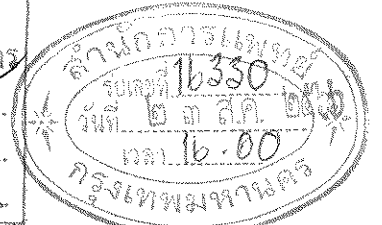




สำนักงานพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์
 สำนักงานแพทย์ ส่วนพัฒนาบุคลากร
 รัชที่..... 4865. *Com*
 ๒๔ ส.ค. ๒๕๖๖
 16-40



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลกลาง (งานศึกษาและฝึกอบรม ฝ่ายวิชาการและแผนงาน โทร. ๐-๒๒๒๐-๘๐๐๐ ต่อ ๑๑๒๗๕)

ที่ กท ๐๖๐๕/ ๑๖๖๐ วันที่ ๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๖ สพ.บ.

เรื่อง ขอส่งการรายงานตัวกลับเข้าปฏิบัติราชการ รายงานการศึกษา และรายงานในรูปแบบอินโฟกราฟิก

(ราย นางสาวพิริยา พงษ์สอิ่ง)

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานแพทย์

[Signature]
 ๒๓ ส.ค. ๒๕๖๖

ตามที่สถาบันพัฒนาข้าราชการกรุงเทพมหานครได้มีหนังสือที่ กท ๐๔๐๑/๖๒๒ ลงวันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๔ อนุมัติให้ นางสาวพิริยา พงษ์สอิ่ง ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สังกัดฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์ ลาศึกษาในประเทศ ระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ณ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย โดยทุนประเภท ๑ (ก) ใช้เวลาราชการ มีกำหนด ๒ ปี ตั้งแต่วันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๔ ถึงวันที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๖๖ นั้น

ในการนี้ข้าราชการดังกล่าวได้เสร็จสิ้นการลาศึกษาในหลักสูตรดังกล่าวแล้ว และได้รายงานตัวกลับเข้าปฏิบัติราชการ ตั้งแต่วันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๖ ดังนั้นโรงพยาบาลกลางจึงขอส่งแบบรายงานตัวกลับเข้าปฏิบัติราชการ รายงานการศึกษา และรายงานในรูปแบบอินโฟกราฟิกตามที่แนบมาพร้อมนี้ เพื่อดำเนินการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

[Signature]
 (นายอรรถพล เกิดอรุณสุขศรี)
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง

- กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ
- กลุ่มงานพัฒนาการบริหาร

[Signature]
 (นางรัชฎา เจริญสุขจันทร์)
 นักวิชาการศึกษาอาวุโส ฝ่ายพัฒนาระบบบริการ
 กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ ฝ่ายพัฒนาระบบบริการ
 รัชที่ ๒๔ ส.ค. ๒๕๖๖
 มอ.๑๑๑๑ รัชที่ ๒๔ ส.ค. ๒๕๖๖

แบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ หลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด

ตามหนังสืออนุมัติที่ กท ๐๔๐๑/๖๒๒ ลงวันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๔
ซึ่งข้าพเจ้า ชื่อ นางสาวพิริยา นามสกุล พงษ์สอิ่ง
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สังกัด / งาน / ฝ่าย / โรงเรียน ฝ่ายการพยาบาล
กอง โรงพยาบาลคลอง สำนักงาน / สำนักงานเขต สำนักงานการแพทย์
ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม / ประชุม / ดูงาน / ปฏิบัติการวิจัย) ในประเทศ
หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
ระหว่างวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๔ ถึง ๔ สิงหาคม ๒๕๖๖ จัดโดย สำนักวิชาบัณฑิตศึกษา
ณ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย เบิกค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น ๑๔๐,๐๐๐ บาท

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการอบรมฯ แล้ว จึงขอรายงานผลการอบรมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการอบรมฯ
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน / ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรม / ประชุม / ดูงาน / ปฏิบัติการวิจัย ดังกล่าว
เช่น เนื้อหา / ความคุ้มค่า / วิทยากร / การจัดทำหลักสูตร เป็นต้น
(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น)

ลงชื่อ พงษ์สอิ่ง ผู้รายงาน
(นางสาว พิริยา พงษ์สอิ่ง)



รายงานการศึกษา ผักอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ - นามสกุล.....นางสาวพิริยา พงษ์สอั้ง.....
อายุ ..๓๕.. ปี การศึกษา.....ปริญญาตรี.....
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน.....ไม่มี.....
๑.๒ ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....
หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ).....ให้บริการทางการพยาบาลกับผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ
๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร.....พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต.....
สาขา.....การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ.....
เพื่อ ศึกษา ผักอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล
 ทุนส่วนตัว
จำนวนเงิน.....๑๔๐,๐๐๐.....บาท
ระหว่างวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๔ ถึง ๔ สิงหาคม ๒๕๖๖.....สถานที่.....สถาบัน
การพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย.....
คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ.....กำลังอยู่ระหว่างทำวิทยานิพนธ์.....

การเผยแพร่รายงานผลการศึกษา/ผักอบรม/ประชุม สัมมนา ผ่านเว็บไซต์สำนักการแพทย์และกรุงเทพมหานคร
 ยินยอม ไม่ยินยอม

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ผักอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
(โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

๒.๑ วัตถุประสงค์

๒.๑.๑ เพื่อประเมินสถานการณ์ทางสุขภาพปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุโดยใช้ศาสตร์
ทางการพยาบาล และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง

๒.๑.๒ เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลโดยสร้างสรรค์รูปแบบ / นวัตกรรม / นโยบาย / วิธีการ
แก้ปัญหา ในการจัดการดูแลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ หลัก
มนุษยธรรม ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง จริยธรรมและกฎหมาย

๒.๑.๓ เพื่อสร้างงานวิจัยในประเด็นปัญหาด้านสุขภาพ นำเสนอ ใช้งานวิจัยในการพัฒนาคุณภาพการ
พยาบาลในการดูแลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนโดยคำนึงถึงจริยธรรม และกฎหมาย

๒.๑.๔ เพื่อแสดงออกถึงภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง เป็นแบบอย่างที่ดีในการทำงานสู่ความเป็นเลิศ
สนับสนุนให้ผู้อื่นมีการพัฒนาทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง และสร้างคุณค่าของวิชาชีพ

๒.๑.๕ เพื่อแสดงออกถึงทักษะในการสื่อสาร การทำงานร่วมกับทีม เครือข่ายและผู้เกี่ยวข้องอย่างมี
ประสิทธิภาพ ในการจัดการปัญหาสุขภาพผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

๒.๒ เนื้อหา

ระบบสุขภาพ (Health System) ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มีความหมายครอบคลุมตั้งแต่ สุขภาพเฉพาะบุคคล สุขภาพที่ดำเนินนอกตัวบุคคล กิจกรรมต่างๆ ที่มีวัตถุประสงค์ เพื่อสุขภาพและกิจกรรมใดก็ตามที่ส่งผลต่อสุขภาพ กล่าวได้ว่าระบบสุขภาพอาจนิยามจากบทบาทหน้าที่หรือองค์ประกอบ รวมไปถึงการมีกลไกกระบวนการ ความเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่างๆ

ระบบสาธารณสุข (Public Health System) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ หมายถึง การจัดการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพ (สารานุกรมสาธารณสุข, ๒๕๓๑)

ระบบบริการสาธารณสุข มีความหมายว่าการบริการต่างๆ อันเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคลครอบครัวและชุมชน

ระบบสุขภาพและเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Health System and Healthcare Economics)

๑. ระบบบริการสุขภาพ (Health Service System)
๒. ระบบสุขภาพ (Health System)
๓. ระบบสุขภาพและเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Health System and Healthcare Economics)
๔. แนวคิดในการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพพิจารณาจาก Need
๕. ประเภทการศึกษาเศรษฐศาสตร์ในระบบสุขภาพ
๖. การจัดสรรทรัพยากรด้านการสาธารณสุขโดยประยุกต์หลักเศรษฐศาสตร์
๗. บทบาทบุคลากรด้านสุขภาพกับเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขเพื่อการจัดบริการสุขภาพ

๑. ระบบบริการสุขภาพ (Health Service System)

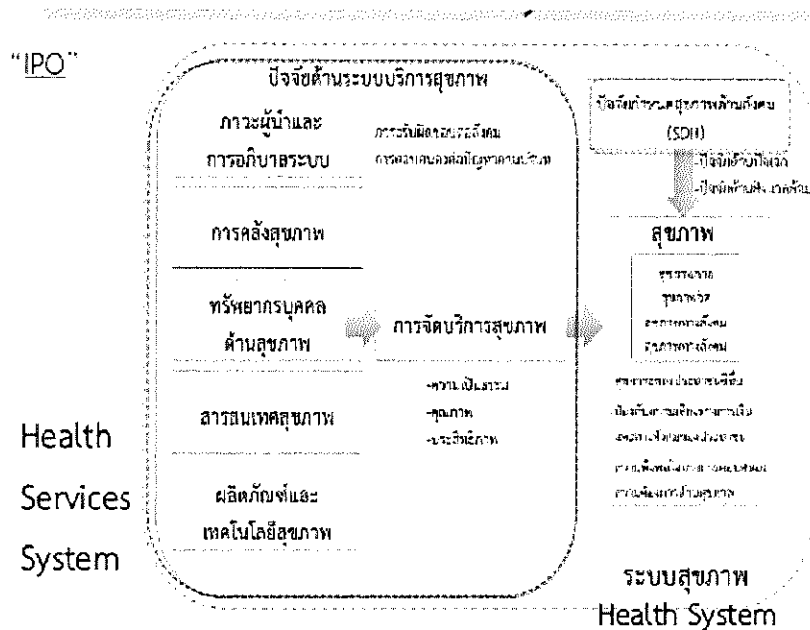
แบ่งออกเป็น ๔ ประเภท

๑. การจัดระบบบริการสาธารณสุขแบบสังคมนิยม (Socialist Health System) หรือ ระบบวางแผนจากส่วนกลาง (Central Planning System) รัฐเข้าไปจัดการสุขภาพอย่างสิ้นเชิงและไม่อนุญาตให้มีกลไกการตลาดใดๆ ประชาชนทุกคนได้รับบริการจากรัฐ และรัฐจะเป็นเจ้าของทรัพย์สินทุกอย่างในสังคม

๒. การจัดบริการสาธารณสุขแบบครอบคลุมทั้งหมด (Comprehensive Health System) รัฐได้มีบทบาทในระบบบริการสุขภาพมาก เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพอย่างครอบคลุมภายใต้เงื่อนไขเศรษฐกิจของประเทศ ประชาชนสามารถรับบริการโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายด้วยตัวเอง

๓. การจัดระบบบริการสาธารณสุขแบบรัฐสวัสดิการ (Welfare-Oriented Health System) เป็นการจัดการบริการสาธารณสุขที่รัฐเป็นผู้ดำเนินการให้กับประชาชน ทั้งในแบบให้เปล่าและแบบประชาชนมีส่วนร่วมในการเสียค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ โดยค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่จะมาจากภาษีอากรหรือกองทุนด้านสุขภาพอื่นๆ

๔. การจัดบริการสาธารณสุขแบบตลาดแข่งขันเสรี (Entrepreneurial Health System) มีการจัดการบริการสุขภาพในรูปแบบเอกชนที่แข่งขัน ภายใต้ตลาดเสรี รัฐมีส่วนเข้าไปแทรกแซงกลไกการตลาดน้อย หน่วยบริการส่วนใหญ่เป็นเอกชน



๒. ระบบสุขภาพ (Health System)

ระบบการจัดการสุขภาพทั้งหมด ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ส่งผลต่อสุขภาพและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ปัจจัยด้านบุคคล สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ชีวภาพ เศรษฐกิจ สังคม การเมือง การศึกษา กฎหมาย ศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เป็นต้น รวมทั้งปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพด้วย

๒.๑ ระบบบริการ หมายถึง บริการที่ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูสุขภาพอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย ได้มาตรฐาน

๒.๒ ระบบผู้ให้บริการ หมายถึง กำลังคนที่เพียงพอ มีความรู้ และมีสัดส่วนของความชำนาญที่เหมาะสม

๒.๓ ระบบผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ หมายถึง เวชภัณฑ์ วัคซีน อุปกรณ์การวินิจฉัย และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีมาตรฐาน

๒.๔ ระบบการเงินการคลังสุขภาพ หมายถึง ระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุม จัดสรร และบริหารงบประมาณที่เป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ

๒.๕ ระบบสารสนเทศ หมายถึง ความพร้อมและการแบ่งปันข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา แนวโน้มความต้องการทางการแพทย์และสาธารณสุข

๒.๖ ระบบอภีบาล หมายถึง การกำกับดูแลให้องค์กรสุขภาพดำเนินภารกิจอย่างเป็นธรรม โปร่งใส ตรวจสอบได้

๓. ระบบสุขภาพกับเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Health System and Healthcare Economics)

สุขภาพ (Health) สภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข และมีได้หมายความเฉพาะเพียงแต่การปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น

เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Healthcare Economics) การศึกษาเกี่ยวกับการประยุกต์หลักเศรษฐศาสตร์เพื่อกำหนดนโยบายการวางแผนและการจัดบริการสาธารณสุข เพื่อให้ทรัพยากรที่ใช้ในการจัดบริการสาธารณสุขเกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน ความรู้ด้านเศรษฐศาสตร์ และการ

ประยุกต์หลักเศรษฐศาสตร์มาใช้ในการจัดบริการสุขภาพ สินค้าสาธารณสุข และบริการทางสาธารณสุข ตลาด การบริการทางการแพทย์ อุปสงค์และอุปทานในตลาดการบริการสาธารณสุข เศรษฐศาสตร์ การประกัน สุขภาพ ระบบการคลังสาธารณสุข ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพกับ

การพัฒนาและการวิเคราะห์ต้นทุนและผลได้ทางเศรษฐศาสตร์ในการให้บริการสาธารณสุข

เกิดความขาดแคลน ทรัพยากรสุขภาพมีจำกัด resources are scarce ความต้องการของมนุษย์ไม่ จำกัด Want (needs) are "infinite" การตัดสินใจหาทางเลือก Choice is inevitable ใช้ทรัพยากรสุขภาพที่มี อยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการบริการสุขภาพ

การแก้ปัญหาการขาดแคลน

ทางเลือกที่เกิดความเป็นธรรมในการจัดบริการสุขภาพ Equity

ทางเลือกที่เกิดประสิทธิภาพในการจัดบริการสุขภาพ Efficiency

องค์ประกอบด้านการจัดบริการสุขภาพ (Health Services System Component)

Excellence Center Tertiary

Secondary Care

Primary Care

PHC

Self Care

การเข้าถึงบริการ (Accessibility)

ความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ (Availability) ความสัมพันธ์ระหว่าง บริการที่มีอยู่กับชนิดของผู้ใช้บริการ

การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility)

ความสัมพันธ์ระหว่างสถานที่ตั้งของแหล่งบริการ กับความสามารถที่ผู้บริการจะไปถึงแหล่ง

ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (Accommodation) ความสัมพันธ์ของ แหล่งบริการ กับการยอมรับของผู้ใช้บริการว่าสะดวก

ความสามารถในการจ่าย (Affordability) ความสัมพันธ์ของค่าใช้จ่ายของบริการ กับรายได้ของ ผู้รับบริการ

การยอมรับคุณภาพ (Acceptability) ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ

๔. แนวคิดในการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพ พิจารณาจาก Need

ความจำเป็น (Need)

ลักษณะประชากร

จำนวนประชากร (Population Number)

กลุ่มและอายุเพศ (Age and Sex Group)

ลักษณะเศรษฐกิจและสังคม

รายได้ (Incomes)

การศึกษา (Education)

อาชีพ (Occupation)

พื้นที่อยู่อาศัย (Area)

ลักษณะสุขภาพ

การเจ็บป่วย (Morbidity)

การตาย (Mortality)

ความรุนแรงของโรค (Disease Severity)

๕. ประเภทการศึกษาเศรษฐศาสตร์ในระบบสุขภาพ

เศรษฐศาสตร์ ระดับมหภาค (Macroeconomic Study) เป็นการศึกษาเกี่ยวกับระบบสุขภาพโดยรวม

เศรษฐศาสตร์สุขภาพระดับจุลภาค (Microeconomic Study) เป็นการศึกษาเกี่ยวกับระบบสุขภาพระดับย่อย

๖. การจัดสรรทรัพยากรด้านการสาธารณสุขโดยประยุกต์หลักเศรษฐศาสตร์

พฤติกรรมของผู้ใช้บริการสาธารณสุข (Consumer Behavior) และพฤติกรรมการจัดบริการสุขภาพ (Provider Behavior)

ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของประเทศ (Health Care Expenditure)

ระบบการคลังสาธารณสุข (Health Care Financing)

ระบบประกันสุขภาพ (Health Insurance)

เศรษฐศาสตร์กับการวิเคราะห์และประเมินผลเพื่อพัฒนางานบริการสาธารณสุข (Economic Evaluation)

๗. บทบาทบุคลากรด้านสุขภาพกับเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขเพื่อการจัดบริการสุขภาพ

ทักษะด้านการบริหารจัดการโดยเฉพาะการบริหารต้นทุนในสถานบริการสุขภาพ

เข้าใจพฤติกรรมกรใช้บริการ สุขภาพทั้งทางด้านอุปสงค์ อุปทานสุขภาพ

กำหนดอัตราค่าบริการ

กำหนดการผลิตบริการสุขภาพ

ช่วยในการจัดการด้านกำลังคนด้านสุขภาพ (อุปทานของบริการทางการแพทย์)

ทำให้เข้าใจพฤติกรรมบริโภคทางด้านสาธารณสุข ในการตัดสินใจ

ใช้ข้อมูลทางเศรษฐศาสตร์เพื่อใช้ในการเลือกดูแลสุขภาพ

การวิเคราะห์ความน่าจะเป็น (Probability)

การวิเคราะห์การตัดสินใจ (Decision-making Analysis)

แผนงบประมาณและนำมากำหนดนโยบายสุขภาพ (การจัดสรร และการกระจาย)

ศาสตร์ทางการแพทย์พยาบาล

ความเข้าใจใน Human Biology และ Behavior สุขภาพและความเจ็บป่วย กระบวนการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ แบบแผนพฤติกรรมทั้งในภาวะปกติและในภาวะวิกฤตของชีวิต หลักและกฎเกณฑ์ที่ควบคุมชีวิต และกระบวนการต่างๆ ของชีวิต (Donaldson, ๑๙๙๖)

ทฤษฎีการพยาบาล NURSING THEORY

เป็นแนวคิดที่สร้างขึ้นหรือค้นพบจากความเป็นจริงที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยาย อธิบาย ทำนายหรือกำหนดวิธีการพยาบาล

ชุดของมโนทัศน์ทางการแพทย์พยาบาลที่สัมพันธ์กันอย่างเป็นระบบเพื่อนำเสนอปรากฏการณ์ทางการแพทย์พยาบาลอย่างเป็นระบบ โดยมีหน้าที่หรือเป้าหมายหลักเพื่อพรรณนา อธิบาย ทำนาย หรือควบคุมปรากฏการณ์ทางการแพทย์พยาบาล ทฤษฎีการพยาบาลแต่ละทฤษฎีประกอบด้วยข้อตกลงเบื้องต้น มโนทัศน์มากกว่าสองมโนทัศน์ ความหมายของมโนทัศน์ ความสัมพันธ์ของมโนทัศน์ และเป้าหมายของทฤษฎี (Chinn & kramer, ๒๐๐๔; Meleis, ๒๐๐๗) ทฤษฎีการพยาบาลที่พัฒนาในระยะแรกมีขอบเขตกว้างและมีความเป็นนามธรรมสูงทำให้มีข้อจำกัดในการนำไปใช้ ต่อมาได้มีการพัฒนาทฤษฎีการพยาบาลที่มีขอบเขตจำกัดมาก

ขึ้น มีความเป็นนามธรรมลดลง ทดสอบได้ และให้แนวทางในการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลชัดเจนขึ้น จึงนำไปสู่การแบ่งระดับของทฤษฎีการพยาบาลบทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อกล่าวถึงระดับของทฤษฎีการพยาบาลและความสำคัญของทฤษฎีการพยาบาลแต่ละ ระดับต่อวิชาชีพการพยาบาลทั้งในการปฏิบัติการพยาบาล การวิจัยทางการพยาบาล และการศึกษาพยาบาล

การแบ่งระดับของทฤษฎีการพยาบาล

แนวคิดการแบ่งระดับของทฤษฎีการพยาบาลที่มีอยู่ปัจจุบันและที่มีผู้กล่าวถึงกันมาก คือ แนวคิดการแบ่งระดับของทฤษฎีการพยาบาลของวอล์คเกอร์และเอแวนท์(Walker & Avant, ๑๙๙๕; ๒๐๐๕) และแนวคิดการแบ่งระดับของทฤษฎีการพยาบาลของเมลิส (Meleis, ๑๙๙๗;๒๐๐๗) โดยวอล์คเกอร์และเอแวนท์ได้แบ่งระดับของทฤษฎีการพยาบาลออกเป็น ๔ ระดับ ตามระดับของการพัฒนาทฤษฎีหรือตามระดับความเป็นนามธรรมของทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีเมตา ทฤษฎีระดับกว้าง ทฤษฎีระดับกลาง และทฤษฎีระดับการปฏิบัติหรือทฤษฎีระดับสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง ดังนี้

ทฤษฎีเมตา (metatheory) ทฤษฎีชนิดนี้ไม่ได้มีองค์ประกอบของทฤษฎีเช่นทฤษฎีการพยาบาลทั่วไป แต่เป็นการกล่าวถึงประเด็นกว้างๆ เกี่ยวกับการวิเคราะห์เป้าหมายและชนิดของทฤษฎีที่ต้องการในการพยาบาลการนำเสนอและการวิพากษ์วิจารณ์แหล่งที่มาและวิธีการพัฒนาทฤษฎีการพยาบาล และการนำเสนอเกณฑ์การวิเคราะห์ทฤษฎีทางการพยาบาลและการประเมินคุณค่าของทฤษฎีการพยาบาล แต่อย่างไรก็ตาม นักวิชาการทางการพยาบาลท่านอื่นไม่นับทฤษฎีเมตาเป็นระดับหนึ่งของทฤษฎีการพยาบาลเนื่องจากไม่มีองค์ประกอบของทฤษฎีดังกล่าวข้างต้น

ทฤษฎีระดับกว้าง (grand theory) เป็นทฤษฎีการพยาบาลที่มีความเป็นนามธรรมสูง และนำเสนอขอบเขตหรือมุมมองระดับกว้างเกี่ยวกับเป้าหมายและโครงสร้างของการปฏิบัติการพยาบาล แต่อย่างไรก็ตาม ทฤษฎีการพยาบาลระดับกว้างที่มีอยู่นั้นมีความแตกต่างกันในระดับความเป็นนามธรรมหรือขอบเขต ทฤษฎีการพยาบาลระดับกว้างนี้มีเป้าหมายที่แสดงถึงมุมมองหรือกระบวนทัศน์ที่ช่วยให้เข้าใจถึงมโนทัศน์และหลักการสำคัญในมุมมองทางการพยาบาลแต่ก็ไม่ชัดเจนเท่าทฤษฎีระดับกลางทฤษฎีการพยาบาลระดับกว้างนี้เทียบเท่ารูปแบบแนวคิด (conceptual models) ตามคำกล่าวของฟอว์เซทท์ (Fawcett, ๑๙๙๕) ซึ่งเป็นแนวคิดกว้างๆ เกี่ยวกับบุคคล กลุ่มคน สถานการณ์ และเหตุการณ์ที่อยู่ในความสนใจในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ทฤษฎีการพยาบาลระดับกว้างนับว่ามีคุณค่ามากต่อสายวิชาพยาบาลศาสตร์และวิชาชีพพยาบาล เนื่องจากได้ให้แนวคิดที่บ่งบอกถึงขอบเขตของสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์โดยแสดงให้เห็นถึงการมีมุมมองที่เฉพาะของสายวิชาพยาบาลศาสตร์ซึ่งนับว่ามีประโยชน์มากในการแยกแยะขอบเขตการปฏิบัติทางการพยาบาลออกจากการปฏิบัติทางการแพทย์ทฤษฎีการพยาบาลระดับกว้างส่วนใหญ่มีการพัฒนาขึ้นในช่วงปี ๑๙๖๐-๑๙๘๐ ตัวอย่างเช่นทฤษฎีของโรเจอร์(Rogers, ๑๙๗๐) คิง (King, ๑๙๘๑) นิวแมน (Neuman, ๑๙๘๒) โอเรียม (Orem, ๑๙๗๑) และ พาร์เซ (Parse, ๑๙๘๑) ทฤษฎีการพยาบาลระดับกว้างให้แนวทางกว้างๆ ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษา และการวิจัย ทฤษฎีการพยาบาลระดับกว้างส่วนมากมีข้อจำกัดในการทดสอบเนื่องจากมีมโนทัศน์ที่เป็นนามธรรมและไม่มีตัวชี้วัดที่สังเกตได้ รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ไม่ชัดเจน ซึ่งฟอว์เซทท์และดาวน์ส์ (Fawcett & Dows, ๑๙๙๒) ให้ความเห็นและแนวทางที่มีคุณค่าต่อการพัฒนาทฤษฎีการพยาบาลว่าถึงแม้มโนทัศน์และข้อเสนอของทฤษฎีการพยาบาลระดับกว้างไม่สามารถทดสอบได้โดยตรง แต่ก็สามารถทดสอบได้ทางอ้อมโดยเชื่อมกับการทดสอบทฤษฎีอื่นที่มีความเป็นรูปธรรมมากกว่า

ทฤษฎีระดับกลาง (middle range theory) เป็นทฤษฎีการพยาบาลที่มีจำนวนมโนทัศน์ไม่มากและมีขอบเขตจำกัดซึ่งช่วยให้สามารถทดสอบทฤษฎีระดับกลางได้ และให้แนวทางการใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่

เฉพาะเจาะจงหรือชัดเจนขึ้น ทฤษฎีระดับกลางที่ใช้ในการวิจัยทางการแพทย์มีทั้งทฤษฎีการพยาบาล เช่น ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Uncertainty in Illness Theory) ของมิเชล (Mishel, ๑๙๘๘) และทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptoms) ของเลนซ์ พิวย มิสสิแกน ซูปป์ และกีฟท์ (Lenz, Pugh, Milligan, Suppe, & Gift, ๑๙๙๗) เป็นต้นและทฤษฎีระดับกลางของศาสตร์อื่น เช่น ทฤษฎีพฤติกรรมต่างๆ

ทฤษฎีระดับการปฏิบัติ (practice theory) วอล์คเกอร์และเอแวนท์ได้อธิบายลักษณะของทฤษฎีการพยาบาลระดับการปฏิบัติโดยใช้แนวคิดของดีคคอฟฟ์และคณะ (Dickoff et al., ๑๙๖๘) และแนวคิดของเจด็อกซ์ (Jacox, ๑๙๗๔) และสรุปว่าแก่นสาระของทฤษฎีการพยาบาลระดับการปฏิบัติ คือเป้าหมายของการปฏิบัติที่ต้องการให้เกิดขึ้นและวิธีการปฏิบัติที่ทำให้บรรลุเป้าหมายนั้น และใช้คำว่าทฤษฎีระดับการปฏิบัติ (practice theory) ทฤษฎีการเกิดสถานการณ์ (situational-producing theory) และทฤษฎีเชิงจัดการ (prescriptive theory)

ทฤษฎีการพยาบาลแบ่งเป็น ๓ ระดับตามระดับความเป็นนามธรรมของทฤษฎีและขอบเขตของทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีระดับกว้าง ทฤษฎีระดับกลาง และทฤษฎีระดับการปฏิบัติหรือทฤษฎีระดับสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง ทฤษฎีระดับกว้างมีความเป็นนามธรรมสูงสุด มีขอบเขตกว้าง มีข้อจำกัดในการทดสอบ และให้แนวทางการพยาบาลผู้รับบริการแบบองค์รวม ทฤษฎีระดับกลางมีความเป็นนามธรรมลดลง สามารถทดสอบได้ เน้นการอธิบายปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่ง นำไปใช้ได้กับผู้รับบริการหลายกลุ่มและหลายสถานการณ์ ระดับการปฏิบัติหรือทฤษฎีระดับสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงมีความเป็นรูปธรรมและทดสอบได้ กล่าวถึงวิธีการปฏิบัติทางการพยาบาลในสถานการณ์ของผู้รับบริการกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งจึงนำไปใช้ได้กับเฉพาะผู้รับบริการกลุ่มนั้นๆ

ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

กรอบแนวคิดและความหมายของทฤษฎี

สมรรถนะแห่งตนเกิดจากบุคคลที่มีความมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ ตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นเฉพาะสถานการณ์หนึ่งสถานการณ์ใดเท่านั้น มีความคาดหวังต่อผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น โดยบุคคลต้องตัดสินใจกระทำพฤติกรรมที่มีผลดีต่อตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความยากง่ายของกิจกรรมที่จะกระทำ บุคคลที่มีความเชื่อมั่นในตนเองสูงรับรู้ว่าการกระทำที่ตนสามารถทำได้และมีความสามารถเพียงพอ จะทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจและปฏิบัติกิจกรรมสำเร็จลุล่วง โดยจะมีการประเมินกำลังความสามารถของตน เพื่อที่จะปฏิบัติกิจกรรมหรือเผชิญสถานการณ์นั้น ในการเลือกกระทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน มีการคิดตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมใด หรือกระทำอย่างต่อเนืองสม่ำเสมอ นานเท่าไรใช้ความพยายาม และความอดทนในการกระทำ โดยจะรับรู้ว่าคุณมีความสามารถมากน้อยเพียงใด เมื่อพบอุปสรรค จะเป็นการกระตุ้นให้ตนเองมีความพยายามมากขึ้น ส่งผลให้เป็นผู้กำหนดพฤติกรรมมากกว่าทำนายพฤติกรรม (Bandura, ๑๙๙๗)

องค์ประกอบของทฤษฎี

การสมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมของบุคคลโดยสามารถส่งเสริมได้จากแหล่งข้อมูล ๔ แหล่ง (Bandura, ๑๙๙๗) ดังนี้

๑. ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง (Mastery experiences) หมายถึงการรับรู้ประสบการณ์ตรงของตนเองที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือปรับพฤติกรรมได้ด้วยตนเองจนสำเร็จ การประสบความสำเร็จนั้นจะส่งผลให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ทำให้บุคคลเกิดความพยายามที่จะปฏิบัติพฤติกรรม

ต่างๆ แม้จะพบกับอุปสรรค ดังนั้นการพัฒนาเพื่อให้เกิดสมรรถนะแห่งตน จึงสามารถกระทำได้โดยการลงมือปฏิบัติและฝึกทักษะด้วยตนเองให้สำเร็จ จะส่งผลให้บุคคลคงการกระทำกิจกรรมนั้นได้

๒. การได้เห็นประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่น (Vicarious experiences) หมายถึง การรับรู้ถึงประสบการณ์ที่สำเร็จของผู้อื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตน และใช้ประสบการณ์นั้นเป็นตัวแบบในการปฏิบัติของตนซึ่งได้จากการเรียนรู้พฤติกรรมที่ได้สังเกตจากตัวแบบนั้น ส่งผลให้บุคคลรู้สึกว่าคุณเองมีแนวทางที่มีโอกาสจะทำได้สำเร็จ หรือมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมตามตัวแบบ

๓. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) หมายถึง การใช้คำพูดสื่อสารกับบุคคล เพื่อโน้มน้าวให้เขาเกิดความเชื่อมั่นว่าเขามีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องการสำเร็จได้ โดยคำพูดที่ใช้จะเป็นในลักษณะที่เป็นการชักจูง การแนะนำ การอธิบาย รวมทั้งการชื่นชม เป็นต้น

๔. ภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and emotional state) หมายถึง สภาวะที่ร่างกายมีความพร้อมที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในขณะนั้น รวมทั้งสภาวะทางอารมณ์ที่พร้อมต่อการลงมือปฏิบัติกิจกรรมของบุคคล โดยอารมณ์ทางบวกจะช่วยกระตุ้นให้บุคคลสามารถรับรู้ความสามารถของตนเพิ่มขึ้นได้ ดังนั้น การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนจึงต้องเอื้ออำนวยให้สภาพร่างกายและอารมณ์อยู่ในภาวะปกติมากที่สุด เพื่อให้เกิดความพร้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

สรุปได้ว่า สมรรถนะแห่งตนเป็นความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติกิจกรรมได้สำเร็จ ถ้าผู้ปวยมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมก็จะปฏิบัติกิจกรรมนั้นส่งผลให้ปฏิบัติกิจกรรมได้สำเร็จ และถ้ามีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองจะเป็นตัวกำหนดและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมนั้น สมรรถนะตนเองนอกจากจะมีอยู่ในตนเองสามารถส่งเสริมให้เกิดขึ้นได้ โดยการส่งเสริมให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนซึ่งประกอบด้วยแหล่งข้อมูล ๔ แหล่ง ได้แก่ ๑) ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง ๒) การได้เห็นประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของผู้อื่น ๓) การใช้คำพูดชักจูง ๔) ภาวะร่างกายและอารมณ์ ดังนั้นเพื่อให้ผู้ปวยเกิดสมรรถนะแห่งตนและนำไปสู่การมีกิจกรรมทางกาย ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา ซึ่งประกอบด้วยแหล่งข้อมูล ๔ แหล่ง มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อให้ผู้ปวยภาวะหัวใจขาดเลือดเรื้อรังให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

ทฤษฎีการกำกับตนเอง (Self-Regulation)

กรอบแนวคิดและความหมายของทฤษฎี

การกำกับตนเอง (Self-Regulation) มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (social cognitive theory) ของแบนดูรา (Bandura, ๑๙๘๖) โดยแบนดูราเชื่อว่าการกำกับตนเองไม่สามารถบรรลุผลสำเร็จได้ด้วยความตั้งใจเพียงอย่างเดียว แต่ต้องอาศัยการฝึกฝนและพัฒนาตนเอง เพราะความตั้งใจและความปรารถนาที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเพียงอย่างเดียว นั้นไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลง ถ้าขาดแนวทางที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น (Bandura, ๑๙๘๖)

การกำกับตนเอง หมายถึง ความสามารถพื้นฐานอย่างหนึ่งของมนุษย์ที่มุ่งเน้นการควบคุมตนเองจากภายใน โดยการควบคุมความคิด ความรู้สึก แรงจูงใจและการกระทำด้วยตนเอง (Bandura, ๑๙๘๖) โดยแบนดูราเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลไม่ได้เป็นผลมาจากการเสริมแรงและการลงโทษจากภายนอกเพียงอย่างเดียว แต่บุคคลสามารถกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อควบคุมความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเองด้วยผลลัพธ์ที่หามาให้ตนเองได้ (Bandura, ๑๙๘๖) การกำกับตนเองจึงเป็นความสามารถพื้นฐานที่บุคคลสามารถทำได้ด้วยตนเอง โดยอาศัยการฝึกฝนและพัฒนาตนเองตามกระบวนการธรรมชาติของพฤติกรรมมนุษย์ ส่วนชุงและชิมเมอร์แมน (Schunk & Zimmerman, ๑๙๙๓) กล่าวว่า การกำกับตนเองคือกระบวนการที่จะปฏิบัติ

กิจกรรมและสนับสนุนความคิด พฤติกรรม และความรู้สึก เพื่อให้ได้มาซึ่งเป้าหมายของการเรียนรู้ทักษะต่าง ๆ โดยมีแรงจูงใจและกระทำด้วยตนเอง

กระบวนการในการกำกับตนเอง

แบนดูรา (Bandura, ๑๙๘๖) เสนอกระบวนการในการกำกับตนเอง ๓ กระบวนการ ได้แก่ ๑) การสังเกตตนเอง (Self-observation) ๒) การตัดสินตนเอง (Self-judgment) และ ๓) การตอบสนองต่อตนเอง (Self-reaction) การกำกับตนเองเกิดขึ้นเมื่อบุคคลเริ่มต้นการปฏิบัติกิจกรรมโดยมีการกำหนดเป้าหมายของตนเอง โดยอาศัยทักษะและความรู้ เพื่อให้ปฏิบัติได้สำเร็จ ในระหว่างกิจกรรมสามารถสังเกตตัดสิน และมีปฏิริยาต่อการรับรู้ความก้าวหน้าของตนเองโดย

๑. การสังเกตตนเอง (Self-observation) เป็นกระบวนการแรกที่สำคัญในการกำกับตนเองเพราะบุคคลจะใช้ข้อมูลที่ได้จากกระบวนการสังเกตตนเองมาเป็นข้อมูลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ใช้ในการตั้งเป้าหมาย ติดตามตรวจสอบและประเมินการกระทำพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งการสังเกตพฤติกรรมอาจเป็นพฤติกรรมที่ต้องการลดหรือต้องการเพิ่ม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของบุคคลนั้น

ในแบนดูรา แบ่งกระบวนการสังเกตตนเองออกเป็น 2 กระบวนการ

๑.๑ การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) เป็นการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายหรือกำหนดเกณฑ์การแสดงพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนแปลง ซึ่งการตั้งเป้าหมายนี้ช่วยให้บุคคลได้รู้ถึงพฤติกรรมที่ต้องการกระทำอย่างชัดเจน และยังใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมที่บุคคลกระทำกับเกณฑ์มาตรฐานหรือพฤติกรรมเป้าหมายที่กำหนดไว้ว่าพฤติกรรมนั้นมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะใดเพื่อใช้เป็นข้อมูลย้อนกลับ ดังนั้น การตั้งเป้าหมายจึงมีส่วนส่งเสริมให้บุคคลเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเกิดแรงจูงใจจากเป้าหมายที่ตั้งไว้ ทำให้บุคคลพยายามกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้มากขึ้น นอกจากนี้ การปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จตามเป้าหมายส่งผลให้บุคคลมีสามารถรับรู้ความสามารถของตนเองได้สูงขึ้น

๑.๒ การเตือนตนเอง (Self-monitoring) หมายถึง กระบวนการที่บุคคลสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง เพื่อเป็นข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ตนเองกระทำอีกทั้งใช้เป็นข้อมูลย้อนกลับที่จะทำให้บุคคลทราบว่าตนเองกระทำพฤติกรรมในลักษณะใด โดยการบันทึกจะช่วยให้บุคคลได้เห็นข้อมูลพฤติกรรมของตนเองที่เกิดขึ้นจริง อันจะเป็นข้อมูลย้อนกลับให้ทราบว่าสอดคล้องเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ หากไม่บรรลุเป้าหมายก็จะช่วยกระตุ้นให้เกิดการปรับแก้ไขต่อไปได้

๒. การตัดสินตนเอง (Self-judgment) คือขั้นตอนที่บุคคลจะนำข้อมูลที่ได้จากการสังเกตมาเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือเกณฑ์ที่กำหนดหรือเทียบเคียงกับตัวแบบ เทียบเคียงกับมาตรฐาน บรรทัดฐาน การสร้างคุณค่าของเป้าหมาย เพื่อตัดสินใจในการลงมือกระทำให้เหมาะสมกับตนเองต่อไป

๓. การตอบสนองต่อตนเอง (Self-reaction) ขั้นสุดท้ายของกระบวนการคือการแสดงปฏิริยาต่อตนเองของบุคคล โดยกระบวนการขั้นนี้ทำหน้าที่ตอบสนองต่อการประเมินพฤติกรรมตนเองว่าตรงกับเป้าหมายที่ตนตั้งไว้หรือไม่ ตัวบุคคลสามารถแสดงปฏิริยาได้ทั้งทางบวกและทางลบเป็นการกำกับพฤติกรรมของตนเองว่าจะต้องปฏิบัติและจะแก้ไขพฤติกรรมของตนเองอย่างไรเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ตั้งใจไว้ เป็นกระบวนการสุดท้ายในกลไกของการกำกับตนเองของบุคคล

ดังนั้นสรุปได้ว่า การกำกับตนเองเป็นการควบคุมความคิดและการกระทำของตนเองโดยอาศัยตนเอง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลนั้นรู้เท่าทันความคิดของตนเองเพื่อที่จะกระทำสิ่งต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จในสิ่งที่คาดหวังหรือเป้าหมายที่ตั้งไว้ ถ้ากระทำแล้วได้รับผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การบันทึกพฤติกรรมและค้นหาวิธีเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย การกำกับตนเอง

ต้องการพัฒนาความตั้งใจและความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อสามารถปฏิบัติได้สำเร็จ โดยผู้วิจัยนำกระบวนการสังเกตตนเองนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้โดยการตั้งเป้าหมายการมีกิจกรรมทางกายและการเตือนตนเอง กระบวนการที่บุคคลจะกำหนดเป้าหมายที่ต้องการปฏิบัติและสังเกตบันทึกพฤติกรรมที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง เพื่อเป็นข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ตนเองกระทำอีกทั้งใช้เป็นข้อมูลย้อนกลับที่จะทำให้บุคคลทราบว่าตนเองกระทำพฤติกรรมในลักษณะใด เมื่อบุคคลรู้ว่าตนเองมีกิจกรรมทางกายน้อยกว่าที่ตั้งเป้าหมายไว้ทราบข้อมูลย้อนกลับก็จะทำให้รู้ว่าควรทำอย่างไรจึงจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเพื่อให้บรรลุเป้าหมายและคงทนด้วยตนเอง

แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยทางการพยาบาล

๑. วิวัฒนาการการวิจัยทางการพยาบาล

การวิจัยทางการพยาบาล กำเนิดขึ้นมาพร้อมกับการก่อตั้งวิชาชีพการพยาบาล มีสฟลอเรนซ์ นิติงเกล เน้นให้เห็นคุณค่าของการสังเกตและการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง รวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างมีระบบเพื่อประโยชน์ในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพบุคคล โดยใช้การวิจัยเพื่อพิสูจน์ให้เห็นวิธีการลดอัตราการตายของทหารจากการบาดเจ็บในสงครามด้วยการปรับปรุงสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล แต่แนวคิดในการวิจัยเพื่อปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลไม่ได้รับการสานต่อ ทั้งนี้เพราะความแตกต่างของการศึกษาและวิสัยทัศน์ของการพยาบาลทั่วไป แนวคิดของการพยาบาลในระยะต่อมาจึงมุ่งเน้นเฉพาะการบริการเพียงอย่างเดียว พยาบาลที่ดีจะถูกตัดสินในฐานะผู้ให้บริการโดยไม่คำนึงถึงความเป็นนักวิชาการ

วิวัฒนาการของการพัฒนาวิชาชีพในสมัยภายหลังนิติงเกล เป็นไปอย่างช้าๆและมีขอบเขตจำกัด พยาบาลเรียนรู้วิธีการปฏิบัติการพยาบาลโดยวิธีการถ่ายทอดประสบการณ์ที่สั่งสมสืบทอดต่อกันมากกว่าที่จะใช้สติปัญญาคิดค้น สังเกต บันทึกข้อมูลและนำไปพัฒนาความรู้ทางการพยาบาลให้เกิดเป็นองค์ความรู้หรือศาสตร์ทางการพยาบาลได้ ในช่วงระยะ ค.ศ. ๑๙๐๐-๑๙๔๙ (พ.ศ. ๒๔๔๓-๒๔๙๒) เริ่มมีงานวิจัยเกิดขึ้นเล็กน้อย แต่เป็นการวิจัยที่มุ่งเน้นการศึกษาพยาบาลมากกว่าการปฏิบัติ ใน ค.ศ. ๑๙๐๐ (พ.ศ. ๒๔๔๓) มีวารสารทางการพยาบาลเกิดขึ้นครั้งแรก (American Journal of Nursing) มีกรณีศึกษา (Case studies) ลงพิมพ์ในวารสาร ซึ่งการศึกษาผู้ป่วยเหล่านี้มีลักษณะเป็นการวิเคราะห์ประเมินผลระบบการบริการในผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อให้เกิดการเข้าใจในการพยาบาลดีขึ้น Case studies เหล่านี้เป็นจุดเริ่มต้นไปสู่การวิจัย

ใน ค.ศ. ๑๙๕๐-๑๙๕๙ (พ.ศ. ๒๔๙๓-๒๕๐๒) มีการเคลื่อนไหวครั้งสำคัญในการวิจัยทางการพยาบาลในอเมริกา และได้มีการเสนอแนะให้มีการพัฒนาการศึกษาในระดับปริญญาโทและปริญญาเอก เพื่อเร่งพัฒนาการวิจัยทางการพยาบาลได้มีกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญหลายอย่างเกิดขึ้น ใน ค.ศ. 1952 (พ.ศ. 2495) ได้เริ่มมีการตั้งแผนกวิจัยและสถิติขึ้นในสมาคมแห่งชาติอเมริกา เพื่อกระตุ้นสมาชิกให้มีการทำวิจัย ให้ทุน และให้บริการคำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับการวิจัย ผู้นำทางการพยาบาลในยุคนี้ ได้แก่ Henderson และ Abdellah เป็นนักการศึกษาพยาบาลมีการเริ่มนำวิจัยเข้ามาสอนในหลักสูตรพยาบาลระดับปริญญาตรีในปี ค.ศ. 1955

ใน ค.ศ. ๑๙๖๐-๑๙๖๙ (พ.ศ. ๒๕๐๓-๒๕๑๒) มีการพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาลอย่างจริงจัง นักทฤษฎีทางการพยาบาลหลายท่านเริ่มเขียนหนังสือแสดงแนวคิดทางการพยาบาล การใช้กระบวนการทางการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล การวิจัยระยะนี้เป็นการศึกษาวิจัยด้านการปฏิบัติการพยาบาล จนกระทั่งใน ค.ศ. ๑๙๗๐-๑๙๗๙ (พ.ศ. ๒๕๑๓-๒๕๒๒) เป็นทศวรรษที่มีการวิจัยด้านการปฏิบัติการพยาบาลเจริญรุดหน้าอย่างรวดเร็ว มีการจัดตั้งหลักสูตรปริญญาเอกทางการพยาบาลเกิดขึ้น ทำให้การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาศาสตร์การพยาบาลเกิดขึ้น ระยะนี้มีทฤษฎีการพยาบาลที่สำคัญๆ เกิดขึ้น และใน ค.ศ. ๑๙๘๐-๑๙๘๙ (พ.ศ. ๒๕๒๓-๒๕๓๒) ระยะนี้วิจัยทางการพยาบาลได้เจริญก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง

๒. ความหมายของการวิจัยและการวิจัยทางการพยาบาล

ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๒๕ ให้ความหมายของ “การวิจัย” หมายถึง ๑) “การสะสม” (บาลี) และ “การรวบรวม” (สันสกฤต) และ ๒) การค้นคว้าเพื่อหาข้อมูลอย่างมีหลักวิชา

Fawcett and Downs (๑๙๙๒) และ Burns and Grove (๑๙๙๕) นิยามความหมายของ “การวิจัย” (Research) ไว้ว่า หมายถึง กระบวนการศึกษาค้นคว้าหาข้อเท็จจริง การค้นหาคำตอบของคำถาม ข้อสงสัยหรือปัญหาด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ โดยมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีกฎเกณฑ์ แบบแผน และเชื่อถือได้ ทำให้เกิดการพัฒนางานหรือข้อค้นพบใหม่.

กล่าวโดยสรุป “การวิจัย” หมายถึง กระบวนการแสวงหา รวบรวม ค้นคว้าหาข้อเท็จจริงด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ที่มีระบบกฎเกณฑ์ทางวิทยาศาสตร์ เพื่อให้ได้มาซึ่งคำตอบต่อปัญหาหรือปรากฏการณ์ต่างๆ ซึ่งทำให้เกิดการพัฒนาคำรู้ในศาสตร์สาขาต่างๆ โดยการสร้างทฤษฎีหรือนำไปใช้ประโยชน์ในทางปฏิบัติก็ได้ นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาความหมายของการวิจัยจะเห็นได้ว่าประกอบด้วยส่วนสำคัญ ๒ ส่วน คือ กระบวนการวิจัยและข้อค้นพบหรือคำตอบของการวิจัยนั่นเอง

วิชาชีพการพยาบาลเป็นวิชาชีพที่เป็นศาสตร์ประยุกต์ (Applied science) ซึ่งบูรณาการความรู้มาจากศาสตร์หลายสาขาเพื่อใช้ในการกำหนดแนวคิด หลักการ และวิธีปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการและครอบครัวที่ต้องการความถูกต้องและมีเหตุผลเชิงวิทยาศาสตร์อย่างถูกต้องชัดเจน

ความหมายของการวิจัยทางการพยาบาล (Nursing research) หมายถึง กระบวนการศึกษาค้นคว้าหาข้อเท็จจริง การค้นหาคำตอบของคำถาม ข้อสงสัยหรือปัญหาทางการพยาบาลด้วยวิธีทางวิทยาศาสตร์ โดยมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีกฎเกณฑ์ แบบแผนและเชื่อถือ ทำให้เกิดการพัฒนางานหรือข้อค้นพบใหม่ที่มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการพยาบาลทั้งด้านการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาทางการพยาบาล การบริหารการพยาบาลและการพัฒนาวิชาชีพ (Fawcett and Downs, ๑๙๙๒; Burns and Grove, ๑๙๙๕)

๓. ความสำคัญและความมุ่งหมายของการวิจัยทางการพยาบาล

ปัจจุบันประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงหลายด้านที่มีผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อให้ได้ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์และประชาชนมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณนั้น พยาบาลในฐานะที่เป็นทีมสุขภาพที่มีจำนวนมากที่สุดของบุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด จำเป็นต้องมีการปรับกระบวนการที่เกี่ยวกับสุขภาพ ปรับบทบาทการให้บริการสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม และปรับเปลี่ยนวิธีการให้บริการเชิงรับมาเป็นเชิงรุก ซึ่งการปรับเปลี่ยนดังกล่าวจำเป็นต้องใช้ข้อมูลที่มาจากการวิจัยเพื่อเป็นฐานของการคิด การตัดสินใจ การกำหนดทิศทางหรือแนวทางในการออกแบบการให้บริการสุขภาพ การวิจัยจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการแสวงหาความรู้หรือสร้างองค์ความรู้เพื่อหาคำตอบที่ต้องการ ทำให้เกิดการพัฒนางานวิจัยรวมถึงผลงานวิชาการในวิชาชีพการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

การวิจัยทางการพยาบาลจึงมีวัตถุประสงค์สำคัญ คือ

๓.๑ สร้างองค์ความรู้ใหม่อันจะนำไปสู่การสร้างทฤษฎีทางการพยาบาล

๓.๒ ทดสอบหรือยืนยันความรู้เดิม นำความรู้ที่มีอยู่เช่นรูปแบบการดูแลหรือการพยาบาล เครื่องมือ นำไปใช้ซ้ำ

๓.๓ นำผลไปประยุกต์หรือใช้ให้เป็นประโยชน์ในการแก้ปัญหา ประดิษฐ์หรือสร้างนวัตกรรมใหม่ หรือพัฒนาทรัพยากรมนุษย์

๒. กระบวนการวิจัยทางการแพทย์

๒.๑ พัฒนาการของวิธีการได้มาซึ่งความรู้ด้วยการวิจัยทางการแพทย์

พัฒนาการของวิธีการได้มาซึ่งความรู้ด้วยการวิจัยได้มีการพัฒนามาเป็นเวลานาน ซึ่งมีวิวัฒนาการการตัดสินใจในการให้บริการสุขภาพส่วนหนึ่งอยู่บนพื้นฐานของความรู้ที่มาจากหลายวิธีการ ได้แก่

๒.๑.๑ วิธีการทางธรรมชาติ (Natural approach) หรือวิธีโบราณ (Older methods) เป็นพัฒนาการที่เกิดจากความรู้ที่สืบทอดกันมาตามประเพณีนิยม (Tradition) ความรู้ที่มาจากผู้มีอำนาจหรือผู้มีประสบการณ์ (authority) ที่บอกให้รู้ว่าต้องทำอะไร ทำอย่างไร ตามประสบการณ์ที่ได้สะสมมา (personal experience) ความรู้จากการยืม (Borrowing) เป็นการนำความรู้ หรือองค์ความรู้จากศาสตร์สาขาอื่นมาใช้ในการพยาบาลอย่างเหมาะสม การลองผิดลองถูก (trial and error) การเป็นแบบอย่าง (Role model) และความรู้ที่ได้มาจากความเข้าใจอย่างลึกซึ้งหรือการหยั่งรู้ (intuition) ซึ่งวิธีการต่างๆดังกล่าวข้างต้นเป็นวิธีทางธรรมชาติ (Natural Approach) เป็นวิธีการแสวงหาความรู้ตามธรรมชาติและไม่เป็นระบบ

๒.๑.๒ วิธีการทางตรรกะ (Logical approach) เป็นวิธีแสวงหาความรู้เพื่อแสวงหาความจริงอย่างเป็นระบบที่นักปรัชญาคิดขึ้นโดยการให้เหตุผล (reasoning) ได้แก่

๑) วิธีอนุมาน (Deductive reasoning) วิธีการนี้ อริสโตเติล (Aristotle) ผู้ที่ได้รับการยกย่องว่าเป็นบิดาของวิชาตรรกศาสตร์เป็นผู้ให้กำเนิด คือ การให้เหตุผลจากความเป็นนามธรรมเชิงทฤษฎีที่ไม่สามารถวัดและพิสูจน์ได้ลงมาเป็นรูปธรรมที่สามารถวัดและพิสูจน์ได้ เป็นวิธีการคิดเชิงเหตุผล ซึ่งเป็นกระบวนการคิดค้นจากปรากฏการณ์กว้างๆ เรื่องต่างๆ ไปสู่เรื่องเฉพาะเจาะจง หรือสรุปความรู้ใหม่ หรือคิดจากส่วนใหญ่ไปสู่ส่วนย่อย จากสิ่งที่รู้ไปสู่สิ่งที่ไม่รู้

๒) วิธีอุปมาน (Inductive reasoning) เกิดขึ้นโดยฟรานซิส เบคอน (Francis Bacon) เพื่อแก้ข้อบกพร่องของวิธีการที่ใช้เหตุผลเชิงอนุมาน เนื่องจากข้อจำกัดของวิธีการอนุมานในแง่ที่ว่าข้อสรุปนั้น จะเป็นจริงได้ต่อเมื่อข้อเท็จจริงจะต้องถูกเสียก่อน จึงได้เสนอแนะวิธีการเสาะแสวงหาความรู้ โดยรวบรวมข้อเท็จจริงย่อยๆ เสียก่อนแล้วจึงสรุปรวบไปหาส่วนใหญ่ จึงเป็นวิธีการสรุปจากข้อมูลที่เป็นรูปธรรม (Evidence) ไปสู่ความเป็นนามธรรมหรือเป็นทฤษฎี

๒.๑.๓ วิธีการทางวิทยาศาสตร์ (Scientific approach) เป็นการเสาะแสวงหาความรู้โดยใช้หลักการของวิธีการอนุมานและวิธีการอุปมานมาผสมผสานกัน Charles Darwin เป็นผู้ริเริ่มนำวิธีการนี้มาใช้ ซึ่งเมื่อต้อง การค้นคว้าหาความรู้ หรือแก้ปัญหาในเรื่องใดก็ต้องรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องนั้นก่อน แล้วนำข้อมูลมาใช้ในการสร้างสมมติฐาน ซึ่งเป็นการคาดคะเนคำตอบล่วงหน้า ต่อจากนั้นเป็นการตรวจสอบ ปรับปรุงสมมติฐาน การเก็บรวบรวมข้อมูล และการทดสอบสมมติฐาน วิธีวิทยาศาสตร์ประกอบด้วยขั้นตอน ๕ ขั้นตอน คือ ๑) ขั้นรู้สึกรู้ว่าเป็นปัญหา ๒) ขั้นกำหนดขอบเขตและนิยามสิ่งที่เป็นปัญหา ๓) ขั้นเสนอแนะคำตอบในการแก้ปัญหาหรือตั้งสมมติฐาน ๔) ขั้นตรวจสอบความถูกต้องและเหตุผลของแต่ละสมมติฐาน และ ๕) ขั้นทดสอบสมมติฐาน ซึ่งต่อมาเป็นที่รู้จักกันในชื่อของวิธีการทางวิทยาศาสตร์

๒.๒ ขั้นตอนของกระบวนการวิจัย ขั้นตอนต่างๆของการทำวิจัย มีดังนี้

๒.๒.๑ การเลือกเรื่องและการกำหนดปัญหาการวิจัย (Formulating and delimiting the problem) ปัญหาการวิจัยที่ดี ขอบเขตของปัญหาจะต้องชัดเจน ไม่กว้างหรือแคบเกินไป ไม่คลุมเครือ เป็นปัญหาที่มีความสำคัญและผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้.

๒.๒.๒ การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Reviewing the related literature) การทบทวนวรรณกรรมเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญและเป็นประโยชน์ในการนำมาใช้ทุกขั้นตอนของ

กระบวนการวิจัย การวิเคราะห์ สังเคราะห์ และสรุปจากการทบทวนวรรณกรรมนำมาใช้เป็นแนวทางการดำเนินการวิจัย

๒.๒.๓ การกำหนดกรอบทฤษฎีและกำหนดตัวแปร (Defining the framework and developing conceptual definitions) กรอบทฤษฎี/กรอบแนวคิดช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจสถานการณ์ดีขึ้น อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของปรากฏการณ์ที่วิจัย สนับสนุนการระบุสมมติฐานและใช้อธิบายผลการวิจัย

๒.๒.๔ การตั้งสมมติฐาน (Formulating hypotheses) สมมติฐาน คือสิ่งที่ผู้วิจัยคาดเดาคำตอบไว้ว่า ผลการวิจัยควรได้ผลเช่นไรโดยอาศัยทฤษฎี/แนวคิดที่เกี่ยวข้อง ความรู้และกฎเกณฑ์ต่างๆ ในการเขียนสมมติฐานการวิจัยผู้วิจัยจึงต้องทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องให้มากพอ

๒.๒.๕ การออกแบบแผนการวิจัย (Selecting a research design) แบบแผนการวิจัยที่ดีเป็นแบบแผนการวิจัยที่สามารถค้นหาคำตอบที่ครอบคลุมประเด็นปัญหาการวิจัย และผลการวิจัยที่ค้นพบเป็นผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือสูง

๒.๒.๖ การกำหนดกลุ่มประชากรและการเลือกตัวอย่าง (Identifying the population and designing the sample) ประชากร หมายถึง กลุ่มเป้าหมายที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาหรือเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ผู้วิจัยต้องการรวบรวมข้อมูลของตัวแปรที่ศึกษา ในการวิจัยหากประชากรมีขนาดใหญ่โดยทั่วไปจะไม่ศึกษาจากประชากรทั้งหมดแต่จะศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากร

๒.๒.๗ การเตรียมเครื่องมือในการวิจัยและการกำหนดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Developing tools and specifying methods to measure) เครื่องมือวิจัยที่ใช้รวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบสังเกต เครื่องมือวัดการทำงานของอวัยวะร่างกาย รวมถึงสิ่งทดลองที่จัดกระทำให้กับกลุ่มตัวอย่าง เป็นต้น เครื่องมือที่ใช้ต้องมีการทดสอบความตรง ความเที่ยง ก่อนนำมาใช้ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลต้องสอดคล้องกับเครื่องมือวิจัย

๒.๒.๘ การเก็บรวบรวมข้อมูล (Collecting data) ผู้วิจัยต้องคำนึงถึงความถูกต้องตรงตามข้อเท็จจริงของข้อมูล การรวบรวมข้อมูลต้องได้ครบถ้วน ถูกต้องและไม่บังคับกลุ่มตัวอย่าง

๒.๒.๙ การเตรียมข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ (Preparing the data for analysis) ก่อนการวิเคราะห์ผู้วิจัยต้องตรวจสอบข้อมูลว่าเป็นข้อมูลที่มีความถูกต้อง ครบถ้วนตรงตามเครื่องมือที่ใช้ การเตรียมข้อมูลรวมถึงการสร้างแฟ้มข้อมูล กำหนดรหัส ทำคู่มือลกรหัส ในกรณีวิเคราะห์โดยใช้สถิติต้องวิเคราะห์ข้อมูลว่ามีลักษณะตรงตามเงื่อนไขของการใช้สถิตินั้นๆ

๒.๒.๑๐ การวิเคราะห์ข้อมูล (Analyzing the data) มีความมุ่งหมายเพื่ออธิบายผลของการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เสร็จสมบูรณ์แล้วในรูปที่จะตอบคำถามการวิจัย หรือพิสูจน์สมมติฐานได้

๒.๒.๑๑ การแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูล (Interpreting the results)

๒.๒.๑๒ การรายงานการวิจัยและการเผยแพร่รายงานการวิจัย (Communicating the findings)

๓. ประเภทของงานวิจัย

การศึกษาวิจัย มีการจัดประเภทตามลักษณะของงานวิจัย จำแนกได้หลายประเภทตามเกณฑ์ต่างๆ ดังนี้

๓.๑ จำแนกตามศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง

๓.๑.๑ การวิจัยทางวิทยาศาสตร์ (Natural science research) เป็นการวิจัยที่แสวงหาความรู้เกี่ยวกับปรากฏการณ์ธรรมชาติทั้งหลาย ทั้งสิ่งที่มีชีวิตและไม่มีชีวิต ทั้งสสารและพลังงาน โดยอาศัยวิธีวิทยาศาสตร์ โดยสาระความรู้สำคัญทางสาขานี้ครอบคลุมถึงความรู้ในสาขาวิทยาศาสตร์บริสุทธิ์และวิทยาศาสตร์ประยุกต์ วิทยาศาสตร์บริสุทธิ์ ได้แก่ เคมี ชีววิทยา ฟิสิกส์ ฯลฯ และวิทยาศาสตร์ประยุกต์ ได้แก่ วิศวกรรมศาสตร์ เกษตรศาสตร์ แพทยศาสตร์ ฯลฯ

๓.๑.๒ การวิจัยทางวิทยาศาสตร์สังคม (Social science research) เป็นการวิจัยเพื่อแสวงหาความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ในสภาพสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ที่เกิดขึ้นในอดีต ปัจจุบันและที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต โดยใช้วิธีวิทยาศาสตร์ และวิธีการวิจัยที่ครอบคลุมสาระความรู้ทางสังคมศาสตร์หรือมนุษยศาสตร์

๓.๒ จำแนกตามวิธีการวิจัย (Approach) หรือจุดมุ่งหมายของการวิจัย แบ่งได้เป็น ๔ ลักษณะ คือ

๓.๒.๑ การวิจัยเพื่อค้นหา (Exploratory research) เป็นการวิจัยเพื่อ หรือการวิจัยเชิงบุกเบิก ค้นหาข้อมูลเบื้องต้น ข้อเท็จจริง หรือรายละเอียดเหตุการณ์บางอย่าง ซึ่งยังไม่มีการศึกษามาก่อน หรือมีการศึกษาน้อยมาก เช่น การวิจัยติดตามโครงการสุขภาพต่างๆ การวิจัยเกี่ยวกับโรคอุบัติใหม่ เป็นต้น

๓.๒.๒ การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) การศึกษาเพื่อบรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ว่าเป็นอย่างไร มีคุณลักษณะ คุณสมบัติ รายละเอียดเหตุการณ์นั้น ใช้ข้อมูลโดยตรงจากผู้ให้ข้อมูลหรือใช้หลักทางทฤษฎีมาช่วย เช่น พฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่น พฤติกรรมการบริโภค เป็นต้น

๓.๒.๓ การวิจัยเพื่ออธิบาย (Explanatory research) เป็นการวิจัยที่มีจุดมุ่งหมายในการวิเคราะห์ หาเหตุผล สาเหตุ และผลกระทบที่เกิดขึ้น หาคำตอบ วิธีป้องกัน หรือการสร้างแบบจำลองโดยใช้วิธีทางสถิติ ทดสอบสมมติฐาน

๓.๒.๔ การวิจัยเพื่อการทำนาย (Predictive research) เป็นการวิจัยเชิงคาดการณ์ มีจุดมุ่งหมายเน้นเฉพาะการคาดการณ์ คาดคะเน ทำนาย หรือพยากรณ์เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยใช้ข้อมูลทั้งในอดีตและปัจจุบัน ร่วมกับทฤษฎี ผลการศึกษาจะเป็นข้อสรุปแบบกว้างๆ

๓.๓ จำแนกตามประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย โดยพิจารณาจากผลการวิจัยหรือเป้าหมายของการวิจัยแบ่งออกเป็น ๓ ประเภท ได้แก่

๓.๓.๑ การวิจัยพื้นฐาน (Basic research /pure research) หรือการวิจัยแบบบริสุทธิ์หรือการวิจัยเชิงวิชาการ เป็นการวิจัยเพื่อหาความรู้ความจริง สร้างทฤษฎี สูตร หรือสร้างกฎ เพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการศึกษา เรื่องอื่นๆต่อไป พบมากในสถาบันการศึกษา นำไปใช้ทดสอบกฎ สูตรทฤษฎี เพิ่มพูนความรู้ใหม่ๆ ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้โดยตรง ต้องวิจัยอีกหลายครั้ง เช่น การศึกษาบทบาทของม้ามในการกำจัดเม็ดเลือดแดงที่ผิดปกติของผู้ป่วยธาลัสซีเมีย

๓.๓.๒ การวิจัยประยุกต์ (Apply research) การวิจัยที่มุ่งแสวงหาข้อเท็จจริง เน้นความสำคัญที่ไปประยุกต์ใช้ได้ ในการแก้ไขปัญหาหรือปรับปรุงสภาพการณ์ต่างๆ เช่น การพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อบริหารโรงพยาบาลขนาดเล็ก การผลิตวัคซีนเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดนก

๓.๓.๓ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เป็นการวิจัยประยุกต์รูปแบบหนึ่งที่มีความมุ่งหมายเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าในเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ หรือพัฒนาทักษะใหม่ๆ หรือวิธีการใหม่ๆในการปฏิบัติงานปรับปรุงแก้ไขการทำงานโดยตรง เช่น การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนผ่านการพัฒนาประชาคมด้านเอตส์ การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

๓.๔ จำแนกตามกระบวนการเก็บข้อมูลหรือวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น ๔ ประเภทคือ

๓.๔.๑ การวิจัยแบบสังเกต (Observational research) เก็บข้อมูลโดยการสังเกตของผู้วิจัย มี ๒ ลักษณะ คือ เข้าไปมีส่วนร่วม กับไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วม ใช้เวลานาน นิยมใช้ในงานมนุษยวิทยาและจิตวิทยาคลินิก เนื่องจากไม่สามารถเก็บข้อมูลจากสอบถามโดยตรงได้ การสังเกตการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในผู้ป่วยดื้อยาปฏิชีวนะ

๓.๔.๒ การวิจัยสำรวจ (Survey research) เก็บข้อมูลโดยการสำรวจจากตัวอย่างที่เลือก การสุ่มตัวอย่าง ใช้แบบสอบถามหรือสัมภาษณ์ เป็นงานวิจัยที่นิยมมากในศาสตร์หลายสาขา เช่น การสำรวจความคิดเห็น ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล

๓.๔.๓ การวิจัยแบบทดลอง (Experimental research) ใช้วิธีการทดลองเพื่อมุ่งศึกษาความสัมพันธ์ในเชิงเหตุและผล เช่น การทดลองใช้เกลือผสมน้ำอุ่นเปรียบเทียบกับน้ำข้าวผสมเกลือในการรักษาโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

๓.๔.๔ การวิจัยเอกสาร หรือการวิจัยห้องสมุด ใช้ข้อมูลเอกสารหนังสือต่างๆในห้องสมุดเป็นส่วนใหญ่และมักใช้กับวิจัยทางด้านมนุษยศาสตร์ เช่น การวิจัยเรื่องวิวัฒนาการการพยาบาลในประเทศไทย เป็นต้น

๓.๕ จำแนกตามระยะเวลาการเก็บข้อมูล

๓.๕.๑ การศึกษาหรือวิจัยย้อนหลัง (retrospective study, case history, historical research) ศึกษาจากผล (effect) ไปหาเหตุ (cause) ย้อนไปในอดีต จากหลักฐานหรือข้อเท็จจริงที่มีอยู่

๓.๕.๒ การศึกษาติดตามอย่างต่อเนื่อง (longitudinal study, cohort study, prospective study, panel or follow up study) เป็นการศึกษาไปข้างหน้า การศึกษาจากเหตุไปหาผล เริ่มต้นด้วยการเลือกกลุ่มประชากร แล้วเฝ้าสังเกตการณ์ เก็บข้อมูล ต่อเนื่องระยะยาว เช่น การศึกษาผลของการได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี

๓.๕.๓ การศึกษาตัดขวาง (Cross-sectional study) เป็นการศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง เช่น การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ภายหลังการได้รับการรักษาจนโรคสงบ ในระยะ ๑-๕ ปี การศึกษาระดับคุณธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล ปีการศึกษา ๒๕๖๐

๓.๖ จำแนกตามลักษณะของข้อมูล มี ๒ ประเภท

๓.๖.๑ การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) การวิจัยเชิงปริมาณเป็นวิธีการวิจัยที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานปรัชญาของความเป็นเหตุและผล เข้มงวดในเรื่องกฎต่าง ๆ ความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ ดังนั้นองค์ความรู้ที่ได้สร้างมาจากการใช้หลักการเชิงเหตุและผล ข้อเท็จจริง (truth) ที่ได้จากงานวิจัยเชิงปริมาณเป็นความจริงเพียงหนึ่งเดียว (single truth) ที่สามารถวัดและพิสูจน์ได้ด้วยวิธีวิเคราะห์ทางสถิติ ตามแนวคิดปฏิฐานนิยม (Positivism) โดยให้คำนิยามและการวัดด้วยความระมัดระวังแบบวัตถุวิสัย (objectivity) ตามนิยามเชิงทฤษฎีที่กำหนดไว้ในทฤษฎีทางการพยาบาลและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง การอธิบายความเป็นเหตุเป็นผล (explanation of reasoning) ใช้วิธีการอนุมาน (deductive reasoning) เป็นการอธิบายความเป็นเหตุเป็นผลที่มาจากองค์ความรู้ที่มีอยู่แล้วในทฤษฎีทางการพยาบาลและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เป็นการทดสอบหรือยืนยันว่าข้อความที่ปรากฏตามทฤษฎีสามารถอธิบายปรากฏการณ์ได้ในสถานการณ์จริง โดยการนำความสัมพันธ์ของมโนทัศน์มาสู่ความเป็นรูปธรรมมากขึ้น โดยให้คำนิยามมโนทัศน์จากทฤษฎีมาสู่เครื่องมือที่สามารถวัดได้ และนำข้อมูลมาใช้ในการวิเคราะห์ได้ การวิจัยเชิงปริมาณแบ่งออกเป็น ๒ ประเภทประกอบด้วย

๑) การวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) ซึ่งแบ่งเป็น การวิจัยแบบทดลอง (Pure science experimental research) และ การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) กับ ๒) การวิจัยไม่ทดลอง (Non-experimental research) ได้แก่ การวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive study) การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation study) การวิจัยโมเดลเชิงเหตุผล (Causal model) เป็นต้น

๓.๖.๒ การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เป็นการวิจัยที่สร้างองค์ความรู้จากการบอกเล่าประสบการณ์ หรือการรับรู้ตามมุมมองของกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Subjective : Individual point of view) เป็นการศึกษาแบบองค์รวม (holistic) ไม่แยกส่วน ไม่มีการพิสูจน์ทางสถิติ การวิจัยเชิงคุณภาพมีความเชื่อพื้นฐานตามแนวคิดของกลุ่มหลังปฏิฐานนิยม (Post-positivism) ที่เชื่อว่าความจริงมีหลายความจริง (Multiple Truth) ขึ้นอยู่กับบริบทที่เกี่ยวข้อง เพราะฉะนั้นในปรากฏการณ์หนึ่ง ๆ จะมีความหมายหรือความจริงที่แตกต่างกันออกไปตามมุมมองของแต่ละบุคคลหรือภายใต้บริบทและเวลาที่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยไม่สามารถหาความจริงได้ทั้งหมดเพียงแต่ประมาณการเท่านั้น โดยนำวิธีการศึกษาที่เป็นระบบระเบียบหลาย ๆ วิธีมารวมกัน เพื่อให้ได้ภาพรวมเกี่ยวกับปรากฏการณ์นั้น ๆ ให้ได้มากที่สุด โดยเป้าประสงค์เพื่อ อธิบายความหมาย ทำความเข้าใจหรือบรรยายความจริงในสิ่งนั้น ๆ อย่างครอบคลุม วิธีการศึกษาที่ใช้การเก็บข้อมูลที่นิยมใช้คือ การสัมภาษณ์เจาะลึก (in-depth interview) และการสังเกตเป็นหลัก และเพื่อนักวิจัยจะได้ข้อมูลที่มาจากมุมมองและการบอกเล่าประสบการณ์ที่เป็นภาษาของผู้ให้ข้อมูลเอง (Participant) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีวิเคราะห์เชิงอุปมาน (Inductive reasoning) อย่างเป็นระบบ ข้อมูลที่เป็นรูปธรรม (evidence) จากผลการวิจัยจะนำไปสู่การสรุปเป็นข้อค้นพบที่บรรยายปรากฏการณ์ที่เป็นนามธรรม หรือเป็นการทำความเข้าใจคุณลักษณะของปรากฏการณ์และการสร้างทฤษฎีขึ้นเอง ซึ่งแตกต่างจากการวิจัยเชิงปริมาณ ที่พยายามวัดความเป็นนามธรรมของทฤษฎีลงมาเป็นรูปธรรมที่สามารถวัดได้และพิสูจน์ได้ ซึ่งเป็นการทดสอบทฤษฎี ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาลที่เป็นที่นิยม คือ การวิจัยปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology study) การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา (Ethnography study) และ การวิจัยทฤษฎีรากฐาน (Grounded theory)

๔. ความสัมพันธ์ระหว่างทฤษฎี การวิจัย และการปฏิบัติการพยาบาล

การวิจัยทางการพยาบาลสามารถแบ่งได้เป็น ๔ ด้าน คือ การวิจัยด้านการปฏิบัติการพยาบาล การวิจัยด้านการบริหารการพยาบาล การวิจัยด้านการศึกษาพยาบาล และการวิจัยด้านการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล ซึ่งจะเห็นได้ว่าแต่ละด้านของวิชาชีพการพยาบาลและการวิจัยมีความสัมพันธ์กัน ดังนี้

๔.๑ ความสัมพันธ์ระหว่างทฤษฎีทางการพยาบาล การวิจัย และการปฏิบัติการพยาบาลทฤษฎีทางการพยาบาลทำหน้าที่อธิบายหรือทำนายปรากฏการณ์ เช่น การปรับตัว พฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยนำเสนอรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ที่อยู่ภายในทฤษฎีอย่างเป็นเหตุเป็นผล ระบุมโนทัศน์ที่เป็นตัวสาเหตุและมโนทัศน์ที่เป็นตัวผลลัพธ์ ดังนั้นทฤษฎีทางการพยาบาลจึงเป็นตัวกำหนดขอบเขตของปรากฏการณ์ที่ทำการศึกษาวิจัย ให้ความหมายเชิงทฤษฎี (theoretical definition) ของปรากฏการณ์และมโนทัศน์ และกำหนดว่าข้อมูลอะไรบ้างที่ต้องเก็บข้อมูลในการทำวิจัยการวิจัยเป็นวิธีการเพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงที่ได้รับการพิสูจน์ด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ โดยผลการวิจัยจะให้ข้อมูลที่มีความหมายเป็นองค์ความรู้ทางการพยาบาลที่เชื่อถือได้ ที่สามารถนำไปใช้เป็นความรู้ในการพัฒนาทฤษฎีทางการพยาบาล การสร้างปรากฏการณ์ หรือทฤษฎีใหม่ ตลอดจนเป็นวิธีการทดสอบทฤษฎีที่มีอยู่แล้วให้นำเชื่อถือมากขึ้นทฤษฎีการพยาบาลที่สร้างขึ้นจากกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ จะชี้แนะแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลทั้งในคลินิกและในชุมชน ซึ่งช่วยให้พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลโดยมี

องค์ความรู้จากทฤษฎีทางการพยาบาลเป็นพื้นฐานในการประกอบวิชาชีพ แสดงถึงเอกลักษณ์ของวิชาชีพการพยาบาล ซึ่งเนบะทบาทพยาบาล และบริการการพยาบาลที่มีคุณภาพ (Polit & Beck, ๒๐๑๒)

๔.๒ ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาทางการพยาบาล การบริหารทางการพยาบาลกับการวิจัยวิชาชีพการพยาบาลให้ความสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล ที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ระบบการพยาบาลที่ต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่มีความเชื่อถือได้และเป็นเหตุเป็นผล หรือโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ที่สามารถตรวจสอบได้ ความรู้จากการวิจัยจะเป็นประโยชน์กับการปฏิบัติงานของพยาบาล โดยเป็นองค์ความรู้ที่ช่วยในการตัดสินใจทางคลินิก การตัดสินใจในวิชาชีพการพยาบาลเกี่ยวข้องทั้งในระดับการปฏิบัติการและระดับการบริหาร ด้านการบริหารช่วยให้ผู้บริหารมีข้อมูลใช้ในการบริหารงานและการควบคุมคุณภาพการพยาบาล ด้านการปฏิบัติทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลด้วยความมั่นใจว่าปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) ผู้ใช้บริการปลอดภัย มีคุณภาพ คุ่มค่าและประหยัด ดังนั้นการวิจัยจึงเป็นวิธีการที่ช่วยให้ได้ข้อมูลที่นำมาพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลและออกแบบระบบการพยาบาล เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนแบบองค์รวม อีกทั้งยังพัฒนาการปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น ส่วนปัญหาที่พบในการปฏิบัติการพยาบาล ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาและการฟื้นฟูสภาพ ในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระบบการพยาบาล เป็นปรากฏการณ์ที่ต้องนำมาทำวิจัยเพื่อทำความเข้าใจปัญหาและหาแนวทางแก้ไข ซึ่งอาจศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือมีอิทธิพลต่อปัญหาหรือศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหา การวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลที่ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่เป็นสาเหตุการตายของประชากรไทย การปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งเน้นที่การส่งเสริมสุขภาพและการรักษาขั้นต้น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น และนโยบายของสถาบันที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยจะเป็นผู้กำหนดทิศทางการวิจัย เช่น สภาวิจัยแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส) เป็นต้น

การศึกษาทางการพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของวิชาชีพทางการพยาบาล การวิจัยมีความสำคัญ ทั้งด้านการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอน การสร้างสิ่งประดิษฐ์เกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอน การนำนวัตกรรมทางด้านการศึกษาทางการพยาบาลที่ได้มาจากการวิจัยมาใช้ในการแก้ไขปัญหาการจัดการเรียนการสอน และการสร้างหลักสูตรการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ หรือการนำข้อมูลเชิงประจักษ์มาใช้ในการเรียนการสอนทางการพยาบาล (evidence-based teaching) ผลการวิจัยการศึกษาเหล่านี้จะเป็นข้อมูลที่ช่วยให้ผู้สอนสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับผู้เรียน ทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๕. บทบาทของพยาบาลในการวิจัยทางการพยาบาล

พยาบาลมีหลายบทบาทในการวิจัยทางการพยาบาล สรุปบทบาทที่สำคัญได้ ๒ ลักษณะคือ

๑. บทบาทตามลักษณะการผลิตและใช้งานวิจัย (Polit & Beck, ๒๐๑๒)

๑.๑ บทบาทผู้ผลิตงานวิจัยทางการพยาบาล (Producers of nursing research) พยาบาลมีบทบาทในการวิจัยทั้งเป็นผู้ทำวิจัย โดยบริหารโครงการวิจัยไม่ว่าจะเป็นโครงการใหญ่หรือเล็ก หรือมีส่วนร่วมในการผลิตงานวิจัยโดยเป็นผู้ร่วมวิจัย หรือให้ความร่วมมือในการทำวิจัย บทบาทด้านการผลิตงานวิจัยอาจเป็นการคิดปัญหาการวิจัย การให้ความร่วมมือในการพัฒนาแนวคิดเพื่อทำวิจัย หรือพิจารณากรอบแนวคิด และ/หรือการออกแบบการวิจัย การลงมือทำวิจัย เช่น การเก็บรวบรวมข้อมูล การสัมภาษณ์/สังเกต/บันทึกพฤติกรรม หรือแจกแบบสอบถาม เป็นต้น นอกจากนี้อาจมีส่วนร่วมในการเป็นกรรมการจริยธรรมการวิจัย (Research ethic committee) หรือเป็นกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย

๑.๒ บทบาทผู้บริโภคงานวิจัยทางการแพทย์พยาบาล (Consumers of nursing research) เน้นการเป็นผู้อ่านงานวิจัย โดยเฉพาะงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาล หรือการพัฒนาทักษะใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องซึ่งสามารถกระทำได้หลายกรณี เช่น การมีส่วนร่วมในกลุ่มศึกษารายงานวิจัย (Journal club) เพื่ออภิปรายและวิเคราะห์วิจารณ์งานวิจัยจากวารสารทางการแพทย์พยาบาลทั้งภายในและต่างประเทศ การเข้าร่วมฟังการนำเสนอรายงานวิจัยทางการแพทย์พยาบาลและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้วิจัย การอ่านรายงานผลการวิจัย การถ่ายทอดงานวิจัยให้แก่ผู้รับบริการและครอบครัว และที่สำคัญที่สุดคือ การนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาทางการแพทย์พยาบาล การบริหารการพยาบาลและวิชาชีพพยาบาล (การพัฒนาทฤษฎีการพยาบาล)

๑.๓ บทบาทตามระดับการศึกษา ดังนี้

ระดับ Post-Doc พัฒนาโปรแกรมการวิจัยและทุนสนับสนุนการวิจัย

ระดับ Ph.D/DNS พัฒนาองค์ความรู้ทางการแพทย์พยาบาลด้วยการทำวิจัยและพัฒนาทฤษฎี การพยาบาล รวมทั้งดำเนินการหาทุนทำวิจัยและทำวิจัยด้วยตนเอง

ระดับ MS/MN ร่วมทำวิจัยในโครงการวิจัยและเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านคลินิกหรือชุมชนในการให้ข้อมูลการทำวิจัย

ระดับปริญญาตรี วิเคราะห์และวิจารณ์และนำผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติงาน

ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ช่วยคิดปัญหาการวิจัย ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล นำผลการวิจัยไปใช้ภายใต้การนิเทศของพยาบาลวิชาชีพ

๖. จริยธรรมและจรรยาบรรณในการวิจัย (Research ethics and Code of conduct)

แนวทางจริยธรรมการวิจัยในคนเริ่มต้นเป็นครั้งแรกจากประมวลกฎหมายนูเรมเบิร์ก (Nuremberg Code) เมื่อปี ค.ศ. ๑๙๔๗ ซึ่งเป็นผลจากการสอบสวนผู้กระทำผิดจริยธรรมการวิจัยในคนในระหว่างสงครามโลกครั้งที่ ๒ เช่น การนำนักโทษสงครามมาทำการทดลองโดยไม่ได้รับการยินยอม การทดลองที่เป็นอันตรายอย่างรุนแรงโดยไม่มีมาตรการดูแลที่ดีพอ แนวทางสำคัญที่ยึดถือในปัจจุบัน เป็นข้อตกลงจากที่ประชุมสมัชชาใหญ่ของแพทย์สมาคมโลก (World Medical Association) ที่เรียกว่า “ปฏิญญาเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki)” ประกาศตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๖๔ และได้แก้ไขปรับปรุงรวมแล้วเป็นฉบับที่ ๖ ในปี ค.ศ. ๒๐๐๘ และในปี ค.ศ. ๑๙๗๖ มีการประชุมเรื่อง Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research ที่ศูนย์การประชุมเบลมอนต์ สถาบันสมิธโซเนียน ประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการประชุมจึงเรียกว่า “The Belmont Report” ได้ข้อสรุป ส่วนหนึ่งเป็นหลักจริยธรรมการวิจัย ๓ ประการ (จริยา เลิศอรรมยมนี, ๒๕๕๒) ได้แก่

๑. หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person)

๒. หลักคุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย (Beneficence)

๓. หลักความยุติธรรม (Justice)

ปัจจุบันมีแนวทางจริยธรรมการวิจัยในคนในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ ซึ่งจัดทำโดยชมรมจริยธรรมการวิจัยในคน มีเนื้อหาสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากลที่ใช้ยึดถือปฏิบัติ ได้แก่ หลักเกณฑ์จริยธรรมสากลสำหรับการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ของสภาองค์การการศึกษาด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ (Council for International Organization of Medical Sciences) ที่เรียกว่า CIOMS' Guidelines, WHO International Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies และกฎหมาย ข้อบังคับ และข้อกำหนดขององค์กรกำกับดูแลในประเทศไทย เผยแพร่ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติด้านจริยธรรมการวิจัยใน

คน สำหรับนักวิจัยและคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ซึ่งสถาบันต่างๆในประเทศได้ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติด้านจริยธรรมการทำวิจัยในคนอย่างกว้างขวาง ดังนี้

แนวทางปฏิบัติหลักจริยธรรมข้อ ๑ หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) หมายถึงการเคารพศักดิ์ศรีมนุษย์ และยอมรับในการตัดสินใจด้วยตนเอง (autonomy) ของแต่ละบุคคลได้แก่ การให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง ภายหลังจากได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและพอเพียง ไม่บังคับหรือโน้มน้าวให้ผู้ช่วยเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเกรงใจแพทย์ผู้รักษา การไม่ให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้รับความเสี่ยงที่ไม่มีประโยชน์หรือโดยใช้ข้ออ้างใด ๆ การเคารพความเป็นส่วนตัวและไม่เปิดเผยความลับ การดูแลผู้เข้าร่วมโครงการที่เปราะบาง (vulnerable subjects)

ความหมายของ “ผู้อ่อนด้อย หรือ เปราะบาง” คือบุคคลที่ไม่สามารถปกป้องตัวเองได้อย่างเต็มที่ ไม่สามารถทำความเข้าใจกับข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยที่ได้รับ ไม่สามารถตัดสินใจได้โดยอิสระ เช่น ผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาหรือทางจิต ผู้ป่วยโรคเอดส์ (HIV/AIDS) ผู้ป่วยหมดสติ (comatose) ผู้ป่วยพิการ (handicapped) นักโทษ (prisoners) นักเรียน นิสิต นักศึกษา ทหาร กลุ่มคนที่มีพลังอำนาจน้อย (marginalized people) เช่น ผู้อพยพ (immigrants) ชนกลุ่มน้อย (ethnic minority) กลุ่มเปียงเบนทางเพศหรือกลุ่มรักร่วมเพศ กลุ่มเปราะบางทางสังคม (socially vulnerable) เช่น ผู้ให้บริการทางเพศ ผู้ติดยาเสพติด

การให้ความยินยอมโดยได้รับข้อมูล เป็นกระบวนการ (Informed consent process) เริ่มต้นจากการติดต่อครั้งแรก (initial contact) และกระบวนการต่อเนื่องไปตลอดระยะเวลาการศึกษาวิจัยประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบ ได้แก่

๑. ให้ข้อมูลครบถ้วนไม่ปิดบัง (Information)

๒. Comprehension ผู้รับข้อมูลมีความเข้าใจอย่างถ่องแท้ ผู้ขอความยินยอมต้องตรวจสอบความเข้าใจของผู้ที่ได้รับเชิญให้เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในการวิจัย

๓. ตัดสินใจโดยอิสระ (Voluntariness) ทั้งการเข้าร่วมการวิจัยและการถอนตัวออกจากการศึกษา โดยปราศจากการขู่บังคับ (free of coercion) การชักจูงเกินเหตุ (undue inducement) และแรงกดดัน (unjustifiable pressure)

แบบฟอร์มการให้ความยินยอมโดยได้รับข้อมูล (Informed Consent Form หรือ ICF) ที่สมบูรณ์ต้องประกอบด้วย ๒ ส่วน ได้แก่

๑) เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในการวิจัย (participant information sheet)

๒) เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (consent form)

คำแนะนำการเตรียมเอกสาร

- ใช้สรรพนามให้ถูกต้อง ข้อความเข้าใจง่าย ชัดเจน

- ใช้ภาษาชาวบ้าน ประโยคสั้นๆ กะทัดรัด

- ไม่ใช่ศัพท์ทางวิชาการ และภาษาอังกฤษ

- ไม่ใช่ประโยคที่แสดงการบังคับ ลดสิทธิ ชักจูง หรือให้ประโยชน์เกินไป

- เป็นการสื่อสาร ๒ ทางแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้วิจัยและอาสาสมัครที่ได้รับเชิญให้เข้าร่วมในการ

วิจัย

- เป็นกระบวนการต่อเนื่องและอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ (re-consent) ตลอดระยะเวลาที่ร่วมในการ

วิจัย

- อาจขอความยินยอม ด้วยวาจา (verbal/by action โดยมีเหตุผลเหมาะสม) หรือด้วยการลงนาม (written)
- อาจขอความยินยอมจากอาสาสมัคร หรือผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมาย (อายุต่ำกว่า ๑๘ ปี หรือผู้ที่อยู่ในภาวะที่ไม่มีความสามารถทำความเข้าใจ หรือตัดสินใจ ผู้ป่วยหมดสติ)
 - ให้ข้อมูลครบถ้วน ตอบคำถามทุกข้อ ตรวจสอบว่าอาสาสมัครเข้าใจ
 - เอกสารข้อมูลสำหรับเด็ก ๗-๑๒ ขวบ ให้ใช้ภาษาง่ายที่เหมาะสมกับเด็ก
 - ให้เวลาอาสาสมัครอย่างเพียงพอที่จะปรึกษากับครอบครัวหรือบุคคลอื่นก่อนการตัดสินใจโดยอิสระ
 - ถ้าอาสาสมัคร/ผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมาย ไม่สามารถอ่าน หรือเขียนได้ ต้องมีพยานที่เป็นกลาง (impartial witness) อยู่ด้วยตลอดเวลาที่ขอความยินยอม
 - ผู้ให้ความยินยอมหรือพยาน ลงนามและวันที่ด้วยตนเอง (การลงนามไม่สำคัญเท่ากระบวนการ)
 - ให้เอกสารข้อมูลแก่อาสาสมัครไว้ ๑ ชุด
 - ให้สำเนาใบยินยอมแก่อาสาสมัครไว้ ๑ ชุด

เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัย (participant information sheet)
 CIOMS Guideline ๕ ระบุข้อมูลที่จำเป็นในเอกสารข้อมูลฯ (essential information) ได้แก่

๑. ระบุว่าเป็นโครงการวิจัย
๒. วัตถุประสงค์หรือจุดมุ่งหมายของการวิจัย
๓. การรักษาที่จะให้และโอกาสที่อาสาสมัครจะได้รับการสุ่ม เข้ากลุ่มศึกษา (ถ้ามี)
๔. ขั้นตอนวิธีดำเนินการวิจัยที่จะปฏิบัติต่ออาสาสมัคร
๕. หน้าที่/รับผิดชอบของอาสาสมัคร
๖. ความเสี่ยงจากการวิจัยที่อาจเกิดขึ้นกับอาสาสมัคร
๗. ประโยชน์ที่อาสาสมัครอาจได้รับโดยตรง หากไม่ได้รับประโยชน์ต้องระบุด้วย และประโยชน์อื่นๆ เช่น ประโยชน์ต่อผู้ป่วยรายอื่น ประโยชน์ต่อชุมชน
๘. วิธีการรักษาที่เป็นทางเลือกอื่น หากไม่เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในการวิจัย
๙. ค่าชดเชยกรณีเกิดอันตราย โดยอาจทำประกันชีวิต หรือระบุว่าผู้วิจัยและผู้สนับสนุนการวิจัยเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย
๑๐. ค่าเดินทาง ค่าเสียเวลา และความไม่สะดวก ไม่สบายๆ (ถ้ามี)
๑๑. ค่าใช้จ่ายที่อาสาสมัครต้องจ่ายเอง (ถ้ามี) และค่าใช้จ่ายที่ผู้วิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัยรับผิดชอบ
๑๒. การเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในการวิจัย หรือการถอนตัวออกจากการศึกษาโดยสมัครใจ
๑๓. ระบุการเก็บรักษาความลับและขอบเขตการรักษาความลับ ใครสามารถเข้าถึงข้อมูลความลับ
๑๔. การให้ข้อมูลใหม่ในระหว่างดำเนินการวิจัย
๑๕. บุคคลที่อาสาสมัครจะติดต่อและรับแจ้งเหตุ
๑๖. เหตุผลที่อาจถอนอาสาสมัครออกจากการศึกษา
๑๗. ระยะเวลาที่อาสาสมัครเข้าร่วมในการวิจัย
๑๘. จำนวนอาสาสมัคร

การยกเว้นการขอความยินยอม

CIOMS Guideline ๔ ระบุว่าผู้วิจัยไม่ควรทำวิจัยโดยไม่ได้รับ informed consent จากอาสาสมัคร ยกเว้นว่าได้รับการพิจารณาอนุมัติ/รับรอง (approval) จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยและการวิจัยนั้นมีความเสี่ยงไม่เกิน “ความเสี่ยงน้อย (minimal risk)” การขอความยินยอม ไม่สามารถทำได้ในทางปฏิบัติ เป็นภาวะฉุกเฉิน (emergency, impractical or impossible) คณะกรรมการจริยธรรมฯ อาจพิจารณาให้ยกเว้นข้อมูลบางส่วนหรือทั้งหมด อาจอนุมัติให้ใช้วิธีให้ความยินยอมโดยการร่วมมือ (consent by action) เช่น การตอบแบบสอบถามโดยกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษ ผู้ติดยาเสพติด ผู้เป็ยงเบนทางเพศ ผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศ

การวิจัยที่ใช้แฟ้มประวัติผู้ป่วย (medical records) และตัวอย่างทางชีวภาพ (biological specimens) การใช้ medical records และ biological specimens จากการใช้บริการเพื่อการวิจัย ถ้าทำตาม พ.ร.บ สุขภาพแห่งชาติ มาตรา ๙ จะต้องขอความยินยอม แต่ในการปฏิบัติอาจยกเว้นการขอความยินยอมถ้าผู้วิจัยแสดงเหตุผลสมควรและคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสถาบันอนุมัติ เช่นกรณีดังต่อไปนี้

- การวิจัยนั้นจะตอบคำถามที่สำคัญมาก
- การวิจัยมี minimal risk
- ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิหรือประโยชน์ของผู้ป่วย
- รับรองว่าจะรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว
- การขอความยินยอมไม่สามารถทำได้ในทางปฏิบัติ

การวิจัยในสถานการณ์ฉุกเฉิน (Research in emergency situations)

การวิจัยในผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ความยินยอมได้ เช่น มีปัญหาทั้งร่างกายและจิตใจ เช่น หมดสติไม่รู้สีกตัว เป็นโรคจิตเภท กรณีนี้จะทำได้ก็ต่อเมื่อสภาวะทางกายและจิตใจนั้นเป็นลักษณะของประชากรที่จะใช้ในการวิจัย ในสถานการณ์เช่นนี้แพทย์ควรขอความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมาย ถ้าไม่มีผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมาย และการวิจัยไม่สามารถรอได้ (delay) ให้ขอความยินยอมจากผู้ป่วย หรือผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมายในทันทีที่ทำได้

การขอความยินยอมโดยได้รับข้อมูลในอาสาสมัครเด็ก (Assent of the child)

- เด็กอายุ ๗ - ต่ำกว่า ๑๘ ปี ให้ขอ assent “การยอมตาม”
- เด็กอายุ ๗ - ๑๒ ปี ให้มีเอกสารข้อมูลฉบับที่ง่ายสำหรับเด็กที่จะเข้าใจได้ อาจมีรูปภาพประกอบ

คำอธิบาย

- ให้ผู้ปกครองลงนามใน assent form ของเด็กด้วย
- เด็กอายุเกิน ๑๒ - ต่ำกว่า ๑๘ ปี ให้ใช้เอกสารข้อมูลที่มีข้อความเหมือนฉบับสำหรับผู้ปกครองได้

โดยปรับสรรพนามให้สอดคล้อง

- การกำหนดอายุของเด็กที่จะให้ assent อาจแตกต่างกันในแต่ละสถาบัน

ผู้ขอความยินยอม

- ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษหากแพทย์เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่แพทย์จะเชิญเข้าร่วมการวิจัย เพราะผู้ป่วยอาจให้ความยินยอมด้วยความเกรงใจ หรือเหมือนถูกบังคับ

- ผู้ขอ informed consent ควรเป็นผู้ที่ได้รับการอบรมและมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องการวิจัย เป็นผู้ที่ไม่มีความสัมพันธ์กับอาสาสมัคร

การขอความยินยอมใหม่ (re-consent) หรือขอความยินยอมเพิ่มเติม (additional consent)

- ระหว่างดำเนินการวิจัยเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงใดๆที่จะมีผลต่อการตัดสินใจของอาสาสมัครในการอยู่ในการวิจัยหรือถอนตัวออกจากการวิจัย เช่น มีข้อมูลใหม่เพิ่มขึ้น มีการตรวจบางอย่างเพิ่มขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงวิธีวิจัย ฯลฯ

แนวทางปฏิบัติหลักจริยธรรมข้อ ๒ หลักคุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย (Beneficence)

หมายถึงความปรารถนาดีและการดูแลผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย พยายามให้เกิดประโยชน์แก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และไม่ก่อให้เกิดอันตรายหรือลดความเสี่ยงของอันตรายให้เหลือน้อยที่สุด หรือจะพูดอีกนัยหนึ่งคือ ผู้วิจัยต้องชั่งน้ำหนักระหว่างผลดี (benefit) กับอันตราย (harm) ที่อาจเกิดขึ้นและหาทางดำเนินการวิจัยโดยมีการป้องกันอันตรายทุกด้าน

การประเมินความเสี่ยง หรืออันตรายที่อาจเกิดจากการวิจัย ได้แก่

- ๑) อันตรายต่อร่างกาย (Physical harm)
- ๒) อันตรายต่อจิตใจ (Psychological harm)
- ๓) อันตรายต่อสถานะทางสังคม และฐานะทางการเงิน (Social and economic harms)
- ๔) อันตรายทางกฎหมาย เช่น ถูกจับกุม

การประเมินการให้คุณประโยชน์ (Benefit)

- ๑) ประโยชน์ที่ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยได้รับโดยตรง
- ๒) ประโยชน์ที่ผู้ป่วยคนอื่นจะได้รับจากผลการศึกษา
- ๓) ประโยชน์ต่อวงการวิทยาศาสตร์ หรือสังคม
- ๔) ประโยชน์ต่อชุมชนที่อาสาสมัครอยู่

การให้คุณประโยชน์ (Benefits) อาจเป็นได้หลายรูปแบบ ได้แก่

- ๑) ประโยชน์ทางร่างกาย (Physical benefits) เช่น อาการของโรคดีขึ้น
- ๒) ประโยชน์ทางด้านจิตใจ (Psychological benefits) เช่น รู้สึกสบายขึ้นจากความทุกข์ทรมาน รู้สึกว่าช่วยผู้อื่นในอนาคต
- ๓) ประโยชน์ทางด้านเศรษฐกิจ (Economic benefits) เช่น ได้รับเงินจากการเข้าร่วมในการวิจัย
- ๔) ประโยชน์ต่อวงการวิทยาศาสตร์ / สังคม (Benefit to science/society) เช่น ได้ความรู้ที่นำไปใช้ได้

ได้ ได้วิธีการที่มีประสิทธิภาพใช้ในอนาคต เปลี่ยนแปลงวิธีการรักษามาตรฐาน ทำให้ลดความพิการและลดอัตราการตาย

ชั่งน้ำหนักระหว่างประโยชน์และความเสี่ยง

- ๑) ผู้วิจัยต้องลดความเสี่ยงให้น้อยที่สุด
- ๒) เพิ่มคุณประโยชน์มากที่สุด

การพิจารณาว่ามี “ความเสี่ยงน้อย” (minimal risk) มีตัวอย่างดังนี้

- การศึกษาทดลองทางสรีรวิทยาเกี่ยวกับการออกกำลังกาย
- การเก็บตัวอย่างปัสสาวะ
- การวัดส่วนสูง ชั่งน้ำหนักตัว
- การเก็บตัวอย่างโดยตัดเล็บหรือตัวอย่างผมปริมาณเล็กน้อย
- การประเมินเกี่ยวกับพัฒนาการ
- การตรวจร่างกายที่เป็นวิธียุติ (routine)
- การสังเกตการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมโภชนาการ หรือการเปลี่ยนแปลงโภชนาการ

- การเจาะเลือดเพียงครั้งเดียวจากหลอดเลือดดำของผู้ใหญ่หรือเด็กโตสุขภาพดี
แนวทางปฏิบัติหลักจริยธรรมข้อ ๓ หลักความยุติธรรม (Justice)

การให้ความเป็นธรรมประเมินจาก

๓.๑ การเลือกอาสาสมัคร (Selection of subjects)

- มีเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออกชัดเจน
- ไม่มีอคติ ในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (selection bias)
- ไม่เลือกกลุ่มตัวอย่างที่หาง่าย ส่ง่าย คนจน ผู้ด้อยการศึกษา

๓.๒ การจัดอาสาสมัครเข้ากลุ่มศึกษา

- มีการสุ่มเข้ากลุ่มศึกษา (randomization)

สำหรับจริยธรรมของการวิจัยทางการแพทย์ในประเทศไทยนั้นหลักเกณฑ์ของการวิจัยหรือการทดลองในคนได้ถูกกำหนดไว้ในข้อบังคับ ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ และการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๓๐ (หมวด ๒ ส่วนที่ ๔) โดยมีหลักการสำคัญคือ การวิจัยในคนจะทำได้ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ถูกทดลอง และพยาบาลผู้ทำการวิจัยพร้อมที่จะป้องกันและรับผิดชอบผู้ถูกทดลองจากอันตรายที่เกิดจากการทดลอง รวมทั้งต้องปฏิบัติต่อผู้ถูกทดลอง เช่นเดียวกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วย

จรรยาบรรณของนักวิจัย

คณะกรรมการบริหารสภาวิจัยแห่งชาติ ได้กำหนดจรรยาบรรณนักวิจัยขึ้น ในการประชุมเมื่อวันที่ ๘ เมษายน ๒๕๔๑ เพื่อใช้เป็นแนวหลักเกณฑ์ควรประพฤติ ของนักวิจัยทั่วไป ไม่ว่าสาขาวิชาการใด ๆ โดยให้มีลักษณะเป็นข้อพึงสังวร คุณธรรม และจริยธรรมในการทำงานวิจัยของนักวิจัยไทย ดังนี้

"นักวิจัย" หมายถึง ผู้ที่ดำเนินการค้นคว้าหาความรู้ อย่างเป็นระบบ เพื่อตอบประเด็นที่สงสัย โดยมีระเบียบวิธี อันเป็นที่ยอมรับในแต่ละศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ระเบียบวิธีดังกล่าว จึงครอบคลุมทั้งแนวความคิด มโนทัศน์ และวิธีการที่ใช้ ในการรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูล

"จรรยาบรรณ" หมายถึง หลักความประพฤติอันเหมาะสม แสดงถึงคุณธรรมและจริยธรรม ในการประกอบอาชีพ ที่กลุ่มบุคคลแต่ละสาขาอาชีพ ประมวลขึ้นไว้เป็นหลัก เพื่อให้สมาชิกในสาขาวิชานั้น ๆ ยึดถือปฏิบัติ เพื่อรักษาชื่อเสียง และส่งเสริมเกียรติคุณ ของสาขาวิชาชีพของตน

"จรรยาบรรณนักวิจัย" หมายถึง หลักเกณฑ์ที่ควรประพฤติ ปฏิบัติของนักวิจัยทั่วไป เพื่อให้การดำเนินงานวิจัยตั้งอยู่บนพื้นฐานของจริยธรรม และหลักวิชาการที่เหมาะสม ตลอดจนประกันมาตรฐานของการศึกษาค้นคว้าให้เป็นไปอย่างสมศักดิ์ศรีและเกียรติภูมิของนักวิจัย

ข้อควรปฏิบัติ ๙ ประการ

๑. นักวิจัยต้องซื่อสัตย์ และมีคุณธรรม ในทางวิชาการ และการจัดการ ต้องมีความซื่อสัตย์ต่อตนเอง และผู้อื่น ไม่นำผลงานของผู้อื่น มาเป็นของตน ไม่ลอกเลียนงานของผู้อื่น ต้องให้เกียรติ และอ้างถึงบุคคล หรือแหล่งที่มาของข้อมูล ที่นำมาใช้ในงานวิจัย ต้องซื่อตรง ต่อการแสวงหาทุนวิจัย และมีความเป็นธรรมเกี่ยวกับผลประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย

๒. นักวิจัยต้องตระหนักถึง พันธกรณีในการทำงานวิจัย ตามข้อตกลงที่ทำไว้ กับหน่วยงาน ที่สนับสนุน การวิจัย และต่อหน่วยงานที่ตนสังกัด ต้องปฏิบัติตามพันธกรณี และข้อตกลงการวิจัย ที่ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ยอมรับร่วมกัน อุทิศเวลาทำงานวิจัย ให้ได้ผลดีที่สุด และเป็นไปตามกำหนดเวลา มีความรับผิดชอบ ไม่ละทิ้งงานระหว่างดำเนินการ

๓. นักวิจัยต้องมีพื้นฐานความรู้ในสาขาวิชาการที่ทำวิจัย ต้องมีความรู้อย่างเพียงพอ และมีความชำนาญ หรือมีประสบการณ์ เกี่ยวเนื่องกับเรื่องที่ทำวิจัย เพื่อนำไปสู่งานวิจัยที่มีคุณภาพ และเพื่อป้องกันปัญหาการวิเคราะห์ การตีความ หรือการสรุปที่ผิดพลาด อันอาจก่อให้เกิดความเสียหายต่องานวิจัย

๔. นักวิจัยต้องมีความรับผิดชอบต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัย ไม่ว่าจะจะเป็นสิ่งที่มีชีวิต หรือไม่มีชีวิต ต้องดำเนินการด้วยความรอบคอบ ระมัดระวัง และเที่ยงตรงในการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคน สัตว์ พืช ศิลปวัฒนธรรม ทรัพยากร และสิ่งแวดล้อม มีจิตสำนึก และมีปณิธานที่จะอนุรักษ์ศิลปวัฒนธรรม ทรัพยากร และสิ่งแวดล้อม

๕. นักวิจัยต้องเคารพศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างในการวิจัย ต้องไม่คำนึงถึงผลประโยชน์ทางวิชาการ จนละเลยและขาดความเคารพในศักดิ์ศรีของเพื่อนมนุษย์ ต้องถือเป็นภาระหน้าที่ที่จะอธิบายจุดมุ่งหมายของการวิจัยแก่บุคคลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่หลอกลวง หรือบีบบังคับ และไม่ละเมิดสิทธิส่วนบุคคล

๖. นักวิจัยต้องมีอิสระทางความคิด โดยปราศจากอคติในทุกขั้นตอนของการทำวิจัย ต้องตระหนักว่าอคติส่วนตัว หรือความลำเอียงทางวิชาการ อาจส่งผลให้มีการบิดเบือนข้อมูล และข้อค้นพบทางวิชาการ อันเป็นเหตุให้เกิดผลเสียหายต่องานวิจัย

๗. นักวิจัยพึงนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในทางที่ชอบ พึงเผยแพร่ผลงานวิจัยเพื่อประโยชน์ทางวิชาการและสังคม ไม่ขยายผลข้อค้นพบจนเกินความเป็นจริง และไม่ใช้ผลงานวิจัยไปในทางมิชอบ

๘. นักวิจัยพึงเคารพความคิดเห็นทางวิชาการของผู้อื่น พึงมีใจกว้าง พร้อมทั้งจะเปิดเผยข้อมูล และขั้นตอนการวิจัย ยอมรับฟังความคิดเห็น และเหตุผลทางวิชาการของผู้อื่น และพร้อมที่จะปรับปรุงแก้ไขงานวิจัยของตนให้ถูกต้อง

๙. นักวิจัยพึงมีความรับผิดชอบต่อสังคมทุกระดับ พึงมีจิตสำนึกที่จะอุทิศกำลังสติปัญญาในการทำวิจัย เพื่อความก้าวหน้าทางวิชาการ เพื่อความเจริญและประโยชน์สุขของสังคมและมวลมนุษยชาติ

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง เพิ่มพูนความรู้การพยาบาลด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน นำความรู้ที่ได้มาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ พัฒนาการทำวิจัย

๒.๓.๓ อื่น ๆ ระบุ สามารถถ่ายทอดความรู้สู่ผู้อื่นได้ เพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพบุคลากรต่อไป

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง.....ควรมีการจัดการศึกษาระดับปริญญาโทให้มากขึ้น.....

๓.๒ การพัฒนา.....การจัดการศึกษาระดับปริญญาโทในสาขาอื่น ๆ ให้มากขึ้น.....

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ...ควรมีจัดการศึกษาในระดับปริญญาโททุกปีเพื่อพัฒนาความรู้แนว
ทางการรักษาใหม่และมีการจัดให้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงาน.....

.....
.....
.....

ลงชื่อ..... พัทธ์ พงษ์สัจฉ์.....ผู้รายงาน
(นางสาวพริยา พงษ์สัจฉ์)

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

การศึกษาอบรม ฯ เป็นการเสริมสร้างความรู้ให้กับบุคลากร เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานให้
เกิดประโยชน์สูงสุด และเป็นหลักสูตรที่เหมาะสมในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร

ลงชื่อ..........หัวหน้าส่วนราชการ
(นายอรรถพล เกิดอรุณสุขศรี)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง