ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ปริญญานิพนธ์
ของ
สายฝน เลิศวาสนา

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
พฤษภาคม 2546
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

ของ

สายฝน เลิศวาสนา

- 9 ก.ค. 2546

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
พฤษภาคม 2546

สายฝน เลิศวาสนา. (2546). *ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด สำนักอนามัย. กรุงเทพมหานคร.* ปริญญานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม : รองศาสตราจารย์ สพ.ญ. นภาพร มัธยมางกูร, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิริยา สุขวงศ์.

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาวัณโรคปอดที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวน 298 คน ซึ่งได้มาโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที ทดสอบค่าเอฟ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยวัณโรคปอด มีระดับการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

2. ผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และระยะเวลาการรักษาต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีอาชีพและรายได้ต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดมีความพึงพอใจต่อการให้บริการทั้งหมด

3. ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด และแรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการได้รับการรักษา และการรับรู้อุปสรรคของการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด

FACTORS AFFECTING SELF – CARE PRACTICES OF PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS AT DEPARTMENT OF HEALTH, BANGKOK METROPOLITAN ADMINISTRATION

AN ABSTRACT

BY

SAIFON LERTVASANA

Presented in partial fulfillment of the requirements

for the Master of Science degree in Health Education

at Srinakharinwirot University

May 2003

Saifon Lertvasana. (2003). *Factors affecting self – care practices of pulmonary tuberculosis patients at Department of Health, Bangkok Metropolitan Administration.* Master thesis, M.S. (Health Education). Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee : Assoc. Prof. Dr. Napaporn Madhyamankura , Assist. Prof. Viriya Sukwongs.

The objectives of this study were to study factors affecting self – care practices of pulmonary tuberculosis patients at Department of Health, Bangkok Metropolitan Administration. The samples were consisted of 298 tuberculosis patients and were sampled by multistage random sampling technique. Questionnaires constructed by researcher were used to collect data. Percentage, arithmetic mean, standard deviation, t – test, F – test, Pearson product moment correlation coefficient were analyzed by Statistical Package for Social Sciences computer Program.

The results of thesis study were as follow :

1. Self – care practices of pulmonary tuberculosis patients had a good level.
2. The patients different sex, ages, education level, marital status and course of treatment had no difference in self – care. The patients having different occupations and family incomes had significant difference, at .05 level, in self – care. All patients had the satisfaction with health care services.
3. It was found that the knowledge of pulmonary tuberculosis, social support and health believe about health motivation were positively related to pulmonary tuberculosis patients' s self – care at .05 level of significance. While the perceived susceptibility, perceived severity, perceive benefits and perceived barrier were not related.

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง

ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด
สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ของ
นางสายฝน เลิศวาสนา

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.นภาภรณ์ หะวานนท์)
วันที่...7.....เดือน พฤศจิกายน.....พ.ศ. 2546

คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์

.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์ สพ.ญ. นภาพร มัธยมางกูร)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิริยา สุขวงศ์)

.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กฤตกรณ์ ประทุมวงษ์)

.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(อาจารย์ ทรงพล ต่อนี)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ ด้วยความกรุณาอย่างสูงในการให้คำปรึกษาอย่างดี จากรองศาสตราจารย์ สพ.ญ. นภาพร มัธยมางกูร ประธานกรรมการผู้ควบคุมปริญญานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิริยา สุขวงศ์ กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กฤตกรณ์ ประทุมวงษ์ และอาจารย์ทรงพล ต่อนี กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนผู้วิจัยสามารถดำเนินการทำปริญญานิพนธ์นี้ได้สำเร็จ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. ธาดา วิมลวัตรเวที อาจารย์เรือโทดร.ไพบูลย์ อ่อนมั่ง นายแพทย์ทวีศักดิ์ บำรุงตระกูล และอาจารย์ดร.นุชนารถ ธาตุทองที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและให้คำแนะนำในการสร้างเครื่องมือ ตลอดจนการวิเคราะห์ข้อมูล

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสำนักอนามัย ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข หัวหน้าพยาบาล พยาบาลคลินิกวัณโรคและเจ้าหน้าที่ทุกท่านของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวกและช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยจนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่กรุณาสละเวลาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

สายฝน เลิศวาสนา

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ	1
	ภูมิหลัง	1
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	6
	ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	6
	ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	7
	ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	7
	ตัวแปรที่ศึกษา	7
	นิยามศัพท์เฉพาะ	8
	กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า	12
	สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า	13
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	14
	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	14
	ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัณโรค	14
	แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเรม	27
	แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	36
	แรงสนับสนุนทางสังคม	42
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	48
	งานวิจัยในต่างประเทศ	48
	งานวิจัยในประเทศ	50
3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	58
	การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	58
	การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า	61
	ลักษณะของเครื่องมือ	61
	เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย	62
	การหาคุณภาพเครื่องมือ	64
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	66

สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
3	(ต่อ)การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล	66
	สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	67
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	74
	สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	74
	การวิเคราะห์ข้อมูล	75
	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	75
5	สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	94
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	94
	สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า	94
	วิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า	95
	สรุปผลการศึกษาค้นคว้า	96
	อภิปรายผล	97
	ข้อเสนอแนะ	108
บรรณานุกรม		110
ภาคผนวก		123
	ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญ	124
	ภาคผนวก ข หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัย	128
	ภาคผนวก ค.หนังสืออนุมัติการวิจัยในคน	132
	ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	136
	ภาคผนวก จ คุณภาพของเครื่องมือ	151
ประวัติย่อผู้วิจัย		158

บัญชีตาราง

ตาราง หน้า

1 จำนวนผู้ป่วยวัณโรคและจำนวนผู้ป่วยตายด้วยวัณโรคชนิดต่างๆ พ.ศ. 2539 - 2543 2

2 จำนวนผู้ป่วยวัณโรคและจำนวนผู้ป่วยตายด้วยวัณโรคชนิดต่างๆ จากบัตรรายงานผู้ป่วย (รง.506) พ.ศ. 2539-2543 4

3 จำนวนประชากรและจำนวนกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยวัณโรค ในแต่ละศูนย์บริการสาธารณสุข 59

4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการรักษา ความพึงพอใจต่อการให้บริการ 76

5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการดูแลตนเอง 79

6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค 81

7 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยวัณโรคปอด จำแนกตามเพศ 82

8 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการดูแลตนเอง ของป่วยวัณโรคปอด จำแนกตามอายุ 82

9 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยวัณโรคปอด จำแนกตามอายุ 83

10 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยวัณโรคปอดจำแนกตามระดับการศึกษา 84

11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามระดับการศึกษา 84

12 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยวัณโรคปอด จำแนกตามอาชีพ 85

13 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามอาชีพ 86

บัญชีตาราง

ตาราง (ต่อ) หน้า

14 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยวัณโรคปอดจำแนกตามอาชีพ..... 87

15 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยวัณโรคปอด จำแนกตามรายได้..... 88

16 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามรายได้..... 88

17การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยวัณโรคปอดจำแนกตามรายได้..... 89

18 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยวัณโรคปอด จำแนกตามสถานภาพสมรส..... 90

19 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยวัณโรคจำแนกตามสถานภาพสมรส..... 90

20 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยวัณโรคปอด จำแนกตามระยะเวลาการรักษา..... 91

21 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามระยะเวลาการรักษา..... 91

22 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยวัณโรคปอด จำแนกตามความพึงพอใจต่อการให้บริการ..... 92

23 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด..... 93

24 ค่าความยากง่ายของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับวัณโรค..... 152

25 ค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับวัณโรค..... 153

26 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ..... 154

27 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม..... 156

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า	12
2	การคัดเลือกพี่เลี้ยงในการทำ DOTS	21
3	บัตรบันทึกการรับประทานยา	23
4	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้ในการทำนายการป้องกันโรค	37
5	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใช้อธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วย	39

บทที่ 1
บทนำ

ภูมิหลัง

ปัจจุบันวัณโรค เป็นโรคติดต่อที่นับว่าเป็นอันตรายร้ายแรง และเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขของประเทศต่างๆทั่วโลก และมีแนวโน้มจะเป็นโรคติดเชื้อที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในอนาคต องค์การอนามัยโลกได้ประกาศเมื่อวันที่ 23 เมษายน 2535 ว่า วัณโรคเป็นปัญหาฉุกเฉินของโลก เพื่อให้ประเทศต่างๆมีความตื่นตัวเพิ่มความเข้มงวดในการดำเนินการรักษาและควบคุมวัณโรคให้ได้ผล วัณโรคไม่ได้กลับมามีการระบาดเพิ่มขึ้นเท่านั้น แต่ยังเป็นการระบาดที่ร้ายแรงที่สุดเท่าที่เคยระบาดมาในอดีต ปัจจุบันประชากรทั่วโลกป่วยเป็นวัณโรคปีละ 8 ล้านคน ความชุกของผู้ป่วยวัณโรคประมาณ 16 - 20 ล้านคน โดยเป็นผู้ป่วยระยะแพร่เชื้อประมาณ 8 – 10 ล้านคน (บัญญัติ ปริชญานนท์. 2542 : 32) และในทศวรรษหน้าคาดว่าอาจมีประชากรประมาณ 300 ล้านคน ติดเชื้อวัณโรคเพิ่มขึ้น และมีผู้ป่วยใหม่เกิดขึ้น 90 ล้านคน ในจำนวนนี้จะมีผู้ป่วยถึงแก่กรรม 30 ล้านคน สำหรับในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นประมาณ 3 ล้านคน โดยร้อยละ 95.00 เป็นผู้ป่วยรายงานมาจาก 5 ประเทศ ได้แก่ บังคลาเทศ อินเดีย อินโดนีเซีย พม่าและไทย ทุกๆวันในภูมิภาคนี้มีผู้เสียชีวิตจากวัณโรคมากกว่า 1500 ราย (กองควบคุมโรค สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. 2542 : 1)

สำหรับประเทศไทย วัณโรคเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศมาตลอด 40 - 50 ปีที่ผ่านมา และเป็นสาเหตุการตายในสิบอันดับแรกของประชากรของประเทศ ในปี พ.ศ. 2539 ประชาชนคนไทยมีอัตราเสี่ยงต่อการติดเชื้อรายปี ประมาณร้อยละ 1.50 ในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยใหม่เกิดขึ้นประมาณ 100,000 คน ในจำนวนนี้ประมาณ 50,000 คน เป็นผู้ป่วยในระยะติดต่อ ซึ่งจะมีร้อยละ 50.00 เท่านั้นที่ได้รับการรักษา (กระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 6) และจากสถิติสาธารณสุขพบว่า จำนวนผู้ป่วยวัณโรคและจำนวนผู้ป่วยตายด้วยวัณโรคชนิดต่างๆ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 - 2543 มีจำนวนสูงขึ้นเรื่อยๆ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนผู้ป่วยวัณโรคและจำนวนผู้ป่วยตายด้วยวัณโรคชนิดต่างๆ พ.ศ. 2539 - 2543

พ.ศ.	2539		2540		2541		2542		2543	
ชนิดของวัณโรค	ป่วย (ราย)	ตาย (ราย)	ป่วย (ราย)	ตาย (ราย)	ป่วย (ราย)	ตาย (ราย)	ป่วย (ราย)	ตาย (ราย)	ป่วย (ราย)	ตาย (ราย)
ปอด	230,70	232	24,475	291	25,755	267	27,741	283	27,352	254
เยื่อหุ้มสมอง	673	29	682	30	630	35	308	23	92	23
ระบบอื่นๆ	1,251	32	1,630	43	2,209	46	2,642	38	3,748	28
รวม	24,994	295	26,787	364	28,600	348	31,081	344	32,012	305

ที่มา : กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. (2543). *สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2543.* หน้า 193. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

จากตาราง 1 แสดงว่าผู้ป่วยวัณโรคมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 - 2543 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าวัณโรคได้มีการแพร่กระจายเพิ่มมากขึ้นในประชากรของประเทศ

วัณโรคต่างจากเชื้อเฉียบพลันอย่างอื่นเนื่องจากผู้ที่ได้รับเชื้อหรือติดวัณโรคแล้วไม่ได้เป็นวัณโรคทุกคนมีเพียงร้อยละ 10.00 เท่านั้นที่มีโอกาสป่วยเป็นวัณโรค ที่เหลืออีกร้อยละ 90.00 ยังไม่ป่วยแต่มีเชื้ออยู่ในร่างกายโดยภูมิต้านทานของร่างกายกดไว้ ทำให้เชื้ออยู่อย่างสงบไม่ทำให้เกิดโรค (สำเนียง อรรถาเวช. 2541 : 17) แต่หากร่างกายมีภูมิต้านทานต่ำลง เชื้อวัณโรคจะลุกลามทำให้เกิดโรคขึ้น เกิดการแพร่ระบาดเพิ่มมากขึ้น จากการสำรวจทางระบาดวิทยาวัณโรคของกองวัณโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2543 พบว่าในเขตกรุงเทพมหานคร อัตราป่วยวัณโรคปอดทั้งจากผลการเอกซเรย์ปอดและการตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 35 – 44 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่อยู่ในวัยทำงาน (กระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 5)

จากการประเมินผลของงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติครั้งที่ 2 พ.ศ.2542 กองวัณโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า การควบคุมวัณโรคในกรุงเทพมหานครมีปัญหาเนื่องจาก มีจำนวนพลเมืองจำนวนมากประมาณ 7.3 ล้านคน และมีจำนวนชุมชนแออัด 1,300 แห่ง (สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. 2544 : 47) ปัญหาที่

สำคัญประการหนึ่งคือปัญหาจากสภาวะการณ์ที่มีการระบาดของการติดเชื้อเอดส์อย่างกว้างขวาง ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีแล้วว่าเชื้อไวรัสเอดส์ทำให้ภูมิต้านทานของร่างกายบกพร่อง เมื่อภูมิต้านทานของร่างกายถูกทำลาย จึงทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย วัณโรคเป็นโรคฉวยโอกาสโรคหนึ่งที่พบได้มากที่สุดในบรรดากลุ่มโรคติดเชื้อฉวยโอกาส 5 อันดับแรกที่พบในผู้ป่วยโรคเอดส์ คิดเป็นร้อยละ 37.08 (กองควบคุมโรคเอดส์. 2544 : 5) และเป็นเหตุผลหนึ่งที่พบว่าช่วงอายุของผู้ป่วยโรคเอดส์จะสั้นลงมากถ้าป่วยเป็นวัณโรคร่วมด้วย ปัญหาที่สำคัญของการควบคุมวัณโรคในประเทศไทยอีกปัญหาหนึ่งที่ทำให้สถานการณ์วัณโรคในประเทศไทยร้ายแรงมากยิ่งขึ้น ได้แก่ การเกิดภาวะเชื้อดื้อยาหลายขนาน (Multidrug resistant tuberculosis : MDR – TB) เพิ่มมากขึ้น ภาวะเชื้อดื้อยาหลายขนานนี้เป็นผลมาจากวิธีการใช้ระบบการรักษาที่มียาริแฟมปิซินโดยไม่ได้มีการควบคุมให้ถูกต้อง ภาวะเชื้อดื้อยาหลายขนานพบมากร่วมกับผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วย จากข้อมูลของกองวัณโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการดื้อยาหลายขนานในปี พ.ศ. 2539 ร้อยละ 2.15 ในปี พ.ศ. 2540 ร้อยละ 2.57 และในปี พ.ศ. 2541 ร้อยละ 2.02 (สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. 2544 : 46) ปัญหาวัณโรคไม่ใช่ปัญหาสุขภาพเพียงอย่างเดียว หากแต่ได้ขยายสู่ปัญหาเศรษฐกิจความเป็นอยู่ของครอบครัวด้วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถหารายได้ให้กับครอบครัวได้ ทำให้สูญเสียรายได้ ซึ่งการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่โดยใช้ระบบยาระยะสั้นเป็นเวลา 6 เดือน มีค่าใช้จ่าย 7,889.78 บาทต่อคน (นฤมล สิงห์ดง. 2539 : 120) ในแต่ละปีประเทศชาติต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายด้านยาในการรักษาและในการควบคุมสถานการณ์วัณโรคเป็นจำนวนมากในปี พ.ศ. 2541 มีการใช้งบประมาณสำหรับการป้องกันควบคุมวัณโรคเป็นจำนวนเงิน 333.6 ล้านบาท (Vallop Payanandana and others. 1999 : 12) หากสถานการณ์ของวัณโรคเพิ่มมากขึ้นจะเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศชาติ การแก้ไขปัญหาวัณโรคนอกจากเป็นการแก้ไขปัญหาสุขภาพแล้ว ยังเป็นส่วนหนึ่งของการแก้ไขปัญหาสังคมและการพัฒนาสังคมด้วย

จากการได้รับบัตรรายงานผู้ป่วย (รง.506) ของฝ่ายระบาดวิทยา สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จากสถานพยาบาลต่างๆในกรุงเทพมหานคร ที่รายงานผู้ป่วยวัณโรค มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ป่วยและตาย ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2541 - 2543 ดังปรากฏตามตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนผู้ป่วยวัณโรคและจำนวนผู้ป่วยตายด้วยวัณโรคชนิดต่างๆ จากบัตรรายงานผู้ป่วย (รง.506). ของฝ่ายระบาดวิทยา สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. พ.ศ. 2541 - 2543

พ.ศ.	2541		2542		2543	
ชนิดของวัณโรค	ป่วย (ราย)	ตาย (ราย)	ป่วย (ราย)	ตาย (ราย)	ป่วย (ราย)	ตาย (ราย)
ปอด	3,907	24	4,484	19	4,420	28
เยื่อหุ้มสมอง	28	3	57	0	212	1
ระบบอื่นๆ	106	1	95	0	155	2
รวม	4,041	28	4,636	19	4,787	31

ที่มา : กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. (2543). *สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2543.* หน้า 5. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

จากตาราง 2 แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยวัณโรคในเขตกรุงเทพมหานคร มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นในแต่ละปี มีจำนวนผู้ป่วยที่ตายจากวัณโรคเพิ่มมากขึ้น และวัณโรคที่พบมากที่สุด คือ วัณโรคปอด

เนื่องจากสถานการณ์และแนวโน้มของวัณโรคที่มีการระบาดเพิ่มมากขึ้นในกรุงเทพมหานคร ดังนั้นปัญหาวัณโรคจึงเป็นปัญหาที่ต้องเร่งดำเนินการแก้ไขก่อนที่กรุงเทพมหานครจะกลายเป็นแหล่งแพร่วัณโรคที่ใหญ่ที่สุด กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายในการควบคุมวัณโรคตามแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544) โดยกำหนดเป้าหมายว่าเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2544 อัตราป่วยด้วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อมีไม่เกิน 76 ต่อประชากรแสนคน ทำให้องค์การอนามัยโลกพยายามที่จะหาวิธีการควบคุมวัณโรคไม่ให้แพร่ระบาดและหาวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพเพื่อที่จะลดระยะแพร่กระจายเชื้อวัณโรคของผู้ป่วยระยะติดต่อและลดระยะเวลาการรักษาจากเดิม โดยใช้การรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรง (Directly observed therapy – short course : DOTS) ซึ่งในปัจจุบันถือว่าเป็นระบบยาระดับนานาชาติหรือระดับโลกที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลดีที่สุด ที่จะ

รักษาผู้ป่วยวัณโรคให้หายได้เกือบ 100% แต่ปรากฏว่ายังมีปัญหาใหญ่ที่เป็นอุปสรรคมิให้การรักษาสัมฤทธิผลดังกล่าวทุกวันนี้ก็คือ ผู้ป่วยขาดการยอมรับการรักษาให้ครบถ้วน

ดังนั้นการที่จะควบคุมวัณโรคให้ประสบผลสำเร็จได้จะต้องอาศัยความร่วมมือในการรับการรักษาและการดูแลตนเองที่ถูกต้องของผู้ป่วยวัณโรคเป็นสำคัญ ในผู้ป่วยวัณโรคพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงการดูแลตนเองที่ดีคือ การปฏิบัติตนได้เหมาะสมตามแนวทางการรักษาพยาบาล การรับประทานยาที่สม่ำเสมอ การไม่เพิ่มหรือลดจำนวนยาเอง การมาตรวจตามที่แพทย์นัด และมีการปฏิบัติตัวในด้านการงดสูบบุหรี่และงดดื่มสุรา การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อแทรกซ้อน และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

จากรายงานผลการรักษาวัณโรคของฝ่ายวัณโรค กองควบคุมโรค สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ.2544 พบว่าผู้ป่วยใหม่เสมหะบวกที่มารับการรักษาหาย มีเพียงร้อยละ 74.21 ในจำนวนผู้ป่วย 663 คน ซึ่งมีผู้ป่วยขาดการรักษาจำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 10.86 และในผู้ป่วยใหม่เสมหะลบจำนวน 450 คน ได้รับการรักษาครบเพียง 332 คน คิดเป็นร้อยละ 73.78 และมีผู้ป่วยขาดการรักษา 68 คน คิดเป็นร้อยละ 15.00 จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการรับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคยังไม่บรรลุถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ตามแผนการวัณโรคแห่งชาติคือ การรักษาผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ (ตรวจเสมหะพบเชื้อ) ที่ขึ้นทะเบียนรักษาให้หายอย่างน้อยร้อยละ 85.00 (กองควบคุมโรค สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. 2542 : 4) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยวัณโรคยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเอง และไม่เข้าใจถึงแผนการรักษาของแพทย์ ตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's self care theory) ในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ความรู้เป็นองค์ประกอบหนึ่งของปัจจัยในบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ความรู้ที่ถูกต้องเพียงพอจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลสืบสวนหาข้อมูล พิจารณาไตร่ตรองอย่างมีเหตุผล และตัดสินใจกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดที่เพิ่มขึ้นจากความเจ็บป่วยได้เพียงพอ (Orem. 1985 : 162) นอกจากนี้พฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคลจะแสดงออกตามความเชื่อ ซึ่งความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพและอนามัยของบุคคลมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา ขึ้นกับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น การรับรู้ โดยโรเซนสต๊อก (Rosenstock. 1974: 2-3) เชื่อว่า การรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม บุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้สิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเอง และหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคมยังเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพราะการสนับสนุนหรือความช่วยเหลือจากบุคคลนั้นจะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดีมีอารมณ์มั่นคง สามารถต่อสู้ต่อปัญหาได้ดีขึ้น จากการศึกษาของมุชเลนแคมป์และเซเลส (Muhlenkamp and Seyles. 1986 : 337) พบว่าบุคคลที่ได้รับการ

สนับสนุนอย่างเพียงพอจะมีความรู้สึกในคุณค่าตนเองส่งผลให้มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ดี

ผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติงานในคลินิกวัณโรค เป็นผู้รับผิดชอบงานวัณโรคของศูนย์กลางเครือข่าย และเป็นผู้ประสานงานวัณโรคระดับเครือข่ายของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ได้ตระหนักถึงการแพร่ระบาดของวัณโรค จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนแก้ไขปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคยอมรับการรักษาอย่างครบถ้วน และเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคหายจากโรค ประชาชนในกรุงเทพมหานครมีภาวะสุขภาพที่ดี

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด

2. เพื่อเปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการรักษา ความพึงพอใจต่อการให้บริการ

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อด้านสุขภาพ กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ทำให้ทราบถึงปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด

2. ทำให้ทราบถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด

3. เป็นแนวทางในการพัฒนาวางแผนจัดโปรแกรมสุขศึกษาให้กับผู้ป่วยวัณโรคปอด เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยยอมรับการรักษาครบถ้วน ลดการแพร่ระบาดของวัณโรค และลดปัญหาการดื้อยาในผู้ป่วยวัณโรคปอด

4. เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อไป

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มารับการรักษาวัณโรคปอด ที่คลินิกวัณโรค ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ.2544 จำนวน 1,173 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มารับการรักษาวัณโรคปอด ที่คลินิกวัณโรค ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวน 298 คน ซึ่งได้มาจากการประมาณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยสูตรคำนวนขนาดตัวอย่างของยามาเน่ (Yamane.1996 : 583) ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling)

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย

1. ปัจจัยพื้นฐาน
   - 1.1 เพศ
   - 1.2 อายุ
   - 1.3 ระดับการศึกษา
   - 1.4 อาชีพ
   - 1.5 รายได้
   - 1.6 สถานภาพสมรส
   - 1.7 ระยะเวลาของการรักษา
   - 1.8 ความพึงพอใจต่อการให้บริการ
2. ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด
3. แรงสนับสนุนทางสังคม
4. ความเชื่อด้านสุขภาพ
   - 4.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค
   - 4.2 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค
   - 4.3 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับรักษา

4.4 การรับรู้อุปสรรคของการรักษา

4.5 แรงจูงใจด้านสุขภาพ

ตัวแปรตาม ได้แก่ การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การดูแลตนเอง

หมายถึง พฤติกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆที่บุคคลได้ริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิตและสวัสดิภาพ เป็นการกระทำที่บุคคลจงใจเพื่อตอบสนองความต้องการดูแลตนเอง สนับสนุนการดูแลรักษาและพยาธิสภาพของโรค แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1.1 การดูแลตนเองโดยทั่วไป ได้แก่ การปฏิบัติตนของผู้ป่วยวัณโรคปอด เพื่อให้ได้รับน้ำ อาหารอย่างเพียงพอ มีการขับถ่ายปกติ มีการพักผ่อนเพียงพอ

1.2 การดูแลตนเองตามพัฒนาการ ได้แก่ การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดตามพัฒนาการในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ ได้แก่ การปฏิบัติตนด้านอาชีพ การมีเพศสัมพันธ์ และการเลี้ยงดูเด็กตามบทบาท บิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก

1.3 การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนสุขภาพ ได้แก่ การปฏิบัติตนที่ถูกต้องของผู้ป่วยวัณโรคเกี่ยวกับการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปยังผู้อื่นเมื่อมีอาการไอหรือจาม การทำลายเชื้อจากเสมหะและสิ่งปนเปื้อนเสมหะ การทำความสะอาดภาชนะ เครื่องใช้ต่างๆ การปฏิบัติตนเพื่อบรรเทาอาการของโรค เช่นการดื่มน้ำอุ่นเมื่อมีอาการไอหรือมีเสมหะมาก การงดพฤติกรรมที่ทำให้โรคหายช้า การยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของตนเองและยอมรับความจำเป็นของการรักษา

2. เพศ

หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มารับการรักษาที่คลินิกวัณโรค ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร แบ่งเป็น

2.1 เพศชาย

2.2 เพศหญิง

3. อายุ

หมายถึง จำนวนปีที่เกิดนับตามปฏิทินจนถึงวันเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น

3.1 อายุ 15-20 ปี

3.2 อายุ 21-40ปี

3.3 อายุ 41-60 ปี

3.4 อายุ 61 ปีขึ้นไป

4. ระดับการศึกษา

หมายถึง การศึกษาขั้นสูงสุดของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เรียนสำเร็จตามระเบียบของกระทรวงศึกษาธิการ และทบวงมหาวิทยาลัย แบ่งเป็น

4.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา

4.2 ประถมศึกษา

4.3 มัธยมศึกษา

4.4 อนุปริญญา

4.5 ปริญญาตรี หรือสูงกว่า

5. อาชีพ

หมายถึง งานที่ทำเป็นประจำและได้รับรายได้จากการประกอบอาชีพนี้ แบ่งเป็น

5.1 ไม่ได้ประกอบอาชีพ

5.2 รับจ้างทั่วไป

5.3 ค้าขายหรือธุรกิจ

5.4 เกษตรกรรม

5.5 รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ

6. รายได้

หมายถึง รายได้ต่อเดือนที่ได้จากการประกอบอาชีพของผู้ป่วยวัณโรค รวมถึงรายได้ของบุคคลอื่นๆในครอบครัว แบ่งเป็น

6.1 รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน

6.2 รายได้ 3,000 – 6,000 บาทต่อเดือน

6.3 รายได้ 6,001 บาทขึ้นไป

7. สถานภาพสมรส

หมายถึง สถานภาพทางการสมรสของผู้ป่วยวัณโรค โดยแบ่งเป็น

7.1 โสด

7.2 คู่

7.3 ม่าย /หย่า /แยกกันอยู่

8. ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นวัณโรคและเข้ารับการรักษาที่คลินิกวัณโรค โดยนับจากวันแรกที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกวัณโรคจนถึงวันเก็บข้อมูล และในกรณีที่เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาต่อเนื่อง ให้นับระยะเวลาในการรักษาจากการวินิจฉัยของแพทย์ในสถานบริการจนถึงวันเก็บรวบรวมข้อมูล

9. ความพึงพอใจต่อการให้บริการ หมายถึง ความคิดเห็นหรือความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยที่มีต่อการให้บริการทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ในการให้ความเป็นกันเอง และให้คำแนะนำเกี่ยวกับเป้าหมายในการรักษา

10. ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด

หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยวัณโรค ในการจำ เข้าใจ นำไปใช้ ในเรื่องเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การติดต่อ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์

11. ความเชื่อด้านสุขภาพ

หมายถึง การคาดการณ์หรือการรับรู้ของบุคคลต่อผลที่จะเกิดขึ้นก่อนที่จะตัดสินใจแสดงพฤติกรรมเพื่อให้ได้สิ่งนั้นออกมา ประกอบด้วย

11.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค หมายถึง ความเชื่อต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ และความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคแทรกซ้อนหรือโรคอื่นๆร่วมด้วย เช่น อาจเกิดหนองในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pleural effusion) ได้ ถ้าผู้ป่วยไม่รู้จักป้องกันตนเองและได้รับการรักษาไม่สม่ำเสมอ

11.2 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค หมายถึง ความเชื่อที่ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีผลกระทบต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน

11.3 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับการรักษา หมายถึง การยอมรับของผู้ป่วยและปฏิบัติตามสิ่งที่ตนเชื่อว่าเป็นทางออกที่ดี ก่อให้เกิดผลดี มีความปลอดภัยจากการรักษา มั่นใจในประสิทธิภาพของการรักษา สามารถทำให้ตนหายป่วยจากโรคนั้น

11.4 การรับรู้อุปสรรคของการรักษา หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในทางลบ ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยจึงต้องประเมินระหว่างประโยชน์ที่จำเป็นได้รับกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

11.5 แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วยที่มีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้า ซึ่งอาจเป็นสิ่งเร้าภายในตัวของบุคคล เช่น ความสนใจต่อสุขภาพโดยทั่วไป ความพอใจที่จะแสวงหาและยอมรับการรักษา ความตั้งใจที่จะให้ความร่วมมือในการรักษา หรือเกิดการรับรู้ด้านต่างๆ และปัจจัยอื่นๆ มีส่วนผลักดันให้ผู้ป่วยวัณโรคปฏิบัติตามแนวทางการรักษา

12. แรงสนับสนุนทางสังคม

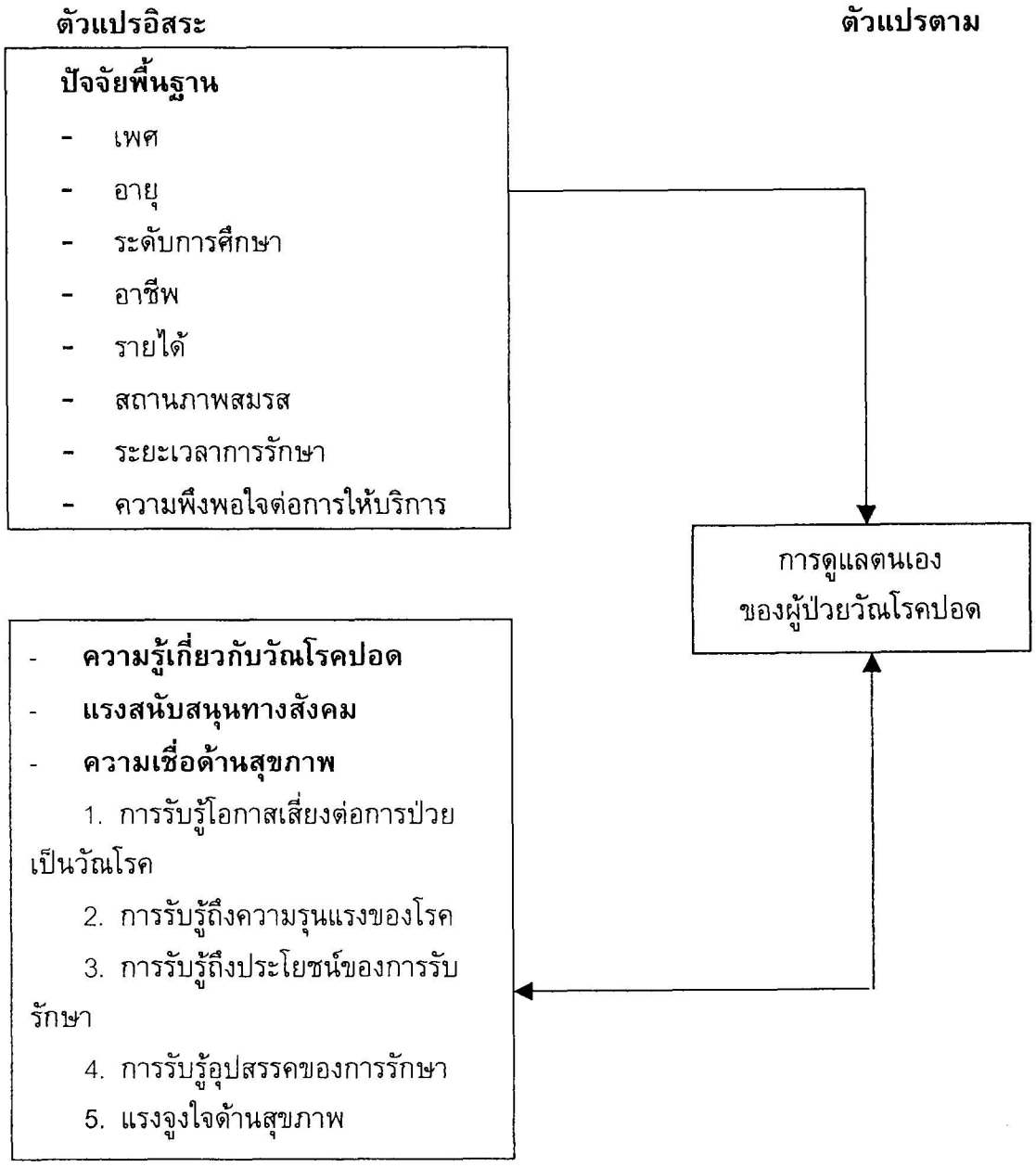
หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน อาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคลแล้วมีผลทำให้ผู้รับนำไปปฏิบัติในทิศทางที่ผู้รับต้องการ ซึ่งหมายถึงการมีสุขภาพอนามัยที่ดี แบ่งออกเป็น แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

13. ผู้ป่วยวัณโรค

หมายถึง บุคคลที่ได้รับการตรวจหรือการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นวัณโรคปอดโดยการย้อมเสมหะทั้งพบเชื้อและไม่พบเชื้อ มีภาพรังสีทรวงอกสงสัยวัณโรคและแพทย์ตัดสินใจรักษาวัณโรค ผู้ป่วยได้รับการรักษาวัณโรคที่คลินิกวัณโรคของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

จากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้นำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดของการศึกษาค้นคว้าดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีเพศต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีอายุต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีอาชีพต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน
5. ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีรายได้ต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน
6. ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน
7. ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีระยะเวลาการรักษาต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน
8. ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีความพึงพอใจต่อการให้บริการต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน
9. ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด
10. แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด
11. ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด
12. ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด
13. ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ถึงประโยชน์ของการได้รับการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด
14. ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการรักษามีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด
15. ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในต่างประเทศและในประเทศ ดังมีรายละเอียดในหัวข้อต่อไปนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
   1.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัณโรค
   1.2 แนวคิดเกี่ยวกับดูแลตนเองของโอเรม
   1.3 แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
   1.4 แรงสนับสนุนทางสังคม
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
   2.1 งานวิจัยในต่างประเทศ
   2.2 งานวิจัยในประเทศ

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัณโรค

วัณโรค (Tuberculosis หรือ TB) เป็นโรคติดต่อที่มีการระบาดแพร่หลายทั่วประเทศ และเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญมาตลอด 40 – 50 ปี ที่ผ่านมา วัณโรคเกิดจากเชื้อแบคทีเรียชนิด *Mycobacterium* เชื้อแบคทีเรียที่เป็นปัญหาและพบบ่อยที่สุดในประเทศไทย คือ *Mycobacterium tuberculosis* และ *Mycobacterium bovis* ซึ่งเชื้อตัวหลังนั้นมักก่อให้เกิดโรคในสัตว์ ซึ่งอาจติดต่อมาถึงคนได้โดยการบริโภคนมที่ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อ (กระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 4) วัณโรคเป็นโรคที่เกิดขึ้นได้กับอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย แต่ที่พบมากคือ ที่ปอด ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 80.00 วัณโรคแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ

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

วัณโรคนอกปอด (Extrapulmonary tuberculosis)

เป็นโรคที่เกิดกับอวัยวะอื่นๆ นอกเหนือจากปอด เช่น เยื่อหุ้มปอด ต่อมน้ำเหลือง ช่องท้อง ผิวหนัง กระดูกและข้อ เยื่อหุ้มสมอง ระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ การวินิจฉัยโดยอาศัยการตรวจชิ้นเนื้อให้ผลบวก หรือผลการตรวจร่างกายตรงกับข้อบ่งชี้อย่างชัดเจน และแพทย์ให้การรักษาวัณโรค

หากผู้ป่วยวัณโรคมีวัณโรคปอดและวัณโรคที่อวัยวะอื่น ให้วินิจฉัยผู้ป่วยรายนั้นว่าเป็นวัณโรคปอด เพราะวัณโรคปอดมีความสำคัญทางระบาดวิทยา (กระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 5) เนื่องจากวัณโรคปอดที่ย้อมเสมหะพบเชื้อมีโอกาสแพร่โรคได้มากกว่าวัณโรคปอดย้อมเสมหะไม่พบเชื้อถึง 10 เท่า แต่วัณโรคนอกปอดแทบไม่มีโอกาสแพร่เชื้อเลย

สำหรับวัณโรคนอกปอดนั้นอาการขึ้นอยู่กับว่าเป็นวัณโรคที่ที่อวัยวะใด ตัวอย่างเช่น

- วัณโรคต่อมน้ำเหลือง จะมีอาการที่พบ คือ ต่อมน้ำเหลืองโต ไม่เจ็บ ไม่ร้อน ช่วงแรกต่อมน้ำเหลืองค่อนข้างแข็ง ต่อมาจะนุ่มและอาจแตกเป็นหนอง
- วัณโรคกระดูกและข้อ จะมีอาการที่พบ คือ กระดูกและข้อนั้นมักจะปวด เคลื่อนไหวได้น้อยลง บวม ในระยะหลังอาจมีหนองไหลทะลุผิวหนังบริเวณนั้นออกมา วัณโรคของกระดูกสันหลังอาจทำให้เกิด Acute angulated kyphosis
- วัณโรคเยื่อหุ้มสมอง จะมีอาการที่พบ คือ เริ่มจากปวดศีรษะและมีไข้ ต่อมามีอาการคอแข็ง มึนงง สับสน และชัก
- วัณโรคในช่องท้อง จะมีอาการที่พบ คือ ท้องมาน ปวดท้อง มีไข้ อาจถ่ายอุจจาระเหลวหรือท้องผูก ในระยะหลังอาจคลำพบก้อนในช่องท้อง
- วัณโรคแพร่กระจาย จะมีอาการที่พบ คือ มีไข้ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด ตับและม้ามโต ต่อมน้ำเหลืองโตทั่วตัว
- วัณโรคของกล่องเสียง จะมีอาการที่พบ คือ เสียงแหบแห้งและปวดบริเวณกล่องเสียง
- วัณโรคของอวัยวะสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ จะมีอาการที่พบคือ ปวดหลัง ปวดท้อง ปัสสาวะมีหนองหรือมีเลือดปน ส่วนในผู้หญิงมักมีอาการตกขาว มีเลือดออก คลำพบก้อนในอุ้งเชิงกราน หรือปวดท้องเรื้อรัง
-

วัณโรคปอด (Pulmonary tuberculosis)

สาเหตุของวัณโรคปอด

วัณโรคปอด เป็นวัณโรคที่พบได้มากที่สุด และเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข มีสาเหตุเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium tuberculosis*

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค

ผู้ติดเชื้อวัณโรค ประมาณร้อยละ 10.00 เท่านั้น ที่จะเกิดการลุกลามเป็นโรคขึ้น ซึ่งยังไม่ทราบกลไกที่แน่ชัด แต่มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค (สมชัย บวรกิตติ และคณะ. 2532 : 6, ปรีชา วิชิตพันธ์, เปรม บุรี และวัลลี สัตยาพันธ์. 2542 : 13 - 15) ดังนี้

1. อายุ วัณโรคชนิดแพร่กระจายมักเกิดในเด็ก และผู้สูงอายุที่มีภูมิต้านทานต่ำ โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี และในเด็กวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงมากทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดความเครียด ความกดดันทางจิตใจและอารมณ์ อันมีผลกระทบต่อการทำงานของฮอร์โมนแอดรีโนคอร์ติคอลจากต่อมปิตุอิตารี (Pituitary adrenocortical hormones) ทำให้มีการขับถ่ายไนโตรเจนทางปัสสาวะมากขึ้นในร่างกายจึงมีความต้านทานน้อยลง

2. ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม วัณโรคมักพบในกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ เช่นในชุมชนแออัดซึ่งมีความยากจน อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะ อากาศถ่ายเทไม่เพียงพอ แสงแดดส่องไม่ถึง และไม่ได้รับบริการสาธารณสุขอย่างเพียงพอ

3. การป่วยด้วยโรคบางอย่าง เช่นโรคเบาหวาน ภาวะไตวายเรื้อรัง พิษสุราเรื้อรัง หัดไข้หวัดใหญ่ และในปัจจุบันโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขมากที่สุดคือโรคเอดส์ (กระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 50) เพราะโรคดังกล่าวทำให้ภูมิต้านทานต่ำลง นอกจากนั้นการได้รับยาที่กดภูมิต้านทานโรค เช่น ยาเสตอรอยด์ (Steroid) การสูบบุหรี่ หรือการดื่มสุรามาก ก็ทำให้ภูมิต้านทานต่ำลงเช่นกัน จึงทำให้เกิดการติดเชื้อวัณโรคได้ง่าย

4. อาชีพ บุคคลบางอาชีพที่เสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคสูง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ที่ต้องอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเสมอ และในคนที่ทำงานในเหมืองแร่แอสเบสตอส (Asbestos) และถ่านหิน (Coal) เนื่องจากต้องหายใจเอาฝุ่นละอองเข้าไปจำนวนมาก และยังทำงานหนัก มีเวลาพักผ่อนน้อย เป็นเหตุให้มีการติดเชื้อวัณโรคได้ง่าย

5. การขาดการดูแลสุขภาพอนามัย เช่น การอดนอน ภาวะทุโภชนาการจากการรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์โดยรับประทานตามความชอบหรือความเคยชินไม่สนใจตรวจสุขภาพ และการเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจอยู่เสมอ เช่น การชอบไปอยู่ในที่ชุมชนแออัด สาเหตุต่างๆเหล่านี้เป็นเหตุให้มีการติดเชื้อวัณโรคได้ง่าย

การวินิจฉัยวัณโรคปอด

การวินิจฉัยวัณโรคมีหลายวิธี คือ

1) การถ่ายภาพรังสีทรวงอก เป็นการตรวจที่มีความเฉพาะเจาะจงต่ำ คือความผิดปกติที่เห็นอาจจะไม่ใช่จากวัณโรคก็ได้ โดยอาจจะเป็นเงาเปรอะเปื้อนบนฟิล์ม เป็นเนื้องอก หรือมะเร็ง หรืออาจเกิดจากโรคติดเชื้ออื่นๆ การวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอดจึงต้องกระทำร่วมกับการ

ตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรคด้วยเสมอเพื่อหลีกเลี่ยงการวินิจฉัยผิดพลาดและการรักษาที่ไม่จำเป็นให้น้อยที่สุด

2) การย้อมเสมหะตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ การย้อมเสมหะพบเชื้อวัณโรคเป็นการวินิจฉัยวัณโรคที่แน่นอน ใช้เวลาในการตรวจสอบน้อย ต้องตรวจทุกราย โดยเก็บรายละอย่างน้อย 2-3 ครั้ง สิ่งสำคัญคือ ต้องแนะนำให้ผู้ป่วยเก็บเสมหะโดยถูกต้อง การเพาะหาเชื้อวัณโรคทำในรายที่สงสัยเป็นวัณโรคแต่ย้อมไม่พบเชื้อหรือเพื่อจะทำการทดสอบความไวของเชื้อต่อยา ในรายที่รักษาซ้ำ หรือรักษาเกินกว่า 5 เดือนแล้ว ยังย้อมพบเชื้อ

3) การตรวจร่างกาย ผู้ป่วยมีอาการซูบผอม อาจมีอาการซีด หายใจหอบ หรือมีไข้ การใช้เครื่องฟังตรวจปอดส่วนใหญ่จะไม่มีเสียงผิดปกติ บางคนอาจได้ยินเสียงกรอบแกรบ (Crepitation) ซึ่งมักจะได้ยินบริเวณยอดปอดทั้งสองข้าง ถ้าได้ยินไปทั่วปอดทั้งสองข้าง แสดงว่าอาการลุกลามไปมาก ถ้าปอดข้างหนึ่งเคาะทึบและไม่ได้ยินเสียงหายใจ ก็แสดงว่ามีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด ในรายที่เป็นน้อยๆ อาจตรวจไม่ชัดเจนก็ได้

4) อาจพบอาการแสดงผิดปกติ โดยเฉพาะพยาธิสภาพของวัณโรคนอกปอดที่เกิดร่วมด้วย เป็นต้น

5) การทดสอบทูเบอร์คูลิน ใช้ช่วยในการทดสอบภาวะการติดเชื้อหรือช่วยในการวินิจฉัยโรคในบางกรณี

6) การตรวจทางพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อ เช่น จากการตรวจหลอดลมด้วยเครื่องมือพิเศษ หรือการตัดชิ้นเนื้อจากต่อมน้ำเหลือง, ตับ, หรือลำไส้เพื่อตรวจทางพยาธิวิทยา ฯลฯ

7) วิธีการวินิจฉัยใหม่ๆ อย่างอื่น เช่น โพลิเมอเรส เชน รีแอคชั่น (Polymerase chain reaction :PCR), ไลเกส เชน รีแอคชั่น (Ligase chain reaction :LCR), ทรานส์คริปชั่น มีเดียท แอมปริฟิเคชั่น (Transcription mediated amprification : TMA) เพื่อสามารถให้การวินิจฉัยวัณโรคได้รวดเร็ว แต่ราคาค่อนข้างแพงและต้องใช้เทคนิคพิเศษ ซึ่งอาจจะยังไม่เหมาะสมที่จะนำมาใช้ในคลินิกทั่วไปในปัจจุบันนี้ (กองควบคุมโรค สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร,2542:2)

การจำแนกผู้ป่วยวัณโรค

การตรวจหาเชื้อวัณโรคปอดโดยการย้อมเสมหะ พบว่ามีทั้งพบเชื้อและไม่พบเชื้อ องค์การอนามัยโลกได้จำแนกผู้ป่วยเพื่อประโยชน์ในการกำหนดสูตรยา (Regimen) ดังนี้

1. ผู้ป่วยวัณโรคปอด ย้อมเสมหะพบเชื้อ คือ ผู้ป่วยที่มีการตรวจพบดังนี้
   1.1 ตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์พบเชื้ออย่างน้อย 2 ครั้ง
   1.2 ตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์พบเชื้อ 1 ครั้ง ร่วมกับภาพรังสีทรวงอกสงสัยวัณโรค

1.3 ตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์พบเชื้อ 1 ครั้ง ร่วมกับการเพาะเชื้อได้ผลบวก

2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดย้อมเสมหะไม่พบเชื้อ คือ ผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบเชื้อจากการตรวจดังต่อไปนี้

2.1 ผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยเป็นวัณโรค ตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์อย่างน้อย 3 ครั้ง ไม่พบเชื้อ ภาพรังสีทรวงอกสงสัยวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาวัณโรค

2.2 ผู้ป่วยที่มีผลการเพาะเชื้อวัณโรคให้ผลบวก แต่ตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ไม่พบเชื้อ

อาการของวัณโรคปอด

ผู้ป่วยวัณโรคที่เริ่มเป็นใหม่ๆ อาจไม่มีอาการใดๆ เพราะอาการมักเกิดช้าๆ ค่อยๆเป็นไปทีละน้อยโดยผู้ป่วยไม่รู้ตัว อาการมักเริ่มต้นด้วยอาการเป็นหวัด ตัวร้อน เป็นๆ หายๆ อยู่นาน ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์เมื่อเป็นมากแล้ว อาการของผู้ป่วยวัณโรค มีดังนี้

1. อาการไอ เป็นอาการที่พบบ่อย ผู้ป่วยจะไอนานกว่า 3 สัปดาห์ ไอเรื้อรัง ลักษณะไอเป็นแบบที่มีเสมหะน้อยถึงเกือบไม่มีเสมหะ ผู้ป่วยบางคนมีอาการไอเป็นเลือด ปริมาณเลือดที่ออกมีตั้งแต่น้อยๆ จนถึงมาก คือเลือดออกมากถึงครั้งละ 200 ซีซี ซึ่งเป็นสาเหตุในการเสียชีวิต ผู้ป่วยจะมีแผลโพรงในปอด เลือดออกมากเกิดจากการแตกของหลอดเลือดแดงโป่งพองที่อยู่บนผนังของโพรงแผล

2. เจ็บหน้าอก หายใจขัด มีอาการเจ็บหน้าอกและอาจมีอาการร้าวไปที่สะบักและไหล่ เป็นมากตอนหายใจเข้า และส่วนใหญ่มีไข้ร่วมด้วย พบได้ในคนที่มีอาการไอรุนแรงมากๆ

3. ไข้ มักจะมีไข้นานเกินสัปดาห์ขึ้นไป จนถึงเป็นเดือนๆ ลักษณะของไข้จะเป็นไข้ต่ำๆตอนบ่ายและกลางคืน ร่วมกับมีเหงื่อออก บางคนอาจมีไข้สูง เป็นตลอดวันหรือเป็นบางช่วงก็ได้

4. น้ำหนักลด เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย พบในผู้ป่วยปอดระยะลุกลาม

อาการแทรกซ้อน

จะพบผู้ป่วยวัณโรคส่วนมากมีอาการแทรกซ้อน ดังนี้

1. การแพร่กระจายเชื้อทำให้เกิดมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphadenopathy) และวัณโรคช่องท้อง (Abdominal TB)

2. การแพร่กระจายเชื้อทางกระแสเลือด ได้แก่

วัณโรคกระจายเข้าหลอดเลือด (Miliary TB)

วัณโรคเยื่อหุ้มสมอง (TB meningitis)

วัณโรคผิวหนัง (Cutaneous papulonecrotic tuberculides)

วัณโรคเยื่อบุอ่อน (Soft tissue tuberculous abscess)

วัณโรคระบบสืบพันธุ์ - ระบบขับถ่ายปัสสาวะ (Genito-urinary TB)

วัณโรคกระดูกและข้อ (TB of bones and joints)

การติดต่อของวัณโรคปอด

เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคส่วนมากเป็นที่ปอด เชื้อวัณโรคจะปนออกมากับเสมหะ น้ำมูก น้ำลายของผู้ป่วยเวลาไอ จาม เชื้ออาจมีอยู่ในฝุ่นละอองที่กระจายฟุ้งอยู่ในอากาศ แล้วจะผ่านเข้าสู่ร่างกายทางระบบหายใจ อนุภาคส่วนใหญ่จะตกลงกับพื้นดินใกล้ตัวของผู้แพร่เชื้อ ส่วนอนุภาคขนาดเล็กจะมีการระเหยอย่างรวดเร็วคงเหลือส่วนในกลางซึ่งคงแขวนตัวล่องลอยอยู่ในอากาศตลอดไป เมื่อมีผู้สูดหายใจเข้าไปอนุภาคขนาดใหญ่จะติดอยู่ในโพรงจมูกและทางเดินหายใจส่วนต้น และในที่สุดจะถูกขับออกไปโดยกลไกการต้านทานของร่างกาย ส่วนอนุภาคขนาดเล็กก็จะเข้าไปถึงปอดได้ ทำให้เกิดกระบวนการติดเชื้อขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภูมิต้านทานของผู้ติดเชื้อต่ำ เช่น โรคต่างๆ โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง การติดเชื้อเอดส์ จากยากดภูมิต้านทาน เสตอรอยด์ การสูบบุหรี่ และการดื่มเหล้ามาก ผู้ที่มีภาวะทุโภชนาการ กลุ่มคนที่มีฐานะยากจน

วิธีการควบคุมวัณโรค

การควบคุมวัณโรคให้ได้ผลมีหลายวิธีการ ยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการควบคุมวัณโรคในปัจจุบันคือ การรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (Directly observed treatment, short course: DOTS) ซึ่งควรจะมุ่งเน้นผู้ป่วยในระยะแพร่เชื้อ อันจะเป็นผลให้ลดการแพร่เชื้อในชุมชน และผู้ป่วยใหม่ก็จะลดลงตามมา ดังนั้นในการรักษาผู้ป่วยในระยะติดต่อโดยวิธี DOTS จะเป็นกลวิธีที่สำคัญที่สุดในการควบคุมวัณโรค

DOTS (Directly observed therapy , short course)

คือ การให้การรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบควบคุมหรือภายใต้การสังเกตโดยตรง โดยมีเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข หรือบุคคลที่เชื่อถือได้เป็นผู้กำกับการดูแลการรับประทานยาจนครบกำหนดซึ่งมีกลวิธีหลายอย่าง คือ

1. บุคลากรสาธารณสุขกำกับการรับประทานยา
2. รับไว้ในโรงพยาบาล
3. อาสาสมัครสาธารณสุขกำกับการรับประทานยา
4. ผู้นำชุมชนกำกับการรับประทานยา
5. สมาชิกครอบครัวกำกับการรับประทานยา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ตามระยะเวลาของการรักษา
2. เพื่อเพิ่มอัตราการรักษาหาย การรักษาครบ
3. เพื่อลดอัตราการเกิดการดื้อยา
4. เพื่อลดอัตราการเกิดเป็นซ้ำ

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยที่เสมหะพบเชื้อวัณโรค (AFB +ve) และผู้ป่วยรักษาซ้ำ (Retreatment)

ผู้ทำหน้าที่ดูแลกำกับการรับประทานยา

1. บุคลากรสาธารณสุข
2. อาสาสมัคร , องค์กรในชุมชน
3. สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย หรือบุคคลใกล้ชิดผู้ป่วย ตลอดจนเพื่อน ญาติ พี่น้องคนใดคนหนึ่งหรือหลายคน

การเลือกพี่เลี้ยงในการทำ DOTS วิธีที่ดีที่สุดคือ ให้ผู้ป่วยมารับประทานยาที่ศูนย์บริการ สาธารณสุขทุกวันถ้าเป็นไปได้ อาจเลือกบุคลากรทางสาธารณสุข หรือผู้นำชุมชนที่เชื่อถือได้ เช่น ผู้ใหญ่บ้าน พระ ครู ผู้จัดการโรงงาน อาสาสมัครสาธารณสุข ฯลฯ ทำ DOTS แทน หรือหากมีญาติที่เชื่อถือได้เหมาะสมอาจช่วยทำ DOTS แทนก็ได้ รายละเอียดดังปรากฏตามภาพประกอบ 2 (กองวัณโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 97)

การคัดเลือกพี่เลี้ยงในการทำ DOTS

หมายเหตุ
- ต้องแนะนำวิธีการทำ DOTS แก่พี่เลี้ยงทุกคน
- พี่เลี้ยงและผู้ป่วยควรมาด้วยกันทุกครั้ง
-

ภาพประกอบ 2 การคัดเลือกพี่เลี้ยงในการทำ DOTS

บทบาทของผู้ดูแลกำกับการรับประทานยา

หมายถึงการดูแลตรวจสอบการรับประทานยาวัณโรคให้ต่อเนื่องจนครบระยะเวลาของการรักษา

วิธีดำเนินการ

1. การเตรียมบัตรควบคุมกำกับการรับประทานยา ซึ่งเป็นบัตรที่ให้ผู้ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงช่วยทำเครื่องหมายถูกเมื่อรับประทานยาแต่ละวัน บัตร 1 ใบ จะเท่ากับจำนวนยา 1 เดือน
2. จำนวนบัตรที่ผู้ป่วยได้รับจะต้องเท่ากับจำนวนเดือนที่ผู้ป่วยได้รับยาเช่นกัน
3. การเตรียมยาที่จะต้องรับประทานใน 1 วัน (1 มื้อ/วัน) บรรจุลงในซองยาเดียวกัน เพราะฉะนั้นในกรณีที่จ่ายยาไปครั้งละ 1 เดือน ผู้ป่วยจะได้ยาเท่ากับ 30 ซอง
4. เจ้าหน้าที่สถานบริการควรสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อเลือกว่าจะให้ผู้ใดรับหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง เพื่อให้ผู้ป่วยและพี่เลี้ยงได้เข้าใจและปฏิบัติได้ถูกต้อง ซึ่งพี่เลี้ยงอาจเป็น 1 คน หรือมากกว่า 1 คน ก็ได้ เพื่อที่เวลาคนหนึ่งไม่อยู่ คนอื่นอาจทำแทนได้

การดำเนินการ

1. เจ้าหน้าที่ต้องเขียนวัน เดือน ปี (ตรงช่อง วัน เดือน ปี) ลงในบัตร เขียนจนครบ 1 ใบ (= 1 เดือน)
2. เขียนว่าเดือนที่ผู้ป่วยรับยาเป็นเดือนที่เท่าไร และเหลือเวลาที่ต้องรับประทานยาอีกกี่เดือน ต้องเขียนให้ชัดเจนเพื่อเป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วยที่จะได้ทราบระยะเวลาการรักษา
3. หมายเลข 1 เป็นชื่อ นามสกุลผู้ป่วย หมายเลข 2 เป็นชื่อ นามสกุลผู้ที่เป็นพี่เลี้ยง พร้อมสถานภาพที่สำคัญกับผู้ป่วย
4. เขียนหมายเลขประจำตัวลงบนบัตรทุกครั้ง เพื่อสะดวกในการจัดเก็บ
5. ในกรณีที่ผู้ป่วยขาดยาไม่มาตามนัด การเขียน วัน เดือน ปี ในบัตรจะไม่ต่อเนื่องกัน เพราะฉะนั้นเดือนต่อไปจะต้องเริ่มยาที่ผู้ป่วยมารับยาครั้งต่อไป แต่จำนวนเดือนที่ในบัตรจะต้องนับต่อเนื่องเมื่อยาหมด ผู้ป่วยและพี่เลี้ยงจะต้องนำบัตรมาคืนเจ้าหน้าที่ซึ่งเจ้าหน้าที่จะเขียนบัตรเดือนต่อไปให้ผู้ป่วยอีกและอธิบายซ้ำ

ฝ่ายวัณโรค กองควบคุมโรค สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ได้จัดทำบัตรบันทึกกำกับการรับประทานยาของผู้ป่วย เพื่อเตือนความจำและเป็นการนัดหมายผู้ป่วยมารับยาตามกำหนดนัด ดังปรากฏตามภาพประกอบ 3

บัตรบันทึกกำกับการรับประทานยา

ข้อควรปฏิบัติ

1.โปรดรับประทานยาโดยสม่ำเสมอทุกวัน

2.ถ้ามีอาการผิดปกติ สงสัยแพ้ยา **อย่าหยุดยาเอง** โปรดรีบปรึกษาแพทย์

3.นำบัตรนี้ไปด้วย**ทุกครั้ง**

บัตรบันทึกการรับประทานยา

ผู้บันทึก 1. _____

2. _____

โปรดกาเครื่องหมาย ☐ ในวันที่กินยา

เดือนที่.....

วัน/เดือน/ปี	กินยา (กา☐)	วัน/เดือน/ปี	กินยา (กา☐)

เดือนที่.....

วัน/เดือน/ปี	กินยา (กา☐)	วัน/เดือน/ปี	กินยา (กา☐)

" วัณโรคจะหมดไป ถ้าร่วมใจกันดูแล "

เหลือเวลากินยาอีก.....เดือน

โปรดไปตรวจเสมหะและเอกซเรย์ซ้ำ

ภาพประกอบ 3 บัตรบันทึกการรับประทานยา

การรักษาวัณโรค

ในปัจจุบันมีการใช้ยารักษาวัณโรคที่ประสิทธิภาพสูงมาก ซึ่งสามารถรักษาผู้ป่วยให้หายได้ถึง100% หากผู้ป่วยรับประทานยาจนครบกำหนด โดยเฉพาะความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ จะสามารถป้องกันการล้มเหลวและการเกิดวัณโรคดื้อยาได้ การวัดความสำเร็จของการรักษาโดยการตรวจไม่พบเชื้อในเสมหะ จะต้องบรรลุวัตถุประสงค์ดังนี้

1. ให้ยาถูกต้องทั้งชนิดและจำนวน ยาบางชนิดมีฤทธิ์ฆ่าเชื้อ ในขณะที่บางชนิดมีฤทธิ์หยุดยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อ ซึ่งยาเพียงชนิดใดชนิดหนึ่งนั้นไม่สามารถจะรักษาวัณโรคได้ จะต้องให้เป็นระบบ โดยการให้ยาระบบที่ถูกต้อง และไม่รักษาวัณโรคด้วยยาตัวเดียว การรักษาวัณโรคมี 2 ระยะ ในระยะเข้มข้น (Intensive phase) จะประกอบไปด้วยตัวยาอย่างน้อย 3 ชนิด ซึ่งจะมีฤทธิ์ฆ่าเชื้อวัณโรคเกือบทั้งหมดอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยพ้นระยะ แพร่เชื้อ หลังจากนั้นในระยะต่อเนื่อง (Continuation phase) จะใช้ยาอย่างน้อย 2 ชนิด จะมีฤทธิ์ฆ่าเชื้อวัณโรคที่ยังหลงเหลืออยู่

2. ขนาดของยาแต่ละชนิดจะต้องเหมาะสมกับผู้ป่วย ถ้าขนาดของยาต่ำเกินไป เชื้อวัณโรคจะไม่ตายและจะก่อให้เกิดปัญหาการดื้อยา ในขณะเดียวกันหากขนาดยาสูงเกินไป ผู้ป่วยจะได้รับอันตรายจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

3. ระยะเวลาของการให้ยาต้องยาวเพียงพอ ระบบยาระยะสั้นมีระยะเวลาแตกต่างกัน ตั้งแต่ 6 ถึง 8 เดือน ขึ้นกับประเภทของผู้ป่วย ดังนั้นการที่ผู้ป่วยจะได้รับยาครบตามกำหนดจึงเป็นสิ่งที่สำคัญเป็นอย่างยิ่ง มิฉะนั้นแล้วเชื้ออาจจะตายไม่หมด และผู้ป่วยอาจจะเป็นวัณโรคอีกครั้ง

4. ต้องมั่นใจว่าผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ หากผู้ป่วยรักษาไม่ต่อเนื่อง เชื้อวัณโรคจะไม่ตาย ทำให้ผู้ป่วยรายนั้นไม่หาย ดังนั้นการให้ความรู้ และดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง การดูแลให้ผู้ป่วยรักษาอย่างเหมาะสมจึงควรนำระบบการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS) มาปฏิบัติโดยเร็วที่สุด

ประเภทการขึ้นทะเบียนรักษา

การขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรค เพื่อประโยชน์ในการกำหนดสูตรยาในการรักษาที่ถูกต้อง มีดังนี้

1. ใหม่ (New) ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการรักษามาก่อน หรือเคยได้รับการรักษาวัณโรคไม่ครบ 1 เดือน

2. กลับเป็นซ้ำ (Relapse) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาหาย แต่กลับกำเริบใหม่โดยตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค

3. ล้มเหลว (Failure) หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไปแล้ว 4 เดือน ผลเสมหะยังคงพบเชื้อ หรือกลับพบเชื้อในเดือนที่ 5

4. ขาดยาแล้วกลับมารักษา (Treatment after default) หมายถึงผู้ป่วยที่ขาดการรักษาไปนานกว่า 2 เดือนติดต่อกันแล้วกลับมารักษาอีก

5. รับโอน (Transfer in) หมายถึง ผู้ป่วยซึ่งรับโอน โดยเริ่มการรักษาและขึ้นทะเบียนจากหน่วยงานอื่นแล้ว

6. อื่นๆ (Other)ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่เข้ากับประเภทใด หรือผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่ากลับเป็นซ้ำ โดยตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรค

ยาที่ใช้ในการรักษาวัณโรค

ยาที่สำคัญที่สุดในการรักษาวัณโรคในปัจจุบันคือ

1. ไอโซไนอะสิด (Isoniazid :H)
2. ไรแฟมปิซิน (Rifampicin :R)
3. พัยราซินาไมด์ (Pyrazinamide : Z)
4. สเต็ปโตมัยซิน (Streptomycin :S)
5. อีแธมบุตอล (Ethambutol :E)

แผนงานวัณโรคแห่งชาติ (National TB Programme ; NTP) มีระบบยารักษาวัณโรคหลักๆ อยู่ 4 ระบบ ตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกดังนี้

ระบบที่ 1 (Category- 1) 2HRZE(S)/4HR ระบบยา 6 เดือนสำหรับผู้ป่วยใหม่ ย้อมเสมหะบวก หรือ ผู้ป่วยวัณโรคที่ป่วยมาก (เช่น วัณโรคเยื่อหุ้มสมอง วัณโรคแพร่กระจาย วัณโรคเยื่อหุ้ม หัวใจ วัณโรคช่องท้อง วัณโรคของไขสันหลัง วัณโรคของเยื่อหุ้มปอดทั้งสองข้าง หรือข้างใดข้างหนึ่งแต่เป็นมาก วัณโรคปอดเสมหะลบที่มีแผลโพรงหรือกินเนื้อปอดมาก)

ระบบที่ 2 (Category- 2) 2HRZES / 1HRZE / 5HRE ระบบยา 8 เดือน สำหรับผู้ป่วยที่เคยรักษาครั้งแรกล้มเหลว (Failure) , กลับเป็นซ้ำ (Relapse) หรือ ขาดยาแล้วกลับมารักษา(Return after default)ที่มีผลเสมหะบวก

ระบบยาที่ 3 (Category- 3) 2HRZ / 4HR ระบบยา 6 เดือน ใช้กับผู้ป่วยที่ย้อมเสมหะเป็นลบ หรือผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดรายใหม่ที่มีอาการไม่มาก เช่น วัณโรคต่อมน้ำเหลือง

ระบบยาที่ 4 (Category- 4) H alone สำหรับผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการรักษาล้มเหลวโดยเฉพาะการล้มเหลวจากระบบที่ 2 ซึ่งจะต้องให้ไอโซไนอะซิดขนานเดียวตลอดชีวิต

เพื่อให้การรักษาได้ผลดีที่สุดและป้องกันการเกิดภาวะเชื้อดื้อยา ต้องจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรง DOTS (Directly observed therapy, short course) ทุกราย

การจำแนกผลการรักษา

ผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษา สามารถจำแนกผลของการรักษาได้ตามสาเหตุที่ผู้ป่วยหยุดยาได้ดังนี้

1. รักษาหายขาด (Cured)

การพิจารณาว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาวัณโรคหายขาดจะพิจารณาได้จากการตรวจเสมหะ โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีเสมหะบวกในตอนแรกได้รับการรักษาครบแล้ว มีเสมหะเป็นผลลบอย่างน้อย 2 ครั้ง และเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษาต้องเป็นลบด้วย จึงจะถือว่ารักษาหายขาด

2. รักษาครบ (Completed)

การพิจารณาว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาวัณโรคครบจะพิจารณาได้จากการตรวจเสมหะ โดยพบว่า

2.1 ผู้ป่วยที่มีเสมหะบวกในตอนแรก มีเสมหะเป็นผลลบเมื่อรักษาช่วงเข้มข้นแต่ไม่มีผลเมื่อสิ้นสุดการรักษา

2.2 ผู้ป่วยที่มีเสมหะเป็นลบเมื่อเริ่มรักษาและรักษาครบ

3. ล้มเหลว (Failure)

การพิจารณาว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาวัณโรคล้มเหลวจะพิจารณาได้จากการตรวจเสมหะ โดยพบว่า

3.1 ผู้ป่วยที่มีเสมหะบวกในตอนแรก และยังคงหรือกลับเป็นผลบวกในเดือนที่ 5 ของการรักษา หรือหลังจากนั้น

3.2 ผู้ป่วยเสมหะลบในตอนแรก แต่กลับมีผลเสมหะเป็นบวกหลังจากรักษาได้ 2 เดือน

4. ขาดการรักษา (Default)

คือ ผู้ป่วยที่ขาดยานานเกิน 2 เดือนติดต่อกัน

5.ตาย (Died)

คือผู้ป่วยที่ตายระหว่างการรักษาวัณโรค (ไม่คำนึงถึงสาเหตุการตาย แต่ควรพยายามระบุถึงเหตุการตายด้วย)

6.โอนออก (Transfer out)

คือ ผู้ป่วยที่โอนไปรักษาที่อื่นโดยที่ไม่ทราบผลของการรักษา

นอกจากนี้ยังมีกลวิธีอื่นที่จะช่วยในการควบคุมวัณโรคให้ได้ผล (แต่มีประสิทธิผลน้อยกว่าการรักษา และการค้นหารายป่วยวัณโรค) ได้แก่

1. การให้วัคซีน BCG (Bacillus calmette – gulin,an anti – tuberculosis vaccine) เพื่อป้องกันวัณโรคในทารกแรกเกิด ปัจจุบันดำเนินการรวมไว้ในแผนงานการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน

โรค (Expanded programe on immunization : EPI) กลุ่มอายุที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย คือ แรกเกิดถึง 1 ปี โดยหวังผลให้ครอบคลุมเด็กทุกคน และมีเป้าหมายรองคือ เด็กแรกเข้าโรงเรียนที่ยังไม่เคยได้รับการฉีดวัคซีนมาก่อน แต่จะงดเว้นการฉีดวัคซีน BCG เฉพาะในเด็กที่เริ่มมีอาการของโรคเอดส์

2. การใช้ยาป้องกันวัณโรค (Preventive therapy)

3. การป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในสถานพยาบาล

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

1. แสงอาทิตย์ สามารถฆ่าเชื้อวัณโรคได้ภายใน 5 นาที การผึ่งแดดเป็นวิธีที่สะดวกที่สุดในเขตร้อน เนื่องจากเชื้อวัณโรคอาจมีชีวิตได้เป็นปีในที่มืด เชื้อโรคมีการแพร่กระจายได้มากในบ้านเรือนและกระท่อมที่มืด จึงควรจัดบ้านเรือนให้มีการถ่ายเทอากาศ

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

3. กระดาษทิชชู กระดาษหนังสือพิมพ์ หรือวัสดุอื่นๆ ควรทำลายโดยการเผาเร็วที่สุดหลังจากใช้เช็ดเสมหะแล้ว

การควบคุมวัณโรคโดยกลวิธีต่างๆที่กล่าวมาจะประสบความสำเร็จเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย คือการรักษาผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ(ตรวจเสมหะพบเชื้อ) ที่ขึ้นทะเบียนรักษาให้หายอย่างน้อยร้อยละ 85.00 ของผู้ป่วยที่ตรวจพบ (กองควบคุมโรค สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. 2542 : 4) การที่จะช่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์นี้จะต้องมีการจัดบริการรักษาที่มีประสิทธิภาพ การให้สุขศึกษาจึงเป็นวิธีการที่ช่วยตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในด้านการเพิ่มพูนความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ดังนั้นพยาบาลผู้รับผิดชอบจึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้ความรู้และคำแนะนำแก่ ผู้ป่วย ชี้ให้เห็นความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่อง ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงผลเสียของการหยุดใช้ยาทั้งในประเด็นของการสูญเสียค่าใช้จ่ายทั้งของส่วนตัวและส่วนรวม รวมถึงผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา มีความเชื่อมั่นในแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมที่จะเผชิญกับ เหตุการณ์ต่างๆได้

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเรม

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของมนุษย์ที่เป็นความเต็มใจของบุคคล เป็นกระบวนการที่บุคคลทั่วไปปฏิบัติ เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันควบคุมและรักษาโรค ซึ่งการดูแลตนเองอาจเกิดจากแรงจูงใจภายในตัวบุคคลหรือภายนอกบุคคลนั้นก็ได้ ความสามารถในการดูแลตนเองขึ้นกับ ระดับความรู้ เจตคติ ค่านิยม ความเชื่อ

พัฒนาการทางด้านทักษะ ซึ่งจะเป็นพื้นฐานของความสามารถในการทำกิจกรรมต่อไปในอนาคต การส่งเสริมการดูแลตนเองของบุคคลเป็นการช่วยให้บุคคลมีความสามารถและความรับผิดชอบในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง ครอบครัว สังคม และชุมชน การดูแลตนเอง ตามความหมายของโอเรม (Orem. 1980 : 35) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆซึ่งบุคคลได้ริเริ่มและกระทำเพื่อการดำรงรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด กิจกรรมการดูแลตนเอง รวมทั้งการมุ่งจัดการหรือการแก้ไขปัญหาซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอก ซึ่งเป็นการกระทำที่ผู้อื่นสังเกตเห็นได้และการปรับความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของตนเอง การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม ในภาวะปกติผู้ใหญ่มักจะดูแลตนเองได้ ส่วนทารก เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ที่เจ็บป่วยหรือมีความพิการ อาจต้องการการช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากทารกและเด็กเพิ่งอยู่ในระยะเริ่มต้นของพัฒนาการทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่วนผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองเมื่อความสามารถทางด้านร่างกายและสติปัญญาเสื่อมถอยลงตามวัยทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ผู้ที่เจ็บป่วยหรือทุพพลภาพ ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองบางส่วนหรือทั้งหมดขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพ (Health status) และความต้องการการดูแลตนเองทั้งในปัจจุบันและอนาคต การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่บุคคลซึ่งผู้ใหญ่ได้มีส่วนเสริมให้ตนเองมีภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดี

โอเรม (Orem. 1985 : 105) กล่าวถึงจุดหมายในการดูแลตนเองนั้น ประกอบด้วย

1. ประคับประคองกระบวนการชีวิต และส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นไปตามปกติ
2. ดำรงรักษาการเจริญเติบโต และการพัฒนาชีวิตให้เป็นไปตามปกติ
3. ป้องกันควบคุม หรือรักษา
4. ป้องกันความพิการหรือทดแทนสิ่งที่เสียไป
5. ส่งเสริมความเป็นปกติสุข

ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self – care) ของโอเรม มีแนวคิดว่า การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่ต้องเรียนรู้ และเป็นกิจกรรมที่จะทำด้วยความตั้งใจในวัยผู้ใหญ่ (Orem. 1985 : 90 - 99) แบ่งออกเป็น

1. ความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self - care requisites) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ในการดำรงชีวิต ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยอื่นๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดำรงรักษาความมั่นคง สมบูรณ์ทางโครงสร้างของมนุษย์ และการทำหน้าที่ตามปกติ การดูแลตนเองโดยทั่วไปถือว่าเป็นสิ่งที่ปฏิบัติเป็นปกติ

ของมนุษย์ เพื่อให้บรรลุความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิตแต่ละวัน ความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ได้แก่

1.1 การคงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ

1.2 การคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและระบายให้เป็นไปตามปกติ

1.3 การคงไว้ซึ่งความสมดุลย์ระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

1.4 การคงไว้ซึ่งความสมดุลย์ระหว่างการอยู่ตามลำพังกับการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม

1.5 การป้องกันอันตรายต่างๆต่อชีวิตหน้าที่และความเป็นปกติสุข

1.6 การส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมโดยสอดคล้องกับความสามารถตนเองและความต้องการที่จะมีความเป็นอยู่อย่างปกติสุข

2. ความต้องการดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Developmental self - care requisites) แต่เดิมโอเรมได้รวมการดูแลตนเองด้านนี้เข้าอยู่ในการดูแลตนเองโดยทั่วไป ต่อมาได้แยกออกเพื่อให้เห็นชัดเจนยิ่งขึ้น การดูแลตนเองด้านนี้เป็นการดูแลตนเองขณะเผชิญกับขั้นตอนการพัฒนาการต่างๆในวงจรชีวิต เช่น การเข้าสู่วุฒิภาวะ การตั้งครรภ์ การเข้าสู่วัยชรา รวมทั้งที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่มีความสำคัญ เช่น ความตายของบิดามารดา ญาติสนิท สามี หรือภรรยา เป็นต้น ความต้องการด้านนี้เพื่อ

2.1 ดำรงไว้ซึ่งสภาพความเป็นอยู่ที่มีผลต่อการดำรงชีวิต และส่งเสริมพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ ได้แก่ ระยะที่อยู่ในครรภ์ ระยะคลอด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่

2.2 ส่งเสริมการดูแลในด้านต่างๆ รวมทั้งการป้องกัน มีผลทำให้พัฒนาการของบุคคลเสื่อมถอยหรือขาดหาย ได้แก่ การไม่ได้รับการรักษา ปัญหาการปรับตัวเข้าสังคม ความผิดปกติทางด้านร่างกายและจิตใจ การขาดญาติพี่น้อง เพื่อน และผู้ให้ความช่วยเหลือค้ำจุน

3. ความต้องการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self - care requisites) เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองในขณะเกิดความเจ็บป่วยได้รับอันตราย หรือทุพพลภาพ อันเป็นเหตุให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงหรือไม่สามารถกระทำกิจกรรมบางอย่างที่อยู่ภายใต้การรักษาพยาบาลได้ เช่น การเป็นโรคเบาหวาน การได้รับอุบัติเหตุจนเกิดความพิการ เป็นต้นหรือมีความผิดปกติของพฤติกรรม เช่น อารมณ์แปรปรวน การเบื่อหน่าย ท้อแท้ต่อการรักษาพยาบาล เป็นต้น กิจกรรมทางด้านนี้แบ่งออกเป็น 6 ประเภท ได้แก่

3.1 เสาะหาบริการทางด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย

3.2 ตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นอันเป็นผลมาจากพยาธิสภาพนั้น

3.3 ปฏิบัติตนได้เหมาะสมตามแนวทางการรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพเพื่อผลในการป้องกันและการรักษา คงไว้ซึ่งหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และการแก้ไขปรับปรุงความพิการอันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค

3.4 รู้ถึงผลที่เกิดจากการรักษาพยาบาล เช่น ฤทธิ์ข้างเคียงของยา รู้จักสังเกตอาการผิดปกติที่เป็นผลมาจากการรักษาพยาบาล

3.5 ปรับความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองและภาพลักษณ์ของตนเอง (Body image) ยอมรับภาวะเจ็บป่วยและยอมรับว่าตนอยู่ในภาวะที่ต้องการความช่วยเหลือทางด้านการรักษาพยาบาล

3.6 เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่ตามสภาพความเป็นจริง และข้อจำกัดทางสุขภาพอนามัยของตนเอง รวมถึงมีการดำรงและส่งเสริมสุขภาพกายและจิตใจ

การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง การดูแลตนเองเป็นเรื่องของธรรมชาติ และพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม ในแนวคิดของโอเรม การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่จงใจ และมีเป้าหมาย (Orem. 1985 : 106) ซึ่งประกอบด้วย

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพินิจพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ

ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ

ระยะที่ 1 จะเห็นว่าบุคคลที่สามารถจะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่จะกระทำนั้นเหมาะสมในสภาวการณ์นั้นๆ ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้นๆ ว่าเหมาะสม จึงต้องมีความรู้มาก่อนว่าสิ่งที่ต้องกระทำนั้นจะมีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการ ดังนั้นการดูแล ตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์และสภาวการณ์ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกตการให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ มองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงสามารถพินิจพิจารณาตัดสินใจกระทำได้

ระยะที่ 2 เป็นระยะของการดำเนินการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมาย การตั้งเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลตนเอง เพราะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำ และเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเองนั้น บุคคลจะตั้งคำถามว่า ตนเองจะดำเนินการอย่างไรเพื่อจะได้กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่ได้เลือก จะกระทำอะไรบ้าง ต้องการแหล่งประโยชน์อะไรบ้าง ตนเองมีแหล่งประโยชน์เหล่านั้นหรือไม่ จะกระทำได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพหรือไม่ และจะต้องกระทำนาน เท่าใด การที่ต้องกระทำการดูแลตนเองนั้นจะขัดขวางต่อกิจกรรมอื่นๆ

ในชีวิตหรือไม่จะทราบได้อย่างไรว่าการกระทำนั้นถูกต้อง และถ้าต้องการความช่วยเหลือมีใครช่วยได้บ้าง

แม้ว่าการดูแลตนเองจะเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมายเฉพาะ แต่การดูแลตนเองนั้นจะกลายเป็นสุขนิสัยติดตัวได้ ถ้าได้กระทำไปสักระยะหนึ่งบุคคลนั้นอาจจะกระทำโดยไม่ได้ระลึกถึงเป้าประสงค์ของการกระทำ การที่จะดูแลตนเองเพื่อดำรงรักษาและส่งเสริมสุขภาพผู้ปฏิบัติจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายและเกิดสุขนิสัยในการปฏิบัติ

ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นอัตโนมัติที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของมนุษย์ ซึ่งบุคคลที่มีคุณภาพจะสร้างหรือพัฒนาการดูแลตนเองได้ การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง จะต้องประเมินความสามารถที่สัมพันธ์กับความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self – care demand) เพื่อตัดสินความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self – care deficit) โดยประเมินว่าบุคคลสามารถจะกระทำการดูแลตนเอง เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเอง (Self – care requisites) ได้หรือไม่ ถ้าไม่ได้กระทำหรือกระทำไม่ถูกต้องถือว่ามีความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self – care deficit) เพราะฉะนั้นความบกพร่องในการดูแลตนเองเกิดขึ้นเมื่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดมากกว่าความสามารถที่จะกระทำการดูแลตนเอง โครงสร้างหรือองค์ประกอบในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ คือ

1. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions)

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Power components : enabling capabilities for self – care)

3. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self–care operations)

1. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน

เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate action) โดยทั่วๆไป แบ่งออกเป็น

1. ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (Doing) ทางสรีระและจิตวิทยาแบ่งเป็นการรับความรู้สึก การรับรู้ ความจำ และการวางตนให้เหมาะสม เป็นต้น

2. คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ

ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย

1. ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผลและการใช้เหตุผล

2. หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก (Sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส

3. การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆทั้งภายในและภายนอกตนเอง

4. การเห็นคุณค่าในตนเอง

5. นิสัยประจำตัว

6. ความตั้งใจ

7. ความเข้าใจในตนเอง

8. ความห่วงใยในตนเอง

9. การยอมรับตนเอง

10. ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักเวลาในการกระทำกิจกรรมต่างๆ

11. ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

2. พลังความสามารถ 10 ประการ

โอเรม มองพลังความสามารถทั้ง 10 ประการนี้ ในลักษณะของตัวกลาง ซึ่งเชื่อมการ รับรู้และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเองไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป พลังความสามารถ 10 ประการนี้ (Orem and Taylor. 1986 :48) ได้แก่

1. ความสนใจและความเอาใจใส่ตนเองในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมภายใน – ภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2. ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่ม และการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

3. ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่มหรือปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง

4. ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง

5. มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ

6. มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

7. มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

8. มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

9. มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

10. มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคลซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

โอเรม (Orem) มองพลังความสามารถ 10 ประการนี้ ในฐานะเป็นตัวเชื่อมระหว่างความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานกับความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง

3. **ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง**

เป็นความสามารถที่จำเป็นและใกล้ชิดโดยตรงที่จะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วย ความสามารถที่จะต้องปฏิบัติดังนี้

1. ตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมาย และความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง

2. ตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สมควรและจะกระทำเพื่อสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเอง

3. ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเอง

นอกจากองค์ประกอบทั้ง 3 ประการแล้ว โอเรมยังกล่าวว่า ปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ยังเป็นปัจจัยเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการในการดูแลตนเองไม่ได้เป็นแบบเชิงเหตุเชิงผล (Causal relationship) แต่เป็นการอธิบายว่า การพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด จะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานดังต่อไปนี้ร่วมด้วย

1. อายุ
2. เพศ
3. ระยะพัฒนาการ
4. สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี
5. สภาพที่อยู่อาศัย
6. ระบบครอบครัว
7. แบบแผนการดำเนินชีวิต
8. ภาวะสุขภาพ
9. ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ
10. แหล่งประโยชน์
11. ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต

การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค

ผู้ป่วยวัณโรคเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่สามารถดูแลตนเองได้ที่บ้าน จึงจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและวิธีการดูแลตนเองที่บ้าน เพื่อสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเรม (Orem. 1985 : 90 - 99) มาใช้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยแบ่งการดูแลตนเองในด้านต่างๆ ดังนี้

1. **การดูแลตนเองโดยทั่วไป** ได้แก่

1.1 ปฏิบัติตนเพื่อให้ได้รับอากาศบริสุทธิ์ โดยไม่อาศัยอยู่ในที่ที่มีฝุ่นละอองมาก หรือในที่ที่แออัด มีการระบายอากาศไม่ดี เช่น ในโรงภาพยนตร์ ตลาดสด เป็นต้น เนื่องจากเชื้อวัณโรคทำให้เกิดแผลโพรงในปอด ทำให้ปอดแลกเปลี่ยนออกซิเจนได้น้อยลง มีผลทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น เพื่อส่งออกซิเจนไปเลี้ยงเซลล์ให้พอ ทำให้รู้สึกเหนื่อยง่าย หายใจหอบ การจัด ที่อยู่อาศัยควรจัดให้มีอากาศถ่ายเทดีและแสงแดดส่องถึง เนื่องจากแสงแดดมีแสงอุลตร้าไวโอเลตที่สามารถฆ่าเชื้อวัณโรคได้

1.2 ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว เพื่อช่วยให้ระบบไหลเวียนดีขึ้นและช่วยให้เสมหะอ่อนตัวขับออกได้ง่ายขึ้น

1.3 รับประทานอาหารที่มีสารอาหารครบ 5 หมู่ ได้แก่อาหารประเภทเนื้อต่างๆ เช่น เนื้อไก่ เนื้อหมู เนื้อปลา อาหารประเภทถั่วต่างๆ ไข่ นม แป้ง น้ำตาล ไขมันพืช ผัก ผลไม้ ให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายในภาวะเจ็บป่วย โดยเฉพาะอาหารประเภทเนื้อสัตว์ต่างๆ จะช่วยซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย ช่วยให้ร่างกายฟื้นสู่ภาวะปกติและ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน

1.4 ปฏิบัติตนให้มีการขับถ่ายปกติ โดยผู้ป่วยต้องระวังไม่ให้ท้องผูกด้วยการรับประทานอาหารที่มีกากและอาหารที่ช่วยให้ขับถ่ายได้สะดวก เช่น ผัก ผลไม้ ดื่มน้ำให้เพียงพอ ดื่มเครื่องดื่มอุ่นๆตอนเช้า หลีกเลี่ยงอาหารหรือเครื่องดื่มที่ทำให้ท้องผูก เช่น ชา หรืออาหารที่ทำให้เกิดแก๊สมาก

1.5 พักผ่อนและกระทำกิจกรรมต่างๆอย่างสมดุลย์ ควรจัดเวลาสำหรับการพักผ่อนในแต่ละวันให้สม่ำเสมอและเพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย ควรได้มีการนอนหลับวันละ 7 – 9 ชั่วโมง และจัดเวลาพักผ่อนในช่วงกลางวัน 1 - 2 ชั่วโมงด้วย

1.6 ดูแลความสะอาดของร่างกาย สิ่งแวดล้อม เครื่องนุ่งห่ม เครื่องใช้ต่างๆ เช่น นำที่นอนออกผึ่งแดดอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง ควรทำความสะอาดบ้านทุกวัน เป็นต้น

1.7 หลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ทำให้อารมณ์เสียหรืออารมณ์ตึงเครียด ซึ่งอาจใช้วิธีผ่อนคลาย เช่น เปิดใจให้กว้าง การนั่งสมาธิ การไม่เคร่งเครียดต่อระเบียบกฎเกณฑ์มากเกินไป

2. **การดูแลตนเองตามพัฒนาการ**

2.1 ประกอบอาชีพของตนตามความเหมาะสมของสภาพร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคปอดจะเกิดพยาธิสภาพที่ปอดทำให้ปอดไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ ดังนั้นไม่ควรปฏิบัติงานในที่มีฝุ่นละอองมากๆ เป็นต้น

2.2 มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนได้ตามความเหมาะสมกับภาวะสุขภาพ แต่ควรงดเว้นการมีเพศสัมพันธ์ในระหว่างที่โรคยังมีอาการรุนแรง และในระยะ 2 สัปดาห์แรกของการรักษา

2.3 ระมัดระวังการแพร่กระจายเชื้อ ไปสู่เด็กแรกเกิด – 5 ปี ถ้าผู้ป่วยต้องทำหน้าที่เลี้ยงดูเด็กตามบทบาทของบิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก ควรแยกนอนจากเด็กในระยะที่โรคมีอาการรุนแรง หรือในระยะ 2 สัปดาห์แรกของการรักษา และไม่ควรไอ จาม รดหน้าเด็ก เนื่องจากผู้สัมผัสโรคกลุ่มนี้มีภูมิต้านทานค่อนข้างต่ำ และผู้ป่วยด้วยโรคทางเดินระบบหายใจอื่นๆ เช่น โรคหวัด โรคปอดบวม ผู้ป่วยหลังผ่าตัด หรือผู้ป่วยระยะพักฟื้น เป็นต้น โดยใช้ผ้าปิดปากและจมูกเวลาไอ หรือจาม

3. **การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนสุขภาพ**

3.1 การมารับยาและการตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อผลในการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องและช่วยให้ติดตามความก้าวหน้าของโรคว่าเปลี่ยนแปลงไปทางใด มีอาการแทรกซ้อนหรือไม่ และแพทย์สามารถประเมินปัญหาที่อาจเกิดจากฤทธิ์ของยา หรือการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งช่วยให้ได้ข้อมูลอันเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

3.2 รับประทานยาถูกต้องครบถ้วนตามแผนการรักษาโดยรับประทานยาตามขนาดและเวลาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อผลในการควบคุมโรค ไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาและควรหลีกเลี่ยงการรับประทานยาชนิดอื่นที่ไม่ได้อยู่ในแผนการรักษาหรือไม่ได้รับการแนะนำจากแพทย์ เพราะอาจเป็นการเสริมฤทธิ์หรือขัดขวางการออกฤทธิ์ของยาที่ได้รับอยู่ หรืออาจเกิดปฏิกิริยาต่อกันได้

3.3 สังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้จากใช้ยา เช่น ผื่นคัน คลื่นไส้อาเจียน ปวดท้อง ปวดตามข้อ ตัวเหลือง ตาเหลือง เป็นต้น หากพบอาการผิดปกติควรรีบไปปรึกษาแพทย์ทันที

3.4 ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค โดยปิดปากทุกครั้งที่มีอาการไอหรือจาม บ้วนเสมหะ หรือน้ำลาย ลงในภาชนะรองรับที่สามารถนำไปเผาทำลาย

3.5 ทำลายเชื้อวัณโรคที่ปนเปื้อนอยู่ในเครื่องนุ่งห่ม เครื่องใช้อื่นๆ เช่น หมอน ผ้าเช็ดหน้า ผ้าห่ม เป็นต้น โดยซักทำความสะอาดและผึ่งแดดให้แห้ง

3.6 การปฏิบัติตนเพื่อบรรเทาอาการของโรค จิบน้ำอุ่นเมื่อไอมากๆ หรือบริหารปอด โดยสูดอากาศบริสุทธิ์ในตอนเช้า ช่วยในการบริหารกล้ามเนื้อทรวงอกให้แข็งแรง และปอดได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้น

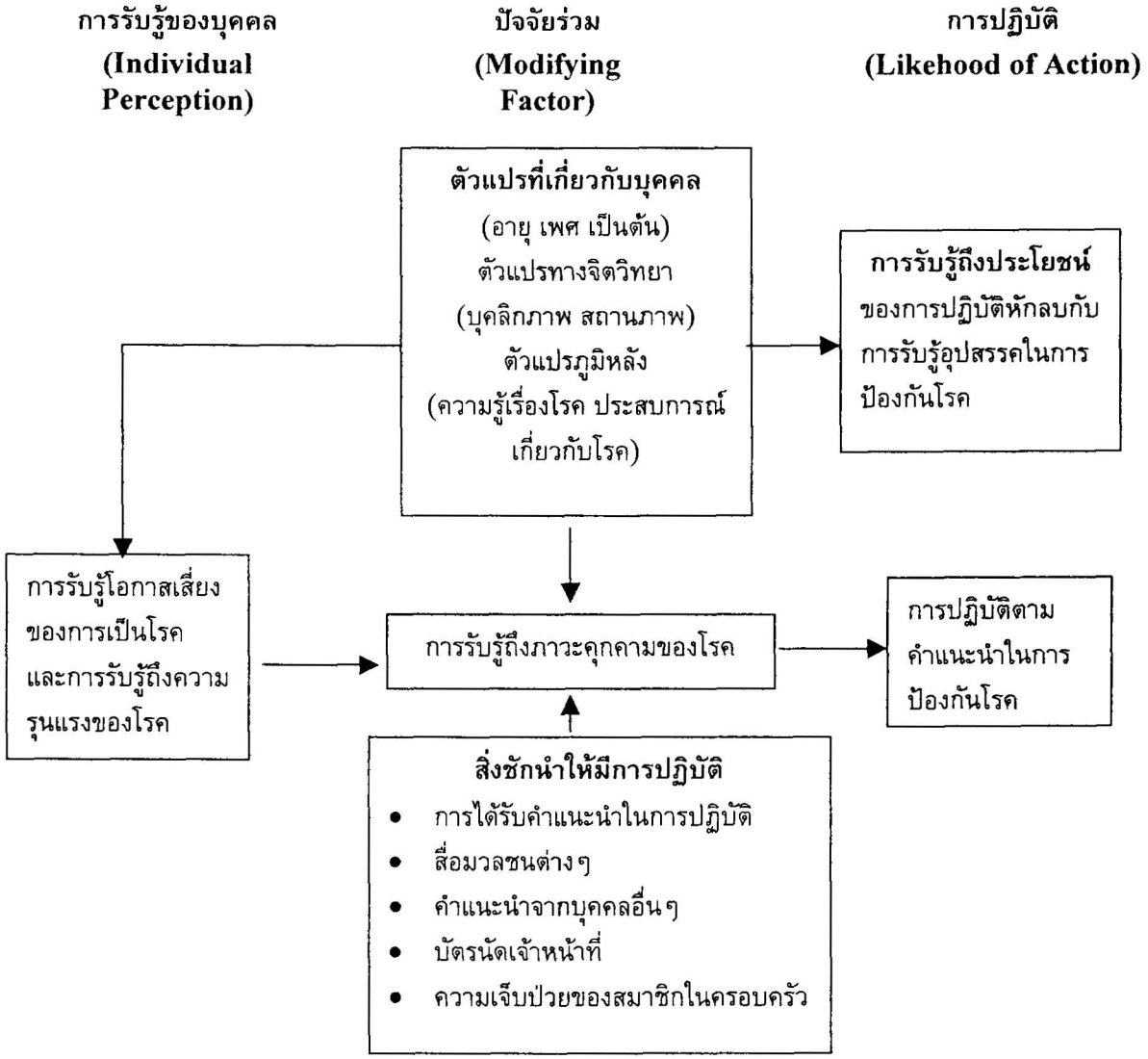
3.7 ควรงดพฤติกรรมที่ทำให้โรคหายช้า หรือทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ซึ่งทำให้การรักษาไม่ได้ผล เนื่องจากการสูบบุหรี่ทำให้พยาธิสภาพและประสิทธิของปอดทำงานเลวลง ส่วนการดื่มสุราจะมีผลทำให้การทำงานของร่างกายหลายระบบเสื่อมลงโดยเฉพาะตับ ทำให้เกิดภาวะตับอักเสบได้ง่าย และยังมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงเร็วขึ้น การรักษาจึงไม่ค่อยได้ผล

3.8 ดัดแปลงมโนทัศน์และภาพลักษณ์ในการที่จะยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของตนเอง และยอมรับถึงความจำเป็นในการในการรักษา รวมทั้งการปรับบทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาบุคคลอื่น การพัฒนาและคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของตนเอง

แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ได้ถูกพัฒนาขึ้นมาครั้งแรกเมื่อ ค.ศ.1950 โดยกลุ่มนักจิตวิทยาสังคม คือ Hochbaum, Kegeles, และ Rosenstock พื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีสนาม (Field theory) และทฤษฎีแรงจูงใจของ Kurt Lewin ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำ หรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตน และจะหนีจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา ต่อมา Rosenstock (1974 : 9) ได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาดัดแปลงและเผยแพร่ โดย Rosenstock เชื่อว่าบุคคลจะหลีกเลี่ยงหรือป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรคก็ต่อเมื่อเขามีความเชื่อดังต่อไปนี้ คือ 1) เชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น 2) เชื่อว่าเมื่อเกิดเป็นโรคขึ้นจะทำให้เกิดความรุนแรงและกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน และ 3) เชื่อว่าพฤติกรรมที่เขาจะกระทำมีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคได้ โดยที่การกระทำนั้นจะต้องไม่เกิดผลเสียหรือผลลบต่อเขา เช่นความไม่สุขสบาย ความเจ็บปวด ความอาย หรือต้องเสียค่าใช้จ่ายที่สูงเกินไป

นอกจากนี้ในแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรก เพื่อใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคนั้น ยังประกอบด้วยตัวแปรต่างๆ ที่เป็นสิ่งชักนำให้บุคคลปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค และตัวแปรทางด้านประชากร ซึ่งลักษณะโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพดังกล่าวมีส่วนประกอบสำคัญ ดังแสดงในภาพประกอบ 4 (กระทรวง สาธารณสุข. 2542 : 20 ; อ้างอิงจาก Becker, et al. 1974. *American Journal of Public Health.* p.206)



ภาพประกอบ 4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ใช้ในการทำนายการป้องกันโรค

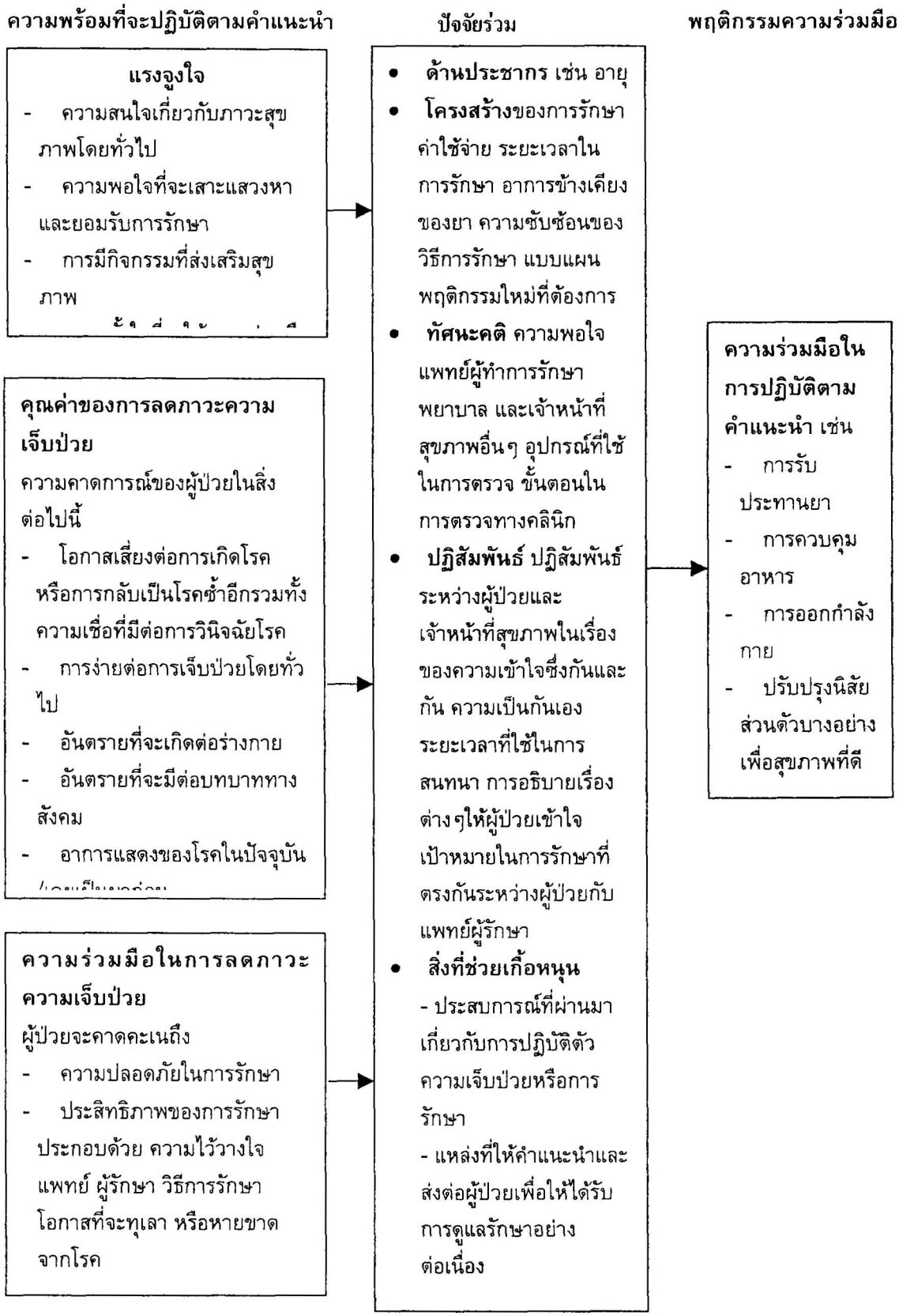
เนื่องจากแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ในระยะแรกใช้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลเฉพาะในเรื่องการป้องกันโรคเท่านั้น Karl และ Cobb (1966 : 246) จึงได้ประยุกต์พฤติกรรมความเจ็บป่วยเข้าไปในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อให้สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของบุคคลให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น และได้แบ่งพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของบุคคลไว้ 3 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Health behaviors) หมายถึง การกระทำกิจกรรมใดๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันโรค หรือค้นหาโรคในระยะแรกที่ไม่มีอาการ

2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness behaviors) หมายถึง กิจกรรมใดๆ ที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบายเพื่อประเมินความเจ็บป่วยและรับการรักษาที่เหมาะสม

3. พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick role behaviors) หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ นั้น มีจุดประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้นได้ เช่น การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย และการให้ความร่วมมือในการรักษา เป็นต้น

เมื่อแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพได้ถูกนำมาใช้ระยะเวลาหนึ่ง ได้มีนักวิชาการและนักวิจัยหลายท่านที่พยายามศึกษาวิจัยและได้เสนอแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพที่แตกต่างกันออกไป แต่ผลการวิจัยที่ได้ก็ยังไม่เป็นระบบเพียงพอที่จะใช้ทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ และบางครั้งผลการวิจัยก็มีความขัดแย้งกัน ต่อมา เบคเกอร์และไมแมน (Becker & Maiman. 1974 : 348) จึงได้พัฒนาปรับปรุงแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพเพื่อใช้อธิบาย หรือทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยขึ้นใหม่เพิ่มเติมจากที่ Rosenstock ได้ศึกษาไว้ โดยนำทฤษฎีทางจิตสังคมมาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคล โดยอธิบายถึง พฤติกรรมในการตัดสินใจโดยเพิ่มองค์ประกอบขึ้นอีก เพื่ออธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมอื่นๆที่สัมพันธ์กับการรักษาโรค โดยเน้นที่แรงจูงใจทางด้านสุขภาพของบุคคลที่แสวงหาการรักษาโรค และเพิ่มองค์ประกอบร่วม (Modifying and enabling factor) ซึ่งรวมตัวแปรทางด้านประชากรและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cue to action) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจะปรับปรุงความสามารถในการทำนายพฤติกรรม (Predictability of health behaviors) ได้ดีขึ้น ดังแสดงในภาพประกอบ 5 (กระทรวงสาธารณสุข. 2542 : 20 ; อ้างอิงจาก Becker, et al. 1974. *Health Education Monograph*. p.416)



ภาพประกอบ 5 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใช้ทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย

จากภาพประกอบ 5 สามารถสรุปเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพที่ใช้ทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเอง ประกอบด้วย องค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ซึ่งแตกต่างกันออกไปแต่ละบุคคล กล่าวคือ ความเชื่อมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย เพื่อหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรค โดยการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพในระดับที่แตกต่างกัน ซึ่งฮอชบาม (Hochbaum. 1958 : 1 – 28) ได้กล่าวว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคนั้นเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่นที่จะส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ เบคเกอร์จึงสรุปว่า บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี โดยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ (Orem. 1985 : 90 - 99) เป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคของบุคคลได้ (Becker, et al. 1977 :366)

2. การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (Perceived serverity) หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อว่า การเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคนั้นๆ มีความรุนแรงต่อสุขภาพ ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนาน และอันตรายที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของผู้ป่วย เนื่องจากเป็นการประเมินด้วยตนเองของผู้ป่วย ดังนั้นอาจเป็นความวิตกกังวลของผู้ป่วยมากกว่าความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง คือ แม้ว่าผู้ป่วยจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่ถ้าไม่มีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยนั้นมีความรุนแรง ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย และมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคม ผู้ป่วยอาจไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา และไม่สนใจในการดูแลตนเอง

3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อที่จะลดภาวะความเจ็บป่วยจากการให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นตัวแปรเกี่ยวกับการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา (Perceived benefits) เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อความปลอดภัยในการรักษา และประสิทธิภาพของการรักษา ซึ่งประกอบไปด้วยความไว้วางใจแพทย์ผู้ทำการรักษา วิธีการรักษา หรือโอกาสที่จะทุเลา หรือหายขาดจากโรค

4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived barrier) หมายถึงการรับรู้ถึงอุปสรรค เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ได้แก่ การรับรู้ถึงความไม่สะดวก ค่าใช้จ่ายราคาแพง ความละอาย เป็นต้น ฉะนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติในสิ่งที่แพทย์แนะนำหรือไม่นั้น จะขึ้นอยู่กับการ ชั่งน้ำหนัก ข้อดี ข้อเสียของพฤติกรรมดังกล่าว โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เชื่อว่ามีผลดีมากกว่าผลเสีย โรเซนสต๊อก (Rosenstock. 1974 : 331) กล่าวถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติว่า

ถ้าบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติสูงในขณะที่มีอุปสรรคต่อการปฏิบัติสูง ทำให้เกิดข้อขัดแย้งทางด้านจิตใจยากแก่การแก้ไข บุคคลนั้นจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) หมายถึง ลักษณะทางอารมณ์ของบุคคลที่ถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าต่างๆ เช่น ข่าวสาร คำแนะนำต่างๆ โดยแรงจูงใจนี้จะทำให้เกิดความตระหนัก หรือความสนใจต่อสุขภาพโดยทั่วไป ความพอใจที่จะเสาะแสวงหา และความพร้อมที่จะยอมรับการรักษา ความตั้งใจที่จะให้ความร่วมมือในการรักษา แรงจูงใจร่วมกับการรับรู้ด้านต่างๆ และปัจจัยร่วมจะมีส่วนผลักดันให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาได้

6. ปัจจัยร่วมและสนับสนุน (Modifying and enabling factors) เป็นปัจจัยที่มีส่วนส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ ได้แก่

6.1 ด้านประชากร (Demographic) เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น การศึกษาเรื่องเพศกับพฤติกรรมสุขภาพพบว่าเพศหญิงมีแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปและไปรับการตรวจรักษาเมื่อเจ็บป่วยมากกว่าเพศชาย

6.2 ด้านโครงสร้างการรักษา (Structural) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับความต้องการเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ระยะเวลาในการรักษา ความซับซ้อนของวิธีการรักษา อาการข้างเคียงของยาที่ใช้

6.3 ด้านทัศนคติ (Attitudes) เป็นความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยที่มีต่อการรักษา ได้แก่ ความพึงพอใจต่อแพทย์ผู้ทำการรักษา ความพอใจต่อขั้นตอนการมารับบริการ ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ป่วยยอมรับและปฏิบัติตามแผนการรักษา

6.4 ด้านปฏิสัมพันธ์ (Interaction) เป็นลักษณะ ชนิด และความสม่ำเสมอของปฏิสัมพันธ์ ตลอดจนความเข้าใจซึ่งกันและกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ความเป็นกันเอง และวิธีการอธิบายเรื่องราวต่างๆ ให้ผู้ป่วยเข้าใจเป้าหมายในการรักษาให้ตรงกัน

6.5 ด้านการสนับสนุน (Enabling) เป็นปัจจัยที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ แนวทางปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ถูกต้อง ซึ่งได้แก่ ประสบการณ์ต่างๆ จากการปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วยหรือจากแผนการรักษา รวมทั้งแหล่งที่ให้คำแนะนำ และส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพสามารถใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมของบุคคลในด้านการเจ็บป่วยและการป้องกันโรค มีส่วนในการผลักดันให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม

แรงสนับสนุนทางสังคม

กลวิธีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีที่เป็นผลมาจากการศึกษาทางสังคมจิตวิทยา ซึ่งพบว่า "การตัดสินใจส่วนใหญ่ของบุคคลจะขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลผู้ซึ่งมีความสำคัญและมีอำนาจเหนือตัวเราอยู่ตลอดเวลา" และได้ถูกนำมาใช้ในการแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ต่อมามีผู้ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในการให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการรักษาโรค เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การให้ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอ การมีพฤติกรรมที่เอื้ออำนวยต่อการรักษาโรค เช่นการออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ เป็นต้น จากแนวคิดเรื่องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งกล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลจะสามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยการสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยช่วยเตือนและให้ความช่วยเหลือสนับสนุนแก่ผู้ป่วย จะช่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งนำไปสู่การมีพฤติกรรมด้านอนามัยที่ดี

ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม

ไวส์ (Weiss. 1976 : 172) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือการรู้สึกอิ่มใจหรือพึงพอใจต่อความต้องการ ซึ่งเกิดจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในสังคมซึ่งประกอบด้วยความรักใคร่ผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม การรับรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

คาห์น (Kahn. 1979 : 85) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งรวมเอาสิ่งต่อไปนี้หนึ่งอย่างหรือมากกว่า การแสดงออกถึงความพึงพอใจของบุคคลหนึ่งต่ออีกบุคคลหนึ่ง การรับรองการพฤติกรรมของบุคคล อาจโดยการรับรู้หรือการแสดงออกถึงการยอมรับนั้น การให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของ เงินทอง หรืออื่นๆ

คอปป์ (Cobb. 1976: 300) อธิบายความหมายของคำว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งจำเป็นตลอดช่วงชีวิตทำให้บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กันซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและเป็นการสื่อสารที่ให้ผลในทางบวก ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่า ตนเองมีคุณค่า

ทอยส์ (Thoits. 1982 : 147) ได้ให้ความหมายว่า การที่บุคคลในเครือข่ายสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของ หรือข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยหรือความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น และเห็นว่าเป็นมโนทัศน์หลายมิติ ซึ่งพิจารณาเพียงมิติใดมิติหนึ่งไม่ได้ ต้องพิจารณารวมกับทุกคน

ไดมอนด์ และโจนส์ (Diamond & Jones. 1983 cited by Hubbard et al., 1983 : 266) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการสื่อสารที่ให้ผลในทางบวก ซึ่งทำให้บุคคลมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ การอยู่ร่วมกันในสังคมและเป็นการถ้อยทีถ้อยอาศัยกัน

ทิลเดน และวีเนอร์ (Tilden & Weinert. 1987 : 62) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับจิตใจ และเป็นการที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ของเครือข่ายทางสังคมทำให้มีการถ้อยทีถ้อยอาศัยกัน

เพนเดอร์ (Pender. 1996 : 257) ให้คำนิยาม การสนับสนุนทางสังคมว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมทำให้มีผลทางด้านจิตใจเกิดความรู้สึกในการเป็นเจ้าของ การเป็นที่ยอมรับ การได้รับความรักและรู้สึกมีคุณค่าซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับทุกคน

บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2528 : 594) ให้ความหมาย แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือด้านจิตใจและก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพผู้รับ ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมอาจได้รับจากบุคคลในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และ/หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

จากแนวคิดและความหมายของ แรงสนับสนุนทางสังคม ที่กล่าวมาจึงสรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม ประกอบด้วยการได้รับความผูกพันใกล้ชิด การมีส่วนร่วมในสังคม การได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเงิน แรงงาน หรือวัตถุสิ่งของต่างๆ ซึ่งบุคคลอื่นในสังคมนั้นอาจเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ หรือหลายบุคคลร่วมกัน ทำให้ผู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเกิดความรู้สึกผูกพัน

หลักการสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม

บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2528:594) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยหลัก 4 ประการ ดังนี้

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่าง "ผู้ให้" และ "ผู้รับ" แรงสนับสนุนทางสังคม
2. ลักษณะของการติดต่อสื่อสารนั้นจะต้องประกอบด้วย
   - ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ "ผู้รับ" เชื่อว่ามีคนที่สนใจเอาใจใส่มีความรักความหวังดีต่อตนอย่างจริงจัง
   - ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ "ผู้รับ" รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม
   - ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ "ผู้รับ" เชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและสามารถทำประโยชน์แก่สังคมได้
3. ปัจจัยนำเข้าของแรงสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือแรงสนับสนุนทางสังคม
4. จะต้องช่วยให้ "ผู้รับ" ได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการในที่นี้คือ การมีสุขภาพดี

แหล่งสนับสนุนทางสังคม

จริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2531: 99) กล่าวถึง แหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยแบ่งตามกลุ่มสังคมออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ

1. กลุ่มสังคมปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน
2. กลุ่มสังคมทุติยภูมิ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพและกลุ่มสังคมอื่นๆ

อุบล นิวัติชัย (2527: 285) อ้างถึงแนวคิดของแคปแลน เกี่ยวกับการจัดกลุ่มบุคคลซึ่งเป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Spontaneous on natural supportive system) ประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภท คือ

ประเภทที่ 1 เป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง (Kin) ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน

ประเภทที่ 2 ครอบครัวใกล้ชิด (Kinth) ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนรู้จัก คนคุ้นเคย คนที่ทำงานเดียวกัน

2. องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน (Organized support) หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มารวมตัวกันเป็นหน่วย เป็นชมรม สมาคม ที่ไม่ใช่กลุ่มที่จัดโดยกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น สมาคมผู้สูงอายุ

3. กลุ่มผู้ช่วยเหลือทางวิชาชีพ (Professional health care workers) หมายถึง การที่บุคคลอยู่ในวงการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนโดยอาชีพ

กอต์ตลิบ (จริยาวัตร คมพยัคฆ์. 2531 : 101; อ้างอิงจาก Gottlieb. 1985) แบ่งระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับกว้าง (Macrolevel) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วมหรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ และการดำเนินวิถีชีวิตในสังคม

2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzolevel) เป็นการมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่ายสังคมด้วยการวัดอย่างเฉพาะเจาะจงถึงกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธภาพกันอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน ชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับนี้คือ การให้คำแนะนำ การช่วยด้านวัตถุ ความเป็นมิตร และการสนับสนุนด้านอารมณ์

3. ระดับแคบหรือระดับลึก (Microlevel) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อว่า คุณภาพของความสัมพันธ์มีความสำคัญมากกว่าปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ แหล่งของแรงสนับสนุน ได้แก่ คู่สมรส บุตร และสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีใกล้ชิดทางด้านอารมณ์มากที่สุด

เพนเดอร์ (Pender. 1996: 257-259) ได้แบ่ง แหล่งสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 5 ประเภท ดังนี้

1. กลุ่มที่มีความผูกพันธ์ตามธรรมชาติ (Natural support group) ได้แก่ ครอบครัวซึ่งเป็นกลุ่มการสนับสนุนทางสังคมระดับปฐมภูมิ ครอบครัวที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมนั้นสมาชิกในครอบครัวต้องรับรู้ถึงความต้องการซึ่งกันและกัน มีการติดต่อสื่อสารภายในครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ มีความนับถือหรือการยอมรับความต้องการของส่วนรวม และมีการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2. กลุ่มเพื่อน (Peer support system) ประกอบด้วย กลุ่มบุคคลที่ทำหน้าที่อย่างไม่เป็นทางการ โดยคนกลุ่มนี้เคยได้รับประสบการณ์ที่มีผลกระทบรุนแรงในชีวิต และประสบความสำเร็จในการปรับตัวและมีพัฒนาการในทางที่ดีขึ้น ทำให้คนกลุ่มนี้มีความเข้าใจอย่างซาบซึ้งเกิดขึ้นในตนเอง จึงสามารถให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาในส่วนที่คล้ายกับประสบการณ์ที่เคยประสบมา

3. กลุ่มองค์กรทางศาสนา (Organized religious system) เช่น บุคคลที่โบสถ์ หรือกลุ่มองค์กรศาสนาอื่นๆ ที่มีการพบปะในสถานที่ที่ทางกลุ่มศาสนานั้นๆ จัดไว้ให้ เพื่อให้การช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลในศาสนานั้นๆ แบ่งปันความรู้สึกมีคุณค่า ความเชื่อเกี่ยวกับจุดมุ่งหมายในชีวิต ธรรมเนียมปฏิบัติเกี่ยวกับพิธีสักการะบูชาทางศาสนา แนวทางการดำเนินชีวิต และให้การช่วยเหลือสนับสนุน เพื่อให้บุคคลบรรลุถึงการมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดี

4. กลุ่มองค์กรที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งเป็นกลุ่มผู้ให้การดูแล หรือผู้ช่วยเหลือในวิชาชีพ (Organized system of caregiving of helping professional) ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลสุขภาพ ผู้ช่วยเหลือที่มีทักษะเฉพาะด้านและการบริการที่เสนอให้แก่ผู้ป่วย บุคคลจะแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มนี้ก็ต่อเมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อนไม่เพียงพอ หรือการสนับสนุนนั้นไม่ได้ผล หรืออาจถูกใช้ไปหมดแล้ว ซึ่งกลุ่มบุคคลในวิชาชีพด้านสุขภาพนี้จะเข้ามาช่วยเหลือสนับสนุนในส่วนที่ขาดหรือพร่องนี้ได้

5. กลุ่มองค์กรที่ไม่ได้จัดตั้งโดยกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Organized support groups not directed by health professionals) ประกอบด้วย กลุ่มอาสาสมัครและกลุ่มที่ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน กลุ่มอาสาสมัครเป็นกลุ่มที่ให้ความช่วยเหลือบุคคลซึ่งมีความต้องการบางอย่าง โดยที่เขาไม่สามารถจะตอบสนองต่อความต้องการของตนเองได้ ส่วนกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นกลุ่มที่พยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิก หรือส่งเสริมการปรับตัวเพื่อเปลี่ยนแปลงชีวิต เช่น กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง กลุ่มบุคคลที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของโรคหรือกลุ่มที่มีสมาชิกภายในครอบครัวมีความพิการ

ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

เพนเดอร์ (Pender. 1996: 257) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการให้ความช่วยเหลือสนับสนุน การมีส่วนร่วมซึ่งอาจเป็นการช่วยเหลือในสภาวะซึมเศร้า

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) เป็นการช่วยเหลือบุคคลให้เกิดความเข้าใจว่าควรทำอย่างไรถึงจะมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์ต่อตนเอง

3. การช่วยเหลือด้านทรัพยากร (Instrumental aid) เป็นการช่วยเหลือด้านแรงงานเพื่อให้บุคคลมีเวลาในการทำกิจกรรมด้านอื่น

4. การยอมรับ (Affirmation) การยอมรับจะช่วยให้แต่ละบุคคลเข้าใจภาวะและศักยภาพที่เป็นจริงของตนเอง

เฮาส์ (Tiden & Weinert. 1987 : 62; cited House.1981) ได้แบ่งประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ การให้กำลังใจ การแสดงความรักความผูกพันต่อกัน การยอมรับนับถือและเห็นคุณค่าระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกัน

2. การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ (Appraisal support) หมายถึง การได้รับข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) การเห็นพ้องและให้การยอมรับพฤติกรรมผู้อื่น (Affirmation) เพื่อนำไปใช้ประเมินตนเองซึ่งทำให้เกิดความมั่นใจและทำให้รู้สึกเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การให้ข้อมูล การตักเตือน การให้คำปรึกษาที่สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากการเจ็บป่วยนั้นๆ ได้

4. การสนับสนุนด้านสิ่งของหรือบริการ (Instrumental support) หมายถึง พฤติกรรมการช่วยเหลือในรูปวัตถุหรือสิ่งของ เวลา เงิน หรือแรงงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ

คูโทรนา และรัสเซล (Cutrona & Russel. 1990 cited by Sarafino. 1994 : 103) ได้แบ่งประเภทแรงสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 5 ประเภท ดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการได้รับการสนับสนุนทางด้านกำลังใจ ความรู้สึกซึ่งทำให้ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนมีความรู้สึกอบอุ่น

2. การสนับสนุนยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นการได้รับการสนับสนุนทางด้านกำลังใจ ความรู้สึกซึ่งทำให้ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนมีความรู้สึกอบอุ่น

3. การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental support) เป็นการได้รับการสนับสนุนโดยให้ความช่วยเหลือทางด้านการเงินหรือได้รับความช่วยเหลือด้านอื่นๆ

4. การสนับสนุนทางด้านข้อมูล (Informational support) เป็นการได้รับการสนับสนุนทางด้านคำแนะนำ ข้อเสนอแนะหรือข้อมูลป้อนกลับ

5. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Network support) เป็นการสนับสนุนโดยได้รับว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความรู้สึกว่าได้เป็นสมาชิกของกลุ่มที่มีความสนใจ และมีการกระทำกิจกรรมร่วมกัน

โคเฮน และวิลล์ (Cohen & Will. 1985 : 310 - 353) ได้ทำการศึกษาเพื่ออธิบายกลไกการสนับสนุนทางสังคมและภาวะสุขภาพของมนุษย์ทางด้านร่วงกายและจิตใจ โดยสรุปผลการศึกษาไว้ 2 ประการ ดังนี้

1. แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ (The main effect model) การได้รับความช่วยเหลือโดยตรงจะทำให้บุคคลเกิดอารมณ์ที่มั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเองมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและเป็นไปอย่างถูกต้อง แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายและระบบฮอร์โมน โดยบุคคลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีภาวะสุขภาพดี มีความสุขมากกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

2. แรงสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อการดูดซับหรือบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียด (Buffering effect model) โดยจะป้องกันไม่ให้บุคคลเกิดความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความเครียดทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองไร้ค่าหมดหนทางแก้ไข การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยปกป้องบุคคลจากภาวะเครียดได้โดยช่วยให้บุคคลประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นไม่ว่าจะรุนแรงหรือไม่ก็ตาม เพราะแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้รู้สึกว่าเมื่อมีอะไรเกิดขึ้นจะมีคนคอยช่วยเหลือ และช่วยลดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียดที่มีผลต่อร่างกายโดยตรง ลดการรับรู้ปัญหาซึ่งมีผลต่อระดับฮอร์โมนทำให้รับรู้ต่อความเครียดน้อยลง

สรุปได้ว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่าตนเองได้รับการเอาใจใส่และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าซึ่งทำให้มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ถ้าบุคคลได้รับคำแนะนำทางด้านสุขภาพจะทำให้ผู้นั้นมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องซึ่งมีผลทำให้มีสุขภาพดี

ผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับความห่วงใย ความเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว ได้รับคำแนะนำ ความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับการสนับสนุนสิ่งของ และคำแนะนำทางด้านสุขภาพจะทำให้ผู้ป่วยวัณโรคมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

งานวิจัยในต่างประเทศ

พาเจล (Pagel. 1964 : 64) ศึกษาเกี่ยวกับพยาธิสภาพและการตายด้วยวัณโรคปอด ผลการศึกษาพบว่า ด้านอาชีพมีส่วนส่งเสริมให้เกิดพยาธิสภาพในปอด บุคคลที่ทำงานในโรงงานที่ไม่มีอากาศถ่ายเทเพียงพอ สถานที่ทำงานที่มีฝุ่นละอองของซิลิกา หรือทำงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคปอด มีโอกาสเป็นวัณโรคได้สูง

เดติ (Ndeti. 1972 : 402) ศึกษาผู้ป่วยที่ขาดการรักษา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ขาดการรักษาและไม่มาตรวจร่างกาย และเอกซเรย์อีกตามที่แพทย์นัด เนื่องจากสาเหตุการขาดแคลนเงินค่ารถที่จะเดินทางมารับบริการ และพบว่าสาเหตุหนึ่งที่การรักษาไม่ได้ผล เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคปอดขาดความเข้าใจอย่างชัดเจนในขบวนการรักษา

แลงกี (Langai. 1977 : 244-260) ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกัน วัณโรคทั้งพฤติกรรมทางอ้อม ได้แก่ การซื้อของ การเดินถนน พฤติกรรมทางตรง ได้แก่ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การใช้ยา การไปรับการตรวจเบื้องต้น การไปรับภูมิคุ้มกันโรค ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 383 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางตรงและทางอ้อมที่ป้องกันโรคได้

สโลน และ สโลน (Slone & Slone. 1981 : 717-718) ได้ศึกษาการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคในประเทศปากีสถาน ค.ศ.1981 พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มารับยา ซึ่งมีอัตราสูงถึงร้อยละ 66 โดยผู้ป่วยที่ขาดยาร้อยละ 50 ไม่มารับการรักษาใน 3 เดือนแรก ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่รู้สึกว่าตนเองดีขึ้นภายหลังมารับการรักษา 2-3 ครั้ง ทำให้แรงจูงใจที่จะมารับการรักษาต่อลดลง

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

แฮลลอน (Hallal. 1982 : 137-142) ศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจเต้านมของเพศหญิง ในกลุ่มตัวอย่าง 201 คน ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แต่ในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์

กับความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดย 1 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพดี และมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นบางครั้งเท่านั้น

ฮับบาร์ด และคณะ (Hubbard, et al. 1984 : 266-269) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในด้านสุขภาพโดยศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพปกติ 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 มีอายุ 55 ปี อายุเฉลี่ย 70 ปี จำนวน 94 ราย กลุ่มที่ 2 มีอายุระหว่าง 15-77 ปี อายุเฉลี่ย 44 ปี จำนวน 133 ราย ใช้แบบสอบถามแผนการดำเนินชีวิต (The life style questionnaire) ที่สร้างโดยบราวน์ และคณะ ซึ่งวัดกิจกรรมการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การป้องกันอันตราย การใช้ยา การป้องกันโรค ซึ่งอาศัยแนวคิดของไวสส์ (Weiss. 1974 : 17-26) วัดแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษา พบว่าคนที่แต่งงานแล้วมีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าคนที่เป็นโสด และ คนที่เป็นโสดจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องจากคนที่แต่งงานแล้วได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ จากคู่สมรส จึงทำให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าคนที่ไม่ได้แต่งงาน

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

เคเนดี้ ,โบรบาท และดอร์แมน (Kennedy, Probart & Dorman. 1991 : 19 – 329) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เรื่องกัมมันตภาพรังสี ความห่วงใยต่อสุขภาพ ค่านิยมทางสุขภาพ และความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตน กับพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในเขตเมือง จำนวน 229 ราย เก็บข้อมูลจากแบบสำรวจที่ได้รับตอบกลับทางไปรษณีย์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับกัมมันตภาพรังสีมากกว่าจะสนใจติดตามข่าวสารและมีพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับกัมมันตภาพรังสีน้อย

อัลลาด (Allard. 1989 : 448-452) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในเรื่องโรคเอดส์ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ในกลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 18-65 ปี จำนวน 1,072 คน ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มที่มีอายุน้อย และมีสถานภาพโสด มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์มาก เรื่องของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา มีความสัมพันธ์ต่อการระมัดระวังมิให้เกิดการเจ็บป่วย และการดูแลสุขภาพของตนเอง

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

เบอร์เทรา (Bertera. 1990:214) ศึกษาความสัมพันธ์ของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีการปฏิบัติตัวเพื่อการส่งเสริมสุขภาพดีขึ้นและมีภาวะสุขภาพดีขึ้น

อิมมานส์ (Aymanns. 1995 : 107-124) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาโรคและการสนับสนุนของครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 169 ราย ผลการศึกษาพบว่า การได้รับกำลังใจจากครอบครัวส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่เข้มแข็ง ช่วยให้การรับรู้ การยอมรับต่อโรคและการร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยดีขึ้น

งานวิจัยในประเทศ

สมทรง ศุภศิลป์ (2526 : ก - ข) ศึกษาวิจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาและบุตรในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ความเชื่อต่อโอกาสที่จะเป็นโรค ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค และการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงจากแหล่งต่างๆ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในทิศทางเดียวกันและครอบครัวที่มีรายได้ครัวเรือนต่อปีสูงกับครอบครัวที่มีอาชีพไม่ใช่เกษตรกรรม จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงมากกว่าครอบครัวที่มีรายได้น้อย ส่วนปัจจัยด้านอายุ การศึกษา รายได้ของครัวเรือนต่อปี จำนวนบุตรที่เสียชีวิต ประสบการณ์ที่เคยเห็นและเคยเป็นโรคอุจจาระร่วง และได้รับคำแนะนำเรื่องโรคอุจจาระร่วงจากแหล่งต่างๆ ไม่มีอิทธิพลต่อความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วง

วัลภา ผิวทน (2527 : 44) ศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีผลต่อการป้องกันโรค การรักษาและการส่งเสริมสุขภาพ บุคคลใดที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคดี จะเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเองดี ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการรักษาและมีคุณค่าในการทำนายพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วย ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาตามคำสั่งของแพทย์อย่างถูกต้องและให้ความร่วมมือมารับการตรวจตามแพทย์นัด

กอบแก้ว คุตตวัส (2527 : 94 - 95) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มารับการรักษาที่ศูนย์ราชบุรี จำนวน 224 ราย โดยการติดตามศึกษาเป็นเวลา 12 เดือน ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยที่มีฐานะเศรษฐกิจและสังคมสูงจะมารับการรักษาสม่ำเสมอกว่าผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ

2. ผู้ป่วยที่มีความรู้เรื่องวัณโรคปอดสูงจะมารับการรักษาสม่ำเสมอกว่าผู้ป่วยที่มีความรู้ระดับต่ำ

3. ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลต่อเรื่องค่าใช้จ่ายในการมารักษาต่ำ จะมารับการรักษาสม่ำเสมอกว่าผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูง

4. ผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจต่อบริการสูง ได้แก่ คุณภาพของบริการข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับโรคและการรักษา ระยะเวลาที่รอคอย อัธยาศัยและมนุษยสัมพันธ์ของเจ้าหน้าที่และความสะดวกที่ตั้งของแหล่งบริการจะมารับการรักษาโดยสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจต่ำ

5. ประสบการณ์เกี่ยวกับวัณโรคปอดไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วย

จารุวรรณ ขันดิสุวรรณ (2528 : 107 - 108) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด กรุงเทพฯ จำนวน 300 ราย ผลการศึกษา พบว่า เพศ ลักษณะอาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ วิธีการให้ยา ระยะเวลาที่มารับการรักษาและเจตคติที่มีต่อการป่วยด้วยวัณโรค มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค โดยพบว่า ผู้ป่วยเพศชาย ผู้ป่วยที่มีลักษณะอาชีพที่มีที่อยู่แน่นอนแต่ต้องเดินทางไปต่างจังหวัด และผู้ป่วยที่รักษาด้วยระบบยามาตรฐานให้ความร่วมมือในการรักษาไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีและผู้ป่วยที่มีเจตคติที่ดีต่อการป่วยด้วยวัณโรคจะให้ความร่วมมือในการรักษาดีอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนอายุ ระดับการศึกษา ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภัทรา จุลวรรณา (2528 : ก - ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดศรีสะเกษ โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยที่รักษาอยู่ในจังหวัดศรีสะเกษมาไม่น้อยกว่า 1 ปี มีอายุอยู่ระหว่าง 21-50 ปี จำนวน 86 ราย เก็บข้อมูลระหว่าง 17 มีนาคม ถึง 17 เมษายน 2529 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนใหญ่มีอัตมโนทัศน์ปานกลาง ผู้ป่วยที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากระบบส่งต่อปานกลาง ส่วนในการหาความสัมพันธ์พบว่า อัตมโนทัศน์ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม และการสนับสนุนจากระบบส่งต่อมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด

ขนิษฐา มณีเรืองเดช (2529 : ก - ข) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการมารับการรักษาไม่สม่ำเสมอของรายป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลสระบุรี ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความไม่สม่ำเสมอในการมารับการรักษาของรายป่วยวัณโรคในเขตจังหวัดสระบุรี ได้แก่

ความไม่มั่นใจในผลการรักษา ความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่ในการให้บริการ ระยะทางและระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับการรักษา รวมทั้งความรู้ด้านการติดต่อของโรค ระยะเวลาการรักษา ผลเสียของการไม่มารับการรักษาตามกำหนด และความรู้ด้านอาการข้างเคียงจากการใช้ยาวัณโรค

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

สมใจ ยิ้มวิไล (2531 : ก - ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการ ซึ่งได้แก่ความรุนแรงของโรคหอบหืดที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชและ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าจำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง โดยความเชื่อส่วนย่อย ได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน และปัจจัยต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง ส่วนแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง

จิรภา หงษ์ตระกูล (2532 : 53 - 54) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาธิบดี ผลการศึกษาพบว่า รายได้ของครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก กับความสามารถในการดูแลตนเอง ส่วนเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

ยุวดี รอดจากภัย (2532 : ก - ข) ประสิทธิผลของการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอด ณ สถานตรวจโรคปอด กรุงเทพฯ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาครั้งแรกและรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น 6 เดือน จำนวน 102 คน เป็นกลุ่มทดลอง 54 คน เข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษากลุ่มเปรียบ

เทียบ 48 คน ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรคความเชื่อต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ และมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวถูกต้องมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จิรพรรณ รัฐประเสริฐ (2533 : 40) ศึกษาลักษณะประชากร การรับรู้ และสิ่งกระตุ้นพฤติกรรม ที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค ณ ศูนย์วัณโรคเขต 3 ชลบุรี โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษา ณ ศูนย์วัณโรคเขต 3 ชลบุรี ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม ถึง 20 เมษายน 2533 จำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเป็นเพศชายร้อยละ 74.00 เพศหญิงร้อยละ 26.00 อายุระหว่าง 50-59 ปีร้อยละ 23.00 การศึกษาระดับประถมต้น ร้อยละ 58.00 อาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 32.00 รายได้ 1,001-3,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 39.00 ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่องร้อยละ 61.00 และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ผู้ป่วยมีระดับการศึกษาสูงมารับการรักษาต่อเนื่องมากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้ผลประโยชน์และอุปสรรคของการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค

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

อารีย์ เธียรประมุข (2534 : 59 - 60) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระพุทธชินราช จำนวน 120 ราย ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของการเงินและแรงงาน โดยส่วนรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง

มณฑนา เจริญกุศล (2534 : 51 - 53) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง และปัจจัยพื้นฐานบางประการ กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง

ประยงค์ สัจจพงษ์ (2534 : 41) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพการสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากร กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดในอำเภอ

ดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี โดยศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จำนวน 120 ราย ผลการศึกษาพบว่า อายุ ลักษณะ อาชีพ การรับรู้ความรุนแรงของโรคและปัจจัยร่วม ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค การรู้ต่อประโยชน์ของการรักษา การรับรู้ต่ออุปสรรคของการรักษาและแรงจูงใจ การสนับสนุนทางด้านการประเมิน พฤติกรรม การสนับสนุนทางด้านสิ่งของและเงิน มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค

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

พิรพร ดวงแก้ว (2538 : ก - ค) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่นจำนวน 146 ราย ผลการศึกษาพบว่า แรงจูงใจการรับรู้ผลดีในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรักษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการมารับยาการตรวจตามแพทย์นัด และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และความพึงพอใจต่อการให้บริการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานยา การมารับยาและตรวจตามแพทย์นัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาเกี่ยวกับการมารับยาและตรวจตามแพทย์นัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา เกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานยาและพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

จิราพร ถนอมกล่อม (2540 : บทคัดย่อ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ผู้สงสัยถูกข่มขืนที่มารับบริการตรวจ ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลตำรวจ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 83 ราย ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว สถานภาพการปกครอง ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนความต้องการด้านอารมณ์ ความช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงินทอง และการได้รับบริการ ความเชื่อในโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเป็นโรคเอดส์ของหญิงผู้สงสัยถูกข่มขืนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การมีส่วนร่วมเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารของหญิงผู้สงสัยถูกข่มขืนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .05 ความเชื่อถึงความรุนแรงและผลกระทบของโรคเอดส์ ความเชื่อที่เป็นอุปสรรคในการป้องกันโรคเอดส์ และปัจจัยทาง ชีวสังคมของหญิงวัยเจริญพันธุ์ผู้ถูกสงสัยถูกข่มขืนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ความเชื่อในโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธ์ผู้สงสัยถูกข่มขืน

มาลินี จรูญธรรม (2541 : 125 - 128) ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดต้อเนื้อครั้งแรก ณ โรงพยาบาลรามาธิบดี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่จะต้องเข้ารับการผ่าตัดต้อเนื้อจำนวน 80 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 40 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน โดยเลือกแบบเจาะจง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้และการปฏิบัติในการดูแลตนเองถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ในทุกตัวแปร

ธารารัตน์ ดวงแข (2541 : ง) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อโรคของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรค กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครัวเรือนของผู้ป่วยวัณโรคที่มาพร้อมกับผู้ป่วย ในการรับยาครั้งที่สองที่ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี จำนวน 165 คน ผลการศึกษาพบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรค โดยรวมคะแนนเฉลี่ยค่อนไปทางต่ำเล็กน้อยมีค่า 98.93 และพบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านได้แก่ ระยะเวลาในการศึกษาและรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อโรคของสมาชิกในครัวเรือน ผู้ป่วยวัณโรคโดยรวม แต่ปัจจัยลักษณะประชากร ด้านเพศ อาชีพ และลักษณะการสัมผัสโรคมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อโรคของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรคโดยรวม และเมื่อวิเคราะห์ การถดถอยแบบขั้นเดียวพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมสามารถทำนายการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการติดต่อโรคของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรคโดยรวมได้ร้อยละ 33.00

เพชรรัตน์ อมรชีวิน (2541 : 100 - 107) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นสตรีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี จำนวน 369 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้เชื่อด้านสุขภาพ ที่แผนกผู้ป่วยนอกด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ความรุนแรงของโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่อยู่ในระดับ

พอใช้ สตรีที่มีรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกที่มีอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สตรีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมไม่แตกต่างกัน สตรีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกที่มีประสบการณ์มีบุคคลใกล้ชิดป่วยเป็นมะเร็งเต้านมต่างกัน มีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมไม่แตกต่างกัน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคของสตรีที่มารับบริการไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของสตรีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปริวรรธน์ แสงพิทักษ์ (2541 : 65 - 70) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดนครปฐม โดยมีการศึกษาปัจจัยด้านลักษณะประชากรและสังคม คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สภาพเศรษฐกิจ และการสนับสนุนของครอบครัว ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และด้านความพึงพอใจต่อสถานบริการ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษา ณ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดนครปฐม ปีงบประมาณ 2540 จำนวน 167 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นชายร้อยละ 73.05 เป็นหญิงร้อยละ 26.95 ส่วนมากอายุระหว่าง 41.50 ปี ร้อยละ 31.10 และอายุ 31 - 40 ปี ร้อยละ 23.90 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 77.80 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาตอนต้น (ป.1 - 4) ร้อยละ 35.50 มีอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 47.30 สภาพเศรษฐกิจของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง โดยส่วนมากมีรายได้อยู่ในระดับปานกลาง 3,001-5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 70.70 สมาชิกในครอบครัวมีส่วนช่วยสนับสนุนในการรักษาของผู้ป่วยร้อยละ 96.20 ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ค่อนข้างดี โดยมีคะแนนเฉลี่ย 7 คะแนนร้อยละ 80.00 ของคะแนนเต็ม จากการศึกษาพฤติกรรมการมารับบริการการรักษาวัณโรคพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคจังหวัดนครปฐมมีพฤติกรรมการมารับการรักษาสม่ำเสมอร้อยละ 65.90 มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอร้อยละ 11.90 และขาดการรักษาร้อยละ 22.20 สาเหตุส่วนมากหยุดกินยาเนื่องจากยาหมดร้อยละ 56.10 และไม่ไปพบแพทย์ตามนัด เนื่องจากไม่ว่าง ส่วนปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคพบว่า ปัจจัยด้านประชากรและสังคม อาชีพ ระดับการศึกษา และการสนับสนุนของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมารับบริการการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ส่วนปัจจัยด้านความรู้และความพึงพอใจต่อสถานบริการพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมารับบริการการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค

เพียงใจ สุวิริยะไพศาล (2542 : 69 - 74) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกในโรงพยาบาลราชวิถี ตามตัวแปร เพศ อายุ รายได้ของครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกที่มารับการตรวจรักษาที่แผนก ผู้ป่วยนอก นรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 120 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปากกลาง และมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมส่วนย่อย คือด้านอารมณ์ ด้านการประเมินพฤติกรรม ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของเงิน หรือแรงงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการวิเคราะห์ด้วยการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า การสนับสนุนทางสังคมและรายได้ของครอบครัวสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการ ดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกในโรงพยาบาลราชวิถีได้ร้อยละ 13.95

จากการศึกษาปัจจัยต่างๆทั้งในตำรา วารสาร งานวิจัยต่างๆ จะเห็นได้ว่าองค์ประกอบของปัจจัยด้านบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมล้วนมีส่วนสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง ช่วยให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพมีความเข้าใจในพฤติกรรม สุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอด สามารถนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณา (Descriptive Research) โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
   - 2.1 ลักษณะของเครื่องมือ
   - 2.2 ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ
   - 2.3 เกณฑ์ในการให้คะแนนและแปลความหมาย
   - 2.4 การหาคุณภาพของเครื่องมือ
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

เป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาวัณโรคปอดที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ.2544 จำนวน 1,173 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาวัณโรคปอด ที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวน 298 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

   คำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรยามาเน่ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 27) ให้มีความคลาดเคลื่อนได้ .05 ดังสูตร

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

เมื่อ n แทนจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

N แทนจำนวนกลุ่มประชากร

e แทนความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 298 คน

2. วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

2.1 สุ่มศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวน 18 แห่ง จากศูนย์บริการสาธารณสุขทั้งหมด 61 แห่ง ของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

1.2 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 298 คน ตามสัดส่วน ดังตาราง 3

ตาราง 3 แสดงจำนวนประชากรและจำนวนกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยในแต่ละศูนย์บริการสาธารณสุข

ลำดับที่	ศูนย์บริการสาธารณสุข	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
1	3	23	17
2	4	24	18
3	7	6	4
4	8	24	18
5	15	31	22
6	16	18	13
7	19	17	12
8	21	7	5
9	22	32	23

ตาราง 3 (ต่อ)

ลำดับที่	ศูนย์บริการสาธารณสุข	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
10	23	15	11
11	24	16	11
12	28	25	18
13	29	17	12
14	31	24	17
15	33	20	14
16	40	46	33
17	41	55	39
18	43	15	11
รวม	-	415	298

ที่มา : กองควบคุมโรค สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. (2545). *รายงานประจำเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2545.* กรุงเทพฯ : ฝ่ายวัณโรค สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร.

1.3 สุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย ด้วยการจับฉลากตามสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยวัณโรคของแต่ละศูนย์บริการสาธารณสุข

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

การสร้างเครื่องมือที่ใช้สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ ตำรา วารสาร ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง

2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างเครื่องมือจากตำราการวัดผลการศึกษา การวัดและการประเมินผลทางสุขศึกษา

3. ศึกษาวิธีสร้างแบบสอบถามจากเอกสาร ตำรา และแบบสอบถามงานวิจัยที่มีลักษณะเดียวกันกับงานวิจัยนี้

4. สร้างแบบสอบถามโดยกำหนดโครงสร้างคำถามให้เข้ากับความมุ่งหมายของการวิจัย

5. นำแบบสอบถามให้อาจารย์ที่ควบคุมงานวิจัย และผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิทางการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับปริญญาโท และมีความเชี่ยวชาญชำนาญเฉพาะด้านตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม และมีความชัดเจนในเนื้อหาภาษา ครอบคลุมตัวแปรที่มีความสอดคล้องกับจุดมุ่งหมายทางการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข

6. นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญที่สมบูรณ์แล้วไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) และความเที่ยงตรง (Validity) นำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน

7. นำแบบสอบถามที่ผ่านการทดลองใช้ มาพิจารณาเพื่อปรับปรุง แก้ไขให้เหมาะสมและนำเสนอให้คณะกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ตรวจอีกครั้ง

ลักษณะของเครื่องมือ

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป เป็นคำถามแบบมีตัวเลือกให้เลือกตอบและระบุคำตอบที่ต้องการ มีจำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับวัณโรค เป็นคำถามให้เลือกตอบ คำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ โดยผู้ตอบสามารถเลือกเพียงคำตอบเดียว มีจำนวน 22 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบการวัดของ Likert โดยมีข้อคำถามด้านบวกและด้านลบ มี 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยผู้ตอบสามารถเลือกเพียงคำตอบเดียว มีจำนวน 41 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)ตามแบบการวัดของ Likert โดยมีข้อคำถามด้านบวกและด้านลบ มี 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย ไม่มีเลย โดยผู้ตอบสามารถเลือกเพียงคำตอบเดียว มีจำนวน 20 ข้อ

ตอนที่ 5 แบบสอบถามการดูแลตนเอง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติโดยผู้ตอบสามารถเลือกเพียงคำตอบเดียว มีจำนวน 21 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย

ผู้วิจัยได้ให้เกณฑ์การประเมินจากเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับวัณโรค เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การติดต่อของวัณโรค การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตอบถูกให้	1	คะแนน
ตอบผิดให้	0	คะแนน
ตอบไม่ทราบให้	0	คะแนน

จากข้อคำถามทั้งหมด กำหนดเกณฑ์ประเมินความรู้ของผู้ป่วยวัณโรคออกเป็น 3 ระดับ โดยดัดแปลงมาจาก เกณฑ์ประเมินพฤติกรรมด้านความรู้ของนิภา มนูญปิจุ (2528 : 80) ดังนี้

ร้อยละ 81.00 – 100.00	หมายถึง	ความรู้อยู่ในระดับดี
ร้อยละ 50.00 – 80.00	หมายถึง	ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง
ร้อยละ 0.00 – 49.00	หมายถึง	ความรู้อยู่ในระดับไม่ดี

2. แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 5 หมวด คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรับการรักษา การรับรู้อุปสรรคของการรักษา และแรงจูงใจด้านสุขภาพ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งแบบสอบถามนี้มีข้อความเป็น 2 ลักษณะ คือ ข้อความที่แสดงว่าบุคคลนั้นมีความเชื่อด้านสุขภาพทางบวก และข้อความที่แสดงว่าบุคคลนั้นมีความเชื่อด้านสุขภาพทางลบ

เกณฑ์การให้คะแนน โดยให้คะแนนการตอบแบบสอบถามเป็นรายข้อ หมวดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา แรงจูงใจด้านสุขภาพ ให้คะแนนดังนี้

	ความเชื่อด้านสุขภาพทางบวก (คะแนน)	ความเชื่อด้านสุขภาพทางลบ (คะแนน)
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

ส่วนหมวดการรับรู้อุปสรรคของการรักษา มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5
เห็นด้วย	2	4
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	4	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนน (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

คะแนนเฉลี่ย	ระดับความเชื่อ
3.67 – 5.00	มาก
2.34 – 3.66	ปานกลาง
1.00 – 2.33	น้อย

3. แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ลักษณะคำตอบของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย ไม่มีเลย โดยให้ผู้ป่วยเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ การให้คะแนนกำหนดไว้ดังนี้

	ข้อความที่มีลักษณะทางบวก (คะแนน)	ข้อความที่มีลักษณะทางลบ (คะแนน)
มากที่สุด	5	1
มาก	4	2
ปานกลาง	3	3
น้อย	2	4
ไม่มีเลย	1	5

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนน (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

คะแนนค่าเฉลี่ย	การได้รับการสนับสนุนทางสังคม
3.67 – 5.00	มาก
2.34 – 3.66	ปานกลาง
1.00 – 2.33	น้อย

4. แบบสอบถามการดูแลตนเอง

แบบสอบถามการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	2	0
ปฏิบัติบางครั้ง	1	1
ไม่ปฏิบัติ	0	2

เกณฑ์การแปลความหมายคะแนน (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 8 - 9)

เกณฑ์ค่าเฉลี่ย	ระดับการปฏิบัติ
1.34 - 2.00	ดี
0.67 - 1.33	ปานกลาง
0.00 – 0.66	ควรปรับปรุง

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา

1.1 นำแบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการดูแลตนเองที่สร้างเสร็จแล้ว ให้คณะกรรมการที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์ตรวจแล้วนำมาแก้ไข

1.2 นำแบบทดสอบความรู้ที่แก้ไขปรับปรุงแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมทางภาษาโดยอาศัยดุลพินิจของผู้เชี่ยวชาญเรียกว่า (Face Validity) เพื่อพิจารณาเป็นรายข้อว่าแต่ละข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการวัดหรือไม่ โดยใช้เกณฑ์กำหนดคะแนนดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 124)

+1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการวัด

0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการวัดหรือไม่

-1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นไม่มีความสอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการวัด

บันทึกผลการพิจารณาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละข้อแล้วนำไปหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับสิ่งที่ต้องการวัด โดยผู้วิจัยจะเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.5 หรือมากกว่า ซึ่งแสดงว่าข้อคำถามนั้นมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ส่วนข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องน้อยกว่า 0.5 ผู้วิจัยจะตัดออก ซึ่งปรากฏว่าแบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับวัณโรคจำนวน 24 ข้อ มีแบบทดสอบที่มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจำนวน 22 ข้อ แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพจำนวน 46 ข้อมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจำนวน 41 ข้อ แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 21 ข้อมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจำนวน 20 ข้อ แบบสอบถามการดูแลตนเองจำนวน 23 ข้อมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจำนวน 21ข้อ

2. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยวัณโรคในศูนย์บริการสาธารณสุข 27,39,42,54,59,62 จำนวน 50 ท่าน นำข้อมูลที่ได้มาหาค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่นต่อไป

3. หาค่าความยากง่าย (Difficulty) ของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับวัณโรคมาหาค่าความยากง่ายเป็นรายข้อ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 136) เลือกข้อที่มีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.3 ถึง 0.8 จากจำนวน 24 ข้อ ใช้ได้ 22 ข้อ

4. หาค่าอำนาจจำแนกของเครื่องมือวิจัย

4.1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับวัณโรค หาค่าอำนาจจำแนกโดยวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation) ซึ่งเป็นค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ แล้วเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกสูงไว้ ได้แบบทดสอบวัดความรู้จำนวน 22 ข้อ ได้ค่าอำนาจจำแนก 0.31ถึง 0.70

4.2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและการดูแลตนเอง นำมาหาค่าอำนาจจำแนกโดยนำมาหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected Item to Total Correlation) และเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 119)แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพจำนวน 41 ข้อ เมื่อนำมาหาค่าอำนาจจำแนกแล้ว ได้ค่าอำนาจจำแนก 0.29 ถึง 0.73 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมจำนวน 20 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนก 0.40 ถึง 0.81 แบบสอบถามการดูแลตนเองจำนวน 21 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนก 0.37 ถึง 0.66

5. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

5.1 นำแบบทดสอบความรู้ที่มีความยากง่าย และมีค่าอำนาจจำแนกที่ใช้ได้มาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตร KR-20 (Kuder – Richardson Formula 20) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 123) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.86

5.2 หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึง

ประโยชน์ของการได้รับการรักษา การรับรู้อุปสรรคของการรักษา แรงจูงใจด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและการดูแลตนเอง นำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha – Coefficient) ของครอนบัค (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 118) โดยแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการได้รับการรักษา การรับรู้อุปสรรคของการรักษาและแรงจูงใจด้านสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.94,0.93,0.94,0.92และ0.95 ตามลำดับ แรงสนับสนุนทางสังคมและการดูแลตนเอง ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.94 และ0.87 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีขั้นตอนดังนี้

1. ขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัยเพื่อขอความร่วมมือแจกแบบสอบถามแก่ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร
2. ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
3. ดำเนินการแจกแบบสอบถามโดยการใช้โทรศัพท์นัด นำแบบสอบถามไปให้ด้วยตนเอง
4. เมื่อถึงวันที่กำหนดผู้วิจัยไปเก็บแบบสอบถามด้วยตนเอง
5. รวบรวมแบบสอบถามทั้งหมดพร้อมตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่รับกลับคืนมา

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามฉบับที่สมบูรณ์ ไปวิเคราะห์ข้อมูล การทดสอบสมมติฐานครั้งนี้ยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. ตรวจความสมบูรณ์เรียบร้อยของแบบสอบถามแต่ละฉบับ และคัดเลือกเฉพาะที่สมบูรณ์ไว้สำหรับนำมาวิเคราะห์ต่อไป
2. แบบสอบถามตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม นำมาวิเคราะห์แจกแจงความถี่และค่าร้อยละ แยกตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการรักษา ความพึงพอใจต่อการให้บริการ
3. แบบทดสอบตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค นำข้อมูลมาแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

4 แบบสอบถามตอนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ นำข้อมูลมาแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5 แบบสอบถามตอนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม นำข้อมูลมาแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

6 แบบสอบถามตอนที่ 5 แบบประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค นำข้อมูลมาแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

7 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองตามตัวแปรเพศ โดยการทดสอบค่าที (t - test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1

8 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการรักษา ความพึงพอใจต่อการให้บริการ โดยการทดสอบค่าเอฟ (F- test) หรือวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way analysis of variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2 ถึง 8

9 เมื่อทดสอบตามข้อ 5 ถ้าพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยรายคู่ โดยใช้วิธีนิวแมน-คูลล์ (Newman – Kuels method)

10 หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 9 ถึง 15

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางและความเรียงพร้อมข้อเสนอแนะ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การหาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 ค่าร้อยละ (P) โดยใช้สูตร (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ.2531:59)

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

เมื่อ P แทน ค่าร้อยละ

f แทน ค่าความถี่ที่ต้องการแปลงเป็นค่าร้อยละ

n แทน ค่าจำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ.2541:35)

$$\overline{X} = \frac{\sum X}{n}$$

เมื่อ $\overline{X}$ แทน คะแนนเฉลี่ย

$\sum x$ แทน ผลรวมคะแนนทั้งหมด

n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ.2541:35)

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

เมื่อ S แทน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$\sum x^2$ แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง

$(\sum x)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง

n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพเครื่องมือ

2.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยอาศัยดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญเรียกว่า Face validity ซึ่งสามารถตรวจสอบและวิเคราะห์ออกมาใน เชิงปริมาณหรือตัวเลข (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 117) ดังนี้

+1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นเป็นตัวแทนลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้น

0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นเป็นตัวแทนลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้นหรือไม่

- 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นไม่เป็นตัวแทนลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้น

นำคะแนนที่ได้มาแทน โดยใช้สูตร IC (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 117)

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

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะพฤติกรรม

$\sum R$ แทน ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเนื้อหาทั้งหมด

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 การวิเคราะห์ความยากง่ายของแบบทดสอบความรู้ โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 136)

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

เมื่อ P แทน ค่าความยากของคำถามแต่ละข้อ

R แทน จำนวนผู้ตอบถูกในแต่ละข้อ

N แทน จำนวนผู้ที่ตอบแบบสอบถามข้อนั้นทั้งหมด

2.3 การวิเคราะห์หาค่าจำแนกของแบบทดสอบความรู้โดยหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างรายข้อและคะแนนรวม จากค่าดัชนีสหสัมพันธ์แบบพอยด์ไบซีเรียล โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 119)

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

เมื่อ r_{pbis} แทน ค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ ดัชนีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล

$\overline{Y_p}$ แทน ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบแบบทดสอบที่ตอบนั้นถูก

$\overline{Y_q}$ แทน ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบแบบทดสอบที่ตอบนั้นผิด

S_y แทน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนรวมทั้งหมด

p แทน สัดส่วนของผู้ที่ตอบถูกในข้อหนึ่งๆ

q แทน สัดส่วนของผู้ตอบผิดในข้อหนึ่ง ๆ คือ 1 – p

2.4 วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ทั้งฉบับ ใช้สูตร KR_{20} คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 123)

$$r_{tt} = \left[\frac{n}{n-1}\right]\left[1-\frac{\Sigma pq}{S_t^2}\right]$$

เมื่อ r_{tt} แทน ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ

n แทน จำนวนข้อของแบบทดสอบที่ใช้วัดทั้งหมด

p แทน สัดส่วนของผู้ที่ตอบถูกในข้อหนึ่ง ๆ

q แทน สัดส่วนของผู้ตอบผิดในข้อหนึ่ง ๆ คือ 1 - p

S_t^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

2.5 หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อโดยวิธีการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างรายข้อกับคะแนนทั้งฉบับ (Corrected Item to total correlation) โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์.2539:117)

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

เมื่อ r_{xy} แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรวมรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ

N แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

$\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนรายข้อ (Item) ของกลุ่มตัวอย่าง

$\sum Y$ แทน ผลรวมของคะแนนรวม (Total) ของกลุ่มตัวอย่าง

$\sum X^2$ แทน ผลรวมกำลังสองของคะแนนรวยข้อ

$\sum Y^2$ แทน ผลรวมกำลังสองของคะแนนรวมทั้งฉบับ

$\sum XY$ แทน ผลรวมของผลคูณของคะแนนรวมรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ

2.6 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha - Coefficient) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 118)

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

เมื่อ α แทน ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น

n แทน จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม

$\sum S_i^{\,2}$ แทน ค่าผลรวมคะแนนความแปรปรวนในแต่ละข้อ

$S_t^{\,2}$ แทน ค่าคะแนนความแปรปรวนทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน โดยการทดสอบค่าที (t – test) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541 : 166)

$$t = \frac{\overline{X_1}-\overline{X_2}}{\sqrt{\frac{(n_1-1)S_1^{\,2}+(n_2-1)S_2^{\,2}}{n_1+n_2-2}\left[\frac{1}{n_1}+\frac{1}{n_2}\right]}}$$

เมื่อ df = $n_1+ n_2- 2$

$\overline{X_1}, \overline{X_2}$ = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2

S^2_1, S^2_2 = ค่าความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ตามลำดับ

n_1, n_2 = จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ตามลำดับ

3.2 ทดสอบค่าความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากว่า 2 กลุ่มขึ้นไป โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One Way analysis of variance) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541 : 236)

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

เมื่อ F แทน ค่าที่ใช้ในการพิจารณา ใน F - distribution

MS_B แทน ค่าผลบวกกำลังสอง (Mean Square) ระหว่างกลุ่ม

MS_W แทน ค่าผลบวกกำลังสอง (Mean Square) ภายในกลุ่ม

3.3 ถ้าพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยรายคู่ โดยใช้วิธีนิวแมน่-คูลส์ (Newman – Kuels method) (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541 : 252) โดยใช้สูตร

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

เมื่อ q แทน q – statistic ที่ได้จากตาราง

Ms_w แทน ค่า Mean Square ภายในกลุ่ม

$\tilde{n}$ แทน จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากันโดยที่

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

เมื่อ k แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

$n_1, n_2 \ldots n_k$ แทน คะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 ถึงกลุ่มตัวอย่างที่ k ตามลำดับ

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

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

เมื่อ r แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ΣX แทน ผลรวมของคะแนน X

ΣY แทน ผลรวมของคะแนน Y

ΣX^2 แทน ผลรวมของ X แต่ละตัวยกกำลังสอง

ΣY^2 แทน ผลรวมของ Y แต่ละตัวยกกำลังสอง

ΣXY แทน ผลรวมของผลคูณ X กับ Y ทุกคู่

N แทน จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม

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

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

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาศึกษาค้นคว้าเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและเปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการรักษา ความพึงพอใจต่อการให้บริการ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับวัณโรค แรงสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการแปลความหมายการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ต่างๆที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง
S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์การแจกแจงแบบที (t – distribution)
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์การแจกแจงแบบเอฟ (F – distribution)
df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)
p	แทน	ค่าความน่าจะเป็นที่เกิดจากความคลาดเคลื่อนแบบที่ 1 (α) จากสถิติที่ทำการทดสอบที่จะปฏิเสธสมมุติฐานกลาง H_0
SS	แทน	ผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Sum of Square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสองของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Mean of Square)
r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ศึกษาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยการแจกแจงความถี่เป็นค่าร้อยละ แยกตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการรักษา ความพึงพอใจต่อการให้บริการ ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค โดยการหาค่าคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการรักษา ความพึงพอใจต่อการให้บริการ โดยการทดสอบค่าที (t - test) และค่าเอฟ (F- test) นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยการแจกแจงความถี่เป็นค่าร้อยละ แยกตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการรักษา ความพึงพอใจต่อการให้บริการ ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ดังปรากฏตามตาราง 4 – 5

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการรักษา ความพึงพอใจต่อการให้บริการ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	203	68.12
หญิง	95	31.88
รวม	298	100.00
อายุ		
อายุ 15-20 ปี	12	4.02
อายุ 21-40 ปี	184	61.75
อายุ 41-60 ปี	81	27.18
อายุ 61 ปีขึ้นไป	21	7.05
รวม	298	100.00
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	25	8.39
ประถมศึกษา	133	44.63
มัธยมศึกษา	104	34.90
อนุปริญญา	18	6.04
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	18	6.04
รวม	298	100.00
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	74	24.83
รับจ้างทั่วไป	161	54.03
ค้าขายหรือธุรกิจ	32	10.74
เกษตรกรรม	5	1.68
รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ	26	8.72
รวม	298	100.00

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รายได้		
รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	84	28.19
รายได้ 3,000 – 6,000 บาทต่อเดือน	84	28.19
รายได้ 6,001 บาทขึ้นไป	130	43.62
รวม	298	100.00
สถานภาพสมรส		
โสด	99	33.22
คู่	159	53.36
ม่าย/หย่า /แยกกันอยู่	40	13.42
รวม	298	100.00
ระยะเวลาการรักษา		
ต่ำกว่า 2 เดือน	124	41.61
2 – 6 เดือน	144	48.32
7 เดือนขึ้นไป	30	10.07
รวม	298	100.00
ระดับความพึงพอใจต่อการให้บริการ		
พอใจ	298	100.00
ไม่พึงพอใจ	0	0.00
รวม	298	100.00

จากตาราง 4 แสดงว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 298 คน เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง คือ เพศชาย 203 คน คิดเป็นร้อยละ 68.12 เพศหญิง 95 คน คิดเป็นร้อยละ 31.88

อายุ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอด มีอายุ 21 – 40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61.70 รองลงมาได้แก่อายุ 41- 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.18 ส่วนอายุ 15 - 20 ปี มีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 4.02

ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอด ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.63 รองลงมาได้แก่ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 34.90 ส่วนระดับอนุปริญญา และปริญญาตรีหรือสูงกว่ามีจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 6.04

อาชีพ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.03 รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 24.83 ส่วนอาชีพเกษตรกรรม มีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 1.68

รายได้ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีรายได้ 6,001 บาทต่อเดือนขึ้นไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.62 รองลงมาได้แก่รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน และ 3,000 – 6,000 บาทต่อเดือนมีจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 28.19

สถานภาพสมรส พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.36 รองลงมาได้แก่ สถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 33.22 ส่วนสถานภาพสมรสม่าย/หย่า/แยกกันอยู่ มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 13.42

ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา 2 – 6 เดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.32 รองลงมาได้แก่ ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาต่ำกว่า 2 เดือน คิดเป็นร้อยละ 41.61 ส่วนระยะเวลาที่เข้ารับการรักษามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 10.07

ความพึงพอใจต่อการให้บริการ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีความพึงพอใจมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 100.00

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการดูแลตนเอง

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด		
ระดับความรู้ดี	60	20.13
ระดับความรู้ปานกลาง	220	73.83
ระดับความรู้ไม่ดี	18	6.04
ความเชื่อด้านสุขภาพ		
– การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค		
ระดับดี	61	20.46
ระดับปานกลาง	236	79.20
ระดับไม่ดี	1	0.34
– การรับรู้ความรุนแรงของโรค		
ระดับดี	91	30.54
ระดับปานกลาง	207	69.46
ระดับไม่ดี	0	0.00
– การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา		
ระดับดี	287	96.31
ระดับปานกลาง	11	3.69
ระดับไม่ดี	0	0.00
– การรับรู้อุปสรรคของการรักษา		
ระดับมาก	166	55.70
ระดับปานกลาง	121	40.60
ระดับน้อย	11	3.70
– แรงจูงใจด้านสุขภาพ		
ระดับดี	286	95.98
ระดับปานกลาง	6	2.01
ระดับไม่ดี	6	2.01

ตาราง 5 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
แรงสนับสนุนทางสังคม		
ระดับมาก	184	61.74
ระดับปานกลาง	105	35.24
ระดับน้อย	9	3.02
การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค		
ระดับดี	181	60.74
ระดับปานกลาง	116	38.93
ระดับควรปรับปรุง	1	0.33

จากตาราง 5 ผู้ป่วยวัณโรคมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดส่วนใหญ่ในระดับปานกลาง มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.83 รองลงมามีความรู้ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 20.13 มีความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 79.20 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 69.46 ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรับการรักษาในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 96.31 ด้านการรับรู้อุปสรรคของการรักษาในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 55.71 ด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 95.98 แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 61.74 และมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 60.74

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ระดับความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค โดยการหาค่าคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังปรากฏตามตาราง 6

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตาม ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค

ข้อความ	$\overline{X}$	S	ระดับ
ความเชื่อด้านสุขภาพ	3.82	0.29	ดี
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค	3.47	0.37	ปานกลาง
- การรับรู้ความรุนแรงของโรค	3.52	0.38	ปานกลาง
- การรับรู้ถึงประโยชน์ของการได้รับการรักษา	4.36	0.43	ดี
- การรับรู้อุปสรรคของการรักษา	3.61	0.60	ปานกลาง
- แรงจูงใจด้านสุขภาพ	4.17	0.51	ดี
แรงสนับสนุนทางสังคม	3.80	0.65	มาก
การดูแลตนเอง	1.43	0.26	ดี

จากตาราง 6 แสดงว่าผู้ป่วย มีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการป่วยเป็นวัณโรคอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 3.47 (S = 0.37) ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 3.52 (S = 0.38) ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการรับการรักษาอยู่ในระดับดี เท่ากับ 4.36 (S = 0.43) ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 3.61(S = 0.60) ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับแรงจูงใจด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี เท่ากับ 4.17 (S = 0.51) ผู้ป่วยวัณโรคปอดได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก เท่ากับ 3.80 (S = 0.65) และมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี เท่ากับ 1.43 (S = 0.26)

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการรักษา ความพึงพอใจต่อการให้บริการ ดังปรากฏตามตาราง 7 - 22

ตาราง 7 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด จำแนกตามเพศ

เพศ	n	$\overline{X}$	S	t	p	ระดับการดูแลตนเอง
ชาย	203	1.42	0.28	0.94	0.35	ดี
หญิง	95	1.45	0.23			ดี

จากตาราง 7 แสดงว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดเพศหญิง มีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคปอดทั้งสองเพศมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และผู้ป่วยวัณโรคปอดระหว่างเพศชายและเพศหญิง มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีเพศต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ตาราง 8 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด จำแนกตามอายุ

อายุ	n	$\overline{X}$	S	ระดับการดูแลตนเอง
อายุ 15 – 20 ปี	12	1.42	0.27	ดี
อายุ 21 – 40 ปี	184	1.41	0.25	ดี
อายุ 41 – 60 ปี	81	1.43	0.25	ดี
อายุ 61 ปี ขึ้นไป	21	1.57	0.29	ดี

จากตาราง 8 ผู้ป่วยวัณโรคปอดกลุ่มอายุ 61 ปี ขึ้นไปมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองสูงสุด เท่ากับ 1.57 (S = 0.29) และอายุ 21 – 40 ปี มีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองน้อยที่สุด เท่ากับ 1.41(S = 0.25) ซึ่งผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 9

ตาราง 9 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด จำแนกตามอายุ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	3	0.482	0.16	2.27	0.08
ภายในกลุ่ม	294	20.837	0.07		
รวม	297	21.319			

จากตาราง 9 แสดงว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีอายุแตกต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ตาราง 10 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	n	$\overline{X}$	S	ระดับการดูแลตนเอง
ต่ำกว่าประถมศึกษา	25	1.34	0.27	ดี
ประถมศึกษา	133	1.38	0.23	ดี
มัธยมศึกษา	104	1.38	0.26	ดี
อนุปริญญา	18	1.34	0.24	ดี
ปริญญาตรี หรือ สูงกว่า	18	1.49	0.32	ดี

จากตาราง 10 แสดงว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่ามีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองสูงสุดเท่ากับ 1.49 (S = 0.32) ระดับอนุปริญญามีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองน้อยที่สุด เท่ากับ 1.38 (S = 0.26) ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคทุกระดับการศึกษามีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 11

ตาราง 11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	4	0.312	0.07	1.09	0.36
ภายในกลุ่ม	293	21.007	0.07		
รวม	297	21.319			

จากตาราง 11 แสดงว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ตาราง 12 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	n	$\overline{X}$	S	ระดับการดูแลตนเอง
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	74	1.49	0.26	ดี
รับจ้างทั่วไป	161	1.38	0.24	ดี
ค้าขายหรือธุรกิจ	32	1.41	0.26	ดี
เกษตรกรรม	5	1.45	0.07	ดี
รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ	26	1.55	0.27	ดี

จากตาราง 12 แสดงว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มีอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองสูงสุดเท่ากับ 1.55 (S = 0.27) และอาชีพรับจ้างมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองน้อยสุดเท่ากับ 1.38 (S = 0.24) ซึ่งผู้ป่วยทุกกลุ่มอาชีพมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 13

ตาราง 13 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามอาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	4	1.072	0.27	3.88*	0.01
ภายในกลุ่ม	293	20.247	0.06		
รวม	297	21.319			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 13 แสดงว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีอาชีพต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ดังนั้นจึงนำผลการวิจัยที่ได้ไปทำการทดสอบรายคู่ โดยใช้วิธีนิวแมน-คูลส์ (Newman – Kuels method) ดังปรากฏตามตาราง 14

ตาราง 14 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดจำแนกตามอาชีพ

อาชีพ		รับจ้างทั่วไป	ค้าขายหรือธุรกิจ	เกษตรกรรม	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ
	$\overline{X}$	1.38	1.41	1.45	1.49	1.55
รับจ้างทั่วไป	1.38	-	0.03	0.07	0.11*	0.17*
ค้าขายหรือธุรกิจ	1.41		-	0.04	0.08	0.14
เกษตรกรรม	1.45			-	0.04	0.10
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1.49				-	0.06
รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ	1.55					-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 14 แสดงว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจมีการดูแลตนเองแตกต่างจากผู้ป่วยอาชีพรับจ้างทั่วไป และผู้ป่วยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีการดูแลตนเองแตกต่างจากผู้ป่วยอาชีพรับจ้างทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ และผู้ป่วยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพจะมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 15 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด จำแนกตามรายได้

รายได้	n	$\overline{X}$	S	ระดับการดูแลตนเอง
รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	84	1.38	0.35	ดี
รายได้ 3,001 – 6,000 บาทต่อเดือน	84	1.41	0.25	ดี
รายได้ 6,001 บาทต่อเดือนขึ้นไป	130	1.47	0.40	ดี

จากตาราง 15 แสดงว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มีรายได้ 6,001 บาทต่อเดือนขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองสูงสุดเท่ากับ 1.47 (S = 0.40) และรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือนมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองน้อยที่สุดเท่ากับ 1.38 (S = 0.35) ซึ่งผู้ป่วยทุกกลุ่มรายได้มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 16

ตาราง 16 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามรายได้

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	0.520	0.26	3.69*	0.05
ภายในกลุ่ม	295	20.799	0.07		
รวม	297	21.319			

*มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตาราง 16 แสดงว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีรายได้ต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีรายได้ต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ดังนั้นจึงนำผลการวิจัยที่ได้ไปทำการทดสอบรายคู่ โดยใช้วิธีนิวแมน-คูลล์ (Newman – Kuels method) ดังปรากฏตามตาราง 17

ตาราง 17 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดจำแนกตามรายได้

รายได้		รายได้ต่ำกว่า 3000 บาทต่อเดือน	รายได้ 3,001 – 6,000บาท ต่อเดือน	รายได้ 6,001บาท ต่อเดือนขึ้นไป
	$\overline{X}$	1.38	1.41	1.47
รายได้ต่ำกว่า 3000 บาทต่อเดือน	1.38	-	0.03	0.09*
รายได้ 3,001 – 6,000 บาทต่อเดือน	1.41		-	0.06
รายได้ 6,001บาทต่อเดือนขึ้นไป	1.47			-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 17 แสดงว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีรายได้ 6,001 บาทต่อเดือนขึ้นไป มีการดูแลตนเองแตกต่างจากผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำกว่า 3000 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 18 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	n	$\overline{X}$	S	ระดับการดูแลตนเอง
คู่	99	1.40	0.26	ดี
โสด	159	1.38	0.24	ดี
ม่าย / หย่า / แยกกันอยู่	40	1.35	0.25	ดี

จากตาราง 18 แสดงว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองสูงสุดเท่ากับ 1.40 (S 0.26) และสถานภาพสมรสม่าย / หย่า / แยกกันอยู่ มีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองน้อยที่สุดเท่ากับ 1.35 (S = 0.25) ซึ่งผู้ป่วยทุกกลุ่มสถานภาพสมรสมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ซึ่งผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 19

ตาราง 19 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามสถานภาพสมรส

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	0.127	0.06	0.88	0.41
ภายในกลุ่ม	295	21.192	0.07		
รวม	297	21.319			

จากตาราง 19 แสดงว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ตาราง 20 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด จำแนกตามระยะเวลาการรักษา

ระยะเวลาการรักษา	n	$\overline{X}$	S	ระดับการดูแลตนเอง
ต่ำกว่า 2 เดือน	124	1.36	0.28	ดี
2 – 6 เดือน	144	1.37	0.24	ดี
7 เดือนขึ้นไป	30	1.39	0.32	ดี

จากตาราง 20 แสดงว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มีระยะเวลาการรักษา 7 เดือนขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองสูงสุดเท่ากับ 1.39 (S = 0.32) และระยะเวลาการรักษาต่ำกว่า 2 เดือนมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองน้อยที่สุดเท่ากับ1.36 (S = 0.28) ซึ่งผู้ป่วยทุกกลุ่มสถานภาพสมรสมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 21

ตาราง 21 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามระยะเวลาการรักษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	0.107	0.05	0.81	0.45
ภายในกลุ่ม	295	21.212	0.06		
รวม	297	21.319			

จากตาราง 21 แสดงว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีระยะเวลาการรักษาต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 ที่ว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีระยะเวลาการรักษาต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ตาราง 22 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด จำแนกตามความพึงพอใจต่อการให้บริการ

ความพึงพอใจต่อการให้บริการ	n	$\overline{X}$	S	ระดับการดูแลตนเอง
พึงพอใจ	298	2.00	0.00	ดี

จากตาราง 22 แสดงว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดทุกคนมีความพึงพอใจต่อการให้บริการ มีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองเท่ากับ 2.00 (S= 0.00) ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคปอดมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี จากผลการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความพึงพอใจต่อการให้บริการจึงไม่ได้นำมาทดสอบเปรียบเทียบตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ดังปรากฏตามตาราง 23

ตาราง 23 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด

การดูแลตนเอง	n	r	p
ความรู้เกี่ยวกับโรคปอด	298	0.21*	0.00
แรงสนับสนุนทางสังคม	298	0.31*	0.00
ความเชื่อด้านสุขภาพ			
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค	298	0.08	0.19
- การรับรู้ความรุนแรงของโรค	298	0.05	0.42
- การรับรู้ประโยชน์ของการได้รับการรักษา	298	0.11	0.07
- การรับรู้อุปสรรคของการรักษา	298	0.06	0.30
- แรงจูงใจด้านสุขภาพ	298	0.15*	0.01

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 23 ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด แรงสนับสนุนทางสังคมและความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9,10 และ15 ตามลำดับ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการได้รับการรักษาและการรับรู้อุปสรรคของการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 12 ,13 และ14 ตามลำดับ

บทที่ 5
สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณา (Descriptive Research) โดยศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด
2. เพื่อเปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการรักษา ความพึงพอใจต่อการให้บริการ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อด้านสุขภาพ กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีเพศต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีอายุต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีอาชีพต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน
5. ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีรายได้ต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน
6. ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน
7. ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีระยะเวลาการรักษาต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน
8. ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีความพึงพอใจต่อการให้บริการต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน
9. ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด
10. แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด
11. ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด
12. ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด

13. ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ถึงประโยชน์ของการได้รับการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด

14. ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการรักษามีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด

15. ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า เป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาวัณโรคปอดที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวน 298 คน ซึ่งได้มาโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) และกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรยามาเน่(วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 27) ให้มีความคลาดเคลื่อนได้ .05

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบ่งออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป เป็นคำถามแบบมีตัวเลือกให้เลือกตอบและระบุคำตอบที่ต้องการ จำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับวัณโรค เป็นคำถามให้เลือกตอบ คำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ โดยผู้ตอบสามารถเลือกเพียงคำตอบเดียว จำนวน 22 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบการวัดของ Likert โดยมีข้อคำถามด้านบวกและด้านลบ มี 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยผู้ตอบสามารถเลือกเพียงคำตอบเดียว จำนวน 41 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)ตามแบบการวัดของ Likert โดยมีข้อคำถามด้านบวกและด้านลบ มี 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย ไม่มีเลย โดยผู้ตอบสามารถเลือกเพียงคำตอบเดียว จำนวน 20 ข้อ

ตอนที่ 5 แบบสอบถามการดูแลตนเอง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติโดยผู้ตอบสามารถเลือกเพียงคำตอบเดียว จำนวน 21 ข้อ

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ผู้ป่วยวัณโรคปอด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 68.12 มีอายุ 21-40 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61.75 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.63 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.03 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 6,001 บาทต่อเดือนขึ้นไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.62 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.36 ได้รับการรักษาเป็นระยะเวลา 2 – 6 เดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.32 และมีความพึงพอใจต่อการให้บริการมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 100

1.2 ผู้ป่วยวัณโรคปอด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร มีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 73.83 มีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 79.20 มีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 69.46 มีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ถึงประโยชน์ของการได้รับการรักษาอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 96.31 มีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการรักษาอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 55.71 มีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับแรงจูงใจด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 95.98 มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 65.44

1.3 ผู้ป่วยวัณโรคปอด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 60.74

2.ผลการทดสอบตามสมมติฐาน

2.1 ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีเพศต่างกันจะมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.2 ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีอายุต่างกันจะมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.3 ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.4 ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีอาชีพต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.5 ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีรายได้ต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.6 ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.7 ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีระยะเวลาการรักษาต่างกันจะมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.8 ผู้ป่วยวัณโรคปอดทุกคนมีความพึงพอใจต่อการให้บริการ คิดเป็นร้อยละ 100.00 จึงไม่ได้นำมาทำการทดสอบสมมติฐาน

2.9 ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.10 แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.11 ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด

2.12 ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด

2.13 ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ถึงประโยชน์ของการได้รับการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด

2.14 ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด

2.15 ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร อภิปรายผลได้ดังนี้

1.ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขจะได้รับความรู้จากแพทย์ และพยาบาล ก่อนรับการรักษา โดยแพทย์และพยาบาลจะอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงวิธีการตรวจรักษา ระยะเวลารักษา การรับประทานยาและการมาพบแพทย์ตามนัด รวมถึงการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้มีการใช้กลวิธีการดูแลผู้ป่วยแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS) การจัดยาให้ผู้ป่วยเป็นซองพร้อมทั้งเขียนวันที่ เพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกต้องและครบตามจำนวน ทำให้ ผู้ป่วยสะดวกในการรับประทานยา มีความเต็มใจและตั้งใจที่จะดูแลตนเองอย่างดีเพื่อให้หายป่วยจากโรค ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของโอเรม (Orem. 1980 : 35) ที่ว่าการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด ในการดูแลตนเองผู้ที่เจ็บป่วยหรือทุพพลภาพ ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองบางส่วนหรือทั้งหมดขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต การดูแลตนเองที่ดีมีส่วนเสริมให้ตนเองมีภาวะสุขภาพและ

สวัสดิภาพที่ดี ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของทรงพล ผุดผาด (2541 : 88) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกวันพุธ โรงพยาบาลราชบุรี ผลการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอดส์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และยังสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจพร ทองเที่ยงดี (2541 : 57) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคในศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับสูง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของหงษ์ทอง อัศวชนานนท์ (2537 : 93) ที่ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองคาย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีความสามารถดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

2.เพื่อเปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการรักษา ความพึงพอใจต่อการให้บริการ

2.1 จำแนกตามเพศ

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีเพศต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีเพศต่างกันจะมีดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรคปอดทั้งเพศหญิงและชายมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องจาก วัณโรคเป็นโรคติดต่ออันตราย เป็นได้ทั้งเพศชายและเพศหญิง สามารถแพร่กระจายให้กับคนใกล้ชิดได้ง่าย โดยเมื่อเริ่มเป็นจะไม่มีอาการใดๆ ให้สังเกตเห็น และอาการของโรคจะเกิดช้าๆ ทีละน้อย โดยไม่รู้สึกตัว และเมื่อรู้ตัวว่าป่วยเป็นวัณโรคก็เป็นมากแล้ว มีความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค บางรายอาจรุนแรงถึงเสียชีวิตได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและหวาดกลัวมีการดูแลตนเองได้ถูกต้องมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทรงพล ผุดผาด(2544 : 105) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกวันพุธ โรงพยาบาลราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ อารีย์ เจียมพุก (2544 : 105) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับแนวคิดของโอเรม (Orem. 1985 : 22) ที่กล่าวว่า เพศเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลตนเอง

2.2 จำแนกตามอายุ

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีอายุต่างจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะวัณโรคสามารถเป็นได้ทุกกลุ่มอายุ โดยมีอาการเริ่มต้นด้วยการเป็นหวัด ตัวร้อน เป็นๆ หายๆ มีอาการไอซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อยและบางครั้งอาจมีอาการไอเป็นเลือด เจ็บหน้าอก หายใจขัด น้ำหนักลด เบื่ออาหารและอ่อนเพลีย ซึ่งเป็นอาการที่ทุกข์ทรมาน อาการดังกล่าวสามารถเป็นได้ทุกวัยของผู้ติดเชื้อวัณโรค การรักษาต้องใช้เวลานานและต้องได้รับยาตามกำหนด มิฉะนั้นผู้ป่วยจะดื้อยาและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้อีก ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องสนใจและดูแลตนเองเพื่อให้หายจากการป่วย ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของพรรณทิพา เหมแหวน (2543 : 132) ที่ได้ศึกษาตัวแปรบางประการจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มารับบริการคลินิกภูมิคุ้มกัน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ ที่มีอายุต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของอารีย์ เจียมพุก (2544 : 106) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าไม่สอดคล้องกับคำกล่าวของโอเรม (Orem. 1980 : 152 - 154) ที่ว่าเมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้น ย่อมมีการตัดสินหาทางเลือกที่ดีได้มากกว่าคนหนุ่มสาว เพราะวัยหนุ่มสาวเริ่มมีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะกระทบต่อพัฒนาการต่างๆ เช่น อารมณ์อ่อนไหวง่าย มีความคิดเพ้อฝัน ต้องการความสนุกเพลิดเพลิน และรักความเป็นอิสระ เมื่อเกิดโรคขึ้นการยอมรับต่อสภาวะความเจ็บป่วยจะมีน้อย ส่วนในวัยผู้ใหญ่ จะมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องของการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพ ยอมรับและรับผิดชอบที่จะกระทำเพื่อตนเองได้ดีกว่าวัยเด็ก

2.3 จำแนกตามระดับการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 3 ที่ว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ การรักษาวัณโรคของศูนย์บริการสาธารณสุขใช้ระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือบุคคลที่เชื่อถือได้เป็นผู้ดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยจนครบกำหนด ซึ่งระบบการรักษาแบบมีพี่เลี้ยงดังกล่าวจะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจตนเองมากขึ้น มีการดูแลตนเองที่ดีขึ้น ซึ่งการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของพัฒนา โพธิ์แก้ว (2537 : 117) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอดส์ ที่มารับการรักษาที่ศูนย์วัณโรคเขต 10

เชียงใหม่ พบว่าระดับการศึกษาต่างกันไม่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกอบแก้ว คุตตวัส (2527 : ก – ข) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้มีระดับการศึกษาสูงมารับรักษาโดยสม่ำเสมอกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจิรพรรณ รัฐประเสริฐ (2533 : 40) ที่ได้ศึกษาลักษณะ ประชากร การรับรู้ และสิ่งกระตุ้นพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการมารักษาของผู้ป่วยวัณโรคในศูนย์วัณโรคเขต 3 ชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงมารับการรักษาต่อเนื่องมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ

2.4 จำแนกตามอาชีพ

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีอาชีพต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4ที่ว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีอาชีพต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน เมื่อนำมาทำการทดสอบรายคู่พบว่าอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจมีการดูแลตนเองแตกต่างจากผู้ป่วยอาชีพรับจ้างทั่วไป และผู้ป่วยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีการดูแลตนเองแตกต่างจากผู้ป่วยอาชีพรับจ้างทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ และผู้ป่วยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพจะมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 54.03 ลักษณะการทำงานต้องใช้แรงงาน ใช้ความอดทน และต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ซึ่งแต่ละอาชีพก็จะมีลักษณะการทำงานและสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่แตกต่างกันไป สิ่งเหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและกระทบต่อการดูแลตนเอง และนอกจากนี้บางรายอาจมุ่งเน้นที่จะทำงานมากจนลืมนึกถึงตนเอง ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กอบแก้ว คุตตวัส (2527 : 49) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีอาชีพทำประจำอยู่กับที่จะมีความสม่ำเสมอในการรักษามากกว่าผู้ที่ต้องย้ายที่ทำงานบ่อย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของพรรณทิพา เหมแหวน (2543 : 132) ที่ได้ศึกษาตัวแปรบางประการจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มารับบริการคลินิกภูมิคุ้มกัน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ ที่มีอาชีพต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอารีย์ เจียมพุก (2544 : 105) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.5 จำแนกตามรายได้

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีรายได้ต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีรายได้ต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยพบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีรายได้ 6,001 บาท ต่อเดือนขึ้นไปมีการดูแลตนเองแตกต่างจากผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท ต่อเดือน ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ผู้ป่วยที่มีรายได้สูงสามารถมีการดูแลตนเองด้านการเลือกอาหารที่มีประโยชน์และเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และผู้ป่วยที่มีรายได้สูงสามารถหาสิ่งที่เอื้อประโยชน์ต่อความสุขสบายของร่างกายได้เพิ่มขึ้น มีเวลาเพื่อพักผ่อนมากขึ้น ไม่ต้องเครียดกับเรื่องการทำมาหากิน ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของกอบแก้ว คุตตวัส (2527 : 49) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้สูงจะมารับยาโดยสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำ และสอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของประยงค์ สัจจพงษ์ (2534 : 70) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในเขตอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี และเข้ารับการรักษาในคลินิกวัณโรค แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดำเนินสะดวก ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้สูงจะมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของพรรณทิพา เหมแหวน (2543 : 132) ที่ได้ศึกษาตัวแปรบางประการจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มารับบริการคลินิกภูมิคุ้มกัน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีรายได้ต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอารีย์ เจียมพุก (2544 : 109) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.6 จำแนกตามสถานภาพสมรส

ผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีสถานภาพต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ ถึงแม้จะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยเสริมแรงให้บุคคลมีการดูแลตนเองมากกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสโสด, ม่าย/ หย่า/ แยก แต่ในปัจจุบันการนำระบบการรักษาโดยมีพี่เลี้ยงกำกับการรับประทานยา ทำให้ผู้ป่วยทุกสถานภาพสมรสได้รับแรงกระตุ้นใน

การดูแลตนเองเหมือนกัน ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของหงษ์ทอง อัศวชนานนท์ (2537 : 104) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองคาย ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสของผู้ป่วยวัณโรคไม่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของอารีย์ เจียมพุก (2544 : 109) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกอบแก้ว คุตตวัส (2527 : 48) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดราชบุรี ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสโสดมารับยาโดยสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่มีครอบครัว

2.7 จำแนกตามระยะเวลาการรักษา

ผลการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีระยะเวลาการรักษาต่างกันจะมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7 ที่ว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีระยะเวลาต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น คือใช้เวลา 6 - 8 เดือน มีแนวทางในการรักษาเหมือนกัน ทำให้มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของภิรมลักษณ์ มีสัตยานันท์ (2534 : 50) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ผลการศึกษาพบว่า คะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รักษาระยะเวลาต่างกัน จะมีคะแนนใกล้เคียงกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของหงษ์ทอง อัศวชนานนท์ (2537 : 105) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองคาย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาต่างกันจะมีแนวทางในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับแนวคิดของโอเรม (Orem, 1985 : 90 - 99) ที่กล่าวว่าเมื่อบุคคลเจ็บป่วย ย่อมต้องการแสวงหาบริการทางด้านการรักษาพยาบาล ปรับความนึกคิดตนเองและยอมรับภาวะการเจ็บป่วย และระยะเวลาที่เจ็บป่วย จะทำให้บุคคลเรียนรู้การปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสมตามแนวทางการรักษาของแพทย์

2.8 จำแนกตามความพึงพอใจต่อการให้บริการ

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 298 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 มีความพึงพอใจต่อการให้บริการ และมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี จึงไม่ได้นำมาทดสอบสมมติฐานข้อ 8 ที่ว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีความพึงพอใจต่อการให้บริการต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน ผลจากการตอบแบบสอบถาม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้เหตุผลของความพึงพอใจว่า แพทย์และพยาบาลให้ความสนใจและเอาใจใส่ในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี ให้

ให้บริการที่สะดวกรวดเร็ว ให้คำปรึกษาและแนะนำในการดูแลตนเองอย่างเป็นกันเอง ติดตามการรักษาผู้ป่วยตลอดเวลา และเป็นการบริการที่ไม่คิดมูลค่า

3.เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับวัณโรค แรงสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อด้านสุขภาพ กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด

3.1 จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับวัณโรค

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9 ที่ว่า ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด เนื่องจากความรู้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการดูแลตนเอง เมื่อผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจและเห็นความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่อง รู้ถึงผลเสียของการหยุดใช้ยา ทั้งในประเด็นของการสูญเสียค่าใช้จ่ายส่วนตัวและส่วนรวม รวมถึงผลกระทบต่อสุขภาพของตนเองและอาจมีผลต่อผู้อื่นด้วย จึงทำให้ผู้ป่วยระมัดระวังตนเองตามความรู้ของตนเองเท่าที่จะกระทำได้ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับแนวคิดของโอเรม (Orem. 1985 : 45) ที่ว่าความรู้เป็นองค์ประกอบหนึ่งของปัจจัยภายในบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ความรู้ที่ถูกต้องเพียงพอ จะเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลสืบสวนหาข้อมูลพิจารณาไตร่ตรองอย่างมีเหตุผลและตัดสินใจกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้นจากความเจ็บป่วย และสอดคล้องกับการศึกษาของ ดีและคณะ (De, et al. 1990 : 605 – 615) ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานดูแลสุขภาพตนเองได้ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของจารุวรรณ ขันติสุวรรณ (2528 : 98) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่พบว่าความรู้เรื่องโรคและความรู้เรื่องการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาและสอดคล้องกับการศึกษาของสุพรรณี อินตะนัย (2538 : 86) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดมีความเกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการรักษา

3.2 จำแนกตามแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10 ที่ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก การได้รับแรงสนับสนุนในด้านต่างๆ ได้แก่ การมีคนห่วงใย รักและเอาใจใส่ ช่วยเหลือด้านเงินทอง และให้ข้อมูลข่าวสาร

ต่างๆ ทำให้ ผู้ป่วยมีกำลังใจ เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองให้ดีขึ้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังได้รับการกระตุ้นเตือนจากญาติและเจ้าหน้าที่ในเรื่องของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีการไปตรวจตามแพทย์นัด ส่งผลให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพตนเองได้ดี ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของฮับบาร์ด มุชเลนแคมป์และบราวน์ (ประยงค์ สัจจพงษ์. 2534 : 68 ; อ้างอิงจาก Hubbard, Muhlenkam and Brown.1994. *Nursing research.* p 226 – 270) และมุชเลนแคมป์กับเซเลส (ประยงค์ สัจจพงษ์. 2534 : 68 ; อ้างอิงจาก Muhlenkam and Sayles. 1996. *Nursing Research.* p 334 - 337) ที่ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของปริวรรธน์ แสงพิทักษ์ (2541 : 65 – 70) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนของครอบครัว มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกรแก้ว กอวัฒนา (2531 : 99) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการชลอการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค โดยศึกษากับผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการตรวจรักษา ณ สถานตรวจโรคปอด กรุงเทพฯ ผลการศึกษาพบว่า บทบาทของบุคคลสำคัญในการแนะนำแหล่งการรักษาไม่มีความสัมพันธ์ต่อการชลอการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค

3.3 จำแนกตามความเชื่อด้านสุขภาพ

3.3.1 จำแนกตามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค

ผลการศึกษาพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 11 ที่ว่าความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ทำให้ขาดการรับข่าวสารเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเป็นโรคแทรกซ้อน เนื่องจากไม่มีเวลาเพราะต้องเร่งรีบทำงาน เมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น มีอาการไอ จึงไม่ได้นึกถึงว่าตนเองจะมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้และมีโอกาสเสียชีวิตได้จากความรุนแรงของโรค หรือในบางครั้งภาวะการเร่งรีบทำให้ผู้ป่วยลืมรับประทานยา ขาดยา ซึ่งมีผลและทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้นและทำให้ดื้อยาได้ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของจิรพรรณ รัฐประเสริฐ (2533 : 40) ที่ได้ศึกษาลักษณะ ประชากร การรับรู้ และสิ่งกระตุ้น พฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการมารักษาของผู้ป่วยวัณโรคในศูนย์วัณโรคเขต 3 ชลบุรี ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการรับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด และสอดคล้องกับการศึกษาของอารีย์ เจียมพุก (2544 : 113) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

วัณโรค ที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของประยงค์ สัจจพงษ์ (2534 : 63) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในเขตอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี และเข้ารับการรักษาในคลินิกวัณโรค แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดำเนินสะดวก ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของภิรมลักษณ์ มีสัตยานันท์ (2534 : 60) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่าการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานยา

3.3.2 จำแนกตามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค

ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 12 ที่ว่าความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับปานกลาง และผู้ป่วยที่ศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่ได้รับการรักษานาน 2 – 6 เดือน ซึ่งเป็นระยะที่เชื้อวัณโรคไม่อยู่ในระยะแพร่เชื้อแล้ว อาการไอ เจ็บหน้าอก หายใจขัด มีไข้ลดลง บางรายไม่ปรากฏอาการ อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อว่า โรคของตนที่เป็นอยู่ใกล้หายและไม่เป็นอันตรายต่อตัวเองและผู้ใกล้ชิด ทำให้ผู้ป่วยไม่กลัวความรุนแรงของโรคที่อาจกลับเป็นซ้ำได้อีก ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้การรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของสมใจ ยิ้มวิไล (2531 : ก - ข) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของจิรพรรณ รัฐประเสริฐ (2533 : 40) ที่ได้ศึกษาลักษณะประชากร การรับรู้ และสิ่งกระตุ้น พฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการมารักษาของผู้ป่วยวัณโรคในศูนย์วัณโรคเขต 3 ชลบุรี ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด และยังสอดคล้องกับการศึกษาของประยงค์ สัจจพงษ์ (2534 : 65) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในเขตอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี และเข้ารับการรักษาในคลินิกวัณโรค แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดำเนินสะดวก ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง แต่ไม่ตรงกับคำกล่าวของเฮเลนแบรนด์ (Hellenbrand. 1983 : 220) ที่กล่าวว่าการให้ผู้ป่วยได้รับรู้

ถึงความรุนแรงของโรค จะเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความหวาดกลัว ซึ่งมีผลกระตุ้นให้เกิดการกระทำ ถ้าผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือและแนะนำวิธีการที่จะเผชิญภาวะความเจ็บป่วย และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของภิรมลักษณ์ มีสัตยานันท์ (2534 : 60 - 61) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานยา

3.3.3 จำแนกตามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ถึงประโยชน์ของการได้รับการรักษา

ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ถึงประโยชน์ของการได้รับการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 13 ที่ว่าความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ถึงประโยชน์ของการได้รับการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ถึงแม้จะมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาและประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ แต่ผู้ป่วยก็มีระดับการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นจากญาติ รวมถึงเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ในเรื่องของการปฏิบัติตนที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และทางศูนย์บริการสาธารณสุขจะมีการนัดผู้ป่วยให้มาพบแพทย์ทุกสัปดาห์พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ได้ให้บริการโดยไม่คิดมูลค่า ผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น ทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญของการรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้การรับรู้ถึงประโยชน์ของการได้รับการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรพรรณ รัฐประเสริฐ (2533 : 40) ที่ได้ศึกษาลักษณะ ประชากร การรับรู้ และสิ่งกระตุ้น พฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการมารักษาของผู้ป่วยวัณโรคในศูนย์วัณโรคเขต 3 ชลบุรี ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการได้รับการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการรับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด และสอดคล้องกับการศึกษาของอิศรา สุวธีรพันธ์ (2537 : ข) ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค ณ สถานตรวจโรคปอด กรุงเทพฯ ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้ถึงผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของภิรมลักษณ์ มีสัตยานันท์ (2534 : 60 - 61) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่าการรับรู้ ผลดีจากการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และเจ้าหน้าที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยา และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอารีย์ เจียมพุก (2544 : 113) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับบริการ ณ คลินิก

วัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

3.3.4 จำแนกตามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการรักษา

ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 14 ที่ว่าความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการรักษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา และมีความสะดวกในการรับบริการเพราะพยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิกวัณโรคจะจัดเตรียมยาให้ผู้ป่วยไว้ล่วงหน้า เมื่อผู้ป่วยมาตามนัดจะได้รับยาเร็วขึ้นโดยไม่ต้องเสียเวลารอคอยรับยาที่ห้องจ่ายยารวม ทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดความละอายต่อการป่วยเป็นวัณโรค เนื่องจากไม่ต้องกลัวว่าผู้ป่วยอื่นจะรู้ว่าตนป่วยเป็นวัณโรคและแสดงความรังเกียจ ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ปัจจัยด้านความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรพรรณ รัฐประเสริฐ (2533 : 40) ที่ได้ศึกษาลักษณะ ประชากร การรับรู้ และสิ่งกระตุ้นพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการมารักษาของผู้ป่วยวัณโรคในศูนย์วัณโรคเขต 3 ชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการรับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของประยงค์ สัจจพงษ์ (2534 : 67) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในเขตอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี และเข้ารับการรักษาในคลินิกวัณโรค แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดำเนินสะดวก ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการรักษามีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุพรรณี อินตะนัย (2538 : 94) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการรักษาในผู้ป่วยวัณโรคปอด ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคในการไปตรวจรักษา มีความเกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการรักษา และยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอารีย์ เจียมพุก (2544 : 116) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

3.3.5 จำแนกตามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับแรงจูงใจด้านสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 15 ที่ว่าความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความ

สัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจสูงจะมีการดูแลตนเองที่ดี ความรู้สึกและอารมณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วย มีสาเหตุมาจากการกระตุ้นของสิ่งเร้า ซึ่งอาจเป็นสิ่งเร้าภายในตัวบุคคล เช่น ความสนใจต่อสุขภาพโดยทั่วไป ความพอใจที่จะแสวงหาและยอมรับการรักษา ความตั้งใจที่จะให้ความร่วมมือในการรักษาหรือเกิดการรับรู้ด้านต่างๆ และปัจจัยอื่นๆ มีส่วนผลักดันให้ผู้ป่วยวัณโรคมีการดูแลตนเองได้ดี ดังนั้นแรงจูงใจด้านสุขภาพจึงมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เบคเกอร์และคณะ (ภิรมลักษณ์ มีสัตยานันท์. 2534 : 62 ; อ้างอิงจาก Becker, et. al.1974. *American Journal of Public Health*. p.205 –216) ได้อธิบายว่าแรงจูงใจจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยสิ่งเร้าจากภายในและภายนอกตัวบุคคล การที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติตามคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่หรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับแรงจูงใจทางด้านสุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของพวงพยอม การภิญโญ (2526 : 110) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอแนะดังนี้

1. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบคลินิกวัณโรคของศูนย์บริการสาธารณสุข ควรมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อจะได้ทราบปัญหาและอุปสรรคในการรักษาของผู้ป่วย พร้อมทั้งให้กำลังใจในการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการรักษา คือผู้ป่วยวัณโรคหายขาดจากโรค

2. ควรจัดให้มีการให้สุขศึกษากับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เน้นให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค แนวทางการรักษาของแพทย์ การมาตรวจตามแพทย์นัด เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนได้ถูกต้อง

3. ควรจัดให้มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ของศูนย์บริการสาธารณสุขทุกคนและทุกระดับให้มีความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และระบบการรักษาแบบมีพี่เลี้ยง พร้อมที่จะให้การสนับสนุนผู้ป่วยในเรื่องของข้อมูลข่าวสารต่างๆที่เกี่ยวกับโรค

4. ควรมีการให้รางวัลกับผู้ป่วยที่รับการรักษาจนครบหรือหายป่วย ในศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจ และเป็นตัวอย่างให้กับผู้ป่วยที่กำลังรับการรักษา ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตนและความตั้งใจที่จะให้ความร่วมมือในการรักษา

5. ควรมีการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด ในด้านการป้องกันและรักษา ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในชุมชน และนักเรียนในโรงเรียน เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรค สามารถป้องกันตนเองจากวัณโรค

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเปรียบเทียบการให้การรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบควบคุมหรือภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOTS) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคคลใกล้ชิดที่เชื่อถือได้ เพื่อให้ทราบถึงความแตกต่าง และเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค

2. ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาสำหรับพี่เลี้ยงของผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม และหายจากการป่วยเป็นวัณโรค

3. ศึกษาความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมของสมาชิกในครอบครัวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค

4. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของสมาชิกในครอบครัว

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กรแก้ว กอวัฒนา. (2531). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการซลอการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค.*วิทยานิพนธ์ สส.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

กาญจนา บุญทับ. (2534). *ปัจจัยพื้นฐานบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์.* วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

กระทรวงสาธารณสุข. (2538). *แนวทางการให้คำปรึกษาเรื่องวัณโรค.* กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.

..... . (2541). *แนวทางการควบคุมวัณโรคแห่งชาติ.* พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.

..... . (2542). *แนวคิด ทฤษฎีและการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข.* กรุงเทพฯ : กองสุขศึกษา.

กองควบคุมโรค สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. (2542). *แนวทางการควบคุมวัณโรคในเขตกรุงเทพมหานคร.* พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บริษัทนิวธรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด.

..... . (2544). *แนวทางการควบคุมวัณโรคในเขตกรุงเทพมหานคร.* พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : บริษัทนิวธรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด

..... . (2545). *รายงานประจำเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2545.* กรุงเทพฯ : ฝ่ายวัณโรค สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร.

กองควบคุมโรคเอดส์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. (2544, มิถุนายน - กันยายน). *กรุงเทพรู้ทันเอดส์.* 9 (59).

กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. (2543). *สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2543.* กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กองวัณโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2540). *การนำกลวิธี DOTS มาใช้ในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค.* กรุงเทพฯ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.

..... . (2541). *คู่มือปฏิบัติงานเรื่องการเร่งรัดงานวัณโรคในสถานการณ์ระบาดของโรคเอดส์.* กรุงเทพฯ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.

..... . (2541). *แนวทางปฏิบัติสำหรับพี่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรค.* กรุงเทพฯ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.

กอบแก้ว คุตตวัส. (2527). *ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด*. วิทยานิพนธ์ สส.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

เกสรี เลิศประไพ. (2539). *ประสิทธิผลการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินสุลิน ณ โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

ขนิษฐา มณีเรืองเดช. (2529). *ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการมารับการรักษาไม่สม่ำเสมอของผู้ป่วยวัณโรคของจังหวัดสระบุรี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (โรคติดเชื้อ). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

จริยาวัตร คมพยัคฆ์. (2531, เมษายน-มิถุนายน). "แรงสนับสนุนทางสังคม:มโนทัศน์และการนำไปใช้," *วารสารพยาบาลศาสตร์*.(6) : 101.

--------. (2532). *ผลของการใช้วิธีทางการพยาบาลสาธารณสุขที่แตกต่างกันต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ สส.ด. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

จารุวรรณ ขันติสุวรรณ. (2528). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

จิรพรรณ รัฐประเสริฐ. (2533). *การศึกษาลักษณะประชากร การรับรู้และสิ่งกระตุ้นพฤติกรรมที่มารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคในศูนย์วัณโรคเขต 3 จังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (แพทย์ศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.

จิราพร ถนอมกล่อม. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคม ที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ผู้สงสัยถูกข่มขืนที่มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุ ของโรงพยาบาลตำรวจ*. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.ถ่ายเอกสาร.

จิรภา หงษ์ตระกูล. (2532). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2534). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทรงพล ผุดผาด. (2544). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกวันพุธ โรงพยาบาลราชบุรี*.ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

ธารารัตน์ ดวงแข. (2541). *ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อโรคของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรค*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลอนามัยชุมชน). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

นฤมล สิงห์ดง. (2539). การวิเคราะห์ต้นทุนของการรักษาวัณโรคปอด ณ ศูนย์วัณโรคเขต. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.ถ่ายเอกสาร.

นัดดา ศรียาภัย. (2535). "การประชุมสัมมนาวิชาการวัณโรคครั้งที่ 3 ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ," *รายงานการประชุมวิชาการวัณโรคระดับชาติครั้งที่ 3 วันที่ 4-5 พฤศจิกายน พ.ศ.2534*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิตยา ภาสุนันท์. (2529). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

นิภา มนูญปิจุ. (2538). *การวิจัยทางสุขศึกษา*. ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ : หจก.อักษรบัณฑิต.

บัญญัติ ปริชญานนท์. (2542). *วัณโรค*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บานเย็น สวนไทย. (2528, กรกฎาคม-กันยายน). "การให้สุขศึกษาและการติดตามช่วยเหลือทางเศรษฐกิจกับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด," *วารสารโรคติดต่อ*. 11 (3) : 240-245.

บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. (2526). "จิตวิทยากับการสาธารณสุข," *เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยาการแพทย์ หน่วยที่ 9 - 15*. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

บุญเรียบ วัฒนธำรงค์, ปราณี ภาณุภาส และจงรัก อินทร์เสวก. (2541). *คู่มือดำเนินงานหลักสูตรการฟื้นฟูสมรรถภาพและส่งเสริมการดูแลตนเองแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยยาเสพติดวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บูรณะ ชวลิตธำรง. (2527). "วัณโรคไปรมารีย์," *วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก*. 5 : 21 – 22.

เบญจพร ทองเที่ยงดี. (2541). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคในศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี*. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

ประพาพ ยงใจยุทธ และคณะ. (2532). *โรคระบบทางเดินหายใจ*. กรุงเทพฯ : บริษัทแอตก้า อินเตอร์เนชั่นแนล.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). *ทัศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย*. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.

--------. (2532).*ทัศนคติ:การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์พีระพัฒนา.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. (2532). *พฤติกรรมศาสตร์พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา*. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประยงค์ สัจจพงษ์. (2534). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ในเขตอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

ปริวรรธน์ แสงพิทักษ์. (2541). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดนครปฐม*. นครปฐม : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม. ถ่ายเอกสาร.

ปรีชา วิชิตพันธ์ เปรม บุรี,วัลลี สัตยาพันธ์. (2542). *การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในภาวะการระบาดของโรคเอดส์*. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน.

พรรณทิพา เหมแหวน. (2543). *ตัวแปรบางประการจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการควบคุม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มารับบริการคลินิกภูมิคุ้มกัน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

พวงพยอม การภิญโญ. (2534). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์ สส.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2538). *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์.* กรุงเทพฯ : โครงการตำรา สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

พัฒนา โพธิ์แก้ว และคณะ. (2542, ตุลาคม – ธันวาคม). "วัณโรคในเรือนจำกลางเชียงใหม่," *วารสารวัณโรคและทรวงอก.* 20(4) : 243 – 255.

พิรพร ดวงแก้ว. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่น.* วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลอนามัยชุมชน). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.

เพชรรัตน์ อมรชีวิน. (2541). *ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี.* ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

เพียงใจ สุวิริยะไพศาล. (2542). *ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกในโรงพยาบาลราชวิถี.* ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

ภัทรา จุลวรรณา. (2528). *ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดศรีษะเกษ.* วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

ภิรมย์ กมลรัตนกุล และคณะ. (2534). เปรียบเทียบต้นทุนการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นกับระบบยา พื้นฐานของคนไข้วัณโรค. *วารสารโรคติดต่อ.* 17 (3) : 153-162.

ภิรมย์ลักษณ์ มีสัตยานันท์. (2534). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด.* วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.

มาลินี จรูญธรรม. (2541). *การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อเนื้อครั้งแรก ณ โรงพยาบาลรามาธิบดี.* วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

มาลี วิทูปัญจวิทย์. (2530). *การศึกษาผลของการติดตามผู้ป่วยวัณโรคปอดให้มารับบริการ ณ สถานตรวจโรคปอด กรุงเทพฯ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

มนฑนา เจริญกุศล. (2534). *แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

ยุวดี รอดจากภัย. (2532). *การศึกษาประสิทธิผลของการจัดโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอด ณ สถานตรวจโรคปอด กรุงเทพฯ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. (2536). *เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา*. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

วัลลา ผิวทน. (2527). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตน ภายนอกเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคติดต่อ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม กับการให้ความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กวัยเรียนภูมิคุ้มกันโรค*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

วิเชียร เกตุสิงห์. (2538, กุมภาพันธ์-มีนาคม). "ค่าเฉลี่ยกับการแปรความหมาย:เรื่องง่ายๆที่บางครั้งก็พลาดได้," *ข่าวสารการวิจัยการศึกษา*. 18 (3).

สพรั่งศักดิ์ จุลเดชะ. (2540). *การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ณ ศูนย์วัณโรค เขต 2 จังหวัดสระบุรี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2540, มกราคม - มีนาคม). "แนวทางการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคในประเทศไทย," *วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก*. 18 (4).

------ . (2544, มกราคม - มีนาคม). "แนวทางการควบคุมวัณโรคในกรุงเทพมหานคร," *วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก*. 22 (1).

สมจิต หนุเจริญกุล. (2537). "ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม," ใน*การดูแลตนเอง:ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : วี.เจ.พริ้นติ้ง.

สมใจ ทุนกุล. (2534). การพยาบาลอนามัยชุมชนในการดูแลครอบครัวระยะขยาย. *เอกสารประกอบการสอนวิชากรณีเลือกสรรการพยาบาลอนามัยชุมชน : หน่วยที่ 1 - 7.* มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ : บริษัทเพียรพัฒนาพริ้นติ้งจำกัด.

สมใจ บวรกิตติ. (2530). *วัณโรคปอด.* กรุงเทพฯ : บริษัทธรรมสาร.

สมใจ ยิ้มวิไล. (2531). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด.* วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

สมชัย บวรกิตติ และคณะ. (2532). "พยาธิกำเนิด," ใน*ผู้ป่วยวัณโรคปอด.* กรุงเทพฯ : ธรรมสาร.

สมทรง ศุภศิลป์. (2526). *ความเชื่อและปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาและบุตรในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.* วิทยานิพนธ์ สศ.ม. (สังคมศาสตร์และการแพทย์สาธารณสุข). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

สาโรจน์ ตาลผาด. (2539).*ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดวัณโรคในประชาชนอำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์.* วิทยานิพนธ์ สศ.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. (2539). *การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS.* กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์คอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์วิโรฒ ประสานมิตร.

สุพรรณี อินดะนัย. (2538). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด.*วิทยานิพนธ์ วท.ม. (โรคติดเชื้อ). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.ถ่ายเอกสาร.

สำเนียง อรรถาเวช. (2541). *การสร้างต้นแบบสื่อสิ่งพิมพ์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยวัณโรคยอมรับการรักษาครบถ้วนด้วยระบบยาระยะสั้น โรงพยาบาลโรคทรวงอก.* วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (เทคโนโลยีการศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

หงษ์ทอง อัศวชานนท์. (2537). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองคาย.* วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

อังคณา นวลยง. (2535). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

อารี เธียรประมุข. (2534). *ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.

อารีย์ เจียมพุก. (2544). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม*. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

อุบล นิวัติชัย. (2527). *หลักการพยาบาลจิตเวช*. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Allard, R. (1989, April). "Belief about AIDS as determinanty and of support for coercive measures," *American Journal public health*. 79 (4) : 448-452.

Alouch, Joseph A.,et al. (1984, June). "Study of case-finding for Pulmonary tuberculosis in outpatients Cpmplaining of a chronic Cough at a district hospital in Kenya," *American review of respiratory disease*. 129 : 915-920.

Andreoli, K.G. (1981, November-December). "Self Concept and Health Beliefs in Compliant and noncompliant Hypertensive Patients," *Nursing Research*. 30 : 317-324.

Ashburn, F.S., et al. (1980). "Compliance with ocular therapy," *Survay of Ophthalmology*.

Aymanns, P.S., Fillipp, H. and Klauer, T. (1995, March). "Family support and coping with cancer : Some determinants and adative correlates special issue : social psychological and health," *British journal of social psychology*. 34 (1) : 107 -124.

Becker, M.H. (1974). *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. New Jersey : Chales B. Slack.

Becker, M.H, et al. (1974). " A New Approach to Explaining Sick Role Behavior in Low income Population," *American Journal of Public Health*. 64(3) : 206.

Becker, M.H., et al. (1974). " The Health Belief Model and Sick Role Behavior," *Health Education Monograph.* 2(4) : 416.

..... . et al. (1977). "Compliance with medical regimen of asthma a test of the health belief model," *Public Health Report.*

..... . et al. (1977). " The health belief model and prediction of dietary compliance : A field experiment," *Journal of Health and Social Behavior.*

Becker, M.H.& Maiman, L.A. (1975, July). "Social behavioral determinants of compliance with health and medical care recommendation," *Medical care.* 13 : 10 – 15.

Betera, E.M. (1990). *Consumption and generation of social support among the elderly : its relationship to health maintenance and health status* Ph.D. The grad. Sch. of social work and social research.

Cobb, S. (1976, September-October). " Social support as a Moderator for life," *Psychosomatic Medicine.* 38 : 300 - 313.

Cohen, S & Will, T.A. (1985). "Stress,sotial sopport and the buffering hypothesis," *Psychological Bulletin.* 93 : 310-353.

De Weerdt, I., et al. (1990). "Determinants of Active Self – Care Behavior of Insulin Treated Patients with Diabetes Education," *Social Science of Medicine.* 30(50) : 605 - 615.

Gast, H., Denyes, J & Compbell, J, et al. (1989, October). "Self-Care Agency: Conceptualization and Operationalization," *Advances in Nursing Science.* 12 : 26-38.

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

Hellenbrand, O. "An Analysis of Compliance Behavior : A Response to Powerlessness," *Coping with Chronic Illness : Overcoming Powerlessass.* Edited by Judith Fitgerald Miller Phihdelphia : F.A. Davis Co., 1983.

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

Hubbard, P, Muhlenkamp, A.F. & Brown, N. (1984). "The relationship between social support and self-care practice," *Nursing research.* 33 (5) : 226 - 270.

Hochbaum, D.M. (1987, May). "Publice parcitipation in Medical Screening Program," *PHS Publication.* 572 : 1 – 28.

Kahn, R.L. (1979). *Aging and Social Support.* In: Aging from Birth to Dealth : Interdisciplinary Perspective. Editted by Riley MW. Colrolado : Westview press.

Kasl, S.V. & Cobb, S. (1996). "Health behavior, Illness behavior and sick role behavior," Journal of health and social behavior. 18 : 244 - 260.

Kennedy, C.J. Probart, C.K., & Dorman, S.T. "The Relationship between Random Knowledge , Concern and Behavior , and Health Value , Health Locus of Control , and Preventive Behavior," *Health Education Quaterly.* 18 (3) : 319 - 329.

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

Metcalf, C.A., et al. (1990, April). "Knowledge and Beiiefs About Tuberculosis Among Non-Working Woman in Ravensmead," Cape Town.*S-Afr-Med-J.* 77 (8) : 408 - 411.

Muhlenkam, A.F. & Seyles , J.A. (1986, November – December). "Self – Esteem, Social Support , and Positive Health Practices," *Nursing Research.* 35 : 334 – 337.

Ndeti, K. (1972, November). "Sociocultural Aspects of Tuberculosis Defaultation: A Case Study," *Social Science and Medicine.* 16 : 402 - 403.

Orem, D.E. (1971). *Nursing : Concept of Practice.* New York : Mc Grew-Hill Book Company.

...... (1980). *Nursing : Concept of Practice.* 2nd ed. New York : Mc Grew-Hill Book Company.

...... (1985). *Nursing : Concept of Practice.* 3rd ed. New York : Mc Grew-Hill Book Company.

Orem, D.E. & Taylor. (1986). "Orem's General Theory of nursing," *Case studies in nursing in theory nursing : Editor by P. Winstread fry.* New York : National leage for nursing.

Pagel, W.Simmonds, F.A.H.MacDonald,N. and Nassau,E. (1964). *Pulmonary Tuberculosis*.Bacteriology,Pathology,Diagnosis,Management,Epidemiology and Prevention 4th ed. Oxford University.Press, London.

Pender. N.J. & Pender A.R. (1996). *Helth Promotion in Nursing Practice* (3rd ed.). Norwalk:Appleton & Lange.

Robinson, J.P. & Shaver, P.R. (1985). *Measures of Social Psychological Attitude.* 6th Printing : Michigan : The University of Michigan.

Rokeach, M. (1970). *Belief Attitude and Values.* San Francisco : Jossy Bass Inc.

Rosenstock,I.M. (1974, Winter). historical origins of the health belief model. *The Health Belief Model and Persional Health Behavior.* New Jersey : Chales B.Slack.

--------. (1976). "The health belief model and prevention health behavior," *Health edition mono graphs.* 2 : 330 – 335.

Sarafino,E.P. (1994). *Biopsychosocial interaction.* 2nd ed. Canada:John wiley & Sons, Inc.

Slone, J.P. & Slone, M.C. (1981). "An Assessment of Default and Compliance in Tuberculosis Control in Pakistan," *The Royol Siciety of Tropical Medicine and Hygiene.* 71 : 717 - 718.

Steiger, N.J. and Lipson, J.G. (1985). *Self – Care Nursing Theory and Practice.* Maryland : Aprentece - Hall Co.

Thoits PA. (1982). "Conceptual, Metrodological and Theoretical Problem in Studying Social Sopport as a Buffer Against Life Stress," *Journal of Health and Social behavior.* 23 : 145 - 159.

Tilden, V.P. & Weinert, C. (1987). Social support at the chronically ill individual. *Nursing clinics of North America.* 22 : 613-619.

Vollop Payanandana, et al. (1995). *Information in Preparation for an external Review of the National Tuberculosis Programme.* p.31,35,37.

Vallop Payanandana , Booncherd Kladphuang, Wilawan Somson, & Sukson Jittimanee.(1999). "Health budget and TB budget," *Battle Against TB National Tuberculosis Programme Thailand,1999.* Tuberculosis division department of communicable disease control Ministry of Public Health.

Weiss. R. (1976). "The provision of social relationship," In *Doing unto Others.* New York : Edited by Zick R. Englewood Cliffs.N.J. Prentice Hall. p.172.

Willey, G.& R.A. Siliman. (1990). " The impact of disease on the social support experience of cancer patient," *Journal of psychosocial oncology.* 8(1) : 79 -95.

Yamane, Taro.(1996). *Statistics : An Introductory Analysis.* 3rd ed. New York : Harper and Row publishers.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้เชี่ยวชาญ

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม

1. รองศาสตราจารย์ ดร. ธาดา วิมลวัตรเวที	ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. อาจารย์ เรือโท ดร.ไพบูลย์ อ่อนมั่ง	ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
3. อาจารย์ ทรงพล ต่อนี	ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
4. นายแพทย์ ทวีศักดิ์ บำรุงตระกูล	เลขานุการคณะกรรมการบริหาร สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทย
5. ดร.นุชนารถ ธาตุทอง	นักวิชาการศึกษา 8 ว. สำนักพัฒนาการศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม เขตการศึกษา 1

ภาคผนวก ข
หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัย

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มศว โทร. 5731, 5618

ที่ ทม 1012/ 6900 วันที่ 25 กันยายน 2545

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะพลศึกษา

เนื่องด้วย นางสายฝน เลิศวาสนา นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร" โดยมี รองศาสตราจารย์นภาพร มัธยมางกูร และผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย ขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ธาดา วิมลวัตรเวที อาจารย์เรือโทไพบูลย์ อ่อนมั่ง และอาจารย์ทรงพล ต่อนี เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้นางสายฝน เลิศวาสนา ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

(รองศาสตราจารย์นภาภรณ์ หะวานนท์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ ทม 1012/6501

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

15 กันยายน 2545

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน นายกสมาคมปราบวัณโรค

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสายฝน เลิศวาสนา นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร" โดยมี รองศาสตราจารย์นภาพร มัธยมางกูร และผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย ขอเรียนเชิญ นายแพทย์ทวีศักดิ์ บำรุงตระกูล เลขานุการคณะกรรมการบริหาร เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้นางสายฝน เลิศวาสนา ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภาภรณ์ หะวานนท์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
โทร. 02-664-1000 ต่อ 5731, 5618
โทรสาร. 02-258-4119

ที่ ทม 1012/ 6902

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

25 กันยายน 2545

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาการศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม เขตการศึกษา 1

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสายฝน เลิศวาสนา นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร" โดยมี รองศาสตราจารย์นภาพร มัธยมางกูร และผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย ขอเรียนเชิญ นางนุชนารถ ธาตุทอง นักวิชาการศึกษา 8 ว. เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้นางสายฝน เลิศวาสนา ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภาภรณ์ หะวานนท์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
โทร. 02-664-1000 ต่อ 5731, 5618
โทรสาร. 02-258-4119

ที่ ทม 1012/ 7164

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

4 ตุลาคม 2545

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสายฝน เลิศวาสนา นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร" โดยมี รองศาสตราจารย์นภาพร มัธยมางกูร และผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่ และขอให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดเป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ในระหว่างเดือนตุลาคม 2545

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสายฝน เลิศวาสนา ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภาภรณ์ หะวานนท์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
โทร. 02-664-1000 ต่อ 5731, 5618
โทรสาร. 02-258-4119

ที่ ทม 1012/ 7465

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

15 ตุลาคม 2545

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสายฝน เลิศวาสนา นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร" โดยมี รองศาสตราจารย์นภาพร มัธยมางกูร และผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่ และขอให้ผู้ป่วยวัณโรคปอด ตอบแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ในระหว่างเดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม 2545

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสายฝน เลิศวาสนา ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภาภรณ์ หะวานนท์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
โทร. 02-664-1000 ต่อ 5731, 5618
โทรสาร. 02-258-4119

ภาคผนวก ค
หนังสืออนุมัติการวิจัยในคน

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักอนามัย โทร. 0 2245 3933

ที่ กท 2000/ 5425 **วันที่**

เรื่อง ขอส่งโครงร่างการวิจัย

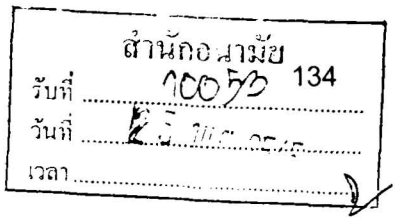
เรียน เลขานุการคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร

พร้อมบันทึกนี้ สำนักอนามัย ขอส่งโครงร่างการวิจัยของนางสายฝน เลิศวาสนา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7วช ศูนย์บริการสาธารณสุข 29 ช่วง นุชเนตร สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เรื่อง "ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร" และโครงร่างการวิจัย ของนางสาวรสสุคนธ์ วัฒนรุกข์ ภาควิชาประถมศึกษา สาขาวิชาการศึกษาปฐมวัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เรื่อง "สภาพและปัญหาในการส่งเสริมสุขภาพอนามัยเด็กวัยอนุบาลของโรงเรียนในกรุงเทพมหานคร" ซึ่งผ่านการพิจารณาของคณะอนุกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคน ของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร มาเพื่อพิจารณาดำเนินการนำเข้าที่ประชุมคณะกรรมการพิจารณา และควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานครต่อไป

(นายเอี่ยม วิมุติสุนทร)
รองผู้อำนวยการสำนักอนามัย รักษาราชการแทน
ผู้อำนวยการสำนักอนามัย
ประธานอนุกรรมการ

ด่วนที่สุด

บันทึกข้อความ



ส่วนราชการ กองวิชาการ (ฝ่ายพัฒนาบุคคล โทร. 0 2224 9710 โทรสาร 0 2221 6029)

ที่ กท 0602/ ฉ. ๖๐๕ **วันที่** 25 พฤศจิกายน 2545

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสำนักอนามัย

ตามบันทึกที่ กท 2000/5425 ลงวันที่ 5 พฤศจิกายน 2545 เรื่อง ขอส่งโครงร่างการวิจัย ซึ่งท่านขอให้ คณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร พิจารณาโครงการวิจัย ของ นางสายฝน เลิศวาสนา ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช (ด้านการพยาบาลทั่วไป) สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 29 ช่วงนุชเนตร เรื่อง "ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร" นั้น

บัดนี้ คณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร ได้พิจารณาโครงการวิจัยที่นำเสนอแล้ว มีมติในคราวประชุมครั้งที่ 18/2545 เมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน 2545 มีความเห็นว่าโครงการได้มาตรฐาน ไม่ขัดต่อสวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดภยันตรายแก่ผู้ถูกวิจัย เห็นควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการที่นำเสนอได้ และให้ผู้วิจัยรายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการ ฯ ทุก 6 เดือน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบต่อไป พร้อมนี้ได้แนบเอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ มาด้วยแล้ว

เปรมวดี คฤหเดช

(นางสาวเปรมวดี คฤหเดช)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคน

ของกรุงเทพมหานคร

เอกสารเลขที่ ๗. ๑๓๖

เอกสารรับรองโครงการวิจัยในคน

คณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร

ขอรับรองว่า

โครงการ : ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

โครงการเลขที่ : 004

ชื่อหัวหน้าโครงการ : นางสายฝน เลิศวาสนา

สังกัด : สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 29 ช่วงนุชเนตร สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

โครงการได้มาตรฐานทางวิชาการ ไม่ขัดต่อหลักจริยธรรมสากล และเป็นไปตามคำประกาศเฮลซิงกิ

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในชอบช่ายของโครงการที่เสนอได้ ณ วันที่ ๑๙ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ 2545

ลงชื่อ .....

(นายอุดมศักดิ์ สังฆ์คุ้ม)

รองปลัดกรุงเทพมหานคร

ประธานคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคน

ของกรุงเทพมหานคร

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

คำชี้แจงเกี่ยวกับแบบสอบถาม

แบบสอบถามเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร มีทั้งหมด 5 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

ตอนที่ 5 แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค

คำชี้แจงในแบบสอบถาม

แบบสอบถามฉบับนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมข้อมูลในเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการศึกษา ดังนั้นจึงใคร่ขอความกรุณาจากท่าน ในการตอบแบบสอบถาม ตามความเป็นจริงให้ครบถ้วนทุกข้อ คำตอบที่ได้จากการตอบแบบสอบถามชุดนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆกับท่าน
ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกๆท่านที่ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามไว้ในโอกาสนี้

นางสายฝน เลิศวาสนา
นิสิตปริญญาโท (สุขศึกษา)
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ หน้าข้อความตรงตามความเป็นจริง หรือ เติมข้อความในช่องว่าง

1. เพศ ☐ ชาย ☐หญิง
2. ปัจจุบันท่านอายุ .....ปี
3. ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด
   - ☐ ต่ำกว่าประถมศึกษา
   - ☐ ประถมศึกษา
   - ☐ มัธยมศึกษา
   - ☐ อนุปริญญา
   - ☐ ปริญญาตรี หรือสูงกว่า
4. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพใดเป็นอาชีพหลัก
   - ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ
   - ☐ รับจ้างทั่วไป
   - ☐ ค้าขายหรือธุรกิจ
   - ☐ เกษตรกรรม
   - ☐ รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ
5. รายได้โดยเฉลี่ยของครอบครัวของท่าน.....บาทต่อเดือน (รวมสามี ภรรยาและบุตร)
6. สถานภาพสมรสของท่าน
   - ☐ โสด
   - ☐ คู่
   - ☐ ม่าย / หย่า / แยกกันอยู่
7. ท่านได้รับการรักษามาเป็นเวลา.....เดือน (นับตั้งแต่เริ่มรักษาจนถึงปัจจุบัน)
8. ท่านพึงพอใจต่อการให้บริการทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่
   - ☐ พอใจ ระบุเหตุผล.....
   - ☐ ไม่พอใจ ระบุเหตุผล.....

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ตรงช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยการเลือกตอบมีเกณฑ์ดังนี้

ใช่ หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นถูกต้อง

ไม่ใช่ หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ถูกต้อง

ไม่ทราบ หมายถึง ผู้ตอบไม่ทราบว่าข้อความนั้นถูกต้องหรือไม่

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1	วัณโรคเกิดจากเชื้อโรคชนิดหนึ่ง			
2	วัณโรคเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้			
3	การตรวจเสมหะช่วยในการวินิจฉัยของแพทย์ว่าป่วยเป็นวัณโรค			
4	อาการไอเรื้อรังนานกว่า 3 สัปดาห์ เป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยวัณโรค			
5	ผู้ป่วยวัณโรคระยะลุกลามจะมีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด			
6	ผู้ป่วยวัณโรคมักมีไข้สูงในตอนเช้า			
7	อาการไอเป็นเลือดเกิดจากการแตกของหลอดเลือดแดงที่ผนังโพรงแผล			
8	ทารกแรกเกิดไม่มีความจำเป็นต้องรับการฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรคทุกคน			
9	เชื้อวัณโรคในเสมหะจากการไอหรือจาม สามารถกระจายอยู่ในอากาศได้นานเป็นชั่วโมง โดยเฉพาะในที่มีอากาศถ่ายเทไม่สะดวก			
10	วัณโรคเป็นโรคแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดในผู้ป่วยโรคเอดส์			
11	ความร้อนจากแสงอาทิตย์ไม่สามารถฆ่าเชื้อวัณโรคได้			
12	วัณโรคเป็นโรคที่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะหายได้เองโดยไม่ต้องรักษา			
13	วัณโรคปอดจะไม่หายถ้ารับประทานยารักษาวัณโรคไม่ติดต่อกันตามที่แพทย์กำหนดไว้			
14	การรับประทานยารักษาวัณโรค อาจเกิดอาการแพ้ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน หรือมีผื่นขึ้น			

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
15	ควรหยุดรับประทานยารักษาวัณโรคทั้งหมดเมื่อเกิดอาการแพ้ยา			
16	การรับประทานยารักษาวัณโรคไปนานๆอาจทำให้เกิดหูหนวกได้			
17	การรักษาวัณโรคระบบยาระยะสั้น คือ ต้องรักษาอย่างน้อย 2 เดือน			
18	วัณโรคจะดื้อต่อยาได้ ถ้ารับประทานยารักษาวัณโรคไม่ติดต่อกันและครบตามจำนวนที่แพทย์กำหนด			
19	การรับประทานยารักษาวัณโรคจำเป็นต้องรักษามากกว่า 1 ชนิด เพื่อให้ได้ผลดีในการทำลายเชื้อ			
20	การรักษาวัณโรคเมื่อเป็นครั้งแรกจะมีโอกาสหายขาดจากโรคมากที่สุด			
21	การมารับยาและตรวจรักษาตามนัดเป็นสิ่งจำเป็นมากที่สุดสำหรับผู้ป่วยวัณโรค			
22	การรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยงคือต้องมีบุคลากรทางการแพทย์, อาสาสมัครสาธารณสุขหรือบุคคลในครอบครัวเป็นพี่เลี้ยงกำกับการรับประทานยา			

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ตรงช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยการเลือกตอบมีเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของตนเองมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของตนเอง
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ผู้ตอบตัดสินไม่ได้ว่า ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของตนเองหรือไม่
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของตนเอง
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของตนเองมากที่สุด

ข้อ	คำถาม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1	<u>การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค</u> วัณโรคเป็นโรคที่มีการติดต่อเฉพาะในฤดูร้อน*					
2	การขาดยาเพียงครั้งสองครั้งอาจทำให้โรคลุกลามไปมากได้					
3	คนที่อยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยวัณโรคปอดมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคปอดทุกคน					
4	เด็กจะมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคได้มากกว่าผู้ใหญ่					
5	คนที่มีร่างกายอ่อนแอมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคได้ง่าย					
6	การใช้ของใช้ส่วนตัวร่วมกับผู้ป่วยมีโอกาสติดโรคได้ง่าย*					
7	วัณโรคปอดเป็นโรคที่สามารถติดต่อไปยังบุคคลอื่นได้ง่าย					

ข้อ	คำถาม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
8	<u>การรับรู้ความรุนแรงของโรค</u> วัณโรคถ้าไม่รักษาจะทำให้เสียชีวิตได้					
9	ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ได้รับการรักษาจะทำให้ปอดพิการได้					
10	คนที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดมักมีสุขภาพไม่แข็งแรงแม้ว่าจะหายป่วยแล้ว*					
11	การป่วยเป็นวัณโรคปอดเป็นโรคที่น่ารังเกียจสำหรับบุคคลอื่น					
12	อาการเจ็บหน้าอกและไอในผู้ป่วยวัณโรคเป็นเรื่องธรรมดา*					
13	ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะ สามารถกินอยู่หลับนอนกับครอบครัวได้ตามปกติ*					
14	ผู้ป่วยวัณโรคที่ขาดยาจะทำให้โรคมีความรุนแรงมากขึ้น					
15	การเป็นวัณโรคไม่สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้*					
16	เด็กป่วยเป็นวัณโรคสามารถทำให้เสียชีวิตได้ง่าย					
17	<u>การรับรู้ประโยชน์ของการรับการรักษา</u> การรับประทานยาถูกต้องครบถ้วนสามารถรักษาวัณโรคให้หายขาดได้					
18	วัณโรคปอดสามารถหายได้โดยการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ					
19	วัณโรคปอดที่เป็นอยู่ สามารถกำเริบรุนแรงขึ้นได้ ถ้าได้รับการรักษาไม่เพียงพอ					
20	การไปพบแพทย์เมื่อเริ่มมีอาการผิดปกติจะทำให้รักษาได้ทัน					
21	การไปตรวจร่างกายแต่เนิ่นๆ จะทำให้ร่างกายไม่ต้องทรมานมาก					

ข้อ	คำถาม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
22	การไปรับการรักษาสามารถทำให้หายจากโรคที่เป็นได้					
23	การดูแลตนเองเป็นอย่างดีไม่จำเป็นต้องไปรับยาตามแพทย์นัด*					
24	บางครั้งแพทย์ก็ช่วยรักษาอาการขอท่านให้ดีขึ้นไม่ได้					
25	การปฏิบัติตามคำแนะนำที่ถูกต้องจากแพทย์จะช่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคได้					
26	<u>การรับรู้อุปสรรคของการรักษา</u> การไปตรวจรักษาแต่ละครั้ง ท่านต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางสูง					
27	ระยะทางระหว่างบ้านของท่านกับศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นอุปสรรคในการที่ท่านจะไปหาหมอ					
28	การไปตรวจรักษาทำให้ท่านขาดรายได้					
29	ขั้นตอนในการตรวจรักษาเป็นสิ่งที่ทำให้ท่านเบื่อหน่าย					
30	แพทย์ไม่สนใจในสุขภาพของท่าน					
31	เจ้าหน้าที่จัดระเบียบในการเข้าพบแพทย์ไม่ดี					
32	แพทย์สนใจที่จะรับฟังปัญหาของท่านและตรวจท่านอย่างละเอียดเสมอ*					

ข้อ	คำถาม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
33	<u>แรงจูงใจด้านสุขภาพ</u> ท่านให้ความสนใจในเรื่องสุขภาพเป็นพิเศษ					
34	ท่านมีความรู้สึกท้อแท้ในการรักษาวัณโรค					
35	ท่านคิดว่าการมาตรวจตามนัดและการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ท่านหายจากโรค					
36	ท่านตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด					
37	ท่านตั้งใจที่จะมาตรวจรักษาตามแพทย์นัดทุกครั้ง					
38	ท่านคิดว่าอาการที่ท่านเป็นอยู่จะสามารถทุเลาลงได้เมื่อท่านมารับการตรวจรักษา					
39	แพทย์ซักถามอาการเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ทุกครั้งที่ท่านมาตรวจ					
40	ท่านมั่นใจต่อการรักษาของแพทย์					
41	ท่านตั้งใจที่จะดูแลสุขภาพของท่านเพื่อให้หายจากโรคที่เป็นอยู่					

ตอนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ตรงช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยการเลือกตอบมีเกณฑ์ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นน้อย
ไม่มีเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเลย

ข้อ	คำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีเลย
1	เมื่อท่านเจ็บป่วยและต้องการไปพบแพทย์ คนในครอบครัวของท่าน ยินดีพาท่านไปตรวจรักษา					
2	คนในครอบครัวช่วยจัดหาอาหาร เครื่องใช้แก่ท่าน					
3	คนในครอบครัวของท่าน ไม่เคยแสดงความรังเกียจ เมื่อรู้ว่าท่านป่วยเป็นวัณโรค					
4	คนในครอบครัวของท่านมักจะดูแลเอาใจใส่สอบถามทุกข์สุขกันเสมอ					
5	เมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัยท่านมักปรึกษาคนในครอบครัวของท่านเสมอ					
6	ตั้งแต่เจ็บป่วย ท่านได้รับการการดูแลเอาใจใส่จากคนในครอบครัวมากกว่าเดิม					
7	คนในครอบครัวให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เป็นประโยชน์ต่อท่าน					
8	คนในครอบครัวคอยเตือนเมื่อท่านไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์					

ข้อ	คำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีเลย
9	คนในครอบครัวคอยเตือนท่านเรื่องการไปตรวจตามนัด					
10	คนในครอบครัวให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์แก่ท่าน					
11	เมื่อท่านเจ็บป่วยคนในครอบครัวช่วยเหลือโดยการทำงานแทนท่าน					
12	คนในครอบครัวแสวงหาวิธีการรักษาที่จะทำให้ท่านหายป่วยมาบอกท่าน					
13	คนในครอบครัวของท่านให้การสนับสนุนเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษา					
14	ท่านมีโอกาสได้ระบายความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยให้เจ้าหน้าที่ทราบ					
15	ท่านไม่ได้รับความสนใจ ไต่ถามปัญหาสุขภาพจากเจ้าหน้าที่เลย					
16	เจ้าหน้าที่ให้กำลังใจท่านเสมอเมื่อมาตรวจรักษา					
17	เจ้าหน้าที่คอยแนะนำท่านเกี่ยวกับการปฏิบัติตน					
18	เมื่อท่านต้องการปรึกษาปัญหาสุขภาพท่านสามารถสอบถามจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ได้เสมอ					
19	เจ้าหน้าที่อำนวยความสะดวกเมื่อท่านมาตรวจรักษา					
20	ทางศูนย์บริการสาธารณสุขให้ความช่วยเหลือท่านโดยตรวจรักษาฟรีทุกครั้ง					

ตอนที่ 5 แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ตรงช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยการเลือกตอบมีเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นทุกครั้งหรือสม่ำเสมอ

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นเป็นบางครั้งหรือไม่สม่ำเสมอ

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ผู้ตอบไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นหรือไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นได้

ข้อ	กิจกรรม	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1	ท่านตรวจร่างกายอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง			
2	ท่านใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น			
3	ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่			
4	ท่านนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง			
5	ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว			
6	ท่านผ่อนคลายความตึงเครียด ด้วยการฟังเพลง ทำงานอดิเรก ทำสมาธิหรืออื่นๆ			
7	เมื่อมีอาการไอหรือจาม ท่านใช้ผ้าปิดปากและจมูก			
8	ท่านล้างมือทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร รวมทั้งก่อนและหลังการถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ			
9	ท่านแยกของเครื่องใช้และไม่คลุกคลีกับสมาชิกในครอบครัว			
10	ท่านดูแลเครื่องใช้ ผ้าห่ม ที่นอน หมอน มุ้ง เสื้อผ้าโดยนำออกผึ่งแดดอยู่เสมอ			
11	เมื่อมีอาการไอหรือไอมีเลือดออก ท่านไปรับการตรวจรักษาทันที			

ข้อ	กิจกรรม	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
12	ท่านบ้วนเสมหะและน้ำลายลงพื้นโดยไม่มีภาชนะรองรับ			
13	ในระหว่างการรักษาวัณโรคปอด ท่านหลีกเลี่ยงการจูบ ไอจาม รดหน้าเด็กแรกเกิด – 6 เดือน			
14	ท่านงดสูบบุหรี่และดื่มสุราเมื่อมีอาการไอ			
15	ท่านหลีกเลี่ยงบริเวณที่มีคนอยู่อย่างแออัด อากาศถ่ายเทไม่สะดวก เช่น โรงภาพยนตร์ งานวัด			
16	ท่านออกกำลังกายเบาๆ เช่น เดินเล่น			
17	เมื่อเจ็บป่วย ท่านไปรับการตรวจรักษาตามแพทย์นัด			
18	ท่านรับประทานยาตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง			
19	ท่านเพิ่มจำนวนเม็ดยาที่รับประทานเองเพื่อให้หายเร็วขึ้น*			
20	เมื่อสงสัยว่าแพ้ยา ท่านงดรับประทานยาและไปพบแพทย์ทันที			
21	ท่านมักซื้อยามารับประทานเอง เมื่อมีอาการไอหรือมีเสมหะมาก			

เฉลยแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด

ข้อ 1	ถูก
ข้อ 2	ผิด
ข้อ 3	ถูก
ข้อ 4	ถูก
ข้อ 5	ถูก
ข้อ 6	ผิด
ข้อ 7	ถูก
ข้อ 8	ผิด
ข้อ 9	ถูก
ข้อ 10	ถูก
ข้อ 11	ผิด
ข้อ 12	ผิด
ข้อ 13	ถูก
ข้อ 14	ถูก
ข้อ 15	ถูก
ข้อ 16	ผิด
ข้อ 17	ผิด
ข้อ 18	ถูก
ข้อ 19	ถูก
ข้อ 20	ถูก
ข้อ 21	ถูก
ข้อ 22	ถูก

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ

ข้อคำถามที่เป็นข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อที่ 1, 6, 10, 12, 13, 15, 23 และ 32 รวม 8 ข้อ ส่วนข้อคำถามอื่นนอกเหนือจากนี้เป็นข้อความทางบวกทั้งหมด

ตอนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

ข้อคำถามมีทั้งหมด 20 ข้อ เป็นข้อความทางบวกทั้งหมด

ตอนที่ 5 **แบบสอบถามการดูแลตนเอง**

ข้อคำถามที่เป็นข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อที่ 19 ส่วนข้อคำถามอื่นนอกเหนือจากนี้เป็นข้อความทางบวกทั้งหมด

ภาคผนวก จ
คุณภาพของเครื่องมือ

ตาราง 24 ค่าความยากง่ายของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับวัณโรค

ข้อ	ค่าความยากง่าย
1	0.4
2	0.5
3	0.8
4	0.4
5	0.6
6	0.4
7	0.6
8	0.4
9	0.5
10	0.4
11	0.5
12	0.5
13	0.6
14	0.7
15	0.5
16	0.4
17	0.5
18	0.7
19	0.5
20	0.7
21	0.3
22	0.4

ตาราง 25 ค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับวัณโรค

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.31
2	0.36
3	0.70
4	0.35
5	0.62
6	0.35
7	0.52
8	0.60
9	0.45
10	0.49
11	0.53
12	0.66
13	0.68
14	0.50
15	0.37
16	0.45
17	0.68
18	0.48
19	0.68
20	0.34
21	0.37
22	0.56

ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับวัณโรค เท่ากับ 0.86

ตาราง 26 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.50
2	0.61
3	0.57
4	0.52
5	0.59
6	0.53
7	0.42
8	0.58
9	0.66
10	0.40
11	0.52
12	0.61
13	0.58
14	0.48
15	0.59
16	0.66
17	0.71
18	0.53
19	0.61
20	0.58
21	0.59
22	0.48
23	0.36
24	0.29
25	0.29
26	0.36

ตาราง 26 (ต่อ)

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (r)
27	0.61
28	0.33
29	0.32
30	0.60
31	0.68
32	0.32
33	0.59
34	0.58
35	0.60
36	0.73
37	0.68
38	0.68
39	0.65
40	0.66
41	0.68

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.94

- ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค เท่ากับ 0.94
- ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค เท่ากับ 0.93
- ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรับการรักษา เท่ากับ 0.94
- ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านการรับรู้อุปสรรคของการรักษา เท่ากับ 0.92
- ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแรงจูงใจด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.95

ตาราง 27 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.75
2	0.79
3	0.54
4	0.78
5	0.79
6	0.81
7	0.78
8	0.74
9	0.74
10	0.81
11	0.75
12	0.67
13	0.49
14	0.45
15	0.81
16	0.40
17	0.49
18	0.60
19	0.56
20	0.81

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.94

ตาราง 28 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.45
2	0.40
3	0.39
4	0.42
5	0.62
6	0.49
7	0.66
8	0.37
9	0.59
10	0.63
11	0.61
12	0.62
13	0.56
14	0.62
15	0.55
16	0.55
17	0.46
18	0.42
19	0.63
20	0.59
21	0.51

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค เท่ากับ 0.87

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ	นางสายฝน เลิศวาสนา
วันเดือนปีเกิด	14 มิถุนายน 2506
สถานที่เกิด	อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	29/200 หมู่บ้านวรารมย์ ซอยบางบอน 4 ถนนเอกชัย แขวงบางบอน เขตบางบอน กรุงเทพมหานคร 10150
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช (ด้านการพยาบาลทั่วไป)
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	ศูนย์บริการสาธารณสุข 29 ช่วงนุชเนตร แขวงบางค้อ เขตจอมทอง กรุงเทพมหานคร 10150
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2525	มัธยมศึกษาปีที่ 5 จากโรงเรียนสิงหราชพิทยาคม
พ.ศ. 2527	พยาบาลและผดุงครรภ์ระดับต้น จากวิทยาลัยพยาบาลนครศรีธรรมราช
พ.ศ. 2534	พยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2546	วท.ม.(สุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ