

การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย*

บำเพ็ญจิต แสงชาติ พย.ด.** เรวัตน์ เอกศุภกิจ พย.ม.*** ยุพเรศ โจมแพง พย.ม.**** เพ็ญนภา บุบผา พย.ม.***** นภัทพย์ ไพคำนาม พย.ม.*****

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดและพัฒนาเครื่องมือสำหรับประเมินสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม พยาบาลวิชาชีพจำนวน 15 คน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เพื่อกำหนดสมรรถนะและรายละเอียดที่แสดงออกถึงทักษะ ความรู้และความสามารถ ในแต่ละสมรรถนะ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือประกอบด้วย การตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 7 คน โดยการสนทนากลุ่ม และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน

ผลการศึกษาพบว่า สมรรถนะสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายประกอบด้วย 7 สมรรถนะดังนี้ 1) ทักษะการสื่อสาร 2) การประเมินและการวางแผนการดูแล 3) การจัดการความปวด 4) การจัดการอาการที่ทำให้ไม่สบาย 5) การดูแลในมิติจิตวิญญาณ 6) การดูแลเชิงวัฒนธรรม และ 7) การดูแลภายหลังการสูญเสีย และเมื่อนำไปทดลองใช้ประเมินสมรรถนะพยาบาลจำนวน 7 หอผู้ป่วย พบว่าผู้ใช้เครื่องมือมีความเห็นว่าจะสามารถนำไปใช้ได้ตามสถานการณ์จริงในระดับเห็นด้วยมากที่สุด

คำสำคัญ: การพัฒนาเครื่องมือ สมรรถนะพยาบาล การดูแลระยะท้าย

วันรับบทความ 13 พฤศจิกายน 2562 วันแก้ไขบทความแล้วเสร็จ 23 มิถุนายน 2563 วันที่ตอบรับบทความ 24 มิถุนายน 2563

*ได้รับทุนจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น E-mail: bamphenc@kku.ac.th

***หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษรวม 9 ซี โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

****อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

*****พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ

*****อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครขอนแก่น

Development of nurse competency assessment tool for end of life care*

Bumpenchit Sangchart D.N.S.** Rawat Ekwuttiwongsa M.S.N.*** Yupared Jompaeng M.S.N.**** Pennapa Buppha M.S.N.*****
Namtip Phaikammam M.S.N.*****

Abstract

The objective of this research was to define and develop a tool for assessing nurse competencies in the area of end of life care. In-depth interviews and group discussion were conducted with 15 registered nurses together with a literature review to determine competencies and related details that demonstrated skills, knowledge, and capability in each competency. Content validation of the tool included qualitative content validity verified by 7 head nurses using the group discussion, and quantitative content validity verified by 3 experts.

The results revealed that the competencies in the area of end of life care consisted of 7 competencies as follows: 1) communication skills; 2) assessment and care planning; 3) pain management; 4) discomfort management; 5) spiritual care; 6) cultural care; and 7) bereavement care. Following the trial use of the instrument for assessing nurse competencies at 7 patient wards, it was found that the users totally agreed that the instrument was practical.

keywords: instrument development; nurse competency; end of life care

Received 13 November 2019 Revised 23 June 2020 Accepted 24 June 2020

*Granted by Faculty of nursing Khon Kaen University

**Associate professor, Faculty of nursing Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand, Corresponding author,

E-mail: bamphenc@kku.ac.th

***Head Nurse, Semi Private ward 9C, Srinagarind Hospital, Khon Kaen

****Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University

*****Registered Nurse, Professional Level, Sisaket Hospital

*****Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen

บทนำ

จากการปฏิรูประบบบริหารราชการในปี พ.ศ. 2545 ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างองค์กร ระบบการบริหารงาน ระบบบริการราชการ ระบบการบริหารบุคคล โดยเน้นการบริหารแบบมุ่งสู่ผลสัมฤทธิ์ มีการส่งเสริมวัฒนธรรมและค่านิยมการทำงานที่มีประสิทธิภาพ ประกอบกับในยุคปัจจุบันได้ก้าวเข้าสู่ยุคแห่งการพัฒนาเศรษฐกิจโดยใช้ความรู้เป็นฐาน (knowledge-based economy) ส่งผลให้เกิดการแข่งขันกันทางธุรกิจต่าง ๆ รวมถึงธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพด้วย¹ ซึ่งการเข้าสู่ยุคดังกล่าวไม่เพียงแต่ส่งผลต่อเฉพาะภาคเอกชนเท่านั้นแต่ยังส่งผลต่อภาครัฐอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับระบบ บริการสุขภาพที่ภาครัฐจะต้องพัฒนา เปลี่ยนแปลง เพื่อให้สามารถแข่งขันกับภาคเอกชนได้ โดยมุ่งผลผลิต คิดค้นนวัตกรรม การบริการให้ทัดเทียมหรือเหนือกว่าภาคเอกชนแต่อย่างไรก็ตามการที่จะก้าวเข้าสู่จุดนั้นได้ขึ้นอยู่กับผู้ปฏิบัติงานเป็นสำคัญ ความสามารถของผู้ปฏิบัติงานจึงเป็นเสมือนกุญแจสำคัญในการอยู่รอด ขององค์กร ดังนั้นองค์กรวิชาชีพสถานบริการภาครัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิชาชีพการพยาบาลจึงพยายามแสวงหาเครื่องมือและวิทยาการต่าง ๆ เพื่อนำมาจัดระบบหรือวางแผนทางในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล ในองค์กรให้เปี่ยมไปด้วยความสามารถ ยังผลให้เกิดการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด และสมรรถนะ (competency) ถือเป็นเครื่องมือชนิดหนึ่งที่ใช้ในการจัดระบบและวางแผนทางในการพัฒนาทรัพยากรบุคคลขององค์กรพยาบาล

สมรรถนะเป็นเครื่องมือชนิดหนึ่งที่กำลังได้รับความนิยมและทวีความสำคัญมากขึ้นเรื่อย ๆ ในการบริหารทรัพยากรบุคคล¹ และนับได้ว่ามีความสำคัญต่อทุกองค์กรหรือหน่วยงาน เนื่องจากเป็นเครื่องมือในการพัฒนาความสามารถทุกคนในองค์กรอย่างมี

ทิศทาง เป็นเครื่องมือสนับสนุนระบบตัวชี้วัดหลักของผลงาน ใช้ในการพัฒนาฝึกอบรมคนให้สอดคล้องกับตำแหน่งงานและเหนือสิ่งอื่นใดคือ การกำหนดสมรรถนะจะช่วยให้ได้บุคคลที่มีความสามารถเหมาะสมกับงาน² โดยเฉพาะหากงานนั้น ๆ มีความเฉพาะเจาะจงและซับซ้อน การกำหนดสมรรถนะจะช่วยให้การกำหนดบุคคลที่มีความสามารถเหมาะสมกับงาน ผลที่เกิดขึ้นก็คือได้งานที่มีประสิทธิภาพตามมา

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและใกล้ตาย นับได้ว่าเป็นการดูแลที่มีความเฉพาะเจาะจงและมีความซับซ้อนในการดูแล เนื่องจากความตายมีความเป็นสหมิติทั้งมิติด้านกายภาพ กฎหมาย ศาสนา ความเชื่อ สังคม และวัฒนธรรม เมื่อผู้ป่วยเหล่านี้ก้าวเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและผลกระทบต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ รวมไปถึงปัญหาทางเศรษฐกิจและจริยธรรม ทางารแพทย์ด้วย³ ผลกระทบดังกล่าวไม่เพียงแต่ส่งผลเฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น หากแต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวผู้ดูแล หรือแม้กระทั่งสังคมและประเทศชาติโดยรวม อีกทั้งเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ การได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ โดยการขจัดหรือบรรเทาอาการรบกวนต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้สามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบและตายอย่างสมศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ รวมถึงการขยายขอบเขตการดูแลสู่ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยระยะท้ายและใกล้ตายด้วย⁴⁻⁷ การดูแลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว นั้น พยาบาลนับได้ว่าเป็นบุคลากรที่สำคัญอย่างยิ่ง พยาบาลจึงต้องมีสมรรถนะที่จำเพาะสำหรับการดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย แต่มีการศึกษาที่สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพทุกคนไม่ได้หมายความว่าจะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวได้^{3,5} จึงมีความจำเป็นที่จะต้องกำหนดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่เฉพาะ ที่จะมีความ

สามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวให้สามารถบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยชี้ให้เห็นว่าในต่างประเทศได้มีการกำหนดมาตรฐานและสมรรถนะเฉพาะ สำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างชัดเจน⁶⁻⁷ สำหรับประเทศไทยสภาการพยาบาล⁸ ได้กำหนดสมรรถนะหลักที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง แต่ยังไม่ได้มีการกำหนดสมรรถนะที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มีเพียงสำนักการพยาบาลที่ได้กำหนดสมรรถนะพยาบาลระดับประคอง โดยอาศัยการกำหนดสมรรถนะตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายขององค์การอนามัยโลก ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมตามบริบทของประเทศไทย⁹ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาวิจัยเพื่อกำหนดสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และพัฒนาเครื่องมือในการประเมินสมรรถนะ ด้วยความเชื่อที่ว่า การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นการดูแลที่มีความซับซ้อนและเฉพาะเจาะจง จำเป็นต้องมีการกำหนดสมรรถนะและเครื่องมือในการประเมินสมรรถนะของผู้ดูแล เพื่อนำไปสู่การพัฒนาบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้และผลในลำดับต่อมา ก็คือ การดูแลที่มีคุณภาพสำหรับครอบครัวและผู้ป่วยระยะท้าย

วัตถุประสงค์การวิจัย

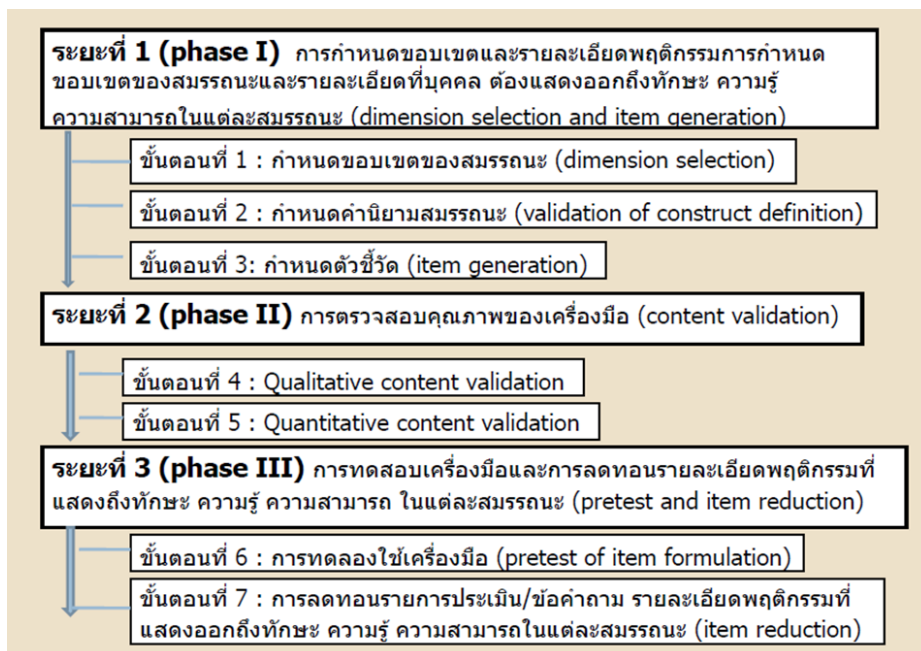
1. เพื่อกำหนดสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
2. เพื่อพัฒนาเครื่องมือในการประเมินสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดการแบ่งระดับสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของ Palliative care nurse new zealand¹⁰ มาดัดแปลงเป็น 3 ระดับ คือ พยาบาลทั่วไป หมายถึงพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 1-5 ปี พยาบาลผู้มีประสบการณ์ หมายถึงพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 6-10 ปี หรือผ่านการอบรมหลักสูตร PCWN (Palliative Care Ward Nurse) จากหน่วยการรณรงค์และพยาบาลเชี่ยวชาญ หมายถึง พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมากกว่า 10 ปี ขึ้นไป หรือผ่านการอบรมหลักสูตร BCCPN (Basic certificate course in palliative nursing) หรือหลักสูตรเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 4 เดือน หรือผู้ปฏิบัติการขั้นสูงด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

กลุ่มตัวอย่างและขั้นตอนการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ร่วมกับการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อกำหนดสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและพัฒนาเครื่องมือในการประเมินสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว ทำการศึกษาวิจัยในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ภายหลังผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (เลขที่ HE571230) ผู้วิจัยทำการสร้างและพัฒนาเครื่องมือ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ 7 ขั้นตอน ดังนี้ (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการสร้างและการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะ (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2557)

ระยะที่ 1 (Phase I) การกำหนดขอบเขตของสมรรถนะและรายละเอียดที่บุคคล ต้องแสดงออกถึงทักษะ ความรู้ ความสามารถ ในแต่ละสมรรถนะ (dimension selection and item generation) การดำเนินการวิจัยในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ กำหนดขอบเขตสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและรายละเอียดพฤติกรรมที่แสดงออกถึงทักษะ ความรู้ และความสามารถ ในแต่ละสมรรถนะที่กำหนดขึ้น โดยมีขั้นตอนย่อย 3 ขั้นตอนได้แก่

ขั้นตอนย่อยที่ 1 การกำหนดขอบเขตของสมรรถนะ (dimension selection) ดำเนินการโดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จากนั้นยกร่างสมรรถนะฉบับที่ 1 พร้อมกำหนดตัวชี้วัด หรือรายละเอียดที่แสดงออกถึงทักษะ ความรู้ ความสามารถ ในแต่ละสมรรถนะที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม

ขั้นตอนย่อยที่ 2 กำหนดคำนิยามสมรรถนะ (validation of construct definition) โดยผู้วิจัยนำ

สมรรถนะที่กำหนดไว้แล้ว มาให้คำนิยามโดยอ้างอิงจากวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการให้คำนิยามสมรรถนะจะต้องเข้าใจง่าย บ่งชี้สิ่งที่พยาบาลจะต้องทำภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพสามารถวัดได้ และบอกถึงผลลัพธ์ที่ต้องการ

ขั้นตอนย่อยที่ 3 กำหนดตัวชี้วัด หรือรายละเอียดที่แสดงออกถึงทักษะ ความรู้ ความสามารถ ในแต่ละสมรรถนะ (item generation) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม (focus group discussion) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 คน ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร BCCPN จากหน่วยการุณรักษ์โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เกี่ยวกับพฤติกรรมที่แสดงออกถึงทักษะ ความรู้ ความสามารถ ในแต่ละสมรรถนะ ที่กำหนดขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและจำแนกพฤติกรรมที่แสดงออกถึงทักษะ ความรู้ ความสามารถในแต่ละสมรรถนะออกเป็นรายชื่อ หลังจากนั้นสร้างเป็นตัวชี้วัดหรือรายละเอียดที่

แสดงออกถึงทักษะ ความรู้ ความสามารถในการในแต่ละสมรรถนะ ร่วมกับยกร่างสมรรถนะฉบับที่ 1 ในขั้นตอนย่อยที่ 1

ระยะที่ 2 (Phase II) การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การวิจัยในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยนำยกร่างสมรรถนะฉบับที่ 1 มาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ประกอบด้วยขั้นตอนย่อยที่ 4-5 ได้แก่

ขั้นตอนย่อยที่ 4 ตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหา ของเครื่องมือยกร่างสมรรถนะฉบับที่ 1 จากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 7 คน โดยจัดสนทนากลุ่ม เพื่อขอคำชี้แนะและปรับปรุงเครื่องมือ

ขั้นตอนย่อยที่ 5 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยนำยกร่างสมรรถนะฉบับที่ 1 ที่แก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญในขั้นตอนย่อยที่ 4 พร้อมโครงการวิจัยฉบับย่อ ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน เป็นแพทย์หน่วยการุณรักษ์ 1 คน อาจารย์พยาบาล 1 คน พยาบาลวิชาชีพผู้ให้การดูแลแบบประคับประคองของหน่วยการุณรักษ์ 1 คน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity) และผู้วิจัยแก้ไขตามข้อเสนอแนะเป็นยกร่างสมรรถนะฉบับ 2

ระยะที่ 3 (Phase III) การทดสอบเครื่องมือและการลดทอนรายละเอียดพฤติกรรมที่แสดงถึงทักษะ ความรู้ ความสามารถ ในแต่ละสมรรถนะ (pretest and item reduction) โดยมีวิธีการดำเนินการ 2 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนย่อยที่ 6 การทดสอบเครื่องมือ การดำเนินการวิจัยในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความชัดเจนของรายการประเมินพฤติกรรมที่แสดงออกถึงทักษะ ความรู้ ความสามารถในการในแต่ละสมรรถนะ โดยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (ยกร่างสมรรถนะฉบับ 2) ไปทดสอบกับพยาบาลวิชาชีพ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร BCCPN จากหน่วยการุณรักษ์ และปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล

ศรีนครินทร์ จำนวน 6 คน โดยการสัมภาษณ์ที่ใช้เทคนิคการถามแบบตะล่อมกล่อมเกล่า (verbal probing technique) ในแต่ละข้อของรายการประเมินอย่างเฉพาะเจาะจง เพื่อสำรวจกระบวนการตอบสนองต่อรายการประเมินแต่ละข้อ เช่น “คุณลองถามข้อคำถามนี้ด้วยคำพูดของคุณเองดูซิคะ?” “การตอบคำถามข้อนี้เป็นอย่างไรง่ายไป หรือยากไปคะ” เป็นต้น ข้อคำถามจะได้รับการปรับปรุง ถ้าผู้ให้สัมภาษณ์ให้ข้อคิดเห็นว่าอาจเกิดความคลาดเคลื่อน

ขั้นตอนย่อยที่ 7 การลดทอนรายการประเมิน/ข้อคำถาม รายละเอียดพฤติกรรมที่แสดงออกถึงทักษะ ความรู้ ความสามารถในการในแต่ละสมรรถนะ (item reduction) มีวัตถุประสงค์เพื่อลดทอนรายละเอียดพฤติกรรมที่แสดงออกถึงทักษะ ความรู้ ความสามารถในการในแต่ละสมรรถนะ โดยพิจารณาจากข้อมูลในขั้นตอนย่อยที่ 4, 5 และ 6+7 ซึ่งประกอบด้วยความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (content validity for scale, S-CVI) การสัมภาษณ์การรับรู้และการลดทอนรายการ (item) พัฒนาเป็นสมรรถนะและเครื่องมือที่ใช้ประเมินสมรรถนะที่ประกอบด้วยรายละเอียดที่แสดงออกถึงทักษะ ความรู้ ความสามารถในการในแต่ละสมรรถนะ แล้วให้หัวหน้าหอผู้ป่วยไปทดลองใช้ประเมินสมรรถนะพยาบาลในแต่ละระดับ

ผลการวิจัย

1. ขั้นตอนการพัฒนาและสร้างเครื่องมือประเมินสมรรถนะ

1.1 ระยะที่ 1 ขั้นตอนย่อยที่ 1-3 เป็นขั้นตอนการทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตร BCCPN จากหน่วยการุณรักษ์ เพื่อกำหนดสมรรถนะและรายละเอียดที่แสดงออกถึงทักษะ ความรู้ ความสามารถ ผลที่ได้จากขั้นตอนนี้ ได้ยกร่างสมรรถนะฉบับที่ 1 ซึ่งประกอบด้วยสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจำนวน

7 สมรรถนะ ได้แก่ 1) สมรรถนะที่ 1 การสื่อสาร ประกอบด้วย ตัวชี้วัดจำนวน 21 ข้อ 2) สมรรถนะที่ 2 การประเมินและการวางแผนการดูแล ประกอบด้วย ตัวชี้วัดจำนวน 17 ข้อ 3) สมรรถนะที่ 3 การจัดการความปวด ประกอบด้วย ตัวชี้วัดจำนวน 15 ข้อ 4) สมรรถนะที่ 4 การจัดการอาการไม่สบาย ประกอบด้วยตัวชี้วัดจำนวน 13 ข้อ 5) สมรรถนะการดูแลในมิติจิตวิญญาณ ประกอบด้วย ตัวชี้วัดจำนวน 15 ข้อ 6) สมรรถนะที่ 6 การดูแลเชิงวัฒนธรรม ประกอบด้วย ตัวชี้วัดจำนวน 9 ข้อ และ 7) ตัวชี้วัดที่ 7 สมรรถนะ การดูแลภายหลังสูญเสีย ประกอบด้วย ตัวชี้วัดจำนวน 11 ข้อ

2. ขั้นตอนตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

2.1 ระยะที่ 2 ขั้นตอนย่อยที่ 4 นักกร่างสมรรถนะที่ 1 ตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นพยาบาลจากหัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 7 คน ผลลัพธ์ที่ได้จากขั้นตอนนี้คือ สมรรถนะที่ 1 เพิ่มตัวชี้วัดจาก 21 ข้อ เป็น 22 ข้อ สมรรถนะที่ 2 เพิ่มตัวชี้วัดจาก 17 ข้อเป็น 18 ข้อ สมรรถนะที่ 3 เพิ่มตัวชี้วัดจาก 15 ข้อเป็น 19 ข้อ สมรรถนะที่ 4 เพิ่มตัวชี้วัดจาก 13 ข้อเป็น 15 ข้อ สมรรถนะที่ 5 เพิ่มตัวชี้วัดจาก 15 ข้อเป็น 20 ข้อ สมรรถนะที่ 6 เพิ่มตัวชี้วัดจาก 9 ข้อเป็น 14 ข้อ สมรรถนะที่ 7 เพิ่มตัวชี้วัดจาก 11 ข้อเป็น 14 ข้อ

2.2 ระยะที่ 2 ขั้นตอนย่อยที่ 5 นักกร่างสมรรถนะที่ 1 ที่ได้จากขั้นตอนย่อยที่ 4 ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา (content validity) เพื่อให้แน่ใจว่าเครื่องมือประเมินสมรรถนะมีความตรงประเด็นครอบคลุมเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน นำข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญให้ค่าคะแนนระดับ 3 และ 4 ไปวิเคราะห์หาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index, CVI) พบว่า 1) สมรรถนะการสื่อสารได้ค่า CVI เท่ากับ 0.97 2) สมรรถนะการจัดการความปวดได้ค่า CVI เท่ากับ 0.96 3) สมรรถนะการดูแลในมิติจิตวิญญาณ

ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.96 4) สมรรถนะการประเมินและการวางแผน การดูแลได้ค่า CVI เท่ากับ 0.98 5) สมรรถนะการจัดการอาการที่ทำให้ไม่สบายได้ค่า CVI เท่ากับ 0.96 6) สมรรถนะการดูแลภายหลังการสูญเสียได้ค่า CVI เท่ากับ 0.88 และ 7) สมรรถนะการดูแลเชิงวัฒนธรรมได้ค่า CVI เท่ากับ 0.95 ค่า CVI รวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.95

3. ขั้นตอนการทดสอบและทดลองใช้เครื่องมือ

3.1 การทดสอบเครื่องมือ ขั้นตอนนี้อยู่ในระยะที่ 3 ขั้นตอนย่อยที่ 6 และ 7 พบว่าสมรรถนะที่ไม่ถูกแก้ไขลดทอนลง คือ สมรรถนะที่ 1 สมรรถนะที่ 3 สมรรถนะที่ 6 และสมรรถนะที่ 7 สมรรถนะที่ถูกแก้ไข ลดทอนลง คือ สมรรถนะที่ 2 ลดทอนตัวชี้วัดจาก 18 ข้อ เหลือ 17 ข้อ สมรรถนะที่ 4 ลดทอนตัวชี้วัดจาก 15 ข้อ เหลือ 14 ข้อ สมรรถนะที่ 5 ลดทอนตัวชี้วัดจาก 20 ข้อ เหลือ 19 ข้อ ดังนั้น สมรรถนะและเครื่องมือประเมินสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจึง ประกอบด้วย 1) สมรรถนะการสื่อสาร ประกอบด้วยตัวชี้วัด จำนวน 22 ข้อ 2) สมรรถนะการจัดการความปวด ประกอบด้วยตัวชี้วัด จำนวน 19 ข้อ 3) สมรรถนะการดูแลในมิติจิตวิญญาณประกอบด้วยตัวชี้วัด จำนวน 20 ข้อ 4) สมรรถนะการประเมินและ การวางแผนการดูแล ประกอบด้วยตัวชี้วัด จำนวน 18 ข้อ 5) สมรรถนะการจัดการอาการที่ทำให้ไม่สบาย ประกอบด้วยตัวชี้วัดจำนวน 15 ข้อ 6) สมรรถนะการดูแลเชิงวัฒนธรรม ประกอบด้วยตัวชี้วัด จำนวน 14 ข้อ และ 7) สมรรถนะการดูแลภายหลังการสูญเสีย ประกอบด้วยตัวชี้วัดจำนวน 14 ข้อ

3.2 ขั้นตอนการทดลองใช้เครื่องมือ หลังจากผ่านขั้นตอนการทดสอบเครื่องมือเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือดังกล่าวไปให้หัวหน้าหอผู้ป่วยทดลองใช้ประเมินสมรรถนะพยาบาลประกอบด้วย หอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วย

นรีเวชวิทยา หอผู้ป่วยรังสีวิทยา และหอผู้ป่วยสงฆ์ อาหารรวม ทั้งสิ้น 7 หอผู้ป่วย ครอบคลุมพยาบาล จำนวน 58 คน ประกอบด้วย พยาบาลทั่วไปจำนวน 35 คน พยาบาลผู้มีประสบการณ์จำนวน 20 คน และ พยาบาลเชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ให้หัวหน้าหอผู้ป่วย แสดงความคิดเห็น ในประเด็น 1) ความทันสมัยและความเหมาะสมกับพยาบาลในแต่ละระดับ 2) ความครอบคลุมพฤติกรรมที่ต้องประเมิน 3) ความชัดเจน เข้าใจง่าย 4) เวลาที่ใช้ประเมินเหมาะสม และ 5) สามารถนำไปใช้ได้ตามสถานการณ์จริง พบว่าผู้ใช้เครื่องมือมีความคิดเห็นอยู่ในระดับ “เห็นด้วย” และ “เห็นด้วยมากที่สุด” ในทั้งห้าประเด็นและในทุกสมรรถนะ

การอภิปรายผล

การวิจัยนี้พบว่า สมรรถนะพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายประกอบด้วย 7 สมรรถนะ ซึ่งสามารถอภิปรายได้ ดังนี้

การสื่อสารกับผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว เป็นสมรรถนะที่สำคัญสำหรับพยาบาล พยาบาลต้องมีทักษะในการสื่อสารให้ข้อมูลผู้ป่วย เพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว การเสริมพลังอำนาจ การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย รวมถึงการประสานงาน ภายในช่วงเวลาที่อยู่ดูแล¹¹ และหากพยาบาลมีทักษะในการสื่อสารที่ดีจะนำไปสู่กระบวนการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า (advance care plan) สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว¹²⁻¹³ ในขณะเดียวกันพยาบาลต้องมีทักษะในการใช้เครื่องมือมาตรฐานในการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การวางแผนการดูแล มีหลักฐานที่สนับสนุนว่า หากพยาบาลมีทักษะและความรู้ในการประเมินผู้ป่วย จะนำไปสู่การวางแผน และให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยระยะท้ายรวมถึงสมาชิกของครอบครัวด้วย¹⁴⁻¹⁵ สมรรถนะการจัดการความปวดและสมรรถนะการจัดการอาการที่ทำให้ไม่สบาย

อธิบายได้ว่าในผู้ป่วยระยะท้าย อาการปวดและอาการไม่สบาย เช่น อาการหายใจลำบาก สับสน ท้องผูก เป็นอาการที่พบได้บ่อยและก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน อีกทั้งเป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยปราศจากความทุกข์ทรมาน สมรรถนะนี้ จึงจำเป็นสำหรับพยาบาลผู้ดูแล¹⁶⁻¹⁷ สำหรับสมรรถนะการดูแลในมิติจิตวิญญาณ อธิบายได้ว่ามนุษย์ทุกคน มีความต้องการด้านจิตวิญญาณ และความต้องการด้านนี้จะมากยิ่งขึ้นในผู้ป่วยระยะท้าย¹⁸⁻²⁰ การที่สามารถให้การดูแลเพื่อสนองตอบต่อความต้องการในมิตินี้ได้ นั้น พยาบาลต้องมีสมรรถนะอย่างดีทั้งด้านความรู้ ทักษะการประเมินและทักษะการให้การดูแล²⁰⁻²² นอกจากนี้จะเห็นว่าจากงานวิจัยนี้ ยังชี้ให้เห็นถึงสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลอีกสองสมรรถนะ คือ การดูแลเชิงวัฒนธรรม และสมรรถนะการดูแลภายหลังการสูญเสีย สำหรับการดูแลเชิงวัฒนธรรม อธิบายได้ว่า ยุคปัจจุบันเป็นยุคที่เปิดกว้าง มีการเคลื่อนย้ายของคนจากสังคมหนึ่งไปสังคมหนึ่ง การเคลื่อนย้ายดังกล่าวมาพร้อมกับวัฒนธรรมของคนแต่ละกลุ่มสังคม เกิดการกลายเป็นสังคมพหุวัฒนธรรม ผู้ป่วยในแต่ละรายจะมีความเชื่อและวัฒนธรรมเฉพาะของตน ซึ่งอาจเหมือนหรือแตกต่างจากพยาบาลผู้ให้บริการ²³⁻²⁴ สมรรถนะนี้จึงเป็นสิ่งที่พยาบาลจะต้องให้ความสนใจและฝึกฝนเป็นอย่างมาก เนื่องจากองค์ความรู้ที่ผ่านมาพบว่า ความรู้และทักษะเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลอยู่เพียงในระดับปานกลาง²⁵⁻²⁶ สำหรับสมรรถนะการดูแลภายหลังการสูญเสีย อธิบายได้ว่า การสูญเสียหรือพลัดพรากจากสิ่งอันเป็นที่รัก เป็นประสบการณ์ทุกข์ทรมานเศร้าโศกสำหรับมนุษย์²⁷ การปรับตัวและก้าวข้ามประสบการณ์ดังกล่าว พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวผู้จากไป พยาบาลจำเป็นต้องมีองค์ความรู้และทักษะในการช่วยเหลือและการดูแลภายหลังครอบครัวเกิดการสูญเสีย²⁸

เมื่อพิจารณาคุณภาพของเครื่องมือประเมินสมรรถนะพบว่า ค่า CVI อยู่ในระดับสูง กล่าวคือ สมรรถนะการสื่อสาร ค่า CVI เท่ากับ 0.97 สมรรถนะการประเมินและวางแผนการดูแลค่า CVI เท่ากับ 0.98 สมรรถนะการจัดการความปวด ค่า CVI เท่ากับ 0.96 สมรรถนะการจัดการอาการที่ไม่สบาย ค่า CVI เท่ากับ 0.96 สมรรถนะการดูแลในด้านมิติจิตวิญญาณ ค่า CVI เท่ากับ 0.96 สมรรถนะการดูแลเชิงวัฒนธรรม ค่า CVI เท่ากับ 0.95 สมรรถนะการดูแลภายหลังการสูญเสียได้ค่า CVI เท่ากับ 0.88 และค่า CVI รวมทั้งหมด เท่ากับ 0.95 ซึ่งอธิบายได้ว่าในกระบวนการพัฒนาเครื่องมือของการวิจัยครั้งนี้มีขั้นตอนที่ชัดเจนรัดกุม ซึ่งขั้นตอน ในการพัฒนาเครื่องมือเป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลต่อคุณภาพเครื่องมือทั้งในด้านความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ²⁹ จากงานวิจัยจะเห็นได้ว่ามีขั้นตอนการพัฒนาปรับปรุงอย่างเป็นลำดับขั้น โดยระเบียบวิธีทั้งในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เพื่อให้เครื่องมือมีคุณภาพและครอบคลุมตัวแปรการใช้ระเบียบวิธีทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ มีผลต่อคุณภาพของเครื่องมือที่จะทำให้เกิดความครอบคลุมในเชิงเนื้อหามากยิ่งขึ้น³⁰ ซึ่งการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยระเบียบวิธีเชิงคุณภาพ ปรากฏในระยที่ 2 ขั้นตอนย่อยที่ 4 และระยที่ 3 ขั้นตอนย่อยที่ 6,7 โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่มจากผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย วิธีดังกล่าวมีผลอย่างยิ่งต่อคุณภาพของเครื่องมือ เนื่องจากข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลจากประสบการณ์และมุมมองของคนใน (emic view) ซึ่งถือได้ว่าเป็นผู้มีประสบการณ์ตรง³¹⁻³² ส่งผลให้เครื่องมือมีความตรงตามเนื้อหาสูง

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัย หน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสามารถนำไปใช้เป็นการรอบในการกำหนดสมรรถนะเฉพาะหน่วยงาน (specific competency) ได้

2. ผู้บริหารการพยาบาลสามารถนำสมรรถนะ และเครื่องมือประเมินสมรรถนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ไปใช้ในการประเมินบุคลากรและวางแผนเพื่อจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล (individual development plan) เพื่อเพิ่มพูนสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

3. การวิจัยครั้งนี้ เก็บข้อมูลในบริบทโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย อาจมีความจำเป็นสำหรับการศึกษาวิจัย ในโรงพยาบาลที่มีบริบทแตกต่างออกไป

References

1. Srisatidnarakul B. Leadership and strategic management in organization for the 21st Century. Bangkok: Chulalongkorn University; 2007. (in Thai)
2. Saenprasan P, Phanitayanusan U, Thadsri L, Charoensit S, Chaiphitak S, Parinyawat M, et al. Nursing management to learning. 4th ed. Bangkok: Sukhumvit; 2010. (in Thai)
3. Sangchart B, Thadmala M, Promlakano S. Potential development of nursing care for patients at the end of life. Journal of Nursing Science and Health 2013; 36(1): 54-66. (in Thai)
4. Todd P, Baldwin CM. Palliative care and culture: the optimize view. J Multicult Nurs Health 2006; 12(2): 28-32.
5. Ekwuthiwongsa R, Ngoangam P, Wuthisan P, Soontharapa W. End of life care of sick Buddhist monks. Journal of Nursing Science and Health 2015; 38(3): 110-9. (in Thai)
6. Mullen C, Thomas S. End of life care: Common care competencies. BJHCA 2009; 3(10): 490-92.

7. Gammondi C, Lakin P, Payne S. Core competencies in palliative care: an EAPC white paper on palliative care education- Part 2. *Eur J Palliat Care* 2013; 20(3): 140-5.
8. Thailand Nursing and Midwifery Council. Competencies for nurses and midwifery. Nonthaburi: Thailand Nursing and Midwifery Council; 2010. (in Thai)
9. Leelawong S. Role and competencies of palliative care nurse. In: Haruthai C, Attachaiwat A, Suwankesawong S, editors, *Palliative nursing service system*. Pathum Thani: Suetawanprinting; 2016: P. 47-63. (in Thai)
10. Palliative care Nursing New Zealand. A national professional development framework for palliative care nursing practice in Aotearoa New Zealand. Wellington: Ministry of Health. 2014.
11. Schroeder K, Lorenz K. Nursing, and the future of palliative care. *Asia Pac J Oncol Nurs* 2018; 5(1): 4-8.
12. Abba K, Lloy-williams M, Hurton S. Discussing end of life wishes - the impact of community interventions? *BMC Palliative Care* 2019; 18:26 <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0407-8>
13. Slort W, Schweitzer BP, Blankenstein AH, Abarshi EA, Riphagen II, Echteld MA, et al. Perceived barriers and facilitators for general practitioner-patient communication in palliative care: a systematic review. *Palliat Med* 2011; 25(6): 613-29.
14. Eagar K, Clapham SP, Allingham SF. Palliative care is effective: but hospital symptom outcomes superior. *BMJ Supportive & Palliative Care* Published Online First: 31 August 2018. doi: 10.1136/bmjspcare-2018-001534
15. National consensus project for quality palliative care. Clinical practice guidelines for quality palliative care, 4th ed. Richmond, VA: National Coalition for Hospice and Palliative Care; 2018.
16. Sherwen E. Improving end of life care for adults. *Nurs Stand* 2014; 28(32): 51-7.
17. Scarborough BM, Smith CB. Optimal pain management for patients with cancer in the modern era. *CA Cancer J Clin* 2018; 68(3): 182-96.
18. O'Brien MR, Kinloch K, Groves KE, Jack BA. Meeting patients' spiritual needs during end-of-life care: A qualitative study of nurses' and healthcare professionals' perceptions of spiritual care training. *J Clin Nurs* 2018; 28(1-2): 182-9.
19. Fitch M, Bartlett R. Patient perspectives about spirituality and spiritual care. *Asia Pac J Oncol Nurs* 2019; 6(2): 111-21.
20. Baldacchino DR. Nursing competencies for spiritual care. *J Clin Nurs* 2006; 15(7): 885-96.
21. Speck P. Culture and spirituality: essential components of palliative care. *Postgrad Med J* 2016; 92(1088): 341-5.
22. Gijsberts MJHE, Liefbroer AI, Otten R, Olsman E. Spiritual care in palliative care: A systematic review of the recent European literature. *Med Sci* 2019; 7(2): [25]1-11.
23. Schill K, Caxaj S. Cultural safety strategies for rural Indigenous palliative care: a scoping review. *BMC Palliat Care* 2019 Feb 14; 18(1): 21. doi: 10.1186/s12904-019-0404-y.

24. Bloomer MJ, Botti M, Runacres F, Poon P, Barnfield J, Hutchinson AM. Cultural considerations at end of life in a geriatric inpatient rehabilitation setting. *Collegian* 2019; 26(1): 165–70. doi.org/10.1016/j.colegn.2018.07.004.
25. Songwathana P, Siriphan S. Thai nurses' cultural competency in caring for clients living in a multicultural setting. *Pac Rim Int J Nurs Res Thail*[Internet]. 10 Feb 2015 [cited 12 Nov 2019]; 19(1): 19–1. Available from: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/18965>
26. Lin MH, Wu CY, Hsu HC. Exploring the experiences of cultural competence among clinical nurses in Taiwan. *Appl Nurs Res* 2019; 45: 6–11.
27. Sangchart B. Suffering part 1: Fundamental experience of human condition. *Journal of Nursing Science and Health* 2015; 38(1): 131–41. (in Thai)
28. Hudson P, Hall C, Boughey A, Roulston A. Bereavement support standards and bereavement care pathway for quality palliative care. *Palliat Support Care* 2018; 16(4): 375–87. doi: 10.1017/S1478951517000451.
29. Srisatidnarakul B. The methodology in nursing research. 5th ed. Bangkok: U & I inter media; 2010. (in Thai)
30. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health* 2006; 29(5): 489–97.
31. Keeley T, Al-Jannabi H, Lorgelly P, Coast J. A qualitative assessment of the content validity of the ICECAP-A and EQ-5D-5L and Their Appropriateness for Use in Health Research. *PLoS ONE* [serial online] 2013; [cited 2020 Mar 31]. Available from: <http://www.doi:10.1371/journal.pone.0085287>
32. Berthelsen H, Hakanen J, Kristensen TS, Lonnblad A, Westerlund H. A qualitative study on the content validity of the social COPSOQ. *SJWOP*. [serial online] 2016 [cited 2020 mar 31]. Available from :<http://www.doi.org/10.16993/sjwop.5>