



ความท้าทายของพยาบาลไทยสู่ประชาคมอาเซียน

Challenges for Thai Nurses in AEC Era

สมจิต แดนสีแก้ว ศศ.ด.*

Somjit Daenseekaew PhD*

บทนำ

ประชาคมอาเซียนกำลังก่อตัวขึ้นเพื่อความ มั่นคง มั่งคั่ง และ สันติภาพของทุกประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ หรือ ดินแดนอนุภาคนิยม ซึ่งแม้จะมีอาณาเขตใกล้เคียงกันแต่ก็มีความต่างทางภูมิศาสตร์ สิ่งแวดล้อม สังคมและวัฒนธรรม การติดต่อเชื่อมโยงกันของประชากรส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต วิถีปฏิบัติจนกลายเป็นวิถีชีวิตใหม่ทั้งที่เอื้อให้เกิดสุขภาพดีและการเจ็บป่วย จึงถือเป็นโอกาสที่ท้าทายผู้ให้บริการสุขภาพในการพัฒนาการดูแลให้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของประชากรที่ต่างเชื้อชาติ ต่างบริบทสังคมวัฒนธรรม ศาสนาและภาษา พยาบาลต้องให้คุณค่าของบุคคลที่ต่างความคิด ความเชื่อ ต้องมีความรู้ ความตระหนัก ความไวในการสร้างปฏิสัมพันธ์ เข้าใจ มุมมองของผู้รับบริการ อนุญาตและอำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการปฏิบัติตามความเชื่อ หรือ หากต่างกัน จะมีการร่วมเรียนรู้ แลกเปลี่ยนมุมมองเพื่อปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกันระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ให้ได้รับความร่วมมือตอบสนองความต้องการ ความคาดหวัง ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน เกิดความพึงพอใจ มีความปลอดภัยและลดเวลา ลดค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการ บทความนี้ขอเสนอแนะวิเคราะห์จากเอกสารที่เกี่ยวข้องและประสบการณ์การทำงานร่วมกับเพื่อนพยาบาลจากทั้ง 10 ประเทศในอาเซียน เพื่อนำเสนอแนวทางเสริมหนุนการพัฒนาให้พยาบาลไทยทันการเปลี่ยนแปลงของสังคมที่ซับซ้อนและวัฒนธรรมที่หลากหลายอย่างสมดุล กลมกลืน และเป็นสุข

ความสำคัญของอาเซียนต่อวิชาชีพพยาบาล

กระบวนการรวมตัวกันของ 10 ประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ให้กลายเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community-AEC) เริ่มก่อตัวมากกว่า 40 ปีที่แล้ว¹ เพื่อความมั่นคงทางการเมือง เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม บัดนี้ใกล้เวลาที่จะหลอมรวมเข้าเป็นชุมชนเดียวกัน ตามวิสัยทัศน์ที่ร่วมกันกำหนดไว้ คือ ปี พ.ศ. 2558 ภูมิภาคนี้จะมี ความมั่นคง มั่งคั่ง และสามารถแข่งขันกับภูมิภาคอื่น ๆ ได้ โดยกำหนดเป้าหมาย คือ 1) การส่งเสริมการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจมุ่งให้เกิดการไหลเวียนอย่างเสรี

ของสินค้า การบริการ การลงทุน เงินทุน การพัฒนาทางเศรษฐกิจจัดตั้งให้อาเซียนเป็นตลาดเดียวและเป็นฐานการผลิต โดยจะริเริ่มกลไกและมาตรการใหม่ๆ ในการปฏิบัติตามข้อริเริ่มทางเศรษฐกิจที่มีอยู่แล้ว เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ประเทศสมาชิกใหม่ของอาเซียน (กัมพูชา ลาว พม่า และเวียดนาม) เพื่อลดช่องว่างของระดับการพัฒนา และช่วยให้ประเทศเหล่านี้เข้าร่วมในกระบวนการรวมตัวทางเศรษฐกิจของอาเซียน³ ส่งเสริมความร่วมมือในนโยบายการเงินและเศรษฐกิจมหภาค ตลาดการเงิน และตลาดเงินทุน การประกันภัยและภาษีอากร การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและการคมนาคม กำหนดกรอบความร่วมมือด้านกฎหมาย

*รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รองผู้อำนวยการศูนย์ส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

บรรณาธิการวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ



การพัฒนาความร่วมมือด้านการเกษตร พลังงาน การท่องเที่ยว การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ โดยการยกระดับการศึกษาและการพัฒนาฝีมือพัฒนาวิชาการ วิทยาศาสตร์ และด้านการบริหารส่งเสริมความร่วมมือซึ่งกันและกันในการฝึกอบรมและการวิจัยและส่งเสริมความร่วมมือในด้านเกษตรกรรมและอุตสาหกรรม การค้าและการคมนาคม 2) ส่งเสริมการมีเสถียรภาพสันติภาพและความมั่นคงทางการเมือง การปกครอง การทหารของภูมิภาค และ 3) ส่งเสริมความร่วมมือทางสังคมและวัฒนธรรม การสื่อสารและการปรับปรุงมาตรฐานการดำรงชีวิต การลดปัญหาความยากจนและความเหลื่อมล้ำทางสังคม⁴

ในการประชุมสุดยอดอาเซียน ครั้งที่ 9 เมื่อวันที่ 7 ตุลาคม พ.ศ. 2546 ณ เกาะบาหลี ประเทศอินโดนีเซีย ผู้นำอาเซียนทั้ง 10 ประเทศได้ร่วมลงนามในแถลงการณ์ Bali Concord II ซึ่งได้มีการกำหนดให้จัดทำความตกลงร่วม (Mutual Recognition Arrangement, MRA) ด้านคุณสมบัติในสาขาวิชาชีพหลักภายในปี 2551 เพื่ออำนวยความสะดวกในการเคลื่อนย้ายนักวิชาชีพแรงงานเชี่ยวชาญและผู้มีความสามารถพิเศษของอาเซียนได้อย่างเสรีสาขาวิชาชีพการพยาบาลได้ร่วมลงนามใน ASEAN MRA on Nursing Services เมื่อปี พ.ศ. 2549 จึงถือเป็นก้าวที่ท้าทายและโอกาสของวิชาชีพพยาบาลในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน⁵⁻⁸ เนื่องจากพยาบาลเป็นทีมบริการสุขภาพที่ต้องอยู่ด่านหน้า ต้องดูแลผู้รับบริการตลอดเวลาที่มารับบริการและต้องเป็นผู้วางแผนจำหน่ายให้ผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติตนอย่างดีเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำอีก รวมทั้งการดำรงชีวิตด้วยความผาสุกต่อไป พยาบาลจึงต้องก้าวสู่ความท้าทายนี้โดยพัฒนาตนเองให้ทำงานในสังคมอาเซียนอย่างมีความสุข

ความท้าทายของพยาบาลไทยให้ก้าวสู่ประชาคมอาเซียน

1. การก้าวเป็น Medical hub ของไทย จากข้อตกลงร่วมสาขาวิชาชีพหลัก ได้ร่วมลงนามระหว่างรัฐบาลแห่งบรูไน ดารุสซาราม ราชอาณาจักรกัมพูชา สาธารณรัฐอินโดนีเซีย สาธารณรัฐประชาธิปไตย

ประชาชนลาว มาเลเซีย สหภาพพม่า สาธารณรัฐฟิลิปปินส์ สาธารณรัฐสิงคโปร์ ราชอาณาจักรไทย และสาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม ในฐานะประเทศสมาชิกของสมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งเป็นความท้าทายของประเทศไทยที่ประกาศตัวเป็นผู้นำด้านบริการสุขภาพ หรือ Medical hub จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้ง 4 โหมดบริการ คือ 1) การบริการให้คำปรึกษาทางสุขภาพผ่านสื่อสารไร้พรมแดน 2) การส่งเสริมให้ชาวต่างชาติมารับบริการสุขภาพในไทย ซึ่งปัจจุบันมีผู้รับบริการจำนวนมากจากลาว เวียดนาม พม่า กัมพูชา จีน รวมถึงชาวตะวันตก ตะวันออกกลาง และประชากรจากภูมิภาคอื่นๆ เข้ามารับบริการสุขภาพในไทย 3) การที่นักลงทุนไทยไปเปิดสถานบริการสุขภาพในต่างชาติ และ 4) การที่บุคลากรสุขภาพไทยจะไปทำงานในต่างชาติ^{9,10}

จากวิสัยทัศน์ดังกล่าวของผู้นำด้านการสาธารณสุขไทย จะทำให้บริการเอกชนของไทยเกิดมากขึ้นทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศในอาเซียน ทำให้ความต้องการจำนวนพยาบาลที่จะทำงานในสถานบริการเพื่อให้บริการทั้ง 4 โหมดบริการมีจำนวนมากขึ้น¹¹ ประกอบกับแรงผลักดันให้ออกจากภาครัฐของประเทศไทยมีมากขึ้นทั้งจากการที่พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ไม่ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ และการที่พยาบาลซึ่งทำงานมากกว่า 20 ปี พบทางตันของการก้าวหน้า โดยตำแหน่งของพยาบาลที่เป็นข้าราชการส่วนมากหยุดอยู่ที่พยาบาลปฏิบัติการตลอดจนสวัสดิการต่างๆของภาครัฐที่พยาบาลได้รับแตกต่างจากภาคเอกชน ปัจจัยเหล่านี้จะเป็นเหตุให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสำหรับพยาบาลไทย ได้แก่ 1) การลาออกจากภาครัฐไปทำงานในโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย 2) พยาบาลไทยออกไปทำงานในต่างประเทศในอาเซียน และเมื่อมีประสบการณ์ เกิดความเชี่ยวชาญในการดูแลชาวต่างชาติ หรือต่างวัฒนธรรมแล้วจะมีการย้ายไปทำงานในประเทศที่มีรายได้มากขึ้น เช่น อเมริกา ยุโรป หรือในออสเตรเลีย ซึ่งประเทศเหล่านี้มีภาวะขาดแคลนพยาบาลเช่นกัน^{12,13} หรือ 3) พยาบาลไทยอาจยอมรับรายได้ที่น้อยกว่า โดยทำงานในภาครัฐไประยะหนึ่ง เพื่อให้มีความเชี่ยวชาญ



ทั้งการพยาบาลทั่วไป การพยาบาลเฉพาะทาง และการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพราะจะมีชาวต่างชาติทั้งในอาเซียนและสากลมารับบริการที่โรงพยาบาลในภาคอีสานมากขึ้น หลังจากนั้นจึงย้ายไปทำงานในภาคเอกชนในประเทศที่มีรายได้และความมั่นคงกว่า¹⁴

2. การศึกษาพยาบาลในประเทศไทย
ปัจจุบันพบว่าโครงสร้างการศึกษาพยาบาลไทยมีความก้าวหน้าต่อเนื่องจากปัญญาดรี โท เอก และมีกรอบรมเฉพาะทางมากมาย บริการการศึกษาพยาบาลจึงเป็นที่ต้องการของอีก 9 ประเทศ ประเทศไทยเป็นผู้นำด้านการศึกษาพยาบาลในอาเซียน อย่างไรก็ตามผลกระทบที่ไม่ปรารถนาที่เกิดขึ้น คือ 1) การขาดแคลนอาจารย์พยาบาล ซึ่งจะถูกซื้อตัวไปทำงานในอาเซียนมากขึ้น 2) นักศึกษาต่างชาติจะมาเรียนในไทยมากขึ้น¹⁵

3. การเผชิญกับปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนของประชากรอาเซียนที่พยาบาลไทยต้องดูแล
เมื่อประชากรทั้ง 10 ประเทศเคลื่อนตัว ย้ายถิ่นสู่การติดต่อค้าขาย ประกอบอาชีพ การท่องเที่ยว การเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายจะมีมากขึ้น¹⁶ ประกอบกับพรมแดนที่ยาวไกล ติดต่อกันได้ทั้งทางบก ทางน้ำ ทางอากาศ จึงยากต่อการควบคุม พยาบาลของสถานบริการทั้ง 3 ระดับในประเทศไทย คือ ตติยภูมิ ทุตติยภูมิและปฐมภูมิ จะเผชิญกับปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนของชาวต่างชาติที่มาทำงานในไทย หรือชาวไทยที่ไปทำงานในต่างแดน ทั้งการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มากับคนทำงาน คนท่องเที่ยว คนย้ายถิ่นมาอยู่ไทย การเกิดภาวะเจ็บป่วยวิกฤติจากการดูแลโรคเรื้อรังที่ไม่ต่อเนื่อง ก่อให้เกิดภาวะฉุกเฉินที่เกิดแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง เช่น การช็อกจากภาวะเส้นเลือดหัวใจตีบ หรือการแตก ตีบตันของหลอดเลือดสมอง เป็นต้น รวมทั้งอุบัติเหตุ การจราจรและภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์และกุมารเวช ตลอดจนการเกิดโรคติดต่อที่กลับมาเป็นซ้ำอย่างการระบาดของโรคคอตีบใน พ.ศ. 2555 และโรคไข้เลือดออกใน พ.ศ. 2556 รวมถึงการมารับบริการจากผู้ที่มาอยู่ในประเทศโดยไม่ถูกกฎหมายไม่มีสวัสดิการและยังขาดแคลนทุนทรัพย์ ซึ่งจะเป็นภาระที่บุคลากรสุขภาพต้องดูแลตามหลักสิทธิมนุษยชน³ การจัดการสงเคราะห์การหาหลักหรือระบบประกันสวัสดิการเมื่อเจ็บป่วย

ซึ่งก่อให้เกิดความซับซ้อนที่จะแก้ปัญหาลำบาก เช่น ภรรยาไทยพาสามีชาวตะวันตกมาใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือบัตรทอง หรือมารดาที่ไม่มีสัญชาติมาขอคลอดในไทยเพื่อให้ลูกได้สัญชาติไทย

การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในยุคเศรษฐกิจอาเซียน

จุดแข็งของพยาบาลไทย เมื่อเปิดประชาคมอาเซียนซึ่งเป็นเสรีด้านแรงงานมีฝีมือด้วย โดยเฉพาะวิชาชีพสุขภาพ คือ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล ซึ่งบุคลากรกลุ่มนี้ในประเทศไทยมีศักยภาพสูงมาก เพราะทำงานเก่ง มีฝีมือ อดทนรู้งาน และมีจิตใจดี มีวัฒนธรรมบริการผู้อื่นด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ การดูแลโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ดูแลแบบองค์รวม เห็นสิ่งอื่นดีเมื่อเทียบกับทุกประเทศในอาเซียนแล้ว พบว่ามาตรฐานและคุณภาพของวิชาชีพพยาบาลในประเทศไทยมีความก้าวหน้าเป็นอันดับแรกๆ มากกว่าประเทศอื่นๆ ดังนั้นโอกาสที่พยาบาลวิชาชีพไทยจะโดดเด่นในตลาดแรงงานอาเซียนจึงมีสูงมาก¹⁵

จุดอ่อนของพยาบาลไทย ปัญหาที่เป็นปัญหาประจำชาติไทย คือ ปัญหาภาษาและการสื่อสาร ทั้งเป็นภาษากลาง คือ ภาษาอังกฤษ และภาษาในอาเซียน ถือว่าอยู่ในเกณฑ์อ่อนมาก ความรู้เรื่องสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจในประเทศอาเซียนทั้งหมดของพยาบาลไทยยังน้อย เพราะเราไม่ได้ให้ความสำคัญ ในแง่ประวัติศาสตร์คนไทยจึงขาดความรู้ลึกซึ้งทางเอกลักษณ์กับประเทศต่างๆ รู้จักประเทศไทยและให้ความสำคัญชื่นชมกับศิลปวัฒนธรรมภาษาและอาหารไทย ทำให้พยาบาลไทยพลอยหลงตนเองจนละเลยที่จะศึกษาปัญหาหรือรากเหง้าของปัญหาและวัฒนธรรมร่วมที่ตนเองมีกับประเทศอื่นๆ จนเชื่อว่าวัฒนธรรมไทยเกิดมาโดดๆ ไม่มีที่มาจากผสมผสานร่วมกันจากเอกลักษณ์จนกลายเป็นเอกลักษณ์จนกระทั่งปัจจุบัน^{9,15,16}

การเปิดประชาคมอาเซียนจึงถือเป็นโอกาสดีสำหรับพยาบาลไทย เพียงเราพร้อมพัฒนาพยาบาลให้กลายเป็นสินทรัพย์ที่แต่ละต้องได้ แปลงมาตรฐานการพยาบาลเป็นทุนให้พยาบาลใช้ขีดความสามารถและได้ความก้าวหน้า ได้ค่าตอบแทน ได้สวัสดิการที่ดีพอ



องค์กรวิชาชีพมีการพัฒนาทักษะของพยาบาลวิชาชีพ ในการก้าวเข้าสู่บริบทการแข่งขันด้านบริการสุขภาพ ในตลาดอาเซียน พยาบาลไทยจึงได้โอกาสเหมาะแห่ง การเริ่มต้นเปลี่ยนทัศนคติให้เปิดกว้างมากขึ้นต่อการ ทำงานในต่างพื้นที่ ต่างภูมิภาค และทำงานกับกลุ่ม คนที่หลากหลายโดยการพัฒนาถือเป็นโอกาสแห่งการ พัฒนาทักษะด้านวิชาชีพให้เข้มข้น¹⁵ ยืดหยุ่นและทัน กับเทคโนโลยีรอบด้าน เพื่อให้สามารถทำงานในตลาด ที่กว้างขึ้นของอาเซียน มีการติดตามข่าวสารข้อมูล ความเคลื่อนไหวในทั้งสิบประเทศ มีเครือข่ายวิชาชีพ ในระดับอาเซียน ประเมินตนเองดูจุดอ่อนจุดแข็งเป็น ระยะๆ เปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ ในลักษณะที่ เป็นคู่ค้าและคู่แข่งอย่างเป็นจริง ไม่หลงหรือไปยึดติด กับมายาคติเดิมๆ ว่า เราดี เราเก่ง เราเพียงพอแล้ว สำหรับทุกสภาพการณ์ ที่สำคัญอีกประการหนึ่งก็คือ ทักษะการทำงานในมิติทางสังคม วัฒนธรรมที่ไม่เน้น ตนเองเป็นหลักแต่เน้นการดูแลด้วยหัวใจความเป็น มนุษย์ (Humanized care) ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient centered) ดูแลอย่างเข้าใจความคิด ความเชื่อ ที่ต่างกันนำการดูแลข้ามวัฒนธรรม (Transcultural care)^{17,18} ซึ่งถือเป็นแนวคิดที่ยอมรับทั้งสากลและ ท้องถิ่น^{11,16} มาใช้ในการควบคุมโรค ความปลอดภัย ด้านอาหาร การรับมือกับภัยพิบัติ การส่งเสริมสุขภาพ และการเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพให้มากยิ่งขึ้น โดย สนับสนุนส่งเสริมให้ประชาชนมีวิถีการดำเนินชีวิตอย่าง มีคุณภาพ (Healthy Lifestyles) ส่งเสริมการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการบริโภคและการใช้ชีวิตเพื่อสุขภาพที่ดี แบบยั่งยืน พยาบาลไทยจึงมีบทบาทและความรับผิดชอบ ในการพัฒนาตนเองให้ทันยุคเศรษฐกิจอาเซียน โดยต้องมีการพัฒนาสมรรถนะ ดังนี้

1. ใฝ่เรียนรู้ตลอดชีวิต (Lifelong learner)

พยาบาลต้องมีความรู้ มีความเข้มแข็งทางวิชาการ มีทัศนคติที่ดี จึงต้องพัฒนาคุณลักษณะส่วนบุคคล (Personal Characteristics) ให้ตนเป็นบุคคลที่มีความ ขยันหมั่นเพียรหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ เป็นการเรียน ไม่สิ้นสุด เรียนรู้ตลอดชีวิต^{19,20}

2. มีศักยภาพการดูแลข้ามวัฒนธรรม

พยาบาลต้องปรับตัวเข้ากับวัฒนธรรมที่แตกต่าง มี

ความไวต่อการแสดงออกทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ (Cultural sensitivity) มีหัวใจบริการ (Service mind) เข้าใจความเท่าเทียมของความเป็นมนุษย์ เคารพใน ศักดิ์ศรี เข้าใจความต่างด้านเชื้อชาติ สีผิว เพศ อายุ และ พฤติกรรม มีความเมตตากรุณาปิยวาจาอดทน มีความรัก ในเพื่อนมนุษย์ถึงแม้ว่าจะอยู่ต่างชาติและศาสนา สามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างรวดเร็วและ เหมาะสม มีความเอื้ออาทร เอาใจเขามาใส่ใจเรา ให้ บริการด้วยความเต็มใจมีบุคลิกภาพที่สุภาพและ น่าเชื่อถือ^{18,1} เช่น smart, smile, soft, strong and assertiveness พัฒนาหรือเสริมสร้างศักยภาพการดูแล ข้ามวัฒนธรรมดังนี้ 1) **Cultural awareness** การให้ ความสำคัญ ให้คุณค่าต่อความเชื่อ วิถีชีวิต พฤติกรรม และวิถีการแก้ปัญหาของผู้ใช้บริการต่างวัฒนธรรม 2) **Cultural knowledge** มีความรู้พื้นฐานที่เกี่ยวข้อง กับโลกทัศน์ (World view) ของบุคคลซึ่งมีความต่างกัน ระหว่างมุมมองของผู้ให้บริการ (Etic view) ที่เป็นมุม มองของคนนอกและมุมมองผู้ใช้บริการเอง (Emic view) 3) **Cultural skill** มีความสามารถในการเก็บรวบรวม ข้อมูล การประเมินปัญหา การตรวจร่างกาย การตอบ สนองต่อการรักษา และ ภาวะสุขภาพที่ต่างกัน พยาบาล ต้องใช้ภาษาพูด ภาษากาย หรือใช้ล่ามแปลคำถามและ คำตอบ ถามถึงความคิด ความเชื่อ การรับรู้เกี่ยวกับการ เจ็บป่วย วิถีชีวิตที่เกี่ยวข้องทั้งด้านการกิน การอยู่อาศัย การหลับนอน การพักผ่อน สันทนาการ การทำงาน การออกกำลังกาย รวมถึงสิ่งแวดล้อมที่ผู้รับบริการ อาศัยและสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล มีความต่าง ความเหมือนหรือก่อให้เกิดการปรับตัวที่ย่างกายอย่างไร ซึ่งต้องอาศัยคำถามปลายเปิดที่มี 7 ตัวช่วย (7 helpers) คือ What, Where, When, Why, How, Who, Whom เช่น ถามว่าการเจ็บป่วยเกี่ยวข้องกับอะไร ใครทำ ใคร ได้รับผลกระทบ อย่างไร ที่ไหน เมื่อไร ทำไม เป็นต้น 4) **Cultural encounter** มีความสามารถในการสร้าง ปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการต่างวัฒนธรรม เหมาะสมกับ แต่ละรายบุคคล 5) **Cultural desire** มีแรงจูงใจที่ทำให้ ตนต้องการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรม^{21,22}

การดูแลข้ามวัฒนธรรม (Transcultural care) สามารถทำได้ 3 ลักษณะ^{23,24} ได้แก่ 1) Culture care



preservation and maintenance โดยการอนุญาตให้ทำตามความปรารถนาหรือประสบการณ์ของผู้รับบริการ แม้จะต่างจากพยาบาล เช่น การอนุญาตให้ดื่ม น้ำมนต์ ให้สู่วัธูบายศรี นิมนต์พระมารับบิณฑบาต 2) Culture care accommodation and negotiation คือการอำนวยความสะดวกในการจัดมูมปฏิบัติกิจทางศาสนาให้แก่ทุกศาสนาในโรงพยาบาล ได้แก่ ห้องละหมาด ห้องพระ และให้โอกาสในการเข้าปฏิบัติกิจตามความต้องการ เช่น การให้บิดาชาวมุสลิมสวดให้บุตรในห้วงเวลาแรกเกิดซึ่งอาจอนุญาตให้ทำในห้องคลอดได้ 3) Culture care repatterning and restructuring ซึ่งพยาบาลต้องมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้หากเกิดความขัดแย้งเชิงวัฒนธรรม เช่น มีสตรีตั้งครรภ์ปฏิเสธการรับเลือดจากคนต่างศาสนาหากจำเป็นต้องผ่าตัดหรือรับเลือด โรงพยาบาลควรมีเครือข่ายศาสนาต่างๆ เพื่อเชิญผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในศาสนาเดียวกันให้คำปรึกษา หรือมีธนาคารเลือดให้กลุ่มบุคคลต่างศาสนาให้สามารถใช้ได้เมื่อจำเป็น หากจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ต้องมีการแลกเปลี่ยนอธิบายจนเกิดการยินยอมทำตาม เช่น สตรีมุสลิมจำเป็นต้องได้รับการตรวจภายในโดยแพทย์ผู้ชาย ทั้งนี้เพราะโรงพยาบาลมีแพทย์คนเดียว จะต้องมีการทำพิธีขออนุญาตก่อนและต้องได้รับการยินยอมให้ทำ หรือเมื่อมีการตาย แต่ญาติยังรับศพออกไปไม่ได้ เพราะไม่สามารถนำไปปฏิบัติตามความเชื่อให้เสร็จภายใน 1 วัน จึงต้องฝากไว้ที่โรงพยาบาลก่อน จนวันรุ่งขึ้นที่มีเวลาเพียงพอ การร้องขอทำนองนี้ทางโรงพยาบาลสามารถเอื้ออำนวยความสะดวกให้ปฏิบัติได้หากมีการประสานงานที่ดี

3. มีสมรรถนะการสื่อสารทางพยาบาล (Nurses' communication competency) โดยพยาบาลต้องพัฒนาให้ตนมีสมรรถนะทั้งการสื่อสารด้วยภาษาพูด และภาษากาย การสื่อสารจะเป็นการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสาร (Information) ให้ผู้รับบริการเข้าใจ และมั่นใจในบริการและให้ความร่วมมือเพื่อความปลอดภัยของตนเอง²⁴ พยาบาลต้องสามารถสื่อสารภาษากับผู้รับบริการชาวต่างชาติได้ ตัดสินใจแก้ปัญหาได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสม ให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับความแตกต่างของบุคคลแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสามารถ

เจรจาต่อรองได้สามารถบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นภาษาทางการของอาเซียน คือ ภาษาอังกฤษได้อย่างเหมาะสมถูกต้อง เรื่องภาษาเป็นปัญหาหนักสำหรับพยาบาล เพราะพยาบาลไม่สามารถพูดได้หลายภาษา แต่พยาบาลต้องดูแลผู้รับบริการที่ใช้หลายภาษาจึงจำเป็นต้องเรียนและปรับตัว อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลควรมีเครือข่ายล่ามในกลุ่มผู้รับบริการที่มาก ทางโรงพยาบาลสามารถเชิญมาแปลให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ ฟังพอใจมั่นใจในบริการ^{25,26} นอกจากนั้นยังต้องให้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นและฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการรองรับวัฒนธรรมอาเซียน (Essential Information and Related Website / Database) สร้างหรือพัฒนาเครือข่ายด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องของพยาบาล เช่น www.stou.ac.th/tcna, www.moe.com/radio ฐานข้อมูลการเคลื่อนย้ายประชากร Epidemic & pandemic ของโรคต่างๆ ปัญหาสุขภาพ Nursing workforce เช่น ใน ICN website ฐานข้อมูลความรู้เกี่ยวกับประเพณีวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพการพูดสื่อสาร ภาษาต่างๆ ของประเทศต่างๆ ใน ASEAN เช่น แหล่งทุน แหล่งบริการวิชาการที่เกี่ยวข้องในการให้บริการชาวต่างชาติของแต่ละประเทศ อาจจะทำเป็นปฏิทินการประชุมวิชาการ การนำเสนอผลงานวิจัยมีช่องทางสำหรับการติดต่อ สื่อสาร เช่น feedback จากผู้เข้าชม website หรือมีกลุ่มไลน์ของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ^{1,2,3} เป็นต้น

4. มีสมรรถนะทางการพยาบาลที่ดี (Nursing Excellence) ต้องพัฒนาด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติที่ดี ดังนี้ **1) ความรู้** ต้องพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการพยาบาล (Quality and Nursing Service Standard) สร้างความเสมอภาคในการให้บริการพยาบาล (Nursing Service Equity) ส่งเสริมการบริหารจัดการทางพยาบาลในระดับหน่วยงานและหอผู้ป่วย (Nursing Management in Organization and Ward Level) **2) ทักษะ** ต้องกระตือรือร้นในการดูแลผู้รับบริการชาวต่างชาติมีทัศนคติทางบวกต่อการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาสู่ประชาคม ASEAN ตลอดจนมีทัศนคติที่ดีต่อการทำงานกับเพื่อนชาวต่างชาติ **3) ทักษะปฏิบัติ** มีการ



ปฏิบัติอย่างมีมาตรฐานและเป็นสากลของกลุ่มประเทศใน ASEAN สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาความขัดแย้งได้อย่างเหมาะสม เมื่อมีปัญหาด้านจริยธรรม หรือมีมาตรฐานมีกฎระเบียบของโรงพยาบาลที่สอดคล้องกับความแตกต่างในความเชื่อและวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการ²⁷ เช่น ระเบียบเกี่ยวกับการจัดการศพของโรงพยาบาลที่ไม่สอดคล้องกับความเชื่อและวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการ Goal attainment ของผู้ให้บริการและผู้ให้บริการและมีความสามารถในการให้ข้อมูลในการดูแลรักษาและการพยาบาล (Information) กับผู้ให้บริการทุกคนอย่างมีคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการพยาบาล (Standard of nurse's note) Standard of nursing service quality (structure, process, outcomes) เพื่อความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Clients & staff satisfaction, effectiveness, efficiency, easy to access)^{20,23}

5. มีทักษะการพิทักษ์สิทธิและให้คำแนะนำภาคในการให้บริการพยาบาล (Advocated for nursing service equity) โดยอำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่สมควรจะได้ตามมาตรฐานขั้นต่ำอย่างเท่าเทียมเป็นธรรม และยุติธรรมมีหน่วยที่ให้บริการเฉพาะหรือรวมกับคนไทยหรือแยกหากมีจำนวนชาวต่างชาติมากพบบายยัดสิทธิผู้ป่วยและหลักการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในการให้บริการแก่เพื่อนมนุษย์ทุกคนทั้งคนไทยและคนต่างชาติอย่างเท่าเทียมกัน^{25,26}

6. มีสมรรถนะการบริหารจัดการพยาบาลในระดับหน่วยงานและหอผู้ป่วย (Nursing management in organization and ward level) สร้างระบบการพัฒนาที่มุ่งงานให้มีความพร้อมในการให้บริการชาวต่างชาติพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานพัฒนาบริบทในการทำงานเชิงบวกของพยาบาล (Nursing positive practice environment)^{18,19} พัฒนาความสามารถด้านภาษาของบุคลากรอย่างน้อย 2 ภาษา มีระบบการสื่อสารภาษา เช่น ป้ายเป็นภาษาอังกฤษ พม่า หรือภาษาที่ผู้ใช้บริการต่างชาติส่วนใหญ่ของหน่วยงาน มีการทบทวนและพัฒนาระบบการพยาบาลให้ทันสมัยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอได้ตามมาตรฐานสากล

เพิ่มวิชาเลือกด้านภาษาให้มากขึ้นในหลักสูตรพยาบาลเพิ่มสาระความรู้เกี่ยวกับ ASEAN แก่นักศึกษาพยาบาล

การเตรียมความพร้อมของพยาบาล สู่การทำงานในประชาคมอาเซียน

1. การเตรียมตัวเตรียมใจของพยาบาล
พยาบาลไทยต้องยอมรับว่านี่คือโอกาสดีที่พยาบาลไทยจะก้าวสู่อาเซียนเมื่อใกล้ถึงเวลาก้าวอย่างที่สำคัญที่อาเซียนจะหลอมรวมเป็นหนึ่ง เบื้องต้นพยาบาลจำเป็นต้องยอมรับการเปลี่ยนแปลงและทำความเข้าใจกับชุมชนใหม่ที่เรากำลังดูแล ทั้ง 10 ประเทศในประชาคมอาเซียนมีประชากรรวมกว่า 600.15 ล้านคนมากกว่าสหภาพยุโรป GDP รวมกันมากกว่า 1.6 ล้านล้านเหรียญสหรัฐ มูลค่าการค้าระหว่างประเทศ 1.8 ล้านล้านเหรียญสหรัฐ เป็นหกเท่าของประเทศไทย การลงทุนโดยตรง 5 หมื่นล้านเหรียญสหรัฐเป็นมูลค่าร้อยละ 60 ของการลงทุนในจีน อาเซียนเป็นตลาดส่งออกอันดับหนึ่งของไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 และเป็นแหล่งนำเข้าอันดับ 2 การท่องเที่ยวรวมในอาเซียน 65 ล้านคนปี เป็นอันดับ 2 ของโลกรองจากฝรั่งเศส^{3,4} จึงถือเป็นสังคมที่ใหญ่ขึ้น พยาบาลต้องดูแลสุขภาพของประชากรที่ใหญ่ขึ้น มีระดับเศรษฐกิจ การศึกษา และสังคมวัฒนธรรมที่ต่าง นันหมายความว่าภาวะสุขภาพ ความคิด ความเชื่อ พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อสุขภาพย่อมแตกต่างกันขณะที่เรามีธงนำว่า "One Vision, One Identity, One Community"^{1,2}

2. การพัฒนาศักยภาพเฉพาะของพยาบาล
ไทยทุกระดับ เมื่อกล่าวถึงการเปิดเสรีด้านแรงงานในต้นปี พ.ศ. 2559 อีกไม่ถึงหนึ่งปี วิชาชีพพยาบาลที่ทำข้อตกลงร่วมไว้จะสามารถเคลื่อนย้ายไปทำงานใน 10 ประเทศของอาเซียนโดยต้องปฏิบัติตามขั้นตอนและกฎระเบียบภายในของประเทศเหล่านั้น พยาบาลต้องจบการศึกษาพยาบาลจากสถาบันที่มีการรับรองคุณภาพ สอบใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลในประเทศที่จบได้ ต้องทำงานมีประสบการณ์ 3 ปี จึงจะออกไปสอบใบประกอบวิชาชีพในประเทศปลายทางได้ พยาบาลจึงต้องพัฒนา ดังนี้ **1) พัฒนาทักษะทางภาษา** เนื่องจากพยาบาลต้องผ่านการสอบใบประกอบวิชาชีพและ



ขั้นตอนการประเมินตามเงื่อนไขภายใต้การกำกับดูแลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สภาหรือสมาคมวิชาชีพนั้นก่อนไม่ได้เป็นเรื่องที่ง่ายตายนักแม้ว่าพยาบาลไทยมีมาตรฐานกว่าพยาบาลประเทศอื่นแต่คงไม่สามารถทำให้ประเทศไทยนำหน้าในอาเซียนได้หากสอนด้านภาษา^{2,3} **2) การพยาบาลต่างวัฒนธรรม (Transcultural Nursing)**^{22,23} การพยาบาลไทยจะต้องดูแลคนอาเซียนที่เป็นพุทธ มุสลิม คริสต์ เชื้อชาติจีน มาลายู ฝรั่งเศส ดังนั้นการทำความเข้าใจเชิงวัฒนธรรม การยอมรับความต่างและเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้ปฏิบัติตามวัฒนธรรม การจัดการให้ผู้เรียนได้ทำตามความเชื่อของแต่ละบุคคล รวมถึงการที่ต้องปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมที่ไม่ส่งผลต่อการมีสุขภาพดีของผู้รับบริการ ซึ่งต้องใช้ความชำนาญเฉพาะของพยาบาล เราจึงจำเป็นต้องเรียนรู้อย่างชาญฉลาด **3) การใช้ข้อมูลจริงในการกำหนดการพัฒนาสุขภาพ** เนื่องจากมีผู้คนมากมายเข้ามาใช้บริการโดยไม่มีหลักฐานทางประชากรที่ถูกต้อง การตรวจสอบทางสุขภาพ เป็นประเด็นปัญหาให้พยาบาลกำหนดแผนการปฏิบัติไม่ถูกต้อง พยาบาลจึงต้องมีทักษะการทำงานค้นหาข้อเท็จจริง และการทำระบบข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน^{25,26,27}

3. การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงาน (Evidence based practice) พยาบาลต้องอ่านงานวิจัย เพื่อนำมาพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลให้ได้มาตรฐาน ไม่ทำด้วยความเคยชินและทำแบบไม่เปลี่ยนแปลง ต้องมีการประเมินงานวิจัยที่ดี นำมาใช้ให้สอดคล้องกับบริบทงานที่ตนรับผิดชอบ รวมถึงมีการประชุมปรึกษาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอยู่ตลอด^{19,20}

4. การพัฒนาทักษะการเป็นผู้นำ (Leadership) พยาบาลไทยต้องมีศักยภาพในระดับที่เป็นหัวหน้างานหรือผู้ประกอบการด้านยุทธศาสตร์เพื่อเตรียมความพร้อมและการเข้าสู่อาเซียน ซึ่งพยาบาลสามารถเป็นผู้ประกอบการอิสระในบริบทของการแข่งขันบริการสุขภาพอนามัย เช่น ผู้ประกอบการ สถานส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง ศูนย์ดูแลเด็กวัยก่อนเรียน ศูนย์ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นต้น ต้องเป็นการคิดนอกกรอบระบบบริการของรัฐที่เป็นอยู่ มีการขยายบทบาทวิชาชีพเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะบทบาทการเป็น

ผู้ประกอบการอิสระ^{24,25}

5. การพัฒนาทักษะการเป็นนักวิจัย (Researcher) พยาบาลจำเป็นต้องสร้างองค์ความรู้ซึ่งถือเป็นเรื่องสำคัญเพราะความรู้คืออำนาจ การสร้างเครือข่ายการวิจัยในวิชาชีพเป็นเรื่องสำคัญ พยาบาลต้องเป็นนักวิจัยสืบค้นหาข้อเท็จจริงเพื่อนำมาวิเคราะห์แยกแยะข้อมูลเพื่อสร้างความรู้ และแนวปฏิบัติใหม่สู่การเปลี่ยนแปลงการทำงาน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent) และเป็นผู้เอื้ออำนวย (facilitator) ในการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและระบบบริการสุขภาพที่ดีกว่าเดิม^{21,22}

ข้อเสนอในการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลเพื่อการรองรับประชาคมอาเซียน

1. ควรมีการจัดตั้งองค์การวิชาชีพในระดับอาเซียน เช่น สมาคมพยาบาลแห่งอาเซียนคู่ขนานไปกับที่ประชุมหรือ Consortium ของสภาวิชาชีพ เพื่อกำหนดบรรทัดฐานการปฏิบัติ สวัสดิการ อัตราค่าจ้าง¹⁵ ให้เป็นแบบแผนที่ใกล้เคียงกันมิฉะนั้นจะเกิดความไม่เท่าเทียม เกิดการดูดซับทรัพยากรบุคคลไปกระจุกอยู่ในประเทศที่ให้ค่าจ้างและสวัสดิการสูงกว่า ปัจจุบันมี ASEAN Joint Coordinating committee on Nursing Service, AJCCN และ ASEAN Healthcare services sectoral Working Group, HSSWG ที่สภาการพยาบาลรับผิดชอบดำเนินการ^{11,12}

2. ผลิตงานวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ สร้างเครือข่าย การวิจัยในวิชาชีพ ซึ่งถือเป็นเรื่องสำคัญ สภาการพยาบาลไม่จำเป็นต้องทำทุกเรื่อง แต่ควรมุ่งไปที่การส่งเสริม Asean Nursing Registration and Legislations เรื่องการวิจัยควรสนับสนุนให้มหาวิทยาลัยเป็นผู้ทำ โดยใช้ที่ประชุมคณะบดีและผู้บริหารของสถาบันการศึกษาได้แบ่งงานกันทำและต้องรู้ด้วยกัน ภาพรวม การรู้มาก หรือรู้หน่อยให้นำมาแลกเปลี่ยนกัน ดังนั้นการวิจัยจึงเป็นอีกวิธีที่เสริมความรู้กัน

3. สร้างมาตรฐานการผลิตพยาบาล ต้องยกระดับ (Upgrading) เพื่อให้เกิดความเสมอภาคของคุณภาพของพยาบาลวิชาชีพในแต่ละประเทศ ควรเป็นความร่วมมือเชื่อมโยงกันระหว่างสถาบันการศึกษาหลัก



ที่เป็น Leading School of Nursing ของแต่ละประเทศ ควรผนวกกันให้เป็นภาคขึ้นมา มี Body เดียว ไม่ใช่แย่งกันทำเครือข่าย แต่อาจมีระดับ (Levels) ของเครือข่าย เช่น ระดับชาติ ระดับภาค ระดับจังหวัด มีความรู้สึกเป็นเนื้อเดียวกันเครือข่ายเดียวกัน

4. บทบาทของสถาบันการศึกษาพยาบาล
ต้องปรับกระบวนการให้มากขึ้น เช่น ให้นักศึกษาเรียนหลักสูตรบัณฑิตศึกษา เมื่อจบไปทำงานในประเทศของเขาจะได้เป็นเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ สร้าง International Program ในระดับปริญญาตรี – โท – เอก สร้างพยาบาลที่พูดภาษาอังกฤษได้และมีทักษะภาษาอาเซียนอย่างน้อย 1 – 2 ภาษา เน้น Bahasa Indonesia เพราะจะพูดกับประชากรอาเซียนได้อีก 200 ล้านกว่าคน จะช่วยเสริมความเป็นปึกแผ่นของอาเซียนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Association of Southeast Asian Nations. Roadmap for an ASEAN Community 2009-2015. Jakarta: ASEAN Secretariat.[cited 2015 July 20]. Available from: <http://www.mfa.go.th/asean/contents/files/customize-20130130-140937-534648.pdf>;2009.
2. ASEAN Secretariat, Association of Southeast Asian Nations (ASEAN). [cited 2015 July 20]. Available from: <http://www.aseansec.org>.
3. ASEAN. ASEAN Mutual Recognition Arrangement (MRA) on Tourism Professionals: Handbook, Jakarta: ASEAN Secretariat; 2013.
4. สุรพงษ์ โตวิจักษณ์ชัยกุล. บทสัมภาษณ์พิเศษ. มติชนรายวัน. เมื่อวันที่ 7 สิงหาคม 2555.
5. Fukunaga Y. Assessing the Progress of ASEAN MRAs on Professional Services; 2015. [cited 2015 July 20]. Available from: <http://www.eria.org/ERIA-DP-2015-21>.
6. ASEAN Secretariat. ASEAN mutual recognition arrangement on nursing services; 2014. Available from: <http://www.asean.org/communities/asean-economic-community/>

item/asean-mutual-recognition-arrangement-on-nursing-services.

7. สุรพงษ์ โตวิจักษณ์ชัยกุล. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการต่างประเทศ แถลงผลงานของรัฐบาลด้านการ. วันที่ 26 สิงหาคม 2555.
8. ASEAN Secretariat. Mutual Recognition Arrangement on Nursing Services; 2007. [cited 2015 July 20]. Available from: <http://www.aseansec.org/19211.htm> 3.
9. Healthcare Services Sectoral Working Group. The Report of the 17th Meeting of the Healthcare Services Sectoral Working Group, 19-20 February 2008, Siem Reap, Cambodia; 2008.
10. Pachanee C, Wibulpolprasert S. Trade in Health Services in the ASEAN Context. In: Blouin C, Heymann J, Drager N. editors. Trade and Health: Seeking Common Ground. Montreal: McGill-Queen's University; 2007.
11. Private Hospital Association and Business Council of Thailand. Competitive Advantage of private health facilities in Southeast Asia (The presentation); 2004.
12. Ronquillo K, Elegado-Lorenzo F, Nodora R. Human Resources for Health Migration in the Philippines: A Case Study and Policy Directions. Philippines country paper presented at the Workshop on "Asian Action Learning Network on Human Resources for Health" 3-5 August 2005, Bangkok, Thailand; 2005.
13. Gunawan J, Aungsuroch J. ASEAN mutual recognition arrangement for Indonesian nurses: is it a promise? Gunawan J et al. Int J Community Med Public Health 2015 May; 2(2): 77-80.
14. Suwandono A, Muharso, Achadi A, Aryastami K. Human Resources for Health for Foreign Countries: a case of nurse "surplus" in Indonesia. A country paper presented at the Workshop on "Asian Action Learning Network on



- Human Resources for Health” 3-5 August 2005, Bangkok, Thailand; 2005.
15. เอื้อมพร ทองกระจาย เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ขอนแก่น: คลังนาโนวิทยาการพิมพ์; 2555.
 16. Aungsuroch Y, Gunawan J. Nurse preparation towards ASEAN economic community 2015. *Int J HealthSci Res* 2015; 5(3): 365-72.
 17. Thanh VT, Bartlett P. Ten Years of ASEAN Framework Agreement on Services (AFAS): An Assessment. Regional Economic Policy Support Facility (REPSF) Project No. 05/004. Jakarta: ASEAN Secretariat; 2006.
 18. Jirwe M, Gerrish K, Keeney S, Enami A. Identifying the core components of cultural competence: findings from a Delphi study. *J ClinNurs* 2009, 18(18): 26-34. 6.
 19. McQuilkin D. Transcultural nursing clinical education: A systemic review of the literature since 2005 with recommendations for international immersion clinical courses. (Doctoral Dissertation in Nursing Practice) University of South Carolina; 2012.
 20. Campesino M. Beyond transculturalism: Critiques of cultural education in nursing. *J Nurs Edu* 2008, 47 (7): 298-304.
 21. ปราณีต ส่องวัฒนา. การวิจัยทางการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม: แนวคิดและประเด็นวิจัย. *วารสารสภาการพยาบาล* 2557; 29(4): 5-21.
 22. ศิริพร จิรวัฒน์กุล. การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม. *วารสารพยาบาล* 2539; 45 (1): 8-16.
 23. Leininger M. Cultural care diversity and university: A theory of nursing. NewYork: John Wiley & Sons; 1991.
 24. วีรนุช วิบูลย์พันธ์.สมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย* 2552; 21(3): 29-43.
 25. Acello B. “Breaking down cultural barriers” *Nursing* 2001; 31(2): 26-27.
 26. Compinha-Bacote.A model of practice to address cultural competence in rehabilitation nursing. *Rehabilitation Nursing* 2001; 26(1): 8-13.
 27. Lester N. Cultural competence A nursing dialogue. *American Journal of Nursing* 1998; 98(8).
 28. Bernal H. A model for delivering culture-relevant care in the community. *Public Health Nursing* 1993; 10(4): 228-232.