



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่  
Phrae Provincial Public Health Office

# วารสาร

## สาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา

Journal of Phrae Public Health for Development

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 กรกฎาคม-ธันวาคม 2564



ISSN 2774-096X (Online)

วารสารสาธารณสุขเพื่อการพัฒนา  
Journal of Phrae Public Health for Development



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่  
Phrae Provincial Public Health Office

# วารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา

## Journal of Phrae Public Health for Development

### ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 กรกฎาคม-ธันวาคม 2564

---

<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมและเผยแพร่ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการด้านการแพทย์ สาธารณสุข และการคุ้มครองผู้บริโภค รวมถึงผลงานนวัตกรรมด้านการสาธารณสุข ให้มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน ก่อให้เกิดองค์ความรู้อันเป็นประโยชน์ต่อการเสริมสร้างคุณภาพงานวิจัย และองค์กรด้านสุขภาพ	
<b>คณะที่ปรึกษา</b>	นพ.ชจร วิชัยพานิช นพ.รุ่งกิจ ปินใจ ภก.ประเสริฐ กิตติประภัสร์ ภก.เด่น ปัญญานันท์ ทพญ.สุขจิตตรา วนาภิรักษ์ นายสง่า วังคะออม นางพัชรี อรุณราชกุล	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่
<b>บรรณาธิการ</b>	ดร.นิพิฐพนธ์ แสงด้วง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
<b>รองบรรณาธิการ</b>	ดร.ภก.หัสยาพร อินทยศ พว.กรรณิการ์ ชัยนันท์	โรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่ โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่
<b>กองบรรณาธิการ</b>	นายอเนก จินดาชาติ ทพญ.ณัฐญา อยู่สมบุรณ์ นางพริ้มพร แพงมา นายชนะศักดิ์ ศิริวัจโนดม นายนิธิ แนวเล็ก นายทวีศักดิ์ ไท่ทองซิว นายปิยวัฒน์ หนองโกลม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โรงพยาบาลสอง จังหวัดแพร่
<b>ผู้ทรงคุณวุฒิประจำฉบับ</b>	ผศ.ดร.กษศรณั นุชประสพ ดร.ปิยะ บูชา ดร.ปิยาพัทธ์ อารีญาติ ดร.ปิ่นนเรศ กาศอุดม ดร.กัลยาณี โนนินทร์ ดร.เสาวภา เต็ดชาด ดร.นณภัทร อีระวรรณะสิริ ดร.ภก.วิมลลักษณ์ นพศิริ พว.พรธิดา ชื่นบาน ดร.รสสุคนธ์ แก้วป่องปก	มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โรงพยาบาลแพร่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก



# บรรณาธิการแถลง

“วารสารสาธารณสุขแพรเพื่อการพัฒนา” ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ จัดทำขึ้นเป็นฉบับปฐมฤกษ์ (ปีที่ 1 ฉบับที่ 1) ในรูปแบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (E-journal) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการด้านการแพทย์ สาธารณสุข และการคุ้มครองผู้บริโภค รวมทั้งผลงานนวัตกรรมด้านการสาธารณสุขที่ก่อให้เกิดองค์ความรู้อันเป็นประโยชน์แก่บุคคลทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยมีระยะเวลาการเผยแพร่ ปีละ 2 ฉบับ และเป้าหมายในโอกาสภายหน้านั้นวารสารสาธารณสุขแพรเพื่อการพัฒนาฉบับนี้ มุ่งพัฒนาเพื่อเข้าสู่มาตรฐานของคุณภาพผลงานวิชาการเพื่อเข้าสู่ฐานข้อมูลของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Journal Citation Index Centre: TCI) ในลำดับต่อไป บทความวิจัยและบทความวิชาการในฉบับปฐมฤกษ์ประกอบด้วย บทความวิจัย 5 เรื่อง และบทความวิชาการ 1 เรื่อง ทั้งนี้ กองบรรณาธิการได้คัดเลือกบทความที่ผ่านการพิจารณาตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่างๆ พร้อมทั้งพิจารณาคุณค่าทางวิชาการเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานของวารสารวิชาการทั่วไป

คณะบรรณาธิการ ขอขอบพระคุณท่านผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนให้วารสารสาธารณสุขแพรเพื่อการพัฒนาฉบับปฐมฤกษ์นี้ ดำเนินการได้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความกรุณาอนุเคราะห์การอ่านและให้คำแนะนำต่อบทความแต่ละเรื่อง พร้อมกันนี้ขอขอบคุณเจ้าของบทความทุกท่านที่ตีพิมพ์ในวารสารฉบับนี้เป็นอย่างสูงที่ให้ความสนใจและความร่วมมือเพื่อรังสรรค์วารสารฉบับปฐมฤกษ์นี้ร่วมกันเป็นอย่างดี พร้อมกันนี้ขอเชิญชวนนักวิชาการและผู้สนใจทั่วไปได้ร่วมส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในฉบับต่อไป โดยสามารถเตรียมต้นฉบับตามรูปแบบการตีพิมพ์ของวารสารสาธารณสุขแพรเพื่อการพัฒนา จากทำวารสารฉบับนี้และส่งมายังกองบรรณาธิการ และในวาระนี้คณะบรรณาธิการขอน้อมรับทุกข้อเสนอแนะและคำติชม เพื่อให้การปรับปรุงคุณภาพของวารสารให้มีคุณค่าและมีมาตรฐานยิ่งขึ้นต่อไป

ดร.นิพิฐพนธ์ แสงด้วง

บรรณาธิการ



## สารบัญ

หน้า

### บทความวิจัย

- ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือด  
ของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในตำบลกลางเวียง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน  
ทนน พิภกรักษา 1
- ปัจจัยทางจิตและสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ2ส.  
นิพัทธ์พนธ์ แสงด้วง เจริญศักดิ์ เวียงนาค 18
- การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อมีในกระแสเลือด  
งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่  
สุรีย์รัตน์ สุคันธมาลา 32
- ประสิทธิผลของกระบวนการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา  
โรงพยาบาลแม่สาย  
ปัทมา ชัยชุมภู 47
- การถอดบทเรียนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ  
ระดับ 3-4 และไม่มีผู้ดูแล  
อัญชลี ปัญญาดี หทัยรัตน์ พงษ์ศิริแสน สุทธิณี สิทธิหล่อ หัสยาพร อินทยศ 63

### บทความวิชาการ

- การวิจัยและพัฒนา: กระบวนการและการประยุกต์ใช้  
ปิยะ บุษชา นิพัทธ์พนธ์ แสงด้วง 77
- หลักเกณฑ์การเขียนต้นฉบับลงพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา 90

## Contents

Page

### Research Articles

Factors Affecting Health Care Behavior and Blood Sugar of Patients with Type 2 Diabetes, Klangwiang Subdistrict, Wiangsa District, Nan Province 1

*Tanin Fakraksa.*

Psychological Factor and Social Factor Affected on Health Behavior (Food, Exercise, Emotion, Smoking and Alcohol Cessation) Among People, Mae Yom Sub-district, Mueang District, Phrae Province 18

*Niphitphon Seangdoun, Jaruensuk Vaingnak.*

Development of nursing practice guidelines for patients with sepsis at emergency department Sungmen Hospital, Phrae Province 32

*Sureerat Sukantamala.*

The Effectiveness of Nursing care process for preventing the spread of Multi-drug resistant infection, Maesai hospital 47

*Phathama Chaichumphu.*

Reflection on Lesson Learned from Care of the Abandoned Bedridden Patient with Pressure Ulcer grade 3-4 Complication 63

*Unchalee Panyadee, Hathairat Phongsirisaen, Suttinee Sidthilaw, Hutsayaporn Intayos.*

### Academic Article

Research and Development: Process and Application 77

*Piya Boocha, Niphitphon Seangdoun.*

Criteria for writing manuscripts for publication in the Journal of Phrae Public Health for Development 90

# Factors Affecting Health Care Behavior and Blood Sugar of Patients with Type 2 Diabetes, Klangwiang Subdistrict, Wiangsa District, Nan Province<sup>1</sup>

Tanin Fakraksa<sup>2</sup>

Received: 14 October 2021

Accepted: 7 December 2021

## Abstract

The purposes of this cross-sectional survey research were 1) to study the health care behaviors of patients with type 2 diabetes and 2) to study the factors affecting the health care behaviors of patients with type 2 diabetes. Data was collected by using questionnaires. The reliability test was conducted using Cronbach's alpha which were 0.70-1.00. The sample consisted of 387 patients with type 2 diabetes living in Klang Wiang Sub-district, Wiang Sa District, Nan Province, with linear systematic sampling. Data were collected between January to December 2021. Descriptive statistics and multiple regression analysis were performed to analyze the data.

The results showed that most of the respondents had moderate level of behavioral performance. Factors affecting health care behavior and blood Sugar of patients with type 2 diabetes, Klangwiang Subdistrict, Wiangsa District, Nan Province as significant at 0.05 were social support, self-efficacy, perceived risk of disease and disease complications, marital status, excess waist circumference and stop smoking and effect size ( $\beta$ ) at 0.34, 0.27, 0.20, 0.08, -0.07 and -0.08, respectively. These factors could predict health care behavior and blood sugar of patients with type 2 diabetes by 54.00%.

**Keyword:** Health care behavior, Type 2 diabetes, Self-efficacy, Social Supports, Perceived Risk

---

<sup>1</sup> Original Article

<sup>2</sup> Medical Physician, Professional Level at Wiangsa Hospital, Nan Province, E-mail:nantiya232361@gmail.com



# ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในตำบลกลางเวียง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน<sup>1</sup>

ทนนิน พิภกรักษา<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยพรรณนา ภาคตัดขวาง (Cross – sectional survey research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 และ 2) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า ที่มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.70-1.00 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่อาศัยในเขตตำบลกลางเวียง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน จำนวน 387 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบแบบเส้นตรง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ.2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรค สถานภาพสมรสคู่ รอบเอวเกิน และการเคยสูบบุหรี่แต่เลิกสูบแล้ว โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.34, 0.27, 0.20, 0.08, -0.07 และ-0.08 ตามลำดับ โดยปัจจัยทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 54.00

**คำสำคัญ:** พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เบาหวาน ชนิดที่ 2 การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้โอกาสเสี่ยง

<sup>1</sup> บทความวิชาการ

<sup>2</sup> นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน, อีเมล: nantiya232361@gmail.com

## บทนำ

โรคเบาหวานมีแนวโน้มของการเกิดโรคเพิ่มสูงขึ้นในจังหวัดน่าน จากข้อมูลสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดน่าน ปี พ.ศ.2561-2563 พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นพบผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 20,470, 21,798 และ 23,237 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 4,266.02, 4,567.49 และ 4,859.05 ต่อแสนประชากร และในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในปี พ.ศ.2561-2563 จำนวน 3,190, 3,439 และ 3,682 ราย (โรงพยาบาลเวียงสา, 2563) เป็นผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับค่าเฉลี่ยของน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดี (HbA1c < 7) ร้อยละ 24.92, 30.00 และ 34.14 ตามลำดับ แม้ว่าแนวโน้มการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลเวียงสา ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพิ่มขึ้น ทว่ายังเพิ่มขึ้นไม่มาก ทำให้โรคเบาหวานเป็นปัญหาที่สำคัญในพื้นที่

สาเหตุของโรคเบาหวานที่พบส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่เหมาะสม เช่น ขาดการออกกำลังกาย บริโภคอาหารหวานมัน เค็ม ดื่มสุรา สูบบุหรี่ ภาวะอ้วน และมีความเครียดสูง (พัชรินทร์ เชื่อมทอง, นิภา กิมสูงเนิน และ รัชณี นามจันทร์, 2563) เมื่อเจ็บป่วยได้เข้ารับการรักษาร้อยละ 35.60 (2.6 ล้านคน) ทำให้มีอัตราการเสียชีวิตมากถึง 200 รายต่อวัน (มูลนิธิวิจัยวัฒนธรรมสุขภาพไทย, 2563) และมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพมากถึง 302,367 ล้านบาทต่อปี (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2562) และพบว่าการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับ การรักษาตัวในโรงพยาบาลที่สามารถควบคุมค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c)

ให้น้อยกว่า 7 mg% มีเพียงร้อยละ 36.50 (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2562) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

การรักษาผู้ป่วยเบาหวานนอกจากการรับประทานยาแล้วการควบคุมพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันยังมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยด้วย (ชัยัญญาคี คงทน, 2560) ดังนั้น ผู้ป่วยเบาหวานจึงจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองที่ถูกต้อง เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การปรุงอาหาร การงดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ การพักผ่อนให้เพียงพอ การออกกำลังกายให้เหมาะสม และการตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเองที่จะควบคุมปัจจัยเสี่ยง ช่วยลดโอกาสในการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันต่างๆ และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (อภิชัย คุณิพงษ์, 2561)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือด จะเป็นการวัดรับรู้พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ซึ่งประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) ที่ระบุถึงการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) และทฤษฎี

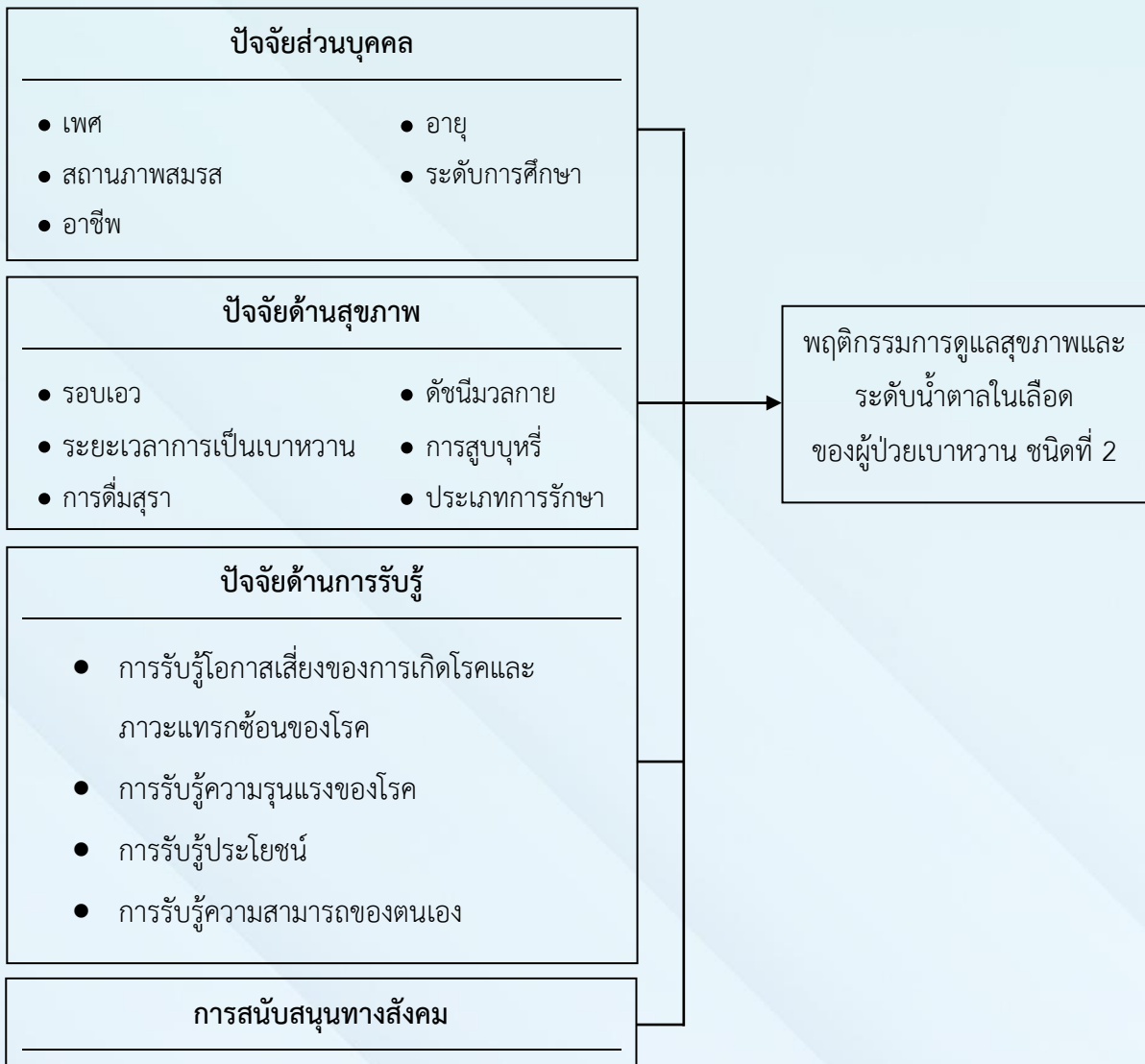
การสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1981) ในการปรับพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับค่าปกติ โดยผลการศึกษานำไปใช้ประกอบการวางแผนพัฒนา ดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมให้ความรู้ที่ครอบคลุมแก่ผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้สอดคล้อง

กับปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีเหมาะสมต่อการดำเนินโรคต่อไป

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในเขตตำบลกลางเวียง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในเขตตำบลกลางเวียง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน

**กรอบแนวคิดการวิจัย**



ภาพประกอบที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



### สมมุติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2

2. ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ รอบเวลาดำเนินมวลกาย ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ประเภทการรักษา มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2

3. ปัจจัยด้านการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2

4. การสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross – sectional survey research) เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคม ที่เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในเขตตำบลกลางเวียง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่อาศัยในเขตตำบลกลางเวียง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน จำนวน 766 คน กลุ่มตัวอย่างคือ

ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ย กรณีทราบประชากร ของบุญญพัฒน์ ไชยเมล์ (2556) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 431 ราย โดยมีสูตรการคำนวณ ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2}\sigma^2}{[e^2(N-1)] + [Z^2_{\alpha/2}\sigma^2]}$$

กำหนดให้

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากรผู้ป่วยเบาหวาน ปี พ.ศ.2562 เท่ากับ 766 คน

Z = ระดับความเชื่อมั่น (Confidence level) = 1.96

$\alpha$  = ระดับของความแปรปรวน (Degree of variability) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมเบาหวานได้ ในชุมชนเขตเมือง อำเภอเมือง จังหวัดน่าน ของ วรกต ศรีธาราธิคุณ และคณะ, 2563 เท่ากับ 0.80 ( $\alpha = 0.80$ )

e = ระดับความแม่นยำ (Precision level) เป็นความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ = 0.05

เกณฑ์ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

1) เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1.1 เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 อายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตตำบลกลางเวียง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน อย่างน้อย 1 ปี

1.2 เป็นผู้ที่มิสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ การมองเห็น การได้ยินปกติ สามารถอ่านเขียน และสื่อสารเข้าใจภาษาไทยได้ดี

1.3 เป็นผู้ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

1.4 เป็นผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

2) เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

2.1 กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีโรคแทรกซ้อน เช่นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดรุนแรง โรคไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจ จอประสาทตาอักเสบจากเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

2.2 ผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันน้อยกว่า 11 คือ กลุ่มติดบ้านติดเตียง สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และกลุ่มติดเตียง ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ

2.3 กลุ่มตัวอย่างมีความประสงค์ ขอลถอนตัวจากการวิจัย

จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบแบบเส้นตรง (Linear systematic sampling) ตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ได้ และยอมให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการสุ่มร้อยละ 2 โดยดำเนินการ

1) กำหนดหมายเลขประจำหน่วยโดยเรียงรายชื่อตามเลขที่ผู้ป่วยนอก (HN) ของประชากรทั้งหมด 766 คน ให้เลข 1-766

2) คำนวณช่วงของการสุ่มจากจำนวนประชากรหารด้วยจำนวนตัวอย่างได้ช่วงของการสุ่มคือ 2

3) ทำการสุ่มหาตัวสุ่มเริ่มต้น ระหว่าง 1 ถึง 2 โดยวิธีจับฉลากมา 1 เลขหมายได้ค่าเริ่มต้น ได้แก่หมายเลข... R

4) คำนวณค่าช่วงของการสุ่ม (Random interval) หาตัวอย่างที่ถูกเลือกเป็นตัวอย่างเริ่มตั้งแต่หมายเลข R ลำดับถัดไป คือ R+1, R+2I, R+3I,.....R + (n - 1)I จนครบ 431 คน

## เครื่องมือการวิจัย

ใช้แบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่าที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ ส่วนสูง น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา โรคประจำตัวอื่น ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน ประเภทการรักษา

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีข้อคำถาม 40 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 1-5 คะแนนตามลำดับ

ส่วนที่ 4 การสนับสนุนทางสังคม มีข้อคำถาม 10 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 1-5 คะแนนตามลำดับ

ส่วนที่ 5 ข้อมูลด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิต ข้อคำถาม 40 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด ถึง มากที่สุด ให้คะแนน 1-5 คะแนนตามลำดับ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรกลุ่มเป้าหมายในอำเภอเมืองน่าน จำนวน 30 ราย วิเคราะห์

ความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ดังนี้

ข้อมูลด้านการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ค่าความตรงตามเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ทั้ง 4 ด้าน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.70, 0.75, 0.79 และ 0.70 ตามลำดับ

การสนับสนุนทางสังคม ค่าความตรงตามเนื้อหา อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.75

ข้อมูลด้านพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิต ค่าความตรงตามเนื้อหา อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ทั้ง 4 ด้าน และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89, 0.87, 0.70 และ 0.88 ตามลำดับ

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน ตามหนังสือจริยธรรมวิจัยเลขที่ NAN REC 64-05 ทั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 3 ด้าน คือ ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูล ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียดครบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์และประโยชน์จากการวิจัย 3) ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็น

ความลับ 5) การเสนอผลการวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น ทั้งนี้แบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดย

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด เพื่ออธิบายข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยใช้คะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดหารด้วยช่วงชั้นที่ต้องการเกณฑ์การประเมินเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00–2.33 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ย 2.34–3.67 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.68–5.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับสูง

2. สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์หาปัจจัยที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยการวิเคราะห์การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Multiple Linear Regression Analysis Stepwise Method) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05



การวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรม การดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการคัดเลือกตัวแปรอิสระเข้าสู่สมการ โดยก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลได้ทำการตรวจสอบเงื่อนไขการวิเคราะห์การถดถอยพบว่า ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามเป็นตัวแปรเชิงปริมาณและมีการแจกแจงปกติ ตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์กัน มีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 0.00-0.63 ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ที่ไม่มีตัวแปรพยากรณ์คู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินไป ไม่เกิน 0.85 (Kline, 2005) ค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการพยากรณ์พบว่าการแจกแจงแบบปกติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0 ค่าแปรปรวนคงที่ ค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน

#### ผลการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับแบบสอบถามกลับจำนวน 387 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 89.79 ผลการศึกษานำเสนอข้อมูล ดังนี้

#### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตตำบลกลางเวียง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน ส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 59.69) กว่าครึ่งมีอายุระหว่าง 60-74 ปี (ร้อยละ 57.88) สถานภาพสมรส มากที่สุด (ร้อยละ 77.26) ส่วนมากระดับการศึกษาสูงสุดประถมศึกษา (ร้อยละ 65.12) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 37.21) และสิทธิการรักษาเป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 38.50) ด้านข้อมูลสุขภาพ พบว่า มีดัชนีมวลกายผิดปกติด้านน้ำหนักเกิน

ถึงโรคอ้วนมากมีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 71.42) โดยส่วนมากมีเส้นรอบเอวปกติ โดยเพศหญิงมีเส้นรอบเอวปกติ มากกว่าเพศชาย (เพศชาย ร้อยละ 24.55 และเพศหญิง ร้อยละ 40.57) ส่วนมากปฏิเสธการดื่มสุรา (ร้อยละ 71.83) ปฏิเสธการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 84.50) และมีโรคประจำตัวอื่นร่วม (ร้อยละ 68.73) โดยโรคประจำตัวอื่นร่วม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 60.35) โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 16.92) โรคไตวาย (ร้อยละ 10.86) ตามลำดับระยะเวลาการรับการรักษาโรคเบาหวาน มากที่สุดคือ 6-10 ปี (ร้อยละ 34.37) กว่าสามในสี่ (ร้อยละ 75.71) รักษาโรคเบาหวานด้วยยา กิน และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดใช้บริการรักษาโรคเบาหวานในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา ที่โรงพยาบาลเวียงสา

#### ตอนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือด

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.39 จำแนกเป็นรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.84$  S.D = 0.58) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 72.09 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 26.36 และพบผู้ที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 1.55 ด้านคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.22$  S.D = 0.84) ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.26 รองลงมาคือ

ระดับสูง ร้อยละ 32.30 และพบผู้ที่มีการปฏิบัติในพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 13.44 มีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.11$  S.D = 0.59) ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.65 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 18.09 และพบผู้ที่มีการปฏิบัติในพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ

0.26 มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.70$  S.D = 0.80) ส่วนใหญ่ ร้อยละ 54.78 มีการปฏิบัติในพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิต อยู่ในระดับสูง รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 40.05 และพบผู้ที่มีการปฏิบัติในพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 5.17 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในตำบลกลางเวียง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน (n=387)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือด	$\bar{X} \pm S.D.$	สูง	ปานกลาง	ต่ำ
		จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	3.84 ± 0.58	279 (72.09)	102 (26.36)	6 (1.55)
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	3.22 ± 0.84	125 (32.30)	210 (54.26)	52 (13.44)
พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	4.11 ± 0.59	316 (81.65)	70 (18.09)	1 (0.26)
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิต	3.70 ± 0.80	212 (54.78)	155 (40.05)	20 (5.17)
<b>ภาพรวม</b>	<b>3.71 ± 0.51</b>	<b>192 (49.61)</b>	<b>195 (50.39)</b>	<b>0</b>

### ตอนที่ 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2

ผลการศึกษาพบว่าตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในเขตตำบลกลางเวียง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) มี 6 ปัจจัย คือ การสนับสนุนทางสังคม (x1) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (x2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรค (x3) สถานภาพสมรสคู่ (x4) รอบเอวเกิน (x5) เคยสูบบุหรี่แต่เลิกสูบแล้ว (x6) โดยสามารถเขียนสมการในการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในเขตตำบลกลางเวียง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน ได้ดังนี้

บุหรี่ยุติแล้ว (x6) โดยสามารถเขียนสมการในการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในเขตตำบลกลางเวียง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน ได้ดังนี้

$$Y = 0.66 + 0.27(x1) + 0.30(x2) + 0.17(x3) - 0.13(x4) + 0.10(x5) - 0.08(x6)$$

การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรค การเคยสูบบุหรี่แต่เลิกสูบแล้ว สถานภาพสมรสคู่ และรอบเอวเกิน สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน  
ชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 54.00 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 (n=387)

ตัวแปรพยากรณ์	ค่าสัมประสิทธิ์ คะแนนดิบ		ค่าสัมประสิทธิ์ คะแนนมาตรฐาน Beta	ค่าสถิติที่ (t)	นัยสำคัญ ทางสถิติ (p-value)
	B	SE			
ค่าคงที่ (a)	0.66	0.14		4.47	0.00*
- การสนับสนุนทางสังคม (x1)	0.30	0.04	0.34	7.16	0.00*
- การรับรู้ความสามารถของตนเอง (x2)	0.27	0.05	0.27	5.13	0.00*
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และภาวะแทรกซ้อนของโรค (x3)	0.17	0.03	0.20	4.75	0.00*
- สถานภาพสมรสคู่ (x4)	0.10	0.04	0.08	2.38	0.01*
- รอบเอวเกิน (x5)	-0.08	0.03	-0.07	-2.13	0.03*
- เคยสูบบุหรี่แต่เลิกสูบแล้ว (x6)	-0.13	0.05	-0.08	-2.48	0.01*
F = 76.55   p-value = 0.00*   AdjustR <sup>2</sup> = 0.54   R <sup>2</sup> = 0.54					

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติ  
ในพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง การรับรู้  
ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม  
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและ  
ภาวะแทรกซ้อนของโรค การเคยสูบบุหรี่แต่เลิก  
สูบแล้ว สถานภาพสมรสคู่ รอบเอวเกิน ปัจจัย  
เหล่านี้สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของ  
พฤติกรรมดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลใน  
เลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ  
54.00

### การอภิปรายผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 พฤติกรรมดูแลสุขภาพและ  
ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน  
ชนิดที่ 2 ในเขตตำบลกลางเวียง อำเภอเวียงสา  
จังหวัดน่าน

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน  
ชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพและ  
ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด  
คิดเป็นร้อยละ 50.39 สอดคล้องกับการศึกษาของ  
อมรรัตน์ ภิรมย์ชม และ อนงค์ หาญสกุล (2555)  
พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในอำเภอ  
หนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ มีพฤติกรรม  
การดูแลตนเองในภาพรวมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน



ชนิดที่ 2 อยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของ อภิชัย คุณิพงษ์ (2561) พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในอำเภอพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวมของผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่ง (ร้อยละ 57.88) เป็นผู้สูงอายุ อาจจะขาดความกระตือรือร้นในการ ดูแลตนเอง การดูแลสุขภาพตนเองมากนัก โดยเฉพาะโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ ระยะเวลาในการรักษานานไม่ค่อยเห็น ความเปลี่ยนแปลงของอาการจึงดูแลตนเอง ตามปกติ (อภิชัย คุณิพงษ์, 2561) ส่งผลทำให้มี การดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนก รายด้านจะพบว่า

1. ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในพฤติกรรมการ บริโภคอาหาร อยู่ในระดับสูง คือ ร้อยละ 72.09 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุปรียา เสียงดัง (2560) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานในคลินิก เบาหวาน โรงพยาบาลสิงหนคร อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลามีคะแนนพฤติกรรมการบริโภค อาหารโดยรวมอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้ เนื่องจาก บุคคลเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ ก็จะปรับตัวในการ ดูแลตนเองให้เหมาะสม พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวาน ด้านการควบคุมอาหาร จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดได้ (สุปรียา เสียงดัง, 2560)

2. ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในพฤติกรรมการ ออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.26 สอดคล้องกับการศึกษาของ อมรรัตน์ ภิรมย์ชม และ อนงค์ หาญสกุล (2555) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในอำเภอหนองบัวระเหว

จังหวัดชัยภูมิ มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานในการศึกษาคั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีสถานภาพสมรสคู่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ จบการศึกษาประถมศึกษา และระยะเวลาป่วยส่วนมากน้อยกว่า 10 ปี อาจเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งมีภาระการทำงานบ้านมากอยู่แล้วจึงถือว่างาน ที่ทำอยู่เป็นการออกกำลังกาย อีกทั้งภาวะของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ร่างกายมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อและกระดูก ทำให้เป็น อุปสรรคในการออกกำลังกาย (อมรรัตน์ ภิรมย์ชม และ อนงค์ หาญสกุล, 2555)

3. ด้านพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในพฤติกรรมการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.65 สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณรดา ชื่นวัฒนา และ ณิชานาฎ สอนภักดี (2557) ซึ่งพบว่าพฤติกรรมการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลบางแม่นาง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี อยู่ในระดับสูง การส่งเสริมการดูแลสุขภาพวิหยา ส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานจะช่วยให้ผู้ป่วย เบาหวานเกิดความหวังโยในตนเอง ตระหนักและ เอาใจใส่ตนเองมากขึ้น ส่งผลให้มีพฤติกรรมการ ดูแลตนเองโดยทั่วไปและดูแลตนเองด้านอื่นๆ เพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นโรคต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อติดตามและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ ในระดับปกติ การที่เข้ารับการรักษาที่คลินิก โรคเบาหวานและมาตรวจตามนัดทุกครั้งก็จะ ได้รับคำแนะนำจากแพทย์พยาบาล หรือบุคลากร

สาธารณสุขเกี่ยวกับโรคเบาหวาน สาเหตุ อากา  
การรักษา ตลอดจนการปฏิบัติตัวหรือการดูแล  
ตนเองให้ถูกต้องและเหมาะสมกับภาวะโรค ได้รับ  
ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ทำให้เกิดการรับรู้  
และตระหนักในปัญหาสุขภาพของตนเอง ทำให้เกิด  
ความหวังในตนเองและเอาใจใส่ดูแลตนเองมากขึ้น  
(วรรณรา ชื่นวัฒนา และ นิชานาฏ สอนภักดี, 2557)

4. ด้านพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพจิต  
ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในพฤติกรรมการ  
ดูแลสุขภาพจิต อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 54.78  
สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ปัญญาธร  
และคณะ (2562) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุม  
ระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี 2 ใน 3 พักผ่อนเพียงพอ  
การที่ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการพักผ่อนอย่าง  
เพียงพอ จะไม่ส่งผลต่อด้านจิตใจ มีความสุข  
สามารถปรับอารมณ์ยิ้มหัวเราะเมื่อเผชิญ  
ความเครียด หรืออุปสรรคที่เข้ามาในชีวิตได้ดี ส่งผล  
ต่อดีระดับน้ำตาลในเลือด

## ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในเขตตำบลกลางเวียงอำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน

1. การรับรู้ความสามารถของตนเอง  
จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของ  
ตนเองของกลุ่มตัวอย่างส่งผลทางบวก  
ต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาล  
ในเลือด โดยเมื่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง  
เพิ่มขึ้น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และ  
ระดับน้ำตาลในเลือดจะเพิ่มขึ้นด้วย ทั้งนี้อธิบาย  
ได้ว่าเมื่อผู้ป่วยรับรู้และตัดสินใจความสามารถของ  
ตนเองว่าสามารถดูแลสุขภาพได้แล้ว จะสามารถ  
ปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้ดีขึ้นด้วย

ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการความสามารถของตนเอง  
(Self-efficacy Theory) ของ อัลเบิร์ต แบนดูรา  
(Bandura, 1997) ที่กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถ  
ของตนเอง หรือความเชื่อในการความสามารถของ  
ตนเอง เป็นความเชื่อในความสามารถของตนเอง  
ที่จะจัดการและปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องการให้สำเร็จ  
เป็นปัจจัยที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงและคงไว้ซึ่ง  
พฤติกรรมนั้นๆ และสอดคล้องกับการศึกษาของ  
รจิตา พรินทรากุล (2562) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวาน  
ชนิดที่ 2 มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง  
อยู่ในระดับสูง และการรับรู้ความสามารถของ  
ตนเองสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการใช้ยาฉีด  
อินซูลินได้ และการศึกษาของ วรรณัน คล้ายหงส์และ  
คณะ (2557) ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2  
มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ใน  
ระดับสูง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง  
สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมมารับประทานยา  
อย่างถูกต้องสม่ำเสมอได้

2. การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษา  
พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย  
โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรม  
การดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือด โดยเมื่อ  
การสนับสนุนทางสังคม เช่น การได้รับข้อมูล  
ข่าวสารการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์  
หน่วยบริการที่รับบริการเป็นประจำ การได้รับ  
ข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพจากอาสาสมัคร  
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ  
คนในครอบครัวเช่น พ่อแม่ ญาติ พี่น้อง สามีภรรยา  
คอยกระตุ้นเตือนผู้ป่วยในการดูแลโรคเบาหวาน จะ  
มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาล  
ในเลือดเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้กลุ่ม  
ตัวอย่างมีการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลเวียงสา  
อย่างสม่ำเสมอ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ และ

เป็นวัยผู้สูงอายุ จึงได้รับความรักความห่วงใยจาก  
สามีหรือภรรยา บุตรหลาน ซึ่งสอดคล้องกับ  
ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social support  
Theory) ของเฮ้าส์ (House, 1981) ที่กล่าวว่า  
การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคล  
มีปฏิสัมพันธ์กันโดยการแสดงออกด้านอารมณ์  
เช่น การให้ความรัก ความผูกพัน การดูแลเอาใจ  
ใส่ ให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของหรือบริการต่างๆ  
ให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง และให้ข้อมูลย้อนกลับ  
เพื่อให้บุคคลนำไปประเมินการกระทำของตน  
สอดคล้องกับการศึกษาของ รจิตา พรินทรากุล  
(2562) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2  
มีคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ใน  
ระดับสูง และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วม  
ทำนายพฤติกรรมการใช้ยาฉีดอินซูลินได้  
การศึกษาของ วรณัน คล้ายหงส์ และคณะ (2557)  
ที่พบว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสามารถ  
ร่วมทำนายพฤติกรรมมารับประทานยา  
อย่างถูกต้องสม่ำเสมอได้ และการศึกษาของ วิษณุ  
เฉลิมพนธ์ (2558) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคม  
มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ  
ในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2

3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค  
และภาวะแทรกซ้อนของโรค จากการศึกษาพบว่า  
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและ  
ภาวะแทรกซ้อนของโรคของกลุ่มตัวอย่าง ส่งผล  
ทางบวกต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับ  
น้ำตาลในเลือด โดยเมื่อผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้  
โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน  
ของโรค เช่น การมีโอกาสเกิดแผลที่เท้าได้ง่ายและ  
หายช้ากว่าคนทั่วไป การมีโอกาสเกิดตาพร่า  
หรือเป็นต้อกระจกได้มากกว่าคนทั่วไปจะมี  
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาล

ในเลือดจะเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี  
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief  
Model) ของ โรเซนส์ต็อก (Rosenstock,  
1974) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรม  
สุขภาพที่ดีได้ ต้องมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการ  
เกิดโรค การรับรู้ว่าโรคนั้นมีความรุนแรงและส่งผล  
คุกคามต่อชีวิต การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ  
ที่เหมาะสมจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อ  
การเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค  
ต้องมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติโดยบุคคล  
มีการรับรู้ประโยชน์ ไม่มีอุปสรรคต่อการปฏิบัติ  
สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลภ ฌโนมสัจย์  
และคณะ (2557) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้  
โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของ  
โรคเบาหวานจะมีพฤติกรรมการสร้างเสริม  
สุขภาพที่ดี และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด  
ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเป็นปัจจัยเดียว  
ที่สามารถทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพได้

4. การเคยสูบบุหรี่แต่เลิกสูบแล้ว  
จากการศึกษาพบว่า การเคยสูบบุหรี่แต่เลิกสูบแล้ว  
ส่งผลทางลบต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและ  
ระดับน้ำตาลในเลือด โดยเมื่อผู้ป่วยเบาหวาน  
มีประวัติการเคยสูบบุหรี่แม้ว่าปัจจุบัน  
จะเลิกสูบบุหรี่แล้วจะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ  
การสูบบุหรี่จะส่งผลให้หลอดเลือดแข็งตัว  
ระบบไหลเวียนเลือดไม่ตีจนเลือดไปเลี้ยงร่างกาย  
ส่วนล่างไม่เพียงพอทำให้มีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อน  
สูงขึ้น แม้ว่าจะมีการเลิกสูบบุหรี่แล้ว แต่  
ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อร่างกายนั้นยังคงอยู่  
การสูบบุหรี่นั้นส่งผลกระทบระยะยาวแม้ว่าจะเลิกสูบบุหรี่  
แล้วก็ตามสาเหตุจากนิโคตินและสารเสพติดอื่นๆ  
ในควันบุหรี่ขัดขวางการออกฤทธิ์ของอินซูลิน



ในร่างกาย ทำให้การควบคุมเบาหวานทำได้ยากขึ้น (อารยา หาอุปละ และ น้ำเพชร สายบัวทอง, 2561)

5. สถานภาพสมรสคู่ จากการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสคู่ของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือด โดยเมื่อผู้ป่วยเบาหวานมีสถานภาพสมรสคู่ จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นด้วย ทั้งนี้เพราะว่าการมีสถานภาพสมรสคู่ จะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคู่คิด ไม่รู้สึกเหงาหรือโดดเดี่ยว อีกทั้งยังมีผู้คอยให้ความช่วยเหลือปลอบโยน ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา ก่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ ที่มีเพื่อนวัยใกล้เคียงกันเป็นที่ปรึกษา รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและความสำคัญ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีตามไปด้วย แตกต่างกับการศึกษาของ กุสุมา กังหลิ (2557) ที่พบว่าสถานภาพสมรสคู่ไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และแตกต่างกับการศึกษาของ รจิตา พรินทรากุล (2562) ที่พบว่าสถานภาพสมรสคู่ไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการใช้ยาฉีดอินซูลินได้

6. รอบเอวเกิน จากการศึกษาพบว่าการมีรอบเอวเกินของผู้ป่วยเบาหวานส่งผลทางลบต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยเมื่อผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะรอบเอวเกิน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพจะแย่ลง สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรียา อัมพุด และ สิริมา วงษ์พล (2559) ที่พบว่าความยาวของเส้นรอบเอวมีความสัมพันธ์เชิงบวก ระดับสูงในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ทั้งนี้เพราะว่าการมีรอบเอวเกิน เป็นภาวะที่มีไขมันสะสมอยู่เป็นจำนวนมากบริเวณช่องท้อง ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของกรดไขมันอิสระ (Free fatty acid) ไตรกลีเซอไรด์

(Triglyceride) ในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin resistance) ทำให้การนำเอาน้ำตาลในกระแสเลือดมาใช้เป็นพลังงานไม่มีประสิทธิภาพ (ปิยรัตน์ สุรพฤกษ์, 2550)

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน ควรได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ดีขึ้น เนื่องจากปัจจุบันพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการจัดสรรเวลาการออกกำลังกายให้เหมาะสม และควรส่งเสริมให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ด้านข่าวสารการดูแลสุขภาพจากเพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน มีการจัดให้มีการแจกเอกสาร แผ่นพับ หรือหนังสือพิมพ์หรือวารสารต่างๆ ให้ศึกษาระหว่างรอตรวจ ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการงดสูบบุหรี่ เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคมีผลบวกต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2

2. แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ในคลินิกเบาหวาน ควรติดตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างใกล้ชิด ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีประวัติสูบบุหรี่แม้ปัจจุบันจะเลิกสูบแล้ว และมีรอบเอวเกิน เนื่องจากพบว่าส่งผลลบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือด



### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำวิจัยเชิงปริมาณร่วมกับวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อค้นหาตัวแปรอื่น ที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2

2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและควรมีการสังเกตการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพพร้อมด้วย เพื่อที่จะได้ทราบปัญหาที่แท้จริงในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2

### เอกสารอ้างอิง

กมลภู ฅนอมสัตย์, ทัดติยา นครไชย และ ศิวัช ปิยะรัตน์วัฒน์. (2557). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ในตำบลวังตะกู อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. ใน *การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม ครั้งที่ 6* (น. 430-439)  
<https://publication.npru.ac.th/bitstream/123456789/600/1/20190214101427.pdf>

กาญจนา ปญญาธร, ณีฐฎากุล บึงมุ่ม และ อรุณี มรกตพิทยารักษ์. (2562). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จังหวัดอุดรธานี. ใน *การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 4 “การวิจัยเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน”* (น. 651-659).

กุสุมา กังหลี. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่สอง โรงพยาบาลพระ

มงกุฎเกล้า. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 256-268.

ชญัญภาค คงทน. (2560) วิเคราะห์ปัจจัยเพื่อทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่สอง ตำบลบ้านกลางอำเภอเมืองจังหวัดปทุมธานี. *วารสารโรงพยาบาลแพร่*, 25(1), 24-35.

ปิยรัตน์ สุรพุกษ์. (2550). โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และภาวะหลอดเลือดแข็งตัวกับธาตุเหล็ก. *วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่*, 40(2), 94-97.

บุญญพัฒน์ ไชยเมล์. (2556). การกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงพรรณนาในงานสาธารณสุข. *วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ*, 16(2), 9-18.

พัชรินทร์ เชื่อมทอง, นิภา กิมสูงเนิน และ รัชนิ นามจันทร์. (2563). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดสะสม. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 43(1), 78-86.

พัชรียา อัมพุช และ สิริมา วงษ์พล. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 31(5), 305-313.

มูลนิธิวิจัยพัฒนสาธารณสุขไทย. (2563, 1 มีนาคม). *เจาะลึกระบบสุขภาพไทยป่วยเบาหวาน*. <http://www.hfocus.org/content/2019/11/18031>

รจิตา พรินทรากุล. (2562). *ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้ยาฉีดอินซูลินในผู้ป่วย*

- เบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลลอง อำเภอ  
ลอง จังหวัดแพร่ (ปริญญาสาธารณสุขศา  
สตรมหาบัณฑิต) มหาวิทยาลัยนเรศวร.  
โรงพยาบาลเวียงสา. (2563). รายงานประจำปี  
2563. โรงพยาบาลเวียงสา  
วรกต ศิริธาราธิคุณ, กนกพร ภิญโญพรพาณิชย์,  
ฉันทชนก อรามรัตน์, นิดา บัววังโปง, พิข  
ชา เครือแปง และ ชัยสิริ อังกระวรา  
นนท์. (2563). พฤติกรรมการดูแลตนเอง  
ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน  
เขตเมือง อำเภอเมือง จังหวัดน่าน.  
*เชียงใหม่เวชสาร*, 60(2), 187-196  
วิษณุ เฉลิมนนท์. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อ  
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย  
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวาน  
สถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา  
นวมินทราชินี ตำบลโคกสูง อำเภอ  
พัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี. *วารสารสมาคม  
เวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 5(2),  
137-144.  
วรรณัน คล้ายหงส์, นารีรัตน์ จิตรมนตรี, และวิรา  
พรรณ วิโรจน์รัตน์. (2557). ปัจจัยทำนาย  
พฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้อง  
สม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่  
2. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยบูรพา*, 24(1), 65-75.  
วรรณรา ชื่นวัฒนา และ ณิชานาฎ สอนภักดี.  
(2557). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและ  
ระดับน้ำตาลในเลือดตนเองของผู้ป่วย  
โรคเบาหวาน ตำบลบางแม่นาง อำเภอ  
บางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี.  
*วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี*,  
6(3), 163-170.  
ศิริรัตน์ ปานอุทัย, จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช,  
ชมพูนุท ศิริรัตน์ และ นิพนธ์ อีระอำพน.  
(2562). การพัฒนา “กระต๊อบข้าว”  
สำหรับควบคุมปริมาณการบริโภคในผู้ที่  
เป็นโรคเบาหวาน. *พยาบาลสาร*, 46(3),  
94-105.  
สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์  
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.  
(2555). *แนวทางเวชปฏิบัติการออกกำลัง  
ภายในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง*.  
สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การ  
สงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรม  
ราชูปถัมภ์.  
สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2562, 25  
กุมภาพันธ์) *รณรงค์จัด Insulin therapy  
2019*. <https://siamrath.co.th/n/113601>  
สุปรียา เสี่ยงตั้ง. (2560). พฤติกรรมการดูแล  
สุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดตนเอง  
ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับ  
น้ำตาลในเลือดไม่ได้. *วารสารเครือข่าย  
วิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุข  
ภาคใต้*, 4(1), 191-204.  
อมรัตน์ ภิรมย์ชม และ อนงค์ หาญสกุล. (2555).  
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแล  
ตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2  
ในอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ.  
*วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6  
ขอนแก่น*, 19(1), 1-10.  
อภิชัย คุณิพงษ์. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ  
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย  
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอพัฒนา  
นิคม จังหวัดลพบุรี. *วารสารกรมการ  
แพทย์*, 43(3), 101-107.

- อารยา หาญปละ และ น้ำเพชร สายบัวทอง.  
(2561). การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด  
ของผู้ป่วยเบาหวานที่สูบบุหรี่ต่อเนื่องและ  
เลิกสูบบุหรี่แล้ว. *วารสารโรงพยาบาล  
มหาสารคาม*, 15(2), 69-77.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The  
exercise of control*. W.H. Freeman  
and Company.
- Belsley, D. (1991). *Conditional diagnostics:  
collinearity and weak data in  
regression*. Wiley Series in  
Probability. John Wiley.
- Best, J. W. (Eds.). (1997). *Research in  
education*. New Jersey: Prentice-Hall.
- International Diabetes Federation. (2017).  
*Diabetes fact and figure*.  
[http://www.idf.org/about-  
diabetes/facts-figures](http://www.idf.org/about-diabetes/facts-figures)
- Kline, R.B. (2005). *Principles and Practice  
of Structural Equation Modeling*.  
Guilford Press.
- House, JS. 1981. The association of Social  
relationship and activities with  
mortality: Community health  
study. *American Journal  
Epidemiology*, 3(7), 25-30.
- Rosenstock, I. M. (1974). Health Belief  
Model. *Health Education  
Monographs*, 2(4), 334

# Psychological Factor and Social Factor Affected on Health Behavior (Food, Exercise, Emotion, Smoking and Alcohol Cessation) Among People, Mae Yom Sub-district, Mueang District, Phrae Province<sup>1</sup>

Niphitphon Seangdong<sup>2</sup>  
Jaruensuk Vaingnak<sup>3</sup>

Received: 14 October 2021

Accepted: 8 December 2021

## Abstract

The purposes of this study were to study the level of participation in health activities, health behavior (food, exercise, emotion, smoking, and alcohol cessation) and to study the effect of psychological factor and social factor affected on health behavior. The sample consisted of 250 people over 15 years old living in Mae-Yom sub-district, Mueang district, Phrae province. The sampling method was systematic random sampling. The questionnaires were used to collect data, Cronbach's alpha coefficient between 0.70-0.93. The data were analyzed by descriptive statistic and multiple regression analysis.

The result showed that the people over 15 years old have the moderate level of participation in health activities ( $\bar{x} = 2.04$ ,  $SD = 0.80$ ), moderate level of health behavior ( $\bar{x} = 3.58$ ,  $SD = 0.47$ ), and the factor affected health behavior at 0.05 significance level were self-care attitudes ( $x_1$ ), participation in health activities ( $x_2$ ), perceived health, status ( $x_3$ ), families social support ( $x_4$ ), and perceived benefits ( $x_5$ ) ( $\beta = 0.37, 0.36, 0.20, 0.19, \text{ and } 0.12$ , respectively), could predict at 46.30% ( $r^2 = 0.46$ ). The predictive equation from row score were as follow:

$$\text{Health behavior} = 9.71 + 0.20(x_1) + 0.25(x_2) + 0.16(x_3) + 0.42(x_4) + 0.08(x_5)$$

**Keywords:** participation in health activities, health behavior

---

<sup>1</sup> Original article

<sup>2</sup> Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Phrae Provincial Public Health Office, E-mail: nvanness@hotmail.com

<sup>3</sup> Public Health Technical Officer, Professional Level, Muang District Public Health Office, Phrae Province.



# ปัจจัยทางจิตและสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส. ของประชาชน ตำบลแม่ยม อำเภอเมือง จังหวัดแพร่<sup>1</sup>

นิพัทธ์พงษ์ แสงดวง<sup>2</sup>  
เจริญศักดิ์ เวียงนา<sup>3</sup>

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมสุขภาพ และระดับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส. และ2) ศึกษาปัจจัยทางจิตและสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส. กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป พื้นที่ตำบลแม่ยม อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ จำนวน 250 คน ทำการสุ่มด้วยการสุ่มอย่างเป็นระบบ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่าที่มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.70-0.93 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับของการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.04 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.80) และระดับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส. อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.58 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.47) ปัจจัยทางจิตและสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เจตคติต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ2ส. ( $x_1$ ) การมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ ( $x_2$ ) การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง ( $x_3$ ) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ( $x_4$ ) และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ2ส. ( $x_5$ ) มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.37, 0.36, 0.19, 0.20 และ 0.12 ตามลำดับ โดยทั้ง 5 ตัวแปร สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ2ส. ได้ร้อยละ 46.30 และมีสมการทำนายจากคะแนนดิบ ดังนี้

$$\text{พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส.} = 9.71 + 0.200 (x_1) + 0.25 (x_2) + 0.42 (x_3) + 0.16 (x_4) + 0.08 (x_5)$$

**คำสำคัญ:** การมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส.

<sup>1</sup> บทความวิชาการ

<sup>2</sup> นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ อีเมล: nvanness@hotmail.com

<sup>3</sup> นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดแพร่

## บทนำ

ปัจจุบันปัญหาการเจ็บป่วยและการตายด้วยโรคติดต่อได้ลดความรุนแรงลง เนื่องจากความก้าวหน้าของพัฒนาการทางสังคมและพัฒนาการทางการแพทย์และสาธารณสุข แต่ปัญหาการเจ็บป่วยและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น กลับมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น โดยพบว่า 1 ใน 10 ของประชาชนในวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และ 1 ใน 3 มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย นอกจากนี้พบว่าประมาณร้อยละ 63 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (องค์การอนามัยโลก, 2561) สาเหตุสำคัญประการหนึ่งของการป่วยและตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มาจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ หากบุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้พ้นจากพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ โดยการประพฤติปฏิบัติเพื่อส่งเสริมหรือรักษาสุขภาพของตนเอง จะส่งผลให้ลดการตายอันเนื่องมาจากแบบแผนการดำรงชีวิต เช่น การรับประทานอาหารที่มีคุณค่า การลด ละ เลิกการดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ เป็นต้น สามารถช่วยเพิ่มความยืนยาวของชีวิต ช่วยเพิ่มสถานะที่ชีวิตปลอดโรค มีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงลดค่าใช้จ่ายที่มาจากการรักษาโรคในแต่ละปี (สุริย์ กาญจนวงศ์, 2556) ทั้งนี้ การเจ็บป่วยมักจะเกิดจากพฤติกรรมหลายๆอย่างมากกว่าจะเกิดจากพฤติกรรมเดียว เช่น วิถีชีวิตที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย หรือการไม่ได้ออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำ การดื่มเครื่องดื่มที่ให้พลังงานสูง การสูบบุหรี่ เป็นต้น พฤติกรรมเหล่านี้ทำให้บุคคลเสี่ยงต่อการ

เกิดโรคอ้วน ความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจในเวลาต่อมา (นพพร โทวีธีระกุล, 2560) ดังนั้น พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งทีพึงประสงค์ของบุคคล เนื่องจากการกระทำเกี่ยวกับการดูแลตัวเองเพื่อสุขภาพที่ดีทั้ง ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสัมพันธภาพทางสังคมที่จะนำไปสู่ความสุขและศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว ชุมชน และสังคม (กนกพร วิสุทธิกุล, 2540)

ตำบลแม่ยม อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ ประกอบด้วย 4 หมู่บ้าน 647 หลังคาเรือน 807 ครอบครัว ประชากรในเขตรับผิดชอบ 2,346 คน ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม สภาวะสุขภาพของประชาชน พบว่า มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนและติดตามการรักษา ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง 107 คน โรคเบาหวาน 110 คน โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) 11 คน และโรคหัวใจ (Heart disease) 27 คน และจากการคัดกรองสภาวะสุขภาพประชาชนในพื้นที่ พบกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง 984 คน กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน 227 คน กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมอง 652 คน และกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะอ้วน หรือมีน้ำหนักเกิน 440 คน ซึ่งประชาชนกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้หากไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากประชาชนกลุ่มเสี่ยงจะกลายเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาในที่สุด ดังนั้น เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยด้านบุคคลและสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการคลายเครียด พฤติกรรมการดื่มสุรา และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ หรือเรียกว่า พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส.

(กระทรวงสาธารณสุข, 2558) จึงได้ทำการศึกษาปัจจัยด้านบุคคลและสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส. ของประชาชน เพื่อเป็นแนวทางการส่งเสริมป้องกันสุขภาพของประชาชน ให้ประชาชนมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยมุ่งเน้นการให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส. นำไปสู่กระบวนการดำเนินงานเสริมสร้างพัฒนาตามตัวแปรหรือปัจจัยสาเหตุให้เกิดขึ้นกับประชาชน เพื่อให้เข้าไปมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น นำไปสู่ออกาสในการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อาจเกิดขึ้นตามมาได้

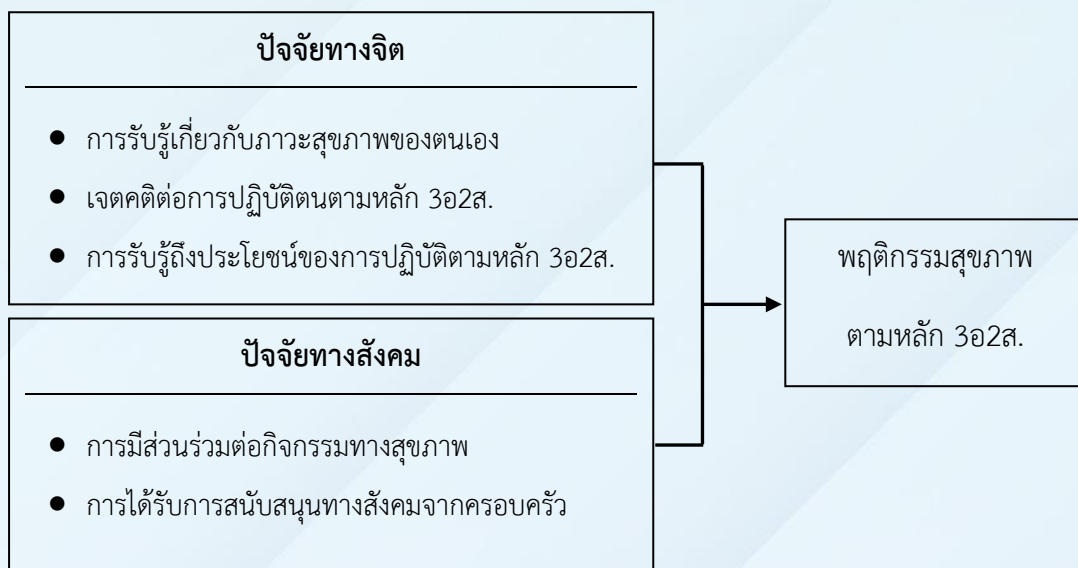
#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส. ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทางจิตและสังคมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส. ของประชาชนกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป

#### กรอบแนวคิดการวิจัย

ทฤษฎีที่ใช้เพื่ออธิบายพฤติกรรมของการวิจัยครั้งนี้ คือทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา (Bandura, 1986) ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่เน้นที่การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมภายในโดยไม่จำเป็นต้องมีการแสดงออก แนวคิดพื้นฐานของแบนดูรา เชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์มีปฏิสัมพันธ์กับปัจจัยหลัก 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านบุคคลหรือปัจจัยทางจิต และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีดังกล่าวเพื่อกำหนดตัวแปรอิสระที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส. ร่วมกับการศึกษาจากเอกสาร และงานวิจัยที่ผ่านมาในอดีตที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางจิตและสังคมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ธิติมาศ หอมเทศ (2555) เกษแก้ว เสียงเพราะ (2561) กระทรวงสาธารณสุข (2556) เป็นต้น รายละเอียดแสดงตามภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามหลัก 3อ2ส. มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส.
2. เจตคติต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ2ส. มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส.
3. การรับรู้ประโยชน์ของการการปฏิบัติตามหลัก 3อ2ส. มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส.
4. การมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส.
5. การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส.

### วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation Research) โดยทำการศึกษาระหว่าง เดือน พฤษภาคม 2563-กรกฎาคม 2563

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง :** ประชากรคือ ประชาชน อายุตั้ง 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลแม่ยม อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ จำนวนทั้งสิ้น 1,224 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชน อายุตั้ง 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในตำบลแม่ยม อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ ไม่น้อยกว่า 6 เดือน ทำการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามแนวคิดของ แฮร์ และคณะ (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010) โดยการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยด้วยเทคนิคการ

วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ด้วยวิธีนำเข้าข้อมูลการวิเคราะห์แบบ Stepwise Selection เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรในภาพรวม ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม คือ 50 คนต่อ 1 ตัวแปรอิสระ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรอิสระจำนวน 5 ตัวแปร ดังนั้นขนาดตัวอย่างจึงเท่ากับ 250 คน โดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling)

### เครื่องมือที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูล :

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามจำนวน 1 ฉบับ โดยแบ่งออกเป็น 7 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ การศึกษา เป็นต้น ตอนที่ 2-7 เป็นการสอบถามเกี่ยวกับตัวแปรต่างๆ ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ 1) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส. 2) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ 3) แบบสอบถามเจตคติต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ2ส. 4) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามหลัก 3อ2ส. 5) แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง และ 6) แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว โดยมีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากน้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึง มากที่สุด (5 คะแนน) ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวัดได้แก่ 1) การหาค่าคุณภาพเครื่องมือวัดรายข้อด้วยการหาค่าความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และการหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ และ 2) การหาค่าคุณภาพเครื่องมือวัดทั้งฉบับด้วยการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น รายละเอียดแสดงตามตารางที่ 1



การแปลผลระดับการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ และระดับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส. พิจารณาจากเกณฑ์การประเมินระดับ ตามแนวคิดของ เบสท์ (Best, 1981) โดยแบ่งระดับการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ และระดับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส. ออกเป็น 3 ระดับ คือ

- ระดับสูง หมายถึง บุคคลที่มีคะแนนรวมเฉลี่ย ตั้งแต่ 3.34-5.00 คะแนน
- ระดับปานกลาง หมายถึง บุคคลที่มีคะแนนรวมเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.68-3.33 คะแนน
- ระดับต่ำ หมายถึง บุคคลที่มีคะแนนรวมเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0.00-1.67 คะแนน

ตารางที่ 1 จำนวนข้อคำถาม ค่า IOC ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถาม

แบบสอบถาม	จำนวนข้อคำถาม	ค่า IOC	ค่าอำนาจจำแนก	ค่าความเชื่อมั่น
- พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส.	10	0.67-1.00	0.20-0.41	0.73
- การมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ	5	1.00	0.20-0.66	0.93
- เจตคติต่อการปฏิบัติตามหลัก 3อ2ส.	10	0.67-1.00	0.27-0.45	0.78
- การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามหลัก 3อ2ส.	12	0.67-1.00	0.21-0.50	0.87
- การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง	4	0.67-1.00	0.26-0.35	0.70
- การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	8	1.00	0.36-0.64	0.90

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นด้วยสถิติบรรยาย เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ระดับของพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส. และระดับของการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความสัมพันธ์รายตัวแปร และ 2) ทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส. โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แบบ Stepwise Selection

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ทำการเก็บรวบรวม โดยการสอบถาม การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ ได้คำนึงถึงศักดิ์ศรีและคุณค่า รวมถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้น ดังนั้น ในกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยจึงคำนึงถึงความยินยอมของผู้ให้ข้อมูล โดยขอความยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัยและตอบแบบสอบถาม และอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนต่างๆ ของการวิจัย การเก็บรักษาข้อมูลที่เป็นความลับ รวมถึงการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ในลักษณะของภาพรวมโดยไม่ระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ตอบแบบสอบถามแต่อย่างใด

### สรุปผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามคือ กลุ่มประชาชน อายุตั้ง 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลแม่ยม อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ ไม่น้อยกว่า 6 เดือน จำนวน 250 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.80 เป็นเพศชายร้อยละ 35.20 โดยนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.40 และนับถือศาสนาคริสต์ ร้อยละ 1.60 ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 32.00 อายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 27.20 และอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 17.20 และมีสถานภาพสมรสและอาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 56.00 รองลงมา มีสถานะโสด ร้อยละ 22.00 และเป็นหม้าย ร้อยละ 14.00 การศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา มากที่สุดร้อยละ 47.20 และพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 24.40 มีอาชีพค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 22.80 และมีอาชีพทำไร่ ทำนา ทำสวน ร้อยละ 14.40 และส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่าเดือนละ 5,000 บาท ร้อยละ 32.40

ตอนที่ 2 ระดับของการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ และระดับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส. ของประชาชนอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พบว่า พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส. อยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.58 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.47) และเมื่อพิจารณาร้อยละของจำนวนประชาชนจำแนกตามระดับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส. พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 68.80 มีระดับพฤติกรรมสุขภาพในระดับสูง รองลงมา ร้อยละ 31.60 อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนระดับของการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ พบว่า การมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.04 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.80) และเมื่อพิจารณาร้อยละของจำนวนประชาชนจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 36.40 มีระดับพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 33.60 อยู่ในระดับสูง รายละเอียดแสดงตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย จำนวน และร้อยละ จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ และระดับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส.

ระดับ	การมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ			พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส.		
	คะแนนเฉลี่ย	จำนวน (คน)	ร้อยละ	คะแนนเฉลี่ย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	1.25	75	30.00	0	0	0
ระดับปานกลาง	2.45	91	36.40	3.06	79	31.60
ระดับสูง	4.44	84	33.60	3.82	171	68.40

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทางจิตและสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส. โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรและตรวจสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับภาวะร่วมเส้นตรง (Multicollinearity) ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ หรือไม่ พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เจตคติต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ2ส. การมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพตนเอง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ2ส. โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.48, 0.40, 0.41 และ 0.44 ตามลำดับ ส่วนตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส.

คือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนาย โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรไม่ควรมีค่าสูงกว่า 0.85 ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาภาวะร่วมเส้นตรง (Kline, 2005) พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทุกค่ามีค่าต่ำกว่า 0.85 โดยคู่ตัวแปรทำนายที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มากที่สุด คือ ตัวแปรเจตคติต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ2ส. และตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ2ส. ( $r=0.44$ ,  $p\text{-value}= 0.00$ ) ผลการทดสอบเกี่ยวกับปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงดังกล่าว จึงมีความเหมาะสมที่จะทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณต่อไป รายละเอียดแสดงตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปร	X <sub>1</sub>	X <sub>2</sub>	X <sub>3</sub>	X <sub>4</sub>	X <sub>5</sub>	X <sub>6</sub>
เจตคติต่อการปฏิบัติตนฯ (x <sub>1</sub> )	1.00					
การมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมฯ (x <sub>2</sub> )	0.04	1.00				
การได้รับการสนับสนุนทางสังคมฯ (x <sub>3</sub> )	-0.25*	-0.01	1.00			
การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพฯ (x <sub>4</sub> )	0.46*	0.05	-0.08	1.00		
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติฯ (x <sub>5</sub> )	0.44*	0.12	0.16*	0.39*	1.00	
พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส (x <sub>6</sub> )	0.48*	0.40*	0.10	0.41*	0.44*	1.00

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตอนที่ 4 ปัจจัยทางจิตและสังคม ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส. ของประชาชนกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า เจตคติต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ2ส. การมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ

ตามหลัก 3อ2ส. เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลคะแนนมาตรฐาน เท่ากับ 0.37, 0.36, 0.20, 0.19 และ 0.12 ตามลำดับ) โดยทั้ง 5 ตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส. ได้ร้อยละ 46.30

ตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์คะแนนมาตรฐานมากที่สุด คือ เจตคติต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ2ส. การมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ และการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพตนเอง ตามลำดับ รายละเอียดแสดงตามตารางที่ 4 โดยมีสมการทำนาย ดังนี้

1) สมการคำนวณจากคะแนนดิบ  
 พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส. =  $9.713 + 0.20(x_1) + 0.25(x_2) + 0.42(x_3) + 0.16(x_4) + 0.08(x_5)$

2) สมการคำนวณจากคะแนนมาตรฐาน  
 พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส. =  $0.37(x_1) + 0.36(x_2) + 0.20(x_3) + 0.19(x_4) + 0.12(x_5)$

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ แบบ Stepwise Selection

ตัวแปรต้น	ค่าสัมประสิทธิ์คะแนนดิบ		ค่าสัมประสิทธิ์คะแนนมาตรฐาน (Beta)	ค่าสถิติที่ (t)	นัยสำคัญทางสถิติ (p-value)
	B	SE			
(ค่าคงที่)	9.71	2.14		4.54*	0.00
เจตคติต่อการปฏิบัติตน <sup>a</sup> (x <sub>1</sub> )	0.20	0.03	0.37	6.28*	0.00
การมีส่วนร่วมต่อกิจกรรม <sup>a</sup> (x <sub>2</sub> )	0.25	0.03	0.36	7.70*	0.00
การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ <sup>a</sup> (x <sub>3</sub> )	0.42	0.12	0.20	3.67*	0.00
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม <sup>a</sup> (x <sub>4</sub> )	0.16	0.04	0.19	3.81*	0.00
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ <sup>a</sup> (x <sub>5</sub> )	0.08	0.03	0.12	2.20*	0.03

$r = 0.688, r^2 = 0.473, \text{ Adjust } r^2 = 0.463, F = 43.86, p\text{-value} = 0.00$

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการทดสอบเกี่ยวกับความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปรทางจิตและสังคม ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส. พบว่า ตัวแปรทั้งห้าตัวแปร ได้แก่ เจตคติต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ2ส. การมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ2ส. มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยทั้งห้าตัวแปรสามารถอธิบายพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส. ได้ร้อยละ 46.30 ดังนั้น จึงยอมรับ

สมมติฐานของการวิจัยทุกข้อ และเมื่อพิจารณาตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายตัวแปรสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

1) เจตคติต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ2ส. มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเจตคตินั้นเป็นเรื่องของจิตใจ ทำที่ ความรู้สึกนึกคิด และความโน้มเอียงของบุคคล ที่มีต่อข้อมูลข่าวสาร และการเปิดรับรายการรณรงค์ที่ได้รับความนิยม เป็นไปได้ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ เจตคติส่งผลให้มีการแสดงพฤติกรรมต่างๆของบุคคล ทั้งทางบวกและทางลบ ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษา



ของนักวิชาการหลายคน อาทิ เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ดติคจ์ และคณะ (2542) ได้สรุปข้อค้นพบจากการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับตัวกำหนดทางพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพ สรุปได้ว่ามีตัวกำหนด ที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพ ในด้านต่างๆ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ 1) ตัวกำหนดระดับบุคคล 2) ระดับครอบครัว และ 3) ระดับสังคม ซึ่งตัวกำหนดระดับบุคคลนั้น เจตคติเป็นตัวแปรสำคัญตัวแปรหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และสอดคล้องกับ ธิติมาส หอมเทศ (2555) เกษแก้ว เสียงเพราะ (2561) และกระทรวงสาธารณสุข (2556) ที่ได้ทำการประมวลเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยได้นำเสนอและจำแนกปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มปัจจัยด้านบุคคล/ ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล/ ปัจจัยทางจิตวิทยา และกลุ่มปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม/ ปัจจัยด้านสังคม โดยแสดงให้เห็นว่า เจตคติเป็นหนึ่งในปัจจัยด้านบุคคลที่มีความสัมพันธ์และส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

2) การมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3๑2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ เป็นการตัดสินใจของบุคคลอย่างมีเหตุผลเพื่อเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งในกิจกรรม โครงการ หรือกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งของหน่วยงานด้านสุขภาพ ในการร่วมวางแผนร่วมตัดสินใจ ร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วมการให้ข้อมูล เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ด้านสุขภาพร่วมประเมินผลความสำเร็จที่เกิดขึ้น และร่วมรับประโยชน์ที่ได้จากกิจกรรม ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ สมใจ วินิจกุล และ นิตยา สุขชัยสงค์ (2556)

ที่ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลการใช้โปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่า หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการจัดการความเครียดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และมีพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

3) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว มีอิทธิพลทางตรงทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3๑2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมนั้น เป็นเรื่องของ การเกื้อกูลซึ่งกันและกัน เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เป็นผู้ให้การสนับสนุนและผู้รับการสนับสนุน การรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของบุคคลนั้น จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ในเชิงบวก (Jacobson, 1986) คนทั่วไปต้องพึ่งพาอาศัยกันและกัน เพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ต้องการ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งที่คนทั่วไปปรารถนา ทั้งการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร (Scaefar, Coyne, & Lazarus, 1981; Brandt, & Weinert, 1981) กรณีของพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3๑2ส. ก็เช่นเดียวกัน สมาชิกในครอบครัวให้ความห่วงใย รับฟังความรู้สึก เข้าใจ และคอยเป็นกำลังใจ ในการร่วมกระทำพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3๑2ส. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยบุคคลรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัว ได้ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ให้ข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3๑2ส. และการสนับสนุนด้านทรัพยากรต่างๆ โดยบุคคลรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัว

ได้ให้การสนับสนุนอุปกรณ์ สิ่งของ สนับสนุนด้านการเงิน และเสียสละเวลา ในการกระทำที่สนับสนุนให้บุคคล ได้ปฏิบัติหรือกระทำพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส. ได้แก่ การบริโภคอาหาร การจัดการด้านอารมณ์ การออกกำลังกาย และการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จากบุคคลรอบข้างนั้น จึงเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ อริยา ช่างทอง (2550) ได้ทำการศึกษา ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ จากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย จำนวน 132 เรื่อง ที่ศึกษาระหว่างปี พ.ศ.2536-2548 ด้วยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณตามวิธีของ Glass โดยจำแนกกลุ่มปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มปัจจัยภายใน และกลุ่มปัจจัยภายนอก ซึ่งในกลุ่มปัจจัยภายนอกตัวบุคคลนั้นพบว่า ตัวแปร การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าด้านอื่นๆ และสอดคล้องกับการวิจัยของ นิพิฐพนธ์ แสงดวง (2562) ที่พบว่าการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เป็นตัวแปรสำคัญตัวหนึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามหลัก 3อ2ส. และการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพตนเอง มีอิทธิพลทางตรงทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยดังกล่าว สอดคล้องกับแนวคิดของแบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพ ที่กล่าวถึงการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามหลัก 3อ2ส. และ

การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพตนเอง ว่าการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ที่จะได้รับ และอุปสรรคที่เกิดจากการแสดงพฤติกรรมทั้งหมดจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (สุรีย์ กาญจนวงศ์, 2555) และสอดคล้องกับการวิจัยของ ภาสิณี เข้มทอง (2546) การวิจัยของ พรทิพย์ หนูพระอินทร์ และคณะ (2556) การวิจัยของ ปณมาพร พันธุ์อุบล (2553) และการวิจัยของ นิพิฐพนธ์ แสงดวง (2562) ที่พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง และการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพตนเอง ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อค้นพบจากการวิจัยดังกล่าวข้างต้นนั้น ทำให้ทราบถึงปัจจัยทางจิตและสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นหากต้องการให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส. (อาหาร อารมณ์ การออกกำลังกาย และการลด ละ เลิก บุหรี่ สุรา) ที่เหมาะสมและดีขึ้น จึงควรเสริมสร้างหรือกระตุ้นให้เกิดเจตคติที่ดีต่อการปฏิบัติตามหลัก 3อ2ส. เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้ เข้าใจ รู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเอง และรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามหลัก 3อ2ส. รวมทั้งจัดกระบวนการกระตุ้นให้ประชาชนให้เข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสุขภาพมากขึ้น ซึ่งการเสริมสร้างหรือกระตุ้นให้ประชาชนมีสภาวะดังกล่าวจะช่วยส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส. เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

#### ข้อเสนอแนะ

1. ข้อค้นพบจากการวิจัยแสดงให้เห็นถึงระดับของการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส. ทั้งในภาพรวมและรายประเด็นข้อคำถาม อันจะนำไปสู่กระบวนการ

เสริมสร้างพัฒนา ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และตรงประเด็น รวมทั้ง ทราบถึงรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส. ส่งผลให้เห็นถึงกระบวนการดำเนินงานเสริมสร้างพัฒนาตามตัวแปรหรือปัจจัยสาเหตุให้เกิดขึ้นกับประชาชน เพื่อให้เขาเหล่านั้นได้เข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสุขภาพ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

2. พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส. เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่มุ่งเน้นในเรื่องการเลือกรับประทานอาหาร การจัดการการด้านอารมณ์ การออกกำลังกาย รวมถึงการลด ละ เลิก บุหรี่และสุรา หากประชาชนสามารถปฏิบัติตัวได้ตามหลัก 3อ2ส. มากเท่าไร จะทำให้สามารถช่วยป้องกันตนเองจากโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ได้มากยิ่งขึ้นเท่านั้น ซึ่งข้อค้นพบดังกล่าวเป็นสารสนเทศที่สำคัญ ที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกระดับสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานเพื่อกระตุ้น พัฒนา เสริมสร้าง ให้ประชาชนในพื้นที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม รวมทั้งเป็นสารสนเทศเพื่อนำไปวางแผนดำเนินการพัฒนาในระยะยาวได้ต่อไป

3. ในการวิจัยครั้งต่อไปควรพิจารณา นำตัวแปรสาเหตุอื่นๆ เช่น ตัวแปรสาเหตุจากทฤษฎีต้นไม้อัจฉริยะ ตัวแปรจากทฤษฎีการกระทำตามแผน ตัวแปรจากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตัวแปรตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เป็นต้น เข้ามาอธิบายร่วม ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงตัวแปรสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างรอบด้าน อันนำไปสู่การพัฒนาเสริมสร้างให้เกิดคุณลักษณะตามตัวแปรสาเหตุนั้นๆ ในตัวบุคคลได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

- กนกพร วิสุทธิกุล. (2540). พฤติกรรมสุขภาพที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นตอนปลาย ในกรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล].
- กระทรวงสาธารณสุข. (2556, 15 กันยายน). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยชุมชน. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริหารสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. <http://www.hed.go.th>.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2558) แนวทางการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในตำบลจัดการสุขภาพ. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- เกษแก้ว เสียงเพราะ. (2561). สุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิตติมาศ หอมเทศ. (2555). พฤติกรรมสุขภาพ. [พิมพ์ครั้งที่ 4]. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- นพพร ไหวธีระกุล. (2560). วิทยาการระบาดเชิงสังคม ใน เอกสารการสอนชุดวิชาวิทยาการระบาดประยุกต์กับการพัฒนาสุขภาพและสิ่งแวดล้อม. หน่วยที่ 10 หน้า 1-68. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ.
- นิพัทธ์พงษ์ แสงด้วง. (2562). ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส. ของประชาชนจังหวัดแพร่.



- วารสารการส่งเสริมสุขภาพอนามัย  
สิ่งแวดล้อมล้านนา. 9(1), 14-24.
- เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ดติง, อุไรวรรณ คิ่งสุขเกษม,  
บุปผา ศิริรัมย์, ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา,  
กาญจนา ตั้งชลทิพย์, ศิริพร ชัมภลิจิต,  
มานพ คณะโต และจิรกิต บุญชัยวัฒนา.  
(2542). พฤติกรรมสุขภาพ : ปัญหา  
ตัวกำหนด และทิศทาง. สถาบันวิจัย  
ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปถมพร พันธุ์อุบล. (2553). การศึกษาความสัมพันธ์  
ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และ  
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการ  
ตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี.  
[วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต,  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ].
- พรทิพย์ หนูพระอินทร์, ชญานิศ ลือวานิช; และ  
ประพรศรี นรินทร์รักษ์. (2556). การรับรู้  
สุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองของ  
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับ  
บริการ ณ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต.  
วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏ  
ภูเก็ต, 9(1), 63-87.
- ภาสินี เข้มทอง. (2546) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ  
ตนเองของประชาชนวัยทำงานในจังหวัด  
นครนายก. [วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร  
มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยรามคำแหง].
- สมใจ วินิจกุล และ นิตยา สุขชัยสงค์. (2556)  
ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมกระบวนการ  
มีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริม  
สุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค  
เรื้อรัง. วารสารเกื้อการุณย์, 20(2), 84-99.
- สุรีย์ กาญจนวงศ์. (2556) จิตวิทยาสุขภาพ. (พิมพ์  
ครั้งที่ 3). โรงพิมพ์มูลนิธิมหามกุฏ  
ราชวิทยาลัย.
- องค์การอนามัยโลก. (2561). รายงานการปฏิบัติ  
ภารกิจของ คณะทำงานร่วมระหว่าง  
หน่วยงานสหประชาชาติว่าด้วยเรื่องการ  
ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ณ  
ประเทศไทย. องค์การอนามัยโลก.
- อริยา ช่างทอง. (2550). ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับ  
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยวิธีการ  
วิเคราะห์ห่อภิมาณ. [วิทยานิพนธ์  
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัย  
ศรีนครินทรวิโรฒ].
- Bandura, A. (1986). *Social Foundation of thought  
and action. A Social Cognitive Theory.*  
Prentice-Hall.
- Best, J. (1981) *Research in Education* (4th ed).  
Prentice-Hall International.
- Brandt, R. A. & Weinert, C. (1981). The RPO-A  
Social Support Measure. *Nursing  
Research, 30*(5), 277-280.
- Hair, Jr. Joseph F., William C. Black., Barry J.  
Babin., & Rolph E. Anderson. (2010)  
*Multivariate data analysis: A global  
perspectives.* Upper Saddle River.
- Jacobson, D.E. (1986). Types and Timing of  
Social Support. *Journal Health  
Social Behavior, 27*(63), 250-264.
- Kline, R. B. (2005) *Principles and Practices of  
Structural Equation Modeling* (2th  
ed). Guilford Press.
- Schaefer, C.; Coyne, J.; & Lazarus, R. (1981).  
The Health Related Functions of



Social Support. *Journal of Behavior  
Medicine*, 4(1), 381-406.

# Development of nursing practice guidelines for patients with sepsis at emergency department Sungmen Hospital, Phrae Province<sup>1</sup>

Sureerat Sukantamala<sup>2</sup>

Received: 15 October 2021

Accepted: 6 December 2021

## Abstract

This study aimed to develop a nursing practice guideline and the result of the development of nurse practice guidelines for patients with sepsis at emergency department of Sungmen Hospital. Applying the Iowa Model conceptual framework for nursing development. The sample consisted of 1) 12 registered nurses in the emergency department. 2) 30 patients with sepsis after using nursing practice guidelines based on the MEWS, who have new diagnosed by a doctor with sepsis and receive treatment at the emergency department. The research instruments consisted of nursing practice guidelines based on the MEWS for patients with sepsis and the nurse's satisfaction questionnaires. Contents validity of nursing practice guidelines had been approved by 3 experts and the Index of Item-Objective Congruence were 0.60–1.00 as well as the Cornbrach's alpha coefficient were 0.95. The data were using description statistics including frequency, percentage and standard deviation analysed.

The results of this study indicated that 1) There are nursing practice guidelines for for patients with sepsis at emergency departments of Sungmen Hospital. 2) All 12 participated nurses agreed that it was plausible to implement these CNPGs. Most nurses satisfied at highest level (66.67%). 3) Patient outcomes after applying the guideline had not mortality rate among patients with sepsis in Sungmen hospital.

**Keywords:** Nursing practice guideline, Sepsis, Modified Early Warning Scores

---

<sup>1</sup> Original Article

<sup>2</sup> Nurse, Professional Level at Sungmen Hospital, Phrae Province, E-mail: tell\_2508@hotmail.com

# การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่<sup>1</sup>

สุรีย์รัตน์ สุคันธมาลา<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสูงเม่น ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม-31 ธันวาคม 2563 โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของ Iowa Model เป็นแนวทางในการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 12 คน 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสูงเม่น จำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 2) แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาล ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบบันทึกสัญญาณเตือนโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์อยู่ระหว่าง 0.60-1.00 และทดสอบความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่น 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา 1) ได้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสูงเม่น 2) ผลลัพธ์ด้านพยาบาลพบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 12 คน มีความพึงพอใจในภาพรวมต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในระดับมาก ร้อยละ 66.67 3) ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย หลังจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้ไม่พบการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลสูงเม่น

**คำสำคัญ:** แนวปฏิบัติการพยาบาล ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แบบบันทึกสัญญาณเตือน

<sup>1</sup> บทความวิชาการ

<sup>2</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่, อีเมล: tell\_2508@hotmail.com

## บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของหลายประเทศทั่วโลก ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีจำนวนมากกว่า 1 ล้านคนในแต่ละปี และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาประมาณ 20.30 พันล้านเหรียญสหรัฐ หรือคิดเป็นร้อยละ 5.20 ของค่าใช้จ่ายทั้งโรงพยาบาล ไม่เพียงแต่การมีค่ารักษาที่สูงเท่านั้น ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดยังมีอัตราตายสูงด้วย (Hospital Engagement Network HEN, 2016) รวมทั้งในประเทศไทยซึ่งพบอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประมาณ 75 –150 คน ต่อ 100,000 ประชากร หรือมากกว่า 5,000 – 10,000 คนต่อปี และมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 62.00–73.90 (กนก พิพัฒน์เวช, 2551) ในปี 2560 – 2562 มีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในประเทศไทย ร้อยละ 34.81, 34.97 และ 32.82 เขตบริการสุขภาพที่ 1 ร้อยละ 21.96, 21.37 และ 21.44 และจังหวัดแพร่ ร้อยละ 42.45, 39.58 และ 38.43 ตามลำดับ (งานพัฒนาสารสนเทศ เขตบริการสุขภาพที่ 1, 2563)

สัญญาณเตือนของผู้ป่วยเป็นอาการ/อาการแสดงหนึ่งที่พยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลจะต้องให้ความสำคัญ ในการประเมิน เฝ้าระวังหรือติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากสัญญาณเตือนเป็นการบอกให้ทราบล่วงหน้าก่อนที่ผู้ป่วยมีอาการ/อาการแสดงที่รุนแรงกว่าที่เป็นอยู่ สัญญาณเตือนมีส่วนช่วยทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตเพิ่มขึ้น มีผู้ให้ความหมายของสัญญาณเตือนหรืออาการเตือนไว้ดังนี้ ทริฟงศ์อนุสรณ์สุวรรณ (2555) ได้ให้ความหมายของสัญญาณเตือนหรืออาการเตือน หมายถึง

อาการ/ อาการแสดงของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ที่จำเป็นต้องรายงานแพทย์ เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนและเหมาะสม เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2555) ได้ให้ความหมายของสัญญาณเตือน หมายถึงอาการนำก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต อยู่ในขั้นตอนของการเฝ้าระวังและการรับรู้อาการที่เป็นอันตราย บราวน์ (Brown, 2010) ได้ให้ความหมายของสัญญาณเตือน หมายถึงอาการเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ประกอบด้วยความดันเลือด อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ระดับความรู้สึกตัว ค่าออกซิเจนในเลือดดำส่วนปลาย ปริมาณปัสสาวะ และการรับรู้ต่อความเจ็บปวด

แบบบันทึกสัญญาณเตือน เป็นแบบฟอร์มที่ใช้ในการประเมินความผิดปกติจากอาการ/อาการแสดงของผู้ป่วย เพื่อใช้ในการเตือนหรือบอกให้รู้ถึงความเสี่ยงต่อเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ช่วยในการตัดสินใจ ในการจัดกิจกรรมให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนและเหมาะสมมีดังนี้ ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการให้คะแนน อาการเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต เรียกว่า Modified Early Warning Score (MEWS) ซึ่งในแบบบันทึกสัญญาณเตือนประกอบด้วย ความดันเลือด อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ อุณหภูมิร่างกาย และระดับความรู้สึกตัว โดยที่คะแนนตั้งแต่ 5 ขึ้นไป มีความเสี่ยงในการเสียชีวิตสูง (Subbe, Kuger, and Gemel, 2001 อ้างถึงใน เพ็ญจันทร์ แสนประสาน , 2555) ในประเทศอังกฤษสถานบริการสุขภาพ (Leeds Teaching Hospitals Trust: LHT) นำ Modified Early Warning Score มาปรับใช้โดยในแบบบันทึกสัญญาณเตือนได้เพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือด ปริมาณปัสสาวะ และคะแนนของความเจ็บปวด แต่ตัดอุณหภูมิร่างกายออก (Brown, 2010)



หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสูงเม่น มีผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในปีงบประมาณ 2560 จำนวน 138 ราย เสียชีวิต 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.17 ปีงบประมาณ 2561 จำนวน 173 ราย เสียชีวิต 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.94 และปีงบประมาณ 2562 จำนวน 129 ราย เสียชีวิต 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.65 (งานเวชสถิติโรงพยาบาลสูงเม่น, 2563) และมีผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่รับการรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและส่งเข้าไปนอนที่ตึกผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2560 จำนวน 78 ราย ได้รับการส่งรักษาต่อโรงพยาบาลแพร่ภายใน 2 ชั่วโมง จำนวน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.59 ปีงบประมาณ 2561 จำนวน 85 ราย ได้รับการส่งรักษาต่อโรงพยาบาลแพร่ภายใน 2 ชั่วโมง จำนวน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.00 และปีงบประมาณ 2562 จำนวน 68 ราย ได้รับการส่งรักษาต่อโรงพยาบาลแพร่ภายใน 2 ชั่วโมง จำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.29 (ข้อมูลเวชระเบียนงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน, 2563) ซึ่งหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินได้มีการนำแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมาใช้แต่เนื้อหาส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่การวินิจฉัยที่รวดเร็ว และให้การรักษาที่เหมาะสมซึ่งเป็นบทบาทของแพทย์ ยังขาดในส่วนซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล การเฝ้าระวังอาการและอาการแสดง และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะ ได้แก่ แนวทางในการประเมินการสังเกต การเฝ้าระวัง และการบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย รวมทั้งแนวทางในการตัดสินใจให้การปฏิบัติการพยาบาลหรือจัดกิจกรรมต่ออาการและอาการแสดงของผู้ป่วยทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการแสดงเพื่อให้การ

ช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนและเหมาะสม ซึ่งแบบแผนในการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในปัจจุบันยังขาดความชัดเจน ไม่มีความเหมาะสม และไม่แสดงให้เห็นถึงความเร่งด่วนของกิจกรรมที่พยาบาลต้องให้การดูแลและถูกกำหนดให้ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงแล้ว นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลมีการปฏิบัติการพยาบาลที่หลากหลายซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย

ผู้วิจัยในฐานะเป็นหัวหน้างานหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสูงเม่น จึงต้องการพัฒนาและศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแสเลือด โดยการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงผลสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพของระบบการบริการพยาบาลผู้ติดเชื้อในกระแสเลือด ที่ได้นำแบบบันทึกสัญญาณเตือนมาใช้ เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนที่พัฒนาขึ้น

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสูงเม่น
2. เพื่อศึกษาถึงผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมาใช้
3. เพื่อประเมินความเห็นของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมาใช้

### วิธีดำเนินการวิจัย

ดำเนินการวิจัยแนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยประยุกต์ใช้กระบวนการใช้ผลการวิจัย (research utilization) ของ Iowa Model (Titler, et al., 2001) ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม-31 ธันวาคม 2563 โดยมีรายละเอียดขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดแนวปฏิบัติการพยาบาล

- 1) ประชุมทีมซึ่งประกอบด้วย แพทย์พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทีมได้ลงความเห็นร่วมกันโดยพิจารณาจากประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติที่มีความหลากหลาย (high variation) มีจำนวนมาก (high volume) มีความเสี่ยงสูง (high risk) และผลลัพธ์ที่เกิดอันตรายสูงต่อผู้ป่วย นำมากำหนดเป็นหัวข้อในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Clinical Practice Guideline: CPG for sepsis)

2) สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ งานวิจัยและการศึกษาจากระบบฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ (โดยใช้ฐานข้อมูล TDC) Internet web site เช่น [www.google.com](http://www.google.com), สืบค้นจากวารสารและเอกสารทางการแพทย์และการพยาบาลทั้งภาษาไทยและภาษาต่างประเทศ

3) วิเคราะห์งานวิจัย นำงานวิจัยและเอกสารวิชาการ มาศึกษา วิเคราะห์อย่างละเอียดตามหลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัยและความเป็นไปได้ในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานและของโรงพยาบาล

4) สังเคราะห์แนวปฏิบัติการพยาบาลจากผลการวิเคราะห์งานวิจัยและแนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่า ในการเฝ้าระวังอาการเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือน

5) การทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่แรกรับจนสิ้นสุดเมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

6) ปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เหมาะสมกับการนำไปปฏิบัติจริงในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสูงเม่น

ขั้นตอนที่ 2 การนำแนวทางไปใช้จริงในคลินิก

- 1) ประชุมให้ความรู้ และทำความเข้าใจกับพยาบาลวิชาชีพทุกคน ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน รวมทั้งการสอบถามในประเด็นที่สงสัยหรือไม่แน่ใจในแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิด

ความเข้าใจที่ตรงกันโดยกำหนดระยะเวลาในการ  
ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นเวลา 3 เดือน

2) ผู้วิจัยเป็นที่เลี้ยงในการให้คำแนะนำและ  
การนิเทศการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทุกวัน  
หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือเมื่อผู้ปฏิบัติ  
พบข้อสงสัย

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลลัพท์ของการ  
ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

ประเมินผลลัพท์ของการใช้แนวปฏิบัติการ  
พยาบาลโดยแบ่งผลลัพท์ออกเป็น 2 ด้าน ดังนี้

1) ด้านกระบวนการของแนวปฏิบัติการ  
พยาบาล ได้แก่ ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ  
ต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล

2) ด้านผลลัพท์ที่เกิดกับผู้ป่วย ได้แก่  
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการ  
เสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

## ประชากร

ประชากรในการศึกษาคั้งนี้ประกอบด้วย  
2 กลุ่มคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์  
ว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษา  
ที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสูงเม่น  
และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหน่วยงาน  
อุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสูงเม่น

## กลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive  
Sampling) โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานหน่วยงาน  
อุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสูงเม่น จำนวน 12 คน  
โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1) ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน  
ที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินไม่น้อยกว่า 1 ปี

2) ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้แบบ  
บันทึกสัญญาณเตือนอย่างน้อย 1 ครั้ง

3) มีความยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

2. ผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยแรกรับจาก  
แพทย์ว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ที่เข้ารับ  
การรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาล  
สูงเม่น ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึงวันที่  
31 ธันวาคม 2563 จำนวน 30 คน โดยมีเกณฑ์  
ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) มีอายุตั้งแต่ 14 ปี ขึ้นไป

2) ได้รับการวินิจฉัยแรกรับจากแพทย์  
ว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยไม่มี  
ภาวะแทรกซ้อนอื่น

## เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่  
แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาล  
ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลหน่วยงาน  
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ  
อายุ เพศ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน  
ที่ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับ  
การใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่มีภาวะ  
ติดเชื้อในกระแสเลือด

เครื่องมือในการดำเนินการศึกษา ได้แก่  
แบบบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อ  
ในกระแสเลือด ประกอบด้วย

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ  
อายุ การวินิจฉัยแรกรับ การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย  
วันที่รับการรักษา วันที่จำหน่าย และสาเหตุ  
ที่จำหน่าย

2) แบบบันทึกสัญญาณเตือน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความคิดเห็นของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ

3. วิเคราะห์การใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ

### ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ในการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยจากอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน (n = 12)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	1	8.33
หญิง	11	91.67
2. อายุ (ปี)		
21-30 ปี	2	16.67
31-40 ปี	2	16.67
41-50 ปี	6	50.00
51-60 ปี	2	16.67
Minimum 28 ปี Maximum 56 ปี ( $\bar{x}$ = 43.25, SD = 8.71)		
3. วุฒิการศึกษา		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	12	100.00
ปริญญาโท		
4. ประสบการณ์ทำงานที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ปี)		
1-10 ปี	7	58.33
11-20 ปี	3	25.00
21 ปีขึ้นไป	2	16.67
Minimum 1 ปี Maximum 22 ปี ( $\bar{x}$ = 10.83, SD = 8.56)		



ผลการศึกษา พบว่า พยาบาลผู้ปฏิบัติงาน  
ที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินในส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง  
ร้อยละ 91.67 มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปีมากที่สุด  
ร้อยละ 55.00 อายุเฉลี่ย 43.25 ปี (SD = 8.71)  
อายุน้อยที่สุด 23 ปี และอายุสูงสุด 56 ปี จบการศึกษา

ระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 100.00  
ประสบการณ์ทำงานที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน  
ในอยู่ในช่วง 1-10 ปีมากที่สุด ร้อยละ 58.33  
เฉลี่ย 10.83 ปี (SD = 8.56) ประสบการณ์น้อยสุด  
1 ปี และสูงสุด 22 ปี

**ตารางที่ 2** ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแรกรับจากแพทย์ว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (n = 30 ราย)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	15	50.00
หญิง	15	50.00
2. อายุ		
0-60	11	36.67
61 ปีขึ้นไป	19	63.33
Minimum 49 ปี Maximum 86 ปี ( $\bar{x}$ = 65.97, SD = 9.74)		
3. การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด		
การวินิจฉัยหลัก	25	83.33
การวินิจฉัยร่วม	5	16.67
4. ระบบที่มีการติดเชื้อ		
ทางเดินหายใจ	24	80.00
ทางเดินอาหาร	1	3.33
ทางเดินปัสสาวะ	5	16.67
5. จำนวนโรคประจำตัว		
1 โรค	12	40.00
มากกว่า 1 โรค	15	50.00
ปฏิเสธโรคประจำตัว	3	10.00
6. ผลการรักษา		
นอนโรงพยาบาลสูงเม่น	12	40.00
ส่งต่อโรงพยาบาลแพร่	18	60.00
7. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน		
ไม่พบ	30	100.00
พบ	0	0.00

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
8. อัตราการเสียชีวิต		
ไม่เสียชีวิต	30	100.00
เสียชีวิต	0	0.00

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.00 และเป็นเพศหญิง ร้อยละ 50 มีอายุ 61 ปีขึ้นไป มากสุด ร้อยละ 63.33 อายุเฉลี่ย 65.97 ปี (SD = 9.74) อายุต่ำสุด 49 ปี และอายุสูงสุด 86 ปี ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยหลักว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 83.33 ระบบที่พบว่ามีภาวะติดเชื้อจำนวนมากที่สุด คือ ระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 80.00

ส่วนใหญ่มักมีประวัติโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่ส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลแพร่ ร้อยละ 60.00 ไม่พบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหลังใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

**ตารางที่ 3** แสดงความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

หัวข้อประเมิน	ความคิดเห็นจำนวน (ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. แบบบันทึกสั้นกระชับและครอบคลุมกับการปฏิบัติจริง	10 (83.33)	2 (16.67)	0	0	0
2. มีความเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาล	10 (83.33)	2 (16.67)	0	0	0
3. มีความสะดวกในการใช้งาน	4 (33.33)	8 (66.67)	0	0	0
4. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ	4 (33.33)	8 (66.67)	0	0	0
5. ความพึงพอใจในภาพรวมในการใช้แบบบันทึก	4 (33.33)	8 (66.67)	0	0	0

ผลการศึกษา พบว่า ผลความคิดเห็นของพยาบาลที่มีต่อการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือน

ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดส่วนใหญ่มักมีความคิดเห็นในระดับมาก ร้อยละ 66.67

มีความสะดวกในการใช้งานมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติมีความพึงพอใจในภาพรวมในการใช้แบบบันทึก และมีความเห็นในระดับมากที่สุด ร้อยละ 83.33 แบบบันทึกสั้นกระชับและครอบคลุมกับการปฏิบัติจริงมีความเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาล

### สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา 30 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.00 และเป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.00 อายุเฉลี่ย 65.97 ปี (SD = 9.74) มีอายุ 61 ปีขึ้นไป มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 63.33 อายุเฉลี่ย 65.97 ปี (SD = 9.74) ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยหลักว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 83.33 ระบบที่พบว่ามีการติดเชื้อมากที่สุด คือ ระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 80.00 ส่วนใหญ่มีประวัติโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่ส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลแพร่ ร้อยละ 60.00 ไม่พบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหลังใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือน มีความสะดวกในการใช้งานมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ และมีความพึงพอใจในภาพรวมในการใช้แบบบันทึก อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 66.67 แบบบันทึกสั้นกระชับและครอบคลุมกับการปฏิบัติจริง มีความเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาล อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 83.33

### การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาผลการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หน่วยงานหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. จากการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วย ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดทุกราย ไม่พบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน (ภาวะช็อกเนื่องจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะอวัยวะล้มเหลว) และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด อธิบายได้ว่า การไม่พบอัตราการเสียชีวิตนั้นเป็นผลมาจากการใช้บันทึกสัญญาณเตือนเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อทุกรายที่รับใหม่ได้รับการประเมินแรกรับและได้รับการเฝ้าระวังตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่กำหนด โดยการใช้ระดับคะแนนที่แสดงถึงความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยเป็นเกณฑ์ในการเฝ้าระวังและติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งระดับคะแนนที่ประเมินได้จะช่วยทำให้พยาบาลสามารถตัดสินใจในการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมกับความรุนแรงของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองจากทีมผู้ให้การดูแลที่รวดเร็ว ผลคือจำนวนผู้ป่วยที่มีการเกิดภาวะช็อกเนื่องจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และอวัยวะล้มเหลวลดลง และมีอัตราการเสียชีวิตลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัยชนะ จันทาคิต (2556) ศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง และชนิดมีภาวะช็อก ระหว่างกลุ่ม

ที่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตามแนวทางปฏิบัติกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่า อัตราการเสียชีวิตในภาพรวมและอัตราการเสียชีวิตของกลุ่มที่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตามแนวทางปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.00$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาของ พรพิศ ตรีบุษชาติสกุล (2550) ศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหลังใช้แนวทางเวชปฏิบัติ พบว่าหลังใช้แนวทางเวชปฏิบัติ อัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.00$ ) นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยที่สนับสนุนว่า ยังมีปัจจัยอื่นที่จะช่วยลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยคือการวินิจฉัยตั้งแต่ระยะเริ่มต้นการให้การรักษาทางยาจากการศึกษาของ จินตนา ลิ้มศิริชัยกุล (2553) พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อกลุ่มที่ได้รับการยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย มีอัตราการรอดชีวิตมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านการได้รับสารน้ำที่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชูหงส์ มหรรทัตคนพงศ์ (2552) ที่ศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการดูแลรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลสุรินทร์ พบว่าการให้สารน้ำอย่างเพียงพอเพื่อแก้ปัญหาคความดันเลือดต่ำจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

การศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ การพยาบาลโดยใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนตั้งแต่การวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากแพทย์ผู้ให้การรักษามีการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ตลอดจนการดูแลตามมาตรฐานของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีการวางแผนการพยาบาล

อย่างเป็นระบบ ดังนั้นจึงทำให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดีทำให้ไม่เกิดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาล แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้สามารถนำมาใช้ในการประเมินระดับความรุนแรงและใช้เป็นตัวพยากรณ์อาการของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ คะแนนความรุนแรงของผู้ป่วยสามารถใช้ในการเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยได้อย่างดีเยี่ยมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอวัยวะล้มเหลว ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ เฟอไรรา และคณะ (Ferreira, et al., 2001 อ้างถึงใน เพ็ญศรี อุณสวัสดิพงษ์, 2554) ที่ศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดที่รักษาในโรงพยาบาลในระยะ 48 ชั่วโมงแรก พบว่ารายที่มีอวัยวะล้มเหลว คะแนนเฉลี่ยความรุนแรง (SOFA score) ที่สูงสัมพันธ์กับอัตราการตายสูง และผู้ป่วยที่มีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงมากมีโอกาสเสียชีวิตถึง ร้อยละ 95.00 และมีการศึกษาของ เพ็ญศรี อุณสวัสดิพงษ์ (2554) ที่ศึกษาเรื่องผลของกิจกรรมพยาบาลมุ่งเป้าในระยะ 6 ชั่วโมงแรก ต่อความรุนแรงของอวัยวะล้มเหลวในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการ sepsis พบว่า กิจกรรมพยาบาลมุ่งเป้าในระยะ 6 ชั่วโมงแรก สามารถติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิด โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย SOFA score น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) และจากการศึกษาของ ซาวัตติ และคณะ (Zavatti, et al., 2010) ศึกษาเรื่องคะแนนเตือนในการระบุความรุนแรงของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีคะแนน MEWS มากกว่า 4 ได้รับการรักษาตัวใน ICU มากกว่าผู้ป่วยที่มีคะแนน MEWS น้อยกว่า 4 อย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) แสดงให้เห็นว่าในผู้ป่วยที่มีคะแนน MEWS มากกว่า 4



คะแนน สมควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งจะทำให้มีโอกาสในการรอดชีวิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ สับบี และคณะ (Subbe, et al., 2003) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ผลการใช้คะแนนเตือนในการระบุความเสี่ยงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตผลของการศึกษาพบว่า MEWS สามารถนำมาใช้เป็นตัวระบุความเสี่ยงของผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยที่มีคะแนน MEWS 3 - 4 มีโอกาสที่จะเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นได้ ส่วนคะแนนมากกว่า 4 มีโอกาสที่จะเสียชีวิตและได้รับการรักษาตัวใน ICU ที่สูง ทั้งในกลุ่มที่ศึกษาและกลุ่มที่ควบคุม

ดังนั้นในการศึกษาผลการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลสามารถช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยผู้ป่วยทุกรายได้รับการเฝ้าระวังและได้รับการปฏิบัติตามแนวทางทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและจัดกิจกรรมได้อย่างเหมาะสมกับความรุนแรงที่พบทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉวีวรรณ ชงชัย (2548) ที่กล่าวถึงการนำแนวปฏิบัติมาใช้ในคลินิกให้มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีแนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงาน ซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาลมีความสำคัญต่อการควบคุมคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้พยาบาลมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนที่พยาบาลสามารถนำมาใช้ปฏิบัติงานให้เป็นแนวทางเดียวกัน และมีการประเมินผลงานที่แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ของผลลัพธ์การดูแลที่ดีของพยาบาลหรือเชื่อมโยงการวิจัยกับการปฏิบัติ

2. ความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีความคิดเห็นว่าเป็นแบบบันทึกสั้นกระชับและครอบคลุมกับการปฏิบัติจริงในระดับมากที่สุด ร้อยละ 83.33 อภิปรายได้ว่า แบบบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีการกำหนดกิจกรรมชัดเจนตามกรอบระยะเวลา มีความเข้าใจง่าย มีการตัดกิจกรรมที่ไม่จำเป็นออกทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติมีความคิดเห็นว่าเป็นแบบบันทึกสั้นกระชับและครอบคลุมกับการปฏิบัติจริงมีความเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาล ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 83.33 อภิปรายได้ว่าแบบบันทึกมีความเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาล มีการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมกับศักยภาพของบุคลากร เครื่องมือและอุปกรณ์ของโรงพยาบาล ดังนั้นพยาบาลผู้ปฏิบัติจึงมีความคิดเห็นว่าเป็นแบบบันทึกมีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลสูงเม่น มีความสะดวกในการใช้งานในระดับมาก ร้อยละ 66.67 อภิปรายได้ว่า แบบบันทึกทำเป็นตาราง มีรายละเอียดคะแนน MEWS ที่ระบุความรุนแรงของผู้ป่วยสะดวกในการใช้งาน และสามารถนำมาใช้เป็นตัวระบุความเสี่ยงของผู้ป่วยได้รวดเร็วมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ ในระดับมาก ร้อยละ 67.67 อภิปรายได้ว่า ในการพัฒนาระบบการพยาบาลได้รับความร่วมมือและให้ความสำคัญจากทีมพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และสอดคล้องกับการพัฒนาคุณภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจึงทำให้แบบบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดสามารถนำไปใช้ได้จริง

ด้านความพึงพอใจในภาพรวมในการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีความพึงพอใจในภาพรวมต่อแบบบันทึกในระดับมาก ร้อยละ 67.67 อภิปรายได้ว่า เนื่องจากแบบบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นเครื่องมือช่วยให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ ทำให้การปฏิบัติงานมีความง่ายสะดวก เกิดความมั่นใจในการทำงาน จึงทำให้เกิดความพึงพอใจในการนำมาใช้ในการปฏิบัติงาน

การศึกษาผลการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่ ครั้งนี้จะเห็นได้ว่ามีประโยชน์อย่างยิ่งต่อการลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และสร้างความพึงพอใจให้แก่พยาบาลวิชาชีพที่ใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสูงเม่น จะเห็นได้จากผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและพยาบาลวิชาชีพที่ใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล มีความพึงพอใจต่อการใช้แบบบันทึกอยู่ในระดับมาก สิ่งเหล่านี้จะเป็นข้อบ่งชี้ที่สำคัญในการประกันคุณภาพการบริการที่มีมาตรฐาน

#### ข้อเสนอแนะ

##### ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำไปใช้ในหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยในที่ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะ

ติดเชื้อหรือเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงและความต่อเนื่องในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

2. นำผลการศึกษานี้ไปพัฒนาเป็นมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อให้เกิดความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้

3. ควรพัฒนาความรู้ สมรรถนะของพยาบาลในการดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลรักษาพยาบาลมีคุณภาพตามมาตรฐาน และเพื่อให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

4. ควรติดตามการรักษาก่อนผู้ป่วยที่ส่งต่อไปรับการรักษาโรงพยาบาลแพร่ เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยต่อไป

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การพัฒนาแบบบันทึกสัญญาณเตือน โดยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์เข้ามาช่วยในการคำนวณค่าความรุนแรงของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและให้การช่วยเหลือที่รวดเร็วขึ้น

2. ควรมีการพัฒนาแบบบันทึกสัญญาณเตือน ให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นเพื่อให้มีความเหมาะสมในการจำแนกประเภทผู้ป่วยหรือระดับความรุนแรงของผู้ป่วยต่อไป

#### เอกสารอ้างอิง

กนก พิพัฒน์เวช. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis ในโรงพยาบาลอุตรดิตถ์. *วารสารวัฒนธรรม วิชาสาธารณสุขศาสตร์และเวชบำบัดวิกฤต*. 29(3), 241-251.

- จินตนา ลิ้มศิริชัยกุล. (2553). ประสิทธิภาพของ  
การใช้ยาต้านแบคทีเรียในผู้ป่วยติดเชื้อ  
ในกระแสเลือดที่ส่งมารักษาต่อเนื่องที่  
โรงพยาบาลสวรรคร์ประชารักษ์. *สวรรคร์  
ประชารักษ์เวชสาร*. 7(2), 151-163.
- ฉวีวรรณ ธงชัย. (2548). การพัฒนาแนวปฏิบัติ  
ทางคลินิก: Clinical Practice  
Guidelines Development. *วารสาร  
การพยาบาล*. 20(2), 63-76.
- ชัยชนะ จันทาคิต. (2556). ผลลัพธ์ของการดูแล  
รักษาผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด  
ชนิดรุนแรงและชนิดมีภาวะช็อก ใน  
โรงพยาบาลเพชรบูรณ์. *วารสารวิชาการ  
สาธารณสุข*. 22(5), 842-848.
- ชูหงส์ มหรรทัตคณพงศ์. (2555). ผลลัพธ์ของ Surin  
sepsis treatment protocol ในการ  
จัดการดูแลรักษาภาวะติดเชื้อในกระแส  
เลือด. *ศรีนครินทร์เวชสาร*. 27(4) 332-  
339.
- ทวีพงศ์ อนุสรณ์สุวรรณ. (2555, 15 ตุลาคม).  
*Early Warning Sign และการรายงาน  
แพทย์แบบ SBAR*.  
[http://www.gotoknow.org/posts/5  
02365](http://www.gotoknow.org/posts/502365).
- นัตยา คำสว่าง ปัญญา เกื้อนดวง และพรพิศ ตรี  
บุพชาติสกุล. (2552). ผลการรักษา  
ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดตามแนว  
เวชปฏิบัติหลังใช้ระบบพยาบาลผู้  
ประสาน. *พุทธชินราชเวชสาร*. 26(1)  
29-36.
- พรพิศ ตรีบุพชาติสกุล นัตยา คำสว่าง และ  
ปัญญา เกื้อนดวง. (2550).  
ผลการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแส  
เลือดหลังใช้แนวทางเวชปฏิบัติ. *พุทธ  
ชินราชเวชสาร*. 24(1), 33-47.
- เพ็ญศรี อุ่นสวัสดิพงษ์ และคณะ. (2554). ผลของ  
กิจกรรมพยาบาลมุ่งเป้าในระยะ 6  
ชั่วโมงแรก ต่อความรุนแรงของอวัยวะ  
ล้มเหลวในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการ  
Sepsis. *วารสารพยาบาลศาสตร์* 29(2),  
102-110.
- สลิท ศิริอุดมภาส. (2555, 15 ตุลาคม). *ภาวะพิษ  
เหตุติดเชื้อ (Sepsis) ภาวะติดเชื้อใน  
กระแสเลือด (Septicemia)*.  
<http://www.hanmor.com/th/>.
- สุดฤทัย พสกภักดี และคณะ. (2554, 15 ตุลาคม).  
*ลักษณะเสียงของการเกิดภาวะติดเชื้อใน  
กระแสเลือดในผู้ป่วยเนื้อเยื่ออักเสบ*.  
[http://www.Vichakarn.tsm.go.th/Inde  
x\\_html\\_files/R2R010.pdf](http://www.Vichakarn.tsm.go.th/Index_html_files/R2R010.pdf).
- ACCP-SCCM. (1992). Consensus  
Conference Definitions of sepsis  
and multiple organ failure and  
guidelines for the use of  
innovative therapies in sepsis.  
*Critical Care Med*. 20, 864-874.
- George, A. and others. (2012, 23  
November). *National Early  
Warning Score (NEWS):  
Standardising the assessment of  
acute-illness severity in the NHS*.  
[http://www.rcplondon.ac.uk/nati  
onal-early-warning-score](http://www.rcplondon.ac.uk/national-early-warning-score).
- John, O. and others. (2010). Modified Early  
Warning Scorecard: The Role of  
Data/Information Quality within the

- Decision Making Process. *Electronic Journal Information Systems Evaluation*. 14(1), 100-109.
- Kumar, A. Et al. (2006). Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock. *Critical Care Med*. 35, 1589 -1596.
- Subbe, C.P. and others. (2003). Effect of introducing the Modified Early Warning score on clinical outcomes, cardio-pulmonary arrests and intensive care utilization in acute medical admissions. *Anaesthesia. Pub Med*. 58(8), 797-802.
- Tarassenko, Hann and Young, D. (2006). Integrated monitoring and analysis for early warning of patient deterioration. *British Journal of Anaesthesia*. 97(1), 64-68.
- Titler, MG. and others. (2001). The Iowa Model of Evidence-based Practice to Promote Quality Care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*. 13(4), 479-509.
- Zavatti, Land others. (2010, 5 December). *Modified Early Warning Score and identification of patients with severe sepsis*. *Critical Care*. 14(1), 254.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.



# The Effectiveness of Nursing care process for preventing the spread of Multidrug-resistant infection, Maesai hospital<sup>1</sup>

Phathama Chaichumphu<sup>2</sup>

Received: 14 October 2021

Accepted: 6 December 2021

## Abstract

This research was a research and development designed, to study the effectiveness of the nursing care process for preventing the spread of multidrug-resistant infection. The research process was conducted from March - July 2021. The sample group was professional nurses in the nursing department of Maesai hospital consisting of 42 people, 10 head nurses of inpatient ward and 14 professional nurses of the nursing guideline development department. The research tools consisted of 1) general information questionnaire of the sample group 2) situational questionnaires and problems in preventing the spread of multidrug-resistant 3) nursing guidelines for the prevention of multidrug-resistant spread 4) observation form on nursing practice guidelines for preventing the spread of drug-resistant infection. The data were analyzed using descriptive statistics, t-test and content analysis.

The results showed that after establishing a nursing guideline for preventing the spread of multidrug-resistant and putting it into practice. It consists of four components of nursing care, screening, patient isolation, disinfection, daily cleaning environment disinfection and discharged cleaning environment. It was found that the post-test was 86.75%, an increase from the pre-test (63.96%), with a statistical significance at 0.05. The most accurate nursing practice was patient isolation (97.99%), followed by ,daily cleaning environment disinfection and discharged cleaning environment and screening, respectively. Patient isolation can be increased caused by clearly defining the bed to separate according to the type of multidrug-resistance, resulting in easy to follow but still found the isolation of patients during the COVID-19 pandemic. This makes bed allocation difficult.

**Keywords:** Multidrug-resistance, Nursing care process

---

<sup>1</sup> Research articles

<sup>2</sup> Registered Nurse, Maesai hospital Email: kidarichan@gmail.com

# ประสิทธิผลของกระบวนการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา โรงพยาบาลแม่สาย<sup>1</sup>

ปัทมา ชัยชุมภู<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development Design) เพื่อศึกษาผลของการใช้กระบวนการพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนาน โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ.2564 กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลแม่สาย จำนวน 42 คน หัวหน้าหอผู้ป่วยในกลุ่มงานการพยาบาลจำนวน 10 คน และพยาบาลวิชาชีพกลุ่มพัฒนาแนวทางการพยาบาล จำนวน 14 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2) แบบสอบถามสถานการณ์และปัญหาในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนาน 3) แนวทางการพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนาน 4) แบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน ใช้การทดสอบค่าที (t-test) ข้อมูลเชิงคุณภาพนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย ภายหลังจากสร้างแนวทางการพยาบาลและนำลงสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วยให้การพยาบาล 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การคัดกรอง การแยกผู้ป่วย การทำลายเชื้อประจำวัน และการทำลายเชื้อเมื่อจำหน่ายผู้ป่วย พบว่า การปฏิบัติตามหลังการทดลองร้อยละ 86.75 เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองร้อยละ 63.96 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 การปฏิบัติพยาบาลที่ถูกต้องมากที่สุด ได้แก่ การแยกผู้ป่วยร้อยละ 97.99 รองลงมาได้แก่ การทำลายเชื้ออุปกรณ์ของเครื่องใช้และสิ่งแวดล้อมประจำวัน ทำลายเชื้ออุปกรณ์และสิ่งแวดล้อมเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยและการคัดกรอง ตามลำดับ โดยการแยกผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนนั้นเกิดจากการกำหนดเพียงให้ชัดเจนในการแยกตามชนิดของเชื้อดื้อยา ส่งผลให้ง่ายต่อการปฏิบัติ แต่ยังพบการแยกผู้ป่วยในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด ทำให้การจัดสรรเตียงทำได้ยุ่งยาก

**คำสำคัญ:** เชื้อดื้อยา แนวทางการพยาบาล

<sup>1</sup> บทความวิจัย

<sup>2</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลแม่สาย อีเมลล์: kidarichan@gmail.com

## บทนำ

การเกิดเชื้อดื้อยาหลายขนาน (Multidrug-resistance [MDR]) เป็นปัญหาที่กำลังทวีความรุนแรง และเป็นภัยคุกคามที่เกิดขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) กำหนดเป็นวาระเร่งด่วนทางด้านสุขภาพในระดับโลก โดยรายงานการเฝ้าระวังพบว่าเชื้อดื้อยาหลายขนานพบได้ทุกภูมิภาคทั่วโลก ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค ประเทศสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention [CDC]) ได้รายงานสถานการณ์เชื้อดื้อยาในสหรัฐอเมริกาว่าในแต่ละปีมีการติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะมากกว่า 2.8 ล้านรายเกิดขึ้นในสหรัฐอเมริกา และมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 35,000 คน นอกจากนี้ในปี ค.ศ.2017 พบการแพร่ระบาดของ Clostridioides มีผู้ติดเชื้อ จำนวน 223,900 คนและมีผู้เสียชีวิตอย่างน้อย 12,800 คน (CDC, 2019) เช่นเดียวกับรายงานของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหภาพยุโรป (European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC]) พบว่า เชื้อดื้อยาหลายกลุ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่น เชื้อ K.pneumoniae ที่ดื้อยาหลายขนานเพิ่มจากร้อยละ 15 ในปี ค.ศ.2010 เป็นร้อยละ 21 ในปี ค.ศ.2013 เชื้อ Escherichia coli [E.coli] ที่ดื้อยาหลายขนานเพิ่มจากร้อยละ 9.5 ในปี ค.ศ.2010 เป็นร้อยละ 12.6 ในปี ค.ศ.2013 (European Centre for Disease Prevention and Control, 2014)

ในประเทศไทย ปัญหาการดื้อยาที่สำคัญคือ การดื้อยาของเชื้อแบคทีเรียแกรมลบในโรงพยาบาล เช่น Acinetobacter spp. และ Pseudomonas spp. ส่วนเชื้อแบคทีเรียที่เป็นปัญหาในชุมชน เช่น Escherichia coli (E. coli),

Klebsiella spp. และ Neisseria gonorrhoeae (นิธิมา สุ่มประดิษฐ์ และคณะ, 2558) สอดคล้องกับข้อมูลการติดเชื้อในโรงพยาบาลทุกระดับทั่วประเทศ จำนวน 1,023 แห่ง ในปี 2553 พบว่าเชื้อจุลชีพ 5 ชนิดที่พบบ่อยในโรงพยาบาลและมักดื้อยาหลายขนาน ได้แก่ 1) E. coli ที่ทำให้เกิดโรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและทางเดินอาหาร 2) K. pneumoniae ทำให้เกิดโรคระบบทางเดินหายใจ โรคปอดอักเสบ 3) A. Baumannii เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคปอดบวม 4) Pseudomonas aeruginosa ทำให้เกิดโรคติดเชื้อหลายระบบของร่างกาย เช่น โรคปอดบวม ติดเชื้อในกระแสเลือด และ 5) Staphylococcus aureus ที่ดื้อต่อยา Methicillin ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้นประมาณ 3.24 ล้านวัน เสียชีวิต 38,481 ราย ซึ่งสูงกว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในปี 2552 ที่มีจำนวน 34,383 ราย และมากเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีจำนวน 50,829 ราย (National Antimicrobial Resistance Surveillance Center Thailand [NARST], 2564) อีกทั้งเชื้อดื้อยาหลายขนานส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นจากความยุ่งยากในการใช้ยา ซึ่งจากรายงานการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า โรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา เฉลี่ย 9,275 เหรียญสหรัฐต่อราย (David et al., 2012)

โดยการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานในโรงพยาบาลได้มีการกำหนดแนวทาง โดยการอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในปี ค.ศ.2003 สมาคมระบาดวิทยาของการดูแลทางสาธารณสุข

(The society for Healthcare Epidemiology of America [SHEA]) ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ Staphylococcus aureus (S. aureus) และเชื้อ Enterococcus ที่ดื้อต่อยาหลายขนาน (Muto et al., 2003) ปี ค.ศ.2006 คณะกรรมการที่ปรึกษาการปฏิบัติเพื่อควบคุมการติดเชื้อ (Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee [HICPAC]) ร่วมกับศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้พัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการเชื้อดื้อยาหลายกลุ่มในโรงพยาบาล (Siegel, Rhinehart, Jackson, Chiarello, & Committee, 2007) แต่ปัญหาสำคัญคือ การปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานของบุคลากรสุขภาพ โดยจากการศึกษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 11 แห่ง ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าบุคลากรสุขภาพมีการปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าวเพียงร้อยละ 28.90 (Dhar et al., 2014) การศึกษาในโรงพยาบาล นครนิวยอร์ก พบว่าบุคลากรสุขภาพปฏิบัติตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสในการดูแลผู้ป่วย ติดเชื้อดื้อยาหลายขนานอยู่ในระดับต่ำเช่นกัน โดยมีการทำความสะอาดมือก่อนเข้าห้องผู้ป่วยร้อยละ 19.40 และหลังออกจากห้องผู้ป่วยร้อยละ 48.40 สวมถุงมือ ร้อยละ 67.50 และสวมเสื้อกาวน์ ร้อยละ 77.1 (Clock, Cohen, Behta, Ross, & Larson, 2010) ซึ่งการละเลยการปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพดังกล่าว อาจส่งผลให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาหลายขนานในโรงพยาบาลได้

ในหลากหลายโรงพยาบาลจึงได้มีการกระตุ้นการปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพหลากหลาย

กิจกรรม ดังข้อมูลจากการบูรณาการงานวิจัย (integrative review) เกี่ยวกับโครงการป้องกันและควบคุมเชื้อดื้อยาหลายขนานจำนวน 32 ฉบับพบว่า กิจกรรมในโครงการที่ใช้ในการกระตุ้นการปฏิบัติ คือ การบริหารงาน ร้อยละ 56.25 การอบรมบุคลากรสุขภาพ ร้อยละ 62.50 การควบคุมการใช้ยาต้านจุลชีพ ร้อยละ 25.00 การเฝ้าระวังการติดเชื้อ ร้อยละ 53.10 หลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อร้อยละ 75.00 การจัดการสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 21.90 และการลดเชื้อที่อยู่บนผิวหนังหรือเนื้อเยื่อของผู้ป่วย ร้อยละ 28.10 โดยได้ข้อสรุปว่าการใช้หลายวิธีประกอบกันช่วยลดการติดเชื้อดื้อยาหลายกลุ่มได้ (Backman, Taylor, Sales, & Marck, 2011) โรงพยาบาลนครพิงค์ ได้ศึกษาการใช้แนวทางการดำเนินการในการเพิ่มประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดการติดเชื้อดื้อยา แผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม โดยมุ่งเน้นที่กระบวนการพยาบาลด้านการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล พบว่า พยาบาลมีความรู้ และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดการติดเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น สามารถจำกัดการติดเชื้อข้ามคน ลดวันนอนเฉลี่ย ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ (กิลดา พลิตวอร์ธน์, รัชนิย์ วงศ์แสน, สุทธิพันธ์ ธนอมพันธ์ และสมรรถนเดตร ตระริโย, 2560)

โรงพยาบาลแม่สาย เป็นโรงพยาบาลชุมชน เป็นโรงพยาบาลขนาด 120 เตียง จากข้อมูลผู้ป่วยปี พ.ศ.2563 พบว่าผู้ป่วยในจำนวน 9,275 ราย จำนวนวันนอน 34,210 วัน โดยมีผู้ป่วยนอนเฉลี่ย 94 คนต่อวัน เชื้อดื้อยาหลายขนานที่พบจากการเพาะเชื้อได้แก่ E. coli ESBL, MRSA, A. Baumannii และ Carbapenemase Resistance Enterobacteriaceae (CRE) (งานการ



พยาบาลหน่วยควบคุมการติดเชื้อ, 2563) ซึ่งได้มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา และได้มีการส่งเสริมการปฏิบัติ โดยการอบรมเผยแพร่แนวทางให้กับบุคลากร การกำกับดูแลในหน่วยงาน แต่ยังคงพบปัญหาความล่าช้าในการดักจับผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ และการจัดสิ่งแวดล้อมในการแยกผู้ป่วย ซึ่งต้องอาศัยกระบวนการพยาบาลเป็นสำคัญ

ดังนั้น การใช้กระบวนการพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนาน เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในหอผู้ป่วย เริ่มตั้งแต่การประเมินความเสี่ยงติดเชื้อดื้อยาหลายขนาน นำสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล โดยการปฏิบัติต้องเป็นไปตามบริบท และง่ายต่อการปฏิบัติ ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือ (Collaborative Quality Improvement) ของสถาบันพัฒนาการดูแลสุขภาพ (The Institute for Healthcare Improvement [IHI]) มาใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนาน ในโรงพยาบาล (Institute for Healthcare Improvement [IHI], 2003) เพื่อพัฒนาการดำเนินงานโดยการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ในการทำงาน หาวิธีการแนวทางที่มีความถูกต้องตามหลักวิชาการและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง รวมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

## วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

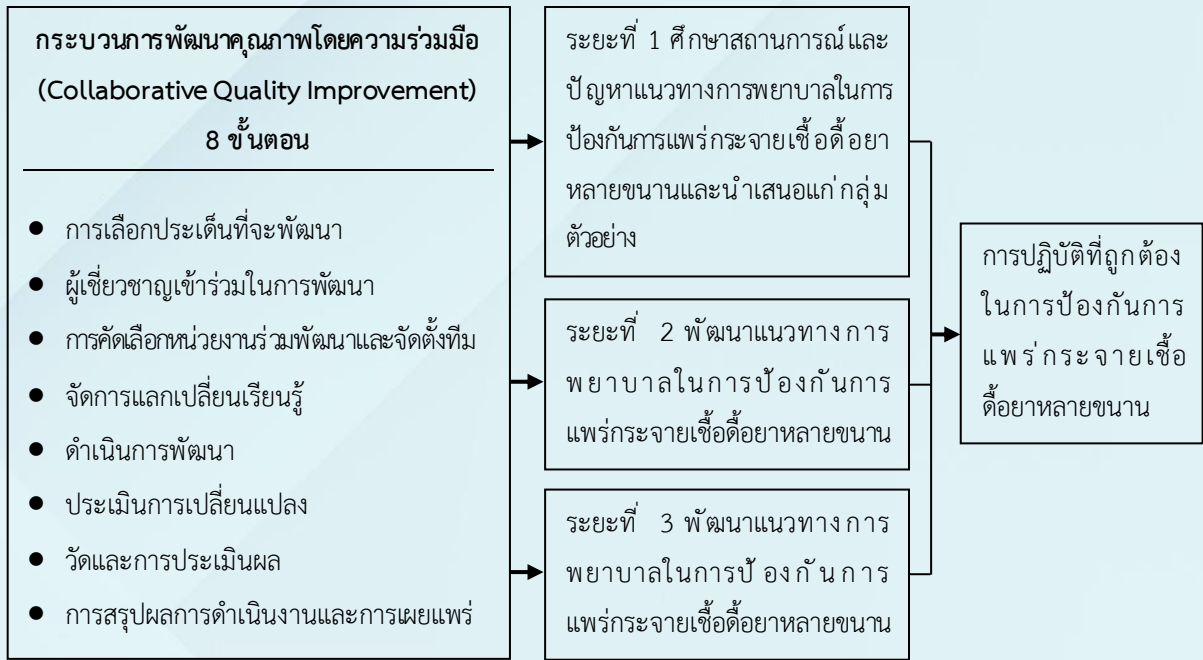
1. เพื่อพัฒนากระบวนการพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนาน
2. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้กระบวนการพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนาน

## สมมุติฐานการวิจัย

ค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติที่ถูกต้องหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการใช้แนวทางการพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนาน

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือของ สถาบันพัฒนาการดูแลสุขภาพ โดยมีกระบวนการ 8 ขั้นตอน คือ 1) การเลือกประเด็นที่จะพัฒนา 2) ผู้เชี่ยวชาญเข้าร่วมในการพัฒนา 3) การคัดเลือกหน่วยงานร่วมพัฒนาและจัดตั้งทีม 4) จัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 5) ดำเนินการพัฒนา 6) ประเมินการเปลี่ยนแปลง 7) วัดและการประเมินผล และ 8) การสรุปผลการดำเนินงานและการเผยแพร่ (Institute for Healthcare Improvement [IHI], 2003) อันจะส่งผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางทางการพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนาน



### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development Design) เพื่อศึกษาผลของการใช้กระบวนการพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนาน โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2564 แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัญหาการแนวทางการพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนาน และนำเสนอแก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อสร้างสำนึกแห่งการเร่งรีบที่ต้องเปลี่ยนแปลง (Establishing a Greater Sense of Urgency)

ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางการพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนาน

1) ประชุมกลุ่มพัฒนาแนวทางการพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนาน จำนวน 2 ครั้ง

2) นำแนวทางการพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานเสนอผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหา

3) นำแนวทางการพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนาน ลงสู่การปฏิบัติ ติดตามกระตุ้นโดยการให้ข้อมูลย้อนกลับ

4) สังเกตการปฏิบัติในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน และงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

ระยะที่ 3 ประเมินผล และสะท้อนผลการดำเนินการแก่หน่วยงานเพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจน โดยสรุปผลการสังเกตเป็นระยะนำเสนอต่อหัวหน้าหอผู้ป่วยในกลุ่มงานการพยาบาล และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (Quality Accreditation: QA) ภายหลังการลงแนวทาง 2 สัปดาห์ เพื่อกระตุ้นการส่งเสริมการปฏิบัติ

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างวิจัยครั้งนี้ เพื่อการปฏิบัติตามมาตรฐานการ

ปฏิบัติงานจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ผู้วิจัยผ่านการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ประชากร

1) พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลแม่สาย

2) หัวหน้าหอผู้ป่วยในกลุ่มงานการพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง

1) พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลแม่สาย จำนวน 42 คน ซึ่งเป็นร้อยละ 30 ของกลุ่มประชากรทั้งหมด 128 คน (Cochran, 1997) โดยเป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คัดเลือกตามเกณฑ์ (Inclusion Criteria) คือ เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในและหอผู้ป่วยหนัก โดยให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

2) หัวหน้าหอผู้ป่วยในกลุ่มงานการพยาบาล จำนวน 10 คน เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คัดเลือกตามเกณฑ์ คือ ได้รับการมอบหมายงานให้ปฏิบัติงานตำแหน่งหัวหน้างานในกลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลแม่สาย โดยให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3) พยาบาลวิชาชีพจำนวน 14 คน กลุ่มพัฒนาแนวทางการพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนาน เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คัดเลือกตามเกณฑ์ คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายงานในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (Quality Accreditation: QA) โดยให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

## เครื่องมือการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาในระยะที่ 1 คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และแบบสอบถามสถานการณ์และปัญหาในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนาน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาในระยะที่ 2 ได้แก่ แนวทางการพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนาน และแบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนาน

เครื่องมือดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยแบบตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.97 ผู้วิจัย นำไปทดลองสังเกตพร้อมทั้งพยาบาลควบคุมการติดเชื้อที่มีประสบการณ์การสังเกตพฤติกรรม ในโรงพยาบาลแม่สาย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1.00 ผ่านการทดสอบความเป็นไปได้ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และแบบสอบถามสถานการณ์และปัญหาในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1.00

## การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

2) สถานการณ์และปัญหาการพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนาน ข้อมูลเชิงคุณภาพนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

3) ผลการสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนาน วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ และค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้แนวทางการพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนาน โดยใช้สถิติ t-test

### ผลการวิจัย

1. แนวทางในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานในปัจจุบัน พบว่า มีการแยกของใช้มากที่สุด รองลงมาได้แก่ จัดอยู่ห้องแยกสวมอุปกรณ์ป้องกัน แยกโซนผู้ป่วยเชื้อดื้อยา แยกถังผ้า แยกถังขยะติดเชื้อ และเรียงลำดับการให้การรักษาสุดท้าย ตามลำดับ

2. ปัญหาและอุปสรรคของแนวทางในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานที่มีอยู่ ข้อมูลจากแบบสอบถาม คือ

2.1 วัสดุและอุปกรณ์ไม่เพียงพอต่อผู้ป่วย ได้แก่ 1) อุปกรณ์ไม่เพียงพอต่อการแยก 2) ผู้ป่วยจำนวนมากอุปกรณ์จึงไม่เพียงพอ 3) อ่างล้างมือไม่เพียงพอ

2.2 โชนแยกไม่เพียงพอ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยจำนวนมากกว่าเตียงที่แยก 2) ใช้ห้องน้ำร่วมกัน 3) พื้นที่ยัดแยกไม่ชัดเจน 4) ในบางจุดเป็นห้องแอร์แพร่กระจายเชื้อได้ง่าย

2.3 บุคลากรไม่ปฏิบัติตามแนวทางและไม่เพียงพอ ได้แก่ 1) ไม่ปฏิบัติตามแนวทาง 2) ไม่ทราบแนวทาง 3) บุคลากรไม่เพียงพอ

2.4 การบ่งชี้กลุ่มเสี่ยง ได้แก่ 1) ไม่ได้สื่อสารการส่งต่อ 2) ทราบผลตรวจล่าช้า

2.5 ญาติบางส่วนไม่ให้ความร่วมมือในการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา

3. แนวทางในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนาน ข้อมูลจากแบบสอบถามคือ

3.1 สถานที่ ได้แก่ 1) จัดโซนหรือห้องแยก 2) เพิ่มห้องสำหรับเก็บล้างอุปกรณ์เพิ่มอ่างล้างมือ

3.2 บุคลากร ได้แก่ 1) การสื่อสารแนวทางสู่การปฏิบัติ 2) กระตุ้นการปฏิบัติ 3) เสริมพลังในผู้ป่วยและญาติ 4) เทคนิคการทำหัตถการแบบรวบรัด 5) การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง



4. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

ข้อมูล	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n=42)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	0	0.00
หญิง	42	100.00
2. อายุ		
ต่ำกว่า 21 ปี		
21-30 ปี	21	50.00
31-40 ปี	19	45.24
41-50 ปี	0	0.00
มากกว่า 50 ปี	2	4.76
3. ระยะเวลาปฏิบัติงาน		
น้อยกว่า 5 ปี	18	42.85
5-10 ปี	6	14.29
11-20 ปี	16	3.10
4. สถานะวิชาชีพ		
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	30	71.43
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	12	28.57
5. สถานะการศึกษา		
ปริญญาตรี	41	97.62
ปริญญาโท	1	2.38
6. หน่วยงาน		
งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก	9	21.43
งานการพยาบาลผู้ป่วยในชาย	11	26.79
งานการพยาบาลผู้ป่วยในหญิง	10	23.81
งานการพยาบาลผู้ป่วยในเด็ก	12	28.57

5. ผลการสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนาน

ลำดับ	หัวข้อตรวจสอบ	ผลการสังเกตการปฏิบัติ			
		ก่อน (n=253)		หลัง (n=350)	
		ปฏิบัติ ถูกต้อง	ร้อยละ	ปฏิบัติ ถูกต้อง	ร้อยละ
การคัดกรอง		3	13.64	9	34.62
1	คัดกรองความเสี่ยงต่อการติดเชื้อดื้อยาหลายขนาน	0	0.00	4	30.77
2	การสื่อสารให้บุคลากรต่างๆทราบ	3	27.27	5	38.46
การแยกผู้ป่วย		59	55.66	146	97.99
3	จัดแยกจากผู้ป่วย	3	27.27	23	92.00
4	ถังผ้าเปื้อนเป็นผ้าเปื้อนมาก	11	57.89	25	100.00
5	ขยะเป็นขยะติดเชื้อ	11	57.89	25	100.00
6	มีน้ำยาทำความสะอาดมือที่เตียงผู้ป่วย	11	57.89	24	96.00
7	การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย สวมถุงมือและ Surgical mask ทุกครั้งที่ดูแลผู้ป่วย ตามความเหมาะสมของกิจกรรมในการดูแลรักษาผู้ป่วย	11	57.89	24	100.00
8	อาหารและน้ำดื่มจัดใส่ภาชนะชนิดใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้ง	12	63.16	25	100.00
การทำลายเชื้ออุปกรณ์ ของเครื่องใช้ และสิ่งแวดล้อมประจำวัน		51	94.44	73	97.33
9	ใช้ 70% แอลกอฮอล์ ทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมผู้ป่วย เช่น เตียง โต๊ะข้างเตียง Over bed เสาน้ำเกลือ เป็นต้น	15	83.33	23	92.00
10	ทำความสะอาดพื้น ด้วย น้ำและผงซักฟอก อย่างน้อยวันละ 1 ครั้งหรือเมื่อสกปรก	18	100.00	25	100.00
11	ทำลายเชื้ออุปกรณ์ที่แยกเฉพาะหลังใช้งานกับผู้ป่วย ด้วยน้ำและผงซักฟอกและทำให้แห้ง	18	100.00	25	100.00
ทำลายเชื้ออุปกรณ์และสิ่งแวดล้อมเมื่อจำหน่ายผู้ป่วย		58	81.69	88	88.88
12	แก้วยา อ่างเช็ดตัว ล้างด้วยน้ำผสมผงซักฟอกแล้ว เช็ดด้วย 70% แอลกอฮอล์	15	83.33	22	88.00

ลำดับ	หัวข้อตรวจสอบ	ผลการสังเกตการปฏิบัติ			
		ก่อน (n=253)		หลัง (n=350)	
		ปฏิบัติ ถูกต้อง	ร้อยละ	ปฏิบัติ ถูกต้อง	ร้อยละ
13	Cuff BP แห่ด้วย 0.5% โซเดียมไฮโปคลอไรท์ แล้วซัก ด้วยน้ำผสมผงซักฟอก	12	66.67	21	84.00
14	ทำความสะอาดเตียง โต๊ะข้างเตียง เสาंनाเกลือ และ พื้น ด้วย 0.5% โซเดียมไฮโปคลอไรท์	17	94.44	24	96.00
15	Bed pan, Urenal, กระโถน, กรวยรองปัสสาวะ ล้าง ด้วยน้ำผสมผงซักฟอกแล้วเช็ดด้วย 70%แอลกอฮอล์	14	82.35	21	84.00

6. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้แนวทางการพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนาน

	Mean	SD	T	P value
ก่อนการใช้แนวทาง	63.96	28.73	-4.26	0.00
หลังการใช้แนวทาง	86.75	21.98		

### สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นเพศหญิง ที่มีช่วงอายุ อยู่ระหว่าง 21-30 ปี คิดเป็น ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงาน น้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.85 จากการ สอบถามสถานการณ์และปัญหาการพยาบาล ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลาย ขนาน พบว่า ในปัจจุบันโรงพยาบาลแม่สายมีแนว ทางการพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจาย เชื้อดื้อยาหลายขนานมากที่สุดในประเด็นการแยก ของใช้ รองลงมาได้แก่ การแยกกักในห้องแยก การสวมอุปกรณ์ป้องกัน และการแยกโซนผู้ป่วยดื้อยา ปัญหาและอุปสรรคของแนวทางในการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานที่มีอยู่ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ วัสดุและอุปกรณ์ไม่เพียงพอ ต่อผู้ป่วย โซนแยกไม่เพียงพอ บุคลากรไม่ปฏิบัติ

ตามแนวทางและไม่เพียงพอ การบ่งชี้กลุ่มเสี่ยง และญาติไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตาม แนวทาง โดยกลุ่มตัวอย่างได้เสนอแนวทางการ แก้ไขปัญหาและอุปสรรคดังกล่าว ได้แก่ ด้านสถานที่ 1) จัดโซนหรือห้องแยก 2) เพิ่มห้อง สำหรับเก็บล้างอุปกรณ์ เพิ่มอ่างล้างมือ ด้าน บุคลากร 1) การสื่อสารแนวทางสู่การปฏิบัติ 2) กระตุ้นการปฏิบัติ 3) เสริมพลังในผู้ป่วยและ ญาติ 4) เทคนิคการทำหัตถการแบบรวบรัด 5) การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ผู้วิจัยได้นำปัญหา อุปสรรคและแนวทางแก้ไขสร้างแนวทางการ พยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจาย เชื้อดื้อยาหลายขนานดำเนินการในหอผู้ป่วยชาย หอผู้ป่วยหญิง หอผู้ป่วยเด็ก และหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลแม่สาย

ภายหลังการสร้างแนวทางการพยาบาล ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานและนำลงสู่การปฏิบัติ พบว่า การปฏิบัติตามหลังการทดลองร้อยละ 86.75 เพิ่มขึ้น จากก่อนการทดลองร้อยละ 63.96 อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยจำนวนการติดเชื้อดื้อยาของผู้รับบริการก่อนการทดลองเฉลี่ย 79 ครั้งต่อเดือน หลังการทดลอง 68 ครั้งต่อเดือน ยังไม่มีแนวโน้มลดลง แต่ไม่พบการแพร่ระบาด ในโรงพยาบาล

### อภิปรายผลการวิจัย

การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ในสถานพยาบาลเป็นปัญหาสำคัญ โดยสามารถ เกิดการแพร่กระจายเชื้อได้ในหลายหน่วยงาน ของโรงพยาบาล เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน ของบุคลากรทั้งการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อรับการรักษา หรือรับการตรวจวินิจฉัยระหว่างหน่วยงาน การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วย การปฏิบัติ กิจกรรมการรักษาพยาบาล การจัดการอุปกรณ์ เครื่องใช้ การดูแลความสะอาดของสิ่งแวดล้อม (Eibicht & Vogel, 2011) จึงได้มีกำหนดแนวทาง ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างแพร่หลาย แต่ปัญหาสำคัญคือ การปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนาน ของบุคลากรสุขภาพ โดยจากการศึกษา ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 11 แห่ง ประเทศ สหรัฐอเมริกา พบว่าบุคลากรสุขภาพมีการปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าวเพียงร้อยละ 28.9 (Dhar et al., 2014) การศึกษาในโรงพยาบาล นครนิวยอร์ก พบว่า บุคลากรสุขภาพปฏิบัติตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสในการดูแลผู้ป่วย ติดเชื้อดื้อยาหลายกลุ่มอยู่ในระดับต่ำ

เช่นกัน โดยมีการทำความสะอาดมือก่อนเข้าห้องผู้ป่วยร้อยละ 19.40 และหลังออกจากห้อง ร้อยละ 48.40 สวมถุงมือ ร้อยละ 67.50 และสวมเสื้อกาวน์ ร้อยละ 77.10 (Clock, Cohen, Behta, Ross, & Larson, 2010) ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้จากแนวทางที่กำหนดไม่ได้เป็นไปตามบริบทที่เป็นอยู่ ของโรงพยาบาล ดังจากการสอบสวนการณ์และ ปัญหาการพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานของโรงพยาบาลแม่สาย พบว่า ในปัจจุบันโรงพยาบาลแม่สายมีแนวทางการพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนาน อาทิเช่น การแยกของใช้ การแยกกักในห้องแยก การสวมอุปกรณ์ป้องกัน และการแยกโซนผู้ป่วยดื้อยา เป็นต้น ซึ่งได้มีการ นำสู่การปฏิบัติ แต่ยังพบปัญหาและอุปสรรคของ แนวทางในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา หลายขนาน 5 ด้าน ได้แก่ วัสดุและอุปกรณ์ ไม่เพียงพอต่อผู้ป่วย โซนแยกไม่เพียงพอ บุคลากรไม่ปฏิบัติตามแนวทางและไม่เพียงพอ การบ่งชี้กลุ่มเสี่ยง และญาติไม่ให้ความร่วมมือ ในการปฏิบัติตามแนวทาง ส่งผลให้ การดำเนินการ ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไม่เป็นไปตาม แนวทางที่กำหนด ดังนั้นการพัฒนาแนวทางที่เกิด จากการวิเคราะห์บริบทของตนเองจึง มีความสำคัญ

การพัฒนาและส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนาน โดยใช้รูปแบบการพัฒนา คุณภาพโดยความร่วมมือ (Collaborative Quality Improvement) ในการวิจัยครั้งนี้ มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรในหน่วยงานการวิเคราะห์ สถานการณ์ที่เป็นบริบทของตนเอง ส่งผลต่อ การปฏิบัติตามแนวทางทางการพยาบาล ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลาย



ขนานหลังการทดลองร้อยละ 86.75 เพิ่มขึ้น จากก่อนการทดลองร้อยละ 63.96 อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สอดคล้องกับ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในประเทศ สวีเดน ปีค.ศ. 2004-2005 ใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพ โดยความร่วมมือช่วยให้บุคลากรปฏิบัติในการ ป้องกันการติดเชื้อแบบมาตรฐานเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 72.00 เป็นร้อยละ 98.00 และ ลดการติดเชื้อใน ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้ร้อยละ 43.00 ของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ทั้งหมด (Yngstrom et al., 2011)

จากผลการปฏิบัติในการวิจัยครั้งนี้พบว่า การปฏิบัติที่เพิ่มขึ้นในด้านการแยกผู้ป่วยเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 55.66 เป็น 97.93 การทำลายเชื้อ อุปกรณ์ ของเครื่องใช้และสิ่งแวดล้อมประจำวัน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 94.44 เป็นร้อยละ 97.33 และการทำลายเชื้ออุปกรณ์และสิ่งแวดล้อม เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 81.69 เป็น 88.88 โดยการแยกผู้ป่วยสามารถปฏิบัติ ได้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนนั้น จากการสังเกตพบว่าการกำหนดเตียงให้ชัดเจนในการแยกตามชนิด ของเชื้อดื้อยา ส่งผลให้ง่ายต่อการปฏิบัติ และ บริหารจัดการได้ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยจำนวนมาก แต่ยังพบการแยกผู้ป่วยในช่วงการระบาดของ โรคติดเชื้อโควิด ทำให้การจัดสรรเตียง ทำได้ยุ่งยาก ในส่วนของการคัดกรองยังคงพบว่ามี การปฏิบัติได้น้อย เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.64 เป็น 34.62 จากการสังเกตพบที่เกิดจาก โรงพยาบาลแม่สาย ดำเนินการประยุกต์ใช้ เทคโนโลยีดิจิทัล (Smart hospital) การใช้ แบบคัดกรองเป็นกระดาษที่ดำเนินการอยู่ จึงไม่เอื้อต่อการปฏิบัติของบุคลากร รวมทั้ง ในด้านการสื่อสารในระบบในผู้ป่วยแต่ละรายต้อง

ใช้ระบบการแจ้งเตือนเพื่อป้องกันสิทธิผู้ป่วย และ ลดการติดเชื้อ แนวทางที่กำหนดไว้จึงไม่เอื้อ ต่อการปฏิบัติ ภายหลังการดำเนินการประเมินผล และสะท้อนผลการดำเนินการแก่หน่วยงาน (ระยะที่ 3 ของการทดลอง) ได้มีการกำหนด ให้บรรจุแบบคัดกรองในระบบส่วนของการประเมิน แกร็บ และมีการแจ้งเตือนในหน้าต่างข้อมูล ผู้ป่วยทุกครั้งที่ใช้ระบบ

อีกทั้งจากข้อมูลจำนวนการติดเชื้อดื้อยา ของผู้รับบริการก่อนการทดลองเฉลี่ย 79 ครั้งต่อ เดือน และหลังการทดลอง 68 ครั้งต่อเดือน โดยการติดตามสถานการณ์ยังเป็นเชื้อ E. coli มากที่สุดทั้งการดื้อต่อยากลุ่ม Carbapenem และ Extended-Spectrum Beta-Lactamases (ESBL) แต่ไม่พบการแพร่ระบาดในโรงพยาบาล อาจสืบเนื่องจากการคัดกรอง และแยกผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับ

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลควรสนับสนุนการดำเนินการ ส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อดื้อยา หลายขนาน ที่ได้จากการพัฒนาทั้ง 15 กิจกรรม โดยพิจารณาจากบริบทของโรงพยาบาล

2. โรงพยาบาลควรสนับสนุนวัสดุ ครุภัณฑ์ และสถานที่ให้เพียงพอต่อการแยกกัก และ ง่ายต่อการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาสถานการณ์และบริบท ของโรงพยาบาลก่อนกำหนดแนวทางการพยาบาล ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลาย ขนาน เพื่อให้การปฏิบัติของบุคลากรปฏิบัติได้จริง ตามบริบทของโรงพยาบาล

2. ควรศึกษาสถานการณ์การใช้กระบวนการพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานในกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกันกับการวิจัยนี้ และติดตามประเมินผลก่อน-หลังการทดลองเป็นระยะ เพื่อกระตุ้นการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง และพัฒนาให้เกิดความต่อเนื่อง

3. ควรมีการติดตามผลการปฏิบัติในระยะยาวและมีการปรับปรุงแนวทางตามสถานการณ์การบริหารจัดการทรัพยากรพยาบาลที่มีอยู่

### เอกสารอ้างอิง

- กุลดา พฤตวิธรรณ, รัชนิย์ วงศ์แสน, สุทธิพันธ์ ถนอมพันธ์ และสมรรถเนตร ตะริโย. (2560). การเพิ่มประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดการติดเชื้อดื้อยา แผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์. *วารสารกองการพยาบาล*, 44(4). งานการพยาบาลหน่วยควบคุมการติดเชื้อ. (2563). *รายงานการดำเนินการประจำปีงบประมาณ 2563*. โรงพยาบาลแม่สาย.
- นิธิตา สุ่มประดิษฐ์, ศิริตรี สุทธิจิตต์, สิตานันท์ พูลผลทรัพย์, รุ่งทิพย์ ขวนชื่น และภูษิต ประคองสาย. (2558). *ภูมิทัศน์ของสถานการณ์และการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย*. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์.
- Backman, C., Taylor, G., Sales, A., & Marck, P. B. (2011). An integrative review of infection prevention and control programs for multidrug-resistant organisms in acute care

hospitals: a socio-ecological perspective. *American Journal of Infection Control*, 39(5), 368-378.

Centers for Disease Control and Prevention. (2019, 13 November). *Biggest Threats and Data 2019 AR Threats Report, 2019*.

<https://www.cdc.gov/drugresistance/biggest-threats.html>

Clock, S. A., Cohen, B., Behta, M., Ross, B., & Larson, E. L. (2010). Contact precautions for multidrug-resistant organisms: current recommendations and actual practice. *American Journal of Infection Control*, 38(2), 105-111.

David, MZ., Medvedev, S., Hohmann, SF., Ewigman, B., & Daum, RS. Increasing burden of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* hospitalizations at US academic medical center, 2003-2008. *Infection and Hospital Epidemiology* 2012, 33(8), 782-789.

Dhar, S., Marchaim, D., Tansek, R., Chopra, T., Yousuf, A., Bhargava, A., & Hingwe, A. (2014). Contact precautions more is not necessarily better. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 35(3), 213-221.

- Eibicht, S. J., & Vogel, U. (2011). Meticillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) contamination of ambulance cars after short term transport of MRSA-colonised patients is restricted to the stretcher. *Journal of Hospital Infection*, 78, 221-225.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2014, 18 November). *Summary of the latest data on antibiotic resistance in the European Union*. <http://ecdc.europa.eu/en/eaad/Documents/antibiotic-resistance-in-EU-summary.pdf>
- Institute for Healthcare Improvement (IHI). (2003, 20 October). *The Breakthrough Series: IHI's Collaborative model for achieving breakthrough improvement, 2009*. <http://www.ihl.org/NR/rdonlyres/3F1925B7-6C47-48ED-AA83-C85DBABB664D/0/TheBreakthroughSeriespaper.pdf>
- Lai, C. C., Lee, K., Xiao, Y., Ahmad, N., Veeraraghavan, B., Thamlikitkul, V., Tambyah, P., A., Nelwan, R.H.H., Shibl A.M., Wu, J. J., Seto, W. H., & Hsueh, P. R. (2014). High burden of antimicrobial drug resistance in Asia. *Journal of Global Antimicrobial Resistance*, 2(3), 141-147.
- Lu, P. L., Liu, Y. C., Toh, H. S., Lee, Y. L., Liu, Y. M., Ho, C. M., ... & Hsueh, P. R. (2012). Epidemiology and antimicrobial susceptibility profiles of Gram-negative bacteria causing urinary tract infections in the Asia-Pacific region: 2009–2010 results from the Study for Monitoring Antimicrobial Resistance Trends (SMART). *International journal of antimicrobial agents*, 40, S37-S43.
- Muto, C. A., Jernigan, J. A., Ostrowsky, B. E., Richet, H. M., Jarvis, W. R., Boyce, J. M., & Farr, B. M. (2003). SHEA guideline for preventing nosocomial transmission of multidrug-resistant strains of *Staphylococcus aureus* and enterococcus. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 24(5), 362-386.
- National Antimicrobial Resistance Surveillance Center Thailand (NARST). (2564, 1 มีนาคม). *สถานการณ์เชื้อดื้อยาปฏิชีวนะในประเทศไทย*. <http://narst.dmhc.moph.go.th/documentation/AMR%20strategy%202560-2564.pdf>

- Rossini, A., Di Santo, S. G., Libori, M. F., Tiracchia, V., Balice, M. P., & Salvia, A. (2016). Risk factors for carbapenemase-producing Enterobacteriaceae colonization of asymptomatic carriers on admission to an Italian rehabilitation hospital. *Journal of hospital infection*, 92(1), 78-81.
- Siegel, J. D., Rhinehart, E., Jackson, M., Chiarello, L., & Committee, H. C. I. C. P. A. (2007a). 2007 guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in health care settings. *American Journal of Infection Control*, 35(10), S65-S164.
- Cochran, W.G. (1997). *Sampling Technique*. 3rd ed. John Wiley & Sons, Inc.
- World Health Organization. (2014, June). *Antimicrobial resistance global report on surveillance*. <http://www.who.int/drugresistance/documents/surveillancereport/en/>
- Yngström, D., Lindström, K., Nyström, K., Nilsson-Marttala, K., Hillblom, L., Hansson, L., Klarin, M., & Larsson, J. (2011). Healthcare-associated infections must stop: a breakthrough project aimed at reducing healthcare-associated infections in an intensive-care unit. *BMJ quality & safety*, 20(7), 631-636.



# Reflection on Lesson Learned from Care of the Abandoned Bedridden Patient with Pressure Ulcer grade 3-4 Complication<sup>1</sup>

Unchalee Panyadee<sup>2</sup>  
Hathairat Phongsirisaen<sup>2</sup>  
Suttinee Sidthilaw<sup>2</sup>  
Hutsayaporn Intayos<sup>3</sup>

*Received: 12 October 2021*

*Accepted: 8 December 2021*

## Abstract

This qualitative research were to 1) to take lessons learned from the case study of the abandoned bedridden patient with pressure ulcer grade 3-4 complication and 2) to develop the care process guideline for the abandoned bedridden patients with pressure ulcer grade 3-4 complication. The key information's were 3 staff of the primary and holistic care department, an infection controlling nurse, 2 nurses of inpatient department, and a family physician, 3 village health volunteers, the village headman, 3 staff of Huayor Subdistrict Municipality, totally 14 people. The study tool was a semi-structured interview form. The data collected by focus group discussions and in-depth interviews, data analysis by content and data synthesis. The results showed that the lesson learned for caring the abandoned bedridden patients with pressure ulcer grade 3-4 complication was a cooperation community networks and related sectors participating. It was a model case, enabling all relevant sectors to learn how to care for the abandoned bedridden patients with pressure ulcer grade 3-4 complication. And extracting essential skills of nursing home cares. The care process guidelines for the abandoned bedridden patients with pressure ulcer grade 3-4 complication were 1) The pre-visit phase used the principle of divide up the work, prepare the patient, medical supplies, home environment and coordination with community networks, by using 4M management principles. 2) The intermediate visit was assessed for health status, environment/community, village health volunteers who undertake caregivers, nursing plan. nursing practice, nursing record and organized a campaign donation. 3) The post-visit phase used a continuation nursing plan.

**Keywords:** Lesson Learned, Bedridden Patient, Pressure Ulcer, Caregiver

---

<sup>1</sup> Original Article

<sup>2</sup> Registered Nurse, Professional level at Long Hospital, Phrae Province, E-mail aun-panya18@hotmail.com

<sup>3</sup> Physiotherapist, Professional level at Long Hospital, Phrae Province

## การถอดบทเรียนการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะแทรกซ้อน จากแผลกดทับระดับ 3-4 และไม่มีผู้ดูแล<sup>1</sup>

อัญชลี ปัญญาดี<sup>2</sup>  
หทัยรัตน์ พงษ์ศิริแสน<sup>2</sup>  
สุทธิณี สิทธิหล่อ<sup>2</sup>  
หัตถยาพร อินทยศ<sup>3</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ถอดบทเรียนการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ ระดับ 3-4 และไม่มีผู้ดูแล 2) พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ ระดับ 3-4 และไม่มีผู้ดูแล ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรวม จำนวน 3 คน พยาบาลผู้ควบคุมการติดเชื้อ จำนวน 1 คน พยาบาลตึกผู้ป่วยใน จำนวน 2 คน แพทย์ผู้รับผิดชอบงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน 1 คน อสม.ผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจำนวน 3 คน ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุข เทศบาลตำบลห้วยอ้อ จำนวน 3 คน รวมทั้งสิ้น 14 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง รวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาและการสังเคราะห์ข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า บทเรียนการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ ระดับ 3-4 และไม่มีผู้ดูแล คือ การมีเครือข่ายความร่วมมือโดยเครือข่ายชุมชนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม และเป็นกรณีตัวอย่างทำให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้เรียนรู้การดูแลผู้ป่วย เกิดเป็นต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ ระดับ 3-4 และไม่มีผู้ดูแล และสกัดทักษะจำเป็นของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ ระดับ 3-4 และไม่มีผู้ดูแล 1) ระยะก่อนเยี่ยม ใช้หลักการแบ่งงานกันทำในการเตรียมผู้ป่วย อุปกรณ์เครื่องใช้ และสภาพแวดล้อมที่บ้าน และการประสานงานกับเครือข่ายในชุมชน โดยใช้หลักการบริหาร 4 M 2) ระยะระหว่างเยี่ยม ใช้การประเมินภาวะสุขภาพ สิ่งแวดล้อม/ ชุมชน อสม. ผู้ดูแล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล บันทึกการพยาบาล และการประชาสัมพันธ์ขอรับสนับสนุน 3) ระยะหลังเยี่ยมบ้าน ใช้การกำหนดแผนการพยาบาลต่อเนื่อง

**คำสำคัญ:** การถอดบทเรียน ผู้ป่วยติดเตียง แผลกดทับ ผู้ดูแล

<sup>1</sup> นิพนธ์ต้นฉบับ

<sup>2</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลทอง จังหวัดแพร่, อีเมล: aun-panya18@hotmail.com

<sup>3</sup> นักกายภาพบำบัดชำนาญการ โรงพยาบาลทอง จังหวัดแพร่

## บทนำ

การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care) ซึ่งกระบวนการเยี่ยมบ้าน (Home Visit) เป็นกลวิธีสำคัญที่สุดในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (สำนักการพยาบาล, 2556) ทำให้ผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล อีกทั้งการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นการพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน การพ่นหายใจหรือทุเลาจากความเจ็บป่วย มีสุขภาพะที่ดีที่สุดตามศักยภาพที่มีอยู่ และ/หรือ สร้างความอบอุ่นในครอบครัว ช่วยให้ครอบครัวมีโอกาสดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เตรียมความพร้อมสมาชิกในครอบครัวเมื่อต้องสูญเสียบุคคลในครอบครัว

งานดูแลผู้ป่วยที่บ้าน กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลลอง มีหน้าที่ให้บริการสาธารณสุข ระดับปฐมภูมิในการดูแลประชาชนในความรับผิดชอบ แบบองค์รวมผสมผสาน และต่อเนื่อง ภาระกิจหลักที่สำคัญอย่างหนึ่งคือ ให้บริการเยี่ยมบ้านในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล โดยใช้บ้านแต่ละหลังเสมือนเป็นเตียงผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Home Ward) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนต้องการการดูแลจากผู้ประกอบวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเตียงพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้นจากการก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุของประเทศไทย และภาวะแทรกซ้อนที่มักเกิดตามมาจากการติดเตียงคือการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากผู้ป่วยจำกัด

การเคลื่อนไหว กล้ามเนื้ออ่อนแรง พลิกตะแคงตัวเองไม่ได้ ต้องอาศัยการช่วยพลิกตะแคงตัวจากญาติหรือผู้ดูแล และแผลกดทับจะยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้นหากไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง (Nonnemacher et al, 2008) หรือมีแผลกดทับระดับ 3-4 ซึ่งเป็นระดับที่มีความรุนแรง และไม่มีผู้ดูแลที่จะช่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และส่งเสริมการหายของแผลกดทับที่ถูกต้อง

จากการวิเคราะห์ปัญหาหน้างานพบว่ายังไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ ระดับ 3-4 และไม่มีผู้ดูแล ซึ่งเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนทั้งทางคลินิกเนื่องจากต้องใช้ทรัพยากรและระยะเวลาในการที่จะทำให้แผลกดทับหาย อีกทั้งยังมีความซับซ้อนทางด้านสังคมซึ่งต้องอาศัยการแก้ไขปัญหาแบบบูรณาการทุกภาคส่วน

ดังนั้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการสร้างองค์ความรู้และใช้องค์ความรู้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับระดับ 3-4 และไม่มีผู้ดูแล ตลอดจนสนับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านการศึกษาปฏิบัติจริงและพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับและไม่มีผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ ระดับ 3-4 และไม่มีผู้ดูแล จากกรณีศึกษาในพื้นที่ โดยใช้แนวคิดของทฤษฎีระบบ (Katz & Kahn, 1978) เนื่องจากเป็นปัญหาที่ต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่องในตลอดกระบวนการพัฒนา

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อถอดบทเรียนการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ ระดับ 3-4 และไม่มีผู้ดูแล
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ ระดับ 3-4 และไม่มีผู้ดูแล

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ รวบรวมข้อมูลโดยการศึกษาเอกสาร การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยผู้วิจัยใช้แนวคำถามแบบปลายเปิดในการสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา และการสังเคราะห์ข้อมูล ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ในช่วงเดือนมิถุนายน พ.ศ.2563 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2564

## ประชากร

ประชากรในการวิจัย คือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลลอง ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม จำนวน 10 คน พยาบาลผู้ควบคุมการติดเชื้อ จำนวน 1 คน พยาบาลตึกผู้ป่วยใน จำนวน 13 คน แพทย์ผู้รับผิดชอบงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน 1 คน อาสาสมัครหมู่บ้านจำนวน 26 คน คณะกรรมการหมู่บ้านจำนวน 10 คน เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขเทศบาลตำบลห้วยอ้อ จำนวน 4 คน รวมทั้งสิ้น 65 คน

## กลุ่มตัวอย่าง

ทำการสุ่มตัวอย่างอย่างจำเพาะเจาะจง โดยเลือกผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย

เคสกรณีศึกษานี้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 14 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลลอง จำนวน 3 คน พยาบาลผู้ควบคุมการติดเชื้อ จำนวน 1 คน พยาบาลตึกผู้ป่วยใน จำนวน 2 คน แพทย์ผู้รับผิดชอบงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน 1 คน อาสาสมัครหมู่บ้านผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย จำนวน 3 คน ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุข เทศบาลตำบลห้วยอ้อ จำนวน 3 คน

## เครื่องมือการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ แบบกึ่งโครงสร้าง ใช้เป็นแนวทางการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อ รวบรวมข้อมูลในการวิเคราะห์การพยาบาลในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่พัฒนาขึ้นจากที่ประชุมของคณะผู้วิจัย ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบหลักงานดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยใช้กรอบกระบวนการถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการประกอบด้วย ข้อมูล 4 ส่วนดังนี้ 1) สิ่งที่คาดหวังไว้เป็นอย่างไร 2) สิ่งที่เกิดขึ้นจริงเป็นอย่างไร 3) ทำไมสิ่งที่เกิดขึ้นจริงจึงแตกต่างจากสิ่งที่คาดหวังไว้ 4) ได้เรียนรู้อะไร จะทำอะไร ต่อไปในอนาคต จะดำรงจุดแข็งและปรับปรุงอ่อน อย่างไร

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการ ดังนี้

- 2.1 การสนทนากลุ่ม (focus group interview) สนทนากลุ่มกับคณะบุคคลหลักผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยรายนี้ จำนวน 7 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลลอง จำนวน 3 คน พยาบาลผู้ควบคุมการติดเชื้อ จำนวน 1 คน พยาบาลตึกผู้ป่วยใน จำนวน 2 คน แพทย์ผู้รับผิดชอบงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน 1 คน ณ ห้องประชุมตึก



ผู้ป่วยในโรงพยาบาลลอง เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับ สาเหตุ แนวคิด นโยบาย กระบวนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อนำไปสู่การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลคนอื่น และดำเนินการสนทนากลุ่มอีกครั้งภายหลังการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อการสรุป สะท้อนข้อมูลและทวนสอบข้อมูลร่วมกัน

2.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักครอบคลุมผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน 14 คน ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ และองค์รวมโรงพยาบาลลอง จำนวน 3 คน พยาบาลผู้ควบคุมการติดเชื้อ จำนวน 1 คน พยาบาลตึกผู้ป่วยในจำนวน 2 คน แพทย์ผู้รับผิดชอบงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน 1 คน อาสาสมัครหมู่บ้านผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจำนวน 3 คน ผู้ใหญ่บ้านหรือคณะกรรมการหมู่บ้านจำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุข เทศบาลตำบลห้วยอ้อจำนวน 3 คน ณ สถานที่ห้องประชุมตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลลอง และ ณ บ้านของผู้ป่วย โดยจัดให้มีความเป็นส่วนบุคคลเพียงพอในการตอบเนื้อหาการสัมภาษณ์ครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการศึกษา ได้แก่ องค์ประกอบกระบวนการพัฒนาคุณลักษณะผลลัพธ์ ผลกระทบของระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับระดับ 3-4 และไม่มีผู้ดูแล ปัจจัยเงื่อนไขของการพัฒนาระบบบริการ โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ ครั้งละประมาณ 30-60 นาที และบางคนต้องใช้ในการสัมภาษณ์มากกว่า 1 ครั้ง

2.3 การบันทึกภาพและเสียงการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ ระหว่างการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ เชิงลึกผู้วิจัยทำการบันทึก

ย่อข้อมูลที่ได้ พร้อมกับการขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการบันทึกภาพและเสียงเพื่อให้ได้ข้อมูลถูกต้องครบถ้วน และใช้ในการทวนสอบ ข้อค้นพบต่าง ๆ การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล ใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) ด้วยวิธีการเก็บข้อมูลแหล่งข้อมูลและผู้เก็บข้อมูลที่ต่างกัน (สุภางค์ จันทวานิช, 2556; Denzin, Lincoln, & Giardina, 2006) และแบบสามเส้าด้านนักวิจัย (Investigator Triangulation) โดยนำข้อมูลไปสะท้อน (Reflection) ให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบเพื่อยืนยันความถูกต้อง การวิเคราะห์ข้อมูล ถอดข้อความจากเทปบันทึกเสียง ข้อมูลจากบันทึกที่เกี่ยวข้อง นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2553; Braun & Clarke, 2006) โดยการเปรียบเทียบความเหมือนและแตกต่างกันของข้อมูล แล้วนำมาจัดกลุ่มเป็นหมวดหมู่ข้อมูล พร้อมทั้งการจัดลำดับขั้นตอนของสถานการณ์ แผนผังการจัดกลุ่มและความสัมพันธ์ของกิจกรรมและกระบวนการที่เกิดขึ้นเพื่อการสังเคราะห์เป็นรูปแบบต่อไป

การวิจัยนี้ผู้วิจัยมีการคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 3 ด้าน คือ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูล โดยไม่มีการระบุชื่อของเคสกรณีศึกษา การนำการเสนอผลการวิจัยกระทำในภาพรวมเท่านั้น

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา และการสังเคราะห์ข้อมูล

### ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 บริบทพื้นที่และพัฒนาการของระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เครือข่ายบริการ

สุขภาพอำเภอลองจัดให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งสามารถสรุปได้เป็น 4 ระยะดังนี้

- 1) มีผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสู่บ้าน ด้วยแนวคิด “Home Ward” โดยการสร้างเตียงที่บ้าน ประกอบกับโรงพยาบาลมีแนวคิดการดูแลผู้ป่วยให้ได้มาตรฐาน HA โดยใช้แนวคิดทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team; PCT) มาใช้ในการปฏิบัติงาน
- 2) มีการตั้งผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านโดยพยาบาลกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรวม โรงพยาบาลลองเป็นผู้รับผิดชอบประสานงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ภาควิชาหรือชายในชุมชน ในการวางแผนร่วมกัน
- 3) ทำแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Plan) โดยแต่ละวิชาชีพนำข้อมูล ผู้ป่วย มาวิเคราะห์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง
- 4) ประเมินผลการดำเนินงานร่วมกันและถอดบทเรียนที่ได้รับ

ส่วนที่ 2 บทเรียนและผลลัพธ์ของผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับระดับ 3-4 และไม่มีผู้ดูแล

2.1 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยพบว่า แผลกดทับมีขนาดของแผลลดลงจากระดับ 4 เป็นระดับ 2 โดยแผลที่มีเนื้อตายลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อและกระดูก มีลักษณะของแผลที่ตื้นขึ้นชั้นผิวหนังและเนื้อแผลแดงดี ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อจากแผลกดทับและในวาระสุดท้ายชีวิต ผู้ป่วยมีภาวะการณตายดี (Good dead) และมีชีวิตบั้นปลายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

“..ผู้ป่วยกลับมาแอดมิทด้วยเรื่องปัสสาวะไม่ออก และมีไข้แค่ครั้งเดียว หลังจากกลับบ้านได้ 1 ในครั้งแรก แต่พอเราเข้าไปสอนย้ำกับทีม

ผู้ดูแลคนไข้ก็ไม่กลับมานอนโรงพยาบาลอีกเลย..จากการดูแลตลอด 8 เดือน.. [PK4]”

“...แผลคนไข้ดีขึ้น จากระดับ 4 เป็น ระดับ 2... [PK5]”

“...คนไข้ของผมได้ตายแบบที่ผมคิดคือมีภาวะการตายดี ไม่ตายแบบโดดเดี่ยว เรียกว่ามีชีวิตบั้นปลายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์แล้ว... [PK7]”

2.2 บทเรียนที่ได้รับ หลังดำเนินการถอดบทเรียนหลังทำกิจกรรม (AAR) ทั้งหมดพบว่า

2.2.1 สิ่งที่คาดหวังไว้คือ เกิดการพัฒนากระบวนการเยี่ยมบ้านที่เป็นรูปธรรม มีผู้รับผิดชอบในการประสานงานหลัก เกิดเครือข่ายความร่วมมือ

“...เราน่าจะได้เครือข่ายความร่วมมือไว้ในพื้นที่นี้ รู้ว่าถ้าเกิดกรณีแบบนี้ เทศบาลเราจะประสานใคร หมู่บ้านเราจะประสานใคร หรือหากมันเกินกำลังของชุมชนจริงๆ พมจ. เราจะประสานใคร... [PK1]”

“...มีการแบ่งงานกันทำ คนไหนเตรียมเซททำแผล คนไหนประสานรถออกเยี่ยม คนไหนรายงานเคลกับแพทย์... [PK2]”

“...ถ้าเจอเคสที่ซับซ้อนแบบนี้ ญาติไม่มีคอมพลีเคชัน จะได้ว่าต้องประสานงานใคร ก่อนที่จะส่งคนไข้กลับบ้าน... [PK6]”

“...มีระบบงานชัดเจน...มีการรายงานเคลให้ทราบเป็นระยะๆ จะได้ว่าตอนนี้คนไข้เป็นอย่างไรบ้าง สภาวะทั่วไป ต้องการความช่วยเหลืออย่างไร จะได้ว่าวางแผนการรักษาถูก... [PK7]”

“...มีคนช่วยคิดว่า ถ้าเจอแบบนี้เราจะทำยังไงกันดี ชาวบ้านอาจจะม่แรง มีกำลัง

ที่จะไปช่วยกันอยู่' แต่ก็กังวลเรื่องการดูแล กลัวดูแลไม่ถูกต้อง แต่มีการวางแผนแบบนี้ ทำให้เรารู้ว่า อ่อ...เดี๋ยวเราต้องไปเตรียมอะไรที่บ้าน เขา เตรียมใครมาช่วยกันดูแล แบบนี้สบายใจ ขึ้นมาก... [PK11]"

"...มีการมาคุยกันก่อน วางแผนว่าเราจะทำ ยังไง ถ้าเคลแบบนั้นก็กลับไปที่บ้านแล้ว เหมือนมาช่วยกันคิด... [PK13]"

2.2.2 สิ่งที่เกิดขึ้นจริงคือ เกิดการพัฒนากระบวนการเยี่ยมบ้านที่เป็นรูปธรรม มีผู้รับผิดชอบในการประสานงานหลัก เกิดเครือข่ายความร่วมมือและเป็นกรณีตัวอย่าง ทำให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้เรียนรู้การดูแลผู้ป่วย เพื่อนมุษย์ที่ไม่มีผู้ดูแล

"...มีการประชุมร่วมกันของทางโรงพยาบาล ทางตัวแทนชุมชน ตัวแทนอสม. และเทศบาล มีเครือข่ายในการประสานงาน แบ่งงานกันไป จัดการด้านต่างๆ... [PK1]"

"...ชุมชนเขาน่ารัก ขอความร่วมมืออะไร ก็ได้ ผลัดเปลี่ยนเวรกันมาดูแล... [PK2]"

"...มีประสานทำเรื่องขอยืม เตียงฟาวเลอร์ ที่นอนลม จากศูนย์ COC ที่มีผู้มาบริจาคไว้ ประสานเรื่องขอเบิกชุดอุปกรณ์ทำแผลกดทับ กอลใหญ่ ไสล์พิเศษ สำหรับเคลสนี้... [PK3]"

"...การที่มีผู้รับผิดชอบในการประสานกับ ชุมชนนี้ดี เพราะบางทีจะส่งคนไข้กลับบ้าน เราก็ไม่รู้จักใคร ยิ่งถ้าคนไข้ไม่มีญาติแล้วนี่ ทำให้รู้สึก เป็นห่วงว่าใครจะเอายาให้กิน ไหนจะเรื่องทำแผล อีก... [PK5]"

"...มีตัวหลักการประสานงานทั้งในรพ. และ เครือข่ายข้างนอก... [PK6]"

"...ระบบงานเยี่ยมบ้านเป็นรูปธรรมขึ้น เมื่อมีเครือข่ายคนไข้ไม่มีญาติ ไม่มีรถมาหาหมอ

สามารถทำให้ประสานขอความอนุเคราะห์ทาง เทศบาลมาส่งได้ มีช่องทางในการประสานงาน... อีกอย่างที่ดีคือ มีการประเมินคนไข้ มีแผนการ เยี่ยมบ้านที่เรากำหนดแผนการรักษา ร่วมกัน มีบันทึกสถานะคนไข้... [PK7]"

"...เราก็อุ่นใจ มันใจว่าถ้าเราไปดูดูแลเขา แล้วเขามีปัญหาเราก็มีพี่เลี้ยงที่สามารถโทร ประสานงาน ประึกษาได้มันดีตรงนี้... [PK9]"

"...พอเขาเห็นว่าเราทำแบบนี้จริงจัง ใครๆ ก็ยื่นมือมาช่วย พมจ.ก็มา ร้านค้าต่างๆในชุมชน ก็ช่วยเรื่องแพลเทิสมา... [PK10]"

"...ตอนแรกก็พากันกังวลกับเรื่องค่าใช้จ่าย ของคนไข้ แม้ว่าอาหารจะมีคนในชุมชนช่วยกัน แต่มันยังมีค่าไฟฟ้า ค่าแอมพิล แต่สุดท้ายเราก็ช่วยกันคิดและทำประชาลัมพันธ์ขอรับบริจาค เป็นพวกอาหารกับแอมพิล ก็มีคนมาช่วยกัน เรื่อง ค่าไฟก็ไปขอลดค่าไฟ แต่ปรากฏว่าไฟฟ้าเขาทำ เรื่องยกเว้นให้... มันเห็นน้ำใจของกันและกัน... [PK11]"

"...การทำงานแบบนี้มันเหมือนการเสริมพลังให้กันและกัน เรื่องนี้เราช่วยได้ เรื่องนี้หมอ ช่วย ตอนนี้นั่นนี้ไม่ว่าก็มีอีกคนไปช่วยกัน เสริมพลังกันไป... [PK14]"

2.2.3 สิ่งที่แตกต่างกันสิ่งที่คิดไว้ คือ เกิดต้นแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มี ภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับระดับ 3-4 และ ไม่มีผู้ดูแลให้กับผู้ป่วยรายอื่นอีก 2 รายในช่วง ปีงบประมาณ พ.ศ.2564 ทำให้ผู้รับผิดชอบงาน ดูแลที่บ้านมีแนวทางในการดำเนินการวางแผน จำหน่ายผู้ป่วยสู่บ้านได้ ซึ่งสิ่งที่เกิดขึ้นจริง จึงแตกต่างจากสิ่งที่ คาดหมายไว้เนื่อง จาก เป็นความสำเร็จของการดำเนินงานในเคสกรณี ศึกษา ทำให้ชุมชนและภาคส่วนเห็นความสำคัญ



และให้ความร่วมมือในการจัดการผู้ป่วยในราย  
ถัดมา

“...ช่วงต้นปี 64 ก็มีเคสแบบนี้มาอีก  
จากการที่เราช่วยกันรอบที่แล้วมันเกิดเป็นต้นแบบ  
แม่แบบ หรือแบบอย่างให้เราเดินไปตามทางนี้  
ทำให้สามารถจัดการคนไข้รายใหม่ได้ไม่ลำบาก...  
[PK4]”

“มันกลายเป็นเรื่องหน้าหูที่จะช่วยกันดูแล  
คนในชุมชนเรา ที่เขาเจอสภาพแบบนี้ เป็นเรื่อง  
ที่ดีมากๆ ที่เราได้ช่วยกัน [PK11]”

2.2.4 บทเรียนที่ได้รับและเป็นปัจจัย  
สู่ความสำเร็จคือ ทักษะจำเป็นของพยาบาล  
ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยรายนี้  
มีผลกตที่ระดับ 4 และไม่มีผู้ดูแล พยาบาลและ  
ทีมปฏิบัติงานต้องมีทักษะ ดังนี้ 1) ทักษะทาง  
คลินิก (Clinical Skill) โดยเฉพาะด้านการรักษา  
พยาบาล หัตถการ การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น  
ภายใต้ข้อจำกัดของเครื่องมือและผู้ที่ จะคอย  
ช่วยเหลือ 2) ทักษะการเข้าถึงชุมชน การสร้าง  
สัมพันธภาพและเข้าถึงชุมชนได้ จะช่วยทำให้เกิด  
การมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกชั้น ตอน  
ของการดำเนินงาน 3) ทักษะการทำงานเป็นทีม  
เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับความสำเร็จของการดูแล  
สุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือ  
จากทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายที่ทำงานร่วมกัน  
4) ทักษะการประสานงาน การปฏิบัติงานในชุมชน  
ต้องประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  
สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์  
จังหวัด (พมจ.) และผู้บริจาคสิ่งของที่จำเป็น  
แก่ผู้ป่วย 5) ทักษะการจัดเก็บข้อมูลและ  
การเลือกใช้ข้อมูลทางสุขภาพ การรายงานข้อมูล  
ทางสุขภาพแก่แพทย์ ผู้รับผิดชอบ และ  
ทีมปฏิบัติงาน ภาคีเครือข่าย เพื่อนำไปวางแผน

จัดการปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัวและ  
ชุมชนได้ 6) ทักษะการสร้างเสริมพลังอำนาจ  
ด้านสุขภาพ คือ การสร้างความ มั่นใจให้กับผู้ป่วย  
ได้ตรงตามความต้องการ ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง  
(Patient-Center Care) เป็นที่ปรึกษา เป็นผู้ประสานงาน  
เป็นผู้เอื้ออำนวยความสะดวก และแนะนำการหา  
แหล่งประโยชน์ให้แก่ผู้ป่วย สำหรับปัญหา  
อุปสรรคในช่วงนี้คือ การแพร่ระบาดของไวรัส  
โควิด-19 ทำให้ต้องมีการสวมอุปกรณ์ป้องกัน  
ในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเกิดความ  
ไม่สะดวกในการปฏิบัติงาน และมีความเสี่ยง  
ที่จะนำเชื้อไวรัสโควิด-19 สู่อุปป่วย

“...การทำแผลในชุมชนเป็นเรื่องที่ยาก  
ต้องสู้กับสภาพแวดล้อมที่ไม่พร้อม ไท่นจะหน้าาก  
ไท่นจะอากาศร้อนอยู่แล้ว คนช่วยพลิกช่วยจับ  
มีน้อย... อุปกรณ์ทำแผลต้องสะอาด... ในเทคนิค  
การทำแผลจะใช้แอลกอฮอล์เช็ดรอบแผลให้ชุ่มก่อน  
จากนั้นจึงค่อยๆดึงให้ผ้ากอลที่ติดไว้ออกมา  
แล้วทำความสะอาดแผลด้วยความนุ่มนวล เพราะ  
ถ้าเช็ดแรงเช็ดที่เกิดขึ้นใหม่ก็อาจหลุดลอกไปอีก...  
[PK1]”

“...การทำงานเป็นทีมที่ดี สามารถทำงาน  
และเขาได้กับทุกฝ่าย... [PK6]”

“...มีการประเมินคนไข้ มีแผนการเยี่ยม  
บ้านที่เรากำหนดแผนการรักษาร่วมกัน มีบันทึก  
สภาวะคนไข้... มีข้อมูลกลับมาให้พิจารณาเพื่อ  
ประเมินการเปลี่ยนแปลงของคนไข้... [PK7]”

“...การสอนแบบใกล้ชิดชิดของทีมนุ้มนม  
ทำให้มีโอกาสได้เรียนรู้การดูแลคนไข้แบบนี้มาก  
ขึ้น พลิกตัวทำยังไง ให้คนไข้ออกกำลังทำยังไง...  
[PK9]”

“...เคยไปแอบฟังหมอคุยกับคนไข้ จะได้ยิน  
หมอบอกเสมอว่าให้สู้ๆ ให้กำลังใจคนไข้เก่ง และ



เราเองก็มั่นใจ มีอะไรเกี่ยวกับคนไข้ก็กลัว  
ที่จะปรึกษา กล้าที่จะเล่า เพราะรู้ว่าจะมีทางออก  
ร่วมกันที่ดี... [PK10]”

“...คนจะมาทำงานตรงนี้ ส่วนหนึ่งต้อง  
มีอัธยาศัยดี เข้ากับทีมได้ ประสานเก่ง พูดจาดี...  
ทำให้ใครก็อยากทำงานด้วย... เพราะทำงานด้วย  
แล้วเราสบายใจ... [PK12]”

ส่วนที่ 3 แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียง  
ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ ระดับ 3-4  
และไม่มีผู้ดูแล

3.1 ระยะก่อนเยี่ยมใช้หลักการแบ่งงานกัน  
ทำในการเตรียมผู้ป่วย อุปกรณ์เครื่องใช้ และ  
สภาพแวดล้อมที่บ้าน และการประสานงานกับ  
เครือข่ายในชุมชน โดยใช้หลักการบริหาร 4 M คือ

3.1.1 Man: แพทย์ พยาบาล ผู้รับผิดชอบ  
การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน พยาบาลผู้ควบคุม  
การติดเชื้อ ผู้ใหญ่บ้าน อสม.

3.1.2 Material: ชุดทำแผลกดทับ เตียง  
พวเลอร์ ที่นอนลม

3.1.3 Money: การคำนึงถึงเศรษฐกิจ  
ของผู้ป่วย ในเคสกรณีศึกษา ผู้ป่วยมีรายได้จาก  
เบี้ยยังชีพผู้พิการ และเบี้ยผู้สูงอายุ และไม่มีญาติ

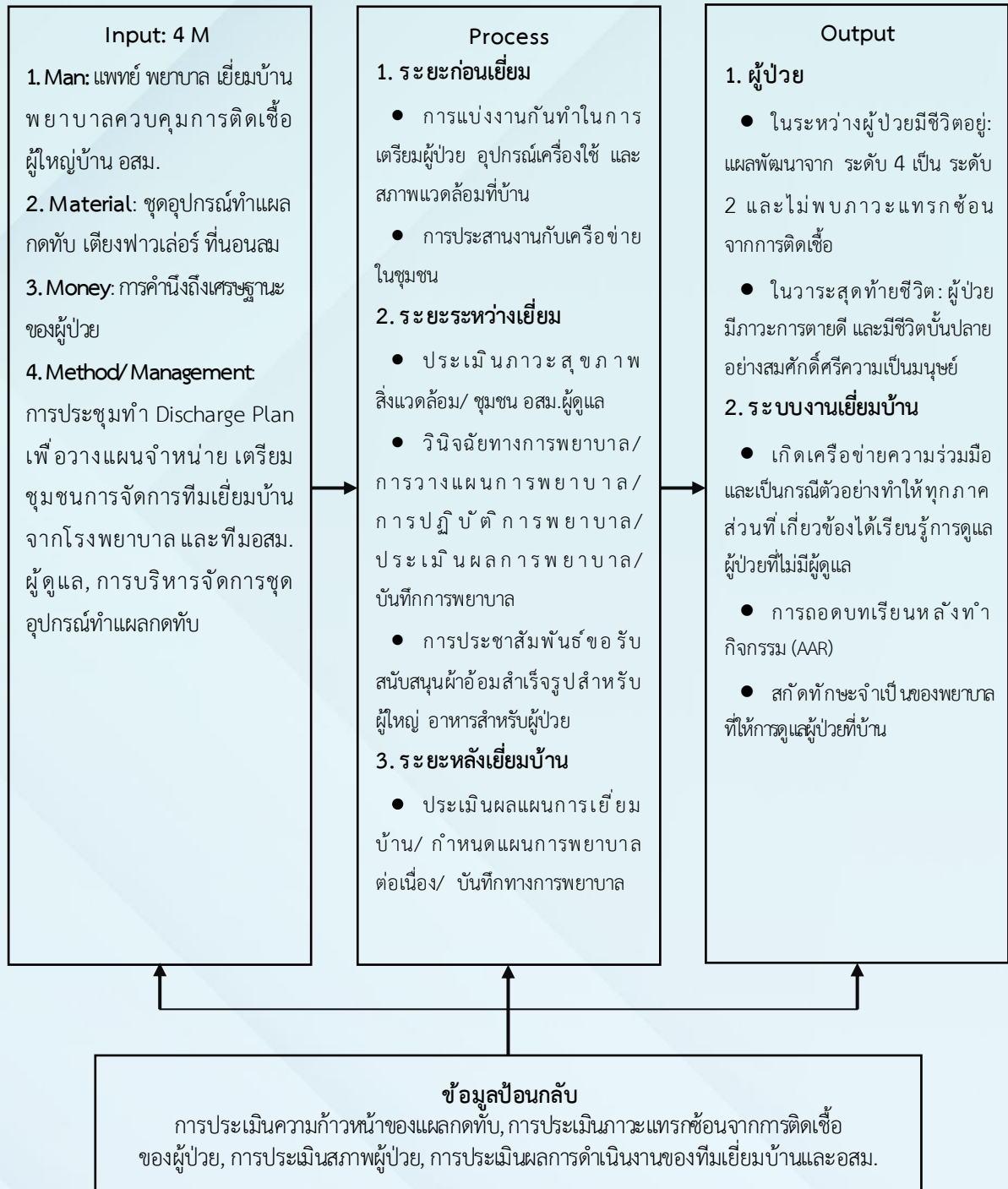
3.1.4 Method/ Management:  
การประชุมทำ Discharge Plan เพื่อวางแผนจำหน่าย  
เตรียมชุมชน การจัดการทีมเยี่ยมบ้านจาก  
โรงพยาบาล และทีม อสม.ผู้ดูแล, การบริหาร  
จัดการชุดอุปกรณ์ทำแผลกดทับ

3.2 ระยะระหว่างเยี่ยมใช้การประเมิน  
ภาวะสุขภาพ สิ่งแวดล้อม/ ชุมชน อสม. ผู้ดูแล  
วินิจฉัยทางการแพทย์/ การวางแผน  
การพยาบาล/ การปฏิบัติการพยาบาล/  
ประเมินผลการพยาบาล/ บันทึกการพยาบาล

และการประชาสัมพันธ์ขอรับสนับสนุนผ้าอ้อม  
สำเร็จรูปสำหรับผู้ใหญ่ อาหารสำหรับผู้ป่วย

3.3 ระยะหลังเยี่ยมบ้าน ใช้การประเมินผล  
แผนการเยี่ยมบ้าน การกำหนดแผนการพยาบาล  
ต่อเนื่อง และบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

ผลการวิจัยทั้งหมดดังแสดงในภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ ระดับ 3-4 และไม่มีผู้ดูแล

## สรุปผลการวิจัย

1. บทเรียนการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ ระดับ 3-4 และไม่มีผู้ดูแล คือ การมีเครือข่ายความร่วมมือโดยเครือข่ายชุมชนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม และเป็นกรณีตัวอย่างทำให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยเกิดเป็นต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ ระดับ 3-4 และไม่มีผู้ดูแล และสกัดทักษะจำเป็นของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

2. แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ ระดับ 3-4 และไม่มีผู้ดูแล ตามทฤษฎีระบบ แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะก่อนเยี่ยมใช้หลักการแบ่งงานกันทำในการเตรียมผู้ป่วย อุปกรณ์เครื่องใช้ และสภาพแวดล้อมที่บ้าน และการประสานงานกับเครือข่ายในชุมชน โดยใช้หลักการบริหาร 4 M คือ 1.1) Man: แพทย์ พยาบาลผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน พยาบาลควบคุมการติดเชื้อผู้ใหญ่บ้าน อสม. 1.2) Material: ชุดทำแผลกดทับเตียงฟาวเลอร์ ที่นอนลม 1.3) Money: การคำนึงถึงเศรษฐฐานะของผู้ป่วย ในเคสกรณีศึกษาผู้ป่วยมีรายได้จากเบี้ยยังชีพผู้พิการ และเบี้ยผู้สูงอายุ และไม่มีญาติ 1.4) Method/ Management: การประชุมทำ Discharge Plan เพื่อวางแผนจำหน่าย เตรียมชุมชน การจัดการทีมเยี่ยมบ้านจากโรงพยาบาล และทีมอสม.ผู้ดูแล, การบริหารจัดการชุดอุปกรณ์ทำแผลกดทับ 2) ระยะระหว่างเยี่ยม ใช้การประเมินภาวะสุขภาพ สิ่งแวดล้อม/ ชุมชน อสม.ผู้ดูแล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล บันทึกการพยาบาล และการประชาสัมพันธ์

ขอรับสนับสนุนผ้าอ้อมสำเร็จรูปสำหรับผู้ใหญ่ อาหารสำหรับผู้ป่วย 3) ระยะหลังเยี่ยมบ้าน ใช้การกำหนดแผนการพยาบาลต่อเนื่อง ผลลัพธ์ในการดำเนินการ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 3.1) ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยในระหว่างผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ แผลกดทับดีขึ้นและไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ ในวาระสุดท้ายชีวิต: ผู้ป่วยมีภาวะการตายดี และมีชีวิตบั้นปลายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ 3.2) ผลลัพธ์ในระบบงานเยี่ยมบ้าน เกิดเครือข่ายความร่วมมือและเป็นกรณีตัวอย่างทำให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล ส่วนการประเมินผลจะใช้ในทุกระยะเพื่อให้สามารถดูแลและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว

## การอภิปรายผลการวิจัย

การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านในการศึกษานี้ มีการดำเนินงานตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ ผลจากการศึกษาพบว่า ความสำเร็จของการจัดการผู้ป่วยรายนี้คือ มีกระบวนการวางแผนจำหน่ายและการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ และความร่วมมือจากชุมชนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

การวางแผนจำหน่ายซึ่งเป็นเครื่องมือทางการพยาบาลที่สำคัญ สามารถช่วยผู้ป่วยให้ปลอดภัยในการกลับไปอยู่บ้านซึ่งไม่มีทีมสุขภาพดูแลใกล้ชิด โดยมีการประสานงานกันระหว่างบุคลากรหลาย ๆ ด้าน เพื่อให้ผู้ป่วยที่บ้านได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง การวางแผนการจำหน่ายต้องอาศัยความรู้และความเข้าใจร่วมกันทั้งด้านปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วย ความสามารถของครอบครัว ความต้องการการพึ่งพาของผู้ป่วย (สำนักการพยาบาล, 2556)

สอดคล้องกับการศึกษาของ ชไมพร บัวพิน, พรชัย จุลเมตต์ และนิยม พิสิษฐพัฒนา (2562) ที่ศึกษา ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการ วางแผนจำหน่ายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนการจำหน่ายมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพ ชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการวางแผนการจำหน่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 นอกจากนี้ McKeeHan (1981 อ้างใน สำนักการพยาบาล, 2556) กล่าวถึงความสำคัญของวางแผนการ จำหน่ายผู้ป่วยว่าเป็นเตรียมความพร้อมผู้ป่วย/ ผู้ดูแล ทักษะการปฏิบัติตัวที่บ้านได้ด้วยตนเอง เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ที่ซับซ้อนมาก และกิจกรรมที่ซับซ้อนน้อยจนถึง ระดับพึ่งพาตนเองได้ตามภาวะโรค ทั้งนี้ การที่ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนการจำหน่ายจะสัมฤทธิ์ผลได้ ยังต้องมีระบบการพยาบาลเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วย พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

ระบบการพยาบาลเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วย พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย เป็นทีมที่ปฏิบัติงาน เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในชุมชนเป็นระบบ การพยาบาลเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยในลักษณะ เครือข่าย และจัดระบบการเยี่ยมบ้านให้เป็นระบบ เดียวกัน โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ประสานงาน เพื่อให้ทีมที่ปฏิบัติงานเข้าใจและใช้แผนการ จำหน่ายแผนเดียวกัน เพื่อให้แผนการพยาบาล มีความต่อเนื่องมุ่งสู่เป้าหมายการพยาบาล ที่กำหนดไว้ และประสานทีมสหสาขาเข้ามาร่วม ดูแล สำหรับผู้ป่วยรายนี้ นอกจากจะมีระบบ การพยาบาลเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยแล้ว สิ่งที่ทำให้ ประสพผลสำเร็จคือ ปัจจัยสนับสนุน การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านซึ่งได้ ศักยภาพ

ของชุมชน อาสาสมัครหมู่บ้านผู้ดูแลผู้ป่วย และ เครือข่ายชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) และผู้บริจาคสิ่งของ ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยที่เกื้อกูลกัน ในการดูแลผู้ป่วย ที่บ้าน เพื่อให้เกิดเครือข่ายสุขภาพจากทุก ภาคส่วน ในชุมชนให้สามารถดำเนินงานเยี่ยมบ้าน ร่วมกับทีมสุขภาพได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ พิศสมัย บุญเลิศ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และ ศุภวดี แถวเพ็ญ (2559) ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบ การดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งพบว่า ความสำเร็จของผล การศึกษานี้เกิดจากการพัฒนาข้อมูลพื้นฐาน ของชุมชน ผ่านแนวทางการจัดการคุณภาพ และ ทฤษฎีการสร้างการมีส่วนร่วมที่เหมาะสม ของชุมชน เครือข่ายชุมชน องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น (อปท.) กับบริบทของชุมชน จนทำให้ได้ รูปแบบที่มีความเหมาะสมและนำไปปฏิบัติได้จริง

ประเด็นที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่เป็น ปัจจัยสู่ความสำเร็จคือ ทักษะจำเป็นของพยาบาล ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยรายนี้ ซึ่งมีผลกดทับระดับ 4 และไม่มีผู้ดูแล พยาบาล และทีมปฏิบัติงานต้องมีทักษะ ดังนี้ 1) ทักษะทาง คลินิก (Clinical Skill) โดยเฉพาะด้านการรักษา พยาบาล หัตถการ การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น ภายใต้อำนาจจำกัดของเครื่องมือและผู้ที่ จะคอย ช่วยเหลือ 2) ทักษะการเข้าถึงชุมชน การสร้าง สัมพันธภาพและเข้าถึงชุมชนได้ จะช่วยทำให้เกิด การมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอนของ การดำเนินงาน 3) ทักษะการทำงานเป็นทีม เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับความสำเร็จของการดูแล



สุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายที่ทำงานร่วมกัน โดยมีการแลกเปลี่ยนความรู้ ทักษะซึ่งกันและกัน 4) ทักษะการประสานงาน การปฏิบัติงานในชุมชน ต้องประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัด (พมจ.) และผู้บริจาคสิ่งของที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย 5) ทักษะการจัดเก็บข้อมูลและการเลือกใช้ข้อมูลทางสุขภาพ การรายงานข้อมูลทางสุขภาพแก่แพทย์ ผู้รับผิดชอบ และทีมปฏิบัติงาน ภาคีเครือข่าย เพื่อนำไปวางแผนจัดการปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนได้ 6) ทักษะการสร้างเสริมพลังอำนาจด้านสุขภาพ คือ การสร้างความ มั่นใจให้กับผู้ป่วย ได้ตรงตามความต้องการ ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Center Care) เป็นที่ปรึกษา เป็นผู้ประสานงาน เป็นผู้เอื้ออำนวยความสะดวก และแนะนำการหาแหล่งประโยชน์ให้แก่ผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับสำนักการพยาบาล (2556, หน้า 50-52) ที่กำหนดทักษะที่จำเป็นของพยาบาล ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ และแสดงให้ประชาชนประจักษ์ในผลการปฏิบัติงานของพยาบาล

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นแนวทางแก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วย บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิพัฒนาระบบบริการเพื่อให้ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care) ครอบคลุมผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้อย่างต่อเนื่องที่บ้านโดยการออกแบบ

ปรับระบบบริการที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ การพัฒนาทักษะของ บุคลากรสุขภาพ ผู้ดูแล การปรับสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม ตลอดจน การประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนให้ผู้รับบริการได้อย่างต่อเนื่อง อย่างมี คุณภาพ มีมาตรฐาน อย่างอบอุ่น จากสมาชิกในครอบครัวและชุมชน

2. เป็นแนวทางแก่ผู้บริหารในเครือข่าย บริการสุขภาพระดับต่าง ๆ ได้พัฒนาระบบการดูแล ผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ เชื่อมต่อการบริการแก่ผู้ป่วยจากโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สู่บ้านผู้ป่วย ในชุมชน ที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ และยังสามารถลดค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพได้

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นของระบบ การบริหารจัดการทรัพยากรที่จำเป็นในการดูแล ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ ระดับ 3-4 และไม่มีผู้ดูแล เช่น เตียงพลาเลอร์ ที่นอนลม ชุดทำแผลกดทับ อาหาร และผ้าอ้อมสำเร็จรูป สำหรับผู้ใหญ่

#### เอกสารอ้างอิง

- ชไมพร บัวพิน, พรชัย จุลเมตต์ และ นิยม พิสิษฐ พิพัฒนา. (2562). ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการวางแผน จำหน่ายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารเครือข่าย วิทยาลัยพยาบาลการสาธารณสุขภาคใต้*. 6(1), 51-62.
- พิศสมัย บุญเลิศ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และ ศุภวดี แถวเพ็ญ. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

- สำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ติดเตียงใน  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง  
มัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอกษัตริย์  
จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสำนักงาน  
ป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น.  
23(2), 79-87.
- ศิริพร จิรวัดนนกุล. (2553). การวิจัยเชิงคุณภาพ  
ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 2).  
บริษัทวิทยพัฒน์.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2556). วิธีการวิจัยเชิง  
คุณภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 21). สำนักพิมพ์  
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักการพยาบาล. (2556). ความหมายที่  
เกี่ยวข้องกับพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน.  
ในการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน. (น.16-55).  
โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่ง  
ประเทศไทย.
- Braun, V. and Clarke, V. (2006). Using  
thematic analysis in psychology,  
*Qualitative Research in  
Psychology*, 3(2), 77-101.
- Denzin, N. K., Lincoln, Y. S., & Giardina, M.  
D. (2006). Disciplining qualitative  
research. *International Journal of  
Qualitative Studies in Education*,  
19(6), 769-782.
- Katz, D., & Kahn, R. L. (1978). *The social  
psychology of organizations* (2nd  
ed.). New York: Wiley.
- Nonnemacher M, Stausberg J, Bartoszek G,  
Lottko B, & Neuhaeuser M, Maier I.  
(2008). Predicting pressure ulcer  
risk: a multifactorial approach to  
assess risk factors in a large  
university hospital population. *JCN*,  
18, 99-107.

## Research and Development: Process and Application

Piya Boochoa<sup>1</sup>  
Niphitphon Seangduang<sup>2</sup>

*Received: 14 October 2021*

*Accepted: 8 December 2021*

### **Abstract**

Research and development is a research method that aims to study, research and systematic innovate in a reliable system. It has an important goal for the acquisition of invention/product innovation and form/ method/ process/ operating system innovation. That is a model that can use to develop and solve problems effectively and efficiently causing advances in all fields of science.

This academic paper conducted to gain insight into explaining and understanding research and development, through the lens of meaning, importance, processes and applications. As well as presenting samples that use the structure of research and development. It will be resulting in applications for expansion and problem-solving. Further benefits to individuals, agencies, organizations, institutions or society.

**Keywords:** Research and development

---

<sup>1</sup> Lecturer in **Innovative Learning Center**, Srinakharinwirot University, Bangkok, Thailand

<sup>2</sup> Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Phrae Provincial Public Health Office, Thailand

## การวิจัยและพัฒนา: กระบวนการและการประยุกต์ใช้

ปิยะ บุษชา<sup>1</sup>

นิพัทธ์พงษ์ แสงดั่ง<sup>2</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา เป็นวิธีวิทยาการวิจัยที่มุ่งศึกษาค้นคว้า คิดค้น อย่างเป็นระบบ นำเชื่อถือ โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อการได้มาซึ่งนวัตกรรมประเภทสิ่งประดิษฐ์/ วัตถุเป็นชิ้นอัน และนวัตกรรมประเภทรูปแบบ/ วิธีการ/ กระบวนการ/ ระบบปฏิบัติการ ที่เป็นต้นแบบที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาและ แก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ก่อให้เกิดความก้าวหน้าในศาสตร์ ทุกสาขา

บทความวิชาการนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่ออธิบายและสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการวิจัยและพัฒนา ในแง่ของความหมายและความสำคัญ กระบวนการ และการประยุกต์ใช้ รวมทั้งนำเสนอตัวอย่างงานวิจัยที่ใช้รูปแบบของการวิจัยและพัฒนา อันจะนำไปสู่การประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาและแก้ไขปัญหา เกิดประโยชน์ต่อบุคคล หน่วยงาน องค์กร สถาบัน หรือสังคม ต่อไป

**คำสำคัญ:** การวิจัยและพัฒนา

<sup>1</sup> อาจารย์ประจำสำนักนวัตกรรมการเรียนรู้ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

<sup>2</sup> นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่



## บทนำ

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) มีความเป็นมาอย่างยาวนาน ก่อให้เกิดการสร้างสรรค่นวัตกรรม (Innovation) ประดิษฐ์กรรม (Invention) รวมถึงวิธีการหรือกระบวนการ สร้างผลผลิตที่สำคัญต่างๆ ที่มีผลต่อความคิด พฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงความเป็นอยู่ของมนุษย์ รวมถึงส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในภาพสังคมโลกอย่างต่อเนื่องจากอดีตถึงปัจจุบัน “ การวิจัยและพัฒนา ” เป็นแนวคิดที่สามารถถ่ายทอดลงสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ได้ตามความเป็นจริงของสภาพสังคม สามารถสร้างความก้าวหน้าในการค้นคิดสิ่งประดิษฐ์ใหม่ๆ ให้กับศาสตร์ทุกสาขา ทั้งทางด้านวิทยาศาสตร์ สังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ เป็นต้น (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2559) ทั้งนี้ “ การวิจัยและพัฒนา ” เป็นวิธีวิทยาการวิจัยที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการพัฒนาผลผลิต (Product) หรืออาจเรียกว่าผลิตภัณฑ์ ที่เป็นตัวสินค้าหรือบริการในทางธุรกิจ สำหรับในทางการศึกษา อาจเรียกว่า “ นวัตกรรม ” ที่อาจเป็นวัตถุ (material) หรืออาจเป็นหลักการ (principle) แนวคิด (concept) หรือทฤษฎี (theory) ที่สะท้อนให้เห็นถึงเทคนิคหรือวิธีการเพื่อการปฏิบัติ (ชูศักดิ์ เอกเพชร, 2561)

ตัวอย่างของผลผลิต หรือนวัตกรรมที่ได้จากกระบวนการวิจัยและพัฒนา อาทิ นวัตกรรมทางการศึกษา เช่น การพัฒนาหลักสูตรการเรียน สื่อ และ ชุดการเรียน แนวทางการประเมินผล และระบบในการบริหารจัดการหลักสูตร เป็นต้น นวัตกรรมทางด้านสุขภาพ เช่น โปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ แนวปฏิบัติทางการแพทย์และสาธารณสุข เทคโนโลยี/

อุปกรณ์ ทางด้านการแพทย์เพื่อการรักษาโรค รวมถึงวัคซีนต่างๆเพื่อการป้องกันโรค เป็นต้น นวัตกรรมทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เช่น รถยนต์ เครื่องบิน โทรศัพท์ โทรศัพท์ กล้องถ่ายรูป คอมพิวเตอร์ รวมถึงการเรียนรู้ออนไลน์ การประชุมทางไกลผ่านอินเทอร์เน็ต เป็นต้น

การวิจัยและพัฒนานั้น เป็นการผสมผสานกันระหว่าง “การวิจัย” และ “การพัฒนา” ซึ่งการวิจัยนั้นเป็นกระบวนการของการตรวจสอบยืนยันความถูกต้องน่าเชื่อถือ ค้นหาองค์ความรู้ที่มีอยู่แต่ไม่มีการค้นพบมาก่อน หรือสร้างนวัตกรรมใหม่ที่ไม่เคยมีมาก่อน โดยใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ ขณะที่การพัฒนาเป็นกระบวนการปรับปรุง แก้ไขให้ดีขึ้นและเหมาะสมกว่าเดิม หรือเปลี่ยนแปลงวิธีการหรือผลผลิตจนมี ประสิทธิภาพ และประสิทธิผล (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2559) ดังนั้น การวิจัยและพัฒนา จึงเป็นลักษณะการวิจัยแบบหนึ่ง ที่ผสมผสาน กระบวนการวิจัย และกระบวนการพัฒนาเข้าด้วยกัน ซึ่งมีความแตกต่างจากการวิจัยทั่วไปในแง่ของเป้าหมายการวิจัย กระบวนการหรือขั้นตอนการวิจัย แหล่งข้อมูลหรือกลุ่มเป้าหมาย เครื่องมือและเทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย

บทความวิชาการนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อที่จะอธิบายและสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการวิจัยและพัฒนา ในแง่ของความหมาย ลักษณะสำคัญ กระบวนการ และการประยุกต์ใช้ รวมทั้งนำเสนอตัวอย่างงานวิจัย ที่ประยุกต์ใช้รูปแบบของการวิจัยและพัฒนา เพื่อการสร้างนวัตกรรมทางด้านสาธารณสุข ที่นำไปสู่การการพัฒนาและแก้ไขปัญหา อันเกิดประโยชน์ต่อบุคคล และสังคม

### ความหมายของการวิจัยและพัฒนา

จากการประมวลเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยและพัฒนา พบว่า นักวิจัยทางสังคมศาสตร์ และ พฤติกรรมศาสตร์ ได้ให้ความสำคัญต่อการวิจัยและพัฒนา เพื่อเชื่อมช่องว่างระหว่างการวิจัยและการปฏิบัติ ด้วยการผสมผสานระหว่างการวิจัย (การวิจัยพื้นฐาน และการวิจัยประยุกต์) เข้ากับกระบวนการพัฒนาเพื่อสรรสร้างผลผลิต หรือนวัตกรรม (ประดิษฐ์กรรม/ รูปแบบ/ วิธีการ/ กระบวนการ/ ระบบปฏิบัติการ) ขึ้นเพื่อพัฒนาสังคม โดยนักวิชาการของไทยได้ให้ความหมายของการวิจัยและพัฒนาไว้ อาทิ

ทิตนา แคมมณี (2540) กล่าวว่า การวิจัยและพัฒนาหมายถึง การวิจัยที่มุ่งนำเอาความรู้จากการวิจัยบริสุทธิ์ ไปวิจัยต่อโดยพัฒนาเป็นเทคนิคหรือวิธีการที่สามารถนำไปใช้แก้ปัญหา และทดลองใช้จนได้ผลเป็นที่น่าพอใจแล้ว จึงนำไปเผยแพร่ใช้ในวงกว้างเพื่อพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วาโร เพ็งสวัสดิ์ (2552) ให้ความหมายว่าการวิจัยและพัฒนาเป็นกระบวนการศึกษาค้นคว้าอย่างเป็นระบบ มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพผลิตภัณฑ์ ซึ่งมี 2 ลักษณะ ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ประเภทวัสดุอุปกรณ์ และผลิตภัณฑ์ประเภทวิธีการหรือกระบวนการ โดยดำเนินการตรวจสอบในสภาพจริงและทำการปรับปรุงผลิตภัณฑ์หลายๆรอบจนได้ผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพ เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนากลุ่มคน หน่วยงานหรือองค์กร ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ผ่องพรรณ ตรียมงคลกุล และสุภาพฉัตรภรณ์ (2553) ให้ความหมายของการวิจัยและ

พัฒนาว่า เป็นการวิจัยที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างหรือค้นหาแนวคิด แนวทาง วิถีปฏิบัติ หรือสิ่งประดิษฐ์ที่นำไปใช้เพื่อพัฒนากลุ่มคน หน่วยงาน หรือองค์กร จุดหมายปลายทางที่คาดหวังจึงเป็นการมุ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ

องอาจ นัยพัฒน์ (2554) ให้ความหมายว่าการวิจัยและพัฒนาเป็นกระบวนการแสวงหาความรู้หรือความเข้าใจในแง่มุมใหม่ๆ เกี่ยวกับการผลิต กระบวนการ และการบริการ ที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบ แล้วประยุกต์ความรู้หรือความเข้าใจที่ได้จากการแสวงหาไปสร้างสรรคหรือปรับปรุงให้เกิดผลผลิต กระบวนการ และการบริการแบบใหม่ขึ้น ซึ่งมีประสิทธิภาพ และเป็นที่ต้องการจำเป็นของบุคคล ตลาด หรือองค์กร ใดๆมากยิ่งขึ้น

ศิริชัย กาญจนวาสิ (2559) ให้ความหมายของการวิจัยและพัฒนา ว่าเป็นลักษณะการวิจัยแบบหนึ่ง ที่ผสมผสาน กระบวนการวิจัยกับกระบวนการพัฒนาเข้าด้วยกัน ที่มีเป้าหมายเพื่อนำองค์ความรู้ใหม่มาใช้ในการเปลี่ยนแปลงปรับปรุง วิธีการหรือผลผลิตที่สร้างขึ้นใหม่ จนมี ประสิทธิภาพ และ ประสิทธิภาพ อันเป็นประโยชน์ต่อบุคคล หน่วยงาน องค์กร สถาบัน หรือสังคม โดยมีกลยุทธ์ในการตรวจสอบยืนยันความถูกต้องและน่าเชื่อถือของวิธีการหรือผลผลิตใหม่ หรือสร้างนวัตกรรมหรือสิ่งประดิษฐ์ใหม่

รัตนะ บัวสน (2563) ให้ความหมายของการวิจัยและพัฒนา หมายถึง การพัฒนานวัตกรรม โดยใช้กระบวนการวิจัยเป็นเครื่องมือดำเนินการในแต่ละขั้นตอนของการพัฒนา ทั้งนี้ เป้าหมายสำคัญของการวิจัยและพัฒนา

คือการได้นวัตกรรมที่เป็นต้นแบบสามารถนำไปใช้หรือแก้ปัญหาได้จริง

จากความหมายของการวิจัยและพัฒนา ดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การวิจัยและพัฒนา มีเป้าหมายเพื่อให้ได้มาซึ่ง นวัตกรรม (ประดิษฐ์กรรม/ รูปแบบ/ วิธีการ/ กระบวนการ/ ระบบปฏิบัติการณ์) ที่ก่อให้เกิดประโยชน์กับบุคคลและสังคม ดังนั้น การวิจัยและพัฒนา จึงหมายถึง กระบวนการแสวงหาองค์ความรู้ใหม่ซึ่งไม่เคยมีมาก่อน อย่างเป็นระบบ โดยการผสมผสานระหว่างกระบวนการการวิจัย และกระบวนการพัฒนา เพื่อให้ได้มาซึ่งนวัตกรรมที่อาจเป็นวัตถุ หรืออาจเป็นหลักการ แนวคิด หรือทฤษฎี ที่สะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการ เทคนิค หรือวิธีการเพื่อการปฏิบัติ อันนำไปสู่การพัฒนาที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อบุคคลและสังคมโดยรวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ลักษณะสำคัญของการวิจัยและพัฒนา

จากความหมายของการวิจัยและพัฒนา ดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าการวิจัยและพัฒนา เป็นวิธีวิทยาการวิจัยประเภทหนึ่ง ที่มีองค์ประกอบสำคัญได้แก่ 1) กระบวนการวิจัย ซึ่งต้องดำเนินการวิจัยอย่างเป็นระบบโดยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ 2) การผสมผสานวิธีการวิจัย โดยเป็นการผสมผสานทั้งวิธีการวิจัยพื้นฐานที่มุ่งแสวงหาองค์ความรู้ใหม่กับการวิจัยประยุกต์ที่มุ่งนำองค์ความรู้สู่การปฏิบัติ 3) กระบวนการพัฒนา ซึ่งเป็นกระบวนการที่เป็นระบบในการปรับปรุงแก้ไขนวัตกรรมหรือแนวปฏิบัติให้ดีขึ้น ให้มีคุณภาพและเป็นประโยชน์ต่อสังคม และ 4) การผสมผสานการทดลองและการปรับปรุง การวิจัยและพัฒนานั้นในกระบวนการจะมีการออกแบบนวัตกรรมใหม่ และทดลองนำไปใช้ตามกระบวนการทดลองที่ได้มาตรฐานมีการทดลอง

ซ้ำหลายครั้ง ประเมินผล นำสารสนเทศที่ได้มาใช้สำหรับการแก้ไขและปรับปรุง (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2559) โดยสามารถสรุปลักษณะสำคัญของการวิจัยและพัฒนา ได้ดังนี้

1. การวิจัยและพัฒนา เป็นการนำความรู้หรือความเข้าใจใหม่ที่สร้างขึ้นจากการวิจัย การสังเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำการพัฒนาสื่อวัสดุอุปกรณ์ วิธีการหรือกระบวนการ ต่อยอดองค์ความรู้ ให้อยู่ในรูปของต้นแบบการพัฒนาที่สามารถนำไปใช้ได้ในวงกว้าง
2. การวิจัยและพัฒนาเป็นการศึกษาค้นคว้าอย่างเป็นระบบ เนื่องจากการวิจัยและพัฒนานั้น มีกระบวนการหลัก ได้แก่ การวิจัย การพัฒนา และการเผยแพร่ ดังนั้น ในดำเนินการศึกษาค้นคว้าต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบและเป็นกระบวนการอย่างต่อเนื่อง
3. การวิจัยและพัฒนา เป็นการดำเนินงานที่เป็นวงจรด้วยกระบวนการที่เชื่อถือได้ โดยในการทำการวิจัยและพัฒนาในทุกขั้นตอนจะต้องกระทำอย่างเป็นระบบในลักษณะของวงจร ทำการตรวจสอบซ้ำหลายครั้งเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผลผลิต (สื่อวัสดุอุปกรณ์ วิธีการหรือกระบวนการ) สุดท้ายมีความถูกต้องแม่นยำน่าเชื่อถือ ก่อนการเผยแพร่สู่สังคมในวงกว้าง
4. การวิจัยและพัฒนา เป็นการดำเนินการที่อาจใช้กระบวนการวิจัยมากกว่าหนึ่งกระบวนการ หรืออาจเป็นการผสมผสานระหว่างกระบวนการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น ใช้การวิจัยเชิงสำรวจรวมกับการวิเคราะห์เอกสารด้วยวิธีการเชิงคุณภาพ เพื่อรวบรวมข้อมูลที่จำเป็นต่อการออกแบบโปรแกรมพัฒนา ใช้การวิจัยเชิงทดลองในขั้นตอน

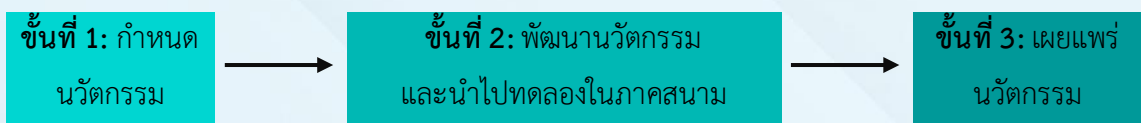
ของการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนา และใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อรวบรวม ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะต่างๆ เกี่ยวกับโปรแกรมพัฒนา

**กระบวนการวิจัยและพัฒนา**

การวิจัยและพัฒนา เป็นการวิจัยที่พัฒนา กระบวนการวิจัยและกระบวนการพัฒนา เพื่อสร้างนวัตกรรม (ประดิษฐ์กรรม/ รูปแบบ/ วิธีการ/ กระบวนการ/ ระบบปฏิบัติการ) ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อประโยชน์ ของสังคมโดยรวม ซึ่งจากการประมวลเอกสาร ที่เกี่ยวข้อง พบว่า การวิจัยและพัฒนา มีกระบวนการหลักที่สำคัญ 3 กระบวนการ คือ 1) การศึกษาความต้องการจำเป็นเพื่อกำหนด นวัตกรรม 2) การสร้างและทดลองใช้และการ ปรับปรุงเพื่อให้ นวัตกรรมสามารถ นำไปใช้ได้จริงอย่างมีประสิทธิภาพ และ 3) การเผยแพร่สู่การนำไปใช้ประโยชน์ ทั้งในเชิงธุรกิจ และประโยชน์ในเชิงสังคม และ พบว่านักวิชาการหลายคนได้นำเสนอกระบวนการ

ของการวิจัยและพัฒนาไว้หลากหลาย ตามวิธีการ นำไปประยุกต์ใช้ในศาสตร์แต่ละสาขา หรือ ตามวัตถุประสงค์ของการนำหลักการของการวิจัย และพัฒนาไปประยุกต์ใช้ ซึ่งในบทความนี้ จะนำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการของ การวิจัยและพัฒนาของนักวิชาการไทยไว้ ดังนี้

1. กระบวนการวิจัยและพัฒนาที่มีการดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอนหลัก ตามแนวคิด ของ ชูศักดิ์ เอกเพชร (2561) ประกอบด้วย 1) การกำหนดนวัตกรรม โดยการนำหลักการ แนวคิด หรือทฤษฎีที่มีอยู่ มาใช้โดยตรง หรืออาจ นำมาปรับใช้ หรืออาจริเริ่มขึ้นมาใหม่ 2) การพัฒนานวัตกรรมและนำไปทดลอง ในภาคสนาม โดยพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ในนวัตกรรมเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติงานจริง ที่ส่งผล ต่อการพัฒนาทั้งคนและงาน รวมทั้งคุณภาพ ที่เป็นเป้าหมายสุดท้าย และ 3) การเผยแพร่ นวัตกรรม หากผลการทดลองพบว่านวัตกรรมนั้น มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 กระบวนการวิจัยและพัฒนา (ประยุกต์จาก ชูศักดิ์ เอกเพชร, 2561)

2. กระบวนการวิจัยและพัฒนาที่มีการดำเนินการ 4 ขั้นตอนหลัก ตามแนวคิดของ วาโร เพิงส์สวัสดิ์ (2552) ประกอบด้วย

- 1) การสำรวจ สังเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ เป็นการดำเนินการวิจัย

เชิงสำรวจ หรือสังเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาคำตอบเกี่ยวกับสภาพปัญหา ความต้องการเกี่ยวกับนวัตกรรม (ประดิษฐ์กรรม/รูปแบบ/ วิธีการ/ กระบวนการ/ ระบบปฏิบัติการ)



2) การออกแบบพัฒนานวัตกรรม เป็นการดำเนินการโดยการนำองค์ความรู้ที่ได้จากกระบวนการที่ 1 มาพัฒนานวัตกรรม

3) การทดลองใช้ เมื่อดำเนินการในกระบวนการที่ 2 แล้วเสร็จ จึงนำสิ่งที่ได้ไปตรวจสอบความเหมาะสมและประสิทธิภาพ โดยการนำไปทดลองกับ

3.1) กลุ่มเป้าหมายขนาดเล็ก ด้วยการสังเกต สัมภาษณ์ สอบถาม แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงรูปแบบของนวัตกรรม

3.2) กลุ่มเป้าหมายขนาดใหญ่ ด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงทดลอง และนำผลการวิจัยที่ได้ไปปรับปรุงรูปแบบของนวัตกรรม

3) การทดลองความพร้อมนำไปใช้ เป็นการนำรูปแบบของนวัตกรรมไปทดลองใช้เพื่อตรวจสอบความพร้อมสู่การปฏิบัติ แล้วนำสารสนเทศที่ได้มาแก้ไขปรับปรุงนวัตกรรมก่อนนำไปสู่การเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ในวงกว้าง

4) การเผยแพร่ นวัตกรรม เป็นการเสนอผลการวิจัยและนวัตกรรมไปเผยแพร่ เช่น การนำเสนอในเวทีวิชาการ การตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ การเผยแพร่และการนำไปใช้ในหน่วยงานต่างๆ รวมถึงการผลิตเผยแพร่ในเชิงพาณิชย์

การวิจัยและพัฒนาทั้ง 4 ขั้นตอน สามารถสรุปได้ตามภาพประกอบที่ 2



ภาพประกอบที่ 2 กระบวนการวิจัยและพัฒนา (ประยุกต์จาก วาโร เฟ็งส์วีสต์, 2552)

การวิจัยและพัฒนาทั้ง 6 ขั้นตอน  
สามารถสรุปได้ตามภาพประกอบที่ 3

3. กระบวนการวิจัยและพัฒนาที่มีการดำเนินการ 6 ขั้นตอนหลัก ตามแนวคิดของศิริชัย กาญจนวาสี (2559) ประกอบด้วย

1) การศึกษาสภาพแวดล้อม วิเคราะห์สภาพปัญหา และประเมินความต้องการจำเป็น โดย (1) ศึกษาสภาพแวดล้อม (บริบท) ขององค์กร (2) วิเคราะห์สภาพปัญหาขององค์กรว่ามีปัญหาอะไรบ้าง และ (3) ประเมินความต้องการจำเป็นขององค์กร ว่ามีความจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงแก้ไขอะไรโดยใช้นวัตกรรมประดิษฐ์กรรม ลักษณะใด

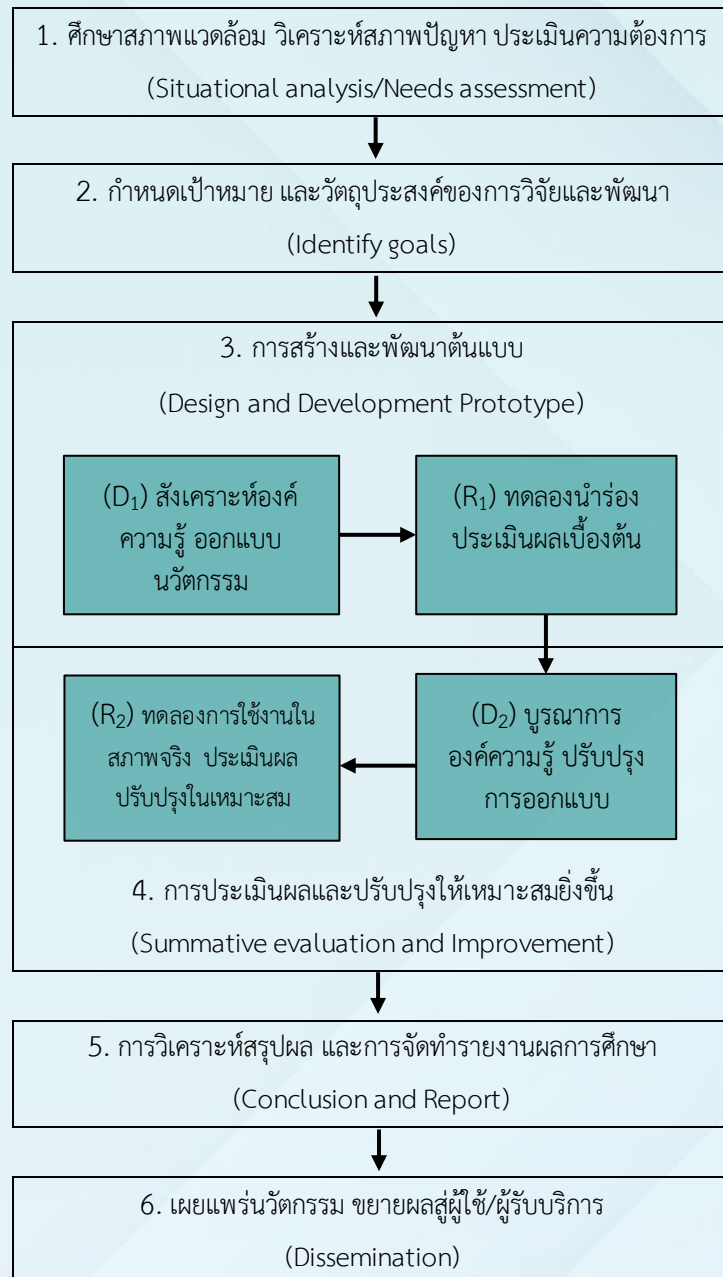
2) กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการพัฒนา โดย (1) กำหนดเป้าหมายความสำเร็จของการพัฒนาองค์กร (2) กำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยและพัฒนา ว่าต้องการสร้างนวัตกรรมหรือประดิษฐ์กรรมใดเพื่อสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายการพัฒนา

3) การสังเคราะห์องค์ความรู้ ออกแบบนวัตกรรมเบื้องต้น ทดลองนำร่อง และประเมินผล ได้แก่ (1) สังเคราะห์องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องและใช้ออกแบบนวัตกรรมเบื้องต้น ( $D_1$ ) (2) ทดลองนำร่องและประเมินผลเบื้องต้น ( $R_1$ )

4) ปรับปรุงการออกแบบ ทดสอบซ้ำและประเมินผล ได้แก่ (1) บูรณาการองค์ความรู้ และใช้ปรับปรุงการออกแบบนวัตกรรมให้ได้มาตรฐาน ( $D_2$ ) (2) ทดลองซ้ำในสถานการณ์จริง และประเมินผล ( $R_2$ )

5) การสรุปและจัดทำรายงานการวิจัยซึ่งประกอบด้วย (1) วิเคราะห์ผลและสรุปผล และ (2) การจัดทำรายงานการวิจัย

6) การเผยแพร่และขยายผล โดย (1) เผยแพร่ในนวัตกรรมหรือสิ่งประดิษฐ์ และ (2) ขยายผลสู่ผู้ใช้งาน/ผู้รับบริการ



ภาพประกอบที่ 3 กระบวนการวิจัยและพัฒนา (ประยุกต์จาก ศิริชัย กาญจนวาสี, 2559)

**ตัวอย่างงานวิจัยที่ประยุกต์ใช้การวิจัยและพัฒนา**

ตัวอย่างงานวิจัยที่นำเสนอในบทความนี้เป็นตัวอย่างงานวิจัยที่ประยุกต์ใช้การวิจัยและพัฒนา เพื่อการสร้างนวัตกรรมทางด้านสาธารณสุข ประเภทรูปแบบวิธีการพัฒนา ในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาทางด้านสาธารณสุขของประชาชน และ

ขององค์กรด้านสาธารณสุข เพื่อให้เห็นภาพของการประยุกต์ใช้ และมีความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการวิจัยและพัฒนามากยิ่งขึ้น ดังแสดงตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตัวอย่างงานวิจัยที่ประยุกต์ใช้การวิจัยและพัฒนา

ชื่อเรื่อง	ผู้วิจัย/ปีที่เผยแพร่	วัตถุประสงค์การวิจัย	สรุปขั้นตอนการวิจัยตามกรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนา
การพัฒนา รูปแบบ การส่งเสริม สุขภาพ แบบมีส่วนร่วม ต่อ พฤติกรรมการส่งเสริม สุขภาพ และ สถานะ สุขภาพของ บุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรม ราชชนนี	วรรณภา ประทุมโทน, พนรณ วัฒน, สมตะกุล ราศิริ และ นันทวรรณ อธิพงษ์ ปีที่เผยแพร่: 2562	1. เพื่อศึกษาสถานะสุขภาพ และพฤติกรรม การส่งเสริม สุขภาพของบุคลากรแบบ มีส่วนร่วม 2. เพื่อสร้างรูปแบบการ ส่งเสริมสุขภาพต่อสถานะ สุขภาพของบุคลากรแบบ มีส่วนร่วม 3. เพื่อ ตรวจสอบ และ พัฒนารูปแบบการส่งเสริม สุขภาพต่อสถานะสุขภาพ ของบุคลากรแบบมีส่วนร่วม 4. เพื่อ ทดลองใช้ และ ประเมิน รูปแบบ การ ส่งเสริมสุขภาพต่อสถานะ สุขภาพของ บุคลากรแบบ มีส่วนร่วม	รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา ใช้วิธีการ ศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีขั้นตอน 4 ระยะ ● ระยะที่ 1 การศึกษาสถานะสุขภาพและ พฤติกรรม การ ส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรแบบ มีส่วนร่วม เป็นการ ศึกษาสถานะสุขภาพ พฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพใน การดำเนินงาน ในการส่งเสริมสุขภาพ ● ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการส่งเสริม สุขภาพต่อ สถานะสุขภาพของบุคลากรแบบ มีส่วนร่วมในการศึกษา ครั้งนี้ ได้ประยุกต์ใช้ ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับรูปแบบการมีส่วนร่วม ในกระบวนการกลุ่ม รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ● ระยะที่ 3 การตรวจสอบและการพัฒนา รูปแบบการ ส่งเสริมสุขภาพต่อสถานะสุขภาพ ของบุคลากรแบบมีส่วนร่วม ● ระยะที่ 4 การทดลองใช้และการประเมิน รูปแบบการ ส่งเสริมสุขภาพต่อสถานะสุขภาพ ของบุคลากรแบบมีส่วนร่วม
รูปแบบ การพัฒนา คุณภาพ ข้อมูลผู้ป่วย นอก และ ส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันโรค หน่วยบริการปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 7	สุมาลี จรุงจิตตานสุนธิ์ ปีที่เผยแพร่: 2559	เพื่อพัฒนา รูปแบบ การ พัฒนา คุณภาพข้อมูลผู้ป่วย นอก และ ส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันโรคหน่วยบริการ ปฐมภูมิเขตสุขภาพที่ 7	การวิจัยและ การพัฒนา (Research and development) โดยแบ่งเป็น 7 ขั้นตอน คือ 1. ศึกษาวิเคราะห์สภาพปัจจุบัน (situation analysis) 2. การออกแบบ ต้นแบบในขั้นต้น (prototype design) โดย สนทนากลุ่ม (Focus group) ผู้ที่มีความรู้ดี (Key information) เจ้าหน้าที่ ที่มี บทบาท หน้าที่เป็นคณะกรรมการพัฒนาข้อมูล ข่าวสารจังหวัดขอนแก่นปี งบประมาณ 2558 จำนวน 24 คน 3. การทดสอบต้นแบบ เบื้องต้น(trial test)โดย การประเมินคุณภาพ ข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิ หลังจากทดลอง ใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น 4. การออกแบบเชิง ระบบในสภาพความจริง (system design)



ชื่อเรื่อง	ผู้วิจัย/ปีที่เผยแพร่	วัตถุประสงค์การวิจัย	สรุปขั้นตอนการวิจัยตามกรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนา
<p>การวิจัยและพัฒนา รูปแบบการโค้ช เพื่อพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการบริการสุขภาพ</p>	<p>จุฬารัตน์ ท้าวหาญ และอรชร อินทองปาน ปีที่เผยแพร่: 2558</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อศึกษาสภาพการพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงานด้านการบริการสุขภาพ</li> <li>2. เพื่อพัฒนารูปแบบการโค้ช เพื่อพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการบริการสุขภาพ</li> <li>3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการโค้ช</li> </ol>	<p>5. การทดสอบระบบที่พัฒนาขึ้นกับสภาพจริง (system run test) โดยประเมินคุณภาพข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิหลังจากขยายการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น</p> <p>6. การปรับปรุงตัวแบบ (Model Improvement)</p> <p>7. วิเคราะห์ สรุปผลและเผยแพร่ตัวแบบ (Model Dissemination)</p> <p>การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบการวิจัยและพัฒนาประกอบด้วย 4 ขั้นตอน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาวิเคราะห์สภาพ และประเมินความต้องการที่จำเป็น (Analysis: Research1 (R1)) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงานด้านการบริการสุขภาพ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาสภาพสาเหตุและ ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาความสามารถด้านการบริการสุขภาพ รวมทั้งความต้องการและวิธีการในการพัฒนาความสามารถด้านการบริการสุขภาพ</li> <li>• ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการออกแบบและพัฒนารูปแบบ การโค้ช (Design and Development: Development (D1)) เป็นขั้นตอนที่นำผลการศึกษาจากขั้นตอนที่ 1 มาใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิดของการพัฒนารูปแบบและ กำหนดองค์ประกอบของรูปแบบการโค้ช พร้อมทั้งจัดทำคู่มือการใช้ระบบการโค้ช</li> <li>• ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการทดลองใช้รูปแบบ (Implementation: Research (R2)) เป็นการนำรูปแบบการโค้ชที่สร้างขึ้นในขั้นตอนที่ 2 ไปทดลองใช้ โดยใช้วิธีการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) แบบ one group pretest-posttest</li> <li>• ขั้นตอนที่ 4 ขั้นการประเมินผลและการปรับปรุง รูปแบบ (Evaluation: development (D2)) เป็นการนำผลการทดลองรูปแบบการโค้ชในขั้นตอนที่ 3 มาปรับปรุง แก้ไขรูปแบบการโค้ชให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้นและพร้อมที่จะนำไปใช้ต่อไป</li> </ul>

## สรุป

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) คือ กระบวนการแสวงหาองค์ความรู้ใหม่อย่างเป็นระบบ โดยการผสมผสานระหว่างกระบวนการการวิจัย และกระบวนการพัฒนา เพื่อให้ได้มาซึ่งนวัตกรรม (ประดิษฐ์กรรม/รูปแบบ/วิธีการ/กระบวนการ/ระบบปฏิบัติการ) การวิจัยและพัฒนานั้นประกอบด้วยกระบวนการหลักที่สำคัญ 3 กระบวนการ คือ 1) การศึกษาความต้องการจำเป็นเพื่อกำหนดนวัตกรรม 2) การสร้างและทดลองใช้และการปรับปรุงเพื่อให้ นวัตกรรมสามารถนำไปใช้ได้จริงอย่างมีประสิทธิภาพ และ 3) การเผยแพร่สู่การนำไปใช้ประโยชน์ทั้งในเชิงธุรกิจ และประโยชน์ในเชิงสังคม

โดยมีลักษณะสำคัญ ได้แก่ 1) เป็นการนำความรู้หรือความเข้าใจใหม่ที่สร้างขึ้นจากการวิจัย การสังเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) เป็นการศึกษาค้นคว้าอย่างเป็นระบบ ที่ผสมผสานระหว่างกระบวนการวิจัยและกระบวนการพัฒนา 3) เป็นการดำเนินงานที่เป็นวัฏจักรด้วยกระบวนการที่เชื่อถือได้ โดยในการทำการวิจัยและพัฒนาในทุกขั้นตอนจะต้องกระทำอย่างเป็นระบบ ในลักษณะของวัฏจักร และ 4) เป็นการดำเนินการที่อาจใช้กระบวนการวิจัยมากกว่าหนึ่งกระบวนการ หรืออาจเป็นการผสมผสานระหว่างกระบวนการทั้งสองของการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ

เป้าหมายสำคัญของการวิจัยและพัฒนา เพื่อการได้มาซึ่งนวัตกรรมประเภทสิ่งประดิษฐ์หรือวัตถุที่เป็นชิ้นอัน และนวัตกรรมประเภทรูปแบบ/วิธีการ/กระบวนการ/ระบบปฏิบัติการ

ที่เป็นต้นแบบสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาของบุคคลและสังคม

## เอกสารอ้างอิง

จุฬารัตน์ ท้าวหาญ และอรชร อินทองปาน.

(2558). การวิจัยและพัฒนา รูปแบบการโค้ชเพื่อพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการบริการสุขภาพ. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*. 25(1), 167-177.

ชูศักดิ์ เอกเพชร. (2561). *Research & Development: R&D Research for Educational Administration*. เอกสารประกอบการบรรยาย มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี.

ทิตินา แคมมณี. (2540). การวิจัยทางการศึกษา (Education Research). ใน ทิตินา แคมมณี และสร้อยสน สกลรัตน์ (บก.). *แบบแผนและเครื่องมือการวิจัยทางการศึกษา*. (หน้า 1-12). สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ผ่องพรรณ ตรียมงคลกุล และสุภาพ ฉัตรภรณ์. (2553) *การออกแบบการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 6) นักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

รัตน์ บัวสนธิ์. (2563). *การวิจัยและพัฒนา นวัตกรรมทางการศึกษา* (พิมพ์ครั้งที่ 4). สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วรรณภา ประทุมโทน, พนารน์ เจนจบ, สมตระกูล ราศิริ และ นันทวรรณ ธีรพงศ์. (2562). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและสถานะสุขภาพของ บุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี.

วารสารวิชาการสาธารณสุข.

28(ฉบับพิเศษ), 96-108.

วาร์โร เพ็งวสวัตต์. (2552). การการวิจัยและพัฒนา.

วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.

1(2), 2-12.

ศิริชัย กาญจนวาสี. (2559). การการวิจัยและพัฒนา

การศึกษาไทย. วารสารศิลปากร

ศึกษาศาสตร์วิจัย. 8(2), 1-17.

สุมาลี จรุงจิตตานสุนธิ์. (2559). รูปแบบการพัฒนา

คุณภาพข้อมูลผู้ป่วยนอกและส่งเสริม

สุขภาพ ป้องกันโรคหน่วยบริการปฐมภูมิ

เขตสุขภาพที่ 7. วารสารการพัฒนา

สุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

4(4), 521-537.

องอาจ นัยพัฒน์. (2554). การออกแบบการวิจัย :

วิธีการเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ และผสม

วิธีการ (พิมพ์ครั้งที่ 2). สำนักพิมพ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

## หลักเกณฑ์การเขียนต้นฉบับลงพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขแพร์เพื่อการพัฒนา

---

**เวลาเผยแพร่** เป็นวารสารวิชาการอิเล็กทรอนิกส์ที่เผยแพร่เป็นประจำทุกปีละ 2 ฉบับ โดยตีพิมพ์ในเดือน มิถุนายนและธันวาคมของทุกปี เพื่อการเผยแพร่ฟรี ไม่มีการจำหน่าย

**สถานที่ติดต่อ** กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร์ โทร. 0-54511-145 ต่อ 102 หรือ Email : hrphrae.ejournal@gmail.com

**เจ้าของวารสาร** เป็นวารสารวิชาการอิเล็กทรอนิกส์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร์

### มาตรฐานวารสาร

บทความที่จะตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขแพร์เพื่อการพัฒนา ทุกบทความต้องผ่านผู้อ่านหรือผู้ประเมินบทความ (Reviewer) ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ทำงานวิจัยในสาขาอย่างน้อย 2 คน ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิภายในและภายนอก โดยผู้อ่านและผู้เขียนไม่ทราบชื่อซึ่งกันและกัน (Double-blind review) และเป็นวารสารที่ออกตรงเวลาต่อเนื่อง

### บทความที่จะลงตีพิมพ์ในวารสาร

1. เป็นบทความในกลุ่มสาขาการแพทย์ สาธารณสุข และการคุ้มครองผู้บริโภค ที่เน้นการวิจัยในเชิงสหวิทยาการและต้องเป็นบทความที่ไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารใดๆ มาก่อน มิฉะนั้นถือว่าผิดจรรยาบรรณ
2. รับบทความวิจัย (Research Articles) เป็นหลัก และรับบทความวิชาการ (Articles) บทความปริทรรศน์ (Review Articles) และรายงานผู้ป่วย (Cases Study) บ้าง
3. ต้นฉบับที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารฉบับนี้จะต้องผ่านการพิจารณาจากผู้ประเมินและให้การยอมรับ อย่างน้อย 2 คน
4. ผู้เขียนต้องยินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไขที่กองบรรณาธิการวารสารกำหนด และผู้เขียนต้องยินยอมให้บรรณาธิการ แก้ไขความสมบูรณ์ของบทความได้ในขั้นตอนสุดท้ายก่อนเผยแพร่

### การเตรียมต้นฉบับ

1. ความยาวของบทความ ตั้งแต่ 3,000 – 8,000 คำ (นับรวมรูปภาพ ตาราง เอกสารอ้างอิง และภาคผนวก) โดยจัดพิมพ์ในหน้ากระดาษขนาด A4
2. ระยะขอบกระดาษ กำหนด ดังนี้  
Top 2.75 cm. | Bottom 2.30 cm. | Left or inside 2.50 cm. | Right or outside 2.00 cm
3. บทคัดย่อ (Abstract) ความยาวระหว่าง 200–300 คำ สำหรับภาษาอังกฤษ 300-500 คำ สำหรับภาษาไทย และคำสำคัญ (Keywords) 3-5 คำ (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)



4. ชื่อเรื่องบทความภาษาอังกฤษ ใช้รูปแบบตัวอักษร Times New Roman ขนาดอักษร 14 pt. (ตัวหนา) จัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ
5. ชื่อผู้เขียนทุกคน (ภาษาอังกฤษ) ใช้รูปแบบตัวอักษร Times New Roman ขนาดอักษร 12 pt. (ตัวอักษรปกติ) จัดชิดขวาหน้ากระดาษ
6. เนื้อหาบทคัดย่อภาษาอังกฤษ ใช้รูปแบบตัวอักษร Times New Roman ขนาดตัวอักษร 12 pt. (ตัวอักษรปกติ) จัดชิดขวา พิมพ์ 1 คอลัมน์
7. คำสำคัญภาษาอังกฤษ ใช้รูปแบบตัวอักษร Times New Roman ขนาดตัวอักษร 12 pt. (ตัวอักษรปกติ) คั่นด้วยเครื่องหมาย , ระหว่างคำ และวรรค 1 เคาะระหว่างคำ
8. ชื่อตำแหน่งและสังกัดหน่วยงานหรือมหาวิทยาลัยของผู้เขียนภาษาอังกฤษ ใช้ระบบ footnote รูปแบบตัวอักษร Time New Roman ขนาดตัวอักษร 10 pt. (ตัวอักษรปกติ)
9. ชื่อเรื่องบทความภาษาไทย ใช้รูปแบบตัวอักษร TH Sarabun New ขนาดตัวอักษร 18 pt. (ตัวหนา) จัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ
10. ชื่อผู้เขียนทุกคน (ภาษาไทย) ใช้รูปแบบตัวอักษร TH Sarabun New ขนาดตัวอักษร 16 pt. (ตัวอักษรปกติ) จัดชิดขวาหน้ากระดาษ
11. เนื้อหาบทคัดย่อภาษาไทย ใช้รูปแบบตัวอักษร TH Sarabun New ขนาดตัวอักษร 16 pt. (ตัวอักษรปกติ) จัดชิดซ้าย พิมพ์ 1 คอลัมน์
12. คำสำคัญภาษาไทย ใช้รูปแบบตัวอักษร TH Sarabun New ขนาดอักษร 16 pt. (ตัวอักษรปกติ) และวรรค 2 เคาะระหว่างคำ
13. ชื่อตำแหน่งและสังกัดหน่วยงานหรือมหาวิทยาลัยของผู้เขียนภาษาไทย ใช้ระบบ footnote รูปแบบตัวอักษร TH Sarabun New ขนาดตัวอักษร 12 pt. (ตัวอักษรปกติ)

#### เนื้อหาบทความ

เนื้อหาบทความ ใช้รูปแบบตัวอักษร TH Sarabun New ทั้งหมด

1. ชื่อหัวเรื่อง ขนาดตัวอักษร 16 pt. (ตัวหนา) จัดชิดซ้าย ไม่ใส่เลขลำดับที่
2. เนื้อหาบทความ พิมพ์ 2 คอลัมน์ ให้ชิดขอบซ้ายขวา ขนาดตัวอักษร 16 pt. (ตัวอักษรปกติ)
3. เนื้อหาบทความ ย่อหน้า 1 cm.
4. ชื่อตาราง ขนาดตัวอักษร 16 pt. (ตัวหนา) ให้ระบุไว้เหนือตารางจัดชิดซ้าย ได้ตารางให้บอกแหล่งที่มาหรือหมายเหตุ (ถ้ามี) จัดชิดซ้าย ส่วนรายละเอียดตัวอักษรในตาราง ผู้เขียนอาจปรับขนาดให้เหมาะสมกับหน้าบทความในกรณีของตารางผู้เขียนอาจจัดทำเป็นภาพ แต่ต้องดำเนินการตามหลักเกณฑ์ในข้อที่ 7
5. ชื่อภาพประกอบ ขนาดตัวอักษร 16 pt. (ตัวหนา) ให้ระบุไว้ใต้ภาพประกอบ จัดกึ่งกลางหน้ากระดาษใต้ภาพประกอบให้บอกแหล่งที่มาจัดชิดซ้าย
6. ถ้ามีภาพประกอบ แผนภูมิ ตาราง หรืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ต้องมีหมายเลขกำกับในบทความ อ้างอิงแหล่งที่มาของข้อมูลให้ถูกต้อง ชัดเจน และไม่ละเมิดลิขสิทธิ์ของผู้อื่น

7. การจัดทำภาพประกอบ หรือจัดทำตารางด้วยการใช้ภาพ ให้ใช้รูปภาพขาว-ดำ ที่มีความคมชัด โดยกำหนดให้ไฟล์ที่เป็นรูปภาพ แผนภูมิ หรือตาราง มีความละเอียดขั้นต่ำตั้งแต่ 300 DPI ขึ้นไป โดยอาจปรับให้รูปภาพ แผนภูมิ ตารางประกอบ มีขนาดพอดีและเหมาะสมกับหน้าบทความ

8. ชื่อเอกสารอ้างอิง ขนาดตัวอักษร 16 pt. (ตัวหนา) จัดชิดซ้าย

9. เนื้อหาเอกสารอ้างอิง ขนาดตัวอักษร 16 pt. พิมพ์ 2 คอลัมน์ จัดชิดซ้าย

### ส่วนประกอบของบทความ

1. ชื่อเรื่อง (title) ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุม ตรงวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่ใช่คำย่อ

2. ชื่อผู้นิพนธ์บทความ (authors and co-authors) ใช้ชื่อและนามสกุลเต็มทั้งชื่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ สำหรับภาษาอังกฤษใช้อักษรตัวพิมพ์ใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของชื่อตัวและนามสกุล ไม่ระบุคำหน้า และตำแหน่งทางวิชาการไว้ขีดขวาหน้ากระดาษต่อจาก ชื่อเรื่อง หาก ถ้ามีผู้นิพนธ์หลายคน ให้ใช้หมายเลข 1 หรือ 2 กำกับไว้ท้ายชื่อตามจำนวนผู้นิพนธ์

3. สังกัดผู้นิพนธ์บทความ (affiliation) ใส่ชื่อหน่วยงานที่สังกัดทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเรียงลำดับตั้งแต่หน่วยงานระดับต้นไปจนถึงหน่วยงานหลักต่อจากชื่อผู้นิพนธ์บทความ และใส่สถานะของผู้นิพนธ์ โดยระบุตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี) ที่เชิงอรรถของหน้าแรก กรณีเป็นนักศึกษาให้ระบุระดับการศึกษา ชื่อหลักสูตร สาขาวิชา และสถาบันการศึกษา

4. บทคัดย่อ (abstract) บทคัดย่อภาษาไทย ความยาวไม่เกิน 500 คำ และภาษาอังกฤษ ความยาวไม่เกิน 300 คำ จัดเป็น 1 คอลัมน์ โดยให้ลำดับบทคัดย่อภาษาอังกฤษขึ้นก่อนตามด้วยบทคัดย่อภาษาไทย

5. คำสำคัญ (keyword) ให้เขียนทั้งคำสำคัญภาษาไทยและภาษาอังกฤษ แต่ละชุดไม่เกิน 5 คำ โดยให้ระบุไว้ท้ายบทคัดย่อของแต่ละภาษา

6. เนื้อหาในบทความ (main texts)

6.1 บทความวิจัย (research articles) ประกอบด้วย

6.1.1 บทนำ (introduction) นำเสนอภูมิหลังความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัยรวมทั้งเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเหตุผลของการทำวิจัย

6.1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย (objectives) นำเสนอจุดมุ่งหมายที่ต้องการศึกษาค้นคว้าแสวงหาคำตอบในการวิจัย

6.1.3 สมมุติฐานการวิจัย (hypothesis) (ถ้ามี) เป็นการนำเสนอคำตอบที่คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าอย่างสมเหตุสมผลต่อปัญหาที่ศึกษา ระบุความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา

6.1.4 วิธีดำเนินการวิจัย (research methodology) นำเสนอแบบแผนการวิจัย เช่น การสำรวจ ศึกษาเอกสาร การทดลอง เป็นต้น

6.1.5 ประชากร (population) นำเสนอคุณลักษณะ และจำนวนให้ครอบคลุม  
ตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด

6.1.6 กลุ่มตัวอย่าง (sample) นำเสนอหลักเกณฑ์การกำหนด จำนวนตัวอย่าง  
การสุ่มตัวอย่าง

6.1.7 เครื่องมือการวิจัย (research instrument) นำเสนอวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล  
และระยะเวลาการรวบรวมข้อมูล

6.1.8 การเก็บรวบรวมข้อมูล (data collection) นำเสนอวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล  
และระยะเวลาการรวบรวมข้อมูล

6.1.9 การวิเคราะห์ข้อมูล (data analysis) นำเสนอวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้  
ในการวิเคราะห์ข้อมูล

6.1.10 ผลการวิจัย (results) นำเสนอรายงานผลการวิจัยจากการวิเคราะห์หรือ  
สังเคราะห์ในการวิจัยอย่างชัดเจนและตรงประเด็น โดยยึดแนวทางตามวัตถุประสงค์การวิจัย ควรอธิบาย  
ผลการวิจัยด้วยคำบรรยายเป็นหลัก ถ้ามีตัวแปรที่ศึกษาหรือตัวเลขมากให้นำเสนอเป็นรูปภาพตาราง แผนภูมิ  
และกราฟ แทรกในเนื้อหาพร้อมอธิบายผลการวิจัยให้ได้สาระครบถ้วนอย่างสั้นๆ กระชับ

6.1.11 สรุปผลการวิจัย (conclusion) เป็นการสรุปเฉพาะประเด็นสำคัญที่เกิดจากการทำวิจัย

6.1.12 การอภิปรายผลการวิจัย (discussion) เป็นการนำเสนอความเห็นที่เห็นว่าผลการวิจัย  
สอดคล้องหรือแตกต่างจากวัตถุประสงค์ สมมุติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้อย่างไร เป็นเพราะเหตุผลใด มีหลักฐาน  
ทางทฤษฎีหรือผลงานวิจัยอะไรที่มาสสนับสนุน

6.1.13 ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ (suggestion) นำเสนอให้เห็นว่าสามารถ  
นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์อะไรได้บ้าง ตลอดจนข้อเสนอแนะให้ผู้ที่จะทำวิจัยครั้งต่อไปในลักษณะเดียวกัน  
ทราบว่าควรจะศึกษาในประเด็นปัญหาหรือ ตัวแปรอะไร จึงจะทำให้ได้ผลการวิจัยหรือข้อสรุปที่สมบูรณ์

## 6.2 บทความวิชาการ (academic article) ประกอบด้วย

6.2.1 บทนำ (introduction) กล่าวถึงความน่าสนใจของเรื่องที่น่าเสนอ ก่อนเข้าสู่เนื้อเรื่อง

6.2.2 เนื้อเรื่อง (body) นำเสนอให้เห็นถึงปรากฏการณ์ หรือองค์ความรู้ใหม่  
ที่เกิดขึ้นในวงวิชาการ ที่เหมาะสมกับสภาพการณ์ปัจจุบัน แสดงให้เห็นความเชื่อมโยงของเหตุที่นำไปสู่ผล  
(causal relationship) การอ้างอิงข้อมูลต่างๆ และเหตุผลที่พิสูจน์ได้ทางวิชาการ ซึ่งได้จากการศึกษาค้นคว้า  
และจากประสบการณ์ของ ผู้นิพนธ์บทความ เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้แก่ผู้อ่าน

6.2.3 สรุป (conclusion) สรุปประเด็นสำคัญ จากเนื้อเรื่องให้สั้น กระชับได้เนื้อหา  
สาระครบถ้วนของบทความ บอกผลลัพธ์ว่าสิ่งที่กล่าวมามีความสำคัญอย่างไร สามารถนำไปใช้อะไรได้บ้าง  
หรือจะทำให้เกิดอะไรต่อไป

7. เอกสารอ้างอิง (reference) ให้ระบุเฉพาะเอกสารที่ผู้นิพนธ์บทความได้นำมาอ้างอิง  
ในบทความอย่างครบถ้วน

## การอ้างอิงในเนื้อหา

เพื่อบอกแหล่งที่มาของข้อความนั้น ให้ใช้วิธีการอ้างอิงแบบนาม-ปี โดยระบุชื่อผู้เขียน ปีพิมพ์ ไว้ข้างหน้าหรือข้างหลังข้อความที่ต้องการอ้างอิง เช่น สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ (2546) ... หรือ ... (Newman & Cullen, 2007) หรือ ... (ดวงเดือน พันธนาวิณ และคณะ, 2544)

## การเขียนเอกสารอ้างอิง

ให้รวบรวมเอกสารที่ใช้อ้างอิงไว้ท้ายบทความ เรียงตามลำดับตัวอักษร โดยใช้รูปแบบการเขียนอ้างอิงตามระบบ APA 7th Edition ดังนี้



## การอ้างอิงในเนื้อหา (In-Text Citation)

### 1. การอ้างอิงในเนื้อหาใช้ระบบนาม-ปี โดยมีรูปแบบการเขียน ดังนี้

#### 1.1 ผู้แต่ง 1 คน

ไทย	ชื่อ/สกุล/(ปี) หรือ (ชื่อ/สกุล,/ปี)
อังกฤษ	สกุล/(ปี) หรือ (สกุล,/ปี)

เครื่องหมาย / หมายถึง วันวารศ 1 ระยะ

#### ตัวอย่าง

นิพิฐพนธ์ แสงดวง (2562) ได้ทำวิจัยเรื่อง...

...การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรค ความรุนแรง ของโรค ประโยชน์ที่จะได้รับ และอุปสรรคที่เกิดจากการแสดงพฤติกรรมทั้งหมดจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (สุรีย์ กาญจนวงศ์, 2555)

Fragmented, uncoordinated care is the third highest driver of U.S. healthcare costs (Scheppach, 2014).

#### 1.2 ผู้แต่ง 2 คน

ไทย	ชื่อ/สกุลและ/ชื่อ/สกุล/(ปี) หรือ (ชื่อ/สกุลและ/ชื่อ/สกุล,/ปี)
อังกฤษ	สกุล/and/สกุล/(ปี) หรือ (สกุล/&/สกุล,/ปี)

#### ตัวอย่าง

อมรรัตน์ ภิรมย์ชม และ อนงค์ หาญสกุล (2555) พบว่า...

...โดยใช้แนวคิดของ Katz and Kahn (1978) เนื่องจาก...

...การยอมรับภาวะเป็ยบ (ดู Patton & Wang, 2012, สำหรับรายละเอียดเพิ่มเติม)

#### 1.3 ผู้แต่ง 3 คนขึ้นไป\*

ไทย	ชื่อ/สกุลและคณะ/(ปี) หรือ (ชื่อ/สกุลและคณะ,/ปี)
อังกฤษ	สกุล/et al./ (ปี) หรือ (สกุล/et al.,/ปี)

#### ตัวอย่าง

นิธิมา สุ่มประดิษฐ์ และคณะ (2558) กล่าวถึง...

...ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต (เช่น ได้รับการสนับสนุนทางสังคม; Eker et al., 2000)

\*กรณีที่มีผู้เขียนตั้งแต่ 3 คน ขึ้นไป ให้ใส่เฉพาะสกุลของผู้แต่งคนแรก แล้วตามด้วย et al. ตั้งแต่ครั้งแรก

## 2. การอ้างอิงมากกว่าสองแหล่งข้อมูลให้เขียนเรียงตามลำดับอักษร ดังนี้

...สอดคล้องกับผลการศึกษามาณะ นาคำ (2549) และ สีลาภรณ์ บัวสาย (2548)...

...หรือถึงแก่ชีวิต (เพิ่มพูน แพนศรี, 2551; ศรีวรรณ มีคุณ, 2548

...การวัดที่มีตัวแปรแฝงหลายตัว (Embretson & Reise, 2000; Marvelde et al., 2006)

## 3. การอ้างอิงจากข้อมูลจากแหล่งข้อมูลระดับทุติยภูมิ

### 3.1 การอ้างอิงหน้าข้อความ

งานของผู้เขียน (1) ถูกอ้างอิงในงานของผู้เขียน (2)

ไทย ชื่อ<sup>1</sup>/สกุล<sup>1</sup>/ปี,/อ้างถึงใน/ชื่อ<sup>2</sup>/สกุล<sup>2</sup>,/ปี).....

อังกฤษ สกุล<sup>1</sup>/ปี,/as cited in/สกุล<sup>2</sup>,/ปี).....

ตัวอย่าง

Arnett (2000, as cited in Claiborne & Drewery, 2010) suggeststhere is an emerging adult stage in the lifespan of humans, covering young people between the ages of 18 and 25 years.

### 3.2 การอ้างอิงท้ายข้อความ

งานของผู้เขียน (1) ถูกอ้างอิงในงานของผู้เขียน (2)

ไทย ...(ชื่อ<sup>1</sup>/สกุล,<sup>1</sup>/ปี/อ้างถึงใน/ชื่อ<sup>2</sup>/สกุล<sup>2</sup>,/ปี)...

อังกฤษ ...(สกุล,<sup>1</sup>/ปี/as cited in/สกุล<sup>2</sup>,/ปี)...

ตัวอย่าง

...สิ่งเหล่านี้อาจก่อให้เกิดความไม่แน่ใจ และเกิดปัญหาในการสร้างอัตลักษณ์ เพราะขาดผู้แนะนำแนวทางที่ถูกต้องและมีความสับสนในการรับรู้อัตลักษณ์ตนเอง (สมร ทองดี อ้างถึงใน สุภัชฌาน์ ศรีเอี่ยม, 2554)...

... (Snow, 2006 as cited in Goldstein et al., 2013) ...

## การเขียนรายการอ้างอิง (References)

### หนังสือในรูปแบบเล่ม/อิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่มีเลข DOI

#### 1) ผู้แต่ง 1 คน

ไทย	ชื่อ/สกุล./ (ปีพิมพ์)*/ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่) **/สำนักพิมพ์. *** /URL (ถ้ามี)
อังกฤษ	สกุล./อักษรย่อชื่อ./ (ปีพิมพ์)*/ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)*/สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี)

#### ตัวอย่าง

สุภาวงศ์ จันทวานิช. (2556). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 21). สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Best, J. (1981) *Research in Education* (4th ed). Prentice-Hall International.

#### 2) ผู้แต่ง 2 คน

ไทย	ชื่อ/สกุล/และ/ชื่อ/สกุล./ (ปีพิมพ์)*/ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)*/สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี)
อังกฤษ	สกุล./อักษรย่อชื่อ./&/สกุล./ชื่อ./ (ปีพิมพ์)*/ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)*/สำนักพิมพ์.//////URL (ถ้ามี)

#### ตัวอย่าง

ศศิลักษณ์ ขยันกิจ และ บุชบง ตันติวงศ์. (2559). *การประเมินอย่างใคร่ครวญต่อเด็กปฐมวัย: แนวคิดและการปฏิบัติเพื่อสนับสนุนการเรียนรู้*. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ไพบรมา อิศรเสนา ณ อยุธยา และ ชูจิต ตรีรัตน์พันธ์. (2560). *การคิดเชิงออกแบบ: เรียนรู้ด้วยการลงมือทำ*. ศูนย์สร้างสรรค์งานออกแบบ (TCDC). <http://resource.tcdc.or.th/ebook/Design.Thinking.Learning.by.Doing.pdf>

Svendsen, S., & Løber, L. (2020). *The big picture/Academic writing: The one-hour guide* (3rd digital ed.). Hans Reitzel Forlag. [https://hansreitzel.dk/soeg/the-big-picture-\(i-bog\)-i-bog-53615-9788741280615](https://hansreitzel.dk/soeg/the-big-picture-(i-bog)-i-bog-53615-9788741280615)

\* กรณีไม่ปรากฏปีที่พิมพ์ ให้ใส่ (ม.ป.ป.) หรือ (n.d.)

\*\* กรณีพิมพ์ครั้งที่ 1 ไม่ต้องระบุครั้งที่พิมพ์

\*\*\* กรณีไม่ปรากฏเมืองหรือสำนักพิมพ์ ให้ใส่ (ม.ป.ท.) หรือ

3) ผู้แต่ง 3-20 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน

**ไทย** ชื่อ<sup>1</sup>/สกุล<sup>1</sup>,/ชื่อ<sup>2</sup>/สกุล<sup>2</sup>,/ชื่อ<sup>3</sup>/สกุล<sup>3</sup>,/ชื่อ<sup>4</sup>/สกุล<sup>4</sup>,/ชื่อ<sup>5</sup>/สกุล<sup>5</sup>,/ชื่อ<sup>6</sup>/สกุล<sup>6</sup>,/และ/ชื่อ<sup>7</sup>/  
 /////สกุล<sup>7</sup>./(ปีพิมพ์)/ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี)

**อังกฤษ** สกุล<sup>1</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>1</sup>./สกุล<sup>2</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>2</sup>./สกุล<sup>3</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>3</sup>./สกุล<sup>4</sup>,/  
 /////อักษรย่อชื่อ<sup>4</sup>./สกุล<sup>5</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>5</sup>./สกุล<sup>6</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>6</sup>./&/สกุล<sup>7</sup>,/  
 /////อักษรย่อชื่อ<sup>7</sup>./(ปีพิมพ์)/ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

อารีวรรณ กลั่นกลิ่น, สุธีรา เอี่ยมสุภาชิต, นัยนา อภิวัฒน์พร, สุธาสิณี สุโขวัฒน์กิจ, และ งามเนตร เอี่ยมนาคะ. (บก.). (2556). *เอกสารความรู้ผู้ดำเนินการสปลาเพื่อสุขภาพ*. สำนักงานส่งเสริมธุรกิจบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, G. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2014). *Multivariate Data Analysis* (7th ed). Prentice-Hall.

4) ผู้แต่ง 21 คน ขึ้นไป ให้ใส่ชื่อและสกุลของผู้แต่งคนที่ 1-19 ตามด้วยเครื่องหมาย , ... ก่อนชื่อคนสุดท้าย

**ไทย** ชื่อ<sup>1</sup>/สกุล<sup>1</sup>,/ชื่อ<sup>2</sup>/สกุล<sup>2</sup>,/ชื่อ<sup>3</sup>/สกุล<sup>3</sup>,/ชื่อ<sup>4</sup>/สกุล<sup>4</sup>,/ชื่อ<sup>5</sup>/สกุล<sup>5</sup>,/ชื่อ<sup>6</sup>/สกุล<sup>6</sup>,/ชื่อ<sup>7</sup>/สกุล<sup>7</sup>,/  
 /////ชื่อ<sup>8</sup>/สกุล<sup>8</sup>,/ชื่อ<sup>9</sup>/สกุล<sup>9</sup>,/ชื่อ<sup>10</sup>/สกุล<sup>10</sup>,/ชื่อ<sup>11</sup>/สกุล<sup>11</sup>,/ชื่อ<sup>12</sup>/สกุล<sup>12</sup>,/ชื่อ<sup>13</sup>/สกุล<sup>13</sup>,/  
 /////ชื่อ<sup>14</sup>/สกุล<sup>14</sup>,/ชื่อ<sup>15</sup>/สกุล<sup>15</sup>,/ชื่อ<sup>16</sup>/สกุล<sup>16</sup>,/ชื่อ<sup>17</sup>/สกุล<sup>17</sup>,/ชื่อ<sup>18</sup>/สกุล<sup>18</sup>,/  
 /////ชื่อ<sup>19</sup>/สกุล<sup>19</sup>,/././ชื่อ<sup>คนสุดท้าย</sup>/สกุล<sup>คนสุดท้าย</sup>./(ปีพิมพ์)/ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/  
 /////สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี)

**อังกฤษ** สกุล<sup>1</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>1</sup>./สกุล<sup>2</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>2</sup>./สกุล<sup>3</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>3</sup>./สกุล<sup>4</sup>,/  
 /////อักษรย่อชื่อ<sup>4</sup>./สกุล<sup>5</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>5</sup>./สกุล<sup>6</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>6</sup>./  
 /////สกุล<sup>7</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>7</sup>./สกุล<sup>8</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>8</sup>./สกุล<sup>9</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>9</sup>./  
 /////สกุล<sup>10</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>10</sup>./สกุล<sup>11</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>11</sup>./สกุล<sup>12</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>12</sup>./  
 /////สกุล<sup>13</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>13</sup>./สกุล<sup>14</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>14</sup>./สกุล<sup>15</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>15</sup>./  
 /////สกุล<sup>16</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>16</sup>./สกุล<sup>17</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>17</sup>./สกุล<sup>18</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>18</sup>./  
 /////สกุล<sup>19</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>19</sup>./././สกุล<sup>คนสุดท้าย</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>คนสุดท้าย</sup>./(ปีพิมพ์)/  
 /////ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี)



ตัวอย่าง

Gilbert, J. R., Smith, J. D., Johnson, R. S., Anderson, A., Plath, S., Martin, G., Sorenson, K., Jones, R., Adams, T., Rothbaum, Z., Esty, K., Gibbs, M., Taultson, B., Christner, G., Paulson, L., Tolo, K., Jacobson, W. L., Robinson, R. A., Maurer, O., . . . White, N. (2014). *Choosing a title* (2nd ed.). Unnamed Publishing.

#### หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่มีเลข DOI

**ไทย** ชื่อ/สกุล/(ปีพิมพ์)/ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/สำนักพิมพ์./https://doi.org/เลข DOI  
**อังกฤษ** สกุล,/อักษรย่อชื่อ/(ปีพิมพ์)/ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/สำนักพิมพ์./  
/////////https://doi.org/เลข DOI

\* กรณีหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีการเผยแพร่ทั้งแบบรูปเล่มและแบบดิจิทัล ให้ระบุชื่อสำนักพิมพ์ตามแบบรูปเล่ม

ตัวอย่าง

Jackson, L. M. (2019). *The psychology of prejudice: From attitudes to social action* (2nd ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000168-000>

#### บทในหนังสือ

**ไทย** ชื่อ/สกุล/(ปีพิมพ์)/ชื่อบทหรือชื่อบทความ./ใน/ชื่อบรรณาธิการ/(บ.ก.)/ชื่อหนังสือ/  
/////////(น./เลขหน้า)/สำนักพิมพ์.  
**อังกฤษ** สกุล,/อักษรย่อชื่อ/(ปีพิมพ์)/ชื่อบทหรือชื่อบทความ./In/ชื่อบรรณาธิการ/  
/////////(Ed. หรือ Eds.)/ชื่อหนังสือ/(pp./เลขหน้า)/สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

จุมพล พูลภัทรชีวิน. (2540). การวิจัยอนาคตแบบ EDRF. ใน ทิศนา แชมมณี และ สร้อยสน สกลรักษ์ (บ.ก.), *แบบแผนและเครื่องมือการวิจัยทางการศึกษา* (น. 1-18). สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Bornstein, M. H., Hahn, C. S., Suwalsky, J. T. D., & Haynes, O. M. (2003). Socioeconomic status, parenting, and child development: The Hollingshead four-factor index of social status and the socioeconomic index of occupations. In M. H. Bornstein & H. B. Robert (Eds.), *Monographs in parenting series. socioeconomic status, parenting, and child development* (pp. 29–82). Lawrence Erlbaum Associates.

### บทความในวารสารแบบรูปเล่ม/อิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่มีเลข DOI

ไทย	ชื่อ/สกุล/(ปีพิมพ์)/ชื่อบทความ/ชื่อวารสาร,/เลขของปีที่(เลขของฉบับที่),/เลขหน้า.
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ/(ปีพิมพ์)/ชื่อบทความ/ชื่อวารสาร,/เลขของปีที่(เลขของฉบับที่),/ // // // // เลขหน้า.

ตัวอย่าง

พรทิพย์ หนูพระอินทร์, ชญานิศ ลือวานิช และ ประพรศรี นรินทร์รักษ์. (2556). การรับรู้สุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลชิริระกุเกิด. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏ ภูเก็ต*, 9(1), 63-87.

Jacobson, D.E. (1986). Types and Timing of Social Support. *Journal Health Social Behavior*, 27(63), 250-264.

Sillick, T. J., & Schutte, N. S. (2006). Emotional intelligence and self-esteem mediate between perceived early parental love and adult happiness. *E-Journal of Applied Psychology*, 2(2), 38–48. <http://ojs.lib.swinedu.au/index.php/ejap>

### บทความในวารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่มีเลข DOI

ไทย	ชื่อ/สกุล/(ปีพิมพ์)/ชื่อบทความ/ชื่อวารสาร,/เลขของปีที่(เลขของฉบับที่),/ // // // // เลขหน้า./https://doi.org/เลข DOI
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ/(ปีพิมพ์)/ชื่อบทความ/ชื่อวารสาร,/เลขของปีที่(เลขของฉบับที่),/ // // // // เลขหน้า./https://doi.org/เลข DOI

ธัญนาฏ ญาณพิบูลย์, สุจินดา โพธิ์ไพฑูรย์, และ นิติพงษ์ ส่งศรีโรจน์ (2563). ความสามารถในการใช้ความรู้และนวัตกรรมกับประเด็นที่โดดเด่นขององค์กรใหม่ในธุรกิจภาคการเกษตร. *จุฬาลงกรณ์ธุรกิจปริทัศน์*, 42(2), 54–72. <https://doi.org/10.14456/cbsr.2020.3>

Herbst-Damm, K. L., & Kulik, J. A. (2005). Volunteer support, marital status, and the survival times of terminally ill patients. *Health Psychology*, 24, 225–229. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.2.225>

\* กรณีที่เลข DOI แบบที่ใช้เดิมยาวและซับซ้อน ผู้เขียนสามารถเลือกใช้ DOI แบบสั้นหรือแบบยาวก็ได้

### บทความในวารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่มีหมายเลขบทความหรือ eLocator

ไทย	ชื่อ/สกุล./ (ปีพิมพ์)/ ชื่อบทความ./ ชื่อวารสาร./ เลขของปีที่ (เลขของฉบับที่)/ /////บทความ/เลขที่บทความ./ URL (ถ้ามี)
อังกฤษ	สกุล./ อักษรย่อชื่อ./ (ปีพิมพ์)/ ชื่อบทความ./ ชื่อวารสาร./ เลขของปีที่ (เลขของฉบับที่)/ /////Article/เลขที่บทความ./ URL (ถ้ามี)

#### ตัวอย่าง

นวรรณ นิชโรจน์ และ ศศิลักษณ์ ขยันกิจ. (2563). บทบาทครูอนุบาลในการส่งเสริมกรอบ คิद्यัตติตเตปโตในโรงเรียนประไพพิศ (นามสมมติ). *วารสารอิเล็กทรอนิกส์ทางการศึกษา*, 15(2), บทความ OJED1502032. <https://so01.tci-thaijo.org/index.php/OJED/article/view/243480>

Burin, D., Kiltani, K., Rabuffetti, M., & Pia, L. (2019). Body ownership increases the interference between observed and executed movements. *PLOS ONE*, 14(1), Article e0209899. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209899>

วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต

(Doctoral dissertation / Master's thesis)

1) วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตที่ไม่ได้ตีพิมพ์

ไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีที่เผยแพร่)./ชื่อวิทยานิพนธ์/[วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์ /////หรือ วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]./ชื่อมหาวิทยาลัย.
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปีที่เผยแพร่)./ชื่อวิทยานิพนธ์/[Unpublished doctoral /////dissertation หรือ Unpublished master's thesis]./ชื่อมหาวิทยาลัย.

ตัวอย่าง

รณชัย ศีลากร. (2547). ผลของโครงการปฏิบัติสมาธิเบื้องต้นตามทฤษฎีของมาโลว์  
[วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Jung, M. S. (2014). A structural equation model on core competence of nursing  
students [Unpublished doctoral dissertation]. Choong-Ang University.

2) วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตจากเว็บไซต์

(ไม่อยู่ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์)

ไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีที่เผยแพร่)./ชื่อวิทยานิพนธ์/[วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต หรือ /////วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต,/ชื่อมหาวิทยาลัย]./ชื่อเว็บไซต์./URL
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปีที่เผยแพร่)./ชื่อวิทยานิพนธ์/[Doctoral dissertation หรือ /////Master's thesis,/ชื่อมหาวิทยาลัย]./ชื่อเว็บไซต์./URL

ตัวอย่าง

ปิยะ บุษบา. (2561). การพัฒนารูปแบบเชิงสาเหตุ และประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริม  
คุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการเรียนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ของนิสิตระดับ  
ปริญญาตรี. [วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์  
ประยุกต์, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ]. วิทยานิพนธ์สถาบันวิจัยพฤติกรรม  
ศาสตร์. <http://bsris.swu.ac.th/thesis/53199120066RB8992555f.pdf>



Ata, A. (2015). *Factoreffecting teacher-child communication skill & self-efficacy beliefs: An investigation on preschool teachers* [Master's thesis, Middle East Technical University]. Middle East Technical University Library.  
<http://etd.lib.metu.edu.tr/upload/12619101/index.pdf>

### 3) วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต จากฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์

ไทย	ชื่อ/สกุล/(ปีที่เผยแพร่)/ชื่อวิทยานิพนธ์/(หมายเลข UMI หรือ เลขลำดับอื่น ๆ)/ /////[วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต หรือวิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต, /////ชื่อมหาวิทยาลัย]./ชื่อฐานข้อมูล.
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ/(ปีที่เผยแพร่)/ชื่อวิทยานิพนธ์/(หมายเลข UMI หรือ /////เลขลำดับอื่น ๆ)/[Doctoral dissertation หรือ Master's thesis, /////ชื่อมหาวิทยาลัย]./ชื่อฐานข้อมูล.

ตัวอย่าง

McNiell, D. S. (2006). *Meaning through narrative: A personal narrative discussing growing up with an alcoholic mother* (UMI No. 1434728) [Master's thesis, California State University–Long Beach]. ProQuest Dissertations and Theses database.

### รายงาน

#### 1) รายงานที่จัดทำโดยหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรอื่น

ไทย	ชื่อหน่วยงาน/(ปีที่เผยแพร่)/ชื่อเรื่อง./สำนักพิมพ์./URL(ถ้ามี)
อังกฤษ	ชื่อหน่วยงาน/(ปีที่เผยแพร่)/ชื่อเรื่อง./สำนักพิมพ์./URL(ถ้ามี)

ตัวอย่าง

สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. (2561). *รายงานประจำปี 2561*. 21 เซ็นจูรี.  
[https://www.ocsc.go.th/sites/default/files/document/ocsc\\_annual\\_report\\_2561.pdf](https://www.ocsc.go.th/sites/default/files/document/ocsc_annual_report_2561.pdf)

National Cancer Institute. (2019). *Taking time: Support for people with cancer* (NIH Publication No. 18-2059). U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. <https://www.cancer.gov/publications/patient-education/takingtime.pdf>

## 2) รายงานที่จัดทำโดยผู้เขียนรายบุคคลสังกัดหน่วยงานรัฐหรือองค์กรอื่น

ไทย	ชื่อ/สกุล./ (ปีที่เผยแพร่)./ชื่อเรื่อง./สำนักพิมพ์./URL(ถ้ามี)
อังกฤษ	สกุล./อักษรย่อชื่อ./ (ปีที่เผยแพร่)./ชื่อเรื่อง./สำนักพิมพ์./URL(ถ้ามี)

### ตัวอย่าง

สุมาลี ตังคณานุรักษ์, อรทัย วิมลโนธ, และ เกรียงไกร นะจร. (2559). *การวิจัยและพัฒนา รูปแบบเพื่อการพัฒนาความรับผิดชอบ การควบคุมและควมมีวินัยของนักเรียนชั้น ประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 โรงเรียนสาธิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ฝ่ายประถม. คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*

Lipsey, M. W., Farran, D. C., & Hofer, K. G. (2015). *A randomized control trial of a statewide voluntary prekindergarten program on children's skills and behaviors through third grade.* Vanderbilt University, Peabody Research Institute.

### เอกสารประกอบการประชุม/การประชุมวิชาการ ที่ไม่มี proceeding (Symposium)

ไทย	ชื่อ/สกุล./ (วันที่, /เดือน, /ปี)./ชื่อเรื่องที่น่าสนใจ./ในชื่อ/(ประธาน),/ชื่อหัวข้อการประชุม/ // [Symposium]./ชื่อการประชุม,/สถานที่ประชุม.
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./ (ปี, /เดือน, /วันที่)./ชื่อเรื่องที่น่าสนใจ./In/อักษรชื่อย่อ./สกุล/(Chair), // ชื่อหัวข้อการประชุม/[Symposium]./ชื่อการประชุม,/สถานที่ประชุม.

ตัวอย่าง

De Boer, D., & LaFavor, T. (2018, April 26–29). The art and significance of successfully identifying resilient individuals: A person-focused approach. In A. M. Schmidt & A. Kryvanos (Chairs), *Perspectives on resilience: Conceptualization, measurement, and enhancement* [Symposium]. Western Psychological Association 98<sup>th</sup> Annual Convention, Portland, OR, United States.

### การนำเสนองานวิจัยหรือการนำเสนอโปสเตอร์ (Paper/Poster Presentation)

ไทย	ชื่อ/สกุล./ (ปี./วัน/เดือน)./ชื่อ paper หรือ poster/[Paper หรือ Poster /////presentation]./ชื่อการประชุม,/สถานที่.
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./ (ปี./เดือน./วันที่)./ชื่อ paper หรือ poster/[Paper หรือ Poster /////presentation]./ชื่อการประชุม,/สถานที่.

ตัวอย่าง

#### การนำเสนองานวิจัย

นิดา ไพรนารี. (2554, มีนาคม). *การจัดการวิสาหกิจชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์* [Paper presentation], การประชุมวิชาการมหาวิทยาลัยกรุงเทพ, กรุงเทพฯ, ประเทศไทย.

Khayankij, S. (2016, July). *Mandalas as a tool to enhance self-awareness for early childhood student teachers* [Paper presentation]. Pacific Early Childhood Education Research Association, Bangkok, Thailand.

#### การนำเสนอโปสเตอร์

Haldrup, S., Lapolla, A., & Gundgaard, J. (2017, November 4–8). *Cost-effectiveness of switching to insulin degludec (ideg) in real-world clinical practice in Italy* [Poster presentation]. International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) 20<sup>th</sup> Annual European Congress, Glasgow, Scotland.

## รายงานการประชุมเชิงวิชาการที่มี proceeding

### 1) ในรูปแบบรูปเล่มหนังสือ

ไทย	ชื่อ/สกุล./(ปี)./ชื่อบทความ./ใน/ชื่อบรรณาธิการ/(บ.ก.),/ชื่อหัวข้อการประชุม./ /////ชื่อการประชุม/(น./เลขหน้า)/ฐานข้อมูล.
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปี)./ชื่อเรื่อง./In/ชื่อบรรณาธิการ/(Ed. หรือ Eds.),/ /////ชื่อหัวข้อการประชุม./ชื่อการประชุม/(pp./เลขหน้า)/ฐานข้อมูล.
* กรณีมีเลข DOI หรือ URL ให้เติมต่อท้ายจากฐานข้อมูล ตัวอย่าง ชื่อฐานข้อมูล./https://doi.org/xxxx	

#### ตัวอย่าง

พัชรภา ตันติชูเวช. (2553). การศึกษาทั่วไปกับคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ในประเทศ มาเลเซีย และสิงคโปร์ ศึกษาโดยเปรียบเทียบกับประเทศไทย. ใน ศิริชัย กาญจนวาสี (บ.ก.), *การขับเคลื่อนคุณภาพการศึกษาไทย. การประชุมวิชาการและเผยแพร่ผลงานวิจัยระดับชาติ* (น. 97–102). คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Katz, I., Gabayan, K., & Aghajan, H. (2007). A multi-touch surface using multiple cameras. In J. Blanc-Talon, W. Philips, D. Popescu, & P. Scheunders (Eds.), *Lecture notes in computer science: Vol. 4678. Advanced concepts for intelligent vision systems* (pp. 97–108). Springer-Verlag. [https://doi.org/10.1007/978-3-540-74607-2\\_9](https://doi.org/10.1007/978-3-540-74607-2_9)

### 2) ในรูปแบบวารสาร

ไทย	ชื่อ/สกุล./(ปี)./ชื่อเรื่อง:/ชื่อเรื่องย่อ./ชื่อวารสาร,/เลขของปีที่(เลขของฉบับที่),/ /////เลขหน้า./URL
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปี)./ชื่อเรื่อง:/ชื่อเรื่องย่อ./ชื่อวารสาร,/เลขของปีที่(เลขของฉบับที่),/ /////เลขหน้า./URL
* กรณีมีเลข DOI หรือ URL ให้เติมต่อท้ายจากฐานข้อมูล ตัวอย่าง ชื่อฐานข้อมูล./https://doi.org/xxxx	

#### ตัวอย่าง

Chaudhuri, S., & Biswas, A. (2017). External terms-of-trade and labor market imperfections in developing countries: Theory and evidence. *Proceedings of the Academy of Economics and Economic Education*, 20(1), 11–16.



[https://search-proquest-com.elibrary.jcu.edu.au/docview/1928612180?  
accountid=16285](https://search-proquest-com.elibrary.jcu.edu.au/docview/1928612180?accountid=16285)

### เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์ (เอกสารประกอบการเรียน)

ไทย	ชื่อ/สกุล./ (ปี)./ชื่อเอกสาร/[เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์]./คณะ,/มหาวิทยาลัย.
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./ (ปี)./ชื่อเอกสาร/[Unpublished manuscript]./คณะ, /////มหาวิทยาลัย.

#### ตัวอย่าง

อัญญาณี บุญชื้อ. (2556). การส่งเสริมพัฒนาการทางอารมณ์และสังคมสำหรับเด็กปฐมวัย [เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์]. ภาควิชาหลักสูตรและการสอน คณะครุศาสตร์, จฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Blackwell, E., & Conrod, P. J. (2003). *A five-dimensional measure of drinking motives* [Unpublished manuscript]. Department of Psychology, University of British Columbia.

### เว็บไซต์

ไทย	ชื่อ/สกุลผู้เขียน./ (ปี,/วัน/เดือนที่เผยแพร่)./ชื่อบทความ./ชื่อเว็บไซต์./URL
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อผู้เขียน./ (ปี,/เดือน/วันที่เผยแพร่)./ชื่อบทความ./ชื่อเว็บไซต์./URL

- \* กรณีที่ไม่มีวันที่เผยแพร่ปรากฏ ให้ใส่ (ม.ป.ป.) หรือ (n.d.)
- \* กรณีที่มีปรากฏเฉพาะ พ.ศ. หรือ ค.ศ. ให้ใส่แค่ (ปี) เท่านั้น
- \* กรณีชื่อผู้เขียนและชื่อเว็บไซต์เป็นชื่อเดียวกัน ให้ตัดชื่อเว็บไซต์ออก

#### ตัวอย่าง

มูลนิธิวิจัยนสาธาณสุขไทย. (2563, 1 มีนาคม). เจาะลึกระบบสุขภาพไทยป่วยเบาหวาน.

<http://www.hfocus.org/content/2019/11/18031>

International Diabetes Federation. (2021, December 9). *Diabetes fact and figure*. <http://www.idf.org/about-diabetes/facts-figures>

## สารสนเทศที่ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง

### 1) สารสนเทศที่เป็นส่วนหนึ่งของงานอื่น (บทในหนังสือ/บทความในวารสาร/สารานุกรม)

ไทย ชื่อเรื่อง/(ปี,/วัน/เดือนที่เผยแพร่)/ชื่อแหล่งข้อมูล./URL

อังกฤษ ชื่อเรื่อง/(ปี,/เดือน/วันที่เผยแพร่)/ชื่อแหล่งข้อมูล./URL

\* กรณีที่ไม่มีวันที่เผยแพร่ปรากฏ ให้ใส่ (ม.ป.ป.) หรือ (n.d.)

\* กรณีที่มีปรากฏเฉพาะ พ.ศ. หรือ ค.ศ. ให้ใส่แค่ (ปี) เท่านั้น

#### ตัวอย่าง

ก้าวต่อไปของสถาบันอุดมศึกษาไทยในตลาดอาเซียน. (2554). *อนุสารอุดมศึกษา*, 37(400), 9–12. [http://www.mua.go.th/prweb/pr\\_web/udom\\_mua/data/400.pdf](http://www.mua.go.th/prweb/pr_web/udom_mua/data/400.pdf)  
เกษตรกรรม. (2563, 4 มิถุนายน). ใน *วิกิพีเดีย*. <https://th.wikipedia.org/w/index.php?title=เกษตรกรรม&oldid=8891799>

### 2) สารสนเทศที่ไม่เป็นส่วนหนึ่งของงานอื่น (หนังสือ/รายงาน/เว็บไซต์)

ไทย ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/(ปี,/วัน/เดือนที่เผยแพร่)/ชื่อแหล่งข้อมูล./URL

อังกฤษ ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/(ปี,/เดือน/วันที่เผยแพร่)/ชื่อแหล่งข้อมูล./URL

#### ตัวอย่าง

*Merriam-Webster's collegiate dictionary* (11th ed.). (2003). Merriam-Webster.  
ไขข้อข้องใจ การบ้านยังจำเป็นสำหรับเด็กยุคใหม่หรือไม่? (2562, 21 สิงหาคม). ครูบ้านนอก  
ดอทคอม. <https://www.kroobannok.com/87248>





สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่  
Phrae Provincial Public Health Office



วารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

25 ถนนบ้านใหม่ ต.โนนเวียง อ.เมือง จ.แพร่ 54000  
โทร. 0 5451 1143, 0 5451 1145 Fax: 0 5452 3313  
<https://thaidj.org/index.php/jpphd>  
<http://www.pro.moph.go.th>