

JRIHS

Journal of Ratchathani Innovative Health Sciences

วารสาร

ราชธานีนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ISSN : 2586-8438

ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 ตุลาคม - ธันวาคม 2560

Vol. 1 No. 3 October - December 2017

เจ้าของ

มหาวิทยาลัยราชธานี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานทางวิชาการที่มีคุณภาพ พัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการ ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการนำเสนอ แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นเชิงวิชาการ ของผู้ทรงคุณวุฒิ คณาจารย์ นักศึกษา และนักวิชาการ
3. เพื่อกระตุ้นให้เกิดการวิจัย การพัฒนานวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งในทางทฤษฎีและทางปฏิบัติ ที่จะสามารถนำไปอ้างอิงประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์แก่สังคมโดยรวม

กำหนดการเผยแพร่ กำหนดการตีพิมพ์ปีละ 4 ฉบับ

ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม

ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน

ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน

ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม

ที่ปรึกษา

นายกสภามหาวิทยาลัยราชธานี

ดร.วิลาวัณย์ ต้นวัฒนพงษ์

อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชธานี

บรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เยาวลักษณ์ โพธิ์ดารา

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.จิตติมา โกศลวิตร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.ภญ.นันทวัน บุญยะประสงค์

มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรทิพา ส่องศิริ

มหาวิทยาลัยสยาม

ดร.ศักดา ขำคม

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ดร.กชพงษ์ สารการ

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

ดร.จวีร์วรรณ มณีแสง

มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วัชรพล

ดร.นุสรา ประเสริฐศรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

ดร.ภคิน ไชยช่วย

วิทยาลัยสาธารณสุขอุบลราชธานี

ดร.สุภาภรณ์ ศรีธัญรัตน์

ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑๐ จ.อุบลราชธานี

ดร.อรรถัย ศรีทองธรรม
ดร.จุติพร ผลเกิด
ดร.กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์
อ.จิรังกูร ญัฐรังสี

สนง.ป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จ.อุบลราชธานี
สนง.ป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จ.อุบลราชธานี
รพ.สต.คำเขื่อนแก้ว จ.ยโสธร
มหาวิทยาลัยราชธานี

ผู้ทรงคุณวุฒิกลั่นกรองบทความ (Peer review)

รองศาสตราจารย์ ดร.อรรถพรณ ลือบุญวัชชัย
รองศาสตราจารย์ปราณี ทัพพะระ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรถิพา ส่องศิริ
ดร.ศักดิ์ดา ขำคม
ดร.กชพงษ์ สารการ
ดร.จวีร์วรรณ มณีแสง
ดร.นุสรา ประเสริฐศรี
ดร.ภคิน ไชยช่วย
ดร.สุภาภรณ์ ศรีธัญรัตน์
ดร.อรรถัย ศรีทองธรรม
ดร.จุติพร ผลเกิด
ดร.กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์

มหาวิทยาลัยมหิดล
มหาวิทยาลัยมหิดล
มหาวิทยาลัยสยาม
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วัชรพล
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์
วิทยาลัยสาธารณสุขอุบลราชธานี
ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑๐ อุบลราชธานี
สนง.ป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ อุบลราชธานี
สนง.ป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ อุบลราชธานี
รพ.สต.คำเขื่อนแก้ว จ.ยโสธร

ผู้ประสานงานและเผยแพร่

อาจารย์เมธาวี ตันวัฒนะพงษ์
อาจารย์ธนาศักดิ์ ข่ายกระโทก

อาจารย์กนกกาญจน์ ศรีสุรินทร์
อาจารย์สิริมา บุรณกุล

ติดต่อกองบรรณาธิการ

มหาวิทยาลัยราชธานี เลขที่ 261 ถนนเลียงเมือง ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000
โทร 045-319-900 ต่อ 138 โทรสาร 045-319-911 E-mail: jrihs@rtu.ac.th

พิมพ์ที่

บริษัท ยงสวัสดิ์อินเตอร์กรุ๊ป จำกัด เลขที่ 56 ถนนแก้วเสนา ตำบลวารินชำราบ อำเภวารินชำราบ
จังหวัดอุบลราชธานี 34190 โทรศัพท์ 0-4532-4777-9 โทรสาร 0-4532-4788

บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Reviews) อย่างน้อย 2 ท่าน ข้อคิดเห็นใดๆ ที่ปรากฏในวารสาร เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน กองบรรณาธิการหรือมหาวิทยาลัยราชธานี ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

บทบรรณาธิการ

วารสารราชานันต์กรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพฉบับนี้ ขอเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับบทความวิจัย 4 เรื่อง บทความวิชาการ 1 เรื่อง ซึ่งกองบรรณาธิการขอแนะนำเรียนว่า บทความทั้ง 5 เรื่องที่ตีพิมพ์ในวารสารฉบับนี้ มีความหลากหลาย ทั้งในด้านพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ผลลัพธ์ทางการพยาบาล รวมถึงพัฒนาการศึกษาพยาบาล ความท้าทายของพยาบาลในกลุ่มประชากร ตั้งแต่ทารก วัยรุ่น วัยทำงาน และวัยสูงอายุ บทความวิจัยอันได้แก่ ผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก เพราะมะเร็งปากมดลูกยังเกิดขึ้นกับสตรีวัยต่าง ๆ จำนวนมาก ถ้ามาตรวจคัดกรองแต่เนิ่น ๆ จะลดอัตราการตายของสตรีลง หรือ เรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในการปฏิบัติการพยาบาลต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาล ในการจัดการความเจ็บปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด เพราะการจัดการความเจ็บปวดกับทารกแรกเกิดเป็นเรื่องต้องมึทักษะ และมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องทารกแรกเกิดเป็นอย่างมาก หรือ บทความวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของชุมชน เพื่อจะได้ทราบและวางแผนการรักษา บำบัด ป้องกันต่อไป สำหรับการพัฒนาศึกษาพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล ได้แก่บทความวิชาการ เรื่อง แนวทางการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดสำหรับนักศึกษาพยาบาล และบทความวิจัยเรื่อง ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการคงอยู่ของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งทั้ง 5 เรื่องนี้ ล้วนมีความน่าสนใจ สามารถนำไปต่อยอดเพื่อการพัฒนาการพยาบาลได้เป็นอย่างดี

กองบรรณาธิการ มีความภาคภูมิใจในความสามารถของคณาจารย์พยาบาล พี่น้องชาวพยาบาล และบุคลากรในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่ส่งบทความวิชาการ บทความวิจัย มาเผยแพร่ พร้อมทั้งนำองค์ความรู้ไปพัฒนาต่อ เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งของวิชาชีพต่อไป ขอเชิญชวน พี่ ๆ น้อง ๆ เพื่อน ๆ ทีมวิทยาศาสตร์สุขภาพทุก ๆ ท่าน ส่งบทความวิชาการ บทความวิจัย มาเผยแพร่ และร่วมติดตามอ่านวารสาร เพื่อนำองค์ความรู้ไปพัฒนาต่อ ให้เกิดความเข้มแข็งของวิชาชีพต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เยาวลักษณ์ โพธิ์ดารา
บรรณาธิการ

สารบัญ

หน้า

บทความวิชาการ

แนวทางการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดสำหรับนักศึกษาพยาบาล

นิภาธร ไหว้วิทยะริยะกุล และระพีพรรณ ลาภา

1

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี

ฐิติมา โกศลวิตร, นิตยา เจริญยุทธ์, กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์

และนฤมล บุญญนิवारวัฒน์

18

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล

ต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด

มนรดา แข็งแรง และภัคกร เลิกภูเขียว

31

พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ดื่มในชุมชนเมืองจังหวัดอุดรธานี

อุมาพร เคนศิลา และจุฬารัตน์ เคนศิลา

52

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการคงอยู่ของนักศึกษาพยาบาลที่ศึกษา

ในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี

วรลักษณ์ เมืองทอง, ณัฐริกา เพ็ญวิเชียร, ณัฐวิภา ราชฐา, ทิพย์สุคนธ์ บัวทอง,

วรรณภา ถิ่นอำนาจ, ธนบูรณ์ บุทธฤทธิ์, ธัญวลัย มะณีวงศ์,

ธัญญา ประไพเพชร, ศศิวิภา ศรียัง และทศฯ ชัยวรรณวรรต

62

แนวทางการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดสำหรับนักศึกษาพยาบาล

Guidelines for Building Therapeutic Relationship for Nursing Students

นิภาธร ไหว้วิทยิริยะกุล¹, ระพีพรรณ ลาภา²
Niphathorn Waiwitriyakul¹, Rapeephan Lapha²

บทคัดย่อ

สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาลจิตเวช นักศึกษาพยาบาลยังขาดทักษะและประสบการณ์ จึงเป็นเรื่องยากที่จะใช้ตนเองเป็นเครื่องมือบำบัดทางการพยาบาลจิตเวช บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการสร้างความสัมพันธ์เพื่อการบำบัดสำหรับนักศึกษาพยาบาล สัมพันธภาพระหว่างนักศึกษาพยาบาลกับผู้รับบริการจะดำเนินไปได้ด้วยดี นักศึกษาพยาบาลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับความหมายสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด องค์ประกอบสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ขั้นตอนการสนทนาเพื่อการบำบัด ปัญหาที่เกิดขึ้นกับนักศึกษาพยาบาลและผู้รับบริการรวมทั้งข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไข เทคนิคสนทนาเพื่อการบำบัด และแนวทางในการพัฒนาสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดยใช้เทคนิคต่าง ๆ ในการส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลเกิดการเรียนรู้ เช่น บทบาทสมมติ ตัวแบบ การสอน การให้ข้อมูลย้อนกลับ การให้แรงเสริมทางสังคม และเทคนิคการฝึกซ้อม ให้นักศึกษาพยาบาลฝึกประสบการณ์ในสถานการณ์จำลอง เพื่อนำสู่การช่วยเหลือผู้รับบริการแก้ไขปัญหาในสถานการณ์จริงได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะ เป็นประโยชน์ในด้านการเรียนการสอนและการพยาบาลทางด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ให้มีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์สูงสุดกับนักศึกษาพยาบาลและผู้รับบริการ

คำสำคัญ: แนวทางการสร้างสัมพันธภาพ, สัมพันธภาพการเพื่อการบำบัด, นักศึกษาพยาบาล

Abstract

Psychiatric nursing is a therapeutic skill considered to be an important aspect of nursing care. Nursing students who train in psychiatric clinics lack the skills and experience to build therapeutic relationships with psychiatric patients. For students, it is difficult to use them as a tool for psychiatric nursing. This article

¹ สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี
email: somjittra@rtu.ac.th

² สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี
email: rapeephan@rtu.ac.th

is intended to be utilized as a guideline for the development of therapeutic relationships for nursing students. Nursing students must have knowledge and understanding of the relational elements for treatment in the conversation process of healing. This article presents a framework for building therapeutic relationship between nursing students and patients and encourages nursing students to learn to become more effective role models. The teaching model, feedback information, social reinforcement and suggested training and practice for nursing students is demonstrated using simulated situations. This is a guideline for building relationships between nursing students and psychiatric patients. This guideline will be beneficial in teaching nursing students about general mental health and psychiatric nursing in order to provide a more efficient and beneficial result.

Keywords: Guidelines for building relationship, therapeutic relationship, nursing students

บทนำ

สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Therapeutic Relationships) เป็นสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างผู้บำบัดและผู้รับบริการโดยผู้บำบัดใช้ตัวเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดผู้รับบริการ ซึ่งผู้รับบริการเป็นผู้ที่มีความทุกข์ใจ ในกระบวนการมีการกำหนดวัตถุประสงค์การสร้างสัมพันธภาพชัดเจน ผู้บำบัดนำความรู้ทักษะและประสบการณ์ที่ได้รับการฝึกฝน นำไปสู่สัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับบริการ เป็นสัมพันธภาพที่ปลอดภัย โดยผู้บำบัดเก็บรักษาความลับของผู้รับบริการ เป็นผู้ที่มีความน่าเชื่อถือ มีการเริ่มต้นและการสิ้นสุดสัมพันธภาพ (อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) อธิบายไว้ว่า กระบวนการใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ผู้บำบัดจะต้องทำหน้าที่คล้ายนักจิตวิเคราะห์ จะต้องเข้าถึงประสบการณ์ในอดีต และแก้ไขสัมพันธภาพระหว่างบุคคล บุคคลที่เหมาะสมกับผู้บำบัดสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด จะดำเนินไปได้ด้วยดี ประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 องค์ประกอบ ดังนี้ (College of Nurse of Ontario Revised 2006, 2013) 1) ด้านความไว้วางใจจากผู้รับบริการ (Trust) 2) ด้านสัมพันธภาพใกล้ชิดเชิงวิชาชีพ (Professional Intimacy) 3) ด้านพลังในการช่วยเหลือผู้รับบริการ (Power) 4) ด้านเคารพผู้รับบริการ (Respect) 5) ด้านเอาใจใส่ผู้รับบริการ (Empathy) การพัฒนาแต่ละองค์ประกอบสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดสำหรับนักศึกษาพยาบาล (สมจิตรา นาวา, 2559) ได้อธิบายว่าเป็นสิ่งที่ยากลำบาก เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลยังขาดประสบการณ์ในภาคสนามเชิงบำบัดกับผู้รับบริการจิตเวช การดูแลผู้รับบริการที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตหรือผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต นักศึกษาจะมีความกลัวและวิตกกังวลในการสร้างสัมพันธภาพ กลัวผู้รับบริการทำร้ายร่างกาย กลัวผู้รับบริการปฏิเสธการสนทนาเพื่อการบำบัด วิตกกังวลไม่ทราบจะสร้างสัมพันธภาพ

กับผู้รับบริการอย่างไร กลัวพูดกับผู้รับบริการไม่รู้เรื่อง ไม่สามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการเรียนในภาคทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม ไม่สามารถวิเคราะห์ตนเอง และการแสดงออกทางภาษากายได้ จึงเกิดความล้มเหลวในการเข้าถึงปัญหาของผู้รับบริการ ในการฝึกปฏิบัติสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการ นักศึกษาพยาบาลมีอาจารย์นิเทศหรืออาจารย์พี่เลี้ยงดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อให้คำปรึกษาและแนะนำแนวทางในการแก้ปัญหาที่จะเกิดขึ้นในทั้งก่อนสร้างสัมพันธภาพ ขณะสร้างสัมพันธภาพ และหลังสร้างสัมพันธภาพ การวิเคราะห์และตีความหมายพฤติกรรม เพื่อให้การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเกิดประโยชน์สูงสุดต่อนักศึกษาและผู้รับบริการ ในการพัฒนาสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด นักศึกษาพยาบาลจะต้องเข้าใจถึงความหมายของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ลักษณะสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด องค์ประกอบของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ขั้นตอนสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เทคนิคสนทนาเพื่อการบำบัด และปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในขณะสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การวิเคราะห์ตีความหมายพฤติกรรมของผู้รับบริการ

ความหมายสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

ได้มีผู้ให้ความหมายสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดไว้ว่า (Varcarolis and Other, 2005) เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การบำบัดกับผู้รับบริการ เป็นหัวใจสำคัญของวิธีการบำบัดทางจิตเวช โดยมีเป้าหมายเฉพาะผู้ให้การบำบัดมีการดำเนินสัมพันธภาพอย่างเป็นขั้นตอน เน้นความปลอดภัยเป็นหลัก เป็นความลับ น่าเชื่อถือมีความสม่ำเสมอ และมีขอบเขตชัดเจน นอกจากนี้ (สุรนีย์ เกียรติกิ่งแก้ว, 2554) ได้นิยามสัมพันธภาพเพื่อการประกอบวิชาชีพ (Professional Relationship) เป็นสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพ และผู้มาติดต่อขอรับบริการด้านวิชาชีพ ผู้ประกอบวิชาชีพเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ โดยอาศัยความรู้ความสามารถและทักษะที่ได้รับการฝึกฝนจากสถาบันการศึกษาด้านวิชาชีพ ยึดกฎเกณฑ์ ระเบียบ จรรยาบรรณวิชาชีพ เช่น สัมพันธภาพระหว่างนักศึกษาพยาบาลกับผู้รับบริการ แพทย์กับผู้รับบริการ นักจิตวิทยากับผู้รับบริการ และนักสังคมสงเคราะห์กับผู้รับบริการสงเคราะห์

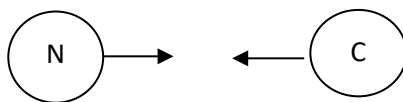
จากการให้ความหมายดังกล่าวข้างต้น สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เป็นสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพ ซึ่งเป็นผู้ให้การบำบัดกับผู้รับบริการ โดยมีการกำหนดวัตถุประสงค์การสร้างสัมพันธภาพอย่างชัดเจน มีความสม่ำเสมอ นำไปสู่สัมพันธภาพที่ปลอดภัย โดยผู้ให้การบำบัดเก็บรักษาความลับของผู้รับบริการ มีความน่าเชื่อถือ มีการเริ่มต้นและการสิ้นสุด

ลักษณะสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเชิงวิชาชีพ (Professional Relationship)

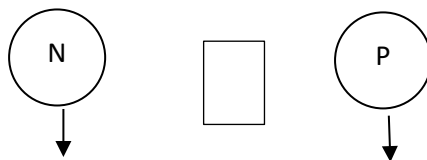
สัมพันธภาพเชิงวิชาชีพ แตกต่างจากสัมพันธภาพทางสังคม ซึ่งสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพ มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือผู้รับบริการ มีเหตุผลเป็นพื้นฐานในความสัมพันธ์ ดำเนินกระบวนการสัมพันธภาพอย่างมีขั้นตอน มีการวางแผนเป็นขั้นตอน ผู้ดำเนินการใช้ความรู้ความ

ชำนาญในการสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด เมื่อกระบวนการดำเนินไปถึงขั้นตอนสุดท้าย การสิ้นสุดสัมพันธ์ภาพเป็นไปตามแผนและกระบวนการสร้างสัมพันธ์ภาพ ลักษณะการจัดทำนั้ง การบำบัดรักษาควรใช้เวลา 30 – 60 นาที แนะนำทำนั้ง 4 แบบ ดังนี้ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554)

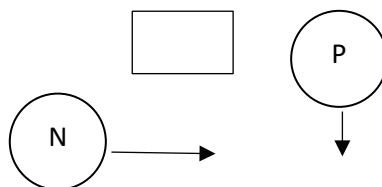
ท่าที่ 1 การนั่งประจันหน้ากันตรง ๆ ทำนี้อาจจะดีในด้านที่อาจทำให้ผู้บำบัดสามารถสังเกตผู้รับบริการได้ชัดเจนแต่เป็นท่าหนึ่งที่ทำให้ทั้งสองฝ่ายอึดอัด ถ้าเป็นผู้รับบริการหรือบุคคลประเภทแยกตัว หนีคนอยู่แล้ว จะรู้สึกอึดอัดมากยิ่งขึ้น



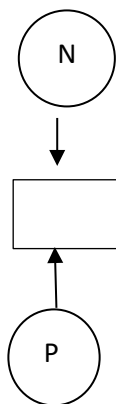
ท่าที่ 2 ทำนั้งเคียงกัน ดูผิวเผินรู้สึกว่าเป็นท่าที่ผู้ให้การบำบัดให้ความเป็นกันเองกับผู้รับบริการดี แต่ถ้าหากว่าเป็นเพศตรงข้าม ท่านี้จะทำให้ทั้งสองฝ่ายกังวลและไม่ผ่อนคลาย



ท่าที่ 3 ทั้งสองฝ่ายนั่งเยื้องกันเล็กน้อยในลักษณะเป็นฉากซึ่งกันและกัน โดยระหว่างผู้บำบัดและผู้รับบริการ อาจมีโต๊ะเล็กๆ วางไว้ (ตรงมุมฉาก) ท่านี้เป็นท่าที่ผ่อนคลายมากที่สุด ขณะเดียวกันก็สามารถมองเห็นคู่สนทนาได้อย่างชัดเจน



ท่าที่ 4 ท่าหนึ่งซึ่งใช้กันโดยทั่วไป คือ ทำนั้งโต๊ะทำงาน เป็นท่าหนึ่งที่ค่อนข้างเป็นทางการไม่เป็นกันเอง ผู้มารับความช่วยเหลืออาจจะรู้สึกอึดอัด ไม่สะดวกใจ



ทำนั้งสนทนาเพื่อการบำบัดที่เหมาะสมคือ ท่าที่ 3 เพื่อให้เกิดบรรยากาศที่ผ่อนคลาย และมองเห็นคู่สนทนาได้ชัดเจน

องค์ประกอบสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ ควรคำนึงถึง องค์ประกอบที่สำคัญ 5 องค์ประกอบดังนี้ (College of Nurses of Ontario Revised 2006, 2013)

1. ด้านความไว้วางใจจากผู้รับบริการ (Trust) องค์ประกอบด้านความไว้วางใจ เป็นสิ่งสำคัญของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพราะสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เป็นเรื่องที่เปราะบาง ผู้รับบริการอยู่ในสถานะที่มีความเสี่ยง ดังนั้นการให้สัญญากับผู้รับบริการในการเก็บเรื่องราวของผู้รับบริการเป็นความลับ จึงเป็นสิ่งสำคัญ ถ้าขาดความไว้วางใจจะเป็นการยากในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งมีองค์ประกอบย่อย ดังนี้ 1) ด้านการสื่อความหมายให้ชัดเจน เพื่อลดความกลัวหรือความวิตกกังวลของผู้รับบริการ 2) ด้านความเป็นส่วนตัว การเก็บความลับของผู้รับบริการ ข้อมูลผู้รับบริการจะเปิดเผยเฉพาะในทีมดูแลสุขภาพ 3) ด้านการยอมรับผู้รับบริการ ปราศจากการตัดสิน ผู้รับบริการจะเกิดความไว้วางใจ เมื่อนักศึกษาแสดงออกถึงความน่าเชื่อถือ และผู้รับบริการมีความเชื่อมั่นในตัวนักศึกษา

2. ด้านสัมพันธภาพใกล้ชิดเชิงวิชาชีพ (Professional Intimacy) องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพใกล้ชิดเชิงวิชาชีพ พยาบาลเป็นบุคคลที่มีความรู้ มีประสบการณ์ของตนเอง นำมาประยุกต์มาใช้ในการพยาบาล ลักษณะของกิจกรรมการพยาบาลที่ดำเนินการกับผู้รับบริการที่สร้างความสนิทสนมส่วนตัวอย่างอิสระมีหลายระดับ ครอบคลุมถึงการดูแลทางด้านจิตใจ จิตวิญญาณ และปัจจัยทางสังคม การให้การพยาบาลโดยการเข้าถึงข้อมูลของผู้รับบริการอย่างมีความหมาย การเก็บรักษาข้อมูลของผู้รับบริการ โดยมีวัตถุประสงค์ของการสร้างสัมพันธภาพทางวิชาชีพ เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้รับบริการทางด้านสุขภาพจิต

3. ด้านพลังในการช่วยเหลือผู้รับบริการ (Power) สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย คือ หนึ่งในพลังที่ไม่สมดุล พยาบาลมีสมรรถนะที่มากกว่าผู้ป่วย พยาบาลมีพลังสูงกว่าผู้ป่วย พยาบาลมีศักยภาพในการโน้มน้าวในระบบดูแลสุขภาพ เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านความรู้ นำไปสู่ข้อมูลที่มีคุณภาพ และมีความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วย รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลของผู้รับบริการ และมีความสามารถในการช่วยเหลือผู้รับบริการ

4. ด้านการเคารพผู้รับบริการ (Respect) องค์ประกอบด้านเคารพผู้รับบริการ (Respect) เป็นการรับรู้โดยธรรมชาติในการนับถือศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความมีคุณค่าของผู้รับบริการ ยอมรับความเป็นเอกลักษณ์ของแต่ละคน เข้าใจวัฒนธรรมและด้านอื่น ๆ ความแตกต่างของผู้รับบริการ โดยไม่คำนึงถึงสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ลักษณะของปัญหาสุขภาพ ซึ่งเป็นพื้นฐานของความสัมพันธ์ของพยาบาลกับผู้รับบริการ ส่วนหนึ่งของการให้ความนับถือคือไม่มีอคติ

การเคารพยกย่องผู้รับบริการจะแสดงออกโดยท่าทางมากกว่าการแสดงออกทางคำพูด ซึ่งประกอบไปด้วย การแสดงปฏิกิริยาให้เห็นถึงทัศนคติที่ดีต่อผู้รับบริการ ความใส่ใจในผู้รับบริการโดยการฟังผู้รับบริการอย่างตั้งใจ และการระงับการตัดสินผู้รับบริการ การเรียกชื่อผู้รับบริการ ให้เวลากับผู้รับบริการ การฟังและการตอบสนองอย่างเปิดเผย พยาบาลแสดงออกถึงความเคารพนับถือ

5. ด้านการเอาใจใส่ผู้รับบริการ (Empathy) การเอาใจใส่ หมายถึง การเข้าใจในการแสดงความคิดเห็นของบุคคลหนึ่ง โดยการแสดงออกถึงการเข้าใจในความคิดความรู้สึกเหมือนกับที่ผู้รับบริการแสดงออก เป็นจุดศูนย์กลางความรู้สึกของผู้รับบริการ ซึ่งรวมไปถึงการเข้าใจอย่างถูกต้องในสถานการณ์ในมุมมองและความรู้สึกของผู้รับบริการ การสื่อสารเพื่อความเข้าใจจากพยาบาลไปยังผู้รับบริการ และการตรวจสอบผู้รับบริการอย่างถูกต้อง รับรู้สถานการณ์ของผู้รับบริการ ทัศนคติ และความรู้สึกได้ถูกต้อง การแสดงออกของความเข้าใจ เป็นวิธีการหนึ่งที่สำคัญในการฝึกทักษะของนักศึกษาที่จะต้องพัฒนา ซึ่งมีลักษณะซับซ้อนและท้าทาย การเอาใจใส่ผู้รับบริการมีแนวโน้มผลลัพธ์ทางด้านบวก ผู้รับบริการจะเกิดความรู้สึกดีต่อตนเอง เมื่อพยาบาลแสดงออกถึงการเอาใจใส่ มีความสนใจ ใส่ใจในการฟังอย่างมีสติ มีความตั้งใจ พยายามที่จะรู้สึกเข้าใจในเหตุการณ์ของผู้รับบริการ นักศึกษาช่วยให้ผู้รับบริการกระจ่างในความคิด ความรู้สึกเกี่ยวกับประสบการณ์ ผู้รับบริการมีความรู้สึกปลอดภัยเพียงพอที่จะแบ่งปันความรู้สึก และนักศึกษาฟังอย่างเข้าใจ เมื่อรู้สึกดีขึ้น ความเครียดลดลง นำไปสู่ความจริง สามารถทำให้เกิดการสัมพันธภาพเพื่อบำบัดร่วมกัน โดยใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด เช่น การสะท้อนความรู้สึก การทวนซ้ำ การทำให้เกิดความกระจ่าง ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสื่อสารความรู้สึกเข้าใจไปยังผู้รับบริการ

การพัฒนาองค์ประกอบสัมพันธภาพสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทั้ง 5 องค์ประกอบเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อนำไปสู่การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดอย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

บางความคิดเห็นได้แบ่งระยะสนทนาเพื่อการบำบัดเป็น 3 ขั้นตอน บางความคิดเห็นมี 4 ขั้นตอน ซึ่งระยะสนทนา 4 ขั้นตอน พบว่ามีระยะเตรียมการสร้างปฏิสัมพันธ์เพิ่มขึ้นมา ซึ่งระยะเตรียมการสร้างปฏิสัมพันธ์เป็นระยะที่สำคัญ มีการเตรียมความพร้อมของนักศึกษา ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ดังเช่น การเตรียมความรู้เกี่ยวกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของผู้รับบริการ การตั้งวัตถุประสงค์ในการสนทนาเพื่อการบำบัด การเลือกสถานที่ในการสนทนาเพื่อการบำบัด ระยะของการสร้างสัมพันธภาพที่มี 4 ระยะ อ้างอิงตามแนวทางของ Varcarolis and Others (2005) และ Stuart (2009) มีดังนี้

1. ขั้นเตรียมการสร้างปฏิสัมพันธ์ (Pre Orientation Phase)

ในระยะเวลานี้เป็นช่วงเวลาที่นักศึกษาได้รับมอบหมายให้เข้าไปช่วยเหลือผู้รับบริการ โดยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด นักศึกษาจึงควรวางแผนและเตรียมตัว ซึ่งในระยะนี้

นักศึกษา ยังไม่ได้พบผู้รับบริการ โดยนักศึกษาควรมีการเตรียมเป้าหมายในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดให้ชัดเจน ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของผู้รับบริการ ปัญหาที่เคยเกิดขึ้น และภูมิหลังของผู้รับบริการ เช่น ชื่อ นามสกุล อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส และครอบครัว นอกจากนี้ นักศึกษาควรเตรียมความพร้อมของตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจให้มีความพร้อม

ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ในระยะปฏิสัมพันธ์ คือ ความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลต่อการสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการ ส่วนใหญ่นักศึกษาจะกลัวถูกผู้รับบริการทำร้าย กลัวถูกปฏิเสธการสนทนา วิตกกังวลไม่รู้จะสร้างสัมพันธภาพอย่างไร กลัวพูดกับผู้รับบริการไม่รู้เรื่อง วิตกกังวลเกี่ยวกับการใช้เทคนิคในการสนทนา และกลัวไปทำร้ายจิตใจผู้รับบริการ ปัญหาเหล่านี้อาจเกิดจากนักศึกษามีประสบการณ์หรือความคิดในอดีตเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้รับบริการจิตเวช

แนวทางแก้ไข นักศึกษาต้องสำรวจตนเองว่ากลัวอะไร ความกลัวหรือวิตกกังวลนี้มาจากไหน มีอะไรที่เกี่ยวข้อง ขอคำชี้แนะจากอาจารย์นิเทศหรืออาจารย์พี่เลี้ยง โดยอภิปรายถึงทัศนคติที่มีต่อผู้รับบริการและการสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการ การพูดคุยหรือปรึกษาพี่ หรือเพื่อนนักศึกษา ที่มีประสบการณ์มาก่อน การพัฒนาตนเองเตรียมตัวด้านความรู้และเทคนิคสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ก็จะช่วยให้เกิดความมั่นใจในการเข้าหาผู้รับบริการวิธีต่าง ๆ ดังกล่าวเหล่านี้ จะช่วยลดความกลัวและวิตกกังวลของนักศึกษา

2. ขั้นการสร้างปฏิสัมพันธ์ (Orientation Phase)

ขั้นตอนการสร้างปฏิสัมพันธ์มีระยะเวลาไม่นาน หรือสามารถขยายระยะเวลายาวนานขึ้นได้ ในช่วงแรกอาจยึดเยื้อในผู้รับบริการที่มีอาการรุนแรง และผู้รับบริการที่มีการเจ็บป่วยทางด้านสุขภาพจิตเป็นระยะเวลานาน ในครั้งแรกที่นักศึกษาพยาบาลและผู้รับบริการพบกัน ทั้งสองฝ่ายมีความรู้สึกเป็นคนแปลกหน้าต่อกัน นักศึกษาและผู้รับบริการยังไม่รู้จักกัน จึงมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันตามพื้นฐานค่านิยมและประสบการณ์ของตนเอง นักศึกษาจำเป็นต้องมีการตระหนักรู้ในตนเอง การพัฒนาความสัมพันธ์แบบต่อเนื่องเป็นการค้นหาปฏิกริยา อารมณ์ทางด้านบวกและลบของผู้รับบริการ การที่ผู้รับบริการมีความรู้สึกเกี่ยวกับนักศึกษาเรียกว่าการถ่ายโอนความรู้สึก (Transference) การแสดงของความรู้สึกจากนักศึกษาพยาบาลหรือแพทย์ไปยังผู้รับบริการ เรียกว่าถ่ายโยงความรู้สึก (Counter Transference) นักศึกษาจะต้องรักษาขอบเขตของสัมพันธภาพให้เหมาะสม ในระยะที่ 2 การสร้างความไว้วางใจ (Establishing Trust) เป็นสิ่งสำคัญในระหว่างการประชุมหน้าในครั้งแรกกับผู้รับบริการ ด้วยการสร้างบรรยากาศให้เกิดความไว้วางใจ ซึ่งสามารถพัฒนาได้ แสดงให้เห็นถึงความจริงใจและเอาใจใส่ การรับรู้และเข้าใจ การให้ความนับถือ ความสม่ำเสมอและการให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์ อาจจะใช้เวลาเพียงช่วงเวลาสั้นๆ บางครั้งอาจใช้เวลานาน ก่อนที่ผู้รับบริการรู้สึกอิสระที่จะพูดคุยเกี่ยวกับประสบการณ์ส่วนตัวที่เจ็บปวด และความคิดเห็นส่วนตัว สร้างความคุ้นเคย ความไว้วางใจและความรู้สึกปลอดภัย โดยการแสดงการยอมรับผู้รับบริการ การจัดสภาพการสนทนาเพื่อการบำบัด ดำเนินการสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจ กำหนดข้อตกลงในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

ได้แก่ บอกชื่อ และสถานภาพทางวิชาชีพ จุดมุ่งหมายเพื่อการสร้างสัมพันธภาพ เวลาการสนทนาแต่ละครั้ง เช่น 30 - 45 นาที จำนวนครั้งที่มาพบกันเพื่อสนทนา เช่น ทุกวันอังคาร วันพฤหัสบดี เป็นเวลา 2 เดือน สถานที่ในการสนทนา การไม่เปิดเผยข้อมูล หรือการรักษาความลับในเรื่องที่สนทนากับผู้รับบริการ สำรว่ามีปัญหาอะไรที่นักศึกษาจะเข้าไปช่วยเหลือได้ การยอมรับและโต้ตอบอย่างเหมาะสม สำหรับวิธีการสนทนาของผู้รับบริการแต่ละรายที่แตกต่างกัน

ปัญหาที่พบบ่อย คือ ความวิตกกังวล อาจพบได้ทั้งฝ่ายนักศึกษาและฝ่ายผู้รับบริการ

ฝ่ายนักศึกษา นักศึกษามักวิตกกังวล เนื่องมาจากขาดประสบการณ์สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ยังเรียบเรียงไม่ได้ว่าจะเริ่มต้นอย่างไร หรือดำเนินการอย่างไร ไม่แน่ใจว่าจะช่วยผู้รับบริการได้ กลัวผู้รับบริการไม่ยินดีที่จะพูดคุยด้วย กลัวถูกผู้รับบริการทำร้าย

แนวทางแก้ไข อันดับแรกนักศึกษาต้องมีการเตรียมความรู้ ศึกษาเทคนิคสนทนาเพื่อการบำบัด ตรวจสอบความรู้สึกตนเอง มีสติ รู้จักและเข้าใจตนเอง วางแผนในการเตรียมสนทนาและเริ่มต้นการสนทนา นำข้อมูลที่ได้จากการสนทนาบำบัด มาพิจารณาหรืออภิปรายร่วมกับทีมผู้ร่วมงาน การพูดคุยกันระหว่างผู้ร่วมงาน หรือ Pre- conference จะช่วยให้นักศึกษาเกิดความมั่นใจมากขึ้น

ฝ่ายผู้รับบริการ ความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้จากผู้รับบริการทางด้านจิตเวช ส่วนใหญ่จะมีปัญหาเรื่องการไว้วางใจผู้อื่นและการสร้างสัมพันธภาพ โดยเฉพาะการพบกันครั้งแรก และเป็น การพูดคุยกันเรื่องของผู้รับบริการ ผู้รับบริการบางคนอาจเห็นเป็นการสูญเสียความนับถือตนเอง แสดงถึงความอ่อนแอของตนเอง และ/หรือ เกิดความไม่แน่ใจว่านักศึกษาต้องการอะไร นักศึกษาจะเชื่อถือว่าไว้วางใจได้มากน้อยเพียงใด จะช่วยตนเองได้จริงหรือไม่ ความไม่แน่ใจนี้อาจทำให้ผู้รับบริการทดสอบนักศึกษา โดยการแสดงพฤติกรรมหลายอย่าง เช่น ไม่มาตามนัด มาสายหรือมาพบ แต่ไม่อยู่ตามกำหนดเวลา

แนวทางแก้ไข นักศึกษาต้องมีท่าทางเป็นมิตร แสดงความใส่ใจผู้รับบริการอย่างแท้จริง สร้างความไว้วางใจแก่ผู้รับบริการ

3. ระยะแก้ไขปัญหา (Working Phase)

ในระยะแก้ไขปัญหา นักศึกษาและผู้รับบริการ มาพบกันเพื่อการสนทนาอย่างสม่ำเสมอ ตามข้อตกลงที่บอกไว้กับผู้รับบริการ นักศึกษาสามารถแสดงให้ผู้รับบริการเห็นว่านักศึกษา ยอมรับ เข้าใจ และรับฟังปัญหาของผู้รับบริการอย่างไม่มีอคติ สัมพันธภาพโดยรวมจะพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น โดยผู้รับบริการจะไว้วางใจนักศึกษา กล้าที่จะเปิดเผยตนเอง เมื่อถึงเวลานัดในการสนทนา ผู้รับบริการจะแสดงถึงความพร้อมมากขึ้น บางรายจะมานั่งรอที่จุดนัดหมาย ในขั้นตอนนี้ นักศึกษาจะได้ข้อมูลของผู้รับบริการมากขึ้น ทราบปัญหาของผู้รับบริการ ผู้รับบริการได้เปิดเผยปัญหาที่แท้จริงของเขา และพร้อมที่จะแก้ไขปัญหของตนเอง โดยนักศึกษาได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหของผู้รับบริการ นักศึกษาร่วมกับผู้รับบริการวิเคราะห์หาสาเหตุ และกลไกของปัญหาต่างๆ หาวิธีแก้ไขปัญหา หรือปรับปรุงพฤติกรรมให้เหมาะสม และร่วมกับผู้รับบริการประเมินผลการแก้ไขปัญห

ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางแก้ไข

ปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยในระยะแก้ไขปัญหาคือ

1. ความวิตกกังวลของนักศึกษา อาจเกิดได้จากการได้รับเรื่องราวของผู้รับบริการมากขึ้น ทำให้นักศึกษาบางคนให้ความเห็นนอกเหนือใจมากเกินไป เกิดความรู้สึกร่วมกับผู้รับบริการมากเกินไป ซึ่งเป็นผลเสียกับการบำบัดรักษา

แนวทางแก้ไข นักศึกษาต้องตระหนักและรู้จักตนเองขณะสนทนา ใช้ความรู้สึกร่วม (Empathy) ให้เกิดประโยชน์ และแยกความแตกต่างระหว่างความรู้สึกร่วม และความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ (Sympathy)

2. การวินิจฉัยปัญหาที่แท้จริงไม่ได้ ในบางครั้งผู้รับบริการไม่ได้บอกข้อมูลให้ชัดเจนเท่าที่ควร และนักศึกษาเองยังไม่มีทักษะในการสื่อสาร ทำให้ไม่สามารถวินิจฉัยปัญหาได้

แนวทางแก้ไข การสนทนาเพื่อการบำบัด นอกจากการบันทึกข้อมูลและการวิเคราะห์ในการสนทนา นักศึกษาควรหมั่นหาความรู้เพิ่มเติม รวมทั้งการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับนักศึกษาอื่น การประชุมปรึกษาหารือกับผู้เชี่ยวชาญ จะช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าว

3. ผู้รับบริการชื่นชอบหรือรักใคร่ในตัวนักศึกษา ผู้รับบริการชายที่ขาดการติดต่อภายนอกนานๆ โดยเฉพาะผู้รับบริการที่อายุรุ่นราวคราวเดียวกันกับนักศึกษา การพบปะกันและได้รับการเอาใจใส่เพื่อสร้างสัมพันธภาพ อาจทำให้ชื่นชอบหรือรักใคร่ในตัวนักศึกษา

แนวทางป้องกันและแก้ไข นักศึกษาจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องระมัดระวังในเรื่องกิริยามารยาท ตลอดจนการแต่งกายที่ไม่ก่อให้เกิดการยั่วในอารมณ์ทางเพศแก่ผู้รับบริการหรือรับของขวัญจากผู้รับบริการ เพราะอาจทำให้ผู้รับบริการเข้าใจผิด นักศึกษาควรได้ทบทวนจุดมุ่งหมายในการสร้างสัมพันธภาพให้ผู้รับบริการเข้าใจ ไม่ควรบอกที่พิกัดอาศัย หรือการติดต่อกับผู้รับบริการ โดยโทรศัพท์มือถือ แอปพลิเคชันไลน์ เฟสบุ๊ค หรือช่องทางอื่นๆ ในการติดต่อกับผู้รับบริการ

4. ความรู้สึกพึงพา ในระยะนี้ผู้รับบริการบางรายอาจเกิดความรู้สึกผูกพันในลักษณะต้องพึ่งพา คือ ยึดนักศึกษาไว้เป็นที่พึ่งมากเกินไป และอาจทำให้เกิดความวิตกกังวลตามมาได้อีกด้วย

แนวทางป้องกันการเกิดปัญหา คือ นักศึกษาสนับสนุนให้ผู้รับบริการพึ่งพาตนเอง เลือกทางออกในการแก้ไขปัญหาด้วยตัวเอง โดยนักศึกษามีหน้าที่กระตุ้นและสนับสนุน

4. ระยะยุติสัมพันธภาพ

การยุติสัมพันธภาพ เป็นขั้นตอนสำคัญของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด สัมพันธภาพมีการเริ่มต้นและสิ้นสุด เมื่อถึงกำหนดระยะเวลาตามที่ตกลงกันมาถึง ในทางปฏิบัติอาจพบว่าเมื่อถึงวันนัดนักศึกษาได้ใจ เช่น ปัญหาของผู้รับบริการได้รับการแก้ไขแล้ว ผู้รับบริการไปรับการช่วยเหลือที่อื่นที่เหมาะสมกว่า หรือผู้รับบริการขอยุติการสร้างสัมพันธภาพก่อนเวลา โดยกิจกรรมในระยะนี้นักศึกษาควรเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการสรุปสิ่งที่เกิดขึ้นในกระบวนการสร้างสัมพันธภาพ เช่น ผู้รับบริการมีความคิดและความรู้สึกอย่างไร หรือผู้รับบริการได้รับอะไรบ้างจากการสนทนากับนักศึกษา ควรสรุปในส่วนที่ร่วมกันแก้ปัญหากับผู้รับบริการ โดยมุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น

ในตัวผู้รับบริการ พร้อมกับส่งเสริมความมั่นใจในความสามารถที่จะช่วยตนเองของผู้รับบริการ ประเมินปฏิกิริยาของผู้รับบริการในระยะยุติสัมพันธภาพ และใช้เวลาผู้รับบริการบอกถึง ความรู้สึกต่างๆ ยุติ หรือสิ้นสุดสัมพันธภาพในรูปแบบของวิชาชีพ โดยบอกผู้รับบริการให้ชัดเจน และเตรียมผู้รับบริการให้สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ในการเตรียมยุติสนทนาเพื่อ การบำบัด นักศึกษาสามารถเตรียมยุติได้ในทุกระยะของการสนทนาบำบัด โดยเฉพาะก่อนถึงวัน ยุติสัมพันธภาพ จะต้องมีการเตรียมยุติสนทนาเพื่อการบำบัด

ปฏิกิริยาที่อาจพบในระยะยุติสัมพันธภาพของผู้รับบริการ จากการที่ผู้รับบริการได้มา มีสัมพันธภาพต่อกัน ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เมื่อสัมพันธภาพจะต้องยุติ พบว่าบุคคลอาจจะมี ปฏิกิริยาบางอย่าง ที่แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมให้สังเกตได้ ดังนี้

ก. แสดงพฤติกรรมถดถอย ได้แก่ แสดงพฤติกรรมให้เห็นว่า ผู้รับบริการรับผิดชอบ ตนเองไม่ได้ หรือแสดงอาการต่างๆ เหมือนเมื่อเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งการแสดงปฏิกิริยา เช่นนี้ อาจเป็นเพราะผู้รับบริการไม่มั่นใจในตนเอง และกังวลว่าถ้าไม่ได้สนทนากับนักศึกษาเช่น เคยแล้ว จะทำให้อาการต่าง ๆ เกิดขึ้นมาอีก

ข. แสดงพฤติกรรมโกรธ ได้แก่ แสดงความโกรธออกมาเป็นคำพูด แสดงออกของความไม่ สนใจในท่าทีของนักศึกษา หรืออาจแสดงให้เห็นว่าเขารับผิดชอบต่อตนเองได้ ไม่จำเป็นต้องมีผู้ช่วย เหลือ ซึ่งการแสดงปฏิกิริยาเช่นนี้ อาจเป็นเพราะผู้รับบริการรู้สึกว่าการยุติสัมพันธภาพของนักศึกษา เป็นการปฏิเสธตัวผู้รับบริการ ดังนั้นผู้รับบริการต้องพยายามปกป้องตนเองในการถูกปฏิเสธ

ค. แสดงพฤติกรรมการยอมรับ ได้แก่ แสดงให้เห็นว่าพร้อมที่จะรับผิดชอบต่อตนเองแสดง การรับฟังความเห็นของนักศึกษา และพยายามหาข้อมูลเพื่อเตรียมตัวในการพึ่งพาตนเอง ปฏิกิริยาเช่นนี้ จะพบได้กับผู้รับบริการที่มีความมั่นใจ ยอมรับตนเอง พร้อมรับการประเมิน และ พยายามปรับปรุงตนเองในการเผชิญปัญหาต่างๆ

ขั้นตอนสนทนาเพื่อการบำบัดมี 4 ระยะ จะพบว่าระยะที่ 1-3 ปัญหาส่วนใหญ่ของนักศึกษา คือ ความกลัว ความวิตกกังวล ดังนั้นการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ การเตรียมความรู้ การ วางแผนในการสนทนาเพื่อการบำบัดแต่ละครั้งจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เมื่อเกิดปัญหา นักศึกษา ควรขอรับคำปรึกษาจากอาจารย์นิเทศหรืออาจารย์พี่เลี้ยงทันที ในระยะที่ 4 จะต้องมีการเตรียมยุติ สนทนาก่อนการยุติสนทนา เพื่อป้องกันการเกิดปฏิกิริยาที่ไม่พึงประสงค์จากผู้รับบริการ

เทคนิคสนทนาเพื่อการบำบัด

แนวคิดการสื่อสารเพื่อการบำบัดทางจิต เป็นวิธีการที่ใช้ในบริการทางจิตเวชโดยมี จุดประสงค์เพื่อใช้กระบวนการสื่อสารเป็นเครื่องมือ ช่วยคลี่คลายปัญหาความไม่สบายใจจาก สถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งของผู้รับบริการ โดยมีวิธีการให้ผู้รับบริการเกิดการเรียนรู้และเข้าใจ ในปัญหา การหาทางออกหรือแก้ปัญหาด้วยวิธีใหม่ ช่วยเพิ่มพลังความเข้มแข็งในตัวผู้รับบริการ การสื่อสารเพื่อการบำบัดจึงแตกต่างจากการสื่อสารในทางสังคม โดยต้องมีจุดประสงค์ชัดเจน มีการ

วางแผนแผนและเทคนิควิธีช่วยให้การสื่อสารเป็นไปในลักษณะของการบำบัด ซึ่ง สุวนีย์ เกี่ยวกิ่ง แก้ว (2554) ได้สรุปไว้เป็นหมวดหมู่ ดังนี้

เทคนิคที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้รับบริการหรือผู้มาขอความช่วยเหลือรู้สึกว่าคุณมีค่า

1. Giving Recognition การให้ความสำคัญ เป็นการแสดงให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาล รู้จักผู้รับบริการ นักศึกษาพยาบาลเห็นความสำคัญของผู้รับบริการ การเรียกชื่ออย่างถูกต้องเป็นการให้ Recognition อย่างหนึ่ง หรือการบอกเล่าสิ่งที่นักศึกษาพยาบาลเห็นในตัวผู้รับบริการ สิ่งที่นักศึกษาพยาบาลเห็นการเปลี่ยนแปลง โดยมีรายละเอียดดังนี้ เช่น “สวัสดีค่ะ คุณสมศรี” “ทรงผมใหม่ทำให้คุณสดใสขึ้น” “คุณ.....ทำดอกไม้ได้สำเร็จและสวยด้วย”

2. Giving Information การให้ข้อมูลข่าวสาร ข้อเท็จจริงแก่ผู้รับบริการ เช่น กิจกรรมประจำวันของตึกผู้รับบริการ การแนะนำผู้รับบริการให้รู้จักสถานที่ เจ้าหน้าที่ประจำการ เป็นการให้ information แก่ผู้รับบริการ การแนะนำชื่อของนักศึกษาพยาบาล ตำแหน่งก็เช่นเดียวกัน การให้ข้อเท็จจริง ความเป็นไปของกิจกรรมประจำวัน เป็นการช่วยให้ผู้รับบริการได้ตระหนักถึงสถานการณ์ เขาจะรู้สึกว่านักศึกษาพยาบาลเห็นเขามีความสำคัญ จึงได้สละเวลาบอกเขา

“ดิฉันชื่อ..... เป็นพยาบาลประจำตึกนี้ มีหน้าที่ช่วยเหลือดูแลคุณ”

“ที่นี้เป็นห้องพักผ่อน คุณจะมาพักผ่อนได้เวลาที่คุณต้องการ”

3. Offering - Self การเสนอตนเองเพื่ออยู่เป็นเพื่อนผู้รับบริการยามทุกข์ การเสนอตนเองเพื่อการรับฟังปัญหาของผู้รับบริการ ในยามที่ผู้รับบริการกำลังเศร้า ตื่นกลัว กำลังไม่แน่ใจ ในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ผู้รับบริการอาจต้องการใครสักคนหนึ่งอยู่ใกล้ๆ การเสนอตนเองของนักศึกษาพยาบาลโดยกล่าวว่า

“ดิฉันจะนั่งเป็นเพื่อนคุณสักครู่”

“ดิฉันจะรับฟังเรื่องราวเกี่ยวกับคุณ” เป็นการที่พยาบาลแสดงให้เห็นว่าผู้รับบริการมีความสำคัญ มีคุณค่าเช่นคนอื่นๆ ปัญหาของผู้รับบริการ ทุกข์ของผู้รับบริการ มีความสำคัญที่พยาบาลจะสละเวลาให้

เทคนิคในการกระตุ้นให้ผู้รับบริการเป็นฝ่ายนำการสนทนา หรือทำให้การสนทนาดำเนินไป

เป็นเทคนิคที่กระตุ้นให้ผู้รับบริการเป็นฝ่ายนำในการสนทนา เพื่อจะได้ดูว่าสิ่งใดเป็นสิ่งที่ผู้รับบริการกังวลอยู่ ผู้รับบริการกำลังครุ่นคิดเรื่องอะไรอยู่ เป็นเทคนิคที่ใช้เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการพูดต่อไป ถ้าหากว่ามีความเจ็บเกิดขึ้น เทคนิคนี้แสดงให้เห็นว่าพยาบาลเต็มใจและพร้อมที่จะรับฟังผู้รับบริการพูดต่อไป

1. Using Broad Opening ใช้คำกล่าวกว้างๆ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการเลือกหัวข้อสนทนา เลือกพูดถึงสิ่งที่อยู่ในความคิด หรือสิ่งที่กังวลและครุ่นคิดอยู่ เช่น การกล่าวว่า “คุณกำลังคิดอะไรอยู่คะ” หรือ “คุณกำลังอยากบอกอะไรฉันหรือคะ” “มีเรื่องอะไรที่คุณกังวลใจอยู่

หรือ” คำกล่าวเหล่านี้จะช่วยให้ผู้รับบริการพูดระบายความรู้สึกออกมา เป็นคำกล่าวที่สื่อความหมายว่าพยาบาลเต็มใจและพร้อมที่จะรับฟังผู้รับบริการ

2. Using General Lead การใช้คำกล่าวนำโดยทั่วไป เป็นคำกล่าวนำที่ช่วยกระตุ้นและจูงใจให้ผู้รับบริการพูดต่อ ในกรณีที่ผู้รับบริการพูดแล้วหยุดเงียบไป การใช้คำว่า “คะ” หรือ “หรือคะ” “แล้วอย่างไรต่อไปละคะ” เป็นการกระตุ้นให้ผู้รับบริการพูดต่อไป เป็นการบอกกล่าว ว่า นักศึกษาพยาบาลเข้าใจสิ่งที่เขาพูด และอยากให้เขาพูดต่อไป สิ่งสำคัญคือ ควรเลือกใช้เทคนิคนี้ให้เหมาะสมแก่โอกาส เพราะบางโอกาสความเงียบอาจมีประโยชน์มากกว่า การใช้เทคนิคนี้ควรใช้แต่น้อย

3. Reflecting การสะท้อน เป็นการสะท้อนการสื่อสารทางภาษา หรืออวัจนภาษาจากผู้รับบริการซึ่ง Wilson and Knailsl (1996) ได้เสนอว่า Reflecting Content การสะท้อนเนื้อหา เป็นการทวนคำพูดของผู้รับบริการ เป็นการให้ผู้รับบริการมีโอกาสได้ทบทวนสิ่งที่พูดกับผู้รับบริการ

“คุณเชื่อว่าบางอย่างจะดีขึ้นในเร็วๆ นี้” “คุณคิดว่าสิ่งนี้จะดีขึ้นถ้าทำงานเสริม”

การสะท้อนเนื้อหาบางครั้งใช้ในทางที่ผิด และใช้มากเกินไป จะทำให้ประสิทธิภาพลดลง

Reflecting Feeling การสะท้อนความรู้สึก คือแสดงความรู้สึกหรือความคิดเป็นคำพูดในความหมายของความรู้สึกในสิ่งที่ผู้รับบริการกล่าว

“น้ำเสียงของคุณ ดูเหมือนว่าคุณยังโกรธพี่ชายของคุณอยู่”

“คุณรู้สึกไม่สบายใจ เกี่ยวกับการออกจากโรงพยาบาล”

ในการสะท้อนความรู้สึก พยายามที่จะแยกแยะสิ่งที่ซ่อนอยู่และความหมายแฝงที่ทำให้กระจ่าง หรือทำให้เข้าใจเนื้อหามากขึ้น

4. Restarting การทวนประโยค เป็นเครื่องชี้ให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาลกำลังฟังผู้รับบริการพูด และเป็นการเน้นให้ผู้รับบริการได้ยินและคิดถึงสิ่งที่ตนเองพูดออกมา

ผู้รับบริการ “เมื่อคืนผมนอนไม่หลับ”

นักศึกษาพยาบาล “เมื่อคืน คุณนอนไม่หลับ”

ผู้รับบริการ “ผมไม่เห็นสนใจเลย ผมอยู่คนเดียวในโลกก็ได้”

นักศึกษาพยาบาล “คุณบอกว่าคุณอยู่คนเดียวในโลกก็ได้”

5. Accepting การยอมรับผู้รับบริการ และสิ่งที่ผู้รับบริการพูด นักศึกษาพยาบาลแสดงท่าทีให้เขาเห็นว่านักศึกษาพยาบาลมีความเข้าใจและยอมรับเขา จะโดยการพยักหน้ารับ หรือฟังเฉยๆ โดยไม่กล่าวโต้แย้ง การยอมรับสิ่งที่ผู้รับบริการพูด ไม่ได้หมายความว่านักศึกษาพยาบาลจะต้องเห็นด้วยเสมอไป เราสามารถที่จะ Accepting and Agree, or Accepting but Disagree กับผู้รับบริการ แต่เมื่อไม่เห็นด้วย ก็อย่าโต้แย้งออกไปทันที การพยักหน้ารับ เป็นการบอกผู้รับบริการว่า เราเข้าใจความรู้สึกของผู้รับบริการ เข้าใจในสิ่งที่เขาพูดและต้องการให้เขาพูดต่อไป

เทคนิคที่ช่วยกระตุ้นผู้รับบริการให้ผู้รับบริการพูดระบายความรู้สึก

บ่อยครั้งเราอยากเห็นผู้รับบริการพูดในสิ่งที่เขากำลัง Concern หรือสิ่งที่เขาคิดเขารู้สึกที่เขาไม่ได้บอกเราโดยตรง เราสามารถใช้เทคนิคต่อไปนี้

1. Sharing Observation คือ การบอกกล่าวสิ่งที่นักศึกษาพยาบาลสังเกตเห็นได้ในตัวผู้รับบริการ เช่นนักศึกษาพยาบาลอาจบอกว่า “ดูท่าทางคุณโกรธ เมื่อคุณพูดถึงพ่อคุณ” หรือ “วันนี้คุณดูหน้าตาไม่ค่อยสดชื่น” เทคนิคนี้จะช่วยให้เขาพูดถึงความรู้สึกที่แท้จริงของเขา ขณะเดียวกันนักศึกษาพยาบาลจะต้องแสดงท่าที่ยอมรับความรู้สึก ที่ผู้รับบริการแสดงออกมา ไม่ว่าจะเป็นความรู้สึกด้านดีหรือไม่ดี

2. Acknowledge the Patient's Feeling รับรู้ความรู้สึกของผู้รับบริการ เป็นการรับรู้ความรู้สึกของผู้รับบริการ และยอมรับว่าผู้รับบริการมีความรู้สึกเช่นนี้ เป็นที่ยอมรับได้ และไม่ผิดกติแต่อย่างใด

ผู้รับบริการ“ที่นี้มีแต่คนแปลกหน้า ท่าทางแปลกๆ” นักศึกษาพยาบาลอาจแสดงการรับรู้ความรู้สึกนี้โดยกล่าวว่า

นักศึกษาพยาบาล“คุณรู้สึกไม่ปลอดภัยขณะอยู่โรงพยาบาล”

3. Questioning การถาม เป็นคำถามโดยตรงที่พูดกับผู้รับบริการ แต่ถ้าใช้มากเกินไปคำถามจะควบคุมการตอบสนองของผู้รับบริการ คำถามจะมีประโยชน์ในการค้นหาข้อมูลเฉพาะเจาะจง เมื่อคุณมุ่งมั่นที่จะเข้าไปในประโยคสนทนาที่มีความหมาย คำถามนี้มีข้อจำกัด

เมื่อใช้คำถามควรจะเป็นประโยคปลายเปิดมากกว่าปลายปิด “Open – Ended Question”

“คุณรู้สึกอย่างไรที่แม่ของคุณพูดกับคุณอย่างนั้น” “คุณมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับ.....”

“Closed Question” มีข้อจำกัดในการตอบสนองของผู้รับบริการ เช่น “ใช่ หรือ ไม่”

คำถามว่า “ทำไม” เป็นคำถามที่มีผลกระทบมาก ผู้รับบริการมักจะไม่ตอบตามความจริง ทำให้ความเข้าใจในสถานการณ์ไม่ชัดเจน อย่างไรก็ตาม “ใคร” “อะไร” “เมื่อไหร่” และ “อย่างไร” อาจนำมาใช้ตั้งคำถามได้

4. Actively Listening การฟังอย่างตั้งใจ เป็นการฟังโดยไม่มีความคิดโต้แย้ง ในสิ่งที่ผู้รับบริการพูดหรือทำให้ความใส่ใจซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของการฟัง ในข้อผิดพลาดที่พบบ่อยในนักศึกษาพยาบาลที่ขาดประสบการณ์ มีการวางแผนที่สับสน ไม่ทราบว่าต่อไปตนเองจะพูดอะไรให้ความใส่ใจในตนเอง ป้องกันตนเองจากการได้ยินว่าคนอื่นพูดอะไร และใช้ວິຈນภาษาถึงแม้ว่าสิ่งที่เขาพูดจะไม่สำคัญ แท้จริงแล้วไม่ว่าผู้รับบริการจะพูดอะไรนั้นเป็นสิ่งสำคัญมาก ถ้านักศึกษาพยาบาลไม่ฟังจะไม่สามารถเข้าใจสิ่งที่เขาพูดได้ ถ้านักศึกษาพยาบาลไม่เข้าใจคำพูดของเขา นักศึกษาพยาบาลก็จะไม่สามารถใช้เทคนิคสัมพันธภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพได้

การฟังอย่างตั้งใจจะประสบผลสำเร็จอย่างสูง เมื่อไม่มีการรบกวนจากสภาพแวดล้อม จัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบ ปิดโทรทัศน์ ปิดประตู หลีกเลี่ยงการจดบันทึก สิ่งเหล่านี้จะทำให้ นักศึกษาออกห่างไกลจากผู้รับบริการ และขาดข้อมูลที่ผู้รับบริการพูดและแสดงออก เผชิญหน้า ผู้รับบริการ ใช้การสบตา ให้ความสนใจ และฟังในสิ่งที่ผู้รับบริการตอบสนอง

5. Using Silence การเงียบ ไม่มีการตอบสนองหลังจากผู้รับบริการพูดเสร็จ เกิดขึ้น หลังจาก Actively Listening เป็นเทคนิคที่มีประสิทธิภาพมากในการกระตุ้นให้ผู้รับบริการ สื่อสาร เมื่อต้องการให้ผู้รับบริการมีการพิจารณาว่าเขาพูดอะไรออกไป เพื่อให้ผู้รับบริการ ตรวจสอบความคิด หรือใช้เวลาให้ผู้รับบริการมีเวลาในการใส่ใจสิ่งอื่น สังเกตอาการท่าทางที่เปิดเผย หรือ การหาคำถามที่กระตุ้นให้ผู้รับบริการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ

ความเงียบเป็นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เมื่อใช้ในการบำบัดที่เหมาะสม นักศึกษา พยาบาลที่นิ่งเงียบเพราะรู้สึกอึดอัด ขาดความรู้ ขาดทักษะในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จะต้องฝึกประสบการณ์เพิ่ม ให้มีผู้ตรวจการช่วยเหลือ การวิเคราะห์ตนเอง และความต้องการ พัฒนาความชำนาญ

เทคนิคที่ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีความเข้าใจตรงกันกับผู้รับบริการ

1. Clarifying การให้ความกระจ่าง คือ ความพยายามในการที่จะเข้าใจในคำกล่าวของผู้รับบริการ

“คุณบอกว่าคุณรู้สึกเครียดมากในตอนนี้นั้น มันมีลักษณะอย่างไรสำหรับคุณ”

“ฉันสับสนเกี่ยวกับ.....คุณช่วยเล่าให้ฉันฟังอีกครั้งด้วยค่ะ”

2. Validating คือ การตรวจสอบว่าความเข้าใจของนักศึกษาพยาบาลถูกต้องตรงกับ ความต้องการความรู้สึกของผู้รับบริการหรือไม่ เช่น นักศึกษาพยาบาลอาจคาดคะเนว่า ผู้รับบริการมีความรู้สึกกังวลน้อยลง หลังจากได้เล่าเรื่องคับแค้นใจต่างๆ ให้นักศึกษาพยาบาลฟัง แล้วนักศึกษาพยาบาลอาจใช้วิธี Validating ตรวจสอบความเข้าใจ โดยการถามว่า “คุณจะสบายใจขึ้นหลังจากเล่าเรื่องราวต่างๆ เหล่านี้แล้ว” หรือในกรณีที่ผู้รับบริการกังวลใจเพราะเกรงว่า จะต้องป่วยไปตลอดชีวิต นักศึกษาพยาบาลให้ความจริงเกี่ยวกับอาการป่วยเจ็บ และสอบถาม ความรู้สึกผู้รับบริการเป็นวิธีการ Validating เช่นกัน ยกตัวอย่างเช่น

“เคาท์ที่คุณพูดถึงคืออาการที่คุณใช้ไหมคะ”

“คุณสบายใจขึ้นหลังจากเล่าเรื่องต่าง ๆ นี้แล้ว”

เทคนิคที่กระตุ้นให้ผู้รับบริการคิดไตร่ตรองเรื่องราวของเขาใหม่

1. Exploring การสอบถามเพื่อให้ได้ข้อมูลกระจ่างขึ้น การสอบถามให้ลึกและกว้างขึ้นนั้น จะช่วยทำให้ผู้รับบริการได้คิด ได้ไตร่ตรองเรื่องราวของเขาใหม่ เช่น ถ้าผู้รับบริการบอกนักศึกษา พยาบาลว่า “เพื่อนๆ ที่ทำงานชอบจับผิดผม” นักศึกษาพยาบาลอาจถามว่า “เพื่อนๆ คุณมีเหตุผล อะไรหรือคะ ในการกระทำเช่นนั้น” หรืออาจถามว่า “เพื่อนๆ ทำเช่นนั้นเพื่ออะไร” สิ่งที่สำคัญก็คือ ท่าทางและน้ำเสียงของนักศึกษาพยาบาลจะต้องมีความเป็นมิตรในการใช้เทคนิคนี้

ถ้าผู้รับบริการบอกว่า “ผมกับภรรยาทะเลาะกันทุกวัน”

นักศึกษาพยาบาลอาจจะพูดว่า “เพราะอะไรคะ” “คุณช่วยอธิบายเพิ่มเติมให้มากขึ้น”

“กรุณาบอกเรื่อง.....ให้มากกว่านี้” “ที่คุณเล่ามาเป็นงานประเภทไหน”

“เพราะอะไรคะ” (สายฝน เอกวรารุง, 2559)

2. Focusing เป็นการมุ่งประเด็นไปที่เรื่องใดเรื่องหนึ่ง ในกรณีผู้รับบริการพูดหลายเรื่องปะปนกัน เพื่อเป็นการสำรวจปัญหาให้แคบลง (Morh, 2009)

“คุณลองยกตัวอย่างว่าเหตุการณ์นี้เกิดขึ้นกับคุณได้อย่างไร” “เรามาทำความเข้าใจเรื่อง..... เพราะฉันไม่แน่ใจว่าตามทันคุณ”

“เรื่องการย้ายที่อยู่ของคุณเป็นเรื่องที่น่าสนใจมาก” “เรามาทำความเข้าใจในประเด็นนี้อีกหน่อยไหมคะ”

“เรื่องที่เกิดขึ้นทำให้คุณเดือดร้อนอย่างไร” “คุณรู้สึกอย่างไรที่เพื่อนไม่สนใจคุณเท่าที่ควร”

3. Encouraging Evaluation การกระตุ้นให้ผู้รับบริการได้ประเมินตัวเอง ให้ผู้รับบริการได้พิจารณาเหตุการณ์หรือเรื่องราวที่ผ่านมา เช่น

“เหตุการณ์ในครั้งนั้นทำให้คุณรู้สึกอย่างไร” “ตอนไหนที่คุณรู้สึกเครียดมาก”

“เสียงที่คุณได้ยินพูดกับคุณว่าอย่างไร” “คุณเห็นภาพอะไร”

4. Giving Feedback การให้ข้อมูลย้อนกลับ เป็นการช่วยให้บุคคลตระหนักรู้ว่าพฤติกรรมของเขามีผลกระทบต่อผู้อื่นอย่างไร ผู้อื่นรับรู้การกระทำของเขาอย่างไร นักศึกษาพยาบาลช่วยสื่อสารให้ผู้รับบริการตระหนักผลกระทบต่อคนอื่น

“เมื่อคุณบีบมือของคุณ ฉันรู้สึกกังวล” “เมื่อคุณหันหน้าคุณไปทางอื่น ฉันคิดว่าคุณกำลังโกรธ”

“คุณไม่มาพบตามนัดเมื่อวาน ดิฉันนั่งรอคุณจนหมดเวลา 1 ชั่วโมงตามที่ตกลงไว้ ดิฉันไม่แน่ใจว่าคุณรู้สึกไม่ดีเรื่องอะไรหรือเปล่า”

5. Voicing Doubt การตั้งข้อสงสัย การตั้งข้อสงสัย หรือแสดงความสงสัยในสิ่งที่ผู้รับบริการเล่า ใช้ในกรณีที่นักศึกษาพยาบาลเห็นว่า เรื่องราวที่ผู้รับบริการเล่าไม่น่าจะเป็นไปได้ การใช้เทคนิคนี้ต้องระมัดระวังให้มากและอย่าใช้ให้บ่อยนัก ถ้าใช้บ่อยเกินความจำเป็นจะกลายเป็นว่านักศึกษาพยาบาลไม่เชื่อเขา จะทำให้เขาโกรธและถอนตัวจากนักศึกษาพยาบาล ตัวอย่างในการใช้เทคนิคนี้ เช่น “เป็นไปได้หรือคะที่เพื่อนทุกคนเกลียดคุณ” หรืออาจกล่าวได้ว่า “มันไม่น่าเป็นไปได้นะที่ทุกคนจะเกลียดคุณหมด” หรืออาจถามคำถามง่ายๆ ว่า

“เป็นไปได้หรือคะ”

“จริงหรือคะ”

6. Giving Suggestion การให้คำแนะนำ เป็นการชี้แนะแนวทางปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้รับบริการ แต่อย่างไรก็ตามผู้รับบริการมีสิทธิ์ที่จะปฏิบัติหรือไม่ก็ได้

“ดิฉันคิดว่า บางทีถ้าคุณจะไม่ลองตามเขา ปลอ่ยให้เขาไป คิด เรียนรู้และกลับมาเอง น่าจะเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่น่าสนใจนะค่ะ”

7. Presenting Reality การบอกสภาพความเป็นจริงเพื่อให้ผู้รับบริการพิจารณาให้ชัดเจน

“ฉันไม่เห็นใครในห้องนี้”

“เสียงนั้นเป็นเสียงเครื่องยนต์”

“มารดาคุณไม่ได้อยู่ในห้องนี้ ฉันเป็นนักศึกษาพยาบาล”

8. Summarizing การสรุปข้อความเมื่อผู้รับบริการพูดจบแล้ว เป็นการกล่าวสรุปเพื่อให้ผู้รับบริการได้ยินสิ่งที่เขาเล่ามาทั้งหมดอีกครั้งหนึ่ง เป็นการตรวจสอบกับผู้รับบริการว่า เรื่องที่เขาเล่า นั้น นักศึกษาพยาบาลเข้าใจถูกต้องหรือไม่ การสรุปความมักจะทำในส่วนท้าย ๆ ของ Session หรือเมื่อผู้รับบริการเล่าหลาย ๆ เรื่อง นักศึกษาพยาบาลช่วยเขาสรุปว่าเขาได้พูดเรื่องอะไรบ้าง นักศึกษาพยาบาลอาจกล่าวว่า “ในช่วงเวลาที่ผ่านมา คุณได้เล่าเรื่อง.....”

“คุณได้เล่าให้ดิฉันฟังว่า.....”

“ระหว่างครึ่งชั่วโมง เราพูดคุยกันถึงเรื่อง.....”

“การสนทนาครั้งนี้ พอจะสรุปได้ว่า.....” (สายฝน เอกวรารังกูร, 2559)

แนวทางการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด นับเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาลจิตเวช การเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลก่อนฝึกปฏิบัติสร้างสัมพันธภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็น ควรมีการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลก่อนฝึกปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 สัปดาห์ เพราะการเรียนรู้ในห้องเรียนเป็นการบรรยาย นักศึกษานึกภาพไม่ออกกว่าในสถานการณ์จริง ในการสนทนาบำบัดกับผู้รับบริการต้องทำอย่างไรจึงจะถูกต้องเหมาะสม การเตรียมความรู้ของนักศึกษา การฝึกเขียนวัตถุประสงค์ให้สอดคล้องในแต่ละขั้นตอนการสนทนา การใช้เทคนิคสนทนา การฝึกวิเคราะห์คำสนทนาและพฤติกรรม การเตรียมยุติการสนทนา โดยการสร้างสถานการณ์จำลอง การแสดงบทบาทสมมติ (Role Play) เพื่อให้ให้นักศึกษาได้ฝึกประสบการณ์ โดยเน้นการพัฒนาสัมพันธภาพในแต่ละองค์ประกอบทั้ง 5 องค์ประกอบ ประกอบด้วย ด้านความไว้วางใจจากผู้รับบริการ (Trust) ด้านสัมพันธภาพใกล้ชิดเชิงวิชาชีพ (Professional Intimacy) ด้านพลังในการช่วยเหลือผู้รับบริการ (Power) ด้านการเคารพผู้รับบริการ (Respect) และด้านการเอาใจใส่ผู้รับบริการ (Empathy) การพัฒนาในการจัดการเรียนการสอนในแหล่งฝึกปฏิบัติสร้างสัมพันธภาพเพื่อบำบัดได้ โดยอาจารย์ผู้สอนใช้เทคนิคทางด้านจิตวิทยา มาส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ เช่น การใช้เทคนิคการสอน (Coaching) โดยการใช้ตัวแบบ (Modeling) การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Informative Feedback) การให้แรงเสริมทางสังคม (Social Reinforcement) เทคนิคการฝึกซ้อม (Rehearsal) ในการฝึกประสบการณ์ในสถานการณ์จำลองจะส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีความมั่นใจยิ่งขึ้น เมื่อต้องสร้างสัมพันธภาพในสถานการณ์จริง (สมจิตรา นาวา, 2559)

สรุป

สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างนักศึกษาพยาบาลกับผู้รับบริการ เป็นสัมพันธภาพที่เปราะบาง นักศึกษาพยาบาลยังขาดประสบการณ์ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ในครั้งแรกของการสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการจะมีความกลัว ความวิตกกังวล ดังนั้น นักศึกษาพยาบาลควรมีการเตรียมความพร้อมเรื่องความรู้เกี่ยวกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด องค์ประกอบสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เทคนิคการสนทนาเพื่อการบำบัด นอกจากนี้อาจารย์นิเทศหรือพี่เลี้ยง ควรมีการเตรียมความพร้อมของนักศึกษา ก่อนออกฝึกประสบการณ์ โดยใช้เทคนิคทางด้านจิตวิทยา มาพัฒนาการเรียนการสอน เพื่อให้ นักศึกษามีความมั่นใจมากขึ้น ก่อนการสร้างสัมพันธภาพในสถานการณ์จริง

บรรณานุกรม

- สมจิตรานาวา. (2559). *การศึกษาและพัฒนาสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาล ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยโมเดลการฝึกอบรมกลุ่ม*. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. มหาสารคาม.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2554). *การพยาบาลจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สายฝน เอกวารางกุล. (บรรณาธิการ). (2559). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตศาสตร์และ ศิลปสู่การปฏิบัติ*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). นครศรีธรรมราช: ศูนย์หนังสือมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- College of Nurse of Ontario. Revised 2006. (2013). *Therapeutic Nurse Client Relationship.Practice Standard*. Retrieved form <http://www.cno.org/Global/>
- Morh, W. K. (2009). “*Therapeutic Relationships and Communication*,” in *Psychiatric- Mental Health Nursing*. (7th Ed). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Stuart, G.W. (2009). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. (9th Ed). Mosby: St. Louis.
- Varcarolis, M. E. and others. (2005). *Foundations of Psychiatric Mental Health*. Bangkok: Elsevier Health Sciences.
- Wilson, H. S. and C. R. Kneisl. (1996). *Psychiatric Nursing*. California: Cummings Publishing Company.

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้เกี่ยวกับ
โรคมะเร็งปากมดลูก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง
อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

The Effects of a Motivation Enhancing Program on the Perception
of Cervical Cancer at Dongbang Health Promoting Hospital, Muang
District, Ubon Ratchathani Province

ฐิติมา โกศลวิตร¹, นิตยา เจริญยุทธ์², กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์³, นฤมล บุญญนิवारวัฒน์⁴
Thitima Kosalvit¹, Nittaya Chareonyut², Kanyarat Kanyakan³,
Naruemon Bunyanivarawat⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรค ต่อการรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ด้วยโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคที่ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคของ Rogers มี 4 ขั้นตอน ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรี อายุระหว่าง 30 - 60 ปี จำนวน 60 คน ตามเกณฑ์การคัดเลือก แบ่งกลุ่มโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลช่วงเดือน พฤษภาคม - สิงหาคม 2561 เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรค และ 2) แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.67 - 1.00 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติอนุมานเปรียบเทียบภายในกลุ่มด้วย Paired t-test เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง สตรีกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก สูงกว่าก่อนทดลอง และสูง

¹ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี (Dr., Faculty of Nursing, Ratchathani University)
e-mail: nokthitimako@gmail.com, โทร 081-760-9845

² อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี (Faculty of Nursing, Ratchathani University)

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง (Dong Bang Health Promoting Hospital)

⁴ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง (Dong Bang Health Promoting Hospital)

กว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้ยังพบว่า มีทีมหมอครอบครัวเป็นเครือข่ายผู้สนับสนุนทางสังคม ให้การสนับสนุนและกระตุ้นเตือนในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้ได้เพิ่มมากขึ้น จึงควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก

คำสำคัญ: โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรค การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

Abstract

The objective of this quasi-experimental research was to study the effects of a motivation enhancing program on the perception of cervical cancer among women aged between 30-60 inclusively, who were patients in the Dongbang health promoting hospital, Muang district, Ubon Ratchathani province, based on the protection motivation theory by Rogers. The program consisted of a 4 step live and a duration of 8 weeks. The sample consisted of 60 women, selected by purposely sampling subjects from 2 villages. The sample was divided into 2 groups: 1) the control group of 30 women from one village who received the regular teaching program and 2) the experimental group of 30 women who received the experimental motivation teaching program. The research instruments were: 1) the experimental motivation program, which included participating in a small discussion group, media material, model demonstration and the sharing experiences of woman leaders and 2) a questionnaire on the perception of cervical cancer. Data was analyzed using frequency, percentage, paired t-test and independent t-test

The results revealed a higher means of perception in the experimental group than that of the control group. Measured both before and after participating in the motivation-enhancing program, with a statistical significance ($p < .05$). The family health care team is a social advocacy network that provides support and promotes activities of the family care team which has led to increased screening for cervical cancer.

In conclusion, the motivation-enhancing program was effective in improving the perceived prevention of cervical cancer. This program should be used to promote cervical cancer screening.

Keywords: Motivation enhancing program, perception of cervical cancer

บทนำ

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาที่สำคัญสำหรับสตรีทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 2012) ได้รายงานสถิติของผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลกในปี พ.ศ. 2560 พบว่ามีผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ประมาณ 528,000 คน และมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกประมาณ 266,000 คน ในแต่ละปี จะมีผู้หญิงไทยเป็นมะเร็งปากมดลูก ประมาณ 10,000 คน และเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก ประมาณ 5,200 คน (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2561) สำหรับประเทศไทย จากรายงานทางสถิติในปี พ.ศ. 2552 - 2554 พบว่า สตรีไทยเป็นมะเร็งปากมดลูกมากเป็นอันดับ 2 (รองจากมะเร็งเต้านม) ส่วนใหญ่จะพบในสตรี อายุ 45 - 50 ปี สาเหตุของโรคมะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อ Human Papilloma Virus โดยเชื้อจะฝังตัว ในร่างกายโดยไม่แสดงอาการใด ๆ แต่จะพัฒนาเป็นมะเร็งปากมดลูกภายในระยะเวลา 10 - 15 ปี ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย มีประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เคยตั้งครรภ์และคลอดบุตรมากกว่า 4 ครั้งขึ้นไป การรับประทานยาคุมกำเนิดติดต่อกันเป็นเวลานาน การสูบบุหรี่ และมีภาวะภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำ (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2551)

อุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกจะลดลงได้ถ้ามีการดำเนินการตรวจคัดกรองอย่างมีระบบ ด้วยวิธีการตรวจคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ ให้ได้ความครอบคลุมสูง โดยมีความถี่ของการตรวจคัดกรองที่เหมาะสม และมีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ (ปิยวัฒน์ เลาวหุตานนท์, 2556) ผลการพยากรณ์การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะก่อนมะเร็งหรือระยะก่อนลุกลาม รักษาได้ผลดีเกือบร้อยละ 100 (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2551) ดังนั้นการที่จะให้สตรีไทยได้รับการตรวจ Pap Smear ได้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายให้ได้มากที่สุด จึงเป็นการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเชิงรุกที่ดีที่สุด และควรตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทุกปี (มงคล เบนจางาภิบาล, 2553)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (2560) ได้กำหนดเป้าหมายในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก โดยให้สตรี อายุ 30 - 60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 (สะสมผลงานภายใน 5 ปี ระหว่างปีงบประมาณ 2558 - 2562) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง ได้ดำเนินการรณรงค์ตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง แต่ผลการดำเนินงานยังไม่ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยมีอัตราการมารับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 30 - 60 ปี (สะสมผลงาน) ปีงบประมาณ 2558 - 2560 พบว่ามีความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ที่ร้อยละ 74.36 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง, 2561) จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นโดยการสัมภาษณ์สตรีกลุ่มเสี่ยง ที่ไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในปี 2560 จำนวน 20 คน พบว่าสาเหตุที่ไม่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีจำนวน 12 คน (ร้อยละ 60) ปฏิเสธว่าตัวเองไม่ป่วยและไม่เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก อีก 7 คน (ร้อยละ 35) ให้เหตุผลว่าอายุเจ้าหน้าที่ และอีก 1 คน (ร้อยละ 5) ให้เหตุผลว่าไม่ตรวจ เพราะว่าหากตรวจพบว่าเป็น ก็รักษาไม่หาย จะยิ่งกลัว และตายไวขึ้น จากข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าสตรี

กลุ่มเสี่ยงดังกล่าว ยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งนับว่าเป็นอุปสรรคอย่างหนึ่งของการดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคนั้น ๆ การรับรู้ความรุนแรงของโรคนั้น ๆ การรับรู้ประโยชน์หรือผลดีของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (O'Donnell, 2002) ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรค และศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Rogers (Maddux and Rogers, 1983) ซึ่งอธิบายถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลไว้ว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคหรือป้องกันโรคได้ บุคคลนั้นต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคที่เกิดขึ้นจะมีความรุนแรงต่อชีวิต การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคจะช่วยลดความรุนแรงของโรค และต้องไม่มีอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ได้แก่ การรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ การได้รับคำแนะนำจากกลุ่มเพื่อน ญาติ และบุคลากรสาธารณสุข เป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค เป็นแนวทางในการวางแผนปรับปรุงการให้บริการส่งเสริม ให้ประชาชนใส่ใจสุขภาพตนเอง โดยการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น เพื่อลดอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรค
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรค

สมมติฐานการวิจัย

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

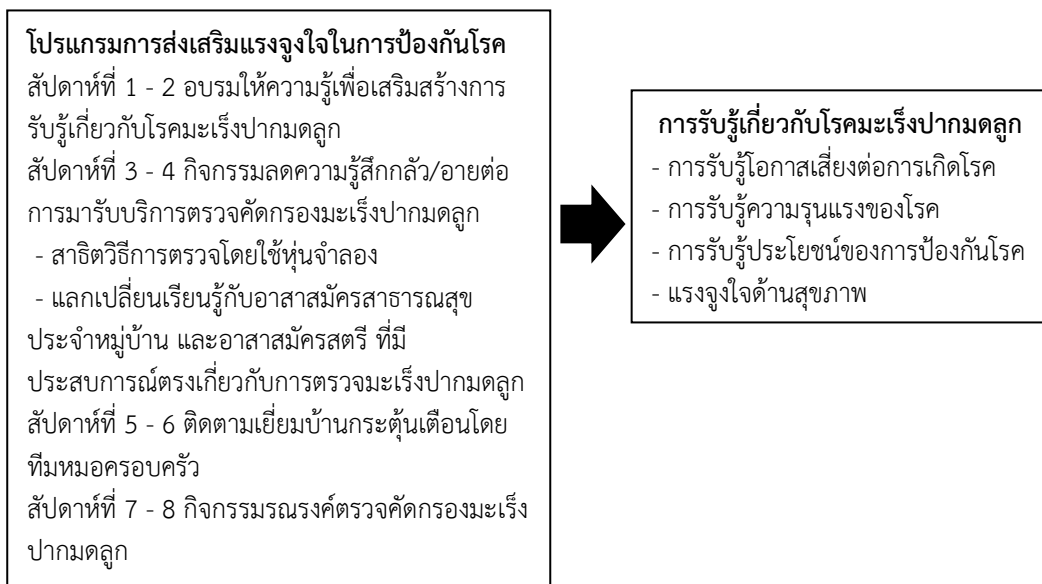
1. ได้โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรค เป็นแนวทางในการพัฒนางานป้องกันมะเร็งปากมดลูก
2. ทราบถึงการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก โดยข้อมูลที่ได้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการสนับสนุนการวางแผนการพัฒนาเสริมสร้างสุขภาพของหญิงอายุ 30 ปีขึ้นไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคของ Rogers (Maddux and Rogers, 1983) ซึ่งอธิบายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคของบุคคลไว้ว่า “การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคหรือป้องกันโรคได้ บุคคลนั้นต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคที่เกิดขึ้นจะมีความรุนแรงต่อชีวิต การปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคจะช่วยลดความรุนแรงของโรค และต้องไม่มีอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ได้แก่ การรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ การได้รับคำแนะนำจากกลุ่มเพื่อนญาติ บุคลากรทางด้านสุขภาพ เพื่อเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค”ซึ่งสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังภาพ 1

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยออกแบบการวิจัยเป็นแบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อน และหลังทดลอง (Pre-test Post-test Two-Group Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร สตรีอายุระหว่าง 30 - 60 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง ในปีงบประมาณ 2561 ทั้ง 4 หมู่บ้าน โดยใช้ข้อมูลจากทะเบียนรายชื่อผู้ที่ยังไม่เคยได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปีงบประมาณ 2561 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง จำนวน 127 คน สุ่มเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ซึ่งทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติเหมือนกันตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ 1) เป็นหญิงอายุ 30 - 60 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง 2) ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาก่อน 3) สามารถอ่านหนังสือ และเขียนภาษาไทยได้ และ 4) ไม่อยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์

2. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามคุณสมบัติดังนี้

2.1 เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

2.1.1 สตรี อายุ 30 - 60 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง

2.2.2 ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาก่อน

2.2.3 สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ สามารถ พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

2.2.4 ยินดีเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในการวิจัย

2.2.5 ไม่เคยป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก

2.2 เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ มีประวัติป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก

3. ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion Criteria) โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling โดยการสุ่มให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน เช่น ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการเป็นมะเร็งของบุคคลในครอบครัว เป็นต้น จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคประจอบด้วย กิจกรรมเพื่อส่งเสริมการรับรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก โดยการสอน

เป็นกลุ่มย่อยในหมู่บ้าน กลุ่มละ 30 ราย และประเมินการรับรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการสอน การติดตามเยี่ยมบ้าน กิจกรรมเพื่อลดความรู้สึกลัว/อายต่อการมารับบริการตรวจ โดยการสาธิตวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร่วมกับกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครสตรี ที่มีประสบการณ์ตรง และลดความกลัวในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการรณรงค์ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก 4 ด้าน จำนวน 20 ข้อดังนี้

2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 5 ข้อ

2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 5 ข้อ

2.3 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 5 ข้อ

2.4 การมีแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 5 ข้อ

ลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) โดยมีเกณฑ์ในการให้ระดับคะแนน ดังนี้

การรับรู้และแรงจูงใจ	ข้อความทางบวก (คะแนน)	ข้อความทางลบ (คะแนน)
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การหาความตรงตามเนื้อหา ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องคุณภาพเครื่องมือ (IOC) เท่ากับ 0.67 – 1.00 และนำแบบประเมินไปหาค่าความสอดคล้องภายใน โดยสัมประสิทธิ์ครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นเตรียมผู้วิจัย 1) ทำหนังสือถึงผู้ใหญ่บ้านในพื้นที่เป้าหมายการวิจัย เพื่อเก็บข้อมูลและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขออนุญาตในการเก็บข้อมูล 2) สำนักรายชื่อหญิงอายุ 30 – 60 ปี ประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตงบัง 3) คัดเลือกผู้ช่วยวิจัย ที่ผ่านการฝึกอบรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยวิธี Pap Smear และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายเกี่ยวกับการใช้

แบบสอบถาม 4) คัดเลือกสื่อบุคคลคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครสตรีที่ผ่านการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ขั้นเตรียมกลุ่มทดลอง โดยการประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เข้าพบกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้าน

ขั้นตอนการทดลอง

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2. ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ก่อนการสอนของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถาม และแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อนำเข้าสู่เนื้อหาการสอน

3. ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามโปรแกรม และเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

3.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม และมีการใช้รูปแบบการสอนแบบอภิปรายกลุ่ม และจัดกิจกรรมตามโปรแกรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 - 2 อบรมให้ความรู้เพื่อเสริมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

สัปดาห์ที่ 3 - 4 กิจกรรมลดความรู้สึกลัว/อาย ต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

- สาธิตวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้หุ่นจำลอง

- แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครสตรี ที่มีประสบการณ์ตรงเคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เกี่ยวกับวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และประโยชน์ที่ได้รับจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

สัปดาห์ที่ 5 - 6 ติดตามเยี่ยมบ้านกระตุ้นเตือนโดยทีมหมอครอบครัว

สัปดาห์ที่ 7 - 8 กิจกรรมรณรงค์ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

- ผู้วิจัยแจ้งกลุ่มตัวอย่างถึงวัน เวลา ในการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

- ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก หลังการสอนของกลุ่มตัวอย่าง

- นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ก่อนนำไป

วิเคราะห์ข้อมูล

3.2 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

3.2.1 ส่งจดหมายเชิญชวนสตรีให้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3.2.2 เข้าพบกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้าน แนะนำตนเอง พร้อมทั้งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้ทราบ ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ก่อนการสอนและบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

3.2.3 ผู้ช่วยวิจัยทำการสอนให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการบรรยายและแจกแผ่นพับ

3.2.4 ผู้วิจัยบอกกลุ่มตัวอย่างถึงวัน เวลา ในการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3.2.5 ผู้ช่วยวิจัยประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก หลังการสอน

3.2.6 นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ขั้นประเมินผล นำคะแนนที่ได้ของผู้รับบริการทั้งสองกลุ่มจากการประเมินครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มาทำการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรค ก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติอนุमानเปรียบเทียบภายในกลุ่มด้วย Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก หลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ด้วย Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลอง มีอายุอยู่ในช่วง 30 - 40 ปี มากที่สุด จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 96.67 และส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนของครอบครัว 6,000-10,000 บาท จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 ส่วนกลุ่มควบคุม มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 30 - 40 ปี มากที่สุด จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 96.67 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33 และส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนของครอบครัว 6,000-10,000 บาท จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired t-test ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรค

การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	P-Value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก	2.92	0.51	4.16	0.54	8.60	0.00
2. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก	3.07	0.45	3.78	0.42	6.51	0.00
3. ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก	2.84	0.42	4.10	0.46	12.73	0.00
4. ด้านแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก	3.09	0.44	3.88	0.50	8.57	0.00
รวม	2.98	0.35	3.98	0.31	13.43	0.00

จากตารางที่ 1 พบว่า หลังการทดลอง สตรีกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรค มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=13.43$, $P=0.00$)

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง โดยใช้ Independent t-test

การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	P-Value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก	4.16	0.54	3.11	0.38	8.76	0.00
2. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก	3.78	0.42	3.29	0.34	5.03	0.00
3. ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก	4.10	0.46	3.33	0.59	5.82	0.00
5. ด้านแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก	3.88	0.50	2.98	0.48	7.10	0.00
รวม	3.98	0.31	3.18	0.45	6.62	0.00

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรค มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=6.62$, $P=0.00$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก สูงกว่าก่อนการทดลอง เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรค ได้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการทดลอง ได้รับการอบรมให้ความรู้เพื่อเสริมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก มีกิจกรรมลดความรู้สึกล้า/อายุ ต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การสาธิตวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้หุ่นจำลอง แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครสตรีที่มีประสบการณ์ตรงเคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ติดตามเยี่ยมบ้านกระตุ้นเตือนโดยทีมหมอครอบครัว และกิจกรรมรณรงค์ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นการเสริมแรงจูงใจ สร้างการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคของ Rogers (Maddux and Rogers, 1983) ที่ว่า “การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคหรือป้องกันโรคได้ บุคคลนั้นต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคที่เกิดขึ้นจะมีความรุนแรงต่อชีวิต การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค จะช่วยลดความรุนแรงของโรค และต้องไม่มีอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค” สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จันทน์ แต่ฬสิษฐพงษ์ (2556) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อระดับความรู้และทัศนคติในสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกปกติเพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ และทัศนคติ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ในสตรีไทย พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ และมีทัศนคติต่อโรคมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ผลการวิจัยยังพบว่า กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก สูงกว่ากลุ่มควบคุม เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการทดลอง ได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ตนเอง เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง และสามารถเปลี่ยนแปลงการรับรู้ที่ถูกต้องนำไปสู่การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับแนวคิดของ Rogers (Maddux and Rogers, 1983) ที่ว่า “การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคหรือป้องกันโรคได้ ต้องคำนึงถึงสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ได้แก่ การรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ การได้รับคำแนะนำจากกลุ่มเพื่อน ญาติ บุคลากรทางด้านสุขภาพ เพื่อเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค” และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุริยา สะมะแอ คันธมาพันธ์ กาญจนภูมิ

และเบญจทิรา รัชตพันธนากร (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก กรณีศึกษา: ตำบลภาวะ อำเภอสู่ไหงปาตี จังหวัดนราธิวาส พบว่า 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนแบบสร้างแรงจูงใจ มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกหลังการสอนระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนแบบสร้างแรงจูงใจ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามกิจวัตรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=1.453$, $p<.05$)

ข้อเสนอแนะ

1. โปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรค เน้นการให้ข้อมูลที่สื่อสารให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ลดความกลัวและความอาย โดยใช้วิธีการซึ่งประกอบด้วย การอบรมให้ความรู้เพื่อเสริมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก มีกิจกรรมลดความรู้สึกลัว/อาย ต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การสาธิตวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้หุ่นจำลอง แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครสตรีที่มีประสบการณ์ตรงเคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ติดตามเยี่ยมบ้านกระตุ้นเตือนโดยทีมหมอครอบครัว และกิจกรรมรณรงค์ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก บุคลากรในหน่วยงานที่จะนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ ควรมีประสบการณ์ด้านการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2. ในการรณรงค์ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ควรนำวิธีการติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมายโดยทีมหมอครอบครัว เพื่อกระตุ้นเตือนให้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3. ก่อนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ควรสาธิตวิธีการตรวจโดยใช้หุ่นจำลอง และกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรง จากแกนนำสตรีอาสาสมัครที่มีประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อการลดความรู้สึกลัว/อาย ต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

เอกสารอ้างอิง

- สุรียา สมะแอ คันธมาพันธ์ กาญจนภูมิ และเบญจทิรา รัชตพันธนากร. (2559). ผลของโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกกรณีศึกษา: ตำบลภาวะ อำเภอสู่ไหงปาตี จังหวัดนราธิวาส. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(1): 31-45.
- จตุพล ศรีสมบูรณ์. (2551). *คู่มือสถิติศาสตร์และนรีเวชวิทยา*. เชียงใหม่: พี.บี.ฟอเรท.

- จันทร์ แท้ไพสิฐพงษ์. (2556). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อระดับความรู้ และทัศนคติในสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกปกติ, *วารสารสภาการพยาบาล*, 28(2): 75 - 87.
- ปิยวัฒน์ เลาวหุตานนท์. (2556). *แนวทางปฏิบัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก*. กรุงเทพฯ: โสสิตการพิมพ์.
- มงคล เบญจาทิบาล. (2553). มะเร็งปากมดลูกภัยที่ป้องกันได้. สืบค้นเมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2557, จากฐานข้อมูล <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/article/detail>.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง. (2560). *สรุปผลการดำเนินงาน ปี 2560*. อุบลราชธานี : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์. (2561). *นโยบายการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก*. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2560). *สรุปผลการดำเนินงาน ปี 2560*. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี.
- Maddux, J. E., & Rogers, R. W. (1983). Protection Motivation Theory and Self-Efficacy: A Revised Theory of Fear Appeals and Attitude Change. *Journal of Experimental Social Psychology*, 19, 469-479.
- O'Donnell, M. P. (Ed.). (2002). *Health Promotion in the Workplace* (3rd ed.). Albany, NY: Delmar.
- World Health Organization. (2012). *Report of a WHO Consultation on Cervical Cancer Screening in Developing Countries*. Geneva: World Health Organization. Retrieved Jan 10, 2015 from https://www.who.int/cancer/media/en/cancer_cervical_37321.pdf

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด

The results of promoting a program of evidence-based practice in nursing practice for knowledge and the practice of nurses in acute pain management for the newborn

มนรดา แข็งแรง¹, ภัคกร เลิกภูเขียว²

Monrada Khangrang¹, Phakphon Soekphukhiao²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทดลองเบื้องต้น (Pre-experiment research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ คะแนนการปฏิบัติ เกี่ยวกับการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิดของพยาบาล ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล และศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลต่อการดำเนินโปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 10 คน ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก โรงพยาบาลมุกดาหาร เป็นการเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือในการวิจัยคือ โปรแกรมในการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด และแบบสอบถาม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Wilcoxon Match Paired Signed-Rank Test

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิดของพยาบาล หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คะแนนการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิดของพยาบาล หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

¹พยาบาลวิชาชีพ, พยาบาลผู้จัดการโครงการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร (Registered nurses, Nurse project manager of Mukdahan Provincial Public Health Office) E-mail: monrada455@gmail.com, โทร. 0969165993

²พยาบาลวิชาชีพ, หอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก โรงพยาบาลมุกดาหาร (Registered nurses, Pediatric Intensive care unit, Mukdahan hospital) E-mail: imgochi1@gmail.com, โทร. 0812630844

ความคิดเห็นเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล มีความคิดเห็นว่า ควรมีการอบรมให้ความรู้ มีการสนับสนุนอุปกรณ์ มีการให้ข้อมูลย้อนกลับและมีการดำเนินการจัดโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 100

คำสำคัญ: การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด การจัดการความปวดเฉียบพลัน

Abstract

This research is preliminary experimental research (Pre-experiment research). Its purpose is to analyze the scope of knowledge that practical nurses have about the management of acute pain in the newborn before and after using the program. The study seeks to promote the use of evidence-based practice and study nurses' opinion while using the program to promote the use of evidence-based practice. The sample used in this research was: 10 registered nurses who work in the children's intensive care unit (children's ICU) at Mukdahan hospital. Research tools consist of a program promoting the evidence-based practice in nursing practice for knowledge and the practice of nurses in acute pain management for the newborn and questionnaire with confidence value of 0.91. Statistics used in the research included percentage, average and standard deviation. Wilcoxon Match Paired Signed-Rank Test were also used.

The research results are as follows: The majority of registered nurses who are working in the children's ICU have been employed for less than 10 years. The average was 7.5 years (60 percent). No experience in training for the pain management in the newborn (70 percent) and self-study or read the news about pain management in the newborn (80 percent). Registered nurses, who have been trained to use the program promoting the use of evidence-based practice, have higher knowledge scores (100 percent)

Registered nurses, who have been trained to use the program promoting the use of evidence-based practice, stated that the program is useful and should utilized to provide a guide for the use of an acute pain management in the newborn (80 percent)

Keywords: Evidence-based practice, acute pain of the newborn, acute pain management program

บทนำ

ความปวดเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้กับทุกคนและทุกช่วงวัย อนันและเครก (Anand and Craig, 1997) ให้คำจำกัดความของความปวดในเด็กว่า ความปวดเป็นสัญญาณบ่งบอกถึงการทำลายของเนื้อเยื่อ สัญญาณดังกล่าว ได้แก่ การตอบสนองทางพฤติกรรม (behavioral response) และทางสรีรวิทยา (physiological response) ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ถึงความปวดที่ผู้อื่นสามารถรับรู้ได้ เด็กเล็กที่ต้องเผชิญความปวดดังกล่าว แม้จะเป็นความปวดเฉียบพลันในระยะสั้น ๆ แต่อาจมีผลต่อเด็กได้ ทั้งในด้านจิตใจ สังคม และอารมณ์ โดยเด็กที่ได้รับความปวดเฉียบพลันหลายครั้ง จะทำให้เกิดการสะสมของความปวดในลักษณะที่เรื้อรังได้ นอกจากนี้ประสบการณ์ความปวดในวัยเด็กที่เคยได้รับ อาจมีผลต่อการตอบสนองความปวดในวัยผู้ใหญ่ เด็กที่เคยมีประสบการณ์ความปวดและไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม จะมีการรับรู้ต่อความปวดในลักษณะที่ถูกคุกคามและมีความไวต่อความปวดสูง (Cassidy, Reid, McGrath, Finley, Smitth, Morley, 2002; Cohen, Blount, Cohen, Ball, McClellan, & Bernard, 2001) เด็กเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต้องได้รับหัตถการรักษาและการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์เพื่อใช้วินิจฉัยโรคและวางแผนการรักษา ส่วนใหญ่หัตถการที่เด็กได้รับขณะอยู่โรงพยาบาล มักได้รับความเจ็บปวดแบบเฉียบพลันซึ่งเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงได้ยาก และก่อให้เกิดผลกระทบต่อเด็กทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ก่อให้เกิดความกลัว วิตกกังวล รู้สึกไม่แน่นอนและไม่ปลอดภัย (Silva, Pinto, Gomes, & Barbosa, 2011) ดังนั้นการจัดการกับความปวดและสร้างประสบการณ์ของการจัดการความปวดที่เหมาะสมถูกต้อง จะช่วยให้ลดความรู้สึกกลัวและลดปฏิกิริยาตอบสนองต่อความปวดในอนาคต และหากเด็กได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสมจะช่วยให้สามารถพัฒนาความมั่นคงในอารมณ์ และส่งเสริมให้เกิดการตอบสนองต่อความปวดที่ดีต่อไปในอนาคตได้

หัวใจสำคัญของการจัดการความปวด คือ การตระหนักถึงความสำคัญว่าความปวดเป็นสิ่งที่ต้องได้รับการรักษา ความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 (Kyle & Carman, 2013; วิทยา เลิศวิริยะกุล, 2550) ของการดูแลผู้ป่วยและการบรรเทาความปวดที่ปลอดภัยและเหมาะสม เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคนที่ควรได้รับ (Petovello, 2012) พยาบาลเป็นบุคลากรหลักที่ให้การดูแลและประเมินความเจ็บปวด รวมทั้งช่วยส่งเสริมให้ทารกแรกเกิดหรือเด็ก และครอบครัวสามารถเผชิญกับความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อทั้งผู้ป่วยเด็ก ครอบครัวและทีมสุขภาพ โดยเป้าหมายของการจัดการความปวด คือการลดความทุกข์ทรมานจากความปวด และผลกระทบที่เกิดขึ้น (Ljusegren, 2011; Obrecht & Andreoni, 2012) แต่การที่จะจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ต้องมาจากการประเมินความปวดที่ครอบคลุมทั้งในส่วนของการประเมินทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การประเมินความปวดในทารกและเด็กเล็ก จะใช้การประเมินความปวดหลายวิธีร่วมกัน ได้แก่ การประเมินความปวดทางสรีรวิทยา ร่วมกับการประเมินความปวดทางพฤติกรรม ซึ่งเป็นวิธีที่มีความเหมาะสมและแม่นยำ การประเมินความปวดในทารกหรือเด็กเล็กมักทำได้ยาก เนื่องจากทารกหรือเด็กเล็กไม่สามารถอธิบายและบอกรายละเอียดความ

รุนแรงของความปวดที่เกิดขึ้นได้ จึงจำเป็นที่จะต้องอาศัยเครื่องมือในการประเมินความปวดที่เหมาะสมกับวัย ที่มีความเที่ยงตรงสูงมาเพื่อใช้ประเมิน ซึ่งหากประเมินความปวดได้ไม่ถูกต้องและไม่ตรงกับความรู้สึกจริง จะทำให้วางแผนการจัดการความปวดได้ไม่ถูกต้อง

การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ จะช่วยให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีความคุ้มค่าคุ้มทุน จำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลง มีความสะดวกในการปฏิบัติงาน ลดช่องว่างของการปฏิบัติ ที่ทำให้เกิดความขัดแย้ง ลดความหลากหลายของการปฏิบัติ ลดความเสี่ยงของการเกิดการปฏิบัติงาน การใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อใช้จัดการความปวดในทารกและเด็ก จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วย เกิดการพัฒนาคุณภาพในการดูแล และเป็นการรับประกันคุณภาพของการดูแลให้มีความคุ้มค่าคุ้มทุน รวมทั้งจะนำไปสู่มาตรฐานและความปลอดภัยสูงสุดสำหรับผู้ป่วย (เรณู พุกบุญมี, 2555; รุ่งนภา เขียวชะอุ่ม, 2556) โดยการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพนั้น ต้องมาจากการพิสูจน์ทางวิจัยแล้วว่า ได้ผลลัพธ์ที่ดี นั่นคือการปฏิบัติโดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จัดทำขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยให้การดูแลอย่างเหมาะสม แนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดในทารกและเด็ก จะช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติตามการจัดการความปวดเป็นไปในแนวทางเดียวกัน และสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ ลดความขัดแย้งในการปฏิบัติงาน และเกิดความเท่าเทียมกันในมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเด็ก นำไปสู่การปฏิบัติตามการพยาบาลที่เป็นเลิศ ก่อให้เกิดความพึงพอใจของครอบครัว รวมทั้งความพึงพอใจของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยทารกและเด็กอีกด้วย (เรณู พุกบุญมี, 2555) ดังนั้นทารกและเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หากได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสม เพียงพอ จะช่วยให้มีความทุกข์ทรมานจากความปวดลดลงรับรู้ความปวดที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง เกิดความกลัวลดลง ช่วยลดผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ช่วยส่งเสริมการฟื้นตัว และสามารถลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลได้ ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจต่อครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลผู้ป่วยในหลายงานวิจัย เช่น การศึกษาของ ศนิชา เศรษฐชัยยันต์ (2556) เกี่ยวกับการศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดเฉียบพลัน พบว่าพยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพิ่มขึ้น พยาบาลมีความพึงพอใจ และระดับความปวดของผู้ป่วยได้รับการบรรเทาลงมาก และมีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของ ส่องศรี หล้าป่าซาง (2552) ที่ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยเด็ก พบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกมีประสิทธิผลในการจัดการความปวดหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยเด็ก สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติกับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ขนิษฐา แซ่มไล่ ถิพญา กิจรุ่งโรจน์ และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร (2556) เรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และมีข้อเสนอแนะให้มีการนำแนวปฏิบัติที่ได้ไปใช้ และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการเข้ากับหน่วยงาน และควรศึกษาความ

เป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และประเมินโดยพยาบาล ระดับความปวดของผู้ป่วย และความพึงพอใจของผู้ป่วย

บทบาทของการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา เป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถทำได้ แต่ปัจจุบันยังพบว่าการจัดการความปวดในผู้ป่วยเด็ก ยังไม่มีประสิทธิภาพและเกิดช่องว่างของความรู้และการปฏิบัติ ทารกหรือเด็กเล็กที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล มีความเจ็บปวดทั้งจากพยาธิสภาพของโรค และจากการรักษาที่ไม่ได้รับการจัดการความปวดที่เพียงพอและเหมาะสม (Petovello, 2012; Vincent & Denyes, 2004; Twycross, 2007; Czarnecki et al., 2011) แม้ว่าจะมีวิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยามากมายที่พยาบาลสามารถนำมาใช้ได้ เช่น การใช้เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ การใช้การโอบกอดของบิดามารดา การใช้น้ำตาลซูโครส การจัดทำ การนวดและการใช้ความเย็นเฉพาะที่ เป็นต้น แต่วิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาดังกล่าว ยังไม่ถูกนำมาปฏิบัติมากนัก โดยพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาในทารกหรือเด็ก ได้แก่ การพร่องความรู้ในการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา ไม่มีเวลาในการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา ภาระงานที่มากเกินไป และรูปแบบวิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา และแนวทางการจัดการความปวดยังไม่มีชัดเจน (Polkki, Pietila, & Julkunen, 2003) นอกจากนี้ปัจจัยด้านความรู้ ความเชื่อและทัศนคติที่มีผลต่อการปฏิบัติแล้ว ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการจัดการความปวดอีกหลายปัจจัย เช่น ประสบการณ์ของพยาบาล เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ภาระงาน แหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ความร่วมมือจากผู้ปกครอง พยาบาลและเด็ก นโยบายและวัฒนธรรมขององค์กร แหล่งสนับสนุนด้านการจัดการความปวดในทารกหรือเด็ก เป็นต้น (Gimble-Berglund et al., 2008 ; Czarnecki et al., 2011)

จะเห็นได้ว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดการความปวดให้แก่ทารกแรกเกิด วิธีการจัดการความปวดมีด้วยกันหลายวิธี ดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น แต่ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลยังมีการนำผลการวิจัยเกี่ยวกับการจัดการกับความปวดให้แก่ทารกแรกเกิดมาปฏิบัติน้อยกว่าที่ควร จากการสัมภาษณ์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย จำนวน 12 คน และหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก โรงพยาบาลมกุคดาหาร จำนวน 10 คน ผู้วิจัยพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เรื่องการจัดการความปวดให้แก่ทารกแรกเกิดที่ได้รับการทำหัตถการ และจากประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย พบว่า เมื่อพยาบาลมีการทำหัตถการให้แก่ทารกแรกเกิด ก็มิได้มีการจัดการความปวด พยาบาลบางคนทำการห่อตัวให้แก่ทารกแรกเกิด เพียงเพื่อความสะดวกในการทำหัตถการ แต่ไม่ทราบว่า การห่อตัวเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยบรรเทาความปวดให้แก่ทารกแรกเกิด จากผลการสำรวจโรงพยาบาล 9 แห่งในกรุงเทพมหานคร พบว่า พยาบาลบางส่วนมีความเข้าใจไม่ถูกต้องและไม่ทราบว่า การบรรเทาความปวดให้แก่ทารกแรกเกิดก่อนกำหนดควรปฏิบัติอย่างไร การส่งเสริมให้พยาบาลมีการปฏิบัติการจัดการความปวดสำหรับทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลที่ถูกต้องตามหลักฐานเชิงประจักษ์ จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้ทารกแรกเกิดมีความปวดลดลงจากการรักษาพยาบาล และลดผลกระทบต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับทารกแรกเกิด

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ต่อความรู้ และการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด ในหอผู้ป่วย วิกฤตเด็ก โรงพยาบาลมุกดาหาร เนื่องจากพยาบาลในหน่วยงานดังกล่าว ยังไม่เคยได้รับความรู้ เกี่ยวกับการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาก่อน โดยกำหนดโปรแกรมการส่งเสริมตามแนวคิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม PRECEDE Model ของ กรีน และคณะ (Green et al. as cited in Green & Kreuter, 1991) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ให้ปัจจัยชักนำคือ การอบรมให้ความรู้ และการให้คู่มือเกี่ยวกับการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด ปัจจัยเอื้ออำนวยคือ อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการจัดการความปวดให้แก่ทารกแรกเกิด ซึ่งเป็นทรัพยากรที่โรงพยาบาลให้การสนับสนุนอย่างครบถ้วนและเพียงพอ ปัจจัยส่งเสริม คือการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด และการกระตุ้นเตือนด้วยโปสเตอร์ เพื่อก่อให้เกิดความยั่งยืนในการปฏิบัติ โดยคาดว่าจะกระตุ้นส่งเสริมให้พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิดได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น ทำให้ทารกแรกเกิดมีความปวดลดลง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิดของพยาบาลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิดของพยาบาลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์
3. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลต่อการดำเนินโปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพ 10 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก โรงพยาบาลมุกดาหาร

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลทารกแรกเกิดโดยตรง 10 คน เลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง จากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก โรงพยาบาลมุกดาหาร ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก โรงพยาบาลมุกดาหาร ระหว่างวันที่ 1 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2556 ถึงวันที่ 28 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557

วิธีการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ ระดับการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์ปฏิบัติงาน และการเข้าร่วมประชุมหรืออบรม เกี่ยวกับการจัดการความปวดในทารกแรกเกิด มีลักษณะเป็นแบบคำถามปลายปิดและปลายเปิด

2. แบบวัดความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการความปวดให้กับทารกแรกเกิด ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ การจัดสภาพแวดล้อมในการจัดการความปวด การเตรียมทารกแรกเกิดเพื่อทำหัตถการ การบรรเทาความปวดระหว่างทำหัตถการ และการฟื้นฟูทารกแรกเกิดหลังได้รับความปวดจากหัตถการ จำนวน 20 ข้อคำถาม ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ซึ่งมีคำตอบถูกเพียงข้อเดียว มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบไม่ถูกได้ 0 คะแนน คิดเป็นคะแนนเต็ม 20 คะแนน

3. แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาล ในการจัดการความปวดเฉียบพลันให้ทารกแรกเกิด มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) ประกอบด้วยการบันทึกเกี่ยวกับ วัน เวลาที่สังเกต และกิจกรรมการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการจัดการความปวด 4 กระบวนการ ดังนี้ การจัดสภาพแวดล้อมในการจัดการความปวด การเตรียมทารกแรกเกิดเพื่อทำหัตถการ การบรรเทาความปวดระหว่างทำหัตถการ และการฟื้นฟูทารกแรกเกิดหลังได้รับความปวดจากหัตถการ รวมมี 9 ข้อที่ปฏิบัติ โดยใช้วิธีทำเครื่องหมาย ✓ หรือ X ลงในช่องว่างว่า ปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ ตรงกับพฤติกรรมที่สังเกต มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ปฏิบัติถูกต้อง ได้ 1 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือไม่ปฏิบัติ ได้ 0 คะแนน คิดเป็นคะแนนรวมได้ 9 คะแนน

4. แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับ โปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลในการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1. แผนการอบรมเรื่องการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด จัดอบรมใช้วิธีการบรรยายประกอบการสาธิตวิธีการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด

2. คู่มือการปฏิบัติในการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิดสำหรับพยาบาล โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ การปฏิบัติโดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ การจัดสภาพแวดล้อมในการจัดการความปวด การเตรียมทารกแรกเกิดเพื่อทำหัตถการ การบรรเทาความปวดระหว่างทำหัตถการ และการฟื้นฟูสภาพทารกแรกเกิดหลังได้รับความปวดจากหัตถการ เพื่อให้พยาบาลได้ศึกษาด้วยตนเอง และทบทวนความรู้ภายหลังได้รับการอบรม

3. โพสต์เตอร์เตือน เป็นข้อความกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด

4. จดหมายปิดผนึก เป็นจดหมายบันทึกข้อความ เกี่ยวกับการปฏิบัติงานของพยาบาลแต่ละคน เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด ในแต่ละเวทีที่ผ่านมา จากการสังเกตของผู้วิจัย ใน 4 กระบวนการ

5. อุปกรณ์สนับสนุนการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด ได้แก่ จุกนมหลอก และผ้าสำหรับห่อตัวทารกแรกเกิด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำคู่มือ แผนการอบรม แบบวัดความรู้ แบบบันทึกการสังเกต และแบบสอบถามความคิดเห็น ไปตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้มีประสบการณ์ด้านทารกแรกเกิด 2 ท่าน พยาบาลผู้มีประสบการณ์ด้านทารกแรกเกิด 2 ท่าน และอาจารย์ซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์ด้านงานวิจัย 1 ท่าน ได้ค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา 0.91

2. การทดสอบแผนการอบรม หลังจากการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.93 นำไปทดลองจัดอบรมกับพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก โรงพยาบาลมุกดาหาร จำนวน 10 คน และนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงวิธีการอบรมก่อนนำไปใช้จริง

3. การหาความเชื่อมั่นของการสังเกต (inter-rater reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติการจัดการความปวด ภายหลังจากการปรับปรุงจากข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วไปทดลองสังเกต จำนวน 10 เหตุการณ์ หลังจากนั้นนำผลบันทึกข้อมูลมาเปรียบเทียบคำนวณหาความเชื่อมั่นของการสังเกตได้เท่ากับ 1 จึงนำแบบสังเกตไปใช้

4. การหาความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้โดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson 20: KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77

การรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การรวบรวมข้อมูลพื้นฐานใช้เวลา 1 เดือน

1. ผู้วิจัยพบหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัยและเข้าพบพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก โรงพยาบาลมุกดาหาร โดยนัดประชุมเป็นกลุ่ม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมการวิจัยลงนามในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามแก่พยาบาลด้วยตนเองจนครบ หลังจากนั้นติดตามเก็บในเวลา 1 สัปดาห์ และนำมาตรวจสอบความครบถ้วนของการตอบแบบสอบถาม

3. ผู้วิจัยทำการสังเกตการปฏิบัติการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด ที่ได้รับหัตถการของพยาบาลวิชาชีพ โดยวิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (participatory observation) เป็นเวลา 4 สัปดาห์

ระยะที่ 2 การดำเนินโปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิดของพยาบาล ใช้เวลา 3 เดือน

1. ผู้วิจัยจัดการอบรมเกี่ยวกับการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด ให้แก่พยาบาล โดยใช้เวลาอบรม 2 ชั่วโมง ในการอบรม เปิดโอกาสให้พยาบาลซักถามข้อสงสัย ปัญหา และอุปสรรคในการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด มีการสาธิตย้อนกลับวิธีการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด ทั้งนี้มีการนำเสนอผลการสังเกตการปฏิบัติการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิดของพยาบาลในเดือนแรก ก่อนการดำเนินโปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ให้พยาบาลได้รับทราบ

2. ผู้วิจัยแจกคู่มือเกี่ยวกับการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด ให้แก่พยาบาลหลังการอบรมให้ความรู้และจัดบอร์ดสำหรับติดเอกสารนำเสนอข้อมูลย้อนกลับ การปฏิบัติการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิดของพยาบาลโดยภาพรวมและเอกสารความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด

3. การให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นรายบุคคล ระหว่างดำเนินโปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยการส่งจดหมายปิดผนึกให้ภายหลังสิ้นสุดการปฏิบัติงานในแต่ละเวร นอกจากนี้ยังมีการให้ข้อมูลย้อนกลับในภาพรวม โดยมีผลการปฏิบัติเปรียบเทียบกับการปฏิบัติที่ถูกต้อง ในระยะเวลาที่ผ่านมาในแต่ละเวรของพยาบาล และมีข้อความชมเชยเมื่อปฏิบัติถูกต้อง และข้อความกระตุ้นการปฏิบัติเพิ่มขึ้น

4. การติดโปสเตอร์เตือน ผู้วิจัยจัดทำภาพสี่ มีข้อความว่า “ลดปวดให้หนูหน่อย”

5. ผู้วิจัยจัดเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ซึ่งได้เลือกวิธีการจัดการความปวด 2 วิธี คือ การห่อตัวและการให้ดูดจุกนมหลอก โดยจัดไว้ในที่สามารถหยิบได้สะดวกขึ้น

ระยะที่ 3 การประเมินผล

1. ประเมินผลการอบรมให้ความรู้ โดยแจกแบบวัดความรู้ให้พยาบาลทำภายหลังการอบรมให้ความรู้ทันที

2. ประเมินผลการปฏิบัติการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด โดยการสังเกตการปฏิบัติการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิดใน 4 สัปดาห์แรกก่อนการอบรม และ 4 สัปดาห์หลังการอบรม

3. ประเมินผลการดำเนินโปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด โดยแจกแบบสอบถามความคิดเห็นต่อการดำเนินโปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในเดือนที่ 4

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล วิเคราะห์โดยการ แจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาล ในการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก วิเคราะห์หาค่าความถี่ และร้อยละ จำแนกตามกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่กำหนดไว้

3. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Match Paired Signed-Rank Test

4. เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้สถิติ Wilcoxon Match Paired Signed-Rank Test

5. ความคิดเห็นของพยาบาลต่อการดำเนินโปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ จากการวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

พยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก ทั้งหมดเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีระยะเวลาทำงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด ต่ำกว่า 10 ปี ร้อยละ 60 โดยเฉลี่ย 7.5 ปี ไม่เคยเข้ารับการอบรมหรือประชุมเกี่ยวกับการจัดการความปวดในทารกแรกเกิด มากถึงร้อยละ 70 ได้รับข้อมูลจากการอ่านหนังสือหรือข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการความปวดในทารกแรกเกิด ร้อยละ 80 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก โรงพยาบาลมุกดาหาร จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรีทางการพยาบาล	10	100
ระยะเวลาทำงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด (ปี)		
< 10	6	60
≥ 10	4	40
$\bar{X} = 7.5$, S.D. = 7.3		
การอบรมหรือประชุมเกี่ยวกับการจัดการความปวดในทารกแรกเกิด		
ไม่เคย	7	70
เคย	3	30
$\bar{X} = 1.3$, S.D. = 0.48		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การอบรมหรือประชุมเกี่ยวกับปฏิบัติโดยอาศัย- หลักฐานเชิงประจักษ์		
ไม่เคย	7	70
เคย	3	30
$\bar{X} = 1.3, S.D. = 0.48$		
การอ่านหนังสือหรือข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการ- ความปวดในทารกแรกเกิด		
ไม่เคย	2	20
เคย	8	80
$\bar{X} = 1.8, S.D. = 0.42$		

2. ความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการความปวดเฉียบพลันให้แก่ทารกแรกเกิด

ตารางที่ 2 ร้อยละของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤติเด็ก จำแนกตามคะแนนความรู้ที่ตอบถูก ก่อน
และหลังทดลอง

ความรู้	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
	ร้อยละ	ร้อยละ
การตอบสนองด้านพฤติกรรมต่อความปวดของทารกแรกเกิด	10	80
การประเมินความปวดในทารกแรกเกิดที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ	20	60
ผลกระทบที่เกิดจากความปวดที่รุนแรงต่อทารกแรกเกิด	30	70
วัตถุประสงค์ในการจัดการความปวดให้แก่ทารกแรกเกิดที่ได้รับ ความปวดจากการทำหัตถการ	30	80
การบรรเทาความปวดในทารกแรกเกิดระหว่างทำหัตถการ Lumbar puncture	30	80
การบรรเทาความปวดที่ถูกต้องในทารกแรกเกิดที่ได้รับความปวด เฉียบพลันจากการทำหัตถการ	40	80
วัตถุประสงค์ในการจัดสภาพแวดล้อมของการจัดการความปวดใน ทารกแรกเกิด	50	90

ความรู้	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
	ร้อยละ	ร้อยละ
การบรรเทาความปวดแก่ทารกแรกเกิดที่อยู่ในตู้อบเมื่อได้รับการ แทงเข็มให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ	50	90
ความสำคัญของการปฏิบัติโดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีต่อ พยาบาลวิชาชีพ	60	100
การเตรียมทารกแรกเกิดเพื่อทำหัตถการ	60	100
วิธีการบรรเทาความปวดทารกแรกเกิดขณะเจาะเลือดที่ส้นเท้า	60	80

เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดเฉียบพลันให้แกทารกแรกเกิดของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤติเด็ก ก่อน และหลัง ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า หลังการทดลอง พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤติเด็ก มีความรู้เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความรู้ ก่อน และ หลังทดลอง

ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S.D.	t	df	P-value
ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวด				-7.201	9	0.000
ก่อนทดลอง	10	12.2	2.5			
หลังทดลอง	10	17.7	1.8			

3. การปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการความปวดเฉียบพลันให้แกทารกแรกเกิด

ก่อนการทดลอง พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤติเด็ก มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการความปวดเฉียบพลันให้แกทารกแรกเกิด ที่ถูกต้อง 2 ลำดับแรก ได้แก่ มีการปลุกทารกก่อนทำหัตถการ ร้อยละ 100 รองลงมาคือ กระทำหัตถการด้วยวิธีที่ก่อให้เกิดความปวดน้อยที่สุด ร้อยละ 90 แต่มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการความปวดเฉียบพลันให้แกทารกแรกเกิดที่ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ 60 - 100) ในด้านการจัดสภาพแวดล้อม ไม่มีการลดแสงและเสียงในห้อง ขาดการประเมินความปวดของทารกแรกเกิด ไม่บรรเทาความปวดขณะทำหัตถการ และไม่มีการฟื้นฟูสภาพทารกแรกเกิด หลังได้รับความปวดจากการทำหัตถการหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด พบว่า พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤติเด็ก มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการความปวดเฉียบพลันให้แกทารกแรกเกิดถูกต้องมากขึ้น ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤติเด็ก จำแนกตามคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติ ใน การจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด ก่อน และ หลังทดลอง

กิจกรรม	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	ไม่ปฏิบัติ ร้อยละ	ปฏิบัติ ร้อยละ	ไม่ปฏิบัติ ร้อยละ	ปฏิบัติ ร้อยละ
การจัดสภาพแวดล้อมของการจัดการความปวด				
มีการลดเสียงในห้อง	70	30	0	100
มีการลดแสงในห้อง	100	0	0	100
การเตรียมทารกแรกเกิดเพื่อทำหัตถการ				
ปลุกทารกก่อนทำหัตถการ	0	100	0	100
การบรรเทาความปวดก่อนทำหัตถการ	20	80	0	100
การบรรเทาความปวดระหว่างทำหัตถการ				
กระทำหัตถการด้วยวิธีที่ก่อให้เกิดความปวดน้อยที่สุด	10	90	0	100
ประเมินความปวดของทารกแรกเกิด	70	30	20	80
บรรเทาความปวดขณะทำหัตถการ	60	40	0	100
การฟื้นฟูสภาพทารกแรกเกิดหลังได้รับความปวดจากการทำหัตถการ				
พยาบาลอยู่กับทารกแรกเกิดหรือให้ บิดา มารดา อยู่กับทารกแรกเกิดและบรรเทาความปวดหลังสิ้นสุดหัตถการ	70	30	0	100
บันทึกอาการปวดและวิธีบรรเทาความปวดที่ให้แก่ทารกแรกเกิดลงในแบบบันทึกทางการพยาบาล	80	20	30	70

เมื่อพิจารณา เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติในการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิดของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤติเด็ก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า มีการปฏิบัติในการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด ถูกต้องเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบการปฏิบัติ ก่อน และ หลังทดลอง

ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S.D.	t	df	P-value
การปฏิบัติในการจัดการความปวด			-6.986	9	0.000	
ก่อนทดลอง	10	4.2	2.5			
หลังทดลอง	10	8.5	1.8			

4. ความคิดเห็นเกี่ยวกับ โปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาล ในการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด

พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก มีความคิดเห็นเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลในการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด โดยส่วนใหญ่ (> 80) ได้รับประโยชน์จากการจัดโปรแกรมนี้ สนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมในโปรแกรมต่อเนื่อง เช่น การอบรมให้ความรู้ การสนับสนุนอุปกรณ์ที่ใช้บรรเทาความปวดในทารกแรกเกิด การติดโปสเตอร์เตือน การให้เอกสารและคู่มือการปฏิบัติเรื่องการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยทดลองเบื้องต้น (Pre-experiment) ชนิดหนึ่งในกลุ่มวัดก่อน-หลัง (one group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด ในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก โรงพยาบาลมุกดาหาร ตั้งแต่วันที่ 1 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2556 ถึงวันที่ 28 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 โดยเปรียบเทียบคะแนนความรู้และคะแนนการปฏิบัติในการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด ก่อนและหลัง ได้รับการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลทารกแรกเกิดโดยตรง 10 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก โรงพยาบาลมุกดาหาร เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ แผนการอบรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด คู่มือการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด แบบบันทึกการสังเกตการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะการเก็บข้อมูลพื้นฐาน โดยการเก็บข้อมูลทั่วไปของพยาบาล วัดความรู้ และสังเกตการปฏิบัติการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิดของพยาบาล ระยะดำเนินโปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย การอบรมให้ความรู้ การให้เอกสารคู่มือการปฏิบัติ การให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นรายบุคคลและภาพรวม การกระตุ้นเตือนด้วยโปสเตอร์ การ

สนับสนุนอุปกรณ์การจัดการความปวด ได้แก่ จุกนมหลอก และผ้าสำหรับห่อตัวทารกแรกเกิด และระยะประเมินผล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเช่นเดียวกับระยะการเก็บข้อมูลพื้นฐาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ได้แก่ Paired sample t-test ผลการวิจัยมีดังต่อไปนี้

ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า พยาบาลที่ศึกษามีความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิดเพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และพยาบาลที่ศึกษามีการปฏิบัติการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด ถูกต้องมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) พยาบาลที่ศึกษา ร้อยละ 80 ชอบและมีความเห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์นี้มีประโยชน์ ควรดำเนินการต่อไปอย่างเดิม และการอบรมให้ความรู้ การสนับสนุนอุปกรณ์ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การติดโปสเตอร์เตือน และการให้เอกสารและคู่มือ มีผลต่อการกระตุ้นให้พยาบาลมีการจัดการความปวดในทารกแรกเกิดเพิ่มมากขึ้น ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมให้พยาบาลปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการความปวดในทารกแรกเกิด ควรใช้หลายวิธีประกอบกันและทำอย่างต่อเนื่อง

อภิปรายผลการวิจัย

คะแนนก่อนได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด ของพยาบาลมีค่าเฉลี่ย 12.20 คะแนน ภายหลังได้รับความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ คะแนนความรู้มีค่าเฉลี่ย เพิ่มขึ้นเป็น 17.70 คะแนน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพยาบาลที่ศึกษา ร้อยละ 70 ไม่เคยเข้ารับการอบรม หรือประชุมเกี่ยวกับการจัดการความปวดในทารกแรกเกิด และการปฏิบัติโดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ แม้ว่า ร้อยละ 80 จะเคยอ่านหนังสือหรือข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการความปวดในทารกแรกเกิด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งทิพย์ คงแดง (2550) ที่พบว่าภายหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ พยาบาลมีค่าคะแนนความรู้หลังอบรมทันที และหลังอบรม 3 เดือน สูงกว่าก่อนได้รับการอบรม และค่าคะแนนความรู้หลังอบรมทันที สูงกว่าหลังการอบรม 3 เดือน เช่นเดียวกับการศึกษาของ กุสุมา พรหมมาหล้า (2554) ที่พบว่าความรู้ของพยาบาลเรื่องการจัดการความปวดในทารกแรกเกิดก่อนกำหนด หลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาฯ

ก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า พยาบาลที่ศึกษามีการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการความปวดเฉียบพลันให้แก่ทารกแรกเกิดได้ถูกต้องตามแนวทางที่กำหนด ที่ทุกคนปฏิบัติได้ถูกต้อง คือ การปลุกทารกก่อนทำหัตถการ ร้อยละ 80 มีการบรรเทาความปวดก่อนทำหัตถการ ร้อยละ 30 มีการปฏิบัติในเรื่อง การลดเสียงในห้อง การประเมินความปวดของทารกแรกเกิด การฟื้นฟูสภาพทารกแรกเกิดหลังได้รับความปวดจากการทำ

หัตถการ โดยพยาบาลอยู่กับทารกแรกเกิด หรือให้บิดามารดาอยู่กับทารกแรกเกิดและบรรเทาความปวดหลังสิ้นหัตถการ และมีพยาบาลที่ศึกษาเพียง ร้อยละ 20 ที่บันทึกอาการปวดและวิธีบรรเทาความปวดที่ให้แก่ทารกแรกเกิดลงในแบบบันทึกทางการพยาบาล ส่วนการปฏิบัติที่พยาบาลที่ศึกษาทุกคนไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทาง คือ การลดแสงในห้อง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่พยาบาล ร้อยละ 70 ไม่เคยได้รับการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิดโดยตรงมาก่อน ดังนั้นพยาบาลกลุ่มนี้จึงไม่ทราบวิธีจัดการความปวดเฉียบพลันให้แก่ทารกแรกเกิดที่ถูกต้อง ดังการศึกษา การจัดการความปวดของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็ก อายุตั้งแต่แรกเกิด ถึง 16 ปี พบว่า ภายหลังการผ่าตัด พยาบาลไม่ได้มีการจัดการความปวดให้แก่ผู้ป่วยเด็ก (Twycross, 2006) สอดคล้องกับการศึกษาการประเมินและการจัดการความปวดจากการทำหัตถการในหน่วยงานที่ให้การดูแลทารกแรกเกิดในออสเตรเลีย พบว่า พยาบาลมีการปฏิบัติการประเมินและการจัดการความปวดไม่สม่ำเสมอ และไม่มี ความชัดเจนของนโยบายในการจัดการความปวดสำหรับทารกแรกเกิดที่ได้รับความปวดจากการทำหัตถการ (Harrison et al., 2006) นอกจากนี้การศึกษาของ บรูม และคณะ (Broom et al., 1996) ที่ทำการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ทั้งแพทย์และพยาบาลให้ข้อมูลว่า ประสิทธิภาพในการประเมินและการจัดการความปวดในทารกแรกเกิดและเด็กเล็กอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการขาดความรู้ การขาดทักษะ ทักษะคติ และการขาดแหล่งสนับสนุน

ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด โดยการให้ปัจจัยชักนำคือ การอบรมให้ความรู้ ซึ่งเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่จะส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือแสดงพฤติกรรมส่วนบุคคล ส่งผลให้พยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยที่พยาบาลมีการจัดการความปวดเฉียบพลันให้แก่ทารกแรกเกิด ได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นมากกว่า ร้อยละ 80 ในแต่ละกิจกรรม รวมถึงการบันทึกอาการปวดและวิธีบรรเทาความปวดที่มีการปฏิบัติเพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ 70 นอกจากการอบรมให้ความรู้แล้ว การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิดอย่างต่อเนื่องด้วยการให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นปัจจัยส่งเสริม ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น เมื่อพยาบาลได้รับข้อมูลย้อนกลับด้วยการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างเป็นทางการ ซึ่งเป็นผลการวิเคราะห์เกี่ยวกับปฏิบัติการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิดของตนเอง จึงเกิดการยอมรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยปรับเปลี่ยนการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง และส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิดที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ข้อมูลย้อนกลับในทันทีภายหลังการเกิดพฤติกรรม จะช่วยกระตุ้นและเพิ่มความตระหนักให้มากขึ้น ส่งผลให้พยาบาลเกิดการยอมรับการปฏิบัติของตน และไม่ลืมเหตุการณ์ที่ผ่านมา (Tappen et al., 2004) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการ

จัดการความปวดแบบเฉียบพลันของผู้ป่วยเด็กเล็ก ที่พบว่า ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการความปวดแบบเฉียบพลันของผู้ป่วยเด็กเล็กสามารถก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งสามารถเพิ่มคุณภาพและมาตรฐานทางการพยาบาลให้สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล ซึ่งในระยะแรกเริ่มของการใช้แนวปฏิบัติ อาจต้องทำความเข้าใจและให้ความรู้กับบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อให้สามารถใช้แนวปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและเกิดความร่วมมือในการนำแนวปฏิบัติลงสู่การพยาบาลและดูแลผู้ป่วย และต้องมีการติดตามการจัดการความปวดในเด็กเป็นระยะเพื่อให้แนวปฏิบัติดังกล่าวสามารถจัดการความปวดได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลต่อไป (ภากร ชูพินิจรอบคอบ, 2558) ในหัวข้อการตอบสนองด้านพฤติกรรมต่อความปวดของทารกแรกเกิด และมีเพียงร้อยละ 20 ที่มีความรู้ในหัวข้อการประเมินความปวดในทารกแรกเกิดที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ นอกจากนี้มีความรู้ด้านผลกระทบที่เกิดจากความปวดที่รุนแรงต่อทารกแรกเกิด, วัตถุประสงค์ในการจัดการความปวดให้แก่ทารกแรกเกิดที่ได้รับความปวดจากการทำหัตถการ และการบรรเทาความปวดในทารกแรกเกิดระหว่างทำหัตถการ Lumbar puncture เพียงร้อยละ 30 จากพยาบาลที่ศึกษา

ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า หลังอบรมพยาบาลที่ศึกษา มีความรู้เพิ่มมากขึ้นกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อาจเนื่องมาจากการอบรมให้ความรู้ เป็นปัจจัยชักนำภายในตัวบุคคล ทำให้พยาบาลมีความรู้ที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้นกว่า ก่อนการอบรมให้ความรู้

นอกจากนี้การกระตุ้นเตือนด้วยโปสเตอร์ ในการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิดตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นปัจจัยส่งเสริมอีกหนึ่งปัจจัย อาจมีผลทำให้พยาบาลสามารถระลึกได้ จดจำวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องได้ และกระตุ้นเตือนให้มีการปฏิบัติที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น ดังที่พยาบาลที่ศึกษา ร้อยละ 90 เห็นควรให้มีการกระตุ้นเตือนด้วยโปสเตอร์ จะช่วยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด ได้ถูกต้องมากขึ้น การกระตุ้นเตือน มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคลากร โดยส่งผลให้มีการปฏิบัติตามที่กำหนดมากขึ้น (Bontinx et al., 1993) ซึ่งผลการวิจัยนี้ตรงกับผลการศึกษาที่พบว่า การติดโปสเตอร์ภายในโรงพยาบาล มีผลทำให้บุคลากรมีการปฏิบัติตามการทำความสะอาดมือเพิ่มมากขึ้น (Pittet et al., 2000) เช่นเดียวกับการศึกษาผลการติดโปสเตอร์เตือน หน้าห้องแยกผู้ป่วยติดเชื้อสแตปฟีโลคอคคัสออเรียส ที่ดื้อต่อยาเมธิซิลลิน (MRSA) มีผลทำให้บุคลากรมีการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเพิ่มมากขึ้น (Cromer et al., 2004)

ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง มาจากการที่วัสดุอุปกรณ์ในการจัดการความปวดมีไม่เพียงพอ และจัดวางไว้ในที่ที่ไม่เหมาะสม ดังการศึกษาของ จรัสศรี เย็นบุตร และคณะ (2550) ที่พบว่า สิ่งทีบุคลากรต้องการเพื่อสนับสนุนให้มีการปฏิบัติการประเมินและการจัดการกับความปวดให้ผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น คือ เครื่องมือที่ใช้สำหรับบรรเทาความปวด

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการจัดการความปวด ได้แก่ จุกนมหลอกและผ้าสำหรับห่อตัวทารกแรกเกิด ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอก ที่เอื้ออำนวยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยจัดวางอุปกรณ์ในการจัดการความปวดไว้ในที่ปฏิบัติงาน เพื่อให้พยาบาลสะดวกในการใช้งาน โดยจัดจุกนมหลอกไว้ในรถทำหัตถการ ส่วนผ้าสำหรับห่อตัวทารกแรกเกิด จัดไว้ใต้ตู้บับ ส่งผลให้พยาบาลมีการปฏิบัติการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิดเพิ่มขึ้น ดังที่พยาบาลที่ศึกษาทุกคน เห็นควรให้มีการสนับสนุนอุปกรณ์ในการจัดการความปวดอย่างเพียงพอ และสะดวกต่อการใช้งาน เช่นเดียวกับที่พบในการศึกษา ผลการนำแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือชนิดเจลมาใช้ในหอผู้ป่วยหนัก มีผลทำให้บุคลากรทางการพยาบาลมีการทำความสะอาดมือเพิ่มมากขึ้น (Harbarth et al., 2002)

ข้อเสนอแนะการทำงานวิจัยในครั้งต่อไป

ควรศึกษา ติดตามประเมินระดับความรู้ในการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของบุคลากร เป็นระยะ เช่น ทุก 3 เดือน

ควรมีการศึกษางานวิจัยเชิงผลลัพธ์ของการจัดการความปวดในผู้ป่วยทารกหรือเด็ก โดยวิจัยในส่วนของการจัดการความปวดหลังจากการผ่าตัด การจัดการความปวดในหัตถการที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น และการเลือกกลุ่มตัวอย่างให้มีความใกล้เคียง อีกทั้งการเพิ่มขนาดตัวอย่าง รวมทั้งการติดตามผลการวิจัยที่ต่อเนื่อง ในระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น อาจทำให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในระยะยาวได้ต่อไป

บรรณานุกรม

- กุสุมา พรหมมาหล้า. (2554). *ผลของโปรแกรมการพัฒนาความสามารถของพยาบาลด้านการจัดการความปวดจากหัตถการในทารกเกิดก่อนกำหนด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชนิษฐา แซ่มไล่ ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์ และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2556). *การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในหอผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. บทความวิจัยเสนอในการประชุมหาดใหญ่วิชาการ ครั้งที่ 4 วันที่ 10 พฤษภาคม 2556*.
- จรัสศรี เย็นบุตร, รุ่งทิพย์ คงแดง, วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร. (2550). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด. พยาบาลสาร ปีที่ 34 ฉบับที่ 3: 73-85*.
- ภากร ชูพินิจรอบคอบ. (2558). *การพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการความปวดแบบเฉียบพลันของผู้ป่วยเด็กเล็ก. โครงการวิจัยเพื่อพัฒนางานของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ หน่วยงาน งานการพยาบาล*

- ผู้ป่วยกุมารเวชกรรมสามัญ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558.
- รุ่งนภา เขียวชะอุ่ม. (2556). การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ Evidence-based Nursing. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*. 24(2). 94-108.
- รุ่งทิพย์ คงแดง. (2550). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็กบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เรณู พุกบุญมี. (2555). ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงกับการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์. ในสมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธภักดี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ. บริษัท จุดทองจำกัด.
- วิทยา เลิศวิริยะกุล. (2550). การระงับปวดในเด็ก (Pain management in infants and children). ในซัชชัย ปรีชาไว, อนงค์ ประสาธน์วนกิจ และวงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร. *ความปวดและการจัดการความปวดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาพิเศษ*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ศนิชา เศรษฐชัยยันต์. (2556). ประสิทธิภาพของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดเฉียบพลัน. *พุทธชินราชเวชสาร*. 30(2), 198-207.
- ส่องศรี หล้าป่าขาง. (2550). การพัฒนาและใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับจัดการความปวดหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยเด็ก. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Anand, K. J. S. (1997). Long term effect of pain in neonatal and infants. In T.S. Bontinx, F., Winkens, R., Grol, R., & Knotinerus, J. A.(1993). Influencing diagnostic and preventive performance in ambulatory care by feedback and reminders: A review. *Family Practice*, 10(2), 219-228.
- Broom, M.E., Richistsmeier,A., Maikler,V.,& Aleander, M.A.(1996). Pediatric pain practices: A national survey of health professionals. *Journal of Pain and Symptom Management*, 11(5), 312-319.
- Cassidy, K. L., Reid, G. J., McGrath, P. J., Finley, G. A., Smitth, D. J., Morley, C., et al. (2002). Watch needle, watch TV: Audiovisual distraction in preschool immunization. *Pain Medicine*, 3, 108-118.
- Cohen, L.L., Blount, R.L., Cohen, R.J., Ball, C.M., McClellan, C.B., & Bernard, R.S. (2001). Children's expectations and memories of acute distress: short-and

- long-term efficacy of pain management intervention. *Journal of Pediatric Psychology*, 26(6), 367-374.
- Cromer, L.A., Hutsell, S., Latham, S.C., Bryant, K.G., Wacker, B.B., Smith, S.A. et al. (2004). Impact of implementing a method of feedback and accountability related to contact precaution compliance. *American Journal of Infection Control*, 32(8), 451-455.
- Czarnecki, M. L., Turner, H. N., Collins, P. M., Doellman, D., Wrona, S., & Reynolds, J. (2011). Procedural pain management: A position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*, 12(2), 95-111.
- Green LW, Kreuter MW. (1991). *Health promotion planning: An educational and environment approach*. California: Mayfield Publishing.
- Gimbley-Berglund L., Ljusegren, G., & Enskar, K. (2008). Factors influencing pain management in children. *Pediatric Nursing*. 20(10), 21-24.
- Harbarth, R., Pittet, D., Grady, L., Zawacki, A., Potter-Bynoe, G., Samore, M.H., et al. (2002). Intervention study to evaluate the impact of an alcohol-based hand gel in improving hand hygiene compliance. *The Pediatric Infection Disease Journal*, 21(6), 489-495.
- Harrison, D., Loughnan, P., & Johnston, L., (2006). Pain assessment and procedural pain management practices in neonatal units in Australia. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 42, 2006.
- Kyle, T. & Carman, S. (2013). *Essentials of pediatric nursing*. (2nd ed.). Lippincott: Williams & Wilkins.
- Petovello, K. (2012). Pediatric Procedural Pain Management: A Review of the literature. *International Journal of child, Youth and Family Studies*, 4(1), 569-589.
- Ljusegren, G. (2011). *Nurses' competence in pain management in children*. University dissertation from Jönköping : School of Health Sciences.
- Obrecht, J., & Andreoni, V. A. (2012). Pain management. In N. L. Potts & Barbara L. Mandelco. *Pediatric nursing: Caring for children and their families*, (3rd ed.). United State of America: Delmar cengage learning.
- Petovello, K. (2012). Pediatric Procedural Pain Management: A Review of the literature. *International Journal of child, Youth and Family Studies*, 4(1), 569-589.

- Pittet, D., Hugonnet, S., Harbarth, S., Mourouga, P., Suvan, V., Touveneau, S., et al. (2000). Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *Infection Control Programme. Lancet*, 356(9238), 1307-1312.
- Polkki, T., Pietila, A.M., & Julkunen, V. (2003). Hospitalized children's descriptions of their experiences with postsurgical pain relieving methods. *International Journal of Nursing Studies*. 40(1). 33-44.
- Silva, M. S., Pinto, M. A., Gomes, L. M. X., & Barbosa, T. L. de A. (2011). Pain in hospitalized children: nursing team perception. *Revista Dor*, 12(4), 314-320.
- Tappen, M. R., Weiss, A. S., & White, K.D., (2004). *Essentials of nursing leadership and management (3rd ed.)* Philadelphia: F.A. Davis.
- Twycross A. (2007). Children's nurses' post-operative pain management practices: an observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 44(6), 869-881.
- Vincent, C.V. & Denyes, M. J. (2004). Relieving children's pain: nurses' abilities and analgesic administration practices. *Journal of Pediatric Nursing*, 19, 40-50.

พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ดื่มในชุมชนเมืองจังหวัดอุดรธานี Alcohol drinking behavior among people in the urban area of Udon Thani province

อุมพร เคนศิลา¹, จุฬารัตน์ เคนศิลา²
Umaporn Kensila¹, Jurarad Kensila²

บทคัดย่อ

การสำรวจพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ดื่มในชุมชนเมือง จังหวัดอุดรธานี เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และระดับความเสี่ยงของผู้ดื่มในชุมชนเมือง จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 102 คน ซึ่งได้จากการสุ่มอย่างง่าย จากผู้ดื่มในชุมชนเมือง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดื่มในชุมชนเมือง จังหวัดอุดรธานี มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สามารถแบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) เป็นผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (Low risk drinker) ร้อยละ 9.80 2) ผู้ดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinker) ร้อยละ 31.37 3) ผู้ดื่มแบบอันตราย (Harmful use) ร้อยละ 20.59 และ 4) ผู้ดื่มแบบติด (Alcohol dependence) ร้อยละ 38.24 จากผลการศึกษาพบว่ามีผู้ดื่มแบบติด (Alcohol dependence) มากที่สุด ซึ่งกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ควรได้รับการส่งต่อพบแพทย์ เพื่อการตรวจวินิจฉัยและวางแผนการบำบัดรักษา

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

Abstract

A survey of alcohol drinking behavior among people living in the urban area of Udon Thani province is a cross-sectional research survey. The research aims to study alcohol consumption behavior and the degree of risk among people residing in the Udon Thani province. Sample of the study consists of a simple random sampling of 102 people in Udon Thani. Data collection used a questionnaire survey and data was analyzed through percentage, mean and standard deviation.

¹ อาจารย์, มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี (Instructor, Faculty of Nursing, Ratchathani University, Udon Thani campus) e-mail: umaporn@rtu.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 081-760-9845

² หัวหน้าแผนกส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลกองบิน กองบิน 23 อุดรธานี kensila@hotmail.com

Result revealed that in the urban area of Udon Thani province the alcohol drinking behavior of the study sample was: 1) Low risk drinker 9.80 % 2) moderate risk drinker 31.37 % 3) excessive use 20.59 % and 4) Alcohol dependent 38.24 %. The study results show that the majority of alcohol consumption behavior among people in the urban area was alcohol dependency. The study concludes that this group should be referred to consult with a doctor for diagnosis and treatment planning.

Keywords: Alcohol Drinking Behavior, Alcohol

บทนำ

ปัจจุบัน เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสิ่งถูกกฎหมายในเกือบทุกประเทศทั่วโลก แต่ข้อมูลงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศพบว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการะโรคและความบาดเจ็บเป็นอันดับต้นๆ เมื่อเทียบกับปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ (สำนักงาน ป.ป.ส. กระทรวงยุติธรรม, 2555) นอกจากนี้ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังมีความสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ในประเทศไทยหลายโรค เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร (Traffic accidents) เบาหวาน (Diabetes) การติดสุรา (Alcohol dependence) โรคเอดส์ (HIV/AIDS) โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) มะเร็งตับ (Liver cancer) และ โรคซึมเศร้า (Depression) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ซึ่งการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ อันดับ 2 ก่อให้เกิดการะโรคสูงถึง ร้อยละ 10 ของการะโรคทั้งหมดอีกด้วย (วิชัย เอกพลากร, 2559) นอกจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาทางสุขภาพที่ร้ายแรงและทำให้เกิดสาเหตุการสูญเสียชีวิตแล้ว (กนิษฐา ไทยกล้า, 2550) ยังเป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันอีกด้วย เป็นปัจจัยสำคัญของปัญหาทางด้านเศรษฐกิจถึง ร้อยละ 84.8 และส่งผลต่อสมาชิกในครอบครัวด้านอื่น ๆ อีกด้วย (กนกวรรณ จังอินทร, 2560)

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่ได้เสียภาษี เช่น เหล้าเถื่อน เหล้าที่ผลิตตามบ้าน ในช่วงที่ผ่านมา มีความชุกของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 1.3 ผู้ชายดื่มสูงสุดในกลุ่มอายุ 30 - 44 ปี ร้อยละ 3.3 รองมาคือ อายุ 45 - 59 ปี ร้อยละ 2.4 อายุ 15 - 29 ปี ร้อยละ 1.7 อายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 1.5 สำหรับผู้หญิงดื่มสูงสุดในกลุ่มอายุ 30 - 44 ปี ร้อยละ 0.8 รองมาคืออายุ 45 - 59 ปี ร้อยละ 0.4 อายุ 60 - 79 ปี ร้อยละ 0.2 (วิชัย เอกพลากร, 2559) ข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ระบุว่า นักดื่มหน้าใหม่ที่เพิ่มขึ้น 4.96% ต่อปี มีอายุอยู่ในช่วง 15 - 19 ปี ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ดื่ม คือ การตลาดและการโฆษณาซึ่งปัจจัยแวดล้อมสำคัญที่มีผลต่อทัศนคติและการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉพาะเยาวชน กล่าวคือ การตลาด การโฆษณา การใช้ตราสัญลักษณ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงการ

ให้ทุนสนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ ของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีงานวิชาการยืนยันแล้วว่า สิ่งเหล่านี้มีผลต่อทัศนคติเชิงบวกต่อการดื่ม การเลือกแบรนด์ในการดื่ม และการตัดสินใจดื่มของเยาวชน (นงนุช ใจชื่น และคณะ, 2560)

ปัญหาของการมีพฤติกรรมกาสูบบุหรืและการบริโภคสุราที่มีมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนแนวคิดในการแก้ไขปัญหา จากการตั้งรับ ไปสู่นโยบายเชิงรุก โดยใช้ยุทธศาสตร์การมีส่วนร่วมให้คนในชุมชนได้ตระหนักถึงสภาพปัญหาของการมีพฤติกรรมกาสูบบุหรื หรือการบริโภคยาสูบที่มีมาอย่างต่อเนื่อง (สุวรรณี แสงอาทิตย์, 2550) เกิดความรับผิดชอบต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนของตนเอง พร้อมทั้งหาวิธีการแก้ไข พฤติกรรมกาสูบบุหรืหรือการบริโภคยาสูบ เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคลในชุมชน ดังนั้น การดำเนินงานในการรณรงค์เพื่อควบคุมกาสูบบุหรืและบริโภคยาสูบ มุ่งให้มีการลด/ละ/เลิกกาสูบบุหรื เนื่องจากการงดบริโภคยาสูบหรือการหยุดสูบบุหรื จะทำให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคยาสูบหรือการสูบบุหรืลดลง โดยเน้นให้คนในชุมชนเห็นความสำคัญและถือเป็นภารกิจที่ต้องช่วยกัน กระตุ้นและชักนำให้คนในชุมชน องค์กรชุมชน ตลอดจนเครือข่ายสุขภาพให้มีส่วนร่วมอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกาดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนในชุมชนเมือง จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาระดับความเสี่ยงของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนในชุมชนเมือง จังหวัดอุดรธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คอ ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง จังหวัดอุดรธานี และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างการศึกษานี้ คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม n4Studies (Ngamjarus C. and Chongsuvivatwong V., 2014) ซึ่งกำหนดค่าความแปรปรวนประชากรจากการศึกษานำร่องเท่ากับ $SD. = 0.25$, $\Delta = 0.05$, $\alpha = 0.05$, $Z(0.975) = 1.959964$ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ $= 97$ เพื่อความสมบูรณ์ของงานวิจัย เนื่องจากการถ้ากลุ่มตัวอย่างยิ่งมากค่าความคลาดเคลื่อนก็จะยิ่งน้อยลง ซึ่งจะทำให้ข้อมูลมีความเที่ยงตรงสูง ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างซึ่งได้จากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 102 คน (Wayne W., D., 1995)

ขอบเขตของการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี มีเกณฑ์การเลือกผู้ให้ข้อมูล คือเป็นผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง จังหวัดอุดรธานี และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งได้จากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 102 คน และสำรวจโดยใช้แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol use identification test หรือ AUDIT) (ปริทรรศ ศิลปกิจ และ พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2552) โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างเดือน สิงหาคม ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์โดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและสำรวจโดยใช้แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol use identification test หรือ AUDIT) ซึ่งข้อมูลที่จะเก็บรวบรวมมี 2 ส่วน ดังนี้

ระยะเตรียมการ (Pre-research phase) คือ ผู้วิจัยเตรียมแบบสอบถามเพื่อใช้ในการสำรวจ และจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในโครงการวิจัย

ระยะดำเนินการวิจัย (Research phase)

1) ผู้วิจัยทำหนังสือจากหน่วยงานต้นสังกัด เพื่อขอเข้าชี้แจงกลุ่มเป้าหมาย ถึงวัตถุประสงค์ของโครงการและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการ ศึกษาความพร้อม รวมทั้งให้ข้อมูลอันจะเป็นประโยชน์ต่อกลุ่มตัวอย่าง

2) ประสานงานกับหน่วยงานและบุคคลที่เกี่ยวข้อง เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโครงการศึกษา พร้อมกับขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

3) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตัวเอง บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งกล่าวถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

4) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยกระทำอย่างระมัดระวัง หากผู้ให้ข้อมูลรู้สึกอึดอัด และไม่สบายใจที่จะตอบและพูดคุย จะหยุดการสัมภาษณ์ทันที

5) ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลให้ครบถ้วน

6) ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลแล้วนำข้อมูลทั้งหมดไปวิเคราะห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol use identification Test หรือ AUDIT) ซึ่งแบบประเมินนี้ พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ความไวและความจำเพาะของข้อคำถามที่คัดเลือกมาพิจารณา มาจากหลายเกณฑ์ (เช่น ปริมาณการดื่มเฉลี่ยต่อวัน การเมาสุราซ้ำ ๆ การแสดงอาการติดสุรา การวินิจฉัยว่าดื่มแบบมีปัญหหรือติดสุรา หรือการรับรู้ว่ามีปัญหาการดื่มสุรา) จุดตัดคะแนนรวม ได้พิจารณาจากค่าความไว (ร้อยละของ

ผู้ป่วย ที่ได้รับการคัดกรองว่าป่วย) และค่าความจำเพาะ (ร้อยละของผู้ที่ไม่ป่วย ได้รับการคัดกรองว่าไม่ป่วย) ที่เหมาะสม เพื่อแยกเป็นกลุ่มดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous use) และกลุ่มดื่มแบบอันตราย (Harmful use) นอกจากนั้น ยังได้มีการตรวจสอบความตรงของข้อคำถาม กับการวินิจฉัยการดื่มแบบอันตราย (Harmful use) และการดื่มแบบติด (Dependence) อีกด้วย จากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จุดตัดคะแนน AUDIT ที่ 8 คะแนน บ่งชี้ว่าเป็นการดื่มแบบมีปัญหา ด้วยค่าความไวที่ประมาณ 0.95 และค่าความจำเพาะเฉลี่ยประมาณ 0.80 การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมิน AUDIT ในหลายรายงานการศึกษา พบว่า แบบประเมิน AUDIT มีความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับสูง ซึ่งบ่งชี้ว่า มีความน่าเชื่อถือที่จะวัดสิ่งหนึ่งสิ่งเดียว เมื่อทดสอบความเชื่อมั่นแบบทดสอบซ้ำ (Test-retest reliability) พบว่า มีความเชื่อมั่นสูง ($r=0.86$) (ปริทรรศ ศิลปกิจ และพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2552)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยนี้ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลลักษณะทางประชากร พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และระดับความเสี่ยงของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ดื่มในชุมชน

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่องนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะทั่วไปทางประชากรของผู้ให้ข้อมูล พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนในชุมชน ประเมินโดยใช้แบบประเมิน AUDIT และระดับความเสี่ยงของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งผลการศึกษาแสดงให้เห็นปรากฏการณ์การใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความรู้สึกรู้สึกผิด สภาพปัญหา ความคิดเห็น และพฤติกรรมการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งจะสามารถสะท้อนให้เห็นปัญหาอย่างครอบคลุม และเป็นประโยชน์ต่อการเฝ้าระวังปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปทางประชากรของผู้ให้ข้อมูล

การศึกษานี้ พบว่า สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน อายุของผู้ให้ข้อมูล เฉลี่ยประมาณ 41.75 ปี ในส่วนของสถานภาพสมรส พบว่า สถานภาพของผู้ดื่มในชุมชนส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 58.8 ระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 41.2 การทำงานของผู้ดื่มในชุมชน ซึ่งในที่นี้หมายถึง การประกอบอาชีพ ได้แก่ ค้าขาย รับจ้าง เกษตรกรรม ข้าราชการ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 29.5 แต่จากผลการสำรวจ พบว่า มีผู้ไม่ได้ประกอบอาชีพมากถึง ร้อยละ 39.3 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปทางประชากรของผู้ให้ข้อมูล

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	53	52.0
หญิง	49	48.0
2. อายุ	$(\bar{x} = 41.75, SD. = 20.934, \text{Min} = 20, \text{Max} = 57)$	
3. สถานภาพสมรส		
โสด	21	20.6
คู่	60	58.8
หม้าย	6	5.9
หย่า/แยก	15	14.7
4. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	12	11.8
ประถมศึกษา	42	41.2
มัธยมศึกษา	25	24.5
ปวส/ปวช	9	8.8
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	14	13.7
5. อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	40	39.3
เกษตรกร	6	5.9
ค้าขาย	30	29.5
รับจ้าง	15	14.7
รับราชการ	10	9.8

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนในชุมชน ประเมินโดยใช้แบบประเมิน AUDIT

การศึกษาพบว่า จากข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ที่สอบถามพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนในชุมชน ประเมินโดยใช้แบบประเมิน AUDIT พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.79 คะแนน และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.59 ซึ่งแสดงถึงปัญหาการดื่มสุราในระดับสูง ซึ่งพฤติกรรมในแต่ละข้อ มีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนในชุมชน ประเมินโดยใช้แบบประเมิน AUDIT

ข้อคำถาม	Mean	SD
1. คุณดื่มสุร่าบ่อยเพียงไร	2.44	0.94
2. เลือกตอบเพียงข้อเดียวเวลาที่คุณดื่มสุร่า ทั่วไปแล้วคุณดื่มประมาณเท่าไรต่อวัน หรือ		
ถ้าโดยทั่วไปดื่มเบียร์ เช่น สิงห์ ไฮเนแกน ลีโอ เขียว ไทยเกอร์ ช้าง ดื่มประมาณเท่าไรต่อวัน หรือ	1.72	1.15
ถ้าโดยทั่วไปดื่มเหล้า เช่น แม่โขง หงส์ทอง หงส์ทิพย์ เหล้าขาว 40 ดีกรี ดื่มประมาณเท่าไรต่อวัน	2.09	1.08
3. บ่อยครั้งเพียงไรที่คุณดื่มเบียร์ 4 กระป๋องขึ้นไป หรือเหล้า วิสกี้ 3 เป๊กขึ้นไป	2.09	1.08
4. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยครั้งเพียงไร ที่คุณไม่สามารถหยุดดื่มได้ หากคุณได้ดื่มไปแล้ว	1.98	1.18
5. ในช่วง 1 ปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไร ที่คุณไม่ได้ทำสิ่งที่คุณควรจะทำตามปกติ เพราะคุณมัวแต่ไปดื่มสุร่าเสีย	1.68	1.14
6. ในช่วง 1 ปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่ คุณต้องดื่มสุร่าทันทีในตอนเช้า เพื่อจะได้ดำเนินชีวิตตามปกติ หรือถอนอาการเมาค้างจากการดื่มหนักในคืนที่ผ่านมา	1.79	1.20
7. ในช่วง 1 ปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไร ที่คุณรู้สึกไม่ดี โกรธหรือเสียใจ เนื่องจากคุณได้ทำบางสิ่งบางอย่างลงไปขณะที่คุณดื่มสุร่าเข้าไป	1.76	1.13
8. ในช่วง1ปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไร ที่คุณไม่สามารถจำได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ผ่านมาเพราะคุณได้ดื่มสุร่าเข้าไป	1.43	1.16
9. ตัวคุณเองหรือคนอื่น เคยได้รับบาดเจ็บซึ่งเป็นผลจากการดื่มสุร่าของคุณหรือไม่	1.10	1.42
10. เคยมีแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ หรือเพื่อนฝูง หรือญาติพี่น้องแสดงความห่วงเป็นใยต่อการดื่มสุร่าของคุณหรือไม่	1.80	1.66
รวม	17.79	7.59

ส่วนที่ 3 ระดับความเสี่ยงของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากผลการศึกษาพบว่า มีผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (Low risk drinker) จำนวน 10 คน คิดเป็น ร้อยละ 9.80 ซึ่งกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ต้องให้ความรู้เกี่ยวกับการดื่มสุรา และอันตรายที่อาจเกิดขึ้น หากดื่มมากกว่านี้ และชื่นชมพฤติกรรมการดื่มที่เสี่ยงต่ำ ใช้เวลาไม่มากกว่าหนึ่งนาทีก่อนดื่ม ผู้ดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinker) จำนวน 32 คน คิดเป็น ร้อยละ 31.37 กลุ่มนี้ผู้ดื่มมีลักษณะการดื่มสุราที่เพิ่มความเสี่ยงต่อผลเสียตามมาทั้งต่อตัวผู้ดื่มเองหรือผู้อื่น ผู้ดื่มแบบอันตราย Harmful use จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 20.59 เป็นกลุ่มที่มีการดื่มสุราจนเกิดผลเสียตามมาต่อสุขภาพกาย หรือสุขภาพจิต รวมถึงผลเสียทางสังคมจากการดื่ม ผู้ดื่มแบบติด (Alcohol dependence) จำนวน 39 คน คิดเป็น ร้อยละ 38.24 เป็นกลุ่มที่ควรได้รับการส่งต่อพบแพทย์ เพื่อการตรวจวินิจฉัยและวางแผนการบำบัดรักษา แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความเสี่ยงของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ระดับความเสี่ยง	จำนวน (n=102)	ร้อยละ
ผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (Low risk drinker)	10	9.80
ผู้ดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinker)	32	31.37
ผู้ดื่มแบบอันตราย (Harmful use)	21	20.59
ผู้ดื่มแบบติด (Alcohol dependence)	39	38.24

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนในชุมชน

จากการศึกษา พบว่าพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนในชุมชน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.79 คะแนน และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.59 ซึ่งแสดงถึงปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ วิชัย เอกพลากร (2559) ที่พบว่าความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงสุดในภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 43-45 ซึ่งสะท้อนถึงว่าคนภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกือบ ร้อยละ 50

2. ระดับความเสี่ยงของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (Low risk drinker) จำนวน 10 คน คิดเป็น ร้อยละ 9.80 ซึ่งกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ต้องให้ความรู้เกี่ยวกับการดื่มสุรา และอันตรายที่อาจเกิดขึ้นหากดื่มมากกว่านี้ และชื่นชมพฤติกรรมการดื่มที่เสี่ยงต่ำ ใช้เวลาไม่มากกว่าหนึ่งนาทีก่อนดื่ม ผู้ดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinker) จำนวน 32 คน คิดเป็น ร้อยละ 31.37 กลุ่มนี้ผู้ดื่มมีลักษณะการดื่มสุราที่เพิ่มความเสี่ยงต่อผลเสียตามมาทั้งต่อตัวผู้ดื่มเองหรือผู้อื่น ผู้ดื่มแบบอันตราย (Harmful use) จำนวน 21 คน คิดเป็น ร้อยละ 20.59 เป็นกลุ่มที่มีการดื่มสุราจนเกิด

ผลเสียตามมาต่อสุขภาพกาย หรือสุขภาพจิต รวมถึงผลเสียทางสังคมจากการดื่ม ผู้ดื่มแบบติด (Alcohol dependence) จำนวน 39 คน คิดเป็น ร้อยละ 38.24 เป็นกลุ่มที่ควรได้รับการส่งต่อพบแพทย์ เพื่อการตรวจวินิจฉัยและวางแผนการบำบัดรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ วิชัย เอกพลากร (2559) ที่มีการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พบว่าสำหรับปัญหาความเสี่ยงต่อการติดสุราจากการสัมภาษณ์ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าผู้ชายกลุ่มอายุ 30-44 มีสัดส่วนของกลุ่มที่ดื่มแบบติดสุราสูงสุด ซึ่งกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ควรได้รับการส่งต่อพบแพทย์ เพื่อการตรวจวินิจฉัยและวางแผนการบำบัดรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาวิจัย แสดงให้เห็นว่าในชุมชนเมือง มีผู้ดื่มที่เป็นผู้ดื่มแบบเสี่ยง ผู้ดื่มแบบอันตราย เป็นจำนวนมาก ซึ่งผู้ดื่มในชุมชนกลุ่มนี้ ควรได้รับการดูแลโดยมุ่งเน้นให้ลดการดื่มแบบเสี่ยง และแนะนำให้รับคำปรึกษาแบบสั้น และติดตามอย่างต่อเนื่อง และในส่วนของผู้ดื่มแบบติดนั้น ควรได้รับการส่งต่อพบแพทย์ เพื่อการตรวจวินิจฉัยและวางแผนการบำบัดรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

2. ควรมีการศึกษาขนาดและผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่มีต่อครอบครัวและสังคมมากขึ้น เพื่อเชื่อมโยงการดูแลผู้ดื่มและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการดื่ม และเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลและการให้บริการแก่คนในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ จังอินทร และ สมเดช พินิจสุนทร. (2560). พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้าบำบัดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. 5(3), 487-501.
- กนิษฐา ไทยกล้า. (2550). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสถานที่จำหน่ายและพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้บริโภค*. กรุงเทพมหานคร.
- วิชัย เอกพลากร และคณะ. (2559). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- นนุช ใจขึ้น และคณะ. (2560). สถานการณ์ ช่องว่างและโอกาสในการควบคุมการตลาดและการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 11(1), 377-393.
- ปัทมพร ศิลปกิจ และพันธุ์ณา กิตติรัตนไพบูลย์. (2552). *แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ*. บริษัท ทานตะวันเปเปอร์ จำกัด.
- สุวรรณี แสงอาทิตย์. (2550). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และเสพยาเสพติดในวัยรุ่น*. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต) มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- สำนักงาน ป.ป.ส. กระทรวงยุติธรรม. (2555). *สถานการณ์ปัญหายาเสพติด ประเทศไทย ปี 2555และแนวโน้ม*. สำนักยุทธศาสตร์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ.2557*. กลุ่มสถิติประชากรและสังคม สำนักสถิติเศรษฐกิจและสังคม. กรุงเทพมหานคร.
- Ngamjarus C., Chongsuvivatwong V. (2014). *n4Studies: Sample size and power calculations for android*. The Royal Golden Jubilee Ph.D. Program - The Thailand Research Fund & Prince of Songkla University.
- Wayne W., D. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences* (6th ed.). John Wiley & Sons, Inc., 177-178.

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการคงอยู่ของนักศึกษาพยาบาลที่ศึกษา
ในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี**
**Factors related to the persistence of nursing students studying
at the faculty of nursing, university of Ubon Ratchathani**

วรลักษณ์ เมืองซอง¹¹, ณัฐริกา เพ็ญวิเชียร², ณัฐวิภา ราชาฐานา³, ทิพย์สุคนธ์ บัวกอ⁴,
วรรณภา ถิ่นอำนาจ⁵, ธนบูรณ์ บุฑุทธิ์⁶, ธัญวลัย มะณีวงศ์⁷, ธนัญญา ประไพเพชร⁸,
ศศิวิภา ศรียั้ง⁹ และทศา ชัยวรรณวรรต¹⁰

Waraluck Muengsong¹, Nuttharika Penwichian², Natthawipa Rachata³,
Thipsukon Buako⁵, Wannapa Thinaumnat⁴, Thanaboon Buttarit⁶,
Thanwalai Maneewong⁷, Thanunya Papaipach⁸,
Sasiwipa Sriyung⁹ and Tasa Chaiwannawat¹⁰

บทคัดย่อ

การศึกษครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการคงอยู่ของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 243 คน ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามปัจจัยในการเรียนคณะพยาบาลศาสตร์ และแบบสอบถามการคงอยู่ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในการศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยในการเรียนในคณะพยาบาลศาสตร์ ของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.06, S.D. = 0.53) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ปัจจัยด้านความรักในวิชาชีพพยาบาลอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.12, S.D. = 0.57) รองลงมาคือ ปัจจัยด้านสัมพันธภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.10, S.D. = 0.55) และปัจจัยด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.96, S.D. = 0.47) การคงอยู่ของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ในการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย

¹⁻⁹ นักศึกษาชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี (Third year nursing students, Faculty of nursing, Ratchathani University)

¹⁰ ผู้ช่วยศาสตราจารย์, อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี (Assistant professor, Nursing instructor, Faculty of nursing, Ratchathani University). e-mail: kuntidahappy@gmail.com โทร. 0813878827

แห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.17$, S.D. = 0.51) ปัจจัยในการเรียนในคณะพยาบาลศาสตร์ทั้ง 3 ด้าน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการคงอยู่ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในการศึกษาพยาบาลศาสตร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 โดยด้านสัมพันธ์ภาพมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับมาก ($r = 0.75$) รองลงมา คือ ด้านความรักในวิชาชีพพยาบาล มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับมาก ($r = 0.73$) และปัจจัยด้านสุดท้าย คือ ด้านเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ($r = 0.52$) ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย

คำสำคัญ: การคงอยู่ ความรักในวิชาชีพ สัมพันธภาพ นักศึกษาพยาบาล

ABSTRACT

The objective of this study was to study the factors related to the persistence of nursing students studying in the faculty of nursing at Ratchathani University. A study sample was selected from nursing student enrolled in the first through fourth year in the second semester of 2017. Approximately 243 persons comprised the stratified random sampling. The study utilized a general information questionnaire, a questionnaire for studying factors in the faculty of nursing and a questionnaire for the persistence of nursing students in the faculty of nursing studies. The reliability of the study data is 0.92. The data was analyzed using, mean, percentage and standardized deviation to test the relationship of variables with Pearson's correlation. The statistical significance level was 0.01.

The results showed that factors related to the persistence of nursing students studying at the faculty of nursing, university of Ubon Ratchathani overall, it was at a high level ($\bar{X} = 4.06$, S.D. = 0.53). When considering each aspect, it was found that the factor of love in nursing profession was at the high level ($\bar{X} = 4.12$, S.D. = 0.57). Secondly, the correlation coefficient was at high level ($\bar{X} = 4.10$, S.D. = 0.55). And the economic factor was moderate ($\bar{X} = 3.96$, S.D. = 0.47). The retention of nursing students in nursing education at the University of Ubon Ratchathani overall, indicated a high level ($\bar{X} = 4.17$, S.D.=0.51). These Factors were identified in the faculty of nursing at Ratchathani University. There was a positive correlation with the persistence of nursing students in nursing education. The statistical significance was 0.01. The three factors measured were; first, relationships, reported a high level of ($r = 0.75$). Second, the love for the nursing profession, the relationship was a level ($r = 0.73$). The last factor was economic, the relationship was ($r = 0.52$). The results of the study are based on the hypothesis of the research.

Keyword: Retention, love in the profession relationships, nursing student

บทนำ

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพมนุษย์ เป็นวิชาชีพที่ต้องมีการใช้ศาสตร์และศิลป์มาประยุกต์ในการปฏิบัติการพยาบาลแก่บุคคลทุกกลุ่มวัย ในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย ครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพกาย และจิตใจที่สมบูรณ์ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซโตะ, 2554) ทำให้กว่าจะได้เป็นพยาบาลต้องได้รับการศึกษาและฝึกฝน เพื่อให้มีค่านิยมและจรรยาบรรณวิชาชีพ มีเอกลักษณ์ที่ถูกต้องตามกฎหมายที่ได้รับการเชื่อถือ ผู้ที่ปฏิบัติงานพยาบาลจะมีลักษณะเฉพาะ คือ สวมชุดพยาบาลสีขาว และสวมหมวกพยาบาล พยาบาลจะปฏิบัติงานในโรงพยาบาล คลินิก หรือสถานพยาบาลอื่น ๆ และต้องผ่านการสอบขึ้นทะเบียนความรู้จากสภาการพยาบาลก่อน จึงจะสามารถปฏิบัติงานได้อย่างสมบูรณ์ อาชีพพยาบาลจึงเป็นความใฝ่ฝันของใครหลายคน ซึ่งเมื่อเข้ามาเรียนในคณะพยาบาลศาสตร์แล้ว นักศึกษาจะได้เรียนตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ซึ่งเป็นหลักสูตรการจัดการศึกษาเพื่อเตรียมบุคลากรด้านพยาบาล ซึ่งเป็นวิชาชีพ ที่มีความเฉพาะและมีการจัดกระบวนการเรียนการสอนที่มีทั้งภาคทฤษฎีและการปฏิบัติ ที่ต้องใช้ความรู้ ความสามารถนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลอย่างแท้จริง (ศิริพร แสงศรีจันทร์, พยาม การดี, กันยา นันตะแก้ว และรัตน ทาสีหิ, 2556)

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในปัจจุบัน มีระยะเวลาในการจัดการเรียนการสอน มีจำนวนหน่วยกิตรวมตลอดหลักสูตรตั้งแต่ 140 - 146 หน่วยกิต และมีระยะเวลาในการเรียนตลอดหลักสูตร 4 ปี นักศึกษาที่เรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จะได้รับการกำกับควบคุมคุณภาพมาตรฐานการศึกษา โดยในวิชาหลักจะต้องมีเกรดไม่ต่ำกว่า C และเกรดเฉลี่ยรวมจะต้องมีผลการเรียนตั้งแต่ 2.00 ขึ้นไปจึงจะได้ศึกษาต่อในวิชาต่อไปและระดับชั้นต่อไป (พัชริ กระจำโพธิ์, สถาพร กลางคาร, และศิริมา เขมะเพชร, 2559) ซึ่งในการศึกษาตลอดระยะเวลา 4 ปี นักศึกษาจะต้องเรียนให้เป็นไปตามมาตรฐานของสถาบันการศึกษานั้น ๆ ทั้งการเรียนภาคทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติ ภายใต้กฎระเบียบที่เคร่งครัดเพื่อฝึกฝนให้เป็นพยาบาลที่คำนึงถึงค่านิยม และจรรยาบรรณวิชาชีพ อีกทั้งยังมีสภาพแวดล้อมที่นักศึกษาเผชิญไม่ว่าจะเป็นการดำเนินชีวิตในมหาวิทยาลัยที่ต้องมีการปรับตัวด้านการเรียนที่ต่างจากการเรียนในระดับมัธยมศึกษา การมีสัมพันธภาพกับเพื่อนใหม่ การปรับตัวทางสังคมด้านความเป็นอยู่ในหอพัก การปรับตัวทางสังคมให้เข้ากับอาจารย์ การปฏิบัติตามระเบียบมหาวิทยาลัย ตลอดจนความรับผิดชอบในการดูแลชีวิตผู้ป่วย และสภาพหอผู้ป่วยที่มีภาพความเจ็บป่วย เป็นต้น (อัศวินี นามะกันคำ, ซาลินี สุวรรณยศ, พงนีย์ ภาคภูมิ, และ วรารรณ ภูมิคำ, 2551) อาจส่งผลให้นักศึกษาเกิดความรู้สึกกดดันหรือความเครียด และไม่มีความสุขในการเรียนได้ ซึ่งอาจจะทำให้ประสิทธิภาพในการเรียนรู้ลดลง นำไปสู่ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ต่ำลง ทำให้บางคนต้องพักการเรียนกลางคัน หรือลาออกจากการเรียน (ธนพล บรรดาศักดิ์, กนกอร ชาวเวียง, และนฤมล

จันทร์เกษม, 2560) จากสภาพดังกล่าว อาจเป็นสาเหตุให้นักศึกษาเรียนไม่สำเร็จตามโปรแกรมการศึกษาได้

ความไม่ฝันในการเป็นพยาบาลวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล อาจมีความแตกต่างกัน ทำให้นักศึกษาส่วนน้อยที่ลาออกก่อนสำเร็จตามหลักสูตร แต่ก็ยังมีนักศึกษาส่วนใหญ่ที่ยังมีความตั้งใจในการศึกษา และเรียนต่อในวิชาชีพพยาบาลจนสำเร็จการศึกษาได้ ดังการอ้างอิงที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่ทำให้นักศึกษาพยาบาลศึกษาต่อจนสำเร็จการศึกษา คือ เจตคติ ความรักในวิชาชีพ โดยพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีบิดา-มารดาที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีรายได้ครอบครัวค่อนข้างต่ำ มีเจตคติในเชิงบวกในการตั้งใจเรียนให้สำเร็จเพื่อประกอบวิชาชีพตามที่ตั้งใจไว้ เหตุผลของการที่เลือกเข้าศึกษาในสาขาการพยาบาล คือ เป็นความปรารถนาของครอบครัว มีงานทำแน่นอน เป็นอาชีพที่ได้ประโยชน์และมีเกียรติ นักศึกษาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 99.40) มีความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในภาพรวมในระดับมาก โดยได้รับการตอบสนองความต้องการด้านการได้รับการยกย่องมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการได้รับความสำเร็จในชีวิต ด้านสังคม ด้านความปลอดภัย และด้านร่างกาย ตามลำดับ นักศึกษาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.66) มีความพึงพอใจต่อความเหมาะสมของหลักสูตร การจัดการเรียนการสอน ปัจจัยเกื้อหนุน และผู้สอน ในภาพรวมในระดับมาก โดยมีความพึงพอใจด้านปัจจัยเกื้อหนุนมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านหลักสูตร ด้านการจัดการเรียนการสอน และด้านผู้สอนตามลำดับ ปัจจัยแรงจูงใจ ได้แก่ ความต้องการด้านการได้รับการยกย่อง ด้านความปลอดภัย และด้านการได้รับความสำเร็จในชีวิต ร่วมกันทำนายความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพ ได้ร้อยละ 35.2 ($R^2 = 0.35$) ปัจจัยหลักสูตร และปัจจัยเกื้อหนุน สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพพยาบาล ได้ร้อยละ 51.40 ($R^2 = 0.51$) เมื่อวิเคราะห์อำนาจการทำนายร่วมกันของ 2 กลุ่มปัจจัยนี้ พบว่า ปัจจัยการจัดการศึกษา สามารถทำนายความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพ ได้ร้อยละ 38.8 ($R^2 = 0.39$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้มีการศึกษาปัจจัยในการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่า ความสัมพันธ์ในทีมพยาบาล ทำให้พยาบาลยังคงอยู่ในการทำงานต่อไป (เพ็ญใจ เวชวงศ์, 2556) อีกทั้งยังมีการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ รายได้ เป็นปัจจัยที่ร่วมทำนายการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ (บงกชพร ตั้งฉัตรชัย, 2554)

แต่จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า มีเพียงการศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับทัศนคติในวิชาชีพ แต่ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของนักศึกษาพยาบาล ในการศึกษาต่อจนสำเร็จตามหลักสูตร ด้วยเหตุผลนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของนักศึกษาพยาบาลที่ศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ในการนำมาส่งเสริมสนับสนุนให้นักศึกษาเกิดกำลังใจเพิ่มมากขึ้น และเรียนได้สำเร็จตามหลักสูตรของคณะพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

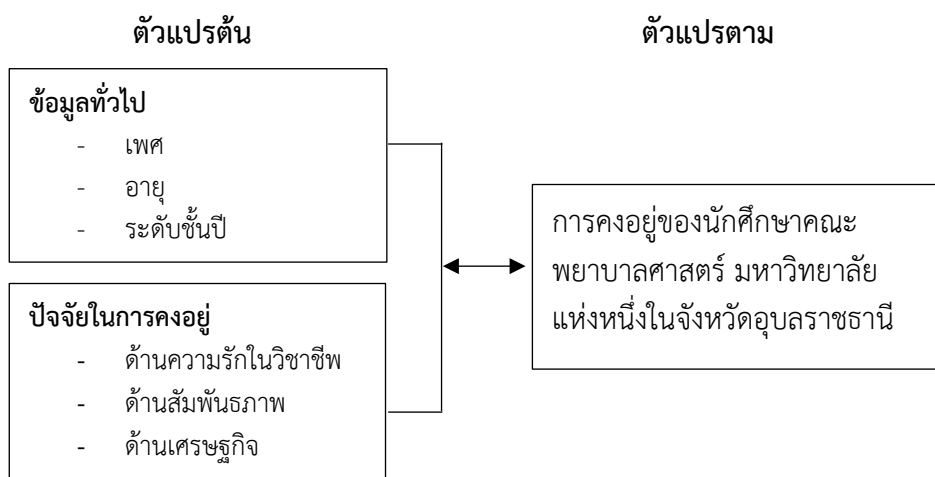
เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการคงอยู่ของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี

สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยด้านความรักในวิชาชีพ ด้านสัมพันธภาพ ด้านเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์ต่อการคงอยู่ของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี ในระดับมาก
2. ปัจจัยด้านความรักในวิชาชีพ มีผลต่อการคงอยู่ของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มากกว่า ปัจจัยด้านสัมพันธภาพ และด้านเศรษฐกิจ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาทฤษฎีที่สามารถใช้เป็นกรอบแนวคิดในการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบุคคล ปัจจัยในการคงอยู่ กับการคงอยู่ของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ ทฤษฎีความพึงพอใจในงาน (Mathis and Jackson, 2006) โดยศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับเศรษฐกิจค่าตอบแทน และด้านสัมพันธภาพของบุคลากรภายในองค์กร และศึกษาทฤษฎีความผูกพันต่อองค์กรตามทฤษฎีของอัลเลนและเมเยอร์ (Allen & Meyer, 1990) โดยศึกษาปัจจัยด้านความรักในวิชาชีพ ซึ่งแสดงเป็นกรอบแนวคิดได้ดังต่อไปนี้



ขอบเขตการวิจัย

1. **ประชากร** ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งใน จังหวัดอุบลราชธานี ชั้นปีที่ 1 - 4 ที่ลงทะเบียนเรียนในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2560 จำนวน 661 คน

2. ตัวแปรที่ศึกษา

2.1 ตัวแปรต้น ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นปี ปัจจัยในการคงอยู่ ด้านความรักในวิชาชีพ ด้านสัมพันธภาพ และด้านเศรษฐกิจ

2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ การคงอยู่ของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเป็นแบบ correlative descriptive design เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการคงอยู่ของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี ชั้นปีที่ 1-4 ที่ลงทะเบียนเรียนในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2560 จำนวน 661 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี ชั้นปีที่ 1-4 ที่ลงทะเบียนเรียนในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2560 กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970 อ้างใน อีรุติ เอกะกุล, 2550) จำนวน 243 คน สุ่มตัวอย่างแบบชั้นปฐภูมิ (Stratified Random Sampling) ดังแสดงในตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

นักศึกษาชั้นปีที่	จำนวนประชากร	จำนวนตัวอย่าง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
ชั้นปีที่ 1	136	$\frac{136 \times 243}{661} = 49.9$	50 คน
ชั้นปีที่ 2	154	$\frac{154 \times 243}{661} = 56.6$	56 คน
ชั้นปีที่ 3	176	$\frac{176 \times 243}{661} = 64.7$	65 คน
ชั้นปีที่ 4	195	$\frac{195 \times 243}{661} = 71.6$	72 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามการคงอยู่ของนักศึกษาพยาบาลที่ศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ และระดับชั้นปี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยในการเรียนในคณะพยาบาลศาสตร์ มี 3 ปัจจัย รวมทั้งหมด 22 ข้อ ได้แก่ ปัจจัยด้านความรักในวิชาชีพพยาบาล 7 ข้อ ด้านสัมพันธภาพ 7 ข้อ และด้านเศรษฐกิจ 6 ข้อ

การตอบคำถาม มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 คำตอบ ค่าระดับคะแนน มีดังนี้

5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

4 หมายถึง เห็นด้วยมาก

3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง

2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย

1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการคงอยู่ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในการศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มีทั้งหมด 15 ข้อ

การตอบคำถาม มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 คำตอบ ค่าระดับคะแนน มีดังนี้

5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

4 หมายถึง เห็นด้วยมาก

3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง

2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย

1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence : IOC) เท่ากับ 0.93 (IOC รายข้อ อยู่ระหว่าง 0.67-1.00) และนำมาปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปทดลองใช้ (Try out) กับประชากรที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย โดยทดลองใช้กับนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ของการวิจัย พร้อมทั้ง

อธิบายให้ทราบถึงสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วม หรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้เมื่อต้องการทันที โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยตนเอง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนทำการเก็บข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การวิเคราะห์ผลการวิจัยจะกระทำในภาพรวม ไม่อ้างอิงตัวบุคคล และการแสดงผลการวิจัยจะกระทำในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

1. ทำหนังสือขออนุญาตอาจารย์ที่ปรึกษาของนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1, 2, 3 และ 4 ในการขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล

2. เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยเข้าพบกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยได้อธิบายถึงการยินยอม และสิทธิในการปฏิเสธ พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมและพินัยกรรมที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ให้ก่อนตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยในการคงอยู่ และการคงอยู่ของนักศึกษาพยาบาลที่ศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการหาความสัมพันธ์ของปัจจัยในการคงอยู่ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ โดยวิธีการสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 243)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	238	97.90
ชาย	5	2.10
อายุ		
18-19 ปี	44	18.10
20-21 ปี	118	48.60
22-23 ปี	78	32.10
24-25 ปี	3	1.20

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับชั้นปี		
ชั้นปีที่ 1	50	20.60
ชั้นปีที่ 2	56	23.00
ชั้นปีที่ 3	65	26.70
ชั้นปีที่ 4	72	29.60

หมายเหตุ 1 คน ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งใน จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 97.90 มีอายุ 20 - 21 ปี มากที่สุด ร้อยละ 48.60 รองลงมา คือ อายุ 22 - 23 ปี ร้อยละ 32.10 อายุ 18 - 19 ปี ร้อยละ 18.10 ตามลำดับ และอายุต่ำสุด คือ อายุ 24 - 25 ปี ร้อยละ 1.20 เรียนอยู่ระดับชั้นปีที่ 4 มากที่สุด ร้อยละ 29.60 รองลงมา คือ ชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 26.70 ชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 23.0 และชั้นปีที่ 1 น้อยที่สุด ร้อยละ 20.60 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยในการเรียนในคณะพยาบาลศาสตร์ 3 ด้าน

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยในการเรียนในคณะพยาบาลศาสตร์ ของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี 3 ด้าน

ปัจจัยในการเรียนในคณะพยาบาลศาสตร์	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
ด้านความรักในวิชาชีพพยาบาล	4.12	0.57	เห็นด้วยมาก
ด้านสัมพันธภาพ	4.10	0.55	เห็นด้วยมาก
ด้านเศรษฐกิจ	3.96	0.47	เห็นด้วยปานกลาง
รวม	4.06	0.53	เห็นด้วยมาก

จากตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยในการเรียนในคณะพยาบาลศาสตร์ ของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.06$, S.D. = 0.53) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ปัจจัยด้านความรักในวิชาชีพพยาบาลอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.12$, S.D. = 0.57) รองลงมา คือ ปัจจัยด้านสัมพันธภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.10$, S.D. = 0.55) และปัจจัยด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 3.96$, S.D. = 0.47) ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ การคงอยู่ของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ในการศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี

การคงอยู่ของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
1. ท่านยังเรียนพยาบาลเพราะเป็นอาชีพที่น่าถนัด	4.30	0.75	มาก
2. ท่านยังเรียนพยาบาลเพราะเป็นอาชีพที่มั่นคง	4.33	0.69	มาก
3. ท่านยังเรียนพยาบาลเพราะเป็นอาชีพในฝัน	3.98	0.89	มาก
4. ท่านรักในวิชาชีพพยาบาลเสมอ	4.08	0.83	มาก
5. ท่านตั้งใจจะเรียนพยาบาลต่อจนสำเร็จเพราะเป็นความคาดหวังของครอบครัว	4.42	0.73	มาก
6. ท่านตั้งใจว่าจะจบการศึกษาพร้อมเพื่อนรุ่นเดียวกัน	4.52	0.70	มากที่สุด
7. ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนทุกคนขณะเรียนพยาบาล	4.20	0.77	มาก
8. ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับนักศึกษพยาบาลระหว่างรุ่นพี่และรุ่นน้อง	4.09	0.74	มาก
9. ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับอาจารย์ที่สอนทุกท่านขณะเรียนพยาบาล	4.09	0.79	มาก
10. ท่านมีความผูกพันในสถาบันการศึกษา	3.87	0.81	มาก
11. ท่านได้รับการดูแลช่วยเหลือจากอาจารย์ที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหาในการเรียน	4.07	0.77	มาก
12. ท่านมีความรักและผูกพันต่ออาจารย์ที่ปรึกษา	4.03	0.75	มาก
13. ท่านมั่นใจว่าเรียนจบพยาบาลแล้วจะไม่ตกงาน	4.27	0.72	มาก
14. ท่านมั่นใจว่าเรียนจบพยาบาลแล้วจะทำรายได้ได้สูง	4.06	0.76	มาก
15. ท่านสามารถกู้ยืมเงินเพื่อการศึกษา (กยศ., กรอ.)	4.25	0.72	มาก
เรียนพยาบาลได้ตลอดหลักสูตร			

จากตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ การคงอยู่ของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ ในศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.17$, S.D. = 0.51) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การตั้งใจว่าจะจบการศึกษาพร้อมเพื่อนรุ่นเดียวกันอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.52$, S.D. = 0.72) รองลงมาอยู่ในระดับมาก 3 ด้าน อันดับแรก ได้แก่ การตั้งใจจะเรียนพยาบาลต่อจนสำเร็จเพราะเป็นความคาดหวังของครอบครัว ($\bar{X} = 4.42$, S.D. = 0.73) เรียนพยาบาลเพราะเป็นอาชีพที่มั่นคง ($\bar{X} = 4.33$, S.D. = 0.69) และอาชีพพยาบาลเป็นอาชีพที่น่าถนัด ($\bar{X} = 4.30$, S.D. = 0.75) ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ต่อการคงอยู่ของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย แห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยต่อการคงอยู่ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ในการศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี

ตัวแปร	ด้านความรักใน วิชาชีพพยาบาล	ด้านสัมพันธภาพ	ด้านเศรษฐกิจ	สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ (r) ต่อ การคงอยู่ของ นักศึกษาพยาบาล ศาสตร์ใน การศึกษาคณะ พยาบาลศาสตร์
ด้านความรักใน วิชาชีพพยาบาล	-	0.67**	0.36**	0.73**
ด้านสัมพันธภาพ	0.67**	-	0.48**	0.75**
ด้านเศรษฐกิจ	0.36**	0.48**	-	0.52**

**นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

จากตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ของปัจจัยในการคงอยู่ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ปัจจัยในการเรียนในคณะพยาบาลศาสตร์ทั้ง
3 ด้าน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการคงอยู่ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ในการศึกษาคณะ
พยาบาลศาสตร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 โดยด้านสัมพันธภาพมีความสัมพันธ์อยู่ใน
ระดับมาก ($r = 0.75$) รองลงมาคือด้านความรักในวิชาชีพพยาบาลมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับ
มาก ($r = 0.73$) และสุดท้ายคือ ด้านเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ($r = 0.52$)

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย

นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 97.90 มีอายุ 20 - 21 ปี
มากที่สุด ร้อยละ 48.60 รองลงมา คือ อายุ 22 - 23 ปี ร้อยละ 32.10 อายุ 18 - 19 ปี ร้อยละ
18.10 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อยที่สุดในช่วงอายุ 24 - 25 ปี ร้อยละ 1.20 เรียน
อยู่ระดับชั้นปีที่ 4 มากที่สุด ร้อยละ 29.60 รองลงมา คือ ชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 26.70 ชั้นปีที่ 2 ร้อย
ละ 23.0 และชั้นปีที่ 1 น้อยที่สุด ร้อยละ 20.60 ตามลำดับ

ปัจจัยในการเรียนในคณะพยาบาลศาสตร์ ของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.06$, S.D. = 0.53)

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ปัจจัยด้านความรักในวิชาชีพพยาบาลอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.12, S.D. = 0.57) รองลงมาคือ ปัจจัยด้านสัมพันธภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.10, S.D. = 0.55) และปัจจัยด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.96, S.D. = 0.47) ตามลำดับ

การคงอยู่ของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ ในการศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.17, S.D. = 0.51) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การตั้งเป้าหมายว่าจะจบการศึกษาพร้อมเพื่อนรุ่นเดียวกันอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.52, S.D. = 0.72) รองลงมาอยู่ในระดับมาก 3 ด้าน อันดับแรก ได้แก่ การตั้งใจจะเรียนพยาบาลต่อจนสำเร็จเพราะเป็นความคาดหวังของครอบครัว ($\bar{X}$ = 4.42, S.D. = 0.73) พยาบาลเป็นอาชีพที่มั่นคง ($\bar{X}$ = 4.33, S.D. = 0.69) และอาชีพพยาบาลเป็นอาชีพที่น่าถ่วง ($\bar{X}$ = 4.30, S.D. = 0.75) ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ของปัจจัยในการคงอยู่ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ปัจจัยในการเรียนในคณะพยาบาลศาสตร์ทั้ง 3 ด้าน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการคงอยู่ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ในการศึกษาพยาบาลศาสตร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 โดยด้านสัมพันธภาพมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับมาก (r = 0.75) รองลงมา คือ ด้านความรักในวิชาชีพพยาบาลมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับมาก (r = 0.73) และปัจจัยด้านสุดท้าย คือ ด้านเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง (r = 0.52) และเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย

อภิปรายผลการวิจัย

จากสรุปผลการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการคงอยู่ของนักศึกษาพยาบาล ที่ศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี มีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายผล ดังนี้

ปัจจัยด้านสัมพันธภาพ พบว่า มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ในการศึกษาพยาบาลศาสตร์ ในระดับมาก (r = 0.75) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 อธิบายได้ว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ เมื่อเริ่มต้นเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัย ก็ได้เข้าร่วมกิจกรรมของคณะพยาบาลศาสตร์และมหาวิทยาลัย ที่จัดขึ้นเพื่อต้อนรับนักศึกษา ได้แก่ การปฐมนิเทศนักศึกษาใหม่ การร่วมกิจกรรมเตรียมความพร้อมทางด้านวิชาการ การร่วมกิจกรรมที่อาจารย์และรุ่นพี่ต้อนรับน้องใหม่ ถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างความรักความผูกพันขึ้น เป็นการทำให้นักศึกษาได้รับรู้ข้อมูลของสถานศึกษา การที่ได้เรียนในสถานศึกษาที่ชอบทำให้มีความผูกพันต่อสถานศึกษา ประกอบกับระยะเวลาที่เรียน อาจารย์ที่สอน การได้มีกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน ทำให้รู้สึกผูกพันกับสถาบันมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Hirschi (1996) เกี่ยวกับความรู้สึกผูกพันต่อสถาบันการศึกษาของนักเรียนพยาบาลกองทัพบก พบว่าความเชื่อมั่นและข้อผูกมัดกับการศึกษาเกี่ยวข้องซึ่งกันและกันในแง่ของความผูกพันกับสถาบันการศึกษา เพราะ

ความเชื่อมั่นจะเป็นผลให้เกิดข้อผูกมัดตามมา อันเกิดเป็นความผูกพันขึ้น นอกจากนี้การมีสัมพันธภาพดีกับเพื่อน มีความรักความผูกพันช่วยเหลือเกื้อกูลกัน จะทำให้การเรียนรู้มีความสุข ไม่เกิดปัญหา ทำให้การเรียนรู้สำเร็จได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ พิชฌายีวีร์ สีนสวัสดิ์ และเบญจวรรณ พิพทาร์ต (2559) พบว่า ปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างนักศึกษา กับเพื่อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของนักศึกษาพยาบาล ทำให้นักศึกษาเกิดความสุขในการเรียนและเรียนได้สำเร็จตามหลักสูตร

ด้านความรักในวิชาชีพพยาบาล พบว่า มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ในการศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ในระดับมาก ($r = 0.73$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 เป็นไปได้ว่าอาชีวพยาบาลเปรียบเหมือนนางฟ้าในชุดสีขาว เพราะพยาบาลเป็นอาชีพที่น่ายกย่อง มีความมั่นคง จึงเป็นความใฝ่ฝันของผู้หญิงหลายคน ผู้ที่เข้ามาศึกษาในวิชาชีพนี้ จึงต้องมีพื้นฐานในด้านของความรักในวิชาชีพ มีการศึกษาเหตุผลที่เข้าศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ของสถาบันแห่งหนึ่งพบว่า ส่วนใหญ่ มีความสนใจ/ความรักในอาชีพ (ร้อยละ 65.4) ซึ่งการเรียนพยาบาลนั้น นอกจากจะขยัน ตั้งใจเรียนแล้ว สิ่งที่ยังทำให้นักศึกษายังคงเรียนอยู่ในมหาวิทยาลัย คือ ความรักในวิชาชีพ หากขาดความรักในวิชาชีพที่เลือก ก็ทำให้ไม่สามารถคงทนอยู่ในงานได้นาน นอกจากนั้นผลการวิจัยยังสอดคล้องกับผลการวิจัย เรื่องเจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนูตรดิตถ์ ที่พบว่า เหตุผลส่วนใหญ่ ที่นักศึกษาพยาบาลเลือกเรียนในวิชาชีพการพยาบาลเพราะชอบ และรักในวิชาชีพการพยาบาล (อนัญญา คูอาริยะกุล และคณะ, 2557) ความรักในวิชาชีพจะส่งผลไปจนถึงการปฏิบัติงานหลังจากเรียนจบไปแล้ว เพราะหากทำงานโดยไม่มีความรักในอาชีพก็จะไม่สามารถมีความสุขกับงานที่ทำได้ ทำให้ต้องลาออกจากงาน ดังนั้น การทำงานที่รักที่ชอบจะทำให้คงอยู่ในงานได้นาน สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร จิรวัฒน์กุล และคณะ (2555) ที่พบว่า ความสุขกับความคิดคงอยู่ในวิชาชีพของพยาบาลไทย กล่าวคือ ความสุขเกิดจากใจรักในวิชาชีพ และการช่วยผู้ป่วยและประชาชน เสมือนว่า “ได้ทำบุญทุกวันจากการให้การพยาบาล” และอุดมการณ์นี้เองที่หล่อเลี้ยงจิตวิญญาณของพยาบาลให้เข้มแข็ง สามารถคงอยู่ในวิชาชีพนี้ได้ แม้ว่าส่วนใหญ่ไม่มีความสุขในการทำงาน

ด้านเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ในการศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ ในระดับปานกลาง ($r = 0.52$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 อธิบายได้ว่าการศึกษายุคปัจจุบัน นักศึกษาต้องชำระค่าเล่าเรียนทางการศึกษา โดยอาศัยเงินจากครอบครัว เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลยังเป็นผู้ที่ไม่มีรายได้ ส่วนใหญ่จะได้รับเงินค่าใช้จ่ายจากผู้ปกครอง ซึ่งผู้ปกครองหรือครอบครัวของนักศึกษาส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกร ไร่จ้างทั่วไป จึงอาจส่งผลให้เกิดปัญหาการเงินตามมาได้ ทำให้นักศึกษาลาออกจากการเรียนก่อนสำเร็จการศึกษา จึงทำให้บางสถาบันการศึกษา มีโครงการกู้ยืมเงินเพื่อศึกษา เพื่อช่วยให้นักศึกษาบางรายได้เล่าเรียนต่อ สอดคล้องกับผลการวิจัย เรื่องการพัฒนารูปแบบการให้เงินกู้ยืมเพื่อการศึกษาของภาครัฐในระดับอุดมศึกษาของประเทศไทย กล่าวว่า การจัดตั้งกองทุนเงินให้กู้ยืมเพื่อ

การศึกษา (กยศ.) ขึ้น เพื่อมุ่งเน้นที่จะใช้เป็นเครื่องมือในการแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำทางด้านการศึกษาในสังคม และเพิ่มโอกาสทางการศึกษาให้แก่นักเรียนนักศึกษาที่มาจากครอบครัวที่มีรายได้น้อย (สุดท้าย ชัยจันทิก และคณะ, 2560) และอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยทำให้นักศึกษาเกิดความมุ่งมั่น และตั้งใจเรียนให้จบ เพราะความคิดเห็นว่า เรียนจบเป็นพยาบาลแล้วจะไม่ตกงาน สอดคล้องกับการวิจัย เรื่องเจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้อุดรดิตถ์ กล่าวว่า ความรู้สึกทางบวกต่อวิชาชีพการพยาบาล ส่งผลต่อการตัดสินใจเข้าศึกษาในวิชาชีพ ที่ปัจจุบันวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ขาดแคลน ดังนั้น เมื่อสำเร็จการศึกษาย่อมมีงานทำแน่นอน (อนัญญา คูอาริยะกุล และคณะ, 2557)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. จากผลการศึกษา สถาบันการศึกษาควรส่งเสริมปัจจัยด้านสัมพันธภาพ ด้านความรักในวิชาชีพ ให้เกิดขึ้นในสถาบันตลอดไป อันจะเป็นการสร้างความผูกพัน ยึดนักศึกษาไว้ให้สามารถเรียนจนสำเร็จหลักสูตร ไม่ลาออกระหว่างการเรียน
2. ควรสนับสนุนปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การจัดตั้งกองทุนเงินให้กู้ยืมเพื่อการศึกษา (กยศ.) หรือ การให้ทุนการศึกษาแก่นักศึกษา

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ที่มีผลการเรียนต่ำ เนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงทางด้านผลการเรียน ที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ และอาจเรียนไม่สำเร็จตามหลักสูตร
2. ควรศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของนักศึกษาพยาบาล ที่ศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ ของสถาบันการศึกษาอื่นในระดับภูมิภาคเพิ่มขึ้น

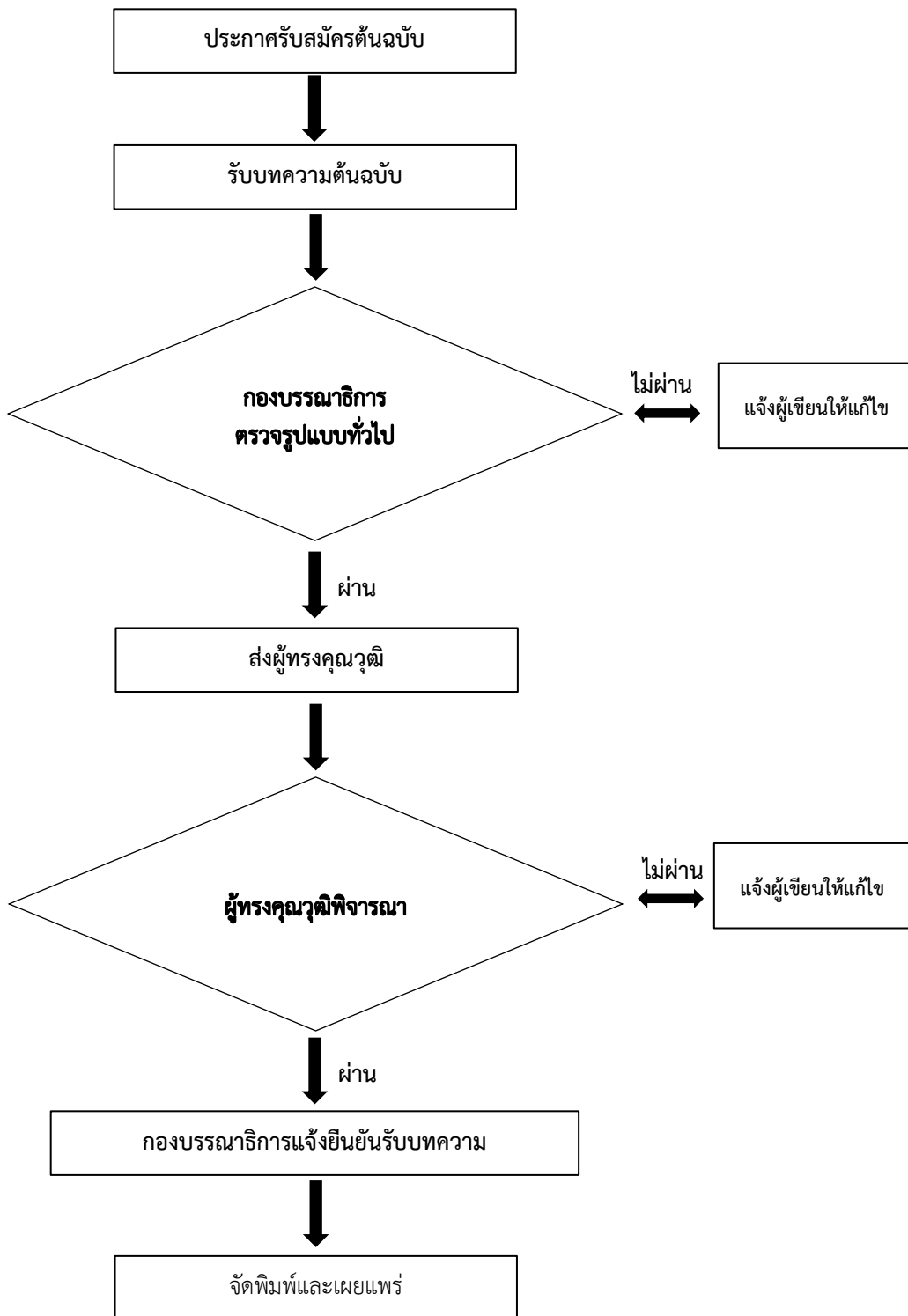
เอกสารอ้างอิง

- ธนพล บรรดาศักดิ์, กนกอร ชาวเวียง, และนฤมล จันทระเกษม. (2560). ความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 5(1), 357-369.
- ธีรวิทย์ เอกะกุล. (2550). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: วิทยาออฟเซตการพิมพ์.
- บงกชพร ตั้งฉัตรชัย. (2554). ปัจจัยทำนายการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลศูนย์ เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(4), 43-45.

- พิชญาวีร์ ลินสวัสดิ์ และเบญจวรรณ พิททาร์ต. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี. *วารสารเกื้อการณย์*, 23(1), 7-20.
- พัชรี กระจ่างโพธิ์, สถาพร กลางคาร และ ศิริมา เขมะเพชร. (2559). ปัจจัยในการเลือกสถาบันการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 8(2), 161-167.
- เพียงใจ เวชวงศ์. (2556). *การคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลร้อยเอ็ด*. (วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต) มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล, ประณีต ส่งวัฒนา, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, วารุณี ฟองแก้ว, วรณีย์ เดียวอิสระ, ศิริอร ลินธู และ นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ. (2555). ความสุขเกิดจากใจรักในวิชาชีพและการช่วยเหลือผู้ป่วย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(4), 26-42.
- ศิริพร แสงศรีจันทร์, พยาม การติ, กันยา นันตะแก้ว และรัตนา ทาสีทธิ. (2556). เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านนิสิต กระบวนการเรียนการสอน ปัจจัยเกื้อหนุน กับความสุขของนิสิตพยาบาล มหาวิทยาลัยพะเยา. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา*. 1(2), 1-9.
- สุดท้าย ชัยจันทิก, เทพศักดิ์ บุญยรัตพันธุ์, อัครณัฏ วงศ์ปรีดี และ อัญชนา ณ ระนอง. (2560). การพัฒนารูปแบบการให้เงินกู้ยืมเพื่อการศึกษาของภาครัฐในระดับอุดมศึกษาของประเทศไทย. *วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร*, 14(65), 173 - 192.
- อนัญญา คูอาริยะกุลม, วราภรณ์ ยศทวี, นัยนา อินธิโชติ, วิภาวรรณ นวลทอง และวีระยุทธ อินพะเนา. (2552). เจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลบรมราชชนนีอุดรดิตถ์. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 6(1), 18-26.
- อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไช้โตะ. (2554). ความสุขของนักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*. 34(2), 70-79.
- อัศวินี นามะกันคำ, ซาลินี สุวรรณยศ, พงนิย ภาควมิ และ วรารวรรณ ภูมิคำ. (2551). ความเครียดและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในการฝึกปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วย. *พยาบาลสาร*, 35(2), 26-36.
- Allen, N. J. and Meyer, J. P. (1990). The Measurement and Antecedents of Affective, Continuance and Normative Commitment to the Organization. *Journal of Occupational Psychology*, (63), 1-18.
- Hirschi, T. (1996). *Causes of delinquency*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Mathis, R.L. and Jackson, J.H. (2006). *Human resource management*. 12th ed. United States of America: Tomson.

ภาคผนวก

ขั้นตอนการจัดทำวารสาร



แบบเสนอผลงานวิชาการเพื่อลงตีพิมพ์ใน
วารสารนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว

ชื่อ-สกุล

(ภาษาอังกฤษ)

ตำแหน่งทางวิชาการ (โปรดระบุ)

☐ ศาสตราจารย์

☐ รองศาสตราจารย์

☐ ผู้ช่วยศาสตราจารย์

☐ ดร.

☐ อาจารย์

☐ อื่นๆ

ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ (ที่ติดต่อได้)

.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน โทรศัพท์มือถือ

โทรสาร E-mail

มีความประสงค์ขอส่งผลงานวิชาการ เรื่อง :

ชื่อผลงาน (ภาษาไทย)

.....

ชื่อผลงาน (ภาษาอังกฤษ)

.....

ประเภทผลงานวิชาการ ☐ บทความรับเชิญ ☐ บทความวิจัย ☐ บทความวิชาการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผลงานนี้ ☐ เป็นผลงานของข้าพเจ้าเพียงผู้เดียว

ผลงานนี้ยังไม่เคยลงตีพิมพ์ตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน และจะไม่นำไปเพื่อพิจารณาตีพิมพ์
เผยแพร่ในที่อื่นๆ อีก นับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งผลงานต้นฉบับนี้ มายังกองบรรณาธิการวารสารนวัตกรรมทาง
วิทยาศาสตร์สุขภาพ

.....ลายมือชื่อ เจ้าของบทความ
(.....)

วันที่

แบบรับรองพิจารณาบทความวิจัยเพื่อตีพิมพ์ใน
วารสารนวัตกรรมการทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ข้าพเจ้า ☐ ศาสตราจารย์ ☐ รองศาสตราจารย์ ☐ ผู้ช่วยศาสตราจารย์
☐ ดร. ☐ อาจารย์

ชื่อ-สกุล

ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ (ที่ติดต่อได้)

.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน โทรศัพท์มือถือ

โทรสาร E-mail

ขอรับรองว่าได้ตรวจสอบบทความวิจัยจากปริญญานิพนธ์/วิทยานิพนธ์/ดุษฎีนิพนธ์ เรื่อง :

ชื่อผลงาน (ภาษาไทย)

.....

ชื่อผลงาน (ภาษาอังกฤษ)

.....

ของนักศึกษา ชื่อ-สกุล

ว่าถูกต้องตามหลักวิชาการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ซึ่งบทความนี้ไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน และ
ไม่อยู่ระหว่างการเสนอเพื่อพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ในที่อื่นๆ

.....ลายมือชื่อ
(.....)

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

วันที่

ใบสมัครสมาชิก
วารสารนวัตกรรมการทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ชื่อ-สกุล

ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ (ที่ติดต่อได้)

.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน โทรศัพท์มือถือ

E-mail

☐ ขอสมัครเป็นสมาชิกวารสาร “นวัตกรรมการทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ”

☐ หนึ่งปี ๔ ฉบับ

ราคา 500 บาท

☐ สองปี 8 ฉบับ

ราคา 800 บาท

ชำระผ่าน ธนาคารกรุงเทพ เลขที่บัญชี 313-0-73505-4

ชื่อบัญชี วารสารนวัตกรรมการทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชธานี

โดยได้แนบหลักฐานการชำระเงิน :

☐ สำเนาหลักฐานเอกสารยืนยันการชำระเงิน ส่งทางไปรษณีย์มายังมหาวิทยาลัยราชธานี

☐ อัปโหลดหลักฐานเอกสารยืนยันการชำระเงิน มายัง e-mail: jrihs@rtu.ac.th วันที่

ฝ่ายสมาชิกวารสาร สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยราชธานี

261 เลี้ยวเมือง, ตำบลแกระแม อำเภอมืองอุบลราชธานี อุบลราชธานี, 34000

โทรศัพท์: 0-4531-9900 ต่อ 124 โทรสาร: 0-4531-9911

E-mail : jrihs@rtu.ac.th

คำแนะนำในการเตรียมและการส่งต้นฉบับ วารสารนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานทางวิชาการที่มีคุณภาพ พัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการ ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการนำเสนอ แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นเชิงวิชาการ ของ ผู้ทรงคุณวุฒิ คณาจารย์ นักศึกษา และนักวิชาการ
3. เพื่อกระตุ้นให้เกิดการวิจัย การพัฒนานวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งในทางทฤษฎีและทางปฏิบัติ ที่จะสามารถนำไปอ้างอิงประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์แก่สังคมโดยรวม

กำหนดการเผยแพร่ ปีละ 4 ฉบับ

ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม

ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน

ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน

ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม

ขอบเขตของวารสารฯ (Scope)

วารสาร Journal of Innovative Health Science รับบทความวิชาการ และบทความวิจัย ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทความนั้นต้องนำเสนอให้เห็นถึงการสร้างสรรค์องค์ความรู้ทางวิชาการที่มีประโยชน์และน่าสนใจ รวมถึงการนำเสนอผลการวิจัย ที่เป็นปัจจุบัน เป็นประโยชน์ต่อทั้งแวดวงวิชาการและวิชาชีพ โดยบทความที่จะได้รับการตีพิมพ์นั้น จะต้องผ่านการพิจารณากลั่นกรองโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความสามารถในสาขาที่บทความนั้นเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กัน โดยขอบเขตเนื้อหาทางวิชาการของวารสาร ฉบับภาษาไทย และภาษาอังกฤษ จะครอบคลุมเนื้อหาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ

สำหรับบทความที่จะลงตีพิมพ์ในวารสาร Journal of Innovative Health Science จะต้องเป็นบทความที่ไม่เคยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ หรืออยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นๆ การละเมิดลิขสิทธิ์ถือเป็นความรับผิดชอบของผู้ส่งบทความโดยตรง การเผยแพร่ต่อไปต้องได้รับอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยลิขสิทธิ์

การพิจารณาบทความ (Editorial and Review Process)

บทความจะได้รับการพิจารณาลงตีพิมพ์จะต้องผ่านการพิจารณาจากกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาเพื่อทำการกลั่นกรองและตรวจสอบคุณภาพของบทความ ดังนี้

1. กองบรรณาธิการแจ้ง/ตอบกลับการได้รับบทความตามข้อกำหนดการส่งบทความ จากนั้นกองบรรณาธิการจะตรวจสอบชื่อเรื่องและเนื้อหาของบทความว่าเหมาะสมกับวัตถุประสงค์และอยู่ในขอบเขต (Scope) ของวารสาร

2. เมื่อกองบรรณาธิการพิจารณาเห็นควรว่าบทความเป็นบทความที่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์และอยู่ในขอบเขต (Scope) ของวารสารจะดำเนินการส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาเพื่อตรวจสอบคุณภาพของบทความนั้นๆ ต่อไป โดยที่ผู้ทรงคุณวุฒิจะเป็นผู้พิจารณาว่าบทความอยู่ในระดับที่เหมาะสมที่จะลงตีพิมพ์ได้หรือบทความนั้นๆ ควรมีการแก้ไขในบางส่วนก่อนการตีพิมพ์ หรือปฏิเสธการตีพิมพ์ โดยกองบรรณาธิการจะอ้างอิงจากข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

3. กองบรรณาธิการส่งหนังสือตอบรับการตีพิมพ์หรือปฏิเสธการตีพิมพ์ให้เจ้าของบทความ

ประเภทของผลงานวิชาการที่เป็ดรับตีพิมพ์

1. บทความวิจัย (Research Article) เป็นงานเขียนที่เกิดจากการวิจัยของผู้เขียนหรือสมาชิกร่วมในงานวิจัยนั้น อย่างเป็นระบบ และไม่เคยได้รับการตีพิมพ์มาก่อน

2. บทความวิชาการ (Academic Article) เป็นบทความทางวิชาการที่น่าเสนอเนื้อหาสาระทางวิชาการที่น่าสนใจ ซึ่งผ่านการวิเคราะห์ หรือประมวลจากแหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น จากการวิจัยที่ผ่านมา จากเอกสารอ้างอิง จากความคิดเห็นของผู้เขียนและผู้อื่น อาจมีการนำเสนอในมุมมองใหม่ ที่สนับสนุนหรือคัดค้านต่อทฤษฎี หรือองค์ความรู้ทางวิชาการเดิม หรือเป็นการนำเสนอแนวทางในการวิเคราะห์องค์ความรู้ใหม่ๆ ที่ไม่เคยมีผู้รวบรวมเรียบเรียง หรือวิเคราะห์มาก่อน

การเตรียมบทความเพื่อการตีพิมพ์ในวารสาร

บทความวิจัย ประกอบด้วย

1. ชื่อเรื่อง (Title) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
2. ชื่อผู้เขียน (Author(s)) ใช้ชื่อเต็มทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
3. บทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นเรียงความย่อหน้าเดียว ที่สรุปสาระสำคัญของบทความไว้โดยครบถ้วน และควรมีความยาวไม่เกิน 300 คำ
4. คำสำคัญ (Keywords) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวนไม่เกิน 4 คำ และระบุไว้ท้ายบทคัดย่อ

5. เนื้อหา (Contents) ควรประกอบด้วยหัวข้อดังต่อไปนี้

1. บทนำ (Introduction)
2. วิธีดำเนินการวิจัย (Methods)
3. ผลการวิจัย (Results)
4. สรุปและอภิปรายผล (Conclusion and Discussion)
5. เอกสารอ้างอิง (References)
6. เอกสารอ้างอิง (References) ใช้การอ้างอิงและบรรณานุกรมของ APA 6th Edition Style (American Psychology Association)

บทความวิชาการ ประกอบด้วย

1. ชื่อเรื่อง (Title) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
2. ชื่อผู้เขียน (Author(s)) ใช้ชื่อเต็มทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
3. บทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นเรียงความย่อหน้าเดียว ที่สรุปสาระสำคัญของบทความไว้โดยครบถ้วนและควรมีความยาวไม่เกิน 300 คำ
4. คำสำคัญ (Keywords) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวนไม่เกิน 4 คำ และระบุไว้ท้ายบทคัดย่อ

5. เนื้อหา (Contents) ควรประกอบด้วยหัวข้อดังต่อไปนี้

1. บทนำ (Introduction)
2. สาระในประเด็นต่างๆ (Contents)
3. สรุปและอภิปราย (Conclusion and Discussion)
4. เอกสารอ้างอิง (References)
6. เอกสารอ้างอิง (References) ใช้การอ้างอิงและบรรณานุกรมของ APA 6th Edition Style (American Psychology Association)

การเตรียมต้นฉบับผลงานที่รับตีพิมพ์ (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)

1. ต้นฉบับพิมพ์ด้วยกระดาษ A4 พิมพ์หน้าเดียว ระยะบรรทัด 1 เท่า (Single Space) พร้อมระบุเลขหน้า และตั้งระยะขอบกระดาษ ขอบบน 1 นิ้ว ขอบซ้าย 1.25 นิ้ว ขอบขวา 1.25 นิ้ว

2. ชื่อเรื่อง ต้องมีทั้งชื่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 18 point ตัวหนาทั้งกลางหน้ากระดาษ

3. ชื่อผู้เขียน (Author(s)) ใช้ชื่อเต็มทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 point ขีดขวหน้ากระดาษ โดยระบุชื่อผู้เขียนของแต่ละคนที่มีส่วนในงานวิจัยเรียงตามลำดับความสำคัญ

4. บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทคัดย่อภาษาไทย ให้ใช้คำว่า “บทคัดย่อ” ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 18 point ตัวหนาขีดซ้ายหน้ากระดาษ ส่วนเนื้อหาของบทคัดย่อ ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 point จัดแบบกระจายให้สม่ำเสมอ จำนวนไม่เกิน 300 คำ

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ให้ใช้คำว่า “Abstract” ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 18 point ตัวหนาขีดซ้ายหน้ากระดาษ ส่วนเนื้อหาของบทคัดย่อ ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 point จัดแบบกระจายให้สม่ำเสมอ จำนวนไม่เกิน 300 คำ

5. เนื้อหา

5.1 เนื้อหาของต้นฉบับของบทความวิจัยและบทความวิชาการ มีความยาวไม่เกิน 15 หน้า กระดาษ A4 (รวมบทคัดย่อ เนื้อหา และเอกสารอ้างอิง)

5.2 เนื้อหาหัวเรื่อง ภาษาไทย ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 point ตัวหนา และเนื้อหาหัวเรื่องภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 point ตัวหนา ขีดซ้ายหน้ากระดาษ

5.3 เนื้อหาบทความภาษาไทยให้ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 point และเนื้อหาบทความภาษาอังกฤษให้ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 point จัดแบบกระจายให้สม่ำเสมอ

6. ให้ใช้ระยะห่างระหว่างบรรทัด (Line Space) 1 บรรทัด

7. ข้อมูลในส่วนเชิงอรรถ

7.1 ข้อมูลผู้เขียน ให้ระบุ ชื่อ-นามสกุลของผู้เขียนทุกคน (ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ) ตำแหน่ง หน่วยงานที่สังกัด E-mail หรือหมายเลขโทรศัพท์ โดยใช้หมายเลขกำกับตามลำดับ และให้ใส่เครื่องหมาย * เป็นตัวยกกำกับท้ายชื่อผู้แต่งหลัก (Corresponding Author) ภาษาไทย ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 14 point และภาษาอังกฤษ ให้ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 14 point

7.2 ส่วนประกอบอื่นหรือแหล่งที่มาของบทความ เช่น แหล่งทุนให้นำไปไว้ในส่วนของกิตติกรรมประกาศ

8. การอ้างอิงเอกสารให้ใช้รูปแบบ APA 6th Edition Style (American Psychology Association)

9. ใช้ตัวเลขอารบิกเท่านั้น และไม่ให้ใช้การตั้งค่าตัวเลขอัตโนมัติ

หมายเหตุ : นักศึกษาที่ส่งบทความวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ หรือสารนิพนธ์ จะต้องมีการรับรองจากประธาน หรือกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์หลักให้พิจารณาลงพิมพ์เผยแพร่

การติดต่อในการส่งบทความ

งานวารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชธานี

เลขที่ 261 ถนนเลียงเมือง ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000

โทรศัพท์ : 045-319-900 ต่อ 138

โทรสาร : 045-319-911

E-mail: jrihs@rtu.ac.th

ผู้ทรงคุณวุฒิกลั่นกรองบทความ (Peer review)

ดร.กัญญารัตน์	กัญยาภาณุจัน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึง อ.เมือง
ดร.เพชรมณี	วิริยะสืบพงศ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
ดร.ภคิน	ไชยช่วย	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
		จ.อุบลราชธานี
ดร.ราณี	วงศ์คงเดช	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร.รุ่งรังษี	วิบูลชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
ดร.สมเด็จจ	กั้วพิทักษ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
ดร.อุมาพร	เคนศิลา	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
ดร.ฐิติมา	โกศลวิตร	มหาวิทยาลัยราชธานี
ผศ.ทศา	ชัยวรรณวรรต	มหาวิทยาลัยราชธานี
ดร.นิภาธร	ไวท์วิทย์ริยะ	มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

Contents

บทความวิชาการ

แนวทางการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดสำหรับนักศึกษาพยาบาล
นิภาธร ไวกัทธิษัริยะกุล และระพีพรรณ ลาภา

1

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้เกี่ยวกับ
โรคมะเร็งปากมดลูก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง

18

อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

ฐิติมา โกศลวิตร, นิตยา เจริญยุทธ์, กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์
และนฤมล บุญญนิवारวัฒน์

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

31

ในการปฏิบัติการพยาบาลต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาล

ในการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด

มนรดา แข็งแรง และภัคภาร เลิกภูเขียว

พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ดื่มในชุมชนเมืองจังหวัดอุดรธานี
อุมาพร เคนศิลา และจุฬารัตน์ เคนศิลา

52

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการคงอยู่ของนักศึกษาพยาบาลที่ศึกษา

62

ในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี

วรลักษณ์ เมืองซอง, ณัฐริกา เพ็ญวิเชียร, ณัฐริกา ราชาลูา, ทิพย์สุคนธ์ บัวกอ,
วรรณภา ถิ่นอำนาจ, ธนบูรณ์ บุทธฤทธิ์, ธัญวลัย มะณีวงษ์,

ธัญญา ประไพเพชร, ศศิวิภา ศรียัง และทศฯ ชัยวรรณวรรต

