

JRIHS

Journal of Ratchathani Innovative Health Sciences

วารสาร

ราชธานีนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ISSN : 2586-8438

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - กันยายน 2560

Vol. 1 No. 2 July - September 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

วารสารราชธานีนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 2 ประจำปี พ.ศ. 2560 เป็นอีกฉบับที่กองบรรณาธิการขอเรียนว่า บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารฉบับนี้เต็มเปี่ยมไปด้วยคุณภาพ โดยในฉบับนี้ได้นำเสนอบทความวิชาการจำนวน 1 เรื่อง และบทความวิจัยจำนวน 4 เรื่อง ซึ่งบทความวิชาการ ได้แก่ เรื่องแนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพด้านการศึกษาพยาบาล ศาสตร์ในศตวรรษที่ 21 ซึ่งเป็นบทความที่แสดงให้เห็นถึงการฝึกเทคนิคการสนทนาเพื่อการบำบัด และแนวทางในการพัฒนาสัมพันธภาพสำหรับนักศึกษาพยาบาล ซึ่งเป็นประเด็นที่น่าสนใจติดตาม และนำไปใช้ได้ตามสถานการณ์จริง นอกจากนี้ยังมีบทความวิจัยเรื่องประสิทธิภาพของการจัดการความปวดโดยใช้นวัตกรรม VNBN pain expression กับการจัดการความปวด ซึ่งเป็นนวัตกรรมที่น่าสนใจนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยในโรงพยาบาลต่างๆ หรือบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง และพบได้ในผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับข้อมูลทางวิชาการอันจะเป็นประโยชน์ต่อท่าน และต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลต่อไป ท้ายนี้ขอเชิญชวนท่านผู้สนใจ ชาววิทยาศาสตร์สุขภาพทุกๆ สาขา จากสถาบันการศึกษา และงานบริการสุขภาพทุกระดับ ได้กรุณาส่งบทความวิจัย หรือบทความวิชาการ มาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยส่งมาตีพิมพ์ในวารสารราชธานีนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพของเราให้มากขึ้น และนำองค์ความรู้ไปพัฒนาต่อ เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งของวิชาชีพต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เยาวลักษณ์ โพธิ์ดารา
บรรณาธิการ

สารบัญ

หน้า

บทความวิชาการ

แนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพด้านการศึกษายาบาลศาสตร์ในศตวรรษที่ 21

ชนิดาภา ขอสุข

1

บทความวิจัย

ประสิทธิผลของการจัดการความปวดโดยใช้นวัตกรรม VNBN pain expression

กับการจัดการความปวดแบบเดิม ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลนครพนม

จิราภรณ์ พงษ์สุน, ทศนีย์ เดชเสน, พชรวลี ประชุมรักษ์, มานะ สมบัติดี,

วาริณี นครเขต, สิริลักษณ์ ทองสิงห์, จณิสตา สายสุด และศิริรัตน์ อินทรเกษม

14

ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลย่อ

อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร

ฐิติมา โกศลวิตร, กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์, ทานตะวัน คำวัง

และพรรณราย ดารุณิกร

28

พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษา

ในจังหวัดอุบลราชธานี

นัจรินทร์ เนื่องเฉลิม และภคิน ไชยช่วย

41

พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

ในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านธาตุ

เกษภาภรณ์ นาขะมิน, เสกสรร ผ่องแผ้ว และวรรณุช ไชยวาน

56

แนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพด้านการศึกษาศาสาตร์พยาบาลศาสตร์ในศตวรรษที่ 21

A Qualitative Research Approach to Nursing Education in the 21st Century

ชนิดาภา ขอสุก¹

Chanidapa Khosuk¹

บทคัดย่อ

การจัดการศึกษาศาสาตร์พยาบาลศาสตร์ในศตวรรษที่ 21 ผู้สอนจำเป็นต้องช่วยให้ผู้เรียนเกิดทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ซึ่งประกอบด้วยการเรียนรู้ 3Rs และ 7Cs ซึ่งการวิจัยด้านการศึกษาศาสาตร์พยาบาล เป็นกระบวนการที่สำคัญอย่างหนึ่งที่จะช่วยให้บัณฑิตพยาบาลสามารถบรรลุจุดมุ่งหมาย และเกิดทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ได้ บทความนี้จึงได้นำเสนอรูปแบบของการวิจัยเชิงคุณภาพ 5 รูปแบบ ได้แก่ ปรากฏการณ์วิทยาการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา ทฤษฎีฐานราก ทฤษฎีสตรีวิพากษ์ และการวิจัยแบบกรณีศึกษา วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสัมภาษณ์มีโครงสร้าง การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การใช้แบบสอบถาม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม วิธีการตรวจสอบข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพที่นิยมใช้ ได้แก่ การตรวจสอบแบบสามเส้า และข้อเสนอแนะสำหรับประเด็นปัญหาของการวิจัยเชิงคุณภาพด้านการศึกษาศาสาตร์พยาบาล ได้แก่ การวิจัยการสร้างและการพัฒนาหลักสูตรด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และการวิจัยด้านการจัดการเรียนการสอน

คำสำคัญ: การวิจัยเชิงคุณภาพ, การศึกษาศาสาตร์พยาบาล, ศตวรรษที่ 21

Abstract

Management of Nursing Education in the 21st century, instructors need to help the learners obtain the 21st century skills which include 3Rs and 7Cs learning. The research of nursing education is one important process that allows the graduated nurse to achieve goals and 21st century skills. This paper presents the five design of qualitative research: Phenomenology, Ethnography research, Grounded Theory, Critical-Feminist Theory, and Case Study. Collecting qualitative

¹ อาจารย์ประจำสาขาคณะพยาบาลศาสตร์ การพยาบาลมารดาและทารก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี (Department of Midwifery and Maternal and Newborn Nursing, Faculty of Nursing, Ratchathani University, Udonthani campus) e-mail: saowaluk@rtu.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 042-292036-8

research data methods include of structured interviews, non-structured interviews, focus group interviews, in-dept interviews, questionnaire, participant observation, and non-participant observation. The most common of qualitative research data verification used is Triangulation verification. The recommendations for qualitative research in nursing education research issues include of creation and development of nursing and midwifery courses, and instruction research.

Keywords: Qualitative Research, Nursing Education, The 21st Century

บทนำ

จากการปฏิรูปการศึกษาในระดับโลก พ.ศ. 2544 ซึ่งเป็นปีที่ก้าวสู่ศตวรรษที่ 21 ทำให้หลายประเทศทั่วโลกได้กำหนดทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ให้เป็นวาระแห่งชาติในการปฏิรูปการศึกษา รวมทั้งประเทศไทยซึ่งได้กำหนดในหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2551 ที่กำหนดจุดหมายของหลักสูตรข้อที่ 2 ไว้ว่า เมื่อจบการศึกษาขั้นพื้นฐาน ผู้เรียนจะต้องมีความรู้อันเป็นสากล และมีความสามารถในการสื่อสาร การคิด การแก้ปัญหา การใช้เทคโนโลยี และมีทักษะชีวิต โดยมุ่งเพื่อพัฒนากำลังคนรองรับการพัฒนาคุณภาพคนไทยให้มีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาประเทศในอนาคต (The Ministry of Education, 2008 อ้างถึงใน พิษญา ดีมี และเอี่ยมพร หลินเจริญ, 2560) ซึ่งทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ที่เกิดขึ้นกับผู้เรียนนี้ ถือเป็นการเตรียมตัวผู้เรียนให้ประสบผลสำเร็จในโลกของการทำงาน ในศตวรรษที่ 21 ต่อไป ดังนั้น การศึกษานับว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการพัฒนาประเทศ จากการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกในยุคศตวรรษที่ 21 ที่มีการเปลี่ยนแปลงและขยายตัวอย่างมากมายและหลาย ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ การเมือง สิ่งแวดล้อม เทคโนโลยีต่าง ๆ และลักษณะทางสังคมโลกที่มีความซับซ้อนมากขึ้น จึงผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจบนพื้นฐานของความรู้ ดังนั้นนักการศึกษาและมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ก็ต้องมีการพัฒนาเพื่อให้มีความสามารถที่จะรองรับกับการเปลี่ยนแปลงและการขยายตัวของสังคมโลก จึงได้มีการออกแบบการศึกษาที่หลากหลาย เพื่อเตรียมคนเข้าสู่การทำงาน ไปจนถึงการจัดความยากจนเพิ่มสุขภาวะของประชาชนหรือเสริมสร้างเศรษฐกิจท้องถิ่น เครือข่ายความร่วมมือระหว่างประเทศได้ผลักดันให้มหาวิทยาลัยแห่งชาติจัดอันดับงานวิจัย การสร้างเอกลักษณ์ด้านศึกษานานาชาติ การขยายธรรมชาติของการศึกษาระดับสูงสุด โดยให้รวมการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การคิดแนวทางใหม่ การเตรียมฝึกงาน และการจัดการศึกษาที่เน้นความรู้และทักษะเฉพาะวิชา (Oxford University, 2015)

การศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เป็นกระบวนการจัดการเรียนการสอนเพื่อสร้างบัณฑิตพยาบาลศาสตร์ให้เป็นพยาบาลวิชาชีพ เพื่อออกไปปฏิบัติภารกิจบริการสุขภาพอนามัย รวมถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและผู้รับบริการ ประเทศไทยเริ่มจัด

การศึกษาพยาบาลและผดุงครรภ์เมื่อ พ.ศ. 2439 และวิวัฒนาการมาเป็นวิชาชีพตามมาตรฐานสากล เข้าสู่ระบบการศึกษาระดับอุดมศึกษาเมื่อปี พ.ศ. 2499 มีพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์เมื่อ พ.ศ. 2528 เพื่อควบคุมและพัฒนาการประกอบวิชาชีพให้ได้มาตรฐานและคุณภาพ เหมาะสมกับความต้องการของสังคมและความปลอดภัยของผู้รับบริการ (สภาการพยาบาล, 2555) ซึ่งสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย ได้ส่งเสริมและผลักดันให้เกิดการพัฒนาด้านการศึกษาพยาบาลและการผดุงครรภ์มาโดยตลอดจนถึงปัจจุบัน การพัฒนาความเข้มแข็งให้กับวิชาชีพพยาบาลที่สำคัญอีกด้านหนึ่งคือ การสร้างองค์ความรู้ที่ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นฐานข้อมูล (Evidence based) นำไปสู่ปฏิบัติการพยาบาลและระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนผู้ใช้บริการ ซึ่งเครื่องมือที่สำคัญของการสร้างองค์ความรู้คือ การวิจัย

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดกลยุทธ์และทิศทางใหม่สำหรับพยาบาลและผดุงครรภ์ในการให้บริการ ปี 2010-2015 (WHO, 2010 อ้างถึงใน สภาการพยาบาล, 2555) คือ ต้องการให้พัฒนาการศึกษาพยาบาลและการผดุงครรภ์ โดยเฉพาะความรู้การวิจัย เป็นการสร้างนักวิจัยทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ระดับเชี่ยวชาญ เพื่อสามารถใช้ความรู้ของนักวิจัยทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไปขยายผลต่อให้เป็นนวัตกรรมของระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพไปบริการประชาชน (สภาการพยาบาล, 2555) การวิจัยทางการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญของการสร้างองค์ความรู้โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นฐาน (Evidence based) เพื่อตอบสนองต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล ให้สามารถบริการประชาชนได้ตามมาตรฐานและได้คุณภาพ อีกทั้งยังเป็นการพัฒนาความเข้มแข็งให้กับระบบบริการสุขภาพและวิชาชีพ ซึ่งจะนำไปสู่การมีเอกลักษณ์ เอกลักษณ์ ทางวิชาชีพการพยาบาลในการทำงานด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ดังนั้นจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องทำให้เกิดการพัฒนาการวิจัยอย่างเป็นรูปธรรม ที่ผ่านมามีการนำความรู้จากการปฏิบัติการทางการพยาบาลมาใช้้น้อยมาก ส่วนใหญ่มาจากตำราทางการพยาบาล ซึ่งเป็นตำราทางทฤษฎีและคู่มือการปฏิบัติทางการพยาบาล ยังมีการนำไปสู่การปฏิบัติน้อย สาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งเกิดจากการที่องค์กรพยาบาล องค์กรวิชาชีพ และสถาบัน การศึกษาพยาบาล ยังทำวิจัยหรือสังเคราะห์ความรู้จากการปฏิบัติค่อนข้างน้อย (สภาการพยาบาล, 2555) และเนื่องจากการพยาบาลและการศึกษาด้านการพยาบาลนั้น ล้วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์ การวิจัยเชิงคุณภาพจึงเป็นทางเลือกที่ควรพิจารณาสำหรับการพัฒนาด้านการศึกษาพยาบาลศาสตร์ เพราะสามารถช่วยให้นักวิจัยได้มองเห็นพฤติกรรมของมนุษย์ในสภาพที่เป็นธรรมชาติ โดยไม่มีสิ่งปรุงแต่ง และยังช่วยให้เข้าใจปรากฏการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างลึกซึ้ง ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นรากฐานสำคัญที่สามารถนำมาพัฒนางานด้านการพยาบาลและการศึกษาพยาบาลศาสตร์ได้อย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาที่แท้จริง บทความนี้ผู้เขียนมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพ

ด้านการศึกษายาบาลศาสตร์ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมโลกในยุคศตวรรษที่ 21

การศึกษาพยาบาลศาสตร์ในศตวรรษที่ 21

การจัดการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ในศตวรรษที่ 21 มีความแตกต่างจากการศึกษาในยุคสมัยที่ผ่านมาอย่างมาก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมหลาย ๆ ด้านไม่ว่าจะเป็น การเปลี่ยนแปลงด้านตัวผู้เรียนเอง ความต้องการด้านสุขภาพของคนในสังคม หรือด้านการเข้าถึงความรู้และเทคโนโลยีต่าง ๆ ดังนั้นผู้สอนจึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนวิธีการสอนเพื่อให้เหมาะสมและเกิดบัณฑิตทางการพยาบาลที่มีสมรรถนะตามความต้องการในศตวรรษที่ 21 โดยผู้สอนต้องปรับบทบาทจากการเป็นผู้สอนไปสู่บทบาทการเป็นผู้ให้คำแนะนำ การพูดคุยให้คำปรึกษา ผู้ฝึกทักษะ ส่งเสริมและประเมินความก้าวหน้าในการเรียนรู้ของผู้เรียน ผู้สอนต้องสร้างสื่อการสอนผ่านเทคโนโลยีมากขึ้นเพื่อให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ตลอดเวลาทั้งในและนอกห้องเรียน และส่งเสริมให้ผู้เรียนได้มีปฏิสัมพันธ์กับความรู้เพิ่มขึ้น เช่น การทำความเข้าใจกับความรู้ การวิเคราะห์ การจัดการ การออกแบบ การสร้างสรรค์และการนำความรู้ไปใช้จริง การช่วยให้ผู้เรียนได้ฝึกทักษะการวินิจฉัยปัญหาและการแก้ปัญหา รวมถึงการช่วยให้ผู้เรียนสามารถสร้างองค์ความรู้ใหม่ขึ้นได้เอง (Scott, C. Luna, 2015) อย่างไรก็ตาม สารศึกษาก็ยังมีความสำคัญ แต่ไม่เพียงพอสำหรับการเรียนรู้เพื่อมีชีวิตในโลกยุคศตวรรษที่ 21 ปัจจุบันการเรียนรู้สาระวิชา (content หรือ subject matter) ควรเป็นการเรียนจากการค้นคว้าเองของผู้เรียน โดยครูช่วยแนะนำและช่วยออกแบบกิจกรรมที่ช่วยให้นักเรียนแต่ละคนสามารถประเมินความก้าวหน้าของการเรียนรู้ของตนเองได้ (วิจารณ์ พานิช, 2555)

ในการจัดการเรียนการสอนด้านการพยาบาล ผู้สอนจำเป็นต้องตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์โลกแห่งยุคศตวรรษที่ 21 ซึ่งสามารถจัดการเรียนการสอนได้หลากหลายรูปแบบ เช่น วิธีการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (Problem-based learning) การเปิดหลักสูตรออนไลน์ (Massive Open Online Courses: MOOCs) การจัดการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับทิศทาง (Flipped classrooms) ซึ่งเป็นการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานระหว่างการใช้เทคโนโลยีกับห้องเรียนแบบดั้งเดิม มีวัตถุประสงค์เพื่อปลูกฝังการเรียนรู้ที่เข้มแข็งและการคิดที่ลึกซึ้งแก่นักศึกษา เช่นที่ San Jose State University ได้ให้นักศึกษาวิศวกรรมไฟฟ้าดูวิดีโอเลคเชอร์ที่บ้านและเข้าเรียนในห้องเรียนจริง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เพื่อทำกิจกรรมและสนทนาเกี่ยวกับหัวข้อที่เรียน ผลพบว่านักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น และที่ University of North Carolina ได้ใช้วิธีการเรียนแบบห้องเรียนกลับทิศทางในนักศึกษาเภสัช ซึ่งก็พบว่านักศึกษาได้คะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นเช่นกัน (Oxford University, 2015) ดังนั้น ในการจัดการเรียนการสอนด้านการพยาบาลซึ่งมีทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัตินั้น ผู้สอนจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนวิธีการจัดการเรียนการสอนให้เหมาะสมกับผู้เรียน และต้องประเมินผู้เรียนทั้งด้านความรู้พื้นฐานและความสามารถพิเศษและอื่น ๆ เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลได้พัฒนาตนเองและ

พัฒนากระบวนการคิด (วิภาดา คุณาวิกตีกุล, 2558) ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์คือ การได้บัณฑิตที่มีสมรรถนะและทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 อย่างแท้จริง

ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ประกอบด้วย การเรียนรู้ 3Rs และ 7Cs ซึ่ง 3Rs ได้แก่ Reading (การอ่าน) (W)Riting (การเขียน) และ (A)Rithmetic (คณิตศาสตร์) และ 7Cs ได้แก่ Critical Thinking and Problem Solving (ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา) Creativity and Innovation (ทักษะด้านการสร้างสรรค์และนวัตกรรม) Cross-cultural Understanding (ทักษะด้านความเข้าใจความแตกต่างทางวัฒนธรรม) Collaboration, Teamwork and Leadership (ทักษะด้านความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ) Communications, Information, and Media Literacy (ทักษะด้านการสื่อสาร สารสนเทศและรู้เท่าทันสื่อ) Computing and ICT Literacy (ทักษะด้านคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร) และ Career and Learning Skills (ทักษะด้านอาชีพ และทักษะการเรียนรู้) (Trilling & Fadel, 2009 อ้างถึงใน กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ และคณะ, 2558)

แนวทางการจัดทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ที่เน้นสมรรถนะทางสาขาวิชาชีพเพื่อพัฒนาทักษะแห่งอนาคตในศตวรรษที่ 21 ยึดกรอบของระบบสนับสนุนการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ดังนี้ (นงลักษณ์ เถลิณสุข, 2016)

1. ระบบมาตรฐานการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 (21st Century Standards) ได้แก่ การใช้ข้อมูลความจริงจากกระบวนการสังเกต ตั้งประเด็นคำถามจากแหล่งเรียนรู้ชุมชน เชื่อมโยงไปสู่สาระการเรียนรู้รายวิชา การบูรณาการความรู้และความเข้าใจของเนื้อหาสาระ การสร้างทักษะการสืบค้นและรวบรวมความรู้ การสร้างความรู้ ความเข้าใจเชิงลึกมากกว่าแบบผิวเผิน การสร้างความเชี่ยวชาญตามความถนัดและสนใจให้เกิดกับผู้เรียน และการใช้หลักการวัดประเมินผลที่มีคุณภาพระดับสูง

2. ระบบการประเมินทักษะในศตวรรษที่ 21 (Assessment of 21st Century Skills) ได้แก่ การสร้างความสมดุลในการประเมินผลเชิงคุณภาพ (ความรู้ ความถนัด สาขาอาชีพ ทักษะคิดต่อการทำงานและอาชีพ) การนำประโยชน์ของผลสะท้อนจากการปฏิบัติของผู้เรียนมาปรับปรุงการแก้ไขงาน(เครื่องมือวัดผลตามสภาพจริง การปฏิบัติ ทักษะคิด และความรู้) ใช้เทคโนโลยีเพื่อยกระดับการทดสอบวัดและประเมินผลให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด (คลังข้อสอบ ระบุตัวชี้วัด มาตรฐานรายวิชา ระบุระดับชั้นพฤติกรรม) การสร้างและพัฒนาระบบแฟ้มสะสมงาน (Portfolios) และเส้นทางการศึกษาต่อสู่การประกอบอาชีพ (Career Path) ของผู้เรียนให้เป็นมาตรฐานและมีคุณภาพ

3. ระบบหลักสูตรและการสอนในศตวรรษที่ 21 (21st Century Curriculum & Instruction) ได้แก่ การสอนให้เกิดทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 โดยมุ่งเน้นเชิงสหวิทยาการ (Interdisciplinary) ของวิชาแกนหลัก การสร้างโอกาสที่จะประยุกต์ทักษะเชิงบูรณาการข้าม

สาระเนื้อหาและสร้างระบบการเรียนรู้ที่เน้นสมรรถนะเป็นฐาน (Competency-based) การสร้างนวัตกรรมและวิธีการเรียนรู้ในเชิงบูรณาการที่มีเทคโนโลยีเป็นตัวเกื้อหนุน การเรียนรู้แบบสืบค้น และวิธีการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (Problem-based) การบูรณาการแหล่งเรียนรู้ (Learning Resources) จากชุมชนเข้ามาใช้ในโรงเรียนตามกระบวนการเรียนรู้แบบ Project-Based Learning: PBL

4. ระบบการพัฒนาทางวิชาชีพในศตวรรษที่ 21 (21st Century Professional Development) ได้แก่ การฝึกฝนทักษะความรู้ความสามารถในเชิงบูรณาการ การใช้มิติของการสอนด้วยเทคนิควิธีการสอนที่หลากหลาย ฝึกฝนทักษะความรู้ความสามารถในเชิงลึกเกี่ยวกับการแก้ปัญหา การคิดแบบวิจารณ์ญาณ ความสามารถวิเคราะห์ผู้เรียนได้ทั้งรูปแบบการเรียนรู้ สติปัญญา จุดอ่อน จุดแข็ง ในตัวผู้เรียน และสามารถวิจัยเชิงคุณภาพที่มุ่งผลต่อคุณภาพของผู้เรียน การพัฒนาความสามารถให้สูงขึ้น นำไปใช้สำหรับการกำหนดกลยุทธ์และจัดประสบการณ์ทางการเรียนได้เหมาะสมกับบริบททางการเรียนรู้ ประเมินผู้เรียนอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างทักษะและเกิดการพัฒนากการเรียนรู้ แบ่งปันความรู้ระหว่างชุมชนทางการเรียนรู้โดยใช้ช่องทางหลากหลายในการสื่อสาร

5. ระบบสภาพแวดล้อมทางการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 (21st Century Learning Environment) ได้แก่ สร้างสรรค์แนวปฏิบัติทางการเรียน การรับการสนับสนุนจากบุคลากรและสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เกื้อหนุน เพื่อช่วยให้การเรียนการสอนบรรลุผล สนับสนุนทางวิชาชีพแก่ชุมชนทั้งในด้านการให้การศึกษา การมีส่วนร่วม การแบ่งปันสิ่งปฏิบัติที่เป็นเลิศระหว่างกัน รวมทั้งการบูรณาการหลอมรวมทักษะหลากหลายสู่การปฏิบัติในชั้นเรียน สร้างผู้เรียนให้เกิดการเรียนรู้จากสิ่งที่ปฏิบัติจริงตามบริบท โดยเฉพาะการเรียนแบบโครงงาน สร้างโอกาสในการเข้าถึงสื่อเทคโนโลยีและเครื่องมือหรือแหล่งการเรียนรู้ที่มีคุณภาพ

จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างมากในบริบทโลก ทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และเทคโนโลยีที่ทันสมัยมากขึ้น นักการศึกษาและนักศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องพัฒนาตนเองให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว และเพื่อให้เกิดทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ซึ่งประกอบด้วย การเรียนรู้ 3Rs และ 7Cs นั้น นักการศึกษาหรือนักวิจัยจำเป็นต้องมีความรู้และเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับพื้นฐานที่เป็นเนื้อแท้ของผู้เรียน ผู้รับบริการ หรือผู้ที่เกี่ยวข้องด้านการพยาบาล ดังนั้น การวิจัยเชิงคุณภาพจึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่สามารถช่วยให้นักวิจัยได้มองเห็นพฤติกรรมของมนุษย์ในสภาพที่เป็นธรรมชาติโดยไม่มีสิ่งปรุงแต่ง และยังช่วยให้เข้าใจปรากฏการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างลึกซึ้ง ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นรากฐานสำคัญที่สามารถนำมาพัฒนางานด้านการพยาบาลและการศึกษาพยาบาลศาสตร์ได้อย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาที่แท้จริง ซึ่งผู้เขียนจะได้กล่าวถึงรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพในหัวข้อต่อไป

การวิจัยเชิงคุณภาพด้านการศึกษายาบาลศาสตร์

การวิจัยด้านการศึกษายาบาล (Research in Nursing Education) เป็นการวิจัยเกี่ยวกับระบบการศึกษา ซึ่งประกอบด้วยหลักสูตร ผู้เรียน ผู้สอน การเรียนการสอน โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ เพื่อพัฒนาผู้เรียนให้เป็นพยาบาลที่ดี มีความรู้ความสามารถตามต้องการ ความสำคัญของการวิจัยด้านการศึกษายาบาลศาสตร์ได้แก่ ความสำคัญต่อการพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาล โดยการสร้างความรู้ใหม่และการทำให้ความรู้ที่มีอยู่เดิม มีความลึกซึ้งกว้างขวางมากขึ้น ความสำคัญต่อการแก้ปัญหาและพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลโดยตรงแก่ผู้รับบริการให้ได้รับบริการที่ดี มีคุณภาพ เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด และพยาบาลได้รับประโยชน์ในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นวิธีการที่ใช้ในการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ต่าง ๆ จากหลายมุมมองที่เกี่ยวข้องหรือการทำความเข้าใจในบริบททางสังคมวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม การเมือง และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Glesne, 2006 อ้างถึงใน Devadas, 2016) เป็นการวิจัยที่เก็บรวบรวมข้อมูลจากตัวแปรที่มีลักษณะเป็นข้อความที่บรรยายลักษณะ เหตุการณ์หรืออธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นอย่างไรตามสภาพแวดล้อม ทำให้มีการสรุปผลการวิจัยเชิงลึกที่ค่อนข้างมีความซับซ้อน (สมชาย วรภิเษมสกุล, 2558: 15) ซึ่งในด้านการศึกษายาบาลศาสตร์ได้พยายามที่จะปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานทางการพยาบาลเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการทางสังคมในยุคศตวรรษที่ 21 โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นเครื่องมือที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง เพื่อช่วยให้เกิดการพัฒนาดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในบทความนี้จะได้นำเสนอรูปแบบของการวิจัยเชิงคุณภาพ 5 รูปแบบดังนี้

1. ปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เป็นการศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์ที่เป็นการศึกษาความรู้ แนวความคิด ความรู้สึก อารมณ์ การตัดสินใจ ความเข้าใจถึงความหมายและระบบคุณค่า รวมถึงวัฒนธรรมของกลุ่มคน เป็นการศึกษาปรากฏการณ์ตามคำบอกเล่าของผู้ที่ประสบกับเหตุการณ์นั้นโดยตรง ให้ความสำคัญกับการศึกษาแบบองค์รวม มุ่งทำความเข้าใจบุคคลผ่านกระบวนการหยั่งรู้ (Intuition) การสะท้อนคิดพิจารณาอย่างมีสติ การพรรณนาและตีความข้อมูลในสภาวะการณ์ที่เป็นธรรมชาติ อธิบายประสบการณ์ที่ศึกษาให้ตรงกับสิ่งที่เกิดขึ้นมากที่สุดและตรงไปตรงมาตามคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล (ศิวัพร ละม้ายนิล, 2557, อัศวิน มณีอินทร์, 2553, สัญญา เคนาภูมิ, 2557) Polit and Beck (2006) ได้แบ่งการศึกษาเชิงปรากฏการณ์ออกเป็น 4 ขั้นตอนได้แก่ การคร่อมด้วยเครื่องหมายคำพูด (bracketing) เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้ความคิดและความเชื่อส่วนบุคคลของผู้วิจัยปนเปื้อนหรือมีผลต่อข้อมูลวิจัย การหยั่งรู้ (intuiting) การวิเคราะห์ (analyzing) และการพรรณนา (describing) คือการทำความเข้าใจและให้ความหมายของปรากฏการณ์ (Polit and Beck, 2006 cited in Devadas B, 2016)

2. การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา (Ethnography research) เป็นการศึกษาให้เข้าใจถึงลักษณะทางวัฒนธรรม กฎเกณฑ์ และสังคมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของกลุ่มคนในสังคมนั้น ๆ มุ่งทำความเข้าใจในพฤติกรรมของมนุษย์และข้อเท็จจริงทางสังคมโดยการเข้าไปฝังตัวในวัฒนธรรมของผู้รับบริการ (cultural immersion) การสร้างสัมพันธภาพ (good rapport) เพื่อให้เกิดความไว้วางใจอันจะนำไปสู่การได้ข้อมูลที่ลึกซึ้ง การสังเกตการณ์และการเล่าประสบการณ์การทำงานกับผู้รับบริการ การศึกษาเอกสารหรืองานเขียนด้านพื้นฐานวัฒนธรรม ความเชื่อของผู้รับบริการตามเชื้อชาติหรือสัญชาติต่าง ๆ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (participant observation) โดยพยาบาลเข้าไปสังเกตหรือทำกิจกรรมร่วมกับญาติของผู้รับบริการ ศึกษากิจวัตรประจำวันและกิจกรรมที่ผู้รับบริการทำร่วมกับคนในครอบครัว การจดบันทึกเหตุการณ์เรื่องราวต่าง ๆ ซึ่งอาจใช้เวลานานเป็นเดือน หรือเป็นปี เพื่อให้เข้าใจวัฒนธรรมอย่างลึกซึ้ง (กมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม, 2557) ในโลกแห่งศตวรรษที่ 21 ซึ่งการศึกษาพยาบาลได้เปิดกว้างมากขึ้น พยาบาลต้องมีสมรรถนะที่สำคัญอีกด้านคือ ความสามารถในการทำงานข้ามวัฒนธรรมที่หลากหลายได้ ระบบการศึกษาพยาบาลจึงต้องมีการปรับตัว เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ทางการศึกษาที่จะทำให้พยาบาลต่างวัฒนธรรมมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน และให้ทุกคนสามารถรักษาสมดุลด้านการประกอบวิชาชีพและมีความเท่าเทียมกัน รวมถึงการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมด้วย ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีการศึกษาวัฒนธรรมพื้นฐาน และแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับวิถีการดำเนินชีวิต บริบทสังคมวัฒนธรรม หรือ วิธีการให้บริการสุขภาพที่สอดคล้องกับหลักศาสนาต่าง ๆ และพฤติกรรมที่แสดงออกของทั้งผู้เรียนและผู้รับบริการด้านการพยาบาล ระบบบริการพยาบาลจึงต้องมีการเชื่อมโยงข้อมูลไปสู่ระบบการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (Sally E. Thorne, 2006)

3. ทฤษฎีฐานราก (Grounded Theory) เป็นทฤษฎีที่ได้จากวิธีวิทยาในการวิจัยเชิงคุณภาพชนิดหนึ่ง ซึ่งเกิดจากการศึกษาปรากฏการณ์ทางสังคมที่เป็นไปตามปรากฏการณ์จริงมากที่สุด เป็นการศึกษาปรากฏการณ์จากมุมมองและการให้ความหมายของคน เน้นการค้นพบทฤษฎีใหม่ที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ในสังคมโลกได้ มีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่หลากหลายและเป็นระบบ มีการวิเคราะห์ตลอดกระบวนการทำการวิจัย และนำข้อมูลที่ได้มาสร้างแนวคิดและหาความเชื่อมโยงจากแนวคิดต่าง ๆ ให้ได้ข้อสรุปเชิงทฤษฎีสำหรับอธิบาย และทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น (กัญญา โพธิ์วัฒน์ และคณะ, 2548 อ้างถึงใน ศุภลักษณ์ ผาตศรีและวิไลวรรณ มณีจักร สโนว์, 2555)

4. ทฤษฎีสตรีวิพากษ์ (Critical-Feminist Theory) เป็นการสร้างทฤษฎีต่าง ๆ ที่มีพื้นฐานอยู่บนประสบการณ์จริงและภาษาของผู้หญิง (actual experiences and language of women) โดยการศึกษาตรวจสอบชีวิตและประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตของผู้หญิง เป็นทฤษฎีที่เกิดจากการศึกษาปัญหาและการตอบสนองความต้องการในลักษณะที่เกี่ยวข้องกับความไม่เท่าเทียมทางเพศภาวะ การศึกษาการรับรู้ การให้ความหมายประสบการณ์ชีวิตที่บุคคลต้องเผชิญ

ตามกรอบการมองในประเด็นบทบาทตามเพศภาวะ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ได้รับการประกอบสร้างทางสังคมว่า บทบาทหน้าที่หรือกิจกรรมที่สังคมกำหนดให้แก่ เพศหญิง เพศชาย ต้องกระทำคืออะไร (ดารุณี จงอุดมการณ์, สุมาลี คมขำ, อธิกร มณีรัตน์และจุฑามาศ แก้วละมุน, 2554)

5. กรณีศึกษา (Case Study) เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่เน้นการตอบคำถามว่า ทำไม (Why) เพื่อให้ได้เหตุผล และอย่างไร (How) เพื่อให้ทราบถึงกระบวนการ ซึ่งเป็นคำตอบที่การวิจัยเชิงปริมาณไม่สามารถตอบได้ และเป็นการวิจัยที่ให้ความสำคัญกับการค้นหาความจริงภายใต้บริบทหนึ่ง (Context) มีขอบเขตเฉพาะเจาะจง บุคคล กลุ่มบุคคล โครงการ เหตุการณ์ สถานที่ ชุมชน องค์กรหรือเวลา ซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมที่เป็นจริงตามธรรมชาติและปราศจากการควบคุมใด ๆ (วรุณี โรมรัตนพันธุ์, 2559) และเป็นกระบวนการสืบค้นหา ความรู้ ความจริง หรือตรวจสอบ ปรากฏการณ์ภายในบริบทที่แวดล้อมปรากฏการณ์นั้น เป็นการพรรณนาและวิเคราะห์ปรากฏการณ์อย่างละเอียด ลุ่มลึก และเป็นองค์รวม (สมพงษ์ พันธุ์รัตน์, 2559) การวิจัยแบบกรณีศึกษา นิยมใช้เป็นทางเลือกในการตอบคำถามที่งานวิจัยชนิดอื่น ๆ ไม่สามารถนำมาใช้ศึกษาและตอบคำถามได้ เช่น การศึกษาประสบการณ์ “Moral distress” ของพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วย (วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์, 2559)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547)

1. การสัมภาษณ์ (Interviews)

1.1 การสัมภาษณ์มีโครงสร้าง (Structured Interview) โดยผู้สัมภาษณ์จะสัมภาษณ์ตามรายการคำถามที่ได้จัดเตรียมไว้แล้ว อาจเป็นคำถามปลายปิดหรือปลายเปิดก็ได้

1.2 การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (Non-Structured Interview) โดยผู้สัมภาษณ์จะสัมภาษณ์เป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ อาจใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Interviews) หรือการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Dept Interview)

2. การใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) อาจเป็นแบบสอบถามปลายปิด หรือปลายเปิดก็ได้

3. การสังเกต (Observation) ได้แก่

3.1 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) หมายถึง การใช้ประสาทสัมผัสอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างพร้อมกัน ในการรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยต้องเข้าไปอยู่และปฏิบัติตนให้เป็นส่วนหนึ่งของชุมชนที่ต้องการศึกษา

3.2 การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant Observation) หมายถึง การสังเกตโดยที่ผู้วิจัยไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ กับกลุ่มตัวอย่าง แต่สังเกตอยู่ห่าง ๆ โดยที่กลุ่มตัวอย่างอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้

วิธีการตรวจสอบข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพ

ในการวิจัยเชิงคุณภาพนั้นก่อนจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลจำเป็นต้องมีการตรวจสอบข้อมูลก่อน เพื่อเป็นการยืนยันความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรง การตรวจสอบข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพที่นิยมใช้ ได้แก่ การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) ซึ่งมีวิธีการตรวจสอบ ดังนี้ (สัญญา เคนาภูมิ, 2558)

1. การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) คือ การพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้นั้นถูกต้องหรือไม่ โดยต้องตรวจสอบแหล่งที่มา 3 แหล่ง ได้แก่

1.1 แหล่งเวลา หมายถึง การเก็บข้อมูลต่างเวลากัน และตรวจสอบว่าข้อมูลเหมือนกันหรือไม่

1.2 แหล่งสถานที่ หมายถึง การเก็บข้อมูลต่างสถานที่กัน และตรวจสอบว่าข้อมูลเหมือนกันหรือไม่

1.3 แหล่งบุคคล หมายถึง การเก็บข้อมูลจากบุคคลผู้ให้ข้อมูลต่างกัน และตรวจสอบว่าข้อมูลเหมือนกันหรือไม่

2. การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย (Investigator triangulation) คือ การตรวจสอบข้อมูลโดยใช้ผู้วิจัยหลายคนในการเก็บรวบรวมข้อมูล และตรวจสอบว่าข้อมูลที่ได้มาเหมือนกันหรือไม่

3. การตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี (Theory triangulation) คือ การตรวจสอบข้อมูลโดยใช้แนวคิดทฤษฎีหลายทฤษฎีในการตีความข้อมูล และตรวจสอบว่าข้อมูลที่ได้มาเหมือนกันหรือไม่

4. การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation) คือ การใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลที่แตกต่างกันหลายวิธี เพื่อรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกัน เช่น ใช้วิธีการสังเกตควบคู่กับการสัมภาษณ์

สรุป

การพยาบาลเป็นวิชาชีพหนึ่งที่มีศาสตร์และองค์ความรู้เป็นของตนเอง พยาบาลจึงต้องมีการทำวิจัยเพื่อการค้นหาความรู้สำหรับการปฏิบัติการพยาบาล และพัฒนาศาสตร์วิชาชีพการพยาบาลให้เจริญก้าวหน้า การวิจัยทางการพยาบาลเป็นการวิจัยสาขาหนึ่งซึ่งศึกษาในศาสตร์ของการพยาบาลหรือกระทำโดยพยาบาล ซึ่งการวิจัยมีความสำคัญต่อการพัฒนาองค์ความรู้ การทดสอบความรู้ และการแก้ปัญหาทางการปฏิบัติการพยาบาล การบริหารการพยาบาล ตลอดจนการศึกษาพยาบาล ซึ่งการวิจัยด้านการศึกษาพยาบาล เป็นการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับหลักสูตร วิธีการสอน การจัดการเรียนการสอน และการประเมินผล เป็นต้น บทความนี้ผู้เขียนได้ชี้ให้เห็นว่าทักษะสำคัญในศตวรรษที่ 21 ที่จำเป็นต้องพัฒนาคือ ทักษะการเรียนรู้ 3Rs และ 7Cs ดังนั้น นักการศึกษาด้านพยาบาลศาสตร์จำเป็นต้องศึกษาและทำความเข้าใจกับทักษะสำคัญเหล่านี้ และการมุ่งพัฒนาวิชาชีพให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลนั้น จำเป็นต้องอาศัยข้อมูลพื้นฐาน

จากส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นผู้รับบริการทางการแพทย์ นักศึกษาพยาบาล หรือนักการศึกษาด้านการพยาบาลเอง รวมทั้งผู้ปฏิบัติงานสายสนับสนุนอื่น ๆ วิธีการเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลพื้นฐานที่ถูกต้องและความเข้าใจที่ลึกซึ้งในบริบทต่าง ๆ เหล่านี้ จำเป็นต้องอาศัยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ให้นักวิจัยหรือนักการศึกษามีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในบริบทต่าง ๆ และสามารถนำข้อมูลพื้นฐานเหล่านั้นมาวางแผนในการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนด้านการพยาบาลศาสตร์ เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลเกิดทักษะในศตวรรษที่ 21 อย่างแท้จริง และท้ายที่สุดก็เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อวิชาชีพพยาบาลและผู้รับบริการต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับประเด็นของการวิจัยเชิงคุณภาพด้านการศึกษาศาสตร์ในศตวรรษที่ 21

1. การวิจัยด้านการสร้างและการพัฒนาหลักสูตรด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เช่น การวิจัยด้านการพัฒนาหลักสูตร ที่ส่งเสริมให้เกิดทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 การจัดหลักสูตรการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นเชิงสหวิทยาการ (Interdisciplinary) การสร้างหลักสูตรที่สามารถประยุกต์ทักษะเชิงบูรณาการข้ามสาระเนื้อหาและเน้นสมรรถนะเป็นฐาน (Competency-based)

2. การวิจัยด้านการจัดการเรียนการสอน ซึ่งอาจเป็นการวิจัยในห้องเรียนหรือเป็นการวิจัยในแหล่งฝึกภาคปฏิบัติ ได้แก่ การวิจัยรูปแบบและวิธีการจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎีหรือภาคปฏิบัติ กระบวนการเรียนการสอน สื่อการเรียนการสอน ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเรียนการสอน การพัฒนาทักษะทางการแพทย์ การปลูกฝังค่านิยมและเจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาล การสร้างนวัตกรรมและวิธีการเรียนรู้ในเชิงบูรณาการที่มีเทคโนโลยีเป็นตัวเกื้อหนุน การเรียนรู้แบบสืบค้น และวิธีการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (Problem-based) การบูรณาการแหล่งเรียนรู้ (Learning Resources) จากชุมชนเข้ามาใช้ในโรงเรียนตามกระบวนการเรียนรู้แบบ Project-Based Learning: PBL เช่น กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ และคณะ (2558) ได้ให้ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยด้านการศึกษาศาสตร์ ได้แก่ การศึกษารูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดทักษะศตวรรษที่ 21 ในระดับที่สูงขึ้น การศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริม/สนับสนุนทักษะศตวรรษที่ 21 ทั้งด้านผู้สอนและผู้เรียน สุสัณหา ยิ้มแย้มและคณะ (2558) เสนอว่าควรศึกษารูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานในห้องเรียนและนอกห้องเรียนมาใช้เพื่อพัฒนาทักษะผู้เรียนในศตวรรษที่ 21

เอกสารอ้างอิง

กมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม. (2557). การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนากับการบริการพยาบาลในยุคอาเซียน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(1).

- กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, สมพร รักความสุข, จิตาภา เรือนใจมั่น, จิตรา สุขเจริญ, ัญญมล สุริยานิมิตสุข. (2558). สภาพการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมทักษะศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 128-144.
- ดรุณี จงอุดมการณ์, สุมาลี คมขำ, อธิกร มณีรัตน์, จุฑามาศ แก้วละมุน. (2554). การประกอบสร้างทางสังคมของบิดามารดาในการแสดงออกถึงความปวดของเด็กในบริบทอีสาน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(4).
- นงลักษณ์ เฉลิมสุข. (2016). *แนวทางการจัดทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ที่เน้นสมรรถนะสาขาวิชาชีพ*. สำนักบริหารงานการมัธยมศึกษาตอนปลาย สพฐ. สืบค้นเมื่อ 26 พ.ย 2559. จาก www.secondary11.go.th/2016/th/download/files/guidance10.pdf
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2547). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ยู แอนด์ ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- พิชญา ดีมี และเอื้อมพร หลินเจริญ. (2560). การพัฒนาแนวทางการประเมินทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมของผู้เรียน ตามแนวคิดการประเมินผู้เรียนในศตวรรษที่ 21. *Journal of Community Development Research (Humanities and Social Sciences)* 2017, (10)2.
- วรุณี โรมรัตน์พันธุ์. (2559). *การวิจัยเชิงกรณีศึกษา (Case study research)*. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, สืบค้นเมื่อ 4 ธ.ค 2559. จาก www.priv.nrct.go.th/ewt_dl.php?nid.
- วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์. (2559). *ประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ*. ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ ม.มหิดล. สืบค้นเมื่อ 2 ธ.ค 2559 จาก www.ns.mahidol.ac.th/english/research/th/doc.
- วิจารณ์ พานิช. (2555). *วิธีสร้างการเรียนรู้เพื่อศิษย์ในศตวรรษที่ 21*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสดศรี-สฤษดิ์วงศ์.
- วิภาดา คุณาวิกติกุล. (2558). การเรียนการสอนสาขาพยาบาลศาสตร์ ในยุคศตวรรษที่ 21. *พยาบาลสาร*, 42(2).
- ศิวพร ละม้ายนิล. (2557). *ประสบการณ์ชีวิตการเป็นอาสาสมัครดวงตามืด: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา*. ปริญญาโท วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ศุภลักษณ์ ผาดศรี, วิไลวรรณ มณีจักร สโนว์. (2555). *วิธีการวิจัยแบบสร้างทฤษฎีจากข้อมูล (Grounded Theory Methodology)*. *วารสารกิจกรรมบำบัด*, 17(3).
- สภาการพยาบาล. (2555). *แผนพัฒนาการพยาบาลและการคุ้มครองแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2555-2559)*. นนทบุรี: สภาการพยาบาล.

- สมชาย วรภิเษมสกุล. (2558). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*.
อุดรธานี: โรงพิมพ์อักษรศิลป์.
- สมพงษ์ พันธุ์รัตน์. (2559). *การวิจัยแบบกรณีศึกษา (Case Study Research)*. สืบค้น เมื่อ 1
ธ.ค 2559 จาก slideplayer.in.th/slide/2031815.
- สัญญา เคนาภูมิ. (2557). ปรัชญาการวิจัย: ปริมาณ คุณภาพ (Research Philosophy:
Quantity Quality). *วารสารรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกาฬสินธุ์*,
3(2), 46.
- สัญญา เคนาภูมิ. (2558). การสร้างกรอบแนวคิดการวิจัยโดยใช้ทฤษฎีจากฐานราก. *วารสารวิจัย
และพัฒนายาลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์*, 10(3). สุสันหา ยิ้มแย้ม, อำไพ จารุวัช
รพานิชกุล, จันทรัตน์ เจริญสันติ, อภิรัช อินทรางกูร ณ อยุธยาและปิยะนุช ชูโต.
(2558). การพัฒนาการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานเพื่อพัฒนาทักษะการเรียนรู้ใน
ศตวรรษที่ 21. *พยาบาลสาร*, 42(ฉบับพิเศษ) พฤศจิกายน.
- อัศวิน มณีอินทร์. (2553). การวิจัยผสมผสานวิธี: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติทางพลศึกษา.
วารสารวิชาการ สถาบันการพลศึกษา, 2(2), 141.
- Devadas, B. (2016). A Critical Review of Qualitative Research Methods in Evaluating
Nursing Curriculum Models: Implication for Nursing Education in the Arab
World. *Journal of Education and Practice*, 7(7).
- Oxford University. (2015). *Trends in Higher Education 2015*. The University of
Oxford International Strategy Office. Wellington Square. จ ำ ก
<https://www.ox.ac.uk/sites/files/oxford/International>.
- Scott, C. Luna. (2015). The futures of learning 3: what kind of pedagogies for
21st Century? UNESCO. *Education Research and Foresight*. 15, December.
- Sally, E. Thorne. (2006). Nursing education: Key issues for the 21st century. *Nurse
Education Today*, 26, 614–621.

ประสิทธิผลของการจัดการความปวดโดยใช้นวัตกรรม VNBN pain expression
กับการจัดการความปวดแบบเดิม ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง
โรงพยาบาลนครพนม

Comparison Effectiveness of pain management By VNBN
pain expression and traditional pain management
in Nakhon Phanom Hospital

จิราภรณ์ พงษ์สุน¹, ทศนีย์ เดชเสน², พชรวดี ประชุมรักษ์³, มานะ สมบัติดี⁴,
วาริณี นครเขต⁵, สิริลักษณ์ ทองสิงห์⁶, จนิสตา สายสุต⁷ และศิริรัตน์ อินทรเกษม⁸
Jiraporn Phongsoon¹, Thusanee Dechsen², Patcharawaree Prachumrak³,
Mana Sombatdee⁴, Warinee Nakhonkhet⁵, Sirilak Thongsing⁶,
Janissata Saisud⁷, Sirirat Intharakhasem⁸

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการจัดการความปวดโดยใช้นวัตกรรม VNBN pain expression กับการจัดการความปวดแบบเดิม ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลนครพนม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ณ โรงพยาบาลนครพนม จำนวน 20 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม วิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อทดสอบ โดยใช้สถิตินอนพารามิเตอร์ (non-parametric statistics) คือ Rank-sum Test (หรือ Wilcoxon-Mann Whitney-U Test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่

¹⁻⁸อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม (Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University)

¹e-mail: jirapohn.ps@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 0616349500²e-mail: Thusanee-ang@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 0804656255

³e-mail: princess_prince_pl@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 0956622758

⁴e-mail: Mananote129@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 0925521224

⁵e-mail: Anakhonkhet@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 0637200059

⁶e-mail: poppy.lovely.2338@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 0986184974

⁷e-mail: hugzoon01634@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 0902932227

⁸e-mail: sirirat.intharakasem@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 0818733414

ระดับ .05 ผลการวิจัย พบว่า มีค่าเฉลี่ยของระดับความปวดหลังผ่าตัดที่ 2 ชั่วโมง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.047$) โดยกลุ่มทดลองเท่ากับ 6.4 คะแนน อยู่ในระดับปวดปานกลาง กลุ่มควบคุมเท่ากับ 7.7 คะแนน อยู่ในระดับปวดมาก และค่าเฉลี่ยของระดับความปวดหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.018$) โดยกลุ่มทดลองเท่ากับ 2.2 คะแนน อยู่ในระดับปวดน้อย กลุ่มควบคุมเท่ากับ 3.6 คะแนน จากผลการศึกษานวัตกรรมประเมินความปวด VNBN pain expression มีประสิทธิภาพมากกว่าการประเมินความปวดแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: นวัตกรรม VNBN pain expression, การจัดการความปวดหลังผ่าตัด

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare effectiveness among pain management by VNBN pain expression innovation and the traditional pain management in the patient who were operated in female surgical ward at Nakhon Phanom hospital. The samples consisted of 20 patients who were operated at Nakhon Phanom hospital in 3-10 July 2017. The samples were divided into a treatment group and a control group that a treatment group was a group that receives the VNBN pain expression. The data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standardized deviation, non-parametric statistics was Rank-sum Test or Wilcoxon-Mann Whitney-U Test.

The results in this study showed that mean of pain score at 2nd hour post operation of control group that used traditional pain management and treatment group that used VNBN pain expression nursing innovation was different statistically significant ($p=0.047$) and the mean of pain score of control group and treatment group were 6.4 that was moderate pain and 7.7 that was severe pain, respectively. In addition, mean of pain score at 48 hours post operation of control group and treatment group was different statistically significant ($p=0.018$) and the mean of pain score of control group and treatment group were 2.2 and 3.6 that was mild, respectively. Therefore, the VNBN pain expression nursing innovation had more effective to assess pain score in the patient who were at 2nd hour and 48 hours post operation than treatment group was different statistically significant at .05.

Keywords: the VNBN pain expression nursing innovation, post-operative pain management

บทนำ

ความปวด หมายถึง อาการหรือความรู้สึกที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบายที่เกิดจากการกระตุ้นประสาทรับความเจ็บปวด ซึ่งปัจจุบันอาการปวดถือเป็นปัญหาที่สำคัญมาก สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (Thai Association For The Study of Pain: TASP) ได้จัดให้ความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 ดังนั้น สิ่งสำคัญที่จะช่วยตอบสนองความปวดได้ถูกต้อง คือ การประเมินความปวด (สิริญา สิมะลี, 2557)

การประเมินความปวด คือการวัดระดับความปวดของผู้ป่วยให้ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง เป็นส่วนหนึ่งในการประกันคุณภาพการรักษาพยาบาล และยังมีความสำคัญใช้ในการวิเคราะห์และประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึงสิ้นสุดการรักษา (นิตยา ธีรวิโรจน์และคณะ, 2554; Horgas & Yoon, 2008, p. 199 และ Spadoni, Stratford, Solomon, & Wishart, 2004)

ดังนั้น การประเมินความปวดต้องอาศัยเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ จากการศึกษา พบว่าการประเมินการปวดยังไม่สามารถวัดความปวดจากตัวบ่งชี้ทางชีวภาพของร่างกายได้ จึงต้องอาศัยการวัดด้วยตัวบ่งชี้อื่นหรือวิธีอื่นแทน เช่น จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น อัตราการหายใจ เหงื่อออก ตัวเย็น และจากพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก เช่น การเคลื่อนไหว สีหน้า ท่าทางหรือการส่งเสียง เหล่านี้เป็นต้น ส่วนวิธีที่นิยมนำมาใช้มากที่สุดคือ การประเมินความปวดจากการใช้เครื่องมือมาวัดความรู้สึกผู้ป่วย การรับรู้ความปวดนั้นยังได้รับอิทธิพลทั้งจากปัจจัยด้านกายภาพ และชีวจิตสังคม (สิริญา สิมะลี, 2557; นิตยา ธีรวิโรจน์และคณะ, 2554; Horgas & Yoon, 2008, p. 199 และ Lorenz & Longaker, 2001) และเครื่องมือที่ใช้บ่อยในการปฏิบัติทางคลินิก คือ เครื่องมือวัดระดับความปวด (Pain Intensity) เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐาน (Goal Standard) แบบประเมินความปวดด้วยตนเอง (Self Report) แต่ก็มีข้อจำกัดกับผู้ที่มีปัญหาด้านความคิด ความจำ หรือผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา และมีข้อจำกัดทางการสื่อสาร ผู้ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ ผู้ป่วยสับสน ใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นต้น (Frampton & Hughes-Webb, 2011, p. 283 และ Horgas & Yoon, 2008, p. 199) และพบการจัดการความปวดที่ไม่มีประสิทธิภาพจากการใช้เครื่องมือที่มีอยู่ในปัจจุบัน ทำให้เกิดปัญหาผลเสียตามมา จนกลายเป็นปัญหาทางคลินิกที่สำคัญ (นิตยา ธีรวิโรจน์และคณะ, 2554)

จากการผ่าตัดใหญ่ของผู้ป่วยหอศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลนครพนม พบว่ามีความปวดหลังผ่าตัดมากกว่าระดับ 7 ภายในระยะเวลา 48 ชั่วโมง พบว่าผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดการความปวดที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ส่วนหนึ่งมาจากการใช้เครื่องมือการประเมินที่ผู้ป่วยและพยาบาลเข้าใจแปลค่าไม่ตรงกัน ทำให้การจัดการความปวดไม่มีประสิทธิภาพ เกิดผลกระทบทั้งกับตัวผู้ป่วย รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นกับโรงพยาบาล (อัจฉริยา ปทุมวัน, 2551; นิตยา ธีรวิโรจน์และคณะ, 2554 และจันทรา อรัญโชติ, 2557)

ผลกระทบคือ ผู้ป่วยไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาในเรื่องการปวดที่ถูกต้อง หากผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญปัญหาโดยใช้กลไกทางจิตได้ จะทำให้ความวิตกกังวลเป็นผลรุนแรงต่อด้านจิตใจ

จนเกิดอาการทางจิตเวชได้ ความปวดทำให้การเคลื่อนไหวร่างกายลดลง จึงก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เกิดผลเสียต่อระบบการทำงานของร่างกาย ส่งผลต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวช้า นอนโรงพยาบาลนานขึ้น ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย (มนัสนันท์ ศิริสกุลวิโรจน์, 2552; สิริยญา สิมะลี, 2557; จันทรา อรัญโชติ, 2557; นิตยา อธิวิโรจน์และคณะ, 2554 และอัจฉริยา ปทุมวัน, 2551)

จากการศึกษาเครื่องมือการประเมินความปวดที่มีอยู่ในปัจจุบัน ยังพบข้อจำกัดที่ส่งผลให้การรับรู้ความปวดไม่ตรงกัน ทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความรู้ ทักษะคิด สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลผู้ดูแล จึงส่งผลให้เกิดการรักษาหรือจัดการต่อความเจ็บปวดที่ไม่มีประสิทธิภาพ หากการประเมินความปวดนั้นไม่ตรงตามความปวดที่แท้จริงของผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่ได้รับการแก้ปัญหาในเรื่องการปวด ผู้ศึกษาวิจัยได้มีการพัฒนานวัตกรรมขึ้นมา โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้การประเมินความปวดนั้นถูกต้องแม่นยำและตรงกับความปวดของผู้ป่วย รวมทั้งสร้างความเข้าใจระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ก่อให้เกิดการพยาบาลที่เหมาะสม ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย นวัตกรรม VNBN pain expression ซึ่งเป็นนวัตกรรมที่ผู้ศึกษาวิจัยได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการจัดการกับความปวดและประเมินความปวดได้ ซึ่งประกอบไปด้วย 1) V = Visual คือการมองเห็น โดยประเมินจาก face pain scale คือการใช้รูปภาพแสดงสีหน้าบอกความรู้สึกปวด 2) N = Numerical rating scale (NRS) คือการใช้ตัวเลขมาช่วยบอกระดับความรุนแรงของอาการปวด 3) B = Behavioral measurement คือการประเมินความปวดโดยใช้พฤติกรรม อาการปวดจะกระตุ้นผู้ป่วยให้มีอาการตอบสนองด้านพฤติกรรมที่แสดงถึงอาการปวด ได้แก่ พฤติกรรมด้านคำพูด พฤติกรรมด้านการแสดงออกของใบหน้า 4) N = Nursing care คือ การให้การพยาบาลในการจัดการความปวด ประกอบด้วยหลัก ARE for comfort คือ A (Assessment) คือ การประเมินความปวดโดยพยาบาลและผู้ป่วย ประเมินความปวดด้วยตนเอง โดยใช้เครื่องมือ VNBN pain scale innovation, R (Relaxation techniques) คือ การจัดทำเพื่อให้กล้ามเนื้อส่วนที่ผ่าตัดไม่ตึงตัว ซึ่งจะช่วยให้ทำที่ผู้ป่วยสะดวกสบาย การใช้เทคนิคการผ่อนคลายโดยการหายใจ ทำที่ 1 (skt1) โดยให้ผู้ป่วย "นั่งผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต" เป็นการนั่งหรือนอนปฏิบัติสมาธิด้วยการหายใจ, E (Environment) คือ การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อผ่อนคลายของผู้ป่วย C (Comfort) คือ การดูแลผู้ป่วยที่นุ่มนวลและให้กำลังใจ โดย VNBN pain expression ให้การดูแลตามระดับของความปวดดังนี้ ระดับคะแนน 1-3 คะแนน ปวดเล็กน้อย ARE for comfort และประเมินผลหลังการดูแล 4 ชั่วโมง ระดับคะแนน 4-6 คะแนน ปวดปานกลาง RE-ARE for comfort + non opioid และ ประเมินผลหลังการดูแล 1 ชั่วโมง ระดับคะแนน 7-10 คะแนน ปวดรุนแรง RE- ARE for comfort + opioid และประเมินผลหลังการดูแล 30 นาที

กลุ่มวิจัยเห็นความสำคัญของการประเมินและจัดการความปวด จึงพัฒนาและศึกษาประสิทธิภาพของนวัตกรรม VNBN pain expression เปรียบเทียบกับเครื่องมือประเมินความปวดที่มีอยู่เดิมเพื่อนำไปสู่ประสิทธิภาพการรักษาต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการจัดการความปวดโดยใช้นวัตกรรม VNBN pain expression กับการจัดการความปวดแบบเดิมในผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลนครพนม

คำถามการวิจัย

ประสิทธิภาพของการจัดการความปวดโดยใช้นวัตกรรม VNBN pain expression เมื่อเปรียบเทียบกับการจัดการความปวดแบบเดิมเป็นอย่างไร

ขอบเขตของการวิจัย

ผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม ระหว่างวันที่ 3- 10 โดยใช้นวัตกรรม 2560 กรกฏาคมVNBN pain expression ประกอบด้วยเครื่องมือ ชั้น 2 คือ ชั้นที่ เครื่องมือเป็นรูปสี่เหลี่ยมพื้นผ้า โดยใช้การประยุกต์จากเครื่องมือมาตรฐานดังนี้ 1 Face Pain Scale (FPS), Verbal rating scale: VRS, Numerical rating scale (NRS), Behavioral Pain Assessment Scale, VNBN scale innovation

ชั้นที่ คือ สายร 2ดข้อม้อมีลักษณะ มี สี แกวแรก 3 คอลัมน์ 3 แถว 3Face Pain Scale (FPS) แถวที่สอง Verbal rating scale: VRS แถวที่สาม Numerical rating scale (NRS) เปรียบเทียบกับการจัดการความปวดแบบเดิมของโรงพยาบาลนครพนม

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง 2 กลุ่ม เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการจัดการความปวดโดยใช้นวัตกรรม VNBN pain expression กับการจัดการความปวดแบบเดิมในผู้ป่วยหลังผ่าตัด หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลนครพนม

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มาผ่าตัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม ระหว่างวันที่ 3-10 กรกฎาคม 2560 แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม กับกลุ่มทดลอง

โดยกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะตามเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง
2. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดครั้งแรก
3. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ไม่มีอาการปวดจากโรค
4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง
5. ไม่มีโรคทางจิต
6. สามารถพูด ฟังและเข้าใจภาษาไทยรู้เรื่อง
7. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก

1. มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและอยู่ในระยะวิกฤต
2. ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 นวัตกรรม VNBN pain expression มีขั้นตอนการพัฒนานวัตกรรม ดังนี้

1. ศึกษา รวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ โดยข้อมูลที่หาจะเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวัดประเมินปวดที่เป็นมาตรฐาน โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้การประเมินความปวดนั้นถูกต้องแม่นยำและตรงกับความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งสร้างความเข้าใจระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ก่อให้เกิดการพยาบาลที่เหมาะสม ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย

2. เมื่อได้ทำนวัตกรรมผ่านการแก้ไขและได้ข้อสรุป จึงได้ นวัตกรรม VNBN pain expression ซึ่งเป็นนวัตกรรมที่ผู้ศึกษาวิจัยได้พัฒนาขึ้นมา สามารถจัดการกับความปวดและประเมินความปวดได้ ซึ่งประกอบไปด้วย

นวัตกรรม VNBN pain expression ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชิ้น

ขั้นที่ 1 เครื่องมือเป็นรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้า โดยใช้การประยุกต์จากเครื่องมือมาตรฐานดังนี้ Face Pain Scale (FPS), Verbal rating scale: VRS, Numerical rating scale (NRS), Behavioral Pain Assessment Scale, VNBN scale innovation

ขั้นที่ 2 คือ สายรัดข้อมือมีลักษณะ มี 3 แถว 3 คอลัมน์ 3 สี แถวแรก Face Pain Scale (FPS) แถวที่สอง Verbal rating scale: VRS แถวที่สาม Numerical rating scale (NRS) นวัตกรรม VNBN pain expression ซึ่งเป็นนวัตกรรมที่ผู้ศึกษาวิจัยได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการจัดการกับความปวดและประเมินความปวดได้ ซึ่งประกอบไปด้วย 1) V = Visual คือการมองเห็น โดยประเมินจาก face pain scale คือการใช้รูปภาพแสดงสีหน้าบอกความรู้สึกปวด 2) N = Numerical rating scale (NRS) คือการใช้ตัวเลขมาช่วยบอกระดับความรุนแรงของอาการปวด ใช้ตัวเลขตั้งแต่ 0 1 2... 10 การตีความหมายของตัวเลขกับ Categorical scale มีดังนี้ 0 = no

pain, 1-3 = mild pain, 4-6 = moderate pain, 7-10 = severe pain 3) B = Behavioral measurement คือ การประเมินความปวดโดยใช้พฤติกรรม อาการปวดจะกระตุ้นผู้ป่วยให้มีอาการตอบสนองด้านพฤติกรรมที่แสดงถึงอาการปวด ได้แก่ พฤติกรรมด้านคำพูด เช่น การสวดมนต์ การพูดถึงความไม่สบาย เป็นต้น พฤติกรรมด้านน้ำเสียง เช่น การร้องไห้ คร่ำครวญ เป็นต้น พฤติกรรมด้านการแสดงออกทางใบหน้า เช่น ทำหน้านิ่วคิ้วขมวด การมีสีหน้าเคร่งเครียด เป็นต้น พฤติกรรมการเคลื่อนไหวด้านร่างกาย จำแนกเป็น 3 ระดับ คือ ปวดเล็กน้อย สีเขียว ตรงกับระดับคะแนน 1-3 คะแนน โดยแสดงพฤติกรรม คือ นอนหลับได้ปกติ เบี่ยงเบนความปวดได้ สีหน้าปกติ กระสับกระส่ายเล็กน้อย กล้ามเนื้อมึนหรือคลายตัว บ่นปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง สีเหลือง ตรงกับระดับคะแนน 4-6 คะแนน โดยแสดงพฤติกรรม คือ นอนหลับ ๆ ตื่น ๆ เบี่ยงเบนความปวดได้เล็กน้อย หน้านิ่วคิ้วขมวดบางเวลา กระสับกระส่ายมาก กล้ามเนื้อหดเกร็งเล็กน้อย บ่นปวดตลอดเวลา ปวดรุนแรง สีแดง ตรงกับระดับคะแนน 7-10 คะแนน โดยแสดงพฤติกรรม คือ นอนไม่หลับ เบี่ยงเบนความปวดไม่ได้ หน้านิ่วคิ้วขมวดตลอดเวลา ไม่กระสับกระส่าย กล้ามเนื้อหดเกร็งมาก ร้องครวญคราง 4) N = Nursing care คือ การให้การพยาบาลในการจัดการความปวด ประกอบด้วย หลัก ARE for comfort คือ A (Assessment) คือ การประเมินความปวดโดยพยาบาลและผู้ป่วยประเมินความปวดด้วยตนเองโดยใช้เครื่องมือ VNBN pain scale innovation, R (Relaxation techniques) คือ การจัดทำเพื่อให้กล้ามเนื้อส่วนที่ผ่าตัดไม่ให้ตึงตัว ซึ่งจะช่วยให้ทำที่ผู้ป่วยสะดวกสบาย, การใช้เทคนิคการผ่อนคลายโดยการหายใจ ทำที่ 1 (skt1) โดยให้ผู้ป่วย "นั่งผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต" เป็นการนั่งหรือนอนปฏิบัติสมาธิด้วยการหายใจ, E (Environment) คือ การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อผ่อนคลายของผู้ป่วย C (Comfort) คือ การดูแลผู้ป่วยที่นุ่มนวลและให้กำลังใจ โดย VNBN pain expression ให้การดูแลตามระดับของความปวด ดังนี้ ระดับคะแนน 1-3 คะแนน ปวดเล็กน้อย ARE for comfort และประเมินผลหลังการดูแล 4 ชั่วโมง ระดับคะแนน 4-6 คะแนน ปวดปานกลาง RE-ARE for comfort + non opioid และ ประเมินผลหลังการดูแล 1 ชั่วโมง ระดับคะแนน 7-10 คะแนน ปวดรุนแรง RE- ARE for comfort + opioid และประเมินผลหลังการดูแล 30 นาที

VNBN Pain Expression	Visual													
	Numerical Rating Scale	ปวดเล็กน้อย				ปวดปานกลาง				ปวดมาก				
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
		Behavioral Measurement	B นอนหลับได้ปกติ				B นอนหลับดีขึ้นๆ				B ขอนอนหลับ			
		Nursing Care	ARE FOR COMFORT				RE NON OPIOID				RE OPIOID			

ระดับคะแนน 7 - 10 คะแนน ปวดรุนแรง	ระดับคะแนน 4 - 6 คะแนน ปวดปานกลาง	ระดับคะแนน 1 - 3 คะแนน ปวดเล็กน้อย
RE ARE FOR COMFORT + opioid + ประเมินผลหลังการดูแล 15-30 นาที คือ การกลับไปใช้หลัก ARE FOR COMFORT ตามระดับความปวดที่เล็กน้อย ร่วมกับการใช้ยา opioid ตามแผนการรักษา ร่วมกับ ประเมินผลหลังการดูแล โดย IV = 15 นาที IM = 30 นาที	RE ARE FOR COMFORT + Non opioid + ประเมินผลหลังการดูแล 1 ชั่วโมง คือ การกลับไปใช้หลัก ARE FOR COMFORT ตามระดับความปวดที่เล็กน้อย ร่วมกับการใช้ยา Non opioid ตามแผนการรักษา ร่วมกับ ประเมินผลหลังการดูแล โดย Oral = 1 ชั่วโมง	หลัก ARE FOR COMFORT A = Assessment คือ การประเมินความปวด ชั่งพินาศและผู้ป่วยประเมิน โดยใช้ตัวชี้วัด VNB pain innovation R = Relaxation techniques คือ การจัดการเพื่อให้ กล้ามเนื้อส่วนที่ปวดคลายตัวและคลายกล้ามเนื้อ การผ่อนคลายโดยการหายใจโดยใช้ผู้ป่วยทำท่าที่ 1 (สท 1) 1. ท่าทางนั่งไขว่ห้างพาดขาทั้งสองข้างวางบนหัวเข่า ทาก่อนไขว่ห้างแขนขาทั้งสองข้างวางบนหัวเข่า ใจที่ผ่อนคลาย ทำได้ทันทีหลังพักรง 2. หลังตาสองข้าง สูดลมหายใจเข้าทางจมูก ลึกๆ ช้าๆ นับ 1-5 กลืนหายใจ นับ 1-3 ช้าๆ แล้วเปลี่ยนหายใจ ออกทางปากช้าๆพร้อมนับ 1-5 ดึงรั้งครบ 1 รอบ ทำอย่างนี้ทั้งหมด 30 - 40 รอบ 3. ทำนอนหงายเข้า ศีรษะราบและรองหนุน ได้เข้า 2 ข้าง ทำวันละ 3 รอบ E = Environment คือ การจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อผ่อนคลายของผู้ป่วย สบาย สงบ สะอาด C = Comfort คือ การดูแลผู้ป่วยอย่างนุ่มนวล และให้กำลังใจ

ภาพที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลการประเมินความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด แบบบันทึกข้อมูลการประเมินความปวดและการพยาบาลเพื่อลดปวดโดยใช้นวัตกรรม VNB pain expression และการจัดการความปวดแบบเดิม

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการประเมินความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด แบบบันทึกข้อมูลการประเมินความปวดและการพยาบาลเพื่อลดปวดโดยใช้นวัตกรรม VNBN pain expression และการจัดการความปวดแบบเดิม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนทั้ง 3 ท่าน

การรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด
2. ผู้วิจัยชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์และมีแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิ์ ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย และให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
3. ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลการประเมินความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด และประเมินระดับความปวดจากการสอบถามหลังให้การพยาบาลหลังผ่าตัด 2 ชั่วโมง 4 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่รวบรวมได้ วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อทดสอบ โดยใช้สถิตินอนพารามิเตอร์ (non-parametric statistics) คือ Rank-sum Test (หรือ Wilcoxon-Mann Whitney-U Test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีการพัฒนาคุณภาพของการพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด
2. มีแนวทางการพัฒนาต่อยอดกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่มีความปวดในลักษณะอื่น ๆ

สรุปผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ลักษณะที่ศึกษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	N=10	%	N=10	%	
อายุ(ปี)					
น้อยกว่า 20	5	50.00	0	0	
20-40	4	40.00	1	10.00	
40 ขึ้นไป	1	10.00	9	90.00	
mean ($\pm$ SD)	24.9	($\pm$ 12.0)	59	($\pm$ 14.5)	.000

ลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	N=10	%	N=10	%	
มีโรคประจำตัว					
ไม่มี	9	90.00	8	80.00	1.000
มี	1	10.00	2	20.00	
ประวัติการผ่าตัดมาก่อน					
ไม่มี	10	100	8	80	0.474
มี	-	-	2	20	
ภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด					
ไม่มี	10	100	10	100	
มี	-	-	-	-	
จำนวนเลือดที่สูญเสีย					
น้อยกว่า 50 มิลลิลิตร	8	80.00	7	70.00	0.373
50 – 100 มิลลิลิตร	2	20.00	2	20.00	
มากกว่า 100 มิลลิลิตร	-	-	1	10.00	
mean (±SD)	33.3	(±20.9)	29	(±4.9)	

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดบริเวณหน้าท้องจำนวน 20 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 ราย กลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 7 – 45 ปี มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 24.9 ปี (SD=12.0) ส่วนกลุ่มควบคุม มีอายุระหว่าง 37 – 80 ปี และมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 59.0 ปี (SD= 14.5) ซึ่งค่าเฉลี่ยอายุทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับสถิติ $p < .001$ กลุ่มทดลองไม่มีโรคประจำตัว 9 คน คิดเป็นร้อยละ 90 มีโรคประจำตัว 1 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 กลุ่มควบคุมไม่มีโรคประจำตัว 8 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 มีโรคประจำตัว 2 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ซึ่งค่าเฉลี่ยโรคประจำตัวทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับสถิติ $p=1.000$ กลุ่มทดลองที่ไม่มีประวัติการผ่าตัดมาก่อน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มควบคุมที่ไม่มีประวัติการผ่าตัดมาก่อน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 มีประวัติการผ่าตัดมาก่อน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 ซึ่งค่าเฉลี่ยประวัติการผ่าตัดมาก่อนทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับสถิติ $p=0.474$ กลุ่มทดลองที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด 10 คน คิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มควบคุมที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด 10 คน คิดเป็นร้อยละ 100 จำนวนเลือดที่สูญเสีย กลุ่มทดลอง น้อยกว่า 50 มิลลิลิตร จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 80 ปริมาณ 50-100 มิลลิลิตร จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 และมีจำนวนเลือดที่สูญเสียเฉลี่ยเท่ากับ 33.3 SD=20.9) กลุ่มควบคุม น้อยกว่า 50 มิลลิลิตร จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 70.00 ปริมาณ 50-100 มิลลิลิตร จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 ปริมาณมากกว่า 100 มิลลิลิตร จำนวน 1 คน คิด

เป็นร้อยละ 10 และมีจำนวนเลือดที่สูญเสียเฉลี่ยเท่ากับ 29 (SD=4.9) ซึ่งค่าเฉลี่ยจำนวนเลือดที่สูญเสียทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับสถิติ $p=0.373$ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนระดับความปวดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ชั่วโมงที่ 2 หลังผ่าตัด, 4 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมง

ลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
ระยะเวลาในการประเมิน					
หลังผ่าตัดใน 2 ชั่วโมง	6.4	1.5	7.7	1.6	0.047
หลังผ่าตัด 4 ชั่วโมง	5.4	1.1	6.0	1.6	0.258
หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง	2.3	0.5	3.7	1.4	0.018

ค่าเฉลี่ยของระดับความปวดหลังผ่าตัด 2 ชั่วโมง กลุ่มทดลองเท่ากับ 6.4 คะแนน อยู่ในระดับปวดปานกลาง กลุ่มควบคุมเท่ากับ 7.7 คะแนน อยู่ในระดับปวดมาก ซึ่งค่าเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัด 2 ชั่วโมง มีความแตกต่างกันที่ค่าสถิติ $p=0.047$ ค่าเฉลี่ยของระดับความปวดหลังผ่าตัด 4 ชั่วโมง กลุ่มทดลองเท่ากับ 5.4 คะแนน อยู่ในระดับปวดปานกลาง กลุ่มควบคุมเท่ากับ 6.0 คะแนน อยู่ในระดับปวดปานกลาง ซึ่งค่าเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัด 4 ชั่วโมง ไม่มีความแตกต่างกันที่ค่าสถิติ $p=0.258$ ค่าเฉลี่ยของระดับความปวดหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง กลุ่มทดลองเท่ากับ 2.2 คะแนน อยู่ในระดับปวดน้อย กลุ่มควบคุมเท่ากับ 3.6 คะแนน อยู่ในระดับปวดน้อย ซึ่งค่าเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมงมีความแตกต่างกันที่ค่าสถิติ $p=0.018$ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความตรงของการจัดการความปวดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างนวัตกรรม VNBN pain expression กับการจัดการความปวดแบบเดิม

ลักษณะที่ศึกษา	VNBN pain expression		แบบเดิม	
	N=10	%	N=10	%
ความตรงของการจัดการความปวด	9	90	7	70
ต่อความปวดของผู้ป่วย (ครั้ง)				

จากการศึกษาผู้ป่วยหลังผ่าตัดบริเวณหน้าท้องจำนวน 20 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 ราย ผลการเปรียบเทียบความตรงของการจัดการความปวดระหว่างนวัตกรรม VNBN pain expression และการจัดการความปวดแบบเดิมจากการสอบถามพบว่า

ค่าความตรงของการจัดการปวดของผู้ป่วยที่ใช้นวัตกรรมประเมินความปวด VNBN pain expression คิดเป็นร้อยละ 90 ค่าความตรงของการจัดการปวดของผู้ป่วยที่ใช้การจัดการความปวดแบบเดิม คิดเป็นร้อยละ 70 ซึ่งผลที่ได้จากการเปรียบเทียบความตรงของการจัดการความปวดโดยใช้นวัตกรรม VNBN pain expression มีความตรงมากกว่าการจัดการความปวดแบบเดิม 20% ดังตารางที่ 3

อภิปรายผล

ผลการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของนวัตกรรมการจัดการความปวด VNBN pain expression กับการจัดการความปวดแบบเดิมโดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิตินอนพารามิเตอร์ (non-parametric statistics) ด้วย Rank-sum Test (หรือ Wilcoxon-Mann Whitney-U Test) ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวดหลังผ่าตัด 2 ชั่วโมง กลุ่มที่ใช้นวัตกรรม VNBN pain expression เท่ากับ 6.4 คะแนน อยู่ในระดับปวดปานกลาง กลุ่มที่ใช้การจัดการความปวดแบบเดิมเท่ากับ 7.7 คะแนน อยู่ในระดับปวดมาก ซึ่งค่าเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัด 2 ชั่วโมงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.047$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัด 4 ชั่วโมง กลุ่มที่ใช้นวัตกรรม VNBN pain expression เท่ากับ 5.4 คะแนน อยู่ในระดับปวดปานกลาง กลุ่มที่ใช้การจัดการความปวดแบบเดิมเท่ากับ 6.0 คะแนน อยู่ในระดับปวดปานกลาง ซึ่งค่าเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัด 4 ชั่วโมง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.258$) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวดหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง กลุ่มที่ใช้นวัตกรรม VNBN pain expression เท่ากับ 2.2 คะแนน อยู่ในระดับปวดน้อย กลุ่มที่ใช้การจัดการความปวดแบบเดิมเท่ากับ 3.6 คะแนน อยู่ในระดับปวดน้อย ซึ่งค่าเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.018$) ซึ่งจากผลการศึกษาจะเห็นว่านวัตกรรม VNBN pain expression เป็นนวัตกรรมที่ได้รับการพัฒนามาจากเครื่องมือประเมินความปวดแบบเดิม เป็นเครื่องมือที่ใช้ได้ง่าย สะดวกต่อการพกพา และประเมินได้ตรงกับความรู้สึกผู้ป่วย รวมทั้งการที่นวัตกรรม VNBN pain expression มี 2 ส่วนคือ ส่วนที่พยาบาลเป็นผู้ประเมิน และส่วนที่ผู้ป่วยประเมินตนเอง ที่ทำการประเมินความปวดมีความตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยและผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตรงตามความต้องการเหมาะสมกับตัวผู้ป่วยอย่างแท้จริง นอกจากนี้นวัตกรรม VNBN pain expression จะมีการอธิบายถึงการพยาบาลในแต่ละระดับช่วงคะแนนความปวด ARE for comfort เป็นการนำเอากระบวนการพยาบาลมาใช้ทำให้เกิดเป็นจุดเด่นของเครื่องมือ ที่สามารถใช้ได้ทั้งการประเมินและการให้การพยาบาลบรรเทาอาการปวด เป็นการพยาบาลที่มีการนำเอาเรื่องการจัดทำเพื่อให้กล้ามเนื้อส่วนที่ผ่าตัดไม่ให้ตึงตัว ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสะดวกสบาย การใช้เทคนิคการผ่อนคลายโดยการหายใจ ทำที่ 1 (skt1) โดยให้ผู้ป่วย "นั่งผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต" (สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี, 2556) เป็นการนั่งหรือนอนปฏิบัติสมาธิด้วยการหายใจ ซึ่งหากทำจะทำให้เกิดการกระตุ้นกระแสประสาทขนาดใหญ่ ซึ่งเป็นการยับยั้งการส่ง

กระแสนประสาทนำขึ้น หมายความว่าถ้าประตูลังสัญญาณความปวดปิด จะทำให้ความปวดลดลง สอดคล้องกับการใช้ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory) ของเมลแซค (Melzack Ronald, 2004) ในการจัดสิ่งแวดลอมเพื่อผ่อนคลายของผู้ป่วย สืบเนื่องมาจากว่า ความวิตกกังวล ความเครียด จะทำให้เพิ่มความปวดมากขึ้น สาเหตุจากการกระตุ้นสมองส่วนคอร์เทกซ์ และทาลามัส ดังนั้นการจัดสิ่งแวดลอมเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล จะทำให้กระตุ้นสมองต่อมพิทูอิทารี (pituitary gland) และ ไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ให้หลั่งสาร endogenous morphine หรือ endorphin ซึ่งส่งผลให้ลดอาการปวด การดูแลผู้ป่วยที่นุ่มนวลและให้กำลังใจ เพื่อลดความวิตกกังวลและความเครียด ซึ่งส่งผลทำให้อาการปวดลดลงได้ (อัจฉริยา ปทุมวัน, 2551) จึงทำให้หลังจากการใช้นวัตกรรมจัดการความปวด VNBN pain expression ทำให้ลดระยะเวลาในการเผชิญความปวดได้มากกว่าการจัดการความปวดแบบเดิม ซึ่งจะเห็นว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวดของกลุ่มที่ใช้นวัตกรรม VNBN pain expression และกลุ่มที่ใช้การจัดการความปวดแบบเดิม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ในช่วงเวลาที่ 2 หลังผ่าตัด และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด แต่ในระยะหลังผ่าตัด 4 ชั่วโมง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวดของกลุ่มที่ใช้นวัตกรรม VNBN pain expression และกลุ่มที่ใช้การจัดการความปวดแบบเดิมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญนั้น เนื่องจากกลุ่มศึกษาทั้งสองกลุ่มอยู่ในระยะเวลาหลังได้รับยา opioid

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาแนวทางการประเมินและการพยาบาลเพื่อลดปวด สามารถนำนวัตกรรม VNBN pain expression ประยุกต์ใช้ได้กับผู้ป่วยที่มีความปวดที่นอกเหนือจากการปวดจากการผ่าตัดเนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินและให้การพยาบาลเพื่อลดปวดในเครื่องมือเดียวกัน โดยมีการศึกษาและพัฒนาเพิ่ม เนื่องจากการทำวิจัยในครั้งนี้ กลุ่มวิจัยมีขนาดเล็กและคัดเลือกเฉพาะผู้ที่ได้รับการผ่าตัดครั้งแรกเป็นการผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและโรคเรื้อรัง สามารถสื่อสารได้เข้าใจ ควรมีการศึกษาซ้ำโดยการศึกษาในเรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดทุกประเภท ควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างและเพิ่มระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้มีประสิทธิภาพ ความแม่นยำ และมีความตรงของเครื่องมือ

เอกสารอ้างอิง

- จันทร์หา อรุณโชติ. (2557). การพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้น โรงพยาบาลกาฬสินธุ์, วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 7(1), 21-31.
- นิตยา อธิวิโรจน์, อมรัตน์ คงนุรัตน์, ทรงพร กว้างนอก, สุจิตรา สุขผดุง, ภูวดล กิตติวัฒนาสาร . (2554). การศึกษาสถานการณ์การประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ (Postoperative Pain Assessment Situation in

- Orthopaedic Patients, Buriram Hospital). Journal of Nursing and Health Care, 29(4), 33–39.*
- มนัสนันท์ ศิริสกุลเวโรจน์. (2552). ประสิทธิภาพของการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการระงับปวดหลังผ่าตัดต่อการบรรเทาความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับยาาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในสถาบันบำราศนราดูร, วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 3(2), 22-31.
- สมพร กันทรดุษฎี เตรีียมชัยศรี. (2556). ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สิริณญา สิมะลี .(2557). ความคาดหวังกับประสบการณ์จริงเกี่ยวกับระดับความปวดหลังผ่าตัดและกิจกรรมพยาบาลที่บรรเทาความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่. วารสารโรงพยาบาลนครพนม, 1(1), 5-15.
- อัจฉริยา ปทุมวัน. (2551). *Pain assessment in pediatric patients*. เอกสารประกอบการอบรม Pain update 2008. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- Frampton, C. L. , & Hughes- Webb, P. (2011) . *The measurement of pain*. *ClinicalOncology*, 23, 381-386.
- Horgas, A., & Yoon, S. L. (2008). *Pain management*. InE. Capezuti, D. Zwicker, M. Mezy & T. Flumer (Eds.), *Evidence - based geriatric nursing protocols for best practice*. New York: Springer, 199-22211.
- Lorenz, H. P. & Longaker, M. T. (2001) . *Wounds: biology, pathology and management*. In: Norton, J.A. et al. (editors), *Surgery: basic science and clinical evidence*. New York: Springer, 221-239.
- Melzack Ronald. (2004). Gate Control Theory of Pain. *Encyclopedia of Health and Behavior*.
- Spadoni, G. F., Stratford, P.W., Solomon, P.E., Wishart, L.R. (2004). *The evaluation of change in pain intensity: A comparison of the P4 and single item numeric pain rating scales*. *Journal of Orthopedic & Sports Physical Therapy*, 34, 187-193.

ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลย่อ
อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร

Application of Self-Efficacy Program on Self-Care Behaviors in
Hypertensive Patients at Yo Health Promoting Hospital,
Kham Khuean Kao District, Yasothon Province

จิตติมา โกศลวิตร¹, กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์², ทานตะวัน คำวัง³, พรรณราย ดารุนิกร⁴
Thitima Kosalvit¹, Kanyarat Kanyakan², Tantawan Khamwang³,
Punnarai Darunikorn⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลย่อ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร เป็นการศึกษาแบบสองกลุ่ม วัด 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 88 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 44 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 44 คน กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเอง 5 ครั้ง ใน 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้และจัดประสบการณ์ตรง 2) การใช้ตัวแบบ 3) การพูดจูงใจ 4) การประเมินการเปลี่ยนแปลงสภาวะทางสรีระวิทยา และ 5) การติดตามเพื่อกระตุ้นเตือน การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับบริการสุขภาพตามปกติ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลลัพธ์โดยใช้สถิติ Paired Samples t-test และ Independent Samples t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับความดันโลหิต

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

²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลย่อ (Yo Health Promoting Hospital)

³โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลย่อ (Yo Health Promoting Hospital)

⁴โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลย่อ (Yo Health Promoting Hospital)

ลดลงกว่าก่อนการทดลอง และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองมีประสิทธิภาพ ทำให้เพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเอง ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้

คำสำคัญ: การรับรู้ความสามารถตนเอง, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, โรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of self-efficacy program on self-care behaviors in hypertensive patients at Yo Health Promoting Hospital, Kham Khuean Kaeo District, Yasothon Province. The study was two group pre-post test design. The sample were totally 88 subjects, divided into experimental group consisted of 44 subjects and comparison group consisted of 44 subjects. The subjects in the experimental group attended 5 activities for 12 weeks in self-efficacy program. These 5 activities included 1) providing knowledge and direct experience to control blood pressure 2) interpersonal relation practice 3) motivation 4) evaluation of physiological changes and 5) follow-up to a self-care practice alert. The comparison group got routine conventional health care services from their Sub- district Health Promoting Hospital. Data collected using an interview. The data was analyzed by descriptive statistics, percentage, mean, standard deviation and analyzed with analytical statistics, paired t-test and independent's t-tests.

The result was shown that after attending the program, the sampling group got higher average score for self-efficacy and was able to utilize self-care behaviors to prevent complications from hypertension better than before attending the program, with statistically significant difference, compared to the normal group. Consequently, the sampling group's hypertension level had decreased compared to the level before they attended the program, and to the normal group with statistically significant difference. The results of the study showed that the self-efficacy program could increase the perceived self-efficacy, led to an improvement of health, and then affect hypertensive patients to be able to control the systolic and diastolic pressure in appropriate level.

Keywords: Self-Efficacy, Self-Care Behavior, Hypertensive Patients

บทนำ

จากรายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2555 (Chronic Diseases Surveillance Report, 2012) โดย สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี พ.ศ. 2555 ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรครายใหม่ มีจำนวนรวม 1,009,002 ราย โรคความดันโลหิตสูง มีอัตราป่วยสูงสุด จำนวน 602,548 ราย อัตราป่วย 937.58 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ โรคเบาหวาน จำนวน 336,265 ราย อัตราป่วย 523.24 ต่อประชากรแสนคน (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2560)

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ทำให้เกิดการตาย และทุพพลภาพที่สำคัญที่สุดทั่วโลก โรคความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่พบได้บ่อยขึ้นในปัจจุบัน โดยเฉพาะในเมืองใหญ่ผู้คนอยู่กันแออัด และมีภาวะการดำรงชีพที่มีการแข่งขันสูง สิ่งแวดล้อมที่เป็นภัยต่อสุขภาพ และการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกสุขอนามัย โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure, SBP) >140 มม.ปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure, DBP) >90 มม.ปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) โรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็นสองชนิดคือ ชนิดที่ทราบสาเหตุ และชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งชนิดที่ทราบสาเหตุนั้นเกิดจากโรคไต หลอดเลือดตีบตัน ความผิดปกติของฮอร์โมน หลอดเลือดหัวใจ และระบบประสาทผิดปกติ (จันจิราภรณ์ วิชัย, สายสมร พลตงนอก และกิตติศักดิ์ สวรรยาวิสุทธิ, 2558)

คนจำนวนมากมีภาวะความดันโลหิตสูงโดยไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะนี้ เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่ค่อยปรากฏอาการที่ชัดเจนในช่วงแรก แต่เมื่อปล่อยนานไปโดยไม่ได้รับการดูแลรักษา แรงดันในหลอดเลือดที่สูง จะไปทำลายผนังหลอดเลือดและอวัยวะที่สำคัญทั่วร่างกาย จึงเรียกโรคนี้กันว่า “เพชฌฆาตเงียบ” (ธาริณี พังจันทน์ และนิตยา พันธุเวทย์, 2556) ร้อยละ 70 ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพราะไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ จึงทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ได้รับการรักษาหรือไม่ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เพื่อลดระดับความดันโลหิตที่สูงให้กลับสู่ภาวะปกติและเหมาะสม จึงนำไปสู่การเกิดโรคแทรกซ้อนที่สืบเนื่องมาจากโรคความดันโลหิตสูงตามมาอีกมากมาย อาทิ อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหลอดเลือดสมองตีบ และโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งอาจมีอันตรายร้ายแรงถึงขั้นทำให้เสียชีวิตได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุด คือ ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ รองลงมา คือ ภาวะแทรกซ้อนทางไต และภาวะแทรกซ้อนหลายด้าน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555) โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ พบว่าความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ได้ถึงร้อยละ 50 (World Heart Federation, 2014) ดังนั้นในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดังกล่าว จึงควรมุ่งเน้นที่การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม โดยการให้ยาควบคู่ไปกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย

ทฤษฎีความสามารถตนเองของ Bandura (1998) เป็นทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับว่า การรับรู้ความสามารถในตนเองเป็นปัจจัยนำที่ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีประสิทธิภาพ โดยองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาให้บุคคลเกิดความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถ เกิดจากอิทธิพลหลัก 4 ประการ คือ ประสบการณ์ของความสำเร็จ (Mastery Experience) การได้รับประสบการณ์จากต้นแบบ (Social Model) การได้รับการโน้มน้าวชักจูง (Social Persuasion) และสภาวะทางกายและอารมณ์ (Somatic and Emotional State) (Bandura, 1998) จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีการประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองในการพัฒนาโปรแกรมที่เสริมสร้างความสามารถตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และพบว่าสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง และมีผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง (ยุภาพร นาคกลิ้ง และคณะ, 2555; ยุพา จิวพัฒน์กุล และคณะ, 2555; กนกวรรณ อุดมพิทยารักษ์, 2557)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลย่อ มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างเดือน ตุลาคม - เดือนธันวาคม 2559 จำนวน 394 คน เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จำนวน 234 คน คิดเป็นร้อยละ 59.39 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลย่อ, 2560) คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลย่อ มีการให้บริการแก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย กิจกรรมบริการชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต และจากการซักถามผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 44 คน พบว่าทุกคนมีความรู้เรื่องโรค อาการ ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน แต่สิ่งที่ยังทำไม่ได้ คือ ความสามารถในการจัดการพฤติกรรม การดูแลตนเอง โดยพบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมออกกำลังกายที่ไม่สม่ำเสมอ ขาดแรงจูงใจและขาดความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง บางส่วนมีพฤติกรรมกินยาที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองโดยออกแบบโปรแกรมตามแนวคิดของแบนดูรา เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการรับรู้ในความสามารถของตนเอง และเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเอง จนทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และอาจส่งผลให้สามารถป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

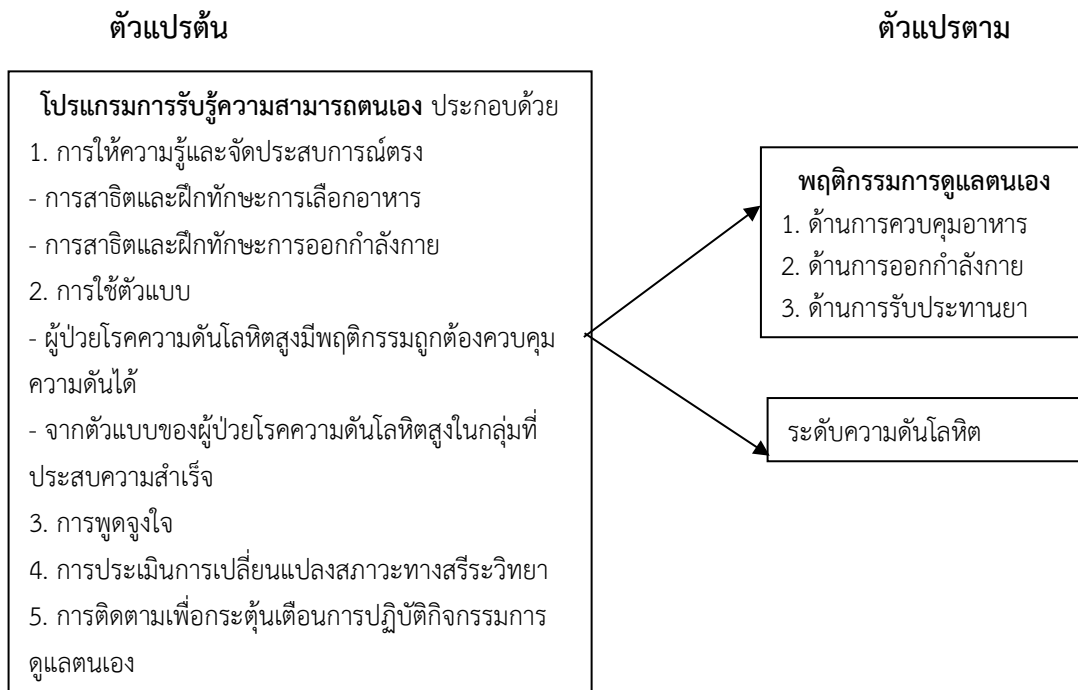
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลย่อ อำเภอคำชะโนด จังหวัดยโสธร

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และระดับความดันโลหิต ลดลงกว่าก่อนการทดลอง และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) แบบสองกลุ่ม วัดสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลย่อ อำเภอดำเนินสะดวก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธาราม อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี เนื่องจาก 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการให้บริการในรูปแบบที่คล้ายคลึงกัน เนื่องจากเจ้าหน้าที่

ผ่านการอบรมมาจากที่เดียวกัน และลักษณะของประชากรคล้ายคลึงกันในการดำเนินชีวิต ระยะทางระหว่าง 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห่างกัน 5 กิโลเมตร

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลย่อย อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร จำนวน 44 คน ส่วนกลุ่มควบคุม เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพ้นัน อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร จำนวน 44 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์ในการเลือกดังนี้คือ ผู้ที่มีอายุ 35-65 ปี เป็นกลุ่มที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ทราบสาเหตุ ไม่มีโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม ได้แก่ โรคหัวใจ โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง โรคกระดูกและข้อ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน การพูด และการมองเห็น

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณ Power Analysis ของCohen (1988) โดยผู้วิจัยใช้ Paired t-test กำหนดค่าแอลฟาเท่ากับ .05 Power of the test เท่ากับ .80 และ Effect size เท่ากับ .60 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 44 ราย

เครื่องมือและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเอง ที่ใช้จัดกิจกรรม 5 ครั้ง ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้และจัดประสบการณ์ตรง 2) การใช้ตัวแบบ 3) การพูดจูงใจ 4) การประเมินการเปลี่ยนแปลงสภาวะทางสรีรวิทยา และ 5) การติดตามเพื่อกระตุ้นเตือนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถตนเอง และส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิต ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับประทานยา เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หรือไม่ปฏิบัติเลย ซึ่งข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ผู้เลือกตอบสามารถเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับการปฏิบัติของตนเอง

การหาคุณภาพของเครื่องมือ หาความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อรัง 2 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach (Cronbach alpha's Coefficient) เท่ากับ.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการทดลองโดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง 5 ครั้ง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ดำเนิน

กิจกรรมระหว่างเดือน ตุลาคม– ธันวาคม 2559 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบให้บริการในคลินิกความดันโลหิตสูงตามรูปแบบเดิม เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ชุดเดียวกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ การแจกแจงความถี่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ย สำหรับข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิต ภายในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired Samples t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิต และระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent Samples t-test

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการศึกษาพบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะด้านประชากรที่ใกล้เคียงกัน กล่าวคือ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุเฉลี่ย 59.64 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 81.80 ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic) เฉลี่ย 161.05 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic) เฉลี่ย 92.14 รวมระยะเวลาเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 7.32 ปี มีประวัติสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 61.40 ประวัติการดื่มสุรา จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 25.00 และมีประวัติการสูบบุหรี่ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 18.20 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุเฉลี่ย 59.61 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 77.30 ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก เฉลี่ย 160.08 มิลลิเมตรปรอท ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก เฉลี่ย 91.97 รวมระยะเวลาเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 7.43 ปี มีประวัติสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 56.68 ประวัติการดื่มสุรา จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 31.80 และมีประวัติการสูบบุหรี่ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 18.20 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามคุณลักษณะประชากร

คุณลักษณะประชากร	กลุ่มทดลอง (n=44)		กลุ่มเปรียบเทียบ(n=44)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
หญิง	34	77.34	34	77.34	1.00
ชาย	10	22.76	10	22.76	
อายุ					

คุณลักษณะประชากร	กลุ่มทดลอง (n=44)		กลุ่มเปรียบเทียบ(n=44)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	59.64 $\pm$ 4.05 48 - 65		59.61 $\pm$ 4.04 48 - 65		
การศึกษา					0.67
ประถมศึกษา	36	81.80	34	77.30	
มัธยมศึกษา	6	13.60	8	18.20	
อนุปริญญา	1	2.30	1	2.30	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1	2.30	1	2.30	
ระดับความดันโลหิต					
- ระดับความดันซิสโตลิก					
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	161.05 $\pm$ 2.86		160.08 $\pm$ 2.83		
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	157 - 168		152 - 168		
- ระดับความดันไดแอสโตลิก					
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	92.14 $\pm$ 1.58		91.97 $\pm$ 1.39		
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	90 - 97		90 - 95		
ระยะเวลาเป็นโรคความดันโลหิตสูง					
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	7.32 $\pm$ 0.52		7.43 $\pm$ 0.66		
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	6 - 8		6 - 9		
สมาชิกในครอบครัวเป็นความดันโลหิตสูง					0.78
มีคนในครอบครัวเป็น	27	61.40	25	56.80	
ไม่มีคนในครอบครัวเป็น	17	38.60	19	43.20	
ประวัติการดื่มสุรา					0.53
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	11	25.00	14	31.80	
ไม่เคยดื่มสุรา	22	50.00	20	45.50	
ดื่มบางครั้ง	11	25.00	10	22.70	
ประวัติการสูบบุหรี่					0.98
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	8	18.20	8	18.20	
ไม่เคยสูบบุหรี่	12	27.30	12	31.80	
สูบบางครั้งบางครั้ง	24	54.50	22	50.00	

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

2.1 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง มากกว่าก่อนการทดลอง โดยพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง 2.51 (S.D = .23) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 4.21 (S.D = .56) ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง 2.73 (S.D = .39) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.77 (S.D = .52) ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	P-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1. การรับรู้ความสามารถตนเอง	2.51	.23	4.21	.56	-30.56	.000
2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง	2.93	.39	3.78	.52	-8.93	.000

2.2 หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Difference	t	95% CI	p-value
1. การรับรู้ความสามารถตนเอง กลุ่มทดลอง	44	4.21	.56	1.43	20.23	1.29 ถึง 1.57	.000
	44	2.79	.30				
2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง กลุ่มทดลอง	44	3.78	.52	.94	9.32	7.40 ถึง 1.14	.000
	44	2.83	.43				

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต

3.1 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	P-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความดันไดแอสโตลิก (Diastolic)	94.16	3.38	87.86	4.97	7.42	.000
ความดันซิสโตลิก (Systolic)	161.63	6.67	156.91	6.81	3.63	.001

3.2 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Difference	t	95% CI	p-value
1. ความดันไดแอสโตลิก กลุ่มทดลอง	44	87.86	4.97	-4.39	-4.55	-6.30 ถึง -2.47	.000
	44	92.25	4.02				
2. ความดันซิสโตลิก กลุ่มทดลอง	44	156.91	6.81	-6.41	-4.41	-9.30 ถึง -3.52	.000
	44	163.32	6.82				

อภิปรายผลการวิจัย

การรับรู้ความสามารถตนเอง จากผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า เป็นผลจากการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเอง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมได้รับการให้ความรู้และจัดประสบการณ์ตรง โดยการสาธิตและฝึกทักษะการเลือกอาหาร ฝึกทักษะการออกกำลังกาย การใช้ตัวแบบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมถูกต้องควบคุมความดันได้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการพุดจูงใจ การประเมินการเปลี่ยนแปลงสภาวะทางสรีระวิทยา และการติดตามเพื่อกระตุ้นเตือนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจมากยิ่งขึ้น ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความเชื่อมั่นว่าหากปฏิบัติตามคำแนะนำของตัวแบบที่ประสบความสำเร็จ ก็จะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เหมือนบุคคลที่เป็นตัวแบบ สอดคล้องกับแนวคิดพื้นฐานตามทฤษฎี Self - Efficacy ของ Bandura (1977) ที่เชื่อว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคล ถ้า

บุคคลสองคนมีความสามารถไม่แตกต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ซึ่งพบว่าคนสองคนนั้นมีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกันในคน ๆ เดียว ก็เช่นกัน ถ้าการรับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกันเช่นกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กนกวรรณ อุดมพิทยารักษ์ (2557) ที่ศึกษาโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ผลดีของการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า เป็นผลจากการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเอง การดูแลตนเองจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตระหนักถึงความสำคัญของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ยุภาพร นาคกลิ้ง, ทศนีย์ รวีวรกุล, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์ และวราภรณ์ เสถียรนพแก้ว (2555) ที่ศึกษาผลของการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ความดันโลหิต พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตลดลง กว่าก่อนการทดลอง และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่าเป็นผลจากการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเอง การที่กลุ่มทดลองได้ปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง จากการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม ร่วมกับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จึงส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงจากเดิม กลุ่มทดลองได้ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 5 วัน แต่ละครึ่งทำติดต่อกันยาวนาน 30 นาที การออกกำลังกายจึงช่วยให้หลอดเลือดมีการยืดหยุ่น การไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ราตรี ผลสาส์ (2553) ที่ศึกษาผลของการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชมรมผู้สูงอายุไร่เชิงเมตตาประชารักษ์ พบว่า ภายหลังการทดลอง ระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุนันทา ศรีศิริ (2555) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง กรุงเทพมหานคร พบว่า ภายหลังการทดลอง 12

สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ค่าบน และค่าล่าง ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเอง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีประสิทธิภาพต่อการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถในตนเอง และสามารถกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เป็นผลให้ค่าระดับความดันโลหิตลดลง ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคอื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองไปประยุกต์ใช้กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน ต่อไป
2. ควรวิจัยติดตามประเมินผลความคงทนของพฤติกรรมสุขภาพ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ไปแล้ว 6 เดือน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต้องใช้เวลานานพอสมควรจึงจะเห็นการเปลี่ยนแปลงได้อย่างชัดเจน และทราบถึงความคงทนของพฤติกรรมสุขภาพ
3. ควรทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยการให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีส่วนร่วมในการวางแผนออกแบบกิจกรรมและเนื้อหาการเรียนรู้ที่ต้องการ และมีส่วนร่วมในการประเมินผลพฤติกรรมตนเอง

เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ อุดมพิทยารักษ์. (2557). โปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วารสารวิชาการ Veridian E-Journal, 7(1), 62-72.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2550). ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- จันจิราภรณ์ วิชัย, สายสมร พลตงนอกและ กิตติศักดิ์ สวรรยาวิสุทธิ์. (2558). ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง = Hypertension. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: หน่วยสร้างเสริมสุขภาพงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศรีนครินทร์.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลย่อ. (2560). ทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลย่อ ปี 2560. ยโสธร: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลย่อ.
- ธาริณี พังจันทน์ และนิตยา พันธุเวชย์. (2556). ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.

- ราตรี ผลสาลี. (2553). *การรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชมรมผู้สูงอายุไร่จึงเมตตาประชารักษ์จังหวัดนครปฐม*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุภาพร นาคกลิ้ง, ทศนีย์ รวีวรกุล, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์ และวราภรณ์ เสถียรนพเก้า. (2555). *ผลของการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารการออกกำลังกายและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครชุม, 28(1), 160-70.
- ยุพา จิวพัฒนกุล, อุบลวรรณ เรือนทองดี และฐิติรัตน์ ทับแก้ว. (2555). *ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายโดยการแกว่งแขนร่วมกับครอบครัวต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. วารสารพยาบาลศาสตร์, 30(2), 46-57.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป (Guidelines on the Treatment of Hypertension)*. กรุงเทพฯ: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.
- สุนันทา ศรีศิริ. (2555). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่างกรุงเทพมหานคร*. วารสารคณะพลศึกษา, 15 (ฉบับพิเศษ) ธันวาคม.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2555*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2560). *รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงสำหรับสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus*. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- Bandura, A. (1977). *Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change*. Psychological Review, 84 (2), 191-215.
- Bandura, A. (1998). *A Self-efficacy: The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- World Heart Federation. (2014). *CVD Prevention Roadmap Summit 2014*. Available at <http://www.world-heart-federation.org> (Accessed March 25th, 2017)

พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษา ในจังหวัดอุบลราชธานี

Health Risk Behaviors Among Vocational Students in Vocational College, Ubon Ratchathani

นัจรินทร์ เนืองเฉลิม¹ และภคิน ไชยช่วย²
Natjarin Nuangchalerm¹, Pakin Chaichuay²

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษา ในจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษา ในจังหวัดอุบลราชธานี ที่มีรายชื่อในทะเบียนนักศึกษา ปีการศึกษา 2559 จำนวน คน 545 ได้มาโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษา ในจังหวัดอุบลราชธานี มีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 00.1-67.0 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษา ในจังหวัดอุบลราชธานี มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = .279$, S.D. = 0.37) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง 3 ด้าน อันดับแรก คือ ด้านการรับประทานอาหาร ($\bar{X} = 91.2$, S.D. = 0.59) รองลงมาคือ ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ($\bar{X} = 2.68$, S.D. = 0.63) และด้านการสูบบุหรี่และการใช้สารคาเฟอีน ($\bar{X} = 2.61$, S.D.=0.65) ตามลำดับ ส่วนด้านความปลอดภัยและการใช้ความรุนแรง พบว่ามีพฤติกรรมเสี่ยง ($\bar{X} = 1.52$, S.D. = 0.49)

คำสำคัญ : สุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ นักศึกษา วิทยาลัยอาชีวศึกษา

¹อาจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี (Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani) e-mail: nnatjarin@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-8769773

²อาจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี (Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani) e-mail: pakin9540@scphub.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 081-3899146

Abstract

The objective of this study was to study the health risk behaviors of vocational students in Ubon Ratchathani. The sample was a vocational college students in Ubon Ratchathani. There were 545 students enrolled in the academic year 2559 by stratified random sampling. Data were collected by questionnaire on health risk behaviors of vocational students in Ubon Ratchathani province. The reliability of data was 0.91 and validity was = 0.930.67-1.00. The descriptive statistics were percentage, mean and standard deviation

The results showed that general health risk behaviors were in moderated risk level ($\bar{X}$ = 2.79, S.D. = 0.37). The highest risk behavior is in eating behavior ($\bar{X}$ = 2.91, S.D. = 0.59), in alcoholic drinking behavior ($\bar{X}$ = 2.68, S.D. = 0.63), in smoking and narcotic ($\bar{X}$ = 2.61, S.D.=0.65) and risk behavior in safety and violence behaviors were in low level ($\bar{X}$ = 1.52, S.D. = 0.49).

Keywords: Health, Health Risk Behaviors, Student, Vocational College

บทนำ

การแสดงออกทางสุขภาพ หรือพฤติกรรมสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ ที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล แต่การเปลี่ยนแปลงทางด้านต่าง ๆ อาทิ ด้านสังคม เทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปจากอดีตอย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพด้านต่างๆ ตามมา เช่น พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และด้านเพศสัมพันธ์ เป็นต้น ทำให้ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (สุนิสา พรหมป่า ชัด, 2556)

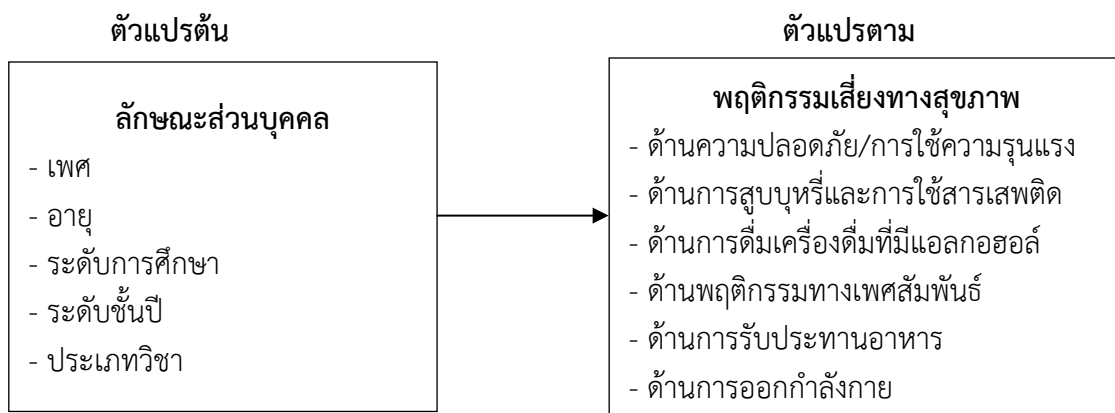
ปัจจุบันทั่วโลกพบว่าประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพมากขึ้น และเป็นปัญหาทางสาธารณสุข ที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงอายุ 13-18 ปี ซึ่งมีจำนวนมากกว่า 1,000 ล้านคนทั่วโลก จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชาชนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ 10.9 ล้านคน และดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 18.6 ล้านคน โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ จากร้อยละ 32.7 ในปี 2547 เป็นร้อยละ 34 ในปี 2558 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558) ทำให้นำไปสู่การใช้สารเสพติดชนิดอื่น ๆ รวมทั้งการมีพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้น และพบว่านักศึกษาอาชีวศึกษามีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพมากที่สุด ด้านการดื่มสุราและการใช้สารเสพติด ร้อยละ 68.21 รองลงมาคือ ด้านการสูบบุหรี่ ร้อยละ 64.96 ด้านความปลอดภัยและความรุนแรง ร้อยละ 48.86 ด้านพฤติกรรมทางเพศ ร้อยละ 32.21 ด้านการรับประทานอาหาร ร้อยละ 10.27 และด้านการออกกำลังกาย ร้อยละ 8.79 (จรรยา เศรษฐพงษ์, เกียรติกำจร กุศล, สายฝน เอกวรารังกูร, และปิยธิดา จุลละปิย, 2553)

การศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนในระดับมัธยมศึกษา และยังมีการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษา ในจังหวัดอุบลราชธานี ไม่มากนัก ซึ่งนักศึกษวิทยาลัยอาชีวศึกษาเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ ตามที่ระบุในแผนพัฒนาการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ พ.ศ. 2555 - 2559 ไว้ว่า ให้เร่งพัฒนากำลังคนด้านอาชีวศึกษาให้ทันกับความเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยี (สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ, 2555) พฤติกรรมทางสุขภาพจะส่งผลต่อกำลังคนในการพัฒนาประเทศ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของนักศึกษวิทยาลัยอาชีวศึกษา ในจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อจะได้นำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ และหามาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ เพื่อเป็นการสร้างสุขภาพที่ดีของนักศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ของนักศึกษวิทยาลัยอาชีวศึกษา ในจังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ขอบเขตการวิจัย

1. ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักศึกษาที่กำลังศึกษาในวิทยาลัยอาชีวศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) และระดับปริญญาตรี (ต่อเนื่อง) ปีการศึกษา 2559 จำนวน 3,648 คน

2. ตัวแปรที่ศึกษา

2.1 ตัวแปรต้น ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระดับชั้นปี ประเภทวิชา

2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ 6 ด้าน

ด้านความปลอดภัยและการใช้ความรุนแรง -

- ด้านการสูบบุหรี่และการใช้สารเสพติด
- ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
- ด้านพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์
- ด้านการรับประทานอาหาร
- ด้านการออกกำลังกาย

3. ระยะเวลา ทำการศึกษาตั้งแต่ ตุลาคม 2558 ถึง มกราคม 2560

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบภาคตัดขวาง Cross-Sectional Study Design เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ด้านความปลอดภัย และการใช้ความรุนแรง การสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ของนักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษา ในจังหวัดอุบลราชธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ นักศึกษาที่มีรายชื่อในทะเบียนนักศึกษาปีการศึกษา 2559 ของวิทยาลัยอาชีวศึกษา ในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 3,648 คน

กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ คำนวณขนาดตัวอย่างประชากร โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรของ วรณิ แกมเกตุ (2556) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ระดับ 95% และยอมให้เกิดการคลาดเคลื่อนของการประมาณค่า เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 495 คน เพื่อป้องกันการตอบแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 จึงได้ตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 545 คน ในวิทยาลัยจากวิทยาลัยอาชีวศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี 1 สถาบัน จากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Sampling) โดยจำแนกประชากรตามระดับการศึกษาทั้งหมด 3 ระดับ ได้แก่ ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) และระดับปริญญาตรี (ต่อเนื่อง) แบ่งแต่ละระดับการศึกษาออกตามประเภทวิชาที่เรียน ได้แก่ บริหารธุรกิจ คหกรรม ศิลปกรรม การโรงแรม และบัญชี จากนั้น แบ่งแต่ละประเภทสาขาวิชาที่เรียนออกเป็นชั้นปี ได้แก่ ชั้นปีที่ 1-3 แล้วสุ่ม โดยการจับสลากเพื่อเลือกลำดับแรก ได้กลุ่มตัวอย่างระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) จำนวน 308 คน ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) จำนวน 226 คน และระดับปริญญาตรี (ต่อเนื่อง) จำนวน 11 คน

ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Sampling)

- กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่เป็นนักศึกษาในวิทยาลัยอาชีวศึกษา ในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 3,648 คน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 545 คน
- นำกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Sampling) โดยจำแนกประชากรตามระดับการศึกษา ทั้งหมด 3 ระดับ ได้แก่ ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) และระดับปริญญาตรี (ต่อเนื่อง)
- แบ่งแต่ละระดับการศึกษาออกตามประเภทวิชาที่เรียน
ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) และระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) มีประเภทสาขาวิชา 4 สาขา ดังนี้ 1) ประเภทสาขาวิชาบริหารธุรกิจ 2) ประเภทสาขาวิชาคหกรรม 3) ประเภทสาขาวิชาศิลปกรรม และ 4) ประเภทสาขาวิชาการโรงแรม
ระดับปริญญาตรี (ต่อเนื่อง) ประเภทสาขาวิชาบัญชี
- แบ่งแต่ละประเภทสาขาวิชาที่เรียน ออกเป็นชั้นปี ดังนี้
ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ประเภทสาขาวิชาบริหารธุรกิจ มี 3 ชั้นปี
ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ประเภทสาขาวิชาคหกรรม มี 3 ชั้นปี
ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ประเภทสาขาวิชาศิลปกรรม มี 3 ชั้นปี
ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ประเภทสาขาวิชาการโรงแรม มี 3 ชั้นปี
ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ประเภทสาขาวิชาบริหารธุรกิจ มี 2 ชั้นปี
ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ประเภทสาขาวิชาคหกรรมมี 2 ชั้นปี
ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ประเภทสาขาวิชาศิลปกรรมมี 2 ชั้นปี
ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ประเภทสาขาวิชาการโรงแรมมี 2 ชั้นปี
และระดับปริญญาตรี (ต่อเนื่อง) ประเภทสาขาวิชาบัญชีมี 3 ชั้นปี
- ใช้การสุ่มอย่างง่าย เพื่อสุ่มตัวอย่างจากนักศึกษา รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)

ประเภทวิชา	ชั้นปี	ประชากร (คน)	คำนวณขนาดตัวอย่าง	จำนวนขนาดตัวอย่าง (คน)
บริหารธุรกิจ	1	545	$545 \times \frac{545}{3,648} = 81.42 \approx 81$ คน	203
	2	441	$441 \times \frac{545}{3,648} = 65.88 \approx 66$ คน	
	3	377	$377 \times \frac{545}{3,648} = 56.32 \approx 56$ คน	

ประเภทวิชา	ชั้นปี	ประชากร (คน)	คำนวณขนาดตัวอย่าง	จำนวนขนาด ตัวอย่าง (คน)
คหกรรม	1	115	$115 * \frac{545}{3,648} = 17.18 \approx 17$ คน	40
	2	72	$72 * \frac{545}{3,648} = 10.75 \approx 11$ คน	
	3	82	$82 * \frac{545}{3,648} = 12.25 \approx 12$ คน	
ศิลปกรรม	1	69	$69 * \frac{545}{3,648} = 10.30 \approx 10$ คน	22
	2	34	$34 * \frac{545}{3,648} = 5.07 \approx 5$ คน	
	3	49	$49 * \frac{545}{3,648} = 7.32 \approx 7$ คน	
การโรงแรม	1	143	$143 * \frac{545}{3,648} = 21.36 \approx 21$ คน	43
	2	103	$103 * \frac{545}{3,648} = 15.38 \approx 15$ คน	
	3	44	$44 * \frac{545}{3,648} = 6.57 \approx 7$ คน	
รวม		2,074		308

ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)

ประเภทวิชา	ชั้นปี	ประชากร (คน)	คำนวณขนาดตัวอย่าง	จำนวนขนาด ตัวอย่าง (คน)
บริหารธุรกิจ	1	627	$627 * \frac{545}{3,648} = 93.67 \approx 94$ คน	168
	2	497	$497 * \frac{545}{3,648} = 74.25 \approx 74$ คน	
คหกรรม	1	61	$61 * \frac{545}{3,648} = 9.11 \approx 9$ คน	17
	2	51	$51 * \frac{545}{3,648} = 7.61 \approx 8$ คน	

ประเภทวิชา	ชั้นปี	ประชากร (คน)	คำนวณขนาดตัวอย่าง	จำนวนขนาด ตัวอย่าง (คน)
ศิลปกรรม	1	56	$56 * \frac{545}{3,648} = 8.36 \approx 8$ คน	15
	2	48	$48 * \frac{545}{3,648} = 7.17 \approx 7$ คน	
การโรงแรม	1	105	$105 * \frac{545}{3,648} = 15.68 \approx 16$ คน	26
	2	64	$64 * \frac{545}{3,648} = 9.56 \approx 10$ คน	
รวม		1,509		226

ระดับปริญญาตรี (ต่อเนื่อง)

ประเภทวิชา	ชั้นปี	ประชากร (คน)	คำนวณขนาดตัวอย่าง	จำนวนขนาด ตัวอย่าง (คน)
การบัญชี	1	23	$23 * \frac{545}{3,648} = 3.43 \approx 4$ คน	11
	2	26	$26 * \frac{545}{3,648} = 3.88 \approx 4$ คน	
	3	16	$16 * \frac{545}{3,648} = 2.39 \approx 3$ คน	
รวม		65		11

6. ใช้การสุ่มอย่างมีระบบ โดยการจับสลากเพื่อเลือกลำดับแรก ซึ่งช่วงของแต่ละลำดับได้มาจาก $\frac{N}{n}$ นั่นคือ $\frac{3,648}{545} = 6.69$ หรือ ≈ 7 ช่วง เช่น จับสลากได้หมายเลขที่ 3 ลำดับต่อไป คือ หมายเลขที่ (3+7)10, 17, 24, 31, ... จนครบตามจำนวนคนที่ได้จากการสุ่มของแต่ละระดับการศึกษา ประเภทวิชา และแต่ละชั้นปี ซึ่งรวมทั้งสิ้น 545 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนามาจาก Youth Risk Behavior Survey ของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค สหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2015) และมัลทนา ธาระพันธ์ (2551) ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน 8 ข้อ
ส่วนที่ 2 พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ 6 ด้าน ดังนี้	
1) ด้านความปลอดภัยและการใช้ความรุนแรง	จำนวน 14 ข้อ
2) ด้านการสูบบุหรี่และการใช้สารเสพติด	จำนวน 5 ข้อ
3) ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	จำนวน 5 ข้อ
4) ด้านพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์	จำนวน 5 ข้อ
5) ด้านการรับประทานอาหาร	จำนวน 5 ข้อ
6) ด้านการออกกำลังกาย	จำนวน 5 ข้อ

คุณภาพเครื่องมือการวิจัย

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 โดยทดลองใช้กับนักศึกษาวิทยาลัยการอาชีพวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s Alpha Coefficient) มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91

การแปลความหมายของระดับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ โดยใช้เกณฑ์ของ สมบูรณ์ สุริยวงศ์ สมจิตรา เรืองศรี และเพ็ญศรี เศรษฐวงศ์ (2544) ดังนี้

- คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพมากที่สุด
- คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพมาก
- คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพปานกลาง
- คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพน้อย
- คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 1.49 หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพน้อยที่สุด

ซึ่งการแปลความหมายของระดับพฤติกรรมข้างต้น จะนำไปใช้ในการอภิปรายผลการศึกษา

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุข สิรินคร จังหวัดอุบลราชธานี หมายเลขใบรับรอง SCPHUB S001/2559

การเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

เก็บข้อมูลวิจัยในเดือนตุลาคม - เดือนพฤศจิกายน 2559 ผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยอาชีวศึกษา เพื่อขอความอนุเคราะห์พื้นที่ในการเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยได้เข้าพบกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขอความร่วมมือ

ในการตอบแบบสอบถาม โดยได้อธิบายถึงการยินยอม และสิทธิในการปฏิเสธ พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมและพิกซ์สิทธิ์ที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ให้ก่อนตอบแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะส่วนบุคคลและพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

จากจำนวนนักศึกษาที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด จำนวน 545 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.83 มีอายุเฉลี่ย 17.82 ปี (S.D.= ค่าดัชนีมวลกายอยู่ใน (72.1 เกณฑ์ปกติมากที่สุด ร้อยละ 50.27 การศึกษาอยู่ในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ มากที่สุด ร้อยละ 56.51 ศึกษาในชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 47.71 ศึกษาในประเภทวิชาบริหารธุรกิจ/พาณิชยกรรม มากที่สุด ร้อยละ 70.09 รายได้เฉลี่ย 107.18 บาท/วัน และใช้รถจักรยานยนต์ มากที่สุด ร้อยละ 64.40 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ ของนักศึกษา จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 545)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ(%)
เพศ		
ชาย	50	9.17
หญิง	495	90.83
อายุ Max = 26, Min 14, $\bar{X}$ = 17.82, S.D.= 1.72		
ดัชนีมวลกาย		
น้อยกว่า 18.5	192	35.23
9.22 - 5.18	274	50.27
23.0 - 9.24	39	7.16
มากกว่า 25.0	40	7.34
Max = 55.22, Min = 11.47, $\bar{X}$ = 20.21, S.D. = 3.64		
ระดับการศึกษา		
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	308	56.51
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)	226	41.47
ปริญญาตรี (ต่อเนื่อง)	11	2.02
ระดับชั้นปี		
ชั้นปีที่ 1	260	47.71
ชั้นปีที่ 2	200	36.70

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ(%)
ชั้นปีที่ 3	85	15.60
รายได้ที่ได้รับเฉลี่ยต่อวัน Max = 400, Min = 40, $\bar{X}$ = 107.18, S.D. = 40.85		
ยานพาหนะที่ใช้ประจำ		
จักรยาน	30	5.50
จักรยานยนต์	351	64.40
รถยนต์	15	2.75
รถโดยสารประจำทาง	99	18.17
เดิน	50	9.18

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ 6 ด้าน

พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของนักศึกษา โดยรวม มีความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = .279, S.D. = 0.37) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง 3 ด้าน อันดับแรก คือ ด้านการรับประทานอาหาร ($\bar{X}$ = .91, S.D. = 0.59) รองลงมา คือ ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ($\bar{X}$ = 2.68, S.D. = 0.63) และด้านการสูบบุหรี่และการใช้สารเสพติด ($\bar{X}$ = 2.61, S.D. = 0.65) ตามลำดับ พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพอยู่ในระดับน้อย 3 ด้าน ส่วนด้านความปลอดภัยและการใช้ความรุนแรง พบว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงน้อย ($\bar{X}$ = 1.52, S.D. = 0.49) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของนักศึกษา 6 ด้าน

พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
ด้านความปลอดภัยและการใช้ความรุนแรง	1.52	0.49	เสี่ยงน้อย
ด้านการสูบบุหรี่และการใช้สารเสพติด	2.61	0.65	เสี่ยงปานกลาง
ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	2.68	0.63	เสี่ยงปานกลาง
ด้านพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์	1.88	0.60	เสี่ยงน้อย
ด้านการรับประทานอาหาร	2.91	0.59	เสี่ยงปานกลาง
ด้านการออกกำลังกาย	2.30	0.56	เสี่ยงน้อย
รวม	.279	.037	เสี่ยงปานกลาง

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย

นักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษา ในจังหวัดอุบลราชธานี มีพฤติกรรมเสี่ยง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = .279$, S.D. = 0.37) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง 3 ด้าน อันดับแรก คือ ด้านการรับประทานอาหาร ($\bar{X} = .91.2$, S.D. = 0.59) รองลงมา คือ ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ($\bar{X} = 2.68$, S.D. = 0.63) และด้านการสูบบุหรี่และการใช้สารคาเฟอีน ($\bar{X} = 2.61$, S.D.=0.65) ตามลำดับ พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพอยู่ในระดับน้อย 3 ด้าน ส่วนด้านความปลอดภัยและการใช้ความรุนแรง พบว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงน้อย ($\bar{X} = 1.52$, S.D. = 0.49)

อภิปรายผล

จากสรุปผลการวิจัย เรื่อง พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษา ในจังหวัดอุบลราชธานี มีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายผล ดังนี้

พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ

1. ด้านความปลอดภัย และความรุนแรง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับเสี่ยงน้อย อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเมื่อขับซึ่รถจักรยานยนต์หรือนั่งซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์จะ ไม่ค่อยสวมหมวกนิรภัย ขับซึ่รถจักรยานยนต์หลังดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สอดคล้องกับการศึกษาของ เตือนแก้ว สิทองดี เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ และวัชรพล วิวรรณ พันธุ์ (2553) ที่พบว่า นักศึกษามีพฤติกรรมเสี่ยง ด้านความปลอดภัยอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของบุญชนะ กลางเสนา (2559) ที่พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา มีพฤติกรรมเสี่ยง ด้านความปลอดภัยในการใช้ยานพาหนะ มีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับความเสี่ยงต่ำ และจรรยา เศรษฐพงษ์ เกียรติกำจร กุศล สายฝน เอกวรารังกูร และปิยธิดา จุลละปีย์ (2553) กล่าวว่า กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านความปลอดภัย และความรุนแรงระดับเล็กน้อย ร้อยละ 81.8 ซึ่งทั้งนี้อาจเนื่องมาจากระบบขนส่งมวลชนไม่เพียงพอ หรือไม่สะดวก จึงต้องพึ่งพาการใช้รถมอเตอร์ไซด์ การขาดความตระหนักรู้ในความสำคัญของการป้องกันตนเองจากอันตรายที่เกิดอุบัติเหตุจราจร (พิภพ จิตรนรินทร์พย์ และนวลละออ วิวัฒน์วรพันธุ์, 2553) รวมทั้งการขาดความเข้มงวดและความมุ่งมั่นในการรณรงค์ เพื่อสร้างจิตสำนึกในเรื่องความปลอดภัย (วะนิดา น้อยมนตรี และนัยนา พิพัฒน์วณิชชา, 2558)

2. ด้านการสูบบุหรี่และการใช้สารเสพติด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับเสี่ยงปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ จรรยา เศรษฐพงษ์, เกียรติกำจร กุศล, สายฝน เอกวรารังกูร, และปิยธิดา จุลละปีย์ (2553) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการการสูบบุหรี่ระดับปานกลาง ร้อยละ 19 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาวดี สมจิตต์ และนันทนา น้ำฝน (2556) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการใช้สารเสพติดต่ำสุด ร้อยละ 3.73 แต่ทั้งนี้ ที่ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด

ติด เนื่องมาจากความอยากรื้ออยากลองของวัยรุ่น วะนิดา น้อยมนตรี และนัยนา พิพัฒน์วิชชา (2558) คิดว่าการสูบบุหรี่ช่วยให้ผ่อนคลาย รู้สึกสบายใจขึ้น และสิ่งแวดล้อมทางสังคม คือ มีร้านสะดวกซื้อที่ทำให้วัยรุ่นหาซื้อได้ง่ายขึ้น รวมทั้งสภาพแวดล้อมสิ่งยั่วๆ ทั้งหนังสือพิมพ์ ภาพยนตร์ โทรทัศน์ และสื่อต่าง ๆ ที่เข้ามาอย่างรวดเร็ว ร่วมกับขาดการไตร่ตรองอย่างรอบคอบ ขาดความรับผิดชอบต่อการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ไม่เหมาะสม มีโอกาสถูกชักจูงให้มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ง่าย (จรรยา เศรษฐพงษ์, เกียรติกำจร กุศล, สายฝน เอกวรารุง, และปิยธิดา จุลละปีย์, 2553)

3. ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับเสี่ยงปานกลาง และพบว่ากลุ่มตัวอย่างดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพื่อความสนุกสนาน และเข้าสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิรักษ์ ไซรักษ์ และคณะ (2553) พบว่า มูลเหตุและแรงจูงใจ ในการดื่มสุราส่วนใหญ่เพราะต้องการเข้าสังคม ร้อยละ 16.9 รองลงมาคือ เพื่อนชวน ร้อยละ 15.2 และคลายเครียด ร้อยละ 13.9 เช่นเดียวกับงานวิจัยของเดือนแก้ว ลีทองดี เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ และวัชรพล วิวรรณ เก้าวพันธ์ (2553) พบว่า วัยรุ่นดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในโอกาสงานเลี้ยงสังสรรค์มากที่สุด ร้อยละ 43.6 ทั้งนี้เนื่องมาจากวัยรุ่นเป็นวัยที่มีความอยากรื้ออยากลอง และต้องการการยอมรับจากเพื่อนในกลุ่มเดียวกัน ประกอบกับค่านิยมของสังคมทั่วไป เชื่อว่าการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จะช่วยให้เกิดความสนุกสนาน

4. ด้านพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพด้านเพศ อยู่ในระดับเสี่ยงน้อย และพบว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ อันดับแรกคือ การหลีกเลี่ยงการถูกเนื้อต้องตัว หรือการจับมือถือแขนกับคนรัก/เพื่อนต่างเพศ ซึ่งจากการศึกษาของจรรยา เศรษฐพงษ์ เกียรติกำจร กุศล สายฝน เอกวรารุง และปิยธิดา จุลละปีย์ (2553) กล่าวว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ มีโอกาสเกิดขึ้นสูงกับเยาวชน เนื่องจากธรรมชาติของวัย อย่างไรก็ตาม การเกิดหรือไม่เกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของเยาวชน เกี่ยวข้องกับปัจจัยภายในบุคคล ที่สำคัญคือ สมรรถนะด้านการคิดวิเคราะห์ และปัจจัยภายนอกบุคคล อีกทั้งวัยรุ่นไม่สามารถควบคุมระงับอารมณ์ความต้องการทางเพศได้ การได้รับสิ่งกระตุ้นจากสื่อต่าง ๆ ความเชื่อและค่านิยมทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น เรื่องการรักนวลสงวนตัว และการอยู่ก่อนแต่ง การอยู่ห่างไกลจากครอบครัว ผู้ปกครอง รวมทั้งการดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้สารเสพติด ทำให้นักศึกษามีแนวโน้มพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเพิ่มมากขึ้น (วะนิดา น้อยมนตรี และนัยนา พิพัฒน์วิชชา, 2558)

5. ด้านการรับประทานอาหาร พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับเสี่ยงปานกลาง และพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ อันดับแรกคือ รับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ดส์ หรือน้ำอัดลม รองลงมาคือ รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ และลดน้ำหนัก โดยวิธีลดน้ำหนัก/ยาระบาย ตามลำดับ สอดคล้องกับแนวคิดของวิจิตร พูลเพิ่ม และ ชลลดา พันธุ์ชิน (2552) ที่กล่าวว่า รูปแบบการรับประทานอาหารของวัยรุ่นในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไป จาก

การที่เคยอยู่ร่วมกับบิดามารดา ต้องมาใช้ชีวิตอยู่ตามลำพัง หรือมาเช่าห้องพักอยู่กับเพื่อน ปรับเปลี่ยนรูปแบบจากการที่ให้ผู้ปกครองดูแล มาเป็นดูแลและรับผิดชอบตนเอง มีชีวิตที่เร่งรีบ ไม่มีใครมาดักเตือน แนะนำการดำเนินชีวิต และรับเอาวัฒนธรรมค่านิยมการบริโภคอาหารจานด่วนเข้ามา ประกอบกับอาศัยในหอพัก ขาดอุปกรณ์ และขาด ทักษะในการปรุงอาหาร ไม่สามารถประกอบอาหารรับประทานเองได้ ทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่มี คุณค่าทางโภชนาการไม่ครบถ้วน ดื่มน้ำ กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง รวมถึงการงดรับประทานอาหารเช้า ใช้น้ำหนัก สอดคล้องกับงานวิจัยของจรรยา เศรษฐพงษ์, เกียรติกำจร กุศล, สายฝน เอกวรังกูร, และปิยธิดา จุลละปีย์ (2553) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านการรับประทานอาหาร ระดับปานกลาง ร้อยละ 27.4 ทั้งนี้เกิดจากนักศึกษาขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานอาหาร และมีการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารจานด่วนที่มีโปรตีน และไขมันสูง ไม่รับประทานผัก (สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ, 2549) เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างศึกษาในพื้นที่สังคมเมือง มีร้านค้าสะดวกซื้อ ร้านอาหารจานด่วนมากมาย ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถหาซื้ออาหารจานด่วน น้ำอัดลม น้ำหวาน รับประทานได้ง่าย

6. ด้านการออกกำลังกาย พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับเสี่ยงน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ เตือนแก้ว ลีทองดี, เสาวลักษณ์ ศรีตาเกษ และวัชรพล วิวรรณ เถาว์พันธ์ (2553) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 69.7 จากการศึกษาของ วะนิดา น้อยมนตรี และนัยนา พิพัฒน์วณิชชา (2558) พบว่า นักศึกษาบางส่วนยังขาดการออกกำลังกาย และขาดแรงจูงใจ รวมทั้งขาดความพร้อมในเรื่องอุปกรณ์ และสถานที่ในการออกกำลังกายภายในสถานศึกษา นอกจากนี้ยังมีสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เช่น การใช้ลิฟท์แทนการเดินขึ้นบันได การใช้เครื่องใช้ไฟฟ้าทำงานแทน เช่น เครื่องซักผ้า อีกทั้งการดูโทรทัศน์ การเล่นเกมส้อมพิวเตอร์ เวลาในแต่ละวันหมดไปจนไม่สามารถออกกำลังกายได้ ทั้งนี้วัยรุ่นส่วนใหญ่ก็ทราบว่า การออกกำลังกายจะทำให้สุขภาพดี ร่างกายแข็งแรง รูปร่างสมส่วน จิตใจร่าเริงแจ่มใส ระบบต่าง ๆ ในร่างกายทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพราะในปัจจุบันการขยายตัวของธุรกิจ ทำให้มีการสร้างศูนย์การค้า และสถานบันเทิงมากกว่าการสร้างสนามกีฬา (มณฑนา ธนะพันธุ์, 2551)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น พ่อ แม่ ผู้ปกครอง ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น ควรให้ความรู้ความเข้าใจ ถึงผลดีของการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง ควบคู่ไปกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม และให้ตระหนักถึงผลเสียที่จะเกิดขึ้นในการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง

2. ควรเฝ้าระวังและให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่และการใช้สารเสพติด เพราะวัยรุ่นอาจจะมีค่านิยมที่เห็นการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่เป็นเรื่องของความเท่ หรือแสดงความเป็นผู้ใหญ่ การเป็นตัวของตัวเอง การแก้ปัญหาความเครียด รวมทั้งอาจมีพฤติกรรมเลียนแบบสมาชิกในครอบครัว หรือลอกเลียนแบบกันเองในกลุ่มวัยรุ่น และการโฆษณาที่มุ่งเน้นการเจาะตลาดในวัยรุ่น หากปล่อยไว้ จะส่งผลกระทบต่อประเทศไทย เพราะกลุ่มคนที่ติดแอลกอฮอล์ บุหรี่และสารเสพติด จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพได้หลายโรค

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ก่อนที่จะเกิดปัญหารุนแรง
2. ควรมีการศึกษาวิจัยแบบสอดแทรกโปรแกรมหรือการนำทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในการศึกษา โดยศึกษาผลของการส่งเสริมสุขภาพ หรือกระบวนการกลุ่มกับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

- จรรยา เศรษฐพงษ์, เกียรติกำจร กุศล, สายฝน เอกวางกูร, และปิยธิดา จุลละปีย์. (2553). พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของวัยรุ่นใน จังหวัดนครศรีธรรมราช. *การพยาบาลและการศึกษา*, 3(3), 51-63.
- เดือนแก้ว ลีทองดี, เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ และวัชรพล วิวรรณ เก่าวพันธ์. (2553). พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. *ค้นจากฐานข้อมูลวิจัยไทย*.
- บุญชนะ กลางเสนา. (2559). ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาในเขตอำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย. *วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย*. *ค้นจากฐานข้อมูลวิจัยไทย*.
- พิภพ จิตรนำทรัพย์ และนวลละออ วิวัฒน์วรพันธ์. (2553). การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นในเขต อ.เมือง จ.นครราชสีมา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 16(2), 51-64.
- มณฑนา ธนะพันธ์. (2551). พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของนักเรียน โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยรามคำแหง. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์*, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- วรรณิ์ แกมเกตุ. (2556). วิธีการสุ่มตัวอย่างในการวิจัย [PowerPoint slides]. *ค้นจาก*http://rlc.nrct.go.th/ewt_dl.php?nid=1054

- ระนิดา น้อยมนตรี และนัยนา พิพัฒน์วนิชชา. (2558). พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของนิสิตระดับปริญญาตรี ในมหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่ง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 23(2), 31-40.
- สมบุญ สิริวงค์) .สมจิตรา เรืองศรี และเพ็ญศรี เศรษฐวงศ์ ,2544). ระเบียบวิธีวิจัยทางการศึกษา. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.
- สุทธิรักษ์ ไชยรักษ์ และคณะ. (2553). พฤติกรรมการดื่มสุราของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ปีการศึกษา 2551. นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- สุนันทา ย่างวนิชเศรษฐ. (2549). พฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร* ,24(5), 395-405.
- สุนิสา พรหมป่าซัด. (2556). พฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่4-6 โรงเรียนบ้านร้านตัดผม ตำบลสองพี่น้อง อำเภอกำแพง จังหวัดชุมพร. *Veridian E-Journal Silpakorn University*, 6(1), 881-893.
- สุภาวดี สมจิตต์ และนันทนา น้ำฝน. (2556). ภาวะสุขภาพของวัยรุ่นตอนต้น เขตสาทร กรุงเทพมหานคร. *Naresuan University Journal* 2013, 21(1), 55-63.
- สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ. (2555). แผนพัฒนาการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ พ.ศ. 2555-2559. ค้นจาก สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ เว็บไซต์: http://www.tu.ac.th/org/ofrector/planning/m1_m1/m1_m11/05_plan.pdf
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2558). สรุปสำหรับผู้บริหารการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558 . ค้นจาก สำนักงานสถิติแห่งชาติ เว็บไซต์ : <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/.../healthyExec58.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2015). 2015 State and local youth risk behavior survey. Retrieved from http://ftp://ftp.cdc.gov/pub/data/yrbs/2015/2015_hs_questionnaire.pdf

**พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในเขตบริการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านธาตุ**
**Behaviors of Blood Sugar Control in Diabetes Mellitus Patients at
Ban That Sub-District Health Promoting Hospital**

เกษฎาภรณ์ นาขะมิน¹, เสกสรร ผ่องแผ้ว², วรณช ไชยวาน³
Keatsadaporn Nakhamin¹, Seksan Phongphaew², Woranuch Chaiwan³

บทคัดย่อ

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านธาตุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านธาตุ จำนวน 68 คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดภาพรวมอยู่ในระดับ “เหมาะสมดี” ($\bar{X}=2.41$) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไปและการป้องกันโรคแทรกซ้อน ($\bar{X}=2.78$) รองลงมาคือด้านการรับประทานยาและการรับการตรวจตามนัด ($\bar{X}=2.75$) และด้านการคลายความเครียด ($\bar{X}=2.40$) ส่วนด้านที่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับ “เหมาะสมปานกลาง” ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ($\bar{X}=1.89$) และด้านการออกกำลังกาย ($\bar{X}=2.23$) โดยการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่จะรวบมืออาหาร ทำให้บริโภคอาหารปริมาณมากในมื้อนั้น ส่วนการออกกำลังกายของผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่มีการอบอุ่นร่างกายก่อนและหลัง ทำให้ค่าคะแนนด้านนี้ลดลง ข้อเสนอแนะ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขควรจัดให้มีกิจกรรมการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจด้านอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

คำสำคัญ: พฤติกรรม, การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด, ผู้ป่วยเบาหวาน

¹อาจารย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี คณะวิทยาศาสตร์ (Udonthani Rajabhat University, Faculty of Science) e-mail: pattarinm@hotmail.com โทรศัพท์ 081-5444687

²มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี คณะวิทยาศาสตร์ (Udonthani Rajabhat University, Faculty of Science) e-mail: seksan253712@gmail.com โทรศัพท์ 042-211040-59

³อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี (Ratchathani University, Udonthani campus) e-mail: woranuch@rtu.ac.th โทรศัพท์ 042-323188-90

Abstract

The aimed of this survey research were to study the behaviors of blood sugar control in Diabetes Mellitus (DM) patients in Ban That Sub-District Health Promoting Hospital. The sample was 68 DM patients by purposive sampling, who receiving services in Ban That Sub-District Health Promoting Hospital. Data were collected by using questionnaire and analyzed by statistic instruments such as frequency, percentage, mean and standard deviation.

According to the study, The overall average behaviors of blood sugar level control in DM patients is in good level ($\bar{X}=2.41$) including health behaviors ($\bar{X}=2.78$) and preventing complication taking medication and followed-up ($\bar{X}=2.75$) and stress management ($\bar{X}=2.40$). For the moderate behaviors level related to food consumption ($\bar{X}=1.89$) and exercise ($\bar{X}=2.23$) effect to high score. No warm-up and mixed meals were found in DM patients resulting in the decrease of score level. So, medical and public health authorities should focus on information about diabetes received self-care behaviors especially on exercise and food control.

Keywords: Behaviors, blood sugar control, Diabetes Mellitus patients

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังและเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก (Valensiet. al., 2005) เพราะภาวะที่ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในกระแสเลือดมาใช้เป็นพลังงานได้นั้นเป็นทั้งโรคและปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่โรคหัวใจและหลอดเลือด ประเทศไทยปี 2556 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 9,647 ราย หรือเฉลี่ยวันละ 27 คน คิดเป็นอัตราการตายด้วยโรคเบาหวาน 14.93 ต่อแสนประชากร และมีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 698,720 ครั้ง คิดเป็นอัตราป่วย 1,081.25 ต่อแสนคน (กัญญรัตน์ เกียรติสุภา, 2557)

จากสถานการณ์โรคเบาหวานในจังหวัดอุดรธานี สถิติ 3 ปีย้อนหลัง พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2552-2554 คือ 44,790 ราย 49,278 ราย และ 53,201 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 2,916.7, 3,189.9, และ 3,436.5 ต่อแสนคน ตามลำดับ จะเห็นได้ว่ามีรายงานจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งโรคนี้เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม และขาดการออกกำลังกาย ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของโรคได้ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ, 2555) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม การดูแลตนเอง ปัจจัยด้านการสนับสนุน และความสัมพันธ์ของ

ปัจจัยด้านบุคคล ซึ่งจะเป็นผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จนเกิดการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะที่ ตา ไต ประสาท หัวใจและหลอดเลือด

จากการสำรวจข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านธาตุ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 13 หมู่บ้าน มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านธาตุ จำนวน 68 ราย สามารถแบ่งได้ตามปิ๊ง 7 สี ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วย สีเขียว จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 สีเหลือง จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 33.82 สีส้ม จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 5.88 และสีแดง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 10.30 จะเห็นได้ว่า แม้ผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ตา ไต ประสาท หัวใจและหลอดเลือดจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ แต่ยังมีผู้ป่วยอีกบางส่วนที่มีความเสี่ยงอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนของการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับเกณฑ์การรักษาได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน บ้านธาตุ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านธาตุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบเชิงสำรวจ (Survey research) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านธาตุ จำนวน 68 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้วิจัยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และการหาดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence : IOC) โดยเลือกข้อที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.82 ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และแบบสอบถามความคิดเห็นเพิ่มเติมและข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเป็นเพศหญิง จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 77.90 มีอายุมากกว่า 60 ขึ้นไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.10 สถานภาพสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76.50 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 88.20 ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.10 มีรายได้ในช่วง 1,001-5,000

บาท/เดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.40 ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานและรับการรักษา มากกว่า 6 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.00 มีระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 125 mg/dl มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.90 มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน (25.0-29.9) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.20 และนอกจากป่วยเป็นโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างยังป่วยเป็นโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย คือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 21 คน และโรคประจำตัวอื่น ๆ จำนวน 3 คน

พฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยรวมอยู่ในระดับ “เหมาะสมดี” ($\bar{X}=2.41$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป และการป้องกันโรคแทรกซ้อน ($\bar{X}=2.78$) รองลงมาคือ ด้านการรับประทานยาและการรับการตรวจตามนัด ($\bar{X}=2.75$) และด้านการคลายความเครียด ($\bar{X}=2.40$) ส่วนด้านที่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับ “เหมาะสมปานกลาง” ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ($\bar{X}=1.89$) และด้านการออกกำลังกาย ($\bar{X}=2.23$)

พฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพทั่วไปและการป้องกันโรคแทรกซ้อนโดยรวมอยู่ในระดับ “เหมาะสมดี” ($\bar{X}=2.78$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่ปฏิบัติได้ “เหมาะสมดี” ได้แก่ การบริหารท่าโดยการนวด หมุนข้อเท้า กระดกปลายเท้าขึ้นลงซ้ายขวา การหาความรู้เรื่องสุขภาพจากสื่อ เช่น ดูทีวี อ่านเอกสาร และพูดคุยปัญหาสุขภาพกับบุคคลอื่น การตรวจเท้าเพื่อดูบาดแผลหรือดูเล็บขบ การพกยาเบาหวาน ลูกอมหรือสารให้ความหวานเวลาออกจากบ้านหรือเมื่อเดินทางไกล การดูแลเอาใจใส่สายตาและการมองเห็นของตนเอง การดูแลเอาใจใส่สุขภาพปากและฟันของตนเอง การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายตามซอกอับต่าง ๆ เช่น รักแร้ ซอกขา ขาหนีบและอวัยวะสืบพันธุ์เป็นพิเศษ การดูแลเท้าเมื่ออาบน้ำโดยฟอกสบู่ถูซอกนิ้วเท้า เมื่อเวลาเช็ดตัวซับเท้าให้แห้ง ($\bar{X}=2.50, 2.59, 2.65, 2.76, 2.87, 2.94, 2.97$ และ 2.99 ตามลำดับ) จากการศึกษาพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพทั่วไปและการป้องกันโรคแทรกซ้อนมีพฤติกรรมที่ “เหมาะสมดี” จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยได้รับความรู้หรือคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในการให้ สุขศึกษา การแลกเปลี่ยนความรู้กับผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และเกิดความเข้าใจในการดูแลสุขภาพทั่วไปและการป้องกันโรคแทรกซ้อน ซึ่งภาวะแทรกซ้อนจะมีความผิดปกติของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย โดยเฉพาะหลอดเลือดและระบบประสาท ผู้ป่วยเบาหวานทุกประเภทเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีอันตรายและคุกคามชีวิตได้ ปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานในระยะเวลาที่เป็นโรค คือ การควบคุมโรคไม่ดี ระดับคอเลสเตอรอลสูง ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ มีอายุมาก และส่วนมากของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จะมีปัญหาที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อน (เทพ หิมะทองคำ, 2547) นอกจากนี้อาจมีสาเหตุจากการได้พบเห็น หรือมีประสบการณ์ตรงจากการป่วยด้วยตนเองเป็นเวลานาน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจถึงวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองได้ถูกต้องมากขึ้น (กฤษณา คำลอยฟ้า, 2554)

พฤติกรรมด้านการรับประทานยาและการรับการตรวจตามนัด โดยรวมอยู่ในระดับ “เหมาะสมดี” ($\bar{X}=2.75$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่ปฏิบัติได้ “เหมาะสมดี” ได้แก่ ยา

หลังอาหารรับประทานหลังอาหารทันที การปรับลดยาเอง การรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ทุกครั้ง ยาก่อนอาหารรับประทานก่อนอาหาร 30 นาที การไปรับการตรวจเลือด วัดความดันโลหิตตรงตามนัดทุกครั้ง การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่เมื่อเจ็บป่วย ($\bar{X}$ = 2.57, 2.72, 2.87, 2.91, 2.91 และ 2.97 ตามลำดับ) จากข้อค้นพบนี้ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยได้รับคำแนะนำว่าไม่ควรลดหรือเพิ่มขนาดยาเอง และให้มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองตามคำแนะนำของผู้ให้บริการ จะทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งการใช้ยาเบาหวานมีชนิดของยารักษาเบาหวาน 2 ชนิด คือ ยาเม็ดรับประทานและยาฉีดอินซูลิน ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดจะได้ผลในผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่วัยที่มีเบต้าเซลล์ทำงานน้อยลง จึงจำเป็นต้องใช้ยาไปกระตุ้นเบต้าเซลล์ในตับอ่อนให้หลั่งอินซูลินออกมา ผู้ป่วยเบาหวานควรได้ทราบฤทธิ์ของยาต่อการรักษาโรคเบาหวานและผลข้างเคียงของยา เพื่อที่จะได้รับประทานยาได้ถูกต้อง และสามารถสังเกตความผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้นได้ (Buchanan et al., 2002)

พฤติกรรมด้านการคลายความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับ “เหมาะสมดี” ($\bar{X}$ = 2.40) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่ปฏิบัติได้ “เหมาะสมดี” ได้แก่ ประเด็นการคลายเครียดด้วยการดูทีวี ฟังวิทยุ และการคลายเครียดด้วยการพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ 7-8 ชั่วโมงต่อวัน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.53 และ 2.72 ตามลำดับ ประเด็นที่ปฏิบัติได้บ้าง ไม่ได้บ้าง อยู่ในระดับ “เหมาะสมปานกลาง” ได้แก่ ประเด็นการคลายเครียดด้วยการอ่านหนังสือ เช่น หนังสือการ์ตูน หนังสือบันเทิง นวนิยาย เป็นต้น การคลายเครียดด้วยการหางานอดิเรกทำ ให้อ่านพระสวดมนต์ ฟังเพลงธรรมะ และการคลายเครียดด้วยการท่องเที่ยวพักผ่อนหย่อนใจในบางโอกาส ($\bar{X}$ = 2.25, 2.32 และ 2.19 ตามลำดับ) จากการศึกษาพฤติกรรมด้านการคลายความเครียด มีพฤติกรรมระดับ “เหมาะสมดี” จะเห็นได้ว่า การป่วยเป็นเบาหวานย่อมมีความเครียดจากการป่วยเป็นธรรมดา จะต้องปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตให้ถูกต้องจากการศึกษา ผู้ป่วยจัดการความเครียดด้วยวิธีการดูโทรทัศน์ อ่านนวนิยาย ฟังธรรมะ และการท่องเที่ยวในสถานที่ต่าง ๆ ส่งผลให้สามารถจัดการความเครียดได้ ซึ่งการผ่อนคลายความเครียดจะทำให้มีผลดีตอบสนองต่อระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงโดยการลดฮอร์โมนที่มีผลต่อระบบประสาท ลดปริมาณการใช้ออกซิเจนในร่างกาย การเผาผลาญในร่างกายต่ำลง อัตราการหายใจและการเต้นของหัวใจผิดปกติ ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ลดการหดตัวผิดปกติของกล้ามเนื้อเวกตริเคิล ลดความดันโลหิตตัวบน (Systolic) และความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic) และเพิ่มคลื่นแอลฟาในสมอง (Pender, 1987) การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน เป็นภาวะเครียดที่ผู้ป่วยจะต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับสภาวะโรค ในบางรายไม่มีทักษะในการจัดการกับความเครียด แต่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานจะพยายามหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดและพยายามเรียนรู้การคลายเครียดด้วยตนเอง เช่น หาทางผ่อนคลายด้วยวิธีการอ่านหนังสือ ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ ระบายความรู้สึกกับผู้อื่นใกล้ชิด และใช้ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยว

จิตใจเพื่อลดความเครียดโดยการสวดมนต์ไหว้พระ ทำบุญใส่บาตร ไปวัด (เลิศมณพณัฏฐ์ อัครวาทีน, สุรางค์ เมรอนันท์ และ สุทธิติ ชัยติยะ, 2554)

พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารโดยรวม อยู่ในระดับ “เหมาะสมปานกลาง” ($\bar{X} = 1.89$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีการปฏิบัติได้ “เหมาะสมดี” ได้แก่ การควบคุมการสูบบุหรี่หรือสารเสพติด ($\bar{X} = 2.75$) รองลงมาคือ การควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ เหล้าตองยา ($\bar{X} = 2.60$) ตามลำดับ ส่วนข้อที่ปฏิบัติไม่ได้หรือไม่สามารถควบคุมได้ อยู่ในระดับ “ไม่เหมาะสม” ได้แก่ การรับประทานอาหารประเภทแป้งตามความต้องการโดยไม่จำกัดปริมาณ เช่น ข้าว เผือก มัน เป็นต้น การรับประทานอาหารผักสดหรือผักลวก และการรับประทานอาหารตรงเวลารอบ 3 มื้อทุกวัน ($\bar{X} = 1.65, 1.24$ และ 1.06 ตามลำดับ) และจากข้อค้นพบนี้ จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นหญิงสูงอายุ ไม่นิยมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รับประทานอาหารข้าวเหนียวเป็นหลักในปริมาณที่มากเพราะจำเป็นต้องใช้พลังงานในการทำงานต่อวัน ซึ่งการเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกต้องและในปริมาณที่เหมาะสมตามหลักอาหารผู้ป่วยเบาหวาน คือ งดอาหารประเภทของหวาน จำกัดอาหารพวกข้าว แป้ง เนื้อสัตว์ อาหารที่มีไขมัน และผักต่าง ๆ ที่รับประทานได้ไม่จำกัด หากปฏิบัติตนในด้านการรับประทานอาหารได้ถูกต้องแล้ว จะส่งผลให้มีสุขภาพดีขึ้นและระดับน้ำตาลในเลือดลดลง (วรรณ วรงค์ช และเกศกานดา ศรีระชา, 2557) สอดคล้องกับการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดขอนแก่น ผู้ป่วยเบาหวานทุกคนรับประทานข้าวเหนียวเป็นหลัก ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เพื่อบำรุงอาหาร และมีปัญหาสุขภาพฟัน รับประทานผักน้อย ปริมาณอาหารที่รับประทานมากเกินไปเกินความต้องการพลังงานใน 1 วัน เนื่องจากอดใจไม่ไหว (นฤมล ผิวผาง, 2550)

พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย โดยรวมอยู่ในระดับ “เหมาะสมปานกลาง” ($\bar{X} = 2.23$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่ปฏิบัติได้ “เหมาะสมดี” ได้แก่ การออกกำลังกายแต่ละครั้งอย่างน้อย 30 นาที เริ่มต้นการออกกำลังกายที่ละน้อยตามกำลังของตนเอง และการออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์อย่างสม่ำเสมอ ($\bar{X} = 2.34, 2.34$ และ 2.44 ตามลำดับ) และข้อที่ปฏิบัติได้บ้างไม่ได้บ้าง อยู่ในระดับ “เหมาะสมปานกลาง” ได้แก่ หลังออกกำลังกายมีการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างน้อย 5-10 นาที งดออกกำลังกายเมื่อรู้สึกไม่สบาย และก่อนออกกำลังกายมีการอบอุ่นร่างกายอย่างน้อย 5-10 นาที ($\bar{X} = 1.91, 2.09$ และ 2.24 ตามลำดับ) จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีการปฏิบัติออกกำลังกาย แต่เมื่อศึกษาถึงหลักการออกกำลังกายที่ถูกต้อง กลับพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีการปฏิบัติออกกำลังกายที่ไม่ถูกต้องตามหลักการออกกำลังกาย คือ ไม่มีการอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย และไม่มีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังออกกำลังกาย ซึ่งอาจเกิดจากความรู้ที่ไม่เพียงพอในการให้คำแนะนำผู้ป่วย และมีการออกกำลังกายกันเองโดยไม่มีแบบแผน ซึ่งการออกกำลังกายเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพร่างกายและจิตใจ และเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาโรคเบาหวานทั้งชนิดพึ่งอินซูลินและไม่พึ่งอินซูลิน (วัลลา ตันตโยทัยและอดิษฐ์ สงติ, 2543) ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้

ต้องออกกำลังกายเป็นประจำเพราะได้รับการบอกกล่าวจากเจ้าหน้าที่ว่าเป็นเบาหวานแล้วต้องออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การออกกำลังกายมีผลช่วยให้ระดับน้ำตาลลดลง โดยสังเกตที่เวลาตนเองไม่ได้ออกกำลังกายนาน ๆ เมื่อถึงวันนัดรับบริการตรวจเลือดแล้ว จะพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าตอนออกกำลังกาย (นิระมล สมตัว, 2550)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดการแก้ไขพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วยที่ยังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเป็นรายกรณี
2. ควรมีการจัดโมเดลอาหารที่เหมาะสมในการรับประทานแต่ละมื้อ เพื่อให้ควบคุมปริมาณอาหารให้เกิดความเหมาะสม
3. แนะนำวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน
4. ควรมีการศึกษาติดตามพฤติกรรมด้านต่าง ๆ หลังจากที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
5. ควรมีการศึกษาและพัฒนารูปแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่สามารถควบคุมได้

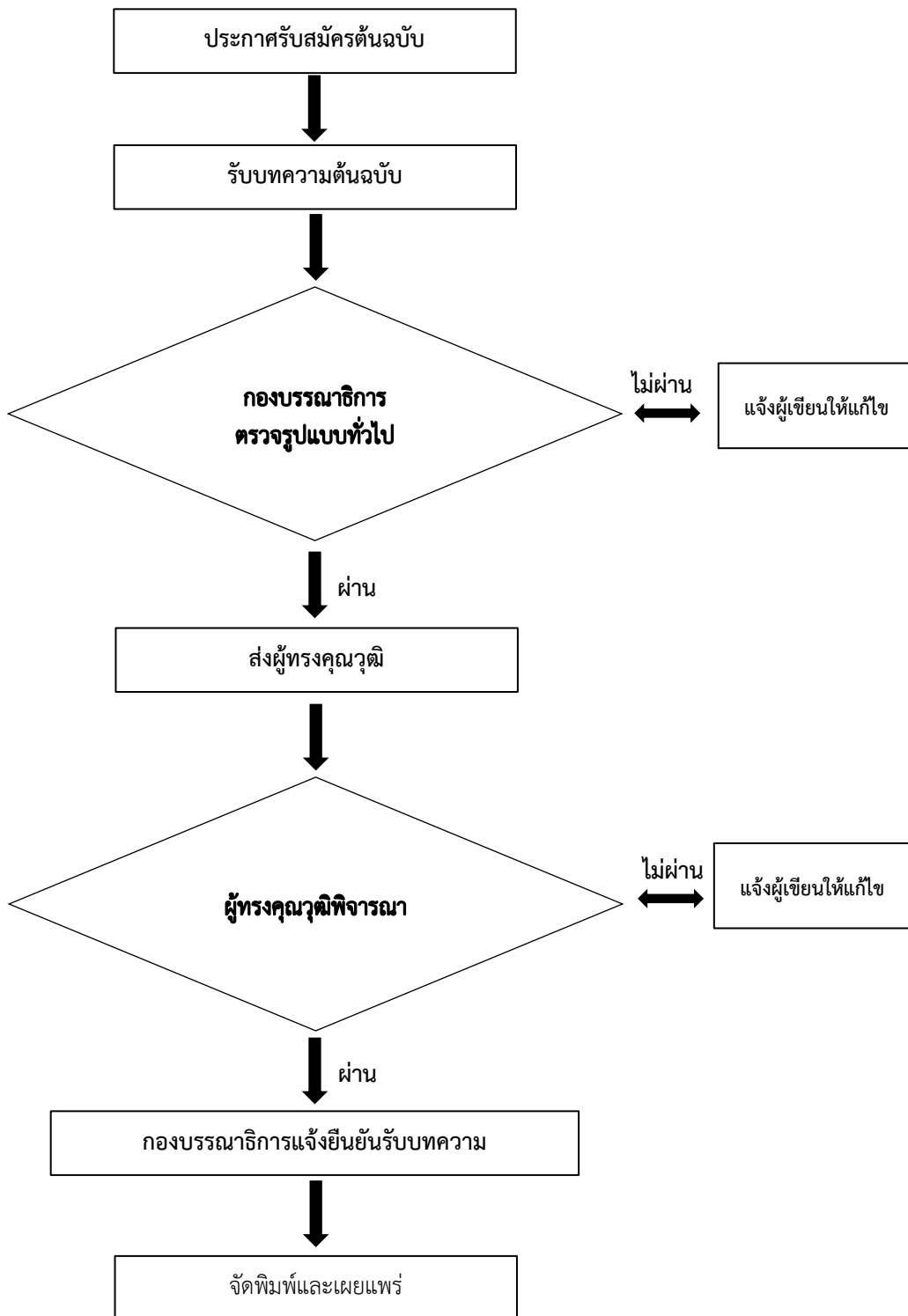
เอกสารอ้างอิง

- กฤษณา คำลอยฟ้า. (2554). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแก้งสนามนาง อำเภอแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, 17(1), 17-30.
- กัญญรัตน์ เกียรติสุภา. (2557). (ส.ปชส.สร) สาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ชี้ สถานการณ์โรคเบาหวานสูงขึ้นขอให้ช่วยลดหวานและออกกำลังกายเพิ่มขึ้น. สืบค้นจาก http://region2.prd.go.th/ewt_news.php?nid=105446&filename=index
- เทพ หิมะทองคำ. (2547). ความรู้เรื่องเบาหวานฉบับสมบูรณ์. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.
- นฤมล ผิวผาง. (2550). การควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 บ้านหัวฝาย ตำบลเปี้ยน้อย อำเภอเปี้ยน้อย จังหวัดขอนแก่น. รายงานการศึกษาอิสระ วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิระมล สมตัว. (2550). การจัดบริการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่องของศูนย์สุขภาพชุมชน. รายงานการศึกษาอิสระ วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- เลิศมณพณัฏฐ์ อัครวาทิน, สุรางค์ เมธานนท์ และ สุทธิติ ชัยติยะ. (2554). พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน: กรณีศึกษาผู้ป่วย ตำบลม่วงงาม อำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา. บัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์, 5(1), 103-112.
- วรรณ วรงค์ช และเกศกานดา ศรีระชา. (2557). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพรหมคีรี. โรงพยาบาลพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช.
- วัลลา ตันตโยทัยและอดิสรณ์ สงดี. (2543). การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ). การพยาบาลอายุรศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: วีเจ. พรีเมี่ยม.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ. (2555). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อปี 2555. อุดรธานี: สำนัก.
- Buchanan, F. C. , Fitzsimmons, C. J. , Van, Kessel, A. G. , Thue, T. D. , Winkelman-Sim, D. C. &
- Schmutz, S. M. (2002). *Association of a missense mutation in the bovine leptin gene with carcass fat content and leptin mRNA levels*. n.p.: n.p.
- Pender, N. J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. Norwalk-Connecticut: Appleton and Lange.
- Valensi, P. , Schwarz, P. , Hall, M. , Felton AM. , Maldonado, A & Mathieu, C. (2005). *Pre-diabetes essential action: a European perspective*. Diabetes Metab, 31: 606-620.

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, ตำบลแจระแม อำเภอเมืองอุบลราชธานี 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 124

โทรสาร : 045-319-911

E-mail: jrihs@rtu.ac.th

ผู้ทรงคุณวุฒิกลั่นกรองบทความ (Peer review)

ดร.อรรถัย	ศรียทองธรรม	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จ.อุบลราชธานี
ดร.รุ่งรังษี	วิบูลชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
ดร.เพชรมณี	วิริยะสืบพงศ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
ดร.นุสรา	ประเสริฐศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
ดร.ภคิน	ไชยช่วย	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.กัญญารัตน์	กัญยภาณูจน์	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
ผศ.เยาวลักษณ์	โพธิดารา	มหาวิทยาลัยราชธานี
ดร.จิตติมา	โกศลวิตร	มหาวิทยาลัยราชธานี
ผศ.ทศดา	ชัยวรรณวรรต	มหาวิทยาลัยราชธานี

Contents

บทความวิชาการ

แนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพด้านการศึกษาพยาบาลศาสตร์ในศตวรรษที่ 21
ชนิตาภา ขอสุข

1

บทความวิจัย

ประสิทธิผลของการจัดการความปวดโดยใช้นวัตกรรม VNBN pain expression
กับการจัดการความปวดแบบเดิม ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง
โรงพยาบาลนครพนม

14

จิราภรณ์ พงษ์สุน, ทศนีย์ เดชเสน, พชรวลี ประชุมรักษ์, มานะ สมบัติดี,
วาริณี นครเขต, สิริลักษณ์ ทองสิงห์, จนิสตา สายสุด และศิริรัตน์ อินทรเกษม

ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลย่อ
อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร

28

ฐิติมา โกศลวิตร, กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์, ทานตะวัน คำวัง และพรรณราย ดารุณกร

พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษา
ในจังหวัดอุบลราชธานี
นัจรินทร์ เนืองเฉลิม และภคิน ไชยช่วย

41

พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน
ในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านธาตุ
เกษภาภรณ์ นาชะมิน, เสกสรร ผ่องแผ้ว และวรรณุช ไชยวาน

56