



วารสาร การพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา

Nursing Public Health and Education Journal

ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561 ISSN 0859-3949

แนวทางการพัฒนาเด็กปฐมวัย อายุ 1 เดือน ถึง 2 ปี

* เดชา ทำดี, จุฬามาศ โชติบาง, เนตรทอง นามพรม, อุษณีย์ จันทะเวช, พิชรี วรกิจพูนผล

การพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน

* อภิชาติ ใจใหม่, กฤตพัทธ์ ศิกฝน

ประสบการณ์ของพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยวิกฤต

* ขวัญฤทัย พันธุ์, ทักษิภา ชัยวรรัตน์

การออกกำลังกายเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย: การสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ

* ชลลดา ดิยะวิสุทธิ, ศิริพรพิมล ชัยสา, อัศนี วันชัย, ชลธิมา ปิ่นสกุล

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการรับทราบยาต้านการแข็งตัวของเลือด การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม
การจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบสั่นพริ้วที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด

* พรพนธ์ ไพศาลทักษิณ, อภิรัตน์ คำเงิน, จันทรีจิรา ยานะชัย, ณัฐติมาภรณ์ เคนทงษ์

โปรแกรมการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

* ชลธิยา วามะสุน, นุสรา ประเสริฐศรี

การพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบบูรณาการไร้รอยต่อ โรงพยาบาลศรีสะเกษ

* มัทนา จิระกังวาน, ศิริรัตน์ จันตรี

ปัจจัยที่มีผลต่อการปลดการชักในผู้ป่วยโรคลมชักต้อยา

* จินนัชชา สมสิทธิ์, ชุติศักดิ์ ลิ้มไพบ, อติมา วัฒนวิจิตรกุล

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน

* อรัญญา นามวงศ์, เอกพันธ์ คัมภีระ, คอย ละอองอ่อน, วิชรี ไชยจันดี

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแย่งแย่งในชีวิตของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

* นันทิกา อนันต์ชัยพัทนา, ดลฤดี เพชรขว้าง, สุทธิณี มหามิตร วงศ์แสน, เกศินี การสมพจน์

รูปแบบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุเชิงพุทธบูรณาการ: กรณีศึกษาเทศบาลตำบลบ้านต๋อม จังหวัดพะเยา

* สมศรี สัจจะสกุลรัตน์, เทพประวิณ จันทร์แรง, พระครูพิพิธ สุตาทร

ผลของโปรแกรมการจัดการด้านการยศาสตร์ต่อการแก้ไขอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงาน
ของกลุ่มสตรีปักผ้าชาวไทยภูเขา อำเภอปอง จังหวัดพะเยา

* ณัฐพล ทนุติ, น้ำเงิน จันทรมณี, บุญลือ ฉิมบ้านไร่

การพัฒนาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อความรับผิดชอบต่อสังคมของนิสิตคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ณัฐกฤตา งานมิ่งฤทธิ์

แนวทางการพัฒนาภาวะผู้นำทางการศึกษาและการบริหารงานวิชาการที่ส่งเสริมประสิทธิผลของโรงเรียนประถมศึกษา
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน

* พระจันทร์ทอง จันทโชติ, อุทัย ภิรมย์รัตน์

การรับรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการขยะของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

* ทักษิภา ชัยวรรัตน์, จรรยา แก้วใจบุญ, วรณิภา เวียงคำ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้เยาวชนของผู้ประกอบการร้านค้าโดยรอบสถานศึกษา
ในจังหวัดอุดรธานี

* พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย



วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2561 ISSN 0859-3949

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบรายงานวิจัย (Research Article) และบทความปริทัศน์ (Review Article) สาขาการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา

กำหนดการออกวารสาร

ทุกๆ 4 เดือน (ปีละ 3 ฉบับ)

มกราคม – เมษายน

พฤษภาคม – สิงหาคม

กันยายน – ธันวาคม

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

312 หมู่ 11 ต.บ้านต้อม อ.เมือง จ.พะเยา 56000

โทรศัพท์ 0-5443-1779 โทรสาร 0-5443-1889

ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.เวทิน นพนิตย์

ผู้อำนวยการ Professional Associates of Thailand

ดร.ธานี กล่อมใจ

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

บรรณาธิการ

ดร.ทักษิภา ชัชรรัตน์

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.กฤตพัทธ์ ฝึกฝน ดร.ปรีศนีย์ สมบัติ

เลขานุการ

อาจารย์จรรยา แก้วใจบุญ

อาจารย์สมศรี ทาทาน

อาจารย์อัมพร ยานะ

อาจารย์วรัญญากร โนใจ

อาจารย์ฐิติพร เรือนกุล

นายเอกชัย หมั่นขัติย์

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.อุทัย ภิรมย์รัตน์

มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น

รองศาสตราจารย์ ดร.ประวิทย์ เอรารวรรณ์

รองเลขาธิการคณะกรรมการการอุดมศึกษา

สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.สุดาร์ตน์ สิทธิสมบัติ

มหาวิทยาลัยเนชั่น

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพล นธการกิจกุล

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เดชา ทำดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล สิงห์ตง

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย

เทคโนโลยีสุรนารี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมานจิต ภิรมย์รัตน์

ผู้อำนวยการหลักสูตรศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต

มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น

ดร.บรรจง ไชยรินคำ

มหาวิทยาลัยพะเยา

ดร.ประจวบ แผลมหลัก

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

ดร.สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์

มหาวิทยาลัยเนชั่น

ดร.นุสรุา ประเสริฐศรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สรรพสิทธิประสงค์

ดร.สุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสีมา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สวรรค์ประชารักษ์

นครสวรรค์

ดร.ดาราวรรณ รองเมือง

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ดร.ดลนภา หงส์ทอง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

สารบัญ

	หน้า
• แนวทางการพัฒนาเด็กปฐมวัย อายุ 1 เดือน ถึง 2 ปี	3
• การพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน	17
• ประสบการณ์ของพยาบาลในการหยาเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยวิกฤต	29
• การออกกำลังกายเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย : การสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ	39
• ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบสั่นพริ้วที่ได้รับการรักษาต้านการแข็งตัวของเลือด	49
• โปรแกรมการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	60
• การพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบบูรณาการไร้รอยต่อ โรงพยาบาลศรีสะเกษ	70
• ปัจจัยที่มีผลต่อการปลดการชักในผู้ป่วยโรคลมชักดื้อยา	84
• ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน	94
• ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา	106
• รูปแบบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุเชิงพุทธบูรณาการ : กรณีศึกษาเทศบาลตำบลบ้านต๋อม จังหวัดพะเยา	120
• ผลของโปรแกรมการจัดการด้านการยศาสตร์ต่อการแก้ไขอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงานของกลุ่มสตรีปักผ้าชาวไทยภูเขา อำเภอปง จังหวัดพะเยา	133
• การพัฒนาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อความรับผิดชอบต่อสังคมของนิสิต คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา	144
• แนวทางการพัฒนาภาวะผู้นำทางการศึกษาและการบริหารงานวิชาการที่ส่งเสริมประสิทธิผล ของโรงเรียนประถมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน	157
• การรับรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการขยะของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา	168
• ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้เยาวชนของผู้ประกอบการร้านค้า โดยรอบสถานศึกษาในจังหวัดอุดรธานี	180



โปรแกรมการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ชลียา วามะลุน

โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

นุสรา ประเสริฐศรี

วิทยาลัยบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

บทคัดย่อ

การพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความสำคัญและจำเป็น เพื่อสนับสนุนให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างต่อเนื่อง การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา และประเมินผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างขั้นตอนการศึกษาวิเคราะห์สภาพการณ์ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 30 คน และ กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนประเมินโปรแกรมประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสำรวจ แบบสัมภาษณ์ กึ่งโครงสร้าง และแบบประเมินทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบค่าทีและการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายประกอบด้วย 10 หน่วยเรียน จำนวน 18 ชั่วโมง พัฒนาทักษะใช้เทคนิคการสอนเชิงปฏิบัติการพัฒนาทักษะ 9 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านการเฝ้าระวัง 2. ด้านการแปลความหมาย 3. ด้านการตัดสินใจ 4. ด้านการปฏิบัติการ 5. ด้านการปรับกิจกรรมตามความเหมาะสม 6. ด้านการเข้าถึงแหล่งสนับสนุน 7. ด้านการให้การดูแล 8. ด้านความร่วมมือกับผู้ป่วย และ 9. ด้านการเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ ผลการประเมินโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เปรียบเทียบทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังใช้โปรแกรมการพัฒนาทักษะพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีทักษะ 5 ด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โปรแกรมการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความเหมาะสมในการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

คำสำคัญ : ผู้ดูแลผู้ป่วย ทักษะผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคมะเร็ง

Program to Development of Caregiver Skills for End of Life's Cancer Patients

Chaliya Wamalun

UbonRatchathani Cancer Hospital

Nusara Prasertsri

Borommarajonnani College of Nursing Sappasithiprasong, UbonRatchathani

Abstract

Developing caregiver skills for the end- of- life (EOL) cancer patients is important to encourage caregivers to caring continuously of patients with terminal cancer. The aim of this



research and development study was to develop and evaluate of the model development of caregiver skills for EOL in cancer patients. The subjects were 30 EOL caregivers in the phase of situation analysis, and 30 EOL caregivers in the evaluation phase. The research tools were questionnaires, semi structured interviews, and caregiver skills questionnaires. Data were analyzed by using percentage, mean, standard deviation, pair t-test, and content analysis. The research found that the program for developing caregiver skills consisted of 10 units of 18 hours. The development skills were using action learning techniques for improving 9 skills that composed of 9 domains caregiver skills including 1) monitoring, 2) interpreting, 3) making decisions, 4) taking action, 5) making adjustments, 6) providing hands-on care, 7) accessing resources, 8) working together with the ill patients, and 9) navigating the healthcare system. The evaluation of the development model of caregiver that comparing skills of caregivers before and after obtaining the model found 5 skills significantly increased ($p < 0.05$). Program to development of caregiver skills for EOL's Cancer patients is applicable for improving caregiver skills to caring patients.

Keywords : Caregiver, Caregiver Skills, Cancer Patients

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลกที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (Siegel, Miller and Jemal, 2015) ผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งมีชีวิตรอดในอัตราสูงเนื่องจากการพัฒนาการรักษาที่ทันสมัย การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งในปัจจุบันมีหลายวิธีขึ้นอยู่กับชนิดและระยะของมะเร็ง ตำแหน่งของมะเร็ง และความกว้างที่มะเร็งลุกลามไป ได้แก่ การผ่าตัด การฉายรังสี การรักษาด้วยเคมีบำบัด การรักษาด้วยฮอร์โมน การใช้สารชีวภาพ หรือวิธีกระตุ้นภูมิคุ้มกัน หรือการใช้หลายวิธีร่วมกัน (Wood, D. E., National Comprehensive Cancer Network [NCCN], 2015) ภาวะความเจ็บป่วยจากโรคมะเร็งร่วมกับอาการข้างเคียงจากการรักษาที่เกิดขึ้นจะส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยลดลง (Hwang, Lokietz, Lozano and Parke, 2015) ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นมากยิ่งขึ้น ดังนั้นการรักษาโรคมะเร็งจึงต้องอาศัยการดูแลที่ต่อเนื่องจนกระทั่งเสียชีวิต (จอนณะจ เพ็งจาด, 2556) ซึ่งการ

รักษาเหล่านี้ต้องควบคู่ไปกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย ร่วมกับการดูแลโดยสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลในขณะที่อยู่ที่บ้าน (Applebaum and Breitbart, 2013) การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะสุดท้ายมีความจำเป็นที่จะต้องอาศัยวิธีการดูแลเป็นขั้นตอนที่แตกต่างจากการดูแลรักษาในภาวะปกติธรรมดา

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายผู้ดูแลจะต้องเข้าใจการดำเนินไปของโรค อาการรบกวน และทัศนคติในการดูแล ทั้งนี้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับแนวคิดของทักษะความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จนั้น คือกรอบแนวคิด Transactional Model of Cancer Family Caregiving Skill ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วย 9 วิธีการปฏิบัติ คือ 1) การเฝ้าระวัง 2) การแปลผลความหมาย 3) การตัดสินใจ 4) การปฏิบัติการ 5) การปรับกิจกรรมต่าง ๆ ตามความเหมาะสม 6) การเข้าถึงแหล่งสนับสนุน 7) การให้การดูแล 8) ความร่วมมือกับผู้ป่วย และ 9) การเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ



(Schumacher, Stewart, Archbold, Dodd, & Dibble, 2000)(K. L. Schumacher, S. M. Beidler, A. S. Beeber, & P. Gambino, 2006)เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีประสิทธิภาพ ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับอาการของโรคมะเร็ง และอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาที่ครอบคลุมครบทุกมิติของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ได้แก่ มิติทางกาย ทางจิตใจ ทางสังคมและจิตวิญญาณ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการช่วยเหลือผู้ดูแล ได้แก่ การศึกษาอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับวิธีการช่วยเหลือผู้ดูแลในผู้ป่วยมะเร็งและการดูแลในระยะสุดท้าย (Harding & Higginson, 2003) ยังไม่มีโปรแกรมที่ชัดเจนในการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้าย ที่ครอบคลุมครบทุกมิติของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ได้แก่ มิติทางกาย ทางจิตใจ ทางสังคมและจิตวิญญาณ และประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลให้เห็นชัดอย่างเป็นรูปธรรม และมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของผู้ป่วย ในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของผู้ดูแลทั้งนี้ผลที่ได้เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงทักษะผู้ดูแลให้มีความพร้อมที่จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีประสิทธิภาพอันจะส่งต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาสภาพการณ์ของทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
3. เพื่อประเมินผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยและการพัฒนา (Research and Development) โดยพื้นที่ในการศึกษา คือ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

การดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 3 ระยะดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาวิเคราะห์สภาพการณ์ (Situation Analysis) เพื่อศึกษาสภาพการณ์ทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย วิเคราะห์สภาพการณ์ โดยทำการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลเชิงปริมาณจากการประเมินทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่รับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี จำนวน 30 รายโดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ

- 1) เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะก้าวหน้าของโรคไม่สามารถรักษาหายได้ มีอาการของโรคไม่ตอบสนองต่อการรักษาและมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 12 เดือน
- 2) เป็นผู้มีการรับรู้สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการเขียน พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ดี
- 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย

แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย
2. แบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยหาค่าความถี่ร้อยละ



2. ทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย รายข้อวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนรายด้านรวมแปลงข้อมูลเป็น 100 เพื่อประเมินระดับ โดยใช้หลักการของ Cox (1994) (Cox DR, 1994) โดยมีเกณฑ์การคะแนนดังต่อไปนี้

ต่ำกว่า 70 หมายความว่า มีทักษะระดับต่ำต้องปรับปรุง

70 - 79.99 หมายความว่า มีทักษะระดับพอใช้

80 - 89.99 หมายความว่า มีทักษะระดับดี

90 - 100 หมายความว่า มีทักษะระดับดีมาก

3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (Design and Development: Development)

การพัฒนาโปรแกรมทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (Design and Development: Development) โดยการสังเคราะห์ผลการศึกษาระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และกรอบแนวคิด Transactional Model of Cancer Family Caregiving Skill ร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของ The World Health Organization (2002) ในการสร้างและกำหนดเนื้อหา ประเมินผล ขั้นตอนการออกแบบและพัฒนา ดังต่อไปนี้

1.1 ร่างโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาประกอบไปด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ 17 ท่านและได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาเพิ่มเติม

1.2 ปรับปรุงโปรแกรมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้มีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้จริง โปรแกรมการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่สมบูรณ์

ระยะที่ 3 ทดลองใช้โปรแกรมการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ดำเนินการดังนี้

3.1 นำโปรแกรมการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไปใช้ในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็ง อุบลราชธานี จำนวน 30 ราย มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เดียวกับระยะที่ 1

3.2 ประเมินผลของโปรแกรม โดยประเมิน 1) ทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 9 ด้าน และ 2) ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ต่อโปรแกรมการพัฒนาทักษะผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่ได้รับการพัฒนาทักษะ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

3.3 ติดตามผลลัพธ์ของโปรแกรมการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยติดตามผลการทดลองใช้โปรแกรมในการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เป็นกลุ่มตัวอย่างต่อเนื่อง ภายใน 1 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ แบบประเมินทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตามแนวคิดทักษะความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยของ Schumacher (Karen L Schumacher, Susan M Beidler, Anna Song Beeber, & Patricia Gambino, 2006) เป็นแบบประเมินตนเองแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่มี น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด จำนวน 28 ข้อการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ความตรงเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ด้วยวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence :IOC) ได้ค่า IOC รายข้อ เท่ากับ 0.6-1.0 และวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.89

การวิเคราะห์ข้อมูล

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทักษะความสามารถ 9 ด้านของผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้โปรแกรมด้วยสถิติ pair-t test



การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เอกสารเลขที่ EC 005/2514

ผลการศึกษา

1. การวิเคราะห์สภาพการณ์

1.1 สภาพการณ์การทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามกรอบแนวคิด A Transactional Model of Cancer Family Caregiving Skill (Karen L Schumacher, et al., 2006) ผลการศึกษาพบว่า ทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยรวม 9 ด้านอยู่ในระดับน้อยต้องปรับปรุง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงทักษะรายด้านของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (N = 30)

ทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
การเฝ้าระวังตรวจสอบอาการ	67.50	12.25	มีทักษะระดับต่ำต้องปรับปรุง
การแปลความหมายของอาการ	62.22	13.08	มีทักษะระดับต่ำต้องปรับปรุง
การตัดสินใจ	61.94	16.03	มีทักษะระดับต่ำต้องปรับปรุง
การปฏิบัติการ	64.44	14.33	มีทักษะระดับต่ำต้องปรับปรุง
การปรับกิจกรรมต่างๆตามความเหมาะสม	61.11	12.05	มีทักษะระดับต่ำต้องปรับปรุง
การเข้าถึงแหล่งสนับสนุน	70.00	19.64	มีทักษะระดับพอใช้
การให้การดูแล	64.16	12.78	มีทักษะระดับต่ำต้องปรับปรุง
การร่วมมือกับผู้ป่วย	64.16	15.03	มีทักษะระดับต่ำต้องปรับปรุง
การเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ	75.83	12.63	มีทักษะระดับพอใช้
ค่าเฉลี่ยรวม	65.70	9.39	

1.2 ความต้องการของผู้ดูแล

ผลการศึกษาโดยการวิเคราะห์เนื้อหาจากข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่าความต้องการของผู้ดูแลมี 4 ประเด็น ดังนี้ คือ 1) ความพร้อมของผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งด้านอื่น ๆ เช่น เวลา ค่าใช้จ่าย กิจกรรมและภารกิจของผู้ดูแล 2) ความรู้ที่ผู้ดูแลควรได้รับ ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง การดำเนินของโรค อาการและการจัดการอาการ การให้การดูแล การสื่อสาร เป็นต้น 3) ทักษะคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรเป็นทัศนคติในทางบวก มีความมุ่งมั่น ใส่ใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 4) ทักษะการปฏิบัติ ที่ผู้ดูแลควรจะต้องมี ได้แก่ การประเมินอาการ ประเมินความต้องการของผู้ป่วย การสื่อสารกับผู้ป่วย การให้กำลังใจ การดูแลด้านร่างกาย การจัดการอาการรบกวน และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต

2. การพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

การพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายประกอบด้วย 1) การพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นการพัฒนาทักษะเชิงปฏิบัติการ 10 หน่วยเรียน จำนวน 18 ชั่วโมง เนื้อหาในแต่ละหน่วยเรียนแสดงในตารางที่ 2 2) คู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง “สำหรับผู้ดูแล” 3) สมุดบันทึกการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็ง และ 4) แบบประเมินโปรแกรมการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิต่อการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ประกอบด้วย 1) คุณสมบัติของผู้ดูแล ควรเป็นบุคคลในครอบครัว/ญาติ ใกล้ชิดเป็นอันดับแรก หากเป็นบุคคลอื่นต้องมีความ



สมัครใจ และมีทัศนคติที่ดี หากมีประสบการณ์ร่วมด้วย จะดียิ่งขึ้น 2) โปรแกรมการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายควรประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคมะเร็ง การดำเนินของโรค อาการและการจัดการ การสื่อสาร การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในการพัฒนาทักษะควรใช้เทคนิค การสอนสาธิต การใช้อุปกรณ์สื่อต่าง ๆ การนำเสนอด้วยเรื่องเล่า โดยการใช้กระบวนการมีส่วนร่วม 3) ฝึกปฏิบัติ

ผู้ดูแลควรได้รับการฝึกปฏิบัติในทักษะต่าง ๆ เช่น ทักษะการดูแลด้านร่างกาย การประเมินปัญหา อาการ และความต้องการของผู้ป่วย การสื่อสาร การตัดสินใจ และฝึกประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 4) ประเมินผล หลังการอบรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย เพื่อประเมินการเรียนรู้ การฝึกทักษะ

ตารางที่ 2 โปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

หน่วยเรียนที่. เนื้อหา	วัตถุประสงค์	จำนวน ชั่วโมง
1. บทนำเข้าสู่บทเรียน	ผู้ดูแลเข้าใจการดำเนินของโรค และมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับวิธีการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่เหมาะสม	1
2. ทัศนคติและการยอมรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย	เพื่อส่งเสริมทัศนคติที่ดี หรือสร้างความคิดเชิงบวก (Positive thinking) ต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสำเร็จและประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยต่อไป	2
3. ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง	ผู้ดูแลมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคมะเร็ง การรักษาประเภทต่างๆ รวมถึงการดำเนินของโรคมะเร็งในระยะสุดท้าย ตลอดจนการมีทักษะในการประเมินสภาพผู้ป่วยได้ถูกต้องและเหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย	2
4. แนวทางการดูแลกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยระยะสุดท้าย	ผู้ดูแลเข้าใจการดำเนินของโรค และมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับวิธีการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่เหมาะสม	3
5. การดูแลและการจัดการอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย	ผู้ดูแลประยุกต์ความรู้ไปใช้ในการดูแลและการจัดการอาการในผู้ป่วยระยะสุดท้ายในความรับผิดชอบได้	2
6. การให้การปรึกษาและการสื่อสารสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย	ผู้ดูแลมีทักษะในการให้การปรึกษาและการสื่อสารในผู้ป่วยระยะสุดท้าย สามารถตัดสินใจรับการรักษาได้ทันที่และเหมาะสมกับสภาวะผู้ป่วยระยะสุดท้าย	2
7. การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยและผู้ดูแล	ผู้ดูแลมีทักษะในการปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ดียิ่งขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ	2
8. เครือข่ายและแหล่งบริการสุขภาพ	ผู้ดูแลเข้าใจการเชื่อมโยงระบบเครือข่ายและแหล่งบริการสุขภาพต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในความรับผิดชอบ รวมถึงการส่งเสริมให้ครอบครัวและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนรูปแบบการดูแลและการเข้าถึงแหล่งบริการแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้	2
9. การดูแลหลังการเสียชีวิต (Bereavement Care)	ผู้ดูแลมีความเข้าใจและยอมรับต่อปฏิกิริยาของครอบครัวที่แสดงออกต่อการสูญเสีย	1
10. กฎหมายและจริยธรรม	ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายและจริยธรรมในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	1



3. การประเมินผลโปรแกรมการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

นำโปรแกรมการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 30 คน ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลเป็นเพศหญิงร้อยละ 73.33 อายุระหว่าง 41-60 ปี ระดับการศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 66.66 อาชีพเกษตรกรร้อยละ 40.0 ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วยเป็นสามี/ภรรยาร้อยละ 56.67 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจนถึงปัจจุบัน 4-6 เดือน ร้อยละ 30.0 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 66.67 และจำนวนชั่วโมงของการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน 13-24 ชั่วโมงร้อยละ 63.3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบทักษะผู้ดูแลรายด้าน 9 ด้าน ก่อนและหลังการอบรมโดยรวมค่าเฉลี่ยดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบทักษะรายด้านของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายก่อนและหลังการโปรแกรมการพัฒนาทักษะผู้ดูแล (n= (30)

ทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	ก่อน		หลัง		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
การเฝ้าระวังตรวจสอบอาการ	68.06	19.58	75.56	13.66	1.63	0.11
การแปลความหมายของอาการ	61.94	20.72	74.72	11.05	3.24	.003*
การตัดสินใจ	63.06	16.33	73.61	17.10	2.52	.018*
การปฏิบัติการ	73.61	14.53	77.78	13.55	0.98	.360
การปรับกิจกรรมต่างๆตามความเหมาะสม	67.50	19.37	77.78	13.73	2.26	.032*
การเข้าถึงแหล่งสนับสนุน	66.67	24.86	85.83	12.97	4.16	.000*
การให้การดูแล	71.94	14.10	81.11	13.83	2.93	.007*
การร่วมมือกับผู้ป่วย	76.88	15.76	77.50	12.02	0.22	.825
การเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ	81.50	12.06	82.39	10.87	0.43	.670

การประเมินผลลัพธ์โดยการวิเคราะห์ผลจากการลงบันทึกการดูแลและปฏิบัติกิจกรรม ของผู้ดูแล หลังการพัฒนาทักษะ 7 วัน พบว่าผู้ดูแล (30 ใน 30) สามารถบันทึกข้อมูลรายละเอียดตามหัวข้อที่กำหนด ประเมินปัญหาและอาการที่พบในผู้ป่วย และให้การดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ผู้ป่วย (13 ใน 30) ที่มีอาการปวด ได้รับการประเมินความปวด มีการบันทึกพร้อมประเมินค่าที่เปลี่ยนแปลงหลังได้รับการดูแลและได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์

อภิปรายผล

จากการศึกษาสถานการณ์สำรวจทักษะผู้ดูแล 9 ด้านตามกรอบแนวคิด Transactional Model of Cancer Family Caregiving Skill โดยคะแนนทักษะระดับดี พิจารณาที่ ร้อยละ 80 (Schumacher,

Stewart, Archbold, Dodd, & Dibble, 2000) พบว่าทักษะผู้ดูแลอยู่ในระดับต่ำ 7 ด้านที่ต้องพัฒนาโดยส่วนใหญ่เป็นการจัดการอาการของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Silveria และ Kendall (Downing et al., 2017; Kendall et al., 2009; Silveira, Given, Given, Rosland, & Piette, 2010) ทั้งนี้กรอบแนวคิดนี้เน้นทักษะหลายด้านในการดูแลอาการผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้มีประสิทธิภาพ และอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การเฝ้าระวัง และการแปลความหมายของอาการ เพื่อตัดสินใจในการจัดการอาการ ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีทักษะดังกล่าว แต่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ในการศึกษาค้างนี้มีการศึกษาระดับประถมศึกษา อาจทำให้ ความรู้ เข้าใจ ทักษะ การดูแลไม่เพียงพอ และมีความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย ส่วนทักษะ 2 ด้านที่อยู่ในระดับพอใช้คือ



ทักษะการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนและการเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตามต้องพัฒนาทักษะเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถเข้าสู่แหล่งสนับสนุน และระบบบริการสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อการดูแลและผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย

การศึกษาสถานการณ์สำรวจความต้องการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่ามีความต้องการ 5 ด้านประกอบด้วย 1) ด้านความรู้และทัศนคติ ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง การรักษา การปฏิบัติตนเอง 2) ความต้องการดูแลจัดการอาการรบกวน 3) การดูแลด้านมิติ จิตใจ อารมณ์ สังคม 4) การดูแลด้านจิตวิญญาณ และ 5) ทักษะการปฏิบัติ ที่ผู้ดูแลควรจะต้องมี ได้แก่ การประเมินอาการ ประเมินความต้องการของผู้ป่วย การสื่อสารกับผู้ป่วย การให้กำลังใจ การดูแลด้านร่างกาย การจัดการอาการรบกวน และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตสอดคล้องกับการงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทย (ปพิชญาลักษณ์ ตันติ, สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, & ชมนาด สุ่มเงิน, 2559; ศุภศิริ เชียงตา, วลัยลดา ฉันท์เรืองวนิชย์, อรพรรณ โตสิงห์, & ภาวีน เกษกุล, 2560) ทั้งนี้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ดูแลในครอบครัวมีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตามปัญหาและความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละระยะของการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตั้งแต่ระยะแรกที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล ได้แก่ เป็นผู้ตัดสินใจ ทำหน้าที่แทนผู้ป่วย เป็นนักสื่อสาร เป็นผู้ให้การดูแล และผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการทำหน้าที่ตามบทบาทดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ข้อมูลดังกล่าวเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

โปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พัฒนาโดยใช้กรอบแนวคิด A Transactional Model of Cancer Family Caregiving Skill ของ Schumacher และแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของ The World Health Organization (2002) ประกอบด้วย 1) การเฝ้าระวัง 2) การแปลผลความหมาย 3) การตัดสินใจ 4) การ

ปฏิบัติการ 5) การปรับกิจกรรมต่าง ๆ ตามความเหมาะสม 6) การเข้าถึงแหล่งสนับสนุน 7) การให้การดูแล 8) ความร่วมมือกับผู้ป่วย และ 9) การเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ (K. L. Schumacher, et al., 2006) การพัฒนาโปรแกรมโดยวิเคราะห์ สังเคราะห์ บูรณาการร่วมกับสรุปผลการศึกษาศาสาณการการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเพื่อออกแบบโปรแกรมและนำเสนอผู้คุณวุฒิ ปรับปรุง นำไปทดลองใช้ ณ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี การพัฒนาทักษะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ในโรงพยาบาล การดูแลต่อที่บ้าน ตรงต่อความต้องการและตอบสนองต่อปัญหาในการบรรเทาอาการและความทุกข์ทรมาน การพัฒนาโปรแกรมเพื่อพัฒนาทักษะผู้ดูแลจะมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับบริบทของระบบสุขภาพ หรือแนวคิดที่ใช้ในการพัฒนา(Phillips & Reed, 2009)

ผลการประเมินโปรแกรมการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ประเมินผลลัพธ์โดยการประเมินทักษะ การติดตามผลการดูแลจากการบันทึกของผู้ดูแลในสมุดบันทึกการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งภายหลังการเสร็จสิ้นการอบรม 7 วัน พบว่าผู้ดูแลมีการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง 9 ด้าน ของ Schumacher ซึ่งเป็นทักษะพื้นฐานสำคัญในการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับการใช้แบบประเมินระดับความสามารถในการดูแลตนเองด้วยเครื่องมือ PPS (Palliative Performance Scale) และการประเมินความปวด เนื่องจากความปวดเป็นปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ดังนั้นทักษะที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่สำคัญ ประเมินความปวดและการจัดการความปวด พบว่าผู้ดูแลสามารถประเมินระดับความปวดของผู้ป่วย และมีการจัดการกับความปวดด้วยยาตามแผนการรักษา และการนวดผ่อนคลาย ทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการปวดมีอาการปวดลดลง มีการบันทึกไว้ในสมุดบันทึกการดูแลอย่างถูกต้องครบถ้วน สอดคล้องกับการศึกษาของ Ferrell และคณะ (Ferrell, Hanson, & Grant, 2013) ผู้ดูแลสามารถประเมินความปวดและจัดการความปวดให้ผู้ป่วยได้เมื่อผ่านการอบรมและสามารถ



ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านได้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 9 ด้าน แต่คะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ 5 ทักษะประกอบด้วย 1) การแปลความหมายของอาการ 2) การตัดสินใจ 3) การปรับกิจกรรมต่างๆตามความเหมาะสม 4) การเข้าถึงแหล่งสนับสนุน และ 5) การให้การดูแล และซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Grant และ Northouse(Grant et al., 2013; Northouse, Katapodi, Song, Zhang, & Mood, 2010) เนื่องจากการพัฒนาทักษะในโปรแกรมนี้โดยกระบวนการเชิงปฏิบัติการทำให้เกิดการพัฒนาทักษะมากกว่าการแค่ให้ความรู้อย่างเดียว (Alvarez, K., Salas, E., &Garofano, 2004) แม้ว่าทักษะอีก 4 ด้านคะแนนเพิ่มขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย 1) การเฝ้าระวังตรวจสอบอาการ 2) การปฏิบัติการ 3) การร่วมมือกับผู้ป่วย และ 4) การเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ ซึ่งทักษะดังกล่าวอาจจะต้องใช้เวลาในการ

พัฒนา เนื่องจากในการศึกษาคั้งนี้ติดตามประเมินภายหลังทดลองโปรแกรมภายใน 1 สัปดาห์

โดยสรุปโปรแกรมการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความเหมาะสมในการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลให้มีความรู้ และทักษะในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ข้อเสนอการนำผลวิจัยไปใช้

โปรแกรมการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย สามารถพัฒนาทักษะผู้ดูแลให้มีทักษะการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีและมีคุณภาพ ควรนำโปรแกรมการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในโปรแกรมเสนอต่อผู้บริหาร เพื่อนำโปรแกรมไปใช้ในการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในสถานบริการ

เอกสารอ้างอิง

- จอนพะจง เพ็งจาด. การพยาบาลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ใน *The dawn of Palliative Care in Thailand*. ลักขมี ขาญเวช และดุสิต สกาม, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : บริษัทปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด, 2556 : 25-38.
- ปพิชญาลักษณ์ ดันดี, สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, และชมนาด สุ่มเงิน. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยเป็นมะเร็ง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกรุงเทพ*. 32(2).
- ศุภศิริ เชียงตา, วิทย์ลดา ฉันท์เรืองวนิชย์, อรพรรณ โตสิงห์, &ภาวิน เกษกุล. (2560). การศึกษาความสัมพันธ์ของความต้องการการดูแลแบบประคับประคองระหว่างผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอกับผู้ดูแล. *วารสารสภาการพยาบาล*, 32(2), 31-48.
- Alvarez, K., Salas, E., &Garofano, C. M. (2004).An integrated model of training evaluation and effectiveness.*Human resource development Review*, 3(4), 385-416.
- Applebaum, A. J., & Breitbart, W. (2013). Care for the cancer caregiver: a systematic review. *Palliative & supportive care*, 11(3), 231-252.
- Cox DR, W. N. (1994). Tests of linearity, multivariate normality and the adequacy of linear scores *Applied Statistics*.
- Harding, R., & Higginson, I. J. (2003). What is the best way to help caregivers in cancer and palliative care? A systematic literature review of interventions and their effectiveness. *Palliative medicine*, 17(1), 63-74.



เอกสารอ้างอิง

- Hwang, E. J., Lokietz, N. C., Lozano, R. L., & Parke, M. A. (2015). Functional deficits and quality of life among cancer survivors: implications for occupational therapy in cancer survivorship care. *American Journal of Occupational Therapy*, 69(6), 6906290010p1-6906290010p9.
- Ferrell, B., Hanson, J., & Grant, M. (2013). An overview and evaluation of the oncology family caregiver project: improving quality of life and quality of care for oncology family caregivers. *Psycho-Oncology*, 22(7), 1645-1652.
- Kendall, M., Murray, S. A., Carduff, E., Worth, A., Harris, F., Lloyd, A., . . . Sheikh, A. (2009). Use of multiperspective qualitative interviews to understand patients' and carers' beliefs, experiences, and needs. *Bmj*, 339, b4122.
- Grant, M., Sun, V., Fujinami, R., Sidhu, R., Otis-Green, S., Juarez, G., ...& Ferrell, B. (2013, July). Family caregiver burden, skills preparedness, and quality of life in non-small-cell lung cancer. *In Oncology nursing forum*, (Vol. 40, No. 4, p. 337). NIH Public Access.
- Given, B. A., Given, C. W., & Sherwood, P. R. (2012). Family and caregiver needs over the course of the cancer trajectory. *The journal of supportive oncology*, 10(2), 57-64.
- Lugton, J., & Kindlen, M. (1999). *Palliative care: The nursing role*. New York : Churchill Livingstone.
- Lunney and others. (2003). Patterns of functional decline at the end of life, *JAMA*, 289(18), 2387-2392.
- Reinhard, S. C., Given, B., Petlick, N. H., & Bemis, A. (2008). *Supporting family caregivers in providing care*. Retrieved December 14, 2017, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2665/>
- Murray SA, Kendall M, Grant E, Boyd K, Barclay S, Sheikh A. (2007). Patterns of social psychological and spiritual decline towards the end of life in lung cancer. *J Pain Sympt Man*; 34: 393-402
- Northouse, L. L., Katapodi, M. C., Song, L., Zhang, L., & Mood, D. W. (2010). Interventions with family caregivers of cancer patients: meta-analysis of randomized trials. *CA: a cancer journal for clinicians*, 60(5), 317-339.
- Phillips, L. R., & Reed, P. G. (2009). End-of-life caregiver's perspectives on their role: Generative caregiving. *The Gerontologist*, 50(2), 204-214.
- Schumacher, K. L., Beidler, S. M., Beeber, A. S., & Gambino, P. (2006). A transactional model of cancer family caregiving skill. *ANS Adv Nurs Sci*, 29(3), 271-286.
- Schumacher, K. L., Stewart, B. J., Archbold, P. G., Dodd, M. J., & Dibble, S. L. (2000). Family caregiving skill: development of the concept. *Res Nurs Health*, 23(3), 191-203.
- Siegel, R. L., Miller, K. D., & Jemal, A. (2015). Cancer statistics, 2015. *CA Cancer J Clin*, 65(1), 5-29. doi: 10.3322/caac.21254
- Wood, D. E. (2015). National Comprehensive Cancer Network (NCCN) clinical practice guidelines for lung cancer screening. *Thoracic surgery clinics*, 25(2), 185-197.
- World health organization. (2002). *National Cancer Control Program es. Policies and managerial guideline*. Geneva :WHO Press, 84.
- World health organization. (2006). *National Cancer Control Program es. Policies and managerial guideline*. Geneva :WHO Press, 14.
- World health organization. (2007). *National Cancer Control Program es. Policies and managerial guideline*. Geneva:WHO Press ,22-31.



คำแนะนำ



การส่งผลงานวิชาการลงตีพิมพ์

ในวารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา พ.ศ.2561

เพื่อให้การจัดทำวารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีคุณภาพ จึงขอให้งดเลิกคำแนะนำปี 2558 และใช้คำแนะนำนี้ตั้งแต่ 1 มกราคม 2561 ดังนี้

ผู้ทรงคุณวุฒิ หมายถึง ผู้ที่มีความรู้ความสามารถและเชี่ยวชาญในสาขาวิชานั้น ๆ

ผลงานวิชาการที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ หมายถึง ผลงานที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในบทความที่ส่งขอรับการตีพิมพ์อย่างน้อย 2 คนที่มีความเห็นตรงกันว่าเป็นผลงานที่มีคุณภาพสามารถลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารได้

ผลงานวิชาการที่รับตีพิมพ์ หมายถึง บทความวิจัยบทความวิชาการหรือ บทความปริทรรศน์

คำแนะนำของการเตรียมบทความ

1. ข้อกำหนดการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษามีดังต่อไปนี้

1.1. เป็นผลงานวิชาการทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษในสาขาการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา

1.2. ผลงานวิชาการต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อนยกเว้นเป็นผลงาน

วิชาการที่ได้นำเสนอในการประชุมทางวิชาการที่ไม่มี Proceedings และผู้เขียนจะต้องไม่ส่งบทความเพื่อไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นในเวลาเดียวกัน

1.3. ผลงานวิชาการจะได้รับการพิจารณาถ้อยแถลงจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควร ไม่น้อยกว่า 2 คน

1.4. กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาการลงตีพิมพ์ในวารสารหลังจากผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

1.5. หากผลงานวิชาการใดได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ เจ้าของผลงานวิชาการจะต้องแก้ไขต้นฉบับให้เสร็จและส่งคืนกองบรรณาธิการภายในเวลาที่กำหนดมิฉะนั้นจะถือว่าสละสิทธิ์การตีพิมพ์

1.6. ผลงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง (เฉพาะวิจัยในมนุษย์)

2. อัตราค่าบำรุงวารสารฯ / ค่าธรรมเนียมในการนำผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารฯ

2.1. กรณีส่งตามปกติอัตราค่าธรรมเนียม 3,000 บาท/ 1 บทความ

2.2. กรณีส่งแบบเร่งด่วน (Fast track) อัตราค่าธรรมเนียม 5,000 บาท/ 1 บทความ



โดยชำระค่าลงทะเบียนตีพิมพ์บทความ โดยการโอน
เงินมาที่ บัญชีธนาคารกรุงไทย สาขา พะเยา เลขบัญชี
512-0-69285-0 ชื่อบัญชี วิทยาลัยพยาบาลบรมราช
ชนนี(งานวารสาร)

3. การเตรียมต้นฉบับบทความวิจัยมีแนว
ปฏิบัติตามลำดับการเขียน ดังนี้

3.1 ชื่อเรื่อง ทั้ง ภาษาไทย และ
ภาษาอังกฤษ

3.2. บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
(Abstract)

3.3. ชื่อ-สกุลและสถานที่ทำงานของผู้แต่ง
(ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)

3.4. คำสำคัญ (Keywords) ให้ผู้เขียน
พิจารณา คำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
จำนวน 3-5 คำ

3.5. บทนำเป็นการเขียนความเป็นมาหรือ
ความสำคัญ ควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็น
ประเด็นหลักการวิจัยเขียนให้กระชับตรงประเด็นและ
แสดงถึงความสำคัญหรือปัญหาที่ต้องทำการศึกษา

3.6. วัตถุประสงค์การวิจัย กระชับและ
ชัดเจน

3.7. ระเบียบวิธีการวิจัยเป็นการเขียน
อธิบายกระบวนการทำวิจัยตามหลักระเบียบวิธีวิจัยที่มี
คุณภาพ โดยมีรายละเอียดพอสังเขปที่แสดงให้เห็นถึง
รายละเอียดของกระบวนการ

3.8. ผลการวิจัย เป็นการเขียนผลการ
วิเคราะห์ข้อมูลหรือข้อค้นพบจากการวิจัยหากจะมีการ
นำเสนอข้อมูลด้วยตารางควรออกแบบตารางให้
เหมาะสมและให้นำเสนอข้อมูลได้ตารางตามที่จำเป็น
การอธิบายข้อมูลควรหลีกเลี่ยงการกล่าวซ้ำกับสิ่งที่
แสดงในตาราง

3.9. อภิปรายผลเป็นการแปลความหมาย
ของผลการวิจัยและอธิบายเหตุผลว่าข้อค้นพบหรือสิ่งที่
เกิดขึ้นสามารถอธิบายด้วยหลักการหรือทฤษฎีใดบ้าง
ผลการวิจัยสอดคล้องหรือขัดแย้งกับผลการวิจัยของคน
อื่นหรือไม่อย่างไรทั้งนี้ในการอภิปรายควรสนับสนุน

ด้วยข้อมูลที่เป็นเหตุเป็นผลและอธิบาย โดยใช้
หลักฐานเชิงประจักษ์

3.10. ข้อเสนอแนะในการเขียน
ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรเขียนข้อเสนอแนะเพื่อ
การนำผลการวิจัยไปใช้ หรือสำหรับการทำวิจัยต่อยอด
ในอนาคตทั้งนี้ข้อเสนอแนะควรสืบเนื่องจากข้อค้นพบ
จากการวิจัยครั้งนี้ไม่ใช่ข้อเสนอแนะตามหลักการ
โดยทั่วไป

3.11. ในการนำผลงานของผู้อื่นมาใช้ใน
บทความขอให้ผู้เขียนใช้ข้อมูลจากแหล่งที่มีความ
น่าเชื่อถือและทันสมัยไม่เกิน 10 ปีมีการระบุชื่อผู้แต่ง
และปีพิมพ์ปรากฏอย่างชัดเจนควรอ้างอิงจากแหล่ง
หรือเอกสารที่เป็นต้นตอของข้อมูลและบทความใดที่มี
การตรวจสอบพบว่าเข้าข่าย Plagiarism จะถูกตัดสิทธิ์
ในการพิจารณาตีพิมพ์

4. การเตรียมต้นฉบับบทความปริทัศน์
(Review Article)มีแนวปฏิบัติตามลำดับการเขียน
ดังนี้

4.1 ชื่อเรื่อง ทั้ง ภาษาไทย และ
ภาษาอังกฤษ

4.2 ชื่อผู้พิมพ์ทุกคน และสถานที่ทำงาน
โดยใช้ภาษาไทย

4.3 บทคัดย่อ (Abstract) ให้เขียนทั้ง
ภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นความเรียงย่อหน้าเดียว
ประกอบด้วยสาระสังเขปที่สำคัญและครบถ้วน คำ
สำคัญ(Key words) มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
จำนวน 3-5 คำ

4.4 บทนำ เป็นการเขียนความสำคัญ
ควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักของ
เรื่องที่น่าสนใจ เขียนให้กระชับตรงประเด็นและแสดง
ถึงความสำคัญว่าทำไมจึงนำเสนอบทความนี้

4.5 สาระปริทัศน์ในประเด็นต่างๆ ที่ตรง
กับชื่อเรื่อง โดยประเด็นที่น่าสนใจจะต้องกระชับ
ตรงประเด็น ไม่ซ้ำซ้อน

4.6 วิจารณ์ เป็นการสรุปสาระ และ
แสดงความคิดเห็นของผู้เขียนโดยจะอ้างอิงวรรณกรรม
ต่าง ๆ มาเพิ่มเติมหรือไม่ก็ได้



4.7. กิตติกรรมประกาศ (หากมี)

4.8. เอกสารอ้างอิง

5. การอ้างอิงเอกสาร

การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ทำตามแบบฉบับสำหรับแนวทางของการเขียนเอกสารอ้างอิง โดยใช้ระบบของ APA ปี ค.ศ. 2011 รายละเอียดศึกษาจากหนังสือ Publication Manual of the American Psychological Association. มีรายละเอียด ดังนี้

ผู้แต่งเป็นชาวต่างประเทศให้ลงนามสกุลตามด้วยเครื่องหมาย และต่อด้วยอักษรย่อของชื่อต้น และชื่อรอง ดังตัวอย่าง

5.1 หนังสือ

ชื่อผู้พิมพ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์

บุญชม ศรีสะอาด. (2547). *วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.

Kosslyn, S. M., & Rosenberg, R. S. (2004). *Psychology: The brain, the person, the world*. (2nd ed.). Essex, England: Pearson Education Limited.

Mussen, P., Rosenzweig, M. R., Aronson, E., Elkind, D., Feshbach, S., Geiwitz, P. J., et al. (1973). *Psychology: An introduction*. Lexington, Mass.: Heath.

5.2 วารสาร

ชื่อผู้พิมพ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), หน้า.

เพชฌัญญู กิจระการ และสมนึก ภัททิยธนี. (2545). ดัชนีประสิทธิผล (Effectiveness Index: E.I.). *วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 8(1), 30-36.

Klimoski, R., & Palmer, S. (1993). The ADA and the hiring process in organizations. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 45(2), 10-36.

5.3 หนังสือรวมเรื่อง (Book Review)

ชื่อผู้พิมพ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. ใน ชื่อบรรณาธิการ (บรรณาธิการ), ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป, หน้า). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์

ประสม เนื่องเฉลิม. (2549). วิทยาศาสตร์พื้นฐาน: การจัดการเรียนรู้มิติทางวัฒนธรรม ท้องถิ่นการบูรณาการ ความรู้พื้นบ้านกับการจัดการเรียนรู้วิทยาศาสตร์เพื่อชุมชน: กรณีศึกษาจากแหล่งเรียนรู้ป่าปู้ตา. ใน ฉลาด จันทรมบัติ (บรรณาธิการ), *ศึกษาศาสตร์วิจัย ประจำปี 2548 – 2549* (หน้า 127 – 140). มหาสารคาม: สารคาม-การพิมพ์-สารคามแปเปอร์

Cooper, J., Mirabile, R., & Scher, S. J. (2005). Actions and attitudes: The theory of cognitive dissonance. In T. C. Brock & M. C. Green (Eds.), *Persuasion: Psychological insights and perspectives* (2nd ed., pp. 63-79). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

5.4 สื่ออิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้พิมพ์. (วันที่ เดือน ปีที่ปรับปรุงล่าสุด). ชื่อเรื่อง. วันที่ทำการสืบค้น, ชื่อฐานข้อมูล. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (3 ธันวาคม 2548). *ธนาคารหลักสูตร*. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2550, จาก <http://db.onec.go.th/thaigifted/lessonplan/index.php>



Wollman, N. (1999, November 12).

Influencing attitudes and behaviors for social change.

Retrieved July 6, 2005, from

<http://www.radpsynet.org/docs/wollmanattitude.html>

6. โปรดตรวจสอบ ต้นฉบับดูว่า ท่านได้เขียนหัวข้อต่าง ๆ และให้ข้อมูลครบถ้วน ใช้คำต่าง ๆ ถูกต้องตามพจนานุกรมไทย และอังกฤษ รวมทั้งคำศัพท์ทางวิชาการ และระบบการอ้างอิง ได้ถูกต้อง

7. การตั้งค่าน้ำกระดาษให้ตั้งค่าขนาดกระดาษ A4 จัดหน้าให้มีช่องว่างด้านบน 1 นิ้ว ด้านล่าง 1 นิ้ว ด้านซ้าย 1.25 นิ้ว ด้านขวา 1 นิ้ว อักษรที่ใช้ในการพิมพ์ให้ใช้ฟอนต์ Angsana New ขนาด 16 และ single space และมีเนื้อหารวมบทความย่อและเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 15 หน้า

8. ผลงานทางวิชาการทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ผู้พิมพ์จะได้รับวารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 1 ฉบับ ในกรณีที่ผู้พิมพ์ต้องการประสงค์จะซื้อเพิ่มเป็นรายฉบับ ราคาฉบับละ 150 บาท

9. การส่งต้นฉบับให้ดำเนินการตามขั้นตอนต่อไป

9.1. ส่งต้นฉบับบทความวิชาการหรือบทความวิจัยเป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ (.docx) ไปที่เว็บไซต์ของวารสารที่ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy> เพื่อทำการลงทะเบียนสมาชิกวารสารและดำเนินการส่งบทความผ่านระบบ

ออนไลน์ของ TCI ทั้งนี้ผู้เขียนสามารถศึกษาข้อมูลคำแนะนำเบื้องต้นสำหรับผู้พิมพ์ที่เมนูด้านขวามือของเว็บไซต์ หรือตามคู่มือแนบท้าย

9.2. เมื่อบทความผ่านประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วจะมีหนังสือแจ้งจากกองบรรณาธิการวารสารให้ผู้เขียนดำเนินการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

9.3. ชำระเงินค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ในวารสารเมื่อได้รับหนังสือแจ้งจากกองบรรณาธิการข้อ 8. วารสารมีกำหนดออกปีละ 3 ฉบับคือฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายนฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม และฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

สมาชิกหรือผู้อ่านท่านใดประสงค์จะขอข้อมูลหรือรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อกองบรรณาธิการได้ดังนี้

กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล
การสาธารณสุขและการศึกษา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
312 หมู่ 11 ตำบลบ้านต๋อม อำเภอเมือง
จังหวัดพะเยา รหัสไปรษณีย์ 56000
โทรศัพท์ 0-5443-1779 ต่อ 105,114
โทรสาร 0-5443-1889
มือถือ 06-1289-5926
E-mail : journal@bcnpy.ac.th

