณ (2540) ได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการนิเทศงานในหอผู้ป่วยไว้ดังนี้

1. วัตถุประสงค์หลักของการนิเทศการบริการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ให้การบริการพยาบาลดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับนโยบาย วัตถุประสงค์ของหน่วยงาน และช่วยพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับให้สามารถปฏิบัติงานในหน้าที่ความรับผิดชอบให้ดีที่สุด และเป็นที่พอใจของผู้ปฏิบัติงาน

2. วัตถุประสงค์เฉพาะของการนิเทศขึ้นอยู่กับปัญหา หรือข้อมูล หรือเรื่องที่เราจะนิเทศ เช่น

2.1 เพื่อให้ผู้ที่ปฏิบัติงานได้เข้าใจในวัตถุประสงค์ของงานที่เราจะปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานได้ปฏิบัติงานของตนให้สำเร็จตามที่ได้รับมอบหมาย ตรงกับวัตถุประสงค์และนโยบายของหน่วยงานนั้น ๆ

2.2 เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานได้ทราบถึงปัญหาต่าง ๆ และหาทางขจัดปัญหานั้นร่วมกัน

2.3 เพื่อให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้วยความสะดวกรวดเร็วเกิดความคล่องตัวในการติดต่อประสานงานกับผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ

2.4 เพื่อปรับปรุงวิธีการทำงาน นั่นคือ วิธีการปฏิบัติการพยาบาล ทรัพยากรต่าง ๆ ที่ต้องการเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลที่ดี มีคุณภาพ ได้รับการปรับปรุง ซึ่งหมายรวมทั้งเทคนิควิธีการพยาบาล แบบบันทึกและรายงาน วิธีการมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ เป็นต้น

2.5 เพื่อเสริมสร้างความรู้ทางด้านวิชาการให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน

2.6 สร้างความสัมพันธ์อันดี ระหว่างผู้นิเทศก์กับผู้รับการนิเทศก์

2.7 ช่วยเสริมสร้างให้ผู้ปฏิบัติงาน มีคุณลักษณะความเป็นผู้นำ มีพัฒนาการตามความสามารถสูงสุดที่ตนมีอยู่ และมีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน

2.8 ช่วยพิจารณาความเหมาะสมของงานให้ถูกต้องกับความสามารถของแต่ละคนและมอบหมายงานนั้น ๆ ให้

2.9 เป็นการบำรุงรักษาทรัพยากรทางการพยาบาลทุกประเภท รวมทั้งมนุษย์คือบุคลากรทางการพยาบาลด้วย

2.10 เพื่อเป็นการบำรุงขวัญเจ้าหน้าที่ ในขณะปฏิบัติงาน

โกรเวอร์ (Glover, 2000) กล่าวถึง จุดมุ่งหมายของการนิเทศทางคลินิก มีดังนี้

1. เพื่อให้ผู้รับการนิเทศเข้าใจวัตถุประสงค์ของงาน สามารถปฏิบัติงานให้สำเร็จตามที่ได้รับมอบหมาย

2. เพื่อช่วยเหลือ ดูแล สนับสนุน และกระตุ้นผู้รับการนิเทศให้มีความสามารถปฏิบัติงานที่มีผลผลิตสูงทั้งปริมาณและคุณภาพ

3. เพื่อเสริมสร้างความรู้ทางวิชาการและพัฒนาทักษะความสามารถในการปฏิบัติงานการเป็นผู้นำ

4. เสริมสร้างประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบริการพยาบาล ด้วยการสร้างบรรยากาศที่เอื้ออำนวยต่อการทำงานในเชิงสร้างสรรค์ และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นิเทศก์และผู้รับการนิเทศ

5. ปรับปรุงวิธีการทำงานที่มุ่งสู่คุณภาพของการบริการพยาบาล โดยมีมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลเป็นหลักปฏิบัติ

นิคลิน (Nicklin, 1997) กล่าวถึง จุดมุ่งหมายของการนิเทศทางคลินิกว่า เป็นการขยายทักษะและเพิ่มพูนความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานแก่ผู้รับการนิเทศ เพื่อช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานมีการพัฒนาความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยและผู้มารับบริการ

กรอบการทำงานของการนิเทศทางคลินิก (a flamework for clinical supervision)

(Procter, Undate, & Fowler, 1996 cited in Jones, 1997)

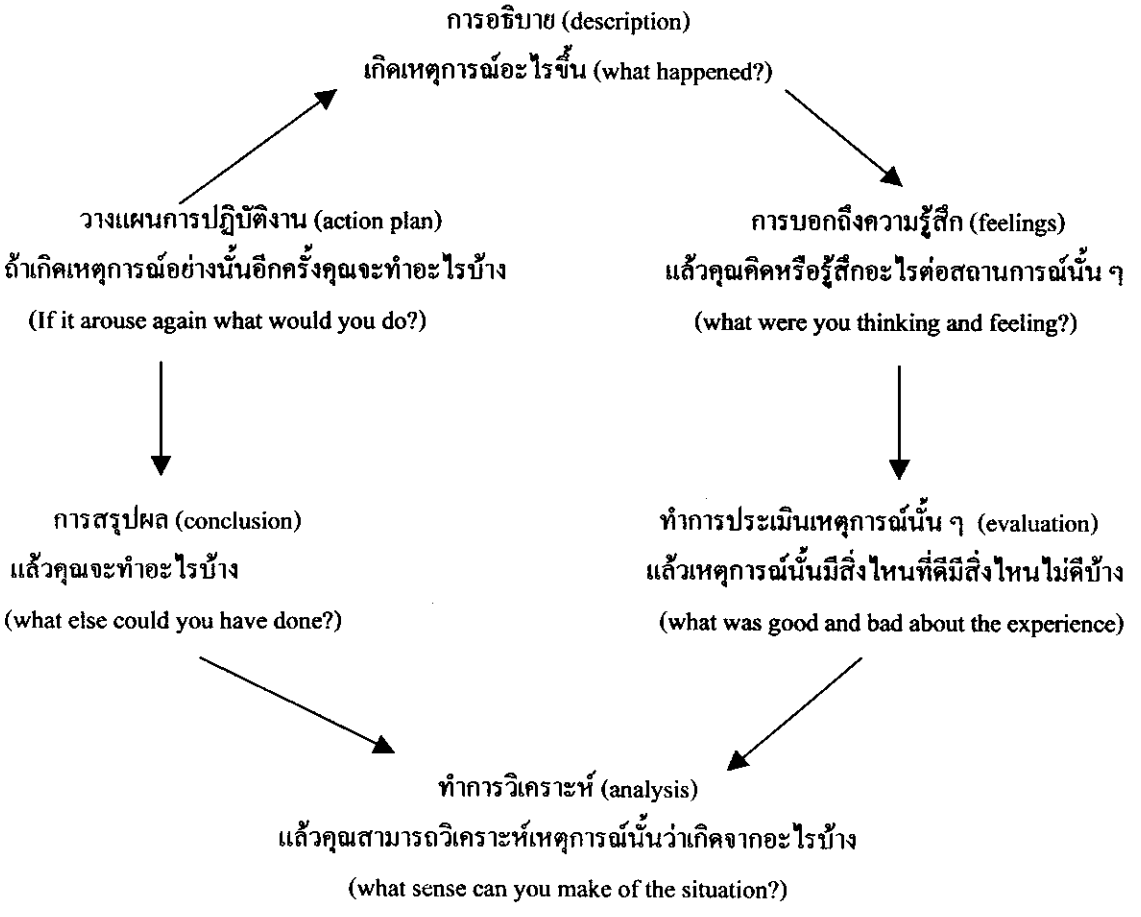
1. การนิเทศให้เกิดการพัฒนา (formative) เป็นการพัฒนาบทบาทการนิเทศ ระหว่างผู้นิเทศก์และผู้รับการนิเทศ โดยมุ่งการเรียนรู้และความต้องการพัฒนาของผู้รับการนิเทศ การนิเทศให้เกิดความรู้และการพัฒนาประกอบไปด้วย

1.1 การพัฒนางาน (task) มุ่งไปที่ผู้รับการนิเทศสนใจ อยากจะเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีปฏิบัติงานในคลินิกซึ่งส่งผลให้การปฏิบัติงาน มีประสิทธิภาพ เช่น การเรียนรู้จากสถาบันการศึกษาต่าง ๆ (statutory education) การเรียนรู้ฝึกทักษะขณะปฏิบัติงาน (in-service education) ส่งเสริมการวิจัย การพัฒนาบุคลากร

1.2 พัฒนาการตัดสินใจ (decisions) ช่วยให้ผู้รับการนิเทศสามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและตัดสินใจในการให้การดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมตามขอบเขตวิชาชีพและจริยธรรม ส่วนใหญ่มักใช้ระบบพี่เลี้ยง (preceptorship) การเป็นที่ปรึกษา (mentorship)

1.3 พัฒนาทักษะการสะท้อนคิดภายหลังการปฏิบัติงาน (reflective practice) เป็นการ ทบทวนประสบการณ์การปฏิบัติงานที่ผ่านมาเพื่อที่จะอธิบาย วิเคราะห์ ประเมินผล และปรับ

รูปแบบการเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานให้พัฒนาขึ้น วงจรการสะท้อนคิดภายหลังการปฏิบัติงาน (Gibbs, 1988 cited in Jones, 1997) มีดังนี้



ภาพที่ 1 วงจรการสะท้อนคิดภายหลังการปฏิบัติงาน

2. **การนิเทศให้เป็นไปตามมาตรฐาน (normative)** เป็นการติดตามประเมินผลคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและการประเมินผู้ปฏิบัติงาน เช่น มาตรฐานการปฏิบัติและกระบวนการปฏิบัติในคลินิก (clinical standard, clinical procedures) กำหนดนโยบายการว่าจ้างงานของหน่วยงาน (employment policy) การวิเคราะห์งานในแต่ละงาน (case work analysis) การบริหารจัดการเรื่องภาระงานที่มากเกินกำลังที่ผู้ปฏิบัติจะปฏิบัติงานได้ทัน (work load management) เป็นต้น

3. **นิเทศด้วยการฟื้นฟูการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น (restorative)** เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้นิเทศก์ที่จะให้การรับรองว่าผู้รับการนิเทศจะได้รับการปรับปรุง ส่งเสริม สนับสนุน ให้สามารถปฏิบัติงานอย่างมีความสุข เช่น การดูแลเรื่องสวัสดิการ (personnel service) การดูแล

ด้านสุขภาพ (occupational health) การใช้ระบบเพื่อนช่วยเพื่อน (peer support) การให้คำปรึกษา (counselling) ดูระบบสิทธิค่ารักษาพยาบาล (welfare service) เป็นต้น

นิคลิน (Nicklin, 1997) กล่าวถึง วงจรนิเทศ (supervision cycle) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์การปฏิบัติงาน (practice analysis) วิเคราะห์สิ่งที่เป็นปัญหาในการปฏิบัติงานที่อยู่ในปัจจุบันว่ามีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง ทบทวนการปฏิบัติงานที่ผ่านมา หรือวิเคราะห์อุบัติการณ์ ซึ่งอาจช่วยจุดประกายให้ผู้นิเทศก์ได้คำนึงถึงศักยภาพในคลินิก สามารถจัดการกับภาระงานที่มาก (workload) การมีสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน ผู้รับบริการและบุคคลทั่วไป รวมทั้งการพัฒนาวิชาชีพ

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดปัญหา (problem identification) เป็นการเชื่อมโยงมาจากการวิเคราะห์การปฏิบัติงาน โดยทำการวินิจฉัยปัญหาต่าง ๆ ให้กระจ่างชัดมากขึ้น ปัญหาต่าง ๆ ที่ไม่ชัดเจนจะถูกทำให้ชัดเจนขึ้น และปัญหา จะถูกเริ่มแก้ไขให้ตรงวัตถุประสงค์ของแผนที่วางไว้ ผู้นิเทศก์สามารถเข้าใจชัดเจนขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดวัตถุประสงค์ (objective setting) เป็นขั้นตอนการกำหนดวัตถุประสงค์ เพื่อแก้ไขปัญหาที่ถูกละเลย ไม่ได้ใส่ใจหรือไม่เคยนึกถึงเลย กรอบของวัตถุประสงค์ภายใต้บริบทของการปฏิบัติงานที่มุ่งถึงความคาดหวัง ความจำเป็น ความปรารถนาขององค์กร ผู้ป่วย ผู้มารับบริการและผู้ให้บริการแต่ละบุคคล ขั้นตอนนี้ช่วยแก้ความขัดแย้งกันหรือการปฏิบัติที่ออกนอกลู่นอกทาง จากนั้นจะเกิดแผนปฏิบัติตามมา

ขั้นตอนที่ 4 การวางแผนปฏิบัติการนิเทศ (planning) เป็นการวางแผนปฏิบัติการนิเทศให้เกิดขึ้นได้จริง มีการตกลงร่วมกันในการกำหนดกรอบเวลา ทรัพยากรที่มีอยู่ เลือกวิธีการ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ การใช้เทคนิคต่าง ๆ เช่น ไม่วางแผนในสิ่งที่ปฏิบัติไม่ได้ การวิเคราะห์งาน (force-field analysis)

ขั้นตอนที่ 5 การลงมือปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ (implementation action) ผู้รับการนิเทศจะปฏิบัติงานตามที่ได้วางแผนร่วมกับผู้นิเทศก์ โดยปฏิบัติภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ผู้ปฏิบัติจะต้องเข้าใจปัญหา วัตถุประสงค์และวิธีการปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 6 การประเมินผล (evaluation) มี 2 ลักษณะ

1. ประเมินผลลัพธ์ของการนิเทศ เป็นการประเมินร่วมกันระหว่างผู้นิเทศก์และผู้รับการนิเทศ
2. ประเมินผลลัพธ์ของกระบวนการนิเทศที่ใช้ในการนิเทศ

กระบวนการนิเทศทางคลินิก

การนิเทศการพยาบาล เป็นงานที่ต้องปฏิบัติกิจกรรมที่ต่อเนื่องกันอย่างมีขั้นตอนและมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ โดยเฉพาะการนิเทศการพยาบาลที่ต้องเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคลทำในรูปของผู้ให้บริการทางสุขภาพ (health care providers) และผู้รับบริการ (health care consumers) กระบวนการนิเทศจึงมีความสำคัญในการส่งเสริมประสิทธิภาพของการนิเทศในทุกสถานการณ์ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2535)

การนิเทศงานควรประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

1. การวางแผนการนิเทศ

1.1 กำหนดวัตถุประสงค์ของการนิเทศ การนิเทศงานต่าง ๆ ย่อมมีวัตถุประสงค์เฉพาะที่ไม่เหมือนกัน แต่ในการนิเทศการบริการพยาบาลวัตถุประสงค์หลักก็คือ เพื่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและนำมากำหนดเป็นวัตถุประสงค์หรือหัวข้อของกระบวนการที่จะให้การนิเทศ โดยจะต้องกำหนดวัตถุประสงค์ในรูปของพฤติกรรมที่วัดได้ทั้งฝ่ายผู้ป่วยและฝ่ายบุคลากรพยาบาล โดยคำนึงถึงทั้งผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และหน้าที่รับผิดชอบของผู้ให้บริการ รวมทั้งสิทธิของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่

ดังนั้นในแต่ละหอผู้ป่วยจะต้องกำหนดความคาดหมายคุณภาพของการพยาบาลที่ต้องการ และวัตถุประสงค์ของคุณภาพการพยาบาลที่กำหนดขึ้นนี้จะต้องสอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลและกำหนดเป็นวัตถุประสงค์ระยะยาวอีกทั้งเป็นหลักสำคัญเพื่อเป็นแนวทางในการนิเทศ แผนการนิเทศอาจมีการปรับปรุงตามช่วงระยะเวลาที่เหมาะสมอย่างน้อยทุกปี

1.2 รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล การรวบรวมข้อมูลเป็นการประเมินความต้องการการปรับปรุงการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมการดำเนินการนิเทศ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและมีการวัดการพยาบาล วัดความสามารถในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และสำรวจความต้องการในการพัฒนาตนเองของเจ้าหน้าที่ วิเคราะห์สถานการณ์ต่าง ๆ อันจะนำไปสู่การลำดับความสำคัญเพื่อทราบถึงสิ่งที่ต้องได้รับการแก้ไขปรับปรุง อันดับก่อนหลังและวิธีที่สมควรนำมาใช้ในการนิเทศให้เหมาะสมกับทรัพยากรที่มีอยู่

1.3 กำหนดแผนนิเทศ เป็นการกำหนดแผนระยะสั้น แผนนิเทศนี้มุ่งเฉพาะงานที่ดำเนินการในหอผู้ป่วย โดยแยกเป็น 3 ลักษณะ คือ แผนนิเทศประจำสัปดาห์ ประกอบด้วยงานต่อไปนี้ ตรวจสอบการมอบหมายงาน ตรวจงานพัสดุในหอผู้ป่วย นิเทศกิจกรรมการพยาบาลและงานหอผู้ป่วย แผนนิเทศประจำวันประกอบด้วยงานต่อไปนี้ การปฏิบัติการพยาบาล การวิเคราะห์สถานการณ์และประเมินความต้องการการพยาบาล แผนนิเทศเฉพาะงาน เป็นการกำหนดแผนการ

เฉพาะเรื่องที่มีปัญหา มีความจำเป็นต้องมีการนิเทศเฉพาะ โดยมุ่งการแก้ปัญหาโดยตรงที่จะพัฒนาคุณภาพของงาน

ส่วนประกอบในแผนการนิเทศจะประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ ดังนี้ เรื่องที่จะนิเทศ วัตถุประสงค์ของแผนนิเทศ โดยใช้หลักพิจารณาว่าอะไรจะเป็นผลงานที่เรามุ่งหวัง ในขั้นตอนสุดท้ายของงานนั้น ๆ ผู้รับการนิเทศและผู้นิเทศ ระยะเวลาและสถานที่ที่จะทำการนิเทศ วิธีที่ใช้ในการนิเทศ และเหตุผลในการนิเทศ

หลังจากได้จัดทำแผนนิเทศแล้วควรได้มีการตรวจสอบการใช้แผนด้วย เพื่อศึกษาข้อบกพร่องที่อาจจะเกิดขึ้นและเตรียมแนวทางในการแก้ไขไว้ล่วงหน้า

นอกจากนี้ควรมีการจัดทำตารางเวลา เพื่อกำหนดกิจกรรมที่จะปฏิบัติและระยะเวลาสำหรับแต่ละกิจกรรม ซึ่งเป็นเทคนิคที่ช่วยทั้งการวางแผนและควบคุมการปฏิบัติงาน สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นและอาจต้องเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการนิเทศ เช่น แบบวัดผลหรืออุปกรณ์อื่น ๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในการนิเทศ

2. การดำเนินการนิเทศ

เมื่อวางแผนการนิเทศแล้วก็จะถึงขั้นตอนการลงมือปฏิบัติการนิเทศตามแผนที่ได้วางไว้ ซึ่งในรูปแบบนี้ได้กำหนดกิจกรรมการนิเทศที่สามารถปฏิบัติได้อย่างชัดเจนไว้ 7 กิจกรรมด้วยกัน ได้แก่ การมอบหมายงาน การรายงานส่งเวร (การรับเวร-ส่งเวร) การเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล การสอน การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล การให้คำแนะนำปรึกษา/แนะนำ และการร่วมมือปฏิบัติงาน ซึ่งในการนิเทศครั้งหนึ่ง ๆ อาจจะไม่ครบทุกกิจกรรมทั้งหมด การจะใช้กิจกรรมอะไรต้องแล้วแต่ละสถานการณ์ประกอบกันด้วย และใช้แต่ละกิจกรรมผสมผสานกัน ซึ่งจะได้กล่าวรายละเอียดเกี่ยวกับกิจกรรมการนิเทศ ดังนี้

2.1 มอบหมายงาน (assignment) เป็นวิธีการที่ผู้บริหารทางการพยาบาลใช้ในการดำเนินการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ได้บริการที่ดีมีคุณภาพ ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย ขณะเดียวกันก็ต้องประหยัดค่าใช้จ่ายในการให้การบริการ เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจของประเทศ การมอบหมายงานที่เกี่ยวข้องกับ

2.1.1 การจัดแบ่งงาน (allocation) ผู้นิเทศก็ต้องศึกษางานที่จะมอบหมาย ทำความเข้าใจกับงานก่อนล่วงหน้าแล้วจึงมอบหมายให้กับผู้ปฏิบัติงาน การจัดแบ่งงานขึ้นกับปริมาณงาน เวลา ลักษณะงาน ความเหมาะสม สอดคล้องกับศักยภาพของผู้ปฏิบัติ

2.1.2 อำนาจในการปฏิบัติ (authority) ผู้นิเทศต้องให้อำนาจในการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติการระบุให้ชัดเจนว่าทำอะไรได้บ้าง เมื่อไร อย่างไร ผู้ปฏิบัติงานสามารถวางแผนงานเองได้

มีการประชุมปรึกษาก่อนปฏิบัติงาน ขณะปฏิบัติ และหลังปฏิบัติงานร่วมกับผู้นิเทศ เพื่อชี้แนะการแก้ปัญหาการดูแลผู้ป่วย

2.1.3 ความรับผิดชอบเชิงวิชาชีพ (accountability) ผู้นิเทศควรสอนผู้ปฏิบัติงานให้มีความตระหนักต่อผลของการปฏิบัติที่จะเกิดขึ้นตามมา

การจัดระบบการมอบหมายงานที่ใช้กันอย่างแพร่หลายมีอยู่ 5 รูปแบบ คือ

รูปแบบที่ 1 ระบบการมอบหมายงานการดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่ (functional nursing assignment) การมอบหมายงานลักษณะนี้จะเน้นที่หน้าที่และกิจกรรมเป็นสำคัญโดยบุคลากรแต่ละคนจะได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบหน้าที่เพียง 1-2 อย่างตามขอบเขตของความรู้ความสามารถ เช่น พยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบเกี่ยวกับการให้ยาทางเส้นเลือดและรับผู้ป่วยใหม่ทุกราย พยาบาลวิชาชีพคนที่ 2 จะรับผิดชอบในเรื่องแผนการรักษาพยาบาล (treatment) พยาบาลเทคนิคจะรับผิดชอบในการให้ยาทางปาก ผู้ช่วยพยาบาลคนที่ 1 จะรับผิดชอบในการดูแลเกี่ยวกับความสะอาดของร่างกายผู้ป่วย ผู้ช่วยพยาบาลคนที่ 2 จะรับผิดชอบในการวัดสัญญาณชีพ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือพยาบาลหัวหน้าเวร จะทำหน้าที่ประสานการ ดูแล มอบหมายงานให้บุคลากรนิเทศงานบุคลากรทุกคน และรับผิดชอบงานที่มอบหมายให้บุคลากรที่ไม่ใช่วิชาชีพเป็นผู้กระทำทั้งหมด โดยบุคลากรทุกคนจะต้องรายงานผลงานโดยตรง หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้าเวร ดังนั้นจึงมีบุคคลเพียงคนเดียว เท่านั้นที่จะรู้ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยทุกคน (Yoder Wise, 1995; Bemhard & Walse, 1995 อ้างถึงใน พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2536) ผู้บริหารการพยาบาลที่จัดการดูแลในระบบนี้ จะต้องเป็นนักจัดการที่ดี พิถีพิถันและช่างสังเกต ตรวจตรา และกระทำบทบาทของผู้นิเทศที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพราะว่าจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบแต่เพียงผู้เดียวให้งานทุกอย่างดำเนินไปได้ด้วยดี

รูปแบบที่ 2 ระบบการมอบหมายงานการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล (case nursing assignment) หลักการของการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลคือ พยาบาล 1 คนจะให้การดูแลทุกอย่างสำหรับผู้ป่วยรายนั้น ๆ ตลอดระยะเวลาการขึ้นปฏิบัติงานในแต่ละเวร ดังนั้นจึงเป็นความจำเป็นที่พยาบาลจะต้องมีความสามารถในการให้บริการด้านการดูแลผู้ป่วยทุกอย่าง ระบบการดูแลรูปแบบนี้เหมาะสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยอาการหนักในหออภิบาล และเหมาะสำหรับการสอนนักศึกษาพยาบาลให้ได้รับความรู้ และได้รับประสบการณ์เพิ่มขึ้นจากการให้การดูแลผู้ป่วยในความรับผิดชอบ (Spitzer-lehmann, 1994 อ้างถึงใน พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2536) หรือผู้ป่วยที่มีกำลังทรัพย์จ้างพยาบาลพิเศษเพื่อให้การดูแลเป็นการส่วนตัว ระบบการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลนี้มีความคล้ายกันกับระบบการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ต่างกันตรงที่ว่าพยาบาลที่รับผิดชอบในเวรอื่น ๆ จะเป็นเอกเทศไม่ขึ้นอยู่กับพยาบาลเจ้าของไข้ (Swansburg, 1990)

3. ระบบการมอบหมายงานการพยาบาลเป็นทีม (team nursing assignment) เป็นการนำพยาบาลวิชาชีพที่มีจำนวนจำกัด มาทำงานร่วมกับกลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการให้การพยาบาลหลาย ๆ ระดับ มีการแบ่งงานกันทำตามความรู้ความสามารถอย่างเหมาะสม โดยมีพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่เป็นผู้นำทีม เป็นลักษณะของการบริหารการพยาบาลในหน่วยย่อย มีการกระจายหน้าที่ความรับผิดชอบของหัวหน้าหอผู้ป่วยออกไปให้หัวหน้าทีมการพยาบาล ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพเปลี่ยนแปลงจากการให้การพยาบาลด้วยตนเองทั้งหมด มาเป็นการให้การนิเทศบุคลากรในระดับที่ต่ำกว่าให้สามารถให้การพยาบาลได้อย่างครบถ้วนมีประสิทธิภาพร่วมด้วย โดยหัวหน้าทีมจะทำการนิเทศ ประสานงาน และให้ความช่วยเหลือตามความจำเป็น

รูปแบบที่ 4 ระบบการมอบหมายงานการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ (primary nursing assignment) เป็นการมอบหมายงานในลักษณะของการกระจายอำนาจลงสู่พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ โดยที่พยาบาลวิชาชีพ 1 คน จะทำหน้าที่เป็นตัวจักรสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่อยู่ใน โรงพยาบาลตั้งแต่แรกรับเข้าไว้ใน โรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วย การมอบหมายงานแบบนี้เป็นการนำเอาแนวคิด จากการมอบหมายงานเฉพาะรายผู้ป่วยมาใช้กับผู้ป่วยกลุ่มเล็กลงประมาณ 5-6 คน (Gillies, 1982 อ้างถึงใน พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2536) เพื่อให้เกิดผลดีที่สุดต่อผู้ป่วยเช่นเดียวกัน เมื่อพยาบาลขึ้นปฏิบัติงานทุกครั้งจะเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่ตนเป็นเจ้าของไข้เสมอ ร่วมกับการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยอื่นซึ่งพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงานในเวรนั้น ดังนั้นพยาบาลเจ้าของไข้จึงต้องเป็นผู้วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยของตนตลอด 24 ชั่วโมง และตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล โดยมีการมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบจากหัวหน้าหอผู้ป่วยให้แก่พยาบาลเจ้าของไข้ และพยาบาลเจ้าของไข้มีหน้าที่ในการรายงานผู้ป่วยต่อหัวหน้าหอผู้ป่วยและแพทย์เจ้าของไข้

รูปแบบที่ 5 ระบบการมอบหมายการพยาบาลแบบกลุ่มย่อย (modular nursing assignment) เป็นการมอบหมายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ เพื่อใช้ในบุคลากรหลายระดับ ลักษณะการทำงานคล้ายกันการมอบหมายงานเป็นทีม มีการทำงานร่วมกันของบุคลากรระดับวิชาชีพกับระดับที่ต่ำกว่า โดยบุคลากรระดับวิชาชีพรับผิชอบในด้านการเป็นผู้นำ และให้การช่วยเหลืองานในส่วนที่บุคลากรต่ำกว่าระดับวิชาชีพทำไม่ได้ ดังนั้นการมอบหมายงานแบบกลุ่มย่อยจึงเป็นการผสมผสานกัน ระหว่างการมอบหมายงานเป็นทีมและการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ การรายงานการส่งเวร (change of shift report) หมายถึง กระบวนการปฏิบัติที่ผู้รับผิดชอบหลักในเวรหนึ่งสื่อสารถึงผู้รับผิดชอบหลักในเวรต่อไปในเรื่องที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยและกิจกรรมอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นในหน่วยงานนั้นในช่วงเวลาเวรของตนโดยใช้ช่องทางการสื่อสารต่าง ๆ ที่เหมาะสม เช่น การพูด-เล่าให้ฟัง การอ่านจากเอกสารหรือให้การรับฟังจากเทปบันทึกเสียง เป็นต้น

วัตถุประสงค์ของการรายงานการส่งเวร

1. สร้างความต่อเนื่องในการดูแลรักษาผู้ป่วยรายบุคคลเพื่อให้แผนการรักษาและแผนการพยาบาลได้นำไปปฏิบัติอย่างครบถ้วนมากที่สุด และนำมาสู่การการสร้างคุณภาพต่อไป

2. สร้างความเข้าใจในการรักษาผู้ป่วยรายบุคคลก่อนการปฏิบัติงาน โดยผู้ส่งเวรจะบอกเล่าให้ผู้รับเวรทราบถึงข้อมูลทุกประเภทที่สำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วยรายบุคคลและผู้รับเวรสามารถซักถามจนเข้าใจอย่างดีแล้วก็สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยต่อไปได้อย่างมีคุณภาพ

3. สร้างความคล่องตัวในการปฏิบัติงานตั้งแต่แรกรับงานในหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบในการรายงานส่งเวรซึ่งจะส่งมอบทั้งข้อมูลผู้ป่วย เครื่องมือ เครื่องใช้ บุคลากร และข้อมูลที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมของการรักษาพยาบาล ผู้รับเวรจะมีความเข้าใจงานทั้งหมดก่อนลงมือทำงานในเวรต่อไป การทำหน้าที่ก็จะเป็นไปได้อย่างรวดเร็วและรู้งาน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดคุณภาพในการดูแลรักษาพยาบาล

4. สามารถวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยรายบุคคลและแผนการทำงานในเวรต่อไปได้อย่างสมบูรณ์และถูกต้อง

5. สร้างคุณภาพการดูแล หากผู้ส่งเวรและผู้รับเวรได้ดำเนินการส่งเวร-รับเวรอย่างมีขั้นตอนและปฏิบัติทุกขั้นตอนถูกต้องคุณภาพ ย่อมสร้างคุณภาพการดูแลรักษาพยาบาล

ดังนั้นการรายงานการส่งเวร หากได้ปฏิบัติอย่างพร้อมมูลถูกต้องตามหลักการ ตามขั้นตอนอย่างสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ย่อมยืนยันคุณภาพการพยาบาลได้ส่วนหนึ่ง

การเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล (nursing rounds) เป็นกิจกรรมที่สำคัญอย่างหนึ่งของการนิเทศการพยาบาลที่ได้มีการปฏิบัติกันเป็นประจำวัน จุดมุ่งหมายของการเยี่ยมตรวจทางการพยาบาลเพื่อประกันคุณภาพและปริมาณการพยาบาลที่ดีและเพียงพอ โดยการสังเกตความสามารถในการทำงาน (work performance) ของบุคลากร เยี่ยมตรวจในขอบเขตของการบริการพยาบาล เพื่อตรวจ สำรวจทรัพยากร (resources) ทุกประเภท ในขณะที่ให้บริการด้านการดูแลรักษา ให้บุคลากรได้มีการพัฒนาการในงานที่ปฏิบัติ เพื่อประสิทธิผล ประสิทธิภาพของงานในเวลาเดียวกัน (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2536) การเยี่ยมตรวจทางการพยาบาลแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. การเยี่ยมตรวจขณะรับ-ส่งเวร (change of shift rounds) การปฏิบัติจะเกิดขึ้นในขณะที่มีการรายงานผู้ป่วยส่งต่อจากเวรหนึ่งไปสู่อีกเวรหนึ่ง ซึ่งจะมีช่วงเวลาการเยี่ยมตรวจที่ค่อนข้างแน่นอน ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที

2. การเยี่ยมตรวจในช่วงเวลาเช้า (mid-morning rounds) เป็นการเยี่ยมตรวจผู้ป่วยในช่วงกลางของเวร ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่พยาบาลสามารถอยู่กับผู้ป่วยได้เป็นเวลานานพอสมควร

3. การเยี่ยมตรวจอย่างรวดเร็ว (quick rounds) เป็นการปฏิบัติการเยี่ยมตรวจเฉพาะที่ เฉพาะผู้ป่วยบางกลุ่ม บางประเภท อาจทำในช่วงเวลาใด ๆ ก็ได้ตามต้องการ

4. การเยี่ยมตรวจร่วมกับผู้รักษา (rounds with physicians) เป็นการเยี่ยมตรวจผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ผู้รักษา มีวัตถุประสงค์

การเยี่ยมตรวจบุคลากร (personnel rounds) เป็นการเยี่ยมตรวจที่มุ่งบุคลากรเป็นสำคัญ อาจไม่จำเป็นต้องปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน แต่จะต้องกำหนดไว้อย่างสม่ำเสมอ โดยหัวหน้าหอพบกับบุคลากรทุกคนที่อยู่ในความรับผิดชอบในหลาย ๆ ลักษณะของงาน เป็นต้นว่าขณะให้การดูแลรักษา ขณะพบปะสนทนากับผู้ป่วย ขณะเข้าประชุมปรึกษาทางการพยาบาล ทั้งนี้เพื่อจะได้สังเกตพฤติกรรมในสถานะที่แตกต่างกัน

การเยี่ยมตรวจโรงพยาบาล (hospital rounds) เป็นการตรวจทรัพยากรต่าง ๆ ภายในหอผู้ป่วย ซึ่งหมายถึง เครื่องมือ เครื่องใช้ สถานที่ อาคาร และบริเวณแวดล้อม เพื่อตรวจตราในแง่ของความเพียงพอ ความสะอาด ความสะดวก ปลอดภัยในการใช้งาน โดยมีวัตถุประสงค์ คือ

การเยี่ยมตรวจสาธารณะ (public rounds) เป็นการเยี่ยมตรวจครอบครัว ญาติ และผู้มาเยี่ยมในโรงพยาบาลหรือชุมชน

หลักปฏิบัติในการเยี่ยมตรวจมี 3 ประการ คือ

1. ต้องมีแผนล่วงหน้า โดยพิจารณาถึงบุคคลที่จะเป็นผู้ปฏิบัติการเยี่ยมตรวจ ประเภทของการเยี่ยมตรวจ สถานที่ เวลา และวัตถุประสงค์เฉพาะซึ่งกำหนดขึ้นก่อนการปฏิบัติการเยี่ยมตรวจ

2. ปฏิบัติการเยี่ยมตรวจกับบุคลากรที่ปฏิบัติงานเป็นประจำในที่นั้น ๆ เพื่อความเข้าใจต่อสถานการณ์ที่ปรากฏได้อย่างชัดเจน และได้ข้อมูลเพิ่มเติมโดยไม่ผิดพลาด

3. มีแบบบันทึกสาระสำคัญในการเยี่ยมตรวจ เป็นเหตุการณ์ที่พบในขณะนั้น พร้อมทั้งข้อแนะนำและแนวปฏิบัติที่ได้รับในขณะนั้น เพื่อจะได้นำไปพิจารณาในการดำเนินการต่อไป

จะเห็นได้ว่าการเยี่ยมตรวจทางการพยาบาลจึงเป็นกิจกรรมการนิเทศที่มีความสำคัญมากต่อพยาบาลระดับบริหารทุกคน โดยเฉพาะหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งต้องปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรจำเป็นต้องทำการเยี่ยมตรวจทุกประเภท เพื่อจะได้สัมผัสบรรยากาศในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้วยตนเอง มองเห็นปัญหาและความต้องการได้อย่างชัดเจน อันจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาหน่วยงาน พัฒนาบุคลากร และคงคุณภาพการพยาบาลให้อยู่ในระดับสูง

1. การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล (nursing conference) เป็นกิจกรรมที่สำคัญสำหรับการนิเทศการพยาบาล เพราะเป็นแนวทางในการค้นหาและศึกษาวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการด้านสุขภาพอนามัย ตลอดจนผู้ร่วมงานอื่น ๆ เพื่อหาแนวทาง

ปฏิบัติที่ดีที่สุดต่อปัญหาหรือความต้องการนั้น ๆ โดยอาศัยความคิดของกลุ่มบุคคล ดังที่ ดูกลาส และเบวิส (Douglass & Bevis, 1974 อ้างถึงใน พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2536) กล่าวว่า การประชุมปรึกษามีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้และรับเรื่องราวต่าง ๆ ที่แสดงออกโดยบุคคล ทั้งนี้ก่อให้เกิดความร่วมมืออันดีและการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ จะเห็นได้ว่า การประชุมปรึกษาทางการพยาบาลเป็นการใช้เทคนิคการแก้ปัญหาและกระบวนการกลุ่ม เพื่อเสาะหาแนวปฏิบัติที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหาทางการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย โดยอาศัยประสบการณ์ ความคิด และความรู้ของสมาชิกในกลุ่ม โดยเสนอแนะวิธีปฏิบัติแก่ผู้ป่วย วางแผนที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย และประเมินข้อตัดสินของการดูแลที่ให้แก่ผู้ป่วยไปแล้ว โดยมีวัตถุประสงค์คือ

1.1 เพื่อหาแนวทางในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วย

1.2 เพื่อเรียนรู้แนวทางในการค้นหาความต้องการของผู้ป่วย และการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยแก้ปัญหาด้วยตนเอง

1.3 ช่วยให้บุคลากรที่มีประสบการณ์น้อยได้เข้าใจอาการและอาการแสดงออกตลอดจนพฤติกรรมและการดูแลรักษาผู้ป่วยเฉพาะบุคคล

1.4 เป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ และวิธีการดูแลรักษา

1.5 เป็นการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ทางการพยาบาลที่สำคัญยิ่งสำหรับนักศึกษาพยาบาล

การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล แบ่งออกเป็น 7 ลักษณะ ดังนี้

1. การประชุมปรึกษาในการชี้แนะแนวทาง (direction giving conference หรือ pre-conference) เป็นการประชุมปรึกษาก่อนเริ่มปฏิบัติงานในแต่ละเวรเกี่ยวกับการมอบหมายผู้ป่วยการปฏิบัติการพยาบาลโดยเฉพาะอย่างกับบุคลากรในความรับผิดชอบ โดยปกติจะเป็นการประชุมรายบุคคลมากกว่าการประชุมเป็นกลุ่ม

2. การประชุมปรึกษาเกี่ยวกับสาระสำคัญ (content conference) เป็นการประชุมปรึกษาโดยผู้ร่วมงานคนใดคนหนึ่งเป็นผู้นำการอภิปรายในหัวข้อเรื่องที่สมาชิกต้องการได้รับความรู้เพิ่มเติม เป็นการให้ความรู้แก่กันอย่างสม่ำเสมอ

3. การประชุมปรึกษาทีมพยาบาล (team nursing conference) เป็นการรวมกลุ่มของบุคลากรพยาบาลในทีมหนึ่งหรือหลายทีมรวมกัน เพื่อศึกษาปัญหาและแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะบุคคล

4. การประชุมปรึกษาของบุคลากรในทีมการพยาบาล (nursing team conference) เป็นการประชุมร่วมกันของบุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และผู้รักษาด้านอื่น ๆ เพื่อผลทางการพยาบาลโดยตรง เช่น การประชุมปรึกษาในรายผู้ป่วยถึงแก่กรรม (dead case conference) จะช่วยมองให้เห็นปัญหาการดูแลรักษารอบด้าน พร้อมทั้งแนวปฏิบัติใหม่ด้านการดูแลรักษา เป็นการส่งเสริมให้มีการทำงานร่วมกัน (collaborative role) ที่ดี และประสิทธิภาพของการดูแลรักษาอย่างแท้จริง

5. การประชุมปรึกษาข้างเตียงผู้ป่วย (bedside conference or bedside clinic) เป็นการประชุมปรึกษากันข้างเตียงผู้ป่วยในเรื่องที่จำเป็นและอาจปฏิบัติได้ หรือประชุมกันในห้องประชุมโดยนำผู้ป่วยเข้ามาร่วมด้วยเฉพาะในเวลาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง

6. การประชุมปรึกษาของบุคลากรพยาบาล (nursing staff conference) บุคลากรหลาย ๆ ประเภทจะประชุมร่วมกันในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบริหารการพยาบาล โดยไม่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลโดยตรง แต่อาจจะเป็นผลมาจากปัญหาทางการพยาบาล

7 . การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล (Nursing care conference) เป็นการประชุมปรึกษาของกลุ่มบุคลากรประเภทเดียวกันหรือหลาย ๆ ประเภท เพื่ออภิปรายในเรื่องการให้การพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะราย อันจะมีผลโดยตรงต่อการวางแผนการพยาบาล

จากรายละเอียดที่ได้กล่าวมาทั้งหมด จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่าการประชุมปรึกษามีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการนิเทศงานดังนี้

1. แนะนำ กระตุ้น และสนับสนุนให้มีการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องกัน พร้อมทั้งจัดอำนวยความสะดวกทางด้านทรัพยากร เครื่องมือ เครื่องใช้ที่จำเป็น

2. เป็นผู้นำการประชุมปรึกษาบ้างเป็นครั้งคราว เพื่อศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ต่าง ๆ และเป็นแนวทางที่ดีในการสอน แนะนำ และสาธิตการพยาบาล

3. ร่วมการประชุมปรึกษาในฐานะผู้เข้าร่วมประชุม โอกาสเช่นนี้ควรเกิดขึ้นบ่อยที่สุด

3.1 การสอนและการแนะนำ (teaching and guidance) การสอนเป็นกิจกรรมของการนิเทศ โดยมุ่งหวังที่จะให้มีการพัฒนาในบุคคล และส่งเสริมประสิทธิภาพประสิทธิผลของการพยาบาล การสอนโดยผู้นิเทศก์จะใช้วิธีการสอนในรูปแบบของการสอนการพยาบาลในคลินิก โดยเน้นหนักในเรื่องการเรียนการสอนในผู้ใหญ่ (adult education) โดยมุ่งที่ความรับผิดชอบในวิชาชีพเป็นสำคัญ ครอน (Kron, 1966) กล่าวถึงการสอนที่ดีควรมี 4 ขั้นตอน คือ การเตรียม (prepare) การนำเสนอ (present) การปฏิบัติ (practice) และการติดตามผล (follow up)

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

วิธีการสอนมีหลายวิธี คือ

3.1.1 วิธีการสอนทางห้องทดลอง (laboratory method) เป็นวิธีที่ให้โอกาสกับผู้เรียนในการวางแผนอย่างสมบูรณ์ก่อนการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะอย่าง การวางแผนประสบการณ์การเรียนรู้ทำได้โดยการนำแนวความคิดและหลักการทางทฤษฎีการพยาบาลมาสู่การปฏิบัติจริงภายใต้การนิเทศอย่างใกล้ชิด

3.1.2 วิธีวิเคราะห์อุบัติการณ์เฉพาะกรณี (case incident method) เป็นกระบวนการของการศึกษาอุบัติการณ์ที่มีระเบียบวิธี ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดความรู้ โดยการสะท้อนคิด (reflective thinking) เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจ

3.1.3 การศึกษาผู้ป่วยรายกลุ่ม (nursing clinic) เป็นการศึกษาวิเคราะห์ถึงหลักการและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเฉพาะรายผู้ป่วยนั้น ๆ เพื่อปรับปรุงการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะราย

3.1.4 การศึกษาผู้ป่วยรายบุคคล เป็นการศึกษาวิเคราะห์ผู้ป่วยเฉพาะรายที่ผู้เรียนสนใจเพื่อวางแผนการพยาบาลตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยนั้น

3.1.5 การบันทึกการสนทนากับผู้ป่วย (process record) เป็นเทคนิคการเรียนรู้รายบุคคล โดยใช้การบันทึกอย่างมีขั้นตอน มีรูปแบบและมีจุดมุ่งหมาย ทั้งคำพูด ท่าทางของคู่สนทนา คือพยาบาลกับผู้ป่วย ซึ่งต้องใช้การสังเกตขณะสนทนาทั้งพฤติกรรมที่เปิดเผยและซ่อนเร้น รวมถึงความคิดเห็นของผู้ป่วยและพยาบาล

3.1.6 วิธีวิเคราะห์กรณีเฉพาะ (case analysis method)

3.1.7 การแสดงบทบาทสมมติ (role playing)

3.1.8 การสัมมนา (the seminar)

3.1.9 การศึกษาการพยาบาลรายผู้ป่วย (nursing care study)

3.1.10 การสาธิต (demonstration method)

3.1.11 การอภิปรายกลุ่มย่อย (group discussion method)

3.2 การให้คำแนะนำปรึกษา มีความจำเป็นอย่างมากสำหรับการนิเทศการพยาบาล ซึ่งผู้นิเทศก์ต้องช่วยชี้แนะแนวทางให้ผู้รับการนิเทศได้มองเห็นปัญหาอย่างแท้จริง เพื่อช่วยในการตัดสินใจแก้ปัญหานั้น ๆ การให้คำปรึกษาแนะนำแยกออกได้ 3 ลักษณะ คือ

3.2.1 การให้คำแนะนำ (advising) หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือบุคคลโดยที่ผู้ขอคำแนะนำสามารถนำไปปฏิบัติได้เลย

3.2.2 การแนะแนว (guidance) เป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลด้วยการให้แนวทางแก้ปัญหาหลาย ๆ วิธี โดยผู้ขอคำแนะนำจะเป็นผู้เลือกแนวปฏิบัติของตนเอง

167085

ว
ผ.ด. 695
ป3411
0

3.2.3 การให้คำปรึกษา (counseling) เป็นกระบวนการช่วยเหลือโดยผู้ช่วยเหลือชี้แนะแนวทางให้สามารถมองเห็นปัญหาได้ และสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาหรือเลือกแนวปฏิบัติที่ดีได้

จากข้อความที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น สรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาแนะนำเป็นกระบวนการที่มุ่งให้การช่วยเหลือบุคลากรรายบุคคล ที่ช่วยให้บุคคลนั้นสามารถตัดสินใจจัดการวางแผนการปฏิบัติและปรับตนเองให้ได้ดีต่อปัญหาของตนได้โดยอิสระ

3.3 การร่วมมือปฏิบัติงาน (participation) เป็นกิจกรรมที่สำคัญที่ผู้นิเทศก์มุ่งหวังให้ผู้รับการนิเทศเกิดประสิทธิผลของงานและนำไปสู่การพัฒนาบุคลากรตามศักยภาพสูงสุดของแต่ละบุคคล ผู้นิเทศก์จะต้องมีความเป็นประชาธิปไตย โดยเปิดโอกาสให้ผู้รับการนิเทศมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในกิจกรรมการปฏิบัติตามหน้าที่รับผิดชอบที่เหมาะสม ซึ่งผู้นิเทศก์ก็จะต้องมีความสามารถในการตัดสินว่ากิจกรรมใดควรให้รับการนิเทชได้มีส่วนร่วมมากน้อยเพียงใดและอย่างไรมีการให้ความรู้ แนะนำอบรมบุคลากรในหน่วยงาน การแนะทางอ้อมโดยใช้การทำงานไปด้วยกันเพื่อการสอน แนะนำ ปฏิบัติให้ดูเป็นตัวอย่างทำให้สามารถประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ผู้นิเทศก์ยังมีโอกาสศึกษาผู้รับการนิเทศได้อย่างใกล้ชิด เพื่อหาจุดเด่นและจุดอ่อนในการปฏิบัติงานซึ่งจะนำสู่การวินิจฉัยปัญหาและความต้องการของบุคคลต่อไป และการปฏิบัติงานร่วมกันก่อให้เกิดประโยชน์ดังนี้

3.3.1 สามารถตระหนักถึงปัญหาและความต้องการในแต่ละสถานการณ์ได้ด้วยตนเองและในทันที มีผลต่อการลดการบ่นและการเรียกร้องของบุคลากร

3.3.2 สามารถนำการเปลี่ยนแปลงไปสู่ผู้ปฏิบัติได้ดี โดยมีพฤติกรรมการต่อต้านน้อย

3.3.3 เป็นแนวทางในการรวบรวมศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลจากสถานการณ์ได้โดยตรงเพื่อการวางแผนงานที่ถูกต้อง

3.3.4 เป็นโอกาสในการแสดงตัวอย่างการปฏิบัติงานให้กับผู้ร่วมงาน

3.3.5 สร้างบรรยากาศในการทำงานโดยมีแนวความคิดร่วมกันเป็นสำคัญที่จะนำไปสู่การเสริมสร้างขวัญและความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

ดังนั้นการร่วมมือปฏิบัติงานที่ดีนั้นจะต้องมีความตั้งใจ เต็มใจ ไว้วางใจและความเคารพต่อกันของผู้นิเทศก์ และผู้รับการนิเทศ ซึ่งจะต้องมีการวางแผนร่วมกัน กำหนดวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติงานด้วยกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งจุดมุ่งหมายในการปฏิบัติการพยาบาล แผนการพยาบาลรวมทั้งจุดประสงค์ของบุคคลที่จะพัฒนาตนเองให้เจริญก้าวหน้าต่อไป

การประเมินผลการนิเทศ

การประเมินผลเป็นกิจกรรมที่ต้องกระทำควบคู่กันไปตลอดกระบวนการของการนิเทศ การประเมินผลที่ดีต้องกระทำต่อเนื่องกันไป เพื่อจะได้ทราบถึงจุดเด่นหรือจุดอ่อนของบุคลากรแต่ละคน ซึ่งจะทำให้ผู้นิเทศก์สามารถให้กำลังใจแก่ผู้ที่ปฏิบัติงาน พัฒนาการในงานที่ปฏิบัติ เพื่อประสิทธิผล ประสิทธิภาพของงานในเวลาเดียวกัน (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2536)

ลักษณะสัมพันธภาพในการนิเทศ

ลักษณะสัมพันธภาพในการนิเทศ ผู้นิเทศก์จะพิจารณาใช้กับผู้ใต้บังคับบัญชาอย่างเหมาะสมเป็นรายบุคคล โดยดำเนินการนิเทศเป็น 4 ระยะ ดังนี้ (Jones, 1997)

1. ระยะเตรียมความพร้อม (orientation phase) เป็นระยะเริ่มแรกที่ผู้นิเทศก์และผู้รับการนิเทศได้พบปะกัน แสดงความรู้สึก ปัญหา ความต้องการ ความพร้อม เป็นการตกลงร่วมกันที่จะร่วมมือ ร่วมปฏิบัติงานในด้าน

1.1 แนวคิดด้านการปฏิบัติงาน (practical issues) ผู้นิเทศก์และผู้รับการนิเทศจะตกลงร่วมกันว่าจะมีการพบปะร่วมกันบ่อยครั้งแต่ไหน สถานที่พบ ระยะเวลาที่พบแต่ละครั้ง ซึ่งจะเป็นการช่วยกันร่วมอภิปรายในงานและปัญหาที่พบ เพื่อจัดกิจกรรมการดูแลรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นได้อย่างสมบูรณ์ ถูกต้องตามหลักและแนวคิดทางการพยาบาล

1.2 แนวคิดด้านกระบวนการ (process issues) จะเกี่ยวข้องกับวิธีการปฏิบัติการพยาบาล เช่น การปฏิบัติตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้อย่างสมบูรณ์ และถูกต้องตามศาสตร์การพยาบาล การใช้กระบวนการอย่างสมบูรณ์และการให้ข้อมูลด้านการรักษาพยาบาล เป็นต้น เทคนิคการพยาบาลต่าง ๆ สิทธิ หน้าที่ความรับผิดชอบ รวมทั้งทำความเข้าใจในอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ ในคลินิก

1.3 แนวคิดด้านบริการ (consumer issues) เป็นการปฏิบัติงานภายใต้กรอบวิชาชีพและเกี่ยวข้องกับจริยธรรม ซึ่งการนิเทศจะมุ่งไปที่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและเป็นที่พึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ การบริหารจัดการต่อความเสี่ยง มีแนวทางปฏิบัติให้เห็นอย่างชัดเจนถึงการตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ

2. ระยะกำหนดเป้าหมาย (identification phase) มีการกำหนดเป้าหมายในการทำงานอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป้าหมายจะเป็นการพัฒนาความสามารถ หรือทดสอบเกี่ยวกับการปฏิบัติตนอย่างวิชาชีพ ผู้รับการนิเทศคาดหวังที่จะพิสูจน์ถึงการบรรลุผลสำเร็จและส่งผลไปสู่กลยุทธ์ที่เชี่ยวชาญในขอบเขตพื้นที่ที่ตนเองปฏิบัติอยู่

3. ระยะปฏิบัติการ (working phase) เป็นการจัดการให้กิจกรรมการรักษาพยาบาล

ดำเนินไปได้ตามแผนและแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องตามวิธีการ เวลา และเป็นที่พอใจของผู้รักษาและผู้รับบริการ โดยการประกาศความเข้มแข็ง แสดงจุดอ่อน และระบุสิ่งที่ขัดขวางต่อการเปลี่ยนแปลง ผู้นิเทศก์สามารถติดตามความรู้สึกเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในเชิงวิชาชีพ ทั้งในแง่บวกและแง่ลบ และสิ่งสำคัญคือการบันทึก (recording) เกี่ยวกับวันที่ เวลา เนื้อหา และกระบวนการของแต่ละการประชุมร่วมกัน อาจใช้วิธีบันทึกเทป เก็บในคอมพิวเตอร์

4. ระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ (termination phase) เป็นการสิ้นสุดการนิเทศและประเมินผลว่าสามารถบรรลุผลสำเร็จหรือยังคับข้องใจ สามารถแสดงความรู้สึกออกมาได้ เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไข

บทบาทของพยาบาลผู้นิเทศก์

ผู้นิเทศก์เป็นบุคคลที่เชื่อมโยงระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน มีความสามารถแปลความหมายจากนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม เข้าใจความต้องการและวัตถุประสงค์ของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ และเมื่อต้องดำเนินบทบาทหน้าที่แล้วผู้นิเทศก์ต้องมีพลังงาน ความคิดสร้างสรรค์ต่อการดำเนินงานตามพันธะผูกพันและความรับผิดชอบต่าง ๆ ที่มีต่อผู้รับการนิเทศ ทั้งนี้เพื่อให้กระบวนการนิเทศเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ดาวลิ่ง (Dowling, 1992) ได้กล่าวถึง บทบาทของผู้นิเทศก์ทางคลินิกที่ครอบคลุมในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. บทบาทของผู้ให้ความกระจ่าง ฮอลลิ่งเวิทและวิทเทน (Hollingsworth & Witten, 1983 cited in Dowling, 1992) กล่าวไว้ว่า บทบาทที่สำคัญยิ่งของผู้นิเทศก์ก็คือ การเข้าไปมีส่วนร่วมในการให้ความกระจ่างเกี่ยวกับความรับผิดชอบต่าง ๆ ของผู้ร่วมงาน (ผู้รับการนิเทศ) ผู้นิเทศก์จะชี้แจงเป้าหมายต่าง ๆ ขององค์การ และแนะนำการใช้เทคนิคการวิเคราะห์ รวมทั้งการประชุมปรึกษาหารือ เปิดอภิปรายร่วมกันในแต่ละบทบาท จนกระทั่งมีมติเป็นเอกฉันท์

2. บทบาทของผู้ประเมิน การประเมินเป็นสิ่งจำเป็นแม้จะเป็นเพียงองค์ประกอบหนึ่งของกระบวนการนิเทศที่ซับซ้อนก็ตาม การประเมินจะมุ่งกระตุ้นให้มีการพัฒนาเป็นขั้นเป็นตอน หรือมีการพัฒนาเฉพาะด้าน หรือเพื่อช่วยให้สามารถบ่งชี้สิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาการเรียนรู้หรือการปฏิบัติงาน และนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไข ผู้นิเทศก์ต้องจัดระบบข้อมูลสำหรับใช้ประกอบการพิจารณา ตัดสินใจ เพื่อให้ผลการประเมินมีความสอดคล้องกับความเป็นจริงมากที่สุด และสามารถชี้บ่งความสัมฤทธิ์ผล จุดเด่น จุดด้อยของผู้ปฏิบัติงาน ตลอดจนแนวทางที่จะดำเนินต่อไป

3. บทบาทของการเป็นผู้จัดการ ผู้นิเทศก์ต้องมีทักษะของการเป็นผู้จัดการ คือ ทักษะในการวางแผนงาน การจัดดำเนินงาน การทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการประสานงาน ประสานความคิด และการสร้างแรงจูงใจ เพื่อรับประกันว่ามีการปฏิบัติตามนโนบายของหน่วยงานและหลักการปฏิบัติต่าง ๆ

4. บทบาทการเป็นครูหรือผู้ให้ข้อมูล จุดสำคัญของบทบาทนี้คือ การช่วยให้ผู้รับการนิเทศได้รับความรู้เพิ่มเติมหรือความรู้ใหม่ ซึ่งจำเป็นต่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยให้ประสบผลสำเร็จ บทบาทของความเป็นครูอาจออกมาในรูปของการสอนโดยตรง แต่ที่ทำให้ประสบความสำเร็จมากกว่า คือ การทำหน้าที่ในฐานะเป็นผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นบทบาททางอ้อม ได้แก่ การแนะนำแหล่งอ้างอิงข้อมูล หรือกลยุทธ์ในการทำความเข้าใจข้อมูลที่จำเป็น กิจกรรมบางประการที่ผู้นิเทศก์ขออยู่เสมอ คือ การให้แนวคิดหรือให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับงานที่ผู้รับการนิเทศกำลังปฏิบัติอยู่ เช่น การใช้คำถามเพื่อให้มีการคิดหรือค้นหาข้อมูลที่ต้องการ การแก้ปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน และการประชุมปรึกษาหารือร่วมกันเพื่อทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งให้สำเร็จ

5. บทบาทของผู้คิดค้นและผู้นำ บทบาทดังกล่าวนี้ผู้นิเทศก์จะกระตุ้นให้เกิดความคิดและความไม่พึงพอใจในสภาพที่เป็นอยู่ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการอีกชั้นหนึ่ง มีความกล้าเสี่ยง รูปแบบของผู้นำในผู้นำนิเทศนั้นค่อนข้างจะไม่ตายตัวและปรับเปลี่ยนได้ โดยขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ธรรมชาติของผู้รับการนิเทศและความจำเป็นของโครงการในแต่ละสถานการณ์

6. บทบาทของการเป็นแบบอย่าง บทบาทนี้ไม่ใช่แบบอย่างที่ว่า "ควรทำอย่างไร (how to)" แต่แนวคิดของการเป็นแบบอย่างมีความสัมพันธ์อย่างเด่นชัดกับการแสดงออกถึงความเป็นวิชาชีพ ซึ่งกระทำโดยการปฏิบัติอย่างมีจรรยาบรรณหรือจริยธรรม การผลักดันให้มีความเจริญก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง

7. บทบาทของผู้ให้ความช่วยเหลือ เป็นบทบาทที่สำคัญอย่างหนึ่งในการนิเทศ จุดมุ่งหมายเบื้องต้นคือ การช่วยพยาบาลพัฒนาและปรับปรุงทักษะการปฏิบัติการพยาบาล

ลักษณะของผู้ให้ความช่วยเหลือที่ดี คือ เป็นผู้ที่เชื่อถือได้ เปิดเผย มีความกล้าที่จะแสดงออก นับถือความแตกต่างระหว่างบุคคล ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเอง มีความสามารถในการหยั่งรู้ เชื่อศักยภาพของมนุษย์ ซึ่งการช่วยเหลือจะเป็นการช่วยเหลือที่แท้จริงได้ต่อเมื่อกระบวนการของการให้ความช่วยเหลือนั้น ผู้ให้และผู้รับอยู่ภายใต้สภาวะแห่งความสัมพันธ์อันเป็นความไว้วางใจซึ่งกันและกัน เปิดเผยหัวใจซึ่งกันและกัน และทั้งสองฝ่ายต่างพึ่งพาซึ่งกันและกัน

8. บทบาทของการเป็นพี่เลี้ยงหรือที่ปรึกษา (mentor) เป็นบทบาทสุดท้ายแต่มีความสำคัญยิ่ง เป็นบทบาทของบุคคลอื่นให้ด้วยความจริงใจ พี่เลี้ยงจะอำนวยความสะดวกหรือให้การชี้แนะแนวทาง ทั้งทำให้ผู้รับการนิเทศได้ตระหนักว่าพวกเขาได้รับการสนับสนุนและเห็นถึงความมีคุณค่าในการพัฒนาซึ่งวิชาชีพของตน ดาร์ลิ่ง (Darling, 1984) ระบุว่า พี่เลี้ยงหรือที่ปรึกษามีศักยภาพที่จะรับหน้าที่เป็นทั้งแบบอย่าง ผู้มีวิสัยทัศน์ ผู้กระตุ้นให้เกิดพลัง ผู้ลงทุน ผู้ให้การสนับสนุน ผู้กระตุ้นให้เกิดมาตรฐาน ครู -ผู้สอนงาน ผู้ให้ข้อมูลย้อนกลับ ผู้ที่มีสายตาเปิดกว้าง ผู้เปิดประตูใจ ผู้ที่มีความคิดริเริ่มใหม่ ผู้แก้ปัญหา เป็นที่ปรึกษาในวิชาชีพ และเป็นผู้ท้าทาย

ฮอกินส์ และโชเฮท (Howkins & Shohet, 1990 cited in Barton-Wright, 1994) ได้กล่าวถึงวิธีการนิเทศในแต่ละกระบวนการนิเทศซึ่งมีทั้งทางด้านบวกและด้านลบ ดังนี้

1. การนิเทศตนเอง (self-supervision) เป็นการนิเทศที่สะท้อนความสามารถในการปฏิบัติงานของตนเอง ผู้ที่จะประเมินความสามารถของตนเอง จะต้องมีความรู้ในเรื่องของกระบวนการนิเทศเป็นอย่างดี และเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญทางวิชาชีพ แต่วิธีการจะขาดผู้ส่งเสริมสนับสนุน

2. การนิเทศคนต่อคน (one-to one supervision) ผู้นิเทศก์จะต้องมีความรู้และทักษะการปฏิบัติงานทางคลินิก และเป็นสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จะทำให้ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติการนิเทศ

3. การนิเทศแบบทีม (team supervision) การนิเทศเป็นทีมจะช่วยผู้นิเทศก์ในเรื่องของเวลาและทีมสามารถเข้าใจร่วมกัน แต่จะเกิดผลกระทบในเรื่องของพลังสัมพันธภาพ และการแข่งขันจากการที่เป็น group dynamic รวมทั้งความต้องการการพัฒนาของผู้รับการนิเทศที่แตกต่างกัน

4. การนิเทศแบบกลุ่ม (group supervision) ผู้รับการนิเทศจะหยิบยกปัญหาหรือความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นมาให้กลุ่มช่วยกันแก้ไข ส่วนผู้นิเทศก์จะทำหน้าที่สนับสนุน (facilitator)

คุณลักษณะเฉพาะของผู้นิเทศก์การพยาบาลในคลินิก

บุคคลผู้ทำหน้าที่นิเทศการพยาบาลในคลินิกจะต้องมีความสามารถที่สำคัญ 3 ประการ คือ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2538)

1. ความสามารถทางการบริหาร (administrative competence) หมายถึงความสามารถในการวางแผน การตัดสินใจสั่งการ การจัดการ และกิจกรรมการบริหารอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ใต้บังคับบัญชาสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มความสามารถและด้วยความพอใจ

2. ความสามารถทางเทคนิค (technical competence) หมายถึง ความสามารถและทักษะทางการพยาบาลในคลินิกของพยาบาลผู้ทำหน้าที่นิเทศ นั่นคือ ผู้นิเทศก์ควรเป็นผู้ชำนาญใน

ด้านการพยาบาลทางคลินิกแนวใดแนวหนึ่ง สิ่งนี้จะเป็นเครื่องมือสำคัญในการนิเทศทางการพยาบาล เพื่อเป็นการประกันในคุณภาพของการพยาบาลที่อยู่ภายใต้การนิเทศของตน

3. ความสามารถทางมนุษยสัมพันธ์ (human relationship competence) หมายถึง ความสามารถในการเข้าใจในพฤติกรรมของคน รู้ว่าจะทำงานร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างไร จะติดต่อสัมพันธ์ด้วยวิธีใดจึงจะเหมาะสมกับบุคคลแต่ละคน ทำอย่างไรจึงจะทำให้คนอยากทำงานให้ก้าวหน้าและมีการพัฒนาตนเองอยู่เสมอ

หน้าที่ความรับผิดชอบของหัวหน้าหอผู้ป่วย

ไดนีแมน (Dienemann, 1990 อ้างถึงใน พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2536) ได้กล่าวถึงหน้าที่รับผิดชอบของหัวหน้าหอผู้ป่วยไว้ดังนี้

1. บริหารการพยาบาลผู้ป่วยและนิเทศบุคลากรพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล
2. คัดเลือก ประเมินผลการปฏิบัติงาน และควบคุมวินัยบุคลากรพยาบาลและพนักงานภายในหอผู้ป่วย
3. เสนอและพิจารณาเลื่อนขั้น เลื่อนอัตราเงินเดือนแก่บุคลากรพยาบาล
4. วางแผนงานและจัดทำนโยบายของหน่วยงาน สนับสนุนแผนกลยุทธ์ขององค์การ
5. ควบคุมคุณภาพการพยาบาล
6. พัฒนาสัมพันธภาพในการทำงานกับแพทย์
7. มีส่วนร่วมในการเป็นคณะกรรมการของโรงพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์และคณะทำงานต่าง ๆ
8. มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการประชุมระดับบริหารของฝ่ายการพยาบาล
9. ให้ข้อมูลสำหรับวางแผนการตลาดสำหรับบริการในหอผู้ป่วย
10. วางแผนพัฒนาบุคลากรพยาบาล โดยเฉพาะการเข้าสู่งานใหม่ของบุคลากร จัดให้มีการสอนงานและให้คำแนะนำเพื่อให้สามารถปรับตัวในบทบาทได้ หัวหน้าหอผู้ป่วยควรจบการศึกษาระดับปริญญาโททางการบริหาร หัวหน้าหอผู้ป่วยที่ไม่สำเร็จการศึกษาในขั้นนี้จึงควรวางแผนศึกษาต่อในแผนประจำปีของตนเองด้วย

กองการพยาบาล (2539) ได้กำหนดภาระหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งภารกิจที่สำคัญของหัวหน้าหอผู้ป่วย คือ การดำเนินการพยาบาลให้เป็นไปตามปรัชญา และเป้าหมายของการพยาบาลที่กำหนดไว้ เพื่อสร้างคุณภาพทางการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ใช้บริการ กิจกรรมสำคัญที่หัวหน้าหอผู้ป่วยพึงกระทำเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ประกอบด้วย ด้านการบริหาร ด้านการบริการ ด้านวิชาการ และการประสานงาน

1. การสร้างคุณภาพทางด้านการบริหาร มีกิจกรรมดังนี้

1.1 จัดตารางเวร หรือตารางการปฏิบัติงานให้แก่เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลให้เหมาะสม มีเวลาพักผ่อนเพียงพอ และอัตรากำลังพอเหมาะในแต่ละเวร

1.2 การจัดระเบียบการลาป่วย ลากิจ ลาพักผ่อน และการแลกเวรโดยเหมาะสมเพื่อง่ายต่อการจัดอัตรากำลังที่คล่องตัว

1.3 พัฒนาฟื้นฟูความรู้ด้านวิชาการให้แก่เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลทุกระดับ

1.4 ตรวจสอบ นิเทศ และประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลทุกระดับในหน่วยงาน

2. การสร้างคุณภาพทางด้านการบริการพยาบาลมีกิจกรรมดังนี้

2.1 กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติ การพยาบาลของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลทุกระดับในหอผู้ป่วย

2.2 ส่งเสริมและสนับสนุนให้การปฏิบัติการพยาบาลมีประสิทธิภาพ

2.3 นำหลักของกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

2.4 มีการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ

2.5 มีการวางแผนการพยาบาลในคาร์เด็กซ์

2.6 ระบบการบันทึกรายงานต่าง ๆ มีประสิทธิภาพ

2.7 ควบคุมให้มีการพยาบาลที่ถูกต้อง โดยการดำเนินการตามแผนการพยาบาลในคาร์เด็กซ์ มีการประเมินผลและติดตมผลการพยาบาลอยู่เสมอ

3. การบริหารงานทั่วไป มีกิจกรรมดังนี้

3.1 ตรวจสอบเครื่องใช้ในการรักษาพยาบาลให้พร้อมอยู่เสมอ

3.2 บำรุงรักษาและตรวจซ่อมเครื่องมือเครื่องใช้ในหอผู้ป่วยให้อยู่สภาพที่ดี

3.3 ดูแลความสะอาดเรียบร้อยภายในหอผู้ป่วย

3.4 ตรวจสอบความปลอดภัยแก่ผู้ใช้บริการและผู้ปฏิบัติงาน

3.5 สร้างสรรค์ความคล่องตัวในการดำเนินงานภายในหอผู้ป่วย

3.6 จัดทำคู่มือการประสานงานทั้งภายในและภายนอกหอผู้ป่วย เพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพและการประสานงานที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ผู้ใช้บริการ และญาติ ตลอดจนผู้มาติดต่องานต่าง ๆ

นอกจากนี้ กองการพยาบาล (2539) ได้กำหนดบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วยไว้ดังนี้

1. เป็นผู้บริหารการพยาบาลในระดับต้น คือ อยู่ระหว่างผู้วางนโยบายด้านบริหารการพยาบาลทั้งหมด คือ กลุ่มงานการพยาบาลและผู้ปฏิบัติงานพยาบาล และเจ้าหน้าที่พยาบาลระดับอื่น ๆ และเป็นผู้อำนวยการให้การรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยเป็นไปด้วยดี ตามแผนการรักษาพยาบาลของแพทย์

2. เป็นส่วนหนึ่งของสมาชิกคนหนึ่งของทีมสุขภาพ ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงต้องค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ เพื่อให้ทันกับความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์ และสามารถที่จะร่วมอภิปรายและให้ข้อคิดต่อทีมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. เป็นผู้ประสานงานที่ดีในการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วย ต้องเป็นผู้มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี

4. เป็นผู้อำนวยการที่จะให้ผู้ป่วยได้รับบริการและสวัสดิภาพที่ดี

5. เป็นที่ปรึกษาของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ ต้องเป็นกันเองพอสมควรแก่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ต้องการปรึกษาหารือจึงจะเกิดขึ้นได้

6. เป็นผู้นิเทศและเป็นครูแก่ผู้ปฏิบัติงานและนักศึกษาที่ฝึกปฏิบัติการพยาบาล โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยที่ไม่มีครูประจำหอผู้ป่วย หัวหน้าจะต้องรับผิดชอบในด้านการสอนมากขึ้น

7. เป็นผู้เชี่ยวชาญในด้านปฏิบัติการทางคลินิก ในสาขาที่ตนปฏิบัติงานอยู่ เพื่อให้เกิดศรัทธาแก่ผู้ปฏิบัติงาน และเข้าใจถึงปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง และเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ผู้ปฏิบัติการพยาบาล

8. เป็นผู้สังเกตการณ์ที่ดี

บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้บริหารระดับต้น บังคับบัญชาเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลทุกระดับในหอผู้ป่วยที่รับผิดชอบมีภารกิจหลักคือ การบริหารบริการพยาบาลในหน่วยงาน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีความคล่องตัวในการปฏิบัติการพยาบาลที่แต่ละบุคคลต้องปฏิบัติให้สอดคล้องกับตำแหน่งที่ดำรงอยู่ และเป็นผู้เชื่อมโยงนโยบายกลุ่มงานการพยาบาลสู่การปฏิบัติ รวมทั้งเป็นผู้นำในการปฏิบัติการพยาบาลให้คำปรึกษา และวินิจฉัยสั่งการ โดยเฉพาะกรณีที่ผู้ปฏิบัติไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้

นอกจากนี้ สุมาลี จักรไพศาล (2541) ได้สรุปเนื้อหาการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ 10 คน เรื่อง การบริหารการพยาบาลในยุคภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ จำแนกตามกระบวนการบริหาร 4 ขั้นตอน โดยในขั้นตอนการอำนวยการได้กล่าวถึง การนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยควรมีการตรวจสอบ นิเทศ และประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทุกระดับในหอผู้ป่วย/ในหน่วยงานให้บุคลากรทุกระดับ ทำงาน รวดเร็ว ไม่เกิดความผิดพลาด ใช้เวลาวัสดุอุปกรณ์และบุคลากรน้อยโดยใช้ระบบพี่เลี้ยง ให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษา สนับสนุนช่วยเหลือ เน้นการสอน วิธีการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วยและญาติ คำนึงถึงการมีสุขภาพดีด้วยต้นทุนต่ำ สร้างขวัญและกำลังใจในการทำงาน ส่งเสริมบรรยากาศและพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน ให้ความสำคัญแก่บุคลากรทุกระดับ ให้โอกาสและอิสระในการทำงาน ให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการทำงาน มุ่งให้เกิดการเรียนรู้ นำไปสู่การแก้ไขที่ถูกต้อง

รูปแบบการนิเทศทางคลินิก

ความหมาย

ตามพจนานุกรมที่ วิลเลี่ยม มอริส (Willium Morris, 1969 อ้างถึงใน พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2536) อธิบายถึงรูปแบบ (model) ไว้ว่า หมายถึง แบบอย่างเบื้องต้น ซึ่งเป็นตัวแทนของเรื่องต่าง ๆ ที่ยังไม่ได้มีโครงสร้างหรือกำหนดวันแสดงไว้ในรูปของแผนงานที่จะต้องปฏิบัติงานทั้งหมด

วันชัย ศิริชนะ (2536) ให้ความหมายว่า รูปแบบ หมายถึง กรอบความคิด (conceptual frame work) ทางด้านหลักการโครงสร้างการบริหาร วิธีดำเนินการและเกณฑ์ต่าง ๆ ของระบบการประกันคุณภาพที่สามารถยึดถือเป็นมาตรฐานในการดำเนินการได้

สมชาติ โตรักษา (2538 อ้างถึงใน อัมพร เนียมกุลรักษ์, 2539) ให้ความหมายของรูปแบบว่า รูปแบบการดำเนินงานใด ๆ หมายถึง รูปแบบการดำเนินงานของงานหนึ่งงานใด ซึ่งประกอบด้วย 4 ลักษณะของรูปแบบโครงสร้างของรูปแบบ และแนวทางปฏิบัติของงานนั้น ๆ ตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุด

นงนุช แทนบุญไพรัช (2540) ให้ความหมายของรูปแบบว่า รูปแบบ หมายถึง แบบหรือแผนที่เป็นแนวทางในการนำไปสู่การปฏิบัติในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เป็นกรอบความคิดทางด้านโครงสร้างละหลักการ แสดงความสัมพันธ์ของส่วนต่าง ๆ ในการดำเนินการ

สรุปได้ว่า รูปแบบ หมายถึง แบบหรือแผนงานที่เป็นแนวทางในการนำไปสู่การปฏิบัติโดยการนำข้อมูลต่าง ๆ มาหาความสัมพันธ์กัน ทำให้เห็นภาพรวมของกิจกรรมทั้งหมดอย่างเป็นระบบแสดงให้เห็นทางเลือกแนะแนวทางในการดำเนินงาน

รูปแบบการนิเทศ

รูปแบบการนิเทศงานสามารถพิจารณาแบ่งออกเป็นหลายแนวทางแตกต่างกันไปตามนโยบายขององค์กร ลักษณะงาน สภาพเศรษฐกิจสังคม และความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน ปียธิดา ตรีเดช และพีระ ครึกครื้นจิตร (2531) กล่าวถึง การแบ่งรูปแบบการนิเทศงานออกเป็น 3 แนวทาง คือ

1. พิจารณาตามจุดมุ่งหมายของการนิเทศเป็นเกณฑ์ แบ่งเป็น 4 รูปแบบดังนี้คือ รูปแบบที่หนึ่งการนิเทศเพื่อแก้ไข หมายถึง การนิเทศงานเพื่อช่วยแก้ไขข้อผิดพลาดให้แก่ผู้รับการนิเทศโดยบอกกล่าวอย่างเป็นกันเองหรือพูดขึ้นโดยไม่เจาะจงเมื่อมีโอกาส รูปแบบที่สองการนิเทศเพื่อป้องกัน ผู้นิเทศก์ต้องเป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์มาก สามารถคาดการณ์ถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ การนิเทศเพื่อป้องกันนี้จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานมีความเชื่อมั่นในตนเอง กล้าต่อสู้อุปสรรคและมีความกระตือรือร้นในการทำงาน รูปแบบที่สามการนิเทศเพื่อก่อ หมายถึง การนิเทศที่เพ่งเล็งอนาคตมากกว่าอดีต โดยจะบอกกล่าวให้ผู้รับการนิเทศว่ามีสิ่งใดผิด โดยมีข้อเสนอแนะและ

วิธีแก้ไขไว้ให้พร้อมที่จะนำมาใช้ได้ ทันทวงที และรูปแบบที่สี่ การนิเทศงานเพื่อการสร้างสรรค์ หมายถึง การนิเทศที่ทำงานร่วมไปกับผู้รับการนิเทศ โดยเพ่งเล็งทั้งด้านความรู้ สติปัญญา จิตใจ และกำลังกายของผู้ปฏิบัติงานเพื่อให้มีโอกาสได้แสดงออกอย่างเต็มที่

2. พิจารณาจากตัวผู้นิเทศงานเป็นเกณฑ์ แบ่งเป็นประเภทแรกการนิเทศงานโดยผู้ที่มีหน้าที่นิเทศ ในหน่วยงานบางแห่งอาจตั้งตำแหน่งผู้นิเทศก์ขึ้นเพื่อให้ทำหน้าที่รับผิดชอบในการนิเทศงานโดยเฉพาะ ประเภทที่สอง การนิเทศโดยผู้บริหาร เป็นการ นิเทศงานโดยผู้บังคับบัญชาโดยตรงของหน่วยงาน ซึ่งถือเป็นสายงานหลัก ประเภทที่สาม การนิเทศโดยเพื่อนร่วมงาน และประเภทที่สี่ ประเภทสุดท้าย คือ การนิเทศโดยบุคคลอื่น (ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะสาขา)

3. พิจารณาจากลักษณะการทำงานของผู้นิเทศก์เป็นเกณฑ์ แบ่งเป็น 5 รูปแบบคือ ประเภทหนึ่ง การตรวจเป็นการมุ่งเน้นตรวจสอบการปฏิบัติงาน ว่าเป็นไปตามเป้าหมายหรือมาตรฐานหรือไม่ โดยไม่ได้มุ่งที่จะช่วยให้การปฏิบัติงานดีขึ้น ประเภทที่สอง การนิเทศตามสบาย เป็นการเยี่ยมเยียนเพื่อให้ผู้รับการนิเทศมีกำลังใจ อบอุ่นใจที่มีผู้ใหญ่มาดูแลมิได้มีการแนะนำเสนอแนะในเรื่องการปฏิบัติงาน ประเภทที่สาม การนิเทศแบบบีบบังคับเป็นการนิเทศที่เร่งรัด และบีบบังคับให้ผู้รับการนิเทศปฏิบัติงานให้ถูกต้องตามขั้นตอนระเบียบแบบแผนและตรงตามเวลาที่กำหนดไว้ ประเภทที่สี่ การนิเทศแบบฝึกอบรมหรือแนะแนว การนิเทศแบบนี้ผู้นิเทศก์ต้องเป็นผู้มีความรู้และประสบการณ์ในการให้คำแนะนำอย่างถูกต้อง และประเภทสุดท้ายประเภทที่ห้า คือ การนิเทศแบบประชาธิปไตยและประมุขศิลป์ เป็นการนิเทศแบบคำนึงถึงหลักมนุษยสัมพันธ์หลักประชาธิปไตย อันเป็นแนวทางในการทำงานร่วมกันเป็นหมู่คณะ เพื่อร่วมกันปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ

นิคลิน (Nicklin, 1997) ได้กล่าวถึง การปฏิบัติการนิเทศทางคลินิกโดยใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่มุ่งเน้นการปฏิบัติ (practice-centered model of clinical supervision) พบว่า มีองค์ประกอบ ดังนี้

1. วัฒนธรรม (culture) การปฏิบัติการนิเทศทางคลินิกจะประสบความสำเร็จขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมในองค์กร บุคคลในองค์กร มีความซื่อสัตย์ และเปิดเผยขนาดไหน การที่จะให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่มีประสิทธิภาพผู้นิเทศก์ต้องมีการพูดจาอย่างมีวาทะศิลป์ การไม่หลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่เกิดขึ้น การเรียนรู้จากความผิดพลาดที่เกิดขึ้นมากกว่าค้นหาว่าใครเป็นผู้ผิด

2. บรรยากาศการทำงาน (climate) บรรยากาศการทำงานที่ประสบความสำเร็จ คือ บุคลิกลักษณะของผู้นิเทศก์ซึ่งต้องมีความจริงใจ น่าเชื่อถือ อบอุ่น และความเห็นอกเห็นใจ เงื่อนไขของบรรยากาศการทำงานอย่างหนึ่งก็คือ “สัมพันธภาพของการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน” ดาร์ลิ่ง

(Darling, 1984) กล่าวไว้ว่าความต้องการบรรยากาศการทำงาน คือ สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นิเทศก์กับผู้รับการนิเทศ รวมถึงการบริหารเวลา การรวมพลัง การนับถือ ความกล้าหาญ และการส่งเสริมสนับสนุน

3. การพบปะพูดคุยร่วมกัน (contract) การนิเทศทางคลินิกถูกสร้างภายใต้กรอบแนวคิดของการเผชิญหน้าพบปะกันระหว่างผู้นิเทศก์และผู้รับการนิเทศ โดยมีจุดประสงค์ร่วมกัน กำหนดระยะเวลา สถานที่ที่จะพบปะกัน การนิเทศนี้เป็นการใช้สัมพันธภาพส่วนตัว ผู้นิเทศก์และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจะต้องมีความชัดเจนภายใต้ภาวะแวดล้อม ทรัพยากรที่มีอยู่ และคงรักษามาตรฐานเอาไว้ นอกจากนี้ผู้นิเทศก์จะมองข้ามหรือละเลยไม่ได้ก็คือ 3.1) ความเป็นส่วนตัว (privacy) การนิเทศควรปฏิบัติภายใต้เงื่อนไขที่เป็นความลับ การบันทึกต่าง ๆ ควรเก็บเป็นสัดส่วนเฉพาะสำหรับผู้นิเทศก์เท่านั้น 3.2) วาจาสัตย์ (veracity) ควรพูดแต่ความเป็นจริง 3.3) ความซื่อสัตย์ (fidelity) ผู้ที่มีส่วนร่วมทุกคนควรรักษาสิ่งที่เคยพบปะพูดคุยหรือร่วมกิจกรรมกันมา

นอกจากนี้ โวลเซ่ย์ และลีช (Wolsey & Leach, 1997) ได้กล่าวถึง รูปการนิเทศทางคลินิกว่าควรเป็นรูปแบบการนิเทศที่สะท้อนให้เห็นถึงการทำงานของพยาบาล และต้องการทักษะเพื่อที่จะส่งเสริมพัฒนา สามารถเสริมสร้างพลังในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล ด้วยการกระตุ้น ให้คำแนะนำซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงพื้นฐานของกระบวนการพยาบาลและผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาล ส่วนรูปแบบที่จะเลือกใช้นั้นขึ้นอยู่กับความเหมาะสมและความต้องการของผู้นิเทศก์ที่จะเลือกใช้เพื่อให้เกิดความสำเร็จของการนิเทศ

ฟาเกีย และบัตเตอร์เวิท (Faugier & Butterworth, 1994 อ้างถึงใน พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2536) ได้กล่าวถึงรูปแบบการนิเทศไว้ 3 ลักษณะ คือ

1. รูปแบบการนิเทศที่อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทหน้าที่หลักของการนิเทศและสัมพันธภาพในการนิเทศ

2. รูปแบบการนิเทศที่อธิบายถึงองค์ประกอบหลักของการนิเทศ

3. การพัฒนารูปแบบที่มองถึงกระบวนการของสัมพันธภาพในการนิเทศ

รูปแบบของการนิเทศมีอยู่อย่างหลากหลายและเป็นการยากที่จะกำหนดรูปแบบการนิเทศอย่างใดอย่างหนึ่งให้ใช้ได้กับทุกบุคคล ดังนั้น การจะนำรูปแบบใดมาใช้ขึ้นอยู่กับปัญหาและความต้องการของผู้นิเทศก์และผู้รับการนิเทศ วัฒนธรรมองค์กร ทีมสุขภาพ ทรัพยากรที่มีอยู่ การนำรูปแบบมาผสมผสาน ดึงเอาส่วนที่สำคัญและคิดว่าเหมาะสม มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์นั้น ๆ

เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย

คำว่า "เดลฟาย" (Delphi) เป็นชื่อวิหารศักดิ์สิทธิ์สมัยกรีกโบราณซึ่งประชาชนนิยมไปขอคำทำนายอนาคต หรือเหตุการณ์สำคัญ ๆ การวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย จึงเป็นเทคนิคการทำนายเหตุการณ์หรือความเป็นไปได้ในอนาคต โดยอาศัยฉันทามติหรือ consensus ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุปที่เป็นแนวคิดหรือเป็นการทำนายเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นหรือความเป็นไปในอนาคต ข้อสรุป จากฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญนี้จะสามารถนำมาใช้ประกอบในการตัดสินใจด้านต่าง ๆ ได้ทั้งในเชิงวิชาการและการบริหาร

ความเป็นมาของเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย

ในปี พ.ศ. 2495 มีการค้นพบเทคนิคเดลฟาย โดยกองทัพอากาศอเมริกาและถูกปิดเป็นความลับจนใน พ.ศ. 2503 โอลาฟ เฮลเมอร์ (Olaf Helmer) และนอร์แมน ซี คาลกี้ (Norman C Dalkey) ซึ่งเป็นนักวิจัยของบริษัทแรนด์ (Rand Corporation) ในรัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้นำเทคนิคเดลฟายมาใช้ในการสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการพยากรณ์ทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และทั้งคู่ได้เขียนบทความเรื่อง "การทดลองประยุกต์ใช้เทคนิคเดลฟายจากผู้เชี่ยวชาญ" (An Experimental Application of the Delphi Method To the Use of Experts) ลงในวารสาร Management Science ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 เดือนเมษายน 2506 ซึ่งเป็นผลทำให้เทคนิค เดลฟาย ได้รับความนิยม และยอมรับอย่างแพร่หลาย ดังนั้นปี พ.ศ. 2515 ได้มีการสำรวจพบว่า มีผู้ทำการศึกษาและวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟายประมาณ 1,000 เรื่อง

ความหมายของเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย

ได้มีผู้ให้คำจำกัดความหรือแนวคิดเกี่ยวกับเทคนิคการวิจัยแบบบเดฟายไว้ต่าง ๆ กัน ดังนี้

ราส์ฟ (Rasp, 1973 อ้างถึงใน พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2536) ได้ให้ความหมายของเทคนิคเดลฟายว่า เป็นเทคนิคของการรวบรวม การพิจารณาตัดสินที่มุ่งเพื่อเอาชนะจุดอ่อนของการตัดสินใจแต่เดิมที่จำเป็นต้องขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญคนใดคนหนึ่งได้เฉพาะหรือความคิดเห็นของกลุ่มหรือมติที่ประชุม

พิล (Pill, 1971 cited in Linstone & Throff, 1975) ได้กล่าวถึงเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟายว่าเป็นวิธีการนำความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาใช้ประโยชน์อย่างมีระบบ

เฮลเมอร์ และเรสเชอร์ (Helmer & Reseher, 1959 อ้างถึงใน เกษม บุญอ่อน, 2522) ได้ให้ความหมายของเทคนิคเดลฟายว่าเป็นโครงการที่จัดทำอย่างละเอียดรอบคอบในการที่สอบถามบุคคล โดยใช้แบบสอบถามในเรื่องต่าง ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลและความคิดเห็นกลับมาประกอบการ

พิจารณาตัดสินใจและสร้างความเป็นเอกฉันท์ในเรื่องที่เกี่ยวกับความเป็นไปได้ในอนาคต ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับเวลา ปริมาณและสภาพการณ์ ที่ต้องการจะให้เป็น

อินโนเทค (INNOTECH, 1983 cited in Whiteman, 1990) กล่าวว่า เทคนิคเดลฟาย คือ กระบวนวิธีการของการสำรวจและประเมินความคิดเห็นของบุคคล โดยการให้ตอบชุดของแบบสอบถาม แทนการประชุมพบปะหารือกัน เป็นวิธีการที่มีความเป็นปรนัยในเรื่องต่อไปนี้ คือ

1. สำรวจแบบประเมินความต้องการ ความปรารถนาและความคิดเห็นที่มีลักษณะของวิธีการทางวิทยาศาสตร์

2. จัดลำดับความต้องการ ความปรารถนาและความคิดเห็น

3. กำหนดระดับความสอดคล้องของความต้องการ ความปรารถนาและความคิดเห็นเหล่านั้น

ประยูร ศรีประสาธน์ (2523) กล่าวถึงเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟายว่าเป็นกระบวนการที่จะเสาะหาความคิดเห็นที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของกลุ่มคน เกี่ยวกับความเป็นไปในอนาคต ในเรื่องที่เกี่ยวกับเวลา ปริมาณและ/หรือสภาพการณ์ที่ต้องการจะให้เป็นทั้งนี้โดยใช้วิธีการเสาะหาความคิดเห็นด้วยการใช้แบบสอบถามแทนการเรียกประชุม

จากความหมายที่กล่าวข้างต้นจึงอาจสรุปได้ว่า เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟายคือ กระบวนการที่ควบความความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในการตัดสินใจหรือสร้างความเป็นเอกฉันท์ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งเกี่ยวกับอนาคต เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สอดคล้องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและมีความถูกต้องน่าเชื่อถือมากที่สุด โดยที่ผู้วิจัยไม่ต้องนัดสมาชิกในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้มาประชุมพบปะกัน แต่ขอให้สมาชิกแต่ละคนแสดงความคิดเห็นหรือตัดสินปัญหาในรูปของการตอบแบบสอบถามได้อย่างอิสระ

ข้อพิจารณาเลือกใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย

การพิจารณาตัดสินใจใช้เทคนิคเดลฟายเมื่อมีเหตุการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ (Linstone & Turroff, 1975 อ้างถึงใน พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2536)

1. ปัญหาที่จะทำการวิจัยไม่มีคำตอบที่ถูกต้องแน่นอน แต่สามารถวิจัยปัญหาได้จากการรวบรวมการตัดสินใจแบบอัตตวิสัย (subjective judgments) จากผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้น ๆ

2. ปัญหาที่จะทำการวิจัยต้องการความคิดเห็นหลาย ๆ ด้านจากประสบการณ์หรือความรู้ ความสามารถของผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้น ๆ

3. ผู้ทำการวิจัยไม่ต้องการให้ความคิดเห็นของผู้อื่นแต่ละคนมีผลกระทบหรือมีอิทธิพลต่อการพิจารณาตัดสินปัญหานั้น ๆ

4. การพบปะเพื่อนัดประชุมของกลุ่มเป็นการไม่สะดวกเนื่องจากสภาพภูมิศาสตร์หรือเสียค่าใช้จ่ายและเวลามากเกินไป

5. เมื่อไม่ต้องการเปิดเผยรายชื่อบุคคลในกลุ่มเพราะความคิดเห็นของคนในกลุ่มเกี่ยวกับปัญหาที่วิจัยอาจมีความขัดแย้งอย่างมาก

กระบวนการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย

กระบวนการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟายมีวิธีการเช่นเดียวกับระเบียบวิธีวิจัยทั่วไป เริ่มจากการกำหนดปัญหา การเลือกสรรผู้เชี่ยวชาญ การสร้างเครื่องมือ การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการอภิปรายผล ซึ่งจะกล่าวถึงรายละเอียดในแต่ละส่วนดังต่อไปนี้

การกำหนดปัญหาที่จะศึกษา

แรกเริ่มของการค้นพบการวิจัยโดยเทคนิคเดลฟายนั้น เป็นการทำนายปรากฏการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต แต่ในปัจจุบัน เทคนิคเดลฟายสามารถนำไปใช้ในการศึกษาปัญหาในเรื่องต่าง ๆ เกิดขึ้นในปัจจุบันได้ ดังเช่น ลินสโตนและทูรอฟ (Linstone & Turoff 1975 อ้างถึงใน ดารินี สมศรี, 2536) กล่าวว่า "เทคนิคเดลฟาย สามารถใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ในปัจจุบันหรืออดีตที่ยัง ไม่มีข้อมูลถูกต้อง การสำรวจ การวางแผนชุมชนหรือชนบท การจัดลำดับค่านิยมของบุคคล และการศึกษารูปแบบที่เหมาะสม"

จากคำกล่าวข้างต้นผู้วิจัยสนใจประเด็นปัญหาการศึกษารูปแบบที่เหมาะสม โดยมุ่งหาความเห็นที่สอดคล้องต้องกันเพื่อแก้ปัญหาที่สลับซับซ้อนในการปฏิบัติงานแล้ว สรุปเป็นหลักการแนวคิดร่วมกัน ปัญหาที่ศึกษาในการวิจัยเทคนิคเดลฟายซึ่งเป็นปัญหาในเชิงคุณลักษณะ ซึ่งไม่อาจได้คำตอบโดยอาศัยการศึกษาด้วยวิธีการเชิงสถิติ ตัวอย่างการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย เช่น

อุไรวรรณ ต่อประดิษฐ์ (2538) ได้ทำวิจัยเรื่อง "การพัฒนารูปแบบการนิเทศของผู้ตรวจการพยาบาลเวรบ่าย" ซึ่งรูปแบบการนิเทศของผู้ตรวจการพยาบาลเวรบ่ายที่ได้มาจากการใช้เทคนิคเดลฟาย จากนั้นนำรูปแบบมาทดลอง ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลประจำการที่ได้รับการนิเทศโดยใช้รูปแบบในกลุ่มทดลองแสดงความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้รูปแบบการนิเทศจากกลุ่มควบคุมและมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการนิเทศการพยาบาลเวรบ่ายในระดับมาก

ภัทรมนัส กล่อมจันทร์ (2542) ได้ทำวิจัยเรื่อง "การศึกษาชุดข้อมูลพื้นฐานเพื่อการบริหารจัดการทางการพยาบาล สำหรับโรงพยาบาลชุมชน ด้วยเทคนิคเดลฟาย" ผลการวิจัยพบว่า ชุดข้อมูลพื้นฐานเพื่อการบริหารจัดการทางการพยาบาล สำหรับโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย รายการข้อมูลพื้นฐาน จำนวน 157 รายการ ข้อมูลด้านบุคลากร 45 รายการ ข้อมูลด้านพัสดุ 35 รายการ ข้อมูลด้านงบประมาณ 15 รายการ ข้อมูลเพื่อการวางแผน 18 รายการ ข้อมูลเพื่อการจัดระบบงาน 15 รายการ ข้อมูลเพื่อการอำนวยการปฏิบัติ 8 รายการ และข้อมูลเพื่อการควบคุมเท่ากับการ 20 รายการ

การเลือกสรรผู้เชี่ยวชาญ

หลังจากกำหนดปัญหาที่จะศึกษาแล้ว ขั้นต่อไปคือ การเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เนื่องจากคุณลักษณะเฉพาะของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย คือ การอาศัยข้อคิดเห็นจากการตอบของผู้เชี่ยวชาญ ดังนั้นผลการวิจัยจะน่าเชื่อถือหรือไม่จึงขึ้นอยู่กับความสามารถของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ความร่วมมือของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และจำนวนผู้เชี่ยวชาญ ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ความสามารถของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ควรเลือกผู้มีความรู้ ความสามารถเป็นเลิศในประด็นปัญหาที่ศึกษา อย่างแท้จริง ไม่ควรเลือกโดยอาศัยความคุ้นเคยหรือติดต่อได้ง่าย เนื่องจากผลของการวิจัย มีความถูกต้อง น่าเชื่อถือมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้เชี่ยวชาญเป็นสำคัญ ผู้วิจัยจึงควรกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้เชี่ยวชายให้ชัดเจนและเหมาะสม

ความร่วมมือของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ควรเลือกผู้ที่มีความเต็มใจ ตั้งใจ และมั่นใจในการให้ความร่วมมือในงานวิจัยโดยตลอด รวมทั้งยินยอมสละเวลาในการตอบแบบสอบถามจำนวนหลายรอบ

จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ใช้ในการวิจัย ขึ้นอยู่กับลักษณะของกลุ่มและประเด็นปัญหาที่ศึกษาเป็นสำคัญหากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเป็นเอกพันธ์ (homogeneous group) อาจจำเป็นต้องใช้เพียง 10-15 คน แต่ถ้ากลุ่มมีความแตกต่างกันมีลักษณะอเนกพันธุ์ (heterogeneous group) อาจต้องใช้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นจำนวนมาก (ชนิดา รักษ์พลเมือง, 2528 อ้างถึงใน ดารินี สมศรี, 2536) แต่จากการศึกษาวิจัยของโทมัส ที แมคมิลแลน (Thomas T. Macmillan) พบว่า หากจำนวนผู้เชี่ยวชาญมีตั้งแต่ 17 คนขึ้นไป อัตราการลดลงของความคลาดเคลื่อน (error) จะมีน้อยมาก ดังแสดงในตาราง 1

ตารางที่ 1 การลดลงของความคลาดเคลื่อนและจำนวนผู้เชี่ยวชาญ

จำนวนผู้เชี่ยวชาญ (panel size)	การลดลงของความคลาดเคลื่อน (error reduction)	ความคลาดเคลื่อนลดลง (net change)
1-5	1.20-0.70	0.50
1-5	0.70-0.58	0.12
9-13	0.58-0.54	0.04
13-17	0.54-0.50	0.004
17-21	0.50-0.48	0.02
21-25	0.48-0.46	0.02
25-29	0.46-0.44	0.02

เครื่องมือที่ใช้ในเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย เป็นแบบสอบถามอย่างน้อย 3 รอบ ซึ่งผู้วิจัยควรเขียนให้ชัดเจน สละสลวย ช่วยแก่การอ่าน และเข้าใจ โดยในแต่ละรอบมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกัน ดังต่อไปนี้

รอบที่ 1 ผู้วิจัยจะต้องกำหนดกรอบ (frame) ของการวิจัย เนื่องจากประเด็นปัญหาที่ศึกษามักเป็นประเด็นเชิงคุณลักษณะซึ่งมีขอบข่ายกว้างขวาง การกำหนดกรอบของการวิจัยจะทำให้เห็นภาพของการวิจัยได้ชัดเจนขึ้น เพื่อนำมาสร้างเป็นแบบสอบถามรอบแรก เป็นคำถามกว้าง ๆ เกี่ยวกับประเด็นปัญหาของการวิจัย คำถามในรอบแรกนี้มักจะเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมในการวิจัยได้แสดงความคิดเห็นอย่างกว้างขวางภายในกรอบที่กำหนด นอกจากนี้ ขนิษฐา วิทยาอนุมาส (2530 อ้างถึงใน ประยูร ศรีประสาธน์, 2523) เสนอว่า ผู้วิจัยสามารถสร้างแบบสอบถามรอบแรกในลักษณะคล้ายกับแบบสอบถามรอบที่ 2 คือ เป็นข้อความในมาตราส่วนประมาณค่า เพื่อขอให้ผู้เชี่ยวชาญจัดลำดับความสำคัญ แต่อย่างไรก็ตามควรมีคำถามปลายเปิดไว้ตอนท้ายด้วย เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมส่วนจำนวนคำถามที่จะใช้ในแบบสอบถาม ควรจะเป็นเท่าใดไม่มีข้อยุติที่แน่นอน แต่อย่างไรก็ตามในการจัดทำแบบสอบถามก็มีข้อควรคำนึงถึงที่จะนำมาใช้เป็นประโยชน์ในการกำหนดจำนวนข้อและเรื่องที่จะสอบถามดังนี้ (ประยูร ศรีประสาธน์, 2523)

1. เรื่องจำเป็นที่จะต้องศึกษาคืออะไร
2. ความคิดเห็นที่ต้องการจะได้รับนั้นต้องการได้จากผู้ใดบ้าง
3. คำถามอะไรบ้างที่จะนำเอามาใช้ เพื่อที่จะให้ได้คำตอบอย่างกว้าง ๆ จากการตอบแบบสอบถามรอบที่ 1
4. คำตอบที่ได้จากแบบสอบถามในรอบแรก จะนำมาใช้สร้างแบสอบถามในรอบที่ 2 ได้อย่างไร
5. สถิติอะไรที่จะนำมาใช้เป็นเครื่องแสดงความคิดเห็นร่วมกันของผู้เชี่ยวชาญในคำถามแต่ละข้อที่ได้รับทั้งหมดจากแบบสอบถามรอบที่ 3
6. ข้อมูลที่ได้รับ มีลำดับความสำคัญมีความสอดคล้องและไม่สอดคล้องต่อเนื่องกันอย่างไร จะสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลในการพิจารณา ตัดสินใจได้อย่างไร
7. แบบสอบรอบแรกจะเลือกใช้วิธีการตอบได้โดยลักษณะสัมภาษณ์ หรือส่งไปรษณีย์ หรือทำการประชุมสากล การตอบของผู้เชี่ยวชาญอาจประกอบด้วยความคิดเห็น ข้อวิจารณ์ ข้อโต้แย้ง เพื่อเป็นข้อกระทงให้ผู้วิจัยใช้ในการสร้างแบบสอบถามรอบที่ 2

การส่งแบบสอบถามนั้น ควรมีการเตรียมจดหมายปะหน้าและตัวแบบสอบถามให้เรียบร้อย จดหมายปะหน้าควรจะกล่าวถึงสิ่งต่อไปนี้ คือ

1. คำแนะนำตัว
2. คำอธิบายถึงเหตุผลที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ
3. คำอธิบายในงานวิจัยที่ทำ
4. คำขอบคุณที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความร่วมมือในการวิจัย
5. วันกำหนดส่งคืนแบบสอบถาม
6. เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงานหรือที่บ้าน เพื่อให้ผู้ตอบติดต่อได้ในกรณีที่มีปัญหาไม่เข้าใจหรือสงสัย

สิ่งสำคัญที่ควรคำนึงในการส่งแบบสอบถามรอบแรก

1. จดหมายปะหน้าและแบบสอบถามที่จะส่งนั้น ไม่ควรพิมพ์ผิดหรือสะกดตัวผิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งชื่อและนามสกุลของผู้เชี่ยวชาญ
2. ข้อความในจดหมายปะหน้าไม่ควรยาวเกินไป ควรใช้ถ้อยคำที่กะทัดรัดและเข้าใจได้ง่าย
3. จดหมายปะหน้าควรพิมพ์ในรูปแบบที่เรียบร้อย ส่วนแบบสอบถามควรออกแบบให้อ่านง่ายและดึงดูดความสนใจแก่ผู้อ่าน ตัวพิมพ์ที่ใช้ควรพิมพ์ให้ชัดเจนและตัวหนังสือไม่เล็กเกินไป
4. คำชี้แจงในการกรอกแบบสอบถามควรอธิบายให้ชัดเจน ใช้คำสละสลวยและง่ายแก่การเข้าใจด้วย
5. ผู้ทำการวิจัยควรแบบซองที่ติดแสตมป์และจ่าหน้าซองชื่อที่อยู่ของผู้ทำการวิจัยไปพร้อมกับจดหมายปะหน้าและแบบสอบถามด้วยเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ตอบในการส่งคืน
6. แบบสอบถามในรอบแรกนี้ควรรีบส่งให้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญโดยเร็วภายหลังที่ได้ขอความร่วมมือแล้ว เพราะการล่าช้าอาจเป็นเหตุให้ผู้ตอบแบบสอบถามหมดความกระตือรือร้นและความสนใจในการให้ความร่วมมือได้
7. ผู้ทำการวิจัยควรกำหนดวันหมดเขตการส่งแบบสอบถามคืน โดยทั่วไปมักกำหนดส่งคืนภายใน 2 สัปดาห์

ถึงแม้ว่าผู้ทำการวิจัยจะได้ตระเตรียมทุกอย่างไว้ดีแล้วก็ตาม แต่ในบางครั้งผู้ตอบอาจไม่ส่งแบบสอบถามคืนมา ดังนั้น ผู้ทำการวิจัยจึงควรส่งจดหมายติดตามอีกหนึ่งหรือสองฉบับ เพื่อกระตุ้นและเตือนให้ผู้ตอบส่งแบบสอบถามคืนโดยเร็ว โดยทั่วไป จดหมายติดตามฉบับแรกจะกำหนดส่งภายหลังที่ส่งแบบสอบถามรอบแรกไปแล้วประมาณ 1 สัปดาห์ ในจดหมายควรขอความร่วมมือให้ผู้ตอบรีบกรอกและส่งคืนแบบสอบถามก่อนวันหมดเขต หากผู้ตอบยังไม่ส่งแบบสอบถามกลับคืนมาอีก จดหมายติดตามฉบับที่ 2 ควรส่งไปอีกครั้งหรืออาจติดต่อกับผู้ตอบทางโทรศัพท์

รอบที่ 2 ผู้วิจัยจะรวบรวมคำตอบจากแบบสอบถามปลายเปิดในรอบแรก นำมาวิเคราะห์เนื้อหาที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยตรงกันในแต่ละข้อความเนื้อหา ตัดข้อมูลที่ซ้ำเห็นไม่ตรงกัน หรือส่วนที่เกินไปจากกรอบของการวิจัยออก และทำการรวมข้อความเข้าด้วยกันโดยใช้ข้อความที่ครอบคลุมรายการข้อมูลทั้งหมด โดยยังคงความหมายเดิมของผู้เชี่ยวชาญไว้ แล้วนำมาเป็นข้อกระทงในลักษณะมาตราประมาณค่า ส่งกลับไปยังกลุ่มผู้เชี่ยวชาญอีกครั้ง แบบสอบถามรอบนี้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนจะต้องจัดลำดับความสำคัญของข้อกระทงต่าง ๆ รวมทั้งเขียนเหตุผลที่เห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วยของแต่ละข้อ ลงในช่องว่างที่เว้นไว้ตอนท้ายประโยค นอกจากนี้หากต้องการเพิ่มข้อความ หรือแก้ไขข้อความให้ชัดเจน ก็สามารถเขียนแนะนำลงในช่องว่างดังกล่าวได้ ข้อความในแบบสอบถามรอบนี้จะต้องชัดเจน และผู้ตอบแต่ละคนจะต้องเข้าใจตรงกัน

การส่งแบบสอบถามรอบที่ 2 จะต้องมีจดหมายปะหน้าและซองที่ติดแสตมป์ จ่าหน้าชื่อที่อยู่ของผู้ทำการวิจัยแนบไปด้วย และควรส่งจดหมายติดตามเพื่อเร่งให้ส่งแบบสอบถาม รอบที่ 2 กลับคืนมาโดยเร็วเหมือนเช่นรอบแรก จดหมายปะหน้าควรกล่าวถึงสิ่งต่อไปนี้คือ

1. คำขอบคุณที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามรอบแรก
2. คำอธิบายถึงเหตุผลที่ยังคงต้องการความช่วยเหลือ
3. คำอธิบายจุดประสงค์ของการส่งแบบสอบถามในรอบที่ 2
4. วันกำหนดส่งคืนแบบสอบถาม
5. คำขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในรอบที่ 2
6. เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงานหรือที่บ้าน

สิ่งที่ควรคำนึงในการส่งแบบสอบถามรอบที่ 2

ผู้ทำการวิจัยควรทำตามคำแนะนำของการส่งแบบสอบถามรอบแรกที่ได้กล่าวมาแล้ว พร้อมกับสิ่งต่อไปนี้ ด้วย คือ

1. คำถามแต่ละข้อควรจะเขียนให้เป็นประโยคสมบูรณ์ ชัดเจน และง่ายแก่การเข้าใจ การเรียงคำถามทั้งหมดในแบบสอบถามรอบที่ 2 นี้จะเรียงข้อใดก่อนหรือหลังแล้วแต่ผู้ทำการวิจัยจะเห็นสมควร

2. คำถามแต่ละข้อควรมีช่องว่างตอนท้ายประโยคสำหรับผู้เชี่ยวชาญจะได้แสดงเหตุผลเกี่ยวกับการเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยในข้อนั้น ๆ รวมทั้งเพื่อเขียนคำแนะนำหรือสำนวนที่ควรแก้ไขอีกด้วย นอกจากนี้คำถามแต่ละข้อควรจะมีที่ให้ผู้เชี่ยวชาญเขียนจัดระดับความสำคัญด้วย

3. แบบสอบถามในรอบที่ 2 ไม่ควรให้เวลาการตอบนานเกินไปควรจะให้ตอบเสร็จ

ได้ไม่เกินครึ่งชั่วโมง (30 นาที) แต่ถ้ามีจำนวนคำถามมากจริง ๆ ก็ควรจะหาวิธีที่จะย่นระยะเวลาตอบ เช่น ตัดข้อความบางข้อที่ซ้ำซ้อนออก หรือผนวกข้อความบางข้อเข้าในข้อเดียวกัน ใช้สำนวนที่อ่านเข้าใจง่าย หรือจัดรูปแบบของแบบสอบถามให้ช่วยในการอ่านได้สะดวกและเร็วขึ้น เป็นต้น

4. คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 ควรเขียนคำอธิบายให้ละเอียด เพื่อ ผู้ตอบจะได้กรอกถูกต้องพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการอ่านทบทวนคำถามทุกข้อ เสนอความคิดเห็นและจัดระดับความสำคัญของแต่ละข้อ

รอบที่ 3 จะเป็นข้อความที่เหมือนกับรอบที่ 2 แต่มีการเพิ่มการรายงานให้ผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมการวิจัยได้ทราบความเห็นของกลุ่ม โดยแสดงตำแหน่งของฐานนิยม (mode) หรือ มัธยฐาน (median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (interquartile range) ของแต่ละข้อความ รวมทั้งตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญคนนั้น ๆ ตอบในแบบสอบถามรอบที่ 2 จุดประสงค์ของแบบสอบถามรอบนี้เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบความเหมือน หรือความแตกต่างของคำตอบของตนเมื่อเทียบกับกลุ่ม โดยการทบทวนคำตอบในรอบนี้ ผู้เชี่ยวชาญอาจเปลี่ยนแปลงคำตอบของตนให้เข้ามาอยู่ในระหว่างพิสัยควอไทล์หรือยืนยันคำตอบเดิมของตน แต่หากคำตอบที่ยืนยันอยู่นอกพิสัยควอไทล์ ผู้เชี่ยวชาญที่ให้คำตอบจะต้องแสดงเหตุผลประกอบด้วย ประโยคหากยังยืนยันในคำตอบเดิม การส่งแบบสอบถามในรอบนี้นั้น จะจัดส่งไปให้กับผู้ที่ตอบและส่งคืนแบบสอบถามรอบที่ 2 แล้วเท่านั้น และต้องมีจดหมายปะหน้า ซองที่ติดแสตมป์จ่าหน้าชื่อที่อยู่ของผู้ทำการวิจัยแบบไปพร้อมกับแบบสอบถามฉบับใหม่นี้ด้วย นอกจากนั้น ควรจะจดหมายติดตามเช่นเดียวกับที่จัดทำในรอบที่ 1 และ 2 ข้อความในจดหมายปะหน้าและสิ่งที่ควรคำนึงในการส่งแบบสอบถามรอบที่ 3 นี้ควรทำตามคำแนะนำที่ได้กล่าวในแบบสอบถามรอบที่ 2

โดยทั่วไปมักสิ้นสุดที่รอบที่ 3 เนื่องจากความเห็นในรอบที่ 3 และรอบที่ 4 มักมีความแตกต่างกันน้อยมาก แต่หากรอบที่ 3 ยังมีความเห็นที่แตกต่างกันมาก ผู้วิจัยจะต้องสร้างแบบสอบถามรอบที่ 4 เช่นเดียวกับรอบที่ 3 และใส่ค่าความเห็นที่คำนวณได้จากการตอบครั้งที่ 3

การรวบรวมข้อมูล เริ่มจากการติดต่อขอความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญให้เข้าร่วมการวิจัย โดยขอความร่วมมือให้ตอบแบบสอบถามทุกรอบ เนื่องจากเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟายต้องอาศัยการตอบแบบสอบถามซ้ำหลายรอบ จึงมักเกิดปัญหาในการรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 2 และรอบถัดไป นอกจากนี้การเว้นระยะในการส่งแบบสอบถามไปยังกลุ่มผู้เชี่ยวชาญแต่ละรอบไม่ควรให้ห่างนานเกินไป จากการศึกษาของ วอลโดรน (Waldrone, 1974 อ้างถึงใน ประยูร ศรีประสาธน์, 2523) พบว่าการส่งแบบสอบถามในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ในเวลาที่แตกต่างกันจะมีผลให้เกิดความแตกต่างของคำตอบที่ได้รับ เพราะอาจทำให้ขาดความต่อเนื่องในความคิดผู้ตอบลืมเหตุผลที่ตอบ

ในรอบที่ผ่านมา หรืออาจเกิดเหตุการณ์บางอย่างที่ทำให้เกิดความไม่แน่ใจในคำตอบ หรือแม้แต่อาจหมดความสนใจที่จะตอบแบบสอบถามได้

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยต้องมีความรอบคอบ ถี่ถ้วนในการพิจารณาวิเคราะห์คำตอบที่ได้รับในแต่ละรอบ และให้ความสำคัญต่อคำตอบที่ได้รับอย่างเท่าเทียมกัน โดยวางตัวเป็นกลาง ไม่มีความลำเอียงหรือนำความคิดเห็นส่วนตัวเข้าไปพิจารณาตัดสินด้วย เพราะจะทำให้ผลของการวิจัยคลาดเคลื่อนได้ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟายใช้สถิติเกี่ยวกับการวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง (central tendency) ได้แก่ ค่ามัธยฐาน (median) ฐานนิยม (mode) และการวัดการกระจาย ได้แก่ ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (interquartile range)

ลักษณะเฉพาะของเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย

ลักษณะของเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย จะมีความคล้ายคลึงกับการวิจัยเชิงสำรวจ คือ มีการส่งคำถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญตอบ แต่จะต่างกันตรงที่เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟายมีการป้อนข้อมูลย้อนกลับ โดยการส่งคำถามให้ผู้เชี่ยวชาญตอบหลายรอบ (3 รอบ หรือมากกว่า) เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญมีโอกาสพิจารณาคำตอบที่เป็นความคิดเห็นของตนซ้ำอีก ซึ่งเทคนิคการวิจัยแบบนี้มีคุณลักษณะและข้อจำกัดของการใช้ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

คุณลักษณะของเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย มีดังต่อไปนี้

1. ความเป็นนิรนาม (anonymity) หมายถึง การที่ผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มไม่ทราบว่าใครบ้างที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ไม่ทราบว่าผู้อื่นมีความเห็นอย่างไรในประเด็นที่ศึกษา เป็นการป้องกันปรากฏการทางจิตวิทยาที่เรียกว่า Band Wagon Effect ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่การแสดงความคิดเห็นถูกครอบงำหรือทำให้คล้อยตามความคิดเห็นจากผู้ที่มีบุคลิกภาพ หรือวิธีการแสดงออกที่เหนือกว่า ดังนั้นการใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟายจะช่วยทำให้ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านได้น้ำหนักความสำคัญเท่าเทียมกัน และการแสดงออกเป็นอิสระจากผู้อื่น

2. การถามย้ำคำตอบที่ควบคุมปฏิกิริยาย้อนกลับ (interaction with controlled feedback) เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟายจะประกอบด้วยการถามย้ำแบบคำถาม ซึ่งไม่ใช่เป็นเพียงแบบสอบถามธรรมดา แต่จะใช้ข้อมูลซึ่งควบคุมปฏิกิริยาย้อนกลับของผู้ตอบได้ การถามด้วยแบบสอบถามเดิมต่อเนื่องกัน มีข้อดีคือจะทำให้ผู้เชี่ยวชาญสามารถทบทวน กลั่นกรองคำตอบอย่างละเอียดรอบคอบทุกขั้นตอน และมีโอกาสแก้ไขคำตอบเพื่อให้สนับสนุน หรือขัดแย้งกับความสอดคล้องของกลุ่มได้ เมื่อเป็นเช่นนี้ปฏิกิริยาย้อนกลับจากกลุ่มจะสามารถชักจูงให้ผู้ตอบกลับมาพิจารณาคำตอบที่ตอบไปแล้วใหม่ ทำให้สามารถแก้ไขข้อบกพร่องหรือสิ่งที่มองข้ามไปในการพิจารณาครั้งก่อนได้

3. การพิจารณาปฏิกิริยาสนองตอบเชิงสถิติ (statistical group response) ผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมในการวิจัยจะต้องตอบแบบสอบถามตามที่ผู้วิจัยกำหนดทุกขั้นตอน คำถามแต่ละข้อใน

แบบสอบถามจะให้กลุ่มแสดงความคิดเห็นออกมาในรูปของมาตราประเมินค่าแบบสเกลของลิเคอร์ท (Likert type scale) โดยสเกลที่ใช้อาจเป็นตั้งแต่ 1-5 หรือ 1-6 หรือ 1-7 แล้วแต่ความเหมาะสม ซึ่งจะทำให้สามารถหาค่า มัธยฐาน และฐานนิยมออกมา เพื่อนำไปแสดงต่อผู้ตอบในรอบถัดไปว่าคำตอบของตนนั้นมีความสอดคล้องกับความเห็นของกลุ่มมากน้อยเพียงไร การใช้วิธีการทางสถิติเข้าช่วยในการจัดกระทำกับคำตอบของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจะช่วยลดการกระจัดกระจายของคำตอบของกลุ่ม และยังเป็นการยืนยันว่าความคิดเห็นในคำตอบรอบสุดท้ายของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญนั้นเป็นตัวแทนความเห็นของสมาชิกทั้งหมดในกลุ่มด้วย

4. เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย เป็นการรวบรวมความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญได้โดยไม่จำกัดทั้งในเรื่องจำนวนผู้เชี่ยวชาญ สภาพภูมิศาสตร์ หรือเวลา อีกทั้งยังเป็นกระบวนการที่มีขั้นตอนการดำเนินการไม่ยากนัก ได้ผลอย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ และประหยัดค่าใช้จ่าย

ข้อได้เปรียบและข้อเสียเปรียบของเทคนิคเดลฟาย

ข้อได้เปรียบของเทคนิคเดลฟาย

1. การวิจัยแบบเทคนิคเดลฟายเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้วิจัยสามารถรวบรวมข้อความคิดจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวนมากได้โดยไม่ต้องเสียเวลาจัดการประชุม ไม่มีข้อจำกัดเรื่องสภาพภูมิศาสตร์ในด้านการเดินทางและกลไกในการใช้เทคนิคที่จัดอยู่ประจำเป็นเทคนิคที่ง่ายแก่การดำเนินงาน ผู้วิจัยจึงสามารถรวบรวมหาความสอดคล้องของแนวคิดได้อย่างกว้างขวางและรวดเร็ว

2. ลักษณะของเทคนิคเดลฟายเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญให้คำตอบได้อย่างอิสระไม่ถูกครอบงำความคิด นอกจากนี้ยังเป็นเทคนิคที่ป้องกันมิให้เกิดความขัดแย้งหากเผชิญหน้ากัน เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญไม่ทราบว่าใครเข้าร่วมอยู่ในการวิจัยบ้าง และ/หรือ ผู้ใดให้คำตอบข้อความหนึ่ง ๆ ว่าอย่างไร ผู้ตอบจะทราบแต่เพียงคำตอบของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดโดยการแสดงตัวอย่างสถิติต่าง ๆ ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น

3. ผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมการวิจัยมีโอกาสแสดงความคิดเห็นได้อย่างเท่าเทียมกัน ทั้งนี้เพราะทุกคนจะตอบแบบสอบถามฉบับเดียวกันทุกขั้นตอน นอกจากนี้ผู้เชี่ยวชาญทุกคนยังมีโอกาสได้รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นเท่า ๆ กันมีโอกาสปรับเปลี่ยนหรือยืนยันความคิดเห็นของตนจนเกิดความมั่นใจ และช่วยให้มีการพิจารณาประเด็นปัญหาได้อย่างลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น

4. ผลิตผลของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟายผ่านการพิจารณาไตร่ตรองหลายขั้นตอน ผู้เชี่ยวชาญจะต้องตอบประเด็นปัญหาซ้ำหลายรอบ ความสอดคล้องกันของความคิดเห็นหรือฉันทามติจึงได้มาจากการพิจารณาร่วมกันอย่างละเอียดรอบคอบ ช่วยให้ความเชื่อมั่นของคำตอบที่ได้รับนั้นสูงขึ้น

ข้อเสียเปรียบของเทคนิคเดลฟาย

1. การคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญและเกณฑ์การพิจารณาเลือกผู้เชี่ยวชาญให้ได้มาซึ่งผู้ที่มีความรอบรู้ ความเต็มใจ และเห็นความสำคัญของการวิจัยเป็นส่วนสำคัญมากในด้านความเชื่อถือของการวิจัย อย่างน้อยที่สุดผู้วิจัยจะต้องคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญซึ่งมีคุณลักษณะครบสามประการข้างต้น เพราะหากแม้เป็นผู้รอบรู้ในปัญหาที่ศึกษา แต่อาจไม่มีเวลาตอบแบบสอบถามทั้งสามรอบ หรือไม่เห็นความสำคัญของการวิจัย ซึ่งอาจทำให้ผลการวิจัยขาดความน่าเชื่อถือไปได้ นอกจากนี้หากเป็นการวิจัยเพื่อวางแผนหรือนโยบาย ควรคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นผู้มีอำนาจหน้าที่โดยตรงเข้าร่วมการวิจัย

2. ลักษณะของเทคนิคเดลฟายซึ่งกำหนดให้ตอบแบบสอบถามซ้ำหลายรอบเพื่อความเชื่อมั่นของคำตอบแม้จะเป็นสิ่งดี แต่อาจทำให้ผู้เชี่ยวชาญเกิดความเบื่อหน่าย หรือเกิดความรู้สึกว่าถูกรบกวนมากเกินไป อาจไม่ร่วมมือตอบแบบสอบถามรอบต่อไป

3. การวิจัยแบบเทคนิคเดลฟายนี้อาศัยข้อมูลจากการรวบรวมความสอดคล้องของความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ โดยเชื่อว่าผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนจะให้ความคิดเห็นอย่างวัตถุวิสัย ไม่มีอคติ และจะต้องเข้าใจประเด็นปัญหาโดยส่วนรวมและข้อความในแบบสอบถามแต่ละข้อตรงกัน ผู้วิจัยจะต้องแสวงหากลยุทธเพื่อสร้างความเข้าใจตรงกันในเรื่องหมายความข้อคำถามที่สร้างจะต้องมีลักษณะที่ให้ผู้อื่นมีความเข้าใจตรงกันในเรื่องนั้น ๆ ดังกล่าวเสียก่อน มิฉะนั้น ผลของการวิจัยอาจไม่น่าเชื่อถือ เนื่องจากเป็นการแสดงความคิดอย่างจิตวิสัยไม่มีเหตุผล เป็นการเดามากกว่าการพิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบ นอกจากนี้หากลักษณะของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย นั้นมุ่งทำนายเหตุการณ์อนาคต ผู้วิจัยจะต้องพึงระวังมิให้คำตอบของผู้เชี่ยวชาญเป็นการแสดงความหวังหรืออุดมคติของผู้ตอบเกี่ยวกับประเด็นนั้น ๆ มากกว่าเป็นการทำนายความเป็นไปได้ของเหตุการณ์ในอนาคต

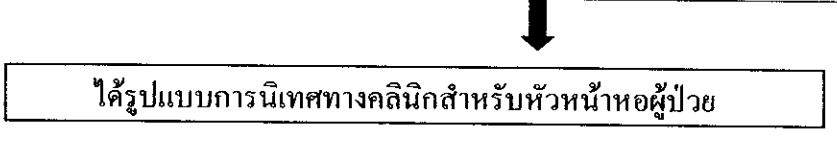
4. การกำหนดระยะเวลาของการทำนายเหตุการณ์ในอนาคตเป็นสิ่งที่พึงระวัง หากกำหนดให้ผู้เชี่ยวชาญทำนานเหตุการณ์ในระยะเวลาใกล้หรือไกลเกินไปอาจทำให้ผู้เชี่ยวชาญทำนายได้ด้วยความลำบากและเกิดความคลาดเคลื่อนได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิเคราะห์รูปแบบการนิเทศทางคลินิกสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วย
ศึกษาจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด

ขั้นตอนดำเนินการวิจัยและกรอบวิธีดำเนินการวิจัย

<table>
<tr><td>แบบสอบถามรอบที่</td><td colspan="2">การสร้างรูปแบบการนิเทศทางคลินิกสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วย</td></tr>
<tr><td rowspan="3"></td><td>ขั้นตอนในการทำวิจัย</td><td>กรอบวิธีดำเนินการวิจัย</td></tr>
<tr><td>1</td><td>ศึกษาจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด หลักการ กระบวนการ กลวิธีในการนิเทศทางคลินิก ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการนิเทศ การพัฒนาเกี่ยวกับการนิเทศในปัจจุบัน จนได้กรอบเนื้อหาในการสร้างแบบสอบถามรอบที่ 1 ซึ่งจะนำไปใช้เป็นรูปแบบในการปฏิบัติการนิเทศทางคลินิกสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วยและมีขั้นตอนในการปฏิบัติตามกระบวนการนิเทศ 3 ขั้นตอนคือ การวางแผนการนิเทศ การดำเนินการ นิเทศซึ่งมีกิจกรรมการนิเทศต่าง ๆ และการประเมินผลการนิเทศ</td><td>การคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญ
การสร้างเครื่องมือโดยรวบรวมเนื้อหาสาระ
หรือกิจกรรมเกี่ยวกับการนิเทศทางคลินิกสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วย
การเก็บรวบรวมข้อมูล
การวิเคราะห์ข้อมูล</td></tr>
<tr><td>2 และ 3</td><td rowspan="2">จากผลการตอบแบบสอบถามในรอบที่ 1 จะได้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วยในรูปของข้อความที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ มีความเห็นสอดคล้องกัน รวมทั้งจัดทำเป็นแบบแผนในการนิเทศทางคลินิกสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วยแล้วนำกลับไปให้ผู้เชี่ยวชาญตอบในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 จะมีข้อความเหมือนรอบที่ 2</td><td>การประเมินรูปแบบการนิเทศทางคลินิก สำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วย</td></tr>
<tr><td>การสร้างเครื่องมือ
การเก็บรวบรวมข้อมูล
การวิเคราะห์ข้อมูล
เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกเนื้อหาสาระหรือกิจกรรมการนิเทศทางคลินิก (โดยผู้เชี่ยวชาญ)</td></tr>
</table>



ภาพที่ 3 ขั้นตอนดำเนินการวิจัยและกรอบวิธีดำเนินการวิจัย