

ศึกษาการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ  
โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข



นางสาวกนกวรรณ โภคา

ศูนย์วิทยทรัพยากร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A STUDY OF PROFESSIONAL NURSES ' PERCEPTION ON CULTURAL CONGRUENT  
END OF LIFE CARE , TERTIARY HOSPITALS UNDER THE JURISDICTION OF  
THE MINISTRY OF PUBLIC HEALTH



Miss Kanokwan Poka

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2009

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ศึกษาการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วย  
ระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ  
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

โดย

นางสาวกนกวรรณ โภคา

สาขาวิชา

การบริหารการพยาบาล

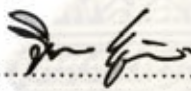
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

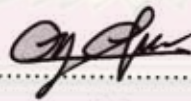
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง  
ของการศึกษาคำหลักสูตรปริญญาโท

  
.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธ์)

  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ์)

  
.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ สลโกสม)

ศูนย์วิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กนกวรรณ โกลา : ศึกษาการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (A STUDY OF PROFESSIONAL NURSES' PERCEPTION ON CULTURAL CONGRUENT END OF LIFE CARE, TERTIARY HOSPITALS UNDER THE JURISDICTION OF THE MINISTRY OF PUBLIC HEALTH) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ร.อ. หญิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ์, 123 หน้า.

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ และเปรียบเทียบการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 18 เขตทั่วประเทศ จำแนกตามอายุและ ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 473 คน ซึ่งได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามมี 2 ตอนคือ ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Campinha-Bacote (1998) ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในการพยาบาลเชิงวัฒนธรรมและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 7 คน ตรวจสอบความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่า .97 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ค่าที และวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว

ผลการวิจัยพบว่า

1. การรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยรวมมีความเหมาะสมในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.29$ ,  $SD = 0.37$ ) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเหมาะสมมากทุกด้าน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านการตระหนักในวัฒนธรรม ( $\bar{X} = 3.58$ ,  $SD = 0.33$ ) ส่วนด้านที่มีคะแนนน้อยสุดคือ ด้านความรู้ในวัฒนธรรม ( $\bar{X} = 3.12$ ,  $SD = 0.46$ )
2. พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุแตกต่างกัน มีการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยพยาบาลที่มีอายุมากกว่ามีการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเหมาะสมมากกว่า
3. พยาบาลวิชาชีพที่มี ระดับการศึกษา ที่แตกต่างกันมีการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่แตกต่างกัน

สาขาวิชา..... การบริหารการพยาบาล..... ลายมือชื่อนิสิต..... กนกวรรณ โกลา.....  
ปีการศึกษา.....2552..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

## 5077831336 : MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEYWORDS : CULTURAL CONGRUENT END OF LIFE CARE/ PROFESSIONAL NURSES/TERTIARY HOSPITALS/THE JURISDICTION OF THE MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

KANOKWAN POKA : A STUDY OF PROFESSIONAL NURSES ' PERCEPTION ON CULTURAL CONGRUENT END OF LIFE CARE, TERTIARY HOSPITALS UNDER THE JURISDICTION OF THE MINISTRY OF PUBLIC HEALTH. THESIS ADVISOR: ASST.PROF. CAPTAIN WASINEE WISESRITH, Ph. D., 123 pp.

The purpose of this descriptive study was to examine the cultural congruent end of life care as perceived by professional nurses in tertiary hospitals under the jurisdiction of the Ministry of Public Health. The sample group consisted of 473 subjects obtained by multi-stage sampling. The research instrument employed consisted of a questionnaire on cultural congruent end of life care which was created by integrating the concept of Campinha-Bacote (1998), and consisting of the following 2 aspects: 1. personal factors, and 2. cultural congruent end of life care. The instrument was validated by a panel of 7 qualified experts who checked for content validity which equaled .81. Reliability was tested by Cronbach's alpha coefficient wherein reliability equaled .97. The statistics used for analyzing the data were percentage, mean, standard deviation, t-test, and one-way Anova.

The research findings revealed the following:

1. According to the perceptions of professional nurses in tertiary hospitals under the jurisdiction of the Ministry of Public Health, the overall perception of cultural congruent end of life care was high ( $\bar{X} = 3.29$ ,  $SD = 0.37$ ). The aspect with the highest perception was Cultural awareness ( $\bar{X} = 3.58$ ,  $SD = 0.33$ ). The aspect with the lowest perception was Cultural knowledge ( $\bar{X} = 3.12$ ,  $SD = 0.46$ ).
2. Cultural congruent end of life care perception scores were significantly different between ages at the level of .05. Furthermore, older professional nurses had higher levels of cultural congruent end of life care than younger professional nurses.
3. Professional nurses who have different levels of education had similar perceptions of cultural congruent end of life care.

Field of Study:.....Nursing Administration...

Student's Signature:.....Kanokwan Poka.....

Academic Year: ..2009.....

Advisor's Signature : *Wasinee Wisersith*

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความเมตตาเป็นอย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.วาสนี วิเศษฤทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้กรุณาให้คำแนะนำข้อเสนอแนะ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ทุกขั้นตอนและพัฒนากระบวนการคิดของการทำวิทยานิพนธ์ ด้วยความเอาใจใส่ดูแล และให้กำลังใจมาโดยตลอด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศลโกสุม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ ทำให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ช่วยประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ เป็นกำลังใจช่วยแนะนำสั่งสอนต่างๆ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือทั้ง 7 ท่านที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าอย่างยิ่งในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และความปรารถนาดีที่มีให้รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะ คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ยิ่ง กราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ขอขอบพระคุณหัวหน้าหอผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยวิกฤติ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้ง 17 แห่งที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จได้ด้วยน้ำใจอันงดงามของผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน

ขอขอบคุณพี่ๆน้องๆแผนกผู้ป่วยในชั้น 4 โรงพยาบาลคามิลเลียน คุณศุภฎี วงษ์วิจารณ์ คุณวุฒิชัย ตังนรารัชชกิจ ที่ได้ให้โอกาสในการศึกษาและเป็นกำลังใจในการศึกษามาโดยตลอด

ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา น้องชายที่ให้ความรักเอาใจใส่ ให้กำลังใจ และสิ่งที่ดีงามแก่ผู้วิจัย ขอขอบคุณพี่ๆ ที่ให้ความช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจเสมอมา ขอขอบคุณมิตรภาพของเพื่อนๆ พี่ๆ น้องๆ ร่วมรุ่นทุกท่านที่คอยเป็นกำลังใจคอยช่วยเหลือจนกระทั่งบรรลุผลของการศึกษา คุณค่าของงานวิจัยนี้ ขอมอบแด่ บิดา มารดา ครูอาจารย์และผู้ที่มีพระคุณทุกท่าน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่.....	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข.....	15
แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ.....	23
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....	37
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรม.....	44
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	47
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	50
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	51
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	51
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	57
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	59
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	63
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	64

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	83
สรุปผลการวิจัย.....	84
อภิปรายผล.....	85
ข้อเสนอแนะ.....	97
รายการอ้างอิง.....	99
ภาคผนวก.....	105
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและหนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ.....	106
ภาคผนวก ข หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย.....	109
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	111
ภาคผนวก ง เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	118
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	123


  
**ศูนย์วิทยทรัพยากร**  
**จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**



## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยวิกฤติ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข.....	54
2	จำนวนร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แผนกที่ปฏิบัติงาน การได้รับการอบรมการพยาบาลเชิงวัฒนธรรม และจำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ให้การดูแล...	55
3	ความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข.....	62
4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยรวมและรายด้าน.....	66
5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้านความตระหนักในวัฒนธรรม โดยจำแนกเป็นรายข้อ (n = 473).....	67
6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้านความรู้ในวัฒนธรรม โดยจำแนกเป็นรายข้อ (n = 473).....	69
7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้านความเชี่ยวชาญในวัฒนธรรม โดยจำแนกเป็นรายข้อ (n = 473).....	71
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้านการเข้าถึงในวัฒนธรรม โดยจำแนกเป็นรายข้อ (n = 473).....	73

ตารางที่		หน้า
9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้านความปรารถนาในวัฒนธรรม โดยจำแนกเป็นรายข้อ (n = 473).....	75
10	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำแนกตามกลุ่มอายุ จากการวิเคราะห์ความแปรปรวน (n=473).....	77
11	เปรียบเทียบรายการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้านการตระหนักในวัฒนธรรม จำแนกตามกลุ่มอายุ (n = 473).....	79
12	เปรียบเทียบรายการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้านความรู้ในวัฒนธรรม จำแนกตามกลุ่มอายุ (n = 473).....	80
13	เปรียบเทียบรายการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยรวม จำแนกตามกลุ่มอายุ (n = 473).....	81
14	เปรียบเทียบการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายรายด้านและโดยรวม จำแนกตามกลุ่มระดับการศึกษา.....	82



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	Sunrise Model.....	29
2	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	50



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตความเป็นอยู่ในสังคมที่ก้าวเข้าสู่ความทันสมัยจนปรับตัวแทบไม่ทันนั้น ได้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสถานะสุขภาพของประชาชน นั่นคือ สาเหตุการตายที่สำคัญ และมีแนวโน้มสูงขึ้นนั้น ไม่ใช่โรคติดต่ออีกต่อไป แต่กลายเป็นกลุ่ม โรคเรื้อรังและอุบัติเหตุ โดยองค์การอนามัยโลก ระบุว่า โรคเรื้อรังเช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน มีจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญอันดับหนึ่ง คาดว่าในปีพ.ศ. 2558 จะมีผู้ป่วยเรื้อรังเพิ่มขึ้น 17 ล้านคนต่อปี และเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังถึง 36 ล้านคนทั่วโลก (องค์การอนามัยโลก, 2005) สำหรับในประเทศไทยพบว่า มีผู้เสียชีวิตในปีพ.ศ. 2550 จำนวน 393,255 คน และเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังเช่น โรคหัวใจ เบาหวาน มะเร็ง ที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตในปีพ.ศ. 2550 จำนวน 357,594 คน โดยสาเหตุการตายที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งคือ โรคมะเร็ง ร้อยละ 84.9 โรคหัวใจ ร้อยละ 29.3 โรคปอดอักเสบ ร้อยละ 24.3 ตามลำดับ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2552) แนวโน้มของความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้สถานการณ์ความตายในสังคมไทยยุคปัจจุบันมีความสลับซับซ้อนมากขึ้น ส่งผลต่อสถานบริการสุขภาพทุกระดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เนื่องจากสถานพยาบาลต่างๆต้องหากลยุทธ์ทั้งในด้านบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถ เครื่องมืออุปกรณ์ที่ทันสมัยเพื่อสนองตอบสถานการณ์ดังกล่าวให้เกิดคุณภาพในการดูแล และสนองตอบความต้องการของผู้รับบริการอย่างแท้จริง

โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นโรงพยาบาลที่มีอยู่ทั่วทุกภูมิภาคของประเทศโดยมีจำนวนเตียงรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลตั้งแต่ 500 เตียงขึ้นไป ให้บริการแก่ผู้ที่มีความเจ็บป่วยที่เรื้อรังซับซ้อน รุนแรงถึงขั้นวิกฤติและเสียชีวิต โดยผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการมีความหลากหลายทางวัฒนธรรมทั้งเพศ วัย ศาสนา วิถีชีวิต อายุ รายได้ ความเชื่อ ประสบการณ์ ตลอดจนสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ รวมไปถึงลักษณะทางสังคมที่หลากหลายของผู้รับบริการที่มีลักษณะกลมกลืนอย่างค่อยเป็นค่อยไป เช่น ชนชาติจีน มุสลิมและอื่นๆ และการอพยพเคลื่อนย้ายถิ่นฐานของคนในภาคหนึ่งไปยังอีกภาคหนึ่ง เช่น จากภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ หรือภาคใต้ มาสู่ภาคกลางด้วยเหตุผลทางเศรษฐกิจ การศึกษาหรือเหตุผลอื่นๆ ก็ส่งผลให้เกิดความ

หลากหลายทางสังคม วัฒนธรรมของผู้รับบริการที่หลากหลายเช่นกัน (วันเพ็ญ พิชิตพรชัย, 2541) จากเหตุผลดังกล่าวนำมาซึ่งความคิด ความเชื่อในการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงต่อโรคที่แตกต่างกัน (เป็ยธิดา นาคะเกษียร, 2551) โดยส่วนใหญ่ ผู้รับบริการที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งอาจมีทั้งกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาหายสามารถกลับบ้านได้ และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอาการหนักที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จนเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตที่มีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ในทุกหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องมาใช้ชีวิตและเสียชีวิตในที่สุดในโรงพยาบาล ดังเช่น สถิติของผู้ป่วยที่เสียชีวิตขณะเป็นผู้ป่วยในที่เข้ามารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในปีพ.ศ. 2551 มีจำนวนถึง 145,134 คน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2552) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงเป็นภาระหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวที่ต้องเข้าใจและให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ส่งผลต่อความต้องการที่แตกต่างกันได้อย่างแท้จริง

พยาบาลวิชาชีพในฐานะเป็นบุคลากรที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการมากที่สุดและเป็นผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยตรง ผ่านกระบวนการพยาบาลนับตั้งแต่การประเมิน วางแผน การให้การพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลนั้นเกิดคุณภาพการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล และสร้างความพึงพอใจให้ผู้ป่วย เนื่องจาก คุณภาพการดูแลทางการพยาบาลนั้น เปรียบเสมือนกระจกสะท้อนการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพว่างานที่ทำอยู่มีคุณภาพและตรงกับความต้องการของผู้รับบริการอย่างแท้จริงหรือไม่ จากการประเมินคุณภาพการดูแลนั้นสามารถประเมินได้ทั้งมุมมองของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ สอดคล้องกับ Omachonu (1990) กล่าวว่า การดูแลคุณภาพในโรงพยาบาลประกอบด้วย 2 ส่วนคือ คุณภาพตามการกระทำหรือการปฏิบัติงานเกี่ยวกับ โครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ และคุณภาพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวัดในมิติของผู้ให้บริการ ในที่นี้คือ พยาบาลวิชาชีพ ที่สามารถปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพและให้บริการที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเหมาะสมหรือไม่ แต่ในบริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีความต่างเชิงวัฒนธรรมของผู้รับบริการนั้น พยาบาลวิชาชีพจึงจำเป็นต้องมีความรู้ เจตคติ พฤติกรรม ความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความแตกต่างในเชื้อชาติ ศาสนา เพศ อายุ รายได้ ความเชื่อ ประสบการณ์ สภาพความเป็นอยู่และวิถีชีวิต หรืออีกนัยหนึ่งคือ การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Andrews, 2008) เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลนั้นส่งผลให้เกิดคุณภาพในการดูแล

แต่ปัจจุบันพบว่าระบบบริการทางสุขภาพต้องเผชิญกับปัญหาของการให้บริการกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถสนองตอบความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้อย่างแท้จริงหรืออีกนัยคือ การไม่เกิดคุณภาพในการดูแลทั้งในมิติของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ให้บริการ ในที่นี้คือ พยาบาลวิชาชีพ โดยในมิติของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวดังตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Clarke et al. (2003) พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย มักได้รับความทุกข์ทรมานจากความปวด เนื่องจากไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสมและอาการเจ็บปวดที่รุนแรง การถูกทอดทิ้งให้อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักเพียงลำพัง โดยไม่อนุญาตให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล จึงส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด กลัวที่จะต้องตายอย่างโดดเดี่ยวเพียงลำพังและการศึกษาของ ทศนีย์ทองประทีปและจรงค์ สุภกิจเจริญ (2552) พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายชาวพุทธไม่ได้รับการเปิดโอกาสในการทำบุญ สัจฆทาน หรือสวดมนต์ขณะนอนอยู่ในโรงพยาบาล เนื่องจากพยาบาลขาดการประเมินมิติการดูแลด้านจิตวิญญาณ ดังนั้นถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองปัญหาดังกล่าวจะเกิดความไม่พึงพอใจต่อการให้บริการ และไม่เกิดคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่หรือตายอย่างสมศักดิ์ศรี

ในมิติของผู้ให้บริการ การที่ไม่เกิดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายประกอบด้วยหลายปัจจัย โดยจากการศึกษาการสังเคราะห์สถานการณ์การดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย โดยวาสนีย์ วิเศษฤทธิ์ และจิตรศิริ ชันเงิน (2549) พบว่า ปัญหาทั้งทางนโยบายของรัฐที่ให้การรักษาพยาบาลแก่ประชาชน กลุ่มเจ็บป่วยเป็นหลัก ยังไม่ครอบคลุมระบบการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้ตายที่ต้องการการดูแลที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว (พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2545) ปัญหาเชิงโครงสร้างในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า การจัดระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังขาดการผสมผสาน กลวิธีในการดูแล เช่น การนัดบำบัดดนตรีบำบัด พลังสัมผัส เป็นต้น และขาดการพัฒนาโปรแกรมที่ใช้ศาสตร์การดูแลแบบองค์รวมเพื่อตอบสนองความต้องการที่มีความซับซ้อน เช่น การพัฒนาโปรแกรมสำหรับพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้าย การพัฒนาโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวในการเผชิญความตาย เป็นต้น รวมไปถึงการสร้างเครื่องมือหรือแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เป็นรูปธรรม เช่น การพัฒนา end of life care guideline เครื่องมือประเมินความเจ็บปวด เป็นต้น และปัญหาที่สำคัญคือ พยาบาลวิชาชีพที่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม และการดูแลที่คำนึงถึงความเชื่อ วัฒนธรรมของผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญ ตัวอย่าง เช่น การศึกษาของ เกศินี วุฒิวงศ์ (2550) ที่ศึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในวัฒนธรรมล้านนา พบว่า พยาบาลยังขาดความรู้ ทักษะ เจตคติต่อความตายและการเกิดใหม่ของผู้ป่วยที่ต้องการอโหสิกรรมต่อกันเพื่อเป็นการละวางทุกข์ใจและระลึกถึงบุญกุศลที่เคยทำเพราะเชื่อว่าจะได้เกิดใหม่ในภพภูมิที่ดี และการศึกษาของ Doolen (2007) พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ให้

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความแตกต่างกันในเชื้อชาติ สัญชาติ วัฒนธรรมในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า พยาบาลวิชาชีพขาดความรู้ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย 3 ด้านคือ 1) ในด้านการสื่อสารกับทีมสุขภาพในการดำเนินของโรค การพยากรณ์ของโรคจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต 2) การพิจารณาทางเลือกกับครอบครัวในการรักษาพยาบาลก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต 3) ทศนคติในการยุติการช่วยฟื้นคืนชีพของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม เนื่องจากวัฒนธรรมทางตะวันตกมีมุมมองว่าการได้รับรู้ถึงข้อมูลที่เป็นจริงของผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงจนถึงเสียชีวิตเป็นเรื่องธรรมดา แต่ในมุมมองของชาวตะวันออกมองว่าการพูดคุยในเรื่องความตายเป็นเรื่องอัปมงคล กล่าวโดยสรุป ปัญหาดังกล่าวข้างต้น สะท้อนปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติของผู้ให้บริการ โดยเฉพาะถ้าพยาบาลขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความแตกต่างกันทางวัฒนธรรม ยังส่งผลให้พยาบาลขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย วิตกกังวลที่จะต้องให้การดูแล เกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อการปฏิบัติงาน ความเอื้ออาทรต่อความรู้สึของผู้ป่วยจะลดลงส่งผลต่อการให้การพยาบาลที่ไม่นุ่มนวล ปฏิเสธการให้การพยาบาลหรือให้การพยาบาลโดยไม่คำนึงถึงสิทธิ และศักดิ์ศรีผู้ป่วย (ภาวนา จงทัษณาวัตร, 2542) ซึ่งไม่สามารถสนองตอบความต้องการแบบองค์รวมและมีมติเชิงสังคมและวัฒนธรรมได้ จึงส่งผลต่อการไม่เกิดคุณภาพในการดูแล

การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านมา พบว่าพยาบาลยังขาดองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแต่ใช้ประสบการณ์ที่สั่งสมและนำมาจากองค์ความรู้ในการศึกษาในระดับปริญญาตรีที่ยังไม่เพียงพอ ครอบคลุมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว เนื่องจากองค์ความรู้ในด้านการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรม ยังไม่ได้มีหลักสูตรการเรียนการสอน การอบรมอย่างแพร่หลายและต่อเนื่องโดยตรงสำหรับพยาบาลวิชาชีพ แต่เป็นองค์ความรู้ที่สอดแทรกในจรรยาบรรณและมาตรฐานวิชาชีพ ที่ต้องการให้พยาบาลวิชาชีพสามารถให้การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์และสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย แต่ในต่างประเทศได้มีการบรรจุเป็นหลักสูตร และการเปิดการเรียนการสอน โดยตรงมาอย่างต่อเนื่อง ดังเช่นการศึกษาของ Cuellar et al. (2008) พบว่าองค์ความรู้ด้านการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมถูกบรรจุเป็นหลักสูตรการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 จนจบการศึกษาเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางเชื้อชาติในประเทศสหรัฐอเมริกา ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีองค์ความรู้ในการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมเพื่อนำไปวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นอันจะส่งผลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดความพึงพอใจและเกิดคุณภาพการดูแล

จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบน้อยมาก ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในแง่มุมอื่น เช่น จิราจันทร์ คณา (2541) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล การยอมรับการดูแลสุขภาพ พื้นบ้านกับการปฏิบัติกรพยาบาลเชิงวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ภาคเหนือตอนล่าง และวีรนุช วิบูลย์พันธ์ (2550) ศึกษาการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน โดยการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ แต่ในต่างประเทศ ได้ให้ความสำคัญกับการศึกษาการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง เช่น การศึกษาของ Doorenbos & Schim (2004) พบว่า การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านความตระหนัก ความไว ต่อวัฒนธรรมของผู้ป่วยที่มีความหลากหลาย เชื้อชาติ วัฒนธรรม อยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยด้านระดับการศึกษา การได้พบปะบุคคลที่มีความหลากหลายวัฒนธรรมที่มีมาก จะส่งผลต่อการ การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมที่สูงขึ้น ดังนั้น องค์ความรู้ที่ยังมีไม่เพียงพอต่อการนำไปปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่มีความซับซ้อนเกี่ยวพันหลายมิติ โดยเฉพาะการขาดความรู้ ความเข้าใจระบบวิธีคิด ความเชื่อ วัฒนธรรมที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมกรดูแลและมีความเชื่อมโยงกับบริบทที่มีความแตกต่างกันในแต่ละสังคม

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โดยผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์กับพยาบาลวิชาชีพในการปรับปรุงการปฏิบัติกรดูแลเชิงวัฒนธรรมในผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างเหมาะสมมากขึ้นทั้งด้านความรู้และทักษะในการดูแล และนำข้อมูลให้กับผู้บริหารทางการพยาบาลนำไปปรับปรุงคุณภาพบริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานบริการสุขภาพต่อไป

### คำถามการวิจัย

1. การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีความเหมาะสมหรือไม่
2. พยาบาลวิชาชีพจำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา ที่แตกต่างกันมีการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแตกต่างกันหรือไม่



## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตาม อายุ และระดับการศึกษา

## แนวเหตุผลและสมมติฐานของการวิจัย

การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ เป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการปฏิบัติกรพยาบาล เพื่อก่อให้เกิดคุณภาพในการดูแลต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ซึ่งมีขึ้นมากในสังคมปัจจุบันและในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในศตวรรษที่ 21 การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรม จะเป็นสิ่งสำคัญในการให้การพยาบาลต่อผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางสังคม (Flowers, 2004) เนื่องจากสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการในแต่ละรายแล้ว จะส่งผลถึงความร่วมมือในการรับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยและครอบครัว รวมไปถึงเหตุผลเชิงนโยบายทางสุขภาพ การพัฒนาสุขภาพตามมาตรฐาน HA ที่เร่งรัดนำลงสู่การปฏิบัติในทุกโรงพยาบาล ที่เน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง หรืออีกนัยคือ การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมที่ต้องครอบคลุมมิติสังคมและวัฒนธรรม ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลวิชาชีพที่ต้องมีความตื่นตัว ให้ความสนใจมิติทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับสถานะสุขภาพและความเจ็บป่วย เพื่อสามารถปฏิบัติกรพยาบาลให้บรรลุเป้าหมายแบบองค์รวม ที่ครอบคลุมทุกมิติในการดูแล

จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดของ Campinha-Bacote (1998) เนื่องจากเป็นแนวคิดการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมที่มีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมสำหรับพยาบาลวิชาชีพ และมีเกณฑ์การประเมินที่ชัดเจน โดยได้มีการนำไปใช้ศึกษาวิจัยอย่างแพร่หลาย เช่น การศึกษาระดับการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในนักศึกษาพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกาและในการศึกษาระดับการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในพยาบาลวิชาชีพสาขาต่างๆ เช่น จิตเวช สูติรีเวช เป็นต้น โดยผู้วิจัยได้วิเคราะห์องค์ประกอบในแต่ละด้านของแนวคิดว่ามีความเหมาะสมกับบริบทของไทยในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม ซึ่งการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรม

ประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้ 1) การตระหนักในวัฒนธรรม (Cultural awareness) 2) ความรู้ในวัฒนธรรม (Cultural knowledge) 3) ความเชี่ยวชาญในวัฒนธรรม (Cultural skill) 4) การเข้าถึงวัฒนธรรม (Cultural encounter) และ 5) ความปรารถนาในวัฒนธรรม (Cultural desire)

การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมตามแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลเชิงวัฒนธรรมของ Leininger (2003) เป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับการดูแลตามวัฒนธรรม โดยมุ่งเน้นถึงการให้การดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องตามความต้องการและตามวัฒนธรรมของผู้ป่วยโดยยึดหลักการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งการดูแลผู้ป่วยโดยทฤษฎีการพยาบาลเชิงวัฒนธรรมนี้ เชื่อว่า บุคคล ครอบครัว ชุมชนที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีองค์ประกอบหรือปัจจัยที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน จะมีความเชื่อ วิถีคิด ความต้องการ พฤติกรรมการแสดงออกที่แตกต่างกัน โดย Leininger เห็นว่าวัฒนธรรมและการดูแลแบบเป็นองค์รวมที่สะท้อนให้เห็นการดูแลในวิถีชีวิตของบุคคลหรือการแสดงออกของพฤติกรรมทางสุขภาพนั้น สิ่งที่พยาบาลวิชาชีพต้องคำนึงถึงเพื่อให้สามารถมองบุคคลอย่างเป็นองค์รวม ได้แก่ โลกทัศน์ สภาวะชีวภาพ เทคโนโลยี ศาสนาและปรัชญา ความสัมพันธ์เชิงเครือญาติและสังคม การให้คุณค่าทางวัฒนธรรมและวิถีชีวิต กฎหมายและการเมือง เศรษฐกิจ ระดับการศึกษา และภาษา โดยสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกันของทฤษฎีการพยาบาลเชิงวัฒนธรรม Leininger นั้นแสดงให้เห็นถึงองค์ประกอบต่างๆของโครงสร้างทางสังคมวัฒนธรรมซึ่งมีความเชื่อมโยงกับความต้องการทางวัฒนธรรมของบุคคล ครอบครัว ชุมชน นอกจากนี้แนวคิดการพยาบาลเชิงวัฒนธรรมของ Giger and Davidhiza (2002) ที่มีจุดเน้นของการให้การพยาบาลที่สนองตอบความต้องการของผู้รับบริการโดยใช้ความรู้เชิงวัฒนธรรม โดยแนวคิดดังกล่าวเชื่อว่า การประเมินความแตกต่างทางวัฒนธรรมของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยการสื่อสาร อาณาเขต องค์กรสังคม เวลา การควบคุมสิ่งแวดล้อม และความแตกต่างทางด้านชีวภาพ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้บุคคลแตกต่างกันเช่นกันส่งผลต่อความต้องการที่แตกต่างกัน

จากการวิเคราะห์ฐานแนวคิดทั้ง 2 สามารถสรุปได้ว่า จุดเน้นที่ทุกแนวคิดให้ความสำคัญคือ การเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้รับบริการ ดังนั้น สิ่งที่พยาบาลวิชาชีพต้องคำนึงถึง คือ ความแตกต่างของบุคคลหรือผู้รับบริการขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านต่างๆดังที่กล่าวมาข้างต้น แต่สำหรับตัวพยาบาลเองที่ต้องเป็นผู้ให้บริการสิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือ การหาความรู้ ความเข้าใจ ทักษะเกี่ยวกับความแตกต่างทางวัฒนธรรมโดยการเข้าไปมีประสบการณ์ตรงหรือการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการเพื่อสร้างความไว้วางใจระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การกระทำดังกล่าวจะทำให้ผู้รับบริการกล้าบอกข้อมูลที่เป็นความจริงเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อ การแสดงออกในพฤติกรรมทางสุขภาพที่ทำให้ผู้รับบริการตัดสินใจปฏิบัติหรือเข้าใจในความเชื่อเหล่านั้น ซึ่งการกระทำโดยวิธีการนี้จะช่วยให้ตัวพยาบาลสามารถเข้าใจวัฒนธรรมที่แตกต่างของผู้รับบริการได้อย่างแท้จริง ส่งผลต่อการให้การพยาบาล

การจัดระบบบริการทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ และสร้างความพึงพอใจได้อย่างแท้จริง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำตัวแปรด้านอายุ และระดับการศึกษาที่เป็นปัจจัยที่สามารถจำแนกการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มาทำการศึกษาในครั้งนี้

## 1) อายุ

อายุ เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่ทำให้คนมีความแตกต่างกันทั้งความคิด ความเชื่อ ค่านิยม ทักษะคติในเรื่องต่างๆรวมถึงวัฒนธรรม ส่งผลต่อการแสดงออกพฤติกรรมที่แตกต่าง และอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คนมีความแตกต่างกันในเรื่องความคิดเห็นและพฤติกรรมการทำงาน เพราะความสามารถของบุคคลสามารถเรียนรู้ได้ในระหว่างที่อยู่ในวัยต่างเนื่องจากคนวัยต่างกันมีความต้องการและประสบการณ์ที่ต่างกัน การพัฒนาของมนุษย์ในแต่ละช่วงวัยนั้น มีความแตกต่างกันทั้ง พัฒนาการด้านร่างกาย พัฒนาการด้านอารมณ์ พัฒนาการด้านสังคม พัฒนาการด้านสติปัญญา ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางคือผู้ใหญ่ที่มีช่วงอายุ 40-60 ปี โดยบุคคลที่มีการพัฒนาการตามวัยนี้ที่เหมาะสมจะมีความสามารถในการปรับตัว มีความคิดริเริ่ม มีเหตุผล มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ สุขุมรอบคอบ มีความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานที่สูงขึ้น มากกว่าวัยผู้ใหญ่ตอนต้นคือผู้ใหญ่ที่มีช่วงอายุ 18-40 ปี (เพ็ญพิไล ฤทธาคณานนท์, 2550) โดยเมื่ออายุมากขึ้นมีการเรียนรู้มากขึ้นความคิดและพฤติกรรมจะปรับเปลี่ยนด้วยและจะสามารถปฏิบัติหน้าที่การทำงานที่ก่อให้เกิดผลผลิตที่สูงขึ้นได้ (ศิริรัตน์ เสรีรัตน์ และคณะ, 2541) สอดคล้องกับการศึกษา Doorenbos & Schim (2006) ศึกษาตัวแปรที่ส่งผลต่อการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า อายุของพยาบาลวิชาชีพที่มากขึ้นส่งผลต่อการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มากขึ้น สอดคล้องกับ อรรถยา อมรพรหมภักดี (2544) พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุมากกว่ามีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถาบันให้บริการทางสุขภาพมากกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุน้อย โดยได้อธิบายไว้ว่าการที่มีอายุเพิ่มมากขึ้นจะมีวุฒิภาวะทางกาย จิตใจ ความรู้สึกลึกซึ้งที่เพิ่มมากขึ้นทำให้มีความสามารถในการเรียนรู้ที่จะพัฒนาตนเองในการปฏิบัติงานที่เพิ่มมากขึ้นจึงส่งผลต่อการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรม จากการศึกษาดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุมากขึ้นจะมีการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุน้อย ดังนั้นจึงนำปัจจัยทางด้านอายุมาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้

## 2) ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา เป็นตัวประกอบที่บ่งชี้ถึงลักษณะความต้องการ และแบบแผนการปฏิบัติของตนเองและบุคคล โดยทั่วไปบนพื้นฐานวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน และการศึกษาสอนให้

คนรู้จักคิด วิเคราะห์และแสวงหาความรู้อย่างต่อเนื่อง ผู้ที่มีคุณวุฒิทางการศึกษาสูงย่อมได้รับการถ่ายทอดความรู้ ความคิด ความสามารถและจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูลความต่างเชิงวัฒนธรรม การซักถามปัญหา เข้าใจตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า และระดับการศึกษาอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลการศึกษาสอนให้คนรู้จักคิด วิเคราะห์และแสวงหาความรู้ใหม่ๆเสมอ บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีการพิจารณาสิ่งต่างๆอย่างมีเหตุผล มีความเข้าใจได้ถูกต้องมากกว่า (McCormick & Ilgen, 1985) การศึกษาจึงเป็นเครื่องมือในการพัฒนาตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Doorenbos & Schim (2006) ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพในประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดาที่มีระดับการศึกษาที่สูงขึ้น จะมีความรู้ เจตคติในการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สูงขึ้น ส่งผลให้มีการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สูงขึ้น และการศึกษาของวันทิวา วัฒนะโชติ (2540) ซึ่งได้ศึกษาการสื่อสารการบอกความจริงเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ซึ่งแบ่งระดับการศึกษาออกเป็น 2 กลุ่มคือ ปริญญาตรีหรือเทียบเท่าและสูงกว่าปริญญาตรี ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีการศึกษาที่ต่างกันมีการรับรู้การปฏิบัติเรื่องการสื่อสารบอกความจริงเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายที่แตกต่างกันดังนั้นผู้วิจัยจึงนำระดับศึกษามาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยอาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุ ระดับการศึกษา ที่ต่างกันมีการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีความแตกต่างกัน จึงได้ตั้งสมมติฐานในการวิจัยครั้งนี้ดังนี้

### สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพที่มี อายุ และระดับการศึกษาที่ต่างกัน มีความแตกต่างกัน

### ขอบเขตของการวิจัย

#### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี หรือประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง เทียบเท่าปริญญาตรี หรือสูงกว่า ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ปฏิบัติงานใน

โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงรับผู้ป่วยไว้รักษาภายในตั้งแต่ 500 เตียงขึ้นไป จำแนกออกเป็น 18 เขต ทั้งหมดจำนวน 34 แห่ง ซึ่งปฏิบัติงานในทุกแผนก ได้แก่ อายุรกรรม ศัลยกรรม ศัลยกรรมประสาท ศัลยกรรมกระดูก ศัลยกรรมอุบัติเหตุ สูติกรรม กุมารเวชกรรม หอผู้ป่วยพิเศษ หอผู้ป่วยวิกฤติ มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ยกเว้นแผนกผู้ป่วยนอก ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด โดยมีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 14,855 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย อายุรกรรม ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมประสาท ศัลยกรรมกระดูก ศัลยกรรมอุบัติเหตุ สูติกรรม กุมารเวชกรรม หอผู้ป่วยพิเศษ หอผู้ป่วยวิกฤติ มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปและดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ยกเว้นแผนกผู้ป่วยนอก ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) จำนวน 478 คน

## 2. ตัวแปรที่ศึกษา

### 2.1 ตัวแปรต้นคือ คุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ

2.1.1 อายุ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 1) อายุ 21-30ปี 2) อายุ 31-40 ปี 3) อายุ 41-50 ปี และ 4) อายุ 51-60 ปี

2.1.2 ระดับการศึกษา แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับปริญญาตรี 2) ระดับปริญญาโท และ 3) ระดับปริญญาเอก

### 2.2 ตัวแปรตามคือ การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. การรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพรับรู้ถึงการปฏิบัติกรพยาบาลที่เข้าถึงพฤติกรรม ความเชื่อ ค่านิยม วิถีชีวิตของผู้ป่วยที่ป่วยเป็น โรคที่คุกคามต่อชีวิต ไม่ว่าจะเป็นโรคที่มีอาการหนักอย่างเฉียบพลัน และโรคเรื้อรังในระยะสุดท้ายของโรค ซึ่งคาดได้อย่างมีเหตุผลตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคและการรักษาที่ดีที่สุดที่มีอยู่ว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตในเวลาไม่นาน เช่น โรคมะเร็งในระยะสุดท้าย ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างรุนแรง (WHO, 2002) ให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลแบบองค์รวมและสอดคล้องกับวัฒนธรรมของบุคคลนั้นๆและความต้องการของผู้รับบริการอย่างแท้จริง

จากการศึกษาทบทวนแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ได้นำแนวคิดการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพของ Campinha-Bacote (1998) มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในบริบทของประเทศไทยประกอบด้วย 5 ด้านดังนี้

**1.1 การตระหนักในวัฒนธรรม (Cultural awareness)** หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ มีการรับรู้ถึงการปฏิบัติกรพยาบาลที่มีความไวต่อการรับรู้ความแตกต่างในเรื่องเกี่ยวกับคุณค่า ความเชื่อ วิถีชีวิต การปฏิบัติและกลยุทธ์หรือวิธีการแก้ปัญหา ตามวัฒนธรรมของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตลอดจนการไม่ลำเอียงและเหมารวมต่อวัฒนธรรมของผู้อื่นเช่น การแสดงอารมณ์ท่าทีเหมาะสมไม่แสดงอารมณ์หงุดหงิดรำคาญต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความแตกต่างด้านเชื้อชาติ เพศ ศาสนา

**1.2 ความรู้ในวัฒนธรรม (Cultural knowledge)** หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้ถึงการปฏิบัติกรพยาบาลที่นำความรู้ ความเข้าใจของวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเช่น ความรู้ในมิติของศาสนา ความเชื่อและพฤติกรรมกรดูแลของผู้ป่วยที่แตกต่างไปจากวัฒนธรรมของตนเองโดยการอ่านหนังสือเอง อบรมอย่างต่อเนื่อง การทำวิจัย โดยให้ความสำคัญกับการมองโลกที่แตกต่างกันเพื่อให้เข้าใจผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมุมมองของเขา โดยใช้ความรู้ในสาขาต่างๆเพื่อเป็นแนวทางในการหาความรู้เพื่อให้เข้าใจในวัฒนธรรมมากขึ้นและสามารถให้การดูแลได้อย่างมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

**1.3 ความเชี่ยวชาญในวัฒนธรรม (Cultural skill)** หมายถึงพยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้การปฏิบัติกรพยาบาลที่แสดงออกถึง ความสามารถในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติ และปัญหาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างถูกต้องตามลักษณะพื้นฐานทางวัฒนธรรม รวมถึงรู้ถึงวิธีที่จะประเมินทางวัฒนธรรม การตรวจร่างกาย ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้ได้มาซึ่งปัญหา ความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น การประเมินระดับความปวดของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

**1.4 การเข้าถึงวัฒนธรรม (Cultural encounter)** หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้การปฏิบัติกรพยาบาลที่แสดงออกถึงการสร้างปฏิสัมพันธ์ ประยุกต์ หรือเลือกใช้วิธีการ ปฏิสัมพันธ์ที่หลากหลายและเหมาะสมกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีพื้นฐานทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกับผู้ให้บริการโดยตรง เช่น การบอกข่าวร้าย

**1.5 ความปรารถนาในวัฒนธรรม (Cultural desire)** หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ มีรับรู้การปฏิบัติกรพยาบาลที่แสดงออกถึงการมีแรงจูงใจความปรารถนาที่ต้องการให้การดูแลช่วยเหลือ ด้วยความรัก ยินดี เต็มใจ และตั้งใจโดยผู้ป่วยไม่ต้องร้องขอ เอาใจเขามาใส่ใจเราต่อ

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเท่าเทียมกันเพื่อให้มีความสอดคล้องทางวัฒนธรรมของบุคคลและครอบครัวนั้นๆ

**2. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย** หมายถึง การช่วยเหลือบุคคลให้มีการปรับตัวอยู่กับโรคได้อย่างเหมาะสม ในกรณีที่โรคไม่สามารถรักษาเยียวยาหายขาดได้ จะต้องยอมรับ ต้องให้กำลังใจให้สามารถเผชิญชีวิต ปรับสภาพของตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ด้วยความมั่นคงและความมั่นใจ เพื่อสนองความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ สามารถดำรงศักดิ์ศรี ความเป็นบุคคลได้อย่างสมบูรณ์

**3. พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ** หมายถึง พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรีและได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งจากสภาการพยาบาล โดยปฏิบัติงานบริการภายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

**4. โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข** หมายถึง สถานพยาบาลที่มีจำนวนเตียงรับคนไข้ไว้ค้างคืนตั้งแต่ 500 เตียงขึ้นไปที่ตั้งอยู่ทุกภูมิภาคของประเทศ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและได้จดทะเบียนขออนุญาตดำเนินกิจการบริการด้านสุขภาพกับกองประกอบโรคศิลป์ของกระทรวงสาธารณสุข แบ่งตามเขตการปกครองกระทรวงสาธารณสุข เป็น 18 เขตประกอบด้วยโรงพยาบาลจำนวน 34 แห่ง ได้แก่ 1) โรงพยาบาลราชวิถี 2) โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี 3) โรงพยาบาลสระบุรี 4) โรงพยาบาลฉะเชิงเทรา 5) โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร์ 6) โรงพยาบาลราชบุรี 7) โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร์ 8) โรงพยาบาลนครปฐม 9) โรงพยาบาลสมุทรสาคร 10) โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี 11) โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช 12) โรงพยาบาลชุมพร 13) โรงพยาบาลตรัง 14) โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ 15) โรงพยาบาลยะลา 16) โรงพยาบาลพระปกเกล้า 17) โรงพยาบาลระยอง 18) โรงพยาบาลชลบุรี 19) โรงพยาบาลอุดรธานี 20) โรงพยาบาลสกลนคร 21) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 22) โรงพยาบาลร้อยเอ็ด 23) โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น 24) โรงพยาบาลศรีสะเกษ 25) โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ 26) โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช 27) โรงพยาบาลบุรีรัมย์ 28) โรงพยาบาลสุรินทร์ 29) โรงพยาบาลลำปาง 30) โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ 31) โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ 32) โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ 33) โรงพยาบาลพุทธชินราช 34) โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

**5. อายุ** หมายถึง จำนวนปีตามปฏิทิน นับจากวันเกิดถึงปัจจุบัน เศษของปีเกิน 6 เดือนขึ้นไปคิดเป็น 1 ปี นับเป็นจำนวนปีที่บริบูรณ์ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ อายุ 21-30 ปี อายุ 31-40 ปี อายุ 41-50 ปี และ อายุ 51-60 ปี

**6.**

ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาขั้นสูงสุดของพยาบาลวิชาชีพโดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับปริญญาตรี 2) ระดับปริญญาโท และ 3)ระดับปริญญาเอก

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมอย่างเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้านความตระหนักในวัฒนธรรม ความรู้ในวัฒนธรรม ความเชี่ยวชาญในวัฒนธรรมการเข้าถึงวัฒนธรรมและความปรารถนาในวัฒนธรรม เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับปรุงความรู้ความเข้าใจและแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ
2. ผลการศึกษา การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตามตัวแปรต้นเป็นข้อมูลให้กับผู้บริหารทางการพยาบาลจะได้นำไปพิจารณาในการพัฒนาทักษะการดูแลเชิงวัฒนธรรมให้กับพยาบาลที่จบใหม่หรือพยาบาลที่มีอายุน้อยได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และเพื่อเปรียบเทียบการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดทฤษฎีต่างๆ จากเอกสาร บทความ วารสาร หนังสือ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยสรุปมีสาระสำคัญและนำเสนอตามลำดับดังนี้

1. โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
  - 1.1 ลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
  - 1.2 บริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิ ในแต่ละภูมิภาค
  - 1.3 บริบทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
2. แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ
  - 2.1 ความหมายการพยาบาลเชิงวัฒนธรรม
  - 2.2 วิวัฒนาการการพยาบาลเชิงวัฒนธรรม
  - 2.3 แนวคิด/ทฤษฎีการพยาบาลเชิงวัฒนธรรม
  - 2.4 แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเชิงวัฒนธรรม
3. แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
  - 3.1 ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
  - 3.2 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
  - 3.3 การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
  - 3.4 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรม
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

## 1. โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

### 1.1 ลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

โรงพยาบาลในระดับตติยภูมิเป็นโรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลตั้งแต่ 500 เตียงขึ้นไป ที่ให้บริการสำหรับประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ซับซ้อน ต้องใช้เครื่องมือพิเศษ และต้องใช้แพทย์เฉพาะทางในการตรวจวินิจฉัย โดยเป็นโรงพยาบาลที่มีเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้า ผู้ให้บริการมีความชำนาญเฉพาะทางหรือมีความเฉพาะสาขา เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่ซับซ้อนและให้การดูแลพิเศษ นอกจากนี้ยังเป็นสถานศึกษาสำหรับแพทย์เฉพาะทาง แหล่งฝึกปฏิบัติงานสำหรับนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพจากสถาบันการศึกษาต่างๆ และเป็นสถานศึกษาวิจัยของบุคลากรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ สถานบริการระดับนี้ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลเฉพาะโรค โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลใหญ่ของรัฐในสังกัดกระทรวงอื่นๆ ปัจจุบันโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ แบ่งตามเขตของกระทรวงสาธารณสุขเป็น 18 เขตจำนวน 34 แห่ง (ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2552)

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2542) ได้กำหนดลักษณะงานของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ดังนี้

1. งานส่งเสริมคุณภาพและป้องกันโรค โดยดำเนินการร่วมกับสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และสำนักงานสาธารณสุขมูลฐาน (สสม.)
2. งานด้านรักษาพยาบาล ที่ให้บริการในลักษณะเฉพาะโรคทุกสาขา
3. งานศึกษา ฝึกอบรมให้เจ้าหน้าที่ประเภทต่างๆ ได้แก่ นักศึกษาแพทย์ แพทย์ฝึกหัด แพทย์ประจำบ้าน นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลและเจ้าหน้าที่ทางเทคนิคด้านต่างๆ
4. งานวิจัย ได้แก่ การวิจัยทางคลินิก (Clinical research) การวิจัยทางชีวการแพทย์ (Biomedical research) รวมทั้งพัฒนาความสามารถของแพทย์ประจำโรงพยาบาลให้มีความรู้ความสามารถในทุกสาขาวิชาในระดับความชำนาญเฉพาะโรค

สรุปได้ว่า จากลักษณะงานและหน้าที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีความซับซ้อนยุ่งยาก และมีลักษณะงานที่ครอบคลุม ทั้งในด้านการรักษาสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่และการวิจัยโดยโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีความรับผิดชอบในการให้บริการกับประชาชนทุกประเภท ทุกกลุ่มโรค ตามภาระหน้าที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีอยู่ทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทย เพื่อให้เกิดคุณภาพการดูแลมีความครอบคลุมในทุกมิติสุขภาพ

## 1.2 บริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิ ในแต่ละภูมิภาค

ประเทศไทยประกอบด้วยพื้นที่ 76 จังหวัด โดยได้มีการแบ่งภูมิภาคตามหลักภูมิศาสตร์ โดยใช้หลักเกณฑ์ลักษณะภูมิอากาศ วัฒนธรรมด้านเชื้อชาติ ภาษาและความเป็นอยู่ของผู้คนในท้องถิ่นมาเป็นหลักเกณฑ์ในการแบ่งภูมิภาค โดยจากการศึกษาของ เอกวิทย์ ณ ถลาง (2541) ได้มีการแบ่งประเทศไทยออกเป็น 6 ภาค ตามลำดับ ดังนี้

### 1.2.1 ภาคเหนือ

#### 1) ที่ตั้งและภูมิศาสตร์

ภาคเหนือประกอบด้วยพื้นที่ 15 จังหวัด ได้แก่ 1) เชียงราย 2) แม่ฮ่องสอน 3) พะเยา 4) เชียงใหม่ 5) น่าน 6) ลำพูน 7) ลำปาง 8) แพร่ 9) อุตรดิตถ์ 10) พิชณุโลก 11) พิจิตร 12) กำแพงเพชร 13) ตาก 14) สุโขทัย และ 15) เพชรบูรณ์ ทั้ง 15 จังหวัดนี้แม้จะรวมกันเรียกว่าภาคเหนือ ซึ่งในภาคเหนือมีอาณาเขตติดต่อกับประเทศพม่า ประเทศลาว สภาพทางภูมิศาสตร์จะแตกต่างจากทางภาคอื่นๆ เนื่องจากพื้นที่ บางแห่งมีลักษณะเป็นภูเขา มีแม่น้ำไหลผ่าน จึงทำให้พื้นที่อุดมสมบูรณ์แต่เนื่องจากพื้นที่เป็นภูเขา ทำให้การคมนาคมไม่สะดวก

#### 2) ลักษณะประชากร

ประชากรส่วนใหญ่สืบเชื้อสายมาจากไทยล้านนา จึงทำให้สำเนียงการพูด วัฒนธรรมประเพณีจึงแตกต่างไปจากภาคอื่นๆ ซึ่งส่วนใหญ่เรียกกันว่า “คนเมือง” นอกจากนี้ยังมีประชากรชาวไทยสาขาย่อย อื่นอีก เช่น ไทยใหญ่ ไทยลื้อ และชาวไทยภูเขา เป็นต้น ชาวเหนือส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา ทำไร่ และการทำหัตถกรรม เช่น การทอผ้า การทำเครื่องเงิน เครื่องเงิน เป็นต้น

#### 3) บริบทเชิงสังคมและวัฒนธรรม

ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95 โดยความเชื่อส่วนใหญ่ของประชากรในภาคเหนือ มีความเชื่อเกี่ยวกับการนับถือผีโดยเชื่อว่าผีเป็นตัวแทนอำนาจเหนือธรรมชาติที่มีอิทธิพลต่อชีวิตมนุษย์ซึ่งแสดงออกโดยการเซ่นไหว้ อนึ่งเปรียบการนับถือผีสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการนับถือบรรพบุรุษ ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของสังคมเครือญาติ โดยเป็นวิถีชีวิตในการอยู่ร่วมกันของชาวเหนือ

4) โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคเหนือ ประกอบด้วยโรงพยาบาล ดังนี้ 1) โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ 2) โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ 3) โรงพยาบาลพุทธชินราช 4) โรงพยาบาลลำปาง และ 5) โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

## 1.2.2 ภาคกลาง

### 1) ที่ตั้งและภูมิศาสตร์

ภาคกลางประกอบด้วยพื้นที่ 17 จังหวัด ได้แก่ 1) กรุงเทพมหานคร 2) นนทบุรี 3) ปทุมธานี 4) นครนายก 5) นครปฐม 6) สมุทรปราการ 7) สมุทรสาคร 8) สมุทรสงคราม 9) นครสวรรค์ 10) อุทัยธานี 11) ชัยนาท 12) ลพบุรี 13) สิงห์บุรี 14) อ่างทอง 15) สระบุรี 16) สุพรรณบุรี และ 17) พระนครศรีอยุธยา ภาคกลางเป็นภาคที่อุดมสมบูรณ์เป็นอู่ข้าวอู่น้ำที่สำคัญ พื้นที่ทั่วไปเป็นที่ราบลุ่มเหมาะแก่การเพาะปลูกมีแม่น้ำไหลผ่าน แม่น้ำที่สำคัญ ได้แก่ แม่น้ำเจ้าพระยา ปิง วัง ยม น่าน โดยภาคกลางมีความสะดวกต่อการทำมาหากินการตั้งหลักแหล่งและการดำรงชีพที่เหมาะสม

### 2) ลักษณะประชากร

ภาคกลางเป็นภาคที่มีประชากรอยู่หนาแน่นและมีความคล่องตัวในการดำเนินชีวิตมากกว่าภาคอื่นๆ ประชากรส่วนใหญ่เป็นแหล่งรวมของคนหลายชาติพันธุ์ ได้แก่ คนไทย มอญ ญวน ลาว เขมร จีน อินเดีย และชาวยุโรป ซึ่งคนเหล่านี้ได้พกพาเอาความเชื่อ ศาสนา ภาษา ขนบธรรมเนียมประเพณีของชาติพันธุ์ของตนเองเข้ามาหล่อหลอมรวมกันกับคนไทยในภาคกลาง ซึ่งในการดำเนินชีวิตของประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพที่สำคัญคือ การทำเกษตร เลี้ยงสัตว์ ค้าขาย เป็นต้น

### 3) บริบทเชิงสังคมและวัฒนธรรม

คนไทยในภาคกลางโดยมากถือคติความเชื่อทางพระพุทธศาสนาเป็นหลักของชีวิต ประเพณี ความเชื่อต่างๆโดยมากมีพื้นฐานมาจากพุทธศาสนาและศาสนาอื่น ๆ มีการเคารพกราบไหว้แม่พระคงคา ชาวไทยภาคกลางที่ทำการเพาะปลูก เป็นต้นว่า ปลูกข้าว ก็จะมีประเพณีทำบุญขวัญข้าว เพื่อขวัญและกำลังใจในการเพาะปลูก การเคารพผีปู่ย่าตายาย ยังคงมีให้เห็นเป็นต้นว่า การรดน้ำคำหัวในวันสงกรานต์ การนำกระดูกปู่ย่าตายายมาทำพิธีรำลึกและแผ่ส่วนกุศลให้ผู้ตาย ในเรื่องพิธีกรรมทางไสยศาสตร์ต่างๆยังมีให้เห็นประปราย

### 4) โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคกลาง

ประกอบด้วย 6 โรงพยาบาล ดังนี้ 1) โรงพยาบาลราชวิถี 2) โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี 3) โรงพยาบาลเลิดสิน 4) โรงพยาบาลนครปฐม 5) โรงพยาบาลสระบุรี และ 6) โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

### 1.2.3 ภาคตะวันออก

#### 1) ที่ตั้งและภูมิศาสตร์

ภาคตะวันออก ประกอบด้วยพื้นที่ 7 จังหวัด ได้แก่ 1) ปราจีนบุรี 2) ฉะเชิงเทรา 3) ชลบุรี 4) ระยอง 5) จันทบุรี 6) ตราด และ 7) สระแก้ว พื้นที่ของภาคตะวันออก มีขนาดเล็กกว่าภาคอื่น เดิมทีภาคนี้เรียกรวมกับคนภาคกลางแต่เนื่องจากลักษณะภูมิประเทศซึ่งต่างไปจากภาคกลาง คือผลิตผลและภูมิอากาศคล้ายคลึงกับภาคใต้ โดยมีลักษณะภูมิประเทศเป็นทิวเขาที่ราบลุ่มแม่น้ำ และที่ราบชายฝั่งทะเล โดยมีพรมแดนติดต่อกับประเทศกัมพูชา

#### 2) ลักษณะประชากร

เชื้อชาติของประชากรในภาคตะวันออกมีลักษณะปะปนกันเช่นเดียวกับประชากรในภาคอื่นของไทย โดยเฉพาะจังหวัดที่อยู่ใกล้ภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีลักษณะเหมือนไทยกลาง แต่เนื่องจากมีอาณาเขตติดต่อชายฝั่งทะเลทำให้มีพวกเชื้อสายจีนอพยพเข้ามาทางฝั่งทะเลเช่นเดียวกับจังหวัดชายฝั่งทะเลของภาคกลาง และการที่ภาคตะวันออกมีชายฝั่งทะเลติดต่อกับประเทศใกล้เคียง จึงมีพวกเขมรเข้ามาอาศัยอยู่บ้างใน จังหวัดตราดและจันทบุรี ในปัจจุบันชาวไทยจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคกลาง ได้มีการอพยพย้ายถิ่นเข้าไปหางานทำในภาคตะวันออกมากขึ้น อาชีพในภาคนี้ส่วนใหญ่เป็นพืชสวนพืชไร่ การประมง พืชสวนที่สำคัญ ได้แก่ เงาะ อ้อย มันสำปะหลัง และสับปะรด เป็นต้น

#### 3) บริบทเชิงสังคมและวัฒนธรรม

ศาสนาที่ประชากรส่วนใหญ่นับถือเป็นพระพุทธศาสนา แต่ในจันทบุรี ตราด ได้มีประชากรที่นับถือศาสนา คริสต์นิกายโรมันคาทอลิกปะปนอยู่บ้าง เพราะเคยเป็นดินแดนที่ฝรั่งเศสเข้ามายึดครองอยู่ระยะหนึ่ง ประชากรส่วนใหญ่ใช้ภาษาเช่นเดียวกับไทยภาคกลาง แต่มีเสียงเพี้ยนไปตามท้องถิ่น ภาษาเขมรมีพูดกันอยู่ในกลุ่มคนเขมรแถบชายแดน สระแก้ว จันทบุรี และตราด งานประเพณีของคนในภาคตะวันออกคืองานบุญเช่นเดียวกับชนในภาคอื่นที่ไปวัดทำบุญในวันสำคัญทางศาสนา

#### 4) โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออก

ประกอบด้วย 3 โรงพยาบาล ดังนี้ 1) โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร์ 2) โรงพยาบาลระยอง และ 3) โรงพยาบาลพระปกเกล้า

### 1.2.4 ภาคตะวันตก

#### 1) ลักษณะที่ตั้งและภูมิศาสตร์

ภาคตะวันตก ประกอบด้วยพื้นที่ 5 จังหวัด ได้แก่ 1) ตาก 2) กาญจนบุรี

3) ราชบุรี 4) เพชรบุรี และ 5) ประจวบคีรีขันธ์ ลักษณะภูมิประเทศส่วนใหญ่เป็นภูเขาสลับกับหุบเขาที่ค่อนข้างชันและแคบกว่าหุบเขาของภาคเหนือ เนื่องจากการกัดเซาะของแม่น้ำลำธาร มีภูมิประเทศคล้ายภาคเหนือ

## 2) ลักษณะประชากร

ภาคตะวันตกเป็นภาคที่มีจำนวนประชากรน้อยที่สุดและเบาบางที่สุด มีชนกลุ่มน้อยพวกมอญ กะเหรี่ยง พม่าอาศัยอยู่ทุกพื้นที่เนื่องจากมีอาณาเขตติดต่อกับประเทศพม่า จังหวัดที่มีประชากรมากที่สุดและมีความหนาแน่นมากที่สุดคือ ราชบุรี ส่วนจังหวัดที่มีประชากรต่ำที่สุดและมีความหนาแน่นเบาบางที่สุดคือจังหวัดตาก ซึ่งทำให้ภาคตะวันตกเกิดปัญหาที่สำคัญคือ ปัญหาเกี่ยวกับความยากจนของประชาชนและปัญหาเกี่ยวกับชนกลุ่มน้อยขาดแคลนที่อยู่อาศัยและขาดพื้นที่การเพาะปลูก โดยวิถีชีวิตของคนภาคตะวันตกคือ การเพาะปลูก การเลี้ยงสัตว์ เป็นต้น

## 3) บริบทเชิงสังคมและวัฒนธรรม

ภาคตะวันตกเป็นภาคที่มีการรวมกลุ่มคนของคนหลายเชื้อชาติ ประชากรส่วนใหญ่นับถือเป็นพระพุทธศาสนา มีการใช้ภาษาตามชนกลุ่มน้อยที่อาศัยอยู่ ความเชื่อของกลุ่มคนยังมีการนับถือผีและการทำพิธีกรรมทางไสยศาสตร์ เป็นต้น

4) โรงพยาบาลระดับตติยภูมิสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันตก ประกอบด้วย 2 โรงพยาบาลดังนี้ 1) โรงพยาบาลราชบุรี และ 2) โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช

### 1.2.5 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

#### 1) ลักษณะที่ตั้งและภูมิศาสตร์

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือประกอบด้วยพื้นที่ 19 จังหวัด ได้แก่ 1) เลย 2) หนองคาย 3) อุดรธานี 4) สกลนคร 5) นครพนม 6) ขอนแก่น 7) กาฬสินธุ์ 8) มุกดาหาร 9) ชัยภูมิ 10) มหาสารคาม 11) ร้อยเอ็ด 12) ยโสธร 13) นครราชสีมา 14) บุรีรัมย์ 15) ศรีสะเกษ 16) อุบลราชธานี 17) อำนาจเจริญ 18) อุบลราชธานี และ 19) หนองบัวลำภู ลักษณะภูมิประเทศส่วนใหญ่เป็นที่ราบสูงกว้างใหญ่และมีแม่น้ำหล่อเลี้ยงในที่ราบสูง

#### 2) ลักษณะประชากร

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภูมิภาคที่มีพื้นที่และประชากรมากที่สุด นอกจากนั้นยังเป็นภูมิภาคที่มีปัญหาในด้านต่าง ๆ มากที่สุด เช่น ปัญหาความแห้งแล้ง ความยากจน ประชากรอพยพย้ายถิ่นประชากรในภาคนี้พูดภาษาไทยสำเนียงอีสาน แตกต่างไปจากสำเนียงท้องถิ่นในภาคเหนือแต่ประชากรส่วนใหญ่สามารถพูด สำเนียงไทยภาคกลางได้ ประชากร อาชีพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือคือการเพาะปลูก ภาคนี้มีพื้นที่ทำนามากกว่าภาคอื่น ๆ แต่ผลผลิตที่ได้

ต่ำ เพราะการทำนาส่วนใหญ่อาศัยน้ำฝนซึ่งไม่ค่อยแน่นอนเป็นเหตุให้ประชากรในภูมิภาคนี้มีความยากจนเป็นส่วนมาก

### 3) บริบทเชิงสังคมและวัฒนธรรมความเชื่อ

วิถีชีวิตของคนอีสานจะมีความเกี่ยวข้องกับเรื่องผีซึ่งมีความผูกพันกับชีวิตของคนอีสานตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย เกี่ยวข้องกับชีวิตตลอดเวลา อำนาจเหนือธรรมชาติซึ่งมีผีเป็นตัวแทน จึงเป็นพื้นฐานสำคัญของวิถีชีวิตชาวอีสานมาตั้งแต่ครั้งอดีต ผีทำให้ชาวอีสานดำรงชีวิตอยู่ในสังคมเดียวกันด้วยความสงบสุข ราบรื่นอำนาจเหนือธรรมชาติที่เกี่ยวกับความเชื่อเรื่องผียังเข้ามาเกี่ยวข้องกับชีวิตของชาวอีสานแม้กระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต ชาวอีสานยังมีความเชื่ออาถรรพณ์ต่อผู้ตาย คือยังมีพิธีกรรมในสวดเดือนเก้า การทำบุญข้าวประดับดินเพื่อเป็นการอุทิศส่วนกุศลให้แก่ญาติพี่น้องที่ล่วงลับไปแล้ว ให้ยังคงได้รับความสุขอยู่บนสวรรค์ โดยเชื่อว่าผีผู้ตายสามารถที่จะรับเอาส่วนบุญนี้ได้

### 4) โรงพยาบาลระดับตติยภูมิสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ประกอบด้วย 6 โรงพยาบาลดังนี้ 1) โรงพยาบาลศูนย์สุรินทร์ 2) โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น 3) โรงพยาบาลศูนย์บุรีรัมย์ 4) โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ 5) โรงพยาบาลศูนย์มหาสารโคราซ และ 6) โรงพยาบาลศูนย์อุบลราชธานี

#### 1.2.6 ภาคใต้

##### 1) ลักษณะที่ตั้งและภูมิศาสตร์

ภาคใต้ประกอบด้วยพื้นที่ 14 จังหวัดได้แก่ 1) ชุมพร 2) สุราษฎร์ธานี 3) นครศรีธรรมราช 4) พัทลุง 5) สงขลา 6) ปัตตานี 7) ยะลา 8) นราธิวาส 9) ระนอง 10) พังงา 11) กระบี่ 12) ภูเก็ต 13) ตรัง และ 14) สตูล ลักษณะภูมิศาสตร์ส่วนใหญ่เป็นคาบสมุทร มีทะเลกว้างขวางอยู่ทั้ง 2 ข้าง มีทรัพยากรธรรมชาติอุดมสมบูรณ์ทั้งในทะเล ที่ราบชายฝั่ง

##### 2) ลักษณะประชากร

ประชากรในภาคใต้มีความหลากหลาย ได้แก่ อินเดียน จีน ชาวและมาเลย์ ประชากรในจังหวัดเหล่านี้พูดภาษาไทยสำเนียงได้ แต่ส่วนใหญ่จะพูดภาษาไทย สำเนียงภาคกลางได้ อาชีพในภาคใต้มีค่อนข้างหลากหลายไปในแต่ละจังหวัดแต่ที่สำคัญได้แก่ การทำสวน มีสวนยางพาราเป็นพืชสำคัญที่สุด รองลงไปเป็นสวนมะพร้าว สวนผลไม้ ส่วนการทำนาจะมีมากทางด้านชายฝั่งตะวันออกในจังหวัดสุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช พัทลุง และบางส่วนของจังหวัดสงขลา นอกเหนือไปจากการเกษตรกรรมทางภาคใต้มีการทำเหมืองแร่ซึ่งทำกันในหลายจังหวัด ส่วนใหญ่เป็นการขุดแร่ดีบุก การประมงมีการทำกันตลอดชายฝั่งทะเล

### 3) บริบทเชิงสังคมและวัฒนธรรมความเชื่อ

มีประชากรนับถือศาสนาอิสลามและพุทธศาสนาซึ่งเป็นภาษาท้องถิ่น ประชากรส่วนใหญ่เป็นชาวพุทธและกลุ่มชนมุสลิม ลักษณะจึงผสมผสานกันระหว่างความเชื่อกับศาสนา ประชากรส่วนใหญ่เป็นชาวมุสลิม ๗๖ เปอร์เซ็นต์ ศาสนาพุทธ ๒๓ เปอร์เซ็นต์ ที่เหลือนับถือศาสนาคริสต์ ความเชื่อ วิถีชีวิตของประชากรในภาคใต้จึงขึ้นอยู่กับศาสนา เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต ความเชื่อของชาวมุสลิมเชื่อว่าสรรพสิ่งในสากลจักรวาลนี้ อัลเลาะห์สร้างขึ้นมาและดำเนินไปตามธรรมชาติภายใต้กฎเกณฑ์ที่อัลเลาะห์ เป็นผู้กำหนดขึ้นตั้งแต่เกิดจนตาย ดังเช่น การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดการศพ อาบน้ำศพ ห่อศพ ละหมาดแก่ศพ ฝังศพ เป็นต้น

### 4) โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคใต้

ประกอบด้วย 5 โรงพยาบาล ดังนี้ 1) โรงพยาบาลตรัง 2) โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช 3) โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ 4) โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และ 5) โรงพยาบาลยะลา

จะเห็นได้ว่า โรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีความแตกต่างกันในลักษณะที่ตั้งและภูมิศาสตร์ บริบททางสังคมและวัฒนธรรมความเชื่อ จึงส่งผลต่อความแตกต่างของผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทั้งความแตกต่างในด้านความคิด ความเชื่อ วิถีชีวิต ขนบธรรมเนียมประเพณีที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ดังนั้น จึงเป็นภาระหน้าที่ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่ต้องมีความสามารถในการบริหารจัดการในการให้บริการทางสุขภาพที่ครอบคลุมทุกมิติในการดูแล

### 1.3 บริบทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เป็นศูนย์กลางการให้บริการทางสุขภาพตามระบบเครือข่ายการพัฒนาบริการสาธารณสุข มีหน้าที่ให้บริการสุขภาพอนามัยแก่ผู้ป่วยที่ต้องการความรู้ ความชำนาญเฉพาะทางหรือเทคโนโลยีที่ทันสมัย โดยรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปตามขั้นตอนการส่งต่อ (สมาคมผู้บริหารโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2544) จึงทำให้ผู้มารับบริการมีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาหายจนกลับบ้านและผู้ป่วยที่ต้องการรับการดูแลที่เป็นโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลจนเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีมากขึ้นในทุกหอผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวจึงมีความสำคัญและเป็นภาระหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพโดยตรงในการจัดระบบบริการ ให้การพยาบาลเพื่อให้การตอบสนองการดูแลแบบองค์รวมที่เป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว



จากการทบทวนการศึกษาศาสนาการดูแลแบบประคับประคองในบริบทของประเทศไทยโดยวาสิณี วิเศษฤทธิ์ และ จิตรศิริ ชันเงิน (2549) และ คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยสถาพร ลีลานันทกิจ (2547) และการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าศูนย์องค์รวม มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากกว่า 10 ปี ในโรงพยาบาลตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขแห่งหนึ่งที่มีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ให้ข้อมูล เมื่อวันที่ 24 เมษายน 2553 พอสรุปได้ว่า บริบทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีดังนี้

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลตติยภูมิได้มีการกระจายตัวอยู่ในทุกหอผู้ป่วย แต่จะมีอยู่จำนวนมากในหอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤติเนื่องจากเป็นหน่วยงานที่ต้องรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากที่สุด โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องอยู่ร่วมกันทั้งผู้ป่วยที่มีอาการหนักมากจนใกล้เสียชีวิตพร้อมอุปกรณ์ช่วยชีวิตที่สำคัญ เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยอาการหนัก และผู้ป่วยที่พอสามารถช่วยเหลือตนเองได้ เนื่องจากความจำกัดของการที่มีจำนวนเตียงที่เปิดให้บริการไม่เพียงพอกับจำนวนผู้เข้ารับบริการ โดยยังไม่มีหอผู้ป่วยได้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรง รวมไปถึงการจัดระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังไม่มีรูปแบบ ไม่มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน แต่เป็นการให้การพยาบาลโดยทั่วไปและการดูแลที่เกิดขึ้นตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะราย และมีการดำเนินการเฉพาะส่วน เฉพาะหอผู้ป่วย รวมไปถึงยังขาดการผสมผสานกลวิธีนำมาใช้การดูแล เช่น การนวดบำบัด คนตรีบำบัด พลังสัมผัส เป็นต้น และการพัฒนาโปรแกรมที่ใช้ศาสตร์การดูแลแบบองค์รวมเพื่อตอบสนองความต้องการที่มีความซับซ้อนเช่น การพัฒนาโปรแกรมสำหรับพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้าย การพัฒนาโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวในการเผชิญความตาย เป็นต้น รวมไปถึงยังขาดเครื่องมือหรือแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เป็นรูปธรรม เช่น การพัฒนา end of life care guideline ของหน่วยงาน เครื่องมือประเมินความเจ็บปวด เป็นต้น และประเด็นสำคัญ ในตัว ผู้ให้บริการเองในที่นี้คือ พยาบาลวิชาชีพเองยังขาดความตระหนักและเล็งเห็นความสำคัญของการจัดการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจาก มองผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเพียงงานที่ต้องปฏิบัติ และอีกไม่นานผู้ป่วยก็จะเสียชีวิต โดยจะตอบสนองปัญหาแต่ทางกายเท่านั้นสิ่งเหล่านี้เกิดจากการขาด องค์ความรู้ ทักษะในเรื่องต่างๆดังนี้ เช่น การสื่อสาร การตอบสนองด้านจิตวิญญาณ การบอกข่าวร้าย การเตรียมญาติเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิต การให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติ การจัดกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาให้ผู้ป่วย เช่น ทำบุญ สวดมนต์ และเนื่องจากในปัจจุบันทุกโรงพยาบาลได้มีการเร่งรัดการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA ที่เร่งรัดนำลงสู่การปฏิบัติ จึงเน้นการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย ทางโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจึงได้มีการจัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในแต่ละสาขาขึ้นเพื่อประสานความ

ร่วมมือระหว่างแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคม เกษัตริกร ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในแต่ละสาขาขึ้นเช่นกัน โดยมีการจัดวาระประชุมขึ้นในแต่ละเดือนเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการดำเนินงานและติดตามผลการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวดังกล่าว นอกจากนี้ภาระหน้าที่อีกด้านคือผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านจนเสียชีวิต ได้เริ่มมีการจัดระบบการดูแลโดยบริการเยี่ยมบ้านเพื่อให้คำปรึกษา เช่น การดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร การใช้ยาเพื่อลดความเจ็บปวด รวมไปถึงกรณีมีนัดพบแพทย์เพื่อติดตามผลการรักษา แต่ผู้ป่วยและญาติไม่สะดวกในการเข้ามารับบริการ พยาบาลวิชาชีพที่เยี่ยมบ้านจะมีการเก็บส่งตรวจ เช่น เลือด มาส่งตรวจให้เพื่ออำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว

จึงเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในบริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมดมีบางประเด็นที่ได้เริ่มพัฒนาเป็นรูปธรรมบ้างแล้วในโรงพยาบาลบางแห่ง เช่น โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ แต่บางโรงพยาบาลกำลังอยู่ในกระบวนการในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อจุดมุ่งหมายเดียวกัน คือ การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม และผู้ที่ขับเคลื่อนกลยุทธ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สำคัญคือ พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งในบริบทของโรงพยาบาล ตติยภูมิ ที่มีความแตกต่างของผู้รับบริการในทุกด้านทั้งเชื้อชาติ ภาษา วิถีชีวิต ความเป็นอยู่ ขนบธรรมเนียมประเพณี นอกเหนือจากการตอบสนองแบบองค์รวมนั้น พยาบาลวิชาชีพต้องแสดงออกถึงการเคารพในคุณค่า ความเชื่อ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และไม่ใช้ความเชื่อ คุณค่าของตนเองในการตัดสินผู้อื่น หรืออีกนัยหนึ่งคือ แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ

การพยาบาลเชิงวัฒนธรรม เป็นลักษณะหนึ่งของพยาบาลวิชาชีพในการให้การดูแลเพื่อมุ่งเน้นถึงพฤติกรรม การดูแลและการให้การพยาบาลบุคคลที่มีวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน เพื่อให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละวัฒนธรรมของผู้รับบริการ ได้อย่างสมบูรณ์

### 2.1 ความหมายการพยาบาลเชิงวัฒนธรรม

วันเพ็ญ พิชาติพรชัย (2541) ให้ความหมาย การพยาบาลเชิงวัฒนธรรมหมายถึง การดูแลและให้การพยาบาล โดยคำนึงถึงค่านิยมเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและแบบแผนพฤติกรรมต่างๆ ของคนในเชื้อชาติหรือวัฒนธรรมที่ต่างกัน เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปอย่างสมบูรณ์สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและสอดคล้องกับลักษณะเฉพาะของเชื้อชาติวัฒนธรรมนั้น

จิราจันทร์ คณา (2541) ให้ความหมาย การพยาบาลเชิงวัฒนธรรม หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลโดยการยอมรับค่านิยม ความเชื่อทางวัฒนธรรมที่สอดคล้องกับพฤติกรรม สุขภาพซึ่งมุ่งที่การดูแลแบบองค์รวมและสอดคล้องกับวัฒนธรรมของบุคคล ครอบครัวและสถาบัน เพื่อให้ผู้รับบริการมีความเป็นอยู่ดีและมีภาวะสุขภาพดี

สุดศิริ หิรัญชุนหะและคณะ (2550) ให้ความหมาย การพยาบาลเชิงวัฒนธรรม หมายถึง เป็นความสามารถหรือวิธีการปฏิบัติที่แสดงออกถึงการให้เกียรติและยอมรับในความเชื่อ ลักษณะสัมพันธภาพ ทักษะคติ และพฤติกรรมของครอบครัวผู้ใช้บริการและความหลากหลายทาง วัฒนธรรมของผู้ให้บริการเอง

Rothschild (1998) ให้ความหมายการพยาบาลเชิงวัฒนธรรม หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยความเข้าใจถึงความต่างในด้านความเชื่อ ค่านิยม ประวัติของแต่ละบุคคลซึ่งมีความแตกต่างกัน

Leininger (2006) ให้ความหมาย การพยาบาลเชิงวัฒนธรรม หมายถึง การศึกษา และการปฏิบัติที่เป็นแบบแผนที่มีมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพตามวัฒนธรรม และรูปแบบความเจ็บป่วย ของประชาชนแบบองค์รวม โดยเคารพในความแตกต่างและความคล้ายคลึงในคุณค่า ความเชื่อ และวิถีชีวิตทางวัฒนธรรมของประชาชน โดยมีเป้าหมายเพื่อดูแลและเตรียมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองให้มีความสอดคล้องทางวัฒนธรรม

สรุป การพยาบาลเชิงวัฒนธรรม หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาล วิชาชีพต่อบุคคลที่มีบริบทความแตกต่างในภูมิหลังด้านวัฒนธรรม ได้แก่ เชื้อชาติ ศาสนา เพศ วิถีชีวิต ความเชื่อและพฤติกรรมโดยมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวมและสอดคล้องกับความต้องการ ของผู้ป่วยและลักษณะเฉพาะของเชื้อชาติวัฒนธรรมนั้นๆ

## 2.2 วิวัฒนาการการพยาบาลเชิงวัฒนธรรม

พยาบาลวิชาชีพในฐานะบุคลากรหนึ่งในทีมสุขภาพที่ต้องให้การดูแลผู้ใช้บริการ ทั้งในภาวะสุขภาพดี หรือเจ็บป่วยโดยพบว่ามนุษย์จะมีความแตกต่างกันทางสังคมและวัฒนธรรม ทำให้ความต้องการการดูแลมีความแตกต่างกันไป (วันดี สุทธรังสี, 2548) และจากแนวคิดดังกล่าว จึงได้เกิดทฤษฎีการพยาบาลเชิงมนุษยวิทยาที่เน้นความแตกต่างของวัฒนธรรม หรือการพยาบาลเชิง วัฒนธรรมขึ้น (Transcultural nursing)

ในปี ค.ศ. 1950 Madeleine Leininger ปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพในสถานพินิจ และคุ้มครองเด็ก ท่านพบว่า ปัญหาที่สำคัญของพยาบาลในการดูแลเด็กก็คือ การขาดความเข้าใจ ในปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมของเด็กที่มาจากสังคมวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ และจิตวิเคราะห์บำบัดที่มีอยู่ไม่ได้ช่วยให้เกิดความลึกซึ้งต่อปัญหาเหล่านั้น ท่านได้ศึกษาวิจัยชนเผ่า Gadsup ใน Guinea โดยวิธีชาติพันธุ์วรรณา (Ethnographic) ท่านได้เกิดความตระหนักและความเข้าใจในวัฒนธรรมตะวันออกและตะวันตก เกี่ยวกับการดูแลและพฤติกรรมสุขภาพเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้าง ทฤษฎีการพยาบาลเชิงวัฒนธรรม การดูแลในปัจจุบัน Leininger ได้ชื่อว่าเป็นผู้นำของวิชาชีพที่สนับสนุนการนำความรู้ด้านมานุษยวิทยามาใช้ทางการพยาบาล ท่านได้เขียนหนังสือเล่มแรก ชื่อ Nursing and Anthropology: The world to blend (1970) ถือได้ว่าเป็นผู้ที่ทำให้เกิดสาขาวิชา Transcultural Nursing และได้เขียนหนังสือเล่มต่อมาชื่อ Transcultural Nursing : Concepts, Theories and Practice อธิบายมโนคติหลักของการพยาบาลเชิงวัฒนธรรมและการปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องตามวัฒนธรรมในระยะ 30 ปีที่ผ่านมา Leininger ได้ใช้กรอบแนวคิดของทฤษฎี ศึกษาวิจัยในกลุ่มชนต่างวัฒนธรรม โดยวิธีการเชิงคุณภาพเพื่อให้เกิดความเข้าใจโดยอาศัยมุมมองจากภายในของวัฒนธรรมนั้นมากกว่า มุมมองจากภายนอกวัฒนธรรม ในกลางปี ค.ศ. 1980 สมาคมการพยาบาลเชิงวัฒนธรรมได้สร้างแนวทางและการปฏิบัติให้เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง และได้มีการเริ่มทำวารสารการพยาบาลเชิงวัฒนธรรมครั้งแรกในปี ค.ศ. 1989 จึงเริ่มมีการตีพิมพ์วารสารการพยาบาลเชิงวัฒนธรรม ต่อจากนั้นในปี ค.ศ. 1994 วารสารการพยาบาลเชิงวัฒนธรรมได้มุ่งเผยแพร่เฉพาะทฤษฎีการพยาบาลเชิงวัฒนธรรม งานวิจัย โดยนับเป็นวารสารทางการแพทย์เล่มแรกที่เผยแพร่งานวิจัยทางการพยาบาลเชิงคุณภาพและการค้นหาการดูแลบุคคลเชิงวัฒนธรรม ปัจจุบันการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมมีหนังสือ งานวิชาการ งานเขียนที่เผยแพร่โดยเป็นหนังสืออ้างอิงประมาณ 22 เล่ม บทความ 900 เรื่อง บทเรียน 70 บท วีดีโอ 40 เรื่อง และโปรแกรมการศึกษาโปรแกรมซึ่งเกิดขึ้นหลังปี ค.ศ. 1960 ปัจจุบันมีพยาบาลทั่วโลกจำนวนมากกว่า 10,000 คน ได้เคยศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลเชิงวัฒนธรรม นอกจากนี้ผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลเชิงวัฒนธรรมได้เตรียมโปรแกรมการศึกษาเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพทางการพยาบาลและเพื่อบริการอาจารย์ ผู้วิจัย ในการนำไปใช้ในการเรียนการสอนหรือการศึกษาค้นคว้า และเป็นแบบอย่างการปฏิบัติในสถาบันมากมายตลอดมาจนถึงปัจจุบัน

สรุป วิวัฒนาการของแนวคิดการพยาบาลเชิงวัฒนธรรมมีการพัฒนามาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน จนกลายเป็นทฤษฎี แนวคิดที่หลากหลาย แต่ทุกแนวคิดมีเป้าหมายเดียวกันในมิติการดูแลสุขภาพในมิติความต่างเชิงวัฒนธรรมของผู้รับบริการนั่นเอง

## 2.3 แนวคิด/ทฤษฎีการพยาบาลเชิงวัฒนธรรม

### 2.3.1 ทฤษฎีการพยาบาลเชิงวัฒนธรรมของ Leininger

ทฤษฎีการพยาบาล เป็นทฤษฎีที่มีคุณค่าเป็นแนวทางสำหรับการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อปรับปรุงคุณภาพในการดูแล โดยจากการศึกษาของ Leininger (2003) ได้อธิบายถึงรายละเอียดของทฤษฎี และการนำทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติดังนี้

ทฤษฎีการพยาบาลเชิงวัฒนธรรมของ Leininger เริ่มพัฒนาในกลางปี ค. ศ. 1950 โดย ดร. โลงิงเจอร์ โดยมีการพัฒนาทฤษฎีการพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลเชิงวัฒนธรรมที่มีความเป็นสากลและหลากหลายบนพื้นฐาน ดังนี้

1) บุคคลในวัฒนธรรมที่แตกต่างกันจะเป็นผู้ที่แตกต่างกันจะเป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางการแก่พยาบาลในการวางแผนการดูแลตามความต้องการของตนได้

2) ทฤษฎีการพยาบาลควรพัฒนาขึ้นเพื่อเป็นแนวทางแก่พยาบาลในการค้นหามุมมองของผู้ใช้บริการทั้งในด้านความรู้และการปฏิบัติ เพื่อนำมาผสมผสานกับมุมมองหรือแนวคิดของพยาบาลในการตัดสินใจหรือให้การพยาบาลที่เหมาะสม จากแนวคิดนี้ได้มีการพัฒนาไปเป็นแบบจำลองพระอาทิตย์ขึ้น (Sunrise model) โดยเป็นโมเดลที่พัฒนาขึ้นเพื่ออธิบายสิ่งต่างๆ ที่มี ผลต่อแนวคิดและวิถีชีวิตของคนในแต่ละสังคม โดยเปรียบเทียบเหมือนการขึ้นของดวงอาทิตย์ โดยแบ่งองค์ประกอบเป็น 2 ดังนี้

**องค์ประกอบของแบบจำลองพระอาทิตย์ขึ้น (Sunrise model) ได้ดังนี้**

1) ส่วนบนของครึ่งวงกลม แสดงถึงโลกทัศน์ของบุคคลในแต่ละเชื้อชาติ วัฒนธรรม รวมทั้งโครงสร้างทางสังคมของบุคคลเหล่านั้น เช่น ศาสนา สภาพเศรษฐกิจ การศึกษา เทคโนโลยีและอื่นๆ รวมถึงแบบแผนทางด้านการดูแลสุขภาพของบุคคลซึ่งมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการดูแล นอกจากนี้ลักษณะสิ่งแวดล้อม ภาษา และความเป็นมาของชนชาตินั้น ก็ถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่จะช่วยบ่งชี้ลักษณะความต้องการและแบบแผนการปฏิบัติตนของแต่ละบุคคล ครอบครัว ชุมชน รวมไปถึงสถาบันต่างๆ

2) ส่วนล่างของครึ่งวงกลม แสดงถึงระบบการดูแล แนวทางหรือวิธีการต่างๆ ที่จะนำไปสู่การพยาบาลที่มีประโยชน์และเหมาะสมกับแนวทางการดำเนินชีวิตของบุคคลหรือกลุ่มคนที่ใช้บริการพยาบาล ซึ่งใช้ระบบการพยาบาลมาเป็นตัวเชื่อมโยงทั้งสองระบบเข้าด้วยกันซึ่งจะประกอบด้วย 3 ลักษณะ คือ 1) การคงไว้ซึ่งการดูแลตามวัฒนธรรม (Cultural care preservation / maintenance) 2) การปรับเข้ากันระหว่างการดูแลตามแบบแผนวัฒนธรรมและของวิชาชีพ (Cultural care accommodation / negotiation) 3) การแก้ไขหรือการเปลี่ยนแปลงการดูแล

ให้เกิดแบบแผนวัฒนธรรมการดูแลใหม่ (Cultural care repatterning / restructuring) เพื่อเป้าหมายสุดท้ายคือ การดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม

ทฤษฎีนี้สามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการตัดสินใจและการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น โดยผ่านกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลต่างวัฒนธรรม 3 ประการ คือ

1) การพยาบาลเชิงวัฒนธรรมเพื่อการดำรงรักษา (Cultural care preservation / maintenance) หมายถึง กระบวนการที่พยาบาลให้การดูแลโดยคำนึงถึงและเคารพในวัฒนธรรม ความเชื่อของผู้ป่วยซึ่งแสดงถึงการที่ผู้ป่วยได้รับการยอมรับ นับถือจากพยาบาลนั่นเอง

2) การพยาบาลเชิงวัฒนธรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม (หรือการเจรจาต่อรอง) (Cultural care accommodation / negotiation) หมายถึง กระบวนการที่พยาบาลมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะปรับตัวต่อสิ่งต่าง ๆ อย่างค่อยเป็นค่อยไป และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถต่อรองกับทีมสุขภาพในเรื่องของการรักษาพยาบาลได้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองและมีความพึงพอใจในการรักษาพยาบาลร่วมไปด้วย

3) การดูแลเชิงวัฒนธรรมเพื่อการปรับรูปแบบใหม่ (Cultural care repatterning / restructuring) หมายถึง กระบวนการที่พยาบาลสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงหรือปรับแต่งแนวการปฏิบัติและวิถีการดำรงชีวิตให้เข้ากับสภาพแวดล้อมและรูปแบบของการดูแลสุขภาพจากทีมสุขภาพ โดยที่วัฒนธรรมความเชื่อและค่านิยมของผู้ป่วยยังคงได้รับการยอมรับนับถือจากพยาบาลอยู่เช่นเดิม ทั้งนี้การปรับเปลี่ยนดังกล่าวจะต้องมาจากความต้องการและความร่วมมือจากผู้ป่วยเป็นสำคัญ

#### **มโนคติหลักตามทฤษฎีการพยาบาลเชิงวัฒนธรรมของ Leininger**

มโนคติหลักตามทฤษฎีการพยาบาลเชิงวัฒนธรรมของไลนิงเจอร์ ประกอบด้วยมโนคติหลักเกี่ยวกับมนุษย์ สุขภาพ สิ่งแวดล้อม และการพยาบาล โดยไลนิงเจอร์ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับแต่ละมโนคติไว้ดังนี้ (Leininger , 2003)

**บุคคล :** สิ่งมีชีวิตที่อยู่รอดในสถานที่และเวลาในปัจจุบันด้วยความสามารถในการดูแลทารก เด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ ภายใต้อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมและวิถีการที่แตกต่างกัน หรือสิ่งมีชีวิตทางวัฒนธรรมซึ่งหมายความรวมถึงบุคคล ครอบครัว และกลุ่มวัฒนธรรม การแสดงออก การกระทำของมนุษย์มีต้นกำเนิดมาจากค่านิยม ความเชื่อ และการปฏิบัติตามวัฒนธรรม

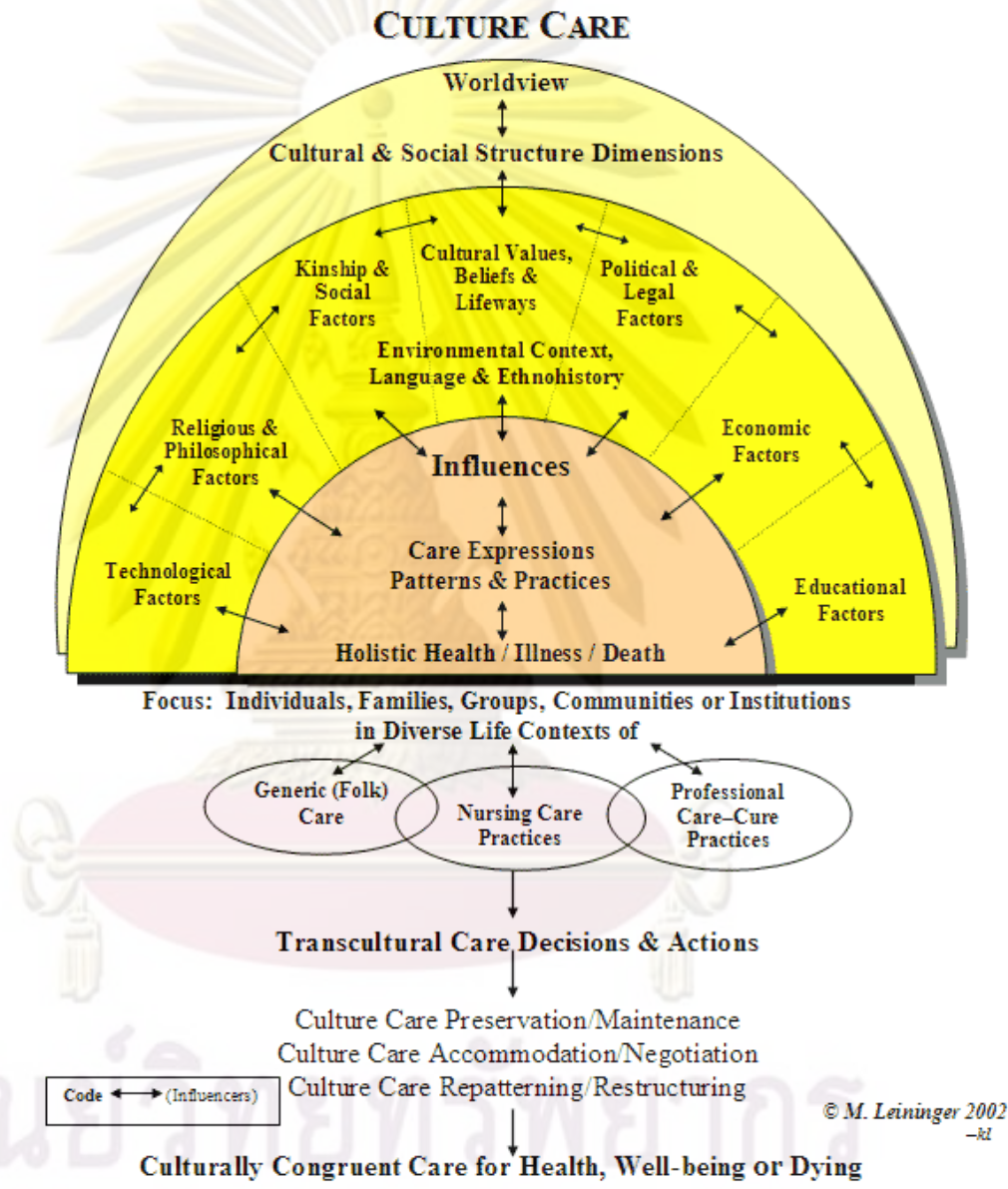
**สิ่งแวดล้อม :** สภาพทางกายภาพ สิ่งแวดล้อม สังคม มโนภาพในสังคม และปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และกลุ่มวัฒนธรรม

**สุขภาพ :** ค่านิยม ความเชื่อ และแบบแผนการปฏิบัติตามวัฒนธรรมที่ใช้ในการรักษาความเป็นอยู่ดีของบุคคลแต่ละกลุ่มให้คงอยู่ โดยเน้นที่การมองจากมุมมองของผู้อื่นที่อยู่ในสถานการณ์ แทนการมองจากมุมมองของบุคคลนอกสถานการณ์ จุดเน้นอยู่ที่ความเป็นอยู่ดีสามารถดำรงชีวิตประจำวัน การทำกิจกรรมตามบทบาทหน้าที่ ที่สอดคล้องกับความคาดหวังทางวัฒนธรรม

**การพยาบาล :** เป็นศาสตร์และศิลป์ที่เกิดจากการเรียนรู้ มีจุดเน้นที่พฤติกรรม หน้าที่ และกระบวนการส่วนบุคคลที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการส่งเสริมและการคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพ หรือการฟื้นฟูสภาพจากการเจ็บป่วย การพยาบาลจึงมีความหมายเป็นการกระทำและการตัดสินใจของพยาบาล โดยการยอมรับค่านิยม ความเชื่อทางวัฒนธรรมที่สอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพ (Cultural congruent care) การพยาบาลจัดเป็นบริการวิชาชีพที่ประสานอยู่ระหว่างการดูแลสุขภาพแผนปัจจุบันและระบบการดูแลพื้นบ้าน เพื่อให้ผู้รับบริการบรรลุเป้าหมายการเป็นอยู่ดี การมีภาวะสุขภาพที่ดี และมีความพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับ วิธีการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้การดูแลมีความสอดคล้องระหว่างวัฒนธรรม การรักษาพยาบาลแผนใหม่กับการดูแลด้วยระบบวัฒนธรรมพื้นบ้าน

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

*Leininger's Sunrise Enabler for the Theory of Culture Care Diversity and Universality*



ภาพที่ 1 Sunrise Model

ที่มา : Leininger, 2002



### 2.3.2 แนวคิดการพยาบาลเชิงวัฒนธรรมของ Giger & Davidhiza

แนวคิดของ Giger & Davidhiza (2002) ได้พัฒนารูปแบบของการประเมินทางวัฒนธรรม ที่พยาบาลวิชาชีพต้องทำความเข้าใจในองค์ประกอบ ดังนี้

1) Transcultural nursing หมายถึง ความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันได้อย่างเหมาะสมโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง culturally diverse nursing care หมายถึง การเปลี่ยนแปลงวิธีการให้การพยาบาลหลายรูปแบบตามความเหมาะสมในการให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการ โดยใช้ความรู้ข้ามวัฒนธรรม

2) Cultural unique individuals เพื่อให้สามารถให้การพยาบาลที่เหมาะสมตามความแตกต่างทางวัฒนธรรม พยาบาลจะประเมินความแตกต่างทางวัฒนธรรมของแต่ละบุคคลในปัจจัยของการสื่อสาร (Communication) อาณาเขต (Space) องค์กรสังคม (Social organization) เวลา (Time) การควบคุมสิ่งแวดล้อม (Environment control) ความแตกต่างทางด้านชีวภาพ (Biological variation)

3) Cultural sensitive environment หมายถึง การจัดการสิ่งแวดล้อมในสถานบริการในระดับบริการต่างๆ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ โดยใช้ความรู้ทางวัฒนธรรมที่เหมาะสมและมีข้อมูลที่ต้องการ ในการวางแผนปฏิบัติต่อผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสมกับวัฒนธรรมที่แตกต่างนั้น

4) Health and wellness behaviors หมายถึง ภาวะสุขภาพที่มีวัฒนธรรมเป็นพื้นฐานให้เกิดความเจ็บป่วยหรือภาวะสุขภาพ

### 2.3.3 แนวคิดการพยาบาลเชิงวัฒนธรรมของ Punnell

แนวคิดของ Punnell (2002) สำหรับการพยาบาลเชิงวัฒนธรรมมีลักษณะเป็นวงกลม 3 รูปโดยวงนอกได้แสดงถึงสังคมโลก วงที่สองได้แสดงถึงชุมชน วงในสุดแสดงถึงบุคคลที่เกี่ยวข้องและส่วนกลางประกอบด้วยปัจจัย 12 ด้าน ที่มีผลต่อแนวคิดดังกล่าว ดังนี้

1) ภาพรวม/ประเพณี หมายถึง ถิ่นที่อยู่ สถานที่ตั้ง สภาพเศรษฐกิจการเมืองการศึกษาและอาชีพ

2) การสื่อสาร หมายถึง ภาษาท้องถิ่น เวลา การสัมผัส สีหน้า ภาษากาย น้ำเสียงและการสบตา

3) บทบาทครอบครัวและองค์การ หมายถึง เพศ อายุ วิถีชีวิต บทบาทการเป็นหัวหน้าครอบครัว สภาพทางสังคม

4) การทำงาน หมายถึง ความมีอิสระ การรับวัฒนธรรมอื่น

- 5) ชีวิตวิถีวิทยา หมายถึง สีผิว พันธุกรรม และปัจจัยทางชีววิทยา
- 6) พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ หมายถึง บุหรี่ แอลกอฮอล์
- 7) ภาวะโภชนาการ หมายถึง อาหาร ภาวะการจำกัดทางภาวะโภชนาการ
- 8) การตั้งครรภ์และการคลอด หมายถึง ความเชื่อในการตั้งครรภ์ การเกิดภาวะหลังคลอด
- 9) พิธีกรรมด้านความตาย
- 10) จิตวิญญาณ หมายถึง การปฏิบัติศาสนกิจ ความเชื่อด้านจิตวิญญาณ
- 11) การดูแลตนเองด้านสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อด้านศาสนา ความรับผิดชอบในด้านสุขภาพ การฟื้นฟูด้านสุขภาพ
- 12) ผู้ให้การดูแลสุขภาพ หมายถึง การเป็นผู้ปฏิบัติการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน

#### 2.3.4 แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลเชิงวัฒนธรรมของแคมพินฮา-บาคอท (Campinha – Bacote, 1998)

ในปี ค.ศ. 1969 ดร. แคมพินฮา บาคอท ได้มีประสบการณ์ในการทำงานที่ Cape Verdean ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า มีการแบ่งกลุ่มชนโดยการแบ่งตามสีผิว เป็น 2 กลุ่มชน คือ กลุ่มผิวสีขาว กลุ่มผิวสีดำซึ่งในประสบการณ์การทำงาน ทำให้ท่านมีความสนใจในความแตกต่างทางวัฒนธรรมที่หลากหลายโดยท่านได้ใช้ประสบการณ์ทางจิตวิทยาที่ได้ศึกษามาหลายปี พัฒนาองค์ความรู้ด้านการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งในปี ค.ศ. 1991 ได้มีการพัฒนา model ขึ้นโดยในช่วงแรก model มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ดังนี้

- 1) การตระหนักในวัฒนธรรม (Cultural awareness) 2) ความรู้ในวัฒนธรรม (Cultural knowledge)
- 3) ความเชี่ยวชาญในวัฒนธรรม (Cultural skill) 4) การเข้าถึงวัฒนธรรม (Cultural encounter)

ต่อจากนั้น ในปี ค.ศ. 1989 ได้มีการปรับปรุง model ใหม่ โดยมีการเพิ่มองค์ประกอบขึ้นอีก องค์ประกอบที่ 5 คือ 5) ความปรารถนาในวัฒนธรรม (Cultural desire) ซึ่งแต่ละองค์ประกอบมีความเชื่อมโยงกันในแต่ละองค์ประกอบ ต่อมาในปี ค.ศ. 2002 ได้มีการปรับรูปแบบ model ให้เป็นภาพลักษณะของภูเขาไฟโดยได้อธิบายเปรียบเทียบกับภูเขาไฟว่า การที่ภูเขาไฟมีการระเบิดขึ้นซึ่งเปรียบเหมือนกับการที่บุคคลมีความปรารถนาในวัฒนธรรมแล้วจะทำให้บุคคลนั้นได้มีทั้งความตระหนักในวัฒนธรรม ความรู้ในวัฒนธรรม ความเชี่ยวชาญในวัฒนธรรมและการเข้าถึงวัฒนธรรมโดยแท้จริง โดย model ได้มีการพัฒนาขึ้นมาเรื่อยๆ จนถึงปัจจุบันในการพัฒนาการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม

แนวคิดการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมของแคมพินฮา-บาคอท (Campinha – Bacote, 1998) เป็นแนวคิดที่ได้พัฒนารูปแบบการให้บริการทางสุขภาพที่เน้นการปฏิบัติเชิง

วัฒนธรรม โดยเน้นว่าการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมของผู้ให้บริการ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 องค์ประกอบ ที่มีปฏิสัมพันธ์กันดังนี้

1) การตระหนักในวัฒนธรรม (Cultural awareness) หมายถึง การเรียนรู้ ความเข้าใจและความตั้งใจของผู้ให้บริการด้านสุขภาพต่อความพึงพอใจและไวต่อการรับรู้ในความแตกต่างในเรื่องเกี่ยวกับคุณค่า ความเชื่อ วิถีชีวิต การปฏิบัติและกลยุทธ์หรือวิธีการแก้ปัญหาตาม วัฒนธรรมของผู้รับบริการ ไม่ลำเอียงต่อวัฒนธรรมของผู้อื่น

2) ความรู้ในวัฒนธรรม (Cultural knowledge) หมายถึง การหาความรู้ และสร้างความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับวัฒนธรรมที่แตกต่างไปจากวัฒนธรรมของตนเอง โดยให้ความสำคัญกับการมองโลกที่แตกต่างกันเพื่อให้เข้าใจผู้ป่วยในมุมมองของคน โดยใช้ความรู้ใน สาขาต่างๆเป็นแนวทางในการหาความรู้เพื่อให้เข้าใจในวัฒนธรรมมากขึ้น

3) ความเชี่ยวชาญในวัฒนธรรม (Cultural skill) หมายถึง ความสามารถในการเก็บรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับประวัติและปัญหาของผู้ใช้บริการอย่างถูกต้องตามลักษณะ พื้นฐานทางวัฒนธรรม กระบวนการนี้รวมถึงการเรียนรู้วิธีที่จะประเมินทางวัฒนธรรมและการ ตรวจร่างกาย เพื่อให้ได้มาซึ่งความต้องการที่แท้จริงของผู้ใช้บริการ

4) การเข้าถึงวัฒนธรรม (Cultural encounter) หมายถึง การที่บุคลากรทาง สุขภาพมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการที่มีภูมิหลังทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน โดยประเด็นสำคัญของ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการต่างวัฒนธรรมคือ การปรับ ประยุกต์ หรือเลือกใช้วิธีการมี ปฏิสัมพันธ์ที่หลากหลายและเหมาะสมกับรายบุคคล

5) ความปรารถนาในวัฒนธรรม (Cultural desire) หมายถึง แรงจูงใจที่ทำให้ บุคลากรทางสุขภาพต้องการเข้าไปสู่กระบวนการพัฒนาการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรม การมีความ ตระหนักรู้ ่องค์ความรู้ ทักษะและความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์ จำเป็นต้องกระทำร่วมกับการ มีแรงบันดาลใจหรือความปรารถนาอย่างแท้จริงที่จะให้บริการแก่ผู้ให้บริการต่างวัฒนธรรม

ในการนำแนวคิดการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ลงสู่การ ปฏิบัติการพยาบาลได้นั้น ได้มีการสร้างเครื่องมือที่ใช้แนวคิดของแคมพิเนส-บาคอท มาใช้เป็น เครื่องมือในการประเมินการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรม และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการ ประเมินการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรม พบว่า มีแนวทางและเครื่องมือในการประเมินการปฏิบัติเชิง วัฒนธรรมอยู่หลากหลาย ขึ้นกับแนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้ โดยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ใช้ เครื่องมือแบบประเมินการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมของแคมพิเนส-บาคอทมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากเป็นเครื่องมือในการประเมินการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีหลักเกณฑ์ประเมินที่ชัดเจนซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

### 1. IAPCC (Inventory to Assess the Process of Cultural Competence)

เป็นเครื่องมือที่พัฒนาจากกรอบแนวคิดของแคมพินฮา-บาคอท ในปี ค.ศ. 1997 โดยเป็นเครื่องมือในการวัดการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้องค์ประกอบ 4 ด้านในการสร้างข้อคำถามคือ การตระหนักในวัฒนธรรม ความรู้ในวัฒนธรรม ความเชี่ยวชาญในวัฒนธรรม การเข้าถึงวัฒนธรรม โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อแต่ละข้อมีการวัดแบบลิเกิต คะแนน 1-4 คะแนนรวมสูงสุดคือ 100 คะแนน

### 2. IAPCC-R (Inventory to Assess the Process of Cultural Competence-Revised)

เป็นเครื่องมือที่พัฒนาต่อจาก IAPCC ในปี ค.ศ. 2002 เป็นเครื่องมือในการวัดการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพโดยการรายงานระดับการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมของตนเอง แต่เพิ่มองค์ประกอบเป็น 5 ด้านในการสร้างข้อคำถามคือ การตระหนักในวัฒนธรรม ความรู้ในวัฒนธรรม ความเชี่ยวชาญในวัฒนธรรม การเข้าถึงวัฒนธรรม ความปรารถนาในวัฒนธรรม โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อด้านละ 5 ข้อคำถามแต่ละข้อมีการวัดแบบลิเกิต คะแนน 1-4 คะแนนรวมสูงสุดคือ 100 คะแนน โดยข้อคำถามด้านการตระหนักรู้ในวัฒนธรรมประกอบด้วยข้อที่ 1, 2, 3, 15, 18 ดังตัวอย่างคำถามด้านการตระหนักรู้ เช่น ผู้ที่มีการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมคือผู้ที่สามารถแยกแยะความแตกต่างระหว่างคนที่มีความเชื่อต่างกัน ภูมิหลัง ความคิด ความเชื่อแตกต่างกัน หรือ ฉันตระหนักดีว่าฉันมีทัศนคติในการมองผู้อื่นแบบเหมารวม คิดหรือรู้สึกไปเองก่อนล่วงหน้า โดยเฉพาะกับผู้ที่มีความเชื่อหรือวัฒนธรรมแตกต่างจากฉัน เป็นต้น ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ในวัฒนธรรมประกอบด้วยข้อ 6, 8, 10, 11, 12 ดังตัวอย่างคำถามด้านความรู้ในวัฒนธรรม เช่น ฉันมีความรู้เกี่ยวกับความเชื่อ การปฏิบัติ วิถีชีวิตของชนเผ่าอย่างน้อย 2 กลุ่ม ข้อคำถามเกี่ยวกับความเชี่ยวชาญในวัฒนธรรมประกอบด้วยข้อ 5, 9, 20, 21, 22 ดังตัวอย่างคำถามด้านความเชี่ยวชาญในวัฒนธรรม เช่น ฉันตระหนักว่ามีข้อจำกัดทางวัฒนธรรมในการประเมินมิติวัฒนธรรมกับบุคคลในแต่ละเชื้อชาติ ข้อคำถามเกี่ยวกับการเข้าถึงในวัฒนธรรมประกอบด้วยข้อ 14, 16, 17, 23, 25 ดังตัวอย่างคำถามด้านการเข้าถึงในวัฒนธรรมเช่น ฉันยอมรับเกี่ยวกับความสามารถของตนเองว่ามีข้อจำกัดเมื่อต้องปฏิบัติสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีความแตกต่างเชิงวัฒนธรรม ข้อคำถามเกี่ยวกับความปรารถนาในวัฒนธรรมประกอบด้วยข้อ 4, 7, 13, 19, 24 ดังตัวอย่างคำถามด้านการปรารถนาในวัฒนธรรมเช่น ฉันมีแรงจูงใจที่จะดูแลผู้ป่วยที่มีความแตกต่างเชิงวัฒนธรรม โดยเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 โดยมีการคิดคะแนนจากการประเมินตนเองของพยาบาลวิชาชีพและมีการคิดระดับคะแนนของแบบประเมินดังนี้ คะแนน 91-100 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีความเชี่ยวชาญเชิงวัฒนธรรม คะแนน 75-90 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีความสามารถเชิงวัฒนธรรม คะแนน 51-74 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีความตระหนักเชิง

วัฒนธรรม คะแนน 25-50 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพไม่มีความสามารถเชิงวัฒนธรรม โดยแบบประเมินการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมได้มีการนำไปใช้ในการศึกษาวิจัยอย่างแพร่หลายในประเทศสหรัฐอเมริกา อังกฤษ แคนาดา อิสราเอล ญี่ปุ่น เป็นต้น เช่น การศึกษาระดับการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในพยาบาลวิชาชีพในประเทศญี่ปุ่น โดยใช้เครื่องมือ IAPCC-R ในการศึกษาในพยาบาลวิชาชีพจำนวน 1,035 คน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความตระหนักเชิงวัฒนธรรมด้านเดียวเป็นส่วนใหญ่ในการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม เป็นต้น

**3. IAPCC-SV (Inventory to Assess the Process of Cultural Competence- Student Version)** พัฒนาต่อจาก IAPCC-R เป็นเครื่องมือในการวัดการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในนักศึกษาบุคลากรทางสุขภาพเช่น นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล โดยใช้องค์ประกอบ 5 ด้าน ข้อคำถามด้านละ 4 ข้อคือ การตระหนักในวัฒนธรรม ความรู้ในวัฒนธรรม ความเชี่ยวชาญในวัฒนธรรม การเข้าถึงวัฒนธรรม ความปรารถนาในวัฒนธรรม โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ โดยมีข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 19 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 1 -13, 15 -20 และมีข้อคำถามเชิงลบจำนวน 1 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 14 โดยข้อคำถามด้านการตระหนักรู้ในวัฒนธรรมประกอบด้วยข้อที่ 1, 3, 15 ดังตัวอย่างคำถามด้านการตระหนักรู้ เช่น ฉันเชื่อว่าการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมเป็นกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ในวัฒนธรรมประกอบด้วยข้อ 4, 6, 8, 9, 12 ดังตัวอย่างคำถามด้านความรู้ในวัฒนธรรม เช่น ฉันมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่พบบ่อยในแต่กลุ่มคนที่มีความแตกต่างเชิงวัฒนธรรม ข้อคำถามเกี่ยวกับความเชี่ยวชาญในวัฒนธรรมประกอบด้วยข้อ 7, 17, 18 ดังตัวอย่างคำถามด้านความเชี่ยวชาญในวัฒนธรรม เช่น ฉันรู้สึกสบายใจในการซักถามกับผู้ป่วยเกี่ยวกับพื้นฐานทางวัฒนธรรม ข้อคำถามเกี่ยวกับการเข้าถึงในวัฒนธรรมประกอบด้วยข้อ 10, 11, 13, 14, 19 ดังตัวอย่างคำถามด้านการเข้าถึงในวัฒนธรรมเช่นฉันรู้สึกอึดอัดเมื่อต้องปฏิบัติสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีคุณค่า ความเชื่อแตกต่างจากฉัน ข้อคำถามเกี่ยวกับความปรารถนาในวัฒนธรรมประกอบด้วยข้อ 2,5,16,20 ดังตัวอย่างคำถามด้านการปรารถนาในวัฒนธรรมเช่น ฉันมีแรงจูงใจที่จะดูแลผู้ป่วยที่มีความแตกต่างเชิงวัฒนธรรม แต่ละข้อมีการวัดแบบลิเกิต คะแนน 1-4 คะแนนรวมสูงสุดคือ 100 คะแนน โดยมีการให้ความหมายและค่าคะแนนดังนี้ คะแนน 75-80 หมายถึงมีความเชี่ยวชาญเชิงวัฒนธรรม คะแนน 60-74 หมายถึงมีความสามารถเชิงวัฒนธรรม คะแนน 41-59 หมายถึง มีความตระหนักเชิงวัฒนธรรม คะแนน 20-40 หมายถึง ไม่มีความสามารถเชิงวัฒนธรรม

**4. IAPCC-SV- M (Inventory to Assess the Process of Cultural Competence In Mentoring)** พัฒนาในปี ค.ศ .2008 เป็นเครื่องมือในการวัดการปฏิบัติเชิง

วัฒนธรรมในบุคลกรทางสุขภาพที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง โดยใช้องค์ประกอบ 5 ด้าน คือ การตระหนักในวัฒนธรรม ความรู้ในวัฒนธรรม ความเชื่อชาวยุในวัฒนธรรม การเข้าถึงวัฒนธรรม ความปรารถนาในวัฒนธรรม โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อแต่ละข้อมีการวัดแบบลิเกิต คะแนน 1-4 คะแนนรวมสูงสุดคือ 100 คะแนน นอกจากนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่ายังมีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมอย่างหลากหลายขึ้นอยู่กับแนวคิด ทฤษฎีต่างๆที่ใช้ในการประเมินการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรม โดยมีรายละเอียดดังนี้

### 1. CAS (Cultural Attitude Scale)

เป็นเครื่องมือวัดทัศนคติทางวัฒนธรรม โดยวิเคราะห์สถานการณ์ ผู้ป่วย 4 สถานการณ์ และตอบคำถาม 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเกิต คะแนน 1-5 ให้ตอบว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยมากน้อยเพียงใด (คะแนนรวม 20 – 100) นอกจากนี้ยังมีการประเมินทัศนคติทางวัฒนธรรมด้วยการสะท้อนเกี่ยวกับปฏิกิริยาหรือความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล ความเชื่อ ทัศนคติทางวัฒนธรรมทั่วไป และวัฒนธรรมทางสุขภาพ ดังตัวอย่างเช่น มีความอดทนน้อยเมื่อรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ หรือมีความต้องการการดูแลเอาใจมาก

### 2. CSES (Cultural Self Efficacy Scale)

เป็นเครื่องมือประเมินระดับความมั่นใจตามการรับรู้ของตนเองเกี่ยวกับวัฒนธรรม 3 ด้าน ซึ่งพัฒนาตามกรอบแนวคิดของโลนิงเจอร์ จำนวนข้อคำถามในแบบประเมินนี้มีทั้งหมด 30 ข้อ โดยให้ตอบว่ามีความมั่นใจมากน้อยเพียงใดในเรื่องต่างๆ ลักษณะการวัดเป็นแบบลิเกิต คะแนน 1- 5 (มีความมั่นใจน้อยมาก จนถึง มั่นใจสูงมาก) ดังตัวอย่างการประเมินด้านความรู้โนทัศน์เกี่ยวกับวัฒนธรรม เช่น ความหลากหลายทางวัฒนธรรมทั้งภายในและระหว่างวัฒนธรรม การแบ่งแยกชนชั้น ภาวะช็อกและความขัดแย้งทางวัฒนธรรม เป็นต้น

### 3. CCAT (Cultural Competency Assessment Tools)

เป็นเครื่องมือประเมินความรู้ทางวัฒนธรรมสำหรับประชากรย้ายถิ่นในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยเฉพาะกับชุมชนเผ่าอินเดียน ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ เป็นการให้เลือกตอบ ซึ่งหากนำไปใช้ต้องปรับบางข้อให้เหมาะกับวัฒนธรรมต่างๆ ตัวอย่างคำถาม เช่น ผู้ให้การดูแลทางสุขภาพ ควรมีลักษณะอย่างไร ข้อใดที่เรียกว่าเป็นการตระหนักทางวัฒนธรรม เป็นต้น

### 4. CCHPA (Cultural Competence Health Practitioner Assessment)

เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการปฏิบัติการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมของผู้ให้การดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลที่ให้บริการต่างวัฒนธรรมและภาษา โดยใช้กับองค์กรหรือหน่วยงานในการดูแลสุขภาพขั้นปฐมภูมิ ซึ่งมีองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านคุณค่าและ

ระบบความเชื่อ 2) ด้านวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับการระบาดวิทยา 3) ด้านการตัดสินใจทางคลินิก 4) ด้านการดำเนินการชีวิต 5) ด้านการสื่อสารเชิงวัฒนธรรม และ 6) ด้านการจัดการและเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ ดังตัวอย่างคำถามว่า ฉันรู้หรือเข้าใจเกี่ยวกับคุณค่าและระบบความเชื่อในกลุ่มวัฒนธรรมที่มีอยู่หลากหลายในพื้นที่ที่ให้บริการที่สัมพันธ์กับเรื่องนั้นๆ เช่น ระบบความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ ความเจ็บป่วย

โดยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยจะประเมินการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมโดยใช้แนวคิดของ Campinha-Bacote (1998) มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากเป็นแนวคิดที่มีการพัฒนาเป็นแบบประเมินการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมสำหรับพยาบาลวิชาชีพ และเครื่องมือดังกล่าวมีเกณฑ์การประเมินระดับของการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมไว้อย่างชัดเจน

กล่าวสรุปได้ว่า เป้าหมายสำคัญของทฤษฎีการพยาบาลเชิงวัฒนธรรมเพื่อค้นหาและอธิบายปรากฏการณ์การดูแลเชิงวัฒนธรรมเพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในการให้การพยาบาลที่มีความสอดคล้องเชิงวัฒนธรรมของผู้รับบริการและความต้องการทางวัฒนธรรมของบุคคล ครอบครัว องค์กรและชุมชน ซึ่งจะช่วยทำให้พยาบาลได้พัฒนาแนวปฏิบัติในการปฏิบัติพยาบาลที่เป็นรูปธรรมและสามารถลงสู่การปฏิบัติได้จริง

#### 2.4 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเชิงวัฒนธรรม

Hooker & Edward (1991 อ้างถึงใน ศิริพร จิรวรรณกุล, 2548) ได้สรุปแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเชิงวัฒนธรรม ดังนี้

- 1) พยาบาลควรตระหนักถึงความเชื่อส่วนตัวเปิดใจรับรู้ทำความเข้าใจต่อค่านิยมความเชื่อของผู้อื่นที่แตกต่างไปจากตนเอง
- 2) พยาบาลต้องมีความรู้สึกไวต่อลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์ด้วยซึ่งจะทำให้ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเข้าใจผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมได้ดี
- 3) การจัดการบริการพยาบาลต่างๆ ที่ให้กับผู้ป่วยจะต้องพิจารณาให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิต และลักษณะเฉพาะของบุคคลของผู้ป่วย พร้อมทั้งจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมการพยาบาลให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย
- 4) ข้อมูลทางวัฒนธรรมบางประการ สำหรับคนบางกลุ่มอาจเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ
- 5) ความรู้และทักษะทางด้านวัฒนธรรมสามารถเรียนรู้ได้จากหนังสือ บทความต่างๆ และประสบการณ์ที่ผ่านมาของพยาบาล
- 6) พยาบาลพึงระลึกอยู่เสมอว่าพยาบาลไม่เพียงแต่เป็นผู้สอนเท่านั้น แต่เป็นผู้เรียนรู้ด้วย ดังนั้น พยาบาลต้องเรียนรู้จากคนในวัฒนธรรมต่างๆ

7) ในการปฏิบัติการพยาบาลต่างๆ ต้องกระทำบนพื้นฐานของการร่วมมือกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยและอยู่ในวิสัยที่ผู้ป่วยจะรับได้ โดยใช้จุดแข็งของผู้ป่วยให้เป็นประโยชน์สูงสุดแนวปฏิบัติทั้งหมดนี้ต้องสอดคล้องอยู่ในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ถ้าพยาบาลสามารถให้การพยาบาลโดยปฏิบัติตามแนวดังกล่าวแล้ว จะทำให้พยาบาลให้บริการแก่ผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมซึ่งมีมากขึ้นในปัจจุบันได้อย่างมีประสิทธิภาพนับเป็นการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลและวิชาชีพพยาบาลอีกทางหนึ่ง

สรุป การปฏิบัติการพยาบาลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ มีการนำลงสู่การปฏิบัติและไปใช้ในการศึกษาวิจัยอย่างแพร่หลายในสาขาต่างๆ เช่น สาขาจิตเวช สาขาสูติรีเวช เป็นต้น แต่ยังไม่มีการนำเครื่องมือมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในบริบทของประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำกรอบแนวคิดของแกมพินฮา-บาคอท มาปรับปรุงข้อคำถามให้มีความสอดคล้องกับบริบท สังคม วัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของประเทศไทย

### 3. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

#### 3.1 ความหมายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

อรรถธรรม คล้ายพยัคฆ์ (2549) ให้ความหมาย การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการพยากรณ์ของโรคว่าอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ เข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค ซึ่งมีอาการต่างๆบ่งชี้ถึงการมีชีวิตอยู่ไม่นาน ต้องทนทรมานต่อความเจ็บปวดและกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2550) ให้ความหมาย การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคลุกลามจนถึงขั้นรักษาไม่หาย และไม่มีแผนการรักษาใดๆอีกต่อไป นอกจากรับการดูแลแบบประคับประคองตามอาการจนถึงระยะสุดท้าย

Shneiden (อ้างถึงใน ปาหนัน บุญหลง, 2546) ให้ความหมายผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง การที่ความสามารถของร่างกายผู้ป่วยที่จะต่อสู้กับอาการต่างๆของโรคด้อยลง หรือหมดสิ้นลงทั้งด้านกายภาพ จิตใจ สังคม

สรุปการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่หมดหวังจะหายจากโรค เป็นความเจ็บป่วยที่ไม่มีทางจะรักษาให้หายด้วยวิธีการใดๆและเสียชีวิตในที่สุด แนวทางการดูแลผู้ป่วยจึงไม่ได้มุ่งหวังให้ผู้ป่วยหายจากโรคให้ผู้ป่วยแต่ให้ได้รับความสุขสบาย มีคุณภาพชีวิตที่ดีมี



ศักดิ์ศรี ใช้ช่วงชีวิตที่เหลือให้มีคุณค่ามากที่สุดและให้การดูแลแบบประคับประคองตามอาการจนถึงระยะสุดท้าย

### 3.2 แนวคิดและหลักการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย จัดเป็นภาระหน้าที่ของพยาบาลที่สำคัญอย่างมาก โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตที่เหลืออยู่ ให้เป็นช่วงเวลาที่มีความสุขพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับความตายด้วยความกล้าหาญ สิ้นชีวิตลงด้วยความสงบสุข การจัดการดูแลจึงจำเป็นต้องจัดให้สอดคล้องกับวิถีคิดและบริบทและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวดังนี้

#### 3.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)

การดูแลแบบประคับประคองเป็นปรัชญาของการดูแลที่ครอบคลุมทั้งการรักษาและการบรรลุดุจดมุงหมายของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ซึ่งทุกข์ทรมานจากการคุกคามของโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยมุ่งเน้นการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณเพื่อป้องกันบรรเทาทุกข์ทรมานและรักษาอาการต่างๆที่เกิดขึ้นโดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง สิ่งสำคัญที่สุดของปรัชญาคือ ความเชื่อมนุชย์ทุกคนมีสิทธิมีความถูกต้องที่จะได้รับการรักษามีสติที่จะตายอย่างสมศักดิ์ศรี ดังนั้นสิ่งสำคัญในการดูแลแบบประคับประคองก็คือ การได้รับการบรรเทาอาการเจ็บปวดทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตวิญญาณและจิตสังคม ซึ่งไม่เฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้นแต่รวมถึงครอบครัวด้วย (UNAIDS, 2000; Schowetter, 1999; Sheehan & Forman, 1996 อ้างถึงใน วาสิณี วิเศษฤทธิ์, 2549)

จากการทบทวนวรรณกรรมกรการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หัวใจหรือหลักการสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง สามารถสรุปได้เป็น 4C ดังนี้ (คณะกรรมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, 2552)

##### 1) Centered at patient and family

หลักการดังกล่าวได้ให้ความสำคัญกับตัวผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก ความพึงพอใจ ความสบายของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสูงสุด การดูแลรักษา การตรวจวินิจฉัยหัตถการหรือกิจกรรมใดๆ จะกระทำเพื่อประโยชน์ต่อผู้ป่วยเท่านั้น ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจให้มากที่สุด เช่น การใส่ท่อให้อาหาร การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำหรือได้ผิวหนัง รวมไปถึงปฏิบัติการกู้ชีวิต เป็นต้น

##### 2) Comprehensive

หลักการครอบคลุมต้องการทุกด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ นอกจากการบรรเทาอาการทุกข์ทรมานทางร่างกายแล้ว ยังต้องให้ความสำคัญกับ

ปฏิกิริยาทางจิตใจของผู้ป่วยต่อโรค การรักษาและความตาย ควรรับฟังและหาโอกาสให้ผู้ป่วยได้ แสดงความรู้สึกอารมณ์ ปมขัดแย้ง เจตคติส่วนตัว การให้คุณค่าต่อสิ่งต่างๆหรือความเชื่อและ ศรัทธาทางศาสนาที่สั่งสมมาตลอดอายุขัย ซึ่งแตกต่างไปจากผู้ดูแลรักษา เช่น ความกลัวการได้รับ เลือดของผู้อื่น การได้ปรนนิบัติบิดามารดาด้วยตนเองของบุตร หรือความต้องการเสียชีวิตอย่าง ธรรมชาติที่บ้านของตนเองโดยไม่ใช้เครื่องช่วยชีวิต ฟังระลึกเสมอว่า มิติและมุมมองทางการแพทย์ เป็นส่วนหนึ่งของมิติทางสังคม ไม่สามารถอธิบายหรือแก้ปัญหาทั้งหมดได้ตามลำพัง มีบางครั้ง เท่านั้นที่จำเป็นต้องอธิบายให้ความรู้ แกไขความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเพราะความไม่รู้ของผู้ป่วย

### 3) Coordinated

เป็นการปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัวและ สังคม โดยงานหลายด้าน ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาที่เข้ามามีส่วนร่วม ในช่วงใดช่วงหนึ่ง โดยประสานงานและเข้าใจบทบาทของกันและ กันเป็นอย่างดี องค์ประกอบที่สำคัญไม่น้อยไปกว่าบุคลากรทางการแพทย์ คือ ผู้ใกล้ชิดใน ครอบครัวและเพื่อนฝูงที่ร่วมดูแล สนับสนุน เป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยด้วยความผูกพัน รวมถึงความ ช่วยเหลือจากสังคมภายนอก เช่น ผู้นำทางศาสนา สมาคมและอาสาสมัครต่างๆ

### 4) Continuous

มีความต่อเนื่องและการประเมินอย่างสม่ำเสมอ โดยการดูแลควรร ครอบคลุมอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ ขณะเสียชีวิต และสำหรับครอบครัวเมื่อ ผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว ไม่มีสูตรสำเร็จที่เป็นคำตอบที่ดีที่สุดเสมอสำหรับผู้ป่วยทุกคนใน สถานการณ์ การพิจารณาให้ความช่วยเหลือ ผู้ดูแลรักษา จึงขึ้นกับสถานการณ์นั้นๆ ที่ต้องอาศัยการ ประเมินเป็นระยะ เนื่องจากสภาพของผู้ป่วยแตกต่างกัน และมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

## 3.2.2 เป้าหมายในการดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคองควรเป็นการร่วมมือกันกับสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ผู้นำทางศาสนา ในการปฏิบัติงานจึงควรร่วมมือกันให้บรรลุเป้าหมายในการดูแลเพื่อ (Sims & Moss, 1995)

- 1) ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย
- 2) ให้การดูแลผู้ป่วยเสมือนปัจเจกบุคคล โดยให้การยอมรับนับถือ คำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยในความเป็นส่วนตัว และการรักษาความลับ
- 3) กระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆเท่าที่จะเป็นไปได้
- 4) ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยให้การดูแล เป็นต้นว่าช่วยเหลือใน

การดำเนินชีวิตประจำวันมีที่อยู่อาศัยที่ดี สามารถควบคุมอาการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถทำให้ผู้ป่วยอยากมีชีวิตอยู่ให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้

5) อำนวยความสะดวกสบายและดูแลให้ผู้ป่วยตายอย่างสมศักดิ์ศรี

6) ให้การดูแลครอบครัว คู่สมรสและกลุ่มเพื่อนผู้ป่วยเมื่ออยู่ในภาวะ โศกเศร้าและปฏิบัติต่อบุคคลเหล่านี้ในฐานะเป็นบุคคลสำคัญของผู้ป่วย

ในการดูแลแบบประคับประคอง จะเน้นการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุม ทั้งด้านร่างกายด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อที่จะตอบสนองความต้องการ สิ่งสำคัญที่สุดคือ การตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเข้าใจตามระบบคิดสอดคล้องกับวิถีชีวิตเหมาะสมกับบริบททางสังคมวัฒนธรรม

### 3.2.3 การดูแลในระยะประคับประคอง

#### 3.2.3.1 การดูแลด้านร่างกาย

การดูแลผู้ป่วยระยะใกล้ตายในด้านร่างกายที่สำคัญ คือ การจัดการความปวดซึ่งควรครอบคลุมตั้งแต่การประเมินความปวด หาสาเหตุของการปวด การจัดการความปวดโดยใช้ยาระงับความปวดร่วมกับวิธีการอื่นๆที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ประเด็นสำคัญของการจัดการความปวด คือ ความสามารถของบุคลากรแพทย์ พยาบาลที่จะต้องประเมินความปวดอย่างครอบคลุม มีความสามารถในการใช้ยาระงับความปวดอย่างมีประสิทธิภาพมีความรู้ทางเภสัชวิทยา วิธีการใช้ยาที่ถูกต้องตลอดจนมีการเฝ้าระวังผลไม่พึงประสงค์ นอกจากอาการปวดแล้วในระยะสุดท้ายนี้ผู้ป่วยจะมีอาการอื่นๆที่ต้องได้รับการดูแลรักษา ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เจ็บในปาก กลืนลำบาก เบื่ออาหาร ท้องผูก หอบเหนื่อยหายใจลำบาก กลืนปัสสาวะไม่ได้ ปัสสาวะไม่ออก แผลกดทับ เป็นต้น ซึ่งสิ่งสำคัญคือ บุคลากรจะต้องประเมินความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม เพื่อให้การดูแลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพนอกจากนี้แล้วการดูแลในมิติอื่นๆที่จำเป็นต้องประเมินให้ครอบคลุมด้วยเช่นกัน

#### 3.2.3.2 การดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ

จากการศึกษาพบว่าผู้ให้บริการทางสุขภาพไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาลมักจะให้การรักษาดูแลโดยให้ความสำคัญหรือเน้นในมิติทางด้านร่างกาย แต่ยังไม่ให้ความสำคัญและยังไม่สามารถให้การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยใกล้ตายและครอบครัวในมิติอื่น ๆ ได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพซึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นจะต้องคำนึงถึงมิติทางด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัวด้วยการมีความเข้าใจในเรื่องดังกล่าว จะช่วยให้การดูแลสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้

ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้จึงต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยปรับตัวด้านจิตสังคม ได้รับความตอบสนองในด้านจิตวิญญาณและสามารถปฏิบัติตามความเชื่อได้ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยยอมรับความตาย สามารถที่จะเตรียมตัวก่อนตายได้เหมาะสมช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบและสมศักดิ์ศรี

กล่าวสรุปได้ว่าการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นการพัฒนาแนวทางการประเมินความต้องการในมิติต่างๆ ให้ครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว จึงมีความสำคัญในการศึกษาวิจัยเพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อไป

### 3.3 การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยที่มีความต้องการที่ซับซ้อนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์และจิตวิญญาณของผู้ป่วยร่วมกับครอบครัว และในมิติสังคมวัฒนธรรม เช่นกันที่พยาบาลวิชาชีพควรให้ความสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถสนองตอบความต้องการในมิติดังกล่าว เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายบรรลุเป้าหมายของการดูแลแบบองค์รวม และครอบคลุมมิติวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากในมิติของความเชื่อ วัฒนธรรมของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเรื่องสำคัญเนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความคิด ความเชื่อ พฤติกรรมเกี่ยวกับความเจ็บป่วย พฤติกรรมต่อความเจ็บป่วยและความตายแตกต่างกัน การปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในวัฒนธรรมที่ต่างกันั้นต้องอาศัยแนวคิด การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง เป็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องเข้าถึงพฤติกรรม ความเชื่อ ค่านิยม วิถีชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความต้องการด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยคริสตชนต้องการอธิษฐานถึงพระเจ้า เพราะเชื่อมั่นว่าพระเจ้าจะอยู่กับเขาตลอดเวลาในขณะที่มีชีวิตและหลังจากเสียชีวิต ส่วนผู้ป่วยชาวพุทธเชื่อเรื่องชีวิตหลังความตายจึงต้องการปฏิบัติกิจทางศาสนา ก่อนเสียชีวิตเพื่อไปเกิดใหม่ในภพภูมิที่ดีและจากการศึกษาการพยาบาลเชิงวัฒนธรรม การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในวัฒนธรรมล้านนา โดย เกศินี วุฒิวงศ์ (2550) พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติในวัฒนธรรมล้านนาให้ความสำคัญด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ เรื่องเวรกรรมชีวิตหลังความตายและการเกิดใหม่ ผู้ป่วยและญาติจึงต้องการโหรากรรมต่อกันเพื่อเป็นการละวางทุกข์ในใจและเพื่อไม่ให้ผลกรรมที่ทำในชาตินี้ส่งผลไปถึงชาติหน้า นอกจากนี้ในระยะใกล้เสียชีวิต ผู้ป่วยต้องการระลึกถึงบุญกุศลที่เคยทำ เพราะเชื่อว่าจะได้เกิดใหม่ในภพภูมิที่ดี ดังนั้น การปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม

ความเชื่อ โดยใช้แนวคิดการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิต พ.ศ 2542 ได้ให้ความหมาย วัฒนธรรม หมายถึง “สิ่งที่ทำความเจริญงอกงามให้แก่หมู่คณะ ” และงามพิศ ตัศย์สงวน(2543) ให้ความหมาย วัฒนธรรมคือ การดำเนินวิถีชีวิตของมนุษย์ ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม ภาษา พิธีกรรม ศาสนา เป็นต้น กล่าวโดยสรุป วัฒนธรรม หมายถึง แบบแผนของคนด้านความคิด ความรู้สึก การกระทำที่ดี ดังนั้น พฤติกรรมของคนจึงแสดงออกให้เห็นถึงแบบแผนวัฒนธรรมของแต่ละบุคคลซึ่งรวมถึงความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสุขภาพ และความตายของบุคคลนั้นๆ ซึ่งในปัจจุบันในระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยได้มีความคิดหลายแง่มุมเรื่องสุขภาพและการเจ็บป่วยเช่น การแพทย์แผนปัจจุบันการแพทย์แผนไทย ขึ้นอยู่กับความคิด ความเชื่อของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความแตกต่างกัน ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย พฤติกรรมทางสุขภาพที่ต่างกันมีผลต่อแบบแผนการรักษาพยาบาลด้วยเช่นกัน

การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีความสำคัญทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ให้บริการในที่นี้ คือ พยาบาลวิชาชีพ โดยจากการศึกษาของเกศินี วุฒิวงศ์ (2550) ได้ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนี้ 1) ทำให้พยาบาลเข้าใจผู้ป่วยระยะสุดท้ายและมีแนวทางในการดูแลสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการตามวัฒนธรรมของผู้ป่วย 2) ทำให้ตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคมของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม 3) ทำให้พยาบาลมีความไวต่อการประเมินด้านอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนั้น หากพยาบาลให้การดูแลโดยคำนึงถึงวัฒนธรรมของผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงเป็นการดูแลที่มีความสำคัญสามารถสนองตอบความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง

สรุปได้ว่า วัฒนธรรม สุขภาพและการพยาบาลมีความสัมพันธ์กันเนื่องจากวัฒนธรรมเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความต้องการบนพื้นฐานวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ดังนั้นการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะทำให้พยาบาลได้เรียนรู้เข้าใจถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามความเชื่อ เพื่อปรับการดูแลที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมเพื่อส่งผลต่อการใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีและเสียชีวิตไปอย่างสงบ

### 3.4 บทบาทพยาบาลวิชาชีพกับการดูแลระยะสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ถือว่าเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพโดยตรง เพื่อเป็นการช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ให้พ้นจากความทุกข์ทรมานและมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ให้เป็นช่วงเวลาที่มามีค่ามากที่สุด สิ้นชีวิตลงด้วยความสงบ พยาบาลวิชาชีพจึงมี

ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อสนองตอบความต้องการอย่างเป็นองค์รวมโดยจากการศึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตโดย วาสิณี วิเศษฤทธิ์ (2548) และการศึกษาการศึกษาองค์ประกอบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤติโดย อรวรรณ คล้ายพยัค (2549) ร่วมกับการศึกษาของ Carol (2009) พบว่า บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พอสรุปได้ดังนี้

### 3.4.1 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ

บทบาทสำคัญของพยาบาลในฐานะเป็นผู้ให้การดูแลโดยตรงแก่ผู้ป่วยและญาติ การพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายมีความซับซ้อนและเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับบุคคลหลายฝ่ายและองค์ความรู้ในด้านอื่นๆ ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการสนองตอบการดูแลแบบองค์รวมได้แก่

1. การสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาล การดูแลที่บ้านและในชุมชน โดยการจัดการดูแลในลักษณะผสมผสานเป็นองค์รวมทั้งมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เช่น การพัฒนา end of life care guideline การสร้างเครื่องมือทางการพยาบาล เช่น เครื่องมือประเมินความปวด เครื่องมือประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในระยะสุดท้ายโดยใช้ศาสตร์การดูแลสุขภาพองค์รวม การผสมผสานกลวิธีในการดูแลเช่น การนวดบำบัด พลังสัมผัสดนตรีบำบัด การพัฒนาโปรแกรมสำหรับพยาบาลในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้าย การพัฒนาโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวในการเผชิญกับความตาย ความเศร้าโศกเสียใจ เป็นต้น กล่าวโดยสรุป การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายเป็นการดูแลที่มุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม รวมไปถึงการให้บริการต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปบ้าน เพื่อเป็นการเตรียมผู้ป่วยให้เข้าสู่ภาวะใกล้ตายและเผชิญกับความตายได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับความคิด การให้คุณค่าและสอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทสังคมวัฒนธรรมของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว

2. การประสานงานกับทีมสุขภาพให้มีส่วนร่วมที่เกี่ยวข้องร่วมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ ผู้นำทางศาสนา เข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายร่วมกัน เพื่อให้สามารถสนองตอบการดูแลแบบองค์รวมและครอบคลุมมิติทางสังคมและวัฒนธรรม

### 3.4.2 บทบาทของผู้บริหารการพยาบาล

บทบาทหน้าที่ของผู้บริหารทางการพยาบาล ในฐานะผู้นำทางการพยาบาล สิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือ

1. การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวที่ครอบคลุมและต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปสู่บ้าน การออกแบบระบบบริการพยาบาลที่เหมาะสมทั้งเชิงโครงสร้าง กระบวนการทำงาน และผลลัพธ์ทางการพยาบาล เช่น การจัดสถานที่สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดระเบียบการเยี่ยมผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ไม่ควรรบกวนผู้ป่วยบ่อยเกินไป การจัดห้องพักให้กับญาติได้แสดงความรู้สึกเศร้าโศกเสียใจ (Mourning room) การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเครื่องมือประเมินความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว การจัดการความปลอดภัย การพัฒนาโปรแกรมต่างๆตลอดจนการประสานงานการดูแลกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆเช่น แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ พระสงฆ์ ชุมชน หน่วยงาน องค์กรต่างๆทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2. บทบาทที่สำคัญอีกด้านหนึ่งของผู้บริหารทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ การพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากพบว่า พยาบาลวิชาชีพยังขาดความรู้ ความเข้าใจและไม่ได้รับการฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีทัศนคติที่ไม่ดีในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย เป็นต้น ดังนั้น ควรมีการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพทั้งมิติทางการแพทย์ มิติทางวัฒนธรรม การมีทัศนคติที่ดีต่อความตาย การให้เคารพต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ โดยการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

สรุป การกำหนดบทบาทของผู้บริหารทางการพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความแตกต่างกันในเชิงกระบวนการในการบริหารจัดการระบบ และการปฏิบัติการพยาบาล แต่ทั้ง 2 กระบวนการมีเป้าหมายเดียวกันคือ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองในทุกมิติขององค์รวมและเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว

#### 4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรม

การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมตามแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลเชิงวัฒนธรรมของ Leininger (2003) เป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับการดูแลตามวัฒนธรรม โดยมุ่งเน้นถึงการให้การดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องตามความต้องการและตามวัฒนธรรมของผู้ป่วยโดยยึดหลักการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งการดูแลผู้ป่วยโดยทฤษฎีการพยาบาลเชิงวัฒนธรรมนี้ เชื่อว่า บุคคล ครอบครัว ชุมชนที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีองค์ประกอบหรือปัจจัยที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน จะมีความเชื่อ วิธีคิด ความต้องการ พฤติกรรมการแสดงออกที่แตกต่างกัน โดย Leininger เห็นว่าวัฒนธรรมและการดูแลแบบเป็นองค์รวมที่สะท้อนให้เห็นการดูแลในวิถีชีวิตของบุคคลหรือการแสดงออกของพฤติกรรม

ทางสุขภาพนั้น สิ่งที่ยาบาลวิชาชีพต้องคำนึงถึงเพื่อให้สามารถมองบุคคลอย่างเป็นองค์รวม ได้แก่ โลกทัศน์ สภาวะชีวภาพ เทคโนโลยี ศาสนาและปรัชญา ความสัมพันธ์เชิงเครือข่ายและสังคม การให้คุณค่าทางวัฒนธรรมและวิถีชีวิต กฎหมายและการเมือง เศรษฐกิจ ระดับการศึกษา และ ภาษา โดยสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกันของทฤษฎีการพยาบาลเชิงวัฒนธรรม Leininger นั้นแสดงให้เห็นถึงองค์ประกอบต่างๆของโครงสร้างทางสังคมวัฒนธรรมซึ่งมีความเชื่อมโยงกับความต้องการทางวัฒนธรรมของบุคคล ครอบครัว ชุมชน นอกจากนี้แนวคิดการพยาบาลเชิงวัฒนธรรมของ Giger and Davidhiza (2002) ที่มีจุดเน้นของการให้การพยาบาลที่สนองตอบความต้องการของผู้รับบริการ โดยใช้ความรู้เชิงวัฒนธรรม โดยแนวคิดดังกล่าวเชื่อว่า การประเมินความแตกต่างทางวัฒนธรรมของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยการสื่อสาร อาณาเขต องค์กรสังคม เวลา การควบคุม สิ่งแวดล้อม และความแตกต่างทางด้านชีวภาพ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้บุคคลแตกต่างกันเช่นกันส่งผลต่อความต้องการที่แตกต่างกัน

จากการวิเคราะห์ฐานแนวคิดทั้ง 2 สามารถสรุปได้ว่า จุดเน้นที่ทุกแนวคิดให้ความสำคัญคือ การเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้รับบริการ ดังนั้น สิ่งที่ยาบาลวิชาชีพต้องคำนึงถึง คือ ความแตกต่างของบุคคลหรือผู้รับบริการขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านต่างๆดังที่กล่าวมาข้างต้น แต่สำหรับตัวยาบาลเองที่ต้องเป็นผู้ให้บริการสิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือ การหาความรู้ ความเข้าใจ ทักษะเกี่ยวกับความแตกต่างทางวัฒนธรรมโดยการเข้าไปมีประสบการณ์ตรงหรือการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการเพื่อสร้างความไว้วางใจระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การกระทำดังกล่าวจะทำให้ผู้รับบริการกล้าบอกข้อมูลที่เป็นความจริงเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อ การแสดงออกในพฤติกรรมทางสุขภาพที่ทำให้ผู้รับบริการตัดสินใจ ปฏิบัติหรือเข้าใจในความเชื่อเหล่านั้น ซึ่งการกระทำโดยวิธีการนี้จะช่วยให้ตัวยาบาลสามารถเข้าใจวัฒนธรรมที่แตกต่างของผู้รับบริการได้อย่างแท้จริง ส่งผลต่อการให้การพยาบาล การจัดระบบบริการทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ และสร้างความพึงพอใจได้อย่างแท้จริง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำตัวแปรด้านอายุ และระดับการศึกษาที่เป็นปัจจัยที่สามารถจำแนกการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มาทำการศึกษาในครั้งนี้

### 1) อายุ

อายุ เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่ทำให้คนมีความแตกต่างกันทั้งความคิด ความเชื่อ ค่านิยมทัศนคติในเรื่องต่างๆรวมถึงวัฒนธรรม ส่งผลต่อการแสดงออกพฤติกรรมที่แตกต่าง และอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คนมีความแตกต่างกันในเรื่องความคิดเห็นและพฤติกรรมการทำงาน เพราะความสามารถของบุคคลสามารถเรียนรู้ได้ในระหว่างที่อยู่ในวัยต่างเนื่องจากคนวัยต่างกันมีความ



ต้องการและประสบการณ์ที่ต่างกัน การพัฒนาของมนุษย์ในแต่ละช่วงวัยนั้น มีความแตกต่างกัน ทั้ง พัฒนาการด้านร่างกาย พัฒนาการด้านอารมณ์ พัฒนาการด้านสังคม พัฒนาการด้านสติปัญญา โดยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ วัยผู้ใหญ่ตอนกลางคือผู้ใหญ่ที่มีช่วงอายุ 40-60 ปี โดยบุคคลที่มีการพัฒนาการตามวัยนี้ที่เหมาะสมจะมีความสามารถในการปรับตัว มีความคิดริเริ่ม มีเหตุผล มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ สุขุมรอบคอบ มีความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานที่สูงขึ้นมากกว่าวัยผู้ใหญ่ตอนต้นคือผู้ใหญ่ที่มีช่วงอายุ 18-40 ปี (เพ็ญพิไล ฤทธาคนานนท์, 2550) โดยเมื่ออายุมากขึ้นมีการเรียนรู้มากขึ้นความคิดและพฤติกรรมจะปรับเปลี่ยนด้วยและจะสามารถปฏิบัติหน้าที่การทำงานที่ก่อให้เกิดผลผลิตที่สูงขึ้นได้ (ศิริรัตน์ เสรีรัตน์ และคณะ, 2541) สอดคล้องกับการศึกษา Doorenbos & Schim (2006) ศึกษาตัวแปรที่ส่งผลต่อการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า อายุของพยาบาลวิชาชีพที่มากขึ้นส่งผลต่อการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มากขึ้น สอดคล้องกับอรรถยา อมรพรหมภักดี (2544) พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุมากกว่า มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถาบันให้บริการทางสุขภาพ มากกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุน้อย โดยได้อธิบายไว้ว่าการที่มีอายุเพิ่มมากขึ้นจะมีวุฒิภาวะทางกาย จิตใจ ความรู้สึกนึกคิดที่เพิ่มมากขึ้นทำให้มีความสามารถในการเรียนรู้ที่จะพัฒนาตนเองในการปฏิบัติงานที่เพิ่มมากขึ้นจึงส่งผลต่อการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรม จากการศึกษาดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุมากขึ้นจะมีการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุน้อย ดังนั้นจึงนำปัจจัยทางด้านอายุมาเป็นตัวแปรในการศึกษาค้นคว้า

## 2) ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา เป็นตัวประกอบที่บ่งชี้ถึงลักษณะความต้องการ และแบบแผนการปฏิบัติของตนเองและบุคคล โดยทั่วไปบนพื้นฐานวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน และการศึกษาสอนให้คนรู้จักคิด วิเคราะห์และแสวงหาความรู้อย่างต่อเนื่อง ผู้ที่มีคุณวุฒิทางการศึกษาสูงย่อมได้รับการถ่ายทอดความรู้ ความคิด ความสามารถและจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูลความต่างเชิงวัฒนธรรม การซักถามปัญหา เข้าใจตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า และระดับการศึกษาอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลการศึกษาสอนให้คนรู้จักคิด วิเคราะห์และแสวงหาความรู้ใหม่ๆเสมอ บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีการพิจารณาสิ่งต่างๆอย่างมีเหตุผล มีความเข้าใจได้ถูกต้องมากกว่า (McCormick & Ilgen, 1985) การศึกษาจึงเป็นเครื่องมือในการพัฒนาตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Doorenbos & Schim (2006) ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพในประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดาที่มีระดับการศึกษาที่สูงขึ้น จะมีความรู้ เจตคติในการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สูงขึ้น ส่งผลให้มีการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแล

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สูงขึ้น และการศึกษาของวันทิวา วัฒนะโชติ (2540) ซึ่งได้ศึกษาการสื่อสารการบอกความจริงเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ซึ่งแบ่งระดับการศึกษาออกเป็น 2 กลุ่มคือ ปริญญาตรีหรือเทียบเท่าและสูงกว่าปริญญาตรี ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีการศึกษาที่ต่างกันมีการรับรู้การปฏิบัติเรื่องการสื่อสารบอกความจริงเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายที่แตกต่างกันดังนั้นผู้วิจัยจึงนำระดับการศึกษามาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมมีการศึกษาในประเทศไทยในหลายแง่มุม แต่ยังไม่พบในบริบทของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่ในต่างประเทศได้มีการศึกษาอย่างแพร่หลายได้แก่

จิราจันทร์ คณา ( 2541) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล การยอมรับการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านกับการปฏิบัติกรพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภาคเหนือตอนล่าง วัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อศึกษาการปฏิบัติกรพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล การยอมรับการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านกับการปฏิบัติกรพยาบาลเชิงวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภาคเหนือตอนล่าง จำนวน 222 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามการเปิดรับสื่อซึ่งปรับมาจากเครื่องมือของ จารุวรรณ กันทะนิตย์ แบบสอบถามการยอมรับการดูแลสุขภาพพื้นบ้านและแบบวัดการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรม ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติกรพยาบาลเชิงวัฒนธรรมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการคงไว้ซึ่งแบบแผนการดูแลพื้นบ้าน ด้านการปรับเข้ากันระหว่างแบบแผนวัฒนธรรมวิชาชีพของพยาบาล ด้านการพัฒนาแบบแผนวัฒนธรรมการดูแลขึ้นใหม่ อยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมได้แก่ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม การมีเพื่อนต่างวัฒนธรรม ภูมิลำเนาอยู่นอกเขตเทศบาล แต่การเปิดรับสื่อ ระดับชั้นปี การศึกษา การยอมรับการดูแลสุขภาพพื้นบ้านไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรม

Doorenbos & Schim (2004) ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมของบุคลากรทางสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศสหรัฐอเมริกา วัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อประเมินระดับการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมของบุคลากรทางสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และ

นำผลการวิจัยไปพัฒนาการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรม ซึ่งมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความแตกต่างทางเชื้อชาติ และความต้องการที่มีความเฉพาะเจาะจงในแต่ละรายของผู้ป่วยและญาติศึกษาในกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพจำนวน 113 คน ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ช่วยพยาบาล ธุรการ พระภิกษุ อาสาสมัคร และผู้บริหาร โดยใช้กรอบแนวคิด The Schim and Miller Cultural Competence Model โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม 2 ส่วนคือ ข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งประกอบด้วย อายุ เชื้อชาติ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การได้รับการสอนการพยาบาลเชิงวัฒนธรรม และประเมินระดับการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยใช้เครื่องมือ Cultural Competence Assessment (CCA) ผลการศึกษา พบว่า ระดับการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความตระหนักรู้ความไวต่อวัฒนธรรมของผู้ป่วยที่มีความหลากหลายเชื้อชาติ วัฒนธรรม และปัจจัยด้านระดับการศึกษา การได้รับการสอนการพยาบาลเชิงวัฒนธรรมที่มีมาก จะส่งผลต่อการเกิดการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมที่สูงขึ้น

Narayanasamy (2006) ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องจิตวิญญาณและวัฒนธรรมซึ่งเป็นส่วนสำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ผลการศึกษาพบว่า 1. การดูแลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงเรื่องจิตวิญญาณ โดยใช้กรอบแนวคิด The ASSET model ซึ่งเป็นการให้ความรู้กับพยาบาลในเรื่อง 1) การตระหนักรู้ในตนเอง จะทำให้เข้าใจและยอมรับในค่านิยม ความเชื่อของบุคคลที่มีความแตกต่างกัน 2) จิตวิญญาณ เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมที่คำนึงถึงในเรื่องร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ และ 3) แนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการดูแลเรื่องจิตวิญญาณตั้งแต่การประเมินผู้ป่วย การวางแผน การนำไปปฏิบัติและการประเมินผล 2. การดูแลผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม โดยใช้กรอบแนวคิด The ACCESS model เป็นการพยาบาลเชิงวัฒนธรรมโดยมีแนวปฏิบัติดังนี้ 1) การประเมินผู้ป่วย ควรให้ความสำคัญในเรื่องเกี่ยวกับการดำรงชีวิต ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ และการดูแลสุขภาพตนเอง 2) การสื่อสารให้ระมัดระวังการแสดงออกทั้งการใช้วาจาและไม่ใช้วาจา 3) แสดงการยอมรับและเคารพในความเชื่อ ค่านิยม และวัฒนธรรมของผู้ป่วย 4) การมีความไวต่อความรู้สึของผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม และ 5) ช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่นใจเกี่ยวกับวัฒนธรรม

Doorenbos et al. (2006) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 107 คนโดยการตอบแบบสอบถามโดยใช้เครื่องมือ Cultural Competence Assessment (CCA) ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรม ได้แก่ อายุ, การได้รับการอบรมเรื่องการพยาบาลเชิงวัฒนธรรม, ระดับการศึกษา,

เชื้อชาติและสัญชาติของพยาบาลวิชาชีพ มีผลทางบวกกับการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

Tammy & Kimberly (2008) ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพของรัฐ Carolina ทางเหนือ โดยใช้เทคนิควิจัยเชิงสำรวจโดยการรายงานระดับการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมด้วยตนเอง ศึกษาในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพจำนวน 60 คน วัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพและเปรียบเทียบการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพซึ่งมีลักษณะปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกันซึ่งประกอบด้วย อายุ เพศ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน โดยการใช้กรอบแนวคิดในการศึกษาของ Campinha-Bacote และ Benner ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่มากขึ้น เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในการเกิดการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ แต่ในทางตรงกันข้าม เพศ สัญชาติ/เชื้อชาติ ไม่มีความสัมพันธ์กันในการส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ

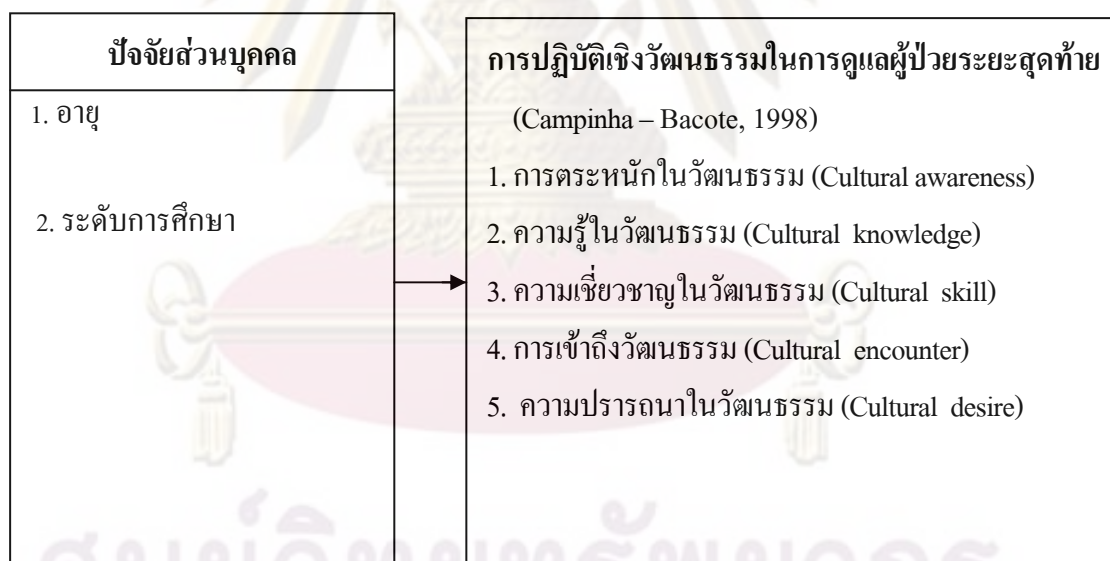
Carol (2008) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการให้การดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมชาวอาหรับมุสลิมของพยาบาลในหน่วยวิกฤติ โดยมีวัตถุประสงค์การศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติ แบบแผนของแต่ละบุคคล การรับรู้ในการควบคุมพฤติกรรม ต่อการให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของชาวอาหรับมุสลิม ผู้ให้ข้อมูลคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤติอย่างน้อย 2 ปี จำนวน 208 คน ซึ่งประกอบด้วยหลายเชื้อชาติคือ ชาวอเมริกัน ชาวแอฟริกัน และชาวพื้นเมือง และนับถือศาสนาคริสต์ อิสลาม โดยผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีเชื้อชาติเดียวกัน ได้รับประกาศนียบัตรพยาบาลหน่วยวิกฤติ และเคยผ่านการอบรมการพยาบาลเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยที่มีความหลากหลายในวัฒนธรรม มีเจตคติที่ดีไม่มีความลำเอียงต่อวัฒนธรรม จะส่งผลทำให้สามารถให้การดูแลชาวอาหรับมุสลิมให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมได้เป็นอย่างดี จากผลการศึกษาจึงมีข้อเสนอแนะในสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมเพื่อเพิ่มศักยภาพของการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องที่ผ่านมาพบว่า องค์กรความรู้ที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่ายังมีไม่เพียงพอที่จะอธิบายการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และครอบครัว เนื่องจากเป็นการศึกษาบริบทในต่างประเทศแต่ในบริบทของประเทศไทยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีความแตกต่างกัน เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความต่างเชิงวัฒนธรรมในบริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีความต้องการที่หลากหลาย ซับซ้อนเช่น ความต่างด้านความเชื่อ ศาสนา วิถีชีวิต ตั้งแต่ การดูแลขณะผู้ป่วยมีชีวิต

ขณะเสียชีวิตและหลังเสียชีวิต โดยความต้องการต้องสอดคล้องกับมิติเชิงวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างแท้จริง จึงจะเกิดคุณภาพในการดูแล ดังนั้นจึงเกิดคำถามที่ว่า ผู้ที่ให้การดูแลโดยตรงในที่นี้คือ พยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ ทักษะ เจตคติในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวอย่างแท้จริง ดังนั้น ผู้วิจัยจำเป็นต้องศึกษาการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่ามีความเหมาะสมอย่างไรและเพื่อเปรียบเทียบการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลระดับ ตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสรุปได้เป็นกรอบแนวคิดดังภาพที่ 2

## 6. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และเปรียบเทียบการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ ที่มีจำนวนเตียงที่เปิดให้บริการตั้งแต่ 500 เตียงขึ้นไป จำแนกออกเป็น 18 เขต ทั้งหมด 34 แห่ง ซึ่งปฏิบัติงานในทุกแผนก ได้แก่ อายุรกรรม ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมประสาท ศัลยกรรมกระดูก ศัลยกรรมอุบัติเหตุ สูติกรรม กุมารเวชกรรม หอผู้ป่วยพิเศษ หอผู้ป่วยวิกฤติ มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ยกเว้นแผนกผู้ป่วยนอก ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด โดยมีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 14,855 คน

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมประสาท ศัลยกรรมกระดูก ศัลยกรรมอุบัติเหตุ สูติกรรม กุมารเวชกรรม หอผู้ป่วยพิเศษ หอผู้ป่วยวิกฤติ มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปและดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ยกเว้นแผนกผู้ป่วยนอก ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยผู้วิจัยได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1. สํารวจจํานวนพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมประสาท ศัลยกรรมกระดูก ศัลยกรรมอุบัติเหตุ สูติกรรม กุมารเวชกรรม หอผู้ป่วยพิเศษ หอผู้ป่วยวิกฤติ มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ ในช่วงเดือน 1 มิถุนายน- 30 มิถุนายน 2552 จํานวนทั้งสิ้น 14,855 คน

2. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Taro Yamane (1973 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2547) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % ค่าความคลาดเคลื่อน 5 % ได้กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ คนโดยใช้สูตร

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ความคลาดเคลื่อนของข้อมูลที่ยอมรับได้

สามารถคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้ ดังนี้

$$\begin{aligned} n &= \frac{14,855}{1 + 14,855(0.5)^2} \\ &= 399 \text{ คน} \end{aligned}$$

ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในตามสาขาอายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินรีเวชและแผนกผู้ป่วยวิกฤติ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปและดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 399 คน แต่เนื่องจากเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มประชากร ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 20 โอกาสความคลาดเคลื่อนจะน้อยลง (บุญชม ศรีสะอาด, 2535: 38) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงเป็น เป็น 478 คน

3. สุ่มเลือกโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างโดยจำแนกโรงพยาบาลออกเป็น 18 เขต จากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลให้ครอบคลุมทุกเขต ยกเว้นเขต 2 เนื่องจากเป็นเขตที่มีโรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงไม่ถึง 500 เตียง จึงไม่พบโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยใช้วิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน ใช้อัตราส่วน 1:3 ในแต่ละเขต สำหรับเขตไหนที่มีโรงพยาบาลแห่งเดียวนำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างโดยไม่ต้องมีการสุ่ม และเขตที่มี 2 แห่งนำโรงพยาบาลโรงพยาบาลที่สุ่มได้ในแต่ละเขตมาทำการสุ่มอีกครั้งโดยใช้อัตราส่วน 1:3 เช่นกันจะได้โรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 17 แห่ง

4. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล โดยวิธีการคำนวณตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละโรงพยาบาล ให้ได้ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณไว้โดยใช้สูตร (ประกาศกรรณสูตร, 2542) มีวิธีการคำนวณดังนี้ โดยได้แสดงดังตารางที่ 2

$$\text{ขนาดกลุ่มตัวอย่าง} = \frac{\text{ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด} \times \text{จำนวนพยาบาลวิชาชีพแต่ละโรงพยาบาล}}{\text{จำนวนพยาบาลวิชาชีพทั้ง 17 โรงพยาบาล}}$$

5. เลือกกลุ่มตัวอย่างหอผู้ป่วยจากแต่ละแผนกทุกแผนกที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ แผนกอายุรกรรม แผนกศัลยกรรมทั่วไป แผนกศัลยกรรมประสาท แผนกศัลยกรรมกระดูก แผนกศัลยกรรมอุบัติเหตุ แผนกสูติกรรม แผนกกุมารเวชกรรม หอผู้ป่วยพิเศษ หอผู้ป่วยวิกฤติ กำหนดหาขนาดกลุ่มตัวอย่างของพยาบาลวิชาชีพในแต่ละแผนกโดยการคำนวณตามสัดส่วนประชากรของโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ให้ได้จำนวนพยาบาลวิชาชีพในแต่ละแผนกที่กำหนดดังนี้

$$\text{ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (ในแต่ละแผนก)} = \frac{\text{กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่ม} \times \text{จำนวนพยาบาลวิชาชีพในแต่ละแผนก}}{\text{จำนวนพยาบาลวิชาชีพ (ในร.พ กลุ่มตัวอย่าง)}}$$

6. เลือกกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพจากหอผู้ป่วยที่ทำการสุ่มได้จากข้อ 5 ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยผู้วิจัยขอความร่วมมือจากกลุ่มการพยาบาลของโรงพยาบาล ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจับฉลากรายชื่อของพยาบาลวิชาชีพ จากรายชื่อพยาบาลทั้งหมดของกลุ่มการพยาบาล ให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละแผนก ตามจำนวนที่ได้คำนวณตามสัดส่วนประชากร



ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยวิกฤติ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จาก 18 เขต

เขต	รายชื่อโรงพยาบาล	ประชากร	กลุ่มตัวอย่างที่ส่งแบบสอบถาม	กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับคืน
1	โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี	420	23	23
3	โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร์	387	21	21
4	โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร์	359	20	20
5	โรงพยาบาลสมุทรสาคร	402	22	22
6	โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช	584	32	32
7	โรงพยาบาลตรัง	205	11	11
8	โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่	700	39	39
9	โรงพยาบาลพระปกเกล้า	580	32	30
10	โรงพยาบาลอุดรธานี	658	37	34
11	โรงพยาบาลสกลนคร	378	21	21
12	โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น	616	35	35
13	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	880	49	49
14	โรงพยาบาลบุรีรัมย์	210	12	12
15	โรงพยาบาลลำปาง	476	26	26
16	โรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์	571	32	32
17	โรงพยาบาลพุทธชินราช	600	34	34
18	โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์	571	32	32
	รวม	8,597	478	473

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยวิกฤติ จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแผนกที่ปฏิบัติงาน การเข้ารับการอบรมเรื่องการพยาบาลเชิงวัฒนธรรม จำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ให้การดูแล (n = 473)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
หญิง	467	98.7
ชาย	6	1.3
<b>อายุ (ต่ำสุด 23 ปี, สูงสุด 58 ปี, <math>\bar{X}</math> = 37.59 ปี, SD = 7.77)</b>		
21 – 30 ปี	109	23.0
31 – 40 ปี	185	39.1
41 – 50 ปี	154	32.6
51 – 60 ปี	25	5.3
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	174	36.8
คู่	277	58.6
หม้าย/หย่า/แยก	22	4.7
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	413	87.3
ปริญญาโท	60	12.7
<b>ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ต่ำสุด 1 ปี, สูงสุด 33 ปี, <math>\bar{X}</math> = 10.58 ปี, SD = 7.30)</b>		
0-5 ปี	170	35.9
6-10 ปี	122	25.8
11 – 15 ปี	57	12.1
16-20 ปี	67	14.2
มากกว่า 20 ปี	57	12.1

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>แผนกที่ปฏิบัติงาน</b>		
หอผู้ป่วยอายุรกรรม	146	30.9
หอผู้ป่วยวิกฤติ	120	25.4
หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป	81	17.1
หอผู้ป่วยพิเศษ	35	7.4
หอผู้ป่วยสูติ นรีเวช	24	5.1
หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท	23	4.9
หอผู้ป่วยกุมาร	20	4.2
หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก	19	4.0
หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ	5	1.1
<b>การเข้ารับการอบรมเรื่องการพยาบาลเชิง</b>		
<b>วัฒนธรรม</b>		
ไม่เคย	450	95.1
เคย	23	4.9
<b>จำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ให้การดูแล</b>		
(ต่ำสุด 1 คนต่อเดือน, สูงสุด 40 คนต่อเดือน, $\bar{X} = 6.33$ , $SD = 6.90$ )		
0 – 5 คน	342	72.3
6 – 10 คน	71	15.0
16 – 20 คน	26	5.5
มากกว่า 20 คน	18	3.8
<b>รวม</b>	<b>473</b>	<b>100</b>

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย 2 ตอน ดังนี้

**แบบสอบถามตอนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมประสาท ศัลยกรรมกระดูก ศัลยกรรมอุบัติเหตุ สูติกรรม กุมารเวชกรรม หอผู้ป่วยพิเศษ หอผู้ป่วยวิกฤติ จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระดับการศึกษา แผนกที่ปฏิบัติงาน การฝึกอบรมการพยาบาลเชิงวัฒนธรรม จำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ให้การดูแล โดยมีลักษณะข้อคำถามให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 8 ข้อ

**แบบสอบถามตอนที่ 2** แบบสอบถามการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย วัดตามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมประสาท ศัลยกรรมกระดูก ศัลยกรรมอุบัติเหตุ สูติกรรม กุมารเวชกรรม หอผู้ป่วยพิเศษ หอผู้ป่วยวิกฤติ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและสร้างขึ้นตาม แนวคิดของ Campinha- Bacote (1998) โดยมีขั้นตอนในการสร้างดังนี้

2.1 ศึกษาเอกสาร ตำราและงานวิจัยต่างๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตามแนวคิดของ (Campinha – Bacote, 1998) สรุปสาระสำคัญแล้วนำมากำหนดเป็นค่านิยมเชิงปฏิบัติการ

2.2 สร้างข้อคำถามให้สอดคล้องและครอบคลุมกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการ และเนื้อหาของมิติหลักคือ การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งมีองค์ประกอบย่อยทั้ง 5 ด้านคือ 1)การตระหนักในวัฒนธรรม 2)ความรู้ในวัฒนธรรม 3) ความเชี่ยวชาญในวัฒนธรรม 4) การเข้าถึงในวัฒนธรรม 5) ความปรารถนาในวัฒนธรรม โดยแบบสอบถามที่สร้างขึ้นได้มีการปรับปรุงข้อรายการให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก 57 ข้อ ข้อคำถามเชิงลบ 1 ข้อ ซึ่งเป็นข้อที่ 6 ในด้านการตระหนักในวัฒนธรรม จำแนกตามองค์ประกอบต่างๆ ตามแนวคิดของ (Campinha – Bacote , 1998) ดังนี้

การตระหนักในวัฒนธรรม	จำนวน	8	ข้อ (ข้อ 1- 8)
ความรู้ในวัฒนธรรม	จำนวน	12	ข้อ (ข้อ 9 -20)
ความเชี่ยวชาญในวัฒนธรรม	จำนวน	14	ข้อ (ข้อ 21-34)
การเข้าถึงวัฒนธรรม	จำนวน	11	ข้อ (ข้อ 35-45)
ความปรารถนาในวัฒนธรรม	จำนวน	13	ข้อ (ข้อ 46-58)

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale)

4 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยกำหนดให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว เนื่องจากเครื่องมือของ Campinha-Bacote (1998) ที่ผู้วิจัยใช้ในการศึกษาคั้งนี้ เป็นมาตรวัดแบบ Rating scale 4 ระดับ เช่นกัน โดยมีความหมายของตัวเลือก ดังนี้

ในข้อคำถามเชิงบวก		มีความหมายของตัวเลือก ดังนี้
4	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด
3	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นบางส่วน
2	หมายถึง	ผู้ตอบไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นบางส่วน
1	หมายถึง	ผู้ตอบไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด
ในข้อคำถามเชิงลบ		มีความหมายของตัวเลือก ดังนี้
1	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด
2	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นบางส่วน
3	หมายถึง	ผู้ตอบไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นบางส่วน
4	หมายถึง	ผู้ตอบไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด

การแปลผลคะแนน

แบ่งเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพเป็น 4 ระดับ โดยใช้หลักการแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยในการให้ความหมายการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนี้ (Best, 1977: 14)

ค่าคะแนนเฉลี่ย	การแปลผลคะแนน
3.00 – 4.00	การรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความเหมาะสมมาก

2.00 – 2.99	การรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายมีความเหมาะสมปานกลาง
1.00 – 1.99	การรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายมีความเหมาะสมน้อย

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ตามขั้นตอน ดังนี้

#### 1. การหาความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content validity)

1.1 เครื่องมือที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กำหนดเป็นรายการข้อคำถาม นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของข้อคำถาม และการใช้ภาษาพร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

1.2 การพิจารณากำหนดคุณสมบัติของผู้ทรงคุณวุฒิจากการตรวจสอบคุณสมบัติจากประวัติและผลงานทางวิชาการที่เกี่ยวกับเรื่อง การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรม การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความชัดเจนและความเหมาะสมของคำถามและการจัดอันดับของข้อคำถาม โดยในงานวิจัยครั้งนี้มีจำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ 7 คน ประกอบด้วย นักวิชาการ 5 คน ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ 2 คน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) ซึ่งมีคุณสมบัติ คือ เป็นผู้มีความรู้ทางการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป มีประสบการณ์เกี่ยวกับการวิจัย มีความรู้ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับเรื่องการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมจำนวน 3 คน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 3 คน การประเมินและวัดผลการศึกษาจำนวน 1 คน

1.3 การตรวจคุณภาพด้านความตรง โดยการนำเครื่องมือที่ผ่านการแก้ไขจากอาจารย์ที่ปรึกษาไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 7 คน ตรวจสอบและพิจารณาความสอดคล้องระหว่างสาระคำถามกับสาระของมิติที่วัดและนำผลการพิจารณา คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index หรือ CVI) (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2547) ซึ่งกำหนดระดับแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 1, 2, 3, 4 โดยแต่ละระดับมีความหมายดังนี้

1	หมายถึง	คำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามเลย
2	หมายถึง	คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

- 3 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

จากนั้นนำความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 7 คน มาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) จากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า แบบสอบถามการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .81 ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่ยอมรับได้คือ .80 (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2547) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้รับมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและเสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาให้ความเห็นชอบอีกครั้งหนึ่งเพื่อความสมบูรณ์ของเครื่องมือ โดยการปรับปรุงแก้ไขคำถามมีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ

ปรับปรุงความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษา	1 ข้อ
คงข้อความเดิม	7 ข้อ
ได้ข้อความ	8 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 62 ข้อ

ปรับปรุงความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษา	27 ข้อ
ปรับข้อความที่มีความหมายซ้ำกันรวมเป็นข้อเดียวกัน	5 ข้อ
ตัดข้อความที่มีความซ้ำซ้อนออก	4 ข้อ
เพิ่มข้อความเพื่อให้ได้ครอบคลุมคำนิยาม	7 ข้อ
คงข้อความเดิม	24 ข้อ
ได้ข้อความ	59 ข้อ

สรุปหลังจากการปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและผ่านความเห็นชอบของอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ผู้วิจัยได้ข้อคำถามตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อและตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 59 ข้อ รวมทั้งหมดจำนวน 67 ข้อ

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ระหว่างข้อคำถามกับคะแนนรวมของทุกข้อคำถาม (Corrected item-total correlation) ที่มีค่าตั้งแต่ .30 ขึ้นไป เป็นเกณฑ์ในการยอมรับเป็นข้อคำถามที่ดี (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2547) และคัดเลือกมาเป็นข้อคำถามที่ใช้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ส่วนข้อคำถามที่มีค่าต่ำกว่า .30 ผู้วิจัยนำมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น หรืออาจพิจารณาตัดออก ถ้าทำให้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามชุดนั้นสูงขึ้น ประกอบกับการพิจารณาว่าการตัดข้อคำถามนั้น ไม่มีผลกระทบต่อโครงสร้างคำถามหลัก และข้อคำถามที่มีความเที่ยงสูงกว่า .90 ขึ้นไป นำมาพิจารณาความซ้ำซ้อนของข้อคำถาม (Devellis, 1991 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2547) ซึ่งแบบสอบถามการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีข้อคำถามค่าสัมประสิทธิ์ระหว่างข้อคำถามกับคะแนนรวมของทุกข้อคำถามอยู่ในช่วง .4-.5 จำนวน 13 ข้อ ช่วง .6-.7 จำนวน 36 ข้อ ช่วง .8-.9 จำนวน 9 ข้อ และมีจำนวน 1 ข้อที่มีค่าต่ำกว่า .3 ผู้วิจัยจึงได้ตัดข้อคำถามออก 1 ข้อ

สรุป ผู้วิจัยได้ข้อคำถามตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อและตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 58 ข้อ รวมทั้งหมดจำนวน 66 ข้อ

## 2. การหาความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability)

การหาความเที่ยงของแบบวัด ได้นำแบบสอบถามที่ได้ผ่านจากผู้เชี่ยวชาญและมีการปรับปรุงแก้ไข โดยผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก หอผู้ป่วยพิเศษ หอผู้ป่วยสูตินรีเวช หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทและหอผู้ป่วยวิกฤติ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 30 คนซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แต่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและใช้เกณฑ์ความเที่ยง สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคค่าที่ยอมรับได้คือ .70 ขึ้นไป (Polit & Hungler,



1999) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มทดลอง เท่ากับ .97 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงเท่ากับ .95 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม	
	ทดลองใช้ (n = 30)	เก็บข้อมูลจริง (n = 473)
การรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรม ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	.97	.95
ด้านการตระหนักในวัฒนธรรม	.76	.70
ด้านความรู้ในวัฒนธรรม	.89	.85
ด้านความเชี่ยวชาญในวัฒนธรรม	.92	.88
ด้านการเข้าถึงในวัฒนธรรม	.93	.85
ด้านปรารถนาในวัฒนธรรม	.95	.89

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนกลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่รับรอง 153/2552 และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในคนของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 3 แห่ง โดยการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ตอบแบบสอบถามและผู้บริหารโรงพยาบาล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์การวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะหยุด หรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยการปฏิเสธนี้ไม่มีผลใดๆต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องระบุชื่อ - นามสกุล ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม นอกจากนี้ผู้วิจัยเสนอโครงร่างการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง และได้รับอนุมัติก่อนที่จะทำการเก็บข้อมูลข้อมูลดิบที่ได้

ไม่มีการอ้างอิงถึงตัวบุคคลและโรงพยาบาลของผู้ตอบแบบสอบถามไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้นและเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น (รายละเอียดในภาคผนวก)

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยมีขั้นตอนดังนี้คือ

1. ขออนุญาตในทำวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้นำหนังสือพร้อมแบบสอบถามการวิจัยจำนวน 1 ฉบับ โครงร่างวิทยานิพนธ์จำนวน 1 ฉบับ และเอกสารรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนจำนวน 1 ฉบับ ส่งถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 17 แห่ง เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ติดต่อกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และหัวหน้าหน่วยบริการวิชาการและงานวิจัยของแต่ละโรงพยาบาลทางโทรศัพท์พร้อมส่งจดหมาย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย จำนวนหอผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการคัดเลือกพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีโรงพยาบาลจำนวน 14 แห่งที่ใช้ใบรับรองคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และมีโรงพยาบาลจำนวน 3 แห่งที่มีคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของทางโรงพยาบาลเอง เพื่อพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยเพื่ออนุญาตให้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล

3. สุ่มหอผู้ป่วยในแผนก หอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมประสาท ศัลยกรรมกระดูก ศัลยกรรมอุบัติเหตุ สูติกรรม กุมารเวชกรรม หอผู้ป่วยพิเศษ และหอผู้ป่วยวิกฤติ ยกเว้น แผนกผู้ป่วยนอก แผนกห้องฉุกเฉิน และแผนกห้องผ่าตัด โดยใช้สัดส่วน 1:2 เพื่อเป็นหอผู้ป่วยที่ใช้ในการสุ่มพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

4. ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ พร้อมส่งหนังสือชี้แจงจำนวนขนาดตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละแผนกไปยังหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และหัวหน้ากลุ่มงานการบริการวิชาการและงานวิจัย ในวันที่ 4 มกราคม 2553 และขอความอนุเคราะห์ในการสุ่มพยาบาลวิชาชีพในแต่ละแผนกตามจำนวนที่ได้ระบุไว้ในแต่ละหอผู้ป่วยและขอความร่วมมือแจกแบบสอบถามให้แจกแบบสอบถามให้พยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ โดยประสานให้ทางโรงพยาบาลเก็บข้อมูลส่งกลับผู้วิจัย โดยได้เตรียมซองเปล่า จำนวนของถึงผู้วิจัย พร้อมติดแสตมป์ส่งกลับ แนบไปกับแบบสอบถามที่ส่งไปแต่ละโรงพยาบาล เพื่ออำนวยความสะดวกในการส่งข้อมูลกลับ

5. หลังจากการส่งแบบสอบถามประมาณ 1 สัปดาห์ ได้ประสานงานกับหัวหน้าหน่วยบริการวิชาการและงานวิจัยของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อติดตามและขอแบบสอบถามให้กลับมา

6. ในกรณีที่ได้แบบสอบถามคืนไม่ครบ ได้ประสานติดตามเข้าไปในบางโรงพยาบาลให้ได้แบบสอบถามทั้งหมด 473 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 98.95 ของจำนวนแบบสอบถามที่ส่งไปทั้งหมด 478 ฉบับ

7. เก็บรวบรวมข้อมูลใช้ระยะตั้งแต่วันที่ 4 มกราคม 2553 – 13 กุมภาพันธ์ 2553

8. นำแบบสอบถามที่ได้รับคืนมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลพบว่าแบบสอบถามทุกชุดที่ได้รับมีความครบถ้วนสมบูรณ์ทุกหน้าสามารถนำไปวิเคราะห์ข้อมูลได้ทั้งหมด

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percent)

2. วิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย วิเคราะห์เป็นรายข้อ รายด้านและโดยรวม โดยหาจำนวนร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างประชากร 2 กลุ่ม โดยใช้สถิติ t-test และความแตกต่างระหว่างประชากรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way Anova)

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และเปรียบเทียบการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา จากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 1 ปีขึ้นไปและดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 473 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 การศึกษาการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ดังตารางที่ 4 – 9)

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา (ดังตารางที่ 10-14)

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 การศึกษาการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

การศึกษาการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข นำเสนอในตารางที่ 4-9

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยรวม และรายด้าน (n = 473)

การรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านการตระหนักในวัฒนธรรม	3.58	0.33	มาก
ด้านความปรารถนาในวัฒนธรรม	3.37	0.48	มาก
ด้านความเชี่ยวชาญในวัฒนธรรม	3.26	0.47	มาก
ด้านการเข้าถึงวัฒนธรรม	3.22	0.48	มาก
ด้านความรู้ในวัฒนธรรม	3.12	0.46	มาก
โดยรวม	3.29	0.37	มาก

จากตารางที่ 4 พบว่า การรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยภาพรวมมีความเหมาะสมมาก ( $\bar{X} = 3.29$ ,  $SD = 0.37$ ) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านมีค่าเฉลี่ยเหมาะสมมากทุกด้าน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการตระหนักในวัฒนธรรม ( $\bar{X} = 3.58$ ,  $SD = 0.33$ ) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านความรู้ในวัฒนธรรม ( $\bar{X} = 3.12$ ,  $SD = 0.46$ )

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ ด้านการตระหนักในวัฒนธรรม (n = 473)

ด้านการตระหนักในวัฒนธรรม	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. การปฏิบัติกรพยาบาลอย่างนุ่มนวล อ่อนโยนต่อผู้ป่วย แสดงถึงการให้เกียรติ เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ต่อผู้ป่วย	3.86	0.38	มาก
2. การให้พยาบาลกับผู้ป่วยทุกคน โดยไม่เลือกปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า	3.83	0.41	มาก
3. ไม่แสดงอารมณ์หงุดหงิด รำคาญต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความแตกต่างด้านเชื้อชาติ เพศ ศาสนาขณะให้การพยาบาล	3.71	0.53	มาก
4. อธิบายถึงเหตุผล วิธีการของกิจกรรมการพยาบาลโดยตระหนักถึงความแตกต่างกับผู้ป่วยทุกครั้งก่อนที่จะให้การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการปฏิบัติ	3.67	0.52	มาก
5. เคารพในการปฏิบัติตามความเชื่อ หลักศาสนาของผู้ป่วย โดยไม่คว่นตัดสินการปฏิบัติพิธีกรรมของผู้อื่นที่แตกต่างจากนั้นว่าผิด	3.65	0.58	มาก
6. สังเกตปฏิกิริยาของผู้ป่วยจากสีหน้า ท่าทาง การพูดจาและพื้นฐานด้านวัฒนธรรมของแต่ละคนจะสะท้อนความต้องการด้านอารมณ์ของผู้ป่วย	3.51	0.63	มาก
7. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจในกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ตามความเชื่อและวิถีชีวิตของผู้ป่วยทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล	3.49	0.61	มาก
8. อึดอัดที่จะรับฟังและพูดคุยเกี่ยวกับความเชื่อเรื่องความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวที่ไม่สอดคล้องกับความเชื่อของพยาบาล	2.99	1.08	ปานกลาง
โดยรวม	3.58	0.33	มาก

จากตารางที่ 5 พบว่า การรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำแนกรายข้อ ด้านการตระหนักในวัฒนธรรมโดยภาพรวมมีความเหมาะสมมาก ( $\bar{X} = 3.58$ ,  $SD = 0.33$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าทุกข้อมีค่าเฉลี่ยเหมาะสมมาก โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การปฏิบัติกรพยาบาลอย่างนุ่มนวล อ่อนโยน ต่อผู้ป่วยแสดงถึงการให้เกียรติ เคารพศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ต่อผู้ป่วย ( $\bar{X} = 3.86$ ,  $SD = 0.38$ ) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ รู้สึกอึดอัดที่จะรับ ฟังและพูดคุยเกี่ยวกับความเชื่อเรื่องความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวที่ไม่สอดคล้อง กับความเชื่อของพยาบาล ( $\bar{X} = 2.99$ ,  $SD = 1.08$ )



ศูนย์วิทยพัชกร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ ด้านความรู้ในวัฒนธรรม (n = 473)

ด้านความรู้ในวัฒนธรรม	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. รับรู้และเข้าใจความหมายการตายดีของผู้ป่วยที่มีความเชื่อวิธีคิด ประสบการณ์และบริบททางสังคมที่แตกต่างกัน	3.45	0.62	มาก
2. ให้การดูแลช่วยเหลือแบบประคับประคองต่อผู้ป่วยโดยสอดคล้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อ ของผู้ป่วยเสมอ	3.42	0.65	มาก
3. รู้และเข้าใจพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อ วิธีชีวิต ในเรื่องความปวด	3.32	0.68	มาก
4. มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น เช่น อาการหอบเหนื่อย ความปวด เป็นต้น กับผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทั้งอายุ เพศ ประสบการณ์ ความเชื่อ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.24	0.67	มาก
5. มีความรู้ในการใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ	3.22	0.69	มาก
6. มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยแต่ละคนและสามารถนำมาวางแผนการดูแลได้สอดคล้องกับผู้ป่วยที่มีความเชื่อที่แตกต่างกัน	3.21	0.66	มาก
7. เข้าใจอย่างถ่องแท้เรื่องสิทธิของผู้ป่วยใกล้ตาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสิ่งที่ต้องการครบถ้วนและตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์	3.16	0.76	มาก
8. ใช้การบำบัดทางเลือกเช่น การนวด การทำสมาธิ การประคบร้อน- เย็นมาผสมผสานการดูแลผู้ป่วยทุกคนได้ตามความต้องการและความเชื่อของผู้ป่วยเสมอ นอกเหนือจากการใช้ยา	3.10	0.77	มาก
9. รู้และเข้าใจเรื่องพิธีกรรมทางศาสนา ประเพณีเกี่ยวกับความตายเช่น การกล่าวอำลา การขอโทษกรรม และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้เป็นอย่างดี	3.08	0.77	มาก



ตารางที่ 6 (ต่อ)

	ด้านความรู้ในวัฒนธรรม	$\bar{X}$	SD	ระดับ
10.	ศึกษาหาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการอ่านหนังสือเอง ถามผู้รู้และเข้าไปเรียนรู้กับผู้ที่มีประสบการณ์ตรงอย่างสม่ำเสมอ	2.93	0.77	ปานกลาง
11.	มีความรู้ ความเข้าใจในประเด็นทางกฎหมายและจริยธรรมเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต เช่น การทำพินัยกรรมของชีวิต	2.82	0.85	ปานกลาง
12.	เข้าร่วมอบรมวิชาการหรือทำวิจัยในประเด็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่อง	2.56	0.97	ปานกลาง
	<b>โดยรวม</b>	<b>3.12</b>	<b>0.46</b>	<b>มาก</b>

จากตารางที่ 6 การรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำแนกรายข้อ ด้านความรู้ในวัฒนธรรมโดยภาพรวมมีความเหมาะสมมาก ( $\bar{X} = 3.12$ ,  $SD = 0.46$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าทุกข้อมีค่าเฉลี่ยเหมาะสมมาก โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ รับรู้และเข้าใจความหมายการตายดีของผู้ป่วยที่มีความเชื่อ วิถีคิด ประสบการณ์และบริบททางสังคมที่แตกต่างกัน ( $\bar{X} = 3.45$ ,  $SD = 0.62$ ) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ เข้าร่วมอบรมวิชาการหรือทำวิจัยในประเด็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่อง ( $\bar{X} = 2.56$ ,  $SD = 0.97$ )

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ ด้านความเชี่ยวชาญในวัฒนธรรม (n = 473)

ด้านความเชี่ยวชาญในวัฒนธรรม	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. เปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยได้มีโอกาสระบายความวิตกกังวลหรือความโศกเศร้าออกมาและรับฟังด้วยความตั้งใจ	3.53	0.64	มาก
2. สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมได้อยู่ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาจนกระทั่งเสียชีวิตตามความต้องการ ความเชื่อ ศาสนาและวัฒนธรรมของผู้ป่วย	3.51	0.64	มาก
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย นำสิ่งของที่มีความหมายทางด้านจิตใจ มาไว้ใกล้ตัว เช่น พระพุทธรูป ไม้กางเขน ตุ๊กตา เป็นต้น	3.51	0.67	มาก
4. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติศาสนกิจตามความเชื่อทางศาสนาของตนเองได้ เช่น การทำสังฆทานสะเดาะเคราะห์ การโปรดศีลเจิม การทำละหมาด	3.48	0.69	มาก
5. จัดการดูแลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับความสุขสบาย ทั้งทางร่างกายจิตใจ สังคม จิตวิญญาณตามความเชื่อ ความศรัทธาของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ	3.33	0.67	มาก
6. เปิดโอกาสในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนาตามความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว	3.29	0.75	มาก
7. สอบถามเกี่ยวกับค่านิยม ความหวังและความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเชื่อ ความศรัทธา	3.23	0.73	มาก
8. ประสานงานกับทีมสุขภาพเพื่อให้ทราบถึงปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อการช่วยเหลือที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อ	3.23	0.78	มาก
9. ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับบุคคลที่มีความหมาย และเป็นที่ยอมรับเพื่อให้ได้กล่าวคำขอโทษ/อโหสิกรรม หรือได้กล่าวคำอำลาต่อกันตามความเชื่อและวิถีชีวิตของผู้ป่วย	3.20	0.74	มาก

ตารางที่ 7 (ต่อ)

	ด้านความเชี่ยวชาญในวัฒนธรรม	$\bar{X}$	SD	ระดับ
10.	สอนให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีประเมินความปวด ตำแหน่งที่ปวด ความรุนแรงของอาการปวด ด้วยวิธีที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้และร่วมมือในการปฏิบัติ	3.19	0.70	มาก
11.	จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นสัดส่วน สะอาด และสงบ ปราศจากเสียง กลิ่นรบกวน สอดคล้องตามความเชื่อวิถีชีวิตของผู้ป่วยเสมอ	3.15	0.77	มาก
12.	เชื่อมโยงข้อมูลของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องข้อมูลหลังทางวัฒนธรรมจากการสอบถาม ตรวจร่างกายหรือการประเมินอื่นๆของผู้ป่วยและครอบครัวนำมาวางแผนและดูแลผู้ป่วย	3.10	0.78	มาก
13.	ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนาในทุกศาสนา ธรรมเนียมประเพณีต่างๆ	3.10	0.77	มาก
14.	บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับศาสนา วัฒนธรรม และความเชื่อด้านสุขภาพในแบบบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง	2.92	0.86	ปานกลาง
	<b>โดยรวม</b>	<b>3.26</b>	<b>0.47</b>	<b>มาก</b>

จากตารางที่ 7 การรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำแนกรายข้อ ด้านความเชี่ยวชาญในวัฒนธรรมโดยภาพรวมมีความเหมาะสมมาก ( $\bar{X} = 3.26$ ,  $SD = 0.47$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าทุกข้อมีค่าเฉลี่ยเหมาะสมมาก โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ เปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยได้มีโอกาสระบายความวิตกกังวลหรือความโศกเศร้าออกมาและรับฟังด้วยความตั้งใจ ( $\bar{X} = 3.53$ ,  $SD = 0.64$ ) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับศาสนา วัฒนธรรมและความเชื่อด้านสุขภาพในแบบบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ( $\bar{X} = 2.92$ ,  $SD = 0.86$ )

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรม ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ ด้านการเข้าถึงวัฒนธรรม (n = 473)

ด้านการเข้าถึงวัฒนธรรม	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. แสดงท่าทีที่เป็นมิตรด้วยการยิ้มและพูดจาเป็นกันเองกับผู้ป่วยทุกรายที่มีความเชื่อ อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา แตกต่างจากฉัน โดยไม่รู้สึกลำบากใจ	3.52	0.67	มาก
2. ประสานสายตากับผู้ป่วย พร้อมสัมผัสผู้ป่วยทุก ครั้ง ขณะสนทนาเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจและพร้อมที่จะระบายความรู้สึกเครียด โศกเศร้า ท้อแท้ออกมา	3.38	0.72	มาก
3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวซักถามเกี่ยวกับความก้าวหน้าของโรค แผนการรักษาที่ได้รับ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น	3.29	0.73	มาก
4. มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและครอบครัวที่มีความเชื่อหรือให้คุณค่าเรื่องความตายที่แตกต่างจากฉัน	3.27	0.79	มาก
5. แสดงออกถึงสีหน้า ท่าทางที่แสดงให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกถึงการเข้าใจและยอมรับในความเป็นบุคคลของเขา	3.25	0.71	มาก
6. ใช้เทคนิคการสื่อสารอื่นที่เป็นประโยชน์เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การฟัง ความเงียบ การใช้คำถามปลายเปิด การสรุปความ การสัมผัส	3.23	0.76	มาก
7. บอกข่าวร้ายให้กับผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้โดยคำนึงถึงเวลา สถานที่และสภาพความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละรายทุกครั้ง	3.22	0.76	มาก
8. ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความรู้สึกและการรับรู้เกี่ยวกับความตายของตนเองโดยการฟังและพูดสะท้อนความรู้สึกของเขา	3.21	0.77	มาก

ตารางที่ 8 (ต่อ)

	ด้านการเข้าถึงวัฒนธรรม	$\bar{X}$	SD	ระดับ
9.	พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ป่วยเกี่ยวกับประสบการณ์การสูญเสียเพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมรับกับภาวะสุดท้ายของชีวิต	3.13	0.80	มาก
10.	พูดคุยเกี่ยวกับคุณค่า เป้าหมายชีวิตและความเชื่อในชีวิตหลังความตายเพื่อประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว	3.09	0.84	มาก
11.	พูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวโดยใช้ภาษาท้องถิ่น ภาษาดั้งประเทศนอกจากภาษาไทยที่ใช้ปกติแล้ว	2.89	0.83	ปานกลาง
	<b>โดยรวม</b>	<b>3.22</b>	<b>0.48</b>	<b>มาก</b>

จากตารางที่ 8 การรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำแนกรายข้อ ด้านการเข้าถึงในวัฒนธรรมโดยภาพรวมมีความเหมาะสมมาก ( $\bar{X}=3.22$ ,  $SD = 0.48$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าทุกข้อมีค่าเฉลี่ยเหมาะสมมาก โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ แสดงท่าที่เป็นมิตรด้วยการยิ้มและพูดจาเป็นกันเองกับผู้ป่วยทุกรายที่มีความเชื่อ อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา แตกต่างจากฉัน โดยไม่รู้สึกลำบากใจ ( $\bar{X} = 3.52$ ,  $SD = 0.67$ ) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ พูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวโดยใช้ภาษาท้องถิ่น ภาษาดั้งประเทศนอกจากภาษาไทยที่ใช้ปกติแล้ว ( $\bar{X} = 2.89$ ,  $SD = 0.83$ )

**ตารางที่ 9** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรม ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ ด้านความปรารถนาในวัฒนธรรม( $n = 473$ )

ด้านความปรารถนาในวัฒนธรรม	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. เอาใจใส่ผู้ป่วยและครอบครัวโดยไม่แสดงท่าทีรังเกียจ	3.50	0.73	มาก
2. ให้การดูแลช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยทุกรายโดยผู้ป่วยไม่ต้องร้องขอ	3.48	0.74	มาก
3. ยินดีรับฟังการระบายความโศกเศร้า ความกังวลใจของญาติ หลังผู้ป่วยเสียชีวิต	3.46	0.67	มาก
4. ตั้งใจและเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเต็มความสามารถโดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างทางเชื้อชาติ ศาสนา	3.45	0.74	มาก
5. ตรวจสอบเยี่ยมผู้ป่วย และให้การดูแลผู้ป่วยทุกรายอย่างเท่าเทียมกันเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจในบริการและรู้สึกปลอดภัย อันจะนำมาซึ่งความร่วมมือในการรักษาโดยไม่ต้องมีใครมาร้องขอ	3.43	0.71	มาก
6. ยินดีให้เวลากับผู้ป่วยและครอบครัวเสมอเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวต้องการนั้น	3.41	0.67	มาก
7. ตั้งใจที่จะเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีวัฒนธรรมที่หลากหลาย	3.39	0.71	มาก
8. มีแรงจูงใจที่จะดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีวัฒนธรรมที่หลากหลายและที่แตกต่างจากฉัน	3.38	0.70	มาก
9. พุดคุย สอบถามความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในการนำแนวปฏิบัติทางศาสนา วัฒนธรรมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย	3.35	0.73	มาก

ตารางที่ 9 (ต่อ)

	ด้านความปรารถนาในวัฒนธรรม	$\bar{X}$	SD	ระดับ
10.	ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกรายโดยใช้หลักเอาใจเขามาใส่ใจเรา เพื่อให้การดูแลที่สอดคล้องทางวัฒนธรรม ความเชื่อของผู้ป่วย	3.33	0.72	มาก
11.	เต็มใจอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยที่กำลังจะสิ้นใจพร้อมกับญาติ นำให้ผู้ป่วยคิดถึงสิ่งที่เขาเชื่อถือและสัมผัสมือผู้ป่วยเบาๆ ทุกครั้ง	3.27	0.74	มาก
12.	กล่าวชมต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรมของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว	3.25	0.76	มาก
13.	หากผู้ป่วยไม่มีญาติ เต็มใจอยู่เป็นเพื่อนและสัมผัสตัวผู้ป่วยตลอดเวลาจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต	3.22	0.76	มาก
	<b>โดยรวม</b>	<b>3.37</b>	<b>0.48</b>	<b>มาก</b>

จากตารางที่ 9 การรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำแนกรายข้อ ด้านการเข้าถึงในวัฒนธรรมโดยภาพรวมมีความเหมาะสมมาก ( $\bar{X}=3.37$ ,  $SD = 0.48$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าทุกข้อมีค่าเฉลี่ยเหมาะสมมาก โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ เอาใจใส่ผู้ป่วยและครอบครัวโดยไม่แสดงท่าทีรังเกียจ ( $\bar{X} = 3.50$ ,  $SD = 0.73$ ) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ หากผู้ป่วยไม่มีญาติ เต็มใจ อยู่เป็นเพื่อนและสัมผัสตัวผู้ป่วยตลอดเวลาจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต ( $\bar{X} = 3.22$ ,  $SD = 0.76$ )

## ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การศึกษาการเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข นำเสนอในตารางที่ 10 -14

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามอายุ จากการวิเคราะห์ความแปรปรวน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F-test	Pvalue
<b>ด้านการตระหนักในวัฒนธรรม</b>					
ระหว่างกลุ่ม	1.025	3	.342	3.080	.027
ภายในกลุ่ม	52.009	469	.111		
<b>รวม</b>	<b>53.034</b>	<b>472</b>			
<b>ด้านความรู้ในวัฒนธรรม</b>					
ระหว่างกลุ่ม	2.003	3	.668	3.189	.024
ภายในกลุ่ม	98.207	469	.209		
<b>รวม</b>	<b>100.210</b>	<b>472</b>			
<b>ด้านความเชี่ยวชาญในวัฒนธรรม</b>					
ระหว่างกลุ่ม	1.206	3	.402	1.823	.142
ภายในกลุ่ม	103.452	469	.221		
<b>รวม</b>	<b>104.658</b>	<b>472</b>			



ตารางที่ 10 (ต่อ)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F-test	Pvalue
<b>ด้านความปรารถนาใน</b>					
<b>วัฒนธรรม</b>					
ระหว่างกลุ่ม	1.375	3	.458	1.927	.124
ภายในกลุ่ม	111.559	469	.238		
<b>รวม</b>	<b>112.934</b>	<b>472</b>			
<b>การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมใน</b>					
<b>การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย</b>					
<b>โดยรวม</b>					
ระหว่างกลุ่ม	1.166	3	.389	2.777	.041
ภายในกลุ่ม	65.650	469	.140		
<b>รวม</b>	<b>66.816</b>	<b>472</b>			

จากตารางที่ 10 พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีช่วงอายุต่างกันที่มีการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านการตระหนักในวัฒนธรรม ด้านความรู้ในวัฒนธรรม และการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านความรู้ในวัฒนธรรมและด้านความปรารถนาในวัฒนธรรม ไม่แตกต่างกัน

เพื่อให้เห็นว่าเป็นด้านการตระหนักในวัฒนธรรม ด้านความรู้ในวัฒนธรรมและการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวม อายุช่วงใดที่มีความแตกต่างกันจึงทำการทดสอบเป็นรายคู่ โดยด้วยวิธี Least-Significant Different (LSD) ผลดังตารางที่ 11-13

ตารางที่ 11 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ ด้านการตระหนักในวัฒนธรรม จำแนกตามอายุ

		อายุ			
อายุ		21 - 30 ปี	31 - 40 ปี	41 - 50 ปี	51 - 60 ปี
ด้านการตระหนักในวัฒนธรรม	$\bar{X}$	3.53	3.56	3.64	3.66
อายุ 21 - 30 ปี	3.53	-	-	-	-
อายุ 31 - 40 ปี	3.56	0.0339	-	-	-
อายุ 41 - 50 ปี	3.64	0.1095*	0.0756*	-	-
อายุ 51 - 60 ปี	3.66	0.1340	0.1001	0.0246	-

\* P<0.05

จากตารางที่ 11 พบว่า การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้านการตระหนักในวัฒนธรรม ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่มีช่วงอายุ 41-50 ปี มีการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากกว่าช่วงอายุ 21-30 ปี และอายุ 31-40 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกนั้นช่วงอายุอื่นไม่แตกต่างกัน

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ ด้านความรู้ในวัฒนธรรม จำแนกตามอายุ

อายุ		อายุ			
		21 - 30 ปี	31 - 40 ปี	41 - 50 ปี	51 - 60 ปี
ด้านความรู้ในวัฒนธรรม	$\bar{X}$	3.05	3.10	3.16	3.33
อายุ 21 - 30 ปี	3.05	-	-	-	-
อายุ 31 - 40 ปี	3.10	0.0449	-	-	-
อายุ 41 - 50 ปี	3.16	0.1110	0.0660	-	-
อายุ 51 - 60 ปี	3.33	0.2793*	0.2344*	0.1684	-

\* P<0.05

จากตารางที่ 12 พบว่า การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้านความรู้ในวัฒนธรรม ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่มีช่วงอายุ 51-60 ปี มีการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากกว่าช่วงอายุ 21-30 ปี และอายุ 31-40 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกนั้นช่วงอายุอื่น ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 13 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวม

อายุ	อายุ				
	21 - 30 ปี	31 - 40 ปี	41 - 50 ปี	51 - 60 ปี	
<b>การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรม</b>					
<b>ในการดูแลผู้ป่วย</b>					
ระยะสุดท้ายโดยรวม	$\bar{X}$	3.25	3.26	3.36	3.36
อายุ 21 - 30 ปี	3.25	-	-	-	-
อายุ 31 - 40 ปี	3.26	0.0099	-	-	-
อายุ 41 - 50 ปี	3.36	0.1082*	0.0983*	-	-
อายุ 51 - 60 ปี	3.36	0.1089	0.0990	0.0007	-

\* P<0.05

จากตารางที่ 13 พบว่า การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวม ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่มีช่วงอายุ 41-50 ปี มีการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากกว่าช่วงอายุ 21-30 ปี และอายุ 31-40 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกนั้น ช่วงอายุไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รายด้าน และโดยรวม จำแนกตามระดับการศึกษา

การปฏิบัติเชิง วัฒนธรรมในการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย	ระดับการศึกษา	n	$\bar{X}$	SD	t-test	df	P-value
ด้านการตระหนัก ในวัฒนธรรม	ปริญญาตรี	413	3.57	0.34	1.87	471	0.03
	ปริญญาโท	60	3.66	0.27			
ด้านความรู้ในวัฒนธรรม	ปริญญาตรี	413	3.11	0.45	1.13	471	0.25
	ปริญญาโท	60	3.18	0.46			
ด้านความเชี่ยวชาญ ในวัฒนธรรม	ปริญญาตรี	413	3.25	0.47	1.73	471	0.08
	ปริญญาโท	60	3.36	0.44			
ด้านการเข้าถึงวัฒนธรรม	ปริญญาตรี	413	3.21	0.49	0.67	471	0.50
	ปริญญาโท	60	3.26	0.45			
ด้านความปรารถนา ในวัฒนธรรม	ปริญญาตรี	413	3.36	0.49	1.61	471	0.10
	ปริญญาโท	60	3.47	0.45			
การปฏิบัติเชิง วัฒนธรรมในการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยรวม	ปริญญาตรี	413	3.28	0.37	1.67	471	0.09
	ปริญญาโท	60	3.37	0.34			

จากตารางที่ 14 พบว่า การรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยรวมของพยาบาลวิชาชีพที่มีระดับการศึกษาต่างกันไม่แตกต่างกัน แต่พิจารณารายด้านมีเฉพาะด้านการตระหนักในวัฒนธรรม พยาบาลระดับปริญญาโทมีสูงกว่าระดับปริญญาตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านอื่น ๆ ไม่มีความแตกต่างกัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และ เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา โดยมีสมมุติฐานการวิจัยดังนี้

1. การรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุ ระดับการศึกษาที่ต่างกัน มีความแตกต่างกัน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็น พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ หอผู้ป่วยสูติกรรม หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม หอผู้ป่วยพิเศษและหอผู้ป่วยวิกฤติ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีประสบการณ์ในการทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปและดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 17 แห่ง โดยศึกษาจากพยาบาลพยาบาลวิชาชีพที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 473 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามประเมินการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 58 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของ Campinha-Bacote (1998) โดยนำมาปรับให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทยในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 คน โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความสอดคล้องกับคำจำกัดความสำนวนภาษา ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะได้ค่า CVI = 0.81 แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ระหว่างข้อคำถามกับคะแนนรวมของทุกข้อคำถาม(Corrected item-total correlation) ซึ่งแบบสอบถามการรับรู้การปฏิบัติเชิง

วัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีข้อคำถามค่าสัมประสิทธิ์ระหว่างข้อคำถามกับคะแนนรวมของทุกข้อคำถามอยู่ในช่วง .4-.5 จำนวน 13 ข้อ ช่วง .6-.7 จำนวน 36 ข้อ ช่วง .8-.9 จำนวน 9 ข้อ และมีจำนวน 1 ข้อที่มีค่าต่ำกว่า .3 ผู้วิจัยจึงได้ตัดข้อคำถามออก 1 ข้อ สรุปได้ข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 66 ข้อ หลังจากนั้นจึงนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยวิกฤติ โรงพยาบาลราชบุรี มีประสบการณ์ในการทำงาน 1 ปีขึ้นไปจำนวน 30 คน นำคะแนนที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อคำถามเป็นรายข้อ และหาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ ในด้านการตระหนักในวัฒนธรรมด้านความรู้ในวัฒนธรรม ด้านความเชี่ยวชาญในวัฒนธรรม ด้านการเข้าถึงในวัฒนธรรม ด้านปรารถนาในวัฒนธรรม เท่ากับ .80, .89, .92, .93, .95 ตามลำดับ และผู้วิจัยได้หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81, .85, .88, .85, และ .89 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์พร้อมซองตอบกลับให้ฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วย ช่วยในการแจกแบบสอบถามและเก็บรวบรวมแบบสอบถามกลับคืนให้ผู้วิจัยทางไปรษณีย์ทั้งสิ้นจำนวน 478 ฉบับ ได้รับการตอบกลับมาจำนวน 473 ฉบับ คิดเป็น 98.95 ของจำนวนแบบสอบถามที่ส่งไปทั้งหมด 478 ฉบับ จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS /FW (Statistical package for the social science for window) คำนวณหาค่าร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) สถิติทดสอบที (T-test) และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way Anova) ทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยเรื่อง ศึกษาการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีผลการวิจัยดังนี้

1. การรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยรวมมีความเหมาะสมมาก ( $\bar{X} = 3.29$ ,  $SD = 0.37$ ) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพเหมาะสมมากทุกด้านและด้านที่มีค่าเฉลี่ย

มากที่สุดคือ ด้านการตระหนักในวัฒนธรรม ( $\bar{X} = 3.58$ ,  $SD = 0.33$ ) ส่วนด้านที่มีคะแนนน้อยสุดคือ ด้านความรู้ในวัฒนธรรม ( $\bar{X} = 3.12$ ,  $SD = 0.46$ )

2. การรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา

2.1 พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุต่างกัน มีการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แตกต่างกัน พบว่า โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุ 51-60 ปีและ 41-50 ปี มีการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเหมาะสมกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุ 21-30 ปี และอายุ 31-40 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกนั้น ไม่แตกต่างกัน

2.2 พยาบาลวิชาชีพที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่มีความแตกต่างกัน

### อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยที่พบในการศึกษานี้ ผู้วิจัยขอนำเสนอการอภิปรายผลการวิจัยตามประเด็นดังต่อไปนี้

1. การรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยภาพรวม จำแนกตามรายด้าน รายข้อ
2. การรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา

จากผลการวิจัยที่พบในการศึกษาครั้งนี้ สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังต่อไปนี้

1. การรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยภาพรวม จำแนกตามรายด้าน รายข้อ

จากผลการศึกษา พบว่า การรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยภาพรวม มีความเหมาะสมมาก ( $\bar{X} = 3.29$ ,  $SD = 0.37$ ) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านการตระหนักในวัฒนธรรม ( $\bar{X} = 3.58$ ,  $SD = 0.33$ ) ความปรารถนาในวัฒนธรรม ( $\bar{X} = 3.37$ ,  $SD = 0.48$ ) ความเชี่ยวชาญในวัฒนธรรม ( $\bar{X} = 3.26$ ,  $SD = 0.47$ ) การเข้าถึงในวัฒนธรรม ( $\bar{X} = 3.22$ ,  $SD = 0.48$ ) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านความรู้ในวัฒนธรรม ( $\bar{X} = 3.12$ ,  $SD = 0.46$ ) อธิบายได้ว่า ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้สังคมมนุษย์มีการปรับเปลี่ยนไปเป็น



สังคมที่หลากหลายด้วยผู้คนที่มีความแตกต่างด้านเชื้อชาติ ภาษา ความเชื่อ วิถีชีวิต เป็นต้น ย่อมส่งผลกระทบต่อให้ประเทศต่างๆ มีการพัฒนาระบบบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการที่มีความแตกต่างกัน โดยไม่เลือกปฏิบัติ เช่นเดียวกับระบบบริการทางสุขภาพที่มีนโยบายหรือแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 ที่มียุทธศาสตร์ในการสร้างระบบบริการที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ ที่เอาใจใส่ต่อความทุกข์และมีความละเอียดอ่อนต่อมิติทางสังคมวัฒนธรรมของความเจ็บป่วยและใส่ใจในมิติของความเป็นมนุษย์ (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 10, 2550) สอดคล้องกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA ที่มีจุดเน้นการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (อนุวัฒน์ ศุภชติกุล, 2550) และสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย (2546) ซึ่งประกาศจริยธรรมทางวิชาชีพทางการแพทย์ที่ว่า พยาบาลวิชาชีพต้องให้การพยาบาลด้วยหลักความยุติธรรม และความเสมอภาคในมนุษย์ อธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพต้องให้การพยาบาลเพื่อช่วยให้ประชาชนที่ต้องการบริการทางสุขภาพ ได้รับความช่วยเหลืออย่างทั่วถึง และดูแลให้ผู้รับบริการได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมกับความต้องการอย่างดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ด้วยความเคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิในการมีความสุขของบุคคลอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่จำกัดชนชั้น วรณะ เชื้อชาติ ศาสนา เศรษฐฐานะ เพศ สถานภาพทางสังคมและโรคที่เป็น เช่นเดียวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความแตกต่างกันทั้งเชื้อชาติ เพศ ศาสนา ที่มีความต้องการ การดูแลแบบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณรวมไปถึงการดูแลนั้น ต้องคำนึงถึงความเชื่อ วัฒนธรรมของผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายในแต่ละวัฒนธรรมมีความคิด ความเชื่อ เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความตายต่างกัมนั้นต้องอาศัยแนวคิดการพยาบาลเชิงวัฒนธรรม (เกสินี วุฒิวงศ์, 2550) ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยที่ต้องเข้าถึงความคิด ความเชื่อ ค่านิยม วิถีชีวิต สอดคล้องกับ Leiminger (1991) ที่มุ่งเน้นการดูแลให้ผู้ป่วยให้สอดคล้องตามความต้องการและตามเชื้อชาติวัฒนธรรมของผู้ป่วย โดยยึดหลักการดูแลแบบองค์รวมเช่นกัน จากเหตุผลเชิงนโยบายดังกล่าว ควบคู่กับจรรยาบรรณวิชาชีพ รวมไปถึงการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของระบบบริการที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ ที่จะส่งเสริมให้คุณภาพการดูแลสูงขึ้น อีกทั้งค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาลดลง ลดปัญหาการฟ้องร้อง จึงได้มีการรณรงค์และน่านโยบายดังกล่าวลงสู่การปฏิบัติในทุกโรงพยาบาล จากเหตุผลดังกล่าวจึงส่งผลให้การรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยภาพรวม มีความเหมาะสมมาก

เมื่อพิจารณาการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเมื่อเปรียบเทียบกับกรอบแนวคิดของการวิจัย อธิบายได้ดังนี้แนวคิด Campinha- Bacote (1998) พบว่า การปฏิบัติเชิง

วัฒนธรรมเป็นกระบวนการที่บุคลากรทางสุขภาพมีความสามารถในการปฏิบัติงานกับผู้รับบริการ ที่มีบริบทความแตกต่างกันทางวัฒนธรรม โดยการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมเป็นกระบวนการที่มีความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ 5 ด้านคือ ด้านการตระหนักในวัฒนธรรม ความรู้ในวัฒนธรรม ความเชี่ยวชาญในวัฒนธรรม การเข้าถึงในวัฒนธรรมและความปรารถนาในวัฒนธรรม (Campinha-Bacote, 2007) ตามลำดับ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่ามีความแตกต่างกันคือ องค์ประกอบในการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ เมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยรายด้านขององค์ประกอบการปฏิบัติการพยาบาลเชิงวัฒนธรรมเรียงจากค่าเฉลี่ยมากไปสู่น้อยพบว่า องค์ประกอบของการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เริ่มจากด้านการตระหนักในวัฒนธรรม ความปรารถนาในวัฒนธรรม ความเชี่ยวชาญในวัฒนธรรม การเข้าถึงในวัฒนธรรม และความรู้ในวัฒนธรรม อธิบายได้ว่า ถึงแม้ว่าพยาบาลวิชาชีพ มีความตระหนัก ความไว ไม่มีอคติต่อวัฒนธรรมผู้อื่น และมีแรงจูงใจ ตั้งใจที่จะให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมเพียงไร แต่ขาดองค์ความรู้ในวัฒนธรรมจะไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง สอดคล้องกับ Doolen (2007) ศึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า พยาบาลยังขาดองค์ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใน 3 ประเด็นคือ 1) การสื่อสาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะใกล้ตายของผู้ป่วย 2) การตัดสินใจร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเด็นแนวทางในการให้การรักษาส่งท้าย 3)ทัศนคติในการยุติช่วยฟื้นคืนชีพ ที่ขึ้นอยู่กับความแตกต่างทางวัฒนธรรม

เมื่อพิจารณารายด้าน ผลการศึกษา พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยการรับรู้เหมาะสมมากที่สุดคือ ด้านการตระหนักในวัฒนธรรม ( $\bar{X} = 3.58$ ,  $SD = 0.33$ ) อธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้ถึงการมีกระบวนการรู้คิด มีความไวที่สังเกตเห็นถึงความสำคัญของการให้คุณค่า ความเชื่อ วิถีชีวิต วิธีการแก้ปัญหาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความแตกต่างกันทางด้านวัฒนธรรมอย่างเหมาะสมมาก รวมไปถึงการไม่มีอคติต่อวัฒนธรรมของผู้อื่นและวัฒนธรรมของตนเอง สอดคล้องกับ Campinha-Bacote (1998) กล่าวว่า การตระหนักในวัฒนธรรม คือ การตรวจสอบเชิงลึกถึงเบื้องหลังวัฒนธรรมของผู้ให้บริการ และไม่มีอคติต่อวัฒนธรรมของผู้อื่นที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมของตนเอง จากกรอบแนวคิดการวิจัย พบว่า ด้านการตระหนักในวัฒนธรรม เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาในครั้งนี้กับบริบทในต่างประเทศ พบว่ามีความสอดคล้องกัน โดยการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้านการตระหนักในวัฒนธรรมมีความเหมาะสมมาก สอดคล้องกับ Doorenbos & Schim (2004) พบว่า การรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในประเทศสหรัฐอเมริกา ด้านการตระหนักในวัฒนธรรมมี

ความเหมาะสมมากเช่นกัน อภิปรายว่า แม้ว่าในต่างประเทศและประเทศไทยมีความแตกต่างกัน ในด้านผู้รับบริการที่มีความแตกต่างทางเชื้อชาติ ภาษา ศาสนา ความเชื่อ วิถีชีวิต เป็นต้น แต่ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของทั้ง 2 บริบทที่มีความต้องการเหมือนกันคือ การต้องการแบบองค์รวมโดยการดูแลด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ (เกศิณี วุฒิวงศ์, 2550) แต่ต้องสอดคล้องกับวัฒนธรรมนั้น ๆ ซึ่งการที่พยาบาลวิชาชีพจะมีการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ตอบสนองต่อความต้องการแบบองค์รวมและสอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยนั้น พยาบาลวิชาชีพต้องให้การพยาบาลโดยแสดงออกถึงความจริงใจ และให้ความสนใจในผู้ให้บริการ โดยการรับฟังและเรียนรู้จากผู้ให้บริการ โดยต้องมีความตระหนักในอคติและความลำเอียงต่อวัฒนธรรมของผู้อื่น (Leininger, 2003) สอดคล้องกับ Carey & Cosgrove (2006) พบว่าการที่พยาบาลวิชาชีพขาดความไวเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างสอดคล้องตามวัฒนธรรมนั้นๆ ในกระบวนการของความตาย

และเมื่อพิจารณารายข้อ ด้านการตระหนักในวัฒนธรรม ข้อที่มีการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมมีความเหมาะสมปานกลางจำนวน 1 ข้อ ได้แก่ 1) ฉันรู้สึกอึดอัดที่จะรับฟังและพูดคุยเกี่ยวกับความเชื่อเรื่องความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวที่ไม่สอดคล้องกับความเชื่อของฉัน โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ฉันเชื่อว่าการปฏิบัติพยาบาลอย่างนุ่มนวล อ่อนโยนต่อผู้ป่วยแสดงถึงการให้เกียรติ เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ต่อผู้ป่วย ( $\bar{X} = 3.58$ ,  $SD = 0.33$ ) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ฉันรู้สึกอึดอัดที่จะรับฟังและพูดคุยเกี่ยวกับความเชื่อเรื่องความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวที่ไม่สอดคล้องกับความเชื่อของฉัน เมื่อเปรียบเทียบกับกรอบแนวคิดของ Campinha-Bacote (1998) พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบว่า มีอคติต่อวัฒนธรรมในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีวัฒนธรรมแตกต่างจากตนเอง จึงรู้สึกไม่สบายใจที่จะรับฟังผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการให้การดูแล และอาจเนื่องมาจากในสังคมไทย คนทั่วไปมักมีทัศนคติในแง่ลบเกี่ยวกับความตาย ถือว่า ความตายเป็นเรื่องอัปมงคล เป็นสัญญาณของการสูญเสีย พลัดพราก และความโศกเศร้า จึงมักหลีกเลี่ยงที่จะพูดถึงความตาย แต่ถ้าพยาบาลมีความรู้สึกต่อต้านและลำบากที่จะพูดถึงความตายที่ไม่สอดคล้องกับความเชื่อของตัวเอง ก็จะไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดี (Grubbs, 1999) ในทางตรงกันข้าม ถ้าพยาบาลวิชาชีพมีความเข้าใจยอมรับ ไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการมีสัมพันธภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษา อรรถยา อมรพรหมภักดี (2544) พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถรับรู้อารมณ์ความรู้สึกของพยาบาลผ่านทางพฤติกรรมกรดูแลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วย

จะสามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้พ้นทุกข์และเผชิญกับความตายอย่างสงบได้ จึงส่งผลให้ค่าเฉลี่ยในข้อนี้อยู่ในระดับปานกลาง

ผลการศึกษา ตามกรอบแนวคิดการวิจัย พบว่า ด้านความปรารถนาในวัฒนธรรมมีค่าเฉลี่ยการรับรู้เหมาะสมมาก ( $\bar{X} = 3.37$ ,  $SD = 0.48$ ) อธิบายว่า พยาบาลวิชาชีพการรับรู้ที่แสดงออกถึงความตั้งใจ แรงจูงใจที่ต้องการที่จะให้บริการกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมอย่างแท้จริง มีความเหมาะสม สอดคล้องกับ Campinha-Bacote (1998) กล่าวว่า ความปรารถนาในวัฒนธรรม หมายถึง บุคลากรทางสุขภาพมีแรงจูงใจ มีแรงบันดาลใจหรือความปรารถนาอย่างแท้จริงแก่ผู้ใช้บริการที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม อภิปรายว่า การที่พยาบาลแสดงถึงความจริงใจในการให้บริการกับผู้ที่มีความแตกต่างวัฒนธรรม เป็นลักษณะพื้นฐานภายในส่วนบุคคลที่แสดงออกมาให้เห็นในการสร้างสัมพันธภาพ คำพูดและการกระทำของบุคลากรทางสุขภาพต้องสอดคล้องกับความรู้สึกภายใน ถ้าความรู้สึกภายในเป็นทางลบ ควรจะหาวิธีแก้ไขความรู้สึกตนเองก่อนที่จะไปให้บริการแก่ผู้ใช้บริการ (สุดศิริ หิรัญชุนหะและคณะ, 2550) เพื่อป้องกันความไม่เข้าใจในการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ และอาจส่งผลต่อคุณภาพบริการ

เมื่อพิจารณารายข้อ ด้านความปรารถนาในวัฒนธรรม พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยการรับรู้เหมาะสมมากที่สุดคือ ฉันเอาใจใส่ผู้ป่วยและครอบครัวโดยไม่แสดงท่าทีรังเกียจ ( $\bar{X} = 3.50$ ,  $SD = 0.73$ ) ส่วนข้อที่มีคะแนนน้อยสุดคือ หากผู้ป่วยไม่มีญาติ ฉันเต็มใจอยู่เป็นเพื่อนและสัมผัสตัวผู้ป่วยตลอดเวลาจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต ( $\bar{X} = 3.22$ ,  $SD = 0.76$ ) อภิปรายว่า การพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความแตกต่างด้านเพศ เชื้อชาติ ภาษา ความเชื่อ จะต้องขึ้นอยู่กับการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย การพยาบาลดังกล่าวไม่ใช่สูตรสำเร็จที่ต้องปฏิบัติกับผู้ป่วยทุกราย การตอบสนองต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้นอยู่กับความเอื้ออาทรและความใส่ใจที่พยาบาลมีต่อผู้ป่วยเป็นสำคัญ สอดคล้องกับ การศึกษาของคณะกรรมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อธิบายลักษณะพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะต้องมีจิตใจที่อยากช่วยเหลือ รู้เขารู้เรา เอาใจเขามาใส่ใจเรา จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีและสงบได้ (คณะกรรมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, 2552) เช่นเดียวกับกรณีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่มีญาติ ถ้าพยาบาลให้การพยาบาลด้วยความเต็มใจ เอาใจใส่ด้วยความเอื้ออาทร ให้เกียรติและให้ความเคารพอย่างสม่ำเสมอสอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบ และเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ ทองประทีปและจรงค์ ศุภกิจเจริญ (2552) ศึกษา ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใน

มิติจิตวิญญาณ พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะรู้สึกอบอุ่นใจที่สามารถฝากผีฝากไข้กับพยาบาลได้ และเกิดความมั่นใจว่าจะไม่ต้องตายอย่างโดดเดี่ยวในโรงพยาบาล

ผลการศึกษาด้านความเชี่ยวชาญในวัฒนธรรม พบว่า มีค่าเฉลี่ยการรับรู้เหมาะสมมาก ( $\bar{X} = 3.12, SD = 0.46$ ) อธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้ถึงความสามารถในการเก็บรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับประวัติ ข้อมูลและปัญหาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวอย่างถูกต้องตามลักษณะพื้นฐานของแต่ละวัฒนธรรม อย่างเหมาะสมมากซึ่งสอดคล้องกับ Campinha-Bacote (1998) กล่าวว่า ความเชี่ยวชาญในวัฒนธรรม คือ กระบวนการเรียนรู้ถึงการประเมินทางวัฒนธรรม การตรวจร่างกาย เพื่อให้ได้มาซึ่งความต้องการที่แท้จริงของผู้ใช้บริการ อภิปรายว่าการที่พยาบาลวิชาชีพจะสามารถเข้าถึงความเชื่อ ค่านิยม ตลอดจนแบบแผนการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่ส่งผลการต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งแบบแผนความเชื่อและค่านิยมของผู้รับบริการอาจกลายเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมการวางแผนกิจกรรมทางการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการกับผู้รับบริการอย่างแท้จริง พยาบาลวิชาชีพต้องสามารถประเมินทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ สอดคล้องกับ Leininger (1984) ได้ให้ความหมายการประเมินทางวัฒนธรรมว่า เป็นการประเมินหรือตรวจสอบบุคคล กลุ่มชนอย่างเป็นระบบ มุ่งศึกษาวัฒนธรรมที่เป็นความเชื่อ ค่านิยม รวมถึงการปฏิบัติที่แสดงออกภายใต้สังคมวัฒนธรรมนั้นๆ โดยในปัจจุบันได้มีแบบประเมินทางวัฒนธรรมที่หลากหลาย แต่หากพิจารณาอย่างถ่องแท้เราจะพบคำตอบที่ว่า ไม่ว่าแบบประเมินทางวัฒนธรรมจะสมบูรณ์หรือดีเลิศเพียงใด หากผู้ใช้เครื่องมือไม่มีความรู้ความเข้าใจ เครื่องมือหรือแบบประเมินนั้นย่อมไร้ความหมาย (ปิยธิดา นาคะเกษียร, 2551) เครื่องมือการประเมินทางวัฒนธรรมที่สำคัญคือ ตัวของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งในบริบทของต่างประเทศพบว่ามีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมมากมาย ขึ้นอยู่กับแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ เช่น เครื่องมือวัดทัศนคติทางวัฒนธรรม (Cultural attitude scale), เครื่องมือประเมินระดับความมั่นใจตามการรับรู้ของตนเองเกี่ยวกับวัฒนธรรม (Cultural self efficacy) ซึ่งพัฒนาตามกรอบแนวคิดของโลนิงเจอร์ แต่ในการศึกษานี้ได้ใช้เครื่องมือ IAPCC-R (Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence Among Healthcare Professionals-Revised) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากแนวคิดของแคมพินฮา บาคอท สอดคล้องกับ สุกศิริ หิรัญชุนหะ (2550) กล่าวว่า IAPCC-R เป็นเครื่องมือที่มีความเหมาะสมมากที่สุดเพื่อนำไปสู่การพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมแต่ในบริบทของประเทศไทย ยังขาดการพัฒนาเครื่องมือในการประเมินการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม

เมื่อพิจารณารายข้อ ข้อที่มีระดับการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพมีความเหมาะสมระดับปานกลางจำนวน 1 ข้อ ได้แก่ 1) ฉันทันทีก็

ข้อมูลของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับศาสนา วัฒนธรรมและความเชื่อด้านสุขภาพในแบบบันทึกทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง และข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ฉันเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยได้มีโอกาสระบายความวิตกกังวลหรือความ โศกเศร้าออกมาและรับฟังด้วยความตั้งใจ ( $\bar{X} = 3.53$ ,  $SD = 0.64$ ) ส่วนข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ ฉันบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับศาสนา วัฒนธรรมและความเชื่อด้านสุขภาพในแบบบันทึกทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ( $\bar{X} = 2.92$ ,  $SD = 0.86$ ) เมื่อเปรียบเทียบกับบริบทในต่างประเทศ พบว่ามีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Doorenbos & Schim (2006) พบว่าในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลขาดการประเมินและบันทึกข้อมูลพื้นฐานทางด้านวัฒนธรรมของผู้ป่วยระยะสุดท้าย อภิปรายว่า ในวิชาชีพทางการแพทย์ ถือว่าการบันทึกทางการแพทย์มีความสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการแสดงบทบาทของพยาบาลในการปฏิบัติวิชาชีพ และความเป็นอิสระในการปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาล (มณฑลิมทองกุล, 2539) ซึ่งการบันทึกทางการแพทย์เป็นการบันทึกสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ตั้งแต่เข้ามาอนในโรงพยาบาล จนจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งบันทึกทางการแพทย์มีประโยชน์ในการติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลและทีมสุขภาพ ตอบสนองต่อแพทย์ และผู้ที่ต้องการข้อมูลที่บันทึกที่ถูกต้อง (แสวง บุญเฉลิมวิภาส, 2543) รวมทั้งยังเป็นหลักฐานทางกฎหมาย เพื่อป้องกันการฟ้องร้องที่อาจจะเกิดขึ้น ถึงแม้ว่าการบันทึกทางการแพทย์จะมีความสำคัญมากเพียงใด แต่ในทางปฏิบัติยังพบความบกพร่องในการบันทึกโดยขาดการประเมินที่ครอบคลุมทั้งปัญหาทางกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งเนื้อหาในการบันทึกส่วนใหญ่จะเป็นปัญหาทางกาย ขาดการค้นหาคำถามอื่น ๆ เช่น ความเชื่อด้านสุขภาพ วิถีชีวิต ศาสนารวมไปถึงขาดความต่อเนื่องในการบันทึก ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ พรจันท์ สุวรรณชาติ (2540) ที่พบว่า การบันทึกทางการแพทย์เป็นการบันทึกข้อมูลแบบไม่ครบถ้วน เขียนตามความรู้สึกนึกคิด เขียนเลียนแบบจากวันก่อน เขียนไม่ต่อเนื่อง เป็นต้น จากปัญหาดังกล่าว จึงส่งผลต่อค่าเฉลี่ยในข้อนี้อยู่ในระดับน้อย

ผลการศึกษา ตามกรอบแนวคิดการวิจัย พบว่า ด้านการเข้าถึงในวัฒนธรรมมีค่าเฉลี่ยการรับรู้เหมาะสมมาก ( $\bar{X} = 3.22$ ,  $SD = 0.48$ ) อธิบายว่า พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการมีปฏิสัมพันธ์ การปรับและเลือกใช้วิธีการปฏิสัมพันธ์ที่หลากหลายกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับ Campinha- Bacote (1998) กล่าวว่า การเข้าถึงในวัฒนธรรม หมายถึง กระบวนการที่บุคลากรทางสุขภาพมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการที่มีภูมิหลังทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาในครั้งนี้กับบริบทในต่างประเทศ พบว่า มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Randhawa & Owen (2003) ที่ศึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศอังกฤษ พบว่า การที่บุคลากรทางสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วย

ระยะสุดท้ายไม่สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมได้ อาจส่งผลต่อความไม่เข้าใจกันและอาจส่งผลต่อคุณภาพการดูแลได้

เมื่อพิจารณารายข้อด้านการเข้าถึงวัฒนธรรม พบว่า ข้อที่มีระดับการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลมีความเหมาะสมปานกลางจำนวน 1 ข้อ ได้แก่ 1) ฉันสามารถพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวโดยใช้ภาษาท้องถิ่น ภาษาต่างประเทศนอกจากภาษาไทยที่ใช้ปกติแล้ว และข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ฉันแสดงท่าทีเป็นมิตรด้วยการยิ้มและพูดจาเป็นกันเองกับผู้ป่วยทุกรายที่มีความเชื่อ อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนาแตกต่างจากฉัน โดยไม่รู้สึกลำบากใจ ( $\bar{X} = 3.52$ ,  $SD = 0.67$ ) ส่วนข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ ฉันสามารถพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวโดยใช้ภาษาท้องถิ่น ภาษาต่างประเทศนอกจากภาษาไทยที่ใช้ปกติแล้ว ( $\bar{X} = 2.89$ ,  $SD = 0.83$ ) อภิปรายว่า ในปัจจุบันการสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญในกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม พยาบาลวิชาชีพในฐานะผู้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จำเป็นต้องมีทักษะในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวเพื่อสร้างสัมพันธภาพอันดี อันจะส่งผลต่อการให้ความร่วมมือในกระบวนการรักษาพยาบาล สอดคล้องกับ Schiwiran (1978) พบว่าความสามารถในการติดต่อสื่อสาร ได้แก่ การสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ความสามารถในการใช้ภาษา เป็นสมรรถนะด้านหนึ่งที่สำคัญของการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งในปัจจุบันกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความแตกต่างกันทั้งในด้าน ภาษาที่ใช้ในการติดต่อ ความเชื่อ ศาสนา และอื่นๆซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Hill & Penso (1995) พบว่า การสื่อสารที่ดีเป็นส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและเป็นหัวใจของการปฏิบัติการพยาบาลเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีความเข้าใจในเรื่องของความแตกต่าง และทักษะในการติดต่อในการใช้ภาษา เนื่องจากภาษาเป็นการสื่อสารที่แสดงออกถึงความรู้สึกและเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วย (Whitman, 2009) ที่พยาบาลวิชาชีพต้องมีทักษะในการใช้ภาษาที่มีความแตกต่างกัน จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า พยาบาลวิชาชีพยังขาดทักษะในการสื่อสารภาษาต่างประเทศ ภาษาอื่น ๆ นอกเหนือจากภาษาไทย แม้กระทั่งภาษาท้องถิ่นของพยาบาลวิชาชีพเอง จึงมีความเป็นอยู่อย่างยั้งที่ทำให้ต้องมีการจัดอบรมเกี่ยวกับการใช้ภาษาสำหรับพยาบาลวิชาชีพ เช่น ภาษาอังกฤษ ภาษาญี่ปุ่น ภาษาจีน เป็นต้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจในพฤติกรรมและสามารถให้บริการที่ตรงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้มากที่สุด

ผลการศึกษา พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยในการรับรู้เหมาะสมน้อยที่สุดคือ ความรู้ในวัฒนธรรม ( $\bar{X} = 3.12$ ,  $SD = 0.46$ ) เมื่อเปรียบเทียบกับกรอบแนวคิด Campinha-Bacote (1998) อธิบายได้ว่า ในบริบทประเทศไทยถึงแม้พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการ

ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้านการตระหนักในวัฒนธรรมเหมาะสมมาก แต่พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้ที่แสดงถึงการมีองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความแตกต่างกันทางวัฒนธรรมทั้งในด้านความเชื่อด้านสุขภาพ อุบัติการณ์การเกิดโรค การรักษาพยาบาล อย่างเหมาะสมน้อย แต่เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษานี้กับบริบทในต่างประเทศ พบว่ามีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Carey & Cosgrove (2006) ที่ศึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม พบว่า พยาบาลยังขาดองค์ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความตายและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งในด้านการยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ การจำกัดเวลาในการเข้าเยี่ยมของญาติ การปฏิบัติศาสนกิจตามความเชื่อของผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล รวมไปถึงการปฏิบัติศาสนกิจ พิธีกรรมหลังผู้ป่วยเสียชีวิตภายใต้ความแตกต่างกันทางวัฒนธรรม อภิปรายว่า ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังขาดการเตรียมองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม แต่การปฏิบัติการพยาบาลที่ผ่านมาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้มาจากองค์ความรู้ในระดับปริญญาตรีและประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลจากรุ่นสู่รุ่น สอดคล้องกับ Degner & Gow (1988) พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการเตรียมความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีความวิตกกังวลลดลง และมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่า ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพการดูแล และในบริบทในต่างประเทศได้ให้ความสำคัญในการเปิดการเรียนการสอนหลักสูตรการพยาบาลเชิงวัฒนธรรมสำหรับนักศึกษาพยาบาลสอดคล้องกับการศึกษาของ Cuellar et al. (2008) ที่นำหลักสูตรการพยาบาลเชิงวัฒนธรรม มาบรรจุในการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาลในทุกชั้นปีในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อจะได้นำองค์ความรู้มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม แต่ในประเทศไทยยังไม่มีองค์ความรู้วิชาชีพ หรือมหาวิทยาลัยใดเปิดหลักสูตรการเรียนการสอนการพยาบาลเชิงวัฒนธรรมที่เป็นหลักสูตรเฉพาะ แต่จะเป็นการสอดแทรกในการเรียนการสอนจริยธรรมทางวิชาชีพ ดังนั้นควรมีการเตรียมองค์ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม เหมือนการปฏิบัติการพยาบาลด้านอื่น ๆ ของพยาบาลวิชาชีพ เช่น การพยาบาลผู้ป่วยทางศัลยกรรม การพยาบาลทางอายุรกรรม เป็นต้น จากเหตุผลดังกล่าว จึงส่งผลให้การรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้านความรู้ในวัฒนธรรมมีค่าเฉลี่ยการรับรู้เหมาะสมน้อย

และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีค่าเฉลี่ยการรับรู้เหมาะสมปานกลางจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 1) ฉันศึกษาหาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการอ่านหนังสือเอง ถามผู้รู้และเข้าไปเรียนรู้กับผู้ที่มีประสบการณ์ตรงอย่างสม่ำเสมอ 2) ฉันมีความรู้ ความเข้าใจในประเด็นทางกฎหมายและจริยธรรมเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต เช่น การทำพินัยกรรมชีวิต 3) ฉันเข้าร่วมอบรมวิชาการหรือทำ



วิจัยในประเด็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่อง และข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ถิ่นรับรู้ และเข้าใจความหมายการตายดีของผู้ป่วยที่มีความเชื่อ วิธีคิด ประสบการณ์และบริบททางสังคมที่แตกต่างกัน ( $\bar{X} = 3.45$ ,  $SD = 0.62$ ) ส่วนข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ ถิ่นเข้าร่วมอบรมวิชาการหรือทำวิจัยในประเด็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่อง ( $\bar{X} = 2.56$ ,  $SD = 0.97$ ) อภิปรายได้ว่า ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า พยาบาลยังขาดองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และขาดช่องทางในการหาความรู้ในการพัฒนาองค์ความรู้ในด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม โดย Campinha – Bacote (1998) กล่าวว่า ช่องทางที่จะพัฒนาองค์ความรู้ในการพัฒนาความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความแตกต่างด้านวัฒนธรรม มีหลากหลายช่องทางได้แก่ การอ่านหนังสือเอง การสืบค้นความรู้ทางวัฒนธรรมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ การดูวิดีโอ เป็นต้น โดยจากความรู้นี้ พยาบาลวิชาชีพต้องประยุกต์ใช้เพื่อสนองตอบความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละราย

จากผลการศึกษาครั้งนี้ยัง พบว่า กลุ่มของพยาบาลวิชาชีพที่ต้องเผชิญกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นส่วนใหญ่ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤติ (ร้อยละ 21.8) และหอผู้ป่วยอายุรกรรม (ร้อยละ 28.5) สอดคล้องกับการศึกษาของ Richard et al. (2005) พบว่า ผู้ป่วยชาวอเมริกันประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลต้องการได้รับการรักษาและเสียชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Doolen (2007) กล่าวว่า ความรู้เกี่ยวกับการแตกต่างทางวัฒนธรรมเป็นความรู้โดยพื้นฐานของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤติในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงเห็นได้ว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ควรได้รับการส่งเสริมในการพัฒนาตนเองในด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมก่อน เนื่องจากพยาบาลกลุ่มดังกล่าวต้องเผชิญกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกวันมากกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกอื่นๆ จึงเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการพิจารณาในการพัฒนาองค์ความรู้กับพยาบาลวิชาชีพกลุ่มดังกล่าว เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างครอบคลุมและมีคุณภาพทางการบริการทางการพยาบาล

## 2. การรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ

### จำแนกตาม อายุ และระดับการศึกษา

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุต่างกัน มีการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแตกต่างกัน พบว่า โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุ 51-60 ปี และ 41-50 ปี มีการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเหมาะสมกว่า

พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุ 21-30 ปี และอายุ 31-40 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกนั้นไม่แตกต่างกัน

### 1) อายุ

ผลการศึกษา พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีช่วงอายุต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ที่มีการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านการตระหนักในวัฒนธรรม ด้านความรู้ในวัฒนธรรม และการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกนั้นไม่แตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวม พบว่า การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวม ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่มีช่วงอายุ 41-50 ปี มีการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากกว่าช่วงอายุ 21-30 ปี และอายุ 31-40 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกนั้นไม่แตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายรายด้าน พบว่า การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้านการตระหนักในวัฒนธรรม ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่มีช่วงอายุ 41-50 ปี มีการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากกว่าช่วงอายุ 21-30 ปี และอายุ 31-40 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกนั้นไม่แตกต่างกัน และ การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้านความรู้ในวัฒนธรรม ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่มีช่วงอายุ 51-60 ปี มีการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากกว่าช่วงอายุ 21-30 ปี และอายุ 31-40 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกนั้นไม่แตกต่างกัน อภิปรายว่า การพัฒนาของมนุษย์ในแต่ละช่วงวัยนั้น มีความแตกต่างกันทั้ง พัฒนาการด้านร่างกาย พัฒนาการด้านอารมณ์ พัฒนาการด้านสังคม พัฒนาการด้านสติปัญญา ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้กลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยมีช่วงอายุ 18-40 ปี และวัยกลางคนหรือวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง โดยมีช่วงอายุ 40-60 ปี (ทิพย์ภา เชนธุ์ชาวลิต, 2537) และอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คนมีความแตกต่างกันในเรื่องความคิดเห็นและพฤติกรรมการทำงาน เมื่ออายุมากขึ้นมีการเรียนรู้มากขึ้นความคิดและพฤติกรรมจะปรับเปลี่ยนด้วย (ศิริรัตน์ เสรีรัตน์, 2541) โดยเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีช่วงอายุ 51-60 และ 41-50 ปีมีการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมมากกว่า 21-30 ปี และอายุ 31-40 ปีหรืออีกนัยหนึ่งคือ พยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง โดยบุคคลที่มีการพัฒนาการตามวัยนี้ที่เหมาะสมจะมีความสามารถในการปรับตัว มีความคิดริเริ่ม มีเหตุผล

มีคุณภาพทางอารมณ์ สุขุมรอบคอบ มีความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานที่สูงขึ้น(เพ็ญพิไล ฤทธาคณานนท์, 2550) สอดคล้องกับการศึกษา อรรถยา อมรพรหมภักดี (2544) พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุมาก มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถาบันให้บริการทางสุขภาพ มากกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุน้อยและสอดคล้องกับการศึกษาของ Sargent (2005) พบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มีระดับการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมมากกว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 และ Doorenbos & Schim (2006) ศึกษาตัวแปรที่ส่งผลต่อการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า อายุของพยาบาลวิชาชีพที่มากขึ้นส่งผลต่อการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากเหตุผลดังกล่าว พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุต่างกัน มีการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแตกต่างกัน

## 2) ระดับการศึกษา

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพที่มีระดับการศึกษาต่างกัน ไม่แตกต่างกัน แต่พิจารณารายด้านมีเฉพาะด้านการตระหนักในวัฒนธรรมเท่านั้นที่พยาบาลระดับปริญญาโทมีสูงกว่าระดับปริญญาตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านอื่น ๆ ไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิราจันทร์ คณหา (2541) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับชั้นปีการศึกษากับการปฏิบัติการเชิงวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการเชิงวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล และอาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี(ร้อยละ 88.2) ซึ่งได้รับการศึกษาที่มีมาตรฐานเดียวกัน ทำให้มีความรู้และทักษะใกล้เคียงกัน จึงมีการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับใกล้เคียงกัน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาในระดับปริญญาโท (ร้อยละ 11.8) อาจได้รับมอบหมายงานอื่นๆในระดับที่สูงขึ้นที่ไม่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง (กุลวดี อภิชานินทร, 2548) รวมไปถึงในปัจจุบันช่องทางแห่งการเรียนรู้ในการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติงาน มีหลายช่องทาง เช่น การสืบค้นผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ประชุมทางวิชาการ อบรมหลักสูตรระยะสั้น รวมถึงการเรียนรู้กับผู้ที่มีประสบการณ์ตรง จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีมีการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่แตกต่างกับพยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาในระดับปริญญาโท จากเหตุผลดังกล่าว พยาบาลวิชาชีพที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่มีความแตกต่างกัน

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยครั้งนี้

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพโดยภาพรวมมีความเหมาะสมมาก ( $\bar{X} = 3.29$ ,  $SD = 0.37$ ) โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อพิจารณาการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในแต่ละด้านพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมด้านการตระหนักในวัฒนธรรม ความปรารถนาในวัฒนธรรม ความเชี่ยวชาญในวัฒนธรรม การเข้าถึงในวัฒนธรรม อยู่ในระดับความเหมาะสมมากแต่ด้านความรู้ในวัฒนธรรมมีน้อย ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้อง

1.1 ผู้บริหารทางการแพทย์ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายมีความรู้ด้านวัฒนธรรมการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเพิ่มขึ้น

1.2 ผู้บริหารทางการแพทย์ควรจัดการอบรมให้กับพยาบาลระดับปฏิบัติการที่มีอายุน้อย ไม่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยจัดระบบพยาบาลพี่เลี้ยงในการให้การคำปรึกษากับพยาบาลจบใหม่เกี่ยวกับองค์ความรู้ในการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแล และส่งผลต่อคุณภาพการดูแลที่มีประสิทธิภาพ

1.3 ควรจัดให้มีหลักสูตร เพื่อหารายวิชาเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพเนื่องจากผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการอบรมการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การทำวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จึงควรนำผลการวิจัยไปศึกษาต่อ ดังนี้

2.1 ควรนำผลการวิจัยไปศึกษาการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โดยการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์องค์ประกอบการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและศึกษาปัจจัยที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความต่างทางวัฒนธรรม

2.2 การศึกษาโปรแกรมการพัฒนาการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพใน  
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. (2542). มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กุลวดี อภิชาติบุตร. (2548). สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ. พยาบาลสาร 32(4): 7-23.
- เกศินี วุฒิวงศ์. (2550). การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในวัฒนธรรมล้านนา. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 30 (1):63-69.
- คณะกรรมการพัฒนาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. (2552). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ. (2550). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554). กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข
- งามพิศ สัตย์สงวน. (2543). หลักมานุษยวิทยากับวัฒนธรรม. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: รามการพิมพ์.
- จิราจันทร์ คณา. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การยอมรับการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านกับการปฏิบัติการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภาคเหนือตอนล่าง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทักษิณี ทองประทีป และจรงค์ สุภกิจเจริญ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณ [ออนไลน์]. (2552). แหล่งที่มา: <http://www.ccne.or.th> [2552, มิถุนายน 21].
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2547). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2535). การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น.
- ประคอง วรรณสูตร. (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: ประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ็น.การพิมพ์.
- ปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติการตายของประชากรปี 2550 [ออนไลน์]. (2552). แหล่งที่มา: <http://www.nso.go.th> [2552, สิงหาคม 15].

- ปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การแบ่งเขตการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข [ออนไลน์] (2552). แหล่งที่มา: <http://www.person/vian/goverment/2551/เอกสารประกอบการประชุม> [2553, เมษายน3].
- ปาทัน บัญหลง. (2546). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: คุณค่าของการพยาบาล. การประชุมวิชาการ เรื่อง พยาบาลกับการดูแลระยะสุดท้าย. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี. กรุงเทพมหานคร. (อัครา).
- ปียธิดา นาคเกษียร. (2551). เครื่องมือประเมินทางวัฒนธรรม: คุณค่าไขมิติทางสังคมวัฒนธรรมของผู้รับบริการสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม 9(16): 48-55.
- พรจันทร์ สุวรรณชาติ. (2540). การบันทึกทางการพยาบาล. ขอนแก่น: ภาควิชาการพยาบาลและอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เพ็ญพิไล ฤทธาณานนท์. (2550). พัฒนาการมนุษย์. กรุงเทพมหานคร: ชรรคมดาเปรส.
- ภาวนา จงทักษิณวัตร. (2542). การจัดการเพื่อสนับสนุนพยาบาลประจำการในการดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มณฑา ลิ้มทองกุล. (2539). การบันทึกทางการพยาบาล. หน่วยบริการการศึกษา ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2542). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. กรุงเทพมหานคร: รามากรพิมพ์.
- วันดี สุทธิรงค์. (2548). ทฤษฎีการดูแลเชิงวัฒนธรรมที่มีความหลากหลายและความเป็นสากลของโลนิงเจอร์. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 25(2): 95-111.
- วันทิวา วัฒนะโชติ. (2540). การสื่อสารบอกความจริงเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายตามการรับรู้และการปฏิบัติงานของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันเพ็ญ พิชิตพรชัย. (2546) การพยาบาลกับความต่างทางวัฒนธรรม. วารสารพยาบาลศาสตร์ 16(1): 2-6.
- วาสนี วิเศษฤทธิ์. (2548). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 6(4): 23-34.

- วาสินี วิเศษฤทธิ์. (2549). การสังเคราะห์สถานการณ์การดูแลแบบประคับประคองในบริบทของประเทศไทย. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 7(3): 12-20.
- วีรณัฐ วิบูลย์พันธ์. (2550). สมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2548). การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม. วารสารพยาบาล 45(1): 8-16.
- ศิริรัตน์ เสรีรักษ์ และคณะ. (2541). พฤติกรรมองค์กร. กรุงเทพมหานคร: ชีระพิมพ์และไซเทกส์.
- สถาพร ลีลำนันทกิจ. (2547). คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมาคมผู้บริหารโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2544). ใน เอกสารวิชาการ ชุดที่ 12: การบริหารโรงพยาบาลและการประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ็น.การพิมพ์.
- สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. (2552). ใน เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่อง การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมและการสื่อสารเพื่อความเป็นเลิศทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ็น.การพิมพ์.
- สุดศิริ หิรัญชุนหะ และคณะ. (2550). สมรรถนะทางวัฒนธรรมทางการพยาบาล องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ. วารสารสภาการพยาบาล 22(1): 9-27.
- อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. (2550). มาตรฐาน HA และเกณฑ์พิจารณาบูรณาการภาพรวมโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: ดีไซร์.
- อรรธยา อมรพรหมภักดี . (2544). พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลในสถาบันให้บริการสุขภาพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อรวรรณ คล้ายพยัคฆ์. (2549). การศึกษาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย [ออนไลน์]. (2550). แหล่งที่มา : <http://www.doctor.or.th> [2552, มิถุนายน 24].



เอกวิทย์ ฌ ถกลาง. (2541). ภูมิปัญญาชาวบ้านที่ภูมิภาค: วิถีชีวิตและกระบวนการเรียนรู้ของชาวบ้านไทย. โครงการกิตติมเชิ สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เอกสารวิชาการ ชุดที่ 12: การบริหารโรงพยาบาลและการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

### ภาษาอังกฤษ

Andrew, M. M., and Boyle, J. S. (2008). Transcultural Concepts in Nursing Care. New York: Wolters Kluwer.

Best, J. W. (1977). Research in Education. 3<sup>rd</sup> ed. New Jersey: Prentice Hall.

Campinha-Bacote, J. (1998). A model and instrument for addressing cultural competence in health care. Journal of Nursing Education 38(5): 203-207.

Campinha-Bacote, J. (2003). Cultural Desire: the key to unlocking cultural competence. Journal of Nursing Education 42(6): 239-240.

Campinha-Bacote. (2007). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Service. Washington: Transcultural care Associates.

Campinha-Bacote, J. (2008). Cultural competency of graduating vs Bachelor of Science nursing Student. Journal for Healthcare Professional 28(1): 129-139.

Carey, S. M., & Cosgrove, J. F. (2006). Cultural Issues surrounding end of life care. Journal of Current Anaesthesia & Critical Care 17: 263-270.

Castro, A. (2009). The effects of nurse practitioner cultural competence on Latina patient satisfaction. Journal of the American of Nurse Practitioners 21: 278-276.

Carol, G. (2008). Factors affecting the provision of culturally congruent care to Arab Musalim by critical care nurses. Journal of Australian critical care 21: 167-171.

Carol, A. (2009). Nursing for wellness in older adults. 5<sup>th</sup> ed. New Jersey: Wolters Kluwer.

Clarke, E. B, et al. (2003). Quality indicators for end-of-life-care in the intensive care unit. Journal of Critical Care Medicine 31(9): 225-231.

Cuellar, N. G., Brennan, A. M., Vito, K., Siantz, M. L. (2008). Cultural Competence in the Undergraduate Nursing Curriculum. Current Anaesthesia & Critical Care 17: 263-270

David, T. C, Ian, N. (2006). Cultural Competence in Nursing: New Meanings. Journal of Transculture Nursing 17(1): 82-88.

- Degner, R. E., Gow, J. (2006). Strategies for Developing Cultural Competence in an RN-BSN Program. Journal of Transcultural Nursing 17(2): 179-183.
- Doolen, L. (2007). Cultural Difference with End of life care in the Critical Care Unit. Journal of Hospice and Palliative Nursing 8(5): 302-307
- Doorenbos, A. Z, Schim, S. M. (2004). Cultural competence in hospice. American Journal of Hospice & Palliative care 21(1): 28-32.
- Doorenbos, A. Z., and Schim, S. M., and B., Pharm, N. B. (2006). Cultural Competence Among Hospice Nurses. Journal of Hospice and Palliative Nursing 8(5): 302-307.
- Flowers, D. L. (2004). Culturally Competent Nursing Care A Challenge for the 21<sup>st</sup> Century. Critical Care Nursing 24(4): 48-52.
- Giger, J. N., and Davidhizar, R. (2002). The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model. Journal of Transcultural Nursing 13(3): 185-188.
- Grech, C. (2008). Factors affecting the provision of culturally congruent care to Arab Muslims by critical care nurses. Australian Critical Care 21(3): 167-171.
- Hill, D., Penso, D. (1995). Opening Doors: Improving access to hospice and specialist palliative care services by member of the black and minority ethnic communication. International journal of Palliative Nursing 9(1): 24-30.
- Leighton, K& Dubas, J. (2009). Stimulated Death An Innovative Approach to Teaching End-of-Life-Care. Clinician Stimulation in Nursing 5(6): 223-230.
- Leininger, M. (1991). Cultural care diversity and universality : A theory of nursing. New York: National League for Nursing.
- Leininger, M. (2003). Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice. New York: Wiley.
- Leininger, M. M. (2006). Cultural care diversity & universality a theory of nursing. London: Jone & Bartlett.
- Maynard, A. &, Bulger, J. (1990). Competency in a changing world. The Canadian Nurse 5(7): 24-25.
- McCormick, J. E., and Ilgen, D. (1985). Industrial and organization psychology. 3<sup>rd</sup> ed .Englewood: Prentice-Hall.
- Mellisa, J. (2010). End of life management of adult patients in an Australian metropolitan Intensive care unit: A retrospective observational study. Australian Critical Care 23: 13-19.

- Narayanasamy. (2006). The impact of empirical studies of spirituality and culture on nurse education. Journal of Clinical Nursing 15: 840-851
- Omachonu, V. K. (1990). Quality of care and the patient: New criteria for evaluation. Health Care Management Review 15(3): 43-50.
- Punnett, L. (2002). The Purnell Model of Cultural competence. Journal Transculture Nursing 13(3): 194-195.
- Rothschild, S. K. (1998). Cross – cultural issues in primary care medicine. Disease Management 44: 298-319.
- Sargent, S. E., Sedlak, C. A., Martsof, D. S. (2005). Cultural Competence among nursing students and faculty. Nurse Education Today 25: 214-221.
- Schim, S. M., Doorenbos, A. Z., Borse, N. (2005). Cultural Competence Among Ontario and Michigan Healthcare Providers. Journal of Nursing Scholarship 37(4): 354-360.
- Schiwiran, R. A. (1978). Experiential learning an approach to transcultural education for nursing. Journal of Transcultural Nursing 4: 4-11.
- Sim, R., Moss, V. A. (1995). Palliative care for people with AIDS. London: Edward Arnold.
- Grubb, T. (1999). Toward a culturally competent system of care. Washington D.C: Georgetown University.
- Tammy, M., Kimberly, E, Yu. Xu. (2008). Cultural Competence of North Carolina Nurse : A journey from novice to expert. Home Health Care Management & Practice 20(6): 454-460.
- Tilden, V. P. (2009). Policy Issues in End of Life Care. Journal of Professional Nursing 25(6):363-368 .
- Whitman, M., Davis, J. (2009). Register nurses perception of cultural and linguistic hospital resources. Nursing Outlook 57(1): 35-41.
- WHO. WHO cause of death [Online]. (2002). Available from: <http://www.healthinfo/statistic/death.com> [2010, April 3]
- WHO. (2002). WHO definition of palliative care [Online]. (2010). Available from: [http://www.lifeproject.org/definitions/palliative\\_care\\_from\\_other\\_source.pdf](http://www.lifeproject.org/definitions/palliative_care_from_other_source.pdf) [2010, April 3]



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิจัยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ -สกุล ผู้ทรงคุณวุฒิ

ตำแหน่งสถานที่ปฏิบัติงานและ  
ความเชี่ยวชาญ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญ โยภาสกุล - อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล  
อายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหิดล  
- มีประสบการณ์ในการทำงานเป็นพยาบาล  
ดูแลผู้ป่วยเชิงวัฒนธรรมใน  
ประเทศออสเตรเลีย  
-เขียนบทความวิชาการเกี่ยวกับการพยาบาลเชิง  
วัฒนธรรม
2. ดร.ศุคศิริ หิรัญชอุณหะ - หัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัย  
สงขลานครินทร์  
-เขียนบทความวิชาการ ผลงานวิจัยเกี่ยวกับ  
การพยาบาลเชิงวัฒนธรรม
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.หทัยชนก บัวเจริญ - อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาล  
อนามัยชุมชนและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ  
-เขียนบทความวิชาการ ผลงานวิจัยเกี่ยวกับ  
การพยาบาลเชิงวัฒนธรรม  
-เชี่ยวชาญในการการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรม  
ในระบบบริการพยาบาล ของสังคมไทย
4. พันตรีหญิง ดร.วรรณรัตน์ ศรีกนก - อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาล  
กองทัพบก  
-เชี่ยวชาญด้านการประเมินและวัดผล  
ผลการศึกษา วิทยาลัยกองทัพบก

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-สกุล ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่งสถานที่ปฏิบัติงานและ ความเชี่ยวชาญ
5. รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ตั้งวรพงษ์ชัย	<ul style="list-style-type: none"> <li>-ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น</li> <li>-มีความเชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยเด็ก ระยะสุดท้าย</li> <li>-เขียนหนังสือตำรา ความตายและภาวะใกล้ตาย การพยาบาลผู้ป่วยเด็ก</li> <li>-เขียนบทความวิชาการ การดูแลผู้ป่วยเด็กในระยะ สุดท้าย</li> </ul>
6. นางสาวอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช	<ul style="list-style-type: none"> <li>-พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง APN PalliativeCare (ระดับ 8) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี</li> <li>-ได้รับวุฒิบัตรการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศแคนาดา</li> <li>-วิทยากรบรรยายและแบ่งปันประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั่วประเทศ มากกว่า 10 ปี</li> </ul>
7. นางธนิดา ตั้งยิ่งยง	<ul style="list-style-type: none"> <li>-พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าศูนย์องค์รวม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์</li> <li>-ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากกว่า 10 ปี เป็นวิทยากรรับเชิญบรรยายเรื่อง การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ในงาน การประชุมวิชาการประจำปีการพัฒนารับรอง คุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่ 8</li> </ul>



ภาคผนวก ข

หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ที่ ศบ 0512.11/2392

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

1) ธันวาคม 2552

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครราชธานี

เนื่องด้วย นางสาวกนกวรรณ โกลา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "สมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. วาสนิ วิเศษฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไปในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 23 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งนี้บัณฑิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวกนกวรรณ โกลา ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นงกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ส่วนเขียนงานบริการการศึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อ นิสิต

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. วาสนิ วิเศษฤทธิ์ โทร. 0-2218-9831

นางสาวกนกวรรณ โกลา โทร. 08-1902-3301

ศูนย์บริการการศึกษา  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## แบบสอบถาม

## เรื่อง

“การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล  
ระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข”

## เรียน ผู้ตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ ข้อมูลที่ได้จากท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวิจัย ซึ่งผลจากการวิจัยนี้มีคุณค่าต่อการนำไปเป็นข้อมูลช่วยในการปรับปรุงและพัฒนาการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ คำชี้แจงเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามมีดังนี้

1. แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วย 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วย  
ระยะสุดท้าย

2. ผู้วิจัยขอรับรองว่าจะเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวมเพื่อประโยชน์ในเชิงวิชาการเท่านั้น จะไม่ก่อให้เกิดผลเสียต่อท่านและหน่วยงานของท่านแต่อย่างใด

3. แบบสอบถามฉบับนี้ ผู้ตอบ คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์มากกว่า 1 ปี กรุณาอ่านคำชี้แจงก่อนตอบแบบสอบถามและกรุณาตอบทุกข้อคำถาม เพื่อให้ได้คำตอบที่สมบูรณ์อันจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการวิเคราะห์ที่ได้จริง ผู้วิจัยขอความกรุณาส่งแบบสอบถามกลับที่ฝ่ายการพยาบาล ภายใน 1 สัปดาห์ หลังจากท่านได้รับแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว

ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

กนกวรรณ โภคา

(นางสาวกนกวรรณ โภคา)

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง: โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หน้าคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริง และเติมคำตอบลงในช่องว่าง

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี
2. เพศ ( ) หญิง ( ) ชาย
3. สถานภาพสมรส ( ) โสด ( ) คู่ ( ) หม้าย/หย่า/แยก
4. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย .....ปี
5. ระดับการศึกษาสูงสุด
  - ( ) ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า.....
  - ( ) ปริญญาโท (โปรดระบุสาขา).....
  - ( ) ปริญญาเอก (โปรดระบุสาขา).....
  - ( ) อื่น ๆ (โปรดระบุสาขา).....
6. ท่านปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใด
  - ( ) หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป ( ) หอผู้ป่วยอายุรกรรม
  - ( ) หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ( ) หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท
  - ( ) หอผู้ป่วยสูติ นรีเวช ( ) หอผู้ป่วยวิกฤติ
  - ( ) อื่น ๆ โปรดระบุ.....
7. ท่านเคยเข้ารับการอบรมเรื่องการพยาบาลเชิงวัฒนธรรม
  - ( ) เคย ( ) ไม่เคย
8. จำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ท่านให้การดูแล..... คน (โปรดระบุโดยประมาณต่อเดือน/ปี)

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย  ลงใน  หลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน ตามความเป็นจริงเพียงข้อเดียว โดยแต่ละช่องมีความหมาย ดังนี้

(1) หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด

(2) หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นบางส่วน

(3) หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นบางส่วน

(4) หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				ผู้วิจัย
	(4)	(3)	(2)	(1)	
<b>1. การตระหนักในวัฒนธรรม ( Cultural awareness )</b>					
1. ฉันไม่แสดงอารมณ์หงุดหงิด รำคาญต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความแตกต่างด้านเชื้อชาติ เพศ ศาสนาขณะให้การพยาบาล					
2. ฉันให้การพยาบาลกับผู้ป่วยทุกคนโดยไม่เลือกปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า					
3. ฉันเชื่อว่าการปฏิบัติกรพยาบาลอย่างนุ่มนวล อ่อนโยน ต่อผู้ป่วยแสดงถึงการให้เกียรติ เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ต่อผู้ป่วย					
4. ....					
5. ....					
6. ....					
7. ....					
8. ....					
<b>2. ความรู้ในวัฒนธรรม ( Cultural knowledge)</b>					
9. ฉันรับรู้และเข้าใจความหมายการตายดีของผู้ป่วยที่มีความเชื่อ วิถีคิด ประสพการณ์และบริบททางสังคมที่แตกต่างกัน					
10. ฉันมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นเช่น อาการหอบเหนื่อย ความปวด เป็นต้น กับผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทั้งอายุ เพศ ประสพการณ์ ความเชื่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ					

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				ผู้ วิจัย
	(4)	(3)	(2)	(1)	
11.ฉันใช้การบำบัดทางเลือกเช่น การนวด การทำสมาธิ การประคบร้อน-เย็น มาผสมผสานการดูแลผู้ป่วยทุกคนได้ตามความต้องการและความเชื่อของผู้ป่วยเสมอ นอกเหนือจากการใช้ยา					
12.ฉันรู้และเข้าใจพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อ วิถีชีวิต ในเรื่องความปวด					
13.....					
14.....					
15.....					
16.....					
17.....					
18.....					
19.....					
20.....					
<b>3. ความเชี่ยวชาญในวัฒนธรรม (Cultural skill)</b>					
21. ฉันจัดการดูแลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับความสุขสบายทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณตามความเชื่อ ความศรัทธาของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ					
22. ฉันสอนให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีประเมินความปวด ตำแหน่งที่ปวด ความรุนแรงของอาการปวด ด้วยวิธีที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้และร่วมมือในการปฏิบัติ					
23. ฉันสามารถดูแลให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับบุคคลที่มีความหมายและเป็นที่ยอมรับ เพื่อให้ได้กล่าวคำขอโทษ/อโหสิกรรม หรือได้กล่าวคำอำลาต่อกันตามความเชื่อและวิถีชีวิตของผู้ป่วย					
24.....					
25.....					
26.....					
27.....					
28.....					

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				ผู้ วิจัย
	(4)	(3)	(2)	(1)	
29.....					
30.....					
31.....					
32.....					
33.....					
34.....					
<b>4.การเข้าถึงวัฒนธรรม (Cultural encounter)</b>					
35.ฉันแสดงท่าทีเป็นมิตรด้วยการยิ้มและพูดจาเป็นกันเองกับผู้ป่วยทุกรายที่มีความเชื่อ อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนาแตกต่างจากฉัน โดยไม่รู้สึกลำบากใจ					
36.ฉันสามารถพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวโดยใช้ภาษาท้องถิ่น ภาษต่างประเทศนอกจากภาษาไทยที่ใช้ปกติแล้ว					
37.ฉันสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและครอบครัวที่มีความเชื่อหรือให้คุณค่าเรื่องความตายที่แตกต่างจากฉัน					
38.....					
39.....					
40.....					
41.....					
42.....					
43.....					
44.....					
45.....					
<b>5 ความปรารถนาในวัฒนธรรม (Cultural desire)</b>					
46.ฉันเอาใจใส่ผู้ป่วยและครอบครัวโดยไม่แสดงท่าทีรังเกียจ					
47.ฉันให้การดูแลช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยทุกรายโดยผู้ป่วยไม่ต้องร้องขอ					
48.ฉันตั้งใจและเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเต็มความสามารถโดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างทางเชื้อชาติ ศาสนา					

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				ผู้ วิจัย
	(4)	(3)	(2)	(1)	
49.....					
50.....					
51.....					
52.....					
53.....					
54.....					
55.....					
56.....					
57.....					
58.....					

☺ ขอขอบพระคุณอย่างสูงในความกรุณาตอบแบบสอบถาม ☺



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





ภาคผนวก ง

เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



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

AF 01-11

COA No. 149/2552

## ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 153/52 : สมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ  
พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลคลีนิคภูมิ ตั้งกัลกัระทรวงสาธารณสุข  
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวกนกวรรณ โกลา นิตติระดัฒมหามันต์จิต  
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

องนาม..... ศศิธร อิศรางกูร ณ อยุธยา ..... องนาม..... พินิติ รัตนวงศาโรจน์ .....  
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทิสนประดิษฐ) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พินิติ ชัยชนะวงศาโรจน์)  
ประธาน กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 21 ธันวาคม 2552 วันหมดอายุ : 20 ธันวาคม 2553

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำเนาใบขออนุญาตหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบตอบกลับ



เลขที่โครงการวิจัย 153/52  
วันที่รับรอง 21 ธ.ค. 2552  
วันหมดอายุ 20 ธ.ค. 2553

เงื่อนไข

1. ข้าราชการรับทราบว่าเป็นการคิดจรรยาบรรณ หากดำเนินการเกินขอบเขตการวิจัยก่อนได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ระบุในบทเฉพาะการเท่านั้น ห้ามส่งสำเนาในบทกึ่งที่ออกสารดังกล่าวแก่ที่คณะกรรมการ
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลต้องขออนุมัติจากคณะกรรมการฯ ส่งรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ต่อแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-11) และบุคคลออกผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งแบบคำต่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

148/52



เอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์  
คณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์  
โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก


ชื่อโครงการ	สมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวกนกวรรณ โทคา
เลขที่โครงการ/รหัส	-
สังกัดหน่วยงาน	นิสิตปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
การรับรอง	ขอรับรองโครงการวิจัยดังกล่าวข้างบนนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เมื่อวันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๕๓

ลงนาม

(นายแพทย์ธีระ ศิริอาชาวัฒนา)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

  
**คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย**  
**โรงพยาบาลพระนครราชสีมา**

**ใบรับรองโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย**  
**โรงพยาบาลพระนครราชสีมา**

**ชื่อโครงการ(ไทย)** สมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ  
 พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

**ชื่อโครงการ(อังกฤษ)** Transcultural nursing competency in end of life care of professional nurses  
 in tertiary hospitals under the jurisdiction of ministry of public health

**ชื่อผู้วิจัย :** นางสาวกนกวรรณ โภคา

**เลขที่ใบรับรอง :** 2/2553      **รหัสโครงการวิจัย :** 53-2-015-0

**ประเภทโครงการวิจัย**  โครงการวิจัยภายใน       โครงการวิจัยภายนอก

**สาขาวิชา:** ปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์


**หน่วยงานที่สังกัด :** จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ผลการพิจารณาของคณะกรรมการวิจัย :**  
 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยได้พิจารณารายละเอียดโครงการวิจัย เรื่องดังกล่าว  
 ข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

- 1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในโครงการวิจัย
- 2) วิธีการวิจัยที่เหมาะสมและได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วม  
 โครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์ และรักษา  
 ความลับของกลุ่มตัวอย่างในโครงการวิจัย
- 3) การดำเนินงานวิจัยเหมาะสม ไม่ก่อความเสียหายต่อกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาวิจัย

**วันที่ให้การรับรอง** ๒๙ เดือน มกราคม พ.ศ. 2553

เอกสารนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่าโครงการวิจัยนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบและมีมติจากคณะกรรมการวิจัยและ  
 จริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาลพระนครราชสีมา ให้ดำเนินการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลพระนครราชสีมาได้ ตามเงื่อนไข  
 และแนวทางที่เจ้าของโครงการเสนอมา

**คุณยวีร์วิทยุพรหมยากร**  
 ลงนาม.....   
 (แพทย์หญิงนงนุช สุธีเชษฐ)  
 ประธานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย

**จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**

ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น (จ.4)



**เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์**

เอกสารฉบับนี้ เพื่อแสดงว่า โครงการวิจัย

**เรื่อง** สมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ  
โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

**ผู้วิจัย คือ** นางสาวกนกวรรณ โภคา

**สถาบัน/หน่วยงาน** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น โดยอ้าง  
ปฏิญญาเฮลซิงกิแล้ว และเห็นว่าผู้วิจัยต้องดำเนินการตามโครงการวิจัยที่ได้กำหนดไว้ หากจะมีการ  
ปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขใด ๆ ควรผ่านความเห็นชอบหรือแจ้งต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน  
มนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่นก่อน

ออกให้ ณ วันที่ 25 เดือน มกราคม พ.ศ. 2553

ลงชื่อ .....  
(นายสมศักดิ์ ประภักฎาณวิตร)  
นายแพทย์เชี่ยวชาญ  
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
โรงพยาบาลขอนแก่น

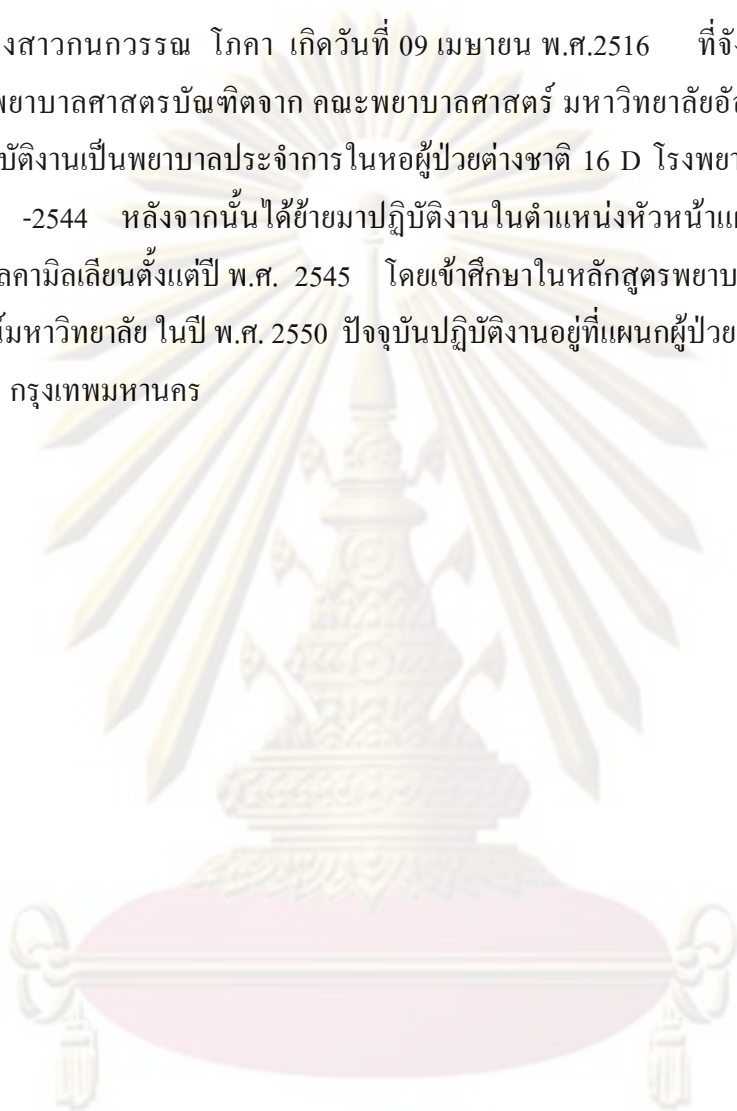
ลงชื่อ .....  
(นายวิระศักดิ์ อมุดอังกูร)  
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ  
ผู้ปฏิบัติการแทนผู้อำนวยการ โรงพยาบาลขอนแก่น

 **คณะกรรมการ  
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์**  
รพ.ขอนแก่น  
ลำดับที่ 35/02/2553

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น  
สำนักงาน: งานวิจัยและระบบเทคโนโลยี กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลขอนแก่น  
ถนนศรีจันทร์ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000 : e-mail : nichits@yahoo.com  
โทร. (043) 336789 ต่อ 1160 โทรสาร (043) 337053

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวกนกวรรณ โภคา เกิดวันที่ 09 เมษายน พ.ศ.2516 ที่จังหวัดสิงห์บุรี สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตจาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ เมื่อปี พ.ศ. 2536 ปฏิบัติงานเป็นพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยต่างชาติ 16 D โรงพยาบาลกรุงเทพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 -2544 หลังจากนั้นได้ย้ายมาปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าแผนกผู้ป่วยในชั้น 4 โรงพยาบาลคามิลเลียนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 โดยเข้าศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2550 ปัจจุบันปฏิบัติงานอยู่ที่แผนกผู้ป่วยในชั้น 4 โรงพยาบาลคามิลเลียน กรุงเทพมหานคร



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย