

พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ
ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม

ปริญญาณิพนธ์
ของ
อารีย์ เจียมพุก

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

มกราคม 2544

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ
ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม

บทคัดย่อ
ของ
อารีย์ เจียมพุก

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

มกราคม 2544

๒๕๔๔

อารีย์ เจียมพุก. (2544). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มาใช้บริการ ณ คลินิก
วัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม. ปริญญาโท กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม:
รองศาสตราจารย์ สพ.ญ. นภาพร มัชฌิมานุกร, รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารถ

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มา
รับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วย
วัณโรคเข้ารับการรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 181 คน ซึ่งได้มา
โดยการสุ่มแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สถิติที่ใช้ในการ
วิเคราะห์ข้อมูลคือ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ ทดสอบค่าที ทดสอบค่าเอฟ และ
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยวัณโรคที่มาใช้บริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐมมีความเชื่อ
ทางด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง และพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี
2. ผู้ป่วยวัณโรคที่มาใช้บริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐมที่มีเพศ อายุ
อาชีพ รายได้ และสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยวัณโรคที่มาใช้บริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐมที่มีระดับการ
ศึกษาและการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. ความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ
ของผู้ป่วยวัณโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ .05 ส่วนความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของ
โรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

SELF CARE BEHAVIOR OF TUBERCULOSIS PATIENTS ATTENDING AT
TUBERCULOSIS CLINIC IN NAKORNPATTHOM HOSPITAL

AN ABSTRACT
BY
AREE JAIMPOOK

Presented in partial fulfillment of the requirements
for the Master of Education degree in health Education
at Srinakharinwirot University

January 2001

Aree Jaimpook. (2001). *Self care behavior of tuberculosis patients attending at tuberculosis clinic in Nakornpathom hospital*. Master thesis, Ed. (health Education). Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee: Assoc. Prof. Dr. Napaporn Madhyamankura , Assoc. Prof. Sujin Preechamart.

The purpose of this study was to study self-care behavior of tuberculosis patients attending at tuberculosis clinic in Nakornpathom hospital. 181 tuberculosis patients were sampled by purposive sampling technique. The instruments were obtained from questionnaires and the data were analyzed by using SPSS for window program in detening the mean, standard deviation, percent, t-test, F-test and Pearson product moment correlation coefficient.

The results of thesis study were as follows:

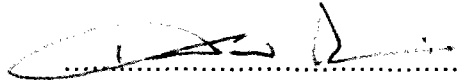
1. The tuberculosis patients attending at tuberculosis clinic had health belief in high level and self-care behavior in good level.
2. The patients different sexes, ages, occupations, incomes and marital status had no difference in self-care behavior.
3. The patients having different education and social support had significant difference, at the level .05, in self-care behavior.
4. Health believes about perceived benefits of taking action and barriers of taking action were positively related to self-care behavior at .05 level of significance. While the perceived susceptibility and perceived severity were not related.

ปริญญาบัตร
เรื่อง


พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคที่มารับบริการ
ณ คลินิกโรค โรงพยาบาลนครปฐม

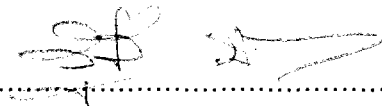
ของ
นางสาวอารีย์ เจียมพุก


ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

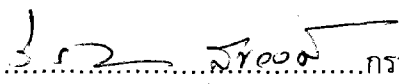

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)
วันที่ 29 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2544

คณะกรรมการสอบปริญญาบัตร


.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์สพ.ญ.นภาพร มัชฌิมามงกูร)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรัชามารถ)


.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(อาจารย์ทรงพล ต่อนี่)


.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ ด้วยความกรุณาอย่างสูงจากรองศาสตราจารย์ สพ.ญ.นภาพร มัชฌิมางกูร รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารถ ประธานและกรรมการควบคุม ปริญญานิพนธ์ อาจารย์ทรงพล ต่อณี และผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่อง ต่าง ๆจนผู้วิจัยสามารถดำเนินการทำปริญญานิพนธ์นี้ได้สำเร็จ ผู้วิจัยขอ ขอบพระคุณอย่างสูง ขอขอบพระคุณอาจารย์ทรงพล ต่อณี, แพทย์หญิงอรพินท์ คำขาว, คุณบุญเชิด กลัดพ่วง, คุณรวมพล สวนสีดา และคุณดรุณี โพธิ์ศรี ที่กรุณาให้คำแนะนำและปรึกษา ในการสร้างเครื่องมือสำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณนายแพทย์วิชิต บุญยวรรธนะ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐมและเจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานในคลินิกวัณโรค ที่กรุณาให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการ เก็บข้อมูล ตลอดจนผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบ แบบสอบถาม ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

อารีย์ เจียมพุก

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ.....	1
	ภูมิหลัง	1
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	4
	ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	5
	ข้อตกลงเบื้องต้น.....	5
	ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	5
	การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	5
	ตัวแปรที่ศึกษา.....	6
	นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
	กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า	10
	สมมุติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	11
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	12
	ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัณโรค.....	12
	แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	29
	แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง.....	37
	การสนับสนุนทางสังคม	49
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	53
	งานวิจัยในต่างประเทศ.....	53
	งานวิจัยในประเทศไทย	56
3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	63
	การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	63
	การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาศึกษาค้นคว้า.....	64
	ลักษณะของเครื่องมือ	64
	ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ	64
	เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย	65
	การหาคุณภาพเครื่องมือ	67
	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	68
	การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล	68

สารบัญ(ต่อ)

บทที่	หน้า
3 (ต่อ) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	69
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	74
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	74
การวิเคราะห์ข้อมูล	74
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	75
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	100
สังเขปความมุ่งหมาย สมมุติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	100
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	100
สมมุติฐานของการศึกษาค้นคว้า	100
วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	101
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า	101
อภิปรายผล.....	103
ข้อเสนอแนะ.....	117
บรรณานุกรม	119
ภาคผนวก	135
ภาคผนวก ก หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัยและรายนาม ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม	136
ภาคผนวก ข แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย.....	144
ภาคผนวก ค ค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่น	154
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	159

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนผู้ป่วยวัณโรคกับจำนวนผู้ป่วยที่ตายด้วยวัณโรคชนิดต่างๆ พ.ศ.2536-2540	2
2 จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลนครปฐม ในปี พ.ศ.2538-2542.....	3
3 ขนาดของยาใน CAT. 1 (2SHRZ/4HR) ที่ใช้ในเด็ก (0-14).....	23
4 ขนาดของยาใน CAT. 1 (2HRZE(S)/4HR) ที่ใช้ในผู้ใหญ่ (อายุมากกว่า 14 ปี).....	23
5 ขนาดของยาใน CAT. 2 (2SHRZE/1HRZE/5HRE) ที่ใช้ในผู้ใหญ่ (อายุมากกว่า 14 ปี).....	25
6 ขนาดของยาใน CAT. 3 (2SHRZ/4HR) ที่ใช้ในเด็ก (0-14).....	26
7 ขนาดของยาใน CAT. 3 (2HSRZ/4HR) ที่ใช้ในผู้ใหญ่ (อายุมากกว่า 14 ปี).....	26
8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรสและการสนับสนุน ทางสังคม.....	75
9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยง ของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ ของการปฏิบัติและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ.....	78
10 ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความเชื่อด้านสุขภาพของ ผู้ป่วยวัณโรคเป็นรายข้อ.....	80
11 ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยวัณโรคเป็นรายข้อ.....	84
12 ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการได้รับการสนับสนุน ทางสังคมของผู้ป่วยวัณโรคเป็นรายข้อ.....	86
13 จำนวนค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมการดูแล ตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาล นครปฐมจำแนกตามเพศ	88
14 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม จำแนกตามเพศ.....	88

บัญชีตาราง(ต่อ)

ตาราง		หน้า
15	จำนวนค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม จำแนกตามอายุ.....	89
16	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐมจำแนกตามอายุ.....	89
17	จำนวนค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมการดูแล ตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาล นครปฐมจำแนกตามระดับการศึกษา.....	90
18	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐมจำแนกตามระดับการศึกษา.....	91
19	การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐมจำแนกตามระดับการศึกษา.....	92
20	จำนวน ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมการดูแล ตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคจำแนกตามอาชีพ	93
21	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐมจำแนกตามอาชีพ	94
22	จำนวน ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมการดูแล ตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาล นครปฐมจำแนกตามรายได้.....	94
23	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐมจำแนกตามรายได้	95
24	จำนวน ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมการดูแล ตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาล นครปฐมจำแนกตามสถานภาพสมรส.....	95

บัญชีตาราง(ต่อ)

ตาราง	หน้า
25 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐมจำแนกตามสถานภาพสมรส.....	96
26 จำนวน ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมดูแล ตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาล นครปฐมจำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม.....	97
27 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐมจำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม	97
28 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐมจำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม	98
29 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเอง ของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม.....	99
30 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	155
31 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค.....	157
32 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัณโรค	158

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	10
2 การคัดเลือกพี่เลี้ยงในการทำ DOTS	20
3 การรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วย CAT. 1.....	22
4 การรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วย CAT. 2	24
5 การรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วย CAT. 3	25
6 รูปแบบความเชื่อทางด้านสุขภาพสำหรับทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค	31
7 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับทำนายพฤติกรรมการเจ็บป่วย.....	33
8 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย.....	34

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ปัจจุบันวัณโรคเป็นโรคที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญโรคหนึ่ง โดยพบว่ามีประชากรโลกประมาณ 1 ใน 3 ติดเชื้อวัณโรค (*Mycobacterium tuberculosis*) และตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 เป็นต้นมา จำนวนผู้ป่วยได้เพิ่มจำนวนมากขึ้น พบว่ามีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ป่วยเป็นโรคประมาณ 9 ล้านคน และตายประมาณ 3 ล้านคน (กระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 1) วัณโรคจึงเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของโรคติดเชื้อที่เกิดกับมนุษย์ โดยคิดเป็นร้อยละ 25.00 ของสาเหตุการตายที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในประเทศกำลังพัฒนา และผู้ป่วยประมาณร้อยละ 95.00 ถึง ร้อยละ 98.00 ที่มีสาเหตุการตายจากวัณโรคจะอาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาและร้อยละ 75.00 ของผู้ป่วยวัณโรคในประเทศกำลังพัฒนานั้นเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในวัยแรงงาน(กระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 1) วัณโรคจึงเป็นโรคที่ทำให้เกิดความเสียหายทางเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก และปัญหาเหล่านี้จะยิ่งทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นในอนาคต เนื่องจากการแพร่กระจายของโรคเอดส์ที่พบตั้งแต่ปี 2525 เป็นต้นมาทำให้ผู้ป่วยโรคเอดส์มีการติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ (Opportunistic infection) มากมาย ซึ่งเชื้อวัณโรคเป็นโรคหนึ่งที่เกิดการปะทุ (Reactivation) จากการที่ผู้ป่วยได้รับเชื้อมาตั้งแต่วัยเด็ก จึงทำให้จำนวนผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มจำนวนมากกว่าปกติ (ประชุม หงษ์เทียมทอง และคณะ. 2534 : 78) ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อกระบวนการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคเป็นอย่างมาก และมีการคาดการณ์ว่าประมาณปี พ.ศ. 2533-2543 จะมีผู้ป่วยตายเนื่องจากวัณโรคทั่วโลกถึง 25 ล้านคน ซึ่งมากกว่าการตายของโรคเอดส์ถึง 4 เท่า (กองวัณโรค. 2534 : 39) ด้วยเหตุนี้องค์การอนามัยโลกจึงประกาศเมื่อเดือนเมษายน 2536 ว่าวัณโรคเป็นภาวะฉุกเฉินระดับโลก และยิ่งไปกว่านั้นข่าวสารขององค์การอนามัยโลกซึ่งแถลงเมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ.2539 กล่าวว่าวัณโรคไม่ใช่เพียงแต่ระบาดมากขึ้นเท่านั้น ยังเป็นการระบาดที่ร้ายแรงมากที่สุดในประวัติศาสตร์ องค์การอนามัยโลกจึงได้เตือนว่าถ้าไม่จัดการให้สถานการณ์ดีขึ้นกว่าในปัจจุบันนี้ วัณโรคจะทำลายชีวิตมนุษย์เพิ่มมากขึ้นในอนาคตและอาจกลายเป็นโรคที่รักษาไม่ได้เนื่องจากภาวะเชื้อดื้อยาที่เพิ่มมากขึ้น (สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย. 2540 : 277)

สำหรับประเทศไทยวัณโรคเป็นปัญหาที่สำคัญมาตลอด 40-50 ปีที่ผ่านมา ในปี พ.ศ. 2539 อัตราเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรครายปี (Annual Risk of Infection= ARI) ประมาณร้อยละ 1.50 ในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยใหม่ประมาณ 100,000 คน ในจำนวนนี้ประมาณ 50,000 คนเป็นผู้ป่วยในระยะติดต่อซึ่งมีประมาณร้อยละ 50.00 เท่านั้นที่ได้รับการรักษา (กระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 6) นอกจากนี้ปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้อเอดส์ จะเป็นสิ่งกระตุ้นทำให้สถานการณ์วัณโรคเลวร้ายลงและจากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขยังพบว่าประชากรไทยมีอัตราตาย เนื่องจาก

วัณโรคสูงอยู่ในสิบอันดับแรกของอัตราการตายจากสาเหตุการตายที่สูงที่สุดในบรรดาโรคติดเชื้อทั้งหลายในทศวรรษที่ผ่านมา(สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย. 2540 : 277) โดยพบว่าจำนวนผู้ป่วยด้วยวัณโรคกับจำนวน ผู้ป่วยตายด้วยวัณโรคชนิดต่างๆ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2536-2540 มีจำนวนสูงขึ้นเรื่อยๆ ดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนผู้ป่วยด้วยวัณโรคกับจำนวนผู้ป่วยที่ตายด้วยวัณโรคชนิดต่างๆ พ.ศ. 2536-2540

พ.ศ	2536		2537		2538		2539		2540	
	ป่วย (ราย)	ตาย (ราย)	ป่วย (ราย)	ตาย (ราย)	ป่วย (ราย)	ตาย (ราย)	ป่วย (ราย)	ตาย (ราย)	ป่วย (ราย)	ตาย (ราย)
Pulmonary TB	19,730	230	20,814	223	20,676	212	23,070	232	24,475	291
TB Meningitis	563	22	749	30	606	31	673	29	1,364	30
อื่นๆ	795	20	895	23	989	36	1,251	32	1,630	43
รวม	21,088	272	22,458	276	22,271	279	24,994	293	26,787	364

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข. กองระบาดวิทยา. (2542). *สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2540* : 38.

จากตาราง 1 แสดงว่า จำนวนผู้ป่วยด้วยวัณโรคยังมีจำนวนมาก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536-2540 แม้ว่าบางปีจะมีจำนวนผู้ป่วยและจำนวนตายของผู้ป่วยลดลงก็ตาม แต่ระยะหลังตั้งแต่ปี พ.ศ.2538 กลับมีจำนวนผู้ป่วยและจำนวนตายของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าวัณโรคได้คุกคามประชากรเพิ่มมากขึ้น ซึ่งนับว่าเป็นอันตรายอย่างยิ่งต่อการพัฒนาประเทศ

จากสถิติผู้ป่วยของกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุขได้ศึกษาอัตราป่วยด้วยวัณโรคต่อประชากรแสนคนแบ่งตามภาคพบว่า ภาคเหนือมีอัตราป่วยสูงที่สุดคิดเป็นอัตรา 51.24 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ ภาคกลางพบผู้ป่วยวัณโรคคิดเป็นอัตรา 46.94 ต่อประชากรแสนคน(กระทรวงสาธารณสุข. 2542 : 38) จังหวัดนครปฐมเป็นจังหวัดในภาคกลางที่พบผู้ป่วยวัณโรคมากขึ้นทุกปีเช่นกัน โดยเมื่อพิจารณาจากจำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลนครปฐมพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยด้วยวัณโรคชนิดต่างๆมากมาย ดังปรากฏตาม ตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลนครปฐม พ.ศ. 2538- 2542

พ.ศ.	วัณโรคชนิดต่างๆ		รวม
	วัณโรคปอด	วัณโรคนอกปอด	
2539	217	101	318
2540	274	7	281
2541	301	4	305
2542	333	1	334
รวม	1,125	113	1,238

ที่มา : สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลนครปฐม. (2542) : ไม่มีเลขหน้า.

จากตาราง 2 แสดงว่า จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลนครปฐม ปี พ.ศ. 2539-2542 มีจำนวนสูงขึ้นเรื่อยๆทุกปี และวัณโรคที่พบมากที่สุด คือ วัณโรคปอด และเมื่อพิจารณาจำนวนผู้ป่วยตั้งแต่ปี 2539 เป็นต้นมา พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการรักษาที่โรงพยาบาลนครปฐมในปี 2539 มี 217 ราย ปี 2540 มี 274 ราย ปี 2541 มี 301 ราย และในปี 2542 มี 333 ราย ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้จะต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสมเพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อโรคและหายจากโรคได้เร็วขึ้น เนื่องจากวัณโรคมีผลเสียต่อสุขภาพและเศรษฐกิจ ทั้งทางตรงและทางอ้อม การสูญเสียทางตรง ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งด้านผู้ป่วยและรัฐ และยังก่อให้เกิดความสูญเสียเศรษฐกิจทางอ้อม คือ การสูญเสียแรงงานการผลิตที่ควรได้อันเนื่องมาจากทรัพยากรมนุษย์ที่สำคัญ และไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยวัณโรค

ตามแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) ได้ให้ความสำคัญของการดูแลตนเอง (Self-care) โดยมองว่าการดูแลตนเองเป็นสิ่งที่ต้องกระทำไม่ว่าจะเป็นหญิง ชาย เด็ก หรือคนชรา จุดประสงค์ของการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องดำเนินไปทั้งในภาวะปกติและการเจ็บป่วยโดย โอเรม (Orem, 1980 : 89) ได้แบ่งการดูแลตนเองเป็น 3 ด้าน คือ

1. การดูแลตนเองโดยทั่วไป ซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ทุกคน ทุกเพศ ทุกวัย เพื่อดำรงไว้ซึ่งโครงสร้าง การกระทำ และหน้าที่ของมนุษย์
2. การดูแลตนเองตามพัฒนาการ ซึ่งเป็นความต้องการที่เกิดขึ้นตามกระบวนการพัฒนาวงจรชีวิตของมนุษย์

3. การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนของสุขภาพ ซึ่งเป็นการยอมรับความเจ็บป่วยและมีการตระหนักถึงอันตรายจากการเจ็บป่วยตลอดจนการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเหมาะสม

พฤติกรรมการณ์การดูแลตนเองของบุคคลจะแสดงออกตามความเชื่อ ซึ่งจัสมีน และไทรสต์ด (Jusmin & Trygstad, 1978 :18) กล่าวว่า ความเชื่อเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมนุษย์ โดยมนุษย์จะปฏิบัติตามความเชื่อนั้น ไม่ว่าความเชื่อนั้นจะถูกต้องหรือไม่ก็ตาม ดังนั้น ความเชื่อจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง เนื่องจากความเชื่อทางด้านสุขภาพเป็นความรู้สึกนึกคิด หรือการยอมรับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งมีผลต่อความเจ็บป่วยและการรักษา โดยจะแสดงให้เห็นในรูปของพฤติกรรมหรือการกระทำที่แตกต่างกัน นอกจากความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของบุคคลแล้ว การสนับสนุนทางสังคมยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลการดูแลตนเองเช่นกัน เพราะการสนับสนุนหรือความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น จะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง สามารถต่อสู้กับปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้น และการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีการดูแลตนเองที่ดีด้วย การสนับสนุนทางสังคมตามความคิดของทิลเดน (Tilden, 1985 : 201) สามารถแบ่งได้เป็น 3 รูปแบบคือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านสิ่งของ เงิน หรือบริการ ซึ่งแหล่งแรกของการสนับสนุนทางสังคมคือ สมาชิกในครอบครัว ส่วนแหล่งอื่นๆ ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุนและกลุ่มช่วยเหลือทางวิชาชีพ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ จากแหล่งดังกล่าว มีความสำคัญอย่างยิ่ง สำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ป่วยที่ต้องใช้ระยะเวลารักษานาน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ความเชื่อทางด้านสุขภาพและพฤติกรรมการณ์การดูแลตนเอง เนื่องจากความเชื่อทางด้านสุขภาพเป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยที่มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วย โดยเมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยจะมีการปฏิบัติตัวแตกต่างกัน ขึ้นกับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติและนอกจากนั้นยังมีปัจจัยร่วมอื่นๆ ที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการศึกษาดังกล่าวจะเป็นประโยชน์โดยนำมาประกอบการพิจารณาวางแผนร่วมกันในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค และส่งเสริมให้ผู้ป่วยทุกคนมีการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาความเชื่อทางด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐมตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

สถานภาพสมรส และการสนับสนุนทางสังคม

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ทำให้ทราบระดับความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค
2. นำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลให้บุคลากรทางการแพทย์วางแผนให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับวัณโรค เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ และมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ดี มีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องและดีขึ้น ตลอดจนให้คำแนะนำที่เหมาะสมตามสภาพแวดล้อมที่เป็นจริงของผู้ป่วย
3. เป็นแนวทางหนึ่งสำหรับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความเชื่อทางด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนในประเด็นอื่นๆ เช่น ความเชื่อทางด้านสุขภาพในผู้ป่วยวัณโรคที่ขาดยาหรือรับการรักษาไม่สม่ำเสมอ

ข้อตกลงเบื้องต้น

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม ช่วงระยะเวลาป่วยไม่เกิน 3 เดือน

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของประชากร กลุ่มตัวอย่าง ตัวแปรที่ศึกษาไว้ดังนี้

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็น ผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 333 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็น ผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 181 คน เป็นชาย 113 คน และหญิง 68 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) และกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการคำนวณโดยใช้สูตรยามานะ (Yamane, 1996 : 583)

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ แบ่งเป็นดังนี้

- 1.1 เพศ
- 1.2 อายุ
- 1.3 ระดับการศึกษา
- 1.4 อาชีพ
- 1.5 รายได้
- 1.6 สถานภาพสมรส
- 1.7 การสนับสนุนทางสังคม
- 1.8 ความเชื่อทางด้านสุขภาพ
 - 1.8.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค
 - 1.8.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค
 - 1.8.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ
 - 1.8.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ความเชื่อด้านสุขภาพ

หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือความเข้าใจและการรับรู้ของผู้ป่วยวัณโรคที่มีต่อสุขภาพของตนเองซึ่งอาจจะมีหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ อันเป็นแนวโน้มที่จะทำให้ปฏิบัติตามความเข้าใจนั้นๆ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ได้แก่

1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

หมายถึง ความคิดเห็นหรือความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยวัณโรคที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคซ้ำ หรือเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ซึ่งได้แก่ วัณโรคชนิดดื้อยาหลายชนิด ไอเป็นเลือด ปอดทะลุ มีลมเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอด มีหนองในช่องเยื่อหุ้มปอด วัณโรคเยื่อหุ้มสมอง

1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค

หมายถึง ความคิดเห็นหรือความรู้สึกนึกคิดที่ผู้ป่วยวัณโรค รู้ว่าโรควัณโรคมีอันตรายต่างๆ ร่างกาย ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย หรือเสียชีวิต มีผลกระทบต่อฐานะและบทบาททางสังคมของเขาและครอบครัว ตลอดจนจนความยากลำบากและการใช้ระยะเวลายาวนานในการรักษา รวมทั้งการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจในการรักษา จากอาการและการแสดงของการเจ็บป่วยที่เคยมี หรืออาการของโรคในปัจจุบัน

1.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ

หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความรู้สึกนึกคิดที่ผู้ป่วยวัณโรคมีการปฏิบัติตนตามแพทย์สั่ง ซึ่งมีผลทำให้โรคที่เกิดขึ้นลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

1.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ

หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยหรืออุปสรรคต่างๆ ตามความเป็นจริง ที่มีผลในการขัดขวางการดูแลตนเองของผู้ป่วย ได้แก่ การสิ้นเปลืองเงินทอง การเสียเวลา ต้องใช้ระยะเวลารักษานาน และต้องรับประทานยาจำนวนมาก ฯลฯ ความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถวัดได้ด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง

หมายถึง การปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ โดยแบ่งการดูแลตนเองออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

2.1 การดูแลตนเองโดยทั่วไป

หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้ป่วยวัณโรค เพื่อให้ได้รับอาหารน้ำอย่างเพียงพอ มีการขับถ่ายปกติ มีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย และเครื่องนุ่งห่ม

2.2 การดูแลตนเองตามพัฒนาการ

หมายถึง การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคระยะเริ่มแรก การดูแลตนเองตามพัฒนาการในวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ ได้แก่ การปฏิบัติตนด้านการประกอบอาชีพ การมีเพศสัมพันธ์และการเลี้ยงดูเด็กตามบทบาทของมารดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก

2.3 การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

หมายถึง การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค เมื่อมีการเบี่ยงเบนทางโครงสร้าง การทำหน้าที่ ตลอดทั้งผลจากการวินิจฉัยโรคและการรักษา ได้แก่

2.3.1 พฤติกรรมมารับประทานยา

หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรคเกี่ยวกับการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ ชนิดของยา ขนาดและจำนวนครั้ง เวลาในการรับประทาน ความสม่ำเสมอและต่อเนื่องในการรับประทาน ตลอดจนการรับประทานอื่นๆ ที่แพทย์ไม่ได้แนะนำให้รับประทาน

2.3.2 พฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรค ในการป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่บุคคลอื่น ได้แก่ การปฏิบัติเมื่อมีอาการ ไอ จาม หรือการขากเสมหะ ตลอดจนการทำลายเชื้อหรือการทำลายกระดาษชำระ วัสดุเหลือใช้ที่ปนเปื้อนเสมหะ การหลีกเลี่ยงที่จะ ใกล้ชิดหรือดูแลเด็กเล็ก และการเข้าไปในที่ที่มีชุมชนแออัด

2.3.3 การมารับยาและตรวจตามแพทย์นัด

หมายถึง การมารับยาและตรวจรักษาตามวันเวลาที่แพทย์นัด
มารับบริการตรวจหรือรับยาของผู้ป่วยวัณโรค ตั้งแต่เริ่มรับการรักษา

พฤติกรรมการดูแลตนเองสามารถวัดได้ด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3. ผู้ป่วยวัณโรค

หมายถึง บุคคลที่ได้รับการตรวจและวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นวัณโรค และ
เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนครปฐม

4. เพศ

หมายถึง เพศของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาล
นครปฐม แบ่งเป็น

4.1 ชาย

4.2 หญิง

5. อายุ

หมายถึง อายุของผู้ป่วยเป็นจำนวนปีเต็ม นับจากวันเกิดจนถึงวันเก็บข้อมูล
แบ่งเป็น

5.1 อายุต่ำกว่า 31 ปี

5.2 อายุ 31-40 ปี

5.3 อายุ 41-50 ปี

5.4 อายุมากกว่า 50 ปี ขึ้นไป

6. ระดับการศึกษา

หมายถึง การศึกษาชั้นสูงสุดของผู้ป่วยวัณโรค แบ่งเป็น

6.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา

6.2 ประถมศึกษา

6.3 มัธยมศึกษา

6.4 อนุปริญญา

6.5 ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

7. อาชีพ

หมายถึง การประกอบอาชีพในปัจจุบันของผู้ป่วยวัณโรค แบ่งเป็น

7.1 รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ

7.2 ค้าขาย หรือธุรกิจ

7.3 เกษตรกรรม

7.4 รับจ้างทั่วไป

7.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ

7.6 อื่น ๆ

8. รายได้

หมายถึง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของสมาชิกในครอบครัวประกอบด้วย สมาชิก ภรรยาและบุตร รวมกัน แบ่งเป็น

- 8.1 ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน
- 8.2 ตั้งแต่ 3,000 - 8,000 บาทต่อเดือน
- 8.4 ตั้งแต่ 8,001 - 13,000 บาทต่อเดือน

9. สถานภาพสมรส

หมายถึง ลักษณะความสัมพันธ์ของกลุ่มสมรสในปัจจุบันของผู้ป่วยวัณโรค แบ่งเป็น

- 9.1 โสด
- 9.2 คู่
- 9.3 หม้าย / หย่าร้าง / แยกกันอยู่

10. การสนับสนุนทางสังคม

หมายถึง พฤติกรรมการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนที่ผู้ป่วยวัณโรคได้รับจากสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บิดา มารดา บุตร หรือผู้ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน รวมทั้งเพื่อนฝูงและสังคม ซึ่งสามารถวัดได้ด้วยแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็น

- 10.1 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย
- 10.2 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
- 10.3 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

11. คลินิกวัณโรค

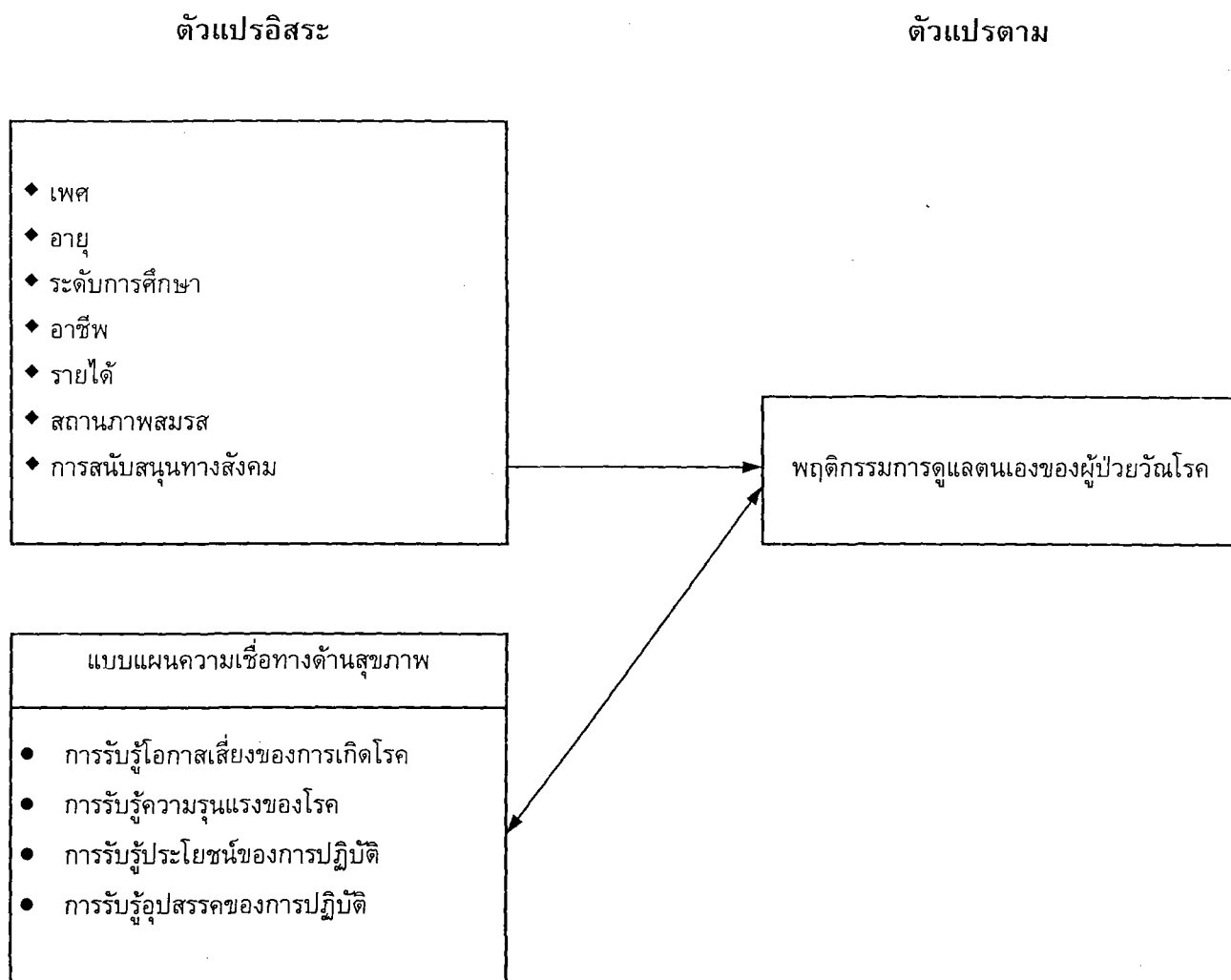
หมายถึง แผนกที่ให้บริการตรวจรักษาเฉพาะทาง และติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรคหลังจากแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค

12. โรงพยาบาลนครปฐม

หมายถึง โรงพยาบาลที่ให้บริการทางสุขภาพ และรักษาโรคทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่ในอำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากแนวความคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของผู้วิจัยได้นำมาสร้างเป็นกรอบแนวความคิดของการวิจัยดังปรากฏตามภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

สมมุติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคที่มีเพศต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคที่มีอาชีพต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคที่มีรายได้ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
5. ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
6. ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
7. ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
8. ความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
9. ความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
10. ความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
11. ความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำเสนอตามหัวข้อดังต่อไปนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 1.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัณโรค
 - 1.2 แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 1.3 พฤติกรรมการดูแลตนเอง
 - 1.4 การสนับสนุนทางสังคม
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 2.1 งานวิจัยในต่างประเทศ
 - 2.2 งานวิจัยในประเทศไทย

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัณโรค

วัณโรค (Tuberculosis หรือ TB) เป็นโรคติดต่อที่มีการระบาดแพร่หลายทั่วประเทศ และเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญมาตลอด 40-50 ปี ที่ผ่านมามีวัณโรคเกิดจากเชื้อแบคทีเรียชนิด *Mycobacterium* เชื้อแบคทีเรียชนิดที่พบบ่อยที่สุดและเป็นปัญหาในประเทศไทย คือ *Mycobacterium tuberculosis* และ *Mycobacterium bovis* ซึ่งเชื้อตัวหลังนั้นมักก่อให้เกิดโรคในสัตว์ ซึ่งอาจติดต่อมาถึงคนได้โดยการบริโภคนมที่ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อ (กระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 4) วัณโรคเป็นโรคที่เกิดขึ้นได้กับอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย แต่ที่พบบ่อยคือที่ปอดซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 80.00 วัณโรคออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

1. วัณโรคนอกปอด (Extrapulmonary TB)
2. วัณโรคปอด (Pulmonary TB)

วัณโรคนอกปอด (Extrapulmonary TB)

เป็นโรคที่เกิดกับอวัยวะอื่นๆ นอกเหนือจากปอด เช่น เยื่อหุ้มปอด ต่อมทอนซิล ช่องท้อง ผิวหนัง กระดูกและข้อ เยื่อหุ้มสมอง ระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ การวินิจฉัยโดย

อาศัยการตรวจชิ้นเนื้อให้ผลบวกหรือ ผลการตรวจร่างกาย เข้าได้กับข้อบ่งชี้ชัดเจน และ แพทย์ตัดสินใจรักษาวัณโรค

หากผู้ป่วยวัณโรคมีวัณโรคปอดและนอกปอดรวมกัน ให้วินิจฉัยผู้ป่วยรายนั้นว่าเป็น วัณโรคปอด เพราะวัณโรคปอดมีความสำคัญทางระบาดวิทยา (กระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 5) เนื่องจากวัณโรคปอดที่ย้อมเสมหะพบเชื้อ มีโอกาสแพร่โรคมกกว่าวัณโรคปอดที่ย้อมเสมหะไม่พบเชื้อ ถึง 10 เท่า แต่วัณโรคนอกปอด แทบจะไม่มีโอกาสแพร่เชื้อเลย

สำหรับวัณโรคนอกปอดนั้นอาการขึ้นอยู่กับว่าเป็นวัณโรคที่อวัยวะใด ตัวอย่างเช่น

- วัณโรคต่อมน้ำเหลือง จะมีอาการที่พบ คือ ต่อมน้ำเหลืองโต ไม่เจ็บ ไม่ร้อน ช่วงแรกค่อนข้างแข็งต่อมาจะนุ่มและอาจแตกเป็นหนอง

- วัณโรคกระดูกและข้อ จะมีอาการที่พบ คือ กระดูกหรือข้อนั้นๆ มักจะปวด เคลื่อนไหวได้น้อยลง บวม ในระยะหลังอาจมีหนองไหลทะลุผิวหนังบริเวณนั้นออกมา วัณโรคของกระดูกสันหลังอาจทำให้เกิด Acute angulated kyphosis

- วัณโรคเยื่อหุ้มสมอง จะมีอาการที่พบ คือ เริ่มจากปวดศีรษะ มีไข้ ต่อมามีอาการคอแข็ง มีหนัง สับสนและชัก

- วัณโรคในช่องท้อง จะมีอาการที่พบ คือ ท้องมาน ปวดท้อง มีไข้ อาจถ่ายอุจจาระเหลวหรือท้องผูก ในระยะหลังอาจคลำพบบก้อนในช่องท้อง

- วัณโรคแพร่กระจาย จะมีอาการที่พบ คือ มีไข้ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด ตับและม้ามโต ต่อมน้ำเหลืองโตทั่วตัว

- วัณโรคของกล่องเสียง จะมีอาการที่พบ คือ เสียงแหบแห้ง และปวดบริเวณกล่องเสียง

- วัณโรคของอวัยวะสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ จะมีอาการที่พบ คือ ปวดหลัง ปวดท้อง ปัสสาวะมีหนองหรือมีเลือดปน (สมชัย บวรกิตติและคณะ. 2532 : 243) ส่วนในผู้หญิง มักมีอาการตกขาว มีเลือดออก คลำพบบก้อนที่อุ้งเชิงกราน หรือปวดท้องเรื้อรัง

วัณโรคปอด (Pulmonary TB)

วัณโรคปอด เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อวัณโรค *Mycobacterium tuberculosis* ซึ่งเป็นเชื้อที่ต้องการออกซิเจนสูงจึงมักมีภาวะการเผาผลาญอาหารดีในอวัยวะที่มีออกซิเจนสูง เช่น ที่ปอด การตรวจหาเชื้อวัณโรคปอดโดยการย้อมเสมหะ พบว่ามีทั้งพบเชื้อและไม่พบเชื้อซึ่งทั้ง 2 วิธีทำให้มีการวินิจฉัยโรคแตกต่างกันดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 4-5)

1. วัณโรคปอดย้อมเสมหะพบเชื้อ (Pulmonary TB smear positive) วัณโรคชนิดนี้สามารถวินิจฉัยได้โดยตรวจเสมหะทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้

1.1 ตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์พบเชื้ออย่างน้อย 2 ครั้ง

1.2 ตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์พบเชื้อ 1 ครั้ง ร่วมกับผลภาพรังสีทรวงอก บ่งชี้ว่าเป็นวัณโรค

1.3 ตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์พบเชื้อ 1 ครั้ง ร่วมกับการเพาะเชื้อวัณโรค ให้ผลบวก

2. วัณโรคปอดย้อมเสมหะไม่พบเชื้อ (Pulmonary TB smear negative) วัณโรคชนิดนี้ ไม่สามารถวินิจฉัยได้โดยตรวจเสมหะทางห้องปฏิบัติการ แต่สามารถวินิจฉัยโรคได้ด้วยวิธีการอื่น ๆ ดังนี้

2.1 ผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยเป็นวัณโรค และตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ อย่างน้อย 3 ครั้ง ไม่พบเชื้อ แต่มีผลภาพรังสีทรวงอกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาวัณโรค

2.2 ผู้ป่วยที่มีการเพาะเชื้อวัณโรคให้ผลบวก แต่ตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ ไม่พบเชื้อ

สาเหตุของการเกิดโรควัณโรคปอด

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับเชื้อทางระบบทางเดินหายใจ (Respiratory system) จากการหายใจเอาอากาศ ซึ่งปนเปื้อนด้วยเชื้อโรคที่มาจากสิ่งขับถ่ายจากปอดของผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยการไอ จาม หรือซากเสมหะออกมา อนุภาคขนาดใหญ่มักตกลงสู่พื้นดิน ส่วนอนุภาคขนาดเล็ก 1-10 ไมครอนจะแขวนตัวลอยอยู่ในอากาศ เมื่อมีผู้สูดอากาศหายใจเข้าไป อนุภาคขนาดใหญ่จะติดอยู่ในโพรงจมูกและทางเดินหายใจส่วนต้น และในที่สุดจะถูกขับออกมาโดยกลไกการต้านทานและการขับออกของเยื่อจมูก และทางเดินหายใจส่วนต้น ส่วนอนุภาคขนาดเล็กจะถูกสูดเข้าไปสู่หลอดลมฝอยส่วนปลายหรือถุงลม ซึ่งร่างกายไม่สามารถขับออกได้ เชื้อวัณโรคจึงสามารถแบ่งตัวเพิ่มจำนวนขึ้นจนก่อให้เกิดโรคได้ ส่วนสาเหตุรองลงมาคือ ระบบทางเดินอาหาร (Digestive system) โดยการกินหรือดื่มน้ำหรืออาหารที่ปนเปื้อนเชื้อวัณโรคที่ปนเปื้อนในอาหาร เช่น การรับประทานอาหาร น้ำหรือนมวัวที่ปนเปื้อนเชื้อวัณโรคนอกจากนั้นอาจเข้าสู่ร่างกายได้ทางผิวหนัง ได้แก่ เข้าทางบาดแผลหรือผิวหนังที่ถลอก แต่ในปัจจุบันพบน้อยมาก (สมชัย บวรกิตติและคณะ. 2532 : 1-2)

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค

ผู้ติดเชื้อวัณโรค ประมาณร้อยละ 10.00 เท่านั้น ที่จะเกิดการลุกลามเป็นโรครุนแรง ซึ่งยังไม่ทราบกลไกที่แน่ชัด แต่มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคดังนี้ (สมชัย บวรกิตติและคณะ. 2532 : 6, ปรีชา วิชิตพันธ์, เปรม บุรีและวัลลี สัตยาพันธ์. 2542 : 13-15)

1. อายุ วัณโรคชนิดแพร่กระจายมักเกิดในเด็กและผู้สูงอายุที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี และในวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงมากทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดความเครียด ความกดดันทางจิตใจและอารมณ์ อันมีผลกระทบต่อการทำงาน

ของฮอร์โมนแอดรีโนคอร์ติคอลจากต่อมพิทูอิทารี (Pituitary adrenocortical hormones) ทำให้มีการขับถ่ายไนโตรเจนทางปัสสาวะมากขึ้นในร่างกายจึงมีความต้านทานน้อยลง (สารโรจน์ คาลผาด. 2539 : 10)

2. ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม วัณโรคมักพบในกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ เช่น ในที่ชุมชนแออัดซึ่งมีความยากจน อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะ หรือภาวะการทำงานไม่ถูกสุขลักษณะ อากาศถ่ายเทไม่เพียงพอ แสงแดดส่องไม่ถึง และไม่ได้รับการบริการสาธารณสุขอย่างเพียงพอ ฯลฯ

3. การป่วยด้วยโรคบางอย่าง เช่น โรคเบาหวาน ภาวะไตวายเรื้อรัง พิษสุราเรื้อรัง หัด ไข้หวัดใหญ่ ฯลฯ และในปัจจุบันโรคที่เป็นปัญหาต่อการควบคุมวัณโรคมากที่สุดคือโรคเอดส์ (กระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 50) เพราะโรคดังกล่าวทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำลง นอกจากนั้นการได้รับยาที่กดภูมิคุ้มกันโรค เช่น Steroid การสูบบุหรี่ หรือ ดื่มสุรามาก ฯลฯ ก็ทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำลงเช่นกัน จึงทำให้เกิดการติดเชื้อวัณโรคได้ง่าย

4. อาชีพ บุคคลบางอาชีพที่เสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคสูง เช่น แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพที่ต้องอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเสมอ และในคนที่ทำงานในเหมืองแร่แอสเบสตอส (Asbestos) และถ่านหิน (Coal) เนื่องจากต้องหายใจเอาฝุ่นละอองเข้าไปจำนวนมาก และยังทำงานหนัก มีเวลาพักผ่อนน้อย เป็นเหตุให้มีการติดเชื้อวัณโรคได้ง่าย (สารโรจน์. คาลผาด. 2539 : 11)

5. การขาดการดูแลสุขภาพอนามัย เช่น การอดนอน ภาวะทุพโภชนาการจากการรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์โดยรับประทานตามความชอบหรือความเคยชินไม่สนใจตรวจสอบสุขภาพ และการเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจอยู่เสมอ เช่น การชอบไปอยู่ในที่ชุมชนแออัด สาเหตุต่างๆเหล่านี้เป็นเหตุให้มีการติดเชื้อวัณโรคได้ง่าย

อาการของวัณโรคปอด

ผู้ป่วยวัณโรคที่เริ่มเป็นใหม่ๆ อาจไม่มีอาการใดๆ ส่วนใหญ่มีการตรวจพบโดยบังเอิญจากการถ่ายภาพรังสีทรวงอก เมื่อตรวจร่างกายในบางโอกาส เช่น ตรวจร่างกายเพื่อเข้ารับการศึกษา ตรวจร่างกายเพื่อเข้าทำงาน เป็นต้น เพราะอาการมักเกิดช้าๆ ค่อยๆ เป็นไปทีละน้อยโดยผู้ป่วยไม่รู้ตัวโดยมากมักเริ่มต้นด้วยอาการเป็นหวัด ตัวร้อน เป็นๆ หายๆ อยู่ย่นๆ ผู้ป่วยจึงมักมาพบแพทย์เมื่อเป็นมากแล้ว อาการต่างๆของผู้ป่วยวัณโรค สามารถแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ อาการทั่วไป และอาการทางปอด (บัญญัติ ปริชญานนท์และคณะ. 2535 : 2-3)

1.อาการทั่วไป ได้แก่

1.1 น้ำหนักตัวลด ชูบผอม ระยะแรกผู้ป่วยยังไม่รู้สึกว่าคุณเองผอมลง แต่เมื่อมีไข้และไอ น้ำหนักตัวจะลดลงอย่างรวดเร็ว

1.2 อ่อนเพลีย ผู้ป่วยมักรู้สึกไม่มีแรงแต่ยังสามารถทำงานได้ตามปกติในระยะแรก ต่อมาจะมีอาการอ่อนเพลียมากขึ้นจนต้องหยุดทำงาน

1.3 เหงื่อออก เวลานอนกลางคืนมักจะมีไข้ตอนหัวค่ำ ตอนดึกจะมีเหงื่อออกมากจนเสื้อผ้าเปียก ทำให้ออนไม่หลับ

1.4 ผิวแห้ง ผู้ป่วยวัณโรคมักผิวแห้งซีดและมีสีเหลืองโสมบาง นัยน์ตามักจะมัวในเวลาเช้า แต่จะแจ่มใสในเวลากลางคืน ตาขาวมักมีสีคล้ำยสีฟ้า

1.5 อาการไข้ มักพบตั้งแต่เริ่มป่วย โดยมากมักจะมีอาการตัวร้อนเล็กน้อยจนสังเกตไม่ได้ ซึ่งมักจะมีอาการไข้เวลาบ่ายหรือค่ำ อาการไข้ในผู้ป่วยวัณโรคจะเป็นไข้ต่ำๆ ถ้าวัดปรอทจะสูงไม่เกิน 101 องศาฟาเรนไฮต์ หรือ 37.9 องศาเซลเซียส

2.อาการทางปอด ได้แก่

2.1 อาการไอ เป็นอาการที่พบบ่อย โดยเริ่มจากไอบ่อยๆ ลักษณะไอแห้งๆและเมื่อเป็นมากขึ้นจะมีเสมหะออกมาด้วย มักมีอาการเจ็บชายโครงเวลาไอ คนที่เป็นมากเสมหะที่ออกมามักจะเหนียวและมีสีเขียวมึนหมื่น และมักไอเรื้อรังเกิน 3 สัปดาห์เมื่อมีอาการไอมากขึ้นมักจะมีโลหิตปนเสมหะออกมาด้วยทำให้เสมหะเป็นสีน้ำตาล สีดำ หรือสีแดงเป็นเลือด ซึ่งถ้าโลหิตออกมากอาจเป็นอันตรายถึงเสียชีวิตได้ และอาจมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวกจากสภาพที่น้ำเหลืองหรือหนองท่วมปอด (Effusion, Empyema) เป็นผลให้ปอดขยายขณะหายใจเข้าได้ไม่เต็มที่

2.2 อาการโลหิตออก เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่หลอดโลหิตในปอดทำให้หลอดโลหิตรั่ว มักเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยต้องออกกำลังมาก อาการโลหิตออกอาจเป็นได้ 3 ลักษณะดังนี้

2.2.1 เลือดออกมาเล็กน้อยปนกับเสมหะเมื่อขากเสมหะ (Blood splitting)

2.2.2 ไม่มีโลหิตออกเวลาไอ แต่มีโลหิตออกมาเป็นลิ่มๆในเวลาเช้า หรือบางทีออกมาเป็นจำนวนมากปนกับเสมหะ (Blood streaked sputum)

2.2.3 โลหิตออกมาทางปากโดยการอาเจียนออกมาเป็นโลหิต (Massive hemoptysis)

3. อาการเจ็บหน้าอก เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่เป็นวัณโรค บางครั้งเป็นเพียงเจ็บตื้อๆ บางครั้งเจ็บมากขณะหายใจเข้า เนื่องจากเยื่อหุ้มปอดอักเสบ บางครั้งเกิดอาการขัดยอกของกล้ามเนื้อหน้าอกที่เกิดจากการไอมากๆบางครั้งอาจไอมากจนทำให้กระดูกซี่โครงหักได้ (Cough fracture) (ปรีชา วิจิตพันธ์, เปรม บุรี และวัลลี สัตยาพันธ์. 2542 : 103)

4. อาการหายใจลำบาก ในผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคปอด เกิดจากโรคกระจายไปในปอดมาก หรือเกิดจากน้ำในช่องปอดซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยจะมีท่าทางที่ไม่สบาย น้ำหนักลด

และมักมีไข้ร่วมด้วย บางครั้งผู้ป่วยจะมีเสียงหายใจเฉพาะที่ (Wheeze) เนื่องจากหลอดลมอักเสบ จากเชื้อวัณโรคหรือจากการกดทับของต่อมน้ำเหลืองต่อหลอดลม (ปรีชา วิชิตพันธ์, เปรม บุรี และวัลลี สัตยาพันธ์. 2542 : 103)

การตรวจวินิจฉัยโรค

การตรวจและวินิจฉัยวัณโรค มีหลายวิธี คือ

1. ประวัติการเจ็บป่วย อายุ และประวัติครอบครัว
2. เอ็กซเรย์หรือการถ่ายภาพรังสี
3. การทดสอบทูเบอร์คูลิน
4. การตรวจหาเชื้อวัณโรคในเสมหะ (กระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 18-19)

การตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการวินิจฉัยวัณโรคปอด โดยการตรวจเสมหะจากผู้ที่มีอาการสงสัยนั้นจะต้องทำอย่างน้อย 3 ครั้งเพราะหากตรวจน้อยกว่านี้อาจทำให้พลาดการวินิจฉัยผู้ป่วยในระยะแพร่เชื้อบางราย

ข้อแนะนำในการเก็บเสมหะ :

ครั้งที่ 1 เก็บเสมหะครั้งแรกควรเก็บทันที (Spot sputum) เมื่อผู้ป่วยมาตรวจครั้งแรก โดยให้คำแนะนำในการเก็บเสมหะที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยดังนี้ : ให้ผู้ป่วยสูดลมหายใจเข้าเต็มที่ กลั้นหายใจระยะหนึ่งแล้วไอออกมา หลังจากได้เสมหะแล้วตรวจสอบว่าเสมหะที่ได้เพียงพอหรือไม่ หากไม่เพียงพอควรเก็บเสมหะใหม่ทันที

ครั้งที่ 2 มอบกลับเก็บเสมหะให้ผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อเก็บเสมหะตอนเช้า (Early morning sputum) ของวันถัดมา โดยให้คำแนะนำเหมือนกับข้างต้นพร้อมทั้งกำชับผู้ป่วยว่าเมื่อตื่นนอนไม่ควรบ้วนเสมหะทิ้งก่อนการเก็บเสมหะ

ครั้งที่ 3 หลังจากกลับมาส่งเสมหะตอนเช้าแล้ว เก็บเสมหะผู้ป่วยอีกครั้ง โดยวิธีการเดียวกับการเก็บเสมหะข้างต้น

5. การตรวจชิ้นเนื้อโดยพยาธิแพทย์
6. การเพาะเชื้อ

การป้องกันและการควบคุมวัณโรค (กระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 6)

การควบคุมวัณโรคให้ได้ผลมีหลายวิธีการ ยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการควบคุมวัณโรคในปัจจุบันคือการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (Directly Observed Treatment, Short course : DOTS) ซึ่งควรมุ่งเน้นในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อ อันจะเป็นผลให้ลดการแพร่เชื้อในชุมชน และผู้ป่วยใหม่ก็จะลดลงตามมา ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยในระยะติดต่อโดยวิธี DOTSจะเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญที่สุดในการควบคุมวัณโรค

กลวิธีอื่น ๆ ที่จะช่วยในการควบคุมวัณโรค (แต่มีประสิทธิผลน้อยกว่าการรักษาและการค้นหา รายป่วยวัณโรค)

1. การให้วัคซีน BCG (Bacillus Calmette - Gurin, an anti - Tuberculosis vaccine) เพื่อป้องกันวัณโรคในทารกแรกเกิด ปัจจุบันดำเนินการรวมไว้ในแผนงานงานการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Expanded Programme on Immunization : EPI) กลุ่มอายุที่เป็น กลุ่มเป้าหมาย คือ แรกเกิดถึง 1 ปี โดยหวังผลให้ผลให้ ครอบคลุมเด็กทุกคน และมีเป้าหมายรองคือ เด็กแรกเข้า โรงเรียนที่ยังไม่เคยได้รับการฉีดวัคซีนมาก่อน แต่จะงดเว้นการฉีดวัคซีน BCG เฉพาะในเด็ก ที่เริ่มมีอาการของโรคเอดส์

2. การใช้ยาป้องกันวัณโรค (Preventive therapy)

3. การป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในสถานพยาบาล

นอกจากนั้นควรมีการทำลายเชื้อโรคในเสมหะ เสื้อผ้า และอื่นๆอย่างถูกต้อง ดังนี้ (สารโรจน์ ตาลผาด. 2539 : 10)

1. แสงอาทิตย์ สามารถฆ่าเชื้อวัณโรคได้ภายใน 5 นาที การผึ่งแดดเป็นวิธีการที่สะดวกที่สุดในเขตร้อน เนื่องจากเชื้อวัณโรคอาจมีชีวิตได้เป็นปีในที่มืดเชื้อโรคมีการแพร่กระจายได้มากในบ้านเรือนและกระท่อมที่มืด จึงควรปรับปรุงการถ่ายเทอากาศในบ้านเรือน

2. ความร้อน ทำลายเชื้อโรคภายใน 20 นาที ที่อุณหภูมิ 60 องศาเซลเซียส และ 5 นาที ที่อุณหภูมิ 70 องศาเซลเซียส

3. กระดาษทิชชู กระดาษหนังสือพิมพ์ หรือวัสดุอื่นๆ ควรทำลายโดยการเผาเร็วที่สุด หลังจากใช้เช็ดเสมหะแล้ว

การรักษาวัณโรค

การรักษาวัณโรคในสมัยก่อนที่จะมียารักษาโรคโดยเฉพาะ การรักษาวัณโรคจะมุ่งไปที่ การเพิ่มพูนความต้านทานของผู้ป่วยให้แข็งแรงขึ้น โดยการให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและพักผ่อน อย่างเพียงพอ จำกัดการออกกำลังกายให้อยู่ในที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์ ผู้ป่วยบางรายต้องใช้ Collapse therapy โดยการอัดลมเข้าช่องเยื่อหุ้มปอด และช่องท้องเพื่อให้บริเวณปอดที่เป็นโรค ได้พัก หรือทำงานน้อยที่สุด ในรายที่เป็นมากก็ทำการผ่าตัดเอาปอดส่วนที่เป็นโรคออก การรักษาส่วนใหญ่ให้ผู้ป่วยนอนพักรักษาในโรงพยาบาล หรือสถานพักฟื้น แต่ปัจจุบันมีการใช้ยา ที่มีคุณภาพ และมีการใช้ยาที่มีประสิทธิภาพสูงมาก ซึ่งสามารถรักษาผู้ป่วยให้หายได้เกือบร้อยละ 100.00 หากผู้ป่วยรับประทานยาครบกำหนด โดยเฉพาะความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่จะสามารถป้องกันการล้มเหลวและการเกิดวัณโรคดื้อยา ซึ่งจะวัดความสำเร็จของการรักษา โดยการตรวจไม่พบเชื้อในเสมหะ โดยมีวิธีการรักษา ดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 24)

1. ให้ยาถูกต้องทั้งชนิดและจำนวน ยาบางชนิดมีฤทธิ์ฆ่าเชื้อ ในขณะที่บางชนิดมีฤทธิ์หยุดยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อ ซึ่งยาเพียงชนิดใดชนิดหนึ่งไม่สามารถจะรักษาวัณโรคได้ จะต้องเป็นระบบ ดังนั้นการให้ยาจะต้องเป็นระบบที่ถูกต้อง และจะต้องไม่รักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยยาเพียงตัวเดียว การรักษาวัณโรคมี 2 ระยะ ในระยะเข้มข้น (Intensive phase) จะประกอบด้วยยาอย่างน้อย 3 ตัว ซึ่งมีฤทธิ์ฆ่าเชื้อวัณโรคเกือบทั้งหมดอย่างรวดเร็วทำให้ผู้ป่วยพ้นระยะแพร่เชื้อ หลังจากนั้นในระยะต่อเนื่อง (Continuation phase) จะใช้ยาอย่างน้อย 2 ตัว ซึ่งมีฤทธิ์ฆ่าเชื้อวัณโรคที่หลงเหลืออยู่

2. ให้ยาถูกต้องตามขนาด การรักษาจะได้ผลดี หากผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องตามขนาด ถ้าขนาดของยาดำเกินไปเชื้อวัณโรคจะไม่ตายและก่อให้เกิดปัญหาการดื้อยา ในขณะที่เดียวกันหากขนาดของยาสูงเกินไป ผู้ป่วยจะได้รับอันตรายจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

3. ให้ยาระยะยาวเพียงพอระบบยาระยะสั้นมีระยะเวลาแตกต่างกันตั้งแต่ 4,6 และ 8 เดือน ขึ้นกับประเภทของผู้ป่วย ดังนั้นการที่ผู้ป่วยจะต้องได้ยาครบตามกำหนด จึงเป็นสิ่งสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะเชื้อวัณโรคอาจตายไม่หมด และผู้ป่วยอาจกลับเป็นวัณโรคได้อีก

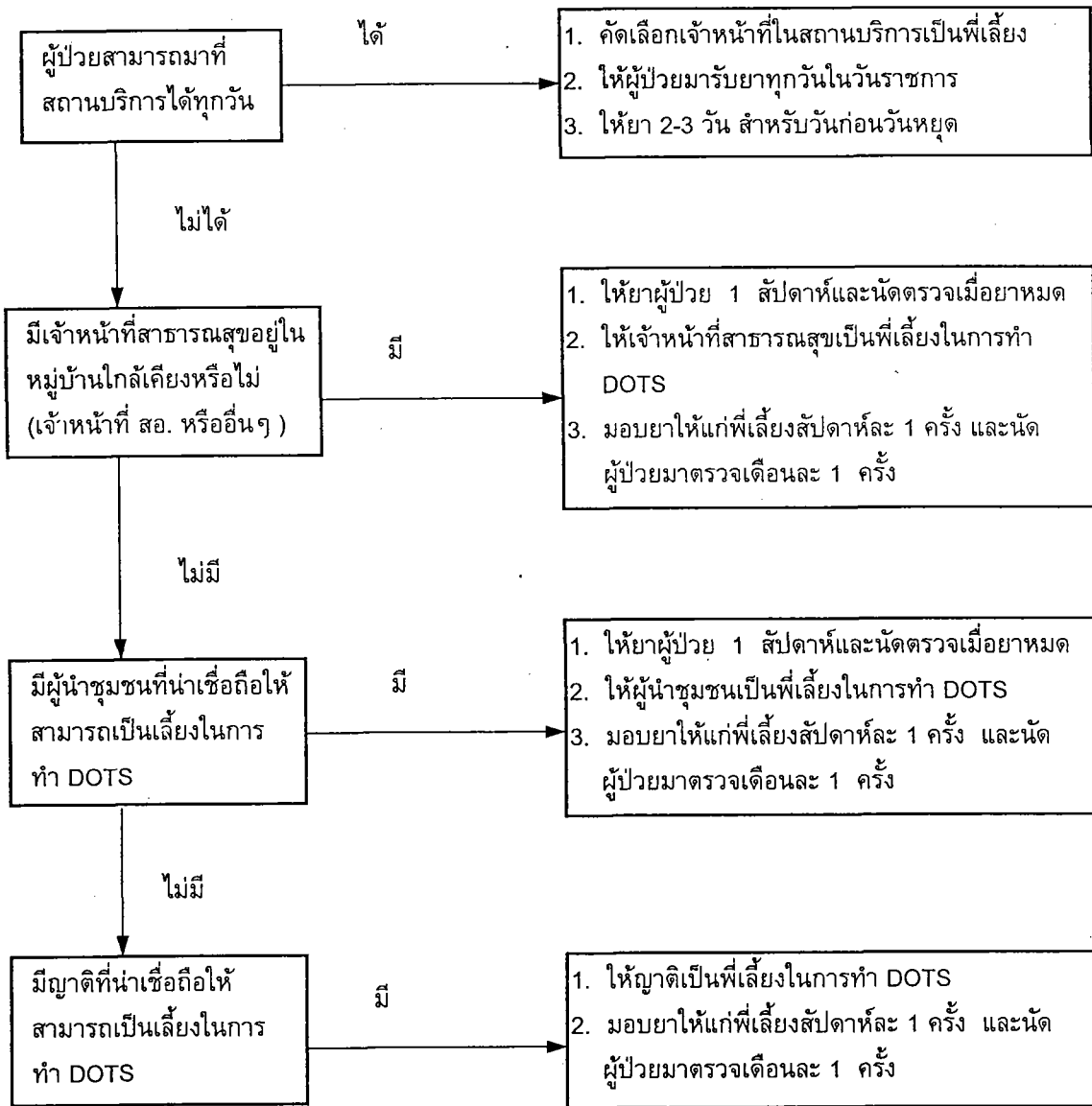
4. ความต่อเนื่องของการรักษา หากผู้ป่วยรักษาไม่ต่อเนื่องเชื้อวัณโรคจะไม่ตาย ทำให้ผู้ป่วยรายนั้นไม่หาย ดังนั้นการตรวจสอบความต่อเนื่องของการรักษาผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ การให้ความรู้และดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง การดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรักษาอย่างเหมาะสมจึงควรทำโดยอาศัยพี่เลี้ยง ดังนั้นระบบการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง(DOTS) จึงเป็นสิ่งที่ควรนำมาปฏิบัติ

การเลือกพี่เลี้ยงในการทำ DOTS (กระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 26)

การเลือกพี่เลี้ยงในการทำ DOTS วิธีที่ดีที่สุดคือ ให้ผู้ป่วยและ/หรือญาติมารับประทานยาที่สถานบริการสาธารณสุขทุกวันถ้าเป็นไปได้ อาจจะได้เลือกบุคลากรทางสาธารณสุขหรือผู้นำชุมชนที่เชื่อถือได้ เช่น ผู้ใหญ่บ้าน พระ ครู ผู้จัดการโรงงาน อสม. ฯลฯ ทำ DOTS แทนหรือหากมีญาติที่เชื่อถือได้และเหมาะสมอาจช่วยทำ DOTS แทนก็ได้หากกรณีอื่น ๆ เป็นไปไม่ได้ ไม่ควรจะให้ระบบยาที่มีไรแฟมพิซิน แก่ผู้ป่วยที่ไม่ทำ DOTS

ควรมีการแนะนำวิธีการทำ DOTS แก่พี่เลี้ยง โดยพี่เลี้ยงจะต้องเข้าใจประเด็นต่อไปนี้

1. ระยะเวลาและขนาดของยาที่ใช้ในการรักษา
2. วิธีการกรอกบัตร DOTS เมื่อผู้ป่วยรับประทานยา
3. กำหนดการรับยาจากสถานบริการที่ให้การรักษา
4. การแจ้งต่อสถานบริการที่ให้การรักษาหากผู้ป่วยมีปัญหาในการรับประทานยารายละเอียดดังปรากฏตามภาพประกอบ 2 (กระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 28)



ภาพประกอบ 2 การคัดเลือกพี่เลี้ยงในการทำ DOTS

ยาที่ใช้ในการรักษาวัณโรค

ยาที่สำคัญที่สุดในการรักษาวัณโรคในปัจจุบันคือ

1. ไอโซนาลิด (Isonasid : H)
2. ไรแฟมปีซิน (Rifampicin : R)
3. พัยราซิनाไมด์ (Pyrazinamide : Z)
4. สเตอริฟโตมัซิน (Streptomycin : S)
5. อีแธมบูตอล (Ethambutal : E)

บางครั้งมียามผสมในเม็ดหนึ่งๆ เช่น ไอโซนาลิด + ไรแฟมปีซิน (HR) หรือ ไอโซนาลิด + ไรแฟมปีซิน + พัยราซิनाไมด์ (HRZ)

ไม่ควรใช้ยาเหล่านี้ โดยเฉพาะ R และ S ในการรักษาโรคอื่นนอกจากโรคที่เกิดจากเชื้อมัโครแบคทีเรีย

การรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น (Short course chemotherapy) หรือรักษาด้วยระบบยาพื้นฐาน ซึ่งแผนงานการกำหนดระบบยาระยะสั้นตามแผนงานวัณโรคแห่งชาติตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก มีระบบยาหลักอยู่ 4 ระบบ ดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 26)

CAT. 1 (2HRZE(S) / 4HR)

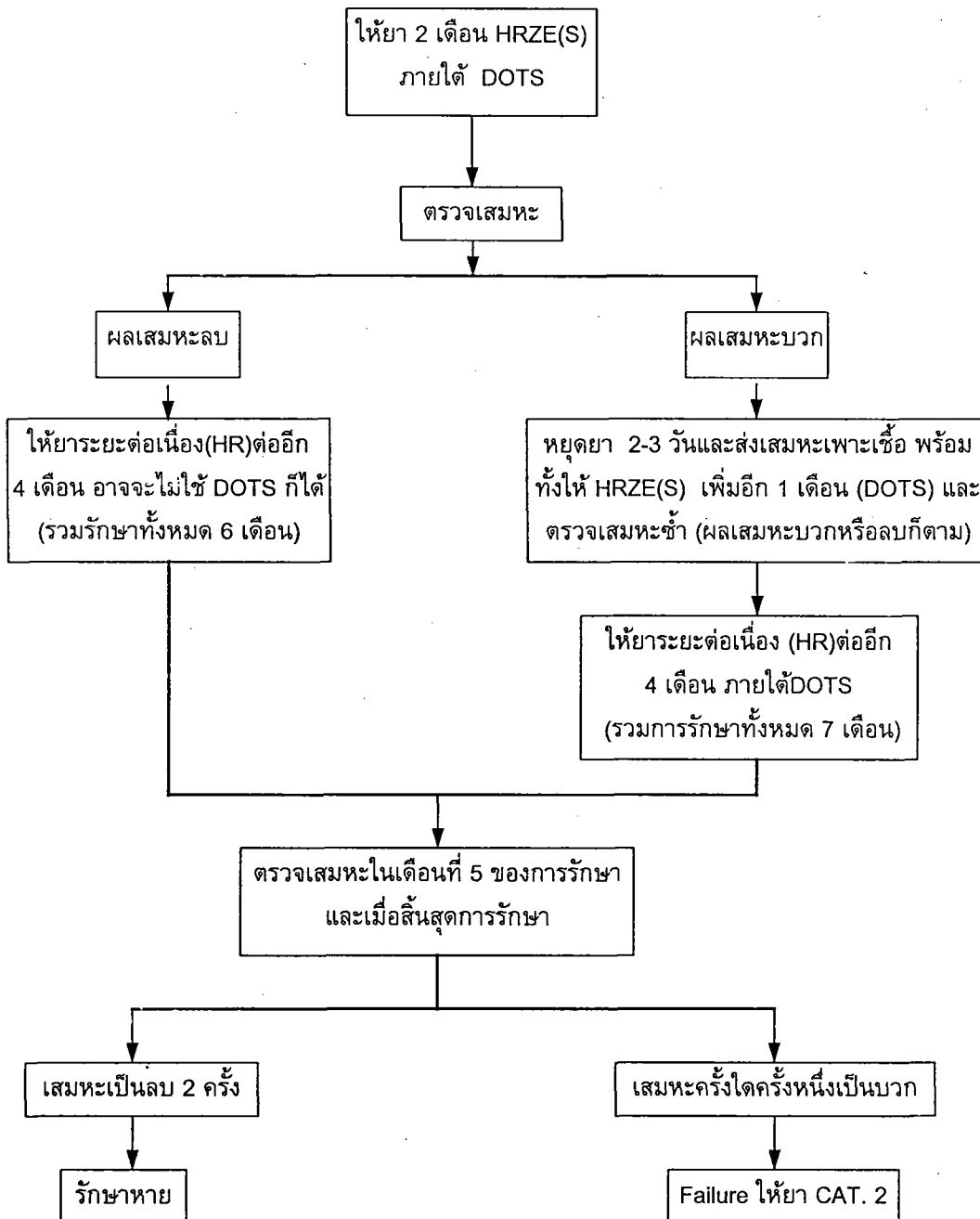
ใช้กับผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ หรือผู้ป่วยวัณโรคที่ป่วยมาก เช่น วัณโรคเยื่อหุ้มสมอง วัณโรคแพร่กระจาย วัณโรคเยื่อหุ้มหัวใจ วัณโรคช่องท้อง วัณโรคของไขสันหลัง วัณโรคของเยื่อหุ้มปอดทั้ง 2 ข้างหรือข้างใดข้างหนึ่งแต่เป็นมาก วัณโรคปอดเสมหะลบที่มีแผลหรือกินเนื้อปอดมาก

การรักษาแบบนี้จะตรวจสอบเสมหะเมื่อผู้ป่วยรับประทานยาครบ 2 เดือน หากผลเสมหะเป็นลบ เริ่มให้การรักษาในระยะต่อเนื่อง แต่หากผลเสมหะเป็นบวกให้หยุดยา 2-3 วัน และส่งผลเสมหะไปเพาะเชื้อและทดสอบความไวต่อยา และขยายการรักษาเข้มข้นอีก 1 เดือน แล้วตรวจสอบเสมหะ จากนั้นให้ยาในระยะต่อเนื่องได้ ไม่ว่าผลตรวจเสมหะจะเป็นบวกหรือลบก็ตาม ในช่วงการรักษาต่อเนื่อง ควรจะทำ DOTS ต่อไป โดยอาจใช้การรักษาแบบเว้นระยะ (Intermittent regimens) ในระยะต่อเนื่องก็ได้ และต้องตรวจสอบเสมหะในเดือนที่ 5 ของการรักษาและเมื่อครบการรักษา หากผลเสมหะครั้งใดครั้งหนึ่งใน 2 ครั้งเป็นบวก ให้ถือว่าผู้ป่วยรายนั้นล้มเหลวต่อการรักษา (Failure)

การรักษาแบบนี้ไม่ขยายเวลาการรักษาต่อเนื่องเด็ดขาด ยกเว้น

1. ให้ยาเพิ่มอีก 2 เดือน แก่ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่อาการยังไม่ดีขึ้นอย่างน่าพอใจ
2. ให้ยาเพิ่มอีก 3 เดือน สำหรับผู้ป่วยวัณโรคเยื่อหุ้มสมอง วัณโรคของกระดูกและข้อ วัณโรคไต

การรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วย CAT. 1 สามารถสรุปได้ดังปรากฏตามภาพประกอบ 3 (กระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 29)



ภาพประกอบ 3 การรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วย CAT. 1

ตาราง 3 ขนาดของยาใน CAT. 1 (2SHRZ/4HR)ที่ใช้ในเด็ก (0-14 ปี)

น้ำหนักก่อนรักษา	ระยะเข้มข้น (2 เดือนแรก)				ระยะต่อเนื่อง (4เดือนหลังกินยาทุกวัน)	
	S (มก.)	H(มก.)	R(มก.)	Z(มก.)	H(มก.)	R(มก.)
5-10 กก.	250	50	75	250	50	75
11-20 กก.	500	100	150	500	100	150
21-30กก.	500	200	250	1,000	200	250

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข. (2541). แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ : 33.

ตาราง 4 ขนาดของยาใน CAT. 1 (2HRZE(S)/4HR)ที่ใช้ในผู้ใหญ่ (อายุมากกว่า14 ปี)

น้ำหนักก่อนรักษา	ระยะเข้มข้น (2 เดือนแรก)					ระยะต่อเนื่อง (4เดือนหลังกินยาทุกวัน)	
	H(มก.)	R(มก.)	Z(มก.)	E(มก.)	S (มก.)	H(มก.)	R(มก.)
น้อยกว่า 40 กก.	300	300	1,000	800	500	300	300
40-50 กก.	300	450	1,500	1,000	750	300	450
มากกว่า 50 กก.	300	600	2,000	1,200	1,000	300	600

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข. (2541). แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ : 32.

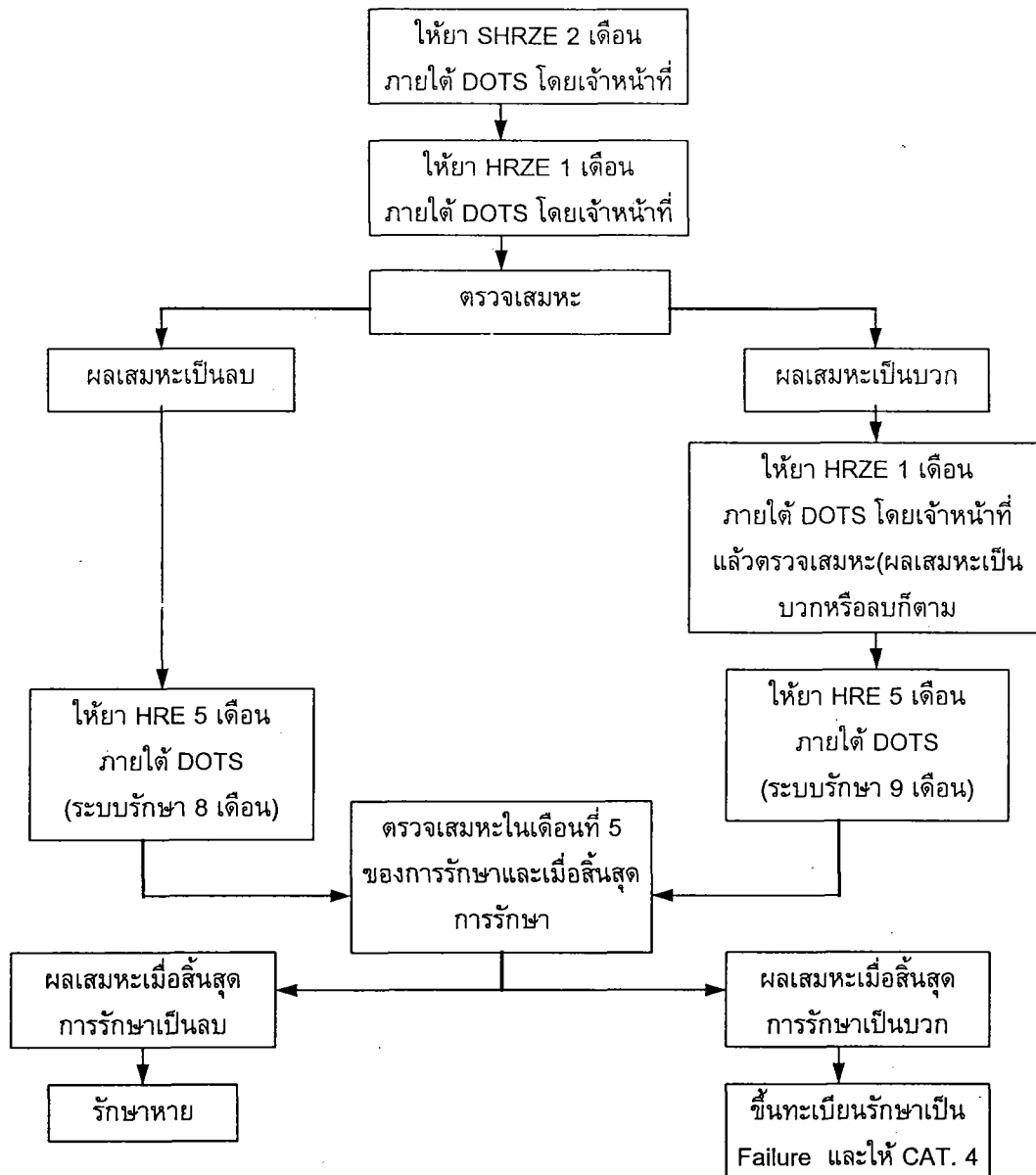
CAT. 2 (2SHRZE / 1HRZE / 5HRE)

ใช้กับ Relapse (กลับเป็นซ้ำ) Failure(ล้มเหลว) หรือ Return after default (ขาดยาแล้วกลับมารักษา) ที่มีเสมหะบวก จะไม่ใช่ CAT.2 กับผู้ป่วยที่มีเสมหะเป็นลบเด็ดขาด ก่อนการรักษาจะต้องทำการเพาะเชื้อจากเสมหะผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มีแนวโน้มว่าจะดื้อยา จึงต้องทำการเพาะเชื้อทดสอบความไวในผู้ป่วยทุกราย

การคัดเลือกพี่เลี้ยงในการทำ DOTS สำหรับยาระบบนี้พี่เลี้ยงควรจะเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพราะผู้ป่วยมีโอกาสจะดื้อยาสูง การทำ DOTS จะต้องทำตลอดระยะเวลารักษา หากเป็นไปได้ควรรับผู้ป่วยไว้รักษาที่สถานบริการในช่วง 3 เดือนแรกของการรักษา

การรักษาแบบนี้จะต้องตรวจเสมหะเมื่อผู้ป่วยรับประทานยาครบ 3 เดือน หากผลเสมหะ

เป็นลบเริ่มให้ยาในระยะต่อเนื่อง(5 เดือนหลัง) แก่ผู้ป่วยเลย แต่หากผลเสมหะเป็นบวกให้ยากิน 4 ตัวต่ออีก 1 เดือน และตรวจเสมหะ และต้องตรวจเสมหะในเดือนที่ 5 ของการรักษาและเมื่อครบ การรักษา หากผลเสมหะเป็นบวกเมื่อรับประทานยาครบเดือนที่ 5 ให้รักษาด้วย CAT. 4 แก่ผู้ป่วย การรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วย CAT. 2 สามารถสรุปได้ดังปรากฏตามภาพประกอบ 4 (กระทรวง สาธารณสุข. 2541 : 31)



ภาพประกอบ 4 การรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วย CAT. 2

ตาราง 5 ขนาดของยาใน CAT. 2 (2SHRZE/1HRZE/5HRE)ที่ใช้ในผู้ใหญ่ (อายุมากกว่า14 ปี)

น้ำหนักก่อนรักษา	ระยะเข้มข้น (2 เดือนแรก)					ระยะต่อเนื่อง (4เดือนหลังกินยาทุกวัน)		
	S(มก.)	H(มก.)	R(มก.)	Z(มก.)	E (มก.)	H(มก.)	R(มก.)	E(มก.)
น้อยกว่า 40 กก.	300	300	300	1,000	800	300	300	800
40-50 กก.	300	450	450	1,500	1,000	300	450	1,000
มากกว่า 50 กก.	300	600	600	2,000	1,200	300	600	1,200

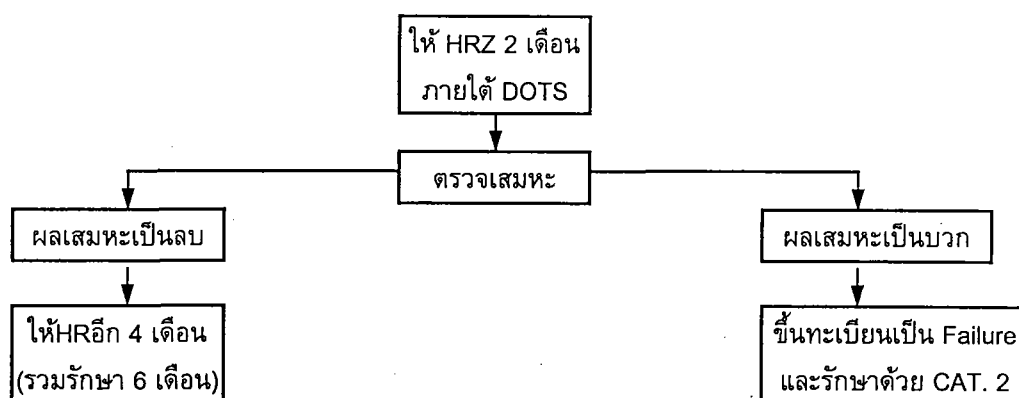
ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข. (2541). แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ : 32.

CAT. 3 (2HZ/4HR)

ใช้กับผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่เสมหะเป็นลบหรือผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดรายใหม่ที่มีอาการไม่มาก เช่นวัณโรคต่อมน้ำเหลือง

การรักษาแบบนี้จะต้องตรวจสอบเสมหะเมื่อผู้ป่วยรักษาครบ 2เดือน หากผลเสมหะเป็นลบให้ยาระยะต่อเนื่องไป หากผลเสมหะกลับเป็นบวก จำแนกผู้ป่วยเป็น Failureและเริ่มให้ CAT. 2 (ต้องรักษาที่โรงพยาบาลเท่านั้น)

การรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วย CAT. 3 สามารถสรุปได้ดังปรากฏตามภาพประกอบ 5 (กระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 32)



ภาพประกอบ 5 การรักษาผู้ป่วยด้วย CAT. 3

ตาราง 6 ขนาดของยาใน CAT. 3 (2HRZ/4HR)ที่ใช้ในเด็ก (0-14 ปี)

น้ำหนักก่อนรักษา	ระยะเข้มข้น (2 เดือนแรก)				ระยะต่อเนื่อง (4เดือนหลังกินยาทุกวัน)	
	S (มก.)	H(มก.)	R(มก.)	Z(มก.)	H(มก.)	R(มก.)
5-10 กก.	250	50	75	250	50	75
11-20 กก.	500	100	150	500	100	150
21-30กก.	500	200	250	1,000	200	250

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข. (2541). แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ : 33.

ตาราง 7 ขนาดของยาใน CAT. 3 (2SHRZ/4HR)ที่ใช้ในผู้ใหญ่(อายุมากกว่า14 ปี)

น้ำหนักก่อนรักษา	ระยะเข้มข้น (2 เดือนแรก)			ระยะต่อเนื่อง (4เดือนหลังกินยาทุกวัน)	
	H(มก.)	R(มก.)	Z(มก.)	H(มก.)	R(มก.)
น้อยกว่า 40 กก.	300	300	1,000	300	300
40-50 กก.	300	450	1,500	300	450
มากกว่า 50 กก.	300	600	2,000	300	600

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข. (2541). แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ : 33.

CAT. 4 (H alone หรือ Second line drug)

ใช้กับผู้ป่วยเรื้อรังที่การรักษาล้มเหลว โดยเฉพาะการล้มเหลวจาก CAT. 2 ผู้ป่วยประเภทนี้ควรรักษาที่โรงพยาบาลเท่านั้น การเลือกยาควรใช้ผลการทดสอบความไวต่อยาเป็นตัวกำหนด ยาที่ใช้รักษาในระบบนี้ควรเป็นยาที่ผู้ป่วยไม่เคยได้รับมาก่อนอย่างน้อย 2 ตัวขึ้นไป

การจำแนกผลของการรักษา

ผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษา สามารถจำแนกผลของการรักษาได้ตามสาเหตุที่ผู้ป่วยหยุดยาได้ดังนี้

1. รักษาหายขาด (Cured)

การพิจารณาว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาวัณโรคหายขาดจะพิจารณาได้จากการตรวจเสมหะ โดยพบว่าเมื่อผู้ป่วยที่มีเสมหะบวกในตอนแรกได้รับการรักษาครบแล้ว มีเสมหะเป็นผลลบอย่างน้อย 2 ครั้ง และผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษาต้องเป็นลบด้วย จึงจะถือว่ารักษาหายขาด

2. รักษาครบ (Completed)

การพิจารณาว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาวัณโรคครบจะพิจารณาได้จากการตรวจเสมหะ โดยพบว่า

2.1 ผู้ป่วยที่มีเสมหะบวกในตอนแรก มีผลเสมหะเป็นลบ เมื่อรักษาช่วงเข้มข้น แต่ไม่มีผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษา

2.2 ผู้ป่วยที่มีเสมหะลบเมื่อเริ่มรักษาและรักษาครบ

3. ล้มเหลว (Failure)

การพิจารณาว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาวัณโรคล้มเหลวจะพิจารณาได้จากการตรวจเสมหะ โดยพบว่า

3.1 ผู้ป่วยที่มีเสมหะบวกในตอนแรก และยังคงหรือกลับเป็นผลบวกในเดือนที่ 5 ของการรักษา หรือหลังจากนั้น

3.2 ผู้ป่วยที่มีเสมหะบวกในตอนแรกแต่กลับมีผลเสมหะเป็นลบหลังจากรักษาได้ 2 เดือน

4. สูญหาย (Default)

การพิจารณาว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาวัณโรคสูญหายจะพิจารณาได้จากการที่ผู้ป่วยขาดยานานเกิน 2 เดือนติดต่อกัน

5. ตาย (Died)

คือ ผู้ป่วยที่ตายขณะที่ยังคงรักษาวัณโรค (ไม่คำนึงถึงสาเหตุการตาย แต่ควรพยายามระบุถึงสาเหตุการตายด้วย)

6. โอนออก (Transfer out)

คือผู้ป่วยที่โอนไปรักษาที่อื่นโดยไม่ทราบผลของการรักษา

การตรวจรักษาวัณโรคในโรงพยาบาลนครปฐม

การตรวจรักษาวัณโรคในโรงพยาบาลนครปฐม เมื่อผู้รับบริการมาตรวจด้วยอาการผิดปกติต่างๆที่น่าจะเป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคทางอายุรกรรม จะมีการส่งตรวจที่แผนกอายุรกรรมก่อนทุกราย ในรายที่แพทย์สงสัยว่าน่าจะเป็นวัณโรคจะส่งตรวจเอ็กซเรย์หรือถ่ายภาพรังสี รวมทั้งให้เก็บเสมหะส่งตรวจเพื่อตรวจหาเชื้อวัณโรค 3 ครั้งพร้อมทั้งนัดผู้ป่วยมาฟังผลการตรวจดังกล่าว

หากวินิจฉัยได้ว่าเป็นวัณโรค จึงส่งผู้ป่วยเข้ามารับการตรวจรักษาที่คลินิกวัณโรค ซึ่งจะตรวจรักษาทุกวันพุธ เวลา 8.30 น. ถึง 12.00 น. และ เวลา 13.00 น. ถึง เวลา 14.30 น. ซึ่งการรักษาที่ใช้ปัจจุบันจะให้การรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น (Short course chemotherapy) ตามแผนงานการกำหนดระบบยาระยะสั้นตามมาตรฐานองค์การอนามัยโดยมีการเลือกใช้สูตรยา ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก มีการติดตามการตรวจเสมหะผู้ป่วยตามสูตรยาที่เลือกใช้ และมีการจำหน่ายผู้ป่วยเมื่อให้การรักษาคบ หรือการจำหน่ายด้วยสาเหตุอื่น ๆ ดังกล่าวข้างต้น นอกจากนี้คลินิกวัณโรคได้จัดให้มีการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติโดยนักวิชาการสุขศึกษา มีการติดตามเยี่ยมบ้าน และจดหมายติดตามในกรณีผู้ป่วยขาดการรักษา มีระบบการรับโอนและโอนย้ายผู้ป่วยวัณโรคให้ไปรับการรักษาที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน ส่วนการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (Directly Observed Treatment Short course : DOTS) กำลังอยู่ในระหว่างการดำเนินงาน การตรวจรักษาผู้ป่วยวัณโรค ณ คลินิกวัณโรคเป็นการให้บริการโดยไม่คิดมูลค่า

การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรค

ผู้ป่วยวัณโรคควรได้รับคำแนะนำให้ปฏิบัติตัว ดังนี้

1. ควรรับประทานยาให้สม่ำเสมอตามการรักษาของแพทย์ เมื่อมีอาการผิดปกติควรรีบปรึกษาแพทย์ ไม่ควรลดหรือเพิ่มขนาดของยาเอง การรักษาควรได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่งเป็นประจำ ไม่ควรย้ายที่ทำการรักษาบ่อย เพราะอาจได้รับยาไม่ต่อเนื่องและเปลี่ยนยาที่ใช้ในการรักษาบ่อย เป็นเหตุให้เชื้อวัณโรคดื้อต่อยาที่ใช้รักษาได้

2. ควรงดพฤติกรรมที่ทำให้โรคหายช้า หรือทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้การรักษาไม่ได้ผลเนื่องจากการสูบบุหรี่ทำให้พยาธิสภาพและประสิทธิภาพของปอดทำงานเลวลง ส่วนการดื่มสุราจะมีผลทำให้การทำงานของร่างกายหลายระบบเสื่อมลง โดยเฉพาะตับ ทำให้เกิดภาวะตับอักเสบได้ง่าย เพราะยาที่ใช้รักษาวัณโรคก็มีพิษต่อตับ ทำให้เกิดตับอักเสบได้ง่าย เช่น ไอโซนาซิด (Isonasid) ไรแฟมปีซิน (Rifampicin) พัยราซินามัย (Pyrazinamide) เป็นต้น (บัญญัติ ปรัชญานนท์และคณะ. 2535 : 260-266) นอกจากนี้สุรามีอันตรายเป็นต่อดับแล้ว ยังมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงเร็วขึ้น การรักษาจึงไม่ค่อยได้ผล

3. การมารับการตรวจรักษาตามนัดหมาย เนื่องจากวัณโรคเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลารักษานาน ดังนั้นจะต้องมีการนัดหมายผู้ป่วยมาตรวจรักษาและรับยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินผลการรักษา และติดตามอาการผู้ป่วย มีการตรวจเสมหะและภาพรังสีทรวงอกดูเงาปอดเป็นระยะ สำหรับการจัดยารักษาโรคให้แก่ผู้ป่วยนั้น ผู้รักษามักจะให้ยาครั้งละ 15 วัน ถึง 1 เดือน โดยนัดผู้ป่วยให้มารับยาครั้งต่อไปเมื่อยาใกล้หมด การมาตรวจตามนัดหมายจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา

อย่างต่อเนื่อง และถ้ามีอาการผิดปกติหรือมีอาการอื่นๆแทรกซ้อน ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็ว

แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบแผนหรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคมเพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพโดยครั้งแรกได้นำมาใช้ในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมป้องกันการโรค(Preventive health behavior) ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมเจ็บป่วย (Illness behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ (Sick-role behavior) (กระทรวงสาธารณสุข. 2542 :18)

ความเชื่อทางด้านสุขภาพ เป็นความเชื่อเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษาเมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยจะปฏิบัติตัวแตกต่างกันขึ้นกับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษาการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจและค่านิยม (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2532 : 30)

พัฒนาการของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ในช่วงศตวรรษที่ 20 นักวิชาการได้หันมาสนใจพฤติกรรมของมนุษย์กันมากขึ้น เนื่องจากมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เป็นสิ่งที่สามารถศึกษาทำความเข้าใจและทำการควบคุมได้โดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์

พฤติกรรมสุขภาพ ได้รับความสนใจศึกษากันมากในตอนต้นของช่วงปี ค.ศ.1950-1960 ซึ่งถือว่าเป็นช่วงเริ่มแรกของการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เนื่องจากในระยะนั้นการจัดบริการด้านสาธารณสุขที่เน้นกิจกรรมด้านการป้องกันโรคมกกว่ากิจกรรมด้านการรักษาพยาบาล ไม่ได้ได้รับความสนใจจากประชาชน ดังนั้นนักพฤติกรรมศาสตร์ และนักสาธารณสุขจึงสนใจจะทำความเข้าใจว่าอะไรเป็นสาเหตุและสภาวะการณ์ใดที่เหมาะสม ที่จะทำให้บุคคลมีการปฏิบัติในการป้องกันโรคและการไปตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองหรือวินิจฉัยโรคตั้งแต่ระยะแรกเริ่มที่ยังไม่มีอาการใดๆ เช่น ในกรณีการตรวจสุขภาพและป้องกันโรควัณโรค มะเร็งปากมดลูก โรคฟัน ไข้รูมาติก โรคโปลิโอ โรคไขหวัดใหญ่ เป็นต้น(กระทรวงสาธารณสุข. 2542 : 18)

จากปัญหาดังกล่าว ฮอชบรัม และคณะ (เพียงใจ สุวิริยะไพศาล. 2542 : 23 ; อ้างอิงจาก Hochbaum, et al. 1958. *PSH publication*. p.1-28) ได้เริ่มศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับทางจิตวิทยาสังคมในรูปแบบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าแรงจูงใจต่อความรู้เกี่ยวกับโรคและภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค เป็นปัจจัยให้บุคคลทราบถึงประโยชน์ของการดูแลสุขภาพและการ

ปฏิบัติตนตามคำแนะนำที่ได้รับ (เพียงใจ สุวีริยะไพศาล. 2542 : 23 ; อ้างอิงจาก Becker, et al. 1974 . *American journal of public health*. p. 206).

โรเซนสต็อก (Rosenstock. 1974 : 9) ได้อธิบายแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคบุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า

1. เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค
2. โรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตของเขาพอสมควร
3. การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค จะก่อให้เกิดผลดีแก่เขาโดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค ถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้นๆ และไม่ควรจะมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความกลัว ความไม่สะดวก ความอาย เป็นต้น

ต่อมาโรเซนสต็อก (Rosenstock. 1976 : 6) ยังได้เสนอเพิ่มเติมว่าการอธิบายพฤติกรรมการไปตรวจสุขภาพเพื่อวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกนั้น จะต้องเพิ่มปัจจัยด้านความเชื่อว่าเขาสามารถจะป่วยเป็นโรคได้ ถึงแม้จะไม่มีอาการก็ตาม

การวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในระยะต่อมาพบว่า นอกจากองค์ประกอบด้านความเชื่อหรือการรับรู้แล้ว ยังมีปัจจัยตัวอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งต่อมา เบคเกอร์ และไมแมน (Becker & Maiman. 1975 : 20) ได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใช้อธิบายหรือทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick role behavior) ขึ้นใหม่ โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ซึ่งเป็นปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคล ที่พบว่ามามีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ดังปรากฏตามภาพประกอบ 6 (เพียงใจ สุวีริยะไพศาล. 2542 : 25 ; อ้างอิงจาก Becker & Maiman. 1975. *Medical Care*. p. 12.)

2. การประเมินคุณค่าพฤติกรรมของคน(The individual's evaluation of the advocated health action) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ถึงผลประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพโดยบุคคลจะต้องพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการปฏิบัติและผลที่คาดว่าจะได้รับว่ามีมากน้อยเพียงใด มีการคิดเปรียบเทียบกันระหว่างการรับรู้อุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่าย การเสียเวลา หน้าที่การงาน เป็นต้น

3. ปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้ปฏิบัติ (Cue to action) หมายถึง สิ่งชักนำ โอกาส หรือหนทางที่จะช่วยให้มีการปฏิบัติ อาจเป็นสิ่งชักนำภายใน เช่น การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง อาการเจ็บป่วยที่กำลังเกิดขึ้นหรืออาจเป็นสิ่งชักนำภายนอก เช่น ข้อมูลความรู้ที่ได้รับจากสื่อมวลชน ประเภทต่างๆ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

นอกจากนี้คาสส์ และคอบบ์ (เพชรรัตน์ อมรชิวิน. 2541 : 43 ; อ้างอิงจาก Kasl & Cobb. 1966. *Archives environmental health*. p 246) ได้ให้คำจำกัดความของพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ (Health-related behavior) "พฤติกรรมสุขภาพหรือพฤติกรรมการป้องกันโรค" (Preventive health behavior) คือ กิจกรรมของบุคคลที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรคหรือวินิจฉัยโรคในระยะ เริ่มแรกที่ยังไม่มีอาการปรากฏ "พฤติกรรมเจ็บป่วย" (Illness behavior) คือ กิจกรรมของบุคคลที่รู้สึกไม่สบาย โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะแสวงหาการตรวจวินิจฉัยและการเยียวยารักษาที่เหมาะสมและ "พฤติกรรมของผู้ป่วย" (Sick-role behavior) คือ กิจกรรมของบุคคลที่รู้ว่าตนเองป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยนั้นๆ จากความหมายดังกล่าวทำให้เห็นได้ว่า พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมีหลายลักษณะซึ่งแตกต่างกันทั้งในระยะที่ยังไม่เจ็บป่วยในระยะ ที่รู้สึกไม่สบาย และในระยะที่ป่วยเป็นโรคแล้ว จึงได้มีการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเดิมที่ใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค เพื่อให้สามารถนำไปใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ ได้เหมาะสมยิ่งขึ้น

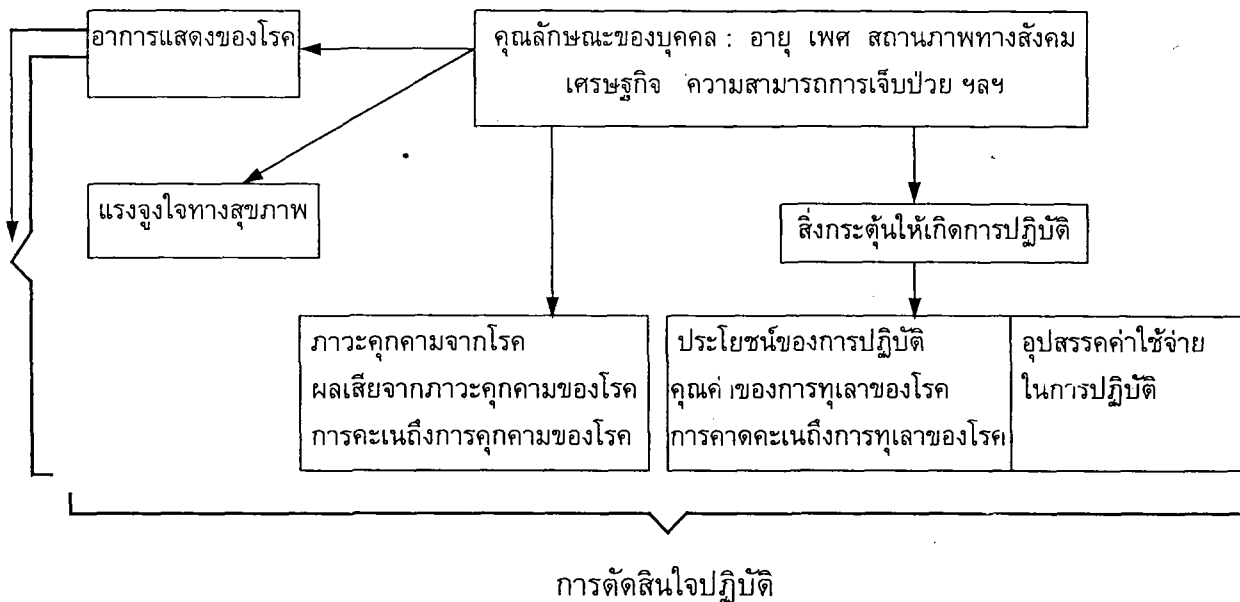
คาสส์ และคอบบ์(Kasl & Cobb. 1966 : 246) ได้ดัดแปลงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับนำไปใช้ทำนายพฤติกรรมเจ็บป่วยโดยได้ให้ความสำคัญกับอาการของการเจ็บป่วย ซึ่งเปรียบเสมือนตัวแทนของสิ่งคุกคามที่เขาประสบอยู่ ในขณะที่เดียวกันอาการของการเจ็บป่วยจะมีส่วนไปกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจหรือการปฏิบัติ ซึ่งเปรียบเสมือนสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติตนในการอธิบายการตัดสินใจแสดงพฤติกรรมของบุคคลที่รู้สึกไม่สบายจะเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบ 4 ประการ ดังนี้

1. แรงจูงใจด้านสุขภาพที่เกิดจากประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ซึ่งจะแสดงถึงระดับของความสนใจด้านสุขภาพของบุคคล
2. สิ่งคุกคามที่เกิดจากอาการ ได้แก่ อันตรายต่อร่างกายและการรบกวนต่อการทำหน้าที่

3. ประโยชน์หรือคุณค่าของการกระทำที่จะช่วยลดสิ่งคุกคาม

4. อุปสรรคหรือค่าใช้จ่ายของการกระทำนั้นๆ

รายละเอียดดังปรากฏตามภาพประกอบ 7 (กระจวงสาธารณสุข. 2542 : 22 ; อ้างอิงจาก Kirscth. 1974 . *Health education monographs*. p. 389.)



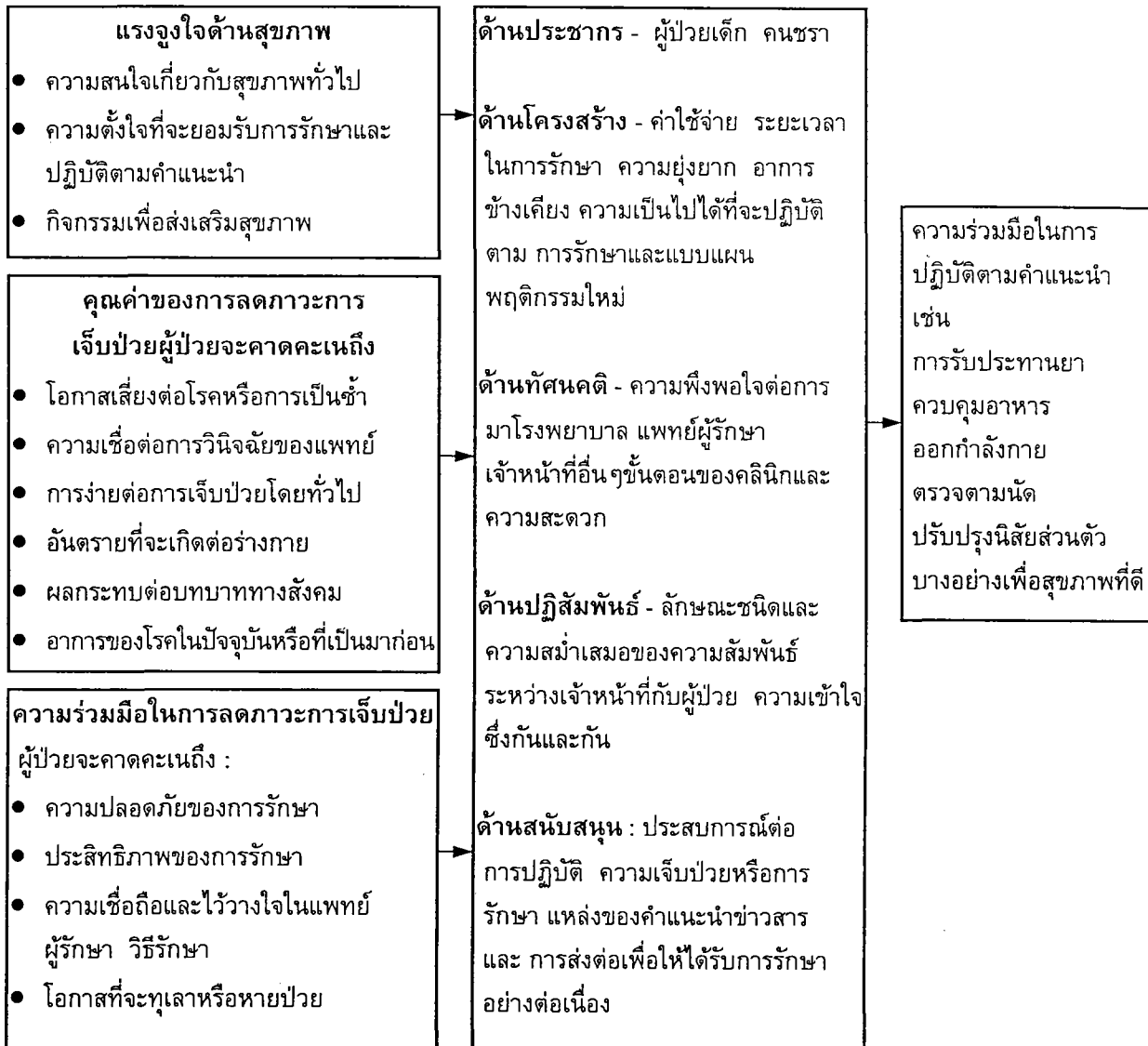
ภาพประกอบ 7 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับทำนายพฤติกรรมกรรมการเจ็บป่วย

ต่อมาเบคเกอร์และคณะ (กระจวงสาธารณสุข. 2542 : 22 ; อ้างอิงจาก Becker, et al. 1974. *Health education monographs*. p. 409-417) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเพิ่มปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) และปัจจัยอื่นๆ ที่จัดอยู่ในปัจจัยร่วมและปัจจัยสนับสนุน (Modifying and enabling factor) รวมทั้งสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to action) มาใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick role behavior) ดังปรากฏตามประกอบ 8 (กระจวงสาธารณสุข. 2542 : 23 ; อ้างอิงจาก Kirscth. 1974. *Health education monographs*. p. 416)

ความพร้อมที่จะให้ความร่วมมือ

ปัจจัยร่วม

พฤติกรรมความร่วมมือ



ภาพประกอบ 8 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย

องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

องค์ประกอบที่สำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยมี 5 ประการ คือ (กระทรวงสาธารณสุข. 2542 : 25-27)

1. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility)

การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมี โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใดและถ้าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วย จะหมายถึงความเชื่อต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการ เกิดโรคซ้ำ และความรู้สึกของผู้ป่วยว่าตนเองง่ายต่อการป่วยเป็นโรคต่าง ๆ

การศึกษาวิจัยเป็นจำนวนมากที่รายงานผลของความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่างความเชื่อ ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยพบว่าความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง ของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและการไปตรวจสุขภาพ เพื่อวินิจฉัยหาโรคตั้งแต่แรกเริ่ม เช่น โรคมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม

สำหรับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคในผู้ป่วย พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ของผู้ป่วยตามคำแนะนำของแพทย์หรือพฤติกรรมการรักษาโรค (Compliance) เช่นกัน ซึ่งมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปฏิบัติในการรักษาโรคของบุคคล

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็น ผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดพิการ เสียชีวิต ความยาก ลำบากและการต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อบ ทบาททางสังคมของตน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึง อาจมีความแตกต่างจากความ รุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคร่วมกับการรับรู้ความรุนแรง ของโรค จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนา และมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง

3. การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่าย (Perceived benefits and costs) เมื่อบุคคล มีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรงหรือก่อให้เกิด ผลเสียต่อตนแล้วยังรวมถึงเวลา ความไม่สะดวกสบาย ความอาย การเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัย และอาการแทรกซ้อนด้วย บุคคลจะทำการประเมินค่าใช้จ่ายแล้วนำไปสัมพันธ์กับทรัพยากรที่มีอยู่ หรือที่จะหามาได้ตลอดจนประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ แม้บุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยง จากภาวะคุกคามเหล่านั้น โดยการแสวงหาการป้องกันหรือรักษาโรสดังกล่าว แต่การที่บุคคลจะ ยอมรับและปฏิบัติในสิ่งใดนั้นจะเป็นผลจากความเชื่อว่ามีวิธีการนั้นๆ เป็นทางออกที่ดีก่อให้เกิดผลดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่สุดจะทำให้ไม่ป่วยเป็นโรค หรือหายจากโรคนั้น ในขณะที่เดียวกันบุคคล

จะต้องมีความเชื่อว่าค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นข้อเสีย หรืออุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกัน และรักษาโรคจะต้องมีน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับ

4. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation)

แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง ระดับความสนใจและความห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพ (Interested in and concern about health matters) ความปรารถนาที่จะดำรงรักษาสุขภาพและการหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วย แรงจูงใจนี้อาจเกิดจากความสนใจสุขภาพโดยทั่วไปของบุคคล หรือเกิดจากการกระตุ้นของความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค ความเชื่อต่อผลดีจากการปฏิบัติรวมทั้งสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของแพทย์ ซึ่งสามารถกระตุ้นแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคลได้

แรงจูงใจสามารถวัดได้จากความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไป ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ มีรายงานการวิจัยที่พบว่า มารดาของเด็กป่วยที่มีความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไปของบุตร เช่น มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของบุตร การจัดหาให้บุตรได้รับประทานวิตามิน การมีเทอร์โมมิเตอร์ไว้สำหรับวัดอุณหภูมิร่างกายของบุตร มารดากลุ่มนี้จะมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เป็นอย่างดี และการศึกษาพบว่าผู้ป่วย ที่มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์จะมีการปฏิบัติในการรับประทานยา การมาพบแพทย์ ตามนัดสม่ำเสมอว่ากลุ่มที่ไม่มีความตั้งใจในเรื่องดังกล่าว

5. ปัจจัยร่วม (Modifying factors)

ปัจจัยร่วม นับเป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติตามเพื่อการป้องกันโรค หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค ปัจจัยร่วมประกอบด้วยตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติของบุคคล ตัวแปรด้านโครงสร้าง เช่น ความซับซ้อน และผลข้างเคียงของการรักษา ลักษณะของความยากง่ายของการปฏิบัติตามการให้บริการ ตัวแปรด้านปฏิสัมพันธ์ เช่น ชนิด คุณภาพ ความต่อเนื่อง และความสม่ำเสมอของความสัมพันธ์ ระหว่างผู้ให้บริการ กับผู้รับบริการและตัวแปรด้านสนับสนุนหรือสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ได้แก่ สิ่งกระตุ้น (Trigger) ที่นำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม ตัวแปรเหล่านี้อาจเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคล เช่น อากาศไม่สุขสบาย เจ็บปวด อ่อนเพลียที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลนั่นเอง หรือเป็นสิ่งภายนอกที่มากระตุ้น เช่น การรณรงค์หรือข่าวสารจากสื่อมวลชน คำแนะนำที่ได้จากเจ้าหน้าที่เพื่อน หรือผู้อื่น แหล่งหรือผู้ให้คำแนะนำ บัตรนัดหรือไปรษณีย์บัตรเตือน การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว แรงกดดันหรือแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติหรือตัวกระตุ้น จะต้องเกิดขึ้นสอดคล้องเหมาะสมกับพฤติกรรมระดับความเข้มของสิ่งกระตุ้น ที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมแตกต่างกันไปตามระดับความ

พร้อมด้านจิตใจของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรม คือถ้ามีความพร้อมด้านจิตใจน้อยจำเป็นต้องอาศัยสิ่งชักนำมาก แต่ถ้ามีความพร้อมด้านจิตใจสูงอยู่แล้วจะต้องการสิ่งกระตุ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

แนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยสรุปได้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลในการที่จะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรักษาโรคว่าบุคคลจะต้องมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะ ความคุกคามของโรค โดยการเลือกวิธีการปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุดด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติกับผลเสีย ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้นนอกจากนี้แรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมอื่นๆ เช่น ตัวแปรด้านประชากรโครงสร้าง ปฏิสัมพันธ์ และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัตินับเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติของสุขภาพบุคคลนั้นๆ ด้วย

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมขั้นแรกของบุคคลที่ตอบสนองต่อความรู้สึกไม่สบายหรือการเจ็บป่วย รวมถึงความสามารถที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วยและการกระทำอันเป็นการป้องกันเพื่อดำรงรักษาสุขภาพของตนเอง และในการนิยามความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองนั้นมีความแตกต่างกันไปตามความเข้าใจของแต่ละบุคคลทั้งประชาชนทั่วไปและบุคลากรในทีมสุขภาพ

โดยทั่วไปมนุษย์มีความต้องการที่จะดูแลตนเอง เพื่อการดำเนินชีวิตและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ รวมทั้งเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายต่างๆ ที่คุกคามชีวิต การดูแลตนเอง (Self Care) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยจงใจของบุคคลที่มีวุฒิภาวะ ทำให้มีผลต่อตนเองหรือสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมชีวิต การทำงาน และความเป็นอยู่ที่ดี (Orem.1985 : 31-32)

ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเอง

ลินน์และลีวิส (Linn and Lewis. 1979 : 183-184) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง ซึ่งจะก่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพในบุคคลปกติ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ลดการใช้บริการสาธารณสุขที่ไม่จำเป็นพร้อมกับเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับผิดชอบตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อลดภาระในการดูแลรักษาของแพทย์

โอเรม (Orem. 1980 : 35) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง การดูแลตนเองนั้นเป็นพฤติกรรมที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action and goal oriented) ก่อนที่จะลงมือกระทำจะต้องผ่านกระบวนการรู้คิด ตัดสินใจ และมีเป้าหมายของการกระทำ และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล จุดประสงค์ในการดูแลตนเองเพื่อสนองตอบต่อความต้องการ

การดูแลตนเองที่จำเป็น และการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ชนบทธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม โดยมีเป้าหมายเพื่อ

1. ควบคุมและควบคุมกระบวนการชีวิตและสนับสนุนการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข
2. ผดุงไว้ซึ่งการเจริญเติบโต พัฒนาการและวุฒิภาวะที่เหมาะสม
3. ป้องกัน ควบคุม บำบัดรักษาโรคและการได้รับภัยอันตรายต่าง ๆ
4. ป้องกันหรือปรับตัวให้สอดคล้องกับความบกพร่องของสมรรถภาพของบุคคล

เพนเดอร์ (Pender, 1987 : 150) ได้กล่าวถึงการดูแลตนเองว่าเป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองและครอบครัวในการที่จะดำรงไว้หรือทำให้ดีขึ้นเกี่ยวกับชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี ดังนั้นการดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลและครอบครัวมีความริเริ่มที่จะรับผิดชอบในการพัฒนาการดูแลด้านสุขภาพของตนอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การดูแลตนเองยังหมายถึง สิ่งต่างๆที่ผู้ป่วยได้ปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อช่วยลดปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากโรคตลอดจนเป็นกระบวนการที่บุคคลทำหน้าที่เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและตรวจค้นเกี่ยวกับโรคและการรักษา

มัลลิกา มัติโก (2530 : 10-13) ได้สรุปความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองเฉพาะส่วน การปฏิบัติของประชาชน โดยครอบคลุมการดูแลสุขภาพตนเองใน 2 ลักษณะ คือ

1. การดูแลสุขภาพในสภาวะปกติ (Self care in health) การดูแลตนเองเพื่อสุขภาพอนามัย เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ เป็นพฤติกรรมที่ทำในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง

1.1 การดูแลส่งเสริมสุขภาพ (Health maintenance) คือพฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรง ปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข และพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่างๆที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การมีสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดี การควบคุมอาหาร การไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ การตรวจสุขภาพฟันทุก 6 เดือน เป็นต้น อันเป็นพฤติกรรมของประชาชนที่กระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง

1.2 การป้องกันโรค (Disease prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ เช่น การไปรับภูมิคุ้มกันโรค โดยแบ่งระดับของการป้องกันโรคได้ 3 ระดับ

1.2.1 การป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary prevention) เช่นการได้รับภูมิคุ้มกันโรค

1.2.2 การป้องกันความรุนแรงของโรค (Secondary prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มุ่งจะขจัดโรคให้หมดไปก่อน ที่อาการของโรคจะรุนแรงมากขึ้น เช่น การตรวจและ

เอกซเรย์ปอด ในรายที่มีปัญหาของโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง เพื่อเป็นการป้องกันโรคมะเร็งที่อาจเกิดขึ้นได้ภายหลัง

1.2.3 การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (Tertiary prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มีเป้าหมายต้องการยับยั้งการแพร่กระจายของโรคจากผู้ป่วยไปสู่ผู้อื่น

2. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self care in illness) เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นตั้งแต่บุคคลตระหนักและประเมินผลเกี่ยวกับอาการผิดปกติ ตลอดจนตัดสินใจที่จะกระทำสิ่งใด ๆ ลงไปเพื่อตอบสนองต่ออาการผิดปกติ รวมทั้งตัดสินใจที่จะไม่กระทำสิ่งใดเกี่ยวกับอาการนั้น ซึ่งการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยมีองค์ประกอบอยู่อย่างน้อย 4 ระดับ คือ

2.1 การดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละบุคคล (Individual self care)

2.2 การดูแลสุขภาพตนเองของครอบครัว (Family care)

2.3 การดูแลสุขภาพโดยเครือข่ายสังคม (Care from the extended social network)

2.4 การดูแลสุขภาพโดยกลุ่มหรือบุคคลในชุมชน (Mutual aid or Self help group)

เอี่ยมพร ทองกระจาย (2533 : 48-49) ได้ประมวลความคิดที่นักวิชาชีพต่างๆ และเสนอเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง แล้วนิยามการดูแลสุขภาพตนเองไว้ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นกระบวนการที่ประชาชนสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ด้วยตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) ผดุงรักษาภาวะสุขภาพ (Health maintenance) การป้องกันโรค (Disease prevention) การบำบัดรักษาตนเอง (Self treatment) ซึ่งรวมความไปถึงการฟื้นฟูสภาพร่างกายจิตใจภายหลังการเจ็บป่วย (Rehabilitation) กระบวนการดูแลสุขภาพตนเองนี้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตของบุคคล ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะครั้งคราว

2. การดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นกระบวนการบริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิเป็นฐานล่างสุด หรือนัยหนึ่งเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญยิ่งของระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งบริการสาธารณสุขที่ให้โดยรัฐหรือวิชาชีพทุกระดับนั้น จำเป็นต้องให้สอดคล้องกับสถานการณ์และศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ

3. การดูแลสุขภาพตนเองในระดับจุลภาค ถือเป็นกระบวนการกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่กระทำโดยประชาชนและในระดับมหภาค การดูแลสุขภาพตนเองถือเป็นระบบๆหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งและมีมาก่อนระบบบริการสาธารณสุขทั้งหมด

สมทรง รักรักษ์เผ่า (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535 : 10) ได้กล่าวถึงการดูแลตนเองหมายถึง การดำเนินกิจการทางสุขภาพในเชิงบวกของตนเอง ของปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพ อันได้แก่ การส่งเสริม

สุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัย การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพให้กลับสู่สภาวะที่จะอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ภายหลังการเจ็บป่วยหรือมีความพิการเกิดขึ้นโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตตนเอง

จากคำนิยามดังกล่าวมานั้น พอสรุปได้ว่า "การดูแลสุขภาพตนเอง" หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชน จะโดยการปฏิบัติด้วยตนเองหรือผู้อื่นช่วยเหลือ โดยรวมถึงกระบวนการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัย การรักษาโรค และการปฏิบัติตนภายหลังการรับบริการทั้งนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง และมีความเป็นอยู่ที่ดี ดังนั้นการดูแลสุขภาพตนเอง จึงเป็นทั้งวิธีที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพดีและเป็นเป้าหมายของสาธารณสุขระดับหนึ่งด้วย กล่าวคือ การดูแลสุขภาพตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนซึ่งจะขาดไม่ได้ ในขณะที่เดียวกันการดูแลสุขภาพตนเองก็เป็นสิ่งที่มีคุณค่าในตัวเอง เป็นสิ่งที่ควรดำเนินการให้เกิดขึ้น เพื่อจะเป็นหลักประกันให้เกิดการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าได้

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

สมจิต หนูเจริญกุล (2536 : 23-25) ได้กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเรม (Orem) ไว้ว่า การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะของการวินิจฉัยพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ ในระยะนี้การที่บุคคลจะสามารถกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเอง และสิ่งแวดล้อม มีความเห็นว่าสิ่งที่จะกระทำมีความเหมาะสมในสถานการณ์นั้น ๆ ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะเห็นว่ากรกระทำนั้น ๆ เหมาะสม จึงต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งนั้นจะมี ประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการ ด้วยเหตุนี้การดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอกความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ มองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงจะสามารถวินิจฉัยพิจารณาตัดสินใจกระทำได้

ระยะที่ 2 ระยะของการดำเนินการกระทำเป็นระยะของการดำเนินการกระทำที่มีเป้าหมาย ซึ่งการตั้งเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อดูแลตนเอง เพราะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำ และเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเองนั้น บุคคลจะตั้งคำถามว่า ตนจะดำเนินการอย่างไร เพื่อจะได้กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองตามที่ได้เลือก จะกระทำอะไรบ้าง ต้องการแหล่งประโยชน์อะไรบ้าง ตนเองมีแหล่งประโยชน์เหล่านั้นหรือไม่ จะกระทำได้ถูกต้องมีประสิทธิภาพหรือไม่และจะต้องกระทำนานเท่าใด การที่ต้องกระทำการดูแลตนเองนั้นจะขัดขวางต่อกิจกรรมอื่น ๆ ในชีวิตหรือไม่ จะทราบได้อย่างไรว่ากระทำได้อย่างถูกต้อง และถ้าต้องการความช่วยเหลือจะมีใครช่วยได้บ้าง

แม้ว่าการดูแลตนเองจะเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมายเฉพาะแต่การดูแลตนเองนั้นจะกลายเป็นสุขนิสัยติดตัวได้ ถ้าได้กระทำไปสักระยะหนึ่งบุคคลนั้นอาจจะกระทำโดยไม่ได้ระลึกถึงเป้าหมายประสงค์ของการกระทำ การที่จะปฏิบัติกรดูแลตนเองเพื่อดำรงรักษาและส่งเสริมสุขภาพ ผู้ปฏิบัติจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายและสร้างสุขนิสัยในการปฏิบัติ และเมื่อสร้างนิสัยในการปฏิบัติได้ บุคคลจะกระทำได้โดยไม่ต้องใช้ความพยายามหรือรู้สึกเป็นภาระอีกต่อไป

การเข้าใจในแนวคิดของการดูแลตนเองว่าเป็นการกระทำของบุคคลที่ตั้งใจและมีเป้าหมายจะช่วยส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง และจะต้องช่วยให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวเขาและความหมายของเหตุการณ์นั้นๆ ต้องแน่ใจว่าบุคคลนั้นได้ข้อมูลที่เพียงพอและเหมาะสมที่จะช่วยให้เขาได้พิจารณาตัดสินใจที่กระทำ ตลอดจนการสังเกตและประเมินผลถึงประสิทธิภาพของการกระทำกรดูแลตนเองตามที่ได้เลือก

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self - care agency)

ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นนิมโนคติที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของมนุษย์ ซึ่งบุคคลที่มีคุณภาพดังกล่าวจะสร้างหรือพัฒนาการดูแลตนเองได้ โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง มี 3 ระดับ คือ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2536 : 31-36)

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันทีซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ

1.1 การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมายและความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง

1.2 การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถ ควรและจะกระทำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

1.3 การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Power components : enabling capabilities for self care) เป็นคุณลักษณะที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ เพื่อการดูแลตนเอง ไม่ใช่การกระทำโดยทั่ว ๆ ไป พลังความสามารถ 10 ประการนี้ ได้แก่

2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ตนเองในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมภายในและภายนอกตนเองตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอ สำหรับการริเริ่มและการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆของร่างกาย เพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่มหรือปฏิบัติการ เพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเอง

2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น เป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ

2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

2.7 มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง จากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดการทำการติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคล ซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ และมีเป้าหมาย (Deliberate action) โดยทั่วไป ซึ่งแบ่งออกเป็น 1) ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (Doing) (ทางสรีระและจิตวิทยาแบ่งเป็นการรับรู้ความรู้สึก การรับรู้ความจำ และการวางแผนให้เหมาะสม เป็นต้น) และ 2) คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหา เป้าหมายของการกระทำความสามารถ และคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย

3.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผลและการใช้เหตุผล

3.2 หน้าที่ของประสาทสำหรับความรู้สึก (Sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส

3.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

3.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง

3.5 นิสัยประจำตัว

3.6 ความตั้งใจ

- 3.7 ความเข้าใจในตนเอง
- 3.8 ความหวังใยในตนเอง
- 3.9 การยอมรับตนเอง
- 3.10 ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดเวลาในการกระทำกิจกรรมต่างๆ
- 3.11 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

หากบุคคลขาดความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเหล่านี้ เช่น ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ย่อมขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่จงใจและมีเป้าหมายโดยทั่วไป และไม่สามารถจะพัฒนาความสามารถเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองได้ นั่นคือ ขาดพลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง

ความต้องการดูแลตนเอง (Self care demands)

โอเร็ม (Orem .1995 : 108-109) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพของตนเองนั้น เป็นพฤติกรรมที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action and Goal oriented) ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ คือ การพิจารณาและตัดสินใจที่จะนำไปสู่การกระทำ โดยมุ่งเน้นไปที่ตัวบุคคลในเชิงปกติสุข (Wellness oriented) มากกว่าจะเน้นเรื่องโรคหรือการเจ็บป่วย (Disease-oriented) จากกระบวนการของวิถีชีวิตในบุคคล โดยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองออกเป็น 3 ลักษณะ

1. ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self - care requisites) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ทุกคน ทุกวัย เพื่อรักษาไว้ซึ่งโครงสร้าง และการกระทำหน้าที่ของมนุษย์ ซึ่งจะสัมพันธ์กับอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อมและปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ความต้องการในสิ่งเหล่านี้คือ ให้ร่างกายได้รับอากาศ น้ำ และอาหารบางอย่างเพียงพอ มีการขับถ่ายหรือระบายของเสีย รวมทั้งสิ่งที่ร่างกายสร้างขึ้นอย่างปกติ เช่น อุจจาระ ปัสสาวะ เหงื่อ เป็นต้น การมีกิจกรรมปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม มีการป้องกันอันตรายต่างๆ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต มีการทำหน้าที่และความเป็นอยู่ที่ดี

2. ความต้องการดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Development self-care requisites) เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการในวงจรชีวิตมนุษย์ ความต้องการชนิดนี้ ได้แก่ การคงไว้ซึ่งสภาพความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนการดำรงชีวิต และส่งเสริมพัฒนาการในระยะต่างๆ ของชีวิต ซึ่งจะช่วยให้มนุษย์เจริญเติบโตและมีวุฒิภาวะที่สมบูรณ์ ดูแลและส่งเสริมในด้านต่างๆ เพื่อป้องกันอันตรายต่อพัฒนาการระยะต่างๆ ของบุคคล ตลอดจนป้องกันการเกิดภาวะที่มีผลให้พัฒนาการของบุคคลเสื่อมถอยหรือขาดหาย

3. ความต้องการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นความต้องการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากการเบี่ยงเบนทางสุขภาพความต้องการ ชนิด

หนึ่งได้แก่ การแสวงหาบริการทางด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย การตระหนักถึงอันตรายจากผลของพยาธิสภาพที่จะเกิดขึ้น การปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลอย่างเหมาะสม เพื่อผลในการป้องกันการรักษาและฟื้นฟูพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ รู้ถึงผลที่เกิดจากการรักษาพยาบาล การปรับความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองและภาพลักษณ์ของตนเอง (Body image) โดยยอมรับภาวะความเจ็บป่วย และยอมรับว่าตนอยู่ในภาวะที่ต้องการความช่วยเหลือทางด้านการรักษาพยาบาล เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่ตามสภาพความเป็นจริงและข้อจำกัดทางสุขภาพอนามัยของตนเอง ตลอดจนมีการดำรงและส่งเสริมสุขภาพให้ดีที่สุดตามสภาพของ ตนเอง

พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค

พฤติกรรม การดูแลตนเองของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไปตามระยะพัฒนาการ และ จะเปลี่ยนแปลงตามภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยโรควัณโรคจึงต้องมีการดูแลสุขภาพของตนเองให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนทั้งนี้เพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดีของตนเองโดยมีการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพตนเองทั่วไป

1.1 คงไว้ซึ่งการได้รับอาหาร น้ำ และอากาศอย่างเพียงพอและเหมาะสมโดย ผู้ป่วยวัณโรคควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และควรรับประทานให้ครบ 5 หมู่หลัก เนื่องจากอาหารเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการบำรุงเลี้ยงร่างกายให้แข็งแรงและต่อสู้กับเชื้อโรคได้ ผู้ป่วยวัณโรคมักเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย จึงควรรับประทานอาหารบ่อย ๆ และควรมีอาหารระหว่างมือ เช่น ระหว่างมือกลางวัน อาจเป็นไข่ต้ม 1 ฟอง เวลาบ่ายควรมีของว่างเป็นขนมหวาน และตอนดึกควรรับประทานไข่ อีก 1 ฟอง เป็นต้น ควรดื่มนมและน้ำต้มสุกบ่อยๆ เพื่อให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ไม่ควรรับประทานอาหารรสจัด และของหมักดอง

1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและระบายให้เป็นไปตามปกติ

1.2.1 จัดการให้มีการขับถ่ายตามปกติทั้งจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม

1.2.2 จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขับถ่าย ซึ่งรวมถึงการรักษาโครงสร้าง และหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติและการระบายสิ่งปฏิกูลจากการขับถ่าย

1.2.3 ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกายโดยการอาบน้ำและแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และเครื่องนุ่งห่มควรมีการรักษาความสะอาดโดยการซัก รีด สวมใส่ และเปลี่ยนเสื้อผ้าอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง

1.2.4 ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาด ถูกสุขลักษณะ ผู้ป่วยวัณโรคควรบ้วนเสมหะในภาชนะปิดมิดชิด และมีการทำลายสิ่งปนเปื้อนเสมหะ น้ำมูก น้ำลายอย่างถูกต้อง เช่น กระดาษทิชชู กระดาษหนังสือพิมพ์ หรือวัสดุอื่นๆ โดยเผาเร็วที่สุดหลังจากใช้เช็ดเสมหะแล้ว

1.3 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

1.3.1 เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหว ออกกำลังกาย อย่างเหมาะสม ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคควรออกกำลังกายเบาๆ ที่ไม่ออกแรงมาก เช่น เดินเล่นตอนเช้า แต่ถ้าผู้ป่วยอยู่ในระยะที่มีไข้ หรือไอเป็นเลือดควรนอนพักอยู่บนเตียง เพราะการออกแรงมากจะทำให้อาการไอ และเลือดออกมากขึ้น ผู้ป่วยวัณโรคไม่ควรออกกำลังกายที่ทำให้เหนื่อยมาก เช่น การว่ายน้ำและการวิ่ง เป็นต้น

1.3.2 รับรู้และสนใจถึงความต้องการการพักผ่อน และการออกกำลังกายของตนเอง ผู้ป่วยวัณโรคควรมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยเข้านอนแต่หัวค่ำ ตื่นแต่เช้า และนอนหลับวันละไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมง ควรนอนพักผ่อนตอนกลางวันบ้าง โดยเฉพาะช่วงที่มีไข้ ควรได้รับการพักผ่อนมากกว่าปกติ ห้องที่พักผ่อนควรเป็นห้องที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก พื้นห้องควรสูงจากพื้นดินเพื่อป้องกันความชื้น ไม่ควรปูพรมหรือเสื่อ และควรรักษาความสะอาดพื้นห้องอยู่เสมอ

1.3.3 ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยม และกฎเกณฑ์ทางขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อนและการมีกิจกรรมของตนเอง

1.4 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ผู้ป่วยโรควัณโรคต้องมีการพัฒนาตนเองเพื่อเป็นที่พึ่งของตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อจะได้พึ่งพาและติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายของสังคมเมื่อจำเป็น ในขณะที่เดียวกันก็ต้องสังสรรค์กับครอบครัวและกลุ่มเพื่อน เข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนทั้งนี้ เพราะการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เป็นเสมือนแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย อีกทั้งยังเป็นแหล่งข้อมูลให้กับผู้ป่วยในการแสวงหาข้อมูลเพื่อ สนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง

1.5 ป้องกันอันตรายต่างๆต่อชีวิตหน้าที่และสวัสดิภาพ

1.5.1 สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

1.5.2 จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย

1.5.3 หลีกเสี่ยงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่างๆ

1.5.4 ควบคุมหรือจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคม และความสามารถของตนเอง (Promotion of normalcy) โดยการพัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง ยอมรับข้อจำกัดของโรคที่เป็นอยู่ ตลอดจนปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริม

พัฒนาการของตนเองและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของตน ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้างและการทำหน้าที่ที่ผิดปกติ เช่น การมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง

2. การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ

การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่ภาวะในวัยต่างๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา วัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยการจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียดหรือเอาชนะผลที่เกิดจากการปรับตัวทางสังคม ความเจ็บป่วย บาดเจ็บ พิการ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต

จะเห็นได้ว่า การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการกลายเป็นเรื่องที่สำคัญมาก ในยุคปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสังคมและเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว โรคภัยโรคเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาค่อนข้างนาน และต่อเนื่องจึงจะหายขาดได้ ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาหรือปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องก็มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคภัยโรคซึ่งไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่องดังนั้นการดูแลสุขภาพตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญในทุกช่วงอายุ ทั้งนี้เพื่อการมีสุขภาพที่ดีและสามารถปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้

3. การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

เมื่อมีการเบี่ยงเบนทางโครงสร้าง การทำหน้าที่ ตลอดจนทั้งผลจากการวินิจฉัยโรคและการรักษา ผู้ป่วยโรคภัยควรมีการดูแลตนเอง ดังนี้ กิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคภัยโรคภวาระนี้ ได้แก่

3.1 รู้จักแสวงหาความช่วยเหลือตามความเหมาะสมจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย คู่สมรส ญาติ

3.2 รับรู้ สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อการพัฒนาการ

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูและการป้องกันพยาธิสภาพที่

เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคควรปฏิบัติ ดังนี้

3.3.1 การรับประทานยา การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรคเกี่ยวกับการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ ชนิดของยา ขนาด จำนวนครั้งและเวลาในการรับประทาน ความสม่ำเสมอและต่อเนื่องในการรับประทาน ตลอดจนการ รับประทานยาอื่นๆ ที่แพทย์ไม่ได้แนะนำให้รับประทาน เป็นต้น เมื่อมีอาการผิดปกติควรรีบปรึกษาแพทย์ ไม่ควรลดหรือเพิ่มขนาดของยาเอง การรักษาควรได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่งเป็นประจำ ไม่ควรย้ายที่ทำการรักษาบ่อย เพราะอาจได้รับยาไม่ต่อเนื่องและเปลี่ยนยาที่ใช้ในการรักษาบ่อย เป็นเหตุให้เชื้อวัณโรคดื้อต่อยาที่ใช้รักษาได้

3.3.2 ควรงดพฤติกรรมที่ทำให้โรคหายช้า หรือทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้การรักษาไม่ได้ผลเนื่องจากการสูบบุหรี่ทำให้พยาธิสภาพและประสิทธิภาพของปอดทำงานเลวลง ส่วนการดื่มสุรา จะมีผลทำให้การทำงานของร่างกายหลายระบบเสื่อมลง โดยเฉพาะตับ ทำให้เกิดภาวะตับอักเสบได้ง่าย เพราะยาที่ใช้รักษาวัณโรคก็มีพิษต่อดับ ทำให้เกิดตับอักเสบได้ง่าย เช่น ไอโซนาลิด์ (Isonasid) ไรแฟมพิซิน (Rifampicin) พัยราซินามัย (Pyrazinamide) เป็นต้น (บัญญัติ ปริษญาณนท์และคณะ. 2535 : 260-266) นอกจากสุราที่มีอันตรายต่อดับแล้ว ยังมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงเร็วขึ้น การรักษาจึงไม่ค่อยได้ผล

3.3.3 พฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ผู้ป่วยวัณโรคควรปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่บุคคลอื่น ได้แก่ เมื่อมีอาการ ไอ จาม ควรมีการปิดปากและจมูกด้วยผ้าสะอาด หรือการขากเสมหะควรขากลงภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิด ตลอดจนการทำลายเชื้อหรือการทำลายกระดาษชำระ วัสดุเหลือใช้ที่ปนเปื้อนเสมหะ โดยควรมีการเผาทำลาย หรือมีการทำลายด้วยความร้อนเช่น ต้มเสื้อผ้าที่เปื้อนเสมหะ และควรหลีกเลี่ยงที่จะใกล้ชิดหรือดูแลเด็กเล็ก และการเข้าไปในที่ที่มีชุมชนแออัด

3.3.4 การมารับยาและตรวจตามแพทย์นัด ผู้ป่วยวัณโรคควรมารับยาและตรวจรักษาตามวันเวลาที่แพทย์นัดมารับบริการตรวจหรือรับยาของผู้ป่วยวัณโรคเนื่องจากวัณโรคเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลารักษานาน ดังนั้นจะต้องมีการนัดหมายผู้ป่วยมาตรวจรักษาและรับยาอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินผลการรักษา และติดตามอาการผู้ป่วย มีการตรวจเสมหะและการถ่ายภาพรังสีทรวงอกดูเงาปอดเป็นระยะ สำหรับการจัดยารักษาโรคให้แก่ผู้ป่วยนั้น ผู้รักษามักจะให้ยาครั้งละ 15 วัน ถึง 1 เดือน โดยนัดผู้ป่วยให้มารับยาครั้งต่อไปเมื่อยาใกล้หมด การมาตรวจตามนัดหมายจะทำให้ผู้ป่วยได้รับยารักษาอย่างต่อเนื่อง และถ้ามีอาการผิดปกติ หรือมีอาการอื่นๆ แทรกซ้อน ผู้ป่วยก็จะได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

3.4 รับรู้และสนใจที่จะคอยปรับและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงจากการรักษาหรือจากโรค

3.5 ดัดแปลงอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเองตลอดจนความจำเป็นที่ตนเองจะต้องการความช่วยเหลือเฉพาะจากระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการปรับบทบาท หน้าที่ และการพึ่งพาศูนย์อื่น การพัฒนาและคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของตนเอง

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบแผนการดำเนินชีวิต ที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ซึ่งจะเห็นว่าการดูแลตนเองในประเด็นนี้จะต้องมีความสามารถในการผสมผสานกิจกรรมดูแลตนเองที่จำเป็นในประเด็นอื่นๆ เข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมดที่จะช่วยป้องกันอุปสรรคหรือบรรเทาเบาบาง ผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัย และการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง

เมื่อการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้ง 3 อย่าง ได้รับการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยโรคหัวใจโรคจะได้รับในสิ่งต่อไปนี้

1. การรอดชีวิต
2. การคงไว้ซึ่งความปกติของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล
3. ได้รับการสนับสนุนในเรื่องการพัฒนาการตามความสามารถของบุคคล
4. มีส่วนส่งเสริมให้มีการปรับหรือควบคุมผลจากการบาดเจ็บ และจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น
5. ส่งเสริมสวัสดิภาพ ซึ่งทั้งหมดเป็นเป้าประสงค์สูงสุดในการดูแลตนเอง

ในแง่ของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคนั้น ผู้ป่วยโรคหัวใจโรคจะต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปและเมื่อเกิดความเจ็บป่วยจะต้องปฏิบัติกิจกรรม เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น แต่ในขณะเดียวกันจะต้องดัดแปลงการดูแลตนเองโดยทั่วไปและตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วย เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ที่ปกติ เพื่อส่งเสริมการพัฒนาการและมีส่วนในการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อการดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุข ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะการดูแลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคหัวใจโรคซึ่งสามารถวัดได้ด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเอง คือ การดูแลตนเองโดยทั่วไป และการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ส่วนการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการเป็นส่วนที่วัดได้ยากเนื่องจากการศึกษาในช่วงระยะเวลาสั้น และการป่วยด้วยโรคสามารถรักษาได้ในช่วงระยะเวลา 4 ถึง 8 เดือน

การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปรากฏการณ์ทางจิตสังคมของบุคคลที่เกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ในสัมพันธภาพทางสังคมซึ่งมีบทบาทต่อพฤติกรรมของคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อการป้องกันส่งเสริมสุขภาพและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยตามคำแนะนำของแพทย์ จากแนวความคิดเรื่องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งกล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลจะสามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยการอาศัยการสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วย และบุคคลใกล้ชิดที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และชี้ให้เห็นคุณค่าของบุคคลซึ่งให้ความสนใจ ใส่ใจ กับความเป็นอยู่ของผู้ป่วยได้ โดยการช่วยเหลือ และให้ความช่วยเหลือหรือให้การสนับสนุนอย่างทันทีทันใดแก่ผู้ป่วยในการที่จะช่วยเปลี่ยนความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรมให้ไปสู่พฤติกรรมที่จะพิจารณาว่าวิธีการนั้นมีความเป็นไปได้หรือมีคุณค่าหรือไม่นั้น ควรจะทำได้หรือไม่ ซึ่งจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพในทางที่ถูกต้อง นอกจากนี้ยังพบว่า บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะช่วยลดความเครียด และสามารถปรับตัวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งจะไปสู่การมีพฤติกรรมด้านอนามัยที่ดี (ฉัตรวลัย โจอารีย์. 2533 : 23) ทั้งนี้เพราะการดำรงอยู่ของมนุษย์ในสังคมนั้นจำเป็นต้องมีการพึ่งพาระหว่างกันมีความไว้วางใจและช่วยเหลือกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกซึ่งกันและกันเพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคง และรู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับจากบุคคลในสังคม อันจะทำให้ชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและมีความหมาย (จินตนา ยูนิพันธ์. 2529 : 4)

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

คอบบ์ (Cobb. 1976 : 300) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรักและสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

คาห์น (Kahn. 1979 :85) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งรวมเอาสิ่งต่อไปนี้หนึ่งอย่างหรือมากกว่าการแสดงออกถึงความพึงพอใจของบุคคลหนึ่งต่ออีกบุคคลหนึ่ง การยืนยันรับรองพฤติกรรมของบุคคล อาจโดยการรับรู้หรือการแสดงออกถึงการยอมรับนั้น การให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของ เงินทอง หรืออื่นๆ

ฮับบาร์ด มูเลนแคมป์และบราวน์ (Hubbard, Muhlenkamp & Brown. 1984 : 266) สรุปว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นโครงสร้างหลายมิติ (Multidimensional) ซึ่งประกอบด้วย การติดต่อสื่อสารในแง่ดี ทำให้มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน โดยคำนึงถึงแหล่งที่มาด้วย

บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2528 : 171) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมไว้ในการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในการแก้ปัญหาสาธารณสุขว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่สังคมให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มแล้วมีผลทำให้ผู้นั้นนำไปปฏิบัติในทิศทางที่ผู้รับต้องการ ซึ่งหมายถึง การมีสุขภาพอนามัยดี

ดังนั้นกล่าวโดยสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความรัก ความเอาใจใส่ และการได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ เช่น ข้อมูลข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือบริการต่างๆจากการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มของการสนับสนุนทางสังคมโดยทั่วไปแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ กลุ่มปฐมภูมิ และกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความใกล้ชิดและมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน กลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์กันตามแบบแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ กลุ่มชนิดนี้มีอิทธิพลต่อการกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคมได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆในระบบสนับสนุนทางสังคมถือว่ามี การเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (Dynamic)

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้ (ทรงพล ผุดผาด. 2541 : 49-50 ; อ้างอิงจาก Pender. 1987. *Health promotion in nursing practice*. p. 396-397)

1. ระบบการสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural support system) ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่ามีผลสำคัญมากที่สุดต่อผู้ป่วยเพราะครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อผู้ป่วยตั้งแต่วัยเด็กเพราะเป็นแหล่งที่ถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผนพฤติกรรม การปฏิสัมพันธ์และประสบการณ์ต่างๆในชีวิตอันเป็นเครื่องมือสำคัญในการให้การสนับสนุนผู้ป่วย

2. ระบบสนับสนุนจากเพื่อน (Peer support system) เป็นการสนับสนุนที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคคลซึ่งมีประสบการณ์ มีความชำนาญในการที่จะค้นคว้าหาความต้องการและสามารถติดต่อ ชักจูงผู้ป่วยได้ง่าย เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเป็นบุคคลซึ่งประสบความสำเร็จและสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เลวร้ายต่างๆในชีวิตได้

3. ระบบสนับสนุนด้านศาสนาหรือแหล่งอุปถัมภ์ต่างๆ (Religious organizations or denomination) เป็นแหล่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน คำแนะนำ เกี่ยวกับวิถีการดำรงชีวิตและขนบธรรมเนียมประเพณีต่างๆ ได้แก่ พระ นักบวช หมอสอนศาสนา กลุ่มผู้ปฏิบัติธรรม เป็นต้น

4. ระบบการสนับสนุนช่วยเหลือจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health professional

support system) เป็นแหล่งการสนับสนุนเป็นแห่งแรกที่ทำให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญต่อการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนสนิทและกลุ่มเพื่อนไม่เพียงพอ

5. ระบบสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ (Organized support system not directed by health professional) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มบริการอาสาสมัครกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help groups) เป็นกลุ่มที่เป็นสื่อกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ ในทางที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงต่างๆในชีวิต

การสนับสนุนทางสังคมแบ่งเป็นสามระดับ การสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับที่เล็กที่สุดคือ การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นภายใต้ระบบหรือระบบย่อย (Subsystem) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคลอื่น การสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับถัดมาคือ การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นในระดับระบบ (System) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับกลุ่มบุคคลที่อยู่ในสังคมเดียวกันหรือระหว่างบุคคลกับองค์กรต่างๆ ที่ทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับที่ใหญ่ที่สุด คือการสนับสนุนที่เกิดขึ้นเหนือระบบ (Suprasystem) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคมอื่นที่อยู่ในชุมชน การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นในระดับระบบ จะมีลักษณะไม่เป็นทางการ ต่างจากการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับจากองค์กรต่างๆหรือกลุ่มบุคคลในสังคมอื่นๆ ซึ่งมีลักษณะเป็นทางการ แต่ถ้าแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกตามแหล่งที่ให้การสนับสนุนจะแบ่งได้สองชนิดคือ การสนับสนุนทางสังคมที่มาจากบุคคลในครอบครัวและภายนอกครอบครัว

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

การให้การสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็นหลายรูปแบบ

คอบบ์ (Cobb. 1976 : 93) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรักและการเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับและเห็นคุณค่านั้นด้วย

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially supportor netwrok) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

ทิลเดน (Tiiden. 1985 : 201) กล่าวถึงเซฟเฟอร์และคณะที่ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิดคือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นความรู้สึกใกล้ชิด ผูกพัน รักใคร่และความรู้สึกเป็นเจ้าของของตลอดจนความรู้สึกไว้น้ำใจและไว้วางใจผู้อื่น
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการแนะนำข้อมูลในการแก้ปัญหา หรือการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมกระทำของบุคคล
3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรง ด้วยการให้สิ่งของ เงินทองหรือบริการ

องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2528 : 549) กล่าวถึงองค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคมว่า จะต้องมียุทธศาสตร์ต่างๆ ดังนี้

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้ และผู้รับการสนับสนุน
2. ลักษณะการติดต่อสัมพันธ์จะต้องประกอบด้วย
3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัตถุ สิ่งของ หรือทางด้านจิตใจ

4. จะต้องช่วยให้ผู้รับ ได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่ต้องการ ในที่นี้คือ การมีสุขภาพที่ดี การสนับสนุนทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางด้านร่างกาย จิตใจ หรือวัตถุสิ่งของก็ตาม ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ที่ได้รับอย่างแน่นอน เพราะคนเรานั้นกายกับใจไม่สามารถที่จะแยกออกจากกันได้อย่างสิ้นเชิง การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อภาวะสุขภาพของมนุษย์เป็นอย่างยิ่ง

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยพบว่า แนวคิดดังกล่าวมีความสำคัญและสามารถตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานของผู้ป่วยวัณโรคทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์ในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งพบว่าการสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ป่วยวัณโรค ควรประกอบด้วย

1. การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ ได้แก่ การที่ผู้ป่วยวัณโรคได้รับความรัก ความอบอุ่น ความเอาใจใส่ ความผูกพัน ความใกล้ชิด ความเห็นอกเห็นใจ การให้กำลังใจ รับประทานอาหาร ความรู้สึกต่างๆ เพราะผู้ป่วยวัณโรคจะต้องถูกจำกัดกิจกรรมต่างๆ และต้องมีการปฏิบัติที่เหมาะสม อาจต้องมีการพึ่งพาบุคคลในครอบครัวมากขึ้น ทำให้ขาดความมั่นคงทางจิตใจ ดังนั้นบุคคลในครอบครัวควรเอาใจใส่ ให้ความเห็นอกเห็นใจ และให้กำลังใจผู้ป่วยวัณโรคที่จะดำรงชีวิตต่อไป

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับการเห็นคุณค่า การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมของผู้ป่วยวัณโรค ทำให้ผู้ป่วยวัณโรครู้สึกว่าคุณค่า ซึ่งอาจสนับสนุนให้ทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในสังคม เชื่อว่าจะเป็นสิ่งทำให้ผู้ป่วยวัณโรคสามารถปรับตัวได้ทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนั้นครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคควร

ให้การสนับสนุนผู้ป่วยวัณโรค ให้ได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ของสังคมตามความเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตนเองและเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น

3. การสนับสนุนด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน และบริการ ได้แก่การที่ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการช่วยเหลือในเรื่องสิ่งของที่จำเป็นต่างๆ ค่าใช้จ่ายประจำวัน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การได้รับการช่วยเหลือในการไปตรวจตามนัด การเอาใจใส่ในการได้รับการดูแลเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมจากครอบครัว และช่วยเสริมกำลังใจให้ผู้ป่วยวัณโรคได้มาตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ และมีเงินไว้สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพ

4. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้ป่วยวัณโรคจะต้องรับผิดชอบในการดูแลตนเอง หมายถึง การมีชีวิตอยู่รอดของผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคลและแต่ละวัย ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดความท้อแท้เบื่อหน่ายที่จะดูแลตนเองเนื่องจากวัณโรคเป็นโรคที่ต้องใช้ระยะเวลารักษานาน และต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและมีการติดตามผลการรักษาเป็นระยะ ดังนั้นการได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำต่างๆเกี่ยวกับโรควัณโรค รวมทั้งการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยวัณโรคได้ซักถามปัญหาและข้อสงสัยจากบุคลากรทางการแพทย์ การได้รับคำแนะนำให้ปฏิบัติตามแผนการรักษา จะทำให้ผู้ป่วยวัณโรคประสบผลสำเร็จในการรักษา เนื่องจากมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและมีการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

สรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมทุกๆด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ย่อมส่งผลต่อผู้ได้รับการสนับสนุน เพราะร่างกายและจิตใจไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ดังนั้นการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยวัณโรค

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ผู้วิจัยจึงได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพพฤติกรรม การดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวัณโรคทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทยดังนี้

งานวิจัยในต่างประเทศ

พาเจล (Pagel, 1964 : 64) ศึกษาเกี่ยวกับพยาธิสภาพและการตายด้วยวัณโรคปอด ผลการศึกษาพบว่า ด้านอาชีพมีส่วนส่งเสริมให้เกิดพยาธิสภาพในปอด บุคคลที่ทำงานในโรงงานที่ไม่มีอากาศถ่ายเทเพียงพอ สถานที่ทำงานที่มีฝุ่นละอองของซิลิกา หรือทำงานใกล้ชิด กับผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคปอด มีโอกาสเป็นวัณโรคได้สูง

เดติ (Ndeti. 1972 : 402) ศึกษาผู้ป่วยที่ขาดการรักษา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่ป่วยขาดการรักษาและไม่มาตรวจร่างกาย และเอ็กซเรย์อีกตามที่แพทย์นัด เนื่องจากสาเหตุการขาดแคลนเงินค่ารถที่จะเดินทางมารับบริการ และพบว่าสาเหตุหนึ่งที่มีการรักษาไม่ได้ผล เนื่องจากว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดขาดความเข้าใจอย่างแจ่มชัดในขบวนการรักษา

แลงลี (Langlie. 1977 : 244-260) ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคทั้งพฤติกรรมทางอ้อม ได้แก่ การซื้อของ การเดินถนน พฤติกรรมทางตรง ได้แก่ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การใช้ยา การไปรับการตรวจเบื้องต้น การไปรับภูมิคุ้มกันโรคในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 383 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ทางตรง และทางอ้อมที่ป้องกันโรคได้

แอนดีโอโล (Andreoli. 1981 : 323-328) ศึกษาเปรียบเทียบในเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่ทราบสาเหตุ และไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 71 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมคือการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาโรค

แฮลลอน (Hallal. 1982 : 137-142) ศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจเต้านมของเพศหญิง ในกลุ่มตัวอย่าง 201 คน ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แต่ในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดย 1 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพดี และมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นบางครั้งเท่านั้น

ฮับบาร์ด และคณะ (Hubbard, et al. 1984 : 266 – 269) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในด้านสุขภาพโดยศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพปกติ 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 มีอายุ 55 ปี อายุเฉลี่ย 70 ปี จำนวน 94 ราย กลุ่มที่ 2 มีอายุระหว่าง 15-77 ปี อายุเฉลี่ย 44 ปี จำนวน 133 ราย ใช้แบบสอบถามแผนการดำเนินชีวิต (The life style questionnaire) ที่สร้างโดยบราวน์ และ คณะ ซึ่งวัดกิจกรรมการดูแล ตนเอง ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การป้องกันอันตราย การใช้ยา การป้องกันโรค ซึ่งอาศัยแนวคิดของไวสส์ (Weiss. 1974 : 17 – 26) วัดแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า คนที่แต่งงานแล้วมีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าคนที่โสด และคนที่โสดจะได้รับ

แรงสนับสนุนทางสังคมน้อยที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องจากคนที่แต่งงานแล้วได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ จากคู่สมรส จึงทำให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าคนที่ไม่ได้แต่งงาน

ออลาท์ (Alouch. 1984 : 915-920) ศึกษาเกี่ยวกับการค้นหาผู้ป่วยด้วยวัณโรคปอดในผู้ป่วยที่มีอาการไอเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลชุมชนในเคนยา (Kenya) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยใหม่จำนวน 20,756 ราย มีอาการทางระบบทางเดินหายใจ 601 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.90 ของผู้ป่วยใหม่ ผลปรากฏว่าร้อยละ 2.20 ตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะด้วยการเพาะเชื้อและกล้องจุลทรรศน์ร้อยละ 1.20 ตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะด้วยการเพาะเชื้อ และร้อยละ 2.20 ตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคในเสมหะ

อัลลาด (Allard. 1989 : 448-452) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ในกลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 18-65 ปี จำนวน 1,072 คน ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มที่มีอายุน้อย และมีสถานภาพโสด มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์มาก เรื่องของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคของการรักษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ และยังพบว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคเอดส์มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย

บัชช และแอนนอทท์ (Bush & Iannotti. 1990 : 69-86) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการใช้ยาในเด็กวัยรุ่น จำนวน 270 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา มีความสัมพันธ์ต่อการระมัดระวังมิให้เกิดการเจ็บป่วย และการดูแลสุขภาพของตนเอง

วิลเลย์ (Willey. 1990 : 79-95) ศึกษาผลกระทบจากโรคมะเร็งและประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับกำลังใจจากสังคม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีภาวะสุขภาพของร่างกายและจิตใจ การดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ

เบอร์เทรา (Bertera. 1990 : 214) ศึกษาความสัมพันธ์ของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีการปฏิบัติตัวเพื่อการส่งเสริมสุขภาพดีขึ้นและมีภาวะสุขภาพดีขึ้น

อิมมานส์ (Aymanns. 1995 : 107-124) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาโรคและการสนับสนุนของครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 169 ราย ผลการศึกษาพบว่า การได้รับกำลังใจจากครอบครัวส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่เข้มแข็ง ช่วยให้การรับรู้ การยอมรับ ต่อโรคและการร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยดีขึ้น

งานวิจัยในประเทศไทย

วัลภา ผิวทน (2527 : 44) ศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีผลต่อการป้องกันโรค การรักษา และการส่งเสริมสุขภาพเป็นอันมากบุคคลใดที่มีการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคดี จะเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเองดี ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ กับการปฏิบัติตามแผนการรักษาและมีคุณค่าในการทำนายพฤติกรรม ความร่วมมือของผู้ป่วย ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทายตาม คำสั่งของแพทย์ อย่างถูกต้องและการให้ความร่วมมือมารับการตรวจตามแพทย์นัด

กอบแก้ว คุณดวีส (2527 : 94-95) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการ รักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มารับการรักษาที่ศูนย์ราชบุรี จำนวน 224 ราย โดยการติดตามศึกษา เป็นเวลา 12 เดือน ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยที่มีฐานะเศรษฐกิจ และสังคมสูงจะมารับการรักษาสม่ำเสมอ กว่าผู้ป่วยที่มีฐานะ ทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ
2. ผู้ป่วยที่มีความรู้เรื่องวัณโรคปอดสูงจะมารับการรักษาสม่ำเสมอกว่าผู้ป่วยที่มีความรู้ ระดับต่ำ
3. ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลต่อเรื่องค่าใช้จ่ายในการมารักษาต่ำ จะมารับการรักษา สม่ำเสมอกว่าผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูง
4. ผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจต่อบริการสูง ได้แก่ คุณภาพของบริการข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับ โรคและการรักษา ระยะเวลาที่รอคอย อธิยาศัยและมนุษยสัมพันธ์ของเจ้าหน้าที่และความสะดวก ที่ตั้งของแหล่งบริการจะมารับการรักษาโดยสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจต่ำ
5. ประสบการณ์เกี่ยวกับวัณโรคปอดไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของ ผู้ป่วย

จารุวรรณ ชันติสุวรรณ (2528 : 107-108) ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยบางประการ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด กรุงเทพฯ จำนวน 300 ราย ผลการศึกษาพบว่า

1. เพศ ผู้ป่วยวัณโรคปอดเป็นผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง
2. อายุ พบว่ามีผู้ป่วยในช่วงอายุ 21-30 ปี มากที่สุดรองลงมาอายุ 31-40 ปี
3. การศึกษา พบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา รองลงมา คือ ไม่รู้หนังสือ
4. อาชีพ ผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีจำนวนร้อยละ 42.60 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้างทั่วไปมีร้อยละ 30.70

ภัทรา จุลวรรณ (2528 : 39) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดศรีสะเกษ โดยทำการศึกษาใน ผู้ป่วยที่รักษาอยู่ในจังหวัดศรีสะเกษมาไม่น้อยกว่า 1 ปี มีอายุอยู่ระหว่าง 21-50 ปี จำนวน 86 ราย เก็บ ข้อมูลระหว่าง 17 มีนาคม ถึง 17 เมษายน 2529 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเป็นเพศชาย ร้อยละ 52.30 การศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้นร้อยละ 80.23 อาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 65.12 รายได้ต่ำกว่า 1,500 บาทต่อเดือน ร้อยละ 53.46 และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า สถานภาพทางเศรษฐกิจ และสังคม มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในทางบวก

ชนิษฐา มณีเรืองเดช (2529 : ก-ข) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อผลการมารับการรักษา ไม่สม่ำเสมอของรายผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลสระบุรี ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความไม่สม่ำเสมอในการมารับการรักษาของรายผู้ป่วยวัณโรคในเขตจังหวัดสระบุรี ได้แก่ ความไม่มั่นใจในผลการรักษา ความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่ในการให้บริการ ระยะทางและระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับการรักษา รวมทั้ง ความรู้ด้านการติดต่อของโรค ระยะเวลาการรักษา ผลเสียของการไม่มารับการรักษาตามกำหนดและความรู้ด้านอาการข้างเคียงจากการใช้ยาวัณโรค

กรแก้ว กอวัฒนา (2531 : ก-ข,26) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการชลอการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค โดยศึกษากับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มาตรฐานรักษา ณ สถานตรวจโรคปอดกรุงเทพฯ ซึ่งไม่มีพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาพยาบาลหลังจากที่มีอาการไอเรื้อรังมาเกินกว่า 4 สัปดาห์ จำนวน 200 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัวสูงจะมีอัตราการใช้บริการของโรงพยาบาลสูง ซึ่งเกี่ยวกับวิธีการรักษาวัณโรคปอดด้วยที่ต้องใช้เวลานานและต่อเนื่องกันอย่างสม่ำเสมอในการรักษา เป็นการสิ้นเปลืองรายจ่ายมาก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการชลอการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคปอด การรับรู้ความร้ายแรงของวัณโรคปอด การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการกระทำ บทบาทบุคคลสำคัญในการประเมินอาการ แรงสนับสนุนทางสังคมและบทบาทของมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการชลอการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยที่ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการชลอการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ บทบาทบุคคลสำคัญในการแนะนำแหล่งรักษา

สมใจ ยี่มิวิไล (2531 : ก-ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการ ซึ่งได้แก่ ความรุนแรงของโรคหอบหืดที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าจำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง โดยความเชื่อส่วนย่อย ได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน และปัจจัยต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

การดูแลตนเอง ส่วนแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง

จิรภา หงษ์ตระกูล (2532 : 53-54) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มาได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาริบัติ ผลการศึกษาพบว่า รายได้ของครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก กับความสามารถในการดูแลตนเอง ส่วนเพศไม่มีความสัมพันธ์กันกับความสามารถในการดูแลตนเอง

จิรพรรณ รัฐประเสริฐ (2533 : 40) ศึกษาลักษณะประชากร การรับรู้ และสิ่งกระตุ้นพฤติกรรม ที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค ณ ศูนย์วัณโรคเขต 3 ชลบุรี โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยวัณโรคที่มาได้รับการรักษา ณ ศูนย์วัณโรคเขต 3 ชลบุรี ระหว่าง วันที่ 1 มีนาคม ถึง 20 เมษายน 2533 จำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเป็นเพศชาย ร้อยละ 74.00 เพศหญิง ร้อยละ 26.00 อายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 23.00 การศึกษา ระดับประถมต้น ร้อยละ 58.00 อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 32.00 รายได้ 1,001-3,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 39.00 ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่องร้อยละ 61.00 และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่อเนื่องมากกว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้ผลประโยชน์และอุปสรรคของการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค

กาญจนา บุญทับ (2534 : ก,15-57) ศึกษาปัจจัยพื้นฐานบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์จำนวน 150 ราย ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ผลการศึกษาพบว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญและสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเอง ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ สามีและมารดา ซึ่งหญิงตั้งครรภ์พึงพอใจการสนับสนุนที่ได้รับจากสามีสูงสุด และระยะเวลาที่ได้รับการศึกษาสามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้โดยผ่านแรงสนับสนุนทางสังคม

อารีย์ เขียรประมุข (2534 : 59-60) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระพุทธชินราช จำนวน 120 ราย ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของ การเงิน และแรงงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง

มณฑนา เจริญกุล (2534 : 51-53) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง และปัจจัยพื้นฐานบางประการ กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มี

ภูมิสำเนาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง

ประยงค์ สัจพงษ์ (2534 : 41) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพการสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากร กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดในอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี โดยศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จำนวน 200 ราย ระหว่างเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2533 มีอายุ 15 ปี ขึ้นไปและเป็นผู้ที่ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคตั้งแต่ 4 เดือนขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่า เป็นผู้ป่วยเพศชาย ร้อยละ 57.50 เพศหญิง ร้อยละ 42.50 อายุเฉลี่ย 53.42 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 62.50 ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 27.50 รายได้ 2,000-5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 64.20 มีฐานะ 3,000 บาท เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ผลการศึกษาพบว่า อายุ ลักษณะ อาชีพ การรับรู้ความรุนแรงของโรคและปัจจัยร่วม ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การรับรู้ ต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค การรู้ต่อประโยชน์ของการรักษา การรับรู้ต่ออุปสรรคของการรักษาและแรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคมแต่ละประเภท ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านการประเมิน พฤติกรรม การสนับสนุนทางด้านสิ่งของและเงิน มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค

อังคณา นวลยง (2535 : ก-ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มีการสนับสนุนทางสังคมดี จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีด้วย

พิรพร ดวงแก้ว (2538 : ก-ค) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่นจำนวน 146 ราย ผลการศึกษาพบว่า แรงจูงใจการรับรู้ผลดีในการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรักษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการมารับยา การตรวจตามแพทย์นัด และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และความพึงพอใจต่อการให้บริการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการ รับประทานยา และการตรวจตามแพทย์นัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาเกี่ยวกับ การมารับยาและตรวจตามแพทย์นัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา เกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานยาและพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

จิราพร ถนอมกล่อม (2540 : บทคัดย่อ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ผู้สงสัยถูกข่มขืนที่มารับบริการตรวจ ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลตำรวจ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 83 ราย ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว สถานภาพการปกครอง ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนความต้องการด้านอารมณ์ ความช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงินทอง และการได้รับบริการ ความเชื่อในโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเป็นโรคเอดส์ของหญิงผู้สงสัยถูกข่มขืนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การมีส่วนร่วมเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารของหญิงผู้สงสัยถูกข่มขืนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความเชื่อถึงความรุนแรงและผลกระทบของโรคเอดส์ ความเชื่อที่เป็นอุปสรรคในการป้องกันโรคเอดส์ และปัจจัยทางชีวสังคมของหญิงวัยเจริญพันธุ์ผู้สงสัยถูกข่มขืนไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ความเชื่อในโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ผู้สงสัยถูกข่มขืน

มาลินี จรูญธรรม (2541 : 125-128) ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดต่อเนื้อครั้งแรก ณ โรงพยาบาลรามธิบดี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่จะต้องเข้ารับการผ่าตัดต่อเนื้อจำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน โดยเลือกแบบเจาะจง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้และการปฏิบัติในการดูแลตนเองถูกต้องมากกว่า ก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ในทุกตัวแปร

ธรรารัตน์ ดวงแข (2541 : ง) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อโรคของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรค กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครัวเรือนของผู้ป่วยวัณโรคที่มาพร้อมกับผู้ป่วย ในการรับยาครั้งที่สอง ที่ตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี จำนวน 165 คน ผลการศึกษาพบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรค โดยรวมคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างต่ำเล็กน้อย มีค่า 98.93 และพบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ระยะเวลาในการศึกษาและรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อโรคของสมาชิกในครัวเรือน ผู้ป่วยวัณโรคโดยรวม แต่ปัจจัยลักษณะประชากร ด้านเพศ อาชีพ และลักษณะการสัมผัสโรคมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อโรคของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรคโดยรวม

และเมื่อวิเคราะห์ การถดถอยแบบขั้นเดียว พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมสามารถทำนายการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการติดต่อโรคของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรคโดยรวมได้ ร้อยละ 33.00

เพชรรัตน์ อมรชีวิน (2541 : 100-107) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มีรับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นสตรีที่มีรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี จำนวน 369 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้เชื่อด้านสุขภาพ ที่แผนกผู้ป่วยนอกด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคร่วมใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ความรุนแรงของโรคร่วมใหญ่อยู่ในระดับมาก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากและการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มีรับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ สตรีที่มาใช้บริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอกที่มีอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สตรีที่มีรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมไม่แตกต่างกัน สตรีที่มีรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกที่มีประสบการณ์การมีบุคคลใกล้ชิดป่วยเป็นมะเร็งเต้านมต่างกัน มีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมไม่แตกต่างกัน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคของสตรีที่มีรับบริการไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของสตรีที่มีรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปวิวรรณ์ แสงพิทักษ์ (2541 : 65-70) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดนครปฐม โดยมีการศึกษาปัจจัยด้านลักษณะประชากรและสังคม คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สภาพเศรษฐกิจ และการสนับสนุนของครอบครัว ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และด้านความพึงพอใจต่อสถานบริการ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษา ณ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดนครปฐม ปีงบประมาณ 2540 จำนวน 167 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นชายร้อยละ 73.05 เป็นหญิง ร้อยละ 26.95 ส่วนมากอายุระหว่าง 41.50 ปี ร้อยละ 31.10 และอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 23.90 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 77.80 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาตอนต้น (ป.1-4)

ร้อยละ 35.50 มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 47.30 สภาพเศรษฐกิจของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง โดยส่วนมากมีรายได้อยู่ในระดับปานกลาง 3,001-5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 70.70 สมาชิกใน ครอบครัวมีส่วนช่วยสนับสนุนในการรักษาของผู้ป่วยร้อยละ 96.20 ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคค่อนข้างดี โดยมีคะแนนเฉลี่ย 7 คะแนน ร้อยละ 80.00 ของคะแนนเต็ม จากการศึกษาพฤติกรรม การมารับบริการการรักษาวัณโรค พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคจังหวัดนครปฐม มีพฤติกรรมมารับการรักษาสม่ำเสมอร้อยละ 65.90 มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 11.90 และขาดการรักษา ร้อยละ 22.20 สาเหตุส่วนมากหยุดกินยาเนื่องจากยาหมด ร้อยละ 56.10 และไม่ไปพบแพทย์ตามนัด เนื่องจากไม่ว่าง ส่วนปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค พบว่า ปัจจัยด้านประชากรและสังคม อาชีพ ระดับการศึกษา และการสนับสนุนของ ครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับบริการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยด้านความรู้และความพึงพอใจต่อสถานบริการพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับบริการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค

เพียงใจ สุวีริยะไพศาล (2542 : 69-74) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ในโรงพยาบาลราชวิถี ตามตัวแปร เพศ อายุ รายได้ของครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก นรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 120 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง และ มีการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับสูง ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของ ครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมส่วนย่อย คือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินพฤติกรรม ด้านข้อมูล ข่าวสาร ด้านสิ่งของเงิน หรือแรงงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการวิเคราะห์ด้วยการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า การสนับสนุนทางสังคมและรายได้ของครอบครัว สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกในโรงพยาบาลราชวิถี ได้ร้อยละ 13.95

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม โดยผู้วิจัยดำเนินการ ตามลำดับดังต่อไปนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
 - 2.1 ลักษณะของเครื่องมือ
 - 2.2 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ
 - 2.3 เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย
 - 2.4 การหาคุณภาพของเครื่องมือ
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดการกระทำกับข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการในคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 333 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการในคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 181 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีขั้นตอนในการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของยามาเน่ (Yamane . 1996 : 583) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างให้มีความคลาดเคลื่อน .05

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ	n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
	N	แทน	จำนวนประชากร
	e	แทน	ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

จากการคำนวณจะได้ค่าของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 181 คน จากจำนวนประชากร 333 คน

2. วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เลือกกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มประชากรโดยการสุ่มที่มีคุณสมบัติตามข้อตกลงเบื้องต้น คือ เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการในคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม ระยะเวลาป่วยไม่เกิน 3 เดือน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 181 คน เป็นชาย 113 คน และหญิง 68 คน

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองแบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist)

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถาม ความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ แบ่งเป็น เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยหรือไม่สามารถปฏิบัติได้

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริงปานกลาง ไม่เป็นจริง

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือ ดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. ศึกษาทฤษฎี เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวัณโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรควัณโรค เพื่อนำมาพิจารณาปรับปรุงใช้ตามความเหมาะสม

2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างแบบสอบถาม และแบบวัดพฤติกรรม จากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3. สร้างแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพจำนวน 62 ข้อ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองจำนวน 44 ข้อ และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 41 ข้อ

4. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น เสนอต่อคณะกรรมการผู้ควบคุมปริญญาบัตรตรวจสอบแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ได้แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพจำนวน 60 ข้อ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองจำนวน 40 ข้อ และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 38 ข้อ

5. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น เสนอให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาและตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสม ได้แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพจำนวน 51 ข้อ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองจำนวน 33 ข้อ และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 30 ข้อ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขและนำไปทดลองใช้(Try out) กับผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน แล้วนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์หาค่าคุณภาพเครื่องมือได้แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพจำนวน 40 ข้อ แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองจำนวน 20 ข้อ และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 20 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย

1. แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 4 หมวด คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ซึ่งแบบสอบถามนี้มีข้อความเป็น 2 ลักษณะ คือ ข้อความที่แสดงว่าบุคคลนั้นมีความเชื่อด้านสุขภาพทางบวก และข้อความที่แสดงว่าบุคคลนั้นมีความเชื่อด้านสุขภาพทางลบ

เกณฑ์การให้คะแนนโดย ให้คะแนนการตอบแบบสอบถามเป็นรายข้อ หมวดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ดังนี้

	ความเชื่อด้านสุขภาพทางบวก (คะแนน)	ความเชื่อด้านสุขภาพทางลบ (คะแนน)
เห็นด้วย	3	1
ไม่แน่ใจ	2	2
ไม่เห็นด้วย	1	3

ส่วนหมวดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ความเชื่อด้านสุขภาพทางบวก (คะแนน)	ความเชื่อด้านสุขภาพทางลบ (คะแนน)
เห็นด้วย	1	3
ไม่แน่ใจ	2	2
ไม่เห็นด้วย	3	1

การจัดระดับความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวม โดยแบ่งระดับของความเชื่อ ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

เกณฑ์การแปลความหมายคะแนน

ระดับความเชื่อ	คะแนนเฉลี่ย
สูง	2.34 - 3.00
ปานกลาง	1.67 - 2.33
ต่ำ	1.00 - 1.66

2. แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค มีลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ซึ่งแบบสอบถามนี้มีข้อความเป็น 2 ลักษณะ คือ ข้อความที่แสดงว่าบุคคลนั้นมีการดูแลตนเองทางบวก และข้อความที่แสดงว่าบุคคลนั้นมีการดูแลตนเองทางลบ

เกณฑ์การให้คะแนนโดย ให้คะแนนการตอบแบบสอบถามเป็นรายข้อ

	พฤติกรรมการดูแลตนเองทางบวก (คะแนน)	พฤติกรรมการดูแลตนเองทางลบ (คะแนน)
ปฏิบัติประจำ	2	0
ปฏิบัติบางครั้ง	1	1
ไม่เคยหรือไม่สามารถปฏิบัติได้	0	2

การจัดระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมโดยแบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 10)

เกณฑ์การแปลความหมายคะแนน

ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง	คะแนนเฉลี่ย
ดี	1.34 - 2.00
พอใช้	0.67 - 1.33
ต้องปรับปรุง	0.00 - 0.66

3. แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัณโรค มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริงปานกลาง ไม่เป็นจริง

เกณฑ์การให้คะแนน โดยให้คะแนนการตอบแบบสอบถามเป็นรายข้อ

ได้รับการสนับสนุนทางสังคม	คะแนน
เป็นจริงมากที่สุด	3
เป็นจริงปานกลาง	2
ไม่เป็นจริง	1

การจัดระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมโดยแบ่งระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538 : 9)

เกณฑ์การแปลความหมายคะแนน

ได้รับการสนับสนุนทางสังคม	คะแนนเฉลี่ย
มาก	2.34 - 3.00
ปานกลาง	1.67 - 2.33
น้อย	1.00 - 1.66

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา(Content validity)โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจำนวน 138 ข้อ ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่านตรวจแก้ไข เพื่อพิจารณาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาเป็นรายข้อ นำไปหาค่าดัชนีความสอดคล้องโดยใช้สูตร IC ถ้าเป็นข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.5 หรือมากกว่า ซึ่งแสดงว่าข้อคำถามที่มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาได้ ข้อคำถามจำนวน 114 ข้อ ส่วนข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องน้อยกว่า 0.5 ผู้วิจัยตัดข้อคำถามนั้นออก

2. การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัณโรคโดยการวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected Item to total correlation) และเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์, 2539 : 117) ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนก 0.13 ขึ้นไป โดยผู้วิจัยได้นำข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกน้อยกว่า 0.20 ไปปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริงจำนวน 7 ข้อ ได้แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ 40 ข้อ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง 20 ข้อ และแบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคม 20 ข้อ

4. นำแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งมีค่าอำนาจจำแนกอยู่เกณฑ์

ไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรหาสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบัค (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 118) โดยแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมได้ค่าความเชื่อมั่น 0.72 , 0.60 และ 0.86 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยอาศัยเครื่องมือ คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และดำเนินการเก็บข้อมูล ดังต่อไปนี้

1. ขอลงหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล
2. วิจัยนำแบบสอบถาม ไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคไตโรคที่มาใช้บริการ ในคลินิกโรคไตโรงพยาบาลนครปฐม โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ 30 สิงหาคม ถึงวันที่ 25 ตุลาคม 2543 รวมเป็นเวลา 1 เดือน 25 วัน

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยข้อมูลที่ได้รับจากแบบสอบถามทั้ง 3 ตอน ที่สมบูรณ์ มาวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป เอสพีเอสเอส (SPSS : Statistical package for the social science) และการทดสอบสมมติฐานครั้งนี้ ยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

1. ตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถามแต่ละฉบับ และคัดเลือกฉบับที่สมบูรณ์ไว้
2. ตรวจสอบให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อ ของแบบสอบถามแต่ละชุดตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
3. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์ มีขั้นตอนดังนี้
 - 3.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ และนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง
 - 3.2 หาค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) ของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไต ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไต และการได้รับสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคไต และนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง
 - 3.3 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่ม โดยการทดสอบ ค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1
 - 3.4 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) หรือทดสอบค่าสถิติเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 ถึง 7

ถ้าพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทำการทดสอบเป็นรายคู่โดยวิธีของ นิวแมนคูลล์ (Newman -Keuls method)

3.5 คำนวณหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยวัณโรค โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ในการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 8 ถึงข้อ 11

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้สถิติดังต่อไปนี้

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 หาค่าเฉลี่ย โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541 : 35)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ \bar{X} แทน ค่าเฉลี่ย
 $\sum X$ แทน ผลรวมคะแนนทั้งหมด
 N แทน จำนวนคน

1.2 หาค่าร้อยละ โดยใช้สูตร (ประคอง กรรณสูตร. 2525 : 73)

$$p = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ p แทน ค่าร้อยละ
 f แทน ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ
 n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.3 หาค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541 : 65)

$$S = \sqrt{\frac{n \sum X^2 - (\sum X)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ	S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
	$\sum x^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
	$(\sum x)^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
	n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพเครื่องมือ

2.1 การตรวจสอบหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยอาศัยดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญเรียกว่า Face validity ซึ่งสามารถตรวจสอบและวิเคราะห์ออกมาในเชิงปริมาณหรือตัวเลขดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 116)

2.1.1 หากำดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรม โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจเนื้อหาและแต่ละคนพิจารณา ลงความเห็นและให้คะแนนดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 117)

- +1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นเป็นตัวแทนเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้น
- 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นเป็นตัวแทนเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้นหรือไม่
- 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นไม่เป็นตัวแทนเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้น

2.1.2 นำค่าคะแนนที่ได้มาแทนในสูตร โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 117)

$$IC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ	IC	แทน	ดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถาม
	$\sum R$	แทน	ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเนื้อหาทั้งหมด
	N	แทน	จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 หากำอำนาจจำแนกเป็นรายข้อโดยวิธีการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างรายข้อกับคะแนนทั้งฉบับ (Corrected Item to total correlation) โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117)

$$r_{xy} = \frac{N \sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{[N \sum x^2 - (\sum x)^2] [N \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ	r_{xy}	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนน x และ y
	$\sum x$	แทน	ผลรวมของคะแนนรายข้อ (Item) ของกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum y$	แทน	ผลรวมของคะแนนรวม (Total) ของกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum x^2$	แทน	ผลรวมของกำลังสองของคะแนน x
	$\sum y^2$	แทน	ผลรวมของกำลังสองของคะแนน y
	$\sum xy$	แทน	ผลรวมของผลคูณระหว่างคะแนน x และคะแนน y
	N	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

2.3 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดย โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha - coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) โดยใช้สูตร (สุนี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 118)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum s_i^2}{s_t^2} \right]$$

เมื่อ	α	แทน	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ
	n	แทน	จำนวนข้อของแบบสอบถาม
	s_i^2	แทน	คะแนนความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
	s_t^2	แทน	ผลรวมของค่าความแปรปรวนเป็นรายข้อ

3. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระกัน เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อ 1 โดยการทดสอบค่าสถิติที (t - test) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์ . 2541 : 166)

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}}}$$

Degree of freedom คำนวณได้จาก

$$df = \frac{\left[\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2} \right]^2}{\frac{\left[\frac{s_1^2}{n_1} \right]^2}{n_1 - 1} + \frac{\left[\frac{s_2^2}{n_2} \right]^2}{n_2 - 1}}$$

เมื่อ	t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาในการแจกแจงแบบที่
	\bar{x}_1, \bar{x}_2	แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2
	s_1^2, s_2^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2
	n_1, n_2	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2
	df	แทน	ชั้นแห่งความอิสระ (Degree of freedom)

3.2 ทดสอบค่าความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อ 2 ถึงข้อ 7 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541 : 236)

$$F = \frac{MS_B}{MS_W}$$

เมื่อ	F	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาใน F - distribution
	MS_B	แทน	ค่าผลบวกกำลังสอง (Mean square) ระหว่างกลุ่ม
	MS_W	แทน	ค่าผลบวกกำลังสอง (Mean square) ภายในกลุ่ม

3.3 ถ้าพบว่า ผลการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธี นิวแมน-คูลล์ (Newman - Kuels method) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541 : 252)

$$q \cdot \sqrt{\frac{MS_W}{\tilde{n}}}$$

เมื่อ	q	แทน	q - statistic ที่ได้จากราง
	MS_W	แทน	ค่า mean square ภายในกลุ่ม

\tilde{n} แทน จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

โดยที่

$$\tilde{n} = \frac{k}{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} + \dots + \frac{1}{n_k}}$$

เมื่อ k แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
 n_1, n_2, \dots, n_k แทน จำนวนคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 ถึงกลุ่มตัวอย่างที่ k ตามลำดับ

3.4 หาค่าความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรโดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ใช้ทดสอบสมมุติฐานข้อ 8 ถึงข้อ 11 (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541 : 314)

$$r_{xy} = \frac{N \sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{[N \sum x^2 - (\sum x)^2] [N \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ

r_{xy} แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนน X และ Y
 $\sum x$ แทน ผลรวมของคะแนนชุด X
 $\sum y$ แทน ผลรวมของคะแนนชุด Y
 $\sum x^2$ แทน ผลรวมของคะแนน X แต่ละตัวยกกำลังสอง
 $\sum y^2$ แทน ผลรวมของคะแนน Y แต่ละตัวยกกำลังสอง
 $\sum xy$ แทน ผลรวมของผลคูณระหว่าง X กับ Y
 N แทน จำนวนคน

3.5 ทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ โดยการทดสอบค่าที (t-test) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541 : 317)

$$t = \frac{r\sqrt{N-2}}{1-r^2}$$

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
\bar{X}	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์การแจกแจงแบบที (t-distribution)
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์การแจกแจงแบบเอฟ (F-distribution)
df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)
p	แทน	ค่าความน่าจะเป็นที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนแบบที่ 1 (α) ที่จะปฏิเสธสมมุติฐานกลาง (H_0)
SS	แทน	ผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Sum of Square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Mean of Square)
r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเอสพีเอสเอส (SPSS : Statistical Package for the Social Science) การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยโรควัณโรค ที่มารับบริการในคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม ตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติโดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลระดับความเชื่อด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการในคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม โดยการหาค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของ

ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐมจำแนกตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรสโดยการทดสอบค่าที (t-test) และค่าเอฟ (F-test) แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยโรควัณโรคปอดที่มารับบริการในคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม ตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติดังปรากฏตามตาราง 8 - 9

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสถานภาพสมรส

ตัวแปร	n	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	113	62.40
หญิง	68	37.60
รวม	181	100.00
2. อายุ		
น้อยกว่า 31 ปี	40	22.10
31-40 ปี	47	26.00
41-50 ปี	31	17.10
มากกว่า 50 ปีขึ้นไป	63	34.80
รวม	181	100.00

ตาราง 8 (ต่อ)

ตัวแปร	n	ร้อยละ
3. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	27	14.90
ประถมศึกษา	106	58.60
มัธยมศึกษา	40	22.10
อนุปริญญา	6	3.30
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	2	1.10
รวม	181	100.00
4. อาชีพ		
รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ	7	3.90
ค้าขายหรือธุรกิจ	14	7.70
เกษตรกรรม	29	16.00
รับจ้าง	81	44.80
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	46	25.40
อื่น ๆ	4	2.20
รวม	181	100.00
5. รายได้		
น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	23	12.70
3,000 – 8,000 บาทต่อเดือน	123	68.00
มากกว่า 8,001 บาทต่อเดือน	35	19.30
รวม	181	100.00

ตาราง 8 (ต่อ)

ตัวแปร	n	ร้อยละ
6. สถานภาพสมรส		
โสด	29	16.00
คู่	109	60.20
หม้าย/ หย่าร้าง/ แยกกันอยู่	43	23.80
รวม	181	100.00
7. การสนับสนุนทางสังคม		
น้อย	8	4.40
ปานกลาง	55	30.40
มาก	118	65.20
รวม	181	100.00

จากตาราง 8 แสดงว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 181 คนเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง คือ เพศชาย 113 คน คิดเป็นร้อยละ 62.40 เพศหญิง 68 คน คิดเป็นร้อยละ 37.60

อายุ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม มีอายุมากกว่า 50 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.80 รองลงมาได้แก่อายุ 31-40 ปีอายุน้อยกว่า 31 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.00 และ 22.10 ตามลำดับ ส่วนอายุ 41- 50 ปี มีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 17.10

ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.60 รองลงมา ได้แก่ มัธยมศึกษา ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา และระดับอนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 22.10, 14.90 และ 3.30 ตามลำดับ ส่วนระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่ามีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 1.10

อาชีพ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม มีอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.00 รองลงมา ได้แก่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ อาชีพเกษตรกรรม อาชีพค้าขายหรือธุรกิจและ อาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ

คิดเป็นร้อยละ 25.40, 16.00, 7.70 และ 3.90 ตามลำดับ ส่วนอาชีพอื่น ๆ มีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2.20

รายได้ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 3,000 – 8,000 บาทต่อเดือนมีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 68.00 รองลงมา ได้แก่ รายได้มากกว่า 8,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 19.30 ส่วนรายได้น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือนมีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 12.70

สถานภาพสมรส พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.20 รองลงมา ได้แก่ สถานภาพสมรสหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 23.80 ส่วนสถานภาพสมรสโสดมีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16.00

การสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก มีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.20 รองลงมา ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 30.40 ส่วนที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยมีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 4.40

ตาราง 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ

ตัวแปร	n	ร้อยละ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค		
ระดับต่ำ	2	1.10
ระดับปานกลาง	21	11.60
ระดับสูง	158	87.30
รวม	181	100.00

ตาราง 9 (ต่อ)

ตัวแปร	n	ร้อยละ
การรับรู้ความรุนแรงของโรค		
ระดับต่ำ	1	0.60
ระดับปานกลาง	69	38.10
ระดับสูง	111	61.30
รวม	181	100.00
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ		
ระดับต่ำ	0	0.00
ระดับปานกลาง	18	9.90
ระดับสูง	163	90.10
รวม	181	100.00
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ		
ระดับต่ำ	12	6.60
ระดับปานกลาง	51	28.20
ระดับสูง	118	65.20
รวม	181	100.00

จากตาราง 9 แสดงว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐมส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 87.30, 61.30, 90.10 และ 65.20 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลระดับความเชื่อด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐมเป็นรายข้อ ดังปรากฏตามตาราง 10 - 12

ตาราง 10 ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย
วัณโรคเป็นรายข้อ

ข้อความ	\bar{X}	S	ระดับความเชื่อ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค			
1. อยู่ใกล้ชิดคนเป็นวัณโรคปอดมีโอกาสหายใจเอาเชื้อวัณโรคเข้าไปได้	2.70	0.52	สูง
2. ลูกมีโอกาสเป็นวัณโรคปอดถ้าพ่อแม่ป่วยเป็นวัณโรคระยะแพร่เชื้อ	2.75	0.50	สูง
3. การไอหรือจามใส่บุคคลอื่นจะทำให้บุคคลนั้นติดเชื้อวัณโรคปอดได้	2.77	0.47	สูง
4. ทุกคนมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคปอดถ้าสุขภาพไม่ดี	2.50	0.65	สูง
5. คนที่อยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยวัณโรคปอดมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคปอดมากขึ้น	2.56	0.62	สูง
6. เด็กและคนชรามีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคปอดได้มากกว่าบุคคลอื่น	2.61	0.61	สูง
7. คนที่รักษาวัณโรคปอดหายแล้วมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคได้อีกถ้าสุขภาพไม่ดี	2.72	0.50	สูง
8. คนที่อยู่ในที่ที่มีการระบายอากาศไม่ดีมีโอกาสได้รับเชื้อวัณโรคปอดได้ง่าย	2.65	0.55	สูง
9. วัณโรคปอดถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องมีโอกาสเรื้อรังและรักษาไม่หาย	2.87	0.37	สูง
10. อาการไอเรื้อรังนานเกิน 3 สัปดาห์ น้ำหนักลด มีไข้ ไอเป็นเลือด แสดงถึงภาวะเสี่ยงของการป่วยเป็นวัณโรคปอด	2.77	0.42	สูง
รวม	2.69	0.30	สูง

ตาราง 10 (ต่อ)

ข้อความ	\bar{X}	s	ระดับความเชื่อ
การรับรู้ความรุนแรงของโรค			
11. การป่วยด้วยวัณโรคปอดทำให้ท่านสูญเสียรายได้จำนวนมาก	2.62	0.67	สูง
12. การรักษาวัณโรคปอดหากรับยาไม่ครบหรือไม่สม่ำเสมออาจทำให้เชื้อดื้อยาได้	2.77	0.43	สูง
13. การป่วยเป็นวัณโรคปอดทำให้ท่านมีความกังวลมากขึ้น	2.78	0.50	สูง
14. การป่วยเป็นวัณโรคปอดทำให้ท่านเสียเวลามาตรวจรักษา	2.31	0.86	ปานกลาง
15. การป่วยเป็นวัณโรคปอดทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของท่านลดลง	2.68	0.64	สูง
16. วัณโรคปอดเป็นโรคที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง	2.07	0.87	ปานกลาง
17. วัณโรคเป็นแล้วตายทุกราย	2.22	0.71	ปานกลาง
18. คนเป็นวัณโรคจะไม่มีคนรับเข้าทำงาน	1.77	0.79	ปานกลาง
19. การป่วยเป็นวัณโรคปอดทำให้คนในครอบครัวถูกรังเกียจ	1.98	0.85	ปานกลาง
20. การป่วยเป็นวัณโรคปอดทำให้ร่างกายอ่อนแอ	2.75	0.55	สูง
รวม	2.40	0.25	สูง

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ

21. การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ทำให้ร่างกายแข็งแรง	2.94	0.26	สูง
22. การนำเครื่องนุ่งห่มและที่นอนมาตากแดดจะเป็นการฆ่าเชื้อวัณโรคได้	2.60	0.57	สูง
23. ท่านไม่อยู่ในที่แออัดเพราะทำให้สุขภาพทรุดโทรม	2.55	0.65	สูง

ตาราง 10 (ต่อ)

ข้อความ	\bar{X}	s	ระดับความเชื่อ
24. การดูแลสุขภาพให้แข็งแรงทำให้หายป่วยจาก วัณโรคได้เร็วขึ้น	2.88	0.34	สูง
25. การรับประทานยาตามแพทย์สั่งทำให้อาการ ของวัณโรคปอดดีขึ้น	2.97	0.16	สูง
26. การป่วยด้วยวัณโรคปอดไม่จำเป็นต้องได้รับ การรักษาอย่างต่อเนื่องก็ได้ถ้าไม่มีอาการแล้ว	2.27	0.84	ปานกลาง
27. การรับประทานยานานๆทำให้ร่างกาย อ่อนแอลง	2.18	0.82	ปานกลาง
28. การสูบบุหรี่ช่วยกระตุ้นการไอและขับเสมหะ	2.01	0.94	ปานกลาง
29. ท่านปิดปากและจมูกทุกครั้ง ไอหรือจามเพื่อ ป้องกันการแพร่กระจายของโรค	2.83	0.39	สูง
30. ท่านบ้วนเสมหะลงในภาชนะที่มีฝาปิดเพื่อ ป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค	2.87	0.37	สูง
รวม	2.61	0.22	สูง

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ

31. การรับประทานอาหารอย่างระมัดระวังทำให้ รับประทานได้น้อย	1.89	0.80	ปานกลาง
32. การไปตรวจตามนัดโดยไม่มีอาการผิดปกติ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น	2.33	0.84	ปานกลาง
33. ท่านไม่สะดวกในการเดินทางมาตรวจตามแพทย์นัด	2.45	0.81	สูง
34. ท่านลำบากในการนำเครื่องนอนมาตากแดด	2.40	0.82	สูง
35. ท่านรู้สึกลำบากเมื่อต้องปิดปากและจมูก เวลาไอหรือจาม	2.46	0.79	สูง
36. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ด้วยความยากลำบาก	2.53	0.69	สูง
37. การเผาขยะที่ปนเปื้อนเสมหะเป็นเรื่องยุ่งยาก	2.49	0.75	สูง

ตาราง 10 (ต่อ)

ข้อความ	\bar{X}	S	ระดับความเชื่อ
38. การบ้านเสมอหลงภาษาณะที่มีฝาดปิดทำให้ เสียเวลา	2.65	0.66	สูง
39. การมาตรวจตามนัดทำให้ท่านเสียเวลามาก	2.58	0.73	สูง
40. การมาตรวจตามนัดทำให้ท่านคลายความวิตก กังวลเกี่ยวกับการป่วยด้วยวัณโรคปอด	2.50	0.76	สูง
รวม	2.43	0.43	สูง

จากตาราง 10 แสดงว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลนครปฐมมีความเชื่อทางด้านสุขภาพด้านการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.69$, $S = 0.30$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีความเชื่อทางด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง และไม่มีข้อคำถามใดอยู่ในระดับปานกลาง และระดับต่ำ

ความเชื่อทางด้านสุขภาพด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.40$, $S = 0.25$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีความเชื่อทางด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูงจำนวนเท่ากัน และไม่มีข้อคำถามใดอยู่ในระดับต่ำ

ความเชื่อทางด้านสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติในระดับสูง ($\bar{X} = 2.61$, $S = 0.22$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าส่วนใหญ่มีความเชื่อทางด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง และไม่มีข้อคำถามใดอยู่ในระดับต่ำ

ความเชื่อทางด้านสุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.43$, $S = 0.43$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าส่วนใหญ่มีความเชื่อทางด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง และไม่มีข้อคำถามใดอยู่ในระดับต่ำ

ตาราง 11 ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย วัณโรคเป็นรายข้อ

ข้อความ	\bar{X}	s	ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง
1. ทำนดูแลรักษาความสะอาดร่างกายโดยการ อาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	1.71	0.49	ดี
2. ทำนรับประทานอาหารครบ 5 หมู่	1.21	0.54	พอใช้
3. ทำนผ่อนคลายความตึงเครียดด้วยการฟังเพลง ทำงานอดิเรก ทำสมาธิหรืออื่นๆ	1.09	0.71	พอใช้
4. ทำนนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อย วันละ 6- 8 ชั่วโมง	1.51	0.59	ดี
5. ทำนดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว	1.36	0.71	ดี
6. ทำนดื่มสุรา	1.52	0.60	ดี
7. ทำนปิดปากและจมูกเวลาไอหรือจาม	1.48	0.59	ดี
8. ทำนรับประทานยาตามแพทย์สั่ง	1.91	0.29	ดี
9. เมื่อเจ็บป่วยทำนไปพบแพทย์	1.65	0.48	ดี
10. ทำนไปมาหาสู่ สังสรรค์ สนทนากับเพื่อนๆและญาติพี่น้อง	1.30	0.58	พอใช้
11. ทำนบ้วนเสมหะและน้ำลายลงบนพื้นโดยไม่มีภาชนะรองรับ	1.13	0.59	พอใช้
12. ทำนหลีกเลี่ยงบริเวณที่มีคนอยู่แออัด อากาศถ่ายเท ไม่สะดวก เช่น งานวัด โรงภาพยนตร์	1.22	0.60	พอใช้
13. ทำนพยายามหลีกเลี่ยงการพบปะบุคคลอื่นตั้งแต่ป่วยด้วยวัณโรคปอด	1.01	0.65	พอใช้
14. ทำนเข้าร่วมกิจกรรมเล็กๆน้อยๆในครอบครัว เช่น ออกกำลังกาย พุดคุยกัน	1.34	0.54	ดี
15. ทำนออกกำลังกายเบาๆ เช่น เดินเล่น	0.72	0.74	พอใช้
16. ทำนสอบถามแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่เมื่อสงสัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของทำน	1.44	0.66	ดี

ตาราง 11 (ต่อ)

ข้อความ	\bar{X}	s	ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง
17. ท่านรับประทานยาตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง	1.86	0.35	ดี
18. ท่านเพิ่มจำนวนเม็ดยาที่รับประทานเองเพื่อให้ หายเร็วขึ้น	1.82	0.49	ดี
19. ท่านมารับบริการตรวจรักษาตามวันที่แพทย์ นัดตรวจ	1.86	0.41	ดี
20. ท่านสนใจติดตามข่าวสาร รายการวิทยุ โทรทัศน์ เกี่ยวกับโรคหัวใจและการดูแลตนเอง	1.09	0.71	พอใช้
รวม	1.41	0.19	ดี

จากตาราง 11 แสดงว่าผู้ป่วยโรคหัวใจที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลนครปฐมมีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 1.41$, $S = 0.19$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี รองลงมาได้แก่ระดับพอใช้ และไม่มีข้อคำถามใดอยู่ในระดับต้องปรับปรุง

ตาราง 12 ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัณโรคเป็นรายข้อ

ข้อความ	\bar{X}	s	การสนับสนุนทางสังคม
1. ท่านได้รับกำลังใจจากบุคคลในครอบครัว	2.55	0.55	มาก
2. ท่านมีคนทีไว้วางใจ และสามารถพูดคุยปัญหาต่าง ๆ ได้	2.50	0.54	มาก
3. คนในครอบครัวไม่เคยแสดงท่าทางให้ท่านรู้สึกหมดกำลังใจ	2.61	0.59	มาก
4. หากมีอันตรายหรืออาจเกิดอันตรายกับท่าน ท่านมั่นใจว่าจะได้รับการช่วยเหลือจากคนรอบข้าง	2.65	0.56	มาก
5. คนในครอบครัวคอยเตือนท่านเรื่องการรับประทานยา	2.58	0.65	มาก
6. คนในครอบครัวถามท่านเรื่องการไปตรวจตามนัด	2.55	0.64	มาก
7. คนในครอบครัวสนับสนุนท่านให้ทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของท่าน	2.39	0.63	มาก
8. คนในครอบครัวคอยเตือนท่านเมื่อท่านไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่	2.55	0.64	มาก
9. คนในครอบครัวสนับสนุนให้ท่านพบปะพูดคุยกับผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค	2.22	0.71	ปานกลาง
10. คนในครอบครัวสนับสนุนท่านให้หมั่นสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง	2.48	0.65	มาก
11. คนในครอบครัวคอยเตือนเมื่อท่านละเลยการดูแลสุขภาพตนเอง	2.53	0.62	มาก
12.ญาติพี่น้องและคนในครอบครัวพร้อมให้การช่วยเหลือเรื่องการเดินทางมารับการรักษาของท่าน	2.60	0.57	มาก
13. เมื่อท่านเจ็บป่วยมีคนในครอบครัวคอยดูแล	2.73	0.49	มาก
14. เมื่อท่านไม่สามารถทำงานได้ มีคนช่วยแบ่งเบาภาระนี้ได้	2.34	0.65	มาก

ตาราง 12 (ต่อ)

ข้อความ	\bar{X}	S	การสนับสนุนทางสังคม
15. ท่านได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิดโรคจากสื่อมวลชน เช่น วิทยุ โทรทัศน์	2.10	0.66	ปานกลาง
16. คนในครอบครัวให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เป็นประโยชน์ต่อท่าน	2.40	0.65	มาก
17. เมื่อท่านมีปัญหาสงสัย คนในครอบครัวจะช่วยให้คำปรึกษาแก่ท่าน	2.31	0.70	ปานกลาง
18. คนในครอบครัวแสวงหาวิธีการรักษาที่จะทำให้ท่านหายป่วยมาบอกท่าน	2.28	0.73	ปานกลาง
19. คนในครอบครัวแนะนำแหล่งความรู้เกี่ยวกับโรคแก่ท่าน	2.13	0.76	ปานกลาง
20. คนในครอบครัวนำหนังสือและเอกสารความรู้เกี่ยวกับโรคมาให้ท่านอ่าน	1.90	0.78	ปานกลาง
รวม	2.42	0.40	มาก

จากตาราง 12 แสดงว่าผู้ป่วยโรคโควิดที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคโรงพยาบาลนครปฐมได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับมาก ($\bar{X} = 2.42, S = 0.40$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับมาก รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง และไม่มีข้อคำถามใดอยู่ในระดับน้อย

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคโควิดที่มารับบริการ ณ คลินิกโรค โรงพยาบาลนครปฐม จำแนกตาม ตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และการสนับสนุนทางสังคม ดังปรากฏตามตาราง 13 – 28

ตาราง 13 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม จำแนกตามเพศ

เพศ	n	\bar{X}	s	ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง
ชาย	113	1.42	0.20	ดี
หญิง	68	1.40	0.17	ดี

จากตาราง 13 แสดงว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาล นครปฐม ที่เป็นเพศชายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าผู้ป่วยเพศหญิง ($\bar{X} = 1.42$, $s = 0.20$ และ $\bar{X} = 1.40$, $s = 0.17$) ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคทั้งสองเพศมีพฤติกรรม การดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

ตาราง 14 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย วัณโรค ที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม จำแนกตามเพศ

เพศ	n	\bar{X}	s	t	p
ชาย	113	1.42	0.20		
				0.47	0.09
หญิง	68	1.40	0.17		

จากตาราง 14 แสดงว่า ผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาล นครปฐม ระหว่างเพศชายและเพศหญิง มีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่ง ไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 1 ที่ว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีเพศต่างกัน จะมีพฤติกรรมดูแล ตนเองแตกต่างกัน

ตาราง 15 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม จำแนกตามอายุ

อายุ	n	\bar{X}	s	ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง
น้อยกว่า 31 ปี	40	1.45	0.18	ดี
31 – 40 ปี	47	1.42	0.21	ดี
41 – 50 ปี	31	1.40	0.22	ดี
มากกว่า 50 ปีขึ้นไป	63	1.38	0.15	ดี

จากตาราง 15 แสดงว่า ผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาล นครปฐม กลุ่มอายุ น้อยกว่า 31 ปี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองสูงสุด ($\bar{X} = 1.45$, $s = 0.18$) รองลงมา ได้แก่ อายุ 31 – 40 ปี ($\bar{X} = 1.42$, $s = 0.21$) อายุ 41-50 ปี ($\bar{X} = 1.40$, $s = 0.22$) และอายุ มากกว่า 50 ปีขึ้นไป ($\bar{X} = 1.38$, $s = 0.15$) ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่มอายุมี พฤติกรรม การดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 16

ตาราง 16 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแล ตนเองของ ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลนครปฐม จำแนก ตามอายุ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	4	0.13	0.04	1.24	0.30
ภายในกลุ่ม	176	6.11	0.03		
รวม	180	6.24			

จากตาราง 16 แสดงว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลนครปฐม ที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันอย่างซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 2 ที่ว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีอายุต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ตาราง 17 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลนครปฐม จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	n	\bar{X}	s	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ต่ำกว่าประถมศึกษา	27	1.39	0.17	ดี
ประถมศึกษา	106	1.38	0.19	ดี
มัธยมศึกษา	40	1.46	0.13	ดี
อนุปริญญา	6	1.67	0.20	ดี
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	2	1.63	0.34	ดี

จากตาราง 17 แสดงว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลนครปฐม ที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญา มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงสุด ($\bar{X} = 1.67$, $s = 0.20$) รองลงมา ได้แก่ ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ($\bar{X} = 1.63$, $s = 0.34$) มัธยมศึกษา ($\bar{X} = 1.46$, $s = 0.13$) ต่ำกว่าประถมศึกษา ($\bar{X} = 1.39$, $s = 0.17$) และประถมศึกษา ($\bar{X} = 1.38$, $s = 0.19$) ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคทุกระดับการศึกษามีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 18

ตาราง 18 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลนครปฐม จำแนกตามระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	4	0.67	0.17	5.33*	0.00
ภายในกลุ่ม	176	5.57	0.03		
รวม	180	6.24			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 18 แสดงว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลนครปฐม ที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 3 ที่ว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ดังนั้นจึงนำผลการวิเคราะห์ที่ได้ไปทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีนิวแมน-คูลส์ (Newman -Keuls method) ดังปรากฏตามตาราง 19

ตาราง 19 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลนครปฐม จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	ต่ำกว่าประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	อนุปริญญา	
\bar{X}	1.38	1.39	1.46	1.62	1.67	
ประถมศึกษา	1.38	-	0.01	0.08	0.24	0.29*
ต่ำกว่าประถมศึกษา	1.39	-	0.07	0.23	0.28*	
มัธยมศึกษา	1.46		-	0.16	0.21*	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1.62			-	0.05	
อนุปริญญา	1.67				-	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 19 แสดงว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลนครปฐม ที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญา มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างจากผู้ป่วยวัณโรคที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา และระดับมัธยมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญา มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ต่ำกว่าประถมศึกษาและมัธยมศึกษา และผู้ป่วยวัณโรคที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ปริญญา มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 20 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	n	\bar{X}	s	ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง
รับราชการหรือ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	7	1.41	0.23	ดี
ค้าขายหรือธุรกิจ	14	1.43	0.16	ดี
เกษตรกรกรรม	29	1.41	0.18	ดี
รับจ้าง	81	1.41	0.20	ดี
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	46	1.40	0.18	ดี
อื่น ๆ	4	1.41	0.13	ดี

จากตาราง 20 แสดงว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาล
นครปฐม ที่มีอาชีพค้าขายหรือธุรกิจมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองสูงสุด ($\bar{X} = 1.43$
, $s = 0.16$) รองลงมา ได้แก่ รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ ($\bar{X} = 1.41$, $s = 0.23$) รับจ้าง
($\bar{X} = 1.41$, $s = 0.20$) เกษตรกรรม ($\bar{X} = 1.41$, $s = 0.18$) อาชีพอื่นๆ ($\bar{X} = 1.41$, $s = 0.13$)
และไม่ได้ประกอบอาชีพ ($\bar{X} = 1.40$, $s = 0.18$) ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่มอาชีพมีพฤติกรรมการ
ดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way
analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 21

ตาราง 21 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลนครปฐม จำแนกตามอาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	5	0.02	0.00	0.20	0.99
ภายในกลุ่ม	175	6.23	0.04		
รวม	180	6.25			

จากตาราง 21 แสดงว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลนครปฐม ที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 4 ที่ว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีอาชีพต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง แตกต่างกัน

ตาราง 22 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลนครปฐม จำแนกตามรายได้

รายได้	n	\bar{X}	s	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	23	1.38	0.18	ดี
3,000 – 8,000 บาทต่อเดือน	123	1.41	0.19	ดี
มากกว่า 8,000 บาทต่อเดือน	35	1.42	0.18	ดี

จากตาราง 22 แสดงว่า วัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลนครปฐม ที่มีรายได้มากกว่า 8,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงสุด ($\bar{X} = 1.42$, $s = 0.18$) รองลงมา ได้แก่ รายได้ 3,000 – 8,000 บาทต่อเดือน ($\bar{X} = 1.41$, $s = 0.19$) และรายได้น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน ($\bar{X} = 1.38$, $s = 0.18$) ซึ่งผู้ป่วยวัณโรค

ทุกกลุ่มรายได้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 23

ตาราง 23 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลนครปฐม จำแนกตามรายได้

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	2	0.02	0.01	0.31	0.72
ภายในกลุ่ม	178	6.22	0.03		
รวม	180	6.24			

จากตาราง 23 แสดงว่า ผู้วัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลนครปฐม ที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 5 ที่ว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีรายได้ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ตาราง 24 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลนครปฐม จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	n	\bar{X}	S	ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง
โสด	29	1.41	0.18	ดี
คู่	109	1.43	0.19	ดี
หม้าย/หย่าร้าง/ แยกกันอยู่	43	1.35	0.17	ดี

จากตาราง 24 แสดงว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลนครปฐม ที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงสุด ($\bar{X} = 1.41$, $s = 0.18$) รองลงมา ได้แก่ สถานภาพสมรสโสด ($\bar{X} = 1.41$, $s = 0.18$) และสถานภาพสมรสหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ ($\bar{X} = 1.35$, $s = 0.17$) ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่มสถานภาพสมรสมีพฤติกรรม การดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 25

ตาราง 25 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลนครปฐม จำแนกตามสถานภาพสมรส

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	2	0.19	0.10	2.82	0.06
ภายในกลุ่ม	178	6.05	0.03		
รวม	180	6.24			

จากตาราง 25 แสดงว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลนครปฐม ที่มีสถานภาพสมรสต่างกันต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 6 ที่ว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ตาราง 26 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลนครปฐม จำแนกตามการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม	n	\bar{X}	s	ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง
น้อย	8	1.35	0.14	ดี
ปานกลาง	55	1.29	0.18	ปานกลาง
มาก	118	1.47	0.16	ดี

จากตาราง 26 แสดงว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลนครปฐม ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองสูงสุด ($\bar{X} = 1.47$, $s = 0.16$) รองลงมา ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย ($\bar{X} = 1.35$, $s = 0.14$) และ ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ($\bar{X} = 1.29$, $s = 0.18$) ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่มมีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 27

ตาราง 27 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	1.32	0.66	23.95*	0.00
ภายในกลุ่ม	178	4.92	0.03		
รวม	180	6.24			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 27 แสดงว่า ผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาล นครปฐม ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 8 ที่ว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการ สนับสนุนทางสังคมต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ดังนั้นจึงนำผลการวิเคราะห์ที่ได้ไปทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธี ของนิวแมน-คูลส์ (Newman -Keuls method) ดังปรากฏตามตาราง 28

ตาราง 28 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมการดูแล ตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม จำแนกตาม การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม	มาก	น้อย	ปานกลาง
\bar{X}	1.35	1.41	1.43
มาก	1.35	0.06	0.08*
น้อย	1.41	-	0.03*
ปานกลาง	1.43	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 28 แสดงว่า ผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาล นครปฐม ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างจาก ผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากและน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากและน้อย ส่วนคู่อื่นๆพบว่าไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการ ดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม โดยหาค่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ดังปรากฏตามตาราง 29

ตาราง 29 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม

พฤติกรรมการดูแลตนเองกับ ความเชื่อทางด้านสุขภาพ	n	r	p
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	181	0.0627	0.40
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	181	0.1006	0.17
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ	181	0.3181*	0.00
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ	181	0.2668*	0.00

*มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

จากตาราง 29 แสดงว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 10 ที่ว่าความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรคซึ่ง ไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 8 และ 9 ส่วนความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 11 ที่ว่าความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สังเขปความมุ่งหมาย สมมุติฐาน และวิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาความเชื่อทางด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลนครปฐม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลนครปฐม ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และการสนับสนุนทางสังคม
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม

สมมุติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคที่มีเพศต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคที่มีอาชีพต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคที่มีรายได้ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
5. ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
6. ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
7. ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
8. ความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
9. ความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

10. ความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการดูแลตนเอง

11. ความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ จะมีความสัมพันธ์ทางลบกับ พฤติกรรมการดูแลตนเอง

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการในคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 181 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) และกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรยามานะ (Yamane, 1996 : 583)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองแบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส ซึ่งมีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจ สอบรายการ (Check list)

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถาม ความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง ของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้ อุปสรรคของการปฏิบัติ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ แบ่งเป็น เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย จำนวน 40 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งมีลักษณะ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคย หรือไม่สามารถปฏิบัติได้ จำนวน 20 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งมีลักษณะเป็น มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริงปานกลาง ไม่เป็นจริง จำนวน 20 ข้อ

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐมที่เป็นกลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 62.40 มีอายุมากกว่า 50 ปี ขึ้นไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.80 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.60 ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 44.80 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 3,000- 8,000 บาทต่อเดือนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 68.00 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 60.20 และได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 65.20

1.2 ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 87.30 มีความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 61.30 มีความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติของอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 90.10 และมีความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 65.20

1.3 ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อทางด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

2. ผลการทดสอบตามสมมุติฐาน

2.1 ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.2 ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.3 ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.4 ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.5 ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.6 ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.7 ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.8 ความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

2.9 ความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

2.10 ความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.11 ความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิก วัณโรคโรงพยาบาลนครปฐม อภิปรายผลได้ดังนี้

1. ศึกษาความเชื่อทางด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลนครปฐม

1.1 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม มีความเชื่อทางด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง โดยมีความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค ความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง แสดงว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่คลินิกวัณโรคมีความสนใจว่าวัณโรคเป็นโรคที่ต้องใช้ระยะเวลารักษานาน และมีภาวะแทรกซ้อนมากอาจก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต หรือมีผลกระทบต่อสุขภาพทางสังคมของตนเอง ซึ่งเมื่อมีอาการแสดงต่างๆเกิดขึ้นแล้วสังคมอาจจะ ไม่ยอมรับ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพที่ดีของตนเอง จึงทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อทางด้านสุขภาพทุกด้านอยู่ในระดับสูง ซึ่งการศึกษารั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พรรณทิพา เหมแหวน (2543 : 144-145) ที่ได้ศึกษา ตัวแปรบางประการจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการคลินิก ภูมิคุ้มกันแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความเชื่อทางสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรรัตน์ อมรชิวิน (2541 :100-107) ที่ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจพร ทองเที่ยงดี (2541 : 54) ที่ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของ ผู้ป่วยวัณโรคในศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรงพล ผุดผาด (2541 : 82) ที่ได้ศึกษา พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลราชบุรี ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้การต้านทานโรค/ การเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ พรรณทิพา เหมแหวน (2543 :114-115) ที่ได้ศึกษา ตัวแปรบางประการจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการคลินิกภูมิคุ้มกันแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการรับรู้ด้าน

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง และยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาของฮาร์วาร์ด ดวงแข (2541 : ง) ที่ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการติดต่อของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรค ผลการศึกษาพบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรค โดยรวมคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างต่ำเล็กน้อย

1.2 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคได้รับความรู้จากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ โดยมีการใช้สื่อต่างๆทั้งแผ่นพับ การจัดบอร์ด วิทยุทัศน์ การสอนแบบกลุ่ม การให้คำปรึกษา และในปัจจุบันมีสื่อต่างๆมากขึ้น เช่น โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ นอกจากนี้จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยวัณโรคได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 65.20 ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทต่อพฤติกรรมของบุคคลทั้งร่างกายและจิตใจ โดยแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมมีทั้งจากบุคคลในครอบครัว บุคคลใกล้ชิดที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยวัณโรคได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจึงทำให้เกิดกำลังใจ มีพลังความสามารถที่จะดูแล ตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของตนเอง จึงทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องการศึกษาของ ทรงพล ผุดผาด (2541 : 88) ที่ได้ศึกษา พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกวันพุธ โรงพยาบาลราชบุรี ผลการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ พรรณทิพา เหมแหวน (2543 : 114-115) ที่ได้ศึกษา ตัวแปรบางประการจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการคลินิกภูมิคุ้มกัน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมาก (ค่อนข้างไปทางปานกลาง) และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจพร ทองเที่ยงดี (2541 : 57) ที่ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคในศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับสูง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเพชรรัตน์ อมรชีวิน (2541 : 100-107) ที่ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการที่แผนก ผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลนครปฐม ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และการสนับสนุนทางสังคม

2.1 จำแนกตามเพศ

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรแก้ว กอวัฒนา (2531 : ข) ที่ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการชลอการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค โดยศึกษากับผู้ป่วยวัณโรคที่มาตรวจรักษา ณ สถานตรวจโรคปอดกรุงเทพฯ ผลการศึกษาพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์ต่อการชลอการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทรงพล ผุดผาด (2541 : 104) ที่ได้ศึกษา พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกวันพุธ โรงพยาบาลราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของอิศรา สุวธีรพันธ์ (2537 : ข) ที่ได้ศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค ณ สถานตรวจโรคปอด กรุงเทพฯ ผลการศึกษาพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค และยังสอดคล้องกับการศึกษาของพรณทิพา เหมแหวน (2543 : 132) ที่ได้ศึกษา ตัวแปรบางประการจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถ ในการควบคุมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการคลินิกภูมิคุ้มกัน แขนงผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

แต่การศึกษารุ่นนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของปวิวรรณ์ แสงพิทักษ์ (2541 : 65-70) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่าเพศมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด

ในการศึกษารุ่นนี้พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันทั้งนี้อาจเนื่องจาก ในปัจจุบันเพศหญิงมีโอกาสมอบอาชีพนอกบ้านมีการเข้าสังคมเช่นเดียวกับเพศชาย อีกทั้งยังมีเทคโนโลยีทางการสื่อสารที่ รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีการให้ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ มากมาย ทั้งทางวิทยุ โทรทัศน์ สิ่งพิมพ์ นิตยสาร ทำให้การศึกษาหาความรู้ง่าย สะดวก รวดเร็ว ไม่มีข้อจำกัด เรื่องวัน เวลา หรือสถานที่ จึงส่งผลให้ทุกคนมีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้ได้อย่างเท่าเทียมกัน ตัวแปรเพศจึงไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง

2.2 จำแนกตามอายุ

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 2 ที่ว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน การศึกษาคั้งนี้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอิสรา สุวีร์พันธ์ (2537 : ข) ที่ได้ศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค ณ สถานตรวจโรคปอด กรุงเทพฯ ผลการศึกษาพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค และสอดคล้องกับการศึกษาของ พรรณทิพา เหมแหวน (2543 : 132) ที่ได้ศึกษา ตัวแปรบางประการจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถ ในการควบคุมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการคลินิก ภูมิคุ้มกัน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี อายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

แต่การศึกษาคั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกอบแก้ว คุตตวิธ (2527 : ก-ข) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในวัยหนุ่มและวัยกลางคนมีการดูแลตนเองด้าน การรักษาอย่างสม่ำเสมอมากกว่าผู้สูงอายุ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสอดคล้องกับการ ศึกษาของกรแก้ว กอวัฒนา (2531 : 99) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ ชลอการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค โดยศึกษากับผู้ป่วยวัณโรคที่มาตรวจรักษา ณ สถานตรวจโรค ปอดกรุงเทพฯ ผลการศึกษาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ต่อการชลอการรักษา และไม่สอดคล้อง กับการศึกษาของปวีรพรรณ แสงพิทักษ์ (2541 : 65-70) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อ พฤติกรรมการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่าอายุ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด และยังไม่สอดคล้องกับ การศึกษาของประยงค์ สัจจงพงษ์ (2534 : 66) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้าน สุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ที่อยู่ในเขตอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี และเข้ารับการรักษาในคลินิกวัณโรคแผนก ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดำเนินสะดวก ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการดูแล ตนเอง

ในการศึกษาคั้งนี้พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ไม่แตกต่าง ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยภายในและปัจจัยอื่นๆ เช่น สิ่งแวดล้อม ค่านิยม ความ สนใจ อารมณ์ ความพร้อม ความตั้งใจ วัฒนธรรม และสื่อต่างๆที่ทำให้บุคคลมีความเชื่อที่ แตกต่างกันออกไป ซึ่งไม่เกี่ยวกับอายุ (ปิ่นทิพย์ บุญยชาติ. 2536 : 84) และในปัจจุบันมีการ ให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อต่างๆมากมาย ทั้งทางวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์และ เอกสารต่างๆ รวมทั้งมีการให้สุขศึกษา โดยมีนักวิชาการสุขศึกษา แพทย์ พยาบาล และ

เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมาตรวจและติดตามการรักษาทำให้บุคคลมีโอกาสดำเนินการความรู้ได้อย่างเท่าเทียมกัน และกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่มที่มีอายุ มากกว่า 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 34.80 และกลุ่มที่มีอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 26.00 ซึ่งเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะ มีการตัดสินใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลตนเอง รับผิดชอบการกระทำเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดี สามารถทำความเข้าใจต่อแผนการรักษาได้ง่าย เอาใจใส่ตนเองด้านสุขภาพและให้ความร่วมมือในการรักษาสูง (วิภาพร กาญจนราช. 2542 : 78) จึงทำให้ผู้ป่วยวัณโรคที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.3 จำแนกตามระดับการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 3 ที่ว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กอบแก้ว คุณตวัส (2527 : ก-ข) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง มีแนวโน้มจะกลับมารับรักษาโดยสม่ำเสมอว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ และสอดคล้องกับการศึกษาของจิรพรรณ รัฐประเสริฐ (2533 : 40) ที่ได้ศึกษา ลักษณะประชากร การรับรู้ และ สิ่งกระตุ้น พฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการมารับรักษาของผู้ป่วยวัณโรคในศูนย์วัณโรคเขต 3 ชลบุรี ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงมารับการรักษาต่อเนื่องมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ และ สอดคล้องกับการศึกษาของปวีร์วรรณ แสงพิทักษ์ (2541 : 65-70) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการมารับรักษาของผู้ป่วย วัณโรคปอด และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ประยงค์ สัจจงพงษ์ (2534 : 69) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในเขตอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี และเข้ารับการรักษาในคลินิกวัณโรค แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดำเนินสะดวก ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูง จะดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจพร ทองเที่ยงดี (2541 : 65) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคในศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานีผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค โดยสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ร้อยละ 4.96

แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกรแก้ว กอวัฒนา (2531 : 99) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการชลอการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค โดยศึกษา

กับผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษา ณ สถานตรวจโรคปอดกรุงเทพฯ ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์ต่อการชลอการรักษา และยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอิศรา สุวธีรพันธ์ (2537 : ข) ที่ได้ศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในพฤติกรรมมารับประทานยาของ ผู้ป่วยวัณโรค ณ สถานตรวจโรคปอด กรุงเทพฯ ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ พรรณทิพา เหมแหวน (2543 : 132) ที่ได้ศึกษา ตัวแปรบางประการจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการคลินิกภูมิคุ้มกัน แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีระดับการศึกษานุปริญญา มีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีการศึกษาระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาและมีมัธยมศึกษาซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของจรรยา สุวรรณทัต (เบญจพร ทองเที่ยงดี : 2541 : 66 ; อ้างอิงจาก จรรยา สุวรรณทัต. 2527 ; เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาพัฒนาเด็กและการเลี้ยงดู. หน้า 17.) ที่ว่า บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงมีโอกาที่จะเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถให้ตนเองเกิดเจตคติที่กว้างขวางมากขึ้นและจะให้ความร่วมมือในการรักษาสูงตามมาด้วย และสอดคล้องกับแนวคิดของโอเรม (Orem.1958 : 108-109) ที่กล่าวว่า การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะและการมีเจตคติต่อการดูแลตนเอง การศึกษายังช่วยส่งเสริมให้บุคคล มีความสามารถในการค้นหาความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองพัฒนามาจากความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองพัฒนามาจากการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต การใช้สติปัญญา การได้รับการสั่งสอน และประสบการณ์ในการดูแลตนเองและยังสอดคล้องกับ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532 : 173) ที่กล่าวว่าบุคคลที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้องด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อยกว่าเพราะผู้ที่มีการศึกษาดี ย่อมมีโอกาสประกอบอาชีพที่ดี มีรายได้สูง ส่งผลให้ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมดีขึ้น และมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์หรือ เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อ ส่งเสริมสุขภาพตนเอง ซึ่งต่างจากผู้ที่มีการศึกษาน้อย มักมีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำด้วย ดังนั้นปัจจัยด้านระดับการศึกษาจึงมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค โดยผู้ป่วยวัณโรคที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

2.4 จำแนกตามอาชีพ

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 4 ที่ว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรรณทิพา เหมแหวน (2543 : 132) ที่ได้ศึกษา ตัวแปรบางประการจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ที่มารับบริการคลินิก ภูมิคุ้มกัน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกอบแก้ว คุตตวัส (2527 : ก-ข) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีลักษณะอาชีพมีงานประจำ จะมีการดูแล ตนเอง ด้านการรักษาโดยสม่ำเสมอมากกว่าผู้ที่มีลักษณะอาชีพที่ต้องย้ายถิ่นบ่อย และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจากรุวรรณ ขัตติสุวรรณ (2528 : บทคัดย่อ) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยบางประการกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค ณ สถานตรวจโรคปอด กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะอาชีพมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของปวิวรรณ์ แสงพิทักษ์ (2541 : 65-70) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัด นครปฐม ผลการศึกษาพบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมมารับการรักษาของผู้ป่วย วัณโรคปอด และยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ประยงค์ สัจจงพงษ์ (2534 : 66) ที่ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากรกับ การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในเขตอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี และเข้ารับ การรักษาในคลินิกวัณโรค แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดำเนินสะดวก ผลการศึกษาพบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมดูแล ตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งน่าจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยและสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ได้แก่ การได้รับความรู้ จากแหล่งต่างๆที่ใกล้เคียงกัน กล่าวคือผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการในคลินิกทุกอาชีพจะได้รับความรู้จากทีมสุขภาพเป็นกลุ่ม ประกอบกับปัจจุบันเป็นยุคของเทคโนโลยีข้อมูลข่าวสาร ผู้ป่วย วัณโรคสามารถที่จะรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน การแสวงหาความรู้ เรื่องการดูแลสุขภาพผ่านสื่อมวลชนต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ ฯลฯ ทำให้บุคคลที่ประกอบ อาชีพต่างกันมีโอกาสได้รับความรู้และข้อมูลข่าวสารได้ไม่แตกต่างกัน จึงส่งผลให้ผู้ป่วยวัณโรค มีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.4 จำแนกตามรายได้

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่แตกต่างกันซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 5 ที่ว่าผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อิศรา สุวีริพันธ์ (2537 : ข) ที่ได้ศึกษา ประสิทธิภาพของ

โปรแกรมสุขศึกษาในพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค ณ สถานตรวจโรคปอด กรุงเทพฯ ผลการศึกษาพบว่ารายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค และยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ พรณทิพา เหมแหวน (2543 : 132) ที่ได้ศึกษา ตัวแปรบางประการจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการคลินิกภูมิคุ้มกัน แผลงผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวดี สุวรรณนาคะ (2527 : 70) ที่ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรค กับพฤติกรรมของผู้ป่วยตับอักเสบจากไวรัสตับอักเสบบี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยตับอักเสบบีจากไวรัสตับอักเสบบีที่มีรายได้สูงมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยดีกว่ากลุ่มที่มีรายได้ต่ำ และยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกรแก้ว กอวัฒนา (2531 : 99) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค โดยศึกษากับผู้ป่วยวัณโรคที่มาตรวจรักษา ณ สถานตรวจโรคปอดกรุงเทพฯ ผลการศึกษาพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคและไม่สอดคล้องกับการศึกษาของปวีวรรณ แสงพิทักษ์ (2541 : 65-70) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่าสภาพเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด และยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ประยงค์ สัจจงพงษ์ (2534 : 66) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในเขตอำเภอรัตนวาปี จังหวัดราชบุรี และเข้ารับการรักษาในคลินิกวัณโรค แผลงผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลดำเนินสะดวก ผลการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องจากการรักษาวัณโรคเป็นการบริการโดยไม่คิดมูลค่าและการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลและทีมสุขภาพ จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงอันตรายของโรค ผู้ป่วยจึงพยายามติดตามการรักษาเชื่อฟังคำแนะนำ และปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่ ทำให้การเดินทางมารับการตรวจรักษาสะดวก ไม่เสียค่าใช้จ่ายมาก ถึงแม้จะอยู่ในภาวะเศรษฐกิจถดถอยก็ตาม ผู้ที่มีรายได้ต่ำ หรือมากก็สามารถมารับการตรวจรักษาได้เหมือนกัน จึงทำให้ผู้ป่วยวัณโรคที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.4 จำแนกตามสถานภาพสมรส

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 5 ที่ว่า

ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรรณทิพา เหมแหวน (2543 : 132) ที่ได้ศึกษา ตัวแปรบางประการจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการคลินิกภูมิคุ้มกันแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ บราวน์ และแมค กริตตี (พรรณทิพา เหมแหวน.2543 : 84 ; อ้างอิงจาก Brown & Mc. Greedy. 1986. *Reserch in nursing and health*. p.317-329) ที่ได้ศึกษาพบว่า ชายที่มีสถานภาพสมรสคู่และหญิงที่เป็นโสดจะมีพฤติกรรมในด้านการป้องกันโรคได้ดีกว่าเพศชายที่โสดและหญิงที่มีสถานภาพการสมรสคู่

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันอาจเนื่องจากสภาพสังคมไทยในชนบทเป็นสังคมที่มีความสัมพันธ์กันระหว่างพี่น้องและครอบครัว มีการช่วยเหลือเกื้อหนุนกัน จากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว ในครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยายมีความสัมพันธ์ต่างกันไม่มากนัก ยังมีการช่วยเหลือและสนับสนุนอยู่เหมือนเดิมแม้ว่าคู่สมรสจะแยกมาเป็นครอบครัวเดี่ยวแล้วก็ตาม แต่บุคคลเหล่านี้ไม่ได้ปฏิบัติตามลำพัง เพราะสังคมไทยอยู่กันอย่างเครือญาติไม่ค่อยขาดคนช่วยเหลือ (วิภาพร กาญจนราช. 2542 : 82)และยังมีการติดต่อสื่อสารกับเพื่อนบ้านทำให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลอื่นมาก ดังนั้นสถานภาพสมรสจึงไม่เป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งวิภาพร กาญจนราช (2542 : 25) กล่าวว่าไว้ว่าสถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่ำในการดำรงชีวิตตน โดยเฉพาะด้านความรู้สึก ความคิด ความเชื่อ รวมถึงการปฏิบัติตนตามการพัฒนาของชีวิต ดังนั้นผู้ป่วยวัณโรคที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.5 จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 6 ที่ว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปวีรรุจน์ แสงพิทักษ์ (2541 : 65-70) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด และยังสอดคล้องกับการศึกษาของประยงค์ สัจจงพงษ์ (2534 : 66) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากรกับการดูแลตนเองของ

ผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในเขตอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี และเข้ารับการรักษาในคลินิกวัณโรค แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดำเนินสะดวก ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินพฤติกรรมกรรมการสนับสนุนทางด้านสิ่งของและเงินมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค

แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กรแก้ว กอวัฒนา (2531 : ก-ข) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการชลอการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค โดยศึกษากับผู้ป่วยวัณโรคที่มาตรวจรักษา ณ สถานตรวจโรคปอดกรุงเทพฯ ผลการศึกษาพบว่า บทบาทบุคคลสำคัญในการแนะนำแหล่งรักษาไม่มีความสัมพันธ์ต่อการชลอการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง มีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองดีกว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก และน้อย ซึ่งโดยปกติบุคคลทั่วไปมักคาดหวังว่าเมื่อตนเจ็บป่วย หรือมีความทุกข์จะมีคนคอยดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากสมาชิกในครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ฉัตรวลัย ใจอารีย์. 2533 : 84) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลตนเอง เพราะการสนับสนุนทางสังคมหรือความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นจะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดีมีอารมณ์มั่นคง สามารถต่อสู้กับปัญหาต่างได้ดีขึ้น จึงต้องการการยอมรับและเห็นคุณค่า การมีส่วนร่วมและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยการทำกิจกรรมในครอบครัวและได้รับการสนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคม อาจกล่าวได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อมั่นว่ามีคนรักและสนใจ มีคนยกย่อง มองเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความรักและความผูกพันซึ่งกันและกัน (Cobb.1976 : 300) เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ต้องใช้ระยะเวลาในการนาน และพยาธิสภาพของโรคทำให้ผู้ป่วยมีร่างกายอ่อนแอลงไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติจึงทำให้ ผู้ป่วยเกิดความเครียด รวมทั้งเกิดความวิตกกังวล ไม่มั่นใจในตนเอง กลัวการถูกทอดทิ้งหรือรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ต้องเป็นภาระให้ผู้อื่นดูแล ดังนั้นการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ จากญาติ และผู้ใกล้ชิดโดยการให้ความรัก ความห่วงใย การดูแลเอาใจใส่ ช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงินทอง การพามาตรวจตามนัด การกระตุ้นเตือนเรื่องการรับประทานยาจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ อบอุ่น คลายความวิตกกังวลลงได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตน และดูแลตนเองได้ดีขึ้น แต่ในสภาพความเป็นจริงผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับจ้างและเกษตรกรกรรมเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งครอบครัวลักษณะนี้ส่วนใหญ่มุ่งทำงานหารายได้เพื่อเลี้ยงชีพ ไม่ค่อยมีเวลามาดูแลผู้ป่วยมากนัก ทำให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพชีวิตของตนเองมากกว่าผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมดี ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะคอยให้ผู้อื่นมาดูแลและพาไปรักษาที่โรงพยาบาล โดยตนเองไม่พยายามที่จะสนใจที่จะรักษาอย่างจริงจัง ส่วนผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อยทำให้ขาดโอกาสที่จะมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพราะจากการศึกษาพบว่า

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไปทำให้มีปัญหาอุปสรรคในการมาพบแพทย์เพื่อรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้การสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยวัณโรคได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม

3.1 จำแนกตามความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

ผลการศึกษาพบว่าความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 8 ที่ว่า ความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรพรรณ รัฎฐประเสริฐ (2533 : 40) ที่ได้ศึกษา ลักษณะประชากร การรับรู้ และสิ่งกระตุ้นพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการมารักษาของผู้ป่วยวัณโรคในศูนย์วัณโรคเขต 3 ชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พิรพร ดวงแก้ว (2538 : ก-ค) ที่ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาเกี่ยวกับการมารับยาและตรวจตามแพทย์นัด และไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรับประทานยาและพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สมใจ ยิ้มวิไล (2531 : ก-ข) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กรแก้ว กอวัฒนา (2531 : 99) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรชลอการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค โดยศึกษา กับผู้ป่วยวัณโรคที่มาตรวจรักษา ณ สถานตรวจโรคปอดกรุงเทพฯ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคปอด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรชลอ การรักษาของผู้ป่วยวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อิศรา สุวธีรพันธ์(2537 : ข) ที่ได้ศึกษา ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในพฤติกรรมกรรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค ณ สถานตรวจโรคปอด กรุงเทพฯ ผลการศึกษาพบว่ากรรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค และยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ พิรพร ดวงแก้ว (2538 : ก-ค) ที่ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา เกี่ยวกับพฤติกรรมมารับประทานยา การมารับยาและตรวจตามแพทย์นัด

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะวัณโรคเป็นโรคที่มีอาการของโรคระยะแรกของผู้ป่วยยังไม่ชัดเจน โดยมีอาการเล็กน้อยคล้ายเป็นหวัด และไม่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตมากนัก ซึ่งผู้ป่วยอาจคิดว่าเป็นอาการที่ไม่รุนแรง และสามารถรักษาให้หายขาดได้ถ้าใช้การรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ผู้ป่วยไม่กังวลใจเกี่ยวกับการที่จะเป็นโรคซ้ำได้อีก ถึงแม้จะมีการประชาสัมพันธ์ถึงอันตรายของโรคนี้ก็ตาม แต่เมื่อผู้ป่วยยังไม่พบกับสถานการณ์ ดังกล่าว จึงทำให้ผู้ป่วยไม่สนใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองว่าเมื่อขาดการรักษา หรือปฏิบัติตน ไม่ถูกต้อง อาการของโรคจะรุนแรงขึ้น หรืออาจกลับเป็นซ้ำได้ ดังนั้นความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค จึงไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง

3.2 จำแนกตามความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค

ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 9 ที่ว่า ความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรพรรณ รัฐประเสริฐ (2533 : 40) ที่ได้ศึกษา ลักษณะประชากร การรับรู้ และสิ่งกระตุ้นพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการมารับรักษาของผู้ป่วยวัณโรคในศูนย์วัณโรคเขต 3 ชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด และสอดคล้องกับการศึกษาของ ประยงค์ สัจจงษ์ (2534 : 66) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในเขตอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี และเข้ารับการรักษาในคลินิกวัณโรค แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดำเนินสะดวก ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สมใจ ยิ้มวิไล (2531 : ก-ข) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง

แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กรแก้ว กอวัฒนา (2531 : ก-ข ,26) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการชลอการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค โดยศึกษากับผู้ป่วยวัณโรคที่มาตรวจรักษา ณ สถานตรวจโรคปอดกรุงเทพฯ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความร้ายแรงของวัณโรคปอดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการชลอ การรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อิศรา สุวธีพันธ์ (2537 : ข) ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค ณ สถานตรวจโรคปอด กรุงเทพฯ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคมีความ

สัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค

ในการศึกษานี้พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะวัณโรคเป็นโรคที่มีอาการค่อยเป็นค่อยไป และจะแสดงอาการไอเรื้อรัง ซึ่งเมื่อมีอาการมากขึ้นจึงจะพบอาการมีเสมหะไอปนเลือดออกมา แต่เมื่อได้รับการรักษาได้เพียง 2 สัปดาห์ ก็จะมีอาการทุเลาลง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงคิดว่าตนเองหายป่วยแล้ว จึงไม่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรค หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาอาจทำให้การรับรู้ในด้านสุขภาพน้อยกว่าผู้ป่วยในกลุ่มอื่น จึงไม่เห็นความสำคัญของความรุนแรงของโรคที่จะเกิดกับตน ซึ่งอาจเป็นผลให้ความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง

3.3 จำแนกตามความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ

ผลการศึกษาพบว่าความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 10 ที่ว่า ความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเอง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กรแก้ว กอวัฒนา (2531 : 99) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค โดยศึกษากับผู้ป่วยวัณโรคที่มาตรฐานรักษา ณ สถานตรวจโรคปอดกรุงเทพฯ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำมาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ประยงค์ สัจจงพงษ์ (2534 : 66) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในเขตอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี และเข้ารับการรักษาในคลินิกวัณโรค แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดำเนินสะดวก ผลการศึกษพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วย

แต่ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สมใจ ยิ้มวิไล (2531 : ก-ข) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด ผลการศึกษพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตรพรรณ รัฐประเสริฐ (2533 : 40) ที่ได้ศึกษา ลักษณะประชากร การรับรู้ และสิ่งกระตุ้นพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการมารักษาของผู้ป่วยวัณโรคในศูนย์วัณโรคเขต 3 ชลบุรี ผลการศึกษพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด สอดคล้องกับการศึกษาของ อิศรา สุวธีรพันธุ์ (2537 : ข) ที่ได้ศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษา ในพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค ณ สถานตรวจโรคปอด กรุงเทพฯ ผลการศึกษพบว่า การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับรักษาของผู้ป่วยวัณโรค

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ เป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา โดยปกติบุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เชื่อว่าจะเป็นผลดีมากกว่าผลเสียและจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำถ้าเขามีความเชื่อว่าการปฏิบัติ นั้นจะมีประสิทธิภาพต่อการป้องกันหรือการรักษาโรค สำหรับผู้ป่วยวัณโรคซึ่งเป็นโรคติดต่อที่สามารถแพร่กระจายได้ง่ายหากไม่มีการปฏิบัติที่ถูกต้อง จึงทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตนให้ห่างไกลจากผู้อื่น ซึ่งการปฏิบัติตนนั้นเป็นการยากเนื่องจากผู้ป่วยต้องมีสังคม มีครอบครัวใกล้ชิด การระวังไม่ให้เกิดการแพร่เชื้อโรคไปยังบุคคลอื่นนั้น จำเป็นต้องมีวิธีการในการป้องกันตนเองอย่างเหมาะสม และพยายามดูแลตนเองตามคำแนะนำของแพทย์และเจ้าหน้าที่อย่างเคร่งครัด ซึ่งจะทำให้สุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้นและทำให้บุคคลอื่นปลอดภัยจากการติดต่อจากผู้ป่วย ดังนั้นถ้าผู้ป่วยสนใจดูแลสุขภาพตนเอง และปฏิบัติตนได้ถูกต้อง จะมีส่วนสำคัญที่ทำให้อาการเจ็บป่วยนั้นหายได้เร็วขึ้น ดังนั้นความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

3.4 จำแนกตามความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ

ผลการศึกษาพบว่าความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 11 ที่ว่า ความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สมใจ ยิ้มวิไล (2531 : ก-ข) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด ผลการศึกษพบว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ประยงค์ สัจจงพงษ์ (2534 : 66) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในเขตอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี และเข้ารับการรักษาในคลินิกวัณโรค แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดำเนินสะดวก ผลการศึกษพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง

แต่ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จีรพรรณ วัชรประเสริฐ (2533 : 40) ที่ได้ศึกษา ลักษณะประชากร การรับรู้ และสิ่งกระตุ้นพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการมารับรักษาของผู้ป่วยวัณโรคในศูนย์วัณโรคเขต 3 ชลบุรี ผลการศึกษพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งขัดแย้งกับความเป็นจริงที่ว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ได้แก่ การรับรู้ถึงความไม่สะดวก ค่าใช้จ่ายราคาแพง ความอาย ฯลฯ

ฉะนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติในสิ่งที่แพทย์แนะนำหรือไม่นั้นจะขึ้นอยู่กับความซึ้งน้ำหนักข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมดังกล่าว โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติสิ่งที่เชื่อว่ามีผลดีมากกว่าผลเสีย ซึ่ง โรเซนสต็อก (เพชรรัตน์ อมรชิวิน. 2541 : อ้างอิงจาก ; Rosenstock . 1974 . *Health education monographs*. p. 331) กล่าวถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติว่าจะเป็นสิ่งที่เกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจ ถ้าบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติสูง จะเกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจยากต่อการแก้ไข จะทำให้มีพฤติกรรมที่จะหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ ดังนั้นปัจจัยความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติจึงควรจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่อายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป จบการศึกษาระดับประถมศึกษา อาจมีผลให้ทำความเข้าใจกับแผนการรักษาค่อนข้างยาก เนื่องจากวัณโรคเป็นโรคที่ต้องใช้ระยะเวลารักษานาน ต้องรับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ ถ้าหากขาดยาจะส่งผลให้เกิดการดื้อยา หรือกลับเป็นซ้ำได้อีก และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษา และการสนับสนุนทางสังคมต่างกันจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกัน และความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางบวกกับการดูแล ตนเอง จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยขอเสนอแนะดังนี้

1. จัดให้มีการแนะนำ และให้ความรู้ กลุ่มญาติอย่างสม่ำเสมอทุกครั้งที่มาตรวจรักษา เพราะผู้ป่วยอายุมาก อาจต้องพึ่งพาญาติในการดูแล เช่น การจัดยา การพามาตรวจรักษา การทำลายเสมหะ ฯลฯ และเนื่องจากวัณโรคเป็นโรคที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน และเป็นโรคติดต่อที่ติดต่อกันได้ง่ายหากปฏิบัติไม่ถูกวิธี

2. จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัณโรค ที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกันมีพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกัน ซึ่งปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ได้ผลดีคือ ระบบการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) ดังนั้นจึงควรมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด โดยจัดให้บุคคลกลุ่มดังกล่าวมีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้ เช่น การดูแลเรื่องรับประทานยา การมารับยา ฯลฯ

3. จากการศึกษาพบว่าความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง ดังนั้นจึงควรมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยวัณโรคหลาย ๆ รูปแบบ ทั้งการให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคล แบบกลุ่ม การจัดบอร์ด สิ่งพิมพ์ วิดีทัศน์ ฯลฯ โดยเน้นให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยหายจากโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับระบบการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS) เช่น บุคคลที่เหมาะสมที่ช่วยให้การรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS) ได้ผลมากที่สุด ปัญหาที่เกิดจากการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS) เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษารูปแบบการให้ความรู้ที่เหมาะสมในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยวัณโรค เช่น ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษารูปแบบต่างๆ สื่อการสอนสุขศึกษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยวัณโรค เป็นต้น
3. ควรมีการศึกษาด้านอื่นๆ ของผู้ป่วยวัณโรค เช่น สุขภาพจิต วิถีชีวิต

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรแก้ว กอวัฒนา. (2531). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการชลอการรักษาของผู้ป่วย
วัณโรค. ปริญญาณีพนธ์ สสม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร
- กาญจนา บุญทับ. (2534). ปัจจัยพื้นฐานบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมและความ
สามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ วทม. (พยาบาลศาสตร์).
กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2541). แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ. กรุงเทพฯ :
ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- _____ . (2542). แนวคิด ทฤษฎีและการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุขศึกษาและ
พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ : กองสุขศึกษา.
- กองวัณโรค. (2534). รายงานการสัมมนาวิชาการวัณโรคระดับชาติครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ :
ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- _____ . (2538?). รายงานประจำปีงบประมาณ 2538. กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์
การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กองสุขศึกษา . (2541ก). นโยบายการสุขศึกษาแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่2. นนทบุรี : โรงพิมพ์
กองสุขศึกษา.
- _____ . (2541ข). แนวปฏิบัติเพื่อสนองนโยบายสาธารณสุขในการดำเนินงานสุขศึกษา
และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์
ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- _____ . (2532, เมษายน-กันยายน). "การสอนสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ,"
ข่าวสุขศึกษา. 4(2) : 38-43.
- กอบแก้ว คุดตวัส. (2527). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วย
วัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์ สสม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.

- เกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์. (2540). "การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคอย่างรวดเร็ว : การศึกษารูปแบบ
ที่ให้ประชาชนมีส่วนร่วม," ใน รายงานการสัมมนาวิชาการวัณโรค ประจำปี 2540.
บรรณาธิการโดย เพ็ญศรี ปัญญาตั้งสกุล และคณะ. หน้า74-75. กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ขนิษฐา เรืองมณีเดชะ. (2529). ปัจจัยที่มีกระทบต่อการมารับการรักษาไม่สม่ำเสมอของผู้ป่วย
วัณโรคของจังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ วทม. (โรคติดต่อ). กรุงเทพฯ : บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อุดສຳເນາ.
- จรรยา สุวรรณทัต. เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาพัฒนาเด็กและการเลี้ยงดูเด็ก หน่วยที่
8-15. กรุงเทพฯ : ชวนพิมพ์.
- จารุวรรณ ชันดีสุวรรณ. (2528). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับ
ความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์ วทม. (พยาบาล
อายุรศาสตร์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- จินตนา เหลืองสุลัย. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และเจตคติต่อโรคกับ
พฤติกรรมการป้องกันการติดโรคเอดส์ของวัยรุ่น ในชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในกรุงเทพ
มหานคร. วิทยานิพนธ์ วทม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. อุดສຳເນາ.
- จิรพรรณ วัฏประเสริฐ. (2533). การศึกษาลักษณะประชากร การรับรู้และสิ่งกระตุ้น
พฤติกรรมที่มารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคในศูนย์วัณโรคเขต 3 จังหวัดชลบุรี.
วิทยานิพนธ์ วทม. (แพทยศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย. อุดສຳເນາ.
- จิราพร ถนอมกล่อม. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทาง
สังคม และปัจจัยทางชีวสังคม ที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงวัย
เจริญพันธุ์ ผู้สงสัยถูกข่มขืนที่มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุ ของ
โรงพยาบาลตำรวจ. วิทยานิพนธ์ กศม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- จิรภา หงษ์ตระกูล. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม
กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ.
วิทยานิพนธ์ วทม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- นัตรวลัย ใจอารีย์. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแล
สุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาล
ศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2541). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์เทพเนรมิต.
- ดรุณี คุณศรี. (2537). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานค้นหาผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
สุระระดับตำบล ในจังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (บริหารสาธารณสุข). กรุงเทพฯ
: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ตรีนาช โกวิทเจริญตระกูล. (2542). การดูแลตนเองโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการใน
ศูนย์สมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ กศ.ม.
(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- ทรงพล ผุดผาด. (2541) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มาติดตามการรักษาที่
คลินิกวันพุธ โรงพยาบาลราชบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- ทวีสิทธิ์ สิทธิกร. (2531). การสอนสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- ทัศนีย์ หงษาครประเสริฐ. (2540). ประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพ
ตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
ถ่ายเอกสาร.
- ธรรวรรณ อิ่มสมบูรณ์. (2528, เมษายน-พฤษภาคม). "การประเมินผลงานสุขศึกษาใน
โรงเรียน : กระบวนการวิเคราะห์ห้อย่างเป็นระบบ," วารสารสุขศึกษา. 8(29) : 24-26.
- ธรรรัตน์ ดวงแข. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการ
ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อกันของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรค.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- ธิดา กิจจาชาญชัยกุล. (2542). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงบันดาลใจ
ทางสังคมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
โรงพยาบาลขามทะเลสอ จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุข
ศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- นภัสวรรณ อินประสิทธิ์. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับ
พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อของคณงานโรงโม่หิน จังหวัดสระบุรี. วิทยา
นิพนธ์วท.ม. (พยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
อัดสำเนา.
- นัตตา ศรียาภัย. "บทบาทหน้าที่จำเป็นของการตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ในด้านคลินิก
และด้านการควบคุมวัณโรค," (กรกฎาคม-กันยายน 2542). วารสารวัณโรคและ
ทรวงอก. 20(3) : 135-142.
- นิตยา เย็นจำ. (2535). ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพของ
บุคคลากรชายในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ:
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- นิตยา ภาสุนันท์. (2529). ความร่วมมือระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการ
ดูแลตนเองกับความร่วมมือกับการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์
วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
อัดสำเนา.
- นิภา มนูญปัจ. (2528). การวิจัยทางสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษร
บัณฑิต.
- นิภาวัลย์ สุวรรณสุรงค์. (2541). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของ
ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ. ปริญญาโท กศ.ม. (สุขศึกษา).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
ถ่ายเอกสาร.
- นรินาท วิทย์โชคกิติคุณ. (2534). ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของ
ผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- บัญญัติ ปรัชญานนท์, และคณะ. (2542). วัณโรค. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- บานเย็น สวณไทย. (2528, กรกฎาคม- กันยายน). "การให้สุขศึกษาและติดตามการช่วยเหลือทางเศรษฐกิจกับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค," *วารสารโรคติดต่อ*. 11(3) : 240-245.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2527). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์พระนคร.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. (2528). "จิตวิทยาสังคมกับสาธารณสุข". *เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยาการแพทย์ หน่วยที่ 9-15*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- บุษกร สุรังสรรค์. (2536). *แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางเสียงของตำรวจจราจรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จราจรหนาแน่น ในเขตกรุงเทพมหานคร*. ปรินญาณีพันธ์ วทม. (พยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เบญจพร ทองเที่ยงดี . (2541). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ในศูนย์วัณโรค เขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี*. ปรินญาณีพันธ์ กศม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- ปิ่นทิพย์ บุญชาติ. (2536). *ความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้ป่วยหญิงที่มาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ดรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 ราชบุรี*. ปรินญาณีพันธ์ กศม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- ประคอง กรรณสุด. (2525). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล.
- ประชุม หงษ์เทียมทอง, และคณะ. (2534). "ความชุกของการติดเชื้อไวรัสเอดส์ในผู้ป่วยวัณโรคปอดของผู้โรงพยาบาลโรคทรวงอก," *วารสารโรคติดต่อ*. 17(เมษายน-มิถุนายน 2542) : 78.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ. (2536). *พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจ้าพระยา.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2532). *ทัศนคติ : การวัด การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ธีระพัฒนา.

- _____ . (2534ก). "การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ," ในเอกสารการสอนชุดวิชา สุขศึกษาหน่วยที่1-7 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. หน้า202-204. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- _____ . (2534ข). "องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ," ในเอกสารการสอนชุด วิชาสุขศึกษาหน่วยที่1-7 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. หน้า173-185. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- ประมวญ สุนากร. (2535). *วัณโรคในเด็ก*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ดีไซด์.
- ประยงค์ สัจจงพงษ์. (2534). *ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและลักษณะของ ประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดในเขตอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัด ราชบุรี*. ปรินญาณินพนธ์ วทม. (พยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ปวีร์วรรณ แสงพิทักษ์. (2541). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดนครปฐม*. นครปฐม : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครปฐม.
- ปรีชา วิชิตพันธ์, เปรม บุรี และวัลลี สัตยาพันธ์. (2542). *การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคใน ภาวะการระบาดของโรคเอดส์*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน.
- พรรณี หัสภาค และคณะ. "ผลการรักษาวัณโรคในผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV ด้วย ฌ สำนักสงฆ์ วิเวกนาครม อำเภอสะเตา จังหวัดสงขลา," (กรกฎาคม-กันยายน 2542). *วารสาร วัณโรคและทรวงอก*. 20(3) : 179-184.
- พรรณทิพา เหมแหวน. (2543). *ตัวแปรบางประการจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพกับการรับ รู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ ที่มารับบริการคลินิกภูมิคุ้มกัน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. ปรินญา นินพนธ์ กสม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรี นครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2538). *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล.
- พัฒนา โพธิ์แก้ว และคณะ. "วัณโรคในเรือนจำกลางเชียงใหม่," (ตุลาคม-ธันวาคม 2542). *วารสารวัณโรคและทรวงอก*. 20(4) : 243-255.

- พิรพร ดวงแก้ว. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ สศม. ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- เพชรรัตน์ อมรชีวิน. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ กศม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- เพ็ญศรี เกิดนาค. (2537). สีลาชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง : กรณีศึกษาจังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- เพียงใจ สุวิริยะไพศาล. (2542). ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ในโรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ กศม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- ไพศาล หวังพานิช. (2526). การวัดผลการศึกษา. กรุงเทพฯ : อักษรเจริญทัศน์.
- ภัทรา จุลวรรณ. (2528). ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคจังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ วทม. (พยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- มณฑนา เจริญกุล. (2534). แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วทม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. บัณฑิตวิทยาลัย. (2540ก). คู่มือการใช้ต้นแบบเอกสารสำหรับการพิมพ์วิทยานิพนธ์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สันติศิริ.
- _____ . บัณฑิตวิทยาลัย.. (2540ข). คู่มือการเรียบเรียงวิทยานิพนธ์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์วิชัยพาณิชย์.

- มัลลิกา ตั้งเจริญ. (2534). การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อ
ป้องกันการติดเชื้อในหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์วทม. (พยาบาล
สาธารณสุข). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- มัลลิกา มัติโก. (2530). "แนวความคิดและการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเอง," ใน การดูแล
สุขภาพตนเอง : ทัศนะทางสังคมวัฒนธรรม. บรรณาธิการโดย ทิพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์,
เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ และอรรัญญา ปุณฺณ. หน้า1-24. นครปฐม : ศูนย์ศึกษา
นโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาลินี จรูญธรรม. (2541). การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดต่อเนื้อครั้งแรก ณ โรงพยาบาลรามารบตี. วิทยานิพนธ์
วทม. (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เยาวรัตน์ ศุภกรรม. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการ
ปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษา
ปีที่ 6 ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ กศม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- รายงานประจำปีของโรงพยาบาลนครปฐม ปีงบประมาณ 2542. (2542). นครปฐม : โรงพิมพ์
มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- รุ่งศรี ยุ่งทอง. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ค่านิยมทางสุขภาพกับ
พฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ของพนักงานบริการในสถานเริงรมย์ ในจังหวัดราชบุรี.
วิทยานิพนธ์ วทม. (พยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- รุ่งศรี ศศิธร. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุม
ทางสุขภาพกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานของคนงาน
ก่อสร้างในบริษัทรับเหมาก่อสร้างบางแห่ง จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ วทม.
(พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.. ถ่ายเอกสาร.
- โรงพยาบาลนครปฐม. (2542). นครปฐม : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยศิลปากร.

- วัลภา ผิวทน. (2527). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตน -
ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดต่อ
ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมกับการให้ความร่วมมือของมารดาในการนำ
เด็กก่อนวัยเรียน มารับภูมิคุ้มกัน. ปรินญาณิพนธ์ วทม. (พยาบาลศาสตร์).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538, กุมภาพันธ์-มีนาคม). "ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย : เรื่องง่ายๆ ที่
บางครั้งก็พลาดได้," *ข่าวสารการวิจัยการศึกษา*. 18(3) : 8-10.
- . (2524). *สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย*. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- วิภาพร กาญจนราช. (2542). การดูแลตนเองของผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังที่มารับบริการในหน่วยอายุร
กรรม โรงพยาบาลศิริราช. ปรินญาณิพนธ์ กศม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- วิรัตน์ ศรีนพคุณ. (ม.ป.ป.). *การประเมินผลสุศึกษา HE514 (เอกสารประกอบคำสอน)*. กรุงเทพฯ :
ภาควิชาสุศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- ศิริณา วังมณี. (2539). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการต้านยาปฏิชีวนะของเชื้อวัณโรค*. วิทยา
นิพนธ์ วทม. (สาขาวิชาเอกโรคติดต่อ). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ศิริพร พงษ์โกคา. (2532). *การศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติ
ตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรคตับอักเสบ
ไวรัสบี*. วิทยานิพนธ์ วทม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). *การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์พยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์วี เจ พรินติ้ง.
- สมชัย บวรกิตติ, และ คณะ. (2532). *วัณโรคนอกปอด*. กรุงเทพฯ : อักษรสมัย.
- สมใจ ยัมวิไล. (2531). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับ
การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด*. วิทยานิพนธ์ วทม. (พยาบาลศาสตร์).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- สมทรง ศุภศิลป์. (2529). *ความเชื่อและปัจจัยทางสังคม- เศรษฐกิจที่มีผลต่อการป้องกันโรค
อุจจาระร่วงของมารดาและบุตรในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. วิทยานิพนธ์
วทม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.

- สายันต์ เกตุแก้ว. (2533). ประเมินผลการติดตามผู้ป่วยวัณโรคที่ขาดการรักษาสถานตรวจโรคปอด กรุงเทพฯ. วารสารวัณโรคและทรวงอก. 15(4) 245-251.
- สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2538). "สถานการณ์และ การควบคุมวัณโรคในประเทศไทย," กรุงเทพฯ : ชีวน้ำพรีนติ้ง.
- สมาคมโรคติดต่อแห่งประเทศไทย. (2540). ประสบการณ์ด้านโรคติดต่อในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.
- สาโรจน์ ตาลผาด. (2539). ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดวัณโรคปอดในประชาชนอำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์. ปรินท์งานพิมพ์ สคม. (สาธารณสุขศาสตร์). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2534). การจำแนกประเภทอาชีพ. กรุงเทพฯ : สำนักงานฯ.
- สำนักวิชาการ, กระทรวงสาธารณสุข. (2541). การรักษาวัณโรค: แนวทางแผนงานระดับชาติ. (2541). กรุงเทพฯ : พรอทโทกราฟฟิค ดีไซน์ต์.
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. (2542ก). การประเมินผลการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ เพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี2543 (พ.ศ.2535-2539). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- _____. (2542ข). สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2540. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- เสริม วินิจฉัยกุล. (2535). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. กรุงเทพฯ : อักษรเจริญทัศน์.
- สุกัญญา ณรงค์วิทย์. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันกามโรคในหญิงอาชีพพิเศษ. วิทยานิพนธ์ วทม.(พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุขสันต์ จิตติมณีและคณะ. "การแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทย," (กรกฎาคม-กันยายน 2542). วารสารวัณโรคและทรวงอก. 20(1) : 11-29.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (2534). ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคม. พิมพ์ครั้งที่7. กรุงเทพฯ : ภาพพิมพ์.
- สุชาติ โสมประยูร. (2525). การสอนสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.

- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. (2539). การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ : สำนัก
คอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- สุรณีย์ ช้างเสวก. (2539). การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการจัดกิจกรรมกลุ่ม
ผู้ป่วยและญาติ เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองที่บ้านหลังการรักษาด้วยเลเซอร์ ณ
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรมการแพทย์ทหารบก. วิทยานิพนธ์ วทม.
(พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุรินทร กลัมพากร. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับ
พฤติกรรมการใช้เข็มขัดนิรภัยของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์สาธารณะในเขตกรุงเทพ
มหานคร. วิทยานิพนธ์ วทม.(พยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุรี โอภาสศิริวิทย์. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์
โรงพยาบาลรัฐบาล ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วทม.
(พยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- สุวิมล ฤทธิ์มนตรี. (2534). การศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรม
สุขภาพเพื่อการป้องกันโรคในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสบี. วิทยานิพนธ์
วทม.(พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
ถ่ายเอกสาร.
- ✓
อดุลย์ วิริยะเวชกุล และคณะ. (2540). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ในประเด็น
การศึกษาภาวะสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของ
ผู้สูงอายุ พื้นที่การศึกษาในเขตภาคกลาง. กรุงเทพฯ : แอลพีเพรส.
- อรชร ศรีไทรล้วน. (2541). ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรก
ซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร. ปริญญาโท
กศม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทร วิโรฒ
ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- ✓
อรพิน รังษีสากร. (2542). พฤติกรรมการป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนของประชาชน
อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่. ปริญญาโท กศม. (สาธารณสุข). เชียงใหม่ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

- อังคณา นวलयง. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์. วทม. (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- อัสรา อวารณ์. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร. ปริญญาโท กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทร วิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- อารีย์ เขียวประมุข. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ พยม. (พยาบาลศาสตร์). ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. อัดสำเนา.
- อำพัน วิมลวัฒนา. (2541). พฤติกรรมสุขภาพของหญิงวัยรุ่นขณะตั้งครรภ์ที่มีมารับบริการในหน่วยฝากครรภ์ แผนกสูติรีเวชกรรม วชิรพยาบาล. ปริญญาโท กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- อิศรา สุวัชรพันธุ์. (2537). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในพฤติกรรมการรับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ณ สถานตรวจโรคปอด กรุงเทพฯ. วิทยานิพนธ์ วทม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เอี่ยมพร กาญจนรังษิษฐ์. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเโรอีในทางเส้นเลือด ขณะเข้ารับการรักษาบำบัดขั้นถอนพิษ. วิทยานิพนธ์ วทม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เอี่ยมพร ทองกระจาย. (2533). "การดูแลสุขภาพตนเอง แนวคิด นโยบายและยุทธวิธีเพื่อการพัฒนาสาธารณสุข," ใน ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. บรรณาธิการโดย ลือชัย ศรีเงินยวง และ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. หน้า48-49. นครปฐม : ศูนย์ศึกษา นโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.

- Allard R. (1989, April). "Belief about AIDS as determinant and of support for coercive measures," *American journal public health*. 79(4) : 448-452.
- _____. (1990, January). "A children's health belief model," *Medication care*. 28 : 69-86.
- Alouch, Joseph. Et al. (1984, June). "Study of case finding for pulmonary tuberculosis in out patients complaining of a chronic cough at a district hospital Kenya," *American review of respiratory disease*. 129 : 915-920.
- Andreoli, Kathleen G. (1981, November-December). "Self concept and health belief in complicated and noncomplicated hypertension patient," *Nursing research*. 30 : 323-328.
- Aymanns, P., S.H. Fillipp and T. Klauer. (1995, March). "Family support and coping with cancer : Some determinants and adaptive correlates special issue : social psychological and health," *British journal of social psychology*. 34 (1) : 107-124.
- Becker, M.H. et al. (1977). "The health belief model in selected psychosocial model and correlates of individual health-related behaviors,". *Medical care*. 15 : 27-46.
- Becker, M.H. (1974). "The health belief model and sick role behavior,". *In the health belief model and personal health behavior*. New Jersey : Charles B. Slack, Inc.
- Becker, M.H. & Maiman L.A. (1974). *In the health belief model and personal health behavior*. New Jersey : Charles B. Slack, Inc.
- _____. (July, 1975). Social behavioral determinants of compliance with health and medication care recommendation. *Medication care*. 13: 10-25.
- Bertera, E.M. (1990). *Consumption and generation of social support among the elderly : its relationship to health maintenance and health status*. Ph.D. The grad. Sch. Of social work and social research.

✓ Bush P.J. (1990, January). "A children's health belief model," *Medication care*. 28 :10-20.

✓ Cobb, Sidney (1976, September- October). "Social support as a moderator of life stress" *Psychosomatics medicine* 83 : 300-314.

Connelly, C.E. (1987). "Self care and the chronically ill patient," *America : Nursing clinic of North America* : 22.

Cronbach, Lee Josept. (1970). *Essentails of psychology testing 3rd ed.* New York : Happer and Row.

✓ ~~Good, Caster V.~~ (1959). *Dictionary of education*. New York : McGraw – Hill.

Hallal, J.C. (1982, May-June). "The relationship of health belief, health locus of control and self concept to the practices of breast self examination in adult woman," *Nursing research*. 31 : 137-142.

House, Jame S. (1981). *Work stress and social support*. Phillippines : Addison-Weley publishing company, Inc.

✓ ~~Hubbard, P.~~ Muhlenkamp & N. Brown. (1984, September –October). " The rerationship between social support and self care practice," *Nursing research*. 33 : 266-269.

✓ Joseph, L.S. & Succo. (1980). *Self care the nursing process*. America : Nursing Clinic of North America.

Jusmin, S. & L.N. Trystad. (1978). *Behavior concept and the nursing process*. Saint Louis : The C.V. Mosby company.

Kahn, R.L. (1979) "Aging and social support," *In aging from birth to death: interdisciplinary perspectives*. Edited by M.M Riley. Cororado: Westview press.

✓ Kasl, S.V. & Cobb, S. (1996). " Health behavior, illness behavior and sick role behavior ," *Archine environmental health*. 12 : 246-266.

Langai J.K. (1977, September). "Social net work, Health beliefs and prevention health behavior," *Journal of health and social behavior*. 18 : 244-260.

Levin, L.S. (1976). "Patient education and self-care," *Nursing out look*. 26 : 170.

- Ndeti, K. (1972, November). "Socialculture aspects of tuberculosis defaultation : A case study," *Social science and medicine*. 16 : 402.
- Orem, D.E. (1971). *Concepts of practice*. New York : McGraw – Hill.
- _____ . (1980). *Concepts of practice*. 2nd ed. New York : McGraw – Hill.
- _____ . (1995). *Concepts of practice*. 4th ed. St Louis : Mosby year book.
- Orem, D.E. & Taylor. (1986). *Orem's General theory of nursing. Case studies in nursing in theory nursing : Editor by P. Winstead fry*. New York : National leage for nursing.
- Pajel, W.S. et all. (1964). *Pulmonary tuberculosis bacteriology pathology diagnosis, management epidermiolosis and Prevention* 4th ed. London : Oxford university.
- Pender, N.J. (1987). *Health promotion in nursing practice*. East norwalk : Appleton century crofts.
- Robert, H. Gales M.D. (1998). *Infectious disease secrets*. Book promotion & Service Co, Ltd.
- Rosenstock, I.M. (1976). "The health belief model and prevention health behavior," *Health edition mono graphs*. 2 (Winter) : 330-335.
- _____ . (1974). " Historical original of the health belief model ," *In the health belief model and personal health behavior*. New Jersey : Charles B. Siack, Inc.
- Tilden , V.p. (1985, June). " Issues of conceptualization and measurement of social support in the construction of nursing theory," *Research in nursing and health*. 8 : 199-206.
- Willey, G. & R.A. Silliman. (1990). "The impact of disease on the social support experience of cancer patient, " *Journal of psychosocial oncology*. 8(1) : 79-95.
- Yamane, Taro. (1996). *Statistics : An introductory analysis*. New York : Happer and row.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัย
รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มศว โทร. 258 - 4119, 664 - 1000 ต่อ 5644

ที่ ทม 1012/02324

วันที่ 13 กรกฎาคม 2543

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะพลศึกษา

เนื่องด้วย นางสาวอารีย์ เจียมพุก นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปฏิญานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม" โดยมี รองศาสตราจารย์นภาพร มัธยมมางกูร และรองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารอด เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปฏิญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ อาจารย์ทรงพล ต่อณี เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวอารีย์ เจียมพุก ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ที่ ทม 1012/ 02326

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

/3 กรกฎาคม 2543

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวอารีย์ เจียมพุก นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญาานิพนธ์เรื่อง "พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม" โดยมี รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมานุกร และ รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารถ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญาานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นางครุณี โพธิ์ศรี และ นายรวมพล สอนสีดา นักวิชาการควบคุมโรค 7 เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวอารีย์ เจียมพุก ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 258-4119, 664-1000 ต่อ 5644, 5664

โทรสาร. 258-4119



ที่ ทม 1012/ 0 2 3 2 5

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

13 กรกฎาคม 2543

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวอารีย์ เจียมพุก นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง "พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม" โดยมี รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมานูร และ รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารถ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในกรณีนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ แพทย์หญิงอรพินท์ คำชาจ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวอารีย์ เจียมพุก ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และ ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 258-4119, 664-1000 ต่อ 5644, 5664

โทรสาร. 258-4119

ที่ ทม 1012/ 0 ๕ 3 2 7



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

/ 3 กรกฎาคม 2543

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการกองทันโรค

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวอารีย์ เจียมพุก นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง "พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยทันโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกทันโรค โรงพยาบาลนครปฐม" โดยมี รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมานุกร และ รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารถ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นายบุญเชิด กลัดพ่วง นักวิชาการควบคุมโรค 7 เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยทันโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกทันโรค

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวอารีย์ เจียมพุก ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 258-4119, 664-1000 ต่อ 5644, 5664

โทรสาร. 258-4119



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

ที่ ทม 1012/ ๑๒๖๖๒

๗ สิงหาคม 2543

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวอารีย์ เจียมพุก นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม" โดยมี รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมานุกร และ รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารถ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่ และขอให้ผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มารับบริการในคลินิกโรคปอด จำนวน 50 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม ในระหว่างเดือนสิงหาคม - กันยายน 2543

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวอารีย์ เจียมพุก ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 258-4119, 664-1000 ต่อ 5726, 5646

โทรสาร. 258-4119

21 2964



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๕๙ สิงหาคม 2543

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวอารีย์ เจียมพุก นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญาโท เรื่อง "พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม" โดยมี รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมานุกร และ รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชาสามารถ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญาโท ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่ และขอให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มารับบริการในคลินิกโรคปอด จำนวน 200 คน ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม ในระหว่างเดือน สิงหาคม - ตุลาคม 2543

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวอารีย์ เจียมพุก ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญาโท ซึ่งจะประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 664-1000 ต่อ 5726, 5646

โทรสาร. 258-4119

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม

- | | |
|----------------------------|---|
| 1. อาจารย์ทรงพล ต่อนี้ | อาจารย์ประจำคณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 2. แพทย์หญิงอรพินทร์ คำขาว | นายแพทย์ 8 โรงพยาบาลนครปฐม |
| 3. นางตรุณี โพธิ์ศรี | นักวิชาการควบคุมโรค 7
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม |
| 4. นายรวมพล สวนสีดา | นักวิชาการควบคุมโรค 7
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม |
| 5. นายบุญเชิด กลัดฟ่วง | นักวิชาการควบคุมโรค 7 กองวัณโรค |

ภาคผนวก ข
แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มาใช้บริการ ณ คลินิกวัณโรค
โรงพยาบาลนครปฐม

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มาใช้บริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม และนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและพัฒนา รูปแบบการให้สุศึกษา ช่วยส่งเสริม สนับสนุนให้ ผู้ป่วยโรควัณโรคสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมยิ่งขึ้น

2. รายละเอียดของแบบสอบถาม

แบบสอบถามฉบับนี้แบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัณโรค

3. การตอบแบบสอบถาม

ให้ท่านตอบแบบสอบถามตามความรู้ ความคิดเห็น และความเป็นจริงที่ท่านปฏิบัติมากที่สุด เพียง 1 คำตอบเท่านั้น และขอความกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

4. ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามนี้จะนำไปใช้เพื่อประกอบการวิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับ โดยไม่มีผลต่อผู้ตอบแบบสอบถามแต่อย่างใด

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบคุณในความร่วมมือนี้อีกด้วย ณ โอกาสนี้

อารีย์ เจียมพุก

นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง()หน้าข้อความตามความคิดเห็นที่เป็นจริงของท่าน

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุปัจจุบันของท่าน.....ปี (นับเป็นจำนวนปีเต็ม)
3. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน
 - () ต่ำกว่าประถมศึกษา
 - () ประถมศึกษา
 - () มัธยมศึกษา
 - () อนุปริญญา
 - () ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
 - () อื่นๆ (ระบุ).....
4. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพใดเป็นอาชีพหลัก
 - () รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ
 - () ค้าขายหรือธุรกิจ
 - () เกษตรกรรม
 - () รับจ้างทั่วไป
 - () ไม่ได้ประกอบอาชีพ
 - () อื่นๆ (ระบุ).....
5. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวของท่าน..... บาทต่อเดือน(รวมสามี ภรรยาและบุตร)
6. สถานภาพสมรสของท่าน
 - () โสด
 - () คู่
 - () หม้าย /หย่าร้าง /แยกกันอยู่

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

คำชี้แจงสำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วเลือกตอบ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่กำหนดไว้ให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ในแต่ละข้อความให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยการเลือกตอบมีเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของตนเองมากที่สุด

ไม่แน่ใจ หมายถึง ผู้ตอบตัดสินใจไม่ได้ว่า ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของตนเองหรือไม่

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของตนเอง

ลำดับ	ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1	การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค อยู่ใกล้ชิดคนเป็นวัณโรคปอดมีโอกาสร้ายใจเอาเชื้อ โรคเข้าไปได้			
2	ลูกมีโอกาสเป็นวัณโรคปอดถ้าพ่อแม่ป่วยเป็นวัณโรค ระยะแพร่เชื้อ			
3	การไอ จามใส่บุคคลอื่นจะทำให้บุคคลนั้นติดเชื้อ วัณโรคปอดได้			
4	ทุกคนมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคปอดถ้าสุขภาพไม่ดี			
5	คนที่อยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยวัณโรคปอดมี โอกาสป่วยเป็นวัณโรคปอดมากขึ้น			
6	เด็กและคนชรามีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคปอดได้มาก กว่าบุคคลอื่น			
7	คนที่รักษาวัณโรคปอดหายแล้วมีโอกาสป่วยเป็น วัณโรคได้อีกถ้าสุขภาพไม่ดี			
8	คนที่อยู่ในที่ที่มีการระบายอากาศไม่ดีมีโอกาสได้รับ เชื้อวัณโรคปอดได้ง่าย			
9	วัณโรคปอดถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องมี โอกาสเรื้อรังและไม่หาย			

ลำดับ	ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
10	อาการไอเรื้อรังนานเกิน 3 สัปดาห์ น้ำหนักลด มีไข้ ไอเป็นเลือดแสดงถึงภาวะเสี่ยงของการป่วยเป็นวัณโรค			
11	การรับรู้ความรุนแรงของโรค การป่วยด้วยวัณโรคปอดทำให้ท่านสูญเสียรายได้จำนวนมาก			
12	การรักษาวัณโรคปอดหากรับยาไม่ครบหรือไม่สม่ำเสมออาจทำให้เชื้อดื้อยาได้			
13	การป่วยด้วยวัณโรคปอดทำให้ท่านมีความกังวลมากขึ้น			
14	การป่วยเป็นวัณโรคปอดทำให้ท่านเสียเวลามาตรวจรักษา			
15	การป่วยเป็นวัณโรคปอดทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของท่านลดลง			
16	วัณโรคปอดเป็นโรคที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง			
17	วัณโรคเป็นแล้วตายทุกราย			
18	คนเป็นวัณโรคจะไม่มีคนรับเข้าทำงาน			
19	การป่วยเป็นวัณโรคปอดทำให้คนในครอบครัวถูกรังเกียจ			
20	การป่วยเป็นวัณโรคปอดทำให้ร่างกายอ่อนแอ			
21	การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ทำให้ร่างกาย แข็งแรง			
22	ท่านนำเครื่องนุ่งห่ม ที่นอนมาตากแดดเพื่อฆ่าเชื้อวัณโรคได้			
23	ท่านไม่อยู่ในที่แออัดเพราะทำให้สุขภาพทรุดโทรม			
24	การดูแลสุขภาพให้แข็งแรงทำให้หายป่วยจากวัณโรคได้เร็วขึ้น			
25	การรับประทานยาตามแพทย์สั่งทำให้อาการของวัณโรคปอดดีขึ้น			

ลำดับ	ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
26	การป่วยด้วยวัณโรคปอดไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องก็ได้ถ้าไม่มีอาการแล้ว			
27	การรับประทานยานานๆทำให้ร่างกายอ่อนแอลง			
28	การสูบบุหรี่ช่วยกระตุ้นการไอและขับเสมหะ			
29	ท่านปิดปากและจมูกทุกครั้งที่ไอหรือจามเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรค			
30	ท่านบ้วนเสมหะลงในภาชนะที่มีฝาปิดเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค			
31	การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ การรับประทานอาหารอย่างระมัดระวังทำให้รับประทานได้น้อย			
32	การไปตรวจตามนัดโดยไม่มีอาการผิดปกติทำให้เสียค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น			
33	ท่านไม่สะดวกในการเดินทางมาตรวจตามแพทย์นัด			
34	ท่านลำบากในการนำเครื่องนอนมาตากแดด			
35	ท่านรู้สึกลำบากเมื่อต้องปิดปากและจมูกเวลาไอหรือจาม			
36	ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ด้วยความยากลำบาก			
37	การเผาขยะที่ปนเปื้อนเสมหะเป็นเรื่องยุ่งยาก			
38	การบ้วนเสมหะลงในภาชนะที่มีฝาปิดทำให้เสียเวลา			
39	การมาตรวจตามนัดทำให้ท่านเสียเวลามาก			
40	การมาตรวจตามนัดทำให้ท่านคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับการป่วยด้วยวัณโรคปอด			

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค

คำชี้แจงสำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วเลือกตอบ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่กำหนดไว้ให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ในแต่ละข้อความให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยการเลือกตอบมีเกณฑ์ดังนี้

- ปฏิบัติประจำ หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นทุกครั้ง หรือสม่ำเสมอ
- ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นเป็นบางครั้ง หรือไม่สม่ำเสมอ
- ไม่เคยหรือไม่สามารถปฏิบัติได้ หมายถึง ผู้ตอบไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น หรือไม่สามารถปฏิบัติตามข้อความนั้นได้

ลำดับ	ข้อความ	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1	ท่านดูแลรักษาความสะอาดร่างกายโดยการอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง			
2	ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่			
3	ท่านผ่อนคลายความตึงเครียดด้วยการฟังเพลงทำงานอดิเรก ทำสมาธิหรืออื่นๆ			
4	ท่านนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง			
5	ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว			
6	ท่านดื่มสุรา			
7	ท่านปิดปากและจุมุกเวลาไอหรือจาม			
8	ท่านรับประทานยาตามแพทย์สั่ง			
9	เมื่อเจ็บป่วยท่านไปพบแพทย์			
10	ท่านไปมาหาสู่ สังสรรค์ สนทนากับเพื่อนๆ และญาติพี่น้อง			
11	ท่านบ้วนเสมหะและน้ำลายลงบนพื้นโดยไม่มีภาชนะรองรับ			

ลำดับ	ข้อความ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
12	ท่านหลีกเลี่ยงบริเวณที่มีคนอยู่แออัด อากาศถ่ายเท ไม่สะดวก เช่น งานวัด โรงภาพยนตร์			
13	ท่านพยายามหลีกเลี่ยงการพบปะบุคคลอื่นตั้งแต่ป่วย ด้วยวัณโรคปอด			
14	ท่านเข้าร่วมกิจกรรมเล็กๆน้อยๆในครอบครัว เช่นออก กำลังกาย พุดคุยกัน			
15	ท่านออกกำลังกายเบาๆ เช่น เดินเล่น			
16	ท่านสอบถามแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่เมื่อสงสัย เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของท่าน			
17	ท่านรับประทานยาตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง			
18	ท่านเพิ่มจำนวนเม็ดยาที่รับประทานเองเพื่อให้หาย เร็วขึ้น			
19	ท่านมารับบริการตรวจรักษาตามที่แพทย์นัดตรวจ			
20	ท่านสนใจติดตามข่าวสาร รายการวิทยุ โทรทัศน์เกี่ยว กับโรควัณโรคและการดูแลตนเอง			

ตอนที่ 4 แบบสอบถามได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัณโรค

คำชี้แจงสำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วเลือกตอบ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่กำหนดไว้ให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ในแต่ละข้อความให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยการเลือกตอบมีเกณฑ์ดังนี้

- เป็นจริงมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นมากที่สุด
- เป็นจริงปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นปานกลาง
- ไม่เป็นจริง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้น

ลำดับ	ข้อความ	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงปานกลาง	ไม่เป็นจริง
1	ท่านได้รับกำลังใจจากคนในครอบครัว			
2	ท่านมีคนทีไว้วางใจ และสามารถพูดคุยปัญหาต่างๆได้			
3	คนในครอบครัวไม่เคยแสดงท่าทางที่ทำให้ท่านรู้สึกหมกหมองใจ			
4	หากมีอันตรายหรืออาจเกิดอันตรายกับท่าน ท่านมั่นใจว่าจะได้รับการช่วยเหลือจากคนรอบข้าง			
5	คนในครอบครัวคอยเตือนท่านเรื่องการรับประทานยา			
6	คนในครอบครัวคอยเตือนท่านเรื่องการไปตรวจตามนัด			
7	คนในครอบครัวสนับสนุนท่านในการทำกิจกรรมต่างๆที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของท่าน			
8	คนในครอบครัวคอยเตือนเมื่อท่านไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์			
9	คนในครอบครัวสนับสนุนท่านให้ได้พบปะพูดคุยกับผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค			
10	คนในครอบครัวสนับสนุนท่านให้หมั่นสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง			

ลำดับ	ข้อความ	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงปานกลาง	ไม่เป็นจริง
11	คนในครอบครัวคอยกระตุ้นเตือนท่านเมื่อท่านเริ่มละเลยการดูแลสุขภาพตนเอง			
12	ญาติพี่น้องและคนในครอบครัวพร้อมให้การช่วยเหลือเรื่องการเดินทางมารับการรักษาของท่าน			
13	เมื่อท่านเจ็บป่วย ท่านมีคนในครอบครัวคอยดูแล			
14	เมื่อท่านไม่สามารถทำงานได้ มีคนช่วยแบ่งเบาภาระนี้ได้			
15	ท่านได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคไวรัสจากสื่อมวลชน เช่น วิทยุ โทรทัศน์			
16	คนในครอบครัวให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เป็นประโยชน์ต่อท่าน			
17	เมื่อท่านมีปัญหาสงสัยคนในครอบครัว จะช่วยให้คำปรึกษาแก่ท่าน			
18	คนในครอบครัวแสวงหาวิธีการรักษาที่จะทำให้ท่านหายป่วยมาบอกท่าน			
19	คนในครอบครัวแนะนำแหล่งความรู้เกี่ยวกับไวรัสแก่ท่าน			
20	คนในครอบครัวนำหนังสือและเอกสารความรู้เกี่ยวกับไวรัสโรคมามาให้ท่านอ่าน			

ภาคผนวก ค
ค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่น

ตาราง 30 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.23
2	0.29
3	0.28
4	0.34
5	0.30
6	0.57
7	0.30
8	0.29
9	0.74
10	0.25
11	0.35
12	0.35
13	0.39
14	0.35
15	0.57
16	0.38
17	0.34
18	0.39
19	0.24
20	0.47
21	0.52
22	0.37
23	0.33
24	0.21
25	0.47
26	0.23
27	0.20
28	0.55

ตาราง 30 (ต่อ)

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (r)
29	0.27
30	0.27
31	0.31
32	0.20
33	0.41
34	0.23
35	0.23
36	0.45
37	0.42
38	0.21
39	0.20
40	0.56

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.73

ตาราง 31 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.33
2	0.21
3	0.13*
4	0.21
5	0.18*
6	0.29
7	0.22
8	0.27
9	0.18*
10	0.36
11	0.31
12	0.16*
13	0.26
14	0.48
15	0.15*
16	0.18*
17	0.17*
18	0.21
19	0.33
20	0.22

* มีการนำไปปรับปรุงก่อนนำไปใช้

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค เท่ากับ 0.60

ตาราง 32 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัณโรค

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.59
2	0.20
3	0.35
4	0.52
5	0.38
6	0.41
7	0.53
8	0.74
9	0.70
10	0.69
11	0.49
12	0.55
13	0.66
14	0.42
15	0.45
16	0.65
17	0.46
18	0.37
19	0.53
20	0.59

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัณโรค เท่ากับ 0.80

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวอารีย์ เจียมพุก
วันเดือนปีเกิด	14 สิงหาคม 2512
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	17 หมู่ 10 ตำบลตาก้อง อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม 73000
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	พยาบาลวิชาชีพ 5
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลนครปฐม อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2531	มัธยมศึกษาปีที่ 6 จากโรงเรียนคงทองวิทยา
พ.ศ. 2534	พยาบาลและผดุงครรภ์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี
พ.ศ. 2537	ศึกษาศาสตรบัณฑิต (สุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัยรามคำแหง
พ.ศ. 2539	พยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยสุโขทัย ธรรมมาธิราช
พ.ศ. 2541	พยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี
พ.ศ. 2544	กศ.ม.(สุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ