

JOURNAL

HOSPITAL & COMMUNITY

OF HEALTH RESEARCH

Volume 4 No. 1 January-April 2026



ISSN: 2958-0630 (ONLINE)



**วารสารวิจัยสุขภาพ
โรงพยาบาลและชุมชน**

ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569



วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน Journal of Hospital and Community Health Research

Office: โรงพยาบาลโพธิ์ตาก อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย 43130
Tel: 042-483186 ต่อ 123
Fax: 042-483187
Mobile: 093-3038406
E-mail: pthjohos@gmail.com
Website: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/pthjo/index>

วัตถุประสงค์ (Focus)

เพื่อเป็นแหล่งเผยแพร่ผลงานวิชาการ งานวิจัยทางการด้านสุขภาพทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน รวมทั้งส่งเสริมและพัฒนาความรู้ทางด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ควบคุมโรค และการฟื้นฟูสภาพ และใช้เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แสดงข้อคิดเห็นทางวิชาการกับสหวิชาชีพและผู้สนใจ

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์ (Type of Article)

1. บทความวิจัย (Research article) หมายถึง บทความที่เขียนจาก รายงานวิจัย รายงานผลการศึกษาค้นคว้า หรือวิทยานิพนธ์ จากข้อมูลเชิงประจักษ์ของผู้วิจัย โดยสรุปย่อกระบวนการวิจัยของงานวิจัยนั้นให้มีความกระชับและสั้น อยู่ในรูปแบบของบทความตามโครงสร้าง องค์ประกอบของบทความวิจัย โดยมีความยาวบทความ 10-15 หน้ากระดาษ A4
2. บทความวิชาการ (Academic article) หมายถึง บทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้ทบทวนวรรณกรรมในเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่อง ในสาขาที่รับตีพิมพ์ เรียบเรียงเนื้อหาขึ้นใหม่ เพื่ออธิบาย วิเคราะห์ ข้อมูลจากเนื้อหา หรือเสนอแนะองค์ความรู้ทางวิชาการ นวัตกรรม ผลงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม โดยมีความยาวบทความ 10-15 หน้า กระดาษ A4
3. บทความปริทัศน์ (Review article) หมายถึง บทความที่เรียบเรียงโดยมีการวิเคราะห์ วิวิจารณ์ เปรียบเทียบวรรณกรรมที่มีการดำเนินการมาถึงปัจจุบัน สังเคราะห์ให้เกิดความรู้ที่แสดงภาพของงานวิจัยในหัวข้อเรื่องที่ศึกษาโดยมีความยาวบทความ 10-15 หน้ากระดาษ A4
4. บทความพิเศษ (Special article) หมายถึง บทความประเภทกึ่งบทความปริทัศน์ กับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นบทสัมภาษณ์ หรือบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบัน ที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษ จากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้น โดยมีความยาวบทความ 10-15 หน้ากระดาษ A4
5. รายงานผู้ป่วย (Case report) หมายถึง รายงานอย่างละเอียดเกี่ยวกับ อาการ อาการแสดง การวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการติดตามผู้ป่วยคนหนึ่ง ที่แตกต่างจากการรักษาแบบเดิม



นโยบายการประเมินบทความ (Peer Review Process)

บทความที่ตีพิมพ์วารสารฯ จะต้องผ่านการพิจารณาให้ความเห็น ทบทวน และตรวจสอบ วิทยากรวิจารณ์ความถูกต้อง เหมาะสมทางวิชาการ จากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง จำนวนอย่างน้อย 2 ท่านต่อบทความ (Peer-Reviewed) ก่อนลงตีพิมพ์ และเป็นการประเมินแบบการปกปิดสองทาง (Double Blinded)

กำหนดการตีพิมพ์เผยแพร่วารสารฯ (Publication Frequency)

วารสารฯ รับผิดชอบเฉพาะบทความภาษาไทย โดยวารสารมีกำหนดออกตามเวลาที่กำหนด ปีละ 3 ฉบับ (ราย 4 เดือน) คือ

ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 เดือน กันยายน – ธันวาคม

ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ (Honorary Advisor)

แพทย์หญิงบุญศิริ จันศิริมงคล สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ 8

ที่ปรึกษา (Advisor)

นายแพทย์สุรพงษ์ ผดุงเวียง

นายแหลมทอง แก้วตระกูลพงษ์

นายแพทย์เอกพงษ์ ตั้งกิตติเกษม

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ตาก

กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

บรรณาธิการ (Editor-in-Chief)

ดร.กรภัทร อาจวานิชชากุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

รองบรรณาธิการ (Associate Editor)

นางสุภาพร ปานิเสน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

คณะผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความ (Peer reviewers)

รองศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ พิมพ์	สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าฯ
รองศาสตราจารย์ ดร. ยุภาพร สมิน้อย	มหาวิทยาลัยบูรพา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภก.เชิดชัย สุนทรภาส	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.เก่งกาจ วินัยโกศล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร. ประยูร วงศ์จันทา	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รองศาสตราจารย์ ดร. สงครามชัย ลีทองดีสกุล	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิภาพร จงวุฒิเวศย์	มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพนโบริแมนน์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ.สีขาว เชื้อปรุ่ง	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิทย์ นักรู้กำพลพัฒน์	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
รองศาสตราจารย์ ดร.ภก. อนันต์ ไชยกุลวัฒนา	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภก. ชุนลิก	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์
นายธวัชชัย เหลืองศิริ	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สสจ.หนองคาย
ทพ.วัชรพงษ์ หอมวุฒิพงษ์	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ สสจ.หนองคาย
นายสมพร เจือจันทิก	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.หนองคาย
นายสุรชัย กิจติกาล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ.หนองคาย
ดร.พชรพรรณ คุสกุลรัตน์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.มหาสารคาม
ดร.สุทิน ชนະบุญ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.ขอนแก่น
ดร.เชิดพงษ์ มงคลศิลป์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สคร. 7 จ. ขอนแก่น
ดร.สุภัทรา สามัง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.กาฬสินธุ์
นพ.ไตรรัตน์ ชุนศิริทรัพย์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านศัลยศาสตร์) รพท.หนองคาย
พญ.ภรณ์ พรวัฒนา	นายแพทย์เชี่ยวชาญ รพท.ท่าบ่อ
ภญ.สุพัตรา แข็งกลาง	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ รพท.หนองคาย
นางวัชรภรณ์ ผิวเหลือง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.สระใคร
พญ.นรินทร์ทิพย์ ฤทธิธิต	นายแพทย์เชี่ยวชาญ รพ.โพนพิสัย
พญ.นารีگان สังขะฤกษ์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ รพ.นิคมคำสร้อย จ.มุกดาหาร
นางธมลวรรณ คณานิษฐ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ภูแก้ว จ.อุดรธานี
ภญ.วิภาพร องคนุสรณ์	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ รพ.โพธิ์ตาก
ภญ.เยาวลักษณ์ บุญจันทร์	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ รพ.ศรีเชียงใหม่

บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารฯ ถือเป็นผลงานวิชาการ งานวิจัย วิเคราะห์ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้ประพันธ์ กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป และผู้ประพันธ์จะต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับควรพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปไมโครซอฟท์เวิร์ด (Microsoft Word for Windows) โดยใช้ภาษาไทยเป็นหลัก และใช้ภาษาอังกฤษ ในกรณีที่ไม่มีคำสะกดในภาษาไทย หรือมีความจำเป็นการใช้อักษรย่อ ต้องเขียนคำเต็มไว้ในการเขียนครั้งแรกก่อน และไม่ใช่คำย่อที่ไม่เป็นมาตรฐาน ยกเว้นการย่อเพื่อเขียนเนื้อหาให้กระชับขึ้น การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ให้ยึดตามหลักราชบัณฑิตยสถาน และใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A 4 พิมพ์หน้าเดียวด้วยอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 เว้นบรรทัดใช้ระยะ single space ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านบน และขอบซ้าย 1.5 นิ้ว ด้านล่าง และขอบขวา 1 นิ้ว และพิมพ์เลขหน้ากำกับทุกแผ่น เนื้อหาควรกระชับ ชัดเจน ครอบคลุมเนื้อหาสำคัญ และไม่เกิน 15 หน้า

2. พิมพ์ชื่อผู้เขียน คุณวุฒิการศึกษา และสถานที่ทำงานทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไว้เฉพาะแผ่นปกเท่านั้น ไม่ต้องพิมพ์ไว้ในเนื้อหา ทั้งนี้เพื่อให้กองบรรณาธิการทบทวนบทความโดยไม่ทราบผู้เขียน (Blindly review) ชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ไว้ตรงกลาง ของหน้าแรกด้วยอักษรขนาด 18

3. บทความวิชาการ ให้เขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ก่อนนำเสนอเนื้อหาของบทความและมีการกำหนดคำสำคัญไม่เกิน 5 คำ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ การเรียงหัวข้อของเนื้อเรื่องให้พิจารณาตามความเหมาะสม

4. การใช้ภาษาใช้ภาษาไทยโดยยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน หลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทยยกเว้นกรณีจำเป็นและไม่ใช่คำย่อ นอกจากเป็นคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษ เป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน การใช้คำศัพท์ภาษาอังกฤษ ในเนื้อเรื่องภาษาไทย ให้ใช้อักษรตัวพิมพ์เล็ก ยกเว้นชื่อเฉพาะให้ขึ้นต้นด้วยอักษร ตัวพิมพ์ใหญ่

รูปแบบการเขียนบทความในผลงานวิจัย

1. ชื่อเรื่อง (Title) ควรกระชับ ชัดเจน ครอบคลุมเนื้อหาสำคัญ ชื่อเรื่องภาษาไทย ใช้อักษรขนาด 18 ตัวหนา และภาษาอังกฤษ ใช้อักษรขนาด 16 พิมพ์กึ่งกลางหน้ากระดาษ

2. ชื่อผู้เขียน (Author name) เขียนต่อจากชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ใส่ยศ หรือตำแหน่งทางวิชาการ ในกรณีที่ผู้เขียนมากกว่า 1 คน ให้เรียงชื่อตามลำดับตามการมีส่วนร่วมเชิงปัญญา เริ่มจากชื่อแรกมากที่สุด ถึงชื่อสุดท้ายน้อยที่สุด พร้อมทั้งแสดงสังกัดหน่วยงานของผู้เขียนทุกคนขณะทำการวิจัย และ E-mail เฉพาะของผู้รับผิดชอบหลักบทความ (Corresponding author) แทรกเป็นตัวเลขเชิงอรรถ ตามลำดับด้านท้ายหน้าแรก

3. บทคัดย่อ (Abstract) ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษรขนาด 16 ตัวหนา ส่วนเนื้อหาใช้ตัวธรรมดา โดยให้นำบทคัดย่อภาษาไทยขึ้นก่อน ภาษาอังกฤษ ซึ่งต้องมีเนื้อหาตรงกัน เนื้อหาในบทคัดย่อควรระบุวัตถุประสงค์ รูปแบบและวิธีวิจัย ผลการศึกษา สรุปผลการศึกษา โดยใช้ภาษาเหมาะสมไม่ฟุ่มเฟือยคำ เป็นประโยคสมบูรณ์สื่อความหมายได้ชัดเจนและกระชับ อ่านเข้าใจได้ง่ายไม่ซับซ้อน เขียนแยกสองภาษาในภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เริ่มบทคัดย่อภาษาไทยก่อนบทคัดย่อภาษาอังกฤษ โดยมีความยาวไม่เกิน 350 คำ

4. คำสำคัญ (Keywords) ใช้ตัวอักษรขนาด 16 ตัวหนา ส่วนเนื้อหาใช้ตัวธรรมดา โดยเลือกคำสำคัญที่สอดคล้องกับบทความประมาณ 3-5 คำ

5. เนื้อหา (Text)

5.1 สำหรับบทความวิจัย

1) บทนำ (Introduction) เขียนแสดงที่มาและความสำคัญของปัญหา แนวคิดและทฤษฎี วัตถุประสงค์เหตุผลความจำเป็นของการศึกษา มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับบทความ และตรงกับวัตถุประสงค์โดยให้ข้อมูลและอ้างอิงงานทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง ควรอ้างอิงสารจากบทความทางวิชาการเป็นหลัก ไม่ควรอ้างอิงข้อมูลบนหน้าเว็บไซต์ทั่วไป (ที่ไม่ใช่ e Journal) ไม่ควรคัดลอกข้อความเนื้อหาของเอกสารอื่นมาอ้างทั้งข้อความ ไม่ควรใช้เอกสารที่เก่าเกินกว่า 10 ปี นำมาอ้าง (ยกเว้นเป็นทฤษฎีระเบียบ ข้อกฎหมาย หรือเนื้อหาสำคัญ) และวัตถุประสงค์ในการวิจัย

2) รูปแบบและวิธีวิจัย วิธีดำเนินการวิจัยอธิบายขั้นตอนการวิจัย/กลุ่มตัวอย่าง/การพิทักษ์สิทธิ์อาสาสมัครพร้อมทั้งระบุเลขอนุมัติโครงการ

3) ผลการวิจัย ให้เขียนรายงานผลการศึกษาหรือทดลอง โดยเป็นการบรรยายเนื้อหาจากข้อมูลทางสถิติที่ค้นพบจากงานวิจัย และ/หรือ ผ่านทางตารางหรือ รูปภาพ หรือ แผนภูมิ ควรเรียงลำดับเนื้อหาสั้นกะทัดรัด

4) วิจารณ์ผลการวิจัย ส่วนนี้ควรวิเคราะห์สังเคราะห์ อภิปรายข้อมูล ที่ได้มาจากการวิจัยขั้นต้น ร่วมกับการอ้างอิงงานทางวิชาการที่เกี่ยวข้องอื่นไม่ใช้การอธิบายโดยไม่มีหลักการ เพื่อให้ผู้อ่านเห็นด้วยตามหลักวิชาการโดยอาจเปรียบเทียบผลงานวิจัยที่ผ่านมาของผู้อื่น อาจเขียนรวมกับผลการทดลองได้เป็นการประเมินการ ตีความ และวิเคราะห์ในแง่มุมต่าง ๆ

5) ควรสรุปสาระสำคัญที่ชัดเจน ผู้เขียนได้แสดงทัศนะทางวิชาการของตนไว้ได้ มีลำดับของเนื้อหาทั้งส่วนนำเนื้อหาและบทสรุปที่เหมาะสม และอ่านเข้าใจได้ง่ายพร้อมทั้งประโยชน์ที่ได้จากงานวิจัย และให้ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป หรือมีข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาต่อไป

หมายเหตุ : เนื้อรวมแล้วไม่เกิน 15 หน้ากระดาษ (หากเกิน 15 หน้า ผู้เขียนต้องชำระค่าบทความเพิ่มเติมหน้าละ 300 บาท)

6) กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) ควรแสดงความขอบคุณต่อผู้ให้ความช่วยเหลืองานวิจัยสำเร็จ รวมถึงระบุแหล่งทุนสนับสนุนการวิจัยและบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือในการวิจัย

7) รายการอ้างอิง ในเนื้อให้เรียงตามลำดับการอ้างอิงก่อนหลัง โดยการอ้างอิงเป็นแบบ Vancouver ในการอ้างอิงในส่วนเนื้อหา ไม่ว่าจะเป็นตัวเนื้อหาเอง, ตาราง, และรูปภาพต่าง ๆ ให้ใส่ตัวเลขอารบิกเป็นตัวยกรในเครื่องหมายวงเล็บ () ท้ายข้อความที่อ้างอิงและให้ตัวเลขอยู่ในระดับบรรทัดเดียวกับเนื้อหาโดยเรียงลำดับก่อนหลังตามการอ้าง และไม่ควรใช้บทคัดย่อ (Abstracts) เป็นเอกสารอ้างอิง

8) ตาราง รูป และสมการ

(1) ตาราง ต้องมีหมายเลขกำกับโดยใช้คำว่า “ตารางที่.....” และมีคำอธิบายเหนือตาราง

(2) รูป ต้องมีหมายเลขกำกับโดยใช้คำว่า “รูปที่” และมีคำอธิบายใส่ไว้ใต้รูป โดยทุกตารางและรูปที่ใส่ไว้ในบทความจะต้องมีการกล่าวอ้างที่มา ส่วนของรูปภาพที่มีลิขสิทธิ์ต้องมีเอกสารยืนยันของเจ้าของสิทธิ์ให้สามารถนำมาใช้ได้ รูปภาพหรือตารางที่ทำการส่งมาควรแยกไฟล์ให้ด้วยและเป็นไฟล์นามสกุล .JPG, .JPEG (Joint Photographic Experts Group) หรือ .TIFF (Tagged Image File Format) ขนาด 300 dpi ขึ้นไป

(3) สมการ ต้องพิมพ์กึ่งกลางคอลัมน์และต้องมีหมายเลขกำกับอยู่ภายในวงเล็บ หมายเลขสมการอยู่ชิดขอบขวาของคอลัมน์หมายเหตุ : รูปภาพและตารางรวมกันไม่เกิน 5 ชิ้น

5.2 บทความวิชาการ, บทความปริทัศน์,บทความพิเศษ

1) บทนำ (Introduction) เขียนแสดงที่มาที่ไป ภูมิหลังความสำคัญ ขอบเขตของเรื่องที่ต้องการอธิบาย แสดงวัตถุประสงค์ และอาจให้ข้อมูลถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากบทความ โดยสามารถอ้างอิงเอกสารร่วมด้วยเพื่อเน้นในประเด็นของหัวข้อดังกล่าว ความยาวของบทนำควรอยู่ระหว่าง 10-20 % ของส่วนเนื้อหา

2) เนื้อหาผู้เขียนสามารถเขียนอธิบาย วิธีการ หลักการทฤษฎี วิธีการรวบรวมข้อมูล ข้อมูลและให้เหตุผล ของประเด็นที่เขียน โดยอาศัยตาราง รูปภาพ แผนภูมิ เพื่อประกอบคำอธิบายและอ้างอิงเอกสารร่วมด้วยโครงสร้างการเขียนสามารถเรียงลำดับหัวข้อตามความเหมาะสมของผู้เขียนอย่างเป็นลำดับ แต่ละหัวข้อมีความสมบูรณ์ในตนเอง ไม่ยาวไปหรือมากจนเกินไปจากสัดส่วนของบทความทั้งหมด

3) บทสรุป (Conclusions) เขียนสรุปสิ่งที่ได้อธิบายความ ข้อดีข้อเสีย หรือเสริมส่วนที่ไม่ปรากฏในเนื้อหาหรือย้ำในสิ่งสำคัญของเรื่อง และ แนวทางการนำไปใช้ประโยชน์ต่อ หรือ ตัดสินความในประเด็นที่ปรากฏในงานเขียน อย่างไรก็ดีไม่ควรเขียนนอกเรื่องที่ไม่ปรากฏในบทความ

5.3 รายงานผู้ป่วย

1) ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย (Identification data) เพศ อายุ เชื้อชาติ ภูมิลำเนาเดิม อาชีพ

2) อาการนำ หรือ อาการสำคัญที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ (Chief complaint, CC) ระยะเวลาที่เป็นก่อนมาโรงพยาบาล

3) ปัญหาของผู้ป่วยในครั้งนี้ (Present illness, PI) วัน เดือน ปี เวลา สถานที่ที่เกิดเหตุ สาเหตุของอาการนำความรุนแรงของอาการ ความถี่ อาการดีขึ้น แย่ลง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค อาการผิดปกติร่วมเพื่อวินิจฉัยแยกโรค

4) ประวัติโรคเดิมผู้ป่วย (Past medical history, PMH) ยาประจำตัว ขนาดที่กินแต่ละวันเป็นระยะเวลานานเท่าไร

5) ประวัติครอบครัวผู้ป่วย (Family history, FH)

6) ประวัติทางสังคม Patient profile (Personal history) เศรษฐฐานะ, ศาสนา, การสูบบุหรี่, ดื่มสุรา

7) การตรวจร่างกายเป็นระบบ(Systematic review and Physical examination)

- 8) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ, ภาพรังสี (laboratory investigation, Radiography)
- 9) การวิเคราะห์ข้อมูล(data analysis) อาจทำเป็นproblem list
- 10) การวินิจฉัยโรคข้างต้น และการวินิจฉัยแยกโรค (Provisional diagnosis and differential diagnosis)
- 11) การวางแผนการรักษา (Treatment plan)
- 12) อภิปรายผล (Discussion)

เกณฑ์การพิจารณาตีพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ รายงานผู้ป่วย และบทความฟื้นฟูวิชาการ/บทความปริทัศน์ จะได้รับการพิจารณา
กลั่นกรองโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญในสาขานั้นอย่างน้อย 2 ท่าน โดยผู้นิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิจะไม่ทราบชื่อ
ของกันและกัน (double-blinded review)

บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน ต้องไม่เคยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหน
มาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการเสนอเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น ทั้งนี้บทความวิจัยที่เกี่ยวกับคน
จะได้รับพิจารณาเฉพาะบทความที่ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนเท่านั้น โดยผู้
ส่งต้องแนบหลักฐานการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้วย เมื่อมีข้อปรับแก้ หรือ
ข้อเสนอแนะ ผู้นิพนธ์ต้องดำเนินการปรับแก้ภายในระยะเวลา 15 วันนับจากวันที่แจ้งผลประเมินบทความ
บทความที่ผ่านการพิจารณาเรียบร้อยแล้วจะได้ลงเผยแพร่ตามช่วงเวลาที่เหมาะสม



Copyright Notice

บทความที่ได้รับการตีพิมพ์เป็นลิขสิทธิ์ของวารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน ข้อความที่ปรากฏในบทความแต่ละเรื่องในวารสารวิชาการเล่มนี้เป็นความคิดเห็นส่วนตัวของผู้เขียนแต่ละท่าน ความสำเร็จหรือความล้มเหลวของบทความแต่ละเรื่องเป็นของผู้เขียนแต่ละท่าน หากมีความผิดพลาดใด ๆ ผู้เขียนแต่ละท่านจะรับผิดชอบบทความของตนเองแต่ผู้เดียว

Privacy Statement

The names and email addresses entered in this journal site will be used exclusively for the stated purposes of this journal and will not be made available for any other purpose or to any other party.

บทบรรณาธิการ

(Editorial)

ในยุคสมัยที่โลกกำลังเผชิญกับความท้าทายที่ซับซ้อนและหลากหลายมิติมากกว่าที่เคย ทุกคนต่างต้องเผชิญหน้ากับความเครียดที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัญหาเศรษฐกิจที่ซับซ้อนยิ่งทวีความรุนแรงขึ้นเมื่อต้องเผชิญกับอัตราการว่างงานที่เพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานวัยหนุ่มสาวที่จบการศึกษาใหม่และแรงงานที่ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยี ขณะเดียวกัน ค่าครองชีพที่พุ่งสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะราคาอาหาร พลังงาน และที่อยู่อาศัย ทำให้ผู้คนต้องดิ้นรนมากขึ้นเพื่อให้ครอบครัวมีชีวิตที่เพียงพอ สถานการณ์เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่สร้างความวิตกกังวลและความเครียดเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและสุขภาพกายของประชาชน นอกเหนือจากความท้าทายด้านเศรษฐกิจแล้ว ด้านสุขภาพเกี่ยวกับไวรัสซิกาที่กำลังเกิดขึ้นก็ยังสร้างการตื่นตัวกับการเฝ้าระวังโรค ถึงแม้ว่าการระบาดจะเกิดขึ้นในพื้นที่อื่น ๆ ในต่างประเทศก็ตาม ด้วยโรคสร้างความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตที่สูงของโรคนี้ การเฝ้าระวังและเตรียมพร้อมรับมือกับโรคอุบัติใหม่อย่างต่อเนื่อง จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน เราตระหนักดีว่าการวิจัยที่มีคุณภาพเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างความรู้และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนเหล่านี้ ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารของเราตลอด 3 ปีที่ผ่านมา สะท้อนให้เห็นถึงความพยายามอย่างไม่หยุดยั้งของนักวิจัย นักวิชาการ และบุคลากรสาธารณสุขในการศึกษาและพัฒนาองค์ความรู้เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในทุกมิติ

ขอขอบคุณนักวิจัยและผู้เขียนบทความทุกท่าน ที่ไว้วางใจส่งบทความเข้ามาเผยแพร่ในวารสารของเราอย่างต่อเนื่อง ผลงานของท่านไม่เพียงแต่เป็นการสะสมองค์ความรู้ทางวิชาการเท่านั้น แต่ยังเป็นแสงสว่างที่ช่วยนำทางให้กับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่และการกำหนดนโยบายต่าง ๆ ในการพัฒนาระบบสุขภาพที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของสังคมได้อย่างแท้จริง หวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารฉบับนี้และฉบับต่อ ๆ ไป จะยังคงเป็นเวทีสำคัญในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเผยแพร่ผลงานวิจัยที่มีคุณภาพ เพื่อร่วมกันสร้างสังคมที่มีสุขภาพดีและมีความเข้มแข็งในการรับมือกับความท้าทายต่าง ๆ ในอนาคต

Contents

บทความวิจัย /Research article

- ผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ 2-11
โรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร
The Effects of a Programs Prevention Infection Surgical Site among Patients with
Appendectomy at Phang Khon Hospital, Sakon Nakhon Province.
สุทธิดา สัพโส พย.บ Sutthida Sappaso, (B.N.S.)

ผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด
ของผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ โรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร

The Effects of a Programs Prevention Infection Surgical Site among Patients with
Appendectomy at Phang Khon Hospital, Sakon Nakhon Province.

สุทธิดา สัพโส พย.บ
โรงพยาบาลพังโคน อำเภอพังโคน
จังหวัดสกลนคร

Sutthida Sappaso, (B.N.S.)
Phang Khon Hospital Phang Khon
District, Sakon Nakhon Province.

(Received: 18 December 2025, Revised: 23 January 2026, Accepted: 29 January 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบของโรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร โดยนำทฤษฎีแนวคิดแบบจำลองของพรืด-พรืด มาใช้เป็นแนวทางการศึกษา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบโดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงที่มีคุณลักษณะตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่ง 2) แบบสอบถามความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด 3) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อน 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา Paired-t-test และ Wilcoxon Signed-rank Test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการศึกษาภายหลังใช้โปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดรับรู้ความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อน และมีพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อของแผลผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมดังกล่าว สามารถเพิ่มพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันการติดเชื้อแผลหลังการผ่าตัดไส้ติ่งได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น บุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยใน จึงควรพิจารณานำโปรแกรมนี้ไปสนับสนุนและให้ความรู้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของแผลผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : โปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อ, แผลผ่าตัด, ไส้ติ่งอักเสบ, แบบจำลองพรืด-พรืด

ติดต่อผู้พิมพ์ : สุทธิดา สัพโส **อีเมล :** sutthida4051@gmail.com

Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate the effects of a surgical site infection prevention program for appendectomy patients at Phangkhon Hospital, Sakon Nakhon Province, utilizing the PRECEDE-PROCEED model as a theoretical framework. The sample consisted of 30 patients who underwent appendectomy, selected through purposive sampling based on predetermined criteria. The research instruments comprised: 1) a surgical site infection prevention program for appendectomy patients, 2) a knowledge questionnaire on surgical site infection prevention, 3) a perceived severity of complications questionnaire, and 4) a surgical site infection prevention behavior questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and Wilcoxon signed-rank test, with statistical significance set at .05.

The findings revealed that following program implementation, participants demonstrated significantly higher levels of knowledge regarding surgical site infection prevention, perceived severity of complications, and preventive behaviors for appendectomy surgical site infections compared to pre-implementation ($p < .001$). The results indicate that the program effectively enhanced participants' behaviors in preventing post-appendectomy surgical site infections. Therefore, healthcare personnel responsible for inpatient care should consider implementing this program to support and educate patients in promoting preventive behaviors against appendectomy surgical site infections in surgical wards on an ongoing basis.

Keywords : infection prevention program, surgical site infection, appendicitis, PRECEDE-PROCEED model

Corresponding author : Sutthida Sappaso **E-mail :** sutthida4051@gmail.com

บทนำ

ไส้ติ่งอักเสบ (Appendicitis) เป็นการอักเสบของไส้ติ่งที่อยู่บริเวณลำไส้ใหญ่ส่วนต้น โดยตำแหน่งจะตรงกับท้องด้านล่างขวา โดยอาการที่พบได้บ่อยที่สุดคือ ปวดท้อง อาเจียน รวมถึงการมีไข้ร่วมด้วย⁽¹⁾ โดยเฉพาะประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบผู้ป่วยมากที่สุดในโลก และผู้ป่วยทั้งหมดต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 100 และยังพบอัตราการแตกของไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันถึงร้อยละ 13⁽²⁾ โรคไส้ติ่งอักเสบจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปวดบริเวณท้องอย่างเฉียบพลัน ถ้ากระบวนการนี้ดำเนินต่อไปเรื่อย ๆ โดยไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและทัน่วงทีจะทำให้ไส้ติ่งแตกหรือทะลุของ และนำไปสู่การเสียชีวิตได้⁽³⁾ โดยเฉพาะที่เกิดจากการผ่าตัดในช่องท้อง และผู้ป่วยติดเชื้อจากแผลผ่าตัดที่ได้กลายเป็นปัญหาหลักทางสาธารณสุขทั่วโลก ซึ่งแต่ละปีจะมีการเสียชีวิตของผู้ป่วยนับพัน ๆ ราย จากการศึกษาผู้ป่วยหลังการผ่าตัดไส้ติ่ง จำนวน 619 ราย พบว่า มีผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 72.20 โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยตั้งแต่ระยะแรกหลังการผ่าตัด คือ แผลแยก ร้อยละ 16.60 ลำไส้อุดตัน ร้อยละ 1.60 และลำไส้ทะลุ ร้อยละ 1.60 ในประเทศไทย พบอัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดนี้มากกว่าร้อยละ 2.80 ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำและนอนโรงพยาบาลนานถึง 17 วัน ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายสูงขึ้นโดยเฉพาะการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะ⁽⁴⁾ จะเห็นว่า การติดเชื้อแผลผ่าตัดนี้ส่วนหนึ่งเกิดจากการผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ล่าช้า จึงมีโอกาสที่จะเสียชีวิตสูง⁽⁵⁾

จากอุบัติการณ์การติดเชื้อแผลผ่าตัดของโรงพยาบาลพังโคน ในปี 2565–2567 พบว่า อัตราการติดเชื้อของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด ร้อยละ 2.04, 3.13 และ 5.51 ตามลำดับ โดยในปี 2567 พบการติดเชื้อของแผลผ่าตัดเกิดหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ร้อยละ 100 และต้องผ่าตัดระบายหนองออกถึงร้อยละ 42.85 ส่งผลทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายสูงเฉลี่ย 75,340 บาทต่อราย⁽⁶⁾ จะเห็นว่า อัตราการรับรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลและมีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดหลังจำหน่าย⁽⁷⁾ เนื่องจากแผลผ่าตัดนั้นอาจเกิดการปนเปื้อนจากสภาวะการเกิดของโรค (Clean–Contaminated) ที่จะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงมากกว่าการผ่าตัดชนิดอื่น ๆ รวมถึงลักษณะทางกายวิภาคของตำแหน่งแผลผ่าตัดที่ผ่านทางระบบทางเดินอาหาร ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อแผลผ่าตัด (Surgical Site Infection, [SSI]) หลังจำหน่ายที่มากยิ่งขึ้น⁽⁸⁾ ดังนั้น การป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดจึงเป็นหัวใจสำคัญที่จะช่วยลดผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อน อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด และลดอัตราตาย รวมถึงเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย⁽⁹⁾ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบที่ได้รับการเตรียมผิวหนัง การป้ายจมูกหาเชื้อก่อโรค และได้รับยาปฏิชีวนะก่อนการผ่าตัดและหลังผ่าตัด รวมถึงได้รับการส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตามป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด พบการติดเชื้อแผลผ่าตัดเพียง ร้อยละ 3.80⁽¹⁰⁾ ถือว่าช่วยลดความผลกระทบภายหลังการผ่าตัดได้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม ถ้าหากผู้ป่วยขาดการรับรู้ความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนของการติดเชื้อแผลผ่าตัด ภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยยังต้องเป็นผู้ที่ต้องปฏิบัติดูแลต่อเนื่อง ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้มากพอที่จะปฏิบัติกับตัวเองเพื่อการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง รับรู้ความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อแผลผ่าตัด จะยิ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและลงมือปฏิบัติอย่างเข้มงวดในการดูแลตนเอง ทำให้การป้องกันการติดเชื้อจากแผลผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมการดูแลตนเอง จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเกิดพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของประเด็นดังกล่าว จึงสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง มีพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่ถูกต้อง มีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ผ่านการสอน การให้ฝึกปฏิบัติ และการชี้แนะให้มีแนวทางในการปฏิบัติเพื่อใช้ในการปรับพฤติกรรมของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบของโรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยเปรียบเทียบผลในกลุ่มเดียวซึ่งวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ทำการศึกษากับผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*power กำหนดค่าขนาดอิทธิพลที่ต้องการศึกษาที่ .50 กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ .80 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และอาศัยเกณฑ์ในการคัดเข้า ดังนี้ 1) ผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหลังการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ และไม่มีภาวะฉุกเฉินที่รุนแรงต้องส่งต่อไปยังหน่วยบริการสุขภาพอื่น 2) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 3) พูดคุยและฟังภาษาไทยเข้าใจ สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 4) ช่วยเหลือตนเองได้ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ใช้ระยะเวลาในการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้นจำนวน 7 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

- 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
- 2) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการติดเชื้อแผลผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน และแนวทางการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดประกอบด้วย การล้างมือ การรับประทานอาหาร การดูแลแผลผ่าตัด การออกกำลังกาย และการสังเกตอาการผิดปกติ จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน
- 3) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนของการติดเชื้อแผลผ่าตัด ใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการล้างมือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการดูแลแผลผ่าตัด ด้านการออกกำลังกาย และด้านการสังเกตอาการผิดปกติ จำนวน 15 ข้อ ซึ่งมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะการตอบ 5 ระดับ คือ สูงมาก สูงปานกลาง ต่ำ ต่ำมาก ตามลำดับ
- 4) แบบสอบถามพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการล้างมือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการดูแลแผลผ่าตัด ด้านการออกกำลังกาย และด้านการสังเกตอาการผิดปกติ จำนวน 15 ข้อ ซึ่งมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะการตอบ 5 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อย ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติน้อยครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย ตามลำดับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด มีกิจกรรม ดังนี้

- 1) การให้ความรู้เรื่องสาเหตุของการติดเชื้อแผลผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน และแนวทางการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดคือ โดยใช้แผนการสอนเรื่องการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด ได้แก่ ด้านการล้างมือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการดูแลแผลผ่าตัด ด้านการออกกำลังกาย และด้านการสังเกตอาการผิดปกติ ร่วมกับการใช้สื่อวีดิทัศน์ และคู่มือการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด ป้ายไว้นิลงสาเหตุของการติดเชื้อแผลผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน และแนวทางการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดทั้ง 5 ด้าน เป็นต้น
- 2) การพัฒนาทักษะผู้ป่วยผ่าตัดได้ตั้งอีกเสบเพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด โดยการใช้สื่อวีดิทัศน์ ร่วมกับอุปกรณ์ที่สนับสนุน เช่น ชุดทำแผล สบู่ล้างมือ ผ้าเช็ดมือ ในการประกอบการสาธิตการล้างมือ การเลือกรับประทานอาหาร การดูแลแผลผ่าตัด เช่น การอาบน้ำและการทำแผล การออกกำลังกาย และการสังเกตอาการผิดปกติ หลังจากนั้นจะเปิดโอกาสให้พูดคุยซักถาม และทวนซ้ำถึงความรู้ การรับรู้ ความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อแผลผ่าตัด และการปฏิบัติตัวการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดโดยเฉพาะเน้นย้ำในประเด็นที่คะแนนอยู่ในระดับต่ำ อีกจำนวน 2 ครั้ง ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย แนะนำการใช้ แบบประเมินแผลผ่าตัดแบบมีส่วนร่วม และให้ความรู้และฝึกปฏิบัติซ้ำในประเด็นที่มีคะแนนในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องทางภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ แล้วนำไปปรับปรุงตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ คำนวณหาค่าตรงตามเนื้อหา (IOC) ได้ค่าเท่ากับ 0.87, 0.84 และ 0.88 แล้วจึงนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสกลนคร สำหรับแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงและแบบสอบถามพฤติกรรมปฏิบัติตัวนำไปคำนวณหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 และ 0.79 ส่วนแบบวัดความรู้ไปหาค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบ (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ 0.77 เป็นต้น

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

1. ระยะก่อนทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการทำแบบสอบถามด้านความรู้ การรับรู้ ความรุนแรง และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด

2. ระยะการทดลอง ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 7 สัปดาห์ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการติดเชื้อแผลผ่าตัด แนวทางการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อน สร้างการรับรู้ ความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อแผลผ่าตัด ร่วมกับการฝึกทักษะการป้องกันการติดเชื้อ แผลผ่าตัดประกอบด้วย การล้างมือ การรับประทานอาหาร การดูแลแผลผ่าตัด การออกกำลังกาย และการสังเกตอาการผิดปกติ ในกลุ่มตัวอย่างทั้งเป็นรายกลุ่มและรายบุคคล มีกิจกรรม ดังนี้

1) ก่อนการผ่าตัด ดำเนินกิจกรรม ดังนี้

(1) การให้ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อแผลผ่าตัด การส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อแผลผ่าตัด การฝึกปฏิบัติตัวในการป้องกันติดเชื้อแผลผ่าตัด เช่น การล้างมือ การรับประทานอาหาร การดูแลแผลผ่าตัด การออกกำลังกาย และการสังเกตอาการผิดปกติ ตามแผนการสอน ก่อนการผ่าตัดใช้เวลา 1 ชั่วโมง

(2) การประเมินสภาวะความพร้อมร่างกายในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ป่วยตามโปรแกรม การป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด ใช้เวลา 1 ชั่วโมง หลังจากนั้นใช้สื่อรูปภาพและสื่อวีดิทัศน์สั้น ๆ ประกอบด้วยการล้างมือ การรับประทานอาหาร การดูแลแผลผ่าตัด การออกกำลังกาย และการสังเกตอาการผิดปกติ รวมทั้งเปิดโอกาสให้พูดคุยซักถาม พร้อมเน้นย้ำถึงการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดได้ตั้งอีกเสบ

2) หลังการผ่าตัด ดำเนินกิจกรรม ดังนี้

(1) การลงเยี่ยมหลังผ่าตัด ครั้งที่ 1 (หลังการผ่าตัดวันที่ 1 วัน) ใช้เวลา 30 นาที ได้แก่ การประเมินลักษณะบาดแผลร่วมกับผู้ป่วย โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน พร้อมเน้นย้ำการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดได้ตั้งอีกเสบ

(2) เยี่ยมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (วันที่ 2 ถึงวันที่ 5 หลังการผ่าตัด) ใช้เวลา 45-60 นาที เพื่อออกกำลังกายเบา ๆ ที่จะช่วยให้ร่างกายหลาย ๆ ส่วนได้เคลื่อนไหว การล้างมือ การรับประทานอาหาร รวมถึงการดูแลแผลผ่าตัด และการสังเกตอาการผิดปกติ ร่วมกับการประเมินแผลผ่าตัด

3) เก็บรวบรวมข้อมูลในวันที่จำหน่าย โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้คำถามชุดเดิม เพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อแผลผ่าตัด การรับรู้ความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อแผลผ่าตัด และพฤติกรรมการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดได้ตั้งอีกเสบ ภายหลังการใช้โปรแกรมฯ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานโดยใช้ Paired t-test และ Wilcoxon signed rank test เป็นต้น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

วิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสกลนคร เอกสารรับรองเลขที่ SKN REC 2025-096 ลงวันที่ 24 ตุลาคม 2568 เมื่อผ่านการอนุมัติแล้ว ผู้ศึกษาขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลพังโคนก่อนดำเนินการศึกษา และชี้แจงรายละเอียดให้กลุ่มตัวอย่าง รับทราบ และข้อมูลที่นำเสนอเป็นภาพรวม และจะนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 60 ส่วนใหญ่มีช่วงอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 26.67 มีอายุเฉลี่ย 44.47 ปี (SD=17.83) กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา ในชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 53.34 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 46.67 กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 86.67 สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องเข้ารับการผ่าตัดคือ ปวดท้องด้านขวาพร้อมกับไข้ คิดเป็นร้อยละ 93.33 หลังจำหน่ายกลับบ้านกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่จะไปรับบริการ ทำแผลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คิดเป็นร้อยละ 60 และกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับผ่าตัดในอดีต คิดเป็นร้อยละ 83.33 เป็นต้น

2. ผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด ของผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ หลังจากนำไปใช้กับ กลุ่มตัวอย่าง

1) ด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ ซึ่งก่อนได้รับ โปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีระดับความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการติดเชื้อ แผลผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน และแนวทางการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดคือการล้างมือ การรับประทานอาหาร การดูแลแผลผ่าตัด การออกกำลังกาย และการสังเกตอาการผิดปกติโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 9.67$, S.D. = 1.60) และหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีระดับความรู้โดยรวมด้านการล้างมือ การรับประทานอาหาร การดูแลแผลผ่าตัด การออกกำลังกาย และการ สังเกตอาการผิดปกติ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 14.03$, S.D. = 1.13) ภายหลังการได้รับโปรแกรมการป้องกัน การติดเชื้อแผลผ่าตัด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ของกลุ่มตัวอย่าง (n=30) โดยใช้ Paired t-test

ตัวแปรด้านความรู้	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนใช้โปรแกรมฯ	9.67	1.60	ปานกลาง	29	-15.509	<.001*
หลังใช้โปรแกรมฯ	14.03	1.13	สูง			

2) ด้านการรับรู้ความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบจากการติดเชื้อแผลผ่าตัด ซึ่งก่อน การทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ความรุนแรง ในด้านการล้างมืออยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.45$, S.D. = 0.908) การรับประทานอาหารอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.17$, S.D. = 0.86) การดูแลแผลผ่าตัดอยู่ใน ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.55$, S.D. = 0.76) การออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.20$, S.D. = 0.83) และ การสังเกตอาการผิดปกติอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.36$, S.D. = 0.76) โดยภาพรวมแล้วกลุ่มตัวอย่างมีระดับการ รับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.36$, S.D. = 0.87) และภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมี ระดับการรับรู้ความรุนแรงในด้านการล้างมืออยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.30$, S.D. = 0.93) การรับประทานอาหาร อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.34$, S.D. = 0.98) การดูแลแผลผ่าตัดอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.45$, S.D. = 0.86) การออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.28$, S.D. = 0.76) การสังเกตอาการผิดปกติอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.49$, S.D. = 0.54) โดยภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้ออยู่ใน ระดับสูง ($\bar{X} = 4.40$, S.D. = 0.89)

เมื่อเปรียบเทียบระดับการรับรู้ความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนรายด้าน และการรับรู้ความรุนแรงโดยภาพรวม ซึ่งภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีระดับการรับรู้ความรุนแรงทุกรายด้าน และการรับรู้ความรุนแรง โดยภาพรวมสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบระดับการรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ($n=30$) โดยใช้ Paired t-test

การรับรู้ความรุนแรง	ก่อนใช้โปรแกรมฯ			หลังใช้โปรแกรมฯ			df	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ			
การล้างมือ	2.45	0.90	ต่ำ	4.30	0.93	สูง	29	-3.610	.001*
การรับประทานอาหาร	2.17	0.86	ต่ำ	4.34	0.98	สูง	29	-5.472	<.001*
การดูแลแผลผ่าตัด	2.55	0.76	ปานกลาง	4.45	0.86	สูง	29	-4.346	<.001*
การออกกำลังกาย	2.20	0.83	ต่ำ	4.28	0.76	สูง	29	-4.901	<.001*
การสังเกตอาการผิดปกติ	2.36	0.76	ต่ำ	4.49	0.54	สูง	29	-4.318	<.001*
โดยรวม	2.36	0.87	ต่ำ	4.40	0.89	สูง	29	10.804	<.001*

3) ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด ซึ่งก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในด้านการล้างมืออยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.23$, S.D. = 0.37) การรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.28$, S.D. = 0.44) การดูแลแผลผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.50$, S.D. = 0.33) การออกกำลังกายอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.17$, S.D. = 0.59) และการสังเกตอาการผิดปกติอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.48$, S.D. = 0.44) โดยภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้ออยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.37$, S.D. = 0.27) และภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีระดับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในด้านการล้างมืออยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.38$, S.D. = 0.45) การรับประทานอาหารอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.42$, S.D. = 0.26) การดูแลแผลผ่าตัดอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.53$, S.D. = 0.24) การออกกำลังกายอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.35$, S.D. = 0.44) และการสังเกตอาการผิดปกติอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.51$, S.D. = 0.33) โดยภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้ออยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.46$, S.D. = 0.19)

เมื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อรายด้าน และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโดยภาพรวม ซึ่งภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีระดับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อทุกรายด้าน และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ โดยภาพรวมสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ($n=30$) โดยใช้ Wilcoxon signed-rank test

การปฏิบัติ	ก่อนใช้โปรแกรมฯ			หลังใช้โปรแกรมฯ			Z	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ		
การล้างมือ	2.23	0.37	น้อย	4.38	0.45	มาก	-3.852	<.001*
การรับประทานอาหาร	2.28	0.44	น้อย	4.42	0.26	มาก	-3.555	<.001*

การปฏิบัติ	ก่อนใช้โปรแกรมฯ			หลังใช้โปรแกรมฯ			Z	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ		
การดูแลแผลผ่าตัด	2.50	0.33	ปานกลาง	4.53	.024	มากที่สุด	- 4.667	<.001*
การออกกำลังกาย	2.17	0.59	น้อย	4.35	0.44	มาก	- 3.640	<.001*
การสังเกตอาการผิดปกติ	2.48	0.44	น้อย	4.51	0.33	มากที่สุด	- 4.739	<.001*
โดยรวม	2.37	0.27	น้อย	4.46	0.19	มาก	- 4.706	<.001*

วิจารณ์

ภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นในช่องท้องที่ต้องได้รับการผ่าตัดอย่างเร่งด่วนที่พบได้บ่อยที่สุด สาเหตุหนึ่งมาจากภาวะไส้ติ่งอักเสบ⁽¹¹⁾ ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดมีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยการผ่าตัด ซึ่งในการดำเนินการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพ เป็นความท้าทายของบุคลากรทางการแพทย์⁽¹²⁾ จากการใช้โปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดฯ ในครั้งนี้ พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมฯ ซึ่งได้ประยุกต์กิจกรรมตามแนวคิดแบบจำลองฟริสซิด-โพรซิด⁽¹³⁾ โดยการใช้ปัจจัยนำมาช่วยกระตุ้นหรือชี้แนะให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยเฉพาะการดำเนินการก่อนวันผ่าตัด คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด และการสร้างการรับรู้ความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อที่มีความชัดเจน จนสามารถสร้างการรับรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจนเกิดการติดเชื้อ ตลอดจนความรุนแรง และผลกระทบจากการติดเชื้อแผลผ่าตัดอื่น ๆ และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่บ่อยครั้งและมักใช้ระยะเวลาการรักษานาน ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงที่มีการผ่าตัดซ้ำ ในการจัดกิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 1 และ 2 ก่อนจำหน่าย โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ โดยชี้แจงให้เห็นถึงความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบจากการใช้สื่อรูปภาพ รวมทั้งคลิปวิดีโอสั้น ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยได้เห็นภาพชัดเจนในลักษณะของแผลผ่าตัดที่มีการติดเชื้อชนิดรุนแรง พร้อมกับยกตัวอย่างในด้านลบ และย้ำถึงจำนวนตัวเลขของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาผ่าตัดซ้ำในโรงพยาบาล ขณะเดียวกันก็เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในการรักษากลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดที่ไม่มีการติดเชื้อมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มที่มีการติดเชื้อ ระยะเวลาในการรักษา และวันนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล โดยการบรรยายด้วยภาพ ประกอบสื่อวีดิทัศน์ ที่ผู้ป่วยได้เห็นภาพเคลื่อนไหว โดยเฉพาะผลจากการติดเชื้อช่วยกระตุ้นความรู้สึกร่วมกับเหตุการณ์จนทำให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจที่จะเรียนรู้

ประกอบกับผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้สนทนา พูดคุยซักถาม จนสร้างความเข้าใจให้กลุ่มตัวอย่างได้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และคะแนนการรับรู้ความรุนแรงสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Beavis J,

และคณะ (2020)⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า การเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย โดยเฉพาะด้านสุขภาพ ย่อมก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่มีวิธีการแตกต่างกันไป ดังนั้น การสร้างความรู้ (self-assessed knowledge) ที่มีประสิทธิภาพ จึงควรจัดให้เป็นรายบุคคล คล้ายคลึงกับการศึกษาของอัญญินา บุตรสุด (2566)⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับความรู้ที่ถูกต้อง โดยการสอนและฝึกปฏิบัติในการดูแลตนเองแบบมีส่วนร่วม ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด มีการประเมินความเครียดก่อนให้ความรู้ และให้ความรู้และฝึกปฏิบัติซ้ำหลังการผ่าตัดพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้มากกว่าก่อนได้รับการให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จะเห็นว่า การให้สุศึกษาต่อความรู้และการปฏิบัติดูแลตนเองหลังผ่าตัดในผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป โดยการสอนตามแผนพับ ประกอบรูปภาพ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติในระยะก่อนการผ่าตัด และการทวนซ้ำภายหลังการผ่าตัด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)⁽¹⁷⁾ ในส่วนของพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดนั้น พบว่า ก่อนทดลองกลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.37$, S.D. = 0.27) และหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.46$, S.D. = 0.19) และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมทั้งก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ ได้รับความรู้ รวบรวมถึงได้รับการพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด จำนวน 3 ครั้ง เช่น การฝึกทักษะการล้างมือ การเลือกรับประทานอาหาร การทำแผล การอาบน้ำ การดูแลแผลผ่าตัด วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม และการสังเกตอาการผิดปกติ

และจากการทวนซ้ำอีกครั้งในวันจำหน่าย พบว่า มีระดับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด โดยรวมอยู่ในระดับสูงและสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการสื่อสารอย่างเป็นระบบ ผู้ป่วยจึงมีความสนใจ จึงทำให้คะแนนพฤติกรรมปฏิบัติเฉลี่ยสูงขึ้น ภายหลังการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรินทร์ เนียมเกิด (2563)⁽¹⁷⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมปฏิบัติตนของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โดยการเรียนรู้ ทบทวนความรู้ และสร้างการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ภายหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของจันทร์เพ็ญ ปะวะโพตะโก และศศิธร จันทร์ตื้อ (2567)⁽⁹⁾ ที่พบว่า การใช้ปัจจัยนำโดยการเรียนรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อ การรับรู้ความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อและการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด ประกอบกับปัจจัยเอื้อ โดยการฝึกการปฏิบัติ การป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดในขณะรักษาในโรงพยาบาลและก่อนจำหน่ายกลับบ้าน และปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนแบบประเมินอาการเกี่ยวกับแผลผ่าตัดติดเชื้อ การให้ความรู้และฝึกปฏิบัติซ้ำก่อนจำหน่าย หลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ การรับรู้ความรุนแรง และการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษานี้จะเห็นว่า การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง จะช่วยให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ตระหนักถึงปัญหาความรุนแรงของโรค จึงส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโดยตรง ซึ่งโปรแกรมการส่งเสริมให้ผู้ผ่าตัดได้ตั้งอีกเสบได้มีความรู้ความ และเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการติดเชื้อแผลผ่าตัด รับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด รับรู้ความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบจากการติดเชื้อจากแผลผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดการปรับพฤติกรรมเพื่อการป้องกันการติดเชื้อแผลหลังผ่าตัดได้ตั้งอีกเสบได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้
 - 1) การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างเพียง 1 กลุ่มตัวอย่าง ดังนั้น ผลการศึกษาจึงมีข้อจำกัดทั้งในส่วนของการคำนวณกลุ่มตัวอย่างและบริบทของพื้นที่ ซึ่งถ้าหากสามารถดำเนินการโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบด้วยจะทำให้เห็นผลการศึกษชัดเจนยิ่งขึ้น
 - 2) ควรมีการศึกษาภาวะแทรกซ้อน เช่น อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด ทั้งนี้เพื่อจะได้ปรับกิจกรรมให้เหมาะต่อการนำไปปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อได้มากขึ้น
 - 3) สามารถนำไปประยุกต์ในการให้พยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องอื่น ๆ
 - 4) ควรมีระบบติดตามการใช้แนวปฏิบัติของกิจกรรมในการป้องกันการติดเชื้อในหลังการผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการปฏิบัติ
2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป
 - 1) ควรวิเคราะห์ต้นทุนที่ใช้ในการรักษาหลังการติดเชื้อร่วมด้วย เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญในการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง
 - 2) ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฯ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ชัดเจน และเพื่อความต่อเนื่องในการใช้จึงควรศึกษาเพิ่มในกลุ่มผู้ป่วยอื่นที่ได้รับการผ่าตัด
 - 3) การประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อการโปรแกรมในการป้องกันการติดเชื้อในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดอื่น ๆ ในด้านการนำไปใช้ ทั้งนี้เพื่อจะได้ปรับให้ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ทีมผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพังโคน และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล รวมทั้งสัลยาแพทย์พยาบาลวิชาชีพทุกท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษาและสนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้ ตลอดจนผู้ป่วยและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ได้ให้ความร่วมมือในการดำเนินการ จนทำให้การศึกษาในครั้งนี้เป็นไปอย่างราบรื่นด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Potey K, Kandi A, Jadhav S, Gowda V. Study of outcomes of perforated appendicitis in adults: a prospective cohort study. Ann Med Surg (Lond). 2023; 85(4): 694-700.
2. Lotfollahzadeh S, Lopez RA, Deppen JG. Appendicitis. In Stat Pearls. Florida: Stat Pearls Publishing [internet]. 2024 [cited 2025 Nov 25]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493193/>
3. ภักพวงศ์ วัฒนโอฬาร. ใส่ดักอีกเสบ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 ธันวาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.samitivejhospitals.com/th/article/detail/appendicitis>
4. วิทธรชนะ ลิ้มลิขิต. อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อแผลผ่าตัดใส่ดักที่ โรงพยาบาลแม่สาย. เชียงรายเวชสาร .2560; 9(2): 83-90.
5. McFarland A, Manoukian S, Mason H, Reilly JS. Impact of surgical-site infection on Health utility values: a meta-analysis. Br J Surg. 2023; 110(8): 942-49.
6. งานศัลยกรรม โรงพยาบาลพังโคน. ทะเบียนผู้ป่วยผ่าตัด ปี พ.ศ. 2567. สกลนคร: โรงพยาบาลพังโคน; 2567.

7. Centers for Disease Control and Prevention. Surgical Site Infection Event (SSI) updated-2023. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention [internet]. 2023 [Cited 2025 Nov 25]. Available from: <http://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/9pscscsscurrent.pdf>
8. Carvalho FR, Fernandes AR, Cancela ML, Gavaia PJ. Improved regeneration and de Novo bone formation in a diabetic zebrafish model treated with paricalcitol and Cinacalcet. *Wound Repair Regen*. 2017; 25(3): 432-42
9. จันทรเพ็ญ ปะวะโพตะโก, ศศิธร จันทรดี. ผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกและข้อที่ใส่อุปกรณ์ในร่างกาย. *จันทบุรี: วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*; 2567.
10. Jurt J, Floquet L, Hübner M, Moulin E, Senn L, Demartines N, et al. Implementing a Surgical site infection prevention bundle for emergency appendectomy: Worth the Effort or waste of time? *Surgery*. 2022; 172(1): 11-5.
11. สุกกิจ ฉัตรไชยาฤกษ์ และสุรพงษ์ สุนทรา. การศึกษาย้อนหลังเปรียบเทียบการผ่าตัดไส้ติ่งอีกเสบผ่านการส่องกล้องและการผ่าตัดเปิดหน้าท้องในกลุ่มผู้ป่วยน้ำหนักเกินในโรงพยาบาลกลาง สังกัดกรุงเทพมหานคร 2563; 64(3) : 173-180.
12. วงเดือน สุวรรณศิริ* และยุพเรศ พญาพรหม. การป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย* 2017; 29 (2) : 15-28
13. Green L, Kreuter M. Health program planning: An educational and ecological Approach. 4th ed. New York: McGraw Hill; 2005.
14. Beavis J, Sobey B, Holt S. Individual versus group chronic kidney disease education. *Kidney Int Rep*. 2020; 5(3): S199.
15. อัญญนิตา บุตรสุด. ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้อง. *พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*; 2566.
16. ศรีัญญา ศุภมงคลศิริ, ภาณุพงศ์ คงชัย, ขนิษฐา เกษศรี, พลัฏฐ์ ไกรบุตร. ความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับสุขศึกษาในการเตรียมความพร้อมก่อนและหลังผ่าตัดแผนกศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*. 2565; 6(11): 54-65.
17. พัชรินทร์ เนียมเกิด, นารีรัตน์ จิตรมนตรี, สุพร ดนัยดุขฤกุล. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. *วารสารสภาการพยาบาล*. 2563; 35(4): 99-111.