



วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
สาขาภาคเหนือ

ปีที่ 23 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน กรกฎาคม – ธันวาคม 2560

วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ เป็นวารสารราย 6 เดือน กำหนดออกปีละ 2 ฉบับ คือ

ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม – มิถุนายน

ฉบับที่ 2 เดือน กรกฎาคม – ธันวาคม

วัตถุประสงค์

1. เผยแพร่ความรู้ทางวิชาการและความก้าวหน้าของวิชาชีพการพยาบาล
2. เป็นสื่อกลางให้ทราบถึงข้อมูล สถานภาพและเกียรติศักดิ์ ศักดิ์ศรีแห่งวิชาชีพ
3. เป็นศูนย์กลางรวบรวมและเผยแพร่ผลงานทางวิชาการของมวลสมาชิก เพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งแห่งวิชาชีพ
4. เสริมสร้างพลังสามัคคีและสัมพันธ์ภาพอันดีระหว่างมวลสมาชิกให้ตระหนักถึงความสำคัญขององค์กรวิชาชีพพยาบาล

เจ้าของ: สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

สำนักงาน: อาคาร 1 ชั้น 6 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
110 ถนนอินทวโรรส ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200
โทร. 0-5389-4213, 0-5393-5030 โทรสาร 0-5389-4213
E-mail address : nat-nd@hotmail.com

ที่ปรึกษา: รศ.เจียรนัย โพธิ์ไทรย์

บรรณาธิการ: ผศ.ดร.ปรารธนา ลังการ์พินธุ์

ผู้ช่วยบรรณาธิการ: อ.พูนพิลาศ โรจนสุขจัน

กองบรรณาธิการ: ผศ.ดร. ศรีนทร์ทิพย์ ขวพินธุ์

อ.ดร.จินตวีร์พร แป้นแก้ว

ผศ.ดร.อัจฉราพร ศรีภูษณาพรรณ

ผศ.ดร.รุ่งฤดี วงศ์ชุม

อ.ดร.ปลื้มจิต โชติกะ

สารบัญ

พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ของผู้รอรับการปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลเชียงใหม่ Self-care Behaviors and Quality of Life of Persons Waiting for Kidney Transplantation at Chiangrai Prachanukroh Hospital	1
ธัญพัทธ์ พงศ์วิวัฒน์ ปัญจพล กอบพ็องตน เกษรา จุลพันธ์ กฤตพัทธ์ ฝักฝน	Thanyapat Pongwiwat Punjapone Kobpungton Kesara Chulaphan Krittapat Fukfon
ผลของโปรแกรมการล้างมือต่อความรู้ และการปฏิบัติด้านการป้องกัน และควบคุม การติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและญาติ ในแผนกศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลนครพิงค์ Effects of Hand Washing Program on Knowledge and Practice of Prevention and Control of Multi-drug Resistance Organisms among Nursing Personnel, Patients, and Care-givers in Surgical and Orthopedic Department in Nakhonping Hospital	12
บัวจันทร์ ธงเชื้อ ปัทมา คำฟู สุทธิพันธ์ ธนอมพันธ์	Buachan Thongchuea Pattama Khamfu Sutthiphon Thanomphan
การทบทวนงานวิจัยของอาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช Research Review of Faculty Members at Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj	26
อศนี วันชัย ดวงใจ พรหมพยัคฆ์ สาวิตรี ลิ้มกมลทิพย์ พนารัตน์ เจนจบ	Ausanee Wanchai Duangjai Phompayak Sawitree Limkamontip Panarat Jenjob
การตายดี: บทบาทของพยาบาล Good Death: The Nurses' Roles	38
วโรดม เสมอเชื้อ วรวรรณ โหม่งจันทร์ ปรารถนา ลังการพิณธุ์	Warodom Samerchua Waravan Mongchan Prathana Langkarpint

การพัฒนาการเรียนการสอนภาษาอังกฤษสำหรับนักศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์
ในศตวรรษที่ 21 ด้วยอรรถลักษณะวิธี 48

Development of English Language Teaching and Learning for
Nursing Students in the 21st Century Using a Genre – Based Approach

อุดมกฤษฎี ศรีนนท์	Udomkrit Srinon
รัศมี ศรีนนท์	Rassamee Srinon
อศนีย์ วันชัย	Ausanee Wanchai
วิมลมาส ดิ่งบุญ	WimonmaTingboon

แนวคิดการพยาบาลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแลผู้ป่วยเด็กในภาวะวิกฤตและเรื้อรัง 59
A Concept of Family-Centered Nursing Care among in Children with
Critical and Chronic Illness

ชูศักดิ์ ยืนนาน	Choosak Yuennan
-----------------	-----------------

บรรณาธิการแถลง

วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ ได้รับการรับรองให้อยู่ในฐานข้อมูลเพื่อการสืบค้นงานวิจัย ผลงานทางวิชาการ และการอ้างอิงของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการไทย หรือ Thai-Journal Citation Index (TCI) กลุ่มที่ 2 นับเป็นความภาคภูมิใจของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนืออย่างยิ่ง เนื่องจากวารสารนี้จะเป็นสื่อทางวิชาการที่อีกเล่มหนึ่งที่ได้มาตรฐานที่นักวิจัย นักวิชาการ และพยาบาลวิชาชีพจะได้ใช้ในการเผยแพร่ผลงานของท่าน เพื่อประโยชน์ต่อการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย การจัดการศึกษาทางการพยาบาล นวัตกรรมทางการพยาบาล และเป็นการพัฒนาวิชาชีพให้เจริญก้าวหน้ายิ่งขึ้นสำหรับวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือปีที่ 23 ฉบับที่ 2 นี้ ประกอบด้วยบทความวิจัยน่าสนใจจำนวน 3 เรื่อง ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้รับการปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ผลของโปรแกรมการล้างมือต่อความรู้และการปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรทางการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติในแผนกศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูกและข้อโรงพยาบาลนครพิงค์ และการทบทวนงานวิจัยของอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพบุรุษชินราช นอกจากนี้ยังมีบทความวิชาการอีกจำนวน 4 เรื่องคือ การตายดี: บทบาทของพยาบาล การพัฒนาการเรียนการสอนภาษาอังกฤษสำหรับนักศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ในศตวรรษที่ 21 ด้วยอรรถลักษณะวิถีแนวคิดการพยาบาลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแลผู้ป่วยเด็กในภาวะวิกฤตและเรื้อรัง

จึงขอเชิญชวนให้สมาชิกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ นักวิจัย นักวิชาการ และพยาบาลวิชาชีพได้ส่งบทความวิจัยหรือบทความวิชาการเพื่อเผยแพร่ให้เป็นประโยชน์ทางวิชาการ ตามวัตถุประสงค์ของการจัดทำวารสารนี้ต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประรณนา ลังการ์พินธุ์
บรรณาธิการ

พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต
ของผูรอรับการปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

Self-care Behaviors and Quality of Life of Persons Waiting
for Kidney Transplantation at Chiangrai Prachanukroh Hospital

ฉันทพัฒน์ พงศ์วิวัฒน์ พย.ม.* Thanyapat Pongwiwat M.N.S*
ปัญจพอล กอบพ็องตัน พ.บ.** Punjapone Kobpungton M.D.**
เกษรา จุลพันธ์ พย.ม.* Kesara Chulaphan M.N.S*
กฤตพัทธ์ ฝักฝน ปร.ด.*** Krittapat Fukfon, Ph.D.***

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผูรอรับการปลูกถ่ายไต และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ด้านประชากรศาสตร์ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผูรอรับการปลูกถ่ายไต กลุ่ม ตัวอย่าง คือ ผูป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่แพทย์พิจารณาแล้วว่าควรได้รับการปลูกถ่ายไต ทั้งเพศชายและหญิง ของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จำนวน 19 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต โดยผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.90 วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.78 และ 0.93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และไควสแควร์

ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี (mean = 4.10, SD = 9.28) มีเพียงพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยา การไม่ลดขนาดยาหรือหยุดยาเอง อยู่ในระดับปานกลาง (mean = 3.36, SD = 1.70) คุณภาพชีวิตของผูรอรับการปลูกถ่ายไตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 88.57, SD = 11.79) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้เฉลี่ย/เดือน พฤติกรรมการดูแลตนเองด้าน การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านอารมณ์ และพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผูรอรับการปลูกถ่ายไต ทีมสุขภาพใน คลินิกปลูกถ่ายไตควรเพิ่มการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยเฉพาะเรื่องการ ใช้จ่ายแก่ผูป่วยรอเปลี่ยนถ่ายไต และควรหาแนวทางการพยาบาลที่ช่วยพัฒนาพฤติกรรมการดูแล ตนเองและยกระดับคุณภาพชีวิตของผูป่วยที่อยู่ระหว่างรอปลูกถ่ายไต

คำสำคัญ : พฤติกรรมการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต การปลูกถ่ายไต

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
* Registered nurse, Chiangrai Prachanukroh Hospital
** อายุรแพทย์โรคไต โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
** Nephrologist, Chiangrai Prachanukroh Hospital
*** อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
*** Nursing instructor, Boromarajonani College of Nursing, Phayao

Abstract

This descriptive correlational research aimed to study the self-care behaviors and quality of life of persons waiting for kidney transplantation and to identify the correlation between demographic factors, self-care behaviors, and quality of life of persons waiting for kidney transplantation. Samples were 19 end stage renal disease patients who were considered as the kidney transplantation receivers at Chiangrai Prachanukroh Hospital. Research instruments composed of demographic characteristic questionnaire, self-care behaviors, and quality of life questionnaires with .90 of content validity and 0.78, 0.93 of reliability. Data were analyzed using descriptive statistics and Chi-square.

The results revealed that the overall self-care behaviors were at good level (mean = 4.10, SD = 9.28), the lowest score was self-care behaviors on medication management (mean = 3.36, SD = 1.70). The quality of life was at moderate level (mean = 88.57, SD = 11.79). Moreover, there was no significant correlation between personal variables including gender, age, occupations, education levels, marital status, income, and self-care behaviors and the quality of life.

Healthcare team of kidney transplantation clinic should provide sufficient knowledge on medication self-care behaviors for persons waiting for kidney transplantation. Nursing interventions enhancing self-care behaviors of persons waiting for kidney transplantation should be encouraged in order to improve patients' quality of life.

Key words: Self-care behaviors, quality of life, kidney transplantation

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease) เป็นปัญหาสาธารณสุขอย่างหนึ่งของประเทศ เมื่อการดำเนินของโรคเข้าสู่ภาวะโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage kidney disease) ซึ่งไม่มีทางรักษาให้หายขาด ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง มีผลกระทบทางร่างกายและจิตใจ เกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง การดำเนินชีวิตและการงานเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ในสภาวะนี้ร่างกายจะไม่สามารถขจัดของเสียออกจากร่างกายได้

และจะมีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่และกรดต่าง ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต เช่น การล้างไตทางช่องท้อง การฟอกเลือด หรือการปลูกถ่ายไต สำหรับการปลูกถ่ายไตเป็นการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้าย ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นและมีชีวิตยาวนานกว่าผู้ที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกไต¹ ในการผ่าตัดปลูกถ่ายไตพบว่า จะช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในปีที่ 5 ,1 และ 10 เท่ากับร้อยละ 84 ,93, และ 77 ตามลำดับ² โดยหลังปลูกถ่ายไตพบว่า ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น มีชีวิตใกล้เคียงคนปกติ ไม่ต้องจำกัดอาหารและ

น้ำ สามารถดูแลตนเองได้ มีสุขภาพจิตดีขึ้น³ ไม่ต้องเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมานจากการฟอกไต และมีสมรรถภาพทางเพศดีขึ้นใกล้เคียงปกติ ผู้หญิงสามารถตั้งครรภ์อย่างปลอดภัยหลังการปลูกถ่ายไตแล้ว 1-2 ปี ทำงานดี⁴ แม้จะมีหลักฐานแสดงชัดเจนว่า การปลูกถ่ายไตเป็นการรักษาผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้ผลสูงสุด แต่อย่างไรก็ตามเป็นที่ทราบโดยทั่วกันว่า การรอรับไตบริจาคเพื่อการปลูกถ่ายไตนั้น ต้องอาศัยระยะเวลาการรอคอยเป็นเวลานาน

ข้อมูลจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย พบว่า ตั้งแต่ 1 มกราคม 31 – 2549 ธันวาคม 2558 มีผู้ได้รับการปลูกถ่ายไต 364 ราย หรือร้อยละ 7.7 ของผู้รอรับอวัยวะทั้งหมด แสดงให้เห็นว่าจำนวนไตมีไม่เพียงพอต่อการปลูกถ่ายไต ในปี พ.ศ. 2558 มีผู้รอรับบริจาคไตรายใหม่ถึง 1,405 ราย หรือร้อยละ 28 ของผู้รออวัยวะทั้งหมด และในระหว่างรอพบว่า มีผู้รอรับบริจาคไตเสียชีวิต จำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 2.2 ซึ่งระยะเวลาการรอการปลูกถ่ายไต นับจากวันที่ลงทะเบียนที่ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย มีระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 996 วัน ได้รับการปลูกถ่ายไตเร็วที่สุด คือ 17 วัน และนานที่สุด คือ 7,579 วัน⁵ ใน ปี พ.ศ.2558 โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ มีผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 6,089 ราย หรือเท่ากับ 54,899 รอบ และมีผู้ที่ประสงค์รับการปลูกถ่ายไตจำนวน 28 คน⁶

จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่อยู่ระหว่างรอรับการปลูกถ่ายไตมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม เช่น ดื่มน้ำเกินปริมาณที่จำกัด มีของเสี้ยคั่ง พักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ส่งผลให้สภาพร่างกายของผู้ป่วยไม่พร้อมรับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตในเวลาเร่งด่วน เนื่องด้วยการรอคอยการปลูกถ่ายไตที่ยาวนาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้รอรับการเปลี่ยนถ่ายไตจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ที่ควรจะต้องรับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้รอรับการปลูกถ่ายไตมีความสามารถในการ

ดูแลตนเองอย่างสูงสุด ต่อเนื่อง เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี มีความพร้อมเพื่อการเข้ารับการปลูกถ่ายไตได้ทุกเมื่อ แต่จากการทบทวนการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การศึกษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นอธิบายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังที่ได้รับการปลูกถ่ายไต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด โดยยังไม่พบการศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้รอรับการปลูกถ่ายไต ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลที่มปลูกถ่ายไต จึงสนใจศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้รอรับการปลูกถ่ายไต เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการวางแผนช่วยเหลือให้การพยาบาล และพัฒนาศักยภาพของผู้รอรับการปลูกถ่ายไตให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง และมีคุณภาพชีวิต พร้อมรับการปลูกถ่ายไตได้ในทุกเวลา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้รอรับการปลูกถ่ายไต ที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้เฉลี่ย/เดือน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้รอรับการปลูกถ่ายไต ที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research)

ประชากร

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและอยู่ระหว่างรอปลูกถ่ายไตของหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จำนวน 19 คน ทั้งเพศชายและหญิง ทุกคนมีรายชื่ออยู่ในทะเบียนผู้ป่วยรอเปลี่ยนถ่ายไต มีอายุตั้งแต่ 18

ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ และมีความยินดีที่จะเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างของการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้เฉลี่ย/เดือน

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไตของ ปัญท์ ชนิต จินดาธนสาร (2013) ซึ่งประยุกต์จากกรอบแนวคิดของโอเร็ม ที่ครอบคลุมการดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ⁷ โดยจะจำแนกเป็นรายด้าน คือ การรับประทานยา การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อารมณ์ และการรับประทานอาหาร ด้านละ 4 ข้อ รวม 16 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น Likert's scale 5 ระดับ ดังนี้

- | | | |
|-----------|---------|------------------------|
| ไม่เลย | หมายถึง | ไม่เคยปฏิบัติ |
| | | ได้ 1 คะแนน |
| เล็กน้อย | หมายถึง | เคยปฏิบัติมานานๆ ครั้ง |
| | | ได้ 2 คะแนน |
| ปานกลาง | หมายถึง | ปฏิบัติเป็นบางครั้ง |
| | | ได้ 3 คะแนน |
| มาก | หมายถึง | ปฏิบัติบ่อยๆ |
| | | ได้ 4 คะแนน |
| มากที่สุด | หมายถึง | ปฏิบัติเสมอ/ทุกครั้ง |
| | | ได้ 5 คะแนน |

เกณฑ์การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองรายข้อตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนน ดังนี้

คะแนน 1.00 – 1.50 แสดงถึงการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ต่ำมาก

คะแนน 1.51 – 2.50 แสดงถึงการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำ

คะแนน 2.51 – 3.50 แสดงถึงการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองปานกลาง

คะแนน 3.51 - 4.50 แสดงถึงการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี

คะแนน 4.51 - 5.00 แสดงถึงการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีมาก

3. แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้รับการปลูกถ่ายไต การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ที่ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ ตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (Physical domain) ด้านจิตใจ (Psychological domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) และด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84⁸ ลักษณะคำตอบเป็น Likert's scale 5 ระดับ ดังนี้

- | | | |
|-----------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ไม่เลย | หมายถึง | ไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลยรู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก ได้ 1 คะแนน |
| เล็กน้อย | หมายถึง | มีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจ หรือรู้สึกแย่มาก ได้ 2 คะแนน |
| ปานกลาง | หมายถึง | มีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลางๆ หรือรู้สึกแย่มาก ระดับกลางๆ ได้ 3 คะแนน |
| มาก | หมายถึง | มีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี ได้ 4 คะแนน |
| มากที่สุด | หมายถึง | มีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่าสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก ได้ 5 คะแนน |

โดยที่แบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ได้กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนน

คุณภาพชีวิตมีคะแนนรวมตั้งแต่ 26 ถึง 130 คะแนน⁸
ดังนี้

คะแนน 26 – 60 คะแนน แสดงถึงการมี
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมี
คุณภาพชีวิตปานกลาง

คะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมี
คุณภาพชีวิตที่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความ
ตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ
3 ท่าน ได้แก่ แพทย์อายุรศาสตร์โรคไต และพยาบาล
ผู้เชี่ยวชาญหน่วยบำบัดทดแทนไต มีความตรงเชิง
เนื้อหาเท่ากับ 0.90 และถูกจึงนำมาทดลองใช้
(Try out) กับผู้ป่วยรอปลูกถ่ายไตที่หน่วยเปลี่ยนไต
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 15 คน
เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม
โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Chronbach's
Alpha coefficient) โดยแบบสอบถามพฤติกรรม
ดูแลตนเองเท่ากับ .78 และแบบประเมินคุณภาพชีวิต
ของผู้รอรับการปลูกถ่ายไตเท่ากับ .93

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลเชียงราย
ประชานุเคราะห์ หมายเลข ขร 0032.102/วิจัย/
326 ลงวันที่ 12 กรกฎาคม 2559 และคณะ

กรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาล
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หมายเลข ขร 6593(8).3
บจ.จร/312 ลงวันที่ 31 มกราคม 2560 ทั้งนี้ผู้วิจัย
คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 3 ด้าน
คือ ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการวิจัย ประโยชน์
ที่ได้รับจากการวิจัย และการรักษาความลับของ
ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูล
ส่วนบุคคล ข้อมูลพฤติกรรมดูแลตนเอง และ
คุณภาพชีวิตของผู้รอรับการปลูกถ่ายไต โรง
พยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ได้แก่ การ
แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยง
เบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ความ
สัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์
พฤติกรรมดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้
รอรับการปลูกถ่ายไต ใช้การคำนวณค่าไคว์สแควร์
(Chi-square test)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ
57.9) อายุระหว่าง 40 – 31 ปี (ร้อยละ 57.8)
สถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 63.2) การศึกษาระดับ
มัธยมศึกษา (ร้อยละ 47.4) อาชีพพนักงาน/ลูกจ้าง/
รับจ้าง (ร้อยละ 52.6) รายได้เฉลี่ย/เดือน 10,000
บาท/ต่ำกว่า (ร้อยละ 89.5) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามจำนวนและร้อยละ (N = 19)

ข้อมูลด้านประชากรศาสตร์	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	11	57.9
หญิง	8	42.1
อายุ (ปี) อายุเฉลี่ย 34.1 ปี สูงสุด 59 ปี ต่ำสุด 21 ปี		
20 – 30	6	31.57
31 – 40	11	57.89
41 – 50	1	5.26
51 ปีขึ้นไป	1	5.26
สถานภาพสมรส		
โสด	12	63.2
สมรส	6	31.6
หม้าย หย่า แยก	1	5.3
การศึกษา		
ประถมหรือต่ำกว่า	2	10.5
มัธยมศึกษา	9	47.4
ปวส. ปริญญาตรี	8	42.1
อาชีพ		
พนักงาน ลูกจ้าง รับจ้าง	10	52.6
เจ้าของธุรกิจ ค้าขาย	2	10.5
พ่อบ้าน แม่บ้าน	7	36.8
รายได้เฉลี่ย (เดือน)		
10,000 บาท/ต่ำกว่า	17	89.5
10,001 – 30,000 บาท	2	10.5

พฤติกรรมการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 4.10$, S.D. = 9.28) พฤติกรรมที่ปฏิบัติได้ดีที่สุด คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($\bar{x} = 4.32$, S.D. = 2.82) โดยพบว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ

แต่งตัว ด้วยตนเองเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติได้ดีมาก ($\bar{x} = 4.68$, S.D. = 0.58) รองลงมา คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอารมณ์ ($\bar{x} = 4.11$, S.D. = 3.62) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยา ($\bar{x} = 4.10$, S.D. = 3.58) และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร ($\bar{x} = 3.85$, S.D. = 2.09) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รอรับการปลูกถ่ายไต (N = 19)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	X	S.D.	แปลผล
ด้านการรับประทานยา	4.07	0.90	ดี
การไม่ลดขนาดยาหรือหยุดยาเอง	3.36	1.70	ปานกลาง
การรับประทานยาตรงเวลาตามแผนการรักษาของแพทย์	4.26	0.80	ดี
การตรวจสอบปริมาณยาว่ามีครบและเพียงพอก่อนถึงวันนัด	4.42	0.76	ดี
การติดต่อแพทย์ พยาบาล เมื่อยาหมดก่อนวันนัด	4.21	1.18	ดี
ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	4.33	0.71	ดี
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร	4.68	0.58	ดีมาก
การอาบน้ำ แต่งตัว ด้วยตนเอง			
การปฏิบัติบทบาทในสังคม เช่น พ่อ แม่ หรือ การประกอบอาชีพ	4.31	0.88	ดี
การติดตามข่าวเกี่ยวกับการบริการสุขภาพ หรือสิทธิการรักษา เช่น ดู	4.36	0.83	ดี
รายการข่าวจากโทรทัศน์/การอ่านจากสื่อต่างๆ			
การหาวิธีในการออกกำลังกายที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ	3.94	1.17	ดี
ด้านอารมณ์	4.11	0.91	ดี
มีวิธีการจัดการกับตนเอง เมื่อมีอารมณ์โกรธ หรือ ไม่สบายใจ	4.10	0.81	ดี
มีวิธีการจัดการกับตนเองเมื่อรู้สึกเบื่อต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษา	4.10	0.99	ดี
การยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นเมื่อรูปร่างหน้าตาเปลี่ยนไป	4.31	0.94	ดี
เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ ต้องการความช่วยเหลือ จะปรึกษาเพื่อนญาติ	3.89	1.14	ดี
บุคคลใกล้ชิดทุกครั้ง			
ด้านการรับประทานอาหาร	3.86	0.52	ดี
การเติมน้ำปลา เกลือ หรือซีอิ๊วก่อนการรับประทานอาหาร	4.10	0.81	ดี
การดื่มน้ำสะอาด และจำกัดน้ำดื่มตามแผนการรักษาของแพทย์	3.68	0.67	ดี
การหาวิธีให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น เมื่อรู้สึกเบื่ออาหาร	3.63	0.89	ดี
การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีผลต่อไต เช่น อาหารหมักดอง อาหาร ผล	4.00	1.15	ดี
ไม้แห้ง ขนมหัง เนื้อสัตว์ที่มีไขมันและคอเลสเตอรอลมาก (ไข่แดง			
เครื่องใน หนังสัตว์ หมูสามชั้น หมูกรอบ) เป็นต้น			
พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม	4.08	0.58	ดี

คุณภาพชีวิตของผู้รับการปลูกถ่ายไต กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตของผู้รับการปลูกถ่ายไตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 88.57, S.D. = 11.79$) คุณภาพชีวิตของผู้รับการปลูกถ่ายไตด้านที่ดีที่สุดคือ คุณภาพชีวิตของผู้รับการปลูกถ่ายไตด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{x} = 27.73, S.D. = 4.26$) รองลงมา คือ

คุณภาพชีวิตของผู้รับการปลูกถ่ายไตด้านสุขภาพร่างกาย ($\bar{x} = 23.57, S.D. = 3.30$) คุณภาพชีวิตของผู้รับการปลูกถ่ายไตด้านจิตใจ ($\bar{x} = 20.31, S.D. = 3.21$) และคุณภาพชีวิตของผู้รับการปลูกถ่ายไตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($\bar{x} = 10.42, S.D. = 2.31$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้รับการปลูกถ่ายไต จำแนกเป็นรายด้าน (N = 19)

องค์ประกอบ	\bar{x}	S.D.	แปลผล
ด้านสุขภาพร่างกาย	23.57	3.30	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	20.31	3.21	ปานกลาง
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	10.42	2.31	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	27.73	4.26	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตโดยรวม	88.57	11.79	ปานกลาง

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้เฉลี่ย/เดือน พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร

การรับประทานยา การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านอารมณ์ และพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้รับการปลูกถ่ายไต (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ ปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้รับการปลูกถ่ายไต (N=19)

ตัวแปร	χ^2	p-value
ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์		
เพศ	16.949	.202
อายุ	44.189	.262
อาชีพ	28.093	.354
ระดับการศึกษา	26.433	.440

ตัวแปร	χ^2	p-value
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	6.613	.921
พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร	97.69	.297
พฤติกรรมด้านการรับประทานยา	112.94	.589
พฤติกรรมด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	97.33	.306
พฤติกรรมด้านอารมณ์	114.45	.227
พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม	196.33	.460

อภิปรายผล

พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมของผู้รอรับการปลูกถ่ายไตอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร ปรัชญาประเสริฐ ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง⁹ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ตัวอย่างคือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รอรับการปลูกถ่ายไต ถือว่าเป็นกลุ่มเดียวกับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยา ในประเด็นการไม่ลดขนาดยาหรือหยุดยาเอง อยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอื่นๆ อยู่ในระดับดีถึงดีมาก ทั้งนี้อาจเนื่องจากมาจากตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระหว่างรอรับการปลูกถ่ายไต ที่ต้องบำบัดรักษาด้วยการฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม และเชื่อว่าแพทย์สามารถให้การช่วยเหลือได้ จึงมุ่งความสนใจไปที่การฟอกไตเป็นหลัก¹⁰ ทำให้ความสนใจและพฤติกรรมในการรับประทานยาลดน้อยลง ซึ่งโดยปกติแล้วผู้ป่วยไตวายจะต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอแม้จะอยู่ในระยะของการได้รับการบำบัดด้วยเครื่องไตเทียม เพื่อรักษาสสมดุลของน้ำ กรดต่าง และเกลือแร่ในร่างกาย การเพิกเฉยในการดูแลตนเองด้านการรับประทานยา เนื่องจากผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ว่า การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสามารถช่วยแก้ไขปัญหาความไม่สมดุลของกรดต่าง และเกลือแร่ในร่างกายให้กลับมาเป็น

ปกติได้

คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้รอรับการปลูกถ่ายไตอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของรุ่งลาวลัย ยี่สุนแก้ว และคณะ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอยู่ในระดับปานกลาง¹¹ และการศึกษาของสมพร ชินโนรส ที่สังเคราะห์งานวิจัยด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังแล้วพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก เช่นเดียวกับเครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้ในการศึกษาค้นคว้า¹² ทั้งนี้อาจมาเนื่องจากผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายต้องเข้ารับการฟอกไตอยู่เป็นประจำ และต้องมีการควบคุมพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเข้มงวด เมื่อเปรียบเทียบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายกับผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายภายหลังได้รับการปลูกถ่ายไต พบว่า ผู้ป่วยหลังได้รับการปลูกถ่ายไตจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าระหว่างรอปลูกถ่ายไตอย่างมีนัยสำคัญ¹³

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ระหว่างรอปลูกถ่ายไต ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา ที่พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางตรงกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย¹⁴ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าอยู่ในระดับ

ดีถึงดีมาก การที่บุคคลจะมีสุขภาพดีได้นั้น ต้องมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม ในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง ซึ่งการดูแลตนเองจะเป็นการกระทำที่จิตใจและมีเป้าหมาย เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ เมื่อบุคคลกระทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างหน้าที่ของร่างกายสามารถดำรงชีวิตได้อย่างผาสุก¹⁵ และปัจจัยทางประชากรศาสตร์ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้เฉลี่ย/เดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้รอปลูกถ่ายไต ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ให้ผลในทางตรงกันข้ามกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า เพศ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา มีความสัมพันธ์ต่อระดับคุณภาพชีวิต^{11-12,16} ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ทำในกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย กลุ่มเฉพาะที่รอรับการปลูกถ่ายไต ซึ่งมีจำนวนประชากรน้อย และผู้ป่วยกลุ่มนี้ถือว่าเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ผ่านกระบวนการรักษาพยาบาลมาเป็นระยะเวลานาน สามารถปรับตัวเข้ากับภาวะเจ็บป่วย มีความพร้อมสำหรับการได้รับการปลูกถ่ายไตในทุกเวลา

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ควรมีการพัฒนาคลินิกปลูกถ่ายไตแบบบูรณาการทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนาการ และนักจิตวิทยา เป็นต้น ในการให้ความรู้ ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รอ

รับการปลูกถ่ายไต โดยเฉพาะเรื่องการรับประทานยา ที่ถูกต้องและต่อเนื่องในระยะยาว ช่วยให้ผู้รอรับการปลูกถ่ายไตมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามลำดับ

2. ควรพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้รอรับการปลูกถ่ายไต เริ่มตั้งแต่การประเมินได้ว่าผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีความพร้อมและแพทย์มีข้อวินิจฉัยสมควรให้ได้รับการปลูกถ่ายไต ที่เป็นรูปธรรม และสามารถประเมินผลได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาติดตามพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างนี้ในระยะเวลายาวนานขึ้น เช่น 1 หรือ 2 ปี เนื่องจากผู้รอรับการบริจาคไตต้องใช้เวลารอคอยการบริจาคไตเป็นเวลานาน

2. เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย จึงควรทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อประเมินความพร้อมของผู้รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตและครอบครัว และคุณภาพชีวิตในระยะหลังได้รับการปลูกถ่ายไต

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีขนาดจำนวนน้อยตามจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการพิจารณาจากแพทย์ว่ามีความพร้อมและเหมาะสมที่จะได้รับการปลูกถ่ายไต

เอกสารอ้างอิง

1. Jonathan H, Mohamed HS, editors. Chronic kidney disease, dialysis, and transplantation. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2010.
2. อติพร อิงค์สาทิติ. ความสำเร็จของการปลูกถ่ายไตในประเทศไทย. วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. 2552; 2(15):97-101.
3. Murphy F. The role of the nurse in pre-renal transplantation. BJN. 2007; 16(10):582-587.
4. อรรถพงศ์ วงศ์วิวัฒน์. การดูแลโรคไตเรื้อรังในปัจจุบัน. ใน: ทวี ศิริวงศ์. (บรรณาธิการ) Update on CKD prevention: Strategies and practical points. กรุงเทพฯ: สร้างสื่อ; 2550. หน้า 54 - 51.
5. ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย. รายงานประจำปี 2558. วารสารศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย. 2558;35-28.

6. หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. รายงานผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ปี 2558.
7. ปัญช์ชนิด จินดาธนสาร, กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์, วรรณภา ประไพพานิช. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไต. ราชกิจภัทยบาลสาร. 2556; 19(1):87-101.
8. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI). โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต 2545. [สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2559]; สืบค้นจาก <http://www.dmh.go.th/test/whoqol>
9. สุภาพร ปรัชญาประเสริฐ. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับจังหวัด: 10 มิถุนายน 2556: ณ ห้องประชุมสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ; 2556.
10. สุภาพร องค์สุรียนนท์. การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา. 2551; 6(1):32-38.
11. รุ่งลาวัลย์ ยี่สุนแก้ว, สุรชาติ ณ หนองคาย, ชัยรัตน์ ฉายากุล, ดุสิต สุจิรารัตน์. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามสิทธิที่กฎหมายกำหนด กรณีศึกษาโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง. วารสารการพยาบาล. 2559; 18(1):79-88.
12. สมพร ชีโนรส, ชุติมา ดีปัญญา. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด. วารสารเกื้อการณย์. 2256; 20(1):5-14.
13. Oh SH, Yoo EK. Comparison of quality of life between kidney transplant and hemodialysis patients. Taehan Kanho Hakhoe Chi. 2006; 36(7):1145-53.
14. Heidarzadeh M, Atashpeikar S, Jalilazar T. Relationship between quality of life and self-care ability in patients receiving hemodialysis. Iran J Nurs Midwifery Res. 2010; 15(2):71–76.
15. Orem DE. Nursing: concepts of practice. 6thed. St. Louis: Mosby Year Book; 2001.
16. Joshi VD. Quality of life in end stage renal disease patients. World J Nephrol. 2014; 3(4):308–316.

พลของโปรแกรมการล้างมือต่อความรู้ และการปฏิบัติด้านการป้องกัน
และควบคุม การติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยและญาติ
ในแผนกศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลนครพิงค์

Effects of Hand Washing Program on Knowledge and Practice of
Prevention and Control of Multi-drug Resistance Organisms among
Nursing Personnel, Patients, and Care-givers in Surgical and
Orthopedic Department in Nakornping Hospital

บัวจันทร์ ธงเชื้อ พย.บ. * Buachan Thongchuea B.N.S.*
ปัทมา คำฟู พย.บ.* Pattama Khamfu B.N.S.*
สุทธิพันธ์ ถนอมพันธ์ พย.ม.** Sutthiphphan Thanomphan M.N.S.**

บทคัดย่อ

การล้างมือเป็นมาตรการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาที่มีประสิทธิภาพ และเสียค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติการณ์น้อย การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการล้างมือ ต่อความรู้และการปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาลและญาติ ในแผนกศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูกและข้อโรงพยาบาลนครพิงค์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยจำนวน 27 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 167 คน ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยจำนวน 75 คน ผู้ป่วยและญาติจำนวน 218 คน ที่ปฏิบัติงานและเข้ารับการรักษานในแผนกศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูกและข้อโรงพยาบาลนครพิงค์ ในระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึง 31 สิงหาคม 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้เรื่องการล้างมือและการปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยา ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.8 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรู้โดยวิธี K-R20 ได้ค่าเท่ากับ 0.78 หาค่าความเชื่อมั่นของการสังเกตจากการทดลองใช้เท่ากับ 1.0 และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือโปรแกรมการล้างมือ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ t-test ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้ด้านการล้างมือหลังการใช้โปรแกรมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรม โดยกลุ่มพยาบาลจากร้อยละ 75.7 เป็น 89.0 ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยจากร้อยละ 64.5 เป็น 80.4 ผู้ป่วยและญาติจากร้อยละ 62.3 เป็น 79.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และอัตราการล้างมือภายหลังการใช้โปรแกรมการล้างมือ ก่อนสัมผัสผู้ป่วย (Moment 1) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 43.0 เป็น 51.12

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

* Registered nurse Nakorn Ping Hospital, Chiang Mai

** พยาบาลวิชาชีพ งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

** Infection control nurse, Nakorn Ping Hospital, Chiang Mai

การล้างมือหลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย (Moment 5) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 66.50 เป็น 92.74 ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า ผลของการใช้โปรแกรมการล้างมือสามารถช่วยเพิ่มอัตราการปฏิบัติในการล้างมือ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา

คำสำคัญ: โปรแกรมการล้างมือ ความรู้และการปฏิบัติ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยา บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและญาติ

Abstract

Hand hygiene is an efficient and low cost strategies to prevent multi-drug resistant organisms (MDR.). This quasi-experimental research aimed to evaluate hand hygiene program (HHP) in terms of knowledge and practices in prevention of MDR infections among registered nurses, nurse aids, patients and relatives. Participants are 27 infection control nurses, 167 registered nurse, 75 nurse aids, and 218 patients and relatives. The study was conducted in surgical departments and orthopedics departments during 1 February 2016 to 31 August 2016. Participants were asked to fill in a hand hygiene questionnaires to assess their knowledge. A structured observation form was used to evaluate hand hygiene practices. The content validity of the hand hygiene questionnaires was examined by 5 panel experts and the validity index was 0.8. The K-R20 was 0.78, and the reliability observer was 1. Data were analyzed by using t-test and descriptive statistics. The study founded that after using the hand washing program, participants' knowledge in hand hygiene practices increased significant from 75.7% to 89.0% in register nurses, from 64.5% to 80.4% in nurse aides, and from 62.3% to 79.4% in patients and relatives ($p < 0.001$). Hand hygiene compliance rates increased from 43.0% to 51.1% in Moment 1, and from 66.5% to 92.7% in Moment 5. This research shown that HHP increased hand hygiene compliance rate which was the importance of MDR infection control.

Key words: Hand hygiene Program, Knowledge and practice, Multi-drug organism Resistance (MDR), Infection prevention and control, Nursing team Patients and relatives

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขของทุกประเทศ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีการให้บริการทางสุขภาพที่ซับซ้อน¹ ปัญหาการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลนครพิงค์ปัจจุบันมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นโดยจากข้อมูลในปีงบประมาณ 2558 พบการติดเชื้อในโรงพยาบาลทั้งหมด 1,137 ครั้ง มีอัตราการติดเชื้อเท่ากับ 5.24 ครั้งต่อ 1,000 วันนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยในการติดเชื้อดังกล่าวพบเชื้อก่อโรคที่เป็นสาเหตุคิดเป็นร้อยละ ดังนี้ *Acinetobactor baumannii* (*A. baumannii*) ร้อยละ 85.89, *Escherichia Col* (*E.coli*) ร้อยละ 61.86, *Klesiella Pneumoniae* (*K. Pneumoniae*) ร้อยละ 60.61 โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดเชื้อดื้อยาจากเชื้อที่ต้องควบคุมเป็นพิเศษ (Extreme Drug Resistance, XDR) มีจำนวนผู้ป่วย XDR ทั้งหมด 35 ราย โดยเป็นผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมทั้งหมด 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.29² ซึ่งจากปัญหาที่เกิดขึ้นทีมได้ทบทวนหาแนวทางแก้ไขพบว่าได้ทุเลาความรุนแรงลงในปี 2558 แต่แนวโน้มการติดเชื้อ Multidrug Resistance (MDR) ยังคงพบและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้ทำหัตถการผ่าตัดที่มีการใส่อุปกรณ์ การติดเชื้อในกระแสโลหิตเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้ผู้ป่วยอาการทรุดลง ต้องใช้เวลารักษาพยาบาลนานขึ้น เสียค่ายาและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้นส่งผลให้มีอัตราการเสียชีวิตสูง

หนทางการแพร่กระจายเชื้อคือยาที่พบว่าเป็นสาเหตุของการติดเชื้อดื้อยาคือการปนเปื้อนเชื้อดื้อยาจากผู้ป่วยรายหนึ่งไปยังผู้ป่วยอีกรายหนึ่งผ่านมือของบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล เช่น แพทย์ พยาบาล นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล รวมถึงนักกายภาพบำบัด สัมผัสกับแหล่งของเชื้อโรค เช่น ขณะที่บุคลากรปฏิบัติงานช่วยเหลือผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันตามปกติ หรือการสัมผัสร่างกายผู้ป่วย เช่น การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย การทำแผล การปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้เชื้อโรคจะติดมากับมือของบุคลากร แล้วแพร่

กระจายไปสู่ผู้ป่วยอื่นได้ หากบุคลากรเหล่านี้ขาดความระมัดระวังและไม่ทำความสะอาดมือก่อนและหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยแต่ละราย³ ดังการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิถีทางการแพร่กระจายเชื้อปี ค.ศ. 1996-2002 จำนวน 1,022 ฉบับ พบว่าการแพร่กระจายเชื้อเกิดจากการสัมผัสมากที่สุด ร้อยละ 45.3 ของการส่งตรวจเพาะเชื้อทั้งหมด⁴ การศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นได้ว่าเชื้อโรคมือโอกาสแพร่กระจายเชื้อไปยังผู้ป่วยอื่นและทำให้เกิดการระบาดได้ง่ายจากการปนเปื้อนเชื้อที่อยู่บนมือของบุคลากรขณะให้การพยาบาลผู้ป่วย เมื่อบุคลากรเหล่านั้นละเลยการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ การทำความสะอาดมือจึงเป็นมาตรการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อที่สำคัญ ซึ่งเป็นการปฏิบัติที่ง่ายและราคาถูกแต่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศการทำความสะอาดมือเป็นนโยบายป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลในการเร่งรัด ส่งเสริม สนับสนุน ปรับปรุง ฝึกระวัง และขอความร่วมมือบุคลากรสุขภาพให้ความสำคัญในเรื่องการทำมือสะอาด (Clean hand) และสมัชชาใหญ่สหประชาชาติ (UN) ได้กำหนดวันที่ 15 ตุลาคมของทุกปี ให้เป็น “วันล้างมือโลก” (Global Hand Washing Day) เพื่อรณรงค์และกระตุ้นให้ประชาชนทั่วโลกหันมาให้ความสำคัญการล้างมือที่ถูกวิธี และสร้างวัฒนธรรมการล้างมือที่สะอาดถูกสุขอนามัยเป็นเครื่องมือป้องกันเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย ลดการป่วยและเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อที่สำคัญ⁵ การทำความสะอาดมือเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญอย่างหนึ่งของความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) เพื่อส่งเสริมวิธีการปฏิบัติที่ดีที่สุดและการปรับปรุงระบบเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย⁶ การทำความสะอาดมือของผู้ป่วยเพื่อกำจัดเชื้อจุลินทรีย์ที่ปนเปื้อนบนมือจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเอง ดังที่มีรายงานการศึกษาพบว่า การทำความสะอาดมือของผู้ป่วยช่วยลดโอกาสการติดเชื้อโนโรไวรัส (Norovirus) ในหอผู้ป่วย

จิตเวชในประเทศจีนลงได้ หลังจากมีการกำหนดให้ผู้ป่วยทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์ทุก 4 ชั่วโมง สามารถลดจำนวนครั้งของการระบาดของโรคทางเดินหายใจจาก 4 ครั้งต่อปี เป็น 1 ครั้งต่อปี และมีการลดลงของโรคทางเดินหายใจในผู้ป่วยจาก 60 ราย เป็น 6 ราย ต่อปี

จากการสำรวจการล้างมือของบุคลากรโรงพยาบาลนครพิงค์ปีงบประมาณ 2558 ประสิทธิภาพการล้างมือภาพรวมของโรงพยาบาลใน Moment 1 คือก่อนสัมผัสผู้ป่วย (Before touching) คิดเป็นร้อยละ 43 และ Moment 5 คือหลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย (After touching patient surrounding) คิดเป็นร้อยละ 66.5 แยกเป็นแผนกศัลยกรรม Moment 1 คิดเป็นร้อยละ 36.8 และ Moment 5 คิดเป็นร้อยละ 62 และแผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ Moment 1 คิดเป็นร้อยละ 37.1 และ Moment 5 คิดเป็นร้อยละ 56.8 พบว่าประสิทธิภาพการล้างมือทั้ง Moment 1 และ Moment 5 มีค่าต่ำกว่ามาตรฐาน² คณะวิจัยประกอบด้วยตัวแทนพยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในแผนกศัลยกรรมศัลยกรรมกระดูกและข้อ ร่วมกันศึกษาและหาแนวทางในการแก้ปัญหาการติดเชื้อทางการแพทย์ และตั้งนั้นผู้วิจัยจึงจัดทำโปรแกรมการล้างมือโดยการจัดการอบรม และการสาธิตย้อนกลับ จัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติกรล้างมือ ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้บุคลากรปฏิบัติตาม โดยมุ่งหวังว่าการใช้โปรแกรมจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการล้างมือและลดการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลจากการบริการทางการแพทย์อันเป็นประโยชน์โดยตรงต่อผู้ป่วย ครอบครัว โรงพยาบาล และประเทศชาติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการล้างมือต่อความรู้และการปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและญาติในแผนกศัลยกรรม และแผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อโรงพยาบาลนครพิงค์ โดย

1. เปรียบเทียบความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและญาติ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการล้างมือ

2. เปรียบเทียบการปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและญาติ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการล้างมือ

3. เปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อดื้อยาของผู้ป่วย ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการล้างมือ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วยและญาติ หลังการใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการล้างมือ

2. คะแนนการปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วยและญาติ หลังการใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการล้างมือ

3. อัตราการติดเชื้อดื้อยาของผู้ป่วยหลังการใช้โปรแกรมการล้างมือ ลดลงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการล้างมือ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนหลัง (One group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการล้างมือต่อความรู้และการปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และญาติในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูกและข้อโรงพยาบาลนครพิงค์

ประชากร กลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ

พยาบาลวิชาชีพจำนวน 167 คน ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยจำนวน 75 คน ที่ปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรมศัลยกรรมกระดูกและข้อโรงพยาบาลนครพิงค์ ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึง 31 สิงหาคม 2559

ผู้ป่วยและญาติ จำนวน 8,617 คน ที่รับเข้ารับรักษาในแผนกศัลยกรรม และศัลยกรรมกระดูกและข้อ ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึง 31 สิงหาคม 2559

กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูกและข้อโรงพยาบาลนครพิงค์จำนวน 242 คน เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Perposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) พยาบาลวิชาชีพจำนวน 167 คน 2) ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยจำนวน 75 คน ในระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึง 31 สิงหาคม 2559 สำหรับผู้ป่วยและญาติ ใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ประชากรใช้ประชากรเป็นหลักพันและไม่เกิน 10,000 ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10-15⁸ โดยสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลากเลือกจากผู้ป่วยและญาติที่รับเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยจำนวน 5 คน/สัปดาห์ ได้กลุ่มตัวอย่าง 218 คน ที่เข้ารับการรักษาในแผนกศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูกและข้อโรงพยาบาลนครพิงค์ ในระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึง 31 สิงหาคม 2559

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบสอบถามปลายปิด แบ่งเป็น 2 ชุด คือชุดที่ 1 พยาบาลและผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ชุดที่ 2 ผู้ป่วยและญาติ

ชุดที่ 1 พยาบาลและผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย เป็นแบบคำถามจำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่ง ประสบการณ์การปฏิบัติงาน การเคยได้รับการฝึกอบรมเรื่องการล้างมือ และปัญหาในการปฏิบัติเรื่องการล้างมือ

ชุดที่ 2 ผู้ป่วยและญาติ เป็นแบบคำถาม

จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การเคยได้รับการฝึกอบรมเรื่องการล้างมือ และปัญหาในการปฏิบัติเรื่องการล้างมือ

1.2 แบบวัดความรู้เรื่องการล้างมือ และการปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ต่อยาที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 2 ชุดที่มีคำถามแตกต่างกัน คือชุดที่ 1 พยาบาล และผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ชุดที่ 2 ผู้ป่วยและญาติ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการล้างมือ และการปฏิบัติด้านสุขอนามัยของมือจำนวน 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือกที่มีคำตอบถูกเพียงข้อเดียว ให้คะแนน 1 คะแนนเมื่อตอบถูก และ 0 คะแนนเมื่อตอบผิด

1.3 แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติตามการล้างมือของบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล และญาติ มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ รายละเอียดของกิจกรรมการปฏิบัติใช้วิธีทำเครื่องหมาย ในการล้างมือ ✓ ลงในช่องว่างปฏิบัติ หรือไม่ปฏิบัติตรงกับพฤติกรรมที่สังเกต มีเกณฑ์ให้คะแนนคือ ปฏิบัติถูกต้องได้ 1 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือไม่ปฏิบัติได้ 0 คะแนน แบบบันทึกการสังเกต ประกอบด้วย การล้างมือตามเหตุการณ์สำคัญ 5 Moment รวม 5 ข้อ เท่ากับ 5 คะแนน ขั้นตอนการล้างมือ 7 ข้อเท่ากับ 7 คะแนน การเลือกใช้สบู่ล้างมือ 1 ข้อเท่ากับ 1 คะแนน

1.4 แบบบันทึกการติดเชื้อต่อยาในแต่ละหอผู้ป่วยศัลยกรรม และศัลยกรรมกระดูกและข้อของงานเฝ้าระวังการติดเชื้อโรงพยาบาลนครพิงค์

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย คือ โปรแกรมการล้างมือ ประกอบด้วย

1. แผนการอบรมให้ความรู้ ประกอบด้วย เนื้อหาเรื่องการล้างมือและเชื้อต่อยา ร่วมกับการสาธิตย้อนกลับในเรื่องการล้างมือ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีการตรวจสอบความตรงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ทดสอบแผนการสอน ให้ความรู้กับพยาบาล ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติในหอผู้ป่วยพิเศษ 6/2 โรงพยาบาลนครพิงค์ ใช้

เวลา 1 ชั่วโมง ในการอบรมและสาธิตย้อนกลับ

2. สื่อการสอนเกี่ยวกับการล้างมือ Power point ผ่านโปรเจคเตอร์ และแท็บเล็ต

3. โปสเตอร์เตือน ขั้นตอนการล้างมือจากงาน เฝาระวังการติดเชื้อโรงพยาบาลนครพิงค์

4. แผ่นพับความรู้เรื่องเชื้อดื้อยา แผ่นพับความรู้การล้างมือของบุคลากรทางการแพทย์ แผ่นพับความรู้การล้างมือของผู้ป่วยและญาติ

5. อุปกรณ์สนับสนุนที่ใช้ในการล้างมือ เช่น น้ำยาล้างมือ แอลกอฮอล์ที่ใช้ในการทำความสะอาดมือ และผ้าเช็ดมือสะอาด

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

การหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย

1. การหาความตรงด้านเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย ไปหาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะ 1 ท่าน หัวหน้าพยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ 1 ท่าน พยาบาลหัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ 1 ท่าน พยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อแผนกศัลยกรรม 1 ท่าน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะแล้ว ผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิกลุ่มเดิมพิจารณาอีกครั้งหนึ่ง ก่อนนำไปหาความเชื่อมั่นและนำไปใช้จริง โดยนำแบบวัดความรู้และแบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติการล้างมือที่ได้รับมามีความน่าเชื่อถือค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ได้ค่าเท่ากับ 0.8 และ 0.9

2. การหาความเชื่อมั่นแบบทดสอบ

ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้ และแบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติการล้างมือที่ผ่านการปรับปรุง

แก้ไขตามผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ในหอผู้ป่วยพิเศษ ศัลยกรรม 6/2 โรงพยาบาลนครพิงค์ ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพจำนวน 9 ราย ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยจำนวน 6 ราย ผู้ป่วยและญาติจำนวน 20 ราย แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น แบ่งออกเป็น ดังนี้

2.1 ความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรู้โดยใช้วิธีของ Kuder-Richardson (K-R 20)⁹ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรู้ของพยาบาล ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติ เท่ากับ .78

2.2 ความเชื่อมั่นของแบบบันทึกการสังเกต ผู้วิจัยใช้แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติการล้างมือ โดยการสังเกตคู่กับพยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อของแต่ละหอผู้ป่วย และนำแบบสังเกตไปทดลองใช้กับพยาบาล ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติ จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ การล้างมือตามเหตุการณ์สำคัญ 5 ข้อ ขั้นตอนการล้างมือ 7 ข้อ การใช้ น้ำยาล้างมือ 1 ข้อ แล้วนำผลการสังเกตมาคำนวณหาความเชื่อมั่นของการสังเกต (Interrater reliability)⁹ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิประชาชนที่ศึกษา

การวิจัยได้รับอนุมัติให้ดำเนินการได้จากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลนครพิงค์ เอกสารเลขที่ ชม 0032.202/074 และผู้วิจัยมีการอธิบายชี้แจงให้พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในหอผู้ป่วยของแผนกศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูกและข้อ รับทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการทำงาน

การรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลนครพิงค์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพิงค์เพื่อขออนุญาตในการทำวิจัย

2. เข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลสาขา ศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลนคร

พิงค์เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขออนุญาตเก็บข้อมูล หลังจากนั้นเข้าพบกับพยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย ขั้นตอน การเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการร่วมทำวิจัย

3. การเก็บข้อมูลจากกลุ่มประชากร 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 พยาบาล ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย และกลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยและญาติ ผู้วิจัยแบ่งขั้นตอนการดำเนินการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ

กลุ่มที่ 1 พยาบาล ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย

ระยะที่ 1 การเก็บข้อมูลพื้นฐาน ระหว่างวัน

ที่ 1 กุมภาพันธ์ – 28 กุมภาพันธ์ 2559 ทดสอบความรู้โดยใช้แบบวัดความรู้เรื่องการล้างมือ และสังเกตการปฏิบัติโดยใช้แบบบันทึกสังเกตการปฏิบัติการล้างมือ ใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในเหตุการณ์ (participatory observation) สุ่มสังเกตในหนึ่งสัปดาห์จะทำการสังเกต 3 วัน เวรเช้าเวลา 08.00-16.00น. ทำการสังเกตพร้อมบันทึกลงในแบบบันทึกการสังเกต และใช้การสังเกตกิจกรรมโดยใช้วิธีสุ่มเหตุการณ์ (event sampling) กรณีที่มีผู้ปฏิบัติพร้อมกันหลายคน ผู้วิจัยสุ่มจับฉลากชื่อบุคลากร 1 คนที่จะสังเกต แล้วทำการสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมตั้งแต่ขั้นตอนแรกจนเสร็จสิ้นกิจกรรม และในระหว่างการสังเกต ผู้วิจัยไม่เข้าร่วมกิจกรรมกับผู้ถูกสังเกต และไม่มีกรให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อไม่ให้ผู้ถูกสังเกตทราบ การปฏิบัติที่เกิดขึ้นจะเป็นไปตามธรรมชาติมากที่สุด และแจกแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินความรู้เพื่อประเมินความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนใช้โปรแกรม โดยจะมีการเก็บแบบสอบถามคืนหลังจากนั้น 1 สัปดาห์ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์

ระยะที่ 2 การใช้โปรแกรมการล้างมือต่อความรู้ และการปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้วย ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม – 30 มิถุนายน 2559 ผู้วิจัยมอบหมายให้พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้ดำเนินการให้ความรู้ โดยใช้วาระการประชุมประจำเดือนของหอผู้ป่วยในเดือน มีนาคม 2559 สอนให้ความรู้ตามแผนการสอน ซึ่ง

เนื้อหาในแผนการสอนเหมือนกันทุกหอผู้ป่วย สื่อการสอนที่ใช้ประกอบด้วย Power point เอกสารแผ่นพับ โปสเตอร์ และมีการสาธิตการปฏิบัติการล้างมือที่ถูกต้องจากผู้สอน ใช้เวลาในการให้ความรู้ประมาณ 1 ชั่วโมง หลังจากให้ความรู้ได้เปิดโอกาสให้มีการซักถาม และกรณีผู้ที่ไม่มาประชุมประจำเดือน และไม่ได้รับการสอนให้ความรู้ ผู้สอนมีการนัดรวมกลุ่มเพื่อสอนให้ความรู้อีกครั้ง จากนั้นในเดือนพฤษภาคม 2559 ในวาระการประชุมประจำเดือนของหอผู้ป่วย ผู้สอนจะทำการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับปฏิบัติการล้างมือแก่บุคลากรเป็นรายบุคคล โดยใช้แบบบันทึกการสังเกต ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

ระยะที่ 3 ประเมินผลการให้ความรู้ และการปฏิบัติการล้างมือ ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม – 31 สิงหาคม 2559 โดยประเมินจากแบบวัดความรู้เรื่องการล้างมือ และแบบบันทึกสังเกตการปฏิบัติการล้างมือชุดเดียวกันกับระยะที่ 1 เพื่อประเมินความรู้และการปฏิบัติการล้างมือหลังใช้โปรแกรม โดยดำเนินการเหมือนระยะที่ 1 จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยและญาติ ใช้ระยะเวลาประมาณ 1 สัปดาห์

ระยะที่ 1 การเก็บข้อมูลพื้นฐาน ระยะเวลา 1-2 วัน ทดสอบความรู้โดยใช้แบบวัดความรู้เรื่องการล้างมือและแบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติการล้างมือที่สร้างขึ้น สุ่มสังเกต 2 วันแรกก็แจกแบบสอบถามและแบบประเมินความรู้เพื่อประเมินความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนใช้โปรแกรม โดยทำการสังเกตเวรเช้าเวลา 08.00-16.00น. ทำการสังเกตพร้อมบันทึกลงในแบบบันทึกการสังเกต ผู้วิจัยใช้การสุ่มเลือกจากผู้ป่วยและญาติที่รับเข้ารักษาในหอผู้ป่วยจำนวน 5 คน/สัปดาห์ โดยจะมีการเก็บแบบสอบถามคืนหลังจากนั้น 2 วัน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์

ระยะที่ 2 การใช้โปรแกรมการล้างมือต่อความรู้ และการปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้วย ระยะเวลา 1-2 วัน ผู้วิจัยมอบหมายให้พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยเป็น

ผู้ดำเนินการให้ความรู้ จากการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยและญาติที่รับเข้ารักษาในหอผู้ป่วยจำนวน 5 คน/สัปดาห์ โดยจะมีการนัดรวมกลุ่มผู้ป่วยและญาติ ในวันพฤหัสบดีของสัปดาห์ คือใช้เวลาช่วงหลังพักเที่ยง เวลา 13.00-14.00 น. สอนให้ความรู้ตามแผนการสอน ซึ่งเนื้อหาในแผนการสอนเหมือนกันทุกหอผู้ป่วย สื่อการสอนที่ใช้ประกอบด้วย Power point (ฉายจากแท็บเล็ต) เอกสารแผ่นพับ โปสเตอร์ และมีการสาธิต การปฏิบัติการล้างมือที่ถูกต้องจากผู้สอน ใช้เวลาในการให้ความรู้ประมาณ 1 โมง หลังจากให้ความรู้ได้ เปิดโอกาสให้มีการซักถาม จากนั้นอีก 1 วันผู้สอนจะ ทำการติดตาม สอบถามปัญหาอุปสรรคในการล้างมือ พร้อมให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับปฏิบัติการล้างมือ เป็นรายบุคคล

ระยะที่ 3 ประเมินผลการให้ความรู้ และการปฏิบัติการล้างมือ ระยะเวลา 1-2 วัน โดยประเมินจาก แบบวัดความรู้เรื่องการล้างมือ และแบบสังเกตการ ปฏิบัติการล้างมือชุดเดียวกันกับระยะที่ 1 เพื่อ ประเมินความรู้และการปฏิบัติการล้างมือหลังใช้ โปรแกรม โดยจะมีการเก็บแบบสอบถามคืนในวันถัด ไปหลังดำเนินกิจกรรมในระยะที่ 2 จากนั้นผู้วิจัย ดำเนินการรวบรวมข้อมูล เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูล ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรพยาบาล ผู้ ช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติ โดยใช้สถิติเชิง พรรณนาในการ แจกแจงค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่า เฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อน และหลังการใช้โปรแกรมการล้างมือโดยใช้สถิติ t-test

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนร้อยละก่อน

และหลังการใช้โปรแกรมล้างมือ ในการปฏิบัติการล้าง มือ 2 เหตุการณ์สำคัญ คือ ก่อนสัมผัสผู้ป่วย (Mo- ment 1) และหลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย (Moment 5) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อ ต่อยาของผู้ป่วย ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการ ล้างมือโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่าพยาบาล 167 คน ร้อยละ 69.01 ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย 75 คน ร้อยละ 30.99 เป็นเพศหญิง 234 คน ร้อยละ 96.69 เพศชาย 8 คน ร้อยละ 3.31 มีอายุระหว่าง 19-57 ปี เฉลี่ย 32.4 ปี ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.34 ช่วงอายุที่ พบมากที่สุดคือ 21-30 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี หรือเทียบเท่ามากที่สุดร้อยละ 67.4 มีประสบการณ์ ในการทำงานตั้งแต่ 1-34 ปี เฉลี่ย 10.2 ปี ค่าส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.81 โดยปฏิบัติงาน >10 ปี มาก ที่สุดร้อยละ 39.0 ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติ การล้างมือร้อยละ 57.9 ส่วนใหญ่รับการอบรมจาก งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลนคร พิงค์ร้อยละ 72.1 และพบปัญหาในการปฏิบัติการล้าง มือร้อยละ 37.6 พบมากในด้านอุปกรณ์ในการล้างมือ ร้อยละ 45.7 และพบว่าผู้ป่วยและญาติ 218 คน เป็น เพศหญิง 122 คน ร้อยละ 55.96 เพศชาย 96 คน ร้อยละ 44.04 มีอายุระหว่าง 9-77 ปี เฉลี่ย 39 ปี ค่า ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.89 ช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ 20-39 ปี พบร้อยละ 44.5 จบการศึกษาระดับ มัธยมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 45.0 ได้รับการอบรม เกี่ยวกับการปฏิบัติการล้างมือร้อยละ 25.7 ส่วนใหญ่ รับการอบรมจากการจัดกิจกรรมโรงเรียนร้อยละ 53.6 และพบปัญหาในการปฏิบัติการล้างมือร้อยละ 15.6 พบมากในด้านสถานที่และอุปกรณ์ในการล้างมือรวม กันร้อยละ 90

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของคะแนนเฉลี่ยความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล ผู้ป่วยและญาติ ก่อน-หลังการใช้โปรแกรมการล้างมือ (n=2505, 1125, 3270)

บุคลากร	ความรู้ก่อนการใช้โปรแกรม		ความรู้หลังการใช้โปรแกรม	
	คะแนนที่ได้/ คะแนนทั้งหมด	ร้อยละ	คะแนนที่ได้/ คะแนนทั้งหมด	ร้อยละ
พยาบาล	1896/2505	75.7	2229/2505	89.0
ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย	725/1125	64.5	905/1125	80.4
ผู้ป่วยและญาติ	2037/3270	62.3	2597/3270	79.4

*p<.001

จากตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาล ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติ ในการล้างมือและการปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดี้อย่างระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรม พบว่าภายหลังการใช้โปรแกรมคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 75.7, 64.5, 62.3 เป็นร้อยละ 89.0, 80.4, 79.4 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล ในการล้างมือ ระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

คะแนนความรู้	μ	σ	t	Sig
ก่อน	10.91	2.5		
หลัง	12.98	2.09	-13.8	0.001*

*p<.001

จากตารางที่ 2 พบว่าก่อนการใช้โปรแกรมการล้างมือ พยาบาลและผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 10.91 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.50 คะแนน ภายหลังการใช้โปรแกรมการล้างมือและการปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดีของพยาบาลและผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นเป็น 12.98 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.09 คะแนน ซึ่งสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยและญาติ ในการล้างมือ ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

คะแนนความรู้	μ	σ	t	Sig
ก่อน	9.34	3.27		
หลัง	11.90	2.46	-17.49	0.001

*p<.001

จากตารางที่ 3 พบว่า ก่อนการใช้โปรแกรมการล้างมือ ผู้ป่วยและญาติ มีค่าเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 9.34 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.27 คะแนน ภายหลังการใช้โปรแกรมการล้างมือและการปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้วย

ของพยาบาลและผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นเป็น 11.90 คะแนนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.46 คะแนน ซึ่งสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้วยตามอัตราการล้างมือของบุคลากรทางการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติในระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการล้างมือ

บุคลากร	อัตราการล้างมือก่อนและหลัง การใช้โปรแกรมการล้างมือ (ร้อยละ)			
	ก่อนสัมผัสผู้ป่วย (Moment 1)		หลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย (Moment 5)	
	ก่อนใช้โปรแกรม	หลังใช้โปรแกรม	ก่อนใช้โปรแกรม	หลังใช้โปรแกรม
พยาบาลและผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย	36.95	47.83	59.40	91.19
ผู้ป่วยและญาติ	18.35	67.89	68.81	96.78

จากตารางที่ 4 อัตราการล้างมือใน Moment 1 และ Moment 5 ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรม พบว่า ภายหลังการใช้โปรแกรมอัตราการล้างมือของพยาบาล ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย และผู้ป่วยและ

ญาติ ใน Moment 1 จากร้อยละ 36.95, 18.35 เป็นร้อยละ 47.83, 67.89 ตามลำดับ และ Moment 5 จากร้อยละ 59.40, 68.81 เป็นร้อยละ 91.19, 96.78 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อดื้อยาของผู้ป่วยระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการล้างมือ

ชนิดเชื้อดื้อยา	อัตราการติดเชื้อดื้อยา (:1,000 วันนอน)					
	แผนกศัลยกรรม		แผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ		รวมทั้ง 2 แผนก	
	ก่อนใช้โปรแกรม	หลังใช้โปรแกรม	ก่อนใช้โปรแกรม	หลังใช้โปรแกรม	ก่อนใช้โปรแกรม	หลังใช้โปรแกรม
MDR	7.07	8.85	1.26	1.82	4.46	5.54
XDR	0.34	0.63	0	0.16	0.2	0.4

จากตารางที่ 5 อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-สิงหาคม พบการติดเชื้อ MDR เพิ่มขึ้นจาก 4.66 เป็น 5.54 ต่อ 1,000 วันนอน การติดเชื้อ XDR เพิ่มขึ้นจาก 0.2 เป็น 0.4 ต่อ 1,000 วันนอน และเมื่อแยกวิเคราะห์ตามแผนกพบการติดเชื้อ MDR ในแผนกศัลยกรรมเพิ่มขึ้นจาก 7.07 เป็น 8.85 ต่อ 1,000 วันนอน, แผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ เพิ่มขึ้นจาก 1.26 เป็น 1.82 ต่อ 1,000 วันนอน และการติดเชื้อ XDR ในแผนกศัลยกรรมเพิ่มขึ้นจาก 0.34 เป็น 0.63 ต่อ 1,000 วันนอน, แผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อเพิ่มขึ้นจาก 0 เป็น 0.16 ต่อ 1,000 วันนอน

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการล้างมือต่อความรู้ และการปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล ผู้ป่วยและญาติในแผนกศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลนครพิงค์ ที่ผู้วิจัยได้ประเมินความรู้เรื่องการล้างมือ และสังเกตการปฏิบัติการล้างมือทั้งก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม พบว่าคะแนนความรู้ด้านการล้างมือของพยาบาล ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติ ภายหลังการใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมจากร้อยละ 75.70, 64.50, 62.30 เป็น 89.0, 80.4, 79.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (< 0.001) เมื่อพิจารณารายข้อคำถามในแบบประเมินความรู้ ภายหลังการใช้โปรแกรม พบว่ามีคะแนนเพิ่มขึ้นใน

ทุกข้อ โดยข้อคำถามที่ตอบถูกมากที่สุด ในพยาบาลและผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย เรื่องการล้างมือสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลตามหลัก 5 Moments ร้อยละ 99.4, 97.3 ผู้ป่วยและญาติ เรื่องกิจกรรมที่ควรล้างมือ ร้อยละ 95.4 ส่วนข้อคำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุดในพยาบาล เรื่องความแตกต่างของการล้างมือในการดูแลผู้ป่วยทั่วไป และผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล ร้อยละ 71.9 ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย เรื่องการล้างมือให้ถูกประเภท ร้อยละ 45.9 และผู้ป่วยและญาติ เรื่องบริเวณการล้างมือที่ไม่ทั่วถึง ร้อยละ 44.5 อภิปรายได้ว่า พยาบาลและผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยมีความรู้เรื่องการล้างมือในเหตุการณ์สำคัญ 5 Moments ในโรงพยาบาล แต่เนื่องด้วยอัตรากำลังในหน่วยงานมีน้อย ภาระงานมาก ทำให้ต้องเร่งรีบล้างมือเพื่อที่จะได้ปฏิบัติงานได้ทันเวลา ประกอบกับอุปกรณ์ด้านการล้างมือที่ไม่เพียงพอหรือไม่เหมาะสม เช่น อ่างล้างมือมีน้อย หรืออ่างล้างมืออยู่ไกล ผ้าเช็ดมือ หรือน้ำยาล้างมือไม่เพียงพอ ก็นำมาเป็นแบบหมุ่นใช้งานยาก เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นอุปสรรคที่ทำให้กระบวนการล้างมือไม่ถูกต้อง ไม่ครบขั้นตอนได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า การทำความสะอาดมือแต่ละครั้งใช้เวลาอย่างน้อย 1 นาทีในการเดินไปที่อ่างล้างมือและทำการล้างมือ หากต้องล้างมือทุกครั้งตามที่กำหนด พบว่า บุคลากรสุขภาพจะต้องเสียเวลา 1 ใน 5 ของเวลาทำงานในการทำความสะอาดมือ เวลาจึงเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการทำความสะอาดมือ จึง

มีการเลือกนำเอาน้ำยาฆ่าเชื้อได้เร็วมาใช้ในการทำความสะอาดมือนั้นคือ แอลกอฮอล์ถูมือโดยไม่ต้องใช้น้ำซึ่งลดเวลาลงได้มาก และมีผลการวิจัยหลายรายงานที่พบว่า การที่บุคลากรสุขภาพทำความสะอาดมือเพิ่มขึ้นมีผลทำให้การติดเชื้อในโรงพยาบาลลดลง¹⁰ สำหรับผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่ทราบถึงความสำคัญและประโยชน์ของการล้างมือ แต่อาจไม่ตระหนักถึงปัญหาและความสำคัญของการล้างมือ รู้แล้วแต่ก็ไม่ใส่ใจที่จะปฏิบัติ โดยมีข้ออ้างเพื่อที่จะไม่ล้างมือ ดังนี้ คิดว่ามือไม่สกปรก ลืม ไม่ว่าง หรืออ้างว่าไม่มีอุปกรณ์สนับสนุนในการล้างมือ เป็นต้น จึงควรสนับสนุนให้ผู้ป่วย และญาติ ซึ่งเป็นประชาชนทั่วไป ได้เข้าถึงแหล่งสนับสนุนการล้างมือเมื่ออยู่ในโรงพยาบาล และสอนให้ความรู้ให้ได้รับรู้ข้อเท็จจริง เกิดความตระหนักเห็นความสำคัญ ซึ่งโรงพยาบาลนครพิงค์มีการสนับสนุน และส่งเสริมการล้างมือโดยได้แสดงป้ายโปสเตอร์ขั้นตอนการล้างมือ 7 ขั้นตอน และอุปกรณ์ล้างมือไว้ตามจุดต่างๆ เพื่อให้เกิดการล้างมือที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากช่องทางการรับรู้ของคนเราที่สำคัญที่สุดและสื่อความหมายได้มากที่สุด คือการมองเห็นใช้ได้มากถึงร้อยละ 83 โปสเตอร์จึงเป็นสื่อที่สำคัญอย่างหนึ่งที่สามารถโน้มน้าวให้ผู้อ่านหรือผู้ดูเปลี่ยนแนวคิดที่มีอยู่เดิมได้¹¹

ผลการสังเกตการปฏิบัติการล้างมือภายหลังการใช้โปรแกรมการล้างมือเพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้โปรแกรม คือพยาบาล และผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ใน Moment 1 และ Moment 5 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 36.95 และ 59.40 เป็นร้อยละ 47.83 และ 91.19 ตามลำดับ ขั้นตอนการล้างมือครบ 7 ขั้นตอน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 53.19 เป็นร้อยละ 93.61 และใช้น้ำยาล้างมือที่ถูกต้องในการล้างมือเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60.54 เป็นร้อยละ 100 สำหรับผู้ป่วยและญาติใน Moment 1 และ Moment 5 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.35 และ 68.81 เป็นร้อยละ 67.89 และ 96.78 ตามลำดับ ขั้นตอนการล้างมือครบ 7 ขั้นตอน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 53.80 เป็นร้อยละ 91.74 และใช้น้ำยาล้างมือที่ถูกต้องในการล้างมือเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 69.72 เป็นร้อยละ 96.33

อภิปรายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้น หรือได้รับการทบทวนความรู้เดิม โดยการกระตุ้นและส่งเสริมด้วยวิธีต่างๆ เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ตระหนักถึงความสำคัญให้ส่งผลต่อการปฏิบัติที่ดีขึ้น¹² การสอนโดยการบรรยาย ประกอบการใช้สื่อการสอน Power point เป็นภาพเคลื่อนไหวที่สามารถเห็นภาพการสาธิตการปฏิบัติที่ถูกต้องในการล้างมือ จำลองสถานการณ์ในการล้างมือ และเพื่อการมีส่วนร่วมของผู้เรียนจึงให้มีการสาธิตย้อนกลับเกิดความเข้าใจมากขึ้น สามารถนำไปปฏิบัติการล้างมือได้จริง อย่างถูกต้อง และเกิดประสิทธิภาพ ร่วมกับการแจกคู่มือการปฏิบัติ โปสเตอร์เตือนที่จะช่วยกระตุ้นเตือนให้เกิดการเรียนรู้ซ้ำ มีการปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน ส่งผลให้การปฏิบัติการพยาบาลในการล้างมือมีมาตรฐานมากขึ้น เช่น การศึกษาการทำความสะอาดมือในประเทศสหรัฐอเมริกา ใช้การเตือนให้บุคลากรทำความสะอาดมือที่ถูกต้องด้วยโปสเตอร์ พบว่าบุคลากรทางสุขภาพเกิดความตระหนัก มีการทำความสะอาดมือเพิ่มมากขึ้นคิดเป็นร้อยละ 37¹³ อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล พบว่า อัตราการติดเชื้อ ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-สิงหาคม พบการติดเชื้อ MDR เพิ่มขึ้นจาก 4.66 เป็น 5.54 ต่อ 1,000 วันนอน การติดเชื้อ XDR เพิ่มขึ้นจาก 0.2 เป็น 0.4 ต่อ 1,000 วันนอน และเมื่อแยกวิเคราะห์ตามแผนกพบการติดเชื้อ MDR ในแผนกศัลยกรรมเพิ่มขึ้นจาก 7.07 เป็น 8.85 ต่อ 1,000 วันนอน, แผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อเพิ่มขึ้นจาก 1.26 เป็น 1.82 ต่อ 1,000 วันนอน และการติดเชื้อ XDR ในแผนกศัลยกรรมเพิ่มขึ้นจาก 0.34 เป็น 0.63 ต่อ 1,000 วันนอน, แผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อเพิ่มขึ้นจาก 0 เป็น 0.16 ต่อ 1,000 วันนอน และภาพรวมปีงบประมาณ 2558 และ 2559 จาก 5.24 เป็น 7.65 ต่อ 1,000 วันนอน และปีงบประมาณ 2558 และ 2559 การลดอัตราการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลยังไม่สามารถลดลงได้ บุคลากรของโรงพยาบาลจำเป็นต้องทราบแนวทางในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาและปฏิบัติตามแนวทางอย่างเคร่งครัด และต่อเนื่อง²

การวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงการร่วมมือกันทำงานของทีมเครือข่ายทำให้เกิดพลังขับเคลื่อนนำไปสู่ความสำเร็จของการใช้โปรแกรมการล้างมือในด้านการปฏิบัติการล้างมือเพิ่มขึ้น แต่ในด้านการลดอัตราการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลยังไม่สามารถลดลงได้ ในระยะเวลาอันสั้นจำเป็นต้องใช้หลายมาตรการร่วมกัน การล้างมือเป็นเพียงแนวทางหนึ่งที่จะช่วยในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ สุขอนามัยของมือเป็นพื้นฐานในการดูแลสุขภาพที่สำคัญของทั้งบุคลากรสุขภาพและประชาชน ทุกคนควรมีทัศนคติที่ถูกต้อง ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาการล้างมือ รับผิดชอบต่อการปฏิบัติการล้างมือตามขั้นตอน ให้เป็นไปตามมาตรฐานของโรงพยาบาล จนเกิดเป็นวัฒนธรรมความปลอดภัยที่ทุกคนควรปฏิบัติเป็นนิสัยในชีวิตประจำวัน มีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านการบริหาร

1.1 ผู้บริหารของโรงพยาบาลควรให้การสนับสนุนด้านอัตรากำลังเนื่องจากอัตรากำลังมีน้อยภาระงานมากทำให้เร่งรีบในการทำงาน และสนับสนุนปัจจัยเอื้ออำนวย ได้แก่ อุปกรณ์สนับสนุนด้านการล้างมือ เช่น อ่างล้างมือ ผ้าเช็ดมือ หรือน้ำยาล้างมือ ก๊อกน้ำที่ใช้งานง่าย และระบบน้ำที่ดีในการทำความสะอาดมือ และสำหรับผู้รับบริการควรมีจุดล้างมือที่เข้าถึงได้ง่าย

1.2 ผู้บริหารของโรงพยาบาลควรมีการดำเนินการส่งเสริมกิจกรรมการล้างมืออย่างสม่ำเสมอ มีการสร้างทัศนคติที่ดีต่อการล้างมือ ผลักดันให้การล้างมือเป็นวัฒนธรรมโดยจัดกิจกรรมให้ความรู้และ

สร้างความตระหนัก การมีป้ายกระตุ้นเตือนการล้างมือ และการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ร่วมด้วย

2. ด้านปฏิบัติการ

2.1 หัวหน้าหอผู้ป่วยและทีมงานป้องกันการติดเชื้อโรงพยาบาลควรนำแนวทางการให้ความรู้การล้างมือกับเชื้อมือล้างสู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องถูกต้องเพิ่มมากขึ้น

2.2 บุคลากรด้านการพยาบาลควรปฏิบัติการล้างมือให้ถูกต้องตามกิจกรรมการพยาบาล และเห็นความสำคัญของการทำความสะอาดมือ

2.3 เมื่อพบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ควรปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาอย่างเคร่งครัด

2.4 ผู้รับบริการควรได้รับคำแนะนำถึงเรื่องการปฏิบัติเรื่องการล้างมือและการปฏิบัติเรื่องการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาตั้งแต่แรกรับ

3. ด้านวิชาการ

3.1 ควรมีการศึกษาถึงความยั่งยืนในการปฏิบัติการล้างมือเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา

3.2 ควรมีการศึกษารูปแบบในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาอื่นๆ ต่อไป

3.3 ควรมีการศึกษาโดยให้มีกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบ และทำการสุ่มเข้ากลุ่ม สามารถคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่องานวิจัย เพื่อให้ผลงานวิจัยมีความน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น

3.4 ควรมีการนำความรู้เรื่องการล้างมือ การติดเชื้อดื้อยาลงสู่ชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. ผศ.ดร.นพ.ชาญวิทย์ ตรีพุทธรัตน์. เชื้อดื้อยาปัญหาสำคัญที่ไม่ควรมองข้ามในมุมมองของสหสาขา. ใน การประชุมวิชาการ ICN Forum ครั้งที่ 6 (หน้า 97). เชียงใหม่. 2554
2. งานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล. แนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล. [เข้าถึงเมื่อ 25 ธ.ค. 2558]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.nkp-hospital.go.th/>
3. นลินี อัสวโกคี. โรคติดเชื้อ Methicillin-resistance Staphylococcus aureus: ความเข้าใจใหม่. ใน นลินี อัสวโกคี และพรรณทิพย์ ฉายากุล (บรรณาธิการ). การติดเชื้อ MRSA และการรักษา (หน้า 1-20). คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. 2548.
4. Gastmeier, P., Balderjahn, S. S., Hansen, S., Tiemann, F.N., Zuschneid, I., Groneberg, K., & Ruden, H. (2005). How Outbreaks Can Contribute to Prevention of Nosocomial Infection: Analysis of 1,022 Outbreaks. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 26, 357-361.
5. อุมภาพร โกมลรุจินันท์. ล้างมือถูกวิธี ชีวีห่างไกลโรค. [เข้าถึงเมื่อ 13 พ.ย. 2558]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.pr.chula.ac.th/index.php/15-article/124-2014-10-27-07-28-13>.
6. World Health Organization. (2009). *First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care*.Retrived from [http://www.who.int/patientsafety/ .../GPSC_Launch_ENGLISH_FI...](http://www.who.int/patientsafety/.../GPSC_Launch_ENGLISH_FI...)
7. Cheng, V. C., Wu, A. K., Cheung, C. H., Lau, S. K., Woo, P. C., Chan, K. H.,... Yuen, K. Y. (2007). Outbreak of human metapneumovirus infection in psychiatric inpatients: Implications for directly observed use of alcohol hand rub in prevention of nosocomial outbreaks. *Journal of Hospital Infection*, 67(4), 336-343.
8. บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. ระเบียบวิธีวิจัยทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย. 2550.
9. ยุวดี ภาขา, มาลี เลิศมาลีวงศ์, เยาวลักษณ์ เลาหะจินดา, วิไล ลีสุวรรณ, พรรณวดี พุฒวัฒน์, และคณะ. วิจัยทางการแพทย์ พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สยามศิลป์การพิมพ์. 2543.
10. สถาบันบำราศนราดูร. แนวปฏิบัติการทำความสะอาดมือสำหรับบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาล. [เข้าถึงเมื่อ 25 ธ.ค. 2558]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.bamras.ddc.moph.go.th/>
11. กิดานันท์ มลิทอง. สื่อการสอนและการฝึกอบรม:จากสื่อพื้นฐานถึงสื่อดิจิทัล: ใน กิดานันท์. 2544.
12. สุวัฒน์ วัฒนวงศ์. จิตวิทยาเพื่อการฝึกอบรมผู้ใหญ่. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: วีพริ้นท์. 2555.
13. Thomas, McK., Gillespie, W., Krauss, J., Harrison, S., Medeiros, R., Hawkins, M., et al. (2005). Focus group data as a tool in assessing effectiveness of a hand hygiene campaign. *American Journal of Infection and control*, 33, 368-373.

การทบทวนงานวิจัยของอาจารย์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพคุณชินราช

Research Review of Faculty Members at
Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj

อศนี วันชัย*	Ausanee Wanchai Ph.D*
ดวงใจ พรหมพยัคฆ์*	Duangjai Phormpayak M.N.S.*
สาวิตรี ลิ้มกมลทิพย์*	Sawitree Limkamontip M.N.S.*
พนารัตน์ เจนจบ*	Panarat Jenjob Ph.D*

บทคัดย่อ

งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนงานวิจัยของอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพคุณชินราช โดยศึกษาเอกสารงานวิจัยที่ดำเนินการแล้วเสร็จของอาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพคุณชินราช ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2550 – พ.ศ. 2559 ทั้งสิ้น จำนวน 95 เรื่อง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมทบทวนงานวิจัยโดยใช้คอมพิวเตอร์ ที่สร้างขึ้นโดยปัทมา ผ่องศิริ และคณะ (2560) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่และร้อยละ ระยะเวลาการศึกษาวิจัยตั้งแต่เดือนมีนาคม - กรกฎาคม 2560 ผลการวิจัยพบว่า 1) ระเบียบวิธีวิจัย: มีงานวิจัยที่ดำเนินงาน 3 ลำดับจากมากไปน้อย คือ การวิจัยเชิงสำรวจ/พรรณนา/ประเมินโครงการการวิจัยกึ่งทดลองและการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นงานวิจัยด้านการเรียนการสอนมากที่สุดรองลงมาคือการวิจัยในชุมชนและการวิจัยในคลินิก 2) สาขาที่ทำ: มีงานวิจัยที่สอดคล้องกับประเด็นสาขาในระบบบริการสุขภาพมากที่สุด คือ งานวิจัยกลุ่มโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อ และงานวิจัย 5 สาขาหลัก (สูติ-นรีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และออร์โธปิดิกส์) 3) กลุ่มตัวอย่าง: พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษามากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มคนพิการ เจ็บป่วย และบุคลากรด้านสาธารณสุขเท่ากัน 4) แหล่งเงินทุน: พบว่าเป็นแหล่งทุนภายในสถาบันมากกว่าแหล่งทุนภายนอกสถาบัน 5) ปีที่แล้วเสร็จ: ปี พ.ศ. 2559 มีงานวิจัยที่แล้วเสร็จ จำนวนมากที่สุด 6) วิธีการเผยแพร่ผลงานวิจัย: พบว่างานวิจัยมีการเผยแพร่ในเวทีประชุมวิชาการระดับชาติที่มี Proceeding มากที่สุด รองลงมาคือ การเผยแพร่ในวารสารระดับชาติ และวารสารระดับนานาชาติตามลำดับ จากผลการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่าผู้บริหารของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพคุณชินราช ควรปรับแผนยุทธศาสตร์การวิจัยของสถาบันเพื่อกระตุ้นให้อาจารย์ทำวิจัยมากขึ้นและยกระดับคุณภาพงานวิจัยให้มีคุณภาพมากขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: การทบทวนงานวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพคุณชินราช

* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพคุณชินราช

* Nursing instructor, Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj

Abstract

The purpose of this research review was to review research conducted by faculty members of Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj by studying 95 completed research papers of faculty members of Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj from 2007 to 2016 A.D.. The research instrument was a research review computerized program developed by Pattama Pongsiri et. al. (2016). Data were analyzed using frequency and percentage. Research conducting time started from March to July 2017. The results of the study showed that 1) Research design: the most frequency research design were survey/descriptive/project evaluation, quasi-experimental research, and qualitative research, respectively. 2) Issues of research were teaching research, research in the community, and research in clinical setting, respectively. The most issues relevant to service plans were chronic non-communicable disease and 5 main health care service areas (obstetrics-gynecology, surgery, medicines, pediatrics, and orthopedics). 3) Samples: Most samples used in the studies were students, followed by elder people, and disable and sick people. 4) Funding resources: most research funds were supported by internal institution rather than external sources. 5) Completed year: most research was completely done in 2016. 6) Publication types: most research were published in the national academic forum with proceeding, followed by publishing in national journals, and international journals, respectively. The results of this study suggested that the administrators of Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj should revise the research strategic plans of the institution to encourage faculty members to conduct research and to improve the quality of the research in the future.

Key words: Research review, Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

สำนักงานวิจัยแห่งชาติได้กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การวิจัยของชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2555-พ.ศ. 2559) โดยเน้นความสำคัญของการบูรณาการงานวิจัยให้สอดคล้องกับแนวนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ เพื่อพัฒนาความเป็นเลิศทางวิชาการ และให้ได้ผลการวิจัยที่ตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขและการพัฒนาประเทศอย่างสมดุลและยั่งยืน โดยสนับสนุนให้ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วม ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่

สถาบันการศึกษาทุกแห่งต้องมีการกำหนดนโยบาย เพื่อส่งเสริมการวิจัยของคณาจารย์⁽¹⁾

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช เป็นสถาบันการศึกษาที่มีพันธกิจหลักสำคัญ 4 ด้าน คือ การสอน การวิจัย การบริการวิชาการและการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม ทั้งนี้พันธกิจหนึ่งในด้านการวิจัยนั้นวิทยาลัยได้มีนโยบายส่งเสริมให้คณาจารย์ทุกคนสร้างผลงานวิจัยและวิชาการเพื่อสร้างองค์ความรู้ทางด้านการพยาบาลเพื่อนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนและการดูแลประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ขึ้น ทั้งนี้ วิทยาลัยได้กำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ด้านการวิจัยไว้เป็นประเด็นหลักในการขึ้นนำองค์กร และมีแผนยุทธศาสตร์ที่ส่งเสริมให้คณาจารย์มีการเผยแพร่ผลงานวิจัยในระดับชาติและ/หรือนานาชาติ มีการจัดหาแหล่งทุนสนับสนุนการวิจัย การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ในการผลิตผลงานวิจัยของคณาจารย์ เช่น การจัดหาฐานข้อมูลเพื่อการสืบค้นการจัดตั้งคลินิกวิจัย เป็นต้น⁽²⁾

อย่างไรก็ตามจากผลการประเมินการประกันคุณภาพด้านการวิจัยในช่วง 3 ปีซ้อนหลังที่ผ่านมา ตั้งแต่ ปีการศึกษา 2557-2559 พบว่า ผลลัพธ์ด้านการผลิตผลงานวิจัยยังไม่เป็นที่พอใจ โดยคะแนนตัวบ่งชี้ด้านการวิจัย ตามเกณฑ์สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.) เท่ากับ 2.24, 3.37 และ 2.34 ตามลำดับ (จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน)⁽³⁻⁵⁾ และเมื่อพิจารณาลักษณะการดำเนินงานด้านการผลิตและเผยแพร่ผลงานวิจัยในช่วงสิบปีที่ผ่านมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2550 - พ.ศ. 2559 พบว่า อาจารย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพุกขนิรราชได้ดำเนินการผลิตและเผยแพร่ผลงานวิจัยมากมายทั้งในระดับชาติและนานาชาติ อย่างไรก็ตามยังไม่มีกรรวบรวมและทบทวนผลงานวิจัยดังกล่าวว่างานวิจัยที่อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพุกขนิรราชผลิตและเผยแพร่นั้นมีแนวโน้มในการศึกษาไปในทิศทางใด แบบแผนการวิจัยเป็นแบบใด กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นใคร สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมในปัจจุบันหรือไม่ อย่างไร

ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะดำเนินการหาข้อสรุปดังกล่าวด้วยการทบทวนงานวิจัย เพื่อให้ได้ข้อสรุปภาพรวมที่ชัดเจนว่ามีผู้ศึกษาวิจัยประเด็นใดบ้าง ประเด็นใดที่ยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย ทั้งนี้ผู้วิจัยหวังว่าการทบทวนงานวิจัยครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการนำไปใช้ต่อยอดในการพัฒนางานวิจัยในอนาคต และนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการปรับแผนยุทธศาสตร์ด้านการวิจัยของสถาบันให้มีความชัดเจนมากขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อทบทวนงานวิจัยของอาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพุกขนิรราช ในช่วงปี พ.ศ. 2550 - 2559 ในด้านประเภทของงานวิจัย ประเด็นหลักของงานวิจัย การวิจัยด้านการจัดการเรียนการสอนที่จำแนกตามวัตถุประสงค์ การวิจัย ประเด็นความสอดคล้องของงานวิจัยตามสาขาในระบบบริการสุขภาพ ประชากร กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา แหล่งเงินทุนสนับสนุนการวิจัย ปีที่ผลงานวิจัยแล้วเสร็จ และวิธีการเผยแพร่

คำถามวิจัย

การผลิตผลงานวิจัยของอาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพุกขนิรราช ในช่วงปี พ.ศ. 2550 - พ.ศ. 2559 ในด้านประเภทของงานวิจัย ประเด็นหลักของผลการวิจัยการวิจัยด้านการจัดการเรียนการสอนที่จำแนกตามวัตถุประสงค์การวิจัย ประเด็นความสอดคล้องของงานวิจัยตามสาขาในระบบบริการสุขภาพ ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษา แหล่งเงินทุนสนับสนุนการวิจัย ปีที่ผลงานวิจัยแล้วเสร็จ และวิธีการเผยแพร่ผลงานวิจัยมีแนวโน้มและทิศทางเป็นอย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยชนิดทบทวนงานวิจัย (Research review) โดยการศึกษาจากงานวิจัยที่ดำเนินการแล้วเสร็จของอาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพุกขนิรราช ระหว่าง ปี พ.ศ. 2550 - พ.ศ. 2559

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาจากเอกสารงานวิจัยที่ดำเนินการแล้วเสร็จของอาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพุกขนิรราช ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2550 - พ.ศ. 2559 โดยมีเกณฑ์การพิจารณาคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. เป็นผลงานวิจัยที่อาจารย์ วิทยาลัย

พยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราชเป็นผู้วิจัยหลักหรือผู้วิจัยร่วม

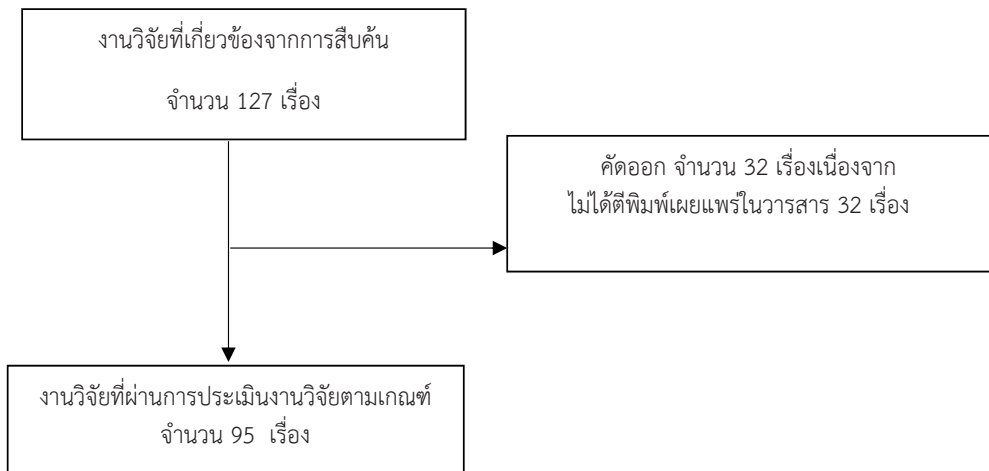
2. เป็นผลงานวิจัยที่ดำเนินการแล้วเสร็จระหว่างปี พ.ศ. 2550 – พ.ศ. 2559

3. มีการตีพิมพ์เผยแพร่เป็นเอกสารรายงานการวิจัย หรือตีพิมพ์ในวารสารต่างๆ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

เกณฑ์การพิจารณาคัดออก คือ งานวิจัยที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วนที่จะบันทึกลงไปโปรแกรม

สังเคราะห์งานวิจัยสร้างขึ้นโดยปัทมา ผ่องศิริและคณะ (2560)⁶

จากการประเมินขั้นต้นพบว่า มีผลงานวิจัยของอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช รวมทั้งหมด 127 เรื่อง มีผลงานที่ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินจำนวน 32 เรื่อง เนื่องจากเป็นงานวิจัยที่ไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่เป็นเอกสารรายงานการวิจัย หรือตีพิมพ์ในวารสาร จึงเหลืองานวิจัยที่ผ่านตามเกณฑ์จำนวน 95 เรื่อง ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงการคัดเลือกงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ โปรแกรมสังเคราะห์งานวิจัยที่สร้างขึ้นโดยปัทมา ผ่องศิริและคณะ (2560)⁶ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับประเภทของงานวิจัย ลักษณะของงานวิจัย ประเด็นของงานวิจัยตามสาขาในระบบบริการสุขภาพ ประเด็นของงานวิจัยตามการดูแลที่จำเป็น ประชากร/กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา วิธีการเผยแพร่ผลงานวิจัย การนำไปใช้ประโยชน์ แหล่งเงินทุนสนับสนุนการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเครื่องมือวิจัยและการศึกษาพยาบาล จำนวน 3 คน และมีการควบคุมความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยผู้สร้างโปรแกรมการสังเคราะห์งานวิจัยและทีมงานได้นำไปทดลองบันทึกข้อมูลงานวิจัย จำนวน 5 เรื่อง

แล้วนำผลที่ได้มาหาค่าความสอดคล้องของการประเมิน ได้ค่าเท่ากับ .80

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยรวบรวมรายชื่อผลงานวิจัย ของอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 – พ.ศ. 2559 และดำเนินการสืบค้นรูปเล่มและรายงานการวิจัยทั้งในรูปรายงานฉบับสมบูรณ์หรือบทความวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสาร

2. ผู้วิจัยแต่ละคนอ่านรายละเอียดของผลงานวิจัยแต่ละเรื่องและมอบหมายให้เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมสังเคราะห์งานวิจัย

3. ผู้วิจัยแต่ละคนวิเคราะห์และทบทวนงานวิจัยทั้งหมด โดยนำข้อมูลที่นำมาจำแนกเป็นหมวดหมู่ตามคำถามวิจัย และหากมีข้อคิดเห็นไม่ตรงกันจะนำ

ข้อมูลดังกล่าวให้ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 3 เป็นผู้พิจารณาตัดสินต่อไปจนกว่าข้อคิดเห็นตรงกัน

พยาบาล

บรมราชชนนีนพบุรุษอินราช ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 – พ.ศ. 2559 ทั้งสิ้น 95 เรื่อง เมื่อจำแนกตามประเภทของการวิจัยพบมีการดำเนินงาน 3 ประเภทจากมากไปน้อย คือ การวิจัยเชิงสำรวจ/พรรณนา/ประเมินโครงการมากที่สุด จำนวน 44 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 46.32 รองลงมาคือ การวิจัยกึ่งทดลอง จำนวน 22 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 23.16 และ การวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 11 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 11.58 และเมื่อจำแนกตามลักษณะประเด็นหลักของการวิจัย พบว่าเป็นงานวิจัยด้านการเรียนการสอนมากที่สุด จำนวน 40 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 42.11 รองลงมาคือ การวิจัยในชุมชน จำนวน 33 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 34.74 และการวิจัยในคลินิก จำนวน 8 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 8.42 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลการสรุปประเด็นที่ได้จากงานวิจัยใช้สถิติความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัย

ผลการทบทวนงานวิจัยของอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพบุรุษอินราช ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 – พ.ศ. 2559 พบว่า มีงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกทั้งหมด 95 เรื่อง ซึ่งสามารถวิเคราะห์ได้ดังนี้ การจำแนกตามประเภทของการวิจัย และประเด็นหลักของการวิจัย

ผลการทบทวนงานวิจัย พบว่า จากจำนวนงานวิจัยที่ดำเนินการแล้วเสร็จของอาจารย์วิทยาลัย

ตารางที่ 1 ลักษณะงานวิจัยของอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพบุรุษอินราช ปี พ.ศ. 2550 – พ.ศ. 2559 จำแนกตามประเภทและประเด็นหลักของการวิจัย (n = 95)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทงานวิจัย		
สำรวจ พรรณนา ประเมินโครงการ	44	46.32
กึ่งทดลอง	22	23.16
เชิงคุณภาพ	11	11.58
ปฏิบัติการ/ เชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม	7	7.37
วิจัยและพัฒนา	5	5.26
การทบทวนเอกสารอย่างเป็นระบบ	5	5.26
ผสมวิธี	1	1.05
ประเด็นหลักของการวิจัย		
การวิจัยการเรียนการสอน	40	42.11
การวิจัยในชุมชน	33	34.74
การวิจัยทางคลินิก	8	8.42
งานวิจัยสถาบัน/ องค์กร	7	7.37
การวิจัยผลิตและพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข	7	7.37

การวิจัยด้านการจัดการเรียนการสอนจำแนกตามวัตถุประสงค์การวิจัย

เมื่อพิจารณาเฉพาะงานวิจัยด้านการจัดการเรียนการสอนงานวิจัยที่ดำเนินการแล้วเสร็จของอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 – พ.ศ. 2559 พบว่า เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาตัวแปร/ ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ

นักศึกษา เช่น อัตลักษณ์ ความฉลาดทางอารมณ์มากที่สุด จำนวน 29 เรื่องคิดเป็นร้อยละ 72.50 รองลงมาเป็นวิจัยเพื่อประเมินผลการจัดการเรียนการสอนที่ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เช่น VARK Learning Style การเรียนการสอนเชิงรุก ศูนย์การเรียนรู้ และ 3PS จำนวน 11 เรื่องคิดเป็นร้อยละ 27.50 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การวิจัยด้านการเรียนการสอน ของอาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ปี พ.ศ. 2550 – พ.ศ. 2559 จำแนกตามจำแนกตามวัตถุประสงค์การวิจัย (n = 40)

วัตถุประสงค์การวิจัยด้านการเรียนการสอน	จำนวน	ร้อยละ
เพื่อเชิงสำรวจ/พรรณนาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับนักศึกษา (เช่น การสอบขึ้นทะเบียน อัตลักษณ์บัณฑิต ความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษา รูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษา การรับรู้ความสามารถการปฏิบัติการพยาบาล การคิดอย่างมีวิจารณญาณ)	29	72.50
เพื่อประเมินผลการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (เช่น VARK Learning Style การเรียนการสอนเชิงรุก ศูนย์การเรียนรู้ 3PS การเรียนรู้แบบร่วมมือ การเรียนรู้ตามสภาพจริง)	11	27.50

การจำแนกตามประเด็นความสอดคล้องของงานวิจัยตามสาขาในระบบบริการสุขภาพ

ผลการวิจัย พบว่า งานวิจัยที่ดำเนินการแล้วเสร็จของอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 – พ.ศ. 2559 เมื่อพิจารณาตามประเด็นความสอดคล้องของงานวิจัยตามสาขาในระบบบริการสุขภาพ (Service plan) พบว่า เป็นงานวิจัยที่ไม่ใช่ประเด็นงานวิจัยตามสาขาในระบบบริการ

สุขภาพ มากที่สุด จำนวน 56 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 58.95 และงานวิจัยตามสาขาในระบบบริการสุขภาพ (Service plan) คิดเป็นร้อยละ 41.05 โดยจำแนกเป็นงานวิจัยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCD) และวิจัย 5 สาขาหลัก (สูติ-นรีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และออร์โธปิดิกส์) มากที่สุดเท่ากัน คือประเด็นละ 13 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 13.68 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ลักษณะงานวิจัยของอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ปี พ.ศ. 2550 – พ.ศ. 2559 จำแนกตามความสอดคล้องกับประเด็นตามสาขาในระบบบริการสุขภาพ (Service plan) (n = 95)

ประเด็นงานวิจัยตามสาขาในระบบบริการสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่สอดคล้อง	56	58.95
สอดคล้อง	39	41.05
- 5 สาขาหลัก (สูติ-นรีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และออร์โธปิดิกส์)	13	13.68
- กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	13	13.68

ประเด็นงานวิจัยตามสาขาในระบบบริการสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
- ปฐมภูมิและระบบสุขภาพระดับอำเภอ	3	3.16
- อุบัติเหตุและฉุกเฉิน	2	2.11
- ทารกแรกเกิด	2	2.11
- การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน และภูมิปัญญาท้องถิ่น	2	2.11
- สุขภาพจิตและจิตเวช	1	1.05

การจำแนกตามกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

ผลการวิจัยพบว่างานวิจัยที่ดำเนินการแล้วเสร็จของอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพุดผิง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 – พ.ศ. 2559 เมื่อพิจารณาตามกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา พบว่า มีงานวิจัยที่

ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษามากที่สุด จำนวน 39 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 29.77 รองลงมาคือ กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จำนวน 19 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 14.50 และบุคลากรด้านสาธารณสุข จำนวน 16 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 12.21 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ลักษณะงานวิจัยที่แล้วเสร็จวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพุดผิง ปี พ.ศ. 2550 – พ.ศ. 2559 จำแนกตามกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา (N = 131)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
นักศึกษา	39	29.77
กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	19	14.50
บุคลากรด้านสาธารณสุข	16	12.21
เด็กวัยทำงาน (15-59 ปี) เจ็บป่วย	14	10.69
อาจารย์	8	6.11
กลุ่มคนพิการ	6	4.58
เด็กวัยรุ่น (15-21 ปี) เจ็บป่วย	5	3.82
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	4	3.05
กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) สุขภาพดี	4	3.05
บุคลากรสายสนับสนุน	3	2.29
เด็กวัยรุ่น (15-21 ปี) สุขภาพดี	3	2.29
วิจัยที่ไม่ได้ดำเนินงานในมนุษย์	3	2.29
เด็กวัยเรียน (5-14 ปี) สุขภาพดี	2	1.53
กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) เจ็บป่วย	2	1.53
เด็กวัยทำงาน (15-59 ปี) สุขภาพดี	1	0.76
นักบวช	1	0.76
เด็กวัยเรียน (5-14 ปี) เจ็บป่วย	1	0.76

การจำแนกตามแหล่งเงินทุนสนับสนุนการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า งานวิจัยที่ดำเนินการแล้วเสร็จของอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 – พ.ศ. 2559 เมื่อพิจารณาตามแหล่งเงินทุน พบได้รับทุนจากภายในสถาบันมาก

ที่สุด จำนวน 72 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 75.79 รองลงมาคือ ทุนจากภายนอกสถาบัน (ในประเทศ ทุนรัฐบาล หน่วยงานอื่น) จำนวน 16 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 16.84 และใช้ทุนส่วนตัว จำนวน 4 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 4.21 ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ลักษณะงานวิจัยของอาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ปี พ.ศ. 2550 – พ.ศ. 2559 จำแนกตามแหล่งเงินทุน (N = 95)

แหล่งเงินทุน	จำนวน	ร้อยละ
ภายในสถาบัน	72	75.79
ภายนอกสถาบัน (ในประเทศ ทุนรัฐบาล หน่วยงานอื่น)	16	16.84
ทุนส่วนตัว	4	4.21
ภายนอกสถาบัน (ต่างประเทศ)	3	3.16

การจำแนกตามจำนวนงานวิจัยรายฉบับสมบูรณ์/ปี พ.ศ. ที่แล้วเสร็จ

ผลการวิจัย พบว่า งานวิจัยที่ดำเนินการแล้วเสร็จของอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 – พ.ศ. 2559 เมื่อพิจารณาตามจำแนกตามจำนวนรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์/

ปีพ.ศ. ที่แล้วเสร็จ พบว่า ปี พ.ศ. 2559 มีงานวิจัยที่แล้วเสร็จ จำนวนมากที่สุด 15 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 15.79 รองลงมาคือ ปี พ.ศ. 2551, 2557, 2558 เท่ากันคือ จำนวน 12 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 12.63 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 งานวิจัยของอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ปี พ.ศ. 2550 – พ.ศ. 2559 จำแนกตามจำนวนรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์/ปีพ.ศ. ที่แล้วเสร็จ (N =95)

งานวิจัยรายฉบับสมบูรณ์/ปี พ.ศ. ที่แล้วเสร็จ	จำนวน	ร้อยละ
2550	6	6.32
2551	12	12.63
2552	4	4.21
2553	11	11.58
2554	4	4.21
2555	10	10.53
2556	9	9.47
2557	12	12.63
2558	12	12.63
2559	15	15.79

การจำแนกตามวิธีการเผยแพร่ผลงานวิจัย

ผลการวิจัยพบว่างานวิจัยที่ดำเนินการแล้วเสร็จของอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพุดธิราช ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 – พ.ศ. 2559 เมื่อพิจารณาวิธีการเผยแพร่ พบว่างานวิจัยเผยแพร่ในเวทีประชุม

วิชาการระดับชาติที่มี proceeding จำนวน 30 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 31.58 รองลงมาคือการเผยแพร่ในวารสารระดับชาติ จำนวน 24 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 25.26 และวารสารระดับนานาชาติจำนวน 20 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 21.05 (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ลักษณะงานวิจัย ของอาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพุดธิราช ปี พ.ศ. 2550 – พ.ศ. 2559 จำแนกตามวิธีการเผยแพร่งานวิจัย (N = 95)

วิธีการเผยแพร่งานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
ประชุมวิชาการระดับชาติ ที่มี Proceeding	30	31.58
วารสารระดับชาติ	24	25.26
วารสารระดับนานาชาติ	20	21.05
ห้องสมุด	11	11.58
ประชุมวิชาการระดับนานาชาติ ที่มี Proceeding	10	10.53

อภิปรายผล

ข้อมูลจากการทบทวนงานวิจัยจากงานวิจัยที่ดำเนินการแล้วเสร็จของอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพุดธิราช ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 – พ.ศ. 2559 มีจำนวนทั้งสิ้น 95 เรื่อง โดยเมื่อจำแนกตามประเภทของการวิจัยพบมีการดำเนินงานวิจัยด้านการวิจัยเชิงสำรวจ พรรณนา ประเมินโครงการมากที่สุด ซึ่งงานวิจัยประเภทดังกล่าวทำให้ได้ประโยชน์ในแง่องค์ความรู้ที่จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินการพัฒนาในเรื่องต่างๆ ต่อไป แต่ยังมีงานวิจัยที่ให้ผลลัพธ์ด้านนวัตกรรม เช่นการวิจัยและพัฒนาจำนวนน้อย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการวิจัยเชิงบรรยายเป็นการวิจัยที่มีวิธีการไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน หากกลุ่มประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาได้ง่ายกว่า จึงเหมาะสำหรับนักวิจัยที่ปฏิบัติงานในวิทยาลัยฯ อยู่แล้วที่เริ่มทำการวิจัยในเบื้องต้น^{7,8} อย่างไรก็ตามจากนโยบายของรัฐบาลในปัจจุบันที่ต้องการให้ประเทศไทยมีการพัฒนาไปสู่ความมั่นคง และยั่งยืน โดยใช้โมเดลประเทศไทย 4.0 เป็นตัวขับเคลื่อน โดยหนึ่งในกลไก

นั้นคือการส่งเสริมให้มีการวิจัยเพื่อคิดค้นนวัตกรรมต่าง ๆ ที่สามารถเพิ่มมูลค่าได้ให้มากขึ้น⁹ ดังนั้นผลการวิจัยครั้งนี้อาจเป็นตัวสะท้อนสำหรับการปรับเปลี่ยนการกำหนดนโยบายและทิศทางการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพุดธิราชให้มุ่งงานวิจัยประเภทการวิจัยและพัฒนาหรือการสร้างนวัตกรรมให้เพิ่มมากขึ้นต่อไป

นอกจากนี้ผลการทบทวนงานวิจัยเมื่อจำแนกตามประเด็นหลักของการวิจัยและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา พบว่าเป็นงานวิจัยด้านการเรียนการสอนมากที่สุดและกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นนักศึกษา ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะพันธกิจด้านการเรียนการสอนเป็นพันธกิจหลักของสถาบันอุดมศึกษา¹⁰ ดังนั้นจึงทำให้อาจารย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพุดธิราชดำเนินการวิจัยด้านนี้ โดยศึกษาในกลุ่มนักศึกษา มากกว่าการวิจัยด้านชุมชนและในคลินิก ที่มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหรือบุคคลทั่วไป และเมื่อพิจารณาเฉพาะงานวิจัยด้านการจัดการเรียนการสอนงานวิจัยที่ดำเนินการแล้วเสร็จ พบว่า เป็นการวิจัยที่ยังคงเน้น

เพื่อศึกษาตัวแปร ปัจจัยต่างที่เกี่ยวข้องกับนักศึกษา เช่น อัตลักษณ์ ความฉลาดทางอารมณ์ เป็นต้น มากกว่าการวิจัยเพื่อประเมินผลการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ดังนั้นจึงเป็นอีกประเด็นที่ควรพิจารณาพัฒนาต่อไป รวมทั้งเนื่องจากวิชาชีพพยาบาลมีความจำเป็น ที่ต้องเรียนรู้ในคลินิก และในชุมชน ดังนั้นในประเด็นนี้จึงยังคงต้องมีการขยายขอบข่ายงานด้านการวิจัยในชุมชนและคลินิกให้มากขึ้นเช่นกัน

และเนื่องจากในสถานการณ์ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้มีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพโดยมีการกำหนดนโยบายการพัฒนาตามสาขาอย่างชัดเจน¹¹ ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนผลงานวิจัยที่ดำเนินการแล้วเสร็จของอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 – พ.ศ. 2559 ตามประเด็นความสอดคล้องของงานวิจัยตามสาขาในระบบบริการสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า เป็นงานวิจัยที่ไม่ใช่ประเด็นงานวิจัยตามสาขาในระบบบริการสุขภาพมากกว่างานวิจัยตามสาขาในระบบบริการสุขภาพ ทั้งนี้เมื่อพิจารณางานวิจัยตามสาขาในระบบบริการสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยกลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อ (Non-communicable diseases : NCD) ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราชมีการกำหนดนโยบายในการเป็นศูนย์กลาง เป็นเลิศทางวิชาการด้านการจัดการโรคเรื้อรัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 ดังนั้นทำให้อาจารย์ของวิทยาลัยฯ เริ่มมีการดำเนินงานวิจัยเกี่ยวกับโรคเรื้อรังมากขึ้น

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยตามแหล่งทุนที่สนับสนุนการวิจัย ผลการวิจัยพบว่างานวิจัยที่ดำเนินการแล้วเสร็จของอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 – พ.ศ. 2559 ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งทุนภายในสถาบันมากกว่าแหล่งทุนภายนอกสถาบัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะงานวิจัยส่วนใหญ่ที่ดำเนินการเป็นงานวิจัยขั้นพื้นฐาน เช่น การสำรวจ เชิงพรรณนา ดังนั้นจึงไม่สามารถขอรับการสนับสนุนจากแหล่งทุนวิจัยภายนอกสถาบันได้ นอกจากนี้ผลการทบทวนงานวิจัย

ยังพบว่าในปี พ.ศ. 2559 มีงานวิจัยที่แล้วเสร็จจำนวนมากที่สุด และมีวิธีการเผยแพร่ผลงานวิจัยในเวทีประชุมวิชาการระดับชาติที่มี Proceeding มากกว่าการตีพิมพ์เผยแพร่วิธีอื่น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในช่วงเวลาดังกล่าววิทยาลัยฯ มีการปรับนโยบายการส่งเสริมการผลิตและเผยแพร่ผลงานวิจัยและมีแผนการเร่งรัดการผลิตและเผยแพร่ผลงานวิจัยให้แล้วเสร็จ และมีการจัดที่ปรึกษาช่วยเหลืออาจารย์ในการเผยแพร่ผลงานในเวทีวิชาการต่าง ๆ นั่นเองทำให้ผลงานวิจัยที่ยังไม่แล้วเสร็จสามารถดำเนินการเผยแพร่เป็นจำนวนมาก²

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

จากผลการทบทวนงานวิจัยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2550 – พ.ศ.2559) พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ของอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราชเป็นการดำเนินงานวิจัยขั้นพื้นฐาน เช่น การวิจัยเชิงสำรวจและพรรณนาที่เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอนมากกว่าการเน้นงานวิจัยในคลินิกและชุมชน และยังเป็นงานวิจัยที่ยังไม่สอดคล้องกับสาขาตามระบบสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นเพื่อการพัฒนา งานวิจัยให้สอดคล้องการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ปัจจุบัน ผู้บริหารจึงควรมีการปรับนโยบายเพื่อเร่งรัดการผลิตงานวิจัยด้านคลินิกและชุมชนที่สอดคล้องกับสาขาตามระบบสุขภาพให้มากขึ้น ส่วนงานวิจัยด้านการเรียนการสอนที่ดำเนินการอยู่อาจมีการเพิ่มจำนวนงานวิจัยเพื่อการพัฒนาการเรียนการสอนให้มากขึ้นเช่นกัน

- จากผลการทบทวนงานวิจัยในช่วงสิบปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2550 – พ.ศ.2559) พบว่า แหล่งทุนสนับสนุน

- การวิจัยส่วนใหญ่ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราชมาจากหน่วยงานภายในและมีการเผยแพร่ผลงานในเวทีวิชาการระดับชาติเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นผู้บริหารควรมีการปรับแผนยุทธศาสตร์ในกระตุ้นให้อาจารย์ทำวิจัยมากขึ้น และยกระดับคุณภาพงานวิจัยของอาจารย์ให้มีการผลิตโครงการ

วิจัยที่มีผลกระทบในเชิงมูลค่าที่มากขึ้น เพื่อให้สามารถหาแหล่งทุนสนับสนุนจากภายนอกได้

- ผู้บริหารของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพบุรีศรีนครนิพนธ์ควรมีการกำหนดนโยบายในการส่งเสริมและสนับสนุนให้อาจารย์ทำวิจัยและเผยแพร่ผลงานวิจัยในวารสารระดับชาติและนานาชาติเพิ่มมากขึ้น เช่น มีการจัดทีมที่ปรึกษาในการจัดเตรียมความพร้อมสำหรับอาจารย์ที่ต้องการตีพิมพ์ผลงานวิจัยในวารสารระดับชาติและนานาชาติอย่างเป็นรูปธรรม

2. การทำวิจัยครั้งต่อไป

จากการทบทวนงานวิจัยของอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพบุรีศรีนครนิพนธ์ ผู้วิจัยมี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

- สังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสิทธิผลของการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียน เป็นศูนย์กลาง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพบุรีศรีนครนิพนธ์

- วิจัยและพัฒนากระบวนการส่งเสริมการผลิตและเผยแพร่ผลงานวิจัย ของอาจารย์ วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนีนพบุรีศรีนครนิพนธ์

- วิจัยเชิงคุณภาพเพื่อค้นหาปัญหาและอุปสรรค และความต้องการการสนับสนุนการผลิตและเผยแพร่ผลงานวิจัยของอาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพบุรีศรีนครนิพนธ์

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ . ยุทธศาสตร์สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 17 ต.ค. 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thailibrary.in.th/wp-content/uploads/2014/07/NRCT-Strategy55-59.pdf>
2. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพบุรีศรีนครนิพนธ์. แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ 2559 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพบุรีศรีนครนิพนธ์. พิษณุโลก: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพบุรีศรีนครนิพนธ์; 2559.
3. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพบุรีศรีนครนิพนธ์. รายงานการประเมินตนเอง ประจำปีการศึกษา 2557. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพบุรีศรีนครนิพนธ์. พิษณุโลก: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพบุรีศรีนครนิพนธ์; 2558.
4. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพบุรีศรีนครนิพนธ์. รายงานการประเมินตนเอง ประจำปีการศึกษา 2558. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพบุรีศรีนครนิพนธ์. พิษณุโลก: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพบุรีศรีนครนิพนธ์; 2559.
5. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพบุรีศรีนครนิพนธ์. รายงานการประเมินตนเอง ประจำปีการศึกษา 2560. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพบุรีศรีนครนิพนธ์. พิษณุโลก: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพบุรีศรีนครนิพนธ์; 2560.
6. ปัทมา ผ่องศิริและคณะ. การสังเคราะห์งานวิจัยของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก: การทบทวนวรรณกรรมแบบมีขอบเขต [รายงานการวิจัย]. อุบลราชธานี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพบุรีศรีนครนิพนธ์; 2560.
7. วิจิตร ศรีสุพรรณ. การวิจัยทางการพยาบาล หลักการและแนวปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
8. ประณีต ส่งวัฒนา. สถานภาพและทิศทางการวิจัยทางการพยาบาล : มุมมองจากประสบการณ์. วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร 2552; 1(1):1-7.

9. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). สรุป Thailand 4.0 ด้านสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 17 ต.ค. 2560]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ict.moph.go.th/upload_file/files/f458b9e53681c00be9b974f6f22e8f76.pdf
10. กระทรวงศึกษาธิการ. ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง มาตรฐานสถาบันอุดมศึกษา พ.ศ. 2554. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 17 ต.ค. 2560]. เข้าถึงได้จาก: http://www.mua.go.th/users/bhes/front_home/Announcement/44.pdf
11. กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) พ.ศ. 2561 – 2565. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 17 ต.ค. 2560]. เข้าถึงได้จาก: <https://drive.google.com/file/d/0B63Keu7nDPjJb0R0enJjUVRMRms/view>

การตายดี: บทบาทของพยาบาล

Good Death: The Nurses' Roles

วโรดม เสมอเชื้อ พย.ม.*	Warodom Samerchua M.N.S.*
วรวรรณ โมงจันทร์ พย.ม.**	Waravan Mongchan M.N.S.**
ปรารถนา ลังการ์พินธุ์***	Prathana Langkarpint Ph.D.***

บทคัดย่อ

การตายดีเป็นเป้าหมายสูงสุดของการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งหมายถึงการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีคุณภาพชีวิตดีที่สุดก่อนที่จะถึงวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความตายได้อย่างมีคุณภาพ และเกิดการตายตามความปรารถนา บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอให้เห็นถึงนิยามของการตายดี การสะท้อนลักษณะของการตายดี ตามมุมมองผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งพยาบาลเป็นหนึ่งในบุคลากรทางสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ประเมิน ผู้ให้ความรู้ ผู้ดูแลโดยตรง เป็นผู้ที่มีบทบาทในระบบบริการสุขภาพ บทบาทของการเป็นผู้ติดต่อประสานงานและสื่อสาร และบทบาทของผู้ที่ให้การดูแลตามหลักจริยธรรม เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถเตรียมตัวก่อนตาย และเข้าสู่การตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์หรือตายดี

คำสำคัญ: การตายดี บทบาทของพยาบาล การดูแลแบบประคับประคอง

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

* Instructor, McCormick Faculty of Nursing, Payap University

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

** Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

*** Assistant Professor, McCormick Faculty of Nursing, Payap University

Abstract

Good death is an ultimate goal of palliative care which is a care for the best quality of life for patients before their end of life. Palliative care helps the patients to meet good death and death by desire. This article aims to present the meaning of good death and the reflection of attributes of good death among patients, family members and healthcare provider team. Nurses, therefore, are the healthcare providers who play vital roles as assessor, educator, direct caregiver, healthcare system staff, coordinator and communicator, and carer with ethics. They aim to promote patients to have quality of life, preparing for death, and moving towards the death with human dignity or having good death.

Key word: Good Death, Nurses' Roles, Palliative care

บทนำ

“... มีพบ ต้อง มีจาก...” เป็นข้อความที่สะท้อนให้เห็นถึงสังขรณ์ของการจากลา แม้ว่าไม่ต้องการให้เกิดขึ้นก็ไม่สามารถจะหลีกเลี่ยงได้ ความตายเป็นการจากลาซึ่งไม่มีใครอยากประสบ “ความตาย” ยังมีความหมายที่โดยนัย เป็นความไม่เป็นมงคล เป็นการพลัดพราก การสูญเสีย ความเศร้า โศกเสียใจ และกลางร้าย ทำให้คนในอดีตไม่ค่อยอยากกล่าวถึงความตายมากนัก แต่ในปัจจุบัน การพูดถึงความตายเริ่มเป็นที่ยอมรับมากขึ้นในบุคคลทั่วไป และโดยเฉพาะผู้ที่เคยมีประสบการณ์ใกล้ชิดกับความตาย¹ ในระยะสิบปีที่ผ่านมาศาสตร์ของการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) ได้เป็นที่รู้จักมากขึ้นในประเทศไทย ภาครัฐได้ให้ความสำคัญของการดูแลของรูปแบบนี้โดยมีกฎหมาย ที่ว่าด้วย สิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ตาม มาตรา 12 แห่ง พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ว่าด้วย “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะขอรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือ เพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้”² เป้าหมายเพื่อให้ประชาชนทุกคนทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้เจ็บป่วย ได้

แสดงสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองด้านการรักษา โดยสามารถปฏิเสธการรักษาที่เป็นการยืดระยะเวลาการตายในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดและได้ตายอย่างสมศักดิ์ศรี หรือเกิดการตายดี ผู้เขียนได้จัดทำความฉบับนี้ขึ้น เพื่อเสนอให้เห็นถึงนิยามของการตายดี มุมมองของผู้ป่วย ญาติ บุคลากรทางสุขภาพต่อการตายดี และบทบาทของพยาบาลที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการตายดี

นิยามของการตายดี

การตายดี มีค่านิยมไว้อย่างหลากหลาย ราชบัณฑิตยสถาน³ ได้บัญญัติว่า “ตาย” หมายถึง สิ้นใจ สิ้นชีวิต ไม่เป็นอยู่ต่อไป สิ้นสภาพของการมีชีวิต และ “ดี” หมายถึง ลักษณะที่เป็นไปในทางที่ต้องการ นำปรารถนา นำพอใจ ดังนั้นคำว่า “ตายดี” จึงหมายถึง การตายที่มีลักษณะเป็นไปตามความปรารถนา และการตายดีตามการให้ความหมายของพุทธทาสภิกขุ⁴ คือ เป็นการตายอย่างสงบ และมีสติ ได้เตรียมตัวก่อนตาย ไม่ต่อสู่ว่าไม่อยากจะตาย สมครใจตายอย่างเป็นไปตามธรรมชาติของสังขารที่ไม่เที่ยง นอกจากนี้ การตายดียังหมายถึง การตายอย่างสงบตามธรรมชาติ

ไม่ถูกเหนี่ยวรั้งการตายด้วยวิธีการรักษาหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เกินความจำเป็นและไม่สมควร¹ หรือก่อนผู้ป่วยจะเสียชีวิตได้รับการบรรเทาอาการและความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างเพียงพอเหมาะสม ได้รับการดูแลทางด้านจิตวิญญาณที่ตรงกับความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม ได้ทำสิ่งที่ค้างค้ำให้แล้วเสร็จ และสามารถแสดงความปรารถนาของตนว่าต้องการให้มีการดูแลอย่างไรในระยะท้ายเพื่อให้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์⁴ กล่าวโดยสรุป การตายดีจึงหมายถึงการตายที่เป็นไปตามความปรารถนาของบุคคล ซึ่งลักษณะจะเป็นเช่นไรนั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้และมุมมองของบุคคลนั้น

มุมมองต่อการตายดี

มุมมองการตายดีเป็นการสะท้อนลักษณะของการตายดีของบุคคล ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมหรือการแสดงออก หากบุคคลมีมุมมองต่อการตายดีเป็นแบบใด ก็จะแสดงออกโดยการปฏิบัติต่อตนเองและผู้ที่อยู่ในการดูแลตามมุมมองของตนเองด้วย มุมมองต่อการตายดีเกิดจากการได้มีประสบการณ์และการรับรู้เกี่ยวกับความตายของแต่ละบุคคล และยิ่งขึ้นกับปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้¹ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคคล เช่น เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา ประสบการณ์ด้านความตาย และ 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น สถานที่ และรูปแบบของการดูแล จากปัจจัยเหล่านี้ย่อมทำให้มุมมองของผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางสุขภาพมีทั้งความคล้ายและความแตกต่างกันในหลายประเด็น ดังนี้

1) มุมมองต่อการตายดีของผู้ป่วย

มุมมองการตายดีของผู้ป่วยสะท้อนถึงคุณลักษณะของการตายที่ผู้ป่วยต้องการให้เกิดขึ้นเมื่อการตายของตนเองมาถึง โดยผู้ป่วยเห็นว่าคุณลักษณะของการตายที่ตนเองต้องการ คือ ในระยะก่อนตายตนเองมีความเชื่อใจ เชื่อมั่นในการดูแลรักษาของแพทย์ รวมถึงการได้รับการดูแลจากบุคลากรทางสุขภาพที่จะทำให้ผู้ป่วยสบายใจ ซึ่งเป็นลักษณะของ

การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรทางสุขภาพ การเชื่อว่าการรักษาที่ตนเองได้รับ เป็นการรักษาที่เหมาะสมแล้ว ได้มีโอกาสต่อสู้กับโรคที่เป็นอยู่อย่างเต็มที่⁷⁻⁹ ส่วนการตายที่เกิดขึ้นเป็นไปอย่างธรรมชาติ นั้น หมายถึง การตายในลักษณะที่ไม่มีอุปกรณ์การแพทย์ใด ๆ คาอยู่ตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย และจากไปอย่างสงบ⁶ ซึ่งในประเด็นนี้เป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับบุคลากรทางสุขภาพที่จะหาความพอดีระหว่างการรักษาอย่างเต็มที่ตามที่ผู้ป่วยต้องการกับการให้ผู้ป่วยจากไปอย่างเป็นธรรมชาติ ผู้ป่วยยังมีมุมมองต่อการได้รับการตอบสนองทางด้านศาสนาและจิตวิญญาณ ได้แสดงความศรัทธาต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพนับถือ การทำกิจวัตรประจำวันของตนเองตามปกติ และเป็นอิสระ การได้ใช้ชีวิตที่เหลืออย่างมีความสุข ไม่มีภารกิจใดค้างคาใจอยู่ และยังคงไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่ตนเองในครอบครัวหรือหน้าที่การงาน ไม่ต้องการให้ตนเองเป็นภาระแก่ครอบครัว การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีความสงบ และเมื่อวาระสุดท้ายมาถึงตนเองสามารถเผชิญความตายได้โดยปราศจากความกลัว นอกจากนี้แล้ว ยังมีคุณลักษณะที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญรองลงมาจากคุณลักษณะอื่น ๆ ที่ได้กล่าวมาในข้างต้น ได้แก่ การไม่มีความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานทางกาย การได้อยู่ในสถานที่ที่ตนเองชอบ การไม่ต้องการให้คนในครอบครัวรู้ว่าร่างกาย และจิตใจของตนเองอ่อนแอ การได้พบกับคนที่ต้องการพบ การทราบถึงความคาดหวังต่อสภาพความเจ็บป่วยในระยะต่อไป และการไม่ได้รับการดูแลเสมือนตนเองเป็นวัตถุหรือเป็นเด็ก⁶⁻⁸

2) มุมมองต่อการตายดีของญาติ

ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ตลอดจนครอบครัว ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายให้เกิดการตายดี โดยให้ความสำคัญกับสถานที่ที่จะเกิดการตายค่อนข้างมาก โดยส่วนใหญ่แล้วมักต้องการให้สถานที่นั้นเป็นที่ที่ผู้ป่วยคุ้นเคยหรือได้สั่งเสียไว้ นั่นก็คือการได้กลับไปตายที่บ้าน และได้สนองต่อความต้องการของผู้ป่วย ได้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีชีวิตนั้นมีคุณค่า ได้สร้างความสุขต่อผู้ป่วยจนวาระสุดท้าย

มาถึง ได้ช่วยลดความทุกข์ทรมานทางกาย ได้สร้างความสัมพันธ์อันดีต่อกันร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ เป็นผู้ติดต่อสื่อสารและประสานงานกับทีมสุขภาพหรือแพทย์ผู้ดูแล รวมถึงการได้รับการฝึกปฏิบัติหรือได้รับการสอนเกี่ยวกับการดูแลทางด้านอารมณ์เพื่อช่วยลดความเครียดให้กับผู้ป่วย และไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นภาระ นอกจากนี้ญาติยังมีมุมมองการตายดีต่อตนเอง โดยมองว่า การเกิดการตายดีเป็นสิ่งที่สามารถจัดการหรือควบคุมได้ ตนก็มีความต้องการให้เกิดการตายดีเช่นเดียวกัน การตายดีจึงเป็นสิ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{10,11}

3) มุมมองต่อการตายดีของบุคลากรทางสุขภาพ

บุคลากรทางสุขภาพ มีมุมมองการตายดีที่มุ่งเน้นไปที่ผู้ป่วย และญาติ โดยให้ความสำคัญในเรื่องการควบคุมอาการ การดูแลให้มีความสุขสบายด้วยการจัดการกับความเจ็บปวดและอาการต่าง ๆ โดยไม่มีการช่วยฟื้นคืนชีพในวาระสุดท้าย ไม่มีอุปกรณ์ที่เป็นเทคโนโลยีทางการแพทย์คาอยู่ตามร่างกาย และบุคลากรทางสุขภาพสามารถควบคุมการตายนั้นได้ ควบคู่กับการดูแลด้านจิตสังคม โดยการพูดคุยร่วมกันกับครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนตาย อีกทั้งยังต้องการให้เกิดการส่งเสริมการตายอย่างมีศักดิ์ศรี โดยเป็นการตายที่มีบุคคลอันเป็นที่รักอยู่เคียงข้าง ได้ให้การดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้การตายเกิดขึ้นอย่างธรรมชาติ เป็นการตายที่สงบและมีความสุขสบาย ซึ่งการสื่อสารที่ดีจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยบรรลุการตายดีได้^{12,13}

นอกจากนี้ นโยบายและกฎหมายยังเป็นสิ่งที่บุคลากรทางสุขภาพทุกคนต้องคำนึงถึง เนื่องจากมีการออกกฎหมายเป็นพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่ให้บุคคลสามารถจัดทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้าย หรือพินัยกรรมชีวิต (Living will) และการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) แล้วยังได้มีการขับเคลื่อนแผน

ยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระบอบทนายของชีวิต พ.ศ. 2557-2559 โดยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีสาระสำคัญ 3 ยุทธศาสตร์⁵ คือ

1. เสริมสร้างความรู้ ทักษะที่ต่อการมีสุขภาพดีในระบอบทนายของชีวิตและตายดี และการดูแลแบบประคับประคอง
2. พัฒนาและจัดระบบบริการดูแลแบบประคับประคองในระบอบทนายของชีวิตที่ได้คุณภาพ มาตรฐานครอบคลุม เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพดีในระบอบทนายของชีวิตและรองรับการตายดี
3. พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการต่างๆ

โดยสรุป มุมมองต่อการตายดีของผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางสุขภาพข้างต้น แสดงให้เห็นว่ามุมมองการตายดีของแต่ละบุคคลนั้นมีทั้งความคล้ายและความแตกต่างกัน ดังเช่น การตายดีที่ผู้ป่วยแต่ละคนมีความต้องการให้เกิดกับตนเองนั้นย่อมขึ้นอยู่กับลักษณะของการตายที่ตนปรารถนา อาจจะมีเหมือนหรือคล้ายกันและอาจจะมีแตกต่างกันตามมุมมองของแต่ละบุคคล ในขณะที่มุมมองของญาติและบุคลากรทางสุขภาพกลับมีความสอดคล้องกันคือ การให้ความสำคัญกับผู้ที่กำลังจะเข้าสู่วาระสุดท้าย โดยอาจจะมีแตกต่างกันในบริบทของสถานที่ สิ่งแวดล้อม การจัดการอาการ การสื่อสาร และการดูแลด้านจิตวิญญาณ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้บรรลุกับการตายดี ญาติและบุคลากรทางสุขภาพจะต้องทราบถึงมุมมองการตายดีของผู้ป่วยก่อนจึงจะสามารถช่วยให้เกิดการตายที่ดีขึ้นได้

บทบาทพยาบาลเพื่อการตายดี

ปัจจุบันมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่มีช่วงสุดท้ายของชีวิตในโรงพยาบาล ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้บรรลุการตายดี พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญ เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมากที่สุด ในแง่ของการดูแล และยังเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดตลอดระยะเวลาของการ

รักษาตัวในโรงพยาบาล ดังนั้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยในการดูแลได้บรรลุการตายดีให้มากที่สุด บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพตามที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่าการสอน แนะนำ ให้คำปรึกษา แก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การฟื้นฟูสุขภาพ การรักษาโรคเบื้องต้น การให้ภูมิคุ้มกันโรค และการช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค เป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลโดยอาศัยหลักของกระบวนการพยาบาล (Nursing process) คือ ประเมินสภาพ วินิจฉัยปัญหา วางแผน ปฏิบัติ และประเมินผล โดยเป็นการบูรณาการเพื่อการปฏิบัติหน้าที่ เป้าหมายคือการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้เผชิญกับความเจ็บป่วยที่มีอยู่ได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด เช่นเดียวกับการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดการตายดี พยาบาลที่จะดูแลบุคคลให้เกิดการตายดีได้จะต้องมีบทบาท¹⁴⁻¹⁷ ดังนี้

1. บทบาทการเป็นผู้ประเมิน

ในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดการตายดี โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้การรักษาได้แล้ว เมื่อการดำเนินของโรคมีความรุนแรงมากขึ้นและต้องเข้าสู่ระยะท้ายของการรักษา ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลเพื่อประคับประคองอาการ พยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่จะสามารถเลือกใช้รูปแบบการประเมินหรือแบบประเมินได้อย่างเหมาะสม ได้แก่

1.1 การสอบถาม สัมภาษณ์ เป็นการสอบถามความต้องการกับผู้ป่วยโดยตรง การสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์โดยใช้ลักษณะของคำถามปลายเปิดหรือการสัมภาษณ์แบบคำถามเจาะลึก เช่น ความหมายของการตายดีเป็นอย่างไร การตายดีจะเกิดขึ้นได้อย่างไร และการตายดีของผู้ป่วยจะเกิดขึ้นได้ต้องมียุทธศาสตร์ประกอบอะไรบ้าง เป็นต้น

1.2 การใช้แบบประเมิน

1.2.1 แบบประเมินตามคุณลักษณะการตายดี (Good death inventory [GDI]) ใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินเกี่ยวกับการตายดีในหลาย ๆแง่มุม ได้แก่ การประเมินลักษณะของการตายดีตามมุมมองของบุคคล การประเมินคุณภาพของการดูแลแบบประ

คับประคองและการดูแลระยะสุดท้าย การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการประเมินระดับของการตายดี โดยแบบประเมินนี้มี 2 แบบ คือ 1) แบบประเมินการตายดีฉบับเต็ม (Full version of GDI) ข้อคำถามประกอบด้วยกลุ่มของคุณลักษณะของการตายดีจำนวน 18 กลุ่ม แต่ละกลุ่มประกอบด้วยคุณลักษณะ 3 ข้อ ในแบบประเมินจึงมีคุณลักษณะของการตายดีทั้งหมด 54 ข้อ 2) แบบประเมินการตายดีฉบับย่อ (Short version of GDI) ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นคุณลักษณะของการตายดีจำนวน 18 ข้อ แบบประเมินทั้ง 2 ฉบับมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) จำนวน 7 ระดับ (1=ไม่จำเป็นอย่างยิ่ง ถึง 7= จำเป็นอย่างยิ่ง) และแปลผลของโดยคะแนนเฉลี่ยรายข้อ ซึ่งคะแนนเฉลี่ยที่สูงหมายถึงว่าองค์ประกอบนั้นมีคุณลักษณะการตายดีสูง^{7,9}

1.2.2 แบบประเมินระดับของการตายดี (Good death scale [GDS]) ใช้เพื่อประเมินว่าผู้ตายได้บรรลุการตายดีหรือไม่ และอยู่ในระดับใด โดยแบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นปัจจัยของการตายดี 5 ปัจจัย ได้แก่ 1) การตระหนักรู้ถึงภาวะใกล้ตาย (awareness) 2) การยอมรับความตาย (Acceptance) 3) การเตรียมพินัยกรรมชีวิต (Arranging one's will) 4) ระยะเวลาของการตาย (Death timing) และ 5) ระดับความสบายทางร่างกาย 3 วันก่อนการตาย (Degree of physical comfort 3 days before death) ลักษณะคำตอบเป็นการให้คะแนนโดยมีระดับคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนรวมเท่ากับ 15 คะแนน ซึ่งคะแนนที่สูง หมายถึง มีระดับการตายดีสูง¹⁸

1.2.3 แบบประเมินคุณภาพการตาย (Quality of dying and death [QODD]) แบบประเมินนี้ ใช้ประเมินถึงคุณภาพของการตาย ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 31 ข้อจัดหมวดหมู่ได้ 6 องค์ประกอบ คือ การควบคุมและจัดการอาการ การเตรียมตัวกับการตาย ความต้องการในช่วงระยะเวลาที่จะต้องเกิดการตาย เวลาของครอบครัวหรือ

ผู้ที่ต้องการอยู่ด้วย ความพึงพอใจในการรักษา และ สิ่งที่สำคัญในชีวิต ดังที่ใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ สมาชิกของครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยหลังจากผู้ป่วย นั้นได้เสียชีวิตไปแล้ว¹⁹

1.2.4 แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการ การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale [PPS]) เป็นเครื่องมือที่ใช้สำหรับ ประเมินสภาวะของผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประ คับประคอง โดยวัดจากความสามารถ 5 ด้านของผู้ ป่วยคือ 1) ความสามารถในการเคลื่อนไหว 2) การ ปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินของโรค 3) การทำ กิจวัตรประจำวัน 4) การรับประทานอาหาร และ 5) ระดับความรู้สึกตัว ให้คะแนนเป็นร้อยละตามแบบ ประเมินจาก 0-100 แบบประเมินนี้สามารถพยากรณ์ โรคได้ค่อนข้างแม่นยำในเรื่องของการมีชีวิตอยู่ ซึ่งผู้ ป่วยที่มีระดับคะแนนน้อยมักเหลือเวลาของการมีชีวิต อยู่น้อยกว่า นอกจากนี้ยังสามารถใช้เพื่อบอกเป็น เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อเข้าดูแลในสถานี่ดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และบอกความยากของภาระงาน ของบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวในการดูแล ผู้ป่วย²

1.2.5 และแบบประเมินอาการของเอ็ด มอนตัน (Edmonton Symptom Assessment System [ESAS]) เป็นแบบสอบถามที่สามารถ ประเมินและติดตามอาการต่างๆ ณ เวลาที่ประเมิน ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ อาการปวด อาการ เหนื่อย อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตก กังวล อาการง่วงซึม อาการเบื่ออาหาร ความสบายดี ทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบ โดยให้ผู้ป่วย หรือญาติ ให้คะแนนตั้งแต่ 0-10 เลข 0 หมายถึงไม่มี อาการและ 10 หมายถึงมีอาการมากที่สุด²

1.3 การประเมินผลลัพธ์ ในการดูแลผู้ป่วยต้อง มีการกำหนดผลลัพธ์และตัวชี้วัดผลลัพธ์ของการดูแล โดยพยาบาลสามารถสร้างขึ้นเอง หรือเลือกใช้แบบ ประเมินผลลัพธ์ที่เหมาะสม เพื่อนำไปสู่การวางระบบ การประเมิน การบันทึกผล การจัดทำรายงาน และ วิเคราะห์ผลลัพธ์เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาการดูแลต่อไป

จะเห็นได้ว่า การเป็นผู้ประเมินเป็นบทบาท หน้าที่ที่ต้องทำเป็นอันดับแรก โดยพยาบาลจะต้อง เป็นผู้ที่มีความสามารถเลือกใช้รูปแบบของการ ประเมินเพื่อให้ได้ข้อมูลของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับการตาย ดี โดยแต่ละรูปแบบการประเมินอาจจะสามารถนำมา ใช้ได้เฉพาะกลุ่มบุคคลตามบริบทที่แตกต่างกัน เช่น กลุ่มผู้ป่วย ได้แก่ การใช้แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ ด้ รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS) แบบประเมิน อาการของเอ็ดมอนตัน (ESAS) ตามวัตถุประสงค์การ ใช้แบบประเมินดังรายละเอียดข้างต้น หรือแบบ ประเมินเกี่ยวกับการตายดีอื่นๆ ที่อาจจะต้องเลือกใช้ ด้กับกลุ่มของผู้ป่วยที่ยินยอมให้ข้อมูล เป็นผู้ที่รับการ ดำเนินโรคของตน หรือมีประสบการณ์ใกล้ชิดกับ ความตายมาแล้ว ผู้ป่วยกลุ่มนี้น่าจะมีการให้ข้อมูลเชิง ลึกและสะท้อนมุมมองของตนเกี่ยวกับการตายดีที่อาจ จะแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปที่ไม่ทราบการดำเนิน โรคของตน ผู้ป่วยที่คาดหวังต่อการรักษา หรือไม่มี ประสบการณ์ใกล้ชิดกับความตาย ดัง แบบประเมิน ตามคุณลักษณะของการตายดี (GDI) ที่ผู้เขียนได้มี ประสบการณ์การนำไปประเมินกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ ทราบการดำเนินโรคของตน และยังมีผู้นำไปใช้ในการ ศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นของชาวไทยและชาว ญี่ปุ่นเกี่ยวกับแนวคิดการตายดี

2. บทบาทการเป็นผู้ให้ความรู้

บทบาทของพยาบาลในการให้ความรู้ จะ เน้นที่การให้ข้อมูลหรือคำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการ ปฏิบัติตน ได้แก่ การแก้ปัญหาสุขภาพในช่องปาก จากภาวะปากแห้ง เยื่อปากอักเสบ แผลในปาก เช่น ให้จิบน้ำบ่อยๆ บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ การสอนและ การเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ตัวผู้ป่วยเอง เพื่อให้ สามารถเผชิญปัญหาในช่วงสุดท้ายของชีวิตได้ ในส่วน ของญาติหรือผู้ดูแล พยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่สามารถ ใช้วิธีการสอนจากสื่อ อุปกรณ์และเทคโนโลยีได้ตาม ความเหมาะสมซึ่งต้องให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยและการกลับไปดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน โดยข้อมูล ทั้งผู้ป่วยและญาติควรได้รับ ได้แก่ อาการของผู้ป่วย เมื่อวาระสุดท้ายมาถึง การจัดการความไม่สุขสบาย

ต่างๆ และแหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยและญาติสามารถไปใช้บริการได้ ดังที่ศูนย์การณักรักษ์ ได้ลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้านและครอบครัว โดยมีการให้ความรู้และสอนวิธีการดูแลที่จำเป็นกับผู้ป่วยระยะท้าย ได้แก่ การช่วยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อม การให้ยา เช่น การสอนการใช้เครื่องให้ยาแก้ปวดแก่ญาติเมื่อผู้ป่วยร้องขอ¹⁶ การที่จะเป็น ผู้ให้ความรู้โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้เกิดการตายที่ดีนั้น พยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง มีประสบการณ์ในการให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ และเป็นผู้ที่ได้รับความรู้ ได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมาอย่างเป็นระบบ ซึ่งในสถานการณ์การขาดแคลนพยาบาลในปัจจุบัน ที่จำนวนของพยาบาลไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วย ทำให้ภาระงานมากขึ้น ปัจจัยนี้อาจจะมีผลต่อจำนวนพยาบาลที่จะมาเป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญในบทบาทนี้ได้

3. บทบาทการเป็นผู้ให้การดูแลโดยตรง

การดูแลผู้ป่วย พยาบาลจะต้องอาศัยทักษะความรู้ ความเชี่ยวชาญในการประเมิน ค้นหาปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน และประเมินความต้องการอย่างเป็นองค์รวม คือ การประเมินทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ ซึ่งจะสามารถกำหนดปัญหาและนำไปสู่การวินิจฉัย จากนั้นจะต้องลำดับความสำคัญของปัญหา กำหนดเป้าหมายของการดูแลและผลลัพธ์ที่ต้องการ เพื่อวางแผนการดูแลอย่างเหมาะสม และให้การดูแล บำบัดอาการโดยใช้ความรู้ ทักษะการปฏิบัติ ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งบทบาทการดูแลนี้ยังให้ความสำคัญแก่การจัดการอาการเพื่อการตายดี เช่น บทบาทหน้าที่ของการเป็นผู้จัดการรายกรณี (Case management) ได้แก่

1. การจัดการกับอาการปวด ได้แก่ การประเมินอาการปวดอย่างเหมาะสม และการบริหารยาเพื่อลดอาการปวด เช่น ในปัจจุบันประเทศไทยนอกจากมีการบริหารยาเพื่อลดอาการปวดใน

โรงพยาบาลแล้ว ยังได้เริ่มมีการใช้รูปแบบการให้ยาใต้ผิวหนัง (Subcutaneous) ทั้งวิธีฉีดเข้าใต้ผิวหนังโดยตรง (Bolus administration) และ การใช้เครื่องให้ยาอย่างต่อเนื่องที่บ้าน (Continuous subcutaneous infusion, Syringe driver) โดยศูนย์การณักรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น เป็นผู้ริเริ่มนำมาใช้กับผู้ป่วยระยะท้ายและทำให้ผู้ป่วยได้กลับไปเสียชีวิตที่บ้านและตายอย่างสงบ¹⁶ ในอนาคตหากรูปแบบการให้ยาใต้ผิวหนังนี้เป็นที่ยอมรับและสามารถให้พยาบาลเป็นผู้บริหารยาได้โดยตรง ประเทศไทยอาจจะมีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลลดลง และผู้ป่วยได้กลับไปเสียชีวิตที่บ้านได้ตามความประสงค์

2. การจัดการกับอาการอื่นๆ เช่น การจัดการอาการหายใจลำบาก อาการสับสน กระสับกระส่าย ปัสสาวะลำบาก ไข้ การดูแลตา การรักษาความสะอาดช่องปาก คลื่นไส้อาเจียน ท้องมานและภาวะท้องผูก เป็นต้น พยาบาลสามารถจัดการกับอาการเหล่านี้โดยวิธีการที่ต่างกันขึ้นอยู่กับอาการ และความพร้อมของอุปกรณ์ในการบำบัด รวมถึงการบริหารยา

4. บทบาทในระบบการดูแล ระบบบริการการจัดการดูแล

พยาบาลจะต้องศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมาย มีความเข้าใจในนโยบายต่างๆ ทั้งมาตรฐานการรักษา สิทธิการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง และยังคงต้องเป็นผู้ที่รับเอานโยบายมาเป็นแนวทางในการออกแบบ พัฒนาระบบการดูแล กำกับติดตามผลลัพธ์ของการดูแล และมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบและกลไก ทั้งระบบการดูแลในโรงพยาบาล การประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาล ระบบการวางแผนจำหน่าย ระบบการส่งต่อ ระบบการเยี่ยมบ้าน และระบบการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เช่น แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ²⁰ ได้กำหนดนิยามตัวชี้วัด Service plan สาขาโรคมะเร็ง ให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งในแต่ละหน่วยงานจะต้องมี

พยาบาลที่รับผิดชอบการดูแลแบบประคับประคอง ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบเต็มเวลา โดยจัดทำรายงานจำนวนผู้ป่วย จัดทำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ดังแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะสุดท้ายที่บ้าน มีขั้นตอน ดังนี้ 1) มีการวางแผนเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2) มีการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน 3) มีการติดตามผลการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 4) มีการประสานงานกับแหล่งประโยชน์ชุมชน²¹ สถานการณ์ตัวอย่างนี้ได้ชี้ชัดให้เห็นแล้วว่า พยาบาลเป็นบุคคลหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้เป็นไปตามระบบการดูแล

5. บทบาทการเป็นผู้ติดต่อประสานงานและสื่อสาร

การสื่อสารเป็นส่วนสำคัญของการให้การพยาบาลอย่างหนึ่ง พยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่มีทักษะในการพูด สื่อสาร ประสานงาน ขอความร่วมมือและสามารถทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้ ซึ่งการทำงานร่วมกับทีมต้องร่วมกันประเมินปัญหา วางแผนการดูแล มีการปรึกษาเพื่อการจัดการดูแล ลงมือจัดการดูแลร่วมกับทีมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถส่งต่อการรักษาได้ เหล่านี้ล้วนต้องเกิดจากการมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีความจริงใจและมีจิตของการบริการ ลักษณะดังกล่าวข้างต้นเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงบทบาทของพยาบาลในการเป็นผู้ติดต่อสื่อสารและประสานงาน ดังที่สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ประเมินระดับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายของทีมสุขภาพว่า การประสานงานและความสม่ำเสมอ การสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจสำหรับญาติและผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง²² ประเด็นนี้น่าจะเป็นแรงผลักดันให้พยาบาลจำเป็นต้องมีการพัฒนาและปรับปรุงลักษณะการให้การพยาบาลที่อยู่ภายใต้บทบาทนี้อย่างต่อเนื่อง

6. บทบาทการเป็นผู้ให้การดูแลตามหลักจริยธรรม

การให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะท้าย พยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ด้านจริยธรรม ได้แก่ หลักของการบอกความจริง การตัดสินใจร่วมกัน การพิทักษ์สิทธิเป็นปากเสียงแทนผู้ป่วย สิทธิพื้นฐานในการปฏิเสธการรักษา การยุติการใช้เครื่องมือช่วยชีวิต การรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ และการทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือปล่อยให้เสียชีวิตจากโรคที่เป็น โดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วยและญาติเสมอ เคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะ สมบูรณ์และผู้ที่ทำพันธียกรรมชีวิตไว้ รวมทั้งการตัดสินใจของญาติผู้ที่มีสิทธิในการตัดสินใจแทน ทั้งนี้จะต้องคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย ยึดหลักของความ เป็นมนุษย์

บทสรุป

ปัจจุบันวิวัฒนาการทางการแพทย์เพื่อการรักษาโรคก้าวหน้าไปอย่างไม่หยุดยั้ง ผู้ป่วยบางรายได้รับการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพเพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด ในขณะที่ผู้ป่วยบางราย การรักษากลับไม่สามารถต่อสู้กับความเจ็บป่วยได้ การดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่มีเป้าหมายเพื่อลดความทุกข์ทรมาน เพิ่มคุณภาพชีวิตทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ² ดังนั้นรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองจึงถูกบรรจุรวมเข้าเป็นแขนงหนึ่งของการรักษาดูแลเพื่อให้เกิดการตายดีและกำลังได้รับความสนใจในหลายด้านทั้งด้านสังคมศาสตร์ ศาสนา และการแพทย์ โดยมีการศึกษาวิจัย สร้างองค์ความรู้ที่เหมาะสมภายใต้บริบทของคนในสังคม เพื่อให้มีรูปแบบการดูแลที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันและเป็นที่ยอมรับ ดังนั้น พยาบาลนับเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ประเมิน การเป็นผู้ให้ความรู้ เป็นผู้ให้การดูแลตามกระบวนการให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังมีบทบาทเป็นผู้ติดต่อประสานงาน เป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนตามระบบสุขภาพให้เป็นไปตามนโยบายต่างๆ และให้การดูแลโดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมของความเป็นมนุษย์ บทบาทเหล่านี้เป็น

ศักยภาพของพยาบาลที่สามารถปฏิบัติได้ นอกจากนี้ ให้บรรลุกับเป้าหมายสูงสุดของการดูแลแบบ
ยังต้องอาศัยความร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพและการ ประคับประคอง คือ การตายดี
สนับสนุนจากองค์กรเพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Choi JY, Chang YJ, Song HY, Jho HJ, Lee MK. Factors that affect quality of dying and death in terminal cancer patients on inpatient palliative care units: perspectives of bereaved family caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management* 2013; 45(4): 735-745.
2. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติ เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ทีคิวพี; 2558.
3. ราชบัณฑิตสถาน. พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตสถานพ.ศ. 2554 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ค. 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.royin.go.th/dictionary/>
4. ศรีสว่าง พัววงศ์แพทย์. จากแนวคิดสู่การปฏิบัติในเรื่อง “สิทธิที่จะตายดี”. ใน: วิชัย โชควิวัฒน์, อัมพล จินดาวัฒน์, แสง บุญเฉลิมวิภาส, ปิติพร จันทรทัต ณ อยุธยา, ไพศาล ลีมสถิต, บรรณาธิการ. ก่อนวันผลิตใบ: หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ทีคิวพี; 2555: 121-127.
5. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ ในระยะ ท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557-2559 ตามมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ครั้งที่ 2 วันอังคารที่ 17 ธันวาคม 2556 ณ. ศูนย์การประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี จ.นนทบุรี. นนทบุรี: สำนักงาน คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2557.
6. วัลภา คุณทรงเกียรติ. การตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย บูรพา* 2554; 19(2): 1-12.
7. Miyashita M, Sanjo M, Morita T, Hirai K, Kizawa Y, Shima Y, et al. Barriers to providing palliative care and priorities for future actions to advance palliative care in Japan: nationwide expert opinion survey. *Journal of Palliative Medicine* 2007; 10(2):390-399.
8. วัชรตม เสมอเชื้อ. การตายดีตามการรับรู้ของผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2558.
9. Miyashita M, Morita T, Sato K, Hirai K, Shima Y, Uchitomi Y. Good death inventory: A measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective: *Journal of Pain and Symptom Management* 2008; 35(5):486-498.
10. Iranmanesh S, Hosseini H, Esmaili M. Evaluating the good death concept from Iranian bereaved family members' perspective. *The journal of supportive oncology* 2011; 9(2): 59-63.
11. Hales S, Gagliese L, Nissim R, Zimmermann C, Rodin G. Understanding bereaved caregiver evaluations of the quality of dying and death: an application of cognitive interviewing methodology to the quality of dying and death questionnaire.

- Journal of Pain and Symptom Management 2012; 43(2):195-204.
12. Ryan L, Seymour J. Death and dying in intensive care: Emotional labour of nurses. End of Life Journal 2013; 3(2): 1-9.
 13. Trankle SA. Is a good death possible in Australian critical and acute settings: Physician experiences with end-of-life care. BMC Palliative Care 2014; 13:1-14.
 14. Margaret MM, William JM. Oncology nurses' personal understandings about palliative care. Oncology nursing forum 2010; 37(3): E141.
 15. Miyashita M, Tatsuya M, Kazuki S, Sarotu T, Yashuo S. A nationwide survey of quality of end of life cancer care in designated cancer centers, inpatient palliative care units, and home hospices in Japan: The J-HOPE study. Journal of pain and symptom management 2015:1-13.
 16. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. เอกสารประกอบการบรรยาย โครงการอบรมหลักสูตรสำหรับผู้ฝึกอบรมพยาบาลด้านการบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ร่วมกับสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย; 2558.
 17. Pavlish C, Ceronsky L. Oncology nurses' perceptions of nursing roles and professional attributes in palliative care. Clinical Journal of oncology nursing 2009; 13(4): 404-41.
 18. Tsai JS, Wu CH, Chiu TY, Hu WY, Chen CY. Fear of death and good death among the young and elderly with terminal cancers in Taiwan: Journal of pain and symptom management 2005; 29(4): 344-351.
 19. Hales S, Gagliese L, Nissim R, Zimmermann C, Rodin G. Understanding bereaved caregiver evaluations of the quality of dying and death: an application of cognitive interviewing methodology to the quality of dying and death questionnaire: Journal of Pain and Symptom Management 2012; 43(2):195-204.
 20. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. นิยาม ตัวชี้วัด service plan สาขาโรคมะเร็ง. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2558:27-30.
 21. พัชระกรพจน์ ศรีประสาร, วรธิดา มาศเกษม และ อนงค์ ดิษฐสังข์. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน : ความท้าทายในบทบาทของพยาบาลสาธารณสุข. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2558; 29(2):98-109.
 22. เพ็ญภัตสร มาพงษ์. การประเมินการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและการตายดีโดยสมาชิกครอบครัว [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.

การพัฒนาการเรียนการสอนภาษาอังกฤษสำหรับ

นักศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ในศตวรรษที่ 21 ด้วยอรรถลักษณะวิธี

Development of English Language Teaching and Learning for Nursing Students in the 21st Century Using a Genre-Based Approach

อุดมกฤษฎี ศรีนนท์ ปร.ด. *

Udomkrit Srinon, Ph.D. *

รัศมี ศรีนนท์ ปร.ด. **

Rassamee Srinon, Ph.D. **

อศนีย์ วันชัย ปร.ด. ***

Ausanee Wanchai, Ph.D***

วิมลมาส ดิ่งบุญ พย.ม. ****

WimonmaTingboon, MNS. ****

บทคัดย่อ

จุดประสงค์ของบทความนี้เพื่อให้ความรู้และสร้างความเข้าใจต่อกระบวนการสอนภาษาอังกฤษด้วยอรรถลักษณะวิธี (Genre - based approach) ซึ่งครอบคลุมการประยุกต์ใช้ขั้นตอนของวงรอบการเรียนการสอนในชั้นเรียนในบริบทของการเรียนการสอนด้านพยาบาลศาสตร์ ผู้เขียนได้เน้นถึงความสำคัญและกระบวนการแห่งวงรอบการเรียนการสอนภาษาครอบคลุมขั้นตอนหลัก 5 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างบริบทในการเรียนรู้ (Building the context) 2) การแสดงแบบตัวอย่างและการถอดร่างข้อความ (Modelling and deconstruction of text) 3) การร่วมกันสร้างข้อความ (Joint construction of text) 4) การสร้างข้อความอย่างอิสระ (Independent construction of text) 5) การเชื่อมโยงข้อความไปสู่ข้อความที่เกี่ยวข้อง (Linking to related texts) ในตอนท้ายของบทความผู้เขียนได้กล่าวถึงข้อจำกัดของอรรถลักษณะวิธี รวมถึงข้อเสนอแนะต่างๆ ในการประยุกต์ใช้วิธีสอนแบบอรรถลักษณะวิธีอย่างเหมาะสม ในบริบทของการเรียนการสอนภาษาอังกฤษให้กับนักศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์

คำสำคัญ: อรรถลักษณะวิธี การเรียนการสอนภาษาอังกฤษ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์

* อาจารย์ประจำภาควิชาภาษาอังกฤษ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน
Instructor, Department of English, Faculty of Liberal Arts and Science, Kasetsart University, Kamphaeng Saen Campus

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี
Registered Nurse: Senior Professional Level, Maternal and Child department Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
Registered Nurse: Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj

**** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

**** Registered Nurse: Senior Professional Level, Maternal and Child department Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi

Abstract

The aims of this article are to contribute some knowledge and offer understanding on English teaching process of a Genre – Based Approach which includes applications of stages of teaching learning cycle in the approach concerned in the context of nursing teaching and learning . The authors focus on the importance and the process of language teaching and learning cycle which encompasses five main stages; 1) Building the context 2) Modeling and deconstruction of text 3) Joint construction of text 4) Independent construction of text 5) Linking to related texts. In the final part of the paper, the authors discuss limitations of the approach and then offer some recommendations on how to appropriately apply it into the context of English language teaching and learning to nursing students appropriately.

Key words: Genre based approach, English language teaching, Nursing students

บทนำ

ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่า ภาษาอังกฤษมีบทบาทและความสำคัญต่อทุกสาขาอาชีพ การเรียนการสอนภาษาอังกฤษในประเทศไทยมีวิวัฒนาการมาอย่างยาวนานไม่น้อยกว่า 100 ปีจนถึงศตวรรษที่ 21 ณ ขณะปัจจุบันนี้การเรียนการสอนภาษาอังกฤษเพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษของนักศึกษาในสาขาพยาบาลศาสตร์ เป็นอีกหนึ่งสาขาที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาประเทศไทยในระบบการดูแลสุขภาพของประชากรไทยให้ทัดเทียมกับนานาชาติ ประเทศทั้งในด้านการพัฒนาองค์ความรู้และระบบที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและการบริการด้านสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมทางด้านการใช้ภาษาอังกฤษของนักศึกษาในสาขาพยาบาลศาสตร์¹⁻³ พบว่า สมรรถนะและความสามารถการใช้ภาษาอังกฤษของนักศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์โดยทั่วไปยังอยู่ในระดับต่ำและมีปัญหาอุปสรรคในการเรียนรู้ ต้องได้รับการพัฒนาด้วยวิธีการสอนและการเรียนรู้ที่ถูกต้องเพื่อให้สอดคล้องและตอบโจทย์กับสมรรถนะด้านการใช้ภาษาต่างประเทศในบริบทของการพยาบาล รวมถึง

การตอบสนองต่อการศึกษาค้นคว้าหาความรู้จากแหล่งเรียนรู้ต่างๆ ที่เป็นภาษาอังกฤษและการบริการด้านการพยาบาลให้กับผู้รับบริการทั้งในระดับชาติและนานาชาติมากขึ้น งานวิจัยดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า ยังต้องมีการพัฒนาการเรียนรู้ภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์อย่างต่อเนื่อง โดยต้องแสวงหาวิธีการเรียนรู้ใหม่ๆ เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะความสามารถในการใช้ภาษาอังกฤษของนักศึกษาให้ดียิ่งขึ้นไป ทั้งนี้ยังเป็นการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาเพื่อการสื่อสารด้านภาษาอังกฤษในบริบทของการศึกษาหาความรู้ การทำงานและการบริการด้านการพยาบาลแก่ผู้รับบริการทั้งชาวไทยและต่างชาติอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป ท่ามกลางสังคมและวัฒนธรรมการทำงานที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การแสวงหาวิธีการเรียนการสอนภาษาอังกฤษที่เหมาะสมกับบริบทของการเรียนรู้ในสาขาพยาบาลศาสตร์จึงเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาสมรรถนะด้านภาษาของผู้เรียนที่มีความหลากหลายและพื้นฐานการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน

ประโยชน์ของการเรียนการสอนแบบอรรถลักษณะวิธี (Genre based approach)

มีงานวิจัยมากมายที่แสดงประโยชน์หรือข้อดีของการเรียนการสอนแบบอรรถลักษณะวิธีในบริบทต่างๆ ทั้งต่างประเทศและในประเทศนับตั้งแต่ช่วงปี ค.ศ. 1980 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน บทความนี้จะนำเสนอผลงานวิจัยบางส่วนในด้านนี้ในช่วงไม่เกิน 10 ปีย้อนหลัง ทั้งนี้เพื่อจะได้เห็นนวัตกรรมและวิวัฒนาการล่าสุดของการประยุกต์ใช้อรรถลักษณะวิธีในบริบทต่างๆ

ในบริบทการวิจัยในต่างประเทศนั้น พบว่า Luu Trong Tuan⁴ ได้ทำการศึกษาวิจัยผลกระทบของการใช้อรรถลักษณะวิธีในด้านการเขียนกับผู้เรียนชาวเวียดนามและศึกษาความคิดเห็นต่อการประยุกต์ใช้อรรถลักษณะวิธีในการพัฒนาการเขียน ผลการวิจัยพบว่า ผู้เรียนส่วนใหญ่มีสมรรถนะเพิ่มขึ้นในการควบคุมการใช้ลักษณะของภาษาที่สำคัญในแง่จุดประสงค์ทางสังคม ลักษณะทางภาษาและโครงสร้างของข้อความ (Schematic structure) การประยุกต์ใช้การเขียนข้อความแบบเล่าเรื่องในอดีต (the re-count genre) เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นและมีประโยชน์ที่ผู้เรียนสามารถรับรู้ได้

ในบริบทของประเทศไทยนั้น Srinon⁵ ได้ทำการวิจัยการพัฒนาการเขียนเรียงความเชิงวิชาการของนิสิตไทยโดยใช้อรรถลักษณะวิธี (Genre based pedagogy) ผลการวิจัยพบว่า นิสิตสามารถพัฒนางานเขียนเรียงความโต้แย้งแบบด้านเดียว (Exposition texts) และเรียงความโต้แย้งแบบสองด้าน (Discussion texts) ได้ในระดับที่น่าพอใจ โดยนิสิตสามารถเข้าใจวัตถุประสงค์ของการเขียนและสามารถนำโครงสร้างทางข้อความ (Generic structure) มาใช้พัฒนางานเขียนของตนเองได้เป็นอย่างดีและน่าพอใจ นอกจากนี้แล้ว Payaprom⁶ ได้ทำการศึกษาวิจัยการใช้อรรถลักษณะวิธีในการพัฒนาการเขียนภาษาอังกฤษของนักศึกษาชาวไทย พบว่า การใช้วิธีการดังกล่าวมีผลกระทบต่อผู้เรียนในการพัฒนาทักษะการฟัง พูด อ่าน เขียน นอกจากนี้ ยังพบ

ว่า ผู้เรียนในทัศนคติที่ดีต่อวิธีการดังกล่าว เพราะช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจรูปแบบและจุดประสงค์ของข้อความได้ดี อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้ก็เสนอแนะว่า อาจจะมีการขยายและประยุกต์ใช้วิธีการนี้ในบทสนทนาที่ขยายความมากขึ้น (Extended dialogues) เพื่อที่ว่าอรรถลักษณะวิธีจะมีผลอย่างไรบ้างต่อการเรียนรู้ด้านอภิภาษา (Metalanguage) ของผู้เรียน

ในปี ค.ศ. 2013 Ismail Ibrahim Elshirbini Abd-ElFatah Elashri⁷ ได้ทำการศึกษาคycleการประยุกต์ใช้อรรถลักษณะวิธี (Genre based approach) ในการพัฒนาการเขียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในประเทศอียิปต์ ใช้กระบวนการวงรอบการเรียนการสอน (Teaching Learning Cycle) เป็นเครื่องมือสำคัญในการถอดแบบการเรียนรู้ (Scaffolding) ผลการวิจัยได้แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า อรรถลักษณะวิธีช่วยพัฒนาทักษะการเขียนของนักเรียนได้ดีและนักเรียนก็มีทัศนคติที่ดีต่อการใช้วิธีการดังกล่าว

ในปี ค.ศ. 2014 Yadollah Alidoost et. Al.⁸ ได้ทำการศึกษาอรรถลักษณะวิธีโดยใช้ Teaching Learning Cycle ในการพัฒนาการเขียนเชิงวิชาการของนักศึกษาในประเทศอิหร่าน โดยมีการเปรียบเทียบคะแนน Pre-test, Post-test ผลการศึกษาพบว่า คะแนนหลังการเรียน Post – test ของนักศึกษาดีกว่าคะแนนก่อนเรียน Pre-test ผลการศึกษายังแสดงให้เห็นว่า การสอนแบบเข้มข้นของครูโดยใช้ Teaching Learning Cycle มีประโยชน์และช่วยให้นักศึกษาสามารถแยกแยะประเภทของข้อความ (Texts) ต่างๆ ได้ดีและทำให้นักศึกษาคำนึงถึงจุดประสงค์ทางด้านสื่อสารของข้อความต่างๆ (Communicative purposes) ได้ดี นอกจากนี้ ระดับความมั่นใจในการเขียนภาษาอังกฤษของนักศึกษาก็เพิ่มขึ้นและนักศึกษามีทัศนคติที่ดีต่อการเขียน

ในปี ค.ศ. 2015 LIANG Enli⁹ ได้ทำการศึกษาคycleการใช้ Genre – based curriculum cycle ซึ่งมีขั้นตอน 4 ขั้นตอน คือ building knowledge of the field (การสร้างองค์ความรู้ในสาขา), Modeling of the text (การแสดงผลแบบข้อความ), Joint construc-

tion (การร่วมกันสร้างข้อความ), Independent writing (การสร้างข้อความอย่างอิสระ) ในการพัฒนาการเขียนของนักเรียนในระดับมัธยมศึกษาในประเทศไทย สาธารณรัฐประชาชนจีน ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการเหล่านี้ใช้ได้ผลดีในระดับหนึ่ง แต่ก็ยังมีปัญหาบางประการที่เกิดการขาดความเข้าใจในด้านความรู้ในกระบวนการ การข้ามขั้นตอนช่วงการสาคิดข้อความ (Modeling phase) ความผิดพลาดของครูผู้สอนในขั้นของการวิเคราะห์โครงสร้างของข้อความ (Schematic structure) กระบวนการถอดโครงสร้างข้อความที่ยังไม่เพียงพอ (Insufficient scaffolding) และในปี ค.ศ. 2016 Yilong Yang¹⁰ ได้ทำการศึกษาวิจัย โดยการพยายามประยุกต์ใช้อรรถลักษณะวิธีในการพัฒนาการเขียนของนักศึกษาที่อยู่ในบริบทของการสอนภาษาอังกฤษเป็นภาษาที่สอง English as second languages (ESL) ในประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ผลการศึกษาวิจัยพบว่า การเรียนการสอนแบบอรรถลักษณะวิธีมีประโยชน์หลายประการ เช่น การบูรณาการด้านการเรียนรู้ภาษาและความรู้ทางด้านวัฒนธรรม การเขียนที่เน้นทั้งกระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Results) การเน้นปฏิสัมพันธ์ในการเรียนรู้ และการนำไปสู่การส่งเสริมความเข้าใจระหว่างการอ่านและการเขียน

จากการทบทวนวรรณกรรมด้านการใช้อรรถลักษณะวิธีในการพัฒนาทักษะภาษาอังกฤษของผู้เรียนดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า อรรถลักษณะวิธีมีประโยชน์ในด้านการเรียนการสอนภาษาอังกฤษอย่างมาก ถ้าหากมีการนำกระบวนการหรือวงรอบการเรียนการสอน (Teaching Learning Cycle) ไปใช้อย่างถูกต้องและเหมาะสมในบริบทต่างๆ

กระบวนการเรียนการสอนภาษาอังกฤษแบบอรรถลักษณะวิธี (Genre based approach)

วิธีการเรียนการสอนภาษาอังกฤษนั้น มีมากมายหลากหลายวิธีตามยุคสมัยที่เปลี่ยนแปลงไป ในยุคช่วงก่อนวิธีการ (Pre-method era) การเรียนการสอนภาษาอังกฤษจะเน้นการสอนที่เป็นวิธีการ

เดี่ยว เช่น การสอนที่เน้นการฟัง-พูด (Audio-lingual method) การสอนที่เน้นโครงสร้างไวยากรณ์และการแปล (Grammar – translation method) การสอนภาษาที่เน้นการสื่อสาร (Communicative Language Teaching) ส่วนยุคหลังวิธีการ (Post- method era) จนกระทั่งยุคปัจจุบันจะเน้นการสอนแบบบูรณาการวิธีการต่างๆ (Integrated approach/mixed method) เข้าด้วยกัน¹¹ ซึ่งแต่ละวิธีก็มีทั้งข้อดีและข้อเสียแตกต่างกันออกไป อย่างไรก็ตาม วิธีการสอนภาษาอังกฤษแบบหนึ่งที่ได้รับคามนิยมและเป็นที่น่าสนใจอย่างกว้างขวางในต่างประเทศ เช่น ประเทศออสเตรเลีย สหราชอาณาจักร นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 จนถึงปัจจุบันซึ่งมีการปรับปรุงวิธีการและกระบวนการมาตลอด คือวิธีการเรียนการสอนภาษาอังกฤษที่เน้นประเภทหรือลักษณะของข้อความ (Text types) หรือวิธีการซึ่งเรียกชื่อเป็นภาษาไทยว่า อรรถลักษณะวิธี (Genre - based approach) วิธีนี้การเรียนการสอนแบบนี้ จะเน้นไปที่การทำความเข้าใจกับประเภทของข้อความ (Text types) และการสร้างความหมาย (Meaning making) ทางภาษา ตลอดจนถึงกระบวนการสื่อสารที่เกิดจากการใช้ภาษาที่เป็นธรรมชาติเพื่อวัตถุประสงค์ทางด้านสังคม (Social purposes) และบริบทการเรียนรู้ต่างๆ ในสถานการณ์และวัฒนธรรม (Context of situation and context of culture)

ในกระบวนการเรียนการสอนแบบอรรถลักษณะวิธีนั้น มีคำหลักที่สำคัญคือคำว่า Genre (ฉองเร่อ) ซึ่งเป็นคำที่รากศัพท์มาจากภาษาฝรั่งเศส หมายถึงรูปแบบ (Form) หรือประเภท (Type) ซึ่ง Martin¹² หนึ่งในผู้นำและนักการศึกษาด้านภาษาศาสตร์และภาษาศาสตร์ประยุกต์ได้ให้คำนิยามคำว่า Genre ในบริบททางด้านภาษาศาสตร์ทางการศึกษาว่า Genre หมายถึงการทำกิจกรรมหรือการสื่อสารต่างๆ แบบมีเป้าหมายและขั้นตอนเพื่อที่จะให้สำเร็จวัตถุประสงค์ โดยเน้นไปที่บริบททางด้านวัฒนธรรม (A genre is a “staged purposive activity undertaken to accomplish some goal/s...they

have the character due to the context of the culture in which they are found) กล่าวคือการเรียนรู้ภาษาตามแนวนี้คือ การทำความเข้าใจในลักษณะของภาษาที่ใช้และพบเห็นในบริบทต่างๆ ที่ครอบคลุมทั้ง 4 ทักษะ คือ การฟัง การพูด การอ่าน และการเขียน และนำไปสู่การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยเน้นกระบวนการถอดแบบการเรียนรู้ (Scaffolding process)^{13,14} ที่เป็นระบบโดยเริ่มจากการที่ผู้เรียนเรียนรู้ภาษาในรูปแบบการควบคุมหรือพึ่งพาการช่วยเหลือจากครูผู้สอนก่อนในลำดับแรกจนกระทั่งไปสู่การเรียนรู้แบบอิสระด้วยตนเองในที่สุด

อรรถลักษณะวิธี (Genre - based approach) มีพัฒนาการในยุคช่วงปี ค.ศ.1970 โดยมีพัฒนาการมาจากกลุ่มภาษาศาสตร์เชิงระบบและหน้าที่ (Systemic Functional Linguistics) ซึ่งมีศาสตราจารย์ด้านภาษาศาสตร์ที่ชื่อว่า M.A.K Halliday เป็นผู้นำและในยุคต่อมาทฤษฎี Genre ก็ได้รับการพัฒนาและนำมาประยุกต์ใช้ในวงการศึกษานักภาษาศาสตร์เชิงระบบและหน้าที่ (Systemic Functional Linguistics, SFL) เช่น J.R. Martin, David Rose, Beverly Derewianka, P.R.R. White ในช่วงยุคเริ่มต้นของการเรียนการสอนแบบอรรถลักษณะวิธีนั้น กลุ่มนักภาษาศาสตร์ดังกล่าวได้พัฒนารอบทฤษฎีของ Genre ขึ้นมา โดย Genre นั้นเป็นแนวคิดที่เกี่ยวกับทำเนียบการใช้ภาษา (Register) และภาษา (Language) ในกรอบทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับ Genre ดังกล่าว กลุ่มนักภาษาศาสตร์ SFL ซึ่งนำโดย J.R. Martin ซึ่งเป็นศาสตราจารย์ด้านภาษาศาสตร์ที่มหาวิทยาลัยซิดนีย์ (University of Sydney) ประเทศออสเตรเลียก็ได้พัฒนาระบบวงจรรอบในการเรียนและการสอน (Teaching Learning Cycle) ภายใต้กรอบของทฤษฎี Genre โดยเน้นการวิเคราะห์ภาษาและการทำความเข้าใจการใช้ภาษาในหน้าที่เชิงสังคม (Social purposes) ซึ่งแนวคิดดังกล่าวถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการสอนภาษาในโรงเรียนระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และในมหาวิทยาลัย จนเป็นที่ยอมรับกันทั่วโลกทั้งในทวีปยุโรปและเอเชีย และได้

รับขนานนามว่า Sydney School Genre หรือ Sydney School's Genre-Based Pedagogy

ขั้นตอนเหล่านี้ได้ถูกนำไปใช้ครั้งแรกกับครูและนักเรียนในโรงเรียนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาในรัฐ New South Wales ในประเทศออสเตรเลียในโครงการ The Metropolitan East Region of Sydney's Disadvantaged Schools Program (DSP) ในปี ค.ศ. 1988^{15,16} ได้ผลดีเป็นที่น่าพอใจ

ภายหลังกระบวนการนี้ได้รับพัฒนาและปรับปรุงโดยศาสตราจารย์ J.R. Martin และ David Rose ผู้นำทางด้านทฤษฎี Genre ใน SFL โดยสรุปขั้นตอนออกเป็น 3 ขั้นตอนใหญ่ ดังนี้คือ

ขั้นตอนที่ 1 การถอดแบบ (Deconstruction) โครงสร้างของข้อความหรือประเภทของข้อความ โดยที่ผู้เรียนสำรวจและวิเคราะห์โครงสร้างทางภาษา ลักษณะของภาษาที่ใช้ในข้อความ จากนั้นก็เปรียบเทียบข้อความที่เป็นโมเดล (Modeled text) กับประเภทของข้อความหรือ Text types อื่นๆ

ขั้นตอนที่ 2 การร่วมกันสร้างหรือเรียนรู้ข้อความร่วมกัน (Joint construction) เป็นกระบวนการที่ผู้เรียนร่วมกันสร้างข้อความในการเรียนรู้ร่วมกัน เช่น อาจจะเป็นการเขียนหรือการพูดข้อความโดยดูภาพรวมของข้อความ (Whole text construction) ในกระบวนการนี้ ครูผู้สอนก็จะค่อยๆ ลดบทบาทการควบคุมลง โดยนักเรียนเริ่มมีอิสระในการเรียนรู้และสร้างข้อความทางภาษาร่วมกัน

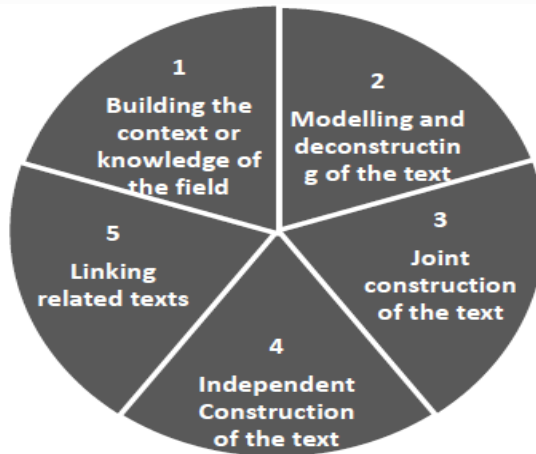
ขั้นตอนที่ 3 การสร้างข้อความทางภาษาอย่างอิสระเสรี (Independent construction) เป็นกระบวนการที่ผู้เรียนสามารถเขียนข้อความเพื่อการสื่อสารทางภาษาอย่างเป็นอิสระ โดยที่ผู้เรียนมีอิสระในการทำงานกับข้อความทางภาษาและมีการวัดประเมินผลในการแสดงออกทางภาษาของผู้เรียน

กระบวนการหรือขั้นตอนทั้งสามนี้ถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการเรียนรู้ภาษาแบบอรรถลักษณะวิธี อย่างไรก็ตามในยุคต่อมา ได้มีการปรับปรุงรูปแบบและวิธีการการเรียนรู้แบบนี้ โดยมีการขยายแนวคิด

และขั้นตอนออกเป็นอีก 4 ขั้นตอน

ในช่วงปี ค.ศ. 1998 Feez และ Joyce¹⁷ เป็นผู้พัฒนาทฤษฎีรุ่นต่อมาในกลุ่มทฤษฎีภาษาศาสตร์เชิงระบบและหน้าที่ (SFL) ได้ร่วมกันพัฒนาและปรับปรุงวงรอบการเรียนรู้การสอนนี้ โดยที่ยังคงขั้นตอนทั้งสามไว้ คือ ขั้น Deconstruction, Joint

construction และ Independent construction ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของวิธีการสอนแบบนี้อยู่ โดยเพิ่มสองขั้นตอนเข้ามาคือ ขั้นตอน Building the context or knowledge of the field และขั้นตอน Linking related texts รวมแล้วเป็น 5 ขั้นตอนดังแผนภูมิภาพต่อไปนี้



แผนภูมิภาพที่ 1 ขั้นตอนการเรียนรู้การสอน - Stages of Teaching Learning Cycle (Feez and Joyce, 1998) อ้างอิงจากงานของ Asep Sietiadi¹⁸

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างบริบทในการเรียนรู้ (Building the context)

ในขั้นตอนนี้ เป็นขั้นตอนก่อนการเข้าสู่บทเรียน ครูผู้สอนแนะนำและพาผู้เรียนเข้าสู่บริบททางสังคมแห่งการเรียนรู้โดยใช้ข้อความหรือประเภทของข้อความสื่อจริง (Authentic text types) ต่างๆ โดยผู้เรียนสำรวจลักษณะของบริบททางวัฒนธรรมโดยทั่วไปของข้อความว่า เป็นข้อความแบบใด เช่น บทความเชิงวิพากษ์วิจารณ์ และสำรวจสถานการณ์ในบทความว่า เป็นบทความที่มีทำเนียบทางภาษา (Register) อย่างไร เป็นบทความที่เป็นทางการหรือทั่วไปซึ่งถูกนำมาใช้เป็นสื่อในการเรียนการสอน

ขั้นตอนที่ 2 การแสดงแบบและถอดโครงสร้างข้อความ (Modeling and deconstructing the text)

ในขั้นตอนนี้ ผู้เรียนก็จะสำรวจโครงสร้างทาง

ภาษาหรือลักษณะทางภาษาของข้อความที่นำมาเป็นแบบในการเรียนรู้ร่วมกัน และมีการเปรียบเทียบข้อความที่นำมาเป็นแบบกับตัวอย่างข้อความหรือลักษณะข้อความประเภทอื่นๆ

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างข้อความร่วมกัน (Joint construction of the text)

ในขั้นตอนนี้ ผู้เรียนก็จะเริ่มสร้างตัวอย่างทั้งหมดของข้อความร่วมกัน โดยที่ครูผู้สอนจะค่อยๆ ลดบทบาทของการควบคุมการเรียนรู้ของผู้เรียนลง ผู้เรียนจะมีโอกาสที่ควบคุมหรือสร้างสรรค์ข้อความทางภาษาด้วยตนเองมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การสร้างข้อความอย่างอิสระเสรี (Independent construction of the text)

ในขั้นตอนนี้ จะเห็นได้ว่า ผู้เรียนจะมีโอกาสได้ทำงานกับข้อความอย่างเป็นอิสระ กล่าวคือ ผู้เรียนอาจจะทำงานแบบรายบุคคลหรือทำงานร่วมกันกับ

เพื่อนเป็นกลุ่มในอภิปรายหรือระดมความคิดร่วมกัน เพื่อสร้างข้อความใหม่ทางภาษาขึ้นมาโดยอาจจะอยู่ในรูปของการฟัง การพูด การอ่าน การเขียน ประเด็นสำคัญในกระบวนการนี้ คือ การประเมินการแสดงออกของผู้เรียนโดยครูผู้สอน โดยประเมินจากความสำเร็จในการเรียนรู้ (Achievement assessment)

ขั้นตอนที่ 5 การเชื่อมโยงข้อความไปสู่ข้อความที่เกี่ยวข้อง (Linking to related texts)

ในขั้นตอนนี้ ผู้เรียนจะได้มีโอกาสสำรวจว่าสิ่งที่ตนเองได้เรียนรู้ในกระบวนการเรียนรู้นี้เกี่ยวข้องกับหรือสัมพันธ์กับข้อความอื่นๆ ในบริบทเดียวกันอย่างไร และสำรวจว่า วงรอบการเรียนรู้ในอนาคตหรืออดีตนั้นเป็นอย่างไร หรือมีสัมพันธ์กันอย่างไร

จากกระบวนการหรือวงรอบการเรียนรู้การสอนทั้ง 5 ขั้นตอนนี้ จะสังเกตเห็นได้ว่า ผู้เรียนจะค่อยๆ พัฒนาการเรียนรู้ทางด้านภาษาของตนเองอย่างเป็นอิสระในขั้นตอนสุดท้ายซึ่งเป็นหัวใจสำคัญที่จะทำให้ผู้เรียนสามารถพึ่งพาตนเองได้ (Autonomous learner) ในที่สุด ในส่วนของการประยุกต์ขั้นตอนการเรียนรู้การสอนเหล่านี้ในบริบทการเรียนการสอนภาษาอังกฤษในสาขาพยาบาลศาสตร์นั้นสามารถนำไปใช้ได้กับทักษะ คณะผู้เขียนขอยกตัวอย่างการทักษะการเขียนในบริบทพยาบาลศาสตร์ เช่น การบันทึกทางการแพทย์แบบชี้เฉพาะ (Focus charting) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างบริบทในการเรียนรู้ (Building the context) ผู้สอนนำนักศึกษาเข้าสู่บทเรียนโดยการดูวิดีโอภาษาอังกฤษเกี่ยวกับการทำงานของพยาบาลในเวิร์ดการพยาบาลซึ่งรวมถึงการเขียนบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วย เช่น การเขียนชาร์ตการพยาบาล หลังจากนั้น ผู้สอนและนักศึกษาร่วมกันอภิปรายเนื้อหา

ขั้นตอนที่ 2 การแสดงแบบและถอดโครงสร้างข้อความ (Modeling and deconstructing the text) ขั้นตอนนี้ ผู้สอนแสดงข้อความด้านการเขียนบันทึกพยาบาลให้นักศึกษาดู โดยวิเคราะห์แต่ละส่วนของข้อความในรายงานว่าประกอบขึ้นอย่างไร

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างข้อความร่วมกัน

(Joint construction of the text) ขั้นตอนนี้ นักศึกษาทำงานร่วมกันเป็นกลุ่มหรือคู่และร่วมกันวิเคราะห์ข้อความโดยศึกษาโครงสร้างของข้อความ (Generic structure) ความหมายและภาษา โดยผู้สอนค่อยๆ ลดบทบาทจากผู้ควบคุมเป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้ (facilitator)

ขั้นตอนที่ 4 การสร้างข้อความอย่างอิสระ (Independent construction of the text) ขั้นตอนนี้ นักศึกษาทำงานร่วมกันอย่างอิสระเป็นกลุ่มหรือคู่ในเขียนรายงานการพยาบาลใหม่ที่เป็นของตนเอง โดยที่ ผู้สอนมีบทบาทเป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้

ขั้นตอนที่ 5 การเชื่อมโยงข้อความไปสู่ข้อความที่เกี่ยวข้อง (Linking to related texts) ขั้นตอนนี้ นักศึกษาเชื่อมโยงการเรียนรู้การเขียนบันทึกทางการแพทย์เป็นภาษาอังกฤษไปสู่บริบทการเรียนรู้ทางการแพทย์อื่นๆ และสำรวจวงรอบการเรียนรู้ที่ผ่านมาและที่จะเกิดขึ้นในอนาคตร่วมกัน

จากสิ่งที่นำเสนอดังกล่าวขอยกตัวอย่างเกี่ยวกับวิชาภาษาอังกฤษก้าวหน้า (Progressive English) ซึ่งผู้เรียนเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 ต้องพัฒนาทักษะการฟังพูด อ่าน เขียนภาษาอังกฤษและไวยากรณ์ กวีนิพนธ์เพื่อการสื่อสารเชิงสังคมและเชิงวิชาการในสภาพที่สอดคล้องกับเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในสังคมในบริบทเชิงวิชาการ ดังนั้น ในฐานะหนึ่งในผู้เขียนเป็นผู้ประสานงานรายวิชานี้ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี จึงได้ประสานกับผู้สอนเรื่องการบันทึกทางการแพทย์แบบชี้เฉพาะ (Focus charting) เป็นรูปแบบการบันทึกการพยาบาลระบบชี้เฉพาะที่เป็นการบันทึกการพยาบาลที่บอกให้ทราบถึงปัญหาของผู้ป่วย สิ่งผู้ป่วยต้องการหรือสภาพผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นอาการหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงประกอบด้วย 1) การบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ป่วย (DATA) 2) การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย (Action) 3) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือการประเมินผลการตอบสนองต่อการพยาบาลรวมทั้งผลงานรักษา (Response)

ซึ่งเรียกรูปแบบการบันทึกแบบนี้ว่า DAR ต่อมาได้มีการพัฒนารูปแบบการบันทึกแบบ DAE (Data Action Evaluation) หรือ AIE (Assessment Intervention Evaluation) หรือ PIE (Problem Intervention Evaluation)¹⁹ และให้นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 ได้ฝึกการเขียนบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) แบบ AIE โดยมีการวิเคราะห์พยาธิสภาพกลไกการเกิด

ปัญหาของผู้คลอดครรภ์แรกในระยะที่ 1 ของการคลอด ดังนี้

Focus 1 : วิดกกังวลเกี่ยวกับการคลอด

A : ผู้คลอดครรภ์แรก รับใหม่บอกว่ารู้สึกเจ็บครรภ์ Pain score=3 ตรวจภายใน ปากมดลูกเปิด 2 cm effacement 90% station 0 MI มีUterine contraction : Interval 3' 30'' Duration 30'' Severity 1+

I : อธิบายเกี่ยวกับสถานที่ อธิบายกระบวนการคลอด สอนการใช้เทคนิคการหายใจ สอนการเบ่งที่ถูกต้อง ให้กำลังใจ

E : ผู้คลอดรับทราบข้อมูล ปฏิบัติตามคำแนะนำได้

Focus 2 : เพื่อให้ความก้าวหน้าของการคลอดเป็นไปตามปกติ

A : ผู้คลอดครรภ์แรก รับใหม่บอกว่ารู้สึกเจ็บครรภ์ Pain score=5 ตรวจภายใน ปากมดลูกเปิด 4 cm effacement 100 % station 0 MI มีUterine contraction : Interval 3' 10'' Duration 45'' Severity 2+ คล้ำได้ก่อนนิ่มเหนือหัวหน้า

I : กระตุ้นผู้ป่วยใช้เทคนิคการหายใจ อยู่เป็นเพื่อนนวดสัมผัสบริเวณก้นกบ จัดให้นอนศีรษะสูงหรือให้ผู้คลอดลุกเดิน กระตุ้นให้ปัสสาวะ ปล่อยให้กำลังใจ

E : ผู้คลอดรับทราบข้อมูล ปัสสาวะออกประมาณ 600 ซีซี ปฏิบัติตามคำแนะนำได้

Focus 3 : ไม่รู้สึกสบายจากการเจ็บครรภ์คลอด

A : ผู้คลอดบอกว่ารู้สึกเจ็บครรภ์มาก Pain score = 9 นอนบิดตัวไปมา มี Uterine contraction : Interval 2' 30'' Duration 50'' Severity 2+

I : กระตุ้นผู้ป่วยใช้เทคนิคการหายใจ อยู่เป็นเพื่อนนวดสัมผัสบริเวณก้นกบ ปล่อยให้กำลังใจ

E : ผู้ป่วยรับทราบข้อมูล ปฏิบัติตามคำแนะนำได้ยังคงนอนบิดตัวไปมา ไม่ร้องเอะอะโวยวาย

ข้อจำกัดของการเรียนการสอนแบบวรรณกรรมวิธี (Genre based approach)

แม้ว่าวรรณกรรมวิธีจะมีประโยชน์อย่างมากในการเรียนการสอนภาษาอังกฤษเพื่อพัฒนาสมรรถนะของผู้เรียนดังกล่าวแล้วข้างต้น กระนั้นก็ตาม มีข้อจำกัดบางอย่างในการนำวิธีการนี้ไปใช้ กล่าวคือ วิธีการนี้เป็นวิธีการที่เน้นที่การเข้าใจโครงสร้างของภาษาผ่านกระบวนการถอดแบบ (Scaffolding process) และกระบวนการมุมมองทางด้านภาษาศาสตร์เชิงสังคม (Socio linguistics) ที่เน้นวัตถุประสงค์มิติทางสังคมและการสื่อสาร (Social purposes/ Social semiotic perspectives) ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ครูผู้สอนต้องเข้าใจหลักการและวิธีการสอนอย่างถ่องแท้ผ่านกระบวนการฝึกอบรมจากผู้เชี่ยวชาญในวิธีนี้ เพราะถ้าหากผู้สอนไม่เข้าใจหลักการและวิธีการแล้ว ก็อาจนำไปสู่การปฏิบัติการสอนที่อาจจะผิดไปจากธรรมชาติของการเรียนการสอนที่เน้นปฏิสัมพันธ์และจุดประสงค์ทางสังคมและวัฒนธรรมได้ ข้อจำกัดอีกประการหนึ่งของวิธีการสอนแบบนี้ คือ การสอนในขั้นตอนต่างๆ นั้น อาจจะใช้เวลาพอสมควรเพื่อที่จะให้ผู้เรียนได้มีเวลาเพียงพอในการผลิตงานทางภาษาทั้งในรูปแบบส่วนบุคคลหรืองานกลุ่ม²⁰ ดังนั้น การให้เวลาที่พอเพียงในการสอนแต่ละขั้นตอนนั้น จึงเป็นสิ่งที่สำคัญมาก กระบวนการเรียนการสอนในชั้นเรียนต้องสามารถยืดหยุ่นได้ ไม่ยึดติดกับเงื่อนไขเวลาของการสอนในแต่ละคาบตามกรอบของหลักสูตรหรือจุดประสงค์ของรายวิชาจนมากเกินไป ครูผู้สอนต้องมีความยืดหยุ่นในการสอน อดทนต่อการเรียนรู้และการแสดงออกของผู้เรียนในแต่ละขั้นตอน และต้องมั่นใจว่าผู้เรียนเรียนรู้ไปตามระบบและขั้นตอนอย่างครบถ้วน

ข้อจำกัดอีกประการหนึ่งที่สำคัญในการสอนด้วยวิธีนี้ก็ คือ การวิเคราะห์ภาษาที่ปรากฏในข้อความ (Texts) นั้นเป็นกระบวนการที่เป็นมุมมองจากทฤษฎีภาษาศาสตร์เชิงหน้าที่และระบบ (Systemic functional linguistics) ที่เน้นบริบทของวัฒนธรรม (Context of culture) และบริบทของสถานการณ์ (Context of situation) ดังนั้น ครูผู้สอนต้องมีความเข้าใจและรอบรู้ในวัฒนธรรมทางด้านภาษาของเจ้าของภาษาในระดับที่ดี เพราะการสอนและการเรียนรู้วัฒนธรรมอย่างถูกต้องและเหมาะสมจะนำไปสู่การตีความและความเข้าใจในวัฒนธรรมนั้นๆ อย่างถูกต้องและจะนำไปสู่ความสำเร็จในการสื่อสารระหว่างผู้พูดและผู้ฟังหรือผู้รับสารในที่สุด

ข้อเสนอแนะและการประยุกต์ใช้การเรียนการสอนแบบอรรถลักษณะวิธี (Genre -based approach) กับนักศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์

การเรียนการสอนในสาขาพยาบาลศาสตร์นั้นเป็นการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านการพยาบาล ผู้ป่วยและการให้บริการด้านสุขภาพ การเรียนการสอนในสาขานี้เกี่ยวข้องกับองค์ความรู้ที่เป็นภาษาอังกฤษเป็นจำนวนมากทั้งในแง่ทฤษฎีและการปฏิบัติ ดังนั้น การนำข้อความ บทความหรือสถานการณ์ (Texts/ Situations) ที่เป็นภาษาอังกฤษที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการพยาบาลมาใช้สอนเพื่อพัฒนาทักษะความสามารถด้านภาษาอังกฤษของนักศึกษาจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง การใช้อรรถลักษณะวิธี (Genre - based approach) สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนภาษาอังกฤษทั้งในรายวิชาภาษาอังกฤษพื้นฐานและภาษาอังกฤษในวิชาชีพพยาบาลทุกทักษะคือ การฟัง การพูด การอ่านและการเขียน ทั้งนี้ การเรียนการสอนด้วยวิธีการดังกล่าวสามารถพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ การคิดเชื่อมโยง การคิดวิเคราะห์หาเหตุผล การทำงานเป็นกลุ่ม

การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและในกลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาสมรรถนะของนักศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ในด้านการสื่อสารระหว่างบุคคลและการใช้ภาษาอังกฤษเพื่อการค้นคว้าความรู้และเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะด้านภาษาเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของโลกแห่งการทำงานและการสื่อสาร อีกทั้งยังเป็นการยกระดับมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาลให้มีความเจริญก้าวหน้าทัดเทียมกับนานาชาติในระยะประเทศในศตวรรษที่ 21 ซึ่งผู้สอนทำได้โดยการมอบหมายงานให้นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ศึกษาค้นคว้าเอกสารทางวิชาการจากตำรา หนังสือ บทความวิจัย บทความวิชาการที่เป็นภาษาอังกฤษประกอบการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ อาทิเช่น ถ้ามีการทำรายงานตามใบงานต้องแนบเอกสารดังกล่าว และการฝึกภาคปฏิบัติต้องมีการมอบหมายงานเช่นเดียวกัน เมื่อผู้เรียนได้ฝึกการใช้ทักษะภาษาอังกฤษบ่อยๆ จนเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันแล้ว จะทำให้ผู้เรียนมีความคุ้นเคยและเรียนรู้ภาษาอังกฤษพร้อมพัฒนาทักษะอย่างเป็นธรรมชาติ

ท้ายที่สุดนี้ ผู้เขียนมีความเชื่อเป็นอย่างยิ่งว่า บทความวิชาการนี้จะช่วยสร้างความรู้และความเข้าใจที่ดีสำหรับครูหรืออาจารย์ผู้สอนรายวิชาภาษาอังกฤษหรือรายวิชาทางด้านการพยาบาลต่อการนำอรรถลักษณะวิธีไปประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนภาษาอังกฤษให้แก่ นักศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ในระดับชั้นต่างๆ บนพื้นฐานของความรู้ ความเข้าใจในทฤษฎีและการปฏิบัติการสอนที่ถูกต้องตามขั้นตอนและกระบวนการเรียนการสอน (Teaching -Learning Cycle) ทั้งนี้ เพื่อให้การเรียนการสอนสัมฤทธิ์ผลและนักศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์มีทักษะความสามารถด้านภาษาอังกฤษที่ดีมากยิ่งขึ้นเพื่อการสื่อสารในบริบทของการเรียนและการทำงานในอนาคตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. เมธาวี ต้นวันณะพงษ์ และวิสรุทธิ์ จางศิริกุล .การศึกษาระดับความกลัวในการสนทนาภาษาอังกฤษของนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี. การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต ครั้งที่ 2: 2557; บูรณาการสหวิทยาการงานวิจัยสู่มาตรฐานสากล: Integrated interdisciplinary research towards International Standards. 2557.
2. Wilasinee Yonwikai. การพัฒนาศักยภาพด้านภาษาอังกฤษของพยาบาลไทย เพื่อรองรับการเป็นศูนย์กลางการแพทย์ได้อย่างยั่งยืน. Stamford Journal. January - May 2013; 5(1).
3. สุทธนันท์ กัลป์กะ และขวัญตา ภูริวิทยาธีระ.การพัฒนาสมรรถนะภาษาอังกฤษในนักศึกษาพยาบาลรามาริบัติพยาบาลสาร. พฤษภาคม-สิงหาคม 2559:123-133.
4. Luu Trong Tuan .Teaching Writing through Genre-based Approach. Theory and Practice in Language Studies. November 2011;11(1):1471-8.
5. Srinon, Udom. A longitudinal study of developments in the academic writing of Thai university students in the context of a genre based pedagogy [dissertation]: University of Adelaide, Australia; 2011.
6. Payaprom, Sudarat .The Impact of a genre- based approach on English Language Teaching in an EFL tertiary context in Thailand [dissertation]: University of Wollongong , Australia; 2012.
7. Ismail Ibrahim Elshirbini Abd-ElFatah Elashri .The Effect of the Genre-Based Approach to Teaching Writing on the EFL Al-Azhr Secondary Students' Writing Skills and their attitudes towards writing [dissertation]: Mansoura University, Egypt; 2013.
8. Yadollah Alidoost et al. A genre –based teaching approach to academic writing: describing visually presented information in graphs and charts. International Journal of Language Learning and Applied Linguistics World (IJLLALW). February 2014; 5(2):97-104.
9. LIANG Enli .Implementing Genre-Based Curriculum Cycle in Teaching Writing in Secondary School Settings. Studies in Literature and Language. 2015; Volume 10(1):47-50.
10. Yilong, Yang. Teaching Chinese College ESL Writing: A Genre-based Approach. English Language Teaching. 2016; Volume 9(9):36-44.
11. Richards, Jack C., and Theodore Rodgers. Approaches and Methods in Language Teaching Second Edition. New York: Cambridge University Press. 2001.
12. J R Martin. Genre and literacy - modelling context in educational linguistics. Annual Review of Applied Linguistics. *Language in Education*; 2012:133-159.
13. Hammond, J (ed.). *Scaffolding: Teaching and learning in language and literacy education* (pdf 1.3 MB). PETAA: Sydney; 2001.

14. Gibbons, P. Scaffolding language, scaffolding learning: Teaching second language learners in the mainstream classroom. Heinemann: Portsmouth; 2002.
15. Callaghan & Rothery . The action pack: Activities for teaching factual writing NSW Department of School Education. Metropolitan East Disadvantaged Schools Program: NSW DSE. Erskineville; 1988.
16. Derewianka, B. .Exploring how texts work. Sydney: Primary English Teaching Association. 1990.
17. Feez, S. & Joyce, H. Text-based syllabus design. Sydney: National Centre for English Language Teaching and Research: Macquarie University; 1998.
18. Asep Setiadi. Improving students' writing skill through the genre- based approach in grade XI/S3 of sman 1 plerte [dissertation]: Yogyakarta State University, Indonesia; 2014.
19. พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ : การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทพิมพ์อักษร; 2552.
20. Dirgeyasa, I Wy. .Genre-Based Approach: What and How to Teach and to Learn Writing. English Language Teaching. 2016;9(9): 45-51.

แนวคิดการพยาบาลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง
ในการดูแลผู้ป่วยเด็กในภาวะวิกฤตและเรื้อรัง
A Concept of Family-Centered Nursing
Care among Children with Critical and Chronic Illness

ชูศักดิ์ ยีนนาน* Choosak Yuennan, Ph.D.*

บทคัดย่อ

การพยาบาลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางเป็นแนวคิดสำคัญในการดูแลสุขภาพ โดยแนวคิดนี้เน้นการมีส่วนร่วมของเด็กและครอบครัวโดยเฉพาะการดูแลเด็กที่เจ็บป่วยทั้งในภาวะวิกฤตและเรื้อรัง เพื่อดำรงไว้ซึ่งสัมพันธ์ภาพของครอบครัวและคุณภาพของการให้บริการ แนวคิดสำคัญของการพยาบาลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแลรักษาทุกขั้นตอน ซึ่งจะช่วยให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการบริการที่ดี พัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กป่วยและสนับสนุนครอบครัวให้สามารถพึ่งพาตัวเองได้ นอกจากนี้ การพยาบาลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางยังตอบสนองความต้องการการดูแลแบบองค์รวม เพราะครอบครัวควรตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเอง คำนึงถึงความสามารถของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และส่งเสริมศักยภาพของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลซึ่งกันและกัน อย่างไรก็ตามแนวคิดและหลักการทั้งหมดควรนำไปใช้อย่างเหมาะสม กล่าวคือบุคลากรในทีมรักษาพยาบาลต้องคำนึงถึงสภาพของครอบครัว ความซับซ้อนของโรคและการรักษา ความปลอดภัยทางด้านสุขภาพ และความต้องการของครอบครัว เพื่อก่อให้เกิดมาตรฐานในการดูแลสุขภาพของเด็กป่วย

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวคิดการพยาบาลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่เจ็บป่วยในภาวะวิกฤตและเรื้อรัง

คำสำคัญ: การพยาบาลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ผู้ป่วยเด็กในภาวะวิกฤตและเรื้อรัง

* อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลเด็กและผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

* Nursing instructor, Department of Pediatric and Elderly Nursing Department
Boromarajonnani College of Nursing Chiang Mai

Abstract

Family-centered nursing care emerged as an important concept in health care services. This approach provides an expanded view of how to work with children and families, particularly, children with critical and chronic illness in order to maintain the relationships between the family members and health-care quality. The core principle of Family-centered nursing care is respecting families as integral and coequal parts of the health care team which influencing on the development of the best care plan, maximizing the well-being of pediatric patients, and encouraging the family to take their responsibility for their children independently. Moreover, this approach helps extending the concept of holistic care as the family should concern about their roles, consider the ability of the family members to provide patient care, and promote the potential of the family to give care to each other. However, the family-centered care concept should be applied appropriately. The healthcare team should focus on family condition, the complexity of the illness and treatment, patient safety, and the family needs in order to provide standardized care for pediatric patients.

The purpose of this article is to present the concept of family-centered nursing care in children with critical and chronic illness.

Key words: Family-centered nursing care, Children with critical and chronic illness

บทนำ

การพยาบาลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เป็นแนวคิดที่ทำให้เกิดการพยาบาลเพื่อการดูแล สุขภาพที่ยั่งยืน ซึ่งมีการประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลาย เช่นการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การดูแลเด็กที่มีการ เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและเฉียบพลัน อีกทั้งยังมีการนำแนวคิดไปใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤตซึ่งให้การ พยาบาลโดยดำรงไว้ซึ่งสัมพันธ์ภาพของครอบครัว ในขณะที่คุณภาพของการให้บริการพยาบาลยังมี มาตรฐาน ซึ่งสะท้อนความสำคัญของการที่ครอบครัว มีส่วนร่วมในการให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง¹⁻³ การให้ สมาชิกของครอบครัวมีโอกาสเข้าร่วมในการตัดสินใจ ในการดูแลรักษาทุกขั้นตอน⁴ เป็นการส่งเสริมคุณภาพ

การบริการ และคุณภาพชีวิตของเด็ก และการให้การ สนับสนุนให้ครอบครัวพึ่งพาตัวเองได้ การพยาบาล ในรูปแบบนี้เป็นการตอบสนองความต้องการทั้งทาง ด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเด็ก โดยเน้นให้ผู้ ปกครองตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเอง ในการ ดูแลเด็กป่วย ส่งผลให้ลดความวิตกกังวลต่อการรักษา พยาบาลและภาวะสุขภาพของเด็ก เพิ่มความมั่นใจต่อ การรักษา⁵ ความเชื่อมั่นที่มีต่อสมาชิกในครอบครัวว่า มีความสามารถที่จะร่วมมือในการให้การพยาบาล อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ⁶ การประเมินผล การพยาบาลเพื่อการพัฒนา และปรับปรุงคุณภาพการ พยาบาล⁷ และการดูแลสภาพจิตใจของผู้ป่วยเด็กและ ผู้ดูแลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย

โดยหลักการที่นำมาประยุกต์นี้มีส่วนสำคัญที่จะปรับปรุงรูปแบบการบริการโดยการกระจายการบริการสุขภาพสู่สังคมและชุมชน² ดังต่อไปนี้ 1) การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมสำคัญในการดูแล เปิดโอกาสให้เข้าถึงการให้บริการ มีความต่อเนื่อง ความครอบคลุมของการบริการสุขภาพ และ 2) พัฒนาริธีให้บริการสุขภาพให้เกิดประโยชน์มากที่สุดและมีความเหมาะสมกับภาวะสุขภาพของเด็กที่มีความเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ 3) เข้าถึงการบริการเฉพาะทางเด็ก ถ้าเด็กมีภาวะพิการหรือป่วยเรื้อรัง 4) สร้างความร่วมมือในกลุ่มเครือข่ายผู้ดูแลที่มารับบริการ โดยไม่ต้องอาศัยการดำเนินการของโรงพยาบาลในการสร้างเครือข่าย 5) ให้ผลตอบแทนและสร้างเสริมแรงให้เกิดความร่วมมืออย่างกระตือรือร้น 6) ให้ผลตอบแทนที่เหมาะสม 7) ให้รางวัลกับบุคลากรที่ให้ความสนใจในการปรับปรุงคุณภาพการบริการโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแล บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงแนวคิดการพยาบาลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการให้บริการผู้ป่วยเด็กที่เจ็บป่วยในภาวะวิกฤตและในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงแนวคิดการพยาบาลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการให้บริการผู้ป่วยเด็กที่เจ็บป่วยในภาวะวิกฤตและในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

การพยาบาลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ตามแนวคิดของเซลตันและคณะ³

การพยาบาลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางเป็นแนวทางการพยาบาลมีความยืดหยุ่นด้านวิธีการ และไม่มีข้อจำกัดด้านความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ ดังนั้น แนวคิดนี้จึงสามารถประยุกต์ใช้ในการพยาบาลได้หลากหลาย หลักการของการพยาบาลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีดังนี้ 1) เชื่อในปรัชญาที่ว่าด้วยครอบครัวเป็นความมั่นคงของชีวิตเด็ก 2) ตระหนักถึงการจัดให้ผู้ปกครองได้แสดงความคิดเห็น ความกังวล เพื่อให้ความร่วมมือประสานการดูแลทุก

ระดับของการให้การพยาบาล 3) คำนึงถึงศักยภาพ ทำให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพ เน้นสิ่งที่เป็นปัจจัยสำคัญ คือความเข้มแข็งของครอบครัวและความเป็นปัจเจกที่แต่ละครอบครัวมีความสามารถในการยอมรับปัญหา และการจัดการกับความเจ็บป่วยได้ 4) การให้และการรับข้อมูลระหว่างพยาบาลและ ผู้ปกครอง 5) จัดให้มีการช่วยเหลือกันในกลุ่มของผู้ปกครองที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน 6) ความเข้าใจ บทบาทของครอบครัวที่ลึกซึ้งทั้งด้านความต้องการ ทางด้านจิตใจและการรักษา พัฒนาการทางด้านร่างกาย ซึ่งนำไปสู่การให้บริการที่มีคุณภาพตรงตามความต้องการ 7) กำหนดแนวทาง วิธีการ รวมถึงวิธีปฏิบัติที่มีความยืดหยุ่น พร้อมทั้งจะปรับให้สอดคล้องกับความต้องการ ทั้งนี้ไม่ขัดกับการรักษาและความปลอดภัยของผู้ป่วยรวมถึงการให้ความสำคัญทางด้านเศรษฐกิจ 8) ให้ความมั่นใจว่าการให้การดูแลนั้นมีความยืดหยุ่น ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงบริการง่าย และการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของครอบครัว สถาบันเพื่อการดูแลโดยผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Institute for Patient and Family-Centered Care)⁷ ได้ออกแบบแนวทางการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยยึดหลัก 4 ประการ คือ 1) การยอมรับความเป็นปัจเจกบุคคล หลักการนี้ชี้ให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลได้ตระหนักว่าการพยาบาลครอบครัวต้องคำนึงถึง ความรู้ ค่านิยม ความเชื่อ และวัฒนธรรม โดยที่พยาบาลต้องให้ความสำคัญของความเป็นปัจเจกบุคคลด้วยความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง 2) การให้ข้อมูลและการแลกเปลี่ยนข้อมูล หลักการนี้ได้แสดงให้เห็นว่าข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแล รักษา หลักการนี้มีหลักการสำคัญให้ความสำคัญกับการดูแล ซึ่งมีความสำคัญมาที่ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวทำการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็กได้อย่างถูกต้อง โดยมีการแจ้งแผนการดูแล ระยะเวลา และข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริง 3) การมีส่วนร่วมและมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งหลักการนี้เน้นสมาชิกในครอบครัวมีบทบาทมากในการดูแลผู้ป่วย ส่วนบทบาทของพยาบาลนั้นทำการ

ส่งเสริมมากขึ้นเพื่อก่อให้เกิดการดูแลอย่างยั่งยืนโดยครอบครัว หลักการนี้เป็นหลักการที่ชี้ให้เห็นถึงแนวทางการปฏิบัติโดยมุ่งส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น 4) หลักการสุดท้ายคือความร่วมมือโดยคำนึงบทบาทความสามารถของสมาชิกในครอบครัวซึ่งนับรวมเป็นสมาชิกของทีมผู้ให้การดูแลสุขภาพความร่วมมือนี้ได้นับรวมถึงความร่วมมือในการกำหนด นโยบาย การพัฒนารูปแบบการดูแล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล และการส่งต่อเพื่อการรักษาพยาบาลในระดับที่สูงขึ้น

จากปรัชญาและหลักการเกี่ยวกับการพยาบาลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีการประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง แต่จะเห็นได้ว่าหลักการสำคัญคือการคำนึงถึงการมีส่วนร่วมและตระหนักในความสามารถของสมาชิกในครอบครัวต่อการให้การดูแลผู้ป่วยในครอบครัว รวมถึงการส่งเสริมศักยภาพของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในครอบครัว การเตรียมระบบให้บริการที่เอื้อให้สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วม ซึ่งการนำไปประยุกต์ใช้ต้องมีการคำนึงถึงสภาพของครอบครัว ความซับซ้อนของภาวะเจ็บป่วย การดูแลระดับความปลอดภัยทางด้านสุขภาพ และความต้องการของครอบครัวการดูแลในครอบครัว

การพัฒนาการพยาบาลเด็กโดยใช้แนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

การนำหลักการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีขั้นตอนการพัฒนาตามลำดับการมีส่วนร่วมของครอบครัวซึ่ง ฮัทชฟิลด์⁹ (Hutchfield) ได้ให้แนวทางเป็นลำดับขั้น 4 ระดับดังนี้

1. ครอบครัวมีส่วนร่วม (Parental Involvement) หมายถึงเป็นขั้นต้นที่ครอบครัวมีส่วนร่วมเข้ามาพูดคุย ให้ข้อคิดเห็น ขั้นนี้เป็นส่วนเริ่มต้นที่จะวางรากฐานให้พยาบาล และสมาชิกในครอบครัวได้รับรู้บทบาทของตนเองต่อการดูแลเด็กและครอบครัว ฮัทชฟิลด์⁹ (Hutchfield) อธิบายขั้นตอนนี้ว่าพยาบาลเป็น

ผู้นำที่สร้าง และสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น เปิดโอกาสที่ผู้ปกครองได้มีส่วนร่วมในการให้การดูแล ทั้งนี้ได้ให้ความสำคัญของการสื่อสาร มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาโดยพยาบาล และสังเกตผล และติดตามผลการพยาบาลโดยสมาชิกในครอบครัว ซึ่งแสดงออกโดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันความสำคัญของการสื่อสารในขั้นนี้ เป็นการเปิดใจ และสร้างความเชื่อถือซึ่งกันและกันกระบวนการสื่อสารนี้ไม่ได้จำกัดว่าเป็นการพูดคุย การสัมผัส หรือว่าเป็นการสื่อสารอย่างเป็นทางการ ในสังคมไทยนั้นขั้นตอนนี้อาจกล่าวได้ว่าพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทมากในการริเริ่มสร้างความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวก่อน เนื่องจาก การที่สมาชิกในครอบครัวยังมีความนิยม ยอมรับนับถือต่อผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย ดังนั้นพยาบาลจึงควรตระหนักเสมอว่าการพยาบาลครอบครัวเป็นศูนย์กลางนั้น สมาชิกในครอบครัวควรมีบทบาทมาก ซึ่งจากการศึกษาการให้การพยาบาลครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยจัดให้ผู้ป่วยเด็กอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้ป่วยเด็กและครอบครัว โดยจัดให้สมาชิกของครัว้อยู่ใกล้ชิดและและอยู่ร่วมกับผู้ป่วยเด็ก ระหว่างให้การพยาบาล ได้ส่งผลให้ประสิทธิภาพของการพยาบาลได้ผลดี¹⁰

2. การมีปฏิสัมพันธ์ (Parental participation) ระหว่างสมาชิกของครอบครัวกับพยาบาลนั้น เป็นการพัฒนาขึ้นมาอีกขั้นหนึ่งของการให้การพยาบาลครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ฮัทชฟิลด์⁹ (Hutchfield) ชี้ให้เห็นถึงระดับความร่วมมือที่สูงขึ้นของสมาชิกในครอบครัวในการความสัมพันธ์และความร่วมมือกับพยาบาล จะสังเกตได้ว่ามีปฏิสัมพันธ์มีรูปแบบที่ชัดเจนขึ้น เช่น การแบ่งปันประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยในขั้นนี้มีการสื่อสารและมีปฏิสัมพันธ์ที่มีความลึกซึ้งมากขึ้น เป็นสิ่งที่สะท้อนว่าพยาบาลมีการยอมรับว่าสมาชิกของครอบครัวว่ามีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพเด็กป่วย ในทางปฏิบัติแล้วสมาชิกในครอบครัวไม่ได้รับบทบาทของพยาบาลทั้งหมดในการดูแลเด็กป่วย แต่การเปลี่ยนแปลงใน

ระดับนี้สมาชิกในครอบครัวได้เพิ่มความบทบาทจากผู้ดูแลความต้องการพื้นฐานของร่างกายเป็นการทำบทบาทของพยาบาลเท่าที่ความสามารถของสมาชิกในครอบครัวจะทำได้ ทั้งนี้พยาบาลมีการปรับบทบาทในการดูแลโดยให้ความมั่นใจว่าสามารถให้การสนับสนุนการพยาบาลหรือชดเชยการพยาบาลในส่วนที่เกินขีดความสามารถของสมาชิกในครอบครัวที่จะปฏิบัติได้ ซึ่งการพยาบาลนี้รวมถึงการให้ความรู้เพื่อเพิ่มความสามารถของสมาชิกในครอบครัวเพื่อการดูแลเด็กป่วยในระยะยาว

การศึกษาของเคมป์¹¹ (Kemp) ยืนยันว่าผลของการให้การพยาบาลในขั้นตอนนี้ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างชัดเจนกล่าวคือ ผู้ดูแลได้มีการเจรจาต่อรองและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการเลือกใช้บริการทางด้านสุขภาพแก่เด็ก ซึ่งก่อให้เกิดความมั่นใจของสมาชิกในครอบครัวที่จะได้รับการพยาบาลที่เหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และมีความมั่นใจต่อการเผชิญหน้ากับความซับซ้อนของการรักษาพยาบาล อีกทั้งทำให้เกิดการแก้ปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยที่ สมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมและมีการตัดสินใจบนพื้นฐานของประสบการณ์ซึ่งใช้เป็นแนวทางให้การพยาบาลที่เป็นความต้องการที่มีลักษณะเฉพาะตามความแตกต่างของสภาพครอบครัว

จากการศึกษาของ คอร์เลทท์และ ไทวครอส¹² (Corlett and Twycross) เป็นอีกตัวอย่างที่แสดงว่าสมาชิกของครอบครัวมีความต้องการที่เข้าร่วมการให้พยาบาลในการดูแลสุขภาพเด็กป่วย แต่มีข้อจำกัดด้านความรู้และความซับซ้อนของการพยาบาลเช่นเดียวกับการศึกษาของสมิท¹³ (Smith) สมาชิกของครอบครัวเข้าสู่กระบวนการต่อรองได้ โดยที่พยาบาลให้โอกาสและอาสาเข้าร่วมในกระบวนการพยาบาล โดยที่พยาบาลทำหน้าที่ในการให้ความรู้กับสมาชิกในครอบครัวเพื่อเพิ่มพูนความสามารถในการดูแลเด็กป่วย ชีลด์¹⁴ (Shields) ได้แนะนำข้อควรระวังว่าการให้สมาชิกของครอบครัวปฏิบัติการพยาบาลทั้งการดูแลขั้นพื้นฐานและการดูแลที่ซับซ้อนนั้นพยาบาล

ต้องแน่ใจว่าสมาชิกของครอบครัวสมัครใจปฏิบัติโดยไม่มีการบังคับ ซึ่งการบังคับให้สมาชิกในครอบครัวปฏิบัตินั้นไม่อาจนับได้ว่าเป็นการพยาบาลครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

3. การเป็นสมาชิกในทีมการพยาบาล (Partnership with parents) ที่ให้การพยาบาลเด็ก บ่งบอกถึงการยอมรับบทบาทการดูแลของสมาชิกในครอบครัวเทียบเท่ากับพยาบาล บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในขั้นนี้ทำให้พยาบาลต้องให้นำหน้าการดูแลไปที่สมาชิกของครอบครัวไม่น้อยกว่าผู้ป่วย ซึ่งสมาชิกมีส่วนสำคัญในการกำหนดแนวทางการให้การดูแล หรือจัดโปรแกรมการดูแลที่เหมาะสมกับเด็ก การกำหนดแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม ซึ่งเคมป์¹¹ (Kemp) ได้ประยุกต์ขั้นตอนนี้ในในระยะแรกของกระบวนการกำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยเด็กป่วย

4. การเป็นผู้นำด้านการดูแล (Family-centred care) ขั้นนี้เป็นขั้นการแสดงศักยภาพขั้นสูงของผู้ปกครองหรือสมาชิกในครอบครัว โดยการแสดงบทบาทผู้นำในการดูแลเด็กที่มีความกระตือรือร้น จะปฏิบัติดูแลเด็ก โดยที่พยาบาลเป็นที่เล็งใญ่ในยามที่ผู้ปกครองหรือสมาชิกในครอบครัวต้องการการสนับสนุน เช่นการสนับสนุนด้านความรู้ การดูแลที่ซับซ้อน ในส่วนนี้เป็นส่วนที่แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลสุขภาพ ดังนั้นพยาบาลจึงควรตระหนักเสมอว่าการพยาบาลครอบครัวเป็นศูนย์กลางนั้น สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ให้การดูแลและอาจแสดงบทบาทเป็นที่ปรึกษาให้กับพยาบาลเกี่ยวกับความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยเด็ก เพื่อให้ประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยเด็กได้ผลดีมีการดูแลครอบคลุมทุกมิติ ทั้งทางด้านร่างกาย สังคมและจิตใจ ของผู้ป่วยเด็ก¹⁰

ประโยชน์ของการพยาบาลเด็กโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

หลักการพยาบาลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางนี้ เน้นความสำคัญของสมาชิกในครอบครัว

ที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพเด็ก ดังนั้นพยาบาลต้องปรับบทบาทที่มีต่อการดูแลสุขภาพเด็กป่วยและครอบครัว ซึ่งมีความสำคัญที่ต้องดำเนินกิจกรรมการพยาบาล ตั้งแต่การสร้างความสัมพันธ์ การเคารพในความเป็นปัจเจกบุคคล การยอมรับความสามารถของสมาชิกในครอบครัว การสอนหรือให้ความรู้โดยเน้นการพึ่งพาตนเองและใช้ศักยภาพของตนเองของสมาชิกในครอบครัว ในบริบทของการพยาบาลในปัจจุบันการเปลี่ยนผ่านบทบาทของพยาบาลจากผู้ควบคุมการปฏิบัติการและ/หรือให้การพยาบาลทั้งหมด เป็นผู้ให้การสนับสนุน ได้ทำการส่งมอบบทบาทผู้นำการดูแลเหล่านั้นให้กับสมาชิกในครอบครัวได้ลงมือดูแลเด็กด้วยตนเองอย่างถูกวิธี ผ่านการกระตุ้น แนะนำ สาธิต และเป็นแบบอย่างในการลงมือปฏิบัติ

ลดความเหลื่อมล้ำของการบริการ การพยาบาลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีความยืดหยุ่นและสามารถนำไปประยุกต์ได้อย่างหลากหลาย ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการให้บริการจึงขึ้นอยู่กับความเหมาะสมแต่กระนั้นการนำไปประยุกต์จึงต้องพิจารณาปัจจัยภายในและภายนอก ดังเช่นงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าการพยาบาลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางให้ผลทางบวกและความพึงพอใจสูงในการให้การพยาบาลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของเด็กป่วยด้วยโรคเบาหวานในสหราชอาณาจักร ผลการวิจัยยืนยันว่าการให้การสนับสนุนครอบครัวให้เป็นผู้แสดงบทบาทผู้นำในการดูแลนั้นทำให้เกิดผลดีต่อเด็กไม่ว่าจะให้การดูแลที่บ้านหรือเมื่อเด็กมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ทั้งนี้เมื่อให้การดูแลโดยยึดหลักการตอบสนองความต้องการและให้ผลดี โดยที่ความเหลื่อมล้ำของการบริการก็ลดลงเช่นเดียวกัน^{15,16}

ช่วยส่งเสริมให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพ^{17,18} การบริการในหอบริบาลทารกในภาวะวิกฤต (Neonatal Intensive Care Unit : NICU) การบริการในหอบริบาลทารกในภาวะวิกฤตพัฒนาขึ้นโดยการให้ความสำคัญของผู้ปกครองให้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการบริการสำหรับเด็กและครอบครัว ในการพยาบาลเด็กที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน มิทเชลล์ และ

ชาบอยเยอร์¹⁹ (Mitchell and Chaboyer) พบว่าสมาชิกในครอบครัวให้การดูแลร่วมกับพยาบาลได้เป็นอย่างดี เช่น ได้ดูแลกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วยถึงอย่างไรก็ตามสิ่งสำคัญคือการที่สมาชิกในครอบครัวได้แสดงบทบาทของผู้ดูแล (Enacting care) ความใกล้ชิดระหว่างผู้ป่วยกับญาติ (Connecting with sick relatives) และการเป็นผู้ร่วมดูแลในทีมการพยาบาล (Partnering with Nurses) แต่การดูแลที่ซับซ้อนนั้นยังต้องอาศัยพยาบาลเป็นผู้นำการพยาบาล การพยาบาลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางสามารถประยุกต์ใช้ได้ดีกับการพยาบาลวิกฤตและซับซ้อนเช่นกัน

ทำอย่างไรการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางจึงจะเกิดขึ้นได้

ทิทเลอร์และคณะ²⁰ (Titler et al.) พยายามพัฒนาการให้การดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางโดยการปรับปรุงวิธีการสื่อสารระหว่างพยาบาลและสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วย ช่วยบรรเทาปัญหาการพร่องความสัมพันธ์ภาพของสมาชิกในครอบครัว และลดความขัดแย้งในการแสดงบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาผู้ปกครองเป็นผู้ร่วมดำเนินการที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยในการดูแลเด็กป่วยในภาวะวิกฤต²¹ การร่วมดูแลและร่วมตัดสินใจ เป็นสิ่งสำคัญและผลประโยชน์ร่วมกันระหว่างครอบครัวและพยาบาล นำไปสู่การปรับปรุง กลยุทธ์และเครื่องมือในการสื่อสาร อาศัยนโยบายและการจัดระเบียบการเยี่ยมเพื่อเอื้อให้กับสมาชิกของครอบครัวในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยตามความต้องการ ทั้งนี้ต้องทำความเข้าใจเพื่อให้พยาบาลปรับตัวเข้ากับนโยบายการเยี่ยมที่เอื้อให้สมาชิกของครอบครัวมีโอกาสเยี่ยมเด็กป่วยมากขึ้นจากการกำหนดนโยบายของผู้ป่วยเปิด (An open unit) กล่าวคือการจัดการให้บริการโดยมุ่งลดความเครียดของผู้ป่วยเด็กและสมาชิกในครอบครัว มีความปลอดภัยที่ดีกว่าเดิม และให้มีความพึงพอใจของพ่อแม่ที่สูงขึ้น ตัวอย่างงานวิจัยของ วูส์และปาร์ค²² (Voos and Park) พบว่า การจัดหอบุคลากรเยี่ยมเพิ่มขึ้นร้อยละ

46% มีระดับอารมณ์ที่ดีขึ้นร้อยละ 43% และมีรู้สึกถึงความใกล้ชิดเมื่อได้เข้าเยี่ยมเพิ่มขึ้น 92% นอกจากนี้การดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางในภาวะวิกฤติ⁽²³⁾ นั้น ต้องการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ และมีการให้บริการพยาบาลที่สอดคล้องกับ การปฏิบัติต่อการให้บริการสุขภาพด้วยความเคารพ และ ตอบสนองความต้องการต่อปัจเจกบุคคล และคุณค่าของครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ซึ่งมีคำแนะนำ 5 ด้านดังนี้²⁴

เอื้อให้ครอบครัวอยู่ร่วมในหอผู้ป่วยหนักคือ การเอื้ออำนวยให้สมาชิกในครอบครัวสามารถเข้าออกในหอผู้ป่วยหนักได้โดยสะดวก ซึ่งสนับสนุนให้มีการเสริมแรง สำหรับเป็นทีมให้การดูแลสุขภาพ

สนับสนุนครอบครัว ให้การศึกษา และคำแนะนำเกี่ยวกับการช่วยเหลือการดูแล

การสื่อสารกับสมาชิกของครอบครัว การสนทนาเพื่อส่งเสริมการสื่อสารและสร้างความเชื่อมั่นระหว่างสมาชิกและผู้ดูแล ลดความเครียด ภาวะซึมเศร้า และภาวะการได้รับความบาดเจ็บจากความกระตือรือร้นทางจิตใจ

การให้คำปรึกษาและแนะนำผู้ให้การดูแลในหอผู้ป่วยหนัก ในบทบาทของผู้ให้คำปรึกษา การดูแลแบบประคับประคองรวมถึงบทบาทของนักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ชี้แนะให้ครอบครัว และผู้นำทางจิตวิญญาณ

กระบวนการดำเนินการและการจัดสิ่งแวดล้อม นโยบายและวิธีการปฏิบัติ เพื่อสนับสนุนครอบครัว เช่น การจัดสถานที่ให้ครอบครัวได้พักผ่อน เป็นต้น

จากความสำเร็จในการให้ผู้ปกครองมีสิทธิ์ในการร่วมให้การดูแล โดยเริ่มต้นให้ผู้ปกครองมีการสื่อสาร พูดคุย ด้วยความเคารพในความเป็นบิดามารดา^{19,25,26} การส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การดำเนินการให้การดูแล ทั้งนี้ การให้ความสำคัญของความแตกต่างและความต้องการตามพื้นฐานของวัฒนธรรมของครอบครัว ศักยภาพ ความเข้มแข็ง และความสัมพันธ์ใน

ครอบครัว จะส่งผลดีต่อคุณภาพการบริการ⁷ โดยทำการออกแบบการดูแลให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยเด็กและครอบครัว^{7,27} ดังต่อไปนี้

โปรแกรมการเตรียมการในหน่วยดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตในการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษา การเตรียมความพร้อมให้กับสมาชิกของครอบครัวหรือผู้ปกครองในการเข้าร่วมการดูแล ตลอดจนถึงการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและสมาชิกของครอบครัวในการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

การเอื้อเวลาให้กับผู้ปกครองและสมาชิกในครอบครัวได้เยี่ยมผู้ป่วยเด็ก ตามที่สมาชิกของครอบครัวต้องการและได้รับทราบความก้าวหน้าของการรักษาโดยผ่านระบบการสื่อสารทางไกล เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นใจในการมีส่วนร่วมตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา

การจัดสถานที่ให้เกิดความสะดวกสบาย ให้ผู้ปกครองและสมาชิกในครอบครัวได้อยู่ร่วมกัน เพื่อลดความวิตกกังวลว่าผู้ป่วยจะถูกแยกออกจากครอบครัว

การจัดโปรแกรมการให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับครอบครัว โดยคำนึงถึงปัจเจกบุคคล และความแตกต่างทางวัฒนธรรม เป็นการให้บริการที่มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับศักยภาพของผู้ปกครองและสมาชิกของครอบครัว

การจัดระบบการรับผู้ป่วย การรักษา และการจำหน่าย โดยให้สมาชิกของครอบครัวได้ร่วมกันออกแบบการดูแลร่วมกันตลอดระยะเวลาของการรักษา และการวางแผนให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการร่วมกันพัฒนาทักษะความสามารถของสมาชิกในครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยแต่ละระยะได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป

การดูแลสุขภาพเด็กเป็นการดูแลที่ซับซ้อนและมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตของเด็ก โดยเฉพาะการดูแลในช่วงที่เด็กเกิดการเจ็บป่วยทั้งแบบ

วิกฤติและเรื้อรัง สมาชิกในครอบครัวควรจะมีโอกาส
ร่วมแบ่งปันประสบการณ์ และให้การดูแลร่วมกัน
ระหว่างพยาบาลและผู้ปกครอง แนวคิดการพยาบาล
โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางเป็นแนวคิดที่มีความ
เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน เป็นระบบ
ที่มีความยืดหยุ่นสามารถประยุกต์ใช้ได้ดีในการ
พยาบาลเด็ก ครอบครัวภาวะวิกฤต และการเจ็บป่วย
เรื้อรัง โดยเฉพาะลักษณะเด่นที่มีความยืดหยุ่น
ประยุกต์ให้เกิดการดูแลครอบครัวทุกมิติ ทั้งทาง
ร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ การจัดกิจกรรม
ต่างๆ เช่นการจัดเวลาเข้าเยี่ยม การแบ่งปันใช้ข้อมูล

การดูแลร่วมกัน การสื่อสารแบบสองทางโดยร่วมรับ
ฟังและถ่ายทอดความรู้ เสมือนว่าพยาบาลและผู้
ปกครองเป็นผู้ร่วมจัดการการดูแลและการร่วม
วางแผน การให้การพยาบาลโดยเน้นครอบครัวเป็น
ศูนย์กลางมีความสำคัญแต่รูปแบบที่เหมาะสมกับสภาพ
สังคมไทยยังต้องมีการศึกษาโดยให้ความซับซ้อนใน
การดูแลทั้งครอบครัวและการบรรเทาความทุกข์
ทรมานจากการได้รับผลกระทบจากการเกิดโรค จึง
ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับการนำหลักการ
พยาบาลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาใช้ในบริบท
ของสังคมไทย

เอกสารอ้างอิง

1. Franck LS, Callery P. Re-thinking family-centred care across the continuum of children's healthcare. *Child Care Health Development*. 2004; 30(3): p. 265-277.
2. Hockenberry MJ, Wong DL, Wilson D. *Wong's nursing care of infants and children* St. Louis, Mo: Elsevier Mosby; 2013.
3. Gasper A, Aylott M, Battrick C. *Developing practical skills for nursing children and young people* London: Hodder Arnolds; 2010.
4. Helen L. *The Child With Cancer: Family-Centered Care in Practice: Elsevier Health Sciences*; 2000.
5. Shields L, Pratt J, Hunter J. Family centred care: a review of qualitative studies. *Children and Families*. 2006;; p. 1317-1323.
6. Bowden VR, Greenberg CS. *Children and Their Families: The Continuum of Care: Lippincott Williams & Wilkins*; 2009.
7. Institute for Patient and Family-Centered Care. Institute for Patient and Family-Centered Care. [Online].; 2013 [cited 2013 June 27. Available from: <http://www.ipfcc.org/about/index.html>
8. Shelton TL, Jeppson ES, Johnson BH. *Family-Centred Care for Children with Special Health Care Needs* Washington D.C.: Association for the Care of Children's Health; 1987.
9. Hutchfield K. Family-centred care : a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 1999; 29(5): p. 1178-1187.

10. Mitchell ML, Chaboyer W. Family Centred Care - A way to connect patients, families and nurses in critical care: A qualitative study using telephone interviews. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2010; 26(3): p. 154-160.
11. Kemp VH. Providing Care to Children and Their Families in the Emergency Center. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 1998;; p. 167-169.
12. Corlett J, Twycross A. Negotiation of Parental Role Within Family Centred Care: a Review of a Research. *Children and Families*. 2006;; p. 1308-1316.
13. Smith L. Child and Family-centred Healthcare. In Smith L, Coleman V, editors. *Child and Family-centred care*. Chippenham: Palgrave Macmillan; 2010. p. 257.
14. Shields L. Questioning family-centred care. *Journal of Clinical Nursing*. 2010; 18(17-18): p. 2629–2638.
15. Gance-Cleveland B. Decreasing Health Disparities. *Family-Centered Care*. 2006; 11(1): p. 72-76.
16. Green SB. Significant of the Philosophy of Family-Centered Care In the Pediatric Clinical Setting. *DigitalCommon@UConn*. [Online].; 2008 [cited 2012. Available from: http://digitalcommons.uconn.edu/son_articles/49
17. Byers JF, Lownman KB, Francis J, Haigle L, Lutz NH, Waddell T, et al. A Quasi-Experimental Trial on Individualized, Developmentally Supportive Family-Centered Care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2006; 35(1): p. 107-115.
18. Moore MH, Mah KK, Trute B. Family-centred care and health-related quality of life of patients in paediatric neurosciences. *Child:care, health and development*. 2009; 35(4): p. 454-461.
19. Mitchell ML, Chaboyer W. Family Centred Care - A way to connect patients, families and nurses in critical care: A qualitative study using telephone interviews. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2010; 26(3): p. 154-160.
20. Titler MG, Cohen MZ, Craft MJ. Impact of adult critical care hospitalization: perceptions of patients, spouses, children, and nurses. *Heart Lung*. 1991; 20(2): p. 174-82.
21. Griffin T. A family-centered “visitation” policy in the neonatal intensive care unit that welcomes parents as partners. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*. 2013; 27(2): p. 166-167.
22. Voos K, Park N. Implementing an Open Unit Policy in a Neonatal Intensive Care Unit. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*. 2014; 28: p. 313-8.
23. Harris GM. Family-centered rounds in the neonatal intensive care unit. *Nursing for women’s health*. 2014; 18(1): p. 18-27.
24. Health. WK. New guidelines seek to promote family-centered care in the ICU: Evidence-based recommendations to be introduced by researchers . www.sciencedaily.com. [Online].; 2017 [cited 2017 February 20. Available from: <http://www.sciencedaily.com/releases/2017/01/170118181737.htm>

25. King S, King G, Rosenbaum P. Evaluating health service delivery to children with chronic conditions and their families: Development of a refined measure of processes of care (MPOC-20). *Child Health Care*. 2004; 33: p. 35-37.
26. Mikkelsen G, Frederiksen K. Family-centred care of children in hospital – a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2011; 67(5): p. 1152-1162.
27. Staniszewska S, Brett J, Redshaw M, Hamilton K, Newburn M, Jones N, et al. The POPPY Study: Developing a Model of Family-Centred Care for Neonatal Units. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2012;; p. 1-13.

**ประชาสัมพันธ์การส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ใน
วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ**

วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ ได้รับการรับรองให้อยู่ในฐานข้อมูลเพื่อการสืบค้นงานวิจัย ผลงานทางวิชาการ และการอ้างอิงของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการไทย หรือ Thai-Journal Citation Index (TCI) กลุ่มที่ 2 ผู้ที่จะส่งบทความตีพิมพ์ต้องสมัครเป็นสมาชิกวารสารฯ อย่างน้อย 3 ปี (เฉพาะผู้เขียนชื่อแรก) ลักษณะของบทความที่ตีพิมพ์

1. เป็นบทความวิจัยหรือบทความวิชาการ
2. เป็นบทความด้านการบริการการพยาบาล การศึกษาพยาบาล และสุขภาพที่เกี่ยวข้อง
3. ต้องไม่เป็นบทความที่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อน
4. บทความเป็นฉบับภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ
5. บทความวิจัยต้องผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยให้แนบสำเนาใบรับรองจริยธรรมการวิจัยฯ มาพร้อมกับบทความต้นฉบับที่จะส่งขอตีพิมพ์

การสมัครเป็นสมาชิกวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

กรอกใบสมัครการเป็นสมาชิกวารสารฯ ตามแบบฟอร์มที่อยู่ท้ายเล่มของวารสาร ส่งมายังหน่วยงานวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ อาคาร 1 ชั้น 6 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200 โดยมีค่าสมาชิก ดังนี้

- 1 ปี ค่าสมาชิก 200 บาท (2 เล่ม) และค่าส่งวารสาร 40 บาท
 - 2 ปี ค่าสมาชิก 400 บาท (4 เล่ม) และค่าส่งวารสาร 80 บาท
 - 3 ปี ค่าสมาชิก 500 บาท (6 เล่ม) และค่าส่งวารสาร 100 บาท
- รายฉบับ ราคาฉบับละ 100 บาท และค่าส่งวารสารฉบับละ 20 บาท

ความรับผิดชอบของผู้เขียน

1. เนื้อหาและข้อคิดเห็นใดๆ ที่ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมพยาบาลฯ ถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนเท่านั้น ผู้เขียนบทความต้องศึกษารายละเอียดหลักเกณฑ์การจัดทำต้นฉบับตามที่วารสารกำหนด และเนื้อหาส่วนภาษาอังกฤษต้องได้รับการตรวจสอบจากเจ้าของภาษามาแล้ว

2. ส่งบทความต้นฉบับที่มีความยาวไม่เกิน 12 หน้า ทาง E-mail ถึงหน่วยงานวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคเหนือ อาคาร 1 ชั้น 6 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200

E-mail address : nat-nd@hotmail.com

3. ชำระค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิอ่านบทความ เรื่องละ 1,500 บาท โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ บัญชีออมทรัพย์ชื่อ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ บัญชีเลขที่ 566-2-06297-7

4. หากผู้เขียนต้องการตีพิมพ์แบบเร่งด่วน (Fast tract) ต้องชำระค่าใช้จ่ายเพิ่ม เรื่องละ 2,000 บาท โดยโอนเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ บัญชีออมทรัพย์ชื่อ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ บัญชีเลขที่ 566-2-06297-7

ขั้นตอนการพิจารณาบทความ

1. เมื่อกองบรรณาธิการวารสารได้รับบทความวิจัยหรือบทความวิชาการแล้ว จะพิจารณาเบื้องต้นตามหลักเกณฑ์การจัดทำต้นฉบับที่วารสารกำหนดและคุณภาพของบทความ แล้วแจ้งผลการพิจารณาเบื้องต้นให้ผู้เขียนรับทราบ

2. บทความที่ผ่านการพิจารณาเบื้องต้น จะถูกส่งต่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกตามความเชี่ยวชาญของสาขาวิชา จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณากลับกรอง (Blinded peer review)

3. บทความที่ไม่ผ่านการพิจารณาเบื้องต้นตามหลักเกณฑ์การจัดทำต้นฉบับที่วารสารกำหนด และบทความที่ไม่ผ่านการพิจารณาด้านคุณภาพ กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาเบื้องต้นให้ผู้เขียนรับทราบเพื่อพิจารณาปรับปรุง

4. บทความที่ได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านให้แก่ผู้เขียน

5. ผู้เขียนบทความพิจารณาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน พร้อมแนบเอกสารชี้แจงการปรับแก้บทความ ส่งกลับมายังกองบรรณาธิการ ภายใน 2 สัปดาห์

6. เมื่อกองบรรณาธิการพิจารณาว่าบทความได้รับการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะอย่างครบถ้วนแล้ว จะแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้เขียน เพื่อยืนยันรับการตีพิมพ์บทความอย่างเป็นทางการ

7. ผู้เขียนบทความจะได้รับวารสารฉบับที่บทความนั้นตีพิมพ์ จำนวน 2 ฉบับ โดยจะส่งให้ผู้เขียนที่เป็นชื่อแรกเท่านั้น

หลักเกณฑ์และรูปแบบการจัดทำต้นฉบับบทความเพื่อขอรับ
การตีพิมพ์ในวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

- ขนาดกระดาษ A 4 ความยาวทั้งหมดไม่เกิน 12 หน้า
- กรอบของข้อความ ในแต่ละหน้าให้มีขอบเขตดังนี้ จากขอบบนของกระดาษ 1.25 นิ้ว ขอบล่าง 1.0 นิ้ว ขอบซ้าย 1.25 นิ้ว ขอบขวา 1.0 นิ้ว
- ระยะห่างระหว่างบรรทัด หนึ่งช่วงบรรทัดของเครื่องคอมพิวเตอร์
- ตัวอักษร ใช้ (TH SarabunPSK) และพิมพ์ตามที่กำหนดดังนี้
 - ชื่อเรื่อง (Title)
 - ภาษาไทย ขนาด 24 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
 - ภาษาอังกฤษ ขนาด 24 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
 - ชื่อผู้เขียน (ทุกคน)
 - ชื่อผู้เขียน ภาษาไทย – อังกฤษ ชื่อย่อวุฒิการศึกษา ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
 - ตำแหน่ง/สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้เขียน ภาษาไทย-อังกฤษ ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
 - บทคัดย่อ
 - ชื่อ “บทคัดย่อ” และ “Abstract” ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
 - ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบ ความยาวไม่เกิน 1/2 หน้า ภาษาไทย และ 1/2 หน้าภาษาอังกฤษ
 - คำสำคัญ (Keywords) พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ เลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 3-4 คำ ขนาด 16 point
 - รายละเอียดบทความ
 - หัวข้อใหญ่ ขนาด 17 point ตัวหนา กำหนดขีดซ้าย
 - หัวข้อรอง ขนาด 17 point ตัวหนา กำหนดขีดซ้าย
 - ตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบ
 - ย่อหน้า 0.5 นิ้ว
 - เนื้อหาของบทความวิจัย กำหนด ดังนี้
 - ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
 - คำถามการวิจัย
 - วัตถุประสงค์การวิจัย
 - สมมุติฐานการวิจัย

- กรอบแนวคิดในการวิจัย (อธิบายแนวคิด ทฤษฎี พร้อมสรุปเป็นแผนภูมิประกอบ)
- วิธีดำเนินการวิจัย (รายละเอียดของประชากร การกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์การคัดเลือกและเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยระบุ รายละเอียดของเครื่องมือ การหาคุณภาพของเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิจัย)
- ผลการวิจัย
- สรุปและอภิปรายผล
- ข้อเสนอแนะ การนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์ และการวิจัยครั้งต่อไป
- เอกสารอ้างอิง (ไม่เกิน 15 รายการ)

- คำศัพท์ ให้ใช้ศัพท์บัญญัติของราชบัณฑิตยสถาน

- ภาพและตาราง กรณีมีภาพและตารางประกอบ ชื่อภาพให้ระบุคำว่า ภาพที่ ไว้ได้ ภาพประกอบและจัดข้อความบรรยายภาพให้อยู่กึ่งกลางหน้ากระดาษ ชื่อตารางให้ระบุคำว่า ตารางที่ หัวตารางให้จัดชิดซ้ายของหน้ากระดาษ และใต้ภาพประกอบหรือตารางให้บอกแหล่งที่มาโดยพิมพ์ใต้ชื่อภาพใช้ตัวอักษรขนาด 14 point ตัวปกติ เส้นของตารางให้มีเพียง 3 เส้น เส้นหัวข้อตารางและเส้นปิดท้ายตาราง

- กิตติกรรมประกาศ ให้ประกาศเฉพาะการได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย

การส่งต้นฉบับบทความวิจัย/ วิชาการเพื่อขอรับการตีพิมพ์

ผู้เขียนส่งบทความต้นฉบับ ทาง e-mail : nat-nd@hotmail.com ส่งถึงหน่วยงานวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

การเขียนเอกสารอ้างอิง

1) เอกสารอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยจะต้องแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการ โดยผู้เขียนที่จะส่งบทความวิจัย/ วิชาการ เพื่อขอตีพิมพ์ในวารสารฯ ต้องเขียนเอกสารอ้างอิงโดยจัดเรียงคู่กันคือเรียงเอกสารอ้างอิงภาษาอังกฤษที่แปล และเติมคำว่า “(in Thai)” ต่อท้าย แล้วตามด้วยเอกสารอ้างอิงภาษาไทย

หมายเหตุ การให้ผู้เขียนจัดเรียงการเขียนเอกสารอ้างอิงลักษณะนี้ เพื่อให้กองบรรณาธิการใช้ในการตรวจสอบความถูกต้องของการอ้างอิง โดยสำหรับขั้นตอนการตีพิมพ์ ทางกองบรรณาธิการจะปรับใช้เฉพาะรายการเอกสารอ้างอิงที่แปลเป็นภาษาอังกฤษแล้ว

ตัวอย่าง การแปลเอกสารอ้างอิงภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ

Tirakana, S. Multivariate. Variables analysis in social science research. Bangkok:

Chulalongkorn University Printing House; 2011. (in Thai)

สุวิมล ติรکانันท์. การวิเคราะห์ตัวแปรพหุในงานวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.

2) เอกสารอ้างอิงทุกฉบับต้องมีการอ้างอิงที่กล่าวถึงในบทความ

3) ใช้ระบบตัวเลขในการอ้างอิง โดยพิมพ์ด้วยก

4) เรียงลำดับการอ้างอิงตามเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ โดยเรียงลำดับหมายเลขอ้างอิงเริ่มจากหมายเลข 1,2,3 ไปตามลำดับที่อ้างก่อน-หลัง โดยใช้เลขอารบิก และทุกครั้งที่มีการอ้างซ้ำจะต้องใช้หมายเลขเดิมในการอ้างอิง

5) การอ้างอิงเอกสารมากกว่า 1 ฉบับต่อเนื้อกันจะใช้เครื่องหมายติงศกั (hyphen หรือ -) เชื่อม ระหว่างฉบับแรกถึงฉบับสุดท้าย เช่น 1-3 แต่ถ้าอ้างถึงเอกสารที่มีลำดับไม่ต่อเนื่องกัน จะใช้เครื่องหมายจุลภาค (comma หรือ,) โดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร เช่น 4,6,10

6) รูปแบบการพิมพ์เอกสารอ้างอิงท้ายบทความให้พิมพ์ตามลำดับการอ้างอิงตามหมายเลขที่ได้อ้างถึงในเนื้อหาของบทความ และไม่แยกประเภทของเอกสารที่ใช้อ้างอิง

7) รายละเอียดการเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ ให้ใช้ตามระบบ แวนคูเวอร์ (Vancouver) ดังนี้

การอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals) มีรูปแบบอ้างอิง ดังนี้

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal). ปีที่พิมพ์ (Year); เล่มที่ของวารสาร (Volume & Number/Issue): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

บุญมี ภูด่านจิว. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ต่อการนับและบันทึกลูกดิ้น. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2557;12(1):135-146.

การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา ประกอบด้วย 2 แบบ

1. การอ้างอิงหนังสือทั้งเล่ม มีรูปแบบการอ้างอิง ดังนี้

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปี (Year).

ตัวอย่าง

กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. พฤติกรรมการบริโภค หวาน มัน เค็ม. นนทบุรี: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2556.

แบบฟอร์มการสมัครเป็นสมาชิกวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

สมาชิกใหม่ ต่ออายุสมาชิก หมายเลขสมาชิก.....
(สมาชิกเก่าโปรดระบุหมายเลขสมาชิก)

1. ข้าพเจ้า น.ส./นาง/นาย.....มีความประสงค์ที่จะเป็นสมาชิก

วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

ในนามหน่วยงาน คือ.....

ในนามบุคคล คือ.....

มีกำหนด.....ปี ตั้งแต่ฉบับที่.....ถึงฉบับที่.....ประจำปี พ.ศ.....โปรดส่งวารสารไป
ยัง (หน่วยงาน).....หรือ (บุคคล)

น.ส./นาง/นาย.....

ที่อยู่.....

รหัสไปรษณีย์.....โทร.....

Email :.....

2. ระยะเวลาที่ขอกรับ

- 1 ปี ค่าสมาชิก 200 บาท (2 เล่ม) และค่าส่งวารสาร 40 บาท
- 2 ปี ค่าสมาชิก 400 บาท (4 เล่ม) และค่าส่งวารสาร 80 บาท
- 3 ปี ค่าสมาชิก 500 บาท (6 เล่ม) และค่าส่งวารสาร 100 บาท
- รายฉบับ ราคาฉบับละ 100 บาท และค่าส่งวารสารฉบับละ 20 บาท

3. ข้าพเจ้าได้ส่ง เงินสด

หลักฐานการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาคณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ บัญชีออมทรัพย์ชื่อ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

บัญชีเลขที่ 566-2-06297-7 จำนวน.....บาท (.....) มาพร้อมนี้

และขอให้ออกใบเสร็จรับเงินในนามของ.....

ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....(ผู้รับเงิน)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่ง หน่วยงานวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

อาคาร 1 ชั้น 6 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200

2. การอ้างอิงบทใดบทหนึ่งของหนังสือ ที่มีผู้แต่งรายบทและมีบรรณาธิการหนังสือ (Chapter in a book) มีรูปแบบการอ้างอิง ดังนี้

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบท (Title of a chapter). ใน (In): ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/ Editor (s). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีพิมพ์ (Year). หน้า/p. หน้าแรก – หน้าสุดท้าย.

การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding) มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักงานพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม/สรุปผลการประชุม (Conference paper) มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ,บรรณาธิการ/ editor(s). ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า/p. หน้าแรก – หน้าสุดท้าย.

การอ้างอิงเอกสารที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/ Dissertation) มีรูปแบบการเขียนอ้างอิง ดังนี้

ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ประเภท/ระดับปริญญา. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ ปริญญา.

ตัวอย่าง

จุฑามาศ สนกก. ปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองเพื่อการสร้างสรรค์ผลงานทางวิชาการของอาจารย์สถาบันบัณฑิตศึกษาเอกชน. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.

การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Material) ใช้การอ้างอิงตามรูปแบบประเภทของเอกสารโดยจะเพิ่มเติมข้อมูลบอกประเภทของสื่อเอกสารที่นำมาอ้างอิง วันที่สืบค้นข้อมูล และแหล่งที่มาของข้อมูล ดังนี้

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article) [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก/Available from: <http://.....>

ตัวอย่าง

ยุทธนา พรหมณี. วิวัฒนาการทางความคิดเกี่ยวกับผู้นำ : ทฤษฎีภาวะผู้นำ [ออนไลน์]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 2556/3/17]. เข้าถึงได้จาก: www.pncc.ac.th/pncc/wrod/re/r22.doc

การอ้างอิงบทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; ปีที่/เล่มที่: หน้า/about

ตัวอย่าง

วนิดา สติประเสริฐ, ยุวดี ลีลักษณ์วีระ และพรนภา หอมสินธุ์. ผลการชี้แนะต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้. วารสารการพยาบาลและการศึกษา [ออนไลน์]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2558/12/25]; 8(3): 33 – 51.เข้าถึงได้จาก: http://www.scppk.com2_tps-13/marticle.php?id=113114