



วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong

บทความวิชาการ

สถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019: บทบาทพยาบาล

วรินทร์ธร โพธารินทร์, ยุทธชัย ไชยสิทธิ์, บัญญุประภัสร์ จันทรบุลลวัชร, ประเสริฐ ไพบูลย์รุ่งโรจน์, ศิราณี อม่น้ำขาว

ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ: ความท้าทายของการพยาบาล

นิตยา จันทบุตร, ครองสินธุ์ เขียนชานา

บทความวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวัง ความเป็นจริงในการปฏิบัติงานกับผลการปฏิบัติงาน

ตามมาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้รับบริการต่างด้าว

ธวัชชัย ยืนยาว, จุฬารัตน์ ท้าวหาญ

การศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเล่นสื่อบุหรี่ของประชาชนที่เข้าร่วมโครงการสร้างสรรค์

ชวน เขิญ เลิกบุหรี่ทั่วไทย โดยการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระดับอำเภอเขตสุขภาพที่ 6

ลัดดา เหลืองรัตนมาศ, ทัศนวิทย์ โมกขาว, นิศารัตน์ ยุวพัฒน์วงศ์

ผลของการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงร่วมกับการสะท้อนคิดต่อพฤติกรรม

การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

กัลยา ศรีมหันต์, จิรียา อินทนา, วิริยาภรณ์ แสนสมรส

การจัดการจัดการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐานสำหรับนักศึกษาพยาบาลในศตวรรษที่ 21

ภราดร ยี่งวด, ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, วริษฐา อาจธรรม, ณัฐปัทม์ เพียรธัญญกรรม, พิเศษ พละชนะ, วนิช ไตรนาถวัลย์



วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม 2563) ISSN (Print) : 2673-0723

ISSN (Online) : 2697-5246

เจ้าของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบรายงานการวิจัย (Research article) บทความทางวิชาการ (Academic article) และบทความปริทัศน์ (Review article) สาขาการพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ

กำหนดการออกวารสาร

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
รองผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ
รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร
รองผู้อำนวยการฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ

บรรณาธิการ ดร.พีชรี ใจการุณ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

อาจารย์ลักขณา ชอบเสียง

อาจารย์ชนุกร แก้วมณี

อาจารย์กัททณ พละไชย



กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล
รองศาสตราจารย์ ดร.วุฒิชัย เจนพานิชย์ วิสุทธีพันธ์

รองศาสตราจารย์ ดร.เนาวนิตย์ สงคราม
รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณดี สุทธิธนากร

รองศาสตราจารย์ ดร.เดชา กำดี
รองศาสตราจารย์ ดร.วรภรณ์ บุญเชียง

รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาพร ใจการุณ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทวรรณ กิตติกรรณารณ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพัตรา บัวกี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูชาติ วงศ์อนุชิต
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิริยา อ่อนสอาด

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญศิริ ดำรงภคการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินดารัตน์ ชัยอาจ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิตาภา พุกพันธ์

ดร.นพ.สุธีร์ รัตนเมงกุลกุล

ดร.สุเพียร โภกทิพย์
ดร.วิโรจน์ เชมรัมย์
ดร.คมวัฒน์ รุ่งเรือง
ดร.นิสากร วิชาชัย

คณะพยาบาลศาสตร์ ม.สุโขทัยธรรมาธิราช
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คณะศึกษาศาสตร์

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะเกษตรศาสตร์
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยนครพนม

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร
วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม



ดร.ศุภวดี	แควเพี้ย
ดร.กมลทิพย์	ตั้งหลักมั่นคง
ดร.พิทยา	ศรีเมือง
ดร.สินศักดิ์ชนม์	อุ่นพรมมี
ดร.ชลียา	วานะสุน
ดร.อนุชตรา	วรรณเสวก
ดร.เกษราภรณ์	เคนบุพผา
ดร.เอนอร	แสงศิริ
ดร.สุภาภรณ์	ศรีรัตนัน
ดร.รุ่งรังษี	วิบูลชัย
ดร.เพชรรัตน์	วิริยะสืบพงศ์
ดร.นภา	สิงห์วีรธรรม
ดร.สมรภาพ	บรรหารักษ์
ดร.ปรางทิพย์	ทาสนา เอลเทอร์
ดร.สุรศักดิ์	สุนทร
ดร.ชลนภา	ไชยสมบัติ
ดร.วิไลวรรณ	ประทีก
ดร.ณัฐยา	ศรีทะแก้ว
ดร.พาญ	นาวาคุระ
ดร.บุญสิริ	ฉิมบ้านไร่
ดร.สุภาภรณ์	อุดมลักษณะ
ดร.บุษยสิทธิ์	พงษ์พิจิตร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
วิทยาลัยการสาธารณสุขสุนทรินธร
จังหวัดขอนแก่น
ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี
โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
จังหวัดอุดรธานี
โรงพยาบาลอุพผางกรณ์ สภากาชาดไทย
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 อุดรธานี
สถาบันพระบรมราชชนก
สถาบันพระบรมราชชนก
สถาบันพระบรมราชชนก
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
นครราชสีมา
วิทยาลัยการสาธารณสุขสุนทรินธร
จังหวัดสุพรรณบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น
วิทยาลัยการสาธารณสุขสุนทรินธร
จังหวัดชลบุรี



ดร.กุลธิดา	กุลประทีปปัญญา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์
ดร.สุภารัตน์	พิสัยพันธุ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์
ดร.นุสรา	ประเสริฐศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์
ดร.พัชรี	ใจการุณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์
Mr. Kent Dale	Hamilton	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตตรัง
อาจารย์ทรงวุฒิ	ภัทรไยกร	คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

กองบรรณาธิการ

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์

224 ถ.พหลโยธิน ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000

โทร. 045-255462

ภาพหน้าปก : Pinterest





บทบรรณาธิการ

"...ก่านทั้งหลายจงอย่าทำตัวเป็นตัวบุงตัวหนอนคอยกัดแทะกระดาษแห่งคัมภีร์ใบลานเปล่าๆ
โดยไม่สนใจพิจารณาสังขรณ์อันประเสริฐที่มีอยู่กับตัว
แต่บวไปยึดธรรมที่ศึกษามาเก่าๆเดียว
ซึ่งเป็นสมบัติของพระพุทธรเจ้า มาเป็นสมบัติของตน
ด้วยความเข้าใจผิด ว่าตนเรียนรู้และฉลาดพอตัวแล้ว
ทั้งที่กล่สงสัยกองเต็มหัวใจยิ่งกว่าภูเขาไฟ มิได้ลดน้อยลงบ้างเลย
จงพากันมีสติคอยระวังตัว อย่าให้เป็นคนประเภทใบลานเปล่าๆ เรียนเปล่าและตายทั้งเปล่า
ไม่มีธรรมอันเป็นสมบัติของตัวเองอย่างแท้จริงติดตัวบ้างเลย.."

ที่มา : หนังสืออนุสรณ์งานฌาปนกิจศพ หลวงปู่มั่น ภูริทัตโต วันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2493

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
ขอน้อมรำลึก 150 ปีชาตกาลหลวงปู่มั่น ภูริทัตโต ด้วยการน้อมนำคำสอนของหลวงปู่มั่น ภูริทัตโต
พระอริยสงฆ์สำคัญของประเทศไทย มาเสนอเพื่อเป็นแนวทางหนึ่งในการดำเนินชีวิตอย่างมีสติ
อย่างต่อเนื่องต่อไป

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
เป็นวารสารที่เผยแพร่ผลงานวิชาการทางสุขภาพ และที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ รวมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้
ผลงานวิชาการทางสุขภาพของนักวิชาการ พยาบาล บุคลากรทางสุขภาพ และทางการศึกษา
รวมทั้งนักวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เพื่อความก้าวหน้าและพัฒนาทางวิชาการด้านสุขภาพ
ในประเทศไทย สำหรับกองบรรณาธิการ วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
สรรพสิทธิประสงค์ ได้คัดเลือกบทความวิจัยที่น่าสนใจด้านต่าง ๆ รวม 6 เรื่อง
เสนอในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม 2563) ดังนี้ 1) สถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019: บทบาทพยาบาล 2) กาวะสืบสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ: ความท้าทาย
ของการพยาบาล 3) ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวัง ความเป็นจริงในการปฏิบัติงาน

กับผลการปฏิบัติงานตามมาตรฐานบริการการพยาบาลและการพัฒนาระบบของพยาบาลวิชาชีพ
ที่ดูแลผู้รับบริการต่างตัว 4) การศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการเลือกปฏิบัติของประชาชน
ที่เข้าร่วมโครงการสร้างสรรค์ ชวน เชิญ เลิกบุหรี่ทั่วไทย โดยการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ
ระดับอำเภอเขตสุขภาพที่ 6 5) ผลของการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงร่วมกับการสะท้อนคิด
ต่อพฤติกรรมบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล และ 6) การศึกษา
การจัดการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐานสำหรับนักศึกษาพยาบาลในศตวรรษที่ 21

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เนื้อหาสาระของบทความที่วารสารวิทยาศาสตร์
สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ได้นำเสนอไปนั้น จะได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้
และเป็นประโยชน์ต่อท่านผู้อ่านเพื่อเปิดมุมมองแนวทางการพัฒนางานวิจัยทางสุขภาพของท่าน
รวมทั้ง ช่วยส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูภาวะสุขภาพของประชาชนในประเทศไทยต่อไปในอนาคต

กองบรรณาธิการ





ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2563)

สารบัญ

บทความวิชาการ

- สถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019: บทบาทพยาบาล.....1
The Outbreak of Novel Coronavirus (COVID-19): The Nursing Roles
วรินทร์ธร โพธารินทร์, ยุทธชัย ไชยสิทธิ์, ขวัญประภัสร์ จันทรบุลลวัชร,
ประเสริฐ ไพบุญรุ่งโรจน์, ศิราณี อัมม้นขาว
Warantron Potarin, Yuttachai Chaiyasit, Khwanprapat Chanbunlawat,
Prasert Piboonrungraj, Siranee Imnamkhao
- ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ: ความท้าทายของการพยาบาล.....20
Delirium in Elders: Challenges of Nursing Care
นิตยา จันทบุตร, ศรองสินธุ์ เขียนชานาง
Nittaya Chanthabut, Khongsin Khiachanaj

บทความวิจัย

- ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวัง ความเป็นจริงในการปฏิบัติงานกับผลการ
ปฏิบัติงานตามมาตรฐานบริการการพยาบาลและการพึงประสงค์ของพยาบาลวิชาชีพ
ที่ดูแลผู้รับบริการต่างด้าว.....40
A Study of the Relationship between Nursing Performance
Expectations, Nursing Performance Actuality, and Results of Standard
Nursing Performance among Nurses Who Provided Nursing Care for
Foreign Patients
ธวัชชัย ยืนยาว, จุฬารัตน์ ท้าวหาญ
Thawatchai Yeunyow, Chularat Howharn





ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2563)

สารบัญ

- การศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ของประชาชนที่เข้าร่วมโครงการสร้างสรรค์ ชวน เชิญ เลิกบุหรี่ทั่วไทย โดยการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระดับอำเภอเขตสุขภาพที่ 6.....57
Study of the Changes in Smoking Cessation Behavior in Promotion Project of Smoking Cessation in Thailand by a District Level Cooperative Network of People in the 6th Health Zone
ลัดดา เหลืองรัตนมาศ, กัญญาวิณี โมกขาว,
นิศารัตน์ ยูวพัฒน์วงศ์
Ladda Leuneratamart, Kanyawee Mokekhaow,
Nisarath Yuwattanawong
- ผลของการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงร่วมกับการสะท้อนคิดต่อพฤติกรรมบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล.....72
The Effects of Authentic Learning with Reflective Practice on Humanized-Care Behavior of Nursing Students
กัลยา ศรีมหันต์, จิรียา อินทนา, วริยาภรณ์ แสนสมรส
Kunlaya Srimahant, Jiriya Intana, Wiriyaaporn Sansomros





ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2563)

สารบัญ

- การศึกษาการจัดการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐานสำหรับนักศึกษาพยาบาล
ในศตวรรษที่ 21101
A Study of Innovation-Based Learning for Nursing Students
in the 21st Century
ภราดร ยิ่งยวด, ปราโมทย์ ท่าंगกระโทก, วริณญา อจธรรม,
ณัฐปัทม์ เพ็ชรธัญญกรรม, พิศิษฐ์ พลชนะ, วินัย ไตรนาทกวัลย์
Paradorn Yingyoud, Pramote Thangkratok, Warinya Attham,
Natthapan Phianthanyakam, Pisit Poltana, Winai Trinattawan

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ



สถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019:

บทบาทยุทธศาสตร์

วรินทร์ โพธารินทร์ พย.ม.^{1*}, ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ พย.ม.²,
ขวัญประภัสร์ จันทรบุลลวณิช พย.ม.², ประเสริฐ ไพบูลย์รุ่งโรจน์ พย.ม.³,
ศิราณี อิ่มน้ำขาว พย.ม.⁴

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งประกอบด้วยสาเหตุ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน การวินิจฉัย การรักษา และบทบาทพยาบาลในการจัดการสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อให้พยาบาลมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาลมากยิ่งขึ้น สามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย พยาบาลปลอดภัยขณะปฏิบัติงาน ควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : ไวรัสโคโรนา 2019, การพยาบาล, บทบาทยุทธศาสตร์

¹อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

²อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

³อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

⁴อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

* Corresponding e-mail : warantron@bcnsp.ac.th

วันที่รับ (received) 21 เม.ย. 2563 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 16 มิ.ย. 2563 วันที่ตอบรับ (accepted) 23 ก.ค. 2563

The Outbreak of Novel Coronavirus (COVID-19):

The Nursing Roles

Warantron Potarin M.N.S.^{1*}, Yuttachai Chaiyasit M.N.S.²,

Khwanprapat Chanbunlawat M.N.S.², Prasert Piboonrunroj M.N.S.³,

Siranee Imnamkhao M.N.S.⁴

Abstract

This article aims to provide knowledge about the coronavirus diseases-2019 (COVID-19), consisting of the causes, pathology, signs and symptoms, complications, diagnosis, treatments, and nursing roles related to managing the outbreak of COVID-19 to promote deeper understanding among nurses about COVID-19. It can be used as a guideline for caring for patients with COVID-19, the safety of nurses, and the effectiveness of infection prevention and control.

Keywords: COVID-19, nursing, nursing roles

¹Nurse instructor, Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong

²Nurse instructor, Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University

³Nurse instructor, Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University

⁴Nurse instructor, Srimahasarakham Nursing College

*Corresponding e-mail : warantron@bcnsp.ac.th

บทนำ

โคโรนาไวรัส 2019 (Coronavirus Diseases-2019, COVID-19) พบว่ามีการระบาดระยะแรกในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ณ เมืองอู่ฮั่น (Wuhan) มณฑลหูเป่ย์ (Hubei) ประเทศจีน จากนั้นพบว่า มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วจากข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 31 มกราคม 2563 พบว่า มีผู้ป่วย COVID-19 ยืนยันทั่วโลก จำนวนทั้งสิ้น 9,819 ราย ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในประเทศจีน จำนวน 9,692 ราย และเสียชีวิต 213 ราย หลังจากนั้นการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 มีลักษณะแบบวงกว้างออกไปในหลายประเทศทั่วโลก จากข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 11 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 พบว่ามีผู้ติดเชื้อ COVID-19 ทั่วโลก จำนวน 7,451,532 คน รักษาตัวหายแล้ว 3,733,370 คน และเสียชีวิต 418,872 คน โดยประเทศที่มีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตสูงสุด 10 อันดับแรก ได้แก่ สหรัฐอเมริกา บราซิล รัสเซีย สหราชอาณาจักร สเปน อินเดีย อิตาลี เปรู เยอรมัน อิหร่าน ตามลำดับ ส่วนในประเทศไทย ข้อมูล ณ วันที่ 10 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 พบผู้ติดเชื้อ COVID-19 จำนวน 3,125 คน รักษาหาย 2,981 คน และเสียชีวิต 58 คน¹

การแพร่ระบาดของ COVID-19 ก่อให้เกิดผลกระทบในระดับมหภาคทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา การคมนาคม และระบบบริการด้านสาธารณสุข ทำให้ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการดำเนินการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของ COVID-19 โดยเฉพาะระบบบริการด้านสาธารณสุขมีพันธกิจสำคัญในการตรวจคัดกรองและรักษาพยาบาลผู้ที่ติดเชื้อ COVID-19 รวมทั้งการให้ความรู้แก่ประชาชนในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ พยาบาลเป็นหนึ่งในบุคลากรสุขภาพที่มีความใกล้ชิดและต้องให้การดูแลผู้ติดเชื้อ COVID-19 ทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 ทั้งนี้ จากข้อมูลรายงานของประเทศจีนในช่วงที่มีการระบาดของโรค เดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 พบว่า บุคลากรสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อ COVID-19 มีการติดเชื้อมากกว่า 3,000 คน² ส่วนในประเทศไทย จากรายงาน ณ วันที่ 8 เดือนเมษายน พ.ศ. 2563 พบว่า บุคลากรสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อ COVID-19 มีการติดเชื้อจำนวน 80 คน โดยเป็นพยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาลมากถึง 36 คน (ร้อยละ 45) รองลงมาคือแพทย์ 16 คน (ร้อยละ 20)³ ดังนั้น สำหรับบทความวิชาการเรื่องนี้ ผู้เขียนจึงนำเสนอเกี่ยวกับสาเหตุพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง

ภาวะแทรกซ้อน การวินิจฉัยการรักษา และบทบาทพยาบาลในการจัดการสถานการณ์ระบาดของ COVID-19 เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ติดเชื้อ COVID-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

สาเหตุการติดเชื้อ COVID-19

โคโรนาไวรัส (Coronaviruses; CoVs) เป็นไวรัสขนาดใหญ่ที่มีเปลือกหุ้มเป็นอาร์เอ็นเอไวรัส (A large family of enveloped, positive strand RNA viruses) ทั้งนี้สายพันธุ์ที่ไม่ก่อให้เกิดกลุ่มอาการหายใจเฉียบพลันในคน (Severe acute respiratory syndrome) มี 4 ชนิด ได้แก่ HCoV 229E, NL63, OC43 และ HKU1 ส่วนสายพันธุ์ที่ก่อให้เกิดกลุ่มอาการหายใจเฉียบพลันที่พบในผู้ที่ติดเชื้อ COVID-19 ได้แก่ SARS-CoV-2 ต้นตอการแพร่กระจายเชื้อมาสู่คนยังไม่ทราบแน่ชัด อย่างไรก็ตาม จากการวิเคราะห์รหัสพันธุกรรมของเชื้อพบว่า มีความสัมพันธ์กับรหัสพันธุกรรมที่พบในค้างคาว (Bat CoV RaTG13) ร้อยละ 92.60⁴ จึงสันนิษฐานว่าต้นตอของการติดเชื้อ COVID-19 น่าจะมีสาเหตุจากค้างคาว⁴⁻⁶ นอกจากนี้จากการตรวจรหัสพันธุกรรมของตัวลิ้น (Pangolins) พบว่า มีความสัมพันธ์กับเชื้อ COVID-19 สูงถึงร้อยละ 99⁶ จึงอาจเป็นไปได้ว่าค้างคาวแพร่กระจายเชื้อไปยังตัวลิ้น และแพร่กระจายเชื้อไปสู่คน สำหรับการติดต่อของเชื้อที่สำคัญเกิดจากเสมหะ น้ำมูก น้ำลาย ผ่านการไอและจามรดกัน (Nosocomial transmission) หรือการสัมผัสเชื้อผ่านมือไปยังเยื่อบุตา จมูก และปาก (Contact transmission)⁴⁻⁶ การแพร่กระจายเชื้อพบได้ทั้งในระยะปรากฏอาการและระยะไม่ปรากฏอาการ 1-14 วัน และหลัง 24 วันไปแล้ว⁶

พยาธิสภาพของการติดเชื้อ COVID-19

SARS-CoV-2 จำแนกออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ SARS-CoV-2 L type พบประมาณร้อยละ 70 และ S type พบประมาณร้อยละ 30 โดยชนิด L type กลายพันธุ์มาจาก S type ซึ่งก่อให้เกิดความรุนแรงของโรคได้มากกว่า ขนาดของเชื้อไวรัสประมาณ 29.9 kb ซึ่งมีภายในนิวเคลียสและภายนอกเซลล์ไวรัสมีโปรตีนเป็นองค์ประกอบสำคัญ ภายในนิวเคลียสมีจีโนม (Genome) หรือข้อมูลทางพันธุกรรมของเชื้อไวรัส เรียกว่า ORF (ORF1 a/b) และโปรตีนสำคัญอีก 4 ประเภท ได้แก่ 1) S protein ซึ่งเป็นส่วนที่ SARS-CoV-2 ใช้จับกับ Angiotensin

converting enzyme 2 (ACE2) ซึ่งอยู่ในทางเดินหายใจของคน 2) M protein ทำหน้าที่ขนส่งอาหาร สร้างโปรตีนเปลือกหุ้ม และการแบ่งตัวใหม่ของเชื้อไวรัส 3) N protein และ 4) E protein มีบทบาทสำคัญในการขัดขวางการทำหน้าที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายคน เมื่อเชื้อ SARS-CoV-2 เข้าสู่ร่างกายจะใช้ส่วนของ S-glycoprotein จับกับตัวรับ ACE2 receptor ของคนผ่านเยื่อหุ้มเซลล์เข้าสู่เซลล์ของคน (Fusion)⁴⁻⁶ จากนั้นจะมีการปล่อย RNA virus จำนวน 2 สาย ได้แก่ pp1a และ pp1ab ซึ่งไม่มีโปรตีนโครงสร้างห่อหุ้ม จากนั้นจะมีการสำเนารหัสของเชื้อไวรัส ในลักษณะเยื่อหุ้มเป็นถุงแบบสองเท่า (Replication-transcription complex (RTC) in double-membrane vesicle) อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจำเป็นสำหรับการสร้างโปรตีนโครงสร้างของเชื้อไวรัส ได้แก่ Endoplasmic reticulum (ER) และ Golgi ทั้งนี้ RNA virus ที่ถูกสร้างขึ้นมาใหม่จะมีการแบ่งตัวหรือแตกหน่อเพื่อแพร่กระจายเชื้อต่อไป⁴ เชื้อไวรัสที่ผ่านเข้าสู่ร่างกายจะทำให้เกิด Cytopathic effect และ Cytokine storm ทำให้เกิดปฏิกิริยาอักเสบ โดยเฉพาะระบบทางเดินหายใจ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปอดอักเสบอย่างรุนแรง การหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ร่างกายพร่องออกซิเจน ช็อก เลือดเป็นกรด การแข็งตัวของเลือดเสียไป อวัยวะหลายระบบล้มเหลว และเสียชีวิตตามมา⁴ ทั้งนี้ โรคจะทวีความรุนแรงมากขึ้นกรณีที่ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ และมีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวาน และโรคหัวใจ และหลอดเลือด⁴

อาการและอาการแสดงของการติดเชื้อCOVID-19

ระยะฟักตัวของโรค (Incubation periods) 1-14 วัน เฉลี่ย 3-7 วัน อาการและอาการแสดงที่พบบ่อย ได้แก่ ไข้ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ไอ หายใจลำบาก หายใจล้มเหลว อวัยวะล้มเหลวหลายระบบ และเสียชีวิตตามมา อาการและอาการแสดงจะรุนแรงมากขึ้นในผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัว⁴⁻⁶

ภาวะแทรกซ้อนของการติดเชื้อCOVID-19

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของการติดเชื้อCOVID-19 ได้แก่ ภาวะหายใจลำบาก (Acute respiratory distress syndrome; ARDS) หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Arrhythmia) ช็อก (Shock) ไตบาดเจ็บเฉียบพลัน (Acute kidney injury) หัวใจบาดเจ็บเฉียบพลัน (Acute cardiac injury) และตับเสียหาย (Liver dysfunction)⁴⁻⁷

การวินิจฉัยการติดเชื้อ COVID-19

การวินิจฉัยที่สำคัญสำหรับผู้ที่สงสัยว่าอาจมีการติดเชื้อ COVID-19 มีดังนี้

1. อาการและอาการแสดงทางคลินิก (Clinical symptom) อาการและอาการแสดงทางคลินิกที่พบบ่อยของผู้ติดเชื้อ COVID-19 ได้แก่ ไข้ ไอ อ่อนเพลีย มีเสมหะ หายใจเร็ว เจ็บคอ และปวดศีรษะตามลำดับ นอกจากนี้สามารถพบอาการระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ท้องเดินและอาเจียน⁴⁻⁹ ทั้งนี้อาการเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับประวัติการเดินทางกลับจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค อาชีพที่ต้องสัมผัสกับนักเดินทางชาวต่างชาติในแหล่งที่มีการระบาดของเชื้อ และการสัมผัสผู้ที่ติดเชื้อโดยตรง

2. การวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจวิเคราะห์เชื้อไวรัส Reverse transcriptase- polymerase chain reaction (RT-PCR) ด้วยการป้ายบริเวณจมูกและคอหอย (Oropharyngeal swab and throat swab)⁸ ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ COVID-19 ส่วนใหญ่พบว่าเม็ดเลือดขาวปกติหรือลดลง และลิมโฟไซต์ต่ำ (Lymphocytopenia) แต่ในผู้ป่วยอาการรุนแรงมักพบว่ามีนิวโทรฟิล (Neutrophil) Blood urea nitrogen (BUN) และครีเอตินิน (Creatinine) ในเลือดสูงขึ้น ลิมโฟไซต์ต่ำ สาร ไซโตไคน์ที่เกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาอักเสบ ได้แก่ Interleukin (IL)-6, IL-10, Tumor necrosis factor- α (TNF- α) สูงขึ้น ขณะที่ผลการวิเคราะห์ผลเลือดในผู้ป่วยวิกฤติในห้องไอซียู พบว่า IL-2, IL-7, IL-10, Granulocyte colony-stimulating factor (G-CSF), 10 kD interferon gamma-induced protein (IP-10), Monocyte chemoattractant protein-1 (MCP-1), Macrophage inflammatory protein 1- α (MIP-1 α) และ TNF- α สูงขึ้น⁴

3. การตรวจรังสีวิทยาทรวงอก หรือ Computed tomography (CT) chest พบลักษณะสำคัญ คือ ปอดมีฝ้าขาว (Ground-glass opacity) และเห็นเงาที่บดทั้งสองข้างของปอด (Bilateral patchy shadowing)⁴⁻⁹ การตรวจ rRT-PCR สามารถพบเชื้อในอุจจาระได้หลังจากมีอาการป่วย 7 วัน⁶ อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยจากอาการและอาการแสดง และการตรวจหาเชื้อไวรัสพบว่ามีผลสำคัญและจำเป็นในการตรวจยืนยันการติดเชื้อ COVID-19⁴

การรักษาโรคติดเชื้อ COVID-19

การรักษาการติดเชื้อ COVID-19 ในปัจจุบันเป็นการรักษาแบบประคับประคองตามอาการและการจัดการกับภาวะหายใจล้มเหลวจากภาวะปอดอักเสบภายหลังติดเชื้อ COVID-19 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยยาด้านไวรัสและยาด้านการอักเสบกลูคอร์ติโคสเตียรอยด์ (Glucocorticosteroid) เช่น Remdesivir ซึ่งออกฤทธิ์ขัดขวาง NSP12 polymerase ของเชื้อไวรัส ออกฤทธิ์แบบกว้างต่อการรักษาการติดเชื้อไวรัส นอกจากนี้ยา Chloroquine ซึ่งเป็นยาด้านมาลาเรียพบว่ามีคุณสมบัติยับยั้งการคัดลอกสำเนาของ RNA virus โดยเกี่ยวข้องกับการออกฤทธิ์ยับยั้ง pH ของเชื้อไวรัส และออกฤทธิ์กด TNF- α และ IL-6 จึงช่วยลดกระบวนการอักเสบ ดังนั้น การรักษาแบบผสมระหว่างยาทั้ง 2 ชนิด พบว่า ทำให้การรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ส่วนยากลุ่ม Protease inhibitors ได้แก่ Lopinavir/Ritonavir (Kaletra) ซึ่งเป็นยาด้านไวรัสเอชไอวี พบว่า สามารถลดเชื้อ SARS-CoV-2 ในผู้ติดเชื้อ COVID-19 ส่วนยา Favipiravir ออกฤทธิ์ยับยั้ง RNA polymerase activity สำหรับประเทศจีนที่มีการระบาดของโรคอย่างหนัก ได้มีการผสมยาหลายขนานเพื่อรักษาผู้ติดเชื้อ ได้แก่ Lopinavir/Ritonavir, Arbidol และ Shufeng Jiedu Capsule (SFJDC) พบว่า ช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบจากเชื้อ COVID-19 อาการดีขึ้นอย่างชัดเจน นอกจากนี้ยาอื่นๆ ที่นำมาใช้ในการรักษาผู้ติดเชื้อ COVID-19 ได้แก่ Ceftriaxone, Tazobactam, Levofloxacin, Azithromycin⁴⁻¹⁰

2. การบำบัดด้วยออกซิเจน ปัญหาสำคัญของผู้ติดเชื้อ COVID-19 คือภาวะหายใจลำบากซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนหรือเครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 7.0-17.0 ของผู้ติดเชื้อทั้งหมด แสดงว่าผู้ติดเชื้ออีกร้อยละ 80 มีอาการเล็กน้อย ผู้ป่วยร้อยละ 25 ต้องได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ และร้อยละ 75 ต้องได้รับออกซิเจนประคับประคองอาการ ผู้ป่วยบางรายที่อาการหนักจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยเครื่องพองการทำงานของหัวใจและปอดหรือ ECMO (Extra Corporeal Membrane Oxygenation)¹¹

บทบาทพยาบาลในการจัดการโรคติดเชื้อ COVID-19

พยาบาลเป็นบุคลากรสุขภาพวิชาชีพหนึ่งที่สำคัญในสหสาขาวิชาชีพ (Multi-disciplinary team) ในการจัดการโรคติดเชื้อ COVID-19 ซึ่งประกอบด้วย

แพทย์ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีเทคนิค เป็นต้น โดยร่วมมือในการประชุมปรึกษาหารือ และวางแผนการดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งให้การพยาบาล โดยใช้แนวคิดทฤษฎีของสาขาวิชาชีพตนเอง ทั้งนี้พยาบาลมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อ COVID-19 มากที่สุด เพราะต้องใกล้ชิดกับผู้ป่วยตั้งแต่ระยะคัดกรอง ก่อนเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ระยะที่ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ทั้งในระยะวิกฤติและไม่วิกฤติ รวมถึงระยะฟื้นตัวก่อนกลับบ้าน หรือระยะที่ผู้ป่วยเสียชีวิต ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และเป็นผู้ประสานภายในทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม กล่าวคือ ได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ โดยมีประเด็นสำคัญที่ผู้เขียนนำเสนอ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การคัดกรองผู้ติดเชื้อ COVID-19 การคัดกรองผู้ติดเชื้อ COVID-19 ที่สำคัญ ได้แก่ 1) การซักประวัติเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อ โดยซักประวัติการเดินทางไปหรือกลับจากประเทศที่มีการระบาด การประกอบอาชีพที่ใกล้ชิดกับชาวต่างชาติ ที่เดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค บุคลากรสุขภาพที่สัมผัสกับผู้ติดเชื้อ และการเข้าไปในที่ชุมนุมชนที่มีการระบาดในขณะนั้น เช่น ผู้ที่เดินทางไปยังสนามมวยลุมพินี หรือพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค เป็นต้น 2) การตรวจร่างกาย โดยการประเมินอุณหภูมิกาย ทั้งนี้เพราะผู้ติดเชื้อ COVID-19 ส่วนใหญ่พบว่า อุณหภูมิสูงกว่า 37.5 องศาเซลเซียส⁴⁻⁹ ภาวะอุณหภูมิสูงหรือภาวะไข้ พบประมาณร้อยละ 88.7-98.6⁴⁻¹² อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่ไม่มีไข้ไม่ได้หมายความว่า จะไม่มีการติดเชื้อ COVID-19 ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยอาจอยู่ในช่วงระยะพักตัวที่ไม่ปรากฏอาการของโรค ภาวะไข้สามารถพบได้ในวันที่ 5-10 หลังการได้รับเชื้อ⁸ การประเมินอาการและอาการแสดงของทางเดินหายใจ ได้แก่ ไอ น้ำมูก เจ็บคอ หายใจเร็ว หอบเหนื่อย หายใจลำบาก⁴⁻⁹ 3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษอื่นๆ ได้แก่ การตรวจวิเคราะห์เชื้อไวรัส Reverse transcriptase-polymerase chain reaction (RT-PCR) ด้วยการป้ายบริเวณจมูกและคอหอย (Oropharyngeal swab and throat swab)⁸ และการตรวจเอกซเรย์ทรวงอกหรือ CT scan พบฝ้าขาวที่ปอด (Ground-glass opacity) กรณีที่ผลการตรวจไม่พบเชื้อ SARS-CoV2 พิจารณาดูแลรักษาตามความเหมาะสม ให้การดูแลแบบผู้ป่วยนอก แนะนำการปฏิบัติตัวที่บ้าน

(Home-quarantine) อย่างน้อย 14 วัน หากมีอาการรุนแรงผู้ป่วยจำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อการตรวจวินิจฉัยและรักษาตามความเหมาะสม โดยใช้หลักการ Droplet precaution หากผู้ป่วยอาการยังไม่ดีขึ้นภายใน 48 ชั่วโมง ผู้ป่วยต้องได้รับการส่งตรวจเชื้อ SARS-CoV2 หากผลการตรวจยืนยันว่าติดเชื้อ SARS-CoV2 ต้องรับตัวผู้ป่วยไว้ทำการรักษาพยาบาลในห้องแยก Single isolation room หรือ Cohort ward โดยมีระยะห่างระหว่างเตียงอย่างน้อย 1 เมตร กรณีอาการรุนแรงมีความจำเป็นต้องทำหัตถการ Aerosol ให้เข้าห้อง AIIR ให้การรักษาแบบประคับประคองตามอาการ การจำหน่ายผู้ป่วยพิจารณาจากอาการและผลการตรวจยืนยันไม่พบเชื้อโดยห้องปฏิบัติการ 2 แห่ง ห่างกัน 48 ชั่วโมง และให้คำแนะนำการดูแลตนเองที่บ้านอีก 14 วัน¹³ หากพยาบาลสามารถคัดกรองผู้ติดเชื้อ COVID-19 ได้ตั้งแต่ระยะแรก กล่าวคือ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังข้างต้นจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อ COVID-19 ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีและลดการแพร่กระจายเชื้อ

2. การติดตามภาวะหายใจลำบากและส่งเสริมให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ COVID-19 พบว่า ร้อยละ 14 ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล และรับการรักษาด้วยออกซิเจน และร้อยละ 5 ต้องรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต⁷ ส่วนใหญ่ภาวะหายใจลำบากจะปรากฏภายหลังผู้ป่วยติดเชื้อประมาณ 7 วัน ทำให้มีความจำเป็นที่ผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ รวมถึงการใส่เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจและปอด (ECMO) พยาบาลสามารถติดตามภาวะหายใจลำบากและส่งเสริมให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยทั่วไป

- 1) ติดตามค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation, SpO₂) อย่างน้อยทุก 1-4 ชั่วโมงหรือตามสภาพผู้ป่วย ซึ่งควรมากกว่าร้อยละ 94 กรณีผู้ป่วยวิกฤตที่ค่าที่ยอมรับได้ในผู้ใหญ่ควรมากกว่าร้อยละ 90 กรณีตั้งครรรค์ควรอยู่ในช่วงร้อยละ 92-95⁷
- 2) ผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator) เช่น ผู้ป่วยที่อัตราการหายใจมากกว่า 35 ครั้งต่อนาที ค่า PaO₂ : FiO₂ ratio น้อยกว่า 100-150 mmHg ควรใช้ Low tidal volume 4-8 ml/kg⁷ หรือประมาณ 6 mL/kg¹⁴ และ Plateau airway pressure < 30 cmH₂O⁷⁻¹⁴ การใช้ Positive end expiratory pressure (PEEP) อาจเพิ่ม 2-3 cmH₂O ทุก 15-30 นาที เพื่อเพิ่มระดับ Oxygen saturation ร้อยละ 88-90 ตามแผนการรักษาของแพทย์
- 3) การจัดท่านนอนคว่ำ (Prone positioning) พบว่า ช่วยลดภาวะพร่อง

ออกซิเจนได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องไม่มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน (Tissue hypoperfusion) ควรปฏิบัติภายใต้คำแนะนำของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 4) การให้ยาในกลุ่มคลายกล้ามเนื้อตามการรักษาของแพทย์ เช่น การสูดดม 5–20 ppm Nitrous oxide (NO) พบว่า ช่วยส่งเสริมให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ¹⁴ ภาวะหายใจลำบากและพร่องออกซิเจนเป็นปัญหาสำคัญในผู้ติดเชื้อ COVID-19 ดังนั้น หากพยาบาลสามารถประเมิน ติดตาม และให้การบำบัดด้วยออกซิเจนอย่างเหมาะสมแล้ว ผู้ติดเชื้อ COVID-19 จะปลอดภัยจากภาวะหายใจล้มเหลว (Respiratory failure)

3. การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 บุคลากรด้านสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการที่ต้องให้การดูแลผู้ติดเชื้อ COVID-19 มากที่สุด จากรายงานการระบาดของเชื้อนี้ในประเทศจีน พบว่า บุคลากรสุขภาพติดเชื้อ COVID-19 มากกว่า 3000 คน² ส่วนในประเทศไทย รายงาน ณ วันที่ 8 เดือนเมษายน พ.ศ. 2563 พบว่า บุคลากรสุขภาพติดเชื้อ COVID-19 จำนวน 80 คน โดยเป็นพยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาลมากถึง 36 คน (ร้อยละ 45)³ การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อจึงเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล โดยเฉพาะผู้ที่ต้องให้การดูแลผู้ติดเชื้อ COVID-19 ได้แก่ 1) การล้างมือสม่ำเสมอ การลดการสัมผัสโดยไม่จำเป็น 2) การสวมใส่อุปกรณ์ในการป้องกันร่างกายส่วนบุคคล (Personal protective equipment, PPE) ได้แก่ เสื้อคลุมแขนยาว รัดข้อมือ (Gown) หน้ากากกรองอากาศ (Surgical mask) เช่น N95 หรือ N100 แว่นตาป้องกัน (Goggle) กระบังหน้า (Face shield) หมวกคลุมผมในกรณีที่ผู้ป่วยไอมากหรือปฏิบัติกิจกรรมที่ทำให้เกิดละอองฝอย (Aerosol) ถุงมือ (Glove) ถุงเท้ากันน้ำ และรองเท้าน้ำบูท อุปกรณ์ที่ใช้แล้วควรใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้งในมูลฝอยติดเชื้อ โดยควรมีการกำกับติดตามตามหลัก Isolation precaution อย่างเคร่งครัด ได้แก่ การฝึกซ้อมการใส่และถอดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลจนเกิดความชำนาญ 3) การใช้ระบบเพื่อนเตือนเพื่อนขณะใส่และถอดอุปกรณ์ การจัดทำโปสเตอร์ ขั้นตอนการใส่และถอดอุปกรณ์ การติดกระจกเงาในที่สามารชมองเห็นการใส่และถอดอุปกรณ์²⁻¹³ 4) หลีกเลี่ยงการสัมผัสโดยไม่จำเป็น เช่น การใช้เอกสารจำพวกกระดาษให้น้อยที่สุด การติดตามด้วยกล้องวิดีโอหรือเครื่องมือสื่อสารระหว่างแพทย์ พยาบาล หรือผู้รับบริการในแต่ละห้องเป็นสิ่งที่ช่วยควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 ได้เป็นอย่างดี² 5) การบำบัดด้วยออกซิเจนสามารถ

เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 ทั้งนี้ การให้ออกซิเจนทาง Nasal cannula ขนาด 3-5 ลิตรต่อนาที พบว่า อากาศสามารถแพร่กระจายได้ในระยะ 1 เมตร Oronasal mask ขนาด 4 ลิตรต่อนาที อากาศแพร่กระจายได้ระยะ 40 เซนติเมตร Venturi mask โดยตั้งค่า FIO2 0.4 อากาศสามารถแพร่กระจายในระยะ 33 เซนติเมตร Non-rebreathing mask ขนาด 6-12 ลิตรต่อนาที อากาศสามารถแพร่กระจายในระยะน้อยกว่า 10 เซนติเมตร การให้แบบ CPAP ทาง oronasal mask ขนาด 20 cmH2O ทำให้เกิดการกระจายอากาศเล็กน้อย ส่วน CPAP ทาง nasal pillows อากาศสามารถแพร่กระจายในระยะ 33 เซนติเมตร การให้แบบ High-flow nasal cannula (HFNC) ขนาด 60 ลิตรต่อนาที อากาศสามารถแพร่กระจายในระยะ 17 เซนติเมตร และสามารถแพร่กระจายได้ถึง 62 เซนติเมตร หากมีรูรั่ว การให้แบบ Noninvasive ventilation (NIV) แบบ Full face mask: IPAP 18 cmH2O, EPAP 5 cmH2O อากาศสามารถแพร่กระจายในระยะ 92 เซนติเมตร การให้ NIV ทาง Helmet ปราศจาก tight air cushion: IPAP 20 cmH2O, EPAP 10 cmH2O อากาศสามารถแพร่กระจายในระยะ 27 เซนติเมตร ส่วนการให้ออกซิเจนทาง NIV ทาง Helmet with tight air cushion: IPAP 20 cmH2O, EPAP 10 cmH2O ทำให้เกิดการกระจายอากาศเล็กน้อย ส่วนการพ่นยาสามารถทำให้เกิดการแพร่กระจายของอากาศในระยะ 45-80 เซนติเมตร การไอสามารถทำให้เกิดการแพร่กระจายของอากาศในระยะ 68 เซนติเมตร หากสวมหน้ากากอนามัยจะลดระยะเป็น 30 เซนติเมตร และถ้าสวมหน้ากาก N19 พบว่าลดระยะลงเหลือ 15 เซนติเมตร ทั้งนี้ต้องไม่ลืมรอยรั่วขณะสวมใส่หน้ากาก ดังนั้น การให้ออกซิเจนแบบ CPAP ทาง Oronasal mask และ NIV ทาง Helmet equipped with an inflatable neck cushion 6) การใช้ห้องความดันลบและการมีระบบหมุนเวียนอากาศทุก 6 ถึง 12 ชั่วโมง พบว่า สามารถลดการปนเปื้อนของเชื้อโรคผ่านทางอากาศ จากข้อมูลสถิติพบว่าพยาบาลเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่ติดเชื้อ COVID-19 มากที่สุด ดังนั้น การตระหนักและความสำคัญในการป้องกันควบคุมการแพร่กระจายเชื้อมีความสำคัญ จึงเป็นเรื่องที่ควรให้ความสำคัญ

4. การเฝ้าระวังและติดตามภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ COVID-19

การติดเชื้อ COVID-19 นอกจากจะทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวแล้ว เชื้อยังสามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ติดเชื้อ ได้แก่ หัวใจและหลอดเลือด ไต ช็อกจากการติดเชื้อ (Septic shock) ดังนั้น พยาบาลควรเฝ้าระวังและติดตาม

รวมทั้งการจัดการภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

หัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular) ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่ติดเชื้อ COVID-19 มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต มากกว่าคนทั่วไปร้อยละ 10.5 ร้อยละ 7.3 และร้อยละ 6.0 ตามลำดับ¹⁵ ดังนั้น พยาบาลควรเฝ้าระวังและติดตามการทำหน้าที่ของระบบหัวใจและหลอดเลือด ติดตามผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผลตรวจหัวใจด้วยคลื่นความถี่สูง ผลตรวจเอนไซม์ ที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของหัวใจ เช่น Troponin ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และภาวะหัวใจล้มเหลว¹⁵ เพื่อให้การดูแลอย่างเหมาะสมต่อไป

ภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน (Acute kidney injury) เป็นภาวะแทรกซ้อน ที่สำคัญของผู้ติดเชื้อ COVID-19 พบได้ประมาณร้อยละ 7 ภาวะนี้ทำให้การดำเนิน โรครุนแรงและผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากขึ้น¹⁵ ดังนั้น พยาบาลควรเฝ้าระวังและ ติดตามการทำหน้าที่ของไต ได้แก่ การประเมินปริมาณน้ำเข้าและออกภายนอก ร่างกาย จำนวนปัสสาวะที่ออกต่อชั่วโมงควรมากกว่า 0.5 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัม ต่อชั่วโมง หรือ 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของไต ได้แก่ BUN, Cr ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ อย่างเพียงพอ ในผู้ป่วยที่มีระบบการไหลเวียนเลือดไม่ดีอาจต้องให้ได้รับสารน้ำ แบบ Negative fluid balance ปริมาณ 0.5-1.0 ลิตรต่อวัน ผู้ป่วยบางราย อาจจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (Renal replacement therapy)¹⁴

การติดเชื้อในกระแสเลือด (Septicemia) การติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะแทรกซ้อนสำคัญของผู้ติดเชื้อ COVID-19 และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วย เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic shock) ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องได้รับ ยากลุ่ม Vasopressors เพื่อควบคุม Mean arterial pressure (MAP) ให้มากกว่า 60-65 mmHg ระดับ Serum lactate น้อยกว่า 2 mmol/L โดยการให้ยาปฏิชีวนะ ภายใน 1 ชั่วโมง ให้สารน้ำอย่างเพียงพอ การให้ยากลุ่ม Vasopressors อย่างเหมาะสม จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแนวทางของ the Surviving Sepsis Campaign และ WHO¹⁵

5. การจัดการภาวะวิกฤติด้านจิตสังคมของผู้ติดเชื้อ COVID-19 ภาวะวิกฤติ ด้านจิตสังคมเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วย ครอบครัว และประชาชน ทั้งนี้เพราะไวรัส โควิด 2019 เป็นเชื้อสามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนได้ ทำให้เกิดการระบาด

แบบวงกว้างในหลายประเทศ จำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ติดเชื้อได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะการแพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลรอบข้างและกลัวเสียชีวิต ผลการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบด้านจิตใจขณะเกิดการระบาดของ COVID-19 ของประชาชนในประเทศจีน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.80 ได้รับผลกระทบด้านจิตใจระดับปานกลางและรุนแรง โดยร้อยละ 16.5 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางและรุนแรง ร้อยละ 28.80 มีภาวะวิตกกังวลระดับปานกลางและรุนแรง และร้อยละ 8.1 มีภาวะเครียดระดับปานกลางและรุนแรง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75.2 กังวลว่าสมาชิกในครอบครัวจะสัมผัสกับเชื้อ COVID-19¹⁶ ส่วนประเทศไทย ข้อมูลจากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต ขณะเกิดการระบาดของโรค COVID-19 เดือนเมษายน 2563 พบว่า ความเครียดของประชาชนอยู่ในระดับปานกลางถึงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 32.3 และลดลงในเดือนพฤษภาคม 2563 คิดเป็นร้อยละ 6¹⁷ นอกจากนี้การติดเชื้อโรคระบาด COVID-19 ก่อให้เกิดความกลัวของคนในชุมชน คนในชุมชนรู้สึกไม่ปลอดภัย ทำให้คนในชุมชนตีตราและมีอคติต่อผู้ติดเชื้อและผู้เดินทางมาจากแหล่งที่มีการระบาดของโรค¹⁸ การพยาบาลด้านจิตสังคม ได้แก่ 1) การประเมินผลกระทบด้านจิตใจของผู้ป่วย ครอบครัว และคนในสังคม โดยแบบประเมินความวิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต 2) การให้คำปรึกษา สนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น การให้บริการทางโทรศัพท์หรือสายด่วน การสื่อสารกับคนในชุมชน ระบบบริการสุขภาพชุมชน 3) การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา ผู้ให้คำปรึกษา พยาบาล อาสาสมัคร เป็นต้น ¹⁹ 4) การลดผลกระทบจากการถูกตีตราและอคติจากคนในสังคมสามารถบรรเทาได้ โดยการรณรงค์ให้ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ อาทิ วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ ใบปลิว โปสเตอร์ อินเทอร์เน็ต เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ประชาชน¹⁹ สอดคล้องกับแนวทางการดูแลจิตใจประชาชนในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 โดยใช้ทีมให้การช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤติ (Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team; MCATT) ของกรมสุขภาพจิต ดังนี้ 1) การให้คำแนะนำประชาชนในการควบคุมและป้องกันโรคเพื่อให้รู้สึกปลอดภัย (Sense of safe) 2) การรับข้อมูลและส่งต่อข้อมูลอย่างมีสติ (Calm) 3) การสร้างความหวัง เป้าหมาย เพื่อประโยชน์ส่วนรวมในการป้องกันการแพร่ระบาด (Hope) 4) การเว้นระยะห่างทางสังคมโดยใช้พลังความสามารถของ

ประชาชน (Efficacy) 5) การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน โดยใช้สายสัมพันธ์ (Connectedness)

6. การช่วยฟื้นคืนชีพผู้ติดเชื้อ COVID-19 แนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพสำหรับผู้ติดเชื้อหรือ สงสัยว่ามีการติดเชื้อ COVID-19 เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพมีประเด็นสำคัญดังนี้²⁰ 1) การกดหน้าอกเพื่อกระตุ้นหัวใจ (Chest compression) ทำให้เกิดการกระจายของละอองอากาศจากสารคัดหลั่งในจมูกและปากของผู้ป่วย ดังนั้น ควรสวมหน้ากากอนามัยให้แนบชิดใบหน้าผู้ป่วยทุกรายก่อนทำการกดหน้าอกเพื่อกระตุ้นหัวใจและควรใช้ Mechanical chest compression device หากมี 2) การดูแลทางเดินหายใจ (Airway) ควรเตรียม Ventilator ให้พร้อมใช้งาน ควรใช้ Endotracheal tube เมื่อ Ventilator (Closed circuit) พร้อมเท่านั้น หาก Ventilator มีปัญหา หรือยังไม่พร้อมใช้ ให้ต่อ Self-inflating mask with HEPA filter ควรติด HEPA filter กับปลาย Endotracheal tube เสมอ หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้เกิดละอองฝอยอากาศ เช่น ดูดเสมหะ การใส่ Nasopharyngeal airway หรือ Oropharyngeal airway หรือ Supraglottic airway device หรือ Bag-mask ventilation หลีกเลี่ยง Clamp endotracheal tube เพราะทำให้เกิด Positive pressure ทำให้เกิด Pneumothorax ได้ 3) การ Defibrillation และการให้ยา การ Defibrillation ควรใช้ Adhesive pads ขอบ่งชี้และปริมาณพลังงานไฟฟ้าและยาที่ใช้ให้ยึดตามแนวทางการปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพของ Standard TRC Guidelines ทั้งนี้การช่วยฟื้นคืนชีพเป็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดละอองฝอยของอากาศ (Aerosol generating procedures) ดังนั้นจึงควรปฏิบัติในห้องแยกโรคแบบ Airborne infection isolation rooms (AIIRs) หรือในห้องพื้นแยก (Single room with door closed) ตามนโยบายควบคุมการติดเชื้อของแต่ละโรงพยาบาล 4) การดูแลระยะ Post arrest care ให้ยึดตาม Standard TRC guidelines และนโยบายควบคุมการติดเชื้อของแต่ละโรงพยาบาล ทั้งนี้ควรมีการบันทึกรายชื่อผู้ที่เข้าร่วมการช่วยฟื้นคืนชีพทุกคน เพื่อสะดวกต่อการติดตามหากภายหลังตรวจพบว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อ COVID-19 ขณะปฏิบัติงานผู้ให้การช่วยเหลือฟื้นคืนชีพผู้ป่วยควรสวมใส่อุปกรณ์ในการป้องกันร่างกายส่วนบุคคล ดังข้างต้น จำกัดบุคลากรให้น้อยที่สุดเพื่อลดการปนเปื้อนเชื้อโรค²⁰

7. การจัดการเมื่อมีผู้ติดเชื้อ COVID-19 เสียชีวิต การจัดการเมื่อมีผู้ติดเชื้อ COVID-19 เสียชีวิต เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่น มีมาตรการ

ในการในการจัดการร่างกายของผู้เสียชีวิตดังนี้ 1) ผู้ที่ต้องดำเนินการเก็บร่างกาย ผู้เสียชีวิตต้องสวมใส่ สวมใส่อุปกรณ์ในการป้องกันร่างกายส่วนบุคคลตามมาตรฐาน 2) บรรจุร่างกายของผู้เสียชีวิตด้วยถุงแบบมีซิปก้นน้ำ 2 ชั้น 3) ปิดป้ายแสดง สัญลักษณ์และใช้น้ำยาฆ่าเชื้อทางด้านนอกถุงเท้า 4) งดการอาบน้ำศพ รดน้ำศพ หรือ ฉีดยาศพ 5) ไม่เปิดถุงภายหลังบรรจุศพแล้ว นำเข้าสู่เย็นเก็บศพตามมาตรฐาน มอบญาติไปดำเนินการตามพิธีกรรมทางศาสนา ได้แก่ การเผา หรือการฝัง โดยงดการเปิดถุงบรรจุศพอย่างเด็ดขาด²¹

8. การส่งเสริมให้ความรู้แก่ผู้ติดเชื้อ COVID-19 และครอบครัว เป็นวิธีการสำคัญที่ช่วยในการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 ทั้งนี้ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน จากผู้บริหารระดับสูงของประเทศ ผู้ที่มีอำนาจในการกำหนดนโยบายหรือมาตรการเพื่อใช้ในการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ บุคลากรสุขภาพทุกระดับที่ให้การรักษายาบาล ผู้ติดเชื้อเอง ครอบครัว และชุมชน ทั้งนี้หลักการสำคัญในการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ได้แก่ 1) การณรงค์ให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับการล้างมือด้วยสบู่และน้ำ อย่างน้อย 20 วินาที หรือการล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจลหรือ สเปรย์ที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์อย่างน้อย 60% โดยเฉพาะหากเดินทางเข้าไปยังสถานที่สาธารณะ 2) หลีกเลี่ยงการสัมผัสบริเวณตา จมูก และปาก โดยเฉพาะเมื่อยังไม่ได้ล้างมือ หลีกเลี่ยงใกล้ชิดผู้อื่นโดยไม่จำเป็น 3) ควรเว้นระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 6 ฟุต หรือ 2 เมตร 4) หากมีอาการป่วยควรพักรักษาตัวอยู่ที่บ้าน และควรสวมหน้ากากอนามัย 5) ทำความสะอาดอุปกรณ์ของใช้ เช่น โต๊ะ ลูกบิด ปุ่มไฟฟ้า โทรศัพท์ แป้นพิมพ์ คอมพิวเตอร์ ห้องน้ำ อ่างล้างหน้า เป็นต้น²² 6) กรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โดยเดินทางกลับจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค หรือสัมผัสกับผู้ติดเชื้อโดยตรง ควรแจ้งให้บุคลากรสุขภาพทราบทันที และควรกักตัวตนเองอย่างน้อย 14 วัน หากมีไข้ควรรับโทรศัพท์แจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำการรักษาพยาบาลต่อไป¹³

สรุป

COVID-19 เป็นโรคระบาดที่ก่อให้เกิดผลกระทบระดับมหภาคในระดับโลก สาเหตุของการติดเชื้อเกิดจาก SARS-CoV-2 ทำให้เกิดการทำลายถุงลมของผู้ติดเชื้อ กระทั่งนำไปสู่ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ทั้งนี้อาการแสดงที่สำคัญ ได้แก่ ไข้ ไอ

เสมอมา หายใจลำบาก ร่วมกับมีประวัติไปยังพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคหรือสัมผัสกับผู้ติดเชื้อโดยตรง การวินิจฉัยที่สำคัญต้องอาศัยประวัติ อาการและอาการแสดง โดยเฉพาะอุณหภูมิที่มากกว่า 36.5 องศาเซลเซียส ร่วมกับประวัติเสี่ยงข้างต้น การตรวจ Nasal และ Throat เพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส การรักษาประกอบด้วยการรักษาตามอาการ การบำบัดด้วยออกซิเจน และการให้ยาต้านไวรัส ทั้งนี้พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญ ได้แก่ การคัดกรอง การติดตามภาวะหายใจลำบากและส่งเสริมให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ การเฝ้าระวัง และติดตามภาวะแทรกซ้อน การจัดการภาวะวิกฤตด้านจิตสังคม การช่วยฟื้นคืนชีพ การจัดการเมื่อมีผู้ติดเชื้อ และการส่งเสริมให้ความรู้ สิ่งนี้จะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย สามารถควบคุมและป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อ COVID-19 ตลอดจน พยาบาลปลอดภัยจากการปฏิบัติงานขณะให้การดูแลผู้ติดเชื้อ COVID-19

เอกสารอ้างอิง

1. The Bangkok Insight. อัปเดตสถานการณ์ ‘โควิด-19’ วันที่ 11 มิถุนายน 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 11 มิ.ย. 2563].
เข้าถึงได้จาก: <https://www.thebangkokinsight.com/375327/>
2. Huang L, Lin G, Tang L, Yu L, Zhou Z. Special attention to nurses' protection during the COVID-19 epidemic. Crit Care [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 12];24:120. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13054-020-2841-7>.
3. กรุงเทพธุรกิจ. ศบค. เผย บุคลากรทางการแพทย์ ติดเชื้อโควิด-19 สะสม 80 ราย [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 11 มิ.ย. 2563].
เข้าถึงได้จาก: <https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/875238>
4. Guo YR, Cao QD, Hong ZS, Tan YY, Chen SD, Jin HJ, et al. The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak – an update on the status. Mil Med Res [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 12];7:11. Available from: <https://doi.org/10.1186/s40779-020-00240-0>

5. Raoult D, Zumla A, Locatelli F, Ippolito G, Kroemer G. Coronavirus infections: Epidemiological, clinical and immunological features and hypotheses. *Cell Stress* [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 12];4: 66–74. Available from: doi: 10.15698/cst2020.04.216
6. Peng X, Xu X, Li Y, Cheng L, Zhou X, Ren B. Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. *IJOS* [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 12];12:9. Available from: <https://doi.org/10.1038/s41368-020-0075-9>
7. World Health Organization (WHO). Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected: interim guidance, 13 March 2020 [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 29]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331446?show=full>
8. Lim J, Jeon S, Shin H, Kim MJ, Seong YM, Lee WJ, et al. Case of the index patient who caused tertiary transmission of coronavirus disease 2019 in Korea: the application of lopinavir/ritonavir for the treatment of COVID-19 pneumonia monitored by quantitative RT-PCR. *JKMS* [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 12];35: e79. Available from: <https://doi.org/10.3346/jkms.2020.35.e79>
9. Salehi S, Abedi A, Balakrishnan S, Gholamrezanezhad A. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): A systematic review of imaging findings in 919 patients. *AJR Am J Roentgenol* 2020;215:87–93.
10. Dong L, Hu S, Gao J. Discovering drugs to treat coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Drug Discov Ther* 2020;4:58–60.
11. Fisher D, Heymann D. Q&A: The novel coronavirus outbreak causing COVID-19. *BMC Medicine* [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 12];18: 57. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01533-w>

12. Bwire GM, Paulo LS. Coronavirus disease-2019: is fever an adequate screening for the returning travelers?. *Tropical Medicine and Health* [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 12];48:14. Available from: <https://doi.org/10.1186/s41182-020-00201-2>
13. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการโต้ตอบภาวะฉุกเฉิน กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 29 มี.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_other/g_other05.pdf
14. Matthay MA, Aldrich JM, Gotts JE. Treatment for severe acute respiratory distress syndrome from COVID-19. *Lancet Res Med* [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 12]. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30127-2](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30127-2)
15. Matos RI, Chung KK, Benjamin J, Borgman MA, Brosch LR, Browning RF, et al. DoD COVID-19 practice management guide: Clinical management of COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 28]. Available from: <http://www.med.umich.edu/surgery/mcccn/documents/DoD-COVID-19-Practice-Management-Guide-V10>
16. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *IJERPH* [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 12];17:1729. Available from: doi:10.3390/ijerph17051729
17. องค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะแห่งประเทศไทย. สธ.เปิดเผยผลสำรวจคนไทยเครียดลดลง หลังรัฐผ่อนคลายมาตรการ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 11 มี.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://news.thaipbs.or.th/content/292597>
18. Ren SY, Gao RD, Chen YL. Fear can be more harmful than the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 in controlling the corona virus

- disease 2019 epidemic. World J Clin Cases 2020;8:652-7.
doi: 10.12998/wjcc.v8.i4.652
19. Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. The lancet psychiatry [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 2];17:300-2. Available from:
[https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30073-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30073-0/fulltext). doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0).
20. คณะกรรมการมาตรฐานการช่วยชีวิต. แนวทางปฏิบัติการช่วยชีวิต สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงสถานการณ์ COVID-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 12 เม.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก:
https://thaicpr.org/?mod=welcome&op=news&news_id=17
21. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดการศพผู้ติดเชื้อ COVID-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 12 เม.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dms.go.th/Content/Select_Landing_page?contentId=20892.
22. Centers for Disease Control and Prevention. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 28]. Available from: <https://www.cdc.gov/media/dpk/diseases-and-conditions/coronavirus/coronavirus-2020.html>

ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ: ความท้าทาย ของการพยาบาล

นิตยา จันทบุตร พย.ม.^{1*}

ครองสินธุ์ เขียนขานาจ ส.ม.²

บทคัดย่อ

ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นการเสื่อมถอยของกระบวนการรู้คิดการสูญเสียความตั้งใจอย่างทันทีทันใด มักมีอาการเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน มีลักษณะอาการเปลี่ยนแปลงขึ้นลงในช่วงวัน เป็นภาวะที่เกิดขึ้นชั่วคราว สามารถฟื้นฟูเป็นปกติได้ สาเหตุของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ปัจจัยเดิมและปัจจัยกระตุ้น ภาวะสับสนเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่ยาวนานขึ้น และอัตราการตายที่สูงขึ้นด้วย ภาวะสับสนเฉียบพลันมี 4 ลักษณะ คือ ตื่นตัว ง่วงซึม ผสมผสาน และระดับความรู้สึกตัวปกติ การวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันสามารถพิจารณาตามเกณฑ์วินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกาฉบับที่ 5 และแบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ง่ายต่อการใช้งาน และเป็นที่นิยม การจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันขึ้นกับสาเหตุของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ทั้งนี้ การจัดการโดยการไม่ใช้ยาเป็นทางเลือก อันดับแรกในการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งประกอบไปด้วย การกระตุ้นเตือนผู้สูงอายุให้อยู่กับปัจจุบันให้รับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล ส่งเสริมภาวะโภชนาการ ส่งเสริมการนอนหลับ เป็นต้น การวินิจฉัยและการรักษาอย่างรวดเร็วสามารถช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากภาวะสับสนเฉียบพลันได้

คำสำคัญ: การพยาบาล, ผู้สูงอายุ, ภาวะสับสนเฉียบพลัน

¹อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

²พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลขอนแก่น

*Corresponding email: geronto6@gmail.com

วันที่รับ (received) 24 มี.ค. 2563 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 22 มิ.ย. 2563 วันที่ตอบรับ (accepted) 23 ก.ค. 2563

Delirium in Elders: Challenges of Nursing Care

Nittaya Chanthabut M.N.S.^{1*}

Khrongsin Khiachanaj M.P.H.²

Abstract

Delirium is acute cognitive dysfunction and inattention, typically lasted and for hours or days with a fluctuating course. Additionally, it is a temporary condition which can usually be recovered to normal. The major causes of delirium in elders consist of predisposing factors and precipitating factors. Besides, Delirium is associated with the longer stay in hospital and high mortality rates. According to its categories, there are hyperactive delirium, hypoactive delirium, alternate between these states, or normal consciousness. Delirium can be diagnosed by applying the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM- 5), and the Confusion Assessment Method (CAM), all of them are popularly used among therapists. To strategically manage, it will run according to the causes of delirium; for instance, the non- pharmacological approaches are the first strategy to prevent and to manage delirium by promoting an older people's reorientation about the person, time, and place, encouraging appropriate nutritional intake, and promoting adequate sleep and rest. Besides, the early detection and treatment can also prevent the complications of delirium.

Keywords: nursing care, elders, delirium

¹Nurse Instructor, Faculty of Nursing, Ratchathani University

²Registered Nurses, Khon Kaen Hospital

*Corresponding email: geronto6@gmail.com

บทนำ

ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นกลุ่มอาการทางจิตประสาทซึ่งปรากฏในลักษณะการเสื่อมลงของความตั้งใจและกระบวนการรู้คิด มักมีอาการเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน และมีลักษณะเปลี่ยนแปลงขึ้นลงภายในหนึ่งช่วงวัน¹⁻³ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยรุนแรง และรักษาตัวในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังพบภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ศูนย์การฟื้นฟู ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้าย เป็นต้น ภาวะสับสนเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กับอัตราการตายสูง พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันในโรงพยาบาลมีอัตราการตายร้อยละ 22-76⁴ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก 5.7 เป็น 9.1 วัน ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและการเข้าสังคมลดลงจาก 0.51 เหลือ 0.15⁵ จำนวนผู้สูงอายุในการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันต้องรักษาในระยะยาว³ จากประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ บางครั้งไม่ได้รับการวินิจฉัย การดูแลรักษาอย่างทันท่วงทีและถูกต้อง การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าพยาบาลไม่สามารถวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันได้ ร้อยละ 75 เนื่องจากผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมและมีภาวะสับสนเฉียบพลันชนิดวงเวียน⁶ จึงมีความยากในการวินิจฉัย และผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันเพียงร้อยละ 2.9 ในขณะที่ตรวจพบความผิดปกติ ของการตั้งใจร้อยละ 35.4 การรับรู้วันเวลาสถานที่ ร้อยละ 29.7 และความจำร้อยละ 77.5⁷ นอกจากนี้ ยังพบว่าเมื่อผู้สูงอายุมีภาวะสับสนเฉียบพลันพยาบาลรับรู้ว่ามีผู้สูงอายุต่อเนื่องจากไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล ดึงอุปกรณ์การรักษาต่างๆ และเป็นภาวะปกติในผู้สูงอายุ จึงได้รับการดูแลโดยการผูกมัดมากกว่าจะได้รับการรักษา จากการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทักษะและการปฏิบัติต่อภาวะสับสนเฉียบพลันของพยาบาลพบว่า ภาพรวมพยาบาลมีความรู้ระดับดี ความรู้และทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ⁸⁻⁹ แต่รายด้านพบว่า ทัศนคติเชิงบวกและเชิงลบมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของพยาบาล⁹ จากผลการวิจัยดังกล่าวสะท้อนว่าควรส่งเสริมความรู้ ร่วมกับการเสริมสร้างทัศนคติเชิงบวกของพยาบาลต่อภาวะสับสนเฉียบพลัน⁸⁻⁹ และยังมีการศึกษาพบว่าพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน และความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังภาวะสับสนเฉียบพลัน อยู่ในระดับมาก ส่วนความรู้เกี่ยวกับการจัดการ

ภาวะสับสนเฉียบพลันอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ความรู้ของพยาบาลมีความแตกต่างกันขึ้นกับประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยเฉพาะพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปี จะมีความรู้ในระดับมาก ส่วนพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่ามีความรู้ต่ำกว่า¹⁰ จะเห็นได้ว่าความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ เป็นสิ่งสำคัญในการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน อย่างไรก็ตาม การที่พยาบาลจะสามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันได้นั้น ต้องมีความรู้เป็นฐาน พยาบาลควรจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุนี้ อย่างไรก็ตาม เป็นความท้าทายอย่างยิ่งสำหรับการพยาบาล พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจ สามารถประเมินอาการและอาการแสดง การวินิจฉัย และการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ ส่งเสริมการพยาบาลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุปลอดภัยจากภาวะสับสนเฉียบพลัน จึงได้เรียบเรียงบทความนี้ขึ้นโดยกล่าวถึงอุบัติการณ์ อาการและอาการแสดง ปัจจัยการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ผลกระทบ พยาธิสรีรวิทยา การวินิจฉัย การจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

อุบัติการณ์

อุบัติการณ์เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ พบว่าในแต่ละปีผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกาเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันมากกว่า 2.6 ล้านคน ซึ่งพบในผู้สูงอายุที่รับการผ่าตัด เรียกว่าภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัดร้อยละ 5-10 ผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกร้อยละ 42 นอกจากนี้ยังพบผู้สูงอายุที่นอนในหอผู้ป่วยวิกฤต และผู้สูงอายุระยะสุดท้ายของชีวิตมีภาวะสับสนเฉียบพลันมากถึงร้อยละ 80 ผู้สูงอายุที่มาโรงพยาบาลด้วยภาวะสับสนเฉียบพลัน มีอัตราการตายร้อยละ 10-26³ สำหรับในประเทศไทยพบว่าอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ ร้อยละ 48.9¹¹ ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังร้อยละ 33.7¹² ผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 12.85¹³ และผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมร้อยละ 45.45¹⁴ ภาวะสับสนเฉียบพลันนั้นพบได้บ่อยในผู้สูงอายุและมีความรุนแรงทำให้เสียชีวิตได้ พยาบาลควรมีความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะอาการของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุเพื่อให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ลักษณะอาการของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันนั้น มักมีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวอย่างเฉียบพลัน มีอาการแสดงของระยะนำมาก่อนซึ่งมีการดำเนินอย่างช้าๆ เกิดชั่วคราว มักพบความวิตกกังวล วิตถวล อ่อนเพลีย ไม่ค่อยมีสมาธิ กระสับกระส่าย เมื่อรักษาได้ทันที่อาการจะหายไป หากมีการดำเนินของภาวะนี้ต่อเนื่องจะพบการสูญเสียการจดจำ ต้องถามคำถามซ้ำบ่อยๆ วอกแวกง่าย ความจำเสื่อม กระวนกระวาย เหนื่อยเมื่อยและแยกตัว แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง อารมณ์แปรปรวน การรับรู้ผิดปกติ เห็นภาพหลอน มีอาการทางระบบประสาท เช่น ท่าเดินไม่มั่นคง สั่นกระตุก อ่านเขียนไม่ได้⁴ ภาวะสับสนเฉียบพลันส่วนใหญ่แบ่งเป็น 3 ชนิดได้แก่ ตื่นตัว ง่วงซึม และผสมผสาน^{1,4,15} นอกจากนี้ยังพบชนิดที่ระดับความรู้สึกตัวปกติด้วย³ ดังนี้

1. ภาวะสับสนเฉียบพลันชนิดตื่นตัว (Hyperactive delirium) มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวในลักษณะตื่นตัวมากกว่าปกติ มีพฤติกรรมก้าวร้าว อยู่ไม่สุข กระวนกระวาย โวยวาย ดึงสายอุปกรณ์ต่างๆ

2. ภาวะสับสนเฉียบพลันชนิดง่วงซึม (Hypoactive delirium) มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวในลักษณะง่วงซึม หลับมาก มักถูกมองข้ามไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควรทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการรักษา

3. ภาวะสับสนเฉียบพลันชนิดผสมผสาน (Mixed delirium) มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวในลักษณะผันผวน อาการขึ้นๆ ลงๆ มีทั้งแบบตื่นตัวและง่วงซึมในระหว่างวัน

4. ภาวะสับสนเฉียบพลันแบบระดับความรู้สึกตัวปกติ (Normal consciousness delirium) ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลง ตื่นตัวเหมือนปกติ แต่มีความคิดไม่เป็นระบบ ไม่สามารถปะติดปะต่อเป็นเรื่องเป็นราว (Focus) ได้

จากลักษณะอาการแสดงของผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันนั้นมีหลายลักษณะโดยเฉพาะชนิดง่วงซึมและชนิดระดับความรู้สึกตัวปกติที่ค่อนข้างมีความยากในการประเมินอาการของภาวะสับสนเฉียบพลัน นอกจากนี้พยาบาลยังต้องประเมินปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุด้วย นับเป็นความท้าทายของการพยาบาล

ปัจจัยการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ

การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุมีหลายสาเหตุ อาจเกิดจากปัจจัยเดียวหรือหลายๆ ปัจจัย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มหลักๆ คือ ปัจจัยเดิมและปัจจัยกระตุ้น^{4,11,13,16} ดังนี้

1. ปัจจัยเดิม หมายถึงสิ่งที่ผู้สูงอายุเป็นมาก่อนที่จะเข้ามาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ได้แก่ อายุ ยิ่งอายุมากขึ้นยิ่งมีความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป เพศ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง กระบวนการรู้คิดเปลี่ยนแปลงเช่น ภาวะสมองเสื่อม หรือเคยมีอาการสับสน ภาวะซึมเศร้า ความสามารถเชิงปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับภาวะพึ่งพา การจำกัดการเคลื่อนไหว การเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยหรือมีประวัติหกล้ม ประสาทสัมผัสบกพร่อง ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การเจ็บป่วยรุนแรง หลากหลายโรค เจ็บป่วยด้วยโรคไต ไต หลอดเลือดสมอง ระบบประสาท ความไม่สมดุลของกรดด่าง กระดูกหัก การบาดเจ็บ ระยะสุดท้ายของชีวิต ภูมิคุ้มกันบกพร่อง การได้รับยากลุ่มจิตเภทยับยั้งต่อเนื่องเป็นประจำ ได้รับยาหลายชนิด ได้รับยาในขนาดสูง ยานอนหลับ ยากลุ่ม Anticholinergic การเจ็บป่วยด้วยโรคทางระบบประสาท ได้แก่ โรคหลอดเลือดในสมอง การไหลเวียนโลหิตในสมอง เลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง และเยื่อหุ้มสมองอักเสบ

2. ปัจจัยกระตุ้น หมายถึงปัจจัยใหม่ส่งเสริมให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ได้แก่

1) การเจ็บป่วยมีความเกี่ยวข้องกับ การติดเชื้อ ใช้ ผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษา (iatrogenesis) การเจ็บป่วยที่รุนแรง การขาดออกซิเจน ภาวะช็อก อุณหภูมิร่างกายต่ำ ภาวะช็อค ภาวะขาดน้ำ ขาดสารอาหาร อัลบูมินต่ำ โรคลมชัก การเผาผลาญเปลี่ยนแปลง ภาวะน้ำตาลต่ำ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ความปวด ความไม่สมดุลของสารอิเล็กโทรไลต์ โดยเฉพาะโซเดียม โพแทสเซียม และฟอสฟอรัส

2) การผ่าตัดเกี่ยวกับระบบกระดูกและข้อ หลอดเลือดหัวใจ รวมทั้ง การผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป

3) สิ่งแวดล้อม ได้แก่ การได้รับการกระตุ้นจากแสง เสียง กลิ่น การมีกิจกรรมบ่อยครั้ง หอผู้ป่วยวิกฤต การเปลี่ยนที่นอนหรือเตียงบ่อยๆ

4) การนอนไม่หลับ มีความเกี่ยวข้องเนื่องกับการเปลี่ยนแปลงของเซโรโทนิน (Serotonin) และนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ส่งผลให้การรับรู้ข้อมูลผิดปกติ

5) ยา ได้แก่ กลุ่ม Analogs, Antibiotic, Anticholinergic, Diuretic, Antihypertensive, Bronchodilator, Cardiovascular, H₂ – receptor antagonist, Miscellaneous, Sedative, Steroids, Metoclopramide การได้รับยาหลายชนิด

6) สภาพทางอารมณ์ ได้แก่ ความวิตกกังวล ตกใจ ความกลัว ภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นระบบประสาท

7) การจำกัดการเคลื่อนไหว เช่น การผูกมัด การคาท่อช่วยหายใจ การคาสายสวนปัสสาวะ การมีข้อจำกัดของการเคลื่อนไหว เป็นต้น

ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ นั้น มีสาเหตุจากทั้งปัจจัยเดิมและปัจจัยกระตุ้น ซึ่งเป็นความท้าทายทางการพยาบาล พยาบาลควรค้นหาปัจจัยของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันเพื่อป้องกัน ชัดหรือลด ปัจจัยสาเหตุที่สามารถจัดการได้ เพื่อลดผลกระทบของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

ผลกระทบของภาวะสับสนเฉียบพลัน

ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และทีมสุขภาพดังนี้^{3,17-19}

1. ผู้สูงอายุ เกิดแผลกดทับ หลอดเลือดดำอุดตัน ภูมิคุ้มกันต่ำ ทูพพลภาพ ข้อติด เสียชีวิต นอนโรงพยาบาลนานขึ้น ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น การพักฟื้น ใช้เวลานานขึ้น สมองทำหน้าที่เสื่อมลงเป็นเวลามากกว่า 1 ปี และติดเชื้อในระบบต่างๆ เช่น ทางเดินปัสสาวะ กระแสเลือด ทางเดินหายใจ เป็นต้น

2. ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวล เพิ่มภาระค่าใช้จ่าย

3. ทีมสุขภาพ เกิดความความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล ใช้เวลารักษานาน อัตราการตายและอัตราการครองเตียงเพิ่มขึ้น ภาระงานเพิ่มขึ้นด้วยอัตราค่าจ้างที่จำกัด

ผลกระทบของภาวะสับสนเฉียบพลันนั้น มีความรุนแรงจนเสียชีวิต จึงควรได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว พยาบาลควรทำความเข้าใจเกี่ยวพยาธิสรีรวิทยา ของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ

พยาธิสรีรวิทยา

การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ ยังไม่ชัดเจน แต่เชื่อว่าเกิดจากหลายกระบวนการดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงเมตาบอลิซึมของสมอง ซึ่งมีหลายสาเหตุ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท จำพวกสาร Acetylcholine, Dopamine, Norepinephrine, Melatonin, Gamma-aminobutylic acid (GABA) และ Serotonin การเปลี่ยนแปลงของกรดอะมิโน โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของ Tryptophan และ Phenylalanine ส่งผลให้ Dopamine และ Norepinephrine สูงกว่าปกติ รวมทั้งภาวะเครียดและการเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลต่อ Dopamine norepinephrine เมื่อ Dopamine เพิ่มขึ้นจะควบคุมการหลั่งของ Acetylcholine ดังนั้นควรเฝ้าระวังภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ได้ยากระตุ้น Dopamine นอกจากนี้ยังเกิดจากกระบวนการอักเสบ เมื่อร่างกายเกิดการอักเสบทำให้ออกซิเจนส่งผ่านเข้าสู่สมองโดยผ่านตัวกรองกั้นระหว่างเลือดกับสมอง (Blood brain barrier) ไปเลี้ยงสมองลดลง ทำให้แรงดันในสมองเพิ่มขึ้น จากการตีบของหลอดเลือดฝอย ทำให้หลอดเลือดในสมองตีบและภาวะพร่องออกซิเจน ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ^{4,15}

2. การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุตามกระบวนการสูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทคือ Acetylcholine ลดลง ทำให้เมตาบอลิซึมในสมองเปลี่ยนแปลง อีกทั้งมีการเปลี่ยนแปลงวงจรการนอนหลับของผู้สูงอายุ โดยมีการเปลี่ยนแปลงของระยะการเคลิ้มหลับที่ยาวนานขึ้นและ การหลับลึกสั้นลง ในช่วงการหลับนั้นมีการตื่นสลับการหลับลึกและหลับตื้น นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร การย่อยการดูดซึมลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเบื่ออาหาร รวมทั้งภาวะเจ็บป่วย และการจำกัดอาหาร ส่งผลให้โภชนาการบกพร่อง¹⁵

การที่พยาบาลมีความเข้าใจพยาธิสรีรวิทยาการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันนั้น ทำให้พยาบาล ตระหนักว่าผู้สูงอายุ มีโอกาสเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ และสามารถป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ด้วยการลดปัจจัยส่งเสริมการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และขณะเดียวกันพยาบาลยังต้องวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันให้ได้ด้วย

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลัน ตามเกณฑ์มาตรฐานของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน คือ The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) หรือ DSM V จำเป็นต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญหรือจิตแพทย์ส่วนแบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน (Confusion Assessment Method; CAM) นั้นใช้อย่าง บุคลากรทางด้านสุขภาพสามารถใช้ได้ แต่ต้องได้รับการฝึกฝนให้เกิดความชำนาญ¹⁹⁻²² ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันตาม The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) หรือ DSM V มีคุณลักษณะ 5 ข้อดังนี้

- 1) มีความผิดปกติของความสนใจ ได้แก่ การสูญเสียการคงความสนใจ การจดจ่อ การเสียสมาธิหรือการรับรู้ต่อสภาพแวดล้อม
- 2) เกิดความผิดปกติในช่วงเวลาสั้นๆ หรือ หลายชั่วโมงหรือไม่กี่วัน มีการเปลี่ยนแปลงระดับความสนใจและการรับรู้ เปลี่ยนไปจากเดิม และมีอาการผันผวนขึ้นๆ ลงๆ ในระหว่างวัน
- 3) มีความผิดปกติของกระบวนการคิด ได้แก่ ความจำบกพร่อง ไม่รับรู้ วัน เวลา สถานที่ ภาษา ไม่สามารถเชื่อมโยงภาพที่เห็นในหลายมิติที่เกี่ยวข้อง
- 4) ความผิดปกติในข้อที่ 1 และ 2 ไม่ได้เกิดจากความผิดปกติของโรคระบบประสาทอย่างอื่นที่เป็นอยู่เดิม และไม่ได้เกิดขึ้นในขณะที่ความรู้สึกตัวลดลงในระดับโคมา
- 5) มีหลักฐานเชิงประจักษ์ จากประวัติ ผลตรวจร่างกาย หรือ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ บ่งชี้ว่าความผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นผลจากสภาวะทางกาย ยา สารเสพติด สารพิษ การขาดยา การถอนยา หรือจากหลายสาเหตุร่วมกัน

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลัน ตามเครื่องมือประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน (Confusion Assessment Method; CAM)²²⁻²⁴ เป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับและใช้อย่างกว้างขวางในปัจจุบัน มีการแปลจากต้นฉบับเป็นหลากหลายภาษารวมทั้งฉบับภาษาไทย ซึ่งมีความไวร้อยละ 91.9 และมีความเฉพาะเจาะจงร้อยละ 100²³ เกณฑ์การวินิจฉัยตามเครื่องมือ CAM ประกอบด้วย 4 คุณลักษณะ ได้แก่

- 1) การเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลัน เปลี่ยนแปลงขึ้นๆ ลงๆ ประเมินจากการสังเกตสอบถามจากญาติว่ามีอาการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆ ลงภายใน 1-2 วันหรือไม่
- 2) การไม่ตั้งใจ ประเมินจากการขาดความจดจ่อ การขานเลขตามที่บอก
- 3) กระบวนการคิดไม่เป็นระบบ

ประเมินจากการพูดไม่ต่อเนื่อง ไม่สมเหตุสมผล และ 4) การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึก ประเมินจากแบบประเมินการง่วงซึม กระวนกระวาย (The Richmond Agitation and Sedation Scale; RASS)

การวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันได้เมื่อมีคุณลักษณะตามเกณฑ์ข้อที่ 1 และ 2 ร่วมกับข้อที่ 3 หรือข้อที่ 4 ข้อใดข้อหนึ่ง สำหรับผู้สูงอายุที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ให้ใช้แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันสำหรับหอผู้ป่วยวิกฤต (The confusion assessment method for the intensive care unit; CAM-ICU) มีความไวร้อยละ 92.3 และมีความเฉพาะเจาะจงร้อยละ 94.7 ใช้เวลาเพียง 1-2 นาที²⁵ สำหรับเกณฑ์การวินิจฉัย CAM และ CAM-ICU เป็นเกณฑ์เดียวกัน ในการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันนั้นมี 2 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 การประเมินความรู้สึกตัวโดยใช้ RASS^{26,27} ซึ่งเป็นค่าต่อเนื่อง 10 ค่า จาก -5 ถึง +4 แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ กระวนกระวาย (+1 ถึง +4) ตื่นตัวปกติ (0) และง่วงซึม (-1 ถึง -5) ดังนี้

-5 ปลุกไม่ตื่น ไม่ตอบสนองต่อเสียง หรือการกระตุ้นทางกาย

-4 หลับลึก ไม่ตอบสนองต่อเสียง แต่มีการเคลื่อนไหว หรือลืมตาเมื่อกระตุ้นทางกาย

-3 หลับปานกลาง มีการเคลื่อนไหว หรือลืมตาเมื่อเรียก (แต่ไม่สบตา)

-2 หลับตื้น ปลุกตื่นในช่วงสั้นๆ และสบตาเมื่อเรียก ได้ < 10 วินาที

-1 ง่วงซึม ปลุกตื่นด้วยเสียงเรียก แต่ตื่นไม่เต็มที่ และ สบตาได้นาน ≥ 10 วินาที

0 ตื่นตัว และสงบ

+1 พักไม่ได้ กระสับกระส่าย หวาดวิตก มีการเคลื่อนไหวที่ไม่ก้าวร้าว รุนแรง

+2 กระวนกระวาย มีการเคลื่อนไหวอย่างไม่มีเป้าหมายบ่อยครั้ง ต้านเครื่องช่วยหายใจ

+3 กระวนกระวายมาก ดึงท่อ หรือ สายสวนต่างๆ ก้าวร้าว

+4 ต่อสู้ ต่อสู้มีความรุนแรง เป็นอันตรายต่อบุคลากรในทันทีทันใด

ถ้า RASS เป็น -4 หรือ -5 ให้หยุด ประเมิน และประเมินผู้สูงอายุซ้ำในเวลาต่อไป ถ้า RASS มากกว่า -4 (-3 ถึง +4) ให้ดำเนินการต่อในขั้นที่ 2

ขั้นที่ 2 คือ การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันตามคุณลักษณะหลักทั้ง 4 ข้อและวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันตามเกณฑ์ที่กล่าวมาแล้ว

การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันนั้นพยาบาลต้องฝึกทักษะให้เกิดความชำนาญเพื่อให้สามารถประเมินได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ นับเป็นความท้าทายของการพยาบาล เมื่อผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันแล้ว ควรได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ทั้งนี้แม้ผู้สูงอายุไม่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน แต่มีโอกาสดังกล่าวนี้ได้ตลอดเวลาจึงต้องมีการจัดการอาการอย่างเหมาะสม

การจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ

การจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุนั้น ต้องใช้วิธีการแบบผสมผสาน เพราะสาเหตุการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันนั้น เป็นไปได้มากมายที่เกิดจากปัจจัยเดียว นับเป็นความท้าทายของการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ โดยเป้าหมายของการจัดการนั้นต้องขจัดปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งประกอบด้วย การจัดการด้วยการไม่ใช้ยาและการใช้ยาเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และรักษาภาวะสับสนเฉียบพลัน ดังนี้^{2-4,28-31}

1. การจัดการโดยไม่ใช้ยา เป็นการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันอันดับแรก ที่เลือกใช้และได้ผล ทั้งในด้านการป้องกัน และการรักษา ได้แก่

1) ค้นหาปัจจัยทั้งปัจจัยเดิมและปัจจัยกระตุ้น ประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันโดยใช้แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุทุกราย และเมื่อเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันควรค้นหาสาเหตุการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ให้การรักษา ลดหรือขจัดสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

2) การจัดการเรื่องการรับรู้ เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมให้แสงสว่างเพียงพอ ลดแสงจ้า และเงา การให้รับรู้วันเวลา สถานที่ จัดให้มีปฏิทิน นาฬิกา ที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน แสงสว่างเพียงพอในช่วงกลางวัน กลางคืนเปิดไฟเท่าที่จำเป็น ให้สวมแว่นสายตา หูฟัง น้ำของส่วนตัวที่คุ้นเคยเช่น รูปถ่าย หมอน มาใช้ในโรงพยาบาล และสนับสนุนให้บุคคลที่คุ้นเคยดูแล ไม่ย้ายเตียงบ่อยๆ การใช้โทนสี เพื่อกระตุ้นความจำ เมื่อมีการเปลี่ยนผู้ดูแล หรือสถานที่ ให้แนะนำบุคคล สถานที่ เวลาทุกครั้ง ไม่เปลี่ยนผู้ดูแลบ่อยๆ ลดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม

ในผู้ที่ไม่รับรู้ วัน เวลา สถานที่ ซึ่งอาการสับสนเฉียบพลันจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อได้รับการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมมากเกินไป จัดสิ่งกระตุ้นสิ่งที่ทำให้สับสนหรือรับรู้ผิดปกติ เช่น รูปภาพบนผาผนัง หรือโทรทัศน์ เป็นต้น

3) การส่งเสริมการนอนหลับ จัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการนอนหลับ เช่น แสง เสียง และลดกิจกรรมที่รบกวนการนอนของผู้สูงอายุ เช่น การรวมกิจกรรมการรักษาพยาบาลหลายเรื่องไว้ด้วยกัน จัดสาเหตุของการนอนไม่หลับ เช่น ความเครียด วิดกกังวล ความปวด เป็นต้น

4) ส่งเสริมภาวะโภชนาการ ดูแลให้ได้รับสารน้ำ สารอาหารอย่างเพียงพอ ป้องกันภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์

5) ส่งเสริมให้มีการเคลื่อนไหว เช่น การลุกจากเตียงภายใน 24 ชั่วโมง หลังการผ่าตัด การพลิกตะแคงตัว ส่งเสริมให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง หลีกเลี่ยงการผูกมัด และผูกมัดเมื่อจำเป็นเท่านั้น

6) พยาบาลสร้างทัศนคติที่ดีต่อภาวะสับสนเฉียบพลัน ยอมรับความรู้สึกกลัวและความรู้สึกต่างๆ ของผู้สูงอายุ อนุญาตให้ทำพิธีกรรมทางศาสนา เพื่อลดความวิตกกังวล พยาบาลต้องสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ของตนเอง ความมีเหตุผลไม่โต้แย้ง ตอบสนองด้านอารมณ์ความรู้สึกมากกว่าเนื้อหา ของความหลงผิดหรือประสาทหลอน ตระหนักและยอมรับในการรับรู้ของผู้สูงอายุ

7) การสื่อสาร ให้ข้อมูลผู้สูงอายุเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นและสิ่งที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต เมื่อมีอาการสับสนให้ผู้สูงอายุตัดสินใจน้อยที่สุด ติดตั้งสัญญาณสำหรับติดต่อเจ้าหน้าที่ การเข้าหาผู้สูงอายุต้องเข้าด้านหน้าอย่างช้าๆ และนุ่มนวล ไม่คุกคาม สื่อสารกับผู้สูงอายุด้วยภาษาง่ายๆ ตรงไปตรงมาเป็นขั้นตอน ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัว เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันทั้งอาการและอาการแสดง การรักษาและการป้องกัน

8) ส่งเสริมการขยับถ่าย ป้องกันภาวะท้องผูก ภาวะปัสสาวะคั่งค้าง

9) การป้องกันการติดเชื้อในระบบต่างๆ เช่น การไม่ใส่สายสวนปัสสาวะ ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การป้องกันหลอดเลือดอักเสบจากการให้สารน้ำ และยาทางหลอดเลือดดำ การดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เป็นต้น

2. การจัดการด้วยการใช้ยา ยังไม่มียาในการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน สำหรับยาที่ใช้ในการรักษาที่ใช้บ่อยสำหรับผู้ที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันชนิด Hyperactive delirium คือกลุ่ม Antipsychotics เช่น Haloperidol, Risperidone

เพราะออกฤทธิ์ต้าน Anticholinergic ต่ำ ส่วนการใช้ยาในกลุ่ม Benzodiazepine มีผลให้ผู้สูงอายุสงบลงแต่ไม่ทำให้อาการสับสนหายไป และกระตุ้นให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันมากขึ้น

การป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นความท้าทายทางการแพทย์ เนื่องจากมีความยากในการจัดการหลายอย่าง เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมในห้องผู้ป่วย ให้เงียบสงบ การไม่ผูกมัดผู้สูงอายุเมื่อมีอาการกระวนกระวาย การสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ของพยาบาล เป็นต้น การป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันหากพยาบาลสามารถดำเนินการได้นั้นจะช่วยลดอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ดังนั้นพยาบาลควรค้นหาปัจจัยเสี่ยง และป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ทั้งนี้เมื่อเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันแล้วพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการค้นหาปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ดูแลจัดการสิ่งแวดล้อม การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ส่งเสริมการนอนหลับ ส่งเสริมภาวะโภชนาการ การดูแลให้ยาตามแผนการรักษา การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอยู่กับปัจจุบัน การไม่โต้แย้ง การสื่อสารอย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้สูงอายุพ้นหายจากภาวะสับสนเฉียบพลันได้

กรณีศึกษา

ผู้สูงอายุเพศหญิงอายุ 79 ปี ภายหลังรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันชนิด Hyperactive จากการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันด้วยแบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันสำหรับหอผู้ป่วยวิกฤต (CAM-ICU) ในขั้นที่ 1 การประเมินความรู้สึกตัวโดยใช้ RASS พบว่าระดับคะแนน RASS +2 คือผู้สูงอายุมีอาการหายใจไม่สัมพันธ์เครื่องช่วยหายใจ กระสับกระส่าย ขั้นที่ 2 ประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน พบว่า

1) มีอาการเกิดขึ้นทันทีทันใด ตื่น ลืมตา ไม่นอน ในช่วงเวลา 18.00 - 24.00 น. 2) การทดสอบความสนใจและการตั้งใจ ไม่สามารถบีบมือผู้ตรวจเมื่ออ่านเลข 1 3) ระดับความรู้สึกตัว RASS 2 + 4) การทดสอบกระบวนการทางความคิด การทดสอบโดยผู้ทดสอบชูนิ้วมือ 2 นิ้ว นิ้วชี้และนิ้วกลาง ต่อหน้าผู้สูงอายุแล้วให้ผู้สูงอายุทำตาม ผู้สูงอายุไม่ทำตาม จากผลการประเมินผู้สูงอายุมีลักษณะเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยว่า CAM-ICU positive คือมีคุณลักษณะเข้าเกณฑ์ทั้ง 4 ข้อ คือ 1) การเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลัน เปลี่ยนแปลงขึ้น ๆ ลง ๆ

2) การไม่ตั้งใจ 3) กระบวนการคิดไม่เป็นระบบ และ 4) การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สติ

ปัจจัยเดิมของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ความสูงอายุ อายุมากกว่า 65 ปี 2) การมองเห็นไม่ชัดเจน และ 3) การได้ยินไม่ชัดเจน ส่วนปัจจัยกระตุ้นประกอบด้วย 10 ปัจจัย ได้แก่ 1) ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ระดับคะแนน APACHE score II เพิ่มขึ้นจาก 26 คะแนนเป็น 29 คะแนน 2) ภาวะติดเชื้อของร่างกาย 2 ระบบ คือระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบทางเดินหายใจ 3) ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ 4) ยาที่ได้รับได้แก่โดปามีน (Dopamine) และดอร์มิจัม (Dormicum) การได้รับยาหลายชนิด ทั้งยาปฏิชีวนะ และยาแก้ปวด 5) ความผิดปกติของระบบการเผาผลาญ คือ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) และยังพบภาวะเสียสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ ภาวะโซเดียมสูง (Hypernatremia) ภาวะกรดจากการเผาผลาญ (Metabolic acidosis) ภาวะไข้ และภาวะทุพโภชนาการ 6) ความปวด 7) ได้รับการผูกข้อมือทั้งสองข้าง 8) ได้รับการสอดใส่อุปกรณ์ช่วยเหลือทางการแพทย์ ได้แก่ ใส่สายยางทางจมูกและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การคาสายสวนปัสสาวะ การใส่ท่อช่วยหายใจทางหลอดลมคอ 9) การเจ็บป่วยที่รุนแรง และ 10) ด้านสิ่งแวดล้อมคือการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

การจัดการอาการภาวะสับสนเฉียบพลัน 1) แพทย์ผู้รักษทำการค้นหาสาเหตุ และให้การรักษาตามอาการ และมีการระบุ ดอร์มิจัม 2 มิลลิกรัม ให้ทางหลอดเลือดดำ เมื่อมีอาการสับสนเฉียบพลัน 2) พยาบาลให้การพยาบาลโดยการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ (การพลัดตกเตียง) พุดคุยทบทวน วัน เวลา สถานที่ บุคคล ดูแลให้ยาตามการรักษา เช็ดตัวลดไข้ ดูแลเรื่องการให้สารน้ำอย่างเพียงพอ และติดตามประเมินอาการของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง 3) การจัดการโดยญาติ ญาติพุดคุยกับผู้สูงอายุบอก เวลาและสถานที่

ผลกระทบของภาวะสับสนเฉียบพลัน ญาติมีความวิตกกังวลในการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ “ผู้สูงอายุจะหายจากการเจ็บป่วยหรือเปล่าคะ นอนซึมตลอดเลย” “ขอคุยกับคุณหมอได้หรือเปล่าคะ อยากให้ผู้สูงอายุกลับบ้านคะ ถ้าอาการไม่ดีขึ้น”

ผลลัพธ์ของภาวะสับสนเฉียบพลัน ผู้สูงอายุมีอาการซึมปลุกไม่ตื่น เมื่อมีอาการของภาวะสับสนเฉียบพลัน 6 วัน ญาติจึงขออนุญาตผู้สูงอายุกลับบ้าน

บทวิจารณ์

จากกรณีศึกษาหลังการดูแลผู้สูงอายุมีอาการไม่ดีขึ้นอาจเกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลายโรค (Comorbid) และการเจ็บป่วยที่รุนแรง มีปัจจัยการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลายปัจจัย ได้รับการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยาซึ่งมีผลให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันมากขึ้นได้ เช่น การผูกมัด เนื่องจากผู้สูงอายุเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันชนิดตื่นตัว ผู้สูงอายุจะไม่อยู่นิ่ง จึงเป็นทางเลือกในการจัดการที่มักพบเห็นว่าผู้สูงอายุได้รับการผูกมัด แม้ว่าการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน แนะนำให้หลีกเลี่ยง แต่ด้วยความจำเป็นเพื่อป้องกันผู้สูงอายุติงอุปกรณ์การรักษาต่างๆ ซึ่งเป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุ สิ่งที่ควรดำเนินการในอนาคตของหอผู้ป่วย ควรดำเนินการอย่างไรดีนั้นยังเป็นข้อขัดแย้ง เนื่องจากยังมีคำแนะนำว่าสามารถผูกมัดได้เมื่อจำเป็น ดังนั้น ควรมีการดูแลตามมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผูกมัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น อีกทั้งผู้สูงอายุยังได้รับการรักษาด้วยยากลุ่ม เบนโซไดอาเซพีน (Benzodiazepine) ซึ่งไม่มีผลต่อการรักษาภาวะสับสนเฉียบพลัน แต่ทำให้ผู้สูงอายุสงบลงเท่านั้น เป็นสิ่งที่ทีมสุขภาพควรทบทวนในการใช้ยารักษาภาวะสับสนเฉียบพลันด้วย

ปัจจุบันการศึกษาภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศมีความสอดคล้องกันกล่าวคือ เป็นการศึกษาเชิงปริมาณในลักษณะการศึกษาหาความชุก อุบัติการณ์ ในบริบทต่างๆ ทั้ง ในโรงพยาบาล ชุมชน ศูนย์การดูแลผู้สูงอายุเรื้อรัง การสร้างแบบประเมินคัดกรองภาวะสับสนเฉียบพลัน การสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล การหาความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ผลกระทบของภาวะสับสนเฉียบพลัน ส่วนประเด็นที่แตกต่างคือไม่พบการศึกษาความตระหนักของแพทย์และพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันในประเทศไทย โอกาสพัฒนานั้นควรมีการพัฒนาด้านสมรรถนะของพยาบาลในการพยาบาลดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันของพยาบาล การกำหนดให้ชัดเจนซึ่งในต่างประเทศมีการกำหนดเป็นข้อๆ และมีการประเมินติดตาม การศึกษาลักษณะเฉพาะทางคลินิกของผู้สูงอายุโดยเฉพาะลักษณะของอาการและอาการแสดงไม่ชัดเจน (Atypical presentation) ซึ่งอาจทำให้การประเมินอาการมีความผิดพลาดได้ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันชนิดง่วงซึมมักถูกละเลย อีกประเด็นที่น่าสนใจคือ

การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา เพื่อป้องกันการและรักษาภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ ควรมีการทบทวนกระบวนการชราภาพ มีความเกี่ยวข้องหรือมีผลอย่างไรต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และทัศนคติของพยาบาลต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ รวมทั้งการตระหนักของพยาบาลต่อภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ

สรุป

ภาวะสับสนเฉียบพลัน พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เป็นภาวะที่พยาบาลต้องประเมินให้ได้อย่างทันทั่วถึงเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาและฟื้นฟูเป็นปกติ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาซึ่งรุนแรงจนเสียชีวิต การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน มีปัจจัยการเกิดที่หลีกเลี่ยงไม่ได้คือความสูงอายุ พยาบาลจึงต้องตระหนักว่าผู้สูงอายุทุกคนมีโอกาสเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ นับเป็นความท้าทายของการพยาบาลเพื่อการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะดังกล่าว รวมทั้งการประเมินการวินิจฉัย การบำบัดรักษา ทั้งนี้การรักษาพยาบาลที่ดีที่สุดคือ การป้องกันการเกิดโดยการลดปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะสับสนเฉียบพลัน

เอกสารอ้างอิง

1. Inouye SK, Westendorp RGJ, Saczynski JS. Delirium in elderly people. Lancet 2014;383:911-22.
2. Cabrera GM, Kornusky JRM. Delirium in older patients. Ipswich, Massachusetts: EBSCO Publishing; 2018.
3. Schub TB. Delirium: an overview. Ipswich, Massachusetts: EBSCO Publishing; 2018.
4. Inouye SK. Delirium in older persons. NEJM 2006; 354:1157-65.
5. Fick DM, Steis MR, Waller JL, Inouye SK. Delirium superimposed on dementia is associated with prolonged length of stay and poor outcomes in hospitalized older adults. J Hosp Med 2013;8:500-5.

6. Rice KL, Bennett M, Gomez M, Theall KP, Knight M, Foreman MD. Nurses' recognition of delirium in the hospitalized older adult. *Clinical Nurse Specialist* 2011;25:299-311.
7. Bellelli G, Nobili A, Annoni G, Morandi A, Djade CD, Meagher DJ, et al. Under-detection of delirium and impact of neurocognitive deficits on in-hospital mortality among acute geriatric and medical wards. *Eur J Intern Med* 2015; 26:696-704.
8. สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์, มยุรี ลีทองอิน, สุภาวดี เทียงธรรม, สาวิตรี สมมงคล, ธารินี เพชรรัตน์, ศจีมาศ แก้วโคตร. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ กับพฤติกรรมการพยาบาลของพยาบาลในการดูแลภาวะสับสนเฉียบพลัน หลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ. *ศรีนครินทร์เวชสาร* 2562;34:281-5.
9. ลีต้า อาษาวิเศษ, มยุรี ลีทองอิน, สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์. ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของพยาบาลต่อภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ* 2562;37:235-43.
10. ปรียวดี เทพมุสิก, ศศิธร ชำนาญผล, นิตยา กรายทอง, สุกัญญา ผลวิสุทธิ, จันทนา นิลาศน์, จรูญศรี มีหนองหว้า. ความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน การเฝ้าระวังและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผู้ใหญ่วิกฤติของพยาบาลวิชาชีพงานห้องผู้สูงอายุหนัก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์* 2560;1:70-85.
11. Srinonprasert V, Pakdeewongse S, Assanasen J, Eiamjinnasuwat W, Sirisuwat A, Limmathuroskul D, et al. Risk factors for developing delirium in older patients admitted to general medical wards. *J Med Assoc Thai* 2011;94:99-104.
12. ศรีสรลักษณ์ สุ่มงคล, นัยนา พิพัฒน์วณิชชา, พรชัย จุลเมตต์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 3 "นวัตกรรมที่พลิกโฉมสังคมโลก"; 25 พฤษภาคม 2561; มหาวิทยาลัยราชธานี. อุบลราชธานี; 2561. หน้า. 364-76.

- 13.ทิพย์เนตร งามกาละ, พรทิพย์ มาลาธรรม, อรพิชญา ไกรฤทธิ์. อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล. ราชกิจจานุเบกษา 2561;24:138-49.
- 14.กัญญา ปุกคำ, กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์, ธารทิพย์ วิเศษธาร. การประเมินความเป็นไปได้และผลลัพธ์ทางคลินิกของการใช้โปรแกรมการประเมินการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในหอผู้ป่วยอายุวิกฤตศัลยกรรม. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2562;6:68-86.
- 15.ปณิดา ลิมปะวัฒนะ. กลุ่มอาการผู้สูงอายุ และประเด็นทางสุขภาพที่น่าสนใจ. ขอนแก่น: หน่วยงานเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2560.
- 16.Inouye SK, Charpentier PA. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons: predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. JAMA 1996;275:852-7.
- 17.สุวรรณ สกประเสริฐ, วิไลพรรณ สมบุญตนนท์, พรทิศา วิศวจารย์, นิติพร สิริทิพากร. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะ delirium ในผู้สูงอายุสูงอายุโรงพยาบาลศิริราช. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2558;33:60-8.
- 18.กมลกานต์ ปรีชาธีรศาสตร์, จิราพร เกศพิชญวัฒนา. การสร้างเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2559;28:79-89.
- 19.Oh ES, Fong TG, Hsieh TT, Inouye SK. Delirium in older persons: advances in diagnosis and treatment. JAMA 2017;318:1161-74.
- 20.กุลธิดา เมธาวดี. ภาวะสับสนเฉียบพลันการวินิจฉัย แบบประเมินและแนวทางการรักษา. วารสารสมาคมประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออก เชียงเหนือ 2561;13:21-9.
- 21.Tieges Z, Evans JJ, Neufeld KJ, MacLulich AMJ. The neuropsychology of delirium: advancing the science of delirium assessment. Int J Geriatr Psychiatry 2018;33:1501-11.

22. Woten MRB, Pilgrim JRBM. Delirium in older patients: providing care in the acute care setting. Ipswich, Massachusetts: EBSCO Publishing; 2017.
23. Wongpakaran N, Wongpakaran T, Bookamana P, Pinyopornpanish M, Maneeton B, Lertrakarnnon P, et al. Diagnosing delirium in elderly Thai patients: Utilization of the CAM algorithm. BMC Fam Pract 2011;12:65.
24. Inouye SK, Van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the confusion assessment method: a new method for detection of delirium. Ann Intern Med 1990;113:941-8.
25. Pipanmekaporn T, Wongpakaran N, Mueankwan S, Dendumrongkul P, Chittawatanarat K, Khongpheng N, et al. Validity and reliability of the thai version of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). Clin Interv Aging 2014;9:879-85.
26. Sessler CN, Gosnell MS, Grap MJ, Brophy GM, O'Neal PV, Keane KA, et al. The richmond agitation-sedation scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. Am J Respir Crit Care Med 2002; 166:1338-44.
27. Taran Z, Namadian M, Faghihzadeh S, Naghibi T. The effect of sedation protocol using richmond agitation-sedation scale (RASS) on some clinical outcomes of mechanically ventilated patients in intensive care units: a randomized clinical trial. J Caring Sci 2019;8:199-206.
28. Abraha I, Rimland J, Trotta F, Pierini V, Cruz-Jentoft A, Soiza R, et al. Non-pharmacological interventions to prevent or treat delirium in older patients: clinical practice recommendations the SENATOR-ONTOP series. J Nutr Health Aging 2016; 20:927-36.
29. Delirium management .In: Bulechek MG, Butcher KH, Dochterman MJ, editor. Nursing interventions classification (NIC). 5th ed. The university of Iowa Iowa city, Iowa; 2008. p. 252-3.

- 30.Schub TB, Smith NRM. Delirium: diagnosis. Ipswich, Massachusetts:
EBSCO Publishing; 2018.
- 31.Conley DM. The gerontological clinical nurse specialist's role in
prevention, early recognition, and management of delirium in
hospitalized older adults. Urologic Nursing 2011;31:337-42.

ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวัง ความเป็นจริงในการ ปฏิบัติงานกับผลการปฏิบัติงานตามมาตรฐานบริการการ พยาบาลและการผดุงครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแล ผู้รับบริการต่างด้าว

ธวัชชัย ยืนยาว พย.ม.¹
จุฬารัตน์ ห้าวหาญ ปร.ด.¹

บทคัดย่อ

มาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์เป็นหัวใจหลักของพยาบาลวิชาชีพโดยเฉพาะการดูแลด้านสุขภาพที่ยึดหลักสิทธิมนุษยชนและความเท่าเทียมของการให้การพยาบาล การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวัง ความเป็นจริงในการปฏิบัติงานกับผลการปฏิบัติงานตามมาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้รับบริการต่างด้าว กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้รับบริการต่างด้าวในจังหวัดสุรินทร์ จำนวน 152 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ตอน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความคาดหวังและความเป็นจริงในการปฏิบัติงาน และแบบสอบถามเกี่ยวผลการปฏิบัติงาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวัง ความเป็นจริงในการปฏิบัติงานกับผลการปฏิบัติงานตามมาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์โดยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความคาดหวังต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.03$, S.D. = .41) คะแนนความเป็นจริงตามมาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.53$, S.D. = .33) คะแนนผลการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน

¹ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร

* Correspondence e-mail: thawatchai.yeun@gmail.com

วันที่รับ (received) 6 ก.พ. 2563 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 10 เม.ย. 2563 วันที่ตอบรับ (accepted) 15 พ.ค. 2563

บริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.97$, S.D. = .39) และพบว่า ความคาดหวังและความเป็นจริงในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการปฏิบัติงานตามมาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้รับบริการต่างด้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .284$, $p < .001$, และ $r = .384$, $p < .001$) ตามลำดับ ข้อเสนอแนะสำหรับสถานบริการสุขภาพควรมีนโยบายในการส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพด้านวิชาการ ด้านบริหารจัดการ และด้านการปฏิบัติการพยาบาล และการสร้างแรงจูงใจและกำลังใจให้แก่พยาบาลเพื่อให้สอดคล้องกับความคาดหวังและความเป็นจริงในการปฏิบัติงานซึ่งจะทำให้ผลการปฏิบัติงานตามมาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์เกิดมาตรฐานสูงสุด

คำสำคัญ: ความคาดหวัง, ความเป็นจริง, มาตรฐานบริการการพยาบาลและ
การผดุงครรภ์, ผู้รับบริการต่างด้าว

A Study of the Relationship between Nursing Performance Expectations, Nursing Performance Actuality, and Results of Standard Nursing Performance among Nurses Who Provided Nursing Care for Foreign Patients

Thawatchai Yeunyow M.N.S.¹

Chularat Howharn Ph.D.¹

Abstract

Standard nursing practices are an important core for nursing professionals; especially providing nursing care with equity and human rights. The aims of this descriptive study were to determine the relationship between nursing performance expectations, actual nursing performance, and the results of standard nursing practices among nurses who provided nursing care for foreign patients in Surin Province, Thailand. The participants were 152 nurses whom were purposively selected from nurses who were working in both private and government hospitals located in Surin Province. Data were collected from demographic forms, the nursing performance expectations and actuality scale, and the scale of results of nursing practice, as well as using structured questions which were sent to three experts to confirm the content validity. The questionnaires reliability were tested using Cronbach's alpha. Pearson correlations were used to test the relationships between nursing performance expectations, actual performance, and the results of standard nursing performance.

The results showed that mean scores for nursing performance expectations were high ($\bar{X} = 4.03$, $S.D. = .41$). The mean scores for nursing performance actuality were also at a high level ($\bar{X} = 3.53$, $S.D. = .33$).

¹Boromarajonani College of Nursing, Surin

*Corresponding e-mail: thawatchai.yeun@gmail.com

Mean scores for results of standard nursing practice were at high level ($\bar{X} = 3.97$, $SD = .39$) as well. There was a statistically significant relationship between nursing performance expectations and results of standard nursing practice ($r = .284$, $p < .001$). There was also a statistically significant relationship between nursing performance actuality and results of standard nursing practice ($r = .384$, $p < .001$).

The suggestions are that health care settings should initiate a plan for continuous capacity building composed of academic, managerial, and practice area elements. The optimal goals of this policy should be enhancing the nurses' competencies in order to make them better able to provide the needed level of nursing care.

Keywords: nursing performance expectation, nursing performance actuality,
standard nursing practice

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2540¹ ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงาน 3 ด้าน คือ ด้านการบริหารจัดการ ด้านการปฏิบัติการและด้านวิชาการ เพื่อผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพได้อย่างครอบคลุมตามสมรรถนะของวิชาชีพและตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ ผลการปฏิบัติการพยาบาลมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลาย ๆ ปัจจัย ได้แก่ ความคาดหวังในงานปฏิบัติงานและความเป็นจริงในการปฏิบัติงาน² ซึ่งความคาดหวังเป็นความเชื่อ เป็นความรู้สึกนึกคิด ของบุคคลที่คาดการณ์ล่วงหน้าต่อบางสิ่งบางอย่างว่าควรจะเป็นหรือควรจะเป็น³ ความคาดหวังและความเป็นจริงในการปฏิบัติงานหากมีความแตกต่างกันจะส่งผลต่อผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งความเป็นจริงการปฏิบัติงานมีภาระงานที่ค่อนข้างหนักก็จะทำให้ผลการปฏิบัติงานของพยาบาลไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด และในปี พ.ศ. 2558 ประเทศไทยเข้าร่วมประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community: AEC) ซึ่งมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสังคมประชากร การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ หรือการประกาศตัวของประเทศไทยที่จะเป็นศูนย์กลางบริการทางการแพทย์ และจะมีการเปิดเสรีเกี่ยวกับอาชีพการบริการใน 8 วิชาชีพ ซึ่ง 1 ใน 8 วิชาชีพนั้นคือ พยาบาล นโยบายดังกล่าวทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงต่อระบบการให้บริการทางสาธารณสุขในประเทศ⁴

จังหวัดสุรินทร์เป็นจังหวัดหนึ่งทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีพื้นที่ทางทิศใต้ติดกับราชอาณาจักรกัมพูชา (Kingdom of Cambodia) มีจุดผ่านแดนถาวรช่องจอม พื้นที่ของไทยตำบลด่าน อำเภอกาบเชิง พื้นที่ของกัมพูชา ตำบลโอรเสม็ด อำเภอลำโรง จังหวัดอุดรธานี⁵ มีประชากร 1,399,353 คน มีสถานบริการสุขภาพที่เป็นหน่วยงานราชการ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 16 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 210 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 2 แห่ง มีพยาบาลวิชาชีพ 2,157 คน⁶ จากการศึกษาสถานการณ์การให้บริการสุขภาพกับชาวกัมพูชาที่ชายแดนไทย-กัมพูชา พบว่า ชาวกัมพูชามารับบริการด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพทั้งของรัฐบาลและเอกชนเพิ่มมากขึ้น โดยลักษณะประชากรชาวกัมพูชาที่มารับบริการ เป็นชาวกัมพูชาที่ข้ามพรมแดนมาใช้บริการสุขภาพมากที่สุด รองลงมาเป็นชาวกัมพูชาที่ขึ้นทะเบียนเป็นแรงงานต่างชาติทำงานในประเทศไทย ชาวกัมพูชาที่มีถิ่นที่อยู่ในพื้นที่บริเวณชายแดนในประเทศไทย

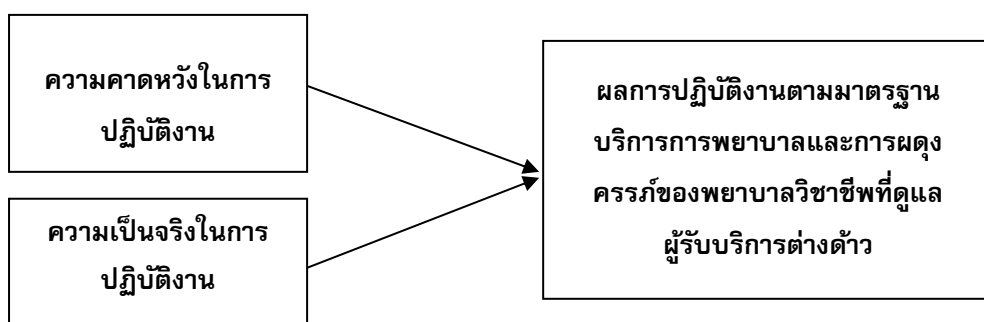
อย่างถาวรแต่ไม่ได้มีเลขประจำตัว 13 หลัก การมารับบริการเป็นรูปแบบผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน โดยโรคที่เป็นสาเหตุของการใช้บริการสุขภาพเป็นลำดับแรก ได้แก่ กลุ่มการคลอดและการตั้งครรภ์ ส่วนโรคอื่นๆ ได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบทางเดินอาหาร และการบาดเจ็บ โดยเหตุผลหลักของการมาใช้บริการ คือ ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ ความมั่นใจต่อการให้บริการและความรุนแรงของโรค⁷ จะเห็นได้ว่าสถานการณ์การให้บริการสุขภาพของผู้ป่วยกัมพูชา ในโรงพยาบาลรัฐที่อยู่ชายแดนของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นส่งผลต่อระบบการบริการสุขภาพ ภาระงานที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานบริการการพยาบาลและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

ความคาดหวัง ความเป็นจริงในการปฏิบัติงานและผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพต่อภาระงานที่เพิ่มขึ้น ความหลากหลายของผู้บริการสุขภาพก็ส่งผลต่อคุณภาพมาตรฐานการพยาบาล ผู้วิจัยมีความสนใจในการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวัง ความเป็นจริงในการปฏิบัติงานกับผลการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้รับบริการต่างตัวของพยาบาลวิชาชีพในจังหวัดสุรินทร์และการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับมาตรฐานการบริการสุขภาพในกลุ่มผู้บริการสุขภาพต่างตัว หากได้ทำการวิจัยจะเกิดประโยชน์ในด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและคุณภาพการบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับกลุ่มผู้รับบริการที่มีความหลากหลายด้านภาษา ความเชื่อ ประเพณีและวัฒนธรรม เพื่อเกิดความเสมอภาคในการให้บริการสุขภาพตามหลักสิทธิมนุษยชน และยังจะเกิดการพัฒนาาระบบบริการด้านสาธารณสุขจังหวัดแนวชายแดนให้มีคุณภาพต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดดังนี้ 1) ความคาดหวังในการปฏิบัติงานของ Vroom⁸ โดยเชื่อว่าเป็นความรู้สึกของบุคคลถึงพฤติกรรมหรือตำแหน่งที่เหมาะสมของตนเองหรือของผู้อื่น เป็นความคาดหวังที่แสดงออกมาในรูปความรู้สึกว่าควรจะประพฤติปฏิบัติอย่างไรในสถานการณ์ต่างๆ หรือต่องานที่ตนรับผิดชอบอยู่ 2) แนวคิดความเป็นจริงในการปฏิบัติงาน ซึ่งนำมาจากงานวิจัยของสุกัญญา เพิ่มบุญ² ซึ่งอธิบายว่าความเป็นจริงในการปฏิบัติงานเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลการปฏิบัติการพยาบาล โดยหากความเป็นจริงหรือบริบท

การปฏิบัติการพยาบาลหากภาระงานที่ไม่สมดุลกับผู้ปฏิบัติงานพยาบาลก็จะทำให้ผลการปฏิบัติการพยาบาลคุณภาพลดลง และผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดมาตรฐานบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์จาก พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2540¹ หมวดที่ 2 มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (Nursing and Midwifery Practice Standard) มาเป็นตัวแปรตามเพื่อความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวัง ความเป็นจริงในการปฏิบัติงานกับผลการปฏิบัติงานตามมาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้รับบริการต่างด้าว ดังแสดงภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะส่วนบุคคล ความคาดหวัง ความเป็นจริงในการปฏิบัติงานกับผลการปฏิบัติงานตามมาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้รับบริการต่างด้าว

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวัง ความเป็นจริงในการปฏิบัติงานกับผลการปฏิบัติงานตามมาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้รับบริการต่างด้าว

ระเบียบวิธีการศึกษา

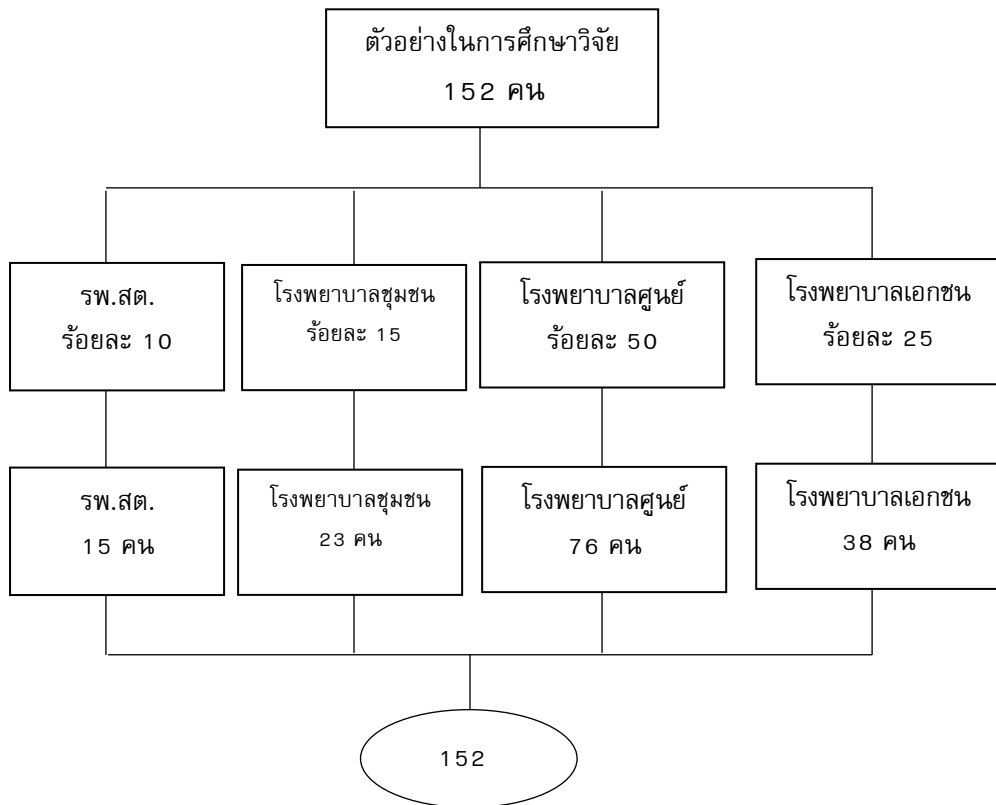
การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวิธีการศึกษาดังต่อไปนี้

ประชากรที่ศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้รับบริการต่างด้าวที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดสุรินทร์ จำนวน 2,137 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้รับบริการต่างด้าวด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย รักษาพยาบาล และการฟื้นฟูหลังจากการเจ็บป่วย ตลอดจนการให้คำแนะนำสุขภาพต่าง ๆ ที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดสุรินทร์ จำนวน 152 คน โดยสามารถสื่อสารภาษาถิ่นพม่ากับผู้รับบริการต่างด้าวได้

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและขนาดตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้การกำหนดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power ของ Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, และ Buchner⁹⁻¹⁰ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น (α) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .95 และขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .307 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลที่น้อยที่สุดจากตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด ได้จากการศึกษาวิจัยของสุกัญญา เพิ่มบุญ² ที่ศึกษาความคาดหวังและความเป็นจริงในการปฏิบัติงานกับผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ได้ขนาดตัวอย่าง 127 คน และเพื่อป้องกันการขาดหายของตัวอย่างจึงได้เพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (25 คน) จึงมีตัวอย่างทั้งสิ้น 152 คน จากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) และกำหนดสัดส่วนตัวอย่างตามร้อยละของจำนวนตัวอย่างทั้งหมดตามสถานบริการสุขภาพที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงาน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวนร้อยละ 10 โรงพยาบาลชุมชนจำนวนร้อยละ 15 โรงพยาบาลศูนย์จำนวนร้อยละ 50 และโรงพยาบาลเอกชนจำนวนร้อยละ 25 โดยเก็บข้อมูลจากสถานบริการสุขภาพที่มีผู้รับบริการต่างด้าวมารับบริการจำนวนมากโดยเลือกแบบเจาะจงเพื่อให้ครอบคลุมทุกสถานบริการสุขภาพ ดังรายละเอียดภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

จริยธรรมวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ ได้หนังสือรับรองเลขที่ P-EC 06-04-62 ลงวันที่ 25 ธันวาคม 2562 นอกจากนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 3 ด้าน คือ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยและการรักษาความลับของข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถาม 3 ตอน ได้แก่ 1)แบบสอบถามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อายุงาน สถานภาพ การศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่ดูแลผู้รับบริการต่างตัว สถานที่ทำงานและกลุ่มงาน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของพยาบาลที่ดูแลผู้รับบริการ

ต่างตัว จำนวน 9 ข้อ 2) แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความคาดหวัง และความเป็นจริงในการปฏิบัติงาน ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการวิจัยของ สุกัญญา เพิ่มบุญ² มีข้อคำถาม 36 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถาม มาตรฐานส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) 3) แบบสอบถามเกี่ยวกับ ผลการปฏิบัติงานผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการวิจัยของสุกัญญา เพิ่มบุญ² จำนวน ข้อคำถาม 15 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามมาตรฐานส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) และทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับ กลุ่มตัวอย่างได้ค่าสัมประสิทธิ์คอนบราคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการและระยะ ดำเนินการ

1. ระยะเตรียมการ ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม วิจัยในคนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ นำหนังสือการดำเนินโครงการ ยื่นเพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ประสานงานเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัยกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดสุรินทร์ ที่จะเป็นแหล่งเก็บข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียด และวัตถุประสงค์ของการวิจัย และเตรียมผู้ช่วยวิจัยตามคุณสมบัติ

2. ระยะดำเนินการ ผู้วิจัยออกสัมภาษณ์ตัวอย่างตามรายชื่อที่ได้นัดหมายไว้ สถานที่ในการเก็บข้อมูลเป็นสถานที่ปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลเอกชน ในจังหวัดสุรินทร์หรือสถานที่ที่ตัวอย่างสะดวกในการให้ข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และรายละเอียดของข้อคำถามแบบสอบถาม จากนั้นดำเนินการสัมภาษณ์ มอบของที่ระลึกและกล่าวขอบคุณ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบน มาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. วิเคราะห์ระดับความคาดหวังในการปฏิบัติงาน ความเป็นจริง ในการปฏิบัติงาน และผลการปฏิบัติงานตามมาตรฐานบริการการพยาบาลและการ

ผดุงครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้รับบริการต่างด้าวใช้ค่าเฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับความคาดหวัง ในการปฏิบัติงาน ความเป็นจริงในการปฏิบัติงาน และผลการปฏิบัติงานใช้เกณฑ์ ของ ซูศรี วงศ์รัตน์¹¹ โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	1.00 – 1.49	อยู่ในระดับน้อยที่สุด
ค่าเฉลี่ย	1.50 – 2.49	อยู่ในระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย	2.50 – 3.49	อยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	3.50 – 4.49	อยู่ในระดับมาก
ค่าเฉลี่ย	4.50 – 5.00	อยู่ในระดับมากที่สุด

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวัง ความเป็นจริง ในการปฏิบัติงานกับผลการปฏิบัติงานตามมาตรฐานบริการการพยาบาล และการผดุงครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้รับบริการต่างด้าว โดยใช้สถิติวิเคราะห์ สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 91.40) มีอายุเฉลี่ย 37.34 ปี (S.D. = 10.71) อายุระหว่าง 22-59 ปี มีอายุงานเฉลี่ย 15.16 ปี (S.D. = 10.93) อายุงานระหว่าง 1-37 ปี สถานภาพ สมรสคู่ ร้อยละ 55.30 การศึกษาระดับปริญญาตรีเป็นส่วนมาก (ร้อยละ 95.40) รายได้เฉลี่ย 28,848.88 บาท (S.D. = 17.01) รายได้ระหว่าง 14,000 – 55,000 บาท ระยะเวลาที่ดูแลผู้รับบริการต่างด้าวระหว่าง 1-25 ปี ระยะเวลาที่ดูแลผู้รับบริการต่างด้าวเฉลี่ย 7.50 ปี (S.D.= 5.69) สถานที่ทำงานส่วนใหญ่ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ร้อยละ 50 โดยอยู่กลุ่มงานศัลยกรรมส่วนใหญ่ร้อยละ 19.70

2. ด้านการวิเคราะห์ระดับความคาดหวัง ความเป็นจริงในการปฏิบัติงาน และผลการปฏิบัติงานตามมาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้รับบริการต่างด้าว พบว่า ด้านความคาดหวังมีคะแนน อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.03, S.D. = .41) ด้านความเป็นจริงในการปฏิบัติงานมี คะแนนอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.53, S.D. = .33) ด้านผลการปฏิบัติงานตาม

มาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์มีคะแนนอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.97$, S.D. = .39) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ความคาดหวัง ความเป็นจริงในการปฏิบัติงาน และผลการปฏิบัติงานตามมาตรฐานบริการ การพยาบาลและการผดุงครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้รับบริการต่างตัว

ลำดับ	ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	การแปล ผล
1	ความคาดหวัง	4.03	0.41	มาก
2	ความเป็นจริงในการปฏิบัติงาน	3.57	0.33	มาก
3	ผลการปฏิบัติงานตามมาตรฐานบริการ การพยาบาลและการผดุงครรภ์	3.97	0.39	มาก

3. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในการปฏิบัติงาน ความเป็นจริง ในการปฏิบัติงานกับผลการปฏิบัติงานตามมาตรฐานบริการการพยาบาล และการผดุงครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้รับบริการต่างตัว พบว่า ความคาดหวังมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับผลการปฏิบัติงานตามมาตรฐานบริการ การพยาบาลและการผดุงครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้รับบริการต่างตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .284^{**}$, $p < .001$) และความเป็นจริง ในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับผลการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน บริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้รับบริการต่างตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .384^{**}$, $p < .001$)

การอภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 91.40) มีอายุเฉลี่ย 37.34 ปี (S.D. = 10.71) อายุระหว่าง 22-59 ปี มีความสอดคล้องใกล้เคียงกับการศึกษาของนลินรัตน์ ทองนิรันดร์¹² ที่ศึกษา ความตั้งใจคงอยู่ในอาชีพของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน เขต 1 ภาคกลาง ประเทศไทย ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงส่วนใหญ่และมีอายุเฉลี่ย 40.5 ปี (S.D. = 8.44) ซึ่งมีความใกล้เคียงสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ และสอดคล้องกับ

การศึกษาของจิราภรณ์ กองจันทร์¹³ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการลาออกของพยาบาลวิชาชีพ กรณีศึกษาโรงพยาบาลเวชธานี พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 31 – 40 ปี ส่วนรายได้ของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้รับบริการต่างด้าว มีรายได้เฉลี่ย 28,848.88 บาท (S.D. = 17.01) รายได้ระหว่าง 14,000 – 55,000 บาท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา เพิ่มบุญ² ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับความคาดหวังและความเป็นจริงในการปฏิบัติงานกับผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ซึ่งรายได้หรือสวัสดิการที่เหมาะสมกับภาระงานของพยาบาลเป็นการสร้างแรงจูงใจ ซึ่งอรุณรัตน์ คันทา⁴ ได้อธิบายถึงการสร้างแรงจูงใจไว้ว่า การสร้างแรงจูงใจเป็นการธำรงรักษาบุคลากรทางการพยาบาล โดยคำนึงถึงปัจจัยในการจูงใจต่าง ๆ เช่น ค่าตอบแทน เงินเดือน ค่าเวร ค่าล่วงเวลา การจ้างเวรเสริม เมื่อมีภาระงานที่หนักเกินอัตรากำลังสอดคล้องกับทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้น (Hierarchy of needs theory) โดย Abraham Maslow อธิบายในเรื่องความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological needs)¹⁴ ระยะเวลาที่ดูแลผู้รับบริการต่างด้าวเฉลี่ย 7.50 ปี (S.D. = 5.69) ซึ่งในจังหวัดสุรินทร์มีสภาพทางภูมิศาสตร์ที่ติดกับประเทศกัมพูชาและมีด่านช่องจอมเป็นแนวช่องเขาของเทือกเขาพนมดงรัก ซึ่งเป็นเส้นกันเขตแดนไทยกัมพูชาที่สามารถเดินทางข้ามแดนติดต่อกับบ้านโอรเสม็ด อำเภอสำโรง จังหวัดอุตรดิตถ์ และเดินทางต่อไปยังเมืองเสียมราฐของกัมพูชาได้ ผู้รับบริการต่างด้าวส่วนใหญ่เป็นชาวกัมพูชาที่มาใช้บริการสุขภาพ โดยจะเลือกใช้บริการสุขภาพโรงพยาบาลเอกชนเป็นหลักเพราะได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วทันใจ ตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพและมีความพึงพอใจมากกว่าสถานบริการสุขภาพของรัฐ

ด้านการวิเคราะห์ระดับความคาดหวัง ความเป็นจริงในการปฏิบัติงาน และผลการปฏิบัติงานตามมาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้รับบริการต่างด้าว พบว่า ด้านความคาดหวังมีคะแนนอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.03, S.D. = .41) ซึ่งความคาดหวังของพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่นั้นเป็นเรื่องด้านผลตอบแทนที่เพียงพอและเป็นธรรม ด้านความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัวด้านความก้าวหน้าและมั่นคงในงานและด้านสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย¹⁵ ซึ่งปัจจัยความคาดหวังที่มีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานประกอบด้วย¹⁶

- 1) ด้านโอกาสในการพัฒนาสมรรถภาพของตนเอง
- 2) ด้านการบูรณาการทางสังคมหรือการทำงานร่วมกัน
- 3) ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตงานกับชีวิตด้านอื่น และ

4) ด้านความเป็นประโยชน์ต่อสังคม กล่าวได้ว่า ความคาดหวังในการปฏิบัติงานนั้น เป็นที่มุ่งผลสำเร็จมาสู่ตนเอง มาตรฐานการบริการสุขภาพและผู้รับบริการสุขภาพ สำคัญที่สุด ส่วนด้านความเป็นจริงมีคะแนนอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.53$, S.D. = .33) ซึ่งจากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา เพิ่มบุญ² ที่พบว่าความเป็นจริงในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งอาจเกิดจากบริบทการทำงานและประสบการณ์ที่ต่างกัน กล่าวคือพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ดูแลผู้รับบริการต่างด้าวสามารถปฏิบัติ ได้ตามความเป็นจริงจากความคาดหวัง ด้านผลการปฏิบัติงานมีคะแนนอยู่ในระดับ มาก ($\bar{X} = 3.97$, S.D. = .39) กล่าวได้ว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแล ผู้รับบริการต่างด้าวนั้นสามารถปฏิบัติงานตามมาตรฐานบริการการพยาบาล และการผดุงครรภ์เป็นอย่างดีและตรงตามมาตรฐานที่กำหนดของสภาการพยาบาล ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา เพิ่มบุญ² ที่พบว่าพยาบาล วิชาชีพสามารถปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุง ครรภ์ในระดับมากเช่นกัน

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวัง ความเป็นจริงในการปฏิบัติงานกับ ผลการปฏิบัติงานตามมาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของพยาบาล วิชาชีพที่ดูแลผู้รับบริการต่างด้าว พบว่า ความคาดหวังและความเป็นจริง ในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับผลการปฏิบัติงานตามมาตรฐานบริการ การพยาบาลและการผดุงครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้รับบริการต่างด้าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .284^{**}$, $p < .001$ และ $r = .384^{**}$, $p < .001$) ซึ่งกล่าวได้ว่า ความคาดหวังมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกว่าความเป็นจริง ในการปฏิบัติงานกับผลการปฏิบัติงานตามมาตรฐานบริการการพยาบาลและการ ผดุงครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้รับบริการต่างด้าว เนื่องจาก พยาบาลส่วนใหญ่ ยังไม่เข้าใจบริบทและความต้องการด้านการดูแลของผู้รับบริการสุขภาพต่างด้าว จึงทำให้ระดับความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ส่วนความเป็นจริงในการปฏิบัติงาน พยาบาลมีทักษะด้านการปฏิบัติการพยาบาลตามประสบการณ์และความรู้ที่มี ในตนเองจากการศึกษาและฝึกอบรมต่าง และการทำงานเป็นทีมของพยาบาลและ ทีมสหวิชาชีพจึงทำให้ปฏิบัติการพยาบาลอย่างเต็มความสามารถส่งผลให้มี ระดับความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานตามมาตรฐานบริการการพยาบาล และการผดุงครรภ์สูงกว่าความคาดหวัง

ข้อเสนอแนะในการนำการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาที่พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังและความเป็นจริงในการปฏิบัติงานกับผลการปฏิบัติงานตามมาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ สถานบริการสุขภาพที่มีผู้รับบริการสุขภาพที่มีความหลากหลายด้านเชื้อชาติ ควรมีนโยบายในการส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพด้านวิชาการ ด้านบริหารจัดการ และด้านการปฏิบัติการพยาบาล และการสร้างแรงจูงใจและกำลังใจให้แก่พยาบาลเพื่อให้สอดคล้องกับความคาดหวังและความเป็นจริงในการปฏิบัติงานซึ่งจะทำให้ผลการปฏิบัติงานตามมาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์เกิดมาตรฐานสูงสุด

ข้อเสนอแนะต่อการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาเฉพาะพยาบาลในจังหวัดหนึ่งซึ่งให้การพยาบาลผู้รับบริการที่มาจากประเทศเพื่อนบ้านหนึ่งประเทศ ดังนั้นควรศึกษาในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในเขตอื่นและได้ให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการจากประเทศเพื่อนบ้านประเทศอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

1. ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา; 2540.
2. สุกัญญา เพิ่มบุญ. ความคาดหวังและความเป็นจริงในการปฏิบัติงานกับผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศรีสะเกษ [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2556.
3. Hornby AS. Oxford Advanced Learner's Dictionary. London: Oxford University Press; 2000.
4. อรุณรัตน์ คັນธา. ผลกระทบและทางออกของการขาดแคลนกำลังคนทางการพยาบาลในประเทศไทย. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2557; 32:81-90.

5. สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดสุรินทร์.ข้อมูลจังหวัดสุรินทร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 13 พ.ค. 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://surinlocal.go.th/public/history/data/index/menu/22>
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์.ข้อมูลหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 24 ธ.ค. 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.surinpho.go.th/SPHO>.
7. สุวารี เจริญมุขยพันธ์ และคณะ. การศึกษาสถานการณ์การให้บริการสุขภาพกับชาวแกมพูชาที่ชายแดนไทย-แกมพูชา:กรณีศึกษา จังหวัดสระแก้ว จันทบุรี และตราด. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
8. Vroom, Victor H. Work and Motivation. New York: John Wiley and Sons; 1970.
9. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, & Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods 2007;39: 175-91.
10. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, & Lang AG. Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behavior Research Methods 2009;41:1149-60.
11. ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 12. นนทบุรี: ไทเนรมิตกิจ อินเทอร์เน็ตโปรดักส์; 2553.
12. นลินรัตน์ ทองนิรันดร์, ภูษิตา อินทรประสงค์และจรรยา ภัทรอาชาชัย. ความตั้งใจคงอยู่ในอาชีพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขต 1 ภาคกลาง ประเทศไทย. วารสารกองการพยาบาล 2558;42:69-83.
13. จิราภรณ์ กองจันทร์, กิตติพันธ์ คงสวัสดิ์เกียรติและไกรชิต สุตะเมือง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการลาออกของพยาบาลวิชาชีพ กรณีศึกษา โรงพยาบาลเวชธานี. วารสารวิจัย มทร. กรุงเทพ 2557;8:136-45.
14. Bessie LM, Carol JH. Leadership roles and management functions in nursing theory and application. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012. P. 402-19.

15. กองเพชร อิ่มใจ. คุณภาพชีวิตการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2562;2: 30-45.
16. นภสร อินสมัตว์และภัครดา ฉายอรุณ. ความคาดหวังในคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสนเมื่อเป็นมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐบาล. วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2560;28:136-47.

การศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเล่นลูกบุนนาคของประชาชน ที่เข้าร่วมโครงการสร้างสรรค์ ชวน เชิญ เลิกบุนนาค โดยการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระดับอำเภอเขตสุขภาพที่ 6

ลัดดา เหลืองรัตนมาศ ปร.ด.¹, กัญญาวีร์ โมกขาว ปร.ด.^{1*},
นิศารัตน์ ยวพัฒน์วงศ์ พย.ม.¹

บทคัดย่อ

การเจ็บป่วยจากการสูบบุหรี่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ จำเป็นต้องเร่งรัดดำเนินงานช่วยเหลือให้ประชาชนเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการวิจัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเล่นลูกบุนนาคของประชาชนที่เข้าร่วมโครงการสร้างสรรค์ ชวน เชิญ เลิกบุนนาค โดยการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 6 กลุ่มตัวอย่างคือผู้สมัครใจเลิกบุหรี่ที่เข้าร่วมโครงการฯ จำนวน 1,870 คน จากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสำรวจการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเล่นลูกบุนนาค ตรวจสอบค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .78 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถเลิกบุหรี่ได้มากกว่า 6 เดือน ร้อยละ 16 และเลิกบุหรี่เป็นเวลา 6 เดือน ร้อยละ 12.7 ค่าเฉลี่ยกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีค่าน้อยที่สุดในระยะก่อนซังใจ ($\bar{X} = 3.11$, S.D. = 0.92) และเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในระยะซังใจ ($\bar{X} = 3.47$, S.D. = 0.56) ส่วนระยะพร้อมปฏิบัติ ปฏิบัติ และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ($\bar{X} = 3.58$, S.D. = 0.64, $\bar{X} = 3.68$, S.D. = 0.55, $\bar{X} = 3.69$, S.D. = 0.55) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในขั้นตอนซังใจ พร้อมปฏิบัติ ปฏิบัติ และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ ผู้สมัครใจเลิกบุหรี่มีกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสริมแรงในการจัดการอยู่ในระดับสูง ส่วนในขั้นตอนก่อนซังใจ อยู่ในระดับปานกลาง

ดังนั้นจึงควรสร้างความตระหนักให้บุคลากรทีมสุขภาพ ในการเสริมแรงจิตใจให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเล่นลูกบุนนาค รวมทั้งพัฒนาระบบการติดตามภายหลังเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง โดยการสร้างเครือข่ายชุมชน เพื่อให้เกิดการเลิกบุหรี่ได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: พฤติกรรมการเล่นลูกบุนนาค, เครือข่ายความร่วมมือ

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*Corresponding e-mail: kanyawee@bnc.ac.th

วันที่รับ (received) 24 ก.พ. 2563 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 22 พ.ค. 2563 วันที่ตอบรับ (accepted) 23 ก.ค. 2563

Study of the Changes in Smoking Cessation Behavior in Promotion Project of Smoking Cessation in Thailand by a District Level Cooperative Network of People in the 6th Health Zone

Ladda Leuneratamart Ph.D.¹, Kanyawee Mokekhaow Ph.D.¹,

Nisarath Yuwapattanawong M.N.S.¹

Abstract

Smoking related illnesses are a major health problem. Therefore, there must be an urgent process to help people quit smoking, successfully. This survey research studied the classification of samples in the stages of change, the process of behavioral change, and the persons in each stage of change in the 6th health zone. The participants were 1,870 people and chosen using simple random sampling. The Cronbach's Alpha Coefficient reliability was .78. Data were collected using demographic data, stages of change, and the process of behavioral change questionnaire and were analyzed using descriptive statistics.

The result revealed that the respondents can quit smoking more than 6 months 16%, and quit smoking for 6 months 12.7%. The processes of change were the lowest in the pre-contemplation stage ($\bar{X} = 3.11$, S.D. = 0.92), but there was a distinct increase the contemplation stage ($\bar{X} = 3.47$, S.D. = 0.56), but did not indicate distinct changes in the ready for action, action, and maintenance stages ($\bar{X} = 3.58$, S.D. = 0.64, $\bar{X} = 3.68$, S.D. = 0.55, $\bar{X} = 3.69$, S.D. = 0.55). The process of changing behaviors in the contemplation, ready for action, action, and maintenance stages in those who quit smoking includes a high level of behavioral reinforcement management. In the pre-contemplation behavioral reinforcement management that is needed is only at a medium level.

Therefore should create awareness programs for health care teams to employ encourage incentives (reinforce) to encourage smoking cessation behaviors, including continuously developing a post-smoking monitoring system by creating a community network in order to achieve sustainable smoking cessation.

Keywords: smoking cessation behavior, cooperative network

¹ Baromarajonani College of Nursing Chonburi, Faculty of Nursing, Baromarajchanok Institute

*Corresponding e-mail: kanyawee@bnc.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยที่มาจากการสูบบุหรี่เป็นภัยคุกคามด้านสุขภาพระดับโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่เกือบ 6 ล้านคนต่อปี และได้คาดการณ์ไว้ว่า ในปี ค.ศ. 2030 ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่มากกว่า 8 ล้านคน¹ เป็นเหตุให้องค์การอนามัยโลกกำหนดเป้าหมายการลดการสูบบุหรี่ทั่วโลกลงให้เหลือร้อยละ 30 ภายในปี 2568 สำหรับสถิติการเจ็บป่วยจากการสูบบุหรี่ในประเทศไทยพบว่า มีคนไทยป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มาจากการสูบบุหรี่ เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคถุงลมโป่งพอง ประมาณ 1 ล้านคน ทำให้สูญเสียคุณภาพชีวิตคนละ 2 ปี มีอายุสั้นลงเฉลี่ย 12 ปี และเสียชีวิตมากกว่าปีละ 50,000 คน² ซึ่งผลกระทบดังกล่าวมีความรุนแรงเป็นอย่างมาก และจำเป็นต้องหาวิธีการจัดการกับปัญหามันโดยเร็วที่สุด

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการจัดการปัญหามันคือการได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ ภาคประชาชนและท้องถิ่น³ ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายให้สถานบริการสาธารณสุขค้นหาวิธีการช่วยเหลือผู้ที่สมัครใจเลิกบุหรี่ ซึ่งแต่ละสถานบริการสาธารณสุขได้มีวิธีการช่วยเหลือที่หลากหลายและใช้ทฤษฎีต่างๆ มาเป็นกรอบแนวคิดในการจัดโครงการเพื่อการลด ละ เลิกบุหรี่ เช่น ทฤษฎีแรงจูงใจ ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถในตนเอง ทฤษฎีการเรียนรู้ในสังคม และทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม⁴ ซึ่งทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมถูกนำมาใช้ในการลด ละ เลิกบุหรี่มากที่สุด⁵ ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อการเลิกบุหรี่ (Stages of change) มี 5 ขั้นตอน ได้แก่ ก่อนตั้งใจ ชั่งใจ พร้อมปฏิบัติ ปฏิบัติ และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ นอกจากนี้ยังพบว่าในแต่ละขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงยังมีปัจจัยสำคัญคือ กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Process of change) ได้แก่ การกระตุ้นให้ตื่นตัว การระบายอารมณ์ การประเมินตนเอง การประเมินสิ่งแวดล้อม การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ การเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม การเสริมแรงในการจัดการ การควบคุมสิ่งเร้า การประกาศอิสรภาพของสังคม เป็นตัวผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง⁴

ประกอบกับกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่ 2 (ปี 2558- 2562) โดยตั้งเป้าหมายลดอัตราการสูบบุหรี่ลงจากร้อยละ 19.9 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 16.7 ในปี 2562 คือ ต้องลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ลงไม่น้อยกว่า 1.8 ล้านคน⁶ ด้วยการจัดทำโครงการ “3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน” ร่วมกับ สสส. โดยเน้นการชวน และช่วยเหลือให้ประชาชนในชุมชนเลิกสูบบุหรี่ได้ 3 ล้านคน ภายใน 3 ปี โครงการนี้เป็นการดำเนินงานเชิงรุก ผลที่ได้จากการเริ่มดำเนินการ

ในปี 2559 ถึง 2560 มีผู้เข้าร่วมโครงการ 676,561 คน มีผู้เลิกบุหรี่สำเร็จติดต่อกันนานกว่า 6 เดือน ภายใต้โครงการจำนวน 115,939 คน คิดเป็นร้อยละ 17 ของผู้เข้าร่วมโครงการ⁷ ซึ่งยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด กระทรวงสาธารณสุขจึงต้องเร่งรัดการดำเนินงาน เพื่อชวนเชิญ และช่วยให้ประชาชนเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ควบคู่กับการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ รวมถึงหารูปแบบ หรือวิธีการที่เหมาะสมในการเพิ่มจำนวนผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ให้ได้มากกว่า 6 เดือน โดยสนับสนุนผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ด้วยกลไกการมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน ในการนี้กระทรวงสาธารณสุขได้มอบหมายให้วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสลบุรี รับผิดชอบในการดำเนินโครงการในภาคตะวันออก ประกอบด้วยจังหวัดชลบุรี ระยอง จันทบุรี สมุทรปราการ ตราด ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี และสระแก้ว โดยมีเป้าหมายให้มีอำเภอที่เข้าร่วมโครงการ โดยในแต่ละอำเภอต้องมีผู้สมัครใจเลิกบุหรี่อย่างน้อย 500 คน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสลบุรี จึงได้จัดทำโครงการสร้างสรรค์ ชวน เชิญ เลิกบุหรี่ทั่วไทยภายใต้การขับเคลื่อน “โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน” เพื่อตอบสนองนโยบายดังกล่าว

สำหรับการดำเนินโครงการสร้างสรรค์ ชวน เชิญ เลิกบุหรี่ทั่วไทยฯ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสลบุรี มีการดำเนินการร่วมกับผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ภาคตะวันออก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างเครือข่ายความร่วมมือการดำเนินโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน ในพื้นที่ที่มีความพร้อม มีเป้าหมายในการขยายจำนวนผู้สมัครใจเลิกบุหรี่ ในอำเภอที่เข้าร่วมโครงการ โดยวิทยาลัยส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในพื้นที่ ติดตามประเมินผลการดำเนินงานของแต่ละอำเภอที่เข้าร่วมโครงการและศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการณ์เลิกบุหรี่ของผู้ที่สมัครใจเลิกบุหรี่โดยใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาใช้ในการดำเนินการ โดยดำเนินการมาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2561 - มีนาคม 2562 ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการณ์เลิกบุหรี่ของผู้สมัครใจเลิกบุหรี่ที่เข้าร่วมโครงการสร้างสรรค์ ชวน เชิญ เลิกบุหรี่ทั่วไทยภายใต้การขับเคลื่อน “โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน” ของอำเภอที่เข้าร่วมโครงการในเขตสุขภาพที่ 6 ภายหลังการดำเนินโครงการแล้วมากกว่า 6 เดือนขึ้นไปเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนารูปแบบการเลิกบุหรี่ รวมทั้งการส่งเสริมให้มีการควบคุมการบริโภคยาสูบและช่วยเหลือผู้สมัครใจเลิกบุหรี่ให้สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของประชาชนที่สมัครใจเลิกบุหรี่ในเขตสุขภาพที่ 6
2. เพื่อศึกษากระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของประชาชนที่สมัครใจเลิกบุหรี่ในเขตสุขภาพที่ 6

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ศึกษาพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของประชาชนที่สมัครใจเลิกบุหรี่ในเขตสุขภาพที่ 6 ภายหลังเข้าร่วมโครงการแล้วเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง มีนาคม 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

ประชากรคือ ประชาชนที่สมัครใจเลิกบุหรี่ที่เข้าร่วมโครงการฯ ในอำเภอในเขตสุขภาพที่ 6 ที่เข้าร่วมโครงการ 19 อำเภอ จำนวน 12,470 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนที่สมัครใจเลิกบุหรี่ที่เข้าร่วมโครงการฯ ในอำเภอในเขตสุขภาพที่ 6 ที่เข้าร่วมโครงการ 19 อำเภอ ภายหลังเข้าร่วมโครงการแล้วมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 1,870 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มอย่างง่ายจากประชากรของ 19 อำเภอที่เข้าร่วมโครงการ พูด อ่าน เข้าใจภาษาได้ดี และยินดีที่จะเข้าร่วมงานวิจัย โดยลงนามให้ความยินยอม

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check-list) เกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ
2. แบบสอบถามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของ ญานันท์ ศรีทรงเมือง³ ลักษณะคำถามเป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบ (Check-list) จำนวน 1 ข้อ จำแนกตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกบุหรี่เป็น 5 กลุ่ม คือ
 - 2.1 ก่อนซังใจคือ ไม่เคยคิดเลิกสูบบุหรี่เลยในเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา
 - 2.2 ซังใจ คือ คิดเลิกสูบบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้า
 - 2.3 พร้อมปฏิบัติคือ คิดเลิกสูบบุหรี่ใน 30 วันข้างหน้า และวางแผนที่จะเลิกบุหรี่
 - 2.4 ปฏิบัติ คือ เลิกสูบบุหรี่แล้วเป็นเวลา 6 เดือน

2.5 คงไว้ซึ่งการปฏิบัติ คือ เลิกสูบบุหรี่แล้วเป็นเวลามากกว่า 6 เดือน

3. แบบสอบถามกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของ ญานันท์ ศรีทรงเมือง⁸ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง เป็นครั้งคราว นาน ๆ ครั้ง ไม่เคย จำนวน 40 ข้อ การแปลความหมาย ของคะแนน คือ

คะแนน 3.68- 5.00 หมายถึง มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง

คะแนน 2.33- 3.67 หมายถึง มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 1.00- 2.32 หมายถึง มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC = .80 และได้นำแบบสอบถามกระบวนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ไปทดสอบกับประชาชนที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .78

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

1. ผู้วิจัยขออนุมัติดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสลบุรี เลขที่ BNC REC 08/ 2561 วันที่ 12 มิ.ย.61

2. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงสาธารณสุขอำเภอที่เข้าร่วม โครงการฯ ทุกแห่ง พร้อมทั้งแนบเอกสารการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสลบุรี ก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ประสานงานกับผู้รับผิดชอบสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่เข้าร่วม โครงการฯ ทุกแห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของขั้นตอนการวิจัย และ ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ

4. ขอความร่วมมือกับผู้ประสานงานของแต่ละอำเภอ เพื่อดำเนินการเก็บ รวบรวมข้อมูล โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของขั้นตอนการวิจัย และ ประโยชน์ที่จะได้รับให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ และลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

5. ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ (n = 1,870)

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนซังใจ (Stage of pre-contemplation)	577	30.9
ซังใจ (Stage of contemplation)	496	26.5
พร้อมปฏิบัติ (Stage of ready for action)	259	13.9
ปฏิบัติ (Stage of action)	238	12.7
คงไว้ซึ่งการปฏิบัติ (Stage of maintenance)	300	16.0
รวม	1,870	100

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเลิกบุหรี่ได้มากกว่า 6 เดือน (Stage of maintenance) ร้อยละ 16 เลิกบุหรี่ได้เป็นเวลา 6 เดือน ร้อยละ 12.7 (Stage of action), คิดเลิกสูบบุหรี่ใน 30 วันข้างหน้า ร้อยละ 13.9 (Stage of ready for action) คิดเลิกสูบบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้า ร้อยละ 26.5 (Stage of contemplation) และไม่เคยคิดเลิกสูบบุหรี่เลยเป็นเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 30.9 (Stage of pre-contemplation)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
จำแนกตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง	ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม						ร้อยละ
	ก่อนซึ่ง ใจ	ซึ่งใจ	พร้อม ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	คงไว้ซึ่ง การ ปฏิบัติ	รวม	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
อายุ							
น้อยกว่า 21 ปี	19 (43.2)	12 (27.3)	8 (18.2)	4 (9.1)	1 (2.3)	44 (100)	2.4
21 - 40 ปี	178 (27.9)	192 (30.0)	92 (14.4)	92 (14.4)	85 (13.3)	639 (100)	34.2
41 - 60 ปี	284 (31.8)	220 (24.6)	125 (14.0)	113 (12.7)	151 (16.9)	893 (100)	47.8
มากกว่า 60 ปี	96 (32.7)	72 (24.5)	34 (11.6)	29 (9.9)	63 (21.4)	294 (100)	15.7
สถานภาพสมรส							
โสด	99 (34.6)	80 (28.0)	49 (17.1)	26 (9.1)	32 (11.2)	286 (100)	15.3
คู่	421 (29.6)	376 (26.4)	184 (12.9)	200 (14.1)	242 (17.0)	1423 (100)	76.1
หม้าย	36 (37.1)	22 (22.7)	13 (13.4)	8 (8.2)	18 (18.6)	97 (100)	5.2
หย่า	8 (38.1)	7 (33.3)	4 (19.0)	1 (4.8)	1 (4.8)	21 (100)	1.1
แยก	13 (30.2)	11 (25.6)	9 (20.9)	3 (7.0)	7 (16.3)	43 (100)	2.3

ลักษณะทั่วไป ของกลุ่ม ตัวอย่าง	ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม						ร้อยละ
	ก่อนซัง	ซังใจ	พร้อม	ปฏิบัติ	คงไว้	รวม	
	ใจ		ปฏิบัติ		ซึ่งการ ปฏิบัติ		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ระดับการศึกษา							
ไม่ได้เรียน	30 (49.2)	11 (18.0)	5 (8.2)	7 (11.5)	9 (13.1)	61 (100)	3.3
ประถมศึกษา	302 (38.1)	226 (25.0)	131 (14.5)	98 (10.8)	148 (16.4)	905 (100)	48.4
มัธยมศึกษา	184 (31.8)	156 (26.9)	83 (14.3)	70 (12.1)	86 (14.9)	579 (100)	31.0
อนุปริญญา	59 (18.7)	102 (32.3)	37 (11.7)	61 (19.3)	57 (18.0)	316 (100)	16.9
ปริญญาตรีหรือ สูงกว่า	2 (22.2)	1 (11.1)	3 (33.3)	2 (22.2)	1 (11.1)	9 (100)	0.5
อาชีพ							
รับราชการ	31 (29.2)	26 (24.5)	10 (9.4)	15 (14.2)	24 (22.6)	106 (100)	5.7
รับจ้าง	182 (27.7)	185 (28.1)	107 (16.3)	86 (13.1)	98 (14.9)	658 (35.2)	35.2
ค้าขาย	77 (30.6)	71 (28.2)	32 (12.7)	3.9 (15.5)	33 (13.1)	252 (100)	13.5
เกษตรกร	234 (32.1)	189 (25.9)	95 (13.0)	88 (12.1)	123 (16.9)	729 (100)	39.0
ว่างงาน	53 (42.4)	25 (20.0)	15 (12.0)	10 (8.0)	22 (17.6)	125 (100)	6.7

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 41- 60 ปี สถานภาพสมรส คู่ ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา อาชีพส่วนใหญ่เป็นอาชีพเกษตรกร รองลงมาคือ รับจ้าง ตามลำดับ

ตารางที่ 3 แสดงกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมฯ

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม									
	ก่อนตั้งใจ		ตั้งใจ		พร้อมปฏิบัติ		ปฏิบัติ		คงไว้ซึ่งการปฏิบัติ	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
1.การกระตุ้นให้ตื่นตัว	3.23	1.04	3.50	0.67	3.54	0.83	3.73	0.75	3.72	0.84
2.การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง	3.11	1.07	3.43	0.69	3.58	0.79	3.76	0.68	3.69	0.82
3.การระบายอารมณ์	2.99	1.17	3.38	0.83	3.57	0.79	3.57	0.79	3.61	0.79
4. การเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม	3.22	1.08	3.71	0.73	3.77	0.85	3.87	0.76	3.99	0.84
5. การควบคุมสิ่งเร้า	2.99	1.08	3.44	0.68	3.54	0.73	3.68	0.77	3.95	0.76
6.ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ	3.41	0.91	3.52	0.60	3.57	0.75	3.57	0.74	3.54	0.71
7 การประเมินสิ่งแวดล้อม	2.78	1.18	3.30	0.82	3.42	0.83	3.64	0.80	3.67	0.87
8.การประกาศอิสรภาพของสังคม	2.95	1.09	3.49	0.70	3.52	0.82	3.76	0.72	3.82	0.84
9.การประเมินตนเอง	2.76	1.19	3.24	0.82	3.35	0.93	3.57	0.79	3.64	0.94
10.การเสริมแรงในการจัดการ	3.61	0.89	3.76	0.64	3.91	0.73	3.83	0.66	3.99	0.74
รวม	3.11	0.92	3.47	0.56	3.58	0.64	3.68	0.55	3.69	0.55

จากตารางที่ 3 พบว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือระยะ
คงไว้ซึ่งการปฏิบัติ รองลงมาคือ ระยะปฏิบัติ และระยะพร้อมปฏิบัติ ตามลำดับ ($\bar{X} = 3.69$,
S.D. = 0.55, $\bar{X} = 3.68$, S.D. = 0.55, $\bar{X} = 3.58$, S.D. = 0.64 ตามลำดับ) ในแต่ละขั้นตอน
การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสริมแรงในการจัดการ
มากที่สุด ($\bar{X} = 3.61$, S.D. = 0.89, $\bar{X} = 3.76$, S.D. = 0.64, $\bar{X} = 3.91$, S.D. = 0.73,
 $\bar{X} = 3.99$, S.D. = 0.74) ยกเว้นในขั้นตอนปฏิบัติ ($\bar{X} = 3.83$, S.D. = 0.66)

การอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
การเลิกสูบบุหรี่ และกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของประชาชน
ที่สมัครใจเลิกบุหรี่ที่เข้าร่วมโครงการสร้างสรรค์ ชวน เชิญ เลิกบุหรี่ทั่วไทย
โดยการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระดับอำเภอเขตสุขภาพที่ 6 ซึ่งสามารถอธิบายได้
ดังนี้

1. ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ พบว่า ผู้สมัครใจเลิกบุหรี่
ที่เข้าร่วมโครงการฯ อยู่ในขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ตามลำดับ
จากน้อยไปมากดังนี้

1) ขั้นตอนก่อนตั้งใจ ที่มีจำนวนผู้สมัครใจเลิกบุหรี่มากที่สุด (ร้อยละ 30.9)
ซึ่งบุคคลในกลุ่มนี้อาจมีความไม่เข้าใจ รับรู้ข่าวสารไม่เพียงพอ หรือมีประสบการณ์
ในการเลิกบุหรี่ที่ล้มเหลวมาก่อน จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้สมัครใจเลิกบุหรี่
เป็นผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ อยู่ในระยะนี้เกือบร้อยละ 50 ซึ่งกลุ่มนี้อาจขาดความรู้
ความเข้าใจ และไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างเพียงพอจึงทำให้ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้^๑

2) ขั้นตอนตั้งใจ ซึ่งมีจำนวนผู้สมัครใจเลิกบุหรี่มากเป็นอันดับ 2
(ร้อยละ 26.5) โดยในระยะนี้บุคคลเริ่มคิดที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่
ใน 6 เดือนข้างหน้า แสดงถึงความสนใจถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองถ้ามี
การเลิกสูบบุหรี่

3) ขั้นตอนพร้อมปฏิบัติ มีจำนวนผู้สมัครใจเลิกบุหรี่อยู่ในขั้นตอนนี้มากกว่า
ขั้นตอนปฏิบัติเล็กน้อย (ร้อยละ 13.9 และ 12.7 ตามลำดับ) ซึ่งแสดงถึงผู้สมัครใจ
เลิกบุหรี่มีความพร้อมในการที่จะเลิกสูบบุหรี่ใน 1 เดือนข้างหน้า และแสดงพฤติกรรม
บางอย่าง เช่น มีการวางแผนที่จะเลิกสูบบุหรี่ มีการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น เป็นต้น
แต่ผู้สมัครใจเลิกบุหรี่อาจยังมีความกังวลใจกับข้อเสียที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม^๑

4) ขั้นตอนปฏิบัติ ซึ่งมีจำนวนผู้สมัครใจเลิกบุหรี่อยู่ในขั้นตอนนี้น้อยที่สุด (ร้อยละ 12.7) ในขั้นตอนนี้ผู้สมัครใจเลิกบุหรี่มีการหยุดใช้บุหรี่ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา โดยมีเป้าหมายลดจำนวนการสูบบุหรี่อย่างชัดเจน และอาจมีการกลับไปยังขั้นตอนก่อนหน้านี้ได้ง่าย⁹ การที่ผู้สมัครใจเลิกบุหรี่อยู่ในขั้นตอนนี้น้อยอาจเนื่องมาจากผู้สมัครใจเลิกบุหรี่ส่วนใหญ่ยังมีจิตใจที่ไม่เด็ดเดี่ยวพอ ไม่สามารถหาเหตุผลและแรงจูงใจที่สำคัญในการตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่¹⁰ รวมทั้งมีการตัดสินใจเป็นเวลานานในขั้นตอนก่อนชั่งใจชั่งใจ และกำหนดวันที่เป็นเป้าหมายในการปฏิบัติไม่ชัดเจน⁸

5) ขั้นตอนคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ เป็นขั้นตอนที่มีจำนวนผู้สมัครใจเลิกบุหรี่มากเป็นอันดับที่ 3 (ร้อยละ 16) ในขั้นตอนนี้ผู้สมัครใจเลิกบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่มากกว่า 6 เดือน มีความสม่ำเสมอต่อเนื่อง ป้องกันการกลับสู่ขั้นตอนก่อนหน้านี้ ได้แก่ ก่อนชั่งใจ ชั่งใจ พร้อมปฏิบัติ หรือปฏิบัติ¹¹ ทั้งนี้ทั้งนั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ในขั้นตอนพร้อมปฏิบัติ ปฏิบัติ และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ในทางที่ดีขึ้น เมื่อคิดรวมกันได้มากถึง ร้อยละ 42.6 ซึ่งแสดงให้เห็นความสำเร็จของโครงการฯ ที่สามารถทำให้ผู้สมัครใจเลิกสูบบุหรี่เกือบครึ่งหนึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ในทางที่ดีขึ้นได้

ซึ่งผลงานวิจัยนี้มีความใกล้เคียงกับผลงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า หลังจากผู้สมัครใจเข้าโครงการการส่งเสริมการเลิกบุหรี่แล้ว กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40.0 สามารถเลิกบุหรี่ได้และยืนยันว่าจะเลิกบุหรี่ตลอดไป¹²

2. กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่

จากผลการวิจัยพบว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้ง 10 กระบวนการ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดในขั้นตอนก่อนชั่งใจและเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในขั้นตอนชั่งใจส่วนในขั้นตอนพร้อมปฏิบัติ ปฏิบัติ และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยขั้นตอนก่อนชั่งใจ ชั่งใจ และพร้อมปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง และขั้นตอนปฏิบัติ และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในระดับสูงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในขั้นตอนชั่งใจ พร้อมปฏิบัติ ปฏิบัติ และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ ผู้สมัครใจเลิกบุหรี่มีกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเสริมแรงในการจัดการอยู่ในระดับสูง ส่วนในขั้นตอนก่อนชั่งใจ อยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการให้แรงเสริมในทางบวกแก่ผู้สมัครใจเลิกบุหรี่ เช่น การชมเชยให้กำลังใจ และการให้รางวัลเมื่อเลิกสูบบุหรี่ได้ ซึ่งการเสริมแรงทางบวกนี้จะป็นตัวผลักดันให้ผู้สมัครใจเลิกบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้ในอนาคต และต่อเนื่อง¹² และจากการดำเนิน

โครงการฯ ของพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 ส่วนใหญ่ พบว่า มีการชมเชยผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้ ในที่ประชุมระดับอำเภอทำให้ผู้เลิกบุหรี่ได้เกิดความภาคภูมิใจ และบางแห่งมีระบบของการให้รางวัล ซึ่งเป็นแรงจูงใจอย่างดีในการเลิกบุหรี่¹³

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในขั้นตอนคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ และปฏิบัติ ผู้สมัครใจเลิกบุหรี่ใช้กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสริมแรงในการจัดการ การเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม การควบคุมสิ่งเร้า การประกาศอิสรภาพต่อสังคม ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของโปรชาร์กา⁴ แต่แตกต่างเพียงเล็กน้อยที่กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือซึ่งควรมีอยู่ในระดับสูง กลับมาอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งอาจเกิดจากในสังคมที่ผู้สมัครใจเลิกบุหรี่ส่วนใหญ่เป็นสังคมชนบทที่มีความสัมพันธ์ช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นเรื่องปกติทำให้เกิดความรู้สึกเปลี่ยนแปลงในส่วนนี้ไม่มากนัก และให้ความสำคัญกับการเสริมแรง การให้กำลังใจในการเลิกบุหรี่ การตั้งเป้าหมายให้ตนเองมีสุขภาพดี ควบคุมตนเองเพื่อไม่ให้กลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ และสร้างความมั่นใจให้กับตนเองที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ต่อไปในอนาคต⁸

ในขณะที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในขั้นตอนก่อนซึ่งใจ ซึ่งใจ และพร้อมปฏิบัติ มีกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่สอดคล้องกับทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของโปรชาร์กา⁴ โดยผู้สมัครใจเลิกบุหรี่ที่อยู่ในขั้นตอนซึ่งใจ และพร้อมปฏิบัติมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสริมแรงในการจัดการ และการเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรมในระดับสูง ส่วนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในขั้นตอนก่อนซึ่งใจ มีกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้ง 10 กระบวนการอยู่ในระดับปานกลาง และมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสริมแรงในการจัดการมากที่สุด ซึ่งในทฤษฎีของโปรชาร์กา⁴ กล่าวว่าระยะก่อนซึ่งใจ และซึ่งใจ กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ควรมีในระดับสูงคือการกระตุ้นให้ตื่นกลัว การระบายนารมณ์ และการประเมินสิ่งแวดล้อม ส่วนในระยะซึ่งใจ และพร้อมปฏิบัติ กระบวนการที่ควรมีในระดับสูงคือการประเมินตนเอง และการประกาศอิสรภาพต่อตนเอง รวมทั้งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของภานิสา ระยา และคณะ¹⁴ ที่พบว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสร้างความตระหนักถึงโทษของบุหรี่ การกระตุ้นทางอารมณ์ และการประเมินสิ่งแวดล้อม เป็นกระบวนการที่นำมาสู่การตัดสินใจเลิก/ ไม่เลิกบุหรี่ในขั้นตอนก่อนซึ่งใจ และซึ่งใจ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ที่ไม่สอดคล้องกับทฤษฎีและงานวิจัยที่ผ่านมา อาจเป็นเพราะผู้สมัครใจเลิกบุหรี่ที่อยู่ในขั้นตอนก่อนซึ่งใจ ซึ่งใจ และพร้อมปฏิบัติ ให้ความสำคัญกับการเสริมแรงในการจัดการ มีความต้องการ

ให้มีการเสริมแรง ให้กำลังใจ และเริ่มที่จะเรียนรู้ในการเผชิญและจัดการกับปัญหาที่อาจจะเกิดจากการเลิกบุหรี่ที่นำมาสู่การตัดสินใจในการเลิกบุหรี่ได้ในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลควรสร้างความตระหนักให้บุคลากรที่มีสุขภาพ ในการสร้างแรงจูงใจ ดูแล ให้คำปรึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเลิกบุหรี่ ให้ความรู้ สร้างความเข้าใจให้กับผู้สมัครใจเลิกบุหรี่อย่างทั่วถึง รวมทั้งพัฒนาระบบการดูแล ติดตามหลังการเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยการสร้างกระแสสังคมและเครือข่ายชุมชนในการช่วยติดตาม เพื่อให้เกิดการเลิกบุหรี่ได้อย่างยั่งยืน

2. ด้านการวิจัย ในการดำเนินการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพหรือถอดบทเรียนความสำเร็จ ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินโครงการจากพื้นที่ที่ได้ดำเนินโครงการฯ ประสบความสำเร็จ และพื้นที่ที่ไม่ประสบความสำเร็จ เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาโครงการลด ละ เลิกบุหรี่ในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Switzerland: WHO Press; 2016.
2. ประกิจ วาทีสาธกิจ. ก้าวต่อไปของมูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่. กรุงเทพฯ: มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่; 2559.
3. อรรณพ สัมภวมาณะ, ดวงเดือน อินทร์บำรุง, ดวงหทัย ศรีสุจริตและรัชฎาภรณ์ เทียงสุข. การสังเคราะห์รูปแบบ การจัดการปัญหาบุหรี่ในระดับชุมชน. วารสารพยาบาล 2559;1:11-8.
4. Prochaska JO. Measuring process of change: Applications to the cessation of smoking. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1988;56:520-8.
5. พรณี ปานทวัญ และอายุพร ประสิทธิเวชชากร. การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กับ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่. วารสารพยาบาลทหารบก 2557;1:36-44.

6. ทศนีย์ ผลธานีโก. แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่ 2 (ปี 2558-2562). กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
7. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการดำเนินงานโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทยเทิดไถ่องคราชน. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
8. ญานันท์ ศรีทรงเมือง. ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของพลทหาร ค่ายภาณุรังษี จังหวัดราชบุรี [ปริญญาานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2549.
9. Prochaska JO, Velicer WF . The transtheoretical model of health behavior change. *AmJ Health Promot* 1997;1:38-48
10. Li L, Borland R, Yong H-H, Fong GT, Bansal-Travers M, Quah AC, et al. Predictors of smoking cessation among adult smokers in Malaysia and Thailand: findings from the international tobacco control smoothest Asia survey. *Nicotine Tob Res* 2010;12 Suppl1:S34-S44.
11. ผ่องศรี ศรีมรกต. แนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการบำบัดเพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่. กรุงเทพมหานคร: มณีส फिल्ม์; 2552.
12. ศิราณี อิ่มน้ำขาว. รูปแบบพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ที่เข้ารับการบำบัดในคลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลมหาสารคาม. *วารสารกองการพยาบาล* 2555;3:7- 20.
13. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี. รายงานการสรุปผลการดำเนินงาน โครงการส่งเสริมการดำเนินงานสร้างสรรค์ ชวน เชิญเลิกบุหรี่ทั่วไทยภายใต้การขับเคลื่อน “โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไถ่องคราชน”. ชลบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีชลบุรี. 2562.
14. ภาณิสา ระยา, ศรัณญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช, ธราดล เก่งการพานิช, และกรนก ลัธธนันท์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ตามแบบจำลองขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนในตำบลวังวน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ* 2558;2:9-25.

ผลของการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงร่วมกับ การสะท้อนคิดต่อพฤติกรรมบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ของนักศึกษาพยาบาล

กัลยา ศรีมหันต์ พย.ม.^{1*}, จิรียา อินทนา พย.ม.¹,
วิริยาภรณ์ แสนสมรส พย.ม.¹

บทคัดย่อ

การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์เป็นหนึ่งในเป้าหมายการเรียนการสอนทางการพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลภายใต้สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก การจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงร่วมกับการสะท้อนคิดอาจเป็นวิธีการหนึ่ง ที่ส่งเสริมพฤติกรรมดังกล่าวสำหรับนักศึกษาพยาบาล การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงร่วมกับการสะท้อนคิด ต่อพฤติกรรมบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดก่อนและหลังในกลุ่มเดียว กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่เรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคล ที่มีปัญหาสุขภาพ 1 จำนวน 19 คน เครื่องมือที่ใช้การวิจัยประกอบด้วย แผนการจัดการเรียนรู้ แผนการพยาบาล บันทึกการเรียนรู้ (IOC = 0.85, 0.83, 0.80) และแบบสอบถามพฤติกรรมบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ แบบประเมินค่า 5 ระดับ (IOC = 0.79 และ Alpha = 0.84) และแบบสัมภาษณ์ กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอน (IOC = 0.87) การวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Wilcoxon Signed-Rank test และการวิเคราะห์ เชิงเนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมบริการด้วยหัวใจ ความเป็นมนุษย์ โดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่างหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อการเรียน การสอนดังกล่าวว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจปัญหาโรคและปัญหาชีวิต ของผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น เกิดความรู้สึกรักอยากช่วยเหลือด้วยความเต็มใจ

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

*Corresponding E-mail: Kunlaya_bcnr@hotmail.com

วันที่รับ (received) 5 ก.พ. 2563 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 15 มิ.ย. 2563 วันที่ตอบรับ (accepted) 7 ส.ค. 2563

เกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ และสามารถวางแผนการพยาบาลได้ตรงตามสภาพชีวิตจริงโดยผู้รับบริการเข้ามามีส่วนร่วม จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงร่วมกับการสะท้อนคิดช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลได้จริง ซึ่งจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการเรียนการสอนและส่งเสริมพฤติกรรมการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในนักศึกษาพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: การเรียนรู้ตามสภาพจริง, การสะท้อนคิด,
การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์, การวางแผนการพยาบาล,
นักศึกษาพยาบาล

The Effects of Authentic Learning with Reflective Practice on Humanized–Care Behavior of Nursing Students

Kunlaya Srimahunt M.N.S.^{1*}, Jiriya Intana M.N.S.¹,

Wiriyaporn Sansomros M.N.S.¹

Abstract

Humanized– care behavior is considered as one of the nursing instructional goals applied in the nursing colleges under the jurisdiction of Praboromarajchanok Institute. The authentic learning with reflective practice is a plausible way to enhance the aforesaid behavior among nursing students. The purpose of this research was to investigate the effects of the authentic learning with reflective practice on humanized– care behavior among nursing students. This study was conducted by using quasi– experimental research with a one– group pretest– posttest design. The samples selected by purposive sampling were 19 second–year nursing students enrolling in course entitled the Practicum of Nursing Care of Person with Health Problems 1. The research instruments consisted of learning plans, nursing– care plans, journal writing (IOC= 0.85, 0.83, 0.80, respectively) , 5– rating scale questionnaire on humanized–care behavior (IOC = 0.79 and Alpha =0.84) and semi–structured interview on instructional management (IOC = 0.87). The data were then analyzed using mean, standard deviation, Wilcoxon Signed– Rank Test and content analysis. The results indicated that the samples’ mean scores on humanized– care behavior; both overall and each aspect after learning; were statistically significantly higher than those before learning at the .05 level. Additionally, the samples commented that authentic learning with reflective practice provided more genuine understanding about diseases and clients’ real–

¹Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi

*Corresponding E–mail: Kunlaya_bcnr@hotmail.com

life problems, which resulted in students' willingness to help those clients. Besides, it enhanced systematic and analytical thinking that enabled students to notify nursing-care plans in accordance with clients' real-life conditions. Based on the findings in this research, it clearly showed that authentic learning with reflective practice could practically enhance humanized-care behavior among nursing students, which would be further implemented as the foundation of nursing instruction and students' humanized-care behavior enhancement.

Keywords: authentic learning, reflection, humanized care, nursing care plan, nursing student

บทนำ

การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์เป็นการให้บริการที่เป็นมิตร มีความรัก ความเมตตา ใส่ใจในปัญหาและความทุกข์ของผู้รับบริการ ให้บริการที่ตรงตามปัญหา และความต้องการของผู้รับบริการตามสภาพจริง สอดคล้องกับ ประเวศ วลี¹ ที่ได้กล่าวไว้ว่า ระบบบริการสุขภาพควรพัฒนาบริการที่เน้นมิติของความเป็นมนุษย์ โดยมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และต้องดูแลด้วยหัวใจที่เข้าใจความเป็นมนุษย์ รวมทั้งสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข² ได้กำหนดให้ **“การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์”** เป็นอัตลักษณ์นักศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัด ประกอบด้วยคุณลักษณะ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านจิตบริการ (Service mind) ด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical thinking) และด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (Participation) ดังนั้นการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลจะช่วยส่งเสริมให้เกิดการดูแลผู้รับบริการด้วยความใส่ใจ เข้าใจ ตามความเป็นจริงอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้สถาบันการศึกษาทางการพยาบาลโดยเฉพาะวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญและกำหนดเป้าหมายในการผลิตนักศึกษาให้เกิดพฤติกรรมบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ซึ่งถือเป็นอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก และจากคุณลักษณะอัตลักษณ์ทั้ง 3 ด้านดังกล่าว พบว่าด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ นอกจากจะมีความสำคัญจำเป็นต่อวิชาชีพการพยาบาลแล้วยังมีความสอดคล้องกับพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542 ที่ได้กำหนดแนวทางการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาผู้เรียนไว้ว่า การจัดการเรียนรู้ให้กับผู้เรียนต้องส่งเสริมทักษะกระบวนการคิด และฝึกการประยุกต์ใช้ความรู้ในการแก้ไขปัญหา โดยให้ผู้เรียนเรียนรู้จากประสบการณ์จริง ฝึกปฏิบัติให้ทำได้ คิดเป็น ทำเป็น และเกิดการใฝ่รู้อย่างต่อเนื่อง³ ดังนั้น การจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดคุณลักษณะอัตลักษณ์ **“การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์”** จึงต้องจัดให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากสถานการณ์จริง ตามสภาพความเป็นจริง เพื่อเข้าถึงปัญหาของผู้รับบริการ ฝึกทักษะกระบวนการคิด และฝึกการประยุกต์หลักวิชาการมาใช้แก้ปัญหาให้กับผู้รับบริการ โดยผู้รับบริการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง จึงจะส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดพฤติกรรมบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อย่างแท้จริง

การจัดการเรียนการสอนที่ให้ผู้เรียนเรียนรู้ตามสภาพจริง (Authentic Learning) บนสถานการณ์ปัญหาจริงและเน้นให้ผู้เรียนรวบรวมทักษะต่างๆ ที่มีอยู่ไปปฏิบัติงานในสถานการณ์ที่ซับซ้อน เป็นการส่งเสริมผู้เรียนให้มีการสืบเสาะแสวงหาความรู้ คิดเป็น แก้ปัญหาเป็น และนำมาใช้ในสถานการณ์จริงได้⁴ นอกจากนี้การจัดการเรียนการสอนให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ตามสภาพจริงยังเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ผู้สอนมีบทบาทเป็นผู้เอื้อประโยชน์ให้ผู้เรียนได้เกิดการเรียนรู้ กระตุ้นให้ผู้เรียนศึกษาสภาพการณ์จริง และร่วมกันแสวงหาความรู้เพื่อหาวิธีในการแก้ไขปัญหา⁵ การสอนตามสภาพจริงนี้ ลัดดาวัลย์ ไวยสุระสิงห์ และคณะ⁶ ได้นำไปใช้พัฒนารูปแบบการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณสูงกว่าเกณฑ์ และสมภารณ์ เทียนขาวและคณะ⁷ ได้นำไปใช้ในวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต พบว่า ช่วยให้นักศึกษาปรับเปลี่ยนมุมมองต่อผู้ป่วยจิตเวช ไม่กลัวผู้ป่วยจิตเวชและสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเวชได้ นอกจากนี้การจัดการเรียนการสอนที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการสอนของผู้สอนก็เป็นปัจจัยที่สำคัญที่กระตุ้นการเรียนรู้ของผู้เรียนโดยเฉพาะการตั้งคำถามเพื่อสะท้อนคิด (Reflection) จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการคิดไตร่ตรอง คิดวิเคราะห์ เกิดความเข้าใจได้อย่างลึกซึ้ง และเกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่นำไปสู่การพัฒนาตนเอง และการแก้ปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁸ เกิดการตระหนักรู้ในตน มีทักษะการวิเคราะห์ได้อย่างลึกซึ้ง ถิ่นวนรอบด้าน การสอนโดยการสะท้อนคิดนี้ สุพิมล ขอผลและคณะ⁹ ได้นำไปใช้ในการสอนภาคปฏิบัติวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต พบว่าการสอนโดยการสะท้อนคิดเป็นวิธีการสอนที่ช่วยส่งเสริมทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณให้กับนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกภาคปฏิบัติในหอผู้ป่วยจิตเวชและลำเจียก กำธร¹⁰ ได้นำไปใช้ในวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตพบว่า ผู้เรียนได้เกิดการคิดทบทวน เกิดการเชื่อมโยงความคิด นำไปสู่การคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking) จะเห็นได้ว่าการจัดการเรียนการสอนทั้ง 2 วิธีดังกล่าว ได้แก่ การจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริง (Authentic learning) และการสอนโดยการสะท้อนคิด (Reflection) เป็นวิธีการสอนที่ช่วยให้ผู้เรียน

เกิดการเรียนรู้ได้จริงและกระตุ้นการเข้าใจในเนื้อหาอย่างชัดเจน มีความเข้าใจผู้รับบริการ จึงน่าจะเป็นวิธีการจัดการเรียนการสอนที่ช่วยพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้เข้าใจความเป็นมนุษย์ เสริมสร้างจิตบริการ รู้จักการคิดวิเคราะห์ และสามารถเชื่อมโยงความรู้ทางวิชาการ สู่การนำไปใช้ในสภาพจริงร่วมกับผู้รับบริการได้

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ เป็นหนึ่งในวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีอัตลักษณ์บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์มาอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามจากการวิเคราะห์แผนการพยาบาลของนักศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นแผนการพยาบาลที่อิงทฤษฎีเป็นหลัก ไม่ว่าผู้รับบริการจะเป็นใคร ถ้าป่วยด้วยโรคเดียวกัน ผู้เรียนจะวางแผนการพยาบาลไปในแนวทางเดียวกัน เป็นการวางแผนการพยาบาลที่มาจากการคัดลอกตำรายังขาดการวิเคราะห์ข้อมูล ขาดการวิเคราะห์ปัญหา และขาดการประยุกต์วิชาการมาใช้ในการวางแผนดูแลสุขภาพ เน้นการให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้รับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามโรคและตามหลักวิชาการ โดยไม่ได้ทำความเข้าใจกับปัญหาและข้อจำกัดด้านชีวิตของผู้รับบริการในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ¹¹ ทำให้แผนการพยาบาลหรือคำแนะนำในบางครั้งผู้รับบริการไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้ และที่สำคัญขาดการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (Participation) อย่างแท้จริง สะท้อนคุณลักษณะอัตลักษณ์การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษายังไม่สมบูรณ์และไม่ครบทุกด้าน

จากข้อมูลและสภาพปัญหาข้างต้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ จึงได้จัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงร่วมกับการสะท้อนคิดเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล โดยทดลองใช้ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1 ซึ่งจะช่วยจัดประสบการณ์ให้ผู้เรียนหรือนักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้ตามสภาพจริง (Authentic learning) เพื่อทำความเข้าใจทั้งปัญหาโรคและปัญหาชีวิตของผู้รับบริการ สามารถสอนโดยใช้ประเด็นคำถาม (Power question) สะท้อนคิด (Reflection) เพื่อกระตุ้นการคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical thinking) ให้กับผู้เรียนผ่านการวางแผนการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) และสามารถวางแผนการพยาบาลโดยให้ผู้รับบริการได้เข้ามามีส่วนร่วม (Participation) ในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคำแนะนำเฉลี่ยพฤติกรรมบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อเปรียบเทียบคำแนะนำเฉลี่ยพฤติกรรมบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการเรียนการสอนตามสภาพจริงร่วมกับการสะท้อนคิดผ่านการวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล
3. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของนักศึกษาต่อการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงร่วมกับการสะท้อนคิดผ่านการวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล

กรอบแนวคิด

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยออกแบบการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงร่วมกับการสะท้อนคิดผ่านการวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน เพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ให้กับนักศึกษาพยาบาลทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านจิตบริการ (Service mind) 2) ด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical thinking) และ 3) ด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (Participation) โดยมีกรอบแนวคิดของการศึกษาวิจัย ดังนี้

การจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริง (Authentic learning) ร่วมกับการสะท้อนคิด (Reflection) ผ่านการวางแผนการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่

1. การประเมินภาวะสุขภาพ (Health assessment)
2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis)
3. การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan)
4. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)
5. การประเมินผล (Evaluation)



พฤติกรรมบริการ ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (SAP)

1. ด้านจิตบริการ (Service mind)
2. ด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical thinking)
3. ด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (Participation)

สมมุติฐานการวิจัย

พฤติกรรมการบริการหัวใจความเป็นมนุษย์ของกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนเรียนตามสภาพจริงร่วมกับการสะท้อนคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยกึ่งทดลองแบบ 1 กลุ่ม วัดก่อน-หลัง (Quasi-Experimental Research with One-group Pre test-Post test design) โดยมีขั้นตอนของการศึกษาวิจัย ดังนี้

1. ขั้นก่อนทดลอง ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการศึกษาวิจัย และการยินยอมเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ทั้ง 3 ด้าน ก่อนเรียน (Pre-test)

2. ขั้นดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการจัดการเรียนการสอนโดยมอบหมายให้กลุ่มตัวอย่างศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย (Case assignment) ตามสภาพจริง (Authentic learning) และวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan) โดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) ผู้วิจัยดำเนินการสอนโดยการสะท้อนคิด (Reflection) ผ่านขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอนตามลำดับดังนี้

ขั้นที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพ (Health assessment) เป็นขั้นของการรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan) ผู้ป่วยเฉพาะราย (Case assignment) โดยให้กลุ่มตัวอย่างศึกษาประวัติการเจ็บป่วย การประเมินภาวะสุขภาพ และข้อมูลชีวิต ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ การดูแลตนเอง ความทุกข์ ความยากลำบากในการใช้ชีวิต และการปรับตัวอยู่กับโรค เป็นต้น หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้วิจัยสะท้อนคิด (Reflection) โดยใช้ประเด็นคำถาม (Power question) กระตุ้นการรู้คิด เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการคิดวิเคราะห์ และเกิดความเข้าใจทั้งปัญหาโรคและปัญหาชีวิตของผู้รับบริการ รู้สึกเห็นอกเห็นใจ นำมาซึ่งความช่วยเหลืออย่างเต็มใจ เป็นการส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดอัตลักษณ์การบริการ

ด้วยหัวใจมนุษย์ด้านจิตบริการ (Service mind) และการคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical thinking)

ขั้นที่ 2 การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis) ในขั้นนี้ผู้วิจัยใช้คำถามสะท้อนคิด (Reflection) เพื่อกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการคิดทบทวนไตร่ตรอง และนำข้อมูลที่ได้จากขั้นที่ 1 มากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ตรงตามปัญหาและสอดคล้องกับข้อจำกัดของผู้รับบริการตามสภาพชีวิตจริง เป็นการส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดอัตลักษณ์การบริการด้วยหัวใจมนุษย์ ด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical thinking)

ขั้นที่ 3 การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan) เป็นขั้นของการวางแผนการพยาบาลที่ตรงกับปัญหาและสอดคล้องกับบริบทชีวิตของผู้รับบริการตามสภาพจริง การสะท้อนคิด (Reflection) ในขั้นนี้จะเน้นการประยุกต์ใช้ความรู้ทางวิชาการมาวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับสภาพชีวิตจริงของผู้รับบริการ และให้ผู้รับบริการและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเอง (Participation) เพื่อให้ผู้รับบริการและครอบครัวนำไปใช้ในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เป็นการส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดอัตลักษณ์การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical Thinking) และด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (Participation)

ขั้นที่ 4 การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) ขั้นนี้ทั้งผู้สอน ผู้เรียน และผู้รับบริการ ปฏิบัติการพยาบาลร่วมกัน แบ่งเป็น 2 ส่วนได้แก่ 1) ผู้สอนและผู้เรียนปฏิบัติการพยาบาลร่วมกันอย่างถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาล และ 2) ผู้สอน ผู้เรียน ผู้รับบริการและครอบครัวปฏิบัติการพยาบาลร่วมกันเพื่อดูแลสุขภาพผู้รับบริการและเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดทักษะและสามารถนำไปใช้ดูแลสุขภาพตนเองได้ต่อเนื่องทั้งที่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ในขั้นนี้ผู้สอนใช้คำถามสะท้อนคิด เพื่อให้ผู้เรียนมองเห็นบทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ประกอบวิชาชีพและบทบาทของพยาบาลในการให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ และนอกจากนี้ผู้สอนต้องแสดงบทบาทของผู้ประกอบวิชาชีพให้ผู้เรียนได้เห็นแบบอย่าง (Role model) ของการดูแลด้วยความเข้าใจด้วยความเอื้ออาทร และการเสริมสร้างความมั่นใจให้กับผู้เรียนและผู้รับบริการ

เป็นการส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดอัตลักษณ์การบริการด้วยหัวใจมนุษย์ ด้านจิตบริการ ด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ และด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ

ขั้นที่ 5 การประเมินผล (Evaluation) ในขั้นนี้แบ่งการประเมินผล เป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นการประเมินผลสัมฤทธิ์ตามกระบวนการพยาบาล และส่วนที่ 2 เป็นการประเมินศักยภาพของผู้รับบริการและครอบครัวในการนำวิธีการดูแลสุขภาพไปใช้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน เป็นการส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดอัตลักษณ์การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ และด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ

เมื่อดำเนินการตามกระบวนการพยาบาลครบทั้ง 5 ขั้นแล้ว หากยังพบปัญหาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขหรือปัญหาที่มีเพิ่ม ผู้วิจัยมอบหมายให้กลุ่มตัวอย่างศึกษาและรวบรวมข้อมูลเพิ่มและวิเคราะห์ข้อมูลตามกระบวนการพยาบาลตั้งแต่ขั้นที่ 1 ถึงขั้นที่ 5 ตามลำดับ

หลังเสร็จสิ้นการจัดการเรียนการสอนครบทั้ง 5 ขั้นผู้วิจัยให้ผู้เรียนสรุปการเรียนรู้ในบันทึกการเรียนรู้ และผู้สอนสะท้อนคิด ผ่านบันทึกการเรียนรู้ของผู้เรียน

3. ขั้นหลังการทดลอง ผู้วิจัยประเมินผลการศึกษาวิจัยภายหลังเสร็จสิ้นการจัดการเรียนการสอน โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ทั้ง 3 ด้านหลังเรียน (Post-test) และสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี ปีการศึกษา 2561 จำนวน 87 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive random sampling) จำนวน 19 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 ที่ขึ้นฝึกภาคปฏิบัติในหอผู้ป่วยกุมาร 2 จนครบระยะเวลาที่กำหนด

2) ไม่เคยเรียนตามสภาพจริงร่วมกับการสะท้อนคิดมาก่อน 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และ 4) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี เลขที่ 009/2562 นอกจากนี้ผู้วิจัยชี้แจงถึงการนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม ไม่เฉพาะเจาะจงรายบุคคล ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีนักศึกษาขอถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1.1 แผนการจัดการเรียนรู้ ตามสภาพจริงร่วมกับการสะท้อนคิด เพื่อพัฒนาผู้เรียนให้มีพฤติกรรมบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ วิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1

1.2 ผลงานของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แผนการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะราย และบันทึกการเรียนรู้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามพฤติกรรมบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ผู้วิจัยได้ปรับมาจากแบบประเมินอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (SAP) ของสถาบันพระบรมราชชนกและของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรีประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านจิตบริการ ด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ และด้านการให้บริการมีส่วนร่วม รวมจำนวน 20 ข้อ ตามข้อมูลตารางที่ 1 ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด โดยมีการให้ คะแนนตั้งแต่ 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ข้อมูลแบบสอบถามพฤติกรรมบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

แบบสอบถามพฤติกรรม การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์	จำนวนข้อ (20 ข้อ)	ช่วง คะแนน	เกณฑ์การ แปลผล คะแนน	ระดับ
1. ด้านจิตบริการ (Service mind)	8	8-40	8.00-18.66 18.67-29.33 29.34-40.00	น้อย ปานกลาง สูง
2. ด้านการคิดเชิง วิเคราะห์ (Analytical thinking)	6	6-30	6.00-13.00 14.00-21.00 22.00-30.00	น้อย ปานกลาง สูง
3. ด้านการให้ผู้รับบริการ มีส่วนร่วม (Participation)	6	6-30	6.00-13.00 14.00-21.00 22.00-30.00	น้อย ปานกลาง สูง

2.2 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) เพื่อศึกษาความคิดเห็นของนักศึกษาต่อการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงร่วมกับการสะท้อนคิดผ่านการวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล โดยกำหนดประเด็นคำถามปลายเปิดสำหรับการสัมภาษณ์ไว้ ดังนี้ นักศึกษารู้สึกอย่างไรกับการจัดการเรียนการสอนในครั้งนี้ การจัดการเรียนการสอนในครั้งนี้ต่างจากการเรียนการสอนที่ผ่านมาอย่างไร ภายหลังจากที่ได้ไปทำความเข้าใจชีวิตของผู้รับบริการแล้วรู้สึกอย่างไร ที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างมีวิธีการศึกษาและรวบรวมข้อมูลและวางแผนการพยาบาลอย่างไร แตกต่างจากการศึกษาในครั้งนี้อย่างไร เป็นต้น ซึ่งคำถามดังกล่าวสามารถขยายเป็นคำถามย่อยๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและลึกซึ้งมากขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมืองานวิจัย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสถิติจำนวน 1 ท่าน และด้านการจัดการเรียนการสอนด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์จำนวน 2 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Objective Congruence - IOC) ดังนี้

แผนการจัดการเรียนการสอน ($IOC = .85$) แผนการพยาบาล ($IOC = .83$) บันทึกการเรียนรู้ ($IOC = .80$) แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอน ($IOC = .87$) และแบบสอบถามพฤติกรรมบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ($IOC = .79$) ซึ่งภายหลังปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี จำนวน 30 คนที่ไม่ใช่กลุ่มทดลอง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

ก่อนทดลอง

ผู้วิจัยพบนักศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดการทำกิจกรรมการจัดการเรียนการสอน จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนการสอน ใช้เวลา 30 นาที

ระหว่างทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนโดยมอบหมายให้กลุ่มตัวอย่างศึกษาและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล และวางแผนการพยาบาลตามแบบฟอร์มการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะราย ผู้วิจัยตรวจชิ้นงานและพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล และใช้ประเด็นคำถามสะท้อนคิดเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจการรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและการวางแผนการพยาบาลตามสภาพชีวิตจริง หลังจากนั้นผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับสภาพชีวิตจริงของผู้รับบริการแต่ละราย และนำแผนการพยาบาลที่ได้ไปปฏิบัติการพยาบาลและติดตามประเมินผล กลุ่มตัวอย่างเขียนบันทึกการเรียนรู้ ผู้วิจัยบันทึกเสียงข้อมูลในระหว่างดำเนินการวิจัย และจัดบันทึกข้อมูลบางส่วนเพิ่มเติม

หลังทดลอง

หลังเสร็จสิ้นการจัดการเรียนการสอนผู้วิจัยประเมินผลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ทั้ง 3 ด้านหลังเรียน และสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง

ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และบันทึกเทปการสัมภาษณ์และการตอบคำถามของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย และจัดบันทึกข้อมูลบางส่วนเพิ่มเติม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดก่อนและหลังในกลุ่มเดียว (Pre-Post test design) และด้วยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยมีขนาดเล็ก $n = 19$ ($n < 30$) ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติแบบนอนพาราเมตริกซ์ Wilcoxon Signed-Rank test¹² เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริง ร่วมกับการสะท้อนคิดผ่านการวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลทั้งภาพรวมและรายด้านทั้ง 3 ด้าน และข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างถอดเทปและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1

ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงร่วมกับการสะท้อนคิดผ่านการวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภาพรวมก่อนการจัดการเรียนการสอนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 54.84$, S.D.= 6.50) หลังการจัดการเรียนการสอนอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 80.55$, S.D.=10.48) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลทุกด้านก่อนการจัดการเรียนการสอนอยู่ในระดับปานกลาง หลังการจัดการเรียนการสอนอยู่ในระดับสูง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรม การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ทั้งโดยภาพรวมและรายด้าน ก่อนและหลัง การจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงร่วมกับการสะท้อนคิดผ่านการวางแผน การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล ($n = 19$)

พฤติกรรมบริการด้วย หัวใจความเป็นมนุษย์	Pre-test			Post-test		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ด้านจิตบริการ (Service Mind)	24.11	2.88	ปานกลาง	34.32	3.43	สูง
2. ด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical Thinking)	15.21	2.42	ปานกลาง	23.00	3.27	สูง
3. ด้านการมีส่วนร่วมของ ผู้รับบริการ (Participation)	15.58	2.43	ปานกลาง	23.84	3.35	สูง
ภาพรวม	54.84	6.50	ปานกลาง	80.55	10.48	สูง

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมบริการด้วยหัวใจ ความเป็นมนุษย์ภาพรวมก่อนการจัดการเรียนการสอนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 54.84$, S.D. = 6.50) หลังการจัดการเรียนการสอนอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 80.55$, S.D. = 10.48) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ในทุกด้านมีค่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการจัดการเรียนการสอนอยู่ในระดับปานกลางและหลังการจัด การเรียนการสอนอยู่ในระดับสูง

ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2

เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงร่วมกับ การสะท้อนคิดผ่านการวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์หลังการจัดการเรียน การสอนตามสภาพจริงร่วมกับการสะท้อนคิดผ่านการวางแผนการพยาบาลโดยใช้ กระบวนการพยาบาล สูงกว่าก่อนการจัดการเรียนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $< .05$ ทั้งภาพรวมและรายด้านทั้ง 3 ด้าน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมบริการด้วยหัวใจ
ความเป็นมนุษย์ก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงร่วมกับการสะท้อนคิดผ่านการวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล (n = 19)

พฤติกรรมบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์	Pre-test			Post-test			W	p
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ		
1. ด้านจิตบริการ (Service mind)	24.11	2.88	ปานกลาง	34.32	3.43	สูง	3.830	.000
2. ด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical thinking)	15.21	2.42	ปานกลาง	23.00	3.27	สูง	3.830	.000
3. ด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (Participation)	15.58	2.43	ปานกลาง	23.84	3.35	สูง	3.830	.000
โดยรวม	54.84	6.50	ปานกลาง	80.55	10.48	สูง	3.826	.000

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์หลังการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงร่วมกับการสะท้อนคิดผ่านการวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล สูงกว่าก่อนการจัดการเรียนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$

ผลการวิจัย

ความคิดเห็นของนักศึกษาต่อการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงร่วมกับการสะท้อนคิดผ่านการวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจปัญหาโรคและปัญหาชีวิตของผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น เกิดความรู้สึกอยากช่วยเหลือด้วยความเต็มใจ เกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ และสามารถวางแผนการพยาบาลได้ตรงตามสภาพชีวิตจริง

โดยผู้รับบริการเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงตนเองเหล่านั้นเป็นคุณลักษณะอัตลักษณ์การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ทั้ง 3 ด้านได้แก่ ด้านจิตบริการ ด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ และด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ผู้วิจัยจึงสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามคุณลักษณะอัตลักษณ์การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ทั้ง 3 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. ด้านจิตบริการ (Service mind) พบว่าภายหลังการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงร่วมกับการสะท้อนคิดผ่านการวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงตนเอง คือ มีความเข้าใจปัญหาโรคและปัญหาชีวิตของผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น เกิดความรู้สึกอยากช่วยเหลือด้วยความเต็มใจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) การเข้าใจปัญหาโรคและปัญหาชีวิตของผู้รับบริการ

ผลการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงร่วมกับการสะท้อนคิดผ่านการวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเข้าใจผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้นทั้งปัญหาโรคและปัญหาชีวิต เข้าใจความรู้สึกและสภาพทางจิตใจที่เป็นความทุกข์ของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว เข้าใจความยากลำบากที่เป็นผลกระทบจากการเจ็บป่วย ทั้งในเรื่องค่าใช้จ่ายและผลกระทบทางเศรษฐกิจของครอบครัว เข้าใจถึงการปรับตัวของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวภายหลังการเจ็บป่วย ดังตัวอย่างความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

“มาอยู่ที่นี่ หนูได้ศึกษาชีวิตของผู้ป่วย ทำให้รู้ว่า ทุกคนมีปัญหาชีวิตที่แตกต่างกันมีความทุกข์ที่ไม่ใช่แค่โรคเขาต้องลำบากเรื่องค่าใช้จ่าย พ่อกับพี่สาวต้องเป็นคนหาเลี้ยงครอบครัว น้องต้องนอนโรงพยาบาล และต้องเข้าๆ ออกๆ บ่อยครั้งมาก ค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายไปกับค่าเดินทาง ค่าของใช้ที่จำเป็น ส่วนแม่ของน้องก็กำลังตั้งท้องลูกคนที่ 4 ได้ 6 เดือนจึงไม่สามารถมาดูแลน้องที่ป่วยได้ พี่เป็นคนมาเฝ้าน้องแทน พอฟังเรื่องราวของเขาหนูรู้สึกเห็นใจเขามาก ว่าครอบครัวเขาลำบากจริง ๆ” (ID 1)

นอกจากนี้ ยังทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเปลี่ยนมุมมองของตนเองที่เคยมองว่า การศึกษาชีวิตและความทุกข์ของผู้รับบริการเป็นเรื่องที่ไม่จำเป็น

คิดว่าเป็นเรื่องปกติธรรมดาเมื่อมีการเจ็บป่วยก็ต้องมีความทุกข์ จึงมองไม่เห็นว่าจะต้องศึกษาอะไรเพิ่มเติมอีก แต่หลังจากที่ได้ศึกษาและทำความเข้าใจในเชิงลึกทำให้ความคิดเปลี่ยนไป เห็นประโยชน์และความจำเป็นของการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจข้อมูลชีวิตของผู้รับบริการ ทำให้เกิดความรู้สึกเห็นอกเห็นใจเพิ่มมากขึ้น ดังตัวอย่างความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

“ตอนแรกที่อาจารย์ให้หัวข้อให้ไปศึกษาและทำความเข้าใจทุกข์ของผู้ป่วย หนูไม่เข้าใจว่าจะต้องศึกษาอะไรอีก เด็กที่ไม่สบายก็เป็นธรรมดาที่พอกับแม่ เขาก็ต้องทุกข์อยู่แล้ว ยังจะต้องมีความทุกข์เรื่องอื่นอะไรอีก แต่พอได้ไปศึกษาตามที่อาจารย์บอก ทำให้เข้าใจถึงความทุกข์ที่ไม่ได้มีแค่ผู้ป่วยเพียงเท่านั้น ครอบครัวเขารู้สึกทรมานใจอย่างมากที่ได้เห็นการไม่สบายของลูกที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง” (ID 3)

2) เกิดความรู้สึกอยากช่วยเหลือด้วยความเต็มใจ

ผลการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงร่วมกับการสะท้อนคิดผ่านการวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ในครั้งนี้ ทำให้กลุ่มตัวอย่าง เกิดความรู้สึกเห็นใจผู้ป่วย อยากที่จะดูแลช่วยเหลือ เป็นความรู้สึกที่ออกมาจากใจเต็มใจที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวอย่างแท้จริงแบบไม่มีข้อแม้ ไม่ใช่เพราะต้องทำตามหน้าที่ และการเรียนการสอนในครั้งนี้ไม่เครียดและไม่กดดัน ทำให้มีกำลังใจที่จะศึกษาค้นคว้าตำราวิชาการ เพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย และติดตามประเมินผลว่าสิ่งที่แนะนำไปแล้วนั้นผู้ป่วยและครอบครัวทำตามได้หรือไม่ ดังตัวอย่างความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

“ตอนจะมาตึกนี้ ตั้งเป้าหมายไว้เพียงว่าจะมาเรียนหัตถการ แต่สิ่งที่ได้มากกว่าการได้ทำหัตถการ ได้เรียนรู้และเข้าใจว่าจิตใจของคนเรานั้นสำคัญขนาดไหน แต่ก่อนเวลาขึ้นฝึกปฏิบัติงาน ก็คิดแค่จะมาดูแลผู้ป่วยตามแผนการพยาบาลที่ได้เตรียมมา ไม่ได้ใส่ใจความรู้สึกความทุกข์ ความเสียใจ ของญาติและของผู้ป่วยที่เขาต้องเผชิญ มาอยู่ที่นี่ หนูได้เรียนรู้ว่า กำลังใจคือสิ่งที่สำคัญ... การที่เราเข้าถึงความทุกข์ของเขา ทำให้รู้สึกอยากที่จะดูแลด้วยความเต็มใจโดยไม่มีข้อแม้” (ID 6)

2. ด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical thinking) พบว่าภายหลัง

การจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงร่วมกับการสะท้อนคิดผ่านการวางแผน

การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงตนเอง คือ เกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ผลการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงร่วมกับการสะท้อนคิด ผ่านการวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทำให้กลุ่มตัวอย่าง เกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ มีการคิดวิเคราะห์เชื่อมโยงเป็นขั้น เป็นตอนตามกระบวนการพยาบาล โดยเริ่มจากการประเมินภาวะสุขภาพ (Health assessment) ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วย การรักษา การตรวจ ทางห้องปฏิบัติการและพยาธิสภาพของโรค การสะท้อนคิดช่วยให้กลุ่มตัวอย่าง เกิดการคิดไตร่ตรอง คิดทบทวน ทำให้เกิดความเข้าใจ ทำให้การคิดวิเคราะห์ดีขึ้น เห็นความสำคัญของการศึกษาข้อมูลเชิงลึกด้วยตนเอง ต่างจากที่ผ่านมาที่มักจะ คัดลอกข้อมูลจากแฟ้มประวัติเพียงอย่างเดียว ผลของการคิดอย่างเป็นระบบ อย่างเป็นขั้นเป็นตอน ทำให้เห็นความเชื่อมโยงและเห็นความสำคัญ ของการวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับสภาพจริงและสามารถนำไปใช้ได้ ดังตัวอย่างความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

“มาอยู่ที่นี้ อาจารย์จะสอนให้เข้าใจโรค ประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และการรวบรวมข้อมูล รวมถึงการรักษาของแพทย์และผลการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ อาจารย์จะสอนให้วิเคราะห์ทั้งหมดตั้งแต่อาการสำคัญที่มา โรงพยาบาล จนกระทั่งถึงการรักษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และพยาธิสภาพ ของโรค อย่างเชื่อมโยงกัน ทำให้หนูเข้าใจโรคและเข้าใจแผนการรักษา ทำให้ทราบว่า ต่อไปเราควรจะต้องวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยอย่างไรที่จะตรงตามปัญหา และความต้องการของเขาอย่างแท้จริง” (ID12)

“รู้สึกชอบการเรียนการสอนแบบนี้ เพราะว่ามีสอนและ การอธิบายอย่างละเอียด สอนให้รู้จักคิดวิเคราะห์มากขึ้น จากที่ในตอนแรกไม่ค่อยได้ คิดเท่าไร ได้ข้อมูลอะไรมาก็เอามาเขียนแผนงานเลย ไม่ได้มีการทำความเข้าใจก่อน เช่น ตอนที่ไปถามข้อมูลผู้ป่วยก็ถามพอให้ได้ในสิ่งที่เราต้องการไม่ได้ทำความเข้าใจ ถึงข้อมูลในเรื่องที่ญาติผู้ป่วยบอก และไม่ค่อยได้ใส่ใจความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติ ในตอนที่ต้องพูดถึงความเจ็บป่วย แต่พอได้มาเรียนแบบคิดวิเคราะห์

และทำความเข้าใจแบบอาจารย์สอน ก็ทำให้รู้จักทำความเข้าใจในตัวผู้ป่วยและญาติมากขึ้น เวลาถามก็จะคิดก่อนเสมอว่าถ้าเราถามคำถามนี้ออกไปเขาจะรู้สึกอย่างไร จะคิดตลอด คิดมากขึ้นกว่าที่ผ่านมา” (ID16)

3. ด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (Participation) พบว่าภายหลังการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงร่วมกับการสะท้อนคิดผ่านการวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงตนเอง คือสามารถวางแผนการพยาบาลได้ตรงตามสภาพชีวิตจริงโดยผู้รับบริการเข้ามามีส่วนร่วม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ผลการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงร่วมกับการสะท้อนคิดผ่านการวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการลงมือปฏิบัติร่วมกันระหว่างผู้สอน ผู้เรียนและผู้รับบริการ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมองเห็นปัญหาอุปสรรค ความยากลำบากของผู้รับบริการในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการมองปัญหาการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการที่ละเอียดขึ้น ต่างจากที่ผ่านมา ทำให้เห็นความสำคัญของการให้ผู้รับบริการและครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง (Participation) และร่วมกันแก้ปัญหา เพื่อให้สามารถนำกลับไปดูแลสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน ดังตัวอย่างความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

“หนูชอบมากตรงที่อาจารย์เข้าไปศึกษาผู้ป่วยพร้อมกัน ทำให้มองเห็นปัญหาของผู้ป่วยได้ละเอียดมากขึ้น...ที่ผ่านๆมา ก็แค่ไปสำรวจแล้วบอกอาจารย์ว่า ผู้ป่วยของเรามีปัญหาอะไรจะดูแลอย่างไร แต่การที่อาจารย์เข้าไปด้วย ทำให้เห็นปัญหา มองเห็นอุปสรรคของผู้ป่วยและญาติในการดูแล อาจารย์เห็นในส่วนที่เรามองข้ามและจะเน้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล... กรณีเรื่องแผลในปาก หนูก็บอกว่าจะดูแลให้ยาให้วันปากตามแผนการรักษาอาจารย์จะถามว่า แล้วเขาทำตามได้ไหม ทำถูกไหม หนูตอบไม่ได้เพราะไม่ได้ถามลึก อาจารย์พาเข้าไปถาม จึงรู้ว่าทำได้บ้างไม่ได้บ้าง หนูมองไม่เห็นปัญหาสักอย่างอาจารย์ หนูมองแค่มีแผลในปาก แต่อาจารย์มองที่ปัญหาการดูแลแผลในปาก การได้ไปศึกษา และลงมือปฏิบัติ และให้ผู้รับบริการและญาติมีส่วนร่วมด้วย ทำให้มองเห็นว่า เขาทำตามเราบอกไม่ได้เพราะอะไร และหาทางช่วยกันปรับจนเขาทำได้” (ID 8)

นอกจากกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการเปลี่ยนแปลงตนเองตามคุณลักษณะ
อัตลักษณ์การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ทั้ง 3 ด้านแล้ว กลุ่มตัวอย่าง
ยังมีความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอนในครั้งนี้ว่า เป็นการจัดการเรียน
การสอนที่แตกต่างจากการเรียนการจัดการเรียนการสอนที่ผ่านมา คือ ครั้งนี้
เน้นการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจกับภูมิหลังของผู้รับบริการทำให้เข้าใจ
การวางแผนการพยาบาลที่สามารถนำไปใช้ได้จริง ต้องทำความเข้าใจภูมิหลัง
ของผู้รับบริการด้วย เพื่อจะได้วางแผนการพยาบาลที่สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยได้จริง
และการเรียนการสอน ในครั้งนี้ได้ฝึกการคิดวิเคราะห์โดยการเชื่อมโยงข้อมูลต่างๆ
เข้าด้วยกัน และที่สำคัญทำให้เกิดการตระหนักรู้ ในความรับผิดชอบทั้งต่อตนเอง
และต่อผู้รับบริการ คือการวางแผนการพยาบาลไม่ใช่เพียงเพื่อมีงานส่ง
แต่ต้องเป็นแผนการพยาบาลที่นำไปใช้ได้จริงกับผู้รับบริการ ทำให้รู้สึกภูมิใจว่า
สิ่งที่กลุ่มตัวอย่างได้พยายามศึกษาเพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้รับบริการนั้น
สามารถนำไปใช้ได้จริง และสามารถแก้ปัญหาได้ ดังตัวอย่างความคิดเห็น
ของกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

“มาอยู่ที่นี่ อาจารย์จะสอนให้เราใส่ใจต่อผู้ป่วย ไม่ใช่แค่การทำงานให้
ผ่านๆ ไปเพียงเท่านั้น หนูมาอยู่ที่นี่ ได้เรียนรู้อะไรหลายอย่าง ได้ฝึกการคิดวิเคราะห์
เชื่อมโยง แม้แต่ประวัติของผู้ป่วย อาจารย์จะสอนให้รวบรวมข้อมูล ศึกษาข้อมูล
ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มป่วยเป็นโรค ซึ่งที่ผ่านๆ มาไม่เคยได้ศึกษาละเอียดขนาดนี้
ส่วนใหญ่เราจะลอกมาจาก Chart แต่พออาจารย์ให้ไปศึกษาทำให้เราเข้าใจโรค
ที่น้องเป็นมากขึ้น เข้าใจที่มาที่ไปของการเจ็บป่วยตั้งแต่แรก ซึ่งได้มาจากการพูดคุย
กับญาติซึ่งเป็นประโยชน์มาก” (ID 19)

อภิปรายผล

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้สะท้อนให้เห็นผลของการสอนตามสภาพจริงร่วมกับการ
สะท้อนคิดผ่านการวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล
ทั้ง 5 ขั้นตอน สามารถพัฒนานักศึกษาให้มีพฤติกรรมบริการด้วยหัวใจ
ความเป็นมนุษย์สอดคล้องกับอัตลักษณ์สถาบันครบทั้ง 3 ด้าน และเพื่อให้
มีความชัดเจน ผู้วิจัยจึงแยกอภิปรายผลเป็นรายด้าน ดังต่อไปนี้

1. ด้านจิตบริการ (Service mind)

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของกลุ่มตัวอย่างด้านจิตบริการ (Service mind) ก่อนและหลังเรียนพบว่า หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเป็นผลเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างได้ศึกษาข้อมูลชีวิตของผู้รับบริการในเชิงลึก ทำให้เข้าใจปัญหาของผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น ซึ่งไม่ได้มีเพียงปัญหาโรคที่ต้องดูแล แต่มีปัญห่อื่นที่เกี่ยวข้องอีกมากมาย ทำให้รู้สึกเห็นอกเห็นใจ อยากที่จะดูแลและช่วยเหลือผู้รับบริการด้วยความเต็มใจ และพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างบางรายได้พยายามศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมเพื่อนำมาช่วยแก้ปัญหาให้กับผู้รับบริการ เป็นการดูแลที่ต่างจากการดูแลที่ผ่านมา ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กัลยา ศรีมหันต์¹⁰ ที่ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การจัดการเรียนการสอนโดยการบูรณาการการเรียนรู้อตามสภาพจริงร่วมกับการสะท้อนคิดในมุมมองของนักศึกษา พบว่า การจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการตามสภาพจริง โดยให้ผู้เรียนศึกษาและทำความเข้าใจชีวิตของผู้รับบริการทำให้กลุ่มตัวอย่างเปิดใจที่จะรับฟังปัญหาของผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น มองเห็นทุกข์และข้อจำกัดของผู้รับบริการไม่ตัดสินผู้รับบริการก่อนทำความเข้าใจ สอดคล้องกับ ผลการจัดการเรียนการสอนของ จรรัตน์ อินทวัฒน์¹³ ที่ได้จัดการเรียนการสอน โดยจัดให้เข้าค่ายศิลาธรรม ผลการศึกษาพบว่า การจะสามารถดูแลผู้รับบริการได้ตามแนวคิดการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ จะต้องประกอบด้วย การตั้งใจรับฟังผู้รับบริการในการเล่าปัญหาอย่างอิสระ ไม่ตัดสินผู้รับบริการจากภายนอก ให้การดูแลจดจ่อเป็นต้น

2. ด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical Thinking)

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical thinking) ของกลุ่มตัวอย่างหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อก็พบว่า ข้อรายการที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดหลังเรียนคือ การมีทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ไม่ตัดสินผู้รับบริการก่อนทำความเข้าใจ ($\bar{X} = 4.10$, S.D. = .68) ทั้งนี้อาจเป็นผลเนื่องมาจาก การจัดการเรียนการสอนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นอกจากกลุ่มตัวอย่างจะได้ศึกษาและทำความเข้าใจข้อมูลชีวิตของผู้รับบริการในเชิงลึกแล้ว กลุ่มตัวอย่างยังได้ฝึก

การคิดวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ ที่รวบรวมมาในเชิงลึกอย่างเป็นขั้นเป็นตอนร่วมกับผู้สอนเป็นรายบุคคล ผ่านการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะราย (Nursing care plan) โดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) ตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ ข้อมูลการเจ็บป่วย การรักษาและการตรวจต่าง ๆ รวมไปถึงข้อมูลชีวิตตามสภาพจริง ต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา ที่มักจะคัดลอกข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยโดยไม่ได้อ่านและทำความเข้าใจกับข้อมูลเหล่านั้นอย่างแท้จริง เป็นการศึกษาแบบเป็นส่วนๆ เน้นการคัดลอกมากกว่าการคิดและทำความเข้าใจ ขาดการวิเคราะห์เชื่อมโยง แต่การสอนในครั้งนี้นำผู้สอนใช้การสอนแบบการสะท้อนคิด (Reflection) โดยการตั้งคำถามกระตุ้นการคิดให้กลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลตั้งแต่ขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างได้เกิดการคิดไตร่ตรองและการทบทวนความคิดและการให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกการวิเคราะห์เชื่อมโยงความรู้ทางวิชาการกับข้อมูลที่รวบรวมได้ตามสภาพจริง มองปัญหาแบบเชื่อมโยงแทนการมองปัญหาแบบเป็นส่วนๆ ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมองเห็นและเข้าใจอย่างเป็นขั้นเป็นตอน สามารถวางแผนการพยาบาลที่ตรงตามปัญหาและสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ประไพ กิตติบุญถวัลย์¹⁴ ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนในชุมชน โดยนำการสอนแบบการสะท้อนคิดไปใช้ พบว่า การสอนโดยการตั้งคำถามสะท้อนคิด นอกจากจะทำให้ผู้สอนเข้าใจผู้เรียนเพิ่มมากขึ้นแล้ว ผลการศึกษายังพบว่าสามารถทำให้ผู้เรียนเข้าใจปัญหาที่แท้จริงของผู้รับบริการ สามารถให้การดูแลผู้รับบริการได้ตรงตามปัญหาและสอดคล้องกับความต้องการอย่างแท้ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของลำเจียก กัธ¹⁰ ที่ได้นำเสนอแนวคิดของการสอนโดยการสะท้อนคิด (Reflective thinking) มาใช้ในศึกษาวิจัย ผลการศึกษพบว่าสามารถช่วยให้ผู้เรียนได้คิดทบทวน เชื่อมโยงความคิด เกิดการพัฒนากระบวนการคิดขั้นสูง ทำให้ผู้เรียนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สมจิตต์ สินธุชัย¹⁵ ที่ได้นำเสนอแนวคิดการสอนโดยการสะท้อนคิดไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนเพื่อการเรียนรู้ให้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพโดยผู้สอนจะเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการคิดวิเคราะห์ ช่วยให้ผู้เรียน

มองเห็นจุดที่จะต้องพัฒนาตนเองจากการสะท้อนคิดของผู้สอน และค้นหาวิธีการเพื่อแก้ปัญหาให้กับผู้รับบริการที่อยู่ในความดูแลของตนเอง และยังพบว่าการสะท้อนคิดช่วยให้ผู้เรียนเชื่อมโยงความรู้ในภาคทฤษฎีสู่การปฏิบัติการสะท้อนคิดจึงเป็นการสอนเพื่อพัฒนาให้เกิดทักษะทางปัญญาที่มีความสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล และผลของการสะท้อนคิดยังช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนได้อธิบายความรู้ และได้เห็นความคิดของตนเอง ผลของการสะท้อนคิดช่วยส่งเสริมความสามารถด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณการให้เหตุผลทางคลินิก การแก้ปัญหาในการพยาบาล และความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก

3.ด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (Participation) การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ของกลุ่มตัวอย่างหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ อาจเป็นผลเนื่องมาจาก การจัดการเรียนการสอนในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้ตามสภาพจริงผ่านกรณีศึกษาโดยการทำความเข้าใจกับชีวิต เงื่อนไข และข้อจำกัดของผู้รับบริการแต่ละรายในเชิงลึก ประกอบกับในทุกขั้นตอนของการสอนผ่านการวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างได้เข้าถึงสภาพจริงของปัญหา ทำให้มองเห็นและเข้าใจ และมองออกว่า การดูแลที่มีประสิทธิภาพและผู้รับบริการสามารถนำไปใช้ในการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งที่บ้านและที่โรงพยาบาลนั้น ผู้รับบริการและญาติจะต้องได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เนื่องจากผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้งและต่อเนื่องยาวนาน กลุ่มตัวอย่างจึงมองเห็นความสำคัญจำเป็นที่จะต้องให้ทั้งผู้ป่วยและญาติได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล และมีส่วนร่วมในการคิด การตัดสินใจ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและนำกลับไปดูแลตนเอง ได้อย่างต่อเนื่อง เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ทั้งหมดเป็นผลมาจาก การที่กลุ่มตัวอย่างได้ศึกษาและเข้าถึงความจริงในชีวิตของผู้รับบริการ ทำให้เข้าถึงปัญหาอย่างแท้จริง แตกต่างจากที่ผ่านมา คือ การศึกษาโดยเน้นหลักทางวิชาการเพียงด้านเดียว จึงมุ่งที่จะให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้รับบริการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามหลักวิชาการ ดังนั้นเมื่อเมื่อกลับไปบ้าน ผู้รับบริการบางรายจึงไม่สามารถนำกลับไปดูแลตนเองได้เนื่องจากมีข้อจำกัดในชีวิต การศึกษาในครั้งนี้ จึงเป็นการศึกษาที่เข้าใจผู้รับบริการ

อย่างแท้จริง จึงเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้มีส่วนร่วมในการคิด การตัดสินใจ และมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อจะได้นำกลับไปดูแลตนเอง เป็นการดูแลที่สอดคล้องและปฏิบัติได้จริง อันเป็นผลมาจากการให้ผู้รับบริการได้เข้ามามีส่วนร่วม

สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผลการศึกษา พบว่า การจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงร่วมกับการสะท้อนคิดผ่านการวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ได้ครบตามคุณลักษณะอัตลักษณ์ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านจิตบริการ ด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ และด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน

ควรนำแนวทางการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงและการสอนโดยการสะท้อนคิดอย่างเป็นขั้นเป็นตอนผ่านการวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ไปใช้เพื่อการพัฒนาอัตลักษณ์ “การบริการ ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” ให้กับนักศึกษาในรายวิชาภาคปฏิบัติทั้งบนหอผู้ป่วยและในชุมชน เพื่อให้เข้าใจโรคและชีวิตของคนที่เป็นโรคผ่านกรณีศึกษาที่มีความหลากหลายของปัญหาสุขภาพ มีความหลากหลายของช่วงวัย และมีความหลากหลายของบริบทชีวิต เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และเข้าใจปัญหาของผู้รับบริการอย่างแท้จริงและมีประสิทธิภาพ ซึ่งการพัฒนาผู้เรียนให้เกิดพฤติกรรมบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ให้ครบสมบูรณ์ทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านจิตบริการ ด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ และด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ จำเป็นต้องเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ที่หลากหลายและต่อเนื่อง จึงจะเกิดการพัฒนาคูณลักษณะอัตลักษณ์ในทุกด้านได้อย่างสมบูรณ์

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่า การพัฒนาทักษะด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ให้กับนักศึกษาที่มีต้นทุนทางความรู้ไม่เท่ากันเป็นเรื่องที่มีความยาก และต้องใช้เวลาในการสอน โดยเฉพาะนักศึกษาที่มีต้นทุนความรู้น้อย ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะว่า ควรศึกษาวิจัยเพื่อหาแนวทางการจัดการเรียนการสอน พัฒนาอัตลักษณ์บริการ ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ให้กับนักศึกษาที่มีต้นทุนความรู้แตกต่างกัน ให้สามารถคิดเชิงวิเคราะห์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เนื่องจากทักษะด้านการคิดเชิงวิเคราะห์เป็นทักษะที่สำคัญจำเป็นต่อการประกอบวิชาชีพ การพยาบาลที่ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ทุกคนจะต้องนำไปใช้เพื่อการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย ให้ได้ตามมาตรฐานการพยาบาลที่สภาการพยาบาลได้กำหนดไว้ในปี 2562 เกี่ยวกับการดูแลผู้รับบริการเพื่อผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ¹⁶ ทั้งนี้เพื่อการดูแลที่ปลอดภัยต่อผู้รับบริการ

เอกสารอ้างอิง

1. Wasi P. Turn the Great Crisis of Siam with Humanity: Prawasei [Internet]. 2008 [cited 2020 Jun. 25]. Available from: <https://mgronline.com/qol/detail/9510000013261>
2. Praboromarajachanok institute. Manual for implementation to create graduates identity 2011. Nonthaburi. Yottarin printing.
3. The National Education Act B.E.1999 and amended (Edition2) B.E.2002 [Internet]. 2002 [cited 2020 Mar. 15]. Available from: https://www.bic.moe.go.th/images/stories/5Porobor._2542pdf.pdf
4. Ministry of Education. Authentic Learning with adult teaching [Internet]. 2009 [cited 2019 Nov 19]. Available from: <http://www.moe.go.th/moe/th/news/detail.php?NewsID=9217&Key=hotnews>.
5. Khammanee T. Teaching science: Knowledge for effective learning (21st). Bangkok: Chulalongkorn University; 2017.

6. Waisurasing L. The development of instructional model using authentic learning approach to enhance achievement and critical thinking ability of nursing students, Boromarajajonani College of Nursing, Suphanburi. *Journal of Nursing and Education* 2012;4:63-77.
7. Theinkaw S, Tunprapussorn K. Nursing students' perspectives on authentic learning in the course of nursing care of persons with mental health problems. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2018;38: 127-40.
8. Wanchai A, Sangpak Ch, Luengsomnapa Y. Learning and teaching by using reflection techniques in nursing education. *Journal of Health Science Research* 2017;11:105-15.
9. Khorphon S, Pankeaw J. Promoting of critical thinking skills in nursing students through reflective thinking. *Nursing Journal* 2019;46: 87-101.
10. Kamthorn L. The development of teaching and learning to promote reflection skills of nursing students in Practice Mental Health and Psychiatric Nursing. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2017;4:15-27.
11. Srimahunt K, Intana J, Wanchai A. The outcomes integrated authentic learning and reflection learning and teaching method in the perspectives of nursing student: A qualitative study. *Chalermkanchana Academic Journal* 2016;5:191-9.
12. Phattiyathani S, & Tayraukham S. The Wilcoxon signed rank test and Mann-Whitney U. Educational measurement of Mahasarakham University [Internet]. 2004 [cited 2019 Aug. 8];10:29-42. Available from: <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/jemmsu/article/view/154776/112550>

- 13.Intawat J, Bundasak T, Jangasem N. The humanized care paradigm:
The chapter of gilanadhamma camp. Journal of MCU Peace
Studies2017;5:376-87.
- 14.Kittiboonthawal P. Reflection: Transformation from valuable
experiences. Journal of Health science 2018;12:102-9.
- 15.Sinthuchai S. Reflections of practice in nursing education. Journal of
The Royal Thai Army Nurses 2018;19:15-22.
- 16.Thailand Nursing and Midwifery Council. Nursing standard 2019. Thai
Government gazette 2019;136:30-6.

การศึกษาการจัดการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐาน สำหรับนักศึกษาพยาบาลในศตวรรษที่ 21

ภราดร ยิ่งยวด พย.ม.^{1*}, ปราโมทย์ ถ่างกระโทก พย.ม.²,
วริณญา อาจธรรม พย.ม.¹, ณัฐพันธ์ เพียรธัญญกรรม พย.บ.¹,
พิศิษฐ์ พลธนะ ประ.ด.³, วินัย ไตรนาทกุลชัย พย.ม.¹

บทคัดย่อ

การจัดการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐานเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นให้นักศึกษาได้เรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล การศึกษาเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กระบวนการ และผลลัพธ์ของการจัดการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐานสำหรับนักศึกษาพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 ที่ผ่านการเรียนวิชาทางการพยาบาล วิจัยทางการพยาบาล และมีประสบการณ์การจัดการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐาน จำนวน 16 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม เทปบันทึกเสียง และแบบบันทึกข้อมูลจากการสังเกต เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อสรุปประเด็นสำคัญ ตรวจสอบความถูกต้อง และความเชื่อมั่นของผลการวิจัยด้วยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามแหล่ง และการตรวจสอบแบบสามแหล่งผู้วิจัย

ผลการวิจัยพบว่า 1) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐาน มี 4 ปัจจัย ได้แก่ (1) บทบาทอาจารย์ที่ปรึกษา (2) องค์ความรู้พื้นฐานเดิม (3) แหล่งข้อมูลสารสนเทศ และ (4) การทำงานเป็นทีม 2) กระบวนการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐาน ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การค้นหาปัญหา

¹อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

²อาจารย์พยาบาล สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

³ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สุพรรณบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

* Corresponding e-mail: paradorn@bcnnon.ac.th

วันที่รับ (received) 2 มิ.ย. 2563 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 18 ส.ค. 2563 วันที่ตอบรับ (accepted) 24 ส.ค. 2563

(2) การวิเคราะห์ข้อมูล (3) การเลือกนวัตกรรม (4) การออกแบบนวัตกรรม (5) การทดลองใช้นวัตกรรม และ (6) การนำนวัตกรรมไปใช้จริง และ 3) ผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดการเรียนรู้ คือ ผลงานนวัตกรรม

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้วางแผนจัดสรรสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ของสถาบันการศึกษา และพัฒนาหรือออกแบบกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่เสริมสร้างกระบวนการการเรียนรู้ด้วยนวัตกรรม ตลอดจนเป็นแนวทางการกำหนดบทบาทอาจารย์ที่ปรึกษาที่จะช่วยส่งเสริมศักยภาพของนักศึกษาให้มีคุณลักษณะบัณฑิตอันพึงประสงค์ มีความสามารถและทักษะด้านนวัตกรรมต่อไป

คำสำคัญ: นวัตกรรมเป็นฐาน, การเรียนรู้ศตวรรษที่ 21, วิทยาลัยพยาบาล

A Study of Innovation-Based Learning for Nursing Students in the 21st Century

**Paradorn Yingyoud M.N.S.¹, Pramote Thangkratok M.N.S.²,
Warinya Attham M.N.S.¹, Natthapan Phianthanyakam B.N.S.¹,
Pisit Poltana Ph.D.³, Winai Trinattawan M.N.S.¹**

Abstract

Implementing innovation as the basis of learning management is the process of emphasizing self-taught practices among nursing students. This emphasis is to develop their learning potential. According to the purposes of this qualitative research, it aimed at studying the relevant factors, the processes, and the outcomes of learning management derived from the implementation of innovative-based learning among nursing students. To the participants of this study, the sixteen key informants included the third-year and fourth-year nursing students completing previous nursing subjects, nursing research methodologies, and innovative-based learning. The data were collected from a focus group discussion, voice recording, and observation forms. Further, the collected data were qualitatively analyzed based on the content analysis so as to receive the crucial synopsis. The content validity and reliability were examined by using the investigator triangulation and data source triangulation methods.

¹Nurse instructor, Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi,
Praboromrajchanok Institute, Thailand

²Nurse instructor, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

³Director of Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Praboromrajchanok Institute,
Thailand

* Corresponding e-mail: paradorn@bcnnon.ac.th

According to the results, the study revealed the following issues:

- 1) the four factors related to innovative learning included: (1) the role of advisor, (2) basic knowledge, (3) information sources, and (4) teamwork.
- 2) The implementation of innovation as a basis of the learning process was achieved through the six main steps, including: (1) discovering problems, (2) analyzing information, (3) selecting the innovation, (4) designing the learning innovation, (5) experimenting a pilot project of learning innovation and (6) implementing the learning innovation.
- 3) The learning outcomes were innovative products.

To the future implication of this study, the results can be applied as a means of allocating supportive materials among educational institutions and of designing extra-curricular activities for the improvement of learning processes via innovation. Moreover, this study can considerably pave the way for determining the roles of advisors which help increase students' potentials toward the desired characteristics of graduates and the forthcoming possession of innovative skills.

Keywords: innovation-based learning, 21st century learning, nursing students

บทนำ

สังคมปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ด้านสาธารณสุข และความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ส่งผลให้การจัดการศึกษาในประเทศไทยต้องปรับตัวให้เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ซึ่งเป็นประเด็นที่หลายฝ่ายให้ความสำคัญและตระหนักถึงการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดการเรียนรู้ เพื่อให้สามารถพัฒนาศักยภาพของผู้เรียนให้ถึงขีดสุด โดยเน้นทักษะการเรียนรู้ที่จำเป็นต่อการใช้ชีวิตและการทำงานในโลกยุคปรกติใหม่ (New normal era) อาทิเช่น ความสามารถการคิดวิเคราะห์ การแก้ปัญหา การเป็นผู้นำ¹ ซึ่งการพัฒนาคุณลักษณะดังกล่าว สอดคล้องกับเป้าหมายของการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่ต้องการให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติ และชวนขยายหาความรู้ด้วยตนเอง จึงจะทำให้ผู้เรียนได้เกิดการเรียนรู้และแรงบันดาลใจไปพร้อม ๆ กัน² สถาบันการศึกษาพยาบาลจึงได้มีการวางกลยุทธ์พัฒนาสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของโลกในยุคศตวรรษที่ 21 โดยมุ่งเน้นพัฒนาให้นักศึกษามีทักษะการเรียนรู้เชิงนวัตกรรมเพื่อให้นักศึกษาสามารถคิดค้นหาสิ่งใหม่สำหรับแก้ปัญหาสุขภาพของประเทศ³ ที่สอดคล้องต่อการเปลี่ยนแปลงแบบพลิกผันได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

จากการสำรวจทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ปีการศึกษา 2561 พบว่า นักศึกษามีทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมมีค่าเฉลี่ย 3.84 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.18⁴ ทำให้วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมของนักศึกษา ซึ่งนักศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องเรียนรู้และทำความเข้าใจกับกระบวนการพัฒนานวัตกรรม จึงมีการส่งเสริม สนับสนุนการจัดการเรียนรู้เชิงนวัตกรรม ทั้งกิจกรรมในหลักสูตรและกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่สอดคล้องกับการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษา นับว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ตอบสนองการเรียนรู้สำหรับนักศึกษายุคศตวรรษที่ 21 เนื่องจากเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นให้นักศึกษาได้ศึกษาหาความรู้ ค้นคว้า และลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ตลอดจนทำให้เกิดกระบวนการคิดแก้ไขปัญหาอย่างสร้างสรรค์ และพัฒนาทักษะการทำงานร่วมกับบุคคลอื่นทั้งในบทบาทผู้นำและผู้ตามได้ งานกิจการนักศึกษาจึงได้ส่งเสริมให้นักศึกษาสร้างหรือพัฒนาต่อยอดนวัตกรรมตามความสนใจของนักศึกษา โดยวิทยาลัยมีการสนับสนุนด้านต่าง ๆ เช่น งบประมาณ ฐานข้อมูลทางวิชาการ

ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ผ่านกระบวนการจัดการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐาน ประกอบด้วยกระบวนการ 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การออกแบบแนวคิดเป็นกระบวนการค้นหาปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหา หาข้อจำกัดและโอกาสที่เป็นไปได้ในการทำนวัตกรรม และสร้างนวัตกรรมต้นแบบขึ้นมา จากนั้นจะนำไปสู่กระบวนการออกแบบจากการวิเคราะห์ประโยชน์ ผลดี ผลเสียของการใช้นวัตกรรม ร่วมกับการบูรณาการแนวคิดร่วมกับการใช้เทคโนโลยี 2) การลงรายละเอียด โดยการดัดแปลงและปรับปรุงเครื่องมือที่คำนึงถึงตัวแปรที่เกี่ยวข้อง จากนั้นนำไปทดลองใช้นำร่อง เพื่อวิเคราะห์ประสิทธิภาพของนวัตกรรม และนำมาพัฒนาเพิ่มเติมให้เหมาะสม และ 3) การปฏิบัติ คือ การนำนวัตกรรมไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย และมีการวิเคราะห์ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของนวัตกรรม⁵ ทำให้นักศึกษามีผลงานนวัตกรรมเป็นที่ประจักษ์และเป็นที่ยอมรับในระดับชาติ⁴ จะเห็นได้ว่าการนำกระบวนการพัฒนานวัตกรรมมาใช้ในกระบวนการจัดการเรียนรู้เป็นวิธีที่น่าสนใจ ที่จะนำมาพัฒนาทักษะการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลในปัจจุบัน เพราะเป็นแนวคิดการจัดการเรียนรู้ที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนค้นหาวิธีการพัฒนานวัตกรรมจากการจัดการเรียนรู้ด้วยตนเอง บนพื้นฐานของความรู้ทางทฤษฎีและการประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยผู้สอนมีบทบาทเป็นผู้สนับสนุน ชี้แนะแนวทาง และให้คำปรึกษา⁶ และจากทฤษฎีระบบ (System Theory) ของ Ludwig von Bertalanffy⁷ ได้กล่าวถึง ความสำเร็จของการเรียนรู้ของบุคคล ต้องประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า (Inputs) คือสิ่งใดก็ตามที่มีผลต่อการคิดและการสร้างสรรค์ให้เกิดนวัตกรรม กระบวนการ (Throughputs หรือ Process) คือลำดับขั้นตอนการดำเนินการสร้างนวัตกรรมโดยใช้ปัจจัยนำเข้าช่วยในการสร้างสรรค์ให้เกิดผลงานนวัตกรรมขึ้นมา และผลลัพธ์ (Outputs) เป็นผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการสร้างสรรค์นวัตกรรม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่จะช่วยทำให้นักศึกษาสามารถเรียนรู้ผ่านการใช้กระบวนการพัฒนานวัตกรรมจนเกิดผลลัพธ์ เพื่อให้สถาบันการศึกษาสามารถวางแผนจัดการสนับสนุนการเรียนรู้ และมีรูปแบบหรือกระบวนการพัฒนาทักษะการเรียนรู้เชิงนวัตกรรมของนักศึกษาให้เป็นบุคคลที่มีคุณลักษณะของนักนวัตกรรมพยาบาล และสามารถสร้างเสริมคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ให้สอดคล้องกับการเป็นนักศึกษาพยาบาลในศตวรรษที่ 21 และถือว่าเป็นการเตรียมความพร้อมบุคลากรทางการพยาบาลที่เป็นกำลังสำคัญในอนาคต ให้มีทักษะการทำงานที่ตอบสนองต่อความต้องการของประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐาน
2. เพื่อศึกษากระบวนการจัดการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐาน
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการศึกษาการจัดการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐานสำหรับนักศึกษาพยาบาลในศตวรรษที่ 21 โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบของ Ludwig von Bertalanffy⁷ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการจัดการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐาน 2) กระบวนการจัดการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐาน และ 3) ผลลัพธ์ของการจัดการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐาน

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากร

ผู้ให้ข้อมูล (Key informant) ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 และ 4 ที่ผ่านการเรียนวิชาทางการพยาบาล วิจัยทางการพยาบาล และมีประสบการณ์การจัดการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐานในกิจกรรมเสริมหลักสูตร และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย จำนวนทั้งสิ้น 16 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเรื่องนี้เป็นผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดนนทบุรี เลขที่รับรอง COE 62/016 ก่อนเริ่มดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ กับการเรียนทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้จะถูกปกปิดเป็นความลับและจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมโดยไม่อ้างอิงถึงตัวบุคคล และนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น รวมทั้งจะทำลายข้อมูลทันทีหลังจากการจัดทำรายงานวิจัยแล้วเสร็จ

เครื่องมือในการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปี และเกรดเฉลี่ยสะสม

2. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus group question Guide) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยเป็นข้อคำถามปลายเปิดสอบถามเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐาน จำนวน 13 ข้อ ครอบคลุมตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ 3 ด้าน ได้แก่

1) ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 6 ข้อ เช่น การจัดการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐานจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนอะไรบ้าง, นักศึกษาจะต้องมีการเตรียมตัวสำหรับการจัดการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐานอย่างไร เป็นต้น

2) กระบวนการจัดการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐาน จำนวน 3 ข้อ เช่น กระบวนการจัดการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐานมีอะไรบ้าง, กระบวนการเรียนรู้แต่ละขั้นตอนเป็นอย่างไร เป็นต้น

3) ผลลัพธ์ด้านนวัตกรรม จำนวน 4 ข้อ เช่น ลักษณะของนวัตกรรมเป็นอย่างไร นวัตกรรมที่ได้มีประโยชน์กับคนกลุ่มใด เป็นต้น

ในการสนทนา เมื่อเข้าสู่ประเด็นหลัก ผู้ดำเนินการจะขอให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มอภิปรายอย่างอิสระโดยผู้ดำเนินการใช้คำถามที่เตรียมไว้ ทั้งคำถามหลัก คำถามรอง ถามต่อลุ่มกลมกลืน ซึ่งใช้คำพูด การถามเพื่อแสดงความอยากรู้ในเรื่องที่ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มนำเสนอ โดยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน⁸⁻⁹

3. แบบบันทึกข้อมูลจากการสังเกต เป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสังเกตในขณะทำการสัมภาษณ์โดยเป็นข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม กริยา ท่าทางการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูลในขณะทำการสัมภาษณ์

วิธีดำเนินการวิจัย การดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดในหนังสือยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบและลงนามแสดงความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย

2. เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล โดยการสนทนากลุ่ม (Focus group) ใช้เวลาประมาณ 60 นาที โดยแยกการสนทนากลุ่มออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน การสนทนา จัดที่นั่งเป็นรูปตัวยู (U shape) เพื่อล้อมวงสนทนา เนื่องจากผู้วิจัยคุ้นเคย

กับกลุ่มเป้าหมายเป็นอย่างดี เน้นการรักษาความลับระหว่างการสนทนา การดำเนินการสนทนางroup ใช้การบันทึกเทประหว่างการสนทนา การจดบันทึก และสังเกตปรากฏการณ์ ผู้วิจัยจะนำเสนอการสังเกตปรากฏการณ์อย่างมีส่วนร่วม การสังเกตของผู้ร่วมวิจัยเป็นแบบสังเกตอย่างไม่มีส่วนร่วม และผลการบันทึกข้อมูล (Note taker) ตรวจสอบความถูกต้องและความเชื่อมั่นของผลการวิจัย โดยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามแหล่ง คือ วิธีการรวบรวม (Methodological triangulation) ในขณะเดียวกัน ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบแบบสามแหล่งผู้วิจัย (Investigator triangulation) เป็นการหาความสอดคล้องในคำตอบที่ได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนาหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยวิธีของ Johnson & La Montagne¹⁰ โดยใช้ 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเตรียมข้อมูลเบื้องต้นสำหรับการวิเคราะห์และเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (Data preparation) 2) การทำความเข้าใจกับข้อมูล (Familiar with the data) 3) การระบุกรอบแนวคิดและตัวแปรที่ต้องการศึกษา (Identified unit of analysis) 4) การจัดหมวดหมู่ประเภทของข้อมูล (Tentative categories) 5) ตรวจสอบความถูกต้องของการจัดหมวดหมู่ประเภทข้อมูล (Refined categories) และ 6) ตรวจสอบความถูกต้องของผลการวิเคราะห์ (Category integrity)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 87.5 มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 20.69 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.87 เกณฑ์เฉลี่ยของผู้ให้ข้อมูลอยู่ระหว่าง 2.88 – 3.48 เกณฑ์เฉลี่ยสะสม 3.15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.17 ส่วนใหญ่ กำลังศึกษาชั้นปีที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 62.5 โดยผู้ให้ข้อมูลทุกคนที่มีประสบการณ์ เข้าร่วมการจัดการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐานในกิจกรรมเสริมหลักสูตร คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐานสำหรับนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ 5 ด้าน ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนครั้งที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึง (f) และจำนวนของผู้ให้ข้อมูลที่กล่าวถึง (n) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐานสำหรับนักศึกษาพยาบาล ($N = 16$)

หมวดหมู่ (Categories)	ประเภท (Themes)	จำนวนครั้งที่ผู้ให้ข้อมูล กล่าวถึง(f)	จำนวนของผู้ให้ ข้อมูลที่ กล่าวถึง (n)
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	งบประมาณ อุปกรณ์	17	8
ด้านความรู้	เทคโนโลยีสารสนเทศ ดิจิทัล แหล่งข้อมูล สารสนเทศ	38	11
ด้านความรู้	ความรู้พื้นฐานของ เนื้อหาบทเรียน	31	10
ด้านความรู้	ความรู้เกี่ยวกับการทำ นวัตกรรม	42	13
ด้านการสร้าง แรงจูงใจ	การเตรียมความพร้อม โดยวิทยากร	8	4
และการเสริมแรง	รางวัล คำกล่าวชมเชย จากอาจารย์ เพื่อน ยอด ผู้เข้าร่วมกิจกรรมใน นวัตกรรม	37	10
ด้านการเรียนรู้	อาจารย์ พี่เลี้ยง รุ่นพี่	51	14
จากการปฏิบัติ	เวลาในการพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนเรียนรู้	28	9
ด้านการเรียนรู้	การลองผิด ลองถูก	12	7
จากการปฏิบัติ	การประเมินผล	8	4
จากการปฏิบัติ	การพัฒนานวัตกรรม	22	9

หมวดหมู่ (Categories)	ประเภท (Themes)	จำนวนครั้งที่ผู้ให้ข้อมูล กล่าวถึง (f)	จำนวนของผู้ให้ ข้อมูลที่ กล่าวถึง (n)
ด้านการทำงานเป็น ทีม	การกำหนดบทบาทผู้นำ ผู้ร่วมกลุ่ม	17	5
	การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า	21	7
	การคิดวิเคราะห์ การ วางแผน	36	11
	การแบ่งเวลา การร่วมมือ ร่วมใจ		

จากตารางที่ 1 นักศึกษาเห็นว่า ปัจจัยด้านการสร้างแรงจูงใจ และการเสริมแรงมีความสำคัญที่สุด ($f = 51, n = 14$) โดยเห็นว่าอาจารย์ ควรเป็นเหมือนพี่เลี้ยงคอยแนะนำ เสริมแรง และให้กำลังใจ ดังความเห็น ของนักศึกษาที่กล่าวว่า “เราไม่ต้องการที่ปรึกษา เพราะที่ปรึกษาจะนึกถึงครู ที่นั่งอยู่เฉย ๆ พอเวลาเรามีปัญหาแล้วค่อยไปหา ค่ำมันฟังแล้วดูห่างไกล แต่เราต้องการคนที่คอยช่วยดูเรา คอย Support คอยเติม คอยเสนอแนะ เวลาที่เราทำ ผิดพลาดก็ปล่อยให้เราลองผิด ลองถูกไปก่อน แล้วค่อยมา Support และมาเติมเต็มที หลัง คอยชี้แนะ แต่อาจจะไม่ใช่การบอกทางที่ถูกเลย เพื่อให้เราได้ลองทำด้วยตัวเอง ไปก่อน หรืออาจจะมีทางเลือกหลาย ๆ ทาง จนได้พบเจอทางของเราเอง อ้อ พี่เลี้ยง คำนี้เลย (เน้นน้ำเสียง ยิ้ม) แต่ไม่ใช่ที่ปรึกษานะครับ มันดูห่างไกล (หัวเราะ)” โดยบทบาทพี่เลี้ยงควรให้กำลังใจ เสริมแรง “อย่างแรกที่ยากให้ช่วยคือเรื่องของการ Empower เลย เพราะรู้สึกว่าการทำนวัตกรรมมันเหนื่อย และมันท้อมาก ถ้ามีคนมา Empower เรา มันจะทำให้เราแบบว่า อย่างน้อยอาจารย์เค้าไม่ทิ้งเรานะ คนที่เป็น พี่เลี้ยงเนี่ย เราไปด้วยกัน มันทำให้เกิดความรู้สึกว่าต่อให้งานมันจะผิดพลาด แต่เขาก็จะอยู่กับเรา มันทำให้เรารู้สึกว่า มันน่าจะผ่านไปได้ด้วยดีมากกว่า ดีกว่าอาจารย์ที่ปรึกษาที่จะรู้สึกว่ ถ้างานผิดพลาดก็จะตำหนิ ทำให้เรารู้สึก Fail มากกว่านี้” รองลงมาคือ การเตรียมความรู้ทางด้านนวัตกรรมก่อนการนวัตกรรม ($f = 42, n = 13$) ดังคำพูดของนักศึกษาที่กล่าวว่า “ควรที่จะให้ผู้เรียนมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับนวัตกรรมมาก่อนตั้งแต่แรก แล้วพอเวลาได้ทำจริง ๆ

มันก็จะไม่ค่อยยาก ยกตัวอย่างเหมือนเราทำงานสโมสรมักศึกษา พอเวลามาเรียนวิชาบริหารในการทำโครงการมันดูเข้าใจง่ายเลย เพราะมันผ่านการทำมาหมดแล้ว”

นอกจากนี้ นักศึกษายังเห็นว่า สิ่งอำนวยความสะดวกเทคโนโลยีสารสนเทศดิจิทัล แหล่งข้อมูลสารสนเทศมีความสำคัญต่อการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐาน ($f = 38, n = 11$) ดังคำพูดของนักศึกษาที่ว่า “สำคัญมาก (เน้นเสียง) เพราะว่ายากเลย มันแหล่งข้อมูลที่ใหญ่ที่สุดในโลก มีข้อมูลจากทั่วโลกอยู่ในนั้นทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศ นอกจากข้อมูลที่เป็นเรื่องของความรู้ มันยังพวกโปรแกรมต่าง ๆ ที่เราใช้กัน บางอย่างเราไม่สามารถที่จะใช้สมองเราคิดกันได้ ยกตัวอย่าง เช่น SPSS บางที่เราต้องมาวิเคราะห์ข้อมูล ถ้าเรามานั่งคิดแบบ Manual มันยิ่งทำให้งานเครียดมากกว่าเดิมอีก แต่การใช้โปรแกรมมันเป็นตัวช่วยอย่างหนึ่งที่ทำให้ทำงานง่ายขึ้นและเร็วกว่าเดิม” “ยุคสมัยมันเปลี่ยนแล้วมันเปลี่ยนจากสมัยก่อนทุกอย่างมันเป็นอินเทอร์เน็ต ทุกอย่างมันเป็นเทคโนโลยีไปหมดแล้ว อย่างดิกเซอร์นารี เมื่อต้องมานั่งเปิดศัพท์ แต่เดี๋ยวนี้นี้แค่พิมพ์ก็เจอศัพท์ที่ต้องการแล้ว มันสำคัญกับเราต้องที่มันง่าย สะดวกทุกอย่าง มัน Support เราได้ทุกอย่างเลย ไม่ว่าจะด้านไหน ๆ ก็แล้วแต่ ทุกอย่างมันคือออนไลน์ไปหมดแล้ว”

2. การให้ความหมายของคำว่า นวัตกรรม ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของนวัตกรรม “เป็นสิ่งประดิษฐ์ รูปแบบหรืออะไรก็ได้ที่เกิดขึ้นใหม่หรือจะเป็นการนำเอาสิ่งที่มีอยู่เดิมมาพัฒนาต่อยอดหรือแก้ไขจุดบกพร่องมาแก้ไขให้ดีขึ้น แล้วช่วยแก้ไขปัญหาหรือลดช่องว่างของปัญหาให้แคบลง โดยที่เราต้องคำนึงถึงความเหมาะสมจากหลายปัจจัย เช่น ผู้ใช้นวัตกรรม ค่าใช้จ่าย ประสิทธิภาพของนวัตกรรม”

3. ผลการวิเคราะห์กระบวนการจัดการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐานสำหรับนักศึกษาพยาบาล จากการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับขั้นตอน กระบวนการจัดการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐานสำหรับนักศึกษาพยาบาล สามารถสรุปได้ 5 ขั้นตอน ดังนี้

1) การค้นหาข้อมูล/สำรวจปัญหา นักศึกษาเห็นว่า การทำนวัตกรรม ควรเริ่มจากการสำรวจปัญหา “เราต้องสำรวจสิ่งที่มีมันเป็นปัญหา ก่อน แล้วก็ศึกษาว่าสิ่งนั้นมันเป็นปัญหาเป็นสิ่งที่เราควรจะพัฒนาจริงหรือเปล่า” “จะทำอะไร ความต้องการ หรือปัญหาในปัจจุบันมีอะไรบ้าง เช่น ปัญหาโรคความดัน เบาหวาน เข็มตำนิ้ว พยายามหาข้อมูลที่เป็นปัจจุบันมากที่สุด โดยให้ทุกคนแบ่งกัน

ไปหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทุกคนก็จะไปหาจากวิจัย หรือจากประสบการณ์
ขึ้นนอร์มของแต่ละคน ดูที่ออฟเดทที่สุดด้วย แล้วก็ดูสถิติว่าอันไหนเป็นเยอะ เวลาหา
ก็พิมพ์ว่า ปัญหาสุขภาพ 2560 แล้วค่อยหาลงไปเรื่อย ๆ ตามที่อาจารย์เคยสอน
หาข้อมูล หากกว้าง ๆ ลงมาเรื่อย ๆ ตั้งแต่ระดับต่างประเทศ ระดับโลก ลงมาเรื่อย ๆ
และเราต้องรู้ในสิ่ง ๆ นั้นจริง ๆ เราถึงจะทำได้”

2) การวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อทราบปัญหา มีข้อมูลนักศึกษาเห็นว่า ควร
นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ “เรามาช่วยกันดูว่าจากข้อมูลที่เราหามา มีอะไร
มาแบ่งข้อมูลว่าเรื่องไหนที่จะตอบโจทย์ของปัญหาได้ดีที่สุด”

3) การเลือกและออกแบบนวัตกรรม โดยขั้นตอนนี้ นักศึกษา
เห็นว่าควรเลือกและออกแบบนวัตกรรม ให้เหมาะสมกับบริบทในยุคปัจจุบัน
“หาข้อมูล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องอีกครั้งเพิ่มมากขึ้น เพื่อมาสนับสนุนนวัตกรรม
ที่เราจะเลือกมาทำ โดยหาจากกว้าง ๆ มาก่อนแล้วค่อยไล่ระดับลงมา หาข้อมูล
จากต่างประเทศ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง” “ดูจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องว่านวัตกรรม
ควรไปในรูปแบบไหน เช่น สมัยนี้เน้นเรื่องศตวรรษที่ 21 ดังนั้น การออกแบบ
นวัตกรรมนักศึกษา ควรเน้นเกี่ยวกับเทคโนโลยีเพื่อให้สอดคล้องกับ Generation
ควรเป็นพวกแอปพลิเคชัน ให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น ก็ออกแบบเป็นเกม แล้วใช้จินตนาการ
ว่ามันควรจะออกมาเป็นแบบไหนจากข้อมูลที่มี เพราะเรามี Reference อยู่แล้ว”

4) การทดลองใช้นวัตกรรม (Tryout) เมื่อได้ต้นแบบนวัตกรรม
นักศึกษาได้นำไปทดลองใช้ ปรับปรุงและพัฒนาวัตกรรม “โดยการนำนวัตกรรม
ไปลองใช้และนำผลมาคุยกัน มองความต้องการของแต่ละคน โดยแสดงความคิดเห็น
กันเพื่อพัฒนาปรับปรุงนวัตกรรมเราให้ดีขึ้น และพูดคุยกันในทีมเพื่อรับฟัง
ความคิดเห็นจากเพื่อน และมาพัฒนาปรับปรุงแล้วนำไปใช้จริง” “เอามาลองทำตาม
แผน Try out ดู ทดลองก่อนครั้งแรกว่ามันใช้ได้จริงไหมหรือว่ามันมีอุปสรรคหรือ
ปัญหาอะไรบ้างที่เกิดขึ้นจากการทำงานนะคะ แล้วหลังจากที่เรา Try out ไปแล้วเราก็
เอามาปรับปรุงแล้วก็พัฒนาในส่วนที่เราจะทำเป็นต้นนวัตกรรมจริง ๆ ค่ะ”

5) การนำไปใช้จริงและประเมินผล กระบวนการเรียนรู้นวัตกรรมขั้น
สุดท้ายนักศึกษาได้นำนวัตกรรมไปใช้ และประเมินผลนวัตกรรม “ก็พอเราทำ
นวัตกรรมเสร็จเรามาประมวลผลเราก็มารู้ว่ามันได้ตามนัยสำคัญของเรามั้ย
คือถ้ามันไม่ได้ตามที่เราวางแผนไว้เราก็ต้องมาดูว่าในแต่ละขั้นตอนที่เราทำมีอะไร

ผิดพลาดมัย ต้องพัฒนามัย “หลังจากเอาไปพัฒนาเรียบร้อยแล้วก็เอากลับไปทำซ้ำกับคนหรือว่าตัวปัญหาก็มันแก้ไขได้จริงไหม”

4. ผลการวิเคราะห์ผลลัพธ์การจัดการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐานสำหรับนักศึกษาพยาบาล สามารถแบ่งนวัตกรรมตามลักษณะของผู้ใช้ได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) นวัตกรรมส่งเสริมความรู้สำหรับนักศึกษาพยาบาล “นวัตกรรมที่เราได้ออกมา มันเป็นลักษณะของการใช้สื่อออนไลน์มาช่วยด้วย ทำให้สามารถเรียนได้ทุกที่ แค่ใช้มือถือเครื่องเดียว มันน่าจะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับ Anatomy Physiology และกิลไกการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันมากขึ้นค่ะ เพราะเวลาที่หนูขึ้นฝึกงานหนูรู้สึกว่างไปหมดเลยคะ ไม่รู้ว่่าข้างในร่างกายคนใช้เป็นอย่างไร เวลาอาจารย์ถามก็ตอบไม่ค่อยได้ แต่พูดว่าเดี่ยวหนูไปหามาตอบนะคะ (หัวเราะ) หนูก็เลยคิดว่านวัตกรรมที่พวกหนูสร้างขึ้นจะช่วยน้อง ๆ ให้มีความรู้มากขึ้น เวลาฝึกงานจะได้มั่นใจคะ”

2) นวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับประชาชน “นวัตกรรมของกลุ่มหนูเป็นเพลงเกี่ยวกับอาการเบาหวานคะ ประมาณว่าอาการเบาหวานเป็นยังไง อาการแบบไหนต้องไปหาหมอ พอเป็นแล้วต้องดูแลตัวเองยังไง ตอนแรกที่เราไปให้ลุง ๆ ป้า ๆ ที่มาหาหมอที่ รพ.สต. ฟัง คนใช้บอกว่าดีเหมือนกันนะแบบนี้ นั่งฟังเพลิน ๆ ได้ความรู้ด้วย บางอย่างก็ฟังรู้แหละเนี่ยว่าอาการแบบนี้ เราต้องมาหาหมอด้วย คิดแต่ว่ามันจะหาเอง พอหนูได้ยินแบบนี้ หนูก็รู้สึกดีมากเลยคะ ที่คนใช้ชอบนวัตกรรมของพวกหนู และมันก็มีประโยชน์สำหรับตัวคนใช้เองด้วย (ยิ้ม)”

การอภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัยการศึกษาการจัดการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐานสามารถแบ่งการอภิปรายตามแนวคิดของการวิจัยได้ ดังนี้

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐาน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลคิดว่าการปัจจัยที่ส่งผลต่อการเรียนรู้สามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเด็น ดังนี้

1) บทบาทของอาจารย์ที่ปรึกษา จากผลการวิจัยพบว่าบทบาทของอาจารย์ที่นักศึกษาต้องการ คือ บทบาทของการเป็นพี่เลี้ยงที่คอยชี้แนะแนว

ทางการเรียนรู้ โดยเน้นที่กระบวนการเรียนรู้มากกว่าการมุ่งที่ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการกระตุ้นกระบวนการเรียนรู้ของนักศึกษา จะเห็นได้ว่า บทบาทของอาจารย์ในมุมมองของนักศึกษาเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่อาจารย์จะเป็นผู้ให้ความรู้เป็นหลัก เป็นบทบาทของผู้สนับสนุนกระบวนการเรียนรู้ เอาใจใส่ดูแล ให้อิสระทางความคิด ลองผิดลองถูก และอำนวยความสะดวกแก่นักศึกษา รวมทั้งสร้างแรงจูงใจ และให้กำลังใจเป็นส่วนสำคัญต่อการสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมการเรียนรู้ของนักศึกษา ให้เกิดแรงกระตุ้นเชิงบวก ที่ช่วยเพิ่มศักยภาพของการเรียนรู้ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมให้นักศึกษามีแรงขับเคลื่อนที่จะมุ่งมั่นใฝ่หาสิ่งที่ได้รับมอบหมายประสบความสำเร็จ และสามารถค้นหาแนวทางในการเรียนรู้ของตนเองที่สอดคล้องกับการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21⁶

2) องค์ความรู้พื้นฐานเดิม จากการวิจัยพบว่า นักศึกษามองว่า องค์ความรู้พื้นฐานเดิมมีความสำคัญต่อกระบวนการเรียนรู้ สามารถอธิบายผลได้ว่าการผลิตหรือพัฒนานวัตกรรมด้านสุขภาพ นักศึกษามีความจำเป็นต้องมีความรู้พื้นฐานเดิม กล่าวคือ ความรู้พื้นฐานวิทยาศาสตร์ทั่วไป วิทยาศาสตร์ประยุกต์ ความรู้ทางด้านวิจัย ด้านสุขภาพและสาธารณสุข ตลอดจนทักษะทางการแพทย์ เพื่อให้นักศึกษาได้นำองค์ความรู้พื้นฐานเดิมมาไตร่ตรอง วิเคราะห์ วางแผน ค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาย่อยอย่างเป็นระบบมากขึ้น อีกทั้งยังสามารถนำความรู้เดิมที่มีความแตกต่างกันมาสังเคราะห์ให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ เพื่อให้กระบวนการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ร่วมกับการต่อยอดความรู้ ความสามารถด้านนวัตกรรม จะยิ่งช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดการบูรณาการความรู้เข้ากับกระบวนการพัฒนานวัตกรรมจนสามารถผลิตหรือคิดค้นนวัตกรรมทางด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ และสามารถแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพได้อย่างตรงประเด็นมากขึ้น¹¹

3) แหล่งข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศ จากการวิจัยพบว่านักศึกษาส่วนใหญ่คิดว่าการเข้าถึงแหล่งข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศ จะช่วยอำนวยความสะดวกต่อกระบวนการเรียนรู้ สามารถอธิบายได้ว่า การค้นคว้าหาความรู้ทางอินเทอร์เน็ตเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ที่สำคัญของนักศึกษาในยุคดิจิทัล เพราะนักศึกษาส่วนใหญ่มีอุปกรณ์คอมพิวเตอร์หรือสมาร์ทโฟนที่ถือว่าเป็นเครื่องมือเทคโนโลยีสำคัญของนักศึกษาที่จะช่วยสนับสนุนให้นักศึกษาเข้าถึงแหล่งข้อมูลสารสนเทศ ฐานข้อมูลทางวิชาการออนไลน์ รวมถึงสื่อการเรียนรู้ที่จำเป็น

ต่อกระบวนการเรียนรู้ของนักศึกษาได้อย่างสะดวกและรวดเร็วมากยิ่งขึ้น และสามารถทำได้อย่างอิสระทุกที่ทุกเวลา ประกอบกับนักศึกษามีความคุ้นเคยกับการใช้งานด้านเทคโนโลยีดิจิทัล ทำให้นักศึกษามีทักษะการสืบค้นข้อมูลจากเครือข่ายอินเทอร์เน็ต หรือฐานข้อมูลทางวิชาการออนไลน์ ด้วยวิธีการสืบค้นจากการใช้คำสำคัญ เพื่อให้ได้มาซึ่งความรู้ ข้อมูลที่ต้องการนำมาใช้ประกอบการเรียนรู้ของตนเองได้เป็นอย่างดี¹²

4) การทำงานเป็นทีม จากการวิจัยพบว่านักศึกษาให้ความสำคัญเกี่ยวกับลักษณะของการทำงานเป็นทีม สามารถอธิบายได้ว่า การจัดการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐานเป็นการออกแบบวิธีการจัดการเรียนรู้ ที่เน้นให้นักศึกษามีส่วนร่วมและมีปฏิสัมพันธ์กับกิจกรรมการเรียนรู้ร่วมกันตลอดเวลา รวมถึงการบูรณาการความรู้และทักษะต่าง ๆ ผ่านการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ทุกขั้นตอน ทำให้เกิดการส่งเสริมกระบวนการทำงานเป็นทีม โดยมีการกำหนดบทบาทของสมาชิก การวางแผนร่วมกัน การร่วมแรงร่วมใจในการลงมือทำงาน วิธีการเรียนรู้ดังกล่าวสอดคล้องกับความต้องการการเรียนรู้ของนักศึกษาในปัจจุบัน เนื่องจากนักศึกษาปัจจุบันต้องการแสดงออกทางความคิด ทัศนคติ และลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้นักศึกษารู้จักแนวทางการเรียนรู้ของตนเอง นอกจากนี้บทบาทของอาจารย์ที่ช่วยสนับสนุนการเรียนรู้ คอยชี้แนะ และให้กำลังใจ จะทำให้นักศึกษารู้สึกว่าอาจารย์เป็นส่วนหนึ่งของทีมที่จะทำงานแบบเคียงบ่าเคียงไหล่ไปด้วยกัน¹³

2. การให้ความหมายของคำว่า “นวัตกรรม” จากการวิจัยพบว่านักศึกษาได้ให้ความหมายของคำว่า นวัตกรรม หมายถึง สิ่งใหม่หรือสิ่งที่เกิดจากการพัฒนาต่อยอดจากสิ่งเดิม โดยใช้กระบวนการคิดสร้างสรรค์อย่างเป็นระบบมาแก้ไขปัญหา โดยยึดความเป็นปัจเจกบุคคล และมีความคุ้มค่าคุ้มทุนอย่างเหมาะสม จากการให้ความหมายสามารถจำแนกได้ 4 ประเด็น คือ 1) ความเป็นสิ่งใหม่ทั้งหมดหรือบางส่วน 2) กระบวนการคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบและสร้างสรรค์ 3) ความคุ้มค่าคุ้มทุนเชิงพาณิชย์ และ 4) คำนึงถึงประโยชน์จากความเป็นปัจเจกบุคคล¹⁷

3. กระบวนการจัดการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐาน สามารถอภิปรายผลการวิจัย ได้เป็น 6 กระบวนการ¹⁴⁻¹⁵ คือ

1) ค้นหาปัญหา ผลการวิจัยพบว่าผู้ให้ข้อมูลเริ่มต้นการทำงานนวัตกรรมจากการศึกษาหาข้อมูล แสวงหาข้อมูล และสำรวจปัญหาจากสิ่งที่ใกล้ตัว

จากประสบการณ์หรือสิ่งที่ตนเองสนใจ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลได้เลือกศึกษาเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคหรือปัญหาสุขภาพเพราะเกี่ยวข้องกับการศึกษาพยาบาล เพื่อให้เข้าใจปัญหาโดยยึดผู้ใช้นวัตกรรมเป็นจุดศูนย์กลางผ่านการเรียนรู้จากปัญหาโดยตรง ทำการศึกษาปัญหาจนทราบถึงปัญหาที่แท้จริง และค้นหาวิธีแก้ไขปัญหามบนพื้นฐานของข้อมูลต่าง ๆ จนสามารถอธิบายเหตุผลและตอบคำถามว่า “ทำไม” ได้¹⁶

2) วิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นการจัดระเบียบแยกแยะส่วนต่าง ๆ ของข้อมูลที่ได้มา เพื่อหาคำตอบตามความมุ่งหมายที่ได้กำหนดไว้ โดยคำนึงถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลในการทำความเข้าใจกับสิ่งนั้น จนสามารถสังเกตจำแนกแยกแยะ บอกรายละเอียดของสิ่งต่าง ๆ และสามารถจัดหมวดหมู่ข้อมูลได้ เป็นกระบวนการพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายและสมบูรณ์มากที่สุด ร่วมกับการใช้หลักความสัมพันธ์ของเหตุและผลว่าสิ่งใดเกี่ยวข้องและสำคัญสำหรับการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นนี้มากที่สุด เพื่อนำไปสู่การเลือกสร้างนวัตกรรมที่เหมาะสม

3) เลือกนวัตกรรม นวัตกรรมเป็นสิ่งใหม่ที่เกิดจากการใช้ความรู้และความคิดสร้างสรรค์ที่มีองค์ประกอบสำคัญ 3 อย่าง คือ (1) ความใหม่ (Newness) (2) เกิดประโยชน์ (Benefits) และ (3) ความใหม่ที่เกิดจากฐานความรู้และความคิดสร้างสรรค์ (Knowledge and creativity idea) ผู้ให้ข้อมูลได้เลือกสร้างนวัตกรรมเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญของนวัตกรรมครบทั้ง 3 ประการ คือ (1) เป็นสิ่งใหม่ที่ยังไม่มีใครทำ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเริ่มจากการศึกษาว่า “นวัตกรรมอันที่เราสนใจมีคนอื่นทำหรือยัง” (2) นวัตกรรมที่ทำนั้นเกิดประโยชน์ในด้านการแก้ปัญหาหรือส่งเสริมเรื่องการเรียน การทำข้อสอบ “นวัตกรรมนี้มันทำให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตัวเอง แบบไม่ต้องรอมารเรียนแค่ในห้อง” และ (3) เป็นนวัตกรรมที่เกิดจากความรู้และความคิดสร้างสรรค์ของทีมผู้ให้ข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูลอาศัยข้อมูลที่ได้จากการค้นคว้าและทบทวนมาสนับสนุนการสร้างนวัตกรรม รวมทั้งการนำคำแนะนำของอาจารย์มาร่วมพิจารณาด้วย เพื่อให้สามารถเลือกทำนวัตกรรมที่ตอบโจทย์และแก้ปัญหาได้มากที่สุด¹⁷

4) ออกแบบนวัตกรรม เป็นกระบวนการที่เกิดจากการคิดหลายแง่มุมที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ต่าง ๆ จนนำไปสู่การคิดประดิษฐ์สิ่งของหรือวิธีการใหม่ๆ ที่สร้างสรรค์ เสริมสร้างคุณค่าทางความคิดและสติปัญญา

จากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีดิจิทัล ส่งผลต่อวิธีการเรียนรู้โดยนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในระบบการออกแบบมากขึ้น¹⁸ ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความสำคัญกับเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารเป็นอย่างมาก โดยการนำสื่อเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในสร้างนวัตกรรม โดยมีรูปแบบการใช้งานผ่านระบบคอมพิวเตอร์หรือเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีลักษณะของเกม ภาพประกอบ 3 มิติ วิดีโอ เพื่อให้เกิดความน่าสนใจและเข้าใจได้ง่าย

5) ทดลองใช้นวัตกรรม เป็นการศึกษาผลของการใช้นวัตกรรมที่สร้างขึ้นก่อนการนำไปใช้จริง และนำผลการทดลองมาพัฒนา เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพ หาประสิทธิผลและความน่าเชื่อถือของนวัตกรรม¹⁴ โดยสมาชิกกลุ่มจะช่วยกันวิเคราะห์จุดเด่น และจุดที่ต้องพัฒนาของนวัตกรรมเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงรูปแบบนวัตกรรม กลไกการทำงานของนวัตกรรม รวมถึงคู่มือการใช้นวัตกรรม เพื่อให้ตอบสนองและสะดวกต่อผู้ใช้นวัตกรรมได้อย่างแท้จริง

6) นำไปใช้จริง นวัตกรรมที่เป็นประโยชน์ จะต้องสามารถนำไปใช้จริงได้ตั้งนั้นการนำนวัตกรรมที่สร้างไปใช้จริง จึงเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สะท้อนถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของนวัตกรรมได้อย่างชัดเจน^{14,17} ซึ่งผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อมูลว่าได้รับการตอบรับจากผู้ใช้งานเป็นจำนวนมาก “คนเล่นเยอะมากขึ้นเรื่อย ๆ เลยค่ะ ส่วนใหญ่คนจะเข้ามาเล่นรอบสองทุ่ม” “คนนอกก็สามารถเข้ามาเล่นได้ค่ะ ทุกคนเข้าถึงได้ คือ เขาก็บอกว่ามันดีมากเลยนะ มันทำให้เข้าใจโรคเรื้อรังมากขึ้น อย่างตอนที่พวกหนูไปนำเสนอก็จะมีคิวอาร์โค้ดแปะไว้ให้ทุกคนสามารถสแกนเข้าไปเล่นได้ตรงนั้น คือ เขาก็บอกว่ามันดีมากนะ เดี่ยวจะเอาไปให้คนที่บ้านเล่นด้วย”

4. ผลลัพธ์ของการจัดการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐาน

จากผลการวิจัยพบว่า ผลลัพธ์จากระบบการจัดการเรียนรู้ คือ ผลงานนวัตกรรมสามารถอธิบายได้ว่า นักศึกษาสามารถนำความรู้ทางด้านสุขภาพ บริบท การเปลี่ยนแปลงของสังคม รวมถึงปัจจัยต่างๆ ที่อิทธิพลต่อการเรียนรู้มาบูรณาการเข้ากับกระบวนการพัฒนานวัตกรรม ผ่านการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ซึ่งกระบวนการพัฒนานวัตกรรมเป็นกระบวนการที่สนับสนุนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างนักศึกษา นักศึกษา กับอาจารย์ที่ปรึกษา จนเกิดกระบวนการทำงานเป็นทีม อีกทั้งการเรียนรู้ดังกล่าวเป็นการเปิดโอกาสให้นักศึกษาเป็นผู้ตัดสินใจเลือกสิ่งต้องการที่จะเรียนรู้ด้วยตนเอง ส่งผลให้นักศึกษามีความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะศึกษา

ค้นคว้าหาปัญหา หาหนทางแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการที่สร้างสรรค์ จนเกิดเป็นรูปแบบของนวัตกรรมด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์ทั้งต่อนักศึกษา คือ จะช่วยพัฒนาความรู้สำหรับการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ และนวัตกรรมด้านสุขภาพสำหรับผู้รับบริการให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการต่อไป^{6,19-20}

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. สถาบันการศึกษาทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาวางแผนจัดสรรสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ของนักศึกษา
2. เป็นแนวทางพัฒนาหรือออกแบบการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรหรือการออกแบบการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้เชิงนวัตกรรม
3. เป็นแนวทางกำหนดบทบาทหน้าที่ของอาจารย์ที่ปรึกษาที่ส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้เชิงนวัตกรรมของนักศึกษาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีผลต่อการจัดการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรม เช่น เพื่อร่วมงาน สัมพันธภาพระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา หลักสูตร
2. ควรนำกระบวนการจัดการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐานมาพัฒนาโดยวัดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นกับนักศึกษา
3. ควรพัฒนาเครื่องมือเพื่อวัดประสิทธิผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐานในเชิงปริมาณ โดยใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพครั้งนี้เป็นพื้นฐานในการสร้างเครื่องมือ

เอกสารอ้างอิง

1. McGunagle D, Zizka L. Employability skills for 21st-century STEM students: the employers' perspective. HESWBL 2020;10:591-606.
2. พิณภา หมวทยอด. การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อเสริมทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 สำหรับนักศึกษามหาวิทยาลัยแม่โจ้. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ 2561;44:150-84.

3. Herzlinger RE, Ramaswamy VK, Schulman KA. Bridging health care's innovation-education gap. Bright, MA: Harvard Business Publishing; 2014.
4. กลุ่มงานกิจการนักศึกษา. รายงานสรุปผลการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพนักศึกษา ปีการศึกษา 2561. นนทบุรี: กลุ่มงานกิจการนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี; 2561.
5. Geissdoerfer M, Savaget P, Evans S. The Cambridge business model innovation process. *Procedia Manufacturing* 2017;8:262-9.
6. สุธนา โสติดิพลอนันต์. แนวทางในการสร้างสรรค์บรรยากาศในชั้นเรียนเชิงบวกในศตวรรษที่ 21 สำหรับครูมืออาชีพ. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2561;13:373-88.
7. Von Bertalanffy L. General System Theory: Foundations, Development, Applications: Georges Braziller, Inc.; 1993.
8. Liamputtong P. Focus Group Methodology: Principles and Practice. London: SAGE Publications; 2011.
9. Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods, 2nd ed. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc; 1990.
10. Johnson LJ, LaMontagne MJ. Using content analysis to examine the verbal or written communication of stakeholders within early intervention. *J Early Interv* 1993;17:73-9.
11. Urbancova H. Competitive advantage achievement through innovation and Knowledge. *J Competitiveness* 2013;5:82-96.
12. ภัทรียา ดำรงสัตย์, วารุณี สุวรรณกุล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตเชิงสร้างสรรค์ของนักศึกษาพยาบาล. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ 2562;2:219-28
13. Shatto B, Erwin K. Teaching millennials and generation z: Bridging the generational divide. *Creat Nurs* 2017;23:24-8.
14. Gowanit C, Thawesaengskulthai N, Sophatsathit P, Chaiyawat T. Information technology systems of service process innovation. *ARNP JEAS* 2015;10:488-98.

15. Skogstad PL, Currano RM, Leifer LJ. An experiment in design pedagogy transfer across cultures and disciplines [Internet]. 2008 [cited 2020 Jun 2];24:367–76. Available from:
https://www.researchgate.net/publication/233503791_An_Experiment_in_Design_Pedagogy_Transfer_Across_Cultures_and_Disciplines
16. นวพร ชลารักษ์. บทบาทของครูกับการเรียนการสอนในศตวรรษที่ 21. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยฟาร์อีสเทอร์น 2558;9:64–71.
17. สมนึก เอื้อจิระพงษ์พันธ์, พักตร์ผจง วัฒนสินธุ์, อัจฉรา จันทร์ฉาย, ประกอบคุปรัตน์. นวัตกรรม: ความหมาย ประเภท และความสำคัญต่อการเป็นผู้ประกอบการ. วารสารบริหารธุรกิจ 2561;33:49–65.
18. Huesig S, Endres H. Exploring the digital innovation process: The role of functionality for the adoption of innovation management software by innovation managers. Eur J Innov Manag 2019;22:302–14.
19. สีน งามประโคน, เกษม แสงนนท์, พระมหาสมบัติ ธนปัญญาญญ. นวัตกรรมจัดการเรียนรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. วารสารมหาวิทยาลัยวิชาการ 2561;5(พิเศษ):74–82.
20. สุทธิกร แก้วทอง, กุลรภัส เทียมทิพร. การบูรณาการการเรียนการสอนรายวิชานวัตกรรมและเทคโนโลยีสารสนเทศทางการศึกษาร่วมกับรายวิชาหลักการส่งเสริมสุขภาพต่อการเรียนการสอนแบบโครงงานเป็นฐาน. วารสารศาสตร์การศึกษาและการพัฒนามนุษย์ 2560;1:38–46.

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

กองบรรณาธิการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ขอเรียนเชิญ สมาชิกและผู้สนใจทุกท่านส่งรายงานการวิจัยหรือบทความวิชาการ เพื่อพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ทั้งนี้ บทความหรือรายงานการวิจัย จะต้องไม่เคยตีพิมพ์ ในวารสารอื่นมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น งานวิจัยที่ศึกษาวิจัย และทดลองในมนุษย์ต้องผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (EC) และกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กองบรรณาธิการกำหนด

วารสารฯ มีกำหนดออกปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม และ ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

1. การเตรียมต้นฉบับ

การเตรียมต้นฉบับบทความวิชาการ และบทความวิจัย มีดังนี้

บทความวิชาการ บทความวิจัย

1. ต้นฉบับพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Office Word ตัวอักษร FreesiaUPC ขนาด 16 pt. และใช้กระดาษพิมพ์ขนาด B5 เว้นห่างจากขอบ 1 นิ้ว โดยรอบ ความยาวไม่ควรเกิน 13 หน้าโดยไม่รวมเอกสารอ้างอิง
2. การใช้คำภาษาไทย การแปลศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยหรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษ ให้ยึดตามหลักการใช้คำของราชบัณฑิตยสถาน หลีกเลี่ยงการใช้คำย่อ ยกเว้นเป็นคำที่ยอมรับกันทั่วไป
3. ชื่อเรื่องพิมพ์ไว้กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร FreesiaUPC ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 20 pt.
4. ชื่อผู้เขียนพร้อมทั้งคุณวุฒิอยู่ใต้ชื่อเรื่องเยื้องไปทางขวามือใช้อักษร FreesiaUPC ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 16 pt.
5. ตำแหน่งทางวิชาการและสถานที่ทำงานของผู้เขียนอยู่ด้านล่างของบทความย่อในหน้าแรกเยื้องทางซ้ายมือใช้อักษร FreesiaUPC ตัวปกติ ขนาดตัวอักษร 14 pt.

6. ทั้งบทความวิจัยหรือบทความวิชาการต้องมีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวนไม่เกิน 350 คำ/บทคัดย่อ) พร้อมทั้งคำสำคัญ (Key words) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
7. จำนวนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ หรือรายงานการวิจัย ไม่ควรเกิน 30 เรื่อง
8. ถ้ามีตารางหรือแผนภูมิ ออกแบบตารางให้เหมาะสมจากนั้นทำการแทรกตารางโดยไม่มีเส้นแนวตั้ง ควรพิมพ์แยกตารางละ 1 แผ่นและให้ระบุ ในเนื้อหาด้วยว่าจะใส่ตารางหรือแผนภูมิไว้ที่ใด และหลีกเลี่ยงการอธิบายซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง
9. ภาพประกอบ ให้ใช้ภาพลายเส้นขาวดำ ถ้าเป็นภาพถ่ายให้ใช้ขนาดโปสเตอร์ โดยระบุชื่อภาพไว้ด้านล่างของภาพ หากเป็นผลงานของบุคคลอื่นให้ระบุที่มาของภาพไว้ใต้ภาพพร้อมทั้งอ้างอิงตัวเลขไว้ท้ายข้อความและทำการอ้างอิงท้ายเล่มด้วย ทั้งภาพประกอบและตารางต้องแยกไว้ต่างหาก แต่ในเนื้อเรื่องต้องบอกว่าจะใส่รูปไว้ที่ใด

2. การลำดับหัวข้อในการเขียนบทความเพื่อการตีพิมพ์ ให้เรียงหัวข้อตามลำดับดังนี้

2.1 บทความวิชาการ

- 2.1.1 บทคัดย่อภาษาไทย
- 2.1.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
- 2.1.3 เนื้อหา
 - บทนำ
 - เนื้อเรื่อง
 - บทสรุป
- 2.1.4 เอกสารอ้างอิง

2.2 บทความวิจัย

- 2.2.1 บทคัดย่อภาษาไทย
- 2.2.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
- 2.2.3 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
- 2.2.4 วัตถุประสงค์ของการวิจัย
- 2.2.5 กรอบแนวคิดการวิจัย
- 2.2.6 สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)
- 2.2.7 วิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย
 - 2.2.7.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - 2.2.7.2 การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล
 - 2.2.7.3 เครื่องมือการวิจัย
 - 2.2.7.4 วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2.7.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

2.2.8 ผลการวิจัย

2.2.9 การอภิปรายผล

2.2.10 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

2.2.11 กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

2.2.12 เอกสารอ้างอิง

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

แนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตามระบบแนวคูเวอร์ โดยใช้ตัวเลขยก (Super script) ชิดกับข้อความที่อ้างอิง โดยรูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ Vancouver ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การอ้างอิงในเนื้อหา(In- text citation) 2)การอ้างอิงท้ายเล่มหรือเอกสารอ้างอิง (Reference)

1. การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) เมื่อนำผลงานของบุคคลอื่น ไม่ว่าจะบางส่วน หรือทั้งหมดมาอ้างอิงในบทความ ให้ใส่ตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิง หลังชื่อผู้เขียนหรือ หลังข้อความที่อ้างอิง และใช้ลำดับเดิมในกรณีที่มีการอ้างอิงซ้ำทุกครั้ง ส่วนเอกสารอ้างอิงท้ายเล่ม จัดเรียงตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิงในเนื้อหาโดยมีวิธีการอ้างอิงดังนี้

1.1 การอ้างอิงที่เน้นผู้เขียน หรือผู้เขียนเป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขลำดับการอ้างอิงตามหลังชื่อผู้เขียน

ตัวอย่าง

นุสรา ประเสริฐศรี และคณะ¹ ทำวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างรับการรักษาด้วยรังสีรักษา

1.2 การอ้างอิงที่เน้นเนื้อหา หรือผู้เขียนไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขลำดับการอ้างอิงตามหลังข้อความที่อ้างอิง

1.2.1 การอ้างอิงรายการเดี่ยว

ตัวอย่าง

การใช้ปัญหาเป็นฐาน การใช้วิจัยเป็นฐาน การใช้สถานการณ์จำลอง รวมทั้งการสอนโดยใช้โครงการเป็นฐาน (Project based learning)²

1.2.2 การอ้างอิงหลายรายการพร้อมกัน ในกรณีที่ตัวเลขลำดับการอ้างอิงเป็นลำดับที่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายยัติภังค์ (-) คั่นระหว่างตัวเลขแต่ถ้าตัวเลขลำดับการอ้างอิงไม่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างตัวเลข

ตัวอย่าง

- กระบวนการสอนโดยใช้โครงการเป็นฐานครั้งนี้ มีกระบวนการคล้ายคลึงกันกับการศึกษาที่ผ่านมา^{3,5}

- กิจกรรมให้ผู้เรียนเรียนรู้จากประสบการณ์จริง เพื่อให้คิดเป็น ทำเป็น มีการค้นคว้า และจัดการเผชิญปัญหาได้เหมาะสม⁶⁻⁸

2. การอ้างอิงท้ายเล่ม เป็นการนำรายการอ้างอิงในเนื้อหา มารวบรวมไว้ในส่วนท้ายของบทความในหัวข้อเอกสารอ้างอิง (References) โดยจัดเรียงตัวเลขตามลำดับ 1, 2, 3,..... ซึ่งตัวเลขต้องสอดคล้องกับลำดับตัวเลขของการอ้างอิงในเนื้อหา ข้อมูลที่นำมาเขียนเอกสารอ้างอิงจะแตกต่างกันตามประเภทของเอกสารที่นำมาอ้างอิง สำหรับตัวอย่างที่ใช้บ่อยมีดังนี้

1. หลักการเบื้องต้น

1.1 ชื่อผู้แต่งคนไทย เขียนชื่อและนามสกุลเป็นคำเต็ม

ตัวอย่าง

1. บุญใจ ศรีสถิตยัณราฎร. ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาล ศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย; 2550.

1.2 ผู้แต่งชาวต่างประเทศไม่เกิน 6 คน เขียนสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้น และชื่อกลางโดยไม่ต้องมีเครื่องหมายใดๆ คั่น ให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายใช้เครื่องหมายมหัพภาค (.)

ตัวอย่าง

2. Zerhouni E, Berg JM, Hrabowski FA, Kington R, Landis SCR. Training the Workforce for 21st Century Science: A Vital Direction for Health and Health Care. Washington, DC: National Academy of Medicine; 2016.

1.3 ผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และตามด้วย et al. และภาษาไทยใช้คำว่า “และคณะ” หรือ “et al.”

ตัวอย่าง

3. Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The clinical course of advanced dementia. N Engl J Med 2009;361:1529-38.

2. การเขียนอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals)

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์; เล่มที่ของวารสาร: หน้าแรก-หน้าสุดท้ายของบทความ.

- ชื่อบทความ บทความภาษาไทย ให้เขียนแบบคำไทย บทความภาษาอังกฤษ ให้ใช้อักษรตัวใหญ่ (Capital letter) เฉพาะตัวแรกและชื่อเฉพาะ นอกจากนั้นใช้อักษรตัวเล็กทั้งหมด
- ชื่อวารสาร วารสารไทย ให้ใช้ชื่อเต็ม เช่น จุฬาลงกรณ์เวชสาร ขอนแก่นเวชสารฯ วารสารต่างประเทศ ใช้ชื่อย่อตาม มาตรฐานสากลที่กำหนดไว้ใน Index Medicus โดยตรวจสอบได้จาก Journals in NCBI Databases จัดทำโดย National Library of Medicine (NLM) ซึ่งคำย่อเหล่านี้ได้เขียนตามกฎการเขียนคำย่อของ American National Standard for Information Sciences Abbreviation of Title of Publications
- ให้ใส่เฉพาะปี และเล่มที่เท่านั้น ไม่ต้องใส่เดือน วันที่และฉบับที่
- เลขหน้า ให้ใส่เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย โดยใช้ตัวเลขเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับเลขหน้าสุดท้าย เช่น หน้า 1337-43 หรือ p.222-35 เป็นต้น
- สำหรับบทความที่มีรหัสประจำบทความดิจิทัล (Digital Object Identifier: DOI) ให้ใส่รหัสบทความดิจิทัลด้วย

ตัวอย่าง

4. ลักษณะ ชอบเสียง. การออกกำลังกายเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรัง. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 2561;19:25-35.

5. Edwards A, Pang N, Shiu V, Chan, C. The understanding of spirituality of spirituality and the role of spiritual care in end-of-life and palliative care: A meta-study of qualitative research. Palliat Med 2010;24:753-70. doi:10.1177/0269216310375860

3. การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา (Books or textbooks) ทั้งเล่ม มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

6. ชาย โพธิสิตา. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้ง; 2552.

7. Field A, Hole G. How to design and report experiments. London: Sage Publications; 2003.

4. การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และมีบรรณาธิการ (Chapter in a book) มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อผู้เขียน. ชื่อบท. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

8. วิชัย โชควิวัฒน์. จริยธรรมในการวิจัยทางคลินิก. ใน: พรณี ปิติสุทธิธรรม ชยันต์ พิเชียรสุนทร, บรรณาธิการ. ตำราการวิจัยทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินติง; 2552. หน้า 255-78.

9. Nitirat P, Sitanon T. Surveillance Rapid Response Team (SRRT): A proactive model of health Prevention excellence. In: Turner K, editor. Bangkok; Sahamitr Printing & Publishing; 2013. p.45-55.

5. การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม หรือสรุปผลการประชุม (Conference paper) มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อการประชุม; วันเดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า.

ตัวอย่าง

10. จงลักษณ์ ทวีแก้ว, เขมนันท์ พูลสุขโช, จิตราวัฒน์ มณีวงษ์, จิราพร สีสรรณ, จุฑามณี ถนอมทรัพย์, เจนจิรา ชิมกระโทก และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ณ ชุมชนเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี. ใน: พูลสุขเจณพานิชย์ วิสุทธิพันธ์ และคณะ, บรรณาธิการ. การประชุมวิชาการระดับชาติและนานาชาติ BCNSP National and International Conference; 30 พฤษภาคม-1 มิถุนายน 2561; โรงแรมสุนีย์ แกรนด์. อุบลราชธานี; 2561. หน้า 575-91.

11. Macer D. Bioethical implications of public health from environmental issues in light of Fukushima. In: Poddar S. editor. International conference on allied health sciences. 22nd-24th July 2011; Malaysia. Kurla Lumpur: Percetakan Horizon Waves; p.16-22.

6. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding)

ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วันเดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

12. เพ็ญศิริ ดำรงภคภากร และคณะ, บรรณาธิการ. การเตรียมตัวสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ขั้นหนึ่งตามประสบการณ์ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม. การประชุมวิชาการระดับชาติ Nakhon Phanom Conference in Health Care ครั้งที่ 1; 26-27 มิถุนายน 2557; วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม. นครพนม: อรุณการพิมพ์; 2557.

13. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

7. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation) มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

14. พันธ์ญา ชันติจิตร. อาการคันตามผิวหนัง กลวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.

15. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis, MO: Washington University; 1995.

8. การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ วันที่ เดือน(ย่อ) ปี]. เข้าถึงได้จาก: <http://.....>

ตัวอย่าง

16. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัยด้านระบบสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.ย. 2559]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.egov.go.th/th/e-government-service/1481/>

17. World Health Organization (WHO). International Health Regulations [Internet]. 2014 [cited 2016 Sep 9]. Available from: <http://www.who.int/publications/en/>

9. การอ้างอิงบทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อวันที่ เดือน(ย่อ) ปี]; ปีที่:[หน้า]. เข้าถึงได้จาก: <http://.....>

ตัวอย่าง

18. ระวี ลีประเสริฐ, นุชลดา โรจนประภาพรรณ. รูปแบบการพัฒนาระบบการคัดกรองสุขภาพประชาชน จังหวัดปราจีนบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.พ. 2554];19:409-21. เข้าถึงได้จาก: http://pubnet.moph.go.th/pubnet2/e_doc.php?id=2593

19. Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 15];363:1687-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>

สำหรับหลักการเขียนอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ในรูปแบบอื่นๆ ขอให้ผู้เขียนศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมจากเอกสารของจิราภรณ์ จันทร์จร หอสมุดคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ที่ <http://library.md.chula.ac.th/guide/vancouver2011.pdf>

สอบถามรายละเอียด

บรรณาธิการวารสาร

ดร.พัชร ใจการุณ โทรศัพท์ 091-832-3817

กองบรรณาธิการ

อ.ลักขณา ชอบเสียง โทรศัพท์ 087-863-3441

อ.ชนุกร แก้วมณี โทรศัพท์ 081-064-3536

อ.ทัศน พละไชย โทรศัพท์ 088-133-2803

ผู้ปฏิบัติงานวารสาร

นางสาวสมพร โจมสติ โทรศัพท์ 080-799-5801 โทรสาร 045-255-709

E-mail: journal.bcns@gmail.com