

ประสบการณ์การนำความรู้สู่การปฏิบัติงานจริงของพยาบาลครอบครัว: การวิจัยเชิงคุณภาพ

The Experiences of Family Nurses in Utilization of Knowledge in Practice: A Qualitative Study

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 35 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม-ธันวาคม) 2555

Volume 35 No.4 (October-December) 2012

ดารุณี จงอุดมการณ์ RN, Ph.D* เสาวคนธ์ วีระศิริ RN, Ph.D** อธิฐาน ชินสุวรรณ RN, Ph.D***

พิมปา สุตรา RN, MNS** พัชรารณ เจนใจวิทย์ RN, Ph.D ***

Darunee Jongudomkarn RN, Ph.D* Saowakhon Virasiri RN, Ph.D** Athithan Chinsuwan RN, Ph.D***

Pimpa Sutra RN, MNS** Patcharaporn Jenjaiwit RN, Ph.D***

บทคัดย่อ

นำเสนอผลการศึกษาเชิงคุณภาพถึงประสบการณ์การนำความรู้ทางการพยาบาลครอบครัวไปใช้หลังจบการศึกษาโดยศึกษาในศิษย์เก่าหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัวในหลักสูตรการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวฉบับ พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2551 จำนวน 71 คนซึ่งเป็นผู้เข้าร่วมวิชาการพยาบาลครอบครัวประจำปี พ.ศ. 2554 โดยการสนทนากลุ่มจำนวน 6 กลุ่มพร้อมกัน นำการสนทนาโดยนักวิจัยที่มีประสบการณ์การนำสนทนาและเป็นผู้ไม่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนการสอนในสาขาวิชาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหาสร้างแก่นความคิดจากข้อมูลการบันทึกเสียงการสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาพบแก่นความคิดได้ ดังนี้ 1) “หลักสูตรสร้างอัตลักษณ์: ตัวตนเป็นคนครอบครัว” เป็นแก่นความคิดที่ตัวตนมองตัวเองหลังการเรียนในหลักสูตรนี้ 2) “ภาพลักษณ์: เชี่ยวชาญการครอบครัว” เป็นแก่นความคิดที่รับรู้ว่าคุณค่าที่รอบกายมองตนเองมีภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไปอย่างไรหลังมาเรียนหลักสูตรนี้ และ 3) “ข้อจำกัดในการนำความรู้สู่การปฏิบัติงานจริง” ผลการศึกษานี้ให้ผลที่สอดคล้องกับเป้าหมายของการจัดทำหลักสูตรฯ มีข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์นำไปสู่การสร้างข้อเสนอเพื่อการจัดหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอนในอนาคต

คำสำคัญ: ประสบการณ์การนำความรู้ทางการพยาบาลครอบครัวไปใช้ ประเมินหลักสูตร วิจัยเชิงคุณภาพ

Abstract

The article was report the findings of the experiences of Family Nurses who graduated the master degree programmes in Family Nursing in utilization knowledge of practice. A pragmatic qualitative research design was adopted in order to access relevant alumni group. A group of alumni from family nursing programmes who were attending the annual family nursing conference was invited to take part in focus group interviews. Six focus groups involving a total of 71 alumni were held simultaneously. Within these groups trained facilitators with experience in nursing research- from out with family nursing education- elicited responses to the research questions. Within all six groups designated scribes took verbatim notes which were later subject to qualitative content and thematic analyses. Results revealed three themes as follows: 1) Building new type of nurse identities: From a general nurse

*รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว และกรรมการศูนย์วิจัยและฝึกอบรมด้านแพศยา:สุขภาพสตรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

practice to a specialist family practice; 2) Building an image of family expertise; and 3) Limiting the use of Family Nursing Knowledge in Practice. The findings were in line with the curriculum goals. Opinions and suggestions contributed by the participants would be benefited for improving curriculum and teaching learning experiences of the students in the future.

keywords: the experiences of family nurses to utilize knowledge in practice, curriculum evaluation, qualitative study

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

เป็นที่วิพากษ์วิจารณ์ของผู้คนในสังคมไทย ตั้งแต่ระดับเด็กทุกวัยในโลกสังคมออนไลน์จนถึงผู้ใหญ่ ผู้ทรงคุณวุฒิในทุกวงการในกรณีที่เลขาธิการสภาการศึกษาเสนอให้แก้สัณฐานสำคัญในการดูแลเด็กในครอบครัวจาก “รักวัวให้ผูก รักลูกให้ตี” เป็น “รักวัวให้ผูก รักลูกให้กอด” จนนำไปสู่การคัดค้านจากหลายภาคส่วน โดยเฉพาะราชบัณฑิตยสถานด้านภาษาไทยที่ยืนยันให้คงรากทางภาษาและวัฒนธรรมส่วนการปฏิบัติเป็นเรื่องของแต่ละครอบครัว¹ ชาวความไม่เห็นด้วยครั้งนี้สะท้อนถึงความคิดความเชื่อและการให้ความสำคัญต่อเรื่องครอบครัวในสังคมไทยเป็นอย่างดีและไม่แตกต่างจากผู้คนในทุกชีวิตทุกชาติทุกศาสนาและทุกสังคมที่ต่างล้วนให้ความสำคัญต่อครอบครัว เมื่อพิจารณาถึงโลกทัศน์ของคนอีสานซึ่งถือว่าเป็นบริบทหลักของการปฏิบัติ การหลักสูตรที่ศึกษา พบว่าโลกทัศน์อีสานต่อความเป็นครอบครัว เชื่อว่าการมีพี่น้องมากทำให้ครอบครัวมั่นคง ให้ความสำคัญในการมีกิจกรรมร่วมกัน เช่น การรับประทานอาหาร การร่วมกันแก้ไขปัญหามือถึงมาดังคำผญาที่กล่าวว่า “ผูกจัวให้หลายหลักมันจ้งหมั่น มีพี่น้องหลายชั้นมันจ้งดี” หรือ “เอือนได้ ยามกินข้าว พาเดียวเป็นหมู่ เอือนนั้น สุขเท่าเผ่า ผองเท่าชั่วชีวัน เอือนได้ ยามกินข้าว หลายคนมักแม่บ (ต่างคนต่างกิน) เอือนนั้น ทุกข์มั่ว คำร้ายแล่นถึง” หรือ ให้ความสำคัญต่อการร่วมแรงร่วมใจในครอบครัวในการปฏิบัติภารกิจให้เสร็จสิ้นตามผญาที่ว่า “เอือนลงแก้ง แปะหัว ให้มันค้อง (ตรง) หัวคองท้าย อ้ายคองน้อง เอือนลุ่มก็บ่จ่ม” ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยครอบครัวอีสาน^{2,3} ที่คนอีสานได้ให้ความ

หมายของความเป็น “ครอบครัว” ใน 2 ความหมาย ซึ่งเป็นความหมายที่อยู่ร่วมครอบครัว บ้านเรือนเดียวกัน ทางกายภาพ หรือ บางครั้งแม้บุคคลนั้นๆ อาจไม่ได้อยู่ร่วมกันในบ้าน แต่เป็นผู้รับผิดชอบส่งเสียหาเลี้ยงคนในครอบครัวก็ถือว่า เป็นครอบครัวเดียวกันดังนี้ คือ 1) ครอบครัว คือ “ผู้อยู่ร่วมกัน” 2) ครอบครัว คือ “หาเลี้ยงกันและกัน” และมีเกณฑ์การเป็นครอบครัวเดียวกันทั้งหมด 8 กลุ่มเกณฑ์ ได้แก่ มีความผูกพันกันทางสายเลือด มีความผูกพันกันโดยการแต่งงาน มีความผูกพันกันทางจิตใจ มีความผูกพันกันทางกายภาพ มีความผูกพันกันทางการเงิน ผลประโยชน์และเศรษฐกิจร่วมกัน มีความผูกพันกันทางกฎหมาย และ มีความผูกพันกันด้วยการพึ่งพา

เมื่อผู้คนให้ความสำคัญต่อครอบครัวว่าเป็นปัจจัยสำคัญในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี พยาบาลผู้ดูแลสุขภาพคนในทุกสาขาวิชาและทุกความเชี่ยวชาญจึงให้ความสำคัญต่อครอบครัวผู้ให้บริการว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งกับคุณภาพชีวิต และ ภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ หรือผู้ป่วยด้วย อย่างไรก็ตามระดับความสำคัญที่ให้อาจจำกัดเฉพาะที่ถือว่าครอบครัวเป็นบริบทสำคัญ จึงเป็นจุดแตกต่างที่พยาบาลในสาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว ให้ความสำคัญแก่ครอบครัวเป็นระบบในฐานะหน่วยของผู้ใช้บริการ หรือ หน่วยวิเคราะห์^{4,5} ซึ่งหลักคิดสำคัญในการให้การพยาบาลระบบครอบครัว คือ หลักคิดที่ว่า ผลรวมทั้งหมดครอบครัวมีผลลัพธ์มากกว่าผลบวกของสมาชิก หรือ “the whole is greater than the sum of its parts”⁶ ทั้งนี้คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้ดำเนินการผลิตบุคลากรในระดับบัณฑิตศึกษา รวม

ถึงหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัวมาตั้งแต่ปีการศึกษา 2530 ซึ่งนับเป็นแห่งแรกที่จัดการศึกษาในหลักสูตรฯนี้ในประเทศไทย มีศิษย์เก่าที่จบการศึกษารวมกว่า 200 คน จนได้รวมตัวจัดตั้งเครือข่ายความร่วมมือทั้งด้านวิชาการและสังคม เรียกว่า “ชมรมพยาบาลครอบครัวแห่งประเทศไทย” มีกิจกรรมสานต่อความสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ พ.ศ. 2546⁷

ในการจัดการเรียนการสอนของคณาจารย์ในสาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว ได้มีการประเมินผลภายในหลักสูตรเป็นระยะ ๆ รวมถึงได้มีการปรับปรุงการจัดการเรียนการสอนตามผลการประเมินควบคู่ไปด้วย ตลอดเวลา 25 ปีที่สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัวจัดการเรียนการสอนมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาศักยภาพงานวิจัยของตนเองให้เข้มแข็ง เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ด้านการพยาบาลครอบครัวในบริบทอีสานให้ชัดเจนและพยายามจะยกระดับมาตรฐานสู่ระดับสากล ด้วยตระหนักในบทบาทหน้าที่ของผู้ดำเนินการผลิตบุคลากรสุขภาพในระดับผู้ปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวให้สนองตอบต่อผู้ใช้ผลผลิต และ สถานการณ์สังคมที่เปลี่ยนไป พร้อมทั้งนำผลการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นปัจจัยนำเข้าสู่การจัดทำหลักสูตรฯซึ่งมีการพิจารณาปรับปรุงหลักสูตรทุก 5 ปี โดยปรับปรุงในปี พ.ศ. 2542 จากนั้นมีการปรับปรุงเป็นหลักสูตรที่เนื้อหาเป็นการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว ในปี พ.ศ. 2547 แต่ยังคงเรียกการพยาบาลครอบครัว (ซึ่งต่อมาได้มีการปรับปรุงจากหลักสูตรปี พ.ศ. 2547 ชนิดการปรับปรุงเล็กน้อยเป็นหลักสูตรฯ ฉบับปี พ.ศ. 2551) ได้มีการศึกษาถึงความต้องการผู้ใช้ผลผลิตจากหลักสูตรฯ ก่อนการปรับปรุงหลักสูตรฯ ด้านสมรรถนะของมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลครอบครัวที่จบการศึกษาจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่ามีความต้องการด้านสมรรถนะของผู้จบการศึกษาจากมากที่สุดถึงน้อยที่สุด (คะแนน 1-5) ดังนี้ สมรรถนะด้าน 1) การให้การพยาบาลครอบครัว ได้ค่าเฉลี่ยของคะแนนเป็น 4.7 2) การเป็นผู้ชี้แนะหรือผู้สอนในการพยาบาลครอบครัวได้ค่าเฉลี่ยของคะแนนเป็น 4.6 3)

การเป็นผู้ให้คำปรึกษาในการพยาบาลครอบครัวได้ค่าเฉลี่ยของคะแนนเป็น 4.2 4) การวิจัยหรือใช้ผลการวิจัยได้ค่าเฉลี่ยของคะแนนเป็น 4.2 และ 5) ด้านอื่น ๆ ได้แก่ การบริหารการเป็นพี่เลี้ยง การสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาล การสร้างหรือพัฒนาระบบประกันคุณภาพการพยาบาลครอบครัว นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมสรุปได้ดังนี้ 1) แนวคิดและความชำนาญเรื่องการพยาบาลครอบครัวมีความสำคัญสำหรับหอผู้ป่วยทุกหอผู้ป่วย หากมีผู้ชำนาญประจำหอผู้ป่วยจะช่วยพัฒนาการเข้าถึงและเข้าใจในครอบครัว สามารถตั้งศักยภาพครอบครัวออกมาให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น จะเป็นการลดค่าใช้จ่ายของการ Readmitted ได้อีกในอนาคต 2) ความรู้ ความชำนาญด้านการให้คำปรึกษาครอบครัวมีความจำเป็นต่อทุกหน่วยงาน สามารถนำมาใช้ได้ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน บำบัด และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย 3) ความรู้เรื่องครอบครัวเป็นหัวใจสำคัญของงานสาธารณสุข หากบุคลากรมีความเชี่ยวชาญด้านนี้จะช่วยพัฒนางานของโรงพยาบาลให้เข้าถึงหน่วยย่อยของครอบครัวได้ตรงจุดยิ่งขึ้น 4) ทุกหน่วยบริการปฐมภูมิควรมีผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลครอบครัวเป็นแกนสำคัญให้การทำงานตอบสนองนโยบาย “ใกล้บ้านใกล้ใจ” มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น⁴

เมื่อดำเนินการจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรฯ ที่ปรับปรุง พ.ศ. 2547 ได้ติดตามประเมินผลนักศึกษารุ่นแรกที่เข้าศึกษา โดยเครื่องมือที่ใช้สำรวจพัฒนามตามกรอบแนวคิดการสร้างหลักสูตรและผ่านการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลครอบครัว 5 ท่าน ผลการประเมินผลเบื้องต้นเมื่อหลักสูตรได้ทดลองใช้ไปเป็นระยะเวลา 1 ปีการศึกษา ผลการสำรวจการประเมินสมรรถนะตนเองของนักศึกษารุ่นแรกของหลักสูตรฯ ตามกรอบแนวคิดการสร้างหลักสูตร มีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 15 รายจาก 17 ราย พบว่า นักศึกษาประเมินสมรรถนะตนเองรายชื่อจากคะแนนมากที่สุดถึงน้อยที่สุด (1-5 คะแนน) ได้ดังนี้ สมรรถนะด้าน 1) การเป็นผู้ชี้แนะหรือผู้สอนในการพยาบาลครอบครัวได้ค่าเฉลี่ยของคะแนนเป็น 4.0 2) การให้การพยาบาล

ครอบครัว ได้ค่าเฉลี่ยของคะแนนเป็น 3.9 3) การเป็นผู้ให้คำปรึกษาในการพยาบาลครอบครัวได้ค่าเฉลี่ยของคะแนนเป็น 3.9 4) การวิจัยหรือใช้ผลการวิจัย ได้ค่าเฉลี่ยของคะแนนเป็น 2.9 และ 5) สมรรถนะด้านอื่นๆ ได้แก่ การบริหารฯ การเป็นพี่เลี้ยง การสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาล การเป็นผู้สร้างนวัตกรรม การสร้างหรือพัฒนาระบบประกันคุณภาพการพยาบาลครอบครัว พร้อมทั้งระบุสิ่งที่ได้เรียนรู้มากซึ่งแตกต่างจากความรู้ระดับปริญญาตรีทางการพยาบาลคือ เรื่องการพยาบาลครอบครัว เทคนิคและทักษะการเข้าถึงครอบครัว การส่งเสริมสุขภาพครอบครัว การให้คำปรึกษาครอบครัว การมองครอบครัวเป็นองค์รวม ซึ่งเป็นความแตกต่างที่เมื่อก่อนมองปัญหาและความต้องการเฉพาะรายบุคคลเท่านั้น ไม่ได้พยายามให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ไม่ได้พยายามดึงศักยภาพของครอบครัวและชุมชนออกมาใช้อย่างเต็มที่ ส่วนปัญหาที่พบคือในการเข้าถึงครอบครัวต้องใช้เวลาามากโดยเฉพาะด้านการประเมินครอบครัวต้องใช้ทักษะการสัมภาษณ์และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพซึ่งนักศึกษายังมีข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและเสนอว่าน่าจะมีการเพิ่มเนื้อหาและการฝึกทักษะในเรื่องดังกล่าวเพิ่มเติมในหลักสูตรฯ⁴

ดังนั้นเมื่อจัดการเรียนการสอนไประยะหนึ่ง สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัวจึงสนใจศึกษาผลผลิตจากหลักสูตรฯ ที่ดำเนินการถึงการรับรู้ของผู้ที่จบการศึกษาในหลักสูตรการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว ฉบับ พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2551 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ของตนเองถึงความสามารถของตนเองในการประยุกต์ใช้ความรู้ที่จัดการเรียนการสอนในหลักสูตรภาพลักษณ์ของตนเองต่อผู้ร่วมงาน ผู้บังคับบัญชาในฐานะที่จบการศึกษาในหลักสูตรฯ และปัญหาอุปสรรครวมถึงข้อเสนอแนะต่อการปรับปรุงหลักสูตรฯ และการจัดการเรียนการสอนในอนาคต

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (pragmatic qualitative research design)⁸ เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว เก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มเนื่องจากหลักการที่เชื่อว่าผลจากการมีปฏิริยาพูดคุยกระตุ้นซึ่งกันและกันในกลุ่มจะนำไปสู่การอภิปรายและได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกกว่าการศึกษาเชิงสำรวจด้วยแบบสอบถาม⁹ ยังนำมาซึ่งโอกาสของการสังเกตปฏิริยาในกลุ่มขณะสนทนาด้วย¹⁰ ผู้ให้ข้อมูลเป็นศิษย์เก่าจำนวน 71 คน ในโอกาสที่เข้าร่วมประชุมวิชาการประจำปีของสาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว พ.ศ. 2554 แบ่งกลุ่มการสนทนากลุ่มเป็น 6 กลุ่มในคราวเดียวกัน ใช้เวลาในการสนทนา 1 ชั่วโมงครึ่ง นำการสนทนาโดยผู้ที่ผ่านการฝึกปฏิบัติด้านการสนทนากลุ่มมาแล้วหลายโครงการและเป็นผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนการสอนเพื่อไม่ให้มีผลต่อการแสดงความคิดเห็น มีการยินยอมเข้าร่วมการให้ข้อมูลตามแบบฟอร์มของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และได้รับการชี้แจงว่าหากไม่สะดวกในการให้ข้อมูลสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา ให้ตอบตามความคิดเห็นที่คิดเอง ไม่มีถูกผิดและไม่มีผลต่อผู้ให้ข้อมูลใด ๆ ทั้งนี้ไม่มีการบันทึกชื่อผู้เข้าร่วมกลุ่มแต่เป็นการให้หมายเลขกำกับ (M1 M2 M3....MX) และ บันทึกเป็นลำดับเลขกลุ่มที่จัดสนทนา (G1 G2 G3...GX) ผู้เข้าร่วมกลุ่มทุกคนได้รับเอกสารสรุปการจัดการเรียนการสอนเพื่อเป็นการทบทวนถึงเนื้อหาในหลักสูตรฯ ที่เคยศึกษาและคำถามการวิจัยที่ใช้ในการสนทนากลุ่มมีดังนี้ 1) ให้ท่านนึกทบทวนเนื้อหาที่ท่านได้รับจากหลักสูตรฯ มีเนื้อหาอะไรบ้างที่ท่านสามารถนำไปใช้ในการทำงานในชีวิตจริงได้ โปรดให้ตัวอย่างสถานการณ์ หรือ การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม 2) มีการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติอะไรบ้างที่ท่านใช้เนื้อหาที่ท่านได้รับจากหลักสูตรฯ ได้เป็นอย่างดีหรือพัฒนางานต่อและสามารถปฏิบัติที่แตกต่างจากคนอื่น กรุณายกตัวอย่างเป็นรูปธรรม 3) มีขอบเขตความรู้เนื้อหาอะไรบ้างที่เพื่อนร่วมงานของท่านเข้าใจในแนวคิดการ

พยาบาลครอบครัวในการทำงานกับผู้ให้บริการ ภูมยาค ตัวอย่าง หรือ ปรากฏการณ์ 4) มีขอบเขตความรู้เนื้อหาอะไรบ้างที่เพื่อนร่วมงานของท่านเข้าใจในการปฏิบัติและสนับสนุนการใช้แนวคิดการพยาบาลครอบครัวในการทำงานกับผู้ให้บริการ ภูมยาค ตัวอย่าง หรือ ปรากฏการณ์ และ 5) ท่านคิดว่าแนวคิดหรือความคิดเกี่ยวกับการพยาบาลครอบครัวมีความสอดคล้องเหมาะสมกับระบบการบริการสุขภาพหรือระบบการศึกษาในที่ที่ท่านกำลังทำงานหรือไม่ อย่างไร ภูมยาค ตัวอย่าง 6) มีข้อจำกัดอะไรบ้างที่เกิดขึ้นในการเรียนการสอน หรือ หลักสูตรฯ ที่ท่านมีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุง จากนั้นเนื้อหาทั้งหมดของการสนทนากลุ่มซึ่งมีการบันทึกเสียงได้รับการถอดเป็นความเรียงเพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อนำเสนอภาพความคิด¹¹ วิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์หาแก่นความคิด (thematic analysis) ด้วยวิธีการเปิดรหัสคำและจัดกลุ่มความหมาย¹² จากเนื้อหาการถอดคำสนทนา

กลุ่มที่ได้รับการบันทึกเสียงด้วยการอ่านบททวนกลับไปกลับมามากหลายครั้ง แล้วจัดทำรหัสคำ ประโยค¹³ จากนั้นจัดกลุ่มรายการที่มีการสื่อความหมายไปในทิศทางเดียวกัน

ผลการวิจัย

ผลการศึกษามีการวิเคราะห์เนื้อหาสกัดแก่นความคิดได้เป็น 3 กลุ่ม คือ 1) “หลักสูตรสร้างอัตลักษณ์: ตัวตนเป็นคนครอบครัว” เป็นแก่นความคิดที่ตัวตนมองตัวเองหลังการเรียนในหลักสูตรนี้ 2) “ภาพลักษณ์: เชี่ยวชาญการครอบครัว” เป็นแก่นความคิดที่รับรู้ว่าคุณอื่นที่อยู่รอบกายมองตนเองมีภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไปอย่างไรหลังมาเรียนหลักสูตรนี้ และ 3) “ข้อจำกัดในการนำความรู้การปฏิบัติจริง” เป็นแก่นความคิดที่เป็นประโยชน์นำไปสู่การสร้างข้อเสนอเพื่อการจัดหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอนในอนาคต (ตารางที่ 1) ดังมีรายละเอียด คือ

ตารางที่ 1 แสดงตัวอย่างผลการวิเคราะห์แก่นความคิด

แก่นความคิด	ตัวอย่างข้อมูล
หลักสูตรสร้างอัตลักษณ์: ตัวตนเป็นคนครอบครัว	“...ตัดสินใจอยู่ที่เรียนสาขานี้...สามารถนำไปใช้ได้จริง...” (M2 G5)
	“...ตั้งแต่จบปอโทนี่คือสมาร์ทแท้ม...เมื่อก่อนก็ธรรมดา...” (M3 G6)
	“...ลดปัญหาพวกร้องเรียนไปเยอะ พอ case มีปัญหาเขาจัดส่งหน่วยด่านหน้า...” (M8 G4)
ภาพลักษณ์: เชี่ยวชาญการครอบครัว	“สหสาขายอมรับ...” (M2 G6)
	“ถ้ามีผู้ป่วยที่มีปัญหามักจะส่งให้...” (M8 G1)
	“...เราก็เกาะติด...กระทั่งแกเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม...” (M5 G4)
ข้อจำกัดในการนำความรู้การปฏิบัติจริง	“...เพิ่มส่วน Family Counseling...ไม่มั่นใจ...” (M3 G6)
	“...น่าจะสร้างตำราเนื้อหาที่สอดคล้องกับบริบทสังคมของคนไทยมากกว่า...” (M5 G5)
	“...นำมีการบรรยายให้เข้าใจก่อนในส่วนแก่นความคิดหลักๆ ไม่ใช่ให้สัมนมาเลย...” (M3 G3)

หลักสูตรสร้างอัตลักษณ์: ตัวตนเป็นคนครอบครัว

หัวข้อนี้เป็นแก่นความคิดที่ตัวเองมองตนเองว่ามีการเปลี่ยนแปลงอันเกิดจากการเรียนการสอนของหลักสูตรฯ อย่างไร เป็นเสียงสะท้อนที่ได้รับจากผู้เรียนในเรื่องหลักสูตรฯ ประเด็นหลักที่พบ คือ เป็นหลักสูตรฯ มีประโยชน์มากสอดคล้องกับนโยบายด้านการสาธารณสุขของประเทศที่มองครอบครัวเป็นหน่วยสำคัญของชีวิตบุคคล¹⁴ รวมถึงนโยบายการทำงานแบบบูรณาการและเป็นองค์รวม⁴ เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้แบบอัตโนมัติ ภาพที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักให้ คือ มีลำดับการต่อเนื่องของเนื้อหาที่เริ่มจากเนื้อหาการเรียนส่งเสริมสุขภาพครอบครัว การพยาบาลครอบครัวในฐานะเป็นหน่วยวิเคราะห์และให้บริการทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลครอบครัว เทคนิคการเข้าถึงครอบครัวสู่การใช้กระบวนการพยาบาลครอบครัว การพยาบาลครอบครัวในภาวะเจ็บป่วยและภาวะวิกฤติ รวมทั้งเนื้อหาในส่วนที่ช่วยให้สามารถทำงานในชุมชนได้ในแง่การเข้าถึงชุมชน การสร้างเครือข่าย การใช้แหล่งประโยชน์ของครอบครัวและชุมชน การประเมินชุมชน และการบริหารจัดการชุมชนบนพื้นฐานของภาวะสุขภาพดังตัวอย่างเนื้อหาของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“ชอบ คิดว่าตัดสินใจถูกที่เรียนสาขานี้เพราะเนื้อหาที่ได้เรียนมาสามารถนำไปใช้ได้จริงดีมาก ๆ ตัวเองได้รับผิดชอบกลุ่มผู้สูงอายุ คิดว่ามีความสอดคล้องกันดีมาก” (M2 G5)

“เนื้อหาในเรื่องทฤษฎีการพยาบาลครอบครัว จำเป็นต้องใช้ในงานมากนำไปใช้ในการออกแบบ การพยาบาลในกลุ่มเป้าหมายได้ การดูแลไม่ใช่เป็นการดูแลแค่ระดับบุคคล แต่เป็นการดูแลระบบครอบครัว ที่รู้สึกภูมิใจ คือ พอจบสาขาฯ นี้ไป เขาให้เป็นที่ปรึกษาของสหสาขา” (M7 G2)

“หลักสูตรนี้ดีมาก ไม่ใช่ว่ามาเชยกัน แต่รู้สึกเลยว่าพอเขา (ที่โรงพยาบาล) มอบหมายให้เราคิดค้น ก็เอาเราไปเรียนแนว ๆ มาแล้ว ทำให้ต่อยอดได้...มีน้องแซวว่า...(พี่...) ตั้งแต่จบปอโทนี่คือสมาร์ทแท...เมื่อก่อนก็ธรรมดาไม่โดดเด่นอะไร (หัวเราะ) คิดว่าเป็นประโยชน์ดี...” (M3 G6)

“ผู้อำนวยการชมว่าเออจบเรื่องนี้ดีนะ ลดปัญหาพวกร้องเรียนไปเยอะ พอ case มีปัญหาเขาจัดส่งหน่วยงานหน้าอย่างเราไปทันที เราก็ได้เรียนมาหมด เราเข้าใจนะ พวกกรณีวิกฤติ ครอบครัวสูญเสีย เข้าใจเขา...ใจเขาใจเรา พอเราเข้าใจทำให้เราก็ก่อนปัญหา มีแต่ลดปัญหา เรารู้ว่าเราควรพูดควรทำอะไร ไม่กลัวภาวะวิกฤติ เราคิดว่าพยาบาลครอบครัวสามารถดูแลกลุ่มนี้ได้ดีมาก” (M8 G4)

«ตอนสอบเข้าเรียนใหม่ได้...พยาบาลครอบครัว เอ๊ะ...เพื่อนร่วมงานถามมันคืออะไร...ไม่เข้าใจ เหมือนอาจารย์รู้...พอตีอาจารย์มอบหมายให้ไปหาเป้าหมาย...ในที่ทำงานแล้วลองถ่ายทอดวิชาสิ่งที่เราเรียนมาแก่เพื่อนร่วมงานตามที่เรากำหนดส่งให้อาจารย์ดูก่อน โอ้...พอเราต้องไปพูดอะไรเราก็ก้าวหน้าแตก เตรียมหน้าดูถือเป็นประชุมวิชาการหน่วยงานด้วย แถมลากเพื่อนไปฟังด้วยเพื่อช่วยตอบ ดีแะ...เขาฟังแล้วเข้าใจ ถามว่าแล้วจะมาเรียนใหม่ เขาบอก ไม่ เจ้าเรียนมาก็เอามาใช้ ข้อยว่า มันยุ่งยากไป ข้อยเมื่อ... เป็นจันไป...” (M6 G3)

“คิดว่าได้อะไรจากการเรียนนะ...เมื่อก่อนเรียนเราอยู่ชายแดนก็มองพวกชนเผ่าแบบผ่าน ๆ แต่พอมาเรียน เราก็ได้รู้ว่าเออ เขามีอะไรน่าสนใจที่อาจารย์บอกเรื่องความหลากหลายทางวัฒนธรรม เราก็มองเขาแบบเออเข้าไปหาเขา อะไรแบบนี้ พวกนี้ ก็มีความเชื่อของเขา...” (M1 G6)

“เนื้อหาที่เรียนในหลักสูตรสามารถนำไปใช้ในการทำงานได้ทุกเรื่องตั้งแต่ประเมินผู้ป่วยซึ่งนำครอบครัวมามีส่วนในการประเมิน และนำทฤษฎีทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการดูแล ซึ่งก่อนหน้านี้ไม่เคยมองครอบครัว จะมองที่ตัวผู้ป่วยพอมองที่ครอบครัวเริ่มคิดถึงปัญหาในการเจ็บป่วยมาจากอะไรได้บ้าง...เมื่อก่อนคนไข้กลับมารักษาบ่อย ๆ ก็ไม่ได้คิดอะไรตรวจไปวัน ๆ แต่พอเรียนแล้วทำให้คิดเจาะลึก หาสาเหตุ เกิดอะไรขึ้น จึงทำให้ป่วยบ่อย มีอะไรในครอบครัวที่เขาดูแลไม่ได้...” (M3 G4)

“การนำความรู้ทุกวิชาสามารถนำมาใช้ในการทำงานได้หมดนะ เเอรู้จักการนำผลการวิจัยมาใช้นะ

การปรับปรุงงาน สรุปคือใช้ได้หมดมากเกินความคาดหมาย...” (M4 G5)

“มานั่งมองแล้วคิดว่าสิ่งที่ได้มาก ๆ ที่แตกต่างจากก่อนมาเรียน คือ ได้สิ่งที่ทำให้ตัวเองมองแบบองค์รวม มองทะลุครอบครัวอย่างที่อาจารย์ชอบพูด และอัตโนมิติที่เราให้ความสำคัญครอบครัวเลย ทันทิ...” (M7 G2)

“ส่วนตัวคิดเลย นึกเลยว่าครอบครัวคือการกิจของเรา ไม่กลัวการเข้าถึงครอบครัว มันใจตนเอง ต่างจากเมื่อก่อนที่ทำงานไปให้เสร็จไม่จำเป็นก็อย่าไปยุ่งเกี่ยวอะไรแบบนั้น” (M2 G3)

ภาพลักษณ์: เชี่ยวชาญการครอบครัว

ผู้ให้ข้อมูลระบุว่าแนวคิดการจัดทำหลักสูตรฯ มีความสอดคล้องเหมาะสมกับสภาพการณ์ในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงไป สอดรับกับการปฏิรูประบบสุขภาพที่ปัจจุบันเน้นการทำงานกับครอบครัวทั้งระบบและเป็นเป้าหมายสำคัญในการให้บริการ เน้นกลุ่มครอบครัวเป้าหมายที่รับผิดชอบในชุมชน ซึ่งหลักสูตรฯ จัดสอนนอกจากจัดให้เข้าถึงและให้คำปรึกษาครอบครัวได้แล้ว ยังสามารถทำหน้าที่ตรวจคัดกรองโรคในทางเวชปฏิบัติได้ด้วยซึ่งเป็นคุณสมบัติที่เป็นพร้อมใช้งานในหน่วยงานการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ หรือ แม้แต่ในหน่วยงานระดับทุติยภูมิและตติยภูมิก็สามารถสนองตอบต่อการบริการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการเป็นองค์รวมได้ดี ผู้ให้ข้อมูลระบุถึงภาพลักษณ์ที่ได้รับการยอมรับเมื่อจบจากการเรียนการสอนในหลักสูตรฯ เป็นภาพลักษณ์ของผู้เชี่ยวชาญการดูแลครอบครัว สามารถเข้าถึงครอบครัวแบบกลมกลืน จึงมักได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ฝึกอบรมบุคลากรสหสาขาที่จบใหม่ในด้านการทำงานกับครอบครัว มักได้รับการแต่งตั้งให้เป็นที่ปรึกษาทีมสหสาขาของแต่ละหน่วยงานที่จัดตั้งเพื่อการเยี่ยมบ้าน เมื่อมีปัญหาซับซ้อนของการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพในครอบครัวเป้าหมายจะเป็นผู้ให้คำแนะนำสมาชิกในทีมสหสาขาที่ออกเยี่ยมบ้าน กรณีผู้ใช้บริการที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลมากที่สุดคือ หน่วยดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเจ็บป่วยเรื้อรัง ให้คำปรึกษาครอบครัววิกฤติ เช่น การตั้งครรภ์วัยรุ่น มาตัว

ตาย เป็นต้น นอกจากนี้บางส่วนมักได้รับมอบหมายให้เป็นหน่วยประกันคุณภาพสถานบริการ ดังตัวอย่างการให้ข้อมูลในแง่ความคิดดังกล่าว

“สหสาขาขอรับการพยาบาลทั่วไปที่ผ่านมาให้การพยาบาลครอบครัวมาโดยตลอด แต่ไม่ลึกซึ้งหลังเรียนการพยาบาลครอบครัวเข้าใจการพยาบาลครอบครัวมากขึ้น” (M2 G6)

“แนวคิดหลักสูตรเหมาะสมกับสภาพการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ ซึ่งปัจจุบันเน้นการทำงานให้รู้จักครอบครัว กลุ่มเป้าหมายที่รับผิดชอบในชุมชน” (M1 G3)

“อย่างท่านผู้ตรวจคุณหมอ....ให้มีนักสุขภาพครอบครัวจากสหสาขาในทุกหน่วยบริการ เราก็ได้รับมอบหมายให้เป็นกำลังสำคัญในการเป็นหัวหน้าหน่วยพวกนี้ในการดูแลกลุ่มเป้าหมายตั้งแต่เกิดจนตาย ” (M7 G4)

“โดยส่วนใหญ่ผู้ร่วมงานในหน่วยงานพอทราบว่ายเรียนทางครอบครัว ถ้ามีผู้ป่วยที่มีปัญหา มักจะส่งให้ และเป็นที่ปรึกษาให้กับน้องในที่ทำงานเมื่อมีปัญหาในการทำงาน หรือการประเมินผู้ป่วยแล้วมีปัญหาครอบครัว ทีมจะส่งมาให้ประเมินต่อเพราะรู้ว่าเรียนมาด้านครอบครัว นอกนั้นจะนำไปปรับปรุงงานที่ต้องเชื่อมต่อกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อนำเสนอโครงการด้านการดูแลครอบครัว...” (M8 G1)

“พอได้เรียนด้านนี้ช่วยให้งานที่เราทำโดดเด่นมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการทำงานวิจัย R to R ทำให้เราโดดเด่นในด้านวิชาการ เกิดการยอมรับ โดยเฉพาะบทบาทในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง” (M5 G2)

“งานที่ได้ดำเนินการทำคลินิกความดันโลหิตสูง ได้รับผิดชอบในการบริหารจัดการผู้ป่วย หลังจากที่เราสำเร็จการให้บริการในโรงพยาบาล ได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ ในกรณีที่พบผู้ป่วยขาดนัด จะตามลงไปที่บ้านที่ตนเองรับผิดชอบ อย่างตัวอย่างกรณีที่มีปัญหาการดูแลตนเอง... เป็นพ่อของเจ้าหน้าที่เอง ขาดนัด ไม่สนใจดูแลตนเอง ก็เลยได้รับมอบหมายให้เป็นคนติดตาม...เราก็กะตักพูดคุยจนกระทั่งแกเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม คนเลยดีขึ้นใหญ่...” (M5 G4)

“ในการปฏิบัติจริงส่วนใหญ่ทั่วไปเขามักดูแล แต่เฉพาะผู้ป่วยไม่ดึงครอบครัวเข้ามา ไม่ประเมินปัญหา ระดับครอบครัว อย่างเช่น ทีมเยี่ยมบ้านทีมอื่นที่เขาส่ง ปรีกษาเรา เป็นกรณีผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคกระดูก มีอาการ ซีด และไม่ยอมขยับเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่รับประทาน อาหารเลย นอนนิ่ง จากน้ำหนัก 60 กิโลกรัม ลดลง เหลือ 40 กิโลกรัม ต่อมาภาวะปัสสาวะคั่งในกระเพาะ ปัสสาวะจนแพทย์จำหน่ายกลับบ้าน สมาชิกในครอบครัว ต่างก็กังวลเพราะผู้ป่วยบอกว่าจะตายอยากตาย เราก็ก้าวไป สร้างกำลังใจ สร้างความรู้สึกมีคุณค่า ตั้งสมาชิกครอบครัว เข้ามาร่วมเปิดใจว่าทุกคนคิดอย่างไร เขาสำคัญอย่างไร ออกเยี่ยมบ้านต่อเนื่องจนร่างกายฟื้นฟู มีแรงใจแรงกาย ขึ้นมา...เรารู้สึกภูมิใจในสิ่งที่เราพลิกฟื้นขึ้นมา ถึงแม้คน อื่นอาจเห็นหรือไม่เห็นแต่เราก็อิ่มใจ...” (M4 G4)

“ตัวเองทำงานที่แผนกผู้ป่วยนอกคณะโรงพยาบาล จังหวัด รับผิดชอบเกี่ยวกับคลินิก TB เราก็ก่อนการดูแล ทั้งครอบครัว เพราะกลุ่มนี้เสี่ยงกับความท้อแท้มาก เรือร้าง สภาพร่างกายทรุดโทรม เราเน้นก็เน้นกับทีมเรื่อง การเขียน genogram ให้สมบูรณ์เวลาซักประวัติจะชักไป ด้วยทำให้ทราบเกี่ยวกับประวัติครอบครัวผู้ป่วยบุคคล ในครอบครัวการเจ็บป่วยความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การกินอยู่หลับนอน ผังเครือญาติ ย้ายย้าย สามารถซักถาม การกิจประจำวันเพิ่มได้จาก genogram การเปิดกว้าง เรา จะทราบ keys เป็นเข็มทิศในการทำงานของครอบครัว” (M3 G5)

“เป็นผู้นำในหน่วยงานมีการยอมรับมากที่เรา เข้าถึงครอบครัวมา มีการประกันเราจะเป็นบุคคลที่เขา นึกถึง” (M6 G6)

ข้อจำกัดในการนำความรู้สู่การปฏิบัติงาน

การจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรฯ ใด ๆ วัตถุประสงค์ประการสำคัญ คือ มีเป้าประสงค์ให้สามารถ นำความรู้ที่จัดสอนในหลักสูตรฯ ไปประยุกต์ใช้ได้ ใน สถานการณ์จริง ต่อยอดบูรณาการกับเนื้อหาที่สอนสู่การ พัฒนาความเชี่ยวชาญส่วนบุคคลได้ ดังนั้นการรับฟังเสียง สะท้อนจากผลผลิตในด้านดังกล่าวจึงเป็นหัวใจสำคัญ ในการนำเข้าสู่การปรับปรุงเนื้อหา การจัดการเรียนการ

สอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติได้ ต่อประเด็นแก่น ความคิดนี้ผู้ให้ข้อมูลมีข้อเสนอแนะ หรือ ให้ความคิด เห็นที่เป็นประโยชน์ในการแก้ไขปรับปรุงให้ตอบสนอง ต่อสภาพการปฏิบัติงานจริงต่อไป ประเด็นที่ได้ คือ ผู้ ที่เรียนในหลักสูตรฯ บางส่วนเป็นผู้ที่ไม่ได้ปฏิบัติงานที่ ตรงกับเป้าหมายการผลิตหลักสูตรฯ แม้เนื้อหาที่เรียน สามารถประยุกต์ใช้ได้กับทุกหน่วยบริการ แต่ก็ได้ ไม่ได้ ใช้ได้เต็มที่ดังเจตนา เช่น บางส่วนทำงานที่หอผู้ป่วยจักษุ หน่วยดูแลฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด และมีข้อจำกัดในการขยาย หน่วยทำงาน ด้วยเหตุนี้ผู้ให้ข้อมูลจึงระบุว่าข้อจำกัด ในการนำไปใช้จริงเนื่องจากไม่ได้ปฏิบัติงานอยู่ที่ตรงจุด การนำไปใช้จึงเห็นไม่ชัดเจน แสดงบทบาทได้ไม่ชัดเจน และ มีข้อสังเกตว่าเนื้อหาบางส่วนยังเป็นการนำเนื้อหา จากต่างประเทศที่อาจไม่ตรงหรือสอดคล้องกับสังคมไทย แบบเต็มร้อย ควรมีการศึกษาและสร้างเนื้อหาและตำรา ที่เป็นแบบสังคมไทย ได้แก่ เนื้อหาส่วนทฤษฎีพื้นฐาน ครอบครัว เช่น ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ ทฤษฎีบทบาทของ ครอบครัว พัฒนิกครอบครัว ระบบการดูแลโรคเรื้อรัง และ ทฤษฎีครอบครัววิกฤติ เป็นต้น นอกจากนี้มีส่วน เนื้อหาที่ผู้ให้ข้อมูลเสนอให้มีการเพิ่มเนื้อหาและชั่วโมง การฝึกปฏิบัติเพื่อให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติงานเมื่อ จบการศึกษาแล้วซึ่งผู้ให้ข้อมูลมองว่าเป็นส่วนสำคัญและ ได้ใช้มากในการปฏิบัติงานจริง คือ เนื้อหาส่วน “การให้คำ ปรีกษาครอบครัว” อีกประเด็นที่ผู้ให้ข้อมูลเสนอ คือ วิธี การจัดการเรียนการสอนแบบสัมมนา ควรพิจารณาการ บรรยายนำให้ผู้เรียนทำความเข้าใจในแก่นความคิดก่อน แล้วจึงตามด้วยการเรียนการสอนแบบผู้ใหญ่ที่ให้สัมมนา สู่การประยุกต์ใช้ซึ่งผู้ให้ข้อมูลได้ให้ตัวอย่างในส่วนวิชา แกนบางวิชา ดังตัวอย่างเนื้อหาของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“อยากให้เพิ่มส่วน Family Counseling เนื้อหา ที่ได้คิดว่ายังไม่พอ ไม่มั่นใจ เพราะเมื่อไปปฏิบัติงาน ต้องใช้มาก เป็นส่วนที่กลับมาอ่านเอกสารที่อาจารย์ สอนตลอด รู้สึกว่าได้นำไปใช้มาก แต่เนื้อหา เวลาให้ น้อยไป และ การที่มีการให้ศิษย์เก่ากลับมาสนทนาบท ทวนหลักสูตรนี้ดีมาก อยากให้มีการจัดให้มีการกลับมา สนทนาอีก...น้องๆจะได้ประโยชน์” (M3 G6)

“เนื้อหาที่เรียนในหลักสูตรสามารถนำไปใช้ในการทำงานได้ทุกอย่างตั้งแต่ประเมินผู้ป่วยซึ่งนำครอบครัวมาส่วนในการประเมิน และนำทฤษฎีทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการดูแล ซึ่งก่อนหน้านี้ไม่เคยมองครอบครัว จะมองที่ตัวผู้ป่วยมองที่ครอบครัวเริ่มคิดถึงปัญหาในการเจ็บป่วยมาจากอะไรได้บ้าง...เมื่อก่อนคนไข้กลับมารักษาบ่อย ๆ ก็ไม่ได้คิดอะไรตรวจไปวัน ๆ แต่พอเรียนแล้วทำให้คิดเจาะลึก หาสาเหตุ เกิดอะไรขึ้นจึงทำให้ผู้ป่วยบ่อย มีอะไรในครอบครัวที่เขาดูแลไม่ได้...” (M3 G4)

“พยาบาลครอบครัวไม่ได้ปฏิบัติงานอยู่ที่ตรงจุดการนำไปใช้จึงเห็นไม่ชัดเจน แสดงบทบาทได้ไม่ชัดเจนเส้นทางอาชีพควรจะชัดเจน ดังนั้นผู้เรียนจึงควรกำหนดเป้าหมายในการเดินทางชีวิตการทำงาน” (M4G6)

“ลักษณะแนวคิดที่นำมาเรียน...ยังอาจไม่สอดคล้องกับสังคมไทย ในประเด็นเรื่องพัฒนกิจครอบครัว สังคมไทยอาจไม่ตรง เรื่องโครงสร้างบทบาทของครอบครัว รู้สึกว่าเป็นฝรั่งไป อาจไม่ตรงไม่เหมาะกับโครงสร้างบทบาทของครอบครัวไทย น่าจะสร้างตำราเนื้อหาที่สอดคล้องกับบริบทสังคมของคนไทยมากกว่า” (M5 G5)

“ความจริงเนื้อหาที่จัดให้สอนก็ดีหมด แต่ถ้าจะให้สมบูรณ์น่าจะพิจารณาพวกที่ยังไม่เป็นไทย ดูเป็นฝรั่ง เช่น ระบุรูปแบบการดูแลและบริบทเรื่อง พวกทฤษฎีวิถีครอบครัวแบบนี้ อยากให้ศึกษาเองใหม่มากกว่า” (M1 G2)

“คิดว่าการจัดให้นักศึกษาเรียนนำพิจารณาปรับบางส่วนอย่างอาจารย์อาจบอกว่าเป็นการสอนแบบผู้ใหญ่ก็จริง แต่เนื้อหาบางอย่างก็จำเป็นการบรรยายให้เข้าใจก่อนในส่วนแกนความคิดหลัก ๆ ไม่ใช่ให้สัมนาเลย เช่นวิชาพวกวิชาทฤษฎีที่เรียนทุกสาขา ก็ยอมรับว่าที่สัมนาบางที่ก็ดูตื้อ ๆ กันมาจากพื้นที่ที่ส่งต่อ...” (M3 G3)

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยศิษย์เก่าให้ข้อมูลจำนวน 71 คน นับว่าเป็นจำนวนที่สูงมากเมื่อเทียบกับปริมาณศิษย์เก่าในหลักสูตรฯ พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2551 ทั้งหมด ณ ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล ในการวางแผนการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพครั้งนี้ได้พยายามเตรียมลดข้อจำกัดต่าง ๆ เพื่อให้ผลลัพธ์ออกมาน่าเชื่อถือให้มากที่สุด เช่น การเชิญบุคคลภายนอกสาขาวิชา ที่มีความชำนาญการนำเสนอกลุ่มดำเนินการแทนคนในสาขา และจัดบันทึกข้อมูลโดยนักศึกษาชั้นปีที่ 2 ที่ผ่านการอบรมทักษะการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพมาแล้วในชั้นปีที่ 1 ข้อค้นพบจากการศึกษาวิจัยสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

“อัตลักษณ์การพยาบาลครอบครัวคือวิชาชีพแห่งการสร้างสัมพันธภาพ” (Family Nursing as Relational Engagement) ข้อค้นพบในการศึกษาครั้งนี้ ด้าน “อัตลักษณ์ตัวตนเป็นคนครอบครัว” และ “ภาพลักษณ์เชี่ยวชาญการครอบครัว” นี้ที่ระบุมาหาบัณฑิตศิษย์เก่าของสาขาวิชา มีอัตลักษณ์ ภาพลักษณ์ เป็นที่ไว้วางใจของผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานที่ต่างได้รับมอบหมายเป็น “หลักแห่งภารกิจการดูแลครอบครัว” นี้สอดคล้องกับการศึกษาของคนอื่น ๆ^{15,16} ที่ชี้ให้เห็นถึงจุดยืนของพยาบาลครอบครัวว่าเป็นวิชาชีพแห่งการเชื่อมของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ครอบครัวซึ่งผู้ผ่านการเรียนการสอนจะได้รับการกล่อมเกลาให้มีทักษะและความตั้งใจกลายเป็นทักษะโดยอัตโนมัติ ยึดหยุ่น นิ่ง ฟังคนอื่น กระตุ้นให้ทุกคนได้พูดออกมา ยอมรับในความแตกต่าง เห็นผู้ใช้บริการเป็นหุ้นส่วนการดูแล ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายของการจัดทำหลักสูตรฯ พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2551 ที่มีปรัชญาความเชื่อที่ว่า “...ปัญหาสุขภาพครอบครัวที่ซับซ้อน ต้องการบุคลากรพยาบาลที่มีความรู้ อย่างลึกซึ้งและเชี่ยวชาญด้านครอบครัว เพราะครอบครัวเป็นหน่วยของการรับบริการที่สำคัญที่พยาบาลพึงให้การดูแลทั้งในภาวะปกติโดยการส่งเสริมสุขภาพครอบครัว ป้องกันปัญหาสุขภาพครอบครัวจากสภาวะเสี่ยง หรือจากสถานการณ์ที่ป้องกันได้ ทั้งให้การดูแลสุขภาพครอบครัวในภาวะผิดปกติอันเนื่องมาจากการมีสมาชิกที่มีปัญหา

สุขภาพเจ็บป่วยรุนแรง หรือ เรื้อรัง เพื่อช่วยเหลือให้คำปรึกษาครอบครัวให้สามารถจัดการครอบครัวที่เหมาะสมเพื่อให้ครอบครัวสามารถปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่เพื่อป้องกันการนำไปสู่สภาวะล่มสลายของครอบครัว อันจะส่งผลเป็นปัญหาของสังคมในระยะยาวผู้ศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัวจึงมีหน้าที่บทบาทสำคัญในการร่วมทำงาน ปรึกษาหารือ ถ่ายทอดประสบการณ์อย่างเป็นหุ้นส่วนกับพยาบาล หรือ บุคลากรทีมสุขภาพผู้ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพความเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวอย่างใกล้ชิด”⁴

มีข้อเสนอให้มีการพัฒนาองค์ความรู้ที่สอดคล้องกับบริบทสังคมไทยซึ่งเป็นประเด็นนำเข้าสู่การพิจารณาปรับปรุงต่อไป อย่างไรก็ตามในด้านการพัฒนาสร้างองค์ความรู้ ในปัจจุบันวงวิชาการเป็นสังคมที่ไร้พรมแดนสามารถเลือกความรู้สู่การประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับแต่ละบริบทได้ มีปัญหาที่พบร่วมกันในทุกวงวิชาการ คือ มีการพัฒนาทฤษฎีหรือแนวคิดทางวิชาการมักได้รับการวิจัยพัฒนาอย่างรวดเร็วจนล้าหน้าการนำมาประยุกต์ใช้จริงจนเกิดช่องว่างระหว่างทฤษฎีกับการปฏิบัติ^{17,18,19} ที่ในวงวิชาการปัจจุบันเน้นการสร้างองค์ความรู้แต่ขาดการถ่ายทอดถอดบทเรียนสู่การปฏิบัติจริงในสังคม

ส่วนข้อค้นพบเกี่ยวกับข้อจำกัดที่เป็นประโยชน์ในการแก้ไขปรับปรุงหลักสูตรฯ และการจัดการเรียนการสอนต่อไปเกี่ยวกับความไม่มั่นใจในส่วนการให้คำปรึกษาครอบครัว ครอบครัววิกฤติซึ่งข้อค้นพบครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ Duhamel และ คณะ²⁰ ซึ่งศึกษาเพื่อค้นหาวิธีการและกระบวนการของการประยุกต์ใช้ความรู้การปฏิบัติการระบบครอบครัวในการปฏิบัติการรวมถึงชนิดของการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวที่ใช้ด้วยศึกษาถึงปัจจัยเอื้ออำนวย ปัจจัยอุปสรรค และผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพบว่าในสถานการณ์แห่งความยากลำบากของครอบครัวที่ต้องร่วมเผชิญ บุคลากรสุขภาพมีความไม่สบายใจ ไม่สุขสบาย มีทุกข์เมื่อต้องเผชิญกับความยากลำบากของผู้ป่วยที่ต้องเผชิญไปในแต่ละวัน^{20,21}

และยังสอดคล้องกับการวิจัยเกี่ยวกับความต้องการด้านการสนับสนุนของพยาบาลในการทำงานกับครอบครัวในคลินิก พบว่า Duhamel, Dupuis & Wright²⁰ พยาบาลระดับความยุ่งยากซับซ้อนในการบูรณาการทฤษฎีสู่การปฏิบัติการดูแลครอบครัวเป็นหน่วยรับบริการ มีการเรียกร้องให้มีการฝึกทักษะเพิ่ม อาทิ ทักษะความสามารถในการจัดการข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และ บุคลากรสุขภาพ รวมทั้งกรณีที่มีปัญหาการสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะในภาวะวิกฤติครอบครัว ครอบครัวปัญหาซับซ้อน ในงานวิจัยนี้ยังระบุว่าอุปสรรคสำคัญของการให้การพยาบาลครอบครัว คือ ความเชื่อและทัศนคติส่วนตัวของพยาบาลเองที่มองครอบครัวแบบหุ้นส่วนการปฏิบัติการหรือไม่ หรือ มองครอบครัวแบบผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีปัญหาต่อต้าน ไม่ร่วมมือ ปฏิเสธการดูแล หรือ เป็นฝ่ายรอรับการเยียวยาอย่างเดียว¹⁶ ฯลฯ ดังนั้นหากพยาบาลผู้ให้การพยาบาลครอบครัวมีความเชื่อเช่นนี้ย่อมนำมาซึ่งความรู้สึกคับข้องใจ กัดดัน มีปัญหาในความสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการ⁶ ผู้เริ่มต้นเรียนการให้คำปรึกษาครอบครัวจะรู้สึกขาดความมั่นใจ สิ่งเหล่านี้ต้องอาศัยชั่วโมงประสบการณ์

ปัญหาอีกประการหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาลดูแลระบบครอบครัว (Family System Nursing) คือไม่มีแนวทางปฏิบัติเป็นสูตรสำเร็จแบบแนวปฏิบัติการตรวจรักษาดูแลโรคที่พยาบาลรู้สึกง่ายต่อการปฏิบัติตาม แต่การปฏิบัติการพยาบาลดูแลระบบครอบครัว (Family System Nursing) เป็นการปฏิบัติการที่ออกแบบร่วมกันโดยพยาบาลและครอบครัว จึงขึ้นกับความสามารถของพยาบาล ความเชื่อส่วนบุคคลของพยาบาลในการดึงศักยภาพของครอบครัวออกมาในการร่วมกันตั้งเป้าหมายและวัตถุประสงค์การดูแล แล้วกำหนดแผนการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาที่มองเห็นร่วมกัน ด้วยเหตุนี้ผลลัพธ์จึงอาจยากในการพยากรณ์ ดังนั้น พยาบาลผู้ปฏิบัติการจึงรู้สึกกดดันเครียด ไม่สุขสบาย ขาดความมั่นใจ^{16,20} อย่างไรก็ตามสิ่งที่มีสิ่งนี้อาจช่วยได้คือในการจัดการเรียนการสอนพยาบาลครอบครัวควรมีช่วงเวลาก่อนเริ่มเรียนในการสำรวจตนเอง ประสบการณ์ตนเอง อารมณ์

ตนเอง ความเปราะบางของตนเองกับทฤษฎีที่จะได้เรียน เพื่อให้ตระหนักว่าตัวตนที่ติดแน่นอาจส่งผลต่อทัศนคติ อารมณ์ พฤติกรรมการแสดงออกต่อผู้ใช้บริการให้ผู้เรียน ขุดค้นความกลัว บาดแผลหรือ อารมณ์ที่ฝังอยู่ภายใต้ จิตสำนึกของตนเองที่ซ่อนอยู่ เพื่อฝึกให้ผู้เรียนเรียนรู้เท่าทันติดตามอารมณ์ตนเอง ให่วางนิงได้เมื่อต้องปฏิบัติการ พยาบาลการสนทนาเชิงบำบัดกับผู้ใช้บริการ⁶ นอกจากนี้ หัวใจสำคัญของหลักการพยาบาลครอบครัวทั้งระบบ คือ ผู้ปฏิบัติต้องมีแนวคิดเชิงหลังทันสมัย (postmodern-ism) ที่ไม่ยึดติดกรอบตามจารีต ดังนั้นจึงยากต่อการ พยากรณ์ผลลัพธ์ จนอาจนำมาซึ่งการขาดความเชื่อมั่น ในการปฏิบัติงานของพยาบาลครอบครัว จึงมีข้อเสนอให้ ทำวิจัยในชั้นเรียนถึงประสิทธิผลของการสอนทักษะการ ให้คำปรึกษาแบบต่างๆ โดยอาจศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบ การเรียน 3 รูปแบบ คือ 1) การสอนปฏิบัติการแบบ เดี่ยวหนึ่งต่อหนึ่ง 2) การสอนแบบกลุ่มเน้นการอภิปราย สถานการณ์ของครอบครัว หาทงออกร่วมกัน 3) การ ศึกษาแบบบทบาทตัวอย่างผ่านกระจกสังเกตการณ์ แล้ว ประเมินผลลัพธ์ด้านการเปลี่ยนแปลงความมั่นใจและ ทัศนคติของผู้เรียน

ผลจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สรุปได้ว่ามีประโยชน์ ให้ข้อความรู้ บทเรียนในการศึกษาจากผลผลิตที่เป็น คิษฐ์เก่าโดยตรง ต่อไปควรมีการศึกษาสำรวจครอบครัว ผู้ใช้บริการถึงผลลัพธ์ของการได้รับบริการของคิษฐ์เก่า รวมถึงผู้ร่วมงานถึงการรับรู้ต่อการปฏิบัติการของคิษฐ์เก่าด้วย ส่วนประเด็นการให้ข้อเสนอเกี่ยวกับเนื้อหาและ เอกสารในการจัดการเรียนการสอนควรมีความเป็นไทย มากกว่านี้ ซึ่งเป็นข้อจำกัดประการหนึ่งของวงการการศึกษา ไทยที่ผู้สอนต่างตระหนักดีและมีความพยายามในการ สร้างองค์ความรู้ที่มีความเฉพาะในบริบทสังคมไทยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ Dr. Colin Macduff, The School of Nursing & Midwifery, The Robert Gordon University, UK, the Visiting professor to KKU ที่ร่วมริเริ่มการศึกษาและสร้างแนวคำถามการศึกษา ขอขอบคุณผู้ทำ

หน้าที่นำสนทนาทุกท่านที่ช่วยให้งานสำเร็จลุล่วงด้วยดี ได้แก่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. บุษบา สมใจวงษ์ อาจารย์ ดร. วราลักษณ์ กิตติวัฒนไพศาล อาจารย์ ดร. อาทิตยา พุฒิกามิน อาจารย์อังคณา โคตนารา พร้อมทั้งนักศึกษาปริญญาเอก คณะพยาบาลศาสตร์ คือ คุณภัทรกร สฤชสมบัติ และ คุณธิรากร มณีรัตน์ รวมถึงนักศึกษาปริญญาโทสาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2554 ทุกท่านที่ร่วมกันถอดคำบันทึกเสียงการสนทนา กลุ่มจนสำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ข่าว News M Thai <http://news.mthai.com/general-news/186527.html> 28 สิงหาคม 2555
2. ศิริพร จิรวัฒน์กุล ดารุณี จงอุดมการณ์ สมพร รุ่งเรือง กลกิจ พิมภา สุตรา และคณะ. ลักษณะครอบครัวอีสาน: กรณีศึกษาที่อำเภอแห่งหนึ่ง (การศึกษาภายใต้โครงการวิจัยระยะยาวเด็กไทย). ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์, 2546.
3. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ มธูลดาชัยมี ดารุณี จงอุดมการณ์ สมพร วัฒนกุลเกียรติ นิลบล รุจิรประเสริฐ กิ่งแก้ว เกษโกวิท พรทิพย์ คำพอ นวนันท์ ปิยวัฒน์กุล พิมภา สุตรา. สุขภาพจิตตามการรับรู้ของคนอีสาน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2546; 48(4): 239-49.
4. ดารุณี จงอุดมการณ์. การพยาบาลเวชปฏิบัติ ครอบครัว: สมรรถนะและประสบการณ์การจัดการเรียนการสอน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2548; 28(2): 1-13.
5. Wright LM, Leahey M. Nurses and families: A guide to family assessment and intervention. 5th ed. Philadelphia: F.A. Davis, 2009.
6. Duhamel F, Dupuis F. Towards a Trilogy Model of Family Systems Nursing. Knowledge Utilization: Fostering Circularity Between Practice, Education and Research. Montreal: Montreal University; 2012.

7. Bell JM. Innovative Contribution to Family Nursing Award 2007: Recognizing Family Nursing Leaders in Thailand. *JFM* 13(4): 503-8.
8. Sandeloski M. Whatever happened to qualitative description? *Res Nurs Health*. 2000; 23: 334-40.
9. Morgan DL. Focus groups. *Annual Review of Sociology* 1996; 22: 129-52.
10. Morgan DL. Focus groups. In SN Hesse-Biber, P Leavy (Eds). *Approach to qualitative research: A reader on theory and practice*. New York: Oxford University Press, 2004. p.263-85.
11. Attride-Stirling J. Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qual Res*. 2001; 1(3): 385-405.
12. Holloway I, Wheeler S. *Qualitative research in nursing*. 2nd ed. Oxford, UK.: Blackwell; 2002.
13. Morse JM. The significance of saturation. *Qual Health Res*. 1995; 5: 147-9.
14. คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (2550-2554). <http://www.nesdb.go.th/>, สืบค้น: 19 มิถุนายน, 2550.
15. Hartrick DG, Varcoe C. *Family nursing as relational inquiry: Developing health promoting practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
16. Braun VF, Foster C. Family Nursing: Walking the Talk. *Nurs Forum*. 2011; 46(1): 11-21.
17. Henderson S. Factors impacting on nurses' transference of theoretical knowledge of holistic care into clinical practice. *Nurse Education in Practice* 2002; 2: 244-50.
18. Winsome SJ, Flowers K. Working with families: From theory to clinical nursing practice. *Collegian* 2009; 16(3): 131-8.
19. Duhamel F, Dupuis F, Goudreau J, Martinez AM, Turcotte A. Implementing family systems nursing in clinical practice: An insight on the process of knowledge utilization. Presentation at the 9th International Family Nursing Conference, Iceland; 2009.
20. Duhamel F, Dupuis F, Wright LM. Families' and Nurses' Responses to the "One Question Question": Reflections for Clinical Practice, Education and Research in Family Nursing. *JFN* 2009; 15(4): 461-85.
21. Svavarsdottir EK, Tryggvadottir GB, Sigurdardottir AO. Knowledge Translation in Family Nursing: Does a Short-Term Therapeutic Conversation Intervention Benefit Families of Children and Adolescents in Hospital Setting? Finding From the Landspítali University Hospital Family Nursing Implementation Project. *JFN* 2012; 18(3): 303-27.