วารสาร
การพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา
Nursing Public Health and Education Journal
ปีที่ 21 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2563 ISSN 2651-1908

การดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องภายใต้นโยบายล้างไตทางช่องท้องเป็นทางเลือกแรก: จากนโยบายสู่การปฏิบัติการพยาบาล

** อินทิรา สุขรุ่งเรือง ดาราวรรณ รองเมือง กฤตพัทธ์ ฝึกฝน*

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในมารดาหลังผ่าคลอดทางหน้าท้อง

** ปรียนุช ชัยกองเกียรติ ภาชีน่า บุญลาภ อาภาภรณ์ หาญณรงค์*

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันภาวะขาดไอโอดีนในสตรีตั้งครรภ์

** พจนีย์ ขวัญเงิน เกสรา ศรีพิชญาการ อัญชลี เล้าวงศ์ จันทร์ฉาย สิงห์นนท์*

ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง

** กานต์ณิพิชญ์ บัญญธนชัยกุล สุทธีพร มูลศาสตร์ วรวรรณ ชัยลิมปมนตรี*

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

** อรนุช ประดับทอง สุขุมาล แสนพวง ธิดารัตน์ คณึงเพียร*

ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในศูนย์เด็กเล็ก: กรณีศึกษาศูนย์เด็กเล็กจังหวัดพะเยา

** พงศ์พัชรา พรหมเผ่า พินทอง ปินใจ สุรางคนา ไชยรินคำ*

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลโพธิ์แทน อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก

** อ้อมใจ แต้เจริญวิริยะกุล ชิดชนก จุ้ยทรัพย์ ศิริพิชชา หริหระรัศมิ์ อัญศญา ไบสถ์แก้ว ศิริกุล ธรรมจิตรสกุล*

ปัจจัยทำนายความตั้งใจการใช้กัญชาในกระบวนการรักษาความเจ็บป่วยของนิสิต สาขาวิชาอนามัยชุมชน

** ณัฐธิดา ฝีปากเพราะ กมลชนก คำยอดม่วง ชญานุช จันทร์ต้น ปวันรัตน์ สีขอล์ค ภควดี ขันทะกสิกรรม ศิริพร ตั้นธรรม ศิริรัตน์ คงพล ประจวบ แหลมหลัก*

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง

** โสภาพร พันธุลาวัณย์ ธานี กล่อมใจ*

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในเขตภาคตะวันออกของประเทศไทย

** สุมิตรา สิทธิฤทธิ์ สิริกร สุธวัชณัฐชา พัชราภัณฑ์ ไชยสังข์ ประทีป หมีทอง*

การพัฒนาการจัดการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

** ธานี กล่อมใจ นันทิกา อนันตชัยพัฒนา ทักษิกา ชัชวรัตน์*

การศึกษาทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

** อารยา จิรมนัสวงศ์ จุฬารัตน์ ห้าวหาญ พัชรินทร์ วรรณทวี*

การพัฒนารูปแบบการบริหารเพื่อสนับสนุนการจัดการเรียนการสอนแบบสถานการณ์จำลอง

** ธานี กล่อมใจ สมัยพร อาขาล สมศรี ทาทาน ทักษิกา ชัชวรัตน์*

Nursing Public Health Education

วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

ปีที่ 21 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2563 ISSN 2651-1908

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบรายงานวิจัย (Research Article) และบทความปริทัศน์ (Review Article) สาขาการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา

กำหนดการออกวารสาร

ทุกๆ 4 เดือน (ปีละ 3 ฉบับ)

มกราคม – เมษายน

พฤษภาคม – สิงหาคม

กันยายน – ธันวาคม

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

312 หมู่11 ต.บ้านต๋อม อ.เมือง จ.พะเยา 56000

โทรศัพท์ 0-5443-1779 โทรสาร 0-5443-1889

ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.เวคิน นพนิตย์

ผู้อำนวยการ Professional Associates of Thailand

ดร.ธานี กล่อมใจ

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

บรรณาธิการ

ดร.ทักษิกา ชัชวรัตน์

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

อาจารย์ฐิติพร เรือนกุล

เลขานุการ

อาจารย์จรรยา แก้วใจบุญ

อาจารย์สมศรี ทาทาน

อาจารย์อัมพร ยานะ

นางสาว ชนิดาภา อินต๊ะมุด

นายเอกชัย หมื่นขัติย์

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร. พรรณพิไล ศรีอาภรณ์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพล นธการกิจกุล
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รองศาสตราจารย์ ดร.เดชา ทำดี
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมยศ ชิดมงคล
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมานจิต ภิรมย์รื่น
มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น

ดร.วิยะดา รัตนสุวรรณ
มหาวิทยาลัยพะเยา

ดร.ประจวบ แหลมหลัก
มหาวิทยาลัยพะเยา

ดร.สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์
มหาวิทยาลัยเนชั่น

ดร.ฤทัยรัตน์ ชิดมงคล
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี

ดร.นุสรา ประเสริฐศรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

ดร. สุชาดา อินทรกำแหง ณ.ราชสีมา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

ดร.จุไรรัตน์ ห้าวหาญ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ดร. ดาราวรรณ รองเมือง
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ดร. ธานี กล่อมใจ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

ดร.ดลนภา หงส์ทอง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

ดร.กฤตพัทธ์ ฝึกฝน
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

ดร.ปรัศนีย์ สมิทธิ์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

สารบัญ

	หน้า
• การดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องภายใต้นโยบายล้างไตทางช่องท้องเป็นทางเลือกแรก : จากนโยบายสู่การปฏิบัติการพยาบาล	3
• ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในมารดาหลังผ่าคลอดทางหน้าท้อง	16
• ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันภาวะขาดไอโอดีนในสตรีตั้งครรภ์	29
• ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้องรัง	41
• ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	55
• ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในศูนย์เด็กเล็ก : กรณีศึกษาศูนย์เด็กเล็กจังหวัดพะเยา	68
• ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลโพธิ์แทน อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก	80
• ปัจจัทำนายความตั้งใจการใช้กัญชาในกระบวนการรักษาความเจ็บป่วยของนิสิต สาขาวิชาอนามัยชุมชน	91
• ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง	105
• ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในเขตภาคตะวันออกของประเทศไทย	116
• การพัฒนาการจัดการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	125
• การศึกษาทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์	139
• การพัฒนารูปแบบการบริหารเพื่อสนับสนุนการจัดการเรียนการสอนแบบสถานการณ์จำลอง	149

ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง

กานต์ณิพิชญ์ ปัญญธนชัยกุล สุทธีพร มูลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
วรวรรณ ชัยลิมปมนตรี
โรงพยาบาลจันทรุเบกษา กรมการแพทย์ทหารอากาศ

Received : February 26, 2020
Revised : April 10, 2020
Accepted : April 10, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับความดันโลหิต ระดับโซเดียมและอัลบูมินในปัสสาวะของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก 140-179 มิลลิเมตรปรอท หรือระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก 90-109 มิลลิเมตรปรอท และมีอัตราการกรองของไตอยู่ในระดับที่ 1 และ 2 อยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท ซึ่งถูกคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นตามแบบจำลองเส้นทางพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีระยะเวลา 12 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย การอบรมเชิงปฏิบัติการและการเยี่ยมบ้าน เพื่อสร้างความรู้ทางสุขภาพ พัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติ ส่งเสริมการปฏิบัติเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พัฒนาทักษะการสร้างทางเลือก และทักษะการใช้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจทางสุขภาพ 2) คู่มือความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง และ3) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมการจัดการตนเอง มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .90 และ 1.00 ตามลำดับ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพมีค่าความเที่ยงของคูเดอร์-ริชาดสัน 20 เท่ากับ .81 และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค เท่ากับ .78 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติที ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการตนเองมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนระดับความดันโลหิต ระดับโซเดียมและ อัลบูมินในปัสสาวะมีค่าน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการจัดการตนเอง โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง

The Effectiveness of a Health Literacy Developmental Program in Hypertension Patients Risking to Chronic Kidney Disease

Kannipich Punyathanachaikhul, Sutteeporn Moolsart
Department of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University
Worawon Chailimpamontree
Chandrubeksa hospital, Army Medical Department

Abstract

The purposes of a quasi-experimental study with two group pre-test and post-test design were to study the effects of the health literacy development program on health literacy, self-management behaviors, blood pressure, urine sodium and albuminuria of hypertension patients risking to chronic kidney disease. The sample was uncontrolled hypertension patients having systolic blood pressure 140-179 mmHg or diastolic blood pressure 90-109 mmHg, and having glomerular filtration rate at stage 1 and 2 living in Meuang District, Chai Nat Province. The sample was selected by stratified random sampling and put into the experimental and comparative groups which each group included 30 persons. Research instruments were 1) the program of health literacy development which was developed based on the concept health literacy pathway model. The duration of the program was 12 weeks and the activities comprised workshop and home visits in order to develop health knowledge, health literacy skills and practices. Patients were promoted to build health literacy action; product informed options, and made an informed decision. 2) A handbook of health literacy for hypertension patients risking to chronic kidney disease and 3) a questionnaire was used. Content validity indexes of health literacy and self-management behavior sectors were .90 and 1.00. Kuder-Richardson of health literacy was .81 and Cronbach's alpha coefficient of self-management behaviors was .78. Data were analyzed by descriptive statistics and t-test. The results revealed that after enrolling the program, mean of health literacy and self-management behaviors of the experimental group were higher than before enrolling the program and higher than the comparative group at p-value <.05). Blood pressure, urine sodium and albuminuria of the experimental group were lower than before enrolling the program and lower than the comparative group at p-value <.05).

Keywords : Chronic kidney, health literacy, hypertension, self-management behaviors,

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโลก ประชากรกว่า 1.13 พันล้านคนได้รับวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีอัตราความชุก 1 ใน 4 ของเพศชาย และ 1 ใน 5 ของเพศหญิง (WHO, 2019) โรคความดันโลหิตสูงมีอัตราความชุกสูงในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ประชากรที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 40 เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 9.4 (Krishnan, 2014) มีความชุกในเขตเมืองร้อยละ 52.1มากกว่าเขตชนบทร้อยละ 47.9 (Neupane, McLachlan, Sharma, Gyawali, Khanal & Mishra, et al., 2014) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2561 อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรเป็น 2,245.09 (กรมควบคุมโรค, 2561) และถ้าหากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้โดยเฉพาะโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease : CKD) (WHO, 2013)

โรคไตเรื้อรังเกิดได้หลายปัจจัย เช่น อายุมาก มีประวัติโรคไตในครอบครัว โรคเบาหวาน การมีโปรตีนรั่วมากในปัสสาวะ และความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ดี ซึ่งถ้าไม่สามารถจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคนี้ได้ ก็จะทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังได้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 4 ประมาณ 1.9 เท่า และระยะที่ 5 ประมาณ 1.6 เท่า (ธิดารัตน์ อภิญญา, 2559) สาเหตุเกิดจากเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 70 (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2560) ซึ่งความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้นจากหลอดเลือดของไตแข็ง มีการคั่งของโซเดียมและน้ำ (บุญต่าย สิทธิไพศาล, 2553) ดังนั้นหากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อมและเกิดไตวาย ประเทศต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา รัฐบาลต้องใช้งบสูงกว่าหนึ่งหมื่นล้านบาทต่อปี รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่สูงเพื่อใช้บำบัดรักษาเฉลี่ยประมาณ 240,000 บาทต่อคนต่อปี ยังไม่รวมถึงค่าใช้จ่ายด้วยยาค่าใช้จ่ายทางอ้อมอื่นๆ ในพ.ศ. 2558-2559 พบว่างบประมาณจากการล้างไต สูงขึ้นจาก 5,247 ล้านบาท เป็น 6,318 ล้านบาท ตามลำดับ (สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ, 2560) การเกิดโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยมีแนวโน้มป่วยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ภาวะไตเสื่อมหรือโรคไตเรื้อรังถูกจัดว่าเป็นปัญหาสำคัญ มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพียงร้อยละ 1.9 เท่านั้นที่ทราบว่าตนเองป่วย เนื่องจากในระยะแรกมักไม่พบอาการผิดปกติ ส่วนใหญ่มักตรวจพบเมื่อโรคดำเนินไปมากแล้ว นอกจากนั้นยังพบว่าภาวะแทรกซ้อนทางไตเพิ่มขึ้นทุกปี ความชุกของโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 1-5 เท่ากับ ร้อยละ 17.5 ของประชากร ถ้าหากผู้ป่วยโรคไตไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมจะทำให้การทำหน้าที่ของไตเสื่อมลงจนเกิดโรคไตเรื้อรัง ถ้าไม่สามารถชะลอการเสื่อมหน้าที่ของไตได้ ก็จะทำให้กลายเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

การป้องกันภาวะเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างจากการให้บริการในกลุ่มโรคเฉียบพลัน จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี, 2558) ความรอบรู้ด้านสุขภาพสัมพันธ์แบบแปรผันตรงกับการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (อรุณี หล้าเขียว และทวีวรรณ ชาลีเครือ, 2559) และมีความสัมพันธ์กับการบริโภคที่ส่งผลต่อการรักษาโรคไตเรื้อรังและโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 Patel, Ferris, & Rak, (2016) กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2556) ได้ดำเนินการโครงการหมู่บ้านปรับเปลี่ยน

พฤติกรรม เพื่อลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูงขึ้น โดยจัดกิจกรรมเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน พบว่า ประชาชนมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอสัปดาห์ละอย่างน้อย 3-5 วัน ๆ ละอย่างน้อย 30 นาที รับประทานผัก ผลไม้สดวันละอย่างน้อยครึ่งกิโลกรัมหรือผักครึ่งหนึ่ง อย่างอื่นครึ่งหนึ่ง และลดอาหารไขมันได้ Jacqueline, Katrina, Donahue, Li, Doyle & Cummings, et al (2017) พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความดันโลหิตลดลง ทั้งในกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำและสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และได้เสนอแนะถึงการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพไปใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินงานระดับปฐมภูมิ ทั้งนี้เพื่อสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาวิจัยพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่ายังมีน้อยมาก และจากปัญหาดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานป้องกันความเสี่ยงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังมีความสำคัญ ทั้งนี้เพื่อป้องกันและลดอุบัติการณ์ของไตวายระยะสุดท้าย งานวิจัยนี้จึงสนใจศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง โดยใช้แนวคิดแบบจำลองเส้นทางพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากการศึกษาพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพในระยะยาว (Health literacy pathway model) ของ Edwards, Wood, Davies & Edwards (2012) ขั้นตอนประกอบด้วย การสร้างความรู้ทางด้านสุขภาพ การพัฒนาทักษะและการปฏิบัติเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ การฝึกทักษะการสร้างทางเลือกและการใช้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจทางสุขภาพ ในการสนับสนุนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถใช้ศักยภาพความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมาย สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อ

1. เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
3. เปรียบเทียบระดับโซเดียมในปัสสาวะในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
4. เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
5. เปรียบเทียบระดับอัลบูมินในปัสสาวะในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท จำนวน 687 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ด้วยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) ตามระดับความเสื่อมของไตที่มีอัตราการกรองของไตระดับ 1 และ 2 โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 30 คนสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่คืนที่จากรายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธรรมามูล อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท ที่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช วันที่ 17 กรกฎาคม 2561 เลขที่ 18/2561

การเก็บรวมรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังจัดกิจกรรมตามโปรแกรมให้กับกลุ่มทดลองเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 บรรยายให้ความรู้ ใช้เวลาประมาณ 6 ชั่วโมง เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและโรคไต อาหารสำหรับโรคความดันโลหิตสูงและโรคไต การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยา พร้อมฝึกทักษะด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การอ่านฉลากยาและการคำนวณยา การใช้ข้อมูลข่าวสาร การฟังข้อมูลสุขภาพ การพูดสื่อสารสุขภาพ และการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ

สัปดาห์ที่ 2 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที เพื่อติดตามความตั้งใจและทักษะจากการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการจัดการตนเอง เรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การจัดการความเครียด ประเมินปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเอง ฝึกทักษะแลกเปลี่ยนการตัดสินใจทางสุขภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว

สัปดาห์ที่ 4 ใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง ทำการชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต คำนวณค่าดัชนีมวลกาย ทบทวนการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย กิจกรรมกลุ่มย่อย ฝึกทักษะการพูดสื่อสารสุขภาพ การใช้ข้อมูลข่าวสาร

สัปดาห์ที่ 6 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที เพื่อติดตามความตั้งใจทักษะจากการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง การรับประ ทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การจัดการความเครียด ทบทวนทักษะคำนวณพลังงาน การอ่านฉลากโภชนาการ คำนวณยา ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว แลกเปลี่ยนเหตุผลในการจัดการตนเองกับพยาบาลเวชปฏิบัติ

สัปดาห์ที่ 8 ใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง ทำการชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต คำนวณค่าดัชนีมวลกาย ทบทวนการปฏิบัติตัวในการจัดการความเครียดและการรับประทานยา และฝึกทักษะการอ่านฉลากยา การแก้ ปัญหาและการตัดสินใจ

สัปดาห์ที่ 10 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที เพื่อติดตามทักษะจากการพัฒนา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การจัดการความเครียด ฝึกทักษะการใช้ข้อมูลข่าวสาร วิเคราะห์วิธีการจัดการสุขภาพตนเอง

สัปดาห์ที่ 12 ใช้เวลาประมาณ 6 ชั่วโมง ทำการชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต คำนวณค่าดัชนีมวลกาย ทบทวนการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการ

ความเครียดและการรับประทานยา จัดกิจกรรมกลุ่มย่อย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ฝึกทักษะการพูด การใช้ข้อมูลข่าวสาร การอ่านบทความ การแก้ปัญหาและการตัดสินใจ ตอบแบบสอบถามครั้งที่ 2

เครื่องมือการวิจัย ได้แก่

1) โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและคู่มือความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา 0.90

2) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .90 และมีค่าความเที่ยงคูเดอร์-ริชาดสัน KR 20 เท่ากับ .81

3) แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 1.00 และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราค .78

การแปลผลความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1968) โดยใช้ค่าเฉลี่ย ดังนี้

มากกว่าร้อยละ 80 หมายถึง ระดับสูง

ระหว่างร้อยละ 60-80 หมายถึง ระดับปานกลาง

น้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง ระดับต่ำ

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง พิจารณาตามคะแนนเฉลี่ย (Mean) ของช่วงระดับคะแนน 5 ระดับ คือ ระดับน้อยที่สุด ระดับน้อย ระดับปานกลาง ระดับมาก และระดับมากที่สุด (นพพร ธนะชัยขันธ์, 2555) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึงมีพฤติกรรมการจัดการตนเองน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองมา

ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองมากที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) การแจกแจงความถี่(frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยา รวมถึงผลทางคลินิก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรม โดยการใช้สถิติ paired t-test

3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยา รวมถึงผลทางคลินิกระหว่างกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลตามปกติ ใช้สถิติที Independent t-test

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลทั่วไปใกล้เคียงกันดังนี้ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.67 และร้อยละ 83.33 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 54.87 ปี และ 52.63 ปี ตามลำดับ และทั้งสองกลุ่มมีอายุเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 51-60 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.00 และ ร้อยละ 80.00 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรสคู่เท่ากันร้อยละ 76.67 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 30.00 และร้อยละ 50.00 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,390 บาท และ 3,346.67 บาท ตามลำดับ มีรายได้ไม่เพียงพอ แต่ไม่เป็นหนี้ ร้อยละ 30.00 และมีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 33.33 ตามลำดับ

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระยะเวลาการป่วยโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 6.07 ปี และ5.13 ปี ตามลำดับ มีญาติสายตรงที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าร้อยละ 56.67 และร้อยละ 70.00 ตามลำดับ มีระยะการเจ็บป่วยด้วยโรคไต 4 -6 ปี ร้อยละ 53.34 และ 1-3 ร้อยละ 66.67 ตามลำดับ มีอัตราการกรองของไตระดับที่ 1 มากที่สุด ร้อยละ 56.67 และร้อยละ 60.00 ตามลำดับรับประทานยาในกลุ่ม Diuretic มากที่สุดร้อยละ 53.33 และร้อยละ 63.33 ตามลำดับ มีดัชนีมวลกายใกล้เคียงกันเฉลี่ย 26.67 และ 26.65 ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยรอบเอวใกล้ เคียงกันเฉลี่ย 83.23 และ 83.03 ตามลำดับ

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (ตารางที่ 1) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (ตารางที่ 2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2. พฤติกรรมการจัดการตนเอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองในภาพรวมของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองในภาพรวมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม(ตารางที่ 1) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ(ตารางที่ 2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3. โซเดียมในปัสสาวะ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยโซเดียมในปัสสาวะไม่แตกต่างกัน หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยโซเดียมในปัสสาวะต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (ตารางที่ 1) และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (ตารางที่ 2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ความดันโลหิต ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกไม่แตกต่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (ตารางที่ 1) และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (ตารางที่ 2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

5. อัลบูมินในปัสสาวะ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยอัลบูมินในปัสสาวะไม่แตกต่างกัน หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอัลบูมินในปัสสาวะต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (ตารางที่ 1) และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (ตารางที่ 2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับโซเดียมในปัสสาวะ ระดับความดันโลหิต และระดับอัลบูมินในปัสสาวะของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			*t*	*p-value*
	M	*SD*	ระดับ	*M*	*SD*	ระดับ		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ								
กลุ่มทดลอง (*n* = 30)	87.03	13.59	น้อย	119.30	9.06	มาก	23.205	.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ (*n* = 30)	82.87	11.04	น้อย	90.47	2.71	ปานกลาง	.396	.695
พฤติกรรมการจัดการตนเอง								
กลุ่มทดลอง (*n* = 30)	3.46	0.30	ปานกลาง	4.02	0.17	มาก	9.545	.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ (*n* = 30)	3.40	0.28	ปานกลาง	3.35	0.31	ปานกลาง	.672	.507
ค่าเฉลี่ยโซเดียมในปัสสาวะ								
กลุ่มทดลอง (*n*=30)	135.03	68.24	-	83.73	41.00	-	3.861	.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ (*n*=30)	110.27	42.79	-	106.07	40.67	-	.624	.538
ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก								
กลุ่มทดลอง (*n*=30)	151.80	8.07	-	120.55	6.09	-	16.99	.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ (*n*=30)	150.92	8.54	-	150.80	8.48	-	2.041	.057
ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก								
กลุ่มทดลอง (*n*=30)	92.18	6.32	-	74.85	3.06	-	15.556	.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ (*n*=30)	91.50	5.93	-	91.32	5.55	-	1.173	.250
ค่าเฉลี่ยอัลบูมิน								
กลุ่มทดลอง (*n*=30)	15.75	14.18	-	9.95	5.72	-	2.552	.016*
กลุ่มเปรียบเทียบ (*n*=30)	16.22	13.06	-	14.81	8.61	-	.783	.440

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพพฤติกรรม การจัดการตนเอง ระดับโซเดียมในปัสสาวะ ระดับความดันโลหิต และระดับอัลบูมินในปัสสาวะของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง	กลุ่มทดลอง (n = 30)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)			t	p-value
	M	*SD*	ระดับ	*M*	*SD*	ระดับ		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	87.03	13.59	น้อย	82.87	11.04	น้อย	1.304	.198
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	119.30	1.65	มาก	90.47	2.71	ปานกลาง	9.084	.001*
พฤติกรรมการจัดการตนเอง								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.21	0.30	ปานกลาง	3.15	0.28	ปานกลาง	.906	.369
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.02	0.17	มาก	3.35	0.31	ปานกลาง	10.337	.001*
ค่าเฉลี่ยโซเดียมในปัสสาวะ								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	135.03	68.24	-	110.27	42.79	-	1.684	.098
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	83.73	41.00	-	106.07	40.67	-	2.118	.038*
ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	151.80	8.07	-	150.92	8.54	-	.412	.682
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	120.56	6.09	-	150.80	8.48	-	15.872	.001*
ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	92.18	6.32	-	91.50	5.93	-	.432	.668
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	74.85	3.06	-	91.32	5.55	-	14.234	.001*
ค่าเฉลี่ยอัลบูมิน								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	15.75	14.18	-	16.22	13.06	-	.134	.893
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	9.95	5.72	-	14.81	8.61	-	2.580	.012*

อภิปรายผล

อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ผลการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง หลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีค่าเฉลี่ยภาพรวมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคไต โดยกลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มสูงขึ้น จากการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคไต โดยการบรรยายประกอบสื่อ และแจกคู่มือการดูแลสุขภาพ ฝึกทักษะการอ่านคู่มือความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทกานต์ วัลยเสถียร์ (2557) โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้ ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพระยะยาวในการสร้างความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพการเจ็บป่วยของตนเอง พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเป้าหมายส่วนมากมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาวะของตนเองเพิ่มขึ้น Edwards, Wood, Davies, & Edwards, (2012)

2. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง หลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองมีค่าเฉลี่ยภาพรวมมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและในกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของ แสงเดือน กิ่งแก้ว และ นุสรา ประเสริฐศรี (2558) ได้อธิบายเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ โดยพบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหทัยกานต์ ห้องกระจก (2559) กล่าวถึง บุคคลจำเป็นที่จะต้องมีความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) เพื่อเป็นพลังขับเคลื่อนในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองของแต่ละบุคคล พบว่า ความแตกฉานด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 การศึกษาของ Patel, Ferris, & Rak, (2016) ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ด้านโภชนาการที่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 รวมถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคที่สอดคล้องกับความรู้สามารถร่วมทำนายการรับประทานยาในกลุ่มผู้ป่วยได้

3. ผลการเปรียบเทียบโซเดียมในปัสสาวะ พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยโซเดียมในปัสสาวะต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และต่ำกว่าในกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเป็นผลจากหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคไต การไม่รับประทานแปรรูปและอาหารสำเร็จรูป อาหารที่มีเกลือเป็นส่วนผสมในปริมาณมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ วิวัฒน์ จันเจริญฐานะ วรวรรณ

ชัยลิมปมนตรี ธนันดา ตระการวนิช พงศธร คชเสนี และเอนก อยู่สบาย (2559) ได้อธิบายไว้ว่า การมีปริมาณโซเดียมเกินในร่างกาย การบริโภคเกลือโซเดียมมากเกินไป เป็นสาเหตุสำคัญของการมีความดันโลหิตสูง และทำให้ควบคุมความดันโลหิตได้ยาก การควบคุมเกลือในอาหารเป็นสิ่งสำคัญในการรักษา ซึ่ง นงลักษณ์ แก้วทอง ลักขณา เติมศิริกุลชัย ประสิทธิ์ ลีระพันธ์ ธราดล เก่งการพานิช และขวัญเมือง แก้วดำเกิง (2557) ได้อภิปรายผลการศึกษาความแตกฉานด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยต่างๆ ว่าความแตกฉานด้านสุขภาพที่ต้องให้ความสำคัญ ได้แก่ อาหารที่มีส่วนประกอบของโซเดียมสูง (ร้อยละ 65.5) และความแตกฉานด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

4. ผลการเปรียบเทียบความดันโลหิต พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิก ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และต่ำกว่าในกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ ประกอบด้วย กิจกรรมส่งเสริมการรับประทานอาหารตามแนวทาง DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) ซึ่งรูปแบบอาหารดังกล่าวจะช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพของการลดความดันโลหิตจากการลดโซเดียมในอาหาร ทำให้ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังลดลง สอดคล้องกับของ Shi, Li, Wang, Wang, Liu, Shi, Zhang, & Chen, (2017) ซึ่งพบว่า ระดับความดันโลหิต มีความ สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ นอกจากนั้นการศึกษายังแสดงให้เห็นถึงระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลให้สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ในระยะยาว การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีการควบคุมความดันโลหิตในระดับที่ดีขึ้น การลดความดันโลหิตตามเป้าหมาย (target blood pressure, BP) นอกจากนั้น การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตในการควบคุมความดันโลหิต เป็นวิธีการที่องค์การอนามัยโลก แนะนำให้ปฏิบัติเป็นประจำอยู่เสมอ คือ การควบคุมอาหารโปรตีน การควบคุมระดับไขมันในเลือด การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การลดน้ำหนัก การลดความเครียด การชะลอภาวะไตเสื่อมในโรคความดันโลหิตสูงต้องมีแนวทางการปฏิบัติที่ควบคู่กันไปเพื่อให้ได้ผลมากที่สุด

5. ผลการเปรียบเทียบอัลบูมินในปัสสาวะ พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอัลบูมินในปัสสาวะต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 83.73 (SD =41.00) และต่ำกว่าในกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า จากการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลให้ความดันโลหิตในกลุ่มทดลองลดลงเป็นผลจากพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เพิ่มขึ้นในระดับมากถึงมากที่สุด การที่กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นทำให้เกิดการจัดการตนเองที่ดีขึ้นตามไปด้วย และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยา ส่งผลต่อระดับโซเดียมในปัสสาวะ ระดับความดันโลหิต และอัลบูมินในปัสสาวะที่ลดลงจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม การปฏิบัติตนที่เหมาะสมเพื่อลดการรั่วของอัลบูมินในปัสสาวะ คือการควบคุมความดันโลหิต หากความดันโลหิตสูงไม่ได้รับการรักษาและดำเนินต่อเป็นระยะเวลาอันยาวนานก็พบว่ามีการสูญเสียมวลเนื้อไต จากการที่ขนาดของไตที่ค่อยๆ หดตัวเล็กลง มีลักษณะเนื้อไตที่ผิว

เป็นก้อนขรุขระเล็กๆ บริเวณ Renal cortex เริ่มบางลงและมีเยื่อพังผืดเกิดขึ้นที่ผนังหลอดเลือด ความรุนแรงของพยาธิสภาพนี้จะขึ้นในระยะที่ผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง การถูกทำลายของไตจากโรคความดันโลหิตสูงจะขึ้นกับการตรวจพบสมรรถภาพไตลดลง หรือมีอัลบูมินรั่วในปัสสาวะ (ทวี ศิริวงศ์ ชลธิป พงศ์สกุล ศิริรัตน์ เรืองจุ้ย และประณิธิ หงส์ประภาส, 2553) ทั้งนี้โปรตีนอัลบูมินในปัสสาวะเป็นตัวแปรสำคัญของโรคไตเรื้อรัง ดังนั้นการที่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยโปรตีนอัลบูมินลดลง แสดงถึงความสามารถในการลดเสี่ยงของโรคไตเรื้อรังได้ตามไปด้วย

ข้อเสนอแนะ

(1) หน่วยบริการทางคลินิกในพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริการใกล้เคียงกัน ควรสร้างความรู้ พัฒนาทักษะด้านการใช้ข้อมูลข่าวสาร การฟังข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารทางสุขภาพ การคำนวณ รวมถึงการแก้ปัญหาและการตัดสินใจไปใช้ ตามกิจกรรมของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้ โดยเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองของไตระดับ 1 และ 2

(2) โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังนี้สามารถลดระดับความดันโลหิต โซเดียมในปัสสาวะ และอัลบูมินในปัสสาวะ สามารถนำแนวทางกิจกรรมสร้างความรู้ พัฒนาทักษะด้านการใช้ข้อมูลข่าวสาร การฟังข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารทางสุขภาพ การคำนวณ รวมถึงการแก้ปัญหาและการตัดสินใจไปใช้ตามกิจกรรมของโปรแกรม ไปประยุกต์ใช้กับประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงโรคเรื้อรังอื่นได้ เช่น โรคเบาหวานที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2559). *คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง.* กรุงเทพ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์กรสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.

กรมควบคุมโรค. (2561). *จำนวนและอัตราผู้ป่วยใน ปี 2559 - 2561 (ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, หลอดเลือดหัวใจ, หลอดเลือดสมอง, COPD).* สืบค้นเมื่อ 2 ธันวาคม 2561, จาก http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13684&tid=32&gid=1-020

กองสุขศึกษา. (2553). *ผลการสำรวจ ความฉลาดทางสุขภาพในกลุ่มเยาวชนอายุ 12-15 ปี.* กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *ความฉลาดทางสุขภาพเส้นทางสู่หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง ความดันโลหิตสูง หัวใจและหลอดเลือด.* สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2561, จาก www.hed.go.th

กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *การสำรวจความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง.* สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2561, จาก www.hed.go.th

นพพร ธนะชัยขันธ์. (2555). *สถิติเบื้องต้นสำหรับการวิจัย.* กรุงเทพฯ : วิทยพัฒน์

ประภัสสร งาแสงใส, ปดิรดา ศรสียน และสุวรรณา ภัทรเบญจพล. (2557). กรณีศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน.*วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*, 9(ฉบับพิเศษ), 82-87.

ประเสริฐ ธนกิจจารุ. (2558). การรักษาความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. *วารสารกรมการแพทย์,* 2(5), 36-48.

พีระ บูรณะกิจเจริญ และคณะ. (2558). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2558.* กรุงเทพ: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.

ทวี ศิริวงศ์ ชลธิป พงศ์สกุล ศิริรัตน์ เรืองจุ้ย และประณิธิ หงสประภาส. (2553). แนวทางเวชปฏิบัติของโรคไตเรื้อรัง. *วารสารอายุรศาสตร์อีสาน*, 9(3), 144-162.

ธิดารัตน์ อภิญญา . (2559). *คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง.* กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์กรสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2558). *คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558.* กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.

แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 3(25), 43-54

สุนิสา สีผม. (2556). การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 6(1), 12-18.

สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ. (2560). *เครือข่ายลดบริโภคเค็มเตือนช่วงเทศกาลกินเจให้ระวังอย่าปรุงเค็มจัด.* สืบค้นเมื่อ 2 ธันวาคม 2561, จาก https://www.hfocus.org/content/2017/10/14778

อรุณี หล้าเขียว และทวีวรรณ ชาลีเครือ. (2559). *ความฉลาดทางด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียงหลวง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารบทคัดย่อ กลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี.* สืบค้นเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2561, จาก www.grad.mahidol.ac.th/th/current-students/thesisabstract.php?id=1

เอกสารอ้างอิง

Bloom, B. M. (1968). Learning for Mastery. Center for the Study of Evaluation of Instructional Programs. *Evaluation comment*, 1(2), 1-12.

Edwards, M., Wood, F., Davies, M., & Edwards, A. (2012) .The development of health literacy in patients with a long – term health condition: the health literacy pathway model. *BMC Public Health*, 14, 120-130.

Kickbusch, I. S. (2001) . *Health Literacy: addressing the health and education divide. Yale University School of Public Health*. New Haven, CT, USA.

Kidney Foundation – Kidney Disease Outcome Quality Initiative [NKF-K/DOQI]. (2002) . *K/DOQI Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, classification and stratification.* New York: National Kidney Foundation.

Krishnan, S. M. (2014) . Inflammatory markers or mediators of hypertension?. *British Journal of pharmacology,* 171 (24) , 5589-602.

Neupane, D., McLachlan, C. S., Sharma, R., Gyawali, B., Khanal. V., Mishra, S. R., Christensen, B., & Kallestrup, P. (2014) . Prevalence of hypertension in member countries of South Asian Association for Regional Cooperation (SAARC) : systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* ,93 (13), 1-10.

Patel, N., Ferris, M., & Rak, E. (2016) . Health and nutrition literacy and adherence to treatment in children, adolescents, and young adults with chronic kidney disease and hypertension, North Carolina, 2015. *Prev Chronic Dis*. 13(4), E101.

WHO. (2019). *World Hypertension Day 2019*. Retrieved March 10, 2019 from https://www.who.int/docs/default-source/documents/hypertension-infographic-005-web.pdf?sfvrsn=f0973d0c_2

คำแนะนำ

การส่งผลงานวิชาการลงตีพิมพ์
ในวารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา พ.ศ.2563

เพื่อให้การจัดทำวารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีคุณภาพ จึงขอให้ยกเลิกคำแนะนำปี 2561และใช้คำแนะนำนี้ตั้งแต่ 1 มกราคม 2563ดังนี้

วารสารจะดำเนินการในลักษณะ E- journal ไม่จัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม

ผู้ทรงคุณวุฒิ หมายถึง ผู้ที่มีความรู้ความสามารถและเชี่ยวชาญในสาขาวิชานั้นๆ

ผลงานวิชาการที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ หมายถึง ผลงานที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 คน ในลักษณะ Double blinded ที่มีความเห็นตรงกันว่าเป็นผลงานที่มีคุณภาพสามารถลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารได้

ผลงานวิชาการที่รับตีพิมพ์ หมายถึง บทความวิจัย และบทความปริทรรศน์

คำแนะนำของการเตรียมบทความ

1. ข้อกำหนดการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา มีดังต่อไปนี้

1.1. เป็นผลงานวิชาการทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษในสาขาการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา

1.2.ผลงานวิชาการต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อนยกเว้นเป็นผลงานวิชาการที่ได้นำเสนอในการประชุมทางวิชาการที่ไม่มี Proceedings และผู้เขียนจะต้องไม่ส่งบทความเพื่อไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นในเวลาเดียวกัน

1.3. ผลงานวิชาการจะได้รับการพิจารณากลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควร ไม่น้อยกว่า 2 คน

1.4.กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาการลงตีพิมพ์ในวารสารหลังจากผ่านการประเมินจากโดยผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

1.5. หากผลงานวิชาการใดได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ เจ้าของผลงานวิชาการจะต้องแก้ไขต้นฉบับให้เสร็จและส่งคืนกองบรรณาธิการภายในเวลาที่กำหนดมิฉะนั้นจะถือว่าสละสิทธิ์การตีพิมพ์

1.6. ผลงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง (เฉพาะวิจัยในมนุษย์)

2. อัตราค่าบำรุงวารสารฯ / ค่าธรรมเนียมในการนำผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารฯ อัตราค่าธรรมเนียม 3,000 บาท/ 1 บทความ โดยชำระค่าลงทะเบียนตีพิมพ์บทความ โดยการโอนเงินมาที่บัญชีธนาคารกรุงไทย สาขา พะเยา เลขบัญชี 512-0-69285-0 ชื่อบัญชี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี (งานวารสาร)

3. การเตรียมต้นฉบับบทความวิจัยมีแนวปฏิบัติตามลำดับการเขียน ดังนี้

3.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2.ชื่อ-สกุลและสถานที่ทำงานของผู้แต่ง (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)

3.3. บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (Abstract) ไม่เกิน 1 หน้า

3.4. คำสำคัญ (Keywords) ให้ผู้เขียนพิจารณา คำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

3.5. บทนำเป็นการเขียนความเป็นมาหรือความสำคัญ ควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักการวิจัยเขียนให้กระชับตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญหรือปัญหาที่ต้องทำการศึกษา

3.6.วัตถุประสงค์การวิจัย กระชับและชัดเจน

3.7. ระเบียบวิธีการวิจัยเป็นการเขียนอธิบายกระบวนการทำวิจัยตามหลักระเบียบวิธีวิจัยที่มีคุณภาพ โดยมีรายละเอียดพอสังเขปที่แสดงให้เห็นถึงรายละเอียดของกระบวนการ

3.8.ผลการวิจัย เป็นการเขียนผลการวิเคราะห์ข้อมูลหรือข้อค้นพบจากการวิจัยหากจะมีการนำเสนอข้อมูลด้วยตารางควรออกแบบตารางให้เหมาะสมและให้นำเสนอข้อมูลใต้ตารางตามที่จำเป็น การอธิบายข้อมูลควรหลีกเลี่ยงการกล่าวซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง

3.9. อภิปรายผลเป็นการแปลความหมายของผลการวิจัยและอธิบายเหตุผลว่าข้อค้นพบหรือสิ่งที่เกิดขึ้นสามารถอธิบายด้วยหลักการหรือทฤษฎีใดบ้าง ผลการวิจัยสอดคล้องหรือขัดแย้งกับผลการวิจัยของคนอื่นหรือไม่อย่างไรทั้งนี้ในการอภิปรายควรสนับสนุนด้วยข้อมูลที่เป็นเหตุเป็นผลและอธิบาย โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

3.10. ข้อเสนอแนะในการเขียนข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรเขียนข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้ หรือสำหรับการทำวิจัยต่อยอดในอนาคตทั้งนี้ข้อเสนอแนะควรสืบเนื่องจากข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ไม่ใช่ข้อเสนอแนะตามหลักการโดยทั่วไป

3.11. กิตติกรรมประกาศ (หากมี)

3.12. เอกสารอ้างอิง

4. การเตรียมต้นฉบับบทความปริทัศน์ (Review Article) มีแนวปฏิบัติตามลำดับการเขียน ดังนี้

4.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

4.2 ชื่อผู้นิพนธ์ทุกคน และสถานที่ทำงาน โดยใช้ภาษาไทย

4.3 บทคัดย่อ (Abstract) ให้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นความเรียงย่อหน้าเดียว ประกอบด้วยสาระสังเขปที่สำคัญและครบถ้วน คำสำคัญ (Key words) มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

4.4 บทนำ เป็นการเขียนความสำคัญควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักของเรื่องที่นำเสนอ เขียนให้กระชับตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญว่าทำไมจึงนำเสนอบทความนี้

4.5 สาระปริทัศน์ในประเด็นต่างๆ ที่ตรงกับชื่อเรื่อง โดยประเด็นที่นำเสนอจะต้องกระชับตรงประเด็น ไม่ซ้ำซ้อน

4.6 วิจารณ์ เป็นการสรุปสาระ และแสดงความคิดเห็นของผู้เขียนโดยจะอ้างอิงวรรณกรรมต่างๆมาเพิ่มเติมหรือไม่ก็ได้

4.7. กิตติกรรมประกาศ (หากมี)

4.8 เอกสารอ้างอิง

5. การอ้างอิงเอกสาร

การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ท้ายบทความสำหรับแนวทางของการเขียนเอกสารอ้างอิงโดยใช้ระบบของ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 6 (The Publication Manual of the American Psychological Association, 6th edition, published by the American Psychological Association, 2011) มีรายละเอียด ดังนี้

ผู้แต่งเป็นชาวไทยให้ลงทั้งชื่อและนามสกุลตามลำดับ

ผู้แต่งเป็นชาวต่างประเทศให้ลงนามสกุลตามด้วยเครื่องจุลภาค และต่อด้วยอักษรย่อของชื่อต้น และชื่อรอง ทั้งนี้รวมถึงผู้แต่งชาวไทยที่เขียนหนังสือเป็น

ภาษาอังกฤษจะลงรายการผู้แต่ง โดยใช้นามสกุลขึ้นต้น เหมือนผู้แต่งชาวต่างประเทศดังตัวอย่าง

5.1 หนังสือ

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). เมืองที่พิมพ์:สำนักพิมพ์

บุญชม ศรีสะอาด. (2547). *วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย.* (พิมพ์ครั้งที่4). กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.

Kosslyn, S. M., & Rosenberg, R. S. (2004).*Psychology: The brain, the person,the world.*(2nd ed.). Essex, England: Pearson Education Limited.

Mussen, P., Rosenzweig, M. R., Aronson, E., Elkind, D., Feshbach, S., Geiwitz., P. J.,et al. (1973). *Psychology: An introduction*. Lexington, Mass.: Health.

5.2 วารสาร

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. *ชื่อวารสาร,* ปีที่(ฉบับที่), หน้า.

เผชิญ กิจระการ และสมนึก ภัททิยธนี. (2545). ดัชนีประสิทธิผล Effectiveness Index:E.I.).*วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม,* 8(1), 30-36.

Klimoski, R., & Palmer, S. (1993). The ADA and the hiring process in organizations.*Consulting Psychology Journal: Practice and Research*,45(2), 10-36.

5.3 หนังสือรวมเรื่อง (Book Review)

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. ใน ชื่อบรรณาธิการ (บรรณาธิการ), ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป, หน้า). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์

ประสม เนืองเฉลิม. (2549). วิทยาศาสตร์พื้นบ้าน: การจัดการเรียนรู้มิติทางวัฒนธรรมท้องถิ่น การบูรณาการ ความรู้พื้นบ้านกับกาจัดการเรียนรู้วิทยาศาสตร์เพื่อชุมชน: กรณีศึกษาจากแหล่งเรียนรู้ป่าปู่ตา. ใน ฉลาด จันทรสมบัติ (บรรณาธิการ), *ศึกษาศาสตร์วิจัย ประจำปี2548 – 2549* (หน้า 127 – 140). มหาสารคาม:สารคาม-การพิมพ์-สารคามเปเปอร์

Coopper, J., Mirabile, R., &Scher, S. J. (2005). Actions and attitudes: The theory of cognitive dissonance. In T. C. Brock & M. C. Green (Eds.), *Persuasion: Psychological insights and perspectives* (2nd ed., pp. 63-79). Thousand Oaks,CA, US: Sage Publications, Inc.

5.4 สื่ออิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้นิพนธ์. (วันที่ เดือน ปีที่ปรับปรุงล่าสุด). ชื่อเรื่อง. วันที่ทำการสืบค้น, ชื่อฐานข้อมูล

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (3 ธันวาคม 2548). *ธนาคารหลักสูตร.* สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2550,จาก http://db.onec.go.th/thaigifted/lessonplan/index.php

Wollman, N. (1999, November 12). *Influencing attitudes and behaviors forsocial change.* Retrieved July 6, 2005, from http://www.radpsynet.org/docs/wollmanattitude.html

6. โปรดตรวจสอบ ต้นฉบับดูว่า ท่านได้เขียนหัวข้อต่างๆ และให้ข้อมูลครบถ้วน ใช้คำต่างๆ ถูกต้องตามพจนานุกรมไทย และอังกฤษ รวมทั้งคำศัพท์ทางวิชาการ และระบบการอ้างอิง ได้ถูกต้อง

7. ในการนำผลงานของผู้อื่นมาใช้ในบทความ ขอให้ผู้เขียนใช้ข้อมูลจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือและ

ทันสมัยไม่เกิน 10 ปีมีการระบุชื่อผู้แต่งและปีพิมพ์ ปรากฏอย่างชัดเจนควรอ้างอิงจากแหล่งหรือเอกสารที่เป็นต้นตอของข้อมูลและบทความใดที่มีการตรวจสอบพบว่าเข้าข่าย Plagiarism จะถูกตัดสิทธิ์ในการพิจารณาลงตีพิมพ์

8. การตั้งค่าหน้ากระดาษให้ตั้งค่าขนาดกระดาษ A4 จัดหน้าให้มีช่องว่างด้านบน 1 นิ้ว ด้านล่าง 1 นิ้ว ด้านซ้าย 1.25 นิ้วด้านขวา 1 นิ้ว อักษรที่ใช้ในการพิมพ์ให้ใช้ฟอนต์ AngsanaNew ขนาด 16 และ single space และมีเนื้อหารวมบทคัดย่อและเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 15 หน้า

9. การส่งต้นฉบับให้ดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

9.1. ส่งต้นฉบับบทความวิชาการหรือบทความวิจัยเป็นอิเลคทรอนิคส์ไฟล์ (.docx) ไปที่เวบไซต์ของวารสารที่ https://www.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy เพื่อทำการลงทะเบียนสมาชิกวารสารและดำเนินการส่งบทความผ่านระบบออนไลน์ของ TCI ทั้งนี้ผู้เขียนสามารถศึกษาข้อมูลคำแนะนำเบื้องต้นสำหรับผู้นิพนธ์ที่เมนูด้านขวามือของหน้าเว็บไซต์ หรือตามคู่มือแนบท้าย

9.2. เมื่อบทความผ่านประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วจะมีการแจ้งจากกองบรรณาธิการวารสารให้ผู้เขียนดำเนินการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

9.3. ชำระเงินค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ในวารสารเมื่อได้รับการแจ้งจากกองบรรณาธิการ

ข้อ 8. วารสารฯมีกำหนดออกปีละ 3 ฉบับคือ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม และฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

ผู้นิพนธ์หรือผู้อ่านท่านใดประสงค์จะขอข้อมูลหรือรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อกองบรรณาธิการได้ดังนี้

กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล
การสาธารณสุขและการศึกษา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
312 หมู่ 11 ตำบลบ้านต๋อม อำเภอเมือง
จังหวัดพะเยา รหัสไปรษณีย์ 56000
โทรศัพท์ 0-5443-1779 ต่อ 105,114
โทรสาร 0-5443-1889
มือถือ 06-1289-5926
E-mail : journal@bcnpy.ac.th