

ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

EFFECTS OF HOME HEALTH CARE PROGRAM ON PERCEIVED HEALTH STATUS, SELF-CARE BEHAVIORS AND BLOOD PRESSURE IN THE ESSENTIAL HYPERTENSION PATIENTS



นภารัตน์ ธารพร*

Naparath Taraporn

รัชณี สรรเสริญ**

Rachanee Sunsern

จินตนา วัชรสินธุ์***

Chintana Wacharasin

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยประยุกต์ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิงต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จ

พระยุพราชฉวาง จำนวน 50 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 25 คน เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยประยุกต์ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง และกลุ่มควบคุม จำนวน 25 คน เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบริการสุขภาพตามปกติที่โรงพยาบาล ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 8 สัปดาห์ ตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึงเดือนเมษายน 2545 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ คู่มือการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คู่มือการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เครื่องวัดความดันโลหิตและหูฟัง ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ

* พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

และส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Chi-square test, paired t-test และ independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน และดีกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบริการสุขภาพตามปกติที่โรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนค่าความดันโลหิต กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน และต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบริการสุขภาพตามปกติที่โรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

Abstract

The purposes of this quasi-experimental study were to examine the effects of home health care program with the applications of King's theory of goal attainment on perceived health status, self-care behaviors and blood pressure in the essential hypertension patients. Data were collected from 50 essential hypertension patients, at out patient department, Chawang Crown Prince

Hospital during March to April, 2002. The samples were randomly selected into experimental and control groups with 25 patients in each group. The experimental group received the home health care program. The control group received routine services program. Both groups took 8 weeks for the experiment (between March-April 2002). The instruments used in the experiment consisted of home health care program, handbook of hypertension patients for self care at home, sphygmomanometer and stethoscope. Demographic data, perceived health status, and self-care behaviors questionnaires were used for collecting the data. Descriptive statistics, Chi-square test, t-test were conducted for the data analysis.

The results revealed that the essential hypertension patients receiving the home health care program had significantly higher scores of the perceived health status and self-care behaviors than those got before the experiment and those got from the group receiving in the routine services program ($p < .001$). Conversely, the subjects who participated in the home health care program had significantly lower blood pressure than what they had had before the experiment and those of the group participating in the routine services program ($p < .001$).

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ เนื่องจากเป็นโรคที่พบได้บ่อยและอาจจะไม่มีอาการปรากฏเด่นชัด ในขณะที่การดำเนินของโรคยังคงอยู่ หากไม่ได้รับการรักษาควบคุม ความดันโลหิตให้คงที่แล้ว อาจมีภาวะแทรกซ้อนทำให้เกิดโรคต่างๆ ตามมาได้ เช่น โรคหัวใจ โรคไตวาย และอัมพาต (สมจิต หนูเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2541 ; วิทยา ศรีมาดา, 2543) จากสถิติสาธารณสุข พบว่าสถิติผู้ป่วยในจากสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ จำแนกตามสาเหตุการป่วย พบว่ามีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ. 2538 พ.ศ. 2539 และ 2540 เท่ากับ 118.43, 147.34 และ 158.00 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ส่วนในภาคใต้พบว่ามีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ. 2538 พ.ศ. 2539 และ 2540 เท่ากับ 118.37, 155.69 และ 171.50 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2543) สำหรับจังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นจังหวัดหนึ่งในภาคใต้ พบว่ามีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ. 2541 พ.ศ. 2542 และ พ.ศ. 2543 เท่ากับ 9,510, 14,776 และ 14,003 ต่อแสนประชากรที่ได้รับการคัดกรองโรคอายุ 40 ปีขึ้นไป ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2544) และจากสถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่ามีแนวโน้ม

เพิ่มขึ้นทุกปี อัตราป่วยของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ. 2542, 2543 และ 2544 คิดเป็น 22.19, 34.19 และ 35.46 ต่อพันของผู้ป่วยนอก ตามลำดับ (งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง, 2544) จากสถิติจะเห็นได้ว่าอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential hypertension) พบประมาณร้อยละ 90-95 ของโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด (Beare & Myers 1994 ; Norton, 1995) ซึ่งปัจจัยเสริมต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ คือ การมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน (life style) ที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การมีน้ำหนักตัวเกิน การรับประทานอาหารเค็ม อาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอลสูง การไม่ออกกำลังกาย การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการมีภาวะเครียด (เศวต นนทกานันท์, 2538 ; สมจิต หนูเจริญกุล และ พรทิพย์ มาลาธรรม, 2541 ; Beare & Myers 1994 ; Norton, 1995) เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือการควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท รวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ (สมจิต หนูเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2541 ; วิทยา ศรีมาดา, 2543) ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การรักษาด้วยยาแต่เพียงอย่างเดียวมักจะไม่ได้ผลต่อการควบคุมโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ต้องมีการติดตามและดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแล มีการรับผู้ดูแล

ภาวะสุขภาพของตนเอง รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่เหมาะสม

การดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นกลวิธีหนึ่งในการให้บริการแก่ผู้ป่วย ซึ่งจะให้เกิดประสิทธิผลดีนั้น ต้องมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาและการดูแลสุขภาพของตนเอง แต่จากการศึกษาการดำเนินงานบริการสุขภาพที่บ้านยังไม่มีรูปแบบและกรอบแนวคิดในการปฏิบัติงานที่ชัดเจน ดังนั้นเพื่อให้การดูแลสุขภาพที่บ้านมีรูปแบบที่เหมาะสมตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินปัญหาสุขภาพของตนเอง มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพและปัญหาการเจ็บป่วยที่ตนเองเผชิญอยู่ มีโอกาสได้ซักถามในสิ่งที่ตนเองสงสัยหรือไม่แน่ใจ มีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลและปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่กำหนดขึ้น ซึ่งการปฏิบัติตามการพยาบาลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง (King, 1981) ที่เน้นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เพื่อการบรรลุความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย (goal attainment) ในการนำทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิงมาใช้เป็นกระบวนการในการดูแลสุขภาพที่บ้าน พยาบาลและผู้ป่วยมีการปฏิสัมพันธ์กัน มีการติดต่อ สื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูลและการรับรู้ซึ่งกันและกัน ทำให้ทราบถึงปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ จากนั้นพยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันตั้งเป้าหมายในการแก้ไขปัญหา ร่วมกันหาวิธีการและแนวทาง ในการปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับของ

ทั้งสองฝ่าย ปฏิบัติตามวิธีที่เลือกไว้เพื่อบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกในขั้นสุดท้ายที่สำเร็จตามจุดมุ่งหมาย เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองและมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค

จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการนำทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง ไปใช้กับ ผู้รับบริการกลุ่มต่างๆ พบว่าการนำมาใช้ให้การพยาบาลในชุมชนยังมีเป็นส่วนน้อย และยังไม่มีการศึกษาผลการนำทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง มาใช้ในการดูแลสุขภาพที่บ้านในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการนำทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิงมาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งผู้วิจัยคาดว่า การนำทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิงมาใช้ในกระบวนการดูแลสุขภาพที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง จะช่วยคงไว้และสร้างพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสม เพราะกระบวนการปฏิสัมพันธ์จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจ ให้ถูกต้องตรงกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองดีขึ้น และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองในการควบคุมโรค เพื่อไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ทำให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตามสภาพ

และผลการจากวิจัยทำให้ได้ข้อมูลเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ ในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและได้รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มาใช้กับการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของหน่วยงานได้

คำถามในการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าความดันโลหิต ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยประยุกต์ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง เป็นอย่างไร

2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าความดันโลหิต หลังได้รับโปรแกรมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านหรือไม่ และดีกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบริการสุขภาพตามปกติที่โรงพยาบาลหรือไม่

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง

2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแล

สุขภาพที่บ้านตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบริการสุขภาพตามปกติที่โรงพยาบาล

3. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง

สมมติฐานในการวิจัย

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบริการสุขภาพตามปกติที่โรงพยาบาล

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบริการสุขภาพตามปกติที่โรงพยาบาล

3. ค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบริการสุขภาพตามปกติที่โรงพยาบาล

4. การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุภายหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง

ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน

5. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน

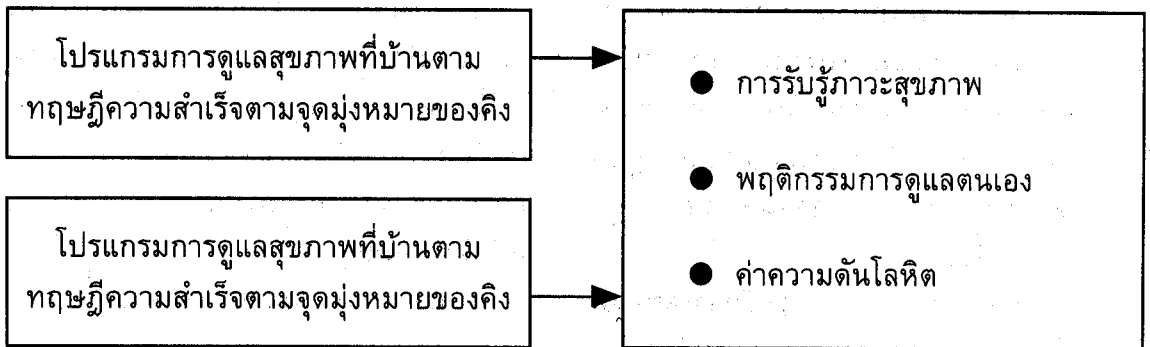
6. ค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นกลวิธีในการสร้างโปรแกรมการให้บริการสุขภาพที่บ้านในผู้ป่วยโรค

ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และประยุกต์ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง เป็นกระบวนการในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ประกอบด้วย การปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ มีการติดต่อสื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน การกำหนดจุดมุ่งหมายการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ และปัญหาสุขภาพร่วมกันหาวิธีการและแนวทางการปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค ผู้ป่วยและผู้วิจัยร่วมกันประเมินผลเป็นระยะๆ หากไม่บรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้จะเริ่มกระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายอีกครั้งอย่างต่อเนื่อง จนปัญหาได้รับการแก้ไขบรรลุสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยผู้วิจัยได้สร้างกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้

รูปแบบการให้การพยาบาล



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control non-equivalent Groups Design) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มทดลอง จำนวน 25 คน เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง และกลุ่มควบคุม จำนวน 25 คน เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบริการสุขภาพตามปกติที่โรงพยาบาล ใช้ระยะเวลาในการวิจัยทั้งสิ้น 8 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคอื่น ได้แก่ โรคหัวใจ เบาหวาน โรคไต ค่าความดันโลหิต ไดแอสโตลิก ตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอฉวาง สามารถติดตามให้การดูแลสุขภาพที่บ้านได้ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้กำหนดโดยการคำนวณหาค่าอำนาจในการทดสอบ (power analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1977 cited in Polit, 1996, p. 141) เพื่อควบคุม Type II error ได้กำหนดค่า effect size เพื่อใช้ใน power analysis ที่ใช้กับสถิติการวิเคราะห์

ความแตกต่างของ ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่ม ผู้วิจัยใช้ค่า $\gamma = .80$ กำหนด $\alpha = .05$ และคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 20 คน สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน จำนวน 2 กลุ่ม รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คน วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการคัดเลือกจากประชากรที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเลือกจากทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง จากนั้นใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลอง และจัดเข้ากลุ่มควบคุมโดยใช้วิธีการจับคู่ (match pairs) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่ มีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุดในเรื่องเพศ อายุ ระดับความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับ โดยคนแรกให้เข้ากลุ่มทดลอง คนที่สองจับคู่ให้เข้ากลุ่มควบคุม ดำเนินการจนครบ 25 คู่ และเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการถ่ายทอดความรู้และแลกเปลี่ยนข้อมูลกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งอาจจะทำให้ผลที่ได้ไม่ได้เกิดจากการวิจัยจริงๆ ผู้วิจัยได้จับฉลากครั้งแรกได้กลุ่มทดลอง จึงศึกษากลุ่มทดลองในวันอังคาร และศึกษากลุ่มควบคุมในวันพุธ ซึ่งในสัปดาห์หนึ่งจะมีคลินิกโรคความดันโลหิตสูงในวันอังคารและวันพุธ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 คู่มือการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

เป็นแผนการดูแลสุขภาพที่บ้าน ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3

1.2 คู่มือการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1.3 เครื่องวัดความดันโลหิตและหูฟัง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ (The Health Perception Questionnaire) ของแวร์ (Ware, 1976 cited in McDowell & Newell, 1996, pp. 219-225) ข้อคำถามมีทั้งหมดจำนวน 33 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 อันดับ (เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5 คะแนน เห็นด้วย = 4 คะแนน ไม่แน่ใจ = 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย = 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 คะแนน ถ้าเป็นข้อความทางลบจะมีการกลับคะแนนก่อนนำมาคำนวณ) วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากบททบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ข้อคำถามมีทั้งหมดจำนวน 26 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 อันดับ (ปฏิบัติสม่ำเสมอ = 3 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง = 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง = 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติเลย = 0 คะแนน ถ้าเป็นข้อความทางลบจะมีการกลับคะแนนก่อนนำมาคำนวณ) วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา

ครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยจากคลินิกโรคความดันโลหิตสูง เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจจะเข้าร่วมโครงการวิจัย แล้วพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่มารับการตรวจที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัยและให้ consent ไปพื้กษัสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้วดำเนินการดังนี้

กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป การรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง
2. ผู้วิจัยวัดความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง
3. แจ้งให้กลุ่มทดลองทราบว่า ผู้วิจัยจะให้การดูแลสุขภาพที่บ้านจำนวน 3 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ ใช้เวลาแต่ละครั้งประมาณ 1 ชั่วโมงหรือขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ขอแผนที่บ้าน นัดวันที่จะไปให้การดูแลสุขภาพที่บ้านครั้งแรก
4. ดำเนินการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นรายบุคคล ตามคู่มือการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้การดูแลสุขภาพที่บ้านจนครบตามแผนที่กำหนดไว้จำนวน 3 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ แล้วยุติการดูแลสุขภาพที่บ้าน ในช่วงที่ดำเนินการวิจัย ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบริการสุขภาพตามปกติที่

โรงพยาบาล เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม ควบคู่กับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน

กลุ่มควบคุม

ในระหว่างที่ผู้ป่วยรอรับการตรวจจากแพทย์ ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัยโดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามแบบสัมภาษณ์ในการวิจัย เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง วัดความดันโลหิต โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตและหูฟังชุดเดียวกันและวิธีการเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

2. อีก 8 สัปดาห์ต่อมา ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามแบบสัมภาษณ์ชุดเดิมและ วัดความดันโลหิตอีกครั้ง โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตและหูฟังชุดเดียวกันและวิธีการเช่นเดียวกับก่อนการทดลอง

3. หลังสิ้นสุดการวิจัยได้นัดผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอีกครั้ง เพื่อให้ได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง จำนวน 2 ครั้ง โดยได้จัดให้สุขศึกษาเป็นรายกลุ่มในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง พร้อมทั้งแจกคู่มือการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้กระบวนการเช่นเดียวกับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละ ทดสอบความแตกต่าง

ของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติ Chi-square test วิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้วยค่าเฉลี่ยเลขคณิต (X) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าเฉลี่ย ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent t-test เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง 50 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิงร้อยละ 52.00 และเพศชายร้อยละ 48.00 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 60.00 ของกลุ่มทดลอง และร้อยละ 56 ของกลุ่มควบคุม มีสถานภาพสมรสคู่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 68.00 และร้อยละ 76.00 ตามลำดับ ส่วนระดับการศึกษา มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 92.00 ของกลุ่มทดลอง และร้อยละ 80.00 ของกลุ่มควบคุม อาชีพของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 56.00 ของกลุ่มทดลอง และร้อยละ 72.00 ของกลุ่มควบคุม มีอาชีพเกษตรกร ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย พบว่าในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีบุตรเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 52.00

ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีคู่สมรส เป็นผู้ดูแล ร้อยละ 60.00 และระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 88.00 ยารักษาโรค ความดันโลหิตสูง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับทั้งยาลดความดันโลหิตและยาขับปัสสาวะ คิดเป็นร้อยละ 52.00 รองลงมาได้รับยาขับปัสสาวะอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 40.00 ส่วนค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีความดันโลหิตไดแอสโตลิกอยู่ในช่วง 100-109 มิลลิเมตรปรอท คิดเป็นร้อยละ 68.00 และเมื่อได้ทำการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

ข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ

โดยรวมของกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง อยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม ก่อนการทดลองเท่ากับ 3.84 ($SD = 3.40$) และหลังการทดลองเท่ากับ 4.21 ($SD = 3.32$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพเพิ่มขึ้นทุกด้าน พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมของกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง อยู่ในระดับดี โดยค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม ก่อนการทดลองเท่ากับ 2.04 ($SD = 6.93$) และหลังการทดลองเท่ากับ 2.68 ($SD = 3.06$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นทุกด้าน ส่วนค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงปานกลาง มีความดันโลหิตไดแอสโตลิกอยู่ในช่วง 100-109 มิลลิเมตรปรอท คิดเป็นร้อยละ 68.00 และหลังการทดลอง พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงเล็กน้อย มีความดันโลหิตไดแอสโตลิกอยู่ในช่วง 90-99 มิลลิเมตรปรอท คิดเป็นร้อยละ 64.00

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง (n = 25)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	139.04	3.32	127.08	4.21	11.15***
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	69.76	3.06	55.12	5.74	11.26***
ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก	90.40	6.11	100.80	4.93	6.62***

***p < .001

จากตาราง 1 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง 139.04 ($SD = 3.32$) และกลุ่มควบคุม 127.08 ($SD = 4.21$) เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ ด้วยค่าที่ (independent t-test) พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 11.15, p < 0.001$) หมายความว่า ในกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพหลังทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง 69.76 ($SD = 3.06$) และกลุ่มควบคุม 55.12 ($SD = 5.74$) เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้วยค่าที่ (independent t-test)

พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 11.26, p < .001$) หมายความว่า ในกลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม และค่าเฉลี่ยค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง 90.40 ($SD = 6.11$) และกลุ่มควบคุม 100.80 ($SD = 4.93$) เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก ด้วยค่าที่ (independent t-test) พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 6.62, p < .001$) หมายความว่า ในกลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ($n = 25$)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		D	t
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	126.80	3.40	139.04	3.32	12.24	17.41***
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	52.92	6.93	69.76	3.06	16.84	15.32***
ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก	100.00	5.77	90.40	6.11	9.60	7.10***

*** $p < .001$

จากตาราง 2 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพในกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ ด้วยค่าที่ (paired t-test) พบว่าแตกต่างกันอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 17.41, p < .001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองและหลังการทดลอง เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้วยค่าที่

(paired t-test) พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 15.32, p < .001$) และค่าเฉลี่ยค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก ด้วยค่าที (paired t-test) พบว่าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 7.10, p = <.001$)

อภิปรายผล

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านและดีกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบริการสุขภาพตามปกติที่โรงพยาบาล ทั้งนี้อธิบายได้ว่าอาจเนื่องมาจากการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยประยุกต์ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง เป็นกระบวนการในการให้การดูแลสุขภาพที่บ้านนั้น ผู้วิจัยและผู้ป่วยได้มีการปฏิสัมพันธ์กัน มีการติดต่อสื่อสารเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลสุขภาพตนเอง มีการกำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกัน และอภิปรายในสิ่งที่ผู้ป่วยสงสัยหรือเข้าใจไม่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจต่อโรคที่เป็นอยู่และปรับเปลี่ยนการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของบุบผา วิริยะรัตนกุล (2539) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ทฤษฎีการ

พยาบาลของคิงในการเยี่ยมบ้านมารดาวัยรุ่น พบว่ามารดาตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการรับรู้ต่อการตั้งครรภ์สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการได้มีการประยุกต์ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง มาใช้เป็นกระบวนการในการให้การดูแลผู้ป่วยเช่นเดียวกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของตนเองเพิ่มขึ้น

2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านและดีกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบริการสุขภาพตามปกติที่โรงพยาบาล ทั้งนี้อธิบายได้ว่าอาจเนื่องมาจากการดูแลสุขภาพที่บ้าน ได้มีการให้ความรู้ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติในการดูแลตนเอง เรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน / การผ่อนคลายความเครียด การรับการรักษา ซึ่งผู้วิจัยและผู้ป่วยได้มีการปฏิสัมพันธ์แลกเปลี่ยนข้อมูลกัน โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยยังเข้าใจไม่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องตรงกัน ร่วมกันกำหนดปัญหาและตั้งเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาค้นหาวิธีการปฏิบัติและเลือกวิธีปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาร่วมกัน จากนั้นผู้ป่วยนำไปปฏิบัติตามวิธีที่เลือกไว้ เมื่อมีการดูแลสุขภาพที่บ้านครั้งต่อไป ผู้วิจัยกับผู้ป่วยจะร่วมกันประเมินผลการปฏิบัติ เพื่อให้ทราบว่าการแก้ปัญหานั้นบรรลุตามจุดมุ่งหมายหรือไม่ นอกจากนี้ได้มีการแจกคู่มือการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้ผู้ป่วยได้ศึกษาเพิ่มเติม และให้บันทึกพฤติกรรมในการดูแล

ตนเองในแต่ละวัน เพื่อจะร่วมกันประเมินผล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง รวมทั้งได้มีโอกาสซักถาม ข้อข้องใจต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ได้ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพ มีการตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง และมีการปฏิบัติจริงเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ จึงทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและมีความมั่นใจต่อการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้านเพิ่มขึ้น ผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของอุ๋นใจ เครือสถิตย์ (2542) ซึ่งได้ศึกษาประสิทธิผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านมีการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการให้การดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง และได้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพ รวมทั้งได้มีการให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยสงสัยหรือปฏิบัติไม่ถูกต้องกับภาวะของโรคที่เป็นอยู่ และได้มีการปฏิบัติจริงในการดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้มีความรู้ความเข้าใจและมั่นใจในการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง ที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค

3. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านและต่ำกว่า

กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบริการสุขภาพตามปกติที่โรงพยาบาล ทั้งนี้อธิบายได้ว่าอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของตนเองที่ถูกต้อง และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองที่ปฏิบัติยังไม่ถูกต้อง ในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน / การผ่อนคลายความเครียด การรับการรักษา ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง ในการควบคุมความดันโลหิตให้ได้ผลดีนั้น จะใช้วิธีการรักษาด้วยยาแต่เพียงอย่างเดียวไม่ได้ผล สิ่งที่สำคัญต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม ในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน/การผ่อนคลายความเครียด การรับการรักษา (วิทยา ศรีตามา, 2543 ; เสวต นนทกานันท์, 2538 ; สมจิต หนูเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2541) ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนการศึกษาของอุ๋นใจ เครือสถิตย์ (2542) ศึกษาประสิทธิผลของการดูแลสุขภาพที่บ้าน ต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติ ส่วนปริดา ปูนพันธ์ฉาย (2540) ศึกษาผลของการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำแบบมีส่วนร่วม มีระดับความดันโลหิตไตเอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากวิธีการในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ให้ได้ผลดีต่อการควบคุมความดันโลหิต จะต้อง

ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับโรค

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ด้านการบริหาร

1. ผู้บริหารควรกำหนดนโยบายและวางแนวทางการให้บริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้มีรูปแบบที่ชัดเจนขึ้น ในการดำเนินงานให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านของหน่วยงาน

2. ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรทางด้านสาธารณสุข ที่รับผิดชอบงานให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน เกี่ยวกับกระบวนการให้การดูแลสุขภาพที่บ้านโดยประยุกต์ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง เพื่อให้มีความรู้และทักษะในการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน

ด้านบริการ

1. ควรนำรูปแบบโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน ในการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโดยประยุกต์ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง เป็นกระบวนการในการให้การบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน

2. ควรจัดทำคู่มือหรือเอกสารเกี่ยวกับการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ศึกษาเพิ่มเติม เป็นการเสริมความรู้ให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค

3. ควรให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการบันทึกกิจกรรมการดูแลตนเอง ร่วมกับการตั้งเป้าหมายเพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ที่ปฏิบัติยังไม่ถูกต้อง และประเมินผลการปฏิบัติด้วยตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องได้ เพื่อควบคุมความรุนแรงของโรค

ด้านการศึกษา

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษา สามารถใช้ประกอบการสอนแก่นักศึกษาพยาบาล เกี่ยวกับการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน และการประยุกต์ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิงมาใช้ในการให้การพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการดูแลสุขภาพที่บ้านในลักษณะเดียวกันนี้ โดยเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาให้มากขึ้น อาจจะเป็น 3 เดือน หรือ 6 เดือน เพื่อติดตามผลและความคงทนของพฤติกรรมดูแลตนเอง

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยประยุกต์ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง

3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านและกลุ่มที่ได้รับบริการสุขภาพตามปกติที่โรงพยาบาล ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง เป็นกระบวนการในการให้การดูแล

4. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาเจาะลึกถึงวิถีชีวิตความเป็นอยู่ การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

5. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้านในลักษณะเดียวกันในผู้ป่วยโรค

เรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไต แนวทางที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ได้ให้ทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ มา ณ โอกาสนี้ด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ผู้ควบคุม วิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาและแนะนำ

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2543). **ทำเนียบโรงพยาบาลและสถิติสาธารณสุข 2543-2544.** กรุงเทพฯ : อัลฟา รีเสิร์ช.

งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง. (2544). **รายงานสถิติ ประจำปี.** นครศรีธรรมราช : โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง.

บุบผา วิริยรัตนกุล. (2539). **ประสิทธิผลของการประยุกต์การพยาบาลของคิงในการเยี่ยมบ้านมารดาตั้งครรภ์วัยรุ่น.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปรีดา ปูนพันธ์ฉาย. (2540). **ผลของการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิทยา ศรีดามา. (2543). **เคล็ดลับในการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม.** กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เศวต นนทกานันท์. (2538). **ปัจจัยเสี่ยงของภาวะความดันโลหิตสูง.** ใน ฉายศรี สุพรศิลป์ชัยและ ศุภวรรณ มโนสุนทร (บรรณาธิการ), **รายงานการสัมมนาแนวทางในการดูแลรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในประเทศไทย** (หน้า 83-91). กรุงเทพฯ : ม.ป.ท.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. (2544). **รายงานประจำปี : สถานะสุขภาพ.** นครศรีธรรมราช: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช.

สมจิต หนูเจริญกุล, และพรทิพย์ มาลาธรรม. (2541). **การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง.** ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), **การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2** (พิมพ์ครั้งที่ 13) (หน้า 129-163). กรุงเทพฯ : วิ.เจ.พรินติ้ง .

อุ้นใจ เครือสภิตย์. (2542). **ประสิทธิผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อการดูแลตนเอง** ของ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัด ขอนแก่น, วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น .

Beare, P.G., & Myers, J.L. (1994). **Principles and practice of adult health nursing**. Saint Louis : C.V. Mosby.

King, I.M. (1981). **A theory for nursing : Systems, concepts, process**. New York : John Wiley & Sons.

McDowell, I., & Newell, C. (1996). **Measuring health : A guide to rating scales and questionnaires** (2nd ed.). New York : Oxford University Press.

Norton, J.M. (1995). Hypertension. In A.D. Linton, M.A. Matteson, & N.K. Maebius (Eds.), **Introductory nursing care of adults** (pp. 627-638). Philadelphia : W.B. Saunders.

Polit, D.F. (1996). **Data analysis & statistics for nursing research**. New York : Appleton & Lange.



คำแนะนำในการเขียนบทความ และการเตรียมต้นฉบับ

วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ขอเชิญผู้สนใจส่งบทความวิชาการ หรือบทความวิจัยตีพิมพ์และเผยแพร่ในวารสารคณะพยาบาลศาสตร์ โดยบทความที่ได้รับการตีพิมพ์ ผู้เขียนจะได้รับวารสารจำนวน 2 เล่ม

ประเภทของบทความ

1. บทความทางวิชาการ เกี่ยวกับการศึกษา การปฏิบัติการพยาบาล การบริการทางสุขภาพ หรือ การปริทัศน์ความรู้ในศาสตร์ทางการพยาบาลและสาขาอื่นที่เป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาล

2. รายงานการวิจัยทางการพยาบาล หรือ วิทยาศาสตร์สุขภาพอื่น ๆ

3. บทความพิเศษ เกี่ยวกับประสบการณ์ ทัศนคติ บทวิจารณ์ หรือบทสัมภาษณ์ ที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพ

ขอบเขต

1. เรื่องที่จะส่งตีพิมพ์ต้องไม่เคยหรือรอดตีพิมพ์ในวารสารใด ๆ

2. ต้นฉบับที่ส่งจะได้รับการตรวจทานโดยผู้ทรงคุณวุฒิในดำนนั้น (Peer Review) และต้องผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการวารสารก่อนที่จะลงตีพิมพ์

การเตรียมต้นฉบับ

1. พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษขาวขนาด A 4 จำนวนเนื้อหา 10-12 หน้า (ไม่นับเอกสารอ้างอิง)

2. ชื่อเรื่องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ไว้หน้าแรกตรงกลาง ชื่อผู้เขียนอยู่ใต้ชื่อเรื่อง เยื้องไปทางขวามือและกำกับด้วยภาษาอังกฤษ ส่วนตำแหน่ง และสถานที่ทำงาน พิมพ์ไว้เชิงอรรถ

3. บทความวิชาการ ให้เขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและอังกฤษ ก่อนนำเสนอเนื้อหาของบทความ การเรียงหัวข้อของเนื้อเรื่องให้พิจารณาตามความเหมาะสม

4. รายงานการวิจัยควรมีลำดับเรื่องเรียงดังนี้

- บทคัดย่อภาษาไทย
- บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
- ความสำคัญของปัญหา
- วัตถุประสงค์ของการวิจัย
- กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
- วิธีดำเนินการวิจัยอธิบายถึงกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล

- ผลการวิจัยโดยสรุป

- บทวิจารณ์ หรือ การอภิปรายผลพร้อมข้อเสนอแนะ

- กิตติกรรมประกาศ

- เอกสารอ้างอิง

5. การใช้ภาษา ใช้ภาษาไทยโดยยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน หลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทย ยกเว้นกรณีจำเป็นและไม่ใช้คำย่อ นอกจากเป็นคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือเขียนทับศัพท์ให้ยึดหลักราชบัณฑิตยสถาน ศัพท์ภาษาอังกฤษในเนื้อเรื่องภาษาไทย ให้ใช้อักษรตัวพิมพ์เล็ก ยกเว้นชื่อเฉพาะให้ขึ้นต้นด้วยอักษรตัวพิมพ์ใหญ่

การเขียนเอกสารอ้างอิง

ให้ใช้รูปแบบของ Publication Manual of the American Psychological Association (APA) และการย่อเอกสารให้ใช้ตาม Index Medicus

1. การอ้างอิงเอกสารในเรื่อง ใช้ระบบนาม ปี เอกสารภาษาไทยเขียนชื่อผู้แต่งและนามสกุล เอกสารต่างประเทศเขียนเฉพาะชื่อสกุลเท่านั้นตามด้วย ปี พ.ศ. กรณีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน *ให้เขียนชื่อผู้แต่งทุกคน ในการอ้างอิงถึงครั้งแรก และถ้ามีการอ้างอิงถึงอีกให้ใช้และคณะหรือ et. al. ต่อท้ายชื่อผู้แต่งคนแรก แต่ถ้ามากกว่า 6 คนขึ้นไปให้เขียนชื่อผู้แต่งคนแรกตามด้วยและคณะหรือ et. al. ในการอ้างอิงทุกครั้ง เช่น

- Tension headache คือ การปวดศีรษะที่เกิดจากความเครียด (สมพร บุษราทิจ, 2525)
- สมพร บุษราทิจ (2525) ได้กล่าวถึง Tension headache.....
- เบคเกอร์ (Becker, 1995) พบว่า.....

2. การคัดลอกข้อความ ใช้ระบบนามปี หน้าและให้ข้อความที่คัดลอกมาอยู่ในเครื่องหมาย "...." เช่น

- Case management หมายถึง "ลักษณะการจัดการให้กับผู้ป่วยรายบุคคล โดยพยายามจะทำหน้าที่เป็นผู้จัดการของผู้ป่วย" (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2539, หน้า 12)

3. การอ้างอิงท้ายเรื่อง

- 3.1 ควรเลือกเฉพาะเอกสารที่ได้อ้างอิงในเรื่องเรื่องเท่านั้น เอกสารที่อ้างถึงในเรื่อง ต้องเขียนไว้ในรายการเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่องเสมอ
- 3.2 เรียงเอกสารภาษาไทยไว้ก่อนภาษาต่างประเทศ
- 3.3 เรียงตามลำดับตัวอักษรตัวแรกของชื่อผู้แต่งไม่ต้องใช้หมายเลขกำกับ
- 3.4 ชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษเรียงตามอักษรตัวแรกของชื่อสกุล และถ้าอักษรตัวแรกเหมือนกันให้เรียงตามอักษรตัวถัดไป
- 3.5 ถ้าผู้แต่งคนเดียวกันให้เรียงลำดับตามปีที่พิมพ์

4. ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง

4.1 หนังสือที่ผู้แต่งเขียนเองให้ใส่ชื่อผู้แต่ง เช่นเดียวกับอ้างอิงในเรื่องและการใช้เครื่องหมาย

วรรคตอนดังตัวอย่าง

ข้อลัดดา พันธุเสนา. (2536). การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผนคุณภาพ. กรุงเทพฯ : บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป จำกัด.

Underhill, S.L., Woods, S.L., Forelicher, E.S., & Halpeny, C.J. (1989). *Cardiac Nursing* (2nd ed.). Philadelphia : J.B. Lippincott.

4.2 หนังสือที่มีบรรณาธิการ

-บรรณาธิการคนเดียว
กำพล ศรีวัฒนากุล, (บรรณาธิการ). (2527). *คู่มือการใช้อายัดบับสมบุรณ์*. กรุงเทพฯ : บริษัทเมตกรท.

Sadie, S. (Ed.). (1980). *The new Grove dictionary of music and musicians* (6 th ed., Vols. 1-20). London : Macmillan.

-บรรณาธิการหลายคน

อุษณา ลูวิระ, พรรณบุปผา ชูวิเชียร, และสุพัฒน์ วาณิชยการ (บรรณาธิการ). (2537). *การบำบัดทดแทนภาวะไตวาย*. กรุงเทพฯ : ยูนิตีพับลิเคชั่น.

McMurtry, R. Y., & McLellan, B. A. (Eds.). (1990). *Management of blunt trauma*. Baltimore : Williams & Wilkins.

4.3 การอ้างอิงเฉพาะบทในหนังสือที่มีบรรณาธิการ

สุวรรณดี สุรเศรษฐวงศ์. (2526). การรักษาด้วยสารน้ำและ electrolytes ใน อังกวม ปรากฏารัตน์ (บรรณาธิการ). *เวชบำบัดวิกฤตสำหรับผู้ป่วยศัลยกรรม* (หน้า 8-29). กรุงเทพฯ : ยูนิตีพับเคชั่น.

Revell, L. (1944). Monitoring and controlling the environment. In M.L. Phippen & M.P. Wells (Eds.). *Perioperative nursing practice* (pp. 245-250). Philadelphia : W.B. Saunders.

4.4 อ้างอิงจากปริยญาณิพนธ์

ราตรี ลีเนกุล. (2528). *มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ*. วิทยานิพนธ์ปริยญาณิพนธ์ สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และ

ศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

4.5 อ้างอิงเอกสารประกอบการประชุม
สัมมนาต่าง ๆ จะต้องใช้ข้อมูลเกี่ยวกับเดือนที่มี
การประชุมสัมมนา และเมืองหรือรัฐที่มีการประชุม
เฉพาะหากชื่อเมืองนั้นมิได้เป็นที่รู้จักโดยทั่วไป

ชาร์ โวจน์แล็ง. (2535, กันยายน). **ความรู้
ทั่วไปในการเขียนผลงานวิชาการ.** เอกสารประกอบ
การประชุมวิชาการ เรื่องเทคนิคการเขียนการพิมพ์
และเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ. ณ มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมาธิราช.

4.6 การอ้างอิงจากเอกสารราชการ

หน่วยเวชระเบียน. (2538-2530). **รายงาน
ประจำปี.** เชียงใหม่ : หน่วยสถิติทางการแพทย์งาน
เวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

4.7 การอ้างอิงจากวารสาร

สุนทร ตันตนนันท์. (2531). โรคเบาหวาน
ตอนที่ 1. **วารสารคลินิก**, 4, 197-201.

พริยา ศุภศรี. (2539). ผลงานทางวิชาการ : คู่มือ
ปฏิบัติการพยาบาล. **วารสารคณะพยาบาล ศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา**, 4, (1), 29-33.

Powell, J.N., Waddell, J.P. (1989). Multiple
level noncontiguous spinal fractures, **Nursing
Research**, 29, 1146-1148.

4.8 การอ้างอิงจาก Web site

4.8.1 Web site ของสถาบัน

Degelman, D., & Harris, M. L. (2000).

APA style essentials. Retrieved May 18, 2000, from
Vanguard University, Department of Psychology Web
site: [http://www.vanguard.edu/faculty/
ddegelman/index.cfm?doc_id=796](http://www.vanguard.edu/faculty/ddegelman/index.cfm?doc_id=796)

4.8.2 Web site ที่ไม่มีวันที่

กิดคม สเลลานนท์ และ วิลาลิณี สเลลา
นนท์. (ไม่มีวันที่). มะเร็งเต้านม. รัับวันที่ 21 มิถุนายน
2546, จาก [http://kidkom.hypermart.net/disease/
brest_cancer.html](http://kidkom.hypermart.net/disease/brest_cancer.html)

Nielsen, M. E. (n.d.). *Notable people
in psychology of religion.* Retrieved August 3,
2001, from [http://www.psywww.com/psyrelig/
psyrelpr.htm](http://www.psywww.com/psyrelig/psyrelpr.htm)

4.8.3 Web site ที่ไม่มีผู้เขียนและวันที่

Gender and society. (n.d.). Retricved
December 3, 2001, from [http://www.trinity.edu/
~mkearl/gender.html](http://www.trinity.edu/~mkearl/gender.html)

**บทความต้นฉบับส่ง 2 ชุดพร้อมแผ่น
บันทึกข้อมูล ขนาด 3.5 นิ้ว (Diskette) มายัง**

บรรณาธิการวารสารคณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยบูรพา

ต.แสนสุข

อ.เมือง

จ.ชลบุรี 20131

โทรศัพท์. (038) 745900 ต่อ 3619