



ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน
กับผู้ป่วยโรคปอดที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

โดย

นางขวัญใจ มอนไธสง

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน
กับผู้ป่วยโรคปอดที่ฟักอาศัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

โดย

นางขวัญใจ มอนโรสง



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

THE FACTORS PREDICTING TUBERCULOSIS PREVENTIVE
BEHAVIORS AMONG THE TUBERCULOSIS CONTACTS
IN THE BANGKOK AREA AND PERIMETER

BY

MRS. KHUANJAI MONTAISONG



A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS
FOR THE DEGREE OF MASTER OF NURSING SCIENCE
IN COMMUNITY NURSE PRACTITIONER
FALCULTY OF NURSING
THAMMASAT UNIVERSITY
ACADEMIC YEAR 2016
COPYRIGHT OF THAMMASAT UNIVERSITY

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์

วิทยานิพนธ์

ของ

นางขวัญใจ มอนไธสง

เรื่อง

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอด
ที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

ได้รับการตรวจสอบและอนุมัติ ให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

เมื่อวันที่ 22 มิถุนายน พ.ศ. 2560

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรमुख ท่านิรัติศัย)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาสอบวิทยานิพนธ์หลัก



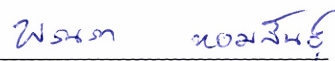
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิราภรณ์ กรรมบุตร)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาสอบวิทยานิพนธ์ร่วม



(อาจารย์ ดร.วนลดา ทองใบ)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



(รองศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์)

คณบดี



(ศาสตราจารย์ ดร.มรรยาท รุจิวิชชญ์)

คำสำคัญ: วัคซีน, ผู้สัมผัสร่วมบ้าน, การป้องกันวัคซีน



Thesis Title	THE FACTORS PREDICTING TUBERCULOSIS PREVENTIVE BEHAVIORS AMONG THE TUBERCULOSIS CONTACTS IN THE BANGKOK AREA AND PERIMETER
Author	Mrs. Khuanjai Montaisong
Degree	Master of Nursing Science
Department/Faculty/University	Department of Community Nurse Practitioner Faculty of Nursing Thammasat University
Thesis Advisor	Assistant Professor Jeeraporn Kummabutr, Ph.D.
Co-Advisor	Wanalada Thongbai, Ph.D.
Academic Year	2016

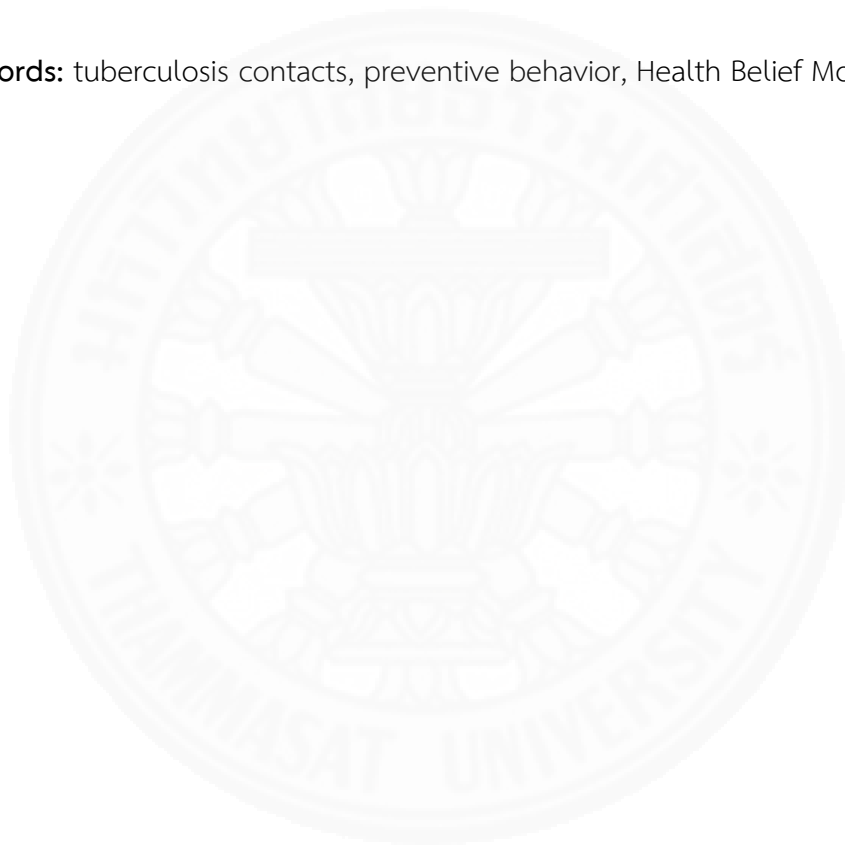
Abstract

The purposes of this predictive descriptive research were to examine the factors influencing tuberculosis preventive behaviors among tuberculosis contacts in the Bangkok area and perimeter. A total of 212 tuberculosis contacts were included. The questionnaire was composed of a demographic characteristics questionnaire, health belief and health perception questionnaires, and a tuberculosis preventive behaviors questionnaire. Cronbach's alpha coefficients for the questionnaires were 0.93. Data were analyzed using frequency, percent, mean, standard deviation, Pearson's correlation coefficient, and multiple regression analysis.

The results revealed that the tuberculosis contacts exhibited a high level of tuberculosis preventive behaviors ($\bar{X} = 72.55$, $SD = 8.62$). Perceived susceptibility of tuberculosis infection ($r=.241$), perceived severity of tuberculosis ($r=.197$), cues to action for tuberculosis prevention ($r=.191$), perceived benefit of tuberculosis prevention ($r=.169$), and the closed relatives variable ($r=-.136$) had the statistically significant correlations with tuberculosis preventive behaviors. The factors with the highest influence as predictive factors were perceived susceptibility to tuberculosis infection ($\beta = .178$), followed by cues to action for tuberculosis prevention ($\beta = .137$), and perceived severity of tuberculosis ($\beta = .131$). These three variables together

explained 15.70% of the variance in tuberculosis preventive behaviors ($R^2 = .157$, $F = 3.099$, $p < .05$). The findings can be applied to the development of tuberculosis control programs, and used for further intervention research. In addition, nurses' roles should include monitoring health education and the assessment of tuberculosis contacts and their families, and promoting perceived susceptibility to tuberculosis infection, perceived severity of tuberculosis, and cues to action for tuberculosis prevention in the person's home and in the community.

Keywords: tuberculosis contacts, preventive behavior, Health Belief Model



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิราภรณ์ภรณ์ภุมบุตรและอาจารย์ ดร.วนลดา ทองใบ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ผู้ให้ความรู้ ข้อเสนอแนะ เป็นแบบอย่างที่ดีงามทั้งในด้านการศึกษา และแนวคิดในการดำเนินชีวิต ทั้งยังคงยกให้กำลังใจต่อผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยซาบซึ้ง และสำนึกในพระคุณของท่านเป็นที่สุด

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชา ความรู้ตลอดระยะเวลาการศึกษา ขอกราบขอบพระคุณ แพทย์หญิงนาฏพฐ์ สงวนวงศ์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคของสถาบันบำราศนราดูร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มยุรี นิรัทธราทร และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม ผู้ทรงคุณวุฒิที่สละเวลาตรวจสอบความตรง ในเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรณัฐ ห่านิรัตติชัย ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์ กรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ ที่สละเวลาให้ความรู้และแนวทางที่เป็นประโยชน์เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หน่วยงานบัณฑิตศึกษาสำหรับความช่วยเหลือ และคำปรึกษา รวมทั้งกำลังใจที่มอบให้ตลอดระยะเวลาการศึกษา

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่น NP8 สำหรับมิตรภาพ และความช่วยเหลือเกื้อกูลทุกอย่าง

ขอขอบพระคุณหัวหน้าหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันบำราศนราดูร ที่ให้โอกาสในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณพี่ น้อง เพื่อนร่วมงาน สำหรับความช่วยเหลือทุกอย่าง และกำลังใจที่มอบให้ผู้วิจัยตลอดมา ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค สำหรับข้อมูลสำคัญและความเอื้อเฟื้อในการเก็บข้อมูล จนทำให้การศึกษาครั้งนี้ลุล่วงไปได้ด้วยดี รวมถึงขอขอบคุณสถาบันบำราศนราดูรที่เอื้ออำนวยการศึกษาครั้งนี้

ขอบคุณ ดร.ธีระวัฒน์ มอนโรสง ผู้จุดประกายในการศึกษาต่อ เป็นที่ปรึกษาและเป็นที่ปรึกษาและเป็นที่ปรึกษา ทั้งยังคงคอยช่วยเหลือ และอยู่เคียงข้างผู้วิจัยตลอดมา

งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยการได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ประจำปี 2560 ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้

คุณค่า และคุณประโยชน์จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณความดี และอานิสงส์ ผลบุญทั้งหมดแต่ บิดา มารดา ครอบครัวที่รัก ญาติพี่น้อง ครูอาจารย์ เพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วยวัณโรค ตลอดจนญาติพี่น้องและบุคคลในครอบครัวอันเป็นที่รักของผู้ป่วยทุกคน รวมไปถึงกัลยาณมิตรทุกท่านที่ไม่สามารถระบุนามไว้ได้ทั้งหมด

ขวัญใจ มอนโรสง

สารบัญ

	หน้า
หน้าอนุมัติ	(1)
บทคัดย่อ	(2)
กิตติกรรมประกาศ	(6)
สารบัญตาราง	(10)
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย	7
1.3 คำถามการวิจัย	7
1.4 ตัวแปรที่ใช้ศึกษา	7
1.5 ขอบเขตการศึกษา	8
1.6 นิยามศัพท์การวิจัย	8
1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย	10
1.8 สมมติฐานการวิจัย	12
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	13
2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิดโรคปอด	14
2.1.1 สาเหตุของโรคโควิดโรค	15
2.1.2 การวินิจฉัย	16
2.1.3 อาการและอาการแสดง	17
2.1.4 การติดต่อ	17

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
2.1.5 การรักษา	18
2.1.6 การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด	21
2.2 แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)	23
2.2.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	23
2.2.2 มโนทัศน์ของทฤษฎี	23
2.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ของทฤษฎี	26
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	28
2.3.1 ความหมายและประเภทของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค	28
2.3.2 การป้องกันและควบคุมโรควัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด	29
2.3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับ ผู้ป่วยวัณโรคปอดงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	33
บทที่ 3 ระเบียบวิธีการวิจัย	40
3.1 สถานที่ในการดำเนินการวิจัย	40
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	40
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	40
3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	42
3.4.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)	45
3.4.2 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)	46
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	47
3.5.1 ขั้นตอนเตรียมการ	47
3.5.2 ขั้นตอนดำเนินการและเก็บข้อมูล	47
3.6 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	48
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	50

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	53
4.1 ผลการวิจัย	53
4.2 การอภิปรายผลการวิจัย	65
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	73
5.1 สรุปผลการวิจัย	74
5.2 ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้	76
5.3 ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป	76
รายการอ้างอิง	77
ภาคผนวก	85
ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	85
ข. การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	88
ข 1 เอกสารแนะนำข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย	89
ข 2 หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย	94
ค. เอกสารรับรองการวิจัย	96
ง. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	101
จ. ตารางวิเคราะห์ข้อมูล	111
จ 1 ตารางวิเคราะห์ข้อมูล	112
จ 2 Histogram and Box plot ของตัวแปรในการศึกษา	124
ฉ. การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูล	130
ช. ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม	132
ประวัติผู้เขียน	140

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
4.1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคล	55
4.2 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค	57
4.3 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของกลุ่มตัวอย่าง	58
4.4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายและพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค	60
4.5 การวิเคราะห์การถดถอยต่อการทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค ของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดของกลุ่มตัวอย่าง	62

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	12
ภาพที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	27



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์วัณโรคในปัจจุบันยังเป็นปัญหาที่สำคัญต่อระบบสาธารณสุขทั่วโลกเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรหลายประเทศ องค์การอนามัยโลกรายงานว่า 1 ใน 3 ของประชากรทั่วโลกมีการติดเชื้อวัณโรคแล้ว ความชุกของผู้ป่วยทั่วโลกมีประมาณ 14.4 ล้านคน (219 ต่อประชากรแสนคน) (World Health Organization [WHO], 2011) ประชากรประมาณครึ่งหนึ่งเป็นกลุ่มที่กำลังแพร่เชื้อ แต่ละปีพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 9.15 ล้านคน (139 ต่อประชากรแสนคน) โดยพบว่า ร้อยละ 95 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ผู้ป่วยเหล่านี้เสียชีวิตปีละประมาณ 1.65 ล้านคน (25 ต่อประชากรแสนคน) ซึ่งร้อยละ 98 อยู่ในประเทศยากจน (ปราชนัน บุณยวงศ์โรจน์, 2554) และในปี 2010 องค์การอนามัยโลกรายงานว่าไทยมีอัตราผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 137 ต่อประชากรแสนคน (WHO, 2011) ซึ่งสูงกว่าประเทศในทวีปอเมริกาและยุโรปประมาณ 2.5 – 4 เท่า และจากรายงานในปี 2013 ประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรค 66,415 ราย โดยเป็นผู้ป่วยใหม่และกลับเป็นซ้ำ 63,541 ราย (WHO, 2013) ทั้งนี้จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี 2015 (Global Tuberculosis Report 2015) ประเทศไทยยังคงถูกจัดให้อยู่อันดับ 18 จาก 22 ประเทศที่มีการระบาดของวัณโรครุนแรงระดับโลก (High burden countries) (WHO, 2015)

สถานการณ์วัณโรคที่ก่อปัญหาให้กับประเทศไทยในปัจจุบันพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในบริบทของชุมชนเมืองใหญ่ที่มีประชากรอยู่อาศัยอย่างหนาแน่น ซึ่งภาคกลางเป็นพื้นที่ที่มีจำนวนประชากรมากที่สุด จากรายงานสรุปสถานการณ์วัณโรคของสำนักกระบาดวิทยาในช่วงปี 2554-2556 เมื่อเปรียบเทียบสถิติของผู้ป่วยวัณโรคในระดับภาคมีดังนี้ ปี 2554 พบว่า จำนวนผู้ป่วยของภาคใต้ ภาคเหนือและภาคกลาง มีผู้ป่วย 5,875, 8,917 และ 11,171 ราย ตามลำดับข้อมูลในปี 2555 พบข้อมูลรายภาค ดังนี้ 2,748, 4,541 และ 8,799 รายตามลำดับ และข้อมูลล่าสุดของปี พ.ศ. 2556 พบผู้ป่วย 557, 2,777 และ 6,390 ราย ตามลำดับ จากสถิติดังกล่าวพบว่า พื้นที่ภาคกลางยังคงมีผู้ป่วยวัณโรคสูงเป็นอันดับหนึ่งของประเทศและเขตจังหวัดที่มีผู้ป่วยวัณโรคมากที่สุดของภาคกลางคือ กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ซึ่งได้แก่ จังหวัดนนทบุรี จังหวัดสมุทรสาคร จังหวัดนครปฐม จังหวัดสมุทรปราการ และจังหวัดปทุมธานีจากรายงานของสำนักกระบาดวิทยา ถึงยอดผู้ป่วยวัณโรคในเขตนี้ ปี 2554 – 2556 พบรายงานผู้ป่วยวัณโรค 5385, 3939 และ 4,000 ราย ตามลำดับ จากสถิติ

ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าจำนวนของผู้ป่วยวัณโรคในภาคกลางประมาณครึ่งหนึ่งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล

ปัญหาสาธารณสุขด้านการแพร่ระบาดและการอุบัติซ้ำของโรควัณโรคในประเทศไทย โดยเฉพาะกรุงเทพมหานครและปริมณฑลยังคงเป็นปัญหาสำคัญเช่นเดียวกับเมืองใหญ่ทั่วไป ทั้งที่มีสถานพยาบาลเฉพาะวัณโรคอยู่ในประเทศและในพื้นที่ดังกล่าวข้างต้น ทั้งนี้สาเหตุส่วนหนึ่งเนื่องจากการอพยพเคลื่อนย้ายของประชากรจากภูมิภาคอื่น ๆ ที่ต้องการทำงานในเมืองใหญ่ ทำให้เกิดการอยู่อาศัยอย่างแออัดในเขตชุมชนเมือง การมีสุขอนามัยที่ไม่เหมาะสมและปัจจุบันยังพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่พบเชื้อวัณโรคดื้อยาหลายขนานมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้จากการวิเคราะห์สถานการณ์วัณโรคของประเทศไทยระบุว่า การดูแลจัดการกับผู้ป่วยวัณโรคยังมีอัตราสำเร็จต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ร้อยละ 85 ขององค์การอนามัยโลก

จากรายงานการแพร่ระบาดและการอุบัติซ้ำของโรควัณโรค นอกจากจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพแล้วยังส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายของประเทศอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ปี 2554 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดสรรงบประมาณเพื่อให้การบริการดูแลผู้ป่วยวัณโรคถึง 240.9 ล้านบาท ซึ่งเป็นค่ายาต้านเชื้อวัณโรคจำนวน 149 ล้านบาท การชดเชยค่าบริการรักษา 74 ล้านบาท และการสนับสนุนการคัดกรองและค้นหาผู้ป่วย 18 ล้านบาท นอกจากนี้องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าในปี 2014 ค่าใช้จ่ายสำหรับการแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของวัณโรคในปัจจุบันของประเทศไทยต้องใช้งบประมาณถึง 19 ล้านเหรียญสหรัฐนอกจากปัญหาข้างต้นผลกระทบสำคัญที่ต้องคำนึงถึงคือการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคไปสู่ผู้ที่อาศัยอยู่รวมบ้านกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการได้รับเชื้อและมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคมากกว่าคนทั่วไป ดังนั้น ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคจึงเป็นประชากรอีกกลุ่มที่ควรได้รับการดูแลและเฝ้าระวังการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคอย่างต่อเนื่องและจริงจัง

การที่วัณโรคยังเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาต่อระบบสาธารณสุขจนถึงปัจจุบันทำให้มีการศึกษาทั้งในและต่างประเทศโดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนาทั้งจากทวีปแอฟริกาและเอเชียถึงอุบัติการณ์และความชุกของการติดเชื้อวัณโรคปอดในกลุ่มที่เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคหลายการศึกษาพบอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นเช่น การศึกษาในประเทศชูดานพบการติดเชื้อวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดร้อยละ 9.12 (Alsarag, 2011) การศึกษาในประเทศจีนเมื่อปี 2008 พบความชุกของการป่วยด้วยวัณโรคปอดในผู้สัมผัสร่วมบ้าน 18,110 คนต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่า 4 เท่าของอัตราการรายงาน (4,724 ต่อประชากรแสนคน) (Jia et al., 2014) การศึกษาในประเทศปากีสถานพบการติดเชื้อวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดร้อยละ 11.73 (Khan et al., 2013) ประเทศมาเลเซียพบวัณโรคระยะแฝงในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคร้อยละ

ละ 52.8 (Elmi et al., 2014) และการศึกษาในประเทศอินเดียพบผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดมีการติดเชื้อวัณโรคร้อยละ 6.9 (Singh et al., 2013) นอกจากนี้ จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ใน 95 ประเทศทั่วโลกที่ประชากรมีรายได้ปานกลาง-ต่ำ พบอัตราการป่วยด้วยวัณโรคปอดในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคร้อยละ 3.1 (Fox, Barry, Britton, & Marks, 2013)

ในประเทศไทยการศึกษาย้อนหลังเมื่อปี 2541 - 2543 ในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับการรักษาที่สถานตรวจโรคปอด กรุงเทพฯ จำนวน 652 คน โดยการทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยพบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านกลุ่มนี้เป็นวัณโรคร้อยละ 8.1 (สาริณี ลดาสุวรรณค์ และ สุภร สุขเพชร, 2551) การศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบผู้สัมผัสร่วมบ้านที่เป็นเด็กมีอาการป่วยด้วยวัณโรคร้อยละ 9.7(ชูชาติ วิสัยพรหม, นิราภรณ์ ไชยวงศ์, เสาวลักษณ์ พูนินวงศ์, และ เพณณินาท์ โอเบอร์ดอร์เฟอร์, 2550) ต่อมา ผกาพันธ์ เปี่ยมกล้า (2554) ได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง จังหวัดราชบุรีพบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ป่วยด้วยวัณโรคปอดร้อยละ 11 การศึกษาผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัดบุรีรัมย์ในปี 2554 พบการติดเชื้อวัณโรคร้อยละ 1.29 และในปี 2555 พบการติดเชื้อวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคร้อยละ 1.45 (จตุพร ศิลาแก้ว และ นรินทร์ จินดาเวช, 2556)

จากอุบัติการณ์ของวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านที่พบในหลายการศึกษาที่ผ่านมาทำให้มีการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป่วยด้วยวัณโรคในประชากรกลุ่มนี้ ซึ่งพบหลายปัจจัยด้วยกันสรุปได้เป็นปัจจัยที่มาจากตัวของผู้ป่วยวัณโรคเอง และปัจจัยที่มาจากตัวของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค สำหรับปัจจัยด้านตัวของผู้ป่วยเอง ได้แก่ การที่ผู้ป่วยวัณโรคอยู่ในระยะแพร่เชื้อและมีอาการไอบ่อย ทำให้เชื้อวัณโรคมีการฟุ้งกระจายมากขึ้น ส่งผลทำให้ผู้ที่สัมผัสร่วมบ้านมีโอกาสติดเชื้อวัณโรคเพิ่มขึ้นได้ (Jones-Lo'pez et al., 2013) นอกจากนี้ ผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อและยังไม่ได้รับการรักษาสามารถแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสู่บุคคลรอบข้างได้ประมาณ 10-15 คนต่อปี (กรมควบคุมโรค, 2551; ประเสริฐทองเจริญ, 2557)

ปัจจัยที่มาจากตัวของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ได้แก่ ระยะเวลาในการสัมผัสกับผู้ป่วยพบว่า ผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค 8 ชั่วโมงต่อวันหรือ 120 ชั่วโมงต่อเดือนติดต่อกันเป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไปจะมีโอกาสติดเชื้อวัณโรคปอดได้ประมาณร้อยละ 50 และหากสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคปอดตลอด 24 ชั่วโมงเป็นเวลาประมาณ 2 เดือนขึ้นไปมีโอกาสติดเชื้อวัณโรคได้ประมาณร้อยละ 50 (กรมควบคุมโรค, 2556; กำพล สุวรรณพิมลกุล, 2557) ปัจจัยด้าน

อายุ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เด็กและผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคสูงกว่าบุคคลทั่วไป (ผกาพันธุ์เปี่ยมคล้า, 2554; ชูชาติวิสัยพรม และคณะ, 2550; Singh, Mynak, Kumar, Mathew, & Jindal, 2008; ปิยวรรณ สิงห์คำป่อง, 2554) ปัจจัยด้านการมีโรคประจำตัวของผู้สัมผัสร่วมบ้าน พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านที่มีโรคประจำตัวจะมีโอกาสติดเชื้อโรคได้สูงกว่าคนทั่วไป (ศรีธนา ศรีทา, 2553) ผู้ป่วยเบาหวานที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโรคปอดมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคปอดได้ถึง 5.05 เท่าของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีผู้ป่วยโรคอาศัยอยู่ร่วมบ้านด้วย (ประยูร แก้วคำแสน, 2555) ปัจจัยด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยพบว่า กลุ่มสามีภรรยา และบุตร มีอัตราการติดเชื้อโรคสูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศรีธนา ศรีทา, 2553) สุรชัย กิจติกาล (2556) พบว่า ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานป่วยด้วยโรคติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การมีผู้ป่วยโรคอยู่ร่วมบ้าน ($OR_{adj} = 3.19, 95\%CI = 1.58 - 6.44$) การศึกษาของสมพร ขามรัตน์ (2557) ทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลในจังหวัดร้อยเอ็ดพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีผู้ป่วยโรคอยู่ร่วมบ้าน ($OR=4.54, 95\% CI=2.54 - 8.10$) การดูแลสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรค ($OR=4.78, 95\% CI= 2.22 - 10.28$) และการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคในชุมชน ($OR=4.82, 95\% CI= 2.40 - 9.67$)

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านการรับรู้พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปิยวรรณ สิงห์คำป่อง, 2554) ด้านภูมิทัศน์ของร่างกาย ภาวะทุพโภชนาการการตั้งครรภ์ก็มีผลต่อการป่วยด้วยโรคติดเชื้อด้วย (ประเสริฐ ทองเจริญ, 2557) ปัจจัยด้านพฤติกรรมการจัดการกับสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้านของผู้ป่วยโรค ซึ่งได้แก่ การเปิดประตู หน้าต่างให้มีการระบายอากาศ การนำที่นอน หมอน มุ้งออกตากแดด การดูแลความสะอาดของบ้านและเครื่องใช้ และการจัดหาถังขยะรองรับสิ่งป็นเสียของของผู้ป่วย ซึ่งพบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านที่มีการจัดการกับสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้านของผู้ป่วยโรคในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งเสี่ยงที่จะเป็นโรคปอดถึง 3.52 เท่าของผู้สัมผัสร่วมบ้านที่มีการจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านผู้ป่วยในระดับสูง ($OR=3.52; 95\%CI=0.24-2.71$) (ปิยวรรณ สิงห์คำป่อง, 2554)

จากที่มีผู้ป่วยด้วยโรคต่างๆ และมีการแพร่กระจายของโรคนั้นไปสู่บุคคลรอบข้าง ย่อมส่งผลให้บุคคลที่ยังไม่ป่วยแสวงหาแนวทางในการที่จะป้องกันไม่ให้เกิดการป่วยด้วยโรคเหล่านั้น ซึ่งการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคได้มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ Becker (1974) ผู้พัฒนาแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) กล่าวว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคล รวมถึงปัจจัยร่วม และปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นไปได้ที่จะเกิดการกระทำ ซึ่งการรับรู้ที่ประกอบด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การ

รับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรค ทั้งนี้ การที่บุคคลจะตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคนั้น บุคคลต้องรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและรู้ว่าตนมีความเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคนั้นซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ การดำเนินชีวิตประจำวัน หรืออาจทำให้เกิดความพิการหรืออาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต และรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับการปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านั้น ถึงแม้ว่าจะมีอุปสรรคขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมก็ตาม จากการรับรู้เหล่านี้ย่อมส่งผลให้บุคคลตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคต่างๆขึ้นได้ ทั้งนี้ หากการรับรู้อุปสรรคมีมากกว่าการรับรู้ถึงประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านั้น อาจส่งผลให้บุคคลตัดสินใจที่จะไม่ลงมือปฏิบัติพฤติกรรมได้ นอกจากนี้ปัจจัยดังกล่าวแล้ว Becker (1974) ยังกล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมด้วย ได้แก่ ปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้เกิดพฤติกรรม เช่น การสนับสนุนและกระตุ้นเตือนจากบุคคลหรือหน่วยงานต่างๆ และการได้รับข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชน นอกจากนี้ยังมีปัจจัยร่วม เช่น อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพทางสังคมซึ่งจะเป็นสิ่งที่มีผลให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ปัจจัยต่างๆดังกล่าวข้างต้นมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลจึงส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคที่แตกต่างกันไปด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยไวรัสโรคดังกล่าวข้างต้นประกอบกับการที่ได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีการดูแลสุขภาพที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยเหล่านี้มีความสอดคล้องกับตัวแปรในกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988)) ที่เชื่อว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคนั้น ส่วนหนึ่งจะต้องขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของบุคคลนั้นๆ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมร่วมกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่มากกว่าการรับรู้อุปสรรคที่มีอยู่ และปัจจัยเสริมจากสิ่งชักนำให้เกิดการตัดสินใจลงมือปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลทำให้บุคคลตัดสินใจมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ผู้วิจัยจึงได้นำกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาอธิบายเชื่อมโยงในการศึกษาครั้งนี้

การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า พฤติกรรมการป้องกันไวรัสโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านนั้นมีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สัมผัสร่วมบ้านเอง และปัจจัยด้านการรับรู้ต่างๆ ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว รายได้ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย จากการศึกษาของนางนุช เสือพุมิ (2556) พบว่า ปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันไวรัสโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้สัมผัสร่วมบ้านเพศหญิงมีพฤติกรรมการป้องกันไวรัสโรคดีกว่าเพศชาย ผู้ที่มีระดับการศึกษาที่สูงขึ้นจะมีการป้องกันไวรัสโรคดีกว่าผู้

ที่มีระดับการศึกษาต่ำ (นงนุช เสือพุมิ, 2556) ผู้สัมผัสร่วมบ้านที่มีรายได้มากกว่า 3,000 บาทต่อเดือน จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือนถึง 6.07 เท่า (95%CI=1.12-5.87) และพบว่า ผู้ที่มีรายได้พอใช้ถึงเหลือเก็บจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคสูงกว่าผู้ที่มีรายได้น้อยพอใช้ถึง 5.13 เท่า (95%CI=1.05-5.14) (ธีระพงษ์ จำพูลิ, 2553) ผู้สัมผัสร่วมบ้านที่มีความสัมพันธ์เป็นสามี ภรรยากับผู้ป่วยโรคพบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (มะลิณี บุตรโท, 2554)

ปัจจัยด้านการรับรู้ของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรค ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงของโรค (พิเชษฐ์ ต้อยศ, 2556) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (เสาวรัตน์ เจียมอุทิศศักดิ์, 2549) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค (ธีระพงษ์ จำพูลิ, 2553; พิเชษฐ์ ต้อยศ, 2556) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค (อรรถัน จันทร์เพ็ญ และ ลัดดา สมมิตร, 2553; ธีระพงษ์ จำพูลิ, 2553) นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข (ธีระพงษ์ จำพูลิ, 2553) และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเป็นตัวแปรทำนายที่ดีของพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอด (วีระพล เมืองกลาง, 2557)

โดยสรุป จากการทบทวนวรรณกรรมในรอบ 5-10 ปีที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอดมีอยู่ 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ (1) ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว รายได้ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (2) ปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคและ (3) ปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ทั้งนี้ จากปัญหาการแพร่ระบาดและการอุบัติซ้ำของโรคในประเทศไทยดังกล่าวข้างต้นในระยะ 5-10 ปี นี้ ยังไม่พบการศึกษาถึงปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านที่อาศัยอยู่ในบริบทของชุมชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ซึ่งเป็นชุมชนเมืองใหญ่ มีจำนวนประชากรอยู่อาศัยเป็นจำนวนมาก และลักษณะที่อยู่อาศัยค่อนข้างแออัด ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านที่พักอาศัยร่วมกับผู้ป่วยโรคปอดในบริบทดังกล่าว เพื่อใช้เป็นข้อมูลหรือแนวทางในการดูแลคนกลุ่มนี้ในลักษณะของการแก้ไขที่ต้นเหตุและ/หรือ เป็นข้อมูลในการป้องกันโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านที่ยังไม่ป่วยด้วยโรคต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอดในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

1.2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอดที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

2. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอดที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จาก ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว รายได้ และ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงในการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค และปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค

1.3 คำถามการวิจัย

ปัจจัยใดบ้างที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอดที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

1.4 ตัวแปรที่ใช้ศึกษา

1.4.1 ตัวแปรต้น (Independent Variables) คือ

1.4.1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว รายได้ และ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

1.4.1.2 ปัจจัยด้านการรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค และปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค

1.4.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variables) คือ

พฤติกรรมกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด

1.5 ขอบเขตการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พักอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคที่โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลโดยดำเนินการเก็บข้อมูลในเดือนมิถุนายน 2560

1.6 นิยามศัพท์การวิจัย

1.6.1 ผู้ป่วยวัณโรคปอด หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรควัณโรคปอดโดยการฉายรังสีเอกซเรย์ปอดและการตรวจเสมหะโดยวิธี Direct smear พบเชื้อ Acid Fast Bacilli (AFB positive) และเป็นผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค2เดือนแรก ณ โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

1.6.2 ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด หมายถึง ผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมบ้านเดียวกันหรือนอนร่วมห้องหรือสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยเป็นผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค8 ชั่วโมงต่อวันหรือ 120 ชั่วโมงต่อเดือนติดต่อกันเป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไปหรือสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคปอดตลอด 24 ชั่วโมงเป็นเวลาประมาณ 2 เดือนขึ้นไปที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลโดยกำหนดให้ครอบครัวที่มีผู้ป่วยวัณโรคปอด 1 ครอบครัวต่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน 1 คน

1.6.3 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย หมายถึง บุคคลที่มีความเกี่ยวพันเป็นผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เป็นญาติสายตรง ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร

1.6.4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิดของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดว่าตนมีโอกาสที่จะได้รับเชื้อวัณโรคและป่วยด้วยโรควัณโรคปอดได้วัดโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ใช่ โดยค่าคะแนนยิ่งมาก แสดงว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคมาก

1.6.5 การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค หมายถึงความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิดความเข้าใจของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดว่าวัณโรคเป็นโรคติดต่อที่มีความรุนแรง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ ครอบครัวรวมทั้งเศรษฐกิจและสังคม วัดโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ใช่ โดยค่าคะแนนยิ่งมาก แสดงว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านมีการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคมาก

1.6.6 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันวัณโรค หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิดความเข้าใจของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดว่าการกระทำกิจกรรมต่างๆเป็นสิ่งที่ดีที่จะช่วยป้องกันไม่ให้ติดเชื้อและป่วยด้วยวัณโรค วัดโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ใช่ โดยค่าคะแนนยิ่งมากแสดงว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันวัณโรคมาก

1.6.7 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันวัณโรค หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิดความเข้าใจของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด ว่าการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการป้องกันวัณโรคนั้นมีความยุ่งยาก ลำบาก มีความไม่สะดวกสบาย สิ้นเปลืองเวลาและเงินทองวัดโดยวัดโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ใช่ โดยค่าคะแนนยิ่งมากแสดงว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านมีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันวัณโรคมาก

1.6.8 การรับรู้ในความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค หมายถึง ความเชื่อมั่น ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดว่าตนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันไม่ให้ตนเองตลอดจนคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดป่วยด้วยโรควัณโรคได้วัดโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ใช่ โดยค่าคะแนนยิ่งมาก แสดงว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านมีการรับรู้ในความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรคมาก

1.6.9 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป้องกันวัณโรค หมายถึง สิ่งกระตุ้นให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการป้องกันการรับเชื้อและป่วยด้วยโรควัณโรคปอด ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นที่มาจากตัวเองและจากภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนจากบุคคลอันเป็นที่รักและเคารพนับถือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการได้รับข้อมูลผ่านสื่อต่างๆ วัดโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องลักษณะข้อคำถาม

เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ใช่ ไม่น่าใจ ไม่ใช่ โดยค่าคะแนนยิ่งมาก แสดงว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านมีการรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคมาก

1.6.10 พฤติกรรมการป้องกันวัณโรค หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดเพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยวัณโรคปอด ซึ่งแบ่งเป็น พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคจากการสัมผัสโดยตรง หมายถึง การหลีกเลี่ยงการสัมผัสสารคัดหลั่งต่างๆของผู้ป่วยวัณโรคโดยตรง ได้แก่ เสมหะ น้ำมูก น้ำลาย การไอ จาม พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคจากการสัมผัสโดยอ้อม หมายถึง การจัดสภาพแวดล้อมต่างๆให้ถูกสุขลักษณะ การกำจัดขยะ สิ่งปฏิภูลอย่างถูกวิธีรวมถึงการรักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง อยู่เสมอ วัดโดย ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ/สม่ำเสมอ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย โดยค่าคะแนนยิ่งมาก แสดงว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคมาก

1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

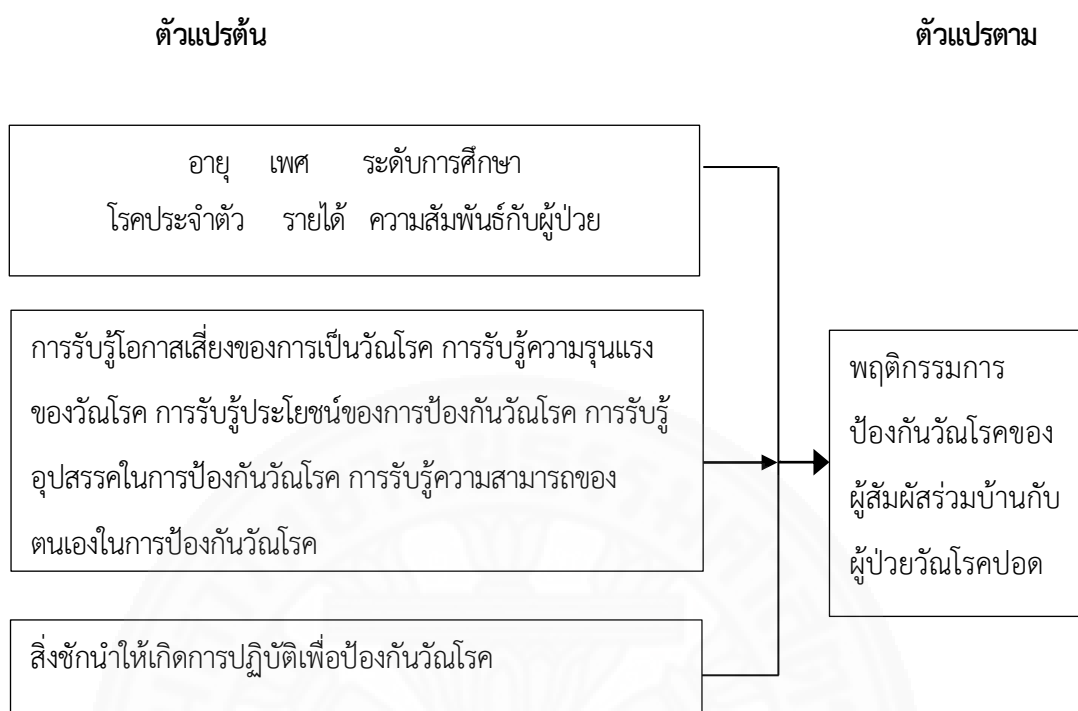
การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาระดับวิจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) (Rosenstock et al, 1988) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ แนวคิดนี้เชื่อว่า ในการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลนั้นต้องประกอบด้วย การรับรู้ของบุคคล (individual perceptions) ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคซึ่งเป็นการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค (Perceived threat of disease) ร่วมกับปัจจัยที่ทำให้เกิดความเป็นไปได้ในการกระทำ (Likelihood of action) ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ที่มากกว่าการรับรู้อุปสรรค ซึ่งปัจจัยด้านการรับรู้เหล่านี้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมหรือการกระทำได้

ปัจจัยด้านการรับรู้ต่างๆที่มีผลต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรควัณโรคที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค (Perceived Susceptibility) ซึ่งหมายถึง ความรู้สึก ความเชื่อ ความเข้าใจ ของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคว่าตนเองเสี่ยงที่จะป่วยเป็นวัณโรคหรือได้รับเชื้อวัณโรคได้ง่ายกว่าคนทั่วไป ซึ่งการรับรู้นี้จะนำบุคคลไปสู่การแสวงหาแนวทางและการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆเพื่อการป้องกันวัณโรคได้ การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค (Perceived Severity) ซึ่งเป็นความเชื่อ ความรู้สึก ความเข้าใจ ของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดว่าวัณโรคนั้นมีความรุนแรงทำให้เจ็บป่วย พิการ หรือเสียชีวิต มีการติดต่อหรือแพร่กระจายเชื้อ

ได้มากหรือน้อย ถ้าผู้สัมผัสร่วมบ้านรับรู้ว่ามีโรคนี้อันตรายมาก จะส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดความกลัวที่จะเป็นโรค การรับรู้ก็จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคตามมา การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค (Perceived Benefits) คือ การที่ผู้สัมผัสร่วมบ้านมีความรู้สึกว่าการกระทำพฤติกรรมต่างๆ เพื่อการป้องกันโรคมีประโยชน์และส่งผลดีต่อสุขภาพของตน การรับรู้จะส่งผลให้บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคต่อไป การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค (Perceived Barriers) คือ การคาดการณ์ถึงผลลัพธ์ของการป้องกันโรคในทางลบ ถ้าบุคคลมีการรับรู้มากจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคน้อยลง โดยถ้าบุคคลมีการรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคนั้นมีอุปสรรคและมีความยุ่งยากมาก อุปสรรคดังกล่าวอาจได้แก่ ระยะเวลาการรักษาที่ยาวนาน ระยะเวลาที่ไกลในการเดินทางมาเพื่อรับการรักษา หรือเกี่ยวกับความไม่คุ้นเคยต่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค ย่อมจะส่งผลให้บุคคลนั้นไม่เกิดความต้องการและหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคตามมา การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค (Perceived Self-Efficacy to preventive action) เป็นความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันไม่ให้ป่วยด้วยโรคได้ การรับรู้จะส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคได้สำเร็จ

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรค นอกจากปัจจัยด้านการรับรู้ตามแนวคิดดังกล่าวแล้ว ยังมีปัจจัยร่วมที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว รายได้ และ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) ซึ่งเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมหรือการปฏิบัติป้องกันโรค สิ่งกระตุ้นนี้อาจมาจากบุคคลอื่นเป็นที่รักและเคารพนับถือหรือได้รับการกระตุ้นจากสื่อต่างๆ

ดังนั้น จากปัจจัยด้านการรับรู้และปัจจัยร่วมตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพดังกล่าว เมื่อบุคคลมีการรับรู้ว่ามีโอกาสที่จะป่วยด้วยโรคไวรัสและตระหนักถึงความรุนแรงของโรคนี้อันตรายมาก มีผลกระทบต่อสุขภาพ ตลอดจนเศรษฐกิจและสังคม ร่วมกับการที่บุคคลคำนึงถึงผลดีหรือประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคแล้ว เห็นว่าพฤติกรรมนั้นน่าจะเกิดประโยชน์มากกว่าผลเสียที่จะได้รับ รวมทั้งการที่บุคคลรับรู้ว่ามีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ รวมไปถึง ปัจจัยกระตุ้นที่มีผลชักนำส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติ ปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลให้บุคคลตัดสินใจลงมือปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยดังกล่าว ถึงความสามารถในการร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอด ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

1.8 สมมติฐานการวิจัย

อายุ เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันวัณโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรคและสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันวัณโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรม การป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอด ผู้วิจัยได้ค้นคว้าจากตำรา หนังสือ เอกสารวิชาการ และรวบรวมแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ซึ่งมีเนื้อหาแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19

- 2.1.1 สาเหตุของโรคโควิด-19
- 2.1.2 การวินิจฉัย
- 2.1.3 อาการและอาการแสดง
- 2.1.4 การติดต่อ
- 2.1.5 การรักษา
- 2.1.6 การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค

2.2 แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

- 2.2.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
- 2.2.2 มโนทัศน์ของทฤษฎี
- 2.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ของทฤษฎี

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- 2.3.1 ความหมายและประเภทของพฤติกรรมการป้องกันโรค
- 2.3.2 การป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 สำหรับผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอด
- 2.3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรคปอด

วัณโรค (Tuberculosis: TB) เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อมัยโคแบคทีเรีย (Mycobacterium Tuberculosis) ส่วนใหญ่มักก่อให้เกิดโรคที่ปอด การแพร่กระจายของเชื้อเกิดจากการที่ผู้ป่วยการไอจาม แล้วมีผู้สูดหายใจเอาอากาศที่มีละอองของเชื้อวัณโรคเข้าไปในปอด ผู้ติดเชื้อจำนวนหนึ่งจะป่วยด้วยโรควัณโรค และมีการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคให้ผู้อื่นต่อไปได้ ซึ่งการเกิดวัณโรค แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ วัณโรคปฐมภูมิ (primary tuberculosis) เป็นการป่วยเป็นวัณโรคจากการติดเชื้อครั้งแรก เนื่องจากร่างกายยังไม่มีภูมิต้านทาน ส่วนมากพบในเด็กและผู้ที่มีภูมิต้านทานโรคต่ำ วัณโรคอีกลักษณะคือ วัณโรคทุติยภูมิหรือวัณโรคหลังปฐมภูมิ (secondary or post primary tuberculosis) คือ การป่วยเป็นวัณโรคหลังการติดเชื้อมานานหลายปี เมื่อร่างกายมีภาวะอ่อนแอ ระบบภูมิต้านทานโรคต่ำลงจะกระตุ้นให้เชื้อวัณโรคที่สงบอยู่ในร่างกายเป็นเวลานานมีการแบ่งตัวขึ้นมาใหม่หรือรับเชื้อวัณโรคจากนอกร่างกายเข้าไปใหม่แล้วก่อให้เกิดโรค มักเกิดพยาธิสภาพในเนื้อปอดบริเวณส่วนบนปัจจุบันปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ป่วยเป็นวัณโรค คือการที่ร่างกายมีภูมิต้านทานลดลง เช่น การติดเชื้อเอชไอวี เบาหวาน ภาวะขาดสารอาหาร การได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ทำให้โอกาสที่จะป่วยเป็นวัณโรคมีมากขึ้น ในปัจจุบันการติดเชื้อเอชไอวีเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดซึ่งการเสียชีวิตจากการป่วยด้วยวัณโรคขึ้นอยู่กับตำแหน่งและความรุนแรงของโรครวมทั้งระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย (กรมควบคุมโรค, 2557)

ในสภาพสังคมปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไป ประชากรมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น มีการเคลื่อนย้ายแรงงานเข้าสู่เมืองใหญ่ สภาพที่อยู่อาศัยมีความแออัดหนาแน่นขึ้นจึงยังพบการแพร่กระจายของโรควัณโรคซึ่งเป็นโรคที่มีการแพร่กระจายทางอากาศไปสู่ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดโดยเฉพาะผู้ที่อยู่อาศัยในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งจากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมถึงอุบัติการณ์ของการติดเชื้อวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดทั้งในและต่างประเทศดังนี้ การศึกษาในประเทศชูดานของ Alsarag (2011) พบการติดเชื้อวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดร้อยละ 9.12 การศึกษาของ Singh et al. (2013) ที่มีการเก็บข้อมูลที่เมืองหนึ่งในประเทศอินเดียเมื่อปี 2007 ถึง 2009 ได้พบเชื้อวัณโรคปอดจากผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคร้อยละ 6.9 การศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ของ Fox, Barry, Britton, & Marks (2013) จำนวน 95 เรื่องจากประเทศที่ประชากรมีรายได้ปานกลาง – ต่ำผลการศึกษาพบความชุกของการป่วยเป็นโรควัณโรคปอด ร้อยละ 3.1 (95% CI = 2.1 - 4.5, $I^2=98.8\%$) การศึกษาของ Khan et al. (2014) เกี่ยวกับอัตราการเกิดโรควัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านในเมืองการาจิ ประเทศปากีสถาน พบการติดเชื้อวัณโรคร้อยละ 11.73 การศึกษาของ Elmi et al. (2014) ในประเทศมาเลเซียพบผู้ป่วย

วัณโรคระยะแฝงในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคถึง ร้อยละ 52.8 (95% CI .405–.649%) สำหรับการศึกษานี้ในประเทศไทยเมื่อปี 2541 - 2543 ในผู้สัมผัสร่วมบ้านที่เป็นเด็กที่เข้ารับการตรวจรักษาที่ กรุงเทพมหานคร จำนวน 652 คนพบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านกลุ่มนี้เป็นวัณโรคร้อยละ 8.1 (สาริณี ลดาสุวรรณค์ และ สุภร สุขเพสน์, 2551) จากการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคจากผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อเมื่อปี พ.ศ.2552 - 2553 ของผกาพันธ์ เปี่ยมคล้า (2554) ที่จังหวัดราชบุรี พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านกลุ่มนี้ป่วยเป็นวัณโรค ร้อยละ 11.1 จากการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ เมื่อปี พ.ศ. 2554 - 2555

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นพบว่า อุบัติการณ์ของการติดเชื้อวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดนั้น ส่วนใหญ่พบการแพร่ระบาดในชุมชนเมืองใหญ่ที่มีประชากรอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น และที่สำคัญคือ อุบัติการณ์ของโรคนี้นี้ยังพบค่อนข้างสูงจนถึงปัจจุบัน ซึ่งถือว่าเป็นยุคที่วิทยาการทางการแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนเทคโนโลยีข้อมูลข่าวสารในด้านต่างๆ มีการพัฒนาและก้าวหน้าอย่างมากมาย มีการอำนวยความสะดวกให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการทางสาธารณสุขอย่างทั่วถึง แต่ปัญหาการแพร่กระจายของวัณโรคนั้น ยังคงก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพของประชากรอยู่ ยิ่งไปกว่านั้น ปัจจุบันปัญหาของโรคนี้นี้ยังเพิ่มความซับซ้อนและยากต่อการแก้ไขมากขึ้นเช่น พบเชื้อวัณโรคคือยาหลายขนานมากขึ้น พบวัณโรคในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์พบการแพร่กระจายของวัณโรคในกลุ่มแรงงานต่างชาติน่ามากขึ้น เป็นต้น

2.1.1 สาเหตุของโรควัณโรค (สำนักวัณโรค, 2557)

วัณโรค เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium tuberculosis* เป็นแบคทีเรียรูปร่าง ขนาด $2-4 \times 0.2-0.5$ ไมครอน ผนังเซลล์มีกรดไขมัน mycolic acid เป็นส่วนประกอบสำคัญ ทนความแห้งแล้งและความเป็นกรดต่างในสภาพแวดล้อมได้ดี ติดสีทนกรด (acid fast bacilli) ชอบออกซิเจน และมีชีวิตอยู่ได้ที่อุณหภูมิ 37°C pH 6.0–7.0 ถูกทำลายโดยแสงแดดและความร้อนที่อุณหภูมิ 60°C นาน 20 นาที จัดอยู่ในกลุ่ม *Mycobacterium tuberculosis complex* เชื้อในกลุ่มนี้ชนิดอื่นที่พบบ่อย เช่น *Mycobacterium africanum* พบได้ในแถบแอฟริกา *Mycobacterium bovis* มักก่อให้เกิดโรคในสัตว์ซึ่งอาจติดต่อมาถึงคนได้โดยการบริโภคนมที่ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อส่วนเชื้อ *Mycobacterium* ชนิดอื่นๆ ซึ่งเดิมเรียกว่า Atypical *Mycobacterium* หรือ *Mycobacterium other than tuberculosis (MOTT)* ปัจจุบันเรียกว่า Nontuberculous *Mycobacteria (NTM)* ซึ่งมีมากกว่า 120 สายพันธุ์และพบได้ในสิ่งแวดล้อมเช่นน้ำและดินส่วนใหญ่ไม่ก่อให้เกิดโรควัณโรคแต่ปัจจุบันเริ่มมีความสำคัญเนื่องจากอาจทำให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเช่น *Mycobacterium avium complex (MAC)* ซึ่งเป็นโรคที่พบได้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

วัณโรคเกิดได้ในทุกอวัยวะของร่างกายส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอด (ร้อยละ 80) สามารถแพร่เชื้อได้ส่วนวัณโรคนอกปอดเป็นผลมาจากการแพร่กระจายของการติดเชื้อไปยังอวัยวะอื่นๆ ได้แก่ เยื่อหุ้มปอดต่อมน้ำเหลือง กระดูกสันหลัง ข้อต่อ ช่องท้อง ระบบประสาท ระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบสืบพันธุ์ เป็นต้น

2.1.2 การวินิจฉัยโรค (สำนักวัณโรค, 2557)

2.1.2.1 ชักประวัติเกี่ยวกับการสัมผัสกับวัณโรคในครอบครัว และอาการไอมีเสมหะเรื้อรังเกิน 2 สัปดาห์ มีไข้ น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ

2.1.2.2 การทดสอบทูเบอร์คูลินทำในผู้ป่วยที่มีอาการของโรคไม่ชัดเจน จึงจำเป็นต้องทดสอบเพื่อค้นหาว่าร่างกายเคยติดเชื้อวัณโรคหรือไม่ โดยฉีดน้ำยาทูเบอร์คูลินเข้าในชั้นผิวหนังขนาด 0.1 ลูกบาศก์เซนติเมตร แล้วดูปฏิกิริยาของผิวหนังหลังจากฉีดยา 48 - 72 ชั่วโมง หากผิวหนังนูนแดงขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางตั้งแต่ 10 มิลลิเมตรขึ้นไป แสดงว่า ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อวัณโรค ผลการทดสอบมีประโยชน์ในการวินิจฉัยโรคปฐมภูมิ แต่ต้องเป็นผู้ที่ไม่เคยฉีดวัคซีนบีซีจีมาก่อน ซึ่งในประเทศไทยมีความครอบคลุมในการฉีดบีซีจีค่อนข้างสูง จึงยากต่อการแยกปฏิกิริยาที่เกิดจากการติดเชื้อหรือการฉีดวัคซีนวิธีนี้จึงมีประโยชน์น้อยมากในการวินิจฉัยวัณโรค ปัจจุบันใช้เพื่อการคัดกรองการติดเชื้อวัณโรคแต่ยังไม่มีการใช้เพื่อยืนยันการป่วยเป็นวัณโรค (active tuberculosis disease)

2.1.2.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

(1) การตรวจเสมหะย้อมสีทึนกรด (Acid fast bacilli: AFB stain) เป็นการตรวจหาเชื้อโดยใช้กล้องจุลทรรศน์ เชื้อที่ตรวจพบยังไม่สามารถจำแนกได้ว่าเป็นเชื้อวัณโรค ที่มีชีวิตหรือตายแล้วและไม่สามารถจำแนกชนิดของเชื้อมัยโคแบคทีเรียที่ตรวจพบได้ใช้เวลาในการทดสอบน้อย แต่ต้องตรวจติดต่อกัน 3 วัน เน้นการเก็บเสมหะที่ผู้ป่วยไอออกครั้งแรกในตอนเช้าหลังตื่นนอนใหม่ๆ และนำส่งห้องปฏิบัติการภายใน 24 ชั่วโมง หรือถ้าเก็บไว้ในตู้เย็นต้องไม่เกิน 1 สัปดาห์ วิธีนี้จะตรวจพบได้เมื่อมีปริมาณเชื้อวัณโรคมากกว่า 10 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรการตรวจมี 2 แบบ คือ

1) Direct smear คือ การนำเสมหะหรือสิ่งส่งตรวจมาป้ายบนกระจกสไลด์ โอกาสในการพบเชื้อขึ้นกับเสมหะที่ถูกเลือกมาทำ smear

2) Concentrated smear คือ การนำเสมหะหรือสิ่งส่งตรวจมาผ่านขั้นตอนต่างๆ เช่น ผ่านการย่อยและบด จากนั้นนำมาตกตะกอนโดยใช้เครื่องปั่นที่มีแรงเหวี่ยงสูงก่อนนำมาทำ smear วิธีนี้พบเชื้อมากกว่าวิธีแรก และความไวของการตรวจใกล้เคียงกับการเพาะเชื้อ (culture)

(2) การตรวจเพาะเชื้อวัณโรค (culture) เป็นการทดสอบว่าเชื้อมีชีวิตอยู่หรือไม่ สามารถแยกชนิดของเชื้อมัคโคแบคทีเรียและความไวต่อยาได้ ใช้ในรายที่สงสัยเป็นวัณโรคแต่ย้อมเสมหะแล้วตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ไม่พบเชื้อ การเพาะเชื้อใช้เวลา 4-8 สัปดาห์

(3) การทดสอบความไวของยา (Drug Susceptibility Testing: DST) เป็นการทดสอบว่าเชื้อมีชีวิตอยู่หรือไม่ในปริมาณยาที่ใช้ เป็นการดูว่าเชื้อวัณโรคคือยาหรือไม่

(4) การตรวจทางรังสีโดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-Ray: CXR) เป็นการตรวจที่มีความไวค่อนข้างสูงแต่มีความเฉพาะเจาะจงต่ำ เนื่องจากความผิดปกติที่เห็นอาจเกิดจากความผิดปกติอื่นๆได้ เช่น เนื้องอก มะเร็งหรือเป็นเงาเปื้อนบนฟิล์ม โดยลักษณะผิดปกติที่ตรวจพบได้แก่ เป็นแผลโพรง (Cavity) ลักษณะโพรงหนองในปอด หรือเงาในปอดเป็นจุดที่เกิดจากการเกาะของแคลเซียม (Infiltration) เป็นต้นอย่างไรก็ตามการถ่ายภาพรังสีทรวงอกเพียงอย่างเดียวไม่สามารถใช้ในการวินิจฉัยโรควัณโรคได้ต้องมีการตรวจเสมหะควบคู่ไปด้วยทุกครั้ง

2.1.3 อาการและอาการแสดง (สำนึกวัณโรค, 2557)

อาการที่สำคัญและพบบ่อยที่สุดคือ ไอเรื้อรังติดต่อกันเป็นเวลานานกว่า 2 สัปดาห์ ระยะแรกอาจมีอาการไอแห้งๆ ต่อมาเมื่อปอดจะถูกทำลายมากขึ้นทำให้มีอาการไอแบบมีเสมหะ (productive cough) อาการอื่นที่อาจพบร่วมด้วย ได้แก่ น้ำหนักลด เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย มีไข้ต่ำๆ (มักมีไข้ช่วงบ่าย เย็น หรือตอนกลางคืน) ไอมีเลือดปน แต่อาการนี้ไม่ได้บ่งชี้ถึงระยะแพร่กระจายของวัณโรค ในผู้ป่วยวัณโรคที่หายแล้วอาจมีอาการไอมีเลือดปนจากภาวะหลอดเลือดโป่งพองได้ (วันชัย เดชสมภพธีรฤทัย, 2552)

คนส่วนใหญ่เมื่อได้รับเชื้อวัณโรคจะยังไม่แสดงอาการใดๆเนื่องจากภูมิคุ้มกันของร่างกายของคนปกติสามารถยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อวัณโรคได้ มีเพียงร้อยละ 8-10 ของผู้ที่ได้รับเชื้อวัณโรคเท่านั้นที่จะป่วยเป็นวัณโรคและแสดงอาการออกมา ซึ่งพบว่าร้อยละ 3-5 ของคนกลุ่มนี้จะป่วยเป็นวัณโรคภายใน 2 ปี หลังจากการได้รับเชื้อวัณโรคซึ่งพบได้ในเด็กและผู้ที่มีภูมิคุ้มกันโรครุนแรง และอีกร้อยละ 5 มีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคเมื่อเวลาผ่านไปนานหลายปีพบได้ในผู้สูงอายุที่สัมผัสโรคตั้งแต่เด็กแต่ไม่ได้รับการรักษา

2.1.4 การติดต่อ (สำนึกวัณโรค, 2557)

เชื้อวัณโรคจะแพร่กระจายจากปอด หลอดลมหรือกล่องเสียงของผู้ป่วยวัณโรคเมื่อผู้ป่วยไอ จาม พูดดังๆ ตะโกน หัวเราะหรือร้องเพลง เชื้อเหล่านี้จะอยู่ในละอองฝอย (droplets) ของเสมหะที่ออกมาสู่อากาศ อนุภาคของ droplets ขนาดใหญ่มักจะตกลงสู่พื้นดินและแห้งไป เหลือส่วนที่เล็กที่สุดที่มีเชื้อวัณโรคจะลอยอยู่ในอากาศได้หลายชั่วโมงเมื่อคนสูดหายใจเอาอากาศที่มีเชื้อวัณโรคเข้าสู่ร่างกาย ละอองฝอยของเชื้อวัณโรคที่มีขนาดใหญ่จะติดอยู่ที่จมูกหรือลำคอ ซึ่งมักไม่

ก่อให้เกิดโรคแต่ส่วนที่มีขนาดเล็กๆจะเข้าไปสู่ปอด เชื้อวัณโรคส่วนหนึ่งจะถูกทำลายด้วยระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย หากมีเชื้อที่ถูกทำลายไม่หมดก็จะแบ่งตัวทำให้เกิดการติดเชื้อวัณโรคขึ้นในร่างกาย (TB infection) ถ้าระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายแข็งแรงพอที่จะสามารถยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อวัณโรคได้ ซึ่งพบเป็นส่วนใหญ่ของผู้ติดเชื้อผู้ที่ได้รับเชื้อวัณโรคประมาณร้อยละ 90 จะไม่มีอาการป่วยและไม่สามารถแพร่เชื้อวัณโรคไปสู่ผู้อื่นได้ มีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่จะป่วยเป็นโรควัณโรค (TB disease) โดยครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมักจะมีอาการของโรควัณโรคภายใน 2 ปีหลังจากการได้รับเชื้อ ซึ่งส่วนใหญ่พบในเด็กและผู้ที่มีภูมิคุ้มกันโรคต่ำ ที่เหลืออีกร้อยละ 5 จะป่วยเป็นวัณโรคหลังจากการได้รับเชื้อไปแล้วหลายปี เช่น ผู้ป่วยสูงอายุที่มีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคตั้งแต่เด็ก

2.1.5 การรักษา (สำนักวัณโรค, 2557)

การรักษาโรควัณโรคในปัจจุบัน มีระบบการรักษาด้วยสูตรยามาตรฐานระยะสั้น ซึ่งได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพดีที่สุดในการรักษา ซึ่งสูตรยาที่ใช้มี 3 สูตรหลัก ได้แก่ สูตรยาสำหรับผู้ป่วยใหม่ (new patient regimen) สูตรยารักษาซ้ำด้วยยารักษาวัณโรคแนวที่ 1 (re-treatment regimen with first-line drugs) และสูตรยารักษาวัณโรคคือยาหลายขนาน (multiple drugs resistant regimen) โดยขนาดยาที่ผู้ป่วยจะต้องเป็นไปตามน้ำหนักและความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาเชื้อวัณโรคคือยาต่อไป ซึ่งหลักการให้ยารักษาวัณโรค มีดังนี้

1. ให้ยาหลายขนานพร้อมกันเนื่องจากยาบางชนิดออกฤทธิ์ฆ่าเชื้อในขณะที่ยาบางชนิดออกฤทธิ์ยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อวัณโรค โดยเฉพาะในระยะเข้มข้นของการรักษา (intensive phase) ต้องให้ยา 4-5 ขนานที่ออกฤทธิ์แตกต่างกันเพื่อช่วยกำจัดเชื้อวัณโรคให้มีปริมาณลดลงอย่างรวดเร็ว หลังจากนั้นเป็นระยะต่อเนื่องของการรักษา (continuation phase) ซึ่งต้องใช้ยาอย่างน้อย 2 ขนานเพื่อฆ่าเชื้อโรคที่หลงเหลืออยู่ให้เหลือน้อยที่สุดและไม่ให้มีโอกาสกลับเป็นซ้ำ ทั้งนี้การให้ยารักษาวัณโรคเพียงขนานเดียวจะไม่สามารถรักษาวัณโรคได้ และอาจทำให้เกิดเชื้อวัณโรคคือยาอีกด้วย

2. ให้ยาถูกต้องตามขนาด ถ้าขนาดยาดำเกินไป การรักษาจะไม่ได้ผลรักษาหายช้า เกิดการกลับเป็นซ้ำ และอาจทำให้เกิดเชื้อวัณโรคคือยา แต่ถ้าขนาดยาสูงเกินไปผู้ป่วยจะได้รับอันตรายจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

3. ระยะเวลาการรักษาเพียงพอตามกำหนด เนื่องจากระบบยามาตรฐานระยะสั้น มีระยะเวลาที่แตกต่างกัน จึงจำเป็นจะต้องได้รับยาครบตามระบบยาที่ใช้ เนื่องจากเชื้อวัณโรคอาจตายไม่หมด ผู้ป่วยอาจกลับเป็นซ้ำหรือเกิดเชื้อวัณโรคคือยาตามมาได้

4. ควรมีการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา (compliance) ก่อนเริ่มการรักษา และใช้กลยุทธ์การรักษาผู้ป่วยด้วยระบบยาระยะสั้นโดยมีพี่เลี้ยงกำกับกับการกินยาตลอดการรักษา (Directly Observed Treatment, Short Course:DOTs) ทุกวันอย่างต่อเนื่องจนครบกำหนด ยาพื้นฐานที่ใช้ในการรักษาวัณโรค หรือเรียกว่ายาแนวที่ 1 (first-line drugs) ได้แก่

- Isoniazid: INH, H
- Rifampicin: RMP, R
- Pyrazinamide: PZA, Z
- Ethambutol: EMB, E
- Streptomycin: SM, S

ยาแนวที่ 2 (second – line drugs) เป็นยาสำรองที่ใช้เมื่อพบว่าเชื้อวัณโรคดื้อต่อยาแนวที่ 1 แล้ว ได้แก่

- Kanamycin: K, Km
- Levofloxacin: Lfx
- Ethionamide: Eto
- Para-aminosalicylic acid: P, PAS
- Cycloserine: Cs
- Ofloxacin: O, Ofx

สูตรยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค มี 3 สูตรหลัก ดังนี้ (สำนักวัณโรค, 2557)

1. สูตรยาสำหรับผู้ป่วยใหม่ (new patient regimen) คือ 2HRZE/4HR

ใช้รักษาผู้ป่วยใหม่ที่ยังไม่เคยรักษาหรือกินยาวัณโรคไม่เกิน 1 เดือน

- ระยะเข้มข้น (intensive phase) จะใช้ยา 4 ขนาน คือ H, R, Z, E ทุกวันเป็นเวลา 2 เดือน เมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 2 ผลตรวจเสมหะยังพบเชื้ออยู่ องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ใช้ยารักษาต่อเนื่องไปเลยเนื่องจากมีพบหลักฐานว่าผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้นไม่เป็นตัวทำนายที่ดีว่าจะเกิด relapse หรือ failure หรือการดื้อยา H ตั้งแต่ก่อนเริ่มการรักษา (pre-treatment isoniazid resistance) สำหรับประเทศไทย ผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้พิจารณาจากลักษณะทางคลินิกและภาพรังสีทรวงอก ซึ่งอาจให้ยา 4 ขนานร่วมกับการขยายระยะเข้มข้นอีก 1 เดือนได้

- ระยะต่อเนื่อง (continuation phase) ใช้ยา 2 ขนาน คือ H, R ทุกวันเป็นเวลา 4เดือน ผู้ป่วยวัณโรคบางราย เช่น ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีโพรงแผลขนาดใหญ่ ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน

หรือผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วยอาจยืดระยะเวลาการรักษาต่อเนื่องออกไปได้โดยให้การรักษานานทั้งสิ้น 9-12 เดือน

2. สูตรยารักษาซ้ำด้วยยาวัณโรคแนวที่ 1 (re-treatment regimen with first-line drugs) คือ 2HRZES/1HRZE/5HRE ใช้รักษาผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำหลังจากขาดยา (treatment after default) หรือกลับเป็นซ้ำ (relapse) ก่อนเริ่มการรักษาต้องส่งเสมหะเพื่อทำการเพาะเชื้อและส่ง DST ต่อยาทุกราย

- ระยะเข้มข้น (intensive phase) 2 เดือนแรกให้ยา 5 ขนาน H, R, Z, E และ ฉีด S เดือนที่ 3 หยุดยาฉีดและให้ยากิน 4 ขนานต่ออีก 1 เดือน รวมเป็นเวลา 3 เดือน

- ระยะต่อเนื่อง (continuation phase) ให้ยา 3 ขนาน H, R, E เป็นเวลา 5 เดือน

3. สูตรยาวัณโรคคือยาหลายขนาน (Empirical MDR regimen) คือ $\geq 6K_m, Lfx, Eto, Cs \pm PAS / \geq 12Lfx, Eto, Cs \pm PAS$ ใช้ในผู้ป่วยที่มีโอกาสสูงที่จะเป็น MDR-TB ส่วนใหญ่ยังไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนสูตรยาทันที ควรรอผล DST ยืนยัน แต่บางกรณีมีความเป็นไปได้สูงที่จะเป็น MDR-TB ให้ตรวจด้วย Molecular test ซึ่งให้ผลรวดเร็ว ถ้าผลเป็น MDR-TB สามารถให้สูตรยา Empirical MDR-TB ก่อน และในขณะเดียวกันก็ส่งทำการเพาะเชื้อ และ DST ด้วยวิธีมาตรฐานเพื่อยืนยัน

การรักษาในระยะเข้มข้นควรฉีดยาทุกวัน (หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน) เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน ทั้งนี้ต้องฉีดยาจนกว่าผลการเพาะเชื้อจะไม่พบเชื้อติดต่อกันอย่างน้อย 4 เดือน และต้องรับประทานยารักษาต่อไปจนกว่าผลการเพาะเลี้ยงเชื้อจะไม่พบเชื้อติดต่อกันอย่างน้อย 18 เดือน นอกจากนี้ ในเรื่องเกี่ยวกับการใช้ยาเพื่อการรักษาโรควัณโรคในผู้ป่วยนั้น มีรายละเอียดเพิ่มเติมเพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพ และได้มาตรฐาน ดังนี้

1. ยาฉีด Streptomycin ห้ามให้ในหญิงตั้งครรภ์
2. ยาแต่ละขนานควรให้กินครั้งเดียวเพื่อให้ระดับยาในเลือดสูงขึ้น ซึ่งจะมีประสิทธิภาพในการรักษามากที่สุด แต่ถ้าจำเป็นในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงควรให้ยาแยกขนานในเวลาต่างกัน เช่น ยาขนานแรกให้ตอนเช้า อีกขนานให้ก่อนนอน เป็นต้น
3. ยา Rifampicin ควรให้กินขณะท้องว่างประมาณ 30 นาทีก่อนอาหาร ถ้าให้ยาขณะที่มีอาหารในกระเพาะอาหารจะทำให้การดูดซึมยาเข้าสู่ร่างกายได้น้อยลง
4. ยาที่บรรจุในแผง ไม่ควรแกะออกเพราะจะทำให้ยาเสื่อมคุณภาพได้
5. ควรเก็บยาในที่เย็น ไม่มีแสงแดดส่องถึง อุณหภูมิไม่เกิน 25 องศาเซลเซียส

6. การให้ยารวมเม็ด ผู้ป่วยบางรายที่มีน้ำหนักตัวมาก อาจทำให้ขนาดยาบางขนานไม่พอเมื่อคำนวณขนาดยาตามน้ำหนักอาจต้องเพิ่มยาแยกบางขนานเพื่อความเหมาะสม

7. ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเพิ่มหลังการรักษาไประยะหนึ่งอาจพิจารณาเพิ่มขนาดยาได้

2.1.6 การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ผู้ป่วยวัณโรคปอดควรมีการดูแลตนเองดังนี้

1. รับประทานยาตามชนิดและขนาดตามแผนการรักษาของแพทย์ให้สม่ำเสมอจนครบเพื่อป้องกันการดื้อต่อยารักษาวัณโรค และต้องไปรับการตรวจติดตามอาการทุกครั้งเพื่อติดตามความก้าวหน้าของแผนการรักษาที่ได้รับ

2. เมื่อรับประทานยาไปแล้วประมาณ 2 สัปดาห์ อาการไอและอาการไม่สุขสบายอื่นๆจะลดลง แต่ไม่ให้ผู้ป่วยหยุดยาเอง ให้รับประทานยาต่อเนื่องต่อไปจนครบตามแผนการรักษา

3. การรับประทานยารักษาวัณโรค สามารถรับประทานร่วมกับยาอื่นๆได้

4. ผู้ป่วยวัณโรคควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ มีสารอาหารประเภทโปรตีนสูง เช่น เนื้อสัตว์ นม ไข่ และอาหารที่มีวิตามินซีสูง เช่น ผลไม้ต่างๆ เพื่อเป็นการเพิ่มภูมิคุ้มกันโรคให้กับร่างกาย

5. ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยเลือกชนิดของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วยวัณโรคเอง เช่น การแกว่งแขน การเดินเร็ว การวิ่งเหยาะๆ ทั้งนี้การออกกำลังกายจะทำให้ปอดและระบบการหายใจมีประสิทธิภาพดีขึ้น

6. มีการปิดปากและจมูกหรือสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งที่มีอาการไอหรือจาม เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคไปยังคนรอบข้างและสิ่งแวดล้อม หน้ากากอนามัยที่เป็นผ้าเมื่อเปื้อนเสมหะหรือน้ำลายควรนำไปทำความสะอาดด้วยผงซักฟอกหรือน้ำยาทำความสะอาดและผึ่งแดดให้แห้ง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคอย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการสวมหน้ากากอนามัยอย่างถูกวิธี ดังนี้ (WHO, 2007)

6.1 หันหน้ากากอนามัยด้านที่มีสีเข้มออกด้านนอก และด้านที่มีโลหะให้อยู่บน สันจมูก สวมให้คลุมทั้งจมูก ปาก และคาง

6.2 กดโลหะที่อยู่ขอบบนของหน้ากากอนามัยให้แนบสนิทกับสันจมูก

6.3 ผูกสายรัดหรือจับสายอย่างสำหรับคล้องหูให้กระชับพอดี และอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม

6.4 ไม่จับบริเวณหน้ากากอนามัยด้านนอกขณะสวมอยู่เพื่อป้องกันไม่ให้มือปนเปื้อนเชื้อโรค และควรทำความสะอาดมือทันทีหลังจากสัมผัสด้านนอกของหน้ากากอนามัย

6.5 หากใช้หน้ากากอนามัยชนิดใช้ครั้งเดียวทิ้ง (disposable surgical mask) ควรใช้ไม่เกิน 24 ชั่วโมง หรือใช้วันละ 1 ชิ้น ควรเปลี่ยนเมื่อหน้ากากอนามัยชื้นหรือขาด และทิ้งลงในถังขยะที่มีฝาปิดมิดชิด

7. การบ้วนเสมหะ ต้องบ้วนลงในภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิด และนำไปทำลายโดยการเผาหรือฝังหรือเททิ้งลงในโถส้วมหรือชักโครกแล้วทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อให้เรียบร้อยทุกครั้ง ซึ่งการทำลายเชื้อไวรัสโรคที่ปนเปื้อนอยู่ในเสมหะของผู้ป่วยและอุปกรณ์เครื่องใช้ของผู้ป่วยไวรัสนั้น มีหลายวิธี ดังนี้

7.1 การใช้แสงอาทิตย์เพื่อทำลายเชื้อไวรัสโรค โดยการนำอุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ ออกตากแดด ซึ่งรังสีอัลตราไวโอเล็ตในแสงแดดสามารถทำลายเชื้อไวรัสโรคได้ภายในเวลา 5 นาที

7.2 การใช้ความร้อน โดยการต้มเป็นการทำลายเชื้อไวรัสโรคที่อยู่ในเสื้อผ้า ผ้าเช็ดหน้า ผ้าเช็ดตัว ภาชนะที่ผู้ป่วยไวรัสนั้นใช้บ้วนเสมหะ โดยการนำเครื่องใช้และภาชนะเหล่านี้มาต้มให้เดือดเพื่อทำลายเชื้อไวรัสโรคและวิธีการเผาซึ่งเป็นการทำลายเชื้อไวรัสโรคที่ดี โดยการเผากระดาษทิชชูหรือถุงพลาสติกที่ใช้บ้วนเสมหะของผู้ป่วยไวรัสนั้นแล้ว

7.3 การใช้สารเคมี ได้แก่ การใช้ 70% แอลกอฮอล์ หรือในกรณีที่ไม่มีน้ำยาฆ่าเชื้อ อาจแนะนำให้ผู้ป่วยไวรัสนั้นบ้วนเสมหะลงในภาชนะที่มีฝาปิดและแล้วนำไปทำความสะอาดแล้วฝังให้แห้งก่อนใช้งานครั้งต่อไป

8. ล้างมือให้สะอาดทุกครั้งด้วยน้ำสบู่หรือน้ำยาฆ่าเชื้อ ภายหลังจากที่สัมผัสกับเสมหะ น้ำมูกหรือน้ำลาย เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคสู่บุคคลอื่น และสิ่งแวดล้อมรอบตัว

9. ควรงดสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และงดเสพยาเสพติดทุกชนิด เนื่องจากทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำลง ทำให้มีโอกาสเสี่ยงที่จะทำให้การรักษาไวรัสโรคไม่ได้ผล อาจส่งผลให้เกิดไวรัสโรคดื้อยา และเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา นอกจากนี้ การสูบบุหรี่ยังส่งผลให้ระบบการหายใจมีประสิทธิภาพน้อยลง และกระตุ้นให้เกิดการไอมากขึ้น ซึ่งจะเป็นการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคสู่คนรอบข้างได้มากขึ้น

10. การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคไปสู่ผู้อื่น การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม มีดังนี้

10.1 มีการแยกห้องนอนกับสมาชิกคนอื่นในครอบครัวตั้งแต่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคไวรัสโรค และเริ่มรับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 2 เดือน หรือจนกว่าผลการตรวจเสมหะไม่พบเชื้อไวรัสโรค

10.2 มีการจัดบ้านและห้องนอนให้มีการระบายอากาศ โดยการเปิดหน้าต่างทุกบาน เพื่อช่วยให้แสงแดดส่องถึงอย่างสม่ำเสมอ

10.3 นำเสื้อผ้า เครื่องใช้และเครื่องนอนของผู้ป่วยวัณโรคออกผึ่งแดดทุกวัน การใช้รังสีอัลตราไวโอเลตในแสงแดดเพื่อทำลายเชื้อวัณโรคที่อยู่ตามพื้นนอน หมอน มุ้ง เสื้อ สามารถทำลายเชื้อวัณโรคได้ภายในเวลา 5 นาที ซึ่งวิธีนี้เป็นวิธีที่ง่าย สะดวกและประหยัดอีกด้วย

10.4 ไม่เปิดเครื่องปรับอากาศเมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่น

2.2 แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

2.2.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ได้พัฒนาเป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1950 เพื่อใช้เป็นกรอบแนวคิดในการอธิบายว่าเพราะเหตุใดคนที่ไม่เป็นโรคนั้นจึงมีพฤติกรรมการป้องกันโรค ในขณะที่บางคนไม่มีพฤติกรรมดังกล่าว ซึ่งเป็นการอธิบายถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลที่ยังไม่เกิดอาการเจ็บป่วย แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ จึงมีประโยชน์ในการอธิบายหรือทำนายเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของแต่ละบุคคล ต่อมาในปี 1974 Becker ได้พัฒนาแบบแผนนี้เพื่อมาใช้ทำนายและอธิบายพฤติกรรมในการป้องกันโรค และต่อมา Rosenstock et al. (1988) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาอธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยเพิ่มปัจจัยร่วม (Modifying factor) และปัจจัยสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) รวมทั้งปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) โดยมีแนวคิดที่ว่าพฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลเห็นคุณค่าในเป้าหมายของการกระทำ และเห็นว่าการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นจะทำให้สำเร็จถึงเป้าหมายได้ พฤติกรรมการป้องกันโรคจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความต้องการที่จะหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยหรือหายจากความเจ็บป่วย และมีความเชื่อว่าพฤติกรรมที่กระทำนั้นจะป้องกันหรือบรรเทาความเจ็บป่วยได้

2.2.2 มโนทัศน์ของทฤษฎี

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock et al. (1988) ประกอบด้วย มโนทัศน์ที่เกี่ยวกับการรับรู้ของบุคคล (Individual perception) ปัจจัยร่วม (Modifying factors) และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ในการปฏิบัติพฤติกรรม (Likelihood of action) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.2.2.1 การรับรู้ของบุคคล (Individual perception) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่จะส่งผลโดยตรงต่อแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมที่แนะนำ การรับรู้ในส่วนนี้ได้แก่ การรับรู้โอกาสหรือความเสี่ยงที่จะเกิดโรค (Perceived susceptibility to disease) และการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค (Perceived severity หรือ seriousness of disease) ซึ่งจะมีผลต่อการรับรู้

ภาวะคุกคามของโรค (Perceived threat of disease) และมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อ การป้องกันโรค การรับรู้แต่ละด้านมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ดังนี้

(1) การรับรู้โอกาสหรือความเสี่ยงที่จะเกิดโรค (Perceived susceptibility of disease) คือ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการที่ตนเองจะป่วยด้วยโรคนั้นๆ เป็นความเชื่อของบุคคล ที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละ บุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่แตกต่างกันไป ดังนั้น แต่ละบุคคลจึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการ ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ถือว่าการรับรู้ ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเป็นปัจจัยที่สำคัญ และมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่นๆโดยจะส่งผลให้ บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อสุขภาพของตน บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคจะเห็น ความสำคัญของการมีสุขภาพดี คนกลุ่มนี้จึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและ ส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้น การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนาย พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคของบุคคล

(2) การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค (Perceived severity หรือ seriousness of disease) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคล ถึงความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ หรือเสียชีวิต ก่อให้เกิดความยากลำบาก และใช้เวลานานในการรักษา ทำให้เกิด ภาวะแทรกซ้อนหรือส่งผลกระทบต่อสภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ ถ้าบุคคลรู้ว่าโรคจะก่อให้เกิด ความรุนแรงของโรคมากกว่าความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นจริง บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรม การ ป้องกันโรคมามากขึ้นหรือให้ความร่วมมือในการป้องกันโรคมมากขึ้น

(3) รับรู้ภาวะคุกคามของโรค (Perceived threat of disease) เป็นการ รับรู้ร่วมกันของการรับรู้ความเสี่ยงที่จะเกิดโรค (Perceived susceptibility of disease) กับการรับรู้ ความรุนแรงของโรค (Perceived severity หรือ seriousness of disease) บุคคลอาจเกิดความรู้สึก กลัวต่อการเป็นโรค การรับรู้นี้ให้คุณค่าต่อการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล ผล จากการรับรู้นี้ทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการ ป้องกันโรค

2.2.2.2 ปัจจัยร่วม (Modifying factors) หมายถึง ปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อ พฤติกรรมสุขภาพ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลต่อการรับรู้และการปฏิบัติ ได้แก่

(1) ปัจจัยด้านประชากร (Demographic variables) ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ เชื้อชาติ ศาสนา โรคประจำตัว และระดับการศึกษา

(2) ปัจจัยด้านจิตสังคม (Sociopsychological variables) คือ ความกดดันหรือสถานะทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรม ซึ่งเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่แตกต่างกัน

(3) ปัจจัยด้านโครงสร้าง (Structural variables) เช่น ความรู้เรื่องโรค หรือประสบการณ์การเคยป่วยในอดีต

2.2.2.3 แนวโน้มต่อความเป็นไปได้ในการปฏิบัติพฤติกรรม (Likelihood of action) ได้แก่

(1) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค (perceived benefits of preventive action) คือ การที่บุคคลเชื่อเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคตามที่ได้รับคำแนะนำว่าจะสามารถป้องกันได้ พบว่าการรับรู้นี้เป็นตัวกำหนดที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งของพฤติกรรมการป้องกันโรค (Rosenstock et al, 1988)

(2) การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค (perceived barriers of preventive action) เป็นการรับรู้ผลของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นไปทางลบหรือไม่พึงปรารถนา อุปสรรคที่พบอาจเป็นเพียงสิ่งที่คิดเองหรือเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริง เช่น ค่าใช้จ่ายที่สูง ความไม่สะดวกสบายต่างๆ เป็นต้น

(3) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self – Efficacy to preventive action) การรับรู้ที่ถูกเพิ่มเข้ามาในแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเมื่อปี ค.ศ. 1988 โดย Rosenstock et al. (1988) พบว่าบุคคลต้องรู้ว่าตนมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากที่จะนำไปสู่การปฏิบัติจริงเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ การที่จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองเกิดขึ้นได้ สามารถสร้างได้หลายทาง ได้แก่ การสร้างจากประสบการณ์ความสำเร็จของตน จากการสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น การพูดชักจูง และสร้างจากสถานะทางสรีระและอารมณ์ ซึ่งถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะส่งผลให้การรับรู้ต่ออุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆลดลงได้

2.2.2.4 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมหรือการกระทำที่เหมาะสมออกมา เป็นปัจจัยที่คอยชี้แนะหรือเป็นแนวทางให้บุคคลเกิดการรับรู้และตัดสินใจลงมือปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่

(1) สิ่งชักนำภายใน (Internal cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรค ความเมื่อยล้า เป็นต้น

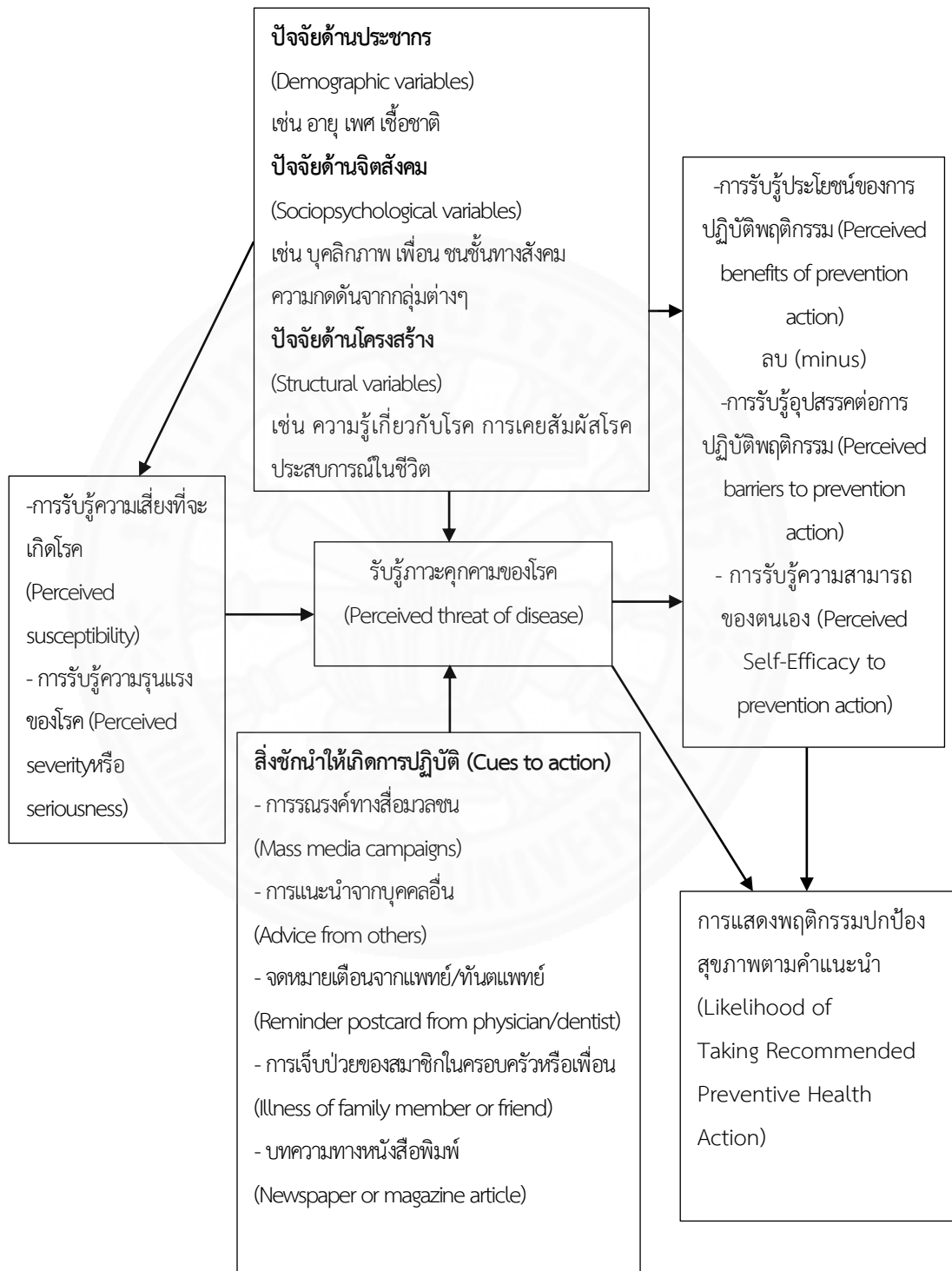
(2) สิ่งชักนำภายนอก (External cues) ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชน หรือจากการเตือนของบุคคลที่เคารพรักและนับถือ เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา ครูอาจารย์ การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว โปสเตอร์และแผ่นพับ บทความจากหนังสือ การได้รับไปรษณียบัตรเตือนความจำจากบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น สิ่งชักนำจะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมได้นั้นขึ้นอยู่กับความเข้มข้นของสิ่งชักนำและความพร้อมของบุคคลที่จะรับรู้ซึ่งจะมากน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

2.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ของทฤษฎี

เมื่อบุคคลมีการรับรู้ ว่า ตนเองมีโอกาสป่วยด้วยโรคต่างๆ และรับรู้ ว่าโรคนั้นมีความรุนแรง บุคคลจะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ทั้งนี้การตัดสินใจอาจมีผลมาจากภาวะคุกคามของตัวโรคเองด้วย ซึ่งบุคคลยังต้องมีการคำนึงถึงผลได้ผลเสียจากการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ถ้าหากการรับรู้ว่าการกระทำนั้นส่งผลดีมากกว่าผลเสีย ย่อมส่งผลให้เกิดการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ทั้งนี้การกระตุ้นเตือนจากบุคคลชี้แนะหรือสิ่งชักนำจึงใจให้ปฏิบัติเป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเช่นกัน ดังนั้น จะเห็นได้ว่า การที่บุคคลจะตัดสินใจลงมือปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคได้นั้นมีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง และปัจจัยดังกล่าว ถูกเชื่อมโยงเข้าสู่กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งรายละเอียดและความเชื่อมโยงของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแสดงไว้ ดังภาพที่ 2

โดยสรุป งานวิจัยนี้ได้นำองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาศึกษา ประกอบด้วยปัจจัยร่วมซึ่งได้แก่ อายุ เพศ รายได้ โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระดับการศึกษา ในด้านปัจจัยการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ การรับรู้ความเสี่ยงที่จะเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค

Individual perceptions modifying factors Likelihood of action



ภาพที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Glanz, Rimer & Viswanath (2008)

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.3.1 ความหมายและประเภทของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค

จากการศึกษาเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้องพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ดังนี้

พฤติกรรมการป้องกันโรค เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของบุคคล ที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเกิดโรค ซึ่งเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ตลอด 24 ชั่วโมง (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2540)

พฤติกรรมการป้องกันโรค เป็นพฤติกรรมการกระทำของบุคคล เพื่อป้องกันการเกิดโรค ป้องกันความรุนแรงของโรค ตลอดจนป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค (สุกาญดา หนูรักษ์ อ้างถึงใน สุพิดา เย็นโศคา, 2553)

พฤติกรรมการป้องกันโรค แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคระดับปฐมภูมิคือ การป้องกันในระยะแรกก่อนที่จะเกิดการเจ็บป่วย เป็นระยะที่มีความสำคัญมากในการป้องกันการเกิดโรคต่างๆ รวมถึงโรคไวรัสโรคกิจกรรมที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับนี้ เช่น การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยด้วยไวรัส การแนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร การส่งเสริมการออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพแวดล้อม

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคระดับทุติยภูมิคือ การป้องกันเมื่อเกิดโรคขึ้นแล้วให้ได้รับการวินิจฉัยโรคที่รวดเร็วเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยมีความรุนแรงมากขึ้นจนเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เป็นการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคด้วย

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคระดับตติยภูมิ คือ การป้องกันเมื่อมีการเจ็บป่วยแล้วไม่ให้เกิดการแพร่กระจายไปยังบุคคลอื่น ตลอดจนเป็นการฟื้นฟูสภาพให้เกิดความพิการน้อยที่สุดสามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคที่เป็นได้ และกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้เหมือนเดิมหรือใกล้เคียงกับภาวะปกติเหมือนก่อนที่จะป่วยให้ได้มากที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมการป้องกันไวรัสโรคไว้หลายท่าน ดังนี้

ผกายเพชร นาสมยนต์ (2549) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการป้องกันโรคไว้ว่า คือการปฏิบัติทุกอย่างที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพดีและเป็นการส่งเสริมไม่ให้เกิดโรคซึ่งการปฏิบัติเหล่านี้สามารถสังเกตได้โดยตรง

กิริณา ภักดีบุรุษ (2554) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกทั้งด้านความรู้เกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บ การรักษาและการป้องกันโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ รวมถึงพฤติกรรมปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคของผู้ป่วยและครอบครัว

พิเชษฐ์ ต้อยศ (2556) ให้ความหมายของพฤติกรรมป้องกันการติดต่อของโรคไว้ว่า เป็นการแสดงออกของพฤติกรรมป้องกันการติดต่อของโรคที่มาจากผู้ป่วยใน 3 ด้าน คือ การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ การให้คำปรึกษา แนะนำ และการประชาสัมพันธ์ข้อมูลในด้านการป้องกันโรค

จากความหมายของพฤติกรรมป้องกันการโรคที่มีผู้ให้คำจำกัดความไว้อย่างหลากหลาย ความหมาย และมีความใกล้เคียงกัน ซึ่งความหมายของพฤติกรรมป้องกันการโรคมีการแสดงออกทั้งทางด้านการปฏิบัติตัว การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ และการจัดการสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยจึงให้คำจำกัดความในงานวิจัยครั้งนี้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการโรค ดังนี้

พฤติกรรมป้องกันการโรค หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำใดๆก็ตามที่ทำให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคมีโอกาสที่จะป่วยด้วยโรคลดลงหรือไม่เกิดการติดเชื้อโรคขึ้น รวมถึงการกระทำที่จะส่งผลให้สุขภาพแข็งแรง มีภูมิคุ้มกันต้านทานกับเชื้อโรค ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคจากการสัมผัสโดยตรงกับสารคัดหลั่งต่างๆ ของผู้ป่วยโรคด้วยการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อด้วยวิธีต่างๆ และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคจากการสัมผัสโดยอ้อม ได้แก่ การหลีกเลี่ยงโอกาสเสี่ยงที่จะติดเชื้อโรค พฤติกรรมจัดการกับสิ่งแวดล้อมในบ้าน การดูแลรักษาสุขภาพให้แข็งแรง เช่น พฤติกรรมรับประทานอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย การพักผ่อนที่เพียงพอ เป็นต้น

2.3.2 การป้องกันและควบคุมโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอด

จากการทบทวนวรรณกรรม และเอกสารทางวิชาการ สรุปเป็นแนวทางปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคสำหรับผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอดไว้เป็น 2 แนวทาง ดังนี้

2.3.2.1 การป้องกันการติดเชื้อโรคจากการสัมผัสโดยตรง หมายถึง การหลีกเลี่ยงการสัมผัสสารคัดหลั่งต่างๆ ของผู้ป่วยโรคโดยตรง ได้แก่ เสมหะ น้ำมูก น้ำลาย รวมถึงการใช้อุปกรณ์ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค เช่น ผ้าปิดปากและจมูก ผ้ากันเปื้อน ได้แก่

(1) มีการแยกห้องนอนกับผู้ป่วยโรคอย่างน้อย 2 เดือนหรือจนกว่าผลตรวจเสมหะไม่พบเชื้อโรค ตั้งแต่ผู้ป่วยโรคเริ่มรับการรักษาด้วยยารักษาโรค

(2) ไม่ใช้เครื่องใช้ต่างๆ ร่วมกับผู้ป่วยโรค เช่น เครื่องนอน เสื้อผ้า ผ้าเช็ดตัว

(3) แนะนำให้ผู้ป่วยวัณโรคบ้วนเสมหะลงในภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิด และนำไปทำลายโดยการเผาหรือฝัง หรือมีการเทลงในโถส้วมแล้วทำความสะอาดหรือใช้น้ำยา 70% แอลกอฮอล์เทราดก่อนนำไปทำความสะอาด (ถ้ามีน้ำยา)

(4) ล้างมือด้วยสบู่หรือน้ำยาฆ่าเชื้อหลังจากการสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคหรือสารคัดหลั่งต่างๆ ตลอดจนเครื่องใช้ต่างๆของผู้ป่วยวัณโรคทุกครั้ง

(5) หลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค ถ้าจำเป็นต้องสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยต้องสวมหน้ากากอนามัยและแนะนำให้ผู้ป่วยสวมหน้ากากอนามัยหรือปิดปากและจมูกทุกครั้งเมื่อมีอาการไอหรือจาม

2.3.2.2 การป้องกันการติดเชื้อวัณโรคจากการสัมผัสโดยทางอ้อม หมายถึง การจัดสภาพแวดล้อมต่างๆ ให้ถูกสุขลักษณะ การกำจัดขยะและสิ่งปฏิกูลอย่างถูกวิธี รวมถึงการรักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ ได้แก่

(1) การทำความสะอาดและจัดสภาพแวดล้อมภายในที่พักอาศัยให้มีการระบายอากาศและมีแสงแดดส่องถึงเป็นประจำ รวมถึงการนำเครื่องนอนออกตากแดดบ่อยๆ

(2) การรักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอเพื่อให้มีภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อวัณโรค เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายที่เหมาะสมการไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ตลอดจนการไม่เสพสารเสพติดทุกชนิด

(3) การไปตรวจร่างกายเพื่อคัดกรองหาวัณโรคเมื่อพบว่า สมาชิกที่อยู่ร่วมบ้านเดียวกันป่วยด้วยโรควัณโรคหรือเมื่อผู้สัมผัสร่วมบ้านมีอาการไอเรื้อรังตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป และมีอาการไข้ต่ำๆ หรือน้ำหนักลดร่วมด้วย

การทบทวนวรรณกรรม และตำราทางวิชาการดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้สรุปเป็นแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อวัณโรคสำหรับผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดไว้ 2 แนวทางร่วมกันซึ่งแนวทางการปฏิบัตินี้ยังแบ่งเป็นพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อวัณโรคที่ผู้สัมผัสร่วมบ้านลงมือปฏิบัติเอง และเป็นพฤติกรรมที่เป็นผู้ดูแลให้ผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ร่วมบ้านเดียวกันเป็นผู้ปฏิบัติด้วย ดังนี้

1. พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อวัณโรคจากการสัมผัสโดยตรง แบ่งเป็น

1.1 พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อวัณโรคที่ผู้สัมผัสร่วมบ้านปฏิบัติเอง ได้แก่

1.1.1 สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อต้องอยู่ใกล้ชิดและให้การดูแลผู้ป่วยวัณโรค

1.1.2 ไม่พูดคุยกับผู้ป่วยวัณโรคแบบเผชิญหน้าโดยตรง ในระยะห่างกันน้อยกว่า 1 เมตร

- 1.1.3 กำจัดเสมหะของผู้ป่วยโดยการเผา/ฝัง หรือเทลงส้วมแล้วราดด้วยน้ำ และน้ำยาล้างห้องน้ำ
- 1.1.4 ล้างมือด้วยสบู่หรือน้ำยาฆ่าเชื้อทุกครั้งหลังจากสัมผัสกับเสมหะ น้ำมูก น้ำลายของผู้ป่วยวัณโรค
- 1.1.5 นอนแยกห้องกับผู้ป่วยวัณโรคไม่น้อยกว่า 2 เดือนหรือจนกว่าผลตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรค นับจากผู้เริ่มเข้ารับการรักษาด้วยยาวัณโรค
- 1.1.6 ใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วยวัณโรค หรือไม่ร่วมวงอาหารกับผู้ป่วยเพื่อหลีกเลี่ยงการรับเชื้อวัณโรคที่ผู้ป่วยอาจมีอาการไอหรือจามขณะรับประทานอาหารร่วมกัน
- 1.1.7 ไม่เปิดเครื่องปรับอากาศเมื่ออยู่ร่วมห้องกับผู้ป่วยวัณโรค
- 1.2 พฤติกรรมการป้องกันโรควัณโรคที่ผู้สัมผัสร่วมบ้านเป็นผู้ดูแลให้ผู้ป่วยวัณโรคเป็นผู้ปฏิบัติ ได้แก่
- 1.2.1 ดูแลให้ผู้ป่วยวัณโรคสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อต้องอยู่ใกล้ชิดกับผู้อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรค
- 1.2.2 ดูแลให้ผู้ป่วยวัณโรคปิดปากและจมูกหรือสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งที่มีอาการไอหรือจามเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรค
- 1.2.3 ดูแลให้ผู้ป่วยวัณโรคบ้วนเสมหะลงในภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิดเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรค
- 1.2.4 ดูแลให้ผู้ป่วยวัณโรคใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น
- 1.2.5 ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยเปิดเครื่องปรับอากาศเมื่ออยู่ร่วมห้องกับผู้อื่น
2. พฤติกรรมการป้องกันโรควัณโรคจากการสัมผัสโดยทางอ้อม แบ่งเป็น
- 2.1 พฤติกรรมการป้องกันโรควัณโรคที่ผู้สัมผัสร่วมบ้านปฏิบัติเอง ได้แก่
- 2.1.1 จัดหาถังขยะหรือภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิดเพื่อรองรับขยะที่ปนเปื้อนเชื้อวัณโรคจากผู้ป่วยวัณโรค
- 2.1.2 กำจัดเสมหะของผู้ป่วยวัณโรคโดยการเผา/ฝังหรือเทลงส้วมแล้วราดด้วยน้ำและน้ำยาล้างห้องน้ำ
- 2.1.3 ทำความสะอาดของใช้และเครื่องนุ่งห่มของผู้ป่วยวัณโรค เช่น เครื่องนอน ผ้าห่ม หมอน มุ้ง และนำออกผึ่งแดดเพื่อฆ่าเชื้อทุกวันหรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 -2 ครั้ง
- 2.1.4 เปิดประตู หน้าต่างบ้านและห้องนอนให้มีการระบายอากาศที่ปลอดโปร่ง และเพื่อให้มีแสงแดดส่องถึงอยู่เสมอ

2.1.5 จัดให้มีห้องนอนหรือบริเวณที่นอนให้ผู้ป่วยแยกห่างจากสมาชิกอื่นในครอบครัวเป็นเวลาอย่างน้อย 2 เดือน

2.1.6 ดูแลทำความสะอาดบ้านและห้องนอนให้สะอาดอยู่เสมอ

2.1.7 รับประทานอาหารที่มีสารอาหารประเภทโปรตีนและวิตามินซี เช่น เนื้อสัตว์ ปลา ไข่ ถั่ว ผัก และผลไม้ทุกวัน เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง มีภูมิคุ้มกันต้านต่อเชื้อไวรัสโรค

2.1.8 ออกกำลังกายเป็นประจำ ไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละไม่น้อยกว่า 30 นาทีเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง มีภูมิคุ้มกันต้านต่อเชื้อไวรัสโรค

2.1.9 พักผ่อนโดยการนอนหลับอย่างเพียงพอ วันละ 6 – 8 ชั่วโมงเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง มีภูมิคุ้มกันต้านต่อเชื้อไวรัสโรค

2.1.10 รับการตรวจคัดกรองไวรัสโรค โดยการตรวจเสมหะและหรือเอกซเรย์ปอด ปีละ 2 ครั้ง

2.1.8 ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และไม่เสพสารเสพติดทุกชนิด เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง มีภูมิคุ้มกันต้านต่อเชื้อไวรัสโรค

2.2 พฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านเป็นผู้ดูแลให้ผู้ป่วยไวรัสโรคเป็นผู้ปฏิบัติได้แก่

2.2.1 ดูแลให้ผู้ป่วยไวรัสโรคล้างมือด้วยสบู่หรือน้ำยาฆ่าเชื้อทุกครั้งหลังจากที่มีอาการไอหรือจามหรือหลังจากที่มือเปื้อนเสมหะ น้ำมูก น้ำลาย

2.2.2 ดูแลให้ผู้ป่วยไวรัสโรครับประทานยาต้านไวรัสโรคอย่างต่อเนื่องทุกวันจนครบตามระยะเวลาของแผนการรักษา

2.2.3 แนะนำให้ผู้ป่วยไวรัสโรคดูแลบ้านและห้องนอนให้สะอาด เปิดประตูหน้าต่าง ให้มีการระบายอากาศให้ปลอดโปร่ง และแสงแดดส่องถึงอยู่เสมอ

2.2.4 แนะนำให้ผู้ป่วยไวรัสโรคดูแลสุขภาพให้แข็งแรง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกายสม่ำเสมอและพักผ่อนโดยการนอนหลับอย่างเพียงพอ

2.2.5 ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยไวรัสโรคสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และไม่เสพสารเสพติดทุกชนิด

2.3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันไวรัสโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยไวรัสโรคปอดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า ปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันไวรัสโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยไวรัสโรคปอด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในแต่ละปัจจัย มีดังนี้

(1) เพศ

ปัจจัยด้านเพศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ที่อยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอด การศึกษาของสุธาดา จารุสาร (2542) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านจากการสัมผัสโดยอ้อม ($r=0.165$) สอดคล้องกับการศึกษาของนงนุช เสือพูนี (2553) พบว่า ปัจจัยด้านเพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยเพศหญิงมีแนวโน้มของพฤติกรรมการป้องกันโรคดีกว่าเพศชาย การศึกษาของมะลิณี บัตรีโท (2554) พบว่า เพศชายมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยการแยกห้องนอนมากกว่าเพศหญิงร้อยละ 75 แตกต่างจากการศึกษาของเสาวรัตน์ เจียมอุทิศศักดิ์ (2549) และผกายเพชร นาสมนต์ (2549) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค

สรุปได้ว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคเพศชายและเพศหญิงยังพบผลการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคที่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำปัจจัยด้านเพศมาศึกษาในครั้งนี้

(2) อายุ

ปัจจัยด้านอายุเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลเนื่องจากอายุมีผลต่อพัฒนาการด้านความคิด การตัดสินใจกระทำสิ่งต่างๆ รวมทั้งพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอดจากการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านอายุที่แตกต่างกันมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านที่แตกต่างกัน (ผกายเพชร นาสมนต์, 2549; เสาวรัตน์ เจียมอุทิศศักดิ์, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของนงนุช เสือพูนี (2553) พบว่า ประชาชนที่อายุมากขึ้นจะมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคที่มากขึ้นด้วย เช่นเดียวกับการศึกษาของมะลิณี บัตรีโท (2554) พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีอัตราการป้องกันโรคโดยการแยกห้องนอนมากกว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านกลุ่มอายุอื่นร้อยละ 77.4 แตกต่างจากการศึกษาของธีระพงษ์ จำพูลี (2553) พบว่าปัจจัยด้านอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยเรื่องอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน แต่ผลการศึกษาที่มีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยเรื่องอายุมาศึกษาในครั้งนี้

(3) ระดับการศึกษา

การศึกษาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ ตลอดจนความรู้สึกริक्तซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมได้ จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านที่แตกต่างกันโดยผู้

สัมผัสร่วมบ้านที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคที่ดีกว่า (ผกายเพชร นาสมนยนต์, 2549; เสาวรัตน์ เจียมอุทิศศักดิ์, 2549) การศึกษาของมะลิณี บุตรโท (2554) พบว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านที่การศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคโดยการแยกห้องนอนดีกว่ากลุ่มที่ระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา ร้อยละ 73.5 แตกต่างจากผลการศึกษาของสุชาติดา จารุสาร (2542) และ ชีระพงษ์ จำปาลี (2553) พบว่าปัจจัยด้านระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค

กล่าวโดยสรุปปัจจัยด้านการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคปอดในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดแต่ยังมีผลการศึกษาที่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำปัจจัยด้านระดับการศึกษามาศึกษาในครั้งนี้

(4) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยวัณโรค

ความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดระหว่างบุคคล ยังมีความใกล้ชิดผูกพันมาก ย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ต่างกันตามมาและพฤติกรรมย่อมแตกต่างในแต่ละความสัมพันธ์จากการศึกษาพบว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านที่ไม่ใช่สามีหรือภรรยาของผู้ป่วยวัณโรคจะมีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคที่ดีกว่าผู้ที่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย (เสาวรัตน์ เจียมอุทิศศักดิ์, 2549; มะลิณี บุตรโท, 2554) การศึกษาของมะลิณี บุตรโท (2554) เรื่องอัตราการป้องกันวัณโรคและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคในอำเภอประโคนชัย อำเภอกระสัง และอำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 246 คน พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านที่มีความสัมพันธ์เป็นสามีภรรยากับผู้ป่วยวัณโรคมีระดับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำแตกต่างจากการศึกษาของชีระพงษ์ จำปาลี (2553) พบว่า ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค

กล่าวโดยสรุป ความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค ทั้งนี้ยังมีผลการศึกษาที่มีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยวัณโรคมาศึกษาในครั้งนี้

(5) โรคประจำตัว

ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคประจำตัวนั้นจะส่งผลให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายอ่อนแอและมีความเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคต่างๆได้ง่ายกว่าคนทั่วไป ในด้านของการป้องกันวัณโรค จากการศึกษาของมะลิณี บุตรโท (2554) พบว่า ผู้ที่มีโรคประจำตัวจะมีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคโดยการแยกห้องนอนในอัตราที่สูงกว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านที่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.5 และพบว่า ผู้ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคเอดส์จะมีอัตราการแยกห้องนอนสูงกว่าผู้ที่ป่วยด้วยโรค

อื่นร้อยละ 100 แตกต่างจากการศึกษาของธีระพงษ์ จำพูลี (2553) ที่พบว่า โรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด

กล่าวโดยสรุปปัจจัยด้านการมีโรคประจำตัวมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน วัณโรคแต่ยังพบผลการศึกษเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยนี้มาศึกษาในครั้งนี้

(6) รายได้

รายได้เป็นปัจจัยที่แสดงถึงสภาพความเป็นอยู่ และฐานะทางเศรษฐกิจ ตลอดจนโอกาสในการดูแลสุขภาพตนเองของบุคคล จากการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค (ธีระพงษ์ จำพูลี, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของมะลิณี บุตรโท (2554)พบว่า รายได้ที่ไม่พอใช้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน และมีอัตราการแยกห้องนอนร้อยละ 76.2 ผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า 1,500 บาทต่อเดือนมีอัตราการป้องกันวัณโรคโดยการแยกห้องนอนน้อยกว่าผู้มีรายได้มากกว่า 1,500 บาทต่อเดือนร้อยละ 76.9 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของผกายเพชร นาสมยนต์ (2549)ที่พบว่าปัจจัยด้านรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด

กล่าวโดยสรุปปัจจัยด้านรายได้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน วัณโรคแต่ผลการศึกษายังมีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยด้านรายได้มาศึกษาในครั้งนี้

(7) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค (Perceived Susceptibility)

เมื่อบุคคลมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและการป่วยยอมส่งผลให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคนั้น เช่นเดียวกับผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคเมื่อรับรู้ถึงโอกาสที่จะติดเชื้อและป่วยด้วยวัณโรคแล้วยอมส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวรัตน์ เจียมอุทิศศักดิ์ (2549) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค และพิเชษฐ์ ต้อยศ (2556)พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค ($r = 0.169$) เช่นเดียวกับการศึกษาของวิภาพร แทนคำ (2553) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวัณโรค ($r = .153$) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุธาดา จารุสาร (2542) และธีระพงษ์ จำพูลี (2553) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านรวมถึงการศึกษาของอรรรัตน์ จันทร์เพ็ญ และ ลัดดา สมมิตร (2553) ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบ

เชื่อว่าจังหวัดสระแก้วซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคอยู่ในระดับสูง แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

กล่าวโดยสรุป ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค แต่ผลการศึกษายังมีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยนี้มาศึกษาในครั้งนี้

(8) การรับรู้ความรุนแรงของโรควัณโรค (Perceived Severity)

เมื่อบุคคลผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถติดต่อได้ย่อมส่งผลต่อการตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันไม่ให้ตนเองป่วยด้วยโรคเหล่านั้น จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคอยู่ในระดับปานกลาง และการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญ (เสาวรัตน์ เจริญอุทิศศักดิ์, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของวิภาพร แทนคำ (2553) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวัณโรค ($r = .144$) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของธีระพงษ์ จำพูลี (2553) และ พิเชษฐ์ ต้อยศ (2556) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคนอกจากนี้ การศึกษาของอรรรัตน์ จันทร์เพ็ญ และ ลัดดา สมมิตร (2553) ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่จังหวัดสระแก้วพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคอยู่ในระดับต่ำ

กล่าวโดยสรุปปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดแต่ผลการศึกษายังมีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงนำมาศึกษาในครั้งนี้

(9) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรควัณโรค (perceived benefits of preventive action)

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค คือ การที่บุคคลรับรู้และเล็งเห็นถึงประโยชน์จากการกระทำพฤติกรรมนั้นว่ามีประโยชน์ต่อสุขภาพ และชีวิต เป็นสิ่งที่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยได้ เป็นอีกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคและนำไปสู่การตัดสินใจลงมือปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมพบหลายการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ที่พิเชษฐ์ ต้อยศ (2556) พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันวัณโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค ($r = 0.323$) สอดคล้องกับการศึกษาของวีระพล เมืองกลาง (2557) เรื่องพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคในจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 293 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันวัณโรคมี

ความสัมพันธ์และเป็นตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคแต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวิภาพร แท่นคำ (2553) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค นอกจากนี้ ธีระพงษ์ จำพุลี (2553) พบว่า การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 77.10) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค

กล่าวโดยสรุปปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอดแต่ผลการศึกษายังมีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงนำมาศึกษาในครั้งนี้

(10) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค (perceived barriers of preventive action)

หากผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอดมีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคในระดับมาก เช่น การรับรู้ถึงอุปสรรคหรือปัญหา หรือผลที่ไม่พึงปรารถนาของการกระทำอุปสรรคอาจเป็นสิ่งที่คาดคิดไว้หรือเกิดขึ้นจริง เช่น ค่าใช้จ่ายที่มากขึ้น การเสียเวลา ความไม่สะดวกสบาย ภาวลักษณะที่มีในสังคม อาจส่งผลให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคนั้น ในทางกลับกัน หากผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคมีการรับรู้อุปสรรคต่างๆในระดับน้อยก็อาจส่งผลให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันเหล่านั้นมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวีระพล เมืองกลาง (2557) เรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคในจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 293 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางลบและเป็นตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรค ($r=-.22$) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวิภาพร แท่นคำ (2553) และ พิเชษฐ์ ต้อยศ (2556) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค นอกจากนี้ ธีระพงษ์ จำพุลี (2553) ได้ศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอดที่อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 131 ราย พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 77.10) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค

กล่าวโดยสรุป ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอดที่มีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคที่แตกต่างกันย่อมส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมีความแตกต่างกันไปด้วย โดยการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ ทั้งนี้ ยังพบการศึกษาที่มีผลการศึกษากันแตกต่างกัน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านมาศึกษาในครั้งนี้

(11) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคโควิด (Perceived Self-Efficacy to preventive action)

การรับรู้ความสามารถของบุคคลในการป้องกันโรค หากบุคคลนั้นมีความเชื่อมั่นว่าตนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคได้สำเร็จ จะส่งผลให้ตัดสินใจลงมือปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ผู้วิจัยยังไม่พบการศึกษาถึงปัจจัยนี้ในกลุ่มของผู้สัมผัสร่วมบ้าน แต่มีการศึกษาของ เกษภูภรณ์ ขวัญทะเล (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสจากการทำงานในบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย งานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 120 คน พบว่า ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อไวรัสจากการทำงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .39$) และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสจากการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอรรถรัตน์ จันทรเพ็ญ และ ลัดดา สมมิตร (2553) พบว่า ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมีสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .304$) และ เสาวรัตน์ เจียมอุทิศศักดิ์ (2549) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอดในอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 194 คนพบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองที่จะป้องกันโรคเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค

กล่าวโดยสรุป ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถในการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค แต่ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยนี้มาศึกษาในครั้งนี้

(12) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด (Cues to action)

สิ่งชักนำต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นบุคคล หรืออุปกรณ์ ล้วนมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมโรค สอดคล้องกับการศึกษาของธีระพงษ์ จำพุลี (2553) พบว่า สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติในด้านการสนับสนุนด้านอุปกรณ์ป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านที่ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันโรคจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุน 4.82 เท่า (95%CI = 1.03 - 9.42) แต่สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติในด้านประเภทของสื่อในการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไม่มี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน และในปัจจุบันสิ่งชักนำด้านของบุคคลที่ช่วยให้ทราบวิธีการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน (ธีระพงษ์ จำพูลี, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของวีระพล เมืองกลาง (2557) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคในจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 293 คน ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค ($r=.26$)

กล่าวโดยสรุป ปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านในการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยนี้มาศึกษาในครั้งนี้

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพบว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมโดยทั่วไปหรือพฤติกรรมสุขภาพ ไม่ได้ถูกกำหนดโดยปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง แต่เป็นผลมาจากหลายปัจจัยร่วมกันซึ่งอาจส่งผลทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่สอดคล้องหรือแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ อายุ เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว รายได้ และ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและปัจจัยด้านการรับรู้ คือ การรับรู้ความเสี่ยงของการติดเชื้อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดเชื้อ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคติดเชื้อ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อ และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อ ทั้งนี้ การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคพบว่ายังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคที่อยู่อาศัยในชุมชนเมืองใหญ่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลที่มีประชากรอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงปัจจัยดังกล่าวในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอดในบริบทนี้

บทที่ 3

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนาเชิงพยากรณ์ (Predictive descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ด้านปัจจัยด้านการรับรู้ต่างๆ และคุณลักษณะประชากรที่มีผลต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคติดต่อ ตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้

3.1 สถานที่ในการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ได้ดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล ณ คลินิกโรค สถาบันบำราศนราดูร เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงศุกร์ ช่วงเวลา 08.00 – 12.00 น. และคลินิกโรค โรงพยาบาลวชิรพยาบาล เปิดให้บริการวันอังคาร ช่วงเวลา 13.00 – 16.00 น.

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ซึ่งได้แก่ จังหวัดนนทบุรี จังหวัดสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรสาคร จังหวัดนครปฐม และจังหวัดปทุมธานี ทั้งนี้ จำนวนของผู้ป่วยโรคแต่ละช่วงไม่แน่นอน จากการสำรวจ ณ ปี2557 พบว่า มีจำนวนทั้งสิ้น 3,632 คน (สำนักระบาดวิทยา, 2557)

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่พอกอาศัยอยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอดอักเสบใหม่ เป็นผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษา2 เดือนแรก ณ โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล นำเข้าสู่

โครงการวิจัยโดยพิจารณาคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.2.2.1 การกำหนดขนาดตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size) ด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบสำหรับสถิติถดถอยพหุคูณ จากโปรแกรมสำเร็จรูป G*power version 3.1 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2012) โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) เท่ากับ .95 และความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (level of significance) เท่ากับ .05

อย่างไรก็ตาม การกำหนดค่า Effect Sizeเพื่อใช้ใน Power analysis ที่ใช้กับสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ มีการกำหนดไว้ 3 ขนาด ดังนี้ ขนาดเล็ก $R^2 = .02$ ขนาดกลาง $R^2 = .15$ และขนาดใหญ่ $R^2 = .35$ (Cohen, 1988) ทั้งนี้ ใช้ค่า Effect Sizeขนาดกลาง $R^2 = .15$ โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) เท่ากับ .95 และค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ .05 กำหนดตัวแปรต้นที่ใช้ในการทำนายจำนวน 12 ตัวแปร เมื่อแทนค่าแล้ว ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 184 คนเพื่อป้องกันการสูญหายของขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มจำนวนขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (บุญใจศรีสถิตย์นรากร, 2553) ได้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 221 คน โดย ผู้วิจัยได้กำหนด เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria) ไว้ด้วย ทั้งนี้ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนของการศึกษาวิจัย ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria) ตามคุณสมบัติที่กำหนดได้แก่

1. ผู้ที่อาศัยอยู่รวมบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยวัณโรคภายในเวลา 2 เดือนแรกของการรักษาและเป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคมากที่สุดตามการรับรู้ของผู้ป่วย
2. พักอาศัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล
3. สามารถอ่านเขียนด้วยภาษาไทยได้และไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร ได้แก่หูหนวก เป็นใบ้

3.2.2.2 วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเลือกกลุ่มตัวอย่างมีขั้นตอนดังนี้

เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน ดังนี้

1. ทำการสุ่มจากสถานพยาบาลที่มีการให้บริการตรวจรักษาโรควัณโรคในเขตกรุงเทพมหานคร และจังหวัดในปริมณฑลได้แก่ จังหวัดนนทบุรี จังหวัดสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรสาคร จังหวัดนครปฐม และจังหวัดปทุมธานี โดยผู้วิจัยสุ่มได้จังหวัดนนทบุรี
2. ทำการเลือกสถานพยาบาลในกรุงเทพมหานคร คือ โรงพยาบาลศิริพยาบาล ซึ่งเป็นสถานพยาบาลระดับตติยภูมิและเป็นโรงเรียนแพทย์ที่ให้บริการคลินิกวัณโรคกับประชาชนในเขต

กรุงเทพมหานคร และสถานพยาบาลในจังหวัดนนทบุรีคือ สถาบันบำราศนราดูร ซึ่งเป็นสถานพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อต่างๆรวมถึงโรคโควิด-19 ให้กับประชาชนในเขตจังหวัดนนทบุรี

3. นำรายชื่อผู้ป่วยวัณโรคปอดตามทะเบียนรายชื่อที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล และสถาบันบำราศนราดูร จังหวัดนนทบุรี ซึ่งแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมอพบเชื้อรายใหม่ และขึ้นทะเบียนรักษาภายใน 2 เดือนแรกแล้วทำการบันทึกรายละเอียดของผู้ป่วย ชื่อ-สกุลเลขทะเบียนผู้ป่วยและจำนวนของผู้สัมผัสร่วมบ้านแล้วทำการตรวจสอบข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษาจนครบตามจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการโดยให้ผู้ป่วยวัณโรคแต่ละคนคัดเลือกสมาชิกในครอบครัว 1 คนที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดตามการรับรู้ของผู้ป่วย การศึกษานี้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด ซึ่งการศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 221 คน ซึ่งเมื่อสิ้นสุดกระบวนการเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 212 คน ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria) และข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และตำราวิชาการที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 5 ส่วนมีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 115 ข้อ ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามส่วนที่ 1 สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว รายได้ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นคำถามที่มีตัวเลือกให้ตอบ และระบุคำตอบเอง มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ

2. แบบสอบถามส่วนที่ 2 สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้านของผู้ป่วยวัณโรค เป็นคำถามที่มีตัวเลือกให้ตอบ และระบุคำตอบเอง มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ

3. แบบสอบถามส่วนที่ 3 สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเป็นคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ค่าคะแนน โดยมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 69 ข้อ ได้แก่

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค	จำนวน 13 ข้อ
การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค	จำนวน 15 ข้อ
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันวัณโรค	จำนวน 13 ข้อ

การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันวัณโรค จำนวน 14 ข้อ

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค จำนวน 14 ข้อ

นอกจากนี้ การรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 69 ข้อ ข้างต้น มีลักษณะคำตอบตามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ค่าคะแนน ได้แก่ ใช่ ไม่แน่ใจ และ ไม่ใช่ ซึ่งมีความหมาย ดังนี้

ใช่ หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ไม่แน่ใจ หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นบางส่วน

ไม่ใช่ หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นเลย

และมีแนวทางการให้คะแนน ดังนี้

คำตอบ	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ใช่	3 คะแนน	1 คะแนน
ไม่แน่ใจ	2 คะแนน	2 คะแนน
ไม่ใช่	1 คะแนน	3 คะแนน

ข้อคำถามเฉพาะด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันวัณโรคเป็นคำถามเชิงลบทุกข้อ (ถ้าผู้ตอบตอบว่าใช่ ให้คะแนน 1 คะแนน ถ้าตอบว่าไม่ใช่ ให้ 3 คะแนน และ ไม่แน่ใจ ให้ 2 คะแนน)

การพิจารณาระดับการรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้การแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ โดยหาค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถามทั้งหมด ซึ่งแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ย เป็น 3 ระดับ จากสูตร (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2553) ดังนี้

การกำหนดเกณฑ์คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค (พิสัย 13 – 39 คะแนน) ดังนี้

ระดับต่ำ	คะแนนระหว่าง	13 – 22 คะแนน
ระดับกลาง	คะแนนระหว่าง	23 – 30 คะแนน
ระดับสูง	คะแนนระหว่าง	31 – 39 คะแนน

การกำหนดเกณฑ์คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค (พิสัย 15 – 45 คะแนน) ดังนี้

ระดับต่ำ	คะแนนระหว่าง	15 – 25 คะแนน
ระดับกลาง	คะแนนระหว่าง	26 – 35 คะแนน
ระดับสูง	คะแนนระหว่าง	36 – 45 คะแนน

การกำหนดเกณฑ์คะแนนการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันวัณโรค (พิสัย 13 – 39 คะแนน) ดังนี้

ระดับต่ำ	คะแนนระหว่าง	13 – 21 คะแนน
ระดับกลาง	คะแนนระหว่าง	22 – 30 คะแนน
ระดับสูง	คะแนนระหว่าง	31 – 39 คะแนน

การกำหนดเกณฑ์คะแนนการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันวัณโรค (พิสัย 14 – 42 คะแนน) ดังนี้

ระดับต่ำ	คะแนนระหว่าง	14 - 23 คะแนน
ระดับกลาง	คะแนนระหว่าง	24 - 33 คะแนน
ระดับสูง	คะแนนระหว่าง	34 - 42 คะแนน

การกำหนดเกณฑ์คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค (พิสัย 14 – 42 คะแนน) ดังนี้

ระดับต่ำ	คะแนนระหว่าง	14 - 23 คะแนน
ระดับกลาง	คะแนนระหว่าง	24 - 33 คะแนน
ระดับสูง	คะแนนระหว่าง	34 - 42 คะแนน

4. แบบสอบถามส่วนที่ 4 สอบถามเกี่ยวกับสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการวัณโรค โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม วัดเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ ซึ่งแต่ละข้อมีความหมาย ดังนี้

ใช่	หมายถึง	ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นบางส่วน
ไม่ใช่	หมายถึง	ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นเลย

การให้คะแนน ดังนี้

ใช่	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	1 คะแนน
ไม่ใช่	0 คะแนน

การกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเกี่ยวกับสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการวัณโรค (ช่วง 0 – 16 คะแนน) ดังนี้

ระดับต่ำ	คะแนนระหว่าง	0 - 5.33 คะแนน
ระดับกลาง	คะแนนระหว่าง	5.34 - 10.67 คะแนน
ระดับสูง	คะแนนระหว่าง	10.68 - 16.0 คะแนน

5. แบบสอบถามส่วนที่ 5 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นและพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม วัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ แบ่งเป็น 5 ระดับ ซึ่งแต่ละข้อมีความหมาย ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ/สม่ำเสมอ	หมายถึง	ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นทุกครั้ง	ร้อยละ 100
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นบ่อยครั้ง	ร้อยละ 80
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นบางครั้ง	ร้อยละ 50

ปฏิบัติมานานๆครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นนานๆครั้ง	ร้อยละ 20
ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย	

การให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ/สม่ำเสมอ	5 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	4 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	3 คะแนน
ปฏิบัติมานานๆครั้ง	2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	1 คะแนน

ซึ่งสามารถแปลผลคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดได้ดังนี้

การกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนข้อความเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยรวม (พิสัย 19 – 95 คะแนน) ดังนี้

ระดับต่ำ	คะแนนระหว่าง	19 – 44	คะแนน
ระดับกลาง	คะแนนระหว่าง	45 – 70	คะแนน
ระดับสูง	คะแนนระหว่าง	71 – 95	คะแนน

การกำหนดเกณฑ์การประเมินผลคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายข้อ (พิสัย 1 – 5 คะแนน) ดังนี้

1.00 – 2.33	หมายถึง	พฤติกรรมการป้องกันวัณโรค ในระดับ ต้องปรับปรุง
2.34 – 3.67	หมายถึง	พฤติกรรมการป้องกันวัณโรค ในระดับ พอใช้
3.68 – 5.00	หมายถึง	พฤติกรรมการป้องกันวัณโรค ในระดับ ดี

3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.4.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

เมื่อได้แบบสอบถามแล้วนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และเสนอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่สถาบันบำราศนราดูร 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ หลังจากที่ผ่านมาการพิจารณาตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งค่าดัชนีความตรงตาม

เนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ซึ่งได้ค่าเฉลี่ยดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ เท่ากับ 0.82 และผู้วิจัยนำไปปรับปรุง และแก้ไขให้มีความถูกต้องของภาษา ความตรง และความครอบคลุมในเนื้อหา ก่อนนำไปหาความเชื่อมั่น (Reliability)

3.4.2 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ ผู้วิจัยนำเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ จากนั้นมีการปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน 30 คน โดยเลือกทดลองใช้แบบสอบถามกับผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่คลินิกวัณโรค สถาบันบำราศนราดูร จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งค่าความน่าเชื่อถือที่ยอมรับได้ คือ 0.7 (บุญใจศรีสถิตย่นรากูร, 2553) หลังจากทำการทดลองใช้แบบสอบถาม ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เฉลี่ยทั้งฉบับ 0.93 และมีค่าความเชื่อมั่นรายด้าน ดังนี้

แบบสอบถาม	ค่าความเชื่อมั่น (Reliability)
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค	0.87
- การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค	0.82
- การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันวัณโรค	0.91
- การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันวัณโรค	0.81
- การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค	0.80
- สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันวัณโรค	0.84
- พฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด	0.88
รวมความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ	0.93

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.1 ชั้นเตรียมการ

3.5.1.1 หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ ผู้วิจัยนำเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ จากนั้นมีการปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปทดลองใช้ในในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

3.5.1.2 หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 ผู้วิจัยยื่นหนังสือเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยที่สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสถานพยาบาลทั้ง 2 แห่ง ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ซึ่งเป็นสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ และเป็นโรงเรียนแพทย์ที่ดูแลรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานครมีผู้ป่วยวัณโรคเข้ารับบริการมากเป็นอันดับต้นๆของกรุงเทพมหานคร และสถาบันบำราศนราดูร ซึ่งเป็นสถานพยาบาลในจังหวัดนนทบุรี ให้การบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อต่างๆ รวมถึงโรคในระบบทางเดินหายใจและโรควัณโรค หลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยยื่นหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ถึงผู้อำนวยการสถานพยาบาลทั้ง 2 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอบเขตการศึกษา เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่โรงพยาบาลวชิรพยาบาล และสถาบันบำราศนราดูร ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานคลินิกวัณโรคเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการศึกษา

3.5.2 ขั้นตอนการและเก็บข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติให้ทำการเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยขอความร่วมมือและประสานงานกับหัวหน้าคลินิกวัณโรคของสถานพยาบาลทั้ง 2 แห่ง เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอน ดังนี้

3.5.2.1 ผู้วิจัยชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้ช่วยวิจัยจำนวน 5 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล และสถาบันบำราศนราดูร เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการวิจัยรายละเอียดของกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดในแบบสอบถามและข้อคำถาม การบันทึกคำตอบในแต่ละข้อ การพูดคุยทำความเข้าใจกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริง และบรรลุวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้

3.5.2.2 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดในการวิจัยครั้งนี้

3.5.2.3 เริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลตามวันและเวลาที่คลินิกวัณโรคของสถานพยาบาลทั้งสองแห่งเปิดให้บริการดังนี้ คลินิกวัณโรค สถาบันบำราศนราดูร เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงศุกร์ ช่วงเวลา 08.00 – 12.00 น. และคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลวชิรพยาบาล เปิดให้บริการวันอังคาร ช่วงเวลา 13.00 – 16.00 น. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการตามกระบวนการ ดังนี้

1) ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยพบและแนะนำตัวเองกับผู้ป่วยวัณโรคและญาติเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษา และขั้นตอนการเก็บข้อมูล ชี้แจงถึงสิทธิ์ต่างๆ โดยใช้เอกสารชี้แจงข้อมูล (Information Sheet) และขอความร่วมมือในการทำวิจัยตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถาม และให้เวลาในการตัดสินใจเพื่อเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

2) หลังจากที่ได้กลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือและตอบรับในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอมด้วยความสมัครใจ

3) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้เวลากับกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลานานประมาณ 45 – 60 นาที โดยให้ตอบแบบสอบถามโดยลำพังเพื่อให้ตอบแบบสอบถามได้อย่างสะดวก และไม่ให้นักวิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยรู้สึกรู้สึกอึดอัดหรือเกิดความลำบากใจในการตอบแบบสอบถาม กรณีที่กลุ่มตัวอย่างเกิดข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจในรายละเอียดหรือข้อความคำถามสามารถสอบถามข้อสงสัยจากผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยได้ที่

3.5.2.4 หลังจากได้รับแบบสอบถามคืนแล้ว ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์และครบถ้วนของข้อมูล หากพบว่า มีการตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยทำการสอบถามเพิ่มเติมจากกลุ่มตัวอย่างทันที จากนั้นนำข้อมูลที่ไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

3.6 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงศักดิ์ศรีและคุณค่าของผู้ร่วมวิจัยทุกขั้นตอนของกระบวนการศึกษา ผู้วิจัยไม่กระทำการใดๆ ที่ก่อให้เกิดอันตรายหรือคุกคามต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ร่วมวิจัย ดังนี้

3.6.1 ผู้วิจัยดำเนินการเขียนเอกสารยื่นเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ เพื่อ

ขออนุมัติดำเนินการศึกษาวิจัย โดยโครงการวิจัยนี้ได้รับอนุมัติเมื่อวันที่ 27 มกราคม 2560 เลขที่โครงการ 154/2559 COA No. 215/2560

3.6.2 ผู้วิจัยส่งหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และหนังสืออนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 ส่งถึงคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริพยาบาล และสถาบันบำราศนราดูร เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูล โดยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยคณะแพทยศาสตร์ศิริพยาบาล เลขที่โครงการ 032/60 COA No. 60/2560 และได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สถาบันบำราศนราดูร รหัสโครงการ No14h/60_ExPD

3.6.3 สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง

3.6.3.1 ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งทำหนังสือพิตักซ์สิทธิ์แนบไปพร้อมกับแบบสอบถามเพื่อแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ผู้วิจัยจะทำการศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

3.6.3.2 ผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมการวิจัยจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจเป็นอย่างดี ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ตามความสมัครใจ

3.6.4 การลงนามในใบยินยอม กลุ่มตัวอย่างทุกรายที่รับทราบและยินดีเข้าร่วมในการวิจัยจะต้องลงนามยินยอมในเอกสารที่ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยแนบมากับแบบสอบถาม และในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่ประสงค์จะเขียนลายมือด้วยตัวบรรจง กลุ่มตัวอย่างสามารถใช้ลายเซ็นแทนได้

3.6.5 การตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยไม่ได้มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย สามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรง หรือโทรสอบถามตามเบอร์โทรศัพท์ที่ระบุไว้

3.6.6 ในระหว่างการตอบแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกหรือรู้สึกว่าคุณกรวน กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอยุติการตอบแบบสอบถามได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ

3.6.7 สิทธิความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับ มีรายละเอียดดังนี้

3.6.7.1 เอกสาร และแบบสอบถามทุกฉบับ ผู้วิจัยจะทำการเก็บรักษาเป็นอย่างดี ไม่ให้มีการรั่วไหลของข้อมูล โดยผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้นั้นจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เท่านั้น

3.6.7.2 การเผยแพร่ข้อมูลการตีพิมพ์ในหนังสือหรือวารสารทางการแพทย์และการพยาบาล และการนำเสนอข้อมูล ตลอดจนผลการศึกษิต่างๆ ผู้วิจัยจะทำการเผยแพร่เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ และจะทำการเผยแพร่ข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น โดยข้อมูลที่เผยแพร่เป็นข้อมูลที่ไม่มีการระบุชื่อและแหล่งที่มาของข้อมูล ผู้ที่ได้รับทราบข้อมูลไม่สามารถเชื่อมโยงถึงผู้ให้ข้อมูลได้

3.6.7.3 การทำลายเอกสารแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะทำการทำลายเอกสารทั้งหมดเมื่อผู้วิจัยได้มีการนำเสนอผลการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้อาตรวจสอบความสมบูรณ์ สร้างคู่มือลงรหัส และลงรหัสข้อมูล จากนั้นนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

ผู้วิจัยทำการแปลงตัวแปรต้นทุกตัวที่เป็นนามบัญญัติ (Nominal scale) และมีลักษณะเป็น dichotomous variable เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ซึ่งได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ทั้งนี้ แทนค่าโดย 0 แทนกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนน้อยกว่า และ 1 แทนกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากกว่า มีรายละเอียด ดังนี้

1. เพศ แทนค่า เพศชาย = 0, เพศหญิง = 1,
2. โรคประจำตัว แทนค่า มีโรคประจำตัว = 0, ไม่มีโรคประจำตัว = 1
3. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยการแทนค่า ญาติอื่นๆ = 0, สามี ภรรยา บิดา มารดา บุตร = 1
4. ระดับการศึกษา ระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา = 1, ระดับปวช. ปวส. และอนุปริญญา = 2, ระดับปริญญาตรีขึ้นไป = 3

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบพบความผิดปกติของข้อมูล (Outlier) ดังนี้

1. การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคโควิดโรค พบการกระจายของข้อมูลที่ผิดปกติ (Outlier) รายที่ 40 และ 43

2. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคโควิดโรค พบการกระจายของข้อมูลที่ผิดปกติ (Outlier) รายที่ 171, 81, 35 และ 45

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิดโรคพบการกระจายของข้อมูลที่ผิดปกติ (Outlier) รายที่ 150, 114, 35, 45 และ 155

สรุป ก่อนการนำข้อมูลไปวิเคราะห์ ผู้วิจัยได้ตัดข้อมูลที่มีการกระจายผิดปกติ ในรายที่ 171, 35, 45, 81, 150, 114, 35, 45, 40 และ 43 และทำการจัดการข้อมูล ด้วยวิธี Winsorized

mean (Munro, 2005) ด้วยการแทนที่ด้วยค่าถัดไป ทั้งนี้เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่น่าเชื่อถือ เพื่อรักษาจำนวนกลุ่มตัวอย่างไว้ ดังนั้น จำนวนข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ทั้งหมดคือ 212 ราย

จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยรายได้ และโรคประจำตัว วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยใช้สถิติ Multiple Regression Analysis ใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยแบบนำตัวแปรเข้าพร้อมกันทั้งหมด (Enter) เพื่อหาปัจจัยทั้งหมดที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันวัณโรคและเพื่อให้การวิเคราะห์มีความน่าเชื่อถือ จึงทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติดังนี้ (เพชรน้อย สิ่งช่างชัย, 2549; Burn & Grove, 2005; Munro, 2005)

1. ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linear relationship) พิจารณาได้จากลักษณะการกระจายข้อมูลในแผนภาพการกระจาย (Normal P-P plot) ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามกราฟที่ได้เป็นเส้นตรง (ภาคผนวก จ)

2. ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการทำนายของปัจจัยทำนายทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นทำได้โดยพิจารณาจากภาพการกระจาย (Scatter plot) ความสัมพันธ์ระหว่างค่าประมาณ Y ในรูปคะแนนมาตรฐาน (Regression standardized predicted value) กับค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Regression standardized residual value) จะพบว่า ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการทำนายกระจายบริเวณค่าศูนย์ (ภาคผนวก จ)

3. ค่าความคลาดเคลื่อนระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามเป็นอิสระต่อกัน (ไม่มี Autocorrelation) ตรวจสอบโดยการดูค่า Durbin-Watson ในตาราง Model summary หากค่านี้อยู่ระหว่าง 1.5 - 2.5 ถือว่าตัวแปรต้นและตัวแปรตามเป็นอิสระจากกัน ซึ่งการวิจัยนี้มีค่า Durbin-Watson คือ 1.896 แสดงว่า ปัจจัยทำนาย และพฤติกรรมกรรมการป้องกันวัณโรคเป็นอิสระจากกัน (ภาคผนวก จ)

4. การวิจัยนี้ใช้เมตริกสหสัมพันธ์ทดสอบว่า ตัวแปรต้นด้วยกันมีความสัมพันธ์กันสูงหรือไม่ (Multicollinearity) โดยใช้เกณฑ์ค่า $r=.65$ ขึ้นไป (Burn & Grove, 1993; เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2549) พบว่า ตัวแปรต้นไม่มีความสัมพันธ์กันสูงมาก ดังตารางที่ 4.5 หน้า 59

5. ค่าความคลาดเคลื่อนต้องมีการกระจายเป็นปกติ (Normality) ตรวจสอบโดยใช้สถิติ Komogorov Smirnov test นำค่าความคลาดเคลื่อนที่ได้เขียนแผนภาพฮิสโตแกรม ถ้าได้กราฟรูประฆังคว่ำสมมาตรแสดงว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (ภาคผนวก จ)



บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

4.1 ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอดที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ของปัจจัยต่างๆ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค ปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรค และพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอด และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว รายได้ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอดที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคของสถาบันบำราศนราดูร และโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวน 221 คน เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมิถุนายน 2560 ได้รับแบบสอบถามกลับคืนครบถ้วนสมบูรณ์จำนวน 221 ฉบับ เมื่อนำไปทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า มีข้อมูลบางส่วนที่ผิดปกติ (Outlier) จึงดำเนินการตัดแบบสอบถามออกจำนวน 9 ฉบับ เหลือแบบสอบถามที่นำมาวิเคราะห์ผลการวิจัยจำนวน 212 ฉบับ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว รายได้ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค และปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค

ส่วนที่ 3 ข้อมูลคะแนนเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอด

ส่วนที่ 4 ข้อมูลความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว รายได้ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การรับรู้ความเสี่ยงในการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค และปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันโรค โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

ส่วนที่ 5 ข้อมูลความสามารถในการทำนายของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอด โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบนำตัวแปรเข้าทั้งหมด (Enter) และสมการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศชาย ร้อยละ 37.30 อายุเฉลี่ย 41 ปี (\bar{X} = 41.01, SD = 13.17) เพศหญิง ร้อยละ 62.70 มีอายุเฉลี่ย 42 ปี (\bar{X} = 42.03, SD = 11.91) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่คือ ระดับประถมและมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 54.80 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 85.80 รายได้ต่อเดือน ช่วงรายได้ที่มากที่สุด อยู่ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 34.90 รองลงมา มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท คิดเป็น ร้อยละ 34 ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ส่วนใหญ่ผูกพันใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรค ได้แก่ สามี ภรรยา บิดามารดา และบุตร คิดเป็น ร้อยละ 50.90 รองลงมาเป็นกลุ่มบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว ได้แก่ พี่-น้อง หลาน และเพื่อนคิดเป็น ร้อยละ 49.10 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวน และร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 212 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	79	37.30
หญิง	133	62.70
อายุเฉลี่ย (ปี), อายุเฉลี่ย 41.65 ปี (\bar{X} = 41.65, SD = 12.38), Range 18-76 ปี		
อายุเฉลี่ย ชาย 41 ปี (\bar{X} = 41.01, SD = 13.17)		
อายุเฉลี่ย หญิง 42 ปี (\bar{X} = 42.03, SD = 11.91)		
18 – 40 ปี	104	49.10
41 – 59 ปี	96	45.30
60 ปี ขึ้นไป	12	5.70
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา และ มัธยมศึกษา	97	45.80
ปวช., ปวส. และ อนุปริญญา	60	28.30
ปริญญาตรี ขึ้นไป	55	25.90
โรคประจำตัว		
ไม่มี	182	85.80
มี	30	14.20
- Hypertension	11	36.70
- DM	7	23.30
- Thyroid	3	10.00
- Migraine	2	6.70
- Allergy	3	10.00
- Dyslipidemia	2	6.70
- Asthma	1	3.30
- HIV	1	3.30

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 212 คน) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
รายได้ (\bar{X} =14,154.34 บาท, SD=10,164.47, Median =10,000, Range = 2,000 - 80,000บาท)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	72	34.00
5,001 – 10,000 บาท	74	34.90
10,001 – 20,000 บาท	47	22.20
20,001 – 30,000 บาท	13	6.10
30,001 บาท ขึ้นไป	6	2.80
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
ผูกพันใกล้ชิด (สามี /ภรรยา/บิดา/มารดา/ บุตร)	108	50.90
ผูกพัน (พี่/ น้อง/ หลาน/เพื่อน)	104	49.10

ส่วนที่ 2 ข้อมูลคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันวัณโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค และปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค

ผลการศึกษาค้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 28.74, SD = 3.53) การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 34.72, SD = 5.30) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันวัณโรคอยู่ในระดับสูง (\bar{X} = 43.66, SD = 3.80) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันวัณโรคอยู่ในระดับสูง (\bar{X} = 36.97, SD = 0.93) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรคอยู่ในระดับสูง (\bar{X} = 38.83, SD = 0.79) และคะแนนเฉลี่ยปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคอยู่ในระดับสูง (\bar{X} = 14.68, SD = 0.91) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็น วัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันวัณโรค การรับรู้ อุปสรรคในการป้องกันวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค และสิ่งชักนำให้ เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค (n=212)

ตัวแปร	คะแนนที่	คะแนนที่	\bar{X}	S.D.	ระดับ คะแนน
	เป็นไปได้ (Possible score)	เป็นจริง (Actual score)			
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค	13 – 39	20 -37	28.74	3.53	กลาง
- การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค	15 – 45	23 – 44	34.72	5.30	กลาง
- การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันวัณโรค	13 – 39	25 – 39	34.66	3.80	สูง
- การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันวัณโรค	14 – 42	34 – 40	36.97	0.93	สูง
- การรับรู้ความสามารถของตนเองในการ ป้องกันวัณโรค	14 – 42	37 – 40	38.83	0.79	สูง
- สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันวัณโรค	0 – 16	13 – 16	14.68	0.91	สูง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัส ร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด

ผลการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกัน วัณโรคโดยรวม อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 72.55$, $SD = 8.62$) และมีระดับคะแนนพฤติกรรมการป้องกัน วัณโรคอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 68) โดยระดับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันวัณโรครายชื่อที่มีคะแนน สูงสุด 3 ข้อแรก ได้แก่ “ข้อ11. ท่านแนะนำให้ผู้ป่วยวัณโรคดูแลนำเครื่องนอน เช่น ผ้าห่ม ที่นอน หมอน มุ้ง ไปทำความสะอาดและตากแดด” ($\bar{X} = 4.12$, $SD = 0.941$) และ “ข้อ4. ท่านเป็นผู้ดูแล การกินยาให้ครบและต่อเนื่องของผู้ป่วยวัณโรค” ($\bar{X} = 4.10$, $SD = 1.174$) และ “ข้อ10. ท่านเปิด ประตู หน้าต่างห้องนอนให้มีการระบายอากาศที่ปลอดโปร่ง” ($\bar{X} = 4.08$, $SD=0.973$) ส่วนระดับ คะแนนรายชื่อที่มีคะแนนระดับพอใช้ ได้แก่ “ข้อ19 ท่านไปรับการตรวจคัดกรองวัณโรคทุก 6 เดือน” ($\bar{X} = 3.31$, $SD=1.327$) และ “ข้อ9 ท่านกำจัดเสมหะของผู้ป่วยโดยการเผา/ฝัง หรือเทลงส้วมแล้วราด ด้วยน้ำหรือน้ำยาล้างห้องน้ำ” ($\bar{X} = 3.51$, $SD=1.252$) และ “ข้อ13 เมื่อท่านจะพูดคุยกับผู้ป่วย วัณโรค ท่านจะอยู่ห่างจากผู้ป่วยอย่างน้อย 1 เมตร” ($\bar{X} = 3.55$, $SD=1.259$)

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันวัณโรครายข้อของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 212$)

พฤติกรรมกรรมการป้องกันวัณโรคของกลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ท่านสวมหน้ากากอนามัยเมื่อต้องอยู่ใกล้ชิดและให้การดูแลผู้ป่วยวัณโรค	3.58	1.152	พอใช้
2. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยวัณโรคสวมหน้ากากอนามัยเมื่อต้องอยู่ใกล้ชิดกับผู้อื่น	3.69	1.051	ดี
3. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยวัณโรคปิดปากและจุมเมื่อไอหรือจาม	3.88	1.058	ดี
4. ท่านเป็นผู้ดูแลการกินยาให้ครบและต่อเนื่องของผู้ป่วยวัณโรค	4.10	1.174	ดี
5. ท่านล้างมือด้วยสบู่หรือน้ำยาฆ่าเชื้อก่อนและหลังสัมผัสกับเสมหะ น้ำมูก น้ำลายของผู้ป่วยวัณโรค	3.96	1.070	ดี
6. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยวัณโรคล้างมือด้วยสบู่หรือน้ำยาฆ่าเชื้อหลังไอจามหรือหลังจากที่มือเปื้อนเสมหะ น้ำมูก น้ำลาย	3.91	1.060	ดี
7. ท่านได้ดูแลให้ผู้ป่วยวัณโรคบ้วนเสมหะลงในภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิด	3.82	1.100	ดี
8. ท่านได้จัดหาภาชนะเพื่อรองรับขยะที่ปนเปื้อนเชื้อวัณโรคจากผู้ป่วย	3.90	1.158	ดี
9. ท่านกำจัดเสมหะของผู้ป่วยโดยการเผา/ฝัง หรือเทลงส้วมแล้วราดด้วยน้ำหรือน้ำยาล้างห้องน้ำ	3.51	1.252	พอใช้
10. ท่านเปิดประตู หน้าต่างห้องนอนให้มีการระบายอากาศที่ปลอดโปร่ง	4.08	0.973	ดี
11. ท่านแนะนำให้ผู้ป่วยวัณโรคดูแลนำเครื่องนอน เช่น ผ้าห่ม ที่นอน หมอน มุ้ง ไปทำความสะอาดและตากแดด	4.12	0.941	ดี
12. ท่านนอนแยกห้องกับผู้ป่วยตลอดระยะเวลา 2 เดือนนับตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยเริ่มกินยาต้านวัณโรค	3.96	1.141	ดี
13. เมื่อท่านจะพูดคุยกับผู้ป่วยวัณโรค ท่านจะอยู่ห่างจากผู้ป่วยอย่างน้อย 1 เมตร	3.55	1.259	พอใช้
14. ท่านไม่เปิดใช้เครื่องปรับอากาศเมื่ออยู่ร่วมห้องกับผู้ป่วยวัณโรค	3.61	1.314	พอใช้

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการป้องกันวัณโรครายข้อของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 212$) (ต่อ)

พฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของกลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	S.D.	ระดับ
15. ท่านไม่ร่วมวงรับประทานอาหารกับผู้ป่วยวัณโรค	3.61	1.296	พอใช้
16. ท่านไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และไม่เสพสารเสพติด เพื่อให้สุขภาพแข็งแรง ลดโอกาสในการติดเชื้อวัณโรค	3.90	1.279	ดี
17. ท่านออกกำลังกายเป็นประจำ ไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที รับประทานอาหารที่มีสารอาหารประเภทโปรตีนและวิตามิน เช่น เนื้อสัตว์ ปลา ไข่ ถั่ว ผัก และผลไม้ และพักผ่อนโดยการนอนหลับอย่างเพียงพอ วันละ 6 – 8 ชั่วโมง เพื่อให้สุขภาพแข็งแรง ลดโอกาสในการติดเชื้อวัณโรค	3.95	1.119	ดี
18. ท่านแนะนำให้ผู้ป่วยวัณโรคดูแลสุขภาพให้แข็งแรง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ และการพักผ่อนที่เพียงพอ และแนะนำไม่ให้ผู้ป่วยสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และเสพสารเสพติดทุกชนิด	4.08	1.169	ดี
19. ท่านไปรับการตรวจคัดกรองวัณโรคทุก 6 เดือน	3.31	1.327	พอใช้

ส่วนที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายและพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด

ผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายและพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงสุด คือการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค ($r = .241$) รองลงมาคือ การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค ($r = .197$) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันวัณโรค ($r = .191$) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันวัณโรค ($r = .169$) และปัจจัยด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ($r = -.136$) ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายและพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอด ($n=212$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ปัจจัยส่วนบุคคล												
1. อายุ	1											
2. เพศ	.069	1										
3. ระดับการศึกษา	-.038	-.091	1									
4. โรคประจำตัว	-.193**	-.080	.139*	1								
5. รายได้	.080	-.111	.574**	.150*	1							
6. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	.071	.044	.142*	.061	.157*	1						
ปัจจัยด้านการรับรู้												
7. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค	.047	.155*	.039	-.032	-.067	-.033	1					
8. การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.066	-.047	.081	.046	.004	.099	.218**	1				
9. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค	.098	.044	.048	.004	.125	.027	.195**	.261**	1			
10. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค	-.182**	-.048	.164	.028	.088	.057	-.010	.045	.109	1		
11. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค	-.041	.052	-.010	.107	-.080	-.050	.002	.116	.098	.198**	1	
12. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	.035	-.057	.022	.040	-.046	-.055	.091	.166*	.125	.021	.053	1
13. พฤติกรรมการป้องกันโรค	.056	.062	-.132	-.062	-.122	-.136*	.241**	.197**	.169*	.056	.086	.191**

* $p < .05$, ** $p < .01$

ส่วนที่ 5 ความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วย วัณโรคปอด

ผลการวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แบบนำตัวแปรเข้าพร้อมกันทั้งหมด (Enter) ปัจจัยทำนายมีความสัมพันธ์กันในเชิงเส้นตรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 3.099$) โดยจัดกลุ่มตัวแปรเป็น 3 กลุ่ม ตามกรอบแนวคิดและความเชื่อของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) นำเข้าสมการลำดับที่ 1 คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ (หญิง) ระดับการศึกษา โรคประจำตัว รายได้ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย นำเข้าสมการลำดับที่ 2 ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันวัณโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรควัณโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรควัณโรค นำเข้าสมการลำดับที่ 3 ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค ปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรควัณโรค และการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค

เมื่อนำปัจจัยทำนายทุกตัวเข้าสู่การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า ปัจจัยทำนายสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดได้ และทุกปัจจัยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดได้ ร้อยละ 15.70 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายเท่ากับ 8.148 กลุ่มปัจจัยที่เข้าสมการลำดับที่ 3 มีอำนาจในการทำนายได้สูงที่สุด โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคได้ ร้อยละ 7.7 ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคได้สูงที่สุด คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค ($\beta = .178$) รองลงมา คือ ปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรควัณโรค ($\beta = .137$) และปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค ($\beta = .131$) นอกจากนี้ ปัจจัยที่เข้าสมการลำดับที่ 2 ก็มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคเช่นกัน ซึ่งได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันวัณโรค ($\beta = .078$) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรควัณโรค ($\beta = .073$) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรควัณโรค ($\beta = .036$) ด้านปัจจัยส่วนบุคคลมีส่วนร่วมในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.5 การวิเคราะห์การถดถอยต่อการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอด ($n = 212$)

ลำดับ	ตัวทำนาย	b	$SE\ b$	Beta (β)	t	p -value	R^2	R^2 Change
1	- อายุ	.828	1.530	.037	.541	.589	.041	.041
	- เพศ (หญิง)	.580	1.198	.033	.484	.629		
	- ระดับการศึกษา	-1.381	.854	-.132	-1.618	.107		
	- โรคประจำตัว	-.859	1.640	-.036	-.524	.601		
	- รายได้	-1.452	.000	-.017	-.206	.837		
	- ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	-2.064	1.156	-.120	-1.785	.076		
2	- การรับรู้ประโยชน์ของ การป้องกันโรค	.177	.159	.078	1.110	.268	.080	.039*
	- การรับรู้อุปสรรคในการ ป้องกันโรค	.675	.640	.073	1.054	.293		
	- การรับรู้ความสามารถ ของตนเองในการป้องกัน โรค	.388	.741	.036	.524	.601		
3	- สิ่งชักนำให้เกิดการ ปฏิบัติพฤติกรรมการ ป้องกันโรค	1.296	.631	.137	2.053*	.041	.157	.078**
	- การรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการติดเชื้อโรค	.433	.168	.178	2.571*	.011		
	- การรับรู้ความรุนแรง ของโรค	.213	.115	.131	1.862	.064		
Constant = - 9.176, $R = .397$, $R^2 = .157$, $R^2_{adj} = .107$, $SE_{est} = 8.148$, $F = 3.099$								

* $p < .05$, ** $p < .01$

สามารถเขียนสมการทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

$$Y = \text{Constant} + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + b_4X_4 + b_5X_5 + b_6X_6 + b_7X_7 + b_8X_8 + b_9X_9 + b_{10}X_{10} + b_{11}X_{11} + b_{12}X_{12}$$

$$Y = -9.176 + .433X_1 + 1.296X_2 + .213X_3 + .177X_4 + .675X_5 + .388X_6 + .828X_7 + .580X_8 - 1.381X_9 - 0.859X_{10} - 1.452X_{11} - 2.064X_{12}$$

เมื่อ Y แทน พฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด

b_1 แทน ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค

X_1 แทน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค

b_2 แทน ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบของสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรควัณโรค

X_2 แทน สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรควัณโรค

b_3 แทน ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบของการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค

X_3 แทน การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค

b_4 แทน ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบของการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันวัณโรค

X_4 แทน การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันวัณโรค

b_5 แทน ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค วัณโรค

X_5 แทน การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรควัณโรค

b_6 แทน ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรควัณโรค

X_6 แทน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรควัณโรค

b_7 แทน ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบของอายุ

X_7 แทน อายุ

b_8 แทน ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบของเพศ

X_8 แทน เพศ (หญิง)

b_9 แทน ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบของระดับการศึกษา

X_9 แทน ระดับการศึกษา

b_{10} แทน ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบของโรคประจำตัว

X_{10} แทน โรคประจำตัว

b_{11} แทน ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบของรายได้

X_{11} แทน รายได้

b_{12} แทน ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบของความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

X_{12} แทน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

จากสมการ สามารถอธิบายได้ว่า

เมื่อคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสมีการเปลี่ยนแปลง 1 หน่วยจะมีผลให้คะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันไวรัสของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยไวรัสโรคปอดเปลี่ยนแปลงไป .433 หน่วย

เมื่อคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของไวรัสมีการเปลี่ยนแปลง 1 หน่วยจะมีผลให้คะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันไวรัสของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยไวรัสโรคปอดเปลี่ยนแปลงไป .213 หน่วย

เมื่อคะแนนสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไวรัสมีการเปลี่ยนแปลง 1 หน่วยจะมีผลให้คะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันไวรัสของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยไวรัสโรคปอดเปลี่ยนแปลงไป 1.296 หน่วย

เมื่อคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันไวรัส มีการเปลี่ยนแปลง 1 หน่วยจะมีผลให้คะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันไวรัสของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยไวรัสโรคปอดเปลี่ยนแปลงไป .177 หน่วย

เมื่อคะแนนการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไวรัสมีการเปลี่ยนแปลง 1 หน่วยจะมีผลให้คะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันไวรัสของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยไวรัสโรคปอดเปลี่ยนแปลงไป .675 หน่วย

เมื่อคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคไวรัสมีการเปลี่ยนแปลง 1 หน่วยจะมีผลให้คะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันไวรัสของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยไวรัสโรคปอดเปลี่ยนแปลงไป .388 หน่วย

เมื่อคะแนนด้านอายุมีการเปลี่ยนแปลง 1 หน่วยจะมีผลให้คะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันไวรัสของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยไวรัสโรคปอดเปลี่ยนแปลงไป .828 หน่วย

เมื่อคะแนนเพศ (หญิง) มีการเปลี่ยนแปลง 1 หน่วยจะมีผลให้คะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกัน ไวรัสของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยไวรัสโรคปอดเปลี่ยนแปลงไป .580 หน่วย

เมื่อคะแนนระดับการศึกษา มีการเปลี่ยนแปลง 1 หน่วยจะมีผลให้คะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันไวรัสของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยไวรัสโรคปอดเปลี่ยนแปลงไป -1.381 หน่วย

เมื่อคะแนนโรคประจำตัวมีการเปลี่ยนแปลง 1 หน่วยจะมีผลให้คะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันไวรัสของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยไวรัสโรคปอดเปลี่ยนแปลงไป -.859 หน่วย

เมื่อคะแนนรายได้มีการเปลี่ยนแปลง 1 หน่วยจะมีผลให้คะแนนพฤติกรรมการป้องกัน
 วัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดเปลี่ยนแปลงไป -1.452 หน่วย

เมื่อคะแนนความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง 1 หน่วยจะมีผลให้คะแนน
 พฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดเปลี่ยนแปลงไป -2.064 หน่วย

4.2 การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วม
 บ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จากผลการวิจัย ผู้วิจัยสามารถ
 นำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่
 พักอาศัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

การศึกษานี้พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนใหญ่มีคะแนน
 พฤติกรรมการป้องกันวัณโรคอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 68) มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค
 โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 72.55$, $SD = 8.62$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธีระพงษ์ จำพุลี
 (2553) ที่พบว่าพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดอยู่ในระดับสูง
 ร้อยละ 38.17 แตกต่างจากผลการศึกษาของพีระพงษ์ ชาติธรรมรักษ์ (2551) ที่พบว่า พฤติกรรมการ
 ป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 143$, $SD=1.4$) ทั้งนี้ อาจอธิบายได้ว่า
 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันวัณโรคจาก
 บุคลากรด้านสุขภาพ และสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ เช่น บอร์ดความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและแผ่นพับ
 ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค เมื่อกลุ่มตัวอย่างพาผู้ป่วยวัณโรคไปรับการรักษาที่สถานพยาบาล ที่เป็นไปตาม
 แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรค (สำนักวัณโรค, 2557) และอาจเป็นผลมาจากการเห็นถึง
 อาการที่แสดงถึงความไม่สุขสบายจากอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ร่วมบ้าน จึงส่งผลให้กลุ่ม
 ตัวอย่างมีการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค

เมื่อพิจารณาข้อคำถามเป็นรายข้อพบว่า ข้อคำถามที่มีระดับคะแนนอยู่ในระดับดี ได้แก่
 “ท่านแนะนำให้ผู้ป่วยวัณโรคนำเครื่องนอน เช่น ผ้าห่ม ที่นอน หมอน มุ้ง ไปทำความสะอาดและตาก
 แดด” ($\bar{X} = 4.12$, $SD = 0.941$) “ท่านเป็นผู้ดูแลการกินยาให้ครบและต่อเนื่องของผู้ป่วยวัณโรค”
 ($\bar{X} = 4.10$, $SD = 1.174$) นอกจากนี้ ข้อคำถาม “ท่านเปิดประตู หน้าต่างห้องนอนให้มีการระบาย
 อากาศที่ปลอดโปร่ง” ($\bar{X} = 4.08$, $SD = 0.973$) และ “ท่านนอนแยกห้องกับผู้ป่วยตลอดระยะเวลา

2 เดือนนับตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยเริ่มกินยาต้านไวรัส” ($\bar{X} = 3.96$, $SD = 1.141$) ทั้งนี้ อาจอธิบายได้ว่า จากผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันไวรัสในระดับสูง ($\bar{X} = 34.66$, $SD=3.80$) และมีการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการป้องกันไวรัสในระดับสูง ($\bar{X} = 38.83$, $SD=0.79$) จึงส่งผลให้พฤติกรรมกรรมการป้องกันไวรัสมีระดับคะแนนที่สูงตามมา สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของมะลิณี บุตรโท (2554) พบว่า อัตราการป้องกันโรคไวรัสของผู้สัมผัสร่วมบ้านภาย หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา มีอัตราการป้องกันโดยการแยกห้องนอนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p < .001$)

อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อคำถามที่มีคะแนนอยู่ในระดับต้องปรับปรุง ได้แก่ “ข้อ 19 ท่านไป รับการตรวจคัดกรองไวรัสทุก 6 เดือน” และ “ข้อ 9 ท่านกำจัดเสมหะของผู้ป่วยโดยการเผา/ฝัง หรือเทลงส้วมแล้วรดด้วยน้ำหรือน้ำยาล้างห้องน้ำ” และ “ข้อ 13 เมื่อท่านจะพูดคุยกับผู้ป่วยไวรัส ท่านจะอยู่ห่างจากผู้ป่วยอย่างน้อย 1 เมตร” อาจอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างอยู่ในบริบทของชุมชน เมือง อาจมีภารกิจในงานประจำที่ทำให้ไม่สะดวกในการไปรับการตรวจคัดกรองไวรัส และการ กำจัดขยะโดยการเผาหรือฝังทำได้ค่อนข้างยาก นอกจากนี้ การหลีกเลี่ยงที่จะอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ไวรัสเป็นเรื่องที่อาจปฏิบัติได้ยากเช่นเดียวกัน เนื่องจากผู้ป่วยไวรัสและผู้สัมผัสร่วมบ้านส่วนใหญ่ เป็นผู้ที่มีความผูกพันใกล้ชิดกัน

วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันไวรัสในผู้สัมผัสร่วม บ้านกับผู้ป่วยไวรัสปอดที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว รายได้ และ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงในการเป็นไวรัส การรับรู้ความรุนแรงของไวรัส การรับรู้ประโยชน์ของ การป้องกันไวรัส การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันไวรัส การรับรู้ความสามารถของตนเองในการ ป้องกันไวรัส และปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันไวรัส

เมื่อนำปัจจัยทำนายทั้งหมดเข้าวิเคราะห์ในสถิติถดถอยพหุคูณ โดยจัดกลุ่มตัวแปรเป็น 3 กลุ่ม ตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock et al, 1988) พบว่า ทุก ปัจจัยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันไวรัสได้ ร้อยละ 15.70 โดยกลุ่มตัวแปรที่มี อิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมกรรมการป้องกันไวรัสได้ดี คือ กลุ่มตัวแปรที่นำเข้าสู่สมการ ลำดับที่ 2 ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันไวรัส การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไวรัส และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคไวรัส และกลุ่มตัวแปรที่นำเข้าสู่สมการ ลำดับที่ 3 ได้แก่ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไวรัส การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการ ติดเชื้อไวรัส และการรับรู้ความรุนแรงของไวรัส ซึ่งเป็นไปตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ (Rosenstock et al, 1988) การศึกษารั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิด และสัมผัส

ร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งเป็นโรคติดต่อเรื้อรัง มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อสู่คนใกล้ชิดได้ และเมื่อป่วยด้วยโรคนี้แล้วจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม อาจทำให้ถูกสังคมรังเกียจหรืออาจทำให้เสียชีวิตได้ ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพในภาวะหรือโรคทั่วไปที่ไม่ใช่โรคติดต่อเรื้อรัง (สมลักษณ์ เทพสุรียานนท์, 2560) โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคได้สูงที่สุด ($\beta = .178$) รองลงมาคือ ปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรควัณโรค ($\beta = .137$) และปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค ($\beta = .131$) สอดคล้องกับกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock et al, 1988) อธิบายว่า การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมียผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งทั้ง 3 ปัจจัยนี้ร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 7.7

นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคยังมีปัจจัยอื่นที่มีผลเช่นกัน ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันวัณโรค ($\beta = .078$) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรควัณโรค ($\beta = .073$) และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรควัณโรค ($\beta = .036$) กลุ่มนี้สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคได้ ร้อยละ 4.8

ทั้งนี้ ด้านปัจจัยส่วนบุคคลสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดได้ ร้อยละ 4.1 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า ปัจจัยส่วนนี้ส่วนเดียวยังไม่มียผลโดยตรงต่อการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค สอดคล้องกับกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งอธิบายว่า ปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งอยู่ในกลุ่มของปัจจัยร่วม เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้ต่างๆ และทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล (Rosenstock et al, 1988)

ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค จากการศึกษาครั้งนี้พบความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด ($r = .241$) และสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดได้สูงที่สุด ($\beta = .178$) ซึ่งสอดคล้องและเป็นไปตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock et al, 1988) ที่ได้อธิบายไว้ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรค ส่งผลโดยตรงต่อการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการป้องกันโรค อาจอธิบายได้ว่า เมื่อผู้ที่อยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรครับรู้ว่าคุณมีความเสี่ยงที่จะป่วยด้วยวัณโรคเนื่องจากต้องใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค จึงส่งผลให้บุคคลนั้นมีการตัดสินใจลงมือปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ ทั้งทางตรงทางอ้อมในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค เพื่อที่จะไม่ให้ตนเองป่วยด้วยโรคนี้ และสอดคล้องกับการศึกษาของเสาวรัตน์ เจียมอุทิศศักดิ์ (2549) และ วลัยภรณ์ สิงห์จ้อย (2556) ที่พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการป่วยด้วยวัณโรคของผู้ดูแลผู้ป่วยวัณ

โรคส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกำป้องกันวัณโรคได้ และ วีระพล เมืองกลาง (2557) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกำป้องกันวัณโรค นอกจากนี้

ปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมกำป้องกันวัณโรค จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยนี้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกำป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด ($r = .191$) และสามารถทำนายพฤติกรรมกำป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดได้อันดับที่ 2 ($\beta = .137$) ซึ่งเป็นไปตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock et al, 1988) อธิบายไว้ว่า เมื่อบุคคลรับรู้สิ่งชักนำภายในคือ รับรู้ว่ามีส่วนป่วยวัณโรคอยู่ในครอบครัวซึ่งทำให้ตนมีโอกาสติดเชื้อวัณโรคได้ และการได้รับสิ่งชักนำภายนอกหรือสนับสนุนด้านต่างๆ เช่น ข่าวสารจากสื่อมวลชน คำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข และอุปกรณ์การสนับสนุนเพื่อป้องกันไม่ให้ตนเองป่วย สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยร่วมที่ส่งผลให้บุคคลนั้นรับรู้ถึงความสำคัญในการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันไม่ให้ตนเองป่วยด้วยโรคนี และจากการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมกำป้องกันวัณโรคโดยรวมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของธีระพงษ์ จำพูลี (2557) ซึ่งพบว่า การได้รับการสนับสนุนด้านอุปกรณ์ป้องกันวัณโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกำป้องกันวัณโรค 4.82 เท่า (OR = 4.82, 95%CI = 1.03 – 9.42) ทั้งนี้ วีระพล เมืองกลาง (2557) ซึ่งพบว่า การได้รับการสนับสนุนด้านอุปกรณ์ป้องกันโรคจากบุคลากรสาธารณสุขสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกำป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านได้

ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกำป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด ($r = .197$) และสามารถทำนายพฤติกรรมกำป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดได้อันดับ 3 ($\beta = .131$) ซึ่งสอดคล้องและเป็นไปตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock et al, 1988) อธิบายไว้ว่า เมื่อบุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคว่าอาจทำให้ได้รับอันตราย พิการ หรือเสียชีวิตทำให้บุคคลนั้นมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม อาจอธิบายได้ว่า เมื่อผู้ที่อยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรครับรู้ว่าการป่วยด้วยวัณโรคมีผลเสียที่ร้ายแรงทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และคนรอบข้างในหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งโรคนีต้องใช้เวลาในการรักษานาน เห็นตัวอย่างได้จากตัวของผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่บ้านเดียวกัน และจากการให้ความรู้จากบุคลากรด้านสุขภาพที่มีการเน้นย้ำให้เห็นถึงความรุนแรงของวัณโรค จึงส่งผลให้บุคคลนั้นมีการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ เพื่อที่จะไม่ให้ตนเองป่วยด้วยโรคนี สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวรัตน์ เจียมอุทิศศักดิ์ (2549) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงต่อการเป็น

โรคโควิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค ($r = .245, p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของวีระพล เมืองกลาง (2557) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค ($r = .13, p < .05$)

ปัจจัยด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยนี้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอด ($r = .169$) และสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอดได้ ($\beta = .078$) สอดคล้องและเป็นไปตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock, 1988) อธิบายว่า การที่บุคคลรับรู้ถึงประโยชน์จากกระทำ จะทำให้บุคคลนั้นตัดสินใจลงมือปฏิบัติพฤติกรรม อาจอธิบายได้ว่า เมื่อผู้ที่อยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคโควิดรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคว่าเป็นสิ่งที่ดีมีประโยชน์ช่วยให้ไม่ป่วยด้วยโรคโควิด จึงส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดตนเองป่วยด้วยโรคนี้ และสอดคล้องกับการศึกษาของวีระพล เมืองกลาง (2557) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค ($r = .45$) และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านได้

การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มตัวอย่าง ($r = .056$) แต่เมื่อนำเข้าสมการทำนายร่วมกับปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค พบว่าสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มตัวอย่างได้ ($\beta = .073$) ทั้งนี้ การศึกษานี้พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอดมีการรับรู้อุปสรรคค่อนข้างสูง ($\bar{X} = 36.97, SD = .93$) อธิบายได้ว่าการที่บุคคลจะลงมือปฏิบัติพฤติกรรมใดๆ นั้นมีผลมาจากความรู้สึกนึกคิดและการรับรู้ถึงอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้น ถ้ามีการรับรู้ถึงอุปสรรคที่น้อยและไม่สำคัญ อาจทำให้บุคคลนั้นเกิดการตัดสินใจลงมือปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านั้น (Becker, 1974) อาจอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรค ถึงจะมีการรับรู้อุปสรรคในระดับสูง แต่ยังเห็นถึงความจำเป็นและสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาของธีระพงษ์ จำพูลี (2557) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค แตกต่างจากการศึกษาของวีระพล เมืองกลาง (2557) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์และร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มตัวอย่างแต่เมื่อนำเข้าสมการทำนายร่วมกับปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรม

การป้องกันโรคของกลุ่มตัวอย่างได้ ($\beta = .036$) ในการวิจัยครั้งนี้ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยโรค มีความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคทั้งทางตรงและทางอ้อมในทุกเรื่องที่ต้องปฏิบัติ ทั้งนี้ อาจมาจากการได้รับความรู้และข้อมูลจากบุคลากรและสื่อต่างๆ ดังนั้น จึงทำให้ตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค โดยเฉลี่ยมีระดับสูงทุกคน ซึ่งอาจทำให้ตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคในการศึกษานี้ อย่างไรก็ตาม การที่การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคของกลุ่มตัวอย่างได้ ($\beta = .036$) นั้น อาจมาจากบุคคลรับรู้ภาวะคุกคามของโรค (Perceived threat of disease) ซึ่งเป็นการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อเรื้อรัง ร้ายแรง จึงเป็นการรับรู้ร่วมกันของการรับรู้ความเสี่ยงที่จะเกิดโรค กับ การรับรู้ความรุนแรงของโรค จึงทำให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคเกิดความรู้สึกกลัวต่อการเป็นโรค การรับรู้นี้หากมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค จะทำให้ตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคลได้ หากมีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Rosenstock et al., 1988) ในการป้องกันโรคซึ่งเป็นโรคติดต่อ และอยู่ใกล้ตัวของกลุ่มตัวอย่าง การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคย่อมมีมากกว่าการรับรู้ถึงความสามารถในการป้องกันโรค และต้องมีปัจจัยอื่นที่มีความเกี่ยวข้อง และมีอิทธิพลร่วมด้วย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคแล้วจึงจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคได้

ปัจจัยด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ที่มีความผูกพันใกล้ชิด ได้แก่ สามี ภรรยา บุตร ตลอดจนบิดาหรือมารดาของผู้ป่วยโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอด ($r = -.136$) และร่วมทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอด ($\beta = -.120$) ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลในครอบครัวอันเป็นที่รักมีอาการป่วยด้วยโรคติดต่อ ผู้ที่เป็นสามี ภรรยา บิดา มารดา หรือบุตร จึงต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเหล่านั้น การปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ เพื่อป้องกันตนเองจากโรคติดต่อจึงทำได้น้อยกว่าผู้ที่ไม่มีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้ป่วย และการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคนั้นต้องมีปัจจัยด้านอื่นร่วมด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของผกายเพชร นาสมนต์ (2549) ที่พบว่า ผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดเป็นสามีหรือภรรยากับผู้ป่วยโรคจะมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโดยการแยกห้องนอนกับผู้ป่วยได้น้อยกว่าผู้ที่ไม่ใช่สามีหรือภรรยา

อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคแต่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอดได้ ($r = .056, \beta = .037$) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก พฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสเป็นเรื่องสำหรับผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรค

ปอดทุกคนต้องตระหนักและปฏิบัติ ไม่ว่าจะเป็นผู้ที่อยู่ในช่วงวัยใดก็ตามและผู้สัมผัสร่วมบ้านส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ในช่วง 23 – 59 ปี ร้อยละ 84.9 ซึ่งเป็นช่วงวัยทำงานที่สุขภาพร่างกายยังมีความแข็งแรง และยังมีโรคประจำตัว จึงอาจคิดว่าตนเองยังไม่มีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อและป่วยด้วยโรคต่างๆ รวมถึงวัณโรคด้วย การให้ความสำคัญกับการป้องกันวัณโรคจึงอาจจะมีน้อยกว่าบุคคลในช่วงวัยอื่น

เพศ (หญิง) พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์แต่ร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 62.70 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคเป็นเรื่องที่ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดทุกคนที่ต้องตระหนักถึงความสำคัญและลงมือปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันวัณโรค ไม่ว่าจะ เป็นเพศชายหรือเพศหญิงก็ตาม

รายได้ จากการศึกษานี้พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดแต่ร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดได้ อาจอธิบายได้ว่า การปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ เพื่อการป้องกันโรค วัณโรคไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีรายได้มาก เนื่องจากในการลงมือปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันวัณโรค นั้นไม่ค่าใช้จ่ายมากนัก และการป้องกันวัณโรคส่วนหนึ่งได้รับการสนับสนุนด้านอุปกรณ์การป้องกัน เช่น หน้ากากอนามัย จากสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยไปรับบริการอยู่แล้ว แตกต่างจากการศึกษาของ ชีระพงษ์ จำปูลี (2557) พบว่า การมีรายได้ที่มากกว่า 3,000 บาทต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมกรรมการป้องกันวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 6.07 เท่า (95%CI = 1.12 – 5.87)

ปัจจัยด้านระดับการศึกษา พบว่า มีความสัมพันธ์เป็นบวกพฤติกรรมกรรมการป้องกันวัณโรค และร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันวัณโรคได้ ($r = .111, p = .108$) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 74.1 อาจอธิบายได้ว่า การมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันวัณโรคที่ดีหรือไม่ดี ไม่ได้ขึ้นอยู่กับระดับการศึกษา

ปัจจัยด้านโรคประจำตัว พบว่า การไม่มีโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด ($r = -.062, p = .371$) อาจอธิบายได้ว่าการไม่มีโรคประจำตัวนั้น ไม่ได้บ่งบอกว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันวัณโรคที่ดีได้ อาจเป็นไปได้ว่าผู้ที่มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงอาจไม่ตระหนักถึงความเสี่ยงที่จะติดเชื้อและป่วยด้วยโรควัณโรค จึงไม่เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรควัณโรค

กล่าวโดยสรุป ผลการศึกษานี้สอดคล้องและเป็นไปตามกรอบแนวคิด Health Belief Model โดยพบว่า ปัจจัยทำนายทุกปัจจัยสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรควัณโรค ได้ ร้อยละ 15.70 ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค ($\beta = .178$) และปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้เกิด การปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรควัณโรค ($\beta = .137$) และปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค

วัณโรค ($\beta = .131$) มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลได้สูงที่สุด นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ยังมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้วยเช่นกัน ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันวัณโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรควัณโรค และ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรควัณโรค ทั้งนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นปัจจัยร่วมในกรอบแนวคิด ซึ่งปัจจัยนี้มีส่วนช่วยในการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดได้เช่นกัน



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนาเชิงพยากรณ์ (Predictive descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ (หญิง) ระดับการศึกษา โรคประจำตัว รายได้ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงในการเป็นวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันวัณโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค และปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค

จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 212 คนผู้วิจัยได้เลือกผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และเป็นผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคที่สุดตามการรับรู้ของผู้ป่วย ดำเนินการศึกษาเมื่อเดือนมิถุนายน 2560

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถาม 212 ชุด ได้รับแบบสอบถามกลับคืนครบถ้วน 212 ชุด แบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว รายได้และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยวัณโรค
2. แบบสอบถามการรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพแบบสอบถามสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรควัณโรค
3. แบบสอบถามสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรควัณโรค
4. แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรควัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด

เครื่องมือการวิจัยได้รับการตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 0.82 จากนั้นได้ปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้สัมผัสร่วมบ้านที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำผลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.93

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นแล้ว เข้าวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้มีการตัดข้อมูลที่มีการกระจายผิดปกติออกไป 9 ราย เหลือข้อมูลที่นำมาทำการวิเคราะห์ 212 ราย ทำการวิเคราะห์โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน และใช้วิธีการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบนำตัวแปรเข้าพร้อมกันทุกตัว ในการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสผู้ร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด สรุปผลการวิจัย ดังนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้สามารถสรุปผลได้ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สัมผัสผู้ร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.70) อยู่ในช่วงอายุ 23 - 59 ปี อายุเฉลี่ย 42.03 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 74.10) ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 85.80 รายได้เฉลี่ย 14,154.34 บาทต่อเดือน (Median=10,000) ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้ป่วย เป็นสามี ภรรยา บิดา มารดา บุตร (ร้อยละ 50.90)

2. ผู้สัมผัสผู้ร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค เท่ากับ 28.74 คะแนน การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคคะแนนเฉลี่ย คือ 34.72 คะแนน การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันวัณโรค คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 43.66 คะแนน การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันวัณโรค คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 36.97 คะแนน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 38.83 คะแนน ปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.68 พฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 72.55 คะแนน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.623

3. พฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 72.55$, $SD = 8.623$) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคอยู่ในระดับดี เพศหญิงมีพฤติกรรมป้องกันวัณโรคดีกว่าชาย (เพศหญิง $\bar{X} = 72.96$, $SD = 8.308$, เพศชาย $\bar{X} = 71.86$, $SD = 9.137$)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายและพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสผู้ร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด จากผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคสูงสุด คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค ($r = .241$) รองลงมาคือ การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค ($r = .197$) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกัน

วิธโรค ($r = .191$) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันวิธโรค ($r = .169$) และปัจจัยด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ($r = -.136$) ตามลำดับ ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวิธโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวิธโรคปอด ได้แก่ อายุ เพศ (หญิง) ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันวิธโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวิธโรค

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันวิธโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวิธโรคปอด พบว่า ปัจจัยทั้ง 12 ปัจจัย ได้แก่ อายุ เพศ (หญิง) ระดับการศึกษา โรคประจำตัว รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันวิธโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรควิธโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวิธโรค ปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรควิธโรคทั้งภายในและภายนอก การรับรู้ความรุนแรงของวิธโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวิธโรค ปัจจัยเหล่านี้สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันวิธโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวิธโรคปอด ได้ร้อยละ 15.70 ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันวิธโรคได้สูงที่สุด คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อวิธโรค รองลงมา คือ ปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรควิธโรค และปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของวิธโรค นอกจากนี้ ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการป้องกันวิธโรค เช่นกัน ซึ่งได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน วิธโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรควิธโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค วิธโรค อย่างไรก็ตาม ปัจจัยส่วนบุคคลมีส่วนร่วมในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันวิธโรคแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษารังนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัย การนำมโนทัศน์จากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาทำนายพฤติกรรมการป้องกันวิธโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวิธโรคปอดนั้น ผลการศึกษาสอดคล้องและเป็นไปตามกรอบแนวคิดอย่างชัดเจน และสามารถอธิบายได้ในลักษณะของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ที่ต้องอยู่ร่วมและสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคติดต่อเรื้อรัง ซึ่งแนวคิดนี้เชื่อในการกระทำของบุคคล ซึ่งจะประกอบด้วย การรับรู้ของบุคคล (Individual perceptions) ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) และ การรับรู้ความรุนแรงต่อการเป็นโรค ร่วมกับปัจจัยที่เป็นไปได้ในการกระทำ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefit) การรับรู้อุปสรรคที่จะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค (Perceived barrier) และ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค (Perceived self-efficacy) ปัจจัยที่มีส่วนสนับสนุนคือ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) (Rosenstock et al, 1988) ซึ่งการรับรู้เหล่านี้เป็นสิ่งที่นำบุคคลไปสู่การตัดสินใจเพื่อลงมือปฏิบัติพฤติกรรมที่จะส่งผลต่อสุขภาพของบุคคลไม่ให้ป่วยด้วยวิธโรครวมถึงโรคติดต่ออื่นๆอีกด้วย

5.2 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

5.2.1. สามารถนำผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมการดูแล โดยคำนึงถึงปัจจัยด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโรค และด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันไวรัสโรค โดยต้องเน้นย้ำและกระตุ้นให้ตระหนักถึงความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคไวรัสโรค และเพิ่มการสนับสนุนในด้านต่างๆ ได้แก่ หน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันไวรัสโรค การให้ความรู้และคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข

5.2.2. ในด้านการศึกษาพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยนี้ไปประกอบการเรียนการสอนเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันไวรัสโรค และการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมกรรมการป้องกันไวรัสโรคที่เหมาะสมในกลุ่มผู้ที่อยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วยไวรัสโรค

อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาครั้งนี้ ยังพบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันไวรัสโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันไวรัสโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันไวรัสโรค เป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมกรรมการป้องกันไวรัสโรคได้ จึงควรพิจารณานำปัจจัยเหล่านี้ไปปรับใช้ให้เกิดประโยชน์ในงานควบคุมและป้องกันไวรัสโรคต่อไป

5.3 ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

5.3.1. ควรศึกษาเพื่อค้นหาปัจจัยอื่นที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันไวรัสโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยไวรัสโรคปอดที่นอกเหนือจากผลการศึกษา

5.3.2. ควรศึกษาในกลุ่มประชากรอื่นๆ ได้แก่ แรงงานข้ามชาติ เป็นต้น และในพื้นที่หรือภูมิภาคอื่นของประเทศ ที่ยังมีปัญหาเรื่องการแพร่กระจายของโรคไวรัสโรค

5.3.3. ควรศึกษาถึงทดลองในรูปแบบของการจัดโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมในกลุ่มของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยไวรัสโรค

รายการอ้างอิง

- กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. (2556). *แนวทางปฏิบัติในการสอบสวนกรณีสงสัยการระบาดของวัณโรค*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *รายงานผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรคของประเทศไทยปีงบประมาณ 2551*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดดีไซน์.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2554). *สถิติสำหรับงานวิจัย*. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร.
- กำพล สุวรรณพิมลกุล. (29 มีนาคม 2557). คุณภาพชีวิต: “วัณโรค” สำคัญกว่าที่คุณคิด. ASTV ผู้จัดการออนไลน์. สืบค้นจาก <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews>.
- กิริณา ภัคดิบุริกุล. (2554). *การใช้กระบวนการพยาบาลครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคปอด อำเภอเมือง จังหวัดเลย*. (การศึกษาอิสระปริญญามหาบัณฑิต) มหาวิทยาลัยขอนแก่น, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว.
- เกษฎาภรณ์ ขวัญทะเล. (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรผู้ส่งมอบยาวัณโรค*. สืบค้นจาก journals.swu.ac.th/index.php/pham/article/.../4866
- คมเนตร สุกุลธนะศักดิ์. (2551). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะพยาบาลศาสตร์. สืบค้นจาก cuir.car.chula.ac.th
- จารุวรรณ นิพพานนท์. (2543). *พฤติกรรมศาสตร์: พฤติกรรมสุขภาพในงานสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: คราฟแมนเพรส.
- ชูชาติ วิสัยพรม, นิราภรณ์ ไชยวงศ์, เสาวลักษณ์ พูปินวงศ์, และ เพณณินาห์ โอเบอร์เตอร์เฟอร์. (2552). ผลและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อวัณโรคในเด็กที่สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดที่มีเสมหะบวก. *วารสารกุมารเวชศาสตร์*, 48(1), 77-85. สืบค้นจาก http://www.med. cmu. ac.th /dept/pediatrics/04-divisions_home_thai/09-id-home/ID-7_Tb/TB.htm
- เฉลิมพล ต้นสกุล. (2541). *พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์.
- เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์, และ จุฬารภรณ์ สมรูป. (2553). *คู่มือการใช้ยาและการจัดการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์.

- ธีระพงษ์ จำพูลี. (2553). พฤติกรรมการป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์. *วารสารโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม*, 17(1), 68-77. สืบค้นจาก http://tdc.thailis.or.th/tdc/browse.php?Option=show&browse_type=title&titleid=183034
- บารมษฐ์ ภิรัต้า. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยปอดอักเสบชุมชนที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลของจังหวัดนครพนม. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 5(2), 45-54. สืบค้นจาก <http://thailand.digitaljournals.org/index.php/KKPHR/article/download/14149/13680>
- บุญฤทธิ เอกธรรมเสถียร, เบญจมาศ ชัยกิจ, สุทธิชัย สุดศรี, โอภาส คันธานนท์, และ สุดใจ จตุราบัณฑิต. (2554). การสอบสวนการระบาดผู้ป่วยวัณโรคในครอบครัวเดียวกันตำบลบางเตย อำเภอเมือง จังหวัดพังงาเดือนกุมภาพันธ์ – สิงหาคม 2554. *รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์*. 42(37), 577-584. สืบค้นจาก <http://www.boe.moph.go.th/>
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- นงนุช เคี่ยมการ. (2553). ผลของกระบวนการกลุ่มและการให้ความรู้ต่อความตั้งใจและการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด. สืบค้นจาก <http://tdc.thailis.or.th/tdc/browse.php>
- นงนุช เสือพุมี่. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคปอดของประชาชน ตำบลสวนกล้วย อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 23(2), 79-93. สืบค้นจาก <http://www.tcithaijo.org/index.php/tnaph/article/view/11899>
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2540). *พฤติกรรมสุขภาพ*. (เอกสารประกอบการสอนหน่วยที่4). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ประยูร แก้วคำแสน. (2556). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดสกลนคร. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 6(2), 90-99. สืบค้นจาก <http://thailand.digitaljournals.org/index.php/KKPHR/article/download/24870/24117>
- ประเสริฐ ทองเจริญ. (2557). *ระบาดบันลือโลกเล่ม 23 "วัณโรค"*. กรุงเทพฯ: อักษรสมัย.
- ปราชญ์ บุญวงศ์วิโรจน์. (2554). สถานการณ์วัณโรคของประเทศไทยและแนวทางแก้ไข. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 1(3), 232-235. สืบค้นจาก <http://Thailand.digitaljournals.org/index.php/JOMAT/article/view/12758>

- ปิยวรรณ สิงห์คำป้อง. (2554). ปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับการเกิดไวรัสโรคปอดในผู้สัมผัสร่วมบ้านที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยวัณโรคจังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 4(1), 73 - 88. สืบค้นจาก http://tdc.thailis.or.th/tdc/browse.php?option=show&browse_type=title&titleid=281243
- ผกาพันธุ์ เปี่ยมคล้าย. (2554). ผลการค้นหาเด็กที่สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ใหญ่วัณโรคปอดที่เสมหะพบเชื้อในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 28(1), 16-24. สืบค้นจาก <http://thailand.digitaljournals.org/index.php/JPPK/article/view/13255>
- ผกายเพชร นาสมนนต์. (2549). การป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคปอดในจังหวัดขอนแก่น ประเทศไทย. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น*, 13(4), 45-67.
- พิศสมัย อรทัย, และ ศรีสมร ภูมณสกุล. (2556). *การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบและการประมาณค่าขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี 39.
- พิเชษฐ์ ต้อยศ. (2556). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ เจตคติ กับพฤติกรรมป้องกันโรคของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคปอด อำเภอร่องวาง จังหวัดแพร่*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยพะเยา, คณะสาธารณสุขศาสตร์.
- พีระพงษ์ ชาดิธรรมรักษ์. (2551). พฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคอำเภอเกษตรสมบูรณ์จังหวัดชัยภูมิ. *ขอนแก่นเวชสาร*, 32(2), 90-100. สืบค้นจาก [https://www. google scholar.co.th/](https://www.google scholar.co.th/)
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2549). *หลักการและการใช้สถิติการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางการแพทย์*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- มะลิณี บุตรโทและ พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ. (2554). การป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อที่ขึ้นทะเบียนรักษาอำเภอประโคนชัยอำเภอกระสังและอำเภอพลับพลาชัยจังหวัดบุรีรัมย์ประเทศไทย. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น*, 18(3), 11-21. สืบค้นจาก <https:// scholar.google.co.th/scholar?>
- วรายุทธ วงศ์บา. (2552). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดอำนาจเจริญ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, คณะสาธารณสุขศาสตร์, สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ. สืบค้นจาก http://tdc.thailis.or.th/tdc/browse.php?option=show&browse_type=title&titleid=9000
- วันชัย เดชสมฤทธิ์ฤทัย. (2552). วัณโรคใน วันชัย วนะชีวานวิน, สุทิน ศรีอัษฎาพร, และวันชัยเดชสมฤทธิ์ฤทัย. (บรรณนิกร), *ตำราอายุรศาสตร์โรคตามระบบ I*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

- วัลย์พร สิงห์จ้อย. (2556). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรม การป้องกันวัณโรคปอดของผู้ดูแล. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 27(3), 14-26. สืบค้นจาก http://phpn.ph.mahidol.ac.th/Journal/txt/27_no3/2Walaipom.pdf
- วิภาพร แทนคำ. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ เจตคติ พฤติกรรมการป้องกันโรคกับการติดต่อ โรคของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดอุบลราชธานี.(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, คณะสาธารณสุขศาสตร์, สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ. สืบค้นจาก http://tdc.thailis.or.th/tdc/browse.php?option=show&browse_type=title&titleid=9771
- วิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์ และ สมเกียรติ วงษ์ทิม. (2554). แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค. ในวิทยา ศรีตมา (บรรณาธิการ), *Clinical Practice Guideline 2011 เล่ม 2*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วีระพล เมืองกลาง. (2557). พฤติกรรมการป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 7(1), 178-194. สืบค้นจาก rdhsj.moph.go.th/71/N1.pdf
- ศิริณภา จิตติมณี. (2552). คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่อนามัยหรือเทศบาล: การมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุม วัณโรค. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ศรีธนา ศรีทา. (2553). ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคในพื้นที่อำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี.(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต).มหาวิทยาลัยบูรพา, คณะสาธารณสุขศาสตร์. สืบค้นจาก http://tdc.thailis.or.th/tdc/browse.php?option=show&browse_type=title
- ศรีประพา เนตรนิยม. (บรรณาธิการ). (2556). *แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติพุทธศักราช 2556*. สืบค้นจาก <http://db.kmddc.go.th/detail.aspx?type=all&searchtxt>
- ศรีประพา เนตรนิยม และ เพ็ชรวรรณ พึ่งรัศมี(บรรณาธิการ). (2557). *หลักสูตรการอบรมแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติสำหรับเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคและผู้ประสานงานวัณโรค โรงพยาบาล*. กรุงเทพฯ: สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมจิตต์ สุวรรณทัศน์. (2540). *พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลง (เอกสารการสอนชุดวิชาการสาธารณสุข1 หน่วยที่1)*. (พิมพ์ครั้งที่14). นนทบุรี:มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2546). *วัณโรค*. กรุงเทพฯ:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมพร ขามรัตน์. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่7จังหวัดขอนแก่น*, 2(1), 22-32. สืบค้นจาก thailand.digitaljournals.org/index.php/JODKK/article/.../27926

- สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันกระจกตาอักเสบของนักศึกษา มหาวิทยาลัยที่ใส่คอนแทคเลนส์. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(1), 122-130.
- สาริณี ลดาสุวรรณค์ และ สุภร สุขเพชร. (2551). ความชุกของวัณโรคในเด็กที่อยู่รวมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด. *วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต*, 29(2), 115-123.
- สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคปี 2551*. สืบค้นจาก http://www.boe.moph.go.th/Annual/Annual%202551/home_001.html
- สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2558). *National disease surveillance (report 506)*. สืบค้นจาก <http://www.boe.moph.go.th/boedb/surdata/index.php>
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ 2556*. สืบค้นจาก <http://e-lib.ddc.moph.go.th/pdf/eb333/eb333.pdf>
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *หลักสูตรการอบรมแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติสำหรับเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค และผู้ประสานงานวัณโรคโรงพยาบาลแบบเรียนรู้*. สืบค้นจาก <http://www.tbthailand.org/document.php?id=96>
- สุธาดา จารุสาร. (2542). พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค:กรณีศึกษาญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี. สืบค้นจาก http://tdc.thailis.or.th/tdc//browse.php?option=show&browse_type=title&titleid=189394&query
- สุรัชย์ กิจติกาล. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดหนองคาย. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 6(4), 124-131. สืบค้นจาก http://tdc.thailis.or.th/tdc/dccheck.php?Int_code=92&Recid=48435&obj_id=610039&showmenu=no
- สุพิดา เย็นโสภา. (2553). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ของนักเรียนช่วงชั้นที่ 3 สังกัดกรุงเทพมหานคร กลุ่มเขตกรุงเทพมหานครตะวันออก. *วารสารวิจัยทางการศึกษา*, 6(2), 127-134. สืบค้นจาก thesis.swu.ac.th/swuthesis/Ed_Re_Sta/Supida_Y.pdf
- เสาวรัตน์ เจียมอุทิศศักดิ์. (2549). *พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสผู้ร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคในเขตอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, คณะสาธารณสุขศาสตร์, สาขาสุขศึกษา. สืบค้นจาก http://202.28.199.11/tdc//browse.php?option=show&browse_type=title&titleid=218945
- อัมรา สุนทรธาดา. (2550). *นโยบายควบคุมวัณโรคในประเทศไทย: การวิเคราะห์เชิงแนวคิดประชาสังคม*. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.

- อรรัตน์ จันทร์เพ็ญ, และ ถัดดา สมมิตร. (2554). พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อโรงพยาบาลวัฒนานครจังหวัดสระแก้วปี 2553 สืบค้นจาก www.spkhfammed.org/category/P1359108.doc
- Alsarag, A. A. E. (2011). *Prevalence and risk factors of tuberculosis among household contacts with smear positive pulmonary tuberculosis patients in Omdurman Locality Khartoum State Sudan.*(Master's thesis). Mahidol University, Faculty of Public Health.
- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behavior.* Health Education monograph. New Jersey: Charles B. Slack, Inc.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences.*(2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Elmi, O. S., Hasan, S., Abdullah, S., Jeab, M. Z. M., Zilfalil, B., & Naing, N. N. (2014). Prevalence and associated factors with transmission of latent tuberculosis among household contacts of multi-drug resistant tuberculosis patients in Malaysia. *World Journal of Medical Sciences*, 10(3), 285-294. DOI: 10.5829/idosi.wjms.2014.10.3.837
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2012). Statistics power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160.
- Fox, G. J., Barry, S. E., Britton, W. J., & Marks, G. B. (2013). Contact investigation for tuberculosis: A systematic review and meta-analysis. *European Respiratory Journal*, 41(1), 140-156. DOI: 10.1183/09031936.00070812
- Glanz, K., Lewis, F. M., & Rimer, B. K. (Eds.). (1997). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice (2nd ed.)*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Iseman, M. D. (2000). *A clinician's guide to tuberculosis*. USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Jia, Z., Cheng, S., Ma, Y., Zhang, T., Bai, L., Xu, W., ...Christiani, D. C. (2014). Tuberculosis burden in China: A high prevalence of pulmonary tuberculosis in household

- contacts with and without symptoms. *BMC Infectious Diseases*, 64(14), 1-16.
DOI: 10.1186/1471-2334-14-64
- Jones-Lo'pez, E. C., Kim, S., Fregona, G., Marques-Rodrigues, P., Hadad, D. J., Molina, L. P. D., ... Dietze, R. (2013). Importance of cough and m. tuberculosis strain type as risks for increased transmission within households. *PLoS One*, 9(7), 2-12.
DOI: 10.1371/journal.pone.0100984
- Khan, T. R., Ahmed, Z., Zafar, M., Nisar, N., Qayyum, S., & Shafi, K. (2014). Active case finding of sputum positive pulmonary tuberculosis in household contacts of tuberculosis patients in Karachi, Pakistan. *The Journal of Association of Chest Physicians*, 2(1), 25-31. Retrieved from <http://www.jacpjournal.org>
- Munro, B.H. (2005). *Statistical Methods for Health Care Research*. (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Nancy, K. J., Victoria, L. C., & Victor, J. S. (2002). The health belief model. In Karen, G., Barbara, K. R., & Frances, M. L. (Eds), *Health behavior and health education: theory, research, and practice* (3rd ed., pp 45-66). San Francisco, CA: Jossey-Bass A Wiley Imprint.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: General thing and assesing evidence for nursing practice* (9th ed.). China: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.
- Schlossberg, D. (1999). *Tuberculosis and nontuberculous mycobacterial Infections* (4th ed.). USA: W.B. Saunders Company.
- Singh, J., Sankar, M. M., Kumar, S., Gopinath, K., Singh, N., Mani, K., & Singh, S. (2013). Incidence and prevalence of tuberculosis among household contacts of pulmonary tuberculosis patients in a peri-urban population of South Delhi, India. *PLoS One*, 8 (7), 1-11. DOI: 10.1371/journal.pone.0069730
- Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (2007). Cleaning up your act: Screening data prior to analysis. In B.G. Tabachnick and L.S. Fidell (Eds.), *Using multivariate statistics* (5th ed., pp. 60-116). Boston: Pearson Education.

- Thanh, T. H. T., Ngoc, S. D., Viet, N. N., Van, H. N., Horby, P., Cobelens, F. GJ., & Wertheim, H. FL. (2014). *A household survey on screening practices of household contacts of smear positive tuberculosis patients in Vietnam*. Retrieved from [http://www. Bio med central.com/1471-2458/14/713](http://www.Bio med central.com/1471-2458/14/713)
- Thwin, H. T. (2009). Preventive behaviors of tuberculosis among Myanmar migrants at Muang district, Phuket province, Thailand. *J Health Res*, 65, 67. Retrieved from <http://cphs. healthrepository.org/handle/123456789/1443>
- World Health Organization.(2011). *Global tuberculosis report 2011*. Retrieved from whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564380_eng.pdf
- World Health Organization.(2013). *Global tuberculosis report 2013*. Retrieved from http:// www.who.int/ gho/publications/world_ health_ statistics/2013/en/
- World Health Organization.(2014). *Global tuberculosis report 2014*. Retrieved from <http:// www. who.int/tb/country/en/>
- World Health Organization. (2015). *Global tuberculosis report 2015*. Retrieved from apps. who.int/iris/bitstream/10665/191102/1/9789241565059_eng.pdf

ภาคผนวก



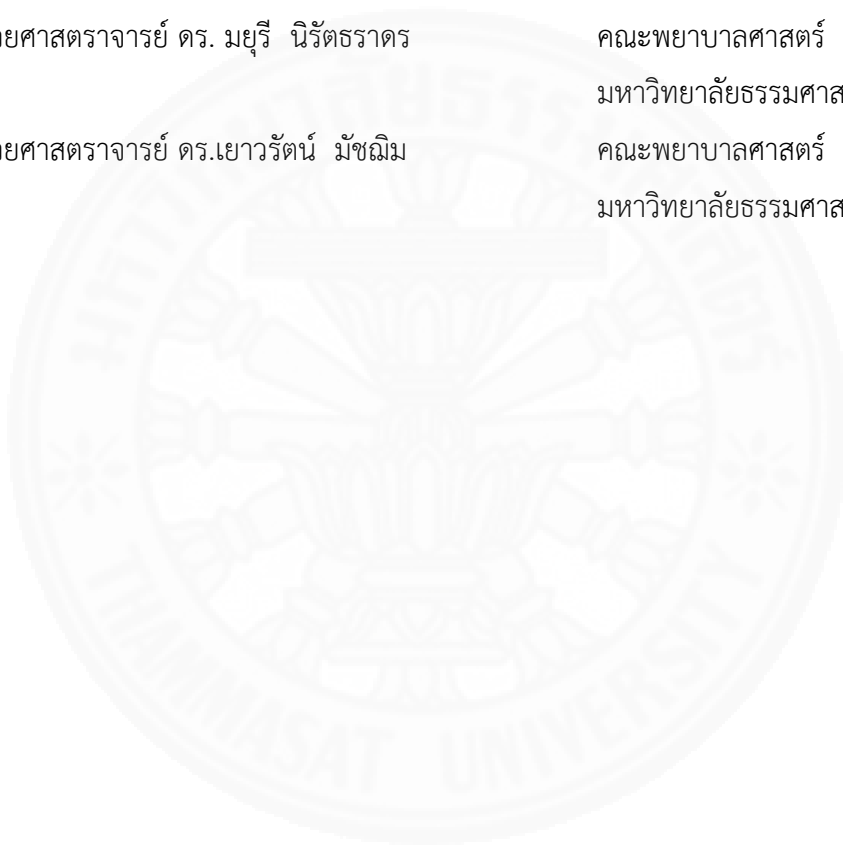
ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องและความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม เรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอดที่พักอาศัยใน กรุงเทพมหานครและปริมณฑล

- | | |
|--|--|
| 1. แพทย์หญิง นาฎพัทธ์ สงวนวงศ์ | สถาบันบำราศนราดูร |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มยุรี นิรัทธราดร | คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขาวรัตน์ มัชฌิม | คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |



ภาคผนวก ข
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

1. เอกสารแนะนำข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย (Information Sheet)
2. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย (Consent Form)



ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย
(Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย

ภาษาไทย ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

ภาษาอังกฤษ THE FACTORS PREDICTING PREVENTIVE BEHAVIORS AMONG THE HOUSEHOLD CONTACT OF TUBERCULOSIS PATIENTS IN BANGKOK METROPOLITAN REGION

ชื่อผู้วิจัย นางขวัญใจ มอนโรสง ตำแหน่ง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ที่อยู่สถานที่ติดต่อผู้วิจัย

(ที่ทำงาน) แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินสถาบันบำราศนราดูร
(ที่บ้าน) 38 หมู่ 4 ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ (มือถือ) 092-254-2969

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) khuanjaipk@gmail.com

อาจารย์ที่ปรึกษาหลักในโครงการวิจัย

ชื่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จีราภรณ์ กรรมบุตร

ที่อยู่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี

เบอร์โทรศัพท์ 02-9869213 ในวันและเวลาราชการ

โทรศัพท์ (มือถือ) 081-6186001

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) jeeraponk@hotmail.com

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมในโครงการวิจัย

ชื่อ อาจารย์ ดร.วนลดา ทองใบ

ที่อยู่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง
จ.ปทุมธานี

เบอร์โทรศัพท์ 02-9869213

โทรศัพท์ (มือถือ) 086-8841999

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) swanalada@gmail.com

ผู้สนับสนุนการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ เนื่องจาก ในปัจจุบันยังมีประชาชนป่วยด้วยโรค
วัณโรคอย่างต่อเนื่อง ทั้งที่ทุกวันนี้ระบบการดูแลรักษาและยาถือว่าพัฒนาดีกว่าในอดีต แต่
ขณะเดียวกันก็ยังมีผู้ที่ไม่ป่วยด้วยโรคนี้ทั้งที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงสาเหตุหรือ
สิ่งที่มีผลต่อการป้องกันเหล่านั้น ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่าน
อ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ทราบเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

การศึกษานี้มีผู้เข้าร่วมทั้งสิ้น จำนวน 227 คน ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วม
โครงการวิจัยในครั้งนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือหัวหน้าหน่วยงานของท่านได้ ท่านสามารถใช้เวลาใน
การตัดสินใจได้โดยอิสระ ก่อนที่ท่านจะลงนามแสดงความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดใน
กรุงเทพมหานครและปริมณฑล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ แม้จะไม่ได้เกิดประโยชน์กับท่านโดยตรง แต่จะ
เกิดประโยชน์ต่องานการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยผลการวิจัยจะทำให้ทราบถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมการ
ป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล เพื่อเป็น
แนวทางในการจัดการดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด เป็นข้อเสนอแนะ
เชิงนโยบายในการจัดบริการ และเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาการ
แพร่กระจายของเชื้อวัณโรคในกลุ่มของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคที่ตีขึ้นต่อไป

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ผู้วิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำ ดังนี้

1. ขอให้ท่านให้ข้อมูลที่เป็จริงในการตอบแบบสอบถาม
2. หากในระหว่างการตอบแบบสอบถามหากมีข้อสงสัยใดๆ สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และจะไม่เร่งรัดผู้เข้าร่วมวิจัยขณะตอบแบบสอบถาม
3. หากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สะดวก หรือรู้สึกว่าคุณกรบกวน ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถแจ้งขอออกจากการเป็นผู้เข้าร่วมการศึกษาวิจัยได้ก่อนที่การตอบแบบสอบถามจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ
4. ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถขอข้อมูลเพิ่มเติมและติดต่อผู้วิจัยได้ที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ หมายเลขโทรศัพท์ 092-254-2969 และอาจารย์ที่ปรึกษาคือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิราภรณ์ กรรมบุตร สามารถติดต่อได้ที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ หมายเลขโทรศัพท์ 02-9869213 ในวันและเวลาราชการ

ความเสี่ยงหรือความไม่สะดวกสบายของอาสาสมัครที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้มีความเสี่ยงน้อยมาก ผู้ทำการวิจัยขอชี้แจงถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่อาจเกิดขึ้นดังนี้

1. ท่านอาจเสียเวลาในการตอบแบบประเมินในการวิจัย ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 45 นาที ข้อคำถามบางข้ออาจทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรู้สึกลำบากใจในการตอบเนื่องจากเป็นข้อมูลส่วนตัวที่อาจไม่ประสงค์ให้ผู้อื่นทราบ
2. ท่านอาจรู้สึกไม่สะดวก รู้สึกอึดอัดในการตอบแบบสอบถาม หรือรู้สึกว่าคุณกรบกวน

ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน

หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมอันเกี่ยวกับประโยชน์ หรือโทษที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จะรีบแจ้งให้ท่านทราบโดยเร็ว

ความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดความเสียหายใดๆ ที่มีสาเหตุจากการวิจัยดังกล่าว ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการช่วยเหลือโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้นในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัย คือ นางขวัญใจ มอนโธสง ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา และหากท่านสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา ซึ่งจะไม่มีผลต่อท่านแต่อย่างใด

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน อย่างไรก็ตามก็จะมีบุคคลบางกลุ่ม เช่น ผู้กำกับดูแลการวิจัย ผู้ตรวจสอบ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จะได้รับอนุญาตให้เข้าถึงข้อมูลโดยตรงจากเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อการตรวจสอบขั้นตอนการวิจัยและ/หรือข้อมูลในการวิจัยโดยไม่ละเมิดการรักษาความลับของท่าน ภายใต้ขอบเขตที่กฎหมายบัญญัติและกฎระเบียบ ตามที่ท่านหรือตัวแทน (ที่ได้รับการยอมรับตามกฎหมาย) ได้ลงนามในใบยินยอมที่เป็นลายลักษณ์อักษร หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 12120 หมายเลขโทรศัพท์ 02-9869213 ในวันและเวลาราชการ หากอาสาสมัครยกเลิกการให้ความยินยอมหลังจากตอบแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยจะไม่นำข้อมูลของอาสาสมัครไปวิเคราะห์

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะ และวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยง และความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการนี้เมื่อไรก็ได้ โดยที่ท่านไม่ได้รับผลกระทบใดๆทั้งสิ้น

7. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารข้อมูล คำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย และเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัย หรือไม่ก็ได้โดยปราศจากการใช้อิทธิพล บังคับข่มขู่หรือการหลอกลวง

โครงการวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัยท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 อาคารราชสุดา ชั้น 1 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร 02-5165381



หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย

Informed Consent Form

ทำที่.....

วันที่เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ อาสาสมัครวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล (THE FACTORS PREDICTING PREVENTIVE BEHAVIORS AMONG THE HOUSEHOLD CONTACT OF TUBERCULOSIS PATIENTS IN BANGKOK METROPOLITAN REGION)

ชื่อผู้วิจัย นางขวัญใจ มอนโรสง

ที่อยู่ติดต่อ 38 หมู่ 4 ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี

โทรศัพท์ 092-2542969

ข้าพเจ้าได้รับรู้ข้อมูลว่าเพราะอะไรต้องทำงานวิจัยและทำเพื่ออะไร ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องทำ หรือได้รับการกระทำ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่าน ข้อมูลในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยโดยตลอดหรือโดยผู้วิจัยได้อ่านรายละเอียดให้ฟังจนครบถ้วนและ **ได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึงเต็มใจ เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่แจ้งไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยโดย ข้าพเจ้า ยินยอมสละเวลาตอบแบบสอบถามทั้งหมด 5 ส่วน โดยมีคำถามจำนวน 115 ข้อ รวมใช้เวลา 45 - 60 นาทีโดยประมาณ เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัยจะถูกทำลาย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อ ข้าพเจ้า ทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตาม ข้าพเจ้า ตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยและข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับ ข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย

ข้าพเจ้า สามารถร้องเรียนได้ที่: คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 อาคาร ราชสุดา ชั้น 1 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร 02-5165381

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัยไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(นางขวัญใจ มอนโรสง)

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

อาสาสมัครวิจัย

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

พยาน

พยาน

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

ภาคผนวก ค
เอกสารรับรองการวิจัย





บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มธ. ชุดที่ 3 โทร. 0 2-986-9813 ต่อ 7373
ที่ ศธ 0516.25 /EC 96 วันที่ 27 มกราคม 2560

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มธ. ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์

เรียน นางขวัญใจ มอนโสสง

ตามที่ ท่านได้เสนอโครงการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล” รหัสโครงการที่ 154/2559 เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ นั้น

บัดนี้ คณะอนุกรรมการฯ ได้พิจารณาอนุมัติให้การรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนให้กับโครงการวิจัยของท่านเรียบร้อยแล้ว ทั้งนี้ได้แนบเอกสารใบรับรองการพิจารณาพร้อมนี้ และข้อกำหนดของการรับรองโครงการวิจัย คือ เมื่อครบระยะเวลา 6 เดือน นับจากวันที่ได้รับอนุมัติ ให้ผู้วิจัยส่งรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงาน มายังสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มธ. ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ อาคารราชสุดา ชั้น 1 (ภายในศูนย์วิจัยฯ คณะพยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และโปรดดำเนินการตามข้อกำหนดดังกล่าวด้วย จักขอบคุณยิ่ง

(ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มธ. ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์
อาคารราชสุดา ชั้น 1 ภายในศูนย์วิจัยฯ คณะพยาบาลศาสตร์ ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121
โทรศัพท์: 0-2986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร: 0-2516-5381 E-mail: ecscctu3@nurse.tu.ac.th

COA No. 215/2560

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ : 154/2559
ชื่อโครงการวิจัย : ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ทักอาศัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล
: THE FACTORS PREDICTING PREVENTIVE BEHAVIORS AMONG THE HOUSEHOLD CONTACT OF TUBERCULOSIS PATIENTS IN BANGKOK METROPOLITAN REGION
ผู้วิจัยหลัก : นางขวัญใจ มอนโรสง
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 ได้พิจารณาโดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....
(ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์)
ประธานคณะกรรมการ

ลงนาม.....
(อาจารย์ ดร.สารรัชนี ภูคณาภา)
อนุกรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 27 มกราคม 2560

วันหมดอายุ : 26 มกราคม 2561

กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้า ครั้งที่ 1: 27 กรกฎาคม 2560

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ประวัติผู้วิจัย
- 4) เอกสารเครื่องมือต่างๆ ที่ใช้ในการวิจัย เป็นต้นว่า แบบสอบถาม
- 5) เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น เอกสารประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

ที่ IRB/BIDI N014h/60_ExpD



คณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย สถาบันบำราศนราดูร

126 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

รหัสโครงการ: N014h/60_ExpD

ชื่อโครงการวิจัย : ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

ชื่อผู้วิจัยหลัก: นางขวัญใจ ^{อุไร} ~~มอญ~~ ^{ไธสง} ~~ไธสง~~

สังกัดหน่วยงาน : อุบัติเหตุและฉุกเฉิน

สถานที่ทำการวิจัย: สถาบันบำราศนราดูร

เอกสารรับรอง :

- (1) โครงร่างการวิจัยภาษาไทย วันที่ 7 มิถุนายน 2560
- (2) หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย ฉบับที่ 1.0 วันที่ 22 เมษายน 2560
- (3) ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย วันที่ 7 มิถุนายน 2560
- (4) เครื่องมือการวิจัย ฉบับที่ 1.0 วันที่ 22 พฤษภาคม 2560
- (5) ประวัติผู้วิจัย

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยสถาบันบำราศนราดูร ว่าสอดคล้องกับปฏิญาเฮลซิงกิ และแนวปฏิบัติ ICH GCP

วันที่รับรองด้านจริยธรรมของโครงร่างการวิจัย:	8 มิถุนายน 2560
วันสิ้นสุดการรับรอง:	7 มิถุนายน 2561
ความถี่ของการส่งรายงานความก้าวหน้าของการวิจัย:	12 เดือน

(นพ. สุตทัศน์ ไชตนะพันธ์)

เลขานุการกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยสถาบันบำราศนราดูร

(นพ. กฤตเดโช สิริภัสสร)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยสถาบันบำราศนราดูร



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สถาบันบำราศนราดูร โทร 02 5903433 โทรสาร 02 5903535
 ที่ ๕๘.๐๕๐๕.๒๓ | วันที่ ๓๑ มิถุนายน ๒๕๖๐
 เรื่อง ขออนุญาตดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูรผ่านประธานคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย สถาบันบำราศ
 นราดูร

ข้าพเจ้า นางขวัญใจ มอนโรสง นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปัจจุบันปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นหัวหน้าโครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล (THE FACTORS PREDICTING PREVENTIVE BEHAVIORS AMONG THE HOUSEHOLD CONTACT OF TUBERCULOSIS PATIENTS IN BANGKOK METROPOLITAN REGION) รหัสโครงการ No1wh160-ExPD ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยสถาบันบำราศนราดูรแล้ว ตามสำเนาเอกสารรับรองที่แนบมา โดยจะนำแบบสอบถามในโครงการวิจัยไปเก็บข้อมูลกับผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 17 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรกระบบทางเดินหายใจ สถาบันบำราศนราดูร

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุในโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการฯ จะเป็นพระคุณยิ่ง

(นางขวัญใจ มอนโรสง)
 หัวหน้าโครงการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร

เพื่อโปรดพิจารณา

ประธานคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยฯ

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมและนำมาสร้างเป็นเครื่องมือผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีเนื้อหาคำถามแบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ

- | | |
|--|--------------|
| ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน 6 ข้อ |
| ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้านของผู้ป่วยวัณโรค | จำนวน 5 ข้อ |
| ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพ มี 69 ข้อ
ได้แก่ | |
| 3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค | จำนวน 13 ข้อ |
| 3.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรควัณโรค | จำนวน 15 ข้อ |
| 3.3 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรควัณโรค | จำนวน 13 ข้อ |
| 3.4 การรับรู้ถึงอุปสรรคของการป้องกันโรควัณโรค | จำนวน 14 ข้อ |
| 3.5 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรควัณโรค | จำนวน 14 ข้อ |
| ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรควัณโรค | จำนวน 8 ข้อ |
| ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรควัณโรค | จำนวน 19 ข้อ |

**แบบสอบถามผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เข้าร่วมการวิจัย เรื่อง
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด
ที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล**

คำชี้แจง

ผู้ตอบแบบสอบถาม โปรดทำเครื่องหมาย ✓หรือเติมคำลงในช่องว่างให้สมบูรณ์ที่สุดตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน เพื่อประโยชน์สูงสุดในการพัฒนางานด้านวัณโรคต่อไป แบบสอบถามฉบับนี้แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้านของผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพ มี 69 ข้อได้แก่

- | | |
|--|--------------|
| 3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค | จำนวน 13 ข้อ |
| 3.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรควัณโรค | จำนวน 15 ข้อ |
| 3.3 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรควัณโรค | จำนวน 13 ข้อ |
| 3.4 การรับรู้ถึงอุปสรรคของการป้องกันโรควัณโรค | จำนวน 14 ข้อ |
| 3.5 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรควัณโรค | จำนวน 14 ข้อ |

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรควัณโรค จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรควัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด
จำนวน 19 ข้อ

นางขวัญใจ มอนโรสง

นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล

เวชปฏิบัติชุมชนคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผู้วิจัย

แบบสอบถามผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน
คำชี้แจง

ผู้ตอบแบบสอบถามโปรดทำเครื่องหมาย ✓ หรือเติมคำในช่องว่างให้สมบูรณ์ที่สุดตามความเป็นจริงที่เกี่ยวกับตัวท่านเพื่อการพัฒนาทางด้านโรคต่อไป

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปีเศษของเดือนถ้าเกิน 6 เดือน ให้ปัดเพิ่ม 1 ปี
3. ระดับการศึกษา
 1. ประถมศึกษา 2. มัธยมศึกษา 3. ปวช. 4. ปวส.
 5. อนุปริญญา 6.ปริญญาตรีขึ้นไป 7. อื่นๆระบุ.....
4. การเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัว
 1. ไม่มี 2. มี โปรดระบุ.....
5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
 1. พอใช้ 2. ไม่พอใช้
6. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
 1. สามี / ภรรยา 2. บิดา / มารดา 3. บุตร
 4. ญาติ ระบุ..... 5. อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้านของผู้ป่วยโรค

1. จำนวนหน้าต่างบ้าน.....บาน
2. จำนวนหน้าต่างห้องนอน.....บาน
3. ที่รองรับขยะและเสมหะ มีฝาปิด ไม่มีฝาปิด
4. จำนวนห้องนอนในบ้าน.....ห้อง
5. การใช้เครื่องปรับอากาศในบ้าน ใช้ ไม่ใช้

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ใช่ หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นบางส่วน

ไม่ใช่ หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นเลย

ส่วนที่ 3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัส

ข้อความ	ใช่	ไม่ แน่ใจ	ไม่ใช่
1. ท่านมีโอกาสติดเชื้อไวรัสได้ ถ้าท่านไม่สวมหน้ากากอนามัยเมื่อต้องอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยไวรัสที่เริ่มป่วยในช่วง 2 เดือนแรก			
2. ท่านมีโอกาสติดเชื้อไวรัสได้ ถ้าผู้ป่วยไวรัสที่เริ่มป่วยในช่วง 2 เดือนแรกไม่สวมหน้ากากอนามัยเมื่อต้องอยู่ใกล้ชิดกับท่าน			
3. ท่านมีโอกาสติดเชื้อไวรัสได้ ถ้าผู้ป่วยไวรัสรับประทานยาไม่สม่ำเสมอในช่วง 2 เดือนแรก			
4. ท่านมีโอกาสติดเชื้อไวรัสได้ ถ้าท่านไม่ล้างมือหลังการสัมผัสกับของใช้ที่เปื้อนน้ำมูก น้ำลายหรือเสมหะของผู้ป่วยไวรัส			
5. ท่านมีโอกาสติดเชื้อไวรัสได้ ถ้าผู้ป่วยไวรัสบ้วนน้ำลายหรือเสมหะลงในภาชนะที่ไม่มีฝาปิดมิดชิด			
6. ท่านมีโอกาสติดเชื้อไวรัสได้ ถ้าไม่กำจัดขยะที่ปนเปื้อนเชื้อไวรัสจากผู้ป่วยไวรัสให้ถูกวิธี			
7. ท่านมีโอกาสติดเชื้อไวรัสได้ เมื่อท่านต้องอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยไวรัสที่เริ่มป่วยในช่วง 2 เดือนแรก ในห้องที่มีอากาศไม่ถ่ายเท			
8. ท่านมีโอกาสติดเชื้อไวรัสได้ ถ้าท่านอาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยไวรัสที่เริ่มป่วยในช่วง 2 เดือนแรก			
9. ท่านมีโอกาสติดเชื้อไวรัสได้ ถ้าท่านนอนร่วมห้องกับผู้ป่วยไวรัสที่เริ่มป่วยในช่วง 2 เดือนแรก			
10. ท่านมีโอกาสติดเชื้อไวรัสได้ เมื่อต้องอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยไวรัสในช่วงที่ท่านมีภูมิคุ้มกันโรคต่ำหรือมีโรคประจำตัว			
11. ท่านมีโอกาสติดเชื้อไวรัสได้ เมื่อต้องอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยไวรัสเป็นเวลานาน			
12. ท่านมีโอกาสติดเชื้อไวรัสได้ ถ้าท่านอยู่ร่วมกับผู้ป่วยไวรัสในห้องที่เปิดใช้เครื่องปรับอากาศ (แอร์)			
13. ท่านมีโอกาสติดเชื้อไวรัสได้ ถ้าท่านร่วมวงรับประทานอาหารกับผู้ป่วยไวรัส เพราะผู้ป่วยอาจมีอาการไอหรือจามขณะรับประทานอาหาร			

ส่วนที่ 3.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด

ข้อความ	ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่
1. ท่านคิดว่า เชื้อไวรัสทำให้เกิดโรกระบบทางเดินหายใจที่เป็น อันตรายร้ายแรงกว่า โรคไข้หวัดต่างๆ			
2. ท่านคิดว่า ถ้าท่านได้รับเชื้อไวรัสโดยที่ท่านไม่ป้องกัน ท่านจะป่วยด้วย โรคโควิด			
3. ท่านคิดว่า ถ้ามีผู้ป่วยไวรัสในบ้านของท่าน จะทำให้ คนในครอบครัว ของท่านได้รับเชื้อและป่วยด้วยโรคโควิด			
4. ท่านคิดว่า ถ้ามีผู้ป่วยไวรัสในบ้านของท่าน จะทำให้ เพื่อน ตลอดจนผู้ที่อยู่ใกล้ชิด ได้รับเชื้อไวรัสและป่วยด้วยโรคโควิด			
5. ท่านคิดว่า การติดเชื้อและป่วยด้วยโรคโควิด จะทำให้ ประสิทธิภาพการทำงาน ของปอดลดลง และ หอบเหนื่อยได้ง่าย			
6. ท่านคิดว่า ถ้าท่านป่วยด้วยโรคโควิด ถึงจะรักษาหายแล้ว แต่ปอดจะ ไม่ดีเท่าเดิม ท่านอาจกลับเป็น วัณโรค ซ้ำได้			
7. ท่านคิดว่า ถ้าท่านป่วยด้วยโรคโควิดปอด ท่านอาจมี โอกาสป่วยด้วย ไวรัสในระบบอื่นๆของร่างกายได้			
8. ท่านคิดว่า ถ้าท่านป่วยด้วยโรคโควิดท่านจะถูกสังคม รังเกียจ			
9. ท่านคิดว่า ถ้าท่านป่วยด้วยโรคโควิด ท่านต้องรับการ รักษาอย่าง ต่อเนื่องเป็น เวลานาน			
10. ท่านคิดว่า ถ้าท่านป่วยด้วยโรคโควิด ท่านจะ ทำงานไม่ได้ หรือ ทำงาน ได้ไม่เต็มที่			
11. ท่านคิดว่า ถ้าท่านป่วยด้วยโรคโควิด จะทำให้ท่าน ขาดรายได้ ในระยะยาว			
12. ท่านคิดว่า ถ้าท่านป่วยด้วยโรคโควิด ท่านจะ เสียเวลา ในการเดินทางไปโรงพยาบาลเพื่อรักษาโรคนี้			
13. ท่านคิดว่า ถ้าท่านป่วยด้วยโรคโควิด ท่านจะ เสียเงิน เพื่อเป็นค่าเดินทางในการไปรับการรักษาโรคนี้			
14. ท่านคิดว่า ถ้าท่านป่วยด้วยโรคโควิด ท่านจะถูก จำกัดพื้นที่ ในการดำเนินชีวิตในสังคม			
15. ท่านคิดว่า ถ้าท่านป่วยด้วยโรคโควิด ท่านจะ ไม่สามารถคลุกคลีหรืออยู่ใกล้ชิด กับบุตรหลานหรือบุคคลอื่นเป็นที่รักของท่านได้			

ส่วนที่ 3.3 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด

ข้อความ	ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่
1. ท่านเชื่อว่า การใช้ผ้าปิดปากและจมูกทุกครั้งที่สัมผัส เสมหะ น้ำมูก น้ำลายของผู้ป่วยโควิดจะป้องกันไม่ให้ตัวท่านติดเชื้อไวรัสได้			
2. ท่านเชื่อว่า การแนะนำให้ผู้ป่วยโควิดปิดปากและจมูก หรือสวมหน้ากากอนามัยเวลาไอหรือจาม จะป้องกันไม่ให้ตัวท่านติดเชื้อไวรัสได้			
3. ท่านเชื่อว่า ไวรัสสามารถป้องกันได้ ถ้าดูแล แนะนำให้ผู้ป่วยรับการรักษาโดยเร็ว และรับประทานยาไวรัสอย่างสม่ำเสมอจนครบเวลา			
4. ท่านเชื่อว่า การล้างมือให้สะอาดทุกครั้งหลังจากสัมผัสกับเสมหะ น้ำมูก น้ำลายของผู้ป่วยโควิด จะป้องกันไม่ให้ตัวท่านติดเชื้อไวรัสได้			
5. ท่านเชื่อว่า การแนะนำให้ผู้ป่วยสวมหน้ากากอนามัยที่ปิดมิดชิด แล้วท่านนำไปทำลายอย่างถูกวิธี จะป้องกันไม่ให้ตัวท่านติดเชื้อไวรัสได้			
6. ท่านเชื่อว่า การจัดห้องนอนให้มีอากาศถ่ายเทสะดวก จะป้องกันไม่ให้ตัวท่านติดเชื้อไวรัสได้			
7. ท่านเชื่อว่า การแยกห้องนอนกับผู้ป่วยไวรัสน้อย 2 เดือน ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มรับประทานยา รักษา จะป้องกันไม่ให้ตัวท่านติดเชื้อไวรัสได้			
8. ท่านเชื่อว่า การนำเครื่องนอนของผู้ป่วยไวรัสดูออกตากแดด จะป้องกันไม่ให้ตัวท่านติดเชื้อไวรัสได้			
9. ท่านเชื่อว่า การไม่เปิดใช้เครื่องปรับอากาศ (แอร์) เมื่ออยู่ร่วมห้องกับผู้ป่วยโควิดจะป้องกันไม่ให้ตัวท่านติดเชื้อไวรัสได้			
10. ท่านเชื่อว่า การแยกวงรับประทานอาหารกับผู้ป่วยโควิด จะลดโอกาสในการสัมผัสกับเสมหะ น้ำมูก น้ำลายถ้าผู้ป่วยไอหรือจามในวงอาหาร ซึ่งจะป้องกันไม่ให้ตัวท่านติดเชื้อไวรัสได้			
11. ท่านเชื่อว่า การดูแลสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ และการพักผ่อนที่เพียงพอ จะป้องกันไม่ให้ตัวท่านติดเชื้อไวรัสได้			
12. ท่านเชื่อว่า การงดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา หรือไม่เสพสารเสพติด ทำให้ร่างกายแข็งแรง จะป้องกันไม่ให้ตัวท่านติดเชื้อไวรัสได้			
13. ท่านเชื่อว่า การไปตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองไวรัสทุก 6 เดือน จะป้องกันไม่ให้ตัวท่านติดเชื้อไวรัสได้			

ส่วนที่ 3.4 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไวรัส

หมายเหตุ อุปสรรคในข้อความข้างล่างนี้ หมายถึง ความยุ่งยาก ลำบาก ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัส

ข้อความ	ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่
1. ท่านคิดว่า การใช้ผ้าปิดปากและจมูกทุกครั้งเมื่ออยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยไวรัส เป็นเรื่องที่ดีอัด หายใจลำบาก และสิ้นเปลือง			
2. ท่านคิดว่า การแนะนำให้ผู้ป่วยไวรัสใช้ผ้าปิดปากและจมูกทุกครั้งเมื่อไอ จาม และเมื่ออยู่ใกล้ชิดกับผู้อื่นเป็นเรื่องที่น่าเบื่อหน่าย			
3. ท่านคิดว่า การดูแลให้ผู้ป่วยไวรัสรับประทานยาตามเวลาเป็นเรื่องที่น่าเบื่อ			
4. ท่านคิดว่า การล้างมือทุกครั้งหลังจากสัมผัสของใช้ที่ปนเปื้อนเสมหะ น้ำมูก น้ำลายของผู้ป่วยไวรัสเป็นเรื่องยุ่งยาก เสียเวลา			
5. ท่านคิดว่า การจัดหาถังขยะหรือภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิดเพื่อรองรับเสมหะของผู้ป่วยไวรัสเป็นเรื่องยุ่งยาก			
6. ท่านคิดว่า การกำจัดเสมหะ น้ำมูก น้ำลายของผู้ป่วยไวรัสโดยการเผา/ฝัง หรือเทลงส้วมแล้วรดน้ำและน้ำยาฆ่าเชื้อ เป็นเรื่องยุ่งยาก และน่ารังเกียจ			
7. ท่านคิดว่า การจัดห้องนอนให้มีอากาศถ่ายเทสะดวกโดยการเปิดหน้าต่างเป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลา			
8. ท่านคิดว่า การแยกห้องนอนกับผู้ป่วยไวรัสที่อยู่บ้านเดียวกับท่านเป็นเรื่องที่ปฏิบัติได้ยาก			
9. ท่านคิดว่า การนำเครื่องนอนของผู้ป่วยไวรัสออกตากแดดอย่างน้อย สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง เป็นเรื่องที่น่าเบื่อหน่าย			
10. ท่านคิดว่า ต้องเปิดใช้เครื่องปรับอากาศทุกครั้งเนื่องจากสภาพอากาศที่ร้อน ถึงแม้ว่าจะอยู่ร่วมห้องกับผู้ป่วยไวรัสก็ตาม			
11. ท่านคิดว่า การแยกวงรับประทานอาหารกับผู้ป่วยไวรัสเป็นเรื่องที่ยากต่อการปฏิบัติ			
12. ท่านคิดว่า การรักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการพักผ่อนที่เพียงพอเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก เสียเวลาและสิ้นเปลืองมาก			
13. ท่านคิดว่า การป้องกันการติดเชื้อไวรัสโดยการตรวจสุขภาพทุก 6 เดือนทำได้ยากเพราะเสียเวลามาก			
14. ท่านคิดว่า การป้องกันการติดเชื้อไวรัสโดยการตรวจสุขภาพทุก 6 เดือนทำได้ยากเพราะมีค่าใช้จ่ายมาก			

ส่วนที่ 3.5 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคโควิด

ข้อความ	ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่
1. ท่านสามารถสวมหน้ากากอนามัยได้ตลอดเวลาเมื่อต้องสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโควิด			
2. ท่านสามารถดูแลให้ผู้ป่วยโควิดสวมหน้ากากอนามัยได้เมื่อไอ จาม หรืออยู่ใกล้ชิดกับบุคคลอื่น			
3. ท่านสามารถดูแลให้ผู้ป่วยโควิดรับประทานยาอย่างต่อเนื่องจนครบระยะเวลาของการรักษาได้			
4. ท่านสามารถล้างมือหลังจากการสัมผัสกับเสมหะ น้ำมูก น้ำลาย และขยะที่ปนเปื้อนเชื้อไวรัสจากผู้ป่วยโควิดได้			
5. ท่านสามารถดูแลให้ผู้ป่วยโควิดบ้วนเสมหะ หรือน้ำลายลงในภาชนะที่ปิดมิดชิดได้			
6. ท่านสามารถกำจัดเสมหะและทำความสะอาดภาชนะที่รองรับเสมหะของผู้ป่วยโควิดอย่างถูกต้อง			
7. ท่านสามารถจัดห้องนอนให้สะอาด และมีอากาศถ่ายเทได้สะดวก			
8. ท่านสามารถแยกห้องนอนกับผู้ป่วยโควิดได้โดยเฉพาะในช่วง 2 เดือนแรกของการรักษาโรคโควิด			
9. ท่านสามารถนำเครื่องนอนของผู้ป่วยโควิดไปทำความสะอาดและตากแดดได้อย่างสม่ำเสมอ			
10. ท่านสามารถอยู่ร่วมห้องกับผู้ป่วยโควิด โดยไม่เปิดใช้เครื่องปรับอากาศได้			
11. ท่านสามารถแยกวางรับประทานอาหารกับผู้ป่วยโควิดได้			
12. ท่านสามารถดูแลสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัส ด้วยการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกายอย่างน้อย ครั้งละ 30 นาที เฉลี่ยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง และพักผ่อนอย่างเพียงพอ			
13. ท่านสามารถห้ามผู้ป่วยโควิดไม่ให้สูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือเสพสารเสพติดได้			
14. ท่านสามารถไปตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองไวรัสโควิดทุก 6 เดือนได้			

ส่วนที่ 4 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคฉีวัคซีน

ข้อความ	ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่
1. การที่ท่านรับรู้ว่ามีผู้ป่วยวัณโรคในครอบครัวที่จะทำให้ท่านมีโอกาสติดเชื้อวัณโรคได้นั้น ท่านจึงตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรค			
2. การที่ท่านได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ เพื่อน/ ครอบครัว/ สื่อต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในครอบครัวท่าน เกี่ยวกับวิธีป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค โดยการปิดปากและจุมูกเวลาไอ จาม หรือการบ้วนเสมหะลงในภาชนะ ที่มีฝาปิดมิดชิด มีส่วนทำให้ท่านดูแลผู้ป่วยตามคำแนะนำเหล่านั้น			
3. การที่ท่านได้รับหน้ากากอนามัยหรืออุปกรณ์อื่นๆจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ เพื่อน/ ครอบครัว/ สื่อต่างๆ เพื่อใช้ในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคนั้น มีส่วนทำให้ท่านปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันวัณโรคด้วย			
4. การที่ท่านได้รับคำแนะนำหรือการกระตุ้นจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ เพื่อน/ ครอบครัว/ สื่อต่างๆ ในการกำจัดขยะที่ปนเปื้อนเสมหะ น้ำมูก น้ำลายของผู้ป่วยวัณโรคอย่างถูกวิธี เพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคนั้น มีส่วนทำให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำเหล่านั้น			
5. การที่ท่านได้รับคำแนะนำหรือการกระตุ้นจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ เพื่อน/ ครอบครัว/ สื่อต่างๆ ให้ดูแลห้องนอนให้สะอาด เป็นระเบียบ มีอากาศถ่ายเทอยู่เสมอ เพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคนั้น มีส่วนทำให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำนั้น			
6. การที่ท่านได้รับคำแนะนำหรือการกระตุ้นจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ เพื่อน/ ครอบครัว/ สื่อต่างๆ ให้ดูแลสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ และการพักผ่อนที่เพียงพอ เพื่อลดโอกาสในการติดเชื้อวัณโรคจากผู้ป่วยในครอบครัวนั้น มีส่วนทำให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำเหล่านั้น			
7. การที่ท่านได้รับคำแนะนำหรือการกระตุ้นจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ เพื่อน/ ครอบครัว/ สื่อต่างๆ ให้ไปรับการตรวจคัดกรองวัณโรคโดยการตรวจเสมหะและ/หรือเอกซเรย์ปอดทุก 6 เดือน มีส่วนทำให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำเหล่านั้น			
8. การที่ท่านและผู้ป่วยวัณโรคเคยได้รับการติดตามเยี่ยมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีส่วนทำให้ท่านตัดสินใจลงมือปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรค			

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคโควิด

คำชี้แจง : โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ปฏิบัติเป็นประจำ/สม่ำเสมอหมายถึง		ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นประจำ/สม่ำเสมอ
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้นบ่อยครั้ง
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้นบางครั้ง
ปฏิบัตินานๆครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้นนานๆครั้ง
ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ/ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินานๆครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
1. ท่านสวมหน้ากากอนามัยเมื่อต้องอยู่ใกล้ชิดและให้การดูแลผู้ป่วยโรคโควิด					
2. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยโรคโควิดสวมหน้ากากอนามัยเมื่อต้องอยู่ใกล้ชิดกับผู้อื่น					
3. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยโรคโควิดปิดปากและจุกเมื่อไอหรือจาม					
4. ท่านเป็นผู้ดูแลการกินยาให้ครบและต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคโควิด					
5. ท่านล้างมือด้วยสบู่หรือน้ำยาฆ่าเชื้อก่อนและหลังสัมผัสกับเสมหะ น้ำมูก น้ำลายของผู้ป่วยโรคโควิด					
6. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยโรคโควิดล้างมือด้วยสบู่หรือน้ำยาฆ่าเชื้อหลังไอ จามหรือหลังจากที่มือเปื้อนเสมหะ น้ำมูก น้ำลาย					
7. ท่านได้ดูแลให้ผู้ป่วยโรคโควิดสวมหน้ากากอนามัยในขณะที่มีไข้					
8. ท่านได้จัดหาหน้ากากอนามัยเพื่อรองรับขยะที่ปนเปื้อนเชื้อโรคจากผู้ป่วย					
9. ท่านกำจัดเสมหะของผู้ป่วยโดยการเผา/ฝัง หรือเทลงส้วมแล้วราดด้วยน้ำหรือน้ำยาล้างห้องน้ำ					
10. ท่านเปิดประตู หน้าต่างห้องนอนให้มีการระบายอากาศที่ปลอดโปร่ง					

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19ของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอด(ต่อ)

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ/ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินานๆครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
11. ท่านแนะนำให้ผู้ป่วยโรคคุดูแลนำเครื่องนอน เช่น ผ้าห่ม ที่นอน หมอน มุ้ง ไปทำความสะอาด และตากแดด					
12. ท่านนอนแยกห้องกับผู้ป่วยตลอดระยะเวลา 2 เดือนนับตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยเริ่มกินยาต้านไวรัส					
13. เมื่อท่านจะพูดคุยกับผู้ป่วยโรค ท่านจะอยู่ห่างจากผู้ป่วยอย่างน้อย 1 เมตร					
14. ท่านไม่เปิดใช้เครื่องปรับอากาศเมื่ออยู่รวมห้องกับผู้ป่วยโรค					
15. ท่านไม่ร่วมวงรับประทานอาหารกับผู้ป่วยโรค					
16. ท่านไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และไม่เสพสารเสพติด เพื่อให้สุขภาพแข็งแรง ลดโอกาสในการติดเชื้อไวรัส					
17. ท่านออกกำลังกายเป็นประจำ ไม่น้อยกว่า สัปดาห์ละ 3 ครั้ง อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที รับประทานอาหารที่มีสารอาหารประเภทโปรตีน และ วิตามิน เช่น เนื้อสัตว์ ปลา ไข่ ถั่ว ผัก และผลไม้ และพักผ่อนโดยการนอนหลับอย่างเพียงพอ วันละ 6 – 8 ชั่วโมง เพื่อให้สุขภาพแข็งแรง ลดโอกาสในการติดเชื้อไวรัส					
18. ท่านแนะนำให้ผู้ป่วยโรคดูแลสุขภาพให้แข็งแรง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ และการพักผ่อนที่เพียงพอ และแนะนำไม่ให้ผู้ป่วยสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และเสพสารเสพติดทุกชนิด					
19. ท่านไปรับการตรวจคัดกรองโรคทุก 6 เดือน					

ภาคผนวก จ

จ.1 ตารางวิเคราะห์ข้อมูล

จ.2 Histogram & Box plot ของตัวแปรในการศึกษา



ตารางการหาค่าความเชื่อมั่นรวม (Reliability)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.927	.949	96

ค่าความเชื่อมั่น ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโรค

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.873	.875	13

ค่าความเชื่อมั่น ด้านการรับรู้ความรุนแรงของไวรัสโรค

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.824	.827	15

ค่าความเชื่อมั่น ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันไวรัสโรค

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.915	.926	13

ค่าความเชื่อมั่น ด้านการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันไวรัสโรค

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.813	.862	14

ค่าความเชื่อมั่น ด้านการรับรู้ความสามารถของการป้องกันไวรัสโรค

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.804	.844	14

ค่าความเชื่อมั่น ด้านสิ่งชักนำของการป้องกันไวรัสโรค

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.844	.872	8

ค่าความเชื่อมั่น พฤติกรรมการป้องกันไวรัสโรค

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.883	.897	19

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
disease_dummy	212	100.0%	0	0.0%	212	100.0%
gender_dummy	212	100.0%	0	0.0%	212	100.0%
age group	212	100.0%	0	0.0%	212	100.0%
education group	212	100.0%	0	0.0%	212	100.0%
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	212	100.0%	0	0.0%	212	100.0%
closed relatives	212	100.0%	0	0.0%	212	100.0%
total environment	212	100.0%	0	0.0%	212	100.0%
total behavior	212	100.0%	0	0.0%	212	100.0%
total susceptibility	212	100.0%	0	0.0%	212	100.0%
total severity	212	100.0%	0	0.0%	212	100.0%
total benefit	212	100.0%	0	0.0%	212	100.0%
total barrier	212	100.0%	0	0.0%	212	100.0%
total self-efficacy	212	100.0%	0	0.0%	212	100.0%
total cue to action	212	100.0%	0	0.0%	212	100.0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error
disease_dummy	Mean	.85	.025
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	.80
		Upper Bound	.90
	5% Trimmed Mean	.89	
	Median	1.00	
	Variance	.129	
	Std. Deviation	.359	
	Minimum	0	
Maximum	1		
Range	1		
Interquartile Range	0		
Skewness	-1.964	.167	
Kurtosis	1.875	.333	
gender_dummy	Mean	.63	.033
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	.56
		Upper Bound	.69
	5% Trimmed Mean	.64	
	Median	1.00	
	Variance	.235	
	Std. Deviation	.485	
	Minimum	0	
	Maximum	1	
	Range	1	
	Interquartile Range	1	
	Skewness	-.531	.167

		Statistic	Std. Error
	Kurtosis	-1.735	.333
age group	Mean	1.01	.027
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	.96
		Upper Bound	1.06
	5% Trimmed Mean	1.01	
	Median	1.00	
	Variance	.152	
	Std. Deviation	.389	
	Minimum	0	
	Maximum	2	

		Statistic	Std. Error
	Range	2	
	Interquartile Range	0	
	Skewness	.089	.167
	Kurtosis	3.736	.333
education group	Mean	1.80	.057
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1.69
		Upper Bound	1.91
	5% Trimmed Mean	1.78	
	Median	2.00	
	Variance	.681	
	Std. Deviation	.825	
	Minimum	1	
	Maximum	3	
	Range	2	
	Interquartile Range	2	

		Statistic	Std. Error
	Skewness	.384	.167
	Kurtosis	-1.429	.333
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	Mean	14154.34	698.098
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	12778.20
		Upper Bound	15530.48
	5% Trimmed Mean	13034.70	
	Median	10000.00	
	Variance	103316343.2	
	Std. Deviation	10164.465	
	Minimum	2000	
	Maximum	80000	
	Range	78000	
	Interquartile Range	10000	

		Statistic	Std. Error
	Skewness	2.540	.167
	Kurtosis	10.130	.333
closed relatives	Mean	.51	.034
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	.44
		Upper Bound	.58
	5% Trimmed Mean	.51	
	Median	1.00	
	Variance	.251	
	Std. Deviation	.501	
	Minimum	0	
	Maximum	1	
	Range	1	
	Interquartile Range	1	
	Skewness	-.038	.167
	Kurtosis	-2.018	.333
	total environment	Mean	3.53
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	3.40
		Upper Bound	3.67
5% Trimmed Mean		3.55	
Median		4.00	
Variance		.970	
Std. Deviation		.985	
Minimum		1	
Maximum		5	
Range		4	
Interquartile Range		1	
Skewness		-.153	.167
Kurtosis		-.745	.333

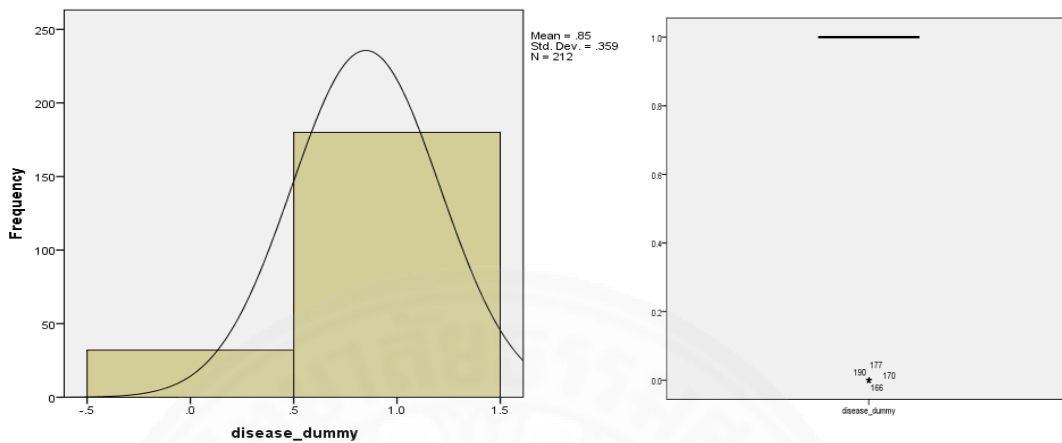
		Statistic	Std. Error	
total behavior	Mean	72.55	.592	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	71.38	
		Upper Bound	73.72	
	5% Trimmed Mean	72.83		
	Median	74.00		
	Variance	74.324		
	Std. Deviation	8.621		
	Minimum	49		
	Maximum	89		
	Range	40		
	Interquartile Range	13		
	Skewness	-.462	.167	
	Kurtosis	-.290	.333	
	total susceptibility	Mean	28.74	.243
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	28.26	
		Upper Bound	29.21	
5% Trimmed Mean		28.73		
Median		29.00		
Variance		12.518		
Std. Deviation		3.538		
Minimum		20		
Maximum		37		
Range		17		
Interquartile Range		5		
Skewness		.012	.167	
Kurtosis		-.677	.333	
		Statistic	Std. Error	

total severity	Mean		34.72	.364
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	34.01	
		Upper Bound	35.44	
	5% Trimmed Mean		34.86	
	Median		34.69	
	Variance		28.085	
	Std. Deviation		5.300	
	Minimum		23	
	Maximum		44	
	Range		21	
	Interquartile Range		8	
	Skewness		-.307	.167
	Kurtosis		-.715	.333
	total benefit	Mean		34.66
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	34.15	
		Upper Bound	35.17	
5% Trimmed Mean			34.91	
Median			36.00	
Variance			14.443	
Std. Deviation			3.800	
Minimum			25	
Maximum			39	
Range			14	
Interquartile Range			5	
Skewness			-.833	.167
Kurtosis			-.220	.333

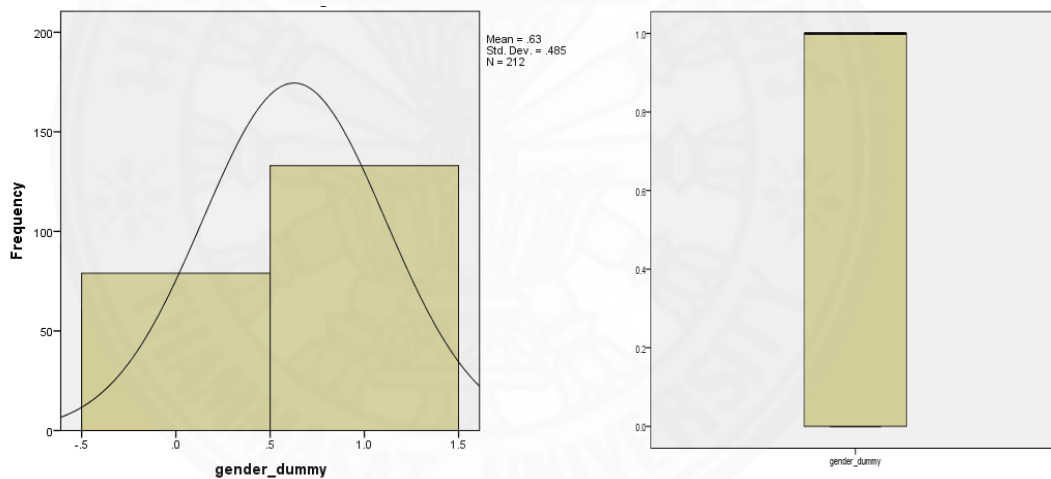
		Statistic	Std. Error	
total barrier	Mean	36.97	.064	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	36.84	
		Upper Bound	37.09	
	5% Trimmed Mean	36.96		
	Median	37.00		
	Variance	.866		
	Std. Deviation	.931		
	Minimum	34		
	Maximum	40		
	Range	6		
	Interquartile Range	0		
	Skewness	-.076	.167	
	Kurtosis	1.715	.333	
	total self efficacy	Mean	38.83	.054
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	38.72	
		Upper Bound	38.93	
5% Trimmed Mean		38.86		
Median		39.00		
Variance		.628		
Std. Deviation		.793		
Minimum		37		
Maximum		40		
Range		3		
Interquartile Range		1		
Skewness		-.543	.167	
Kurtosis		.110	.333	

		Statistic	Std. Error	
total cue to action	Mean	14.68	.063	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	14.56	
		Upper Bound	14.80	
	5% Trimmed Mean	14.70		
	Median	15.00		
	Variance	.835		
	Std. Deviation	.914		
	Minimum	13		
	Maximum	16		
	Range	3		
	Interquartile Range	1		
	Skewness	.154	.167	
	Kurtosis	-1.040	.333	

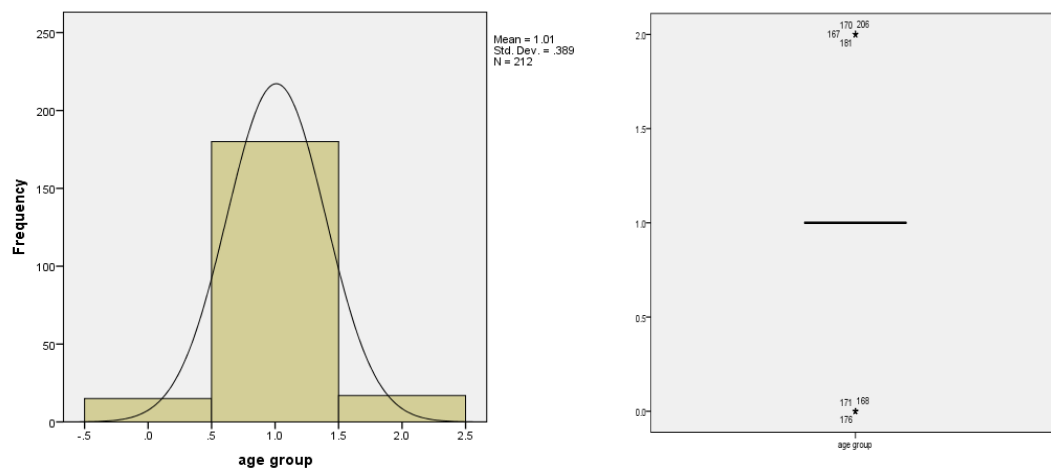
โรคประจำตัว



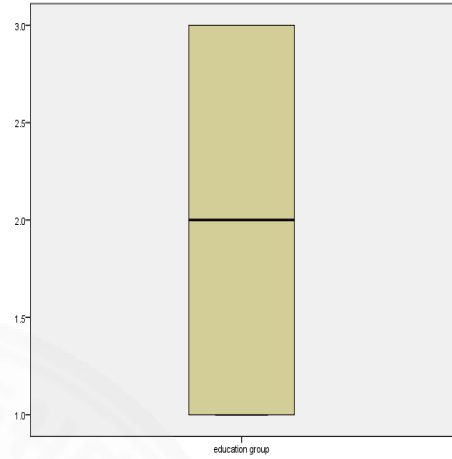
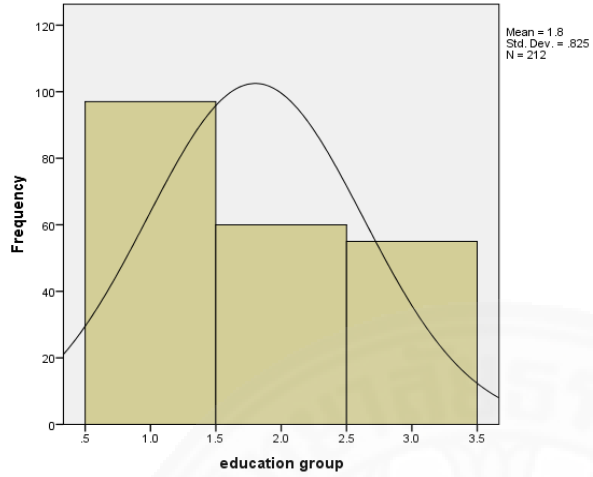
เพศ



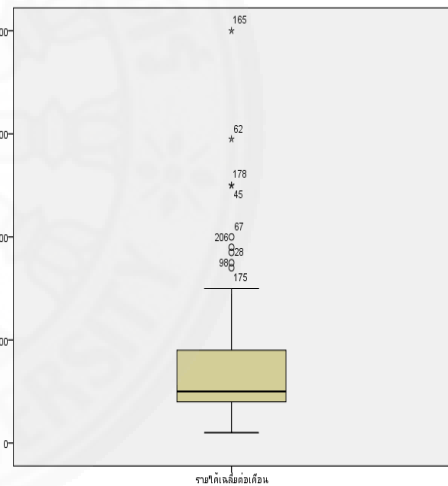
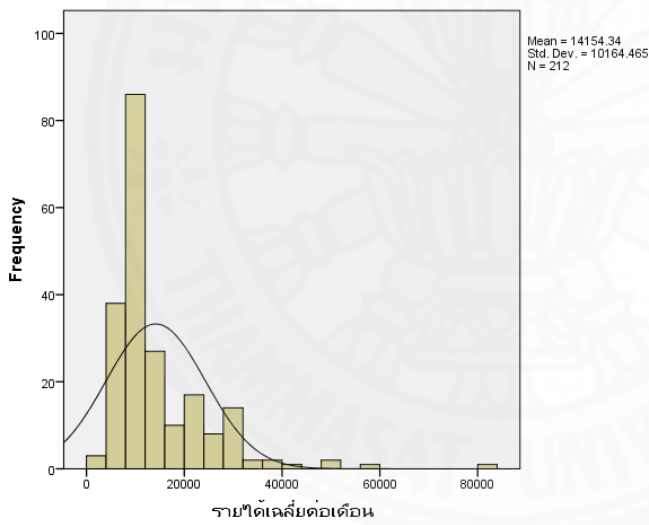
อายุ



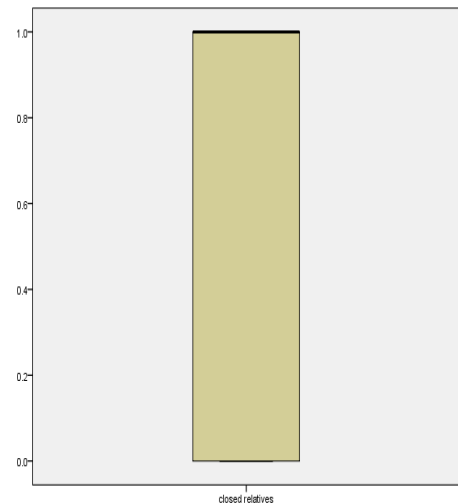
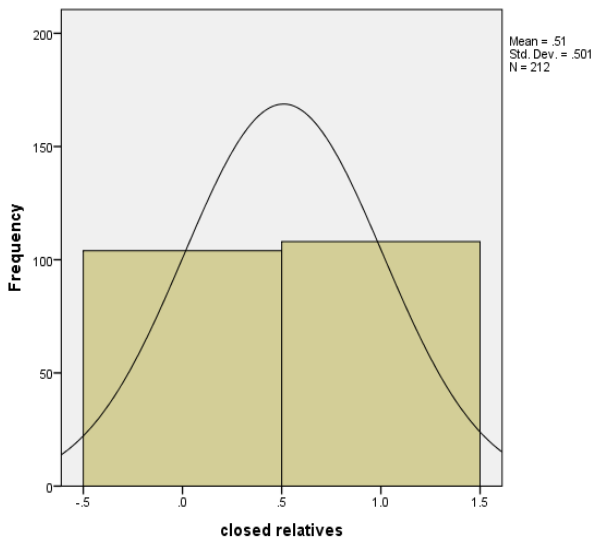
ระดับการศึกษา



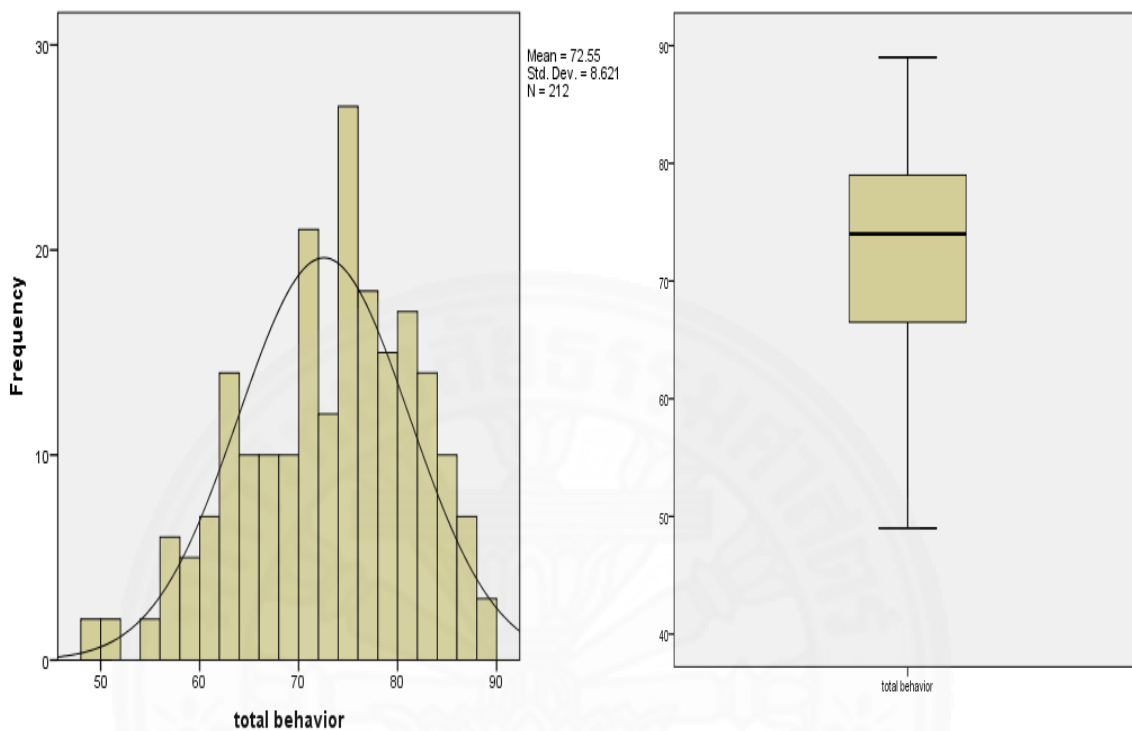
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน



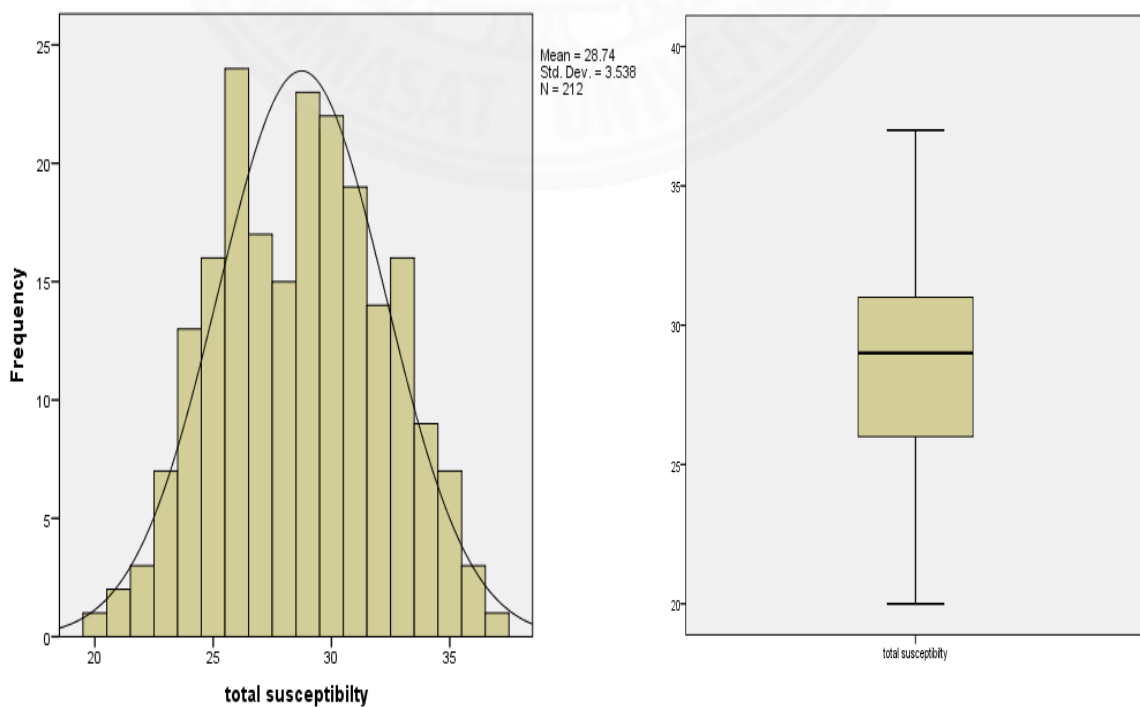
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย



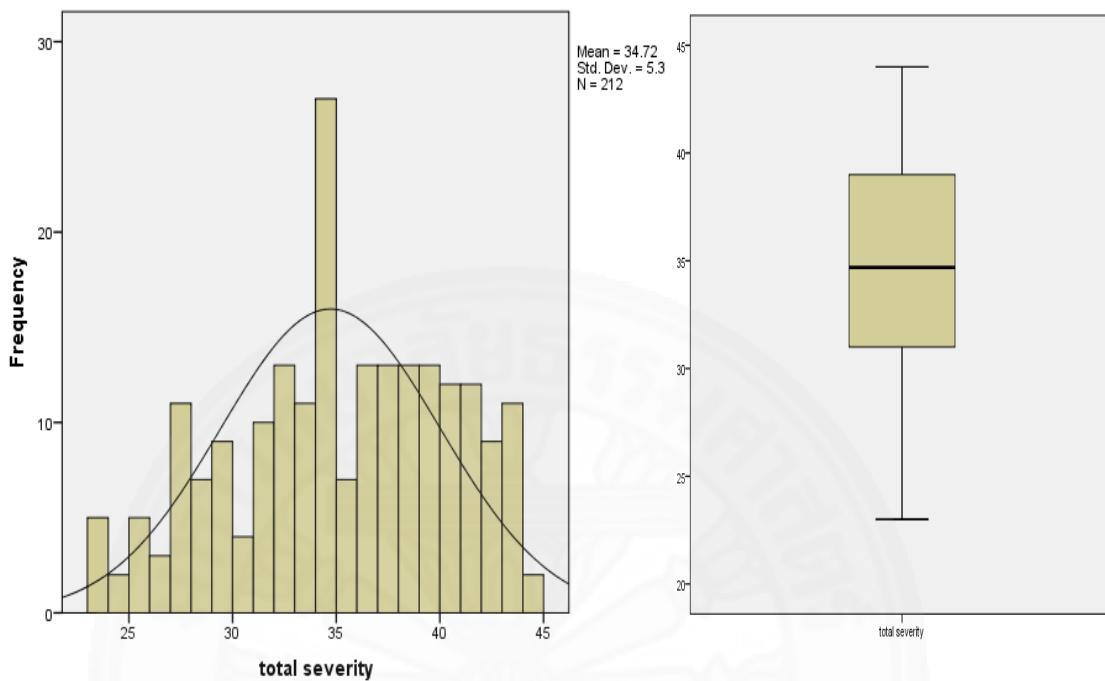
พฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัส



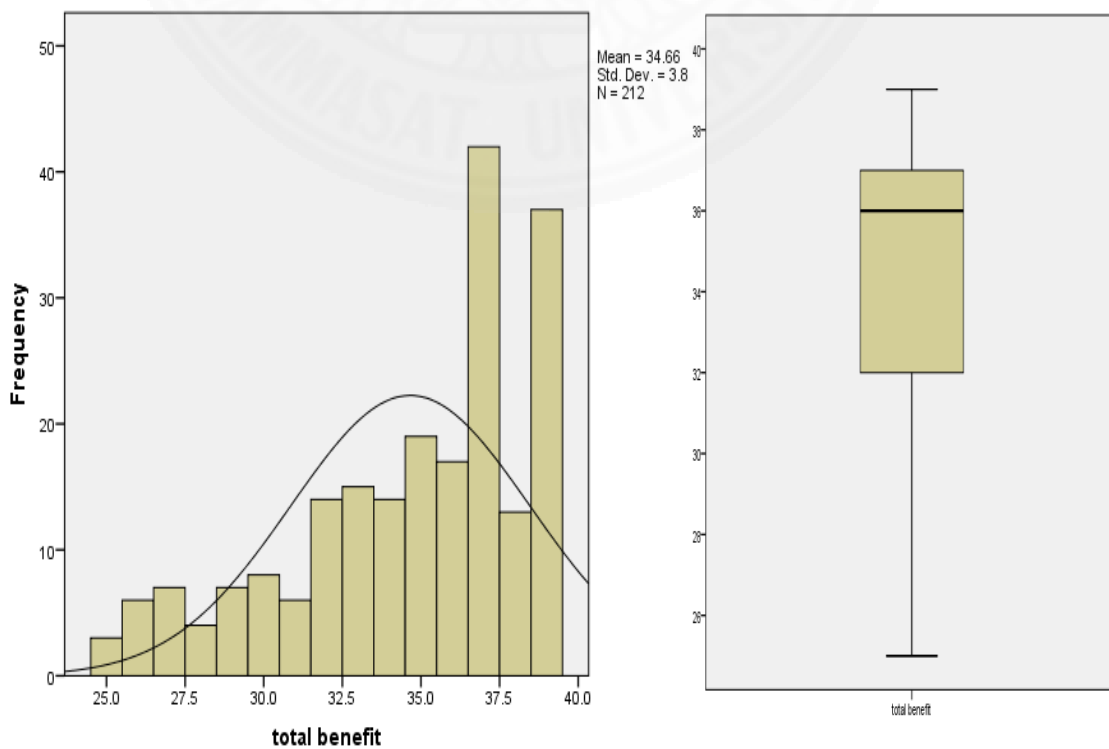
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัส



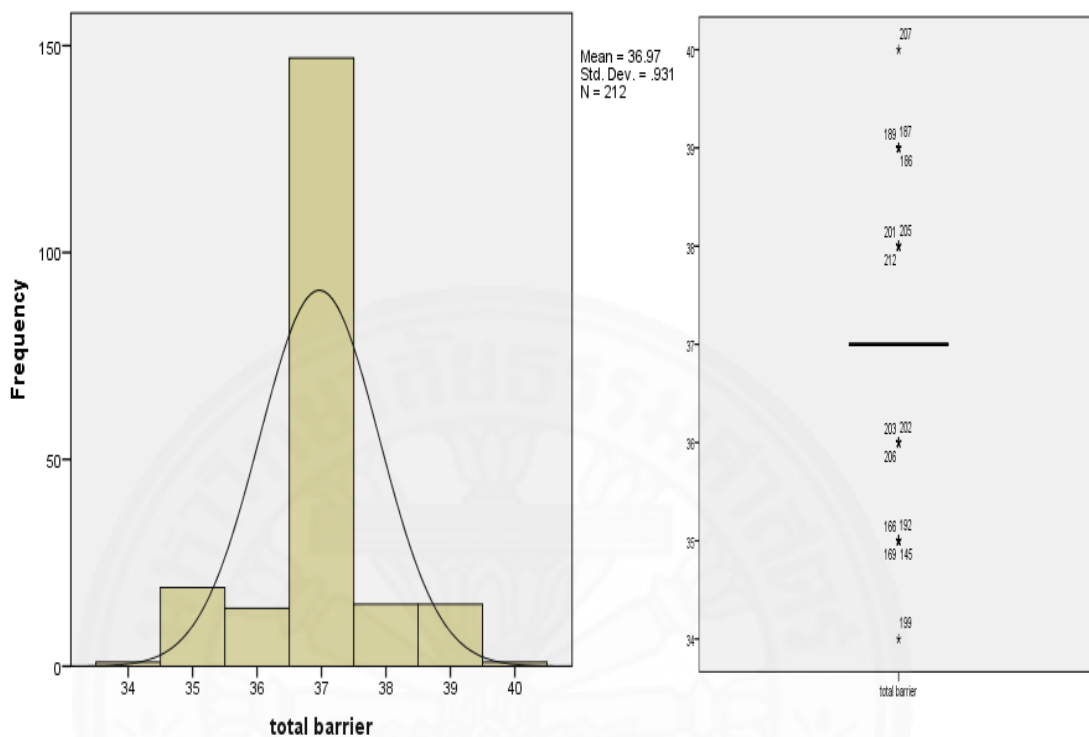
การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิดโรค



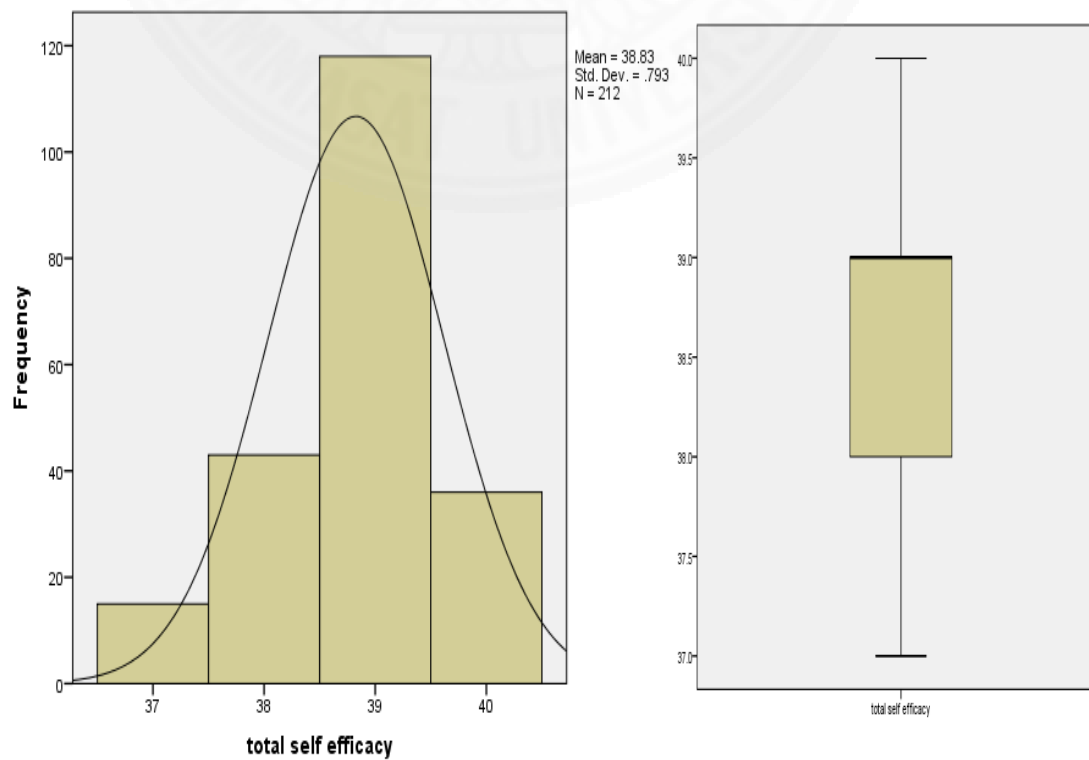
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิดโรค



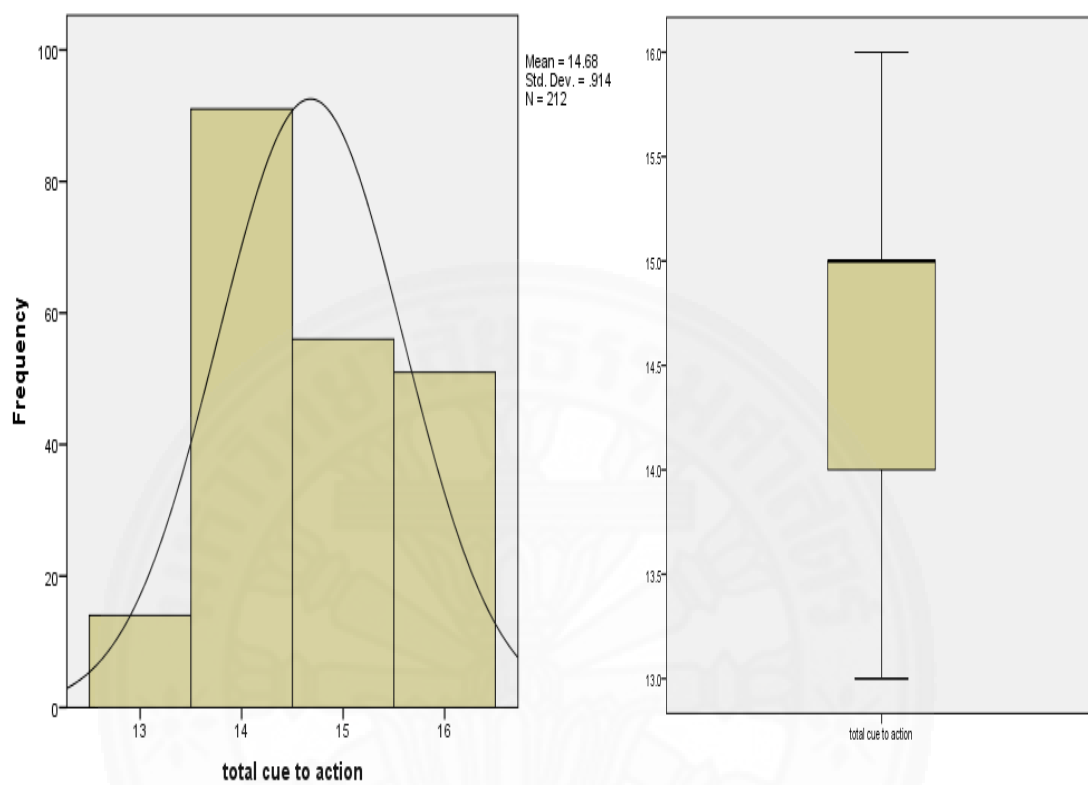
การรับรู้ถึงอุปสรรคของการป้องกันโรคโควิด



การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคโควิด



สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด



ภาคผนวก ฉ
การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูล

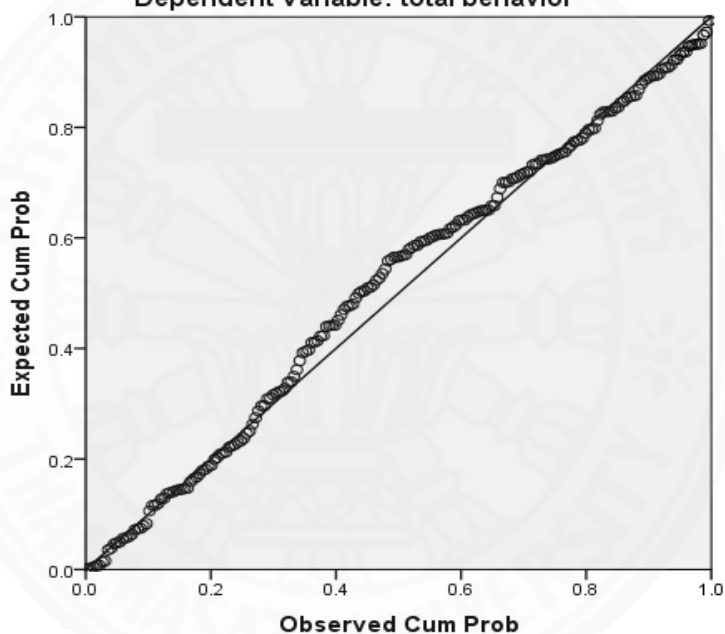


การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูล

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามการวิจัย และสมมติฐานการวิจัย ผู้วิจัยได้นำข้อมูลทั้งหมดมาทดสอบเพื่อให้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) ดังนี้

ความสัมพันธ์ของปัจจัยทำนายและพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอด เป็นความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity)

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual
Dependent Variable: total behavior



ภาคผนวก ข
ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม



Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.202 ^a	.041	.013	8.566	.041	1.452	6 ^a	205	.196	1.936
2	.282 ^b	.080	.039	8.453	.039	2.852	3 ^b	202	.038	
3	.397 ^c	.157	.107	8.148	.078	6.119	3 ^c	199	.001	

ANOVA

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	639.264	6	106.544	1.452	.196 ^b
	Residual	15043.166	205	73.381		
	Total	15682.429	211			
2	Regression	1250.543	9	138.949	1.945	.048 ^c
	Residual	14431.886	202	71.445		
	Total	15682.429	211			
3	Regression	2469.381	12	205.782	3.099	.000 ^d
	Residual	13213.048	199	66.397		
	Total	15682.429	211			

Coefficients

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	74.214	2.785		26.643	.000
	gender_dummy	.863	1.232	.049	.700	.484
	age group	1.322	1.568	.060	.843	.400
	education group	-.757	.880	-.072	-.860	.391
	disease_dummy	-.487	1.706	-.020	-.286	.775
	รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	-4.909E-005	.000	-.058	-.679	.498
	closed relatives	-2.089	1.201	-.121	-1.740	.083
2	(Constant)	18.824	34.233		.550	.583
	gender_dummy	.696	1.220	.039	.570	.569
	age group	1.304	1.582	.059	.824	.411
	education group	-.844	.876	-.081	-.964	.336
	disease_dummy	-.591	1.698	-.025	-.348	.728
	รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	-6.487E-005	.000	-.076	-.899	.370
	closed relatives	-2.111	1.188	-.123	-1.776	.077
	total benefit	.377	.157	.166	2.398	.017
	total barrier	.640	.664	.069	.965	.336
	total self efficacy	.496	.764	.046	.649	.517
3	(Constant)	-9.176	34.180		-.268	.789
	gender_dummy	.580	1.198	.033	.484	.629
	age group	.828	1.530	.037	.541	.589
	education group	-1.381	.854	-.132	-1.618	.107
	disease_dummy	-.859	1.640	-.036	-.524	.601
	รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	-1.452E-005	.000	-.017	-.206	.837
	closed relatives	-2.064	1.156	-.120	-1.785	.076
	total benefit	.177	.159	.078	1.110	.268
	total barrier	.675	.640	.073	1.054	.293
	total self efficacy	.388	.741	.036	.524	.601
	total susceptibility	.433	.168	.178	2.571	.011
	total severity	.213	.115	.131	1.862	.064
	total cue to action	1.296	.631	.137	2.053	.041

Coefficients

Model		95.0% Confidence Interval for B		Correlations		
		Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part
1	(Constant)	68.722	79.706			
	gender_dummy	-1.567	3.293	.062	.049	.048
	age group	-1.769	4.412	.056	.059	.058
	education group	-2.493	.978	-.132	-.060	-.059
	disease_dummy	-3.850	2.876	-.062	-.020	-.020
	รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	.000	.000	-.122	-.047	-.046
	closed relatives	-4.457	.278	-.136	-.121	-.119
2	(Constant)	-48.675	86.324			
	gender_dummy	-1.710	3.102	.062	.040	.038
	age group	-1.816	4.424	.056	.058	.056
	education group	-2.571	.882	-.132	-.068	-.065
	disease_dummy	-3.939	2.758	-.062	-.024	-.023
	รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	.000	.000	-.122	-.063	-.061
	closed relatives	-4.454	.233	-.136	-.124	-.120
	total benefit	.067	.686	.169	.166	.162
	total barrier	-.669	1.950	.056	.068	.065
	total self efficacy	-1.011	2.003	.086	.046	.044
3	(Constant)	-76.577	58.225			
	gender_dummy	-1.782	2.941	.062	.034	.031
	age group	-2.190	3.846	.056	.038	.035
	education group	-3.065	.302	-.132	-.114	-.105
	disease_dummy	-4.094	2.375	-.062	-.037	-.034
	รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	.000	.000	-.122	-.015	-.013
	closed relatives	-4.343	.216	-.136	-.126	-.116
	total benefit	-.137	.490	.169	.078	.072
	total barrier	-.588	1.937	.056	.074	.069
	total self efficacy	-1.073	1.850	.086	.037	.034
	total susceptibility	.101	.765	.241	.179	.167
	total severity	-.013	.440	.197	.131	.121
	total cue to action	.051	2.540	.191	.144	.134

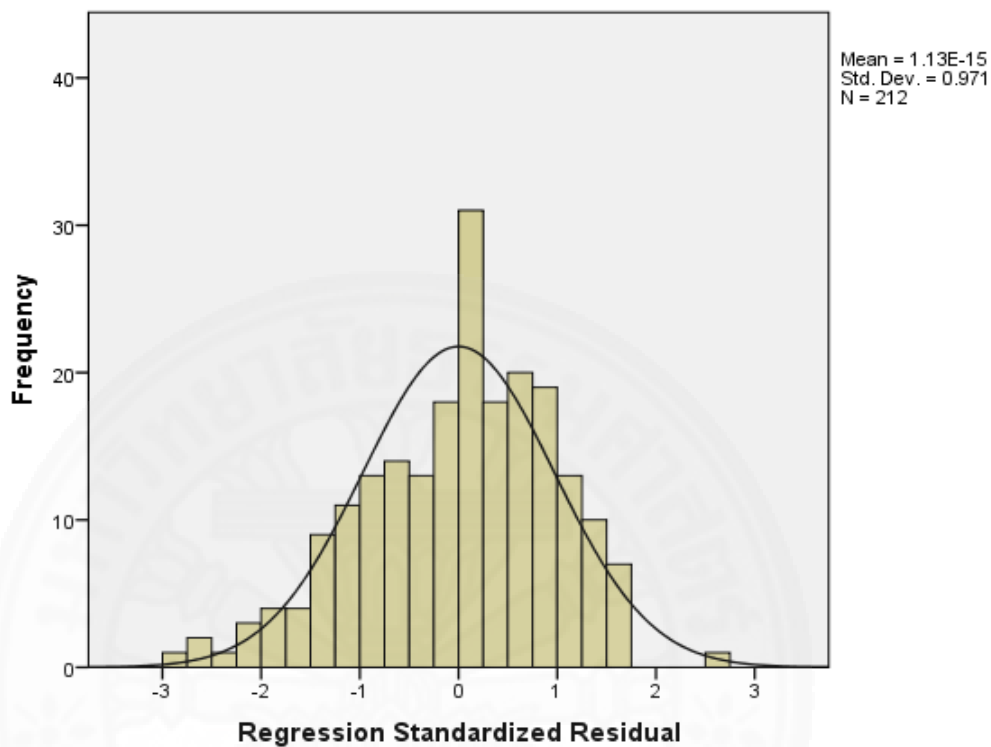
Coefficients

Model		Collinearity Statistics	
		Tolerance	VIF
1	(Constant)		
	gender_dummy	.975	1.026
	age group	.934	1.071
	education group	.659	1.518
	disease_dummy	.928	1.077
	รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	.644	1.553
	closed relatives	.961	1.041
2	(Constant)		
	gender_dummy	.968	1.033
	age group	.892	1.121
	education group	.649	1.542
	disease_dummy	.912	1.097
	รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	.629	1.590
	closed relatives	.955	1.047
	total benefit	.951	1.052
	total barrier	.887	1.128
total self efficacy	.922	1.084	
3	(Constant)		
	gender_dummy	.934	1.071
	age group	.886	1.128
	education group	.634	1.577
	disease_dummy	.908	1.101
	รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	.612	1.635
	closed relatives	.938	1.066
	total benefit	.861	1.162
	total barrier	.886	1.128
	total self efficacy	.912	1.096
	total susceptibility	.886	1.129
	total severity	.852	1.173
total cue to action	.946	1.057	

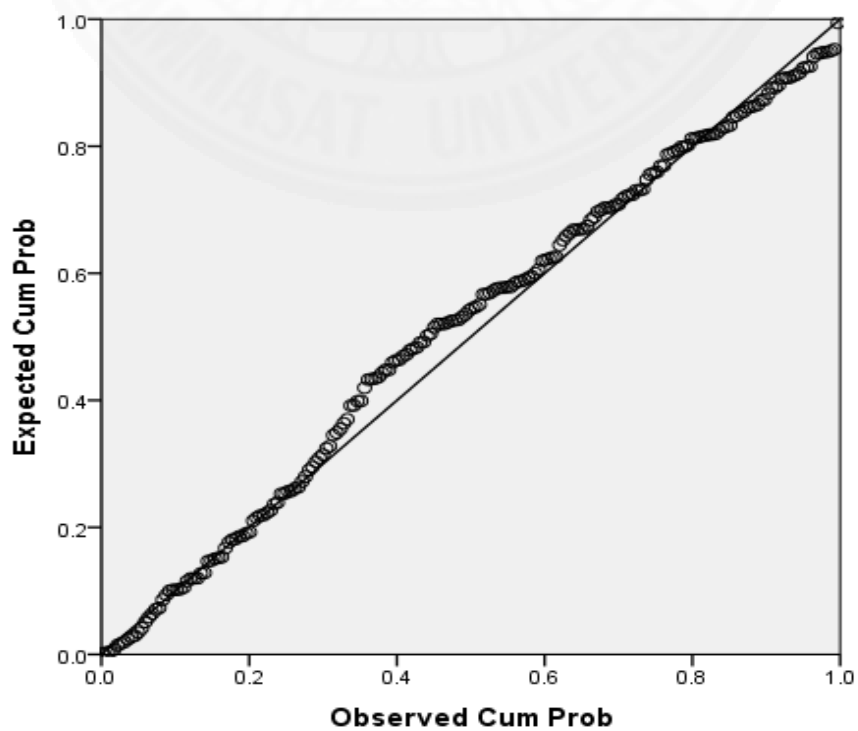
Residuals Statistics

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	62.63	80.23	72.55	3.421	212
Std. Predicted Value	-2.900	2.245	.000	1.000	212
Standard Error of Predicted Value	1.222	4.176	1.978	.398	212
Adjusted Predicted Value	63.23	80.33	72.57	3.446	212
Residual	-23.451	20.671	.000	7.913	212
Std. Residual	-2.878	2.537	.000	.971	212
Stud. Residual	-2.933	2.623	-.001	1.002	212
Deleted Residual	-24.350	22.102	-.021	8.435	212
Stud. Deleted Residual	-2.991	2.663	-.002	1.008	212
Mahal. Distance	3.749	54.421	11.943	5.616	212
Cook's Distance	.000	.055	.005	.008	212
Centered Leverage Value	.018	.258	.057	.027	212

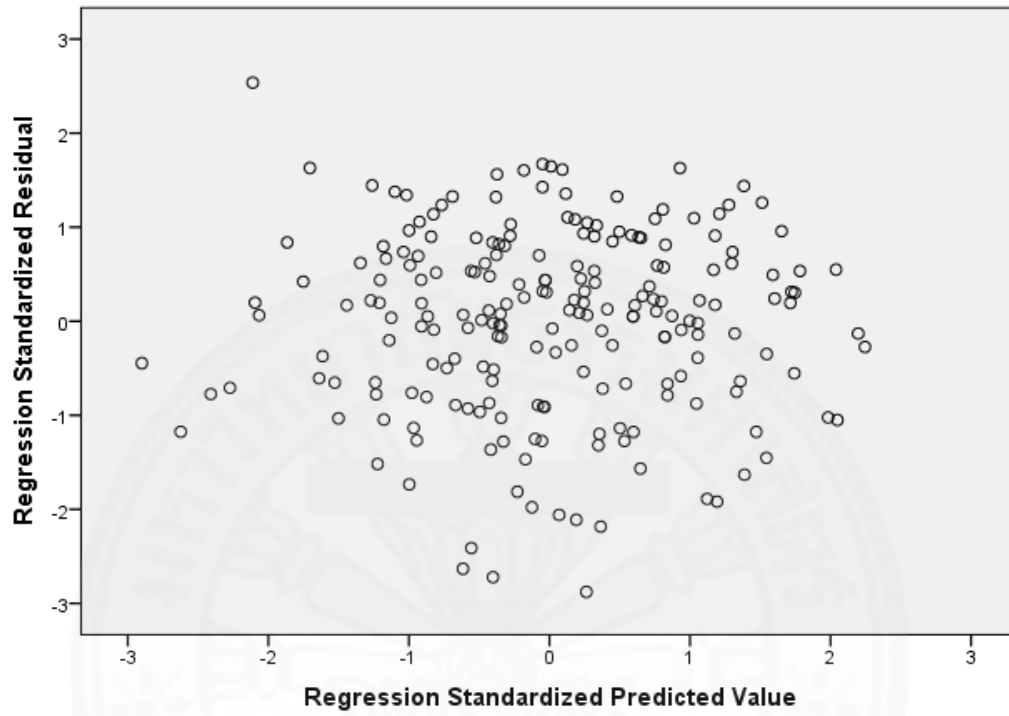
Histogram



Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



Scatter plot



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	ขวัญใจ มอนไธสง
วัน เดือน ปีเกิด	21 ธันวาคม 2520
วุฒิการศึกษา	ปีการศึกษา 2542 : พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีการศึกษา 2559 : พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	: พยาบาลประจำการ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันบำราศ นราดรุณ จ.นนทบุรี
ทุนการศึกษา	: ทุนบัณฑิตศึกษาจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัย แห่งชาติ (วช.)
ประสบการณ์ทำงาน	: 2551 – ปัจจุบัน: พยาบาลประจำการ งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สถาบันบำราศนราดรุณ จ.นนทบุรี : 2544 – 2551: พยาบาลประจำการ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน รพ.จักราช อ.จักราช จ.นครราชสีมา