



ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดพิจิตร



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ปีการศึกษา 2567
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดพิจิตร



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ปีการศึกษา 2567
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดพิจิตร”

ของ พิชญาภา ปกครอง

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

หลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์)

.....ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.อาจันต์ สงทับ)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ สุตหนองบัว)

อนุมัติ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรรองกาญจน์ ชูทิพย์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดพิจิตร
ผู้วิจัย	พิชญภา ปกครอง
ประธานที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร.อาจันต์ สงทับ
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2567
คำสำคัญ	การดูแลตนเอง, ผู้ป่วยวัณโรค, พฤติกรรม

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Analytical Cross-Sectional Study) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดพิจิตร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ จำนวน 250 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค โดยหาความความตรงของแบบสอบถาม อยู่ระหว่าง 0.67 – 1.0 และความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับวัณโรคด้วย Kuder-Richardson (K-20) เท่ากับ 0.783 และด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อวัณโรค ด้านการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ด้านการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค และด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค อยู่ระหว่าง 0.742 – 0.891 และวิเคราะห์ข้อมูล โดยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.6 ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ($\beta = 0.601$, $p < 0.001$) และการดื่มแอลกอฮอล์ ($\beta = -0.125$, $p = 0.013$) โดยสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคได้ ร้อยละ 37.1 ($\text{Adj } R^2 = 0.371$, $R^2 = 0.376$) ซึ่งผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่น

Title	FACTORS AFFECTING SELF-CARE BEHAVIORS AMONG TUBERCULOSIS PATIENTS, PHICHIT PROVINCE
Author	Phitchayapha Pokkhong
Advisor	Associate Professor Dr.Archin Songthap, Ph.D.
Academic Paper	M.P.H. Thesis in Public Health Program, Naresuan University, 2024
Keywords	Self-care, Tuberculosis Patients, Behaviors

ABSTRACT

This research was an analytical cross-sectional study aimed to examine the self-care behaviors and factors affecting self-care behaviors among tuberculosis patients in Phichit province. The sample consisted of 250 newly diagnosed TB patients, selected using systematic sampling. The data were collected through questionnaires which included personal factors, knowledge about tuberculosis, perceived susceptibility of tuberculosis transmission, perceived severity of tuberculosis, perceived self-efficacy in preventing the spread of tuberculosis, perceived outcomes of preventing tuberculosis transmission and the self-care behaviors of tuberculosis patients. The validity of the questionnaire ranged from 0.67 to 1.0, and the reliability of the questionnaire in terms of knowledge about tuberculosis was measured using the Kuder-Richardson formula (K-20) and found to be 0.783. The reliability for the perceived susceptibility of tuberculosis transmission, the perceived severity of tuberculosis, the perceived self-efficacy in preventing the spread of tuberculosis, the perceived outcomes of preventing tuberculosis transmission and the self-care behaviors of tuberculosis patients were measured using Cronbach's alpha, ranged from 0.742 to 0.891. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and multiple regression analysis.

The results revealed that self-care behaviors among TB patients were at a high level (91.6%). The independent variables that significantly influenced self-care behaviors were perceived self-efficacy in preventing the spread of tuberculosis ($\beta =$

0.601, $p < 0.001$) and drinking alcohol ($\beta = -0.125$, $p = 0.013$). These variables explained 37.1% of the variance in self-care behaviors (Adj $R^2 = 0.371$, $R^2 = 0.376$). The results of this study can be used as a basis for planning behavior modification interventions to prevent the spread of tuberculosis to others.

ภาษาอังกฤษ



ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร.อาจินต์ สงทับ ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ คำปรึกษา ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ และชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งกรุณาให้ความช่วยเหลือด้วยความเอาใจใส่ และคอยให้กำลังใจอย่างดียิ่ง ตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณ กรรมการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้การวิจัยนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรรพรรณ กิริตสิโรจน์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทรพล มากมี ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อ รวมทั้งให้คำแนะนำแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือวิจัยครั้งนี้

กราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 12 แห่งในจังหวัดพิจิตร ได้แก่ โรงพยาบาลพิจิตร โรงพยาบาลวังทรายพูน โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน โรงพยาบาลบางมูลนาก โรงพยาบาลโพทะเล โรงพยาบาลสามง่าม โรงพยาบาลทับคล้อ โรงพยาบาลสากเหล็ก โรงพยาบาลบึงนาราง โรงพยาบาลดงเจริญ โรงพยาบาลวชิรбарมี ที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี และกราบขอบพระคุณ ผู้รับผิดชอบงานวินโรคและบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลทั้ง 12 แห่งดังกล่าวข้างต้น ที่ได้มีส่วนช่วยประสานงานให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี

กราบขอบพระคุณ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้การวิจัยนี้มีความครบถ้วนและมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคุณแม่ คุณพ่อและครอบครัว ขอขอบคุณเพื่อนนิสิตทุกท่าน รวมทั้งขอบคุณพี่ น้องและเพื่อนร่วมงานทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือ และให้กำลังใจสนับสนุนในทุกด้านเป็นอย่างดี จนทำให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จได้ ทั้งนี้คุณค่าและคุณประโยชน์ที่ได้จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบอุทิศให้แก่ผู้มีพระคุณทุกท่าน และหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจไม่มากนักน้อยเพื่อนำไปสร้างประโยชน์ยิ่งขึ้นต่อไป

พิชญภา ปกครอง

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ข
ประกาศคุรุสภา.....	ง
สารบัญ.....	จ
สารบัญตาราง.....	ซ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามของการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
สมมติฐานของการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
สถานการณ์วัณโรค.....	9
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรควัณโรค.....	12
โรควัณโรค.....	12
สาเหตุของโรควัณโรค.....	13
การตรวจวินิจฉัยโรควัณโรค.....	16
การรักษาโรควัณโรค.....	19

ผลกระทบจากโรคฉี่หนู.....	22
พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค.....	24
ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.....	25
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	29
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	34
 บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	 35
ประชาชนและกลุ่มตัวอย่าง.....	35
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	37
การตรวจสอบคุณภาพ.....	40
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	41
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	42
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	43
 บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	 44
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล.....	45
ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรค.....	47
ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อโรค.....	49
ส่วนที่ 4 การรับรู้ความรุนแรงของโรค.....	53
ส่วนที่ 5 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค.....	56
ส่วนที่ 6 การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค.....	60
ส่วนที่ 7 พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค.....	64
ส่วนที่ 8 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค จังหวัดพิจิตร	67
 บทที่ 5 บทสรุป.....	 74
สรุปผลการวิจัย.....	74
อภิปรายผลการวิจัย.....	77
ข้อเสนอแนะ.....	79
 บรรณานุกรม	 81

ภาคผนวก 86

ประวัติผู้วิจัย 105



สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 แสดงค่าความเชื่อมั่นจำแนกรายข้อแบบสอบถาม.....	41
ตาราง 2 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 250).....	45
ตาราง 3 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรค (n=250).....	47
ตาราง 4 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามถูกต้องด้านความรู้เกี่ยวกับวัณโรค (n=250).....	48
ตาราง 5 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ การแพร่เชื้อวัณโรค(n=250).....	49
ตาราง 6 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนน ของกลุ่มตัวอย่าง ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อวัณโรค จำแนกตามรายข้อ (n=250).....	50
ตาราง 7 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของ วัณโรค (n=250).....	53
ตาราง 8 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนน ของกลุ่มตัวอย่าง ด้านการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค จำแนกตามรายข้อ (n=250).....	54
ตาราง 9 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนการรับรู้ความสามารถ ของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค(n=250).....	56
ตาราง 10 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของกลุ่มตัวอย่าง ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคจำแนกตาม รายข้อ(n=250).....	57
ตาราง 11 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนการรับรู้ผลลัพธ์แสดง จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนการรับรู้ผลลัพธ์ (n=250).....	60
ตาราง 12 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของกลุ่มตัวอย่าง ด้านการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค จำแนกตามรายข้อ (n=250).....	61
ตาราง 13 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแล ตนเองของผู้ป่วยวัณโรค (n=250).....	64

ตาราง 14 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนน ของกลุ่มตัวอย่าง ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำแนกตามรายชื่อ (n=250).....	64
ตาราง 15 แสดงตัวแปร และระดับการวัดตัวแปร.....	68
ตาราง 16 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายและพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยวัณโรค (n = 250).....	71
ตาราง 17 แสดงผลการวิเคราะห์ตัวแปรทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัด พิจิตร ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบขั้นตอน (n=250).....	72



สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1 แสดงองค์ประกอบและความสัมพันธ์เชิงทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคแนวคิดของ Ronald W. Rogers.....	28
ภาพ 2 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย	34



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพซึ่งเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิต 10 อันดับแรกทั่วโลก วัณโรคเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ไมโคแบคทีเรียทูปอร์คูโลซิส (*Mycobacterium tuberculosis*) จัดอยู่ในกลุ่ม *Mycobacterium tuberculosis complex* วัณโรคเกิดได้ในทุกอวัยวะของร่างกาย ส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอด (ร้อยละ 80) ซึ่งสามารถแพร่เชื้อได้ง่าย โดยวัณโรคจะติดต่อจากคนสู่คนผ่านทางอากาศ (airborne transmission) จากการจาม ไอ พูดดังๆ ตะโกน อาจจะทำให้เกิดละอองฝอย (droplet nuclei) ฟุ้งกระจายออกมา ละอองฝอยที่มีขนาดใหญ่มากจะตกลงสู่พื้นดินและแห้งไป ส่วนละอองฝอยที่มีขนาดเล็ก 1-5 ไมโครเมตร จะลอยและกระจายอยู่ในอากาศ (สำนักวัณโรค, 2564)

วัณโรคเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรหลายประเทศ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ถึง 8.2 ล้านคน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2565 ถึงร้อยละ 9.33 (7.5 ล้านคน) และในปี พ.ศ. 2566 องค์การอนามัยโลกรายงานว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยวัณโรคถึง 10.8 ล้านคน (134 รายต่อประชากรแสนคน) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากในปี พ.ศ. 2565 ถึงร้อยละ 0.93 (10.7 ล้านคน) และปี พ.ศ. 2563 ถึงร้อยละ 6.93 (10.1 ล้านคน) เนื่องจากผลกระทบของโควิด-19 ส่งผลให้พบจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น และมีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตสูงถึง 1.25 ล้านราย ซึ่งพบในกลุ่มคนที่ไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 1.09 ล้านราย และในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี (HIV) จำนวน 161,000 ราย โดยวัณโรคส่งผลกระทบต่อทุกเพศทุกวัย ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่อยู่ใน 30 ประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 87 ของจำนวนผู้ป่วยทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2566 โดยมีเพียง 5 ประเทศที่คิดเป็นสัดส่วนถึงร้อยละ 56 ของผู้ป่วยทั่วโลก ได้แก่ ประเทศอินเดีย (ร้อยละ 26) ประเทศอินโดนีเซีย (ร้อยละ 10) ประเทศจีน (ร้อยละ 6.8) ประเทศฟิลิปปินส์ (ร้อยละ 6.8) และประเทศปากีสถาน (ร้อยละ 6.3) โดยภูมิภาคที่พบผู้ป่วยวัณโรคมากที่สุด คือ เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (ร้อยละ 45) แอฟริกา (ร้อยละ 24) แปซิฟิกตะวันตก (ร้อยละ 17) เมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก (ร้อยละ 8.6) อเมริกา (ร้อยละ 3.2) และยุโรป (ร้อยละ 2.1) โดยประเทศที่มีภาระวัณโรคสูงที่สุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้แก่ อินเดีย อินโดนีเซีย พม่า บังกลาเทศ เนปาล และประเทศไทย ซึ่งประเทศไทยเป็น 1 ใน 6 ประเทศที่มีภาระวัณโรคสูงที่สุด การที่ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบผู้ป่วยวัณโรคมากที่สุดเนื่องจากผลกระทบจากการระบาดของโควิด-19 และ

ผลกระทบทางเศรษฐกิจ ขาดแคลนทรัพยากร ทั้งด้านเทคโนโลยี ยารักษา และบุคลากรอย่างรุนแรง โดยพบผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2566 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2563 ถึง 1.3 ล้านคน (WHO, 2024)

องค์การอนามัยโลก ได้จัดอันดับกลุ่มประเทศที่มีภาระโรคสูงทั้ง 3 ประเภท คือ วัณโรค วัณโรคดื้อยา และวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี สำหรับปี พ.ศ. 2564 – 2568 ประเทศไทย ไม่ถูกจัดอยู่ในกลุ่ม 30 ประเทศ ที่มีจำนวนผู้ป่วยและอัตราป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานสูง ซึ่งหมายความว่าประเทศไทยได้พ้นจาก 14 ประเทศ ที่มีภาระโรคสูงทั้ง 3 ประเภท แต่ยังคงอยู่ใน กลุ่มของประเทศที่มีภาระโรคและวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และ วัณโรคเป็นโรคติดเชื้ออันดับหนึ่งของโลกที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต (WHO, 2024) ซึ่งสถานการณ์วัณโรคปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยพบจำนวนผู้ป่วยวัณโรคประมาณ 113,000 คน หรือมีอัตราป่วย 153 ต่อประชากรแสนคน และเสียชีวิตด้วยวัณโรคจำนวน 13,000 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 68 เพศหญิง ร้อยละ 31 เด็ก ร้อยละ 1 และพบในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 2,000 ราย (กองวัณโรค, 2567) ซึ่งจากการวิเคราะห์ สถานการณ์ วัณโรคของผู้ป่วยรายใหม่ ในปี พ.ศ. 2567 พบจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยและรายงาน จำนวน 74,453 คน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2566 (73,178 คน) จากการวิเคราะห์สถานการณ์วัณโรคของผู้ป่วย วัณโรครายใหม่ ในปี พ.ศ. 2563 – 2567 มีอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ร้อยละ 80.94, 78.93, 80.14, 79.16 และ 62.95 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2568) ซึ่งจากการ วิเคราะห์พบว่าอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคของประเทศไทยต่ำกว่าเป้าหมายและลดลง ถึงแม้ว่า ปัจจุบัน ประเทศไทยมีการนำกลยุทธ์ DOTS (Directly Observed Treatment) การกำกับกินยาแบบ มีพี่เลี้ยงมาปรับใช้ (กองวัณโรค, 2560)

การที่วัณโรคยังเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาต่อระบบสาธารณสุขจนถึงปัจจุบันทำให้มีการศึกษา ทั้งในและต่างประเทศที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค พบว่ามีปัจจัยหลายประการ ด้วยกัน ได้แก่ รักษาด้วยระยะเวลาไม่นานพอเนื่องจากผู้ป่วยไม่รับประทานหรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และผู้ป่วยหยุดการรักษาก่อนเวลาที่เหมาะสม (เทพไทย โชติชัย, 2554) อาชีวะ (ธนชัย เอกอภิชน, 2561) การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ขาดความรู้เกี่ยวกับวัณโรคความเชื่อว่าวัณโรคสามารถป้องกันได้ และการไม่พึงพอใจในการดูแลของผู้ให้บริการทางสุขภาพ (ชาลีพะห์ มัวหามะ, 2562) ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส (อุทุมพร ภักดีศิริวงษ์, 2555) การเสียชีวิตจากการดื้อยา (Cho & Kwon, 2013) การมีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาเพิ่มขึ้น จากการศึกษาในประเทศอินโดนีเซีย (Noorratri et al., 2016) การมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ให้บริการที่ไม่ดี การขาดการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Vijay, 2010) การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ (นันทพร เขยชัยภูมิ, 2555) การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Masoud et.al., 2017) ซึ่งการจะรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้สำเร็จเป็นผล มาจากพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคร่วมด้วย

ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็วจะสามารถแพร่เชื้อผู้อื่นได้ปีละ 10-15 คน ซึ่งเมื่อป่วยเป็นวัณโรคย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย เช่น รับประทานอาหารได้น้อยลง ผู้ป่วยบางรายอาจช่วยเหลือตนเองได้น้อย ปฏิบัติกิจกรรมหรือทำงานต่าง ๆ ได้น้อยลง ไม่สามารถทำงานได้ รวมถึงอาจเกิดโรคแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น ด้านจิตใจ อารมณ์ เช่น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจ เครียด วิตกกังวลและบั่นทอนกำลังใจการดูแลสุขภาพวัณโรคได้ ผู้ป่วยวัณโรคจะรู้สึกถูกรังเกียจจากบุคคลรอบข้าง รู้สึกเป็นภาระของครอบครัว ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เช่น เนื่องจากไม่สามารถประกอบอาชีพได้ย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว ทำให้ครอบครัวสูญเสียรายได้ เนื่องจากผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายทั้งค่าพาหนะมาพบแพทย์ ค่าอาหาร ค่ารักษา เป็นต้น นอกจากนี้ถ้ามีผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มมากขึ้น ย่อมส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและการพัฒนาของประเทศได้ อาจทำให้ประเทศสูญเสียรายได้ และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคอีกด้วย (สำนักงานวัณโรค, 2561)

สถานการณ์วัณโรคเขตสุขภาพที่ 3 พบว่า ในปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ จำนวน 2,718 คน คิดเป็น 93.69 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งจากการวิเคราะห์ สถานการณ์วัณโรคของผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่ ในปี พ.ศ. 2563 – 2567 มีอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ร้อยละ 81.63, 81.49, 80.55, 78.62 และ 66.22 ตามลำดับ ซึ่งจากวิเคราะห์พบว่าอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค ของเขตสุขภาพที่ 3 ต่ำกว่าร้อยละ 90 ตามเกณฑ์ที่กำหนดของกระทรวงสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข, 2568)

ในปี พ.ศ. 2567 จังหวัดพิจิตร พบจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยและรายงาน จำนวน 546 คน คิดเป็น 103.95 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2566 (553 คน คิดเป็น 104.60 ต่อประชากรแสนคน) จากการวิเคราะห์สถานการณ์วัณโรคของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ในปี พ.ศ. 2563 – 2567 พบว่าอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ร้อยละ 72.56, 76.92, 86.54, 72.69 และ 61.35 แสดงให้เห็นว่าจังหวัดพิจิตรมีอัตราการรักษาสำเร็จลดลงและไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดที่ร้อยละ 90 (กระทรวงสาธารณสุข, 2568)

วัณโรคยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกและประเทศไทย ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2558 องค์การอนามัยโลก ได้ประกาศยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (The End TB Strategy) โดยมีเป้าหมายยุติวัณโรค ปี พ.ศ.2578 โดยประเทศไทยได้จัดทำแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ.2560 – 2564 และขยายปี พ.ศ. 2565 ในการเร่งยุติวัณโรคของประเทศ และได้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค ระยะที่ 2 (พ.ศ.2566 – 2570) โดยมีทิศทางในการบรรลุเป้าหมายการดำเนินงาน วัณโรคของประเทศไทยที่กำหนดไว้ในปี พ.ศ. 2578 มีเป้าหมายหลัก เพื่อลดปัญหาการแพร่ระบาด วัณโรคของประเทศไทย โดยมีเป้าหมาย คือ ลดอัตราการอุบัติการณ์ของวัณโรคลงจาก 143 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ.2564 เหลือ 89 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ.2570 และผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคของ

ประเทศไทยต่ำกว่าเป้าหมายระดับสากล (ร้อยละ 90) ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค พ.ศ. 2557 – 2564 มีอัตราผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 81.5 – 86.3 ซึ่งสาเหตุที่อัตราผลสำเร็จของการรักษาไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษา ร้อยละ 7.8 – 9.3 (ช่วงอายุมากกว่า 65 เสียชีวิตระหว่างการรักษามากที่สุดร้อยละ 16.7 – 17.9) และรองลงมาขาดยา ร้อยละ 5.4 – 4.7 ซึ่งมีแนวโน้มลดลง ซึ่งแผนปฏิบัติการฉบับนี้ มีองค์ประกอบ 5 ยุทธศาสตร์ที่สำคัญที่เป็นมาตรการในการดำเนินงาน แต่ละยุทธศาสตร์ ได้แก่ เร่งรัดการค้นหาและตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา ยกระดับการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาตามมาตรฐานสากล เพิ่มประสิทธิภาพและ การเข้าถึงการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคระยะแฝงและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เสริมสร้างความเข้มแข็งระบบสนับสนุนการดำเนินงานวัณโรค และการขับเคลื่อนการวิจัยและนวัตกรรม ในการป้องกันควบคุมวัณโรค

การที่บุคคลมีเชื้อโรคหรือป่วยด้วยโรคต่าง ๆ และต้องการลดการแพร่กระจายของเชื้อจากบุคคลหนึ่งไปสู่บุคคลรอบข้างนั้นเกิดจากบุคคลนั้นแสวงหาแนวทางในการป้องกันไม่ให้มีแพร่กระจายของเชื้อเหล่านั้น ซึ่งการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อป้องกันหรือลดการแพร่กระจายเชื้อโรคนั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ Ronald W. Roger (1975) เป็นผู้พัฒนาแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เกิดจากแนวคิดที่ว่าโรคเป็นผลต่อเนื่องมาจากพฤติกรรมที่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรค และถ้าเกิดเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าวจะสามารถลดอัตราการเกิดโรคต่อตนเองรวมถึงบุคคลรอบข้างได้ โดยเป็นการเริ่มต้นจากการนำการกระตุ้นด้วยความกลัวมาใช้โดยเน้นความสำคัญระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self efficacy Theory) นั่นคือการรวมปัจจัยที่ทำให้เกิดจากการรับรู้ในภาพรวมของบุคคลที่ส่งผลต่อการกระทำ ซึ่งการรับรู้ที่ประกอบด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการแพร่เชื้อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค นอกจากนี้ยังมีปัจจัยพื้นที่หรือทางอ้อม เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ความรู้ การศึกษา สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม โดยปัจจัยดังกล่าวมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลจึงส่งผลให้การปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคแตกต่างกันด้วย ซึ่งหากบุคคลรับรู้ถึงทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ย่อมส่งผลให้เกิดการตัดสินใจในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน และการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคต่อผู้อื่น

จากปัญหาการแพร่ระบาดที่สามารถแพร่กระจายเชื้อหรือสามารถติดต่อไปถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคลากร หรือประชาชน การขาดดูแลตนเองของผู้ป่วย และจากการเกิดอุบัติเหตุซ้ำของวัณโรคในจังหวัดพิจิตร และยังไม่พบการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคในจังหวัดพิจิตร ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค

โดยได้นำทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection motivation theory : PMA) มาประยุกต์ใช้ เพื่อนำผลที่ได้จากศึกษามาใช้เป็นแนวทางการวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดซ้ำในผู้ป่วย วัณโรคและรักษาสำเร็จต่อไป รวมถึงใช้เป็นข้อมูลในการหาแนวทางกำหนดวิธีหรือกลยุทธ์ในการแก้ไข ปัญหา ทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้อง เพื่อเพิ่มอัตราการรักษาสำเร็จและลดการกลับมาเป็น ซ้ำ

คำถามของการวิจัย

1. การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคจังหวัดพิจิตรอยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคจังหวัดพิจิตร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดพิจิตร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดพิจิตร

สมมติฐานของการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือนของ ครอบครัว การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา โรคประจำตัว ความรู้เรื่องโรควัณโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของ ต่อการแพร่เชื้อวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค และการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ วัณโรค มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตัวเองของผู้ป่วยวัณโรค และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดพิจิตร

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตเนื้อหา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Analytical Cross-Sectional Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค และปัจจัยที่มีผลต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดพิจิตร โดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ในการศึกษารั้งนี้

ขอบเขตประชากร

ผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการวินิจฉัยขึ้นทะเบียนรายใหม่ในคลินิกวัณโรค และยังได้รับการรักษาอยู่จนถึงช่วงเก็บข้อมูล ในโรงพยาบาล 12 แห่งจังหวัดพิจิตร

ขอบเขตเวลา

รวบรวมข้อมูลโดยการใช้แบบสอบถาม ระหว่าง เดือน กันยายน พ.ศ.2564 – พฤษภาคม 2565

ขอบเขตสถานที่

โรงพยาบาล 12 แห่งจังหวัดพิจิตรได้แก่ โรงพยาบาลพิจิตร โรงพยาบาลวังทรายพูน โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง โรงพยาบาลตะพานหิน โรงพยาบาลบางมูลนาก โรงพยาบาลโพทะเล โรงพยาบาลสามง่าม โรงพยาบาลทับคล้อ โรงพยาบาลสากเหล็ก โรงพยาบาลบึงนาราง โรงพยาบาลดงเจริญ และโรงพยาบาลวชิรบำรุง

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. วัณโรค หมายถึง โรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ไมโคแบคทีเรีย ทูเบอร์คูโลซิส (*Mycobacterium tuberculosis*) จัด อยู่ใน กลุ่ม *Mycobacterium tuberculosis complex* ที่เกิดขึ้นในปอด (Pulmonary Tuberculosis) และสามารถแพร่กระจายเชื้อได้ง่าย ซึ่งเป็นโรคที่ติดต่อจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่งได้โดยการหายใจรับละอองฝอยเข้าสู่ร่างกาย
2. ผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง ผู้ที่ได้รับการรับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนคลินิกวัณโรคเพื่อรักษาวัณโรค ในจังหวัดพิจิตร ตั้งแต่พฤษภาคม 2564 เป็นต้นไป
3. ความรู้เรื่องโรควัณโรค หมายถึง ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรควัณโรคปอด ได้แก่ อาการ การแพร่กระจายเชื้อวัณโรค และการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องของผู้ป่วยวัณโรค
4. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อวัณโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยวัณโรค เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและแพร่กระจายโรคหรือแนวโน้มที่จะทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยวัณโรคมากหรือน้อย
5. การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อของผู้ป่วยวัณโรค เกี่ยวกับอาการและอันตรายของโรควัณโรคที่มีผลต่อตนเองและครอบครัวหรือเกิดจากการประเมิณผลที่ตนเองอาจจะได้รับจากการป่วยทั้งต่อสุขภาพ เช่น ชีวิต ความพิการ การเกิดโรคแทรกซ้อน และผลกระทบที่ไม่เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การสูญเสียหน้าที่การงาน การสูญเสียทรัพย์สิน เป็นต้น

6. การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ของผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง ความเชื่อ ความรู้ที่นึกคิด ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำ การกระทำต่าง ๆ เป็นสิ่งที่ช่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปยังบุคคลอื่นและรักษาวัณโรค เช่น ลดผลกระทบทางสุขภาพ ลดความรุนแรงของโรค

7. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ของผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง ความเชื่อ ความนึกคิดว่าการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อดูแลตนเองหรือการป้องกันวัณโรคนั้น สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ เช่น การดูแลตนเอง ป้องกันตนเอง จะช่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

8. พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำของผู้ป่วยวัณโรค ที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อให้กับผู้สัมผัสร่วมบ้านหรือผู้ใกล้ชิด ในด้านการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน การส่งเสริมการหายของโรค และการจัดการสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ถูกสุขลักษณะรวมถึงการไปรับการรักษา



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษารั้งนี้ เป็นการศึกษเชิงวิเคราะห์ แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดพิจิตร ในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าจากเอกสารวิชาการ แนวคิด และทฤษฎีที่ได้มีผู้ศึกษามาประกอบในการศึกษา

1. สถานการณ์วัณโรค
2. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรควัณโรค
 - 2.1 โรควัณโรค
 - 2.2 สาเหตุของโรควัณโรค
 - 2.3 การตรวจวินิจฉัยโรควัณโรค
 - 2.4 การรักษาโรควัณโรค
 - 2.5 ผลกระทบจากโรควัณโรค
 - 2.6 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค
3. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory:PMT)
4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. สถานการณ์โรคฉี่หนู

โรคฉี่หนูเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรหลายประเทศ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยโรคฉี่หนูถึง 10.8 ล้านคน (134 รายต่อประชากรแสนคน) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากในปี พ.ศ. 2565 ถึงร้อยละ 0.93 (10.7 ล้านคน) ปี พ.ศ. 2564 ถึงร้อยละ 3.84 (10.4 ล้านคน) และปี พ.ศ. 2563 ถึงร้อยละ 6.93 (10.1 ล้านคน) โดยพบผู้ป่วยโรคฉี่หนูใหม่ถึง 8.2 ล้านคน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2565 ถึงร้อยละ 9.33 (7.5 ล้านคน) จากการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคฉี่หนูอย่างต่อเนื่องนั้นสะท้อนถึงผลกระทบระยะยาวจากความล้มเหลว และการหยุดชะงักของการบริการด้านโรคฉี่หนูในช่วงที่เกิดการระบาดของโควิด-19 อย่างรุนแรงในปี พ.ศ. 2563 – 2564 และในปี พ.ศ. 2566 มีจำนวนผู้ป่วยโรคฉี่หนูเสียชีวิตสูงถึง 1.25 ล้านราย ซึ่งพบในกลุ่มคนที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 1.09 ล้านราย และในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี (HIV) จำนวน 161,000 ราย โดยโรคฉี่หนูส่งผลกระทบต่อทุกเพศทุกวัย ซึ่งผู้ป่วยโรคฉี่หนูส่วนใหญ่อยู่ใน 30 ประเทศที่มีภาระโรคสูง ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 87 ของจำนวนผู้ป่วยทั่วโลกในปี พ.ศ. 2566 โดยมีเพียง 5 ประเทศที่คิดเป็นสัดส่วนถึงร้อยละ 56 ของผู้ป่วยทั่วโลก ได้แก่ ประเทศอินเดีย (ร้อยละ 26) ประเทศอินโดนีเซีย (ร้อยละ 10) ประเทศจีน (ร้อยละ 6.8) ประเทศฟิลิปปินส์ (ร้อยละ 6.8) และประเทศปากีสถาน (ร้อยละ 6.3) ในส่วนของระดับภูมิภาค แนวโน้มของอัตราการเกิดโรคฉี่หนูมีความแตกต่างกัน โดยในปี พ.ศ. 2566 อัตราการเกิดโรคฉี่หนูยังคงเพิ่มสูงขึ้นใน 2 ภูมิภาค ได้แก่ ภูมิภาคอเมริกา และภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก แต่ในทางตรงกันข้ามหลังจากที่มีอัตราการเกิดโรคฉี่หนูเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปี พ.ศ. 2564 ถึงปี พ.ศ. 2565 อัตราการเกิดโรคฉี่หนูเริ่มลดลงเล็กน้อยในปี พ.ศ. 2566 ได้แก่ ภูมิภาคเมดิเตอร์เรเนียน ตะวันออก และภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ในภูมิภาคยุโรปมีแนวโน้มการลดลงของอัตราการเกิดโรคฉี่หนูที่ดำเนินมาตั้งแต่ก่อนปี พ.ศ. 2563 และคงที่ระหว่างปี พ.ศ. 2564 ถึงปี พ.ศ. 2566 โดยในปี พ.ศ. 2566 มีการลดลงเพียงเล็กน้อย ซึ่งตรงกันข้ามกับทั้ง 5 ภูมิภาคดังกล่าวข้างต้น ภูมิภาคแอฟริกา มีอัตราการเกิดโรคฉี่หนูลดลงทุกปีอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 และในทางภูมิศาสตร์ ผู้ป่วยโรคฉี่หนูส่วนใหญ่ในปี พ.ศ. 2566 อยู่ในภูมิภาคต่างๆ ขององค์การอนามัยโลก โดยพบมากที่สุด คือ เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (ร้อยละ 45) แอฟริกา (ร้อยละ 24) แปซิฟิกตะวันตก (ร้อยละ 17) เมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก (ร้อยละ 8.6) อเมริกา (ร้อยละ 3.2) และยุโรป (ร้อยละ 2.1) (WHO, 2024)

โรคฉี่หนูยังคงเป็นปัญหาสำคัญของภูมิภาคในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เนื่องจากปี พ.ศ. 2566 พบว่ามีผู้ป่วยโรคฉี่หนูมากกว่า 3.8 ล้านคนที่เข้ารับการรักษาในภูมิภาคนี้ ซึ่งเพิ่มมากขึ้นเกือบ 1.3 ล้านคนจากจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโควิด-19 ในปี พ.ศ. 2563 โดยในปี พ.ศ. 2566 องค์การอนามัยโลกคาดว่าพบผู้ป่วยโรคฉี่หนูใหม่มากกว่า 5 ล้านราย และผู้เสียชีวิตถึง 583,000 ราย ซึ่งพบว่าผู้ป่วยกว่า 1.5 ล้านคนได้รับการรักษาป้องกันโรคฉี่หนูเพื่อช่วยป้องกันประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงไม่ให้ติดเชื้อได้ แต่ครอบคลุมการรักษายังคงต่ำ โดยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี

เพียงร้อยละ 9 และผู้ที่ติดต่อในครัวเรือนกับผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการยืนยันผลทางแบคทีเรียและได้รับการรักษาเพียงตำราร้อยละ 25 โดยประเทศที่มีภาระวัณโรคสูงที่สุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้แก่ อินเดีย อินโดนีเซีย พม่า บังกลาเทศ เนปาล และประเทศไทย ซึ่งประเทศไทยเป็น 1 ใน 6 ประเทศที่มีภาระวัณโรคสูงที่สุด

องค์การอนามัยโลก ได้จัดอันดับกลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรคสูงทั้ง 3 ประเภท คือ วัณโรค วัณโรคดื้อยา และวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี สำหรับปี พ.ศ. 2564 – 2568 ประเทศไทย ไม่ถูกจัดอยู่ในกลุ่ม 30 ประเทศ ที่มีจำนวนผู้ป่วยและอัตราป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานสูง ซึ่งหมายความว่าประเทศไทยได้พ้นจาก 14 ประเทศ ที่มีภาระวัณโรคสูงทั้ง 3 ประเภท แต่ยังคงอยู่ในกลุ่มของประเทศที่มีภาระวัณโรคและวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และ วัณโรคเป็นโรค ติดเชื้ออันดับหนึ่งของโลกที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต (WHO, 2024) ซึ่งในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีอุบัติการณ์วัณโรคประมาณ 113,000 คน หรือมีอัตราป่วย 157 คนต่อประชากรแสนคน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2565 (155 คนต่อประชากรแสนคน) ในส่วนของอัตราการครอบคลุมการรักษา วัณโรคในผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 71 และอัตราผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วย วัณโรค คิดเป็น ร้อยละ 81 โดยในปี พ.ศ. 2568 มีเป้าหมายร้อยละ 90 ซึ่งสถานการณ์วัณโรค ปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยพบจำนวนผู้ป่วยวัณโรคประมาณ 113,000 คน หรือมีอัตราป่วย 153 ต่อ ประชากรแสนคน และเสียชีวิตด้วยวัณโรคจำนวน 13,000 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 68 เพศหญิง ร้อยละ 31 เด็ก ร้อยละ 1 และพบในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 2,000 ราย (กองวัณโรค, 2567) โดยสถานการณ์วัณโรคของผู้ป่วยรายใหม่ ในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 75,826 คน ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 65,708 คน ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 66,218 คน ปี พ.ศ. 2566 จำนวน 73,178 คน และ ในปี พ.ศ. 2567 จำนวน 74,453 ซึ่งพบว่าจำนวนผู้ป่วยวัณโรค ในปี พ.ศ. 2567 เพิ่มขึ้นจาก ปี พ.ศ. 2566 จากการวิเคราะห์สถานการณ์วัณโรคของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ในปี พ.ศ. 2563 – 2567 มีอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ร้อยละ 80.94, 78.93, 80.14, 79.16 และ 62.95 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2568) ซึ่งจากการวิเคราะห์พบว่าอัตราความสำเร็จของการรักษา วัณโรคของประเทศไทยต่ำกว่าเป้าหมายและลดลง ถึงแม้ว่าปัจจุบันประเทศไทยมีการนำกลยุทธ์ DOTS (Directly Observed Treatment) การกำกับกำกับการกินยาแบบมีพี่เลี้ยงมาปรับใช้ (กองวัณโรค, 2560)

สถานการณ์วัณโรคเขตสุขภาพที่ 3 พบว่า ในปี พ.ศ. 2564 จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ที่ได้รับการวินิจฉัยและรายงาน จำนวน 2,735 คน (คิดเป็น 93.32 ต่อประชากรแสนคน) ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 2,726 คน (คิดเป็น 93.43 ต่อประชากรแสนคน) ปี พ.ศ. 2566 จำนวน 2,774 คน (คิดเป็น 95.62 ต่อประชากรแสนคน) เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 ถึง ปี พ.ศ. 2565 และสูงกว่า

ในปี พ.ศ. 2567 โดยในปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ จำนวน 2,718 คน คิดเป็น 93.69 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งจากการวิเคราะห์ สถานการณ์วัณโรคของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ในปี พ.ศ. 2563 – 2567 มีอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ร้อยละ 81.63, 81.49, 80.55, 78.62 และ 66.22 ตามลำดับ ซึ่งจากการวิเคราะห์พบว่าอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคของเขตสุขภาพ ที่ 3 ต่ำกว่าร้อยละ 90 ที่ทางกระทรวงสาธารณสุขกำหนด (กระทรวงสาธารณสุข, 2568)

ในปี พ.ศ. 2567 จังหวัดพิจิตร พบจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยและรายงาน จำนวน 546 คน คิดเป็น 103.95 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2566 (553 คน คิดเป็น 104.60 ต่อประชากรแสนคน) แต่น้อยกว่าปี พ.ศ. 2565 (597 คน คิดเป็น 121.51 ต่อประชากรแสนคน) จากการวิเคราะห์สถานการณ์วัณโรคของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ในปี พ.ศ. 2563 – 2567 มีอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ร้อยละ 72.56, 76.92, 86.54, 72.69 และ 61.35 ซึ่งพบว่าจังหวัดพิจิตรมีอัตราการรักษาสำเร็จลดลงและไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (กระทรวงสาธารณสุข, 2568)

วัณโรคยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกและประเทศไทย ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2558 องค์การอนามัยโลก ได้ประกาศยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (The End TB Strategy) โดยมีเป้าหมายยุติวัณโรค ปี พ.ศ.2578 โดยประเทศไทยได้จัดทำแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ.2560 – 2564 และขยายปี พ.ศ. 2565 ในการเร่งยุติวัณโรคของประเทศ และได้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค ระยะที่ 2 (พ.ศ.2566 – 2570) โดยมีทิศทางในการบรรลุเป้าหมายการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทยที่กำหนดไว้ในปี พ.ศ. 2578 มีเป้าประสงค์หลักเพื่อลดปัญหาการแพร่ระบาดของวัณโรคของประเทศ โดยมีเป้าหมาย คือ ลดอุบัติการณ์ของวัณโรคลงจาก 143 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ.2564 เหลือ 89 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ.2570 และผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคของประเทศไทยต่ำกว่าเป้าหมายระดับสากล (ร้อยละ 90) ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค พ.ศ.2557 – 2564 มีอัตราผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 81.5 – 86.3 ซึ่งสาเหตุที่อัตราผลสำเร็จของการรักษาไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษาร้อยละ 7.8 – 9.3 (ช่วงอายุมากกว่า 65 เสียชีวิตระหว่างการรักษามากที่สุดร้อยละ 16.7 – 17.9) และรองลงมาขาดยา ร้อยละ 5.4 – 4.7 ซึ่งมีแนวโน้มลดลง ซึ่งแผนปฏิบัติการฉบับนี้ มีองค์ประกอบ 5 ยุทธศาสตร์ที่สำคัญที่เป็นมาตรการในการดำเนินงานแต่ละยุทธศาสตร์ ได้แก่ เร่งรัดการค้นหาและตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคคือยา ยกกระตือรือร้นการรักษาผู้ป่วยวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคคือยาตามมาตรฐานสากล เพิ่มประสิทธิภาพและการเข้าถึงการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคระยะแฝงและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เสริมสร้างความเข้มแข็งระบบสนับสนุนการดำเนินงานวัณโรค และการขับเคลื่อนการวิจัยและนวัตกรรมในการป้องกันควบคุมวัณโรค

ซึ่งจากการทบทวนสถานการณ์วัณโรค พบว่า วัณโรคยังเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก และประเทศไทย โดยผู้ป่วยวัณโรคประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และอัตราการสำเร็จของการรักษา ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายสากล เช่นเดียวกันกับสถานการณ์วัณโรคเขตสุขภาพที่ 3 และสถานการณ์ วัณโรคจังหวัดพิจิตรที่มีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น แต่อัตราผลการรักษาสำเร็จยังไม่เป็นไปตาม เป้าหมายที่กำหนด ประเทศไทยจึงได้จัดทำแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค เพื่อลด ปัญหาการแพร่ระบาดของวัณโรคของประเทศให้ได้ประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ตามเป้าหมาย คือ อัตราการ ปฏิบัติการของวัณโรคลงจาก 143 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ.2564 เหลือ 89 ต่อประชากรแสน คนในปี พ.ศ.2570 และอัตราการสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคมากกว่าร้อยละ 90

2. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรควัณโรค

2.1 โรควัณโรค

วัณโรค (Tuberculosis หรือ TB) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ไมโคแบคทีเรียมี ทูเบอร์คูโลซิส (*Mycobacterium tuberculosis*) จัดอยู่ในกลุ่ม *Mycobacterium tuberculosis complex* วัณโรคเกิดได้ในทุกอวัยวะของร่างกาย ส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอด (ร้อยละ 80) ซึ่งสามารถแพร่ เชื้อได้ง่าย วัณโรคนอกปอดอาจพบได้ในอวัยวะต่างๆ ได้แก่ เยื่อหุ้มปอด ต่อม้ำเหลือง กระดูกสันหลัง ข้อต่อ ช่องท้อง ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบสืบพันธุ์ ระบบประสาท เป็นต้น การเกิดวัณโรค แบ่งได้ เป็น 2 ลักษณะ ได้แก่วัณโรคปฐมภูมิ (primary tuberculosis) เป็นการติดเชื้อวัณโรคครั้งแรก เนื่องจากร่างกายยังไม่มีภูมิคุ้มกันต้านทาน ส่วนมากเป็นในเด็กและผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ซึ่งอาจเกิดได้ภายใน 2 – 8 สัปดาห์หลังการรับเชื้อ และวัณโรคทุติยภูมิหรือวัณโรคหลังปฐมภูมิ (secondary or post primary tuberculosis) คือ การป่วยเป็นวัณโรคหลังการติดเชื้อมานานหลายปี มีการกระตุ้นให้เชื้อ วัณโรคที่สงบอยู่ในร่างกายเป็นเวลานาน มีการแบ่งตัวขึ้นมาใหม่หรือรับเชื้อวัณโรคจากนอกร่างกาย เข้าไปใหม่แล้วก่อให้เกิดโรค ส่วนใหญ่จะเป็นที่ปอด ซึ่งมักเกิดพยาธิสภาพในเนื้อปอดบริเวณส่วนบน แต่ก็พบที่อวัยวะอื่นๆได้เช่นกัน คือการที่ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต้านทานลดลง เช่น การติดเชื้อเอชไอวี เบาหวาน ภาวะขาดสารอาหาร การได้รับยากดภูมิคุ้มกันต้านทาน ทำให้มีโอกาสที่จะป่วยเป็นวัณโรคมากขึ้น (สำนักวัณโรค, 2561)

ในสภาพสังคมปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไป ประชากรมีจำนวนเพิ่มขึ้น สภาพที่อาศัยมีความแออัดหนาแน่นขึ้นยังพบการแพร่กระจายของโรควัณโรคซึ่งเป็นโรคที่มีการแพร่กระจายทางอากาศไปสู่ ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดได้หากไม่มีการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งจากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรม พบว่าพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองนั้นมีผลต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคได้ เช่น รักษาด้วยระยะเวลา ไม่นานพอเนื่องจากผู้ป่วยไม่รับประทานหรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และผู้ป่วยหยุดการรักษาก่อน

เวลาที่เหมาะสม (เทพไทย โชติชัย, 2554) การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ขาดความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ความเชื่อว่าวัณโรคสามารถป้องกันได้ และการไม่พึงพอใจในการดูแลของผู้ให้บริการทางสุขภาพ (ชาร์ิพะห์ มัวหามะ, 2562) การสนับสนุนจากครอบครัว (Masoud et.al., 2017) การมีผู้ป่วยวัณโรค ต่อยาเพิ่มขึ้น จากการศึกษาในประเทศอินโดนีเซีย (Noorratri et al., 2016) การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ (นันทพร เขยชัยภูมิ, 2555) การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Masoud et.al., 2017) ความรู้เกี่ยวข้องกับการตรวจการป้องกันวัณโรค ความรู้เรื่องสุขภาพ (Yang et al., 2020) ซึ่งการจะลดการแพร่กระจายเชื้อของวัณโรคได้เป็นผลมาจากพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคร่วมด้วย แต่ปัญหาการกระจายเชื้อของวัณโรคนั้น ยังคงก่อให้เกิด ปัญหาสุขภาพของประชากรอยู่ ยิ่งไปกว่านั้น ปัจจุบันปัญหาของโรคนี้อย่างยิ่งเพิ่มความซับซ้อนและยากต่อการแก้ไขมากขึ้น เช่น พบวัณโรคในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นต้น

2.2 สาเหตุของโรควัณโรค

ซึ่งเชื้อ *Mycobacterium* แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม (สำนักวัณโรค, 2561) คือ

2.2.1 *Mycobacterium tuberculosis complex* (MTBC) เป็นสาเหตุของวัณโรค ในคนและสัตว์ มีจำนวน 8 สายพันธุ์ ที่พบบ่อยที่สุดคือ *Mycobacterium tuberculosis* สายพันธุ์อื่น ที่บ่อยในกลุ่มนี้ เช่น *Mycobacterium africanum* พบได้ในแถบแอฟริกา *Mycobacterium bovis* มักก่อให้เกิดโรคในสัตว์ซึ่งอาจติดต่อมาถึงคนได้ โดยการบริโภคนมที่ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อ และเป็นสายพันธุ์ที่นำมาผลิตเป็นวัคซีนบีซีจี

2.2.2 Nontuberculous mycobacteria (NTM) มีจำนวนมากกว่า 140 สายพันธุ์ เช่น *Mycobacterium avium complex* (MAC) พบในสิ่งแวดล้อม ดิน น้ำ หรือพบในสัตว์เช่น นกส่วนใหญ่ไม่ก่อโรคในคน ยกเว้น ในผู้ที่ระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอ

2.2.3 *Mycobacterium leprae* เป็นสาเหตุของโรคเรื้อรัง *Mycobacterium tuberculosis* มีลักษณะเป็นรูปแท่ง หนาประมาณ 0.3 ไมโครเมตร ยาวประมาณ 2 - 5 ไมโครเมตร เมื่อย้อมด้วยวิธี Ziehl-Neelsen จะติดสีแดง เชื้อวัณโรคไม่มีแคปซูล ไม่สร้างสปอร์ ไม่สามารถเคลื่อนที่ได้ อาศัยออกซิเจนในการเจริญเติบโต เชื้อวัณโรคที่อยู่ในละอองฝอยเมื่อผู้ป่วยไอ หรือจามออกมา สามารถลอยอยู่ในอากาศได้นานถึง 30 นาที

เชื้อวัณโรคถูกทำลายด้วยหลายปัจจัยได้แก่ สารเคมีบางชนิด ความร้อน แสงแดด และแสงอัลตราไวโอเล็ต โดยแสงแดดสามารถทำลายเชื้อวัณโรคในเสมหะได้ใช้เวลา 20-24 ชั่วโมง เชื้อวัณโรคในเสมหะแห้งที่ไม่ถูกแสงแดดอาจมีชีวิตอยู่ได้นานถึง 6 เดือน ความร้อนสามารถทำลายล้างเชื้อวัณโรคได้ ที่อุณหภูมิ 60 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 20 นาที

2.2.4 การแพร่กระจายเชื้อวัณโรค (กองระบาดวิทยา, 2561) เมื่อผู้ป่วยวัณโรค ไอจาม พุด หรือแม้แต่ร้องเพลงจะสามารถทำให้เชื้อวัณโรคออกมาจากร่างกายพร้อม กับละอองฝอยน้ำมูก น้ำลาย หรือเสมหะเรียกว่า Droplet nuclei การแพร่กระจายเชื้อจะสัมพันธ์กับความถี่ ของการไอ ในเวลา 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อสามารถปล่อยละอองฝอยเสมหะที่มีเชื้อได้ตั้งแต่ 18 - 3,789 ละออง ละอองฝอยเสมหะที่มีขนาดใหญ่จะตกลงสู่พื้นดิน แต่ที่มีขนาดเล็กประมาณ 1-5 ไมโครเมตร จะล่องลอยอยู่ในอากาศ ปกติสามารถมีชีวิตอยู่ได้เป็นวัน ๆ เมื่อมีผู้หายใจเอาเชื้อวัณโรคเข้าไป ในร่างกายอนุภาค ขนาดใหญ่จะติดอยู่ที่จมูกหรือลำคอซึ่งมักไม่ก่อให้เกิดโรคแต่ส่วนที่มีขนาดเล็ก จะเข้าไปสู่ถุงลมปอดแล้วจะ ถูกจับด้วย Alveolar macrophages และแพร่กระจายไปทั่วร่างกายเชื้อ วัณโรคจะสงบอยู่ (Dormant bacilli) เกิดภาวะการติดเชื้อ ที่เรียกว่าการติดเชื้อวัณโรคแฝง (latent tuberculosis infection) หากระบบภูมิคุ้มกัน ของร่างกายแข็งแรง เชื้อวัณโรคอาจอยู่ในร่างกายได้ นานหลายปีโดยไม่มีอาการและไม่สามารถแพร่เชื้อวัณโรค ผู้ติดเชื้อส่วนน้อย (ร้อยละ 5-10 ในประชากรทั่ว ๆ ไป) มีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคในเวลาต่อมาได้ (สำนักวัณโรค, 2559)

2.2.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค มี 4 ด้าน คือ ด้านผู้ป่วยวัณโรค ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านผู้สัมผัส ด้านการให้บริการสาธารณสุข (สำนักวัณโรค, 2559)

1) ปัจจัยด้านผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยวัณโรคที่สามารถแพร่กระจายเชื้อ คือ ผู้ป่วย วัณโรคปอด กล้องเสียง และอวัยวะอื่นที่มีช่องทางเปิดออกสู่ภายนอก โดยเฉพาะผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มีแผลโพรงในปอดหรือมีแผลลุกลามมากซึ่งตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะ และผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่ไม่ปิดปากและจามเมื่อมีอาการไอ จาม

2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อการแพร่กระจายเชื้อได้แก่ สถานที่คับแคบหรือ อับทึบ (enclosed spaces) มีการไหลเวียนของอากาศน้อย ถ่ายเท/ระบายอากาศไม่ดี

3) ปัจจัยด้านผู้สัมผัส ขึ้นอยู่กับ

1.1) ปริมาณเชื้อวัณโรคในอากาศที่ผู้สัมผัสสูดเข้าไป

1.2) ระยะเวลาที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ

4) ปัจจัยด้านการให้บริการสาธารณสุข ได้แก่

1.1) ความล่าช้าในการวินิจฉัย (delay diagnosis)

1.2) การเริ่มการรักษาล่าช้า (delay treatment)

1.3) ไม่มีการแยกผู้ป่วยออกจากผู้อื่น

1.4) การรักษาด้วยระบบยาที่ไม่เหมาะสม

2.2.6 การติดเชื้อและการป่วยเป็นวัณโรค (สำนักวัณโรค, 2561)

การติดเชื้อวัณโรค (TB infection) เกิดขึ้นเมื่อสูดหายใจเอาเชื้อวัณโรคเข้าไปถึงถุงลมในปอด เชื้อมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนขึ้น ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานโดย macrophage ล้อมเชื้อไว้ กรณี macrophage ไม่สามารถควบคุมเชื้อได้อย่างสมบูรณ์ทำให้มีรอยโรคในเนื้อปอด เรียกว่า primary focus หรือ Ghon's focus มักพบบริเวณตรงกลาง (mid – zone) ซึ่งเป็นส่วนล่างของปอดกลีบบนหรือส่วนบนของปอดกลีบล่าง ส่วนมากมักจะเป็นแห่งเดียว แต่อาจพบหลายแห่งได้ ถ้าเชื้อวัณโรคแบ่งตัวในเนื้อปอดมากขึ้นอาจลุกลามไปตามต่อมน้ำเหลือง (lymphatic vessels) ไปสู่ต่อมน้ำเหลืองที่ซั้วปอด (hilar lymph node) ทำให้ต่อมน้ำเหลืองโตขึ้น สำหรับ primary focus และต่อมน้ำเหลืองที่โตขึ้นรวมเรียกว่า primary complex เชื้อจะสามารถเข้าสู่ระบบน้ำเหลืองเข้ากระแสเลือดและกระจายสู่อวัยวะต่าง ๆ เช่น สมอง กระดูก ไต ปอด เป็นต้น

ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ประมาณร้อยละ 70 จะไม่ติดเชื้อวัณโรค มีเพียงประมาณร้อยละ 30 ที่ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง โดยทั่วไปหลังติดเชื้อวัณโรค เชื้อจะไม่ลุกลามจนทำให้ป่วยเป็นโรค แม้เชื้อบางตัวยังคงมีชีวิตแต่สงบอยู่ใน scarred foci ของอวัยวะต่าง ๆ คนส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 90 จะไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ เลยตลอดชีวิต ซึ่งไม่ป่วยเป็นวัณโรค และไม่สามารถแพร่กระจายเชื้อให้ผู้อื่นได้ มีเพียงประมาณร้อยละ 10 ของวัณโรคระยะแฝงเท่านั้นที่จะป่วยเป็นวัณโรค โดยครึ่งหนึ่งหรือร้อยละ 5 จะป่วยเป็นวัณโรคภายใน 2 ปี ที่เหลืออีกร้อยละ 5 จะป่วยเป็นวัณโรคหลังจาก 2 ปีที่ติดเชื้อ เช่น ผู้ป่วยสูงอายุที่มีประวัติสัมผัสวัณโรคมานาน โดยธรรมชาติของวัณโรคผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 50-65 จะเสียชีวิตภายใน 5 ปี

ความเสี่ยงของการป่วยเป็นวัณโรคหลังการติดเชื้อ ได้แก่ การติดเชื้อวัณโรคใหม่เร็วขึ้น (recent infection) , ความเสี่ยงต่อการลุกลามเป็นโรคประมาณร้อยละ 10 , ความเสี่ยงต่อการลุกลามเป็นโรคในผู้ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ จะมีความเสี่ยงประมาณ 1:1000 person-years ในช่วง 2 ปีแรกหลังการติดเชื้อ , การที่มีโรคร่วมอื่น ๆ เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่มีผลทำให้การติดเชื้อลุกลามป่วยเป็นวัณโรค , ผู้ป่วยที่มีรอยโรคคล้ายวัณโรคในภาพรังสีทรวงอก แต่ไม่เคยรักษามาก่อนมีความเสี่ยงที่จะเป็นวัณโรคระยะลุกลามสูง

ผู้สัมผัสที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อแล้วป่วยเป็นวัณโรค ได้แก่ ประชากรที่เสี่ยงในการสัมผัสและติดเชื้อวัณโรค เช่น ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค (contacts) ผู้ต้องขัง (prisoners) บุคลากรสาธารณสุข (Health care workers) แรงงานข้ามชาติ(migrant labors) ผู้สูงอายุและเด็ก ผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด ค่ายอพยพหรือสถานสงเคราะห์ เป็นต้น , ผู้ป่วยที่มีโรคร่วม ถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่มีผลทำให้การติดเชื้อป่วยเป็นวัณโรค เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี(HIV) ผู้ป่วยเบาหวาน (DM) ผู้ที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ผู้ป่วยโรคฝุ่นหิน (Silicosis) และผู้ป่วย

โรคไต เป็นต้น , ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันที่ขึ้นเยื่อ (mucosa) ของหลอดลมและเนื้อเยื่อที่ปอดของบางคน มีการเปลี่ยนแปลง เช่น ผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง การสูดควันบุหรี่ เป็นต้น

2.2.7 อาการโรควัณโรค

อาการที่สำคัญและพบบ่อยที่สุด คือ อาการไอ มีไข้ หายใจเหนื่อยแต่อาการของวัณโรคจะค่อยเป็นค่อยไป ผู้ป่วยวัณโรคมักไอเรื้อรังเกิน 2 สัปดาห์ อาจมีเสมหะปนเลือด เบื่ออาหาร น้ำหนักลด มีไข้ (มักจะเป็นตอนบ่าย เย็น หรือตอนกลางคืน) ไอมีเลือดปน (hemoptysis) เจ็บหน้าอก หายใจขัด เหงื่อออกมาตอนกลางคืน ในกรณีผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี อาการไอ ไม่จำเป็นต้องนานถึง 2 สัปดาห์ เป็นข้อบ่งชี้ที่ควรสงสัยว่าผู้ป่วยอาจกำลังป่วยเป็นวัณโรคร่วมด้วย และในเด็กอาจแสดงในรูปแบบที่พบได้บ่อยคือ มีไข้เรื้อรัง (ติดต่อกันเกิน 7 วัน) เบื่ออาหาร ไม่เล่น น้ำหนักลด ซีด ไอเรื้อรัง (แม้จะได้รับการรักษาตามอาการอย่างเหมาะสมแล้ว) (สำนักวัณโรค, 2561)

ซึ่งจากการทบทวนสาเหตุของโรควัณโรค พบว่า เมื่อผู้ป่วยวัณโรคไอ จาม พุด หรือแม้แต่ร้องเพลงจะสามารถทำให้เชื้อวัณโรคออกมาจากร่างกายพร้อม กับละอองฝอยน้ำมูก น้ำลาย หรือเสมหะ รวมถึงเมื่ออยู่ในสถานที่คับแคบ มีการไหลเวียนของอากาศน้อย ระบายอากาศไม่ดี ซึ่งสามารถแพร่กระจายเชื้อให้ผู้อื่นหรือผู้ที่ใกล้ชิดได้หากไม่มีการแยกผู้ป่วยออกจากผู้อื่น หรือผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลตนเองหรือป้องกันตัวเองในการแพร่กระจายเชื้อ อาจทำให้ผู้สัมผัสหรือ ผู้ใกล้ชิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคได้ หากผู้สัมผัสหรือผู้ใกล้ชิดนั้นมิโรคร่วม เช่น ผู้ป่วยเอชไอวี ผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น

2.3 การตรวจวินิจฉัยโรควัณโรค

วัณโรคเป็นโรคที่ปรากฏอาการช้า ๆ ทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังอยู่ในชุมชนและเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขล่าช้า หรือบางรายเข้าไม่ถึงระบบบริการ หรือเข้าสู่ระบบบริการแล้วแต่ได้รับการวินิจฉัยล่าช้าทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสแพร่เชื้อวัณโรคไปสู่ผู้อื่น โดยจะต้องทำการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคดังนี้

2.3.1 ค้นหาผู้ป่วยแบบตั้งรับ คือเป็นการตรวจพบวัณโรคในผู้ป่วยที่มีอาการนำสงสัยเป็นวัณโรคและมารับบริการตรวจวินิจฉัยที่สถานบริการสาธารณสุข (สำนักวัณโรค, 2561)

2.3.2 ค้นหาโดยการคัดกรอง เป็นการค้นหาผู้ป่วยแบบเข้มข้น ในกลุ่มประชากรเป้าหมายที่มีความเสี่ยงต่อวัณโรค โดยที่อาจจะมีการหรือไม่มีอาการก็ได้

2.3.3 ชักประวัติถึงอาการที่สำคัญ เช่น ไอเรื้อรังติดต่อกันนาน 2 สัปดาห์ขึ้นไป น้ำหนักลด เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ไอเป็นเลือด เป็นต้น

2.3.4 การเอกซเรย์ทรวงอก (chest X-ray) เป็นวิธีที่มีความไวค่อนข้างสูง แต่ความจำเพาะจะไม่สูงหรือต่ำกว่าการคัดกรองทางอาการที่สำคัญ เนื่องจากความผิดปกติที่เห็นอาจเกิดจากความผิดปกติอื่น ๆ ได้ เช่น เนื้องอก มะเร็งหรือเป็นเงาเบื่อนบนฟิล์ม แต่การเอกซเรย์สามารถเข้าร่วมกับการคัดกรองด้วยอาการได้ ซึ่งการวินิจฉัยวัณโรคจากการถ่ายภาพรังสีทรวงอกอย่างเดียวไม่พอ ต้องมีการตรวจเสมหะควบคู่ไปด้วยทุกครั้ง

2.3.5 หรือวิธีการอื่น ๆ เช่น การทดสอบ tuberculin skin test (TST) เป็นการทดสอบทางผิวหนังเพื่อดูปฏิกิริยาไวเกินต่อ mycobacterial antigen มีประโยชน์น้อยมากในการวินิจฉัยวัณโรค ยกเว้นในเด็กที่ไม่เคยได้รับวัคซีน BCG มาก่อน ใช้ในการตรวจคัดกรองวัณโรคระยะแฝง และใช้เป็นข้อมูลประกอบในเกณฑ์การวินิจฉัยโรควัณโรคในเด็ก และการตรวจ interferon gamma release assay (IGRA) เป็นการตรวจวัดปริมาณ interferon gamma ซึ่งเป็นสารที่หลั่งจากเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซท์ที่เคยผ่านการกระตุ้นกับเชื้อ M. tuberculosis มาทำปฏิกิริยากับแอนติเจนที่จำเพาะ ต่อเชื้อ M. tuberculosis แต่ไม่สามารถแยกระหว่างวัณโรคระยะแฝงและวัณโรคได้

2.3.6 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นการนำเสมหะที่ได้ไปส่งยังห้องปฏิบัติการ ซึ่งจะได้รับการตรวจดังนี้

1) การย้อมสีทนกรด (acid-fast bacilli; AFB) เป็นการตรวจหาเชื้อโดยใช้กล้องจุลทรรศน์ เชื้อที่ตรวจพบไม่สามารถจำแนกได้ว่าเป็นเชื้อที่มีชีวิต หรือเชื้อที่ตายและไม่สามารถจำแนกชนิดของเชื้อ Mycobacteria ได้ โดยจะต้องมีจำนวนเชื้ออย่างน้อย 5,000 – 10,000 เซลล์ต่อมิลลิลิตร ซึ่งมี 2 วิธี คือ

1.1 การตรวจหาเชื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์ธรรมดา โดยจะต้องทำการ smear และนำมาย้อมสีโดยวิธี Ziehl-Neelsen (ZN) ซึ่งจะได้ผลภายใน 24 ชั่วโมง เชื้อที่พบจะมีลักษณะเป็นรูปแท่งสีแดง

1.2 การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์แบบเรืองแสง โดยจะใช้สารที่เรืองแสงได้ (โดยทั่วไปใช้สาร Auramine-O ในการย้อม) โดยเชื้อที่ตรวจพบจะมีลักษณะเป็นรูปแท่งแสงสีเหลืองบนพื้นดำ

2) การเพาะเลี้ยงเชื้อและพิสูจน์ยืนยันชนิดของเชื้อ (mycobacterial culture and identification) เป็นการตรวจที่มีความไวและความจำเพาะสูง นอกจากนี้วิธีการเพาะเลี้ยงเชื้อยังถือว่าเป็นวิธีมาตรฐาน (gold standard) โดยทั่วไปการเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรคสามารถทำได้ในอาหารเพาะเลี้ยงเชื้ออาหารชนิดแข็ง (solid media) และอาหารชนิดเหลว (liquid media) การเพาะเลี้ยงเชื้อนอกจากจะทดสอบการมีชีวิตของเชื้อแล้ว ยังสามารถนำเชื้อที่เพาะขึ้นไปจำแนกชนิดและทดสอบ

การดื้อยาของเชื้อต่อไปได้ โดยการเก็บเชื้อเพื่อส่งเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรคไม่ควรเก็บเชื้อไว้เกิน 3 วัน ในอุณหภูมิ 2-8 °C (ตู้เย็น)

3) การทดสอบความไวต่อยาของเชื้อ (drug susceptibility testing, DST) เป็นการทดสอบการดื้อยาของเชื้อวัณโรคโดยใช้การเจริญของเชื้อในอาหารที่ไม่มียาเทียบกับอาหารที่มีส่วนผสมของยา โดยทำได้ทั้งในอาหารแข็งและอาหารเหลว

4) การตรวจทางโมเลกุลหรืออณูชีววิทยา (molecular biology) วิธีการตรวจ nucleic acid amplification มีความรวดเร็วในการช่วยวินิจฉัยเชื้อ *Mycobacterium tuberculosis* และตรวจการดื้อยาของเชื้อวัณโรค โดยการนำเอาส่วนประกอบของ nucleic acid ของเชื้อ *Mycobacterium tuberculosis* มาทำการเพิ่มขยายจำนวน DNA ของเชื้อกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้ตรวจพบได้ง่ายขึ้น ซึ่งการตรวจด้วยวิธีนี้มีความไวและความจำเพาะร้อยละ 80 และร้อยละ 98-99 ตามลำดับ ซึ่งมีเทคนิค 1 วิธี คือ เทคนิคทางอณูชีววิทยาในการตรวจหาเชื้อวัณโรค ทั้งแบบ isothermal amplification เช่น loop-mediated isothermal amplification (TB -LAMP) เป็นการตรวจวิเคราะห์ DNA อ่านผลด้วยตาเปล่าผ่านหลอด ultraviolet light ใช้เสมอในการตรวจ 60 ไมโครลิตร รายงานผลประมาณ 1 ชั่วโมง อุปกรณ์และวัสดุที่ใช้สามารถเก็บที่ อุณหภูมิห้องได้มีความไวในการตรวจสูง และ real-time PCR ที่เป็น cartridge-based (เช่น Xpert MTB/RIF assay) เป็นเครื่องตรวจวิเคราะห์สารพันธุกรรมแบบอัตโนมัติด้วยวิธี real-time polymerase chain reaction ซึ่งสามารถตรวจวินิจฉัยวัณโรคและการดื้อยา rifampicin ของเชื้อวัณโรคได้พร้อมกัน และเทคนิค amplification and reverse hybridization เช่น Line probe assay (LPA) ใช้ในการตรวจหาเชื้อวัณโรคดื้อยา โดยต้องมีจำนวนเชื้ออย่างน้อย 160 เซลล์ต่อมิลลิลิตร

โดยในการตรวจวินิจฉัยโรควัณโรคในผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ จะทำดังนี้ ในผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ จะใช้การตรวจทางโมเลกุลหรืออณูชีววิทยา แบบ real-time PCR ที่เป็น cartridge-based คือให้นำเสมหะส่งตรวจ Xpert MTB/RIF ถึงแม้ว่า ผลจาก AFB smear เป็นบวกหรือลบก็ตาม และผู้ป่วยรายใหม่ จะทำการตรวจเสมหะโดย AFB smear เป็นลบ แต่ตรวจโดยวิธี Xpert MTB/RIF พบเชื้อวัณโรคร่วมกับมีภาวะดื้อยา และให้ตรวจหาภาวะดื้อยาโดยวิธี Line probe assay (LPA) หรือ Xpert MTB/RIF ซ้ำอีกครั้ง เนื่องจากอาจพบ false positive ได้สูงในผู้ป่วยกลุ่มนี้

จากการทบทวนการตรวจวินิจฉัยโรควัณโรค พบว่า ผู้ป่วยบางส่วนหรือบางรายเข้าไม่ถึงระบบบริการ หรือเข้าสู่บริการแล้วแต่ได้รับการวินิจฉัยล่าช้า จึงต้องทำการค้นหาผู้ป่วยทั้งแบบตั้งรับที่สถานบริการเมื่อผู้ป่วยรู้สึกถึงอาการวัณโรค ค้นหาโดยการคัดกรอง เป็นการลงพื้นที่คัดกรองประชาชนทุกคนทั้งมีอาการและไม่มีอาการ การชักประวัติถึงอาการสำคัญของผู้ที่มารับบริการ การเอกซเรย์ทรวงอก ซึ่งเป็นวิธีที่สามารถใช้ในการคัดกรองรวมถึงค้นหาผู้ป่วยวัณโรคให้ได้การรับ

รักษาอย่างทันท่วงที ร่วมถึงการทดสอบทางผิวหนังเพื่อดูปฏิกิริยาไวเกิดต่อเชื้อวัณโรคถึงจะมีประโยชน์น้อยมากในการวินิจฉัยวัณโรคแต่ก็สามารถใช้ค้นหาผู้ป่วยวัณโรคได้ รวมถึงการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่เป็นการนำเสมหะที่ได้รับไปส่งตรวจยังห้องปฏิบัติการ โดยจะได้รับการตรวจทั้งการย้อมสีทึบกรด (acid-fast bacilli; AFB) การเพาะเลี้ยงเชื้อและพิสูจน์ยืนยันชนิดของเชื้อ การทดสอบความไวต่อยาของเชื้อ และการตรวจทางโมเลกุลหรืออนุชีววิทยา ซึ่งการค้นหาดังกล่าวจะสามารถให้เกิดการเข้าสู่ระบบการบริการสาธารณสุขได้อย่างรวดเร็ว และเข้ารับการรักษาได้อย่างทันท่วงทีทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดการแพร่เชื้อวัณโรคไปสู่ผู้อื่น

2.4 การรักษาโรควัณโรค

การรักษาโรควัณโรคในปัจจุบัน มีระบบยาที่ได้รับประสิทธิภาพและประสิทธิผลดีที่สุดในการรักษา โดยสูตรยาที่ใช้ในการรักษามี 3 สูตรหลัก คือ สูตรยาสำหรับผู้ป่วยใหม่ (new patient regimen) สูตรยารักษาซ้ำด้วย ยาวัณโรคแนวที่ 1 (re-treatment regimen with first-line drugs) และสูตรยาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR regimen) โดยให้ขนาดของยาเหมาะสมกับน้ำหนักตัว และประเภทของผู้ป่วยโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อป้องกันการดื้อยา หรือเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยหลักการให้ยามีดังนี้ (สำนักวัณโรค, 2556)

2.4.1 ให้ยาหลายขนานพร้อมๆ กัน เพราะยาบางชนิดมีฤทธิ์ฆ่าเชื้อ ในขณะที่บางชนิดมีฤทธิ์หยุดยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อโดยเฉพาะในระยะเข้มข้นของการรักษา (initial phase หรือ intensive phase) ต้องให้ยา 4-5 ขนานที่ออกฤทธิ์แตกต่างกันเพื่อช่วยกำจัดเชื้อวัณโรคให้มีปริมาณลดลงอย่างรวดเร็ว หลังจากนั้นระยะต่อเนื่องของการรักษา (continuation phase) ใช้ยาลดน้อยลง 2 ขนาน เพื่อฆ่าเชื้อวัณโรคที่หลงเหลือให้เหลือน้อยที่สุดหรือไม่เหลือเลย และเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากการให้ยาขนานเดียว (mono-drug therapy) จะไม่สามารถรักษาวัณโรคได้ และยังก่อให้เกิดเชื้อดื้อยานั้นๆ ด้วย

2.4.2 ให้ยาถูกต้องตามขนาด ถ้าขนาดของยาดำเกินไปเชื้อวัณโรคจะไม่ตาย รักษาหายช้า กลับเป็นซ้ำ และเกิดปัญหาการดื้อยา ในขณะเดียวกันหากขนาดของยาสูงเกินไปผู้ป่วยจะได้รับอันตรายจากพิษของยา

2.4.3 ระยะเวลาการรักษาเพียงพอตามกำหนด (อย่างน้อย 6 หรือ 8 เดือน) จึงจำเป็นต้องได้ยาครบตามระบบยาที่ใช้ มิฉะนั้นแล้วเชื้อวัณโรคอาจจะตายไม่หมดและผู้ป่วยอาจจะเป็นวัณโรคซ้ำอีกครั้ง หรือเกิดเป็นวัณโรคดื้อยาได้

2.4.4 ควรประเมินความร่วมมือในการใช้ยา (compliance) ก่อนเริ่มรักษาและใช้การกำกับการกินยาทุกวันโดยมีพี่เลี้ยงกำกับอย่างต่อเนื่องจนครบกำหนด หากผู้ป่วยรักษาไม่ต่อเนื่อง เชื้อวัณโรคจะไม่ตายทำให้ผู้ป่วยรายนั้นไม่หาย กลับเป็นซ้ำ และก่อให้เกิดเชื้อดื้อยา ยาพื้นฐานที่ใช้ในการรักษา หรือเรียกว่ายาแนวที่ 1 (first-line drugs) ได้แก่

- 1) Isoniazid: INH, H
- 2) Rifampicin: RMP, R
- 3) Pyrazinamide: PZA, Z
- 4) Ethambutol: EMB, E
- 5) Streptomycin: SM, S

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

- 1) Kanamycin: K, Km
- 2) Levofloxacin: Lfx
- 3) Ethionamide: Eto
- 4) Para-aminosalicylic acid: P, PAS
- 5) Cycloserine: Cs
- 6) Ofloxacin: O, Ofx

โดยสูตรยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค มี 3 สูตร ดังนี้

1) สูตรยาสำหรับผู้ป่วยใหม่ที่เชื้อไวต่อยา (new patient regimen with drugsusceptible) คือ 2HRZE /4HR ใช้รักษาผู้ป่วยที่ยังไม่เคยรักษา หรือ เคยรักษามาไม่เกิน 1 เดือน

1.1) ระยะเข้มข้น (intensive phase) จะใช้ยา 4 ขนาน H, R, Z, E ทุกวัน เป็นเวลา 2 เดือน เมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 2 ผลตรวจเสมหะยังพบเชื้ออยู่ โดยองค์การอนามัยโลกแนะนำให้ยารักษาต่อเนื่องไปเลย ให้ยารักษาต่อเนื่องไปเลย เนื่องจากมีหลักฐานว่าผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้นไม่เป็นตัวทำนายที่ดีว่าจะเกิด relapse หรือ failure หรือ การดื้อยา H ตั้งแต่ก่อนเริ่มรักษา สำหรับประเทศไทยผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้พิจารณาจากลักษณะ ทางคลินิกและภาพรังสีทรวงอก ซึ่งอาจให้ยา 4 ขนานร่วมกับการขยายระยะเข้มข้นอีก 1 เดือนได้

1.2) ระยะต่อเนื่อง (continuation phase) ใช้ยา 2 ขนาน คือ H, R ทุกวัน เป็นเวลา 4 เดือน ผู้ป่วยบางรายอาจยืดระยะเวลาการรักษาออกไปได้นานทั้งสิ้น 9-12 เดือน เช่น ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย หรือผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีแผลโพรงขนาดใหญ่

2) สูตรยารักษาซ้ำด้วยยาวัณโรคแนวที่ 1 (re-treatment regimen with first-line drugs) คือ 2HRZES/1HRZE/5HRE เป็นการใช้รักษาในผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำหรือกลับมารักษาซ้ำหลังจากขาดยา ก่อนเริ่มการรักษาต้องส่งเสมหะ culture และส่ง DST ต่อยาทุกราย

2.1) ระยะเข้มข้น (intensive phase) 2 เดือนแรกให้ยา 5 ขนาน H, R, Z, E และฉีดยา S เดือนที่ 3 หยุดยาฉีดและให้ยากิน 4 ขนานต่ออีก 1 เดือนรวมเป็นเวลา 3 เดือน

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

3) สูตรยาวัณโรคคือยาหลายขนาน (Empirical MDR regimen) คือ $\geq 6\text{Km}5\text{LfxEtoCs}\pm\text{PAS}$ / $\geq 12\text{LfxEtoCs}\pm\text{PAS}$ โดยใช้ในผู้ป่วยที่มีโอกาสสูงที่จะเป็น MDR-TB ซึ่งส่วนใหญ่ยังไม่มีผลจำเป็นต้องเปลี่ยนสูตร ควรรอผล DST ยืนยัน แต่บางกรณีจะให้ตรวจ Molecular test ซึ่งให้ผลรวดเร็ว ถ้าผลเป็น MDR-TB สามารถให้สูตรยา Empirical MDR-TB ก่อน ในขณะที่เดียวกันส่งทำ culture และ DST ด้วยวิธีมาตรฐาน เพื่อยืนยันผลเมื่อได้รับผล DST แล้ว ให้ปรับสูตรยาตามผลชันสูตร (individualized or tailored regimen)

ในการรักษาในช่วงระยะเข้มข้นควรฉีดยาทุกวัน (อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน) ไม่น้อยกว่า 6 เดือน โดยจะต้องฉีดจนกว่าผลการเพาะเลี้ยงเชื้อไม่พบเชื้อติดต่อกันอย่างน้อย 4 เดือน และ ต้องกินยาต่อเนื่องจนกว่าผลการเพาะเลี้ยงเชื้อจะไม่พบติดต่อกันอย่างน้อย 18 เดือน และ นอกจากนี้ยังมีรายละเอียดการใช้ยาให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด และได้มาตรฐาน ดังนี้

1) ยาฉีด streptomycin ห้ามให้แก่หญิงตั้งครรภ์

1.1) ยาแต่ละขนานควรให้กินครั้งเดียวเพื่อให้ระดับยาในเลือดสูงซึ่งจะมีประสิทธิภาพในการรักษามากที่สุด แต่ถ้าจำเป็นกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงควรให้ยาแยกขนานในเวลาต่างกัน

1.2) ยา rifampicin ควรให้กินขณะท้องว่างประมาณ 30 นาทีก่อนอาหาร

1.3) ยาที่บรรจุในแผงไม่ควรแกะออกเพราะทำให้ยาเสื่อมสภาพได้ง่าย

1.4) ควรเก็บยาในที่เย็น ไม่มีแสงแดดส่องถึง อุณหภูมิไม่เกิน 25 องศาเซลเซียส ถ้าอากาศร้อนแนะนำให้เก็บในตู้เย็นได้ในช่องเย็นธรรมดาโดยบรรจุในภาชนะที่ป้องกันความชื้น

1.5) การให้ยารวมเม็ด ผู้ป่วยบางรายที่มีช่วงน้ำหนักที่อาจทำให้ขนาดยาบางขนานไม่พอเมื่อคำนวณ ขนาดยา ตามน้ำหนักอาจจำเป็นต้องเพิ่มยาแยกบางขนานเพื่อให้เหมาะสม

1.6) ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นอาจพิจารณาปรับขนาดยาให้เพิ่มขึ้นได้

2.4.5 ผลการรักษา (สำนักวัณโรค, 2556)

- 1) ผลสำเร็จของการรักษาสำเร็จ (treatment success) ผู้ป่วยที่ทำการรักษาหาย รวมกับรักษาครบจนสิ้นสุดการรักษา
- 2) รักษาหายขาด (cured) ผู้ป่วยที่มีเสมหะพบเชื้อเมื่อเริ่มต้นการรักษาแต่มีผลเสมหะเป็นไม่พบเชื้ออย่างน้อย 2 ครั้ง โดยที่ผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษาต้องเป็นไม่พบเชื้อ
- 3) รักษาครบ (treatment completed) ผู้ป่วยที่รักษาครบแต่ไม่มีผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษา
- 4) รักษาล้มเหลว (treatment failed)
 - 4.1) ผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อเมื่อวินิจฉัยก่อนเริ่มการรักษาและผลเสมหะยังคงหรือกลับเป็นพบเชื้อในเดือนที่ 5 ของการรักษาหรือหลังจากนั้น
 - 4.2) ผู้ป่วยเสมหะไม่พบเชื้อในตอนแรกแต่กลับมีผลเสมหะเป็นพบเชื้อหลังจากรักษาได้ 2 เดือน
 - 4.3) กรณีที่มีการส่งเสมหะเพาะเชื้อและทดสอบความไวต่อยา ก่อนเริ่มรักษาได้ 2 เดือน การรักษา และผลการทดสอบความไวต่อยา กลับมาแสดงให้เห็นว่าเป็น MDR-TB
 - 4.4) ตาย (died) ผู้ป่วยที่ตายด้วยสาเหตุใดก็ตามระหว่างการรักษาวัณโรค
 - 4.5) ขาดยา (default) ผู้ป่วยที่ขาดยาติดต่อกันนาน 2 เดือน หรือมากกว่า ด้วยสาเหตุใดก็ตาม
 - 4.6) โอนออก (transfer out) ผู้ป่วยที่โอนไปรักษาที่อื่นโดยไม่ทราบผลการรักษา

จากการทบทวนการรักษาโรควัณโรค พบว่า การรักษาโรควัณโรคในปัจจุบัน มีสูตรยาที่ใช้ในการรักษา 3 สูตร คือ สูตรยาสำหรับผู้ป่วยใหม่ สูตรยารักษาซ้ำด้วย ยาวัณโรคแนวที่ 1 และสูตรยาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน โดยจะให้ขนาดยาที่เหมาะสมกับน้ำหนักตัว และประเภทของผู้ป่วย โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อป้องกันเกิดการดื้อยา หรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์ เพราะถ้าหากให้ยาที่มีขนาดต่ำเกินไปเชื้อวัณโรคจะไม่ตาย รักษาหายช้า กลับเป็นซ้ำ และเกิดปัญหาการดื้อยา และถ้าหากให้ขนาดยาที่สูงเกินไปผู้ป่วยจะได้รับอันตรายจากพิษยา รวมถึงต้องมีการรักษาตามระยะการรักษาที่เพียงพอตามกำหนด (อย่างน้อย 6 หรือ 8 เดือน) และต้องให้ยาหลายขนานพร้อม ๆ กัน เพราะยาบางชนิดมีฤทธิ์ฆ่าเชื้อ ในขณะที่บางชนิดมีฤทธิ์หยุดยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อในช่วงระยะเข้มข้นของการรักษา เนื่องจากหากถ้าให้ยาขนานเดียว จะไม่สามารถรักษาวัณโรคได้ และยังก่อให้เกิดเชื้อดื้อยานั้น ๆ ได้ โดยจะต้องมีการประเมินความร่วมมือการใช้ยากับผู้ป่วยก่อนเริ่มการรักษา และต้องมีการกำกับการกินยาทุกวันโดยพี่เลี้ยงในการกำกับอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการเกิดเชื้อดื้อยา

2.5 ผลกระทบจากโรคโควิด

โควิดเป็นโรคติดต่อที่เป็นสาเหตุการป่วยและการเสียชีวิตของประชาชน ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็วจะสามารถแพร่เชื้อผู้อื่นได้ปีละ 10-15 คน เมื่อป่วยเป็นโควิดย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ดังนี้ (สำนักโรค, 2561)

2.5.1 ด้านร่างกาย เป็นผลกระทบของการเกิดโรคต่อร่างกายของผู้ป่วย เช่น อาการทางปอด ที่เริ่มด้วยอาการไอแห้งๆ เมื่อมีอาการมากขึ้นจะมีเสมหะออกมา เวลาไอจะรู้สึกเจ็บบริเวณชายโครง หรือมีอาการไอปนเลือดออกมา เจ็บหน้าอก เหนื่อยง่าย ปอดไม่มีประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และในส่วนของอาการทั่วไป จะเริ่มมีอาการไข้ต่ำในตอนบ่ายหรือตอนเย็น เหงื่อออกมากจนทำให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง ทำให้ผอม น้ำหนักลดลงอย่างรวดเร็ว อ่อนเพลียจนไม่สามารถทำงานได้ ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจช่วยเหลือตนเองหรือปฏิบัติกิจกรรมหรือทำงานต่างๆ ได้น้อยลง อยู่ในภาวะพึ่งพา ไม่สามารถทำงานได้ รวมถึงผู้ป่วยอาจเกิดโรคแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น

2.5.2 ด้านจิตใจ อารมณ์ เป็นผลกระทบของการเกิดโรคต่อด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจ ท้อแท้ ความเครียด วิตกกังวลหรือเกิดภาวะซึมเศร้าและบั่นทอนกำลังใจในการดูแลรักษาโควิดได้ โควิดเป็นโรคติดต่อที่ซึ่งผู้ป่วยอาจจะถูกสังคมตั้งข้อรังเกียจ มีทัศนคติทางลบ และกลัวที่จะติดโรค ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยลดลงและรู้สึกว่าตนเป็นภาระของครอบครัว สูญเสียบทบาททั้งในครอบครัวและสังคม

2.5.3 ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นผลกระทบของการเกิดโรคต่อครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะหายขาดจากโควิดได้นั้น จะต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษา แม้ว่าปัจจุบันรัฐบาลจะให้การสนับสนุนโดยไม่คิดมูลค่าของยา แต่ผู้ป่วยจะต้องรับผิดชอบในเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารักษา และการมาตรวจตามนัด ซึ่งค่าใช้จ่ายส่วนนี้จึงอาจส่งผลกระทบต่อรายได้ของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือประกอบอาชีพได้ ผู้ป่วยอาจถูกไล่ออกจากงาน ถูกพักงานโดยไม่ได้รับเงินเดือน รวมถึงผู้ป่วยอาจปกปิดความลับต่อครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้านหรือชุมชน

จากการทบทวนผลกระทบจากโควิด พบว่า ผู้ป่วยโควิดหากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง และรวดเร็วจะสามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้ถึง 10 – 15 คน ซึ่งเมื่อป่วยเป็นโควิดแล้วย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเช่น ส่งผลให้รับประทานอาหารได้น้อยลง ทำให้ผอม อ่อนเพลีย ซึ่งส่งผลให้ไม่สามารถทำงานได้ รายได้ลดลง เกิดความท้อแท้ เครียด บั่นทอนกำลังใจในการดูแลสุขภาพโควิดได้ ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะหายขาดจากโควิดได้นั้น จะต้องใช้เวลาในการดูแลรักษา ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารักษา และการมาตรวจตามนัด ซึ่งค่าใช้จ่ายอาจส่งผลกระทบกับผู้ป่วยและครอบครัว สอดคล้องกับ

การที่อาจจะไม่สามารถทำงานได้ รายได้ลดลง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมและไม่ถูกต้อง นอกจากนี้ถ้ามีผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มมากขึ้นย่อมอาจส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและการพัฒนาของประเทศได้อาจทำให้ประเทศสูญเสียรายได้และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคอีกด้วย

2.6 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค

2.6.1 ควรรับประทานยาตามชนิดและแผนการรักษาของแพทย์ให้สม่ำเสมอจนครบ และต้องไปรับการตรวจติดตามอาการทุกครั้งเพื่อติดตามความก้าวหน้าของแผนการรักษา

2.6.2 หลังรับประทานยาไปประมาณ 2 สัปดาห์ อาการไอและอาการทั่วไปจะดีขึ้น ห้ามหยุดรับประทานยาเอง ควรรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอจนครบ

2.6.3 ควรสังเกตอาการของตนเอง หากมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา ควรพบแพทย์โดยทันที เช่น คลื่นไส้ อาเจียนมาก ตัวเหลือง ตาเหลือง อ่อนเพลีย ปวดข้อ ปวดเมื่อยตามตัว หลังจากกินยาแก้ปวดแล้วไม่ดีขึ้น มีผื่นทั่วตัว มีไข้ เป็นต้น

2.6.4 ผู้ป่วยวัณโรคควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ มีสารอาหารประเภทโปรตีน เช่น เนื้อสัตว์ นม ไข่ และรับประทานผักผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง และดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้วเป็นประจำ

2.6.5 งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ และงดสูบบุหรี่ขณะรักษาวัณโรค เพราะอาจทำให้ภูมิคุ้มกันร่างกายลดลง ทำให้มีโอกาสเสี่ยงที่จะทำให้การรักษาวัณโรคไม่ได้ผล เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมาได้ และการสูบบุหรี่จะไปกระตุ้นให้เกิดการไอเพิ่มมากขึ้น ซึ่งถือว่าเป็นการแพร่กระจายเชื้อให้ผู้อื่นได้มากขึ้น

2.6.6 ผู้ป่วยวัณโรคควรมีการพักผ่อนให้เพียงพอ นอนหลับให้เพียงพอรวมถึงลดความวิตกกังวลและขจัดความเครียด

2.6.7 ควรมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยควรเลือกชนิดของการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายผู้ป่วยวัณโรค

2.6.8 ควรมีการปิดปาก ปิดจมูกหรือสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งที่มีอาการไอ จาม เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปยังคนรอบข้างและสิ่งแวดล้อม ซึ่งหน้ากากอนามัยควรใช้เพียงครั้งเดียวแล้วทิ้ง ไม่ควรใช้เกิน 24 ชั่วโมง ใช้วันละ 1 ชิ้น และทิ้งลงในถังขยะที่มีฝาปิดมิดชิด ในส่วนหน้าที่เป็นผ้าเมื่อเปื้อนเสมหะหรือน้ำลาย ควรทำความสะอาดด้วยผงซักฟอกหรือน้ำยาทำความสะอาดและผึ่งแดดให้ความร้อนแผ่รังสีความร้อนให้แห้ง เพื่อฆ่าเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค

2.6.9 ควรล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำสบู่หรือน้ำยาฆ่าเชื้อเป็นประจำทุกครั้ง หลังจากการสัมผัสเสมหะ น้ำมูกหรือน้ำลาย

2.6.10 การบวมเสมหะ ควรบ้วนลงในภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิด และนำไปทำลายโดยการเผา หรือฝังหรือเททิ้งลงในโถส้วมแล้วทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อทุกครั้ง และอุปกรณ์เครื่องใช้ของผู้ป่วย ควรทำลายเชื้อด้วยการใช้แสงอาทิตย์ ใช้ความร้อน หรือการใช้สารเคมี เช่น การใช้ 70 % แอลกอฮอล์ ในการทำความสะอาด

2.6.11 ควรจัดการสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อการป้องกันการแพร่กระจาย เชื้อวัณโรคไปสู่ผู้อื่น เช่นในช่วงระยะ 2 เดือนแรกหลังจากเริ่มการรักษา ควรนอนในห้องที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก พื้นนอนต้องจัดนอนแยกห้องกับสมาชิกในครอบครัว รวมไปถึงการรับประทานอาหาร การใช้ถ้วย ชาม และเสื้อผ้า ควรมีการแยกจากสมาชิกในครอบครัว และต้องนำไปผึ่งแดดเป็นประจำ เพื่อเป็นการทำลายเชื้อที่ติดอยู่ตามสิ่งของต่าง ๆ

ซึ่งจากการทบทวนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค พบว่า การที่ผู้ป่วยวัณโรคนั้นมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องหรือเหมาะสม อาจส่งผลให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อหรือสามารถติดต่อไปถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคลากรต่าง หรือประชาชนให้เกิดการติดเชื้อวัณโรค ทำให้พบผู้ป่วยรายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำได้จากการมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง เพราะฉะนั้นจึงต้องปฏิบัติและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อให้กับผู้สัมผัสร่วมบ้านหรือผู้ใกล้ชิด ในด้านการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน การส่งเสริมการหายของโรค และการจัดการสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ถูกสุขลักษณะ

3. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (The Protection motivation Theory)

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory:PMT) ได้มีการนำเสนอครั้งแรกโดย Roger (1975) ต่อมาได้รับการถูกปรับแก้ไขใหม่และนำกลับมาใช้ในปี ค.ศ.1983 ซึ่งเริ่มต้นจากการนำการกระตุ้นด้วยความกลัวมาใช้โดยเน้นความสำคัญระหว่างแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง โดยทฤษฎีนี้เกิดจากแนวคิดที่ว่าโรคเป็นผลต่อเนื่องมาจากพฤติกรรมที่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรค และถ้าเกิดเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าวจะสามารถลดอัตราการเกิดโรคต่อตนเองรวมถึงบุคคลรอบข้างได้ (สุกัญญา คำภาศรี, 2558) ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงเกิดจากปัจจัยทั้งภายใน เช่น บุคลิกภาพของแต่ละบุคคล และภายนอก ร่างกายบุคคล เช่น ความกลัว การรับรู้ การสื่อสาร Roger ได้กล่าวว่ากระบวนการเรียนรู้มี 2 แบบ คือ การประเมินภัยสุขภาพ และการประเมินการเผชิญปัญหา โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 การประเมินภัยคุกคาม (Threat Appraisal) จะให้ความสำคัญกับแหล่งที่มาของภัยสุขภาพและองค์ประกอบ รวมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิเสธการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น การหลีกเลี่ยง การปฏิเสธ และความเชื่อที่ว่าเป็นจริง ซึ่งประกอบไปด้วย 2 ลักษณะได้แก่

3.1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ความรู้สึก และการคาดคะเนของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของตนเองที่จะป่วยด้วยโรคใด ๆ ว่ามีอย่างน้อยเพียงใด ซึ่งแต่ละบุคคลจึงมีการหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน เช่นเมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่งความรู้สึกของบุคคลที่ว่าจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้น ๆ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหรือการดูแลตนเองไม่ให้เกิดโรค (อุทุมพร ภักดีศิริวงษ์, 2555)

3.1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) ความรู้สึกนึกคิดความเชื่อ ความรู้สึก และการคาดคะเนของบุคคลที่เกิดจากการประเมินผลกระทบที่ตนเองอาจจะได้รับการป่วยด้วยโรคใด ๆ ซึ่งอาจมองการรุนแรงจากผลกระทบต่อสุขภาพจากการเจ็บป่วย ได้แก่ ชีวิต ความพิการ ความสมบูรณ์แข็งแรง การเกิดโรคแทรกซ้อน เสียชีวิต หรือการเกิดผลกระทบที่ไม่เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การสูญเสียหน้าที่การงาน ทรัพย์สินเงินทอง หรือการสูญเสียทางสังคม เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงต่อบุคคลนั้น ก็จะมีผลทำให้เกิดการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงและผลักดันให้บุคคลนั้นมีการป้องกันและรักษาโรคนั้น ๆ มากตามไปด้วย โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหรือการดูแลตนเองไม่ให้เกิดโรค (อุทุมพร ภักดีศิริวงษ์, 2555)

ดังนั้นการรับรู้ถึงภัยคุกคามและความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นนั้นส่งผลต่อแรงจูงใจให้เกิดความตระหนักถึงอันตราย นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม ซึ่งมีโอกาสเป็นไปได้ที่การรับรู้อาจจะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลง ตอบสนองหรือเกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ต่อสุขภาพ เช่น มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติสม่ำเสมอ หรืออาจเกิดการเปลี่ยน ตอบสนองหรือเกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น เกิดความสิ้นหวัง ความเชื่อ ความกลัว เป็นต้น (ธนเพ็ญ พัฒนเสถียรกุล, 2556)

3.2 การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) เป็นการให้ความสำคัญกับการตอบสนองที่ป้องกันภัยคุกคามที่อาจนำไปสู่การปรับพฤติกรรม ซึ่งประกอบไปด้วย 2 ลักษณะได้แก่

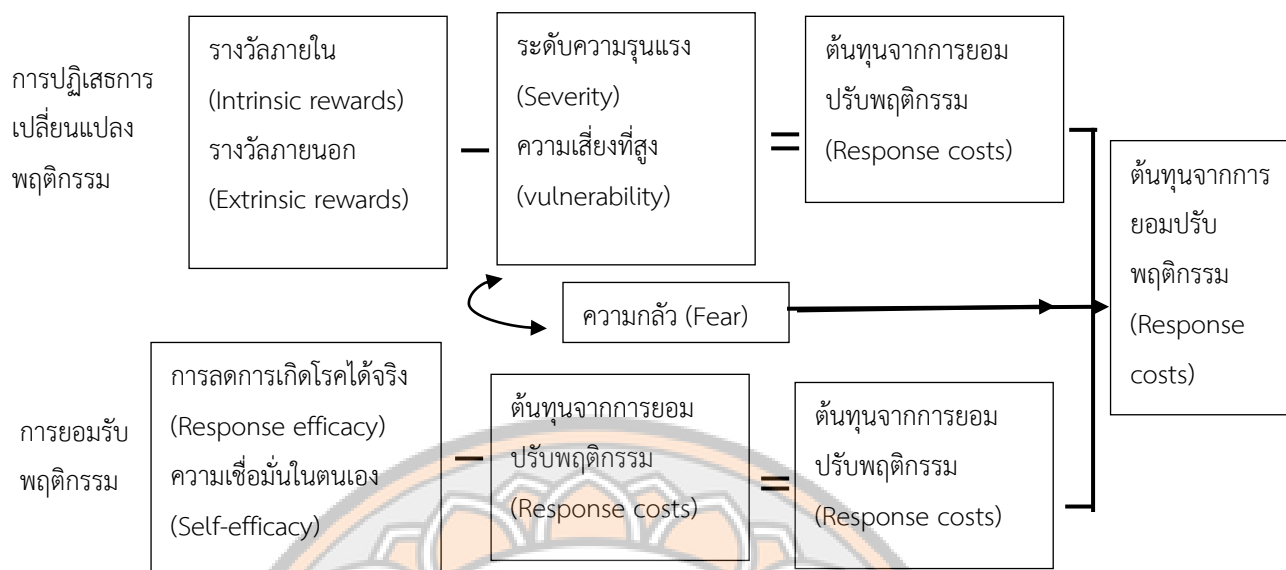
3.2.1 ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองหรือการรับรู้ถึงประโยชน์ในการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อโรค (Response Efficacy) ความรู้สึกนึกคิดถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค โดยจะต้องมีความคิด ความรู้สึก ความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์หรือผลที่ดีต่อตนเองจากการได้รับการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันหรือรักษาโรคนั้น ๆ เพื่อลดความรุนแรงของโรค ผลกระทบ

ทางสุขภาพ ผลกระทบทางเศรษฐกิจ และเพิ่มความรู้สึกด้านคุณค่าในตนเอง โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหรือการดูแลตนเองไม่ให้เกิดโรค (อุทุมพร รักดีศิริวงษ์, 2555)

3.2.2 การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) เป็นความเชื่อ ความนึกคิดความสามารถของบุคคลที่มีการปฏิบัติพฤติกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด เชื่อว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยานั้น ขึ้นอยู่กับความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง จนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมของตนเองได้สำเร็จ แม้บุคคลจะมีความเชื่อสูงกว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำจะทำให้เกิดอันตรายน้อยลง แต่ถ้าขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ ก็จะไม่สามารถจูงใจให้เขากระทำได้ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหรือการดูแลตนเองไม่ให้เกิดโรค (Seong & Lee, 2011)

ทั้งนี้การยอมรับพฤติกรรมยังขึ้นอยู่กับผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจ และปัจจัยที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ แต่สิ่งนี้อาจทำให้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองลดลง คือ ความไม่สะดวก ความยากลำบาก อาการแทรกซ้อน ความไม่น่าชื่นชม เป็นต้น ซึ่งการที่บุคคลรู้สึกว่าไม่สามารถป้องกันตนเองได้นั้นมี 2 กรณี คือ ถ้าผลลัพธ์ของการเผชิญปัญหาที่มีอยู่ไม่มีประสิทธิภาพหรือเหมาะสม ถ้าบุคคลนั้นเชื่อว่าตนเองไม่สามารถที่จะตอบสนองต่อการเผชิญปัญหาได้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคก็จะต่ำหรือลดลง หากบุคคลนั้นเชื่อว่าตนเองสามารถที่จะตอบสนองต่อการเผชิญปัญหาได้ มีความตั้งใจสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสูง การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองสูง และการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองสูง (จุฬารัตน์ โสตะ, 2554)

แบบจำลองนี้สามารถนำไปใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมและการปฏิบัติของตนเองหรือการป้องกัน รักษาโรคได้ซึ่งจะมีอิทธิพลให้บุคคลมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์มากขึ้นตามไปด้วย ดังนี้



ภาพ 1 แสดงองค์ประกอบและความสัมพันธ์เชิงทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคแนวคิดของ

Ronald W. Rogers

ที่มา : Roger (1997)

บุคคลจะรู้สึกว่าไม่สามารถป้องกันตนเองได้ใน 2 กรณี คือ ถ้าเขาเชื่อว่า ตนเองไม่สามารถที่จะตอบสนองต่อการเผชิญปัญหาได้ ดังนั้น ถ้าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่ำ ก็จะเพิ่มความหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองและความคาดหวังในความสามารถของตนเองสูง ความตั้งใจจะสูงที่สุดเมื่อบุคคลมีทั้งการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองและการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองสูง ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคนั้นมีความเชื่อว่าแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคนั้นจะทำให้ได้ดีที่สุด เมื่อ

- 1) บุคคลนั้นเห็นว่าอันตรายต่อสุขภาพนั้นรุนแรง
- 2) บุคคลมีความรู้สึกไม่มั่นคง หรือเสี่ยงต่ออันตรายนั้น
- 3) เชื่อว่าการตอบสนองโดยการปรับตัว เป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่จะกำจัดอันตรายนั้น
- 4) บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเองว่า จะสามารถปรับตัวตอบสนองหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นได้อย่างสมบูรณ์

- 5) ผลดีจากการตอบสนองด้วยการปรับตัวหรือปรับตัวแบบไม่พึงประสงค์นั้นมีน้อย
- 6) อุปสรรคเกี่ยวกับการปรับตัวหรือปรับพฤติกรรมนั้นต่ำ

โดยสรุป งานวิจัยนี้จึงได้นำองค์ประกอบของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมาใช้ เพราะการที่บุคคลมีการรับรู้ว่ามีอาการป่วยด้วยวัณโรค รับรู้ว่าโรคนั้นมีความรุนแรง รับรู้โอกาสเสี่ยง

ของการเกิดโรค ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง รวมถึงถ้าหากการรับรู้ว่าการกระทำนั้นส่งผลดีมากกว่าผลเสีย ย่อมส่งผลให้เกิดการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคต่อผู้อื่น ทั้งนี้การชักจูงหรือ การกระตุ้นจากบุคคลรอบข้าง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ชี้แนะหรือชักนำจิตใจให้ปฏิบัติก็เป็นอีกเหตุผลที่ทำให้เกิดปฏิบัติตัวในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค ซึ่งการที่บุคคลจะตัดสินใจลงมือปฏิบัติพฤติกรรมได้นั้นมีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง จึงถูกเชื่อมโยงเข้าสู่กรอบแนวคิดที่ทางผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษา

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ขวัญใจ มอนโธสง (2560) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยร่วมบ้านที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรค จำนวน 212 คน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ($r = 0.241$) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($r = 0.197$) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ($r = 0.191$) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ($r = 0.169$) และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ($r = -0.136$) ตัวแปรต้นร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ร้อยละ 15.70 ($R^2 = .157$, $F = 3.099$, $p < 0.05$) ปัจจัยที่สามารถทำนายได้คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค ($\beta = 0.178$, $p < 0.05$) และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค ($\beta = 0.137$, $p < 0.05$)

ธนชัย เอกอภิชน (2561) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางลึก อำเภอมือง จังหวัดชุมพร ในกลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 126 คน ผลการวิจัยพบว่า อาชีพ ประสบการณ์การอบรมความรู้โรคติดต่อ ชื่องทางการรับข้อมูลข่าวสารด้านโทรทัศน์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรค ($r=0.30$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และระยะเวลาการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรค ($r=0.32$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อภิชัย คุณิพงษ์ (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 124 คน ผลการศึกษาพบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของ

การดูแลตนเอง สามารถทำนายอิทธิพลต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 60.8

ชำนาญ ประดับเพชร (2564) ศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนองแสง จังหวัดสระบุรี การศึกษาเชิงพรรณนา ในกลุ่มตัวอย่าง 160 คน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 78.1 การรับรู้ถึงความรุนแรงของไวรัสโคโรนาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 73.8 การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันไวรัสโคโรนาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 88.8 แรงจูงใจในการป้องกันไวรัสโคโรนาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.8 พฤติกรรมในการป้องกันไวรัสโคโรนาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84.4 ในการหาความสัมพันธ์พบว่าอายุที่เพิ่มขึ้น ระยะเวลาการปฏิบัติงานที่นานขึ้น การรับรู้ ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันไวรัสโคโรนา แรงจูงใจในการป้องกันไวรัสโคโรนา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันไวรัสโคโรนาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จิตติมา ถมทอง (2564) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยโรค เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ในกลุ่มเป้าหมาย 170 คน ผลการศึกษพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยโรค อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.80$ S.D.= 0.31) ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยโรค ได้แก่ สิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยโรค ($\beta = 0.529$, $p < 0.001$) และเพศ ($\beta = 0.143$, $p = 0.030$) โดยรวมทำนายได้เท่ากับร้อยละ 27.9

พิมาน อีระรัตนสุนทร (2564) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่ โรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช การศึกษาเชิงวิเคราะห์ ภาคตัดขวาง ในกลุ่มตัวอย่าง 141 คน ที่เป็นผู้ป่วยรายใหม่ในคลินิกผู้ป่วยโรค ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับไวรัสโคโรนาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 47.9 มีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ร้อยละ 45.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่ในโรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ช่วงอายุ ระยะทาง ค่าใช้จ่ายในการมาโรงพยาบาล และผู้พามาที่โรงพยาบาลเพื่อการรักษา ($P = 0.037$, 0.048 , 0.005 , และ 0.021 ตามลำดับ)

พลอยไพลิน จินตนา (2567) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันป้องกันโรคของผู้สัมผัสผู้ป่วยโรคในอำเภอลำปาง เป็นการศึกษาวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 212 คน ผลการศึกษพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสผู้ป่วยโรคอยู่ในระดับสูง (mean = 4.52, S.D.= 0.32) ปัจจัยที่สามารถรวมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ มีจำนวน 3 ปัจจัย ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 1) ด้านทักษะ

การตัดสินใจ 2) ด้านความรู้ความเข้าใจ และ 3) สิ่งแวดล้อมด้านลักษณะที่อยู่อาศัย/ที่ทำงาน ซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสผู้ป่วยโรคได้ ร้อยละ 25 (Adj. R^2 = 0.250, F = 24.505, p -value < 0.001)

คาวีนา ปภูมิ (2568) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคปอดของผู้ต้องขังชายเรือนจำจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้ เป็นการศึกษาเชิงทำนาย ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 161 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคปอดอยู่ในระดับดี (M = 4.04, $S.D.$ = 0.546) ปัจจัยที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคปอด ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคปอด (β = 0.487, p < 0.001) และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค (β = 0.172, p = 0.018) ทั้งสองปัจจัยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคปอดของผู้ต้องขังชายได้ร้อยละ 33.10 (Adjusted R^2 = 0.331, p < 0.001)

Jung (2018) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคที่เป็นผู้ใหญ่ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ในกลุ่มเป้าหมาย 130 คน ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ที่ 4.86 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคที่เป็นผู้ใหญ่ได้แก่ การติตราทางสังคม (β = -0.23, p = 0.004) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (β = 0.20, p = 0.036) การสนับสนุนจากครอบครัว (β = 0.19, p = 0.012) และการดื่มแอลกอฮอล์ (β = -0.19, p = 0.021) ซึ่งสามารถรวมอธิบายความแปรปรวนของความร่วมมือในการใช้ยาได้ร้อยละ 38.9

Awoke (2019) ศึกษาความล่าช้าโดยรวมในการรักษาโรคและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่ในสถานบริการสุขภาพที่ได้รับการคัดเลือกในเขต Gedeo ทางตอนใต้ของเอธิโอเปีย 2017/18 ในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่ในสถานบริการสุขภาพที่ได้รับการคัดเลือกของเขต Gedeo ทางตอนใต้ของเอธิโอเปีย ผลการวิจัยพบว่า ผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 50.9% ของผู้เข้าร่วมมีความล่าช้าในการรักษาโรค เป็นเหตุหนึ่ง ไม่เข้าร่วมการศึกษาอย่างเป็นทางการ มีถิ่นที่อยู่ในชนบทมีความรู้ที่ไม่ดีเกี่ยวกับโรค บ้านมีระยะห่างจากสถานบริการสุขภาพที่ใกล้ที่สุด > 10 กม. ไปพบผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่ไม่เป็นไปตามรูปแบบและรับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะก่อนการวินิจฉัยโรคในเชิงประจักษ์ได้รับการระบุว่ามีความสำคัญอย่างอิสระ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องสำหรับการรักษาโรคโดยรวมไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

Abdul et.al. (2020) ศึกษาปัจจัยทำนายการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค ในเมืองซูราบายา ประเทศอินโดนีเซีย การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ในกลุ่มตัวอย่าง 176 คน ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมก่อนป่วย (β = 0.359) ความรู้ (β = 0.241) ความสามารถในการป้องกันของตนเอง

($\beta = 0.225$) การสนับสนุนจากครอบครัว ($\beta = 0.855$) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ($\beta = 0.462$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด

Park (2020) ศึกษากระบวนการสนับสนุนการติตราและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอด การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ในกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 19 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอด จำนวน 125 คน ผลการวิจัยคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเอง เท่ากับ 3.91 มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองและระบบสนับสนุนทางครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงลบ อย่างมีนัยสำคัญระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองและการติตรา ตัวแปรสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว ($\beta = 0.33, p < .001$) การสูบบุหรี่ ($\beta = -0.23, p = .002$) อายุ ($\beta = 0.22, p = .005$) และประสบการณ์ในการหยุดการรักษา ($\beta = -0.17, p = .040$)

Yang et.al. (2020) ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดที่อาศัยอยู่ในชุมชน การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ในกลุ่มตัวอย่าง 206 คน ที่มีอายุ 19 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอด ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจป้องกันโรค ($\beta = 0.300, p < .001$) ระดับการศึกษา ($\beta = 0.435, p < .001$) ความรู้เรื่องสุขภาพ ($\beta = 0.298, p < .001$) และการอยู่ร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัว ($\beta = -0.140, p = .013$)

Jin Li et.al. (2021) ศึกษาปัจจัยกำหนดพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรค เป็นการวิเคราะห์เชิงเส้น ในกลุ่มเป้าหมาย 459 คน ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรค ($\beta = 0.330$) การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ ($\beta = 0.437$) มีผลกระทบทางตรงต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรค การให้ศึกษาและแรงสนับสนุนจากครอบครัวส่งผลในทางอ้อมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรค

Syahrul et.al. (2022) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว อุปสรรครายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานการณ์สุขภาพ ค่าใช้จ่ายต่อประโยชน์ที่ได้รับ ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหาเชิงรุก การให้คำปรึกษา (เช่น การให้ความรู้ด้านสุขภาพ) กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาสวัสดิการครอบครัว (เช่น การมีบุตร) การสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค

Lee & Lee (2024) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคชาวเกาหลี: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมาน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านการศึกษา ปัจจัยด้านจิตวิทยา ส่งผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค

และในส่วนของปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิต การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนจากบุคคลภายในครอบครัว การสนับสนุนจากครอบครัว และการรับรู้ถึงประโยชน์ต่อสุขภาพ

Wongchana & Songthap (2024) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคในกลุ่มสัมผัสร่วมบ้าน ในจังหวัดพิษณุโลก ภาคเหนือของประเทศไทย: ผลกระทบต่อแผนยุทธศาสตร์การป้องกันวัณโรค การศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง ในกลุ่มตัวอย่าง 268 คนที่เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91.2) มีพฤติกรรมป้องกันวัณโรคระดับสูง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การรับรู้ประสิทธิภาพตนเองในการป้องกันวัณโรค ($\beta = 0.474$) การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.220$) ปัจจัยลบสุขภาพ ($\beta = -0.171$) การเดินทางไปโรงพยาบาล ($\beta = 0.150$) ไม่ทราบประวัติการฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรค (BCG) ($\beta = -0.122$) ความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัว (พี่คนโต ป้า ลุง น้อง ลูกพี่ลูกน้อง) ($\beta = -0.116$)

จากการทบทวนวรรณกรรมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้รวบรวมปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ ปัจจัยด้านการกระตุ้นในการปฏิบัติ ปัจจัยด้านการรับรู้ โดยแบ่งเป็นการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันวัณโรค การรับรู้อุปสรรคของการรักษาและป้องกันวัณโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลป้องกันวัณโรค ปัจจัยร่วม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ การสูบบุหรี่ มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน จึงสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคมีอยู่ 2 ปัจจัยหลัก ได้แก่

1. ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ การสูบบุหรี่ อาชีพ
2. ปัจจัยด้านการรับรู้ เช่น การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้ในความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายวัณโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองหรือการรับรู้ถึงประโยชน์ในการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อโรค

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดพิจิตร เพื่อใช้เป็นข้อมูลหรือแนวทางกำหนดวิธีในการแก้ไขปัญหา และเป็นข้อมูลในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยวัณโรคและรักษาสำเร็จต่อไป จึงได้แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรไว้ในกรอบแนวคิด (ภาพที่ 2 หน้า 34)

5. กรอบแนวคิดการวิจัย

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดพิจิตร โดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory : PMT)



ภาพ 2 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินงานวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดพิจิตร เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Analytical Cross-Sectional Study) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดพิจิตร โดยผู้ศึกษาได้ดำเนินการศึกษา ต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยขึ้นทะเบียนฐานข้อมูลในคลินิกวัณโรค ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 450 ราย (กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ในโรงพยาบาล 12 แห่งจังหวัดพิจิตร ได้แก่ โรงพยาบาลพิจิตร โรงพยาบาลวังทรายพูน โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน โรงพยาบาลบางมูลนาก โรงพยาบาลโพทะเล โรงพยาบาลสามง่าม โรงพยาบาลทับคล้อ โรงพยาบาลสากเหล็ก โรงพยาบาลบึงนาราง โรงพยาบาลดงเจริญ และโรงพยาบาลวชิรบำรุง

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ จำนวน 250 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยขึ้นทะเบียนในคลินิกวัณโรค ในโรงพยาบาลจำนวน 12 แห่ง นำเข้าสู่วิจัยโดยพิจารณาคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษาและวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ และยินยอมที่จะเข้าร่วมการศึกษาค้นคว้าด้วยความสมัครใจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Include criteria)

1. ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและได้รับการรักษาอยู่ในปี พ.ศ.2564
 2. ไม่เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่มีอาการแทรกซ้อนหรือรังโรครุนแรงร่วมด้วย
 3. ผู้ป่วยวัณโรคที่มีอายุ 20 ปี ถึง อายุ 65 ปี
 4. สามารถอ่านเขียนด้วยภาษาไทยได้และไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร
- มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
5. ผู้ป่วยวัณโรคที่มีความประสงค์ยินยอมให้ข้อมูล ในขณะที่ดำเนินเก็บข้อมูล

เกณฑ์การคัดออก (Exclude criteria)

1. ผู้ป่วยวัณโรคที่มีความประสงค์ขอลอนตัวหรือไม่ยินยอมให้ข้อมูล ในขณะดำเนินเก็บข้อมูล
2. ผู้ป่วยวัณโรคที่ย้ายออกจากพื้นที่และไม่สามารถมาให้ข้อมูลได้ในวันที่นัดหมาย

3. ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คือ จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยขึ้นทะเบียนในคลินิกวัณโรค ในโรงพยาบาลจำนวน 12 แห่ง ที่ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง ด้วยสูตรการประมาณค่าเฉลี่ยประชากร กรณีทราบจำนวนประชากร (Determination of sample size for estimation means) (Wayne, 1995) โดยใช้สูตร

$$n = \frac{N\sigma^2 z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + \sigma^2 z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

N = จำนวนประชากร เท่ากับ 450 คน

Z = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % = 1.96

α = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติที่ระดับนัยสำคัญที่กำหนด (ระดับ < 0.05)

σ = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วย

วัณโรค เท่ากับ 2.26 (เทพไทย โชติชัย, 2554)

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับให้เกิดขึ้นได้ กำหนดเท่ากับร้อยละ 10 ของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคเท่ากับ 0.226

ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างและความผิดพลาดจากการตอบแบบสอบถาม จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ ($n=208$) รวมทั้งสิ้น 250 คน

4. การสุ่มตัวอย่าง

การคำนวณครั้งนี้คัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย โดยวิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

4.1 ผู้วิจัยนำรายชื่อผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล 12 แห่ง จังหวัดพิจิตร มาจัดเรียงลำดับตั้งแต่ 1 ถึง 450 คน

4.2 การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (systematic random sampling) โดยใช้สูตร $I = N/n$ เมื่อแทนค่าในสูตร ได้ค่า $I = 450/250 = 1.8$ ค่าช่วงชั้นเท่ากับ 2 แล้วทำการสุ่มตัวอย่างทุกๆ 2 คน จะได้รับการสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่าง 1 คน

4.3 สุ่มตัวอย่างเพื่อกำหนดกลุ่มเป้าหมายคนแรก (R) เรียกว่า Random Start ด้วยการสุ่มอย่างง่ายจากหมายเลข 1 ถึง 2 มาจำนวน 1 หมายเลข ซึ่งจากการสุ่มได้หมายเลข 2 จากนั้นหมายเลขของกลุ่มเป้าหมายต่อไปจะถูกกำหนดอย่างเป็นระบบโดยการรวมอัตราส่วนที่ได้จากข้อ 4.2 คือ ช่วงชั้นเท่ากับ 2 กับหมายเลขกลุ่มเป้าหมายเริ่มต้นที่ข้อ 4.3 คือ 2 มาบวกรวมกัน โดยใช้สูตร $R, R+1, R+2I, R+3I, \dots, R+(n-1)I$ ดังนั้นกลุ่มเป้าหมายที่มีหมายเลข 2, $2+2, 2+2(2), 2+3(2), 2+4(2), \dots$ เป็นผู้ป่วยตามรายชื่อลำดับที่ 2, 4, 6, 8, 10 เป็นต้นจนถึง ลำดับที่ 250

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและตำรา วิชาที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบสอบถามตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย 7 ส่วนมีข้อความประกอบด้วย

1. แบบสอบถามส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือนของครอบครัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ โรคประจำตัว เป็นคำถามที่มีตัวเลือกให้ตอบ และระบุคำตอบเอง จำนวนข้อความ 9 ข้อ

2. แบบสอบถามส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ซึ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับโรควัณโรค อาการ การแพร่กระจายเชื้อวัณโรค และการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องของผู้ป่วยวัณโรค จำนวนข้อความ 10 ข้อ เป็นข้อความแบบเลือกตอบจำนวน 2 ตัวเลือก คือ ใช่ หรือ ไม่ใช่ ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดได้ 0 คะแนน โดยใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนนความรู้แบบอิงเกณฑ์ของ Benjamin Bloom (Bloom, 1971) มี 3 ระดับดังนี้

ความรู้ระดับสูง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป	(ช่วงคะแนน 8 – 10 คะแนน)
ความรู้ระดับปานกลาง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79	(ช่วงคะแนน 6 – 7 คะแนน)
ความรู้ระดับต่ำ	ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60	(ช่วงคะแนน 0 – 5 คะแนน)

3. แบบสอบถามส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อวัณโรค ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีจำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ดังนี้

คะแนนข้อความทางบวก		คะแนนข้อความลบ	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5		1
เห็นด้วย	4		2
ไม่แน่ใจ	3		3
ไม่เห็นด้วย	2		4

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 5

ในการแปลผลคะแนนรวมของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อไวรัส โดยใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนนของ Best (Best, 1977) คือใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดและหาร 3 ได้ความกว้าง $((5-1)/3) = 1.33$ ดังนี้

ระดับสูง	ช่วงคะแนน	3.68 – 5.00
ระดับปานกลาง	ช่วงคะแนน	2.34 – 3.67
ระดับต่ำ	ช่วงคะแนน	1.00 – 2.33

4. แบบสอบถามส่วนที่ 4 การรับรู้ความรุนแรงของไวรัส ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีจำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ดังนี้

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

ในการแปลผลคะแนนรวมของการรับรู้ความรุนแรงของไวรัส โดยใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนนของ Best (Best, 1977) คือใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดและหาร 3 ได้ความกว้าง $((5-1)/3) = 1.33$ ดังนี้

ระดับสูง	ช่วงคะแนน	3.68 – 5.00
ระดับปานกลาง	ช่วงคะแนน	2.34 – 3.67
ระดับต่ำ	ช่วงคะแนน	1.00 – 2.33

5. แบบสอบถามส่วนที่ 5 การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันการแพร่กระจายไวรัส จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ แนใจว่าทำได้แน่นอน แนใจว่าทำได้ ไม่แน่ใจ ไม่แนใจว่าทำได้ ไม่แนใจว่าทำได้แน่นอน ซึ่งมีแนวทางการให้คะแนนดังนี้

คะแนนข้อคำถามทางบวก		คะแนนข้อความถลบ	
แนใจว่าทำได้แน่นอน	5	ไม่แนใจว่าทำได้แน่นอน	1
แนใจว่าทำได้	4	ไม่แนใจว่าทำได้	2
ไม่แนใจ	3	แนใจว่าทำได้	3

ไม่แน่ใจว่าทำได้	2	4
ไม่แน่ใจว่าทำได้แน่นอน	1	5

ในการแปลผลคะแนนรวมของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายไวรัส โดยใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนนของ Best (Best, 1977) คือ ใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุดและหาร 3 ได้ความกว้าง $((5-1)/3) = 1.33$ จะได้ 3 ระดับ ดังนี้

ระดับสูง	ช่วงคะแนน	3.68 – 5.00
ระดับปานกลาง	ช่วงคะแนน	2.34 – 3.67
ระดับต่ำ	ช่วงคะแนน	1.00 – 2.33

6. แบบสอบถามส่วนที่ 6 การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัส จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ดังนี้

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

ในการแปลผลคะแนนรวมของการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัส โดยใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนนของ Best (Best, 1977) คือ ใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดและหาร 3 ได้ความกว้าง $((5-1)/3) = 1.33$ ดังนี้

ระดับสูง	ช่วงคะแนน	3.68 – 5.00
ระดับปานกลาง	ช่วงคะแนน	2.34 – 3.67
ระดับต่ำ	ช่วงคะแนน	1.00 – 2.33

7. แบบสอบถามส่วนที่ 7 ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย วัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย ดังนี้

	คะแนนข้อคำถามทางบวก	คะแนนข้อคำถามลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	4	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3	2
ปฏิบัตินานๆครั้ง	2	3

ไม่เคยปฏิบัติเลย

1

4

ในการแปลผลคะแนนรวมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนนของ Best (Best, 1977) คือ ใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุดและหาร 3 ได้ความกว้าง $((4-1)/3) = 1$ จะได้ 3 ระดับ ดังนี้ ‘

ระดับสูง	ช่วงคะแนน	3.01 – 4.00
ระดับปานกลาง	ช่วงคะแนน	2.01 – 3.00
ระดับต่ำ	ช่วงคะแนน	1.00 – 2.00

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

เมื่อได้แบบสอบถามแล้วนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง จากการใช้ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence : IOC) เพื่อหาความตรงของเนื้อหา กับวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ โดยทำการแปลงคำตอบเป็นคะแนน (พัชรภรณ์ บติรัฐ, 2558) ดังนี้

สอดคล้อง	กำหนดคะแนนเป็น	+1
ไม่แน่ใจ	กำหนดคะแนนเป็น	0
ไม่สอดคล้อง	กำหนดคะแนนเป็น	-1

แทนค่าสูตร $IOC = \Sigma R/N$

โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ตรวจสอบเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และพิจารณาการใช้ภาษา และข้อเสนอแนะ นำมาปรับปรุงแก้ไขหรือตัดทิ้ง โดยยึดตามเกณฑ์และการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยพบว่า ค่า IOC ของข้อคำถามในแบบสอบถามทุกข้อ มีค่าดัชนีความสอดคล้องคำถามรายข้อ อยู่ระหว่าง 0.67 – 1.0 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือ มีค่ามากกว่า 0.5 ขึ้นไป

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงและแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้ (Try out) ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability) จำนวน 30 ราย ที่โรงพยาบาลลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR-20 ของ Kuder-Richardson (วาสนา เหมือนมี, 2557) เพื่อวัดแบบสอบถามความรู้ จากโปรแกรมสำเร็จรูป และสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เพื่อวัด

แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อไวรัส การรับรู้ความรุนแรงของไวรัส การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัส การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสและ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งมีความน่าเชื่อถือที่ยอมรับได้ คือ 0.7 (พัชรภรณ์ บติรัฐ, 2558) โดยมีค่าความเชื่อมั่นในแต่ละข้อแบบสอบถาม ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงค่าความเชื่อมั่นจำแนกตามรายตัวแปรในแบบสอบถาม

ตัวแปร	ค่าความเชื่อมั่น
แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับไวรัส	0.783
แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อไวรัส	0.863
แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของไวรัส	0.804
แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัส	0.853
แบบสอบถามการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัส	0.742
แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย	0.891

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามโดยการตอบคำถามกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยเก็บข้อมูลหลังจากที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของมหาวิทยาลัยนเรศวร ซึ่งมีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร เสนอถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 12 แห่ง ในจังหวัดพิจิตร ได้แก่ โรงพยาบาลพิจิตร โรงพยาบาลวังทรายพูน โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน โรงพยาบาลบางมูลนาก โรงพยาบาลโพทะเล โรงพยาบาลสามง่าม โรงพยาบาลทับคล้อ โรงพยาบาลสากเหล็ก โรงพยาบาลบึงนาราง โรงพยาบาลดงเจริญ โรงพยาบาลวชิรбарมี เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และดำเนินการชี้แจงข้อมูลแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทราบถึงมีการเก็บข้อมูลในการทำวิจัย เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย

1.2 ผู้วิจัยประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานควบคุมป้องกันโรคในโรงพยาบาลทั้ง 12 แห่ง เพื่อขอความอนุเคราะห์และชี้แจงขั้นตอนการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณลักษณะที่เข้ากับเกณฑ์การคัดเลือก

2.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการตามวันเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกในการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย

2.3 ผู้วิจัยเตรียมแบบสอบถามเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

2.4 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลทั้ง 12 แห่งในจังหวัดพิจิตร โดยการแนะนำตัวเองกับผู้ป่วยโรคและญาติและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษา ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือ รวมถึงการพินิจสิทธิกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นผู้ที่ยินยอมลงชื่อในใบยินยอมก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล

2.5 โดยผู้วิจัยใช้เวลากลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองประมาณ 10 – 15 นาที โดยให้ตอบแบบสอบถามโดยลำพังเพื่อให้ตอบได้อย่างสะดวก และไม่รู้สึกอึดอัดหรือเกิดความลำบากใจในการตอบแบบสอบถาม

2.6 หลังได้รับแบบสอบถามคืนแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์และครบถ้วนของข้อมูล จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของแบบสอบถามเสร็จสิ้นแล้ว จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ด้วยค่า ความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: S.D.) ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อไวรัสโรค การรับรู้ความรุนแรงของไวรัสโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายไวรัสโรค การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรค และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไวรัสโรค

2. วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมานหรือปริมาณ (Inferential statistics) โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression) คือวิธี Stepwise Method ในการหาปัจจัยที่มีผลต่อ

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค จังหวัดพิจิตร โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษยมหาวิทยาลัยนเรศวร หมายเลข P2-0416/2564 เมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2565 และได้ดำเนินการต่ออายุการรับรองจริยธรรมในวันที่ 11 มิถุนายน 2567 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่าง ทราบถึงสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมวิจัย โดยจะแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บ รวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบก่อนเข้าร่วมงานวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงว่าการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมงานวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งไม่มี ผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด และข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยที่ทำให้เกิดความเสียหาย โดยข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ส่วนผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายหลังการวิจัยเสร็จสิ้นภายใน 1 ปี



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Analytical Cross-Sectional Study) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดพิจิตร จำนวน 250 คน การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตารางประกอบการบรรยาย โดยนำเสนอแบ่งเป็น 9 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค
- ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อวัณโรค
- ส่วนที่ 4 การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค
- ส่วนที่ 5 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค
- ส่วนที่ 6 การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค
- ส่วนที่ 7 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย
- ส่วนที่ 8 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 250)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	169	67.6
หญิง	81	32.4
รวม	170	100
อายุ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี	27	10.8
36 – 50 ปี	97	38.8
มากกว่า 50 ปี	126	50.4
$\bar{x}$ = 49.68 S.D. = 10.67 Min = 21 Max = 65		
รวม	170	100
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	132	52.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	51	20.4
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	53	21.2
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	4	1.6
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	7	2.8
อื่นๆ (ไม่ได้เรียน)	3	1.2
รวม	170	100
สถานภาพสมรส		
โสด	67	26.8
สมรส	150	60.0
หม้าย	20	8.0
หย่าร้างหรือแยกทางกัน	13	5.2
รวม	170	100

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	10	4.0
พนักงานบริษัท	6	2.4
รับจ้าง	121	48.4
เกษตรกร	66	26.4
ธุรกิจส่วนตัว	8	3.2
อื่นๆ	39	15.6
ว่างงาน	16	6.4
แม่บ้าน	9	3.6
ค้าขาย	8	3.2
พระภิกษุ	6	2.4
รวม	170	100
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	76	30.4
5,001 – 11,000 บาท	96	38.4
มากกว่า 11,000 บาท	78	31.2
$\bar{x} = 10,090.80$ S.D. = 8,423.25 Min = 400 Max = 70,000		
รวม	170	100
บุหรี		
สูบ	30	12.0
ไม่สูบ	169	67.6
เคยสูบ	51	20.4
รวม	170	100

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
แอลกอฮอล์		
ดื่ม	31	12.4
ไม่ดื่ม	167	66.8
เคยดื่ม	52	20.8
รวม	170	100
โรคประจำตัว		
ไม่มี	162	64.8
มี	88	35.2
โรคความดันโลหิตสูง	17	6.8
โรคเบาหวาน	14	5.6
โรคเอดส์หรือเอชไอวี	6	2.4
โรคความดันโลหิตสูง และไขมัน	6	2.4
โรคเบาหวาน และไขมัน	6	2.4
อื่น ๆ	39	15.6
รวม	170	100

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 67.6 และเพศหญิง ร้อยละ 32.4 อยู่ในช่วงอายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 50.4 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 49.68 ปี การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.8 และมีสถานะภาพสมรส ร้อยละ 60 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 48.4 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวอยู่ในระหว่าง 5,001 – 11,000 บาท ร้อยละ 38.4 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 67.6 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 66.8 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 64.8

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรค (n = 250)

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (8 -10 คะแนน)	218	87.2
ระดับปานกลาง (6 – 7 คะแนน)	27	10.8
ระดับต่ำ (0 – 5 คะแนน)	5	2.0
$\bar{x} = 8.87$ S.D. = 1.24 Min = 5 Max = 10		

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคในระดับสูง (8 – 10 คะแนน) ร้อยละ 87.2 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง (6 – 7 คะแนน) ร้อยละ 10.8 และระดับต่ำ ร้อยละ 2.0 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.87 (S.D. = 1.24) คะแนนสูงสุด 10 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 5 คะแนน

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามถูกต้องด้านความรู้เกี่ยวกับวัณโรคจำแนกตามรายชื่อ (n = 250)

ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค	ตอบถูก	
	จำนวน	ร้อยละ
1. วัณโรคสามารถติดต่อโดยการไอและจาม	238	95.2
2. การได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรคตั้งแต่เด็ก จะช่วยลดการเกิดโรควัณโรคได้	198	79.2
3. อาการที่สำคัญของวัณโรค คือ ไอเรื้อรัง เกิน 2 สัปดาห์ มีไข้ หายใจเหนื่อย น้ำหนักลด เบื่ออาหาร เป็นต้น	239	95.6
4. วิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค คือ การสวมหน้ากากอนามัยเมื่อต้องอยู่ใกล้ผู้อื่น	233	93.2
5. การออกกำลังกาย และรับประทานอาหารที่มีประโยชน์สามารถป้องกันวัณโรคได้	193	77.2
6. วัณโรคมักพบในเด็กที่ไม่ได้รับวัคซีนป้องกัน ผู้สูงอายุ และผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค	197	78.8
7. โรควัณโรคสามารถกลับมาเป็นซ้ำได้หลังจากรักษาหายแล้ว	225	90.0

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค	ตอบถูก	
	จำนวน	ร้อยละ
8. ผู้ป่วยวัณโรคขณะอยู่ในช่วงรักษา ไม่ควรดื่มแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ เพราะทำให้ภูมิคุ้มกันทางในร่างกายน้อยลง และอาการทรุดลงได้	233	93.2
9. การใช้ของร่วมกับผู้ป่วยวัณโรค เช่น ถ้วย ชาม ช้อน ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค	232	92.8
10. ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันทางในร่างกายน้อย หรือภูมิคุ้มกันต่ำ เสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค	229	91.6

จากตารางที่ 4 เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคสูงสุด คือ ข้อ 3. อาการที่สำคัญของวัณโรค คือ ไอเรื้อรัง เกิน 2 สัปดาห์ มีไข้ หายใจเหนื่อย น้ำหนักลด เบื่ออาหาร เป็นต้น อยู่ที่ร้อยละ 95.6 รองลงมาคือ ข้อ 1. วัณโรคสามารถติดต่อโดยการไอและจาม ร้อยละ 95.2 และน้อยที่สุดคือ ข้อ 5 การออกกำลังกาย และรับประทานอาหารที่มีประโยชน์สามารถป้องกันวัณโรคได้ ร้อยละ 77.2

ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อวัณโรค

ตารางที่ 5 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อวัณโรค (n = 250)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (3.68 – 5.00 คะแนน)	226	90.4
ระดับปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน)	24	9.6
ระดับต่ำ (1.00 – 2.33 คะแนน)	0	0.0
($\bar{x}$ = 4.27, S.D.= 0.49)		

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อวัณโรคอยู่ในระดับสูง (3.68 – 5.00 คะแนน) ร้อยละ 90.4 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน) ร้อยละ 9.6 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.27 (S.D. = 0.49)

ตารางที่ 6 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนน ของกลุ่ม
ตัวอย่างด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อไวรัสโรค จำแนกตามรายข้อ (n = 250)

ข้อ	ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)					$\bar{x}$ (S.D.)	ระดับ
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง		
1	ในช่วงที่ป่วยเป็น ไวรัสโรค ท่าน สามารถ แพร่กระจายเชื้อ ไวรัสโรคได้ หากท่าน ไม่สวมใส่หน้ากาก อนามัย เมื่อต้องอยู่ ใกล้ชิดกับผู้อื่น	143 (54.2)	93 (37.2)	11 (4.4)	2 (0.8)	1 (0.4)	4.50 (0.66)	สูง
2	หากท่านรับประทาน ยาไม่สม่ำเสมอในช่วง ป่วยเป็นไวรัสโรค ท่าน สามารถแพร่กระจาย เชื้อให้กับผู้อื่นได้	99 (39.6)	110 (44.0)	35 (14.0)	4 (1.6)	2 (0.8)	4.20 (0.79)	สูง
3	ในช่วงป่วยเป็น ไวรัสโรค หากท่านสูบบุหรี่ ท่านสามารถ แพร่กระจายเชื้อให้ ผู้อื่นได้	87 (34.8)	101 (40.4)	54 (21.6)	8 (3.2)	0 (0.0)	4.07 (0.83)	สูง

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)					$\bar{x}$ (S.D.)	ระดับ
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง		
4	ในช่วงป่วยเป็น วัณโรค หากท่านอยู่ ใกล้ชิดกับผู้อื่นในห้อง ที่มีอากาศไม่ถ่ายเท ท่านสามารถ แพร่กระจายเชื้อได้ เช่น การใช้ เครื่องปรับอากาศ (แอร์)ในห้องเดียวกัน	108 (43.2)	114 (45.6)	24 (9.6)	4 (1.6)	0 (0.0)	4.30 (0.70)	สูง
5	ในช่วงป่วยเป็น วัณโรค ท่านสามารถ แพร่กระจายเชื้อได้ หากท่านใช้อุปกรณ์ ต่าง ๆ เช่น ถ้วย ชาม จาน ช้อน ผ้าเช็ดหน้า ร่วมกับผู้อื่น	117 (46.8)	101 (40.4)	23 (9.2)	7 (2.8)	2 (0.8)	4.30 (0.81)	สูง
6	ท่านสามารถ แพร่กระจายเชื้อได้ หากท่านไม่ล้างมือ หลังการสัมผัสน้ำมูก น้ำลายหรือเสมหะ	104 (41.6)	128 (51.2)	16 (6.4)	2 (0.8)	0 (0.0)	4.34 (0.63)	สูง

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)					$\bar{x}$ (S.D.)	ระดับ
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง		
7	ท่านสามารถ แพร่กระจายเชื้อให้ ผู้อื่นที่สัมผัสระยะของ ท่านได้ หากท่าน กำจัดขยะที่ปนเปื้อน ลงในภาชนะที่ไม่ ถูกต้อง	86 (34.4)	122 (48.8)	39 (15.6)	2 (0.8)	1 (0.4)	4.16 (0.73)	สูง
8	ในช่วงที่ป่วยเป็น วัณโรค ท่านสามารถ แพร่กระจายเชื้อ ให้กับผู้ที่มีโรค ประจำตัวหรือผู้ที่มี ภูมิคุ้มกันต่ำได้	101 (40.4)	110 (44.0)	36 (14.4)	3 (1.2)	0 (0.0)	4.24 (0.69)	สูง
9	ในช่วงที่ป่วยเป็น วัณโรค ท่านสามารถ แพร่กระจายเชื้อ ให้กับผู้ที่นอนร่วม ห้องเดียวกันหรือผู้ที่ อาศัยอยู่ในบ้านได้	112 (44.8)	111 (44.4)	24 (9.6)	3 (1.2)	0 (0.0)	4.33 (0.63)	สูง

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)					$\bar{x}$ (S.D.)	ระดับ
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง		
10	หากท่านร่วม รับประทานอาหารกับ ผู้อื่น และมีอาการไอ หรือ จาม ขณะ รับประทานอาหาร ท่านสามารถ แพร่กระจายเชื้อได้	110 (44.0)	121 (48.4)	18 (7.2)	1 (0.4)	0 (0.0)	4.36 (0.63)	สูง
รวมค่าเฉลี่ย							4.27 (0.49)	สูง

จากตารางที่ 6 เมื่อพิจารณาตามรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อไวรัสโรคสูงสุด คือ ข้อ 1. ในช่วงที่ป่วยเป็นโรค ท่านสามารถแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคได้ หากท่านไม่สวมใส่หน้ากากอนามัย เมื่อต้องอยู่ใกล้ชิดกับผู้อื่น ($\bar{x} = 4.50$, S.D.= 0.66) รองลงมาคือ ข้อ 10. หากท่านร่วมรับประทานอาหารกับผู้อื่น และมีอาการไอหรือจามขณะรับประทานอาหาร ท่านสามารถแพร่กระจายเชื้อได้ ($\bar{x} = 4.36$, S.D.= 0.63) และน้อยที่สุดคือ ข้อ 3. ในช่วงป่วยเป็นโรค หากท่านสูบบุหรี่ ท่านสามารถแพร่กระจายเชื้อให้ผู้อื่นได้ ($\bar{x} = 4.07$, S.D.= 0.83)

ส่วนที่ 4 การรับรู้ความรุนแรงของโรค

ตารางที่ 7 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรค (n = 250)

การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (3.68 – 5.00 คะแนน)	202	80.8
ระดับปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน)	48	19.2
ระดับต่ำ (1.00 – 2.33 คะแนน)	0	0.0
$(\bar{x} = 4.01, S.D. = 0.44)$		

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค อยู่ในระดับสูง (3.68 – 5.00 คะแนน) ร้อยละ 80.8 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน) ร้อยละ 19.2 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.01 (S.D. = 0.44)

ตารางที่ 8 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนน ของกลุ่มตัวอย่างด้านการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค จำแนกตามรายชื่อ (n = 250)

ข้อ	ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)					$\bar{x}$ (S.D.)	ระดับ
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง		
1	การป่วยเป็นโรค วัณโรคทำให้ถูกสังคม รังเกียจ	52 (20.8)	96 (38.4)	59 (23.6)	37 (14.8)	6 (2.4)	3.60 (1.04)	ปาน กลาง
2	การป่วยเป็นวัณโรค จำเป็นต้องรักษา อย่างต่อเนื่องเป็น เวลานาน จึงไม่ สามารถทำงาน ตามปกติ	44 (17.6)	120 (48.0)	53 (21.2)	29 (11.6)	4 (1.6)	3.68 (0.94)	สูง

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)					$\bar{x}$ (S.D.)	ระดับ
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง		
3	การป่วยเป็นวัณโรค ทำให้ไม่สามารถอยู่ ใกล้ชิดกับผู้อื่น และ ถูกจำกัดพื้นที่ในการ ดำเนินชีวิตประจำวัน	48 (19.2)	105 (42.0)	52 (20.8)	42 (16.8)	3 (1.2)	3.61 (1.01)	ปาน กลาง
4	หากป่วยเป็นวัณโรค จะต้องรักษานานถึง 6 เดือน	108 (43.2)	115 (46.0)	26 (10.4)	1 (0.4)	0 (0.0)	4.32 (0.67)	สูง
5	การป่วยเป็นวัณโรค ทำให้ผู้ใกล้ชิดได้รับ เชื้อวัณโรคและป่วย ได้	83 (33.2)	132 (52.8)	30 (12.0)	5 (2.0)	0 (0.0)	4.17 (0.71)	สูง
6	การป่วยเป็นวัณโรค อาจรุนแรงถึงขั้น เสียชีวิตได้ หากไม่ รักษาอย่างต่อเนื่อง	109 (43.6)	106 (42.4)	35 (14.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.30 (0.70)	สูง
7	การป่วยเป็นโรควัณ โรคทำให้เกิดอาการ แทรกซ้อนที่อันตราย ได้ เช่น เกิดแผลโพรง ในปอด ไอออกเป็น เลือด เนื้อเยื่อในปอด ถูกทำลายมากขึ้น และยังแพร่ไปเชื้อไป ยังอวัยวะต่าง ๆ ใน ร่างกายได้	98 (39.2)	110 (44.0)	40 (16.0)	2 (0.8)	0 (0.0)	4.22 (0.73)	สูง

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)					$\bar{x}$ (S.D.)	ระดับ
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง		
8	วัณโรคเมื่อหายแล้ว สามารถกลับมาเป็น โรควัณโรคซ้ำได้	81 (32.4)	120 (48.0)	48 (19.2)	1 (0.4)	0 (0.0)	4.12 (0.72)	สูง
9	การป่วยเป็นโรค วัณโรคทำให้ขาด รายได้ในระยะยาว	63 (25.2)	126 (50.4)	38 (15.2)	21 (8.4)	2 (0.8)	3.91 (0.89)	สูง
10	การป่วยเป็นวัณโรค ทำให้การทำงานของ ปอดแย่ลง หายใจได้ ไม่เต็มปอด	87 (34.8)	136 (54.4)	25 (10.0)	2 (0.8)	0 (0.0)	4.23 (0.65)	สูง
รวมค่าเฉลี่ย							4.01 (0.44)	สูง

จากตารางที่ 8 เมื่อพิจารณาตามรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคสูงสุด คือ ข้อ 4. หากป่วยเป็นวัณโรคจะต้องรักษานานถึง 6 เดือน ($\bar{x}$ = 4.32, S.D.= 0.67) รองลงมาคือ ข้อ 6. การป่วยเป็นวัณโรคอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้หากไม่รักษาอย่างต่อเนื่อง ($\bar{x}$ = 4.30, S.D.= 0.70) และน้อยที่สุดคือ ข้อ 1. การป่วยเป็นโรควัณโรคทำให้ถูกสังคมรังเกียจ ($\bar{x}$ = 3.60, S.D.= 1.04)

ส่วนที่ 5 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

ตารางที่ 9 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนการรับรู้

ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค (n = 250)

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจาย เชื้อไวรัสโรค	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (3.68 – 5.00 คะแนน)	235	94.0
ระดับปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน)	15	6.0
ระดับต่ำ (1.00 – 2.33 คะแนน)	0	0.0
$(\bar{x} = 4.40, S.D. = 0.42)$		

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรค อยู่ในระดับสูง (3.68 – 5.00 คะแนน) ร้อยละ 94.0 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน) ร้อยละ 6.0 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.40 (S.D.= 0.42)

ตารางที่ 10 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของกลุ่มตัวอย่างด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคจำแนกตามรายชื่อ (n = 250)

ข้อ	ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)					$\bar{x}$ (S.D.)	ระดับ
		แน่ใจว่า ทำได้ แน่นอน	แน่ใจ ว่าทำได้	ไม่ แน่ใจ	ไม่แน่ใจ ว่าทำได้	ไม่แน่ใจ ว่าทำได้ แน่นอน		
1	ท่านสามารถ รับประทานยาได้ อย่างต่อเนื่องหรือ สม่ำเสมอจนครบ ระยะเวลาของการ รักษา	148 (59.2)	91 (36.4)	91 (36.4)	9 (0.8)	0 (0.0)	4.54 (0.60)	สูง
2	ท่านสามารถจัด ห้องนอนให้สะอาด และมีอากาศถ่ายเท อยู่ตลอด	114 (45.6)	118 (47.2)	15 (6.0)	2 (0.8)	1 (0.4)	4.37 (0.67)	สูง

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)					$\bar{x}$ (S.D.)	ระดับ
		แน่ใจว่า ทำได้ แน่นอน	แน่ใจ ว่าทำ ได้	ไม่ แน่ใจ	ไม่แน่ใจ ว่าทำได้	ไม่แน่ใจ ว่าทำได้ แน่นอน		
3	ระหว่างการรักษา ท่านสามารถงดการ สูบบุหรี่ หรือดื่มสุรา	130 (52.0)	88 (35.2)	21 (8.4)	4 (1.6)	7 (2.8)	4.32 (0.90)	สูง
4	ท่านสามารถแยก รับประทานอาหารคน เดียวจากผู้อื่น	112 (44.8)	116 (46.4)	18 (7.2)	2 (0.8)	2 (0.8)	4.34 (0.71)	สูง
5	ท่านสามารถแยก ห้องนอนกับคนใน ครอบครัวได้ ในช่วง การรักษาโรควัณโรค	125 (50.0)	105 (42.0)	17 (6.8)	2 (0.8)	1 (0.4)	4.40 (0.68)	สูง
6	ท่านสามารถอยู่ ร่วมกับคนใน ครอบครัวได้โดยการ ไม่เปิดใช้ เครื่องปรับอากาศ	93 (37.2)	120 (48.0)	29 (11.6)	7 (2.8)	1 (0.4)	4.19 (0.77)	สูง
7	ท่านสามารถกำจัด เสมหะ น้ำมูก น้ำลาย และขยะที่ปนเปื้อน ของท่านลงภาชนะที่ รองรับได้อย่างถูก หลักอนามัย	106 (42.4)	123 (49.2)	19 (7.6)	2 (0.8)	0 (0.0)	4.33 (0.65)	สูง

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)					$\bar{x}$ (S.D.)	ระดับ
		แน่ใจว่า ทำได้ แน่นอน	แน่ใจ ว่าทำ ได้	ไม่ แน่ใจ	ไม่แน่ใจ ว่าทำได้	ไม่แน่ใจ ว่าทำได้ แน่นอน		
8	ท่านสามารถสวมใส่ หน้ากากอนามัยเมื่อ ไอ จาม หรืออยู่ ใกล้ชิดกับผู้อื่น เพื่อ ป้องกันการแพร่เชื้อ	139 (55.6)	100 (40.0)	11 (4.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.51 (0.58)	สูง
9	ท่านสามารถล้างมือ หลังจากการสัมผัส เสมหะ น้ำมูก น้ำลาย ได้อย่างถูกต้อง	123 (49.2)	107 (42.8)	19 (7.6)	1 (0.4)	0 (0.0)	4.41 (0.64)	สูง
10	ท่านสามารถดูแล สุขภาพให้แข็งแรงอยู่ เสมอ เช่น การ รับประทานอาหารที่ มีประโยชน์ ออก กำลังกายอย่าง สม่ำเสมอ และ พักผ่อนให้เพียงพอ	130 (52.0)	98 (39.2)	22 (8.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.43 (0.65)	สูง
11	ท่านสามารถไปตรวจ สุขภาพหรือไปตาม นัดรับยาของแพทย์ได้ อย่างสม่ำเสมอ	150 (60.0)	81 (32.4)	15 (6.0)	4 (1.6)	0 (0.0)	4.51 (0.68)	สูง

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)					$\bar{x}$ (S.D.)	ระดับ
		แน่ใจว่า ทำได้ แน่นอน	แน่ใจ ว่าทำ ได้	ไม่ แน่ใจ	ไม่แน่ใจ ว่าทำได้	ไม่แน่ใจ ว่าทำได้ แน่นอน		
12	ท่านสามารถนำที่ นอนของท่านมาทำ ความสะอาดและตาก แดดเพื่อป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อวัณ โรค	141 (56.4)	92 (36.8)	16 (6.4)	1 (0.4)	0 (0.0)	4.49 (0.63)	สูง
รวมค่าเฉลี่ย							4.40 (0.42)	สูง

จากตารางที่ 10 เมื่อพิจารณาตามรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสูงสุด คือ ข้อ 1. ท่านสามารถรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องหรือสม่ำเสมอจนครบระยะเวลาของการรักษา ($\bar{x}$ = 4.54, S.D. = 0.60) รองลงมาคือ ข้อ 8. ท่านสามารถใส่หน้ากากอนามัยเมื่อไอ จาม หรืออยู่ใกล้ชิดกับผู้อื่น เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ ($\bar{x}$ = 4.51, S.D. = 0.58) และน้อยที่สุด คือ ข้อ 6. ท่านสามารถอยู่ร่วมกับคนในครอบครัวได้โดยการไม่เปิดใช้เครื่องปรับอากาศ ($\bar{x}$ = 4.19, S.D. = 0.77)

ส่วนที่ 6 การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

ตารางที่ 11 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค (n = 250)

การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรค	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (3.68 – 5.00 คะแนน)	231	92.4
ระดับปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน)	19	7.6
ระดับต่ำ (1.00 – 2.33 คะแนน)	0	0.0
$(\bar{x} = 4.19 \text{ S.D.} = 0.41)$		

จากตารางที่ 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรค อยู่ในระดับสูง (3.68 – 5.00 คะแนน) ร้อยละ 92.4 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน) ร้อยละ 7.6 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.19 (S.D.= 0.41)

ตารางที่ 12 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของกลุ่มตัวอย่างด้านการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรค จำแนกตามรายชื่อ (n = 250)

ข้อ	ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)					$\bar{x}$ (S.D.)	ระดับ
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง		
1	การใช้ผ้าปิดปากและ จมูก ทุกครั้งเวลาไอ หรือจาม สามารถ ป้องกันการแพร่เชื้อ ไวรัสโรคได้	132 (52.8)	105 (42.0)	13 (5.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.48 (0.59)	สูง
2	การล้างมือให้สะอาด หลังจากสัมผัสหรือ หลังจากที่ทำลาย เสมหะ น้ำลาย น้ำมูก จะสามารถป้องกัน การแพร่เชื้อไวรัสโรคได้	117 (46.8)	112 (44.8)	20 (8.0)	1 (0.4)	0 (0.0)	4.38 (0.64)	สูง

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)					$\bar{x}$ (S.D.)	ระดับ
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง		
3	การรับประทานยา อย่างสม่ำเสมอจน ครบระยะเวลาที่ กำหนด จะช่วยให้ หายจากการเป็นวัณ โรคได้	138 (55.2)	100 (40.0)	12 (4.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.50 (0.58)	สูง
4	การเปิดใช้ เครื่องปรับอากาศ เมื่ออยู่รวมห้องกับคน อื่น จะช่วยป้องกัน การแพร่เชื้อวัณโรคได้	34 (13.6)	61 (24.4)	37 (14.8)	76 (30.4)	42 (16.8)	3.12 (1.32)	ปาน กลาง
5	การเปิดใช้ เครื่องปรับอากาศ เมื่ออยู่รวมห้องกับคน อื่น จะช่วยป้องกัน การแพร่เชื้อ วัณโรคได้	82 (32.8)	119 (47.6)	47 (18.8)	2 (0.8)	0 (0.0)	4.12 (0.73)	สูง
6	การทำห้องนอนให้มี อากาศถ่ายเทสะดวก จะช่วยป้องกันการ แพร่เชื้อวัณโรคได้	79 (31.6)	128 (51.2)	40 (16.0)	3 (1.2)	0 (0.0)	4.13 (0.71)	สูง
7	การแยกห้องนอนกับ คนในครอบครัว จะ สามารถป้องกันการ แพร่เชื้อวัณโรคได้	97 (38.8)	127 (50.8)	25 (10.0)	1 (0.4)	0 (0.0)	4.28 (0.65)	สูง

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)					$\bar{x}$ (S.D.)	ระดับ
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง		
8	การแยกรับประทาน อาหารกับผู้อื่น หรือ คนในครอบครัว จะ ช่วยป้องกันการ แพร่เชื้อไวรัสโรคได้	107 (42.8)	119 (47.6)	21 (8.4)	2 (0.8)	1 (0.4)	4.32 (0.69)	สูง
9	การไปตรวจสุขภาพ/ พบแพทย์และรับยา ทุกครั้งตามนัด จะทำ ให้เชื้อไวรัสโรคหมด จากร่างกายได้	110 (44.0)	108 (43.2)	31 (12.4)	1 (0.4)	0 (0.0)	4.31 (0.69)	สูง
10	การดูแลสุขภาพ เช่น งดสูบบุหรี่ ดื่มสุรา รับประทานอาหารที่ เป็นประโยชน์ ออก กำลังกายสม่ำเสมอ ช่วยป้องกันการแพร่ เชื้อไวรัสโรคได้	101 (40.4)	122 (48.8)	27 (10.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.30 (0.65)	สูง
รวมค่าเฉลี่ย							4.19 (0.41)	สูง

จากตารางที่ 12 เมื่อพิจารณาตามรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคสูงสุด คือ ข้อ 3. การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจนครบระยะเวลาที่กำหนด จะช่วยให้หายจากการเป็นไวรัสโรคได้ ($\bar{x} = 4.50$, S.D.= 0.58) รองลงมาคือ ข้อ 1. การใช้ผ้าปิดปากและจมูก ทุกครั้งเวลาไอหรือจาม สามารถป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสโรคได้

($\bar{x}$ = 4.48, S.D.= 0.59) และน้อยที่สุดคือ ข้อ 4 การเปิดใช้เครื่องปรับอากาศ เมื่ออยู่ร่วมห้องกับคนอื่น จะช่วยป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสได้ ($\bar{x}$ = 3.12, S.D.= 1.32)

ส่วนที่ 7 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค

ตารางที่ 13 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนพฤติกรรม

การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค (n = 250)

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (3.01 – 4.00 คะแนน)	229	91.6
ระดับปานกลาง (2.01 – 3.00 คะแนน)	21	8.4
ระดับต่ำ (1.00 – 2.00 คะแนน)	0	0.0
($\bar{x}$ = 3.51 S.D.= 0.36)		

จากตารางที่ 13 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับสูง (3.01 – 4.00 คะแนน) ร้อยละ 91.6 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 8.4 โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.51 (S.D.= 0.36)

ตารางที่ 14 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนน ของกลุ่มตัวอย่างด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำแนกตามรายชื่อ (n = 250)

ข้อ	ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)				$\bar{x}$ (S.D.)	ระดับ
		ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัตินานๆครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย		
1	ท่านปิดปากและจมูกเมื่อไอหรือจาม	171 (68.4)	61 (24.4)	17 (6.8)	1 (0.4)	3.61 (0.63)	ปานกลาง
2	ท่านสวมหน้ากากอนามัยเมื่อต้องพบเจอหรือใกล้ชิดกับบุคคลอื่น	171 (68.4)	68 (27.2)	10 (4.0)	1 (0.4)	3.64 (0.58)	สูง

ตารางที่ 14 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)				$\bar{x}$ (S.D.)	ระดับ
		ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ นานๆครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติเลย		
3	ท่านรับประทานยา ตามที่แพทย์สั่ง	207 (82.8)	42 (16.8)	1 (0.4)	0 (0.0)	3.82 (0.39)	สูง
4	ท่านล้างมือหรือทำ ความสะอาดหลังจากที่ สัมผัสน้ำมูก น้ำลาย เสมหะ	149 (59.6)	89 (35.6)	11 (4.4)	1 (0.4)	3.54 (0.60)	สูง
5	ท่านทำลายเสมหะหรือ ขยะปนเปื้อนลงใน ภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิด	130 (52.0)	102 (40.8)	13 (5.2)	5 (2.0)	3.43 (0.68)	สูง
6	ท่านปิดประตู หน้าต่าง ห้องนอนเพื่อให้มีอากาศ ถ่ายเทสะดวก	145 (58.0)	89 (35.6)	14 (5.6)	2 (0.8)	3.51 (0.64)	สูง
7	ท่านไม่เปิดเครื่องใช้ปรับ อากาศเมื่ออยู่ร่วมห้อง กับผู้อื่น	152 (60.8)	80 (32.0)	12 (4.8)	6 (2.4)	3.51 (0.70)	สูง
8	ท่านนอนแยกห้องกับ คนในครอบครัวในช่วง รักษาโรคโควิด	173 (69.2)	69 (27.6)	8 (3.2)	0 (0.0)	3.66 (0.53)	สูง
9	ท่านนำเครื่องนอน เช่น ผ้าห่ม หมอน ที่นอน มุ้ง ออกมาทำความสะอาด และตากแดด	125 (50.0)	100 (40.0)	23 (9.2)	2 (0.8)	3.39 (0.68)	สูง
10	ท่านแยกวงรับประทาน อาหารกับผู้อื่นและคน ในครอบครัว	150 (60.0)	82 (32.8)	14 (5.6)	4 (1.6)	3.51 (0.67)	สูง

ตารางที่ 14 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)				$\bar{x}$ (S.D.)	ระดับ
		ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัตินานๆครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย		
11	ในช่วงรักษาโรคโควิด-19 ท่านสูบบุหรี่ดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	9 (3.6)	19 (7.6)	24 (9.6)	198 (79.2)	3.64 (0.77)	สูง
12	ท่านไปตรวจสุขภาพ และไปตามแพทย์นัด	213 (85.2)	35 (14.0)	2 (0.8)	0 (0.0)	3.84 (0.38)	สูง
13	ท่านรับประทานอาหาร ที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ และพักผ่อนเพียงพอ	136 (54.4)	98 (39.2)	16 (6.4)	0 (0.0)	3.48 (0.61)	สูง
14	เมื่อท่านต้องพูดคุยกับ คนในครอบครัวและ ผู้อื่นที่ใกล้ชิด ท่านอยู่ ห่างอย่างน้อย 1 เมตร เพื่อป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อ	111 (44.4)	110 (44.0)	26 (10.4)	3 (1.2)	3.32 (0.70)	สูง
15	ท่านออกกำลังกาย อย่างน้อย 30 นาทีต่อ ครั้ง เช่น การเดิน ฝึก ควบคุมการหายใจ	76 (30.4)	89 (35.6)	71 (28.4)	14 (5.6)	2.91 (0.89)	ปาน กลาง
รวมค่าเฉลี่ย						3.51 (0.36)	สูง

จากตารางที่ 14 เมื่อพิจารณาตามรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรม
การดูแลตนเองสูงสุด คือ ข้อ 12. ท่านไปตรวจสุขภาพและไปตามแพทย์นัด ($\bar{x}$ = 3.84, S.D.= 0.38)
รองลงมาคือ ข้อ 3. ท่านรับประทานอาหารตามที่แพทย์สั่ง ($\bar{x}$ = 3.82 S.D.= 0.39) และน้อยที่สุด

ข้อ 15. ท่านออกกำลังกาย อย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง เช่น การเดิน ฝึกควบคุมการหายใจ ($\bar{x} = 2.91$ S.D.= 0.89)

ส่วนที่ 8 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดพิจิตร ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

1. สมการในการวิเคราะห์

$$Y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_nx_n$$

เมื่อ Y = พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดพิจิตร a = ค่าคงที่

b_1 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของเพศชาย

b_2 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอายุ

b_3 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของมัธยมศึกษาตอนต้น

b_4 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของมัธยมศึกษาตอนปลาย

b_5 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของสถานภาพสมรส

b_6 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของสถานภาพหม้าย/หย่าร้างหรือแยกทางกัน

b_7 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอาชีพรับจ้าง

b_8 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอาชีพอื่นๆ

b_9 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว

b_{10} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการสูบบุหรี่

b_{11} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการดื่มแอลกอฮอล์

b_{12} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการไม่มีโรคประจำตัว

b_{13} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความรู้เกี่ยวกับวัณโรค

b_{14} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อวัณโรค

b_{15} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค

b_{16} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการ

ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

b_{17} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันการ

การแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

x_1 = เพศชาย

x_2 = อายุ

x_3 = มัธยมศึกษาตอนต้น

x_4 = มัธยมศึกษาตอนปลาย

x_5 = สถานภาพสมรส

x_6 = สถานภาพหม้าย/หย่าร้างหรือแยกทางกัน

x_7 = อาชีพรับจ้าง

x_8 = อาชีพอื่นๆ

x_9 = รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว

x_{10} = การสูบบุหรี่

x_{11} = การดื่มแอลกอฮอล์

x_{12} = การไม่มีโรคประจำตัว

x_{13} = ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค

x_{14} = การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อวัณโรค

x_{15} = การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค

x_{16} = การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

x_{17} = การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

2. ตัวแปร และระดับตัวแปร

ตารางที่ 15 แสดงตัวแปร และระดับการวัดตัวแปร

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
เพศ	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) (ชาย = 1, หญิง = 0)
อายุ	อัตราส่วน
ระดับการศึกษา	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) การศึกษาประถมศึกษา (อ้างอิง) การศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น (มัธยมศึกษาตอนต้น = 1, อื่นๆ = 0) การศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย (มัธยมศึกษาตอน ปลายหรือเทียบเท่า/อนุปริญญาหรือเทียบเท่า/ ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป = 1, อื่นๆ = 0)
สถานภาพสมรส	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) สถานภาพโสด (อ้างอิง)

ตารางที่ 15 (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
อาชีพ	สถานภาพสมรส (สมรส = 1 , อื่นๆ = 0)
	สถานภาพหม้าย/หย่าร้างหรือแยกทางกัน (หม้าย/ หย่าร้างหรือแยกทางกัน = 1, อื่นๆ = 0)
	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น)
	อาชีพเกษตรกร (อ้างอิง)
	อาชีพรับจ้าง (รับจ้าง = 1, อื่นๆ = 0)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว	อาชีพอื่นๆ (รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ/พนักงาน บริษัท/ธุรกิจส่วนตัว/อื่นๆ = 1, อื่นๆ = 0)
	อัตราส่วน
การสูบบุหรี่ปัจจุบัน	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น)
	การสูบบุหรี่ (สูบ/เคยสูบ = 1, ไม่สูบ = 0)
การดื่มแอลกอฮอล์ปัจจุบัน	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น)
	การดื่มแอลกอฮอล์ (ดื่ม/เคยดื่ม = 1, ไม่ดื่ม = 0)
โรคประจำตัว (เป็นโรคนอกเหนือจากวัณโรค)	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น)
	มีโรคประจำตัว (ไม่มี = 1, มี = 0)
ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค	อัตราส่วน
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค	อัตราส่วน
การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค	อัตราส่วน
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน	อัตราส่วน
การแพร่กระจายเชื้อวัณโรค	
การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	อัตราส่วน
วัณโรค	
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค	อัตราส่วน

3. ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ

การวิจัยนี้ เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นจำนวน 5 ข้อ (กัลยา วาณิชย์บัญชา, 2558) พบว่า

3.1 ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่า F-Test ของ ANOVA เท่ากับ 74.368

3.2 ค่าความคลาดเคลื่อนมีความอิสระจากกัน โดยพิจารณาค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.571 (เกณฑ์คือ 1.50 – 2.50) หมายความว่า ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรพยากรณ์และตัวแปรเกณฑ์ มีความอิสระต่อกัน

3.3 ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ โดยพิจารณาจากตาราง Residuals statistic พบว่า ค่า Mean เท่ากับ 0 (เกณฑ์คือ Mean = 0) และค่า S.D. เท่ากับ 0.996 (เกณฑ์คือ S.D. เข้าใกล้ 1) หมายความว่า ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ

3.4 ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อน (Homoscedasticity) โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter plot พบว่าค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีการกระจายบริเวณค่าศูนย์ กล่าวคือ ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนที่คงที่

3.5 ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์สูงเกินไป (Multicollinearity) โดยพิจารณาจาก Correlation matrix พบว่า ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายทั้ง 17 ตัว มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายระหว่าง -0.004 ถึง 0.600 ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยไม่มีตัวแปรพยากรณ์คู่ใด มีความสัมพันธ์กันสูงเกินไป และไม่เกิน 0.80 รายละเอียดดังตารางที่ 16 รวมถึงพิจารณาจากค่าปัจจัยความแปรปรวนที่เพิ่มสูงขึ้น (Variance inflation Factors, VIF) มีค่า 1.000 (เกณฑ์คือ มีค่าไม่เกิน 10) และค่า Tolerance เท่ากับ 1.000 (เกณฑ์คือ มีค่าเข้าใกล้ 1 แต่ไม่เกิน 1) หมายความว่า ตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเอง เป็นอิสระต่อกัน ดังรายละเอียดในภาคผนวก

ตารางที่ 16 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค (n = 250)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
ปัจจัยส่วนบุคคล																	
1. เพศ	1																
2. อายุ	.058	1															
3. มัธยมศึกษาตอนต้น	-.137*	-.251**	1														
4. มัธยมศึกษาตอนปลาย	-.006	-.244**	-.306*	1													
5. สมรส	.028	.299**	-.053	-.041	1												
6. หมาย/อย่าร้าง	-.025**	.045	-.021	.004	-.478**	1											
7. รับจ้าง	.055	-.158*	.145*	-.044	-.010	-.023	1										
8. อาชีพอื่นๆ	-.090	-.124*	-.019	.127*	-.109	-.009	-.562**	1									
9. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว	-.017	-.027	-.019	.276*	.146*	-.084	-.199**	.069	1								
10. สูบบุหรี่	.224**	-.054	-.117	.044	-.010	-.017	-.048	-.047	.085	1							
11. คีโมเอกซอล	.143*	-.026	-.041	.014	.090	.001	.031	-.037	.058	.546*	1						
12. ไม่มีโรคประจำตัว	.039	-.266**	.211**	.054	-.095	-.006	.102	-.184**	-.151*	-.021	-.026	1					
13. ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค	.023	-.073	-.050	.122	.045	-.177**	-.062	.069	.046	.019	.007	.029	1				
ปัจจัยด้านการรับรู้																	
14. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อวัณโรค	-.016	.100	-.040	.035	.014	.038	.012	.001	.032	.030	.011	-.111	.313**	1			
15. การรับรู้ความรู้ความรุนแรงของวัณโรค	-.048	.110	.010	-.166	-.006	.038	.026	-.030	-.107	-.055	-.061	.015	.215**	.512**	1		
16. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค	-.060	.035	-.013	.072	-.057	.100	.026	.009	.016	.020	.010	-.100	.154*	.482**	.251**	1	
17. การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค	-.039	.031	.063	.002	-.058	.029	.096	-.050	.074	-.044	-.097	-.047	.114	.431**	.357**	.590**	1
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค																	
18. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค	.003	-.017	-.098	.076	-.136*	.055	.031	-.004	-.036	-.011	-.199	-.013	.068	.325**	.193**	.600**	.422**

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

ตารางที่ 17 แสดงผลการวิเคราะห์ตัวแปรทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค
จังหวัดพิจิตร ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบขั้นตอน (n = 250)

ตัวแปรทำนาย	b	Beta (β)	t	p-value
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค	0.507	0.601	11.964	<0.001*
การดื่มแอลกอฮอล์	- 0.096	- 0.125	- 2.490	0.013*

Constant (a) = 1.322, R = 0.613, R Square = 0.376, Adjusted R Square = 0.371, F = 6.201

* มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 17 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรม
การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดพิจิตร ได้ทั้งหมด 2 ตัวแปร โดยเรียงลำดับตามความสามารถ
ในการอธิบายผันแปรของผลการปฏิบัติงานจากมากไปหาน้อยได้ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของ
ตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคมีผลทางบวก ($\beta = 0.601$, $p < 0.001$) และ ผู้ที่ดื่ม
หรือเคยดื่มแอลกอฮอล์จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองต่ำกว่าผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ($\beta = - 0.125$,
 $p = 0.013$) ซึ่งสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ได้ ร้อยละ 37.1
(Adj $R^2 = 0.371$)

ดังนั้น จากผลการวิเคราะห์สามารถเขียนสมการทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย
วัณโรค จังหวัดพิจิตร ในรูปคะแนนดิบได้ ดังนี้

$$\text{สมการทำนาย } Y = a + b_1x_1 + b_2x_2$$

เมื่อ Y = พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดพิจิตร

a = ค่าคงที่

b_1 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการ
แพร่กระจายเชื้อวัณโรค

b_2 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการดื่มแอลกอฮอล์

x_1 = การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

x_2 = การดื่มแอลกอฮอล์

จึงสามารถเขียนสมการในการทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัด
พิจิตรได้ ดังนี้

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค = $1.226 + 0.507$ (การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค) - 0.096 (การดื่มแอลกอฮอล์)

โดยจากสมการ แสดงว่า เมื่อคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค มีการเปลี่ยนแปลง 1 หน่วย จะมีผลให้คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคเปลี่ยนแปลงไป 0.507 หน่วย

เมื่อคะแนนการดื่มแอลกอฮอล์ มีการเปลี่ยนแปลง 1 หน่วย จะมีผลให้คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค - 0.096 หน่วย

กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันวัณโรคดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคน้อยกว่า และกลุ่มตัวอย่างที่ดื่มและเคยดื่มแอลกอฮอล์จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันวัณโรคน้อยกว่าผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์



บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Analytical Cross-Sectional Study) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดพิจิตร จำนวน 250 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดพิจิตร ด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression) ผู้วิจัยได้จำแนกประเด็นการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 2 อภิปรายผลการวิจัย

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic)

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 67.6 อยู่ในช่วงอายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 50.4 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 49.68 ปี การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.8 และมีสถานะภาพสมรส ร้อยละ 60 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 48.4 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวอยู่ในระหว่าง 5,001 – 11,000 บาท ร้อยละ 38.4 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 67.6 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 66.8 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 64.8

1.2 ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค

ผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับวัณโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคในระดับสูง (8 – 10 คะแนน) ร้อยละ 87.2 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง (6 – 7 คะแนน) ร้อยละ 10.8 และระดับต่ำ ร้อยละ 2.0 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.87 (S.D. = 1.24) คะแนนสูงสุด 10 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 5 คะแนน เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคสูงสุด คือ ข้อ 3. อาการที่สำคัญของวัณโรค คือ ไอเรื้อรังเกิน 2 สัปดาห์ มีไข้ หายใจเหนื่อย น้ำหนักลด เบื่ออาหาร เป็นต้น อยู่ที่ร้อยละ 95.6 รองลงมาคือ ข้อ 1. วัณโรคสามารถ

ติดต่อกับการไอและจาม ร้อยละ 95.2 และน้อยที่สุดคือ ข้อ 5 การออกกำลังกาย และรับประทาน อาหารที่มีประโยชน์สามารถป้องกันวัณโรคได้ ร้อยละ 77.2

1.3 ผลการศึกษาการรับรู้ตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

1.3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

ผลการศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค พบว่ากลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อวัณโรค อยู่ในระดับสูง (3.68 – 5.00 คะแนน) ร้อยละ 90.4 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน) ร้อยละ 9.6 โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.27 (S.D.= 0.49) เมื่อพิจารณาตามรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการ แพร่เชื้อวัณโรคสูงสุด คือ ข้อ 1. ในช่วงที่ป่วยเป็นวัณโรค ท่านสามารถแพร่กระจายเชื้อวัณโรคได้ หาก ท่านไม่สวมใส่หน้ากากอนามัย เมื่อต้องอยู่ใกล้ชิดกับผู้อื่น ($\bar{x}$ = 4.50, S.D.= 0.66) รองลงมาคือ ข้อ 10. หากท่านร่วมรับประทานอาหารกับผู้อื่น และมีอาการไอหรือจามขณะรับประทานอาหารท่าน สามารถแพร่กระจายเชื้อได้ ($\bar{x}$ = 4.36, S.D.= 0.63) และน้อยที่สุดคือ ข้อ 3. ในช่วงป่วยเป็นวัณโรค หากท่านสูบบุหรี่ ท่านสามารถแพร่กระจายเชื้อให้ผู้อื่นได้ ($\bar{x}$ = 4.07, S.D.= 0.83)

1.3.2 การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค

ผลการศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค อยู่ในระดับสูง (3.68 – 5.00 คะแนน) ร้อยละ 80.8 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน) ร้อยละ 19.2 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.01 (S.D.= 0.44) เมื่อพิจารณาตามรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคสูงสุด คือ ข้อ 4. หากป่วยเป็นวัณโรคจะต้องรักษานานถึง 6 เดือน ($\bar{x}$ = 4.32, S.D.= 0.67) รองลงมาคือ ข้อ 6. การป่วยเป็นวัณโรคอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้หากไม่รักษาอย่างต่อเนื่อง ($\bar{x}$ = 4.30, S.D.= 0.70) และน้อยที่สุดคือ ข้อ 1. การป่วยเป็นโรควัณโรคทำให้ถูกสังคมรังเกียจ ($\bar{x}$ = 3.60, S.D.= 1.04)

1.3.3 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

ผลการศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อวัณโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค อยู่ในระดับสูง (3.68 – 5.00 คะแนน) ร้อยละ 94.0 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน) ร้อยละ 6.0 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.40 (S.D.= 0.42) เมื่อพิจารณาตามรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสูงสุด คือ ข้อ 1. ท่านสามารถรับประทานยาได้อย่าง ต่อเนื่องหรือสม่ำเสมอจนครบระยะเวลาของการรักษา ($\bar{x}$ = 4.54, S.D.= 0.60) รองลงมาคือ ข้อ 8.

ท่านสามารถใส่หน้ากากอนามัยเมื่อไอ จาม หรืออยู่ใกล้ชิดกับผู้อื่น เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ ($\bar{x} = 4.51$, S.D.= 0.58) และน้อยที่สุด คือ ข้อ 6. ท่านสามารถอยู่ร่วมกับคนในครอบครัวได้ โดยการไม่เปิดใช้เครื่องปรับอากาศ ($\bar{x} = 4.19$, S.D.= 0.77)

1.3.4 การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

ผลการศึกษารับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค อยู่ในระดับสูง (3.68 – 5.00 คะแนน) ร้อยละ 92.4 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน) ร้อยละ 7.6 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.19 (S.D.= 0.41) เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสูงสุด คือ ข้อ 3. การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจนครบระยะเวลาที่กำหนด จะช่วยให้หายจากการเป็นวัณโรคได้ ($\bar{x} = 4.50$, S.D.= 0.58) รองลงมาคือ ข้อ 1. การใช้ผ้าปิดปากและจมูก ทุกครั้งเวลาไอหรือจาม สามารถป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคได้ ($\bar{x} = 4.48$, S.D.= 0.59) และน้อยที่สุดคือ ข้อ 4 การเปิดใช้เครื่องปรับอากาศ เมื่ออยู่ร่วมกับคนอื่น จะช่วยป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคได้ ($\bar{x} = 3.12$, S.D.= 1.32)

1.4 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค

ผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค อยู่ในระดับสูง (3.01 – 4.00 คะแนน) ร้อยละ 91.6 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 8.4 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.51 (S.D.= 0.36) เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคสูงสุด คือ ข้อ 12. ท่านไปตรวจสุขภาพและไปตามแพทย์นัด ($\bar{x} = 3.84$, S.D.= 0.38) รองลงมาคือ ข้อ 3. ท่านรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง ($\bar{x} = 3.82$, S.D.= 0.39) และน้อยที่สุด คือ ข้อ 15. ท่านออกกำลังกาย อย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง เช่น การเดิน ฝึกควบคุมการหายใจ ($\bar{x} = 2.91$, S.D.= 0.89)

1.5 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัด

พิจิตร ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

จากผลการศึกษาด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดพิจิตร ได้ทั้งหมด 2 ตัวแปร โดยเรียงลำดับ ตามความสามารถในการอธิบายผันแปรจากมากไปหาน้อย ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคที่มีผลทางบวกต่อพฤติกรรม

การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ($\beta = 0.601$, $p < 0.001$) และการดื่มแอลกอฮอล์ ที่พบว่าผู้ที่ดื่มหรือเคยดื่มแอลกอฮอล์จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองต่ำกว่าผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ($\beta = -0.125$, $p = 0.013$) ซึ่งสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคได้ ร้อยละ 37.1 โดยสามารถเขียนสมการได้ดังนี้ พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค = $1.226 + 0.507$ (การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค) - 0.096 (การดื่มแอลกอฮอล์)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดพิจิตร สามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ได้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดพิจิตร

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.6 มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.51$, S.D. = 0.36) จากค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4 คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.91$) และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 45.5 รวมถึงพบว่า พฤติกรรมป้องกันการวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับสูง (Park (2563) ,พิมาน ชีระรัตนสุนทร (2564), ชำนาญ ประดับเพชร (2564)) ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของอภิชัย คุณิพงษ์ (2561) ที่พบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเอง รวมถึงประชาสัมพันธ์ความรู้ ความเข้าใจ วัณโรค จากบุคลากรสาธารณสุข และอสม. ในการสร้างความตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลรักษา รวมถึงการป้องกันตนเองในการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคให้กับผู้อื่น จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองขณะป่วยเป็นวัณโรค เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคไปสู่บุคคลอื่นได้

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดพิจิตร

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เมื่อนำปัจจัยทำนายทั้งหมดเข้าวิเคราะห์ในสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) สามารถทำนายได้ 2 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคได้สูงที่สุด ($\beta = 0.601$) และการดื่มแอลกอฮอล์ ($\beta = -0.125$) ซึ่งกล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจาย

เชื้อไวรัสสูงจะมีพฤติกรรมกระตุ้นตนเองในการป้องกันโรคดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไว้น้อยกว่า และกลุ่มตัวอย่างที่ดื่มและเคยดื่มแอลกอฮอล์จะมีพฤติกรรมกระตุ้นตนเองในการป้องกันไว้น้อยกว่าผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ จากผลการศึกษาที่ทำนายได้ 2 ตัวแปร สามารถอภิปรายรายละเอียดได้ดังนี้

1) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัส จากผลการศึกษา พบว่า มีผลทางบวกต่อพฤติกรรมกระตุ้นตนเองของผู้ป่วยไวรัส และสามารถทำนายพฤติกรรมกระตุ้นตนเองของผู้ป่วยไวรัสได้สูงที่สุด ($\beta = 0.601$) ซึ่งอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการกระตุ้นเองในสิ่งที่ควรปฏิบัติ อาจมาจากการได้รับคำแนะนำข้อมูลหรือความรู้จากบุคลากร อสม. และข้อมูลข่าวสารสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ จึงทำให้บุคคลนั้นรับรู้ถึงความสำคัญในการตัดสินใจและปฏิบัติพฤติกรรมกระตุ้นตนเองขณะป่วย ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลอื่น สอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Rippetoe & Roger, 1987) ที่กล่าวไว้ว่าการรับรู้ความสามารถตนเอง เชื่อว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยานั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถของตน และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง จนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมของตนเองได้สำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wongchana & Songthap (2024) ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันไวรัสสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันไวรัสในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านในจังหวัดพิษณุโลก นอกจากนี้ยังพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ Abdul et.al. (2020) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัส และควิน่า ปฏิมิน (2568) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาของผู้ต้องขังในเรือนจำ ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของ ขวัญใจ มอนโรสง (2560) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงต่อพฤติกรรมป้องกันไวรัสของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

2) การดื่มแอลกอฮอล์ จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ที่ดื่มหรือเคยดื่มแอลกอฮอล์จะมีพฤติกรรมกระตุ้นตนเองต่ำกว่าผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ และสามารถทำนายพฤติกรรมกระตุ้นตนเองของผู้ป่วยไวรัสได้ ($\beta = - 0.125$) ซึ่งอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีการดื่มแอลกอฮอล์ขณะทำการรักษาไวรัส ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการเมา มาจากการดื่มแอลกอฮอล์จนส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สนใจปรับพฤติกรรมในการกระตุ้นเอง และส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ บกพร่องได้ไม่ปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำในการกระตุ้นเองขณะรักษาไวรัส และการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังส่งผลให้การรักษาไวรัสไม่ได้ประสิทธิภาพ หรือการรักษาอาจล้มเหลวได้ และยังส่งผลทำให้เกิดเป็น การติดยาได้ มีอัตราการกลับมาเป็นซ้ำได้ง่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jung (2018) ที่พบว่า

การดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยาในผู้ป่วยวัณโรคผู้ใหญ่ เพราะเนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์อยู่อาจทำให้ผู้ป่วยไม่รับประทานยารักษาวัณโรค ส่งผลให้เกิดการไม่ปฏิบัติตามการใช้ยา ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของฐิติมา ถมทอง (2564) ที่พบว่าการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ไม่สามารถส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคได้และ Kang (2561) ที่พบว่าสถานการณ์ดื่มแอลกอฮอล์ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของครูประถมศึกษา

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะการวิจัย ดังนี้

1. บุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยวัณโรค เกิดการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค และส่งเสริมการลด ละ เลิกการดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคเกิดการรับรู้ และในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อให้กับผู้อื่นหรือผู้สัมผัสร่วมบ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า การรับรู้ความสามารถในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค และการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง

2. หน่วยงานภาครัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานหรือวางแผนการดำเนินงาน รวมทั้งสามารถนำผลการวิจัยไปต่อยอดพัฒนาโปรแกรมในการดำเนินงานได้ตามบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคมีการรับรู้ และเกิดความตระหนักในการดูแลตนเองจนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองต่อไป

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเพื่อค้นหาปัจจัยอื่น เช่น ระยะการเดินทางไปรักษา ช่องทางการรับข้อมูล ข่าวสาร การสนับสนุนจากครอบครัว การอยู่ร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น ที่สามารถทำนายหรือส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่นอกเหนือจากผลการศึกษาครั้งนี้ หรือใช้ทฤษฎีการพยาบาลขอโอเริ่มในการศึกษาผลของการศึกษานี้

2. ควรศึกษาเชิงกึ่งทดลองวัดประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพด้านพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค

3. ควรศึกษาในกลุ่มเป้าหมายอื่น เช่น ผู้สัมผัสร่วมบ้าน ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคอย่างใกล้ชิด ในด้านของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรค หรือผู้ป่วยวัณโรคที่กลับเป็นซ้ำ ในการหาสาเหตุที่ทำให้กลับมาเป็นซ้ำในด้านพฤติกรรมในการดูแลตนเอง



บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *NTIP (National Tuberculosis Information Program)*.

สืบค้น 12 มิถุนายน 2564, จาก <https://ntip.ddc.moph.go.th/>

กระทรวงสาธารณสุข. (2568). *NTIP (National Tuberculosis Information Program)*. สืบค้น

25 มกราคม 2568, จาก https://ntipapp.ddc.moph.go.th/ntip_frontend/TreatmentOutcome

กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แผนปฏิบัติการระดับชาติ ด้านการ*

ต่อต้านวัณโรค (พ.ศ.2560 – 2564) (พิมพ์ครั้งที่ 1). กองวัณโรค กรมควบคุมโรค

กระทรวงสาธารณสุข : สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *แผนปฏิบัติการระดับชาติ ด้านการ*

ต่อต้านวัณโรค (พ.ศ.2566 – 2570) (พิมพ์ครั้งที่ 1). กองวัณโรค กรมควบคุมโรค

กระทรวงสาธารณสุข: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *ระบาดบันลือโลก (พิมพ์ครั้งที่ 1).*

กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *จุลสาร END TB*. สืบค้น 25 มกราคม

2568 จาก <https://www.tbthailand.org/download/Manual/>

กัลยา วาณิชยบัญชา และจิตา วาณิชยบัญชา. (2558). *การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์*

ข้อมูล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามลดา

ขวัญใจ มอนโรสง. (2560). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับ*

ผู้ป่วยร่วมบ้านที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วารสารทหารบก, 18(ฉบับพิเศษ),

306-314.

คารีนา ปภูมิ. (2568). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดของผู้ต้องขังชาย*

เรือนจำจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้. วารสารพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 52(1), 255-268.

จุฬารณ โสตะ. (2554). *การพัฒนาศักยภาพแกนนำนักศึกษาเพื่อเสริมสร้างค่านิยมการไม่ดื่ม*

แอลกอฮอล์ (วิทยานิพนธ์ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.สืบค้นจาก

<http://ihppthaigov.net/>

ชำนาญ ประดับเพชร. (2564). *การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของอาสาสมัคร*

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนองแสง จังหวัดสระบุรี. วารสารการแพทย์และ

สาธารณสุขเขต 4, 11(2), 60-71.

- ชาธิพะห์ มัวหามะ. (2562). ความล่าช้าในผู้ป่วย และระบบบริการสุขภาพของวันโรคปอด:
การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ*,
1(2), 40-49.
- ฐิตีมา ถมทอง. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค
ในเขตอำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). พิษณุโลก:
มหาวิทยาลัยนเรศวร
- เทพไทย โชติชัย. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอด
รายใหม่ในสถานบริการสาธารณสุข พื้นที่จังหวัดขอนแก่น. *Thai Dental Nurse Journal*,
22(1), 62-75.
- ธนชัย เอกอภิชน. (2561). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางลึก อำเภอมือง
จังหวัดชุมพร. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 1(1), 12-24.
- ธนเพ็ญ พัฒนเสถียรกุล. (2556). ความคิดเห็นต่อมาตรการฉลากภาพพร้อมข้อความคำเตือนบน
บรรจุภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์:กรณีศึกษาพนักงานโรงงานอุตสาหกรรม (วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศิลปากร.สืบค้นจาก
<http://www.thapra.lib.su.ac.th/>
- นันทพร เขยชัยภูมิ. (2555). ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด
รักษาซ้ำ. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 4(2).
- พลอยไพลิน จินตนา. (2567). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค ของผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคใน
อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี*,
22(1), 78-89.
- พัชรารณ บดีรัฐ. (2558). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ของผู้ปกครอง
เด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์เด็กเล็ก อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร (วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร
- พิมาน อีระรัตนสุนทร. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย
วัณโรคปอดรายใหม่ โรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารสาธารณสุขและ
วิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 4(2), 138-147.
- สุกัญญา คำภาศรี. (2558). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการแบ่งปันข้อมูลส่วนตัวบนเฟซบุ๊กของผู้สูงอายุ
ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพมหานคร:
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. สืบค้นจาก <http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/>

- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2556* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิค แอนด์ดีไซน์.
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- อภิชัย คุณนิพงษ์. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2. *วารสารกรมการแพทย์*, 43(3), 101-107.
- อุทุมพร รักดีศิริวงษ์. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพีเลี้ยงใน จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารคณะพลศึกษา*, 15(ฉบับพิเศษ), 201-203.
- Awoke, N. (2019). Total Delay in Treatment of Tuberculosis and Associated Factors among New Pulmonary TB Patients in Selected Health Facilities of Gedeo Zone, Southern Ethiopia, 2017/18. *Hindawi Interdisciplinary Perspectives on Infectious Diseases*, 2019, 2154240. <https://doi.org/10.1155/2019/2154240>
- Abdul, A. A. H., Gita, M., Resti, U. A., & Sukadiono. (2020). Predictor Factors of Tuberculosis Transmission Prevention in Surabaya Indonesia. *Systematic Reviews in Pharmacy*, 11(8), 137-141.
- Best, J.W. (1977). *Research in Education*. (3rd ed.) Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall.
- Bloom, B.S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill.
- Cho, E., & Kwon, Y. (2013). Factors Influencing Self-care in Tuberculosis Patients. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, 14(8), 3950-3957. doi:10.5762/KAIS.2013.14.8.3950
- Jung, E.Y.. (2018). Factors Related to Medication Adherence in Adult Patients with Tuberculosis. *Korean Journal of Adult Nursing*, 30(5), 493-503.

- Kang, D.H.S. (2018). Influencing Factors in Preventive Behavior of Tuberculosis among Elementary School Teachers. *The Korean Journal of Health Service Management, 12*(3), 157-168.
- Lee, H.K., & Lee, G.U. (2024). Factors related to self-care in Korean patients with tuberculosis A systematic review and meta-analysis. *Medicine 2024, 103*(39), e39920. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000039920>
- Li, J., Pu, J., Liu, J., Wang, Q., Zhang, R., Zhang, T., Zhou, J., Xing, W., Liang, S., Hu, D., & Li, Y. (2021). Determinants of self-management behaviors among pulmonary tuberculosis patients: a path analysis., *Infectious diseases of poverty, 10*(1), 103. <https://doi.org/10.1186/s40249-021-00888-3>
- Masoud, Z., Zakieh, A., Mohammad, V., & Hamidreza, B.T. (2017). Investigating the Relationship between Components of Pender's Health Promotion Model and Self-care Behaviors among Patients with Smear-positive Pulmonary Tuberculosis. *Evidence Based Care Journal, 6*(4), 7-17.
- Noorratri, E., Margawati, A., & Dwidiyanti, M. (2017). Improving Self-Efficacy and Physical Self-Reliance of Patients with Pulmonary Tuberculosis through Mindfulness. *Nurse Media Journal of Nursing, 6*(2), 81-90. [doi:10.14710/nmjn.v6i2.12585](https://doi.org/10.14710/nmjn.v6i2.12585)
- Park, E.H. (2020). Support System, Stigma and Self-care Behaviors in Patients with Pulmonary Tuberculosis. *Journal of Korean Biological Nursing Science 2020, 22*(4), 288-296.
- Rippetoe, P. A., & Rogers, R. W. (1987). facts of components of protection-motivation theory on adaptive and maladaptive coping with a health threat. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*(3), 596–604. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.596>
- Rogers, R. W. (1983). Cognitive and Physiological Processes in Fear Appeals and Attitude Change: A Revised Theory of Protection Motivation. In Cacioppo, J.T. & Petty, R.E (Eds.), *Social Psychophysiology* (pp. 153-177). New York, NY: Guilford Press.

- Seong, Y.S., & Lee, Y.W. (2011). Relationship of Illness Perception, Self-efficacy, and Self-care Among Pulmonary Tuberculosis Patients. *Korean Journal of Adult Nursing*, 23(1), 31-39.
- Syahrul, S., Saleh, A., Syam, Y., Latif, A. I., & Amir, H. (2022). Factor related to self care among Pulmonary Tuberculosis patients: A systematic literature review. *International Journal of Health Sciences*, 6(S4), 1218-1229.
- Vijay, S. (2010). Risk Factors Associated with Default among New Smear Positive TB Patients Treated Under DOTS in India. *Plos one*, 5(4), doi:10.1371/journal.pone.0010043
- Wayne, W. D. (1995). Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences. (10th ed.). New York: John Wiley & Son, Inc.
- Wongchana, T. & Songthap, A. (2024). Factors affecting tuberculosis (TB) prevention behaviors among household contacts in Phitsanulok Province, northern Thailand: implications for TB prevention strategy plan. *BMC Infectious Diseases*, 24(1) :1429. <https://doi.org/10.1186/s12879-024-10327-x>.
- World Health Organization. (2024, October 29). Global tuberculosis report 2024. Retrieved January 25, 2025, from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240101531>
- Yang, S. H., Jung, E.Y., & Yoo, Y.S. (2020). Health Literacy, Knowledge and Self-care Behaviors in Patients with Pulmonary Tuberculosis Living in Community. *Journal Korean Acad Fundam Nurse*, 27(1), 1-11. <https://doi.org/10.7739/jkafn.2020.27.1.1>



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยนเรศวร

ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ศึกษา

1. รองศาสตราจารย์ ดร.อรรณณ กิริติสิโรจน์
อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์
อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทรพล มากมี
อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร



ภาคผนวก ข เอกสารรับรองโครงการวิจัย

AF 08-09/5.0

COA No. 166/2022
IRB No. P2-0416/2564



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 8721

หนังสือรับรองโครงการวิจัยครั้งแรก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

- ชื่อโครงการ : ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค จังหวัดพิษณุโลก
- ผู้วิจัยหลัก : นางสาวพิษณุภา ปักครอง
- สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์
- วิธีทบทวน : การพิจารณาแบบเร่งรัด (Expedited Review)
- รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์ หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. AF 01-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 10 พฤศจิกายน 2564
2. AF 02-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 10 พฤศจิกายน 2564
3. AF 03-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 10 พฤศจิกายน 2564
4. AF 04-10 (สำหรับกลุ่มอาสาสมัครอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี ขึ้นไป) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 08 กุมภาพันธ์ 2565
5. AF 05-10 (สำหรับกลุ่มอาสาสมัครอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี ขึ้นไป) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 08 กุมภาพันธ์ 2565
6. สรุปโครงการเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 10 พฤศจิกายน 2564
7. Full Proposal Research เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 10 พฤศจิกายน 2564
8. ประวัติผู้วิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 10 พฤศจิกายน 2564
9. แบบสอบถาม เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 10 พฤศจิกายน 2564
10. จปประมาณ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 10 พฤศจิกายน 2564

ลงนาม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนาวลัย คาทั)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : 03 มีนาคม 2565

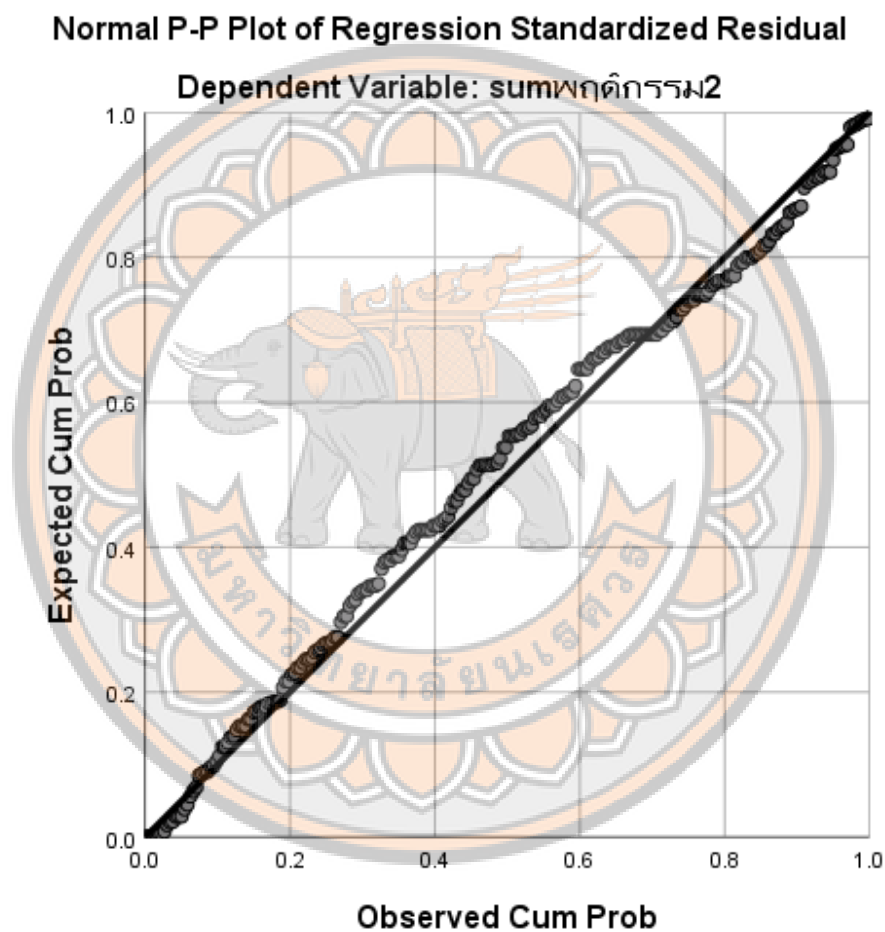
วันหมดอายุ : 03 มีนาคม 2566

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (คู่ด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ภาคผนวก ค การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ดังนี้

1. ตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของค่าความคลาดเคลื่อน (Data Distributions) พบว่าการแจกแจงค่าความคลาดเคลื่อนมีการเกาะหรืออยู่ไม่ห่างจากเส้นทแยงมุม หมายความว่าค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ



2. ตรวจสอบความเป็นอิสระต่อกันของค่าความคลาดเคลื่อนระหว่างตัวแปรพยากรณ์และตัวแปรเกณฑ์ (Autocorrelation) โดยพิจารณาจากค่า Durbin-Watson พบว่ามีค่าเท่ากับ 1.571 (เกณฑ์คือ 1.50 – 2.50) หมายความว่า ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรพยากรณ์ และตัวแปรเกณฑ์มีความอิสระต่อกัน

Model Summary^c

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.600 ^a	.360	.358	.28955	
2	.613 ^b	.376	.371	.28656	1.571

a. Predictors: (Constant), sumความสามารถ

b. Predictors: (Constant), sumความสามารถ, new1 ต้ม_Dum

c. Dependent Variable: sumพฤติกรรม2

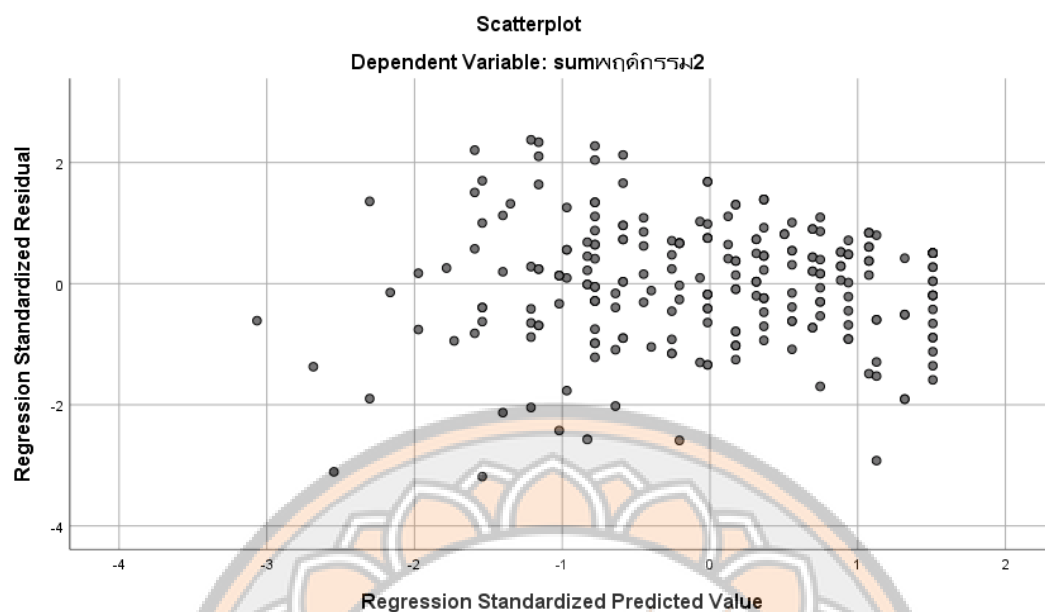
3. ตรวจสอบการแจกแจงของค่าคลาดเคลื่อน โดยพิจารณาจากตาราง Residuals statistic สามารถอธิบายได้จากค่า Mean และ S.D. เมื่อ Mean มีค่าเท่ากับ 0 และ S.D. มีค่าเข้าใกล้ 1 แสดงว่าค่าความคลาดเคลื่อนนั้นมีการแจกแจงแบบปกติ ซึ่งจากการทดสอบพบว่า ค่า Mean เท่ากับ 0 และ S.D. เท่ากับ 0.996 ซึ่งมีค่าเข้าใกล้ 1 หมายความว่า ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ

Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	2.8420	3.8552	3.5211	.22147	250
Residual	-.91302	.68062	.00000	.28540	250
Std. Predicted Value	-3.066	1.508	.000	1.000	250
Std. Residual	-3.186	2.375	.000	.996	250

a. Dependent Variable: sumพฤติกรรม2

4. ตรวจสอบค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อน (Homoscedasticity) พบว่าค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีการกระจายบริเวณค่าศูนย์ กล่าวคือ ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนที่คงที่



5. ตรวจสอบความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity) โดยพิจารณาจากค่า VIF (Variance inflation Factors) และค่า Tolerance ซึ่งพบว่า ค่าของ VIF เท่ากับ 1.000 (เกณฑ์คือ มีค่าไม่เกิน 10) และค่า Tolerance เท่ากับ 1.000 (เกณฑ์คือ มีค่าเข้าใกล้ 1 แต่ไม่เกิน 1) หมายความว่าตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเอง เป็นอิสระต่อกัน

		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
Model		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	1.295	.189		6.843	.000		
	sumความสามารถ	.506	.043	.600	11.816	.000	1.000	1.000
2	(Constant)	1.322	.188		7.046	.000		
	sumความสามารถ	.507	.042	.601	11.964	.000	1.000	1.000
	new1 คัม_Dum	-.096	.038	-.125	-2.490	.013	1.000	1.000

a. Dependent Variable: sumพฤติกรรม2

ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดพิจิตร

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค

โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค

ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อวัณโรค

ส่วนที่ 4 การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค

ส่วนที่ 5 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

ส่วนที่ 6 การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

ส่วนที่ 7 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

โปรดตอบคำถามให้ตรงกับความเป็นจริงกับท่านมากที่สุด ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการตอบแบบสอบถามในภาพรวมเท่านั้น และเก็บข้อมูลเป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อ และไม่มีผลกระทบใดๆต่อตัวท่านหรือการได้รับบริการทางสุขภาพแต่อย่างใด ทั้งนี้เพื่อเป็นประโยชน์ในการนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในวิทยานิพนธ์เท่านั้น

ขอขอบคุณ

นางสาวพิชญภา ปกครอง

นักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ () 1.ชาย () 2.หญิง
2. อายุ.....ปี (นับปีเต็ม)
3. ระดับการศึกษา
 - () 1.ประถมศึกษา () 2.มัธยมศึกษาตอนต้น () 3.มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า
 - () 4.อนุปริญญาหรือเทียบเท่า () 5.ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป () 6.อื่นๆระบุ.....
4. สถานภาพสมรส
 - () 1.โสด () 2.สมรส () 3.หม้าย () 4.หย่าร้างหรือแยกทางกัน
5. อาชีพ
 - () 1.รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ () 2.พนักงานบริษัท () 3.รับจ้าง () 4.เกษตรกร
 - () 5.ธุรกิจส่วนตัว () 6.อื่นๆ โปรดระบุ
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว บาท/เดือน
7. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่
 - () 1.สูบ () 2.ไม่สูบ () 3.เคยสูบ
8. ปัจจุบันท่านดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่
 - () 1.ดื่ม () 2.ไม่ดื่ม () 3.เคยดื่ม
9. โรคประจำตัว (เป็นโรคนอกเหนือจากวัณโรค)
 - () 1.ไม่มี () 2.มี ระบุ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับวัณโรค

คำชี้แจง

โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว
 ใช่ หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นด้วยว่าข้อความนั้นถูกต้อง
 ไม่ใช่ หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นด้วยว่าข้อความนั้นผิด

ข้อ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1	วัณโรคสามารถติดต่อโดยการไอและจาม		
2	การได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรคตั้งแต่เด็ก จะช่วยลดการเกิดโรควัณโรคได้		
3	อาการที่สำคัญของวัณโรค คือ ไอเรื้อรังเกิน 2 สัปดาห์ มีไข้ หายใจเหนื่อย น้ำหนักลด เบื่ออาหาร เป็นต้น		
4	วิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค คือการสวมหน้ากากอนามัยเมื่อต้องอยู่ใกล้ชิดผู้อื่น		
5	การออกกำลังกาย และรับประทานอาหารที่มีประโยชน์สามารถป้องกันวัณโรคได้		
6	วัณโรคมักพบในเด็กที่ไม่ได้รับวัคซีนป้องกัน ผู้สูงอายุ และผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค		
7	โรควัณโรคสามารถกลับมาเป็นซ้ำได้หลังจากรักษาหายแล้ว		
8	ผู้ป่วยวัณโรคขณะอยู่ในช่วงรักษา ไม่ควรดื่มแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ เพราะทำให้ภูมิคุ้มกันทางในร่างกายลดลง และอาการทรุดลงได้		
9	การใช้ของร่วมกับผู้ป่วยวัณโรค เช่น ถ้วย ชาม ช้อน ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค		
10	ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำในร่างกายไม่ดี หรือภูมิคุ้มกันในร่างกายต่ำ เสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค		

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อไวรัสโรค

คำชี้แจง

โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านตรงกับข้อความนั้น

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจว่าความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านตรงกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านไม่ตรงกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1	ในช่วงที่ป่วยเป็นไวรัสโรค ท่านสามารถแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคได้ หากท่านไม่สวมใส่หน้ากากอนามัย เมื่อต้องอยู่ใกล้ชิดกับผู้อื่น					
2	หากท่านรับประทานยาไม่สม่ำเสมอในช่วงป่วยเป็นไวรัสโรค ท่านสามารถแพร่กระจายเชื้อให้กับผู้อื่นได้					
3	ในช่วงป่วยเป็นไวรัสโรค หากท่านสูบบุหรี่ ท่านสามารถแพร่กระจายเชื้อให้ผู้อื่นได้					
4	ในช่วงป่วยเป็นไวรัสโรค หากท่านอยู่ใกล้ชิดกับผู้อื่นในห้องที่มีอากาศไม่ถ่ายเท ท่านสามารถแพร่กระจายเชื้อได้ เช่น การใช้เครื่องปรับอากาศ (แอร์) ในห้องเดียวกัน					

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
5	ในช่วงป่วยเป็นวัณโรค ท่านสามารถแพร่กระจายเชื้อได้ หากท่านใช้อุปกรณ์ต่างๆ เช่น ถ้วย ชาม จาน ช้อน ผ้าเช็ดหน้า ร่วมกับผู้อื่น					
6	ท่านสามารถแพร่กระจายเชื้อได้ หากท่านไม่ล้างมือหลังการสัมผัสน้ำมูก น้ำลายหรือเสมหะ					
7	ท่านสามารถแพร่กระจายเชื้อให้ผู้อื่นที่สัมผัสขยะของท่านได้ หากท่านกำจัดขยะที่ปนเปื้อนลงในภาชนะที่ไม่ถูกต้อง					
8	ในช่วงที่ป่วยเป็นวัณโรค ท่านสามารถแพร่กระจายเชื้อให้กับผู้ที่มีโรคประจำตัวหรือผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำได้					
9	ในช่วงที่ป่วยเป็นวัณโรค ท่านสามารถแพร่กระจายเชื้อให้กับผู้ที่นอนร่วมห้องเดียวกันหรือผู้ที่อาศัยอยู่ในบ้านได้					
10	หากท่านร่วมรับประทานอาหารกับผู้อื่น และมีอาการไอหรือจามขณะรับประทานอาหาร ท่านสามารถแพร่กระจายเชื้อได้					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค

คำชี้แจง

โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านตรงกับข้อความนั้น

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจว่าความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านตรงกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านไม่ตรงกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1	การป่วยเป็นโรควัณโรคทำให้ ถูกสังคมรังเกียจ					
2	การป่วยเป็นวัณโรคจำเป็นต้อง รักษาอย่างต่อเนื่องเป็น เวลานาน จึงไม่สามารถทำงาน ตามปกติ					
3	การป่วยเป็นวัณโรคทำให้ไม่ สามารถอยู่ใกล้ชิดกับผู้อื่น และ ถูกจำกัดพื้นที่ในการดำเนิน ชีวิตประจำวัน					
4	หากป่วยเป็นวัณโรคจะต้อง รักษานานถึง 6 เดือน					
5	การป่วยเป็นวัณโรคทำให้ผู้ ใกล้ชิดได้รับเชื้อวัณโรคและ ป่วยได้					
6	การป่วยเป็นวัณโรคอาจรุนแรง ถึงขั้นเสียชีวิตได้หากไม่รักษา อย่างต่อเนื่อง					

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
7	การป่วยเป็นโรคผิวหนังโรคทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนที่อันตรายได้ เช่น เกิดแผลพุพองในปอด ไส้แตกเป็นเลือด เนื้อเยื่อในปอดถูกทำลายมากขึ้น และยังแพร่ไปเชื้อไปยังอวัยวะต่างๆในร่างกายได้					
8	วัณโรคเมื่อหายแล้ว สามารถกลับมาเป็นโรควัณโรคซ้ำได้					
9	การป่วยเป็นโรควัณโรคทำให้เกิดขาดรายได้ในระยะยาว					
10	การป่วยเป็นวัณโรคทำให้การทำงานของปอดแย่ลง หายใจได้ไม่เต็มปอด					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัส

คำชี้แจง

โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว
 แนใจว่าทำได้แน่นอน หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นของท่านว่าทำได้ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
 แนใจว่าทำได้ หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นของท่านว่าทำได้ตรงกับข้อความนั้น
 ไม่แนใจ หมายถึง ท่านไม่แนใจความคิดเห็นของท่านว่าทำได้ตรงกับข้อความนั้น
 ไม่แนใจว่าทำได้ หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นของท่านว่าทำไม่ได้ตรงกับข้อความนั้น

มาก

ไม่แนใจว่าทำได้แน่นอน หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นของท่านว่าทำไม่ได้ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อ	ข้อความ	แนใจว่า ทำได้ แน่นอน	แนใจว่า ทำได้	ไม่แนใจ	ไม่แนใจ ว่าทำได้	ไม่แนใจ ว่าทำได้ แน่นอน
1	ท่านสามารถรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องหรือสม่ำเสมอจนครบระยะเวลาของการรักษา					
2	ท่านสามารถจัดห้องนอนให้สะอาดและมีอากาศถ่ายเทอยู่ตลอด					
3	ระหว่างการรักษาท่านสามารถงดการสูบบุหรี่ หรือดื่มสุรา					
4	ท่านสามารถแยกมารับประทานอาหารคนเดียวจากผู้อื่น					
5	ท่านสามารถแยกห้องนอนกับคนในครอบครัวได้ ในช่วงการรักษาโรคโควิด					
6	ท่านสามารถอยู่ร่วมกับคนในครอบครัวได้โดยการไม่เปิดใช้เครื่องปรับอากาศ					

ข้อ	ข้อความ	แน่ใจว่า ทำได้ แน่นอน	แน่ใจว่า ทำได้	ไม่แน่ใจ	ไม่แน่ใจ ว่าทำได้	ไม่แน่ใจ ว่าทำได้ แน่นอน
7	ท่านสามารถกำจัดเสมหะ น้ำมูก น้ำลาย และขยะที่ ปนเปื้อนของท่านลงภาชนะที่ รองรับได้อย่างถูกต้องอนามัย					
8	ท่านสามารถสวมใส่หน้ากาก อนามัยเมื่อไอ จาม หรืออยู่ ใกล้ชิดกับผู้อื่น เพื่อป้องกันการ แพร่เชื้อ					
9	ท่านสามารถล้างมือหลังจาก การสัมผัสเสมหะ น้ำมูก น้ำลาย ได้อย่างถูกต้อง					
10	ท่านสามารถดูแลสุขภาพให้ แข็งแรงอยู่เสมอ เช่น การ รับประทานอาหารที่มี ประโยชน์ ออกกำลังกายอย่าง สม่ำเสมอ และพักผ่อนให้ เพียงพอ					
11	ท่านสามารถไปตรวจสุขภาพ หรือไปตามนัดรับยาของแพทย์ ได้อย่างสม่ำเสมอ					
12	ท่านสามารถนำที่นอนของท่าน มาทำความสะอาดและตาก แดดเพื่อป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อไวรัสโรค					

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค

คำชี้แจง

โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านตรงกับข้อความนั้น

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจว่าความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านตรงกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านไม่ตรงกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1	การใช้ผ้าปิดปากและจมูก ทุก ครั้งเวลาไอหรือจาม สามารถ ป้องกันการแพร่เชื้อโรคได้					
2	การล้างมือให้สะอาด หลังจาก สัมผัสหรือหลังจากที่ทำลาย เสมหะ น้ำลาย น้ำมูก จะ สามารถป้องกันการแพร่เชื้อวัณ โรคได้					
3	การรับประทานยาอย่าง สม่ำเสมอจนครบระยะเวลาที่ กำหนด จะช่วยให้หายจากการ เป็นวัณโรคได้					
4	การเปิดใช้เครื่องปรับอากาศ เมื่ออยู่รวมห้องกับคนอื่น จะ ช่วยป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรค ได้					
5	การนำเครื่องนอนออกมากตาก แดด จะช่วยป้องกันการแพร่ เชื้อวัณโรคได้					

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
6	การทำห้องนอนให้มีอากาศ ถ่ายเทสะดวก จะช่วยป้องกัน การแพร่เชื้อไวรัสโรคได้					
7	การแยกห้องนอนกับคนใน ครอบครัว จะสามารถป้องกัน การแพร่เชื้อไวรัสโรคได้					
8	การแยกรับประทานอาหารกับ ผู้อื่น หรือคนในครอบครัว จะ ช่วยในป้องกันการแพร่เชื้อไวรัส โรคได้					
9	การไปตรวจสุขภาพ/พบแพทย์ และรับยาทุกครั้งตามนัด จะทำ ให้เชื้อไวรัสโรคหมดจากร่างกาย ได้					
10	การดูแลสุขภาพ เช่น งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา รับประทาน อาหารที่เป็นประโยชน์ ออก กำลังกายสม่ำเสมอ ช่วย ป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสโรคได้					

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค

คำชี้แจง

- โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว
- ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอ
- ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้นบ่อยครั้ง
- ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้นนานๆครั้ง
- ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย

ข้อ	ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัตินานๆครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
1	ท่านปิดปากและจุมูกเมื่อไอหรือจาม				
2	ท่านสวมหน้ากากอนามัยเมื่อต้องพบเจอหรือใกล้ชิดกับบุคคลอื่น				
3	ท่านรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง				
4	ท่านล้างมือหรือทำความสะอาดหลังจากที่สัมผัสน้ำมูก น้ำลาย เสมหะ				
5	ท่านทำลายเสมหะหรือขยะปนเปื้อนลงในภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิด				
6	ท่านเปิดประตู หน้าต่าง ห้องนอนเพื่อให้มีอากาศถ่ายเทสะดวก				
7	ท่านไม่เปิดเครื่องใช้ปรับอากาศเมื่ออยู่ร่วมห้องกับผู้อื่น				
8	ท่านนอนแยกห้องกับคนในครอบครัวในช่วง รักษาโรควัณโรค				

ข้อ	ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัตินานๆครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
9	ท่านนำเครื่องนอน เช่น ผ้าห่ม หมอน ที่นอน มุ้ง ออกมาทำความสะอาดและตากแดด				
10	ท่านแยกวางรับประทานอาหารกับผู้อื่นและคนในครอบครัว				
11	ในช่วงรักษาโรคโควิดโรคท่านสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				
12	ท่านไปตรวจสุขภาพและไปตามแพทย์นัด				
13	ท่านรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ และพักผ่อนเพียงพอ				
14	เมื่อท่านต้องพูดคุยกับคนในครอบครัวและผู้อื่นที่ใกล้ชิด ท่านอยู่ห่างอย่างน้อย 1 เมตร เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ				
15	ท่านออกกำลังกาย อย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง เช่น การเดิน ฝึกควบคุมการหายใจ				