

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ Relationship Between Health Belief Factors And Behavior Wound Care In The Elderly

จิตรา น้ำเหนือ ปริศนา อัครณพล* กมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม

Jitra Namnoer Prisana Akaratanapol* Kamontip Khungtumneam

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ สมุทรปราการ ประเทศไทย 10540

Faculty of nursing, Huachiew Chalermprakiet University, Samutprakarn, Thailand, 10540

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีประวัติการมีบาดแผลเปิด ที่เข้ารับการรักษารักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา และมีนัดติดตามแผลหลังเกิดบาดแผล 1 สัปดาห์ จำนวน 70 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ และแบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) 0.89 และ 0.97 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.72 และ 0.93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย พบว่าพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 2.33, SD = 0.54) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดการติดเชื้อที่บาดแผล ($r = 0.73, p < .05$) การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อที่บาดแผล ($r = 0.44, p < .05$) การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับของการดูแลบาดแผล ($r = 0.68, p < .05$) และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลบาดแผลมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ ($r = -0.45, p < .05$)

คำสำคัญ: ความเชื่อด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการดูแลบาดแผล, ผู้สูงอายุ

Abstract

This descriptive research aimed to study the relationship between health beliefs and wound care behaviors of the elderly. The sample consisted of 70 elderly with a history of open wounds who were treated as outpatients at Phanomsarakham Hospital, Chachoengsao Province, and had a follow-up appointment 1 week after the wound occurred. Data were collected using the Wound Care Behaviors of the Elderly Questionnaire and the Relationship between Health Beliefs and Wound Care Behaviors of the Elderly Questionnaire. The questionnaire was examined for content validity by 3 experts. The content validity (CVI) was between 0.89 and 0.97, and the Cronbach's alpha coefficients were 0.72 and 0.93, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient.

Corresponding Author: *E-mail: prisanaatp@gmail.com

วันที่รับ (received) 21 ก.พ. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 16 เม.ย. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 26 เม.ย. 2568

The results of the research found that the wound care behavior of the elderly was at a good level overall ($\bar{X}$ = 2.33, SD = 0.54). Factors related to wound care behavior of the elderly were : Perceived risk of wound infection (r = 0.73, p < .05), perceived severity of wound infection (r = 0.44, p < .01), perceived benefits of wound care (r = 0.68, p < .05), and perceived barriers to wound care were negatively related to wound care behavior of the elderly (r = -0.45, p < .05).

Keywords: health beliefs, wound care behavior, elderly

บทนำ

จำนวนผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็ว และเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างก้าวกระโดด ได้คาดการณ์ว่า ในปี 2573 ประชากรทั่วโลกจะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจาก 1 พันล้านคน เป็น 1.4 พันล้านคน ซึ่งคิดเป็นสัดส่วน 1 ใน 6 ของประชากรทั่วโลก และภายในปี 2593 ประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่า สำหรับ สัดส่วนผู้สูงอายุในประเทศไทยนั้น จากรายงานของสำนักงาน สถิติแห่งชาติพบว่า ประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วน ของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องและปี 2566 เพิ่มขึ้น ถึงร้อยละ 21.60 ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ว่าประเทศไทยกลายเป็นสังคม สูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete aged) คือมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่า ร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด¹ โดยมีการคาดการณ์ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.50 ต่อปี และประชากรผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จะเพิ่มเฉลี่ยประมาณ ร้อยละ 7.10 ต่อปี และในปี 2583 ผู้สูงอายุในประเทศไทย จะเพิ่มเป็นร้อยละ 31.40 ของประชากรทั้งหมดเมื่อมีจำนวน ของผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนมากขึ้น โรคที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ จึงมีเพิ่มขึ้นไปด้วย

จากรายงานของกรมควบคุมโรคพบการบาดเจ็บ ที่สำคัญของผู้สูงอายุ ยังพบสาเหตุที่เกิดจากการบาดเจ็บต่าง ๆ จากการใช้ชีวิตประจำวัน ที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วย และเสียชีวิตเพิ่มขึ้น อันดับแรกคือ อุบัติเหตุทางถนน รองลงมา คือการพลัดตกหกล้ม² มีการศึกษาเพิ่มเติมพบว่าผู้สูงอายุ เพศหญิงมีการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มสูงกว่าเพศชาย 1.7 เท่า ซึ่งร้อยละ 67 เกิดจากสาเหตุลื่น สะดุด หรือก้าวพลาด บนพื้นระดับเดียวกัน และร้อยละ 5 ที่ตกหรือลื่นจากชั้นบันได ทำให้ผู้สูงอายุเกิดบาดแผลตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงขั้นรุนแรง เช่น แผลฟกช้ำ แผลถลอก แผลเปิดและรายงานของกรมอนามัย พบว่าสถานที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุดคือบ้านและบริเวณชุมชน ที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุเกิดการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

ต่าง ๆ ทำให้เกิดบาดแผลเปิด ส่งผลต่อสุขภาพร่างกายผู้สูงอายุ เป็นอย่างมาก เพราะการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่มี การเสื่อมถอย การทำงานของกล้ามเนื้อและกระดูกจะช้าลง ส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย และเมื่อเกิดอุบัติเหตุส่งผลให้ เกิดบาดแผลบนร่างกายได้ง่าย

ในจังหวัดฉะเชิงเทรา ปี พ.ศ. 2566 พบประชากร ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 137,303 ราย จำแนกเป็นเพศชาย 60,025 ราย และเพศหญิง 77, 278 ราย และพบว่าในอำเภอพนมสารคามจังหวัดฉะเชิงเทรา มีจำนวน ผู้สูงอายุมากเป็นลำดับที่ 4 ของทุกอำเภอในจังหวัดฉะเชิงเทรา จากการศึกษาอัตราความชุกของผู้สูงอายุที่เกิดบาดแผล ในปี 2566 มีจำนวนผู้สูงอายุ จำนวน 14,372 ราย ในจำนวนนี้ มีผู้สูงอายุได้รับบาดเจ็บและเกิดบาดแผลถลอกและฉีกขาด จากอุบัติเหตุต่าง ๆ ภายในบ้านและชุมชน จำนวน 691 ราย ผู้วิจัยปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพนมสารคาม ได้เก็บรวบรวมข้อมูลประวัติการมารับการรักษาพบอัตราความชุก ของผู้สูงอายุที่มีบาดแผลฉีกขาดจากอุบัติเหตุชนิดต่าง ๆ แล้วเกิดบาดแผลเกิดอักเสบติดเชื้อ จำนวน 274 ราย คิดเป็น อัตราร้อยละ 39.65 จากจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บทั้งหมด จากการสอบถามเกี่ยวกับการดูแลบาดแผล ผู้สูงอายุมีความเชื่อ และพฤติกรรมในการดูแลบาดแผลที่แตกต่างกันออกไป เช่น การใช้สมุนไพรยาฉุน เมล็ดต้อยติ่งดำ หรือพืชชนิดอื่น ตำประคบบาดแผลและห้ามเลือดก่อนมาโรงพยาบาล การทาน้ำมันมะพร้าว น้ำมันสมุนไพรลงในบาดแผล อีกทั้งบาดแผลเปิดในผู้สูงอายุบางรายไม่ได้มาได้รับการรักษา ต่อเนื่องจากมีความเชื่อว่าแผลจะหายเอง และคิดว่าบาดแผล มีขนาดเล็กน้อย ใช้เศษผ้าที่มีอยู่ดูแลทำแผลและห้ามเลือด ตามความสะดวก จากความเชื่อดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุ กลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะติดเชื้อบริเวณบาดแผล

การที่จะลดการติดเชื้อของบาดแผล ผู้สูงอายุจะต้อง มีพฤติกรรมในการดูแลบาดแผลที่เหมาะสม ซึ่งการจัดการและ

ดูแลบาดแผลที่ถูกต้องจะช่วยให้แผลหายเร็วขึ้นไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย เช่น แผลอักเสบติดเชื้อ¹ การที่ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมดูแลบาดแผลที่เหมาะสมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นนั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย แบ่งเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้เนื่องจากเป็นลักษณะเฉพาะบุคคล ที่เป็นปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ศาสนาและสถานภาพสมรส² ส่วนปัจจัยที่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้นั้น อาจขึ้นอยู่กับความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่ง² อธิบายแนวคิดความเชื่อทางสุขภาพ ว่าการรับรู้หรือความเชื่อทางสุขภาพของบุคคลเป็นปัจจัยในการกระตุ้นหรือจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเพื่อสุขภาพของตน ทั้งนี้ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยย่อยต่าง ๆ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) ถ้าบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และเชื่อว่าโรคนั้นมีอันตรายต่อร่างกายจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดีและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) เมื่อบุคคลรับรู้ว่าโรคนั้นมีผลกระทบทำให้เกิดความเจ็บป่วย พิการ หรือเสียชีวิตได้ จะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค (Perceived benefit) เมื่อบุคคลเชื่อว่าการกระทำสิ่งที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้เกิดหายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ จะทำให้เกิดการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และการรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรค (Perceived barriers) เมื่อบุคคลรับรู้ถึงสิ่งที่เป็นอุปสรรคขัดขวางมากจะส่งผลให้ปฏิบัติตาม

คำแนะนำน้อย นอกจากนี้ ยังมีสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) เช่นการได้รับคำแนะนำจากคนในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์จะเป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลเกิดการปฏิบัติ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความเชื่อทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มผู้สูงอายุโรคต่าง ๆ แต่ยังไม่พบการศึกษาพฤติกรรมดูแลบาดแผลในกลุ่มผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ และนำปัจจัยที่ศึกษาไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีบาดแผล และเสริมสร้างป้องกันการติดเชื้อของบาดแผลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

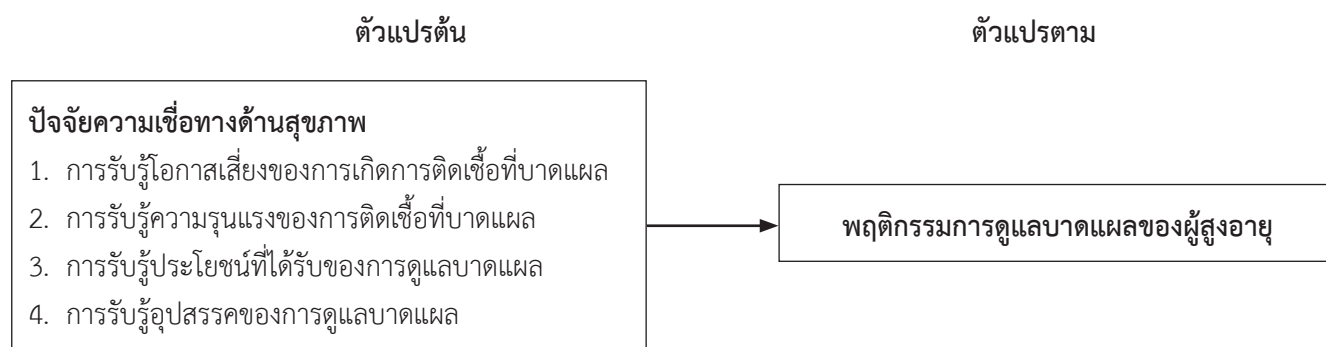
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมดูแลบาดแผลเปิดของผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ

สมมติฐาน

ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ความเชื่อด้านสุขภาพ² ทั้ง 4 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดการติดเชื้อที่บาดแผล การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อที่บาดแผล การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับของการดูแลบาดแผล และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลบาดแผล เชื่อว่า มีผลต่อพฤติกรรมดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ ซึ่งช่วยส่งผลให้เกิดผลดีและลดการเกิดบาดแผลอักเสบติดเชื้อ ซึ่งได้สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอนมสาร จันทบุรี และเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มิถุนายน - สิงหาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีบาดแผลเปิด เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา และมีนัดติดตามแผลหลังเกิดบาดแผล 1 สัปดาห์ โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า-ออก ดังนี้

1. เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ประกอบไปด้วย มีบาดแผลเปิด และมีนัดมาติดตามบาดแผลที่โรงพยาบาลหลังเกิดบาดแผล 1 สัปดาห์ เป็นผู้ที่สามารถอ่านหรือฟังภาษาไทยได้สามารถสื่อสารได้เข้าใจ ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ประเมินโดยใช้แบบประเมินสมรรถภาพสมองฉบับย่อ (Mini-cog)³ ต้องได้คะแนนรวมมากกว่า 3 คะแนนขึ้นไป สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ประเมินโดยใช้ แบบคัดกรอง Barthel ADL index⁴ และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีคะแนนของแบบคัดกรอง Barthel ADL index⁴ ตั้งแต่ 9 คะแนนขึ้นไป ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัย

2. เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ประกอบไปด้วย ผู้ที่มีอาการป่วยเฉียบพลันหรือเป็นผู้ป่วยติดเตียงหรือพิการ จนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลได้รับการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลพนมสารคาม ขอยุติการตอบแบบสอบถามในระหว่างดำเนินการตอบแบบสอบถาม

ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Selection) คัดเลือกผู้สูงอายุที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเข้า มีนัดมาติดตามบาดแผลที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพนมสารคาม หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในช่วง มิถุนายน - สิงหาคม 2567 จำนวน 70 ราย

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 กำหนดข้อมูลสำหรับคำนวณครั้งนี้ Effect size = 0.3, α err prob = 0.05, Power ($1-\beta$ err prob) = 0.8 ได้จำนวน 64 ราย เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจากการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 คือ จำนวน 6 ราย ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 70 ราย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย เลขที่ HCU-EC1479/2567 เมื่อวันที่ 27 เมษายน พ.ศ. 2567 จากคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ และได้รับอนุญาตเก็บข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทราและผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนมสารคาม เมื่อพบกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถาม ใช้เวลา 30-45 นาทีต่อราย

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือในการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ซึ่งถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานภาพการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ชนิดของบาดแผลเปิด ลักษณะบาดแผล ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ และมีการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมินสมรรถภาพสมองฉบับย่อ (Mini-cog)³ และแบบคัดกรอง Barthel ADL index⁴

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุในชุมชน โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ลักษณะข้อคำถามประกอบไปด้วย 2 ด้าน ได้แก่ การปฐมพยาบาลเมื่อเกิดบาดแผล จำนวน 6 ข้อ และการส่งเสริมการหายของบาดแผล จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็น มาตรการส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุในชุมชน โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ ของ² ประกอบไปด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดการติดเชื้อที่บาดแผล จำนวน

- 13 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อที่บาดแผล จำนวน
13 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับของการดูแลบาดแผล จำนวน
10 ข้อ และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลบาดแผล จำนวน
11 ข้อ ลักษณะคำถามมีทั้งข้อคำถามด้านบวกและด้านลบ
เป็น มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง
เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่แน่ใจ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ความตรงตาม
เนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมด
ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านตรวจสอบ พบว่าด้านพฤติกรรม
การดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ $CVI = 0.69$ ด้านปัจจัยที่มีความ
สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ $CVI = 0.83$
หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ
ของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดสอบกับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้าย
กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ที่โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว
จังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องภายใน
ของเครื่องมือ โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ
ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า
ด้านพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุเท่ากับ 0.72
และด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแล
บาดแผลของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.93

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล
ข้อมูลตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และพฤติกรรมการดูแล
แผลของผู้สูงอายุ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยที่
สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแผลของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ
Pearson's Correlation Coefficient ซึ่งผู้วิจัยได้ทดสอบ
ข้อมูลก่อนการวิเคราะห์พบว่าผ่านข้อตกลงเบื้องต้น ได้ผลดังนี้
ข้อมูลเป็นระดับ Interval scale การแจกแจงปกติ เป็นโค้งปกติ
(Normal Curve) ตัวแปรพหุคูณกับตัวแปรเกณฑ์มีความ
สัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง (Linearity) คะแนนความคลาดเคลื่อน
ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามเป็นศูนย์หรือไม่มี

ความสัมพันธ์กัน ($e = 0$)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 70 ราย ส่วนใหญ่
เป็นเพศชาย (ร้อยละ 52.90) 47.10 มีอายุเฉลี่ย 69 ปี ระดับ
การศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 48.6 มีสถานการสมรสคู่
ร้อยละ 80.00 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (เป็นมากกว่า 1 โรค)
ร้อยละ 82.90 เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด
ร้อยละ 58.60 มีประวัติการสูบบุหรี่ ร้อยละ 10.00 ดื่มสุรา
เป็นประจำทุกวัน ร้อยละ 4.30 กลุ่มตัวอย่างมีบาดแผล
ส่วนใหญ่เป็นแผลถลอก (Abrasion wound) ร้อยละ 61.40
รองลงมาเป็นแผลฉีกขาด (Laceration wound) ร้อยละ 35.70
ลักษณะของบาดแผลส่วนมากเป็นบาดแผลไม่ติดเชื้อร้อยละ
51.40 เมื่อเกิดบาดแผลจะได้รับยาชนิดรับประทาน/ยาชนิดฉีด
เกี่ยวกับบาดแผลที่แพทย์สั่งจ่าย ร้อยละ 81.40

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของ
ผู้สูงอายุ ภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.33$, $SD = 0.54$)
เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการปฐมพยาบาลเมื่อเกิดบาดแผล
อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.11$, $SD = 0.74$) และด้านการส่งเสริม
การหายของบาดแผล อยู่ในระดับดีเช่นกัน ($\bar{X} = 2.43$, $SD = 0.55$)
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของ
ผู้สูงอายุ ในชุมชน ทั้ง 4 ปัจจัย ภาพรวมการรับรู้อยู่ในระดับ
ปานกลาง ($\bar{X} = 2.82$, $SD = 0.05$) เมื่อพิจารณาในแต่ละปัจจัย
อยู่ในระดับมาก พบว่า การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับของการดูแล
บาดแผล ($\bar{X} = 3.47$, $SD = 0.49$) รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิด
การติดเชื้อที่บาดแผล ($\bar{X} = 3.42$, $SD = 0.53$) และการรับรู้ความ
รุนแรงของการติดเชื้อที่บาดแผล ($\bar{X} = 3.19$, $SD = 0.42$)
แต่ปัจจัยการรับรู้อุปสรรคของการดูแลบาดแผลมีอยู่ใน
ระดับน้อย ($\bar{X} = 1.18$, $SD = 0.48$)

ตารางแสดง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ ($N = 70$)

ตัวแปรปัจจัย	พฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (rs)	p-value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดการติดเชื้อที่บาดแผล	0.73**	<.05
การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อที่บาดแผล	0.44**	<.05
การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับของการดูแลบาดแผล	0.68**	<.05
การรับรู้อุปสรรคของการดูแลบาดแผล	- 0.45**	<.05

P-value <.05

จากตาราง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุเป็นอันดับแรกคือการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดการติดเชื้อที่บาดแผล ($r = 0.73$, $p < .05$) รองลงมา คือ การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับของการดูแลบาดแผล ($r = 0.68$, $p < .05$) การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อที่บาดแผล ($r = 0.44$, $p < .05$) และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลบาดแผลมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ ($r = -0.45$, $p < .05$)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี มีการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.24$, $SD = 0.12$)⁵ สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยผู้สูงอายุตอนต้น 60-69 ปี ยังมีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ ความเสื่อมถอยทางด้านร่างกายยังไม่มากจึงมีความสามารถในการแสวงหาความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง⁶ ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุเกิดบาดแผลจึงสามารถให้การปฐมพยาบาลและการดูแลเพื่อส่งเสริมการหายของบาดแผลด้วยตนเองได้

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดการติดเชื้อที่บาดแผล การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อที่บาดแผล การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับของการดูแลบาดแผล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แต่ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคของการดูแลบาดแผลมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ ($r = -0.45$, $p < .05$) สามารถอธิบายได้ว่า

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อที่บาดแผลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.73$, $p < .05$) กล่าวคือผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดการติดเชื้อที่บาดแผลอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.42$, $SD = 0.53$) จึงทำให้มีพฤติกรรมการการดูแลบาดแผลอยู่ในระดับมาก ซึ่งบุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและเชื่อว่าโรคนั้นมีอันตรายต่อตนเองจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ⁷ และพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้านเขตอำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.243$, $p < .01$)⁷ และพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.310$, $p < .01$)⁸ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดเพชรบูรณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.18$, $p < .05$)⁹

การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อที่บาดแผลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.44$, $p < .05$) กล่าวคือผู้สูงอายุมีการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อที่บาดแผลอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.19$, $SD = 0.42$) ซึ่งเมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงาน จะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค⁴ และพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.125$, $p < .05$)¹⁰

มีการศึกษาพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹¹ และการรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .196$, $p < .05$)¹² และการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ ($r = .767$, $p < .05$)¹³ และยังพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .166$, $p < .05$)¹⁴

การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับของการติดเชื้อที่บาดแผลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.68$, $p < .05$) เนื่องจากผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับของการดูแลบาดแผลอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.47$, $SD = 0.49$) ซึ่งถ้าบุคคลเชื่อว่าการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมจะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น จะทำให้บุคคลนั้นมีการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ และจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น⁵

และยังมีการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁵ และการรับรู้ประโยชน์พฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.71, p<.05$)¹⁶

การรับรู้อุปสรรคของการดูแลบาดแผลมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ ($r = -0.45, p<.05$) กล่าวคือถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้อุปสรรคของการดูแลบาดแผล อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}= 1.18, SD = 0.48$) จะมีพฤติกรรมการดูแลบาดแผลในระดับดี จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้อุปสรรคของการดูแลบาดแผลในระดับ ตามแนวคิดของ Rosenstock IM.² ได้กล่าวว่า เมื่อบุคคลรับรู้ถึงสิ่งที่เป็อุปสรรคขัดขวางหรือผลกระทบในทางลบที่จะได้รับ หลังจากปฏิบัตินั้นมีน้อย บุคคลก็จะเลือกการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพดี มีการศึกษา พบว่าการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมมารับประทานยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.347, p<.05$)¹⁷ และการรับรู้อุปสรรค ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับแรง จูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของ ผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($r = -0.141, p<.05$)⁸ และการรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาหลายขนานมีความสัมพันธ์ ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนาน ของผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($rs = -0.43, p<.05$)¹⁸

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย บุคลากร ทางสุขภาพที่ดูแลผู้สูงอายุสามารถนำปัจจัยความเชื่อทางด้าน สุขภาพ มาออกแบบคำแนะนำและแนวทางในการดูแลบาดแผล ของผู้สูงอายุเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้ดูแล และมีการ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้การดูแลบาดแผลที่ถูกต้อง จนกระทั่งเกิดความตระหนักในการดูแลบาดแผล และ สร้างความร่วมมือจากคนใกล้ชิดของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป ศึกษา ต่อยอดในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการติดเชื้อของบาดแผลแล้ว ในด้าน ระยะเวลาการหายของบาดแผล การสูญเสียอวัยวะ หรือระยะเวลา การ re-admit ด้วยเรื่องบาดแผลติดเชื้อ และศึกษา เพิ่มเติมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ ของ ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยด้านการดูแลผู้สูงอายุ กับการส่งเสริมการหายของ บาดแผลในกลุ่มผู้สูงอายุ

References

1. Mamom J, Chansawat P, Niamrit S, & Baikru P. Effects of skill development model on wound healing in patients with pressure ulcers. Science Technology Journal. 2013;21(7): 609-19. (in Thai)
2. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. Health education monographs. 1974;2(4):328-35.doi:10.1177/ 109019817400200403
3. Borson S, Scanlan J, Brush M, Vitaliano P, & Dokmak A. The mini-cog: a cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2000 ; 5(11):1021-027. DOI: 10.1002/1099-1166(200011) PMID: 11113982.
4. Bunnak S, & Thongnum N. Somdej Phra Sangkharat Yannasangwon Institute of medicine for the elderly, department of medical services, ministry of public health. Guidelines for preventing adverse drug events in the elderly. Bangkok: SinthaweePim; 2022. (in Thai)
5. Phasuk P. Health beliefs and self-health care behavior of the elderly in Nong Khae Subdistrict, Rasi Salai District, Sisaket Province, Journal of Health Service Support. 2017;16(1): 44-55. (in Thai)
6. Siwapriyakul K. Self-care behavior of the elderly in Mueang District, Surat Thani Province, Journal of Health Research and Innovation. 2020;3(1) : 1-14. (in Thai)
7. Nilkaew S, & Pho-am A. Health perception related to health behavior of village health volunteers in Prasat District, Surin Province. Journal of Public Health and Health Sciences. 2020;3(3) :28-38. (in Thai)

8. Dechasaibua N. The relationship between the perception of health belief patterns in preventing COVID-19 and the motivation to continuously receive COVID-19 vaccination services among the elderly in Lin Fa Subdistrict, Yang Chum Noi District, Sisaket Province, Fiscal Year 2022. *Sisaket Journal of Health Research and Development*. 2022;2(Extra): 87-101. (in Thai)
9. Boonsin C, Pho-am A, & Maimai P. Drug use behavior of elderly people with hypertension in Phetchabun Province. *Northern Journal of Science and Technology*. 2021;2(2): 16-28. (in Thai)
10. Liunoi W, Phongsaengphan P, Phibun K, & Upawongsaphat T. Factors predicting the behavior of preventing the coronavirus disease 2019 among the elderly in the Eastern region. *Journal of Health Center* 9.2023;17(2): 394-64. (in Thai)
11. Puangthong N, & Kiratisiroj A. Factors influencing fall prevention behavior among the elderly in Thap Than District, Uthai Thani Province. *Journal of Health and Nursing Research*. 2022;38(1): 73-85. (in Thai)
12. Sonsuk C, & Khamwong P. The influence of perceived severity, health literacy and family support on self-care behaviors to prevent osteoarthritis in the elderly. *Lanna Public Health Journal*. 2018;14(2): 35-45. (in Thai)
13. Leksansern P. Development of a model for creating motivation for self-care to prevent hypertension in the elderly through family participation. *Interdisciplinary Journal*. 2022;22(2): 10-22. (in Thai)
14. Saraphan A, Sirisophon N, Kaynaka P, Onsiri N, Uthayanik B, Thirawetchacharoenchai S, & Sukomon N. Factors related to fall prevention behaviors among the elderly. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*. 2017;18(Extra): 215-22. (in Thai)
15. Kawilkruea S. Factors related to exercise behavior of the elderly in Saem Ngam District, Lampang Province. *Journal of Social Science Doctoral Studies*. 2017;7(3): 161-73. (in Thai)
16. Phongphumma L, & Yotprasit T. Health promotion behavior of the elderly in Ban Suan Subdistrict Community, Mueang District, Chonburi Province. *Public Health Academic Journal*. 2019; 28(2): 236-43. (in Thai)
17. Suwanroj S, Chapradit J, Tonkeat C, Bonkhuntod P, Chaiwong N, & Chaikam R. Drug-using behavior of elderly people with chronic diseases who received services at Ban Tung Samian Tra Subdistrict Health Promotion Hospital, Ban Kham Subdistrict, Chatturat District, Chaiyaphum Province. *Sisaket Surin Buriram Hospital Medical Journal*. 2022;37(3): 649-58. (in Thai)
18. Kulphatsangthong R, Khlangthamniam K, & Boonthan W. Factors associated with polydrug use behavior among community-dwelling elderly with non-communicable chronic diseases. *Prachomklao College Nursing Journal*. 2022;5(2): 57-71. (in Thai)