ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

วิทยานิพนธ์

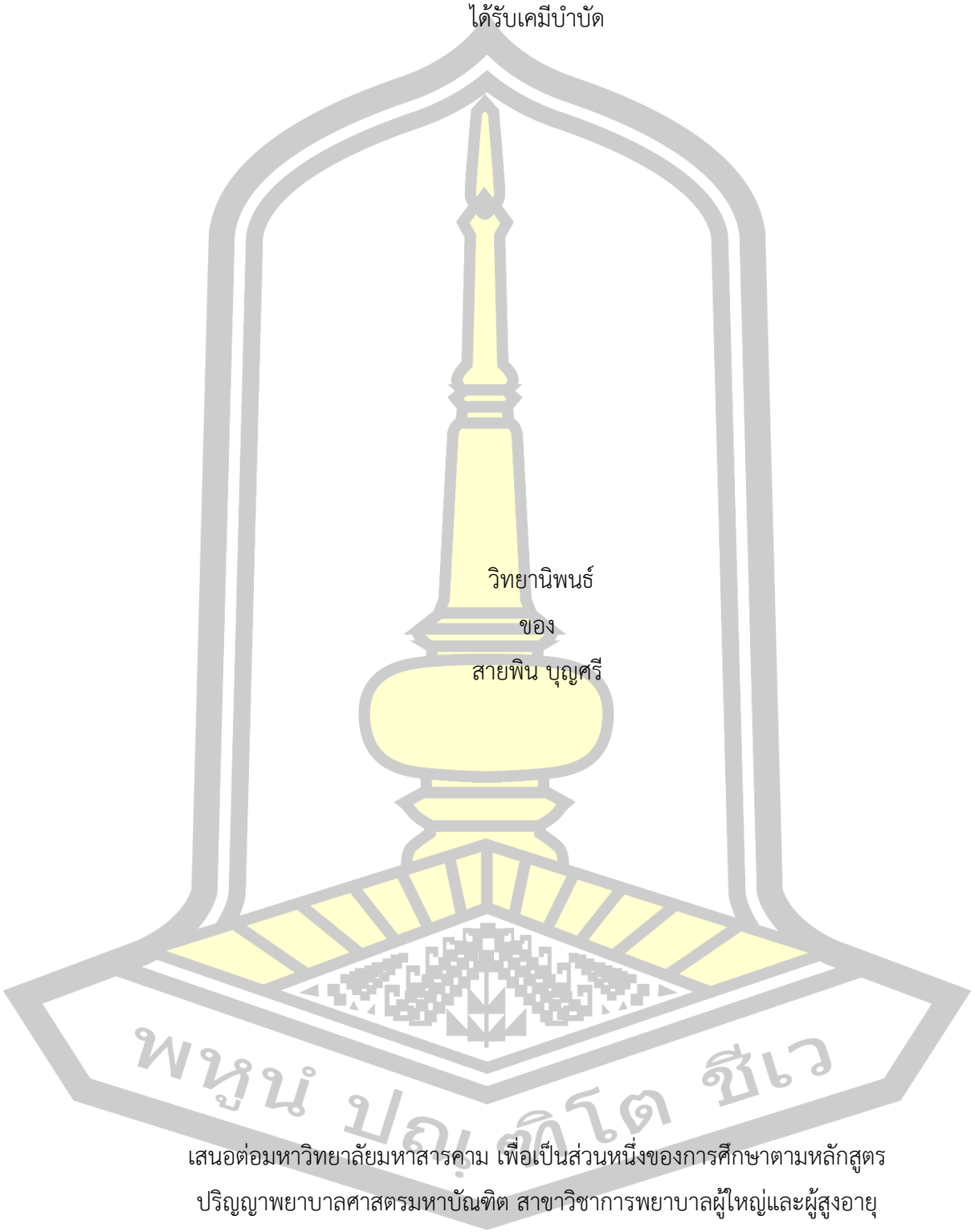
ของ

สายพิน บุญศรี

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
พฤษภาคม 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด



วิทยานิพนธ์

ของ

สายพิน บุญศรี

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

พฤษภาคม 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The Relationships Between Health Beliefs and Infection Prevention Behaviors among Patients with Lung Cancer Receiving Chemotherapy

Saipin Boonsri

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements

for Master of Nursing Science (Adult and Gerontological Nursing)

May 2023

Copyright of Mahasarakham University

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสายพิน บุญศรี แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผศ. ดร. สุพัตรา บัวที)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผศ. ดร. อภิญญา วงศ์พิริยโยธา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ผศ. ดร. นงเยาว์ มีเทียน)

.....กรรมการ
(อ. ดร. สุรชาติ สิทธิปกรณ์)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก
(ผศ. ดร. วาสนา รวยสูงเนิน)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

.....
(ผศ. ดร. จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

.....
(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

ผู้วิจัย สายพิน บุญศรี

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อภิญญา วงศ์พิริยโยธา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นงเยาว์ มีเทียน

ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต **สาขาวิชา** การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม **ปีที่พิมพ์** 2566

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 72 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางเลขสุ่ม เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 และ .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสัมประสิทธิ์สหพันธ์ด้วยวิธีของเพียร์สัน

ผลการวิจัยสรุปว่า

1) ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง

2) ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโดยรวมอยู่ในระดับสูง

3) ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .39) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อ และการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อที่ระดับ .05 (r=.34, .38 ตามลำดับ) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.19) และการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ

ผลการวิจัยพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมเกี่ยวกับการติดเชื้อมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ ดังนั้นผู้ให้บริการด้านสุขภาพควรสร้างกลยุทธ์

เพื่อส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อเพื่อให้มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อที่เหมาะสม

คำสำคัญ : โรคมะเร็งปอด, ความเชื่อด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ, เคมีบำบัด

TITLE The Relationships Between Health Beliefs and Infection Prevention Behaviors among Patients with Lung Cancer Receiving Chemotherapy

AUTHOR Saipin Boonsri

ADVISORS Assistant Professor Apinya Wongpiriyayothar , Ph.D.
Assistant Professor Nongyaow Meethien , Ph.D.

DEGREE Master of Nursing Science **MAJOR** Adult and Gerontological Nursing

UNIVERSITY Mahasarakham University **YEAR** 2023

ABSTRACT

This descriptive correlation research aimed to examine the relationships between health beliefs and infection prevention behaviors among patients receiving chemotherapy for lung cancer at Roi-Et Hospital, Roi-Et Province. Table of random number was used to select 72 patients for the study. The research instruments were the Health Beliefs Related Infection questionnaire and 2) the Infection Prevention Behavior questionnaire. Cronbach's alpha coefficients for reliability were .85 and .84, respectively. Data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, and Pearson's product-moment correlation coefficients.

The results showed the following: 1) The patients had a mean score of the overall health beliefs at a high level. 2) The patients had a mean score of overall infection prevention behaviors at a high level. 3) Overall health beliefs were positively correlated with infection-prevention behaviors ($r = .39$, $p \leq .05$). Perceived susceptibility to infection and perceived benefits of action had a positively correlation with infection prevention behaviors ($r=.34$, $.38$, $p \leq .05$ respectively). Perceived barriers to action had negatively correlated with infection prevention behaviors ($r = -.19$, $p \leq .05$), and perceived severity of infection did not correlate significantly with infection prevention behaviors.

The results of the study indicated overall health beliefs about infection were significantly associated with infection prevention behaviors. Healthcare providers should create strategies to promote health beliefs about infection to perform appropriate behaviors to prevent infection.

Keyword : Lung Cancer, Health Beliefs, Infection Prevention Behaviors, Chemotherapy

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา และช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิญญา วงศ์พิริยโยธา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงเยาว์ มีเทียน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพัตรา บัวที ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.สุรชาติ สิทธิปกรณ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาสนา รวยสูงเนิน กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ภายนอก ที่ให้คำปรึกษาในการค้นคว้าวิจัย ตลอดจนการตรวจแก้ไขวิทยานิพนธ์จนกระทั่งเสร็จสมบูรณ์ รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ข้าพเจ้ารู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความดีของท่านมาโดยตลอดและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด หัวหน้าพยาบาลที่ให้โอกาสในการศึกษา ขอบคุณเจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอกมะเร็งที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และสำคัญที่สุดขอขอบคุณผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่รับเคมีบำบัดทุกคนที่เป็นวิทยาทานแก่ข้าพเจ้า

ขอขอบคุณกำลังใจจากพี่ ๆ เพื่อน ๆ และน้องนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ และสาขาการพยาบาลจิตเวช ที่มีส่วนช่วยเหลือ และทำให้ข้าพเจ้ามีกำลังใจ มีความมุ่งมั่นจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ เหนือสิ่งอื่นใดข้าพเจ้าขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดาของข้าพเจ้าที่สนับสนุนเป็นอย่างดี และขอบคุณสามีที่เป็นกำลังใจ คอยห่วงใย ช่วยเหลือตลอดระยะเวลาศึกษา รวมทั้งญาติพี่น้อง เพื่อน ๆ ที่ส่งกำลังใจให้แก่กัน คุณประโยชน์ทั้งหลายที่เกิดจากการศึกษางานวิจัยครั้งนี้ ขอมอบให้แด่บุพการี คณาจารย์ และท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคน

สายพิน บุญศรี

พหูน ปณฺฑิโต ชีเว

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... ฉ

กิตติกรรมประกาศ ..... ซ

สารบัญ ..... ฌ

สารบัญตาราง ..... ฏ

สารบัญภาพ ..... ฐ

บทที่ 1 บทนำ 1

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย 7

1.3 คำถามการวิจัย 7

1.4 สมมุติฐานการวิจัย 8

1.5 ขอบเขตของการวิจัย 8

1.6. นิยามคำศัพท์ 8

1.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย 10

1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย 11

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 1

2.1. ความรู้โรคมะเร็งปอด 1

2.2 ความรู้เรื่องเคมีบำบัด 5

2.3 ปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อ 9

2.4 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ 12

2.5 แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดเชื้อ 17

2.6 พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อและการประเมินพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ 19
2.7 บริบทการพยาบาลผู้ป่วยในคลินิกโรคมะเร็ง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด 24
2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 25
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 30
3.1 การออกแบบการวิจัย 30
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 30
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 31
3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 34
3.5 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง 35
3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล 36
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล 37
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล 38
4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง 38
4.2. ข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง 40
4.3 ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อ 42
4.4 พฤติกรรมสุขภาพการป้องกันการติดเชื้อ 43
4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดของกลุ่มตัวอย่าง 44
4.6 อภิปรายผล 45
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ 49
5.1 สรุปผลการวิจัย 49
5.2 ข้อจำกัดการวิจัย 50
5.3 ข้อเสนอแนะ 50
บรรณานุกรม 53

ภาคผนวก 65
ภาคผนวก ก หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ 65
ภาคผนวก ข เอกสารพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย 69
ภาคผนวก ค เอกสารยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย 72
ภาคผนวก ง หนังสือขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย 74
ภาคผนวก จ แบบสอบถามการวิจัย 80
ภาคผนวก ฉ การวิเคราะห์ข้อมูล 90
ภาคผนวก ช การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่ม 98
ประวัติผู้เขียน 100

พหูน ปณฺฑิโต ชีเว

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง 39

ตาราง 2 ข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง 41

ตาราง 3 ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง 43

ตาราง 4 พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่าง 44

ตาราง 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ 45

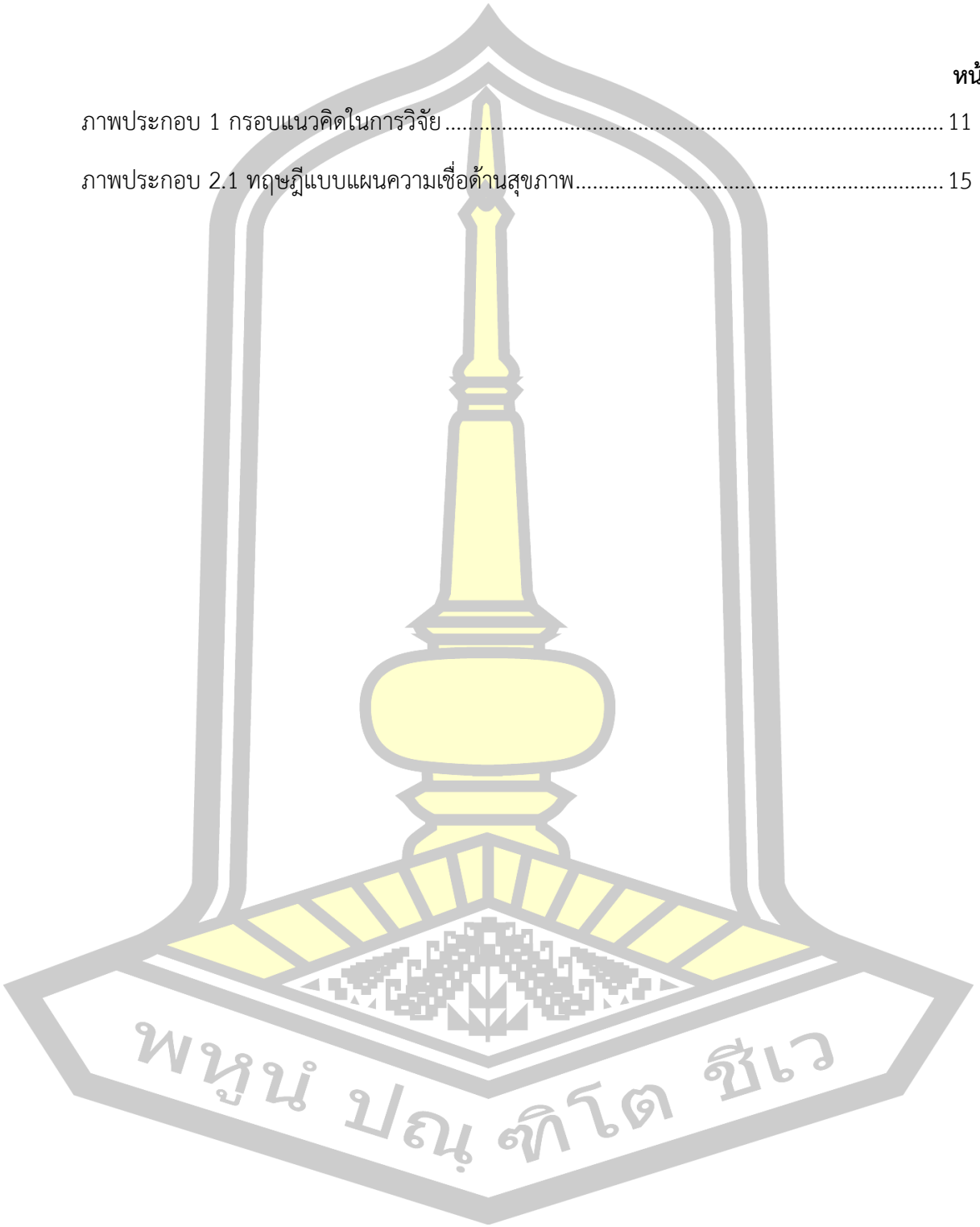
พหูน ปณ ฑิโต ชีเว

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย 11

ภาพประกอบ 2.1 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ..... 15



บทที่ 1
บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งปอดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก และในปี ค.ศ. 2020 พบว่ามีผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด 2.21 ล้าน (ร้อยละ11.4) ของมะเร็งทั่วโลก ซึ่งสูงเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งเต้านม พบอุบัติการณ์เสียชีวิตมากที่สุด 1.80 ล้านคน (ร้อยละ 18) ของมะเร็งทั้งหมด (Sung et al., 2021) และในประเทศไทยพบโรคมะเร็งปอดมากเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งเต้านม พบจำนวน 23,714 คน (ร้อยละ 12.4 ของมะเร็งทั้งหมด) และพบว่ามีอุบัติการณ์การเสียชีวิตเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งตับ จำนวน 20,395 คน (ร้อยละ 16.3) ของมะเร็งทั้งหมด (American Cancer Society, 2020)

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีรายงานโรคมะเร็งปอดรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี พบเป็นอันดับ 3 โดยปี พ.ศ. 2561-2563 มีจำนวน 199, 210, 282 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 10.01, 9.42, 11.69 ตามลำดับ โรคมะเร็งปอดส่วนใหญ่เป็นระยะลุกลาม พบระยะที่ 3 มากที่สุด ร้อยละ 73.87 รองลงมาคือระยะที่ 4 ร้อยละ 11.56 ระยะที่ 2 ร้อยละ 3.52 และระยะที่ 1 ร้อยละ 2.01 ตามลำดับ (ชิตเขต โตเหมือน และคณะ, 2563) พบการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งทุกชนิด จำนวน 197 ราย เสียชีวิตจากโรคมะเร็งปอด 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.2 (ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลร้อยเอ็ด, 2563)

การศึกษาในต่างประเทศ พบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็งปอด พบร้อยละ 8.40 และมากกว่ามะเร็งอื่น ๆ (Shah et al., 2016) จากรายงานประเทศไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รับการรักษาด้วยวิธีเคมีบำบัด มีรายงานวิจัยว่าหลังรับยาเคมีบำบัดจะสามารถเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Neutropenia) ได้ 24.8 ครั้งต่อ 1,000 ครั้ง และเกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ (Febrile neutropenia) ร้อยละ 14.9 (Limvorapitak & Khawcharoenporn, 2015)

จากสถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รับเคมีบำบัด ในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ปี พ.ศ. 2563-2564 มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปอดรายใหม่ 282 และ 300 รายตามลำดับ รักษาด้วยวิธีเคมีบำบัด จำนวน 129 ราย และ 138 ราย พบว่าเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Neutropenia) จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 16.2) และ 33 ราย (ร้อยละ 23.91) ตามลำดับ การรักษามะเร็งปอดด้วยวิธีเคมีบำบัดนั้น พบภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับเคมีบำบัดได้บ่อย และภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัดเกี่ยวข้องกับหลายระบบของร่างกาย จากงานวิจัยของพรชัย วัฒนเสาวลักษณ์ และนราวดี เนียมหุ่น (2560) ศึกษาในมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และมะเร็งกระเพาะอาหาร พบภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับเคมีบำบัดที่เกี่ยวข้องกับระบบโลหิตบ่อยที่สุดร้อยละ 46.7 ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้แก่ ภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิวด์ต่ำ ร้อยละ 34.6 ภาวะเม็ด

เลือดขาวต่ำ ร้อยละ 21.8 ภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 42.3 และภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ ร้อยละ 12.8 ผลกระทบจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับการรักษาด้วยวิธีเคมีบำบัด ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนและการติดเชื้อตามมาหลายอย่าง จากงานวิจัยของปิยะวดี เทพรัตน์ และนงลักษณ คณิตทรัพย์ (2559) ศึกษาการเกิดภาวะไขจากเม็ดเลือดขาวต่ำของผู้ป่วยมะเร็งหลังการรักษาด้วยเคมีบำบัดในมะเร็งเม็ดเลือดขาว ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง และมะเร็งชนิดก้อนแข็ง พบว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนการติดเชื้อ ได้แก่ ติดเชื้อในกระแสเลือด (Septicemia) ร้อยละ 33.3 ปอดอักเสบ (Pneumonia) ร้อยละ 40 ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection) ร้อยละ 8.88 ติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal infection) ร้อยละ 2.2 และการศึกษาของทรงเดช ประเสริฐศรี และนันธิดา พันธุศาสตร์ (2562) ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดและรังสีรักษา พบว่าหากผู้ป่วยมีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ อาจส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 64.9 และภาวะช็อคจากติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 1.1

ภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับเคมีบำบัดจากเม็ดเลือดขาวต่ำ เป็นปัญหาที่สำคัญและสัมพันธ์กับการเสียชีวิต โดยเฉพาะถ้ามีระดับนิวโทรฟิลต์ที่น้อยกว่า 100 เซลล์/ลบ.มม. (ศรุตา ฟักนวม, 2563) และมีรายงานวิจัย พบว่าภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับยาเคมีบำบัดทำให้เสียชีวิต ร้อยละ 75 และเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร้อยละ 5.1 ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจะทวีความรุนแรงมากขึ้นในผู้ป่วยที่มีเม็ดเลือดขาวต่ำร่วมกับมีไข้ (ปิยะวดี เทพรัตน์ และนงลักษณ์ คณิตทรัพย์, 2559) มีรายงานในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดว่าอัตราการติดเชื้อในภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำ พบได้ ร้อยละ 65.9 และพบติดเชื้อที่ปอดมากที่สุด ร้อยละ 22.7 (ชนนิกานต์ ศิริจันทรวัจ และระพีเพ็ญ พัฒนาพลกรสกุล, 2564) ซึ่งจากการติดเชื้อจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ถึง ร้อยละ 11.1, 15.9 (ชนนิกานต์ ศิริจันทรวัจ และระพีเพ็ญ พัฒนาพลกรสกุล, 2564; ทรงเดช ประเสริฐศรี และนันธิดา พันธุศาสตร์, 2561). ผลวิจัยของ ศรุตา ฟักนวม (2563) ที่รายงานอุบัติการณ์การเกิดไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำภายหลังได้รับเคมีบำบัด พบร้อยละ 3.5 และทำให้เสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 18 นอกจากนี้มีรายงานต่างประเทศที่ผ่านมา โดยเฉพาะในมะเร็งปอดและมะเร็งเต้านมที่รับเคมีบำบัด พบว่ามีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตมากกว่าเมื่อเทียบกับมะเร็งชนิดอื่น และเกิดไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำได้มากกว่ามะเร็งชนิดอื่น อัตราเสียชีวิตจากภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำ อยู่ที่ร้อยละ 1.35 และพบว่าเกิดในโรคมะเร็งปอดมากที่สุด ร้อยละ 16.11 (Shah et al., 2016) นอกจากนี้มีรายงานอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อเนื่องมาจากภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำร้อยละ 11.2 ยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำระดับรุนแรง (Severe neutropenia) จะพบอัตราการเสียชีวิตได้สูงถึงร้อยละ 29.3 (Tawfig et al., 2019)

โรคมะเร็งปอดส่วนใหญ่จะพบระยะลุกลามคือ ระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ในแนวทางการรักษาโรคมะเร็งปอดมีทั้งการผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา ซึ่งทั้งหมดขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็ง ระยะของ

โรคและความพร้อมของผู้ป่วย การรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็นอีกทางเลือกที่ใชในรักษาอย่างแพรหลาย ในปัจจุบันการรักษาด้วยเคมีบำบัดสามารถรักษาได้ทุกระยะของโรคมะเร็ง ตัวยาเคมีบำบัดจะมีส่งผลต่อการกดไขกระดูกทำให้ระดับค่า Absolute neutrophil count (ANC) ของผู้ป่วยลดต่ำลง ซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละตัวยา โดยเฉพาะยาเคมีบำบัดในกลุ่มแอคิเลทติ้ง เอเจนท์ (Alkylating agent) จะมีภาวะไขกระดูกถูกกดมากที่สุด (สมาคมพยาบาลโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย, 2564) ซึ่งสูตรเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษาในมะเร็งปอดชนิดฉีดเขาทางหลอดเลือดดำ สวนใหญ่จะใช้ยาสองชนิดร่วมกัน (Combination chemo-therapy) เช่น Cisplatin ร่วมกับ Gemcitabine, Carboplatin ร่วมกับ Gemcitabine และ Paclitaxel ร่วมกับ Carboplatin โดยจะได้รับการรักษาประมาณ 6-12 รอบ ระยะห่าง 3 สัปดาห์ หรืออาจจะยาวนานกว่านั้นขึ้นกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังรับเคมีบำบัดในแต่ละราย

การรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็นการรักษาที่มีประโยชน์แต่สามารถก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างต่อร่างกายแตกต่างกันออกไปขึ้นกับชนิดของยาเคมีบำบัดแต่ละตัว การรักษาด้วยเคมีบำบัดจะออกฤทธิ์ทั่วร่างกายเพื่อทำลายเซลล์มะเร็งแต่กระทบกับเซลล์ปกติของร่างกายที่มีการเจริญเติบโตเร็ว เช่น เซลล์เยื่อบุทางเดินอาหาร หรือกระตุ้นให้เกิดอาการข้างเคียงที่ส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลงหรือร่างกายสูญเสียสารอาหารมากขึ้น เช่น เปลี่ยนแปลงการรับกลิ่นรส มีแผลในปาก เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน และท้องเสีย เป็นต้น หากอาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าวเกิดขึ้นต่อเนื่องเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ยาเคมีบำบัดนอกจากจะมีฤทธิ์ฆ่าเซลล์มะเร็งแล้ว ยังมีผลกระทบกับเซลล์ปกติที่มีการแบ่งตัวเร็ว ทำให้เซลล์ถูกทำลายไป ขณะเดียวกันทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับเคมีบำบัด คือเกิดภาวะไขกระดูกถูกกดทำให้การสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง เม็ดเลือดขาวลดลง เกร็ดเลือดลดลง โลหิตจาง และมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง (พรชัย วัฒนเสาวลักษณ์ และนราวดี เนียมหุ่น, 2560) ผลกระทบจากการติดเชื้อหลังได้รับเคมีบำบัดทำให้การควบคุมโรคไม่ดี และต้องเลื่อนรอบยาออกไป อีกทั้งส่งผลให้การรักษาไม่มีประสิทธิผล (Lalami, 2017) ซึ่งการติดเชื้อในภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำส่วนใหญ่ ในระยะแรกมักจะเป็นการติดเชื้อเฉพาะที่ แต่หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีก็จะทำให้การติดเชื้อลุกลามเข้าสู่กระแสเลือดอย่างรวดเร็ว

จากประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดที่รักษาด้วยวิธีเคมีบำบัด ปัญหาที่พบในผู้ป่วยหลังได้รับยาเคมีบำบัดคือ ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหรือไข้จากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ การรักษาเคมีบำบัดในมะเร็งปอดผู้ป่วยจะได้รับยาเคมีบำบัดแบบวันเดียวกลับ ใช้ระยะเวลาให้ยาเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลประมาณ 3-5 ชั่วโมง หลังจากนั้นจะกลับไปพักดูแลต่อที่บ้าน การรักษาด้วยวิธีเคมีบำบัด มีผลทำให้ภาวะกดการทำงานของไขกระดูก (Bone marrow suppression) จากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับเคมีบำบัดหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่ดีจะส่งผลกระทบกับผู้ป่วยทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำและภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเสี่ยง

ต่อการติดเชื้อ เมื่อมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อรับเคมีบำบัดต่อเนื่องแล้วพบว่าผู้ป่วยมีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำแพทย์จะเลื่อนรอบยาเคมีบำบัดออกไปอีกประมาณ 1 สัปดาห์ หรือบางรายแพทย์อาจให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดขาว หรือให้กลับไปพักต่อที่บ้าน แล้วจึงนัดมาโรงพยาบาลอีกครั้ง รูปแบบการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยรายใหม่ที่เริ่มรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด เพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังรับเคมีบำบัด พยาบาลจะแนะนำการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ข้อมูลที่ให้ส่วนใหญ่เน้นการดูแลตนเองหลังรับยาเคมีบำบัด การมาตามนัด และมอบสมุดคู่มือประจำตัวรับเคมีบำบัดไปอ่านต่อที่บ้าน

จากแนวทางการรักษาพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับยาเคมีบำบัด พฤติกรรมสุขภาพในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่บ้านจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง ผู้วิจัยจึงได้ศึกษานำร่องเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งปอดหลังได้รับยาเคมีบำบัดที่แผนกผู้ป่วยนอกมะเร็ง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 15 ราย โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งของหยาดรุ้ง อุไรพันธ์ (2557) พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน ในด้านการรับประทานอาหาร พบว่ามีการปฏิบัติได้เป็นบางส่วน เช่น ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว เพียงร้อยละ 53.3 รับประทานอาหารที่มีกากใย เพียงร้อยละ 46.7 ยังรับประทานอาหารหมักดอง ร้อยละ 40.0 และรับประทานอาหารรสเปรี้ยว เผ็ดจัด และรับประทานยาหม้อ สมุนไพร ยาลูกกลอน ร้อยละ 20.0 สำหรับด้านการออกกำลังกาย พบว่าปฏิบัติเป็นบางส่วน ร้อยละ 73.3 ด้านรักษาความสะอาดร่างกาย พบว่าปฏิบัติบางส่วน เช่น ทำความสะอาดเสื้อผ้าหลังใช้แล้ว ร้อยละ 33.3 อาบน้ำชำระร่างกายวันละ 2 ครั้ง และล้างมือหลังรับประทานอาหาร ร้อยละ 20.0 เท่ากัน ส่วนด้านการจัดการความเครียด พบว่าผู้ป่วยปฏิบัติเป็นบางส่วน ร้อยละ 33.3 ด้านการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ทำให้เครียดและกังวล ร้อยละ 46.76

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัญหาด้านพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ รายงานวิจัยของสุรีย์พร ปุญญกริยากร (2554) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งท่อทางเดินน้ำดี พบว่าพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะติดเชื้อทางเดินน้ำดี อยู่ในระดับน้อย และการศึกษาของดรุณี บุญหนู (2555) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ 1) พฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ 2) พฤติกรรมการดูแลความสะอาด 3) พฤติกรรมการทำกิจกรรมและเข้าสังคม 4) การจัดสภาพแวดล้อม เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการความเสี่ยงระดับต่ำในเรื่อง 1) พฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ ได้แก่ รับประทานน้ำแข็งหรือน้ำเย็นที่เตรียมจากน้ำต้มสุก หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำจากขวดพลาสติกที่ใช้แล้ว แบ่งอาหารให้พอทานแต่ละมื้อที่เหลือเก็บไว้ในตู้เย็น 2) พฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม ได้แก่ การใช้ผ้าปิดจมูกตลอดเวลาเมื่อมีผู้มาเยี่ยมและให้ผู้มาเยี่ยมล้างมือทุกครั้งก่อนสัมผัสตัวหรือหยิบจับ 3) พฤติกรรมการดูแลความสะอาด ได้แก่ การแบ่ง

อาหารให้พอทานแต่ละมื้อที่เหลือเก็บไว้ในตู้เย็น การชั่งน้ำหนักเพื่อประเมินตนเองว่าได้รับสารอาหารเพียงพอหรือไม่ การบ้วนปากด้วยน้ำเกลือหรือน้ำยาบ้วนปากบ่อย ๆ และการมีผู้ดูแลพาไปตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน นอกจากนี้มีรายงานวิจัยของหยาดรุ้ง อุไรพันธุ์ (2557) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 40.4 พฤติกรรมที่ไม่ดีเรียงคะแนนเฉลี่ยจากน้อยที่สุดไปมากที่สุดใน 5 อันดับแรก ได้แก่ 1) การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ส่งผลให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล 2) การรับประทานดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง กาแฟ น้ำอัดลม 3) การออกกำลังกายเหมาะสมต่อสภาพร่างกายตนเอง 4) รับประทานอาหารเสริมเพิ่ม และ 5) การจัดการความเครียด ตามลำดับ และการศึกษาของพิจิตรา เล็กดำรงกุล และคณะ (2557) ศึกษาในผู้ป่วยทุกโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 2.3 มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 33.7 และรายงานวิจัยของลินยา เทสมุทร และคณะ (2560) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และในรายด้านเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง

จากที่กล่าวมาพบว่ามีงานวิจัยที่สนับสนุนว่าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อหลังได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งเป็นการศึกษาเฉพาะการให้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวและผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยา และจากการปฏิบัติงานของผู้วิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดมีปัญหาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไม่เหมาะสมด้วยเช่นกัน อาจเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ มีทฤษฎีที่สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเมื่อต้องเผชิญกับการเกิดโรคได้ดี คือทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) ที่กล่าวว่าการปฏิบัติของบุคคลในการป้องกันโรคขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้อันตรายจากการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคต้องเกิดความเชื่อว่า บุคคลนั้นมีโอกาสเกิดโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบกับการดำเนินชีวิต รวมถึงการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นบุคคลต้องเห็นผลดีจากการปฏิบัติพฤติกรรมมากกว่าอุปสรรคจากการปฏิบัติพฤติกรรม จากปัญหาพฤติกรรม ผู้วิจัยจึงได้ศึกษานำร่องเกี่ยวกับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 15 ราย โดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของหยาดรุ้ง อุไรพันธุ์ (2557) พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพทั้งหมดอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านที่มีคะแนนต่ำ มีดังนี้ 1) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อคะแนนต่ำในเรื่องการรักษาความสะอาดร่างกายเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มสามารถลดการติดเชื้อได้และการ

ดูแลร่างกายให้แข็งแรงจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด อธิบายได้ว่าหากผู้ป่วยมีความเข้าใจต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงการติดเชื้อต่ำ ก็จะทำให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่ดี 2) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อคะแนนต่ำเรื่องภาวะแทรกซ้อนของเคมีบำบัดทำให้เสียชีวิตได้ อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงในการป้องกันติดเชื้อต่ำ จะทำให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมลดลง และจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้สูงขึ้น 3) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ คะแนนต่ำเรื่องหลังรับยาเคมีบำบัด ต้องรับประทานอาหารเสริมทุกคน การรับรู้เช่นนี้อาจทำให้ผู้ป่วยไม่รับประทานอาหารเสริมตามที่แพทย์แนะนำ ซึ่งอาจทำให้ได้รับสารอาหารไม่พอ มีผลต่อการติดเชื้อได้ง่าย และ 4) ด้านการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ คะแนนต่ำเรื่องการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์พยาบาลค่อนข้างยุ่งยากและเปลืองเวลา และเรื่องการมีเวลาเพียงพอในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ อธิบายได้ว่าการรับรู้ในสิ่งเหล่านี้เป็นความเชื่อที่ผู้ป่วยประเมินเองซึ่งเป็นการรับรู้ในทางลบจนทำให้เป็นอุปสรรคขัดขวางการเกิดพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีรายงานวิจัย 3 เรื่องที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็ง และพบว่าผลการวิจัยยังขัดแย้งกัน เช่น การศึกษาของหยาดรุ้ง อุไรพันธุ์ (2557) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเองและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ การศึกษาของลินยา เทสมุทร และคณะ (2560) ศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าการรับรู้ประโยชน์ฯ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนการรับรู้อุปสรรคฯ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ และการศึกษาของสุรีย์พร ปุญญกริยากร (2554) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีที่ใส่สายระบายน้ำดี พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม ประกอบด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและการกลับเป็นซ้ำของโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อระบายน้ำดี จากงานวิจัยที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งเป็นกลุ่มที่หากมีการติดเชื้อจะทำให้มีโอกาสเสียชีวิตได้สูง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด” ซึ่งความเชื่อสุขภาพในที่นี้เป็นความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อ ได้แก่การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อ การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวในการป้องกันการ

ติดเชื้อ ผลการวิจัยครั้งนี้จะมีประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางเพื่อป้องกันการติดเชื้อในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.2.1 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

1.2.1.1 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

12.1.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

1.2.1.3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

1.2.1.4 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

1.3 คำถามการวิจัย

1.3.1 ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดหรือไม่ อย่างไร

1.3.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดหรือไม่ อย่างไร

1.3.3 การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดหรือไม่ อย่างไร

1.3.4 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดหรือไม่ อย่างไร

1.3.5 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดหรือไม่ อย่างไร

1.4 สมมุติฐานการวิจัย

1.4.1 ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

1.4.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

1.4.3 การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

1.4.4 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

1.4.5 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์ทางลบพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

1.5 ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlational design) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดชนิดฉีดตั้งแต่รอบที่ 2 ขึ้นไป ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคมะเร็ง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง จำนวน 72 ราย ระหว่างเดือน ธันวาคม 2565 ถึง กุมภาพันธ์ 2566

1.6. นิยามคำศัพท์

1.6.1 ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อ

1.6.1.1 คำนิยามศัพท์เชิงทฤษฎี ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง เป็นความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ เมื่อบุคคลมีความเชื่อในสิ่งใดแล้วความเชื่อ มักทำให้บุคคลปฏิบัติหรือกระทำในสิ่งต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับความเชื่อของตน (Rosenstock, 1974) มีดังนี้ คือ

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลในการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เชื่อว่าเป็นแรงจูงใจกระตุ้นทำให้บุคคลเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนและหากบุคคลรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากจะทำให้บุคคลมีมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคมากขึ้น (Rosenstock, 1974)

2) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึง ความ

เชื่อ ความคิดหรือความรู้ถึงอันตรายหรือความรุนแรงของโรค ขึ้นอยู่กับการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคล การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรค บุคคลนั้นจะต้องประเมินความรุนแรงของโรคที่มีความเจ็บป่วย พิการ การเสียชีวิตของตน ถ้าบุคคลรับรู้ความรุนแรงของโรค จะกระตุ้นให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมในการป้องกันโรค (Rosenstock, 1974)

3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Perceived benefits) หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของบุคคลหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับความคุ้มค่าหรือประโยชน์ในการมีพฤติกรรมเพื่อลดการความรุนแรง ลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรค โดยบุคคลจะเลือกการปฏิบัติในสิ่งที่ได้รับประโยชน์มากกว่าการเกิดผลเสีย

4) การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Perceived barrier) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อของบุคคลที่มีอุปสรรคต่อการปฏิบัติ โดยบุคคลจะมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับกับอุปสรรคในการปฏิบัติ ก่อนการตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันโรค สิ่งที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค ได้แก่ เสียค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวก และความยุ่งยาก

1.6.1.2 คำนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อ หมายถึง ความเชื่อของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดเกี่ยวกับการรับรู้ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อ 2) การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว และ 4) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัว ที่จะทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องการติดเชื้อหลังได้รับเคมีบำบัด ประเมินได้จากแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยประเมินความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อทั้ง 4 ด้าน มีการแปลผลระดับของความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ

1.6.2 พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ

พฤติกรรมในที่นี้เป็นพฤติกรรมสุขภาพ ที่ผู้วิจัยจะใช้ให้คำนิยามในที่นี้

1.6.2.1 คำนิยามเชิงทฤษฎี พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของบุคคลที่เกิดจากความเชื่อของบุคคลนั้น ๆ โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดโรคและค้นหาโรคในระยะเริ่มแรก และกระทำการใด ๆ เพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพดีคงไว้ (Kasl & Cobb, 1966 as cited in Glanz, Rimer, & Viswanath, 2015)

1.6.2.2 คำนิยามเชิงปฏิบัติการ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดตั้งแต่รอบที่ 2 ขึ้นไป ประกอบด้วย 4 ด้านดังนี้ 1) ด้านการรับประทานอาหารและน้ำ 2) ด้านการดูแลความสะอาดร่างกาย

3) ด้านการจัดสภาพสิ่งแวดล้อมรอบตัวเอง และ 4) ด้านการจัดการความวิตกกังวล เครียด ประเมินได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

1.6.3 ผู้ป่วยมะเร็งปอด

1.6.3.1 คำนิยามเชิงทฤษฎี ผู้ป่วยมะเร็งปอด หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งปอด โดยมีการส่งตรวจเนื้อเยื่อพิสูจน์ทางพยาธิวิทยาหรือได้รับการยืนยันว่าเป็นเซลล์มะเร็ง (American cancer society, 2020)

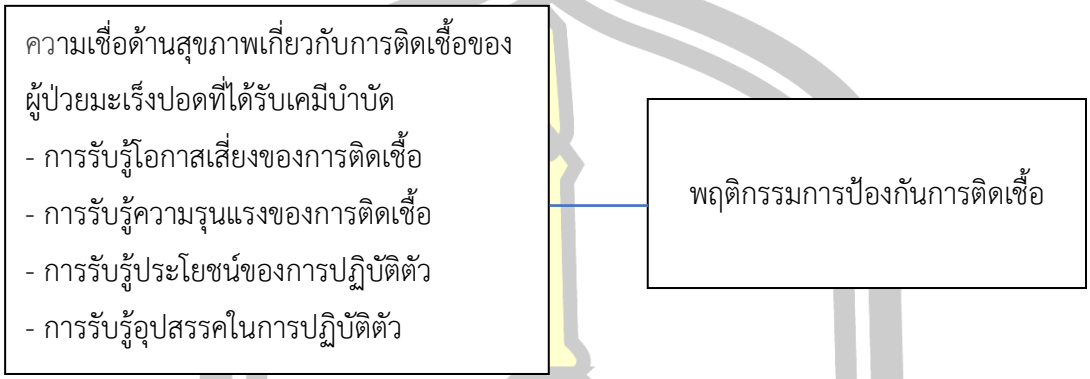
1.6.3.2 คำนิยามเชิงปฏิบัติการ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งปอด และได้รับเคมีบำบัดตั้งแต่รอบที่ 2 ขึ้นไป

1.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) มาเป็นกรอบแนวคิดในการทำวิจัยโดย Rosenstock ได้กล่าวถึงความเชื่อด้านสุขภาพไว้ว่า เป็นกระบวนการที่บุคคลจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค เมื่อบุคคลนั้นมีความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสว่าตนเองเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) 3) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรค (Perceived benefits) และ 4) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค (Perceived barrier) การที่บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยบุคคลจะทำในสิ่งที่ตนเองพอใจและก่อให้เกิดผลดีต่อตนเองและจะหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา จะปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคนั้น เพราะบุคคลเชื่อว่าตนเป็นผู้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคที่เกิดขึ้นนั้นมีความรุนแรง และกระทบต่อชีวิตประจำวัน

จากทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock ทั้ง 4 ด้าน ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการอธิบายการศึกษาวิจัย จากการทบทวนวรรณกรรมและจากการศึกษานำร่องในผู้ป่วยมะเร็งมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีปัญหาการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อ 2) การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว และ 4) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัว ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องการติดเชื้อหลังได้รับเคมีบำบัดไม่เหมาะสมที่ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ดังนั้นผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด จำเป็นต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งหากผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อทั้ง 4 ด้านที่ดีแล้ว เชื่อว่าจะทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังแสดงในกรอบแนวคิด ในภาพประกอบ 1.1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย

1. ได้ข้อมูลความเชื่อสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อและพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด
2. นำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการทำวิจัยในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดในบริบทหรือรูปแบบการวิจัยที่แตกต่างจากการวิจัยครั้งนี้

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมเนื้อหาทั้ง 7 ส่วน ดังนี้

2.1 ความรู้โรคมะเร็งปอด

2.2 ความรู้เรื่องเคมีบำบัด

2.3 ปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อ

2.4 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการประเมินความเชื่อด้านสุขภาพการติดเชื้อในผู้ป่วยที่รับยาเคมีบำบัด

2.5 แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดเชื้อ

2.6 ปัจจัยที่เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ

2.7 พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อและการประเมินพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ

2.8 บริบทการพยาบาลผู้ป่วย

2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1. ความรู้โรคมะเร็งปอด

2.1.1 ความหมายโรคมะเร็งปอด

โรคมะเร็งปอด (Lung cancer) หมายถึง มะเร็งของหลอดลม (Bronchus) หลอดลมแขนง (Bronchiole) และเนื้อเยื่อปอด (Lung parenchyma) เกิดจากเซลล์ปอดแบ่งตัวผิดปกติตลอดเวลา และร่างกายควบคุมการแบ่งตัวนี้ไม่ได้ จึงทำให้เกิดเป็นก้อนเนื้อร้าย/ก้อนมะเร็งในปอด และ/หรือเกิดเป็นน้ำมะเร็งในโพรงเยื่อหุ้มปอด ที่ส่งผลให้เนื้อปอดเสียหายจนก่ออาการผิดปกติ อาการทางคลินิกที่พบได้บ่อย ได้แก่ ไอ หายใจลำบาก แน่นหน้าอก ไอเป็นเลือด และอาการอื่น ๆ เช่น น้ำหนักลด ไข้อ่อนเพลีย กลืนลำบาก นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยประมาณ ร้อยละ 10 ไม่มีอาการทางคลินิก แต่พบก้อนมะเร็งจากภาพถ่ายรังสี (วาเลนน์ณี แก้วบับพา, 2558)

2.1.2 ชนิดของมะเร็งปอด

องค์การอนามัยโลก (Organization, 2020) แบ่งโรคมะเร็งปอดออกเป็น 2 กลุ่มตามผลทางพยาธิวิทยาและพยากรณ์โรค ได้แก่ มะเร็งปอดชนิดไม่ใช่เซลล์เล็ก (Non-small cell lung cancer [NSCLC]) และมะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก (Small cell lung cancer [SCLC]) มะเร็งปอดชนิดไม่ใช่

เซลล์เล็ก เป็นกลุ่มที่พบได้มากกว่าร้อยละ 80 ของโรคมะเร็งปอด ซึ่งแบ่งย่อยได้อีก 2 กลุ่มคือ 1) Squamous carcinoma และ Non-squamous 2) กลุ่มที่ไม่ใช่ Squamous carcinoma สำหรับ Adenocarcinoma เป็นชนิดของเซลล์ที่พบได้บ่อยที่สุดของมะเร็งปอดชนิดไม่ใช่เซลล์เล็ก (Travis et al., 2015)

2.1.2.1 มะเร็งปอดชนิดไม่ใช่เซลล์เล็ก (NSCLC) พบได้ประมาณร้อยละ 80 เป็นมะเร็งของปอดที่พบบ่อยที่สุด แต่จะแพร่กระจายได้ช้ากว่าชนิดมะเร็งปอดชนิดเซลล์ตัวเล็ก ประมาณมากกว่าร้อยละ 85 เกิดในช่องอก มีอาการและอาการแสดงคือ ไอ เหนื่อยเพลีย น้ำหนักลด (อรรณพ กิตติวราวุฒิ และ พยอม บรรเทาวงษ์, 2557) มักลุกลามอยู่ในปอดและในเนื้อเยื่อข้างเคียง ต่อจากนั้นจึงลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลืองที่ขั้วปอด และในช่องอกแล้วจึงแพร่กระจายเข้าสู่กระแสโลหิต

2.1.2.2 มะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก (SCLC) เป็นชนิดที่พบได้น้อยกว่า พบได้ประมาณ 15-20 % ของมะเร็งปอดทั้งหมด มีความรุนแรงมากกว่า และแพร่กระจายได้เร็วกว่า จึงทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว แนวทางการรักษาแพทย์จะรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัด และ/หรือรังสีรักษาเป็นการรักษาหลัก

2.1.3 ระยะของโรคมะเร็งปอด แบ่งตามระบบของ American Joint Committee on Cancer (AJCC) 8th TNM staging system of lung cancer (Feng & Yang, 2019) พิจารณาจากการกระจายตัวของมะเร็งไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย แบ่งออกได้ 4 ระยะดังนี้

2.1.3.1 ระยะที่ 1 แบ่งออกเป็นระยะ IA และระยะ IB

ระยะ1 (Stage IA) มีก้อนเล็กกว่า 2 เซนติเมตร ไม่มีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองและไม่มีการกระจายไปยังอวัยวะที่ไกล ก้อนเนื้อมะเร็งมีขนาดเล็กไม่เกิน 3 เซนติเมตร และยังไม่ลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลือง

ระยะ1 (Stage IB) ประกอบด้วย T0-T1 N1 M0 เป็นระยะที่มะเร็งมีขนาดใหญ่กว่า 3 เซนติเมตร แต่ไม่เกิน 5 เซนติเมตร กระจายไปถึงหลอดลมขั้วปอด และหรือกระจายไปถึงเยื่อหุ้มปอดชั้นใน และบางส่วนของปอด

2.1.3.2 ระยะที่ 2 แบ่งออกเป็นระยะ IIA และระยะ IIB

ระยะที่ 2 (Stage IIA) มีก้อนมีขนาดไม่เกิน 5 เซนติเมตรและมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง หรือมีขนาดก้อนมะเร็ง 5 - 7 เซนติเมตร แต่ยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง

ระยะที่ 2 (Stage IIB) เป็นระยะที่มะเร็งแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ในทรวงอกข้างนั้น ๆ และก้อนมีขนาดมากกว่า 5 - 7 เซนติเมตร หรือมากกว่า 7 เซนติเมตร แต่ยังไม่แพร่กระจายไปยังอวัยวะที่ไกล

2.1.3.3 ระยะที่ 3 แบ่งออกเป็นระยะ Stage IIIA, IIIB, IIIC

ระยะ 3 (Stage IIIA) เป็นระยะที่มะเร็งแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ ในทรวงอกข้างนั้น ๆ ก้อนมะเร็งอาจมีขนาดใดก็ได้ และมะเร็งอาจแพร่กระจายไปยังหลอดลมขั้วปอด (Bronchus) เยื่อหุ้มปอด เยื่อบุผนังทรวงอก หรือผนังทรวงอกกะบังลม เยื่อหุ้มหัวใจ และหรือก้อนมะเร็งอาจแยกออกจากกันในปอดกลีบเดียวกัน มะเร็งอาจแพร่กระจายไปยังเส้นประสาทที่ควบคุมกะบังลมและเส้นประสาทที่ควบคุมกล่องเสียง มะเร็งมีการกระจายไปยังต่อมเหลืองรักแร้แต่ไม่เกิน 9 ต่อม และไม่มีการกระจายไปยังอวัยวะที่ไกล

ระยะที่ 3 (Stage IIIB) เป็นระยะที่มะเร็งแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองเหนือกระดูกไหปลาร้าหรือด้านตรงข้ามของทรวงอกที่เป็นมะเร็ง ก้อนมะเร็งอาจมีขนาดใดก็ได้ และหรือมะเร็งอาจแพร่กระจายไปยังกลีบอื่นในปอดข้างเดียวกัน

ระยะ 3 (Stage IIIC) ก้อนมะเร็งทุกขนาดซึ่งมีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ มากกว่า 10 ต่อม หรือมีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่ไหปลาร้า (Clavicle) หรือมีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ร่วมกับต่อมน้ำเหลือง Internal mammary

2.1.3.4 ระยะที่ 4 (Stage IV) เป็นระยะที่มะเร็งแพร่กระจายไปยังปอดอีกข้างและ/หรือแพร่กระจายไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น สมอง ตับ ต่อมหมวกไต ไต หรือกระดูก

การแบ่งระยะโรคตามระบบของ AJCC 8th TNM (Feng & Yang, 2019)

		N0	N1	N2	N3
M0	Tis	0			
	T mini	IA			
	T1a	IA	IIB	IIIA	IIIB
	T1b	IA	IIB	IIIA	IIIB
	T1C	IB	IIB	IIIA	IIIB
	T2a	IIA	IIB	IIIA	IIIB
	T2b	IIB	IIB	IIIA	IIIB
	T3	IIIA	IIIA	IIIB	IIIC
M1a	T4	IIIB	IIIA	IIB	IIIC
M1b	Tx	IVA	IVA	IVA	IVA
M1c	Tx	IVB	IVA	IVA	IVA
	Tx	IVC	IVB	IVB	IVB

2.1.4 การรักษาโรคมะเร็งปอด

การรักษาโรคมะเร็งปอดในปัจจุบันรักษาด้วยเคมีบำบัด ร้อยละ 21.97 (National Cancer Institute, 2017) การรักษามะเร็งปอดขึ้นกับระยะโรค มีแนวทางการรักษาแบ่งตามชนิดของมะเร็งปอด 2 กลุ่มหลัก ๆ คือ มะเร็งปอดชนิดไม่ใช่เซลล์เล็ก และชนิดเซลล์ตัวเล็ก เนื่องจากมะเร็งปอดแต่ละชนิดมีธรรมชาติของโรคที่แตกต่างกันออกไป ทำให้แนวทางการรักษามีความแตกต่างกันออกไปตามชนิดของโรคนั้น ๆ การรักษาด้วยวิธี ดังนี้ 1) การผ่าตัด (Surgery) มีเป้าหมายเพื่อผ่าเอาก้อนมะเร็งที่ปอดและต่อมน้ำเหลืองที่ช่องอกออกให้หมด การผ่าตัดมีหลายวิธีขึ้นอยู่กับตำแหน่งและระยะของโรค 2) การรักษาด้วยรังสีรักษา (Radiation therapy) เป็นการใช้พลังงานรังสีที่มีความเข้มข้นฉายไปยังตำแหน่งของเซลล์มะเร็ง เพื่อทำลายกลุ่มก้อนเซลล์มะเร็งหรือทำให้หยุดการเจริญเติบโต และ 3) การรักษาด้วยเคมีบำบัด (Chemotherapy) โดยเคมีบำบัดจะออกฤทธิ์ยับยั้งการเจริญเติบโตและทำลายเซลล์มะเร็ง ในผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิด SCLC และ NSCLC ที่ได้รับการรักษาเคมีบำบัด พบว่าค่ามัธยฐานการรอดชีพผู้ป่วยมะเร็งปอด ที่ได้รับเคมีบำบัด 0.60 ปี และ 1.07 ปี ตามลำดับ (วชิราภรณ์ มุสิกา, 2564) นอกจากนี้การรักษาด้วยเคมีบำบัด พบการรอดชีพของกลุ่มที่ได้รับยาเคมีบำบัดคือ 256 วัน และกลุ่มดูแลประคับประคองคือ 49 วัน จากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสามารถลดความเสี่ยงในการเสียชีวิต ร้อยละ 63 และพบว่าการรักษาด้วยเคมีบำบัดสามารถลดอัตราการตายของผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็งปอดชนิด NSCLC ระยะแพร่กระจายได้ (อมร ตามไทย, 2564)

2.1.4.1 การรักษามะเร็งปอด ชนิดเซลล์ไม่เล็กด้วยเคมีบำบัด

1) การรักษามะเร็งปอดในระยะโรคจำกัด ได้แก่ การรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด (Adjuvant chemotherapy) เคมีบำบัดหลักที่เลือกใช้ในการรักษาเสริมในมะเร็งปอด ได้แก่ สูตรที่1: Cisplatin ร่วมกับ Vinorelbine สูตรที่ 2: PE คือ Cisplatin ร่วมกับ Etoposide และสามารถใช้ Carboplatin แทน Cisplatin ได้ สำหรับการรักษาด้วยวิธีเคมีบำบัดพร้อมกับรังสีรักษาแล้วตามด้วยเคมีบำบัด (Concurrent chemotherapy, RT followed by chemotherapy) สูตรเคมีบำบัดที่เลือกใช้ คือสูตร Cisplatin ร่วมกับ Etoposide ตามด้วยยา Docetaxel หรือสูตร Paclitaxel ร่วมกับ Carboplatin พร้อมกับรังสีรักษาแล้วตามด้วยเคมีบำบัด Paclitaxel ร่วมกับ Carboplatin (National Health Security Office [NHSO], 2561)

2) การรักษามะเร็งปอดในระยะโรคลุกลาม ในมะเร็งปอดระยะที่ 4 ยาเคมีบำบัดหลักที่เลือกใช้ในการรักษา ส่วนใหญ่เป็นการให้เคมีบำบัด 2 ชนิดร่วมกัน โดยจะพิจารณาให้ยาเคมีบำบัดกลุ่มพลาตินั่ม คือ ซิสพลาตินหรือคาร์โบพลาตินร่วมกับเคมีบำบัดต่อไปนี้คือ สูตรแรก (First line drugs) ได้แก่สูตรที่ 1 PE คือ Cisplatin ร่วมกับ Etoposide สูตรที่ 2 CG คือ Cisplatin ร่วมกับ Gemcitabine สูตรที่ 3 CbPac คือ Carboplatin ร่วมกับ Paclitaxel สูตรที่ 4 กรณี

Epidermal growth factor receptor (EGFR) mutation positive ซึ่ง EGFR mutation เป็นการกลายพันธุ์ของยีนที่พบได้ในมะเร็งปอด รักษาโดยใช้ยา EGFR TKIs (ให้เลือกสูตรใดสูตรหนึ่งเท่านั้น) ในการรักษามะเร็งปอดในระยะโรคลุกลามที่เคยได้รับเคมีบำบัด First line drugs มาแล้วแต่ผู้ป่วยยังมี Performance status 0 หรือ 1 สามารถพิจารณาให้ยาเคมีบำบัดสูตรที่สอง ได้แก่ Docetaxel, Pemetrexed หรือยา EGFR TKIs

2.1.4.2 การรักษามะเร็งปอดชนิดเซลล์ตัวเล็ก (Small cell lung cancer)

1) การรักษามะเร็งปอดในระยะโรคจำกัด สูตรเคมีบำบัดหลักที่เลือกใชในการรักษา ได้แก่ Cisplatin, Etoposide โดยในระยะโรคจำกัดนี้จะให้เคมีบำบัด จำนวน 4-6 ชุด ชุดละ 3 วัน แต่ละชุดห่างกัน 3 สัปดาห์ ซึ่งสูตรนี้อาจใช้ร่วมกับรังสีรักษา

2) การรักษามะเร็งปอดในระยะโรคลุกลามพิจารณาให้เคมีบำบัด ได้แก่ Combination Cisplatin with Etoposide 4-6 ชุด

3) กรณีที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรค จะพิจารณาใหยาเคมีบำบัดตามลำดับดังนี้ พิจารณารังสีรักษาเพื่อบรรเทาอาการ (Palliative radiotherapy) หลังจากที่ล้มเหลวต่อการรักษาด้วย First line drugs cisplatin และ Etoposide หรือ Carboplatin และ Etoposide จะให้ต่อการรักษาด้วย CAV (Cyclophosphamide, Doxorubicin Vincristine) ใช้เป็น Second-line หลังจากที่รักษาไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย First line CAV ได้แก่ Combination Cyclophosphamide, Doxorubicin และ Vincristine ให้ต่อการรักษาด้วย Cisplatin และ Etoposide ใช้เป็น Second-line regimen

สรุปในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดไม่ใช่เซลล์เล็ก และมะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก โดยศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปอดทุกระยะของโรคที่รับเคมีบำบัด ตั้งแต่รอบที่ 2 ขึ้นไป ที่มารับบริการที่คลินิกโรคมะเร็ง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

2.2 ความรู้เรื่องเคมีบำบัด

2.2.1 ความหมาย

สมาคมโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย (2564: 64) กล่าวว่า เคมีบำบัด (Chemotherapy) หมายถึง การรักษามะเร็งโดยใช้ยาต้านมะเร็งหนึ่งชนิดหรือหลายชนิดมาประกอบกันเป็นสูตรยาเคมีบำบัด เป็นการรักษาที่ยาออกฤทธิ์ทั่วร่างกาย (Systemic treatment) โดยเป้าหมายในการรักษาจะขึ้นอยู่กับชนิดของเซลล์มะเร็งและการลุกลามของโรค บางครั้งใช้ร่วมกับการรักษาแบบเฉพาะที่ (Localized treatment) เช่น การรักษาด้วยรังสี ผ่าตัด หรือการรักษาด้วยความร้อน

2.2.2.1 กลุ่ม Antitumor antibiotics หรือ Anthracyclines ยากลุ่มนี้จะออกฤทธิ์ไปรบกวนและเปลี่ยนแปลง DNA ภายในเซลล์มะเร็ง มีการออกฤทธิ์ไม่จำเพาะกับ Cell cycle การใช้ยากลุ่มนี้ต้องระวังเป็นอย่างมากโดยเฉพาะการใช้ยา Doxorubicin เนื่องจากยามีผลทำให้เกิดพิษต่อหัวใจ มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างเฉียบพลัน หัวใจเต้นผิดจังหวะ ประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจลดลง อาจทำให้การทำงานของหัวใจเสียหายอย่างถาวร ในรายที่มีประวัติโรคหัวใจจะมีความเสี่ยงมากขึ้น ขนาดยาสะสม (Cumulative dose) ต้องไม่เกิน 550 mg/m^2 ถ้าผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา จะลด Cumulative dose ลงไม่เกิน 450 mg/m^2 ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องรับยากลุ่มนี้ซ้ำต้องทบทวนขนาดยาสะสมที่เคยได้รับในการรักษาครั้งก่อน และปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาแผนการรักษายาเคมีบำบัดที่อยู่ในกลุ่ม Antitumor antibiotics ได้แก่ Daunorubicin, Doxorubicin, Idarubicin, Epirubicin, Dactinomycin, Bleomycin, Mitomycin- C, Mitoxantrone, Liposomal doxorubicin ยากลุ่ม Antitumor antibiotics ใช้ในการรักษาโรคมะเร็งหลายชนิด เช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งเนื้อเยื่ออ่อน มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งต่อมน้ำเหลือง มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มะเร็งเม็ดเลือดขาว เป็นต้น (สมาคมโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย, 2564)

2.2.2.3 กลุ่ม Antimetabolites เป็นยาที่ออกฤทธิ์ขัดขวางการสังเคราะห์ DNA และ RNA ยาออกฤทธิ์จำเพาะต่อระยะ S phase ในวงจรชีวิตของเซลล์ ซึ่งจัดเป็นยากลุ่ม Cell cycle specific ยากลุ่มนี้ ได้แก่ 1) Tetrahydrofolate ทำให้การสร้าง Nucleic acid หยุดชะงัก ได้แก่ Methotrexate, Pemetrexed, Leucovorin 2) Purine antagonists ออกฤทธิ์ขัดขวางการสร้าง Purine โดยยาจะรวมตัวเข้าไปอยู่ใน DNA และ RNA ได้แก่ 6-mercaptopurine (6-MP) และ 6-thioguanine (6-TG), Fludarabine 3) Pyrimidine antagonists ออกฤทธิ์ขัดขวางการสร้าง Pyrimidine ได้แก่ 5-Fluorouraci (5-FU), Capecitabine, Gemcitabine และ Cytosine arabinoside โรคที่รักษาด้วยยากลุ่ม Antimetabolites ได้แก่ มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งเต้านม และมะเร็งรังไข่ ความสำคัญในการดูแลและความปลอดภัย (Focus of care and safety) ในผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม Antimetabolites ระวังการเกิด Neutropenia และการติดเชื้อ เพราะยามีผลต่อการกดการทำงานของไขกระดูกมาก (สมาคมโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย, 2564) ยากลุ่มนี้ที่ใช้บ่อยในการรักษามะเร็งปอด ได้แก่ Gemcitabine, Pemetrexed

2.2.2.4 กลุ่ม Mitotic inhibitors มีส่วนประกอบจาก Plant alkaloids และสารจากธรรมชาติเป็นยาที่ออกฤทธิ์แบบ Cell cycle specific โดยการออกฤทธิ์ยับยั้งการแบ่งเซลล์ (Mitosis) ในระยะ M phase ของ Cell cycle และยับยั้งเอนไซม์ที่ใช้ในการสังเคราะห์โปรตีนในการแบ่งเซลล์ ส่งผลให้สามารถทำลายเซลล์ได้ในทุกระยะของวงจรการแบ่งเซลล์ ยาเคมีบำบัดกลุ่ม Mitotic inhibitors แบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มได้แก่ 1) Taxanes ได้แก่ Paclitaxel และ Docetaxel 2) Vinca alkaloids ได้แก่ Vinblastine, Vincristine และ Vinorelbine 3) Topoisomerase

poisons ได้แก่ Etoposide, Teniposide, Topotecan, Irinotecan และ Mitoxantrone (สมาคมโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย, 2564) และยากลุ่มนี้ที่ใช้ในการรักษามะเร็งปอด ได้แก่ Paclitaxel, Docetaxel, Etoposide, Vinorelbine

สรุปเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษามะเร็งปอดมีหลายชนิดขึ้นกับระยะของโรคมะเร็งและชนิดของโรคมะเร็งปอด และกลุ่มยาที่ผู้วิจัยนำมาศึกษาคือกลุ่มยาที่ใช้ในการรักษามะเร็งปอดที่มีในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 1) กลุ่ม Alkylating agents 2) กลุ่ม Antitumor antibiotics หรือ Anthracyclines 3) กลุ่ม Antimetabolites และ 4) กลุ่ม Mitotic inhibitors

2.2.2 ภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัดแต่ละตัว

ยาเคมีบำบัดมีประโยชน์ในการรักษาและในขณะเดียวกันก็เกิดผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ มากมาย จากงานวิจัยของ พรชัย วัฒนเสาวลักษณ์ และนราวดี เนียมหุ่น (2560) ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยหลังได้รับเคมีบำบัดที่เกี่ยวข้องกับระบบโลหิตวิทยา ได้แก่ เม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิวต่ำ ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ภาวะโลหิตจาง และภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ ซึ่งผลกระทบจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาหลายอย่าง ได้แก่ ติดเชื้อในกระแสเลือด (Septicemia) ปอดอักเสบ (Pneumonia) ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection) ติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal infection) และอาจส่งผลให้เกิดติดเชื้อในกระแสเลือด เกิดช็อคจากติดเชื้อในกระแสเลือดตามมา (ทรงเดช ประเสริฐศรี และนันธิดา พันธุศาสตร์, 2562) ผลต่อระบบอื่น ๆ ในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่มแพลตินั่ม ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากได้แก่ ผมร่วง พบร้อยละ 65.4 ท้องผูก พบร้อยละ 88.5 ไอ พบร้อยละ 76.9 นอนไม่หลับ พบร้อยละ 96.2 สำหรับอาการอ่อนเพลีย (Fatigue) จะพบได้ในผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มนี้ จะเกิดในรอบที่ 3 ของการได้รับยาเคมีบำบัด และภาวะโลหิตจาง (Anemia) จะเกิดในรอบที่ 3 และ 6 ส่วนภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (Thrombocytopenia) และภาวะเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิลต่ำ (Neutropenia) พบมากในรอบที่ 5 ของการได้รับยาเคมีบำบัด (วาเลนน์ณี แก้วบับพา, 2558) ยาเคมีบำบัดที่จะกล่าวต่อไปนี้เป็นยาเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษาโรคมะเร็งปอดในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ซึ่งตัวยาแต่ละตัวมีผลข้างเคียงจากการรักษาและเกิดพิษต่อระบบในร่างกายหลายอย่าง ดังนี้

2.2.2.1 Cisplatin อาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ เช่นทำให้เกิดพิษต่อไต (Nephrotoxicity) กดไขกระดูก (Myelosuppression) พิษต่อประสาทหู (Ototoxicity) การเกิดพิษต่อตา (Ocular toxicity) ระบบประสาทส่วนปลาย (Peripheral neuropathy) หรือมีอาการคลื่นไส้และอาเจียน (Nausea and vomiting) ปฏิกิริยาแพ้ (Hypersensitivity reactions) มะเร็งทุติยภูมิ (Secondary malignancies) (The Thai cancer, 2020) ซึ่งอาการข้างเคียงที่พบได้บ่อย ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน พบในช่วง 2-3 ชั่วโมง หลังได้รับยาและอาจต่อเนื่องไปอีก 2-3 วัน ผลกระทบต่อไต

เนื่องจากยาขับออกทางไตเป็นส่วนใหญ่ ภูมิต้านทานลดลง (เม็ดเลือดขาวต่ำ) พบในช่วง 10-14 วัน อาการที่พบ ได้แก่ รู้สึกชาหรือเสียวแปลบที่มือหรือเท้า การรับรสเปลี่ยนไป เบื่ออาหาร ท้องเสีย อาการแพ้ยาอาจมีผื่นแดง คัน ตัวร้อน หนาวสั่น หน้าแดง มึนศีรษะ ปวดศีรษะ หายใจขัด และกระวนกระวาย

2.2.2.2 Carboplatin เป็นพิษระบบประสาทและต่อไต กดไขกระดูก ทำให้เกิดเกล็ดเลือดต่ำ เม็ดเลือดขาวต่ำ คลื่นไส้อาเจียน พบ 1-2 วันแรกหลังได้รับเคมีบำบัด เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ผมร่วง และการรับรสเปลี่ยนไป

2.2.2.3 Etoposide topoisomerase inhibitor กดไขกระดูกทำให้เกร็ดเลือดต่ำ เม็ดเลือดขาวต่ำ คลื่นไส้อาเจียน แผลในปาก ผมร่วงรุนแรง หายใจขัด และแน่นหน้าอก

2.2.2.4 Paclitaxel (taxol/ anzatax/ intaxel) เกิดปฏิกิริยาในการแพ้ยารุนแรง (Hypersensitivity reaction) ชาปลายประสาท Sensory neuropathy ปัสสาวะลำบากหรือแสบขัด เวลาปัสสาวะ เดินเซ ลมชัก คลื่นไส้อาเจียน ท้องเสีย อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ ผมเปราะบางขาดง่าย และผมร่วง

2.2.2.5 Docetaxel (Taxotere, doxotel) กดไขกระดูก เม็ดเลือดแตกง่าย Neutropenia, Thrombocytopenia ไข้ ซึ่งปฏิกิริยาในการแพ้ยารุนแรง (Hypersensitivity reaction) ความดันโลหิตต่ำ หายใจลำบาก คลื่นไส้อาเจียน ท้องเสีย ผมร่วง ผื่นแดง ผลกระทบต่อเล็บ แผลในปากชา เสียวแปลบ ปลายมือเท้า มึนงง และปวดข้อหรือกล้ามเนื้อ

2.2.2.6 Pemetrexed ยาจะกดไขกระดูก เกิดอาการอ่อนล้า (Fatigue)

2.2.2.7 Gemcitabine กดไขกระดูก เกร็ดเลือดต่ำ ภูมิต้านทานต่ำ บวมน้ำ หรือบวมข้อเท้า คลื่นไส้อาเจียน ท้องเสีย ผื่นคัน อ่อนเพลีย และกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ ได้แก่ ไข้ ปวดศีรษะ ปวดตามข้อ และปวดตามกล้ามเนื้อ

สรุป ภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัดแต่ละตัวทำให้ส่งผลกระทบในหลาย ๆ ด้าน โดยเฉพาะกับเซลล์ปกติของร่างกายที่มีการเจริญเติบโตเร็ว เช่น เซลล์เยื่อบุทางเดินอาหาร หรือกระตุ้นให้เกิดอาการข้างเคียงที่ส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลงหรือร่างกายสูญเสียสารอาหารมากขึ้น เช่น มีการเปลี่ยนแปลงการรับกลิ่นรส มีแผลในปาก เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน และท้องเสีย หากอาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นต่อเนื่องเป็นเวลานาน ทำให้เสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร อาจส่งผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการตามมาได้ (ชิดชนก รุ่งเรือง และทิพวรรณ ศิริเทียรทอง, 2562) ยาเคมีบำบัดที่รักษามะเร็งปอดส่วนใหญ่จะกดการทำงานไขกระดูก ทำให้การสร้างเม็ดเลือดลดลง เกร็ดเลือดลดลง และเม็ดเลือดขาวต่ำลง ซึ่งจากภาวะที่เม็ดเลือดขาวต่ำเป็นภาวะที่เด่นชัดทำให้เกิดการติดเชื้อในร่างกายตามมา โดยเฉพาะในช่วง 7-14 วัน หลังรับเคมีบำบัดไปแล้ว ในระยะนี้คือเป็นช่วงที่ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน ถ้ามีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสมจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

ร่างกายง่ายเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดตามมาได้ จากข้อมูลที่ได้นี้ผู้วิจัยจะสามารถนำไปจัดการปัญหาสุขภาพในการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงการติดเชื้อหลังรับเคมีบำบัดที่อาจจะเกิดขึ้น

2.3 ปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อ

การติดเชื้อเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดในผู้ที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้เคมีบำบัด การติดเชื้อเกิดได้ทุกระบบของร่างกาย ในผู้ป่วยมะเร็งปอดหลังการให้เคมีบำบัด พบว่าการติดเชื้อในกระแสโลหิตพบหลังการให้ยาเคมีบำบัดในครั้งที่หนึ่งมากที่สุด (Marvelde et al., 2020) และปัจจัยที่สำคัญของการติดเชื้อคือ ภาวะที่ผู้ป่วยมีเม็ดเลือดขาวต่ำหรือนิวโทรพีเนีย เกิดจากที่ไขกระดูกถูกกดการทำงาน ถ้าผู้ป่วยที่มีจำนวนนิวโทรฟิลน้อยกว่า 500 ตัวต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร จะเสี่ยงต่อการติดเชื้อระดับรุนแรง ยิ่งถ้านิวโทรฟิลต่ำร่วมกับมีไข้จะมีโอกาสติดเชื้อมากกว่า และถ้ามีการติดเชื้อนานเกิน 10 วัน หรือมีนิวโทรฟิลน้อยกว่า 100 ตัวต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร มีโอกาสติดเชื้อสูงและเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ยิ่งผู้ที่มีภาวะนิวโทรพีเนียต่ำนานกว่า 7 วัน หรือเคยได้รับเคมีบำบัดมาก่อนมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการติดเชื้อในกระแสเลือด (Kochanek et al., 2019) กลไกการต่อต้านเชื้อโรคโดยกระบวนการอักเสบของร่างกายจะมีประสิทธิภาพลดลง ทำให้เชื้อจุลชีพมีการแบ่งตัวเพิ่มทวีคูณและแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว โดยความรุนแรงของการติดเชื้อจะแปรผันตามความรุนแรง และระยะเวลาที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Nadir phase) ซึ่งปกติจะอยู่ในช่วง 7-14 วันหลังได้รับยาเคมีบำบัดไปแล้ว และจะกลับคืนสู่ภาวะปกติภายใน 3-4 สัปดาห์หลังหยุดให้เคมีบำบัด การติดเชื้อในผู้ป่วยที่รับยาเคมีบำบัดเกิดได้จากหลายสาเหตุ ทั้งจากตัวโรคมะเร็งปอดและการรักษาด้วยเคมีบำบัด และพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อเกิดการติดเชื้อมักมีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อร่างกายหลายระบบทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ และการติดเชื้อเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตมากที่สุด (ปิยะวดี เทพรัตน์ และนงลักษณ์ คณิตทรัพย์, 2559) โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำและอัตราเสี่ยงการติดเชื้อ

การแบ่งระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะ Neutropenia ด้วยแบบประมิน Thai Society of Clinical Oncology (2020) มีการแบ่งระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะ Neutropenia และอัตราเสี่ยงของการเกิดภาวะการติดเชื้อ ดังนี้

ระดับ 0 คือ ระดับ ANC > 2,000 ไม่เสี่ยงการติดเชื้อ

ระดับ 1 (รุนแรงน้อย) คือ ระดับ ANC ≥ 1,500 ≤ 2,000 อัตราเสี่ยงการติดเชื้อ 0-3 %

ระดับ 2 คือ ระดับ ANC ≥ 1,000 ≤ 1,500 อัตราเสี่ยงการติดเชื้อ 5-15 %

ระดับ 3 คือ ระดับ ANC ≥ 500 ≤ 1,000 อัตราเสี่ยงการติดเชื้อ 15-30 %

ระดับ 4 (รุนแรงมาก) คือ ระดับ < 500 อัตราเสี่ยงการติดเชื้อ 48-50 %

2.3.1.1 ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ และในผู้ที่มีในอายุที่มากกว่า 55 ปี (พัชรินทร์ อุตสี และคณะ, 25642564) ผู้ป่วยที่มีอายุมากจะมีความไวต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็งนั้นมีจำนวนยีนที่มีความผิดปกติอยู่แล้วและมีความเสื่อมของระบบภูมิคุ้มกันตามอายุ จึงทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อได้ง่าย ยิ่งในเพศชายมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากกว่าเพศหญิง 2.18 เท่า และ ECOG = 2 (กาญจนาภรณ์ ถกลกิจสกุล, 2564) นอกจากนี้มีปัจจัยเกี่ยวกับดัชนีมวลกาย ระดับอัลบูมิน ระดับฮีโมโกบิล และระดับแอลดีเอช เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (ชนนิกานต์ ศิริจันทรวัจ และระพีเพ็ญ พัฒนาพลกรสกุล, 2564)

2.3.1.2 ปัจจัยด้านภาวะโรคร่วม เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำมีโอกาสเกิดได้มากขึ้น หรือมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น เช่น โรคไต โรคตับ โรคหัวใจ การติดเชื้อ HIV เป็นต้น และด้วยภาวะโรคมะเร็งเกิดจากการเจริญเติบโตเซลล์ที่ผิดปกติมีการลุกลามแพร่กระจายของเซลล์ไปยังเซลล์ข้างเคียง มีการทำลายหลอดเลือด เนื้อเยื่อ เส้นประสาท กระดูก และอวัยวะข้างเคียง ทำให้เกิดเลือดออกง่ายและเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ (อภิชยา ลือพืช และขวัญจิต ด่านวิไล, 2560; เอกรัฐ รัฐฤทธิ์ธำรง, 2561)

2.3.1.3 ปัจจัยจากการรักษาที่ได้รับ ได้แก่ 1) การรักษาด้วยเคมีบำบัด เนื่องจากเคมีบำบัดเกือบทุกชนิดมีผลกับภูมิคุ้มกันของร่างกายทำให้ความสามารถในการทำลายสิ่งแปลกปลอมของ Neutrophil ลดลง และเคมีบำบัดมีผลกดการทำงานของเม็ดเลือดขาวชนิด Lymphocyte แบคที่เรียที่อยู่ในเซลล์และเชื้อไวรัสเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ 2) การรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับฉายแสงเป็นอีกปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทฟิลต่ำ (พัชรินทร์ อุตสี และคณะ, 2564) 3) สูตรยาเคมีบำบัด (อภิชยา ลือพืช และขวัญจิต ด่านวิไล, 2560) 4) จำนวนรอบการได้รับเคมีบำบัดการได้รับเคมีบำบัดเพิ่มขึ้นทุก 1รอบ ระดับความรุนแรง และระยะเวลาของภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัด (เอกรัฐ รัฐฤทธิ์ธำรง, 2561) การมีประวัติการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำมาก่อน (กนกกาญจน์ สุทธสาร และบุษบา สมใจวงษ์, 2564) และ 5) ความผิดปกติของผิวหนังและเยื่อบุ โดยยาเคมีบำบัดหลายชนิดมักทำให้เกิดการฉีกขาดหรือมีแผลของเยื่อบุต่างๆ เช่น เยื่อบุทางเดินอาหารและอวัยวะสืบพันธุ์ ทำให้เชื้อจุลชีพแทรกซึมผ่านผิวหนังบริเวณที่เป็นแผลเข้าสู่กระแสเลือดได้ การติดเชื้อจากเชื้อแบคทีเรียเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุดถึงร้อยละ 60 (ปิยวดี เทพรัตน์ และนงลักษณ์ คณิตทรัพย์, 2558) อีกทั้งการผ่าตัด การฉายแสงหรือการหัตถการต่าง ๆ ทำให้ผิวหนังและเยื่อบุเสียคุณสมบัติในการป้องกันการติดเชื้อ และการเกิดแผลในช่องปากเป็นอีกปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด (กาญจนา ถกลกิจสกุล, 2564)

2.3.1.4 การได้รับยาปฏิชีวนะเป็นเวลานาน และการได้รับเคมีบำบัด ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของจุลินทรีย์ในร่างกาย (Endogenous normal flora) ส่งผลให้เกิดมีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำทำให้มีการเจริญเติบโตของจุลินทรีย์บางชนิดมากขึ้น และเป็นช่องทางให้จุลินทรีย์เข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้นมักเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การที่ผู้ป่วยต้องอยู่รักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน

2.3.1.5. ภาวะโภชนาการ พบว่าการได้รับเคมีบำบัดและรังสีรักษา มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงทุพโภชนาการ (ภัทรพล คำสอนทา และสุวลี โล่วิรกรณ์, 2564) และการขาดสารอาหารโดยเฉพาะโปรตีนและพลังงานส่งผลให้ผอมลงอย่างรวดเร็ว เบื่ออาหาร ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากกว่าปกติ (ณัฏฐ์ชญา ไชยวงษ์, 2557) เนื่องจากการโปรตีนเป็นส่วนประกอบของระบบภูมิคุ้มกันร่างกาย ซึ่งภาวะขาดอาหารนี้จะทำให้มีความผิดปกติของผิวหนังเยื่อบุต่าง ๆ หน้าที่ของ B และ T lymphocyte รวมทั้งแกรนูโลซัยต์เสียไป การสร้างแอนติบอดีย์ และระบบคอมพลีเมันต์ก็ผิดปกติไปด้วย อีกทั้งการรักษาด้วยเคมีบำบัดก็มีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็ง (อภิญญา คารมปราชญ์ และคณะ, 2560)

2.3.1.6 หัตถการต่างๆ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการทำหัตถการ หรือมีการสอดใส่อุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ต่างๆ เข้าสู่ร่างกาย ซึ่งหากไม่ระมัดระวังเรื่องความสะอาดก็อาจเป็นช่องทางในการนำเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วยได้ (สุณีย์ เอกนุช และคณะ, 2559)

2.3.1.7 สิ่งแวดล้อม พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำที่มีสาเหตุมาจากการปนเปื้อนของสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย เช่น อาหารน้ำ อากาศ และญาติที่มาเยี่ยม ที่มีการติดเชื้ออยู่แล้ว และที่สำคัญคือจากมือของบุคลากร (ดรุณี บุญหนู, 2555)

สรุปจากปัจจัยเหล่านี้ ผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับเคมีบำบัด ดังต่อไปนี้ อายุ การรักษาที่ได้รับ การทำหัตถการต่าง ๆ การได้รับยาปฏิชีวนะเป็นเวลานาน ภาวะโภชนาการ และสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ในการนำมาวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ เพราะปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยได้ เนื่องจากการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งมาจากตัวผู้ป่วยเองเป็นส่วนใหญ่

2.3.2 ผลกระทบของการติดเชื้อ

การติดเชื้อส่งผลต่อผลลัพธ์ของการรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็นอย่างมาก และการติดเชื้อเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ การติดเชื้อมาจากหลายปัจจัยที่สำคัญซึ่งเชื้อที่ก่อให้เกิดความรุนแรงได้แก่ เชื้อไวรัส เชื้อแบคทีเรียแกรมลบ เชื้อแบคทีเรียแกรมบวก เชื้อรา และโปรโตซัว ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังรับยาเคมีบำบัดอาจส่งผลกระทบต่อแผนการรักษาของแพทย์ เช่น การลดขนาดยาเคมีบำบัดหรือเลื่อนระยะเวลาของการให้ยาออกไป ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการรักษา อัตราการรอดชีวิต การติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัดเกิดจากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย

ปัจจัยด้านโรคมะเร็ง ปัจจัยด้านภาวะโรคร่วม และปัจจัยด้านการรักษา ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดและมีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจะมีโอกาสติดเชื้อเพิ่มขึ้น เมื่อเกิดการติดเชื้อขึ้นจะส่งผลต่อการรักษาจำเป็นต้องเลื่อนรอบยาออกไป ทำให้ประสิทธิผลการรักษาไม่ดี การติดเชื้อในภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำส่วนใหญ่ในระยะแรกมักจะเป็นการติดเชื้อเฉพาะที่ แต่หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีก็จะทำให้มีการติดเชื้อลุกลามเข้าสู่กระแสเลือดอย่างรวดเร็ว และตำแหน่งการติดเชื้อที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่รับยาเคมีบำบัดคือ ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ติดเชื้อในกระแสเลือด ปอดอักเสบ (พรชัย วัฒนเสาวลักษณ์ และนราวดี เนียมหุ่น, 2560) ทำให้เสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 75 (ศรุตา ฟักนวม, 2563) นอกจากนี้ยังมีการติดเชื้อที่ผิวหนังและเยื่อบุต่าง ๆ การติดเชื้อในช่องปากเกิดเยื่อบุช่องปากอักเสบเป็นแผลในปาก (Mucositis) อันเนื่องมาจากผลจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด และการดูแลความสะอาดของช่องปากไม่ดีพอ จนทำให้เยื่อบุบริเวณช่องปากเสียหน้าที่ พบหลังได้รับเคมีบำบัด 7 – 14 วัน และการฉายรังสีจะทำลายเยื่อบุผิวทำให้เกิดการอักเสบ นอกจากนี้การมีภาวะโภชนาการ ไม่ดีส่งผลให้เกิดการติดเชื้อได้สูงทำให้เกิดการติดเชื้อทั้งระบบจนมีภาวะช็อค และนำมาสู่การเสียชีวิตในที่สุดอันเนื่องมาจากการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว (ปิยะวดี เทพรัตน์ และนงลักษณ์ คณิตทรัพย์, 2559)

ภาวะเม็ดเลือดขาวหลังได้รับเคมีบำบัดต่ำเป็นปัญหาที่พบบ่อยมากในผู้ป่วยมะเร็งที่ ส่งผลกระทบต่อการประสิทธิภาพการรักษา และอัตราการรอดชีวิต ระดับความรุนแรงของภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำและระยะเวลาการเกิดเม็ดเลือดขาวต่ำมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ ความเสี่ยงของการติดเชื้อจะเพิ่มขึ้นเมื่อมีระดับค่า ANC ลดลงต่ำ 1,500 เซลล์/มม^3. และจะเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อ ANC ลดลงต่ำน้อยกว่า 500 เซลล์/มม.^{3} มีรายงานว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยมะเร็งจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำพบได้ ร้อยละ 49.4 (Goldman., 2017) และอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อเนื่องมาจากภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ ร้อยละ 11.2 ยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำระดับรุนแรงจะพบอัตราการเสียชีวิตได้สูงถึง ร้อยละ 29.3 (Tawfig et al., 2019) และระดับ Neutrophils ตั้งต้นที่ต่ำกว่า 100 เซลล์/ลบ.มม และระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีไข้จนกระทั่งได้รับยาต้านจุลชีพเกิน 4 ชั่วโมง เป็นอีกปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิต (ศรุตา ฟักนวม, 2563)

2.4 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ

2.4.1 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อ (Belief) เป็นความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ ความเชื่อทำให้บุคคลมีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิด และความเข้าใจนั้น เมื่อบุคคลมีความเชื่อในสิ่งใดแล้วความเชื่อสิ่งนั้น มักทำให้บุคคลปฏิบัติหรือกระทำในสิ่งต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับความเชื่อของตน ความเชื่อเป็นสิ่งสำคัญในการบ่งบอกถึงพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อ

ของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกันไปตามสภาพสังคม ครอบครัว และสิ่งแวดล้อม (Rosenstock, 1974)

ในปี ค.ศ.1950 นักวิชาการด้านสุขภาพของสหรัฐอเมริกา พัฒนาแบบจำลองทางจิตวิทยาเพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ในลักษณะของประชากร เพศ อายุ เชื้อชาติ เพื่อจะนำอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค ในขณะที่บุคคลจะมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคนั้น นอกจากจะได้รับความรู้ คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแล้ว ยังขึ้นกับความเชื่อ เศรษฐกิจและสังคมของบุคคลนั้น ๆ ด้วย ความเชื่อจึงเป็นสิ่งสำคัญบ่งบอกพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อบุคคลจะมีความแตกต่างกันตามสภาพสังคม ครอบครัว และใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลเพื่อการแสดงออกของพฤติกรรมสุขภาพ (Rosenstock, 1974)

ในปี ค.ศ. 1966 Rosenstock ได้นำทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) มาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล โดยความเชื่อประกอบด้วย 4 องค์ประกอบดังนี้

2.4.1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลในการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เชื่อว่าเป็นแรงจูงใจกระตุ้นทำให้บุคคลเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนและหากบุคคลรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากจะทำให้บุคคลมีมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคขึ้น (Rosenstock, 1974)

2.4.1.2 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึง ความเชื่อความคิดหรือความรู้ถึงอันตรายหรือความรุนแรงของโรค ขึ้นอยู่กับการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคล การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรค บุคคลนั้นจะต้องประเมินความรุนแรงของโรคที่มีความเจ็บป่วย พิการ การเสียชีวิตของตน ถ้าบุคคลรับรู้ความรุนแรงของโรค จะกระตุ้นให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมในการป้องกันโรค (Rosenstock, 1974)

2.4.1.3 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Perceived benefits) หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของบุคคลหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับความคุ้มค่าหรือประโยชน์ ในการมีพฤติกรรมเพื่อลดการความรุนแรง ลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรค โดยบุคคลจะเลือกการปฏิบัติในสิ่งที่ได้รับประโยชน์มากกว่าการเกิดผลเสีย (Rosenstock, 1974)

2.4.1.4 การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Perceived barrier) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อของบุคคล ที่มีอุปสรรคต่อการปฏิบัติ โดยบุคคลจะมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับกับอุปสรรคในการปฏิบัติ ก่อนการตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันโรค สิ่งที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค ได้แก่ สียค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวก และความยุ่งยาก (Rosenstock, 1974)

2.4.1.5 ปัจจัยร่วม (Modifying factors) เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพได้แก่ 1) ด้านประชากร เชน อายุ เพศ เชื้อชาติ 2) ด้านจิตสังคม เชน บุคลิกภาพ สถานทางสังคม กลุมเพื่อน 3) ด้านโครงสร้าง เชน ความรูเกี่ยวกับโรค การสัมผัสโรค เป็นต้น

2.4.1.6 ปัจจัยชักนำใหเกิดการปฏิบัติ (Cues to action) หมายถึง เหตุการณหรือสิ่งที่มากระตุ้นใหบุคคลเกิดพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยชักนำใหเกิดพฤติกรรมสุขภาพซึ่งมี 2 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยชักนำภายใน (Internal cues) เป็นสิ่งชักนำเกี่ยวกับสรีรวิทยา เชน อาการของโรคหรือการเจ็บป่วย และ 2) ปัจจัยชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุนภายนอก (External cues) เป็นเหตุการณหรือข้อมูลเชน การรณรงคจากสื่อมวลชน การได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่น การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพ การเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อน และคำเตือนดานสุขภาพจากสื่อโฆษณาหนังสือพิมพ์หรือสื่อต่าง ๆ (Rosenstock, 1974)

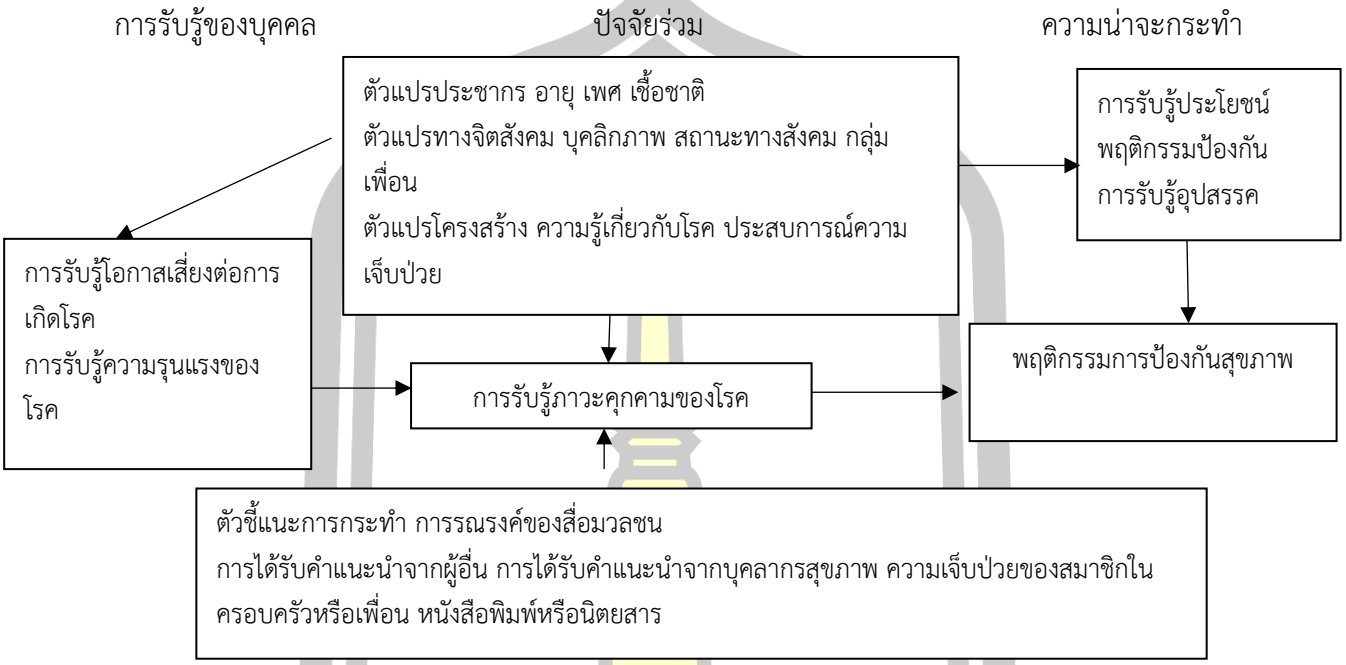
ในปี ค.ศ.1966 คาร์ส และคอบส์ (Kasl & Cobb, 1966 as cited in Glanz, Rimer, & Viswanath, 2015) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า การกระทำหรือการแสดงออกของบุคคลที่เกิดจากความเชื่อของบุคคลนั้น ๆ โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดโรคและค้นหาโรคในระยะเริ่มแรก และกระทำการใด ๆ เพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพดีคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของตน โดยแบ่งพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Health behavior) หมายถึง กิจกรรมใด ๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันโรค หรือค้นหาโรคในระยะแรกที่ยังไม่มีอาการ

2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึงกิจกรรมใด ๆ ที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบาย เพื่อประเมินความเจ็บป่วย และหาทางเข้ารับการรักษาที่เหมาะสม

3. พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick role behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นแล้ว โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้น เช่น การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย และการให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นต้น

ในปี ค.ศ.1974 Rosenstock ได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยมีความเชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำในสิ่งที่ตนเองพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นเกิดผลดีกับตนเองและหลีกเลี่ยงสิ่งที่เกิดผลเสียต่อตนเอง และการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นก่อให้เกิดประโยชน์ในการที่จะลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือลดความรุนแรงของโรคได้ โดยไม่ควรมีอุปสรรค เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย ความเจ็บป่วย ความอาย เป็นต้น ทฤษฎีแบบสรุปได้ดังภาพ



ภาพประกอบ 2.1 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
ที่มา Rosenstock (1974)

สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้แก่

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ในงานวิจัยประยุกต์ใช้เพื่อประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ในงานวิจัยประยุกต์ใช้เพื่อประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ในงานวิจัยประยุกต์ใช้เพื่อประเมินการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

4. การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ในงานวิจัยประยุกต์ใช้เพื่อประเมินการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบดังนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค

การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัว และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัว จากงานวิจัยที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มนี้ จากงานวิจัยที่ผ่านพบว่าผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาเฉพาะในเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อหลังได้รับเคมีบำบัด

2.4.2 การประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีนักวิจัยได้พัฒนาแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็ง ไว้ดังนี้

2.4.2.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อสุขภาพเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน พัฒนาโดยหยาดรุ้ง อุไรพันธุ์ (2557) แบบสอบถามเพื่อใช้ในผู้ป่วยมะเร็งที่รับเคมีบำบัด ประกอบด้วยการรับรู้ 4 ด้านได้แก่ 1) การรับรูโอกาสเสี่ยงตอภาวะแทรกซ่อนของผู้ป่วยมะเร็งที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด จำนวน 6 ข้อ 2) การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด 5 ข้อ 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ชองผู้ป่วยมะเร็งที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจำนวน 4 ข้อ และ 4) การรับรู้ต่ออุปสรรคของผู้ป่วยมะเร็งที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจำนวน 5 ข้อ มีลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) มีคะแนนเรียงลำดับเป็น 5, 4, 3, 2, 1 กำหนดให้เลือกตอบ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยให้เลือกตอบ 1 ตัวเลือก ลักษณะคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ แบบสอบถามมีค่าความเที่ยงด้านความเชื่อด้านสุขภาพ เท่ากับ .718

มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) ส่วนคำถามด้านบวก มีเกณฑ์ดังนี้ เห็นด้วยมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด และในส่วนคำถามด้านลบ มีการให้คะแนนในทิศทางตรงข้ามกัน การทดสอบความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้คาความนาเชื่อมั่นเท่ากับ .827 แบบสอบถามนี้มีการแปลผลระดับความเชื่อด้านสุขภาพในแต่ละด้านเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนค่าเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึง มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับสูง

คะแนนค่าเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึง มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ

2.5.2.2 แบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้ พัฒนาโดยสงกรานต์ เสือเถื่อน (2563) ใช้ในสตรีที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก แบบสอบถามประกอบด้วยการรับรู้ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การ

รับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดมะเร็งปากมดลูก 4 ข้อ 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก 4 ข้อ 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมพฤติกรรม 4 ข้อ 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม 4 ข้อ แบบสอบถามแบ่งเป็น 5 ระดับ จาก 1-5 การแปลผลมีดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง มากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง มาก คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง ปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง น้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง น้อยที่สุด เครื่องมือนี้มีค่าความตรงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .88 การทดสอบความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้คาความเชื่อมั่นเท่ากับ .75

ในการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากยังไม่พบเครื่องมือการประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อ การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวในป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด และจากเครื่องมือประเมินความเชื่อด้านสุขภาพที่ผ่านมายังไม่สามารถนำไปประเมินพฤติกรรมความเชื่อด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้วิจัยได้นำความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมจะนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดต่อไป

2.5 แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดเชื้อ

พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวข้องกับบุคคลในลักษณะที่แตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับความเชื่อของแต่ละบุคคล มีผู้เชี่ยวชาญในด้านพฤติกรรมให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้แตกต่างกันออกไปดังนี้

2.5.1 ความหมายพฤติกรรมสุขภาพ

Rosenstock ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) หมายถึง การกระทำกิจกรรมใด ๆ ของบุคคล ภายใต้ความเชื่อว่าจะทำให้เกิดสุขภาพดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรค หรือตรวจพบโรคในระยะไม่มีอาการ (Rosenstock, 1974)

Bloom ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสุขภาพ คือการปฏิบัติหรือการกระทำของแต่ละบุคคลที่จะส่งผลต่อสุขภาพตนเอง เป็นผลมาจากการเรียนรู้เป็นสำคัญ โดยแสดงออกในลักษณะของการกระทำ หรือไม่กระทำในสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่เป็นผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ ยังรวมถึงเรื่องของความรู้ และเจตคติที่มีต่อสุขภาพอีกด้วย ซึ่งสามารถวัดได้ด้วยการซักถาม พูดคุย และการสังเกตพฤติกรรม เป็นต้น พฤติกรรมสุขภาพที่ดีควรจะต้องมีการปลูกฝังตั้งแต่เด็กหรือมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากที่ไม่ดีให้เปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Bloom, 1975)

กองสุขศึกษา กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติและการปฏิบัติทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน (กองสุขศึกษา, 2562)

เกษแก้ว เสียงเพราะ กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การกระทำการปฏิบัติ การแสดงออกและท่าทีที่จะกระทำซึ่งก่อให้เกิดผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมจำแนกออกได้เป็น 2 ลักษณะคือ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพ และการงดเว้นไม่กระทำหรือการไม่ปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดี หรือมีผลเสียต่อสุขภาพ (เกษแก้ว เสียงเพราะ, 2563)

พฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวพอสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำกิจกรรมใด ๆ ของบุคคล ภายใต้ความเชื่อว่าจะทำให้เกิดสุขภาพดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรค หรือตรวจพบโรคในระยะไม่มีอาการ โดยบุคคลจะกระทำหรืองดเว้นการกระทำที่ก่อให้เกิดผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อและการปฏิบัติทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยให้คำจำกัดความตามพฤติกรรมสุขภาพของ Rosenstock (1974)

2.5.2 ประเภทของพฤติกรรม

พฤติกรรมสุขภาพที่แสดงออกในการกระทำของมนุษย์สามารถจำแนกได้ 2 ประเภท ดังนี้ พฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวกับสุขภาพจะเกิดขึ้นทั้งภายใน (Covert behavior) และภายนอก (Overt behavior) พฤติกรรมจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้และการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น พฤติกรรมสุขภาพที่แสดงออกในการกระทำของมนุษย์สามารถจำแนกได้ดังนี้ (เกษแก้ว เสียงเพราะ, 2563)

2.5.2.1 พฤติกรรมสุขภาพภายใน (Covert behavior) เป็นปฏิกิริยาภายในตัวบุคคลทั้งรูปธรรมและนามธรรมสามารถใช้เครื่องมือบางอย่างวัดหรือสัมผัสได้ เช่น การเต้นของหัวใจ การบีบตัวของลำไส้ ส่วนนามธรรม เช่น ความคิดความรู้สึก เจตคติ ค่านิยม เป็นต้น พฤติกรรมภายในนี้ไม่สามารถสัมผัส หรือวัดได้ด้วยเครื่องมือต่าง ๆ จะได้ต่อเมื่อแสดงพฤติกรรมออกมา

2.5.2.2 พฤติกรรมสุขภาพภายนอก (Overt behavior) เป็นปฏิกิริยาต่าง ๆ ของบุคคลที่แสดงออกมาทั้งทางวาจาและการกระทำซึ่งปรากฏให้ผู้อื่นเห็นหรือสังเกตได้ เช่น ท่าทาง หรือคำพูดที่แสดงออก ไม่ว่าจะเป็นน้ำเสียง สีหน้า

2.5.3 ลักษณะพฤติกรรมสุขภาพ จำแนก 2 ลักษณะคือ

ลักษณะพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณของตัวบุคคลที่แสดงออกมา สามารถสังเกตได้และสังเกตไม่ได้ ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพของบุคคล 1) เป็นการกระทำ (Action) พฤติกรรมสุขภาพในลักษณะที่เป็นการกระทำ หรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ เช่น ออกกำลัง

กาย 2) เป็นการไม่กระทำ (Non action) พฤติกรรมสุขภาพที่เป็นการไม่กระทำ เช่น การงดเว้นไม่กระทำ หรือการไม่ปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ เช่น ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ มีดังนี้

2.5.3.1 พฤติกรรมที่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงบวก (Positive behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้นเอง เป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติต่อไปและควรปฏิบัติให้ดีขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ เป็นต้น (เกษแก้ว เสียงเพราะ, 2563)

2.5.3.2 พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงลบหรือพฤติกรรมเสี่ยง (Negative behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วอาจส่งผลเสียต่อสุขภาพ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือโรค เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทานอาหารประเภทแป้งหรือไขมันมาก การรับประทานอาหารที่ไม่สุก เป็นต้น จะต้องหาสาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมและหาวิธีปรับเปลี่ยนให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ (เกษแก้ว เสียงเพราะ, 2563)

สรุปได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพเป็นการกระทำหรือการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดแสดงออกมา ทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้กับพฤติกรรมสุขภาพทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ถ้าพฤติกรรมที่ปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพตนเองเป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมให้ปฏิบัติต่อไป เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ การดื่มน้ำ การดูแลความสะอาดร่างกาย การจัดการความเครียดที่เหมาะสม พฤติกรรมที่ปฏิบัติแล้วจะส่งผลเสียต่อสุขภาพทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือโรค เป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ จะทำให้เกิดพฤติกรรมและพยายามปรับเปลี่ยน เช่น เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทานอาหารจำพวกแป้งหรือไขมันมากเกินความจำเป็น การรับประทานอาหารที่ปรุงไม่สุก การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ส่งผลให้เกิดความเครียด และความวิตกกังวล การรับประทานดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง กาแฟ น้ำอัดลม รับประทานยาหม้อ สมุนไพร ยาลูกกลอน การออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสมต่อสภาพร่างกายตนเอง และการจัดการความเครียดไม่เหมาะสม เป็นต้น

2.6 พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อและการประเมินพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ

2.6.1 พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดสรุปได้ดังนี้

2.6.1.1 การป้องกันการติดเชื้อเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล โดยการอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง สระผมอย่างน้อย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ การดูแลความสะอาดร่างกาย ผิวหนังและเนื้อเยื่อต่าง ๆ ของร่างกาย ดูแลและทำความสะอาดโดยเฉพาะบริเวณที่อับชื้นเช่น ขาหนีบ รักแร้ อวัยวะ

สืบพันธุ์ และทวารหนัก เพื่อป้องกันการเกิดเชื้อราลดการก่อตัวของเชื้อโรคบริเวณผิวหนัง การสวมใส่เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่มควรสะอาดเสมอเพื่อปกป้องร่างกายจากสภาวะอากาศ สภาพแวดล้อม ให้มีความปลอดภัย (ชมภู่ ปริตรศิรประภา และศจีรัตน์ โกศล, 2564; สุณีย์ เอกนุช และคณะ, 2558)

2.6.1.2 การป้องกันการติดเชื้อจากอาหารที่รับประทาน รวมไปถึงกระบวนการในการปรุงอาหาร โดยเลือกอาหารตามหลักโภชนาการและความปลอดภัย การล้างมือด้วยสบู่หรือน้ำยาฆ่าเชื้อและเช็ดมือให้แห้งก่อนเตรียมอาหาร ล้างมือก่อนและหลังรับประทานอาหารและหลังปัสสาวะหรืออุจจาระทุกครั้ง เนื่องจากมือเป็นแหล่งของการสะสมเชื้อโรคที่ดีที่สุด (ลินยา เทสมุทร, 2557) การหลีกเลี่ยงอาหารหมักดอง และอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ อาจทำให้ท้องเสียและจะเพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารได้ (ดรุณี บุญหนู, 2555) การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ คือ โปรตีน ได้แก่ อาหารที่เป็นส่วนประกอบเนื้อสัตว์ทุกชนิด หรือผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง คาร์โบไฮเดรต ได้แก่ อาหารประเภทข้าว แป้งขนมปัง ไขมัน ได้แก่ น้ำมันหรือไขมันต่าง ๆ แต่ควรรับประทาน ให้น้อยที่สุด วิตามิน ได้แก่ ผักชนิดต่าง ๆ แร่ธาตุ ได้แก่ ผลไม้ชนิดต่าง ๆ ถ้าจะรับประทานผลไม้เปลือกหนา แนะนำล้างทำความสะอาดรวมถึงปอกเปลือกก่อนรับประทาน ควรรับประทานให้ได้ 3 ใน 5 ส่วนของอาหารในแต่ละมื้อ แต่ขณะรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ควรรับประทานผักสุกโดยอาจลวกหรือนึ่ง การเลือกซื้อวัตถุดิบในการทำอาหาร และการเก็บอาหาร มีการใช้อุปกรณ์ในการปรุงอาหารที่สะอาด ความสะอาดของอาหารและภาชนะและการล้างมือให้สะอาดก่อนการเตรียมหรือปรุงอาหารทุกครั้ง หลีกเลี่ยงรับประทานผักสด หรือผลไม้เปลือกบาง ถ้ารับประทานผลไม้ควรมีการปลอกเปลือกผลไม้และผักสดควรแช่น้ำหรือล้างผ่านน้ำอย่างน้อย 2-3 ครั้ง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของเชื้อโรคและโอกาสเสี่ยงในการรับเชื้อแบคทีเรียหรือเชื้อไวรัสเข้าสู่ร่างกายที่เป็นสาเหตุให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารตามมา (วรันณ์ธร โพธิรินทร์ และคณะ, 2564)

2.6.1.3 การป้องกันการติดเชื้อจากน้ำดื่มและเครื่องดื่มต่าง ๆ ดื่มน้ำให้มากอย่างน้อยวันละ 2,000-3,000 ซีซี เพราะน้ำจะช่วยให้ร่างกายสดชื่น และขับยาเคมีบำบัดส่วนเกินออกนอกร่างกายทางปัสสาวะ ลดโอกาสเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และลดอาการท้องผูก จึงช่วยลดผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดได้อย่างดี และถ้าต้องดื่มน้ำแข็งควรทำเองและน้ำที่นำไปทำน้ำแข็งนั้นควรผ่านการต้มแล้ว เพราะถ้าดื่มน้ำที่ไม่สะอาดจะเพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารได้ นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงการใช้แก้วน้ำร่วมกับผู้อื่นเพราะอาจติดเชื้อโรคผ่านทางน้ำลายได้ รวมถึงโรคระบบทางเดินหายใจ เช่น ไข้หวัด ไข้หวัดใหญ่ ยิ่งโดยผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ มีแผลหรือเชื้อราในปาก เหงือกและฟันอักเสบ มีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายกว่าคนทั่วไป (ดรุณี บุญหนู, 2555)

2.6.1.4 การป้องกันการติดเชื้อจากภาวะทุพโภชนาการ โดยดูแลให้ได้รับอาหารที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย การเลือกเมนูอาหารให้เหมาะสมกับตนเอง โดยมีรายการอาหาร 5 อย่างในแต่ละมื้อ เช้า เที่ยง เย็น โดยผู้ป่วยร่วมกำหนดอาหาร และในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่

ได้รับยาเคมีบำบัด เน้นการส่งเสริมภาวะโภชนาการ ให้ความรู้คำแนะนำการปฏิบัติตัวด้านอาหารที่เหมาะสม (วรันณ์ธร โพธิรินทร์, วิทยาลัยพยาบาลมหาสารคาม, วราวุฒิ แสงทอง และคณะ, 2564) อาหารที่มีความเหมาะสมในผู้ป่วยกลุ่มนี้คืออาหารที่ให้แคลอรี และโปรตีนสูง เพราะระหว่างการได้รับเคมีบำบัดจะทำให้เบื่ออาหาร การรับรสเปลี่ยนไป อยากอาหารลดลง น้ำหนักลดลง และเมื่อร่างกายได้รับพลังงานและสารอาหารไม่เพียงพอ ระบบการทำงานของร่างกายจะผิดปกติ ส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษา (สมาคมพยาบาลโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย, 2564)

2.6.1.5 การป้องกันการติดเชื้อจากสิ่งแวดล้อมและสัตว์เลี้ยงในบ้าน โดยจัดการสิ่งแวดล้อมอยู่ในสถานที่โล่งมีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ดูแลห้องนอนและบริเวณที่อยู่อาศัยสะอาด เมื่อต้องสัมผัสกับต้นไม้ ดินหรือสัตว์เลี้ยงควรล้างมือให้สะอาดทุกครั้ง (ดรุณี บุญหนู, 2555; วรันณ์ธร โพธารินทร์ และคณะ, 2564; สุณีย์ เอกนุช และคณะ, 2559) หลีกเลี่ยงการนำดอกไม้สด แจกันดอกไม้ ต้นไม้หรือตะกร้าผลไม้สด ไว้ใกล้ตัวผู้ป่วยหรือไว้ในห้องพัก เนื่องจากเป็นแหล่งของการแพร่เชื้อราได้ และผู้ที่จะมาเยี่ยมผู้ป่วยควรต้องล้างมือให้สะอาดก่อนสัมผัสผู้ป่วยทุกครั้ง ซึ่งเป็นวิธีการป้องกันการติดเชื้อที่ง่ายและมีประสิทธิภาพมากที่สุด

2.6.1.6 การป้องกันการติดเชื้อจากความสะอาดช่องปากฟันและแผลในช่องปาก หลังได้รับยาเคมีบำบัด เพราะยาเคมีบำบัดมีผลต่อเยื่อเมือกและเยื่อบุ (Mucosa) ส่งผลต่อการแบ่งตัวของเซลล์เยื่อเมือกและเยื่อบุต่าง ๆ เช่น เยื่อบุช่องปาก เยื่อบุในทางเดินอาห่าร ทำให้เกิดแผลในช่องปาก เยื่อบุปากอักเสบลำคอ กระเพาะอาหาร ลำไส้อักเสบ และเป็นสาเหตุของการติดเชื้อในร่างกายตามมา (สมาคมพยาบาลโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย, 2564) การป้องกันการติดเชื้อโดยการดูแลความสะอาดปากฟัน การแปรงฟันด้วยขนแปรงอ่อนนุ่ม การบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ ดูแลสุขภาพปากฟันให้ชุ่มชื้น และการตรวจสุขภาพปากฟันสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันการเกิดเหงือกอักเสบและลดการติดเชื้อในช่องปาก (สุชีลา เตชะตา, 2564) ถ้าพบว่าแผลในช่องปากและลิ้น แนะนำให้หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสจัดและผลไม้ที่มีฤทธิ์เป็นกรดหรือมีรสเปรี้ยว เพราะจะส่งเสริมให้เกิดความรุนแรงมีความปวดแสบแผลในช่องปากมากขึ้น รวมทั้งหลีกเลี่ยงอาหารแข็ง และควรรับประทานอาหารอ่อนนิ่มหรือบดเป็นชิ้นเล็ก ๆ เพื่อง่ายต่อการกลืนและลดการระคายเคืองแผลในช่องปากและป้องกันการเกิดเลือดออกง่าย เพราะการเกิดเยื่อบุปากอักเสบจะก่อให้เกิดแผลและเสี่ยงต่อการติดเชื้อง่าย (วรันณ์ธร โพธารินทร์ และคณะ, 2564) หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด เย็นจัด หรือร้อนจัด เพื่อป้องกันการเกิดเยื่อบุปากอักเสบที่ก่อให้เกิดแผลและเป็นสาเหตุของการติดเชื้อในร่างกายได้ (ลินยา เทสมุทร และคณะ, 2560)

2.6.1.7 การป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ การใช้ผ้าปิดปากตลอดเมื่อมีบุคคลอื่นมาเยี่ยม เมื่อต้องออกไปทำกิจกรรมในที่สาธารณะหากหลีกเลี่ยงไม่ได้ ให้ใส่หน้ากากป้องกันการติดเชื้อทุกครั้ง หลีกเลี่ยงการเข้าสู่แหล่งชุมชน

ที่แออัด เช่น ตลาด ร้านค้า ห้างสรรพสินค้า โรงหนัง เป็นต้น เพื่อป้องกันการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ (ดรุณี บุญหนู, 2555)

2.6.1.8 การจัดการความเครียด เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นร่างกายจะหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) ฮอร์โมนนี้สร้างจากต่อมหมวกไต และถือเป็นสเตียรอยด์ชนิดหนึ่งที่ร่างกายสามารถสังเคราะห์ได้เอง ซึ่งคอร์ติซอลจะกระตุ้นการตอบสนองของเซลล์ในร่างกายต่อภาวะการอักเสบ ความเจ็บปวด ภาวะติดเชื้อ และเมื่อเกิดความเครียดขึ้น ร่างกายจะกระตุ้นต่อมหมวกไต ส่วนนอกให้หลั่งคอร์ติซอลเพิ่มมากขึ้น (Cortisol) ซึ่งเป็นอีกกลไกการทำงานของร่างกายซึ่งมีหน้าที่ดูแลและป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อในร่างกายและยังมีหน้าที่ในการกำจัดป้องกันการเติบโตของเซลล์ที่ผิดปกติเช่นเซลล์มะเร็ง ซึ่งคอร์ติซอล (Cortisol) เป็นฮอร์โมนที่จำเป็น (Essential hormone) และมีความสำคัญต่อร่างกาย ถ้าขาดฮอร์โมนกลูโคคอร์ติคอยด์ที่มีฤทธิ์ในการต้านการอักเสบ ยับยั้งการหลั่งฮีสตามีนลดลงเกิดผลเสียคือ ทำให้มีการแพร่กระจายของเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายและทำให้เกิดการติดเชื้อง่าย

2.6.2 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีนักวิจัยได้พัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็ง ไว้ดังนี้

2.6.2.1 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด พัฒนาโดยหยาดรุ้ง อุไรพันธุ์ (2557) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ 1) การดื่มน้ำ 2) การรับประทานอาหาร 3) การออกกำลังกาย 4) การดื่มเครื่องดื่มที่ส่วนของอัลกอฮอล์ และเครื่องดื่มชูกำลัง 5) การล้างมือ 6) การสูบบุหรี่ 7) การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย และ 8) การทำความสะอาดเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ คะแนนเรียงลำดับเป็น 3, 2, 1 จำนวน 20 ข้อ แบบสอบถามนี้ทดสอบความเที่ยงด้วยวิธีการของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .72

2.6.2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยฮีลอยด์ชนิดเฉียบพลันที่ได้รับยาเคมีบำบัด พัฒนาโดยสุธิสา เต็มทับ, สุดศิริ หิรัญชุณ และกิตติกร นิลมานัต (2558) แบบสอบถามมีข้อคำถามรวม 34 ข้อ ได้แก่กิจกรรมการดูแลตนเองจำเป็น 4 ด้าน คือ 1) การดูแลตนเองด้านการติดเชื้อ จำนวน 10 ข้อ 2) การดูแลตนเองด้านภาวะเลือดออกง่าย จำนวน 6 ข้อ 3) การดูแลตนเองด้านจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด 15 ข้อ และ 4) การดูแลตนเองด้านจิตใจ 3 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วน 6 อันดับ 1 คือ ไม่เคยปฏิบัติเลย ถึง 6 คือ ปฏิบัติเป็นประจำ คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 34-204 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้ พฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับน้อย (34-91 คะแนน) พฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง (91-147

คะแนน) และพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี (148-204 คะแนน) ทดสอบความเที่ยงด้วยวิธีการของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83

2.6.2.3 แบบประเมินการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด พัฒนาโดย (ดรุณี บุญหนู, 2555) แบบสอบถามจำนวน 70 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้านคือ ด้านการบริโภคอาหารและน้ำ จำนวน 27 ข้อ ด้านการดูแลความสะอาด จำนวน 28 ข้อ ด้านการจัดสภาพสิ่งแวดล้อมจำนวน 6 ข้อ ด้านการทำกิจกรรมและเข้าสู่สังคม จำนวน 9 ข้อ โดยลักษณะของคำตอบเป็นการเลือกตอบความถี่ในการปฏิบัติเป็น 6 ระดับ คือ 0 ไม่เคยปฏิบัติ 1 ปฏิบัติน้อยที่สุด 2 ปฏิบัติน้อย 3 ปฏิบัติปานกลาง 4 ปฏิบัติมาก และ 5 ปฏิบัติมากที่สุด และไม่ระบุ (NA) คือกิจกรรมที่ไม่มีข้อมูลหรือไม่มีเหตุการณ์นั้น ๆ นอกจากนี้มีคำถามปลายเปิดสำหรับตอบเพิ่มเติม โดยข้อที่เป็นทางบวกและเชิงลบจำนวน 9 ข้อ จะนำไปกลับคะแนนก่อนคิดคะแนน ทดสอบความเที่ยงหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94

2.6.2.4 แบบประเมินการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง พัฒนาโดย ยุวดี ฉายวงศ์ (2563) ประกอบด้วย 1) ด้านการประเมินและการวินิจฉัยการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง 2) ด้านการป้องกันการติดเชื้อโดยยึดหลักปลอดเชื้อ 3) ด้านการป้องกันการติดเชื้อตามมาตรฐานทั่วไป 4) ด้านการป้องกันการติดเชื้อตามวิถีทางการแพร่กระจายเชื้อ 5) ด้านการป้องกันการติดเชื้อจากกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ 6) ด้านการป้องกันการติดเชื้อจากสิ่งแวดล้อม และ7) ด้านการให้ความรู้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล จำนวน 36 ข้อ ลักษณะคำตอบลักษณะคำตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ ทดสอบความเที่ยงหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87

2.6.2.5 แบบประเมินการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ พัฒนาโดยสุณีย์ เอกนุช และคณะ (2559) เครื่องมือแบบสอบถามการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง มี 7 ด้านประกอบด้วย 1) การประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อด้วยตนเอง 2) การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล 3) การปฏิบัติเกี่ยวกับความสะอาดของอาหารและภาชนะ 4) การดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางชนิดถาวร (ถ้ามี) 5) การใช้ยาอย่างถูกต้อง 6) การป้องกันการติดเชื้อจากสิ่งแวดล้อมและสัตว์เลี้ยงภายในบ้าน และ 7) การป้องกันการติดเชื้อเมื่ออยู่ในที่สาธารณะและในครอบครัว ทดสอบความเที่ยงด้วยวิธีการของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรม มีนักวิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งไว้หลายรูปแบบทั้งด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง การจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและการป้องกันการติดเชื้อ แต่ยังไม่มีแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่จำเพาะเจาะจง ผู้วิจัยจึงได้นำความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมมาพัฒนาแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ ประกอบด้วย 8 ด้านดังนี้ 1) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร 2) พฤติกรรม

การดื่มน้ำ 3) พฤติกรรมการดูแลความสะอาด 4) พฤติกรรมการทำความสะอาดร่างกาย 5) พฤติกรรมการดูแลความสะอาดช่องปากฟัน 6) พฤติกรรมการจัดสภาพสิ่งแวดล้อมรอบตัวเอง 7) พฤติกรรมการทำกิจกรรมและเข้าสู่สังคม และ 8) พฤติกรรมการจัดการความวิตกกังวลและความเครียด และผู้วิจัยนำไปพัฒนาเพื่อประเมินการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่รับเคมีบำบัดต่อไป

2.7 บริบทการพยาบาลผู้ป่วยในคลินิกโรคมะเร็ง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

เนื่องจากสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในช่วงการศึกษาวิจัยมีการเปลี่ยนแปลงตามสภาพสถานการณ์โควิด- 19 อาจส่งผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพกับผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงสรุปบริบทการพยาบาลผู้ป่วยไว้ 2 ระยะ ดังนี้

2.7.1 ระยะโรคระบาดโควิด- 19 คือ ระยะที่ศึกษานำร่องทางโรงพยาบาลไม่มีรูปแบบกิจกรรมในการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยได้ทุกรายก่อนการเริ่มการรักษาด้วยเคมีบำบัด อัตรากำลังพยาบาลยังมีไม่เพียงพอ การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยรายใหม่ที่เริ่มรักษาด้วยเคมีบำบัด จะให้ข้อมูลในภาพรวม ข้อมูลที่ให้ส่วนใหญ่เน้นการมาตามนัด การดูแลตนเองหลังรับยาเคมีบำบัด และให้สมุดคู่มือประจำตัวรับเคมีบำบัดไปอ่านต่อที่บ้าน เนื่องจากพยาบาลเร่งรีบในการทำงานให้ทันกับเวลาที่แพทย์ตรวจ จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเพียงระดับปานกลาง

2.7.2 ระยะหลังการระบาดโควิด- 19 ซึ่งเป็นระยะที่ทำการเก็บข้อมูล คือ ระยะที่ศึกษาวิจัยทางหน่วยงานผู้ป่วยนอกมีการปรับรูปแบบกิจกรรมในการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยทุกรายก่อนการเริ่มการรักษาด้วยเคมีบำบัด โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค วิธีการรักษา ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด และการดูแลตนเองเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด รวมทั้งมอบสมุดคู่มือประจำตัวรับเคมีบำบัดที่มีรายละเอียดคำแนะนำการปฏิบัติตัวกลับไปที่บ้านด้วย ข้อปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่ 1) ผูกผ้าปิดจมูกและปากเมื่อออกจากบ้าน 2) รักษาสิ่งแวดล้อมให้สะอาดอยู่เสมอ 3) การเตรียมอาหารควรล้างมือก่อนปรุง ทำความสะอาดบริเวณที่ปรุงอาหารบ่อย ๆ ล้างผัก และผลไม้ให้สะอาดก่อนนำมาปรุง ควรแยกเขียงหั่นอาหารดิบและอาหารสุกออกจากกัน 4) รับประทานอาหารที่ปราศจากเชื้อ อาหารที่ปรุงสุกใหม่และผ่านความร้อน 5) ดื่มน้ำที่สะอาดอย่างเพียงพอ 6) พักผ่อนอย่างเพียงพอ หลีกเลี่ยงการรบกวนขณะนอนหลับ 7) ดูแลช่องปากให้สะอาด ใช้น้ำเกลือบ้วนปากทุก 2-4 ชั่วโมง และใช้แปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่ม 8) อาบน้ำทุกวัน สระผม 2 ครั้ง/สัปดาห์ และ 9) หลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้ติดเชื้อต่าง ๆ หรือการอยู่ในที่ชุมชนและในทุกรอบที่ผู้ป่วยมารับบริการตามนัด ผู้ป่วยได้รับการประเมินการติดเชื้อทุกครั้ง และเกิดจากการรับรู้การว่าติดเชื้อเป็นสาเหตุการเสียชีวิต จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพสูงขึ้น

2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.8.1 งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยการติดเชื้อ

ทรงเดช ประเสริฐศรี และนันธิดา พันธุศาสตร์ (2561) ศึกษาปัจจัยที่สนับสนุนการติดเชื้อและความรุนแรงของการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งติดเชื้อจากชุมชนที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 91 ราย ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุมากกว่า 60 ปี BMI ต่ำกว่าเกณฑ์ มีระดับ ECOG score ในระดับ 1 และ Hemoglobin ส่วนใหญ่ต่ำกว่าเกณฑ์ 2) ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย ได้แก่ มีแผลเปิดที่ทำให้เกิดการติดเชื้อและมีโรคร่วม และ3) ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ รักษาด้วยเคมีบำบัดหรือเคมีบำบัดร่วมกับฉายแสง ได้รับการใส่อุปกรณ์การแพทย์ 4) ความรุนแรงของการติดเชื้อ มีไข้โดยเฉพาะมีไข้มากกว่า 3 วันขึ้นไป เซลล์เม็ดเลือดขาวมากกว่า 12,000 และน้อยกว่า 4,000 เซลล์/ลบ.มม เม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิลในเลือด (Absolute neutrophil count: ANC) น้อยกว่า 2,000 เซลล์/ลบ.มม และเชื้อจุลชีพ

พินทุมาศ อุตกฤษฎานนท์ (2564) การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดชนิดไม่ใช่เซลล์ตัวเล็กระยะแพร่กระจายในกลุ่มสูงอายุมากกว่า 70 ปี จำนวน 78 คน ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับยาเคมีบำบัดผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำร้อยละ 6.41 และผู้ป่วยที่มี ECOG performance status ระดับ 3-4 มีโอกาสเสียชีวิตจากมะเร็งปอดเป็น 5.16 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มี ECOG performance status ระดับ 0-2

กนกกัญญา สุทธิสาร และบุษบา สมใจวงษ์ (2564) ศึกษาปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการเกิดภาวะ Neutropenia ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดสูตร FOLFOX 4 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 76 ราย ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย การได้รับเคมีบำบัดเพิ่มขึ้นทุก 1 รอบ และประวัติการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ โดยผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดสูตร FOLFOX 4 ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Neutropenia เป็น 37.31 เท่าของผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดสูตร FOLFOX 4 ได้รับเคมีบำบัดเพิ่มขึ้น ทุก 1 รอบ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Neutropenia ลดลงร้อยละ 61 และผู้ป่วยที่มีประวัติเกิดภาวะ Neutropenia มีโอกาสเกิดภาวะ Neutropenia เป็น 37.14 เท่าของผู้ที่ไม่มีประวัติเกิดภาวะ Neutropenia

Strojnik et al. (2016) ศึกษาผลลัพธ์จากการติดเชื้อในผู้ป่วยเม็ดเลือดขาวต่ำชนิดรุนแรงในผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 69 ราย ผลพบว่าผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อจากเม็ดเลือดขาวต่ำที่มีอาการความดันโลหิตต่ำ ความเมื่อยล้าอย่างรุนแรง หนาวสั่น มีไอ และถ้าการติดเชื้อรุนแรง เกิดภาวช็อคและเสียชีวิตได้ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำกับผู้ป่วยที่มีเม็ดเลือดขาวต่ำร่วมกับไข้ พบว่าอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลโดยรวม 30 วัน อยู่ที่ร้อยละ 52 และ 78 ตามลำดับ

Kochanek et al. (2019) ศึกษาการจัดการภาวะติดเชื้อนิวโทรฟีเนียในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าภาวะนิวโทรพีเนียเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับภาวะติดเชื้อ และมีอัตราการติดเชื้อแบคทีเรียและการติดเชื้อที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยที่มีภาวะนิวโทรพีเนียรุนแรง (จำนวนนิวโทรฟิลสัมบูรณ์ น้อยกว่า 500/ไมโครลิตร) และในผู้ที่มีภาวะนิวโทรพีเนียนานกว่า 7 วัน การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ หรือเคยได้รับเคมีบำบัดมาก่อนมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการติดเชื้อในกระแสเลือด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะติดเชื้อรุนแรง ได้แก่ Hypophosphatemia (น้อยกว่า 0.8 mmol/L), Hypoproteinemia (น้อยกว่า 62 g/L) ส่วนปัจจัยทำนายภาวะช็อกจากการติดเชื้อและการเสียชีวิตในผู้ป่วยนิวโทรพีเนีย ได้แก่ การติดเชื้อในปอด ระดับแลคเตทในซีรัมสูงกว่า 3 mmol/l และไบคาร์บอเนตในซีรัมต่ำกว่า 17 mmol/l และคะแนนดัชนีความเสี่ยง (MASCC) น้อยกว่า 21 มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นสำหรับภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยนิวโทรพีเนียที่มีไข้

สรุปปัจจัยที่สนับสนุนการติดเชื้อและความรุนแรงของการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย และปัจจัยด้านการรักษา และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย การได้รับเคมีบำบัดมากกว่า 1 รอบ การมีไข้ เคยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมาก่อน มีภาวะ Hypophosphatemia ภาวะฟอสฟอรัสในเลือดต่ำ ภาวะโปรตีนในเลือดต่ำ และมีภาวะนิวโทรพีเนียนานกว่า 7 วัน จากข้อมูลที่ได้จาการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและสร้างเครื่องมือในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดต่อไป

2.9.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพและความเชื่อด้านสุขภาพ

พงษ์สิทธิ์ พงษ์ประดิษฐ์ และคณะ (2554) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .52) สำหรับปัจจัยการรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ยงยุทธ วัฒนาไชย (2554) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผลการวิจัยพบว่า มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก เมื่อแยกรายด้านเรียงลำดับจากมากไปหาน้อยดังนี้ 1) ด้านการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล 2) ด้านการดูแลผิวหนังที่ได้รับยาเคมีบำบัด 3) ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม 4) ด้านการรับประทานอาหาร 5) ด้านการพักผ่อน และ 6) ด้านการออกกำลังกาย ผลการศึกษาความสัมพันธ์พบว่า รายได้ ผู้ที่ไม่เรียนหนังสือ ความรู้ในการดูแลตนเองและปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม มี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ส่วนปัจจัย การแต่งงานแต่แยกกันอยู่ และการเรียนระดับประถมศึกษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

สุรีย์พร ปุญญกริยากร (2554) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีที่ใส่สายระบายน้ำดี ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและการกลับเป็นซ้ำของโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

หยาดรุ้ง อุไรพันธุ์ (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด จำนวน 280 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง ผลวิจัยพบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 40.4 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี คิดเป็นร้อยละ 59.6 และเมื่อพิจารณารายด้านเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษาความสัมพันธ์พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุกัญญา สุขีรัตน์ และคณะ (2557) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการปองกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานของผูปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องตน ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อดานสุขภาพของกลุมตัวอยางสวนใหญโดยรวมอยูในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 88.63, S.D.= 8.94) ความเชื่อดานสุขภาพอยูในระดับสูงมี 2 ด้านคือ การรับรูโอกาสเสี่ยง (รอยละ 57.2) และการรับรูประโยชน (ร้อยละ 51.5) พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของกลุมตัวอย่างพบวา คะแนนพฤติกรรมการปองกันการติด เชื้อ โดยรวมสวนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 38.1) และเมื่อพิจารณารายขอพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ผลการศึกษาความสัมพันธ์พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและการรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น

วรรณิตา สอนกอง และคณะ (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลเรื่องอาหารเพื่อป้องกันการติดเชื้อในเด็กป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากเคมีบำบัด ผลวิจัยพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลเรื่องอาหารเพื่อป้องกันการติดเชื้อในเด็กป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากเคมีบำบัดดังนี้ ปฏิบัติทุกครั้งในเรื่องเลือกและให้อาหารที่ให้พลังงานสูง อาหารที่มีเชื้อแบคทีเรียต่ำ ให้อาหารว่างในช่วงระหว่างมื้อ และหลีกเลี่ยงการให้อาหารที่มีแบคทีเรียปนเปื้อน ในด้านการเตรียมอาหาร พบว่าส่วนใหญ่ปฏิบัติทุกครั้งในเรื่องการล้างมือก่อนสัมผัสอาหาร ก่อนป้อนอาหาร และให้ผู้ป่วยป่วยล้างมือก่อนรับประทานอาหาร ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลเรื่องอาหารคือปัจจัยด้านการสนับสนุน

ด้านข้อมูลข่าวสารได้ร้อยละ 19.6 (R^2 = .196) และปัจจัยสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องอาหารเพื่อป้องกันการติดเชื้อได้ร้อยละ 8.5 (R^2 = .085)

ศักดิ์ชัย กามโร และรุจิรา ดวงสงค์ (2559) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ผลวิจัยพบว่า การรับรู้โอกาสเสียงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี กลุ่มที่มีการรับรู้โอกาสเสียงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีอยู่ระดับต่ำ มีโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็น 5.51 เท่าของการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับปานกลาง ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี

ลินยา เทสมุทร และคณะ (2560) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวแบบเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์ที่ได้รับเคมีบำบัด ผลการวิจัยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเมื่อพิจารณารายขอ พบวากลุมตัวอย่างยังมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เชน ยังมีการซื้ออาหารที่ปรุงสำเร็จจากแผงลอยริมถนนมารับประทาน ยังรับประทานผักสดและผลไม้เปลือกบางที่รับประทานเปลือก มีการจัดตกแต่งดอกไม้สดภายในบ้าน การสัมผัสกับผู้ที่ติดเชื้อในระบบหายใจ และไม่ใส่ผ้าปิดปากจมูกเมื่อออกไปในที่ชุมชน ผลการวิจัย พบว่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษาความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างที่ระดับ .05 (r = .333) ส่วนการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

รังสันต์ ไชยคำ และคณะ (2561) ศึกษาพฤติกรรมโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะจำนวน 86 ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมโภชนาการ และการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมโภชนาการ และการรับรู้ความสามารถแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษาความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมโภชนาการ และพบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมโภชนาการและการสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมโภชนาการ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอได้ร้อยละ 71.7 (R^2 = 0.717, p = <0.001)

นันทฉัตร ระฮุง และคณะ (2561) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพต่อการเกิดมะเร็งกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้ประกอบอาชีพริมถนน ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 400 คน แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) ผลการศึกษาพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการ

รับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดมะเร็งอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการป้องกันตนเองต่อการเกิดมะเร็งอยู่ในระดับสูง ผลการศึกษาความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกัน และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดมะเร็งมีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองที่ระดับ .05

สงกรานต์ เสือเถื่อน และคณะ (2562) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการปองกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มารับการตรวจการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อายุ 30 - 60 ปี จำนวน 377 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย ผลวิจัยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมด และพบว่ามีเพียงการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก

Williams et al. (2021) ศึกษาเกี่ยวกับ ความรู้ ทัศนคติ และความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งปอด ในการเลิกบุหรี่โดยการมีส่วนร่วม โดยนำแบบจำลองแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 481 ราย อายุ 21-80 ปี โดยสำรวจพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็ง พฤติกรรมเสี่ยงมะเร็ง ประเมินความรู้ ปัจจัยเสี่ยงมะเร็ง สัญญาณของมะเร็งปอด และทัศนคติการรับรู้ ตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงการรับรู้ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรคลดลง

จันทร์ฉาย มณีวงษ์ และขวัญฤทัย พันธุ (2565) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 138 คน มีระดับคะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง และระดับคะแนนการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออยู่ในระดับสูง ความรู้ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .175, .367) ตามลำดับ

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่พบมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งที่รับเคมีบำบัด ส่วนมากจะศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง พบว่าผลการศึกษามีความขัดแย้งกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด” ซึ่งความเชื่อสุขภาพในที่นี้เป็นความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อ ได้แก่การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อ การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อ ผลการวิจัยครั้งนี้จะมีประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางเพื่อป้องกันการติดเชื้อในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคมะเร็ง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

3.1 การออกแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) ตัวแปรที่วิจัยในครั้งนี้ ได้แก่

ตัวแปรต้น คือ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อ การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัว

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งปอด และได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด อายุ 18 ปีขึ้นไป และได้เคมีบำบัดตั้งแต่รอบยา (Cycle) ที่ 2 ขึ้นไป โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1) อายุ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอด

2) ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทุกสูตรตามแนวทางการรักษาโรคมะเร็งปอด ตั้งแต่รอบที่ 2 ขึ้นไป

3) สามารถอ่านออก เขียนเข้าใจ และสื่อสารภาษาไทยได้

4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria)

- ผู้ป่วยที่ขอสละสิทธิ์ออกจากการศึกษาวิจัยหลังการยินยอมแล้ว

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

3.2.2.1 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดทั้งชนิดเซลล์เล็ก และมะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็ก ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดตั้งแต่รอบที่ 2 ขึ้นไป ที่มีลักษณะตรงกับเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

3.2.2.2 การหาขนาดตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัว การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาค่า r จากงานวิจัยที่ผ่านมาเพื่อใช้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างพบว่ายังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรและกลุ่มตัวอย่างที่เหมือนกับงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้งานวิจัยที่มีตัวแปรคล้ายกับงานวิจัยนี้คืองานวิจัยของ จันทร์ฉาย มณีวงษ์ และขวัญฤทัย พันธุ (2565) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ได้ค่าสหสัมพันธ์ (r) เฉลี่ยของความเชื่อสุขภาพทุกด้านเท่ากับ .34 ผู้วิจัยใช้โปรแกรม G* power ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดค่า Effect size จากค่า r ได้ .34 กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ α เท่ากับ .05 ทดสอบแบบทางเดียว และอำนาจการทดสอบที่ .85 คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างได้ 60 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Polit & Beck, 2019) ได้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มมาจำนวน 12 ราย รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 72 ราย

3.2.2.3 การเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีลักษณะตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดจะได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ใช้วิธีการเลือกการสุ่มแบบใช้ตารางเลขสุ่ม (Random numbers table) เนื่องจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาไม่พร้อมกัน โดยผู้วิจัยสุ่มลำดับที่ของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดตั้งแต่รอบที่ 2 ขึ้นไปไว้ล่วงหน้าจำนวน 72 ลำดับ หากพบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ตรงกับลำดับที่ที่ผู้วิจัยสุ่มไว้ผู้ป่วยจะได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่นำมาใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วนย่อย คือ

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ศาสนา รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล ปัญหาเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล

1.2 แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย ประกอบด้วย โรคประจำตัว การรักษาด้วยวิธีการอื่น ครั้งที่ของการได้รับยาเคมีบำบัด สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับ สมรรถนะทางกาย (ECOG score) และเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลด์ (Absolute neutrophil count [ANC]) ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อ ประกอบด้วยการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดเกี่ยวกับการรับรู้ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อ 2) การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว และ 4) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัว ที่จะทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องการติดเชื้อหลังได้รับเคมีบำบัด ประเมินได้จากแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยประเมินความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและความเชื่อสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ดังนี้

2.1 ด้านความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อโดยรวมจำนวน 35 ข้อ ประกอบด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อจำนวน 9 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อจำนวน 7 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวจำนวน 10 ข้อ และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวจำนวน 8 ข้อ ซึ่งมีลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีคะแนนเรียงลำดับเป็น 5, 4, 3, 2, 1 กำหนดให้เลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ลักษณะคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ

ข้อความด้านบวก		ข้อความด้านลบ
มากที่สุด	ให้ 5 คะแนน	1 คะแนน
มาก	ให้ 4 คะแนน	2 คะแนน
ปานกลาง	ให้ 3 คะแนน	3 คะแนน
น้อย	ให้ 2 คะแนน	4 คะแนน
น้อยมาก	ให้ 1 คะแนน	5 คะแนน

การแปลผล

คะแนนค่าเฉลี่ย 3.68 - 5.00 หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับสูง

คะแนนค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.67 หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับต่ำ

2.2 ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อจากการได้รับเคมีบำบัด ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อจากการได้รับเคมีบำบัด และด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Numeric Rating Scale) มี

คะแนนเรียงลำดับเป็น 5, 4, 3, 2, 1 กำหนดให้เลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยให้เลือกตอบ 1 ตัวเลือก ลักษณะแบบสอบถามเป็นเชิงบวก

การแปลผล

คะแนนค่าเฉลี่ย 3.68 - 5.00 หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับสูง

คะแนนค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.67 หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ

2.3 ด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมีลักษณะของแบบสอบถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Numeric scale) มีคะแนนเรียงลำดับเป็น 5, 4, 3, 2, 1 กำหนดให้เลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยให้เลือกตอบ 1 ตัวเลือกลักษณะคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ แบบสอบถามข้อ 5,7 เป็นข้อคำถามเชิงบวก ส่วนแบบสอบถามข้อ 1, 2, 3, 4 และ 6 เป็นข้อคำถามเชิงลบ

เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความด้านบวก		ข้อความด้านลบ
มากที่สุด	ให้ 5 คะแนน	1 คะแนน
มาก	ให้ 4 คะแนน	2 คะแนน
ปานกลาง	ให้ 3 คะแนน	3 คะแนน
น้อย	ให้ 2 คะแนน	4 คะแนน
น้อยมาก	ให้ 1 คะแนน	5 คะแนน

โดยมีการแปลผลดังนี้ ผู้ป่วยที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อยู่ในระดับสูงแสดงว่าอุปสรรคน้อย ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับต่ำแสดงว่ามีอุปสรรคมาก

เกณฑ์การจัดลำดับคะแนน เพื่อแบ่งระดับคะแนนการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังได้รับเคมีบำบัด มีดังนี้

คะแนนค่าเฉลี่ย 3.68 - 5.00 หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับสูงแสดงว่ามีอุปสรรคน้อย

คะแนนค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.67 หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลางแสดงว่ามีอุปสรรคปานกลาง

คะแนนค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับต่ำแสดงว่ามีอุปสรรคมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนกรรม โดยแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจำนวน 29 ข้อ ลักษณะคำถามเป็น

แบบลักษณะการวัดปริมาณความถี่ในการปฏิบัติ การตอบคำถาม คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติ แบบสอบถามมีจำนวน 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการรับประทานอาหารและน้ำจำนวน 8 ข้อ ด้านการดูแลความสะอาดร่างกายจำนวน 10 ข้อ ด้านการจัดสภาพสิ่งแวดล้อมรอบตัวเองจำนวน 5 ข้อ และด้านการจัดการความวิตกกังวลและเครียดจำนวน 6 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามด้านการรับประทานอาหารและน้ำเป็นข้อคำถามเชิงลบ 1 ข้อ ส่วนแบบสอบถามด้านอื่น ๆ เป็นข้อคำถามเชิงบวก ลักษณะของแบบสอบถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Numeric scale) มีคะแนนเรียงลำดับเป็น 5, 4, 3, 2, 1 กำหนดให้เลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความด้านบวก

ปฏิบัติประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติมากกว่า 7 ครั้งต่อสัปดาห์ ให้ 5 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติมากกว่า 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์ ให้ 4 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ให้ 3 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติบ้าง 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ให้ 2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่ได้ปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน

ข้อความด้านลบ

ปฏิบัติประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติมากกว่า 7 ครั้งต่อสัปดาห์ ให้ 1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติมากกว่า 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์ ให้ 2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ให้ 3 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติบ้าง 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ให้ 4 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่ได้ปฏิบัติ ให้ 5 คะแนน

การแปลผล

เกณฑ์การจัดลำดับคะแนนเพื่อแบ่งระดับคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อจากการได้รับเคมีบำบัด ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.68 - 5.00 หมายถึง พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้ออยู่ในระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.67 หมายถึง พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้ออยู่ในระดับต่ำ

3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.4.1 ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบไปด้วย แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติด

เชื้อ และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ตรวจสอบความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางสาขาความเชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง 1 คน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ 2 คน พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งและเคมีบำบัด 2 คน และหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index [CVI]) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI ของแบบสอบถามทั้ง 2 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ

3.4.2 การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค (Cronbach’s coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้

1) แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อโดยรวม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 เมื่อพิจารณารายด้านดังนี้ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงการติดเชื้อ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว และด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82, .89, .80, .70 ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้สำหรับเครื่องมือใหม่คือ ≥ .70 (Polit & Beck, 2019)

2) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโดยรวม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 เมื่อพิจารณารายด้านดังนี้ ด้านการรับประทานอาหารและน้ำ ด้านการดูแลความสะอาดร่างกาย ด้านการจัดสภาพสิ่งแวดล้อมรอบตัวเอง และด้านการจัดการความวิตกกังวลและเครียด มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .70, .74, .70, .71 ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้สำหรับเครื่องมือใหม่คือ ≥ .70 (Polit & Beck, 2019)

3.5 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ขอจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย ดังนี้

การเคารพความเป็นส่วนตัว (Respect for person) โดยให้อิสรภาพในการตัดสินใจของผู้ป่วย ผู้วิจัยให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนและให้เวลาการตัดสินใจแก่ผู้ป่วย โดยปราศจากความกดดันและมีอิสรภาพในการตัดสินใจที่จะพิจารณาเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้ป่วยยินยอมให้เซ็นหนังสือยืนยันความสมัครใจ (Informed consent) ในการเข้าร่วมการวิจัย ในการรักษาความลับของผู้ป่วย ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ผู้ป่วยสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาก่อนที่การวิจัย

จะสิ้นสุดลงโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ร่วมวิจัย

หลักผลประโยชน์และไม่เป็นโทษ (Beneficence and nonmaleficence) ผู้วิจัยมีการประเมินความเสี่ยงและประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ และเนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเป็นกลุ่มเปราะบางในการรับยาเคมีบำบัดมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ผู้วิจัยจะจัดพื้นที่ในการสอบถามข้อมูลที่เป็นสัดส่วนแยกจากผู้ป่วยอื่นและโดยผู้วิจัยจะใช้เวลาในการสอบถามภายในเวลาที่กำหนดในการวิจัยคือ 30 นาทีต่อราย ในด้านประโยชน์ผู้ป่วยอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ แต่ข้อมูลที่ได้จะมีประโยชน์เชิงวิชาการเพื่อนำไปพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อหลังได้รับเคมีบำบัดโดยการส่งเสริมการรับรู้ต่อไป

หลักยุติธรรม (Justice) ผู้วิจัยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างเหมาะสม โดยมีการใช้การสุ่มเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกโดยเท่าเทียมกัน การกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion) การคัดออก (Exclusion) อย่างเหมาะสม

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยยื่นแบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาในด้านจริยธรรมต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่การรับรอง 333-334/2565 วันที่ 10 ตุลาคม 2565 จนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

3.6.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

3.6.2 ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และได้รับเอกสารรับรองการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ใบรับรอง RE005/2566 วันที่ 14 ธันวาคม 2565 ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกในการเก็บข้อมูลในการศึกษาวิจัย

3.6.3 ผู้วิจัยทำการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีลักษณะตรงกับกลุ่มตัวอย่างและนำรายชื่อมาเรียงลำดับไว้ ผู้ที่มีลำดับที่ตรงกับตัวเลขที่สุ่มไว้ตามตารางเลขสุ่ม ผู้วิจัยคัดไว้เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัยต่อไป

3.6.4 ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยให้พยาบาลประจำคลินิกโรคมะเร็ง เป็นผู้ชี้แจงและขอคำยินยอมจากผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการวิจัย

3.6.5 ในขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ในวันที่ผู้ป่วยมาตามนัดที่คลินิกโรคมะเร็งโรงพยาบาลร้อยเอ็ด พยาบาลประจำคลินิกโรคมะเร็งเป็นผู้เชิญชวนผู้ป่วย และขอความร่วมมือเข้าร่วมโครงการ

ตามแบบยินยอมให้ทำการวิจัย เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการทำวิจัย พยาบาลประจำคลินิกให้ผู้ป่วยลงนามยินยอม

3.6.6 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง และสร้างสัมพันธภาพ และชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล

3.6.7 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากแบบบันทึกตามลำดับดังนี้ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วย โดยการสอบถามผู้ป่วยและจากระบบคอมพิวเตอร์ 2) แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อ และ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 30 นาที และในระหว่างการเก็บข้อมูลครั้งนี้ไม่พบผู้ป่วยมีอาการผิดปกติขณะเก็บข้อมูล

3.6.8 เมื่อสิ้นสุดการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และให้ตอบแบบสอบถามในข้อที่ยังไม่ครบถ้วน และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยจนสิ้นสุดการตอบแบบสอบถาม

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

3.7.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ การหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.7.2 ความเชื่อสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.7.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหพันธ์ด้วยวิธีของเพียร์สัน (Pearson’s product - moment correlation coefficient) เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงของข้อมูลแบบปกติ การพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ มีเกณฑ์ดังนี้ (รัตน์ศิริ ทาโต, 2562)

คา r มีค่าเท่ากับ 0 แปลว่า ไมมีความสัมพันธกัน

คา r มีค่าต่ำกว่า .30 แปลว่า มีความสัมพันธกันในระดับต่ำ

คา r มีค่า .30 ถึง .70 แปลว่า มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง

คา r มีค่ามากกว่า .70 ขึ้นไป แปลว่า มีความสัมพันธกันในระดับสูง

บทที่ 4
ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้นำเสนอผลการวิจัย

4.1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย

4.2 ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ

4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ

4.4 การอภิปรายผล

4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมด 72 คน ผลวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุ ร้อยละ 65.72 (อายุเฉลี่ย 63.7 ปี) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 69.45 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 80.56 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 59.74 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.60 รายได้ของครอบครัวต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 93.05 (รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 1,793 บาท) ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 76.39 และไม่มีปัญหาค่ารักษาพยาบาล ร้อยละ 48.61 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
18 - 59	25	34.73
60 - 84	47	65.27
$\bar{x}$=63.7 (SD ±9.9) Min = 39.0, Max= 84.0		
สถานภาพสมรส		
โสด	5	6.94
คู่	50	69.45
หม้าย	13	18.06
หย่า	3	4.17
แยก	1	1.38
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	1	1.39
ประถมศึกษา	58	80.56
มัธยมศึกษา	12	16.67
อนุปริญญา	1	1.38
อาชีพ		
ค้าขาย	5	6.95
รับจ้าง	5	6.95
เกษตรกรรม	43	59.74
ไม่ได้ทำงาน	19	26.38
นับถือศาสนา		
พุทธ	71	98.60
คริสต์	1	1.40

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน		
≤ 5,000	67	93.05
>5,000	5	6.95
$\bar{x}$ =1,983.33 (SD ±2,381.72) Min = 600 , Max = 12,000		
สิทธิการรักษา		
ข้าราชการ/องค์กรปกครองท้องถิ่น	9	12.49
ประกันสังคม	3	4.17
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	55	76.39
ชำระเงินเอง	5	6.95
ปัญหาเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล		
ไม่มี	35	48.61
มีเล็กน้อย	20	27.77
มีปานกลาง	12	16.67
มีมาก	5	6.95

4.2. ข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 59.73 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 44.44 มีการรักษาอื่นร่วมกับเคมีบำบัด ได้แก่ รังสีรักษา ร้อยละ 38.89 เคมีบำบัดสูตรที่ได้รับมากที่สุดคือ สูตร Carboplatin – paclitaxel ร้อยละ 50.0 จำนวนรอบการรักษาคือรอบที่ 2 ร้อยละ 48.61 ผลการตรวจ Absolute neutrophil count (ANC) มีค่ามากกว่า 2,000 Cell/mm^3 ร้อยละ 83.33 ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ECOG) ระดับ 1 ร้อยละ 94.45 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตาราง 2 ข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	43	59.73
มีโรคประจำตัว	29	40.27
วิธีการรักษาอื่นร่วมกับเคมีบำบัด		
มีการรักษาวิธีอื่นร่วม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	32	44.44
- รังสีรักษา	28	38.89
- กัญชาทางการแพทย์	3	4.17
- สมุนไพร	1	1.38
ไม่มีการรักษาวิธีอื่นร่วม	40	55.56
สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับ		
Cisplatin - vinorelbine	2	2.80
Carboplatin - paclitaxel	36	50.00
Carboplatin - gemcitabine	28	38.88
Carboplatin - etoposide	1	1.38
Sigle gemcitabine	1	1.38
Carboplatin - pemetrexed	1	1.38
Docetaxel	2	2.80
5FU-carboplatin	1	1.38
จำนวนรอบ (Cycle) การได้รับยา		
รอบที่ 2	35	48.61
รอบที่ 3	15	20.83
รอบที่ 4	5	6.94
รอบที่ 5	8	11.11
รอบที่ 6	9	12.51

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
Absolute neutrophil count (ANC) (Cell/mm^3)		
> 2,000 ขึ้นไป (ความรุนแรงระดับ 0 ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ)	60	83.33
> 1,500 ≤ 2,000 (ความรุนแรงระดับ1 อัตราเสี่ยงการติดเชื้อ 0-3 %)	7	9.72
≥ 1,000 ≤ 1,500 (ความรุนแรงระดับ 2 อัตราเสี่ยงการติดเชื้อ 5-15 %)	5	6.95
$\bar{X}$=3.99, SD =2.31, Min = 1,055 , Max = 13,410		
สมรรถนะทางกาย Performance status (PS)		
ความสามารถในชีวิตประจำวัน (ECOG ระดับ 1)	68	94.45
ความสามารถในชีวิตประจำวัน (ECOG ระดับ 2)	4	5.55

4.3 ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อ

4.3.1 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.88, SD = .41) เมื่อพิจารณาความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อ ($\bar{X}$ = 4.10, SD = .63) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ ($\bar{X}$ = 4.14, SD = .72) และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว ($\bar{X}$ = 4.20, SD = .61) อยู่ในระดับสูง ส่วนด้านอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.82, SD = .40) ดังตารางที่ 3

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

ตาราง 3 ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	ช่วงคะแนน	Min	Max	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม	1-5	2.60	4.63	3.88	.41	สูง
รายด้าน						
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อ	1-5	2.22	5.00	4.10	.63	สูง
การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ	1-5	1.50	5.00	4.14	.72	สูง
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว	1-5	2.20	5.00	4.20	.61	สูง
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัว	1-5	1.00	4.50	2.82	.40	ปานกลาง

4.4 พฤติกรรมสุขภาพการป้องกันการติดเชื้อ

พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 4.25, SD = .43) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันการ ติดเชื้อพบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านอาหารและน้ำ ($\bar{X}$ = 4.33, SD = .55) ด้านการดูแลความสะอาดร่างกาย ($\bar{X}$ = 4.37, SD = .49) ด้านการจัดสภาพสิ่งแวดล้อมรอบตัวเอง ($\bar{X}$ = 4.18, SD = .76) และด้านการจัดการความวิตกกังวลและเครียด ($\bar{X}$ = 4.00, SD = .65) อยู่ในระดับสูงทุกด้าน ดังตารางที่ 4

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

ตาราง 4 พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	ช่วงคะแนน	Min	Max	$\bar{x}$	SD	ระดับ
พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโดยรวม	1-5	3.00	5.00	4.25	.43	สูง
รายด้าน						
ด้านการรับประทานอาหารและน้ำ	1-5	2.62	5.00	4.33	.55	สูง
ด้านการดูแลความสะอาดร่างกาย	1-5	2.80	5.00	4.37	.49	สูง
ด้านการจัดสภาพสิ่งแวดล้อมรอบตัวเอง	1-5	2.00	5.00	4.18	.76	สูง
ด้านการจัดการความวิตกกังวลและเครียด	1-5	1.67	5.00	4.00	.65	สูง

4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัยพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .39) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระดับน้อย หากพิจารณารายด้าน พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .34, r = .38 ตามลำดับ) และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ (r = - .19) เป็นความสัมพันธ์ระดับน้อย ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ (r = .18, *p*.>.05) ดังตารางที่ 5

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

ตาราง 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ

ข้อมูลการรับรู้	พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์ (r)	p-value
ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม	.39*	.02
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อ	.34*	.02
การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ	.18	.65
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว	.38*	.00
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัว	- .19*	.04

r = Pearson's product - moment correlation coefficient

*p < .05

4.6 อภิปรายผล

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามลำดับดังนี้

4.6.1 ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อโดยรวมอยู่ในระดับสูง เนื่องจากผู้ป่วยมีความเชื่อสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อรายด้าน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ และด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับสูง สามารถอภิปรายได้ว่าอาจเนื่องจากในช่วงที่ศึกษาเป็นช่วงที่มีการระบาดของโควิด- 19 ลดลง ทางหน่วยงานมีการจัดบริการในการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยที่เริ่มการรักษาด้วยเคมีบำบัดทุกรายก่อนการเริ่มการรักษาด้วยเคมีบำบัด โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค วิธีการรักษา ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด และการดูแลตนเองเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด รวมทั้งมอบสมุดคู่มือประจำตัวรับเคมีบำบัด ที่มีรายละเอียดคำแนะนำการปฏิบัติตัวกลับไปที่บ้านด้วย และในทุกรอบที่ผู้ป่วยมารับบริการตามนัดผู้ป่วยได้รับการประเมินการติดเชื้อทุกครั้ง จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพสูงขึ้น ซึ่งแตกต่างจากการศึกษานำร่อง ที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เกิดจากในช่วงระบาดของ โควิด- 19 ทำให้ไม่สามารถจัดระบบการให้บริการในเรื่องการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยอย่างเต็มรูปแบบและต้องเว้นระยะห่างจากผู้รับบริการ ทำให้มีการใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยน้อยลง ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลาง อาจเกิดจากของตัวผู้ป่วยเอง มีข้อมูลสนับสนุนจากการตอบคำถามการรับรู้อุปสรรครายข้อ พบว่าผู้ป่วยมีอุปสรรคปานกลางใน

เรื่อง ไม่สามารถจัดหาหรือซื้ออุปกรณ์ในการป้องกันการติดเชื้อได้เพียงพอ เช่น หน้ากากอนามัย น้ำยาล้างมือ มีปัญหาเรื่องผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรม เช่น การเตรียมอาหาร การทำงานบ้าน การทำความสะอาดร่างกาย ปัญหาเรื่องเงินในการซื้ออาหารเสริมมารับประทาน การไม่สุขสบายจากโรคทำให้เป็นอุปสรรคต่อการรักษาความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อม มีความวิตกกังวลสูงจนไม่สามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อเป็นเรื่องยุ่งยาก และขาดความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อทำให้ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง

จากผลงานวิจัยครั้งนี้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อ มีงานวิจัยของสุกัญญา สุขีรัตน์ และคณะ (2555) มาสนับสนุนผลการวิจัยนี้ที่พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อ และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับสูง และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลาง แต่งานวิจัยครั้งนี้แตกต่างจากผลการวิจัยของ สุกัญญา สุขีรัตน์ และคณะ (2555) ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้ออยู่ในระดับสูง

4.6.2. พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อรายด้านพบว่าอยู่ในระดับสูงทุกด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลความสะอาดร่างกาย ด้านอาหารและน้ำ ด้านการจัดสภาพสิ่งแวดล้อมรอบตัวเอง และด้านการจัดการความวิตกกังวลและเครียด อภิปรายได้ว่าในช่วงเก็บข้อมูลเป็นช่วงที่มีการระบาดของโควิด- 19 ลดลง และทางหน่วยงานมีระบบการเตรียมผู้ป่วยก่อนได้รับเคมีบำบัดและมีการให้ความรู้กับผู้ป่วยในเรื่องโรคที่เป็นและการปฏิบัติตัวระหว่างการได้รับเคมีบำบัดดังที่กล่าวมาแล้ว ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อในภาพรวมสูงขึ้นด้วย จึงทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้เหมาะสม มีงานวิจัยสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้ เช่น งานวิจัยของ ยงยุทธ วัฒนาไชย (2564) พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ผลการวิจัยครั้งนี้แตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่าพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ลินยา ทองสมุทร และคณะ, 2560; หยาดรุ้ง อุไรพันธุ์, 2557)

4.6.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

ผลการศึกษาพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวมี

ความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ ยกเว้นการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ

จากผลการวิจัยที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ สามารถอภิปรายได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) ที่กล่าวว่า บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันเมื่อมีความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพที่พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ ถึงแม้การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ แต่เมื่อพิจารณาการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อโดยรวมและรายข้อพบว่าอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อที่อยู่ในระดับสูงเช่นกัน ซึ่งผลที่ได้เป็นไปในทิศทางเดียวกันคือ การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้ออยู่ในระดับสูง ทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเพิ่มขึ้น การที่ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ อาจเนื่องจากมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ 3 ข้ออยู่ในระดับปานกลางในเรื่อง 1) การบ้วนปากด้วยน้ำเกลือเพื่อป้องกันการเกิดแผลและติดเชื้อในช่องปาก 2) การไม่นำแจกันดอกไม้สดมาไว้ในบ้านหรือห้องพัก และ 3) เมื่อมีความเครียดจะทำงานอดิเรก เช่น รดน้ำต้นไม้ ทำงานฝีมือ ทำอาหารหรือขนม อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์เพิ่มเติม พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ (ในภาคผนวก ช ตารางที่ ช -1) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุกัญญา สุขีรัตน์ และคณะ (2555) ที่วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีเดียวกัน จึงสนับสนุนทฤษฎีความเชื่อด้านสุ**ข**ภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีเพียงงานวิจัยเดียวที่ศึกษา ผลการวิจัยครั้งนี้แตกต่างจากผลการวิจัยของ สุกัญญา สุขีรัตน และคณะ (2555) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ ที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ แต่การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ ส่วนการรับรู้ความแรงของการติดเชื้อของงานวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ แต่หากวิเคราะห์ด้วยสถิติไควสแควร์เช่นเดียวกับของ สุกัญญา สุขีรัตน์ และคณะ (2555) พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเช่นเดียวกัน

สำหรับงานวิจัยอื่น ๆ ที่ไม่ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโดยตรง แต่ได้ผลการวิจัยที่สามารถนำมาสนับสนุนผลการวิจัยครั้งนี้ เช่นงานวิจัยของ ลินยา เทสมุทร และคณะ (2560) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแบบเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์ที่ได้รับเคมีบำบัด และพบว่าการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ แต่การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนสงกรานต์ เสือเถื่อน และคณะ (2562) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่ไม่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมด และพบว่ามีเพียงการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมด

พหูน ปณฺฑิโต ชีเว

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สรุปผลการวิจัย ข้อจำกัดการวิจัย และข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.2 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งปอด และได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดรอบที่ 2 ขึ้นไป จำนวน 72 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อ และ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 และ .84 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ สัมประสิทธิ์สหพันธ์ด้วยวิธีของเพียร์สันเนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงปกติ

ผลการวิจัยสรุปว่า

5.1.1 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อโดยรวมอยู่ในระดับสูง ความเชื่อสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อ รายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้ออยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลาง

5.1.2 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโดยรวมอยู่ในระดับสูง พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านอาหารและน้ำ ด้านการดูแลความสะอาดร่างกาย ด้านการจัดสภาพสิ่งแวดล้อมรอบตัวเอง ด้านการจัดการความวิตกกังวล และความเครียดอยู่ในระดับสูง

5.1.3 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ พบดังนี้

5.1.3.1 ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อโดยรวมมีความสัมพันธ์

ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .39) เป็นความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

5.1.3.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .34) เป็นความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

5.1.3.3 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .38) เป็นความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

5.1.3.4 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = - .19) เป็นความสัมพันธ์ระดับต่ำ

5.1.3.5 การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ (r = .18, p > ,05)

5.2 ข้อจำกัดการวิจัย

1. เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยในช่วงเก็บข้อมูลมีน้อย และผู้วิจัยมีข้อจำกัดเรื่องเวลา ถึงแม้ว่าผู้วิจัยได้มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยใช้วิธีการสุ่มจากตารางเลขสุ่ม แต่เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างระหว่างวัยผู้ใหญ่และวัยผู้สูงอายุมีความต่างกัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยผู้สูงอายุร้อยละ 66.7 และวัยผู้ใหญ่ร้อยละ 33.3 นอกจากนี้ยังพบว่าในแต่ละวงรอบของการได้รับเคมีบำบัดมีสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกันเช่นกัน โดยพบว่าส่วนมากอยู่ในวงรอบที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 48.6 รองลงมาเป็นวงรอบที่ 3 ร้อยละ 20.8 ส่วนวงรอบที่ 4, 5 และ 6 มีร้อยละ 6.6, 11.1 และ 12.5 ตามลำดับ ซึ่งทั้งอายุและวงรอบของการได้รับเคมีบำบัดอาจมีผลต่อความเชื่อและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ

2. เนื่องจากในช่วงเก็บข้อมูลเป็นช่วงที่มีสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ลดลง และมีการปรับรูปแบบการจัดบริการในการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยที่เริ่มการรักษาด้วยเคมีบำบัดทุกราย จึงอาจมีผลต่อความเชื่อสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ

5.3 ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

5.3.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากผลการวิจัยที่พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนรายข้อในระดับปานกลาง 5 ข้อ ในเรื่อง 1) มีความวิตกกังวล 2) มีปัญหาเรื่องผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรม 3) ปัญหาเรื่องการเงินในการซื้ออาหารเสริมมารับประทาน 4) ขาดความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ และ 5) มีอาการไม่สุขสบายจากโรค และมีคะแนนรายข้ออยู่ในระดับต่ำ 2 ข้อ ในเรื่อง 1) การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อเป็นเรื่องยุ่งยาก และ 2) การจัดหาอุปกรณ์เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ดังนั้นใบทบาทพยาบาลจึงควรมีการส่งเสริมการสร้างกลยุทธ์เพื่อลดอุปสรรคในการปฏิบัติตัวให้กับผู้ป่วยในบทบาทที่สามารถทำได้ ดังนี้

1) ปัญหาความวิตกกังวลและปัญหาเรื่องผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรม จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพิ่มเติมพบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในเรื่อง ไม่มีคนดูแลที่บ้านและไม่มีผู้ที่พามาโรงพยาบาล ต้องรอผู้ดูแลให้ว่างจากภาระกิจการงานก่อน และวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทางและการมาตรวจตามนัด พยาบาลสามารถเตรียมผู้ดูแลให้เข้าใจเกี่ยวกับแผนการรักษา และการช่วยดูแลผู้ป่วยก่อนออกไปทำภาระกิจการงาน เช่น การเตรียมอาหารและน้ำดื่ม การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านและอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อไว้ให้พร้อม และหากมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล พยาบาลประสานงานกับนักสงคมสงเคราะห์ให้การช่วยเหลือ หากมีปัญหาเรื่องเวลาในการมาตรวจตามนัดพยาบาลให้ผู้ดูแลสามารถติดต่อกับพยาบาลเพื่อปรับเวลานัด

2) ปัญหาเรื่องการเงินในการซื้ออาหารเสริมมารับประทาน พยาบาลสามารถให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับอาหารที่ทดแทนอาหารเสริมได้โดยไม่จำเป็นต้องซื้อ เช่น ไข่ นม ปลา ที่สามารถหาได้ในท้องถิ่น

3) ปัญหาขาดความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ พยาบาลควรหาวิธีในการสอนในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้หลากหลาย เช่น จัดรูปแบบการสอนในคลินิก การเตรียมแผ่นพับ ให้ดูวิดิโอขณะรอตรวจ และผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลและสอบถามทางช่องทางออนไลน์จากแอปพลิเคชันจากเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ นอกจากนี้ควรเพิ่มช่องทางการขอคำปรึกษาโดยตรงจากพยาบาลทางโทรศัพท์ เป็นต้น

4) ปัญหาจากอาการไม่สุขสบายจากโรค จากการสัมภาษณ์เพิ่มเติม พบว่าผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยเพลีย กินไม่ค่อยได้ นอนไม่หลับ พยาบาลหาวิธีการจัดการอาการและสอนผู้ป่วยและผู้ดูแลในการจัดการอาการของผู้ป่วย

5) ปัญหาเรื่องมีความยุ่งยากในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อและการจัดหาอุปกรณ์เพื่อป้องกันการติดเชื้อ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพิ่มเติมพบว่ามีความยุ่งยากในการดูแลความสะอาดร่างกาย การดูแลเรื่องอาหารและน้ำ และการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้าน พยาบาลสามารถเตรียมผู้ดูแลให้เข้าใจเกี่ยวกับแผนการรักษา ส่วนปัญหาเรื่องเงินในในการจัดซื้ออุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อพยาบาลสามารถช่วยเหลือได้โดย

ด้านพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อที่มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง มี 3 ข้อ ในเรื่อง 1) การบ้วนปากด้วยน้ำเกลือเพื่อป้องกันการเกิดแผลและติดเชื้อในช่องปาก 2) ไม่นำแจกันดอกไม้สดมาไว้ในบ้านหรือในห้องพัก 3) เมื่อมีความเครียดจะทำงานอดิเรก เช่นรดน้ำต้นไม้ ทำงานฝีมือ ทำอาหารหรือขนม ดังนั้นในบทบาทพยาบาลจึงควรมีการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อให้กับผู้ป่วยที่รับเคมีบำบัด ดังนี้

1) การบ้วนปากด้วยน้ำเกลือเพื่อป้องกันการเกิดแผลและติดเชื้อในช่องปาก จากการสัมภาษณ์เพิ่มเติม พบว่าผู้ป่วยหลังรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มจะไม่บ้วนปาก ส่วนใหญ่คิดว่าแปรงฟันเช้า เย็น ก็เพียงพอแล้ว และจะเริ่มบ้วนปากด้วยน้ำเกลือบ้วนมากเมื่อรู้สึกเจ็บหรือแสบในปาก ซึ่งเป็นระยะที่มีแผลแล้ว มีโอกาสติดเชื้อมากกว่า พยาบาลควรหาวิธีการสอนและเน้นเพิ่มเติมในการดูแลความสะอาดช่องปากและประเมินช่องปากทุกรอบที่มารับบริการ

2) ไม่นำแจกันดอกไม้สดมาไว้ในบ้านหรือในห้องพัก จากการสัมภาษณ์เพิ่มเติม พบว่าผู้ป่วยจะเอาดอกไม้สดมาเพื่อไหว้พระและไม่เก็บออก พยาบาลสามารถเตรียมญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านและรอบตัวผู้ป่วย

3) เมื่อมีความเครียด จากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมผู้ป่วยจะนอนพักเพราะคิดว่านอนหลับจะลดความเครียดได้ดีกว่า ในบทบาทพยาบาลควรค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ป่วยเพื่อนำมาวางแผนให้การช่วยเหลือเพื่อลดความเครียดให้กับผู้ป่วย

5.3.2 ด้านการวิจัย

1) เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่รับเคมีบำบัดส่วนใหญ่อยู่ในวงรอบที่ 2 ควรมีการศึกษาวิจัยซ้ำในเรื่องเดิมในกลุ่มผู้ป่วยที่มีวงรอบการได้รับเคมีบำบัดที่ต่างกัน

2) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่รับเคมีบำบัดเนื่องจากยังไม่มีการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้

3) เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องผู้ดูแลในการช่วยเหลือในการดูแลตนเองและการจัดสิ่งแวดล้อม และการพามาโรงพยาบาล ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองโดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการติดเชื้อและส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ

บรรณานุกรม

Al-Tawfiq, J. A., Hinedi, K., Khairallah, H., Saadeh, B., Abbasi, S., Noureen, M., Raza, S., & Alkhatti, A. (2019). Epidemiology and source of infection in patients with febrile neutropenia: A ten-year longitudinal study. *J Infect Public Health*, 12(3), 364-366. https://doi.org/10.1016/j.jiph.2018.12.006

American Cancer Society. (2020). *<cancer 2020.pdf>*. https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2020/estimated-number-of-new-cancer-cases-and-deaths-by-sex-2020.pdf

Feng, S. H., & Yang, S. T. (2019). The new 8th TNM staging system of lung cancer and its potential imaging interpretation pitfalls and limitations with CT image demonstrations. *Diagn Interv Radiol*, 25(4), 270-279. https://doi.org/10.5152/dir.2019.18458

Goldman JD, G. A., Jain R, Stednick Z, Menon M, Boeckh MJ, Pottinger PS, Schwartz SM, Casper C. . (2017). Infusion Compatible Antibiotic Formulations for Rapid Administration to Improve Outcomes in Cancer Outpatients With Severe Sepsis and Septic Shock *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 15(4), 457–464. https://doi.org/10.6004/jnccn.2017.0045

Kochanek, M., Schalk, E., von Bergwelt-Baildon, M., Beutel, G., Buchheidt, D., Hentrich, M., Henze, L., Kiehl, M., Liebregts, T., von Lilienfeld-Toal, M., Classen, A., Mellinghoff, S., Penack, O., Piepel, C., & Boll, B. (2019). Management of sepsis in neutropenic cancer patients: 2018 guidelines from the Infectious Diseases Working Party (AGIHO) and Intensive Care Working Party (iCHOP) of the German Society of Hematology and Medical Oncology (DGHO). *Ann Hematol*, 98(5), 1051-1069. https://doi.org/10.1007/s00277-019-03622-0

Lalami, Y., & Klastersky, J. (2017). Impact of chemotherapy-induced neutropenia (CIN) and febrile neutropenia (FN) on cancer treatment outcomes: An overview about well-established and recently emerging clinical data., 120, 163-179.

https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2017.11.005

Limvorapitak, W., & Khawcharoenporn, T. (2015). Incidence, Risk Factors, and Outcomes of Febrile Neutropenia in Thai Hematologic Malignancy Patients Receiving Chemotherapy: A 6-year Retrospective Cohort Study. *Asian Pac J Cancer Prev*, 16(14), 5945-5950. https://doi.org/10.7314/apjcp.2015.16.14.5945

Organization, o. H. (2020). *WHO REPORT ON CANCER SETTING PRIORITIES, INVESTING WISELY AND PROVIDING CARE FOR ALL*.

Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health education monographs*, 2(4), 328-335.

Shah, A., Perimbeti, S., Bukhari, S., Wismer, M., Senchak, J., Marconcini, L., Lee, W., Ward, K., Styler, M., & Jain, M. (2016). Higher Mortality Rates in Breast and Lung Cancer Patients Admitted for Febrile Neutropenia: An Analysis of Outcomes Based on Data from the Nationwide Inpatient Sample from 2006-2013. *Blood*, 128(22), 5904-5904. https://doi.org/10.1182/blood.V128.22.5904.5904

Strojnik, K., Mahkovic-Hergouth, K., Novakovic, B. J., & Seruga, B. (2016). Outcome of severe infections in afebrile neutropenic cancer patients. *Radiol Oncol*, 50(4), 442-448. https://doi.org/10.1515/raon-2016-0011

Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*, 71(3), 209-249. https://doi.org/10.3322/caac.21660

Te Marvelde, L., Whitfield, A., Shepheard, J., Read, C., Milne, R. L., & Whitfield, K. (2020). Epidemiology of sepsis in cancer patients in Victoria, Australia: a population-based study using linked data. *Aust N Z J Public Health*, 44(1), 53-58. https://doi.org/10.1111/1753-6405.12935

Travis, W. D., Brambilla, E., Nicholson, A. G., Yatabe, Y., Austin, J. H. M., Beasley, M. B., Chirieac, L. R., Dacic, S., Duhig, E., Flieder, D. B., Geisinger, K., Hirsch, F. R., Ishikawa, Y., Kerr, K. M., Noguchi, M., Pelosi, G., Powell, C. A., Tsao, M. S., Wistuba, I., & Panel, W. H. O. (2015). The 2015 World Health Organization Classification of Lung Tumors: Impact of Genetic, Clinical and Radiologic Advances Since the 2004 Classification. *J Thorac Oncol*, 10(9), 1243-1260.

https://doi.org/10.1097/JTO.0000000000000630

เกษแก้ว เสียงเพราะ. (2563). ทฤษฎีเทคนิคการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการประยุกต์ใช้ในงานสาธารณสุข.

ชนนิกานต์ ศิริจันทรวัจ, & ระพีเพ็ญ พัฒนาพลกรสกุล. (2564a). ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วารสารสุขภาพ, 36(1), 74-83.

ชนนิกานต์ ศิริจันทรวัจ, & ระพีเพ็ญ พัฒนาพลกรสกุล. (2564b). ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วารสารสุขภาพ, 36(1), 74-83.

ชิดชนก รุ่งเรือง, & ศิริเทียรทอง, ท. (2562). ผลของเคมีบำบัดต่อโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารโภชนบำบัด, 27(2), 57-66.

ณัฏฐ์ชญา ไชยวงษ์. (2557). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด วารสารพัฒนาสุขภาพชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น 8(1), 1-16.

ดรุณี บุญหนู. (2555a). ความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ดรุณี บุญหนู. (2555b). ความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์].

ถกลกิจสกุล, ก. (2564). ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อในกระแสโลหิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดก้อนที่ได้รับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลหนองคาย วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 29(3), 391-402.

ปิยะวดี เทพรัตน์, & นงลักษณ์ คณิตทรัพย์. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำของผู้ป่วยมะเร็งหลังการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด. ธรรมศาสตร์เวชสาร, 15(2), 200-209.

ปิยะวดี เทพรัตน์, & นงักษณ์ คณิตทรัพย์. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำของผู้ป่วยมะเร็งหลังการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด. ธรรมศาสตร์เวชสาร, 15(2), 200-209.

พรชัย วัฒนเสาวลักษณ์, & นราวดี เนียมหุ่น. (2560a). การประเมินสภาวะทางสุขภาพอย่างครอบคลุมและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ชนิดร้ายแรงจากยาในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัด. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน

13(4), 24-38.

พรชัย วัฒนเสาวลักษณ์, & นราวดี เนียมหุ่น. (2560b). การประเมินสภาวะทางสุขภาพอย่างครอบคลุมและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ชนิดร้ายแรงจากยาในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัด. .

วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน, 13(4), 24-38.

พัชรินทร์ อุตศรี, ลักขณา บุญญกา, & อภิษฎา สุเทพวานนท์. (2564). ศึกษาความชุกของการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษามะเร็งด้วยยาเคมีบำบัดหรือการฉายรังสีรักษา. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 36(2), 26-32.

ภัทรพล คำสอนทา, & และ สุวลี โล่วิรกรณ์. (2564). ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 14(4), 49-61.

ลินยา เทสมุทร, ทวีลักษณ์ วรรณฤทธิ์, & อดิศักดิ์ ตันติวรวิทย์. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแบบเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์ที่ได้รับเคมีบำบัด. พยาบาลสาร, 44(พิเศษ), 45-56.

วชิราภรณ์ มุสิกา. (2565). อัตรารอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งปอดหลังการวินิจฉัยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ : ข้อมูลล่าสุดจากทะเบียนมะเร็งโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ระหว่างปี พ.ศ. 2556 ถึง 2560. ศรีนครินทร์เวชสาร, 36(1), 105-110.

วรันณ์ธร โพธารินทร์, วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม, วรวุฒิ แสงทอง, & คณะ. (2564). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์, 8(9), 131-143.

วรันณ์ธร โพธารินทร์, วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม, วราวุฒิ แสงทอง, ยุทธชัย ไชยสิทธิ์, ล., มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, ธีราพร บุญล้อม, & และคณะ. (2564). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์, 8(9), 131-143.

วาเลนน์ณี แก้วบับพา. (2558). ผลของภาวะพหุสัณฐานของยีน *ERCC*1 ต่ออัตราการตอบสนองและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของเคมีบำบัดด้วยยากลุ่มแพลตินัมในผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดไม่ใช่เซลล์เล็กระยะท้าย.

ศรุตา ฟักนวม. (2563). ภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยหลังการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลศูนย์นครปฐม วารสารแพทย์ เขต 4-5, 39(1), 25-64.

สมาคมพยาบาลโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย. (2564). ความปลอดภัยการให้ยาเคมีบำบัด ข้อเสนอแนะและแนวทางปฏิบัติ.

สมาคมพยาบาลโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย. (2564). ความปลอดภัยการให้ยาเคมีบำบัด: ข้อเสนอแนะและแนวทางปฏิบัติ [book].

สุชีลา เตชะตา. (2564). การเปรียบเทียบการเกิดเยื่อบุช่องปากอักเสบจากการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด หอผู้ป่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลสันกำแพง. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 6(4), 67-74.

สุณีย์ เอกนุช, วันชัย เลิศวัฒนวิลาศ, & ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล. (2559). ผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติการป้องกันการ ติดเชื้อและอุบัติการณ์การติดเชื้อในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับเคมีบำบัด. พยาบาลสาร, 43(5), 207-216.

สุทธิสาร, ก., & สมใจวงษ์, แ. บ. (2564). ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดสูตร FOLFOX 4. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 44(4), 17-28.

สุรีย์พร ปุญญกริยากร. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 23(1), 70-79.

สุรีย์พร ปุญญกริยากร. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

23(1), 70-79.

หยาดรุ้ง อุไรพันธ์. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วารสารพยาบาลทหารบก, 15(1), 57-92.

อภิญญา คารมปราชญ์, & (2560)., แ. (2560). การจัดการอาการและผลลัพธ์การจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. ศรีนครินทร์เวชสาร, 32(4), 236-331. https://li01.tci-thaijo.org/index.php/SRIMEDJ/article/view/96698

อมร ตามไท. (2564). ประสิทธิภาพความทนต่อยาและผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดสูตรแรกในผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดชนิดเซลล์ที่ขนาดไม่เล็กระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลลำปาง. ลำปางเวชสาร, 42(1), 21-31.

อรรณพ กิตติวราวุฒิ, & พยอม บรรเทาวงษ์. (2557). การศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่รักษาในโรงพยาบาลพระปกเกล้า. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 31(4), 248-265.

บรรณานุกรม

กนกกัญญา สุทธิสาร และบุษบา สมใจวงษ์. (2564). ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดสูตร FOLFOX 4. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, *44*(4), 17-28.

กาญจนาภรณ์ ถกลกิจสกุล. (2564). ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อในกระแสโลหิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดก้อนที่ได้รับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลหนองคาย. *วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลอุดรธานี*, 29(3), 391-402.

เกษแก้ว เสียงเพราะ. (2563). *ทฤษฎีเทคนิคการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการประยุกต์ใช้ในงานสาธารณสุข* (พิมพ์ครั้งที่ 1). สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จันทร์ฉาย มณีวงษ์ และขวัญฤทัย จันธุ. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล. *วารสาร มฉก.*, *26*(1), 14-24.

ชนนิกานต์ ศิริจันทรวัจ และระพีเพ็ญ พัฒนาพลกรสกุล. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วารสารสุขภาพ, *36*(1), 74-83.

ชมภู่ ปริตรศิรประภา และศจีรัตน์ โกศล (2564). ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือดและมะเร็งโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา, *1*(2), 83-96.

ชิดชนก รุ่งเรือง และทิพวรรณ ศิริเทียรทอง. (2562). ผลของเคมีบำบัดต่อโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็ง.วารสารโภชนบำบัด, *27*(2). 57-66.

ชิตเขต โตเหมือน, มารยาท โตเหมือน และชมภูนุช สายสาคร (2563). *สถิติโรคมะเร็ง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด* (พิมพ์ครั้งที่ 1). ทันใจการพิมพ์.

ณัชชา เจริญสรรพกิจ. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพการรับรู้อาการเตือนกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว, *3*(3), 46-58.

ดรุณี บุญหนู. (2555). *ความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด.* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์]. ฐานข้อมูลวิจัย (ThaiLis).

ดวงพร บริสุทธิ์บัวทิพย์. (2561). ภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวในเลือดต่ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที ได้รับยาเคมีบำบัดในคณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. *วชิรเวชสาร*, *58*(3), 22-32.

ทรงเดช ประเสริฐศรี และนันธิดา พันธุศาสตร์. (2561). ปัจจัยที่สนับสนุนการติดเชื้อและความรุนแรงการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, *36*(2), 22-30.

นันทฉัตร ระฮุง, นันทพร ภัทรพุทธ และศรีรัตน์ ล้อมพงศ์. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพต่อการเกิดมะเร็งกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้ประกอบอาชีพริมถนน. *วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา*, *13*(2), 67-78.

นุชนารถ อุดมญาติ และศิราณีย์ อินธรหนองไผ่. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, *33*(4), 103-111.

ปิยะวดี เทพรัตน์ และนงลักษณ์ คณิตทรัพย์. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำของผู้ป่วยมะเร็งหลังการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, *15*(2), 200-209.

พงษ์สิทธิ์ พงษ์ประดิษฐ์, มณี อาภานันทิกุล และยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม. (2554). ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม. *วารสารรามาธิบดี*, *18*(1), 70-83.

พรชัย วัฒนเสาวลักษณ์ และนราวดี เนียมหุ่น. (2560). การประเมินสภาวะทางสุขภาพอย่างครอบคลุมและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ชนิดร้ายแรงจากยาในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัด. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*, *13*(4), 24-38.

พัชรินทร์ อุตศรี, ลักขณา บุญญกา และอภิษฎา สุเทพวานนท์. (2564).ศึกษาความชุกของการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษามะเร็งด้วยยาเคมีบำบัดหรือการฉายรังสีรักษา. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, *36*(2), 26-32.

พิจิตรา เล็กดำรงกุล, คนึงนิจ พงศ์ถาวรกมล, นพดล ศิริธนารัตนกุล และธนิษฐา ชมพูบุบผา. (2557). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, *32*(3), 31-41

พินทุมาศ อุตกฤษฏานนท์. (2564). การศึกษาย้อนหลังปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด ชนิดไม่ใช่เซลล์ตัวเล็กระยะแพร่กระจายในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ มากกว่า 70 ปี ในโรงพยาบาลสระบุรีระหว่างปี 2553-2557. วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 63(2), 275-286.

รังสันต์ ไชยคำ, ลาวัลย์ รักษนาเวศ, นันทพร พิชะยะ และจุฬาภรณ์ สุขศรีสวัสดิ์. (2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรรมโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี *วารสารกรมการแพทย์*, *43*(6), 68-73.

รัตน์ศิริ ทาโต. (2551) การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ยงยุทธ วัฒนาไชย. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. *สรรพสิทธิเวชสาร*, *32*(1-3), 41-51

ลินยา เทสมุทร. (2557). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแบบเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์ที่ได้รับเคมีบำบัด*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่]. ฐานข้อมูลวิจัย (ThaiLis).

ลินยา เทสมุทร, ทวีลักษณ์ วรรณฤทธิ์ และอดิศักดิ์ ตันติวรวิทย์. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแบบเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์ที่ได้รับเคมีบำบัด. *พยาบาลสาร*, *44*(พิเศษ), 45-56.

วชิราภรณ์ มุสิกา, สุพจน์ คำสะอาด, ชนัญญา จิระพรกุล, ฉลองพล สารทอง , อนัฆพงษ์ พันธุ์มณี. (2565). อัตรารอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งปอดหลังการวินิจฉัยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ : ข้อมูลล่าสุดจากทะเบียนมะเร็งโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ระหว่างปี พ.ศ. 2556 ถึง 2560. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, *36*(1), 105-110.

วรรณิตา สอนกองแดง, ศรีพรรณ กันธวัง และศรีมนา นิยมค้า. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลเรื่องอาหารเพื่อป้องกันการติดเชื้อในเด็กป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากเคมีบำบัด. *พยาบาลสาร 44*(พิเศษ), 94-106.

วรันณ์ธร โพธารินทร์, วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม, วราวุฒิ แสงทอง, ยุทธชัย ไชยสิทธิ์, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, ธีราพร บุญล้อม และคณะ. (2564). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด *วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์*, *8*(9), 131-143.

วาเลนน์ณี แก้วบับพา. (2558). *ผลของภาวะพหุสัณฐานของยีน ERCC1 ต่ออัตราการตอบสนองและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของเคมีบำบัดด้วยยากลุ่มแพลตินัมในผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดไม่ใช่เซลล์เล็กระยะท้าย*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์].

ศักดิ์ชัย กามโร และรุจิรา ดวงสงค์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีของญาติผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีในจังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, *22*(2), 5-18.

ศรุตา ฟักนวม. (2563). ภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยหลังการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลศูนย์นครปฐม *วารสารแพทย์ เขต 4-5*, *39*(1), 25-64.

ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. (2563). สถิติผู้ป่วยมะเร็งที่มารับบริการในปี พ.ศ. 2561-2563.

สงกรานต์ เสือเถื่อน, นงนุช โอบะ และอุมาพร ห่างรุ่งชโรทร. (2562). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่ไม่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก. *วารสารพยาบาลและสุขภาพ*, *13*(3), 80-93.

สมาคมพยาบาลโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย. (2564). *ความปลอดภัยการให้ยาเคมีบำบัด: ข้อเสนอแนะและแนวทางปฏิบัติ*. (พิมพ์ครั้งที่1). บริษัท ซิกมา กราฟฟิคส์ จำกัด.

สุกัญญา สุขีรัตน์, ทัศนีย์ รวิวรกุล และอรวรรณ แก้วบุญชู. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นจังหวัด อ่างทอง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, *28*(1), 2-13.

สุชีลา เตชะตา. (2564). การเปรียบเทียบการเกิดเยื่อบุช่องปากอักเสบจากการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด หอผู้ป่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลสันกำแพง. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, *6*(4), 67-74.

สุณีย์ เอกนุช, วันชัย เลิศวัฒนวิลาศ, และทิพาพร วงศ์หงษ์กุล. (2559). ผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติการป้องกันการ ติดเชื้อและอุบัติการณ์การติดเชื้อในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับเคมีบำบัด. *พยาบาลสาร*, *43*(5), 207-216.

สุรีย์พร ปุญญกริยากร. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, *23*(1), 70-79.

หยาดรุ้ง อุไรพันธุ์. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *วารสารพยาบาลทหารบก*, *15*(1), 87-92

อภิชญา ลือพืช และขวัญจิต ด่านวิไล. (2564). อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิลต่ำในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, *9*(1), 181-191.

อภิญญา คารมปราชญ์, เพชรไพลิน ชัยชาญ, อุมาพร แสนทวีสุข และเอื้อมแข สุขประเสริฐ (2560). การจัดการอาการและผลลัพธ์การจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, *32*(4), 326-331.

อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งของประชาชนในชุมชนตำบลสำโรง อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, *20*(3), 400-410.

อมร ตามไทย. (2564). ประสิทธิภาพความทนต่อยาและผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดสูตรแรกใน

ผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดชนิดเซลล์ที่ขนาดไม่เล็กระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลลำปาง. *ลำปางเวชสาร*, *42*(1), 21-32.

อรรณพ กิตติวราวุฒิ และพยอม บรรเทาวงษ์. (2557). การศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่รักษาในโรงพยาบาลพระปกเกล้า. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, *31*(4), 248-265.

เอกรัฐ รัฐฤทธิ์ธำรง. (2561). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำในผู้ใหญ่ (Approach to Neutropenia in Adult). *วารสารโลหิตวิทยา และเวชศาสตรบริการโลหิต*, *28*(3), 281-287.

Al-Tawfiq, J. A., Hinedi, K., Khairallah, H., Saadeh, B., Abbasi, S., Noureen, M., Raza, S., & Alkhatti, A. (2019). Epidemiology and source of infection in patients with febrile neutropenia: A ten-year longitudinal study. J Infect Public Health, 12(3), 364-366. https://doi.org/10.1016/j.jiph.2018.12.006

American Cancer Society. (2020). *<cancer 2020.pdf>*. https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2020/estimated-number-of-new-cancer-cases-and-deaths-by-sex-2020.pdf

Feng, S. H., & Yang, S.-T. (2019). The new 8th TNM staging system of lung cancer and its potential imaging interpretation pitfalls and limitations with CT image demonstrations. In *Diagnostic and Interventional Radiology* (Vol. 25, pp. 270-279).

Goldman JD, G. A., Jain R, Stednick Z, Menon M, Boeckh MJ, Pottinger PS, Schwartz SM, Casper C. . (2017). Infusion Compatible Antibiotic Formulations for Rapid Administration to Improve Outcomes in Cancer Outpatients With Severe Sepsis and Septic Shock. Journal of the National Comprehensive Cancer Network, 15(4), 457–464. https://doi.org/10.6004/jnccn.2017.0045

Kasl SV, Cobb S. Health behavior, illness behavior, and sick role behavior. I. Health and illness behavior. Arch Environ Health. 1966 Feb;12(2):246-66. doi: 10.1080/00039896.1966.10664365. PMID: 5322534.

Kochanek, M., Schalk, E., von Bergwelt-Baildon, M., Beutel, G., Buchheidt, D., Hentrich, M., Henze, L., Kiehl, M., Liebregts, T., von Lilienfeld-Toal, M., Classen, A.,

Mellinghoff, S., Penack, O., Piepel, C., & Boll, B. (2019). Management of sepsis in neutropenic cancer patients: 2018 guidelines from the Infectious Diseases Working Party (AGIHO) and Intensive Care Working Party (iCHOP) of the German Society of Hematology and Medical Oncology (DGHO). Ann Hematol, 98(5), 1051-1069. https://doi.org/10.1007/s00277-019-03622-0

Lalami, Y., & Klastersky, J. (2017). Impact of chemotherapy-induced neutropenia (CIN) and febrile neutropenia (FN) on cancer treatment outcomes: an overview about well-established and recently emerging clinical data. Critical reviews in oncology/hematology, 120, 163-179.

Limvorapitak, W., & Khawcharoenporn, T. (2015). Incidence, Risk Factors, and Outcomes of Febrile Neutropenia in Thai Hematologic Malignancy Patients Receiving Chemotherapy: A 6-year Retrospective Cohort Study. *Asian Pac J Cancer Prev*, *16*(14), 5945-5950. https://doi.org/10.7314/apjcp.2015.16.14.5945

Organization, o. H. (2020). *WHO REPORT ON CANCER SETTING PRIORITIES, INVESTING WISELY AND PROVIDING CARE FOR ALL*.

Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Hor-ton J, Davis TE, McFadden ET, Carbone PP. Toxici-ty and response criteria of the Eastern Coopera-tive Oncology Group. Am J Clin Oncol 1982; 5: 649-655.

Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health education monographs*, *2*(4), 328-335.

Shah, A., Perimbeti, S., Bukhari, S., Wismer, M., Senchak, J., Marconcini, L., Lee, W., Ward, K., Styler, M., & Jain, M. (2016). Higher Mortality Rates in Breast and Lung Cancer Patients Admitted for Febrile Neutropenia: An Analysis of Outcomes Based on Data from the Nationwide Inpatient Sample from 2006-2013. *Blood*, *128*(22), 5904-5904. https://doi.org/10.1182/blood.V128.22.5904.5904

Strojnik, K., Mahkovic-Hergouth, K., Novakovic, B. J., & Seruga, B. (2016). Outcome of severe infections in afebrile neutropenic cancer patients. Radiol Oncol, 50(4), 442-448. https://doi.org/10.1515/raon-2016-0011

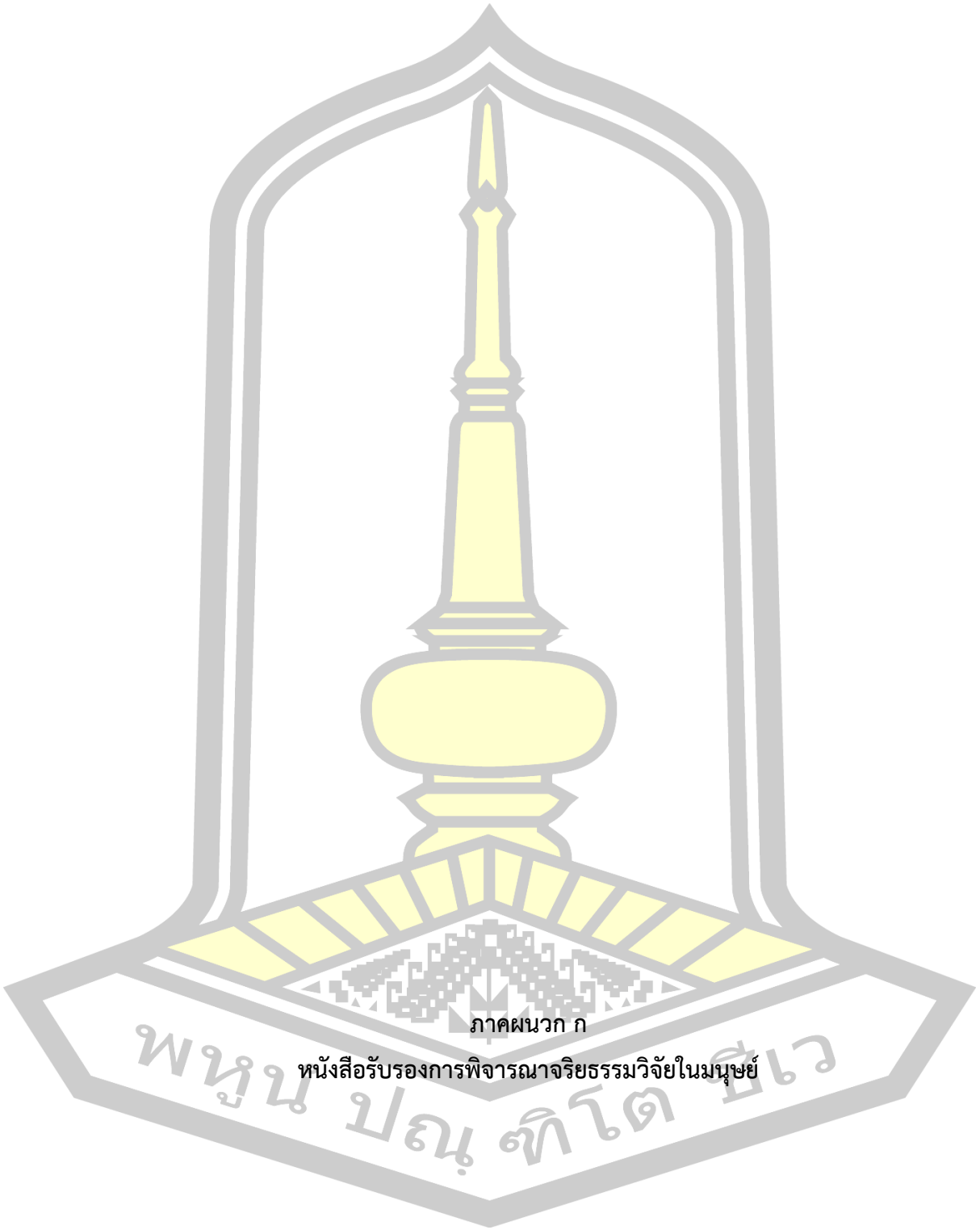
Te Marvelde, L., Whitfield, A., Shepheard, J., Read, C., Milne, R. L., & Whitfield, K. (2020). Epidemiology of sepsis in cancer patients in Victoria, Australia: a

population-based study using linked data. *Aust N Z J Public Health*, *44*(1), 53-58. https://doi.org/10.1111/1753-6405.12935

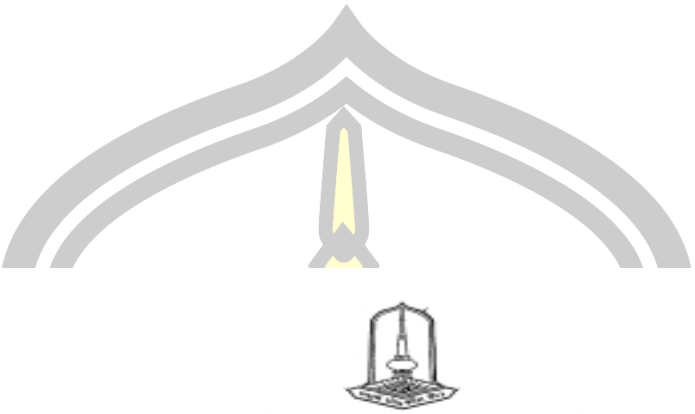
Travis, W. D., Brambilla, E., Nicholson, A. G., Yatabe, Y., Austin, J. H. M., Beasley, M. B., Chirieac, L. R., Dacic, S., Duhig, E., Flieder, D. B., Geisinger, K., Hirsch, F. R., Ishikawa, Y., Kerr, K. M., Noguchi, M., Pelosi, G., Powell, C. A., Tsao, M. S., Wistuba, I., & Panel, W. H. O. (2015). The 2015 World Health Organization Classification of Lung Tumors: Impact of Genetic, Clinical and Radiologic Advances Since the 2004 Classification. *J Thorac Oncol*, *10*(9), 1243-1260. https://doi.org/10.1097/JTO.0000000000000630

Williams, L. B., Looney, S. W., Joshua, T., McCall, A., & Tingen, M. S. (2021). Promoting Community Awareness of Lung Cancer Screening Among Disparate Populations: Results of the cancer-Community Awareness Access Research and Education Project. *Cancer Nurs*, *44*(2), 89-97. https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000748

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 333-334/2565

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) The Relationships between Health Beliefs and Infection Prevention Behaviors among Patients with Lung Cancer Receiving Chemotherapy.

ผู้วิจัย : นางสายฝน บุญศรี
หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะพยาบาลศาสตร์
สถานที่ทำการวิจัย : คลินิกโรคมะเร็ง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 10 ตุลาคม 2565 **วันหมดอายุ** : 9 ตุลาคม 2566

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกสิยากรหญิงราศรี สว่างจิตร)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

พหูน ปณ ฑิโต ชีเว

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Ethics Committee for Human Research of Roi - Et Hospital

สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ๓๓๐ ถ.รพช.ธานุรักษ์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ร้อยเอ็ด ๔๕๐๐๐
Research Office Roi-et Hospital ๓๓๐ Rom-achai-thanu-rut Road,Tambon Naimuang,Amper Muang, Roiet, 45000, Thailand Tel - Email/Line Research

เลขที่ใบรับรอง REC๐๕/๒๕๖๐

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โครงการวิจัยเรื่อง : ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

: The Relationships between Health Beliefs and Infection Prevention Behaviors among Patients with Lung Cancer Receiving Chemotherapy

ผู้วิจัย : นางสายฝน บุญศรี

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดแล้ว โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration Helsinki's) โดยให้ดำเนินการวิจัยเรื่องข้างต้นได้

โดยให้ผู้วิจัยรับเงื่อนไขที่เสนอดังต่อไปนี้

๑.ให้ส่งรายงานความก้าวหน้าทุก ๖ เดือน

๒. ให้แจ้งคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในกรณีที่แก้ไขเปลี่ยนแปลงโครงการวิจัยหรือหยุดโครงการก่อนกำหนด

๓. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงหรือที่ไม่คาดคิด

๔. รายงานข้อมูลข่าวสารที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยควรได้รับระหว่างดำเนินการวิจัย

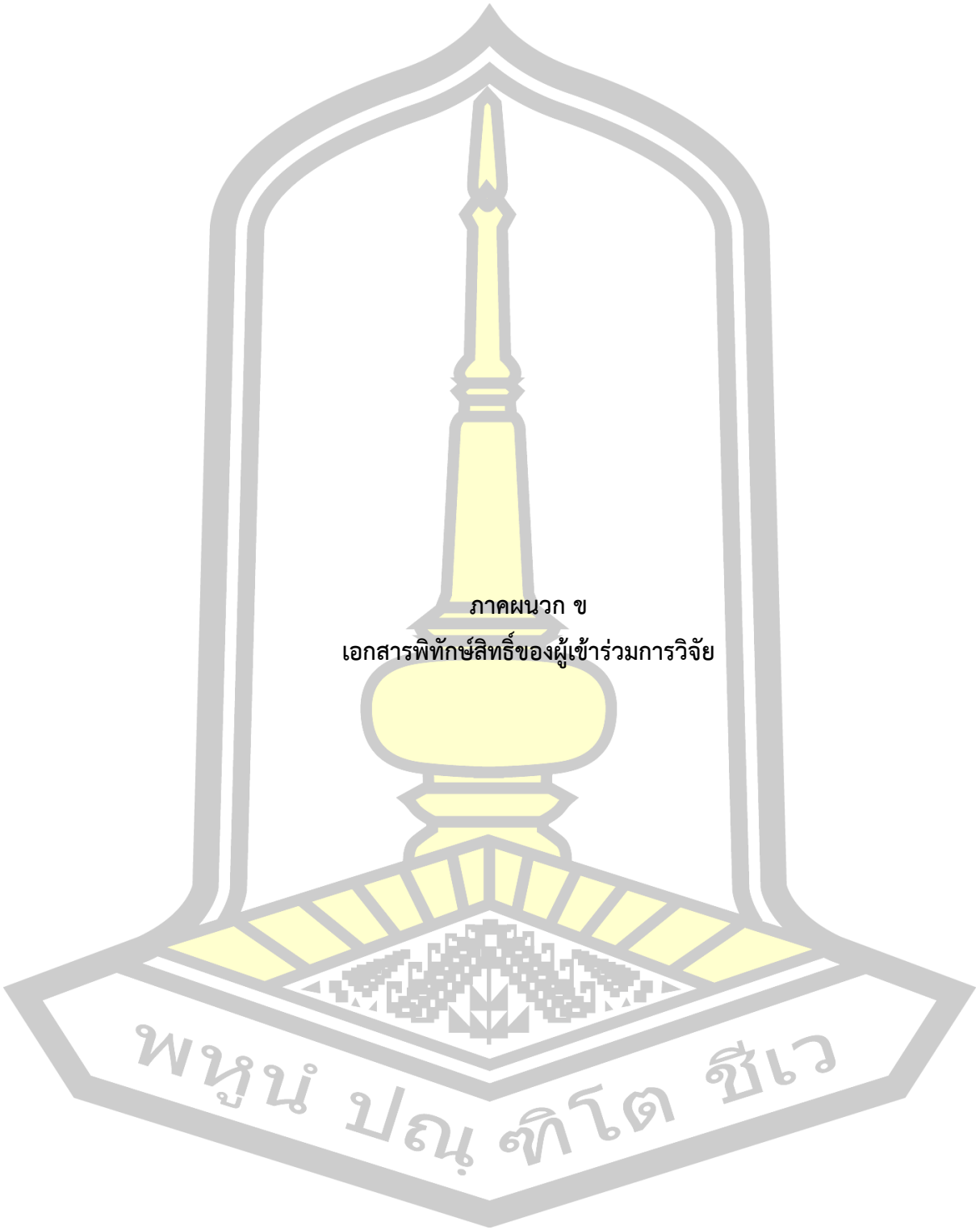
๕. ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์เมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัย

(นายแพทย์ชัย ลังชา)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

รับรองวันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๕ (ใบรับรองมีระยะเวลา ๑ ปี หลังจากวันที่อนุมัติ)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ๓๓๐ ถ.รพช.ธานุรักษ์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ร้อยเอ็ด ๔๕๐๐๐
โทร. [illegible]



ภาคผนวก ข

เอกสารพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย

เอกสารชี้แจงสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

เนื่องด้วยข้าพเจ้า นางสายพิน บุญศรี นิสิตปริญญาโท สาขาวิสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด “ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ แต่ข้อมูลที่ได้จะมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย พยาบาล และการวิจัย

1.ด้านผู้ป่วย ข้อมูลด้านความเชื่อสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการป้องกันการติดเชื้อ หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถามในประเด็นความเชื่อสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อ ซึ่งประกอบด้วยคำถาม มีทั้งหมด 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 ข้อ และแบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อ จำนวน 35 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ จำนวน 29 ข้อ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที และจะขอรับแบบสอบถามคืนโดยผู้วิจัยจะไปเก็บด้วยตนเอง *หากท่านรู้สึกอึดอัด หรือรู้สึกไม่สบายใจกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถาม*เหล่านั้นได้ รวมถึงท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อท่าน ในการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจะจัดพื้นที่ในการตอบแบบสอบถามที่เป็นสัดส่วนแยกจากผู้ป่วยอื่น ท่านมีอิสระในการตอบแบบสอบถาม หากท่านรู้สึกไม่สุขสบายหรือมีอาการผิดปกติใดๆ ท่านสามารถแจ้งให้ผู้วิจัยทราบและหากเกิดอันตรายใด ๆ ขณะที่กำลังเก็บข้อมูลการวิจัยเช่นอาการเหนื่อย แน่นหน้าอก ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลชั่วคราว และท่านจะได้รับการดูแลเบื้องต้นจากผู้วิจัยและดูแลส่งต่อทีมเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องประจำห้องตรวจที่ท่านมารับบริการ เพื่อให้ความช่วยเหลือท่านในทันที โดยให้การดูแลจนกว่าจะพ้นภาวะอันตราย

ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และจะดำเนินการทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และจะดำเนินการทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย *“การวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น”*

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย โปรดติดต่อได้ที่ *นางสายพิน บุญศรี นิสิตปริญญาโท* สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เบอร์โทรศัพท์ 043-754-357 หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 089- 6197945

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้หรือต้องการทราบสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ สามารถติดต่อได้ที่ “คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม” โทร. 043-754416 เบอร์ภายใน 1755

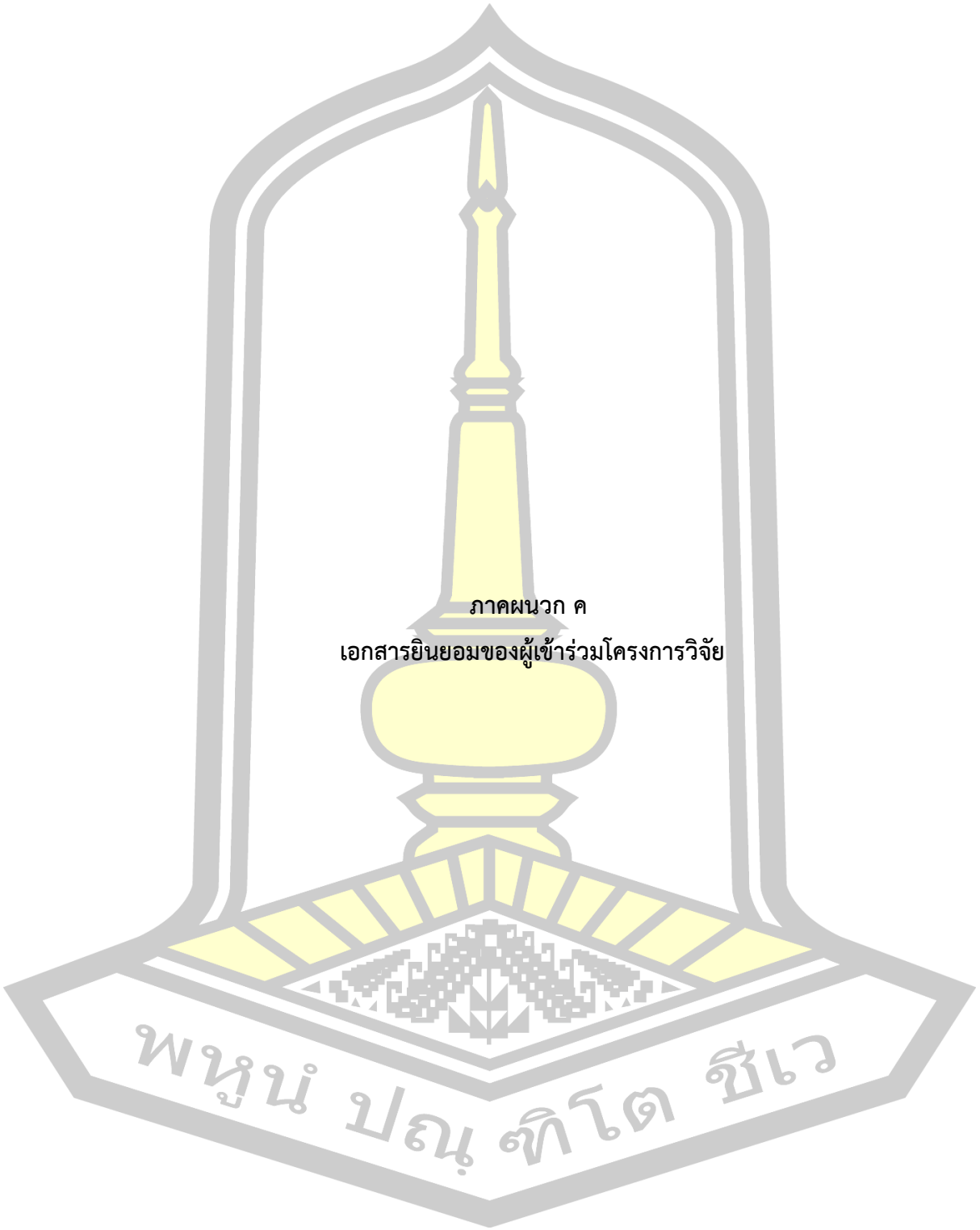
ขอขอบพระคุณอย่างสูง

.....

(นางสายพิน บุญศรี)

ผู้วิจัย

พหูน ปณฺ ฑิโต ชีเว



ภาคผนวก ค

เอกสารยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

แบบแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า (นาง/นางสาว/นาย) ..... นามสกุล .....
อายุ ..... ปี บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตำบล ..... อำเภอ .....
จังหวัด .....

ได้อ่านคำชี้แจง/รับฟังคำอธิบายจาก นางสายพิน บุญศรี เกี่ยวกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยข้อความที่อธิบายประกอบด้วย รายละเอียดทั้งหมดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย, รายละเอียดของขั้นตอนต่างๆ ที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติและได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับจากการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตราย โดยได้อ่าน/รับฟังคำอธิบายข้อความในเอกสารชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและการตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

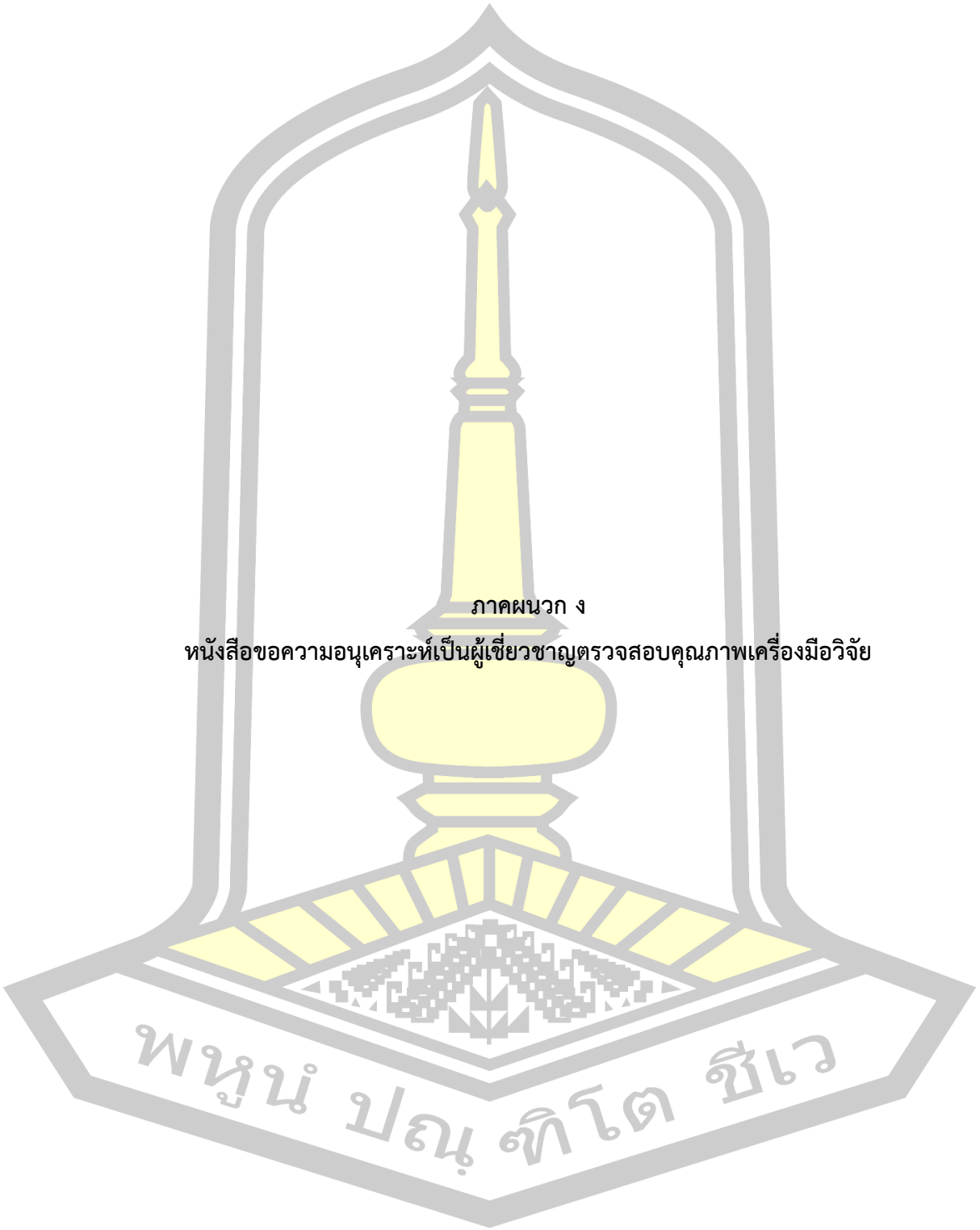
ตลอดจนการรับรองจากผู้วิจัยที่จะเก็บรักษาข้อมูลของข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ และไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนตัวเป็นรายบุคคลต่อสาธารณชน โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น “ในการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างของโครงการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ” และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยจะไม่มีผลกระทบและไม่เสียสิทธิ์ใดๆ ในการรักษาและการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการได้รับเคมีบำบัด ที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงของกลุ่มตัวอย่าง และแบบแสดงความยินยอมนี้โดยตลอดแล้วจึงลงลายมือชื่อไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ขอความยินยอม
(.....)
วันที่.....



ภาคผนวก ง

หนังสือขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ที่ อว 0605.11/ ๑๒๐

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

2 สิงหาคม 2565

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ด้วย นางสาวพิน บุญศรี นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยและเจ้าของผู้ที่ได้รับเคมีบำบัด" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิญญา วงศ์พิริยโยธา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บงเยาว์ มีเพียน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม คณะพยาบาลศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นลัทพณ์ เมธากาญจนศักดิ์ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น บุคลากรในสังกัดของท่าน เป็นผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าว

ในการนี้คณะพยาบาลศาสตร์จึงขอเชิญบุคลากรของท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยการหาความตรงตามเนื้อหาและการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อ และแบบสอบถามพฤติกรรมการการป้องกันการติดเชื้อ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความอนุเคราะห์ครั้งนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แดนสีนวัง)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357
อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ดร.อภิญญา วงศ์พิริยโยธา โทร. 080-4013636
ชื่อนิสิต นางสาวพิน บุญศรี โทร. 089 6197945 email: 63010485003@msu.ac.th

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทร. 2388

ที่ อว 0605.11/1125 **วันที่** 9 สิงหาคม 2565

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุไร จำปาวะดี

ด้วย นางสายพิน บุญศรี นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิญญา วงศ์พิริยโยธา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงเยาว์ มีเทียน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ซึ่งได้พิจารณาแล้วเห็นว่า ท่านเป็นผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าว

ในการนี้ จึงเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยการหาความตรงตามเนื้อหาและการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อและแบบสอบถามพฤติกรรมการการป้องกันการติดเชื้อ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แดนสีแก้ว)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ที่ อว 0605.11/ 1122

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

2 สิงหาคม 2565

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ด้วย นางสายพิน บุญศรี นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิญญา วงศ์พิริยโยธา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงเยาว์ มีเพียน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม คณะพยาบาลศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า นายแพทย์ ภูริพัฒน์ สุทธิประภา อายุรแพทย์สาขาโรคมะเร็ง บุคลากรในสังกัดของท่าน เป็นผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าว

ในการนี้คณะพยาบาลศาสตร์จึงเชิญบุคลากรของท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยการหาความตรงตามเนื้อหาและการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อ และแบบสอบถามพฤติกรรมการการป้องกันการติดเชื้อ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุมจิต แดนสีนวัง)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357
อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ดร.อภิญญา วงศ์พิริยโยธา โทร. 080-4013636
ชื่อนิสิต นางสายพิน บุญศรี โทร. 089 6197945 email: 63010485003@msu.ac.th

ผู้ร่าง.....
ผู้พิมพ์.....
ผู้ทาน.....

พหูน ปณฺฑิโต ชีเว

ที่ อว 0605.11/116A

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

๑ สิงหาคม 2565

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

ด้วย นางสาวพิน บุญศรี นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิญญา วงศ์พิริยโยธา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บงเยาว์ มิเพียน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม คณะพยาบาลศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า นายทรงเดช ประเสริฐศรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญพิเศษ บุคลากรในสังกัดของท่าน เป็นผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าว

ในการนี้คณะพยาบาลศาสตร์จึงเชิญบุคลากรของท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยการหาความตรงตามเนื้อหาและการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อ และแบบสอบถามพฤติกรรมการการป้องกันการติดเชื้อ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แสนสีมา)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357
อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ดร.อภิญญา วงศ์พิริยโยธา โทร. 080-4013636
ชื่อนิสิต นางสาวพิน บุญศรี โทร. 089 6197945 email: 63010485003 @ msu.ac.th

พหูน ปณฺ ฑิโต ชีเว

ที่ อว 0605.11/ 1121

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

1 สิงหาคม 2565

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ด้วย นางสายฝน บุญศรี นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิญญา วงศ์พิริยโยธา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงเยาว์ มีเพียน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม คณะพยาบาลศาสตร์ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า พว.ศิริลักษณ์ ศิริปัญญวัฒน์ ตำแหน่ง ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง APN สาขาอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ ผู้ตรวจการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ บุคลากรในสังกัดของท่าน เป็นผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าว

ในการนี้คณะพยาบาลศาสตร์จึงเชิญบุคลากรของท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยการหาความตรงตามเนื้อหาและการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อ และแบบสอบถามพฤติกรรมการการป้องกันการติดเชื้อ

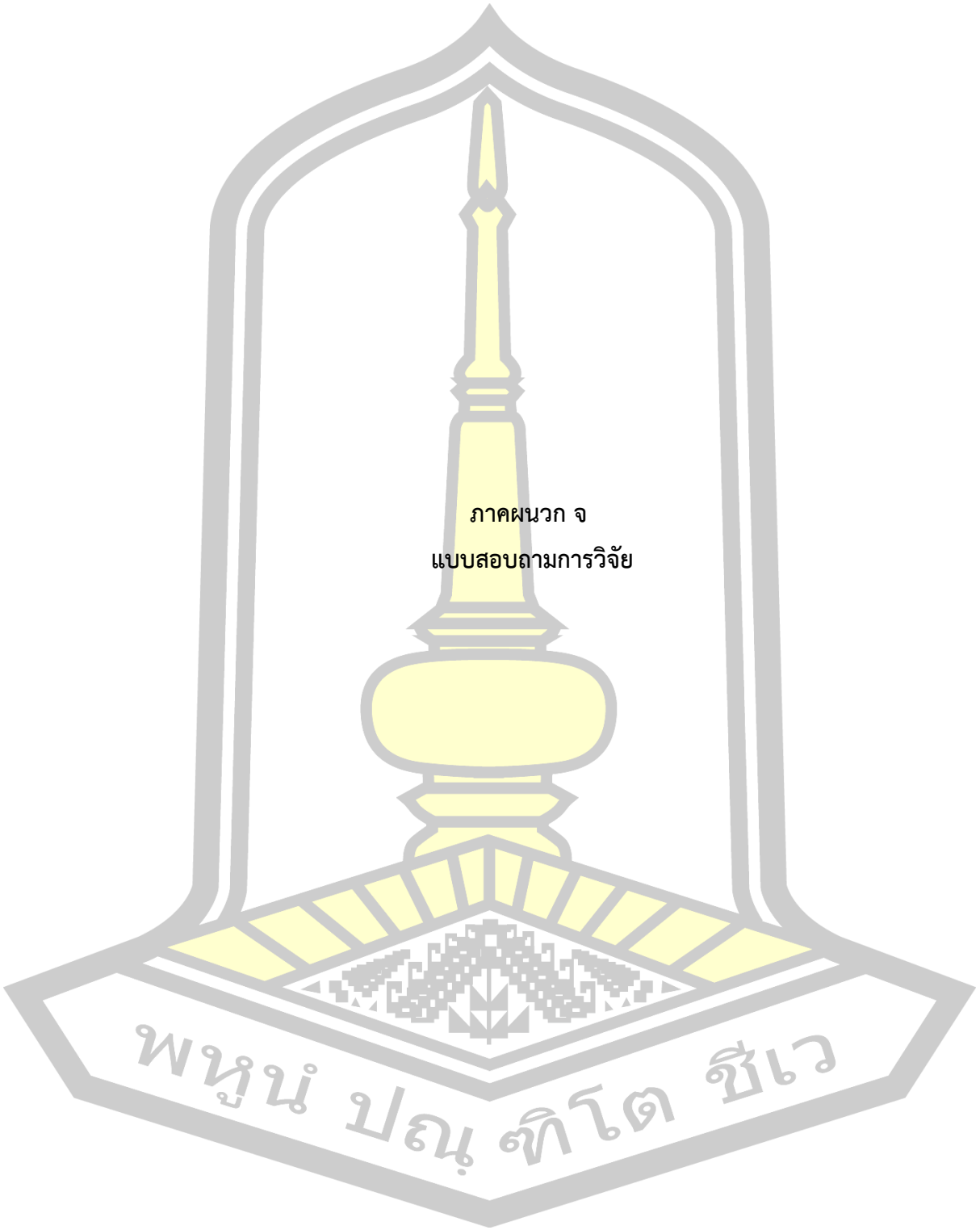
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แดนสีบก้าว)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357
อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ดร.อภิญญา วงศ์พิริยโยธา โทร. 080-4013636
ชื่อนิสิต นางสายฝน บุญศรี โทร. 089 6197945 email: 63010485003@msu.ac.th

พหูน ปณฺ ฑิโต ชีเว



ภาคผนวก จ

แบบสอบถามการวิจัย

ID.....

แบบสอบถาม

การศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

ในการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยอธิบายคำชี้แจงแบบสอบถามในแต่ละส่วนให้เข้าใจแล้วให้ท่านตอบแบบสอบถามตามความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ซึ่งคำตอบทุกข้อไม่มีผลใดๆต่อตัวท่านในด้านการรักษาพยาบาล

แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ และข้อมูลการเจ็บป่วย จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อ ประกอบด้วย

2.1 ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อจากการได้รับเคมีบำบัด จำนวน 9 ข้อ

2.2 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อจากการได้รับเคมีบำบัด จำนวน 8 ข้อ

2.3 ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการได้รับเคมีบำบัด จำนวน 10 ข้อ

2.4 ด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการได้รับเคมีบำบัด จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ ประกอบด้วย

3.1 ด้านการรับประทานอาหารและน้ำ	จำนวน 8 ข้อ
3.2 ด้านการดูแลความสะอาดร่างกาย	จำนวน 10 ข้อ
3.3 ด้านการจัดสภาพสิ่งแวดล้อมรอบตัวเอง	จำนวน 5 ข้อ
3.4 ด้านการจัดการความวิตกกังวลและเครียด	จำนวน 6 ข้อ
	รวมทั้งหมด 64 ข้อ

ขอขอบคุณในความร่วมมือ

นางสายพิน บุญศรี

นิสิตปริญญาโทสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

มหาวิทยาลัย มหาสารคาม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิญญา วงศ์พิริยโยธา

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงเยาว์ มีเทียน

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

<u>ส่วนที่ 1</u> แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

<u>คำชี้แจง</u> : กรุณาบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่าน โดยเติมคำลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมายลงใน [/] ที่ตรงกับความเป็นจริงของตัวท่านเอง

ข้อมูลส่วนบุคคล

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี

2. สถานภาพสมรส

[ ] 1.โสด [ ] 2. คู่ [ ] 3. หม้าย [ ] 4.หย่า [ ] 5. แยก

3. ระดับการศึกษา

[ ] 1. ไม่ได้เรียน [ ] 2. ประถมศึกษา [ ] 3. มัธยมศึกษา

[ ] 4. อนุปริญญา [ ] 5. ปริญญาตรี [ ] 6. สูงกว่าปริญญาตรี

4. อาชีพ

[ ] 1. รับราชการ [ ] 2. พนักงานรัฐวิสาหกิจ [ ] 3. ค้าขาย

[ ] 4. รับจ้าง [ ] 5. เกษตรกรรม [ ] 6. ไม่ได้ทำงาน [ ] 7. อื่น.ๆ ระบุ.....

5. ท่านนับถือศาสนา

[ ] 1. พุทธ [ ] 2. คริสต์ [ ] 3. อิสลาม [ ] 4. อื่นๆ ระบุ.....

6. รายได้ของท่านต่อเดือน.....บาท

7. ท่านมีสิทธิการรักษาพยาบาล

[ ] 1. ข้าราชการ/อปท [ ] 2. ประกันสังคม [ ] 3. ประกันสุขภาพ

[ ] 4. ชำระเงินเอง [ ] 5. อื่นๆ ระบุ.....

8. ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล

[ ] 1. ไม่มี [ ] 2. มีเล็กน้อย [ ] 3. มีปานกลาง [ ] 4. มีมาก

พหูน ปณ ฑิโต ชีเว

ข้อมูลการเจ็บป่วย

1. ท่านมีโรคประจำตัวอื่นๆ

[ ] 1. ไม่มี [ ] 2. มี

2. วิธีการอื่นๆ นอกจากเคมีบำบัด ที่ท่านใช้ในการรักษาโรคมะเร็ง

[ ] 1. ไม่ใช้ [ ] 2. ใช้ .....(ถ้าตอบไม่ใช้ให้ข้ามไปตอบข้อ 4)

3. วิธีการอื่นที่ท่านใช้ในการรักษาโรคมะเร็ง

[ ] 1. รังสีรักษา [ ] 2. สมุนไพร [ ] 3. กัญชาทางการแพทย์

[ ] 4. อื่นๆ .....

4. สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับ.....

5. จำนวนรอบและครั้งการได้รับยาเคมีบำบัด รอบที่.....

6. ผลการตรวจ Absolute neutrophil count (ANC) =..... cells/mm^3

7. สมรรถนะทางกาย (ECOG score) = ...คะแนน

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อ

คำชี้แจง : กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับข้อเท็จจริงหรือความคิดเห็นของท่าน ขอความกรุณาตอบทุกข้อ

แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีคะแนนเรียงลำดับเป็น 5, 4, 3, 2, 1 กำหนดให้เลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยให้เลือกตอบ 1 ตัวเลือกลักษณะคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ

มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
มากที่สุด	ให้ 5 คะแนน	ให้ 1 คะแนน
มาก	ให้ 4 คะแนน	ให้ 2 คะแนน
ปานกลาง	ให้ 3 คะแนน	ให้ 3 คะแนน
น้อย	ให้ 2 คะแนน	ให้ 4 คะแนน
น้อยที่สุด	ให้ 1 คะแนน	ให้ 5 คะแนน

2.1 ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อจากการได้รับเคมีบำบัด

ข้อ	ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	ผู้ป่วยที่รับยาเคมีบำบัดจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่ายกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาเคมีบำบัด					
2	ผู้ที่ได้รับเคมีบำบัด ทำให้ภูมิต้านทางร่างกายลดลง ทำให้ติดเชื้อง่าย					
3	หากเกิดการอักเสบในช่องปากหรือปากเป็นแผลหลังให้เคมีบำบัด ยิ่งทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้น					
4	การใช้ภาชนะที่ไม่สะอาดใส่อาหาร ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ					
5	การล้างมือก่อนการรับประทาน ช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ					
6	ภาวะขาดสารอาหารจากการรับประทานอาหารได้น้อยทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ					
7	การอยู่ในที่แออัดหรือมีคนเป็นจำนวนมาก ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ					
8	การกินอาหารหมักดอง อาหารที่ไม่ผ่านการปรุงสุก ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารและอาจติดเชื้อในกระแสเลือด					
9	บริเวณบ้านหรือสิ่งแวดล้อมที่ไม่สะอาด ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ					

2.2 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อจากการได้รับเคมีบำบัด

กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับข้อเท็จจริงหรือความคิดเห็นของท่าน ขอความกรุณา ตอบทุกข้อ

ข้อ	ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	เมื่อเกิดการติดเชื้อในร่างกายทำให้เกิดภาวะไข้ ไม่สุขสบาย					
2	การติดเชื้ออาจแสดงอาการปอดอักเสบ					
3	การติดเชื้อหลังได้รับเคมีบำบัดมีผลทำให้การเลื่อนระยะเวลาของการให้ยาออกไป					
4	การเลื่อนรอบยาส่งผลกระทบต่อการควบคุมการกระจายของมะเร็ง					
5	การติดเชื้อในระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ทำให้อาการของโรคทรุดลงและเสียชีวิตได้					
6	การติดเชื้อหลังให้เคมีบำบัดอาจทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย					
7	อาการช็อคจากการติดเชื้อ ทำให้ความดันโลหิตต่ำ และเลือดไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญไม่เพียงพอ					
8	การติดเชื้อในช่องปาก ทำให้มีอาการปวด รับประทานอาหารได้น้อย และติดเชื้อง่าย					

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

2.3 ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการได้รับเคมีบำบัด
กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับข้อเท็จจริงหรือความคิดเห็นของท่าน ขอความกรุณา ตอบทุกข้อ

ข้อ	ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	หากรับประทานอาหารไม่ได้ตามปกติ การรับประทานอาหารเสริม ทำให้ได้สารอาหารครบ ช่วยป้องกันการติดเชื้อ					
2	การหลีกเลี่ยงรับประทานผักสดที่ยังไม่ได้ล้าง ผลไม้เปลือกบาง อาหารหมักดอง สามารถลดการติดเชื้อได้					
3	การล้างมือก่อนรับประทานอาหารช่วยลดจำนวนเชื้อโรคช่วยป้องกันการติดเชื้อ					
4	ดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว/วัน เพื่อช่วยขับยาเคมีบำบัดออกทางปัสสาวะ และป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ					
5	เมื่อออกไปนอกบ้านหรือไปที่ชุมชนควรสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าทุกครั้ง เพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ					
6	การดูแลร่างกายให้สะอาด อาบน้ำชำระร่างกายวันละ 2 ครั้ง เพื่อลดการก่อตัวของเชื้อโรคบริเวณผิวหนัง					
7	การแปรงฟันด้วยขนแปรงอ่อนนุ่ม การบ้วนปากด้วยน้ำเกลือหรือน้ำยาบ้วนปากช่วยลดการติดเชื้อในช่องปาก					
8	การดูแลสภาพแวดล้อมในบ้าน ห้องนอนให้สะอาด และมีอากาศถ่ายเทสะดวก เพื่อลดการติดเชื้อจากสิ่งแวดล้อม					
9	การใส่หน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในที่มีคนมากหรือเมื่อมีคนมาเยี่ยมช่วยป้องกันการติดเชื้อ					
10	การลดความเครียด ช่วยการป้องกันการติดเชื้อ					

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

2.4 ด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการได้รับเคมีบำบัด
กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับข้อเท็จจริงหรือความคิดเห็นของท่าน ขอความกรุณาตอบทุกข้อ

ข้อ	ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	ท่านมีความวิตกกังวลสูงจนไม่สามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อ					
2	ท่านมีปัญหาเรื่องการเงินในการซื้ออาหารเสริมมารับประทาน					
3	ท่านไม่สามารถจัดหาหรือซื้ออุปกรณ์ในการป้องกันการติดเชื้อได้เพียงพอ เช่น หน้ากากอนามัย น้ำยาล้างมือ					
4	ท่านคิดว่าการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อเป็นการยุ่งยาก					
5	ท่านมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การเตรียมอาหาร การทำงานบ้าน การทำความสะอาดร่างกาย					
6	อาการไม่สุขสบายจากโรค เช่น อาการอ่อนเพลีย อาการปวดทำให้เป็นอุปสรรคต่อการรักษาความสะอาดร่างกาย การดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาด					
7	เมื่อท่านมีความผิดปกติ เช่น ตัวร้อน มีไข้ ไอ หรือมีปัสสาวะ แสบขัด ท่านสามารถมาโรงพยาบาลได้ทันที					
8	ท่านขาดความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อ ทำให้ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง					

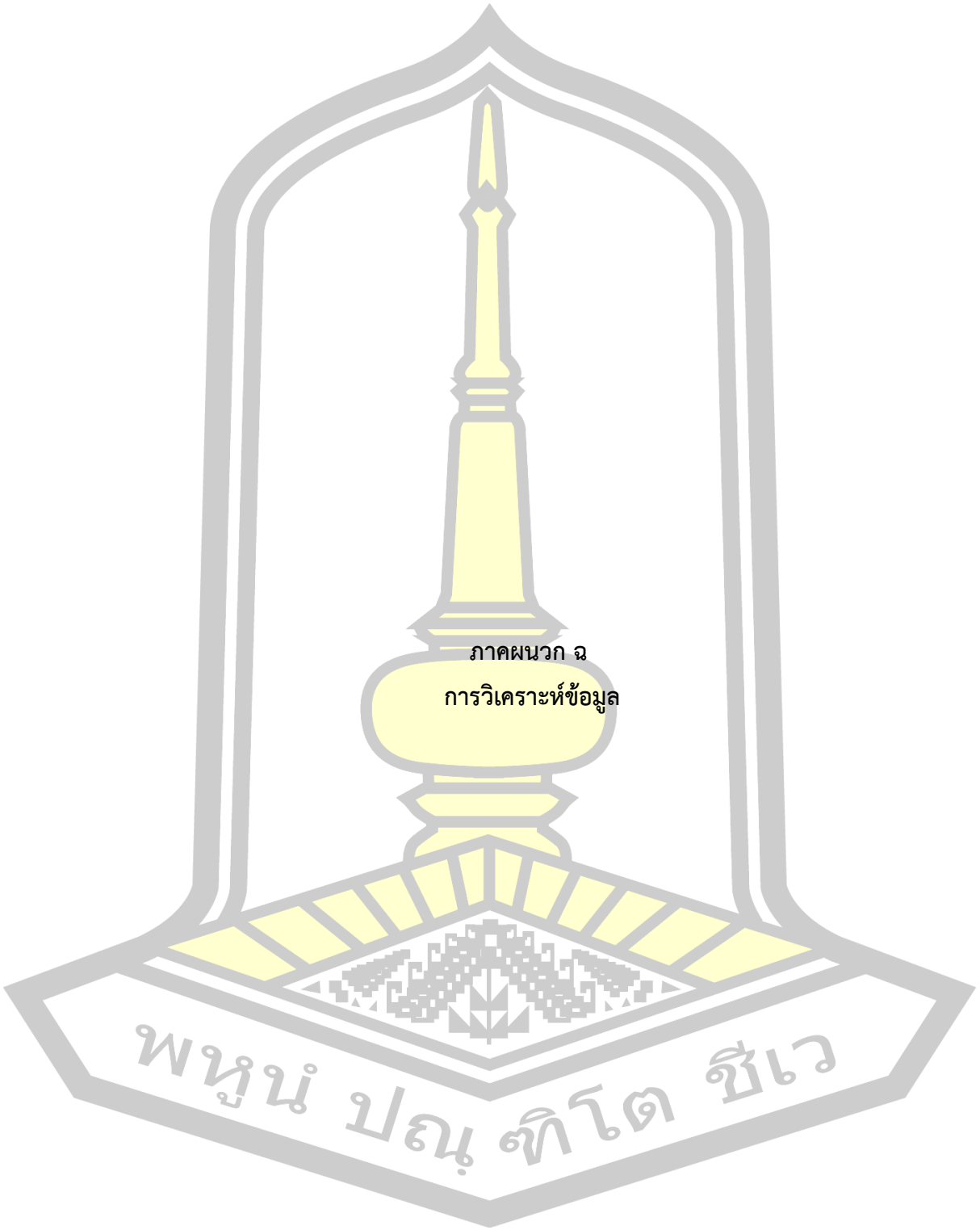
พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ

กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับข้อเท็จจริงหรือ ความคิดเห็นของท่าน ขอความกรุณาตอบทุกข้อ

ข้อ	ข้อคำถาม	การปฏิบัติ				
		ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
	1. ด้านการรับประทานอาหารและน้ำ					
1	ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ได้แก่ เนื้อสัตว์ นม ไข่ ผัก และผลไม้					
2	ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ ๆ และสะอาด					
3	ท่านรับประทานอาหารหมักดอง เช่น หน่อไม้ดอง ผักดอง และผลไม้ดอง					
4	ท่านรับประทานผักสด ท่านจะล้างน้ำก่อนอย่างน้อย 2-3 รอบ					
5	ท่านปลอกเลือกผลไม้ก่อนรับประทาน					
6	ท่านล้างมือก่อนและหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง แม้ไม่ได้จับต้องสิ่งใดมาก่อน					
7	ท่านรับประทานอาหารเสริมเพิ่ม					
8	ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้วต่อวัน					
9	ท่านใช้แก้วน้ำ/หลอดดูดน้ำร่วมกับบุคคลอื่น					
	2. ด้านการดูแลความสะอาดร่างกาย					
1	ท่านอาบน้ำ ฟอกสบู่โดยเฉพาะบริเวณที่อับชื้น อย่างน้อยวันละ 2 ครั้งและเช็ดตัวให้แห้ง					
2	ท่านทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์หลังการขับถ่ายด้วยน้ำ/สบู่อ่อนๆ ซับให้แห้งเสมอ					
3	ท่านดูแลเล็บมือเล็บเท้าตัดให้สั้นเสมอ					
4	ท่านสังเกตตรวจสอบผิวหนังตลอดเวลาว่าไม่มีแผล ถลอก ผื่นคัน ตุ่มหนองใดๆ					
5	ท่านล้างมือทุกครั้งหลังสัมผัส ดิน ปลูกต้นไม้ และสัตว์เลี้ยง					
6	ท่านทำความสะอาดเสื้อผ้า รวมทั้งเครื่องนุ่งห่มหลังใช้แล้วทุกครั้ง					
7	เมื่อใช้ห้องน้ำร่วมกับบุคคลอื่นท่านจะเช็ดทำความสะอาดฝาชักโครกและกดราดน้ำแรง ๆ ก่อนทุกครั้ง					
8	ท่านแปรงฟันด้วยแปรงขนนุ่มวันละ 2 ครั้ง เช้า เย็น					

ข้อ	ข้อคำถาม	การปฏิบัติ				
		ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
	และทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร					
9	ท่านตรวจสอบในช่องปากฟันทุกครั้งก่อนและหลังแปรงฟัน					
10	เมื่อท่านมีอาการเจ็บปาก แสบร้อน หลังได้รับเคมีบำบัด จะปล่อยให้หายเองตามปกติไม่มาพบแพทย์					
	3. ด้านการจัดสภาพสิ่งแวดล้อมรอบตัวเอง					
1	ห้องนอนหรือบริเวณที่พักในบ้านมีอากาศถ่ายเทสะดวกรอบบ้านมีต้นไม้ร่มรื่น					
2.	ท่านไม่นำสัตว์เลี้ยงมาเลี้ยงในตัวบ้านหรือในห้องพัก/ห้องนอน					
3.	ท่านสวมผ้าปิดปาก/จมูกตลอดเวลาที่ไปในที่ตลาดหรือชุมชนที่ผู้คนจำนวนมาก					
4	ท่านไม่นำแจกันดอกไม้สดมาไว้ในบ้านหรือในห้องพัก					
5	เมื่อมีคนมาเยี่ยมที่บ้าน ท่านจะสวมผ้าปิดปาก/จมูกตลอดเวลา					
	4. ด้านการจัดการความวิตกกังวลและเครียด					
1	เมื่อท่านรู้สึกเครียดท่านจะใช้วิธีการพูดคุยกับคนใกล้ชิด					
2	เมื่อท่านมีการความเครียดเกิดขึ้นท่านสามารถจัดการความเครียดด้วยตนเองก่อนที่จะไปปรึกษาคนอื่น					
3	ท่านนอนหลับพักผ่อน อย่างน้อย 8 ชั่วโมง/วัน					
4	ท่านนอนหลับพักผ่อนในเวลากลางวัน					
5	ท่านมีการบริหารร่างกายเบาๆ เช่น การเดินหรือบริหารร่างกาย เพื่อคลายเครียด					
6	เมื่อท่านมีความเครียด ท่านจะทำงานอดิเรกทำ เช่นรดน้ำต้นไม้ ทำงานฝีมือ ทำอาหารหรือขนม					



ภาคผนวก ฉ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางภาคผนวกที่ ฉ – 1.1 แสดงร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่าง (n = 72)

การรับรู้	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	$\bar{x}$	SD	ระดับ
การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม						**3.88**	**0.41**	**สูง**
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อโดยรวม						**4.25**	**0.43**	**สูง**
1.ผู้ป่วยที่รับยาเคมีบำบัดจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่ายกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาเคมีบำบัด	26 (36.1)	24 (33.3)	14 (19.4)	6 (8.3)	2 (2.8)	3.91	1.04	สูง
2.ผู้ที่ได้รับเคมีบำบัดทำให้ภูมิต้านทางร่างกายลดลงทำให้ติดเชื้อง่าย	22 (30.6)	29 (40.3)	17 (23.6)	4 (5.6)	0 (0.0)	3.95	0.87	สูง
3.หากเกิดการอักเสบในช่องปากหรือปากเป็นแผลหลังให้เคมีบำบัดยิ่งทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้น	21 (29.2)	29 (40.3)	10 (13.9)	10 (13.9)	2 (2.8)	3.79	1.09	สูง
4.การใช้ภาชนะที่ไม่สะอาดใส่อาหารทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ	30 (41.7)	29 (40.3)	7 (9.7)	6 (8.3)	0 (0.0)	4.15	0.91	สูง
5.การล้างมือก่อนการรับประทานช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ	44 (61.1)	18 (25.0)	4 (5.6)	4 (5.6)	2 (2.8)	4.36	1.01	สูง
6.ภาวะขาดสารอาหารจากการรับประทานอาหารได้น้อยทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ	19 (26.4)	32 (44.4)	13 (18.1)	7 (9.7)	1 (1.4)	3.84	0.97	สูง
7.การอยู่ในที่แออัดหรือมีคนเป็นจำนวนมาก ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ	42 (58.3)	19 (26.4)	6 (8.3)	3 (4.2)	2 (2.8)	4.33	0.99	สูง
8.การกินอาหารหมักดอง อาหารที่ไม่ผ่านการปรุงสุก ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารและอาจติดเชื้อในกระแสเลือด	41 (56)	23 (31.9)	5 (6.9)	1 (1.4)	2 (2.8)	4.40	0.91	สูง
9.บริเวณบ้านหรือสิ่งแวดล้อมที่ไม่สะอาด ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ	32 (44.4)	25 (34.7)	11 (15.3)	2 (2.8)	2 (2.8)	4.15	0.97	สูง

ตารางภาคผนวก ฉ – 1.2 ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่าง (n=72)

การรับรู้	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	$\bar{x}$	SD	ระดับ
การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ						4.14	0.72	สูง
1.เมื่อเกิดการติดเชื้อในร่างกาย ทำให้เกิดภาวะไข้ ไม่สุขสบาย	28 (38.9)	33 (45.8)	11 (15.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.23	0.70	สูง
2.การติดเชื้ออาจแสดงอาการปอดอักเสบ	28 (38.9)	30 (41.7)	10 (13.9)	3 (4.2)	1 (1.4)	4.12	0.90	สูง
3.การติดเชื้อหลังได้รับเคมีบำบัดมีผลทำให้การเลื่อนระยะเวลาของการให้ยาออกไป	32 (44.4)	27 (37.5)	8 (11.1)	1 (1.4)	4 (5.6)	4.13	1.05	สูง
4.การเลื่อนรอบยาส่งผลกระทบต่อการควบคุมการกระจายของมะเร็ง	32 (44.4)	27 (37.5)	7 (9.7)	2 (2.8)	4 (5.6)	4.12	1.07	สูง
5.การติดเชื้อหลังให้เคมีบำบัดอาจทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย	35 (48.6)	22 (30.6)	11 (15.3)	2 (2.8)	2 (2.8)	4.11	0.98	สูง
6.อาการช็อคจากการติดเชื้อ ทำให้ความดันโลหิตต่ำ และเลือดไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญไม่เพียงพอ	34 (47.2)	27 (37.5)	8 (11.1)	0 (0.0)	3 (4.2)	4.23	0.95	สูง
7.การติดเชื้อในช่องปาก ทำให้มีอาการปวด รับประทานอาหารได้น้อย และติดเชื้อง่าย	29 (40.3)	27 (37.5)	10 (13.9)	3 (4.2)	3 (4.2)	4.05	1.06	สูง

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

ตารางภาคผนวก ฉ -1.3 ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่าง (n=72)

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว	**มากที่สุด**	**มาก**	**ปานกลาง**	**น้อย**	**น้อยที่สุด**	$\bar{x}$	SD	**ระดับ**
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อโดยรวม						**4.20**	**0.61**	**สูง**
1.หากรับประทานอาหารไม่ได้ตามปกติ การรับประทานอาหารเสริม ทำให้ได้สารอาหารครบ ช่วยป้องกันการติดเชื้อ	17 (23.6)	37 (51.4)	13 (18.1)	5 (6.9)	0 (0.0)	3.91	0.83	สูง
2.การหลีกเลี่ยงรับประทานผักสดที่ยังไม่ได้ล้าง ผลไม้เปลือกบาง อาหารหมักดอง สามารถลดการติดเชื้อได้	26 (36.1)	30 (41.7)	6 (8.3)	8 (11.1)	2 (2.8)	3.97	1.07	สูง
3.การล้างมือก่อนรับประทานอาหารช่วยลดจำนวนเชื้อโรคช่วยป้องกันการติดเชื้อ	40 (55.6)	24 (33.3)	4 (5.6)	4 (5.8)	0 (0.0)	4.38	0.83	สูง
4.ดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว/วัน เพื่อช่วยขับยาเคมีบำบัดออกทางปัสสาวะและป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	31 (43.1)	29 (40.3)	10 (13.9)	2 (2.8)	0 (0.0)	4.23	0.79	สูง
5.เมื่อออกไปนอกบ้านหรือไปที่ชุมชนควรสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าทุกครั้ง เพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ	52 (72.2)	16 (22.2)	2 (2.8)	2 (2.8)	0 (0.0)	4.63	0.67	สูง
6.การดูแลร่างกายให้สะอาด อาบน้ำชำระร่างกายวันละ 2 ครั้ง เพื่อลดการก่อตัวของเชื้อโรคบริเวณผิวหนัง	33 (45.8)	27 (37.5)	9 (12.5)	3 (4.2)	0 (0.0)	4.25	0.83	สูง
7.การแปรงฟันด้วยขนแปรงอ่อนนุ่ม การบ้วนปากด้วยน้ำเกลือหรือน้ำยาบ้วนปากช่วยลดการติดเชื้อในช่องปาก	29 (40.3)	29 (40.3)	10 (13.9)	4 (5.6)	0 (0.0)	4.15	0.86	สูง
8.การดูแลสภาพแวดล้อมในบ้าน ห้องนอนให้สะอาด และมีอากาศถ่ายเทสะดวก เพื่อลดการติดเชื้อจากสิ่งแวดล้อม	37 (51.4)	23 (31.9)	7 (9.7)	4 (5.6)	1 (1.4)	4.26	0.94	สูง
9.การใส่หน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในที่มีคนมากหรือเมื่อมีคนมาเยี่ยมช่วยป้องกันการติดเชื้อ	44 (61.1)	23 (31.9)	1 (1.4)	3 (4.2)	1 (1.4)	4.48	0.85	สูง
10.การลดความเครียด ช่วยการป้องกันการติดเชื้อ	18 (25.0)	27 (37.5)	18 (25.0)	7 (9.7)	2 (2.8)	3.75	1.03	สูง

ตารางภาคผนวก ฉ -1.4 ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่าง (n=72)

การรับรู้	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	$\overline{x}$	SD	ระดับ	แปลผล
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อโดยรวม						2.89	0.38	ปานกลาง	ปานกลาง
1.ท่านมีความวิตกกังวลสูงจนไม่สามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อ	6 (8.3)	15 (20.8)	35 (48.6)	11 (15.3)	5 (6.9)	2.91	0.98	ปานกลาง	ปานกลาง
2.ท่านมีปัญหาเรื่องการเงินในการซื้ออาหารเสริมมารับประทาน	4 (5.6)	14 (19.4)	33 (45.8)	11 (15.3)	10 (13.9)	3.12	1.06	ปานกลาง	ปานกลาง
3. ท่านไม่สามารถจัดหาหรือซื้ออุปกรณ์ในการป้องกันการติดเชื้อได้เพียงพอ เช่น หน้ากากอนามัย น้ำยาล้างมือ	18 (25.0)	27 (37.5)	18 (25.0)	6 (8.3)	3 (4.2)	2.29	1.06	ต่ำ	สูง
4.ท่านคิดว่าการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อเป็นการยุ่งยาก	25 (34.7)	32 (44.4)	9 (12.5)	4 (5.6)	2 (2.8)	1.97	0.97	ต่ำ	สูง
5.ท่านมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การเตรียมอาหาร การทำงานบ้าน การทำความสะอาดร่างกาย	5 (6.9)	7 (9.7)	15 (20.8)	30 (41.7)	15 (20.8)	2.40	1.13	ปานกลาง	ปานกลาง
6.อาการไม่สุขสบายจากโรค เช่น อาการอ่อนเพลีย อาการปวด ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการรักษาความสะอาดร่างกาย การดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาด	5 (6.9)	11 (15.3)	20 (27.8)	22 (30.6)	14 (19.4)	3.40	1.17	ปานกลาง	ปานกลาง
7.เมื่อท่านมีความผิดปกติ เช่น ตัวร้อน มีไข้ ไอ หรือมีปัสสาวะ แสบขัด ท่านสามารถมาโรงพยาบาลได้ทันที	2 (2.8)	3 (4.2)	20 (27.8)	25 (34.7)	22 (30.6)	3.86	0.99	สูง	ต่ำ
8.ท่านขาดความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อ ทำให้ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง	5 (6.9)	24 (33.3)	27 (37.5)	10 (13.9)	6 (8.3)	3.16	1.03	ปานกลาง	ปานกลาง

ตารางภาคผนวก ฉ -1.5 ร้อยละ ส่วนเบี่ยงบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโดยรวมและรายด้าน

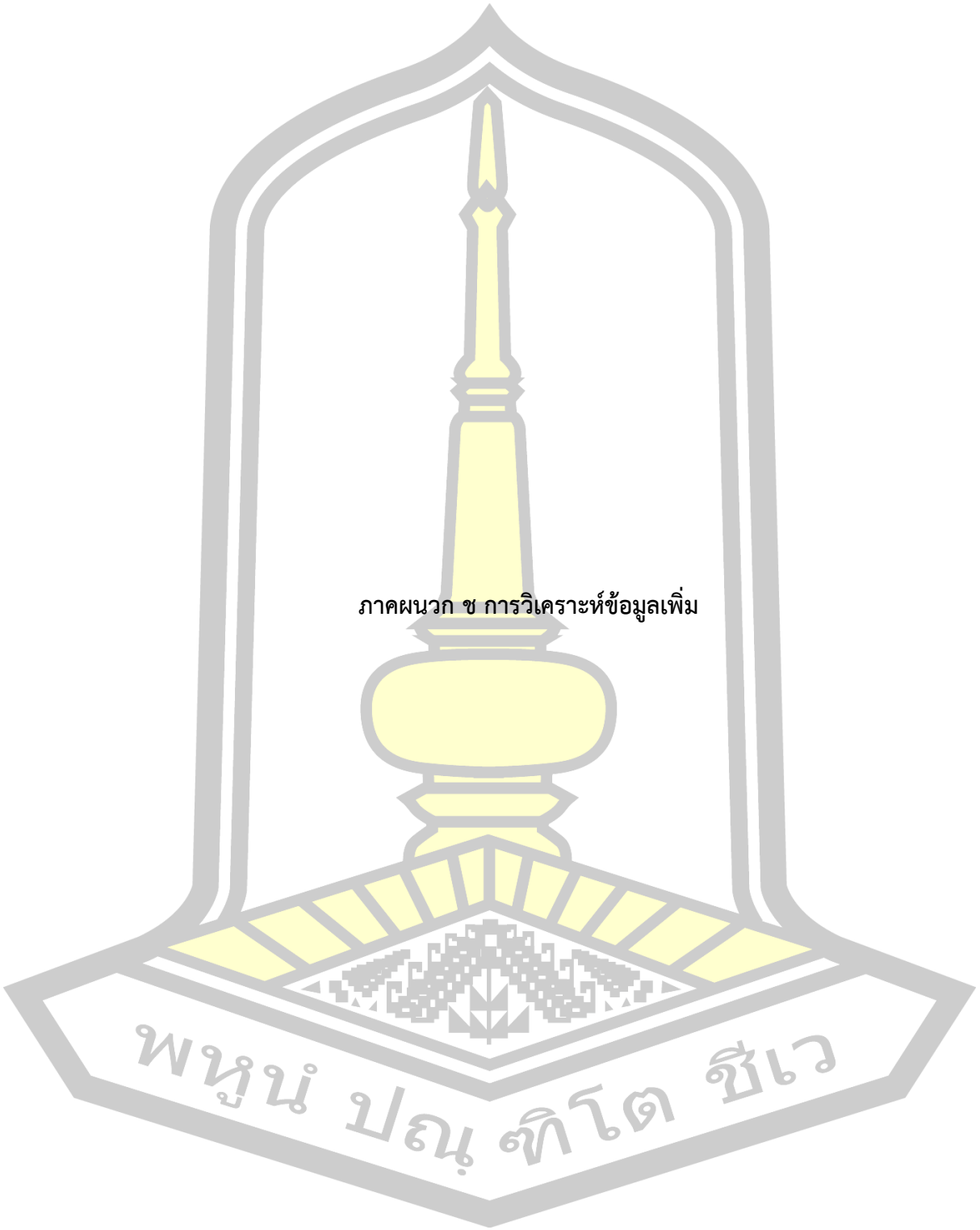
พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ	$\bar{x}$	SD	ระดับ
พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโดยรวม						4.25	0.43	**สูง**
1.ด้านการรับประทานอาหารและน้ำ						**4.33**	**0.55**	**สูง**
1.ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ เช่น ข้าว เนื้อสัตว์ นม ไข่ ผัก และผลไม้	41 (56.9)	11 (15.3)	17 (23.6)	3 (4.2)	0 (0.0)	4.20	0.96	สูง
2.ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ ๆ และสะอาด	54 (75.0)	14 (19.4)	2 (2.8$)	1 (1.4)	1 (1.4)	4.65	0.73	สูง
3.ท่านรับประทานอาหารหมักดอง เช่น ขนมจีน หน่อไม้ดอง ผักดอง และผลไม้ดอง	48 (66.7)	15 (20.8)	1 (1.4)	2 (2.8)	6 (8.3)	4.34	1.20	สูง
4.เมื่อท่านรับประทานผักสด จะล้างน้ำก่อนรับประทานอย่างน้อย 2-3 รอบ	37 (51.4)	12 (16.7)	8 (11.1)	8 (11.1)	7 (9.7)	3.88	1.39	สูง
5.ท่านปอกเปลือกผลไม้ก่อนรับประทาน	45 62.5	14 19.4	12 16.7	1 1.4	0 (0.0)	4.43	0.81	สูง
6.ท่านล้างมือก่อนและหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง แม้ไม่ได้จับต้องสิ่งใดมาก่อน	51 (70.8)	14 (19.4)	6 (8.3)	1 (1.4)	0 (0.0)	4.59	0.70	สูง
7.ท่านรับประทานอาหารเสริมตามที่แพทย์หรือพยาบาลแนะนำ เช่น โปรตีนช่วยเพิ่มเม็ดเลือดขาว	41 (56.9)	14 (19.4)	10 (13.9)	4 (5.6)	3 (4.2)	4.19	1.13	สูง
8.ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2,000-3,000 ซีซี	37 (51.4)	24 (33.3)	9 (12.5)	0 (0.0)	2 (2.8)	4.30	0.89	สูง

ตารางภาคผนวก ฉ -1.6 (ต่อ)

พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ	$\bar{x}$	SD	ระดับ
2. ด้านการดูแลความสะอาดร่างกาย						**4.30**	**0.49**	**สูง**
1.ท่านอาบน้ำ ฟอกสบู่โดยเฉพาะบริเวณที่อับชื้น อย่างน้อยวันละ 2 ครั้งและเช็ดตัวให้แห้ง	49 (68.1)	15 (20.8)	5 (6.9)	2 (2.8)	1 1.4	4.51	0.85	สูง
2.ท่านทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์หลังการขับถ่าย ด้วยน้ำ/สบู่อ่อนๆ ซับให้แห้งเสมอ	49 (68.1)	16 (22.2)	5 (6.9)	2 (2.8)	0 (0.0)	4.55	0.74	สูง
3.ท่านดูแลเล็บมือเล็บเท้าตัดให้สั้นเสมอ	51 (70.8)	16 (22.2)	2 (2.8)	2 (2.8)	1 (1.4)	4.58	0.80	สูง
4.ท่านสังเกตตรวจสอบผิวหนังตลอดเวลาว่าไม่มีแผลถลอก ผื่นคัน ตุ่มหนองใด ๆ	47 (65.3)	19 (26.4)	6 (8.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.56	0.64	สูง
5.ท่านล้างมือทุกครั้งหลังสัมผัสดิน ปลูกต้นไม้ และสัตว์เลี้ยง	54 (75.0)	10 (13.9)	4 (5.6)	3 (4.2)	1 (1.4)	4.56	0.88	สูง
6.ท่านซักเสื้อผ้าหลังใส่แล้วทุกครั้ง	56 (77.8)	14 (19.4)	1 (1.4)	0 (0.0)	1 (1.4)	4.72	0.63	สูง
7.ก่อนใช้ห้องน้ำร่วมกับบุคคลอื่นท่านจะเช็ดทำความสะอาดฝาชักโครกและกดราดน้ำหลายรอบ	33 (45.8)	24 (33.3)	13 (18.1)	0 (0.0)	2 (2.8)	4.19	0.92	สูง
8.ท่านแปรงฟันด้วยแปรงขนนุ่มวันละ 2 ครั้ง เช้า เย็น และทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร	44 (61.1)	17 (23.6)	8 (11.1)	2 (2.8)	1 (1.4)	4.40	0.89	สูง
9.ท่านตรวจสอบการเกิดแผลในช่องปากทุกครั้งก่อนและหลังแปรงฟัน	34 (47.2)	25 (34.7)	8 (11.1)	3 (4.2)	2 (2.8)	4.19	0.98	สูง
10.ท่านบ้วนปากด้วยน้ำเกลือเพื่อป้องกันการเกิดแผลและติดเชื้อในช่องปาก	18 (25.0)	19 (26.4)	22 (30)	5 (6.9)	8 (11.1)	3.47	1.25	ปานกลาง

ตารางภาคผนวก ฉ -1.6 (ต่อ)

พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ	$\bar{x}$	SD	ระดับ
3. ด้านการจัดสภาพสิ่งแวดล้อมรอบตัวเอง						**4.18**	**0.76**	**สูง**
1.ห้องนอนหรือบริเวณที่พักในบ้านมีอากาศถ่ายเทสะดวก	57 (79.2)	7 (9.7)	4 (5.6)	0 (0.0)	4 (5.6)	4.58	1.03	สูง
2.ท่านไม่นำสัตว์เลี้ยงมาเลี้ยงในตัวบ้านหรือในห้องพัก/ห้องนอน	42 (58.3)	6 (8.3)	3 (4.2)	2 (2.8)	19 (26.4)	3.69	1.74	สูง
3.ท่านสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า ตลอดเวลาถ้าท่านจำเป็นต้องไปในที่ตลาดหรือชุมชน	66 (91.7)	3 (4.2)	2 (2.8)	0 (0.0)	1 (1.4)	4.84	0.59	สูง
4.ท่านไม่นำแจกันดอกไม้สดมาไว้ในบ้านหรือในห้องพัก	38 (52.8)	2 (2.8)	4 (5.6)	3 (4.2)	25 (34.7)	3.34	1.87	ปานกลาง
5.เมื่อมีคนมาเยี่ยมที่บ้าน ท่านจะสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลา	50 (69.4)	11 (15.3)	8 (11.1)	1 (1.4)	2 (2.8)	4.47	0.94	สูง
4. ด้านการจัดการความวิตกกังวลและเครียด						**4.00**	**0.65**	**สูง**
1.เมื่อท่านรู้สึกเครียดท่านจะใช้วิธีการพูดคุยกับคนใกล้ชิด	28 (38.9)	22 (30.6)	14 (19.4)	6 (8.3)	2 (2.8)	3.94	1.08	สูง
2.ท่านมีวิธีการจัดการความเครียด เช่น การฟังเพลง การฝึกสมาธิ การสวดมนต์	35 (48.6)	21 (29.2)	13 (18.1)	1 (1.4)	2 (2.8)	4.19	0.97	สูง
3.ท่านนอนหลับพักผ่อน อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง/วัน	44 (61.1)	13 (18.1)	11 (15.3)	4 (5.6)	0 (0.0)	4.34	0.93	สูง
4.ท่านนอนหลับพักผ่อนในเวลากลางวัน	30 (41.7)	21 (29.2)	17 (23.6)	2 (2.8)	2 (2.8)	4.04	1.01	สูง
5.ท่านมีการบริหารร่างกายเบาๆ เช่น การเดินหรือบริหารร่างกาย เพื่อคลายเครียด	36 (50.0)	16 (22.2)	13 (18.1)	5 (6.9)	2 (2.8)	4.09	1.10	สูง
6.เมื่อท่านมีความเครียด ท่านจะทำงานอดิเรกทำ เช่นรดน้ำต้นไม้ ทำงานฝีมือ ทำอาหารหรือขนม	16 (22.2)	21 (29.2)	17 (23.6)	12 (16.7)	6 (8.3)	3.40	1.24	ปานกลาง



ภาคผนวก ช การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่ม

ตารางภาคผนวก ช ตารางที่ ช - 1 วิเคราะห์เพิ่มเติมความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลการรับรู้	**พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ**		**รวม**
	ระดับปานกลาง (จำนวน)	ระดับสูง **(จำนวน)**	
การรับรู้ความรุนแรง			
ระดับปานกลาง	4	7	11
ระดับสูง	3	58	61
รวม	7	65	72

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	10.499[a]	1	.001		
Continuity Correction[b]	7.222	1	.007		
Likelihood Ratio	7.583	1	.006		
Fisher's Exact Test				.009	.009
Linear-by-Linear Association	10.354	1	.001		
N of Valid Cases[b]	72				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.07.

b. Computed only for a 2x2 table

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	สายพิน บุญศรี
วันเกิด	6 พฤศจิกายน 2516
สถานที่เกิด	จังหวัดร้อยเอ็ด ประเทศไทย
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 59 หมู่ 4 บ้านหนองพุก ตำบล ขอนแก่น อำเภอ เมือง จังหวัดร้อยเอ็ด 45000
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด 45000
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2534 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสตรีศึกษา จังหวัดร้อยเอ็ด พ.ศ. 2540 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ระดับต้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา พ.ศ. 2547 พยาบาลศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ. 2566 พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พหูน ปณ ฑิโต ชีเว