

พฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสีเกล้า ชั้นปีที่ 3

ปริญญานิพนธ์

ของ

กัญฉิกา มหิจฉวิทยพันธ์

21 ต.ค. 2540

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

เมษายน 2540

ฉบับที่ 1 เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

68897

พฤติกรรมกาารป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ ๖ ของนักศึกษาพยาบาลสี้เหล่า ชั้นปีที่ 3

บทคัดย่อ

ของ

กณณิกา มหัจฉริยพันธุ์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

เมษายน 254๐

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าชั้นปีที่ 3 ตามตัวแปรที่ศึกษาคือ อายุ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ภูมิลำเนาเดิม ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และประสบการณ์การมีญาติหรือผู้ใกล้ชิดป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมในการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าชั้นปีที่ 3

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2539 จำนวน 234 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบทดสอบและแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที (t-test) การทดสอบค่าเอฟ (F-test) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการศึกษาพบว่า

1. นักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี อยู่ในระดับปานกลาง มีเจตคติและพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี อยู่ในระดับดี
2. นักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าที่มีอายุต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ไม่แตกต่างกัน
3. นักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าที่มาจากรอบครัวที่มีรายได้ต่างกัน มีความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี ไม่แตกต่างกัน ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
4. นักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าที่มีภูมิลำเนาเดิมต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ไม่แตกต่างกัน
5. นักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่างกัน มีความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, .05 ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ไม่แตกต่างกัน
6. นักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าที่มีประสบการณ์การมีญาติหรือผู้ใกล้ชิดป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี มีความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ไม่แตกต่างกัน ส่วนเจตคติเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

7. ความรู้กับเจตคติต่อโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสีเกล้า มีความสัมพันธ์เชิงนิมิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สำหรับความรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ไม่มีความสัมพันธ์กัน

8. เจตคติกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสีเกล้า มีความสัมพันธ์เชิงนิมิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

PREVENTIVE BEHAVIOR FOR HEAPATITIS B VIRUS INFECTION OF THIRD YEAR
STUDENTS AT ROYAL THAI ARMED FORCES NURSING COLLEGES

AN ABSTRACT

BY

KANNIKA MAHATCHARIYAPAN

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

April 1997

The purpose of this study was to compare the preventive behavior for hepatitis B virus infection of third year students at Royal Thai Armed Forces Nursing Colleges. The Variety of the studied elements were age, economical status of family, hometown, grade point average and the experiences in caring of hepatitis B virus infected patients. These parameters were examined and analysed for their relationships.

The sample size consisted of 234 third year students at Royal Thai Armed Forces Nursing Colleges in 1996. The data were collected from the questionnaires constructed by the researcher. Descriptive statistics, t-test, F-test and Pearson's correlation coefficient were used for the data analysis.

The results were as follows :

1. Most of students at Royal Thai Armed Forces Nursing Colleges had a medium level of knowledge about hepatitis B virus, but their attitude and health behavior prevention of hepatitis B virus infection were at the good level.

2. There were no signifitcant differences in the knowledge, attitude and health behavior for prevention of hepatitis B virus infection among the nursing students with different ages.

3. The nursing students who had different economical status of family had significant differences in the preventive behavior for hapatitis B virus infection at the level of .01, but there were no significant differences in the knowledge and the attitude of hepatitis B virus infection.

4. There were no significant differences in the knowledge, attitude and health behavior for prevention of hepatitis B virus infection among the nursing students with different hometowns.

5. The nursing students who had different grade point averages had significant differences in the knowledge and the attitude of hepatitis B virus infection at the level of .01, .05, but there was no significant differences in the preventive behavior for hepatitis B virus infection.

6. The nursing students who had different experiences in caring of hepatitis B virus infected patients had no significant differences in the knowledge and the preventive behavior for hepatitis B virus infection, but there was significant difference in the attitude at the level of .01.

7. There was positive correlation between knowledge and attitude of hepatitis B virus infection at the level of .01 but there was no correlation between knowledge and preventive behavior for hepatitis B virus infection.

8. There was positive correlation between attitude and preventive behavior of the nursing students at the level of .05.

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควร
รับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

..... จุฑามาศ เทพชัยศรี ประธาน
(ผศ. จุฑามาศ เทพชัยศรี)
..... พลนัส ไชยอินทร์ กรรมการ
(อ. พิมพ์ศรี โตอดิเทพย์)

คณะกรรมการสอบ

..... จุฑามาศ เทพชัยศรี ประธาน
(ผศ. จุฑามาศ เทพชัยศรี)
..... พลนัส ไชยอินทร์ กรรมการ
(อ. พิมพ์ศรี โตอดิเทพย์)
..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รศ. นภาพร มัชฌิมางกูร)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... นว นวน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ดร. ศิริยุภา พูลสุวรรณ)

วันที่ ๒๙ เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๔๐

ประกาศอุปการ

ความสำเร็จของปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยได้รับความกรุณาอย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ รุทามาศ เทพชัยศรี และอาจารย์พิมพ์ศรี โคตดิเทพย์ และรองศาสตราจารย์นภาพร มีธยาฆอร ประธาน กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ และกรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ และแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ รวมทั้งให้การสนับสนุนเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และประทับใจในความกรุณาของอาจารย์ทุกท่าน จึงขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ ที่นี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน ที่กรุณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ของเครื่องมือ รวมทั้งให้คำแนะนำ และข้อคิดเห็นต่าง ๆ จนทำให้การวิจัยครั้งนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ทวีสิทธิ์ ลิทธิกร ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล ภูมิภาคชาติไทย ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก กองทัพเรือ กองทัพอากาศ และ ผู้บังคับการวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ ตลอดจนนักศึกษาพยาบาลทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการ เก็บข้อมูล

เอกสารวิจัยเล่มนี้จะไม่สามารถบังเกิดขึ้นได้เลย หากผู้วิจัยไม่ได้รับความแนะนำจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์รุทามาศ เทพชัยศรี และคุณวิไล พิพัฒน์ไวยะพงศ์ ซึ่งได้ผลักดัน สนับสนุน และเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยขอขอบพระคุณไว้อย่างสูง ณ ที่นี้

ท้ายที่สุด ผู้วิจัยขอขอบคุณค่า และความดีที่จะพึงมีทั้งหมดของปริญญานิพนธ์เล่มนี้ให้แก่ ครอบครัวของผู้วิจัย ส่วนข้อบกพร่องและความผิดพลาดที่มีอยู่ ผู้วิจัยขอน้อมรับไว้แต่เพียงผู้เดียว

พ.ศ.ท.หญิง กัญญิกา มหัจฉริยพันธุ์

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
คำนำ	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	7
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	7
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	8
นิยามศัพท์เฉพาะ	9
2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	12
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	64
งานวิจัยในต่างประเทศ	64
งานวิจัยในประเทศไทย	66
สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า	70
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	72
แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง	72
ประชากร	72
กลุ่มตัวอย่าง	72
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	73
ลักษณะของเครื่องมือ	73
ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ	74
เกณฑ์การให้คะแนน	74
การหาคุณภาพเครื่องมือ	76
วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล	78

บทที่	หน้า
วิธีจัดการกับข้อมูล	78
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	79
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า	86
ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล	86
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	86
การวิเคราะห์ข้อมูล	86
ผลการศึกษาค้นคว้า	87
5 บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ	109
บทย่อ	109
ความมุ่งหมายในการค้นคว้า	109
วิธีดำเนินการวิจัย	109
กลุ่มตัวอย่าง	109
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	109
การวิเคราะห์ข้อมูล	110
สรุปผลการค้นคว้า	110
อภิปรายผล	112
ข้อเสนอแนะ	119
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป	121
บรรณานุกรม	122
ภาคผนวก	133
ภาคผนวก ก.	134

บทที่	หน้า
ภาคผนวก ข.	138
ภาคผนวก ค.	147
ประวัติย่อของผู้วิจัย	149

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 ตัวชี้วัดชนิดต่าง ๆ ที่อาจตรวจพบได้ในผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี การแปลผล และศักยภาพในการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น	41
2 การให้ภูมิคุ้มกันในโกลบูลินป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี หลังการสัมผัสเชื้อ	54
3 โรคขึ้นท้าวจากพลาสมาและที่มาในประเทศไทยในปัจจุบัน	56
4 ดี เอน เอ โรคภูมิเนชั่นโรคขึ้นที่เตรียมจากยีสต์ ซึ่งมีจำหน่ายในประเทศไทย ในปัจจุบัน	59
5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานที่ตั้งวิทยาลัยพยาบาล .	73
6 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ	87
7 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายได้เฉลี่ยของครอบครัว ...	88
8 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภูมิลำเนาเดิม	89
9 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน	90
10 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประสบการณ์การมีญาติหรือผู้ใกล้ชิด ป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี	91
11 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับ อักเสบ บี	92
12 ค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนมาตรฐานของคะแนนเจตคติ และ พฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสี่เหล่า ชั้น ปีที่ 3	92
13 ค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาล สี่เหล่า ชั้นปีที่ 3 จำแนกตามอายุ	93
14 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรม การป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสี่เหล่า ชั้นปีที่ 3 จำแนกตามอายุ	94

15	ค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสีหล่า ชั้นปีที่ 3 จำแนกตามรายได้เฉลี่ยของครอบครัว	95
16	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสีหล่า ชั้นปีที่ 3 ที่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่างกัน	96
17	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสีหล่า ชั้นปีที่ 3 จำแนกตามรายได้เฉลี่ยของครอบครัว ...	98
18	ค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสีหล่า ชั้นปีที่ 3 จำแนกตามภูมิลำเนาเดิม	99
19	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสีหล่า ชั้นปีที่ 3 จำแนกตามภูมิลำเนาเดิม	100
20	ค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสีหล่า ชั้นปีที่ 3 จำแนกตามผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน	101
21	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสีหล่า ชั้นปีที่ 3 จำแนกตามผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน	102
22	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสีหล่า ชั้นปีที่ 3 จำแนกตามผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน	104
23	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย เจตคติต่อโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสีหล่า ชั้นปีที่ 3 จำแนกตามผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน	105

24	ค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรม การป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสีเกล้า ชั้นปีที่ 3 จำแนกตามประสบการณ์การมีญาติหรือผู้ใกล้ชิดป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี	106
25	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับ อักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสีเกล้า ชั้นปีที่ 3 จำแนกตามประสบการณ์การ มีญาติหรือผู้ใกล้ชิดป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี	107
26	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรค ไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสีเกล้า ชั้นปีที่ 3	108
27	ค่าความยากง่ายของแบบทดสอบความรู้ และค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามเจตคติและพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี	148

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 อัตราป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบในประเทศไทยปี พ.ศ. 2526 - 2535 ต่อประชากรแสนคน	2
2 อัตราป่วยโรคไวรัสตับอักเสบจำแนกตามกลุ่มอายุปี พ.ศ. 2536	3
3 องค์ประกอบของเจตคติ	17
4 แสดงแบบแผนการปฏิบัติด้านพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรค	25
5 แสดงกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ	35
6 แสดงไวรัสตับอักเสบ บี	37
7 ชิ้นส่วนหรืออนุภาคของไวรัสตับอักเสบ บี และไวรัสสมบูรณ์ในโลหิต	38
8 ลักษณะทั่วไปที่พบในผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี	39
9 แสดงวงจรการติดต่อโรคไวรัสตับอักเสบ บี จากมารดาสู่ทารก	50
10 กรอบแนวคิดของการวิจัย	69

บทที่ 1

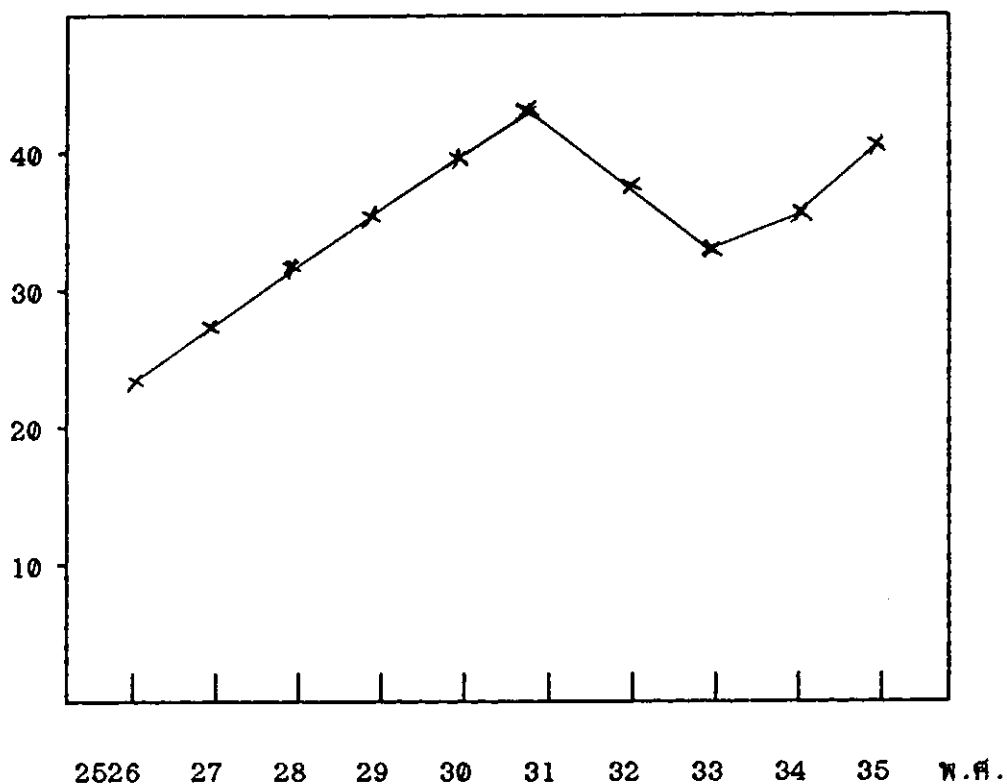
บทนำ

คำนำ

โรคตับอักเสบเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น ฤทธิ์ของยา สุรา โรคของตับที่เกิดจาก
ท่อนการเผาผลาญ และจากการติดเชื้อจุลชีพ เช่น แบคทีเรีย ปรสิตร และไวรัส โรคไวรัสตับ
อักเสบเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขของประเทศโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในประเทศที่กำลังพัฒนา
เช่น ประเทศไทย เนื่องจากเป็นโรคติดเชื้อไวรัสที่พบได้บ่อยมากและยังไม่สามารถควบคุมได้
ไวรัสที่ก่อให้เกิดโรคไวรัสตับอักเสบที่สำคัญ 5 ชนิดคือ ไวรัสตับอักเสบ เอ ไวรัสตับอักเสบ บี
ไวรัสตับอักเสบ ซี ไวรัสตับอักเสบ ดี และไวรัสตับอักเสบ อี (พิโลพันธ์ พุทธิชนะ . 2536 :
1.1)

จากรายงานการเฝ้าระวังโรคของกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข พบว่าแนว
โน้มของโรคไวรัสตับอักเสบสูงขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526 เป็นต้นมา กล่าวคือปี พ.ศ. 2526 มี
อัตราป่วย 22 ต่อประชากรแสนคน และในปี พ.ศ. 2535 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 18,442 ราย
คิดเป็นอัตราป่วย 31.91 ต่อประชากรแสนคน ดังปรากฏตามภาพประกอบ 1

อัตราป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ (หน่วยแสนคน)



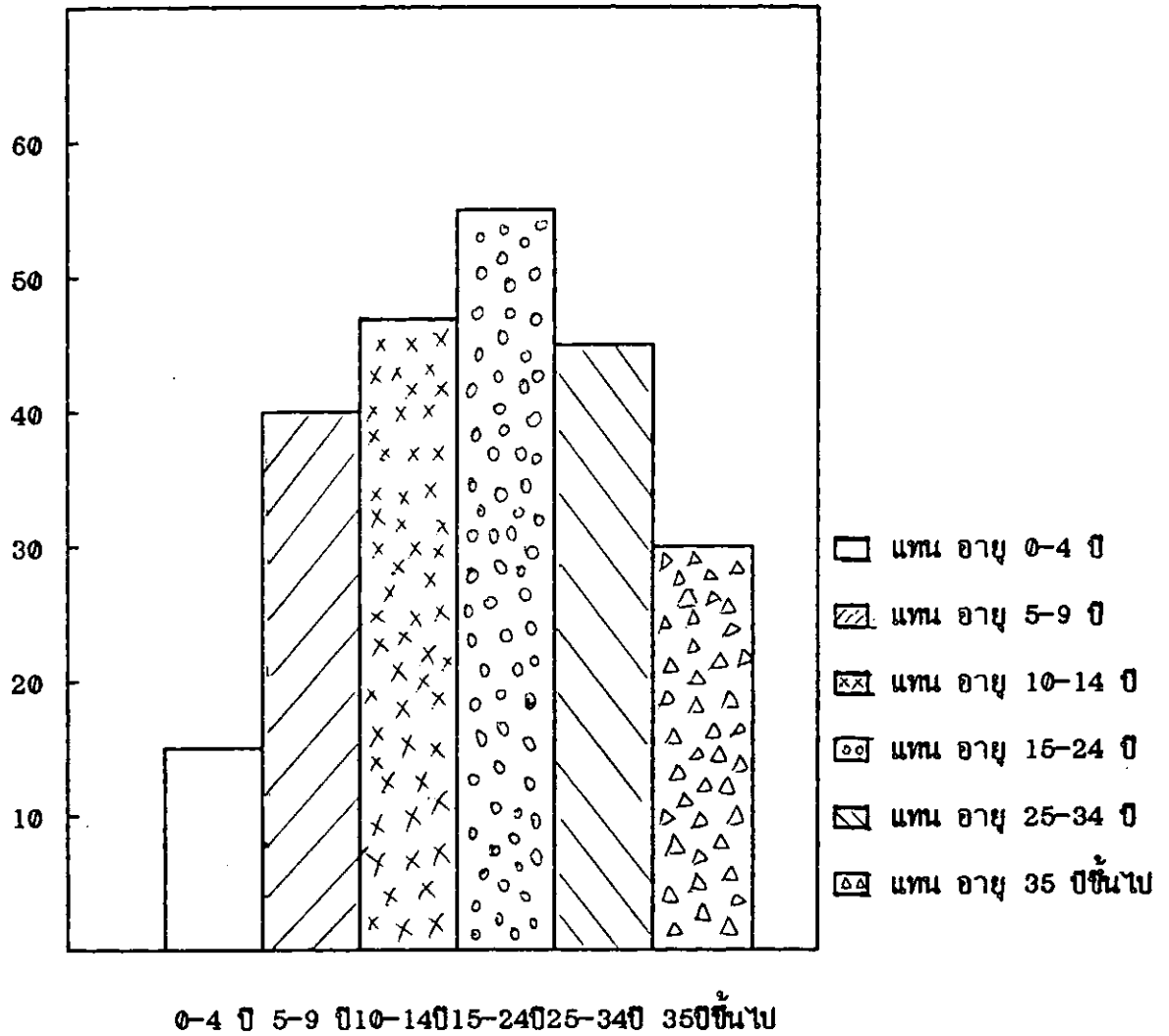
ภาพประกอบ 1 อัตราป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2526 - 2535

ต่อประชากรแสนคน

ที่มา : กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. 2536 : 316

ส่วนอัตราป่วยจำแนกตามกลุ่มอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 เป็นต้นมา พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงจากกลุ่มอายุ 25-34 ปี ซึ่งมีอัตราป่วยสูงสุดเป็นกลุ่มอายุ 15-24 ปี โดยในปี พ.ศ. 2536 กลุ่มอายุ 15 - 24 ปี มีอัตราป่วยสูงสุด 58.3 ต่อประชากรแสนคน (กองระบาดวิทยา. 2536 : 316) ดังปรากฏตามภาพประกอบ 2

อัตราป่วยร้อยละต่อประชากรแสนคน



ภาพประกอบ 2 อัตราป่วยโรคไวรัสตับอักเสบจำแนกตามกลุ่มอายุ ปี พ.ศ. 2536

ที่มา : กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. 2536 : 316

แต่โรคไวรัสตับอักเสบ บี เป็นโรคติดต่อร้ายแรงและถือว่ามีผลสำคัญมากที่สุดในกลุ่มไวรัสตับอักเสบทั้งหมด โรคนี้ทำให้เกิดพยาธิสภาพที่ตับทั้งระยะเฉียบพลัน และระยะเรื้อรัง ในระยะเฉียบพลันทำให้เกิดอาการตับวาย ผู้ป่วยร้อยละ 1 จะเสียชีวิต และประมาณร้อยละ 10-30

จะกลายเป็นพาหะเรื้อรัง (ชโลบล อยู่สุข. 2536 : 4.9) เนื่องจากมีการติดเชื้อชนิดนี้ในคนอย่างมาก ประมาณว่าประชากรในโลก 300 ล้านคน ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง โดยมีอุบัติการณ์แตกต่างกัน ในสถานที่ต่าง ๆ คือ ตั้งแต่ร้อยละ 0.1 ในประเทศทางภาคเหนือของทวีปยุโรป ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ จนถึงร้อยละ 20 ในประเทศด้อยพัฒนา ในแถบเขตร้อนประเทศในทวีปแอฟริกา และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (จุฑาทิธณ์ ศิริขันธ์วงศ์. 2536 : 1; อ้างอิงมาจาก Grossman and others; An Epidemiologic Study Hepatitis B virus in Bangkok Thailand. 1985 : 48) ผลจากการติดเชื้อไวรัสชนิดนี้ทำให้เป็นพาหะของโรค ต่อมาเกิดการอักเสบเรื้อรังและกลายเป็นตับแข็ง แล้วเป็นมะเร็งตับต่อมา ในผู้ป่วยมะเร็งตับจะตรวจพบการเป็นพาหะของโรคได้สูงร้อยละ 30-80 ของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในประเทศที่เป็นแหล่งระบาดของโรค (ยง ภูววรรณ. 2533 : 22) และมะเร็งตับเป็นโรคมะเร็งที่พบได้บ่อย 1 ใน 10 อันดับของโลก และพบมากที่สุดในประเทศที่กำลังพัฒนามีสถิติรายงานว่าทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตถึงปีละสองแสนห้าหมื่นคนทั่วโลก (วันดี วิทวัสพันธ์. 2533 : 1; อ้างอิงมาจาก รายงานองค์การอนามัยโลก. 1983 : 463) ในประเทศอุตสาหกรรมแถบซีกโลกตะวันตก การติดต่อกันเกิดจากการสัมผัสกับผู้ที่เป็พาหะเรื้อรัง หรือสัมผัสกับเลือดโดยตรง ประชากรที่อยู่ในกลุ่มที่เสี่ยงได้แก่ แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ ผู้รับเลือดและผลิตภัณฑ์จากเลือด ผู้ที่เข้ายาเสพติดชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดโดยใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน กลุ่มรักร่วมเพศและพวกที่สว่สนทางเพศ ส่วนกลุ่มอื่น ๆ มีความเสี่ยงต่ำ (ชโลบล อยู่สุข. 2536 : 4.9) การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เป็นปัญหาที่สำคัญของสาธารณสุขไทยเนื่องจากสามารถติดต่อได้ทางน้ำลาย เลือด น้ำนม อสุจิ ดังนั้นจึงสามารถแพร่กระจายในครอบครัว และในชุมชนได้ค่อนข้างง่าย ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี ในประเทศไทยพบตลอดทั้งปี และมีแนวโน้มสูงขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 ในปี พ.ศ. 2534 มีรายงานพบผู้ป่วยโรคตับอักเสบบี 3,391 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 5.98 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิตด้วยโรคไวรัสตับอักเสบบี 3 รายคิดเป็นอัตราตายร้อยละ 0.09 และในปี พ.ศ. 2537 มีอัตราป่วย 4.55 ต่อประชากรแสนคน (กองระบาดวิทยา. 2536 : 208) เมื่อจำแนกผู้ป่วยตามรายภาค พบว่าภาคกลางมีอัตราป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีสูงสุดคิดเป็นอัตราป่วย 12.21 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียง

เหนือ คิดเป็นอัตราป่วย 5.01 ต่อประชากรแสนคน ภาคใต้คิดเป็นอัตราป่วย 4.35 ต่อประชากรแสนคน และภาคเหนือ คิดเป็นอัตราป่วย 4.10 ต่อประชากรแสนคน (ชโลบล อยู่สุข. 2536 : 4.14; อ้างอิงมาจาก รายงานการป้องกันโรคประจำปี พ.ศ. 2535)

เนื่องจากพบว่าคนไทยโดยทั่วไปเป็นพาหะของโรคจำนวนมากกว่า 5 ล้านคนพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบ บี พบในชายไทยประมาณร้อยละ 10 และหญิงไทยร้อยละ 5 เด็กทารกที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี จากมารดาที่เป็นพาหะในระยะแรกคลอดจะเป็นพาหะไวรัสตับอักเสบ บี มากกว่าร้อยละ 85 ถึงแม้ว่าจะไม่มีอาการก็แพร่เชื้อไวรัสต่อไปได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้หญิงเมื่อเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์สามารถแพร่เชื้อไวรัสไปสู่ทารกต่อไปได้ ส่วนผู้ชายสามารถแพร่เชื้อไปยังผู้หญิงโดยการมีเพศสัมพันธ์ โอกาสที่จะกลายเป็นโรคติดเชื้อเรื้อรังหรือพาหะลดลงตามอายุ ถ้าติดเชื้อเมื่ออายุ 4 ปีขึ้นไป โอกาสที่จะเป็นพาหะเรื้อรังลดลงเหลือเพียงร้อยละ 5-10 (ชโลบล อยู่สุข. 2536 : 4.13) นอกจากนี้การตรวจภูมิคุ้มกันต่อไวรัสตับอักเสบ บี ในผู้บริจาคโลหิตระหว่างปี พ.ศ. 2534 - 2535 ปรากฏว่า ผู้บริจาคโลหิตใหม่ (ครั้งแรก) มีความชุกของการเป็นพาหะใกล้เคียงกันทั้ง 2 ปี และจำนวนเปอร์เซ็นต์ของการตรวจพบเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ในผู้ที่บริจาคโลหิตรายใหม่สูงกว่าผู้บริจาคโลหิตรายเก่าประมาณ 4 - 5 เท่าและจากการตรวจเลือด เพื่อหาโรคติดเชื้อทางเลือดในผู้บริจาคโลหิตประจำที่โรงพยาบาลตำรวจเนื่องในวันเฉลิมพระชนมพรรษา วันที่ 5 ธันวาคม พ.ศ. 2536 พ.ศ. 2537 และวันที่ 12 สิงหาคม พ.ศ. 2537 จำนวน 660 ราย พบว่ามีการติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบ บี ร้อยละ 7.70 (กิตติภา นภากร. 2538 : 14) การศึกษาในชายไทย ที่มาบริจาคเลือดที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าฯ กรุงเทพมหานคร มีผู้เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบ บี ร้อยละ 7.5 และจากผลการตรวจเลือดหาความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบ บี ในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลตำรวจในปีการศึกษา 2537 จำนวน 234 ราย พบว่าความชุกของการเป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบ บี จะใกล้เคียงกับประชากรทั่วไปคือ ร้อยละ 6.40 (ประมวล ทรงกิจ. 2538 : 12) จะเห็นว่านักศึกษาพยาบาล ก็เป็นประชากรที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงของการเป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบ บี

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาอย่างมากในทุกด้าน โดยเฉพาะในด้านของเทคโนโลยีทางการศึกษา อีกทั้งนโยบายแผนพัฒนาการศึกษาแห่งชาติฉบับที่ 7

ที่มุ่งเน้นให้สถาบันการศึกษาต่าง ๆ จัดการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพของพลเมืองโดยเน้นให้มีคุณธรรม จริยธรรม บัญญัติ และมีสุขภาพที่สมบูรณ์ การจัดการศึกษาของสถาบันการศึกษายาบาล ที่เป็น แหล่งผลิตบุคลากรทางด้านการพยาบาลต่อไปเป็นจำนวนมาก จึงมีการกำหนดนโยบายให้สอดคล้อง กับแผนการศึกษาดังกล่าวเพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลมีคุณภาพทั้งด้านวิชาการ สังคม คุณธรรม และความเป็นผู้นำอยู่ในมาตรฐานเดียวกันหรือใกล้เคียงกัน

การที่นักศึกษาพยาบาลจะสามารถตอบสนองความต้องการของสังคมหลังจากสำเร็จการศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น การจัดการเรียนการสอนเป็นสิ่งสำคัญยิ่งเพราะการจัดการเรียน การสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ มีจุดมุ่งหมายที่จะทำให้เกิดผลดีแก่ผู้เรียนสามารถนำความรู้ไป ใช้ได้เหมาะสมตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตรโดยเฉพาะ การปฏิบัติทางการพยาบาลเป็นการบริการ ทางวิชาชีพ ที่มุ่งเน้นให้การบริการเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนทั้งในภาวะเจ็บป่วยและภาวะ สุขภาพดีเป็นการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเจ็บป่วย ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การฟื้นฟู สุขภาพ เพื่อดำรงหรือพัฒนาศักยภาพในการดูแลภาวะสุขภาพให้มากที่สุด งานบริการวิชาชีพพยาบาล จึงเป็นงานที่มีขอบเขตที่กว้างขวาง มีความสำคัญยิ่งต่อสังคมและประเทศชาติ

นักศึกษาพยาบาลสี่เหล่า มีหน้าที่ในการให้บริการวิชาชีพพยาบาลแก่ทหาร ตำรวจ ครอบครัว และประชาชนทั่วไป งานบริการพยาบาลเป็นงานที่หนักต้องอาศัยความอดทนและความ เสียสละอย่างสูงเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือและให้ความปลอดภัยแก่ชีวิต อีกทั้งการฝึกภาคปฏิบัติ ในหอผู้ป่วย นักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าต้องฝึกให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ รวมทั้งโรคไวรัสตับ อักเสบ บี หรือผู้ที่เป็พาหะของโรค และมีโอกาสที่จะถูกเข็มตำหรือแทงได้มาก เนื่องจากการ ขาดทักษะหรือจากรายงานต่าง ๆ ได้กล่าวว่าความชุกของการเกิดโรคไวรัสตับอักเสบ บี ใน บุคลากรทางทางการแพทย์สูงประมาณ 2-8 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประชากรทั่วไป (ชูศรี เดชะเพชรไพบูลย์. 2531 : 3)

ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นอาจารย์ประจำวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ และเป็นคณะกรรมการวิชา การของชมรมพยาบาลสี่เหล่า ได้ตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องของพฤติกรรมในการป้องกันโรค ต่าง ๆ เพราะความจริงที่ว่าความรู้มีความสำคัญที่จะเป็นตัวก่อให้เกิดความเข้าใจ เจตคติที่ดี เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติ และก่อให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง (สุวิมล

ทอธมนตรี. 2534 : 3) ซึ่งนักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าก็เช่นกัน หากมีการกระตุ้นให้เขาเหล่านั้น มีความตื่นตัวและเห็นความสำคัญของการป้องกันโรคโดยเฉพาะโรคไวรัสตับอักเสบ บี ซึ่งติดต่อได้ง่ายจากการปฏิบัติงาน ก็ย่อมจะเป็นประโยชน์ทั้งโดยส่วนตัว และโดยภาพรวมด้วย

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสี่เหล่า เพื่อเป็นการกระตุ้นให้นักศึกษาเหล่านั้นตระหนักถึงความสำคัญของโรคไวรัสตับอักเสบ บี ซึ่งยังเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุข สำหรับประเทศไทย ทำให้เขาเห็นความสำคัญของการป้องกันตนเองจากการเกิดโรคไวรัสตับอักเสบ บี ในการประกอบวิชาชีพพยาบาล และอีกทั้งผลการวิจัยที่ได้ยังสามารถนำมาประกอบการพิจารณาวางแผนพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานทางวิชาการและวิชาชีพของพยาบาลและแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (2540-2544) ที่มุ่งเน้นการพัฒนาคนให้มีศักยภาพสูงสุด

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสี่เหล่า ชั้นปีที่ 3
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสี่เหล่า ชั้นปีที่ 3 ตามตัวแปรต่าง ๆ ดังนี้ คือ อายุ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ภูมิลำเนาเดิม ประสบการณ์การมีญาติหรือผู้ใกล้ชิดป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมในการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสี่เหล่า ชั้นปีที่ 3

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ผลการศึกษาค้นคว้านี้ทำให้ทราบพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสี่เหล่า ชั้นปีที่ 3

2. ผลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้า จะเป็นข้อเสนอแนะในการนำไปปรับปรุงหลักสูตร และวางแผนการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาลสีหล่า
3. เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในด้านการให้ สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี และในประชาชนทั่วไป ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
4. เป็นข้อมูลศึกษาค้นคว้าในการวิจัยครั้งต่อไป

ขอบเขตการศึกษาค้นคว้า

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2539 ของวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพอากาศ และวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ จำนวนรวมทั้งสิ้น 234 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ประชากรที่เป็นนักศึกษาพยาบาลหลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2539 ของวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก วิทยาลัย พยาบาลกองทัพเรือ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพอากาศ และวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ จำนวนรวม ทั้งสิ้น 234 คน

3. ตัวแปร

- 3.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่ อายุ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ภูมิลาเนาเดิม ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และประสบการณ์การมีญาติหรือผู้ใกล้ชิดป่วยเป็นโรคไวรัสตับอักเสบ บี
- 3.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับ อักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสีหล่า ชั้นปีที่ 3

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. นักศึกษาพยาบาลสี เหล่า หมายถึง นักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2539 จากวิทยาลัยพยาบาลกองทัพอากาศ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ประกอบด้วยพฤติกรรมในด้านต่าง ๆ คือ

2.1 พฤติกรรมด้านความรู้ในการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี หมายถึง ข้อเท็จจริง รายละเอียดเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี ได้แก่ ความหมาย สาเหตุ การติดต่อ การแพร่กระจาย รวมทั้งการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ที่นักศึกษาได้รับจากการเรียนรู้ และประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม

2.2 พฤติกรรมด้านเจตคติในการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อต่อโรคไวรัสตับอักเสบ บี ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี

2.3 พฤติกรรมด้านการปฏิบัติในการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี หมายถึง การปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลสี เหล่า ชั้นปีที่ 3 ในการป้องกันการติดโรคไวรัสตับอักเสบ บี ในชีวิตประจำวัน เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การหลีกเลี่ยงในการสัมผัส น้ำลาย โลหิต และสิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี หรือผู้ที่เป็นพาหะของโรค

3. อายุ หมายถึง จำนวนอายุเต็มปีบริบูรณ์ของนักศึกษาพยาบาลถึงวันที่สำรวจ การแบ่งอายุใช้เกณฑ์การแบ่งอายุด้วยการสำรวจอายุของนักศึกษาพยาบาลจากทะเบียนประวัตินักศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพอากาศ และวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ ปีการศึกษา 2538 ดังนี้

3.1 อายุ 17 - 19 ปี

3.2 อายุ 20 - 22 ปี

3.3 อายุ 23 - 25 ปี

4. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว หมายถึง รายได้จากเงินเดือน รวมทั้งรายได้พิเศษอื่น ๆ ของบิดา มารดา หรือผู้ปกครองของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งพิจารณาจากรายได้รวมตลอดปี

แล้วเฉลี่ยเป็นรายเดือน โดยใช้สถิติแห่งชาติเป็นเกณฑ์ในการแบ่งระดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2535 : 79) ดังนี้

- 4.1 ต่ำกว่า 5,001 บาทต่อเดือน
- 4.2 ตั้งแต่ 5,001 - 10,000 บาทต่อเดือน
- 4.3 ตั้งแต่ 10,001 - 15,000 บาทต่อเดือน
- 4.4 ตั้งแต่ 15,001 - 20,000 บาทต่อเดือน
- 4.5 ตั้งแต่ 20,001 บาทต่อเดือนขึ้นไป

5. ภูมิภาคเดิม หมายถึง สถานที่อยู่เดิมของนักศึกษาพยาบาลโดยแบ่งตามส่วนราชการกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย (บันทึกนักปกครอง. 2534 : 195)

5.1 กรุงเทพมหานคร

5.2 ภาคกลาง ได้แก่ จังหวัดอุทัยธานี ชัยนาท ลพบุรี สิงห์บุรี สระบุรี อ่างทอง สุพรรณบุรี พระนครศรีอยุธยา นครนายก กาญจนบุรี นครปฐม ปทุมธานี ปราจีนบุรี นนทบุรี ฉะเชิงเทรา ราชบุรี ชลบุรี สมุทรปราการ สมุทรสาคร สมุทรสงคราม เพชรบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด ประจวบคีรีขันธ์ และสระแก้ว

5.3 ภาคเหนือ ได้แก่ จังหวัดเชียงราย แม่ฮ่องสอน พะเยา น่าน เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง แพร่ อุตรดิตถ์ สุโขทัย ตาก พิจิตร พิษณุโลก เพชรบูรณ์ คิชิตร์ กำแพงเพชร และนครสวรรค์

5.4 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ จังหวัดหนองคาย อุตรดิตถ์ นครพนม สกลนคร เลย ขอนแก่น กาฬสินธุ์ มุกดาหาร มหาสารคาม ยโสธร ชัยภูมิ ร้อยเอ็ด บุรีรัมย์ อุบลราชธานี นครราชสีมา ศรีสะเกษ สุรินทร์ หนองบัวลำภู และอำนาจเจริญ

5.5 ภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดชุมพร ระนอง สุราษฎร์ธานี พังงา กระบี่ นครศรีธรรมราช ภูเก็ต ตรัง พัทลุง สงขลา สตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส

6. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน หมายถึง คะแนนเฉลี่ยผลการเรียนของนักศึกษาพยาบาล สี่เหล่า ชั้นปีที่ 3 ที่ประเมินได้จากคะแนนเฉลี่ยสะสม (Grade Point Average = GPA) เมื่อเรียนอยู่ชั้นปีที่ 2 แบ่งเป็น 3 ระดับคือ

6.1 ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูง หมายถึง คะแนนเฉลี่ยสะสมมากกว่า 3.00

6.2 ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนปานกลาง หมายถึง คะแนนเฉลี่ยสะสมระหว่าง
2.50 - 3.00

6.3 ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ หมายถึง คะแนนเฉลี่ยสะสมน้อยกว่า 2.50

7. ประสิทธิภาพการนิเทศหรือผู้ใกล้ชิดป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี หมายถึง การ
เคยดูแล เคยพบเห็น เคยได้ยินข่าว มีบุคคลในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดนักศึกษาพยาบาลเสียชีวิต
ชั้นปีที่ 3 เคยป่วยเป็นโรคไวรัสตับอักเสบ บี

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเนื้อหาสาระและการวิจัยที่เกี่ยวข้องส่ง
หัวข้อต่อไปนี้

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

1. ความรู้
2. เจตคติ
3. พฤติกรรมการป้องกันโรค
4. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
5. โรคไวรัสตับอักเสบ บี

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

1. งานวิจัยในต่างประเทศ
2. งานวิจัยในประเทศไทย

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ความรู้ (Knowledge)

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้นั้น ได้มีผู้ให้ความหมายของความรู้ไว้ดังนี้

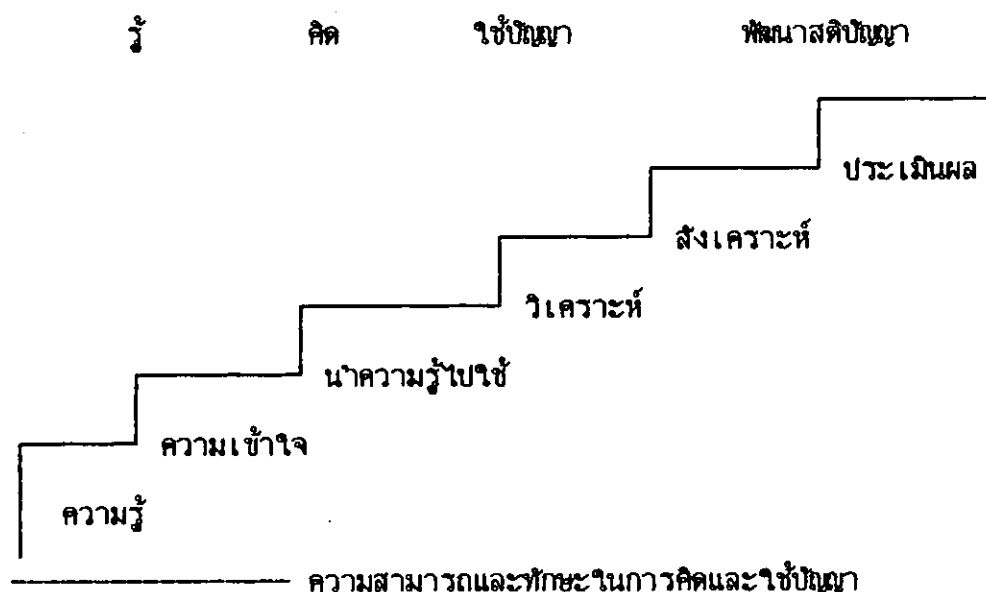
กู๊ด (Good. 1973 : 325) ให้ความหมายว่า ความรู้หมายถึงข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์
และรายละเอียดต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมไว้

พจนานุกรมเว็บสเตอร์ (Webster. 1984 : 665) อธิบายว่า ความรู้ หมายถึง
ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และโครงสร้างที่เกิดจากการศึกษาค้นคว้า หรือเป็นความรู้เกี่ยวกับสถานที่
สิ่งของ หรือบุคคลที่ได้จากการสังเกต จากประสบการณ์หรือจากรายงาน การรับรู้ข้อเท็จจริง
เหล่านี้ต้องอาศัยระยะเวลา

ไพศาล หวังพานิช (2526 : 69) ให้ความหมายของความรู้ว่า หมายถึง บรรดาข้อเท็จจริง หรือรายละเอียดของเรื่องราว การกระทำอันเป็นประสบการณ์ของบุคคลซึ่งสะสม และถ่ายทอดสืบต่อกันมา

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 16) ให้ความหมายว่า ความรู้ หมายถึง พฤติกรรมขั้นต้นซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำได้ อาจจะโดยการนึกได้ หรือโดยการมองเห็น การได้ยิน การจำได้ เช่น ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมายข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง วิธีการแก้ปัญหา มาตรฐานเหล่านี้ เป็นต้น

ทางด้านจัดการศึกษานั้น ถือว่าความรู้เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งที่สามารถวัดได้ว่ามีหรือไม่ พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับการรับรู้ การจำข้อเท็จจริงต่าง ๆ รวมทั้งพัฒนาความสามารถ และทักษะทางสติปัญญา 6 ขั้นตอนคือ (วิไล ฤทธวิชัยกุล . 2527 : 312-313)



1. ความรู้ (Knowledge) หมายถึง ความสามารถที่จะจดจำ และระลึกได้ถึงเรื่องราวที่รับไปแล้ว

2. ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นทักษะและความสามารถทางสติปัญญาระดับแรก รู้ว่าผู้อื่นสื่อสารมาอย่างไร และสามารถที่จะนำเอาข้อมูลหรือนำเอาปัจจัยที่ได้รับมาใช้ให้เป็นประโยชน์

3. การนำความรู้ไปใช้ (Application) คือความสามารถที่จะนำเอาความรู้ความเข้าใจจากหลักสูตร กฎเกณฑ์และวิธีการดำเนินการต่าง ๆ ของเรื่องนั้นไปใช้ในสถานการณ์ใหม่ ที่ไม่เหมือนเดิมได้

4. การวิเคราะห์ (Analysis) หมายถึง ความสามารถในการแยกแยะเรื่องราวที่สมบูรณ์ใด ๆ ให้กระจายออกเป็นส่วนย่อย และมองเห็นหลักการผสมผสานระหว่างส่วนที่ประกอบกันขึ้นเป็นปัญหาหรือสภาพการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง

5. การสังเคราะห์ (Synthesis) หมายถึง ความสามารถและทักษะที่จะนำองค์ประกอบหรือส่วนต่าง ๆ เข้ามาร่วมกันหรือให้เป็นภาพพจน์ที่สมบูรณ์เป็นขบวนการที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณาส่วนย่อยแต่ละส่วน แล้วจัดรวมกันเป็นหมวดหมู่ เพื่อให้เกิดความกระจ่างในสิ่งเหล่านั้นขึ้นมา

6. การประเมินผล (Evaluation) หมายถึง ความสามารถที่จะทำการพิจารณาและตัดสินไม่ว่าจะด้วยมาตรฐานที่ผู้อื่นกำหนดไว้ หรือกำหนดขึ้นด้วยตนเอง

จากความหมายข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ความรู้หมายถึง ข้อเท็จจริงต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้รับรู้จากประสบการณ์ การค้นคว้า การศึกษา สังเกตและมีการสะสมไว้จนสามารถจำได้ โดยอาศัยกระบวนการทางจิตวิทยา

ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี หมายถึง บรรดาข้อเท็จจริง เรื่องราว รายละเอียดเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี ได้แก่ ความหมาย สาเหตุ การติดต่อ การแพร่กระจายของโรค อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยโรค การรักษาและการป้องกันโรค ซึ่งข้อเท็จจริงเหล่านี้บุคคลจะได้รับจาก การเรียนรู้ ประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม การที่บุคคลจะมีการสะสมไว้ จำได้ เข้าใจ สามารถนำไปใช้วิเคราะห์ สังเคราะห์ และประเมินผลขึ้นอยู่ความสามารถและทักษะทางสติปัญญา

ดังนั้นนักศึกษาพยาบาลสืบทอด จึงจำเป็นต้องมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี เป็นสำคัญเพื่อการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการควบคุมและการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

เจตคติ (Attitude)

แนวความคิดเกี่ยวกับเจตคติ ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้ คือ

อนาสตาซี (Anastasi. 1967 : 541) ได้ให้ความหมายว่า เจตคติ หมายถึง ความโน้มเอียงที่จะแสดงออกว่าชอบ หรือไม่ชอบในสิ่งต่าง ๆ เช่น เชื้อชาติ ชนวรรณนิยม ประเพณี หรือสถาบันต่าง ๆ เจตคติไม่สามารถจะเห็นได้โดยตรง แต่สามารถสรุปอ้างอิงถึง พฤติกรรมภายนอกได้

เดโช สวานนท์ (2512 : 93) ให้ความหมายว่าเจตคติเป็นลักษณะหนึ่งของบุคลิกภาพ ที่ส่วร่างขึ้นได้ เปลี่ยนแปลงได้ และเป็นแรงจูงใจที่กำหนดทิศทางการเกิดพฤติกรรมของบุคคลที่มี ต่อสิ่งแวดล้อม ดังนั้นเจตคติจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญยิ่งที่ทำให้บุคคลประสบความสำเร็จหรือ ล้มเหลวในหน้าที่การงานหรืออาชีพของตน

เชดสกี โฆวาลินซ์ (2522 : 93) เจตคติหมายถึงความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ อันเป็นผลเนื่องมาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ และเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมหรือ แนวโน้มที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้า นั้น ๆ ไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง อาจเป็นไปในทางสนับสนุน หรือคัดค้านก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกระบวนการในการอบรมให้เรียนรู้ระเบียบวิธีของสังคมซึ่งเจตคติ จะแสดงออกหรือปรากฏให้เห็นชัดเจนในกรณีที่มีสิ่งเร้านั้นเป็นสิ่งเร้าทางสังคม

กมลรัตน์ หล้าสุวงษ์ (2524 : 239 - 240) ได้สรุปความหมายของเจตคติ ว่าเป็น ความพร้อมของร่างกายและจิตใจที่มีแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ด้วยการเข้าหาหรือถอยหนีออกไปโดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. เจตคติทางบวก หรือเจตคติที่ดี หมายถึง แนวโน้มที่อินทรีย์จะเข้าหาสิ่งเร้าหรือ สถานการณ์นั้นเนื่องจากความชอบหรือความพอใจ
2. เจตคติทางลบ หรือเจตคติที่ไม่ดี หมายถึง แนวโน้มที่อินทรีย์จะถอยหนีจากสิ่งเร้า หรือสถานการณ์นั้นๆ เนื่องจากความไม่ชอบหรือความไม่พอใจ

โยธิน ศันสนยุทธ และจุฬพล พูลภักธิวิธิน (2524 : 43) ได้ให้ความหมายของ เจตคติว่าหมายถึง ระบบการจัดรูปแบบประสบการณ์ และพฤติกรรมของบุคคลที่ค่อนข้างจะคงที่ ที่มีต่อ บุคคล สิ่งของ หรือเหตุการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2527 : 1) ได้ให้ความหมายว่า เจตคติ หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ เช่น บุคคล สิ่งของ การกระทำ ประสบการณ์ รวมทั้งท่าทีที่แสดงออกที่บ่งถึงสภาพของจิตใจที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เจตคติเป็นนามธรรม และเป็นส่วนที่ทำให้เกิดการแสดงออกทางด้านการปฏิบัติ

บุญ หนาวัฒนา (2526 : 161) ได้ให้ความหมายว่า เจตคติ หมายถึง ความโน้มเอียงหรือความพร้อมที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าลักษณะสำคัญคือความโน้มเอียงที่ได้มีการพิจารณาไว้ล่วงหน้า และความโน้มเอียงนั้นไม่ได้เกิดจากสภาพการรู้อยู่ที่เกิดจากภายใน เช่น การรู้อยู่ที่เกิดจากความต้องการทางด้านร่างกาย

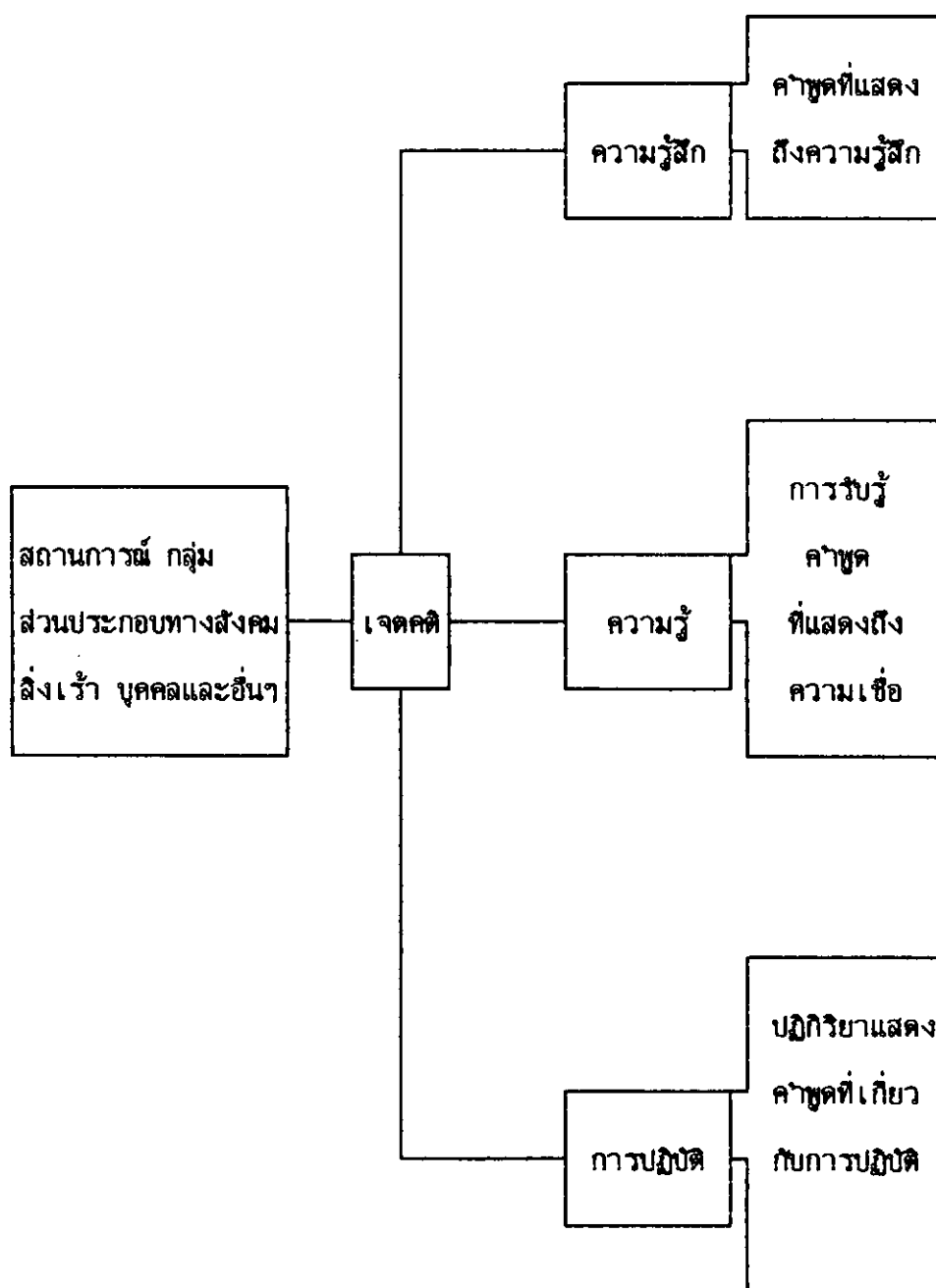
จากความหมายข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า เจตคติ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ ซึ่งได้มาประสบการณ์การเรียนรู้ และเป็นแรงที่รู้อยู่ให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อสิ่งนั้น ๆ ไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่งซึ่งจะเห็นได้ว่า เจตคติเป็นสิ่งที่มิอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล

องค์ประกอบของเจตคติ

ไทแรนดิส (Triandis. 1971 : 94) อธิบายว่าองค์ประกอบของเจตคติมี 3 ประการ คือ

1. ด้านพุทธิปัญญา เป็นการที่สมองของบุคคลรับรู้ และวินิจฉัยข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับ มีการวิเคราะห์ข้อมูล จัดหมวดหมู่ เพื่อช่วยในด้านการรับรู้ ทำให้เกิดเจตคติที่แสดงออกมาในแนวคิดที่ว่าอะไรถูก อะไรผิด
2. ด้านความรู้สึก เป็นลักษณะทางอารมณ์ที่สอดคล้องกับความคิดของบุคคล ถ้าบุคคลใดมีความคิดที่ดีในสิ่งใด ก็จะมีความรู้สึกที่ดีต่อสิ่งนั้นด้วย
3. ด้านการปฏิบัติ เป็นความพร้อมที่จะกระทำ เป็นผลเนื่องมาจากความคิดและความรู้สึก องค์ประกอบนี้เป็นองค์ประกอบที่มีแนวโน้มในทางการปฏิบัติ ถ้ามีสิ่งเร้าที่เหมาะสมจะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองอย่างใดอย่างหนึ่ง จะพบว่าบรรทัดฐานของสังคมขึ้นอยู่กับแต่ละประเทศ และวัฒนธรรม องค์ประกอบของเจตคติทั้ง 3 องค์ประกอบนี้ต่างมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันโดย

องค์ประกอบด้านพุทธิปัญญา หรือความรู้ ความเข้าใจ เป็นพื้นฐานของเจตคติที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกของบุคคล และความรู้สึกจะมีผลกระทบต่อการแสดงออกของบุคคลหรืออาจกล่าวได้ว่า เจตคติเป็นสิ่งที่กำหนดถึงแนวทางพฤติกรรม ดังภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 องค์ประกอบของเจตคติ

ที่มา : Triandis, H. C. 1971 : 3

การเกิดเจตคติ

การเกิดเจตคตินั้น ได้มีผู้ให้แนวคิดไว้หลายประการ เช่น ฟอสเตอร์ (Foster. 1952 : 119) และฟลันน์ สุขจานงค์ (2522 : 72) ได้ให้แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการเกิดเจตคติไว้ว่า ระบบค่านิยม การตัดสินใจตามค่านิยมมีอิทธิพลต่อเจตคติมาก การที่บุคคลหนึ่งบุคคลใดจะมีเจตคติที่ดีหรือไม่ดีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด หรือมีความรู้สึกที่ว่าสิ่งนั้นถูกหรือสิ่งนั้นผิด ไม่เพียงแต่ได้รับประสบการณ์ตรงหรืออ้อมเท่านั้น ยังขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม ค่านิยมหรือบรรทัดฐานของกลุ่มที่บุคคลนั้นร่วมใช้ชีวิตอยู่ เจตคติเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ทางสังคม จากประสบการณ์ของแต่ละบุคคล แหล่งที่ทำให้เกิดเจตคติมีมากมาย เช่น

1. ประสบการณ์เฉพาะอย่าง อาจมีลักษณะในรูปแบบที่ได้รับรางวัลหรือลงโทษ ประสบการณ์ที่ผู้รับเกิดความพึงพอใจ ย่อมก่อให้เกิดเจตคติที่ดีต่อสิ่งนั้น แต่ถ้าประสบการณ์นั้นไม่พอใจย่อมเกิดเจตคติที่ไม่ดี ประสบการณ์ที่บุคคลมีต่อสังคม บุคคล หมู่คณะ เรื่องราวต่าง ๆ หรือสถานการณ์นั้น หากเกิดจากการได้พูดคุยนับถือถือว่าเป็นประสบการณ์ตรง แต่หากเกิดจากการได้ยิน ได้ฟัง ได้เห็นรูปภาพ หรือได้อ่านหนังสือเกี่ยวกับเรื่องนั้น โดยที่ไม่เคยพบหรือเห็นมาก่อน ถือว่าเป็นประสบการณ์โดยอ้อม เนื่องจากเจตคติเกิดจากสิ่งที่บุคคลเรียนรู้ ดังนั้นบุคคลย่อมจะไม่มีเจตคติต่อสิ่งที่เขาไม่มีประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม
2. เจตคติที่เกิดจากการสอน อาจเป็นชนิดที่เป็นแบบแผนหรือไม่เป็นแบบแผนก็ได้
3. เจตคติที่เกิดจากการเลียนแบบพฤติกรรมของบุคคล ที่ให้การยอมรับเคารพนับถือ
4. สถานบัน เจตคติของบุคคลหลายอย่างเกิดขึ้นสืบเนื่องมาจากสถานบัน เช่น โรงเรียน สถานบันที่ประกอบพิธีทางศาสนา หน่วยงานต่าง ๆ เป็นต้น สถานบันเหล่านี้เป็นแหล่งที่มา และช่วยสนับสนุนให้เกิดเจตคติบางอย่างได้

นอกจากนี้ เจตคดียังมีคุณสมบัติอีก 3 ประการคือ

1. มีความคงที่ (Consistency) คือไม่สามารถเปลี่ยนได้โดยง่าย
2. มีทิศทาง (Direction) ที่แน่นอน โดยมีการประเมินค่าการรับรู้ความรู้สึก และความพร้อมที่จะกระทำไปในด้านที่เป็นบวกหรือเป็นลบ ดีหรือเลว มีความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งนั้น พร้อมที่จะสนับสนุนหรือคัดค้านสิ่งนั้น

3. **มีความเข้มข้น (Magnitude)** คือเป็นไปในทางบวกหรือทางลบ มากหรือน้อย ตามค่านิยมและความสำคัญต่อสิ่งนั้น

แมคไกว์ (พจนนิ วรกวิน. 2526 : 70-72; อ้างอิงมาจาก Mc.Guire. n.d.) ได้กล่าวไว้ว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงเจตคติประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ 5 ขั้นตอน คือ

1. **การเอาใจใส่ (Attention)** เป็นความสนใจ ความใส่ใจในการรับฟัง ถ้าบุคคลไม่ให้ความสนใจที่จะฟังแล้ว กระบวนการขั้นตอนต่อไปก็จะไม่เกิดขึ้นและไม่มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติสาเหตุที่ทำให้คนสนใจฟังเอาใจใส่ ได้แก่ ผู้ส่งความ และเนื้อหาสาระนั้น ๆ

2. **ความเข้าใจ (Comprehension)** เป็นความเข้าใจในความหมายของสารนั้น ความยากหรือง่ายเกินไปจะทำให้ผู้ฟังไม่สนใจและไม่เข้าใจ ดังที่เราสังเกตเห็นได้จากการโฆษณา เขาจะใช้เวลาให้น้อยที่สุดแต่ให้ผู้ฟังได้มากที่สุด

3. **การยอมรับ (Acceptance)** เป็นผลจากข้อ 1 และข้อ 2 หากบุคคลตั้งใจฟังเกิดความเข้าใจแจ่มแจ้งก็จะทำให้เกิดการยอมรับ แต่ถ้าไม่ได้สนใจฟังไม่มีความเข้าใจ ก็จะไม่มีการยอมรับขึ้น

4. **การเก็บเอาไว้ (Retention)** เป็นความคงทนหรือเป็นความจำอาจจะเก็บไว้ระยะหนึ่งเมื่อเวลาผ่านไปอาจเปลี่ยนไปหรืออาจจะคงอยู่ถ้าเป็นเรื่องราวที่มีความสำคัญต่อตัวบุคคลจะทำให้จำได้นาน วิธีการสื่อสารที่ดึงดูดความสนใจแก่ผู้รับโดยการเสนอข้อ ๆ จะทำให้จำได้นาน

5. **การกระทำ (Action)** บุคคลเมื่อเปลี่ยนเจตคติก็จะเปลี่ยนด้านการกระทำด้วย เพื่อแสดงถึงการมีเจตคตินั้นๆ

เจตคติของบุคคลต่อสิ่งต่าง ๆ นั้น สามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยมีการเปลี่ยนแปลงในองค์ประกอบทั้ง 3 ของเจตคติ การเปลี่ยนแปลงเจตคติจะเปลี่ยนได้มากหรือน้อยแต่ไหนขึ้นอยู่ กับข้อมูลต่าง ๆ ที่บุคคลได้รับทราบ ดังที่ ซิมบาโด เอบ บีเซน และมาสลาซ (Zimbardo Ebbesen and Maslash. 1977 : 49-53) ได้กล่าวว่า เจตคติขึ้นอยู่กับความรู้ คือ ถ้ามีความรู้ความเข้าใจดี เจตคติก็จะมีการเปลี่ยนแปลง เมื่อเจตคติเปลี่ยนแปลงก็มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยจะเห็นได้ว่า ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติมีความเชื่อมโยงกัน ดังนั้น การที่จะให้บุคคลมีการยอมรับการปฏิบัติสิ่งใดก็ตามจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงเจตคติโดย

1. การให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง โดย
 - 1.1 ชี้แจงและอภิปราย
 - 1.2 การอ่านหนังสือที่ดี
 - 1.3 การปลูกฝังสังคมที่ถูกต้อง
2. การให้ออกาสบุคคลได้คบบุคคลอื่นที่มีเจตคติในทางที่พึงปรารถนาให้เห็นแบบอย่างที่ดี
3. การจัดประสบการณ์ การจัดกิจกรรมให้บุคคลเป็นประสบการณ์ตรงซึ่งจะมีผลทำให้เจตคติของบุคคลเปลี่ยนแปลงได้อย่างชัดเจน

จากแนวความคิดของเจตคติตั้งได้กล่าวมาแล้วพอจะให้คำจำกัดความเจตคติของนักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี ได้ดังนี้คือ เป็นความคิดของนักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าว่ามีความรู้สึกอย่างไรต่อโรคไวรัสตับอักเสบ บี ซึ่งอาจเป็นไปในทางที่ดี ชดแย้งหรือเป็นไปในทางที่ไม่ดีก็ได้ โดยความรู้สึกนึกคิดดังกล่าว เกิดจากประสบการณ์หรือการเรียนรู้ และพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี ในด้านของความหมาย สาเหตุการติดต่อ การแพร่กระจายของโรค อาการและอาการแสดง การรักษาและการป้องกันโรค ซึ่งการแสดงพฤติกรรมดังกล่าวจะแสดงถึงเจตคติ กล่าวคือ ถ้ามีเจตคติที่ดีก็มีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมที่ดีต่อสิ่งนั้น ตรงกันข้ามถ้าเจตคติไม่ดีก็มีแนวโน้มที่จะไม่เข้าหาโดยถอยหนีหรือต่อต้านการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ (กมลรัตน์ หล้าสูงษ์, 2524 : 240)

พฤติกรรมการป้องกันโรค

ความหมายของพฤติกรรม

สมจิตต์ สุพรรณวัฒน์ (2527 : 155) ได้ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรม หมายถึง ปฏิบัติการหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต จะสังเกตได้หรือสังเกตไม่ได้ก็ตาม ซึ่งทั้งที่มีอยู่ภายในหรือแสดงออกมาภายนอก

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2527 : 155) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมทุกอย่างประเภทที่มนุษย์กระทำไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ก็ตาม แต่สามารถวัดได้โดยใช้เครื่องมือพิเศษ และสามารถบอกได้ว่ามีหรือไม่มีได้ เช่น ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก ความชอบ ความสนใจ

เอี่ยมพร ทองกระจาย (2530 : 3) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมว่าเป็นกิจกรรมทุกอย่างที่มนุษย์กระทำ เป็นลักษณะการแสดงออกที่สังเกตเห็นได้ โดยพื้นฐานทางจิตวิทยามีความเชื่อว่าพฤติกรรมทุกชนิดที่มนุษย์กระทำย่อมมีสาเหตุ และมีจุดมุ่งหมายในขณะที่เดียวกันก็มีแรงกระตุ้นหรือแรงจูงใจให้กระทำด้วยเหตุที่จุดมุ่งหมายนั้นเป็นการตอบสนองต่อความต้องการของมนุษย์ เมื่อมนุษย์ได้แสดงพฤติกรรมในการตอบสนองความต้องการแล้วพฤติกรรมก็สิ้นสุดลง มนุษย์อยู่ในภาวะสมดุล

สรุปได้ว่าพฤติกรรมหมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์ทั้งที่ปรากฏออกมาภายนอกหรือที่มีอยู่ภายใน สามารถวัดได้ว่ามีหรือไม่มี

ในด้านการจัดการศึกษา หรือการให้สุศึกษาเน้น จุดมุ่งหมายคือ การเกิดพฤติกรรม 3 ประเภท คือ

1. พฤติกรรมด้านความรู้ ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับ การรู้ การจำข้อเท็จจริงต่าง ๆ ซึ่งเริ่มต้นจากความรู้ระดับง่าย ๆ จากความรู้ ความเข้าใจ การนำความรู้ไปใช้ การสังเคราะห์ และการประเมินผลในทางสุขภาพ พฤติกรรมด้านนี้สามารถที่จะอธิบายสาเหตุและการประเมินได้ว่า การปฏิบัติสิ่งใดดีหรือไม่ดี

2. พฤติกรรมด้านเจตคติ หมายถึง พฤติกรรมที่มีความสนใจ ความชอบ ไม่ชอบ ทำศนคติ การให้คุณค่า การปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ แบ่งออกได้เป็นขั้นตอนคือ การรับ การตอบสนอง การให้ค่า การจัดกลุ่มค่า การแสดงคุณลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถืออยู่ รวมไปถึงความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ พฤติกรรมด้านนี้จะบอกความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสุขภาพอนามัยและจะบอกถึงแนวโน้มของบุคคลในการกระทำซึ่งเชื่อว่าบุคคลที่มีเจตคติที่ดีต่อสุขภาพย่อมมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตนได้ถูกต้องในเรื่องสุขภาพโดยมีองค์ประกอบอื่น ๆ ด้วย

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ เป็นการใช้ความสามารถที่จะแสดงออกทางร่างกาย เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่เป็นเป้าหมายของการสุศึกษา ซึ่งจะต้องอาศัยพฤติกรรมด้านความรู้และเจตคติ แต่กระบวนการที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยระยะเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน เช่น การไปพบแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2527 : 274 - 280) ยังได้เสนอแนวความคิดที่เกี่ยวกับการเกิดพฤติกรรมไว้ดังนี้

1. ความต้องการทางด้านร่างกายเป็นแรงผลักดันทำให้เกิดพฤติกรรมขึ้น
2. เมื่อมีสิ่งเร้าที่เหมาะสมมากระตุ้น บุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกมา
3. บุคคลจะแสดงพฤติกรรมอะไร ย่อมขึ้นอยู่กับอารมณ์หรือความรู้สึกของบุคคลนั้น
4. ความรู้ ความเข้าใจและความคาดหวังในสิ่งที่จะเกิดขึ้น ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรม
5. พฤติกรรมเกิดขึ้นจากแรงจูงใจต่าง ๆ เช่นการต้องการความสำเร็จ

พฤติกรรมการป้องกันโรค

พฤติกรรมการป้องกันโรค ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2527 : 154 - 169) ได้อธิบายว่าเป็นพฤติกรรมอนามัยอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการประพฤติปฏิบัติของบุคคลที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันไม่ให้เป็นโรค ซึ่งเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลตลอด 24 ชั่วโมง

ฮาร์ริส และกูเติน (Harris and Guten. 1979 : 28) ให้ความหมายของพฤติกรรมป้องกันโรคว่าหมายถึง การกระทำใด ๆ ของบุคคลที่กระทำเป็นปกติสม่ำเสมอที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์เพื่อสุขภาพดีซึ่งเป็นการกระทำที่มีความสำคัญในการที่จะป้องกันโรค ดังนั้นพฤติกรรมการป้องกันโรคจึงเป็นพฤติกรรมของการดูแลตนเองในสภาวะปกติ เป็นการดูแลตนเองเพื่อให้สุขภาพอนามัยของตนเองและสมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์เสมอ เป็นพฤติกรรมที่ทำในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรงมี 2 ลักษณะคือ (มัลลิกา มัตติโก. 2530 : 11-12)

1. การดูแลส่งเสริมสุขภาพ (Health Maintainance) คือพฤติกรรมจะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขและพยายามหลีกเลี่ยง

จากอันตรายต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การมีสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดี การควบคุมอาหาร การไปพบแพทย์ตรวจตามนัด และการตรวจสุขภาพทุก 6 เดือน เป็นต้น อันเป็นพฤติกรรมของประชาชนที่กระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง

2. การป้องกันโรค (Disease Prevention) เป็นพฤติกรรมที่มุ่งกระทำเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ โดยแบ่งระดับของการป้องกันโรคได้ 3 ระดับ คือ

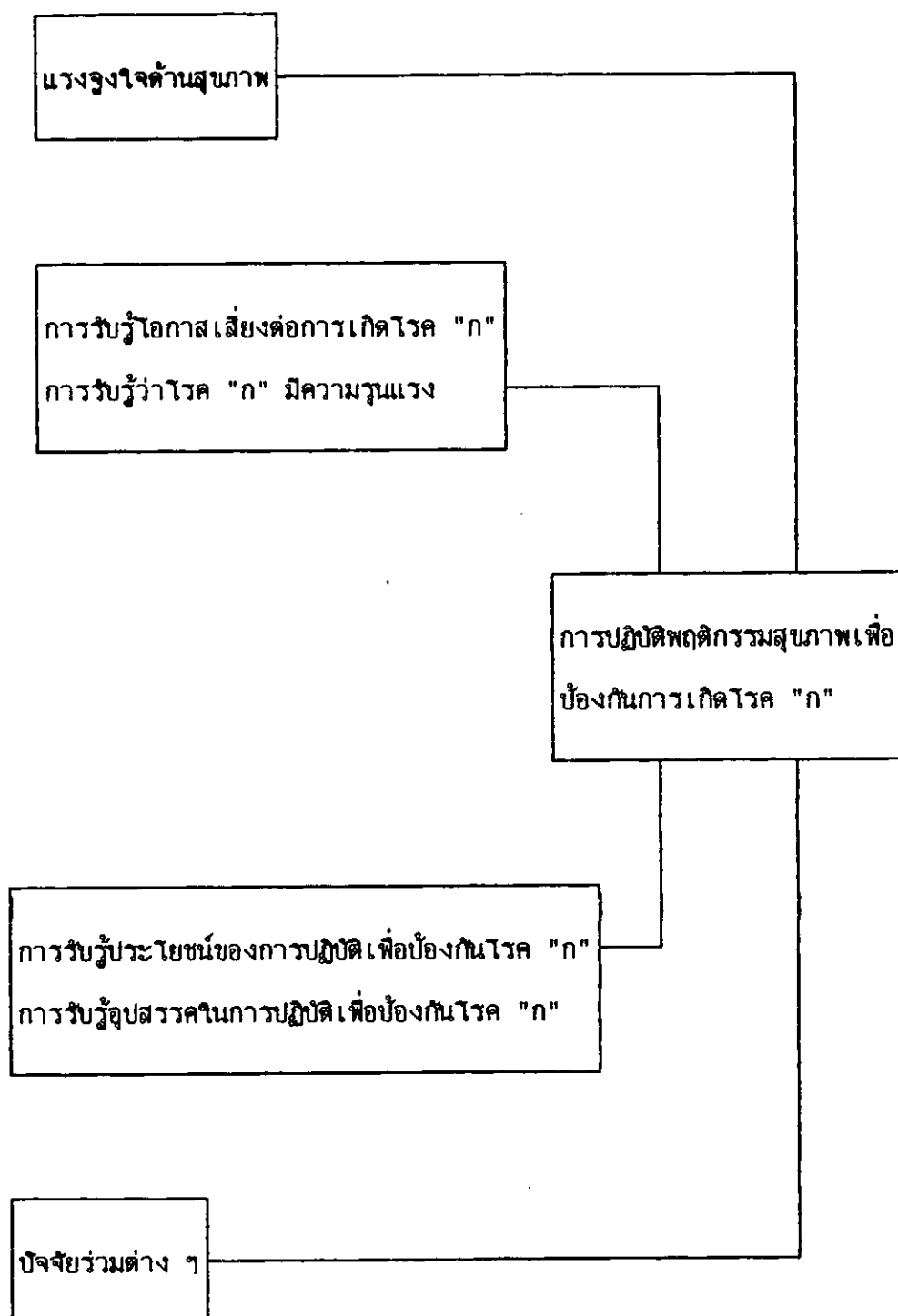
2.1 การป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary Prevention) เป็นการป้องกันตนเองจากการเกิดโรค เช่น การได้รับภูมิคุ้มกันโรค

2.2 การป้องกันตามความรุนแรงของโรค (Second Prevention) เป็นระดับของการป้องกันโรคที่มุ่งขจัดโรคให้หมดไปก่อนที่จะอาการของโรคจะรุนแรงขึ้น เช่น การตรวจและถ่ายภาพรังสีปอด ในรายที่มีปัญหาของโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง เพื่อเป็นการป้องกันโรคมะเร็งปอดที่อาจเกิดขึ้นได้ภายหลัง

2.3 การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (Tertiary Prevention) เป็นระดับของการป้องกัน ที่มีเป้าหมายต้องการยับยั้งการแพร่กระจายของโรคจากผู้ป่วยไปสู่บุคคลอื่น

ในช่วงปี ค.ศ. 1950-1960 โรเซนสต็อก (Rosenstock) ฮอว์คบอม (Hochbaum) และคีเกล (Keagles) ได้ให้กรอบแนวคิด เพื่อค้นคว้าหาคำตอบว่าทำไมบุคคลบางคนกระทำกิจกรรมป้องกันไม่ให้เกิดเจ็บป่วยในขณะที่บางคนไม่ทำกิจกรรมนั้น ๆ จึงได้ริเริ่มนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล แนวความคิดนี้ได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีของเลวิน (Lewin) ที่เชื่อว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมโดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้สิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อผลดีให้แก่ตนเอง และจะหนีออกจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนาในองค์ประกอบที่โรเซนสต็อกกล่าวไว้ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือ การที่บุคคลใดจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคนี้มีความรุนแรงทำให้เกิดความเสียหายแก่ชีวิตของเขาพอสมควร การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค ไม่ควรมีอุปสรรคต่อการปฏิบัติของเขา เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวด เป็นต้น

ซึ่ง เบคเกอร์ และคนอื่น ๆ (Becker and others. 1975 : 197) ได้ทำการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้ในการอธิบาย และทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคล โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมซึ่งเป็นปัจจัยอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคล ที่พบว่ามีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ภายหลังจากการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคจนเป็นที่ยอมรับแล้ว เบคเกอร์ (Becker) ได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในการอธิบาย และทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยเพิ่มแรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมในด้านต่าง ๆ โดยรวมแรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมในด้านต่าง ๆ เข้าเป็นองค์ประกอบของแบบแผน ดังภาพประกอบ 4



ภาพประกอบ 4 แสดงแบบแผนการปฏิบัติด้านพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรค

ที่มา : Becker and Maiman. 1975 : 10 - 24

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) เป็นความเชื่อของบุคคลว่าตนเองมีโอกาสเกิดโรค การที่จะหลีกเลี่ยงในภาวะที่จะเกิดโรคดังกล่าว จำเป็นต้องมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคและเป็นการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว ซึ่งจะแตกต่างไปจากผู้ที่มิสุขภาพดีทั่วไป การรับรู้นี้อาจแสดงออกในแง่ทัศนะ ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัย การคาดการณ์ล่วงหน้าว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคเรื้อรังหรือเสี่ยงต่อการเป็นโรคอื่น ๆ ดังเบคเกอร์ และไมแมน (Becker and Maiman, 1975 : 17-18) กล่าวว่าเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยและทราบการวินิจฉัยของตน ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงจะเปลี่ยนไป เช่น ผู้ป่วยอาจไม่เชื่อในการวินิจฉัยของแพทย์ซึ่งจะทำให้การคาดคะเนเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และภาวะแทรกซ้อนของบุคคลผิดไป สำหรับบุคคลที่เคยเจ็บป่วยจะมีการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคซ้ำได้อีก และสำหรับบุคคลที่กำลังเจ็บป่วยจะมีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคสูงขึ้น ทำให้มีความรู้สึกว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) แม้บุคคลจะตระหนักถึงภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ก็ตาม พฤติกรรมในการป้องกันโรค อาจไม่แสดงออกจนกว่าบุคคลจะมีความเชื่อว่าโรคนั้นอันตราย และมีความสามารถที่จะทำลายชีวิต หรืออาจมีผลต่อสมรรถภาพในการทำงานของร่างกายและมีผลกระทบต่อครอบครัว สังคม ซึ่งจะช่วยให้บุคคลตัดสินใจในการมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคดีขึ้น ปัจจุบันมีความหมายในด้านความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของการเกิดโรคหรือปัญหาความเจ็บป่วย มิได้หมายความว่าความรุนแรงของโรคหรือปัญหาความเจ็บป่วย การทำให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค เป็นการกระตุ้นให้เกิดความกลัว ซึ่งจะมีประสิทธิภาพในการกระตุ้นพฤติกรรมใหม่ ถ้าผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือแนะนำวิธีการที่จะเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยนั้นหรือลดอัตราตายที่จะเกิดขึ้น แต่ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้วิธีการที่จะเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยนั้น ทำให้เกิดกลไกการป้องกันขึ้น เช่น อาจมีพฤติกรรมที่ปฏิเสธไม่ยอมรับภาวะความเจ็บป่วยมากกว่าที่จะมีพฤติกรรมร่วมมือทางด้านสุขภาพ สรุปได้ว่าผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตามคำที่ได้รับแนะนำมักเป็นผู้ที่ไม่เอาใจใส่ต่อความรุนแรงของโรคที่เกิดจากความผิดปกติต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ความพิการ หรือภาวะต่าง ๆ ที่คุกคามต่อการ

ดำรงชีวิตและการปฏิบัติจะน้อยลงเมื่อโรคนั้นอยู่ในภาวะที่ไม่แสดงอาการ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหรือมีอาการรุนแรงกว่าน่าจะปฏิบัติตามคำแนะนำดีกว่า

3. การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกัน (Perceived Benefit and Barrier) ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเป็นสภาพความพร้อมทางจิตใจในการตัดสินใจที่จะปฏิบัติสิ่งหนึ่งสิ่งใดต่อไป แต่ไม่ใช่สิ่งที่กำหนดได้ว่าพฤติกรรมที่ปฏิบัตินั้นเป็นอย่างไร การที่บุคคลจะปฏิบัติอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับความพร้อมทั้งทางด้านจิตใจ และความเชื่อต่อประโยชน์ตลอดจนอุปสรรคความไม่สะดวกต่าง ๆ ในการกระทำนั้น ๆ ต้องเป็นวิธีที่เขาเชื่อว่าจะให้ประโยชน์กับเขามากที่สุดและมีอุปสรรคน้อยที่สุด ซึ่งจะต้องสัมพันธ์กับการเสี่ยงต่อการเป็นโรคและลดความรุนแรงของโรค (Becker and Maiman. 1975 : 13-25) บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด เนื่องจากมีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นสามารถป้องกันการเกิดโรคหรือลดภาวะความเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานได้ ส่วนอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ คือปัญหาค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกในการรักษา การถูกจำกัดกิจกรรมหลายอย่าง นอกจากนั้นผู้ป่วยยังมีอาการท้อแท้เนื่องจากการป้องกันและการรักษาที่ผ่านมาไม่ได้ผลเท่าที่คาดหวังหรือการปฏิบัติที่แตกต่างไปจากความเคยชินซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยมักปฏิบัติให้ถูกต้องและสม่ำเสมอได้ลำบาก (Becker and Maiman. 1975 : 206)

4. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) เป็นภาวะที่จำเป็นต่อการกระทำและเป็นตัวกำหนดสภาพแวดล้อมการรับรู้ของบุคคล สามารถแสดงถึงความต้องการที่จะได้มาซึ่งเป้าหมายทางสุขภาพ โดยจะเห็นว่าบุคคลที่มีความพร้อมที่ต่างกัน การดูแลสุขภาพของบุคคลย่อมต่างกันด้วย (Becker and Maiman. 1975 : 349) แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปสามารถวัดได้ทั้งภาวะเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพดีในรูปความต้องการ ความตั้งใจ หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำ

แรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค และประโยชน์ของการรักษาเมื่อความเชื่อเปลี่ยนแปลงไปในทางบวกจะมีผลให้ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำเพิ่มมากขึ้น ซึ่งแรงจูงใจมีส่วนในการผลักดันร่วมกับปัจจัยทางความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพ (Becker and Maiman. 1975 : 17-18) ถึง

แม้ผู้ป่วยจะมีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ก็อาจทำให้เกิดความท้อแท้และหมดกำลังใจได้ถ้าผู้ป่วยไม่มีความตั้งใจปฏิบัติ

ปัจจัยร่วมต่าง ๆ เป็นปัจจัยตามสภาพความจริงที่ส่งเสริมหรือขัดขวางในการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ได้แก่ ปัจจัยด้านจิตสังคม ปัจจัยด้านประชากรรวมทั้งสิ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพทั้งในภาวะสุขภาพดีและเจ็บป่วย ดังนี้

ปัจจัยด้านจิตสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นแนวทางในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของตนให้สอดคล้องสัมพันธ์กับความเชื่อของตนและในความต้องการของสังคมรอบข้าง ด้วยเหตุผลที่ว่าความเชื่อด้านสุขภาพเปรียบเสมือนแรงผลักดันส่วนบุคคลในการตัดสินใจอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล บุคคลจะปฏิบัติสิ่งใดเพื่อเป็นการเลี่ยงการเกิดโรคขึ้นอยู่กับความเชื่อทางด้านสุขภาพของบุคคลนั้น ส่วนการผลักดันจากกลุ่มบุคคลในสังคมเป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลไปจนตลอดชีวิตทั้งในแง่สุขภาพกาย และสุขภาพจิตซึ่งการศึกษาทางด้านจิตวิทยาสังคม พบว่าการตัดสินใจส่วนใหญ่ของบุคคลมักขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลอื่น โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว และเพื่อนฝูงผู้ใกล้ชิดจะมีผลต่อการปฏิบัติตนของบุคคลอย่างมาก นอกจากนี้ความเชื่อของครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคใด ๆ จะมีผลต่อการปฏิบัติตนของสมาชิกในครอบครัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ถ้าครอบครัวใดมีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับสมาชิกของตนนั้น สามารถรักษาได้ การรักษาจะทำให้ผู้ป่วยดีขึ้นก็จะให้การสนับสนุนช่วยเหลือในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยตามแผนการรักษา พฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจึงเป็นไปในทางบวก ในทางตรงกันข้ามถ้าครอบครัวไม่ถือผลที่เกิดขึ้นจากการรักษานั้นก็อาจจะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ หรือทำให้ผู้ป่วยไม่เชื่อถือผลการรักษาได้เช่นกัน นอกจากนี้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยนั้นเป็นสิ่งที่คู่สมรสสามารถเห็นได้ชัด ซึ่งจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคได้ อีกทั้งการได้รับข่าวสารจากสื่อมวลชนและการได้รับความแนะนำจากบุคคลอื่น ๆ คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ บุคลากรทางการแพทย์ เพื่อนบ้าน ซึ่งเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทำให้บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ อันเป็นสิ่งชักนำจากภายนอกที่เอื้ออำนวยให้มีพฤติกรรมสุขภาพเช่นกัน

ปัจจัยด้านประชากร เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญปัจจัยหนึ่ง ในการทำนายถึงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลซึ่งมีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะต่าง ๆ กัน ดังนี้

ด้านเพศ จากการศึกษาเรื่องเพศกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า เพศเป็นองค์ประกอบหนึ่ง ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ นั่นคือ เพศหญิงและเพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาการปรับตัว และมีทัศนคติต่อการเจ็บป่วย

ด้านอายุ เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเนื่องมาจากอายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตที่ส่งผลถึงการมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันต่อปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ผู้ที่มีช่วงอายุระหว่าง 25-44 ปี เป็นช่วงอายุที่กำลังหมกมุ่นอยู่กับการทำงานและการสร้างฐานะ จึงไม่สนใจเกี่ยวกับสุขภาพมากนัก ส่วนผู้ที่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 45-64 ปี เป็นช่วงอายุที่มีความสนใจและเอาใจใส่ในเรื่องของสุขภาพมาก ดังที่โอเรม (Orem. 1980 : 154) ได้กล่าวไว้ว่าเมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้นย่อมมีการตัดสินใจหาทางเลือกที่ดี และมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพ ยอมรับและรับผิดชอบที่จะกระทำเพื่อตัวเองได้ดีกว่าวัยเด็ก

ด้านระดับการศึกษาเป็นองค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลให้แตกต่างกัน โดยทั่วไป บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการรับรู้และปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ถูกต้องและดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำเนื่องจากบุคคลที่ได้รับการศึกษาน้อยจะขาดโอกาสในการเรียนรู้เรื่องสุขภาพอนามัย ในขณะที่บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงมักจะเป็นผู้ที่สนใจศึกษาค้นคว้าอยู่เสมอ และมีโอกาสที่จะรับรู้ข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ ได้หลายประเภท โดยสามารถที่จะเรียนรู้และทำความเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ ได้รวดเร็ว ซึ่งจะเป็นการเพิ่มพูนความรู้ความสามารถแก่ตนเองมากขึ้น ทำให้มีความรู้ ความเข้าใจในการรับรู้ และสามารถรับรู้สิ่งต่าง ๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ

ด้านรายได้ของครอบครัวหรือฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นองค์ประกอบสำคัญอีกประการหนึ่งที่จะส่งผลถึงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ดังที่เพนเดอร์ (Pender. 1982 : 161-162) กล่าวว่า ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยผู้มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมที่สูงจะมีรายได้สูง ซึ่งเอื้ออำนวยความสะดวกให้

บุคคลสามารถดูแลตนเอง ตลอดจนเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ผู้ที่มีรายได้สูงจะมีโอกาสในการเลือกใช้บริการทางสาธารณสุขดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ (กระทรวงสาธารณสุข. 2522 : 22-23)

ตามแนวคิดนี้แสดงว่า ถ้าบุคคลยอมรับว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรงยอมรับว่าการกระทำเพื่อยุติโรคนั้นมีประโยชน์ต่อตัวของเขาการที่จะกระทำนั้นมิอุปสรรคขวางน้อยและมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติสิ่งเหล่านี้ย่อมจะส่งผลให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคนั้น (Becker and Maiman. 1975 : 10-24)

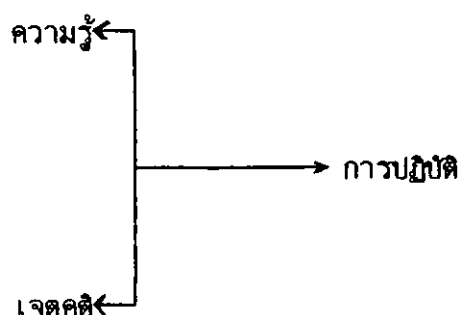
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติกับพฤติกรรมกาปฏิบัติ

ชวาร์ท (Schwartz. 1975 : 28 - 31) ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวไว้ 4 รูปแบบคือ

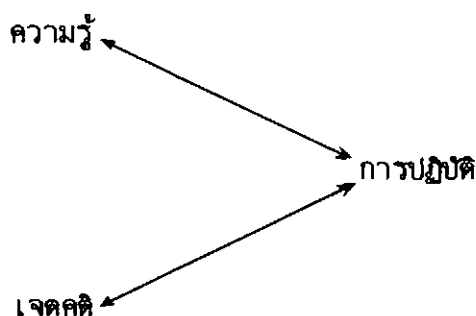
1. การปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่แสดงออกมาจะเป็นไปตามเจตคติและความรู้ที่บุคคลนั้นมีอยู่ โดยมีเจตคติเป็นตัวกลางระหว่างความรู้ และการปฏิบัติ คือเจตคติจะเกิดจากความรู้ที่มีอยู่ และการปฏิบัติจะแสดงออกไปตามเจตคตินั้น



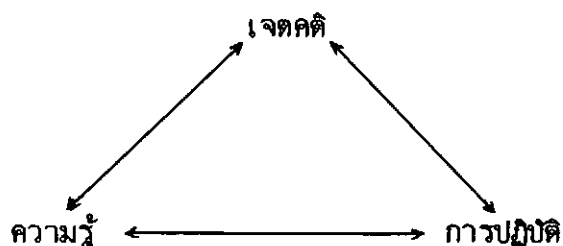
2. การปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่เกิดจาก ความรู้ และเจตคติมีความสัมพันธ์กันหรือความรู้กับเจตคติมีผลร่วมกัน เกี่ยวข้องกัน ก่อให้เกิดการปฏิบัติหรือพฤติกรรม



3. ความรู้และเจตคติต่างทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยที่ความรู้และเจตคตินั้นมีความเกี่ยวข้องกัน



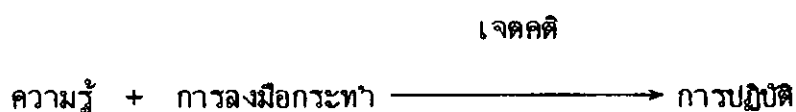
4. ความรู้ที่มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น บุคคลมีความรู้ และปฏิบัติตามความรู้นั้น หรือความรู้มีผลต่อเจตติก่อนแล้วการปฏิบัติที่เกิดขึ้นเป็นไปตามเจตคตินั้น



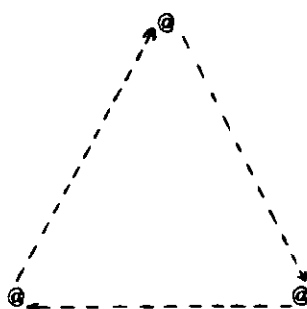
จะเห็นได้ว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติและการปฏิบัติมีความเกี่ยวข้องกันในหลายแบบ อาจจะมีความสัมพันธ์โดยตรงหรืออาจมีความสัมพันธ์โดยทางอ้อม โดยทั่ว ๆ ไป ความรู้จะเป็นองค์ประกอบเบื้องต้น ที่จะทำให้บุคคลมีเจตคติในลักษณะใดลักษณะหนึ่งต่อสิ่งต่าง ๆ ธรรมชาติ และคนอื่น ๆ (อวยพร สุทธิสนธิ. 2528 : 70; อ้างอิงมาจาก Zimbardo and others. n.d.) กล่าวไว้ว่า เจตคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดนั้น ย่อมขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคลนั้น กล่าวคือถ้าบุคคลนั้นมีความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งดี เจตคติต่อสิ่งนั้นจะดีไปด้วยซึ่งการมีเจตคติที่ดีย่อมส่งผลให้เกิดพฤติกรรมหรือการปฏิบัติที่ดีด้วย และนิภา มนูญจุ (2528 : 20) ได้พูดถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติและการปฏิบัติทางด้านสุขภาพอนามัยว่าทั้งสามอย่าง

มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันโดยการเปลี่ยนแปลงความรู้ด้านสุขภาพอนามัย อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านเจตคติและการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพด้วย หรือการที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติหรือการปฏิบัติด้านใดด้านหนึ่งย่อมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในด้านอื่นด้วย

สุชาติ โสมประยูร (2520 : 54 - 55) กล่าวว่าเจตคติเปรียบเสมือนตัวเร่งปฏิกิริยาทางเคมีของสารประกอบ ถ้าบุคคลมีเจตคติที่ดีต่อความรู้ที่ได้รับก็จะช่วยให้สามารถนำความรู้นั้นไปใช้ได้ ดังภาพประกอบ



ปฏิกิริยาจะไม่เกิดขึ้นจนกว่าจะใส่ตัวเร่งปฏิกิริยา เช่นเดียวกับความรู้ไม่ถูกนำไปใช้จนกว่าจะมีเจตคติเกิดขึ้นมากพอ เจตคติจึงอาจเปรียบได้กับตัวเร่งปฏิกิริยาซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัตินั้น อาจสามารถแสดงรูปแบบความสัมพันธ์ได้อีกแบบหนึ่งดังนี้



แต่ละวงกลมหมายถึง ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติซึ่งทั้ง 3 นี้ต่างมีความสัมพันธ์และ มีผลต่อกันเป็นลูกโซ่

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2527 : 14) ได้สรุปความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และ พฤติกรรมการปฏิบัติไว้ดังนี้

ความรู้หรือประสบการณ์ของบุคคลช่วยในการเกิดเจตคติ และเป็นตัวกำหนดเจตคติของบุคคล นอกจากองค์ประกอบด้านความรู้แล้ว เจตคดียังประกอบไปด้วยองค์ประกอบด้านความรู้สึกและด้านการปฏิบัติ เจตคติดีมีบทบาทในการช่วยให้บุคคลแสดงออกถึงค่านิยมต่าง ๆ เจตคติมีได้เป็นองค์ประกอบอย่างเดี่ยวที่ทำให้เกิดการปฏิบัติแต่เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดหรือเป็นที่มาของการปฏิบัติ และการปฏิบัติของบุคคลจะทำให้มีเจตคติเปลี่ยนแปลง และเกิดเจตคติขึ้นใหม่ได้ นอกจากนั้นการปฏิบัติของบุคคลนั้นไม่ได้มีสาเหตุจากเจตคติอย่างเดี่ยวแต่เป็นผลที่เกิดจากการครองชีวิต (Norms) นิสัย (Habits) และสิ่งทีคาดหวังจากผลของการกระทำด้วย

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

แนวความคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น มีพื้นฐานมาจากความคิดทางด้านจิตวิทยาการเรียนรู้ธรรมชาติของมนุษย์ ตลอดจนทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงตามความคิดของ เคลแมน (Kelman) การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ เกิดจากความต้องการที่อยากจะเปลี่ยนเนื่องจากเห็นความสำคัญของสิ่งที่เปลี่ยนแปลงนั้น ๆ และสิ่งนั้นตรงกับความต้องการ ตรงกับค่านิยมของบุคคลนั้น ซึ่งจากการเปลี่ยนแปลงแบบนี้จะมีผลต่อพฤติกรรมภายในและภายนอกบุคคลนั้น นั่นคือจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งความคิด ความรู้สึก และการกระทำเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ค่อนข้างถาวร เพราะบุคคลนั้นยอมรับด้วยตนเอง และสมัครใจที่จะเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมของคนนั้นมีการเปลี่ยนแปลงได้ ตามพัฒนาการของคนนั้น ซึ่งได้มีการพัฒนาตลอดชีวิต โดยไม่มีการหยุดยั้งตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาจนกระทั่งคลอดออกมาเจริญเติบโตขึ้นในวัยต่าง ๆ

พฤติกรรมบางพฤติกรรมจะคงที่ แต่พฤติกรรมบางพฤติกรรมนั้นจะมีการเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งรูปแบบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแบ่งได้ 3 ลักษณะคือ (วาริ ระกิติ. 2527 : 98-101)

1. การเปลี่ยนแปลงเพราะการถูกบังคับ เช่น สังคมใช้กฎหมายเป็นเครื่องบังคับ ถ้าไม่ทำตามจะถูกลงโทษ

2. การเปลี่ยนแปลงเพราะการเอาแบบอย่าง โดยถือเอาตัวบุคคลนั้นเป็นแบบอย่าง เช่น การเลียนแบบบิดา มารดา ครู อาจารย์ คาราภาพยนตร์

3. การเปลี่ยนแปลงเพราะยอมรับว่าเป็นสิ่งดี การเปลี่ยนแปลงนี้ตรงกับแนวความคิด และค่านิยมของตนเองจนยึดถือเป็นแนวทางปฏิบัติ เพราะพบว่าสามารถแก้ปัญหาของตนเองได้

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งจะนำไปสู่การป้องกันปัญหาสุขภาพนั้นจะต้องมีองค์ประกอบ ดังนี้

1. ความพร้อมที่จะปฏิบัติ หมายถึง ความพร้อมทางด้านจิตใจหรือความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่พร้อมจะปฏิบัติ ซึ่งสิ่งที่จะเป็นตัวกำหนด หรือตัดสินได้ว่าเกิดความพร้อมคือการรับรู้ในโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค

2. การประเมินคุณค่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล หมายถึงการที่บุคคลรับรู้ถึงประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพ โดยบุคคลจะต้องพิจารณาความเป็นไปได้ ในการปฏิบัติ และผลที่คาดว่าจะได้รับนั้นไม่มากนักเพียงใด มีการคิดเปรียบเทียบระหว่างการรับรู้ กับการรับรู้อุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่าย การเสียเวลาหน้าที่การทำงาน เป็นต้น

3. ปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้ปฏิบัติ หมายถึง สิ่งชักนำโอกาสหรือหนทางที่จะช่วยให้ พฤติกรรมสุขภาพอาจจะเป็นสิ่งชักนำภายใน เช่น การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนหรือเป็นสิ่งชักนำ ภายนอก เช่น ข้อมูลความรู้ที่ได้รับจากสื่อมวลชนและปฏิสัมพันธ์ที่มีขึ้นระหว่างบุคคล

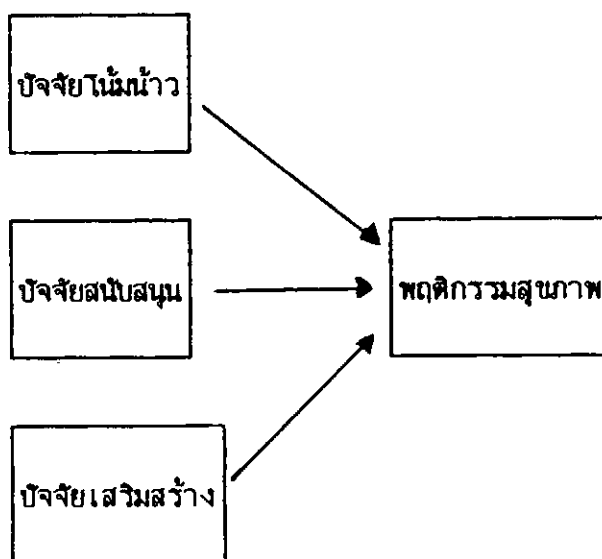
องค์ประกอบทั้ง 3 ดังกล่าวจะเป็นสิ่งจูงใจ หรือเป็นสิ่งชักนำที่สำคัญอันจะก่อให้เกิด พฤติกรรมสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเรามีอยู่หลายวิธี แต่ละวิธีก็มีความคิดหลักการ แตกต่างกันไป เพราะพฤติกรรมของคนโดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพเกิดจากสาเหตุหลาย สาเหตุประกอบเข้าด้วยกัน ดังนั้นการปลูกฝังหรือการที่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในประชาชน จะเกิดขึ้นได้หรือไม่และเป็นไปในลักษณะใดจะขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการคือ

1. ปัจจัยโน้มน้าว (Prediposing Factor) เป็นผลที่เกิดจากการเรียนรู้ของแต่ละ บุคคลโดยตรง ซึ่งอยู่ในลักษณะของความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ค่านิยม และเจตคติที่เกี่ยว ข้องกับเนื้อหาของวิชาสุขภาพ การเกิดหรือการที่เปลี่ยนแปลงของปัจจัยโน้มน้าวให้อยู่ในระดับที่ เอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้นั้น ต้องอาศัยประสบการณ์การเรียนรู้ ที่ต่อ

เนื่องกันมาตั้งแต่จุดแรกเริ่มของการเรียนรู้ ซึ่งอาจได้รับมาจากผู้ปกครองและสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว หรือสังคมทั่ว ๆ ไป

2. ปัจจัยสนับสนุน (Enabling Factor) ได้แก่ สภาพแวดล้อม และกิจกรรมต่าง ๆ ที่เอื้ออำนวยให้แต่ละบุคคลได้มีโอกาสกระทำการในเรื่องหนึ่งเรื่องใดอย่างเพียงพอเหมาะสมและต่อเนื่องจนกระทั่งเกิดการพัฒนาเป็นทักษะ และเป็นพฤติกรรมอย่างถาวร เช่น การจัดให้นักศึกษาทุกคนได้มีส่วนร่วมในการดำเนินการ และรับผิดชอบในโครงการสุขภาพในวิทยาลัยพยาบาลตามระดับความรู้ความสามารถ และความชำนาญ ก็จะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะปลูกฝังหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้เกิดขึ้นได้โดยมีปัจจัยอื่นๆ เป็นแรงเสริม

3. ปัจจัยเสริมสร้าง (Reinforcing Factor) ได้แก่ ตัวบุคคลต่าง ๆ ในครอบครัว ในโรงเรียน และสิ่งแวดล้อมภายนอกซึ่งจะมีบทบาทในเรื่องการส่งเสริม อบรม แนะนำ ชักจูง ควบคุมดูแล กระตุ้นหรือมีปฏิสัมพันธ์อย่างหนึ่งอย่างใดที่จะเสริมสร้างให้การกระทำหรือการตัดสินใจ ปฏิบัติในสิ่งที่จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ โดยใช้การตัดสินใจของตนเองที่ได้รับแรงโน้มน้าว และกำลังสนับสนุนจากปัจจัยในด้านต่าง ๆ ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้



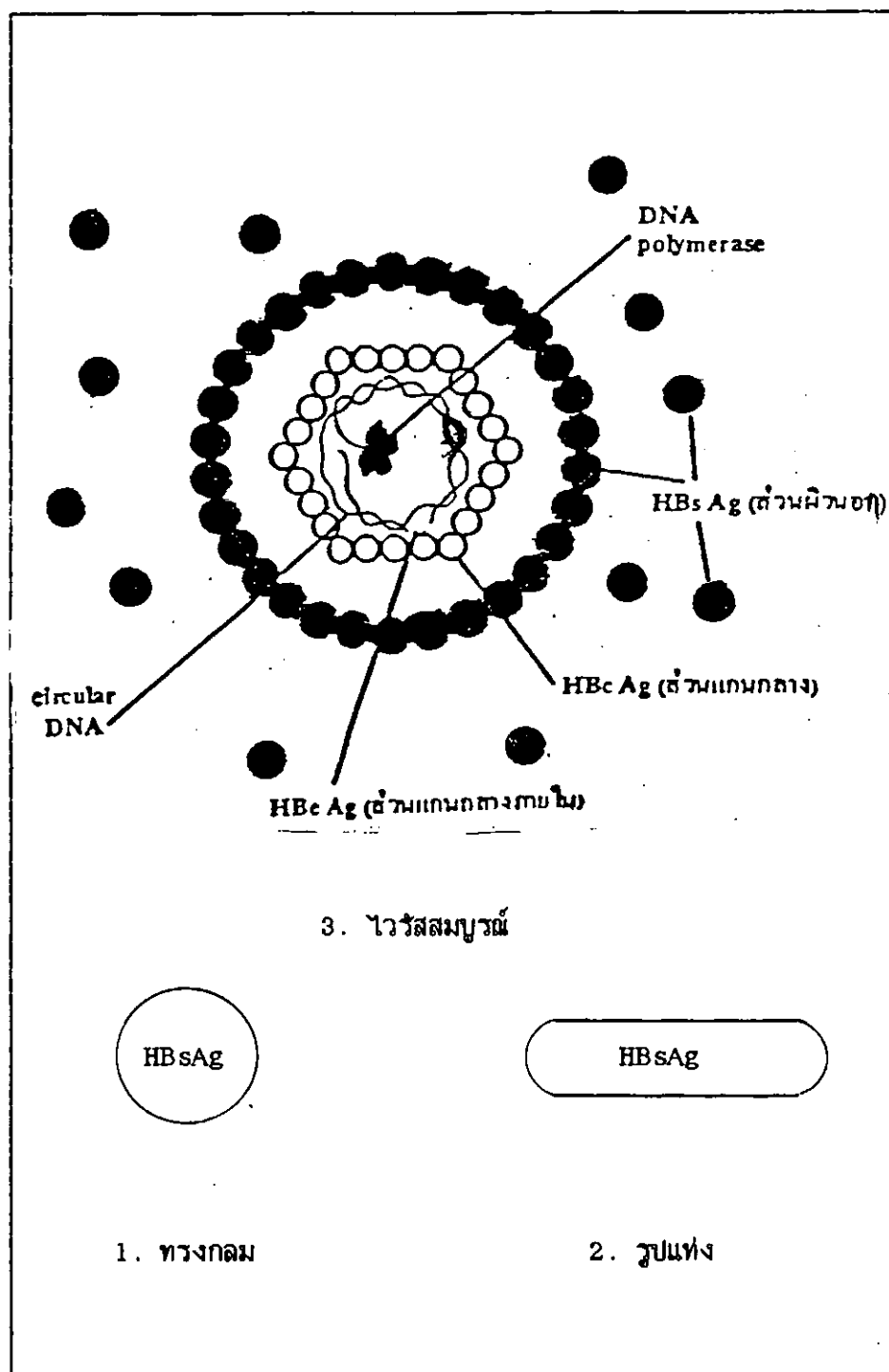
ภาพประกอบ 5 แสดงกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

จากเหตุผลดังกล่าว การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกาป้องกันโรค สามารถที่จะเปลี่ยนได้ โดยการให้ความรู้ หรือการใช้วิธีการทางการศึกษาซึ่งทางการแพทย์และการสาธารณสุขอาจเรียกได้อีกอย่างหนึ่งว่าการสอนสุขภาพ นั่นคือการจัดกิจกรรมทางการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้เกิดแนวคิดเปลี่ยนความเชื่อและเจตคติ ทั้งสมัครใจและลงมือปฏิบัติ ด้วยตนเองเป็นประการสำคัญ

โรคไวรัสตับอักเสบ บี (Hepatitis B Virus)

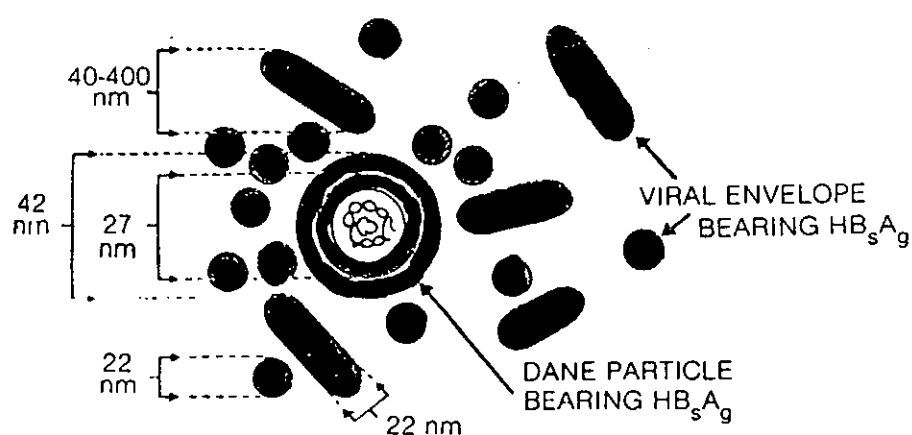
โรคไวรัสตับอักเสบ บี คือการอักเสบของตับจากเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ซึ่งเป็นไวรัสชนิด ดี เอ็น เอ สามารถตรวจพบเชื้อไวรัสได้ 3 แบบ คือ

1. ลักษณะเชื้อไวรัสสมบูรณ์แบบ เรียกว่า เดน ปาร์ติเคิลส์ มีรูปร่างกลมขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 42 นาโนเมตร มีส่วนประกอบที่สำคัญ 2 ส่วน คือ ส่วนนอกหรือผิวของไวรัส คล้ายเป็นเปลือกหุ้มห่อโดยรอบตัวไวรัสมีโปรตีนอยู่ที่ผิววนอก เรียกว่า แอนติเจน เอส (HBsAg) ส่วนที่ 2 คือ ส่วนแกนกลาง ทำหน้าที่เป็นนิวคลีโอแคปซิด (Nucleocapsid) ของไวรัส ประกอบด้วยแอนติเจน บี (HBcAg) หุ้มล้อมรอบยีนส์ของไวรัส ซึ่งประกอบด้วย ดี เอ็น เอ (DNA) สองสายเกาะเกี่ยวกันเป็นวงกลมแต่ปลายของ ดี เอ็น เอ (DNA) ทั้งสองสายไม่ต่อกัน มีช่องว่างซึ่งเอ็นไซม์ ดี เอ็น เอ โพลีเมอเรส (DNA Polymerase) บรรจุอยู่โดยทำหน้าที่เพิ่มจำนวนไวรัส โดยวิธีการสังเคราะห์ ดี เอ็น เอ (DNA) ดังภาพประกอบ 6
2. ไวรัสรูปร่างกลม มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 20-22 นาโนเมตร เป็นไวรัสที่ไม่สมบูรณ์ มีเฉพาะแอนติเจน เอส (HBsAg) ดังภาพประกอบ 6
3. ไวรัสรูปร่างแท่ง มีขนาดประมาณ 20 x 50-250 นาโนเมตร เป็นไวรัสที่สมบูรณ์ เช่นเดียวกัน เพราะมีเฉพาะแอนติเจน เอส (HBsAg) เท่านั้น ดังภาพประกอบ 6



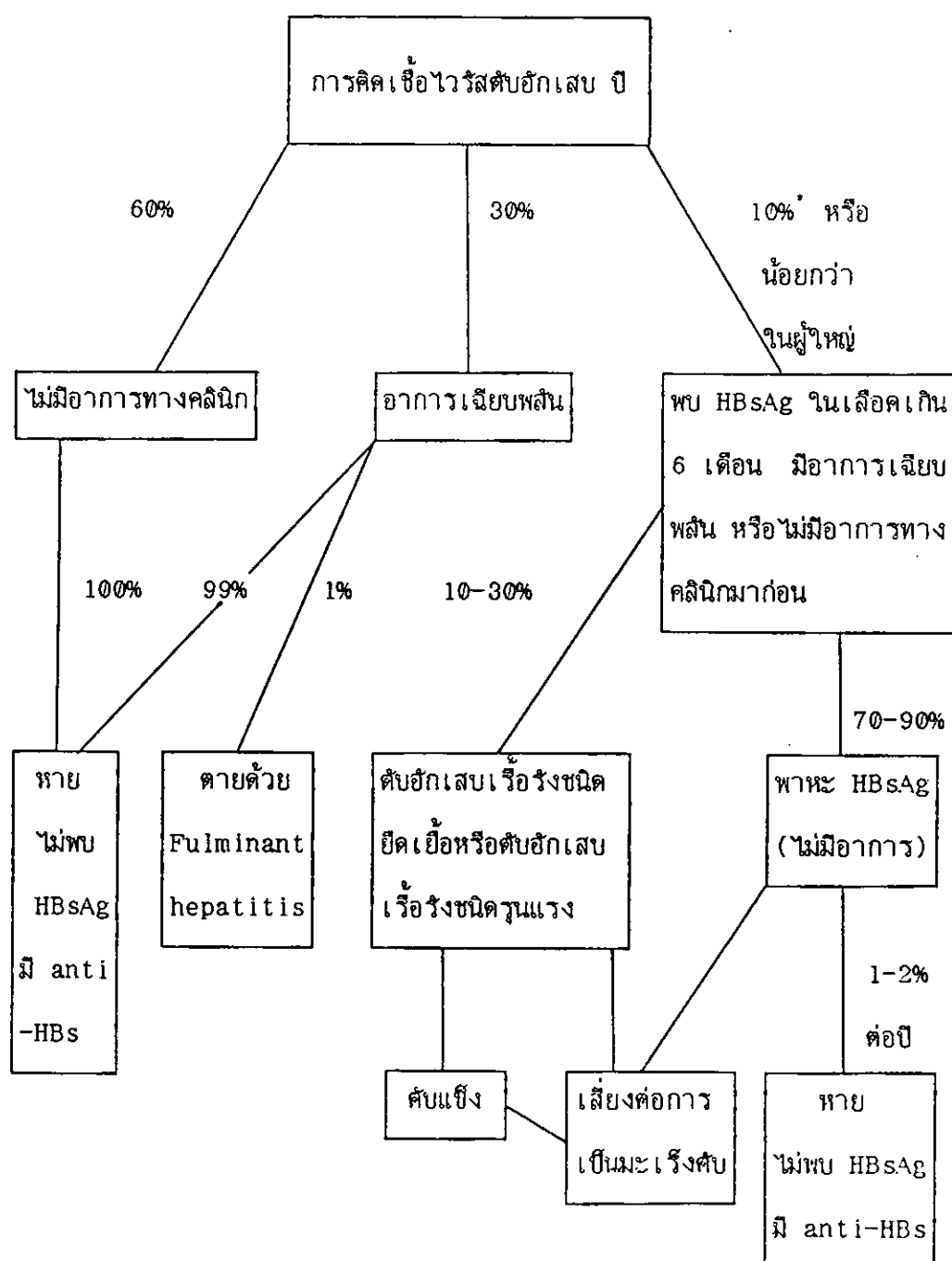
ภาพประกอบ 6 แสดงไวรัสตับอักเสบ บี

แอนติเจนของเชื้อไวรัสตับอักเสบบี นอกจากสามารถตรวจพบได้ในรูปของแอนติเจน เอส (HBsAg) และแอนติเจน ซี (HBcAg) แล้วยังพบได้อีก 1 ชนิดคือ แอนติเจน อี (HBeAg) ซึ่งมักจะเกาะติดกับโปรตีนอื่นในเลือดที่มิใช่ไวรัสเข้าใจว่าเป็นส่วนประกอบย่อยที่เกิดจากการเผาผลาญแปรสภาพของแอนติเจน ซี (HBcAg) จึงเกิดแอนติเจน อี (HBeAg) ขึ้น ซึ่งจะพบได้ในบุคคลที่มีแอนติเจน เอส (HBsAg) ในเลือดเท่านั้นเป็นเครื่องชี้ถึงการเพิ่มจำนวนเชื้อไวรัส และแสดงถึงความสามารถในการติดต่อ และการแพร่กระจายเชื้อไปยังผู้อื่นได้ เป็นจำนวนมากกว่าบุคคลที่ไม่มีแอนติเจน อี (HBeAg) ในเลือดของผู้ป่วยเป็นโรคตับอักเสบบีเฉียบพลันเรื้อรัง หรือเป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี (อุรุษา เทพพิสัย. 2530 : 460 - 463) ดังภาพประกอบ 7



ภาพประกอบ 7 ชิ้นส่วนหรืออนุภาคของไวรัสตับอักเสบบี และไวรัสสมบูรณ์ในโลหิต

การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มักไม่ค่อยพบอาการในเด็ก แต่ในผู้ใหญ่จะเป็นโรคชนิดเฉียบพลันและเรื้อรังได้มาก ในรายที่มีการติดเชื้อเรื้อรังจะมีโอกาสที่เป็นมะเร็งเร็งค้ำย ผลการติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบี แสดงได้โดยการไว้ แผนภูมิภาพประกอบ 8



ภาพประกอบ 8 ลักษณะทั่วไปที่พบในผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี อาจสูงถึงร้อยละ 85 หรืมากกว่าถ้าการติดเชื้อเกิดในระยะแรกตลอดถึง 4 ขวบปีแรก และจะเป็นพาหะซึ่งไม่มีอาการ
ที่มา : ชโลบล อยู่สุข. 2536 : 4.9

ลักษณะพยาธิสภาพในโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี เนียบพลงนและเรื้อรัง ไล้แก์ เซลล์ของตับถูกทำลาย อักเสบ ถ้าเซลล์ถูกทำลายอยู่นาน หรือถูกทำลายมากจะพบตับแข็ง ในรายที่เสียชีวิตด้วยอาการตับวายมักพบว่าเซลล์ตับถูกทำลายเกือบหมด

การเกิดโรคไวรัสตับอักเสบบี

โรคไวรัสตับอักเสบบี ติดต่อดวทางเพศสัมพันธ์ การรับเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือดที่มีเชื้อ ติดต่อจากมารดาสู่ทารกในระยะแรกคลอดและในระยะเลี้ยงดูช่วงหลังคลอด และโดยการสัมผัสใกล้ชิดได้บ้าง จึงมักพบติดต่อดวไปยังสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัวนอกเหนือจากคู่สามีภรรยา และพบระบาดในสถานเลี้ยงเด็ก หรือในที่ ๆ มีสุขอนามัยและสิ่งแวดล้อมไม่ดี ระยะฟักตัวของโรคกินเวลาประมาณ 60-160 วัน ถ้าได้รับเชื้อในปริมาณสูงระยะฟักตัวจะสั้นลงและเกิดโรคตับอักเสบนีเยบพลงนและรุนแรงมากกว่า ในกรณีที่ได้รับเชื้อเพียงเล็กน้อยพบไวรัสมากที่สุดในช่วงท้าย ๆ ของระยะฟักตัวของโรคจนถึงระยะแรก ๆ ที่มีอาการตับอักเสบนีเยบพลงน ซึ่งอาจกินเวลานานหลายสัปดาห์ ระยะนี้เป็นระยะที่แพร่เชื้อได้มากที่สุดด้วย (ชโลบล อยู่สุข. 2536 : 4.7)

เมื่อไวรัสเข้าสู่ร่างกายไม่ทราบว่าไปเพิ่มจำนวนที่อวัยวะใดได้บ้าง แต่พบ ดี เอ็น เอ (DNA) ของโรคไวรัสตับอักเสบบี ในเซลล์ไต ตับอ่อน ผิวหนัง ม้าม อย่างไรก็ตามเซลล์ที่เป็นเซลล์เป้าหมายหลักที่ไวรัสเข้าไปเพิ่มจำนวน สามารถที่ตรวจพบแอนติเจน เอส (HBsAg) และเอนไซม์ ดี เอ็น เอ โพลีเมอเรส (DNA Polymerase) ของไวรัสได้ตั้งแต่วางครึ่งหลังของระยะฟักตัว นอกจากนี้ยังพบว่าแอนติเจน เอส (HBsAg) ในน้ำดี ปัสสาวะ อุจจาระ น้ำอสุจิและน้ำคัดหลั่งอื่น ๆ ด้วย มาร์เกอร์ (Marker) ของไวรัสตับอักเสบบี ที่พบในเลือดสามารถที่จะบ่งชี้สถานะก่อให้เกิดการติดเชื้อได้เพียงใด แสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ตัวชี้วัดชนิดต่าง ๆ ที่อาจตรวจพบได้ในผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี การแปลผลและศักยภาพในการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น

รูปแบบ	HBsAg	HBeAg	Anti-HBc	Anti-HBe	Anti-HBs	การแปลผล
1	0	0	0	0	0	ไม่เคยได้รับเชื้อมาก่อนหรืออยู่ในระยะฟักตัวของโรค
2	0	0	0	0	+	เคยได้รับซีรัมหรือวัคซีน
3	+	0	0	0	0	อยู่ในช่วงท้าย ๆ ของระยะฟักตัวหรือระยะต้นของการติดเชื้อแบบเฉียบพลันอินเฟกเชียส (Infectious)
4	+	+	0	0	0	ระยะต้น ๆ ของการติดเชื้อแบบเฉียบพลันอินเฟกเชียส (Infectious) มาก
5	0	0	+	0	+	เคยติดเชื้อมาก่อนมีภูมิคุ้มกันอินเฟกเชียส (Noninfectious)
6	0	0	+	+	+	เคยติดเชื้อมาก่อนมีภูมิคุ้มกันอินเฟกเชียส (Noninfectious)
7	+	+	+	0	0	เป็นการติดเชื้อแบบเฉียบพลันหรือ เรื้อรัง อินเฟกเชียส (Infectious) มาก
8	+	0	+	0	0	เป็นการติดเชื้อแบบเฉียบพลัน หรือเรื้อรังหรือเป็นพาหะ ควรหมั่นตามตรวจ อินเฟกเชียส (Infectious)
9	+	+	+	+	0	ระยะกลาง-ท้ายการติดเชื้อแบบเฉียบพลันหรือเป็นพาหะเรื้อรังในช่วงที่เพิ่งเริ่มสร้างแอนติเฮปบี (Anti-HBe) ควรหมั่นตามตรวจอินเฟกเชียส (Infectious)
10	+	-	+	+	0	ระยะกลาง-ท้ายการติดเชื้อแบบเฉียบพลันหรือพาหะเรื้อรังควรหมั่นตามตรวจอินเฟกเชียส (Infectious)
11	0	0	+	0	0	เคยรับเชื้อมาก่อนหรืออยู่ในวินโดวพีเรียล (Window Period) ของการติดเชื้อชนิดเฉียบพลันหรือเรื้อรัง

ตาราง 1 (ต่อ)

รูปแบบ	HBsAg	HBeAg	Anti-HBc	Anti-HBe	Anti-HBs	การแปลผล
12	0	0	+	+	0	แต่แอนติเจน เอส (HBsAg) มีระดับต่ำมาก จนตรวจไม่พบ หรือผลทดสอบผิด อินเฟคเชียส (Infectious) + อาจติดเชื้อไวรัสแต่อยู่ในระยะที่ยังไม่สามารถตรวจพบแอนติเฮปบีเอส (Anti-HBs) หรือเคยติดเชื้อนานมาแล้ว แอนติเฮปบีเอส (Anti-HBs) หายไป หรือเพิ่งติดเชื้อแต่แอนติเจน เอส (HBsAg) อยู่ในระดับต่ำจนตรวจไม่พบอินเฟคเชียส (Infectious) ±
13	0	+	0	0	0	ผลทดสอบอาจผิด ควรตรวจซ้ำ
14	0	0	0	+	0	ผลทดสอบอาจผิด ควรตรวจซ้ำ เนื่องจากถ้าตรวจพบแอนติเฮปบีอี (Anti-HBe) ควรพบแอนติเฮปบีซี (Anti-HBc) และแอนติเฮปบีเอส (Anti-HBs) ด้วย
15	+	0	+	+	+	มีรายงานเช่นกัน อาจมีภูมิคุ้มกันคอมเพลกซ์ (Immune Complex) ระหว่างแอนติเจน เอส (HBsAg) และแอนติบอดี (Anti-HBs) ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน หรือเป็นแอนติเจน เอส (HBsAg) และแอนติบอดี (Anti-HBs) ต่างซับไทป์ (Subtype) หรือสเตรน (Strain) หรือผลการตรวจแอนติบอดี (Anti-HBs) ผิด อินเฟคเชียส (Infectious)

โรคไวรัสตับอักเสบ บี เรื้อรังอาจแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

1. ระยะที่ไวรัสมีการเพิ่มจำนวน
2. ระยะที่ไวรัสไม่เพิ่มจำนวน

ผู้ป่วยที่มีอาการตับอักเสบมาระยะหนึ่งแล้วมักไม่ค่อยพบแอนติเจนของไวรัสในเซลล์ตับ แต่ถ้ายังตรวจพบได้ระยะท้าย ๆ ของโรคอาจจะบ่งชี้ได้ว่ากำลังจะเป็นโรคไวรัสตับอักเสบเรื้อรัง

อาการตับอักเสบไม่พบในเด็กที่ติดเชื้อตั้งแต่ระยะแรกคลอด หรือในผู้ที่ได้รับยากดระบบภูมิคุ้มกัน เซลล์ตับไม่ถูกทำลายทั้ง ๆ ที่พบว่าไวรัสเพิ่มจำนวน คนพวกนี้จะกลายเป็นพาหะเรื้อรัง ไม่สามารถขจัดไวรัสออกจากร่างกายได้

รีด (Reed, 1980 : 1 - 16) ได้สรุปการเกิดโรคไวรัสตับอักเสบ บี ตามลักษณะทางคลินิก และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในเนื้อตับออกได้เป็น 3 ประเภทดังนี้ คือ

1. ตับอักเสบแบบเฉียบพลัน เป็นการอักเสบของตับที่มีการเกิดขึ้นทันที ระยะเวลาที่อาจเป็นได้คือตั้งแต่ 2 เดือนถึง 6 เดือน แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท

- 1.1 ตับอักเสบชนิดเหลือง เป็นการอักเสบอย่างเฉียบพลันชนิดที่มีตัวเหลือง ตาเหลือง แบ่งออกได้เป็น 4 ระยะ คือ ระยะพักตัวของโรคจะไม่มีอาการ ระยะก่อนเหลืองจะมีอาการชัดเจน คือ มีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เหลือง เหลืองง่ายจะมีอาการอยู่ 5-10 วัน จึงเข้าระยะที่ 3 คือ ระยะเหลืองหรือระยะติชาน อาการต่างๆจะทุเลาลง แต่ตาและตัวจะเหลือง ปัสสาวะสีเข้ม มีอาการอยู่ 2-4 สัปดาห์ อาการจะหายเกือบเป็นปกติ และเข้าสู่ระยะฟื้นตัว

- 1.2 ตับอักเสบชนิดไม่เหลือง เป็นการอักเสบของตับชนิดที่ไม่มีการตัวเหลืองและตาเหลือง พบได้มากที่สุดถึงร้อยละ 90 ของผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบจะมีอาการคล้ายหวัด มีความรุนแรงน้อยกว่าชนิดตัวเหลืองตาเหลืองประมาณร้อยละ 80-90 จะหายเป็นปกติในเวลา 1-3 เดือน ประมาณร้อยละ 10 จะมีการดำเนินของโรคเป็นตับอักเสบเรื้อรังเป็นพาหะของโรค ถ้าตรวจพบแอนติเจน เอส (HBsAg) และแอนติเจน บี (HBeAg) นานเกินกว่า 3 เดือน ให้นึกเสมอว่าบุคคลนั้นอาจเป็นตับอักเสบเรื้อรังหรือเป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบ บี

2. คับฮักเสบกังเจียบพลัน เป็นการฮักเสบของคับชนิดรุนแรง จะมีการดำเนินของโรคช้า ต่อมาเกิดการเปลี่ยนแปลงในบุคลิภาพของผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว เนื่องจากเซลล์ตับถูกทำลายหมดและจะมีอาการทางสมองร่วมด้วยผู้ป่วยอาจมีอาการโวยวายหรือซึมลง ก่อนที่จะหมดสติ มีอัตราตายสูงถึงร้อยละ 80-90 โดยผู้ป่วยจะถึงแก่กรรมภายใน 1-4 สัปดาห์ หลังจากเริ่มมีอาการ ส่วนผู้ป่วยที่ฟื้นมักหายเป็นปกติหรือกลายเป็นโรคคับฮักเสบเรื้อรัง

3. คับฮักเสบเรื้อรัง เป็นการฮักเสบของคับต่อเนื่องกัน เป็นเวลาอย่างน้อยนาน 6 เดือน มักจะเกิดหลังจากคับฮักเสบเจียบพลัน และพบเชื้อไวรัสอยู่ภายในร่างกาย แบ่งได้ตามลักษณะทางคลินิกเป็น 3 ประเภท คือ

3.1 พาหะเรื้อรัง เป็นระยะที่มีแอนติเจน เอส (HBsAg) อยู่ในเลือดไม่ต่ำกว่า 6 เดือน และพบแอนติเจน เอส (HBsAg) อยู่ในสารคัดหลั่งต่าง ๆ ของร่างกายส่วนใหญ่มักจะไม่พบอาการผิดปกติ พบได้มากในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ จากการตรวจหน้าที่ของตับไม่พบความผิดปกติ ตรวจเนื้อตับพบว่าปกติหรืออาจมีผิดปกติเล็กน้อย กลุ่มคนกลุ่มนี้จะเป็นพาหะของเชื้อไวรัสคับฮักเสบ บี อยู่ยาวนานโอกาสที่ร่างกายจะกำจัดเชื้อออกไปจากร่างกายนั้นทำได้น้อยมาก ดังนั้นจึงทำให้เป็นปัญหาสาธารณสุขเพราะบุคคลเหล่านี้จะไม่ทราบว่าตนเองเป็นพาหะของโรค นอกจากจะได้รับการตรวจหาแอนติเจน เอส (HBsAg) ในเลือด และในกลุ่มพาหะที่พบแอนติเจน บี (HBeAg) ในเลือด จะบ่งชี้ว่ามีการแบ่งตัวของเชื้อไวรัส และจะมีโอกาสที่จะเป็นคับฮักเสบเรื้อรังชนิดดำเนินต่อไป เชื่อกันว่ากลุ่มดังกล่าวนี้มีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งตับได้มากกว่าคนปกติ

3.2 คับฮักเสบเรื้อรังแบบทรงตัวเป็นการฮักเสบเรื้อรังของคับอาจไม่มีอาการผิดปกติ หรือมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร เหนื่อยง่ายเพียงเล็กน้อย ส่วนมากจะหายเป็นปกติ แต่ใช้เวลานานหลายปี บางส่วนจะมีการดำเนินของโรคเกิดเป็นคับฮักเสบเรื้อรังแบบดำเนินต่อไป แต่มักไม่เป็นคับแข็ง

3.3 คับฮักเสบเรื้อรังแบบดำเนินต่อไป เป็นการฮักเสบเรื้อรังเกิดขึ้นในคับ ร่างกายไม่สามารถกำจัดไวรัสได้ดี จึงทำให้มีการฮักเสบอยู่ตลอดเวลา อาการไม่แน่นอนอาจไม่มีอาการหรือมีอาการแทรกซ้อนของคับ เช่น มีน้ำในช่องท้อง อาเจียนเป็นเลือด เป็นต้น

ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อน ที่เกิดขึ้นภายหลังการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มีดังนี้ คือ

1. ตับแข็ง ได้มีการศึกษาพบว่า ภายหลังมีการระบาดของโรคไวรัสตับอักเสบบี จะมีอุบัติการณ์ของโรคตับแข็งเพิ่มขึ้น เช่น ในประเทศเคนยา ผู้ป่วยที่มีการป่วยเป็นโรคตับอักเสบบีชนิดไม่มีอาการเหลืองแม้ว่าจะมีอาการน้อย แต่ก็มีโอกาสกลายเป็นตับแข็งได้ง่าย โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงวัยกลางคน นอกจากนั้นมีการศึกษาในผู้ป่วยที่มีแอนติเจนเอสในกระแสเลือดตั้งแต่เริ่มมีอาการอักเสบบีของตับ จนกลายเป็นโรคตับแข็งในที่สุด ซึ่งตับแข็งจะเกิดภายหลังการตายของเซลล์ตับ และเป็นทั่วทั้งตับ ผู้ป่วยเมื่อเป็นโรคตับแข็งจะถึงแก่กรรมร้อยละ 20
2. มะเร็งตับ ได้มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของโรคมะเร็งกับการติดเชื้อของไวรัสตับอักเสบบี พบว่าเมื่อร่างกายได้รับเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จะเกิดตับอักเสบริ้รื้อรังและกลายเป็นตับแข็ง แล้วจึงกลายเป็นมะเร็งตับตามมา นอกจากนี้ยังพบว่ามะเร็งปฏุมุขของตับยังมึอุบัติการณ์สูง ในประเทศที่เป็นแหล่งระบาดของโรคไวรัสตับอักเสบบี จากการศึกษาในไต้หวันพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมะเร็งตับจะพบร่วมกับตับแข็ง และในผู้ป่วยมะเร็งตับจะพบว่าประมาณร้อยละ 90 ตรวจพบแอนติเจน เอส (HBsAg) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่เป็นพาหะโรคไวรัสตับอักเสบบี มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งตับสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นพาหะถึง 223 เท่า (จุฑารัตน์ พิชัยณรงค์. 2536 : 4)

การติดต่อ

ไวรัสตับอักเสบบี สามารถตรวจพบได้ในเลือด น้ำลาย น้ำอสุจิ น้ำนมจึงสามารถแพร่กระจายในครอบครัวและในชุมชนได้ค่อนข้างง่าย โรคไวรัสตับอักเสบบี พบได้ทั่วภูมิภาคของโลก รวมทั้งชาวเอเชียแปซิฟิกตอนใต้ และเป็นสาเหตุของโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเฉียบพลันในประชากรที่อาศัยอยู่ในเมืองใหญ่ ๆ เช่น ลอนดอน นิวยอร์ก และโรมด้วย ประมาณว่าประชากรโลกประมาณ 300 ล้านคน ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง และราว 2 ใน 3 เป็นผู้ที่ยั่งยืน

อยู่ในแถบเอเชีย การเป็นพาหะเรื้อรังมีความเสี่ยงที่จะเกิดตับอักเสบเรื้อรังชนิดรุนแรง ตับแข็ง และมะเร็งตับตามมาได้ อุบัติการณ์ของโรคแตกต่างกันไปในแต่ละภูมิภาค ประเทศที่อยู่ในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และแอฟริกา มีการติดเชื้อเกิดขึ้นตั้งแต่ในวัยเด็ก จึงมักไม่ค่อยปรากฏอาการ พบผู้ติดเชื้อเป็นพาหะแบบเรื้อรังประมาณร้อยละ 10 ของประชากรหรืออาจถึงร้อยละ 20 และการติดเชื้อเกิดจากมารดาที่เป็นพาหะไปสู่ทารกได้บ่อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะแรกคลอด รายงานการศึกษาในหญิงไทยที่เป็นพาหะตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด ในกลุ่มแรกนั้นเป็นมารดาที่ตรวจพบแอนติเจน เอส (HBsAg) และแอนติเจน อี (HBeAg) จำนวน 13 ราย พบทารกที่คลอดติดเชื้อถึง 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 84.60 กลุ่มที่ 2 เป็นมารดาที่ตรวจพบแต่แอนติเจน เอส (HBsAg) เพียงชนิดเดียวจำนวน 47 ราย พบทารกติดเชื้อ 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.90 (ชโลบล อยู่สุข. 2536 : 4.13)

เด็กทารกที่ติดเชื้อในระยะนี้มากกว่าร้อยละ 85 จะเป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบ บี และถึงแม้ว่าจะไม่มีอาการก็สามารถแพร่เชื้อนี้ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้หญิงเมื่อเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์สามารถแพร่เชื้อไวรัสไปสู่ทารกได้ ส่วนผู้ชายสามารถที่จะแพร่เชื้อไวรัสไปยังผู้หญิงโดยการมีเพศสัมพันธ์ โอกาสที่จะกลายเป็นโรคติดเชื้อเรื้อรังหรือพาหะจะลดลงตามอายุ และถ้าติดเชื้อเมื่ออายุ 4 ปี ขึ้นไป โอกาสที่จะเป็นพาหะเรื้อรังลดลงเหลือเพียงร้อยละ 5-10 การกำจัดพวกพาหะโรคเรื้อรังไม่ขึ้นกับอายุ แต่พบว่าเพศหญิงมีโอกาสหายจากการเป็นพาหะโรคเรื้อรังได้มากกว่าในเพศชาย (ยง ภู่วรวรรณ. 2533 : 20)

ในประเทศอุตสาหกรรมทางแถบซีกโลกตะวันตก การติดต่อกันเกิดจากการสัมผัสกับผู้ที่เป็นพาหะเรื้อรัง หรือสัมผัสกับเลือดโดยตรง ประชากรที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ ผู้รับเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือด ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดโดยใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน กลุ่มรักร่วมเพศ พวกสัโลนทางเพศ ส่วนกลุ่มอื่น ๆ มีความเสี่ยงต่ำกว่า (ชูศรี เตชะเพชรไพบูลย์. 2531 : 3)

ประเทศแถบสแกนดิเนเวีย สหราชอาณาจักร ประเทศแถบยุโรปตะวันตก สหรัฐอเมริกา แคนาดา ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ พบความชุกของโรคต่ำ เมื่อตรวจซีรัมพบว่า ประชากรน้อยกว่าร้อยละ 10 เคยได้รับเชื้อมาก่อน มีพาหะของโรคประมาณร้อยละ 0.1 ส่วนประเทศ

ทางแถบอเมริกาใต้ แอฟริกา ตะวันออกกลาง ยุโรปใต้และยุโรปตะวันออก มีความชุกของโรค อยู่ระดับปานกลาง พบว่าประชากรร้อยละ 20-40 เคยได้รับเชื้อไวรัสมาก่อน และมีพาหะ ประมาณร้อยละ 1-5

พาหะของโรคไวรัสตับอักเสบ บี พบในชายไทยประมาณร้อยละ 10 และในหญิงไทย ร้อยละ 5 การศึกษาในชายไทยที่มารับบริจาคเลือดที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าฯ กรุงเทพมหานคร มีผู้ที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบ บี หรือตรวจพบแอนติเจน เอส (HBsAg) ร้อยละ 7.50 (ชโลบล อยู่สุข. 2536 : 4.13)

การติดต่อของเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี แบ่งออกได้เป็น 6 ทาง คือ

1. การติดต่อทางการใช้เข็มโดยการได้รับการทิ่มแทงจากเข็มที่มีเชื้อ เช่น การเจาะหู การสัก การฉีดยา การฝังเข็ม เข็มที่ใช้เจาะเลือดผู้ป่วย รวมถึงการให้เลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือด เช่น พลาสมา ไฟบริโนเจน วิธีการติดต่อโดยการถูกเข็มตำ นับเป็นการติดต่อที่สำคัญที่สุดในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์

2. การติดต่อที่ไม่ใช่เข็มพบได้น้อย แต่พึงระวังให้ความระมัดระวังจากผลที่เกิดการกลอก รอยข่วน หรือน้ำเหลืองจากบาดแผลผู้ที่ เป็นพาหะ

3. การติดต่อทางปากและเยื่อเมือก เชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ติดต่อโดยผ่านเยื่อบุทางช่องปากได้ แต่ไม่สามารถติดต่อทางลำไส้ได้โดยตรงนอกจากนั้นทางเยื่อบุตาก็สามารถติดต่อได้ เชื้อจะสามารถติดต่อจากปากสู่ปากแล้วยังสามารถติดต่อจากปากสู่ตัวได้ เช่น การกอด เป็นต้น

4. การติดต่อทางการร่วมเพศ ได้มีการศึกษาพบว่า น้ำลายและน้ำอสุจิ สามารถตรวจพบเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ได้ในอัตราที่สูง โดยเฉพาะในกลุ่มโสเภณี เกย์ และคู่ของผู้ที่เป็นโรคไวรัสตับอักเสบ บี

5. การติดต่อจากแมลง เนื่องจากมีผู้พบแอนติเจน เอส (HBsAg) ในแมลงที่ดูดเลือดเป็นอาหารเช่น ยุง แต่ไม่พบการแบ่งตัวของไวรัสจึงยังไม่มีที่ยืนยันที่แน่นอนได้ นอกจากนั้นการวิจัยของร่วมกัน เช่น ใบมิดโทน แปรงลิพัน ภาชนะใช้ในการรับประทานอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อสามารถทำให้เกิดโรคไวรัสตับอักเสบ บี ได้

6. การติดต่อจากการคลอด เป็นการติดเชื้อโดยมารดาที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบ บี ไปยังบุตรในระยะคลอดและหลังคลอด โดยพบได้มากในแถบเอเชีย และแปซิฟิก

ในประเทศไทย ได้มีการค้นคว้าและรายงานเกี่ยวกับวิธีการติดต่อของเชื้อไวรัสตับอักเสบบี พบว่าการแพร่เชื้อหรือการติดต่อที่สำคัญคือการแพร่เชื้อในแนวตั้งจากมารดาที่เป็นพาหะของโรคไปสู่ทารก (จงกล โพธิ์แดง. 2535 : 52) ส่วนการติดเชื้อโดยการฉีด ได้แก่ การถ่ายเลือด การทำฟัน การสัก พบได้ไม่บ่อย จะพบการติดเชื้อโดยไม่มีการฉีดมากกว่าการฉีด โดยเชื้อจะผ่านเข้าทางผิวหนังที่เป็นรอยแผลฉีก รอยข่วน แผลพุพองหรือเชื้อเข้าทางปากผ่านทางเยื่อช่องปากหรือทางเยื่อบุตา และการร่วมเพศ ไม่ว่าจะเป็นการร่วมเพศทางช่องคลอดหรือทวารหนัก นอกจากนี้การติดเชื้อจากการปนเปื้อนของเชือบนผิวของเครื่องใช้ประจำวัน ได้แก่ การใช้ของร่วมกัน เช่น จาน ชาม ช้อน แก้วน้ำ โดยไม่ได้ทำความสะอาดก่อนใช้มักจะพบได้บ่อย ในครอบครัวที่สมาชิกเป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี เป็นการแพร่เชื้อที่สำคัญเพราะคนที่มีแอนติเจน เอส (HBsAg) ในเลือด มักจะมีแอนติเจนนี้อยู่เป็นเวลานาน จึงมีโอกาสติดต่อกันระหว่างคนใกล้ชิดได้ง่าย และยังพบว่าการแพร่กระจายของเชื้อในครอบครัวมีอัตราสูง ถ้าครอบครัวนั้นมีสมาชิกเป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี (สุวิมล ฤทธิมนตรี. 2534 : 14; อ้างอิงมาจาก เสถียร เตชะไพฑูรย์. 2528 : 66)

ผลกระทบจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มีผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลโดยตรงหลังจากมีการติดเชื้อมีโอกาสเป็นโรคตับอักเสบริ้วรังซึ่งใช้เวลาประมาณ 8 ปี ต่อไปในเวลาอีก 9 ปี จะเป็นตับแข็ง และอีก 5 ปีจึงจะเป็นมะเร็งตับ การเกิดจะใช้เวลาจนถึง 22 ปี ในการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพจากตับอักเสบริ้วรังเป็นมะเร็งที่ตับ แต่พบว่าเพศชายมักจะเป็นมะเร็งตับมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากเพศหญิงสามารถกำจัดเชื้อได้ดีกว่าเพศชายร้อยละ 1-2 ต่อปี นอกจากมีผลกระทบต่อสุขภาพแล้ว ยังมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของบุคคลและประเทศ ในการรักษาและพักผ่อนเป็นเวลานานนับเดือน ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติ ทำให้ขาดรายได้จากการประกอบอาชีพในระหว่างการรักษาตัว และยังมีผลกระทบต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม เพราะเป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปว่าโรคนี้นับเป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรงโรคหนึ่ง จึงทำให้มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยเป็น

อย่างมากซึ่งอาจก่อให้เกิดความวิตกกังวลต่อผู้ป่วย หรือบุคคลที่เป็นพาหะได้ สมาชิกในครอบครัว อาจแสดงความรังเกียจในการที่จะอยู่ร่วมกัน โดยเฉพาะคู่สมรสที่ไม่เข้าใจเกี่ยวกับภาวะการติดต่อของโรค และวิธีการปฏิบัติในการป้องกันโรค (สุวิมล ฤทธิมนตรี. 2534 : 20)

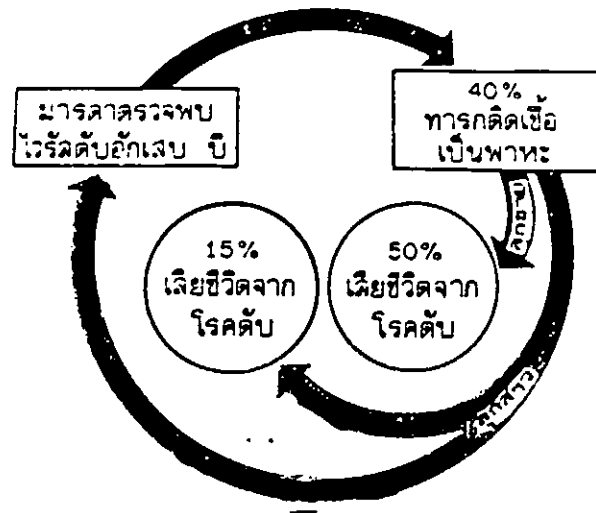
การแพร่กระจายโรคไวรัสตับอักเสบ บี

ความสำคัญการแพร่ระบาดของโรคไวรัสตับอักเสบ บี ในประเทศที่มีความชุกชุมโรคมาก แบ่งออกได้ดังนี้

1. ประเทศทางแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ จีน ไต้หวัน เกาหลี และประเทศในมหาสมุทรแปซิฟิก พบว่า การติดโรคจากมารดาสู่ทารกพบได้ในอัตราสูง
2. ประเทศในอัฟริกา ที่มีความชุกชุมสูง การระบาดของโรคจะเป็นการติดจากเด็กคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง

ประเทศไทยเช่นเดียวกับประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มารดาเป็นพาหะให้โอกาสที่ทารกติดโรคจากมารดาได้ประมาณร้อยละ 40-50 (มารดาที่เป็นพาหะจะตรวจพบแอนติเจน บี (HBeAg) ร้อยละ 40) ในทารกถ้าเป็นบุตรชายที่เป็นพาหะ เมื่อโตขึ้นก็จะมีโอกาสเป็นโรคตับได้สูง ในบุตรสาวที่เป็นพาหะ ถึงแม้ว่าจะมีโอกาสที่เป็นโรคตบน้อยกว่า แต่ก็จะเป็นมารดาที่เป็นพาหะให้บุตรที่เป็นพาหะเป็นวงจรต่อไปโดยไม่มีที่สิ้นสุด (ยง ภูววรรณ. 2533 : 25)

ดังภาพประกอบ 9



ภาพประกอบ 9 แสดงวงจรการติดต่อโรคไวรัสตับอักเสบ บี จากมารดาสู่ทารก

ที่มา : ยง กุวรรรณ. 2533 : 26

ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี ในประเทศไทยพบตลอดทั้งปีและมีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2530 มีอัตราประชากรป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี 1.58 ต่อประชากรแสนคน ต่อมาในปี พ.ศ. 2534 - 2537 มีอัตราป่วยเป็น 5.98, 5.35, 4.41 และ 4.55 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (ปฏิทินสาธารณสุข. 2539 : 208)

เมื่อจำแนกผู้ป่วยตามรายภาคพบว่า ภาคกลางมีอัตราป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี สูงสุด 12.21 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 5.01 ต่อประชากรแสนคน ภาคใต้ 4.05 ต่อประชากรแสนคน ภาคเหนือ 4.10 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ

รายงานผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี แยกตามอาชีพจากข้อมูลในช่วงปี พ.ศ. 2532 - 2534 ระบุว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน รองลงมาได้แก่ กลุ่มของเกษตรกร แม่บ้าน และกลุ่มที่ไม่ได้ระบุอาชีพ

อนึ่งเป็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี ส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพฯ โดยในปี พ.ศ. 2534 พบผู้ป่วยร้อยละ 42.1 ของผู้ป่วยทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2535 มีรายงานผู้ป่วยตับอักเสบในกรุงเทพฯ รวมทั้งสิ้น 2,147 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 28.79 ต่อประชากรแสนคน เป็นผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี 1,207 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 16.19 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต อัตราป่วยพบสูงสุดอยู่กลุ่มอายุ 15-24 ปี คิดเป็นอัตราป่วย 7.47 ต่อประชากรแสนคน และรองลงมาคือกลุ่มอายุ 25-34 ปี คิดเป็นอัตราป่วย 7.09 ต่อประชากรแสนคน ในปีดังกล่าวเมื่อจำแนกผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี ตามรายเขต พบว่ามีผู้ป่วยสูงสุดอยู่ในเขตภาษีเจริญ รองลงมาเป็นเขตพระโขนง และเขตบางกอกน้อย ส่วนในเขตป้อมปราบศัตรูพ่าย สัมพันธวงศ์ หนองจอก ปิงภูมิ และดุสิตมีผู้ป่วยน้อยมาก (ชโลบล อยู่สุข. 2536 : 14.4)

การป้องกันและควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี

องค์ประกอบหลักที่มีอิทธิพลต่อการเกิดของโรค และการแพร่กระจายของโรคนั้นมี 3 ประการด้วยกัน คือ มนุษย์ สิ่งที่ทำให้เกิดโรค และสิ่งแวดล้อม ซึ่งถ้าองค์ประกอบเหล่านี้อยู่ในภาวะสมดุลย์ก็จะไม่ทำให้เกิดโรค ดังนั้นหลักการควบคุม และการป้องกันโรคจึงเน้นหนักในการควบคุมปัจจัยเหล่านี้คือ (สมชาย สุพันธุ์วิช. 2529 : 18)

1. การทำลายเชื้อ เชื้อไวรัสตับอักเสบบี เป็นเชื้อที่คงทนสามารถที่จะมีชีวิตและแพร่เชื้อได้เป็นเวลานานหลายปี มีวิธีที่จะทำลายเชื้อได้ดังนี้

1.1 ทางกายภาพ

1.1.1 น้ำเดือด 100 องศาเซลเซียส เวลา 10-20 นาที

1.1.2 นึ่งที่ 121 องศาเซลเซียส ที่ภายใต้ความดัน 15 ปอนด์ต่อตารางนิ้ว นาน 30 นาที

1.1.3 ตู้อบร้อน 160 องศาเซลเซียส นาน 120 นาที

1.2 สารเคมี

1.2.1 พอร์มาลีน ใช้เวลานาน 12 ชั่วโมง

1.2.2 โซเดียมไฮโปคลอไรต์ ใช้เวลานาน 30 นาที

1.2.3 คลอรีน ใช้เวลานาน 30 นาที

1.3 สภาพความเป็นกรด ที่ pH 2.4 ใช้เวลานาน 6 ชั่วโมง

การควบคุมแหล่งแพร่เชื้อโดยเฉพาะเลือด น้ำลาย ของเสียหรือสิ่งขับถ่าย ตลอดจนเครื่องมือเครื่องใช้ของผู้ป่วยต้องแยกและใช้ความร้อนหรือสารเคมีในการฆ่าเชื้อโรค เศษกระดูกหรือของใช้แล้วอาจนำไปเผาทิ้ง หากเป็นไปได้เครื่องมือ เช่น เข็มฉีดยา เข็มเจาะเลือด ควรเป็นชนิดใช้ครั้งเดียว

2. การป้องกันเฉพาะ โดยการให้วัคซีนเป็นตัวภูมิคุ้มกันต่อโรคไวรัสตับอักเสบบี ทั้งแบบพาสซีฟ (Passive) และแอคทีฟ อิมมูไนเซชัน (Active Immunization)

ชนิดของวัคซีน

วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี เป็นวัคซีนชนิดน้ำเตรียมจากโปรตีนผิวด้านนอกของเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในปัจจุบันวัคซีนนี้มี 2 ชนิด คือ ชนิดที่ผลิตมาจากพลาสมาโดยแยกเอาแอนติเจน เอส (HBsAg) ออกมาจากพลาสมาของผู้ที่เป็นพาหะและชนิดที่ผลิตจากยีสต์ โดยให้ยีสต์สร้างแอนติเจน เอส (HBsAg) โดยวิธีการทางพันธุวิศวกรรม แล้วแยกเอาแอนติเจน เอส (HBsAg) ออกจากยีสต์อีกครั้งหนึ่ง

ส่วนประกอบของวัคซีน

วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ไม่ว่าจะเป็นชนิดที่ผลิตจากพลาสมาหรือชนิดที่ผลิตจากยีสต์ ที่ผลิตจากบริษัทต่าง ๆ อาจมีแอนติเจนเอส (HBsAg) ในปริมาณ 10 - 40 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร แตกต่างกันไปในแต่ละบริษัท และมีอลูมิเนียม ไฮดรอกไซด์ (Aluminium hydroxide) 0.5 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร และใช้ไทเมอร์ซอล (Thimerosal) ความเข้มข้น 1 : 20000 เป็นสารกันเสีย

ขนาดบรรจุ

มีขนาดบรรจุหลายขนาด ตั้งแต่ขวดละ 0.5 มล. ถึง 5 มล.

1. การให้ภูมิคุ้มกันป้องกันกาได้รับเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

แนวทางการให้ภูมิคุ้มกันป้องกันกาได้รับเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ขึ้นอยู่กับสภาพเลือดหรือแหล่งที่มาของเชื้อว่า มีเชื้อไวรัสตับอักเสบบี หรือไม่ อัตราเสี่ยงในการติดเชื้อเป็นอย่างไร

1. ในกรณีที่ไม่น่าทราบว่ามีการติดเชื้อแอนติเจน เอส (HBsAg) บวก ให้ฉีด HBIG 0.006 มล./กก. เข้ากล้ามเนื้อทันที ควรฉีดภายใน 24 ชั่วโมง และซ้ำอีกในขนาดเดียวกันหลังจากนั้น 1 เดือน

2. ทราบแหล่งที่มาแต่ไม่ทราบว่ามีการติดเชื้อแอนติเจน เอส (HBsAg) หรือไม่

2.1 ถ้าอัตราการติดเชื้อสูงเช่นเลือดจากผู้ป่วยที่เป็นโรคตับอักเสบบี ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไต ติดยาเสพติด หรือบิดาอ่อน ถ้าไม่สามารถทดสอบว่าเลือดเหล่านั้นมีเชื้อหรือไม่ และไม่ได้ผลการตรวจภายใน 7 วัน ให้ฉีด ISG ก่อนและเมื่อได้ผลเลือดแล้วปรากฏว่ามีเชื้อแอนติเจน เอส (HBsAg) บวก ให้ HBIG 0.06 มล./กก. ทันทีและฉีดซ้ำอีก 1 เดือนให้หลัง แต่ถ้าเลือดที่ตรวจไม่พบเชื้อแอนติเจน เอส (HBsAg) ก็ไม่ต้องฉีดยา

2.2 ถ้าโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อต่ำก็ไม่ต้องให้ HBIG หรืออาจให้เพียง ISG 0.06 มล./กก. เท่านั้นก็พอ

3. ไม่ทราบแหล่งที่มาและไม่แน่ใจว่าเลือดมีแอนติเจน เอส (HBsAg) ก็ไม่ต้องให้ HBIG หรืออาจให้เพียง ISG 0.06 มล./กก. ทันที หรือภายใน 24 ชม. เท่านั้นก็พอ ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 การให้ภูมิคุ้มกันโกลบูลินป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี หลังการสัมผัสเชื้อ

ลักษณะของการติดเชื้อ	การตรวจหา แอนติเจนเฮส (HBsAg)	ชนิดของภูมิคุ้มกันโกลบูลิน
1. แอนติเจน เฮส (HBsAg) บวก		HBIG 0.06 มล./กก. ทันที และฉีดซ้ำอีกครั้งใน 1 เดือน
2. ทราบแหล่งที่มาของเชื้อ แต่ไม่ ทราบว่า มีแอนติเจน เฮส (HBsAg) หรือไม่ - ถ้าโอกาสเสี่ยงต่อการติด เชื้อสูง	ตรวจสอบแล้ว	ถ้าผู้ป่วยมีแอนติเจน เฮส (HBsAg) บวก ให้ HBIG 0.06 มล./กก. ทันที และ ซ้ำอีกครั้งใน 1 เดือน ถ้า มีแอนติเจน เฮส (HBsAg) เป็นลบไม่ต้องให้ HBIG
- ถ้าโอกาสเสี่ยงต่อการติด เชื้อต่ำ	ไม่ได้ทำ	ไม่ต้องให้
3. ไม่ทราบแหล่งที่มาของเชื้อ และ แอนติเจน เฮส (HBsAg) ก็ยังไม่ทราบ	ไม่ได้ทำ	ไม่ต้องฉีด HBIG หรืออาจใช้ เพียง ISG 0.06 มล./กก. 1 ครั้งก็ได้

ที่มา : ชโลบล อยู่สุข. 2536 : 13.3

2. แอคทีฟ อิมมูไนซ์เซชัน (Active Immunization) คือการให้วัคซีนเพื่อกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต้านทานในการป้องกันโรค วัคซีนที่มีจำหน่ายในปัจจุบันมี 2 กลุ่มใหญ่ คือ วัคซีนที่ทำจากพลาสมา และทำโดยอาศัยเทคนิค ดี เอ็น เอ รีคอมมิเนชัน (DNA Recombination)

2.1 วัคซีนทำจากพลาสมา (Plasma-derived HBV Vaccine) เป็นวัคซีนที่ผลิตจากพลาสมาของคนที่ เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี ที่นำมาแยกให้บริสุทธิ์เฉพาะของ ส่วนของแอนติเจนเอส (HBsAg) แล้วทำลายฤทธิ์ของไวรัสด้วยวิธีต่าง ๆ กันที่นิยมใช้คือ พอร์มาลิน และความร้อน ซึ่งขบวนการดังกล่าวนี้สามารถทำลายฤทธิ์ของไวรัสตับอักเสบบี และไวรัสอื่นที่อาจจะติดปนมาวัคซีนชนิดนี้เริ่มรับรองให้ใช้เป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2524 และที่มีจำหน่ายในประเทศไทยแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 วัคซีนทำจากพลาสมาและที่มีใช้ในประเทศไทยในปัจจุบัน

บริษัทที่ผลิต	ประเทศ	ชื่อการค้า	Inactivation โดย	HBsAg มคก./มล.	ขนาดยา
Pasteur	ฝรั่งเศส	Hevac B	ฟอร์มาลิน	5	0, 1, 2 และ 12 เดือน
Cheil Sugar Co.	เกาหลี	Hepacc- ine B	ฟอร์มาลิน ความร้อน	3	เด็ก < 10 ปี ให้ 1 ml. 0, 1, 2 และ 12 เดือน เด็ก > 10 ปีและ ผู้ใหญ่ให้ 1 มล. 0, 1, 6 เดือน
Korean Green Cross	เกาหลี	Hepavax B	ฟอร์มาลิน ความร้อน	20	เด็ก < 10 ปี ให้ 0.5 ml. 0, 1, 6 เดือน

ที่มา : ชโลบล อยู่สุข. 2536 : 13.6

1) Hevac B Pasteur ของ Pasteur Institute ทำจากพลาสมาของคนที่เป็พหะของโรค วัคซีนนี้สามารถกระตุ้นร่างกายให้สร้าง แอนติบอดีขนาดที่ใชั 5 ไมโครกรัม (1 มล.) ฉีดเข้ากล้ามเนื้อในวันที่ 0 , 1 , 2 และ 12 เดือน จากการศึกษาเปรียบเทียบในทารกแรกเกิด พบว่าการใช้ขนาด 2 หรือ 5 ไมโครกรัมได้ผลใกล้เคียงกัน

2) Hepaccine B ของ Cheil Sugar Co. ของประเทศเกาหลีผลิตโดยวิธีการผ่านความร้อนขนาดที่ใชั 3 ไมโครกรัม (1 มล.) ฉีดเข้ากล้ามเนื้อในวันที่ 0, 1, 2 และ 12 เดือน และจากการศึกษาในประเทศไทย ถ้ามารดาเป็นพาหะของโรคแล้วการให้วัคซีนแก่ทารกที่ 0, 2 และ 6 เดือน จะป้องกันโรคสู่การให้ 0, 1 และ 6 เดือนไม่ได้

3) Hepavax B ของ Korean Green Cross ผลิตโดยวิธีการผ่านความร้อนและพอร์มาลิน ในเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี ใช้ขนาด 10 ไมโครกรัม ผู้ใหญ่ 20 ไมโครกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อในวันที่ 0, 1 และ 6 เดือน จากการศึกษาในเด็กด้วยขนาด 10 และ 20 ไมโครกรัม ให้ผลดีทุกราย

2.2 วัคซีนทำโดยอาศัย ดี เอ็น เอ วัคซีนบีแน้น (DNA Recombinant Technology)

เป็นวัคซีนที่ผลิตโดยการนำยีนสำหรับการสร้าง S-แอนติเจนใส่ในพลาสมิด (Plasmid) ของแบคทีเรีย แล้วทรานสเฟ็ค วัคซีนบีแน้น พลาสมิด (Transfect Recombinant Plasmid) นั้นเข้าสู่เซลล์ของสิ่งมีชีวิตให้สิ่งมีชีวิตนั้นสร้างแอนติเจน เอส (HBsAg) คือ ส่วนที่เป็นโปรตีนตามกำหนดของยีนที่ใส่เข้าไป สิ่งมีชีวิตที่ใช้ในปัจจุบัน คือ ยีสต์ แมมมาเลียนเซลล์ (Mammalian cells) อินเซคเซลล์ (Insect cells) และไวรัสแวกซีเนีย (Vaccinia) เป็นต้น ข้อดีของ ดี เอ็น เอ วัคซีนบีแน้นวัคซีน (DNA Recombinant Vaccine) คือ ผลิตได้ทีละมาก ๆ ในเวลารวดเร็ว ทำให้ต้นทุนการผลิตไม่สูง ประหยัดค่าใช้จ่ายกว่าวัคซีนที่ทำจากพลาสมา

เริ่มมีการรับรองใช้วัคซีนที่ผลิตจากยีสต์เป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2529 โดยวัคซีนชนิดนี้มีจำหน่ายในประเทศไทยเป็นวัคซีนที่ผลิตจากยีสต์แบบยังยีสต์จะผลิตแอนติเจน เอส (HBsAg) ส่วนที่เป็นโปรตีนขนาด 22 nm ไม่สามารถขับออกจากเซลล์ของยีสต์จะต้องสกัดออกมา แอนติเจน

เอส (HBsAg) ที่ได้เป็นโพลีเปปไทด์ (Polypeptide) ซึ่งมีการเรียงตัวของกรดอะมิโนเหมือนกับแอนติเจนเอส (HBsAg) ที่ได้จากพลาสมา สามารถกระตุ้นร่างกายให้สร้างแอนติบอดี พบว่า วัคซีนมีคุ้มกันในคนและประสิทธิภาพ ในการป้องกันโรคได้ผลดีใกล้เคียงกับวัคซีนที่ทำจากพลาสมา อาการข้างเคียงคล้ายคลึงกับวัคซีนที่ทำจากพลาสมา เช่น ปวด บวม แดง ในบริเวณที่ฉีด มีไข้ ปวดเมื่อย ปวดศีรษะ เป็นต้น การทดลองประสิทธิภาพในการป้องกันโรคหลังที่ฉีดวัคซีนที่ทำจากยีสต์จนครบขนาดแล้ว พบว่าได้ผลดีในระยะยาวประสิทธิภาพในการป้องกันโรคสูงไม่แตกต่างจากวัคซีนที่ทำจากพลาสมา วัคซีนมีคุ้มกันจะลดลงตามขนาดของวัคซีนที่ใช้ฉีด ดี เอน เอ วัคซีนบีแนนท์ วัคซีน (DNA recombinant vaccine) จากยีสต์ที่มีจำหน่ายในประเทศไทย ในปัจจุบันมีดังนี้

ตาราง 4 ดี เอ็น เอ รีคอมบิแนนท์วัคซีน (DNA Recombinant Vaccine) ที่เตรียมจาก
ยีสต์ ซึ่งมีจำหน่ายในประเทศไทยในปัจจุบัน

บริษัทที่ผลิต	ประเทศ	ชื่อการค้า	HBsAg มคก./ml	ขนาดยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อ
Smith Kline Biologicals	เบลเยียม	Engerix- B	20	อายุ < 10 ปี ให้ 10 ไมโครกรัม 1 ครั้ง อายุ > 10 ปี ให้ 20 ไมโครกรัม 1 ครั้ง ก่อนได้รับการติดเชื้อให้ 0, 1 และ 6 เดือน หลังได้รับการติดเชื้อให้ 0, 1, 2 และ 12 เดือน
MSD	สหรัฐ อเมริกา	HB-Vax II	10	เด็กแรกเกิด - 10 ปี ให้ 2.5 ไมโคร กรัม (ทารกแรกเกิดที่มารดามีแอนติเจน อี (HBeAg) ให้เพิ่มเป็น 5 ไมโครกรัม ร่วมกับ (HBIG) อายุ 11-19 ปี ให้ 5 ไมโครกรัม ที่ 0, 1 และ 6 เดือน อายุ > 20 ปี ให้ 10 ไมโครกรัม ที่ 0, 1 และ 6 เดือน
Kaketsuken	ญี่ปุ่น	Bimmugen	10/0.5 มล.	อายุ < 10 ปี ให้ 5 ไมโครกรัม ที่ 0, 1 และ 6 เดือน อายุ > 10 ปี ให้ 10 ไมโครกรัม ที่ 0, 1 และ 6 เดือน

ที่มา : ทไลบล อยู่สุข. 2536 : 13.7

1. Engerix-B ของ Smith Kline RIT ประเทศเบลเยียม ขนาดที่ใช้ในเด็ก อายุต่ำกว่า 10 ปี 10 ไมโครกรัม เด็กอายุมากกว่า 10 ปีขึ้นไปจนถึงผู้ใหญ่ 20 ไมโครกรัม ผลการศึกษาในเด็กใช้ขนาด 10 หรือ 20 ไมโครกรัม ได้ผลใกล้เคียงกัน ถ้าให้วัคซีนก่อนการติดเชื้อให้ฉีดเข้ากล้ามเนื้อที่ 0, 1 และ 6 เดือน และถ้าให้วัคซีนหลังการติดเชื้อ ให้ฉีดเข้ากล้ามเนื้อที่ 0, 1, 2 และ 12 เดือน

2. HB-Vax II ผลิตโดยบริษัท Merck Sharp & Dohme ประเทศสหรัฐอเมริกา ขนาดที่ใช้ในผู้ใหญ่ 10 ไมโครกรัม/1 มล. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อที่ 0, 1 และ 6 เดือน จากการศึกษาพบว่า คนที่อายุต่ำกว่า 20 ปี สามารถใช้ขนาด 5 ไมโครกรัมได้ นอกจากนี้เด็กทารกและเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี อาจใช้เพียง 2.5 ไมโครกรัมก็พอกันในการป้องกัน แต่ถ้าดูระดับของแอนติบอดี พบว่าพวกที่ใช้ขนาดต่ำจะได้แอนติบอดีต่อแอนติเจนเอสโตเตอร์ (anti-HBs titer) ต่ำกว่าพวกที่ใช้ขนาดสูง

3. Bimmugen ผลิตโดยบริษัท Kaketsuken ประเทศญี่ปุ่น เด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี ใช้ขนาด 5 ไมโครกรัม ถ้าอายุมากกว่า 10 ปี ขึ้นไป ใช้ขนาด 10 ไมโครกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อที่ 0, 1 และ 6 เดือน วัคซีนนี้ยังไม่มีข้อมูลการศึกษาในประเทศไทย

วัคซีนกัน ๗ ที่กำลังอยู่ในระหว่างการพัฒนา ได้แก่ วัคซีนที่ผลิตจากไฮบริดไวรัส (Hybrid Virus) และวัคซีนสังเคราะห์ทางเคมีที่มีคุณสมบัติเหมือนแอนติเจน เอส (HBsAg) ทั้งนี้เพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งเจือปนจากสิ่งมีชีวิต สามารถผลิตได้คราวละมาก ๆ ขณะนี้ยังอยู่ในระหว่างการพัฒนา วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ที่มีจำหน่ายในประเทศไทยขณะนี้ส่วนใหญ่ได้รับการทดสอบมาอย่างดีแล้วว่าปลอดภัยและมีประสิทธิภาพที่สูง ผลข้างเคียงกันไม่พึงประสงค์ของวัคซีนชนิดต่าง ๆ พบน้อยมาก ที่พบบ่อยที่สุด คือ อาการเจ็บปวดเฉพาะบริเวณที่ฉีดวัคซีนประมาณ 2-3 วัน ส่วนน้อยอาจมีไข้ และอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน หรือเกิดลมพิษขึ้น

การเก็บและการหมดอายุ

การเก็บในตู้เย็นอุณหภูมิ 4-8 องศาเซลเซียส ห้ามเก็บในช่องแช่แข็งเพราะวัคซีนจะเสียทันที ถ้าเก็บถูกต้องตามนี้จะมียาอยู่ได้ประมาณ 2 ปีนับแต่วันผลิต ทั้งนี้ให้ตรวจสอบดูฉลากวันหมดอายุก่อนใช้เสมอ

ประสิทธิผลของวัคซีน

ประสิทธิผลของวัคซีนแตกต่างกันออกไปตามองค์ประกอบ คือ

1. ชนิดและขนาดของวัคซีนที่ใช้ ตลอดจนการกำหนดตารางการฉีดที่ไม่เหมือนกันของวัคซีนแต่ละชนิด อาจทำให้ได้ผลที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกระบวนการควบคุมคุณภาพการผลิต และการเก็บรักษาวัคซีนในการขนย้าย
2. ประชากรที่แตกต่างกันอาจตอบสนองต่อวัคซีนต่างกัน ดังนั้นการนำวัคซีนที่ผลิตจากประเทศหนึ่งไปใช้ในอีกประเทศหนึ่งจำเป็นต้องมีการทดสอบผลตอบสนอง
3. สุขภาพของผู้ได้รับวัคซีน โรคหรือยาบางอย่างอาจมีผลต่อการสร้างแอนติบอดี
4. ส่วนของร่างกายที่ได้รับการฉีดวัคซีน ผลจากการศึกษาพบว่า การฉีดบริเวณสะโพก จะมีผลต่ำกว่าการฉีดบริเวณแขน
5. อายุของผู้ที่ได้รับวัคซีน พบว่ายิ่งอายุมากการสร้างแอนติบอดีจะลดลง
6. เพศ พบว่าในเพศหญิงสร้างแอนติบอดีได้สูงและเร็วกว่าเพศชาย

การตรวจเลือดก่อนฉีดวัคซีน

1. เด็กแรกเกิดและเด็กเล็ก (อายุต่ำกว่า 10 ปี) ไม่จำเป็นต้องตรวจเลือดก่อนฉีดวัคซีน
2. เด็กโต (อายุ 10 ปีขึ้นไป) และผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่จะเคยติดเชื้อแล้วซึ่งอาจมีภูมิคุ้มกันโรคตามธรรมชาติ หรือเป็นพาหะซึ่งจะไม่ได้รับประโยชน์จากการฉีดวัคซีน ดังนั้นเพื่อหลีกเลี่ยงการฉีดวัคซีนโดยไม่จำเป็น หากสนใจจะรับวัคซีน จึงควรปรึกษาแพทย์ แพทย์อาจให้ตรวจเลือดประกอบการพิจารณาว่าควรฉีดวัคซีนหรือไม่

การให้วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ร่วมกับวัคซีนอื่น

การให้วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี สามารถให้ร่วมกับวัคซีนอื่น โดยฉีดให้คนละตำแหน่ง เช่น ให้พร้อมกับวัคซีนบีซีจี (BCG) ดีทีพี (DTP) โอพีวี (OPV) โดยไม่มีผลต่อภูมิคุ้มกันที่เกิดขึ้น การให้ร่วมกับวัคซีนป้องกันโรคหัดสามารถที่จะให้พร้อมกันได้ แต่ถ้าหลังการให้วัคซีนดังกล่าวอาจมีผลต่อภูมิคุ้มกันต้านทาน เนื่องจากวัคซีนป้องกันโรคหัดอาจกดภูมิคุ้มกันต้านทานของร่างกายได้

วัคซีนโรคไวรัสตับอักเสบ บี ในประเทศไทย เริ่มใช้ในปี พ.ศ. 2530 การใช้วัคซีนทำให้เกิดการติดเชื้อในประชากรลดลงมาก ดังรายงานผลการศึกษาในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ในเขตจังหวัดชลบุรี ในปี พ.ศ. 2532 ก่อนให้วัคซีนตรวจพบว่ามีแอนติเจน เอส (HBsAg) ประมาณร้อยละ 3 และแอนติบอดี ร้อยละ 4.2 หลังการให้โปรแกรมการให้วัคซีน 2 ปี ซึ่งครอบคลุมร้อยละ 82.10 ของจำนวนประชากรพบความชุกของแอนติเจน เอส (HBsAg) ลดลงเหลือร้อยละ 0.80 ส่วนแอนติบอดีมากขึ้นถึงร้อยละ 63.80 (ชโลบล อยู่สุข. 2536 : 4.15)

3. การทำลายหนทาง การติดต่อของเชื้อ เพื่อมิให้มีการติดต่อไปยังบุคคลอื่น หรือการป้องกันการติดเชื้อมายังตนเองสามารถทำได้โดย

3.1 การตรวจวินิจฉัยโรคอย่างรวดเร็ว ให้การดูแลอย่างเหมาะสม ซึ่งต้องอาศัยระบบการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ มีระบบการตรวจคัดกรองที่มีคุณภาพ ราคาถูก โดยพิจารณาเลือกใช้ตัวชี้วัดที่จำเป็นและเหมาะสม

3.2 การบริหารจัดการกลุ่มที่เป็นพาหะ โดยการให้วัคซีนป้องกันโรค

3.3 จัดระบบเฝ้าระวังและคัดกรองผู้บริจาคโลหิตก่อนที่จะนำไปใช้กับบุคคลอื่น

3.4 การทำลายเชื้อจากผู้ป่วยอย่างถูกวิธี ไม่ว่าจะเป็นการตรวจเลือด น้ำลายของเสียหรือสิ่งขับถ่าย ตลอดจนเครื่องมือเครื่องใช้ที่สัมผัสกับผู้ป่วยจะต้องได้รับการทำลายเชื้ออย่างถูกต้องด้วยการนึ่งหรือการใช้สารเคมี

3.5 การป้องกันการติดต่อจากมารดาสู่ทารก โดยในเด็กแรกคลอดที่มารดาเป็นพาหะของโรค ควรได้รับการฉีด เฮปะไตติส บี อิมูโนโกลอบบูลิน 0.5 มิลลิกรัมภายใน 12 ชั่วโมงหลังคลอด และให้วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ให้ครบ 3 ครั้ง

3.6 การให้ความรู้ คำแนะนำ นับว่าเป็นเรื่องสำคัญต่อการป้องกัน และควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบ บี เพราะการตรวจวินิจฉัยและการให้วัคซีนมีราคาที่สูงและสิ้นเปลืองมาก จึงจำเป็นต้องนำวิธีการให้สุศึกษา มาทำให้บุคคลเกิดความรู้ ความเข้าใจ และสามารถตัดสินใจรับการป้องกันหรือดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวได้อย่างเหมาะสมกับสภาพการณ์

นโยบายขององค์การอนามัยโลกและกลวิธีป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี

องค์การอนามัยโลก สามารถกำจัดโรคฝีดาษให้หมดไปได้ด้วยการให้วัคซีนป้องกัน แต่ในขณะเดียวกันโรคโปลิโอที่มีวัคซีนป้องกันมานานกว่า 40 ปี ก็ไม่สามารถที่จะกำจัดให้หมดไปได้ ทั้งนี้เพราะความแตกต่างในลักษณะและการให้ตลอดจนความคงทนของวัคซีน จึงต้องมีการค้นคว้า อยู่ตลอดเวลาในเรื่องของวัคซีน

องค์การอนามัยโลก ได้กล่าวถึงนโยบายในการกวาดล้างโรคไวรัสตับอักเสบ บี ให้หมดไปภายในปี พ.ศ. 2535 โดยแบ่งขั้นตอนในการดำเนินงานเป็นระยะดังนี้ คือ

ระยะที่ 1 ค.ศ. 1989-1993 เวลา 5 ปี ในช่วงระยะเวลาดังกล่าวจะดำเนินงานโครงการสาธิตในการให้วัคซีนป้องกันในกลุ่มต่าง ๆ ตามความเหมาะสมในแต่ละท้องถิ่น เพื่อหาวิธีที่เหมาะสมที่สุดในการให้วัคซีนและความเป็นไปได้ เช่น อาจรวมเข้ากับ EPI ประเทศไทย ดำเนินวิธีการดังกล่าวใน 2 จังหวัด คือ ชลบุรี และเชียงใหม่ โดยในขั้นต้นให้วัคซีนในรูป 0, 2 และ 6 เดือน และขยายต่อไปอีก 2 จังหวัด ในปีต่อ ๆ ไป เพื่อดูความเป็นไปได้ และเริ่มให้กับการรณรงค์เกิดทุกคนในปี พ.ศ. 2535 ขณะเดียวกันในระยะเวลาดังกล่าวจะมีการสนับสนุนการวิจัยเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ให้ดีขึ้น และศึกษาถึงกลไกผู้ที่ไม่ตอบสนองต่อวัคซีน

ระยะที่ 2 ค.ศ. 1994-2000 เวลา 7 ปี จะดำเนินการให้วัคซีนโรคไวรัสตับอักเสบ บี ในเด็กแรกเกิดทุกคนโดยเฉพาะในประเทศที่มีความชุกชุมของโรคสูงและจะขยายการให้วัคซีนไปในเด็กเล็กและผู้มีความเสี่ยงสูง สำหรับในประเทศไทยที่มีความชุกชุมของโรคต่ำ จะตรวจกรองมารดาที่ตั้งครรภ์ โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในกลุ่มที่เสี่ยง และให้วัคซีนกับทารกทุกคนในมารดาที่

เป็นพาหะ ในช่วงระยะเวลานี้จะมีการปรับปรุงประสิทธิภาพภูมิคุ้มกันของวัคซีนให้ดีขึ้น เพื่อที่จะได้ลดจำนวนครั้งของการฉีดวัคซีนลงให้เหลือ 1 หรือ 2 ครั้ง ในขณะที่เดียวกันก็มีการหาข้อยุติในเรื่องความจำเป็นในการกระตุ้นด้วยวัคซีน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้เสี่ยงสูงว่ามีความจำเป็นหรือไม่ จะให้ความสนใจในทารกแรกเกิดที่มาตราเป็นพาหะ

ระยะที่ 3 ค.ศ. 2000-2010 ระยะเวลา 10 ปี ดำเนินการให้วัคซีนในทารกแรกเกิดทุกคน เด็กเล็กและประชากรในกลุ่มเสี่ยง ในระยะนี้สหรัฐอเมริกา ควรได้รับการตรวจกรองและถ้าตรวจพบแอนติเจน บี (HBeAg) ทารกทุกคนควรได้รับวัคซีนร่วมกับ HBIG และจะมีการศึกษายาต้านไวรัสเพื่อนำมาใช้รักษาผู้ที่เป็พาหะ (ยง ภู่วรวรรณ. 2533 : 111-112)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

งานวิจัยในต่างประเทศ

ลี และคนอื่น ๆ (Lee and others. 1978 : 671-688) ศึกษาถึงกลไกของการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ระหว่างมารดาสู่ทารกที่ประเทศฮ่องกง จากรายงานในปี พ.ศ. 1978 เป็นการศึกษาถึงผลของการเกิดโรคระหว่างมารดาสู่ทารกโดยศึกษาในมารดาที่เป็นพาหะของ เซอเฟสแอนติเจน (Surface Antigen) จำนวน 125 ราย พบว่ามารดาติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และตรวจพบแอนติเจน เอส (HBsAg) ในน้ำคร่ำ คิดเป็นร้อยละ 33 พบในเลือดคิดเป็นร้อยละ 50 ในน้ำนมร้อยละ 71 ในระบบทางเดินอาหารร้อยละ 95.30 และการที่ทารกกลืนน้ำคร่ำระหว่างกลไกการคลอดก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ทารกได้รับเชื้อไวรัส บี และรวมทั้งการให้แม่บุตรด้วย

เฮสส์ และคนอื่น ๆ (Hess and others. 1979 : 373) ศึกษาถึงพาหะของการเกิดโรคที่ประเทศเยอรมันตะวันออก โดยศึกษาบุคคลในครอบครัวรวม 67 ราย ในกลุ่มมีพาหะที่ไม่แสดงอาการ 34 ราย พบเอชบีวี มาร์คเกอร์ (HBV-markers) ร้อยละ 82 โดยกลุ่มใกล้ชิดพาหะที่พบ เฮปेटิติส บี เซอเฟสแอนติเจน (Hepatitis B Surface Antigen) มีโอกาส

รับเชื้อมากที่สุดถึงร้อยละ 85.70 นอกจากนี้ยังพบว่า คนภายในครอบครัวที่มีสิทธิได้รับเชื้อเท่ากัน และยังพบได้ในครอบครัวผู้ป่วยโรคตับเรื้อรัง และผู้ป่วยมะเร็งตับ

โบเดนไฮม์ และคนอื่น ๆ (Bodenheimer and others. 1986 : 252 - 255) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการยอมรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ พบว่าการยอมรับที่จะฉีดวัคซีนนั้นขึ้นอยู่กับความปลอดภัยและประสิทธิผลของวัคซีน ความไวต่อการรับเชื้อ และความรุนแรงของโรค ซึ่งพบว่าในเรื่องความปลอดภัยและประสิทธิผลของวัคซีนสำคัญมากที่สุด ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี ไม่มีผลต่อการยอมรับการฉีดวัคซีน และไม่มีผลต่อผู้ที่ปฏิเสธการฉีดวัคซีน เพราะมีความเชื่อว่าวัคซีนไม่ปลอดภัยและไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งพบร้อยละ 40 และมีความเชื่อว่างานที่ตนปฏิบัตินั้นไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 20

ไทแมน (Tyman. 1986 : 42 - 43) ได้ทำการศึกษาถึงเหตุผลที่คนที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไวรัสตับอักเสบบี ไม่ยอมรับการฉีดวัคซีนนั้น เนื่องมาจากการขาดความรู้ในเรื่องความปลอดภัยของวัคซีน แต่ทว่าพบว่าในคนตั้งครรภ์ไม่ควรที่จะฉีดวัคซีนการขาดความรู้ในเรื่องโรคไวรัสตับอักเสบบี ว่าเมื่อเป็นโรคแล้วจะทำให้มีความรุนแรงขนาดใด การกลัวภาวะแทรกซ้อนของการฉีดวัคซีนและคิดกลัวว่าจะไม่สามารถบวักโรคได้

วอร์เน็ต และคนอื่น ๆ (Yvonnet and others. 1987 : 315 - 321) ได้ศึกษาถึงระดับของแอนติ เอชบีเอส (Anti-HBs) หลังจากที่ได้รับวัคซีนเป็นระยะเวลาและศึกษาถึงการฉีดวัคซีนกระตุ้น โดยศึกษาในเด็กชาวเซนาเกล จำนวน 156 ราย ที่ได้รับวัคซีน และมีภูมิคุ้มกันแล้วหลังจากการได้รับวัคซีนเข็มสุดท้าย 6 ปี ได้นำเด็กกลุ่มนี้จำนวน 56 รายมาให้วัคซีนกระตุ้นอีก 1 ครั้ง พบว่ามีภูมิคุ้มกันเพิ่ม ส่วนเด็กอีก 11 รายที่ไม่ได้รับการฉีดวัคซีนกระตุ้น พบว่าค่าเฉลี่ยของภูมิคุ้มกันลดลง ผลการทดลองนี้แสดงให้เห็นว่าควรมีการฉีดวัคซีนกระตุ้นทุก 5-6 ปี

ฮาดเลอร์ และคนอื่น ๆ (Hadler and others. 1989 : 106 - 110) ได้ศึกษาผลการตอบสนองของการได้รับวัคซีนที่เวลาต่างกันของชาวอินเดีย ในช่วงปี ค.ศ. 1983 - 1985 โดยให้วัคซีนเข็มแรกในคน 1,000 คน พร้อมกันและหลังจากนั้นมีเพียงร้อยละ 32 ที่ได้รับตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ นอกนั้นได้รับก่อนเวลาและหลังเวลาที่กำหนดไว้ ผลจากการทดลองพบว่าการได้รับวัคซีนในเวลาต่างกันไม่มากนักจากเวลาที่กำหนดมีการสร้างภูมิคุ้มกันไม่แตกต่างกัน

เวสต์มอร์แลน และคนอื่น ๆ (Westmoreland and others. 1990 : 499 - 509) ได้ทำการศึกษาถึงผู้ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคไวรัสตับอักเสบ บี จำนวน 1,320 ราย โดยให้วัคซีนชนิด ทำจากพลาสมาการวิเคราะห์โดยใช้แอนติบอดี (Anti-HBs) มากกว่า 10 mIU/ml ถือว่ามีการตอบสนองที่ดี จากการศึกษาพบว่าเพศหญิงมีการตอบสนองดีกว่าเพศชาย และในผู้ที่อายุน้อยมีการตอบสนองต่อวัคซีนดีกว่าผู้ที่มีอายุมาก

งานวิจัยในประเทศไทย

ประเสริฐ ทองเจริญ และคนอื่น ๆ (2528 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาร่วมกับองค์การอนามัยโลก ทำการศึกษาเปรียบเทียบอุบัติการณ์ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ในกลุ่มประชากรพบว่า กลุ่มนักศึกษาแพทย์ พบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ร้อยละ 49 บุคลากรในโรงพยาบาลพบการติดเชื้อร้อยละ 56 บุคลากรในคลินิกทันตกรรมพบการติดเชื้อร้อยละ 54 ผู้ต้องขังวัยหนุ่มพบการติดเชื้อร้อยละ 80 และในคนชราพบการติดเชื้อร้อยละ 62 เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มคนทั่วไปในวัยเดียวกันไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นกลุ่มผู้ต้องขังวัยหนุ่มที่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี มากอย่างชัดเจน จะเห็นว่าอุบัติการณ์การติดเชื้อในกลุ่มอาชีพทำงานในโรงพยาบาลไม่สูงกว่าประชากรทั่วไปเนื่องจากการติดเชื้อพบแพร่หลายในประเทศไทย และการติดเชื้อส่วนใหญ่เกิดจากการสัมผัสใกล้ชิดมากกว่าการติดต่อทางเข็มฉีดยา หรือทางการให้โลหิต มีการศึกษาที่สนับสนุนคือการศึกษาพาหะของไวรัสตับอักเสบ บี ในเด็กจากสถานสงเคราะห์พญาไท พ.ศ. 2528 พบเด็กในกลุ่มนี้มีอัตราการเป็นพาหะสูงกว่าเด็กในคลินิกเด็กดี 4 เท่า โดยเพิ่มขึ้นตามอายุและเวลาที่พักอาศัยในสถานการดังกล่าว และเมื่อตรวจโลหิตซ้ำ 1 ปีต่อมา พบว่าพาหะไวรัสตับอักเสบ บี เพิ่มขึ้นร้อยละ 35

ยง ภู่วรวรรณ และคนอื่น ๆ (2529 : 99 - 108) ได้ศึกษาข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี และการยอมรับบริการ โดยทำการสัมภาษณ์สตรีที่ตั้งครรภ์มารับบริการตรวจครรภ์ครั้งแรก ณ ภาควิชาสูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในช่วงวันที่ 1 พฤศจิกายน ถึง 30 ธันวาคม 2529 รวมจำนวน 314 ราย ด้วยแบบสัมภาษณ์ที่

ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการศึกษาพบว่าสตรีตั้งครรภ์ร้อยละ 11.8 มีความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี โดยสตรีที่มีอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไปมีความรู้ดีกว่าสตรีที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปี ที่ระดับ 0.05 และความรู้จะเพิ่มขึ้นตามระดับของการศึกษา ส่วนปัจจัยอาชีพ จำนวนการตั้งครรภ์ และฐานะครอบครัวพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี

สมศักดิ์ วัฒนศรี และคนอื่น ๆ (2530 : 87 - 88) ศึกษาในกลุ่มบุคลากรของโรงพยาบาลหาดใหญ่ พบว่าบุคลากรที่มีหน้าที่ประจำเกี่ยวกับการสัมผัสโลหิต ผู้ที่มีประวัติการดูแลผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี และผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาลตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปจะมีอัตราการตรวจพบ แอนติ เฮบีอี (Anti-HBe) สูง ซึ่งบ่งถึงอัตราเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

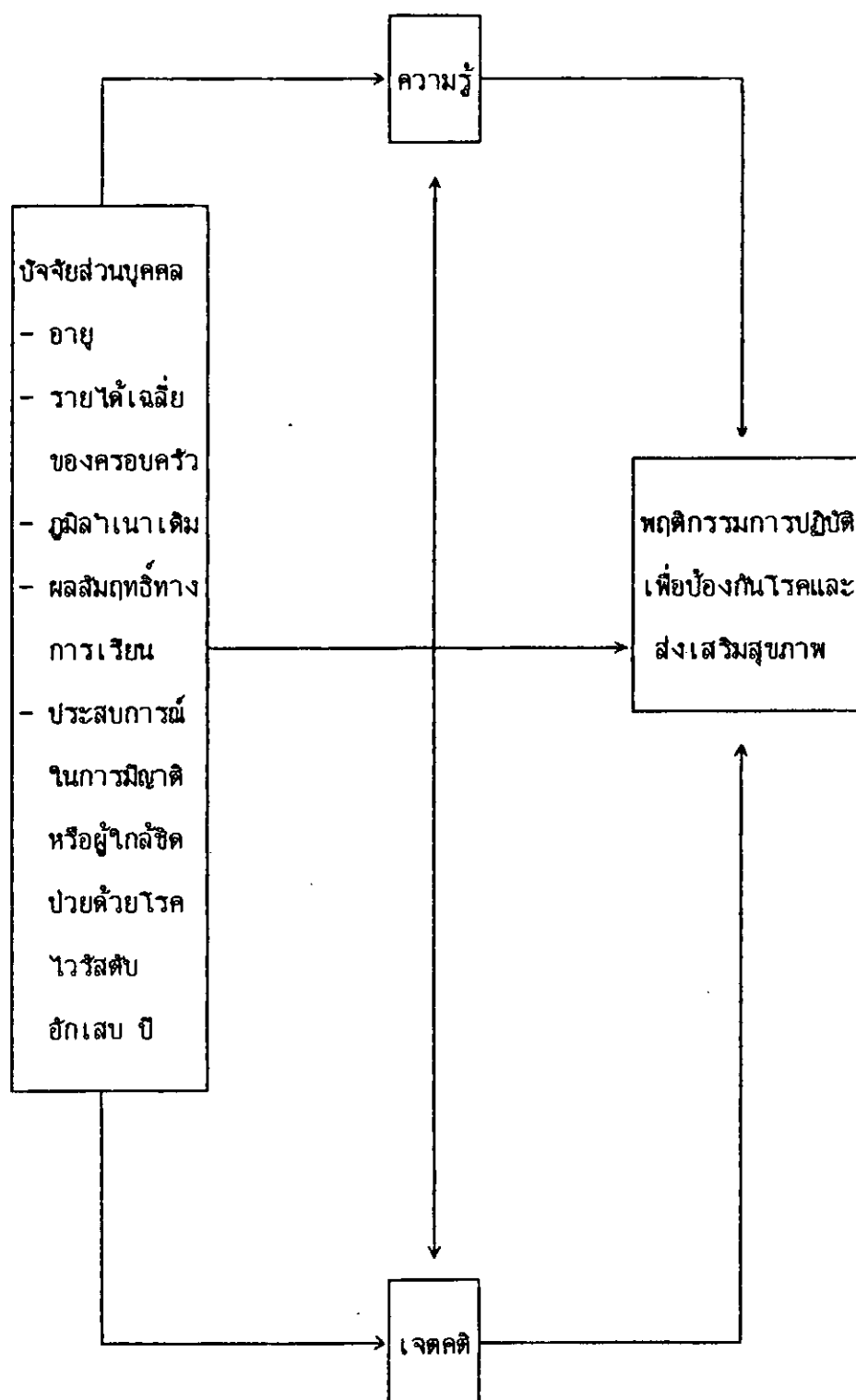
ศิริพร พงษ์โกศา (2532 : 98 - 104) ทำการศึกษาถึงความรู้เรื่องโรคไวรัสตับอักเสบบี ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรค จากกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอด ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นพาหะของโรคตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ และมาคลอดที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามธิบดี และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 200 ราย ทำการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลจากการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 67.50 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.50 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 2,001-3,000 บาท มีคะแนนความรู้เรื่องโรคไวรัสตับอักเสบบี คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่มารดาที่มีความแตกต่างในเรื่องอายุ และลักษณะของครอบครัวมีความรู้ในเรื่องโรคและความเชื่อด้านสุขภาพ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาด้านความสัมพันธ์พบว่าความรู้เรื่องโรคไวรัสตับอักเสบบี และความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ปัจจัยอายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ลักษณะครอบครัว ความรู้เรื่องโรคไวรัสตับอักเสบบี และความเชื่อด้านสุขภาพมีสหสัมพันธ์พหุคูณกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันในการติดต่อของโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีปัจจัยทางฐานะทางเศรษฐกิจ และความรู้เรื่องโรคไวรัสตับอักเสบบี เป็นตัวทำนาย

สุวารี วังศิริกุล (2533 : 96) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในบุคลากรโรงพยาบาลกำแพงเพชร พ.ศ. 2532 มีอัตราการติดเชื้อร้อยละ 53 อัตราการเป็น

พาหะร้อยละ 8.70 พบแอนติ เฮปะไตติส คอร์แอนติเจน (Anti HBc) ร้อยละ 20.80 รวมทั้งพบแอนติ เฮปะไตติส บี เชอเพซ แอนติเจน และแอนติเฮปะไตติส บี คอร์แอนติเจน (Anti HBs and Anti HBc) ร้อยละ 23.50 ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือการมีรายได้ครัวเรือนน้อยกว่า 5,000 บาท และ 5,000 ถึง 10,000 บาท อายุระหว่าง 30-40 และ 40 ปีขึ้นไป ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน 10 ปีขึ้นไป การได้รับโลหิต การมีเพศสัมพันธ์กับต่างเพศและการมีสถานภาพสมรสคู่

สุนทรี รัตนฐเอก (2536 : บทคัดย่อ) ทำการศึกษาอัตราการติดเชื้อของไวรัสตับอักเสบบี ในบุคลากรโรงพยาบาลเบตงแบบย้อนหลังตั้งแต่เดือนสิงหาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2533 จำนวน 237 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.70 ของบุคลากรทั้งหมด พบว่าเป็นพาหะร้อยละ 2.10 มีภูมิต้านทานไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 18.14 และมีการติดเชื้อในเพศชายมากกว่าเพศหญิง บุคลากรที่ตรวจไม่พบเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 189 ราย ได้ศึกษาการตอบสนองและไม่ตอบสนองต่อวัคซีน โดยจัดในกลุ่มที่ไม่พบว่ามี การติดเชื้อจำนวน 136 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มข้าราชการและลูกจ้างประจำ จำนวน 108 ราย ได้รับการฉีดวัคซีนขนาด 1 มล. เข้ากล้ามเนื้อ และกลุ่มลูกจ้างเงินบำนาญ จำนวน 28 ราย ได้รับการฉีดวัคซีน 0.1 มล. เข้าใต้ผิวหนัง โดยฉีด 3 เข็ม (0, 1 และ 6 เดือน) พบภูมิต้านทาน ร้อยละ 87.24 และ 82.14 ตามลำดับ ไม่พบความแตกต่างใน 2 กลุ่ม ทั้งอายุและเพศในการตอบสนองต่อวัคซีน บุคลากรที่ไม่ตอบสนองจะได้รับการฉีดวัคซีนใหม่อีก 1 เข็ม ตอน 12 เดือน แล้วหาภูมิต้านทานใน 1 เดือนต่อมา พบว่ามีภูมิต้านทานสูงขึ้น โดยเฉลี่ยอัตราการตอบสนองต่อวัคซีนเมื่อฉีด 3 เข็ม เท่ากับร้อยละ 86.03 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 91.18 เมื่อฉีด 3-4 เข็ม และพบว่าอัตราการไม่ตอบสนองต่อวัคซีนเป็นร้อยละ 8.82

กรอบแนวคิดของการวิจัย



ภาพประกอบ 10 กรอบแนวคิดของการวิจัย

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. นักศึกษาพยาบาลสื้เหล่าที่มีอายุต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี แตกต่างกัน
2. นักศึกษาพยาบาลสื้เหล่าที่มีอายุต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี แตกต่างกัน
3. นักศึกษาพยาบาลสื้เหล่าที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี แตกต่างกัน
4. นักศึกษาพยาบาลสื้เหล่าที่มาจากครอบครัวที่มีรายได้ต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี แตกต่างกัน
5. นักศึกษาพยาบาลสื้เหล่าที่มาจากครอบครัวที่มีรายได้ต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี แตกต่างกัน
6. นักศึกษาพยาบาลสื้เหล่าที่มาจากครอบครัวที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี แตกต่างกัน
7. นักศึกษาพยาบาลสื้เหล่าที่มีภูมิลำเนาเดิมต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี แตกต่างกัน
8. นักศึกษาพยาบาลสื้เหล่าที่มีภูมิลำเนาเดิมต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี แตกต่างกัน
9. นักศึกษาพยาบาลสื้เหล่าที่มีภูมิลำเนาเดิมต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี แตกต่างกัน
10. นักศึกษาพยาบาลสื้เหล่าที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี แตกต่างกัน
11. นักศึกษาพยาบาลสื้เหล่าที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี แตกต่างกัน

12. นักศึกษาพยาบาลสื้เหล่าที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีแตกต่างกัน

13. นักศึกษาพยาบาลสื้เหล่าที่มีประสบการณ์การมีญาติ หรือผู้ใกล้ชิดป่วยเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี มีความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี ดีกว่านักศึกษาพยาบาลสื้เหล่าที่ไม่มีญาติ หรือผู้ใกล้ชิดป่วยเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี

14. นักศึกษาพยาบาลสื้เหล่าที่มีประสบการณ์การมีญาติ หรือผู้ใกล้ชิดป่วยเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี มีเจตคติเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี ดีกว่านักศึกษาพยาบาลสื้เหล่าที่ไม่มีญาติ หรือผู้ใกล้ชิดป่วยเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี

15. นักศึกษาพยาบาลสื้เหล่าที่มีประสบการณ์การมีญาติ หรือผู้ใกล้ชิดป่วยเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ดีกว่านักศึกษาพยาบาลสื้เหล่าที่ไม่มีญาติ หรือผู้ใกล้ชิดป่วยเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี

16. ความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี ของนักศึกษาพยาบาลสื้เหล่า มีความสัมพันธ์กันเชิงนิมิต

17. ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ของนักศึกษาพยาบาลสื้เหล่า มีความสัมพันธ์กันเชิงนิมิต

18. เจตคติและพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ของนักศึกษาพยาบาลสื้เหล่า มีความสัมพันธ์กันเชิงนิมิต

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) โดยศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสี่เหล่า ชั้นปีที่ 3

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ของวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก กองทัพเรือ กองทัพอากาศ และวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2539 จำนวน 234 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นประชากรทั้งหมดจำนวน 234 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างคือ

1. เป็นนักศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก กองทัพอากาศ กองทัพเรือ และวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
2. กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นปีที่ 3 ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2539 ซึ่งขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 234 คน มีรายละเอียดตามตารางดังนี้

ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานที่ตั้งวิทยาลัยพยาบาล

วิทยาลัยพยาบาล	จำนวนคน	ร้อยละ
กองทัพบก	64	27.35
กองทัพอากาศ	58	24.79
กองทัพอากาศ	40	17.09
ตำรวจ	72	30.77
รวม	234	100.00

ที่มา : วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก กองทัพอากาศ และตำรวจ. 2539

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาตามตัวแปรที่ศึกษา เช่น อายุ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ภูมิภาคนาเดิม ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และประสบการณ์การฝึกหัดหรือผู้ใกล้ชิดป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี เป็นต้น

ตอนที่ 2 แบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี มีลักษณะแบบทดสอบแบบถูกผิด จำนวน 17 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติต่อโรคไวรัสตับอักเสบ บี มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) มี 3 ระดับคือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยมีทั้งเจตคติเชิงนิมาน และเชิงนิเสธ จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) มี 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยมีข้อคำถามที่เป็นเชิงนิมิตและเชิงลบ จำนวน 11 ข้อ

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการสร้างแบบทดสอบ และแบบสอบถามซึ่งเป็นเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ โดยมีลำดับการสร้างดังนี้

1. กำหนดจุดมุ่งหมายในการสร้างแบบทดสอบ และแบบสอบถาม ซึ่งเป็นเครื่องมือในการวิจัยดังนี้

1.1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาล สี่เหล่า ชั้นปีที่ 3

1.2 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสี่เหล่า ชั้นปีที่ 3 ตามตัวแปรคือ อายุ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ภูมิภาคนาเดิม ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และประสบการณ์การมีญาติหรือผู้ใกล้ชิดป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี

1.3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมในการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสี่เหล่า ชั้นปีที่ 3

2. ศึกษา ทฤษฎีและเอกสารประกอบการสอน ตำราวิชาการ และวารสารที่เกี่ยวข้องโรคไวรัสตับอักเสบ บี เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างแบบทดสอบและแบบสอบถาม

3. สร้างแบบทดสอบและแบบสอบถามวัดความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ให้ครอบคลุมเนื้อหา

เกณฑ์การให้คะแนน

การให้คะแนนในการตอบแบบทดสอบ และแบบสอบถาม ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสี่เหล่า ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ดังนี้

1. คะแนนของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแก่นักศึกษาพยาบาลสัปดาห์ที่ตอบข้อคำถามในแต่ละข้อ โดยวิธีตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

เกณฑ์การประเมินผล ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 10)

กลุ่มความรู้ดี หมายถึง กลุ่มที่ได้คะแนนเฉลี่ย + 0.50 S.

กลุ่มความรู้ปานกลาง หมายถึง กลุ่มที่ได้คะแนนเฉลี่ย $\pm$ 0.50 S.

กลุ่มความรู้น้อย หมายถึง กลุ่มที่ได้คะแนนเฉลี่ย - 0.50 S.

2. คะแนนของแบบสอบถามเจตคติต่อโรคไวรัสตับอักเสบบี ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแก่นักศึกษาพยาบาลสัปดาห์ที่ตอบแบบสอบถามแต่ละข้อไว้ดังนี้

	เจตคติเชิงนิมมาน	เจตคติเชิงนิเสธ
เห็นด้วย	3	1
ไม่แน่ใจ	2	2
ไม่เห็นด้วย	1	3

เกณฑ์การประเมินผลเจตคติต่อโรคไวรัสตับอักเสบบี แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 10)

ค่าเฉลี่ย	2.34 - 3.00	หมายถึง ดี
	1.67 - 2.33	หมายถึง ปานกลาง
	1.00 - 1.66	หมายถึง ไม่ดี

3. คะแนนของแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแก่นักศึกษาพยาบาลสัปดาห์ที่ตอบแบบสอบถามแต่ละข้อไว้ดังนี้

	การปฏิบัติเชิงนิมมาน	การปฏิบัติเชิงนิเสธ
ปฏิบัติเป็นประจำ	2	0
ปฏิบัติบางครั้ง	1	1
ไม่เคยปฏิบัติเลย	0	2

เกณฑ์การประเมินผลพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 10)

ค่าเฉลี่ย 1.34 - 2.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรค
ไวรัสตับอักเสบ บี อยู่ในระดับดี

0.67 - 1.33 หมายถึง มีพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรค
ไวรัสตับอักเสบ บี อยู่ในระดับปานกลาง

0.00 - 0.66 หมายถึง มีพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรค
ไวรัสตับอักเสบ บี อยู่ในระดับน้อย

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา นำแบบทดสอบ และแบบสอบถามความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ความเหมาะสมของภาษา โดยใช้เกณฑ์ กำหนดตามพวงรัตน์ ทวีรัตน์ (2531 : 124) ดังนี้

คะแนน +1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการ

คะแนน 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่
ต้องการหรือไม่

คะแนน -1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นไม่มีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการ

บันทึกผลการพิจารณาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละข้อ แล้วนำไปหาค่าดัชนี
ความสอดคล้องของคำถาม โดยผู้วิจัยจะเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ .50
หรือมากกว่า แสดงว่าแบบทดสอบและแบบสอบถามนั้นมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ซึ่งปรากฏว่า
แบบทดสอบความรู้จำนวน 20 ข้อ มีข้อคำถามที่มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจำนวน 17 ข้อ แบบ
สอบถามเจตคติจำนวน 15 ข้อ มีข้อคำถามที่มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจำนวน 10 ข้อ และ
แบบสอบถามพฤติกรรมพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี จำนวน 15 ข้อ มีข้อคำถามที่
มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา จำนวน 11 ข้อ

2. นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจจากผู้เชี่ยวชาญเรียบร้อยแล้วไปให้คณะกรรมการควบคุมการทําปริญญานิพนธ์ตรวจและปรับปรุงแก้ไข เพื่อดำเนินการต่อไป

3. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ชั้นปีที่ 3 ที่ไม่เข้ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน

4. นำแบบสอบถามที่ผ่านการทดลองใช้แล้วมาตรวจให้คะแนนโดยแบ่งดังนี้

4.1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี กำหนดให้ข้อที่ถูกต้องได้ 1 คะแนน ข้อที่ผิดหรือตอบไม่ได้ให้ 0 คะแนน แล้วนำมาวิเคราะห์รายข้อโดยใช้เทคนิค 25 เปอร์เซนต์ ของกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำ หาค่าความยากง่าย (P) และค่าอำนาจจำแนก (r) ข้อคำถามที่ใช้ได้ต้องมีค่าความยากง่าย .20 - .80 และมีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ .20 ขึ้นไป ผลการทดลองใช้ปรากฏว่า แบบทดสอบความรู้จำนวน 17 ข้อ ได้ข้อที่มีค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนกใช้ได้ 17 ข้อ

4.2 แบบสอบถามเจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี นำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อโดยใช้เทคนิค 25 เปอร์เซนต์แล้วทดสอบด้วยสถิติค่า t (t-test) ข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 1.75 ขึ้นไปถือว่าใช้ได้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 139) ปรากฏว่าแบบสอบถามเจตคติต่อโรคไวรัสตับอักเสบ บี ทดลองใช้จำนวน 10 ข้อ ได้ข้อที่มีอำนาจจำแนกจำนวน 10 ข้อ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ไปทดลองใช้จำนวน 11 ข้อ ได้ข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกจำนวน 11 ข้อ

4.3 นำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี ที่คัดเลือกได้ตามเกณฑ์ในข้อ 4.1 จำนวน 17 ข้อ มาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบทดสอบทั้งฉบับโดยใช้สูตร KR_{21} (Kuder Richardson Formula 21) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77 (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2536 : 170) ส่วนแบบสอบถามเจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ที่ได้นำมาคัดเลือกตามเกณฑ์ในข้อ 4.2 จำนวน 10 ข้อ และ 11 ข้อ ตามลำดับ มาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ของแอลฟา (Alpha-Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach. 1970 : 161) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี เท่ากับ 0.91 และเท่ากับ 0.90 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลมาทำการศึกษา นั้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ติดต่อขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก กองทัพอากาศ และผู้บังคับการวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บแบบทดสอบและแบบสอบถามจากวิทยาลัยพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองได้ใช้เวลาในการดำเนินการทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ตั้งแต่ 25 กันยายน 2539 - 11 ตุลาคม 2539 ผู้วิจัยได้แบบสอบถามคืน คิดเป็นร้อยละ 100

วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดแล้ว ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรม เอส พี เอส เอส (Statistical Package for Social Science Personal Computer Plus) โดยดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. ตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถาม แล้วคัดเลือกฉบับที่สมบูรณ์ไว้
2. ตรวจสอบให้คะแนนข้อความแต่ละข้อของแบบสอบถามแต่ละชุดตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
3. วิเคราะห์ข้อมูลโดยเครื่องคอมพิวเตอร์

3.1 ข้อมูลทั่วไป แจกแจงความถี่และค่าร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

3.2 วิเคราะห์ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี จำแนกตามตัวแปรอิสระโดยหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าคะแนนความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S)

3.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี จำแนกตามอายุ รายได้เฉลี่ยครอบครัว ภูมิลำเนาเดิม

ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และประสิทธิภาพการมีภาคีหรือผู้ใกล้ชิดช่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way Analysis of Variance) หรือทดสอบค่าเอฟ (F-test) หากผลการสอบค่าเอฟ (F-test) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงจะทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method) เพื่อทดสอบต่อไป

3.4 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกัน โดยการทดสอบค่าที (t-test)

3.5 หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่ายโดยวิธีของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้โดยการทดสอบค่าที (t-test)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 หาค่าคะแนนเฉลี่ย โดยใช้สูตร (บุศรี วงศ์รัตนะ . 2534 : 40)

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

เมื่อ $\bar{X}$ แทน ค่าคะแนนเฉลี่ย

$\sum X$ แทน ผลรวมทั้งหมดของคะแนน

N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.2 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานใช้สูตร (บุศรี วงศ์รัตนะ . 2534 : 74)

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

เมื่อ S แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ΣX^2 แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง

$(\Sigma X)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง

N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้หาคุณภาพของเครื่องมือ

2.1 หาค่าดัชนีความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อหาความเที่ยงตรงเชิงคิณิจ (Face Validity) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 124)

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

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถาม

ΣR แทน ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 การวิเคราะห์หาค่าความยาก และค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบทดสอบวัดความรู้ โดยใช้เทคนิคร้อยละ 25 ของกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 137)

2.2.1 การวิเคราะห์หาค่าความยากของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี ใช้สูตรดังนี้ (วีรัตน์ ศรีนพคุณ. ม.ป.ป. : 79 - 83)

$$P = \frac{H + L}{n_1 + n_2}$$

เมื่อ P แทน ค่าความยาก

H แทน จำนวนคนที่ทำถูกในกลุ่มสูง

L แทน จำนวนคนที่ทำถูกในกลุ่มต่ำ

n_1 แทน จำนวนคนทั้งหมดในกลุ่มสูง

n_2 แทน จำนวนคนทั้งหมดในกลุ่มต่ำ

2.2.2 การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับ
ไวรัสโคโรนาอีกเสบ บี ใช้สูตรดังนี้ (วีรรัตน์ ศรีนพคุณ. ม.ป.ป. : 79 - 85)

$$r = \frac{H - L}{n_1}$$

หรือ

$$r = \frac{H - L}{n_2}$$

เมื่อ r แทน ค่าอำนาจจำแนก

H แทน จำนวนคนที่ทำถูกในกลุ่มสูง

L แทน จำนวนคนที่ทำถูกในกลุ่มต่ำ

n_1 แทน จำนวนคนทั้งหมดในกลุ่มสูง

n_2 แทน จำนวนคนทั้งหมดในกลุ่มต่ำ

2.3 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรค
ไวรัสโคโรนาอีกเสบ บี โดยใช้เทคนิคร้อยละ 25 แบ่งเป็นกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำแล้วทดสอบด้วยสถิติค่าที
(t-test) จากสูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 139)

$$t = \frac{\bar{X}_H - \bar{X}_L}{\sqrt{\frac{S_H^2}{n_H} + \frac{S_L^2}{n_L}}}$$

เมื่อ t แทน อํานาจจำแนกของแบบสอบถาม

$\bar{X}_H$ แทน ค่าเฉลี่ยของกลุ่มสูง

$\bar{X}_L$ แทน ค่าเฉลี่ยของกลุ่มต่ำ

S_H^2 แทน ค่าความแปรปรวนของการกระจายคะแนนในกลุ่มสูง

S_L^2 แทน ค่าความแปรปรวนของการกระจายคะแนนในกลุ่มต่ำ

n_H แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มสูง

n_L แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มต่ำ

2.4 การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดย

2.4.1 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับ

อักเสบ บี โดยใช้สูตรของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR - 21) จากสูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์.
2531 : 131)

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\bar{X}(n-\bar{X})}{nS_t^2} \right]$$

เมื่อ r_{tt} แทน ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ

n แทน จำนวนข้อในแบบทดสอบ

$\bar{X}$ แทน ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมทั้งหมด

S_t^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งหมด

2.4.2 แบบสอบถามเจตคติและพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ

บี โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) (พวงรัตน์
ทวีรัตน์. 2531 : 132 - 133)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right]$$

เมื่อ α แทน ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ

n แทน จำนวนข้อของแบบสอบถาม

V_i แทน ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

V_t แทน ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

$\sum V_i$ แทน ผลรวมของค่าความแปรปรวนเป็นรายข้อ

3. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป

โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (One-way Analysis of Variance)
เพื่อทดสอบค่าเอฟ (F-test) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2534 : 249) เพื่อทดสอบ
สมมติฐานข้อที่ 1 - 12

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

เมื่อ F แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน F-distribution

MS_B แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสองระหว่างกลุ่ม

MS_W แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสองภายในกลุ่ม

3.2 ถ้าพบว่าผลการทดสอบตามข้อ 3.1 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยการทดสอบค่าคิว (q - Statistic) โดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ (ชูศรี วงศ์วิริยะ. 2534 : 268)

$$q = \sqrt{\frac{MS_W}{n}}$$

เมื่อ q แทน ค่า q - Statistic จากตาราง

MS_W แทน ค่า Mean Square ภายในกลุ่ม

n แทน จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

3.3 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกัน โดยการทดสอบค่าที (t -test) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์วิริยะ. 2534 : 177) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 13 - 15

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

โดยที่

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

เมื่อ t แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน t -distribution

$\bar{X}_1, \bar{X}_2$ แทน ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2

S_1^2, S_2^2 แทน ค่าความแปรปรวนของคะแนนของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2

n_1, n_2 แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2

df แทน ชั้นแห่งความเป็นอิสระ

3.4 หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยวิธีของเพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient) จากสูตร (บุศรี วงศ์รัตนะ . 2534 : 322) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 16 - 18

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

เมื่อ r แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

$\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนชุด X

$\sum Y$ แทน ผลรวมของคะแนนชุด Y

$\sum X^2$ แทน ผลรวมของคะแนน X แต่ละตัวยกกำลังสอง

$\sum Y^2$ แทน ผลรวมของคะแนน Y แต่ละตัวยกกำลังสอง

$\sum XY$ แทน ผลรวมของผลคูณระหว่าง X กับ Y

N แทน จำนวนคน

3.5 ทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้โดยการทดสอบค่าที (t -test) ซึ่งมีสูตรดังนี้ (บุศรี วงศ์รัตนะ . 2534 : 235)

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

เมื่อ N แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

r แทน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้

$$df = N - 2$$

กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01, .05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

P	แทน	ค่าร้อยละ
$\bar{X}$	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ย
N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
S^2	แทน	ความแปรปรวน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน t - distribution
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน F - distribution
SS	แทน	Sum - Square
MS	แทน	Mean - Square
df	แทน	degree of freedom
r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การวิเคราะห์ข้อมูล

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลความหมายผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 3 ตอน

ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปซึ่งเป็นข้อมูลส่วนตัวของนักศึกษาพยาบาลส์เหล่า ชั้นปีที่

3 โดยการแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ แล้วนำเสนอเป็นตาราง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสีเกล้า ชั้นปีที่ 3 จำแนกตามตัวแปรอิสระ

ตอนที่ 3 หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสีเกล้า ชั้นปีที่ 3

ผลการศึกษาค้นคว้า

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปซึ่งเป็นข้อมูลส่วนตัวของนักศึกษาพยาบาลสีเกล้า โดยการคำนวณค่าความถี่คิดเป็นร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 6 - 10

ตาราง 6 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ

อายุ	จำนวน	ร้อยละ
17 - 19 ปี	36	15.38
20 - 22 ปี	186	79.49
23 - 25 ปี	12	5.13
รวม	234	100.00

จากตาราง 6 แสดงว่านักศึกษาพยาบาลสีเกล้าจะมีช่วงอายุ 20 - 22 ปี จำนวน 186 คน คิดเป็นร้อยละ 79.49 ช่วงอายุ 17 - 19 ปี มีจำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 15.38 และช่วงอายุ 23 - 25 ปี จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 5.13 ตามลำดับ

ตาราง 7 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายได้เฉลี่ยของครอบครัว

รายได้เฉลี่ยของครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า 5,001 บาท/เดือน	28	11.96
ตั้งแต่ 5,001 - 10,000 บาท/เดือน	87	37.18
ตั้งแต่ 10,001 - 15,000 บาท/เดือน	62	26.50
ตั้งแต่ 15,001 - 20,000 บาท/เดือน	30	12.82
ตั้งแต่ 20,001 บาท/เดือน ขึ้นไป	27	11.54
รวม	234	100.00

จากตาราง 7 แสดงว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ที่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 5,001 - 10,000 บาท/เดือน มีจำนวนมากที่สุดคือ 87 คน คิดเป็นร้อยละ 37.18 รองลงมาคือมีรายได้ 10,001 - 15,000 บาท/เดือน มีจำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 26.50 ส่วนที่มีรายได้ 20,001 บาทขึ้นไป มีจำนวนน้อยที่สุดคือ 27 คน คิดเป็นร้อยละ 11.54

ตาราง 8 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภูมิภาค

ภูมิภาค	จำนวน	ร้อยละ
กรุงเทพฯ	39	16.66
ภาคกลาง	86	36.75
ภาคเหนือ	43	18.38
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	46	19.66
ภาคใต้	20	8.55
รวม	234	100.00

จากตาราง 8 แสดงว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ภาคกลาง มีจำนวนมากที่สุดคือ 86 คน คิดเป็นร้อยละ 36.75 รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 19.66 และภาคใต้ มีจำนวนน้อยที่สุดคือ 20 คน คิดเป็นร้อยละ 8.55

ตาราง 9 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน	จำนวน	ร้อยละ
สูง	58	24.79
ปานกลาง	122	52.14
ต่ำ	54	23.07
รวม	234	100.00

จากตาราง 9 แสดงว่านักศึกษาพยาบาลสีหะลามีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนปานกลางมากที่สุดจำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 52.14 รองลงมาคือผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงจำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 24.79 และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ มีจำนวนน้อยที่สุดคือ 54 คน คิดเป็นร้อยละ 23.07

ตาราง 10 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประสบการณ์การมีญาติหรือผู้ใกล้ชิดป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี

ประสบการณ์การมีญาติหรือผู้ใกล้ชิด ป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี	จำนวน	ร้อยละ
มีประสบการณ์	34	14.53
ไม่มีประสบการณ์	200	85.47
รวม	234	100.00

จากตาราง 10 แสดงว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การมีญาติหรือผู้ใกล้ชิดป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี จำนวนมาก คือ 200 คน คิดเป็นร้อยละ 85.47 ส่วนนักศึกษาพยาบาลที่มีประสบการณ์การมีญาติหรือผู้ใกล้ชิดป่วยเป็นโรคไวรัสตับอักเสบ บี มีจำนวนเพียง 34 คน คิดเป็นร้อยละ 14.53

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสืเหล่า ชั้นปีที่ 3 ดังปรากฏตามตาราง 11 - 25

ตาราง 11 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้ เกี่ยวกับโรคไวรัส
ตับอักเสบ บี

ระดับความรู้		จำนวน	ร้อยละ
ดี	$\bar{X} + 0.5 S$	85	36.33
ปานกลาง	$\bar{X} \pm 0.5 S$	94	40.17
ต่ำ	$\bar{X} - 0.5 S$	55	23.50
รวม		234	100.00

จากตาราง 11 แสดงว่านักศึกษาพยาบาลสื้เหล่านี้มีความรู้อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.17 รองลงมาได้แก่ ระดับความรู้ดี คิดเป็นร้อยละ 36.33 และน้อยที่สุดคือ ระดับความรู้น้อย คิดเป็นร้อยละ 23.50

ตาราง 12 ค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกัน
โรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสื้เหล่านี้ ชั้นปีที่ 3

ด้าน	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	S	ระดับ
เจตคติ	3	2.43	0.33	ดี
พฤติกรรมการป้องกันโรค	2	1.82	0.22	ดี

จากตาราง 12 แสดงว่านักศึกษาพยาบาลสื้เหล่านี้มีเจตคติ และพฤติกรรมป้องกันโรค
ไวรัสตับอักเสบ บี อยู่ในระดับดี

ตาราง 13 ค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษายาบาลสี่เหล่า ชั้นปีที่ 3 จำแนกตามอายุ

อายุ	N	ความรู้		เจตคติ		พฤติกรรมการป้องกัน	
		$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S
17 - 19 ปี	36	15.19	1.99	2.40	0.34	1.80	0.21
20 - 22 ปี	186	14.68	1.67	2.44	0.32	1.83	0.23
23 - 25 ปี	12	15.50	1.78	2.53	0.33	1.86	0.20

จากตาราง 13 แสดงว่านักศึกษายาบาลสี่เหล่าที่มีอายุ 23 - 25 ปี มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี สูงที่สุด รองลงมาคือ นักศึกษายาบาลสี่เหล่าที่มีอายุ 17 - 19 ปี และที่มีค่าน้อยที่สุดคือ นักศึกษายาบาลสี่เหล่าที่มีอายุ 20 - 22 ปี

ด้านเจตคตินักศึกษายาบาลสี่เหล่าที่มีอายุ 23 - 25 ปี มีคะแนนความเจตคติเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี ดีที่สุด รองลงมาคือ นักศึกษายาบาลสี่เหล่าที่มีอายุ 20 - 22 ปี และที่น้อยที่สุดได้แก่ นักศึกษายาบาลสี่เหล่าที่มีอายุ 17 - 19 ปี

ส่วนด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี นักศึกษายาบาลสี่เหล่าที่มีอายุ 23 - 25 ปี มีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี สูงที่สุด รองลงมาคือ นักศึกษายาบาลสี่เหล่าที่มีอายุ 20 - 22 ปี และน้อยที่สุดได้แก่ นักศึกษายาบาลสี่เหล่าที่มีอายุ 17 - 19 ปี

ตาราง 14 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการ
ป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสีหเส้า ชั้นปีที่ 3 จำแนกตามอายุ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ความรู้				
ระหว่างกลุ่ม	2	14.28	7.14	2.39
ภายในกลุ่ม	231	691.28	2.99	
รวม	233	705.56		
เจตคติ				
ระหว่างกลุ่ม	2	0.17	0.08	0.79
ภายในกลุ่ม	231	24.48	0.11	
รวม	233	24.65		
พฤติกรรมการป้องกัน				
ระหว่างกลุ่ม	2	0.03	0.02	0.33
ภายในกลุ่ม	231	11.68	0.05	
รวม	233	11.71		

จากตาราง 14 แสดงว่านักศึกษาพยาบาลสัปดาห์ที่มีอายุต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1, 2 และ 3 ที่ว่า นักศึกษาพยาบาลสัปดาห์ที่มีอายุต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี แตกต่างกัน

ตาราง 15 ค่าเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสัปดาห์ ชั้นปีที่ 3 จำแนกตามรายได้เฉลี่ยของครอบครัว

รายได้เฉลี่ยของครอบครัว	N	ความรู้		เจตคติ		พฤติกรรมการป้องกัน	
		$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S
ต่ำกว่า 5,001 บาท/เดือน	28	14.57	1.87	2.37	0.28	1.69	0.30
ตั้งแต่ 5,001-10,000 บาท/เดือน	87	14.97	1.73	2.44	0.33	1.82	0.23
ตั้งแต่ 10,001-15,000 บาท/เดือน	62	14.66	1.68	2.45	0.34	1.83	0.19
ตั้งแต่ 15,001-20,000 บาท/เดือน	30	14.77	1.52	2.41	0.31	1.86	0.18
ตั้งแต่ 20,001 บาท/เดือนขึ้นไป	27	14.85	2.05	2.46	0.32	1.90	0.16

จากตาราง 15 แสดงว่า นักศึกษาพยาบาลสัปดาห์ที่มาจากครอบครัวที่มีรายได้ตั้งแต่ 5,001-10,000 บาท/เดือน มีความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี มากที่สุด รองลงมาได้แก่ ครอบครัวที่มีรายได้ตั้งแต่ 20,001 บาท/เดือนขึ้นไป และน้อยที่สุดได้แก่ ครอบครัวที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,001 บาท/เดือน

เจตคติของนักศึกษาพยาบาลสัปดาห์ที่มาจากครอบครัวที่มีรายได้ตั้งแต่ 20,001 บาท/เดือนขึ้นไป ดีที่สุด รองลงมาได้แก่ครอบครัวที่มีรายได้ตั้งแต่ 10,001-15,000 บาท/เดือน และน้อยที่สุดได้แก่ ครอบครัวที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,001 บาท/เดือน

ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าที่มาจากครอบครัวที่มีรายได้ตั้งแต่ 20,001 บาท/เดือนขึ้นไป ดีที่สุด รองลงมาได้แก่ครอบครัวที่มีรายได้ตั้งแต่ 15,001-20,000 บาท/เดือน และน้อยที่สุด มาจากครอบครัวที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,001 บาท/เดือน

ตาราง 16 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสี่เหล่า ชั้นปีที่ 3 จำแนกตามรายได้เฉลี่ยของครอบครัว

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ความรู้				
ระหว่างกลุ่ม	4	5.15	1.29	0.42
ภายในกลุ่ม	229	700.41	3.06	
รวม	233	705.56		
เจตคติ				
ระหว่างกลุ่ม	4	0.20	0.05	0.46
ภายในกลุ่ม	229	24.45	0.11	
รวม	233	24.65		

ตาราง 16 (ต่อ)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
พฤติกรรมกำบังกัน				
ระหว่างกลุ่ม	4	0.67	0.17	3.48**
ภายในกลุ่ม	229	11.04	0.05	
รวม	233	11.71		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F_{4, 229} = 3.32$)

จากตาราง 16 แสดงว่านักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าที่มาจากรอบครัวที่มีรายได้ต่างกัน จะมีความรู้ และเจตคติ ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 และ 5

ส่วนพฤติกรรมกำบังกันโรคไวรัสตับอักเสบบี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 6 จึงนำไปทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method) ดังปรากฏตามตาราง 17

ตาราง 17 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ของ
นักศึกษาพยาบาลสืเหล้า ชั้นปีที่ 3 จำแนกตามรายได้เฉลี่ยของครอบครัว

รายได้เฉลี่ยของครอบครัว	$\bar{X}$	ต่ำกว่า 5,001 บาท	ตั้งแต่ 5,001- 10,000 บาท	ตั้งแต่ 10,001- 15,000 บาท	ตั้งแต่ 15,001- 20,000 บาท	ตั้งแต่ 20,001 บาทขึ้นไป
		1.69	1.82	1.83	1.86	1.90
ต่ำกว่า 5,001 บาท/เดือน	1.69	-	0.13**	0.26**	0.17**	0.21**
ตั้งแต่ 5,001-10,000 บาท/เดือน	1.82		-	0.01	0.04	0.08
ตั้งแต่ 10,001-15,000 บาท/เดือน	1.83			-	0.03	0.07
ตั้งแต่ 15,001-20,000 บาท/เดือน	1.86				-	0.04
ตั้งแต่ 20,001 บาท/เดือนขึ้นไป	1.90					-

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 17 แสดงว่า นักศึกษาพยาบาลสืเหล้าที่มาจากครอบครัวที่มีรายได้ต่ำกว่า
5,001 บาท/เดือน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี แตกต่างจากผู้อื่น ๆ อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 18 ค่าเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรม
การป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสีหฬ่า ชั้นปีที่ 3 จำแนกตามภูมิภาค
เดิม

ภูมิภาค	N	ความรู้		เจตคติ		พฤติกรรมการป้องกัน	
		$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S
กรุงเทพฯ	39	15.00	1.70	2.38	0.33	1.81	0.17
ภาคกลาง	86	14.90	1.74	2.41	0.32	1.85	0.20
ภาคเหนือ	45	14.51	1.80	2.52	0.30	1.79	0.29
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	46	14.70	1.85	2.48	0.31	1.86	0.16
ภาคใต้	20	14.85	1.46	2.35	0.34	1.72	0.33

จากตาราง 18 แสดงว่า นักศึกษาพยาบาลสีหฬ่าที่ภูมิภาคเดิมอยู่กรุงเทพฯ มีความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี ดีที่สุด รองลงมาได้แก่ นักศึกษาพยาบาลสีหฬ่าที่ภูมิภาคเดิมอยู่ภาคกลาง และน้อยที่สุดได้แก่ นักศึกษาพยาบาลสีหฬ่าที่ภูมิภาคเดิมอยู่ภาคเหนือ

ด้านเจตคตินักศึกษาพยาบาลสีหฬ่าที่ภูมิภาคเดิมอยู่ภาคเหนือ มีเจตคติโรคไวรัสตับอักเสบ บี ดีที่สุด รองลงมาได้แก่ นักศึกษาพยาบาลสีหฬ่าที่ภูมิภาคเดิมอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และน้อยที่สุดได้แก่ นักศึกษาพยาบาลสีหฬ่าที่ภูมิภาคเดิมอยู่ภาคใต้

ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี นั้น นักศึกษาพยาบาลสีหฬ่าที่ภูมิภาคเดิมอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีพฤติกรรมการป้องกันโรค ดีที่สุด รองลงมาได้แก่ นักศึกษาพยาบาลสีหฬ่าที่ภูมิภาคเดิมอยู่ภาคกลาง และน้อยที่สุดได้แก่ นักศึกษาพยาบาลสีหฬ่าที่ภูมิภาคเดิมอยู่ภาคใต้

ตาราง 19 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการ
ป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสื้เหล่า ชั้นปีที่ 3 จำนวนตามภูมิภาค
เดิม

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ความรู้				
ระหว่างกลุ่ม	4	6.47	1.62	0.53
ภายในกลุ่ม	229	699.09	3.05	
รวม	233	705.56		
เจตคติ				
ระหว่างกลุ่ม	4	0.73	0.18	1.74
ภายในกลุ่ม	229	23.92	0.10	
รวม	233	24.65		
พฤติกรรมการป้องกัน				
ระหว่างกลุ่ม	4	0.41	0.10	2.10
ภายในกลุ่ม	229	11.30	0.05	
รวม	233	11.71		

จากตาราง 19 แสดงว่านักศึกษาพยาบาลส์เหล่าที่มีภูมิลำเนาเดิมแตกต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7, 8 และ 9 ที่ว่า นักศึกษาพยาบาลส์เหล่าที่มีภูมิลำเนาเดิมต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี แตกต่างกัน

ตาราง 20 ค่าเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ของนักศึกษาพยาบาลส์เหล่า ชั้นปีที่ 3 จำแนกตามผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน	N	ความรู้		เจตคติ		พฤติกรรมการป้องกัน	
		$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S
สูง	58	16.07	1.24	2.50	0.27	1.85	0.19
ปานกลาง	122	14.82	1.55	2.45	0.35	1.80	0.20
ต่ำ	54	13.39	1.53	2.32	0.31	1.84	0.30

จากตาราง 20 แสดงว่า นักศึกษาพยาบาลส์เหล่าที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูง มีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.07 2.50 และ 1.85 ตามลำดับ

นักศึกษาพยาบาลส์เหล่าที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนปานกลาง มีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.82 2.45 และ 1.80 ตามลำดับ

และนักศึกษาพยาบาลส์เหล่าที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ มีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.39 2.32 และ 1.84 ตามลำดับ

ตาราง 21 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการ
ป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ของนักศึกษาพยาบาลสืเหล้า ชั้นปีที่ 3 จำแนกตามผลสัมฤทธิ์
ทางการเรียน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ความรู้				
ระหว่างกลุ่ม	2	200.97	100.48	46.00**
ภายในกลุ่ม	231	504.59	2.18	
รวม	233	705.56		
เจตคติ				
ระหว่างกลุ่ม	2	0.95	0.47	4.61*
ภายในกลุ่ม	231	23.70	0.10	
รวม	233	24.65		

ตาราง 21 (ต่อ)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
พฤติกรรมกำบังกัน				
ระหว่างกลุ่ม	2	0.10	0.04	0.99
ภายในกลุ่ม	231	11.61	0.05	
รวม	233	11.71		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F_{2, 231} = 4.61$)

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{2, 231} = 3.02$)

จากตาราง 21 แสดงว่านักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่างกัน มีพฤติกรรมกำบังกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 12 ที่ว่า นักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่างกัน มีพฤติกรรมกำบังกันโรคไวรัสตับอักเสบบี แตกต่างกัน

ส่วนความรู้ เจตคติ นั้นผลปรากฏว่า นักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่างกัน มีความรู้ เจตคติต่อโรคไวรัสตับอักเสบบี แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 10 และ 11 จึงนำความรู้ และเจตคติไปทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูเลส (Newman-Keules Method) ดังปรากฏตามตาราง 22 และ 23

ตาราง 22 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสี่เหล่า ชั้นปีที่ 3 จำแนกตามผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน	$\bar{X}$	สูง	ปานกลาง	ต่ำ
		16.07	14.82	13.39
สูง	16.07	-	1.25**	2.68**
ปานกลาง	14.82		-	1.43**
ต่ำ	13.39			-

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 22 แสดงว่านักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูง มีความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี แตกต่างจากนักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนปานกลางและต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และนักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนปานกลาง มีความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี แตกต่างจากนักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 23 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสีเกล้า ชั้นปีที่ 3 จำแนกตามผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน	$\bar{X}$	สูง	ปานกลาง	ต่ำ
		2.50	2.45	2.32
สูง	2.50	—	0.05	0.18*
ปานกลาง	2.45		—	0.13*
ต่ำ	2.32			—

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 23 แสดงว่านักศึกษาพยาบาลสีเกล้าที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูง มีเจตคติต่อโรคไวรัสตับอักเสบ บี แตกต่างจากนักศึกษาพยาบาลสีเกล้าที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และนักศึกษาพยาบาลสีเกล้าที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนปานกลาง มีเจตคติต่อโรคไวรัสตับอักเสบ บี แตกต่างจากนักศึกษาพยาบาลสีเกล้าที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 24 ค่าเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรม
การป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสืเหล้า ชั้นปีที่ 3 จำแนกตาม
ประสบการณ์ การมีญาติหรือผู้ใกล้ชิดป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี

ประสบการณ์	N	ความรู้		เจตคติ		พฤติกรรมการป้องกัน	
		$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S
มี	34	15.99	1.66	2.68	0.33	1.87	0.16
ไม่มี	200	14.72	1.74	2.39	0.31	1.82	0.23

จากตาราง 24 แสดงว่า นักศึกษาพยาบาลสืเหล้าที่มีประสบการณ์การมีญาติหรือผู้ใกล้ชิด
ป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี จะมีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับ
อักเสบ บี ดีกว่านักศึกษาพยาบาลสืเหล้าที่ไม่มีประสบการณ์การมีญาติหรือผู้ใกล้ชิดป่วยด้วยโรค
ไวรัสตับอักเสบ บี

ตาราง 25 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ของนักศึกษาพยาบาลสี่เหล่า ชั้นปีที่ 3 จำแนกตามประสบการณ์การมีญาติหรือผู้ใกล้ชิดป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบบี

ด้าน	ประสบการณ์				t
	มี (N = 34)		ไม่มี (N = 200)		
	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	
ความรู้	15.99	1.66	14.72	1.74	1.80
เจตคติ	2.68	0.33	2.39	0.31	4.92**
พฤติกรรมการป้องกัน	1.87	0.36	1.82	0.23	1.86

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 2.58$)

จากตาราง 25 แสดงว่า นักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าที่มีประสบการณ์การมีญาติหรือผู้ใกล้ชิดป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบบี มีความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 13 และ 15 ที่ว่า นักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าที่มีประสบการณ์การมีญาติหรือผู้ใกล้ชิดป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบบี จะมีความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ต่ำกว่านักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าที่ไม่มีประสบการณ์การมีญาติหรือผู้ใกล้ชิดป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบบี

ส่วนเจตคติ พบว่า นักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าที่มีประสบการณ์การมีญาติหรือผู้ใกล้ชิดป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบบี มีเจตคติแตกต่างจากนักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าที่ไม่มีประสบการณ์การมีญาติหรือผู้ใกล้ชิดป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบบี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 14

ตอนที่ 3 หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสีห์เหล้า ชั้นปีที่ 3

ตาราง 26 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสีห์เหล้า ชั้นปีที่ 3

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร	N	r	t
ความรู้กับเจตคติ	234	0.25	3.93 ^{**}
ความรู้กับพฤติกรรมการป้องกัน	234	0.03	0.46
เจตคติกับพฤติกรรมการป้องกัน	234	0.13	2.05 [*]

^{**} มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (t = 2.33)

^{*} มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 1.65)

จากตาราง 26 แสดงว่า ความรู้กับเจตคติต่อโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสีห์เหล้ามีความสัมพันธ์เชิงนิมิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 16 สำหรับความรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ไม่มีความสัมพันธ์กันซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 17 ที่ว่า ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสีห์เหล้า มีความสัมพันธ์เชิงนิมิต ส่วนเจตคติกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสีห์เหล้า มีความสัมพันธ์เชิงนิมิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 18

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปรายและข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายในการค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสีห์เหล่านี้นปีที่ 3
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสีห์เหล่านี้นปีที่ 3 ตามอายุ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ภูมิลาเนาเดิม ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และประสพการณ์การมีญาติหรือผู้ใกล้ชิดป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสีห์เหล่านี้นปีที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ คือ ประชากรที่เป็นนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต นี้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2539 ของวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก กองทัพเรือ กองทัพอากาศ และวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ จำนวนรวมทั้งสิ้น 234 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองมี 4 ตอน ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของนักศึกษา แบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี แบบสอบถามเจตคติและพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC⁺ (Statistical Package for Social Science Personal Computer Plus) ดำเนินการวิเคราะห์ตามลำดับขั้นตอนดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนตัวของนักศึกษาพยาบาลโดยการแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ แล้วนำเสนอเป็นตาราง
2. วิเคราะห์ ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตามตัวแปรอิสระ โดยหาค่าเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ของตัวแปรที่มีมากกว่า 2 กลุ่ม โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way Analysis of Variance) หรือทดสอบค่าเอฟ (F-test) หากผลการทดสอบค่าเอฟ (F-test) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman - Keuls Method)
4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกันโดยการทดสอบค่าที (t-test)
5. หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ใช้วิธีของเพียร์สัน (Pearson's Product - Moment Correlation Coefficient) และทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติโดยการทดสอบค่าที (t-test)

สรุปผลการค้นคว้า

ผลจากการศึกษาข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างจะเป็นนักศึกษาพยาบาลสีเหลืองที่มีอายุระหว่าง 20 - 22 ปี จำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 79.49 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวตั้งแต่ 5,001 - 10,000 บาท/เดือน จำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 37.18 มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ภาคกลางจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 36.75 มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนปานกลางมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 52.14 และไม่มีประสบการณ์การมีญาติหรือผู้ใกล้ชิดป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบบี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 85.47

ส่วนความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสี่เหล่า ชั้นปีที่ 3 ผลปรากฏว่า

1. นักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง มีเจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี อยู่ในระดับดี
2. นักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าที่มีอายุต่างกัน มีความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ไม่แตกต่างกัน
3. นักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าที่มาจากครอบครัวที่มีรายได้ต่างกัน มีความรู้ และเจตคติ ไม่แตกต่างกัน แต่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยนักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าที่มาจากครอบครัวที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,001 บาท/เดือน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคแตกต่างจากผู้อื่น ๆ ที่มีรายได้มากกว่า
4. นักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าที่มีภูมิลำเนาเดิมต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ไม่แตกต่างกัน
5. นักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่างกัน มีความรู้ และเจตคติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 โดยพบว่า นักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูง มีความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี แตกต่างจากนักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนปานกลางและต่ำ ส่วนด้านเจตคติต่อโรคไวรัสตับอักเสบ บี พบว่า นักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูง และปานกลาง มีเจตคติต่อโรคไวรัสตับอักเสบ บี แตกต่างจากนักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
6. นักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าที่มีประสบการณ์การมีญาติหรือผู้ใกล้ชิดป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี มีความรู้ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ไม่แตกต่างกัน ส่วนเจตคติพบว่า นักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าที่มีประสบการณ์การมีญาติหรือผู้ใกล้ชิดป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี มีเจตคติดีกว่า นักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าที่ไม่มีประสบการณ์การมีญาติหรือผู้ใกล้ชิดป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
7. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนเจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษา

พยาบาลสี่เหล่าอยู่ในระดับดีทั้งหมด และพบว่าความรู้เกี่ยวกับเจตคติต่อไวรัสตับอักเสบบี มีความสัมพันธ์เชิงนิมิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ไม่มีความสัมพันธ์กัน

8. เจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ของนักศึกษาพยาบาลสี่เหล่ามีความสัมพันธ์เชิงนิมิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากการศึกษาค้นคว้าพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ของนักศึกษาพยาบาลสี่เหล่า ชั้นปีที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลจากวิทยาลัยกองทัพบกร้อยละ 27.35 วิทยาลัยกองทัพเรือร้อยละ 24.79 วิทยาลัยกองทัพอากาศร้อยละ 17.09 และวิทยาลัยพยาบาลตำรวจร้อยละ 30.77 นักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าส่วนใหญ่มีช่วงอายุระหว่าง 20 - 22 ปี ร้อยละ 79.49 รายได้ครอบครัวของนักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าโดยเฉลี่ย 5,001 - 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 37.18 ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ในเขตภาคกลางร้อยละ 36.75 ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนปานกลางร้อยละ 52.14 และส่วนใหญ่คือร้อยละ 85.47 ไม่มีประสบการณ์การมีญาติหรือผู้ใกล้ชิดป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบบี โดยสรุปอภิปรายผลตามสมมติฐานได้ดังนี้

1. นักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าที่มีอายุต่างกันมีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1, 2 และ 3 ทั้งนี้อาจเนื่องจากการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสอักเสบบี ได้มาจากการเรียนตามหลักสูตรของวิทยาลัยพยาบาลสี่เหล่า และจากประสบการณ์ โดยเหตุที่นักศึกษาพยาบาลสี่เหล่ามีอายุต่างกันตามเกณฑ์กำหนดการรับสมัครเข้าศึกษา กำหนดช่วงอายุไว้กว้าง นักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าที่เข้ามาศึกษา จึงมีอายุต่างกัน แต่ความรู้ที่ได้รับมานั้นจะเหมือน ๆ กัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของชูศรี เตชะเพชรไพบูลย์ (2531 : 63 - 64) ที่ว่าอายุไม่สัมพันธ์ในกลุ่มบุคลากรพยาบาลที่ยอมรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี และการศึกษาของประณีต ส่งวัฒนา และวิไลภา ศุโรปกรณ์พงศ์ (2531 : 52) พบว่าประชาชนที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่มีอายุต่างกันจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ไม่แตกต่างกัน

2. นักศึกษาพยาบาลสั้เหล้าที่มาจากครอบครัวที่มีรายได้ต่างกัน จะมีความรู้ และเจตคติ ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 และ 5 แต่สอดคล้องกับ ยง ภู่วรวรรณ และคนอื่น ๆ (2529 : 99 - 108) ว่า ฐานะทางครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับ โรคไวรัสตับอักเสบ บี และศศธร พันธุ์เมธีศรี (2533 : 134) ว่าสตรีมีครรภ์ที่มีฐานะทาง เศรษฐกิจของครอบครัวแตกต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ไม่แตกต่าง และวรุณวรรณ ผาโคตร (2537 : 134) ว่านักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลเกื้อ การุณย์ที่มาจากครอบครัวที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการ ดูแลตนเองในการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ไม่แตกต่างกัน เจตคติในเรื่องนี้น่าจะได้มาจาก จากอบสัน (Jacobson. 1966 : 218) ว่า ครู และอาจารย์ เป็นบุคคลสำคัญมากต่อการก่อ ำให้เกิดเจตคติที่ดีหรือไม่ดีของนักศึกษา จะต้องผสมผสานกันทั้งในด้านทฤษฎีและด้านปฏิบัติซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของพัฒน์วดี เสรินทร์พันธ์ และจริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2531 : 5) ว่า ต้องปลูกฝังเจตคติในทางบวกให้กับนักศึกษาเพื่อพัฒนาทางด้านเจตคติของนักศึกษาให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันได้

3. นักศึกษาพยาบาลสั้เหล้าที่มาจากครอบครัวที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกัน โรคไวรัสตับอักเสบ บี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อที่ 6 กล่าวคือ นักศึกษาพยาบาลสั้เหล้าที่มาจากครอบครัวที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,001 บาท/เดือน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี แตกต่างจากนักศึกษาพยาบาลสั้เหล้าอื่น ๆ ดังที่ เพนเดอร์ (Pendir. 1982 : 161 - 162) กล่าวว่า ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม เป็น องค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และกระทรวงสาธารณสุข (2532 : 22 - 23) ว่าผู้ที่มิรายได้สูง จะมีโอกาสในการเลือกใช้บริการทางสาธารณสุขดีกว่า ผู้ที่มีรายได้ต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริพร พงษ์โกศา (2532 : 98 - 104) ว่าปัจจัย ฐานะทางเศรษฐกิจมีสหสัมพันธ์พหุคูณกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบ บี และสุวารี รังศิริกุล (2533 : 96) ว่า การมีรายได้ครัวรต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท และ 5,001 - 10,000 บาท เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบ บี ในบุคลากรโรงพยาบาลกำแพงเพชร และ

สุวิมล ฤทธิมนตรี (2534 : 95) ว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ในกลุ่มสมรสของผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี และวรวรรณ คำนพิทักษ์ (2535 : 20) ว่า ผู้ปกครองที่มีรายได้ต่างกัน จะมีการปฏิบัติบทบาทในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน

4. นักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าที่มีภูมิลำเนาเดิมแตกต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7, 8 และ 9 ที่ว่า นักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าที่มีภูมิลำเนาเดิมต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโรคไวรัสตับอักเสบบี ยังเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขและองค์การต่าง ๆ ซึ่งได้ตระหนักถึงปัญหานี้ จึงได้มีนโยบายในการกวาดล้างโรคไวรัสตับอักเสบบี ให้หมดไป โดยการณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคผ่านทางสื่อมวลชนต่าง ๆ โดยมุ่งเน้นถึงการให้ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้อง ตลอดจนการดำเนินการโครงการสาธิตในการให้วัคซีนป้องกันโรคในกลุ่มต่าง ๆ ตามความเหมาะสมในแต่ละท้องถิ่นทั่วประเทศ นักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าซึ่งมาจากภูมิลำเนาเดิมที่แตกต่างกัน จึงได้รับข่าวสารจากโครงการนี้ โดยทั่วกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุภชัย มั่นใจตน (2526 : 32) ว่า นักเรียนในกรุงเทพมหานครกับนักเรียนในต่างจังหวัดมีคะแนนทัศนคติทางพลศึกษาไม่แตกต่างกัน และจารุลักษณ์ พินพรหมราช (2529 : 96) ว่า นักเรียนที่มีภูมิลำเนาเดิมต่างกัน มีทัศนคติทางการเรียนไม่ต่างกัน และวันดี วิทวัสพันธ์ (2533 : 74) ว่า ถิ่นอาศัยของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลสระบุรี ไม่ว่าจะเป็นที่พักอาศัยในเขตเมืองหรือชนบท อาจจะมีโอกาสสัมผัสเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ไม่แตกต่างกัน และรุ่งอรุณ เปี้ยวพุ่มพวง (2535 : 110) ที่พบว่า นักศึกษาที่ศึกษาในวิทยาลัยพลศึกษาตามสถานที่ตั้งของวิทยาลัยที่แตกต่างกัน มีการปฏิบัติทางด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน และวรวรรณ ผาโคตร (2537 : 128) ว่า นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ที่มีภูมิลำเนาเดิมต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ไม่แตกต่างกัน

5. นักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน

ข้อที่ 10 ทั้งนี้อาจเนื่องจากนักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนดี น่าจะเป็นผู้ที่ไม่หาความรู้ แม้ตามการจัดหลักสูตรของวิทยาลัยพยาบาลสี่เหล่าจะมีชั่วโมงการเรียนการสอนของเนื้อหาเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี เพียง 2 - 3 ชั่วโมง แต่นักศึกษาเหล่านี้อาจจะแสวงหาความรู้จากแหล่งอื่น ๆ เพราะโดยทั่วไปผู้ที่มิได้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนดี ก็มักจะเป็นผู้ไม่หาความรู้เพิ่มเติมและมีแนวโน้มเรียนดีต่อไป ดังกฤษฎี อุทุมพร (2527 : 67) ว่า เกณฑ์เฉลี่ยระดับปริญญาตรียังเป็นตัวทำนายที่ดีในการทำนายผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนระดับปริญญาโท และการวิจัยของกองงานวิทยาลัยพยาบาล (2527 : 113 - 114) พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีคะแนนเฉลี่ยผลการสอบปลายปีชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 แตกต่างกัน มีคะแนนสัมฤทธิ์ทางการเรียนพยาบาลในชั้นปีที่ 1 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และทัศนีย์ ตริวรณไชย (2529 : 86) พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการเรียนพยาบาลปีที่ 2 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และวัฒนา ศรีพจนารด (2533 : 31) พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายและทัศนคติต่อวิชาชีพพยาบาลสูง มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงกว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายและทัศนคติต่อวิชาชีพพยาบาลต่ำ

6. นักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่างกันมีเจตคติต่อโรคไวรัสตับอักเสบ บี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 11 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีหน้าที่ให้บริการที่จำเป็นต่อสังคม ดังนั้น การจัดการศึกษาจึงมุ่งให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ ความสามารถมีทักษะ เจตคติ พฤติกรรม ตลอดจนจริยธรรมและจรรยาบรรณของวิชาชีพที่พึงให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถ ดังที่ ซิมบาโด เอบบีเซน และมาสลาซ (Zimbardo Ebbesen and Maslash, 1977 : 49 - 53) ได้กล่าวว่า เจตคติขึ้นอยู่กับความรู้ คือถ้ามีความรู้ ความเข้าใจดี เจตคติก็จะมีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งสอดคล้องกับ เอนกกุล กริแสง (2526 : 202) ว่า เด็กที่มีทัศนคติที่ดีต่อการศึกษาก็จะพยายามจนเต็มความสามารถ และปรับตัวต่อสภาพการณ์ต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี ในทางตรงกันข้าม เด็กที่มีทัศนคติไม่ดีต่อการศึกษาก็จะมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำกว่าระดับความสามารถที่แท้จริง และงานวิจัยของกองงานวิทยาลัยพยาบาล (2530 : 102) พบว่า ความคิด

เห็นเกี่ยวกับวิชาชีพการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลโดยส่วนรวมทุกด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 และ กนกพร หมู่ย์ยศ (2528 : 97) พบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ชอบวิชาชีพพยาบาลมาก และ มีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ ซึ่งเมื่อนักศึกษามีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพเมื่อเข้ามาเรียนจะประสบความสำเร็จในการเรียนพยาบาลได้

7. นักศึกษาพยาบาลสั้เหล่าที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี บี ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 12 ว่า นักศึกษาพยาบาลสั้เหล่าที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี บี แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากนักศึกษาพยาบาลไม่ว่าจะมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงหรือต่ำ ก็จะต้องฝึกภาคปฏิบัติ โดยให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อต่าง ๆ เช่น โรคไวรัสตับอักเสบบี บี ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้มีนโยบายในการกวาดล้างให้หมดไป รัฐบาลจึงร่วมรณรงค์เพื่อให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ประชาชนโดยสวามิเทศต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ และสิ่งพิมพ์ รวมถึงโครงการสาธิตในการทำให้วัคซีนป้องกันในกลุ่มต่าง ๆ โดยเฉพาะทารกแรกเกิดทุกคนและผู้มีความเสี่ยงสูง เช่น บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล นักศึกษาพยาบาลไม่ว่าจะมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงหรือต่ำ ก็เป็นประชากรในกลุ่มเสี่ยง จำเป็นต้องศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ถูกต้องและป้องกันตนเอง จากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี บี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2524 : บทคัดย่อ) ว่า บัณฑิตพยาบาลสาธารณสุขที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่างกัน มีความสามารถในการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกัน

8. นักศึกษาพยาบาลสั้เหล่าที่มีหรือไม่มีประสบการณ์การมีญาติหรือผู้ใกล้ชิดป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบบี บี มีความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี บี ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 13 และ 15 ว่า นักศึกษาพยาบาลสั้เหล่าที่มีประสบการณ์การมีญาติหรือผู้ใกล้ชิดป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบบี บี มีความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี บี ตีกว่านักศึกษาพยาบาลสั้เหล่าที่ไม่มีญาติหรือผู้ใกล้ชิดป่วยเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี บี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโรคไวรัสตับอักเสบบี บี เป็นโรคติดต่อร้ายแรง ไม่มียาที่รักษาได้ผลและยังไม่สามารถควบคุมได้ นักศึกษาพยาบาลสั้เหล่าก็เป็นบุคลากรในทีมสุขภาพ ซึ่งมีโอกาสติดเชื้อ

จากการปฏิบัติงานได้มาก จึงจำเป็นต้องศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี ในhäกที่สุด เพื่อป้องกันตนเองให้ปลอดภัย ดัง ชวาร์ท (Schwartz. 1975 : 28 - 31) ได้กล่าวว่า ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น บุคคลมีความรู้ และปฏิบัติตามความรู้นั้น และนิภา มนูญิจู (2528 : 20) ได้กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงความรู้ด้านสุขภาพอนามัย อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุบล เลี้ยววาริน (2534 : 83) ว่า บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของบุคคลย่อมมีส่วนสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น ฉะนั้นการมีหรือไม่มีประสบการณ์การมีญาติหรือผู้ใกล้ชิดป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี จึงไม่เป็นปัจจัยสำคัญที่จะเปลี่ยนแปลงความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสี่เหล่า

9. นักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าที่มีประสบการณ์การมีญาติหรือผู้ใกล้ชิดป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี มีเจตคติ แตกต่างจากนักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าที่ไม่มีประสบการณ์การมีญาติหรือผู้ใกล้ชิดป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 14 ดังที่ คอลฟิลด์ (Caulfield. 1974 : 8) ได้กล่าวว่า มนุษย์เกิดการเรียนรู้ได้โดยการทดลองปฏิบัติหรือเคยมีประสบการณ์มาก่อน ประสบการณ์ในชีวิตของบุคคลจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติ และลีปเพนท์ เกตุทัต (2518 : 4) ได้ให้ความเห็นว่า ประสบการณ์ตรงจะช่วยให้บุคคลเกิดความคิด ทักษะ เจตคติ รู้จักตนเอง เข้าใจสังคม และสิ่งแวดล้อมที่ตนมีส่วนร่วมดีขึ้น การมีประสบการณ์การมีญาติหรือผู้ใกล้ชิดป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี ย่อมทำให้นักศึกษามีเจตคติเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี ดียิ่งขึ้น

10. ความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี นักศึกษาพยาบาลสี่เหล่ามีความสัมพันธ์กันเชิงนิมานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 16 และสุชาติ โสภประยูร (2520 : 54 - 55) ว่า ถ้าบุคคลมีเจตคติที่ดีต่อความรู้ที่ได้รับก็จะช่วยให้สามารถนำความรู้นั้นไปใช้ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุนต์ รัตนรังสิกุล (2534 : 79) ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักศึกษาวทยาลัยพลศึกษาพบว่า นักศึกษาที่มีการรับรู้ด้านความรู้ดี มีความสัมพันธ์เชิงนิมานกับเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ และอัญชลี สิงห์สุต (2534 : 78) ว่า ความรู้ของนักศึกษาระดับอาชีววะในเขตกรุงเทพมหานครในการป้องกันโรค

เอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับเจตคติต่อโรคเอดส์ และสุวิมล ฤทธิ์มนตรี (2534 : 51) ว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งประกอบด้วยการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพในด้านต่าง ๆ ที่มุ่งเน้นปฏิบัติ เช่น การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความรุนแรงของโรค นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับ การได้รับข่าวสารต่าง ๆ ที่จะมียิทธิพลต่อเจตคติของบุคคลด้วย

11. ความรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ของนักศึกษาพยาบาลสี่เหล่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 17 และไม่สอดคล้องกับประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 35) ว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมอนามัย และนิภา มนูญปิจ (2528 : 20) ว่าเป็นความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพอนามัยทั้งสามอย่างมีความเกี่ยวข้องกันโดยการเปลี่ยนแปลงความรู้ด้านสุขภาพอนามัย อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านเจตคติ และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพด้วย หรือการที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ หรือการปฏิบัติด้านใดด้านหนึ่งย่อมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในด้านอื่น แต่สอดคล้องกับผลการศึกษาของดุขฎีวรรณ เรืองรุจิระ (2532 : 84 - 95) พบว่าความรู้เรื่องโรคเอดส์ของพยาบาลวิชาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ และอัญชลี สิงห์สุต (2534 : 78) ว่าเป็นความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ในนักศึกษาาระดับอาชีวศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร

12. เจตคติกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ของนักศึกษาพยาบาลสี่เหล่า มีความสัมพันธ์เชิงนิมิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 18 และสอดคล้องกับ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2527 : 14) ว่าเป็นองค์ประกอบด้านความรู้แล้ว เจตคติยังประกอบไปด้วยองค์ประกอบด้านความรู้สึกและด้านการปฏิบัติ เจตคติมิได้เป็นองค์ประกอบอย่างเดี่ยวที่ทำให้เกิดการปฏิบัติ แต่เป็นสาเหตุหนึ่งที่ก่อให้เกิดหรือเป็นที่มาของการปฏิบัติ และการปฏิบัติของบุคคลจะทำให้เจตคติเปลี่ยนแปลง และเกิดเจตคติขึ้นใหม่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของชัชชัย หลงน้อย (2533 : 55 - 59) พบว่า ทศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักเรียนจำหน่ายเห็บเรื้อรังไม่มีประสพการณ์ทางเพศดีกว่านักเรียนจำหน่ายเห็บเรื้อรังที่มีประสพการณ์

ทางเพศ และรุ่งอรุณ เขียวเข้มพวง (2535 : 105) ว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพของนักเรียนวิทยาลัยพลศึกษามีความสัมพันธ์เชิงนิมิต และวราตรี มั่นทอล (2536 : 127) ยังพบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดกองงานวิทยาลัยพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีเจตคติต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ในระดับดีก็จะให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์อยู่ในระดับดีด้วย

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอแนะดังนี้

โรคไวรัสตับอักเสบ บี เป็นโรคติดต่อร้ายแรงและถือว่ามีผลสำคัญมากในกลุ่มโรคไวรัสตับอักเสบทั้งหมด การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี เป็นปัญหาที่สำคัญของสาธารณสุขไทยเนื่องจากสามารถติดต่อได้ทางน้ำลาย เลือด น้ำ และอสุจิ ดังนั้นจึงสามารถแพร่กระจายในครอบครัวและในชุมชนได้ค่อนข้างง่าย ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี ในประเทศไทยพบตลอดทั้งปี และมีผู้เป็นพาหะของโรคจำนวนมากกว่า 5 ล้านคน นอกจากนี้ในผู้ที่บริจาคโลหิตรายใหม่ของโรงพยาบาลต่าง ๆ ยังพบว่า มีจำนวนเปอร์เซ็นต์ของการตรวจพบเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี สูงกว่าเดิม 4 - 5 เท่า

ถึงแม้โรคไวรัสตับอักเสบ บี จะเป็นปัญหาที่สำคัญของสาธารณสุขไทย แต่ก็เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน ซึ่งองค์การอนามัยโลกมีนโยบายในการกวาดล้างโรคนี้ให้หมดไป โดยดำเนินการให้วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ในเด็กแรกเกิดทุกคนโดยเฉพาะในประเทศที่มีความชุกชุมของโรคสูง และจะขยายการให้วัคซีนไปในเด็กเล็กทุกคนและผู้ที่มีความเสี่ยงสูง แต่การดำเนินการก็ยังไม่มีบรรลุเป้าหมายเนื่องจากยังหาข้อยุติในกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงสูงว่ามีความจำเป็นหรือไม่ นอกจากนี้โรคไวรัสตับอักเสบ บี ยังติดต่อได้ง่าย การจัดกิจกรรมทางการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยเพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ เกิดแนวคิดเปลี่ยนความเชื่อและเจตคติทั้งสังคม และลงมือปฏิบัติเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้อง จึงเป็นหน้าที่ที่สำคัญของสถาบันการศึกษาพยาบาลที่เป็นแหล่งผลิตบุคลากรทางด้านการสาธารณสุข และมีจุดมุ่งหมายใน

การให้การบริการเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคลากรทางการสาธารณสุขและประชาชนทั่วไปทั้งในภาวะเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพดี เพื่อดำรงหรือพัฒนาคุณภาพของบุคคลในการดูแลภาวะสุขภาพให้มากที่สุด ตามนโยบายแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8

สถาบันการศึกษาพยาบาลจึงควรดำเนินการดังนี้

1. ผู้บริหารสถาบันการศึกษาพยาบาลควรพิจารณาความเหมาะสมของหลักสูตร ปรับนโยบายในการจัดการเรียนโดยให้ความสำคัญแก่โรคติดเชื้อ โดยเฉพาะโรคไวรัสตับอักเสบบี ให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ปัจจุบัน โดยการเพิ่มชั่วโมงการเรียนการสอนให้มากยิ่งขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เน้นให้ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันโรคเป็นสำคัญ
2. อาจารย์ผู้สอน ควรปรับปรุงการจัดการเรียนการสอนโดยจัดแหล่งข้อมูลเรื่องโรคไวรัสตับอักเสบบี ให้เพียงพอ และทันสมัยอยู่เสมอ เช่น การเชิญวิทยากรผู้ชำนาญมาบรรยายพิเศษ จัดทำสื่อการสอนต่าง ๆ เช่น วิดีทัศน์ สไลด์หรือสิ่งตีพิมพ์ที่เป็นภาษาไทยและต่างประเทศ รวมถึงการทำวิจัยเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี ให้แก่นักศึกษาพยาบาลและประชาชนทั่วไปได้มีโอกาสค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมด้วยตนเอง และจัดทำงบประมาณในการดำเนินงานให้วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี แก่นักศึกษาพยาบาลทุกคน

ฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาลต่าง ๆ ควรดำเนินการดังนี้

1. มีนโยบายที่ชัดเจนในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการพยาบาล เช่น การประกันสุขภาพและการให้บุคลากรทางการพยาบาลที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้รับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ทุกคนรวมถึงการได้รับการตรวจคัดกรองก่อนได้รับวัคซีนด้วย
2. จัดการประชาสัมพันธ์ข่าวสารเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพโดยวิธีต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ และสิ่งตีพิมพ์ เช่น การจัดทำ และสรวหาหนังสือ วารสารทางการแพทย์ ตลอดจนคู่มือเกี่ยวกับเทคนิคและการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี ให้เป็นไปอย่างกว้างขวาง ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล เพื่อให้ประชาชนทั่วไปมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ที่ถูกต้อง อันจะเป็นการช่วยลดจำนวนพาหะและป้องกันการติดเชื้อของประชาชนทั่วไปได้ เพื่อสอดคล้องกับนโยบายขององค์การอนามัยโลกในการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี ให้หมดสิ้นไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของ นักศึกษาพยาบาลสีห์เหล้า ก่อนและหลังให้ความรู้เรื่องโรคไวรัสตับอักเสบ บี อย่างมีแบบแผนเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงการเรียนการสอน
2. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาล หลักสูตรอื่น ๆ
3. ควรศึกษาถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี เช่น อิทธิพลของสังคม สถาบันครอบครัว เพื่อจะได้ทราบปัญหาของนักศึกษาพยาบาลในการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี
4. ควรศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี และโรคติดเชื้อต่าง ๆ ของ อาจารย์พยาบาลตามสถาบันการศึกษาทางด้านการพยาบาล เนื่องจากอาจารย์พยาบาลจะเป็น บุคคลากรสำคัญที่จะเป็นแบบอย่างที่ดีให้นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี และโรคติดเชื้ออื่น ๆ ได้ถูกต้อง
5. ควรศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของบุคคลากรสีห์เหล้าที่เป็น กลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ที่สัมผัสโลหิตของโรคไวรัสตับอักเสบ บี เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากรให้ปลอดภัยจากโรคติดเชื้อและมีสุขภาพดีถ้วนหน้า
6. ควรศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของบุคคลกลุ่มอื่น ๆ เช่น นักศึกษาในมหาวิทยาลัย นักเรียนในระดับมัธยมศึกษาหรือประถมศึกษา และผู้ที่เสี่ยงต่อเป็นพาหะ เช่น ทหาร ตำรวจในค่าย เด็กกำพร้าในสถานสงเคราะห์ เพื่อจะได้นำผลการศึกษาไปใช้ได้ กว้างขวางขึ้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- การปกครอง, กรม. บันทึกปกครอง 2534. กรุงเทพฯ : กระทรวงมหาดไทย, 2534.
- กนกพร หมู่ย์อัคม์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความต้องการเปลี่ยนไปเรียนหลักสูตรอื่นของนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. อัดสำเนา.
- กรรณิการ์ ก็นะรักษา. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอำนาจภายในตน ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยกับพฤติกรรมและการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.
- กฤษณีย์ อุทุมพร. องค์ประกอบที่สัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาของนิสิตมหาวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2523. อัดสำเนา.
- กมลรัตน์ หล้าสุวงษ์. จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ : มหามงกุฎราชวิทยาลัย, 2524.
- _____. จิตวิทยาการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ศรีราชา, 2528.
- กิตินา นากกร. "ความชุกของโรคเอดส์ เชื้อไวรัสตับอักเสบบี ชนิดผิวเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และโรคซิฟิลิสในกลุ่มผู้บริจาคโลหิตประจำโรงพยาบาลตำรวจ," ใน วิชาการวันตำรวจ. 6 : 14; ตุลาคม 2538.
- ควบคุมโรคติดต่อ, กรม. คู่มือการให้คำปรึกษาแนะแนวเกี่ยวกับโรคเอดส์. กรุงเทพฯ : ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2532.
- โครงการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์, กระทรวงสาธารณสุข. ความรู้เกี่ยวกับเอดส์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2532.
- จงกล โพธิ์แดง. การถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากมารดาที่เป็นพาหะสู่ทารกแรกเกิด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.
- จารุสักษณ์ พิมพ์พรหมราช. การเปรียบเทียบทัศนคติทางการเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพมหานครที่มีภูมิหลังทางครอบครัวและสภาพแวดล้อมทางโรงเรียนต่างกัน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. อัดสำเนา.

- จุฑารัตน์ พิชัยณรงค์. ประสิทธิผลของวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ในเด็กอายุ 3 เดือน - 2 ปี ที่จังหวัดชลบุรีและเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. ชิดสาเนา.
- ชโลบล อยู่สุข และพิไลพันธ์ พงศ์วัฒนะ. ไวรัสตับอักเสบ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสมัย, 2536.
- ชูศรี เตชะเพชรไพบูลย์. ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ในกลุ่มบุคลากรพยาบาล. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. ชิดสาเนา.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล, 2534.
- เชิดศักดิ์ โฆวาลินธ์. การวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, 2522.
- คุณวรวรรณ คำนพิทักษ์. บทบาทของผู้ปกครองในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัด กทม. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535. ชิดสาเนา.
- อุษณิการณ เวียงวูระ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของตนเอง. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2532. ชิดสาเนา.
- เดโช สวานานนท์. ปทานุกรมจิตวิทยา. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, 2512.
- ทิลสนี นุชประยูร และคนอื่น ๆ. "การศึกษาความชุกของการมีภูมิคุ้มกันต่อไวรัสตับอักเสบ ซี ในผู้บริจาคโลหิต," จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 37(7) : 444; กรกฎาคม 2536.
- ทัศนีย์ ศิริวรรณไชย. ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529. ชิดสาเนา.

- ทัศนีย์ พจนปิตุภญา. ประสิทธิผลโครงการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาล ตำรวจ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : สถาบันเทคโนโลยีสังคม (เกริก), 2537. อัดสำเนา.
- ธนวรรธน์ อัมสมบุญ. "การประเมินผลงานสุศึกษาในโรงเรียน : กระบวนการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ," วารสารสุศึกษา. 8(29): 60; มกราคม-เมษายน 2528.
- _____. "วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์," ใน เอกสารการสอนชุดวิชา. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535. อัดสำเนา.
- นิภา มนูญปัจจุ. การวิจัยทางสุศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต, 2528.
- ประณีต ส่งวัฒนา และวัลยา อุไรปกรณ์พงศ์. ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ของประชาชนที่มาใช้บริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. รายงานการวิจัย, 2531.
- ประคอง กรวรรณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล, 2525.
- ประมวล ทรงกิจ. "ความชุกของภูมิต้านทานต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบนิดเอแอนติเจนส่วนผิวของเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และภูมิต้านทานต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบนิด ซี ในนักศึกษาพยาบาล ตำรวจ," วิชาการวันตำรวจ. 6 : 12; ตุลาคม 2538.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. "พฤติกรรมสุขภาพ," ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสุศึกษา หน่วยที่ 4. หน้า 154-169. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2527.
- _____. ทัศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : หิระพัฒนา, 2526.
- ประเสริฐ ทองเจริญ. ตับอักเสบบีจากไวรัส. กรุงเทพฯ : บริษัทเมคาร์ด, 2528.
- ปลัดกระทรวง, สำนักงาน. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2535. กรุงเทพฯ : กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง, 2536.
- _____. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2536. กรุงเทพฯ : กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง, 2537.

- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล, 2533.
- พັນนิ กรกวัน. จิตวิทยาสังคม : ทฤษฎีและปฏิบัติการ. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์วัฒนาพานิช, 2526.
- พັນนิ สุขจันทวงศ์. สุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, 2522.
- พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. ความสัมพันธ์ระหว่างผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษากับความสามารถในการปฏิบัติงานของบัณฑิตพยาบาลสาธารณสุข ปีการศึกษา 2519 - 2523 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524. ยัดสำเนา.
- พัฒน์วดี เสรีทวีวัฒน์ และจริยาวัตร คมพัคฆ์. "ทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลต่อวิชาชีพพยาบาล," ใน รายงานการวิจัย. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- ไพศาล หวังพานิช. การวัดผลการศึกษา. กรุงเทพฯ : อักษรเจริญทัศน์, 2526.
- มาลี แนนทนา. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเจตคติต่อการดูแลตนเองของประชาชน ของนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ และอาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลชลบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. ยัดสำเนา.
- มณูญ ดนระวัฒนา. จิตวิทยาพัฒนาชีวิต. กรุงเทพฯ : อักษรเจริญทัศน์, 2526.
- มัลลิกา มัตติโก. "แนวความคิดและพัฒนาของการดูแลสุขภาพตนเอง," ใน การดูแลตนเอง : ทัศนะทางสังคมวัฒนธรรม. พิมพ์โดยปริตาสวัสดิ์บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แสงแดด, 2530.
- ยง ภู่วรรณ. "ความก้าวหน้าของวัคซีนป้องกันตับอักเสบบี ชนิดใหม่," ใน การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องไวรัสตับอักเสบบี : แนวทางการวิจัยและกลวิธีหลักในการควบคุม. หน้า 99-108. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529.
- _____. ไวรัสตับอักเสบบีและการป้องกัน. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2533.
- เยาวดี สุวรรณาคะ. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคกับพฤติกรรมอนามัยของผู้ป่วยตับอักเสบบีจากไวรัสตับอักเสบบี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. ยัดสำเนา.

- โยธิน สันสนยuth และจุฬพล ชูลภัทรชีวิน. จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพฯ : ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ, 2524.
- ราตรี ฉันทชล. ความรู้ เจตคติ และการพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดกองงานวิทยาลัยพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ปริญญาโท กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535. อุดสาเนา.
- รุ่งอรุณ เขียวห่มพวง. พฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษา. ปริญญาโท กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535. อุดสาเนา.
- ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา. กรุงเทพฯ : ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ, 2536.
- วรรณวิไล จันทราภา. "มโนคติสุขภาพและการสาธารณสุข," ใน เอกสารการสอนชุดวิชา สุขศึกษาหน่วยที่ 1-7. หน้า 63. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2532.
- วรรณวรรณ ผาโคตร. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. ปริญญาโท กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2537. อุดสาเนา.
- วัฒนา ศรีพจนารถ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและทัศนคติต่อวิชาชีพพยาบาลกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยสวนกุหลาบ. ปริญญาโท กศ.ม. สงขลา : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ สงขลา, 2533. อุดสาเนา.
- วันดี วิทวัสพันธ์. การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสระบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อุดสาเนา.
- วารี ระกิติ. "พฤติกรรมและการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ," ใน เอกสารการสอนชุดวิชาการสาธารณสุข 2 หน่วยที่ 12. หน้า 98-101. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2529.
- วิเชียร เกตุสิงห์. สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ : ม.ป.ป.

- วิเชียร เกตุสิงห์. "คำเจสเกี่ยวกับการแปลความหมาย : เรื่องง่าย ๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้,"
ใน ข่าวสารการวิจัยการศึกษา. 18(3) : 10; กุมภาพันธ์ - มีนาคม, 2538.
- วิทยาลัยพยาบาล, กองงาน. รายงานการวิจัยการศึกษาระยะยาวเพื่อประเมินผลหลักสูตรพยาบาล
4 ปี จากนักศึกษาชั้นปีการศึกษา 2524. กรุงเทพฯ : กองงานวิทยาลัยพยาบาล
กระทรวงสาธารณสุข, 2527.
- _____. รายงานการวิจัยการศึกษาระยะยาวเพื่อประเมินผลหลักสูตรพยาบาล 4 ปี จาก
นักศึกษาชั้นปีการศึกษา 2524. กรุงเทพฯ : กองงานวิทยาลัยพยาบาล กระทรวง
สาธารณสุข, 2530.
- วิรัตน์ ศรีนพคุณ. เอกสารประกอบการเรียนวิชาประเมินผลสุขภาพศึกษา. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, ม.ป.ป. อัดสำเนา.
- วิไล กุศลวิเศษกุล. "เครื่องมือในการวิจัย," ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสถิติและการวิจัย
สำหรับวิทยาศาสตร์สุขภาพ หน่วยที่ 7. หน้า 312-313. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมาธิราช, 2527.
- ศศธร พันธุ์เมธิร์. ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ
บี ของสตรีมีครรภ์ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลราชวิถี. ปรินทิพณ์ กศ.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2533. อัดสำเนา.
- ศรีนครินทรวิโรฒ, มหาวิทยาลัย. คู่มือการเขียนบทนิพนธ์ : รายงานภาคินิพนธ์ และปรินทิพณ์.
กรุงเทพฯ : ปณิธิวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2530.
- ศิริพร พงษ์โกศา. การศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อ
ป้องกันการติดต่อของโรคในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบ บี.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- สุกัญญา มั่นใจตน. ทัศนคติของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีต่อวิชาพลศึกษา. วิทยานิพนธ์
วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.
- สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. รายงานการสำรวจสภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ.
2536. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี, ม.ป.ป.

- สมศักดิ์ วัฒนศรี และคนอื่นๆ. "การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไวรัสตับอักเสบ บี ในบุคลากรของโรงพยาบาลหาดใหญ่," ใน การสัมมนาวิชาการแห่งชาติ. 5 : 87-88; สิงหาคม 2530.
- สมจิตต์ สุพรรณวัฒน์. "พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลง," ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพศึกษา หน่วยที่ 3, 6. หน้า 274-280. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2527.
- ลีปนันท เกตุทัต. การปรับปรุงการศึกษา : การศึกษาเพื่อชีวิตและสังคม. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, 2518.
- สุชาติ โสมประยูร. การสอนสุขภาพ. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2520.
- สุนทร รัตนชูเอก. "ไวรัสตับอักเสบ บี ในบุคลากรโรงพยาบาลเบตง," วิชาการสาธารณสุข. 2(3) : 201; ก.ค.-ก.ย. 2536.
- สมนต์ รัตนรังสิกุล. การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล. ปรินทิพนิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อัดสำเนา.
- สุวารี รังสิกุล. ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ในบุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.
- สุวิมล ฤทธิมนตรี. การศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- อัญชลี สิงห์สุด. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และเจตคติกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- อุบล เลี้ยววาริน. ความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อจิตสำนึกและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร. ปรินทิพนิพนธ์ กศ.ด. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อัดสำเนา.
- อุรุษ เทพพิสัย. "ไวรัสตับอักเสบ บี ในหญิงตั้งครรภ์," ใน สถิติศาสตร์ร่วมาภิบาล. กำแพงจาวจินดา(บรรณาธิการ) กรุงเทพฯ : โอเอสพริ้นติ้งเฮาส์, 2530.

- เคนน กวีแสง. จิตวิทยาการศึกษา. พิษณุโลก : คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ พิษณุโลก, 2526.
- เอี่ยมพร ทองกระจาย. พฤติกรรมอนามัยกับโรคของอาจารย์. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- Anatasis, A. Psychological Testing. 2nd ed. New York : The Mc.
Millian Company, 1967.
- Becker, M. H. "The Health Belief Model and Sick Role Behavior,"
Health Education Monographs. 2 : 409-419; 1974.
- Becker, M. H. and A. B. Maiman. "The Health Belief Model and Sick
Role Behavior," in The Health Belief Model and Personal Health
Behavior. New Jersey : Chales B. Slack, Inc., 1975.
- Bodenheimer, H. C., T. R. Fulton and P. D. Kramer. "Acceptance of
Hepatitis B Vaccine Among Hospital Workers," American Journal
Public Health. 76 : 252 - 255; 1986.
- Brown, J. P. and M. A. Mc.Greedy. "The Hale Elderly Health Behavior
and it's Correlates," Research in Nursing & Health. 9 : 317-
329; December, 1986.
- Caulfield, L. "The Nurse and the Patient," Nursing Mirror. 139 (15) :
48; October, 1974.
- Cronbach, Lee Joseph. Essentials of Psychological Testing. 3rd ed.
New York : Harper and Row, 1970.
- Edwards, A. L. Techniques of Attitude Scale Construction. New York :
Appleten Century Crofts, 1957.
- Foster, C. R. Psychology for Life Adjustment. Chicago : American
Technical Society, 1952.

- Good, V. C. (Ed.) Dictionary of Education. New York : Mc Graw Hill Book Company, 1973.
- Hadler, S. C. and others. Effect of Timing of Hepatitis B Vaccine Dose on Response to Vaccine in Yucpo Indians Vaccine. 7(2) : 106 - 110; 1989.
- Hess, G. A., M. D. Born and H. J. Dormeyer. "Hepatitis B Virus Markers Among Family Contacts of Asymptomatic Carriers," Sang J. Gastroent. 14 : 373 - 378; 1979.
- Jacobson, M. D. "Effective and Ineffective Behavior of Teacher of Nursing as Determined by their Student," Nursing Research. 15 : 218; March, 1966.
- Lee AKY, H. IPHM and C. W. Wang. "Mechanism of Maternal-Fetal Transmission of Hepatitis B Virus," J Infectious Disease. 138 : 668 - 671; 1978.
- Orem, D. E. Nursing Concepts of Practice. 2nd ed. New York : Mc. Graw Hill Co., 1980.
- Pender, N. J. Health Promotion in Nursing Practice. East Norwalk : Appleton Century Crofts, 1982.
- Raymond, S. Koff. "Hepatitis B and the Vaccine," ในขมมโรคไวรัสตับอักเสบบ. มีนาคม 2538. หน้าพิเศษ.
- Reed, J. S. and J. L. Boyer. "Viral Hepatitis Disease A-month," Year Book Medical Publisher Chicago. 1980.
- Resenstock, J. M. "Historical Origins of the Health Belief Model," The Health Belief Model and Personal Behavior. New Jersey : Charles B. Slack, Inc., 1974.

- Schwartz, N. E. "Nutrition Knowledge Attitude and Practices of High School Graduates," Journal of the American Diabetic Association. 66 : 28 - 31; January, 1975.
- Triandis, H. C. Attitude and Attitude Chang. New York : John Wiley & Sons. Inc., 1971.
- Tyman S. "Offering Vaccination to Those Members of Staff at Risk must Beneficial to Staff in the Prevention of Acute Hepatitis B and Cost - Effective," Nursing Times. / Nursing Missor. 82 : 42 - 43; 1986.
- Webstr. The Lexicon Webster Dictionary (Encyclopedea Edition). USA : The English Language Institute of American. Inc., 1984.
- Westimorland, D. Player, V. Heap Dc and A. Hammond. "Antibody Response to Immunization in Person at Risk of Occupational Exposure to Hepatitis B," Epidemiol Infect. 104 : 499 - 509; 1990.
- Yvonnet, B., P. Coursaget and J. Chotaro. "Hepatitis B Vaccine in Infants and Endemic Area : Long Term Anti - HB_s Persistence and Revaccination," J. Med Virol. 22(4) : 315 - 321; 1987.
- Zimbardo, P. G. Essentials of Psychology and Life. 10th ed. England : Scott, Foresman and Company, 1980.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก .

เอกสารและรายนามผู้เชี่ยวชาญ

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บันทึกวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร โทร. 122

ที่ ทม 1007/3141

วันที่ 8 กรกฎาคม 2539

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์

เรียน คณะบดีคณะพลศึกษา

บันทึกวิทยาลัย ขอรับรองว่า พ.ศ.ท.หญิง กัญญา มหัจฉริยพันธุ์ เป็นนิสิตระดับ
ปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
นิสิตผู้นี้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำวิทยานิพนธ์
เรื่อง พฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ของนักศึกษาพยาบาลสี่เหล่า ชั้นปีที่ 3
ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี ประธาน

อาจารย์พิมพ์ศรี โตดีแพทย์ กรรมการ

สิ่งที่นิสิตขอความอนุเคราะห์คือ ขอเชิญ ท่านคณะบดีคณะพลศึกษา, ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส
ภัทมาสพงษ์, รองศาสตราจารย์ณภาพร มีชัยมางกูร และผู้ช่วยศาสตราจารย์ชัชดา
วิมลวีตรเวที เป็นผู้เชิญชาวตรวจแบบทดสอบและแบบสอบถาม

บันทึกวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณใน
ความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

(นางสาวศิริยุภา ชูลสุวรรณ)

คณะดีบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ ทม 1007/4293

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุมนวิท 23 เขตคลองเตย กทม. 10110

25 กันยายน 2539

เรื่อง ขออนุญาตออกรายการ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก, กองทัพอากาศ
และผู้บังคับการวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า พ.ด.ท.หญิง กัญฉิกา มหัจฉริยพันธุ์ เป็นนิสิตระดับ
ปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้นี้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาชั้นคว่ำ เพื่อทำวิทยานิพนธ์เรื่อง พฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ของนักศึกษาพยาบาลสี่เหล่า ชั้นปีที่ 3
ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี ประธาน

อาจารย์พิมพ์ศรี โตคติเทพย์ กรรมการ

สิ่งที่นิสิตขอขออนุญาตคือ ขอความร่วมมือเก็บข้อมูลจากนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3
ระหว่างเดือนกันยายน ถึงเดือนตุลาคม 2539 เพื่อเป็นข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณ
ในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวศิริยุภา ชูลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

1. รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชาमारณ คณบดีคณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
2. รองศาสตราจารย์ณภาพร มัชฌิมางกูร ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฮาตา วิมลวัตรเวที ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
5. รองศาสตราจารย์ทวีสิทธิ์ สิทธิกร อาจารย์พิเศษ ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ภาคผนวก ข .

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 เขตคลองเตย กทม.10110

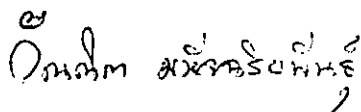
กันยายน 2539

เรื่อง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เรียน นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ทุกท่าน

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา พฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสีหেলা ชั้นปีที่ 3 ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนี้จะนำไปใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ การนำเสนอข้อมูล จะนำเสนอในลักษณะส่วนรวม และนำไปใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เท่านั้น จะไม่มีผลกระทบใด ๆ เกิดขึ้นกับผู้ตอบแบบสอบถาม

ผู้วิจัยหวังในความร่วมมือของนักศึกษา และขอขอบคุณนักศึกษามา ณ โอกาสนี้

พ.ศ.ท.หญิง 
(กัญณิกา มหัจฉริยพันธุ์)

นักศึกษาปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพศึกษา

แบบสอบถาม

เรื่อง พฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ของนักศึกษาพยาบาลสีหล่า ชั้นปีที่ 3

แบบสอบถามมีทั้งหมด 4 ตอน ซึ่งประกอบด้วย

- ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
- ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี
- ตอนที่ 3 เจตคติเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี
- ตอนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี

คำชี้แจงในแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้วัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ขอให้ท่านตอบตรงกับความเห็นจริงให้มากที่สุด เพื่อความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และขอความกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ การตอบแบบสอบถามจะไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่อย่างใด แต่คำตอบดังกล่าวจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งแก่ส่วนรวม โดยจะนำไปสู่การวางแผนป้องกันโรค และควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ต่อไป

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่ท่านต้องการ

1. ท่านกำลังศึกษาอยู่

- () วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ () วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ
() วิทยาลัยพยาบาลกองทัพอากาศ () วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

2. ท่านมีอายุ.....ปีเต็ม (ก่อนถึงวันสำรวจ)

- () 17 - 19 ปี () 23 - 25 ปี
() 20 - 22 ปี

3. รายได้โดยเฉลี่ยของครอบครัว

- () ต่ำกว่า 5,001 บาทต่อเดือน
() ตั้งแต่ 5,001 - 10,000 บาทต่อเดือน
() ตั้งแต่ 10,001 - 15,000 บาทต่อเดือน
() ตั้งแต่ 15,001 - 20,000 บาทต่อเดือน
() ตั้งแต่ 20,001 บาทต่อเดือนขึ้นไป

4. ภูมิลำเนาเดิมอยู่จังหวัด

.....

5. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

- () คะแนนเฉลี่ยสะสมมากกว่า 3.00
() คะแนนเฉลี่ยสะสมระหว่าง 2.50 - 3.00
() คะแนนเฉลี่ยสะสมน้อยกว่า 2.50

6. ท่านเคยฝึกหัดหรือผู้ใกล้ชิดป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี หรือไม่

- () มี
() ไม่มี

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง [] ที่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบ

ลำดับ	ข้อความ	ถูก	ผิด
1	ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ในร่างกายสามารถแพร่เชื้อโรคไปยังคนอื่นได้ตลอดเวลา แม้ไม่มีอาการ		
2	เชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ติดต่อได้จากน้ำลาย น้ำคร่ำ น้ำนม และน้ำอสุจิของผู้ที่มีเชื้อโรคอยู่ในร่างกาย		
3	เชื้อไวรัสตับอักเสบ บี เข้าสู่ร่างกายได้ทางผิวหนังที่มีบาดแผล หรือเยื่อเมือกของอวัยวะต่าง ๆ ที่ถลอก เช่น ช่องปาก ช่องคลอด		
4	การใช้ห้องน้ำร่วมกับผู้ที่เป็นโรค หรือการจับมือ ชูตคุย ทำให้เชื้อโรคติดต่อ		
5	การแยกเครื่องใช้ส่วนตัวของผู้ป่วย เช่น แปรงสีฟัน มีดโกน ออกจากคนอื่น เป็นการป้องกันการแพร่ กระจายของเชื้อโรค		
6	น้ำที่ต้มเดือดนาน 10 นาที สามารถฆ่าเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ได้		
7	เชื้อไวรัสตับอักเสบ บี สามารถมีชีวิตและแพร่เชื้อได้ถึงแม้อยู่ในอุณหภูมิต่ำเป็นจัด		
8	ถ้าท่านมีอาการเจ็บชายโครงขวา ปวดแน่น ในท้อง มีไข้ ควรพบแพทย์ทันที		
9	อาการแสดงของโรคไวรัสตับอักเสบ บี คือมีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย หรือตาเหลือง ตัวเหลือง		
10	อาการตัวเหลืองทุเลาได้จากการดื่มน้ำมาก ๆ		
11	ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี สามารถรับประทานอาหารได้ทุกชนิด		
12	การรับประทานยาบางชนิด เช่น ยาแก้ปวดพาราเซตามอลในระยะที่มีอาการตับอักเสบจะเป็นอันตรายต่อตับได้		
13	การพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้อาการของโรคไวรัสตับอักเสบ บี รุนแรงขึ้นได้		

ลำดับ	ข้อความ	ถูก	ผิด
14	ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี เมื่ออาการทุเลาลงแล้ว ไม่จำเป็นต้องมาพบแพทย์ตามนัด		
15	ปัจจุบันมียาที่ใช้รักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี ให้หายขาดแล้ว		
16	การฉีดวัคซีนให้แก่ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ทำให้เชื้อที่อยู่ในร่างกายหมดไปได้		
17	การฉีดวัคซีนให้แก่ผู้ที่ไม่มีภูมิคุ้มกันโรคเป็นการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี		

ตอนที่ 3 เจตคติเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ที่ตรงกับความคิดเห็น และความรู้สึกที่แท้จริงของท่านเพียงข้อละ 1 คำตอบ

ลำดับที่	ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1	โรคไวรัสตับอักเสบ บี เป็นโรคที่ไม่แตกต่างจากโรคติดต่ออื่น ๆ			
2	การประกอบอาชีพต่าง ๆ ย่อมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ได้ทั้งสิ้น			
3	การป้องกันเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ทำได้ยาก			
4	การเจ็บป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี ทำให้สูญเสียเวลาในการทำงาน			
5	ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี แล้ว จะไม่สามารถรักษาให้หายได้			
6	การเจ็บป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน			
7	เพื่อนจะรังเกียจถ้าเพื่อนทราบว่าท่านเป็นพาหะของโรคนี้			
8	ท่านมีโอกาสติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี จากการปฏิบัติงานมาก			
9	การป้องกันที่ถูกต้องจะทำให้ท่านไม่เป็นโรคไวรัสตับอักเสบ บี			
10	พยาบาลทุกคนควรได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี			

ตอนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง เป็นประจำ บางครั้ง และไม่เคย ตามที่ท่านปฏิบัติ หรือข้อที่เป็นความจริง

ลำดับที่	ข้อความ	ปฏิบัติ		
		เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
1	ท่านแยกของใช้ เช่น ผ้าเช็ดตัว เสื้อผ้าท่านจากบุคคลอื่น			
2	เมื่อเสื้อผ้าของท่านเปื้อนเลือด น้ำมูก เสมหะของผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี ท่านจะนำไปฆ่าเชื้อโรคก่อน			
3	ท่านพยายามที่จะไม่ใช้แก้วน้ำร่วมกับผู้อื่น			
4	ท่านไปรับการตรวจรักษาฟันจากสถานพยาบาลที่เชื่อถือในเรื่องความสะอาด ปราศจากโรคติดเชื้อ			
5	ท่านสวมถุงมือระหว่างฝึกปฏิบัติงานเพื่อไม่ให้บาดแผลสัมผัสน้ำลาย เลือด น้ำมูกของผู้ที่มีเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี			
6	ท่านเคยรับการตรวจเลือด เพื่อหาแอนติเจน หรือแอนติบอดีต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ก่อนถึงวันสำรวจ			
7	ท่านให้ความร่วมมือในการรับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี			
8	ท่านมารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ตามที่แพทย์นัดทุกครั้งจนครบถ้วน			

ลำดับที่	ข้อความ	ปฏิบัติ		
		เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
9	ท่านให้คำแนะนำบุคคลอื่น เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ในการสอนสุขศึกษา			
10	ท่านสนใจและรับฟังข่าวสารเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี อย่างสม่ำเสมอ			
11	ท่านดูแลสุขภาพของตนเองให้สมบูรณ์และแข็งแรงอยู่เสมอ			

ภาคผนวก ค .

คุณภาพของเครื่องมือ

ตาราง 27 ค่าความยากง่ายของแบบทดสอบความรู้ และค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบความรู้
แบบสอบถามเจตคติและพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสซิกา เสบ ปี

ข้อ	ความยากง่าย		ค่าอำนาจจำแนก	
	ความรู้	ความรู้	เจตคติ	พฤติกรรมการป้องกัน
1	0.24	0.78	7.60	7.10
2	0.24	0.78	7.00	8.30
3	0.22	0.79	12.00	9.00
4	0.24	0.78	13.50	13.50
5	0.20	0.80	9.00	11.11
6	0.20	0.80	8.36	8.36
7	0.22	0.79	24.00	12.00
8	0.28	0.79	12.50	24.00
9	0.22	0.79	20.00	18.60
10	0.22	0.79	13.50	18.00
11	0.22	0.80		
12	0.24	0.80		
13	0.22	0.79		
14	0.26	0.80		
15	0.22	0.79		
16	0.22	0.78		
17	0.20	0.79		

ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ เท่ากับ 0.77

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเจตคติ เท่ากับ 0.91

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกัน เท่ากับ 0.90

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ พ.ต.ท.หญิง กัญฉิกา ชื่อสกุล มหัจฉริยพันธุ์
 เกิดวันที่ 18 เดือน กรกฎาคม พุทธศักราช 2499
 สถานที่เกิด เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ
 สถานที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ 63/293 หมู่บ้านเคหธานี 4 ถนนสุขุมวิท 3
 แขวงสะพานสูง เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10240
 ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน วิทยาจารย์โท งานอำนวยการศึกษา
 สถานที่ทำงานปัจจุบัน วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ สำนักงานแพทย์ใหญ่ กรมตำรวจ
 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10300

ประวัติการศึกษา

- พ.ศ. 2520 ประกาศนียบัตรเทียบเท่าอนุปริญญาพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย
 จากวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
- พ.ศ. 2530 พยาบาลศาสตรบัณฑิต (ศิริราช) จากมหาวิทยาลัยมหิดล
- พ.ศ. 2533 สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)
 จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- พ.ศ. 2539 ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทางผู้สูงอายุ
 จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
- พ.ศ. 2540 การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา)
 จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร