

พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรค
ในเขตอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ปริญญานิพนธ์
ของ
เสาวรัตน์ เจียมอุทิศศักดิ์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
พฤษภาคม 2549

พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรค
ในเขต อำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

บทคัดย่อ
ของ
เสาวรัตน์ เจียมอุทิศศักดิ์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
พฤษภาคม 2549

เสาวรัตน์ เจริญอุทิศศักดิ์. (2549). พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ในเขตอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. ปริญญาโท วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม : รองศาสตราจารย์ วินัส ปัทมาภาสพงษ์, อาจารย์ ดร. ทรงพล ต่อนี่.

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษา และเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ในเขตอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตามตัวแปรที่ศึกษา คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวัณโรค อาชีพ การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันวัณโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันวัณโรค และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ในเขตอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 194 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที (t – test) การทดสอบค่าเอฟ (F – test) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ในเขตอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันวัณโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันวัณโรคอยู่ในระดับสูง และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค มีระดับการปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับดี
2. ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีเพศ สถานภาพสมรส ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวัณโรค ต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันวัณโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันวัณโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

PREVENTIVE BEHAVIOR OF TUBERCULOSIS INFECTION OF HOUSEHOLD
CONTACTS IN AMPHUR BANGBAN CHANGWAT AYUTTHAYA

AN ABSTRACT

BY

SAOWARAT JIEMUTISSAK

Presented in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Master of Science degree in Health Education
at Srinakharinwirot University

May 2006

Saowarat Jiemutissak. (2006). *Preventive Behavior of Tuberculosis Infection of Household Contacts in Amphur Bangban, Changwat Ayutthaya*. Master Thesis, M.Sc. (Health Education). Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot University.
Advisor Committee : Assoc.Prof. Venus Pattamapaspong, Dr. Songpol Tornee.

The objective of this survey research were to study and to compare preventive behavior of tuberculosis infection of household contacts in Amphur Bangban, Changwat Ayutthaya. The studied variable were sex, age, educational level, marital status, relationship concerning tuberculosis patients, occupation, perceiving severity, and perceiving susceptibility to tuberculosis, expecting of self efficacy, expecting the responsive of efficiency to prevention of tuberculosis and preventive behavior of tuberculosis infection. The sample , consisted of 194 people with over 15 years old , were selected by simple random sampling. The data were collected by the constructed questionnaires and analyzed by percentages, arithmetic mean, standard deviations, t-test , F-test and Pearson product moment correlation coefficient.

The results were as follows :

1. The tuberculosis infection of household contacts perceived severity, perceived susceptibility, expecting of self efficacy, expecting the responsive of efficiency to prevention of tuberculosis and preventive behavior of tuberculosis infection at high level.
2. The tuberculosis infection of household contacts with different sex, marital status, relationship concerning tuberculosis patients had no significant differences in the preventive behavior of tuberculosis infection. The tuberculosis infection of household contacts with different ages, educational levels , occupations , had significant differences at .05 level .
3. The tuberculosis infection of household contacts perceived severity, perceived susceptibility to tuberculosis, expecting of self efficacy, expecting the responsive of efficiency to prevention of tuberculosis and preventive behavior of tuberculosis infection had positive significant correlation with preventive behavior of tuberculosis infection at .05 level.

พฤติกรรมกำรป้องกันกำรติดเชื้ไวรัสโรคของผู้ส่มีผู้ส่วมบ้านผู้ปวยไวรัสโรค
ในเขตอำเภอบางบำล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ปริญญานิพนธ์
ของ
เสาวรัตน์ เจียมอุทิศศักดิ์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
พฤษภาคม 2549
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง

พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรค
ในเขตอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ของ
เสาวรัตน์ เจียมอุทิศศักดิ์

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญสิริ จีระเดชากุล)
วันที่.....เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2549

..... ประธานควบคุมปริญญานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงษ์)

..... กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์
(อาจารย์ ดร. ทรงพล ต่อนี่)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาอย่างสูง จากรองศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงษ์ ประธานกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ อาจารย์ ดร.ทรงพล ต่อนี้ กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ รวมทั้ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์ กรรมการแต่งตั้งเพิ่มเติม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนผู้วิจัยสามารถดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ได้สำเร็จ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. พรสุข หุ่นนิรันดร์ รองศาสตราจารย์ วิริยา สุขวงศ์ รองศาสตราจารย์ จุฑามาศ เทพชัยศรี นายแพทย์ ญัฐพล สว่างสุนทรเวชย์ และนายสมควร ชูตินันท์ ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้กรุณาตรวจแบบสอบถามแก้ไข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้คำแนะนำแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดียิ่ง ในการสร้างเครื่องมือวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งท่านสาธารณสุขอำเภอ บางบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสถานีนามัยในเขตอำเภอบางบาลทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการดำเนินการ รวมทั้งการเก็บข้อมูลและอำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัย และขอขอบพระคุณ ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการทดสอบเครื่องมือและทำวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางบาล ที่ให้การส่งเสริมสนับสนุนและให้โอกาสได้ศึกษาต่อจนสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท และขอขอบคุณพี่น้องกลุ่มงานการพยาบาล กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนด้านการป้องกันโรค ที่ให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย จนทำให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จตามเป้าประสงค์ที่ตั้งไว้

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณพ่อ คุณแม่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนๆ ทุกคนที่ให้ทั้งกำลังใจ และกำลังใจอย่างดียิ่งตลอดระยะเวลาที่ศึกษาและทำวิจัย

เสาวรัตน์ เจียมอุทิศศักดิ์

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	4
ความสำคัญของการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	4
ตัวแปรที่ศึกษา.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
สมมุติฐานในการวิจัย.....	9
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย.....	10
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวข้องกับโรควัณโรค.....	10
แผนการป้องกันและควบคุมแก้ไขปัญหาวัณโรค.....	24
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพ.....	26
แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค.....	33
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย.....	42
งานวิจัยในต่างประเทศ.....	42
งานวิจัยในประเทศ.....	43
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	51
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	51
ประชากร.....	51
กลุ่มตัวอย่าง.....	52

สารบัญ(ต่อ)

บทที่	หน้า
3 (ต่อ)	
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	52
ลักษณะของเครื่องมือ.....	52
ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ.....	53
เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย.....	53
การหาคุณภาพเครื่องมือ.....	55
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	56
การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	56
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	57
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	62
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	85
สังเขปความมุ่งหมาย สมมุติฐาน และวิธีดำเนินการวิจัย.....	85
สรุปผลการวิจัย.....	87
อภิปรายผล.....	89
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	97
บรรณานุกรม.....	98
ภาคผนวก.....	106
ภาคผนวก ก.....	107
ภาคผนวก ข.....	113
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	131

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	สถานการณ์โรค จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปีงบประมาณ 2543 – 2547.....	2
2	จำนวนผู้ป่วยโรคในปี 2544 – 2547 จำแนกตามประเภทการขึ้นทะเบียน.....	3
3	ระดับของการแพร่เชื้อจากมากไปหาน้อย และความเสี่ยงต่อการได้รับ เชื้อของผู้สัมผัสโรค	13
4	จำนวนและร้อยละของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคจำแนกตาม ลักษณะทางประชากร.....	63
5	ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการรับรู้ ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ความคาดหวังในความ สามารถของตนในการป้องกันโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ในการป้องกันโรคและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรค.....	66
6	จำนวน และร้อยละของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรค ด้านการรับรู้ ความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ด้านความคาดหวัง ในความสามารถของตนในการป้องกันโรค ด้านความคาดหวังในประสิทธิผลของ การตอบสนองในการป้องกันโรคและด้านพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ โรค.....	66
7	ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นรายข้อ.....	68
8	ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค เป็นรายข้อ.....	69
9	ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคาดหวังในความสามารถ ของตนในการป้องกันโรคเป็นรายข้อ.....	70
10	เฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคาดหวังในประสิทธิผล ของการตอบสนองในการป้องกันโรคเป็นรายข้อ.....	72
11	ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ โรคเป็นรายข้อ.....	74
12	เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรค จำแนกตามเพศ.....	75

บัญชีตาราง(ต่อ)

ตาราง		หน้า
13	จำนวนค่าเฉลี่ย ความเปี่ยงเบนมาตรฐานของ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค ของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคจำแนกตามอายุ.....	76
14	วิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัส ร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามอายุ.....	76
15	การทดสอบรายคู่พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วย วัณโรคจำแนกตามอายุ.....	77
16	จำนวนค่าเฉลี่ย ความเปี่ยงเบนมาตรฐานของ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ วัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามระดับการศึกษา.....	78
17	วิเคราะห์ความแปรปรวนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัส ร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคจำแนกตามระดับการศึกษา.....	78
18	การทดสอบรายคู่พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามระดับการศึกษา.....	79
19	จำนวนค่าเฉลี่ย ความเปี่ยงเบนมาตรฐานของ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ วัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามสถานภาพสมรส.....	80
20	วิเคราะห์ความแปรปรวนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัส ร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามสถานภาพสมรส.....	80
21	จำนวนค่าเฉลี่ย ความเปี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ วัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามความเกี่ยวข้องกับ ผู้ป่วยวัณโรค.....	81
22	วิเคราะห์ความแปรปรวนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัส ร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวัณโรค.....	81
23	จำนวนค่าเฉลี่ย ความเปี่ยงเบนมาตรฐานของ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ วัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามอาชีพ.....	82
24	วิเคราะห์ความแปรปรวนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัส ร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามอาชีพ.....	82
25	การทดสอบรายคู่ของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัส ร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามอาชีพ.....	83

บัญชีตาราง(ต่อ)

ตาราง		หน้า
26	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคกับพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อวัณโรค ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกัน วัณโรค ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ในการป้องกันวัณโรคกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค.....	84
27	แสดงอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่น แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรง ของวัณโรค.....	126
28	แสดงอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่น แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเป็นวัณโรค.....	127
29	แสดงอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามความคาดหวัง ในความสามารถของตนในการป้องกันวัณโรค.....	128
30	แสดงอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่น แบบสอบถามความคาดหวัง ในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันวัณโรค.....	129
31	แสดงอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่น แบบสอบถามพฤติกรรมการ ป้องกันการติดเชื้อวัณโรค.....	130

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรค.....	8
2 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส.....	34
3 โครงร่างของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส.....	40
4 การสร้างพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วย โรคตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส.....	41

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของประเทศที่กำลังพัฒนาทั่วโลก ในปัจจุบันวัณโรคทวีความรุนแรงมากขึ้น จนกลายเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขในหลายประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งปัญหาหนึ่งเป็นผลมาจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ จากความรุนแรงของวัณโรคที่มีมากขึ้นในเดือน เมษายน พ.ศ. 2536 องค์การอนามัยโลก จึงได้ประกาศว่า ปัญหาวัณโรคเป็นเรื่องฉุกเฉินระดับสากล (กระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 1) ในปี พ.ศ. 2537 มีประชากรติดเชื้อวัณโรคถึง 1,900 ล้านคน และจากประชากรที่ติดเชื้อเอดส์ประมาณ 14 ล้านคน จะมีผู้ติดเชื้อวัณโรคร่วมด้วยถึง 5.6 ล้านคน ซึ่งจะมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคได้มากถึง 1.4 ล้านคนเมื่อสิ้นสุดศตวรรษที่ 20 โดยจะมีประชากร 300 ล้านคน เสียชีวิตจากสาเหตุวัณโรค (กระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 1) และในปี 2542 องค์การอนามัยโลกคาดประมาณว่าในประเทศที่มีปัญหาวัณโรคมาก จำนวน 23 ประเทศ จะมีอัตราป่วยของวัณโรค ทั้งหมด 178 ต่อประชากรแสนคน และอัตราผู้ป่วยใหม่ของวัณโรคในระยะแพร่เชื้อ 79 ต่อประชากร แสนคน (กระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 1)

จากสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2543 พบว่าอัตราตายต่อประชากรแสนคนตามสาเหตุที่สำคัญของประเทศไทย วัณโรคเป็นอันดับ 9 ของสาเหตุการเสียชีวิต (สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2544 : 77) แนวโน้มของวัณโรคในภาพรวมตั้งแต่ 2533- 2544 เพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยร้อยละ 30 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากทะเบียนการรักษาในโรงพยาบาลต่างๆ ข้อมูลระบาดวิทยา และการศึกษาวิจัย พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยในปี พ.ศ. 2544 พบว่ามีผู้ป่วยวัณโรค 4,215 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 70 ต่อประชากรแสนคน แยกเป็นเสมหะย่อยพบเชื้อ 22,258 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 37 ต่อประชากรแสนคน ที่เหลือเป็นประเภทย่อยไม่พบเชื้อและวัณโรคนอกปอด และแนวโน้มจะยังไม่ลดลง โดยอัตราป่วยด้วยวัณโรคทุกประเภท เพิ่มขึ้นจาก 65 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2534 เป็น 70 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2544 จำนวนผู้ป่วยพบเชื้อในเสมหะมีแนวโน้มเพิ่มจาก 33.40 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2538 เป็น 37 ต่อประชากรแสนคนในปี 2544 โดยเฉพาะอย่างยิ่งพบมากในเพศชายอายุระหว่าง 20-40 ปี จากการเฝ้าระวังสถานการณ์ดื้อยาวัณโรคปฐมภูมิ โดยโครงการความร่วมมือกับองค์การอนามัยโลก ใน 46 จังหวัดทั่วประเทศ ในช่วง พ.ศ. 2540-2541 พบว่าอัตราเชื้อดื้อยาวัณโรคหลายชนิด สูงถึงร้อยละ 2.02 ในบางแห่งที่มีการระบาดของโรคเอดส์สูง เช่น จังหวัดเชียงราย พบอัตราเชื้อดื้อยาร้อยละ 6.60 (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. 2545 : 235-236)

จังหวัดพระนครศรีอยุธยาเป็นจังหวัดที่มีปัญหาอัตราผู้ป่วยด้วยวัณโรคเพิ่มมากขึ้นทุกปี ดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 สถานการณ์โรค จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปีงบประมาณ 2543-2547

สถานการณ์โรค	2543	2544	2545	2546	2547
จำนวนผู้ป่วยโรคขึ้นทะเบียนรักษา (คน)	809.00	867.00	801.00	691.00	725.00
อัตราป่วย / ประชากรแสนคน	109.84	118.29	108.70	92.76	96.16
จำนวนผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่ (คน)	547.00	558.00	514.00	498.00	500.00
อัตราอุบัติการณ์ / ประชากรแสนคน	74.27	79.36	69.36	66.85	66.13
จำนวนผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่ระยะแพร่เชื้อ (คน)	280.00	358.00	321.00	295.00	287.00
อัตราการแพร่เชื้อผู้ป่วยโรครายใหม่/ ประชากรแสนคน	38.01	48.85	43.32	39.60	37.96

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พระนครศรีอยุธยา. (2547). รายงานสถานการณ์โรคจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา 2547 : หน้า 23-24.

หมายเหตุ ปีงบประมาณ 2547 ข้อมูล ตุลาคม 2546-มิถุนายน 2547

การดำเนินงานในปีงบประมาณ 2547 จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ได้จัดทำโครงการควบคุม
โรค ควบคู่กับโครงการ “ น้ำพระทัยจัดภัยโรค ” ซึ่งเป็นโครงการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
ให้ทุกจังหวัดเร่งรัดดำเนินการ ซึ่งทั้ง 2 โครงการ มีเป้าหมายการดำเนินการเดียวกันคือ เร่งรัดการค้น
หาผู้ป่วยโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ โดยใช้
แบบคัดกรองโรคที่จังหวัดและกระทรวงกำหนด พร้อมทั้งเน้นกระบวนการรักษาให้ผู้ป่วยได้รับการ
รักษาให้หายขาด เพื่อเป็นการตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อโรคโดยตรง

อำเภอบางบาลเป็นอำเภอที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปีดังปรากฏตาม

ตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนผู้ป่วยวัณโรค ในปี 2544 – 2547 จำแนกตามประเภทการขึ้นทะเบียน

ปี พ.ศ.	จำนวนทั้งหมด (ราย)	ประเภทของการขึ้นทะเบียน		
		รายใหม่ (ราย)	รับโอน (ราย)	อื่นๆ (ราย)
2544	22	16	3	3
2545	36	28	2	6
2546	26	24	1	1
2547	34	32	1	1

ที่มา : ฝ่ายสุขภาพิบาล .ทะเบียนรายงานประเภทผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลบางบาล. 2547 .

การสอบถามประวัติผู้ป่วยรายใหม่ปี 2547 จำนวน 10 ราย พบว่ามีผู้ป่วยวัณโรค 4 ราย มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นวัณโรคมาก่อน ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีแล้วว่า วัณโรคสามารถแพร่กระจายเชื้อได้ โดยการไอของผู้ป่วย ทำให้เกิดการฟุ้งกระจายของละอองเสมหะออกไปสู่อากาศและติดต่อโดยการหายใจรับเอาเชื้อวัณโรคเข้าสู่ปอด ซึ่งในวิถีชีวิตของคนไทยมีการดำเนินชีวิตอยู่ใกล้ชิดสนิทสนม มีการใช้ของร่วมกันไม่รังเกียจซึ่งกันและกัน จึงอาจทำให้เกิดการละเลยในการป้องกันตนเองของผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยได้

จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยต่างๆ พบว่า ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ของโรเจอร์สเป็นทฤษฎีหนึ่งที่ถูกนำมาใช้ในการอธิบายถึงพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยทฤษฎีนี้ เน้นความสำคัญร่วมกันระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตน (Self –Efficacy Theory) คือการรวมเอาปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของคน ซึ่งการรับรู้จะเป็นตัวเชื่อมโยงที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเจตคติและเป็นผลไปสู่พฤติกรรมปฏิบัติ (ศรีสุภรณ์ รุจิวัฒน์. 2536 : 32-33) อิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมและข่าวสารเกี่ยวกับอันตรายต่อสุขภาพจะทำให้เกิดขบวนการรับรู้ 2 อย่าง คือการประเมินอันตรายต่อสุขภาพและการประเมินการเผชิญหน้า ซึ่งการรับรู้นี้จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพแบบเหมาะสม

ผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคจากผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าผู้สัมผัสร่วมบ้านมีพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคไม่ถูกต้อง ดังนั้นผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ในเขตอำเภอ

บางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อนำผลไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนในการควบคุมโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านต่อไป

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรค ในเขตอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรค ในเขตอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรค และอาชีพ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ความคาดหวังในความสามารถของตน และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรค

ความสำคัญของการวิจัย

1. ทราบระดับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรค ในอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. ทราบปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคในเขตอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานด้านสาธารณสุขในการจัดแผนงานโครงการ / กิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคให้แก่ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรค ในเขตอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรค ในเขตอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จากสถิติผู้ป่วยโรคทั้งหมดในช่วงปี 2544-2547 พบว่ามีผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคทั้งหมด 375 ราย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคในเขตอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 194 ราย โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของยามาเน่ (Yamane,1996:583) และทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ แบ่งเป็นดังนี้
 - 1.1 เพศ
 - 1.2 อายุ
 - 1.3 ระดับการศึกษา
 - 1.4 สถานภาพสมรส
 - 1.5 ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวัณโรค
 - 1.6 อาชีพ
 - 1.7 การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค
 - 1.8 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค
 - 1.9 ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันวัณโรค
 - 1.10 ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันวัณโรค
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค** หมายถึง การกระทำ ความตั้งใจที่จะกระทำ การแสดงออกของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ในการปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค หรือโอกาสที่จะติดเชื้อวัณโรคน้อยที่สุด ซึ่งวัดได้ด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค
2. **วัณโรค** หมายถึง โรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียชนิดมัยไมโคแบคทีเรียทิวเบอร์คิวโลซิสซึ่งมีหลายชนิด ติดต่อโดยทางเสมหะและละอองของเสมหะหรือน้ำลาย
3. **ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค** หมายถึง ผู้ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยวัณโรคอยู่ในเขตอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่สามารถ เขียน อ่านหนังสือได้ และไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน การพูด การมองเห็น
4. **เพศ** หมายถึง เพศของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ
 - 4.1 เพศชาย
 - 4.2 เพศหญิง
5. **อายุ** หมายถึง จำนวนปีของอายุปัจจุบันของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค แบ่งออกเป็น 6 กลุ่ม
 - 5.1 อายุ 15 – 24 ปี
 - 5.2 อายุ 25 – 34 ปี

5.3 อายุ 35 – 44 ปี

5.4 อายุ 45 - 54 ปี

5.5 อายุ 55 – 64 ปี

5.6 มากกว่า 64 ปี

6. ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาสูงสุดของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค

6.1 ประถมศึกษา

6.2 มัธยมศึกษาตอนต้น

6.3 มัธยมศึกษาตอนปลาย /ปวช.

6.4 ปวส./อนุปริญญา

6.5ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี

7. สถานภาพสมรส หมายถึง สถานะปัจจุบันทางการสมรส

7.1 โสด

7.2 คู่

7.3 หม้าย, หย่า, แยก

8. ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง ความสัมพันธ์ของผู้สัมผัสร่วมบ้านที่มีต่อผู้ป่วยวัณโรค แบ่งเป็น

8.1 คู่สมรส

8.2 พ่อ / แม่

8.3 บุตร / หลาน

8.4 ญาติพี่น้อง

8.5 ผู้พักอาศัย

9. อาชีพ หมายถึง การประกอบอาชีพของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค แบ่งออกดังนี้คือ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2542 : 39)

9.1 รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ หมายถึง ผู้ที่รับราชการในสังกัด รัฐบาล หรือ รัฐวิสาหกิจ

9.2 ค้าขาย หมายถึง ผู้ทำการค้า

9.3 เกษตรกรรม หมายถึง ผู้ที่มีอาชีพในการทำนา ทำไร่ ทำสวนหรือเลี้ยงสัตว์เพื่อจำหน่าย

9.4 รับจ้าง หมายถึง รับจ้างเป็นรายวัน รายเดือน หรือรับจ้างส่วนตัว หรือมีรายได้ไม่แน่นอนในเดือนหนึ่ง

9.5 ประกอบธุรกิจส่วนตัว หมายถึง ผู้ประกอบธุรกิจทุกชนิดที่เป็นของตนเอง

9.6 แม่บ้าน หมายถึง ผู้อยู่บ้าน ไม่มีรายได้เลี้ยงครอบครัว

9.7 นักเรียน/นักศึกษา หมายถึง ผู้ที่กำลังศึกษาอยู่ไม่มีรายได้เลี้ยงครอบครัว

10. **การรับรู้ความรุนแรงของโรค** หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคต่อความรุนแรงและอันตรายของวัณโรคที่อาจทำให้เสียชีวิต หรือส่งผลกระทบต่อร่างกายหรือจิตใจ การดำรงชีวิตประจำวัน ทั้งต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม

11. **การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค** หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคว่า ตนเองมีโอกาสที่จะติดเชื้อวัณโรคจากผู้ป่วยวัณโรคได้

12. **ความคาดหวังในความสามารถของตน** หมายถึง ความรู้สึกเชื่อมั่นของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคว่า ตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อวัณโรคได้

13. **ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง** หมายถึง ความรู้สึกเชื่อมั่นของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ในผลของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อวัณโรคว่า สามารถป้องกันตนเองจากการติดเชื้อวัณโรคได้

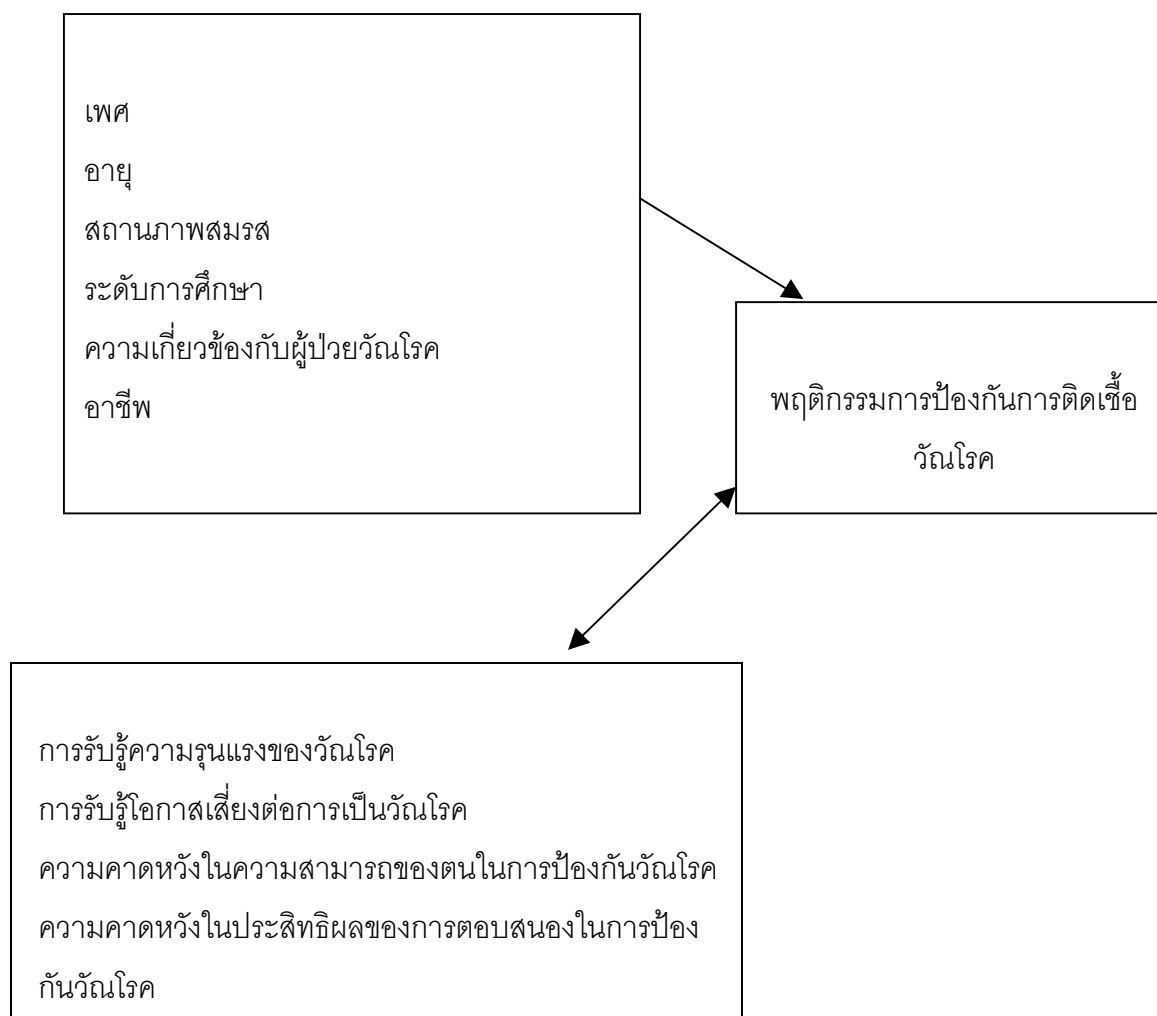
14. **อำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา** หมายถึง สถานที่ที่ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคพักอาศัยอยู่

กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัณโรคเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ และประเทศชาติ และส่งผลกระทบต่อโดยตรงร่างกาย จิตใจของผู้ติดเชื้อวัณโรค ดังนั้นพฤติกรรมป้องกันการวัณโรคจึงเป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยแก้ไขปัญหาวัณโรคที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน การเกิดพฤติกรรมป้องกันนั้นมียปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังปรากฏตามภาพประกอบ 1

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อวัณโรค

สมมุติฐานในการวิจัย

1. ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีเพศต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคแตกต่างกัน
2. ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคแตกต่างกัน
3. ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคแตกต่างกัน
4. ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคแตกต่างกัน
5. ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวัณโรคต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคแตกต่างกัน
6. ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีอาชีพต่างกันจะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคแตกต่างกัน
7. การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค
8. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค
9. ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันวัณโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค
10. ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันวัณโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคในเขต
อำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องหัวข้อต่อไปนี้

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรควัณโรค
2. แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาโรควัณโรค
3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพ
4. แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

1. งานวิจัยในต่างประเทศ
2. งานวิจัยในประเทศไทย

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรควัณโรค

วัณโรค (Tuberculosis : TB) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียชนิด
มัยโคแบคทีเรีย (Mycobacterium:M) ซึ่งมีอยู่หลายชนิดแต่ที่พบบ่อยและเป็นปัญหาในประเทศไทย
คือ *M.tuberculosis* สำหรับ *M.africanum* พบได้ในแถบแอฟริกา ส่วน *M.bovis* นั้นมักก่อให้เกิด
โรคในสัตว์ซึ่งอาจติดต่อมาถึงคนได้โดยการบริโภคนมที่ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อมัยโคแบคทีเรีย
(Mycobacterium) ทั้ง 3 ชนิดข้างต้น เราอาจพบมัยโคแบคทีเรียชนิดอื่นๆได้ในธรรมชาติ ซึ่งมักไม่ก่อ
ให้เกิดโรค แต่เชื้อที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดวัณโรคในคนสำคัญที่สุดคือ *M.tuberculosis* (กระทรวง
สาธารณสุข. 2541 : 4)

กลไกการเกิดโรค

วัณโรคเกิดจากเชื้อ *M.tuberculosis* ออกจากร่างกายผู้ป่วยทางละอองเสมหะ น้ำมูก น้ำลาย
เข้าสู่ร่างกายผู้อื่นโดยการหายใจ เมื่อเข้าสู่ร่างกายแล้วเรียกว่า ภาวะการติดเชื้อ (Tuberculosis
infection) เชื้อจะฝังตัวและแบ่งตัวที่เนื้อปอด ส่วนหนึ่งจะถูกเม็ดเลือดขาวจับกินหรือยับยั้งการเจริญ
เติบโต อีกส่วนหนึ่งจะเดินทางเข้าสู่กระแสเลือดไปยังอวัยวะต่างๆทั่วร่างกาย (เมื่อเชื้อวัณโรคไปทำลาย
อวัยวะใดก็จะทำให้เกิดวัณโรคขึ้นในส่วนนั้น และจะเรียกชื่อวัณโรคตามอวัยวะที่เกิด เช่น วัณโรคปอด)
โดยการผ่านต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง เชื้อวัณโรคส่วนใหญ่จะถูกทำลาย ส่วนน้อยจะแฝงตัวตามอวัยวะ

บางส่วนในภาวะสงบไม่ก่อให้เกิดโรคและจะสร้างภูมิคุ้มกันขึ้น ซึ่งสามารถทดสอบได้โดยทูเบอร์คิวลิน (Tuberculin test) จะให้ผลบวก

การเกิดโรคนั้นพบว่ามีเพียงประมาณร้อยละ 10 เท่านั้น ที่จะเกิดลุกลามเป็นโรครุนแรง (อีกร้อยละ 90 จะไม่เกิดโรครุนแรง) โดยมีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค ดังนี้ (กองโรค 2536 : 4)

1. ภาวะทุพโภชนา
2. กลุ่มคนที่มีความเครียดทางเศรษฐกิจ
3. ภูมิคุ้มกันของผู้ติดเชื้อต่ำ เช่น ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง หรือจากยาที่กดภูมิคุ้มกัน เช่น สเตียรอยด์ หรือจากการสูบบุหรี่ และดื่มสุรามาก
4. จำนวนเชื้อและความรุนแรงของเชื้อมากโอกาสเกิดโรครุนแรง การเกิดโรคมีได้ 2 ระยะ ดังนี้

1. วัณโรคปฐมภูมิ (Primary tuberculosis) คือ การเกิดโรคจากการติดเชื้อครั้งแรก วัณโรคปฐมภูมิมักเกิดในวัยเด็ก บางคนจึงเรียกว่าวัณโรคในเด็ก แต่ในผู้ใหญ่ที่ไม่เคยได้รับเชื้อมาก่อน เมื่อได้รับเชื้อครั้งแรกก็อาจเป็นวัณโรคปฐมภูมิได้หลังจากเกิดวัณโรคปฐมภูมิแล้วมีเพียงน้อยกว่าร้อยละ 5 ที่จะลุกลามต่อไป ที่เหลือมากกว่าร้อยละ 95 ของวัณโรคปฐมภูมิจะกลายเป็นวัณโรคระยะสงบ โดยกลไกของภูมิคุ้มกันของร่างกาย แต่ในผู้ใหญ่ที่ไม่เคยได้รับเชื้อวัณโรคมาก่อน และติดเชื้อ HIV เมื่อได้รับเชื้อวัณโรคครั้งแรกอาจเกิดวัณโรคปฐมภูมิที่รุนแรงและมีการแพร่กระจายได้

2. วัณโรคหลังปฐมภูมิ (Post primary tuberculosis) คือการเกิดเป็นวัณโรคขึ้นมาใหม่ หลังจากวงจรวัณโรคปฐมภูมิเกิดขึ้นครบถ้วนสมบูรณ์แล้ว กลไกการเกิดวัณโรคหลังปฐมภูมิ มี 2 รูปแบบ คือ

2.1 การเกิดวัณโรคเนื่องจากเชื้อที่เคยได้รับเข้าไปแล้ว (Endogenous reactivation) การที่เชื้อวัณโรคที่ได้รับครั้งแรก และอยู่ในร่างกายอย่างสงบในรอยโรคของวัณโรคปฐมภูมิ และต่อมาเกิดการเจริญแบ่งตัวทำให้โรคลุกลามขึ้นมาอีก โดยอาศัยปัจจัยบางประการเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำลง

2.2 การเกิดวัณโรคเนื่องจากได้รับการติดเชื้อจากภายนอก (Exogenous superinfection) การเกิดโรคจากการติดเชื้อเข้าไปใหม่จากภายนอกในคนที่เคยติดเชื้อวัณโรค

ส่วนมากเชื่อว่า การเกิดโรคจะเป็นในรูปแบบการได้รับเชื้อครั้งแรกที่มีอยู่ภายในร่างกายเป็นส่วนใหญ่ การได้รับเชื้อครั้งแรกนั้นจะทำให้เกิดภูมิคุ้มกันของร่างกายที่สามารถยับยั้งการแพร่กระจายลุกลามของเชื้อที่ได้รับเข้าไปในครั้งหลังได้อีกประการหนึ่งรอยโรคที่พบในผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่มักพบที่เยอดปอด จึงน่าจะเป็นเชื้อวัณโรคที่ได้รับครั้งแรกที่ไปตกค้างอยู่ที่เยอดปอด ซึ่งเป็นบริเวณที่มีแรงดันออกซิเจนสูงและอยู่อย่างสงบหลังเกิดวัณโรคปฐมภูมิแล้วหายไปหรือสงบไปแล้ว ต่อมากลับลุกลามขึ้นมาใหม่ ส่วนการเกิดโรคในรูปแบบการได้รับเชื้อเข้าไปใหม่จากภายนอกนั้น อาจเกิดได้ในกรณีที่ได้

รับเชื้อจำนวนมากและภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำมากๆ แต่รอยโรคที่เกิดขึ้นจะไม่พบที่ต่อมน้ำเหลือง เหมือนวัณโรคปฐมภูมิ หรือพบที่ยอดปอดเหมือนการได้รับเชื้อครั้งแรกที่มีอยู่ภายในร่างกาย แต่มักพบรอยโรคที่ยอดของกลีบล่างปอดขวา หรือกลีบซ้าย (กองวัณโรค. 2536 : 5)

การแพร่กระจายของเชื้อวัณโรค

การแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคจะพบว่า แหล่งแพร่เชื้อที่สำคัญที่สุดคือผู้ป่วยวัณโรค (กองวัณโรค. 2536 : 2-3) เมื่อผู้ป่วย ไอ จาม หัวเราะ ร้องเพลงหรือพูด จะมีอนุภาคละอองเสมหะถูกขับออกมาทางปากและจมูก อนุภาคขนาดใหญ่มากจะตกลงบนพื้นดินส่วนอนุภาคขนาดเล็กจะแขวนตัวลอยลอยอยู่ในอากาศ และถูกลมพัดออกไป

อนุภาคละอองเสมหะที่ถูกสูดหายใจเข้าไป ถ้ามีขนาดค่อนข้างใหญ่จะติดอยู่ในโพรงจมูกและทางเดินหายใจส่วนต้น และในที่สุดจะถูกขับออกโดยกลไกการต้านทาน และการขับออกของเยื่อทางเดินหายใจ ส่วนอนุภาคขนาดเล็ก(1-5 ไมครอน) จะเข้าไปถึงหลอดลมฝอยส่วนปลายหรือถุงลมได้ ทำให้เกิดกระบวนการอักเสบติดเชื้อขึ้น

การแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคที่สำคัญมี 2 ทาง ดังนี้

1. ทางทางหายใจ การหายใจธรรมดาจะมีอนุภาคละอองเสมหะออกมาน้อยมาก การไออาจมีอนุภาคตั้งแต่ 0-3,500 ไมครอน การจามอาจมีมากถึง 1 ล้านไมครอน ในเสมหะผู้ป่วยหรือหนองที่แห้งกรังอยู่ตามสถานที่ต่างๆ จะไม่มีการลอยขึ้นไปแขวนในอากาศโดยตัวของมันเอง ถึงแม้จะติดฝุ่นละอองฟุ้งขึ้นไปได้บ้าง แต่ก็ยังเป็นอนุภาคขนาดใหญ่ที่ไม่สามารถเข้าไปในปอดได้ เช่นเดียวกับเชื้อที่ติดตามเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม เฟอร์นิเจอร์ หนังสือ และภาชนะเครื่องใช้ต่างๆที่ไม่ใช่แหล่งแพร่เชื้อสำคัญ เพราะเชื้อจะตายได้รวดเร็ว เสมหะแห้งบนพื้นที่มีแสงแดด เชื้อจะตายภายใน 2 ชั่วโมง แต่ถ้าเป็นเสมหะเปียกต้องใช้เวลาจนถึง 20-30 ชั่วโมง และเชื้อจากเสมหะแห้ง ซึ่งเป็นละอองเชื้อปลิวอยู่ในอากาศ ในที่มีแสงแดดส่องไม่ถึง เชื้ออาจมีชีวิตอยู่ได้นาน 8-10 วัน

2. ทางเดินอาหาร โดยการรับประทานหรือดื่ม

นอกจากนั้นอาจเข้าสู่ร่างกายได้ทางผิวหนังแต่ในปัจจุบันพบน้อยมากเชื้อวัณโรคที่แปดเปื้อนในอาหารหรือเครื่องดื่มเข้าไป

ความเสี่ยงต่อการรับเชื้อวัณโรค ขึ้นกับปัจจัยต่างๆ ดังนี้

1. ปริมาณของเชื้อวัณโรคในแผลวัณโรคที่ปอด แผลที่ปอด ซึ่งมีลักษณะเป็นแผลโพรง (Cavity) และโดยเฉพาะแผลโพรงที่มีทางติดต่อกับหลอดลมจะมีปริมาณออกซิเจนสูงทำให้เชื้อมีการเจริญแบ่งตัวดี อาจพบมากถึง 1-10 เซลล์เท่านั้น

2. ปริมาณของเชื้อวัณโรคที่ตรวจพบในเสมหะของผู้ป่วยวัณโรค และความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อของผู้สัมผัสโรค

ตาราง 3 ระดับของการแพร่เชื้อจากมากไปหาน้อย และความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อของผู้สัมผัสโรค
จากผลการตรวจ

การแพร่เชื้อ	ตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์	ตรวจโดยการเพาะเลี้ยงเชื้อ	ความเสี่ยงที่ผู้สัมผัสโรคมีโอกาสรับเชื้อ
แพร่เชื้อมาก	พบเชื้อ	พบเชื้อ	สูงกว่าทั่วไป 3.8 เท่า
แพร่เชื่อน้อย	ไม่พบเชื้อ	พบเชื้อ	สูงกว่าทั่วไป 1.5 เท่า
ไม่แพร่เชื้อ	ไม่พบเชื้อ	ไม่พบเชื้อ	ไม่ต่างกับกลุ่มทั่วไป

ที่มา : กองโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.แนวทางระดับชาติ:ยุทธศาสตร์การผสมผสาน การดำเนินงานวัณโรคและเอดส์เพื่อควบคุมและป้องกันวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย. 2536. หน้า 4.

ผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยแพร่เชื้อมาก มีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคมากกว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยที่แพร่เชื่อน้อย หรือผู้ป่วยที่ไม่แพร่เชื้อหรือคนทั่วไป ถึงร้อยละ 90 และผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยที่แพร่เชื้อมาก มีโอกาสได้รับเชื้อสูงกว่าผู้สัมผัสโรคอื่นๆ ส่วนผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยที่แพร่เชื่อน้อย หรือไม่แพร่เชื้อมีโอกาสรับเชื้อเท่าๆ กับผู้สัมผัสโรคอื่นๆ

3. ความถี่ของการไอของผู้ป่วย ผู้ป่วยวัณโรคที่ไอถี่ มีโอกาสแพร่เชื้อไปยังผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านมาก จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่า การแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคที่เป็นปัญหาสำคัญที่สุดคือ การไอของผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งทำให้เกิดการฟุ้งกระจายของละอองเสมหะไปสู่ผู้อื่น และทำให้เกิดการติดเชื้อวัณโรคได้ ลักษณะการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคที่สำคัญอีกส่วนหนึ่งก็คือ การที่ผู้ป่วยวัณโรคอยู่ในระยะแพร่เชื้อได้ง่าย (เป็นระยะที่พบเชื้อจากการตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ และผู้ป่วยยังไม่ได้รับการรักษาหรืออยู่ระหว่างการรักษา 2 เดือนแรก แต่มีการขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง)

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการตรวจวินิจฉัย และได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และมีความสม่ำเสมอ เพื่อจะช่วยลดการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคลงได้เป็นอย่างดี

ระยะฟักตัวของโรค

ตั้งแต่ได้รับเชื้อ จนพบว่ามียาโรค (Primary lesion) ใช้เวลาประมาณ 4-6 สัปดาห์ วัณโรคของปอดหรืออวัยวะอื่นๆ อาจเป็นเวลานานนับเป็นปีๆ แต่ระยะเวลา 6-12 เดือนภายหลังได้รับเชื้อ เป็นระยะที่พบมากที่สุด

การจำแนกประเภทของโรค

เชื้อวัณโรคสามารถเกิดพยาธิสภาพได้กับอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย อย่างไรก็ตามมากกว่าร้อยละ 80 มักจะเกิดขึ้นที่ปอดซึ่งพบได้มากที่สุด และเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ จึงได้แบ่งวัณโรคออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ คือ

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

วัณโรคนอกปอด (Extrapulmonary TB)

เป็นวัณโรคที่เกิดกับอวัยวะอื่นๆ นอกเหนือจากปอด เช่น เยื่อหุ้มปอด ต่อม้ำเหลือง ช่องท้อง ผิวหนัง กระดูกและข้อ เยื่อหุ้มสมอง ระบบสืบพันธุ์ และทางเดินปัสสาวะการวินิจฉัยโดยอาศัยการตรวจชิ้นเนื้อให้ผลบวก หรือผลการตรวจร่างกาย เข้าได้กับข้อบ่งชี้ชัดเจน และแพทย์ตัดสินใจรักษาวัณโรค

หากผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคมีวัณโรคปอดและนอกปอดรวมกัน ให้วินิจฉัยว่าผู้ป่วยรายนั้นเป็นวัณโรคปอด เพราะวัณโรคปอดมีความสำคัญทางระบาดวิทยา(กระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 5) เนื่องจากวัณโรคปอดที่ย่อมเสมหะพบเชื้อ มีโอกาสแพร่โรคมกกว่าวัณโรคปอดที่ย่อมเสมหะไม่พบเชื้อถึง 10 เท่า ส่วนวัณโรคนอกปอดแทบจะไม่มีโอกาสแพร่เชื้อเลย

สำหรับวัณโรคนอกปอดนั้นอาการขึ้นอยู่กับว่าเป็นวัณโรคที่อวัยวะส่วนใดเช่น

- วัณโรคต่อม้ำเหลือง มีอาการที่พบ คือ ต่อม้ำเหลืองโต ไม่เจ็บ ไม่ร้อน ชุ่ม แรกค่อนข้างแข็งต่อมาจะนุ่ม และอาจแตกเป็นหนอง
 - วัณโรคกระดูกและข้อ อาการที่พบ คือ กระดูกหรือข้อนั้นๆมักจะปวด เคลื่อนไหวได้น้อยลง บวม ในระยะหลังอาจมีหนองไหลทะลุผิวหนังบริเวณนั้นออกมา วัณโรคของกระดูกสันหลังอาจทำให้เกิด (Acute angulated kyphosis)
 - วัณโรคเยื่อหุ้มสมอง อาการที่พบ คือ เริ่มปวดศีรษะ มีไข้ ต่อมามีอาการคอแข็ง มึนงง สับสนและชัก
 - วัณโรคในช่องท้อง อาการที่พบ คือ ท้องมาน ปวดท้อง มีไข้ อาจถ่ายอุจจาระเหลวหรือท้องผูก ในระยะหลังอาจคลำพบก้อนในช่องท้อง
 - วัณโรคแพร่กระจาย อาการที่พบ คือ มีไข้ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด ตับและม้ามโต ต่อม้ำเหลืองโตทั่วตัว
 - วัณโรคของกล่องเสียง อาการที่พบ คือ เสียงแหบแห้ง และปวดบริเวณกล่องเสียง
- วัณโรคของอวัยวะสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ อาการที่พบ คือปวดหลัง ปวดท้อง

ปัสสาวะมีหนองหรือมีเลือดปน (สมชัย บวรกิตติ และคณะ. 2532 : 243) ส่วนในผู้หญิง มักมีอาการตกขาวมีเลือดออก คลำพบก้อนที่อุ้งเชิงกราน หรือปวดท้องเรื้อรัง

วัณโรคปอด (Pulmonary TB)

วัณโรคปอด เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อวัณโรค *Mycobacterium tuberculosis* ซึ่งเป็นเชื้อที่ต้องการออกซิเจนสูงจึงมักมีภาวะการเผาผลาญอาหารดีในอวัยวะที่มีออกซิเจนสูงเช่น ที่ปอดการตรวจหาเชื้อวัณโรคโดยการย้อมเสมหะพบว่ามีทั้งพบเชื้อและไม่พบเชื้อซึ่งทั้ง 2 วิธีทำให้มีการวินิจฉัยโรคแตกต่างกันดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 4-5)

1. วัณโรคปอดย้อมเสมหะพบเชื้อ (Pulmonary TB smear positive) วัณโรคชนิดนี้สามารถวินิจฉัยได้โดยตรวจเสมหะทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้

1.1 ตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์พบเชื้ออย่างน้อย 2 ครั้ง

1.2 ตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์พบเชื้อ 1 ครั้ง ร่วมกับผลภาพรังสีทรวงอกบ่งชี้ว่าเป็นวัณโรค

1.3 ตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์พบเชื้อ 1 ครั้ง ร่วมกับการเพาะเชื้อวัณโรคให้ผลบวก

2. วัณโรคปอด ย้อมเสมหะไม่พบเชื้อ (Pulmonary TB smear negative) วัณโรคชนิดนี้ไม่สามารถวินิจฉัยได้โดยตรวจเสมหะทางห้องปฏิบัติการ แต่สามารถวินิจฉัยโรคได้ด้วยวิธีการอื่น ๆ ดังนี้

2.1 ผู้ติดเชื้อวัณโรคที่มีอาการสงสัยเป็นวัณโรค และตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์อย่างน้อย 3 ครั้งไม่พบเชื้อ แต่มีผลภาพรังสีทรวงอกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาวัณโรค

2.2 ผู้ติดเชื้อวัณโรคที่มีการเพาะเชื้อวัณโรคให้ผลบวก แต่ตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ไม่พบเชื้อ

สาเหตุของการเกิดโรควัณโรคปอด

ผู้ติดเชื้อวัณโรคส่วนใหญ่ได้รับเชื้อทางระบบทางเดินหายใจ (Respiratory system) จากการหายใจเอาอากาศ ซึ่งปนเปื้อนด้วยเชื้อโรคที่มาจากสิ่งขับถ่ายจากปอดของผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยการไอ จาม หรือซากเสมหะออกมา อนุภาคขนาดใหญ่มักตกลงสู่พื้นดิน ส่วนอนุภาคขนาดเล็ก 1-10 ไมครอน จะแขวนตัวลอยลอยอยู่ในอากาศเมื่อมีผู้สูดอากาศหายใจเข้าไป อนุภาคขนาดใหญ่จะติดอยู่ในโพรงจมูกและทางเดินหายใจส่วนต้น และในที่สุดจะถูกขับออกมาโดยกลไกการต้านทานและการขับออกของเยื่อจมูก และทางเดินหายใจส่วนต้นส่วนอนุภาคขนาดเล็กจะถูกเข้าไปสู่หลอดลมฝอยส่วนปลายหรือถุงลม ซึ่งร่างกายไม่สามารถขับออกได้ เชื้อวัณโรคจึงสามารถแบ่งตัวเพิ่มจำนวนจนก่อให้เกิดโรค ส่วนสาเหตุรองลงมา คือระบบทางเดินอาหาร (Digestive system) โดยการกินหรือดื่มเอาเชื้อวัณโรคที่

ปนเปื้อนในอาหาร เช่น การรับประทานอาหาร น้ำหรือนมวัวที่ปนเปื้อนเชื้อวัณโรคจากนั้นอาจเข้าสู่ร่างกายทางผิวหนัง ได้แก่ เข้าทางบาดแผล หรือผิวหนังที่ถลอก แต่ในปัจจุบันพบน้อยมาก (สมชัย บวรกิตติ และคณะ. 2532 : 1-2)

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค

ผู้ติดเชื้อวัณโรค ประมาณร้อยละ 10 เท่านั้น ที่จะเกิดการลุกลามเป็นโรคขึ้น ซึ่งยังไม่ทราบกลไกที่แน่ชัด ส่วนปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคดังนี้ (สมชัย บวรกิตติ ; และคณะ. 2532 : 6 ; ปรีชา วิจิตพันธ์; เปรม บุรี ; และวัลลี สัตยาพันธ์. 2532 : 1-2)

1. อายุ วัณโรคชนิดแพร่กระจายมักเกิดในเด็ก และผู้สูงอายุที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี และในวัยรุ่น ซึ่งเป็นที่มีการเปลี่ยนแปลงมากทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดความเครียดความกดดันทางจิตใจและอารมณ์ อันมีผลกระทบต่อการทำงานของฮอร์โมนแอดรีนาคอร์ติคอลลากต่อมพิทูอิทารี (Pituitary adrenocortical hormones) ทำให้มีการขับถ่ายไนโตรเจนทางปัสสาวะมากขึ้นในร่างกายจึงมีความต้านทานน้อยลง (สาโรจน์ ตาลผาด. 2539 : 10)

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

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

4. อาชีพ บุคคลบางอาชีพที่เสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคสูง เช่น แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพที่ต้องอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและในคนที่ทำงานในเหมืองแร่แอสเบสตอส (Asbestos) และถ่านหิน (Coal) เนื่องจากต้องหายใจเอาฝุ่นละอองเข้าไปเป็นจำนวนมาก และยังทำงานหนัก มีเวลาพักผ่อนน้อย เป็นเหตุให้มีการติดเชื้อวัณโรคได้ง่าย (สาโรจน์ ตาลผาด. 2539 : 11)

5. การขาดการดูแลสุขภาพอนามัย เช่น การอดนอน ภาวะทุพโภชนาการจากการรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์โดยรับประทานตามความชอบหรือความเคยชินไม่สนใจตรวจสุขภาพ และการเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจอยู่เสมอ เช่น การอยู่ในที่ชุมชนแออัด ซึ่งเป็นเหตุให้มีการติดเชื้อวัณโรคได้ง่าย

อาการของวัณโรคปอด

ผู้ติดเชื้อวัณโรคที่เริ่มเป็นใหม่ๆ อาจไม่มีอาการใดๆ ส่วนใหญ่มีการตรวจพบโดยบังเอิญจากการถ่ายภาพรังสีทรวงอก เมื่อตรวจร่างกายในบางโอกาส เช่น ตรวจร่างกายเพื่อเข้ารับการศึกษ ตรวจร่างกายเพื่อเข้าทำงาน เป็นต้น เพราะอาการมักเกิดช้าๆ ค่อยๆ เป็นไปทีละน้อยโดย ผู้ติดเชื้อวัณโรคไม่รู้ตัวมักเริ่มต้นด้วยอาการเป็นหวัด ตัวร้อน เป็นๆ หายๆ อยู่นาน จึงมักมาพบแพทย์เมื่อเป็นมากแล้ว ดังนั้นอาการต่างๆ ของผู้ติดเชื้อวัณโรคสามารถแบ่งเป็นสองกลุ่ม คือ อาการทั่วไปและอาการทางปอด (บัญญัติ ปริษณานนท์ และคณะ. 2542 : 2-3)

1. อาการทั่วไป ได้แก่

1.1 น้ำหนักตัวลด ชูบผอม ระยะแรกผู้ติดเชื้อวัณโรคยังไม่รู้สึกว่าตนเองผอมลงแต่เมื่อมีไข้และไอ น้ำหนักตัวจะลดลงอย่างรวดเร็ว

1.2 อ่อนเพลีย ผู้ติดเชื้อวัณโรคมักรู้สึกไม่มีแรงแต่ยังสามารถทำงานได้ตามปกติในระยะแรก ต่อมาจะมีอาการอ่อนเพลียมากขึ้นจนต้องหยุดทำงาน

1.3 เหงื่อออก เวลานอนกลางคืนมักจะมีไข้ตอนหัวค่ำ ตอนดึกจะมีเหงื่อออกมากจนเสื้อผ้าเปียก ทำให้นอนไม่หลับ

1.4 ผิวน้ำ ผู้ติดเชื้อวัณโรคมักผิวน้ำซีดและมีสีเหลืองใสบาง นัยน์ตามักจะมัวในเวลาเช้า แต่จะแจ่มใสในเวลากลางคืนตาขาวมักมีสีแดงคล้ายสีฟ้า

1.5 อาการไข้ มักพบตั้งแต่เริ่มป่วย โดยมากมักจะมีอาการตัวร้อนเล็กน้อยจะสังเกตไม่ได้ ซึ่งมักจะมีอาการไข้เวลาบ่ายหรือค่ำ อาการไข้ในผู้ติดเชื้อวัณโรคจะเป็นไข้ต่ำๆ ถ้าวัดปรอทจะสูงไม่เกิน 101 องศาฟาเรนไฮต์ หรือ 37.9 องศาเซลเซียส

2. อาการทางปอด ได้แก่

2.1 อาการไอ เป็นอาการที่พบบ่อยโดยเริ่มจากไอน้อยๆ ลักษณะไอแห้งๆ และเมื่อเป็นมากขึ้นจะมักเหนียวและมีสีเขียวมีกลิ่นเหม็น และมักไอเรื้อรังเกิน 3 สัปดาห์เมื่อมีอาการไอมากขึ้นมักจะมีโลหิตปนเสมหะออกมาด้วยทำให้เสมหะเป็นสีน้ำตาล สีดำ หรือสีแดงเป็นเลือด ซึ่งถ้าโลหิตออกมากอาจเป็นอันตรายถึงเสียชีวิตได้ และอาจมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวกจากสภาพที่น้ำเหลืองหรือหนองท่วมปอด (Effusion, Empyema) เป็นผลให้ปอดขยายขณะหายใจเข้าได้ไม่เต็มที่

2.2 อาการโลหิตออกเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่หลอดโลหิตในปอดทำให้หลอดโลหิตรั่ว มักเกิดขึ้นเมื่อผู้ติดเชื้อวัณโรคต้องออกกำลังมาก อาการโลหิตออกอาจเป็นได้ 3 ลักษณะดังนี้

2.2.1. โลหิตออกเล็กน้อยปนกับเสมหะเมื่อขากเสมหะ (Blood splitting)

2.2.2. เวลาไอโลหิตออกมาเป็นลิ่มๆ ในเวลาเช้าแต่เวลาไอ

ไม่มีโลหิตออก หรือบางทีออกมาเป็นจำนวนมากปนกับเสมหะ (Blood streaked sputum)

2.2.3. โลหิตออกมาทางปากโดยการอาเจียนออกมาเป็นโลหิต

(Massive hemoptysis)

3. การเจ็บหน้าอก เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ติดเชื้อวัณโรค บางครั้งเป็นเพียงเจ็บตื้อๆ บางครั้งเจ็บมากขณะหายใจเข้า เนื่องจากเยื่อหุ้มปอดอักเสบ บางครั้งเกิดอาการขัดยอกของกล้ามเนื้อหน้าอกที่เกิดจากการไอมากๆ บางครั้งอาจไ้มากจนทำให้กระดูกซี่โครงหักได้ (Cough fracture) (ปรีชา วิจิตพันธ์; เปรม บุรี; และวัลลี สัตยาพันธ์. 2542 : 103)

4. อาการหายใจลำบากในผู้ที่เป็นวัณโรคปอด เกิดจากโรคกระจายไปในปอดมาก หรือเกิดจากน้ำในช่องปอดซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยจะมีท่าทางที่ไม่สบาย น้ำหนักลดและมักมีไข้ร่วมด้วย บางครั้งผู้ติดเชื้อวัณโรคจะมีเสียงหายใจหวีดหวีด (Wheeze) เนื่องจากหลอดลมอักเสบจากเชื้อวัณโรค (ปรีชา วิจิตพันธ์; เปรม บุรี; และวัลลี สัตยาพันธ์. 2542 : 103)

การตรวจวินิจฉัยโรค

การตรวจวินิจฉัยโรค สามารถทำได้หลายวิธี ดังนี้ (ยุทธชัย เกษตรเจริญ. 2542 : 326-328)

1. การซักประวัติ

1.1 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตของผู้ป่วย ผู้ป่วยเคยป่วยด้วยวัณโรคมาก่อน

1.2 ประวัติครอบครัว หมายถึง บุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยด้วย

วัณโรค

2. การตรวจร่างกาย เช่นตรวจพบต่อมน้ำเหลืองโตในผู้ป่วยวัณโรคต่อมน้ำเหลือง อาจพบเสียงปอดผิดปกติ ในกรณีที่มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดของผู้ป่วยวัณโรคเยื่อหุ้มปอด และอาจพบอาการคอแข็งในผู้ป่วยวัณโรคเยื่อหุ้มสมอง เป็นต้น

3. การตรวจหาทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจเสมหะโดยการย้อมเชื้อ (Direct smear) เป็นวิธีการตรวจวินิจฉัยโรคที่ดีที่สุด และได้ผลแน่นอนกว่าวิธีการตรวจอื่นๆ (สามารถวินิจฉัยได้เฉพาะวัณโรคปอดเท่านั้น) และเป็นวิธีการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยกว่าวิธีการตรวจอื่นๆ มีวิธีการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ และโอกาสในการพบเชื้อวัณโรคในเสมหะนั้นจะขึ้นอยู่กับปริมาณเสมหะ คุณภาพของเสมหะ ปริมาณเชื้อวัณโรคในเสมหะ และจำนวนครั้งที่ตรวจ

เสมหะที่จะตรวจให้ได้ผลดีนั้น จะต้องมียปริมาณของเสมหะจำนวนมาก (ต้องไม่น้อยกว่า 2 มิลลิลิตร) ซึ่งได้จากการรวบรวมในช่วงเวลานาน ส่วนเสมหะที่มีคุณภาพดีนั้นก็จะเป็นเสมหะที่ถูกขับออกมาจากหลอดลมด้วยการไอ ไม่ใช่จากลำคอหรือเพดานปาก ต้องมีลักษณะเป็นยางเหนียว สีคล้ายหนอง (Purulent) ไม่ใช่ใสหรือเมือกจากช่องจมูก (กระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 4) ในส่วนของปริมาณเชื้อวัณโรคในเสมหะนั้น อย่างน้อยต้องมีเชื้อวัณโรค 10,000 ตัว / 1 ลบ.ซม. ของเสมหะ จึงมีโอกาสตรวจพบด้วยวิธี Direct smear และโอกาสนี้จะเพิ่มมากขึ้น เมื่อจำนวนเชื้อวัณโรคในเสมหะมี

จำนวนมากขึ้นตามไปด้วย (ยุทธชัย เกษตรเจริญ. 2542 : 330) และในด้านของจำนวนครั้งที่ตรวจนั้น เพื่อโอกาสของการพบเชื้อและได้ผลสำหรับการวินิจฉัยที่แน่นอน ในแง่ของการปฏิบัติจึงได้กำหนด จำนวนครั้งของการตรวจไว้อย่างน้อย 3 ครั้ง โดยเก็บเสมหะตรวจดังนี้

ครั้งที่ 1 ให้ผู้ป่วยบ้วนเสมหะทันที (Spot sputum) เมื่อมาพบแพทย์ครั้งแรก

ครั้งที่ 2 ในเช้าวันที่จะไปโรงพยาบาลให้ผู้ป่วยขากเสมหะเมื่อตื่นนอนตอนเช้า (Collection sputum) ใส่ตลับเก็บเสมหะที่มีฝาปิดมิดชิดกันรั่วซึม เพื่อนำส่งไปตรวจ

ครั้งที่ 3 ให้ผู้ป่วยบ้วนเสมหะ (Spot sputum) ตรวจที่โรงพยาบาลเมื่อนำเสมหะครั้งที่ 2 มาส่ง ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถมาโรงพยาบาลได้สะดวกควรเก็บเสมหะดังนี้ ให้ผู้ป่วยเก็บเสมหะ Spot sputum 1 ครั้ง และ Collection sputum 2 ครั้งวิธีนี้จะทำให้ได้ผลการตรวจเสมหะที่ดี และเชื่อถือได้มากขึ้นกว่าวิธีแรก

เทคนิคที่ควรปฏิบัติในการเก็บเสมหะส่งตรวจ มีดังนี้ (องค์การอนามัยโลก. 2539 : 4)

1. ผู้ป่วยควรบ้วนปากด้วยน้ำสะอาดก่อนเก็บเสมหะ
2. ควรเก็บเสมหะในที่ที่มีอากาศถ่ายเทดี
3. ให้ไอลึกๆ เพื่อขับเสมหะออกมา
4. ไม่ควรมีผู้อื่นอยู่ในบริเวณเก็บเสมหะ
5. ถ้าเก็บเสมหะไม่ได้ เช่น เป็นน้ำลาย ให้ผู้ป่วยพยายามเก็บใหม่
6. ให้เก็บเสมหะในตลับเก็บเสมหะให้ดี

การแปลผลการตรวจเสมหะ (เพื่อการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนรักษา)

ผลการตรวจเสมหะแปลผลได้ดังนี้

- ก. ถ้าผลเสมหะเป็นบวก 2 ครั้ง ขึ้นทะเบียนรักษาทันที
- ข. ถ้ามีการตรวจเสมหะเพียง 2 ครั้ง โดยมีผลบวก 1 ครั้ง ต้องพยายามเก็บเสมหะครั้งที่ 3 ถ้าผลเป็นบวกขึ้นทะเบียนรักษาทันที แต่ถ้าผลเป็นลบ ต้องส่งพบแพทย์เพื่อพิจารณาภาพถ่ายรังสี ทรวงอกเข้าได้กับวัณโรคปอด และแพทย์พิจารณาว่าต้องรักษา ขึ้นทะเบียนรักษาทันที
- ค. ถ้าผลการตรวจเสมหะทั้ง 3 ครั้ง เป็นลบ แต่ภาพถ่ายรังสีทรวงอกเข้าได้กับวัณโรค ประกอบกับการตัดสินใจของแพทย์ว่าต้องรักษาขึ้นทะเบียนรักษาทันที

3.2 การเพาะเชื้อวัณโรค (Culturing) และการทดสอบความไวของเชื้อต่อยา

ในผู้ป่วยที่ยังไม่เคยได้รับการรักษาด้วยยาวัณโรคมาก่อน และเสมหะย่อมพบเชื้อทوبرคูล การเพาะเชื้อวัณโรคไม่มีความจำเป็น ควรทำการเพาะเชื้อในรายที่สงสัยว่าจะเป็นวัณโรค แต่เสมหะย่อมไม่พบเชื้อหรือในกรณีสงสัยว่าเชื้อดื้อยา เช่น ในรายรักษาซ้ำ หรือ รักษาเนิ่นนานเกินกว่า 5 เดือน แล้วยังตรวจเสมหะโดยการย้อมพบเชื้ออยู่ การเพาะเชื้อก็เพื่อทำการทดสอบความไวของเชื้อต่อยา

ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถจะไอเอาเสมหะออกมาได้หรือไม่มีเสมหะอาจใช้วิธีป้ายคอ (Laryngeal swab) ส่งเพาะเชื้อ หรืออาจทำให้ผู้ป่วยไอโดยการให้สูดดมละอองน้ำอุ่นเข้าไป ในสถานที่ที่สามารถทำการส่องกล้องตรวจหลอดลมเพื่อดูน้ำล้างหลอดลมหรือขลิบชิ้นเนื้อส่งตรวจ ก็อาจมีประโยชน์ในผู้ป่วยบางรายที่ตรวจเสมหะไม่พบเชื้อ (สมาคมปราบวัณโรค. 2539 : 10)

4. การตรวจทางรังสีวิทยา (X-rays)

การถ่ายภาพรังสีที่ทรวงอกของผู้ป่วยวัณโรค จากพยาธิสภาพส่วนใหญ่ผู้ป่วยวัณโรคมักอยู่ที่ปอด ดังนั้นการถ่ายภาพรังสีทรวงอกเพื่อประกอบการวินิจฉัยจึงเป็นเรื่องจำเป็นภาพรังสีทรวงอกมีความไว (Sensitivity) ค่อนข้างสูง แต่มีความจำเพาะ (Specificity) ค่อนข้างต่ำการใช้ภาพรังสีทรวงอกกับการเพาะเนื้อเพื่อการวินิจฉัยวัณโรคปอด โดยไม่มีการตรวจเสมหะจึงมีโอกาสผิดพลาดได้บ่อย

ถึงแม้จะไม่มีลักษณะจำเพาะสำหรับวัณโรคและภาพรังสีทรวงอกที่ผิดปกติก็ไม่สามารถบอกได้ว่ารอยโรคกำลังลุกลาม (Active) หรือไม่ แต่ลักษณะบางอย่างก็ช่วยชี้นำว่าน่าจะเป็นวัณโรคได้ เช่น พบลักษณะแผลโพรง (Cavity) ก็จะเพิ่มความน่าจะเป็นวัณโรคมากขึ้น (ยุทธิชัย เกษตรเจริญ. 2542 : 332)

5. การทดสอบทูเบอร์คิวลิน (Tuberculin test) การทดสอบ Tuberculin เป็นการตรวจเพื่อวินิจฉัยว่าผู้นั้นได้รับเชื้อวัณโรคมาแล้ว เนื่องจากประเทศไทยมีอัตราการครอบคลุมการฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรคค่อนข้างสูง จึงเป็นการยากอย่างมากที่จะแยกปฏิกิริยา Tuberculin ที่เกิดจากการติดเชื้อวัณโรคและวัคซีน ดังนั้นการใช้ประโยชน์จากปฏิกิริยา Tuberculin เพื่อวินิจฉัยวัณโรคจึงมีข้อจำกัดอย่างจำกัด ปฏิกิริยาที่ให้ผลบวก คือปฏิกิริยาที่ให้ตุ่มนูนแข็ง (Induration) ที่มีเส้นผ่านศูนย์กลางมากกว่า 10 มิลลิเมตรขึ้นไป การทดสอบนี้ยังมีประโยชน์บ้างในการวินิจฉัยโรคที่ตรวจไม่พบเชื้อ

ในปัจจุบันนิยมใช้น้ำยา เพียวริไฟด์ โปรตีน เดอริเวทีฟ (Purified Protein Derivative หรือ PPD) PPD Tween 80 5 TU (Tuberculin Unit) สำหรับทดสอบ และใช้วิธีฉีดเข้าใต้ผิวหนัง (Mantoux) โดยการฉีดน้ำยานี้ขนาด 0.1 ลบ.ซม. (PPD 5 TU) เข้าใต้ผิวหนัง (Intradermal) ที่บริเวณท้องแขน รออ่านผล 48-72 ชั่วโมง วัดขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางเฉพาะส่วนที่เป็นตุ่มนูน (Induration)

การแปลผลปฏิกิริยา Tuberculin skin test ที่เกิน 10 มม. ถือว่าให้ผลบวก (Positive) (ยุทธิชัย เกษตรเจริญ. 2542 : 334)

6. การประเมินสภาพของโรคทางคลินิก

อาการแสดงที่ชัดเจนของโรคซึ่งกำลังกำเริบทางคลินิก เช่น อาการไอเรื้อรัง ไอนานเกิน 3 สัปดาห์ มักมีเสมหะร่วมด้วยซึ่งส่วนใหญ่จะมีสีเหลือง ขาว ชุ่นเขียว บางครั้งอาจมีเลือดปนออกมา น้ำหนักลด อ่อนเพลีย เจ็บหน้าอก หายใจหอบ เหงื่อออกตอนกลางคืน เป็นต้น (องค์การอนามัยโรค. 2539 : 3)

7. การใช้เครื่องมือตรวจพิเศษเช่นการตรวจส่องดูหลอดลม (Bronchoscopy) การเจาะช่องเยื่อหุ้มปอดเพื่อดูดสารเหลวออกส่งตรวจ (Thoracentesis) หรือการตัดชิ้นเนื้อที่เยื่อหุ้มปอดโดยใช้เข็ม (Needle pleural biopsy)

จะเห็นได้ว่าการตรวจวินิจฉัยวัณโรคที่สำคัญคือ การตรวจเสมหะห้อมเชื้อ ซึ่งเป็นวิธีการที่ดีที่สุด สะดวกรวดเร็ว รวมทั้งสามารถให้ผลการวินิจฉัยได้แน่นอนกว่าวิธีอื่นๆ แต่สามารถให้การวินิจฉัยได้เฉพาะโรคปอดเท่านั้น ส่วนวัณโรคอื่นๆ นั้นอาจจะใช้วิธีการตรวจที่เหมาะสมต่อไปได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับผู้ใช้ต้องมีวิจญาณในการตรวจที่เหมาะสมมากที่สุด สำหรับผู้ป่วยในแต่ละราย

การรักษาวัณโรค

การรักษาวัณโรคในปัจจุบันมีวิวัฒนาการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมเป็นอย่างมากเนื่องจากมียาหลายชนิดที่ใช้รักษาได้ดี วิธีการรักษาในสมัยก่อนส่วนใหญ่ได้เลิกใช้ไปแล้ว เช่น การให้ผู้ป่วยนอนพักอย่างจริงจัง การใส่ลมเข้าเยื่อหุ้มปอด ช่างทอ หรือแม้กระทั่งวิธีการทางศัลยกรรมต่างๆ ก็ถูกใช้น้อยลง

ผู้ป่วยวัณโรคทั่วไปไม่จำเป็นต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล ยกเว้นในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ไอเป็นเลือดขนาดมาก ภาวะอากาศรั่วเข้าเยื่อหุ้มปอด หรืออื่นๆ ที่แพทย์รับไว้ในโรงพยาบาล การรักษาวัณโรคนี้ไม่ว่าจะเป็นที่บ้านหรือที่โรงพยาบาลก็ได้ผลดีเท่ากัน ถ้าหากผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง (บัญญัติ ปริษณานนท์. 2542 : 346)

วิธีการรักษาผู้ป่วยวัณโรค โดยการใช้ยาที่มีประสิทธิภาพสูงสามารถรักษาผู้ป่วยให้หายขาดได้เกือบร้อยละ 100 หากผู้ป่วยรับประทานยาครบกำหนด โดยเฉพาะผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่จะสามารถป้องกันการล้มเหลว และการเกิดวัณโรคดื้อยาได้ ซึ่งในการรักษาผู้ป่วยให้หายนั้น จะต้องปฏิบัติดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 24)

1. ให้ยาถูกต้องทั้งชนิดและจำนวน ยาบางชนิดมีฤทธิ์หยุดยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อ ซึ่งยาเพียงชนิดเดียวนั้นไม่สามารถจะรักษาวัณโรคได้ต้องใช้ยาเป็นระบบ ซึ่งมีอยู่ 2 ระยะ คือ ในระยะเข้มข้น (Intensive phase) จะประกอบไปด้วยยาอย่างน้อย 3 ตัว ที่มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อวัณโรคเกือบทั้งหมดอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยพ้นระยะแพร่เชื้อ และในระยะต่อเนื่อง (Continuation phase) จะใช้ยาอย่างน้อย 2 ตัว ซึ่งจะมีฤทธิ์ฆ่าเชื้อวัณโรคที่หลงเหลืออยู่

2. ให้ยาถูกต้องตามขนาด การรักษาจะได้ผลดี หากเราให้ยาถูกต้องตามขนาด ถ้าขนาดของยาต่ำเกินไป เชื้อวัณโรคจะไม่ตายและจะก่อให้เกิดปัญหาการดื้อยา ในขณะเดียวกันหากขนาดของยาสูงเกินไป ผู้ป่วยจะได้รับอันตรายจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

3. ให้ยาระยะยาวเพียงพอ ระบบระยะสั้นมีระยะเวลาแตกต่างกันตั้งแต่ 4,6 และ 8 เดือน ขึ้นอยู่กับประเภทของผู้ป่วย ดังนั้นการที่ผู้ป่วยต้องได้รับยาครบตามกำหนด จึงเป็นสิ่งสำคัญเป็นอย่างยิ่ง มิฉะนั้นแล้วเชื้อวัณโรคอาจจะตายไม่ทั้งหมด และผู้ป่วยอาจจะเป็นวัณโรคอีกครั้ง

4. ความต่อเนื่องของการรักษา หากผู้ป่วยรักษาไม่ต่อเนื่อง เชื้อวัณโรคจะไม่ตายทำให้ผู้ป่วยรายนั้นไม่หาย ดังนั้นการตรวจสอบความต่อเนื่องของการรักษาผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ การให้ความรู้และการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับวัณโรคที่ถูกต้องและเหมาะสม

ยาที่ใช้ในการรักษาวัณโรค

ยาที่สำคัญที่สุดในการรักษาวัณโรคในปัจจุบัน คือ

ไอโซไนอะไซด์ (Isoniazid : H)

ไรแฟมปีซิน (Rifampicin : R)

พัยราซิनाไมด์ (Pyrazinamide : Z)

สเตรปโตมัยซิน (Streptomycin : S)

อีแทมบูตอล (Ethambutol : E)

บางครั้งมียาผสมในเม็ดหนึ่งๆ เช่น ไอโซไนอะไซด์ + ไรแฟมปีซิน(HR) หรือ ไอโซไนอะไซด์ + ไรแฟมปีซิน + พัยราซิनाไมด์(HRZ)

ประเภทการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วย

หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคแล้ว จะต้องซักประวัติว่าผู้ป่วยเคยรักษาวัณโรคมาก่อนหรือไม่ เพราะประวัติการรักษาจะมีผลต่อระบบยา องค์การอนามัยโลกได้แบ่งประเภทการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยดังนี้ (ฝ่ายวัณโรค กองควบคุมโรค สำนักอนามัย. 2544 : 4)

1. ใหม่ (New) หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน หรือเคยได้รับยาต้านวัณโรคมาแต่ไม่เกิน 4 สัปดาห์
2. กลับเป็นซ้ำ (Relapse) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีประวัติว่ารักษาหาย แต่กลับมาเป็นวัณโรคอีกโดยมีเสมหะพบเชื้อวัณโรค
3. ล้มเหลว (Failure) หมายถึง ผู้ป่วยที่เคยรักษาไปแล้ว 4 เดือน ผลเสมหะยังคงหรือกลับมาเป็นบวกในเดือนที่ 5 หรือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลเสมหะเป็นลบเมื่อขึ้นทะเบียน หรือผู้ป่วยวัณโรคปอด แต่กลับมีผลเสมหะเป็นบวกหลังการรักษา 2 เดือน
4. ขาดยาแล้วกลับมารักษา (Treatment after default) หมายถึง ผู้ป่วยซึ่งขาดการรักษาไปมากกว่า 2 เดือนติดต่อกันแล้วกลับมารักษาอีก
5. รับโอน (Transfer in) หมายถึง ผู้ป่วยซึ่งรับโอนโดยเริ่มการรักษา และขึ้นทะเบียนจากหน่วยงานอื่นแล้ว

6. อื่นๆ (Other) หมายถึง ผู้ป่วยซึ่งไม่เข้ากับประเภทใดประเภทหนึ่งข้างต้น เช่น ผู้ป่วยที่เคยรักษาจากหน่วยงานเอกชนมากกว่า 4 สัปดาห์ ฯลฯ หรือผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่ากลับเป็นซ้ำ โดยมีผลเสมหะเป็นลบ

การใช้ระบบยารักษาวัณโรคในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ

การใช้ระบบยาระยะสั้น จะมีระบบยาหลักๆ อยู่ 4 ระบบ (กระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 26 ; องค์การอนามัยโลก. 2541 : 26 ; องค์การอนามัยโลก. 1997) ดังนี้ คือ

1. แคทิกอรี วัน (Category 1:CAT.1) ใช้สูตรยา 2 HRZE(S) / 4HR ซึ่งจะใช้กับผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ หรือผู้ป่วยวัณโรคที่ป่วยมาก เช่นวัณโรคเยื่อหุ้มสมอง วัณโรคแพร่กระจาย วัณโรคเยื่อหุ้มหัวใจ วัณโรคช่องท้อง วัณโรคของไขสันหลัง วัณโรคเยื่อหุ้มปอดทั้งสองข้าง หรือข้างใดข้างหนึ่งแต่เป็นมาก วัณโรคปอดเสมหะลบที่มีแผลเป็นโพรง หรือกินเนื้อปอดมาก

หมายเหตุ : CAT.1 เมื่อตรวจเสมหะผู้ป่วยที่รับประทานยาครบ 2 เดือน หากผลเสมหะเป็นลบ เริ่มให้การรักษาในระยะต่อเนื่อง (4เดือนหลัง) แก่ผู้ป่วยเลย แต่หากผลเสมหะเป็นบวกให้หยุดยา 2-3 วัน และส่งเสมหะไปเพาะเชื้อ และทดสอบความไวต่อยาและขยายการรักษาในระยะเข้มข้นอีก 1 เดือน แล้วตรวจเสมหะ จากนั้นให้ยาในระยะต่อเนื่องได้ ไม่ว่าผลเสมหะจะเป็นบวกหรือลบก็ตาม เมื่อตรวจเสมหะในเดือนที่ 5 ของการรักษาและเมื่อการรักษา หากผลเสมหะครั้งใดครั้งหนึ่งใน 2 ครั้งนี้ เป็นบวก ให้ถือว่าผู้ป่วยรายนี้ล้มเหลวต่อการรักษา (Failure) ไม่ขยายระยะเวลาการรักษาในระยะต่อเนื่องอย่างเด็ดขาด ยกเว้นให้ยาเพิ่มอีก 2 เดือน แก่ผู้ป่วยวัณโรคที่ปอดที่อาการยังไม่ดีขึ้นน่าพอใจ และให้ยาเพิ่มอีก 3 เดือน สำหรับวัณโรคเยื่อหุ้มสมอง วัณโรคของกระดูกและข้อ วัณโรคไต

2. แคทิกอรี ทุ (Category 2:CAT.2) ใช้ยาสูตร 2 SHRZE / 1 HRZE / 5 HRZE ซึ่งใช้กับผู้ป่วย Relapse,Failure หรือ Treatment after default ที่มีผลเสมหะบวกจะไม่ใช้กับผู้ป่วยที่มีเสมหะเป็นลบเด็ดขาด

หมายเหตุ : ตรวจเสมหะเมื่อผู้ป่วยรับประทานยาครบ 3 เดือน หากผลเสมหะเป็นลบ เริ่มให้ยาในระยะต่อเนื่อง (5 เดือนหลัง) แก่ผู้ป่วยเลย แต่หากเสมหะเป็นบวกให้ยากิน HRZE ต่ออีกหนึ่งเดือน และตรวจเสมหะ

3. แคทิกอรี ทรี (Category 3:CAT.3) ใช้สูตรยา 2 HRZ / 4 HR ซึ่งใช้กับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เสมหะเป็นลบหรือผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่มีอาการไม่มาก เช่น วัณโรคต่อมน้ำเหลือง

หมายเหตุ : ตรวจเสมหะเมื่อผู้ป่วยรักษาครบ 2 เดือน หากผลเสมหะเป็นลบ ให้ยาในระยะต่อเนื่องไปหากผลเสมหะกลับมาเป็นบวก จำแนกผู้ป่วยเป็น Failure และรีบให้ CAT.2

4. แคทิกอรี โฟว์ (Category 4:CAT.4) ใช้ยาสูตร H alone ซึ่งใช้กับผู้ป่วยเรื้อรังที่การรักษาล้มเหลว โดยเฉพาะการล้มเหลวจาก CAT.2

หมายเหตุ : ตัวเลขหน้าในในระบบยาหมายความว่าจำนวนเดือนที่ใช้ยา

นอกจากประเทศไทยได้นำการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นมาใช้แล้ว ยังได้นำยุทธศาสตร์การดูแลรักษาวัณโรคภายใต้การสังเกตโดยตรงมาใช้ในประเทศอีกด้วย การรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรง (Directly Observed Treatment Short Course : DOTS) ประกอบ การค้นหาผู้ป่วย ด้วยการเก็บเสมหะตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ การควบคุมให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้าทุกคนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัคร หรือญาติผู้ป่วย โดยใช้ระบบยาระยะสั้นที่ถูกต้อง

การนำยุทธศาสตร์ DOTS มาใช้ในการรักษาและควบคุมวัณโรคนั้นจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพให้ดียิ่งขึ้น จึงจำเป็นที่ผู้มีส่วนที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายจะต้องให้ความร่วมมือกันเป็นอย่างดีและโดยเฉพาะตัวผู้ป่วยเองก็ต้องเล็งเห็นถึงความสำคัญของการรักษา เพื่อให้ตนเองหายป่วยจากโรคนี้ได้ด้วยดี

2 แผนการป้องกันและควบคุมแก้ไขปัญหวัณโรค

หลักการในการป้องกันและควบคุมวัณโรคของประเทศ ประกอบด้วยหลักปฏิบัติ 4 ข้อใหญ่ (ทวีศักดิ์ บำรุงตระกูล. 2538 : 40-41)

1.การฉีดวัคซีน บีซีจี (Bacillus Calmette Guerin Vaccine : BCG)

การดำเนินการในปัจจุบันรวมไว้ในแผนงานขยายการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Explained Program on Immunization – EPI) กลุ่มอายุที่เป็นเป้าหมายสำคัญคือ แรกเกิด – 1 ปี โดยให้ครอบคลุมเด็กทุกคน และมีเป้าหมายรอง คือ เด็กแรกเข้าโรงเรียนที่ยังไม่เคยได้รับการฉีดวัคซีนมาก่อน แต่จะงดเว้นการฉีด บีซีจี (กองวัณโรค. 2536 : 41-47)

คาเมต และเกอแรง (Calmette;&Guerin) เป็นผู้ค้นพบเชื้อวัณโรคพันธุพิเศษจากการที่ได้ทดลองเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรคในวัว (Bovine type) ในอาหารพิเศษ แล้วถ่ายทอดพันธุ์ (Subculture) ต่อเนื่องกันไปถึง 320 ครั้ง โดยไม่ขาดระยะจาก พ.ศ. 2451-2464 เชื้อวัณโรคที่เจริญถ่ายทอดพันธุ์ในอาหารเลี้ยงเชื้อนานถึง 13 ปี มีคุณสมบัติผิดไปจากเดิมไม่ทำให้เกิดโรคในสัตว์ทดลอง แต่สามารถกระตุ้นให้สัตว์ทดลองมีความต้านทานต่อเชื้อวัณโรคธรรมดาอีกด้วย เชื้อนี้จึงได้ชื่อว่า Bacillus Calmette Guerin : BCG (ตามชื่อผู้ค้นพบ) และในปีพ.ศ. 2468 เริ่มทดลองให้วัคซีน บีซีจี กับเด็กทารก ซึ่งมารดาป่วยเป็นวัณโรคโดยวิธีรับประทาน ปรากฏว่าเด็กปลอดภัยจากการป่วยเป็นวัณโรค จึงได้มีการฉีดวัคซีน บีซีจี แพร่หลายมากขึ้น จนเป็นที่ยอมรับของสันนิบาตชาติใน พ.ศ. 2473

สำหรับประเทศไทยได้นำวัคซีน บีซีจี มาทดลองใช้ในครั้งแรก เมื่อ พ.ศ.2494 โดยทดลองฉีดในกลุ่มเด็กนักเรียน นักศึกษา ที่มีปฏิกิริยา Tuberculin test เป็นลบ ต่อมาได้มีการศึกษาทดลองฉีดวัคซีน บีซีจี ให้แก่เด็กแรกเกิดและเด็กวัยก่อนเข้าเรียนซึ่งมีอัตราการติดเชื้อต่ำโดยไม่ต้องทำ Tuberculin test ผลปรากฏว่าไม่มีอันตรายใดๆ เกิดขึ้น วัคซีน บีซีจี จึงเริ่มแพร่หลายมากขึ้น จนถึงปัจจุบันนี้

2. การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคปอด

วัณโรคปอดถือเป็นแหล่งแพร่โรคที่สำคัญ กลวิธีที่เคยปฏิบัติเป็นการหารายป่วยแบบตั้งรับ (Passive case - detection) คือผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยมาขอรับการตรวจตามสถานบริการ แต่เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยมักจะมารับการตรวจล่าช้าไป (Patient delay) แผนงานวัณโรคจึงเพิ่มกลวิธีเป็นการหารายป่วยเชิงรุก (Active หรือ Semiactive case detection) โดยอาศัยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานเข้ามาช่วย ซึ่งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง คือ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชนหรือแม้กระทั่งบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยเอง

3. การรักษาวัณโรคโดยระบบยามาตรฐานระยะสั้น

วิธีการรักษาวัณโรคโดยระบบยามาตรฐานระยะสั้นจะช่วยลดการแพร่กระจายและตัดวงจรการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคได้เป็นอย่างดี

4. การควบคุมดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาโดยสม่ำเสมอ

4.1 การให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยวัณโรคและผู้ใกล้ชิด เน้นให้รับประทานยาให้สม่ำเสมอให้ทราบวิธีการปฏิบัติตนของผู้ป่วย เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

4.2 การใช้ระบบยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรงปัญหา การดื้อยารักษาวัณโรคเกิดจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ไม่ครบขนาด ไม่ได้รับการแนะนำจากเจ้าหน้าที่อย่างเพียงพอ การใช้ระบบ DOTS จะช่วยลดปัญหาการดื้อยา และการกลับเป็นซ้ำได้

4.3 สถานบริการจะต้องจัดระบบงาน และตัวบุคคลผู้รับผิดชอบโดยเฉพาะ

4.4 จัดระบบบริการโอนย้ายผู้ป่วย เพื่อไปรับการรักษาต่อ ณ สถานบริการใกล้บ้าน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขก็มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยอยู่แล้วและควรให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

4.5 ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาติดต่อรับยาเจ้าหน้าที่ควรสอบถามการรับประทานยานับเม็ดยาที่เหลือ และสอบถามอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

4.6 การเก็บเสมหะส่งตรวจเป็นระยะๆ นับว่าเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง

4.7 เพื่อลดปัญหาการขาดยา แผนงานวัณโรคของกระทรวงสาธารณสุขได้ให้การสนับสนุนการรักษาโรคระยะสั้นกับสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่คิดมูลค่า

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป้าหมายงานควบคุมวัณโรคไว้ดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 12)

1. ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรคโดยกล้องจุลทรรศน์ จะต้องได้รับการรักษาจนหายขาดอย่างน้อย ร้อยละ 85

2. เพิ่มความครอบคลุมของการค้นหาผู้ป่วยในระยะแพร่เชื้อให้ได้อย่างน้อยร้อยละ 70 ของจำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่มีอยู่ (จากการตรวจเสมหะ)

การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค

การดูแลตนเองมีการปฏิบัติดังนี้

1. รับประทานยาตามชนิดและขนาดตามที่แพทย์สั่งทุกมื้อให้สม่ำเสมอจนครบกำหนด และไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง
2. เมื่อรับประทานยาไปประมาณ 2 สัปดาห์ อาการไอและอาการอื่นจะดีขึ้น รู้สึกสบายมากขึ้น แต่เชื้อวัณโรคยังไม่หมดไป อย่าตัดสินใจหยุดยาเองเป็นอันตราย
3. ผู้ป่วยวัณโรคจะต้องปิดปากและจมูกทุกครั้งที่มีอาการไอหรือจาม
4. ควรดื่มสิ่งเสพยิตทุกชนิดเช่น เหล้า นูหรี่และยาเสพยิต เพราะสิ่งเหล่านี้จะทำลายสุขภาพ
5. บ้วนเสมหะลงในภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิด เช่น กระป๋องแล้วทำลายโดยการต้มให้เดือดอย่างน้อย 5 นาที หรือเผาไฟ เพื่อฆ่าเชื้อโรค
6. จัดบ้านให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก ควรให้แสงแดดส่องถึง และนำเครื่องนอนออกตากแดดอย่างสม่ำเสมอ
7. ผู้ที่อยู่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย อาจจะได้รับเชื้อวัณโรคจากผู้ป่วยจึงควรนำทุกคนโดยเฉพาะเด็กๆ ไปรับการตรวจเสมหะและเอ็กซเรย์ปอดเสียแต่เนิ่นๆ ถ้าป่วยเป็นวัณโรคจะได้รักษาได้ทันเวลา
8. ยารักษาวัณโรคสามารถรับประทานร่วมกับยารักษาโรคอื่นๆ ได้
9. รับประทานอาหารได้ทุกชนิด โดยเฉพาะเนื้อสัตว์ ไข่ ผัก และผลไม้
10. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ(เพียงเบาๆ ไม่ควรหักโหม)

วัณโรค เป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นที่มีประสิทธิภาพสูงอย่างครบถ้วน และมีความถูกต้องทั้งขนาดและเวลา รวมทั้งมีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาจากแพทย์และเจ้าหน้าที่ ซึ่งหมายรวมถึงการป้องกัน และควบคุมโรคมิให้เชื้อวัณโรคแพร่กระจายไปสู่ผู้อื่นได้อีก ถ้าผู้ป่วยวัณโรคเองมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคเป็นอย่างดี ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองดีตามไปด้วยเช่นกัน

3 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพ

ความหมายของพฤติกรรมมีผู้ให้ความหมายพฤติกรรมไว้ดังนี้

โกลเดนสัน (Goldensen. 1984 : 90) ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรือตอบสนอง การกระทำทางจิตวิทยาของแต่ละบุคคลและเป็นปฏิสัมพันธ์ ในการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นภายในหรือภายนอกรวมทั้งเป็นกิจกรรมการกระทำต่างๆที่ได้ผ่านการใคร่ครวญมาแล้วหรือเป็นไปอย่างไม่รู้ตัว

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2530 : 373) ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรืออาการทางกล้ามเนื้อ ความคิดและความรู้สึกเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า

กันยา สุวรรณแสง (2536 : 92) อธิบายพฤติกรรมว่า เป็นอาการบอบบาทหรือลีลา ท่าที่ ความประพฤติ การกระทำที่แสดงให้ปรากฏสัมผัสหรือมิฉะนั้นก็สามารถวัดได้ด้วยเครื่องมือ

นิพนธ์ พจนะพิบูลย์ (2539 : 391) ให้ความหมายของคำว่าพฤติกรรม หมายถึง การตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกร่างกาย การได้ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกของสิ่งมีชีวิตนั้น

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2540 : 155-162) ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ ไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ พฤติกรรมบางอย่างเป็นสิ่งที่เกิดภายในบุคคลสังเกตโดยตรงไม่ได้แต่จะสามารถวัดได้โดยใช้เครื่องมือพิเศษ และสามารถบอกได้ว่ามีหรือไม่ เช่น ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก ความชอบความสนใจ

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2540 : 97) ให้ความหมายของคำว่าพฤติกรรมหมายถึง ปฏิกริยา หรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิตจะสังเกตได้ หรือสังเกตไม่ได้ก็ตาม

เฉลิมพล ต้นสกุล (2541 : 2) อธิบายพฤติกรรม หมายถึงกิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจเป็นการกระทำที่บุคคลนั้นแสดงออกมา รวมทั้งกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล และกิจกรรมนี้อาจสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสหรือไม่สามารถสังเกตได้

จากความหมายของพฤติกรรมที่กล่าวมาทั้งหมด พอสรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึงการกระทำ การแสดงออกของบุคคล ในการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมภายในซึ่งไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง แต่สามารถวัดได้โดยใช้เครื่องมือพิเศษและพฤติกรรมภายนอกที่สามารถสังเกตได้โดยตรง

พฤติกรรมที่เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ มีผู้ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพไว้ดังนี้

กู๊ด (Good.1959:55-56) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่า หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายในร่างกายและภายนอกร่างกายซึ่งมุ่งหวังให้ผู้เรียนมีหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในเรื่องสุขภาพ ทั้งสิ่งที่สามารถสังเกตได้ และการเปลี่ยนแปลง

สุชาติ โสมประยูร (2525 : 44) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึงความสามารถในการแสดงออกของเด็กเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพทั้งในด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติและทักษะ โดยเน้นพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถสังเกตได้

ธนวรรณ อิมสมบุญ (2532 : 11) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลนั้นๆ หรือบุคคลอื่นๆ แล้วแต่กรณี รวมถึง การกระทำ หรือ การงดเว้นการกระทำ ในสิ่งที่เป็นผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพในรูปของความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการกระทำที่เป็นผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

วาริ ระกิติ (2536 : 705-706) ได้ให้ความหมายของ พฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่มีความหมายเช่นเดียวกับคำว่าพฤติกรรมโดยทั่วไป คือ ปฏิบัติหรือ กิจกรรมทุกชนิดของบุคคลที่แสดงออกภายนอกและที่อยู่ภายใน แต่พฤติกรรมสุขภาพจะเน้นเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2540 : 99) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึก และการแสดงออกของบุคคลที่เกี่ยวกับการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพการรักษาโรคและการฟื้นฟูสุขภาพกิจกรรมใดรวมทั้งปฏิบัติใดๆ ของบุคคลที่สามารถวัดได้ ระบุได้ ทดสอบได้ว่าเป็นความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึก หรือการกระทำในเรื่องสุขภาพล้วนเป็นพฤติกรรมสุขภาพทั้งสิ้น

เฉลิมพล ต้นสกุล (2541 : 17) ได้ให้ความหมายของคำว่าพฤติกรรมสุขภาพ คือการปฏิบัติ การแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีต่อสุขภาพโดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม

สรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ปฏิบัติหรือ กิจกรรม การแสดง ออกของบุคคลที่ประพฤติดำเนินชีวิตประจำวันเกี่ยวกับสุขภาพในด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติทั้งในเรื่องที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

ประภาเพ็ญ สุวรรณและสวีส สุวรรณ (2534 : 155) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมไว้ดังนี้

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นการกระทำหรือปฏิบัติของบุคคลที่ทำให้ภาวะสุขภาพของตนเองและครอบครัวดีขึ้น
2. พฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ การกระทำของบุคคลที่ช่วยป้องกันตนเอง ครอบครัว หรือชุมชน มิให้เกิดการเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นโรคติดต่อ หรือ ไม่ติดต่อ
3. พฤติกรรมการเจ็บป่วย ได้แก่ การกระทำของบุคคลเมื่อตนเองหรือบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยขึ้นมาในแง่ของการดูแลการเจ็บป่วย หรือการแสวงหาการรักษาพยาบาลจากสถานบริการหรือแหล่งรักษาอื่นใด
4. พฤติกรรมการรักษาพยาบาล เป็นการกระทำของบุคคลตามคำแนะนำของแพทย์ หรือตามข้อกำหนดของการรักษาพยาบาล เมื่อตนเองเจ็บป่วยหรือบุคคลที่ตนเองต้องดูแลรับผิดชอบเจ็บป่วย
5. พฤติกรรมมีส่วนร่วม ได้แก่ การกระทำหรือการปฏิบัติเพื่อให้ผลดีต่อการป้องกันปัญหาสาธารณสุขในชุมชน และปัญหาของส่วนรวม
6. พฤติกรรมการดูแลพึ่งพาตนเอง ได้แก่ การกระทำ หรือปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือตนเอง ครอบครัว ในด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยในด้านการป้องกันโรค และในด้านการ

ส่งเสริมสุขภาพ ตามลำดับ หรือขีดความสามารถที่จะดูแลพึ่งพาตนเองได้

จากแนวคิดของพฤติกรรมด้านการศึกษามาก บลูม (Bloom . 1975 : 65 – 197) ที่ได้กล่าวถึงพฤติกรรมว่าเป็นกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ อาจจะเป็นสิ่งที่สังเกตได้หรือไม่ได้และพฤติกรรมดังกล่าวนี้ ได้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย (Cognitive domain) พฤติกรรมด้านนี้เป็นที่เข้าใจกันโดยทั่วไปว่าเป็นเรื่องเกี่ยวกับความรู้ การจำ ข้อเท็จจริงต่างๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถทางด้านสติปัญญา ซึ่งจำแนกได้ คือ

1.1 ความรู้ (Knowledge) หมายความว่า ความสามารถที่จะจดจำและระลึกถึงเรื่องราวที่ได้รับไปแล้ว

1.2 ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นทักษะและความสามารถของสติปัญญาในระดับแรก รู้ว่าผู้อื่นสื่อสารมาอย่างไรและสามารถที่จะนำเอาข้อมูลหรือปัจจัยที่ได้รับมาให้เป็นประโยชน์

1.3 การนำไปประยุกต์ใช้ (Application) คือ ความสามารถที่จะนำความรู้ความเข้าใจ กฎเกณฑ์ และวิธีการดำเนินการต่างๆ ของเรื่องนั้นไปใช้ในสถานการณ์ใหม่ที่ไม่เหมือนเดิมได้

1.4 การวิเคราะห์ (Analysis) หมายถึง ความสามารถในการแยกเรื่องราว ที่สมบูรณ์ใดๆ ให้กระจายออกเป็นส่วนย่อย และมองเห็นหลักการผสมผสานระหว่างส่วนที่ประกอบกันขึ้นปัญหาหรือสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง

1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) หมายถึง ความสามารถและทักษะที่จะองค์ประกอบหรือส่วนต่างๆ เข้ามาร่วมกันหรือให้เป็นภาพพจน์ที่สมบูรณ์ เป็นขบวนการที่เกี่ยวกับการพิจารณาส่วนย่อยแต่ละส่วนแล้วจัดรวมกันเป็นหมู่ เพื่อให้เกิดความกระจ่างในสิ่งเหล่านั้นขึ้นมา

1.6 การประเมินค่า (Evaluation) หมายถึง ความสามารถที่จะพิจารณาและตัดสินใจไม่ว่าจะด้วยมาตรฐานที่ผู้อื่นกำหนดไว้ หรือกำหนดขึ้นด้วยตนเองก็ตาม

2. พฤติกรรมด้านจิตพิสัย (Effective domain) พฤติกรรมด้านนี้ ได้แก่ ความสนใจความรู้สึก ทำที่ ความชอบ เจตคติ การให้คุณค่า การรับ การเปลี่ยน หรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ พฤติกรรมด้านนี้ยากต่อการอธิบายเพราะความรู้สึกภายในจิตใจของบุคคลซึ่งจะต้องใช้เครื่องมือพิเศษในการวัด พฤติกรรมเหล่านี้ เพราะความรู้สึกภายในของคนนั้นยากต่อการวัดพฤติกรรมที่แสดงออกมามีภายนอก ขั้นตอนของการเกิดพฤติกรรมจิตพิสัย มีดังนี้

2.1 การรับหรือการให้ความสนใจ (Receiving or attending) เป็นขั้นที่บุคคลถูกกระตุ้นให้ทราบว่ามีเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าบางอย่างเกิดขึ้น และบุคคลนั้นมีความยินดี หรือมีภาวะจิตใจพร้อมที่จะรับ หรือให้ความสนใจต่อสิ่งเร้า นั้น ในการยอมรับนี้ ประกอบด้วยความตระหนักความยินดีที่ควรรับ และการเลือกรับ

1.2 การตอบสนอง (Responding) เป็นขั้นที่บุคคลถูกจูงใจให้เกิดความรู้สึกผูกมัดต่อ

สิ่งเร้า เป็นเหตุให้บุคคลพยายามทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง พฤติกรรมขั้นนี้ประกอบด้วยการยินยอม ความเต็มใจ และพอใจที่จะตอบสนอง

2.3 การให้ค่านิยม (Valuing) เป็นขั้นที่บุคคลมีปฏิกิริยา ซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นยอมรับว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับตนเอง และได้นำไปพัฒนาเป็นของตนเองอย่างแท้จริง พฤติกรรมขั้นนี้ส่วนมากใช้คำว่า "ค่านิยม" ซึ่งการเกิดค่านิยมนี้ประกอบด้วย การยอมรับ ความชอบผูกมัดค่านิยมเข้ากับตนเอง

2.4 การจัดกลุ่มค่า (Organization) เป็นขั้นที่บุคคลจัดระบบของค่านิยมต่างๆ ให้เข้ากลุ่ม โดยการพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเหล่านั้น ในการจัดกลุ่มนี้ประกอบด้วยการสร้างแนวความคิดเกี่ยวกับค่านิยม และการจัดระบบของค่านิยม

2.5 การแสดงลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ (Characterization by a value or value complex) พฤติกรรมขั้นนี้ถือว่าบุคคลมีค่านิยมหลายชนิด และจัดอันดับของค่านิยมเหล่านั้นจากดีที่สุดไปถึ้น้อยที่สุด และพฤติกรรมเหล่านี้ จะเป็นตัวคอยควบคุมพฤติกรรมของบุคคล พฤติกรรมในขั้นนี้ ประกอบด้วย การวางแผนทางการปฏิบัติ และแสดงลักษณะที่จะปฏิบัติตามแนวทางที่เขา กำหนด

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain) เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถในการแสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติที่อาจแสดงออกในสถานการณ์หนึ่งๆ หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่คาดคะเนว่า อาจจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมด้านนี้เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้าย ซึ่งต้องอาศัยพฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา หรือเป็นพฤติกรรมที่สามารถประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยเวลา และการตัดสินใจหลายขั้นตอน ในทางด้านสุขภาพถือว่า พฤติกรรมด้านการปฏิบัติของบุคคลเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่ช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่บุคคลมองเห็นว่าเป็นสิ่งที่ดีต่อตนเอง สามารถแก้ไขปัญหามีอยู่ได้นั้น เหมาะสมกับความเชื่อกำนิยมของตนเอง เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ไม่หวังผลในรางวัล หรือหลีกเลี่ยงการลงโทษ เป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งความคิด ความรู้สึกและการกระทำไปพร้อมๆ กัน แบ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ 3 ลักษณะดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงโดยการถูกบังคับ (Compliance) การเปลี่ยนแปลงในลักษณะนี้เพราะบุคคลนั้นถูกสังคมหรือกลุ่มของบุคคลบังคับให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ถ้าไม่เปลี่ยนแปลงจะถูกลงโทษแต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าเปลี่ยนแปลงก็จะได้รางวัลจากสังคม

2. การเปลี่ยนแปลงเพราะการเอาอย่าง (Identification) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพแบบนี้ โดยที่บุคคลนั้นเห็นพฤติกรรมของบุคคลอื่นว่าเป็นสิ่งที่ดี ตนเองต้องการเลียนแบบโดยคิดว่าตนเองควรมีพฤติกรรมเหมือนบุคคลนั้น

3. การเปลี่ยนแปลงเพราะยอมรับว่าเป็นสิ่งที่ดี (Internalization) การเปลี่ยนแปลงแบบนี้เกิดได้เนื่องจากบุคคลได้ยอมรับ และรู้สึกด้วยตนเองว่า การเปลี่ยนแปลงนั้น อาจมองเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสมกับตัวเอง ตรงกับแนวความคิดและค่านิยมตนเอง หรืออาจมองเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นสามารถแก้ไขปัญหาดตนเองได้

องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

การเกิดพฤติกรรมของบุคคลนั้นเป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อน และมีองค์ประกอบหลายอย่างที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เช่น องค์ประกอบทางด้านทางจิตวิทยา ด้านสังคมและวัฒนธรรม ด้านเศรษฐกิจ ด้านการศึกษา และด้านการเมือง

1. ด้านจิตวิทยา ได้แก่ วุฒิภาวะ ความต้องการ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม ความสนใจ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งในยามปกติ และในยามเจ็บป่วย

2. ด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มบุคคลในสถานภาพทางสังคมและวัฒนธรรม การปฏิบัติที่ดีมีผลจากวัฒนธรรมชุมชนที่มีความแตกต่างกันไปแล้วแต่ลักษณะของชุมชน

3. ด้านเศรษฐกิจ เศรษฐกิจของประชาชนมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา และมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วยการศึกษาช่วยในบุคคลมีความรู้ที่ถูกต้อง มีความฉลาดและเลือกการปฏิบัติงานด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เป็นผลให้เขามีสุขภาพดี ซึ่งขณะเดียวกันก็มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วย ในกลุ่มประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี มักจะมีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องทางด้านสุขภาพ และประชาชนส่วนใหญ่ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ก่อให้เกิดปัญหามากมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

4. ด้านการศึกษา ระดับการศึกษาของประชาชนที่แตกต่างกัน มีผลต่อความรู้เจตคติและการปฏิบัติทางสุขภาพอนามัยของประชาชน ประชาชนที่มีการศึกษาสูงย่อมมีความรู้ มีเจตคติและการปฏิบัติทางด้านสุขภาพ ถูกต้องกว่าประชาชนที่มีการศึกษาต่ำ

5. ด้านการเมือง นโยบายด้านการเมืองของประเทศมีผลต่อพฤติกรรมของประชาชน ทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เพราะนโยบายของชาติชี้ให้เห็นจำนวนและความเพียงพอของการบริการรักษาพยาบาล กิจกรรมสุขศึกษาที่จัดให้ประชาชน กฎหมายหรือข้อบังคับที่จะมีผลต่อสุขภาพบางครั้ง

ดังนั้นในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบุคคลของผู้มีส่วนร่วมบ้าน ต้องรู้ถึงองค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในทุกด้านขององค์ประกอบ ในส่วนของจิตวิทยา สังคมและวัฒนธรรม เศรษฐกิจ การศึกษา และการเมือง ซึ่งมีผลต่อการเกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ถูกต้อง

พฤติกรรมการป้องกันโรค

มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมการป้องกันโรคไว้หลายท่านดังนี้

สตีลและแมคบริม(Steele;&Mc.Broom.1972 : 382) ให้ความหมายพฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การกระทำใดๆของบุคคลที่กระทำเป็นปกติและสม่ำเสมอที่เกี่ยวข้องกับการที่มีสุขภาพดี เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน

แฮริสและกูเติน (Harris ; & Guten. 1979 : 28) ให้ความหมายของพฤติกรรมการป้องกันโรคว่า หมายถึง การกระทำใดๆของบุคคลที่กระทำเป็นปกติ สม่ำเสมอที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ให้มีสุขภาพดี ซึ่งเป็นการกระทำที่มีความสำคัญในการที่จะป้องกันโรค ดังนั้น พฤติกรรมการป้องกันโรคจึงเป็นพฤติกรรมของการดูแลตนเองในสภาวะปกติ เป็นการดูแลตนเองเพื่อให้สุขภาพอนามัยของตนเองและสมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงเสมอ เป็นพฤติกรรมที่ทำในขณะที่ มีสุขภาพแข็งแรงมี 2 ลักษณะ คือ (มัลลิกา มติโก. 2530 : 11 – 12)

1. การดูแลส่งเสริมสุขภาพ (Health maintenance) คือ พฤติกรรมจะรักษาร่างกายส่วนต่างๆที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การมีสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ดี การควบคุมอาหาร การไปพบแพทย์ตรวจตามนัด และการตรวจสุขภาพ ทุก 6 เดือน เป็นต้น อันเป็นพฤติกรรมของประชาชนที่กระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง

2. การป้องกันโรค (Disease prevention) เป็นพฤติกรรมที่มุ่งกระทำเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ โดยแบ่งระดับของการป้องกันโรคได้ 3 ระดับ คือ

2.1 การป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary prevention) เป็นการป้องกันตนเองจากการเกิดโรค เช่น การได้รับภูมิคุ้มกันโรค

2.2 การป้องกันตามความรุนแรงของโรค (Secondary prevention) เป็นระดับของการป้องกันโรคที่มุ่งขจัดโรคให้หมดไปก่อนที่จะมีอาการของโรคจะรุนแรงขึ้น เช่น การตรวจและการถ่ายภาพรังสีปอด ในรายที่มีปัญหาของโรทางเดินหายใจเรื้อรัง เพื่อเป็นการป้องกันโรคมะเร็งปอดที่อาจเกิดขึ้นได้ภายหลัง

2.3 การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (Tertiary prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มีเป้าหมายต้องการยับยั้งการแพร่กระจายของโรคจากผู้ป่วยไปสู่บุคคลอื่น

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2540 : 155 – 163) ได้อธิบายว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นพฤติกรรมอนามัยอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการประพฤติปฏิบัติของบุคคลที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพและป้องกันไม่ให้เกิดโรค ซึ่งเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลตลอด 24 ชั่วโมง

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลอย่างสม่ำเสมอโดยดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี ไม่เกิดความเจ็บป่วย

4 แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (The Protection Motivation Theory : PMT)

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค เกิดขึ้นเป็นครั้งแรก เมื่อปี ค.ศ. 1975 โดยโรเจอร์ส(Rogers. 1975 : 93) ซึ่งเริ่มต้นจากการกระตุ้นให้เกิดความกลัว ทฤษฎีนี้มีส่วนประกอบร่วมกันระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ที่ทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคล ซึ่งการรับรู้จะเป็นตัวเชื่อมโยงไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมต่อมาได้ถูกปรับปรุงแก้ไขใหม่และนำมาใช้ในปี 1983 ทฤษฎีแรงจูงใจการป้องกันโรคได้เน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารในการเผยแพร่ข่าวสาร (Mackay. 1992 : 25 ; citing Roger. 1975. *Journal of Psychology* . pp. 93-114)

กระบวนการรับรู้ดังกล่าว จึงนำไปสู่ความตั้งใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ซึ่งเป็นแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติดังภาพประกอบ 2

การประเมินการเผชิญปัญหา มีปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มและลดการตอบสนองต่อการปรับตัวที่เหมาะสม ปัจจัยที่เพิ่มให้มีการปรับตัวที่เหมาะสมคือ ความคาดหวังในประสิทธิผลและความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการที่จะหลีกเลี่ยงอันตรายให้ลดลงได้ ส่วนปัจจัยที่ทำให้การตอบสนองลดลงคือ ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่าย ความไม่น่าชื่นชม ความยากลำบาก และความไม่สอดคล้องในการดำเนินชีวิตประจำวัน

เมื่อรวมการประเมินทั้ง 2 ประเภทเข้าด้วยกันคือ การประเมินอันตรายต่อสุขภาพและการประเมินการเผชิญปัญหา จะทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ขึ้น กล่าวคือ ถ้าประสิทธิผลของการตอบสนองหรือความคาดหวังในความสามารถของตนเองสูง และเพิ่มความสามารถที่จะลดอันตรายนั้นก็จะส่งผลในทางบวกต่อความตั้งใจ ซึ่งเป็นแรงจูงใจในการป้องกันโรคทำให้เกิดการปฏิบัติ

ในทางตรงกันข้ามถ้าความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองหรือความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่ำ และการเพิ่มความสามารถที่จะลดอันตรายนั้นไร้ผล ก็จะมีผลลบต่อความตั้งใจคือ ลดความตั้งใจในการปฏิบัติ

การส่งเสริมบุคคลให้แสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม และยับยั้งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมนี้เป็นเป้าหมายของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ซึ่งแบ่งการแสดงพฤติกรรมออกเป็น 3 รูปแบบตามแนวความคิดของฟิชบายน์และไอเซน ดังนี้ (Dunn and Rogers.1986 : 155;citing Fishbein and Ajen.1975 *Understanding Attitude and Predicting Behavior.*)

1. พฤติกรรมเดี่ยว (Single Action) เป็นพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง มีความชัดเจนของพฤติกรรมที่แสดงออกมาและสามารถวัดได้
2. พฤติกรรมที่เกิดซ้ำ (Repeated Action) เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากพฤติกรรมเดี่ยวซ้ำกันหลายๆ ครั้ง อาจจะอยู่ในกลุ่มพฤติกรรมเดียวกันหรือต่างกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการกระทำนั้น
3. พฤติกรรมกลุ่ม (Multiple Action) เป็นพฤติกรรมหลายๆ อย่างรวมกัน ซึ่งมีพื้นฐานมาจากพฤติกรรมเดี่ยวและพฤติกรรมที่เกิดซ้ำ ทำให้เกิดเป็นพฤติกรรมที่แตกต่างไปจากเดิม ดังนั้นจึงไม่สามารถสังเกตกลุ่มพฤติกรรมได้โดยตรง แต่สามารถสังเกตได้จากเดี่ยวหลายๆ พฤติกรรมที่มารวมกัน

ในการทำให้เกิดพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้นั้นเกิดจากการนำองค์ประกอบบางส่วนของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมาร่วมเป็นตัวแปรของกระบวนการรับรู้การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ และการนำทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ซึ่งมีโอกาสที่สำคัญคือความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์มารวมเป็นตัวแปรของกระบวนการรับรู้การประเมินการเผชิญปัญหา ซึ่งทำให้เกิดความเชื่อมโยงกันในทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส (Rogers's Protection Mouvation Theory) โดยกระบวนการรับรู้ทั้ง 2 ประการนี้ จะทำให้เกิดแรงจูงใจ ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมการป้องกันโรคต่อไป

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ทฤษฎีแรงจูงใจของโรเจอร์สประกอบด้วย

1. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat appraisal)

1.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Noxiousness)

1.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived probability)

2. การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal)

2.1 ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response efficacy)

2.2 ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self – efficacy)

ตัวแปรทั้ง 4 ตัว มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Noxiousness)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความลำบาก การใช้เวลาในการรักษาโรคเกิดโรคแทรกซ้อน หรือกระทบกระเทือนฐานะทางสังคม (นิตยา โชตินอก. 2538 : 21) ซึ่งได้มาจากการเชื่อว่าบุคคลจะได้รับผลร้ายแรงจากการกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่างโดยใช้สื่อในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพ จากการศึกษาของโรเจอร์สและนิวบอน (Mackay. 1992 : 27 ; citing Roger and Newborn. 1976 *Journal of personality and social psychology*. pp. 54-61)) พบว่าโดยทั่วไป ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้เกิดความกลัวสูง จะส่งผลให้บุคคลเปลี่ยนแปลงเจตคติและพฤติกรรมได้มากกว่า ข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวเพียงเล็กน้อย อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูงอาจไม่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยตรง แต่หากใช้การกระตุ้นหรือการปลุกเร้าร่วมกับการชู่ ก็จะมีผลให้ข้อมูลนั้นมีลักษณะเด่นชัดขึ้น

ในการตรวจสอบองค์ประกอบเกี่ยวกับการรับรู้อันตรายในระดับสูงๆ นี้ มีงานวิจัยที่สนับสนุน ได้แก่ งานวิจัยของโรเจอร์สและเด็คเนอร์ (Mackay. 1989 : 27; citing Rogers and Decker. 1975 *Journal of Psychology* : pp. 93-114.) เรื่องการรับรู้ถึงอันตรายของบุหรืต่อการเปลี่ยนเจตคติและความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรื พบว่ามีผลต่อความตั้งใจที่จะเลิกบุหรื นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่สนับสนุนผลดีของการรับรู้อันตรายอีกหลายเรื่อง ที่ทำให้เกิดพฤติกรรมในทางที่ถูกต้อง เช่น ลดการดื่มสุราและลดความผิดพลาดในการขับขี่ยานพาหนะลง เป็นต้น

การรับรู้ความรุนแรงของโรค จึงมีส่วนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติและการนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง ดังนั้นการป้องกันการติดเชื้อโรคอันตรายของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรค โดยนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค โรคแทรกซ้อนอาจทำให้มีอันตรายถึงชีวิตได้ การเสนอข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคจะทำให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคได้ตระหนักถึงอันตรายที่มีต่อสุขภาพและเกิดความกลัวต่อสิ่งที่คุกคามสุขภาพ

ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สัมผัสร่วมบ้าน นอกจากจะให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านได้รับรู้ถึงความรุนแรงของวัณโรคแล้ว ควรให้มีความพึงพอใจในการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องโดยการให้รางวัล การเสนอข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคจะให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคได้ตระหนักถึงอันตรายที่มีต่อสุขภาพ และเกิดความกลัวต่อสิ่งที่คุกคามสุขภาพ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค นอกจากจะให้ผู้รับรู้ความรุนแรงของการมีพฤติกรรมเสี่ยง ควรให้มีความพึงพอใจในการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องและเป็นประโยชน์ต่อตนเองในการที่จะลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งเป็นการสร้างให้เกิดรางวัลภายในเพื่อส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Percieved probability)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย และแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อนี้ในระดับไม่เท่ากัน บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี จึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค จึงเป็นปัจจัยสำคัญของการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรักษาโรคของบุคคล (Becker and others. 1974 : 197) สำหรับผู้ที่มีการรับรู้ในระดับต่ำ ควรได้รับการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงให้อยู่ในระดับที่สูงขึ้นด้วยกลวิธีต่าง ๆ ดังเช่น โรเซนสตอก (Rosenstock. 1974 : 284) ได้เสนอวิธีพัฒนาระดับการสอนและวิธีปรับพฤติกรรม วิธีการสอนนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงระดับการเรียนรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคของบุคคลด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การใช้สื่อทัศนูปกรณ์ การใช้สิทธิพลของบุคคล และการใช้สิทธิพลของกลุ่ม ส่วนวิธีการปรับพฤติกรรมมีจุดมุ่งหมายให้บุคคลฝึกหัดตนเองในการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค โดยการดัดแปลงสิ่งแวดล้อมและสังคมให้เอื้ออำนวยต่อการเพิ่มพฤติกรรมที่พึงปรารถนา

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค มีผลกระทบต่อความตั้งใจของบุคคลในการปฏิบัติตนเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงนั้น เช่นการศึกษาของแมดดุกซ์ และโรเจอร์ส (กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2542 : 37 ; อ้างอิงจาก Mackay. 1992 *AIDS and Protection Motivation Theory (PMT) : Effects of Imagined Scenarios on Intent to use Condoms.* p 30) ได้ตรวจสอบการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค โดยการให้ผู้สูบบุหรี่อ่านบทความเรื่อง การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหัวใจและโรคมะเร็งปอดได้สูง พบว่า ผู้สูบบุหรี่ส่วนมากมีความตั้งใจที่จะลดหรือเลิกบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response efficacy)

ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง หมายถึง การที่บุคคลทราบถึงผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ซึ่งจะช่วยลดการเกิดโรคได้ โดยการนำเสนอข้อมูลข่าวสารในรูปแบบของการ

ปรับตัวหรือลดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งได้มีการทดลองตัวแปรนี้ว่ามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสูงหรือไม่ จากการศึกษาของแมคดุกซ์ และโรเจอร์ส (กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2542 : 37 ; อ้างอิงจาก Mackay. 1992 *AIDS and Protection Motivation Theory (PMT) : Effects of Imagined Scenarios on Intent to use Condoms*. p. 30) พบว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำโดยบอกถึงผลดีที่เกิดขึ้นจากการงดสูบบุหรี่ คือจะช่วยลดการเกิดโรคหัวใจและปอด ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตั้งใจที่จะหยุดสูบบุหรี่ และนำไปสู่ความตั้งใจในการป้องกันสุขภาพ

4. ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self – efficacy)

ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง เป็นตัวแปรที่เพิ่มขึ้นในทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ตามทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura) เชื่อว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาขึ้นอยู่กับความคาดหวังหรือความสามารถของตนเอง ซึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระดับสูงสุด และเป็นพื้นฐานที่ทำให้บุคคลปฏิบัติตามอย่างแท้จริง (Bandura. 1977:104) การปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมจะต้องเสนอข้อมูลที่บุคคลมีความสามารถจะปฏิบัติตามได้ จึงจะทำให้เกิดความร่วมมืออย่างสูงในด้านสุขภาพ

การตรวจสอบองค์ประกอบความคาดหวังในความสามารถของตนเอง แบนดูรา (กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2542 : 37 ; อ้างอิงจาก Mackay. 1992 *AIDS and Protection Motivation Theory (PMT) : Effects of Imagined Scenarios on Intent to use Condoms*. p. 30) ได้ศึกษาโดยทำให้ผู้สูบบุหรี่มีความเชื่อว่า การลดหรือการเลิกสูบบุหรี่สามารถกระทำได้ง่ายคือ มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองสูง หรือกระทำได้ยากมาก คือ มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่ำ ผลการทดลองพบว่า ความคาดหวังในความสามารถของตนเองเป็นตัวทำนายที่มีผลสูงสุดต่อความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ในการพัฒนาการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองนั้น แบนดูรา (Bandura) เสนอว่า กระทำได้ 4 วิธี คือ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2539 : 59 – 60 ; อ้างอิงจาก Bandura. 1977 *Social Learning Theory*.)

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรง ความสำเร็จจะทำให้บุคคลเพิ่มความสามารถของตนเอง และเชื่อว่าตนสามารถจะทำได้ ดังนั้น ในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น จำเป็นที่จะต้องฝึกให้บุคคลมีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อม ๆ กับการทำให้รับรู้ว่าคุณมีความสามารถจะกระทำเช่นนั้น ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลนั้นได้ใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกมาอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถนั้นจะไม่ท้อถอย แต่จะพยายามทำงานต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการ

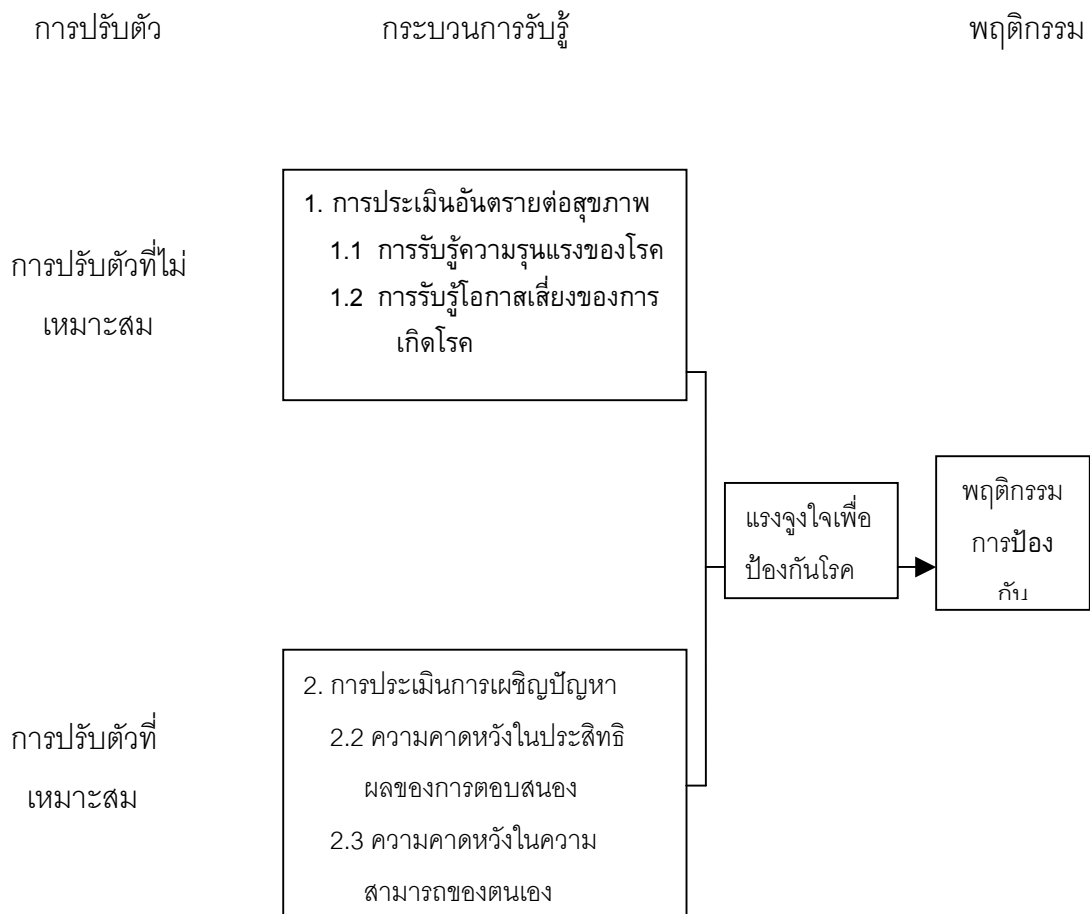
2. การใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมและได้รับผลที่พึงพอใจ จะทำให้ผู้สังเกตมีความรู้สึกว่าตนเองก็สามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้ามีความพยายามลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำได้ เช่น การที่บุคคลผู้มีชื่อเสียงในสังคมมีสุขภาพแข็งแรงไม่มีโรคประจำตัวเพราะออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ผู้สังเกตตัวแบบมีความพยายามที่จะปฏิบัติตามเพื่อให้เกิดผลสำเร็จเช่นนั้น

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) เป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ซึ่งการพูดชักจูงจากผู้อื่นนี้เป็นการรับเอาคำแนะนำของผู้อื่นมาเป็นข้อมูลเพื่อพิจารณาความสามารถของตนเอง ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อว่าตนมีความสามารถจะทำงานได้สำเร็จ ซึ่งเป็นการเพิ่มกำลังใจและความมั่นใจในตนเอง

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตน บุคคลที่ถูกกระตุ้นอารมณ์ทางลบ จะทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด นอกจากนี้อาจจะทำให้เกิดความกลัวและจะนำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนต่ำลง ถ้าอารมณ์ลักษณะดังกล่าวเกิดมากขึ้นก็จะทำให้บุคคลไม่สามารถที่จะแสดงออกได้ดี อันจะนำไปสู่ประสบการณ์ของความล้มเหลว ซึ่งจะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนต่ำลงไปอีก แต่ถ้าบุคคลสามารถลดหรือระงับการถูกกระตุ้นทางอารมณ์ได้ จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนดีขึ้นอันจะทำให้การแสดงออกถึงความสามารถดีขึ้นด้วย

ความคาดหวังในความสามารถของตนเองสามารถกระทำได้หลายวิธีเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม ดังนั้นในการส่งเสริมให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคมีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค จึงควรให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคมีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ในการที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ เช่น มีการสาธิต ในการเก็บเสมหะผู้ป่วยอย่างถูกวิธีและการฝีกออกกำลังกายเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงหรือการใช้ตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง ซึ่งตัวแบบได้รับผลที่พึงพอใจแล้วจากการปฏิบัติในเรื่อง การรู้จักเลือกรับประทานอาหาร วิธีการลดความเครียด และรู้จักการสังเกตอาการเริ่มแรกของโรควัณโรค เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านวัณโรคนำข้อมูลดังกล่าวมาพิจารณาความสามารถของตนเอง และมีความคาดหวังว่าตนก็สามารถประสบความสำเร็จได้เช่นกัน

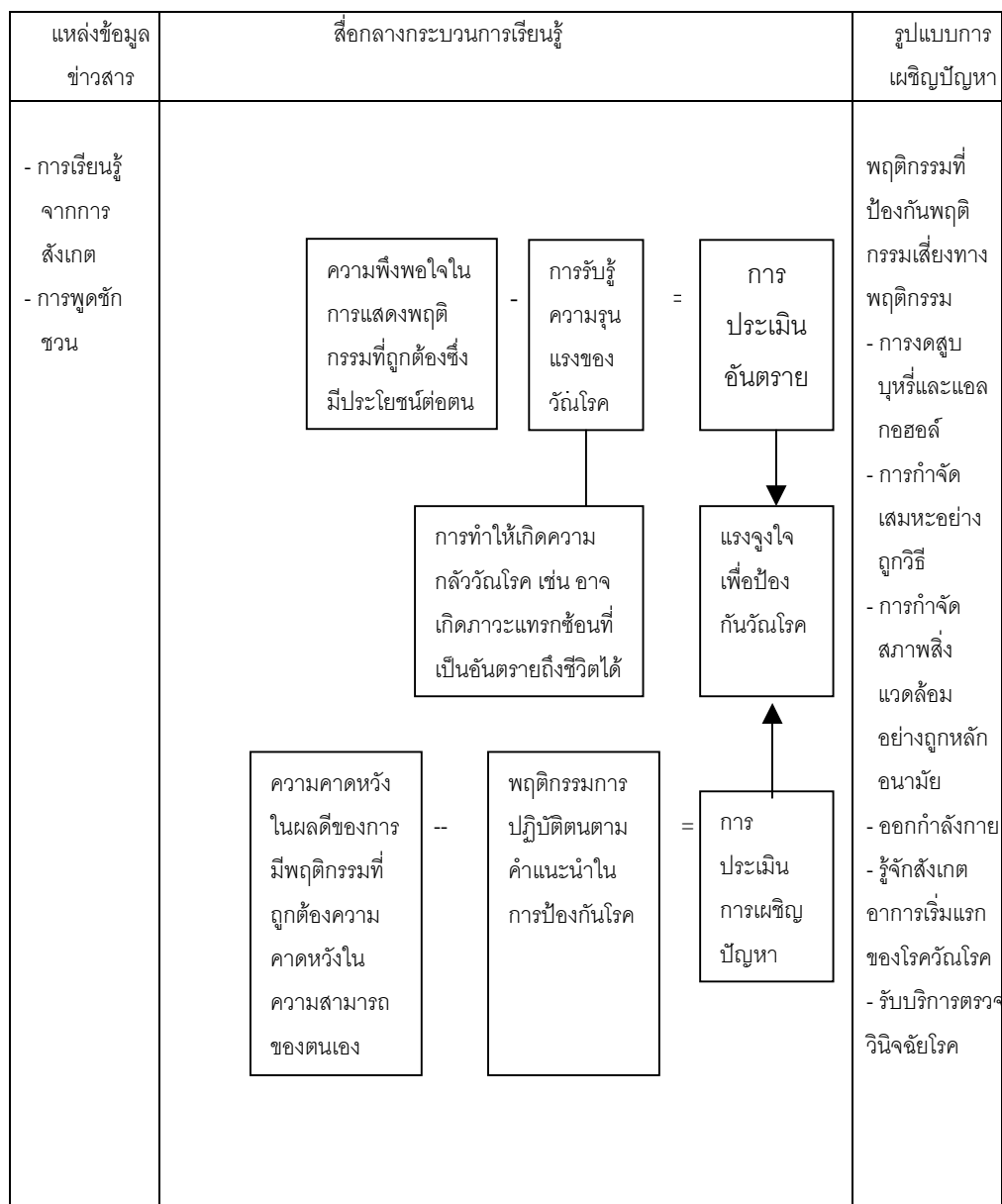
จากรายละเอียดของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส (Roger's Protection Motivation Theory) ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้น โดยการใช้ตัวแปรซึ่งเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของทฤษฎีในการสร้างให้เกิดกระบวนการรับรู้ ซึ่งจะเป็นแรงจูงใจที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรสดังปรากฏตาม



ภาพประกอบ 3 โครงร่างของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส

ที่มา : Dunn and Roger. 1986. *Health Education Research Theory and Practice*. pp. 153-160)

จากทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรค ดังภาพประกอบ 4



ภาพประกอบ 4 การสร้างพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส

ที่มา : Dunn and Roger. 1986 .*Health Education Research Theory and Practice*. pp. 153-

160

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ประยุกต์แนวคิดของการป้องกันโรคของโรเจอร์ส ในด้านการประเมินอันตรายต่อสุขภาพและการประเมินการเผชิญปัญหา เป็นแนวทางในการศึกษา

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

1 งานวิจัยในต่างประเทศ

พาเจลและคนอื่น ๆ (Pagel and other. 1964 : 64) ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพยาธิสภาพและการตายด้วยวัณโรคปอด พบว่า อาชีพมีส่วนส่งเสริมให้เกิดพยาธิสภาพในปอดบุคคลที่ทำงานในโรงงานที่ไม่มีอากาศถ่ายเทเพียงพอ สถานที่ทำงานที่มีฝุ่นละอองของซิลิกา หรือทำงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคปอดมีโอกาสเป็นวัณโรคได้สูง

เดติ (Ndeti . 1972 : 402) ได้ศึกษาผู้ป่วยที่ขาดการรักษา ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยขาดการรักษาและไม่มาตรวจร่างกายและเอ็กซเรย์อีกตามที่แพทย์นัด เนื่องจากสาเหตุการขาดแคลนเงินค่ารถที่จะเดินทางมารับบริการ และพบว่าสาเหตุหนึ่งของการรักษาไม่ได้ผล เนื่องจากว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดขาดความเข้าใจอย่างแจ่มชัดในขบวนการรักษา

แลงลี (Langlie. 1977 : 244 - 260) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคทั้งพฤติกรรมทางอ้อมได้แก่ การซื้อของ การเดินทาง พฤติกรรมทางตรงได้แก่ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การใช้ยา การไปรับการตรวจเบื้องต้น การไปรับภูมิคุ้มกันโรค ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 383 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทั้งทางตรงและทางอ้อมป้องกันโรค

อลอชและคนอื่น ๆ (Aluoch and other. 1984 : 915 - 920) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในรายผู้ป่วยที่มีอาการไอเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลชุมชนในเคนยา (kenya) พบว่า ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่จำนวน 80,756 ราย มีอาการทางระบบทางเดินหายใจ 601 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.9 ของรายผู้ป่วยใหม่ ในจำนวนนี้ผลปรากฏว่าร้อยละ 5.6 ของผู้ป่วยมีอาการทางระบบทางเดินหายใจเป็นวัณโรคปอดระยะแพร่เชื้อ ซึ่งร้อยละ 2.2 ตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะด้วยการเพาะเชื้อ และร้อยละ 2.2 ตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคในเสมหะ

คูลอนและคนอื่น ๆ (Coulon and other. 1995 : 79 – 80) ได้ประเมินผลด้านการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้น 2HR / 69HR ที่เมือง Vaud Country ประเทศสวิตเซอร์ ให้ผู้ป่วยจำนวน 120 คน พบว่า อัตราการรักษาครบ 29.00 อัตราการรักษาหายขาด ร้อยละ 29.00 และอัตราการรักษาร้อยละ 14.00

การ์เซีย – ครูล์ และคนอื่น ๆ (Garcia – Crul and other. 1995 : 76 – 77) ได้ประเมินผลการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้น 2HRZ / 4HR จำนวน 100 ราย พบว่ามีผู้ป่วยรักษาครบร้อยละ 57.00 ขาดการรักษาร้อยละ 29.00

2 งานวิจัยในประเทศไทย

วัลภา ผิวทน (2527 : 44) ศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีผลต่อการป้องกันโรค การรักษา และการส่งเสริมสุขภาพเป็นอันมากบุคคลใดที่มีการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคดี เอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเองดี ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการรักษาและมีคุณค่าในการทำนายพฤติกรรม ความร่วมมือของผู้ป่วย ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาตามคำสั่งของแพทย์ อย่างถูกต้องและการให้ความร่วมมือมารับการตรวจตามแพทย์นัด

กอบแก้ว คุดตวัธ (2527 : 94-95) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษา ของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มารับการรักษาที่ศูนย์ราชบุรี จำนวน 224 ราย โดยการติดตามศึกษาเป็นเวลา 12 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีฐานะเศรษฐกิจ และสังคมสูง จะมารับการรักษาสม่ำเสมอ กว่าผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ ผู้ป่วยที่มีความรู้เรื่องวัณโรคปอดสูง จะมารับการรักษา สม่ำเสมอกว่าผู้ป่วยที่มีความรู้ระดับต่ำ ในรายที่มีความวิตกกังวลต่อเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาต่ำ จะมารับการรักษาสม่ำเสมอว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลสูง ส่วนผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจต่อบริการสูง ได้ แก่ คุณภาพของบริการข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับโรคและการรักษา ระยะเวลาที่รอคอย อธิยาศัยและ มนุษยสัมพันธ์ของเจ้าหน้าที่และความสะดวกที่ตั้งของแหล่งบริการจะมารับการรักษาโดยสม่ำเสมอ มากกว่าผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจต่ำและประสบการณ์เกี่ยวกับวัณโรคปอดไม่มีความสัมพันธ์กับความ สม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วย

จารุวรรณ ชันติสุวรรณ (2528 : 107-108) ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยบางประการ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด กรุงเทพฯ จำนวน 300 ราย ผลการศึกษาพบว่า เพศชายเป็นวัณโรคมากกว่าเพศหญิง อยู่ช่วงอายุ 21-30 ปี มากที่สุด รองลงมาอายุ 31-40 ปี ในด้าน การศึกษา พบว่าส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา รองลงมา คือ ไม่รู้หนังสือ โดย ประกอบอาชีพเกษตรกรรม จำนวนร้อยละ 42.60 รองลงมา คือ อาชีพรับจ้างทั่วไปจำนวนร้อยละ 30.70

ภัทรา จุลวรรณ (2528 : 39) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และปัจจัยบาง ประการรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดศรีสะเกษ โดยทำการศึกษาใน ผู้ป่วยที่รักษา อยู่ในจังหวัดศรีสะเกษ โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยที่รักษาอยู่ในจังหวัดศรีสะเกษไม่น้อยกว่า 1 ปี มี อายุอยู่ระหว่าง 21-50 ปี จำนวน 86 ราย เก็บข้อมูลระหว่าง 17 มีนาคม ถึง 17 เมษายน 2529 ผลการ ศึกษาพบว่าผู้ป่วยเป็นเพศชายร้อยละ 52.30 การศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้นร้อยละ 80.23 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 65.12 รายได้ต่ำกว่า 1,500 บาทต่อเดือน ร้อยละ 53.46 และเมื่อวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ พบว่า สถานภาพทางเศรษฐกิจ และสังคม มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในทาง บวก

ชนิษฐา มณีเรืองเดช (2529 : ก-ข) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการรับการรักษาไม่สม่ำเสมอของรายผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลสระบุรี ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการไม่สม่ำเสมอในการมารับการรักษาของรายผู้ป่วยวัณโรคในเขตจังหวัดสระบุรี ได้แก่ ความไม่มั่นใจในผลการรักษา ความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่ในการให้บริการ ระยะทางและระยะเวลาที่ใช้ไม่มั่นใจในผลการรักษา รวมทั้ง ความรู้ด้านการติดต่อของโรค ระยะเวลาการรักษา ผลเสียของการไม่มารับการรักษา ตามกำหนดและความรู้ด้านอาการข้างเคียงจากการใช้ยาวัณโรค

กรแก้ว กอวัฒนา (2531 : ก-ข,26) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการชะลอการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค โดยศึกษากับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มาตรวจรักษา ณ สถานตรวจโรคปอด กรุงเทพฯ ซึ่งไม่มีพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาพยาบาลหลังจากที่มีอาการไอเรื้อรังมาเกินกว่า 4 สัปดาห์ จำนวน 200 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัวสูงจะมีอัตราการใช้บริการของโรงพยาบาลสูง ซึ่งเกี่ยวกับวิธีการรักษาวัณโรคปอดด้วยที่ต้องใช้เวลานานและต่อเนื่องกันอย่างสม่ำเสมอในการรักษา เป็นการเปลี่ยนแปลงรายจ่ายมาก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการชะลอการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคปอด การรับรู้ความร้ายแรงของวัณโรคปอด การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการกระทำ บทบาทอุปสรรคในการกระทำ บทบาทบุคคลสำคัญในการประเมินอาการ แรงสนับสนุนทางสังคมและบทบาทของมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของชะลอการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยที่ไม่พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการชะลอการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ บทบาทบุคคลสำคัญในการแนะนำแหล่งรักษา

ยุวดี รอดจากภัย (2532 : ก-ข) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอด ณ สถานตรวจโรคปอดกรุงเทพฯ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มารับการรักษาครั้งแรกและรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น 6 เดือน จำนวน 102 คน เป็นกลุ่มทดลอง 54 คน เข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มเปรียบเทียบ 48 คน ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค ความเชื่อต่อผลดีจากการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวถูกต้องมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จิรพรรณ รัฐประเสริฐ (2533 : 40) ศึกษาลักษณะประชากร การรับรู้ และสิ่งกระตุ้นพฤติกรรม ที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค ณ ศูนย์วัณโรคเขต 3 ชลบุรี โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษา 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 ระดับประถมต้นร้อยละ 58.00 อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 32.00 รายได้ 1,001-3,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 39.00 ผู้ป่วยมารับการรักษา

ต่อเนื่อง ร้อยละ 61.00 และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่อเนื่องมากกว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลประโยชน์และอุปสรรคของการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรค

สุริยา สุนทราศรี (2534 : 98-108) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคปอด ณ สถานตรวจโรคปอดกรุงเทพ พบว่า กลุ่มทดลอง มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคและผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และเจ้าหน้าที่ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคปอดในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประยงค์ สัจพงษ์ (2534 : 41) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพการสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากร กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดในอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี โดยการศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดที่มารับบริการที่คลินิกโรค โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จำนวน 200 ราย ระหว่างเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม 2533 มีอายุ 15 ปีขึ้นไปและเป็นผู้ที่ขึ้นทะเบียนรักษาโรคตั้งแต่ 4 เดือนขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่า เป็นผู้ป่วยเพศชาย ร้อยละ 57.50 เพศหญิง ร้อยละ 42.50 อายุเฉลี่ย 53.42 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 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 ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค การรู้ต่อประโยชน์ของการรักษา การรับรู้ต่ออุปสรรคของการรักษาและแรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคมแต่ละประเภท ได้แก่การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านการประเมิน พฤติกรรมการสนับสนุนทางด้านสิ่งของ และเงิน มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค

อริศรา สุวธีรพันธุ์ (2536 : ก-ข) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในพฤติกรรมการรับการรักษาของผู้ป่วยโรคปอด ณ สถานตรวจโรคปอด กรุงเทพ พบว่าภายหลังการทดลองมีการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ และพฤติกรรมในการรับการรักษาดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคการรับรู้ต่อความรุนแรงของการเกิดโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับการรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการรับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พิรพร ดวงแก้ว (2538 : ก-ค) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่นจำนวน 146 ราย ผลการศึกษาพบว่า แรงจูงใจการรับรู้ผลดีในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรักษาเกี่ยวกับพฤติกรรมมารับประทานยา พฤติกรรมมารับยาการตรวจตามแพทย์นัด และพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และความพึงพอใจต่อการให้บริการมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาเกี่ยวกับการมารับยาและตรวจตามแพทย์นัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาเกี่ยวกับพฤติกรรมมารับประทานยาและพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

อรวิภา วิริยะไชย (2538 : ก-ข) ได้ศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปฏิบัติของผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยการจัดกิจกรรมกลุ่มร่วมกันกับแรงสนับสนุนทางสังคม ณ ศูนย์วัณโรคเขต 5 นครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการจัดโปรแกรมสุขภาพศึกษา กลุ่มทดลอง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ และ พฤติกรรมปฏิบัติของผู้ป่วยวัณโรคดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปฏิบัติของผู้ป่วยวัณโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สะพรั่งศักดิ์ จุลเดชะ (2540 : 91-96) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ณ ศูนย์วัณโรคเขต 2 จังหวัดสระบุรี โดยการให้ความรู้ สาธิตการจัดยา อภิปรายกลุ่มย่อย ชมวิดีโอทัศน์ กระตุ้นเตือนจากเจ้าหน้าที่ และจดหมายกระตุ้นเตือนผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาสูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของกลุ่มทดลอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาระดับต่ำ และไม่มีความสัมพันธ์กับทางสถิติ

วนิดา วชิราชัย (2540: 76) ได้ศึกษาประสิทธิภาพการสื่อสารทางไปรษณีย์ในการติดต่อผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ขาดการรักษาของโรงพยาบาลโรคทรวงอก พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดตามให้มารับการรักษา โดยสื่อสารทางไปรษณีย์ประกอบแผ่นพับที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น กลับมารับการรักษา คิดเป็นร้อยละ 70.00 ซึ่งมากกว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ขาดการรักษา ซึ่งได้รับสื่อสารทางไปรษณีย์ของโรงพยาบาลที่กลับมารักษา คิดเป็นร้อยละ 22.50 ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ขาดการรักษากลุ่มมาตามนัดที่ได้รับสื่อสารทางไปรษณีย์ต่างกัน จะมีความรู้เรื่องวัณโรคปอดแตกต่างกัน ในผู้ป่วยวัณโรคปอดกลุ่มมาตามนัดที่ได้รับสื่อสารทางไปรษณีย์ต่างกัน มีเจตคติต่อการรักษาวัณโรค

ไม่แตกต่างกัน และสื่อสารทางไปรษณีย์ประกอบแผ่นพับ มีความสัมพันธ์กับการกลับมาได้รับการรักษาตามนัดของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ขาดการรักษา

เบญจพร ทองเที่ยงดี (2541 : 65) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยวัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 254 คน เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 32.30 เท่ากัน อายุ 41-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.50 ผู้ป่วยวัณโรค มีรายได้ต่ำกว่า 5,111 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 73.60 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 78.30 มีอาชีพเกษตรกรกรรมและรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 61.80 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 36.50 มีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 44.90 รับรู้บรรยากาศการให้บริการของศูนย์วัณโรคเขตในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 98.40 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 47.60 และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 81.10

ธารารัตน์ ดวงแข (2541 : ง) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อโรคของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรค กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครัวเรือนของผู้ป่วยวัณโรคที่มาพร้อมกับผู้ป่วย ในการรับยาครั้งที่สอง ที่ตีผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี จำนวน 165 คน ผลการศึกษาพบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรค โดยรวมคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างต่ำเล็กน้อย มีค่า 98.93 และพบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม และรายด้าน ได้แก่ ระยะเวลาในการศึกษาและรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อโรคของสมาชิกในครัวเรือน ผู้ป่วยวัณโรคโดยรวม แต่ปัจจัยลักษณะประชากร ด้านเพศ อาชีพ และลักษณะการสัมผัสโรคมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อโรคของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรคโดยรวมและเมื่อวิเคราะห์ การถดถอยแบบขั้นเดียว พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมสามารถทำนายการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการติดต่อโรคของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรคโดยรวมได้ร้อยละ 33.00

ปวิวรรณ์ แสงพิทักษ์ (2541 : 65-70) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดนครปฐม โดยมีการศึกษาปัจจัยด้านลักษณะประชากรและสังคม คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สภาพเศรษฐกิจ และการสนับสนุนของครอบครัวปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับวัณโรค 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 มีอาชีพเกษตรกรกรรม

ร้อยละ 47.30 สภาพเศรษฐกิจของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง โดยส่วนมากมีรายได้อยู่ในระดับปานกลาง 3,001-5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 70.70 สมาชิกใน ครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยสนับสนุนในการรักษาของผู้ป่วยร้อยละ 96.20 ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ค่อนข้างดี โดยมีคะแนนเฉลี่ย 7 คะแนน ร้อยละ 80.00 ของคะแนนเต็ม จากการศึกษาพฤติกรรม การมารับบริการการรักษาวัณโรค พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคจังหวัดนครปฐม มีพฤติกรรมมารับการรักษาสม่ำเสมอร้อยละ 65.90 มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 11.90 และขาดการรักษาร้อยละ 22.20 สาเหตุส่วนมากหยุดกินยา เนื่องจากยาหมด ร้อยละ 56.10 และไม่ไปพบแพทย์ตามนัด เนื่องจากไม่ว่าง ส่วนปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค พบว่า ปัจจัยด้านประชากรและสังคม อาชีพ ระดับการศึกษา และการสนับสนุนของ ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับบริการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยด้านความรู้และความพึงพอใจต่อสถานบริการ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับบริการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค

พูนศรี นิธากรณ์ (2542 :148) ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปฏิบัติตัวในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด โรงพยาบาลบ้านโป่ง อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดโปรแกรม มีการประเมินอันตรายจากวัณโรคปอด การประเมินการเผชิญปัญหา และพฤติกรรมปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา เพื่อให้หายจากวัณโรคปอดดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิทยา และทัศน (2542 : 64) ศึกษาลักษณะอาการทางคลินิกและผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดแพร่เชื้อรายใหม่ที่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย ที่รับการรักษาที่ศูนย์วัณโรคเขต 10 เป็นเวลา 4 ปี จำนวน 152 ราย พบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 78.9 มีอายุระหว่าง 25-44 ปี สัดส่วนระหว่างเพศชาย : เพศหญิง เท่ากับ 7.4 : 1 ทุกรายได้รับการรักษาด้วยสูตรยาระยะสั้น ผลการรักษาพบว่าหายขาด 56 ราย ร้อยละ 36.8 รักษาครบ 11 ราย ร้อยละ 7.2 รักษาล้มเหลว 3 ราย ร้อยละ 2 ขาดการติดต่อเกิน 2 เดือน 21 ราย ร้อยละ 13.8 ตาย 49 ราย ร้อยละ 32.2 พบอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาวัณโรค ร้อยละ 17.1 และมีอาการดื้อยาปฐมภูมิ ร้อยละ 15.6

สุกร และคณะ (2544 : 9) ศึกษาเปรียบเทียบความชุกของวัณโรค ในผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ และไม่แพร่เชื้อ ที่มารับการรักษาที่สถานตรวจโรคปอด กรุงเทพฯ ๓ กอง วัณโรคเป็นเวลา 3 ปี จำนวนผู้ป่วย 2,241 ราย ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ 1,455 ราย อายุเฉลี่ย 34.23 กลุ่มที่ 2 ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วย วัณโรคระยะที่ไม่แพร่เชื้อ 786 ราย อายุเฉลี่ย 35.84 กลุ่มอายุที่มีจำนวนผู้สัมผัสโรคมากที่สุดเหมือนกัน ทั้ง 2 กลุ่ม คือ 25-34 ปี ร้อยละ 31.32 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นสามี ร้อยละ 33 รองลงมา คือ

บิดา ร้อยละ 11.5 ผลการศึกษาพบว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรค ระยะแพร่เชื้อมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคระยะแพร่เชื้อได้มากกว่าผู้ป่วยระยะไม่แพร่เชื้อ ผู้สัมผัสร่วมบ้าน 33 ราย ที่ตรวจพบเชื้อ และผลการรักษาหายขาด ร้อยละ 72.7

อารีย์ เจียมพุก.(2544 : บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มาใช้บริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 181 ราย โดยการสุ่มแบบเจาะจง พบว่าผู้ป่วยวัณโรคมีความเชื่อเรื่องสุขภาพอยู่ในระดับสูง และพฤติกรรม การดูแลตัวเอง อยู่ใน ระดับดี ในปัจจัยด้าน เพศ อาชีพ รายได้ และสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรม การดูแลตัวเอง ไม่ต่างกัน ผู้ป่วยวัณโรคที่มีระดับการศึกษา และการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีพฤติกรรม การดูแลตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติและการรับรู้ผลกระทบของการปฏิบัติตนของผู้ป่วยวัณโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตัวเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความเชื่อทางด้านความรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเอง

ทัตยา สถิตยัวัฒนา. (2545 : บทคัดย่อ) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สที่มีต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในโรงพยาบาลธัญบุรี และโรงพยาบาลประชาธิปัตย์ อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี จำนวน 60 ราย โดยการเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้วัดโปรแกรมสุขภาพ ได้แก่ แผนการสุขภาพ ภาพพลิก เอกสารแผ่นพับ วีดีทัศน์ แบบบันทึกกำกับการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดในกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับการสอนตามโปรแกรมสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส มีการรับรู้ความรุนแรงของโรควัณโรคและภาวะแทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคและการกลับเป็นซ้ำ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา และพฤติกรรม การดูแลตนเองดีกว่าก่อนการทดลอง และในกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับการสอนตามโปรแกรมสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส มีการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคและภาวะแทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรค และการกลับเป็นซ้ำ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองตามคำแนะนำในการรักษา ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา และพฤติกรรม การดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุม

โอบาส การย์กวินพงศ์ (2545 : 108-114) ศึกษาประสิทธิผลของการรักษาวัณโรคสูตร 2HRZES/1HRZE/4HRE ในช่วงตุลาคม 2541- กันยายน 2542 ในเขต 7 โดยศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ป่วยจำนวน 155 ราย อายุระหว่าง 19- 89 ปี เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอด ร้อยละ 98.02 ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 8.67 อัตราการรักษาหายร้อยละ 63.51 ซึ่งแบ่งเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เสมหะบวกกลับเป็นซ้ำมีอัตราการรักษาร้อยละ 72.04 อัตราการรักษาหายในผู้ป่วยวัณโรคปอดที่

รักษาล้มเหลว ร้อยละ 48.28 แสดงว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เคยรักษาล้มเหลวมีอัตราการรักษาหายต่ำกว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เสมหะบวกกลับเป็นซ้ำ

สายฝน เลิศวาสนา (2546 : บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวน 298 คน ซึ่งใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอด มีระดับการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ส่วนปัจจัยด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และระยะเวลาการรักษาต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีอาชีพและรายได้ต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีความพึงพอใจต่อการให้บริการทั้งหมด ด้านความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด และแรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการได้รับการรักษา และการรับรู้อุปสรรคของการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งต่างประเทศและในประเทศ พบว่าการปฏิบัติกิจกรรมหรือ พฤติกรรมต่างๆ รวมทั้งพฤติกรรมด้านสุขภาพด้วยนั้น ไม่ได้ถูกกำหนดโดยตัวแปรใดตัวแปรหนึ่ง แต่มีผลมาจากหลายตัวแปร และผลของตัวแปรเดียวกัน อาจส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสอดคล้องกันหรือไม่ก็ได้ จึงเป็นที่น่าสนใจว่าปัจจัยใดบ้าง ที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาถึงปัจจัยอันประกอบด้วย ปัจจัยที่เป็นข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวัณโรค อาชีพ โดยได้นำการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันการโรคของโรเจอร์ส มาใช้ในงานวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคว่า แตกต่างหรือมีความสัมพันธ์กันอย่างไร

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการสำรวจพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรค ในเขตอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ดังต่อไปนี้

1. การกำหนดประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - 2.1 ลักษณะของเครื่องมือ
 - 2.2 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ
 - 2.3 เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย
 - 2.4 การหาคุณภาพของเครื่องมือ
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรค ในเขตอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จากสถิติผู้ป่วยโรคทั้งหมดในช่วงปี 2544-2547 จากผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 118 ราย มีผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคทั้งหมด 375 ราย (อาศัยอยู่ในบ้านกัน)

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคในเขตบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 194 ราย ซึ่งได้มาโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random Sampling) มีวิธีการดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

1. การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของยามาเน่ (Yamane. 1996 : 583) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างให้มีความคลาดเคลื่อน .05 ดังสูตร

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

เมื่อ n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

N แทน จำนวนประชากร

e แทน ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ กำหนดให้เท่ากับ 0.05

จากการคำนวณจะได้ค่าของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 194 ราย จากจำนวนประชากร 375 ราย

2. วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เลือกตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 เขียนฉลากตาม HN ของผู้ป่วยวัณโรค ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาล ในช่วง พ.ศ. 2544 – 2547 จำนวนผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด 118 ราย พร้อมทั้งระบุจำนวนผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรค แต่ละคน ซึ่งจะมีผู้สัมผัสอาศัยอยู่ซ้ำบ้านกัน จากนั้นนำฉลากทั้งหมดใส่ลงในกล่อง

2.2 ทำการสุ่มจับฉลากในกล่อง จนกว่าจะได้จำนวนผู้สัมผัสร่วมบ้าน ครบ 194 ราย ตามที่ต้องการ

2.3 นำ HN ของผู้ป่วยที่ถูกจับได้ ไปค้นประวัติ เพื่อระบุชื่อ และที่อยู่ของผู้ป่วยวัณโรค จากนั้น ผู้วิจัยจะทำการติดตามเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยวัณโรค เพื่อทำการเก็บข้อมูลจากผู้สัมผัสร่วมบ้าน

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวัณโรค อาชีพ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการประเมินอันตราย ประกอบด้วย

แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค ซึ่งประกอบด้วยข้อความที่มีลักษณะทางบวกและทางลบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค ซึ่งประกอบด้วย ข้อความที่มีลักษณะทางบวกและทางลบ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนค่า (Rating Scale) มีค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการประเมินเผชิญปัญหาประกอบด้วย

แบบสอบถามความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค ซึ่งประกอบด้วยข้อความที่มีลักษณะทางบวกและทางลบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

แบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันวัณโรค ซึ่งประกอบด้วยข้อความที่มีลักษณะทางบวกและทางลบ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค

ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีลักษณะที่เป็นทางบวกและทางลบ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้งและไม่ได้ปฏิบัติ

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือ ดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. ศึกษาทฤษฎี เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวัณโรค ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส เพื่อนำมาพิจารณาปรับปรุงใช้ตามความเหมาะสม
2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างเครื่องมือจากตำราเอกสาร งานวิจัย เพื่อเป็นแนวในการสร้างแบบสอบถาม
3. สร้างแบบสอบถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวัณโรค อาชีพ และตามปัจจัยแนวคิดของโรเจอร์ส การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันวัณโรค พฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคตามเกณฑ์และกรอบของเนื้อหาที่ต้องการศึกษา
4. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอคณะกรรมการควบคุมปริญญาโท เพื่อขอคำแนะนำและนำมาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้อง
5. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาแล้วนำมาหาดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป
6. นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไข แล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด แล้วนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์หาคุณภาพของเครื่องมือ
7. นำแบบสอบถามที่ได้ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย

การวิเคราะห์ลำดับคะแนนและการแปลผล ผู้วิจัยพิจารณาตามเกณฑ์การแบ่งระดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สัมผัสผู้ร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวัณโรค อาชีพ ใช้ข้อคำถามแบบตรวจสอบรายการ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการประเมินอันตราย ประกอบด้วย

แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค

แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามที่มีลักษณะทางบวก และทางลบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

เกณฑ์การให้คะแนน

เลือกตอบ	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วย	3	1
ไม่แน่ใจ	2	2
ไม่เห็นด้วย	1	3

การแปลความหมายของค่าเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์ของวิเชียร เกตุสิงห์ (2538 : 9) คือ

2.34 - 3.00 หมายถึง ผู้สัมผัสผู้ร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคมีการรับรู้ในระดับสูง

1.67 - 2.33 หมายถึง ผู้สัมผัสผู้ร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคมีการรับรู้ในระดับปานกลาง

1.00 - 1.66 หมายถึง ผู้สัมผัสผู้ร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคมีการรับรู้ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการประเมินเผชิญปัญหาประกอบด้วย

แบบสอบถามความคาดหวังในความสามารถของตน ในการป้องกันวัณโรค

แบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันโรค ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามที่มีลักษณะทางบวกและทางลบ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

เกณฑ์การให้คะแนน

เลือกตอบ	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วย	3	1
ไม่แน่ใจ	2	2
ไม่เห็นด้วย	1	3

การแปลความหมายของค่าเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์ของ วิเชียร เกตุสิงห์ (2538 : 9) คือ

2.34 - 3.00 หมายถึง ผู้สัมผัสผู้ร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคมีความคาดหวังในระดับสูง

1.67 - 2.33 หมายถึง ผู้สัมผัสผู้ร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคมีความคาดหวังในระดับปานกลาง

1.00 - 1.66 หมายถึง ผู้สัมผัสผู้ร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคมีความคาดหวังในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัส ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีลักษณะที่เป็นทางบวกและทางลบ มีลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติเลย

เกณฑ์การให้คะแนน

เลือกตอบ	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	2	0
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1	1
ไม่ได้ปฏิบัติเลย	0	2

เกณฑ์การประเมินผลค่าเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์ของวิเชียร เกตุสิงห์ (2538 : 10) คือ

1.34 - 2.00 หมายถึง มีการปฏิบัติ ในระดับ ดี

0.67 - 1.33 หมายถึง มีการปฏิบัติ ในระดับ พอใช้

0.00 - 0.66 หมายถึง มีการปฏิบัติ ในระดับ ต้องปรับปรุง

วิธีการหาคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IC) เลือกข้อคำถามที่มีดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป เป็นแบบสอบถามที่มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา

2. การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรค จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด แล้วนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกของ แบบสอบถามการประเมินอันตราย แบบสอบถามการประเมินเผชิญปัญหา และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัส โดยวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่าง คะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) และเลือกข้อที่มีอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117) ซึ่ง แบบสอบถามการประเมินอันตราย ประกอบด้วย แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคได้ค่าอำนาจจำแนก อยู่ระหว่าง 0.17-0.58 จำนวน 14 ข้อ จาก 24 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้ค่าอำนาจจำแนก อยู่ระหว่าง 0.22-0.87 จำนวน 15 ข้อ จาก 20 ข้อ แบบสอบถามการประเมินเผชิญปัญหา ประกอบด้วย แบบสอบถามความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันโรคได้ค่าอำนาจจำแนก อยู่ระหว่าง 0.03 - 0.65 จำนวน 12 ข้อ จาก 18 ข้อ แบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันโรคได้ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.24- 0.74 จำนวน 15 ข้อ จาก 21 ข้อ และแบบ

สอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคได้ค่าอำนาจจำแนก อยู่ระหว่าง 0.04 - 0.64 จำนวน 20 ข้อ จาก 26 ข้อ สำหรับข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกไม่ถึงเกณฑ์ที่ตั้งไว้ผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อความของข้อคำถามแล้ว นำเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมปริญญาโท เพื่อพิจารณาก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

3. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) แบบสอบถามการประเมินอันตรายประกอบด้วย แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคได้ ค่าความเชื่อมั่น 0.77 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้ค่าความเชื่อมั่น 0.89 แบบสอบถามการประเมินเผชิญปัญหาประกอบด้วย แบบสอบถามความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันโรค ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.72 แบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันโรค ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.84 และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรค ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.76

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขอนหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เสนอ สาธารณสุขอำเภอ บางบาล เพื่อขอความอนุเคราะห์ และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล เรื่องพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรค ในเขตอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของ การศึกษา ตลอดจนขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
3. ผู้วิจัยทำการแจกและเก็บแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง

การจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้ง 4 ตอน มาวิเคราะห์โดยใช้ โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและในการทดสอบสมมติฐาน ครั้งนี้ ยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม คัดเลือกฉบับที่สมบูรณ์ไว้
2. ตรวจให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อของแบบสอบถาม แต่ละชุดตามเกณฑ์ที่กำหนด
3. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรค แบบสอบถามการประเมินอันตราย แบบสอบถามการประเมินเผชิญปัญหา และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรค วิเคราะห์ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่าง กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระ โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อ 1 (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541 : 166)

5. ทดสอบความแตกต่าง ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป โดยใช้สูตรการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way Analysis Variance) หรือค่าเอฟ (F-test)) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อ 2-6 ถ้าพบว่าผลการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยใช้วิธี เชฟเฟ (Scheffe Method) (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541 : 236)

6. ทดสอบหาค่าความสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันวัณโรค และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันวัณโรค กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541 : 314) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อ 7-10

7. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

7.1 สถิติพื้นฐาน ได้แก่

7.1.1 ค่าร้อยละโดยใช้สูตร (บุญชม ศรีสะอาด. 2535 : 101)

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

เมื่อ P แทน ค่าร้อยละ

f แทน ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ

n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

7.1.2 ค่าเฉลี่ย (Mean) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541 : 34-35)

$$\bar{X} = \frac{\sum x}{n}$$

เมื่อ $\bar{X}$ แทน ค่าเฉลี่ย

$\sum x$ แทน ผลรวมทั้งหมดของข้อมูล

n แทน จำนวนข้อมูลทั้งหมด

7.1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยใช้สูตร (ชูศรีวงศรัตน์. 2541 : 64-65)

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

เมื่อ S แทน ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$\sum x^2$ แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง

$(\sum x)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง

n แทน จำนวนข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง

7.2 สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพของเครื่องมือ

7.2.1 การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 :

117)

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

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะพฤติกรรม

$\sum R$ แทน ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด

N แทน จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ

7.2.2 การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ แบบสอบถามการประเมิน

อันตราย แบบสอบถามการประเมินเผชิญปัญหาแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา
วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกของแต่ละข้อ โดยหาค่าสหสัมพันธ์ของคะแนนรายข้อและคะแนนรวมทั้งฉบับ 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 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปร x กับตัวแปร y

n แทน จำนวนตัวอย่าง

$\sum x$ แทน ผลรวมของคะแนน x

$\sum y$ แทน ผลรวมของคะแนน y

$\sum xy$ แทน ผลรวมของผลคูณของคะแนน x และคะแนน y

$\sum x^2$ แทน ผลรวมของกำลังสองของคะแนน x

$\sum y^2$ แทน ผลรวมของกำลังสองของคะแนน y

7.2.3 การวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น-แบบสอบถามปัจจัยตามแนวคิดของโรเจอร์ส
เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 125 -127)

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

เมื่อ α แทน ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ

k แทน จำนวนข้อของแบบสอบถาม

S_i^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

S_t^2 แทน ความแปรปรวนทั้งฉบับ

7.3 สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมุติฐาน

7.3.1 ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระ เพื่อทดสอบสมมุติฐาน ข้อที่ 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

$$df = \frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{\left[\frac{\frac{S_1^2}{n_1}}{n_1-1} \right]^2 + \left[\frac{\frac{S_2^2}{n_2}}{n_2-1} \right]^2}$$

เมื่อ t แทน ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาในการแจกแจงแบบที่

x_1, 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)

7.3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป โดยใช้สูตร การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One - Way analysis of Variance) หรือ ค่าเอฟ (F - test) เพื่อทดสอบสมมุติฐาน ข้อ 2-6

การทดสอบค่าเอฟ (F - test) (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 236)

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

เมื่อ F แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน F - distribution

MS_B แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสองระหว่างกลุ่ม

MS_W แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสองภายในกลุ่ม

ถ้าหากพบว่าการทดสอบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีทดสอบของเชฟเฟ (Scheffe) (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 248)

$$CV_d = \sqrt{(K-1) (F^*) (MS_{within}) \left[\frac{1}{n_i} + \frac{1}{n_j} \right]}$$

เมื่อ CV_d แทน ค่าของเชฟเฟ

K แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

F^* แทน ค่า F ที่เปิดจากตาราง (Critical Value)

MS_{within} แทน ค่า Mean Square within group ที่คำนวณไว้แล้วในการวิเคราะห์ความแปรปรวน

n_i, n_j แทน จำนวนหน่วยตัวอย่างในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง

7.3.3 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยตามแนวคิดของโรเจอร์สกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัส โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 314) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อ 7 – 10

$$r_{xy} = \frac{N\sum XY - \sum X\sum Y}{\sqrt{[N\sum X^2 - (\sum X)^2][N\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

เมื่อ r_{xy} แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร x กับตัวแปร y

N แทน จำนวนตัวอย่าง

$\sum x$ แทน ผลรวมของคะแนน x

$\sum y$ แทน ผลรวมของคะแนน y

$\sum xy$ แทน ผลรวมของผลคูณของคะแนน x และ y

$\sum x^2$ แทน ผลรวมของกำลังสองของคะแนน x

$\sum y^2$ แทน ผลรวมของกำลังสองของคะแนน y

การทดสอบ ความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ โดยการทดสอบ
ค่า t-test (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 317)

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

เมื่อ r แทน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้

n แทน จำนวนตัวอย่าง

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการแปลความหมายและการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำเสนอผลการวิจัยดังนี้

n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าการแจกแจงแบบที (t - distribution)
F	แทน	ค่าการแจกแจงแบบเอฟ (F - distribution)
df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)
SS	แทน	ผลบวกกำลังสองของคะแนน (Sum of square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสองของคะแนน (Mean of square)
r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน
p	แทน	ค่าความน่าจะเป็นที่ค่าสถิติที่ใช้ทดสอบจะตกอยู่ในช่วงปฏิเสธสมมติฐานกลาง
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

1. ค่าสถิติพื้นฐานของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค คะแนนจากแบบสอบถามการประเมินอันตราย แบบสอบถามการประเมินเผชิญปัญหา และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค
2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวัณโรค และอาชีพ
3. หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ความคาดหวังในความสามารถของตน และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ได้นำเสนอข้อมูลตามลำดับดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ค่าสถิติพื้นฐานของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค คະแนนจากแบบสอบถามการประเมินอันตราย แบบสอบถามการประเมินเผชิญปัญหา และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค

จากการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ในเขตอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา สํารวจด้วยแบบสอบถามจำนวน 194 ชุด ผลการสำรวจปรากฏว่าได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์จำนวน 194 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 จึงนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์โดยพิจารณาแยกตามลักษณะทางประชากร

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคจำแนกตามลักษณะทางประชากร

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	66	34.02
หญิง	128	65.98
รวม	194	100.00
อายุ		
15 - 24 ปี	28	14.43
25 - 34 ปี	57	29.38
35 - 44 ปี	36	18.56
45 - 54 ปี	30	15.46
55 - 64 ปี	27	13.92
มากกว่า 64 ปี	16	8.25
รวม	194	100.00

ตาราง 4 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	94	48.46
มัธยมศึกษาตอนต้น	28	14.43
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช	16	8.25
ปวส / อนุปริญญา	17	8.76
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	39	20.10
รวม	194	100.00
สถานภาพสมรส		
โสด	72	37.11
คู่	98	50.52
หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่	24	12.37
รวม	194	100.00
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรค		
คู่สมรส	37	19.07
ญาติพี่น้อง	55	28.35
พ่อแม่	24	12.37
ผู้พักอาศัย	34	17.53
บุตร หลาน	44	22.68
รวม	194	100.00
อาชีพ		
รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ	16	8.25
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	14	7.22
ค้าขาย	11	5.67
แม่บ้าน	12	6.19
เกษตรกรรม	6	3.09
นักเรียน / นักศึกษา	15	7.73
รับจ้าง	120	61.85
รวม	194	100.00

จากตาราง 4 พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ในเขตอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 194 คน จำแนกตามลักษณะทางประชากรได้ดังนี้

เพศ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 65.98 เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 34.02

กลุ่มอายุพบว่า กลุ่มอายุ 25 - 34 ปี มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.38 รองลงมาก็คือ กลุ่มอายุ 35 - 44 ปี คิดเป็นร้อยละ 18.59 และกลุ่มอายุที่มีจำนวนคนน้อยที่สุดคือ กลุ่มอายุมากกว่า 64 ปี คิดเป็นร้อยละ 8.25

ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็น ระดับประถมศึกษาที่มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.45 รองลงมาก็คือ ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 20.10

มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช. ซึ่งมีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 8.25

สถานภาพสมรสคู่ มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.52 รองลงมาก็คือ สถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 37.11 สถานภาพสมรส หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่ มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 12.37

ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวัณโรค พบว่า เป็นญาติพี่น้อง มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.35 รองลงมาก็คือ เป็นบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 22.68 และเป็นพ่อแม่ มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 12.37

อาชีพ พบว่า มีอาชีพรับจ้าง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61.85 รองลงมาก็คือ รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 8.25 และเกษตรกรกรรม มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 3.09

ตาราง 5 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันวัณโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันวัณโรค และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค

ตัวแปรที่ศึกษา	n	$\bar{X}$	S	ระดับ
การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค	194	2.44	0.23	สูง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค	194	2.81	0.25	สูง
ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันวัณโรค	194	2.74	0.27	สูง
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันวัณโรค	194	2.55	0.34	สูง
พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค	194	1.41	0.31	ดี

จากตาราง 5 พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค มีการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.44$, $S = 0.23$) มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.81$, $S = 0.25$) ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันวัณโรค อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.74$, $S = 0.27$) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันวัณโรคอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.55$, $S = 0.34$) และมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 1.41$, $S = 0.31$)

ตาราง 6 จำนวน และร้อยละของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ด้านการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค ด้านความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันวัณโรค ด้านความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันวัณโรค และด้านพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค

ตัวแปรที่ศึกษา	n	ร้อยละ
การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค		
ระดับสูง	137	70.62
ระดับปานกลาง	57	29.38
ระดับต่ำ	0	0.00
รวม	194	100.00

ตาราง 6 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	n	ร้อยละ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค		
ระดับสูง	182	93.81
ระดับปานกลาง	12	6.19
ระดับต่ำ	0	0.00
รวม	194	100.00
ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันวัณโรค		
ระดับสูง	173	89.18
ระดับปานกลาง	21	10.82
ระดับต่ำ	0	0.00
รวม	194	100.00
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันวัณโรค		
ระดับสูง	154	79.38
ระดับปานกลาง	39	20.10
ระดับต่ำ	1	0.52
รวม	194	100.00
พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค		
ระดับดี	115	59.28
ระดับพอใช้	79	40.72
ระดับต้องปรับปรุง	0	0.00
รวม	194	100.00

จากตาราง 6 พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 93.81 มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 93.81 มีความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันวัณโรค อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 89.18 มีความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันวัณโรค อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 79.38 และมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 59.28 และอยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 40.72

ตาราง 7 ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคเป็นรายข้อ

ข้อความ	$\bar{X}$	S	ระดับการรับรู้ ความรุนแรง
1. วัณโรคเป็นโรคที่น่ารังเกียจ	2.02	0.82	ปานกลาง
2. วัณโรคเป็นโรคที่รักษาไม่หาย	2.39	0.71	สูง
3. ผู้ป่วยวัณโรคถ้าไม่รักษาจะทำให้เสียชีวิตได้	2.64	0.60	สูง
4. ถ้าเด็กป่วยเป็นวัณโรคสามารถทำให้เสียชีวิตได้ง่าย	2.77	0.44	สูง
5. ถ้าเคยเป็นวัณโรคแล้วจะไม่มีคนรับเข้าทำงาน	1.95	0.75	ปานกลาง
6. คนในครอบครัวมักจะถูกรังเกียจถ้ามีผู้ป่วยวัณโรคใน ครอบครัว	2.12	0.84	ปานกลาง
7. วัณโรคเป็นโรคที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง	1.78	0.87	ปานกลาง
8. ถ้าป่วยเป็นวัณโรคซ้ำๆหลายครั้ง อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้	2.83	0.42	สูง
9. ถ้าป่วยเป็นวัณโรค ไม่มีผลต่ออาชีพการงานแต่อย่างใด	2.19	0.72	ปานกลาง
10. ถ้าป่วยเป็นวัณโรค ท่านจะขาดการติดต่อพบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่น	2.08	0.71	ปานกลาง
11. ถ้าป่วยเป็นวัณโรค จะส่งผลต่อการป่วยด้วยโรคอื่นๆของปอดได้ง่ายกว่าปกติ	2.79	0.47	สูง
12. ถ้าผู้ป่วยวัณโรคขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง จะทำให้โรคมีความรุนแรงมากขึ้น	2.81	0.43	สูง
13. ถ้าป่วยเป็นวัณโรคไม่ได้รับประทานยาตามขนาดอาจทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้นได้	2.87	0.43	สูง
14. ถ้าป่วยเป็นวัณโรค จะทำให้การทำงานของปอดมีประสิทธิภาพน้อยลง เกิดอาการหอบเหนื่อยได้ง่าย	2.92	0.33	สูง
รวม	2.44	0.23	สูง

จากตาราง 7 พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรค ในเขตอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีระดับการรับรู้โดยรวมระดับสูง เมื่อพิจารณาการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นรายข้อพบว่า มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับปานกลาง ในข้อที่ 1, 5, 6, 7, 9 และ 10 ส่วนข้ออื่นๆ มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค ในระดับสูง

ตาราง 8 ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค เป็นรายข้อ

ข้อความ	$\bar{X}$	S	ระดับการรับรู้ โอกาสเสี่ยง
1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีโอกาสเป็นโรคได้ง่าย	2.79	0.41	สูง
2. โรคเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้	2.89	0.33	สูง
3. ถ้าเคยป่วยเป็นโรค มีโอกาสเป็นโรคซ้ำได้	2.77	0.44	สูง
4. ผู้ที่อยู่รวมบ้านกับผู้ป่วยโรค มีโอกาสป่วยเป็นโรคได้	2.86	0.35	สูง
5. โรคเป็นโรคที่สามารถติดต่อไปยังบุคคลอื่นได้ง่าย	2.84	0.41	สูง
6. ถ้าใช้ของใช้ส่วนตัวร่วมกับผู้ป่วย จะมีโอกาสติดเชื้อโรคได้ง่าย	2.78	0.52	สูง
7. เด็กมีโอกาสป่วยเป็นโรคได้มากกว่าผู้ใหญ่	2.76	0.52	สูง
8. ถ้ามีภูมิคุ้มกันต่ำ มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคได้ง่าย	2.81	0.44	สูง
9. เด็กที่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคมีโอกาสเกิดโรคได้น้อยกว่าเด็กที่ไม่เคยได้รับวัคซีนมาก่อน	2.74	0.51	สูง
10. ถ้ามีอาการไอเรื้อรังนานเกิน 3 สัปดาห์ น้ำหนักลดมีไข้ อาจเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้	2.72	0.57	สูง
11. ชายและหญิงมีโอกาสติดเชื้อโรคเท่ากัน	2.70	0.52	สูง

ตาราง 8 (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S	ระดับการรับรู้ โอกาสเสี่ยง
12. ถ้าพ่อแม่เป็นวัณโรคระยะแพร่เชื้อ ลูกมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคได้	2.86	0.43	สูง
13. ถ้าผู้ป่วยวัณโรคไอ จามใส่บุคคลอื่น จะทำให้บุคคลนั้นติดเชื้อได้	2.82	0.40	สูง
14. ถ้าท่านอยู่ในที่ที่การระบายอากาศไม่ดี จะมีโอกาสได้รับเชื้อวัณโรคได้ง่าย	2.85	0.37	สูง
15. ถ้าผู้ป่วยวัณโรคสูบบุหรี่ จะเกิดการกระตุ้นให้โรคกำเริบมากขึ้น	2.92	0.29	สูง
รวม	2.81	0.25	สูง

จากตาราง 8 พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคในเขตอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีระดับการรับรู้โดยรวมระดับสูง เมื่อพิจารณาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคเป็นรายข้อพบว่า มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค ในระดับสูงในทุกข้อ

ตาราง 9 ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันวัณโรคเป็นรายข้อ

ข้อความ	$\bar{X}$	S	ระดับความ คาดหวัง
1. ถ้าท่านมีบุตรหลาน อายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรคมาก่อน ท่านสามารถนำบุตรหลานมาฉีดวัคซีนได้	2.73	0.58	สูง
2. ถ้าบ้านคับแคบ ท่านสามารถจัดให้เป็นระเบียบ และมีอากาศถ่ายเทได้สะดวก	2.81	0.39	สูง
3. ถ้าท่านจะเก็บเสมหะผู้ป่วย ท่านสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ได้อย่างถูกต้อง	2.79	0.41	สูง

ตาราง 9 (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S	ระดับความ คาดหวัง
4. ท่านสามารถเตือนผู้ป่วยวัณโรคไม่ให้้วนเสมหะน้ำลงบนพื้น			
5. ถ้ามีธุระยุ่ง ท่านสามารถแบ่งเวลาออกกำลังกายอย่างน้อย ครั้งละ 30 นาทีได้	2.37	0.63	สูง
6. ถ้าเครื่องนอนของผู้ป่วยวัณโรคใช้เป็นเวลานาน ถึงแม้จะไม่ เปื้อน ท่านนำไปซักให้สะอาดและนำออกตากแดดได้	2.79	0.42	สูง
7. ถ้าท่านไปธุระ ท่านสามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับ ประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอ	2.73	0.53	สูง
8. ถ้าท่านต้องเป็นผู้จัดเตรียมอาหารให้บุคคลในครอบครัวท่าน สามารถเตรียมอาหารได้ครบ 5 หมู่	2.71	0.48	สูง
9. ถ้าท่านต้องออกกำลังกาย ท่านสามารถออกกำลังกายให้พอ เหมาะกับสภาพร่างกายตนเองและสม่ำเสมอได้	2.70	0.48	สูง
10. ถ้าผู้ป่วยวัณโรคต้องรับการรักษาเป็นระยะเวลานาน ท่าน สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับการรักษาอย่างต่อเนื่องจนหาย ขาดได้	2.77	0.42	สูง
11. ถ้าท่านไอมีเสมหะมาก ท่านสามารถดื่มน้ำ อย่างน้อยวันละ 8-10 แก้วได้	2.79	0.48	สูง
12. ท่านสามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยวัณโรคไปรับยาตามนัดได้	2.80	0.41	สูง
รวม	2.74	0.27	สูง

จากตาราง 9 พบว่า ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสผ้ร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ในเขตอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีระดับความคาดหวังโดยรวมระดับสูง เมื่อพิจารณาความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันวัณโรค เป็นรายข้อพบว่า มีความคาดหวังในระดับสูงในทุกข้อ

ตาราง 10 ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันโรคเป็นรายชื่อ

ข้อความ	$\bar{X}$	S	ระดับความคาดหวัง
1. ถ้าจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก จะช่วยลดการแพร่กระจายของเชื้อโรคได้	2.84	0.41	สูง
2. ผู้สัมผัสร่วมบ้านไม่จำเป็นต้องไปตรวจที่โรงพยาบาล เพื่อค้นหาโรค	1.87	0.82	ปานกลาง
3. การที่นำเครื่องนอนออกตากแดดอย่างสม่ำเสมออย่างสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง จะช่วยควบคุมการแพร่เชื้อโรคได้	2.84	0.41	สูง
4. ถ้าท่านแนะนำให้ผู้ป่วยวันละลงในภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิดแล้วนำไปเผา จะช่วยป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคได้	2.72	0.66	สูง
5. ถ้าท่านกระตุ้นผู้ป่วยโรคให้ออกกำลังกายอย่างหนักจะช่วยให้อาการป่วยของโรคดีขึ้น	2.29	0.89	ปานกลาง
6. ถ้าผู้ป่วยโรครับประทานยาจนอาการดีขึ้น ก็ให้หยุดใช้ยาเองได้	2.46	0.78	สูง
7. ถ้าผู้ป่วยโรครับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น เนื้อ นม ไข่ ผักผลไม้ จะทำให้อาการป่วยด้วยโรคดีขึ้น	2.51	0.77	สูง
8. ถ้าผู้ป่วยโรคระยแพร่เชื้อออกนอกบ้าน จำเป็นต้องใช้ผ้าปิดปาก ปิดจมูกทุกครั้งตลอดเวลา	2.64	0.59	สูง
9. ถ้าผู้ป่วยโรคปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาจะช่วยให้อาการหายจากโรคได้	2.83	0.43	สูง
10. ถ้าผู้ป่วยโรคต้องการจะหายจากโรคเร็วๆ จำเป็นต้องรับประทานยาให้ได้ขนาดมากๆ	2.41	0.80	สูง
11. ถ้าผู้ป่วยโรคพักผ่อนอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง จะสามารถช่วยให้อาการป่วยดีขึ้นได้	2.55	0.65	สูง
12. ถ้าผู้ป่วยโรคมีอาการไม่รุนแรง ไม่จำเป็นต้องรับประทานยา ตามกำหนดอย่างครบถ้วน	2.25	0.87	สูง

ตาราง 10 (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S	ระดับความ คาดหวัง
13. การที่ผู้อาศัยอยู่ร่วมบ้านเดียวกับผู้ป่วยวัณโรค ไปรับการ ตรวจวัณโรค จะเป็นการควบคุมวัณโรคได้	2.70	0.51	สูง
14. ถ้าผู้ป่วยได้รับยารักษาวัณโรค ที่ถูกขนาด ตามปริมาณ น้ำหนักตัว จะทำให้ผลการรักษาหายขาด	2.68	0.49	สูง
15. ถ้าพักผ่อนอย่างเพียงพอและออกกำลังกายสม่ำเสมอ จะช่วยป้องกันไม่ให้เป็นวัณโรคได้	2.67	0.61	สูง
รวม	2.55	0.34	สูง

จากตาราง 10 พบว่า ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันวัณโรค ในเขตอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีระดับความคาดหวังโดยรวมระดับสูง เมื่อพิจารณาความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันวัณโรค เป็นรายข้อพบว่า มีความคาดหวังในระดับปานกลาง ในข้อที่ 2 และข้อที่ 5 ส่วนข้ออื่น ๆ มีความคาดหวังในระดับสูง

ตาราง 11 ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมกำกวมการป้องกันการติดเชื้อโรค
เป็นรายข้อ

ข้อความ	$\bar{X}$	S	ระดับ พฤติกรรมกำกวม ป้องกัน
1. เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพ ท่านมักปรึกษาเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขเสมอ	1.53	0.53	ดี
2. ท่านสนใจรับฟังคำแนะนำเมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาให้ ความรู้เรื่องเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อโรค	1.60	0.51	ดี
3. ท่านไปรับการตรวจวินิจฉัยโรคจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	1.32	0.71	พอใช้
4. ท่านนำเครื่องนอนออกตากแดดอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง	1.45	0.53	ดี
5. ท่านทำลายเสมหะ/น้ำลายของผู้ป่วยด้วยการเผาหรือฝัง	1.49	0.68	ดี
6. ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่	1.43	0.63	ดี
7. ท่านแนะนำให้ผู้ป่วยโรคปิดปากทุกครั้ง เมื่อไอ จาม	1.63	0.54	ดี
8. ท่านตรวจร่างกายอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง	1.03	0.73	พอใช้
9. ท่านล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังการถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ	1.73	0.45	ดี
10. ท่านหลีกเลี่ยงบริเวณที่มีคนอยู่อย่างแออัด อากาศถ่ายเทไม่ สะดวก เช่น โรงภาพยนตร์ งานวัด	1.27	0.61	พอใช้
11. ท่านมักซื้อยารับประทานเอง เมื่อมีอาการไอหรือมีเสมหะมาก	.88	0.58	พอใช้
12. ท่านดูแลทำความสะอาดบ้านเรือนทุกวัน	1.59	0.49	ดี
13. ท่านสนใจติดตามข่าวสาร รายการวิทยุ โทรทัศน์เกี่ยวกับการ ป้องกันโรคติดเชื้อ	1.29	0.62	พอใช้
14. ท่านบริหารปอดโดยสูดอากาศบริสุทธิ์ในตอนเช้า	1.15	0.70	พอใช้
15. ท่านแยกของใช้ส่วนตัวไม่ปะปนกับผู้ป่วยโรค	1.72	0.46	ดี
16. ท่านนอนหลับพักผ่อนตอนกลางวันอย่างน้อย 1-2 ชั่วโมง	1.16	0.57	พอใช้
17. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์	1.01	0.66	พอใช้
18. ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว	1.42	0.61	ดี
19. ท่านแนะนำให้ผู้ป่วยโรครับประทานยา	1.77	0.44	ดี
20. ท่านแนะนำให้ผู้ป่วยโรคไปรับยาตามนัด	1.78	0.44	ดี
รวม	1.41	0.31	ดี

จากตาราง 11 พบว่า พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ในเขตอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเป็นรายข้อพบว่า มีระดับการปฏิบัติระดับพอใช้ ในข้อที่ 3, 8, 10, 11, 13, 14, 16 และข้อที่ 17 ส่วนข้ออื่น ๆ มีระดับดี

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรค และอาชีพ

ตาราง 12 เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรค จำแนกตามเพศ

เพศ	n	$\bar{X}$	S	t	p
ชาย	66	1.46	0.31	1.508	0.133
หญิง	128	1.39	0.30		

จากตาราง 12 พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรค เพศชาย มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเท่ากับ 1.46 ($S = 0.31$) และเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเท่ากับ 1.39 ($S = 0.30$) จากการทดสอบพบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐาน ข้อ 1 ที่ว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคแตกต่างกัน

ตาราง 13 จำนวน ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามอายุ

อายุ	n	$\bar{X}$	S
15 - 24 ปี	28	1.42	0.33
25 - 34 ปี	57	1.51	0.28
35 - 44 ปี	36	1.29	0.35
45 - 54 ปี	30	1.47	0.24
55 - 64 ปี	27	1.33	0.28
มากกว่า 64 ปี	16	1.34	0.28
รวม	194	1.41	0.31

จากตาราง 13 พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคกลุ่มอายุ 25 – 34 ปี มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคมากที่สุด ($\bar{X} = 1.51$, $S = 0.28$) รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 15 - 24 ปี ($\bar{X} = 1.42$, $S = 0.33$) และกลุ่มอายุ 35 – 44 ปีมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคน้อยที่สุด ($\bar{X} = 1.29$, $S = 0.35$)

ตาราง 14 วิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามอายุ

ความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	5	1.417	0.283	3.199*	0.009
ภายในกลุ่ม	188	16.659	0.089		
รวม	193	18.076			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 14 พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐาน ข้อ 2 ที่ว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคแตกต่างกัน

ตาราง 15 การทดสอบรายคู่พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วย
ไวรัสโรค จำแนกตามอายุ

อายุ	$\bar{X}$	15 - 24 ปี	25 - 34 ปี	35 - 44 ปี	45 - 54 ปี	55 - 64 ปี	มากกว่า 64 ปี
		1.42	1.51	1.29	1.47	1.33	1.34
15 - 24 ปี	1.42	-	0.09	0.13	0.05	0.09	0.08
25 - 34 ปี	1.51		-	0.22*	0.04	0.18	0.17
35 - 44 ปี	1.29			-	0.18	0.04	0.05
45 - 54 ปี	1.47				-	0.14	0.13
55 - 64 ปี	1.33					-	0.01
มากกว่า 64 ปี	1.34						-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 15 พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยไวรัสโรคที่เป็นกลุ่มอายุ 25 – 34 ปี
มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโรคดีกว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยไวรัสโรคที่เป็นกลุ่มอายุ
35 – 44 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยไวรัสโรคที่เป็นกลุ่มอายุอื่นๆ
มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโรคไม่แตกต่างกัน

ตาราง 16 จำนวน ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของ
ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	n	$\bar{X}$	S
ประถมศึกษา	94	1.43	0.27
มัธยมศึกษาตอนต้น	28	1.54	0.23
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช	16	1.37	0.33
ปวส / อนุปริญญา	17	1.36	0.33
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	39	1.31	0.38
รวม	194	1.41	0.31

จากตาราง 16 พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีระดับการศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคมากที่สุด ($\bar{X} = 1.54$,S = 0.23) รองลงมาคือ ประถมศึกษา ($\bar{X} = 1.43$,S = 0.27) และปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคน้อยที่สุด ($\bar{X} = 1.31$, S = 0.38)

ตาราง 17 วิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน
ผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามระดับการศึกษา

ความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	4	1.019	0.255	2.823*	0.026
ภายในกลุ่ม	189	17.057	0.090		
รวม	193	18.076			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 17 พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 3 ที่ว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคแตกต่างกัน

ตาราง 18 การทดสอบรายคู่พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วย
ไวรัสฯ จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการ ศึกษา	$\bar{X}$	ประถม ศึกษา	มัธยมศึกษา ตอนต้น	มัธยมศึกษา ตอนปลาย/ ปวช	ปวส/อน ุปริญญา	ปริญญาตรี/สูงกว่า ปริญญาตรี
		1.43	1.54	1.37	1.36	1.31
ประถมศึกษา	1.43	-	0.11	0.05	0.07	0.12
มัธยมศึกษา ตอนต้น	1.54		-	0.17	0.18	0.23*
มัธยมศึกษา ตอนปลาย/ ปวช	1.37			-	0.01	0.06
ปวส/ อนุปริญญา	1.36				-	0.05
ปริญญาตรี/ สูงกว่า ปริญญาตรี	1.31					-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 18 พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยไวรัสฯ ที่มีระดับการศึกษา ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสฯ ดีกว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยไวรัสฯ ที่มีระดับการศึกษา ระดับปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยไวรัสฯ ที่มีระดับการศึกษาระดับชั้นอื่นๆ มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสฯ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 19 จำนวน ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	n	$\bar{X}$	S
โสด	72	1.42	0.35
คู่	98	1.43	0.28
หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่	24	1.30	0.26
รวม	194	1.41	0.31

จากตาราง 19 พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคมากที่สุด ($\bar{X} = 1.43$, $S = 0.28$) รองลงมาคือ โสด ($\bar{X} = 1.42$, $S = 0.35$) และหม้าย / หย่า / แยกกันอยู่ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคน้อยที่สุด ($\bar{X} = 1.30$, $S = 0.26$)

ตาราง 20 วิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามสถานภาพสมรส

ความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	0.370	0.185	1.997	0.139
ภายในกลุ่ม	191	17.706	0.093		
รวม	193	18.076			

จากตาราง 20 พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 4 ที่ว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคแตกต่างกัน

ตาราง 21 จำนวน ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวัณโรค

ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวัณโรค	n	$\bar{X}$	S
คู่สมรส	37	1.48	0.23
ญาติพี่น้อง	55	1.33	0.36
พ่อ แม่	24	1.35	0.31
ผู้พักอาศัย	34	1.46	0.30
บุตรหลาน	44	1.44	0.27
รวม	194	1.41	0.31

จากตาราง 21 พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นคู่สมรส มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคมากที่สุด ($\bar{X} = 1.48$, $S = 0.23$) รองลงมา คือ ผู้พักอาศัย ($\bar{X} = 1.46$, $S = 0.30$) และญาติพี่น้อง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคน้อยที่สุด ($\bar{X} = 1.33$, $S = 0.36$)

ตาราง 22 วิเคราะห์ความแปรปรวนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวัณโรค

ความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	4	0.752	0.188	2.050	0.089
ภายในกลุ่ม	189	17.325	0.092		
รวม	193	18.076			

จากตาราง 22 พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวัณโรคต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 5 ที่ว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวัณโรคต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคแตกต่างกัน

ตาราง 23 จำนวน ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	n	$\bar{X}$	S
รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ	16	1.41	0.32
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	14	1.16	0.45
ค้าขาย	11	1.26	0.35
แม่บ้าน	12	1.48	0.25
เกษตรกรรวม	6	1.53	0.19
นักเรียน / นักศึกษา	15	1.31	0.30
รับจ้าง	120	1.45	0.27
รวม	194	1.41	0.31

จากตาราง 23 พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีอาชีพเกษตรกรรวม มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคมากที่สุด ($\bar{X} = 1.53$, $S = 0.19$) รองลงมาคือ แม่บ้าน ($\bar{X} = 1.48$, $S = 0.25$) และประกอบธุรกิจส่วนตัวมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคน้อยที่สุด ($\bar{X} = 1.16$, $S = 0.45$)

ตาราง 24 วิเคราะห์ความแปรปรวนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามอาชีพ

ความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	6	1.645	0.274	3.121*	0.006
ภายในกลุ่ม	187	16.431	0.088		
รวม	193	18.076			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 24 พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 6 ที่ว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคแตกต่างกัน

ตาราง 25 การทดสอบรายคู่ของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วย
โรค จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	$\bar{X}$	รับราชการ หรือ พนักงานรัฐ วิสาหกิจ	ประกอบ ธุรกิจ ส่วนตัว	ค้าขาย	แม่บ้าน	เกษตร กรรม	นักเรียน / นักศึกษา	รับจ้าง
		1.41	1.16	1.26	1.48	1.53	1.31	1.45
รับราชการหรือ พนักงาน รัฐวิสาหกิจ	1.41	-	0.25*	0.15	0.07	0.12	0.10	0.04
ประกอบธุรกิจ ส่วนตัว	1.16		-	0.10	0.32*	0.37*	0.15	0.29*
ค้าขาย	1.26			-	0.22	0.27	0.05	0.19
แม่บ้าน	1.48				-	0.05	0.17	0.03
เกษตรกรรม	1.53					-	0.22	0.08
นักเรียน / นักศึกษา	1.31						-	0.14
รับจ้าง	1.45							-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 25 พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคที่มีอาชีพรับราชการหรือพนักงาน
รัฐวิสาหกิจ ค้าขาย แม่บ้าน เกษตรกรรม และรับจ้าง มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคดีกว่า
อาชีพประกอบธุรกิจส่วนตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 3. หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ความคาดหวังในความสามารถของตน และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค

ตาราง 26 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันวัณโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันวัณโรคกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร	r	p
การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค	0.245*	0.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค	0.389*	0.000
ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันวัณโรค	0.616*	0.000
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันวัณโรค	0.242*	0.000

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 26 พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันวัณโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันวัณโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 7, 8, 9 และ 10 ที่ว่า การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันวัณโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันวัณโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการสำรวจ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรค ในเขตอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ดังต่อไปนี้

สังเขป ความมุ่งหมาย สมมุติฐานและวิธีดำเนินการวิจัย

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรค ในเขตอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรค ในเขตอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรค และอาชีพ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ความคาดหวังในความสามารถของตน และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรค

สมมุติฐานในการวิจัย

1. ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคที่มีเพศต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสแตกต่างกัน
2. ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสแตกต่างกัน
3. ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสแตกต่างกัน
4. ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสแตกต่างกัน
5. ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสแตกต่างกัน
6. ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคที่มีอาชีพต่างกันจะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสแตกต่างกัน

7. การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค

8. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค

9. ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันวัณโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค

10. ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันวัณโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ในเขตอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 194 ราย ซึ่งได้มาโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยแบ่งออกเป็น 4 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวัณโรคและอาชีพ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการประเมินอันตราย ประกอบด้วย

แบบสอบถามวัดการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค ซึ่งประกอบด้วยข้อความที่มีลักษณะทางบวกและทางลบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย จำนวน 14 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77

แบบสอบถามวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค ซึ่งประกอบด้วย ข้อความที่มีลักษณะทางบวกและทางลบ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย จำนวน 15 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการประเมินเผชิญปัญหาประกอบด้วย

แบบสอบถามวัดความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรคซึ่งประกอบด้วยข้อความที่มีลักษณะทางบวกและทางลบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย จำนวน 12 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72

แบบสอบถามวัดความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันวัณโรคซึ่งประกอบด้วยข้อความที่มีลักษณะทางบวกและทางลบ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า

(Rating Scale) มีค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย จำนวน 15 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรค ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีลักษณะที่เป็นทางบวกและทางลบ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้งและไม่ได้ปฏิบัติ จำนวน 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76

วิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและทดสอบสมมติฐานยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรค ในเขตอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรค อาชีพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ความคาดหวังในการความสามารถของตนในการป้องกันโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันโรค และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรค โดยแจกแจง ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรค ในเขตอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรค อาชีพ โดยการทดสอบค่าสถิติ (t-test) และ วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way Analysis Variance) หรือค่าเอฟ (F-test) ถ้าพบว่าผลการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีทดสอบของ เชฟเฟ่ นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงของโรคโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันโรค และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันโรคกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรค โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

สรุปผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรค ในเขตอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปรากฏผลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ในเขตอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีจำนวน 194 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 65.98 มีอายุ 25 - 34 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.38 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.45 มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.52 มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวัณโรค ญาติพี่น้องมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.35 และส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61.85

1.2 ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ในเขตอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค อยู่ในระดับสูง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคอยู่ในระดับสูง ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันวัณโรคอยู่ในระดับสูง มีความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันวัณโรค อยู่ในระดับสูง และมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค มีระดับการปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับดี

2. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวัณโรค และอาชีพ จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา พบว่า

2.1 ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคไม่แตกต่างกัน

2.2 ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.3 ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.4 ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคไม่แตกต่างกัน

2.5 ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวัณโรคต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคไม่แตกต่างกัน

2.6 ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ความคาดหวังในความสามารถของตน และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ในเขตอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา พบว่า

3.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรควัณโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3 ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันวัณโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.4 ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันวัณโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

1. จากการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ในเขตอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา อภิปรายผลได้ดังนี้

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในระดับดี ทั้งนี้เนื่องมาจาก ฝ่ายเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ด้านการป้องกันโรค ของโรงพยาบาลบางบาล ที่รับผิดชอบงานควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ ได้จัดกิจกรรมให้สุขศึกษาคำแนะนำ และรวมทั้งคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยวัณโรคในการปฏิบัติตัว พร้อมทั้งยังให้ ความรู้แก่ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคด้วย ในด้านดูแลรักษาผู้ป่วยและการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ซึ่งดำเนินการมาโดยตลอด โดยจะเน้นให้ผู้สัมผัสร่วมบ้าน รับรู้ถึงความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงในการเป็นติดเชื้อวัณโรค กิจกรรมที่ฝ่ายจัดมีรูปแบบหลากหลาย เช่น อบรมพี่เลี้ยงในการดูแลผู้ป่วย การจัดนิทรรศการบอร์ดหน้าห้องตรวจบริเวณตึกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลบางบาล รวมทั้งแจกเอกสารเผยแพร่ และการตรวจสุขภาพค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ที่เกิดจากการสัมผัส ทำให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านได้รับข่าวสาร และตรวจสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้เกิดความคาดหวังในความสามารถของตนและประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันโรควัณโรค ดังนั้นจึงทำให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจพร ทองเที่ยงดี (2541 : 65) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยวัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ามีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูง

2. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวัณโรคและอาชีพ จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา พบว่า

2.1 จำแนกตามเพศ

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีเพศต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในปัจจุบันทั้งเพศชายและเพศหญิงมีความเท่าเทียมกันหลายด้าน โอกาสทางการศึกษามีความเท่าเทียมกัน และมีการรับรู้ความรุนแรงต่อการเป็นวัณโรคในระดับสูง ทำให้ทั้งสองเพศมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับการป้องกันโรคภัยที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อารีย์ เจียมพุก (2544 : บทคัดย่อ) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐมที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ สายฝน เลิศวาสนา (2546 : บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด สำนักรอานามัย กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีเพศต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.2 จำแนกตามอายุ

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีอายุ ต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคแตกต่างกัน จากการศึกษาพบว่าช่วงอายุ 25-34 ปี มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคดีกว่า ช่วงอายุ 35-44ปี ทั้งนี้อาจเนื่องจากความแตกต่างกันด้านอายุ ทำให้เกิดความแตกต่างในด้านความพร้อม ประสบการณ์ ความสนใจ ความรอบรู้ ความคิด ความสามารถในการแก้ปัญหา ช่วงอายุ 25-34 ปีอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เป็นวัยที่มีความคล่องแคล่วว่องไว กระตือรือร้นสูง มีความใฝ่รู้ พร้อมทั้งจะแสวงหาประสบการณ์ใหม่ และพร้อมที่จะรับรู้ความรู้ต่างๆ มีความมั่นใจในตนเอง สามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้และมีการดูแลใส่ใจสุขภาพตนเองสม่ำเสมอ ส่วนช่วงอายุ 35-44ปี เป็นช่วงที่ประสบความสำเร็จด้านการงาน มุ่งมั่นในหน้าที่การทำงานมาก จนบางครั้งทำให้ละเลยในการดูแลสุขภาพของตนเองและคนใกล้ชิด ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อารีย์ เจียมพุก (2544 : บทคัดย่อ) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐมที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สายฝน เลิศวาสนา (2546 : บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด สำนักรอานามัย กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.3 จำแนกตามระดับการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 3 ที่ว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคแตกต่างกัน จากการศึกษพบว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นกับระดับการศึกษาปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคดีกว่า ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคจึงทำให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคมากกว่า ประกอบกับผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี มีหน้าที่ในการทำงานต้องประกอบภาระกิจมาก จนไม่มีเวลาได้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเท่าผู้ที่มีการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อารีย์ เจียมพุก (2544:บทคัดย่อ) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สายฝน เลิศวาสนา (2546 : บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.4 จำแนกตามสถานภาพสมรส

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 4 ที่ว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากที่ กระทรวงสาธารณสุขได้มีการณรงค์และเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ การป้องกันโรควัณโรค โดยมีโครงควบคุมวัณโรคควบคุมโครงการน้ำพระทัยจัดภัยวัณโรค จึงทำให้ไม่ว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคจะอยู่ในสถานภาพ คู่ โสด หม้าย /หย่าหรือแยกกัน อยู่ก็ตาม ย่อมมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค เพราะทุกคนย่อมต้องการมีสุขภาพที่ดี จากเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อารีย์ เจียมพุก (2544 : บทคัดย่อ) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค

โรงพยาบาลนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐมที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ สายฝน เลิศวาสนา (2546 : บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.5 จำแนกตามความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวัณโรค

จากการศึกษาค้นคว้า พบว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวัณโรคต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 5 ที่ว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวัณโรคต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากสภาพสังคมไทยในชนบทเป็นสังคมที่มีความสัมพันธ์กันระหว่างญาติพี่น้องและครอบครัว เพื่อนฝูง เป็นครอบครัวที่เอื้ออาทร มีการช่วยเหลือเกื้อหนุน ดูแลซึ่งกันและกันไม่ทอดทิ้งกันในยามเจ็บป่วย และวัณโรคเป็นโรคที่เรื้อรัง ต้องใช้เวลาในการรักษา จึงทำให้บุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยต่างกันรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเท่ากัน ดังนั้นจึงทำให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวัณโรคต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อารีย์ เจริญพุก (2544:บทคัดย่อ) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม ที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีพฤติกรรมการการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมทั้งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ร้อยตรี สุชิน ตุ่นม (2547:บทคัดย่อ) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการเสพยาบ้า ในพลทหารกองประจำการ สังกัดมณฑลทหารบกที่ 11 กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการเสพยาบ้าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.6 จำแนกตามอาชีพ

จากการศึกษาค้นคว้า พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 6 ที่ว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีอาชีพต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคแตกต่างกัน จากการศึกษาพบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีอาชีพประกอบธุรกิจส่วนตัว จะมีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มอาชีพอื่น ทั้งนี้เนื่องจากมาจากผู้ที่มีอาชีพประกอบธุรกิจส่วนตัวจะมุ่งให้ความสำคัญกับเรื่องของการทำงาน โดยจะประกอบธุรกิจเพื่อให้มีรายได้มากที่สุด รวมทั้งต้องมีความรับผิดชอบสูงเพราะเป็นธุรกิจของตนเอง จึงทำให้ไม่มีเวลาหรือละเลยต่อการให้การดูแลผู้ป่วย รวมทั้งละเลยการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรค ซึ่งสอดคล้องกับการ

ศึกษาของ สายฝน เลิศวาสนา (2546 : บทคัดย่อ) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อารีย์ เจียมพุก (2544 : บทคัดย่อ) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐมที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ความคาดหวังในความสามารถของตน และความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ในเขตอำเภอ บางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา พบว่า

3.1 จำแนกตาม การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 7 ที่ว่าการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลบางบาล เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงของวัณโรค หากเป็นโรคแทรกซ้อนอาจจะเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ จากเสนอข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคในรูปแบบต่างๆ จึงทำให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคได้มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค มีส่วนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติ ตระหนักถึงอันตรายที่มีต่อสุขภาพ และเกิดความกลัวต่อสิ่งที่คุกคามสุขภาพ โดยรับรู้ว่า ถ้าเป็นแล้วมีผลเสียต่อสุขภาพร่างกาย จึงทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตน เกิดความพึงพอใจในการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง และเป็นประโยชน์ต่อตนเองในการที่จะลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อ หันมาดูแลตนเองมากขึ้น และเมื่อไปโรงพยาบาลได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ ที่รับผิดชอบงานด้านการป้องกันโรค ก็ยิ่งทำให้เกิดความตระหนักถึงความรุนแรงของการติดเชื้อวัณโรค ดังนั้นจึงทำให้การรับรู้ความรุนแรงของโรควัณโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กรแก้ว กอวัฒนา (2531 : ก-ข,26) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการชะลอการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค โดยศึกษากับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มาตรวจรักษา ณ สถานตรวจโรคปอดกรุงเทพฯ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความร้ายแรงของวัณโรคปอด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการชะลอการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ อรวิภา วิริยะไชย (2538 : ก-ข) ได้ศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยการจัดกิจกรรมกลุ่มร่วมกันกับแรงสนับสนุนทางสังคม ณ ศูนย์วัณโรคเขต 5 นครราชสีมา พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยวัณโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แต่ไม่สอดคล้องกับ การศึกษาของ จิรพรรณ รัฐประเสริฐ (2533 : 40) ได้ศึกษาลักษณะประชากร การรับรู้ และสิ่งกระตุ้นพฤติกรรม ที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค ณ ศูนย์ วัณโรคเขต 3 ชลบุรี พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษา ของผู้ป่วยวัณโรค และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ประยงค์ สัจพงษ์ (2534 : 41) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพการสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากรกับการดูแล ตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของ วัณโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยวัณโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อารีย์ เจียมพุก. (2544 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของ ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า การรับรู้ความรุนแรง ของวัณโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง รวมทั้งไม่สอดคล้องกับ การศึกษาของ สายฝน เลิศวาสนา (2546 : บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแล ตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด

3.2 จำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค

จากการศึกษครั้งนี้ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคมีความสัมพันธ์ทาง บวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 8 ที่ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค มีความเชื่อที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย และรับรู้ถึง โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจึงเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี ทำให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติ ตนเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ เมื่อกระทรวงสาธารณสุข มีการจัดทำโครงการควบคุมวัณโรคควบ คู่กับโครงการนำพระทัยจัดภัยวัณโรค จึงได้รับความสนใจจากผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคด้วยดี ดังนั้นจึงกล่าว ได้ว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการ ป้องกันการติดเชื้อวัณโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วัลภา ผิวพน (2527 : 44) ได้ศึกษา การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีผลต่อการป้องกันโรคการรักษา และการส่งเสริมสุขภาพเป็นอันมาก บุคคลใดที่มีการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคดี จะเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเองดี ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการรักษาและ มีคุณค่าในการทำนายพฤติกรรม ความร่วมมือของผู้ป่วย ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่มี ความสัมพันธ์กับการรับประทานยาตามคำสั่งของแพทย์อย่างถูกต้อง และการให้ความร่วมมือมารับ การตรวจตามแพทย์นัด และสอดคล้องกับการศึกษาของ กรแก้ว กอวัฒนา (2531 : ก-ข,26) ที่ได้ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการชะลอการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค โดยศึกษากับผู้ป่วย

วัดโรคปอดที่มาตรวจรักษา ณ สถานตรวจโรคปอดกรุงเทพฯ พบว่า การรับรู้ความร้ายแรงของโรคปอด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของชะลอการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ พิรพร ดวงแก้ว (2538 : ก-ค) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคปอด ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่น พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาเกี่ยวกับการมารับยาและตรวจตามแพทย์นัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ อรวิภา วิริยะไชย (2538 : ก-ข) ได้ศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกาปฏิบัติของผู้ป่วยโรคปอด โดยการจัดกิจกรรมกลุ่มร่วมกันกับแรงสนับสนุนทางสังคม ณ ศูนย์วัดโรคเขต 5 นครราชสีมา พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรพรรณ รัฐประเสริฐ (2533 : 40) ได้ศึกษาลักษณะประชากร การรับรู้ และสิ่งกระตุ้นพฤติกรรม ที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรค ณ ศูนย์วัดโรคเขต 3 ชลบุรี พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรค และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อารีย์ เจริญพุก. (2544 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกโรค โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ความเชื่อทางด้านความรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง รวมทั้งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสายฝน เลิศวาสนา (2546 : บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอด

3.3 จำแนกตามความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันโรค

จากการศึกษครั้งนี้ พบว่า ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 9 ที่ว่าความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรค ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรค มีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระดับดี เนื่องจากมีประสบการณ์ตรงอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ทำให้รับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะป้องกันการติดเชื้อโรค โดยมีการรับเอาคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพและแสวงหาความรู้เพิ่มเติมจากแหล่งข้อมูลต่างๆ เพื่อพิจารณาความสามารถของตนเอง ทำให้เกิดความเชื่อว่าตนมีความสามารถจะปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ซึ่งเป็นการเพิ่มกำลังใจและความมั่นใจในตนเอง ดังนั้นจึงทำให้ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรค ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สะพรั่งศักดิ์ จุลเดชะ (2540 : 91-96) ได้ศึกษา

การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยโรคปอด ฌ ศูนย์โรคเขต 2 จังหวัดสระบุรี พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง ในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของกลุ่มทดลอง มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาระดับต่ำ และไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ

3.4 จำแนกตามความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันโรค

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 10 ที่ว่าความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรค ทั้งนี้ อาจเนื่องจากผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคทราบถึงผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ซึ่งจะช่วยลด การเกิดโรคได้ โดยได้รับข้อมูลข่าวสารในรูปแบบต่างๆจากกระทรวงสาธารณสุขและแหล่งข้อมูลด้าน สุขภาพ จึงมีการปรับตัวหรือลดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง และนำไปสู่ความตั้งใจในการป้องกันสุขภาพ ดังนั้นจึงทำให้ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรค ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สะพรั่งศักดิ์ จุลเดชะ (2540 : 91-96) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยโรคปอด ฌ ศูนย์ โรคเขต 2 จังหวัดสระบุรี พบว่า ความคาดหวังในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของกลุ่ม ทดลอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาระดับต่ำ และไม่มี ความสัมพันธ์กันทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. จากการศึกษา แม้ว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรค ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันการ ติดเชื้อโรคในระดับดี แต่ยังคงมีในระดับพอใช้อีกเป็นจำนวนมาก จากค่าเฉลี่ยรายข้อ ในด้าน พฤติกรรมที่เกี่ยวกับการไปรับการตรวจวินิจฉัยโรคเบื้องต้น ตรวจร่างกายประจำปีและการดูแลสุขภาพ ตนเอง การพักผ่อนและออกกำลังกาย และยังพบว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคในกลุ่มอาชีพ ประกอบธุรกิจส่วนตัว มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคน้อยที่สุด ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขในฐานะ ที่มีความรับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชน ควรจัดให้มีการรณรงค์จัด กิจกรรม สนับสนุน ให้ความรู้แก่ผู้สัมผัสร่วมบ้านในกลุ่มอาชีพประกอบธุรกิจส่วนตัว ให้มากขึ้นและ อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เป็นการกระตุ้นให้มี การสร้างสุขภาพ ความตื่นตัวในการดูแลตนเองและมีการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคถูกต้องอย่างสม่ำเสมอ

2. จากการศึกษาพบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรค ยังมีการรับรู้ความรุนแรงของ

วัดโรคในระดับปานกลาง และมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัดโรคในระดับสูง เพราะทราบว่าหากตนมีพฤติกรรมไม่ถูกต้อง จะทำให้ตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัดโรคได้ จึงทำให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัดโรค มีความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันวัดโรคและรู้ถึงผลของประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันวัดโรค อยู่ในระดับดีเช่นกัน ดังนั้นควร จัดให้มีการเพิ่มความรู้นั้นความรุนแรงของโรคและผลกระทบจากการเป็นโรค ซึ่งกิจกรรม นั้นต้องเน้นการกระตุ้นรณรงค์เกี่ยวกับวัดโรคในการปฏิบัติตัว ให้ทราบถึงโอกาสที่จะเกิดการติดเชื้อวัดโรคได้และทราบถึงผลของการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง เพื่อเป็นการสร้างความตระหนักให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านโดยเฉพาะกลุ่มอาชีพประกอบธุรกิจส่วนตัว มีความตื่นตัวในการป้องกันวัดโรค โดยกิจกรรมนั้นต้องเหมาะสมกับ บุคคลสภาพแวดล้อม สังคม และไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำ ควรให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านทุกคน ได้รับการตรวจสุขภาพเพื่อค้นหาโรค เพื่อจะได้วางแผนดำเนินแก้ไขปัญหาที่จะเกิดขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจของโรเจอร์สที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัดโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้าน
2. ควรศึกษากับกลุ่มตัวอย่าง ในแต่ละอำเภอ ภายในจังหวัด เพื่อเป็นการหาแนวทางในการป้องกันได้ครอบคลุมทั้งหน่วยงาน
3. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยแบบสังเกต เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกใช้เป็นแนวทางในการป้องกันวัดโรคของชุมชนต่อไป

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรแก้ว กองวัฒนา . (2531) . *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการชะลอการรักษาของผู้ป่วย*
วัณโรค ปริญญานิพนธ์ สส.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข). กรุงเทพฯ :
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร
- กระทรวงสาธารณสุข . (2541) . *แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ* . กรุงเทพฯ : ชุมชน
 สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย .
- กองวัณโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ . (2536) . *คู่มือปฏิบัติการวัณโรคในสถานการณการระบาดของ*
โรคเอดส์ . กรุงเทพฯ : กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข .
- . (2536) . *แนวทางระดับชาติ : ยุทธศาสตร์ การผสมผสาน การดำเนินงานวัณโรคและเอดส์*
เพื่อควบคุมและป้องกันวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย . กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุม
 สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2542). “ ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค,” ใน *แนว*
คิดทฤษฎีทางด้านพฤติกรรมศาสตร์. หน้า 36-41. นนทบุรี : กองสุขศึกษา, สำนักงานปลัด
 กระทรวงสาธารณสุข.
- กอบแก้ว คุดตวัธ . (2527) . *ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วย*
วัณโรคปอด . วิทยานิพนธ์ สสม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข) กรุงเทพฯ :
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล . ถ่ายเอกสาร .
- กันยา สุวรรณแสง . (2536) . *จิตวิทยาทั่วไป* . กรุงเทพฯ : บำรุงสาส์น .
- ขนิษฐา เรืองมณีเดช . (2529) . *ปัจจัยที่มีผลกระทบท่อการมารับการรักษาไม่สม่ำเสมอของผู้ป่วย*
วัณโรคของจังหวัดสระบุรี . วิทยานิพนธ์ . วท.ม. (โรคติดต่อ) . กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร .
- จารุวรรณ ชันติสุวรรณ . (2528) . *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความร่วมมือ*
ในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด . วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลอายุรศาสตร์) . กรุงเทพฯ :
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จิรพรรณ รัฐประเสริฐ . (2533) . *การศึกษาลักษณะประชากร การรับรู้และสิ่งกระตุ้นพฤติกรรมที่มา*
รับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคในศูนย์วัณโรค เขต 3 จังหวัดชลบุรี . วิทยานิพนธ์ วท.ม.
 (แพทยศาสตร์) . กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย . ถ่ายเอกสาร.
- เฉลิมพล ต้นสกุล . (2541) . *พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข* . กรุงเทพฯ : สหประชาพานิชย์.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ . (2541) . *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย* . พิมพ์ครั้งที่ 7 . กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์
 เทพนิมิตร .

- ทวีศักดิ์ บำรุงตระกูล . (2538) . “สถานการณ์และการควบคุมโรคในประเทศไทย , “ ใน หนังสือ
ที่ระลึกครบรอบ 60 ปี สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทย . หน้า 40 – 44 . กรุงเทพฯ :
ร้านน้ำพริ่นตึง .
- ทัตยา สถิตยัวัฒนา . (2545) . ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจ
เพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดใน
โรงพยาบาลอภัยบุรี จังหวัดปทุมธานี . ปรินญาณินพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา) . กรุงเทพฯ : บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ . ถ่ายเอกสาร .
- ธนาวรรณ อิมสมบุญ . (2532) . “ การสอนสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ” สุขศึกษา
พลศึกษา สันทนาการ . 15 (4) : 11-15 .
- ธารารัตน์ ดวงแข . (2541) . ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตน
เพื่อป้องกันการติดต่อของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรค . วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาขา
วิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน) . กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล .
ถ่ายเอกสาร .
- นิตยา โชตินอก . (2539) . การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการ
ป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาในการเลี้ยงดูเด็กอายุ 2 – 5 ปีอำเภอ ขามทะเลสอ จังหวัด
นครราชสีมา . วิทยานิพนธ์ . วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล . ถ่ายเอกสาร .
- นิพนธ์ พจนะพิบูลย์ . (2539) . พฤติกรรมของสิ่งมีชีวิต . หน้า 391 . กรุงเทพฯ : สื่อสุขภาพ .
- บัญญัติ ปริญญานนท์ . (2542) . “ การรักษาวัณโรคปอด , “ ใน วัณโรค . บรรณาธิการโดย บัญญัติ
ปริญญานนท์ ชัยเวช นุชประยูร และ สงคราม ทรัพย์เจริญ . หน้า 346 . กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .
- บัญญัติ ปริญญานนท์ ; และคณะ . (2542) . วัณโรค . พิมพ์ครั้งที่ 4 . กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .
- บุญชม ศรีสะอาด . (2535) . การวิจัยเบื้องต้น . พิมพ์ครั้งที่ 2 . กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น .
- เบญจพร ทองเที่ยงดี . (2541) . ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค
ในศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี . ปรินญาณินพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา) . กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ . ถ่ายเอกสาร .
- ประยงค์ สัจจพงษ์ . (2534) . ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและลักษณะของ
ประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดในเขตอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี
 . ปรินญาณินพนธ์ วท.ม. (พยาบาลสาธารณสุข) . กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล . ถ่ายเอกสาร .
- ปวีรวรรณ แสงพิทักษ์ . (2541) . ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการมารับการรักษาของผู้ป่วย

- วัฒนธรรมจังหวัดนครปฐม . นครปฐม : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม .
- ปรีชา วิจิตพันธ์ , เปรมบุรี และวลี สัตยาพันธ์ . (2542) . การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในภาวะการระบาดของโรคเอดส์ . พิมพ์ครั้งที่ 2 . กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน .
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ . (2540) “ พฤติกรรมสุขภาพ , “ ในเอกสารการสอนสุศึกษาหน่วยที่ 4 . พิมพ์ครั้งที่ 14 . หน้า 155 – 163 . นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช .
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวีน สุวรรณ . (2534) . พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ . กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .
- ฝ่ายวัณโรค กองควบคุมโรค สำนักอนามัย . (2546) . แนวทางการควบคุมวัณโรคในกรุงเทพมหานคร . พิมพ์ครั้งที่ 3 . กรุงเทพฯ : บริษัท นิเวศมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด .
- ฝ่ายสุขภาพิบาล . (2547) . ทะเบียนรายงานประเภทผู้ป่วยวัณโรคปี 2544 – 2547
- คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา . ม.ป.พ.
- พูนศรี นิธารณ . (2542) . ประสิทธิผลของโปรแกรมสุศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด โรงพยาบาลบ้านโป่ง อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี . วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล . ถ่ายเอกสาร .
- พิพร ดวงแก้ว . (2538) . ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ที่เข้ารับบริการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่น . ปริญญาโท สศ.ม. ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น . ถ่ายเอกสาร .
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์ . (2540) . วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ . พิมพ์ครั้งที่ 7 . กรุงเทพฯ : สำนักงานทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร .
- ภัทรา จุลวรรณ . (2528) . ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดศรีสะเกษ . วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลสาธารณสุข) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล . ถ่ายเอกสาร .
- มัลลิกา มติโก . (2530) . “ แนวคิดและพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเอง , “ ใน การดูแลสุขภาพตนเองทัศนะทางสังคม วัฒนธรรม . บรรณาธิการโดย ทิพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ , เพ็ญศรี กวีวงศ์ ประเสริฐ และอรุณญา ปุณณ . หน้า 1 – 24 . นครปฐม : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุขมหาวิทยาลัยมหิดล .
- ยุทธชัย เกษตรเจริญ . (2542) “ การวินิจฉัยวัณโรค , “ ใน วัณโรค . บรรณาธิการโดย บัญญัติ ปริชานนท์ ชัยเวช นุชประยูร และสงคราม ทรัพย์เจริญ . หน้า 326 – 334 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .

ยุวดี รอดจากภัย . (2532) . การศึกษาประสิทธิผลการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้รูปแบบ
ความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอด ณ สถานตรวจโรคปอดกรุงเทพ . วิทยา
นิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์) . กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล . ถ่ายเอกสาร .

ราชบัณฑิตสถาน . (2530) . พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2525 . กรุงเทพฯ :
อักษรเจริญทัศน์ .

วนิดา วชิราภัย . (2540) . ประสิทธิภาพของการสื่อสารทางไปรษณีย์ในการติดตามผู้ป่วยวัณโรคที่
ขาดการรักษาของโรงพยาบาลทรวงอก . ปรินุญานินพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา) . กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ . ถ่ายเอกสาร .

วัลภา ผิวทน . (2527) . การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตน ภายนอกตน
เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดต่อ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ
และสังคม กับ การให้ความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กก่อนวัยเรียนมารับภูมิคุ้มกัน .
ปรินุญานินพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์) . กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล .

วิเชียร เกตุสิงห์ . (2538) . หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย . กรุงเทพฯ :
ไทยวัฒนาพานิช .

วิทยา หลิวเสรี และทัศน หลิวเสรี . (2542) . ผู้ป่วยวัณโรคปอดระยะแพร่เชื้อที่ติดเชื้อ HIV ในศูนย์
วัณโรค เขต 10 เชียงใหม่ . วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก 2 (10) : 64 .

วารี ระกิติ . (2536) . “ หลักการสุขศึกษา ” ใน เอกสารการสอนชุดวิชา การสาธารณสุข 2 หน่วยที่
12 . นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช .

ศรีสุภรณ์ รุจิวัฒน์ . (2536) . ประสิทธิภาพโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้อง
กันโรคของโรเจอร์สต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนจำพลาธิการ กองทัพเรือ
.วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์) . กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล . ถ่ายเอกสาร .

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ . (2540) . “ พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลง , ” ใน เอกสารการสอนชุดวิชาการ
สาธารณสุข 1 หน่วยที่ 1 . พิมพ์ครั้งที่ 14 . นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช .

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต . (2539) . ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม . พิมพ์ครั้งที่ 2 . กรุงเทพฯ :
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .

สมชัย บวรกิตติ และคณะ . (2532) . วัณโรคปอด . กรุงเทพฯ : อักษรสมัย .

สะพรั่งศักดิ์ จุลเดช . (2540) . การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองและสนับสนุนทางสังคม

- ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ณ ศูนย์วัณโรคปอด เขต 2 จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล . ถ่ายเอกสาร.
- สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ . (2539) . แนวทางการวิจัยและรักษาวัณโรคแห่งประเทศไทย . กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข .
- สาโรจน์ ตาลผาด . (2539) . ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดวัณโรคปอดในประชาชน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ . วิทยานิพนธ์ สศ.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) . เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ . ถ่ายเอกสาร .
- สายฝน เลิศวาสนา . (2546) . ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร . วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา) . กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ . ถ่ายเอกสาร .
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ . (2542) . สมุดสถิติรายปีประเทศไทย . กรุงเทพฯ : สยามศิลป์ .
- สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข . (2541) . การประเมินผลการดำเนินการตามยุทธศาสตร์เพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 (พ.ศ. 2553 – 2559) . กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก .
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข . (2545) . การสาธารณสุข 2542-2543 . กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ .
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา . (2547) . รายงานสถานการณ์วัณโรค จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 2547 . พระนครศรีอยุธยา : ฝ่ายควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา .
- สุชาติ โสมประยูร . (2525) . การสอนสุขศึกษา . กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช .
- สุชิน ตุ่นิม . (2547) . ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการเสพยาบ้า ในพลทหารกองประจำการสังกัดมณฑลทหารบกที่ 11 กรุงเทพมหานคร . วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา) . กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ . ถ่ายเอกสาร .
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์ . (2539) . การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS . กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์คอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ .
- สุกร สุขเพ็ญ และคณะ . (2544) . ความชุกของวัณโรคปอดในผู้สัมผัสร่วมบ้าน. วารสารวัณโรคและทรวงอก. 22 (1) : 9.
- สุริยา สุนทราศรี . (2534) . ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการควบคุมวัณโรคปอดของผู้ป่วยที่รักษาด้วยระบบยาระยะสั้น ณ สถานตรวจโรคปอด กรุงเทพฯ . วิทยานิพนธ์ วท.ม.

- (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์) . กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล . ถ่ายเอกสาร .
- อารีย์ เจียมพุก . (2544) . *พฤติกรรมการณ์ตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มาใช้บริการ ณ คลินิก วัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม* . วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา) . กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ . ถ่ายเอกสาร .
- อรอำไพ วินทะไชย . (2538) . *การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยวัณโรค โดยการจัดกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ณ ศูนย์วัณโรค เขต 5 นครราชสีมา* . วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์) . กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล . ถ่ายเอกสาร .
- อิสรา สุวธิ์พันธุ์ . (2536) . *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในพฤติกรรมมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ณ สถานตรวจโรคปอด กรุงเทพฯ* . วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์) . กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล . ถ่ายเอกสาร .
- องค์การอนามัยโลก . (2539) . *การควบคุมวัณโรค* . กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย .
- โอภาส การ์กวินพงศ์ . (2545) . *ศึกษาประสิทธิผลของยารักษาวัณโรคสูตร 2HRZES/1HRZE/4HRE . วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก 23(3) : 108-114.*
- Alouch , Joseph . Etal . (1984,June) . "Study of case finding for pulmonary tuberculosis in out patients complaining of a chronic canbg at a destrict hospition Kenya, "American review of respiratory disease . 129 : 915 – 920 .
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New Jercey : Prentice Hall. 104.
- Berker,M.H; et al. (1994) . " A new approach to explaining sick – role behavior in low income population , "American Jurnal of poblic Health.64:197.
- Bloom , S. Benjamine . (1975) . *Taxonomy of education Objective Handbook I : Cognitive Domain* . New York : David Mckay .
- Coulon , P.,Zellweges , J.P. (1995) . " Outcome of Patient Treated for Pulmonary Tuberculosis in Vaud Country , " *Tuberculosis and Lung Disease* .pp 79 – 80 .
- Dunn , Steven Prentice and Ronald W. Roger . (1986) . "Protection Motivation Theory and Preventive Health : Beyond the Health Belife Model, " In *Health Education Research Theory and Prattice* : 155 .
- Garcia – Crul ,A ., Olvera Castillo,R.,Espihosa, C. (1995) . " A Cohort Evaluation of

- Tuberculosis Treatment Resultin Mexico ,“ *Tubercle and Lung Disease*. pp76-77
- Goldenson , Robert M. (1984) . *Longman Dictionary of Psychology and Psychiatry* .
New York : Longman.
- Good , Caster V. (1959). *Dictionary of education* . New York : Mc Graw Hill . pp 55 – 56 .
- Harris , D.E. , and Guten , Bom . (1979) . *Nursing Concepts of Practice* . 2 ed . New York :
Mc Graw Hill .
- Langai J.K. (1977 , September) . “ Social net work , Health beliefs and prevention health
behavior , “ *Journal of health and social behavior* . 18 : 244 – 260 .
- Mackay , Bruce Chambell . (1989) . *AIDs and Protection Motivation Theory (PMT) : Eftecs
of Imagined Scenarious on intent to use condoms . Doctors Thesis* . PHD . USA :
New Maxico state University . Photocopied.
- Mackay , Bruce Chambell . (1992) . *AIDs and Protection Motivation Theory (PMT) : Eftecs
of Imagined Scenarious on intent to use condoms* . Michiga : A Bell and Howell
Information Company.
- Ndeti , k .(1972 , November) . “ Socialculture aspects of tuberculosis defaultation : A case
study , “ *Social science and medicine* . 16 : 402 .
- Pagel , W.S. et all . (1964) . Pulmonary tuberculosis bacteriology pathology diagnosis ,
management epidermiolosis and Prevention. 4th ed . London : Oxford University .
- Rogers , Runald W. (1975) . “ Protection Motivation Theory ” *Health Education Research
Theory and Practice* .
- Rosenstock , I.M. (1974) . “ The Health Belief Model and Prevention Health Behavior , “
Health Education Monographs . 2 : 284 .
- Steele , J.L. , Mc . Broom , W.H. (1972 , December) . “Conceptual and Empirical
Dimensions of Health behavior , “ in *Journal of Health Social behavior* . 13 (12) :
382 – 392 .
- Yamane , Taro . (1996) . *Statistics : An introductory analysis* . New York : Happer and row .

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญ

หนังสือขอความอนุเคราะห์

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

1. รองศาสตราจารย์ ดร. พรสุข หุ่นนิรันดร์ อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา
คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. รองศาสตราจารย์ วิริยา สุขวงศ์ อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา
คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
3. รองศาสตราจารย์ จุฑามาศ เทพชัยศรี อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา
คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
4. นาย ณัฐพล สว่างสุนทรเวศย์ นายแพทย์ 8
โรงพยาบาลบางบาล พระนครศรีอยุธยา
5. นาย สมควร ชูตินันท์ นักวิชาการสาธารณสุข 7
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

บันทึกข้อความ

បែបទេសដ្ឋបាល

បែបទេសដ្ឋបាល

.ไปขอความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ตารางแสดงค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคในเขตอำเภอ
บางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรค ในเขตอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผู้วิจัยรับรองว่า ข้อมูลทุกอย่างในแบบสอบถาม จะไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่ประการใดทั้งสิ้น จึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ โดยตอบตามความคิดและความรู้สึกที่เป็นจริง คำตอบของท่านจะเป็นประโยชน์ เพื่อหาแนวทางในการวางแผนและพัฒนารูปแบบการให้สุขศึกษา ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมยิ่งขึ้น

ลักษณะของแบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการประเมินอันตราย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการประเมินเผชิญปัญหา

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรค

ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามนี้ จะนำไปใช้เพื่อประกอบการวิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านไว้เป็นความลับ โดยไม่มีผลต่อผู้ตอบแบบสอบถามแต่อย่างใด

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดีและขอขอบคุณในความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้ด้วย

นางเสาวรัตน์ เจียมอุทิศศักดิ์
นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการประเมินอันตราย ประกอบด้วยแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของ
 วัณโรค และแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค

คำชี้แจง โปรดขีดเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างตามความคิดเห็นของท่านเพียงคำตอบเดียว โดย
 การเลือกตอบมีเกณฑ์ดังนี้
 เห็นด้วย หมายถึง ข้อคำถามนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของท่าน
 ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อคำถามนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของท่าน
 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อคำถามนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของท่าน

2.1 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค

ข้อความ	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ ใจ	ไม่ เห็น ด้วย
1. วัณโรคเป็นโรคที่น่ารังเกียจ			
2. วัณโรคเป็นโรคที่รักษาไม่หาย			
3. ผู้ป่วยวัณโรคถ้าไม่รักษาจะทำให้เสียชีวิตได้			
4. ถ้าเด็กป่วยเป็นวัณโรคสามารถทำให้เสียชีวิตได้ง่าย			
5. ถ้าเคยเป็นวัณโรคแล้วจะไม่มีคนรับเข้าทำงาน			
6. คนในครอบครัวมักจะถูกรังเกียจถ้ามีผู้ป่วยวัณโรคใน ครอบครัว			
7. วัณโรคเป็นโรคที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง			
8. ถ้าป่วยเป็นวัณโรคซ้ำๆหลายๆครั้ง อาจทำให้เกิด ภาวะแทรกซ้อนได้			
9. ถ้าป่วยเป็นวัณโรค ไม่มีผลต่ออาชีพการทำงานแต่อย่าง ใด			
10. ถ้าป่วยเป็นวัณโรค ท่านจะขาดการติดต่อพบปะสังสรรค์ กับบุคคลอื่น			
11. ถ้าป่วยเป็นวัณโรค จะส่งผลต่อการป่วยด้วยโรคอื่นๆของ ปอดได้ง่ายกว่าปกติ			

2.1 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค(ต่อ)

ข้อความ	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย
12. ถ้าผู้ป่วยวัณโรคขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง จะทำให้โรคมีความรุนแรงมากขึ้น			
13. ถ้าป่วยเป็นวัณโรคไม่ได้รับประทานยาตามขนาด อาจทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้นได้			
14. ถ้าป่วยเป็นวัณโรค จะทำให้การทำงานของปอดมีประสิทธิภาบน้อยลง เกิดอาการหอบเหนื่อยได้ง่าย			

2.2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค

ข้อความ	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ ใจ	ไม่ เห็น ด้วย
1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีโอกาสเป็นวัณโรคได้ง่าย			
2. วัณโรคเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้			
3. ถ้าเคยป่วยเป็นวัณโรค มีโอกาสเป็นวัณโรคซ้ำได้			
4. ผู้ที่อยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค มีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคได้			
5. วัณโรคเป็นโรคที่สามารถติดต่อไปยังบุคคลอื่นได้ง่าย			
6. ถ้าใช้ของใช้ส่วนตัวร่วมกับผู้ป่วย จะมีโอกาสติดเชื้อวัณโรคได้ง่าย			
7. เด็กมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคได้มากกว่าผู้ใหญ่			
8. ถ้ามีภูมิคุ้มกันต่ำ มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคได้ง่าย			
9. เด็กที่เคยได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค มีโอกาสเกิดโรคได้น้อยกว่าเด็กที่ไม่เคยได้รับวัคซีนมาก่อน			
10. ถ้ามีอาการไอเรื้อรังนานเกิน 3 สัปดาห์ น้ำหนักลดมีไข้ อาจเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคได้			
11. ชายและหญิงมีโอกาสติดเชื้อวัณโรคเท่ากัน			
12. ถ้าพ่อแม่เป็นวัณโรคระยะแพร่เชื้อ ลูกมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคได้			
13. ถ้าผู้ป่วยวัณโรคไอ จามใส่บุคคลอื่น จะทำให้บุคคลนั้นติดเชื้อได้			
14. ถ้าท่านอยู่ในที่ที่การระบายอากาศไม่ดี จะมีโอกาสได้รับเชื้อวัณโรคได้ง่าย			
15. ถ้าผู้ป่วยวัณโรคสูบบุหรี่ จะเกิดการกระตุ้นให้โรคกำเริบมากขึ้น			

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการประเมินเผชิญปัญหา ประกอบด้วยแบบสอบถามความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันโรคและความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันโรค

คำชี้แจง โปรดขีดเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างตามความคิดเห็นของท่านเพียงคำตอบเดียว ในช่องว่างตามความคิดเห็นของท่านเพียงคำตอบเดียว โดยการเลือกตอบมีเกณฑ์ดังนี้
 เห็นด้วย หมายถึง ข้อคำถามนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของท่าน
 ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อคำถามนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของท่าน
 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อคำถามนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของท่าน

3.1 แบบสอบถามความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันโรค

ข้อความ	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ ใจ	ไม่ เห็น ด้วย
1. ถ้าท่านมีบุตรหลาน อายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคมาก่อน ท่านสามารถนำบุตรหลานมาฉีดวัคซีนได้			
2. ถ้าบ้านคับแคบท่านสามารถจัดให้เป็นระเบียบและมีอากาศถ่ายเทได้สะดวก			
3. ถ้าท่านจะเก็บเสมหะผู้ป่วย ท่านสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ได้อย่างถูกต้อง			
4. ท่านสามารถเตือนผู้ป่วยโรคไม่ให้บ้วนเสมหะน้ำลงบนพื้น			
5. ถ้ามีธุระยุ่ง ท่านสามารถแบ่งเวลาออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาทีได้			
6. ถ้าเครื่องนอนของผู้ป่วยโรคใช้เป็นเวลานาน ถึงแม้จะไม่เปื้อน ท่านนำไปซักให้สะอาดและนำออกตากแดดได้			
7. ถ้าท่านไปธุระ ท่านสามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอ			

3.1 แบบสอบถามความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันโรค(ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
8. ถ้าท่านต้องเป็นผู้จัดเตรียมอาหารให้บุคคลในครอบครัวท่าน สามารถเตรียมอาหารได้ครบ 5 หมู่			
9. ถ้าท่านต้องออกกำลังกาย ท่านสามารถออกกำลังกายให้พอเหมาะกับสภาพร่างกายตนเองและสม่ำเสมอได้			
10. ถ้าผู้ป่วยโรคต้องรับการรักษาเป็นระยะเวลานาน ท่านสามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับการรักษาอย่างต่อเนื่องจนหายขาดได้			
11. ถ้าท่านไอมีเสมหะมาก ท่านสามารถดื่มน้ำ อย่างน้อยวันละ 8-10 แก้วได้			
12. ท่านสามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคไปรับยาตามนัดได้			

3.2 แบบสอบถาม ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันวัณโรค

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
1. ถ้าจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก จะช่วยลดการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคได้			
2. ผู้สัมผัสร่วมบ้านไม่จำเป็นต้องไปตรวจที่โรงพยาบาลเพื่อค้นหาโรค			
3. การที่นำเครื่องนอนออกตากแดดอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง จะช่วยควบคุมการแพร่เชื้อวัณโรคได้			
4. ถ้าท่านแนะนำให้ผู้ป่วยบ้านสวมหน้ากากอนามัยที่มีผ้าปิดมิดชิดแล้วนำไปเผา จะช่วยป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคได้			
5. ถ้าท่านกระตุ้นผู้ป่วยวัณโรคให้ออกกำลังกายอย่างหนักจะช่วยให้อาการป่วยของวัณโรคดีขึ้น			
6. ถ้าผู้ป่วยวัณโรครับประทานยาจนอาการดีขึ้น ก็ให้หยุดใช้ยาเองได้			
7. ถ้าผู้ป่วยวัณโรครับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น เนื้อ ไข่ ผักผลไม้ จะทำให้อาการป่วยด้วยวัณโรคดีขึ้น			
8. ถ้าผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อออกนอกบ้าน จำเป็นต้องใช้ผ้าปิดปาก ปิดจมูกทุกครั้งตลอดเวลา			
9. ถ้าผู้ป่วยวัณโรคปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาจะช่วยให้หายจากโรคได้			
10. ถ้าผู้ป่วยวัณโรคต้องการจะหายจากโรคเร็วๆ จำเป็นต้องรับประทานยาให้ได้ขนาดมากๆ			
11. ถ้าผู้ป่วยวัณโรคพักผ่อนอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง จะสามารถช่วยให้อาการป่วยดีขึ้นได้			
12. ถ้าผู้ป่วยวัณโรคมีอาการไม่รุนแรง ไม่จำเป็นต้องรับประทานยา ตามกำหนดอย่างครบถ้วน			

3.2 แบบสอบถาม ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันโรค(ต่อ)

ข้อความ	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ ใจ	ไม่เห็น ด้วย
13. การที่ผู้อาศัยอยู่ร่วมบ้านเดียวกับผู้ป่วยโรค ไปรับการ ตรวจโรค จะเป็นการควบคุมโรคได้			
14. ถ้าผู้ป่วยได้รับยารักษาโรค ที่ถูกขนาด ตามปริมาณ น้ำหนักตัว จะทำให้ผลการรักษาหายขาด			
15. ถ้าพักผ่อนอย่างเพียงพอและออกกำลังกายสม่ำเสมอ จะช่วยป้องกันไม่ให้เป็นโรคได้			

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรค

คำชี้แจง โปรดขีดเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างตามความคิดของท่าน เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ โดยการเลือกตอบมีเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง เมื่อกิจกรรมในข้อนั้นท่านได้ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง เมื่อกิจกรรมในข้อนั้นท่านได้ปฏิบัติบางครั้ง

ไม่ได้ปฏิบัติเลย หมายถึง เมื่อกิจกรรมในข้อนั้น ไม่เคยปฏิบัติเลย

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติเป็น บางครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ เลย
1. เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพท่านมักปรึกษา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเสมอ			
2. ท่านสนใจรับฟังคำแนะนำเมื่อเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขมาให้ความรู้เรื่องเกี่ยวกับการ ป้องกันการติดเชื้อโรค			
3. ท่านไปรับการตรวจวินิจฉัยโรคจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
4. ท่านนำเครื่องนอนแตกแฉกอย่างน้อย สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง			
5. ท่านทำลายเสมหะ/น้ำลายของผู้ป่วยด้วยการ เผาหรือฝัง			
6. ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่			
7. ท่านแนะนำให้ผู้ป่วยโรคปิดปากทุกครั้ง เมื่อไอ จาม			
8. ท่านตรวจร่างกายอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง			
9. ท่านล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังการถ่าย อุจจาระ ปัสสาวะ			
10. ท่านล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังการถ่าย อุจจาระ ปัสสาวะ			

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรค(ต่อ)

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติเป็น บางครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ เลย
11. ท่านมักซื้อยารับประทานเอง เมื่อมีอาการไอหรือมี เสมหะมาก			
12. ท่านดูแลทำความสะอาดบ้านเรือนทุกวัน			
13. ท่านสนใจติดตามข่าวสาร รายการวิทยุ โทรทัศน์ เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อ			
14. ท่านบริหารปอดโดยสูดอากาศบริสุทธิ์ในตอนเช้า			
15. ท่านแยกของใช้ส่วนตัวไม่ปะปนกับผู้ป่วย โรค			
16. ท่านนอนหลับพักผ่อนตอนกลางวันอย่างน้อย 1-2 ชั่วโมง			
17. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์			
18. ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว			
19. ท่านแนะนำให้ผู้ป่วยโรคติดต่อรับประทานยา			
20. ท่านแนะนำให้ผู้ป่วยโรคติดต่อไปรับยาตามนัด			

เฉลยแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการประเมินอันตราย ประกอบด้วยแบบสอบถาม การรับรู้ความรุนแรงของ
 วัณโรคและแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค

2.1 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค

ข้อความที่เป็นข้อความทางบวก ได้แก่ 3,4,8,9,11,12,13,14 รวม 8 ข้อ

ข้อความที่เป็นข้อความทางลบ ได้แก่ 1,2,5,6,7,10 รวม 6 ข้อ

2.2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค

ข้อความมีทั้งหมด 15 ข้อ เป็นข้อความทางบวกทั้งหมด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการประเมินเผชิญปัญหา ประกอบด้วย แบบสอบถามความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันวัณโรคและความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการ
 ป้องกันวัณโรค

3.1 แบบสอบถามความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันวัณโรค

ข้อความมีทั้งหมด 12 ข้อ เป็นข้อความทางบวกทั้งหมด

3.2 แบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันวัณโรค

ข้อความที่เป็นข้อความทางบวก ได้แก่ 1,3,4,7,8,9,11,13,14,15 รวม 10 ข้อ

ข้อความที่เป็นข้อความทางลบ ได้แก่ 2,5,6,10,12 รวม 5 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค

ข้อความที่เป็นข้อความทางบวก ได้แก่ 1-10,12-20 รวม 19 ข้อ

ข้อความที่เป็นข้อความทางลบ ได้แก่ 11 รวม 1 ข้อ

ตาราง 27 แสดงอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่น แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของ
 วัณโรค

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	.4322
2	.4083
3	.2665
4	.1843
5	.4266
6	.5912
7	.1741
8	.4684
9	.3083
10	.4913
11	.4683
12	.5851
13	.5851
14	.4228

ค่าความเชื่อมั่น (α) = .7656

ตาราง 28 แสดงอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่น แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการ
 วัณโรค

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	.4210
2	.2215
3	.7093
4	.7336
5	.5188
6	.3540
7	.6081
8	.5480
9	.2358
10	.8716
11	.4703
12	.5630
13	.6778
14	.8726
15	.7703

ค่าความเชื่อมั่น (α) = .8871

ตาราง 29 แสดงอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่น แบบสอบถามความคาดหวังในความสามารถ
ของตนในการป้องกันวัณโรค

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	.2302
2	.3996
3	.4562
4	-.0371
5	.3083
6	.3450
7	.3750
8	.6520
9	.2509
10	.5684
11	.3356
12	.0780

ค่าความเชื่อมั่น (α) = .7159

ตาราง 30 แสดงอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่น แบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิผล
ของการตอบสนองในการป้องกันโรค

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	.6472
2	.2317
3	.8041
4	.6905
5	.2496
6	.3211
7	.3625
8	.3960
9	.7461
10	.3545
11	.4925
12	.5292
13	.6524
14	.2801
15	.7293

ค่าความเชื่อมั่น (α) = .8431

ตาราง 31 แสดงอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่น แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	.3803
2	.1606
3	.0448
4	.3722
5	.3671
6	.4940
7	.4048
8	.2194
9	.3594
10	.0859
11	.3055
12	.6419
13	.2932
14	.1912
15	.2991
16	.3700
17	.0918
18	.2175
19	.5625
20	.5333

ค่าความเชื่อมั่น (α) = .7640

ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .9059

ประวัติผู้วิจัย

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ	นางเสาวรัตน์ เจียมอุทิศศักดิ์
เกิดวันที่	13 มิถุนายน 2513
สถานที่เกิด	อำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	15 หมู่ 8 ตำบลบ้านกุ่ม อำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 13250
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ 6
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	กลุ่มงานการพยาบาล ห้องอุบัติเหตุ – ชุกเฉิน โรงพยาบาลบางบาล ตำบลสะพานไทย อำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2529	มัธยมศึกษาตอนต้น (ภาษา-คณิต) โรงเรียนบางบาล
พ.ศ. 2532	มัธยมศึกษาตอนปลาย (วิทย์ – คณิต) โรงเรียนจอมสุรางค์อุปถัมภ์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
พ.ศ. 2535	ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
พ.ศ. 2544	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ (สมทบ มหาวิทยาลัยมหิดล)
พ.ศ. 2549	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (ว.ท.ม.) สุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ