

616.995

๒๕๔๒

จ.๕

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค
ในศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี

ปริญญานิพนธ์

ของ

เบญจพร ทองเที่ยงดี

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

พฤษภาคม 2541

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

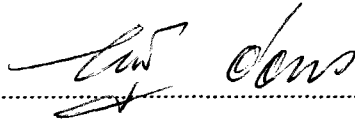
๑๑๕/๕๔

คณะกรรมการควบคุม และคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม หลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต
วิชาเอกสุศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

..... ประธาน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรสุข หุ่นรินทร์)



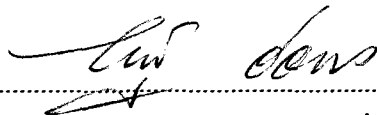
..... กรรมการ

(อาจารย์เรือโท ดร.ไพบูลย์ อ่อนมั่ง)

คณะกรรมการสอบ

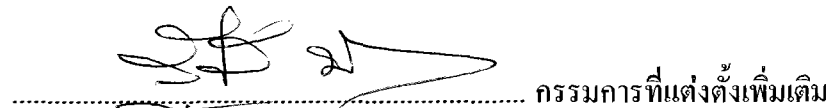
..... ประธาน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรสุข หุ่นรินทร์)



..... กรรมการ

(อาจารย์เรือโท ดร.ไพบูลย์ อ่อนมั่ง)



..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

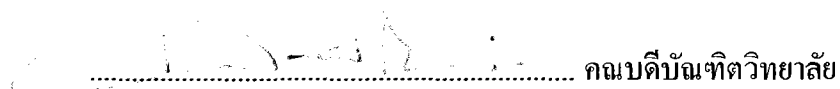
(รองศาสตราจารย์ สุจินต์ ปรีชามารต)



..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(รองศาสตราจารย์ นภาพร มัชฌมางกูร)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

วันที่ 9 เดือน พฤษภาคม พ.ศ 2541

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงในการให้คำปรึกษาอย่างดีจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรสุข หุ่นนิรันดร์ ประธานกรรมการผู้ควบคุมปริญญานิพนธ์ อาจารย์ เรือโทดร.ไพบูลย์ อ่อนมั่ง กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารุต และ รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมางกูร กรรมการสอบปริญญานิพนธ์ ในการแนะนำ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการศูนย์วันโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี ที่กรุณาให้คำแนะนำวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยวันโรคปอด ขอขอบคุณ คุณอรุณศรี จันทร์คำ พี่ ๆ และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่กรุณาให้คำแนะนำ ช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน ที่กรุณาสละเวลาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ขอขอบพระคุณหัวหน้าภาคภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณาจารย์ ตลอดจนบุคลากรทุกท่านที่ส่งเสริมสนับสนุนในการศึกษาครั้งนี้ โดยเฉพาะ อาจารย์สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์ ที่คอยช่วยเหลือ แนะนำให้กำลังใจ และเป็นທີ່ปรึกษาด้านการวิเคราะห์ข้อมูลจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี ตลอดจนเพื่อนร่วมรุ่นทุกท่านที่คอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจฝ่าฟันอุปสรรคมาด้วยกัน ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้

สุดท้ายขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อปรีชา-คุณแม่บุญเรือง ทองเที่ยงดี ที่ให้ความรัก ความห่วงใย ส่งเสริมสนับสนุน เป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยจนสามารถประสบความสำเร็จในการทำปริญญานิพนธ์ฉบับนี้

เบญจพร ทองเที่ยงดี

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
คำนำ	1
ความมุ่งหมายในการศึกษาค้นคว้า	5
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	5
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	6
นิยามศัพท์เฉพาะ	7
2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	9
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	9
การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	32
การวิจัยในต่างประเทศ	32
การวิจัยในประเทศไทย	32
สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า	37
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	38
แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง	38
ประชากร	38
กลุ่มตัวอย่าง	38
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	38
ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ	41
การหาคุณภาพเครื่องมือ.....	42
วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล	43
การจัดกระทำข้อมูล	43
การวิเคราะห์ข้อมูล	44
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	44

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า	49
ผลการศึกษาค้นคว้า	50
5 บทย่อ สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	64
บทย่อ	64
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	64
วิธีดำเนินการวิจัย	64
การวิเคราะห์ข้อมูล	65
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า	65
อภิปรายผล	66
ข้อเสนอแนะ	69
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป	69
บรรณานุกรม	70
ภาคผนวก	80
ประวัติย่อของผู้วิจัย	90

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 ยอดรวมของผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนใหม่ ปีพ.ศ. 2538	3
2 ปริมาณการตรวจเสมหะพบเชื้อของผู้ป่วยวัณโรค ศูนย์วัณโรคเขต 7	4
3 จำนวนและร้อยละข้อมูลพื้นฐานด้านชีวสังคมของผู้ป่วยวัณโรค	51
4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด	53
5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเชื่อด้านสุขภาพ	54
6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคม	55
7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของบรรยากาศการให้บริการของศูนย์ วัณโรคเขต.....	56
8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย วัณโรค	57
9 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคจำแนกตาม ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม บรรยากาศในการให้บริการของ ศูนย์วัณโรคเขต และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	58
10 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ปัจจัยด้านชีวสังคมที่มีนัยสำคัญทางสถิติ	59
11 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ปัจจัยด้านจิตลักษณะที่มีนัยสำคัญทางสถิติ	60
12 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีนัยสำคัญทางสถิติ	61
13 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ปัจจัยด้านชีวสังคม ปัจจัยด้านจิตลักษณะ และปัจจัย ด้านสิ่งแวดล้อมที่มีนัยสำคัญทางสถิติ	62

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ	13
2 กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	17
3 แบบจำลองกระบวนการแสวงหาการรักษาเยียวยาของคริสแมน	19
4 แบบจำลองระบบบริการสาธารณสุขท้องถิ่นของเคลนแมน	21
5 กรอบแนวคิดในการวิจัย	36

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

สุขภาพอนามัยของประชาชนเป็นสิ่งสำคัญที่จะเอื้ออำนวยต่อการพัฒนาประเทศ การมีสุขภาพอนามัยในระดับที่สามารถดำรงชีพอยู่ได้เป็นปกติสุขนั้น เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน ทั้งนี้โดยมิได้คำนึงถึงความแตกต่างในเรื่องเชื้อชาติ ศาสนา ความเชื่อทางการเมือง และสภาพทางเศรษฐกิจหรือสังคม (ลาลี เปลี่ยนบางช้าง. 2526 : 17) กระทรวงสาธารณสุขจึงนำเอาการสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นกลวิธีพัฒนาประชาชนให้เกิดความรู้ความสามารถในการดำเนินการสาธารณสุขที่จำเป็นขั้นมูลฐานด้วยตนเองและจะช่วยให้สามารถดำเนินงานและทำการผลิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ถ้าประชาชนไม่มีร่างกายแข็งแรง มีโรคภัยไข้เจ็บหรือขาดสุขนิสัยที่ดีก็ย่อมเป็นอุปสรรคสำคัญยิ่งต่อการพัฒนาประเทศในด้านต่างๆ (พลับพลึง นุธรรมณรงค์. 2534 : 1)

ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 30 พ.ศ.2520 ขององค์การอนามัยโลก ประเทศภาคีสมาชิกได้มีมติให้ “สุขภาพดีถ้วนหน้า ภายในปี พ.ศ.2543” (Health For All by the year 2000) เป็นเป้าหมายหลักทางสังคม (กระทรวงสาธารณสุข. 2535 : 3)

ประเทศไทยได้ลงนามในกฎบัตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) เพื่อการพัฒนาสุขภาพในปี พ.ศ. 2543 จะสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) เพื่อให้ประชาชนคนไทยมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ.2543 และกระทรวงสาธารณสุขได้มีการเริ่มดำเนินการสาธารณสุขมูลฐานตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) แต่ยังเป็นลักษณะกระจายเป็นโครงการต่างๆ และได้เริ่มงานสาธารณสุขมูลฐานอย่างจริงจังในแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 (พ.ศ.2525-2529) โดยได้ประกาศให้ใช้นโยบายในแผนพัฒนาสาธารณสุขของประเทศอย่างชัดเจนโดยเฉพาะอย่างยิ่งนโยบายในแผนพัฒนาสาธารณสุขตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539) ได้กำหนดวัตถุประสงค์ไว้ชัดเจนคือ “ทุกคนรอบรู้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองและบรรลุคุณภาพชีวิต” (กระทรวงสาธารณสุข. 2535 : 27)

จากวัตถุประสงค์ดังกล่าวอาจกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2539 ทุกคนรอบรู้จะต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองรวมทั้งคนในครอบครัวและสภาวะความเป็นอยู่ไม่ต่ำกว่าเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานของสังคม เพื่อสนองนโยบายสาธารณสุขมูลฐานของรัฐบาลปัจจุบันดังกล่าวแถลงนโยบายต่อรัฐสภาในวันพุธที่ 21 ตุลาคม 2535 ของ

นายชวน หลีกภัย นายกรัฐมนตรี ได้ระบุวัตถุประสงค์อย่างเด่นชัด ข้อ 8.3 คือ “เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชากรในด้านสาธารณสุขด้วยการส่งเสริมสุขภาพและด้านการผลิตและพัฒนาบุคลากร” (กระทรวงสาธารณสุข. 2535 : 45)

วัณโรค (Tuberculosis) เป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่มีการระบาดอย่างแพร่หลายทั่วโลก และยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่ยากจนหรือประเทศที่กำลังพัฒนาซึ่งการบริการสาธารณสุขยังไม่ทั่วถึงประชาชนในชุมชนแออัด ในเมืองและในชนบท แม้ว่าปัจจุบันจะมีการค้นพบวัคซีนป้องกันโรคและมียารักษาวัณโรคโดยเฉพาะมาแล้วมากกว่า 40 ปี ตลอดจนมีการค้นพบยารักษาวัณโรคชนิดใหม่หลายชนิด ที่มีประสิทธิภาพในการรักษาสูง สามารถรักษาผู้ป่วยให้หายขาดได้ภายในระยะเวลาที่สั้นลงก็ตาม รวมทั้งมีการรักษาทางด้านศัลยกรรมทรวงอกซึ่งช่วยให้ผลการรักษาดีขึ้น แต่อัตราการตายจากวัณโรคก็ยังคงสูงเป็นจำนวนหลายล้านคนต่อปี (บัญญัติ ปริชญานนท์. 2524:79) นอกจากนี้ยังพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้นด้วย (Mahler. 1982 : 3)

วัณโรคยังคงเป็นปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจ และด้านสาธารณสุขของประเทศไทยในปัจจุบัน ทั้งนี้เพราะจากยอดของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนใหม่ทั้งหมดปีงบประมาณ พ.ศ.2538 ดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 ยอดรวมของผู้ป่วยวันโรคที่ขึ้นทะเบียนใหม่ ปีพ.ศ. 2538

หน่วยงาน	ศวบ. * / คน	จังหวัด / คน	รวม
สถานตรวจโรคปอดกรุงเทพฯ	2535	-	2535
กรุงเทพมหานคร	-	715	715
ศูนย์วันโรคเขต 1 นนทบุรี	-	1592	1592
“ 2 สระบุรี	1080	1670	2750
“ 3 ชลบุรี	1122	3626	4748
“ 4 ราชบุรี	-	2992	2992
“ 5 นครราชสีมา	935	6176	7111
“ 6 ขอนแก่น	2638	4051	6689
“ 6/1สกลนคร	746	1123	1869
“ 7 อุบลราชธานี	1219	6942	8161
“ 8 นครสวรรค์	787	1766	2553
“ 9 พิษณุโลก	528	2926	3454
“ 10 เชียงใหม่	789	4067	4856
“ 11 นครศรีธรรมราช	851	2543	3394
“ 12 ยะลา	1176	2254	3430
รวม	14406	42443	56849

* ศวบ. หมายถึง ศูนย์วันโรคเขต

ที่มา : กองวันโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2538.

(๕)

จากตาราง 1 พบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดมีจำนวน 56,849 คน ที่มาขึ้นทะเบียนใหม่ ซึ่งเป็นผู้ป่วยอยู่ในระยะแพร่เชื้อ เมื่อแยกแต่ละศูนย์วันโรคเขตต่างๆ ซึ่งมี 12 เขต ผู้ป่วยใหม่ทั้งหมดที่มาขึ้นทะเบียนศูนย์วันโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวนผู้ป่วยถึง 8,161 คน ซึ่งสูงเป็นอันดับ 1 และอันดับ 2 ที่ศูนย์วันโรคเขต 5 จังหวัดนครราชสีมา มีจำนวนผู้ป่วย 7,111 คน อันดับ 3 ศูนย์วันโรคเขต 6 จังหวัดขอนแก่น จำนวนผู้ป่วย 6,689 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยในศูนย์วันโรคเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือทั้งหมด

ตาราง 2 ปริมาณการตรวจเสมหะพบเชื้อของผู้ป่วยวัณโรค ศูนย์วัณโรคเขต 7 เดือนมกราคม - กันยายน 2539

	เดือน / พ.ศ.2539	ปริมาณการตรวจเสมหะ / คน	พบเชื้อ / คน	%
ฤดูหนาว	มกราคม	414	82	19.8
	กุมภาพันธ์	334	72	21.5
ฤดูร้อน	มีนาคม	387	87	22.5
	เมษายน	258	93	36.0
	พฤษภาคม	385	76	19.7
ฤดูฝน	มิถุนายน	255	56	21.96
	กรกฎาคม	206	89	43.2
	สิงหาคม	213	77	36.16
	กันยายน	194	75	38.96
	รวม	2,646	706	

ที่มา : ศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี. 2539.

จากตาราง 2 พบว่า ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนใหม่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนกันยายน 2539 มีจำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อจำนวน 706 คน จากผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจเสมหะทั้งหมด จำนวน 2,646 คน ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้จะต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและส่งเสริมให้มีพฤติกรรม的自我ดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อและหายจากโรคได้เร็วขึ้น

จากสถิติและข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าวัณโรคยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เพราะนอกจากวัณโรคจะมีผลเสียต่อสุขภาพทำให้มีอาการเจ็บป่วยต่อประชาชนมากแล้ว ยังก่อให้เกิดความเสียหายทางด้านเศรษฐกิจ ทั้งทางตรงและทางอ้อม การสูญเสียทางตรงได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งทางด้านผู้ป่วยและรัฐ ซึ่งงบประมาณส่วนนี้อาจจะนำไปใช้เพื่อกิจการอื่นที่เป็นประโยชน์ นอกจากนี้ ยังก่อให้เกิดความสูญเสียเศรษฐกิจทางอ้อมคือการสูญเสียแรงงานการผลิตที่ควรได้อันเนื่องมาจากทรัพยากรธรรมชาติที่สำคัญ คือ มนุษย์ไม่สามารถประกอบอาชีพจากการป่วยด้วยวัณโรค

การดูแลตนเอง จึงเป็นสถานการณ์ที่แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการดูแลช่วยเหลือตนเอง ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการดำรงชีวิตที่ดี โอเรม (Orem. 1980 : 70-71) กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นพฤติกรรมการเรียนรู้และเป็นพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย เพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคลจะแสดงออกตามความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม หรือแนวการปฏิบัติของกลุ่มสังคม ตลอดจนลักษณะของบุคคล อันได้แก่ เพศ อายุ ภาวะสุขภาพ เป็นต้น ดังนั้น ความสามารถของบุคคลในการสนองความต้องการในการดูแลตนเองนั้นขึ้นอยู่กับระดับพัฒนาการของร่างกาย ประสบการณ์ในชีวิต วัฒนธรรม สุขภาพ ระบบครอบครัวและแหล่งประโยชน์ต่างๆ ซึ่งองค์ประกอบต่างๆ เหล่านี้ย่อมมีผลในการดูแลตนเองของบุคคลอีกด้วย (Joseph. 1980 : 134-137)

จากสภาพดังกล่าว ผู้ป่วยวันโรคนอกจากจะต้องเป็นผู้มีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเองแล้วนั้นยังต้องเป็นผู้ที่มีเจตคติ แนวคิด และมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม มีคุณสมบัติหรือคุณลักษณะที่เด่นชัดตามวิธีการของโอเรมคือส่งเสริมให้ผู้ป่วยทุกคนมีการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสมเพื่อเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตแก่ทุกคนดั่งนั้น ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวันโรคดังกล่าวจะสามารถนำมาประกอบการพิจารณาวางแผนร่วมกันในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลหรือเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวันโรค การได้ทราบถึงปัจจัยดังกล่าวแล้ว จะเป็นแนวทางที่จะช่วยให้ผู้ป่วยวันโรคดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวันโรคในศูนย์วันโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

ผลการศึกษาค้นคว้าจะช่วยให้ทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวันโรค ในศูนย์วันโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาในศูนย์วัณโรค เขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 706 คน (ศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ.2539)

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาในศูนย์วัณโรค เขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี ในเดือนพฤษภาคมถึงสิงหาคม 2540 จำนวน 254 คน เพศชาย 185 คน เพศหญิง 69 คน ได้มาโดยการใช้แบบสอบถามกับผู้ป่วยที่เข้ามารับการตรวจรักษาในแต่ละวันตาม แพทย์นัด

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรต้น ประกอบด้วย

1.1 ปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่

- 1.1.1 เพศ
- 1.1.2 อายุ
- 1.1.3 รายได้
- 1.1.4 สถานภาพสมรส
- 1.1.5 ระดับการศึกษา
- 1.1.6 อาชีพ

1.2 ปัจจัยด้านจิตลักษณะ

- 1.2.1 ด้านความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด
- 1.2.2 ความเชื่อด้านสุขภาพ

1.3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

- 1.3.1 การสนับสนุนทางสังคม
- 1.3.2 บรรยากาศในการให้บริการของศูนย์วัณโรคเขต

2. ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ปัจจัยที่มีอิทธิพล หมายถึง ตัวแปรที่สนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยประกอบด้วยปัจจัย 3 ด้าน คือปัจจัยด้านชีวสังคม ปัจจัยด้านจิตลักษณะ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

1.1 ปัจจัยด้านชีวสังคมหมายถึง คุณลักษณะของประชากรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยประกอบด้วย

1.1.1 อายุ หมายถึง จำนวนปีที่เกิดนับตามปฏิทินจนถึงวันเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 4 ช่วง ได้แก่

1.1.1.1 15 - 20 ปี

1.1.1.2 21 - 40 ปี

1.1.1.3 41 - 60 ปี

1.1.1.4 61 ปีขึ้นไป

1.1.2 รายได้หมายถึง จำนวนเงินที่ได้จากการทำงานของผู้ป่วยวันโรค โดยไม่รวมถึงรายได้ของบุคคลอื่นๆในครอบครัว (รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยวันโรคแบ่งตามรายได้เฉลี่ยต่อหัวของประชากรไทย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปี พ.ศ.2537 คือ 61,335 บาทต่อปี คิดเป็นรายได้เฉลี่ย 5,111 บาท / เดือน) แบ่งเป็น

1.1.2.1 ไม่มีรายได้

1.1.2.2 รายได้ $\leq$ 5,111 บาท / เดือน

1.1.2.3 รายได้ $>$ 5,111 บาท / เดือน

1.1.3 สถานภาพสมรส หมายถึงสภาพของผู้ป่วยวันโรคซึ่ง แบ่งตามการเปลี่ยนแปลงของประชากร แบ่งเป็น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2536.)

1.1.3.1 โสด

1.1.3.2 สมรส

1.1.3.3 หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่

1.1.4 ระดับการศึกษา หมายถึง วุฒิการศึกษาสูงสุดของผู้ป่วยวันโรคที่ได้รับ แบ่งเป็น 3 ระดับ

1.1.4.1 ประถมศึกษา

1.1.4.2 มัธยมศึกษา

1.1.4.3 สูงกว่ามัธยมศึกษา

1.1.5 อาชีพ หมายถึง งานที่ทำเป็นประจำและได้รับรายได้ส่วนใหญ่มาจาก การประกอบอาชีพนี้ ซึ่งประกอบด้วย

1.1.5.1 เกษตรกรรม/รับจ้าง

1.1.5.2 ค้าขาย

1.1.5.3 รับราชการ

1.1.5.4 อื่นๆ

1.2 ปัจจัยด้านจิตลักษณะ หมายถึง ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยวัณโรคที่แสดงให้เห็นชัดและมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งประกอบด้วย

1.2.1 ความรู้ที่เกี่ยวกับวัณโรคปอด หมายถึง ความสามารถในการจดจำ เกี่ยวกับวัณโรคปอดในเรื่อง สาเหตุ อาการ การติดต่อ การป้องกัน และการรักษา

1.2.2 ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือการรับรู้ หรือความเข้าใจของผู้ป่วยวัณโรคที่มีต่อสุขภาพอนามัยและการเจ็บป่วย ซึ่งความเชื่อนี้สามารถวัดได้ ดังนี้ การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคปอด การรับรู้โอกาสเสี่ยงของผู้ป่วยวัณโรค และการรับรู้อุปสรรคในการไปตรวจรักษา

1.3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง ตัวแปรที่แสดงถึงสภาพของสังคมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ประกอบด้วย

1.3.1 การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับการยอมรับ และสนับสนุน ให้กำลังใจเอาใจใส่ดูแลจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เมื่อเกิดการเจ็บป่วย

1.3.2 บรรยากาศการให้บริการในศูนย์วัณโรคเขต หมายถึง ความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรคต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ และสิ่งอำนวยความสะดวกระหว่างรอพบแพทย์ ในศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี

2. พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การปฏิบัติหรือการทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ด้วยตนเองและมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาตนเอง ซึ่งรวมไปถึงการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ ภายหลังการเจ็บป่วย

3. ผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง บุคคลที่ได้รับการตรวจและวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นวัณโรคปอด และเข้ารับการรักษาศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป

4. ศูนย์วัณโรคเขต (ศวข.) 7 จังหวัดอุบลราชธานี หมายถึง หน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่ ตรวจค้น รักษา ให้คำแนะนำบุคคลที่ป่วย หรือบุคคลที่สงสัยว่าเป็นวัณโรค มีสำนักงานตั้งอยู่ที่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

การศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ในศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้า เอกสารการวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งมีอยู่หลายด้านดังนี้

1. แนวคิดของพฤติกรรมสุขภาพ
2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง
3. แรงสนับสนุนทางสังคม
4. โรควัณโรคปอด
5. การดูแลรักษาวัณโรคภายใต้การสังเกตโดยตรง

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

1. แนวคิดของพฤติกรรมสุขภาพ

1.1 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรม

1.1.1 ความหมายและประเภทของพฤติกรรม (Behavior)

พฤติกรรม หมายถึง อากัปกิริยาทั้งหมดของบุคคลที่เราสามารถสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัส โดยตรงหรือโดยอ้อม ทั้งที่รู้ตัวและไม่รู้ตัว ได้แก่ การนั่ง เดิน นอน อารมณ์โกรธ เกลียด รักและฝัน เป็นต้น (ไพบูลย์ เทวรักษ์. 2523 : 1 - 2) แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมภายใน เป็นพฤติกรรมที่บุคคลมีอยู่ภายในจิตใจตนเอง ยากที่ผู้อื่นจะรู้ได้ ถ้าเจ้าตัวไม่บอกหรือแสดงออกมาให้ปรากฏ เช่น การคิด การเข้าใจ การตัดสินใจ เป็นต้น

2. พฤติกรรมภายนอก เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาแล้วผู้อื่นสามารถสังเกตได้เช่น เดิน ยืน พูด ทำงาน เป็นต้น นอกจากนั้นพฤติกรรมภายนอกบางอย่างจำเป็นต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ช่วยบันทึกพฤติกรรม เช่น เครื่องมือวัดคลื่นสมอง เป็นต้น

สุชาติ สุธรรมรักษ์ (2531 : 6-7) ได้ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรม หมายถึงการกระทำทุกอย่างของสิ่งมีชีวิต ซึ่งในที่นี้จะเน้นการกระทำของมนุษย์ไม่ว่าการกระทำ จะกระทำโดยรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ตาม และไม่ว่าการกระทำนั้นผู้อื่นจะสังเกตเห็นได้หรือไม่ก็ตาม เช่น การเดิน การพูด หรือการคิด การรับรู้ เป็นต้น แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. พฤติกรรมภายนอก (External or Overt Behavior) เป็นพฤติกรรมที่เมื่อกระทำแล้วผู้อื่นสามารถสังเกตเห็นได้ แบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ

1.1 พฤติกรรมโมเลกุล (Molar Behavior) เป็นพฤติกรรมภายนอกที่เมื่อกระทำแล้วผู้อื่นสามารถสังเกตเห็นได้ด้วยตาเปล่า เช่น การเดิน การพูด การรับประทานอาหาร เป็นต้น

1.2 พฤติกรรมโมเลกุล (Molecular Behavior) เป็นพฤติกรรมภายนอกที่เมื่อกระทำแล้วผู้อื่นไม่สามารถสังเกตเห็นได้ด้วยตาเปล่า แต่มีเครื่องมือที่สามารถช่วยศึกษาได้ เช่น การทำงานของต่อมต่างๆ การทำงานของกระเพาะอาหาร ลำไส้ สมอ เป็นต้น

2. พฤติกรรมภายใน (Internal or Covert Behavior) เป็นพฤติกรรมภายในใจของมนุษย์ที่เกิดขึ้นแล้วบุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตเห็นหรือใช้เครื่องมือวัดได้ ผู้ที่กระทำพฤติกรรมนั้นๆ เท่านั้นที่จะรู้ว่าพฤติกรรมภายในเกิดขึ้นแล้วหรือไม่ ได้แก่ การรู้สึก การจำ การคิด และการตัดสินใจ เป็นต้น

สำหรับพฤติกรรมทางด้านสุขภาพก็มีความหมาย เช่นเดียวกับพฤติกรรมทั่วไป ดังที่กล่าวมาแล้วแต่จะเน้นเฉพาะเรื่องสุขภาพของบุคคลเท่านั้นซึ่งมีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพไว้หลายท่าน ดังนี้

ธนวรรณ อัมสมบุรณ์ (2528 : 60) ให้ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพไว้เป็น 2 นัย คือ

1. พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพทั้งของตนเอง ครอบครัว และสังคม สิ่งแวดล้อมต่างๆ (Healthy - Related Behavior)

2. พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะที่เจ็บป่วยหรือ รู้สึกตนเองว่าเจ็บป่วย (Sickness Behavior)

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532 : 202) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่เกี่ยวกับสุขภาพที่มนุษย์แสดงออกทั้งในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ซึ่งสามารถจะสังเกตหรือวัดได้โดยตรงและทางอ้อม พฤติกรรมด้านการ ปฏิบัติที่สังเกตมองเห็นได้นั้น อาจแยกประเภทได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ การปฏิบัติตาม ปกติวิสัยในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะเป็นการปฏิบัติที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอีกประการหนึ่ง คือ การปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วยซึ่งจะรวมถึงการปฏิบัติตนโดยทั่วไปและการไปรับบริการรักษาพยาบาลและการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือบุคลากรทางสาธารณสุข สุชาติ โสมประยูร (2525 : 33) ให้ความหมายว่าพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกของบุคคลเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพทั้งในด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ และศึกษาโดยเน้นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้และวัดได้

1. พฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive Domain) พฤติกรรมด้านนี้มีขั้นของความสามารถทางด้านความรู้ การให้ความคิด และการพัฒนาการทางด้านสติปัญญา จำแนก ตามลำดับขั้นตอน จากง่ายไปหายากได้ดังนี้

1.1 ความรู้ความจำ(Knowledge)เป็นพฤติกรรมขั้นต้นเกี่ยวกับความจำได้หรือระลึกได้

1.2 ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นพฤติกรรมที่ต่อเนื่องมาจากความรู้ คือ จะต้องมีความรู้มาก่อนจึงจะเข้าใจได้ ความเข้าใจนี้จะแสดงออกมาในรูปของการแปลความ ตีความ และคาดคะเน

1.3 การนำไปใช้ (Application) เป็นการนำเอาวิธีการ ทฤษฎี กฎเกณฑ์ และแนวคิดต่างๆไปใช้

1.4 การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นขั้นที่บุคคลมีความสามารถและมีทักษะในการจำแนกเรื่องราวที่สมบูรณ์ใดๆ ออกเป็นส่วนย่อย และมองเห็นความสัมพันธ์อย่างแน่ชัดระหว่างส่วนประกอบที่รวมเป็นปัญหาหรือสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง

1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถของบุคคลในการรวบรวม ส่วนย่อยต่าง ๆ เข้าเป็นส่วนรวมที่มีโครงสร้างใหม่ มีความชัดเจน และมีคุณภาพสูงขึ้น

1.6 การประเมินผล (Evaluation) เป็นความสามารถของบุคคลในการวินิจฉัยดีริกาของสิ่งของต่าง ๆ โดยมีกฎเกณฑ์ที่ใช้ช่วยประเมินค่านี้ อาจเป็นกฎเกณฑ์ที่บุคคล สร้างขึ้นมาหรือมีอยู่แล้วก็ตาม

2. พฤติกรรมด้านเจตคติ (Affective Domain) พฤติกรรมด้านนี้ หมายถึง ความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบในการให้คุณค่าหรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่เป็นพฤติกรรมที่ยากแก่การอธิบาย เพราะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของคน การเกิดพฤติกรรม ด้านเจตคติ แบ่งขึ้นตอนได้ดังนี้

2.1 การรับหรือการให้ความสนใจ (Receiving or Attending) เป็นขั้นที่บุคคลถูกกระตุ้นให้ทราบว่าเหตุการณ์ หรือสิ่งเร้าบางอย่างเกิดขึ้น และบุคคลนั้นมีความยินดี หรือมีภาวะจิตใจพร้อมที่จะรับ หรือให้ความสนใจต่อสิ่งเร้านั้น ในการยอมรับนั้นประกอบด้วยความตระหนัก ความยินดีที่ควรรับ และการเลือกรับ

2.2 การตอบสนอง (Responding) เป็นขั้นที่บุคคลถูกจูงใจให้เกิดความรู้สึกผูกมัดต่อสิ่งเร้า เป็นเหตุให้บุคคลพยายามทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง พฤติกรรมขั้นนี้ประกอบด้วย การยินยอม ความเต็มใจ และพอใจที่จะตอบสนอง

2.3 การให้ค่านิยม (Valuing) เป็นขั้นที่บุคคลมีปฏิกิริยาซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นยอมรับว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับตนเอง และได้นำไปพัฒนาเป็นของตนเองอย่างแท้จริง พฤติกรรมขั้นนี้ส่วนมากใช้คำว่า "ค่านิยม" ซึ่งการเกิดค่านิยมนี้ประกอบด้วย การยอมรับความชอบและผูกมัดค่านิยมเข้ากับตนเอง

2.4 การจัดกลุ่มค่า (Organization) เป็นขั้นที่บุคคลจัดระบบของค่านิยมต่างๆ ให้เข้ากลุ่มโดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเหล่านั้น ในการจัดกลุ่มนี้ประกอบด้วยการสร้างแนวความคิดเกี่ยวกับค่านิยมและจัดระบบของค่านิยม

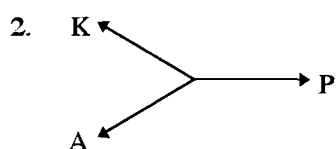
2.5 การแสดงลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ (Characterization by a Value or Value Complex) พฤติกรรมขั้นนี้ถือว่า บุคคลมีค่านิยมหลายชนิด และจัดอันดับของค่านิยม เหล่านั้นจากดีที่สุด ไปถึงน้อยที่สุดและพฤติกรรมเหล่านี้จะเป็นตัวคอยควบคุมพฤติกรรมของบุคคลพฤติกรรมในขั้นนี้ประกอบด้วย การวางแผนทางของการปฏิบัติและการแสดงลักษณะที่จะปฏิบัติตาม แนวทางที่เขากำหนด (Kratwohl, 1964 : 33 - 35)

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถในการแสดงออกของร่างกาย ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติที่อาจแสดงออกในสถานการณ์หนึ่งๆ หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่คาดคะเนว่า อาจจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมด้านนี้ เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้าย ซึ่งต้องอาศัยพฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา หรือเป็นพฤติกรรมที่สามารถ ประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ ต้องอาศัยเวลาและการตัดสินใจ หลายขั้นตอน (Bloom, 1975 : 7-8) ในทางด้านสุขภาพถือว่าพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ ของบุคคลเป็นเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี ดังภาพประกอบนี้

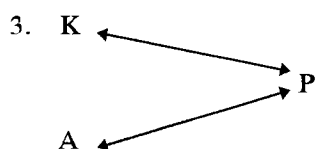
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ สามารถสรุปรูปแบบของความสัมพันธ์ ได้เป็น 4 ลักษณะคือ

1. $K \longleftrightarrow A \longleftrightarrow P$

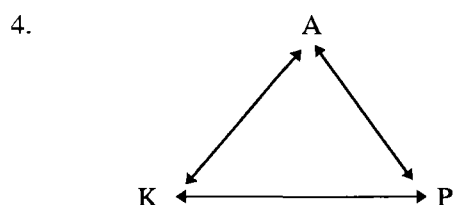
เจตคติเป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดความรู้ และการปฏิบัติ ดังนั้นความรู้มีความสัมพันธ์ กับเจตคติและเจตคติมีผลต่อการปฏิบัติ



ความรู้ และเจตคติมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา



ความรู้ และเจตคติต่างก็ทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยที่ความรู้และเจตคติไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กัน



ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรง และทางอ้อมสำหรับทางอ้อมนั้นมีเจตคติเป็นตัวกลาง ทำให้เกิดการปฏิบัติตามมาได้

K = Knowledge

A = Attitude

P = Practices

ภาพประกอบ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ

ที่มา : Schwartz .1975 : 28-31.

ในทางสุขภาพนั้น เจตคติที่ดีจะช่วยให้เกิดการปฏิบัติที่ดีได้ ซึ่งเป็นผลให้สุขภาพดี ในที่สุด และเจตคติมีบทบาทสำคัญในเรื่องของการปฏิบัติ เพราะถ้าคนเรามีเจตคติที่ดีต่อความรู้ ที่ได้รับจะช่วยให้เกิดการนำความรู้ไปใช้หรือปฏิบัติซึ่งเปรียบได้กับปฏิกิริยาทางเคมีของ ส่วน ประกอบดังนี้

$$\begin{array}{c} \text{เจตคติ} \\ \text{ความรู้} + \text{การลงมือกระทำ} \longrightarrow \text{การปฏิบัติ} \end{array}$$

ปฏิกิริยาจะไม่เกิดขึ้นจนกว่าจะใส่ตัวเร่งปฏิกิริยาเช่นเดียวกับความรู้ไม่ถูกนำไปใช้จนกว่าจะมีเจตคติที่ดีเกิดขึ้นมากพอ เจตคติจึงอาจเปรียบได้กับตัวเร่งปฏิกิริยา

ธรรมชาติของพฤติกรรมสุขภาพ ได้มีการจัดธรรมชาติของพฤติกรรมสุขภาพของมนุษย์ ไว้หลายระดับเช่น

ธนวรรณ อัมสมบุญ (2532 : 39-43) กล่าวถึง พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล จำแนก ออกได้เป็น 3 ระดับ ตามสภาพของพฤติกรรมคือ

ระดับแรก เป็นการประพฤติกัมปฏิบัติตามเกณฑ์หรือข้อบังคับต่างๆ หรือการผล กระทบประพฤติกัมปฏิบัติในสิ่งที่ไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพ หรือเป็นผลเสียต่อสุขภาพตามกฎหมายหรือ ข้อบังคับต่างๆที่กำหนดไว้พฤติกรรมระดับนี้เป็นพฤติกรรมสุขภาพระดับต่ำสุดของบุคคลที่ ต้องการให้มีขึ้น

ระดับสอง เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่อยู่ในสภาพของการกระทำ การประพฤติกัมปฏิบัติตาม คำแนะนำหรือตามการเชิญชวนต่างๆ โดยอาศัยกลไกการตัดสินใจของแต่ละบุคคลเองเป็นสำคัญ ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพในระดับนี้มีทั้งการกระทำ การประพฤติกัมปฏิบัติที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ และการ ไม่กระทำไม่ประพฤติกัมปฏิบัติในสิ่งที่ไม่เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษต่อสุขภาพ

ระดับสาม เป็นการปฏิบัติที่เกิดขึ้นตามจิตสำนึก หรือความรู้สึกลึกซึ้งภายในตนเอง โดยอาศัยกลไกของค่านิยม ซึ่งเป็นพฤติกรรมสูงสุดที่ต้องการให้เกิดและมีอยู่ในแต่ละบุคคลอย่าง แท้จริงประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ ได้มีการแบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพไว้ดังนี้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532 : 75) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ชนิด

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) หมายถึง การปฏิบัติตัว ของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทาน อาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับขีรถยนต์ เป็นต้น

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคล กระทำเมื่อมี อาการผิดปกติ ได้แก่ การซักถามถึงอาการของตน การแสวงหาการรักษาพยาบาล การหลบหนีจาก สังคม การเพิกเฉย

3. พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเป็นโรค (Sick-Role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่จะทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น

องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพนั้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ องค์ประกอบทางด้านความรู้ ด้านทัศนคติและด้านการปฏิบัติ ส่วนองค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพนั้นประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 173-185) ได้แบ่งออกเป็น 5 องค์ประกอบคือ

1. องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา
2. องค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรม
3. องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ
4. องค์ประกอบทางการศึกษา
5. องค์ประกอบทางการเมือง

1. องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา ที่จะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ภาวะจิต ภาวะความต้องการ ความสนใจ การตั้งใจ ความสามารถ ฯลฯ สิ่งเหล่านี้มีผลต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติทางสุขภาพของบุคคล ตัวอย่างเช่น ถ้าผู้เรียนไม่มีความต้องการที่จะเรียนหรือรับฟังข่าวสารต่างๆ ที่ส่งออกไป ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ ก็จะไม่เปลี่ยนแปลง หรือเด็กที่มีภูมิจิตใจแตกต่างกันย่อมจะมีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกันไป เป็นต้น

2. องค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มบุคคลในสังคม สถานภาพทางสังคม และวัฒนธรรม ครอบครัว เป็นสถาบันทางสังคมที่สำคัญที่สุด พฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัตินั้นมีอิทธิพลมาจากสถาบันครอบครัวมาก เช่น บางครอบครัวปลูกฝังการไม่รับประทานผัก เนื้อสัตว์ หรือปลูกฝังให้ออกกำลังกาย รักษาความสะอาดของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย การรักษาความสะอาดของบ้าน กล่าวได้ว่า ถ้า พ่อ แม่ คนเลี้ยงดู ส่งเสริมให้เด็กเกิดความเชื่อ มีค่านิยมที่ดีต่อสุขภาพ ปฏิบัติตนได้ถูกต้องในด้านที่จะส่งเสริมให้มีสุขภาพอนามัยดีแล้วก็จะเป็นการช่วยแก้ปัญหาสุขภาพของประเทศในอนาคตได้อย่างมาก

กลุ่มบุคคลในสังคมจะมีอิทธิพลในการชักจูงให้คนมีพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกันได้ เพราะคนเราต้องการเป็นที่ยอมรับของสังคม นักสุขภาพจึงควรใช้กลุ่มของสังคมให้เป็นประโยชน์ในทางปฏิบัติให้คนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามกัน

สถานภาพทางสังคม สถานภาพที่แตกต่างกันจะทำให้คนแสดงออกได้ต่างกัน เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขย่อมจะมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ส้วมดีกว่าประชาชนทั่วไปเป็นต้น วัฒนธรรม เป็นตัวถ่ายทอดวิถีชีวิต วิถีความคิด ความเชื่อ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างมาก อิทธิพลของวัฒนธรรมส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติทางสุขภาพได้เป็นอย่างมาก เช่น ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ บางชุมชนเมื่อมีไข้สูง อาจนิยมรักษาโดยทางเวชนนัต เช่น การเป่าคาถาอาคม หรือ พญิงหลังคลอดจะห้ามรับประทานเนื้อสัตว์ทุกชนิด เป็นต้น

3. องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เศรษฐกิจของประชาชน มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้มากเช่นเดียวกัน ดังตัวอย่างที่เห็นได้ชัดจากสถิติการเกิดโรคที่เกิดจากการติดเชื้อ จะพบในกลุ่มประชาชนที่ยากจนมากกว่ากลุ่มที่มีฐานะปานกลางหรือร่ำรวย แต่สำหรับในกลุ่มที่มีฐานะเศรษฐกิจดีมักมีปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรังบางอย่าง เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น อารี ปุณณะตระกูล (2533 : 131) ได้ทำการวิจัยถึงพฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่มีต่อบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อ ของระบบทางเดินหายใจ พบว่ามารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่าจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในเรื่องการดูแลบุตรได้ดีกว่ามารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ

4. องค์ประกอบทางการศึกษาที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระดับการศึกษามีผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกันโดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีความรู้ ทักษะและการปฏิบัติที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาดำเพราะผู้ที่มีการศึกษาดีจะมีอาชีพที่มีรายได้ค่อนข้างดี อันจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วยดังที่ อิศณีย์ สิงหลกะ (2534 : 18) ได้ทำการศึกษถึงการใช้จ่ายไม่ตามสั่งของผู้ป่วยนอก พบว่า พวกที่มีการศึกษาสูงกว่าจะมีความเข้าใจต่อการใช้จ่ายมากกว่าพวกที่มีการศึกษาดำกว่า

5. องค์ประกอบทางการเมือง มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนทาง ด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ เพราะนโยบายของประเทศจะชี้ให้เห็นถึงจำนวนและความเพียงพอของบริการ การรักษาพยาบาล กิจกรรมการสุขศึกษาที่จัดให้กับประชาชนกฎหมายหรือข้อบังคับที่จะมีผลต่อสุขภาพบางอย่าง

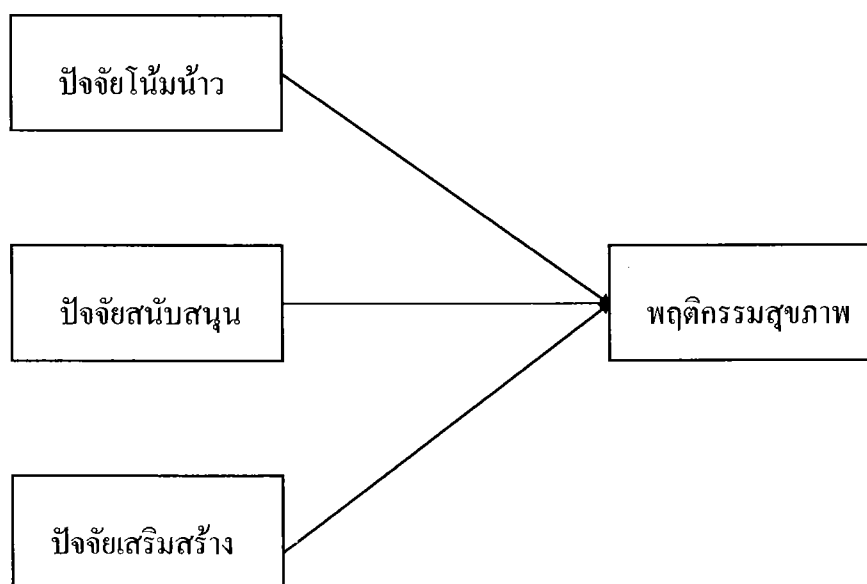
กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เป็นกระบวนการที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่ง ธนวรรณ อัมสมบุญ (2528 : 24-26) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนว่าจะเป็นไปในลักษณะใดขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการ คือ

1. ปัจจัยโน้มน้าว (Predisposing Factor) เป็นผลที่เกิดจากการเรียนรู้ ของแต่ละบุคคลโดยตรง ซึ่งอยู่ลักษณะของความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ค่านิยม และเจตคติ การเกิดหรือการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยโน้มน้าวให้อยู่ในระดับที่จะทำให้เกิดพฤติกรรม สุขภาพที่พึงประสงค์ได้

นั้น ต้องอาศัยประสบการณ์การเรียนรู้ที่ต่อเนื่องกันมา ซึ่งอาจจะได้ มาจากภาวะสิ่งแวดล้อมภายใน ครอบครัว หรือจากสังคมสิ่งแวดล้อมทั่วไป

2. ปัจจัยสนับสนุน (Enabling Factor) ได้แก่ สภาพแวดล้อมและกิจกรรมต่างๆ ที่เอื้ออำนวยให้แต่ละบุคคลได้มีโอกาสกระทำการในเรื่องหนึ่งเรื่องใดอย่างพอเพียง เหมาะสมและต่อเนื่อง จนกระทั่งเกิดการพัฒนาเป็นทักษะและพฤติกรรมอย่างถาวร เช่น การจัดให้นักเรียนมีส่วนร่วมในการดำเนินการและรับผิดชอบโครงการสุขภาพในโรงเรียนตามระดับความรู้ความชำนาญ ก็จะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะปลูกฝังหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้เกิดขึ้นได้โดยมีปัจจัยอื่นๆ เป็นแรงเสริม

3. ปัจจัยเสริมสร้าง (Reinforcing Factor) ได้แก่ ตัวบุคคลต่างๆ ในครอบครัว ในโรงเรียนและสังคมสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งจะมีบทบาทในการสั่งสอนอบรม แนะนำชักจูง ควบคุมดูแลกระตุ้นหรือมีปฏิสัมพันธ์อย่างหนึ่งอย่างใดที่จะเสริมสร้างให้การกระทำหรือการตัดสินใจปฏิบัติในสิ่งที่จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพโดยใช้การตัดสินใจของตนเองที่ได้รับแรงโน้มน้าว และกำลังสนับสนุนจากปัจจัยต่างๆ พอสรุปเป็นรูปแบบ ดังนี้



ภาพประกอบ 2 กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ที่มา : ธนวรรณ อิมสมบุญ. 2528 : 24-26.

จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพจะเห็นได้ว่า ปัจจัยทั้ง 3 จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของคนได้ เช่น เมื่อเด็กเจ็บป่วย บิดา มารดาพาไปโรงพยาบาล เด็กก็จะเกิดการเรียนรู้ว่าถ้าเกิดอาการเจ็บป่วยต้องได้รับการรักษาจากโรงพยาบาล ต้องกินยาอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะถ้ามีปัจจัยสนับสนุน เช่น มีโรงพยาบาล ศูนย์อนามัยใกล้บ้าน มีเจ้าหน้าที่คอยให้ความรู้ แนะนำหลักการใช้จ่ายได้อย่างถูกต้อง เป็นปัจจัยเสริมสร้าง เด็กจะเติบโตขึ้นโดยจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องในการใช้จ่าย

2. แนวความคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง

แนวความคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองมีนักสังคมวิทยาการแพทย์และนักมนุษยวิทยาการแพทย์หลายคนได้เสนอแนวความคิดเชิงทฤษฎีหลายแนวคิดที่อธิบายถึงพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง ดังนี้

2.1 แนวความคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับบทบาทคนป่วยของ ทัลคอต พาร์สันส์ (Talcott Parsons) พาร์สันส์เป็นนักสังคมวิทยาคนแรกที่อธิบายปรากฏการณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุขตามแนวความคิดของพาร์สันส์นั้น การเจ็บป่วยไม่ใช่เรื่องของกระบวนการทางชีววิทยา และสรีรวิทยาเท่านั้น แต่ยังเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมด้วย เมื่อบุคคลป่วยเขาจะพัฒนามาบทบาททางสังคมซึ่งประกอบด้วยบทบาทที่คาดหวังไว้ทั่ว ๆ ไป 4 ลักษณะ โดยแบ่งเป็นสิทธิและหน้าที่ อย่างละ 2 ประการ นั่นคือ 1. ผู้ป่วยไม่ต้องรับผิดชอบในการเจ็บป่วย และการไร้ความสามารถ ในการทำงานตามหน้าที่ตามปกติของเขา 2. ผู้ป่วยได้รับการยกเว้นจากหน้าที่ที่ทำอยู่เป็นการชั่วคราว 3. ผู้ป่วยต้องมีความต้องการจะหายเป็นปกติ เพราะการเจ็บป่วยเป็นสถานะที่ไม่พึงปรารถนา 4. ผู้ป่วยมีหน้าที่ต้องแสวงหาการรักษาจากแพทย์และร่วมมือกับแพทย์และร่วมกับแพทย์เพื่อให้หายป่วยโดยเร็วที่สุด (พิมพัลย์ ปรีดาสวัสดิ์และคณะ. 2530 : 45) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าในสาขาสังคม วิทยาการแพทย์ แนวความคิดของพาร์สันส์เกี่ยวกับบทบาทผู้ป่วย และการควบคุมทางสังคมของแพทย์ มีความสำคัญมาก และได้รับการยอมรับจากนักสังคมวิทยาอื่นว่าสามารถสร้างแนวทางในการวิเคราะห์ให้ลึกซึ้งกว้างขวางออกไป แต่ทัศนะของพาร์สันส์เองมีจุดอ่อนตรงที่การยอมรับโดยชุมชนต่อหน้าที่ของแพทย์ในการเป็นสถาบันการควบคุมทางสังคมลักษณะดังกล่าวย่อมเป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในสังคม ตัวอย่างเช่น การเกิดระบบหรือพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน นอกจากนั้นการยอมรับในความเป็นเลิศของวิชาชีพแพทย์มากเกินไป ย่อมนำไปสู่การลดคุณค่าของการให้ความสำคัญต่อคนไข้ในที่สุด (พิมพัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ. 2530 : 47 ; อ้างอิงมาจาก Waitzkin and Waterman. 1974) ดังนั้นแนวความคิดของพาร์สันส์ในการอธิบายพฤติกรรมของบุคคลในการสนองตอบต่อการเจ็บป่วยจึงไม่ได้อธิบายครอบคลุมถึง

พฤติกรรมการดูแลรักษาตนเองของบุคคล อีกทั้งทัศนะของเขายังไม่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงหรือสนับสนุนในการอธิบายระบบและพฤติกรรมการดูแลรักษาตนเองของประชาชนอีกด้วย

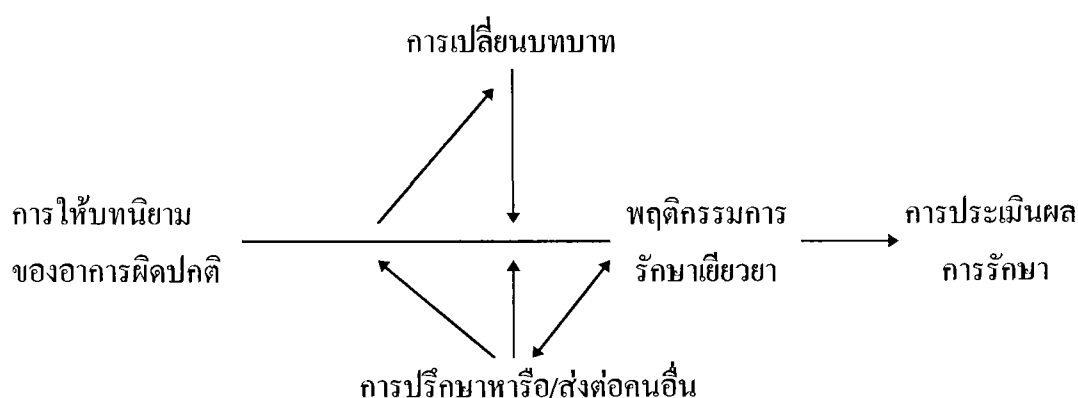
2.2 แนวความคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมการเจ็บป่วย ของคริสแมน (Chrisman) (พิมพัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ.2530 : 84-86) ซึ่งอธิบายพฤติกรรมการเจ็บป่วย ซึ่งเกิดขึ้นในระบบคนอื่นได้แก่แบบจำลองที่ เรียกว่า กระบวนการแสวงหาการรักษาเยียวยา (Health Seeking Process) เป็นการเน้นจุดสนใจในการอธิบายบุคคลและลักษณะ ซึ่งระบบบริการสาธารณสุขมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล โดยสรุปขั้นตอนพฤติกรรมกระบวนการแสวงหาการรักษาเยียวยาตามความคิดของคริสแมน ดังนี้

1. การประเมินปัญหาหรือการให้บทนิยามกับอาการผิดปกติ
2. พฤติกรรมการรักษาเยียวยาเพื่อการแก้ปัญหา
3. การประเมินผลพฤติกรรมรักษาเยียวยาครั้งนั้น
4. การเปลี่ยนบทบาทที่เคยปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวันอันมีผลต่อเนื่องจากการเจ็บป่วย
5. การปรึกษาหารือกับคนอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยสัมพันธ์ด้วย และได้รับคำแนะนำจากผู้อื่นโดยการส่งผ่านบุคคลที่ผู้ป่วยสัมพันธ์ด้วย

อิทธิพลของปัจจัย
ด้านวัฒนธรรม

อิทธิพลของปัจจัย
ด้านสังคม

อิทธิพลของปัจจัย
ด้านสังคมและวัฒนธรรม

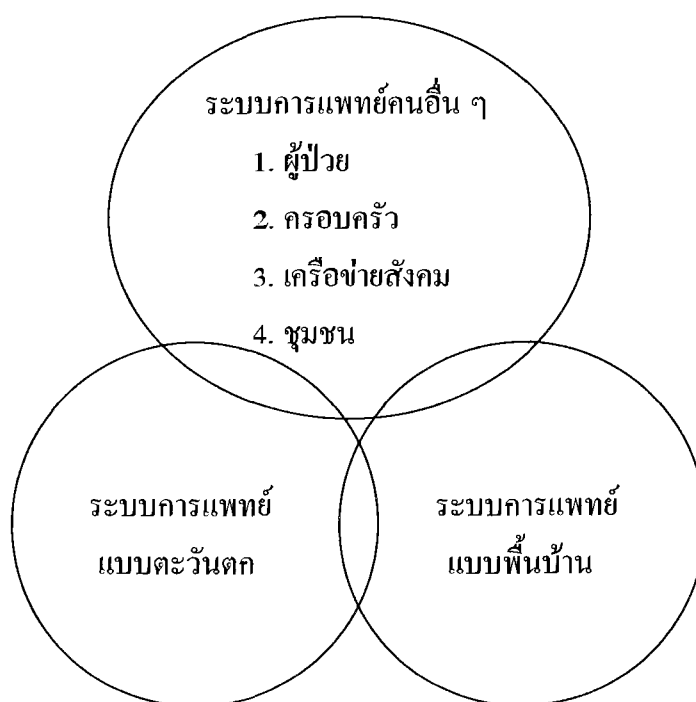


ภาพประกอบ 3 แบบจำลองกระบวนการแสวงหาการรักษาเยียวยา ของคริสแมน
ที่มา : พิมพัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ. 2530 : 84-86.

ในการเจ็บป่วยครั้งหนึ่ง ๆ กระบวนการแสวงหาการรักษาเยียวยา ไม่จำเป็นต้องหยุดอยู่เพียงขั้นตอนเท่านั้นแต่ในระหว่างการเจ็บป่วยของบุคคลหนึ่งสามารถมีการกลับคืนซ้ำ (Recycling) ของกระบวนการทั้งหมดได้อีกเมื่อผู้ป่วยและบุคคลอื่น ๆ ที่เขาสัมพันธ์ด้วยได้ข้อมูลใหม่ ๆ มาเพิ่มเติม (พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ. 2530 : 84-86)

2.3 แนวความคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยของเคลนแมน (พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ. 2530 :91-99)เป็นนักมานุษยวิทยาการแพทย์ได้มองระบบบริการสาธารณสุขที่มีอยู่ในสังคมเสมือนระบบวัฒนธรรมของสังคมหรือชุมชน เพราะปรากฏการณ์ของโรคภัยไข้เจ็บออกมาในรูปของการจัดระเบียบทางสังคมจึงทำให้เกิดเป็นระบบวัฒนธรรมย่อย ๆ หรือ ระบบวัฒนธรรมพิเศษขึ้นเรียกว่า "ระบบบริการสาธารณสุข" การมองระบบการแพทย์และสาธารณสุขเป็น ระบบวัฒนธรรม คือการมองระบบสาธารณสุขเป็นระบบความหมายทางสัญลักษณ์ทางวัฒนธรรมของสังคม นั้น ๆ โดยรวมทั้งแต่การเจ็บป่วย การตอบสนองของบุคคลต่อการเจ็บป่วย แบบแผนความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรคบรรทัดฐานซึ่งใช้ในการประเมินผลทางเลือกแหล่ง หรือวิธีการรักษา และการประเมินผลการรักษาแบบแผนความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยสถาบันทางสังคมที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการรักษาเยียวยา และสุขภาพอนามัย ตลอดจนสถานภาพทางสังคมที่ถูกต้องของการเจ็บป่วยสิ่งที่กล่าวมาทั้งหมดเหล่านี้รวมเรียกว่า"ระบบสาธารณสุขซึ่งแยกไม่ออกจากอิทธิพลของวัฒนธรรม" เคลนแมน(Kleinman) (พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ. 2530 : 91-99) ได้กล่าวว่าระบบบริการสาธารณสุขของสังคมหนึ่งๆหมายถึงระบบวัฒนธรรมหนึ่งของสังคม ซึ่งประกอบด้วยระบบต่าง ๆ 3 ระบบย่อยด้วยกัน อันได้แก่ 1. ระบบการแพทย์ทั่วไป (Popular Health Sector) เป็นระบบที่ใหญ่ที่สุด 2. ระบบการแพทย์แบบตะวันตก (Professional Health Sector) และ 3. ระบบการแพทย์แบบพื้นบ้าน (Folk Sector of Care)และภายในการแพทย์ของสามัญชนนี้ประกอบด้วยบุคคลและกลุ่มบุคคลต่าง ๆ 4 ระดับคือ 1. ผู้ป่วย 2. ครอบครัวผู้ป่วย 3. เครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วย (Social Network)อันได้แก่ญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน 4. ชุมชน เช่นผู้นำชุมชน

เคลนแมนได้เสนอแบบจำลองที่อธิบายระบบบริการสาธารณสุข ดังในภาพประกอบต่อไปนี



ภาพประกอบ 4 แบบจำลองระบบบริการสาธารณสุขท้องถิ่น ของเคนเนน
ที่มา : พิมพัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ. 2530 : 91-99.

การปฏิบัติงานด้านสุขภาพอนามัยทั้งทางด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพการ
วินิจฉัยโรค และการรักษาเยียวยาได้รับการจัดการจากคนป่วย ครอบครัว และเครือข่ายทางสังคม
ที่เขาสัมพันธ์ด้วยตามความหมายเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการเจ็บป่วยที่รับรู้ร่วมกับเรื่องสุขภาพ
อนามัย และการเจ็บป่วยที่มีร่วมกันในหมู่บุคคลเหล่านั้น โดยบุคคลเหล่านี้จะช่วยกันตัดสินใจใน
เรื่องการเจ็บป่วยของบุคคลว่าอาการนี้ผิดปกติหรือไม่ เป็นการเจ็บป่วยหรือไม่ จะประเมินและตอบ
สนองอย่างไร

ดังนั้นแนวความคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมแสวงหา การรักษาเยียวยาจึงได้พัฒนา
มาจนกระทั่งถึงแนวความคิดที่ให้ความสำคัญกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองโดยตรงโดย
เคนเนนเชื่อว่า พฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยทั้งหมดได้รับการจัดการโดยคนป่วย ครอบครัว
และเครือข่ายทางสังคมที่คนป่วยสัมพันธ์อยู่ตามแนวทางที่เขาเหล่านั้นร่วมรับรู้ในการเจ็บป่วย และ
ช่วยกันหาวิธีปฏิบัติในการแก้ไขปัญาสุขภาพอนามัยตามความหมายทางวัฒนธรรมที่พวกเขายึด
กันอยู่ ตลอดจนใช้ความรู้และประสบการณ์ที่สะสมมาในอดีตจนกลายเป็นระบบการแพทย์แบบ
พื้นบ้านซึ่งพวกเขานำมาใช้ในการรักษาเยียวยาแต่ละครั้ง (พิมพัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ. 2530
: 91-99)

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

โดยทั่วไปมนุษย์มีความต้องการที่จะดูแลตนเอง เพื่อการดำเนินชีวิต และคงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ รวมทั้งเพื่อหลีกเลี่ยงภัยร้ายต่าง ๆ ที่คุกคามชีวิต การส่งเสริมการดูแลตนเองของบุคคล จึงเป็นการช่วยให้บุคคลมีความสามารถ และความรับผิดชอบในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่เป้าหมายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าได้และแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองนี้ได้ถูกนำมากำหนดเป็นนโยบายสาธารณสุข แห่งชาติในปัจจุบัน คือมุ่งเน้นให้มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลตนเองของประชาชนให้สามารถพึ่ง ตนเองได้ ดังนั้นการดูแลสุขภาพตนเองจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการจัดบริการพยาบาลเพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชน โอเรม (Orem. 1980 : 35) ได้เผยแพร่แนวความคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ตนเองในด้านการพยาบาลเมื่อ ค.ศ. 1959 และถือเป็นรูปแบบทฤษฎีการพยาบาลที่มีผู้ให้ความสนใจ ศึกษา นำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลกว่า 20 ปีแล้ว การดูแลตนเอง ตามความหมายของโอเรม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งบุคคลได้ริเริ่มและกระทำเพื่อการดำรงรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความ เป็นอยู่อันดีของบุคคล เป็นวิธีการดูแลรักษาสุขภาพของบุคคลในวัยผู้ใหญ่ และเป็นกิจกรรมที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง

เพนเดอร์ (Pender. 1987 : 150) ได้กล่าวถึง การดูแลตนเองว่า เป็น กิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการที่จะดำรงไว้หรือทำให้ดีขึ้นเกี่ยวกับชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี ดังนั้นการดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลและครอบครัว มีความริเริ่มที่จะรับผิดชอบในการพัฒนาการดูแลด้านสุขภาพของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การดูแลตนเองยังหมายถึงสิ่งต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยได้ปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อช่วยลดปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดจากโรคตลอดจนเป็นกระบวนการที่บุคคลทำหน้าที่เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง ในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันและตรวจค้นเกี่ยวกับโรคและการรักษา

สรุปได้ว่า การดูแลตนเองนั้นเป็นการปฏิบัติในกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งบุคคลได้ริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการดูแลตนเองของบุคคลที่เกิดขึ้นเพื่อดำรงรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี

โอเรม (Orem. 1980 : 35) ได้ให้แนวคิดว่า บุคคลจะมีการปฏิบัติการดูแลตนเองเพื่อให้ความต้องการนั้นได้รับการตอบสนองซึ่งจะประสบผลสำเร็จหรือไม่นั้นก็ขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลนั้นหากความต้องการทั้งหมดได้รับการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพก็จะได้รับประโยชน์ตอบแทนจากการดูแลตนเอง ดังนี้

1. สนับสนุนกระบวนการต่าง ๆ ของชีวิต และส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกาย ให้เป็นตามปกติ

2. ดำรงรักษาการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของชีวิตให้เป็นไปตามปกติ

3. ป้องกัน ควบคุม หรือรักษาโรคและการบาดเจ็บ

4. ป้องกันความพิการหรือทดแทนสิ่งที่สูญเสียไป

นอกจากนี้ โอเรม (Orem, 1980 : 28) ได้กำหนดแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองภาวะขาดการดูแลตนเอง และพยาบาลผู้ซึ่งอยู่ในฐานะของสถาบันบริการทางสุขภาพไว้ว่า

1. การดูแลตนเอง เป็นรูปแบบการจัดการตนเองของบุคคล

2. การดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับชีวิต สุขภาพการพัฒนา และสวัสดิภาวะ ของบุคคลโดยทั่วไป

3. การดูแลตนเองและผู้ที่อยู่ในความพึ่งพาของตนเองขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมของสังคม และความสามารถในการเรียนรู้ ของสมาชิกแต่ละคนในสังคม

4. บุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลตนเองหรือดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพาตนเองจะมีความสามารถ เป็นพิเศษในการทำกิจกรรมนั้น ๆ เฉพาะตน

5. ความสามารถในการดูแลตนเองของแต่ละบุคคลมีข้อจำกัดโดยอายุ เพศ ระยะของการพัฒนาการของร่างกาย ประสบการณ์ของชีวิต การเรียนรู้จากสังคม วัฒนธรรม สุขภาพ และแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์

6. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง หรือผู้ที่ต้องพึ่งพาตนเองกับความต้องการดูแลตนเอง หรือผู้ที่ต้องพึ่งพาตนเองสามารถประเมินได้ เมื่อทราบปริมาณของแต่ละชนิดนั้น

7. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการในการดูแลตนเองจะออกมาในลักษณะของคำว่า น้อยกว่าหรือมากกว่า

8. การพยาบาลเป็นบริการที่ต้องการ เมื่อ

8.1 ความสามารถในการดูแลตนเองน้อยกว่าความต้องการในการดูแลตนเอง (มีภาวะขาดการดูแลตนเอง)

8.2 ความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่า หรือเท่ากับความต้องการดูแลตนเอง ในขณะนั้น แต่ในอนาคตอาจจะน้อยกว่า เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองลดลง หรือความต้องการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น หรือเกิดขึ้นได้ทั้งสองกรณี

9. เมื่อมนุษย์อยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น สังคมได้กำหนดวิถีทางและจุดมุ่งหมายในการช่วยเหลือบุคคลนั้นตามลักษณะของธรรมชาติ ตลอดจนเหตุผลของการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นด้วย

10. การบริการช่วยเหลือบุคคลที่อยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในสังคม เป็นจุดมุ่งหมายของสังคมที่กำหนดไว้

11. การจัดกลุ่มการให้บริการช่วยเหลือบุคคล ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในสังคม อาจจะแบ่งได้เป็นสองอย่าง คือ การบริการที่เกี่ยวข้อง และไม่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เนื่องจากอายุและการพัฒนาการ

12. การบริการที่ไม่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เนื่องจากอายุ และการพัฒนาการจะเป็นบริการด้านสุขภาพที่จัดขึ้นในสังคมสมัยใหม่

13. การพยาบาลในระยะที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน เป็นบริการทางสุขภาพอย่างหนึ่งของมนุษย์ที่มีอารยธรรม

ความต้องการดูแลตนเอง (Self-Care Demands)

ในทฤษฎีของโอเรม (Orem. 1980 : 41-51) ความต้องการดูแลตนเองเป็นจุดมุ่งหมายหรือเป้าหมายที่มนุษย์ต้องการ สำหรับการดูแลตนเองเป็นการกระทำโดยเจตนา ที่กระทำโดยตนเอง ความต้องการดูแลตนเองของมนุษย์แบ่งออกได้เป็น 3 ชนิด คือ

1. ความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self-Care Requisites) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ทุกคน ทุกวัย เพื่อรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและการกระทำหน้าที่ของมนุษย์ ซึ่งจะสัมพันธ์กับอายุ การพัฒนาการ สิ่งแวดล้อมและปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ความต้องการในสิ่งเหล่านี้คือ

1.1 ให้ร่างกายได้รับอากาศ น้ำ และอาหารบางอย่างเพียงพอ

1.2 ให้ร่างกายได้มีการขับถ่ายหรือระบายของเสีย รวมทั้งสิ่งที่ร่างกายสร้างขึ้นอย่างปกติ เช่น อุจจาระ ปัสสาวะ เหงื่อ เป็นต้น

1.3 ให้มีความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อนอย่างเหมาะสม

1.4 ให้มีความสมดุลระหว่างการอยู่ตามลำพัง และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม

1.5 การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต การทำหน้าที่และความเป็นอยู่ที่ดี

2. ความต้องการดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Development Self-Care Requisites) เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการในวงจรชีวิตมนุษย์เช่น การตั้งครรภ์ การคลอด การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลทางลบต่อพัฒนาการ เช่น การตายของบิดา มารดา ญาติสนิทหรือคู่ชีวิต เป็นต้น ความต้องการชนิดนี้ได้แก่

2.1 การคงไว้ซึ่งสภาพความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนการดำรงชีวิต และ ส่งเสริมพัฒนาการในระยะต่าง ๆ ของชีวิต ซึ่งจะช่วยให้มนุษย์เจริญเติบโตและมีวุฒิภาวะที่ สมบูรณ์ เช่น ระยะที่อยู่ในครรภ์ ระยะคลอด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ เป็นต้น

2.2 การดูแลและส่งเสริมในด้าน ต่าง ๆ เพื่อป้องกันอันตรายต่อพัฒนาการ ระยะต่างๆ ของบุคคล ตลอดจนป้องกันการเกิดภาวะที่มีผลให้พัฒนาการของบุคคลเสื่อมถอยหรือขาดหาย เช่น การขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวเข้าสังคม ความผิดปกติทางด้าน สุขภาพร่างกาย จิตใจ การเจ็บหนักหรือป่วยในระยะสุดท้าย การสูญเสียญาติ เพื่อน สิ่งของ ทรัพย์สิน และสถานะทางสังคม การเปลี่ยนที่อยู่หรือสิ่งแวดล้อมโดยฉับพลัน และฐานะความ เป็นอยู่ที่ไม่ดี เป็นต้น

3. ความต้องการดูแลตนเองการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites) เป็นความต้องการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากความเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ได้แก่ ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บหรือพิการ รวมทั้งการปฏิบัติการรักษาของแพทย์ซึ่งเป็นเหตุให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง หรือไม่สามารถกระทำกิจกรรมบางอย่างที่อยู่ภายใต้การรักษาพยาบาลได้ เช่น การผ่าตัดอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายความเมื่อยหน่ายท้อแท้ในการรักษาพยาบาล เป็นต้น ความต้องการชนิดนี้ได้แก่

- 3.1 การแสวงหาบริการทางด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย
- 3.2 การตระหนักถึงอันตรายจากผลของพยาธิสภาพที่จะเกิดขึ้น
- 3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลได้อย่างเหมาะสมเพื่อผลในการป้องกันรักษา และฟื้นฟูพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ
- 3.4 รู้ถึงผลที่เกิดจากการรักษาพยาบาล
- 3.5 ปรับความรู้สึกรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง และภาพลักษณ์ของตนเอง (Body Image) โดยยอมรับภาวะความเจ็บป่วย และยอมรับว่าตนอยู่ในภาวะที่ต้องการความช่วยเหลือ ทางด้านการรักษาพยาบาล
- 3.6 เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่ตามสภาพความเป็นจริงและข้อจำกัดทางสุขภาพ อนามัยของตนเอง ตลอดจนมีการดำรงและส่งเสริมสุขภาพให้ดีที่สุดตามสภาพของตน

ความต้องการดูแลตนเองเพื่อการบำบัด (Therapeutic Self-Care Demand)

ความต้องการดูแลตนเองเพื่อการบำบัด หมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลต้องกระทำในระยะหนึ่ง เพื่อจะสนองความต้องการในการดูแลตนเอง อาทิเช่น ความต้องการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Primary Prevention Self-Care Demand) บุคคลที่จะต้องดูแลตนเองเพื่อสนองความต้องการโดยทั่วไปและความต้องการที่เกิดขึ้นตามพัฒนา-การส่วนความต้องการดูแลตนเองเพื่อการรักษา และฟื้นฟู (Secondary or Tertiary Prevention Self-Care Demand) เมื่อเกิดความเจ็บป่วย บุคคลจะต้องดูแลตนเอง เพื่อสนองความต้องการตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพแต่ในขณะเดียวกันก็จะต้องดูแลตนเองเพื่อสนองความต้องการโดยทั่วไป และต้องพัฒนาการด้วยเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่โดยส่งเสริมการพัฒนาการซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ความต้องการดูแลตนเอง (Self-Care Demand)

เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในบุคคลที่บอกรับถึงโครงสร้าง การทำหน้าที่และพัฒนาการของบุคคลจะหาวิถีทางในการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการดังกล่าว อันมีสาเหตุเกิดขึ้นเนื่องจาก

1. ความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไป
2. ความต้องการดูแลตนเองตามการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ หรือเหตุการณ์ในวงจรชีวิต
3. เทคโนโลยีที่ใช้ในการรักษาความเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ หรือเหตุการณ์ในวงจรชีวิต

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Capabilities)

ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง พลังความสามารถของบุคคลที่จะทำการดูแลตนเองของบุคคล โอเรม (Orem, 1980 : 129) นอกจากนี้ยังได้กล่าวเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองว่า เป็นพฤติกรรมของมนุษย์ที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ เป็นการปฏิบัติที่ถูกต้องตามทฤษฎี อธิบายได้อย่างมีเหตุผลและมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองจนนำไปสู่ทักษะในด้านปฏิบัติการ

ฉะนั้น บุคคลเมื่อเจ็บป่วยจะมีความต้องการในการดูแลตนเอง (Therapeutic Self-Care Demand) เกิดขึ้น และจะพยายามใช้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของตนเอง บุคคลที่มีการแสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สามารถตอบสนองความต้องการได้อย่างเพียงพอก็จะบรรลุถึงจุดหมายของการดูแลตนเอง คือภาวะสุขภาพ ความต้องการด้านการดูแลสุขภาพก็หมดไปแต่เมื่อใดก็ตามที่ความต้องการไม่ได้รับการตอบสนองเนื่องจากมีความบกพร่องหรือขาดความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้มีการขาดการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit) ความต้องการในการดูแลด้านสุขภาพก็จะปรากฏขึ้น ซึ่งพยาบาลจำเป็นต้องช่วยเหลือโดยจัดระบบพยาบาลอย่างเหมาะสม เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ

3. แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

แรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทต่อพฤติกรรมของคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งร่างกายและจิตใจ การป้องกันส่งเสริมสุขภาพและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ความคิดที่ว่าพฤติกรรมสามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยการอาศัยการสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วย และบุคคลใกล้ชิดที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ได้ชี้ให้เห็นคุณค่าของบุคคลผู้ซึ่งให้ความสนใจ ใส่ใจกับความเป็นอยู่ของผู้ป่วยได้ช่วยเตือนให้ความช่วยเหลือการสนับสนุนอย่างทันทีทันใดแก่ผู้ป่วยในการที่จะช่วยเปลี่ยนความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรมให้ไปสู่พฤติกรรมเพื่อที่จะพิจารณาว่าวิธีการนี้ (การให้แรงสนับสนุนทางสังคม) มีความเป็นไปได้

หรือมีคุณค่าหรือไม่นั้น ควรจะได้ทำความเข้าใจถึงความหมาย และสภาวะการณ์ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพในทางที่ถูกต้อง

องค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคม (บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. 2526 : 594)

ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่าง "ผู้ให้" และ "ผู้รับ" การสนับสนุน

2. ลักษณะการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ "ผู้รับ" เชื่อว่ามีคนเอาใจใส่ มีความรัก

ความหวังดีในตนอย่างจริงจัง

2.2 ข้อมูลข่าวสารนั้นเป็นข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ "ผู้รับ" รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม

2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะ "ผู้รับ" เชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีประโยชน์แก่สังคม

3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือทางด้านจิตใจ

4. จะต้องช่วยให้ "ผู้รับ" ได้รับรู้ถึงจุดมุ่งหมายที่ต้องการ ในที่นี้คือการมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางด้านร่างกาย จิตใจ หรือวัตถุสิ่งของก็ตาม ย่อมส่งผลกระทบให้ผู้ที่ได้รับอย่างแน่นอน เพราะคนเรานั้นกายกับใจไม่สามารถที่จะแยกออกจากกันโดยสิ้นเชิงได้ การสนับสนุนทางสังคม จึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อภาวะสุขภาพของมนุษย์อย่างยิ่ง

ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

การให้แรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็นหลายรูปแบบ เฮาส์ (Israle.1985 : 66 ; Tilden. 1985: 199-206 ; eiting House.1981) ได้แบ่งรูปแบบของพฤติกรรม

ในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 รูปแบบคือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion Support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับ นับถือ ความหวังใย การกระตุ้นเตือน

2. การสนับสนุนโดยการให้ประเมิน (Appraisal Support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้อง การให้การรับรอง หรือการยอมรับในสิ่งที่คนอื่นได้แสดงออกมา (Affirmation) ซึ่งอาจเป็นการช่วยเหลือโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ได้

3. การให้ข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เช่น การให้คำแนะนำ การตักเตือน การให้คำปรึกษา และการให้ข่าวสาร

4. การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

ระดับของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม

กอททีบ (Gothieb.1985 : 5-22) แบ่งระดับของการสนับสนุนทางสังคม เป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับมหภาค (Macro Level) คือ การวัดโดยพิจารณาถึงการเข้าร่วม และการมีส่วนร่วมในสังคมโดยวัดจากลักษณะต่างๆ เช่น ความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคมการเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆด้วยความสมัครใจ การดำเนินชีวิตแบบไม่เป็นทางการในชุมชน

2. ระดับกลาง (Mezzo Level) คือ การวัดในระดับที่เฉพาะเจาะจงลงไปถึงกลุ่มบุคคลที่มีการติดต่ออยู่เสมอ เช่น กลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิด

3. ระดับจุลภาค (Micro Level) คือ การวัดที่พิจารณาถึงความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดที่สุด เพราะเชื่อว่าสิ่งสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม มาจากการให้การสนับสนุนทางอารมณ์ อย่างลึกซึ้ง ซึ่งผู้ให้การสนับสนุนจะมีเพียงบางคนเท่านั้นที่ทำได้ เช่น สามีภรรยาหรือคนรัก

สรุปแนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

บทบาทของตัวแปรทางด้านสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยอาจจะได้ถูกช่วยเหลือให้ปฏิบัติตามได้ถูกต้องจากกลุ่มบุคคล ซึ่งผู้ป่วยมีส่วนเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์ด้วย โดยเฉพาะถ้าสมาชิกในกลุ่มให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติตามแพทย์สั่งนั้น กลุ่มเหล่านี้อาจเป็นครอบครัว เพื่อน หรือองค์กรในสังคมที่ได้ก่อตั้งขึ้น ดังนั้นการช่วยผู้ป่วยให้สามารถ

4. โรควัณโรคปอด (Pulmonary Tuberculosis)

เป็นโรคติดต่อและเรื้อรัง ซึ่งมีสาเหตุมาจากเชื้อวัณโรค (Mycobacterium Tuberculosis) ซึ่งเป็นแบคทีเรียประเภทรอด (Rod) ที่ต้องการออกซิเจนสูง จึงมักมีภาวะการเผาผลาญอาหาร (Metabolic Status) ดีในอวัยวะที่มีออกซิเจนสูง เช่น ปอด (Grosset. 1981 : 719-720)

4.1 กำเนิดพยาธิและพยาธิสภาพ

กำเนิดพยาธิของวัณโรคปอด จะมีการดำเนินเป็น 2 ขั้นตอน คือ เริ่มต้นด้วยการติดเชื้อ และต่อด้วยการเป็นโรคการติดเชื้อเกิดขึ้นในผู้ที่ไม่เคยได้รับเชื้อวัณโรคเข้ามาสู่ร่างกายมาก่อน เชื้อวัณโรคจะแพร่กระจายออกมาอยู่ในอากาศจากผู้ป่วยที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อที่ไอ จาม หวหะ ร้องเพลง หรือพูดดัง ๆ แต่ที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยามากที่สุด คือ การไอ เชื้อจะออกมาพร้อมกับละอองที่มีความชื้น เมื่อน้ำระเหยไปเชื้อก็ยังคงลอยอยู่ในอากาศ และถ้าไปอยู่ในสภาพที่เหมาะสม

ก็จะมีชีวิตอยู่ได้นานหลายสัปดาห์ หรือเป็นปี (Burns. 1983 : 183) ในการไอ หรือจามครั้งหนึ่ง จะมีละอองเสมหะออกมาในขนาดอนุภาคต่างๆ อนุภาค ขนาดใหญ่มากมักตกลงสู่พื้นดิน ส่วนอนุภาคขนาดเล็กจะแขวนตัวลอยอยู่ในอากาศ เมื่อผู้ใดสูดหายใจเข้าไปอนุภาคขนาดใหญ่ที่ยังลอยอยู่ได้จะติดอยู่ในโพรงจมูก และทางเดินหายใจส่วนต้น และในที่สุดจะถูกขับออกโดยกลไกการต้านทาน และการขับออกของเยื่อจมูกที่บุทางเดินหายใจ ส่วนอนุภาคขนาดเล็กมาก (1-10 ไมครอน) อาจถูกสูดเข้าไปสู่หลอดลมฝอย ส่วนปลาย หรือถุงลม ซึ่งร่างกายไม่สามารถขับออกได้ เชื้อโรคจึงสามารถแบ่งตัวเพิ่มจำนวนขึ้น ทำให้เกิดการอักเสบของเนื้อปอดบริเวณนั้น ต่อมาเชื้อผ่านไปทำให้เกิดพยาธิสภาพที่ต่อมน้ำเหลืองข้างปอดรอยโรคทั้งสองแห่งนี้รวมเรียกว่า รอยโรคปฐมภูมิ (Primary Complex) หลังการติดเชื้อจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางระบบภูมิคุ้มกัน ซึ่งเป็นชนิดที่มีการสนองตอบทางภูมิคุ้มกันผ่านเซลล์ (Cell Mediated Immunity) ทำให้เกิดภาวะไวเกินชนิดล่าช้า (Delayed Type Hypersensitivity) และภูมิต้านทาน เมื่อถึงระยะนี้ผู้ที่รับเชื้อวัณโรคเข้าสู่ร่างกายได้ เกิดมีการติดเชื้อวัณโรคอย่างสมบูรณ์ ซึ่งเรียกว่าวัณโรคปฐมภูมิ (Primary Tuberculosis) ซึ่งใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 2 ถึง 8 สัปดาห์ (ประเสริฐ ปาจริย์. 2524 : 138-140) ในคนส่วนใหญ่เมื่อเกิดรอยโรคปฐมภูมิแล้ว เชื้อผ่านไปทางหลอดน้ำเหลืองเข้าสู่กระแสเลือดดำ เข้าสู่หัวใจและแพร่เชื้อไปยังอวัยวะต่างๆทั่วร่างกาย แต่เชื้อมักสามารถมีชีวิตอยู่ในอวัยวะบางแห่งเท่านั้น คือ ปอด กระดูก ไต และสมอง ประมาณไม่ถึงร้อยละ 5 ของบุคคลเหล่านี้ในระยะเวลาต่อมา เชื้อวัณโรคจะเจริญแบ่งตัวทำให้รอยโรคที่สงบอยู่ลุกลามเป็นวัณโรคทุติยภูมิ (Post-Primary Tuberculosis) ได้

พยาธิสภาพ รอยโรคที่เป็นเอกลักษณ์ประกอบด้วยทูเบอร์เคิล (Tubercle) ซึ่งเป็นกลุ่มเซลล์เอพิเธลิออยด์ (Epithelioid Cell) ที่มีลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) ล้อมอยู่โดยรอบในระยะต่อมาทูเบอร์เคิลจะมีการตายเกิดเป็นเนื้อเคสียัส (Caseous) ในใจกลางของทูเบอร์เคิล พบเชื้อวัณโรคที่ย้อมติดสีทนกรดได้ (ซัยเวซ นุชประยูร. 2528 : 49)

4.2 อาการแสดง

ผู้ป่วยด้วยวัณโรคส่วนใหญ่จะไม่มีอาการ โดยเฉพาะในระยะเริ่มแรก แต่เมื่อโรคลุกลามต่อไป เนื่องจากผู้ป่วยไม่ทราบว่าป่วยเป็นวัณโรคปอด และไม่ได้รับการรักษา ปอดจะถูกทำลายเป็นแผลโพรงมีเชื้อวัณโรคมากมาย อย่างไรก็ตามสามารถแบ่งอาการ ของวัณโรคปอดออกเป็น 2 พวก คือ (ประวิทย์ สุนทรสิมะ. 2525 : 311)

4.2.1 อาการทางปอด ได้แก่ ไอเรื้อรังเป็นเวลานานเกิน 3-4 สัปดาห์ ไอมีเสมหะปนเลือด เจ็บหน้าอก เหนื่อยหอบ

4.2.2 อาการทั่วไป ได้แก่ อ่อนเพลีย รู้สึกมีไข้ต่ำๆ ตอนบ่าย เมื่ออาหาร และผอมลง เป็นต้น

4.3 การตรวจวินิจฉัยโรค

การตรวจวินิจฉัยโรคมีหลายวิธี คือ

4.3.1 ประวัติการเจ็บป่วย อายุ และประวัติครอบครัว

4.3.2 เช็ทเซอร์

4.3.3 การทดสอบทูเบอร์คูลิน

4.3.4 การตรวจหาเชื้อวัณโรคในเสมหะ วิธีนี้เป็นวิธีที่ดีที่สุด

4.3.5 การเพาะเชื้อ ซึ่งต้องใช้เวลา 4-6 สัปดาห์ จึงไม่ค่อย มีประโยชน์

4.4 การป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอด

4.4.1 การป้องกันวัณโรคปอด : วัคซีน บีซีจี แคลมีท และ กิวรีน (Calmette & Guerin) เป็นผู้ค้นพบเชื้อวัณโรคพันธุ์พิเศษ จากการที่ได้ทดลองเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรคชนิด Bovine Type ในอาหารพิเศษแล้วถ่ายทอดพันธุ์ ต่อเนื่องกันไปถึง 230 ครั้ง โดยไม่ขาดระยะจากพ.ศ.2451 ถึง 2464 เชื้อวัณโรคที่เจริญถ่ายทอดพันธุ์ในอาหารเลี้ยงเชื้อนานถึง 13 ปี มีคุณสมบัติผิดไปจากเดิม ไม่ทำให้เกิดโรคในสัตว์ทดลอง แต่สามารถกระตุ้นให้สัตว์ทดลอง มีความต้านทานต่อเชื้อวัณโรคธรรมชาติอีกด้วย เชื้อนี้จึงได้ชื่อว่าเชื้อ บีซีจี. ในพ.ศ.2468 เริ่มทดลองให้วัคซีนบีซีจี. แพร่หลายยิ่งขึ้น โดยใช้วิธีการต่างๆจนเป็นที่ยอมรับ ของสันนิบาตชาติในปี พ.ศ.2473 (ทวิศักดิ์ บำรุงตระกูล. 2528 : 19) การฉีดวัคซีน บีซีจี ก่อนที่จะได้รับการติดเชื้อวัณโรคฤทธิ์แรง จะได้รับประโยชน์ดังนี้

4.4.1.1 หลีกเลี่ยงการเกิดรอยโรคปฐมภูมิในปอดซึ่งมี ภาวะแทรกซ้อน ก่ออันตรายได้มาก

4.4.1.2 ไม่ต้องเป็นวัณโรคมิลีอารี หรือวัณโรคชนิด ร้ายแรง จากการแพร่กระจายของเชื้อในระยะปฐมภูมิ

4.4.1.3 หลีกเลี่ยงการเป็นวัณโรคหลังปฐมภูมิ ซึ่งเกิดจากรอยโรคที่แพร่กระจายทางหลอดน้ำเหลือง และหลอดเลือดในระยะโรคปฐมภูมิ

4.4.1.4 เกิดภูมิต้านทานโรค "แอ็คไควร์" ซึ่ง สามารถต่อต้านการติดเชื้อ ลำดับ (เอ็กโซจีนัส สปอร์อินเพกชัน) ได้ไม่มากนัก และคาดว่า ภูมิต้านทานจะอยู่ได้นานถึง 10 ปีหรือมากกว่า

ดังนั้นจึงแนะนำให้วัคซีน บีซีจี.แก่ทารกหรือเด็กเล็ก ๆ ในประเทศ ที่มีอัตรา วัณโรคสูง (สมชัย บวรกิตติ. 2530 : 228)

4.4.2 การควบคุมวัณโรคปอด

การควบคุมวัณโรคปอด ประกอบด้วย 3 มาตรการ คือ

4.4.2.1 การป้องกันวัณโรคปอด โดยการฉีดวัคซีน บีซีจี

4.4.2.2 การหาแหล่งแพร่กระจายเชื้อ ซึ่งก็คือการหารายป่วยวัณโรคปอด

4.4.2.3 การรักษาวัณโรคปอด เพื่อตัดการแพร่กระจายเชื้อ (ทวิศักดิ์ บำรุง
ตระกูล. 2528 : 11)

5. การดูแลรักษา(วัณโรค) ภายใต้การสังเกตโดยตรง

การดูแลรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง (Directly Observed Therapy หรือ Directly Observed Treatment (DOT)) (นัคดา ศรียาภย์. 2539 : 16) ซึ่งมีกำเนิดเนื่องมาจากการรักษาวัณโรค หมายถึงการให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้าผู้ได้รับมอบหมายให้ดูแลเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้กินยาทุกขนานตามขนาดแต่ละขนานครบถ้วน ซึ่งวิธีการรักษาวัณโรคแบบนี้มิใช่เป็น ของใหม่ แต่ได้มีการเห็นปัญหาและเสนอแนะให้ใช้มาแล้วตั้งแต่ปี 2505 โดยเดิมเรียกชื่อว่า"การรักษาโดยการควบคุม (Supervised Therapy)" และได้มีการใช้กันเป็นประจำมาแล้ว เช่นในฮ่องกง มัสราส และลอนดอน ซึ่งในระยะนั้นได้สรุปว่าถ้าจะให้ผลดี (ในระบบยาเก่า) และสะดวก ก็ควรใช้ระบบยาที่ให้แบบวันละครั้ง โดยให้ยาติดควบกับยากินสัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยสถานบริการเป็นเวลา 1-1 1/2 ปี ในประเทศไทยนั้นกองควบคุมวัณโรคก็ได้เคยนำมาใช้สำหรับผู้ป่วยวัณโรคในจังหวัดพระนครระหว่างปี 2511-2516 ซึ่งก็ได้ผลดีกว่าการให้ยาผู้ป่วยไปกินเองที่บ้านประมาณสองเท่า สำหรับสหรัฐนั้น การรักษาโดยวิธีควบคุมในตอนแรกยังคงใช้เฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหา เช่น เป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง ไม่มีอาชีพหรือที่อยู่เป็นหลักแหล่ง และเริ่มมีผู้นำมาใช้จริงจังสำหรับผู้ป่วยวัณโรคทั่วไปอย่างได้ผลตั้งแต่ปี 2516 ต่อมาเมื่อถึงปี 2533 ผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มมากขึ้น พร้อมๆกับวัณโรคที่ดื้อยาและมีการระบาดของวัณโรคในโรงพยาบาลดังกล่าวแล้วการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรงก็เป็นที่ยอมรับเพิ่มขึ้นและเริ่มใช้เป็นวิธีมาตรฐานรู้จักมากขึ้นในนามของ การรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง (Directly Observed Therapy) และในที่สุด สหรัฐอเมริกาก็ประกาศให้ใช้ ดอท (DOT) เป็นนโยบาย ของรัฐบาลเป็นมาตรฐานในการรักษาวัณโรคเมื่อปี 2536 เนื่องจากการระบาดของวัณโรคที่ดื้อยาหลายขนานขึ้นดังกล่าว

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยในต่างประเทศ

พาเจล (Pagel. 1964 : 64) ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพยาธิสภาพและการตาย ด้วยวัณโรคปอด พบว่า ด้านอาชีพมีส่วนส่งเสริมให้เกิดพยาธิสภาพในปอด บุคคลที่ทำงานในโรงงานที่ไม่มีอากาศถ่ายเทเพียงพอ สถานที่ทำงานที่มีฝุ่นละอองของซิลิกา หรือทำงานใกล้ชิด กับผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคปอดมีโอกาสเป็นวัณโรคได้สูง

เดลี (Ndeh. 1972 : 402) ได้ศึกษาผู้ป่วยที่ขาดการรักษา พบว่าผู้ป่วยขาดการรักษา และไม่มาตรวจร่างกาย และเอ็กซเรย์อีกตามที่แพทย์นัด เนื่องจากสาเหตุการขาดแคลนเงินค่ารถที่จะเดินทางมารับบริการ และพบว่าสาเหตุหนึ่งของการรักษาไม่ได้ผล เนื่องจากว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดขาดความเข้าใจอย่างแจ่มชัดในขบวนการรักษา

อลาห์ (Alouch.1984 :915-920) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการค้นหาผู้ป่วยด้วยวัณโรคปอดในผู้ป่วยที่มีอาการไอเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลชุมชนในเคนยา (Kenya) พบว่าผู้ป่วยใหม่จำนวน 20,756 ราย มีอาการทางระบบทางเดินหายใจ 601 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.9 ของผู้ป่วยใหม่ ผลปรากฏว่าร้อยละ 5.6 ของผู้มีอาการทางระบบทางเดินหายใจเป็นวัณโรคปอดระยะแพร่เชื้อ ซึ่งร้อยละ 2.2 ตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะด้วยการเพาะเชื้อและกล้องจุลทรรศน์ร้อยละ 1.2 ตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะด้วยการเพาะเชื้อ และร้อยละ 2.2 ตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคในเสมหะ

การวิจัยในประเทศไทย

กอบแก้ว กุศลวัต (2527 : 94 - 95) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความ สม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการรักษาที่ศูนย์ราชบุรี จำนวน 224 ราย โดยการติดตามศึกษาเป็นเวลา 12 เดือน ได้ผลการวิจัยดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีฐานะเศรษฐกิจ และ สังคมสูงจะมารับการรักษาสม่ำเสมอ กว่าผู้ป่วยที่มีฐานะเศรษฐกิจและสังคมต่ำ
2. ผู้ป่วยที่มีความรู้เรื่องวัณโรคปอดสูงจะมารับการรักษาสม่ำเสมอกว่าผู้ป่วยที่มีความรู้ระดับต่ำ
3. ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลต่อเรื่องค่าใช้จ่ายในการมารักษาต่ำจะมารับการ รักษาสม่ำเสมอกว่าผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูง
4. ผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจต่อการบริการสูง ได้แก่ คุณภาพของการบริการข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับโรคและการรักษา ระยะเวลาที่รอคอย อรรถาธิบายและมนุษยสัมพันธ์ของเจ้าหน้าที่ และความ สะดวกที่ตั้งของแหล่งบริการ จะมารับการรักษาโดยสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่มี ความพึงพอใจต่ำ

5. ประสิทธิภาพเกี่ยวกับวันโรคปอดไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วย

จารุวรรณ ขันติสุวรรณ (2528 : 107-108) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยบางประการกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวันโรคปอด กรุงเทพฯ จำนวน 300 ราย ผลการวิจัยพบว่า

1. เพศ ผู้ป่วยวันโรคปอดเป็นผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง
2. อายุ พบว่ามีผู้ป่วยในช่วงอายุ 21-30 ปีมากที่สุดรองลงมาอายุ 31-40 ปี
3. การศึกษา พบว่าผู้ป่วยวันโรคปอดส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถม
4. รองลงมา คือ ไม่รู้หนังสือ
5. อาชีพ ผู้ป่วยวันโรคปอดส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีจำนวนร้อยละ

42.6 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้างทั่วไปมีร้อยละ 30.7

บานเย็น สวนไทย (2528 : 240-245) ได้ศึกษาเรื่องการให้สุขศึกษาและการติดตามการช่วยเหลือทางเศรษฐกิจกับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยวันโรคปอด จำนวน 100 ราย ที่ศูนย์วันโรคเขต 11 นครศรีธรรมราช ผู้วิจัยได้แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 4 กลุ่ม โดยแต่ละกลุ่มได้รับการปฏิบัติดังนี้

1. กลุ่มควบคุม ไม่ได้รับสุขศึกษา และการติดตามจากเจ้าหน้าที่ถ้าขาดการติดต่อ ผู้ป่วยจะต้องเสียค่าบริการ และค่ายาเอง

2. กลุ่มให้สุขศึกษาและติดตาม ผู้ป่วยได้รับสุขศึกษาจากนักสังคมสงเคราะห์ทั้ง ในครั้งแรกที่มารับการตรวจ และทุก ๆ เดือนที่ผู้ป่วยมาติดต่อ ถ้าขาดการติดต่อจะได้รับ จดหมายติดตามภายในเวลา 1 สัปดาห์

3. กลุ่มให้สุขศึกษา ติดตาม และให้ความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจผู้ป่วยได้ รับการปฏิบัติ เช่นเดียวกับกลุ่มที่ 2 ร่วมกับกลุ่มที่ 3 ผลการศึกษาพบว่า เปอร์เซ็นต์ของความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยในกลุ่ม ที่ 4 สูงสุดคือ 93.8 % และผลการทดสอบความแตกต่างของความสม่ำเสมอโดยใช้กลุ่มควบคุมเป็นมาตรฐานเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองทั้งสามมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วัลภา ผิวทน (2527 : 44) ได้ศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง ผลต่อการป้องกันโรค การรักษา และการส่งเสริมสุขภาพเป็นอันมาก บุคคลใดที่มีการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคดี จะเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเองดี และจากการวิจัยหลายครั้ง ของเบคเกอร์

สรุปได้ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการรักษา และมีคุณค่าในการทำนายพฤติกรรม ความร่วมมือของผู้ป่วย ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาตามคำสั่งของแพทย์อย่างถูกต้องและการให้ความร่วมมือมารับการตรวจตามแพทย์นัด

ภัทรา จุลวรรณ (2528 : 39) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดศรีสะเกษ โดยทำการศึกษาใน ผู้ป่วยที่รักษาอยู่ในจังหวัดศรีสะเกษไม่น้อยกว่า 1 ปี มีอายุอยู่ระหว่าง 21-50 ปี จำนวน 86 ราย เก็บข้อมูลระหว่าง 17 มีนาคม ถึง 17 เมษายน 2529 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเป็นเพศชาย ร้อยละ 52.3 การศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้นร้อยละ 80.23 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 65.12 รายได้ต่ำกว่า 1,500 บาท/เดือน ร้อยละ 53.46 และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า สถานภาพทางเศรษฐกิจ และ สังคม มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในทิศทางบวก

จิรพรรณ รัฐประเสริฐ (2533 : 40) ศึกษาลักษณะประชากร การรับรู้ และสิ่งกระตุ้นพฤติกรรม ที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค ณ ศูนย์วัณโรคเขต 3 ชลบุรี โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษา ณ ศูนย์วัณโรคเขต 3 ชลบุรีระหว่าง วันที่ 1 มีนาคมถึง 20 เมษายน 2533 จำนวน 100 คน พบว่า ผู้ป่วยเป็นเพศชาย ร้อยละ 74.0 เพศหญิง ร้อยละ 26.0 อายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 23.0 การศึกษา ระดับประถมต้นร้อยละ 58.0 อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 32.0 รายได้ 1,001-3,000 บาท/เดือนร้อยละ 39.0 ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่อง ร้อยละ 61.0 และเมื่อวิเคราะห์ ความสัมพันธ์พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงมารับการรักษาต่อเนื่อง มากกว่า ผู้ป่วยที่มี ระดับการศึกษาต่ำ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้ผลประโยชน์และอุปสรรคของการมารับการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค

ประยงค์ สัจพงษ์ (2534 : 41) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพการสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากร กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดในอำเภอคำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี โดยศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลคำเนินสะดวก จำนวน 200 ราย ระหว่างเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2533 มีอายุ 15 ปีขึ้นไปและเป็นผู้ที่ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคตั้งแต่ 4 เดือนขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่า เป็นผู้ป่วยเพศชาย ร้อยละ 57.5 เพศหญิง ร้อยละ 42.5 อายุเฉลี่ย 53.42 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 62.5 ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 27.5 รายได้ 2,000-5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 64.2 มีฐานะ 3,000 บาท เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า อายุ ลักษณะ อาชีพ การรับรู้ความรุนแรงของโรคและปัจจัยร่วม ไม่มีความ สัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การรับรู้ ต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค การรู้ต่อประโยชน์ของการรักษา การรับรู้ต่อ

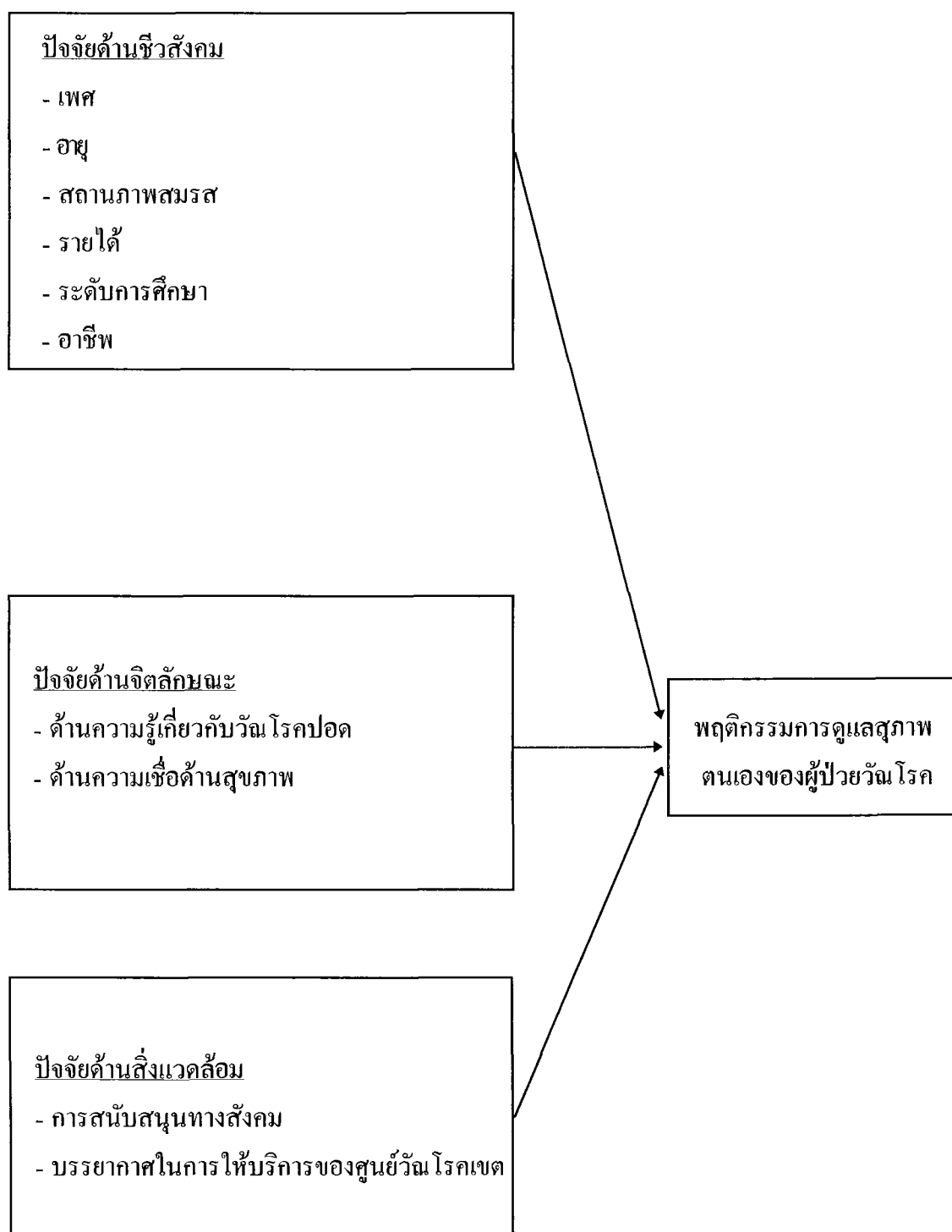
อุปสรรคของ การรักษาและแรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคมแต่ละประเภท ได้แก่ การสนับสนุนทางด้าน อารมณ์ การสนับสนุนทางด้านการประเมินพฤติกรรม การสนับสนุนทางด้านสิ่งของและเงิน มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด

สุวรรณ กสิวัต (2526 : 371) ได้ศึกษาสภาวะรายป่วย วัณโรคที่ได้รับการรักษาไม่เพียงพอ ภายหลังขาดการติดต่อกับสถานตรวจโรคปอด กรุงเทพฯ พ.ศ. 2526 จำนวน 229 รายพบว่า สาเหตุของการรักษาไม่เพียงพอได้แก่

1. ไปรับการรักษาจากสถานบริการสาธารณสุขอื่น ร้อยละ 25.00
2. คิดว่าจนเองหายจากวัณโรคปอดแล้ว ร้อยละ 16.00
3. มีอาการแพ้ยา ร้อยละ 16.00
4. อื่น ๆ ร้อยละ 43.00

รายป่วยทั้งหมดที่ติดตามได้นี้ ยังคงตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะ

จากแนวความคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยได้นำมาสร้างเป็นกรอบแนวความคิดของการวิจัยตามภาพประกอบดังนี้



ภาพประกอบ 5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. ปัจจัยด้านชีวสังคมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค
2. ปัจจัยด้านจิตลักษณะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค
3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค
4. ปัจจัยด้านชีวสังคม ด้านจิตลักษณะ ด้านสิ่งแวดล้อม สามารถร่วมกันทำนาย

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยวัณโรคในศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานีโดยมีวิธีการการวิจัยตามขั้นตอนดังนี้

1. แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาในศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 706 คน

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจ รักษาในศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานีซึ่งมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ขั้นที่ 1 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตาราง คำนวณกลุ่มตัวอย่างของมอร์แกน (Krejcie and Morgan. 1970 : 608) ได้จำนวน 254 คน เป็นเพศชาย 185 คน เพศหญิง 69 คน
2. ขั้นที่ 2 เก็บข้อมูลกับผู้ป่วยที่มารับการตรวจในแต่ละวัน โดยเก็บภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจเสมหะในศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานีตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม ถึงวันที่ 1 สิงหาคม 2540

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านชีวสังคม ประกอบด้วยตัวแปร อายุ เพศ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด ได้แก่ สาเหตุ อาการ การติดต่อ การรักษาและการป้องกัน ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดมาจาก ยุวดี รอดจากภัย (2532) และ สุพรรณิ อินตะนัย (2538)

แบบสอบถามตอนที่ 2 มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน

ถ้าตอบผิดให้ 0 คะแนน

การแปลผลคะแนนของความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

11.57 - 14.00 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด ระดับสูง

09.68 - 11.56 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด ระดับปานกลาง

00.00 - 9.67 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด ระดับต่ำ

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค และการรับรู้อุปสรรคในการไปตรวจรักษา ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากตัวอย่างแบบสอบถามของสุพรรณิ อินตะนัย (2538) เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 อันดับ คือ "เห็นด้วย " "ไม่แน่ใจ" "ไม่เห็นด้วย"

มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อความทางบวก		ข้อความทางลบ
ถ้าตอบในช่วง “เห็นด้วย”	ให้ 3	คะแนน	ให้ 1 คะแนน
ถ้าตอบในช่วง “ไม่แน่ใจ”	ให้ 2	คะแนน	ให้ 2 คะแนน
ถ้าตอบในช่วง “ไม่เห็นด้วย”	ให้ 1	คะแนน	ให้ 3 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนนของความเชื่อด้านสุขภาพ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

2.35-3.00 หมายถึง มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ระดับสูง

2.10-2.34 หมายถึง มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ระดับปานกลาง

1.00-2.09 หมายถึง มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ระดับต่ำ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามด้านสิ่งแวดล้อมประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม และบรรยากาศในการให้บริการของศูนย์วันโรคเขต ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถาม ของ กรแก้ว กอวัฒนา (2531) และสุพรรณิ อินตะนัย (2538) เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 3 อันดับ

เกณฑ์การให้คะแนนของการสนับสนุนทางสังคมดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ถ้าตอบในช่วง “เป็นประจำ”	2	0
ถ้าตอบในช่วง “เป็นบางครั้ง”	1	1
ถ้าตอบในช่วง “ไม่เคย”	0	2

เกณฑ์การแปลผลคะแนนของการสนับสนุนทางสังคม (วิเชียร เกตุสิงห์.2538 : 10)

1.34 - 2.00 หมายถึง มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ระดับสูง

0.67 - 1.33 หมายถึง มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ระดับปานกลาง

0.00 - 0.66 หมายถึง มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ระดับต่ำ

เกณฑ์การให้คะแนนของบรรยากาศในการให้บริการของศูนย์วันโรคเขต

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ถ้าตอบ “ใช่”	ให้ 2 คะแนน	ให้ 0 คะแนน
ถ้าตอบ “ไม่แน่ใจ”	ให้ 1 คะแนน	ให้ 1 คะแนน
ถ้าตอบ “ไม่ใช่”	ให้ 0 คะแนน	ให้ 2 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนนของบรรยากาศในการให้บริการของศูนย์วันโรคเขต

(วิเชียร เกตุสิงห์.2538: 10)

1.34 - 2.00 หมายถึง มีการรับรู้เรื่องการให้บริการของศูนย์วันโรคเขต ระดับสูง

0.67 - 1.33 หมายถึง มีการรับรู้เรื่องการให้บริการของศูนย์วันโรคเขต ระดับปาน

กลาง

0.00 - 0.66 หมายถึง มีการรับรู้เรื่องการให้บริการของศูนย์วันโรคเขต ระดับต่ำ

ตอนที่ 5 แบบสอบถามเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค
เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ผู้วิจัยดัด
แปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ของ กรแก้ว กอ
วัฒนา (2531) และสุพรรณิ อินตะนัย (2538) เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 3 อันดับ
เกณฑ์การให้คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ถ้าตอบในช่วง “ปฏิบัติทุกครั้ง”	2	0
ถ้าตอบในช่วง “ปฏิบัติเป็นบางครั้ง”	1	1
ถ้าตอบในช่วง “ไม่เคยปฏิบัติ”	0	2

เกณฑ์ในการแปลผลคะแนนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค
(วิเชียร เกตุสิงห์.2538 : 10)

- 1.34 - 2.00 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ระดับสูง
0.67 - 1.33 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ระดับปานกลาง
0.00 - 0.66 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ระดับต่ำ

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านจิตลักษณะ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคเพื่อนำมาดัดแปลง และคัดเลือกข้อคำถามที่สอดคล้องกับความมุ่งหมายที่ต้องการใช้ให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค
2. กำหนดเกณฑ์ การสร้างแบบสอบถาม
3. สร้างแบบสอบถาม ปัจจัยด้านชีวสังคม ปัจจัยด้านจิตลักษณะ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมสุขภาพการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค
4. นำแบบสอบถามให้คณะกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ตรวจสอบ และนำมาปรับปรุงแก้ไข ให้ถูกต้อง
5. นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ และนำมาปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยวัณโรคปอด แผนกผู้ป่วยนอกตึก ภปร. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 คน

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. หาความเที่ยงตรง (Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามในตอนต้นที่ 2 ถึงตอนต้นที่ 5 ซึ่งเป็นแบบสอบถามเรื่องความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม บรรยายการให้บริการของศูนย์วัณโรคเขต และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจแก้ไขความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาแล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมถูกต้องก่อนนำไปใช้

2. การหาค่าความยากง่าย (Difficulty) โดยนำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด จำนวน 20 ข้อไปทดลองใช้กับผู้ป่วยวัณโรคปอด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 คน และนำแบบสอบถามมาหาค่าความยากง่าย ผลปรากฏว่า ใช้ได้จำนวน 14 ข้อ มีค่าความยากง่ายตั้งแต่ 0.41 - 0.77

3. หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination)

3.1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด จำนวน 20 ข้อโดยนำมาหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ ด้วยค่าดัชนีสหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation) ใช้ได้ จำนวน 14 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนก ตั้งแต่ 0.21-0.72

3.2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 25 ข้อ นำมาหาค่าอำนาจจำแนกโดยการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to Total Correlation) ใช้ได้จำนวน 15 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนก ตั้งแต่ 0.23-0.65

3.3 แบบสอบถามด้านสิ่งแวดล้อม (การสนับสนุนทางสังคม และบรรยายการให้บริการของศูนย์วัณโรคเขต) จำนวน 15 ข้อ นำมาหาค่าอำนาจจำแนกโดยการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to Total Correlation) ใช้ได้เรื่องละ 5 ข้อ เท่ากัน มีค่าอำนาจจำแนก ตั้งแต่ 0.25-0.73

3.4 แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 20 ข้อ นำมาหาค่าอำนาจจำแนกโดยการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to Total Correlation) ใช้ได้ 14 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนก ตั้งแต่ 0.21- 0.64

4. หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

4.1 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด โดยใช้สูตร KR-20 ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2535 : 130) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71

4.2 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ โดยใช้สูตรการหาสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha - Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach. 1970 : 161) ได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.65 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และบรรยากาศในการให้บริการของศูนย์วัณโรคเขต ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75 ส่วนพฤติกรรมกาดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.57

วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล

1. นำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปที่ผู้อำนวยการศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานีเพื่อ ขออนุญาตเก็บข้อมูล เดือนเมษายน 2540

2. ผู้วิจัยติดต่อผู้อำนวยการศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขออนุมัติการศึกษาวิจัย และชี้แจงขั้นตอนของการวิจัยให้กับเจ้าหน้าที่ที่ช่วยในการเก็บข้อมูล เดือนเมษายน 2540

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในเดือนพฤษภาคม - เดือนสิงหาคม 2540 ทุกวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 8.30-12.00 น. จำนวน 254 ฉบับโดยนำแบบสอบถามซึ่งเป็นฉบับที่สมบูรณ์มาจัดกระทำ และวิเคราะห์ข้อมูล

การจัดกระทำข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS For Windows (Statistical Package for The Social Sciences For Windows) ในการทดสอบสมมติฐาน โดยมีลำดับขั้นตอนดังนี้

1. จัดทำคู่มือการสงรหัสและนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาลงรหัส
2. ตรวจสอบความถูกต้องในการลงรหัส
3. จัดกระทำกับข้อมูลในการป้อนข้อมูลในโปรแกรม
4. ดำเนินการประมวลผลข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา วิเคราะห์การกระจายของกลุ่มตัวอย่าง ของปัจจัยด้านชีวสังคม ปัจจัยด้านจิตลักษณะ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยวัณโรคโดยใช้ สถิติพื้นฐาน การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรแต่ละชุดที่อธิบายพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวสังคม ปัจจัยด้านจิตลักษณะ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

(Elifson. 1990 : 265)

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยการนำปัจจัยทั้ง 3 ด้านมารวมกันทำนายพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) (Elifson. 1990 : 265)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 หาค่าร้อยละ โดยใช้สูตร

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

เมื่อ p แทน ค่าร้อยละ

f แทน ค่าความถี่ที่ต้องการแปลงเป็นค่าร้อยละ

n แทน ค่าจำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าคะแนนเฉลี่ย โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 40)

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

เมื่อ $\bar{X}$ แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง

$\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 หาส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) โดยใช้สูตร
(ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 74)

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

เมื่อ SD แทน ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 $(\sum X)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
 $\sum X^2$ แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
 n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้หาคุณภาพเครื่องมือ

2.1 การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยใช้สูตร IC (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2535 :124)

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

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามเนื้อหาที่ต้องการ
 $\sum R$ แทน ผลรวมคะแนนความคิดของผู้เชี่ยวชาญ
 N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 การวิเคราะห์หาค่าความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนก

2.2.1 หาค่าความยากง่ายรายข้อ โดยใช้สูตร

$$P = \frac{R}{N}$$

เมื่อ P แทน ค่าความยากง่ายของคำถามแต่ละข้อ
 R แทน จำนวนผู้ตอบถูกในแต่ละข้อ
 N แทน จำนวนผู้เข้าสอบทั้งหมด

2.2.2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับวันโรคปอด หาค่าอำนาจจำแนก โดยหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อและคะแนนรวม (Item To Total Correlation) จากค่าดัชนีสหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล จากสูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 119)

$$r_{pbis} = \frac{Y_p - Y_q}{S_y \sqrt{pq}}$$

- r_{pbis} แทน ค่าอำนาจจำแนกประจำข้อ
 Y_p แทน ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นถูก
 Y_q แทน ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นผิด
 S_y แทน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนรวมทั้งหมด
 p แทน ค่าความยากของข้อสอบข้อนั้น (สัดส่วนของผู้ที่ตอบข้อนั้นถูก)
 q แทน ค่า (1-p) ซึ่งคือ สัดส่วนของผู้ที่ตอบข้อนั้นผิด

2.3 แบบสอบถามวัดการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมาหาค่าอำนาจจำแนกโดยหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected Item To Total Correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117)

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

- R_{xy} แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร x กับตัวแปร y
 $\sum x$ แทน ผลรวมของคะแนนรายข้อ(Item) ของกลุ่มตัวอย่าง
 $\sum y$ แทน ผลรวมของคะแนนรวม(Total) ของกลุ่มตัวอย่าง
 $\sum x^2$ แทน ผลรวมของกำลังสองของคะแนน x
 $\sum y^2$ แทน ผลรวมของกำลังสองคะแนน y
 $\sum xy$ แทน ผลรวมของผลคูณระหว่างคะแนน x กับ y
 n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

2.4 การวิเคราะห์ความเชื่อมั่น

2.4.1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับวันโรคปอดโดยใช้สูตร K.R.20 ของ
คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2535 : 130)

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum p q}{S_t^2} \right]$$

เมื่อ r_{tt} แทน ค่าความเชื่อมั่น

n แทน จำนวนข้อสอบ

p แทน สัดส่วนของคนทำถูกในแต่ละข้อ

q แทน สัดส่วนของคนทำผิดในแต่ละข้อ = $1-p$

S_t^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ

2.4.2 หาความเชื่อมั่นแบบสอบถามของความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ แอลฟา (α - coefficient) ของครอนบัก (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2535 : 132)

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

เมื่อ α แทน ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น

n แทน จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม

$\sum S_i^2$ แทน ค่าผลรวมคะแนนความแปรปรวนในแต่ละข้อ

S_t^2 แทน ค่าคะแนนความแปรปรวนทั้งฉบับ

3. สถิติทดสอบสมมติฐาน

การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 ถึงข้อที่ 4 การวิเคราะห์การถดถอยเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามและตัวแปรต้นเพื่อนำไปสู่การพยากรณ์หรือการประมาณค่าของตัวแปรตามด้วยตัวแปรต้น โดยต้องใช้ตัวแปรต้นตั้งแต่ 2 ตัวขึ้นไปและเป็นรูปแบบความสัมพันธ์ในเชิงเส้นตรง ซึ่งมีรูปแบบของสมการถดถอยดังนี้ (Elifson.1990 : 265)

$$Y' = a + b_1 x_1 + b_2 x_2 + \dots + b_k x_k$$

Y' = ค่าทำนายของตัวแปรตาม

a = ค่าคงที่ของสมการถดถอย

b_i = สัมประสิทธิ์ความถดถอยของตัวแปรอิสระตัวที่ i ($i = 1, 2, 3 \dots k$)

x_i = ตัวแปรอิสระตัวที่ i ($i = 1, 2, 3 \dots k$)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

การศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคในศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ปัจจัยที่นำมาศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยปัจจัย 3 ด้าน คือปัจจัยด้านชีวสังคม ปัจจัยด้านจิตลักษณะ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยศึกษาถึงตัวแปรต่างๆ ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด ความเชื่อด้านสุขภาพ บรรยากาศในการให้บริการของศูนย์วัณโรคเขต และการสนับสนุนทางสังคม

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการแปลความหมายการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ต่างๆ แทนความหมายดังต่อไปนี้

n	แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน ค่าเฉลี่ยของคะแนน
SD	แทน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
β	แทน สัมประสิทธิ์ความถดถอยของตัวแปรอิสระ
SE(β)	แทน ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของสัมประสิทธิ์ความถดถอย
Beta	แทน สัมประสิทธิ์ความถดถอยที่ปรับแล้ว
T	แทน ค่า t ที่ใช้วิเคราะห์
P	แทน ค่า p-value ที่จะใช้ดูความมีนัยสำคัญ
R^2	แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กำลังสอง
F	แทน ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์รูปแบบสมการ
*	แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาค้นคว้า

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ตอน

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยวัณโรค

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลตามความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า และสมมติฐาน

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยวัณโรค

การนำเสนอข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยวัณโรคประกอบด้วย ปัจจัยด้านชีวสังคม ปัจจัยด้านจิตลักษณะ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค โดยจำแนกตัวแปรในแต่ละด้านดังนี้

ปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โดยอธิบายด้วย จำนวน และร้อยละ ได้ผลดังตาราง 3

ตาราง 3 จำนวน และร้อยละข้อมูลพื้นฐานด้านชีวสังคมของผู้ป่วยวัณโรค

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
เพศ (คน)		
หญิง	69	27.20
ชาย	185	72.80
รวม	254	100.00
อายุ (คน)		
15 - 20 ปี	10	3.90
21 - 40 ปี	82	32.30
41 - 60 ปี	80	31.50
61 ปีขึ้นไป	82	32.30
รวม	254	100.00
รายได้ของผู้ป่วยวัณโรค (คน)		
ไม่มีรายได้	56	22.00
รายได้ $\leq$ 5,111 บาท/เดือน	175	68.90
รายได้ $>$ 5,111 บาท/เดือน	23	9.10
รวม	254	100.00
สถานภาพสมรส (คน)		
โสด	46	18.10
สมรส	186	73.60
หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	21	8.30
รวม	254	100.00

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา (คน)		
ประถมศึกษา	199	78.30
มัธยมศึกษา	44	17.30
สูงกว่ามัธยมศึกษา	11	4.30
รวม	254	100.00
อาชีพ (คน)		
เกษตรกร/รับจ้าง	157	61.80
ค้าขาย	24	9.40
รับราชการ	15	5.90
อื่นๆ	58	22.80
รวม	254	100.00

๕) จากตาราง 3 แสดงว่าปัจจัยด้านชีวสังคมมีผู้ป่วยวัณโรคมีจำนวน 254 คน เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 72.80 เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 27.20 มีอายุ 21 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.30 อายุ 41 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.50 และอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 32.30 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,111 บาทคิดเป็นร้อยละ 78.30 มีอาชีพเกษตรกร และรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 61.80

ปัจจัยด้านจิตลักษณะ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับวันโรคปอด ความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้
อธิบายด้วย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ได้ผลดังตาราง 4 และตาราง 5

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้เกี่ยวกับวันโรคปอด

ข้อคำถาม	ความรู้ของผู้ป่วย วันโรค	
	$\bar{X}$	SD
1. วันโรคปอดเป็นโรคติดเชื้อที่เกิดจากการหายใจเอาเชื้อวันโรคเข้าไป	.96	.20
2. วันโรคปอดเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม	.66	.47
3. การที่ผู้ป่วยวันโรคไอหรือจามใส่หน้ากากคนอื่นอาจทำให้บุคคลนั้นเป็นวันโรคปอดได้	.96	.19
4. วันโรคปอดสามารถติดต่อกันได้โดยการใช้ของร่วมกันกับผู้ป่วยเป็นวันโรคปอด	.75	.43
5. ผู้ที่มีอาการไอเรื้อรังเกินกว่า 4 สัปดาห์เป็นผู้ที่มีอาการน่าสงสัยว่าเป็นวันโรคปอด	.87	.34
6. ผู้ป่วยวันโรคปอดที่มีอาการไอเป็นเลือด จะเป็นผู้ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้	.56	.50
7. ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหรือแน่นหน้าอกไม่จำเป็นต้องเป็นวันโรคปอดเสมอไป	.67	.47
8. การฉายแสงเอ็กซเรย์ปอดเป็นวิธีหนึ่งที่จะทราบว่าบุคคลนั้นเป็นวันโรคปอดหรือไม่	.96	.19
9. ถึงแม้จะฉายเอ็กซเรย์ปอดทุกปีก็มีโอกาสที่จะเป็นวันโรคปอดได้	.81	.39
10. การรักษาวันโรคปอดด้วยยาแผนปัจจุบันอย่างต่อเนื่องสามารถทำให้หายขาดจากโรคได้	.92	.28
11. การรักษาวันโรคปอดเร็วหรือช้าก็มีโอกาสหายจากโรคได้เท่ากัน	.40	.49
12. วันโรคปอดเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้	.72	.45
13. ผู้ที่รักษาวันโรคปอดหายแล้วก็มีโอกาสกลับมาเป็นโรคนี้ได้อีก	.83	.38
14. ทารกแรกเกิดไม่จำเป็นต้องฉีดวัคซีนป้องกันวันโรคทุกคน	.57	.50
รวม	10.62	1.87

จากตาราง 4 แสดงว่า ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับวันโรคปอดในระดับปานกลาง มีคะแนน
ความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 10.62 โดยมีความรู้สูงสุดในเรื่องวันโรคเป็นโรคติดเชื้อที่เกิดจากการหายใจเข้า
เชื้อวันโรคเข้าไป การไอ จาม สามารถติดต่อกันได้ และการฉายเอ็กซเรย์ปอดทำให้รู้ว่าเป็น
วันโรคปอด โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 0.96 และมีความรู้ต่ำสุดในเรื่องการเข้ารับการรักษ
วันโรคปอดเร็วหรือช้าก็มีโอกาสหายได้เท่ากัน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.40

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเชื่อด้านสุขภาพ

ข้อคำถาม	การรับรู้ความเชื่อ ด้านสุขภาพ	
	$\bar{X}$	SD
1. การรักษาวัณโรคเป็นหน้าที่ของแพทย์คนเดียวเท่านั้นที่จะช่วยให้อาการของโรคดีขึ้น	1.68	.91
2. ท่านอาจเป็นวัณโรคได้ซ้ำอีก ถ้าไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์	2.83	.49
3. คนที่อยู่ในที่อากาศถ่ายเทสะดวก มีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคได้ง่าย	2.37	.78
4. คนอยู่บ้านหลังเดียวกันกับผู้ป่วยเป็นวัณโรคปอดมีโอกาสเป็นวัณโรค	2.83	.47
5. การไอ จาม โดยไม่ปิดปากของผู้ป่วยวัณโรคใส่บุคคลอื่น จะทำให้ติดเชื้อวัณโรคได้	2.94	.29
6. ผู้ที่ตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะ ไม่จำเป็น ต้องได้รับการรักษา	2.51	.82
7. การป่วยเป็นวัณโรคปอดทำให้ท่านรู้สึกกังวลใจมาก	1.20	.57
8. คนที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดไม่ควรอยู่ร่วมกับคนอื่น	1.86	.91
9. คนที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดสามารถทำงานตามปกติได้	2.02	.93
10. วัณโรคปอดเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้	2.45	.86
11. การรักษาวัณโรคปอดให้หายจะต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายมาก	1.66	.88
12. ในวันที่มารับการรักษาวัณโรคทำให้ต้องสูญเสียรายได้	1.85	.95
13 ปัญหาด้านการเงินเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ไม่มารักษาตามนัดได้	2.10	.96
14. การมาตรวจแต่ละครั้งต้องเสียเวลามากแต่ก็ยังต้องมาตามนัดของแพทย์	2.56	.78
15. ไม่มีความอดทนพอที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ได้อย่างสม่ำเสมอ	2.45	.81
รวม	2.22	.24

จากตาราง 5 แสดงว่า ผู้ป่วยวัณโรคมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 2.22 มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพสูงสุดในเรื่อง การไอ จาม ทำให้ติดเชื้อวัณโรคได้ มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.94 และมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่ำสุดในเรื่อง การป่วยเป็นวัณโรคทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกังวลใจมาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.20

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม บรรยากาศในการให้บริการของ ศูนย์วัน โรคเขต ใช้อธิบายด้วย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามตาราง 6 และ 7

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคม

ข้อคำถาม	การสนับสนุนทางสังคม	
	$\bar{X}$	SD
1.เมื่อท่านเจ็บป่วย มีคนคอยดูแลและพาไปพบแพทย์	1.47	.63
2.ท่านปรึกษากับคนในครอบครัวเสมอเมื่อมีอาการเจ็บป่วย	1.71	.51
3.คนในครอบครัวไม่รังเกียจและให้กำลังใจแม้รู้ว่าท่านป่วยเป็นวัณโรค	1.59	.73
4.เมื่อท่านมีความจำเป็นต้องใช้เงินท่านขอความช่วยเหลือจากญาติพี่น้องของท่านได้	1.49	.72
5.เมื่อท่านเจ็บป่วยและต้องการ ไปพบแพทย์เพื่อนของท่านก็ยินดีพาไป	0.65	.80
รวม	1.38	.39

จากตาราง 6 แสดงว่า ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.38 โดยผู้ป่วยวัณโรคได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงสุดในเรื่อง ผู้ป่วยปรึกษากับบุคคลในครอบครัวเสมอเมื่อมีอาการเจ็บป่วย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.71 และได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำสุด ในเรื่อง เพื่อนยินดีพาไปพบแพทย์เมื่อผู้ป่วยต้องการ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.65

ตาราง 7 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของบรรยาการในการให้บริการของศูนย์วันโรคเขต

ข้อคำถาม	บรรยาการให้บริการ ของศูนย์วันโรคเขต	
	$\bar{X}$	SD
1. การเดินทางมาตรวจรักษาสะดวก	1.93	.26
2. ที่นั่งรอตรวจมีจำนวนเพียงพอ	1.97	.17
3. แพทย์และเจ้าหน้าที่ให้ความเอาใจใส่ท่านเป็นอย่างดี	1.96	.19
4. ระยะเวลาในการรอพบแพทย์นาน	1.76	.47
5. แพทย์อธิบายถึงอาการเจ็บป่วย และระยะเวลาในการรักษาอย่างชัดเจน	1.93	.25
รวม	1.91	.19

จากตาราง 7 แสดงว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อบรรยาการในการให้บริการของศูนย์วันโรคเขตในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.91 โดยรับรู้สูงสุดในเรื่อง ที่นั่งรอตรวจมีจำนวนเพียงพอ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.97 และมีการรับรู้ต่ำสุดในเรื่อง ระยะเวลาในการรอพบแพทย์นาน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.76

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ใช้อธิบายด้วย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ได้ผลดังตาราง 8

ตาราง 8 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค

ข้อคำถาม	พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง	
	$\bar{X}$	SD
1. ท่านใช้ผ้าปิดปากเวลาไอหรือจาม	1.43	.62
2. ท่านทำลายเชื้อในเสมหะโดยการนำไปทิ้งเหมือนขยะทั่วไป	.83	.80
3. ท่านแยกออกกำลังกายในระหว่างการรักษวัณโรค	.82	.72
4. ท่านมาตรวจตรงกับวันนัดทุกครั้ง	1.85	.39
5. ท่านตั้งใจและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด	1.87	.34
6. ท่านรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ	1.82	.41
7. เมื่อนอนไม่หลับท่านไปพบแพทย์เพื่อขอยานอนหลับ	.39	.66
8. ท่านเคยลดขนาดของยาเองถ้าอาการดีขึ้น	1.75	.62
9. ท่านรับประทานยาที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย	1.66	.52
10. ท่านนอนหลับวันละ 6-8 ชั่วโมง	1.76	.49
11. ท่านจัดยาที่ต้องรับประทานในแต่ละวันด้วยตนเอง	1.68	.63
12. ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในการรับประทานยา	1.89	.36
13. เมื่อมีอาการผิดปกติหลังจากรับประทานยาท่านมาปรึกษาแพทย์ทุกครั้ง	1.59	.68
14. ท่านเคยกินยาสมุนไพรร่วมในการรักษาด้วย	1.78	.50
รวม	1.51	.22

จากตาราง 8 แสดงว่า ผู้ป่วยวัณโรคมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองในระดับ สูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.51 โดยมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองสูงสุดในเรื่อง การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในการรับประทานยา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.89 และมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองต่ำสุดในเรื่อง เมื่อนอนไม่หลับผู้ป่วยไปพบแพทย์เพื่อขอยานอนหลับ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ .39

ตาราง 9 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคจำแนกตาม ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด
ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม บรรยายการให้บริการของศูนย์วัณโรคเขต
และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด		
ระดับสูง	85	33.70
ระดับปานกลาง	92	36.50
ระดับต่ำ	75	29.80
ความเชื่อด้านสุขภาพ		
ระดับสูง	60	23.60
ระดับปานกลาง	114	44.90
ระดับต่ำ	80	31.50
การสนับสนุนทางสังคม		
ระดับสูง	121	47.60
ระดับปานกลาง	111	43.70
ระดับต่ำ	22	08.70
บรรยายการให้บริการในศูนย์วัณโรคเขต		
ระดับสูง	250	98.40
ระดับปานกลาง	4	1.60
ระดับต่ำ	-	-
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย		
ระดับสูง	206	81.10
ระดับปานกลาง	46	18.10
ระดับต่ำ	2	0.80

จากตาราง 9 แสดงว่า ผู้ป่วยวัณโรคมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดส่วนใหญ่ ในระดับ ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 36.50 มีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 44.90 การสนับสนุนทางสังคมอยู่ใน ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 47.60 บรรยายการให้บริการของศูนย์ วัณโรคเขต ในระดับสูง ร้อยละ 98.40 และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ในระดับ สูง คิด เป็นร้อยละ 81.10

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลตามความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า และสมมติฐานการศึกษาค้นคว้า

สมมติฐานข้อที่ 1 ปัจจัยด้านชีวสังคมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค

ในส่วนนี้เป็นการดูตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยตามปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและอาชีพ โดยใช้การวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ

ตาราง 10 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ปัจจัยด้านชีวสังคมที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตัวแปร	β	SE(β)	Beta	T	P	R^2	R^2 ที่เพิ่ม
การศึกษาระดับประถมศึกษา	-.1198	.0330	-.2228	-3.629*	.0003	.0496	.0496
ค่าคงที่	1.6025	.0292		54.840	.0000		

$n = 254$ คน , $F = 13.1724$, $*P < .05$, $R^2 = .0496$

จากตาราง 10 แสดงว่า การศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า การศึกษาระดับประถมศึกษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เท่ากับ -.1198 นั่นคือ ผู้ป่วยที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา จะมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองลดลง .1198 หน่วย และสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ร้อยละ 4.96

สมมติฐานข้อที่ 2 ปัจจัยด้านจิตลักษณะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค

ส่วนนี้เป็นการดูตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคของปัจจัยด้านจิตลักษณะ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดและความเชื่อด้านสุขภาพ

ตาราง 11 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ปัจจัยด้านจิตลักษณะที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตัวแปร	β	SE(β)	Beta	T	P	R^2	R^2 ที่เพิ่ม
ความเชื่อด้านสุขภาพ	-.2877	.0563	-.3125	-5.109*	.0000	.1264	.1264
ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด	.0176	.0073	.1482	2.422*	.0161	.1465	.0201
ค่าคงที่	1.8331	.1440		12.728	.0000		

n = 254 คน , F = 21.3851 , *P < .05 , R^2 = .1465

จากตาราง 11 แสดงว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดทั้ง 2 ตัวแปรทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเท่ากับ -.2877 นั่นคือ ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองลดลง .2877 หน่วย โดยสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยได้ร้อยละ 12.64 และ ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเท่ากับ .0176 นั่นคือ ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น .0176 หน่วย สามารถทำนายพฤติกรรมได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 2.01 และทั้ง 2 ตัวแปรร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ได้ร้อยละ 14.65

สมมติฐานข้อที่ 3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค

ส่วนนี้เป็นการดูตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และบรรยากาศการให้บริการของศูนย์วัณโรคเขต

ตาราง 12 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตัวแปร	β	SE(β)	Beta	T	P	R^2	R^2 ที่เพิ่ม
บรรยากาศการให้บริการ	.2686	.0679	.2392	3.957*	.0001	.0613	.0613
การสนับสนุนทางสังคม	.0886	.0345	.1549	2.563*	.0109	.0852	.0239
ค่าคงที่	.8063	.1459		5.526	.0000		

n = 254 คน , F = 11.7010 , *P < .05 , R^2 = .0852

จากตาราง 12 แสดงว่า บรรยากาศการให้บริการของศูนย์วัณโรคเขต และการสนับสนุนทางสังคม ทั้ง 2 ตัวแปรทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าบรรยากาศการให้บริการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเท่ากับ .2686 นั่นคือ บรรยากาศการให้บริการ เพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เพิ่มขึ้น .2686 หน่วย สามารถทำนายได้ร้อยละ 6.13 และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเท่ากับ .0886 นั่นคือ การสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น.0886 หน่วย สามารถทำนายพฤติกรรมได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 2.39 และทั้ง 2 ตัวแปรร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ได้ร้อยละ 8.52

สมมติฐานข้อที่ 4 ปัจจัยด้านชีวสังคม ปัจจัยด้านจิตลักษณะ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค

ในการศึกษาส่วนนี้เป็นการศึกษาโดยการนำเอาปัจจัยทั้ง 3 ด้านมารวมกันทำนายความสัมพันธ์ที่มีต่อตัวพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค

ตาราง 13 ผลวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ปัจจัยด้านชีวสังคม ปัจจัยด้านจิตลักษณะ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตัวแปร	β	SE(β)	Beta	T	P	R^2	R^2 ที่ เพิ่ม
ความเชื่อด้านสุขภาพ	-.2785	.0534	-.3025	-5.216*	.0000	.1264	.1264
บรรยากาศการให้บริการ	.2605	.0633	.2317	4.115*	.0001	.1826	.0562
การศึกษาระดับประถมศึกษา	-.0808	.0313	-.1492	-2.579*	.0105	.2051	.0225
การสนับสนุนทางสังคม	.0695	.0323	.1215	2.150*	.0325	.2197	.0146
ค่าคงที่	1.4244	.1697		8.390	.0000		

$n = 254$ คน , $F = 17.3918$, $*P < .05$, $R^2 = .2197$

จากตาราง 13 แสดงว่าตัวแปรทั้ง 4 ตัวแปร ประกอบด้วย ความเชื่อด้านสุขภาพ บรรยากาศการให้บริการของศูนย์วัณโรคเขต การศึกษาระดับประถมศึกษา และการสนับสนุนทางสังคมที่ทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเท่ากับ -.2785 นั่นคือ ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะแนบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองลดลง .2785 หน่วย สามารถทำนายพฤติกรรมได้ร้อยละ 12.64 ส่วนบรรยากาศการให้บริการของศูนย์วัณโรคเขตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เท่ากับ .2605 นั่นคือ บรรยากาศการให้บริการเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะแนบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น .2605 หน่วย สามารถทำนายพฤติกรรมได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 5.62 การศึกษาระดับประถมศึกษามีความ

สัมพันธ์ทางลบกับการดูแลสุขภาพตนเอง เท่ากับ -0.0808 นั่นคือ ผู้ป่วยที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาจะมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองลดลง 0.0808 หน่วย สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.25 และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เท่ากับ 0.0695 นั่นคือ ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น 0.0695 หน่วย 7 และทำนายพฤติกรรมได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.46 โดยตัวแปรทั้ง 4 ตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ร้อยละ 21.97

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

บทย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา(Descriptive Research) โดยศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคในศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคในศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี ใน เดือนมกราคม ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2540 จำนวน 254 คน เป็นชาย 185 คน เป็นหญิง 69 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเลือกแบบบังเอิญ (Accidental Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านชีวสังคม ปัจจัยด้านจิตลักษณะ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม แบ่งออกเป็น 5 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด ประกอบด้วย สาเหตุการป้องกัน และการรักษา

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคปอด การรับรู้โอกาสเสี่ยงของผู้ป่วยวัณโรค และการรับรู้อุปสรรคในการไปตรวจรักษา

ตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม และบรรยากาศการให้บริการของศูนย์วัณโรคเขต

ตอนที่ 5 เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอสพี เอส เอส ฟิชี (SPSS/PC Statistical Package for the Socail Sciences / Personal Computer)

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของปัจจัยด้านชีวสังคม โดยใช้ ค่าร้อยละ
2. วิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม บรรยายภาพการให้บริการในศูนย์วัณโรคเขต และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองโดยใช้ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ตามสมมติฐานโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

จากการศึกษาพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคในศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 254 คน เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 72.80 เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 27.20 มีอายุ 21-40 ปีและอายุ 61 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 32.30 เท่ากัน อายุ 41-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.50 ผู้ป่วยวัณโรค มีรายได้ต่ำกว่า 5,111 บาท / เดือน คิดเป็นร้อยละ 68.90 ไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 22.00 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 73.60 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 78.30 มีอาชีพเกษตรกรและรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 61.80 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 36.50 มีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 44.90 รับรู้บรรยายภาพการให้บริการของศูนย์วัณโรคเขต ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 98.40 ได้รับการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับสูงร้อยละ 47.60 และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 81.10

สมมติฐานข้อ 1 ปัจจัยด้านชีวสังคมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองพบว่า การศึกษาระดับประถมศึกษาทำนายพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยได้ร้อยละ 4.96 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานข้อ 2 ปัจจัยด้านจิตลักษณะที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยได้ร้อยละ 14.65 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานข้อ 3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคพบว่า บรรยากาศในการให้บริการของศูนย์วัณโรคเขต และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ร้อยละ 8.53 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานข้อ 4 ปัจจัยด้านชีวสังคม ปัจจัยด้านจิตลักษณะ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ บรรยากาศในการให้บริการของศูนย์วัณโรคเขต การศึกษาระดับประถมศึกษา และการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยได้ร้อยละ 21.98 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี ได้ผลดังนี้

1. การศึกษาระดับประถมศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค สอดคล้องกับคำกล่าวของ จรรยา สุวรรณทัต (2527 : 17) กล่าวว่าไว้ว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงมีโอกาสที่จะเพิ่มพูน ความรู้ ความสามารถให้ตนเองเกิดเจตคติที่กว้างขวางมากขึ้นและจะให้ความร่วมมือในการรักษาสูงตามมาด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กอบแก้ว กุดตวัศ (2527) จารุวรรณ ชันติสุวรรณ (2528) จิรพรรณ รัฐประเสริฐ (2533) ที่ศึกษากับผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจะให้ความร่วมมือในการรักษาสม่ำเสมอ มากกว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีระดับการศึกษาต่ำ กล่าวได้ว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ในการนำเอาความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ รวมทั้งไม่เห็นความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอโดยเฉพาะเมื่อต้องเผชิญกับความเจ็บป่วย ย่อมเป็นสิ่งที่ยากที่จะหาคำตอบให้กับตนเองว่าควรปฏิบัติตัวอย่างไรเพื่อหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยนั้นและจะดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิธีใดจึงจะเกิดประโยชน์ต่อสุขภาพตนเองได้มากที่สุด

2. ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรพรรณ รัฐประเสริฐ (2533) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด และสอดคล้องกับ สุพรรณิ อินตะนัย (2538) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคปอดจะมากหรือน้อยนั้นการมารับการรักษาไม่แตกต่างกัน รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา เพ็ญศิริภา

(2529) พบว่า เมื่อผู้ป่วยวันโรคที่มีอาการทุเลาลงจะมีการรับรู้เรื่องความรุนแรงของการเกิดโรคลดลง กล่าวได้ว่า ถึงแม้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคปอดเป็นโรคที่มีความรุนแรงเมื่อมีอาการแสดงต่าง ๆ เกิดขึ้น เช่น ไอเรื้อรังนาน ๆ ไอมีเสมหะปนเลือด เหนื่อยง่ายอาจจะทำให้เป็นวันโรคได้และเป็นอันตรายแก่ชีวิตซึ่งมีผลเสียต่อร่างกาย และจิตใจของตนเองก็ตามแต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาเพียง 2 สัปดาห์ ก็จะมีอาการทุเลาลงจึงคิดว่าตนเองหายจากโรคแล้ว ผู้ป่วยก็มีพฤติกรรมดูแลตนเองลดลง โดยไม่คำนึงผลที่จะตามมา และไม่มาตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องเพราะเชื่อว่าการเจ็บป่วยด้วยวันโรคปอดก็เหมือนโรคอื่น ๆ ที่เป็นแล้วสามารถรักษาให้หายขาดได้ จากการสอบถามพบว่าผู้ป่วยยังมีความเชื่อในเรื่องการรักษาวันโรคให้หายขาดได้เป็นหน้าที่ของแพทย์เพียงฝ่ายเดียวที่จะทำให้อาการของโรคหายขาดได้ เมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อเช่นนี้แล้วก็จะทำให้ผู้ป่วยไม่สนใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ส่งผลต่อการรักษาที่ไม่สมบูรณ์

3. ความรู้เกี่ยวกับวันโรคปอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กอบแก้ว กุดตวัธ (2527) พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้เรื่องวันโรคปอดสูงจะมารับการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีความรู้ในระดับต่ำ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของกรแก้ว กอวัฒนา (2531) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับวันโรคปอดน้อย จะมีการขอการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับวันโรคปอดมาก แม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการรักษาในศูนย์วันโรคเขต 7 จะมีระดับการศึกษาต่ำก็ตาม แต่เจ้าหน้าที่ผู้ให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติได้เน้นการให้สุขศึกษาในเรื่องสาเหตุ อาการ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่น และการปฏิบัติตัวเพื่อให้หายขาดจากโรค อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอทุกครั้ง que ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาเพื่อรับยา จึงทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในทิศทางที่ถูกต้อง

4. บรรยากาศในการให้บริการของศูนย์วันโรคเขต มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวันโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กอบแก้ว กุดตวัธ (2527) ขนิษฐา มณีเรืองเดช (2529) พบว่า ความพึงพอใจการบริการของเจ้าหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการของผู้ป่วยวันโรค กล่าวได้ว่า บทบาทของบุคลากรต่อผู้ป่วยวันโรค ในเรื่อง อธิยาศัยไมตรี การพูดจาที่ดี การอธิบายถึงขั้นตอนในการรักษาโดยละเอียด การจัดสถานที่ในสถานบริการ ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษา ตลอดจนการออกเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องด้วย

5. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อร่าไพ วิริยะไชย (2538) พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยจะมีความล่าช้าในการรักษามากกว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของ ประยงค์ สัจจพงษ์ (2534) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินพฤติกรรมการสนับสนุนทางด้านสิ่งของและเงิน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด รวมทั้งสอดคล้องกับจิราภา หงษ์ตระกูล (2532) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กล่าวได้ว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลารักษานาน และพยาธิสภาพของโรคทำให้ผู้ป่วยมีร่างกายอ่อนแอลงไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติจึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด รวมทั้งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลไม่มั่นใจในตนเอง กลัวการถูกทอดทิ้ง หรือรู้สึกว่าคุณค่าตัวเองไร้ค่า ต้องเป็นภาระต่อผู้อื่น อาจทำให้รู้สึกผู้ป่วยเบื่อหน่าย ท้อแท้ในการดูแลตนเอง ดังนั้นการได้รับการสนับสนุนด้านต่างๆ จากญาติ และผู้ใกล้ชิดโดยการให้ ความรัก ความห่วงใย การดูแลเอาใจใส่ ช่วยเหลือด้านสิ่งของเงินทอง จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอบอุ่นปลอดภัยลดความวิตกกังวลลงได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และเกิดแรงจูงใจ ที่จะปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้รับการกระตุ้นเตือนจากญาติด้วยการลงบันทึกในสมุดนัดของผู้ป่วย เพื่อนำกลับมาขอรับยากับเจ้าหน้าที่ในครั้งต่อไปทุก 15 วันการทำกิจกรรมนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ ไม่เป็นที่รังเกียจของบุคคลอื่น ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคเป็นอย่างดี

สรุป ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ประกอบด้วยตัวแปร การศึกษาระดับประถมศึกษา ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด บรรยายากในการให้บริการของศูนย์วัณโรคเขต และการสนับสนุนทางสังคม

ข้อเสนอแนะ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่อยู่ในวัยทำงาน และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา อาจเป็นการยากที่จะทำความเข้าใจต่อขั้นตอนของการรักษา ซึ่งการรักษาเพื่อให้หายขาดจะต้องใช้ระยะเวลานาน และต้องมีการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องจึงควรกระตุ้นเตือนผู้ป่วยให้มีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอแนะคือ

1. จัดให้มีการให้สุขศึกษาเป็นกลุ่มย่อยสำหรับญาติของผู้ป่วยวันโรคสูงอายุ เพราะผู้ป่วยสูงอายุจะได้รับการดูแลเอาใจใส่จากญาติหรือบุคคลใกล้ชิด กลุ่มญาติของผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้ความเข้าใจหลักการป้องกันและปฏิบัติอย่างถูกวิธีเพื่อป้องกันการติดเชื้อในครอบครัว

2. จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวันโรคมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ในศูนย์วันโรคเขตนครในในระดับสูง ดังนั้นเจ้าหน้าที่จึงควรปฏิบัติต่อผู้ป่วย อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เพราะเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ ตลอดจนมีการดูแลสุขภาพตนเองในทิศที่ถูกต้อง และเข้ารับการ ตรวจรักษาจนหายขาดจากโรค

3. จากการเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่า มีปัญหาเรื่องการใช้ภาษาในการสอบถามผู้ป่วย แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ควรเป็นภาษาที่เข้าใจง่าย ไม่ยุ่งยาก ชัดชัด สามารถสื่อเป็นภาษาท้องถิ่นได้อย่างเข้าใจ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีงานวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยวันโรค โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และสังเกตการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวันโรคที่ขาดการรักษา และในรายผู้ป่วยที่เป็นซ้ำ

2. ควรมีงานวิจัยเชิงสำรวจเกี่ยวกับปัญหาที่พบในการให้สุขศึกษากับผู้ป่วยวันโรค สำหรับเจ้าหน้าที่ประจำสถานอนามัย เพราะมีผู้ป่วยบางส่วนจะต้องมารับยาและคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ในสถานอนามัย

3. ควรศึกษาพฤติกรรมของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อวันโรค

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรแก้ว กอวัฒนา. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการขอการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด.
วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.
- กอบแก้ว กุตตวัศ. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด.
วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.
- กรูไกร เจนพานิชย์. “บทบาทของแพทย์และเภสัชที่มีต่อความร่วมมือของผู้ป่วย,” เอกสารประกอบการฟื้นฟูวิชาการครั้งที่ 4 ด้านเภสัชกรรมคลินิก. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2521.
- เกษร ลัทธิตานนท์. ประสิทธิผลของการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีต่อการเลี้ยงดู
ด้วยนมมารดา วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- ขนิษฐา มณีเรืองเดช. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อมารับการรักษาไม่สม่ำเสมอของผู้ป่วยวัณโรค
ปอด จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.
อัดสำเนา.
- คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, สำนักงาน. การสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย.
กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2528.
- จรรยา สุวรรณทัต. เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาพัฒนาเด็กและการเลี้ยงดู หน่วยที่ 8-15.
กรุงเทพฯ : ชวนพิมพ์, 2527.
- จารุวรรณ ขันติสุวรรณ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความร่วมมือใน
การรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล,
2528. อัดสำเนา.
- จิรพรรณ รัฐประเสริฐ. การศึกษาลักษณะประชากร การรับรู้ และสิ่งกระตุ้นพฤติกรรมที่มี
ความสัมพันธ์กับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคในศูนย์วัณโรคเขต 3 ชลบุรี. กรุงเทพฯ :
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533. อัดสำเนา.
- จิรภา หงษ์ตระกูล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความ
สามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์
วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- ชูศรี วงศ์ตันนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5 . กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.

ชัยเวช นุชประยูร. “ศัพท์นิยามของมัคโคบัคทีเรีย,” วารสารวัณโรคและทรวงอก. 3(6) : 49 ;

มกราคม - มีนาคม 2528.

_____. หลักการรักษวัณโรคปอดครั้งแรก. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์บำรุงนุกุลกิจ, 2525.

ทวีศักดิ์ บำรุงตระกูล. คู่มือวัณโรค. กรุงเทพฯ : วรวิเทศการพิมพ์, 2528.

✓ ธนวรรณ อัมสมบุรณ์. “การประเมินผลงานสุศึกษาในโรงเรียน : กระบวนการ

วิเคราะห์อย่างเป็นระบบ,” วารสารสุศึกษา. 8(29): 24-26 ; เมษายน-พฤษภาคม 2528.

_____. “การสอนสุศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุภาพ,” ข่าวสารสุศึกษา. 4(2): 38-43 ;

เมษายน-กันยายน 2532.

นภัสวรรณ อินประสิทธิ์. ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อด้านสุภาพกับพฤติกรรมสุภาพใน

การป้องกันโรคซิโนซิสของพนักงานโรงโม่หิน จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์

วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.

นัคดา ศรียาภัย. บทบาทของชุมชนเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองในการรักษวัณโรค โดยการใช้

ยาระยะสั้น ภายใต้การสังเกตโดยตรง แนะนำแนวทางในการดำเนินการและการศึกษา

ทดลองความเป็นไปได้. สารานุกรมสุมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 16 ; 2539.

นิตยา เพ็ญศิริินภา. ประสิทธิผลของการจัดโปรแกรมสุศึกษาสำหรับผู้ป่วยโรคท่อน้ำหนัก

เรื้อรัง ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลรามาชินดี.

วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. อัดสำเนา.

นิตยา ภาสุนันท์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ

: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. อัดสำเนา.

บานเย็น สวนไทย. “การให้สุศึกษาและติดตามการช่วยเหลือทางเศรษฐกิจกับความสม่ำเสมอใน

การรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด,” วารสารโรคติดต่อ. 11(3) : 240-245 ; กรกฎาคม -

กันยายน 2528.

บัญญัติ ปริชญานนท์. วัณโรค. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อักษรการพิมพ์, 2524.

บัณฑิต ชุนทสวัสดิกุล. “รายงานผลการติดตามวัณโรค,” วารสารโรคติดต่อ. 2(6) 45-54 ;

เมษายน-มิถุนายน 2519.

_____. “รายงานผลการติดตามผู้ป่วยวัณโรค,” วารสารโรคติดต่อ. 2(6):45-54 ; กรกฎาคม-

กันยายน 2524.

- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. “จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข,” เอกสารสอนชุดจิตวิทยาสังคมวิทยา
การแพทย์ หน่วยที่ 9 - 15. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช, 2526.
- ประกิต วาทีสาธกิจ. “อันตรายจากการติดเชื้อวัณโรค,” แพทยสภาสาร. 12 : 308 ; กรกฎาคม
2526.
- _____. “การอภิปรายหมู่เรื่องการรักษาวัณโรคซ้ำ,” วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก. 2(5) :
151 ; กรกฎาคม-กันยายน 2524.
- ประคอง เขจรนันท์. “ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค,” ในชนบทวิทยาสารเสนารักษ์. 5(34) : 97-98 ;
มีนาคม-เมษายน 2524.
- ประพาศ ยงใจยุทธ. “การอภิปรายหมู่เรื่อง Tuberculosis 85,” วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก.
6 : 83-87 ; มกราคม-ธันวาคม.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทัศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์ 2526.
- _____. ทัศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์พีระ
พัฒนา 2532.
- ประยงค์ สัจจงพงษ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและ
ลักษณะของประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคในอำเภอดำเนินสะดวก
จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- ประวิทย์ สุนทรสีมะ. การควบคุมโรคติดต่อ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : องค์การศิลปการพิมพ์,
2525.
- ประเสริฐ ปาจริย์. วัณโรค. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : พดกษศิริการพิมพ์, 2524.
- พวงพยอม การกัญญา. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วม
มือในการรักษาของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ สส.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
มหิดล, 2530. อัดสำเนา.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ :
ฟิงเกอร์ปรีน แอนด์มีเดีย, 2535.
- พลับพลึง บุญรามณรงค์. การแนะแนวสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงาน
ปลูมศึกษา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อัดสำเนา.

- พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ. “พฤติกรรมและการดูแลตนเองของชาวชนบท, กรณีศึกษาหมู่บ้าน 2 แห่งในภาคอีสาน,” ใน การดูแลสุขภาพตนเองที่คนทางสังคมและวัฒนธรรม.
กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- ไพบุลย์ เทวรักษ์. จิตวิทยาการศึกษาพฤติกรรมภายในและภายนอก. กรุงเทพฯ : ภาคจิตวิทยา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2523.
- ภัทรา จุลวรรณ. ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคจังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. อัดสำเนา.
- มาลี วิบูลย์. การศึกษาผลของวิธีการติดตามผู้ป่วยวัณโรคปอดให้มารับบริการ ณ โรงพยาบาลโรคทรวงอก นนทบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530. อัดสำเนา.
- ยุวดี รอดจากภัย. การศึกษาประสิทธิผลของการจัดโปรแกรมสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอด ณ สถานตรวจโรคปอด กรุงเทพฯ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- เยาวดี สุวรรณาคะ. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- วิชัย เทียนถาวร และคนอื่นๆ. “การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยก่อนและหลังหมดระดู,” เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาเรื่อง Holistic Approach to Menopause 9 มีนาคม 2538. กรุงเทพฯ : ชมรมวิชาการทางสตรีวัยหมดระดูแห่งประเทศไทย, 2538.
- วิเชียร เกตุสิงห์. “ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย : เรื่องง่ายๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้,” ข่าวสารการวิจัยการศึกษา. 18(3) : 8-11 ; กุมภาพันธ์-มีนาคม 2538.
- วัฒนะ คล้ายดี. ประสิทธิผลของการจัดโปรแกรมสุขภาพโดยการสอนผู้ป่วยร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากญาติผู้ป่วยในผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลอินทรีบุรี จังหวัดสิงห์บุรี. วิทยานิพนธ์ สส.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530. อัดสำเนา.
- วันเพ็ญ วิสุวรรณ. เปรียบเทียบผลการให้สุขภาพแบบการจัดโปรแกรมสุขภาพและการให้สุขภาพตามปกติแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดิถุผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.

- ✓ วัลลา ผิวนท. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตน ภายนอกเกี่ยวกับสุขภาพ อนามัย การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคติดต่อปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และสังคม กับการให้ความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กวัยเรียนภูมิคุ้มกันโรค.วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.อัดสำเนา.
- สมจิตต์ สันธชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวในผู้ป่วย โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- สมใจ ยืนวิไล. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแล ตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.
- สมชัย บวรกิตติ. วันโรคปอด. กรุงเทพฯ : บริษัทธรรมสาร, 2530.
- สาธารณสุข, กระทรวง. แนวทางการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2535.
- _____. สรุปผลรายงานการเฝ้าระวังโรคปี 2536. กรุงเทพฯ : กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2536.
- สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี, 2535.
- _____. รายงานผลการสำรวจแรงงาน. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี, 2536.
- _____. สถิติการศึกษาและสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี, 2537.
- _____. สถิติประชากรชาติทั่วประเทศ. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี, 2537.
- _____. สถิติรายได้ รายจ่ายของครัวเรือน. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี, 2537.
- ✓ สุชาดา สุธรรมรักษ์. เอกสารประกอบการสอน จด101 จิตวิทยาเบื้องต้น. กรุงเทพฯ : ภาควิชาแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทร วิโรฒ ปทุมวัน, 2531.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางสังคม ศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ : หลักการและการประยุกต์. พิมพ์ครั้งที่ 3. ม.ป.ท., 2537.
- ✓ สุชาติ โสมประยูร. โปรแกรมสุขภาพในโรงเรียน. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2525.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ คอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539.

สุพรรณิ อินตะนัย. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์
สส.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538. อัดสำเนา.

สุรีย์ โอภาสศิริวิทย์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเอง
ของหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.

สุวรรณ กสิวัต. “การติดตามผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาไม่เพียงพอ,” วารสารโรคติดต่อ.
5-9 ; ตุลาคม - ธันวาคม, 2526.

สำลี เปลี่ยนบางช้าง. “สุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543,” การสาธารณสุขมูลฐาน. ศูนย์ฝึกอบรม
และพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน : นครปฐม, 2526.

อรราไพ วินทะไชย. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยวัณโรคโดยการจัดกิจกรรม
กลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ณ ศูนย์วัณโรคเขต 5 นครราชสีมา. วิทยานิพนธ์
สส.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538. อัดสำเนา.

อารีย์ ปุณณะตระกูล. พฤติกรรมสุขภาพที่มีต่ออัตราการอยู่ต่ำกว่า 1 ปี ซึ่งเป็นโรคติดต่อระบบ.
ทางเดินหายใจที่ได้รับการตรวจรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเด็ก. วิทยานิพนธ์
กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร, 2533. อัดสำเนา.

อังรา โอประเสริฐสวัสดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการ
ปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.

อัศณีย์ สิงหลกะ. การใช้ยาไม่ตามสั่งของผู้ป่วยนอก. วิทยานิพนธ์ ภ.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2524. อัดสำเนา.

เอี่ยมพร กาญจนรังสิชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม
กับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือด
ขณะเข้ารับการบำบัดรักษาขั้นถอนพิษยา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
มหิดล, 2532. อัดสำเนา.

Addington, W.W. Patient Compliance: The Most serious remaining problem in the control
of Tuberculosis in the United State. Chest 76 : 741-743 December , 1979.

Alouch, Joseph A. et al. “Study of Case Finding for Pulmonary Tuberculosis
in out Patients Complaining of a Chronic Cough at a District Hospital in
Kenya,” American review of respiratory disease. 129 : 915-920; June, 1984.

- Bloom, S.B. Taxonomy of Education Objective, Hand Book I : Cognitive Domain. New York : McKay Co., Inc., 1975.
- Boiley, W.C. "Treatment of mycobacterial disease," American review at respiratory disease 115. 115 : 185-187 ; Jan-Mar , 1977.
- Burns, M.D. Pulmonary care : A Guide for Patient Education Connecticut. Appleton-century Crofts , 1983.
- Caplan, et al "Social Support and Health," Medical Care. 47-58 ; May, 1977.
- Cronbach. Lee Josept. Essentials of Psychology Testing. 3rd ed. New York: Herper and Row, 1970.
- Dimotto. Mr.t. Hay, R. "Social and Serious Ii Lus," Social Networks and Social Support. London : 1982.
- Dutt, A.K. and W.W. "Short-Course Chemotherapy," Chest. 80 : 724 ;December, 1981.
- Fox, Wallace. "Changing Concept in the chemothotherapy of pulmonary Tuberculosis," American review for respiratory disease. 97 : 766-768 ; May, 1968.
- Gothieb, Benjamin H. "Social Network and Social Support," An Over View of Research Practice and Policy Implication Health Education Quarterly. 12 : 5-22 ; Sping, 1985.
- Grosset, J. "Studies in Short-Course Chemotheray for Tuberculosis," Chest. 80(6) : 719-720 ; December, 1981.
- Hellenbrand, O. "An Analysis of Compliance Behavior : A Response to Powerlessness," Coping with Chronic Illness:Overcoming Powerlessass. Edited by Judith Fitzgerald Miller Phihdelphia : F.A. Davis Co., 1983.
- House, Jame S. Work Stress and Social Support. Phillippines : Addison-Weslay Publishing Company, Inc., 1981.
- Joseph, L.S. "Self Care and the Nursing Process," Nursing clinics of North America. 15 : 134-143 ; March, 1980.

- Kirk, W.E. et al. Fundamentals of Social Statistics. 2nd New York : Mc Graw Hill Co., 1990.
- Krathwohl, D.J, S.B. Benjamine and B.M. Bertran. Tokonomy of Education Objective Hand Book II. New York : David McKey Co., 1964.
- Krejcic, Robert V. and Daryle M. Morgan. Educational and Psychological Measurment. 3 : 607 - 610; Autumn, 1970.
- Mahler, H. Defeat T.B. now and forever. Geneva : WHO, 1982.
- Muhlenkamp, A.F. and J.A. Sayles. "Self-Esteem, Social Support, And Positive Health Pratices," Nursing Research. 35: 334-337; November/December, 1986.
- Ndeti, N. "Sociocultural of Tuberculosis Defaultation : A case study," Social Science and Medicine. 6 : 402 ; November, 1972.
- Orem, D.E. Nursing Concepts of Practice. 2nd ed. NewYork : Mc Graw Hill Co., 1980.
- Pagel, W.S. et al. Pulmonary Tuberculosis. Bacteniology Pathology Diagnosis, Management Epidemiolosis and Prevention 4th ed. Oxford University. Press London, 1964.
- Pender, N.J. Health Promotion in Nursing Practice. East Norwalk : Appleton-Century Crofts, 1987.
- Phipps, W.J., B.C. and Long N.F. Woods. Medical-Surgical nursing concep and clinical practice. St. Louis The C.V. Mosby Co., 1979.
- Rich, A.R. The pathogenesis of Tuberculosis 2nd ed. Charles C. Thomas U.S.A. ,1951.
- Schwartz, N.E. "Nutritional Knowledge, Attitude and Practice of High School Graduates," Journal of the American Dietetic Association. 66(1) : 28-31 ; January, 1975.

Thoits, Pa. "Conceptual, Methodological and Theoretical Problem in Studying Social Support as a Buffer against Life Stress," Journal Health and Social Behavior. 147-148 ; 1982.

Tilden, V.P. "Issues of Conceptualization and Measurement of Social Support in the Construction of Nursing theory," Research in Nursing and Health. 8 : 199-206; June, 1985.

Van Keep, P.A. and J.M. Kellorhals. "The impact of sociocultural factors on symptom formation," Psycholther and Psychosom. 23 : 251-263 ; 1974.

ภาคผนวก

ตอนที่ 1

แบบสอบถามปัจจัยด้านชีวสังคม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ ตามความเป็นจริงให้ครบถ้วน

ผู้ป่วยกำลังรักษาด้วย

☐ SCC ☐ DOTS

เพศ

☐ ชาย ☐ หญิง

อายุ

☐ 15-20 ปี ☐ 21-40 ปี
☐ 41-60 ปี ☐ 61 ปีขึ้นไป

สถานภาพสมรส

☐ โสด ☐ สมรส
☐ หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่

อาชีพ

☐ เกษตรกรรม/รับจ้าง
☐ ค้าขาย
☐ รับราชการ
☐ อื่นๆ (ระบุ.....)

ที่อยู่..... หมู่..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด.....

ระดับการศึกษา

☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา
☐ สูงกว่ามัธยมศึกษา ☐ อื่นๆ (ระบุ.....)

รายได้.....บาท/เดือน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามด้านความรู้เรื่องวัณโรคปอด

กรุณาขีด ✓ ในช่องว่างทางขวามือตามความคิดเห็นของท่าน

ข้อคำถามความรู้เรื่องวัณโรคปอด	ใช่	ไม่ใช่
1. วัณโรคปอดเป็นโรคติดเชื้อที่เกิดจากการหายใจเอาเชื้อวัณโรคเข้าไป		
2. วัณโรคปอดเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม		
✓ 3. การที่ผู้ป่วยวัณโรคไอหรือจามใส่หน้าบุคคลอื่นอาจทำให้บุคคลนั้นเป็นวัณโรคปอดได้		
4. วัณโรคปอดสามารถติดต่อกันได้โดยการใช้ของร่วมกันกับผู้ป่วยเป็นวัณโรคปอด		
5. ผู้ที่มีอาการไอเรื้อรังเกินกว่า 4 สัปดาห์เป็นผู้ที่มีอาการน่าสงสัยว่าเป็นวัณโรคปอด		
6. ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีอาการไอเป็นเลือด จะเป็นผู้ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้		
7. ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหรือแน่นหน้าอกไม่จำเป็นต้องเป็นวัณโรคปอดเสมอไป		
8. การฉายแสงเอ็กซเรย์ปอดเป็นวิธีหนึ่งที่จะทำให้ทราบว่าบุคคลนั้นป่วยเป็นวัณโรคปอดหรือไม่		
9. ถึงแม้จะฉายเอ็กซเรย์ปอดทุกปีก็มีโอกาสที่จะเป็นวัณโรคปอดได้		
10. ปัจจุบันการรักษาวัณโรคปอดด้วยยาแผนปัจจุบันอย่างต่อเนื่องสามารถทำให้หายขาดจากโรคได้		
11. การรักษาวัณโรคปอดเร็วหรือช้าก็มีโอกาสหายจากโรคได้เท่ากัน		
12. วัณโรคปอดเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้		
13. ผู้ที่รักษาวัณโรคปอดหายแล้วก็มีโอกาสกลับมาเป็นโรคนี้ได้อีก		
14. ทารกแรกเกิดไม่จำเป็นต้องฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรคทุกคน		

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ

กรุณาขีด ✓ ในช่องว่างทางขวามือตามความคิดเห็นของท่าน

ข้อคำถามความเชื่อด้านสุขภาพ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
1. การรักษาวัณโรคเป็นหน้าที่ของแพทย์คนเดียวเท่านั้นที่จะช่วยให้อาการของโรคดีขึ้น			
2. ท่านอาจเป็นวัณโรคได้ซ้ำอีก ถ้าไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์			
3. คนที่อยู่ในที่อากาศถ่ายเทสะดวก มีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคได้ง่าย			
4. คนอยู่บ้านหลังเดียวกันกับผู้ป่วยเป็นวัณโรคปอดมีโอกาสเป็นวัณโรค			
5. การไอ จาม โดยไม่ปิดปากของผู้ป่วยวัณโรคปอดใส่บุคคลอื่น จะทำให้บุคคลนั้นติดเชื้อวัณโรคได้			
6. ผู้ที่ตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะ ไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษา			
7. การป่วยเป็นวัณโรคปอดทำให้ท่านรู้สึกกังวลใจมาก			
8. คนที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดไม่ควรอยู่ร่วมกับคนอื่น			
9. คนที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดสามารถทำงานตามปกติได้			
10. วัณโรคปอดเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้			
11. การรักษาวัณโรคปอดให้หายจะต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายมาก			
12. ในวันที่มารับการรักษาวัณโรคทำให้ต้องสูญเสียรายได้			
13. ปัญหาด้านการเงินเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ไม่มารักษาตามนัดได้			
14. การมาตรวจแต่ละครั้งต้องเสียเวลามากแต่ก็ยังต้องมาตามนัดของแพทย์			
15. ไม่มีความอดทนพอที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ได้อย่างสม่ำเสมอ			

ตอนที่ 4 แบบสอบถามด้านสิ่งแวดล้อม

กรุณาขีด ✓ ในช่องว่างทางขวามือตามความคิดเห็นของท่าน

ข้อคำถามการสนับสนุนทางสังคม	เป็นประจำ	เป็นบางครั้ง	ไม่เคยทำ
1. เมื่อท่านเจ็บป่วย มีคนคอยดูแลและพาไปพบแพทย์			
2. ท่านปรึกษากับคนในครอบครัวเสมอเมื่อมีอาการเจ็บป่วย			
3. คนในครอบครัวไม่รังเกียจ และให้กำลังใจแม้รู้ว่าท่านป่วยเป็นวัณโรค			
4. เมื่อท่านมีความจำเป็นต้องใช้เงินท่านสามารถขอความช่วยเหลือจากญาติพี่น้องของท่านได้			
5. เมื่อท่านเจ็บป่วยและต้องการไปพบแพทย์เพื่อนของท่านก็ยินดีพาไป			

กรุณาขีด ✓ ในช่องว่างทางขวามือตามความคิดเห็นของท่าน

ข้อคำถามบรรยาการให้บริการของเจ้าหน้าที่	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1. การเดินทางมาตรวจรักษาสะดวก			
2. ที่นั่งรอตรวจมีจำนวนเพียงพอ			
3. แพทย์และเจ้าหน้าที่ให้ความเอาใจใส่ท่านเป็นอย่างดี			
4. ระยะเวลาในการรอพบแพทย์นาน			
5. แพทย์อธิบายถึงอาการเจ็บป่วย และระยะเวลาในการรักษาอย่างชัดเจน			

ตอนที่ 5 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

กรุณาขีด ✓ ในช่องว่างทางขวามือตามความคิดเห็นของท่าน

ข้อความพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ เป็นบาง ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
1. ท่านใช้ผ้าปิดปากเวลาไอหรือจาม			
2. ท่านทำลายเชื้อในเสมหะโดยการนำไปทิ้งเหมือนขยะทั่วไป			
3. ท่านเคยออกกำลังกายในระหว่างการรักษาวันโรค			
4. ท่านมาตรวจตรงกับวันนัดทุกครั้ง			
5. ท่านตั้งใจและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด			
6. ท่านรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ			
7. เมื่อนอนไม่หลับท่านไปพบแพทย์เพื่อขอยานอนหลับ			
8. ท่านเคยลดขนาดของยาเองถ้าอาการดีขึ้น			
9. ท่านรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย			
10. ท่านนอนหลับวันละ 6-8 ชั่วโมง			
11. ท่านจัดยาที่ต้องรับประทานในแต่ละวันด้วยตนเอง			
12. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในการรับประทานยา			
13. เมื่อมีอาการผิดปกติหลังจากรับประทานยาท่านมาปรึกษาแพทย์ทุกครั้ง			
14. ท่านเคยกินยาสมุนไพรร่วมในการรักษาด้วย			

แบบสอบถามเรื่องความรู้เกี่ยวกับวันโรคปอด

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก	ค่าความยากง่าย
1	.3139	0.6451
2	.7226	0.7096
3	.2218	0.7096
4	.3864	0.7741
5	.2773	0.5162
6	.3545	0.5161
7	.4375	0.5483
8	.4553	0.6451
9	.2133	0.7096
10	.2256	0.4838
11	.4153	0.4193
12	.3215	0.7419
13	.5132	0.5806
14	.6438	0.7419

ค่าความเชื่อมั่นของความรู้เกี่ยวกับวันโรคปอด $\alpha = 0.7104$

แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	.6521
2	.2749
3	.2853
4	.3510
5	.3109
6	.3288
7	.2535
8	.2324
9	.7274
10	.2988
11	.2434
12	.5670
13	.5520
14	.4892
15	.3179

ค่าความเชื่อมั่นของความเชื่อด้านสุขภาพ $\alpha = .6548$

แบบสอบถามด้านสิ่งแวดล้อม

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	.4465
2	.2505
3	.5864
4	.5512
5	.7177
6	.5459
7	.4501
8	.7304
9	.7069
10	.7278

ค่าความเชื่อมั่นด้านสิ่งแวดล้อม $\alpha = .7505$

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	.2143
2	.6493
3	.3986
4	.6127
5	.4356
6	.5951
7	.5853
8	.2481
9	.3728
10	.2461
11	.2935
12	.2958
13	.3976
14	.5345

ค่าความเชื่อมั่นของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง $\alpha = .5736$

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวเบญจพร ชื้อสกุล ทองเที่ยงดี
 เกิดวันที่ 10 เดือน มีนาคม พุทธศักราช 2510
 สถานที่เกิด อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
 สถานที่อยู่ปัจจุบัน 15 ซอยสุขจิต พหลโยธิน 4 พญาไท กรุงเทพมหานคร
 ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน นักศึกษา

สถานที่ทำงานปัจจุบัน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถ.พระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

ประวัติการศึกษา

- พ.ศ. 2528 มัธยมศึกษาตอนปลาย จากโรงเรียน เบ็ญจะมะมหาราช
- พ.ศ. 2532 อนุปริญญาวิทยาศาสตร จากวิทยาลัยครูพระนคร
- พ.ศ. 2534 วิทยาศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยมหิดล
- พ.ศ. 2541 การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
 ประสานมิตร

**ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค
ในศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี**

**บทคัดย่อ
ของ
เบญจพร ทองเที่ยงดี**

**เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
พฤษภาคม 2541**

การศึกษานี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่เข้ารับการรักษาในศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี ปัจจัยที่นำมาศึกษาประกอบด้วย ปัจจัยด้านชีวสังคม ปัจจัยด้านจิตลักษณะ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 254 คน (เพศชาย 185 คน เพศหญิง 69 คน) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลแบ่งเป็น 5 ตอนคือแบบสอบถามปัจจัยด้านชีวสังคม ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด ความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด อยู่ในระดับปานกลาง มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง รับรู้เรื่องบรรยากาศในการให้บริการของศูนย์วัณโรคเขต และการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับสูง รวมทั้งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคอยู่ในระดับสูง ผลการศึกษาตามสมมติฐาน พบว่า ปัจจัยด้านชีวสังคม ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค คือ ระดับการศึกษา ปัจจัยด้านจิตลักษณะ ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค คือ ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด และความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค คือ บรรยากาศในการให้บริการของศูนย์วัณโรคเขต และการสนับสนุนทางสังคม เมื่อนำปัจจัยทั้ง 3 ด้านมารวมกันทำนายพบว่า มีเพียง 4 ตัวแปรคือ ความเชื่อด้านสุขภาพ บรรยากาศในการให้บริการของศูนย์วัณโรคเขต การศึกษาระดับประถมศึกษา และการสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายการมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

93

**FACTORS INFLUENCING SELF-CARE BEHAVIORS AMONG
TUBERCULOSIS PATIENTS AT ZONAL T.B. CENTER 7
IN UBONRATCHATANEE PROVINCE**

AN ABSTRACT

BY

BENJAPORN THONGTHIEGDEE

Presented in partial fulfillment of the requirements for the

Master of Education degree in Health Education

at Srinakarinwirot University

May 1998

The purpose of this study was to study factors which influenced self-care behaviors of tuberculosis patients at zonal T.B. Center 7, Ubonratchatane Province. The factors were biosocial, psychological characteristics and environment. The subjects consisted of 254 patients (185 male and 69 female patients). Instruments for collecting data were divided into 5 aspects namely biosocial, knowledge concerning tuberculosis, health beliefs, environment and self care behaviors of the patients

The results of the study indicated that T.B. patients knew about T.B., their health beliefs were at average level, their self-care behaviors were at high level, their awareness of service given at zonal T.B. center and the social supports were at high level. The study result according to the hypothesis indicated that the variable influencing self care behaviors of the patients in biosocial factor was educational level, The variables in psychological characteristics factors were health beliefs knowledge concerning Tuberculosis and environmental factors service given at the zonal T.B. center and the social support.

All the three factors together could predict that only 4 variables namely health beliefs, service given at zonal T.B. Center , primary school level education and social supports could predict the influence of self care behaviors of T.B. patients significantly at level of .05