



การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน
จังหวัดพิษณุโลก



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
ปีการศึกษา 2567
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน
จังหวัดพิษณุโลก



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
ปีการศึกษา 2567
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอด
ของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก"
ของ ธีญารัตน์ วงศ์ชนะ
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

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

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

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทรพล มากมี)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสนห์ แสงเงิน)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์)

อนุมัติ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรองกาญจน์ ชูทิพย์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก
ผู้วิจัย	ธัญญารัตน์ วงศ์ชนะ
ประธานที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร.อาจินต์ สงทับ
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ด., มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2567
คำสำคัญ	วัณโรคปอด, ผู้สัมผัสร่วมบ้าน, พฤติกรรมป้องกันวัณโรค

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงผสมผสานขั้นสูงแบบการประเมินผลหลายขั้นตอนครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน แบ่งระยะการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน และศึกษาปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน 2) การพัฒนาแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน และ 3) การประเมินประสิทธิผลของแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันวัณโรค ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การสูบบุหรี่ วิธีเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยรถยนต์ การไม่ทราบประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค (บีซีจี) และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันวัณโรค ร้อยละ 38.5 และ ปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค 3) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค 4) การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค 5) การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันวัณโรค 6) การติดตามเกี่ยวกับวัณโรค 7) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม 8) ปัญหาด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรค และ 9) การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อป้องกันวัณโรค แบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การเสริมสร้างความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับวัณโรค 2) การพัฒนาทักษะการป้องกันวัณโรค 3) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันวัณโรค และ 4) การสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันวัณโรค เมื่อนำแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านไปทดลองใช้ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันวัณโรค สูงกว่าก่อนจัดกิจกรรมตามรูปแบบ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านที่พัฒนาขึ้นสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านได้ จึงควรนำไปใช้ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้นตามความเหมาะสม

Title A MODEL DEVELOPMENT FOR PROMOTING TUBERCULOSIS PREVENTION BEHAVIORS AMONG HOUSEHOLD CONTACT IN PHITSANULOK PROVINCE

Author Thanyarat Wongchana

Advisor Associate Professor Archin Songthap, Ph.D.

Academic Paper Dr.P.H. Dissertation in Public Health Program - (Type 2.1), Naresuan University, 2024

Keywords Pulmonary tuberculosis, Household contacts, Tuberculosis prevention behaviors

ABSTRACT

This advanced mixed method research design with multistage evaluation design aimed to develop the model for promoting tuberculosis prevention behaviors among household contacts. This study consisted of 3 phases: 1) Determining the causes and factors affecting prevention behaviors, 2) Developing a model of promoting tuberculosis prevention behaviors, and 3) Evaluating effectiveness of the model. The results revealed that the factors influencing TB prevention behaviors included perceived self-efficacy, social support, current smoking, driving to the hospital, unknown history of tuberculosis vaccination (BCG), and the relationship with the TB patient. These 6 factors explained tuberculosis prevention behaviors by 38.5%. The causal factors of TB prevention behaviors among household contacts were: 1) tuberculosis knowledge, 2) perceived severity, 3) perceived susceptibility, 4) perceived outcome, 5) perceived self-efficacy, 6) TB stigma, 7) social support, 8) self-care behaviors, and 9) environmental management. The model consisted of 4 components: 1) Health Knowledge and awareness, 2) Operational protection skill, 3) Modifiable environment, and 4) Encouragement and social support. The implementation of the model showed a TB behavior mean score of the experimental group higher than before the intervention and than the control group significantly after the intervention ($p < 0.05$). The model can change TB prevention behaviors among household contacts. Therefore, it can be used for preventing TB infection to cover in the target group appropriately.

ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของ รองศาสตราจารย์ ดร.อาจันต์ สงทับ ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้อุทิศสละเวลาอันมีค่ามาเป็นທີ່ปรึกษา พร้อมทั้งให้คำแนะนำ ตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาเอก ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ ด้วยความเอาใจใส่จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ และทรงคุณค่า

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์ ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทรพล มากมี กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสนห์ แสงเงิน กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ และ ตรวจทานแก้ไข ข้อบกพร่องต่างๆ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ และมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก นายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดพิษณุโลก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดพิษณุโลก เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดพิษณุโลก และอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพิษณุโลก ที่อำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดีในการเก็บ รวบรวมข้อมูล

ขอขอบคุณ อาสาสมัครในโครงการวิจัยทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเสียสละเวลาในการให้ ข้อมูลแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี และขอขอบคุณทุกท่านที่ได้กล่าวนามที่มีส่วนร่วมเกี่ยวข้อง ในความสำเร็จครั้งนี้

เหนือสิ่งอื่นใดขอกราบขอบพระคุณอย่างสุดซึ้งถึง บุพการีผู้เปรียบดังรากฐานแห่งชีวิต คู่ชีวิต นายคมกริช วงศ์ชนะ ผู้เสียสละเคียงข้างร่วมแบ่งปันสุขทุกข์ พี่สาว ดร.ปิยฉัตร คนชม ผู้เป็น แบบอย่างแห่งปัญญา รวมถึงลูกที่รักยิ่ง ผู้เป็นแรงบันดาลใจให้ก้าวเดินอย่างมั่นคง ขอขอบคุณ ผู้บังคับบัญชาอย่างสูง นายแพทย์ศรายุธ อดุลมาตพงศ์ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก ผู้มอบโอกาสและสนับสนุนการศึกษา พร้อมทั้ง ดร.นิรมล พิมน้ำเย็น รองผู้อำนวยการฯ ผู้คอยให้กำลังใจ ผลักดัน และเป็นอาจารย์พี่เลี้ยงอย่างใกล้ชิด จนส่งผลให้ การศึกษาสำเร็จ ทุกท่านล้วนเป็นเสาหลักในด้านวิชาการและกำลังใจ จนทำให้งานนี้บรรลุผลสำเร็จ โดยสมบูรณ์

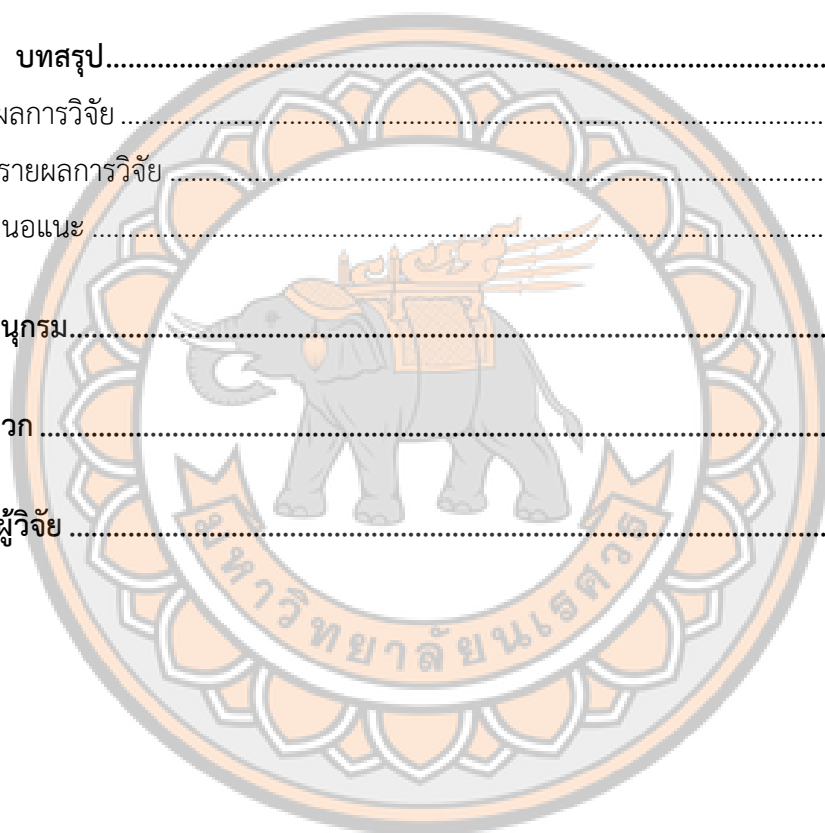
คุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงจะมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบและอุทิศแด่ผู้มี พระคุณทุกท่าน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่ารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของ ผู้สัมผัสร่วมบ้าน จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานป้องกันและควบคุมโรคต่อไป

ธัญญารัตน์ วงศ์ชนะ

สารบัญ

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
ประกาศคุณูปการ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาของปัญหา	1
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
สมมุติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตของงานวิจัย	7
นิยามศัพท์เฉพาะ	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
วันโรค	10
แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.....	27
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	37
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	55
รูปแบบการวิจัย.....	55
ระยะการวิจัย	56
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	58
แบบแผนการทดลอง	87
การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย	102

บทที่ 4 ผลการวิจัย	103
การวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลและปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัส ร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก	103
การวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วม บ้าน	143
การวิจัยระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอด ของผู้สัมผัสร่วมบ้าน	166
 บทที่ 5 บทสรุป	176
สรุปผลการวิจัย	179
อภิปรายผลการวิจัย	187
ข้อเสนอแนะ	197
 บรรณานุกรม	198
 ภาคผนวก	208
 ประวัติผู้วิจัย	266



สารบัญตาราง

ตาราง 1	แสดงข้อแตกต่างระหว่างการติดเชื้อไวรัสโรคงูและ การป่วยเป็นไวรัสโรคงู	14
ตาราง 2	แสดงขนาดของยาที่แนะนำสำหรับผู้ใหญ่ (อายุมากกว่า 15 ปี).....	19
ตาราง 3	แสดงกระบวนการวิจัย วัตถุประสงค์ กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ การวิเคราะห์ข้อมูล และผลที่ได้จากการศึกษา	57
ตาราง 4	แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณตามสัดส่วนประชากรของแต่ละอำเภอ	62
ตาราง 5	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร (n=193)	104
ตาราง 6	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับไวรัสโรคงู การรับรู้เกี่ยวกับไวรัสโรคงู การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันไวรัสโรคงูของผู้สัมผัสร่วมบ้าน	107
ตาราง 7	แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ด้านความรู้เกี่ยวกับไวรัสโรคงู จำแนกรายข้อ (n=193)	108
ตาราง 8	แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ด้านการรับรู้ความรุนแรงของไวรัสโรคงู จำแนกรายข้อ (n=193)	110
ตาราง 9	แสดงร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นไวรัสโรคงู จำแนกรายข้อ (n=193)	111
ตาราง 10	แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ด้านการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันไวรัสโรคงู จำแนกรายข้อ (n=193).....	113
ตาราง 11	แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ด้านการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันไวรัสโรคงู จำแนกรายข้อ (n=193)	115
ตาราง 12	แสดงร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง ด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคม จำแนกรายข้อ (n=193)	117
ตาราง 13	แสดงร้อยละ พฤติกรรมป้องกันไวรัสโรคงู ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ (n=193)...	119
ตาราง 14	แสดงตัวแปรและระดับการวัดตัวแปร.....	124
ตาราง 15	แสดง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ	127
ตาราง 16	แสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับพฤติกรรมการป้องกันไวรัสโรคงูของผู้สัมผัสร่วมบ้าน (n = 193)	130
ตาราง 17	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูลหลัก จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร (n = 30).....	132

ตาราง 18	แสดงองค์ประกอบและกิจกรรมการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก.....	157
ตาราง 19	แสดงสรุปการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างปัจจัยนำเข้ากับองค์ประกอบของรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน.....	160
ตาราง 20	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูลหลัก จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร (n = 30).....	162
ตาราง 21	แสดงผลการตรวจสอบรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน (n=30).....	163
ตาราง 22	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร (n=70).....	167
ตาราง 23	แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรภายนอก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=70)	170
ตาราง 24	แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค และการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค การติดตามเกี่ยวกับวัณโรค และพฤติกรรมป้องกันวัณโรค ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน โดยใช้สถิติ Independent t-test (n=70)	172
ตาราง 25	แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค การติดตามเกี่ยวกับวัณโรค และพฤติกรรมป้องกันวัณโรค ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน โดยใช้สถิติ Paired t-test (n=70).....	174

สารบัญภาพ

ภาพ 1	แสดงแบบจำลองการประมวลผลเพื่อตอบสนองการรับรู้ตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค.....	34
ภาพ 2	แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 1 ส่วนที่ 1	52
ภาพ 3	แสดงกรอบแนวคิดภาพรวมการพัฒนาารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก	54
ภาพ 4	แสดงวิธีการวิจัยระยะที่ 1 และการใช้ข้อมูลของการวิจัยแบบผสม (Mixed Methods Research) แบบพร้อมกัน (Convergent Parallel Design)	59
ภาพ 5	แสดงแบบแผนการทดลอง	87
ภาพ 6	แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 3	101
ภาพ 7	แสดงรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน	161



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

วัณโรคเกิดจากเชื้อแบคทีเรียทูปเอร์คิวโลซิส (Mycobacterium tuberculosis) ซึ่ง ร้อยละ 80 พบในปอด วัณโรคเป็นโรคติดต่อจากคนสู่คนผ่านทางอากาศ (airborne transmission) เมื่อผู้ป่วยวัณโรคปอด ไอ จาม พุด ตะโกน หัวเราะ หรือร้องเพลง จะทำให้เกิดละอองฝอย (droplet nuclei) พุ้งกระจายออกมา ทำให้ผู้สัมผัสในครอบครัวซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด สูดลมหายใจเอาละอองฝอยที่มีเชื้อวัณโรคเข้าไป (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อสามารถแพร่กระจายเชื้อวัณโรคไปยังคนรอบข้างได้ โดยสามารถทำให้ผู้ใกล้ชิดมีโอกาสติดเชื้อวัณโรค ประมาณ 10 - 15 คนต่อปี (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2564) ดังนั้น ผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคจึงเป็นประชากรที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการสัมผัสโรคและเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากที่สุด เนื่องจากมีความถี่และระยะเวลาที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคมากที่สุด โดยเฉพาะผู้สัมผัสร่วมบ้าน ถิ่นนอนห้องเดียวกัน (household intimate) จะมีโอกาสรับเชื้อและติดเชื้อสูงกว่าผู้ที่อาศัยในบ้านเดียวกันแต่แยกห้องนอน (household regular) (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566) โดยผู้สัมผัสร่วมบ้านมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อและป่วยเป็นวัณโรคได้มากถึง ร้อยละ 8 - 60 (จตุพร วัณไชยณรงค์, และวิภา รัชชพิชิตกุล, 2563)

องค์การอนามัยโลก คาดประมาณผู้ป่วยวัณโรค ปี พ.ศ. 2566 ทั่วโลก 10.8 ล้านคน พบในเพศชาย 6 ล้านคน เพศหญิง 3.6 ล้านคน และ ในเด็ก 1.3 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากวัณโรคทั้งหมด 1.25 ล้านคน (รวมถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวี 161,000 คน) โดยวัณโรคเป็นสาเหตุการตาย อันดับที่ 13 และยังเป็นสาเหตุการตายอันดับสองของโรคติดเชื้อรองจาก COVID-19 และ สูงกว่า HIV และ AIDS และวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multidrug-resistant TB) ยังถือเป็นภัยคุกคามทางสุขภาพเนื่องจากมีเพียง 2 ใน 5 ของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาเท่านั้นที่เข้าสู่กระบวนการรักษา สำหรับงบประมาณในการป้องกัน การวินิจฉัย และการดูแลรักษาวัณโรค ต้องใช้เงินมากถึง 22,000 ล้านดอลลาร์ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติ (SDGs) ด้านการยุติวัณโรคภายใน ปี พ.ศ. 2573 (World Health Organization, 2023)

วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย ในปี ค.ศ. 2016 – 2020 องค์การอนามัยโลก ได้จัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่มีภาระวัณโรคสูง (High Burden Country) โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) อุบัติการณ์วัณโรคสูง (TB) 2) วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) และ 3) วัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multidrug-resistant TB) (World Health Organization, 2017) ซึ่งต่อมาใน ปี ค.ศ. 2021 องค์การอนามัยโลก ได้จัดอันดับกลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรคสูงของโลกใหม่ ทั้ง 3 กลุ่ม โดยในครั้งนี้ประเทศไทยได้พ้นจากประเทศที่มีวัณโรคดื้อยาหลายขนานสูง (MDR-TB) (World Health Organization, 2021) แต่อย่างไรก็ตามประเทศไทยยังคงเป็นประเทศที่มีปัญหาอุบัติการณ์วัณโรคสูง (TB) และวัณโรคที่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย (TB/HIV)

จากรายงานวัณโรคระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลก คาดประมาณ ในปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำ จำนวน 113,000 ราย หรือ คิดเป็น 157 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต จำนวน 13,000 ราย แต่อย่างไรก็ตาม จากรายงานการดำเนินงานวัณโรคในประเทศไทย พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำเพียง 80,209 ราย ซึ่งหมายความว่า ยังคงไม่พบอีก 32,791 ราย (World Health Organization, 2024), (โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (National Tuberculosis Information Program: NTIP) (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

จากการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทยในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา ประเทศไทยมีแนวโน้มของอัตราการรักษาสำเร็จในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้น และ ผลการรักษาล้มเหลว ขาดยา และโอนออกลดลง ส่วนอัตราการเสียชีวิตยังคงสูง และยังเป็นปัญหาของประเทศไทย เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีโรคร่วม (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) โดยใน ปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 78,955 ราย (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567) และมีอัตราการรักษาสำเร็จของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 81.72 (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

สถานการณ์วัณโรค เขตสุขภาพที่ 2 ปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 4,097 ราย คิดเป็นอัตราป่วย เท่ากับ 130 ต่อประชากรแสนคน เมื่อจำแนกรายจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 ได้แก่ จังหวัดพิษณุโลก สุโขทัย ตาก อุตรดิตถ์ เพชรบูรณ์ พบผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 993, 583, 894, 562, 1,065 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสน เท่ากับ 123, 106, 174, 141, 120 (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

ใน ปี พ.ศ.2566 องค์การอนามัยโลก รายงานข้อมูลการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านในประเทศไทย พบผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (Latent TB infection) มากกว่า ร้อยละ 75 (World Health Organization, 2024) ทั้งนี้ ผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง หมายถึง

ผู้ที่มีเชื้อวัณโรคแฝงอยู่ในร่างกายแต่ร่างกายมีภูมิคุ้มกันสามารถยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อวัณโรคได้ ทำให้ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ และไม่สามารถแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้ (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

ในปี พ.ศ.2567 กองวัณโรค กรมควบคุมโรค ได้รายงานการคัดกรองเพื่อค้นหาวัณโรค ด้วยการเอกซเรย์ปอด ในประชากรกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้ต้องขัง และ ผู้ติดเชื้อ HIV พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านเป็นวัณโรคสูงที่สุด ร้อยละ 2.3 รองลงมา คือ ผู้ต้องขัง ร้อยละ 0.8 และ ผู้ติดเชื้อ HIV ร้อยละ 0.7 ตามลำดับ จังหวัดพิษณุโลก พบวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน ร้อยละ 2.37 ซึ่งสูงกว่าภาพรวมของประเทศ (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2568)

ประเทศไทยมีเป้าหมายลดอุบัติการณ์วัณโรคไม่เกิน 10 ต่อแสนประชากร ภายใน ปี พ.ศ. 2573 ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของวาระการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติ (Sustainable Development Goals: SDGs, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2566) และเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด ประเทศไทยได้ดำเนินมาตรการป้องกันวัณโรค ดังนี้ 1) การป้องกันการสัมผัส ได้แก่ การสอบสวนโรคเพื่อการค้นหาผู้สัมผัสและคัดกรองวัณโรค, การคัดกรองวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านโดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (chest radiograph) หรือ การตรวจเอกซเรย์ทรวงอก (chest x-ray, CXR) หรืออาจเป็นที่รู้จักในชื่อการเอกซเรย์ปอด และ 2) การรักษาผู้ที่ติดเชื้อวัณโรค (Tuberculosis Preventive Treatment: TPT) แต่อย่างไรก็ตาม มาตรการที่มีอยู่ พบว่ามีข้อจำกัด กล่าวคือ การสอบสวนโรคจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรคนและเวลามาก และการคัดกรองวัณโรคโดยการเอกซเรย์ปอด ผู้สัมผัสต้องเดินทางไปเอกซเรย์ที่โรงพยาบาล อีกทั้ง การรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง ต้องมีการทำหัตถการเพื่อตรวจการติดเชื้อก่อนรักษา ซึ่งต้องใช้ความชำนาญและมีค่าใช้จ่ายสูง และถึงแม้ว่าจะรักษาการติดเชื้อวัณโรคหายแล้ว ก็ยังสามารถติดเชื้อวัณโรคใหม่ได้อีกหากไม่ป้องกัน ซึ่งจากการดำเนินงานตามมาตรการที่มีอยู่ ก็ยังพบว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านเป็นวัณโรคอย่างต่อเนื่อง

ผลกระทบเมื่อป่วยเป็นวัณโรค สามารถส่งผลกระทบต่อชีวิต ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และงบประมาณด้านสาธารณสุขของประเทศ ได้แก่ เกิดพยาธิสภาพของระบบทางเดินหายใจโดยเฉพาะที่ปอด ถูกสังคมรังเกียจ ถูกตีตราและเลือกปฏิบัติ (จิราภรณ์ ชวงค์, 2562) อาจหรือรู้สึกไม่ดีกับตนเอง (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) และเมื่อเจ็บป่วยจะต้องหยุดงานเกิดความเครียดจากการขาดรายได้ และ หากเกิดวัณโรคดื้อยาชนิดรุนแรงจะมีค่ารักษาสูงถึง 1.2 ล้านบาท/คน และต้องใช้ระยะเวลารักษานานอย่างน้อย 20 เดือน (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้าน ได้พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ได้แก่ เพศ (นาปีเสาะ มะเส็ง, 2563, ฐิติมา ถมทอ, 2564) การสูบบุหรี่ (นาปีเสาะ มะเส็ง, 2563) การได้รับวัคซีน(ปิจิจิ) (นาปีเสาะ มะเส็ง, 2563) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (ขวัญใจ มอนไธสง, 2559) ระยะเวลาในการสัมผัส (นาปีเสาะ มะเส็ง, 2563) วิธีเดินทางไป รพ. (ณัฐสิมา ปาทาน, ชนัญญา จิระพรกุล, และเนาวรัตน์ มณีนิล, 2563) ความรู้ (นิรันดา ศรีบุญทิพย์, จักรกฤษณ์ พลราชม, ประเวศ ชุ่มเกษรกุลกิจ, และอดุลย์ ฉายพงษ์, 2563, ฉัตรสุดา มาทา, รัชฌาณี โพชะจา, และกิตติกา สุธรรม, 2565) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (ขวัญใจ มอนไธสง, 2559, นาปีเสาะ มะเส็ง, 2563) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (ขวัญใจ มอนไธสง, 2559) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค (Phadoongmai & Jariya, 2024) และ การไม่เคยได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกัน (ณัฐสิมา ปาทาน และคณะ, 2563) สำหรับ ระดับของการรับรู้ของผู้สัมผัสร่วมบ้าน และพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านไม่ถูกต้อง ดังนี้ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโควิด อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 67.8 (เกศินี อินทร์อักษร, พิมกมล อินสุวรรณ, ปริมประภา ก้อนแก้ว, และกัญเกียรติ ก้อนแก้ว, 2564) การรับรู้ความรุนแรงต่อโรค อยู่ในระดับต่ำ (มีค่าเฉลี่ย 1.45-1.78) และมีการรับรู้ความรุนแรงต่อโรค อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 20 โดยการรับรู้ความรุนแรงที่ไม่ถูกต้อง เช่น ผู้ป่วยโรคหากไม่รักษาจะไม่ทำให้เสียชีวิต สำหรับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ไม่ถูกต้อง เช่น โรคไม่สามารถติดต่อไปยังผู้อื่นได้ง่าย และ สำหรับพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรค อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 51.8 โดยพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วยโดยไม่ใช้ช้อนกลาง และไม่แยกของใช้ส่วนตัว เช่น เสื้อผ้า ผ้าเช็ดตัว หรือเครื่องใช้ในการรับประทานอาหาร จาน ชาม และนอกจากนี้ยังพบว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านได้นำภาชนะที่ผู้ป่วยใช้วันเสมหะ/น้ำลาย ไปเผาหรือฝัง เพียง ร้อยละ 10 เท่านั้น และยังพบอีกว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านมีการแสวงหาความรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรค เพียง ร้อยละ 13.6 (ทัศนพร ชุศักดิ์ และนันทพร ภูมิแสนโครต, 2564) ส่วนการคัดกรองโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน พบว่า ความชุกของการไม่มารับบริการตรวจคัดกรองโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคสูงถึง ร้อยละ 73.0 (ณัฐสิมา ปาทาน และคณะ, 2563) ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการรับรู้และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านไม่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะทำให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านมีโอกาสที่จะติดเชื้อและป่วยเป็นโรคได้

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีการศึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการเสริมสร้างแรงจูงใจให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ซึ่งแรงจูงใจ ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่อยู่ภายในของบุคคลที่ควบคุมหรือกำหนดการแสดงออกพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ (จุฬพล หนิมพานิช และสรายุทธ ยะหะกร, 2560) และงานวิจัยนี้เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค ผู้วิจัยจึงได้นำ

แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory (PMT)) ของ โรเจอร์ (1975) มาเสริมสร้างการรับรู้ของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค เนื่องจาก แนวคิดนี้เชื่อว่า หากบุคคลเห็นว่าตนเองจะเกิดอันตรายรุนแรงจากสิ่งหนึ่งสิ่งใด และเห็นว่าตนเองมีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายจากสิ่งนั้น และเล็งเห็นถึงผลดีของสิ่งที่จะเกิดขึ้นหลังจากที่ตนเองปฏิบัติการป้องกัน และมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้ จะส่งผลให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคได้ ซึ่งประกอบด้วย 4 ตัวแปร ได้แก่ 1) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค 3) การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรค และ 4) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค

นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรค จึงได้นำแนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ของ House (1981) มาใช้ร่วมกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory) กล่าวคือ การสนับสนุนทางสังคม เป็นกระบวนการของเครือข่ายทางสังคมที่มีปฏิสัมพันธ์กันโดยมุ่งให้บุคคลได้รับการช่วยเหลือ ส่งเสริม สนับสนุน หรือป้องกันหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้มีสุขภาพดี (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2561)

ทั้งนี้ ผลจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ในโปรแกรมการสร้างการรับรู้ต่อการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ต่อการป้องกันวัณโรคและทักษะป้องกันวัณโรคสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ วีระวุธ แก่นจันทร์ใบ และสุเมธนา กลางคาร (2561) และจากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคปอดของผู้ดูแล พบว่า ภายหลังทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคปอด การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคปอด ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันวัณโรคปอด ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันวัณโรคปอด และพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคปอดของผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วลัยพร สิงห์จ้อย, 2556) และจากการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและผลการตรวจเสมหะในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ พบว่า พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจมีมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจมีมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ ผลการตรวจเสมหะหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจของกลุ่มทดลองมีผลลบมากกว่ากลุ่มควบคุม ร้อยละ 4.44 (เมฆามาต สมยา, ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล, และเบญญพร บรรณ, 2563)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory (PMT)) ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support theory) รวมถึงการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับวัณโรคและพฤติกรรมป้องกันวัณโรคที่ถูกต้องเหมาะสม สามารถป้องกันการติดเชื้อวัณโรคได้ และนอกจากนี้ยังสนับสนุนมาตรการป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านที่ยังมีข้อจำกัด ให้เกิดความครอบคลุมในการป้องกันที่ยั่งยืนมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ลดอุบัติการณ์การป่วยและตายจากวัณโรคต่อไป

คำถามการวิจัย

1. สาเหตุและปัจจัยใดบ้าง ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านในจังหวัดพิษณุโลก
2. รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านในจังหวัดพิษณุโลก เป็นอย่างไร
3. ผลการนำรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านในจังหวัดพิษณุโลก ไปใช้เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านจังหวัดพิษณุโลก
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านจังหวัดพิษณุโลก
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก

สมมุติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว การได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค (บีซีจี) การสูบบุหรี่ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยต่อวัน จำนวนสมาชิกในครัวเรือน วิธีเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ปัจจัยด้านการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค

และ ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร เกี่ยวกับการป้องกันโรค ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก

2. รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก มีประสิทธิผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

ขอบเขตของงานวิจัย

การศึกษาการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก ในครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงผสมผสานขั้นสูง (Advanced mixed Methodology Research) ระหว่าง การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ด้วยการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อค้นหาสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน มีขอบเขตด้านเนื้อหาของการศึกษาวิจัย ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรค แนวคิดแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และ แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน และประเมินประสิทธิผล ขอบเขตด้านพื้นที่การศึกษา คือ ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่ผลการตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค ในจังหวัดพิษณุโลก ขอบเขตด้านประชากร คือ ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ผลการตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค อายุ 20-59 ปี จังหวัดพิษณุโลก และขอบเขตด้านระยะเวลา เริ่มทำการศึกษาดังแต่เดือน พฤษภาคม 2567 – กุมภาพันธ์ 2568

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะตรวจพบเชื้อวัณโรค** หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก ที่ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคในโรงพยาบาลรัฐบาลในจังหวัดพิษณุโลก
2. **ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่** หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน หรือรักษาน้อยกว่า 1 เดือน ที่ขึ้นทะเบียนรักษาเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในโรงพยาบาลรัฐบาลในจังหวัดพิษณุโลก
3. **ผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้าน** หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 20 - 59 ปี ที่อาศัยร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผลการตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค ตั้งแต่ 1 วันขึ้นไป หลังจากที่ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคในโรงพยาบาลรัฐบาล จังหวัดพิษณุโลก
4. **พฤติกรรมป้องกันวัณโรค** หมายถึง การปฏิบัติของผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ผลการตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค เพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรค ประกอบด้วย

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ พฤติกรรม การป้องกันส่วนบุคคลจากการสัมผัสโดยตรง ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการสัมผัสสารคัดหลั่งต่างๆ ของผู้ป่วยวัณโรคโดยตรง เช่น เสมหะ น้ำมูก น้ำลาย การไอ จาม และพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อวัณโรคจากการสัมผัสโดยอ้อม ได้แก่ การจัดสภาพแวดล้อม ภายในบ้านให้ถูกสุขลักษณะ การกำจัดขยะ สิ่งปฏิกูลอย่างถูกวิธี

5. ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค หมายถึง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ประกอบด้วยหัวข้อ วัณโรคคืออะไร อาการของผู้ป่วยวัณโรค การติดต่อ การแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ความรุนแรงและผลกระทบของวัณโรค แนวทางการรักษา การดูแลตนเองเมื่อเป็นวัณโรค การปฏิบัติตนและการดูแลสุขภาพอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การดูแลกำกับการกินยาผู้ป่วย โทษของบุนี และวัคซีนป้องกันวัณโรค

6. การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค หมายถึง ความรู้สึกของผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ผลการตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค ในการประเมินผลกระทบที่ตนเองจะได้รับการเป็นวัณโรค ทั้งผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่ ชีวิต การเกิดภาวะแทรกซ้อน การเจ็บป่วยทรมาน และ ผลกระทบที่ไม่เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น หยุดงาน ขาดรายได้ ถูกตีตรา

7. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค หมายถึง ความรู้สึกของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ผลการตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค ถึงโอกาสเสี่ยงของตนเองที่จะป่วยเป็นวัณโรค เช่น การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคจากการอยู่ใกล้ชิด นอนร่วมห้อง หรือ รับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วยวัณโรคปอดในระยะแพร่เชื้อ

8. การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค หมายถึง ความรู้สึกของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ผลการตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค ถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันวัณโรค เช่น การรับรู้เกี่ยวกับผลของพฤติกรรม การใส่หน้ากากอนามัย การไม่นอนร่วมห้องกับผู้ป่วย หรือ การไม่รับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วยวัณโรคในระยะแพร่เชื้อจะสามารถป้องกันการป่วยเป็นวัณโรคได้

9. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค หมายถึง ความรู้สึกเชื่อมั่นของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ผลการตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค ถึงความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันวัณโรคได้สำเร็จ เช่น ความเชื่อมั่นในความสามารถในการใส่หน้ากากอนามัยได้ตลอดเวลาเมื่อต้องใกล้ชิดกับผู้ป่วย การไม่รับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วยในระยะแพร่เชื้อ หรือ การไม่นอนร่วมห้องกับผู้ป่วยวัณโรคในระยะแพร่เชื้อ

10. การได้รับการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด ผลการตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค ได้รับการสนับสนุนหรือช่วยเหลือเกี่ยวกับการป้องกันวัณโรค 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และ ด้านทรัพยากร

11. การตีตรา หมายถึง ความรู้สึกกลัว กังวล ของผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคปอด รายใหม่ผลการตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค ต่อความคิดในแง่ลบและการแสดงออก ของบุคคลอื่นใน ชุมชนเมื่อทราบข้อมูลวัณโรคในครัวเรือนของตนเอง เช่น การรังเกียจ การไม่อยากเข้าใกล้ การไม่ อยากทำกิจกรรมร่วมกัน เป็นต้น

12. รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน หมายถึง องค์ประกอบของกิจกรรม เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัด พิษณุโลก ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบหลัก ดังนี้ 1) องค์ประกอบการสร้าง ความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับวัณโรค 2) องค์ประกอบการพัฒนาทักษะการป้องกันวัณโรค 3) องค์ประกอบการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันวัณโรค และ 4) องค์ประกอบสนับสนุน ทางสังคมเพื่อป้องกันวัณโรค

13. ประสิทธิภาพของรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัส ร่วมบ้าน หมายถึง ผลของการนำรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัส ร่วมบ้านไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน ประกอบด้วยตัวแปรที่วัด ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค การรับรู้ผลลัพธ์ของการ ป้องกันวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค การตีตราเกี่ยวกับวัณโรค และ พฤติกรรมการป้องกันวัณโรค โดยเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังใช้รูปแบบการสร้าง เสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน และ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับ กลุ่มควบคุม หลังการใช้รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. วัณโรค
 - 1.1 ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค
 - 1.2 สถานการณ์วัณโรค
 - 1.3 ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค
 - 1.4 แนวทางทางการควบคุมป้องกันวัณโรค
2. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
 - 2.1 แนวคิดความรู้
 - 2.2 แนวคิดแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค
 - 2.3 แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
4. กรอบแนวคิดการวิจัย
5. กรอบแนวคิดภาพรวม

วัณโรค

1. ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค

วัณโรคเป็นโรคระบาดร้ายแรงที่มีตั้งแต่ยุคก่อนประวัติศาสตร์ ได้มีการตรวจพบเชื้อ mycobacterium spp. จากซากฟอสซิลในยุคโบราณ และกระดูกสันหลังของมัมมี่ในประเทศอียิปต์ ที่มีอายุกว่า 5,000 ปี โดยในศตวรรษที่ 17 เริ่มปรากฏหลักฐานอ้างอิงเกี่ยวกับการติดเชื้อของวัณโรค จากวรรณกรรมของแพทย์ชาวอิตาลี และในปี ค.ศ.1882 ได้มีการค้นพบที่ยิ่งใหญ่ คือ ค้นพบเชื้อ Mycobacterium tuberculosis โดย Robert Koch นักวิทยาศาสตร์ชาวเยอรมัน ซึ่งหลังจากนั้น ในปี ค.ศ. 1895 นักฟิสิกส์ชาวเยอรมัน Wilhelm Konrad von Rontgen ได้ค้นพบสิ่งสำคัญมากของโลก เพื่อใช้ดูความรุนแรงของโรค คือ รังสีเอกซ์ (X-ray) และในเวลาต่อมาได้มีการพัฒนาวัคซีนป้องกันวัณโรค จนกระทั่ง ปี ค.ศ.1924 จึงได้เริ่มนำวัคซีนป้องกันวัณโรคมาฉีดให้แก่ทารกแรกเกิดจนถึงปัจจุบัน (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

วัณโรค (Tuberculosis หรือ TB) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium tuberculosis* จัดอยู่ในกลุ่ม *Mycobacterium tuberculosis complex* วัณโรคเกิดได้ในทุกอวัยวะของร่างกาย ส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอด (ร้อยละ 80) ซึ่งสามารถแพร่เชื้อได้ง่าย และวัณโรคนอกปอด (ร้อยละ 20) อาจพบได้ในอวัยวะอื่นๆ ได้แก่ เยื่อหุ้มปอด ต่อม้ำเหลือง กระดูกสันหลัง ข้อต่อ ช่องท้อง ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบสืบพันธุ์ ระบบประสาท เป็นต้น เชื้อ *Mycobacterium* แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) คือ

1. *Mycobacterium tuberculosis complex* (MTBC) เป็นสาเหตุของวัณโรคในคนและสัตว์ มีจำนวน 8 สายพันธุ์ ที่พบบ่อยที่สุด คือ *Mycobacterium tuberculosis* สายพันธุ์อื่นที่พบบ่อยในกลุ่มนี้ เช่น *Mycobacterium africanum* พบได้ในแถบแอฟริกา *Mycobacterium bovis* มักก่อให้เกิดโรคในสัตว์ ซึ่งอาจติดต่อมาถึงคนได้ โดยการบริโภคนมที่ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อ และเป็นสายพันธุ์ที่นำมาผลิตเป็นวัคซีนบีซีจี

2. Nontuberculous mycobacteria (NTM) มีจำนวนมากกว่า 140 สายพันธุ์ เช่น *Mycobacterium avium complex* (MAC) พบในสิ่งแวดล้อม ดิน น้ำ หรือพบในสัตว์ เช่น นก ส่วนใหญ่ไม่ก่อโรคในคน ยกเว้น ในผู้ที่ระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอ

3. *Mycobacterium leprae* เป็นสาเหตุของโรคเรื้อน *Mycobacterium tuberculosis* มีลักษณะเป็นรูปแท่ง หนาประมาณ 0.3 ไมโครเมตร ยาวประมาณ 2 - 5 ไมโครเมตร เมื่อย้อมด้วยวิธี Ziehl-Neelsen จะติดสีแดง เชื้อวัณโรคไม่มี แคปซูล ไม่สร้างสปอร์ ไม่สามารถเคลื่อนที่ได้ อาศัยออกซิเจนในการเจริญเติบโต เชื้อวัณโรคที่อยู่ในละอองฝอย เมื่อผู้ป่วย ไอ หรือจามออกมา สามารถลอยอยู่ในอากาศได้นานถึง 30 นาที (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

เชื้อวัณโรคมีความทนทานในสภาพแวดล้อมได้ดี สามารถถูกทำลายด้วยหลายปัจจัย ได้แก่ สารเคมีบางชนิด ความร้อน แสงแดด และแสงอัลตราไวโอเล็ต โดยแสงแดดสามารถทำลายเชื้อวัณโรคในเสมหะได้และใช้ เวลา 20 - 30 ชั่วโมง และหากถูกรังสีอัลตราไวโอเล็ตจะตายภายใน 1-2 นาที ซึ่งเชื้อวัณโรคในเสมหะแห้งที่ไม่ถูกแสงแดดอาจมีชีวิตอยู่ได้นานถึง 6 เดือน และความร้อนที่อุณหภูมิ 60 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 20 นาที สามารถทำลายเชื้อวัณโรคได้ (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

การแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยวัณโรคไอ จาม พุด หรือร้องเพลง เชื้อวัณโรคจะสามารถออกมาจากร่างกายพร้อมกับละอองฝอยน้ำมูก น้ำลาย หรือเสมหะ เรียกว่า Droplet nuclei การแพร่กระจายเชื้อจะสัมพันธ์กับความถี่ของการไอ โดยในเวลา 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยวัณโรคในระยะแพร่เชื้อจะสามารถปล่อยละอองฝอยเสมหะที่มีเชื้อได้ตั้งแต่ 18 - 3,789 ละออง ซึ่งละอองฝอยเสมหะที่มีขนาดใหญ่

จะตกลงสู่พื้นดิน ส่วนละอองฝอยที่มีขนาดเล็กประมาณ 1 - 5 ไมโครเมตร จะลอยลอยอยู่ในอากาศ โดยปกติสามารถมีชีวิตอยู่ได้เป็นวันๆ และเมื่อมีผู้หายใจเอาเชื้อวัณโรคเข้าไปในร่างกาย อนุภาคขนาดใหญ่จะติดอยู่ที่จมูกหรือลำคอ ซึ่งมักจะก่อให้เกิดโรค แต่ส่วนที่มีขนาดเล็กจะเข้าไปสู่ถุงลมปอด แล้วจะถูกจับด้วย Alveolar macrophages และแพร่กระจายไปทั่วร่างกาย เชื้อวัณโรคจะสงบอยู่ (Dormant bacilli) ในร่างกายได้ เกิดภาวะการติดเชื้อ ที่เรียกว่า การติดเชื้อวัณโรคแฝง (latent tuberculosis infection) โดยสามารถตรวจการติดเชื้อได้จากการทดสอบทูเบอร์คิวลิน (TST) ทางผิวหนัง หรือ ตรวจจากเลือดโดยวิธี Interferon- γ release assays (IGRAs) (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) แต่หากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายแข็งแรง เชื้อวัณโรคอาจอยู่ในร่างกายได้นานหลายปี โดยไม่มีอาการและไม่สามารถแพร่เชื้อวัณโรคให้ผู้อื่น ผู้ติดเชื้อส่วนน้อย (ร้อยละ 5-10 ในประชากรทั่ว ๆ ไป) จะมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคในเวลาต่อมาได้ (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

ปัจจัยที่มีผลต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

ปัจจัยที่มีผลต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค มี 4 ด้าน คือ 1) ด้านผู้ป่วยวัณโรค 2) ด้านสิ่งแวดล้อม 3) ด้านผู้สัมผัส และ 4) ด้านการให้บริการสาธารณสุข (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ดังนี้

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยวัณโรคที่สามารถแพร่กระจายเชื้อ คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอด กล้องเสียง และอวัยวะอื่นที่มีช่องทางเปิดออกสู่ภายนอก โดยเฉพาะผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีแผลโพรงในปอดหรือมีแผลลูกกลามมาก ซึ่งตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะ และผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่ปิดปากและจามเมื่อมีอาการไอ จาม

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อการแพร่กระจายเชื้อ ได้แก่ สถานที่คับแคบหรืออับทึบ (enclosed spaces) มีการไหลเวียนของอากาศน้อย อากาศถ่ายเทหรือระบายอากาศไม่ดี

3. ปัจจัยด้านผู้สัมผัส ขึ้นอยู่กับปริมาณเชื้อวัณโรคในอากาศที่ผู้สัมผัสสูดเข้าไป และระยะเวลาที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ

4. ปัจจัยด้านการให้บริการสาธารณสุข ได้แก่

- 4.1 ความล่าช้าในการวินิจฉัย (delay diagnosis)
- 4.2 การเริ่มการรักษาล่าช้า (delay treatment)
- 4.3 ไม่มีการแยกผู้ป่วยออกจากผู้อื่น
- 4.4 การรักษาด้วยระบบยาที่ไม่เหมาะสม

การติดเชื้อและการป่วยเป็นวัณโรค (TB infection and TB disease)

เมื่อสูดหายใจเอาเชื้อวัณโรคเข้าไปถึงถุงลมในปอด macrophage ในถุงลมปอดเป็นระบบภูมิคุ้มกันแรกที่สามารถกำจัดเชื้อได้ ทำให้ไม่เกิดการติดเชื้อวัณโรค แต่ถ้าภูมิคุ้มกันด่านแรกไม่สามารถกำจัดเชื้อออกไปหมดได้ เชื้อวัณโรคมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนขึ้น และสามารถผ่านผนังถุงลม (ซึ่งเชื้ออาจจะเข้าไปโดยตรง หรือโดย macrophages ที่มีเชื้อวัณโรค) เข้าไปยังเนื้อเยื่อของปอด ในขณะเดียวกัน dendritic cells และ monocytes จะนำเชื้อวัณโรคไปยังต่อมน้ำเหลืองในปอด เพื่อสร้าง T cell เกิดกระบวนการกระตุ้นภูมิคุ้มกัน ทั้ง T cells และ B cells มารวมตัวที่เนื้อเยื่อปอด และล้อมรอบกลุ่ม macrophages และ cells อื่นๆ ที่มีเชื้อวัณโรคอยู่ เรียกว่า granuloma เป็นกระบวนการ ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (latent TB infection) ถ้าเชื้อวัณโรคใน granuloma มีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อย ๆ มีปริมาณมากเกินไปที่ granuloma จะควบคุมได้ เชื้อจะสามารถเข้าสู่กระแสเลือด และแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่างๆ หรือกลับเข้ามายังระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดพยาธิสภาพในปอดหรือ/และอวัยวะต่างๆ ได้ เป็นกระบวนการป่วยวัณโรคระยะลุกลาม (active TB disease) (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

การดำเนินของวัณโรคเป็นกระบวนการแบบต่อเนื่องจากการติดเชื้อแล้วลุกลามป่วยเป็นวัณโรค ซึ่งกระบวนการมีทั้งไปข้างหน้าหรืออาจจะย้อนกลับมาได้ ขึ้นกับภูมิคุ้มกัน (host immunity) และภาวะเจ็บป่วยที่เกิดร่วมกัน (comorbidities) ของร่างกาย เมื่อร่างกายรับเชื้อเข้าไป เชื้ออาจถูกกำจัดด้วยระบบภูมิคุ้มกันที่มีอยู่แล้วตั้งแต่เกิด (innate immune response) หรือภูมิคุ้มกันที่เกิดจาก T cell ถูกกระตุ้นให้สร้างขึ้นภายหลังจากการรับเชื้อ (acquired T cell immunity) ถ้าร่างกายสามารถกำจัดเชื้อวัณโรคออกจากร่างกายได้หมด จะไม่เกิดการติดเชื้อ (ทดสอบ TST/IGRA ให้ผลลบ) แต่ถ้าไม่สามารถกำจัดออกไปหมด ยังคงมีเชื้อวัณโรคแฝงอยู่แสดงว่ามีการติดเชื้อวัณโรค (latent TB infection) เชื้อวัณโรคที่แฝงในร่างกายเป็นเชื้อที่ยังมีชีวิต (alive) แต่ไม่เจริญเติบโตหรือลุกลาม (not active) สามารถทดสอบ TST/IGRA ได้หลังจากการติดเชื้อแล้ว 2 – 8 สัปดาห์ ซึ่งจะให้ผลบวกได้ การรักษาการติดเชื้อวัณโรค (tuberculosis preventive treatment) จะมีประโยชน์ในการทำลายเชื้อวัณโรคที่แฝงอยู่ให้หมดไปได้ แต่เมื่อใดก็ตามที่ร่างกายมีภาวะอ่อนแอหรือมีโรคร่วมที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง เชื้อวัณโรคที่แฝงอยู่มีการเจริญเติบโตและแบ่งตัวเพิ่มจำนวนมากขึ้นจนทำให้ป่วยเป็นวัณโรค (TB disease) ซึ่งในระยะเริ่มแรกอาจยังไม่ปรากฏอาการ (subclinical TB disease) ตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการอาจไม่พบเชื้อได้ ถ้าวินิจฉัยล่าช้าทำให้โรคลุกลามต่อไป มีอาการ และตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรค (clinical active TB) ผู้ที่ป่วยเป็นวัณโรค (ทั้งที่มีและไม่มีอาการ) ต้องได้รับการรักษา (TB treatment) ด้วยสูตรยาที่มีประสิทธิภาพ (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

ตาราง 1 แสดงข้อแตกต่างระหว่างการติดเชื้อวัณโรคแฝงและการป่วยเป็นวัณโรค

ติดเชื้อวัณโรคแฝง (latent TB infection)	วัณโรค (TB disease: Active TB)
• มีเชื้อวัณโรคในร่างกายจำนวนน้อย เชื้อยังมีชีวิตแต่ไม่ลุกลาม (alive, but not active) • ไม่แพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่น • ไม่มีอาการ	• มีเชื้อวัณโรคในร่างกายจำนวนมาก เชื้อยังมีชีวิต และลุกลาม (active) • อาจแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่น • อาจมีอาการใดอาการหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ไอ ไข้ เจ็บหน้าอก ไอมีเลือดหรือเสมหะปน น้ำหนักลด เหงื่อออกผิดปกติตอนกลางคืน อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เบื่ออาหาร (ระยะเริ่มแรกอาจไม่มีอาการ)
• ทดสอบ TST หรือ IGRA ให้ผล positive • ภาพถ่ายรังสีทรวงอก ปกติ	• ทดสอบ TST หรือ IGRA ให้ผล positive • ภาพถ่ายรังสีทรวงอก มักพบความผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค (แต่อาจจะปกติในกรณีที่ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต่ำ รุนแรงหรือเป็นวัณโรคนอกปอด)
• การตรวจเสมหะ AFB smear หรือ culture ให้ผล negative	• การตรวจเสมหะ AFB smear หรือ culture มักจะ ให้ผล positive (แต่อาจมีผล negative ได้ถ้าเป็นวัณโรคนอกปอด หรือวัณโรคที่มีแผลเล็กๆ หรือป่วยเป็นวัณโรคระยะเริ่มแรก)
• พิจารณาให้การรักษา latent TB infection เพื่อป้องกันการเป็น active TB disease	• ให้การรักษา active TB disease
• ไม่จำเป็นต้องแยกจากบุคคลอื่น	• อาจต้องแยกจากบุคคลอื่น
• ไม่ใช่ผู้ป่วยวัณโรค	• เป็นผู้ป่วยวัณโรค

ที่มา: Center for Disease Control and Prevention (2021)

ความเสี่ยงระดับต่างๆ ของวัณโรค ความเสี่ยงเกี่ยวกับวัณโรคครอบคลุมตั้งแต่ความเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อ การติดเชื้อ การเกิดโรค การดื้อยา และการเสียชีวิต โดยแบ่งความเสี่ยงออกเป็น 5 ระดับ (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ดังนี้

ระดับที่ 1 ความเสี่ยงต่อการสัมผัสโรค (risk of exposure) สัมพันธ์กับความถี่และระยะเวลาที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค

1. อยู่ร่วมกับผู้ป่วยในที่คับแคบ แออัด และระบายอากาศไม่ดี เช่น ในบ้าน หรือที่ทำงาน
2. การอยู่อาศัย การเดินทางและทำงานในเมืองที่มีคนอาศัยอยู่หนาแน่น
3. อยู่ในสถานที่เฉพาะที่สัมผัสโรคได้ง่าย เช่น เรือนจำ สถานสงเคราะห์ สถานบริการ

สาธารณสุข ค่ายอพยพ ค่ายทหาร

4. อยู่ในชุมชนที่มีความชุกวัณโรคสูง เช่น แรงงานข้ามชาติ

ระดับที่ 2 ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค (risk of infection) ขึ้นกับ

1. จำนวนเชื้อที่สูดเข้าสู่ร่างกาย
2. ระยะเวลาที่สัมผัสกับผู้ป่วย
3. ความรุนแรงของเชื้อ
4. ภูมิคุ้มกันของผู้สัมผัสโรค

ผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในระยะลุกลามและแพร่เชื้อ ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องจะสามารถแพร่เชื้อ ให้แก่ผู้อื่นได้ปีละ 10-15 คน

ระดับที่ 3 ความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค (risk of developing active disease) ประชากรทั่วไปที่ติดเชื้อวัณโรค ตลอดช่วงชีวิตมีโอกาสป่วยด้วยวัณโรคประมาณ ร้อยละ 10 ความเสี่ยงจะสูงสุดในช่วง 2 ปีแรก แต่ถ้ามีโรคหรือภาวะเสี่ยงอื่นๆ ที่มีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย จะมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคสูงขึ้น บุคคลที่ติดเชื้อแล้วเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค ได้แก่

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประมาณ ร้อยละ 7-10 ต่อปี
2. เด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี
3. ผู้ที่ติดเชื้อวัณโรคภายใน 2 ปีที่ผ่านมา
4. ผู้ที่มีประวัติการรักษาไม่ครบ หรือไม่เคยรักษา หรือมีแผลเป็นในปอด
5. ผู้ป่วยเบาหวาน ประมาณ ร้อยละ 30 ตลอดช่วงชีวิต
6. ผู้ป่วยซิฟิลิซิส โรคไตวายเรื้อรัง มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งที่ศีรษะ/คอ หรือปอด
7. ผู้ป่วยที่เคยผ่าตัดกระเพาะอาหาร หรือตัดต่อลำไส้
8. ผู้ป่วยน้ำหนักน้อยกว่า ร้อยละ 90 ของน้ำหนักที่ควรเป็น
9. ผู้ที่สูบบุหรี่ ดิทยาเสพติด หรือติดสุรา

ระดับที่ 4 ความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (risk of developing MDR-TB) ส่วนใหญ่เกิดเนื่องจากระบบการดูแลรักษาและควบคุมวัณโรคไม่มีประสิทธิภาพ ได้แก่

1. การใช้ยาแนวที่หนึ่งอย่างไม่เหมาะสม
2. ศักยภาพของห้องปฏิบัติการในการวินิจฉัย MDR-TB ไม่เพียงพอ
3. การรักษาด้วยสูตรยาแนวที่หนึ่งล้มเหลว
4. สัมผัสกับผู้ป่วย MDR-TB
5. เสมหะเป็นบวกเมื่อรักษาไปแล้ว 2 – 3 เดือน
6. การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในสถานพยาบาลไม่ดีพอ

7. ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วยและผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง

ระดับที่ 5 ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. อวัยวะที่เป็นวัณโรค เช่น วัณโรคเยื่อหุ้มสมอง
2. การรักษาที่ล่าช้าหรือไม่เหมาะสม ผู้ป่วยเสมหะเป็นบวกที่ไม่รักษาจะเสียชีวิต ร้อยละ 30-40 ใน 1 ปี และเสียชีวิตร้อยละ 50-65 ใน 5 ปี
3. ภูมิคุ้มกันร่างกายที่อ่อนแอ เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ที่มีภาวะขาดสารอาหาร (malnutrition) หรือผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม

การดำเนินงานเพื่อป้องกันและควบคุมปัจจัยที่เป็นความเสี่ยงในระดับต่างๆ ทุกระดับจึงมีความสำคัญอย่างมากต่อการที่จะบรรลุเป้าหมายการลดป่วยและลดการเสียชีวิตจากวัณโรค

การป้องกันควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในครอบครัวและชุมชน

ผู้ป่วยวัณโรคสามารถแพร่กระจายให้แก่ผู้อื่นที่ใกล้ชิดได้ตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งได้รับการวินิจฉัย และรักษาด้วยสูตรยาที่มีประสิทธิภาพและไม่พบเชื้อในเสมหะ ระยะเวลาจะสั้นหรือนานขึ้นกับว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ เพื่อรับการวินิจฉัยเร็วหรือช้า การวินิจฉัยโดยทีมสุขภาพรวดเร็วแค่ไหน ประสิทธิภาพของยาที่ใช้รักษา การป่วยจากเชื้อที่ไวต่อยา หรือเชื้อดื้อยา เนื่องจากผู้ป่วยทั่วไปหลังเริ่มรักษา ส่วนใหญ่ต้องใช้เวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ - 2 เดือน ส่วนผู้ป่วยดื้อยาหลายขนานอาจต้องใช้เวลานานอย่างน้อย 2 – 6 เดือน จึงจะพ้นระยะแพร่เชื้อ ดังนั้น บุคคลใกล้ชิดผู้ป่วยจึงมีโอกาสรับเชื้อจากผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้สัมผัสใกล้ชิดอื่น ๆ รวมทั้งการปกป้องชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วยให้ปลอดภัย (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยวัณโรค ใช้องค์ประกอบด้านต่างๆ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ดังนี้

1. ลักษณะทางคลินิก

อาการของวัณโรคปอด ไม่ค่อยมีความจำเพาะ ได้แก่ ไอเรื้อรัง ไอเป็นเลือด เหนื่อยง่าย เจ็บหน้าอก อ่อนเพลีย ไข้ต่ำ ๆ ซึ่งมักเป็นตอนบ่าย เหงื่อออกตอนกลางคืนหลังไข้ลด เบื่ออาหาร น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ เป็นต้น อาจฟังได้ยินเสียง rales ขณะหายใจเข้าตรงบริเวณรอยโรค เมื่อฟังด้วย stethoscope โดยจะได้ยินเสียงชัดขึ้น เมื่อผู้ป่วยไอแรงๆ (post-tussive rales) อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยในระยะแรกเริ่มอาจตรวจไม่พบสิ่งผิดปกติใดๆ เลย

2. ภาพถ่ายรังสีทรวงอก

แนะนำให้ใช้ภาพรังสีทรวงอกคัดกรองและช่วยในการวินิจฉัยวัณโรคในผู้ที่มีหรือไม่มีอาการก็ได้ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง เนื่องจากผู้ติดเชื้อวัณโรคส่วนหนึ่งไม่มีอาการ ภาพถ่ายรังสีทรวงอกที่อาจเข้าได้กับวัณโรค เช่น รอยโรคลักษณะ reticulonodular หรือ cavity ที่ตำแหน่งปอดกลีบบน แต่อย่างไรก็ตามรอยโรคเหล่านี้อาจเป็นรอยโรคเก่าของวัณโรคที่ไม่จำเป็นต้องให้การรักษา หรือเกิดจากโรคอื่นก็ได้ เช่น เนื้องอก ปอดอักเสบจากการติดเชื้อ เป็นต้น อย่างไรก็ตามภาพถ่ายรังสี ทรวงอก มีประโยชน์ในการวินิจฉัยโรค แต่มีความจำเพาะต่ำ โดยภาพถ่ายรังสีทรวงอกที่อาจเข้าได้กับวัณโรค ระยะลุกลาม เช่น patchy infiltrates ที่มีหรือไม่มี cavitory lesion เป็นต้น ภาพถ่ายรังสีทรวงอกที่อาจเข้าได้กับรอยโรคเก่าของวัณโรค เช่น fibroreticular infiltrates ที่มีหรือไม่มี calcification เป็นต้น

3. การตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรค

3.1 การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ เป็นวิธีการวินิจฉัยโรคที่ง่าย ได้ผลเร็ว และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อย สามารถทำได้ทั้งย้อมสีวิธี Ziehl-Neelsen (ZN) และตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ธรรมดา (light microscope) หรือย้อมด้วยสีเรืองแสง และตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์เรืองแสง (fluorescent microscope) ชนิดธรรมดาหรือที่ใช้หลอด light-emitting diode (LED) การตรวจ smear เป็นการตรวจเบื้องต้นเพื่อตรวจหาเชื้อวัณโรค โดยจะตรวจพบเชื้อเมื่อมีปริมาณเชื้ออย่างน้อย 5,000-10,000 ตัว/มิลลิลิตร อย่างไรก็ตามไม่สามารถแยกได้ว่าเป็นเชื้อที่มีชีวิต หรือเชื้อที่ตายแล้ว หรือ เป็นเชื้อวัณโรคดื้อยาหรือไวต่อยา หรือ เป็นเชื้อวัณโรคหรือเชื้อ non-tuberculous mycobacteria (NTM)

3.2 การเพาะเชื้อวัณโรค และการทดสอบความไวของเชื้อวัณโรคต่อยา การเพาะเชื้อวัณโรคถือว่าเป็นวิธีมาตรฐานในการวินิจฉัยโรค และสามารถวินิจฉัยแยกโรคไมโครแบคทีเรียอื่นที่ไม่ใช่วัณโรค (non-tuberculous mycobacteria: NTM) ออกจากวัณโรคได้ และยังสามารถนำไปทดสอบ

ความไวต่อยาได้ การเพาะเชื้อสามารถจะตรวจพบได้แม้ว่าจะมีเชื้อจำนวนน้อยเพียง 10-1,000 ตัว/มิลลิลิตร ขึ้นกับวิธีการและกระบวนการในห้องปฏิบัติการโดยใช้อาหารเลี้ยงเชื้อ 2 แบบ

3.2.1 การเพาะเลี้ยงเชื้อแบบอาหารแข็ง (solid media) เป็นวิธีดั้งเดิม อาหารที่นิยมใช้ คือ Ogawa และ Lewenstein-Jensen ซึ่งใช้เวลาเลี้ยงเชื้อ 6-8 สัปดาห์ พบการปนเปื้อน (contamination rate) ได้ในอัตรา ร้อยละ 2-5

3.2.2 การเพาะเลี้ยงเชื้อแบบอาหารเหลว (liquid media) มีหลายระบบ เช่น BACTEC-MGIT 960 ใช้เวลาเพาะเลี้ยงเชื้อสั้นเพียง 2-3 สัปดาห์ จะตรวจพบเชื้อในเสมหะประมาณ 100 ตัว/มิลลิลิตร การเพาะเลี้ยงเชื้อแบบอาหารเหลวสามารถเพิ่มผลของการตรวจพบเชื้อมากกว่า solid media ประมาณ ร้อยละ 10 แต่ก็มีอัตราการปนเปื้อน (contaminate rate) สูงได้ถึง ร้อยละ 10

ตัวอย่างเสมหะยอมพบเชื้ออาจจะเพาะเชื้อไม่ขึ้นได้ (no growth) เนื่องจากเป็นเชื้อที่ตายแล้ว หรือขบวนการเพาะเลี้ยงเชื้อมีขั้นตอนย่อยสลายและลดการปนเปื้อน เพื่อฆ่าแบคทีเรียอื่นๆ แต่ถ้าใช้เวลานาน หรือใช้สารที่มีความเข้มข้นมากเกินไป อาจจะฆ่าเชื้อวัณโรคด้วย ดังนั้น การเพาะเลี้ยงเชื้อต้องทำในห้องปฏิบัติการชั้นสูงที่ได้มาตรฐาน หลังจากเพาะเลี้ยงจนเชื้อเจริญเติบโตขึ้นแล้วต้องนำไปสู่ขบวนการพิสูจน์เชื้อ เพื่อยืนยันว่าเป็นเชื้อวัณโรค (M. tuberculosis) ก่อนจะนำไปทดสอบความไวต่อยา

3.2.3 การตรวจทางอณูชีววิทยาเพื่อการวินิจฉัยวัณโรคปอด และทดสอบความไวของเชื้อวัณโรคต่อยาบางชนิด (nucleic acid amplification test: NAAT) เช่น PCR, real-time PCR, Xpert MTB/RIF และ line probe assay, LAMP เป็นต้น เป็นการตรวจที่ได้ผลเร็ว อาจนำมาช่วยในการวินิจฉัยวัณโรคปอดที่ไม่พบเชื้อจากการย้อมเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ วินิจฉัยวัณโรคนอกปอดบางชนิด วินิจฉัยแยกโรคจาก NTM หรือช่วยในการวินิจฉัยผู้ป่วยที่สงสัยวัณโรคดื้อยา

4. การตรวจ Tuberculin skin test (TST), Interferon gamma-released assays (IGRA) ไม่สามารถนำมาใช้ในการวินิจฉัยวัณโรคปอด เนื่องจากเป็นเพียงการตรวจทดสอบว่ามีภูมิต้านทานต่อเชื้อวัณโรคหรือไม่ ถ้าผลการทดสอบเป็นบวกบอกได้เพียงว่ามีภูมิต้านทานต่อเชื้อวัณโรคหรือไม่ หรือเคยมีการติดเชื้อวัณโรคในร่างกายมาก่อนเท่านั้น ไม่สามารถแยกได้ว่าเป็นการติดเชื้อวัณโรคระยะสงบ หรือกำลังป่วยเป็นวัณโรค

การรักษาวัณโรค

สูตรยารักษาวัณโรค (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

1. แนะนำสูตรยาสำหรับผู้ป่วยใหม่ที่เชื้อไวต่อยา (new patient regimen with drug susceptible) ที่ยังไม่เคยรักษา หรือเคยรักษามาไม่เกิน 1 เดือน ด้วยสูตรยา 2HRZE / 4HR

2. First-line drugs (FLD) หมายถึง ยาที่ใช้สำหรับรักษาวัณโรคแนวที่ 1 ได้แก่ isoniazid, rifampicin, pyrazinamide และ ethambutol ซึ่งสูตรยาแนวที่ 1 ใช้สำหรับผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ไม่เคยได้รับการรักษามาก่อนหรือได้รับการรักษามาก่อนไม่เกิน 1 เดือน และไม่พบผลเชื้อวัณโรคติดต่อยา

3. ผู้ป่วยบางรายที่ตอบสนองการรักษาน่าพอใจ ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลโพรงขนาดใหญ่ หรือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีผลตรวจเสมหะ AFB smear และผลเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรคในเดือนที่ 2 หรือ 3 เป็นบวก และ ผลทดสอบความไวไม่พบเชื้อติดต่อยา สามารถยุติการรักษาในระยะต่อเนื่อง (continuation phase) จาก 4 เดือนเป็น 7 เดือน แต่ทั้งนี้ควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาเป็นราย ๆ ไป

ตาราง 2 แสดงขนาดของยาที่แนะนำสำหรับผู้ใหญ่ (อายุมากกว่า 15 ปี)

น้ำหนัก ก่อนเริ่ม การรักษา (กก.)	ขนาดของยา			
	H (มก.)** (4-6	R (มก.) (8-12	Z (มก.) (20-30	E (มก.) (15-20
	มก./กก./วัน)	มก./กก./วัน)	มก./กก./วัน)	มก./กก./วัน)
35* - 49	300	450	1,000	800
50 - 69	300	600	1,500	1000
> 70*	300	600	2,000	1,200

หมายเหตุ: * ในกรณีน้ำหนัก < 35 หรือ > 70 กิโลกรัม ให้คำนวณขนาดยาตามน้ำหนักตัว

คำแนะนำ

การใช้ยาเม็ดรวม (fixed dose combination: FDC) เช่น HR, HRZE จะช่วยเพิ่มความสะดวกในการจัดการรับประทานยา และหลีกเลี่ยงการเลือกรับประทานยาบางขนานได้ แต่ต้องให้ขนาดยาตามน้ำหนักตัวตามคำแนะนำอย่างถูกต้อง

ผลกระทบของวัณโรค

การเจ็บป่วยด้วยวัณโรค ส่งผลกระทบต่อชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย จากพยาธิสภาพของวัณโรคที่เกิดกับอวัยวะต่างๆ เช่น ปอด ระบบทางเดินหายใจ หอบ เหนื่อย หายใจลำบาก เบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลีย และจากฤทธิ์ข้างเคียงจากยารักษาวัณโรคที่ส่งผลกระทบต่อผิวหนัง เช่น อาการผื่นคันตามผิวหนัง คลื่นไส้อาเจียน หรือภาวะตับอักเสบจากยา

2. ผลกระทบด้านจิตใจจากการเจ็บป่วย เนื่องจากวัณโรคพบว่าเป็นโรคที่สังคมรังเกียจ ถูกตีตราและเลือกปฏิบัติ (จิราภรณ์ ชูวงศ์, 2562) จากผลการสำรวจสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ อันเนื่องมาจากวัณโรคในหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐ ในพื้นที่เฝ้าระวังของประเทศ ประจำปี พ.ศ. 2564 พบว่า ผู้ป่วยวัณโรครู้สึกไม่ดีกับตนเองเนื่องจากป่วยเป็นวัณโรคถึง ร้อยละ 47.8 และ รู้สึกอายที่ป่วยเป็นวัณโรค ร้อยละ 28.0 (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

3. ผลกระทบด้านครอบครัว สมาชิกในครอบครัวต้องมาดูแลผู้ป่วยในการรับประทานยา ทุกวันอาจทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค และหากผู้ป่วยเป็นรายได้หลักของครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยต้องหยุดพักงาน ทำให้ขาดรายได้ ส่งผลให้เกิดความเครียดและปัญหาครอบครัวตามมาได้

4. ผลกระทบด้านงบประมาณด้านสาธารณสุขของประเทศ จากค่ารักษาวัณโรค สูตรพื้นฐาน 6 เดือน ประมาณ 2,000-4,000 บาท/คน รักษาวัณโรคดื้อยา MDR-TB ใช้เวลารักษา 18-24 เดือน ค่ารักษา ประมาณ 2 แสนบาท/คน และ รักษาวัณโรคดื้อยาชนิดรุนแรง XDR-TB ค่ารักษาสูงถึง 1.2 ล้านบาท/คน (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

สรุปได้ว่า วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย และติดต่อจากคนสู่คนผ่านทางอากาศ จากละอองฝอยที่ฟุ้งกระจายของผู้ป่วยที่พูดคุยต่างๆ ตะโกน หรือหัวเราะออกมา โดยเมื่อผู้สัมผัสสูดเอาละอองฝอยที่มีเชื้อวัณโรคเข้าไปในร่างกาย ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายจะกำจัดเชื้อได้หมดจะไม่เกิดการติดเชื้อ แต่หากระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายไม่สามารถกำจัดเชื้อวัณโรคได้ เชื้อวัณโรคจะอยู่อย่างสงบในร่างกาย เรียกว่า การติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง ซึ่งไม่สามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้ จนกระทั่งเมื่อร่างกายอ่อนแอจนภูมิคุ้มกันลดลง เชื้อวัณโรคจะเพิ่มจำนวนจนเกิดเป็นผู้ป่วยวัณโรคได้ โดยพบว่า กลุ่มเสี่ยงสูงต่อการรับเชื้อวัณโรค คือ ผู้สัมผัสร่วมบ้าน เนื่องจาก มีความเสี่ยงต่อการสัมผัส มีความถี่ ระยะเวลา และความใกล้ชิดในบ้านซึ่งเป็นพื้นที่จำกัดกับผู้ป่วย ซึ่งหากป่วยเป็นวัณโรคจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ทั้งร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคม และ ประเทศต้องสูญเสียงบประมาณด้านการรักษาอีกด้วย

2. สถานการณ์วัณโรค

สถานการณ์วัณโรคระดับโลก ในปี พ.ศ.2566 องค์การอนามัยโลก คาดประมาณผู้ป่วยวัณโรคทั่วโลก 10.8 ล้านคน พบในเพศชาย 6 ล้านคน เพศหญิง 3.6 ล้านคน และ ในเด็ก 1.3 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากวัณโรค ทั้งหมด 1.25 ล้านคน (รวมถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวี 161,000 คน) โดยวัณโรคเป็นสาเหตุการตาย อันดับที่ 13 และยังเป็นสาเหตุการตายอันดับสองของโรคติดเชื้อรองจาก COVID-19 และ สูงกว่า HIV และ AIDS และวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multidrug-resistant TB) ยังถือเป็นภัยคุกคามทางสุขภาพ เนื่องจากมีเพียง 2 ใน 5 ของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาเท่านั้นที่เข้าสู่กระบวนการรักษา สำหรับงบประมาณในการป้องกัน การวินิจฉัย และการดูแลรักษาวัณโรค ต้องใช้เงินมากถึง

22,000 ล้านดอลลาร์ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติ (SDGs) ด้านการยุติวัณโรคภายใน ปี พ.ศ. 2573 (World Health Organization, 2023)

องค์การอนามัยโลก ได้จัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่มีภาระวัณโรคสูง (High Burden Country) ในปี ค.ศ. 2016 – 2020 โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) อุบัติการณ์วัณโรคสูง (TB) 2) วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) และ 3) วัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multidrug-resistant TB) (World Health Organization, 2017) ซึ่งต่อมาในปี ค.ศ. 2021 องค์การอนามัยโลก ได้จัดอันดับกลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรคสูงของโลกใหม่ ทั้ง 3 กลุ่ม โดยในครั้งนี้ประเทศไทยได้พ้นจากประเทศที่มีวัณโรคดื้อยาหลายขนานสูง (MDR-TB) (World Health Organization, 2021) แต่อย่างไรก็ตามประเทศไทยยังคงเป็นประเทศที่มีปัญหาอุบัติการณ์วัณโรคสูง (TB) และวัณโรคที่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย (TB/HIV)

จากรายงานวัณโรคระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลก คาดประมาณ ปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำ จำนวน 113,000 ราย หรือ คิดเป็น 157 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต จำนวน 13,000 ราย (World Health Organization, 2023)

การดำเนินงานวัณโรคในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา ประเทศไทยมีแนวโน้มของอัตราการรักษาสำเร็จในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้น และ ผลการรักษาล้มเหลว ขาดยาและโอนออก ลดลง ส่วนอัตราการเสียชีวิตยังคงสูงและเป็นปัญหาของประเทศไทย เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีโรคร่วม โดยในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 78,955 ราย และมีอัตราการรักษาสำเร็จของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำร้อยละ 85 (โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (National Tuberculosis Information Program: NTIP) (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

สถานการณ์วัณโรค เขตสุขภาพที่ 2 ปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 4,097 ราย คิดเป็นอัตราป่วย เท่ากับ 130 ต่อประชากรแสนคน เมื่อจำแนกรายจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 ได้แก่ จังหวัดพิษณุโลก สุโขทัย ตาก อุตรดิตถ์ เพชรบูรณ์ พบผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 993, 583, 894, 562, 1,065 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสน เท่ากับ 123, 106, 174, 141, 120 (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

ในปี พ.ศ.2566 องค์การอนามัยโลก รายงานข้อมูลการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านในประเทศไทย พบผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (Latent TB infection) มากกว่า ร้อยละ 75 (World Health Organization, 2024) ทั้งนี้ ผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง หมายถึง ผู้ที่มีเชื้อวัณโรคแฝงอยู่ในร่างกายแต่ร่างกายมีภูมิคุ้มกันสามารถยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อวัณโรคได้

ทำให้ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ และไม่สามารถแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้ (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

ในปี พ.ศ.2567 กองวัณโรค กรมควบคุมโรค ได้รายงานการคัดกรองเพื่อค้นหาวัณโรคด้วยการเอกซเรย์ปอด ในประชากรกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้ต้องขัง และ ผู้ติดเชื้อ HIV พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านเป็นวัณโรคสูงที่สุด ร้อยละ 2.3 รองลงมา คือ ผู้ต้องขัง ร้อยละ 0.8 และ ผู้ติดเชื้อ HIV ร้อยละ 0.7 ตามลำดับ จังหวัดพิษณุโลก พบผู้ป่วยวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้าน ร้อยละ 2.37 ซึ่งสูงกว่าภาพรวมของประเทศ (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2568)

ประเทศไทยมีเป้าหมายลดอุบัติการณ์วัณโรคไม่เกิน 10 ต่อแสนประชากร ภายใน ปี พ.ศ. 2573 ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของวาระการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติ (Sustainable Development Goals: SDGs) (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2566) จึงได้จัดทำแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค เพื่อให้การดำเนินงาน ป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรคของประเทศไทยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566ข) ดังนี้

1. ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งรัดการค้นหาและตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา เป้าประสงค์ เพื่อนำผู้ป่วยวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา เข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเป็นการตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในครอบครัวและชุมชน โดยมีมาตรการ ดังนี้

1.1 ค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในเด็ก (0-14 ปี) และผู้ใหญ่ในระยะแรกเริ่ม (Early detection)

1.2 วินิจฉัยวัณโรคและวัณโรคดื้อยาด้วยวิธีอณูชีววิทยา (molecular testing)

1.3 เสริมสร้างความเข้มแข็งเครือข่ายห้องปฏิบัติการวัณโรค

2. ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยกระดับการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาตามมาตรฐานสากล

เป้าประสงค์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา โดยเฉพาะการลดการเสียชีวิตระหว่างรักษา โดยมีมาตรการ ดังนี้

2.1 เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค

2.2 เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการวัณโรคดื้อยา ((Programmatic management of Drug-resistant TB : PMDT)

2.3 สนับสนุนการดูแลวัณโรคในเด็ก

3. ยุทธศาสตร์ที่ 3 เพิ่มประสิทธิภาพและการเข้าถึงการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคระยะแฝง และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

เป้าประสงค์ เพื่อป้องกันการป่วยเป็นวัณโรคของประชาชนในอนาคต โดยมีมาตรการ ดังนี้

3.1 ขยายการตรวจหาการติดเชื้อวัณโรค (LTBI)

3.2 เพิ่มประสิทธิภาพการรักษาการติดเชื้อวัณโรค (TPT)

3.3 ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในสถานพยาบาล สถานที่เสี่ยง และชุมชน

4. ยุทธศาสตร์ที่ 4 เสริมสร้างความเข้มแข็งระบบสนับสนุนการดำเนินงานวัณโรค

เป้าประสงค์ เพื่อสร้างความยั่งยืนในการขับเคลื่อนในการดำเนินงานยุติวัณโรค โดยมี มาตรการ ดังนี้

4.1 ผลักดันกลไกการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์

4.2 เร่งรัดการดำเนินงานกำกับติดตามการเฝ้าระวังวัณโรค

4.3 พัฒนาศักยภาพบุคคลด้านวัณโรค

4.4 เร่งรัดดำเนินการในการสื่อสารสาธารณะและการมีส่วนร่วมของสังคมและชุมชน

4.5 สร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายเพื่อสร้างความเสมอภาคในการเข้าถึงมาตรฐาน ในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค

5. ยุทธศาสตร์ที่ 5 ขับเคลื่อนการวิจัยและนวัตกรรมในการป้องกันควบคุมวัณโรค

เป้าประสงค์ ประชาชนและเครือข่ายเข้าถึงการใช้ประโยชน์ของงานวิจัยและนวัตกรรม ในการยุติวัณโรค โดยมีมาตรการ ดังนี้

5.1 ผลักดันการดำเนินงานวิจัย

5.2 พัฒนาและสนับสนุนการประยุกต์ใช้นวัตกรรม

สรุปได้ว่า ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่มีภาระวัณโรคสูง ถึงแม้ว่า ในปี พ.ศ. 2564 องค์การอนามัยโลกได้ให้ประเทศไทยหลุดพ้นจากประเทศที่มีปัญหาวัณโรคคือยาหลายขนานสูง แต่อย่างไรก็ตาม ปัญหาอุบัติการณ์วัณโรคสูง และ วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ยังเป็นปัญหาของประเทศไทย สำหรับการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทยในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา ประเทศไทยมีแนวโน้มของอัตราการรักษาสำเร็จในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้น และผลการรักษาล้มเหลว ขาดยาและโอนออกลดลง ส่วนอัตราการเสียชีวิตยังคงสูง เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีโรคร่วม ดังนั้น ประเทศไทยจึงได้จัดทำแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค เพื่อให้การดำเนินงาน ป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรคของประเทศไทยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายที่สอดคล้องกับเป้าหมายของวาระการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติ

(Sustainable Development Goals: SDGs) คือ วัตถุประสงค์การพัฒนาระดับโลก 17 ข้อ ต่อแผนประชากรภายใน ปี พ.ศ.2573

3. ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค

ผู้สัมผัสร่วมบ้าน (household contact) หมายถึง บุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค ถ้านอนห้องเดียวกัน (household intimate) มีโอกาสติดเชื้อมากกว่าผู้ที่อาศัยในบ้านเดียวกันแต่แยกห้องนอน (household regular) ไม่นับรวมญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่คนละบ้านแต่ไปมาหาสู่เป็นครั้งคราว โดยต้องอาศัยอยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วยในช่วงระหว่าง 3 เดือน ก่อนที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการหรือก่อนการวินิจฉัยวัณโรค (กรณีไม่มีอาการ) จนถึงหลังรักษาด้วยยาที่มีประสิทธิภาพแล้วอย่างน้อย 2 สัปดาห์ (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566ก)

วัณโรคแพร่กระจายเมื่อผู้ป่วยไอ จาม พุด หรือ ขากเสมหะ และติดต่อผ่านทางอากาศ (airborne transmission) โดยการสูดลมหายใจเอาละอองเสมหะที่ปนเปื้อนเชื้อเข้าไปในทางเดินหายใจ (สำนักวัณโรค สถาบันบำราศนราดูร, 2559) ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อสามารถแพร่กระจายเชื้อวัณโรคไปยังคนรอบข้างได้ โดยสามารถทำให้ผู้ใกล้ชิดมีโอกาสติดเชื้อวัณโรคประมาณ 10-15 คนต่อปี (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ดังนั้น ผู้สัมผัสร่วมบ้านที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคมีโอกาสได้รับเชื้อจากผู้ป่วยโดยการ ไอ จาม จากการไม่ได้ป้องกันมากที่สุด โดยผู้สัมผัสร่วมบ้านมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อและป่วยเป็นวัณโรคได้มากถึงร้อยละ 8 - 60 (จตุพร วัณไชยธนวงศ์ และวิภา รัชชพิชิตกุล, 2563)

ใน ปี พ.ศ.2566 องค์การอนามัยโลก รายงานข้อมูลการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านในประเทศไทย พบผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (Latent TB infection) มากกว่า ร้อยละ 75 (World Health Organization, 2024) ทั้งนี้ ผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง หมายถึง ผู้ที่มีเชื้อวัณโรคแฝงอยู่ในร่างกายแต่ร่างกายมีภูมิคุ้มกันสามารถยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อวัณโรคได้ ทำให้ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ และไม่สามารถแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้ (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

ใน ปี พ.ศ.2564 กองวัณโรค กรมควบคุมโรค ได้รายงานการตรวจพบวัณโรคในผู้สัมผัสวัณโรค ปี พ.ศ.2561 – 2563 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 1.96 ในปี 2561 เป็น ร้อยละ 2.07 ในปี 2563 (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) สำหรับเขตสุขภาพที่ 2 ในปี พ.ศ. 2565 การตรวจพบวัณโรคในผู้สัมผัสวัณโรค ร้อยละ 2.88 ซึ่งสูงกว่าภาพรวมของประเทศ โดยเมื่อจำแนกรายจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 ได้แก่ จังหวัดพิษณุโลก อุตรดิตถ์ สุโขทัย เพชรบูรณ์ และ ตาก เท่ากับ ร้อยละ 3.71, 3.03, 2.57, 2.49 และ 2.24 ตามลำดับ (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

มาตรการป้องกันโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้าน

1. การสอบสวนโรค เพื่อค้นหาผู้สัมผัส และคัดกรองโรคในผู้สัมผัส (กองโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566)
2. การคัดกรองโรคด้วยภาพถ่ายรังสีทรวงอกร่วมกับเทคโนโลยีอนุชีวภาพ (กอง โรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)
3. การรักษาวัณโรคระยะแฝง (กองโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566ก)

การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน (กองโรค กรมควบคุมโรค

กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

1. หลีกเลี่ยงการคลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วยในช่วงระยะแพร่เชื้อ อย่างน้อย 2 สัปดาห์ หรือจนกว่าจะตรวจไม่พบเชื้อในเสมหะ
2. แยกห้องนอนกับผู้ป่วย
3. ไปรับการคัดกรองและตรวจหาวัณโรคด้วยการภาพถ่ายรังสีทรวงอก ทุก 6 เดือนเป็นเวลา 2 ปี และหลังจากนั้นเป็นประจำทุกปี
4. นำน้ที่นอน หมอน มุ้ง ผึ่งแสงแดดเสมอๆ
5. เปิดประตู หน้าต่างภายในบ้านให้อากาศถ่ายเท มีแสงแดดส่องถึง
6. สวมหน้ากากอนามัยเมื่อต้องอยู่กับผู้ป่วย
7. จัดภาชนะบ้วนเสมหะที่มีฝาปิดมิดชิดให้ผู้ป่วย และทำลายโดยการเผาทุกวัน
8. ใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วย
9. ล้างมือให้สะอาดบ่อยๆ
10. ดูแลร่างกายตนเองให้แข็งแรง ออกกำลังกาย พักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์

สรุปได้ว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้าน เป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญต่อการติดเชื้อวัณโรค เนื่องจาก วัณโรคแพร่กระจายเชื้อผ่านทางอากาศ จึงทำให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านเสี่ยงต่อการสัมผัสและติดเชื้อมากกว่ากลุ่มอื่น และ เพื่อป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้าน ประเทศไทยจึงได้มีมาตรการเพื่อป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้าน ซึ่งได้แก่ 1) การสอบสวนโรค เพื่อค้นหาและคัดกรองผู้สัมผัส 2) การคัดกรองวัณโรคด้วยภาพถ่ายรังสีทรวงอกร่วมกับเทคโนโลยีอนุชีวภาพ และ 3) การรักษาวัณโรคระยะแฝง เป้าหมายเพื่อป้องกันผู้สัมผัสร่วมบ้านติดเชื้อวัณโรค

4 แนวทางการป้องกันควบคุมโรค (กองโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

4.1 มาตรการด้านการบริหารจัดการ

4.1.1 ค้นหาผู้ป่วยโรคในครอบครัวและชุมชนให้พบโดยเร็ว โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยง เช่น ผู้สัมผัสร่วมบ้าน หรือสัมผัสใกล้ชิด ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม (ติดเตียงหรือติดบ้าน) ผู้ติดสุราเรื้อรัง ผู้ติดยาเสพติด เป็นต้น

4.1.2 เมื่อพบผู้ป่วยโรค ให้การดูแลและแนะนำการปฏิบัติตัว ดังนี้

1) ให้การรักษาที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ เป็นวิธีที่จะตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อโรคโดยเร็ว

2) ให้ผู้ป่วยดูแลตนเองให้แข็งแรง ออกกำลังกาย พักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ใช้ช้อนกลางเมื่อกินอาหารร่วมกับผู้อื่น งดสูบบุหรี่ เลิกดื่มสุรา

3) ผู้ป่วยควรอยู่ในห้องที่มีอากาศถ่ายเทได้ดีมีแสงแดดส่องถึงซักผ้าเช็ดหน้าและเสื้อผ้าด้วยผงซักฟอก และผึ่งแดดให้แห้ง

4) เมื่อผู้ป่วยไอหรือจามให้ใช้กระดาษทิชชูหรือผ้าเช็ดหน้าปิดปากและจมูกทุกครั้ง และทิ้งในถังขยะที่มีถุงรองรับและมีฝาปิดล้างมือให้สะอาดบ่อยๆ บ้วนเสมหะในภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิด ทำลายโดยการเผาทุกวัน หรือบ้วนเสมหะในโถส้วมชักโครก

4.1.3 ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการคลุกคลีใกล้ชิดกับบุคคลอื่นในช่วงระยะแพร่เชื้ออย่างน้อย 2 สัปดาห์ หรือ จนกว่าจะตรวจไม่พบเชื้อในเสมหะ

1) บุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะเด็กผู้สูงอายุหรือคนที่มีโรคร่วมหรือภาวะเสี่ยงต่อโรคโดยแยกห้องนอน

2) บุคคลอื่น ๆ ในชุมชน ถ้าผู้ป่วยต้องทำงานในที่ทำงานที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ ควรให้หยุดงาน

3) ควรหลีกเลี่ยงการเข้าไปในสถานที่ที่มีลักษณะปิด (close space) และมีคนแออัด เช่น สถานบันเทิง โรงภาพยนตร์ ห้างสรรพสินค้า เป็นต้น

4) ควรหลีกเลี่ยงการโดยสารสาธารณะที่ติดเครื่องปรับอากาศ เช่น รถโดยสารปรับอากาศ รถแท็กซี่ เครื่องบิน เป็นต้น

5) แนะนำผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดไปรับการคัดกรองและตรวจหาโรคอย่างสม่ำเสมอ ทุก 6 เดือน เป็นเวลา 2 ปี และหลังจากนั้นเป็นประจำทุกปี

4.2 มาตรการควบคุมสิ่งแวดล้อม

4.2.1 จัดที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมภายในบ้านหรือที่ทำงาน โดยเปิดประตูหน้าต่างให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก

4.2.2 นำที่นอน หมอน มุ้ง ผึ่งแสงแดด เสมอ ๆ

4.2.3 รักษาบ้านเรือน/ที่ทำงานให้สะอาด และพยายามให้แสงแดดส่องถึง

4.3 มาตรการป้องกันส่วนบุคคล

ในระยะแพร่เชื้อ และ/หรือ มีอาการไอ จาม แนะนำผู้ป่วยให้สวมหน้ากากอนามัยเมื่อต้องอยู่กับผู้อื่น เช่น เมื่อมีญาติหรือคนรู้จักมาเยี่ยมที่บ้าน ในที่ทำงานที่มีเพื่อนร่วมงานในห้องเดียวกัน หรือเมื่อจำเป็นต้องเดินทางออกนอกบ้านโดยใช้รถโดยสารสาธารณะ หรืออยู่ในชุมชนที่มีผู้คนมากและเป็นสถานที่ปิด ซึ่งหมายถึงสถานที่ที่มีการติดเครื่องปรับอากาศ เช่น ห้างสรรพสินค้า โรงภาพยนตร์ ร้านอาหาร เป็นต้น

กรณีมีผู้ป่วยวัณโรคในที่ทำงานหรือโรงเรียน

1. ควรให้ผู้ป่วยที่สามารถแพร่เชื้อได้หยุดงานหรือหยุดเรียนเพื่อรักษาและลดการแพร่กระจายเชื้อในสถานที่ทำงาน/สถานศึกษา เป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ (กรณีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ควรหยุดงานหรือหยุดเรียนจนกว่าเสมหะตรวจไม่พบเชื้อ)
2. กรณีสถานประกอบการ นายจ้างต้องจ่ายเงินเดือน ในช่วงเวลาที่หยุดงาน และไม่สามารถเลิกจ้างด้วยเหตุที่ป่วยเป็นวัณโรค
3. ควรทำความสะอาดห้องทำงานหรือห้องเรียนที่พบผู้ป่วยวัณโรค เช่น เปิดประตูหน้าต่างระบายอากาศ ล้างแอร์ ทำความสะอาดผ้าปูที่นอน
4. แนะนำให้ผู้สัมผัสใกล้ชิด ซึ่งได้แก่คนที่ทำงานในห้องเดียวกัน หรือนักเรียนในห้องเดียวกันตรวจหาวัณโรค (contact investigation)
5. ให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้สัมผัส และผู้ที่เกี่ยวข้อง ให้กำลังใจในการรักษา ไม่แสดงความรังเกียจต่อผู้ป่วยเพื่อลดการตีตรา (stigma)

โดยสรุปแล้ว ตามแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ.2564 แนวทางการป้องกันควบคุมวัณโรค ประกอบด้วย 3 มาตรการ ได้แก่ 1) มาตรการด้านการบริหารจัดการ 2) มาตรการควบคุมสิ่งแวดล้อม และ 3) มาตรการป้องกันส่วนบุคคล

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดความรู้

ความรู้ (Knowledge) เป็นสิ่งที่ได้จากองค์ประกอบที่หลากหลายจากทั้งการศึกษา การค้นคว้า การได้รับประสบการณ์ต่างๆ จึงได้มีผู้เสนอความหมายของความรู้ ดังนี้

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน (ราชบัณฑิตยสถาน, 2554) ให้ความหมาย ความรู้ หมายถึง สิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า ประสบการณ์ ความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะ เช่น ความรู้เรื่องประวัติศาสตร์ รวมถึงสิ่งที่ได้รับมาจากการได้ยิน ได้ฟัง การคิด การปฏิบัติ

เช่น ความรู้เรื่องสุขภาพ รวมทั้งความเข้าใจหรือสารสนเทศที่ได้รับมาจากประสบการณ์ เช่น ผู้ชายคนนี้เก่ง แต่ไม่มีความรู้เรื่องผู้หญิง

จุฑามาศ แหนจน (2564) ให้ความหมาย ความรู้ หมายถึง ความจำระยะยาวในการสร้างมโนคติและการจัดหมวดหมู่ของข้อมูลต่างๆ ให้พร้อมนำมาใช้งานในสถานการณ์ต่างๆ ได้ทันทีที่ต้องการ

ภัทรชา แป้นนาค (2561) ให้ความหมาย ความรู้ หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่ได้จากข้อเท็จจริง เหตุการณ์ต่างๆ ประสบการณ์ รวมทั้งจากการได้ศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า ได้ยินได้เห็น ตลอดจนได้ปฏิบัติ โดยผ่านกระบวนการคิดจนเกิดความเข้าใจและสามารถระลึกได้

บลูม (Bloom, 1971, p. 271 อ้างอิงใน จุฑามาศ แหนจน, 2564, น. 7) ให้ความหมาย ความรู้ หมายถึง สิ่งที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงเรื่องเฉพาะ หรือเรื่องทั่วไป โดยใช้วิธีการ กระบวนการ หรือเหตุการณ์ต่างๆ จากความทรงจำ

ประเภทของความรู้

นักจิตวิทยาการรู้คิด แบ่งความรู้ ออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ (จุฑามาศ แหนจน, 2564) ดังนี้

1. ความรู้เชิงประกาศ (Declarative knowledge) หรือความรู้ความหมาย (Semantic knowledge) เป็นความจำเกี่ยวกับความจริงของโลก ชื่อบุคคล สถานที่ ประสบการณ์ส่วนบุคคล ความรู้ทางคณิตศาสตร์ และวิทยาศาสตร์ ฯลฯ ซึ่งมาจากความจำเชิงประกาศ (รู้าคืออะไร)

2. ความรู้เชิงปริยาย (Non declarative knowledge) หรือความรู้เชิงกระบวนการ (Procedural knowledge) เป็นความสามารถในการนำความรู้มาใช้ หรือรู้ว่าจะทำอย่างไร และมีลำดับขั้นตอนอย่างไร ซึ่งเกิดจากความจำกระบวนการ (รู้ว่าจะทำอย่างไร)

การจำแนกระดับความรู้

Bloom et al. (1956 อ้างอิงใน ภัทรชา แป้นนาค, 2561, น. 5-16) ได้แบ่งระดับความรู้ความสามารถด้านสติปัญญา (Cognitive Domain) ออกเป็น 6 ระดับ ดังนี้

1. ความรู้ (Knowledge) เป็นขั้นแรกของพฤติกรรมที่ไม่ต้องใช้ความลึกซึ้งและซับซ้อน เป็นเรื่องของความสามารถในการจดจำหรือระลึกได้ อาจโดยการมองเห็น ได้ยิน หรือได้ฟัง ประกอบด้วยข้อเท็จจริง ความหมาย คำจำกัดความ ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง วิธีการแก้ปัญหา เป็นต้น ดังนั้น การจำได้จึงเป็นขั้นตอนที่จะนำไปสู่พฤติกรรม ก่อให้เกิดความเข้าใจ เป็นกระบวนการที่สำคัญทางจิตวิทยา การนำความรู้ไปใช้วิเคราะห์ สังเคราะห์ และประเมินผล ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ได้ความคิดและความสามารถด้านสมองเพิ่มขึ้น

2. ความเข้าใจ (Comprehensive) อาจแสดงออกในรูปของการใช้ทักษะหรือการแปลความหมายต่างๆ เป็นพฤติกรรมขั้นต่อจาก “ความรู้” ซึ่งจะต้องใช้ความสามารถที่เพิ่มขึ้นของสมอง

และทักษะขั้นสูงจนถึงระดับของ “การสื่อความหมาย” อาจทำได้ทั้งที่เป็นการพูด เขียน ภาษา หรือ การใช้สัญลักษณ์ มักเกิดขึ้นหลังจากที่บุคคลได้รับสารต่างๆแล้ว โดยการฟัง เห็น อ่าน หรือเขียน

3. การนำความรู้ไปใช้ (Application) จะต้องอาศัยความสามารถ หรือทักษะทางความเข้าใจ กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ การแก้ปัญหาตนเอง

4. การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถในการช่วยแยกภาพรวมออกเป็นส่วนๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนขึ้น อาจจะแบ่งเป็นชั้นย่อย ๆ ได้ 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ความสามารถแยกแยะองค์ประกอบของปัญหาออกเป็นส่วนๆ

ขั้นที่ 2 ความสามารถมองเห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างส่วนประกอบ

ขั้นที่ 3 ความสามารถมองเห็นหลักของการผสมผสานปัญหาที่มีองค์ประกอบย่อยมากมาย

5. การสังเคราะห์ (Synthesis) ความสามารถในการนำเอาประสบการณ์ในอดีตมารวมกันกับประสบการณ์ในปัจจุบัน นำเอาส่วนประกอบย่อยหลายๆส่วนมารวมกันเข้าเป็นกรอบโครงสร้างที่แน่ชัด มีระเบียบแบบแผนเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์จึงต้องมีความเข้าใจในการนำความรู้ไปใช้ในการวิเคราะห์มาประกอบ

6. การประเมินผล (Evaluation) เป็นความสามารถในการประเมินผลที่เกี่ยวข้องกับการให้ค่าต่อความรู้ หรือข้อเท็จจริงต่างๆ ซึ่งต้องใช้เกณฑ์หรือมาตรฐานเป็นส่วนประกอบในการประเมินผลมาตรฐานนี้อาจจะอยู่ในทุกขั้นตอนของความสามารถหรือทักษะต่าง ๆ

สรุปได้ว่า ความรู้ เป็นความสามารถของบุคคลที่ระลึกได้ ทั้งจากการได้เห็น ได้ยิน ได้ฟัง ได้พบประสบการณ์ต่างๆ หรือ ได้มาจากการศึกษา ค้นคว้า ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติในสถานการณ์ต่างๆ ดังนั้น หากผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับวัณโรค ก็จะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกแนวคิดความรู้มาพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน โดยในการวิจัยระยะที่ 1 ได้นำแนวคิดความรู้ไปค้นหาว่า ความรู้เป็นปัจจัยสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านหรือไม่ และได้พบว่า ความรู้ เป็นปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน หลังจากนั้น ในการวิจัย ระยะที่ 2 ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดความรู้มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

2. แนวคิดแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

แรงจูงใจ (Motive) มาจากภาษาลาตินว่า Movere หมายถึง สภาวะ กระบวนการ หรือ ปัจจัยต่างๆ ที่มากระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา มีลักษณะ 3 ประการ (จุมพล หนีมพานิช และสรายุทธ ยะหะกร, 2560) ดังนี้

1. แรงจูงใจเป็นตัวแปรที่อยู่ภายในของบุคคลเพื่อควบคุมการแสดงพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ
2. แรงจูงใจเป็นกระบวนการเชิงทฤษฎีที่มากระตุ้นให้บุคคลส่งพลังตอบสนองต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดโดยเฉพาะ
3. แรงจูงใจเป็นแรงที่เกิดจากกิจกรรมซึ่งถูกบุคคลนำมาใช้ เพื่อให้บุคคลอื่นแสดงพฤติกรรมต่างๆ ออกมาตามที่ต้องการ

แรงจูงใจ (Motive) หมายถึง ความรู้สึกที่อยู่ภายในตัวบุคคลที่กระตุ้นหรือกำหนดทิศทางให้บุคคลนั้นๆ แสดงออกพฤติกรรมออกมา และเรียกสิ่งทีกระตุ้นนั้นว่าสิ่งจูงใจ (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2561) จำแนกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. สิ่งจูงใจภายใน (intrinsic motive) เช่น ความภูมิใจ ความรู้สึกมีคุณค่า คุณภาพชีวิตที่ต้องการ
2. สิ่งจูงใจภายนอก (Extrinsic motive) เช่น รางวัล เงินตอบแทน ผลการเรียนรู้ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพของแรงจูงใจของบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2561) ได้แก่
 1. ความเข้มข้นของแรงจูงใจ (Strength) หมายถึง ระดับความเต็มใจที่บุคคลจะทุ่มเทความพยายามเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ
 2. ทิศทางของแรงจูงใจ (Direction) หมายถึง วิธีทางที่บุคคลกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ เช่น มาก น้อย ลด เพิ่ม

กล่าวโดยสรุป แรงจูงใจเป็นตัวกำหนดทิศทางหรือเป้าหมายให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา ซึ่งสิ่งที่แสดงออกมาจะถูกกระตุ้นโดยสิ่งจูงใจทั้งจากภายนอกและภายในตัวบุคคล ส่งผลให้บุคคลแสดงออกพฤติกรรมต่างๆ ตามผลลัพธ์ที่บุคคลต้องการให้เกิดขึ้นทั้งทางบวกและลบ

แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

ศิริพร สิทธิ (2565) ให้ความหมาย แรงจูงใจในการป้องกันโรค หมายถึง การส่งเสริมการรับรู้โดยใช้สื่อกระตุ้นให้เกิดความกลัวความรุนแรง และเชื่อว่าบุคคลมีโอกาเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากโรคและภัยสุขภาพ ซึ่งเมื่อบุคคลเกิดความกลัวจะส่งเสริมให้บุคคลแสวงหาและมีความคาดหวังในวิธีการที่จะสามารถลดหรือป้องกันอันตรายเหล่านั้นได้ จากนั้นเมื่อบุคคลรับรู้ถึงประสิทธิภาพของวิธีการปฏิบัติแล้วจะเกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคได้ต้องให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถ

ของตนเองผ่านการเรียนรู้จากตัวแบบ การเรียนรู้ข้อมูล และการฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการสร้างแรงจูงใจจากภายนอก และการกระตุ้นให้บุคคลรับรู้แรงจูงใจภายในตนเองอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและภัยสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

สมใจ อ่อนละเอียด (2560) ให้ความหมายว่า แรงจูงใจในการป้องกันโรค เป็นการแสดงอำนาจในการควบคุมตนเอง เพื่อเลือกกระทำพฤติกรรมสุขภาพหรือจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยบุคคลที่มีความเชื่อในตัวเองจะช่วยให้ผ่านพ้นอุปสรรค อีกทั้งเชื่อว่าแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคจะวัดได้ด้วยความตั้งใจที่จะปฏิบัติ (Intension behavior) และแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคจะสูงสุดเมื่อบุคคลเห็นว่าความน่ากลัวที่เกิดขึ้นกับสุขภาพนั้นรุนแรง บุคคลรู้สึกถึงอันตรายนั้น อีกทั้งการตอบสนองที่เหมาะสมนั้นจะสามารถเปลี่ยนแปลงความน่ากลัวให้ดีขึ้นได้และบุคคลมีความเชื่อมั่นว่าเขามีความสามารถพอที่จะตอบสนองหรือมีพฤติกรรมที่เหมาะสมได้

โรเจอร์ (Rogers, 1975) ให้ความหมายแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค หมายถึง การรับรู้ข้อมูลข่าวสารในลักษณะของความรู้ หรือประสบการณ์ทางสุขภาพ โดยสื่อสารกระตุ้นให้บุคคลเกิดความกลัวจากการรับรู้ความรุนแรงของโรค (noxiousness) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived probability) การรับรู้ผลลัพธ์ของการตอบสนองต่อการป้องกันโรค (response efficacy) และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค (Self-efficacy expectancy) ซึ่งเชื่อว่าความเชื่อมั่นในตนเองทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับสูงสุดและเป็นพื้นฐานที่ทำให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างแท้จริง

โรเจอร์ (Rogers, 1983) ได้พัฒนาทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคขึ้น ในปี ค.ศ.1975 และหลังจากนั้นได้มีการปรับปรุงและนำทฤษฎีมาใช้ ในปี ค.ศ.1983 โดยทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคเน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ที่มาจากการสื่อสารที่กระตุ้นให้เกิดความกลัว และได้กำหนดตัวแปร 3 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงในการเกิดโรค (Noxiousness) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Probability) และการรับรู้ผลลัพธ์ของการตอบสนองต่อการป้องกันโรค (Response Efficacy) ซึ่งในเวลาต่อมาแมดดักซ์และโรเจอร์ (Maddux & Rogers, 1983) ได้เพิ่มตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรค (Self – Efficacy) ดังนั้น จะเห็นว่าทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมีพื้นฐานมาจาก 2 ทฤษฎี ประกอบด้วย 1) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งมีตัวแปร ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการได้รับอันตรายต่อสุขภาพ (Perceived Susceptibility) การรับรู้ในความรุนแรงของอันตรายที่เกิดขึ้นแก่สุขภาพ (Perceived Severity) การรับรู้ต่อผลที่คาดว่าจะได้รับจากการปฏิบัติเพื่อป้องกันหรือลดอันตรายต่อสุขภาพ (Perceived Benefits) การรับรู้ถึงอุปสรรค (Perceived Barriers) 2) ทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเองของแบนดูรา ซึ่งเชื่อว่า ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับสูงสุดและเป็นพื้นฐานที่ทำให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างแท้จริง ซึ่งความ

เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองสามารถกระทำได้หลายวิธี เช่น การเลียนแบบ การเรียนรู้ การสอน ด้วยคำพูด และจากการทดลองโดยการให้ความสำคัญกับความเชื่อมั่นในตนเองในการป้องกันโรค ระหว่างกลุ่มที่เชื่อในอำนาจตนเอง กับ กลุ่มที่เชื่ออำนาจนอกตน พบว่า ผู้ที่เชื่ออำนาจในตนการมีสุขภาพดีขึ้นอยู่กับการปฏิบัติของแต่ละคน และจะมีการแสวงหาข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรค ส่วนผู้ที่เชื่ออำนาจนอกตน จะเชื่อว่าสุขภาพขึ้นอยู่กับโอกาส เคราะห์กรรม โชคชะตา หรืออำนาจอื่นๆ และจะไม่สนใจแสวงหาข้อมูล ข่าวสาร หรือการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรค

แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Prentice-Dunn & Rogers, 1986) ประกอบด้วย

1. การรับรู้ความรุนแรงในการเกิดโรค (Noxiousness) คือ การสื่อสารในลักษณะให้เกิดความกลัวว่าถ้าไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่าง จะทำให้บุคคลได้รับผลลัพธ์ที่ร้ายแรง เช่น มีอันตรายถึงแก่ชีวิต เนื่องจาก เมื่อบุคคลรับรู้ถึงข้อมูลของภาวะคุกคามที่รุนแรงถึงแก่ชีวิตจะทำให้บุคคลเกิดความกลัวสูง และจะส่งผลให้บุคคลเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมได้มากกว่าข้อมูลที่มีความกลัวเพียงเล็กน้อย ซึ่งอาจจะไม่ได้ส่งผลโดยตรงต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หากแต่สามารถใช้เป็นแรงเสริมทางบวกในการกระตุ้นปลุกเร้าร่วมกับการสื่อสารให้เกิดความกลัวเพื่อให้บุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคได้ดีขึ้น

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Probability) คือ การสื่อสารลักษณะของการเข้าถึงสิ่งที่คุกคามต่อสุขภาพ ทำให้บุคคลเกิดความกลัว และเชื่อว่าตนเองกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง หรือมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือมีปัญหสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของแต่ละบุคคลว่าหากไม่ปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่เกิดขึ้น ก็จะส่งผลทำให้ตนเองมีโอกาสเป็นโรค หรือเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายนั้นๆ

3. การรับรู้ผลลัพธ์ของการตอบสนองต่อการป้องกันโรค (Response Efficacy) คือ การสื่อสารที่นำเสนอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยนำเสนอในลักษณะการปรับเปลี่ยนหรือลดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ทำให้บุคคลทราบถึงผลดีและประโยชน์ของการปฏิบัติตามเพื่อลดการเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพ

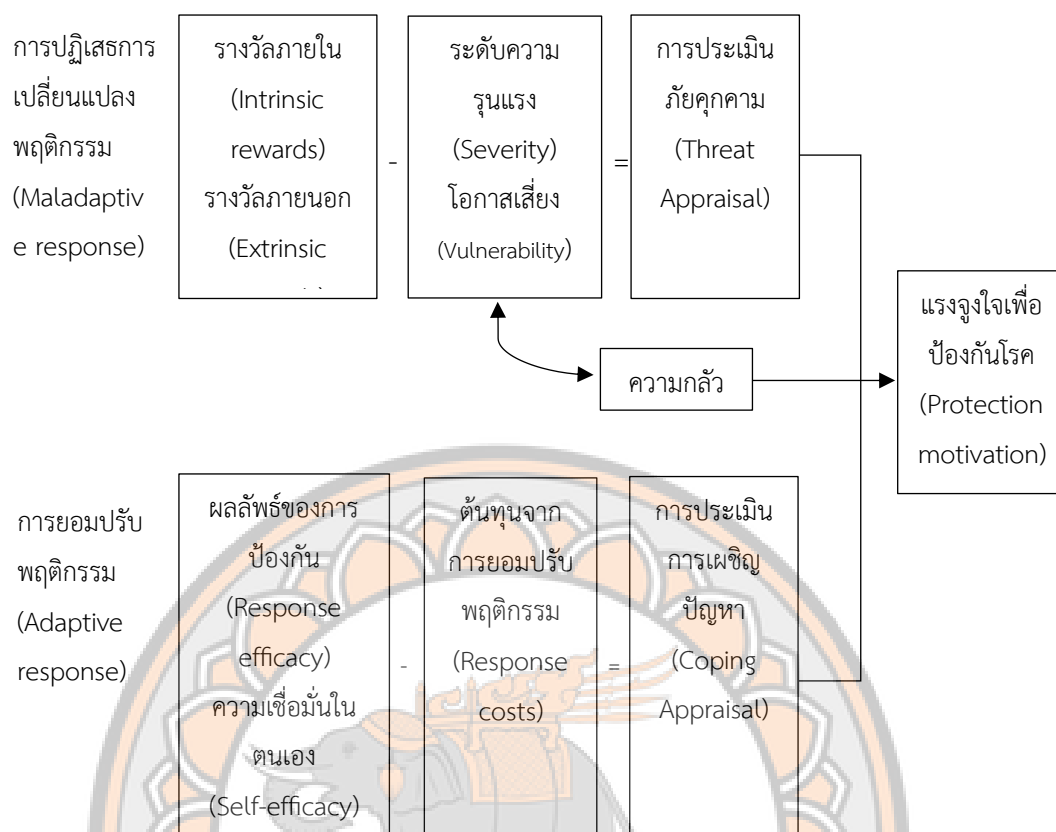
4. การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรค (Self – Efficacy) คือ การประเมินความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมและเชื่อมั่นว่าจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จตามที่มุ่งหมาย โดยไม่เกี่ยวกับว่าจะมีทักษะมากหรือน้อย ดังนั้น หากบุคคลมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมและมีทักษะร่วมด้วย จะทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมมีประสิทธิภาพสูงสุด

จากองค์ประกอบของแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ได้แก่ 1) การรับรู้ความรุนแรงในการเกิดโรค (Noxiousness) 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Probability) 3) การรับรู้ผลลัพธ์ของการตอบสนองต่อการป้องกันโรค (Response Efficacy) และ 4) การรับรู้ความสามารถของตนใน

การป้องกันโรค (Self – Efficacy) Roger ได้นำมาสรุปกระบวนการรับรู้ 2 กระบวนการ ที่ส่งผลต่อแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค คือ การประเมินภัยคุกคาม (Threat Appraisal) และการประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) ดังนี้

1. การประเมินภัยคุกคาม (Threat Appraisal) กระบวนการนี้ประกอบด้วยการรับรู้ 2 องค์ประกอบ คือ การรับรู้ความรุนแรงในการเกิดโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยการรับรู้ทั้ง 2 องค์ประกอบนี้จะไปช่วยยับยั้งการปฏิเสธการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Maladaptive response) ของบุคคล เช่น การไม่ใส่เข็มขัดนิรภัย สามารถทำให้เกิดอันตรายร้ายแรงได้หากเกิดอุบัติเหตุ ดังนั้น จึงทำให้บุคคลเกิดความตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นหากเกิดอุบัติเหตุ ทั้งนี้ ยังมีสิ่งที่มากระตุ้นหรือเพิ่มโอกาสการปฏิเสธการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม คือ พฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดรางวัลภายใน (Intrinsic rewards) หรือ ความพอใจส่วนตัว และรางวัลภายนอก (Extrinsic rewards) หรือเป็นที่ชื่นชอบ ชื่นชมจากคนรอบข้าง นอกจากนี้ ยังมีองค์ประกอบของความกลัวที่เป็นอิทธิพลทางอ้อม ที่ส่งผลต่อการประเมินระดับความรุนแรงของอันตรายที่เกิดขึ้น

2. การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) กระบวนการนี้ประกอบด้วยการรับรู้ 2 องค์ประกอบ คือ การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกัน และ การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกัน โดยการรับรู้ 2 องค์ประกอบนี้จะนำไปสู่การยอมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Adaptive response) ทั้งนี้ การยอมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังขึ้นอยู่กับ ผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งถือได้ว่าเป็นต้นทุนจากการยอมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นๆ อีกด้วย (Response costs) ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 แสดงแบบจำลองการประมวลผลเพื่อตอบสนองการรับรู้ตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

ที่มา: Rogers, 1983

สรุปได้ว่า แรงจูงใจ เป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคลที่ขับเคลื่อนการแสดงออกของบุคคล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งงานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันโรค ผู้วิจัยจึงได้เลือกแนวคิดแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ของ โรเจอร์ (Rogers, 1983) มาใช้ในงานวิจัยนี้ โดยแนวคิดนี้เชื่อว่า หากบุคคลเห็นว่าตนเองจะเกิดอันตรายรุนแรงจากสิ่งหนึ่งสิ่งใด และเห็นว่าตนเองมีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายจากสิ่งนั้น และเล็งเห็นถึงผลดีที่จะเกิดขึ้นหลังจากที่ตนเองปฏิบัติการป้องกัน และเมื่อมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถปฏิบัติการป้องกันได้ จะส่งผลให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกแนวคิดแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค มาใช้ในการมาพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน เพื่อให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันวัณโรค โดยในการวิจัยระยะที่ 1 ได้หาปัจจัยสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน และพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรค และ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค เป็นปัจจัยสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรค ซึ่งหลังจากนั้น ในการวิจัยระยะที่ 2 ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคไปพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

3. แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมมีผู้ให้ความหมายไว้มากมาย เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการจะช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีสุขภาพดีขึ้น ซึ่งมี ผู้เสนอความหมายการสนับสนุนสังคม ดังนี้

คอบบ์ (Cobb, 1976) ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับรับรู้ถึงข้อมูลที่ทำให้ตนเองรู้ว่ามิบุคคลรัก เอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่องแล้วยังทำให้รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่มีความผูกพันกัน

เชฟเฟอร์, คอยน์ และลาซารัส (Schaefer, Coyne, & Lazarus 1981) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การประคับประคองจิตใจของบุคคลในสังคม เมื่อบุคคลนั้นต้องเผชิญกับความเครียด ในชีวิต โดยได้แบ่งองค์ประกอบของแรงสนับสนุนมี 3 ด้าน ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นความผูกพัน ความอบอุ่นใจ ความวางใจ และความรู้สึกเชื่อมั่น
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา หรือให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรม และการกระทำของบุคคล
3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของ เงินทอง หรือบริการ

เฮาส์ (House, 1981) ได้ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่อยู่ในสังคมที่กำลังเผชิญปัญหา อันเกิดจากความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ ในการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ สิ่งของ/บริการทางสุขภาพต่าง ๆ โดยได้แบ่งองค์ประกอบของแรงสนับสนุนมี 4 ด้าน ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการได้รับความรัก กำลังใจ เมื่อประสบกับปัญหา รวมถึงการยอมรับการเป็นส่วนหนึ่งในสังคม
2. การสนับสนุนด้านประเมิน (appraisal support) เป็นการรับรู้ข้อมูลย้อนกลับในพฤติกรรมของตนเมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่นที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกันกับตนเอง เพื่อเป็นการประเมินแลกเปลี่ยนความรู้ และนำมาปรับปรุงพฤติกรรมของตนเอง
3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ/บริการ (instrumental support) เป็นการได้รับการช่วยเหลือทางตรงเกี่ยวกับวัสดุอุปกรณ์

4. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการรับรู้ข้อมูลหรือคำแนะนำ เพื่อช่วยในการตัดสินใจในการปฏิบัติ

กนกวรรณ ภัทรมัย (2562) ให้ความหมายการสนับสนุนสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากสังคมในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ข้อมูลข่าวสาร ทรัพยากรตามความต้องการและมีการประเมินเพื่อให้บุคคลนั้นจะสามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ (2561) ให้ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง กระบวนการหรือปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในเครือข่ายทางสังคมเพื่อให้การช่วยเหลือ สนับสนุน หรือปกป้องบุคคลที่เป็นสมาชิกให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น จำแนกได้ 2 คุณลักษณะ ดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมแก่บุคคลตามโครงสร้าง (Structural support) คือ การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดจากเครือข่ายโดยรวมที่ประเมินได้จากลักษณะของขนาด ความหนาแน่นของเครือข่าย ความถี่ ระยะเวลาที่มีความสัมพันธ์กันและเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในสังคม

2. การสนับสนุนทางสังคมแก่บุคคลตามการทำหน้าที่ (Functional support) คือ การสนับสนุนทางสังคมที่เป็นรูปธรรมของเครือข่ายทางสังคม ที่บุคคลสามารถรับรู้และได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่สอดคล้องกับความต้องการและเพียงพอกับความต้องการ

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ (Gottlieb, 1985) ดังนี้

1. ระดับกว้าง (Macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วมหรือการมีส่วนร่วมในสังคมอาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ ด้วยความสมัครใจ และการดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่างๆ ในสังคม ชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ อาทิ กลุ่มแม่บ้านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มหนุ่มสาวพัฒนาหมู่บ้าน กลุ่มด้านภัยเอดส์ กลุ่มเลี้ยงสัตว์ กลุ่มจักสาน เป็นต้น

2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo level) เป็นการมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลใกล้ชิดในสังคมเครือข่าย ชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของ ความเป็นมิตร การสนับสนุนทางอารมณ์ และการยกย่อง

3. ระดับแคบ หรือระดับลึก (Micro level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้ มีความเชื่อว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสำคัญมากกว่าแรงสนับสนุน คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ หรือโครงสร้างของเครือข่าย ได้แก่ สามเณร ภรรยา และ สมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ให้การสนับสนุนทางจิตใจ แสดงความรักและห่วงใย (Affective support)

โดยสรุปแล้ว การสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลหรือเครือข่ายทางสังคมที่ส่งเสริม ช่วยเหลือ สนับสนุน ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่า เป็นที่รัก ได้รับการยกย่องและยอมรับ และ ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยเลือกแนวทางการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ซึ่งได้สรุปองค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคมไว้อย่างครอบคลุมความจำเป็นพื้นฐานสำหรับนำไปใช้ช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคมีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคที่ถูกต้องเหมาะสม โดยแบ่งการสนับสนุนออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยการกระตุ้น ชื่นชม ให้กำลังใจ การสนับสนุนด้านประเพณี โดยการติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินพฤติกรรมป้องกันวัณโรค การสนับสนุนด้านสิ่งของ/บริการในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค เช่น หน้ากากอนามัย และ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัณโรค และคำแนะนำการปฏิบัติตนในการป้องกันวัณโรค

ในการวิจัย ระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน และพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน หลังจากนั้น ในการวิจัย ระยะที่ 2 ผู้วิจัยจึงได้นำแนวทางการสนับสนุนทางสังคม ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

ผลงานวิจัยในประเทศ

การศึกษาเชิงพรรณนา

จตุพร พันระเกษม, พิษณุรักษ์ กันทวิ, และอมรรัตน์ อนุวัฒนนทเขตต์ (2561) ได้ศึกษาความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดเชียงราย ในผู้สัมผัสร่วมบ้านทั้งหมด 125 ราย เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ จำนวน 63 ราย (ร้อยละ 50.4) และผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะไม่พบเชื้อ 62 ราย (ร้อยละ 49.6) จากผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เป็น index cases จำนวน 59 ราย พบว่า สัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1: 2 มีฐานอายุ คือ 42.0 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับประถมศึกษา ผู้สัมผัสร่วมบ้านส่วนใหญ่เป็นสามี/ภรรยา และบุตร และ ความถี่ในการสัมผัสผู้ป่วยวัณโรคมากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 27.2) ทั้งนี้ ผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เสมหะพบเชื้อ และเสมหะไม่พบเชื้อไม่มีความแตกต่างกันของระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นิรันดา ศรีบุญทิพย์ และคณะ (2563) ได้ศึกษา การเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้และ พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ของประชาชนไทย ประจำปี 2561 กลุ่มตัวอย่างได้จากการ สุ่มแบบหลายขั้นตอน จำนวน 2,889 คน จากทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทย โดยเน้นข้อมูลการ พยากรณ์โรคที่มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2561 เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าในการลงทุนมากที่สุด ได้แก่ 1) โรคไข้หวัดใหญ่ 2) โรคหัวใจและหลอดเลือด 3) โรควัณโรค และ 4) โรคพิษสุนัขบ้า ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเปิดรับสื่ออยู่ในระดับปานกลาง โดยสื่อที่กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ โทรทัศน์/เคเบิลทีวี บุคลากรทางสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ส่วนการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรค และภัยสุขภาพอยู่ในระดับมาก และพบว่า การเปิดรับสื่อ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และความรู้เรื่องโรค และภัยสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ($r = 0.381, 0.477$ และ 0.348 ตามลำดับ) ผลการวิจัยในครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการสื่อสารความ เสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นระบบรวมถึงการวางแผนพัฒนาระบบการ สื่อสารประชาสัมพันธ์ เพื่อการเสริมสร้างการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ เพื่อ การเสริมสร้างพฤติกรรมในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพที่เหมาะสมของประชาชนต่อไป

ทัศพร ชูศักดิ์ และนันทพร ภูมิแสนโคตร (2564) ได้ศึกษา การรับรู้เกี่ยวกับวัณโรคและ พฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.5 มีอายุต่ำสุด 12 ปี อายุสูงสุด 82 ปี สถานภาพสมรสคู่ และอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 69.1 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 78.2 ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 54.5 มีรายได้ต่ำสุด 700 บาท มีรายได้สูงสุด 25,000 บาท มีความสัมพันธ์ โดยเป็นสามี/ภรรยากับผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 34.5 ส่วนใหญ่คิดว่าการใกล้ชิด/สัมผัสกับผู้ป่วยเป็น เรื่องปกติ ร้อยละ 79.1 กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้เกี่ยวกับวัณโรคระดับปานกลาง ร้อยละ 49.1 ด้านการ รับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรควัณโรค ระดับปานกลาง ร้อยละ 55.4 ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการ เกิดโรควัณโรค ระดับปานกลาง ร้อยละ 62.4 ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค วัณโรค ระดับปานกลาง ร้อยละ 52.3 และด้านการรับรู้ อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรควัณโรค ระดับปานกลาง ร้อยละ 56.2 และมีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค ระดับต่ำ ร้อยละ 51.8 โดย พฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วยโดยไม่ใช้ช้อนกลางไม่แยกของใช้ ส่วนตัว เช่น เสื้อผ้า ผ้าเช็ดตัว หรือเครื่องใช้ในการรับประทานอาหาร จาน ชาม นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้านได้นำภาชนะที่ผู้ป่วยใช้วันละวันไปเผาหรือฝัง เพียง ร้อยละ 10 เท่านั้น และยังพบอีกว่า ผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้านมีการแสวงหาความรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกัน วัณโรค เพียงร้อยละ 13.6

ฉัตรสุตา มาทา และคณะ (2565) ได้ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคปอด ในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านป่าไคร้ อำเภอกำแพงแสน จังหวัดลำปาง ผลการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่ระดับความรู้และทัศนคติปานกลาง ร้อยละ 80.72 และ 59.04 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคปอด อยู่ในระดับดี ร้อยละ 83.13 และพบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคปอดทางลบ ระดับต่ำ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ -0.276 ($p=0.011$)

การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค

ขวัญใจ มอนไธสง (2559) ได้ศึกษา ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\text{Mean} = 72.55$, $\text{SD} = 8.62$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค ($r = .241$) การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค ($r = .197$) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันวัณโรค ($r = .191$) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันวัณโรค ($r = .169$) และปัจจัยด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ($r = -.136$) ตัวแปรที่ศึกษาสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านได้ ร้อยละ 15.70 ($R^2 = .157$, $F = 3.099$, $p < .05$) ทั้งนี้ ปัจจัยที่สามารถทำนายได้ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค ($\beta = .178$, $p < .05$) และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรควัณโรค ($\beta = .137$, $p < .05$)

นาปีเสาะ มะเส็ง (2562) ได้ศึกษา ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านมีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคอยู่ในระดับดี ร้อยละ 79.2 คะแนนพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคเฉลี่ยเท่ากับ 68.73 ($\text{SD} = 10.18$) และพบว่า ปัจจัยด้านเพศ ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยง มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สัมผัสร่วมบ้านที่เป็นเพศหญิงมีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคดีกว่าเพศชาย ประมาณ 2 เท่า ($\text{OR}_{\text{adj}} = 2.04$, 95% CI: 1.04-3.99) ส่วนผู้สัมผัสร่วมบ้านที่มีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคในระดับดีมีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคสูงกว่าผู้ที่มีความรู้ในระดับปานกลางและต่ำประมาณ 4 เท่า ($\text{OR}_{\text{adj}} = 3.98$, 95% CI: 1.81-8.77) และผู้สัมผัสร่วมบ้านที่มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคในระดับดีมีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคสูงกว่าผู้ที่มีการรับรู้ในระดับปานกลางและต่ำประมาณ 3 เท่า ($\text{OR}_{\text{adj}} = 2.96$, 95% CI: 1.26-6.94)

นาปีเสาะ มะเส็ง (2563) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อไวรัสในผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยไวรัส : การทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อไวรัสในผู้สัมผัสร่วมบ้าน ประกอบด้วย 1) ปัจจัยจากตัวของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อาการไอ ระดับเชื้อในเสมหะ แผลโพรงในปอด ความล่าช้าในการเข้ารับการรักษา 2) ปัจจัยจากตัวผู้สัมผัสร่วมบ้าน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สัมผัสร่วมบ้าน (อายุ เพศ โรคประจำตัว การได้รับวัคซีนปัสสาวะ / ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย) ปัจจัยด้านการสัมผัส (การสัมผัสใกล้ชิด ระยะเวลาในการสัมผัส) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (ลักษณะที่อยู่อาศัย การจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้าน) และ ปัจจัยด้านพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของผู้สัมผัสร่วมบ้าน (การสูบบุหรี่ การบ้วน น้ำลาย การรับรู้โอกาสเสี่ยง และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง)

ณัฐสิมา ปาทาน และคณะ (2563) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มารับบริการตรวจคัดกรองในผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยไวรัส อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มารับบริการตรวจคัดกรองในผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรอื่นๆ ในสมการสุดท้าย คือ จำนวนบุคคลที่อาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกัน 4-6 คน (AOR=2.92, 95% CI= 1.03-8.32, p-value=0.004) วิธีการเดินทางมารับบริการโดยรถโดยสารสาธารณะ (AOR=4.56, 95% CI=1.90-10.94, p-value =0.001) การไม่เคยได้รับสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันไวรัส (AOR= 3.97, 95% CI=1.79-8.78, p-value= 0.001) ความชุกการไม่มารับบริการตรวจคัดกรองไวรัสของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยไวรัส ร้อยละ 73.0 (95% CI=66.12-79.90)

พิมาน ธีระรัตนสุนทร, ชัลวา สีเดะ, ฐิตยาภรณ์ คงตุก, อนัน หมดอารี, ปาลีรัตน์ วงศ์ฤทธิ์, และบุผา รักษานาม (2564) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยไวรัสปอดรายใหม่ โรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองผ่านทางหนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ และอาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 64.5 การเดินทางไปรักษาตัวเองโดยใช้มอเตอร์ไซด์ ร้อยละ 50.7 ส่วนใหญ่เดินทางไปเองคนเดียว ร้อยละ 77.6 ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการโดยเฉลี่ย 11.06 กิโลเมตร ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาลแต่ละครั้งเฉลี่ย 194.86 บาท ซึ่งส่วนใหญ่เป็นค่าอาหาร ค่าเดินทาง ค่ายา และการรักษาพยาบาล เหตุผลที่ไม่เข้ารับการรักษาดังแต่เริ่มต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วย เพราะไม่ทราบว่าตัวเองเป็นโรคไวรัส ร้อยละ 71.4 และคิดว่าไวรัสปอดไม่เป็นอะไรมาก ร้อยละ 64.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับไวรัสอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 47.9 มีพฤติกรรม การดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ร้อยละ 45.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ช่วงอายุ ระยะทาง ค่าใช้จ่ายใน

การมาโรงพยาบาล และผู้พามาที่โรงพยาบาลเพื่อการรักษา ($P=0.037$, 0.048 , 0.005 , และ 0.021 ตามลำดับ)

เกศินี อินทร์อักษร และคณะ (2564) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย ผลการวิจัย พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้าน ร้อยละ 57.6 มีพฤติกรรมป้องกันโรคปอดอยู่ในระดับสูง ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมป้องกันโรคปอด ($p\text{-values}<0.05$) ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคปอด ($r=0.246$) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคปอด ($r= -0.324$) การรับรู้ความรุนแรงของโรคปอด ($r=0.308$) และ การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคปอด ($r=0.267$)

ฐิติมา ถมทอง (2564) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคในเขตอำเภอบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.80, S.D. = 0.31$) ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ สิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค ($\beta = 0.529, p < 0.001$) และ เพศ ($\beta = 0.143, p = 0.030$) โดยมีอำนาจในการทำนาย เท่ากับ 27.9% ($R^2=0.279$)

พลอยไพลิน จินตนา และเทียนทอง ต๊ะแก้ว (2567) ได้ศึกษา ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ในอำเภอลำปาง พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ มีจำนวน 3 ปัจจัย ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 1) ด้านทักษะการตัดสินใจ 2) ด้านความรู้ความเข้าใจ และ 3) สิ่งแวดล้อมด้านลักษณะที่อยู่อาศัย/ที่ทำงาน ซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคได้ ร้อยละ 25 ($\text{Adj. } R^2 = 0.250, F = 24.505, p\text{-value} < 0.001$) โดยทักษะการตัดสินใจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคมากที่สุด รองลงมา คือ ความรู้ความเข้าใจ ส่วนลักษณะที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค

ผลงานวิจัยในต่างประเทศ

Chawla et al. (2020) ได้ศึกษา การค้นหาวัณโรคเชิงรุกในกลุ่มผู้สัมผัสในครัวเรือนของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่: การศึกษาในชุมชนทางตอนใต้ของรัฐยาณา ประเทศอินเดีย ดำเนินการค้นหาจากผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะบวก จำนวน 55 คน มีผู้สัมผัสในครัวเรือน จำนวน 356 คน ส่วนใหญ่อายุ 15-44 ปี จำนวน 176 คน คิดเป็น ร้อยละ 49.4 และมีอาการเข้าได้กับวัณโรค จำนวน 43 คน คิดเป็น ร้อยละ 12.1 โดยอาการที่พบมากที่สุด คือ ไอ น้ำหนักลด ร้อยละ 83.8 และ การศึกษานี้ พบว่า ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาของอาการ ระยะเวลาที่

สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค การสูบบุหรี่ และโรคเบาหวาน สามารถทำนายปัจจัยเสี่ยงของวัณโรค จากอาการได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Odera, Mureithi, Aballa, Onyango, Anzala, & Oyugi (2020) ได้ศึกษา วัณโรค ระยะแฝงในกลุ่มผู้สัมผัสในครัวเรือนของผู้ป่วยวัณโรคปอดในไนโรบี ประเทศเคนยา ในผู้ป่วยวัณโรค ปอด จำนวน 166 คน มีผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้าน 175 คน ผลการศึกษา พบว่า ความชุกของการ ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในผู้สัมผัสในครัวเรือนของผู้สัมผัสผู้ป่วย ร้อยละ 55.7 (99/174 เนื่องจาก คัดออก 1 ราย) แบ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 58.8 (30/51) และ เพศหญิง ร้อยละ 54.5 (67/123) อายุที่ พบการติดเชื้อมากที่สุด ได้แก่ อายุ 30-39 ปี พบการติดเชื้อ ร้อยละ 63.6 (42/66) รองลงมา อายุ 40-49 ปี ติดเชื้อ ร้อยละ 60.7 (17/28) อายุ 50-59 ปี พบการติดเชื้อ ร้อยละ 50.0 (11/22) สำหรับสถานภาพสมรส พบสถานภาพคู่มีความชุกสูงสุด ร้อยละ 70 (14/20) ส่วนระยะเวลาที่มีความ สัมพันธ์กับผู้ป่วย พบ ระยะเวลา 8.1-12 สัปดาห์ มีการติดเชื้อสูงสุด ร้อยละ 80 (8/10) สำหรับ ระดับการศึกษา พบผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษามีการติดเชื้อสูงสุด ร้อยละ 66.7 (4/6) ในขณะที่ผู้ มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา ร้อยละ 47.8 (22/46) ส่วนการอาศัยในบ้าน ห้องเดียวกับผู้ป่วยพบการ ติดเชื้อ ร้อยละ 59.6 (68/114) สำหรับ ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงของผู้สัมผัสใน ครัวเรือน ได้แก่ ระยะเวลาการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยวัณโรคปอด 8-12 สัปดาห์ (OR = 3.6 (0.70-18.5) $p = 0.107$) การเป็นคู่สมรสกับผู้ป่วย (OR = 2.0 (0.72-5.47) $p = 0.173$) และ การพักห้องเดียวกับ ผู้ป่วย (OR = 1.58 (0.84 - 2.97) $p = 0.158$) ดังนั้น กลุ่มผู้สัมผัสวัณโรคในครัวเรือนวัยกลางคนเป็น กลุ่มที่มีความชุกการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงสูง จึงควรให้ความสำคัญกับการคัดกรองวัณโรคในกลุ่มนี้

Shiferaw, Mekonnen, & Abate (2019) ได้ศึกษาความสม่ำเสมอในการตรวจ คัดกรองวัณโรคในครัวเรือนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อความตั้งใจในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับ บริการที่สถานพยาบาลในเมืองกอนดาร์ทางตะวันตกเฉียงเหนือของเอธิโอเปีย ผลการศึกษา พบว่า ความชุกของการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสในครัวเรือน ร้อยละ 47.5 (95% CI: 43.1, 52.5) จำนวน ผู้สัมผัสในครัวเรือนเฉลี่ย 3.56 คน และจำนวนผู้สัมผัสในครัวเรือนที่มาคัดกรอง 2.16 คน ปัจจัยที่ สัมพันธ์กับการติดตามคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสในครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับวัณโรคโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ความพึงพอใจ ของผู้ป่วยต่อบริการของสถานพยาบาล ประเภทของวัณโรค และการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

Selasa, Teli, Aty, Nurwela, & Making (2022) ได้ศึกษาการป้องกันการแพร่กระจาย วัณโรคปอด (TB) ในครอบครัวที่มีผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของอินโดนีเซีย ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้วัณโรค และ การใช้บริการสถานพยาบาลอยู่ ในระดับดี ร้อยละ 65.5 และ 83.6 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ครอบครัว ร้อยละ 56.4 ไม่สามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม และ ร้อยละ 72.7 การดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ ประมาณ ร้อยละ 72.7 (40 ครอบครัว) ความสามารถ

ในการปรับเปลี่ยนสุขภาพการดำรงชีวิตเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อไวรัส อยู่ในระดับต่ำ จากการทดสอบไคสแควร์ พบว่า อายุ อาชีพ รายได้ของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว และประเภทของครอบครัว มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความสามารถของครอบครัวในการรับรู้เกี่ยวกับไวรัสและการตัดสินใจที่ถูกต้อง ($p < 0.001$) นอกจากนี้ พัฒนาการของครอบครัวยังมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความสามารถของครอบครัวในการรับรู้ไวรัส ($p = 0.006$) การตัดสินใจที่ถูกต้อง ($p < 0.001$) และความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ($p < 0.001$) ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยไวรัสและป้องกันการสัมผัสไวรัสในผู้สัมผัสไวรัสร่วมบ้าน

Krishnamoorthy et al. (2022) ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสระยะแฝงในผู้สัมผัสในครัวเรือนของผู้ป่วยไวรัสโควิดชนิดรุนแรงพบเชื้อในอินเดียตอนใต้ ดำเนินการตั้งแต่ปี 2014 ถึง 2019 ผลการศึกษา พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้าน จำนวน 1,523 ราย เกิดการติดเชื้อไวรัสระยะแฝง 801 ราย คิดเป็น ร้อยละ 52.6 และปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสระยะแฝงได้แก่ อายุ 19-64 ปี (aIRR=1.2; 95% CI: 1.1-1.3; p -value : 0.02) อายุ > 64 ปี (aIRR=1.4; 95% CI: 1.1-1.9; p -value: 0.02) และนอนเตียงเดียวกับผู้ป่วย (aIRR=1.2; 95% CI: 1.1-1.3 ; p -value: 0.04)

Pillpe (2022) ได้ศึกษา ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดไวรัสในผู้สัมผัสในครัวเรือนที่มีผู้ป่วยไวรัสรายใหม่ : การศึกษาในลิม่า เปรู ผลการศึกษา พบว่า ด้านสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม : ผู้สัมผัสในครัวเรือนที่มีภูมิหลังทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อไวรัสเมื่อเทียบกับผู้ที่มาจากครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่สูง ด้านสภาพความเป็นอยู่ : สภาพความเป็นอยู่แออัดและการเข้าถึงการระบายอากาศที่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของการแพร่เชื้อไวรัสภายในครัวเรือน ด้านการเข้าถึงการดูแลสุขภาพ : ผู้สัมผัสในครัวเรือนที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น การวินิจฉัยและการเริ่มการรักษาที่ล่าช้ามีอัตราการติดเชื้อไวรัสที่สูงขึ้นและผลลัพธ์ของโรคที่รุนแรง ด้านเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม : เครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็ง ทั้งการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน พบว่ามีผลป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสในครัวเรือน

Karbito, Susanto, Adi, Sulistiyani, Handayani, & Sofro (2022) ได้ ศึกษา การติดเชื้อไวรัสระยะแฝงของสมาชิกในครอบครัวที่สัมผัสกับผู้ป่วยไวรัสที่กำลังรักษาอยู่เมืองเซอมารัง ชวากลาง ประเทศอินโดนีเซีย กลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือก คือ 138 คน จากสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด 241 คนของผู้ป่วยไวรัส 112 คน ผู้เข้ารับการรักษาได้รับการทดสอบทุบเบอร์คูลินทางผิวหนัง ผลการศึกษา พบว่า การสัมผัสในครัวเรือนของผู้ป่วยไวรัสที่กำลังรักษามี การติดเชื้อไวรัสแฝง ร้อยละ 63.8 (88/138) ประเภทของอาชีพกรรมกร/เกษตรกร/ชาวประมง เป็นปัจจัย

เสียงหลักที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (AOR: 7.04; 95% CI: 1.70 - 29.02) รองลงมา คือ ความหนาแน่นของห้องนอนที่ไม่เหมาะสม (< 8 ตร.ม. /2 คน) (AOR: 5.33; 95% CI : 2.44 - 12.71) และ ระยะเวลาสัมผัส ≥ 5 ชั่วโมง/วัน (AOR: 4.70; 95% CI : 1.33 - 16.66)

Sagili et al. (2022) ได้ศึกษา กลยุทธ์ในการตรวจหาและการจัดการการติดเชื้อวัณโรค ระยะแฝงของผู้สัมผัสในครัวเรือน ของผู้ป่วยวัณโรคปอดในประเทศที่มีภาระวัณโรค : การทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณ วัตถุประสงค์เพื่อสรุปกลยุทธ์การจัดการการติดเชื้อวัณโรค ระยะแฝงของผู้สัมผัสในครัวเรือนที่มีผู้ป่วยวัณโรคปอด ในประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง โดยรวบรวมวรรณกรรมการจัดการการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง จากฐานข้อมูล PubMed/MEDLINE (NCBI) และ Scopus (มกราคม 2549 - ธันวาคม 2564) จำนวน 3,694 ฉบับ คัดให้เหลือ 58 ฉบับ จาก 23 ประเทศ ผลการศึกษา พบว่า ผู้สัมผัสส่วนใหญ่ได้รับการคัดกรอง (median 99%, IQR=82%-100%; 46 การศึกษา) การสุ่มวิเคราะห์ห่อภิมาณสัดส่วนผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง ร้อยละ 41 (95% CI: 33-49; 21,566 ตัวอย่าง, 36 เรื่อง) มีการเริ่มต้นรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง ร้อยละ 91 (95% CI: 79-97; 129,579 ที่มีสิทธิรักษา, 34 เรื่อง) ความสำเร็จของการรักษาการติดเชื้อวัณโรค ระยะแฝง ร้อยละ 65 (95% CI: 54-74; 108,679 คนที่ได้รับการรักษาการติดเชื้อฯ, 28 เรื่อง) ดังนั้น อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าสัดส่วนการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงจะสูง แต่ผลการรักษาสำเร็จนั้น ยังต่ำซึ่งบ่งบอกถึงกลยุทธ์การรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง ยังไม่เพียงพอที่จะใช้ในประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง

Yuan, Jin, Bi, Geng, Li, & Zhou (2023) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิเสธ การรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงภายหลังจากการยอมรับในครั้งแรกของนักศึกษาในมณฑล ซานตง ประเทศจีน ผลการศึกษา พบว่า นักศึกษาเข้าร่วมการศึกษา จำนวน 1,631 คน เต็มใจ รักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในครั้งแรก จำนวน 723 คน และปฏิเสธการรักษาการติดเชื้อวัณโรค ระยะแฝงภายหลังจากการยอมรับในครั้งแรก จำนวน 436 คน คิดเป็นร้อยละ 60.3 และปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการปฏิเสธ ได้แก่ นักเรียนที่ไม่ใช่แพทย์ (OR=4.87, 95% CI: 3.10 – 7.67) การมี กิจกรรมทางกายปานกลาง (OR=1.45, 95% CI: 1.04 – 2.04) การเป็นนักเรียนประจำ (OR=0.49, 95% CI: 0.31 – 0.78) และ การมีความรู้วัณโรคในระดับสูง (OR=0.97, 95% CI: 0.95 – 0.99) การมีบิดามีระดับการศึกษาสูง (OR=1.50, 95% CI: 1.07 – 2.10) และ รายได้ครัวเรือนสูง (OR= 1.80, 95% CI: 1.20 – 2.71) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้ควรศึกษาถึงสาเหตุของการ ปฏิเสธการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงต่อไป

Phadoongmai & Jariya (2024) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกัน วัณโรค ได้แก่ เพศ (eta = 0.126) ความเพียงพอของรายได้ (eta = 0.151) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (eta = 0.201) การรับรู้ความรุนแรงต่อการติดเชื้อวัณโรคปอด (r = 0.407) การรับรู้โอกาสเสี่ยง

ต่อการติดเชื้อไวรัสโรคปอด ($r = 0.514$) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันไวรัสโรค ($r = 0.618$) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันไวรัสโรคปอด ($r = 0.645$) ทั้งนี้ ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันไวรัสโรคปอด การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันไวรัสโรค และเพศชาย สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันไวรัสโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านได้ร้อยละ 45.4

Loh, Zakaria, & Mohamad (2023) ได้ศึกษาความรู้ทัศนคติ และการติดตามโรค และปัจจัยที่สัมพันธ์กับทัศนคติของผู้สัมผัสไวรัสโรคในประเทศมาเลเซีย ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนทัศนคติ ได้แก่ ความรู้ การติดตาม และ รายได้ ($\beta = 0.001$, 95% CI: 0.000-0.001) ความรู้ ($\beta = 0.138$, 95% CI: 0.077-0.199) และ คะแนนการติดตาม ($\beta = 0.097$, 95% CI: 0.034-0.160) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Naga Mamo et al. (2023) ได้ศึกษาการคัดกรองไวรัสโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดตามของผู้ป่วยไวรัสโรคปอดที่สถานพยาบาล ในเมืองซาฮามาน ประเทศเอธิโอเปีย ตะวันออกเฉียงใต้ ผลการศึกษา พบว่า ผู้สัมผัสไวรัสโรคมีการปฏิบัติตามคัดกรองไวรัสโรค ร้อยละ 44.4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดตามคัดกรอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี (AOR=2.386, 95%CI: 1.44,3.96) การศึกษาอนุปริญญาและสูงกว่าอนุปริญญา (AOR=3.43, 95% CI: 1.286,9.15) มีความรู้ดี (AOR=2.999, 95% CI: 1.79,5.03) มีทัศนคติที่ดี (AOR=2.409, 95% CI: 1.45,4.02) การได้รับความรู้ด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (AOR=3.287, 95% CI:1.92,5.63) และไวรัสโรคปอดที่มีผลเสมหะบวก (AOR=2.156, 95% CI: 1.28,3.62)

Khamai, Seangpraw, & Ong-Artborirak (2024) ได้ศึกษา ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันไวรัสโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านระหว่างการระบาดของโรคโควิดในชายแดนภาคเหนือประเทศไทย พบว่า ความรู้ การรับรู้ความเสี่ยงของไวรัสโรค การรับรู้ความรุนแรงของไวรัสโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันไวรัสโรค การรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันไวรัสโรค และ สิ่งชักนำให้เกิดการป้องกันไวรัสโรค

Irwan et al. (2024) ได้ศึกษาสภาพแวดล้อมภายในบ้านเป็นปัจจัยเสี่ยงสำหรับอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นของไวรัสโรค: การศึกษาแบบมีการควบคุมกรณีศึกษา พบว่า การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ได้แก่ การลดความแออัด การระบายอากาศ และการได้รับแสงแดด เป็นสิ่งจำเป็นในการควบคุมการแพร่กระจายของไวรัสโรค

2. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

ผลงานวิจัยในประเทศ

วีระวุธ แก่นจันทร์ใบ และสุมัทนา กลางคาร (2561) ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมการสร้างการรับรู้ต่อการป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างการรับรู้ต่อการป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ด้านความรู้ การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และการป้องกันโรคปอด โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคปอดจำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละเท่ากัน ผลการวิจัย พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน การรับรู้ต่อการป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ได้แก่ รับรู้ความรุนแรงของโรคปอด การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคปอด และ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคปอด แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับโรคปอด และ ทักษะการป้องกันโรคปอดสูงขึ้น และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

สุภาภรณ์ มิตรภานนท์, รัชนิ ระดา, และเสถียรพงษ์ ศิวินาการ (2563) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคสำหรับผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในเครือข่ายสุขภาพ อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหาการป้องกันและโรคในทีมสหสาขาวิชาชีพ 2) การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรค และ 3) การประเมินผลลัพธ์รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรค กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 30 คน และใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ 117 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความรู้และการสนทนากลุ่ม ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วย โรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน มีคะแนนความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ หลังจากฝึกอบรมและพัฒนาตามรูปแบบแล้ว พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่ และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้น 6.88 (Mean diff=6.88 95% CI; 4.84-8.92) ในผู้ป่วย โรคปอดรายใหม่ และมีคะแนนเพิ่มขึ้น 17.51 (Mean diff=17.51 95% CI; 16.44-18.57) ในผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน จากผลการศึกษารังนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสร่วมบ้านมีความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเพิ่มขึ้น

จันจิรา อาสมาน และณัฐกฤตา ศิริ (2563) ได้ศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรม “STOP TB” ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยโรคปอด โดยให้กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม “STOP TB” ตามแบบแผนความเชื่อด้าน

สุขภาพเป็นรายบุคคล ประกอบสื่อ ได้แก่ ภาพพลิก วิดีทัศน์ และสมุดสุขภาพ ที่มีเนื้อหาในการสร้าง การรับรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด และ วิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด ร่วมกับการสาธิต และฝึกปฏิบัติจริง ในการสวมใส่หน้ากากอนามัย และการโทรศัพท์ติดตามและกระตุ้นเตือนผู้ป่วยเป็น ระยะ ระหว่างที่ทำการรักษาในระยะเข้มข้น 2 เดือน ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง 1) กลุ่ม ทดลองมีค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด และพฤติกรรม การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 2) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ปอด และพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด ($\bar{X} = 3.94$ (SD = 0.138) สูงกว่า กลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = 3.75$ (SD = 0.325) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

เมทามาต สมยา และคณะ (2563) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจ ต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและผลการตรวจเสมหะในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ โดยกลุ่ม ทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ผ่านวีดิทัศน์เกี่ยวกับ ความรู้เรื่องวัณโรคปอด สาเหตุ อาการ การตรวจวินิจฉัย การรักษา และให้คู่มือการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่า พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจมีมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 และ พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ส่งเสริมแรงจูงใจมีมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ ผลการตรวจเสมหะหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจของกลุ่มทดลองมีผลลบมากกว่า กลุ่มควบคุม ร้อยละ 4.44

ช่อกลม รัตนสุรงค์ (2564) ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการ วัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย พบว่าจากการทดสอบประสิทธิภาพของ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการวัณ โรคในผู้สัมผัสร่วมบ้าน ขั้นตอน 1 วิเคราะห์ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการวัณโรค กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สัมผัสร่วมบ้าน 120 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของ ตนเอง การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการได้รับสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันวัณโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการวัณโรคอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ขั้นตอน 2 พัฒนาโปรแกรม ประกอบด้วย 1) การศึกษาความต้องการ และ ข้อเสนอแนะของผู้ที่ เกี่ยวข้อง โดยโปรแกรมประกอบด้วย 1) การค้นพบสถานการณ์จริง ได้แก่ การเรียนรู้ การป้องกัน วัณโรค 2) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ ได้แก่ การทบทวนปัญหาการแพร่ระบาดของ วัณโรค 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม ได้แก่ การฝึกปฏิบัติการป้องกันวัณโรค โดยเรียนรู้

จากบุคคลต้นแบบที่ประสบผลสำเร็จและการให้ความรู้เพิ่มเติมจากบุคลากรด้านสุขภาพ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การวางแผน การลงมือปฏิบัติ โดยได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ ขั้นตอน 3 การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม พบว่า ภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านสูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

ประดิษฐ์ ปฐวีศรีสุธา (2564) ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยวัณโรคปอด ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย ร้อยละ 80.49 และ 68.8 ตามลำดับ ด้านอายุพบว่า กลุ่มทดลอง อายุเฉลี่ย 41.93 ปี กลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย 42.13 ปี ($SD = 12.65$) คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาต้านวัณโรคในสัปดาห์ที่ 6 เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาต้านวัณโรคในสัปดาห์ที่ 1 ($p < .05$) ผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการให้ความรู้และการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ ที่ใช้เวลานาน 6 สัปดาห์ สามารถทำให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านวัณโรคเพิ่มขึ้น

พิชิต แสนเสนา และสมลักษณ์ หนูจันทร์ (2565) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้าน โดยชุมชนมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจระเข้ อำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ศึกษาในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านที่ผ่านการคัดกรองความเสี่ยงด้วยแบบคัดกรองผู้มีอาการสงสัยวัณโรคปอด 38 คน และผู้นำชุมชน สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล ศูนย์การศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) รวม 47 คน ดำเนินการวิจัยโดยใช้กระบวนการ PAOR 2 วงรอบ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ส่วนใหญ่อยู่ร่วมกันแบบครอบครัวใหญ่ ในสภาพบ้านที่การระบายอากาศไม่ดี และไม่ยอมไปตรวจคัดกรองเพราะความกลัว ดังนั้น จึงได้จึงนำมาเข้าสู่การพัฒนารูปแบบร่วมกับชุมชน ผ่านการสนทนากลุ่มย่อย ได้เป็น ZOOM TB model ดังนี้ 1) Z - Zero: ในขั้นวางแผน ตั้งเป้าหมายคือ ไม่มีผู้สัมผัสร่วมบ้านที่ยังไม่ได้รับการตรวจด้วยความร่วมมือของเครือข่ายชุมชนไร้วัณโรค ประกอบด้วย อสม. ผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่น ภาครัฐ ได้แก่ รพ.สต. และ กศน. สื่อสารประสานผ่านกลุ่มไลน์ “ชุมชนสู้ภัย” เพื่อออกแบบระบบติดตามผู้สัมผัสเข้ารับ การคัดกรองและร่วมเฝ้าดูแลต่อเนื่องจนผลการรักษาครบ 2) O - Organizing: ผสานเครือข่ายชุมชนไร้วัณโรคเข้ากับการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) เพื่อให้เกิดพลังในการขับเคลื่อน กำหนดบทบาทที่ชัดเจนร่วมกัน 3) O - Open: เปิดระบบบริการทางด่วน TB ในโรงพยาบาล ตามวัน เวลา ที่กลุ่มเสี่ยงสะดวก โดยกำหนดให้ได้รับการ X-ray ปอดทุกคน และ 4) M - Man: สร้างบุคคล

ต้นแบบ ชักชวนให้กลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านเข้ารับการตรวจได้ ร้อยละ 100 หลังดำเนินการพบผลบวกเพิ่มอีก 2 ราย และเข้าสู่ระบบการรักษาจนครบ (complete) ส่วนด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด พบว่า ก่อนดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 6.62 คะแนน (SD=1.33) และหลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 8.03 (SD=0.64) ด้านพฤติกรรมป้องกันตนเองก่อนดำเนินการ มีคะแนนเฉลี่ย 31.55 คะแนน (SD=1.94) หลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 35.77 (SD=2.15)

อัญชลี มงกุฎทอง, เชิดพงษ์ทองสุข, และแดนสรวง วรณวงษ์สอน (2565) การพัฒนารูปแบบการควบคุมโรคโควิดโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วิธีการศึกษา แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ศึกษาสถานการณ์ในสหวิชาชีพ พัฒนารูปแบบการควบคุมโรคและประเมินผลลัพธ์ ผู้ร่วมวิจัย 155 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้ป่วยในจังหวัดปราจีนบุรี 3 อำเภอ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์สอบถาม วิเคราะห์เชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา paired t-test และเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา พัฒนารูปแบบควบคุมโรคแบบมีส่วนร่วมของ อสม. จัดอบรมและมอบหมายบทบาทผู้ดูแล ทำข้อตกลงบทบาทผู้ดูแล เยี่ยมผู้ป่วยทุกวันระยะเข้มข้น 4 สัปดาห์แรก เยี่ยมผู้ป่วยระยะต่อเนื่องจนครบการรักษาร่วมกับเจ้าหน้าที่ ผลการศึกษา พบว่า วิเคราะห์กำหนดรูปแบบการพัฒนาการควบคุมโรค PPAC Model: Participation situational analyzing, Planning, Action and reflection, Control monitoring and evaluation การประเมินผลความรู้ อสม. พบว่าหลังอบรม มีความรู้เรื่องโรค และการดูแลผู้ป่วยโรคเพิ่มขึ้น โดยก่อนอบรม มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม เท่ากับ 0.84 (S.D. = 0.16) และ หลังอบรมเพิ่มขึ้นเป็น 0.99 (S.D. = 0.20) เมื่อเทียบกับเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนอบรม พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม 2.58 (S.D. = 0.24) และหลังอบรมเพิ่มขึ้นเป็น 2.70 (S.D. = 0.26) ประเมินผลความพึงพอใจผู้ป่วยต่อการดูแลของ อสม. มีคะแนน เฉลี่ยระดับมาก เท่ากับ 4.91 (S.D. = 0.17) และติดตามการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 55 ราย พบมีผลการรักษาสำเร็จทุกราย

ผลงานวิจัยต่างประเทศ

Artawan Eka Putra et al. (2023) ได้ศึกษา การดำเนินการให้สุขศึกษาเพื่อพัฒนาการให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านมีส่วนร่วมของในการตรวจหาโรคระยะแรก มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการให้สุขศึกษาไปพัฒนาให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านมีส่วนร่วมในการตรวจหาโรค ระยะแรกเป็นการศึกษา กึ่งทดลอง ดำเนินการในเดือนพฤศจิกายน 2018 - เดือนมิถุนายน 2019 ในเขตบาตุง บาห์ลี ประเทศอินโดนีเซีย ผลการศึกษา พบว่า การเปรียบเทียบระหว่างการให้สุขศึกษาแบบ standard health education (SHE) และ การให้สุขศึกษาแบบ Comprehensive health education (CHE) program ซึ่งเป็นโปรแกรมที่พัฒนามาจากแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพที่เสริมด้วยการรับรู้การตีตราและการสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่ม CHE มีส่วนร่วมในการคัดกรอง ร้อยละ 28.2 และพบ

ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 10 ราย ส่วน กลุ่ม SHE มีส่วนร่วมในการคัดกรอง ร้อยละ 15.6 และพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 3 ราย ทั้งนี้กลุ่ม CHE เพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ติดต่อในครัวเรือนขึ้น 1.83 เท่า (95% confidence interval [1.19, 2.81]) และการค้นพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 3.13 เท่า (95% confidence interval [0.85, 11.56])

Supinganto, Metrib, Budiana, & Suharmanto (2022) ได้ศึกษาการสนับสนุนการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านในลอมบอกตะวันตกตามทฤษฎีแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 290 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค อยู่ในระดับดี ร้อยละ 55.86 การรับรู้ความรุนแรงของโรค ระดับดี ร้อยละ 57.59 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา ระดับดี ร้อยละ 54.83 การรับรู้ต่ออุปสรรค ระดับดี ร้อยละ 55.42 และ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 55.17

Salazar-Austin et al. (2022) ได้ศึกษาการบำบัดเชิงป้องกันสำหรับผู้สัมผัสในครัวเรือนของผู้ป่วยวัณโรคที่ไวต่อยา โดยใช้ตามแนวทางการคัดกรองและการรักษาการติดเชื้อวัณโรคในผู้สัมผัสในครัวเรือนขององค์การอนามัยโลก และพบว่า หลายประเทศได้นำแนวทางนี้ไปใช้ในเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี ไปจนถึงอายุต่ำกว่า 15 ปี และมีเพียงไม่กี่ประเทศที่ขยายไปกลุ่มผู้ใหญ่หรือผู้สัมผัสใกล้ชิดอื่นๆ ผลการศึกษา พบว่า การบำบัดเชิงป้องกันมีความคุ้มค่าและคุ้มค่าในเด็ก และมีความคุ้มค่าเพียงเล็กน้อยในผู้สูงอายุ แต่อย่างไรก็ตาม การบำบัดเชิงป้องกันยังมีช่องว่างด้านการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ได้แก่ การบูรณาการการบำบัดเชิงป้องกันเข้ากับการให้บริการวัณโรคได้ไม่ดีพอ นโยบายไม่ชัดเจนหรือล้าสมัย และขาดการฝึกอบรมในผู้ให้บริการ และขาดระบบการติดตามโดยมุ่งเน้นการเริ่มรักษามากกว่าการรักษาสำเร็จ

Hanrahan et al. (2022) ได้ดำเนินการทดลอง การใช้แรงจูงใจในการค้นหาวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านในชนบทของแอฟริกาใต้: การทดลองแบบคลัสเตอร์ โดยการให้เงินตอบแทนเพื่อสร้างแรงจูงใจ ผลการทดลองพบว่า กลุ่มที่ได้รับสิ่งจูงใจมีอัตราส่วนอุบัติการณ์ของการเริ่มรักษามากกว่ากลุ่มควบคุม 1.05 เท่า (95% CI: 0.97-1.13)

Davis et al. (2022) ได้ศึกษาการออกแบบทฤษฎีที่เหมาะสมสำหรับดำเนินการสอบสวนผู้สัมผัสวัณโรคในครัวเรือนในสาธารณรัฐยูกันดา โดยใช้แบบจำลอง COM-B (Capability-Opportunity-Motivation-Behavior) เพื่อประเมินความสามารถทางกายและทางจิต โอกาสทางกายภาพและสังคม แรงจูงใจในการสะท้อนและแรงจูงใจอัตโนมัติ และแนวคิดวงล้อของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม Behavior Change Wheel (BCW) ผลการใช้แบบจำลอง พบว่า ผู้ป่วยยินยอมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั่วไปเข้าเยี่ยมบ้านเพื่อค้นหา ผู้ติดต่อวัณโรคในครัวเรือน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 31 เป็น ร้อยละ 79 และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่คัดกรองผู้สัมผัสในครัวเรือนส่งต่อผู้สัมผัส

เพื่อประเมินผลที่คลินิก เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 89 เป็น ร้อยละ 99 แต่อย่างไรก็ตามผลจากการทดลองนี้ ยังพบปัญหาอุปสรรค ได้แก่ การเก็บเสมหะของผู้สัมผัสในครัวเรือนเก็บได้เพียง ร้อยละ 39 เท่านั้น เนื่องจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ได้ถือถ้วยเก็บเสมหะไปเยี่ยมบ้านจึงทำให้ไม่เพียงพอ, เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั่วไปกลัวที่จะติดเชื้อวัณโรคขณะเก็บหรือขนส่งเสมหะ และผู้รับบริการไม่เข้าใจวิธีเก็บเสมหะและกลัวการถูกรังเกียจจากเพื่อนบ้าน และยังพบปัญหาการส่งข้อความอัตโนมัติไปยังผู้ติดต่อในครัวเรือน ร้อยละ 58 เนื่องจาก ข้อผิดพลาดในการเขียนโค้ด และนอกจากนี้ มีเพียง ร้อยละ 19 ของผู้สัมผัสร่วมบ้านเท่านั้นที่ได้รับข้อความ และ เปิดอ่าน เนื่องจากสาเหตุหลายประการ ได้แก่ การใช้โทรศัพท์ร่วมกัน การขาดแคลนไฟฟ้าในการชาร์จโทรศัพท์ เครือข่ายโทรศัพท์มือถือที่ อับสัญญาณในบางชุมชน และการตั้งค่าโซเชียลมีเดียผ่าน SMS

จากการทบทวนผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ทั้งการศึกษาเชิงพรรณนา การศึกษา ปัจจัยที่สัมพันธ์ และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านฯ และรูปแบบ การป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านฯ ทั้งในประเทศ และต่างประเทศ สรุปได้ว่า พฤติกรรมป้องกัน วัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วยโดยไม่ใช้ช้อนกลาง ไม่แยกของใช้ส่วนตัว เช่น เสื้อผ้า ผ้าเช็ดตัว หรือเครื่องใช้ในการรับประทานอาหาร จาน ชาม การ พุดคุยใกล้ชิดกับผู้ป่วย การนอนร่วมห้องกับผู้ป่วย การกำจัดเสมหะผู้ป่วยไม่ถูกต้อง การไม่คัดกรอง วัณโรค และไม่แสวงหาความรู้การป้องกันวัณโรค และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันวัณโรค ของผู้สัมผัสร่วมบ้าน พบว่า ตัวแปรต้นที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ได้แก่ เพศ การสูบบุหรี่ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สถานภาพสมรส จำนวนคนครอบครัว ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่อยู่กับผู้ป่วย โรคประจำตัว การได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรควัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรควัณโรค การรับรู้ผลลัพธ์ของ การป้องกันวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันวัณโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม และสำหรับรูปแบบการป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้าน พบว่า มีหลากหลายกิจกรรม ได้แก่ การให้สุศึกษาและความรู้ การสร้างบุคคลต้นแบบและฝึกปฏิบัติจากบุคคลต้นแบบ การติดตามเยี่ยม บ้านและการส่งต่อ การมีส่วนร่วมของชุมชน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การเสริมสร้างแรงจูงใจ การให้แรงสนับสนุนทางสังคม การค้นหาคัดกรองผู้สัมผัสในครัวเรือนเชิงรุก และการรักษาวัณโรค ระยะแฝง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำตัวแปรปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วม บ้านไปสร้างกรอบแนวคิดการวิจัย ในระยะที่ 1 ส่วนที่ 1 เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกัน วัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน หลังจากนั้นในการวิจัยระยะที่ 2 นำไปพัฒนารูปแบบการสร้างเสริม พฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน และท้ายสุด ในการวิจัยระยะที่ 3 นำไปประเมิน ประสิทธิภาพรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านและการอภิปราย ผลต่อไป

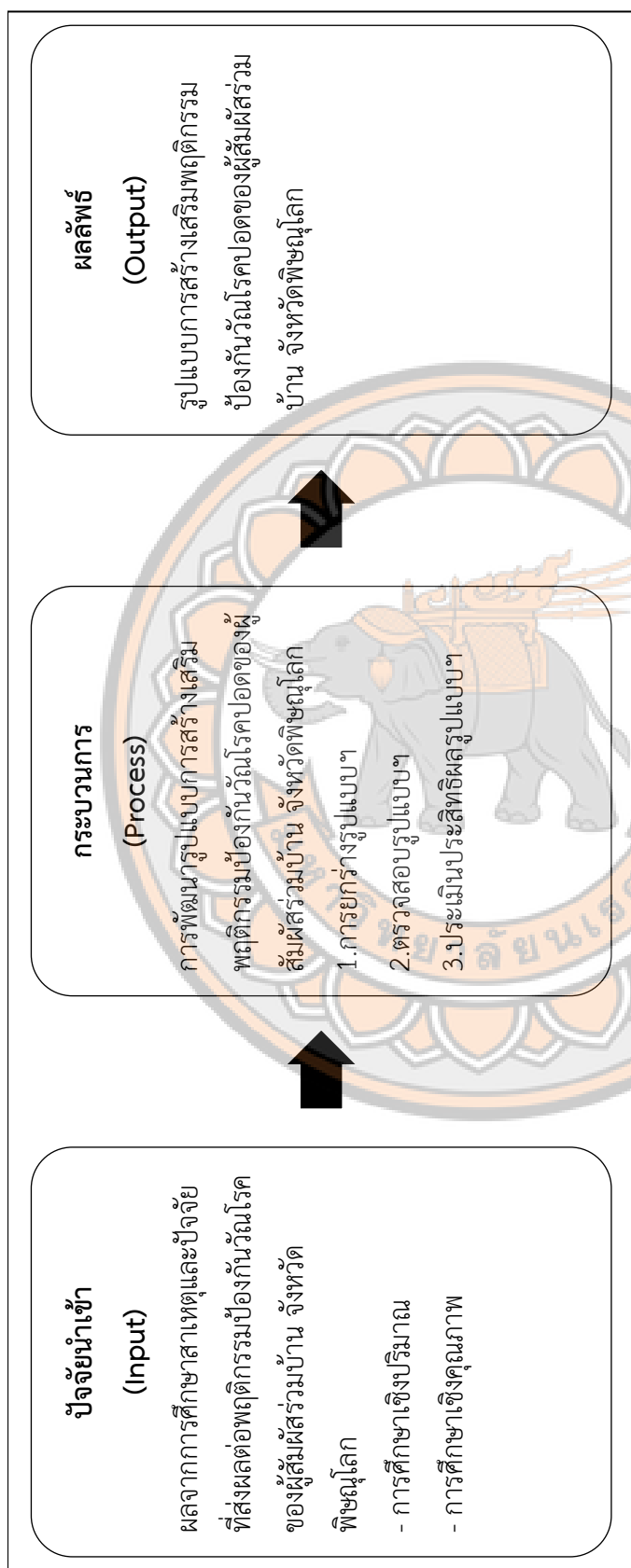
จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับ วัณโรค ปัจจัยด้านการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็น วัณโรค การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว การได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค (บีซีจี) การสูบบุหรี่ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ระยะเวลาที่อยู่กับผู้ป่วยต่อวัน และวิถีเดินทางไป รับการรักษาที่โรงพยาบาล มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ดังนั้น การวิจัยระยะ ที่ 1 ส่วนที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จึงมีกรอบ แนวคิดการวิจัย รายละเอียดดังภาพ 2



ภาพ 2 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 1 ส่วนที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัยภาพรวมของการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ประยุกต์ใช้จากทฤษฎีเชิงระบบ (System theory) ของ Von Bertalanffy (1972) ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และ ผลลัพธ์ (Output) โดย ปัจจัยนำเข้า (Input) คือ ผลจากการศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก ทั้งการศึกษาเชิงปริมาณ และ การศึกษาเชิงคุณภาพ กระบวนการ (Process) คือ การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก ประกอบด้วย การยกร่างรูปแบบฯ หลังจากนั้น นำรูปแบบไปตรวจสอบ และการประเมินประสิทธิผลรูปแบบฯ และผลลัพธ์ (Output) ของการศึกษาคั้งนี้ คือ รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก รายละเอียดดังภาพ 3





ภาพ 3 แสดงกรอบแนวคิดภาพรวมการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้มีส่วนร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก ผลที่ได้เพื่อนำไปพัฒนาแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก และขั้นตอนสุดท้าย เพื่อประเมินประสิทธิผลของแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก โดยนำรูปแบบฯ ไปทดลองใช้ในพื้นที่ตัวอย่าง

รูปแบบการวิจัย

กระบวนทัศน์การวิจัย (Paradigm)

การศึกษานี้มีมุมมอง แนวความคิด และความเชื่อในกระบวนทัศน์แบบปฏิบัตินิยม (Pragmatism) ซึ่งเป็นกระบวนทัศน์ที่ไม่ได้ยึดถือแนวคิด ปรัชญาในการค้นหาความจริงเพียงอย่างเดียว แต่เป็นการผสมผสานวิธีวิจัยในการหาคำตอบจากแนวคิดทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งจะต้องทำการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลมากกว่าหนึ่งวิธีการ เพื่อให้ได้มาซึ่งความจริงบนพื้นฐานของปัญหาการวิจัย (Creswell, 2015)

จากกระบวนทัศน์ข้างต้น ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Methodology Research) เนื่องจากการบูรณาการระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ด้วยการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เสริมต่อกันโดยใช้ผลการวิจัยจากวิธีหนึ่งมาอธิบายขยายผลการวิจัยอีกวิธีหนึ่ง ซึ่งจะช่วยให้การตอบคำถามการวิจัยได้ละเอียดชัดเจนมากกว่าการใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพเพียงรูปแบบเดียว การใช้ผลการวิจัยจากวิธีหนึ่งไปช่วยพัฒนาการวิจัยอีกวิธีหนึ่งหรือการใช้ผลการวิจัยวิธีหนึ่งไปตั้งคำถามการวิจัยอีกวิธีหนึ่ง การวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพต่างก็มีจุดเด่นในตนเองสามารถนำจุดเด่นมาใช้ในการแสวงหาความรู้ความจริงให้ถูกต้องแม่นยำยิ่งขึ้น และการวิจัยเชิงปริมาณกับการวิจัยเชิงคุณภาพต่างก็มีจุดด้อยในตนเอง ผู้วิจัยจึงใช้จุดเด่นของการวิจัยเชิงปริมาณมาแก้ไขจุดด้อยของการวิจัยเชิงคุณภาพ ขณะเดียวกันได้ใช้จุดเด่นของการวิจัยเชิงคุณภาพมาใช้แก้ไขจุดด้อยของการวิจัยเชิงปริมาณ และนำผลผลิตจากการวิจัยเชิงผสมผสานมาสร้างความรู้ความจริงที่สมบูรณ์ สำหรับใช้ในการปรับเปลี่ยนทฤษฎีหรือการ

ปฏิบัติงาน (ภัทรวดี มากมี, 2559) โดยผลจากการวิจัยนำไปพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

ระยะการวิจัย

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ตามกระบวนการวิจัยดังต่อไปนี้

1. การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก เริ่มต้นจากการทบทวนวรรณกรรม และดำเนินการวิจัยโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Methodology Research) แบบการวิจัยแบบพร้อมกัน (Convergent Parallel Design) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นการดำเนินการด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative method) ด้วยการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire)

ส่วนที่ 2 เป็นการดำเนินการด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative method) เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)

การวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพ ดำเนินการไปพร้อมกันและให้ความสำคัญกับการวิจัยทั้งสองประเภทเท่า ๆ กัน ส่วนการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการแยกจากกัน และทำสรุปนำผลการวิจัย ทั้ง 2 ส่วน มาเปรียบเทียบเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างกันของผลการวิจัย ซึ่งจะเป็นการเติมเต็มงานวิจัยให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และนำผลการวิจัยที่ได้จากระยะที่ 1 นี้ ไปใช้เพื่อพัฒนารูปแบบฯ ในการวิจัยระยะที่ 2 ต่อไป

2. การวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ยกร่างรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire)

3. การวิจัยระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก ดำเนินการวิจัยโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดศึกษาสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังทดลอง (Two group, pretest-posttest design) เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกัน

วัดโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ที่ได้จากการวิจัยในระยะที่ 2 โดยเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม (Questionnaire)

จากภาพรวม ขั้นตอนระเบียบวิธีวิจัยของการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรม ป้องกันวัดโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก สามารถสรุปกระบวนการวิจัย วัตถุประสงค์ กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ การวิเคราะห์ข้อมูล และผลที่ได้จากการศึกษา ดังตาราง 3

ตาราง 3 แสดงกระบวนการวิจัย วัตถุประสงค์ กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ การวิเคราะห์ข้อมูล และผลที่ได้จากการศึกษา

กระบวนการวิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูลหลัก	เครื่องมือและ การวิเคราะห์ข้อมูล	ผลที่ได้
ระยะที่ 1 ศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันวัดโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก	ส่วนที่ 1 เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันวัดโรคฯ	ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัดโรคปอดรายใหม่ สัมผัสพบเชื้อวัดโรค จำนวน 193 คน	- แบบสอบถาม - สถิติเชิงพรรณนา - สถิติเชิงอนุมาน (การวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple regression analysis))	ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันวัดโรคฯ
	ส่วนที่ 2 เพื่อศึกษาสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันวัดโรคฯ	ผู้สัมผัสร่วมบ้าน - อสม. - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน กลุ่มละ 10 คน	- แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง - การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) - การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)	ปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันวัดโรค
ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัดโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน	ขั้นตอนที่ 1 เพื่อยกร่างรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัดโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน	- ผู้สัมผัสร่วมบ้าน จำนวน 10 คน - อสม. จำนวน 10 คน - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 10 คน	- การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) - การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)	ร่างรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัดโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

กระบวนการวิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูลหลัก	เครื่องมือและ การวิเคราะห์ข้อมูล	ผลที่ได้
ร่วมบ้าน จ. พิษณุโลก		โดยไม่ซ้ำกับ ระยะที่ 1 ส่วนที่ 2		
	ขั้นตอนที่ 2 เพื่อตรวจสอบรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน	ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยระยะที่ 2 จำนวน 30 คน แบ่งเป็น - ผู้สัมผัสร่วมบ้าน จำนวน 10 คน - อสม. จำนวน 10 คน - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 10 คน	- แบบสอบถาม - สถิติเชิงพรรณนา	รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน
ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จ. พิษณุโลก	เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน	ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เสมหะตรวจพบเชื้อวัณโรค จำนวน 70 คน แบ่งเป็น - กลุ่มทดลอง 35 คน - กลุ่มควบคุม จำนวน 35 คน	- แบบสอบถาม - สถิติเชิงพรรณนา - สถิติเชิงอนุมาน Independent t-test, Paired t-test, Fisher's exact test	ผลของการใช้รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

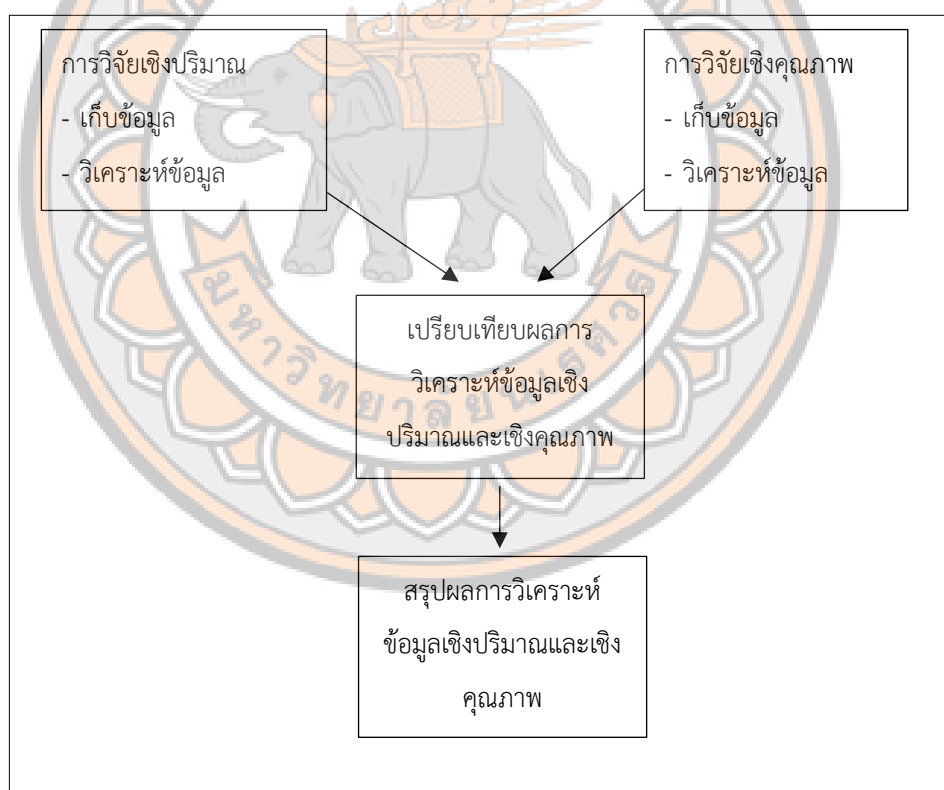
การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก

การศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก ในระยะที่ 1 รูปแบบการวิจัยโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Methodology Research) มีสาระสำคัญของการดำเนินการวิจัย เพื่อศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก โดยสามารถพิจารณาในประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. การศึกษาเอกสาร และการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

2. สํารวจปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สํมผ้สรว่บําน จังหวัตพิษณุโลก
3. พฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สํมผ้สรว่บําน จังหวัตพิษณุโลก เป็นอย่งไร

สํหรับเทคนิควิธีการวิจัยเพื่อศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สํมผ้สรว่บําน จังหวัตพิษณุโลก เป็นรูปแบบการวิจัยแบบพรว่กัน (Convergent Parallel Design) โดยการสํารวจปัจจัยใดที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สํมผ้สรว่บําน จังหวัตพิษณุโลก ซึ่งเป็นการดําเนินการวิจัยด้วยวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative method) โดยพัฒนาแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลการวิจัย และการค้นหาคํตอบของสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สํมผ้สรว่บําน จังหวัตพิษณุโลก เป็นอย่งไร โดยใช้แบบสํภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง สํภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลแยกจากกัน แต่การแปลผลหรือการสรุปผลการวิจัยจะเป็นการรวมผล (Merge) การวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพวิจัยเข้าด้วยกัน สามารถแสดงวิธีการวิจัยระยะที่ 1 ดังภาพ 4



ภาพ 4 แสดงวิธีการวิจัยระยะที่ 1 และการใช้ข้อมูลของการวิจัยแบบผสม (Mixed Methods Research) แบบพรว่กัน (Convergent Parallel Design)

ที่มา: ปรับปรุงจาก Creswell., 2015

ส่วนที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative method) ทำการสำรวจปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก

คำถามของการวิจัย ปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก

พื้นที่การศึกษา จังหวัดพิษณุโลก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ผลการตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค จังหวัดพิษณุโลก โดยใช้ข้อมูลการรายงานผู้ป่วยวัณโรคจากโปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (National Tuberculosis Information Program: NTIP) ของกองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งในปีงบประมาณ 2566 จังหวัดพิษณุโลกมีผู้สัมผัสร่วมบ้าน อายุ 20-59 ของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ผลการตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลรัฐบาล จำนวน 358 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 3 กันยายน 2566; NTIP)

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ผลการตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค จังหวัดพิษณุโลก ดำเนินการสุ่มจากผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ผลการตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลรัฐบาลในจังหวัดพิษณุโลก โดยผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรค 1 ราย (Index case) อาจจะมีผู้สัมผัสร่วมบ้านหลายคน ในกรณีที่ผู้สัมผัสร่วมบ้านมีมากกว่า 1 คน และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้าสู่การวิจัยจะได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัยได้

2.1 เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

2.1.1 เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อวัณโรค อายุ 20 – 59 ปี ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดพิษณุโลก
- 2) เป็นผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนภาษาไทยได้ สื่อสารภาษาไทยได้ดี
- 3) มีสติสัมปชัญญะ สื่อสารรู้เรื่อง ตอบโต้ได้
- 4) อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและได้ลงลายมือชื่อในเอกสารการให้คำยินยอม
- 5) ผู้ป่วยวัณโรคที่อนุญาตให้สอบถามผู้สัมผัสร่วมบ้าน

2.1.2 เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

- 1) ตรวจพบผู้สัมผัสร่วมบ้านเป็นวัณโรคระยะติดต่อ
- 2) ผู้ป่วยวัณโรค (Index case) ปฏิเสธที่จะให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านเข้าเป็น

อาสาสมัคร

3. การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากร ของ Daniel (1995) สำหรับประมาณค่าเฉลี่ยประชากร จากผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคปอดผลการตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค จังหวัดพิษณุโลก สามารถแสดงวิธีการคำนวณขนาดตัวอย่าง ดังนี้

สูตร

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

เมื่อ N = ประชากรที่ศึกษา จำนวน 268 คน

n = ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

Alpha (α) = ค่าความผิดพลาดที่ยอมให้เกิดขึ้นจากการปฏิเสธสมมติฐานที่เป็นจริง กำหนด α ที่ 0.05 ซึ่งมีค่า Z = 1.96

Z = ค่าคะแนนมาตรฐาน

σ = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมป้องกันวัณโรค (นาปีเสาะ มะเส็ง, 2562) เท่ากับ 10.18

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ห่างไปจากค่าที่เกิดขึ้นจริงในประชากรของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันวัณโรค กำหนดที่ ร้อยละ 10 หรือ เท่ากับ 1.018

$$n = \frac{268 \times 10.18^2 \times 1.96^2}{1.018^2 \times (268-1) + 10.18^2 \times 1.96^2}$$

$$n = 160 \text{ คน}$$

จากนั้นผู้วิจัยกำหนดให้ค่าอัตราการสูญเสียเท่ากับ ร้อยละ 20 (R = 20) เพื่อลดปัญหาของการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือน้อยกว่าที่กำหนด หรือมีข้อมูลสูญหาย (Missing data) ดังนี้

$$nr = n/(1-R)$$

เมื่อ nr = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มขึ้น

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

R = อัตราการตอบกลับ (Response rate) เท่ากับ 0.1

$$\text{แทนค่า } nr = 160/(1-0.1)$$

$$= 193 \text{ คน}$$

ดังนั้น ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 193 คน

4. การสุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มจากผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ปอดรายใหม่ผลการตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค จังหวัดพิษณุโลก การสุ่มพื้นที่ในการศึกษา โดยสุ่มอำเภอ 5 อำเภอ จาก 9 อำเภอ ในจังหวัดพิษณุโลก ด้วยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายด้วยการ จับฉลาก 5 อำเภอที่ได้รับการคัดเลือก ได้แก่ อำเภोजันทอง เมือง บางระกำ พรหมพิราม และ วัดโบสถ์ รวมจำนวนประชากรผู้สัมผัสร่วมบ้าน ทั้งหมด 268 คน

หลังจากดำเนินการสุ่มพื้นที่แล้ว ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) ดังนี้

1. สุ่มตัวอย่างจากแต่ละอำเภอ โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากร ดังตาราง 4

ตาราง 4 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณตามสัดส่วนประชากรของแต่ละอำเภอ

ลำดับ	อำเภอ	ประชากร	การคำนวณหาสัดส่วน	จำนวนผู้กลุ่มตัวอย่าง (คน)
		ผู้สัมผัสร่วมบ้าน		
1	วังทอง	31	$(31 \times 193) / 268$	23
2	เมือง	136	$(136 \times 193) / 268$	98
3	บางระกำ	41	$(41 \times 193) / 268$	30
4	พรหมพิราม	30	$(30 \times 193) / 268$	21
5	วัดโบสถ์	30	$(30 \times 193) / 268$	21
	รวม	268		193

2. ทำการสุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ ให้ได้ผู้สัมผัสร่วมบ้านจนครบ

เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

2.1 ศึกษาค้นคว้า ทฤษฎี วรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม

2.2 กำหนดขอบเขตและโครงสร้างเนื้อหาของแบบสอบถามให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการวิจัย

2.3 ดำเนินการสร้างข้อคำถามในแบบสอบถามเพื่อเป็นเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยพิจารณาจากนิยามศัพท์ วัตถุประสงค์ของการวิจัย และนำมากำหนดการให้คะแนนสำหรับคำตอบในแต่ละข้อ

2.4 ทำการปรับปรุงแบบสอบถามหลังจากได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ

2. เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ลักษณะแบบสอบถามเป็นข้อคำถามปลายปิดแบบตรวจสอบรายการ (Check List) เลือกรับ และ ข้อคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความในช่องว่าง โดยข้อคำถามเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว การได้รับวัคซีนป้องกันโรค (ปชิจิ) การสูบบุหรี่ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่อยู่กับผู้ป่วยต่อวัน จำนวนสมาชิกในครัวเรือน และวิธีเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกคำตอบ 2 คำ คือ ใช่ และ ไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกต้อง ได้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิด ได้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน หลังจากนั้นนำคะแนนที่ได้มาจัดระดับความรู้

การวิเคราะห์และการแปลความหมายของระดับคะแนน ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, Hastings, & Madaus, 1971) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ

คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับสูง คะแนนอยู่ระหว่าง 8 - 10 คะแนน

คะแนนระหว่าง ร้อยละ 60.00 - 79.00 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง 6 - 7 คะแนน

คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60.00 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับน้อย คะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 5 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งค่าน้ำหนักออกเป็น 5 ระดับ ตามมาตราส่วนของลิเคิร์ต (Linkert Scale) Likert (1932 as cited in Boone & Boone, 2012) แต่ละระดับมีความหมาย

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

การวิเคราะห์และการแปลความหมายของระดับคะแนน ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้เกณฑ์ของเบส (Best, 1981) เพื่อการวิเคราะห์โดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด และนำมาหารด้วยระดับการวัดที่ต้องการ 3 ระดับ

$$\begin{aligned}\text{ระดับช่วงคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{ต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{5 - 1}{3} \\ &= 1.33\end{aligned}$$

การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวม ใช้เกณฑ์ของเบส (Best, 1981) กำหนดให้ช่วงคะแนนห่าง เท่ากับ 1.33 จึงแปลความหมายได้ดังนี้

- คะแนนระหว่าง 3.68 - 5 หมายถึง ระดับมาก
- คะแนนระหว่าง 2.34 - 3.67 หมายถึง ระดับปานกลาง
- คะแนนระหว่าง 1 - 2.33 หมายถึง ระดับน้อย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคโควิด จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งค่าน้ำหนักออกเป็น 5 ระดับ ตามมาตราส่วนของลิเคิร์ต (Linkert Scale) Likert (1932, as cited in Boone & Boone, 2012) แต่ละระดับมีความหมาย

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

การวิเคราะห์และการแปลความหมายของระดับคะแนน ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้เกณฑ์ของ เบส (Best, 1981) เพื่อการวิเคราะห์โดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด และนำมาหารด้วย ระดับการวัดที่ต้องการ 3 ระดับ

$$\begin{aligned}\text{ระดับช่วงคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{ต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{5 - 1}{3} \\ &= 1.33\end{aligned}$$

การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวม ใช้เกณฑ์ของเบส (Best, 1981) กำหนดให้ช่วง คะแนนห่าง เท่ากับ 1.33 จึงแปลความหมายได้ดังนี้

คะแนนระหว่าง 3.68 - 5	หมายถึง	ระดับมาก
คะแนนระหว่าง 2.34 - 3.67	หมายถึง	ระดับปานกลาง
คะแนนระหว่าง 1 - 2.33	หมายถึง	ระดับน้อย

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรค จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งค่าน้ำหนัก ออกเป็น 5 ระดับ ตามมาตราส่วนของลิเคิร์ท (Linkert Scale) Likert (1932 as cited in Boone & Boone, 2012) แต่ละระดับมีความหมาย

5 หมายถึง	ทำได้แน่นอน
4 หมายถึง	ทำได้
3 หมายถึง	ไม่แน่ใจ
2 หมายถึง	ทำไม่ได้
1 หมายถึง	ทำไม่ได้แน่นอน

การวิเคราะห์และการแปลความหมายของระดับคะแนน ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้เกณฑ์ของ เบส (Best, 1981) เพื่อการวิเคราะห์โดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด และนำมาหารด้วย ระดับการวัดที่ต้องการ 3 ระดับ

$$\begin{aligned}\text{ระดับช่วงคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{ต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{5 - 1}{3} \\ &= 1.33\end{aligned}$$

การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวม ใช้เกณฑ์ของเบส (Best, 1981) กำหนดให้ช่วงคะแนนห่าง เท่ากับ 1.33 จึงแปลความหมายได้ดังนี้

คะแนนระหว่าง 3.68 - 5	หมายถึง	ระดับมาก
คะแนนระหว่าง 2.34 - 3.67	หมายถึง	ระดับปานกลาง
คะแนนระหว่าง 1 - 2.33	หมายถึง	ระดับน้อย

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งค่าน้ำหนักออกเป็น 5 ระดับ ตามมาตราส่วนของลิเคิร์ต (Linkert Scale) Likert (1932 as cited in Boone & Boone, 2012) แต่ละระดับมีความหมาย

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

การวิเคราะห์และการแปลความหมายของระดับคะแนน ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้เกณฑ์ของเบส (Best, 1981) เพื่อการวิเคราะห์โดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด และนำมาหารด้วยระดับการวัดที่ต้องการ 3 ระดับ

$$\begin{aligned}
 \text{ระดับช่วงคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{ต่ำสุด}}{\text{จำนวนขั้น}} \\
 &= \frac{5 - 1}{3} \\
 &= 1.33
 \end{aligned}$$

การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวม ใช้เกณฑ์ของเบส (Best, 1981) กำหนดให้ช่วงคะแนนห่าง เท่ากับ 1.33 จึงแปลความหมายได้ดังนี้

คะแนนระหว่าง 3.68 - 5	หมายถึง	ระดับมาก
คะแนนระหว่าง 2.34 - 3.67	หมายถึง	ระดับปานกลาง
คะแนนระหว่าง 1 - 2.33	หมายถึง	ระดับน้อย

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการได้รับสนับสนุนด้านอารมณ์/ความรู้สึก ด้านการประเมิน ด้านทรัพยากร และด้านข้อมูลข่าวสาร ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งค่าน้ำหนัก

ออกเป็น 5 ระดับ ตามมาตราส่วนของลิเคิร์ท (Linkert Scale) Likert (1932, as cited in Boone & Boone, 2012) แต่ละระดับมีความหมาย คือ

- 5 หมายถึง ได้รับเป็นประจำ
- 4 หมายถึง ได้รับบ่อยครั้ง
- 3 หมายถึง ได้รับบางครั้ง
- 2 หมายถึง ได้รับนานๆครั้ง
- 1 หมายถึง ไม่เคยได้รับ

การวิเคราะห์และการแปลความหมายของระดับคะแนน ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้เกณฑ์ของเบส (Best, 1981) เพื่อการวิเคราะห์โดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด และนำมาหารด้วยระดับการวัดที่ต้องการ 3 ระดับ

$$\begin{aligned}\text{ระดับช่วงคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{ต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{5 - 1}{3} \\ &= 1.33\end{aligned}$$

การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวม ใช้เกณฑ์ของเบส (Best, 1981) กำหนดให้ช่วงคะแนนห่าง เท่ากับ 1.33 จึงแปลความหมายได้ดังนี้

- คะแนนระหว่าง 3.68 - 5 หมายถึง ระดับมาก
- คะแนนระหว่าง 2.34 - 3.67 หมายถึง ระดับปานกลาง
- คะแนนระหว่าง 1 - 2.33 หมายถึง ระดับน้อย

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันวัณโรค ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติของผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมอพบเชื้อวัณโรคเพื่อป้องกันการ ติดเชื้อวัณโรค แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ พฤติกรรมป้องกันการสัมผัสโดยตรง จำนวน 10 ข้อ และ พฤติกรรมป้องกันการสัมผัสโดยอ้อม จำนวน 10 ข้อ รวมเป็นจำนวน 30 ข้อ การลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งค่านำหนักออกเป็น 5 ระดับ แต่ละระดับมีความหมาย คือ

- 5 หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้ง
- 4 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง
- 3 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง
- 2 หมายถึง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง
- 1 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ

การวิเคราะห์และการแปลความหมายของระดับคะแนน ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้เกณฑ์ของเบส (Best, 1981) เพื่อการวิเคราะห์โดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด และนำมาหารด้วยระดับการวัดที่ต้องการ 3 ระดับ

$$\begin{aligned}\text{ระดับช่วงคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{ต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{5 - 1}{3} \\ &= 1.33\end{aligned}$$

การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวม ใช้เกณฑ์ของเบส (Best, 1981) กำหนดให้ช่วงคะแนนห่าง เท่ากับ 1.33 จึงแปลความหมายได้ดังนี้

คะแนนระหว่าง 3.68 - 5	หมายถึง	ระดับมาก
คะแนนระหว่าง 2.34 - 3.67	หมายถึง	ระดับปานกลาง
คะแนนระหว่าง 1 - 2.33	หมายถึง	ระดับน้อย

3. การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเสนอแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วเสนอต่อที่ปรึกษา และผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านวินโรค จำนวน 2 คน และ ด้านการป้องกันและควบคุมโรค จำนวน 3 คน

ผู้วิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาว่าแบบสอบถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยหาค่า IOC (IOC: Index of Item Objective Congruence) แบบสอบถาม ส่วนที่ 2 - 8 ที่ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับวินโรค การรับรู้ความรุนแรงของวินโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวินโรค การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวินโรค และการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันวินโรค การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และ พฤติกรรมป้องกันวินโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน โดยแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน โดยค่า IOC ที่ได้ อยู่ระหว่าง 0.66 - 1.00 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์การพิจารณาความเที่ยงตรงที่ใช้ได้ควร ตั้งแต่ 0.50 - 1.00 (Rovinelli & Hambleton, 1977) โดยการตรวจสอบผู้วิจัยให้เกณฑ์ในการตรวจพิจารณาข้อคำถาม ดังนี้

ให้คะแนน +1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนน 0 ถ้าไม่แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนน -1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำคะแนนของผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่า IOC ตามเกณฑ์ ดังนี้

ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 – 1.00 มีค่าความเที่ยงตรง ใช้ได้ (Rovinelli & Hambleton, 1977)

ข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 ต้องปรับปรุง ยังใช้ไม่ได้

หลังจากได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบสอบถามตามที่คุณผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ และได้ นำแบบสอบถามที่มีความตรงและสมบูรณ์ไปทดลองให้กับกลุ่มตัวอย่างผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อวัณโรค อำเภอ บางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามใน ส่วนที่ 2 โดยใช้สูตร KR-21 ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder – Richardson) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับวัณโรค เท่ากับ 0.958 และแบบสอบถามส่วนที่ 3 – 8 โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-coefficient) ของครอนบาค (Cronbach, 1970) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และ พฤติกรรมป้องกันวัณโรค เท่ากับ 0.789, 0.880, 0.795, 0.900, 0.899 และ 0.951 ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์การพิจารณาความเชื่อถือได้ ควรจะมากกว่า 0.70 (กัลยา วานิชย์บัญชา และจิตา วานิชย์บัญชา, 2558) สุดท้าย เมื่อแบบสอบถามมีความสมบูรณ์ทั้งความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ตามเกณฑ์ จึงได้นำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ไปใช้เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยต่อไป

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 ทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก เพื่อขออนุญาตจากหน่วยงานต้นสังกัด ก่อนเริ่มงานวิจัย

4.2 ขออนุญาตจากหน่วยงานเพื่อขอข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคพบเชื้อ

4.3 ระบุให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องติดต่อกับผู้ป่วยดังกล่าว เพื่อขออนุญาตให้ผู้วิจัยติดต่อเพื่ออธิบายโครงการกับผู้ป่วยวัณโรค โดยเน้นเฉพาะการขออนุญาตให้ผู้วิจัยสามารถติดต่อกับผู้ป่วย

4.4 ผู้วิจัยติดต่อกับผู้ป่วยวัณโรค เพื่อให้ข้อมูลโครงการวิจัย และขออนุญาตให้ “อาสาสมัครร่วมบ้าน” เข้าร่วมงานวิจัย (เป็น Verbal Consent และจัดทำ consent log โดยให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ลงนามเป็นพยานว่าการขอความยินยอมจริง) โดยมีมาตรการ การป้องกันตัวเองในการเข้าไปเก็บข้อมูล ได้แก่ การใส่เครื่องป้องกันการติดเชื้อโรคทางเดินหายใจ

4.5 เมื่อผู้ป่วยวัณโรคอนุญาต ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการติดต่อกับ “ผู้สัมผัสร่วมบ้าน” ซึ่งทีมผู้วิจัยจะให้ข้อมูลงานวิจัย ระบุสถานที่ที่จะพบกับผู้วิจัย และการลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม

4.6 หลังจากลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม จึงเข้าสู่กระบวนการคัดกรองได้

4.7 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ของกลุ่มตัวอย่างนัดหมายวันเวลา และสถานที่ ในการชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของการวิจัย เพื่อสร้างความเข้าใจในการใช้แบบสอบถาม

4.8 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยแจกแบบสอบถามและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที

4.9 หลังจากได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความถูกต้อง และสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

กระบวนการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย โดยผู้วิจัยขออนุญาตหน่วยงานเพื่อขอข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ และประสานเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องติดต่อกับผู้ป่วยดังกล่าวในการขออนุญาตก่อนที่จะมีกระบวนการ recruitment อาสาสมัครร่วมบ้านกับผู้ป่วย และเนื่องจากงานวิจัยนี้เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคดังกล่าวไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย แต่การวิจัยนี้จะเป็นการเปิดเผยความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ซึ่งบางรายอาจต้องการจะปกปิดการเจ็บป่วยของตัวเอง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องประสานเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องติดต่อกับผู้ป่วยดังกล่าว เพื่อขออนุญาตให้ผู้วิจัยติดต่อผู้ป่วยเพื่ออธิบายโครงการวิจัย และขอความยินยอมจากผู้ป่วยดังกล่าวในการอนุญาตให้บุคคลร่วมบ้านเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในงานวิจัยนี้ และมีกระบวนการปกป้องข้อมูลของผู้ป่วยวัณโรคที่เป็น Index case โดย การให้รหัสผู้ป่วย และจะไม่ระบุ ชื่อ-สกุล ของผู้ป่วย และจะรักษาความลับของข้อมูลที่ได้ โดยหลังจากที่ผู้ป่วยยินยอมให้บุคคลร่วมบ้านเข้าร่วมโครงการแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ป่วยวัณโรค โดยวิธีการ Verbal Consent และจัดทำ consent log โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต หรือพยาบาลประจำในคลินิกวัณโรคที่เกี่ยวข้องลงนามเป็นพยานว่ามีการขอความยินยอมจริง สำหรับการชดเชยค่าเดินทางและเสียเวลาแก่อาสาสมัครใน ระยะที่ 1 ขั้นตอนที่ 1 จำนวน 1 ครั้ง ครั้งละ 100 บาท รวมเป็นเงิน 100 บาท

กระบวนการคัดกรองอาสาสมัครจะจัดทำภายหลังจากที่อาสาสมัครได้ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม โดยผู้วิจัยจัดทำแบบคัดกรองอาสาสมัครที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการฯ โดยระบุในแบบคัดกรองว่าผ่านเกณฑ์หรือไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ และในแบบคัดกรองจะมีเกณฑ์การได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยวัณโรค และสุดท้ายมีข้อสรุปว่าสามารถเข้าร่วมงานวิจัยหรือไม่ พร้อมลงนามผู้คัดกรองและวันที่ทำการคัดกรอง

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้งหมดที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล มาทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูล จากนั้นให้ค่าคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด จำแนกตามประเภทข้อมูล ก่อนนำมาทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปให้สถิติวิเคราะห์ข้อมูล และอธิบายผลการวิจัย ดังนี้

5.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ปัจจัยด้านการรับรู้ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมป้องกันวัณโรค ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

5.2 สถิติวิเคราะห์ เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้าน ตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Stepwise multiple regression analysis)

ส่วนที่ 2 เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก

คำถามการวิจัย ปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่ออธิบายปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อค้นหาข้อมูลสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก

พื้นที่การศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดพื้นที่การศึกษาพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ในจังหวัดพิษณุโลก

ประชากรและผู้ให้ข้อมูล

1. ประชากร คือ ผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ผลการตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค ในจังหวัดพิษณุโลก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/อำเภอ/โรงพยาบาล)

2. ผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนของข้อมูลและสัมภาษณ์ จำนวนกลุ่มละ 10 คน โดยผู้ให้ข้อมูลหลัก 3 กลุ่ม ดังนี้

2.1 ผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ผลการตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค

2.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/อำเภอ/โรงพยาบาล)

3. เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) และ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

แบ่งตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

3.1 ผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ผลการตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ผลการตรวจเสมหะพบเชื้อ อายุ 20 – 59 ปี ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดพิษณุโลก

2. เป็นผู้อ่านออกเขียนภาษาไทยได้ สื่อสารภาษาไทยได้ดี

3. มีสติสัมปชัญญะ สื่อสารรู้เรื่อง ได้ตอบได้

4. อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและได้ลงลายมือชื่อในเอกสารการให้คำยินยอม

5. ผู้ป่วยวัณโรคที่อนุญาตให้สอบถามผู้สัมผัสร่วมบ้าน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ตรวจพบผู้สัมผัสร่วมบ้านเป็นวัณโรคระยะติดต่อ

2. ผู้ป่วยที่เป็นวัณโรค (Index case) ปฏิเสธที่จะให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านเป็นอาสาสมัคร

3.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้อ่านออกเขียนภาษาไทยได้ สื่อสารภาษาไทยได้ดี

2. มีสติสัมปชัญญะ สื่อสารรู้เรื่อง ได้ตอบได้

3. รับผิดชอบงานวัณโรคในพื้นที่วิจัย มีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

4. อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและได้ลงลายมือชื่อในเอกสารการให้คำยินยอม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. เป็นผู้ที่ขอถอนตัวจากโครงการวิจัย
2. ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย
- 3.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/อำเภอ/โรงพยาบาล)

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้รับผิดชอบงานวัณโรคในพื้นที่วิจัย มีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป
2. อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและได้ลงลายมือชื่อใน

เอกสารการให้คำยินยอม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. เป็นผู้ที่ขอถอนตัวจากโครงการวิจัย
2. ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบเครื่องมือ

1. ผู้วิจัย เตรียมความพร้อมและเพิ่มประสบการณ์การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการศึกษาวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพจากการทบทวนวรรณกรรม ทั้งเอกสารวิชาการ คู่มือและหนังสือระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ
2. แนวทางการสัมภาษณ์ จากการทบทวนวรรณกรรม ในการศึกษารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก โดยมีแนวทางการสัมภาษณ์ในประเด็นต่อไปนี้

- 2.1 ความรู้สึกต่อโรควัณโรคเป็นอย่างไร
- 2.2 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในครอบครัวเป็นอย่างไร
- 2.3 มีปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อการป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้าน
- 2.4 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันวัณโรคเป็นอย่างไร
- 2.5 ปัญหาอุปสรรคในการป้องกันวัณโรค

3. การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการสร้างแนวคำถามด้วยตนเอง โดยมีแนวทางการสัมภาษณ์ (Interview guide) ซึ่งศึกษาจากแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในประเด็นพฤติกรรมป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้าน เพื่อกำหนดกรอบแนวคิด กำหนดขอบข่ายของเนื้อหาให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน กำหนดประเด็นเนื้อหาและตัวบ่งชี้ที่ต้องการทราบ เขียนข้อคำถามและแบบสัมภาษณ์ โดยร่างข้อคำถามและแบบสัมภาษณ์ แต่ละข้อตามประเด็นและตัวบ่งชี้ที่กำหนด เรียงข้อคำถามและแบบสัมภาษณ์ จัดรูปแบบ นำข้อคำถามและแบบสัมภาษณ์แต่ละข้อมาจัดเรียงรวมกันเป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ พร้อมทั้งมีการชี้แจง

การตอบไว้อย่างครบถ้วน นำแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ เพื่อปรับปรุงแก้ไข หลังจากนั้นปรับปรุงเครื่องมือตามที่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้ให้ข้อเสนอแนะ นำเครื่องมือที่ได้ปรับปรุงและผ่านความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เสนอผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิธีโรค จำนวน 2 คน และ ด้านการป้องกันควบคุมโรค จำนวน 3 คน หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะไว้มาปรับปรุงแก้ไข โดยพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จากนั้นนำไปทดลอง (Try out) กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน ในอำเภอนีนะมะปราง เพื่อให้ได้เครื่องมือที่มีคุณภาพและเชื่อถือครอบคลุม ชัดเจน มีความเข้าใจ และประเมินปฏิกิริยาที่ผู้ให้ข้อมูลมีต่อประเด็นคำถาม หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์ เพื่อปรับแนวคำถามให้มีความสมบูรณ์ และพัฒนาทักษะการสัมภาษณ์ที่เหมาะสมให้กับผู้วิจัยก่อนจะนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง ดังรายละเอียดดังนี้

3.1 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)

การสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือหนึ่งของการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกคนต่อคน (one-on-one interview) ประเด็นการสัมภาษณ์เป็นแบบกึ่งโครงสร้าง (semi structured interview) และประเด็นสัมภาษณ์ได้พัฒนามาจากคำถามการวิจัย (ประเด็น มหารัตนสกุล, 2561) ซึ่งการสัมภาษณ์ดำเนินการโดยผู้วิจัยเอง

4. การเก็บรวบรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูลวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพในขั้นตอนนี้มีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลดังต่อไปนี้

4.1 ขอนหนังสือเชิญจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก เพื่อส่งให้ผู้ให้ข้อมูลหลักในการร่วมสัมภาษณ์

4.2 ประสานงานเพื่อนัดหมายผู้ให้ข้อมูลหลักเกี่ยวกับ วัน เวลา และสถานที่ที่จะทำการสัมภาษณ์ พร้อมทั้งแนบประเด็นในการสัมภาษณ์ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้ทำความเข้าใจกับประเด็นในการสัมภาษณ์ ก่อนทำการสัมภาษณ์

การเข้าถึงประชากรกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้วิจัยขออนุญาตหน่วยงานเพื่อขอข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคพบเชื้อ และประสานเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องติดต่อกับผู้ป่วยดังกล่าวในการขออนุญาตก่อนที่จะมีกระบวนการ recruitment อาสาสมัครร่วมบ้านกับผู้ป่วย และเนื่องจากงานวิจัยนี้เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคดังกล่าวไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย แต่การวิจัยนี้จะเป็นการเปิดเผยความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ซึ่งบางรายอาจต้องการจะปกปิดการเจ็บป่วยของตัวเอง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องประสานเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องติดต่อกับผู้ป่วยดังกล่าว เพื่อขออนุญาตให้ผู้วิจัยติดต่อผู้ป่วยเพื่ออธิบายโครงการวิจัย และขอความยินยอมจากผู้ป่วยดังกล่าวในการอนุญาตให้บุคคลร่วมบ้าน เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในงานวิจัยนี้ และมีกระบวนการปกป้องข้อมูลของผู้ป่วย

วัณโรคที่เป็น Index case โดยการให้รหัสผู้ป่วย และจะไม่ระบุ ชื่อ-สกุล ของผู้ป่วย และจะรักษาความลับของข้อมูลที่ได้ หลังจากที่ผู้ป่วยยินยอมให้บุคคลร่วมบ้านเข้าร่วมโครงการแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ป่วยวัณโรค โดยวิธีการ Verbal Consent และจัดทำ consent log โดยเจ้าหน้าที่รพ.สต หรือพยาบาลประจำในคลินิกวัณโรคที่เกี่ยวข้องลงนามเป็นพยานว่ามีการขอความยินยอมจริง สำหรับการชดเชยค่าเดินทางและเสียเวลาแก่อาสาสมัครใน ระยะที่ 1 ขั้นตอนที่ 2 จำนวน 1 ครั้ง ครั้งละ 100 บาท รวมเป็นเงิน 100 บาท

กระบวนการคัดกรองอาสาสมัครจะจัดทำหลังจากที่อาสาสมัครได้ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม โดยเฉพาะกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้วิจัยจัดทำแบบคัดกรองอาสาสมัครที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการฯ โดยระบุในแบบคัดกรองว่าผ่านเกณฑ์หรือไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ และในแบบคัดกรองจะมีเกณฑ์การได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยวัณโรค และมีข้อสรุปว่าสามารถเข้าร่วมงานวิจัยหรือไม่ พร้อมลงนามผู้คัดกรองและวันที่ทำการคัดกรอง

5. การเก็บข้อมูลภาคสนาม

การเข้าถึงสนามวิจัย (Field) เริ่มต้นตั้งแต่ทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก และบุคคลที่เกี่ยวข้อง โดยดำเนินการทั้งแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อขออนุญาตเข้าศึกษาพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน และขอให้ผู้ประสานงานในพื้นที่เป็นผู้นำผู้วิจัยเข้าแนะนำตัว อธิบายที่มา ความสำคัญ วัตถุประสงค์ และประโยชน์ของการวิจัยกับผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย ความไว้วางใจ และการยอมรับ โดยผู้ให้ข้อมูลสามารถเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยได้

6. การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล

หลังจากที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยต้องทำการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นการตรวจสอบข้อมูล (Data Triangulation) ที่ค้นพบใน 3 มิติ ได้แก่ 1) การตรวจสอบด้านเวลา 2) การตรวจสอบด้านสถานที่ 3) การตรวจสอบด้านบุคคล

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยในขั้นตอนนี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยข้อมูลการลงศึกษาภาคสนามและดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) มีกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล (สุทธิ ชัตติยะ และวิไลลักษณ์ สุวจิตตานนท์, 2553) ดังนี้

การวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 1 การตีความข้อมูล (interpretation) โดยการหาความหมายจากข้อมูลดิบที่มาจากคำพูดหรือถ้อยคำบรรยายออกมาในรูปของเอกสาร

การวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 2 การเปรียบเทียบข้อมูล (constant comparison) โดยการนำข้อมูลดิบมาเปรียบเทียบความเหมือนและความต่างเพื่อให้ได้ข้อสรุปเชิงลึก

การวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 3 การสังเคราะห์ข้อมูล (data synthesis) เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุด เป็นการอธิบายความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของพฤติกรรม

การวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 4 การสร้างข้อสรุป (conclusion) เป็นการสกัด กลั่นกรอง ตกผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพให้เหลือแต่เนื้อหาสาระที่สำคัญที่สุด

การวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก

การวิจัยในระยะที่ 2 นี้ เป็นการยกร่างและตรวจสอบรูปแบบพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ซึ่งนำผลจากการวิจัยในระยะที่ 1 มาใช้ใน ขั้นตอนที่ 1 คือ การยกร่างรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน (การวิจัยเชิงคุณภาพ) โดยการจัดการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ 1) ผู้สัมผัสร่วมบ้าน จำนวน 10 คน 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 คน และ 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 10 คน แล้วนำผลการวิจัยไปใช้ใน ขั้นตอนที่ 2 คือ การตรวจสอบรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน (การวิจัยเชิงปริมาณ) โดยใช้แบบสอบถามตรวจสอบร่างรูปแบบในด้านความเป็นประโยชน์ (Utility) ความเป็นไปได้ (Feasibility) ความเหมาะสม (Propriety) และความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy) เพื่อยืนยันรูปแบบ ซึ่งจะนำผลจากการวิจัยระยะที่ 2 ไปใช้ในการวิจัยระยะที่ 3 ต่อไป ซึ่งในการวิจัยระยะที่ 2 ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การยกร่างรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก

1. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

1.1 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในการสนทนากลุ่ม แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม จำนวน กลุ่มละ 10 คน โดยแบ่งผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเอกพันธ์ (Homogeneous Group) ดังนี้

1.1.1 ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ผลการตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค

1.1.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.1.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/อำเภอ/โรงพยาบาล)

1.2 การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักใช้วิธีคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบการกำหนดคุณลักษณะ (Criteria sampling) เลือกโดยกำหนดคุณสมบัติแล้วเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะตรงตามเกณฑ์คุณสมบัติมาให้ข้อมูล

1.3 เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) และ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) แบ่งตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

1.3.1 ผู้สัมผัสผัสนโรคร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ผลการตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้สัมผัสผัสนโรคร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ผลการตรวจเสมหะพบเชื้อ อายุ 20 – 59 ปี ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดพิษณุโลก
2. เป็นผู้ที่สามารถออกเขียนภาษาไทยได้ สื่อสารภาษาไทยได้ดี
3. มีสติสัมปชัญญะ สื่อสารรู้เรื่อง โต้ตอบได้
4. อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและได้ลงลายมือชื่อในเอกสารการให้คำยินยอม
5. ผู้ป่วยวัณโรคที่อนุญาตให้สอบถามผู้สัมผัสผัสนโรคร่วมบ้าน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ตรวจพบผู้สัมผัสผัสนโรคร่วมบ้านเป็นวัณโรคระยะติดต่อกัน
2. ผู้ป่วยที่เป็นวัณโรค (Index case) ปฏิเสธที่จะให้ผู้สัมผัสผัสนโรคร่วมเป็นอาสาสมัคร

1.3.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. รับผิดชอบงานวัณโรคและอยู่ในพื้นที่วิจัย มีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่สามารถออกเขียนภาษาไทยได้ สื่อสารภาษาไทยได้ดี
3. มีสติสัมปชัญญะ สื่อสารรู้เรื่อง โต้ตอบได้
4. อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและได้ลงลายมือชื่อในเอกสารการให้คำยินยอม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. เป็นผู้ที่ยกถอนตัวจากโครงการวิจัย
2. ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย

1.3.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/อำเภอ/โรงพยาบาล)

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้รับผิดชอบงานวัณโรคในพื้นที่วิจัย มีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป
2. อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและได้ลงลายมือชื่อในเอกสารการให้คำยินยอม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. เป็นผู้ที่ยกถอนตัวจากโครงการวิจัย
 2. ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 2.1 แนวทางการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยใช้จุดประเด็นคำถามการสนทนา ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด และในขณะดำเนินการสนทนาอาจมีประเด็นใหม่ๆ เกิดขึ้นในวงสนทนา ผู้วิจัยจะปรับแนวทางการสนทนา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและชัดเจนที่สุด
 - 2.2 ผู้วิจัย (Researcher) เป็นเครื่องมือในการศึกษา ดังนั้น จึงต้องเตรียมความพร้อมทั้งด้านองค์ความรู้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อสามารถดำเนินการศึกษาวิจัยได้อย่างมีคุณภาพและน่าเชื่อถือ
 - 2.3 เครื่องบันทึกเสียง
 - 2.4 สมุดจดบันทึก (Filed note)
3. การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- หลังจากสร้างแนวทางการสนทนากลุ่มแล้วทำการตรวจสอบคุณภาพแนวทางการสนทนากลุ่ม โดยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์โดยผู้เชี่ยวชาญ มีขั้นตอนต่อไปนี้
- 3.1 ร่างแนวทางในการสนทนากลุ่ม หลังจากนั้นนำไปปรึกษาประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้ข้อเสนอแนะและปรับปรุง
 - 3.2 นำแนวทางสนทนากลุ่ม ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญด้านวัณโรค จำนวน 2 คน และด้านการป้องกันควบคุมโรค จำนวน 3 คน เพื่อขอข้อชี้แนะและปรับปรุงให้สมบูรณ์
 - 3.3 นำแนวทางการสนทนากลุ่ม ที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงจากผู้เชี่ยวชาญนำไปปรึกษาประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
 - 3.4 ทำการทดสอบแนวทางการสนทนากลุ่ม โดยการทดลองสนทนากลุ่มในพื้นที่ที่อำเภอชาติตระการ นครไทย และเนินมะปราง โดยพิจารณาความเป็นไปได้ของข้อมูล ความเข้าใจ

เนื้อหา ความยากง่ายของข้อคำถาม และปฏิริยาสะท้อนกลับของผู้เข้าร่วมสนทนา และระยะเวลา การสนทนา กำหนดไม่เกิน 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง

3.5 นำแนวทางสนทนากลุ่มที่นำไปทดสอบมาปรับปรุงและเสนอประธานที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ เพื่อขอคำแนะนำและเห็นชอบก่อนนำเครื่องมือไปใช้จริง

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 ขั้นเตรียมการ

4.1.1 ศึกษาสภาพปัญหาพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จากเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.1.2 สร้างและตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามร่างรูปแบบการสร้างเสริม พฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

4.1.3 ยกร่างรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัส ร่วมบ้าน ด้วยผลการวิจัยจากระยะที่ 1

4.1.4 ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพิษณุโลก เพื่อขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1.5 ขอความอนุเคราะห์จากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพิษณุโลก ส่งหนังสือ ถึงผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล และประสานงานนัดหมายล่วงหน้าตามวันเวลา และสถานที่ที่จะทำการศึกษา

4.1.6 จัดทำแนวทางการสนทนากลุ่ม เป็นคำถามที่ผู้วิจัยใช้จุดประเด็นการสนทนา เป็นคำถามปลายเปิดที่แสดงความคิดเห็นต่อการปฏิบัติตัวของผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคปอด รายใหม่ผลการตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค

4.1.7 การเตรียมตัวและอุปกรณ์ นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเตรียมตัวโดยการ ทำความเข้าใจประเด็นที่ต้องการศึกษาให้ชัดเจน ศึกษาข้อมูลของผู้ร่วมสนทนากลุ่ม และเตรียม อุปกรณ์ เช่น สมุด ปากกา

4.1.8 เตรียมสถานที่ ซึ่งเป็นสถานที่ที่สะดวกสบายไม่พลุกพล่าน สามารถควบคุม เสียงจากภายนอกและผู้ไม่เกี่ยวข้องได้ การจัดกลุ่มการสนทนาเป็นวงกลมเพื่อให้ผู้ดำเนินการสามารถ สบตาในระหว่างดำเนินการสนทนาได้

โดยการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลหลัก กลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้วิจัยขออนุญาตหน่วยงานเพื่อ ขอข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ และประสานเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องติดต่อกับผู้ป่วยดังกล่าวในการ ขออนุญาตก่อนที่จะมีกระบวนการ recruitment อาสาสมัครร่วมบ้านกับผู้ป่วย และเนื่องจาก งานวิจัยนี้เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคดังกล่าวไม่ได้เป็นส่วนหนึ่ง ของงานวิจัย แต่การวิจัยนี้จะเป็นการเปิดเผยความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ซึ่งบางรายอาจต้องการจะ

ปกปิดการเจ็บป่วยของตัวเอง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องประสานเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องติดต่อกับผู้ป่วยดังกล่าว เพื่อขออนุญาตให้ผู้วิจัยติดต่อผู้ป่วยเพื่ออธิบายโครงการวิจัย และขอความยินยอมจากผู้ป่วยดังกล่าวในการอนุญาตให้บุคคลร่วมบ้าน เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในงานวิจัยนี้ และมีกระบวนการปกป้องข้อมูลของผู้ป่วยวัณโรคที่เป็น Index case โดย การให้รหัสผู้ป่วย และจะไม่ระบุ ชื่อ-สกุลของผู้ป่วย และจะรักษาความลับของข้อมูลที่ได้ หลังจากที่ผู้ป่วยยินยอมให้บุคคลร่วมบ้านเข้าร่วมโครงการแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ป่วยวัณโรค โดยวิธีการ Verbal Consent และจัดทำ consent log โดยเจ้าหน้าที่รพ.สต หรือพยาบาลประจำในคลินิกวัณโรคที่เกี่ยวข้องลงนามเป็นพยานว่ามีการขอความยินยอมจริง สำหรับการชดเชยค่าเดินทางและเสียเวลาแก่อาสาสมัครใน ระยะที่ 2 ขั้นตอนที่ 1 จำนวน 1 ครั้ง ครั้งละ 100 บาท รวมเป็นเงิน 100 บาท

กระบวนการคัดกรองอาสาสมัครจะจัดทำหลังจากที่อาสาสมัครได้ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม โดยเฉพาะกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้วิจัยจัดทำแบบคัดกรองอาสาสมัครที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการฯ โดยระบุในแบบคัดกรองว่าผ่านเกณฑ์หรือไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ และในแบบคัดกรองจะมีเกณฑ์การได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยวัณโรค และสุดท้ายมีข้อสรุปว่าสามารถเข้าร่วมงานวิจัยหรือไม่ พร้อมลงนามผู้คัดกรองและวันที่ทำการคัดกรอง

4.2 ขั้นตอนการสนทนากลุ่ม

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนา และผู้ช่วยนักวิจัยทำหน้าที่อำนวยความสะดวกในการสนทนากลุ่ม เมื่อผู้ร่วมสนทนากลุ่มมาพบกัน เริ่มต้นด้วยการทำความรู้จักกัน เพื่อให้เกิดความผ่อนคลายและรู้สึกคุ้นเคยกัน จากนั้นผู้วิจัยเริ่มดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยดำเนินการสนทนากลุ่ม จำนวนกลุ่มละ 10 คน แบ่งผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเอกพันธ์ (Homogeneous Group) ดังนี้ 1) กลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/อำเภอ/โรงพยาบาล) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนา และกล่าวขอบคุณที่มาร่วมสนทนา ขอให้ทุกคนพูดได้โดยไม่กังวลเรื่องถูกผิด การสนทนากลุ่มจะไม่ระบุ ชื่อ-สกุล ของผู้ป่วย และจะรักษาความลับของข้อมูลที่ได้ และขออนุญาตให้ผู้ช่วยนักวิจัยบันทึกเทปการสนทนาหลังจากนั้นผู้วิจัยจุดประเด็นการสนทนาตามแนวทางการสนทนากลุ่ม ผู้ดำเนินการจับประเด็นต่างๆ ที่ปรากฏแล้วพยายามให้ผู้ร่วมสนทนาได้แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในทุกประเด็นให้มากที่สุด ซึ่งการสนทนากลุ่มใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง

หลังจากที่ดำเนินการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักเอกพันธ์ (Homogeneous Group) จำนวน 3 กลุ่ม ผู้วิจัยได้ดำเนินการสนทนากลุ่มแบบแบบวิวิธพันธ์ (Heterogeneous Group) ทั้ง 3 กลุ่ม เพื่อดำเนินการสรุปร่างรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

4.3 ขั้นสรุปหลังการสนทนา

ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเรียบเรียงเนื้อหา พร้อมทั้งจัดบันทึกลงสมุดจดบันทึก (Filed note) ตลอดจนการสนทนากลุ่ม เพื่อนำไปสู่ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการสนทนากลุ่มด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการร่างรูปแบบฯ ปรับปรุงรูปแบบตามคำแนะนำ และสรุปร่างรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรม ป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

6. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

6.1 การศึกษาครั้งนี้ การใช้การสนทนากลุ่ม เป็นวิธีการวิจัยที่เหมาะสม สามารถสกัดข้อมูล ปัญหาอุปสรรค จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักได้อย่างละเอียด และเกิดประเด็นที่หลากหลาย ผู้ให้ข้อมูลหลักสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม และระหว่างดำเนินการจะพยายามกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลหลักแสดงความคิดเห็นอย่างเท่าเทียมกัน

6.2 การสร้างความคุ้นเคย (Rapport) กับบริบทของพื้นที่ก่อนเริ่มเก็บข้อมูล เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจในการให้ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยก่อนที่เริ่มเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะทำการลงสำรวจพื้นที่และทำความคุ้นเคยกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักก่อนทำการเก็บข้อมูลจริง

6.3 การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) ด้านข้อมูล (Data triangulation) ด้านผู้วิจัย (Investigator triangulation) ด้านทฤษฎี (Theory triangulation) และด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation)

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่ผลการตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/อำเภอ/โรงพยาบาล)

1.2 การสุ่มตัวอย่าง ใช้เก็บข้อมูลจากหน่วยตัวอย่างทุกหน่วยในขอบเขตประชากรที่ศึกษา ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักทุกคน จากการวิจัยระยะที่ 2 ขั้นตอนที่ 1 ซึ่งมีจำนวน 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ได้แก่ 1) ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ผลการตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/อำเภอ/โรงพยาบาล)

1.3 เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) และ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) แบ่งตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

1.3.1 ผู้สัมผัสตัวโรคร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ผลการตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้สัมผัสตัวโรคร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ผลการตรวจเสมหะพบเชื้อ อายุ 20 – 59 ปี ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดพิษณุโลก
2. เป็นผู้ที่อ่านออกเขียนภาษาไทยได้ สื่อสารภาษาไทยได้ดี
3. สติสัมปชัญญะ สื่อสารรู้เรื่อง ได้ตอบได้
4. อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและได้ลงลายมือชื่อ

ในเอกสารการให้คำยินยอม

5. ผู้ป่วยวัณโรคที่อนุญาตให้สอบถามผู้สัมผัสตัวโรคร่วมบ้าน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ตรวจพบผู้สัมผัสตัวโรคร่วมบ้านเป็นวัณโรคระยะติดต่อ
2. ผู้ป่วยที่เป็นวัณโรค (Index case) ปฏิเสธที่จะให้ผู้สัมผัสตัวโรคเป็น

อาสาสมัคร

1.3.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. รับผิดชอบงานวัณโรคและอยู่ในพื้นที่วิจัย มีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

ปีขึ้นไป

2. เป็นผู้ที่อ่านออกเขียนภาษาไทยได้ สื่อสารภาษาไทยได้ดี

3. มีสติสัมปชัญญะ สื่อสารรู้เรื่อง ได้ตอบได้

4. อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและได้ลงลายมือชื่อ

ในเอกสารการให้คำยินยอม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. เป็นผู้ที่ขอถอนตัวจากโครงการวิจัย

2. ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย

1.3.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/อำเภอ/
โรงพยาบาล

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้รับผิดชอบงานวัณโรคในพื้นที่วิจัย มีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่
1 ปี ขึ้นไป

2. อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและได้ลงลายมือชื่อ
ในเอกสารการให้คำยินยอม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. เป็นผู้ที่ขอลอนตัวจากโครงการวิจัย
2. ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบสอบถามตรวจสอบร่างรูปแบบ
การสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 2
ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามคุณลักษณะทางประชากร ลักษณะแบบสอบถามเป็น
ข้อคำถามปิดแบบตรวจสอบรายการ (Check list) เลือกตอบ และข้อคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความ
ในช่องว่าง โดยข้อคำถามครอบคลุมถึงลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เพศ
อายุ สถานภาพสมรส และ ระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 ความเห็นที่มีต่อร่างรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของ
ผู้สัมผัสร่วมบ้าน ประกอบด้วย ด้านความเป็นประโยชน์ (Utility) ความเป็นไปได้ (Feasibility)
ความเหมาะสม (Propriety) และความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy) อย่างละ 3 ข้อ ลักษณะ
แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งค่าน้ำหนักออกเป็น 5 ระดับ
ตามมาตราส่วนของ ลิเคิร์ท (Linkert Scale) Likert (1932 as cited in Boone & Boone, 2012)
แต่ละระดับมีความหมาย คือ

- | | |
|-----------|----------------------|
| 5 หมายถึง | เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
| 4 หมายถึง | เห็นด้วย |
| 3 หมายถึง | ไม่แน่ใจ |
| 2 หมายถึง | ไม่เห็นด้วย |
| 1 หมายถึง | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |

3. การสร้างและตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ตรวจสอบร่างรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสผู้ร่วมบ้าน ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

3.1 ศึกษาค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎี วรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม

3.2 กำหนดขอบเขตและโครงสร้างเนื้อหาของแบบสอบถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการตรวจสอบร่างรูปแบบฯ

3.3 สร้างข้อคำถามในแบบสอบถาม โดยใช้เกณฑ์ของคณะกรรมการพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานการประเมินการศึกษา (Joint Committee on Standards for Education Evaluation, 1994) ซึ่งมีมาตรฐานทางการศึกษา 4 หมวดมาตรฐาน ได้แก่ 1) มาตรฐานด้านความเป็นประโยชน์ (Utility standards) 2) มาตรฐานด้านความเป็นไปได้ (Feasibility standards) 3) มาตรฐานด้านความเหมาะสม (Propriety standards) และ 4) มาตรฐานด้านความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy standards)

3.4 นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อพิจารณาความเหมาะสม ความถูกต้องของภาษา และปรับปรุงแบบสอบถามตามคำแนะนำ

3.5 การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาให้ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ เป็นผู้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย (Index of item – Objective Congruence: IOC) จากระดับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านวัณโรค จำนวน 2 คน และ ด้านการป้องกันและควบคุมโรค จำนวน 3 คน โดยเกณฑ์ในการพิจารณาให้คะแนนแบบสอบถามเป็นรายข้อ ดังนี้

ให้คะแนน+1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อคำถามสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

ให้คะแนน 0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

ให้คะแนน-1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อคำถามไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์

การคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย (IOC) จากสูตรของ Rovinelli & Hambleton (1977) ดังนี้

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

IOC = ค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

$\sum R$ = ผลรวมของคะแนนความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

เกณฑ์การพิจารณาระดับค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามมีค่าระหว่าง 0.00 ถึง 1.00 ดังนี้

IOC = 1.00 หมายถึง เนื้อหาของคำถามทุกข้อในแบบสอบถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

IOC = 0.00 หมายถึง เนื้อหาของคำถามทุกข้อในแบบสอบถามไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์

โดยเครื่องมือมีค่า IOC ระหว่าง 0.66 – 1.00 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์การพิจารณาความเที่ยงตรงที่ใช้ได้ ควรตั้งแต่ 0.50 – 1.00 (Rovinelli & Hambleton, 1977) เกณฑ์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาต้องไม่น้อยกว่า 0.5 (Rovinelli & Hambleton, 1977) ขึ้นไป แต่หากค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ต่ำกว่า 0.5 ให้พิจารณาแก้ไขหรือตัดทิ้ง

3.6 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคปอดทรายใหม่เสมหะพบเชื้อวัณโรค อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/อำเภอ/โรงพยาบาล) ในพื้นที่อำเภอชาติตระการ นครไทย และเนินมะปราง จำนวน 30 คน หลังจากนั้น นำแบบสอบถาม ตอนที่ 2 ไปวิเคราะห์หาความเที่ยง เพื่อตรวจสอบระดับความความสอดคล้องและคงที่ของแบบสอบถาม ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม มาตรฐานด้านความเป็นประโยชน์ (Utility standards) มาตรฐานด้านความเป็นไปได้ (Feasibility standards) มาตรฐานด้านความเหมาะสม (Propriety standards) และ มาตรฐานด้านความถูกต้องครอบคลุม เท่ากับ 0.885, 0.787, 0.807 และ 0.898 ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่น่าเชื่อถือควรจะมากกว่า 0.70 ขึ้นไป (กัลยา วานิชย์บัญชา และจิตตา วานิชย์บัญชา, 2558)

3.7 จัดทำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปเก็บข้อมูลการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 ขอนหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก เพื่อขอความร่วมมือเข้าเก็บข้อมูลการวิจัยในพื้นที่

4.2 ผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลด้วยตนเองจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักทุกคนในการวิจัยระยะที่ 2 ขั้นตอนที่ 1 โดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ซึ่งในแบบสอบถามจะมีคำชี้แจงการขอความร่วมมือตอบแบบสอบถามรวมถึงการนำผลการวิจัยไปใช้ทุกฉบับ

4.3 หลังจากได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

โดยการเข้าถึงประชากรกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้วิจัยขออนุญาตหน่วยงานเพื่อขอข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคพบเชื้อ และประสานเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องติดต่อกับผู้ป่วยดังกล่าว ในการขออนุญาตก่อนที่จะมีกระบวนการ recruitment อาสาสมัครร่วมบ้านกับผู้ป่วย และเนื่องจากงานวิจัยนี้เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคดังกล่าวไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย แต่การวิจัยนี้จะเป็นการเปิดเผยความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ซึ่งบางรายอาจต้องการจะปกปิดการเจ็บป่วยของตัวเอง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องประสานเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องติดต่อกับผู้ป่วยดังกล่าว เพื่อขออนุญาตให้ผู้วิจัยติดต่อกับผู้ป่วยเพื่ออธิบายโครงการวิจัย และขอความยินยอมจากผู้ป่วยดังกล่าวในการอนุญาตให้บุคคลร่วมบ้าน เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในงานวิจัยนี้ และมีกระบวนการปกป้องข้อมูลของผู้ป่วยวัณโรคที่เป็น Index case โดยการให้รหัสผู้ป่วย และจะไม่ระบุ ชื่อ-สกุล ของผู้ป่วย และจะรักษาความลับของข้อมูลที่ได้ หลังจากผู้ป่วยยินยอมให้บุคคลร่วมบ้านเข้าร่วมโครงการแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ป่วยวัณโรค โดยวิธีการ Verbal Consent และจัดทำ consent log โดยเจ้าหน้าที่รพ.สต หรือพยาบาลประจำในคลินิกวัณโรคที่เกี่ยวข้องลงนามเป็นพยานว่ามีการขอความยินยอมจริงสำหรับการชดเชยค่าเดินทางและเสียเวลาแก่อาสาสมัครใน ระยะที่ 2 ขั้นตอนที่ 2 จำนวน 1 ครั้ง ครั้งละ 100 บาท รวมเป็นเงิน 100 บาท

กระบวนการคัดกรองอาสาสมัครจะจัดทำหลังจากที่อาสาสมัครได้ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม โดยเฉพาะกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้วิจัยจัดทำแบบคัดกรองอาสาสมัครที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการฯ โดยระบุในแบบคัดกรองว่าผ่านเกณฑ์หรือไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ และในแบบคัดกรองจะมีเกณฑ์การได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยวัณโรค และสุดท้ายมีข้อสรุปว่าสามารถเข้าร่วมงานวิจัยหรือไม่ พร้อมลงนามผู้คัดกรองและวันที่ทำการคัดกรอง

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติในการวิจัย ดังนี้

5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

5.2 การวิเคราะห์ความคิดเห็นที่มีต่อร่างรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ประกอบด้วย ด้านความเป็นประโยชน์ (Utility) ด้านความเป็นไปได้

(Feasibility) ด้านความเหมาะสม (Propriety) และด้านความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

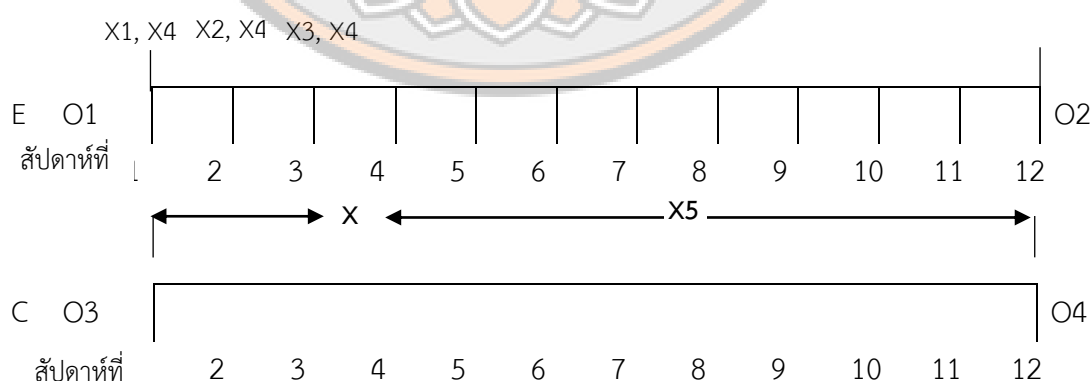
การวิจัยระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก

การวิจัยระยะนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดศึกษาสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังทดลอง (Two group, pretest- posttest design) เพื่อทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งได้จากผลการวิจัยในระยะที่ 2 ไปทดลองใช้ โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันวัณโรค การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค การติดตามเกี่ยวกับวัณโรค การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมป้องกันวัณโรค ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันวัณโรค การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค การติดตามเกี่ยวกับวัณโรค การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมป้องกันวัณโรค ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

แบบแผนการทดลอง



ภาพ 5 แสดงแบบแผนการทดลอง

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการศึกษา

E หมายถึง กลุ่มทดลอง (Experiment group)

C หมายถึง กลุ่มควบคุม (Control group)

O1 หมายถึง การวัดประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ก่อนทดลองในกลุ่มทดลอง สัปดาห์ที่ 1

O2 หมายถึง การวัดประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน หลังทดลองในกลุ่มทดลอง สัปดาห์ที่ 12

O3 หมายถึง การวัดประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ก่อนทดลองในกลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 1

O4 หมายถึง การวัดประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน หลังทดลองในกลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 12

X หมายถึง รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

X1 หมายถึง ดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1 การให้ความรู้และการเสริมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับวัณโรค (สัปดาห์ที่ 1)

X2 หมายถึง ดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 2 การฝึกทักษะเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรค (สัปดาห์ที่ 2)

X3 หมายถึง ดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 3 การจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อป้องกันวัณโรค (สัปดาห์ที่ 3)

X4 หมายถึง ดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1, 2 และ 3 การสนับสนุนทางสังคม (สัปดาห์ที่ 1, 2 และ 3)

X5 หมายถึง การเยี่ยมบ้านและการติดตามให้คำแนะนำ (สัปดาห์ที่ 4 - 12)

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ผลการตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค จังหวัดพิษณุโลก

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ผลการตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค ซึ่งได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับค่าเฉลี่ยในการวิจัยเชิงทดลอง ชนิดกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม

$$n = \frac{\left(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta}\right)^2 \left[\sigma_1^2 + \frac{\sigma_2^2}{r}\right]}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

n = ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

μ_1 = ค่าเฉลี่ยของตัวแปรในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 3.94 ได้จากค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคปอด (จันจิรา อาสมาน และณัฐกฤตา ศิริ, 2563)

μ_2 = ค่าเฉลี่ยของตัวแปรในกลุ่มควบคุม เท่ากับ 3.75 ได้จากค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคปอด (จันจิรา อาสมาน และณัฐกฤตา ศิริ, 2563)

σ_1 = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 0.138 ได้มาจากส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคปอด (จันจิรา อาสมาน, 2563)

σ_2 = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรในกลุ่มควบคุม เท่ากับ 0.325 ได้มาจากส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคปอด (จันจิรา อาสมาน และณัฐกฤตา ศิริ, 2563)

Z = ค่าคะแนนมาตรฐาน

α = ค่าความผิดพลาดที่ยอมให้เกิดขึ้นได้จากการปฏิเสธสมมุติฐานที่เป็นจริง (Type 1 error) กำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05 เท่ากับ 1.96

β = ค่าความผิดพลาดที่ยอมให้เกิดขึ้นจากการไม่ปฏิเสธสมมุติฐานที่เป็นจริง (Type 2 error) กำหนด $\beta = 0.2$; Power $(1 - \beta) = 0.80$, $Z = 0.84$

r = อัตราส่วนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม เท่ากับ 1
จากการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป (n4studies) ได้จำนวนขนาดตัวอย่าง 28 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 28 คน กลุ่มควบคุม 28 คน รวมตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด 56 คน แต่ในการศึกษาสถานการณ์จริงกลุ่มตัวอย่างอาจมีการสูญหาย จึงมีการคำนวณปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการศึกษาและเป็นตัวแทนของประชากร

ดังนั้น ผู้วิจัย จึงได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยปรับเพิ่ม ร้อยละ 10 โดยใช้สูตรคำนวณตัวอย่าง ดังนี้

$$n_{adj} = \frac{n}{(1-R)^2}$$

เมื่อ

n = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง

n_{adj} = ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

R = สัดส่วนที่สูญหายจากการติดตาม

แทนค่าในสูตร

$$n_{adj} = \frac{28}{(1 - 0.10)^2}$$

$$= 34.56$$

สรุปขนาดตัวอย่างหลังจากได้ปรับขนาดตัวอย่างแล้ว ได้ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา กลุ่มละ 35 คน รวมตัวอย่างทั้งหมด 70 คน คือ ผู้สัมผัสร่วมบ้านในกลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน และผู้สัมผัสร่วมบ้านในกลุ่มควบคุม จำนวน 35 คน

1.3 กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ดำเนินการควบคุมตัวแปรภายนอกที่อาจส่งผลต่อผลการทดลองหรือตัวแปรตามให้เหลือน้อยที่สุด เพื่อให้การศึกษามีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการจับคู่ (Match pair) โดยการนำตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จากผลการวิจัยในระยะที่ 1 ส่วนที่ 1 คุณลักษณะประชากรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน มาจับคู่กันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อให้เหมือนกันหรือคล้ายคลึงกันมากที่สุด

1.3.1 กลุ่มทดลองที่ศึกษา คือ ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ผลการตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค อ.เมือง จังหวัดพิษณุโลก

1.3.2 กลุ่มควบคุมที่ศึกษา คือ ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ผลการตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค อ.บางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

1.4 เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1.4.1 เป็นผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ผลการตรวจเสมหะพบเชื้อ อายุ 20 – 59 ปี ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดพิษณุโลก

1.4.2 เป็นผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนภาษาไทยได้ สื่อสารภาษาไทยได้ดี

1.4.3 มีสติสัมปชัญญะ สื่อสารรู้เรื่อง ตอบโต้ได้

1.4.4 อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและได้ลงลายมือชื่อในเอกสารการให้คำยินยอม

1.4.5 ผู้ป่วยวัณโรคที่อนุญาตให้สอบถามผู้สัมผัสร่วมบ้าน

1.5 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1.5.1 ตรวจพบผู้สัมผัสร่วมบ้านเป็นวัณโรคระยะติดต่อ

1.5.2 เจ็บป่วยกระทันหันไม่สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตลอดโครงการ

1.5.3 ผู้ป่วยที่เป็นวัณโรค (Index case) ปฏิเสธที่จะให้ผู้สัมผัสร่วมเป็นอาสาสมัคร

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

2.1 รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ระยะเวลา 1 ชั่วโมง ณ บ้านของผู้สัมผัสร่วมบ้าน กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้และการเสริมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับวัณโรค โดยก่อนเริ่มกิจกรรม ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรม และทำความเข้าใจสร้างความคุ้นเคยระหว่างผู้วิจัยกับผู้เข้าร่วมวิจัย และให้ตอบแบบสอบถามก่อนเริ่มกิจกรรม หลังจากนั้นบรรยายความรู้เกี่ยวกับวัณโรค หัวข้อ วัณโรคคืออะไร อาการของผู้ป่วยวัณโรค การติดต่อ การแพร่กระจายเชื้อวัณโรค อันตราย ความรุนแรง และผลกระทบของวัณโรค แนวทางการรักษา การดูแลตนเองเมื่อเป็นวัณโรค การดูแลสุขอนามัยของตนเอง ผลดีของการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันวัณโรค การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อป้องกันวัณโรค การดูแลกำกับการกินยาผู้ป่วย โทษของบุหรี่ยาสูบ และวัคซีนป้องกันวัณโรค

การประยุกต์ใช้ทฤษฎี

1. แนวคิดความรู้

2. การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค โดยการบรรยายถึงอันตราย ความรุนแรงและผลกระทบจากวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค โดยการให้ความรู้ถึงการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค โดยการอธิบายถึงผลดีที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและครอบครัวจากการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันวัณโรค และ การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันวัณโรค โดยการบรรยายความรู้เกี่ยวกับวัณโรคทำให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันวัณโรค

จากกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับวัณโรค และเสริมสร้างการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค และการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันวัณโรค

สัปดาห์ที่ 2 ระยะเวลา 1 ชั่วโมง ณ บ้านของผู้สัมผัสร่วมบ้าน กิจกรรมที่ 2 การฝึกทักษะเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรค โดยการบรรยาย สาธิต และฝึกปฏิบัติวิธีการล้างมือที่ถูกต้อง วิธีใส่หน้ากาก/ถอด/ทิ้ง หน้ากากอนามัย และการแยกของใช้ส่วนตัว

การประยุกต์ใช้ทฤษฎี

1. แนวคิดความรู้

2. การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันวัณโรค โดยการฝึกปฏิบัติการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรค

จากกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการสัมผัสเชื้อไวรัส และการได้ฝึกทักษะจากการปฏิบัติจริงเสริมสร้างให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านเกิดความมั่นใจ

สัปดาห์ที่ 3 ระยะเวลา 1 ชั่วโมง ณ บ้านของผู้สัมผัสร่วมบ้าน กิจกรรมที่ 3 การจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อป้องกันไวรัส โดยการบรรยาย สาธิต และฝึกปฏิบัติ การจัดพื้นที่แยกสำหรับผู้ป่วย การจัดที่อยู่อาศัยให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก ให้แสงแดดส่องถึง การทำความสะอาดที่อยู่อาศัย และการกำจัดเศษขยะและขยะติดเชื้อ

การประยุกต์ใช้ทฤษฎี

1. แนวคิดความรู้
2. การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันไวรัส โดยการให้ฝึกปฏิบัติการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัส

จากกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการได้ฝึกทักษะจากการปฏิบัติจริงเสริมสร้างให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านเกิดความมั่นใจ

สัปดาห์ที่ 1, 2 และ 3 ณ บ้านของผู้สัมผัสร่วมบ้าน กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยกิจกรรม 1) การติดตามเยี่ยมบ้านและคัดกรองไวรัส 2) การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันไวรัส 3) การสนับสนุนเอกสาร/แผ่นพับความรู้ไวรัส 4) การสร้างกลุ่มสนับสนุนให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์และขอคำปรึกษา 5) การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับไวรัสและให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมสุขอนามัยส่วนบุคคล 6) การพูดคุยให้คำปรึกษาเพื่อสนับสนุนทางด้านจิตใจ 7) การให้คำแนะนำและส่งต่อหน่วยงานรัฐบาล พมจ./อบจ. เพื่อให้การช่วยเหลือด้านการเงิน 8) ประสานงานกับผู้นำหมู่บ้านเพื่อประชาสัมพันธ์ การให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร สื่อสารความเสี่ยง เกี่ยวกับไวรัสเกี่ยวกับไวรัสผ่านหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน เพื่อสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับไวรัสและส่งเสริมให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการลดการตีตรา 9) ประสานงานกับ อบต. เพื่อขอรับการสนับสนุนรถ รับ-ส่ง ไป รพ.

การประยุกต์ใช้ทฤษฎี

1. แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม โดยการสนับสนุน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และ ด้านทรัพยากร

จากกิจกรรมส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านมีความพร้อมในปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันและควบคุมไวรัส

สัปดาห์ที่ 4 – 12 ณ บ้านของผู้สัมผัสร่วมบ้าน กิจกรรมที่ 5 ประกอบด้วยกิจกรรม 1) การติดตามเยี่ยมบ้าน 2) การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันไวรัส 3) การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับไวรัสและให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมสุขอนามัยส่วนบุคคล 4) การพูดคุยให้คำปรึกษาเพื่อสนับสนุนทางด้านจิตใจ

การประยุกต์ใช้ทฤษฎี

1. แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม โดยการสนับสนุน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และ ด้านทรัพยากร

จากกิจกรรมส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านมีความพร้อมในปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันและควบคุมโรค

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 9 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ลักษณะแบบสอบถามเป็นข้อคำถามปลายปิดแบบตรวจสอบรายการ (Check List) เลือกตอบ และ ข้อคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความในช่องว่าง โดยข้อคำถามเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว การได้รับวัคซีนป้องกันโรค (ปียีจี) การสูบบุหรี่ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่อยู่กับผู้ป่วยต่อวัน จำนวนสมาชิกในครัวเรือน วิธีเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกคำตอบ 2 คำ คือ ใช่ และ ไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกต้อง ได้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิด ได้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งค่าน้ำหนักออกเป็น 5 ระดับ ตามมาตราส่วนของลิเคิร์ต (Linkert Scale) Likert (1932 as cited in Boone & Boone, 2012) แต่ละระดับมีความหมาย

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

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคโควิด จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งค่าน้ำหนักออกเป็น 5 ระดับ ตามมาตราส่วนของลิเคิร์ต (Linkert Scale) Likert (1932 as cited in Boone & Boone, 2012) แต่ละระดับมีความหมาย

- 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- 4 หมายถึง เห็นด้วย

- 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ
- 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย
- 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรค จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งค่าน้ำหนักออกเป็น 5 ระดับ ตามมาตราส่วนของลิเคิร์ต (Linkert Scale) Likert (1932 as cited in Boone & Boone, 2012) แต่ละระดับมีความหมาย

- 5 หมายถึง ทำได้แน่นอน
- 4 หมายถึง ทำได้
- 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ
- 2 หมายถึง ทำไม่ได้
- 1 หมายถึง ทำไม่ได้แน่นอน

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรค จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งค่าน้ำหนักออกเป็น 5 ระดับ ตามมาตราส่วนของลิเคิร์ต (Linkert Scale) Likert (1932 as cited in Boone & Boone, 2012) แต่ละระดับมีความหมาย

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

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการติดตามจากโรคเมื่อบุคคลในครอบครัวเป็นโรค จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีลักษณะของข้อคำถามเป็นด้านลบ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งค่าน้ำหนักออกเป็น 5 ระดับ ตามมาตราส่วนของลิเคิร์ต (Linkert Scale) Likert (1932 as cited in Boone & Boone, 2012) แต่ละระดับมีความหมาย คือ

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

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการได้รับสนับสนุนด้านอารมณ์/ความรู้สึก ด้านการประเมิน ด้านทรัพยากร และด้านข้อมูลข่าวสาร ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งค่าน้ำหนักออกเป็น 5 ระดับ ตามมาตราส่วนของลิเคิร์ต (Likert Scale) Likert (1932 as cited in Boone & Boone, 2012) แต่ละระดับมีความหมาย คือ

- 5 หมายถึง ได้รับเป็นประจำ
- 4 หมายถึง ได้รับบ่อยครั้ง
- 3 หมายถึง ได้รับบางครั้ง
- 2 หมายถึง ได้รับนานๆครั้ง
- 1 หมายถึง ไม่เคยได้รับ

ส่วนที่ 9 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรค ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติของผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่เสมอพบเชื้อโรคเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรค แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ พฤติกรรมการป้องกันส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ และ พฤติกรรมการจัดสิ่งแวดล้อม จำนวน 10 ข้อ รวมเป็นจำนวน 30 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งค่าน้ำหนักออกเป็น 5 ระดับ แต่ละระดับมีความหมาย คือ

- 5 หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้ง
- 4 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง
- 3 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง
- 2 หมายถึง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง
- 1 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ

3. การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสร้างเครื่องมือที่ใช้วัดประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

3.1 ศึกษาค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎี วรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม

3.2 กำหนดขอบเขตและโครงสร้างเนื้อหาของแบบสอบถามให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการวิจัย

3.3 สร้างข้อคำถามในแบบสอบถาม โดยพิจารณาจากนิยามศัพท์ และวัตถุประสงค์ของการวิจัย นำมากำหนดการให้คะแนนสำหรับคำตอบในแต่ละข้อ

3.4 นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อพิจารณาความเหมาะสม ความถูกต้องของภาษา และปรับปรุงแบบสอบถามตามคำแนะนำ

3.5 การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาให้ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และหลังจากให้ข้อเสนอแนะแล้วนำไปปรับปรุงแก้ไข

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย (Index of item – Objective Congruence: IOC) จากระดับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านวินโรค จำนวน 2 คน และ ด้านการป้องกันควบคุมโรค จำนวน 3 คน โดยเกณฑ์ในการพิจารณาให้คะแนนแบบสอบถามเป็นรายข้อ ดังนี้

ให้คะแนน+1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อคำถามสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

ให้คะแนน 0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

ให้คะแนน-1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อคำถามไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์

การคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย (IOC) จากสูตรของ Rovinelli & Hambleton (1977) ดังนี้

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

IOC = ค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

$\sum R$ = ผลรวมของคะแนนความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

เกณฑ์การพิจารณาระดับค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามมีค่าระหว่าง 0.00 ถึง 1.00 ดังนี้

IOC = 1.00 หมายถึง เนื้อหาของคำถามทุกข้อในแบบสอบถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

IOC = 0.00 หมายถึง เนื้อหาของคำถามทุกข้อในแบบสอบถามไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์

โดยเครื่องมือนี้มีค่า IOC ระหว่าง 0.66 – 1.00 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์การพิจารณาความเที่ยงตรงที่ใช้ได้ ควรตั้งแต่ 0.50 – 1.00 (Rovinelli & Hambleton, 1977)

3.6 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวินโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อวินโรค อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 โดยใช้สูตร KR-21 ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder – Richardson) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม

ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค เท่ากับ 0.925 และแบบสอบถามส่วนที่ 3 – 9 โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-coefficient) ของครอนบาค (Cronbach, 1970) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันวัณโรค การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค การติดตามเกี่ยวกับวัณโรค การได้รับการ สนับสนุนทางสังคม และ พฤติกรรมป้องกันวัณโรค เท่ากับ 0.810, 0.860, 0.780, 0.895, 0.891, 0.850 และ 0.925 ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์การพิจารณาความเชื่อถือได้ ควรจะมากกว่า 0.70 (กัลยา วานิชย์บัญชา และจิตา วานิชย์บัญชา, 2558) สุดท้าย เมื่อแบบสอบถามมีความสมบูรณ์ ทั้งความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ตามเกณฑ์ จึงได้นำ แบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ไปใช้เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยต่อไป

3.7 จัดทำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปเก็บข้อมูลการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

3.8 การเข้าถึงกลุ่มทดลองเครื่องมือ (Try out)

3.8.1 ทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก เพื่อขออนุญาตจากหน่วยงานต้นสังกัด ก่อนเริ่มงานวิจัย

3.8.2 ขออนุญาตจากหน่วยงานเพื่อขอข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคพบเชื้อ

3.8.3 ระบุให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องติดต่อกับผู้ป่วยดังกล่าว เพื่อขออนุญาตให้ผู้วิจัยติดต่อ เพื่ออธิบายโครงการกับผู้ป่วยวัณโรค โดยเน้นเฉพาะการขออนุญาตให้ผู้วิจัยสามารถติดต่อกับผู้ป่วย และกำหนดมาตรการการป้องกันตัวเองในการเข้าไปเก็บข้อมูล ได้แก่ การใส่เครื่องป้องกันการติดเชื้อโรคทางเดินหายใจ

3.8.4 ผู้วิจัยติดต่อผู้ป่วยวัณโรค เพื่อให้ข้อมูลงานวิจัย และขออนุญาตให้ “อาสาสมัครร่วมบ้าน” เข้าร่วมงานวิจัย (เป็น Verbal Consent และจัดทำ consent log โดยให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ลงนามเป็นพยานว่ามีการขอความยินยอมจริง)

3.8.5 เมื่อผู้ป่วยวัณโรคอนุญาต ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการติดต่อกับ “ผู้สัมผัสร่วมบ้าน” ทีมผู้วิจัยจะติดต่อกับผู้สัมผัสร่วมบ้านเพื่อให้ข้อมูลงานวิจัย และระบุสถานที่ที่จะพบกับผู้วิจัยเพื่อการลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม

3.8.6 หลังจากลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม จึงเข้าสู่กระบวนการคัดกรองได้

3.8.7 หลังจากอาสาสมัครผ่านเกณฑ์การคัดกรองแล้ว อาสาสมัครกลุ่มทดลองเครื่องมือ (Try out) ตอบแบบสอบถาม ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่อำเภอวังทอง

3.9 คุณสมบัติของกลุ่มทดลองเครื่องมือ (Try out)

3.9.1 เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

- 1) เป็นผู้สัมผัสตัวร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อ อายุ 20 – 59 ปี ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดพิษณุโลก
- 2) เป็นผู้ที่อ่านออกเขียนภาษาไทยได้ สื่อสารภาษาไทยได้ดี
- 3) มีสติสัมปชัญญะ สื่อสารรู้เรื่อง ได้ตอบได้
- 4) อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและได้ลงลายมือชื่อในเอกสารการให้คำยินยอม

- 5) ผู้ป่วยวัณโรคอนุญาตให้ร่วมเป็นอาสาสมัคร

3.9.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

- 1) ตรวจพบผู้สัมผัสร่วมบ้านเป็นวัณโรคระยะติดต่อ
- 2) ผู้ป่วยวัณโรค (Index case) ปฏิเสธที่จะให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านเป็นอาสาสมัคร

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยมีขั้นตอน ดังนี้

4.1 ขั้นตอนเตรียมการ

- 4.1.1 ขอนหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก เพื่อขอความร่วมมือเก็บข้อมูลการวิจัย
- 4.1.2 ขอความอนุเคราะห์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลกส่งหนังสือถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่
- 4.1.3 ประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการ ระยะเวลา และแผนการดำเนินกิจกรรมแก่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคสาธารณสุขอำเภอ เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม

- 4.1.4 เตรียมเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ในการเก็บข้อมูลการวิจัย

4.2 ขั้นตอนดำเนินการ

- 4.2.1 หลังจากได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังกล่าวข้างต้นแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการอธิบายรายละเอียดกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย
- 4.2.2 ในเดือนธันวาคม 2567 ผู้วิจัยเก็บข้อมูล ครั้งที่ 1 เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยแบบสอบถามชุดเดียวกัน

4.2.3 ในเดือน ธันวาคม 2567 - กุมภาพันธ์ 2568 ผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมตามรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ในกลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน โดยมีระยะเวลาดำเนินกิจกรรม ทั้งหมด 12 สัปดาห์

4.2.4 ในเดือนกุมภาพันธ์ 2568 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ครั้งที่ 2 หลังการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยแบบสอบถามชุดเดียวกับที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ครั้งที่ 1 ภายหลังจากจัดกิจกรรมตามรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติในการวิจัย ดังนี้

5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ คุณลักษณะประชากร เพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล

5.2 การควบคุมตัวแปรภายนอกที่อาจส่งผลการทดลองหรือตัวแปรตาม ให้เหลือน้อยที่สุด การวิจัยระยะนี้ใช้การควบคุมตัวแปรภายนอกแบบการจับคู่ (Match pair) เป็นการนำตัวแปรภายนอก จากผลการวิจัย ในระยะที่ 1 ส่วนที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน โดยพบว่า การสูบบุหรี่ วิธีเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน โดยจัดให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการสูบบุหรี่ วิธีเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเหมือนกันหรือคล้ายคลึงกันมากที่สุด โดยใช้สถิติ Fisher's exact test

5.3 สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ก่อนและหลังทดลอง ใช้ Independent t-test, การเปรียบเทียบภายในกลุ่ม ก่อนและหลังทดลอง ใช้ Paired t-test

5.3 กำหนดเกณฑ์การยอมรับสมมติฐานค่านัยสำคัญในระดับ 0.05

การยกร่างรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จากปัจจัยนำเข้าเวทีการสนทนากลุ่ม จำนวน 13 ปัจจัย ซึ่งได้จากผลการวิจัยระยะที่ 1 โดยข้อสรุปการสนทนากลุ่มได้เลือกตัวแปรเข้าองค์ประกอบทั้งหมด 13 ปัจจัย ได้แก่ 1) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค 2) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม 3) การสูบบุหรี่ 4) วิธีเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล 5) การไม่ทราบประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค (บีซีจี) 6) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า อา น้อง หลาน 7) ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค 8) การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค 9) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค 10) การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค 11) การติดตามเกี่ยวกับวัณโรค 12) ปัญหาด้านพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรค และ 13) การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อป้องกันโรค ซึ่งผลจากการยกร่างรูปแบบทำให้ได้รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน หรือ HOME-TB Model (รายละเอียดเพิ่มเติมสามารถศึกษาได้ที่ภาคผนวก)

การนำรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน หรือ HOME-TB Model ไปทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน โดยนำไปจัดองค์ประกอบ ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

1. องค์ประกอบ H : Health Knowledge & awareness การเสริมสร้างความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับวัณโรค
2. องค์ประกอบ O : Operational protection skill การพัฒนาทักษะการป้องกันวัณโรค
3. องค์ประกอบ M : Modifiable environment การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันวัณโรค
4. องค์ประกอบ E : Encouragement & social support การสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันวัณโรค โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 3 รายละเอียดดังภาพ 6



ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพ 6 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 3

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้ดำเนินการรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, The National and International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects (CIOMS) และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH - GCP) ชื่อโครงการเรื่อง การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก (รับรองเฉพาะในระยะที่ 1 และ 2 เท่านั้น) วิธีทบทวน: แบบคณะกรรมการฯ เต็มชุด COA No. 137/2024, IRB No. P3-0017/2567 วันที่รับรอง 21 พฤษภาคม 2567 วันหมดอายุ 21 พฤษภาคม 2568 โดยหลังดำเนินการระยะที่ 1 และ 2 แล้วเสร็จ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้รับรองโครงการเรื่อง การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก (ระยะที่ 3) วิธีทบทวน: แบบคณะกรรมการฯ เต็มชุด COA No. 421/2024, IRB No. P3-0090/2567 วันที่รับรอง 11 ธันวาคม 2567 วันหมดอายุ 11 ธันวาคม 2568

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร อนุมัติให้ดำเนินการทำวิจัยตามโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่เสนอตามประกาศบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร เรื่องอนุมัติให้นิติระดับปริญญาเอกดำเนินการทำวิจัย ครั้งที่ 083/2567 ประกาศ ณ วันที่ 28 พฤษภาคม 2567

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและทดลองในพื้นที่วิจัย โดยได้คำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัย และให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่เข้าร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พร้อมทั้งกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงความเป็นมาและความสำคัญ วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของกลุ่มตัวอย่างจากการเข้าร่วมวิจัย รวมถึงการชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย และกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ไม่ว่ากรณีใด ๆ โดยการบอกกล่าวหรือแสดงเป็นลายลักษณ์อักษร โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลต่อผู้วิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะไม่สูญเสียผลประโยชน์ใดๆ ทั้งสิ้น และข้อมูลในการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับไม่นำมาเปิดเผยชื่อ และจะนำผลประโยชน์ที่ได้สรุปออกมาเป็นภาพรวมเพื่อประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น และหลังจากมีการวิเคราะห์ข้อมูลและเขียนรายงานการวิจัยเสร็จสิ้น ข้อมูลนี้จะถูกทำลายภายใน 1 ปี

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสานขั้นสูง (Advanced mixed design research design) แบบการประเมินผลหลายขั้นตอน (Multistage evaluation design) โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย 1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน และปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน และ 3) เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามระยะการวิจัย 3 ระยะดังนี้

1. การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน และปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน
2. การวิจัยระยะที่ 2 การยกร่างและตรวจสอบรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน
3. การวิจัยระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

การวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลและปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก

การวิจัยระยะนี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Methodology Research) แบบการวิจัยแบบพร้อมกัน (Convergent Parallel Design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน และเพื่อศึกษาปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ซึ่งจะนำผลจากการวิจัยระยะที่ 1 ไปใช้ในการวิจัยระยะที่ 2 ต่อไป ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

การวิจัยส่วนนี้ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคปอดจำนวน 193 คน ซึ่งได้ จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม และสุ่มอย่างง่ายจากทะเบียนรายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่ผลการตรวจสอบพบเชื่อโรค เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ในเดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์

สำเร็จรูป โดยใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.1 อายุระหว่าง 40 – 49 และ 50-59 ปี เท่ากัน ร้อยละ 31.6 อายุเฉลี่ย 42.46 ปี ($\bar{X}$ =42.46, S.D.=11.48) อายุต่ำสุด 20 ปี และ อายุสูงสุด 59 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 59.1 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 32.6 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.1 ไม่ทราบประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค (บีซีจี) ร้อยละ 51.8 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 80.4 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร ร้อยละ 46.6 ระยะเวลาที่อยู่กับผู้ป่วยต่อวัน น้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 70.5 จำนวนสมาชิกที่อาศัยในครัวเรือน จำนวน 3 คนต่อครัวเรือน ร้อยละ 23.3 และ ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยรถยนต์ ร้อยละ 54.9 รายละเอียดดังตาราง 5

ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร (n=193)

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	79	40.9
หญิง	114	59.1
2. อายุ (ปี)		
20-29	34	17.6
30-39	37	19.2
40-49	61	31.6
50-59	61	31.6
mean= 42.46, S.D.= 11.48, min=20, max= 59		
3. สถานภาพสมรส		
โสด	63	32.6
สมรส	114	59.1
หม้าย/หย่า/แยก	16	8.3

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
4. ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	63	32.6
มัธยมศึกษาตอนต้น	45	23.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	47	24.4
อนุปริญญา/เทียบเท่า	12	6.2
ปริญญาตรี	23	11.9
สูงกว่าปริญญาตรี	3	1.6
5. โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	145	75.1
มีโรคประจำตัว	48	24.9
6. การได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรคบีซีจี		
เคยได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรคบีซีจี	26	13.5
ไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรคบีซีจี	67	34.7
ไม่ทราบ	100	51.8
7. การสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบบุหรี่	155	80.4
เคยสูบบุหรี่ แต่ปัจจุบันหยุดสูบแล้ว	8	4.1
ปัจจุบันสูบบุหรี่	30	15.5
8. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
สามี	9	4.7
ภรรยา	31	16.1
บิดา	2	1.0
มารดา	3	1.6
บุตร	90	46.6
อื่นๆ เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า อา น้อง หลาน	58	30.0

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
9. ระยะเวลาที่อยู่กับผู้ป่วยต่อวัน		
น้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน	136	70.5
มากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน	57	29.5
10. จำนวนสมาชิกที่อาศัยในครัวเรือนนี้ (คน)		
2	43	22.3
3	45	23.3
4	43	22.3
5	38	19.7
6	19	9.8
7	5	2.6
(Mean=3.79, S.D.=1.384)		
11. วิธีเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล		
รถมอเตอร์ไซด์	76	39.4
รถยนต์	106	54.9
รถรับจ้าง	11	5.7

2. ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับรู้เกี่ยวกับวัณโรค การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรค อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.30 การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 71.5 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 87.0 การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 90.7 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 93.3 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 59.6 และพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 90.2 รายละเอียดดังตาราง 6

ตาราง 6 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับรู้เกี่ยวกับวัณโรค การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)
ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค	
ระดับน้อย (คะแนน 0 – 5 คะแนน)	15 (7.8)
ระดับปานกลาง (คะแนน 6 – 7 คะแนน)	99 (51.3)
ระดับมาก (คะแนน ≥ 8 คะแนน)	79 (40.9)
(Mean=7.33, S.D.=1.20)	
การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค	
ระดับน้อย (คะแนน 1.00 – 2.33)	0 (0.0)
ระดับปานกลาง (คะแนน 2.34 – 3.67)	55 (28.5)
ระดับมาก (คะแนน 3.68 – 5.00)	138 (71.5)
(Mean=3.99, S.D.=0.58)	
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค	
ระดับน้อย (คะแนน 1.00 – 2.33)	0 (0.0)
ระดับปานกลาง (คะแนน 2.34 – 3.67)	25 (13.0)
ระดับมาก (คะแนน 3.68 – 5.00)	168 (87.0)
(Mean=4.19, S.D.=0.52)	
การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค	
ระดับน้อย (คะแนน 1.00 – 2.33)	0 (0.0)
ระดับปานกลาง (คะแนน 2.34 – 3.67)	18 (9.3)
ระดับมาก (คะแนน 3.68 – 5.00)	175 (90.7)
(Mean=4.26, S.D.=0.51)	
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค	
ระดับน้อย (คะแนน 1.00 – 2.33)	0 (0.0)
ระดับปานกลาง (คะแนน 2.34 – 3.67)	13 (6.7)
ระดับมาก (คะแนน 3.68 – 5.00)	180 (93.3)
(Mean=4.29, S.D.=0.50)	

ตาราง 6 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	
ระดับน้อย (คะแนน 1.00 – 2.33)	20 (10.4)
ระดับปานกลาง (คะแนน 2.34 – 3.67)	58 (30.0)
ระดับมาก (คะแนน 3.68 – 5.00)	115 (59.6)
(Mean=3.67, S.D.=0.89)	
พฤติกรรมป้องกันวัณโรค	
ระดับน้อย (คะแนน 1.00 – 2.33)	1 (0.5)
ระดับปานกลาง (คะแนน 2.34 – 3.67)	18 (9.3)
ระดับมาก (คะแนน 3.68 – 5.00)	174 (90.2)
(Mean=4.35, S.D.=0.51)	

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับรู้เกี่ยวกับวัณโรค การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมป้องกันวัณโรค จำแนกรายข้อ ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบข้อคำถามถูกมากที่สุด คือ เชื่อวัณโรคสามารถแพร่ไปสู่คนข้างเคียงได้ด้วยการไอ จาม จากผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 99.0 รองลงมา คือ ให้เปิดประตูหน้าต่างภายในบ้านทุกวัน ให้อากาศถ่ายเทและแสงแดดส่องถึง ร้อยละ 93.8 และข้อคำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ เมื่อรักษาวัณโรคแล้วอาการดีขึ้น สามารถหยุดยาได้ ร้อยละ 31.6 รายละเอียดดังตาราง 7

ตาราง 7 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ด้านความรู้เกี่ยวกับวัณโรค จำแนกรายข้อ (n=193)

ข้อคำถาม	ร้อยละ
	ถูก
1. เชื่อวัณโรค สามารถแพร่ไปสู่คนข้างเคียงได้ด้วยการไอ จาม จากผู้ป่วยวัณโรค	99.0
2. วัณโรค เป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจเท่านั้น	49.7
3. ผู้อาศัยร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคต้องไปคัดกรองวัณโรคด้วยการเอกซเรย์ปอด ทุก 6 เดือน อย่างน้อย 2 ปี และหลังจากนั้นปีละ 1 ครั้ง	88.1

ตาราง 7 (ต่อ)

ข้อความถาม	ร้อยละ
	ถูก
4. เมื่ออยู่ร่วมกับผู้ป่วยวัณโรค ต้องใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลา และดูแลให้ผู้ป่วยใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลา เพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรค	85.0
5. การใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วย สามารถป้องกันการติดเชื้อวัณโรคได้	85.5
6. ให้เปิดประตูหน้าต่างภายในบ้านทุกวัน ให้อากาศถ่ายเทและแสงแดดส่องถึง	93.8
7. รังสีอินฟราเรดในแสงแดดสามารถฆ่าเชื้อวัณโรคในเสมหะได้	67.9
8. วัณโรค สามารถรักษาให้หายได้ โดยใช้เวลาประมาณ 6-9 เดือน โดยการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ไม่ขาดยา	93.3
9. เมื่อรักษาวัณโรคแล้วอาการดีขึ้น สามารถหยุดยาได้	31.6
10. หากฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรคปัสติลล์แล้ว จะไม่ทำให้ป่วยเป็นวัณโรคได้	36.8

การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค พบว่า มีระดับความเห็นอย่างยิ่ง มากที่สุด คือ วัณโรค หากรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ จะทำให้เกิดเป็นวัณโรคดื้อยาซึ่งทำให้ยากต่อการรักษา ร้อยละ 54.9 รองลงมา คือ วัณโรคหากไม่รักษาหรือรักษาล่าช้า จะทำให้เสียชีวิตได้ ร้อยละ 47.7 และ มีระดับความเห็นอย่างยิ่ง น้อยที่สุด คือ วัณโรคเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ในผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นร่วมกับวัณโรค ร้อยละ 17.7 รายละเอียดดังตาราง 8

ตาราง 8 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ด้านการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค จำแนกรายข้อ
(n=193)

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น (ร้อยละ)				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. วัณโรคหากไม่รักษาหรือรักษาล่าช้า จะทำให้เสียชีวิตได้	47.7	40.9	10.9	0.5	0.0
2. วัณโรคหากรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ จะทำให้เกิดเป็นวัณโรคดื้อยาซึ่งทำให้ยากต่อการรักษา	54.9	34.7	8.3	2.1	0.0
3. ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงของวัณโรค ได้แก่ ไอเป็นเลือด เจ็บหน้าอก หายใจติดขัด	47.2	45.6	6.7	0.5	0.0
4. วัณโรค เมื่อรักษาหายดีแล้ว สามารถกลับเป็นซ้ำได้ หากได้รับเชื้อวัณโรคมาใหม่	39.4	43.5	16.1	1.0	0.0
5. การป่วยเป็นวัณโรคจะต้องหยุดงาน และทำให้ขาดรายได้	27.6	37.8	20.7	9.8	4.1
6. การป่วยเป็นวัณโรคทำให้สังคมรังเกียจ	24.3	28.5	19.2	23.3	4.7
7. การรักษาวัณโรคมีความยากลำบาก เนื่องจากต้องรับประทานยาหลายชนิดทุกวัน เป็นระยะเวลานาน อย่างน้อย 6 เดือน	44.0	37.3	9.3	7.3	2.1
8. ผลข้างเคียงที่อันตรายจากยาต้านวัณโรค ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ได้แก่ ตัวเหลือง ตาเหลืองจากตับอักเสบ หรือ ไตวายเฉียบพลัน	22.8	36.3	38.3	2.6	0.0
9. วัณโรคปอด ทำให้ผู้ป่วยถูกจำกัดพื้นที่และการดำเนินชีวิตในสังคม	28.0	40.8	13.0	16.1	2.1
10. วัณโรคเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ในผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นร่วมกับวัณโรค	17.7	29.5	46.6	6.2	0.0

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค พบว่า มีระดับความเห็นอย่างยิ่ง มากที่สุด คือ การคลุกคลีกับผู้ป่วยวัณโรคในระยะแพร่เชื้อ จะทำให้ติดเชื้อวัณโรคได้ ร้อยละ 43.0 รองลงมา คือ การนอนร่วมห้องกับผู้ป่วยวัณโรคในระยะแพร่เชื้อ จะทำให้ติดเชื้อวัณโรคจากผู้ป่วย ร้อยละ 38.9 และ มีระดับความเห็นอย่างยิ่งน้อยที่สุด คือ การไม่นำที่นอน หมอน มุ้ง ผึ่งแสงแดด อย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จะทำให้ท่านสามารถรับเชื้อวัณโรคได้ เนื่องจากเชื้อไม่ถูกทำลาย ร้อยละ 31.1 รายละเอียดดังตาราง 9

ตาราง 9 แสดงร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค จำแนกรายข้อ (n=193)

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น (ร้อยละ)				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. การคลุกคลีกับผู้ป่วยวัณโรคในระยะแพร่เชื้อ จะทำให้ติดเชื้อวัณโรคได้	43.0	39.9	13.0	4.1	0.0
2. การนอนร่วมห้องกับผู้ป่วยวัณโรคในระยะแพร่เชื้อ จะทำให้ติดเชื้อวัณโรคจากผู้ป่วย	38.9	49.2	9.8	2.1	0.0
3. ถ้าผู้ป่วยและคนใกล้ชิดไม่ใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่ออยู่ร่วมกันจะทำให้ติดเชื้อวัณโรคจากผู้ป่วยได้	37.3	51.3	10.9	0.5	0.0
4. การไม่นำที่นอน หมอน มุ้ง ผึ่งแสงแดด อย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จะทำให้ท่านสามารถรับเชื้อวัณโรคได้ เนื่องจากเชื้อไม่ถูกทำลาย	31.1	47.2	18.6	3.1	0.0
5. การไม่ใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วย จะทำให้ติดเชื้อวัณโรคได้	35.7	53.4	8.3	2.6	0.0
6. การไม่จัดภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิดให้ผู้ป่วยบ้านเสมอ/บ้านลงชักโครก และ ทำลายโดยการเผา/ฝัง ทุกวัน จะทำให้ท่านรับเชื้อวัณโรคได้	34.8	48.7	12.4	4.1	0.0

ตาราง 9 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น (ร้อยละ)				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
7. การไม่เปิดประตู หน้าต่างภายในบ้านให้อากาศถ่ายเทและให้มีแสงแดดส่องถึงทุกวัน จะทำให้ท่านติดเชื้อไวรัสได้ เนื่องจากเชื้อไวรัสโรคไม่ถูกทำลาย	33.6	48.2	16.1	2.1	0.0
8. การอยู่ห้องที่ใช้เครื่องปรับอากาศ จะทำให้ท่านติดเชื้อไวรัสจากผู้ป่วยได้	37.3	53.9	8.3	0.5	0.0
9. การใช้ของใช้ เช่น เสื้อผ้า ผ้าเช็ดตัว ร่วมกับผู้ป่วย จะทำให้ติดเชื้อไวรัสจากผู้ป่วยได้	37.3	48.2	11.9	2.6	0.0
10. เมื่อร่างกายอ่อนแอ ท่านจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสและป่วยเป็นไวรัสได้	34.2	51.3	13.5	1.0	0.0

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันไวรัส พบว่า มีระดับความเห็นอย่างยิ่งมากที่สุด คือ ท่านสามารถเปิดประตู หน้าต่างภายในบ้านให้อากาศถ่ายเทสะดวก มีแสงแดดส่องถึงทุกวันได้ ร้อยละ 50.3 รองลงมา คือ ท่านสามารถล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง หลังจากสัมผัสกับน้ำมูก น้ำลาย ของผู้ป่วย ร้อยละ 45.1 และมีระดับความเห็นอย่างยิ่ง น้อยที่สุด คือ ท่านสามารถหยุดคลุกคลีกับผู้ป่วยไวรัสในระยะแพร่เชื้อ อย่างน้อย 2 สัปดาห์ หรือจนกว่าจะตรวจสอบหาไม่พบเชื้อไวรัสได้ ร้อยละ 26.9 รายละเอียดดังตาราง 10

ตาราง 10 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ด้านการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกัน
 วัณโรค จำแนกรายข้อ (n=193)

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น (ร้อยละ)				
	ทำได้แน่นอน	ทำได้	ไม่แน่ใจ	ทำไม่ได้	ทำไม่ได้แน่นอน
1. ท่านสามารถหยุดคลุกคลีกับผู้ป่วยวัณโรคในระยะแพร่เชื้อ อย่างน้อย 2 สัปดาห์ หรือจนกว่าจะตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรคได้	26.9	52.4	14.0	6.2	0.5
2. ท่านสามารถแยกห้องนอนกับผู้ป่วยวัณโรคในระยะแพร่เชื้อ อย่างน้อย 2 สัปดาห์ หรือจนกว่าจะตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรคได้	42.0	49.2	6.2	2.6	0.0
3. ท่านสามารถใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่ออยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยได้	38.9	49.7	8.8	2.1	0.5
4. ท่านสามารถดูแลผู้ป่วยให้ใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่อยู่กับผู้อื่นได้	38.7	50.8	5.2	4.7	0.5
5. ท่านสามารถนำที่นอน หมอน มุ้ง ผึ่งแสงแดด อย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ได้	39.9	54.9	3.6	1.6	0.0
6. ท่านสามารถล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง หลังจากสัมผัสกับน้ำมูก น้ำลาย ของผู้ป่วย	45.1	50.8	3.6	0.5	0.0
7. ท่านสามารถจัดภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิดให้ผู้ป่วยบ้วนเสมหะ/บ้วนลงชักโครก และ ทำลายโดยการเผา/ฝัง ทุกวันได้	41.5	54.9	3.1	0.5	0.0
8. ท่านสามารถเปิดประตู หน้าต่างภายในบ้านให้ อากาศถ่ายเทสะดวก มีแสงแดดส่องถึงทุกวันได้	50.3	46.6	2.6	0.0	0.5
9. ท่านสามารถหาความรู้การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเองไม่ให้ติดเชื้อวัณโรคได้	37.9	58.5	3.6	0.0	0.0

ตาราง 10 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น (ร้อยละ)				
	ทำได้แน่นอน	ทำได้	ไม่แน่ใจ	ทำไม่ได้	ทำไม่ได้แน่นอน
10. ท่านสามารถไปตรวจคัดกรองวัณโรคที่โรงพยาบาล ด้วยการเอกซเรย์ปอด ทุก 6 เดือน อย่างน้อย 2 ปี และหลังจากนั้นทุกปีได้	39.9	47.2	11.9	0.5	0.5

การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค พบว่า มีระดับความเห็นอย่างยิ่ง มากที่สุด คือ การตรวจคัดกรองวัณโรค ด้วยการเอกซเรย์ปอด ทุก 6 เดือน อย่างน้อย 2 ปี และหลังจากนั้นทุกปี จะทำให้สามารถค้นหาวัณโรคได้ตั้งแต่นั่น ๆ เพื่อลดความรุนแรงของโรคได้ ร้อยละ 40.9 รองลงมา คือ การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจนหาย จะป้องกันท่านจากการติดเชื้อวัณโรคได้ ร้อยละ 39.9 และ มีระดับความเห็นอย่างยิ่ง น้อยที่สุด คือ การไม่คลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค ในระยะแพร่เชื้อ อย่างน้อย 2 สัปดาห์ หรือจนกว่าจะตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรค จะสามารถ ป้องกันการติดเชื้อวัณโรคได้ ร้อยละ 29.5 รายละเอียดดังตาราง 11

ตาราง 11 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ด้านการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรค จำแนก
รายข้อ (n=193)

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น (ร้อยละ)				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. การไม่คลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคในระยะแพร่เชื้อ อย่างน้อย 2 สัปดาห์ หรือจนกว่าจะตรวจเสมหะไม่พบเชื้อโรค จะสามารถป้องกันการติดเชื้อโรคได้	29.5	57.5	10.9	2.1	0.0
2. การแยกห้องนอนกับผู้ป่วยโรค อย่างน้อย 2 สัปดาห์ หรือจนกว่าจะตรวจเสมหะไม่พบเชื้อโรค จะสามารถป้องกันการติดเชื้อโรคได้	33.7	54.9	8.3	3.1	0.0
3. การให้ผู้ป่วยและคนใกล้ชิดใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่ออยู่ร่วมกันจะสามารถป้องกันการติดเชื้อโรคได้	35.2	57.5	7.3	0.0	0.0
4. การนำที่นอน หมอน มุ้ง ผึ่งแสงแดดอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ จะช่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคได้	32.2	58.0	9.8	0.0	0.0
5. การล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง หลังจากสัมผัสน้ำมูก น้ำลาย ของผู้ป่วย จะสามารถป้องกันการติดเชื้อโรคได้	35.3	58.0	6.2	0.5	0.0
6. การจัดภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิดให้ผู้ป่วยบ้วนเสมหะ/บ้วนลงชักโครก และ ทำลายโดยการเผา/ฝังทุกวัน จะสามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคได้	36.3	56.5	6.7	0.0	0.5

ตาราง 11 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น (ร้อยละ)				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
7. การเปิดประตู หน้าต่างภายในบ้านให้อากาศถ่ายเทสะดวก มีแสงแดดส่องถึงทุกวัน จะสามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคได้	33.7	59.1	6.2	1.0	0.0
8. การตรวจคัดกรองวัณโรค ด้วยการเอกซเรย์ปอด ทุก 6 เดือน อย่างน้อย 2 ปี และหลังจากนั้นทุกปี จะทำให้สามารถค้นหาวัณโรคได้ตั้งแต่นั้น ๆ เพื่อลดความรุนแรงของโรคได้	40.9	51.9	6.7	0.5	0.0
9. การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จนหาย จะป้องกันท่านจากการติดเชื้อไวรัสโรคได้	39.9	52.3	7.8	0.0	0.0
10. การดูแลสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ เช่น ออกกำลังกาย พักผ่อนให้เพียงพอ และรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ จะสามารถป้องกันการป่วยเป็นวัณโรคได้	38.8	50.8	10.4	0.0	0.0

การได้รับการสนับสนุนทางสังคม พบว่า มีระดับความเห็นอย่างยิ่ง มากที่สุด คือ ท่านได้รับคำแนะนำ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโรคในบ้าน และแผนการรักษาวัณโรค จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 43.5 รองลงมา คือ ท่านได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโรคในบ้าน จากอาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 35.2 และมีระดับความเห็นอย่างยิ่ง น้อยที่สุด คือ ท่านได้รับคำแนะนำเรื่องการสนับสนุนเงินช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรคเมื่อเกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจในครอบครัวที่เกิดจากวัณโรค จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 13.5 รายละเอียดดังตาราง 12

ตาราง 12 แสดงร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง ด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคม จำแนกรายข้อ
(n=193)

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น (ร้อยละ)				
	ได้รับเป็นประจำ	ได้รับบ่อยครั้ง	ได้รับบางครั้ง	ได้รับนานๆครั้ง	ไม่เคยได้รับ
1. ท่านได้รับการสนับสนุนกำลังใจ ความเห็นใจ ความเข้าใจ และการเอาใจใส่ จากเพื่อนบ้าน	32.2	32.6	25.9	5.2	4.1
2. ท่านได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยไม่รังเกียจ จากชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่	30.1	39.3	23.8	5.2	1.6
3. ท่านได้รับคำแนะนำ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโรคในบ้าน และ แผนการรักษาไวรัสโรค จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	43.5	39.4	11.4	3.6	2.1
4. ท่านได้รับอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อไวรัสโรค เช่น หน้ากากอนามัย และเจลแอลกอฮอล์ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	25.9	37.3	17.1	4.1	15.6
5. ท่านได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมิน การปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโรคในบ้าน จากอาสาสมัครสาธารณสุข	35.2	36.8	16.1	3.1	8.8
6. ท่านได้รับการติดตาม และ แลกเปลี่ยนความรู้/ การตัดสินใจในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโรคในบ้าน จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	29.5	42.5	17.1	2.1	8.8
7. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับไวรัสโรค จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	34.7	35.8	16.1	4.1	9.3
8. ท่านได้รับสื่อความรู้ เช่น แผ่นพับ คู่มือ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโรคในบ้าน จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	29.5	33.7	18.1	6.2	12.5

ตาราง 12 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น (ร้อยละ)				
	ได้รับเป็นประจำ	ได้รับบ่อยครั้ง	ได้รับบางครั้ง	ได้รับนานๆครั้ง	ไม่เคยได้รับ
9. ท่านได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยการเอกซเรย์ปอด ภายใน 1 เดือน เมื่อพบผู้ป่วยวัณโรคในบ้าน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	32.0	33.2	16.6	4.7	13.5
10. ท่านได้รับคำแนะนำเรื่องการสนับสนุนเงินช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรคเมื่อเกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจในครอบครัวที่เกิดจากวัณโรค จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	13.5	18.1	16.1	5.7	46.6

พฤติกรรมป้องกันวัณโรค พบว่า มีระดับความเห็นอย่างยิ่ง มากที่สุด คือ ท่านดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยวัณโรค ให้กินยาสม่ำเสมอ ไม่ขาดยา จนครบตามแผนการรักษาของแพทย์ และไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ร้อยละ 71.5 รองลงมา คือ ท่านแยกของใช้กับผู้ป่วย เช่น เสื้อผ้า ผ้าเช็ดตัว ร้อยละ 68.9 และ มีระดับความเห็นอย่างยิ่ง น้อยที่สุด คือ ท่านรักษาสุขภาพให้แข็งแรงโดยการ ออกกำลังกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที ร้อยละ 29.5 รายละเอียดดังตาราง 13

ตาราง 13 แสดงร้อยละ พฤติกรรมป้องกันโรค ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ (n=193)

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น (ร้อยละ)				
	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
1. ท่านรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น เนื้อ นม ไข่ เป็นประจำ เพื่อให้สุขภาพแข็งแรง	42.5	42.0	14.5	0.5	0.5
2. ท่านรักษาสุขภาพให้แข็งแรงโดยการออกกำลังกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที	29.5	28.0	25.9	10.4	6.2
3. ท่านงดดื่มสุรา เพื่อให้สุขภาพแข็งแรง	57.0	20.7	11.4	3.1	7.8
4. ท่านไม่สูบบุหรี่ เพื่อป้องกันปอดถูกทำลายและลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรค	62.2	19.7	5.2	3.6	9.3
5. ท่านนอนหลับเพียงพอ อย่างน้อย วันละ 6 - 8 ชั่วโมงต่อวัน	53.9	28.5	14.0	2.6	1.0
6. ท่านหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ ซึ่งทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมลง และมีโอกาสป่วยเป็นโรคได้	61.1	33.7	1.6	0.5	3.1
7. ท่านคัดกรองโรคด้วยการเอกซเรย์ทรวงอกหลังจากที่พบผู้ป่วยวัณโรคในบ้าน และหลังจากนั้นทุก 6 เดือน	35.3	32.1	17.6	3.1	11.9
8. ท่านดื่มน้ำสะอาด อย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว ต่อวัน	50.8	37.8	9.8	1.6	0.0
9. เมื่อท่านมีอาการ ไข้ต่ำๆ ไอเรื้อรังเกิน 2 สัปดาห์ ท่านจะไปพบแพทย์ เพื่อตรวจคัดกรองวัณโรค	38.3	30.6	20.2	3.6	7.3

ตาราง 13 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น (ร้อยละ)				
	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
10. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ที่มีผู้คนแออัด	39.8	35.8	20.7	2.1	1.6
11. ท่านหยุดคลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคในระยะแพร่เชื้อ อย่างน้อย 2 สัปดาห์ หรือจนกว่าตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรค	47.1	30.1	16.5	1.6	4.7
12. ท่านไม่นอนร่วมห้องกับผู้ป่วยวัณโรคในระยะแพร่เชื้อ อย่างน้อย 2 สัปดาห์ หรือจนกว่าตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรค	62.1	27.5	4.7	3.1	2.6
13. ท่านใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่ออยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค	58.6	26.9	9.8	2.1	2.6
14. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่น	58.0	29.0	9.3	2.1	1.6
15. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งหลังจากสัมผัสน้ำมูก น้ำลาย ของตนเอง	58.6	32.1	6.7	2.1	0.5
16. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยปิดปาก จมูก ทุกครั้ง เวลาไอ/จาม เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	65.3	28.5	5.7	0.0	0.5
17. ท่านล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง หลังจากสัมผัสกับน้ำมูก น้ำลาย ของผู้ป่วย	63.7	30.1	5.2	0.5	0.5
18. ท่านใช้ช้อนกลางและดูแลให้ผู้ป่วยใช้ช้อนกลางทุกครั้งเมื่อรับประทานอาหารร่วมกัน	65.3	28.0	3.6	3.1	0.0
19. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยให้ใช้ทิชชู/ผ้าเช็ดหน้า ปิดปาก/จมูก เวลา ไอ/จาม	65.3	26.9	7.3	0.0	0.5

ตาราง 13 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น (ร้อยละ)				
	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
20. ท่านแยกของใช้กับผู้ป่วย เช่น เสื้อผ้า ผ้าเช็ดตัว	68.9	26.5	4.1	0.0	0.5
21. ท่านนำเครื่องนอน ที่นอน หมอน มุ้ง ผีเสื้อแสงแดด	50.3	35.7	10.4	2.6	1.0
22. ท่านเปิดประตู หน้าต่าง ภายในบ้านให้อากาศถ่ายเทสะดวก มีแสงแดดส่องถึง	55.4	37.3	5.2	0.5	1.6
23. ท่านดูแลบ้านให้สะอาดถูกสุขลักษณะอยู่เสมอ เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ	58.0	34.3	6.7	0.5	0.5
24. ท่านดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยวัณโรค ให้กินยาสม่ำเสมอ ไม่ขาดยา จนครบตามแผนการรักษาของแพทย์ และไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	71.5	22.8	4.7	0.0	1.0
25. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ในห้องที่ใช้เครื่องปรับอากาศร่วมกับผู้ป่วยวัณโรค	60.1	31.6	7.3	0.5	0.5
26. ท่านกำกับดูแลให้ทุกคนในบ้านเอกซเรย์ปอด เพื่อตรวจคัดกรองวัณโรค	47.2	27.9	12.9	4.7	7.3
27. ท่านจัดภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิดให้ผู้ป่วยบ้วนเสมหะ และทำลายโดยการเผา/ฝัง หรือ เทลงส้วม แล้วราดด้วยน้ำหรือน้ำยาล้างห้องน้ำ	62.2	29.5	6.2	0.0	2.1
28. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยบ้วนน้ำลาย/เสมหะ ลงในภาชนะที่ปิดมิดชิด	63.7	29.5	4.7	0.0	2.1

ตาราง 13 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น (ร้อยละ)				
	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
29. ท่านดูแลไม่ให้ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อ เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	62.7	29.0	6.7	0.0	1.6
30. การทำความสะอาดเสื้อผ้าของผู้ป่วยโดยใช้ผงซักฟอก และผึ่งแดดให้แห้ง	68.4	27.4	1.6	0.5	2.1

3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้เกี่ยวกับโรค ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยคุณลักษณะทางประชากรในการพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านของกลุ่มตัวอย่าง

3.1 สมการในการวิเคราะห์

$$Y = a + b_1 x_1 + b_2 x_2 + \dots b_n x_n$$

เมื่อ

Y = พฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

a = ค่าคงที่

b_1 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของเพศหญิง

b_2 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอายุ

b_3 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของสถานภาพสมรส

b_4 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของวุฒิการศึกษา

b_5 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของโรคประจำตัว

b_6 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการได้รับวัคซีนป้องกันโรค (ปัสิจิ)

- b_7 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการสูบบุหรี่
 b_8 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
 b_9 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของระยะเวลาที่อยู่กับผู้ป่วยต่อวัน
 b_{10} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของจำนวนสมาชิกในครัวเรือน
 b_{11} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของวิธีการเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล
 b_{12} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความรู้เกี่ยวกับวัณโรค
 b_{13} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค
 b_{14} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค
 b_{15} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค
 b_{16} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค
 b_{17} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการได้รับการสนับสนุนทางสังคม
 X_1 = เพศ
 X_2 = อายุ
 X_3 = สถานภาพสมรส
 X_4 = วุฒิการศึกษา
 X_5 = โรคประจำตัว
 X_6 = การได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค (บีซีจี)
 X_7 = การสูบบุหรี่
 X_8 = ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
 X_9 = ระยะเวลาที่อยู่กับผู้ป่วยต่อวัน
 X_{10} = จำนวนสมาชิกที่อาศัยในครัวเรือน
 X_{11} = วิธีเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล
 X_{12} = ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค
 X_{13} = การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค
 X_{14} = การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค
 X_{15} = การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค

X_{16} = การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค

X_{17} = การได้รับการสนับสนุนทางสังคม

3.2 ตัวแปรและระดับการวัดตัวแปร

ตาราง 14 แสดงตัวแปรและระดับการวัดตัวแปร

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
เพศ	นามบัญญัติ (สร้างตัวแปรหุ่น) (หญิง = 1, ชาย = 0)
อายุ	อัตราส่วน
สถานภาพสมรส	นามบัญญัติ (สร้างตัวแปรหุ่น) สถานภาพโสด (อ้างอิง) สถานภาพสมรส (สมรส = 1, อื่นๆ = 0)
วุฒิการศึกษาสูงสุด	สถานภาพหม้าย/หย่า/แยก (หม้าย/หย่า/แยก = 1, อื่นๆ = 0) จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) การศึกษาประถมศึกษา (อ้างอิง) การศึกษามัธยมศึกษาต้น (มัธยมศึกษาต้น = 1, อื่นๆ = 0) การศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. = 1, อื่นๆ = 0) การศึกษานุปริญญา/เทียบเท่า (อนุปริญญา/เทียบเท่า = 1, อื่นๆ = 0) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ปริญญาตรี = 1, อื่นๆ = 0) การศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี (สูงกว่าปริญญาตรี = 1, อื่นๆ = 0)
โรคประจำตัว	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) (มีโรคประจำตัว = 0, ไม่มีโรคประจำตัว = 1)

ตาราง 14 (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
การได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค (ปีซีจี)	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) เคยได้รับวัคซีน (อ้างอิง), ไม่เคยได้รับวัคซีน (ไม่เคยได้รับวัคซีน = 1, อื่นๆ = 0) ไม่ทราบ (ไม่ทราบ=1, อื่นๆ = 0)
การสูบบุหรี่	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ไม่เคยสูบบุหรี่ (อ้างอิง) เคยสูบบุหรี่ แต่หยุดสูบแล้ว (เคยสูบบุหรี่ แต่หยุดสูบแล้ว = 1, อื่นๆ = 0) ปัจจุบันสูบบุหรี่ (ปัจจุบันสูบบุหรี่ = 1, อื่นๆ = 0)
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) สามี (อ้างอิง), ภรรยา (ภรรยา = 1, อื่นๆ = 0), บิดา (บิดา = 1, อื่นๆ = 0), มารดา (มารดา = 1, อื่นๆ = 0), บุตร (บุตร = 1, อื่นๆ = 0), อื่นๆ (ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า อา น้อง หลาน (อื่นๆ (ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า อา น้อง หลาน = 1, อื่นๆ = 0)
ระยะเวลาที่อยู่กับผู้ป่วยต่อวัน	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) (น้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน = 0, มากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน = 1)
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	อัตราส่วน
วิธีเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) เดินทางโดยรถมอเตอร์ไซด์ (อ้างอิง) เดินทางโดยรถยนต์ (รถยนต์ = 1, อื่นๆ = 0) เดินทางโดยรถรับจ้าง (รถรับจ้าง = 1, อื่นๆ = 0)
ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค	อัตราส่วน
การรับรู้ความรุนแรงของโรควัณโรค	อัตราส่วน
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรควัณโรค	อัตราส่วน
การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค	อัตราส่วน

ตาราง 14 (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
การรับรู้ความสามารถของตนในการ ป้องกันโรค	อัตราส่วน
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	อัตราส่วน

3.3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทั้ง 17 ตัวแปร พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระอยู่ระหว่าง -0.345 ถึง 0.666 ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุ โดยไม่มีตัวแปรพยากรณ์คู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินไปไม่เกิน 0.90 (ปัทมา สุพรรณกุล, 2561) รายละเอียดดังตาราง 15



ตาราง 15 แสดง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ

ปัจจัย	Y	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆	X ₇	X ₈	X ₉	X ₁₀	X ₁₁	X ₁₂	X ₁₃	X ₁₄	X ₁₅	X ₁₆	X ₁₇
Y																		
X ₁	0.103																	
X ₂	0.01	0.118																
X ₃	-0.009	.211**	.358**															
X ₄	0.088	-0.025	-.443**	-.236**														
X ₅	0.032	0.089	.404**	.156*	-.220**													
X ₆	-0.038	-0.07	0.017	0.128	-0.007	0.094												
X ₇	-.236**	-.519**	-0.048	-0.106	-0.093	-0.031	0.059											
X ₈	-0.073	-.156*	-.382**	-.217**	.346**	-.191**	0.018	0.084										
X ₉	-0.114	0.123	.247**	0.086	-0.254**	.206**	-0.03	0.014	-.345**									
X ₁₀	.182*	-0.026	-0.088	-0.108	0.11	-0.027	0.023	-0.076	0.09	0.048								
X ₁₁	-0.056	-0.117	.200**	-0.054	0.052	0.13	0.097	0.14	0.085	-0.007	0.043							
X ₁₂	.145*	-0.06	-0.049	-0.047	.150*	0.011	-0.113	0.056	-0.017	-0.075	-0.009	0.126						
X ₁₃	.286**	-0.005	.158*	0.075	-0.012	0.098	0.06	-0.01	-0.079	0.052	0.02	0.106	0.074					
X ₁₄	.396**	-0.02	0.051	-0.018	0.085	0.012	0.07	0.056	0.013	-0.095	.146*	0.085	.175*	.601**				
X ₁₅	.421**	0.024	0.048	-0.047	0.14	0.02	0.093	-0.033	0.09	-0.07	0.125	0.015	0.001	.431**	.656**			
X ₁₆	.527**	0.008	-0.03	-0.013	0.122	-0.014	0.08	-0.073	0.05	-.157*	.179*	-0.038	.174*	.365**	.621**	.666**		
X ₁₇	.303**	-0.093	0.023	-0.066	-0.027	-0.054	.196**	-0.02	-0.075	-0.026	0.065	0.077	0.056	.195**	.241**	.289**	.185*	

โดยที่

Y = พฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

X_1 = เพศ

X_2 = อายุ

X_3 = สถานภาพสมรส

X_4 = วุฒิการศึกษา

X_5 = โรคประจำตัว

X_6 = การได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค (บีซีจี)

X_7 = การสูบบุหรี่

X_8 = ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

X_9 = ระยะเวลาที่อยู่กับผู้ป่วยต่อวัน

X_{10} = จำนวนสมาชิกที่อาศัยในครัวเรือน

X_{11} = วิธีเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล

X_{12} = ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค

X_{13} = การรับรู้ความรุนแรงของโรควัณโรค

X_{14} = การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค

X_{15} = การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค

X_{16} = การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค

X_{17} = การได้รับการสนับสนุนทางสังคม

3.4 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุ

ก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นจำนวน 5 ข้อ (ปัทมา สุพรรณกุล, 2561) พบว่า

3.4.1 ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.4.2 ค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระจากกัน โดยพิจารณาค่า Dubin-Watson เท่ากับ 1.661 (เกณฑ์ 1.5 - 2.50)

3.4.3 ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ โดยพิจารณาจากตาราง Residuals statistic พบว่า Mean เท่ากับ 0 (เกณฑ์คือ Mean = 0) และ ค่า S.D. เท่ากับ 0.984 (เกณฑ์คือ S.D. เข้าใกล้ 1) ซึ่งสอดคล้องกับการแปลผลจากกราฟ Normal probability plot

3.4.4 ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (Homo-scedasticity) โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter plot ซึ่งพบว่าค่าความคลาดเคลื่อนกระจายรอบๆค่า 0 และค่อนข้างคงที่

3.4.5 ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินไป (Multi-collinearity) โดยพิจารณาจาก Correlation matrix พบว่า ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระมีค่าตั้งแต่ -0.345 ถึง 0.666 (เกณฑ์ คือ น้อยกว่า 0.90) ร่วมกับการพิจารณาจากค่าปัจจัยความแปรปรวนที่เพิ่มสูงขึ้น (Variance inflation factor) มีค่าตั้งแต่ 1.007 ถึง 1.072 (เกณฑ์ คือ ทุกค่าต้องน้อยกว่า 10) และมีค่า Tolerance ตั้งแต่ 0.933 ถึง 0.991 (เกณฑ์คือ มีค่าเข้าใกล้ 1 แต่ไม่เกิน 1) (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2560; อรุณ จิรวัดน์กุล, 2552)

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน พบว่า ตัวแปร จำนวน 6 ตัวแปร ร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค มีอำนาจในการทำนายสูงสุด (Beta = 0.474) รองลงมา ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การสูบบุหรี่ วิธีเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยรถยนต์ การไม่ทราบประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค (บีซีจี) และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า อา น้อง หลาน (Beta = 0.220, -0.171, 0.150, -0.122, และ -0.116 ตามลำดับ) โดยทั้ง 6 ตัวแปร ร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านได้ ร้อยละ 38.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรอื่นๆ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ระยะเวลาที่อยู่กับผู้ป่วยต่อวัน จำนวนสมาชิกที่อาศัยในครัวเรือน ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค และ การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค ไม่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน รายละเอียดดังตาราง 16

การแปลผลจากค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอย

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค ($\beta = 1.465$) หมายความว่า เมื่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค เปลี่ยนแปลงไป 1 หน่วย พฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านจะเพิ่มขึ้น 1.465 หน่วย

การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.380$) หมายความว่า เมื่อการสนับสนุนทางสังคม เปลี่ยนแปลงไป 1 หน่วย พฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านจะเพิ่มขึ้น 0.380 หน่วย

การสูบบุหรี่ (ไม่เคยสูบบุหรี่ เป็นกลุ่มอ้างอิง) ($\beta = -3.653$) หมายความว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านที่สูบบุหรี่ จะมีพฤติกรรมป้องกันวัณโรคน้อยกว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านที่ไม่สูบบุหรี่

วิธีเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยรถยนต์ (รถมอเตอร์ไซด์ อ้างอิง) ($\beta = 4.667$) หมายความว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านที่เดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยรถยนต์ จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคมากกว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านที่เดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยรถมอเตอร์ไซด์

การไม่ทราบประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรค (ปิจิจี) (ได้รับวัคซีนป้องกันโรค (ปิจิจี) เป็นกลุ่มอ้างอิง) ($\beta = -1.888$) หมายความว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านที่ไม่ทราบประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรค (ปิจิจี) มีพฤติกรรมป้องกันโรคน้อยกว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านที่ทราบประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรค (ปิจิจี)

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า อา น้อง หลาน (สามี เป็นกลุ่มอ้างอิง) ($\beta = -0.789$) หมายความว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า อา น้อง หลาน มีพฤติกรรมป้องกันโรคน้อยกว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านที่เป็นสามี

ตาราง 16 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน (n = 193)

Independent variables	b	Beta (β)	p value
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค	1.465	0.474	<0.001
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	0.380	0.220	<0.001
การสูบบุหรี่ (Ref.* = ไม่เคย)	-3.653	-0.171	0.003
วิธีเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยรถยนต์ (Ref.* = มอเตอร์ไซด์)	4.667	0.150	0.009
การไม่ทราบประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรค (ปิจิจี) (Ref.* = ได้รับ)	-1.888	-0.122	0.035
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า อา น้อง หลาน (Ref.* = สามี)	-0.789	-0.116	0.043

Constant (a) = 55.292, R square = 0.404, adjusted R square = 0.385, F = 30.451, P<0.001,

Ref. * = Reference group

สำหรับตัวแปรอื่นๆ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา โรคประจำตัว ระยะเวลาที่อยู่กับผู้ป่วยต่อวัน จำนวนสมาชิกที่อาศัยในครัวเรือน ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และ การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรค ไม่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

3.5 สมการในการพยากรณ์ตัวแปรตาม

จากผลการวิเคราะห์สามารถเขียนสมการอธิบายพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านในรูปคะแนนดิบได้ ดังนี้

$$\text{สมการทำนาย } Y = a + b_1 x_1 + b_2 x_2 + b_3 x_3 + b_4 x_4 + b_5 x_5 + b_6 x_6$$

เมื่อ

Y = พฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

a = ค่าคงที่

b_1 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค

b_2 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

b_3 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการสูบบุหรี่

b_4 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของวิถีเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยรถยนต์

b_5 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการไม่ทราบประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค (บีซีจี)

b_6 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า อา น้อง หลาน

x_1 = การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค

x_2 = การได้รับการสนับสนุนทางสังคม

x_3 = การสูบบุหรี่

x_4 = วิถีเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยรถยนต์

x_5 = การไม่ทราบประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค (บีซีจี)

x_6 = ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า อา น้อง หลาน

โดยสามารถเขียนสมการในการพยากรณ์พฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านในรูปคะแนนดิบได้ ดังนี้

พฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน = $55.292 + 1.465$ (การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค) + 0.380 (การได้รับการสนับสนุนทางสังคม) - 3.653 (การสูบบุหรี่) + 4.667 (วิถีเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยรถยนต์) - 1.888 (การไม่ทราบประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค (บีซีจี)) - 0.789 (ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า อา น้อง หลาน)

ส่วนที่ 2 การศึกษาปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

การวิจัยส่วนนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อศึกษาปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักคือ 1) ผู้สัมผัสร่วมบ้าน จำนวน 10 คน 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 คน และ 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/โรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอ) จำนวน 10 คน ซึ่งได้จากการใช้วิธีคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง โดยสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ในเดือนกรกฎาคม 2567 และวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของผู้ให้ข้อมูลหลัก (ข้อมูลเชิงปริมาณ) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และ วิเคราะห์ปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน (ข้อมูลเชิงคุณภาพ) ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้สัมผัสร่วมบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/โรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอ) เท่ากัน คือ ร้อยละ 33.3 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.7 อายุระหว่าง 40 – 49 ปี ร้อยละ 33.4 สถานภาพสมรส ร้อยละ 73.4 จบระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 33.4 รายละเอียดดังตาราง 17

ตาราง 17 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูลหลัก จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร (n = 30)

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก		
ผู้สัมผัสร่วมบ้าน	10	33.3
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	10	33.3
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	10	33.4
เพศ		
ชาย	4	13.3
หญิง	26	86.7

ตาราง 17 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
20-29	2	6.6
30-39	7	23.4
40-49	10	33.4
50-59	9	30.0
60-69	2	6.6
(Mean=45.40, S.D.=10.125, min=20, max= 65)		
สถานภาพสมรส		
โสด	7	23.3
สมรส	22	73.4
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	1	3.3
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	7	23.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	20.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	5	16.7
ปริญญาตรี	10	33.4
สูงกว่าปริญญาตรี	2	6.6

2. ปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

ผลการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สัมผัสร่วมบ้าน (Household contact: HHC) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Village Health Volunteer: VHV) และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Public Health Technical Officer: PH) (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/โรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอ) พบว่า ปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จำนวน 9 ปัจจัย คือ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค 4) การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรค 5) การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรค 6) การตีตราเกี่ยวกับโรค 7) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม 8) การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค และ 9) การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อป้องกันโรค โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับวัณโรค พบว่า ส่วนใหญ่เมื่อรู้ว่ามีผู้ป่วยวัณโรคในครอบครัว ไม่รู้ว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไร จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

.....โห่ ไม่รู้รื้อกว่าเกิดยังไง (เสียงสูง) แต่ก็รู้เคยได้ยินว่าเค้าป่วยเป็นวัณโรคกัน แต่ก็ไม่รู้เรื่อง ว่ามันมีอาการยังไง ติดต่อยังไง รักษาายังไง ไม่รู้เลยคะ แคว่ว่าเห็นเค้าป่วยกัน ก็คือเค้าบอกกันว่าอย่าไปใกล้ละ ก็ไม่เข้าไปใกล้ละรืออย่างงี้คะ

(HHC02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

.....คิดว่าไม่หายนะ เพียงแต่รักษาอาการให้บรรเทาไปเท่านั้น

(VHV01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 3 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

.....ไม่ได้มีการอบรมให้ความรู้เลยคะ ส่วนใหญ่จะได้ความรู้จากเจ้าหน้าที่โดยการบอกต่อจากการลงเยี่ยมบ้าน

(VHV04, ผู้ให้สัมภาษณ์, 5 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

.....ผู้สัมผัสร่วมบ้านยังขาดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันวัณโรค ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อได้ เช่น ไม่ทราบการติดต่อ หรือ การป้องกันตัวเอง

(PH07, ผู้ให้สัมภาษณ์, 24 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

2.2 การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค พบว่า เมื่อรู้ว่ามีผู้ป่วยวัณโรคในครอบครัว จะมีทั้งความรู้สึกกลัวติดโรค และกลัวผู้ป่วยเป็นอะไรมาก เพราะเคยเห็นผู้ป่วยบางคนมีอาการหนัก จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

.....ตอนที่รู้ว่าลูกเป็นวัณโรค ตกใจกลัว กลัวเค้าจะตาย และก็เสียใจ กลัวเค้าจะตายอะ อาการตอนแรกๆ เป็นหนักเลยนะ

(HHC01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

.....ไ้ตายนะ ป้าไม่กลัวหรอก กลัวแบบว่าทำมาหากิน เพราะโรคนี้มันจะเหนื่อย ป้าเห็นลูกเป็นแล้วทรมาน ไปหาหมอมาทีแรกป้าร้องไห้เลย กลัวว่าเค้าจะจากเราไป ตอน

นั่นหมอบอกว่า ปอดหายไปข้างหนึ่งอะ เป็นมาก เป็นเยอะเลย หอบ เหนื่อย ทำอะไรหนักๆ ไม่ได้อะ

(HHC01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

..... กลัวค่ะ คือ กลัวติด กลัวอะไรทุกอย่าง ก็คิดในใจว่าต้องร้ายแรงอะค่ะ ก็กลัวถึงชีวิตอะค่ะ(หัวเราะเบาๆในลำคอ) แต่ก็ไม่รู้หรือกว่าจะถึงชีวิตมัย แต่ก็กลัว

(HHC02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

.....ตอนแรกๆ ก็แยเลยอะ นอนไม่มีแรงเลย มีอาการกินข้าวไม่ได้ อาการข้างเคียงจากยาเยอะมาก

(HHC10, ผู้ให้สัมภาษณ์, 16 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

.....คือถ้า มันไม่ใช่โรคระบาดก็ไม่ใช่ไร คือมันยังงี้ละ มันระบาดได้ไง เออเนิงมันติดต่อก็ได้ มันน่ากลัวงี้ ยังน่ากลัวอยู่

(VHV06, ผู้ให้สัมภาษณ์, 8 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

.....ชาวบ้านส่วนใหญ่เวลาป่วยไม่ค่อยมาตรวจ ห่วงทำไรทำสวน

(PH05, ผู้ให้สัมภาษณ์, 24 กรกฎาคม พ.ศ.2567)

2.3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านเมื่อรู้ว่ามิผู้ป่วยวัณโรคในครอบครัว จะพยายามแยกของกินของใช้ จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

.....รู้แต่ว่า ต้องแยกแก้ว แยกกระติกน้ำ เพราะเรากลัวว่าเราจะเป็น เพราะถ้าเราเป็นคนอื่น กลัวจะแยที่ไม่มีใครทำมาหากิน

(HHC01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

.....แยกช้อน แยกถ้วย แยกข้าว ไม่ได้กินข้าวร่วมกันตั้งแต่เค้าป่วยครับ

(HHC03, ผู้ให้สัมภาษณ์, 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

..... รพ.สต. นัดตาเอกซเรย์เพราะเป็นผู้สูงอายุ ที่นี้มาพบว่าปอดแก็งเป็นฝ้า ที่นี้ก็ส่ง
แกมาเอกซเรย์ที่ รพ.พรหมพิราม 2 ครั้งอะจะ แกไม่เคยเอกซเรย์เลย ครั้งนี้เป็นครั้งแรก
แล้วก็เจอเลย ที่ผ่านมามีเคยตรวจอะไรเลย

(HHC04, ผู้ให้สัมภาษณ์, 3 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

.....ผู้สัมผัสร่วมบ้านที่ไม่มาคัดกรองวัณโรค บอกว่าตนเองไม่เสี่ยงเพราะไม่ได้อยู่
ใกล้ชิดมาก

(PH02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 18 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

.....เราไปเจอญาติมาเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรค ยืนล้อมเตียงผู้ป่วยเลย ห้องแอร์ด้วย มารู้ที่
หลังว่า คนพาไปหาหมอกับคนดูแล คนละคนกัน เลยไม่รู้ว่าจะต้องป้องกันยังงัยบ้าง

(PH10, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

2.4 การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ปัจจัยด้านการรับรู้ผลลัพธ์
ของการป้องกันวัณโรค พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้ป่วย จะพยายามทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข เช่น การทานยา การแยกของใช้ เพราะต้องการหายป่วย จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล
หลัก ดังนี้

.....แกล้วตาย เราสังเกตดูเค้าจะไม่ให้ป่วยเรื่องยาเค้าห rokok เค้าจะจัดของเค้าเอง
กินตรงเป๊ะ กินตรงเป๊ะ แกล้งได้หายไว

(HHC01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

.....เค้าจัดยากินเอง เรากำกับการกินเอง ไม่ได้ให้กินต่อหน้า แต่ว่า จะถามเค้าตลอด
ว่า ฟังกินข้าวยัง กินยา ยัง ถึงเวลากินยาแล้วนะ เรายังจะโทรเช็คเขาเอา แต่เราไม่ได้เห็นกับตา
ว่าเค้ากินจริงรึเปล่า

(HHC07, ผู้ให้สัมภาษณ์, 9 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

.....มันใจนะว่าเค้ากินจริง เพราะว่า เมื่อก่อน ก่อนที่เค้าไม่เป็นอะนะ ก่อนที่เค้าไม่
รู้อะ เค้าดูยา ดูอะไร ดูยาเส้น ดูยาอะไร เหล่าก็กินนะ ในเมื่อตอนที่แรก เคยขอร่องเขา
ว่าพี่ก็ดูตเบาๆหน่อย ถ้าอดไม่ได้ วันนึงไม่ต้องสูบมาก เค้าก็ไม่เชื่อ เค้าบอกเค้าอดไม่ได้ พอ

หลังจากมาตรวจ พอหมอบอกว่าเค้าเป็นวัณโรค เค้าหยุดสูบบุหรี่ หยุดกินเหล้า ทันทึเลย
เลยมั่นใจว่าเค้ากินยาตลอด เพราะว่าเค้าอยากหาย มันทรมาณ เค้ากลัวตาย

(HHC07, ผู้ให้สัมภาษณ์, 9 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

.....แยกกันอยู่ 6 เดือน จนกินยาครบ แล้วลูกชายก็ปฏิบัติตัวดีมาก ถ้าหมอแนะนำ
มา เค้าก็จะปฏิบัติตามตัวเองเป็นอย่างดี

(HHC09, ผู้ให้สัมภาษณ์, 16 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

.....ผู้ป่วยส่วนใหญ่ถ้าอธิบายให้เข้าใจว่ากินยาวัณโรคตามที่หมอจัดให้แล้วจะหาย
ส่วนใหญ่จะให้ความร่วมมือในการรักษานะ

(PH06, ผู้ให้สัมภาษณ์, 24 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

2.5 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ปัจจัยด้านการรับรู้
ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติ
พฤติกรรมป้องกันวัณโรคได้ จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

.....ก็คิดว่าซักผ้า เปลี่ยนผ้าปูที่นอน ซักผ้าหม้อ อะไรเงี้ยะ ได้อาทิตย์ละครั้งนะ

(HHC01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

.....คิดว่าเปิดหน้าต่างให้อากาศถ่ายเททุกวันไม่ได้นะ เพราะปากก็ไม่ค่อยว่างต้อง
ขายของ

(HHC01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

.....ไม่มั่นใจว่าจะแยกที่นอนได้มัย สงสารเค้า กลัวเค้าจะคิดว่า เห็นกูเป็นแล้วมา
รังเกียจกูอะไรเงี้ยะ

(HHC07, ผู้ให้สัมภาษณ์, 9 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

.....เราก็บอกว่าเลิกสูบได้มัย เค้าก็บอกว่า ผมก็พยายามหยุดละ แต่ยังทำไม่ได้ เค้า
ว่าอย่างนี้อะนะ ทุกวันนี้ยังเห็นสูบอยู่ แต่เราไม่รู้ว่ายาสินทหรือไม่หายสินท ก็ไม่กล้าถาม
ถามมากไม่ได้

(VHV06, ผู้ให้สัมภาษณ์, 8 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

2.6 การตีตราเกี่ยวกับวัณโรค

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ปัจจัยด้านการตีตราเกี่ยวกับวัณโรค พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านส่วนใหญ่คิดว่าไม่กล้าบอกใคร กลัวสังคมรังเกียจ จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

.....เราไม่พูดให้ใครรู้ละ คนอื่นถามก็บอกว่าแกป่วยเป็นโรคธรรมดาอะไรเงี้ยะ ไม่บอกกับลูกค้ำว่าเป็นวัณโรค เราก็ก่อนกลัวพูดอะนะ เพราะโรคนี้มันก็ร้ายแรงนะ มันติดต่อกันได้ไฉ่มี๊ ปากก็กลัวว่าถ้าออกมาไฉ่ๆ แล้วลูกค้ำจะรังเกียจ

(HHC01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

..... ยังไม่ได้ขาดนัด ยังไม่ถึงวันนัด แต่เค้าเอาไปพูดกันก่อน ก็เลยมีการพูดปากต่อปากกัน มันก็เหมือนๆ คนรังเกียจนะ แล้วหนูจะ บ้านหนูเป็นร้านขายก๋วยเตี๋ยว ขายของขายพวกน้ำปั่น อะไรต่ออะไร แต่หลังจากที่รู้ว่าว่าแพนหนูติดเชื้อ หนูก็เริ่มจะขายของไม่ค่อยได้คะ ก็เลยหยุดไปเลยช่วงนี้นะ หยุดก่อน เออบบว่าให้รักษาหายดีก่อน ค่อยขายต่อมันเหมือนคนจะรังเกียจ ลูกค้ำลดลง น้อยลง อย่างเห็นได้ชัด

(HHC06, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

.....คะ คิดว่าน่ารังเกียจคะ เพราะไปที่ไหนก็ไอ อะไรอย่างเงี้ยะ เค้าก็ไม่อยากจะสัมผัส ทั้งตัวคนไข้ คนในครอบครัว และคนสัมผัส

(HHC08, ผู้ให้สัมภาษณ์, 16 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

.....คิดว่าสาเหตุที่ชุมชนกลัวหรือรังเกียจวัณโรค คิดว่า น่าจะไม่มีความรู้เกี่ยวกับวัณโรค

(VHV02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

.....ญาติบางหลังจะปฏิเสธการเยี่ยมบ้านเลย เพราะกลัวว่ามีคนเห็นว่ามีเจ้าหน้าที่ไปที่บ้าน คงกลัวว่าจะมีคนรู้ โทรไปก็ไม่รับสาย หรือบ้ายเปียงการไปเยี่ยมบ้านตลอด

(PH09, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

2.7 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ปัจจัยด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคมพบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านส่วนใหญ่ต้องการให้มีการเยี่ยมบ้านและสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกัน เช่น หน้ากากอนามัย จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

.....ถ้ามีการช่วยเหลือ ก็อยากให้ช่วยเหลือเรื่องเงิน(หัวเราะ) เพราะป่าหาเงินคนเดียวก็แย่ เพราะทำงานไม่ไหวเงินน้อย

(HHC01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

.....ไม่มีเจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. ไปเยี่ยมบ้านเลยครับ แต่ รพ.สต.ก็รู้ว่าแฟนผมเป็นวัณโรคนะครับ และ รพ.สต.ไม่ได้ให้แมส ถุงแดง เจลล้างมือเลยครับ

(HHC03, ผู้ให้สัมภาษณ์, 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

.....อุปกรณ์ป้องกัน ถุงแดง เจลล้างมือ ถ้าได้รับการสนับสนุนก็ดีครับ แต่ความรู้เป็นสิ่งที่ต้องการมากที่สุดครับ เพราะเราก็ไม่รู้ว่วัณโรคคืออะไร รู้แค่จากที่เราเรียนตอน ป.6 แค่นี้ครับ นิดหน่อยครับ เพราะมันได้แค่นิดหน่อย ไม่ได้มากมาย

(HHC03, ผู้ให้สัมภาษณ์, 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

.....ไม่เจ้าหน้าที่ หรือ อสม. ให้อุปกรณ์ป้องกันเลยคะ เยี่ยมบ้านก็ไม่มีเลย

(HHC07, ผู้ให้สัมภาษณ์, 9 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

.....สาเหตุที่ไม่ได้ใส่แมส เพราะมันไม่มี มันหมด มันไม่มีใช้ รู้ว่าต้องใช้นะ แต่มันไม่มีของ ไม่มีอุปกรณ์ป้องกัน ของหมด แล้วเราก็ไม่มีตังซื้อ ก็เลยไม่ได้ใช้ เรารับจ้าง เราไม่ได้รับจ้างทุกวัน ทำให้เราไม่มีเงินซื้อ รายได้เราไม่แน่นอน เราก็ต้องกินต้องใช้ ไปซื้ออุปกรณ์ป้องกันมันก็ยาก ถ้ามีการสนับสนุนก็ยังมี

(HHC07, ผู้ให้สัมภาษณ์, 9 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

.....ไม่มีการประชาสัมพันธ์เสียงตามสายเรื่องวัณโรคในหมู่บ้าน จะมีก็แต่โรคอื่น เช่น ไข้เลือดออก

(VHV02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

.....จะให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสโรค เช่น การใช้ หน้ากากอนามัย การแยกของกิน ของใช้

(PH09, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

2.8 ปัญหาด้านพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโรค

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ปัจจัยปัญหาด้านพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านมีพฤติกรรมป้องกันไม่ถูกต้อง จาก คำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

.....ไม่ได้แยกไม้กวาดเลย ใช้อันเดียวทั้งบ้าน ก็ไม่มีใครบอกว่าต้องแยก

(HHC04, ผู้ให้สัมภาษณ์, 3 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

.....แยกนอนได้ 2 อาทิตย์ ก็ไม่ได้แยกอีกเลย สงสารเค้า

(HHC07, ผู้ให้สัมภาษณ์, 9 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

.....ไม่ได้ใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลา เพราะคิดว่าไม่เป็นอะไร และบางครั้งก็ไม่มี
ด้วย

(HHC08, ผู้ให้สัมภาษณ์, 9 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

.....ก็แยกของใช้บ้าง ไม่แยกบ้าง ก็คิดว่าไม่เป็นไร ไม่ได้อยู่ใกล้กัน

(HHC09, ผู้ให้สัมภาษณ์, 16 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

.....น่าจะไม่ได้ไปเอกซเรย์นะ คนไข้ก็ยังสุขภาพดี ญาติก็ไม่ใส่แมสป้องกัน

(VHV06, ผู้ให้สัมภาษณ์, 5 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

.....ผู้ป่วยส่วนใหญ่หลังจากป่วยแล้วมักจะหยุดบุหรี แต่พอรักษาหายแล้วมักจะ
กลับไปสูบบุหรีอีก

(PH01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 18 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

2.9 การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อป้องกันโรค

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ปัจจัยด้านการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อป้องกันโรค พบว่า ส่วนใหญ่สามารถแยกที่อยู่กับผู้ป่วย และจัดบ้านให้ถูกสุขลักษณะได้ แต่พบว่า บางบ้านมีข้อจำกัดไม่สามารถแยกที่อยู่ได้ จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

.....บ้านอะ มี 2 ห้อง ห้องน้ำ 3 ห้อง เราก็อยู่ห้องนี้ เค้กนอนห้องนี้ แยกกันชัดเจนตั้งแต่ก่อนป่วยละ ยิ่งพอป่วยก็ยิ่งแยกชัดเจนกันยิ่งขึ้น

(HHC02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

.....ของแฟนผมทำห้องน้ำแยกให้ในห้องเลยครับ ตั้งแต่ป่วยทำห้องน้ำแยกให้เลยครับจะได้ไม่ต้องออกมาข้างนอก จะได้ไม่ต้องใช้ร่วมกัน

(HHC03, ผู้ให้สัมภาษณ์, 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

.....ตาป่วยติดเตียง เลยต้องนอนห้องเดียวกับตาเพื่อดูตา

(HHC04, ผู้ให้สัมภาษณ์, 3 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

.....เข้าใจมาตลอดเลยว่า ไม่ควรเปิดหน้าต่างเพราะจะทำให้เชื้อโรคออกไปข้างนอกเลยไม่ได้เปิดหน้าต่าง

(HHC06, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

.....เรื่องกินส่วนใหญ่แยกได้ แต่เรื่องอยู่ร่วมห้องกัน บางครั้งแยกไม่ได้ บางบ้านไม่มีห้องนอนแยก ก็ต้องอยู่กัน แยกไม่ได้ ห้องน้ำก็มีห้องเดียวเงี้ยะ

(VHV02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

.....เหมือนว่าเค้าจะไม่ได้แยกห้อง เพราะไม่มีห้องแยก ยังอยู่รวมกัน อะไรเงี้ยะ บ้านคับแคบ ไม่มีห้องแยก อยู่คนละมุม

(VHV04, ผู้ให้สัมภาษณ์, 5 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

.....บ้านที่ต้องอยู่กันในห้องเดียวกัน จะแนะนำให้แยกที่นอน และเปิดหน้าต่างเพื่อระบายอากาศ

(PH10, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

จากผลการวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน (การวิจัยเชิงปริมาณ) และ การศึกษาปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน (การวิจัยเชิงคุณภาพ) ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน (การวิจัยเชิงปริมาณ) พบว่า ปัจจัย จำนวน 6 ตัวแปร ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ได้แก่ 1) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค 2) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม 3) การสูบบุหรี่ 4) วิธีเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยรถยนต์ 5) การไม่ทราบประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรค (ปียีจี) และ 6) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า อา น้อง หลาน ซึ่งตัวแปรทั้ง 6 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ได้ร้อยละ 38.5

ส่วนที่ 2 การศึกษาปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน (การวิจัยเชิงคุณภาพ) พบว่า ปัจจัย จำนวน 9 ตัวแปร ที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค 4) การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรค 5) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค 6) การตีตราเกี่ยวกับโรค 7) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม 8) ปัญหาด้านพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรค และ 9) การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อป้องกันโรค

จากผลการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยสามารถรวมผลการวิจัยเชิงปริมาณและผลการวิจัยเชิงคุณภาพทั้ง 2 ส่วนเข้าด้วยกัน (Merge) รวมจำนวน 15 ตัวแปร และพบว่า ตัวแปรที่มีความสอดคล้องกัน จำนวน 2 ตัวแปร คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ดังนั้น สรุปได้ว่า ตัวแปรปัจจัยที่ส่งผลและปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน รวมจำนวน 13 ตัวแปร คือ 1) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค 2) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม 3) การสูบบุหรี่ 4) วิธีเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล 5) การไม่ทราบประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรค (ปียีจี) 6) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า อา น้อง หลาน 7) ความรู้เกี่ยวกับโรค 8) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 9) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค 10) การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรค 11) การตีตราเกี่ยวกับโรค 12) ปัญหาด้านพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรค และ 13) การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อป้องกันโรค ซึ่งจะนำผลจากการวิจัยระยะที่ 1 ไปพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ในการวิจัยระยะที่ 2 ต่อไป

การวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

การวิจัยระยะนี้ เป็นการยกร่างและตรวจสอบรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ซึ่งนำผลจากการวิจัยระยะที่ 1 มาใช้ใน ขั้นตอนที่ 1 คือ การยกร่างรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน โดยการจัดการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) แล้วนำผลมาต่อด้วย ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน โดยใช้แบบสอบถามการตรวจสอบร่างรูปแบบในด้านความเป็นประโยชน์ ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความถูกต้องครอบคลุม เพื่อยืนยันรูปแบบฯ ซึ่งจะนำผลจากการวิจัยระยะที่ 2 ไปใช้ในการวิจัยระยะที่ 3 ต่อไป ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนตามลำดับ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การยกร่างรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

การวิจัยขั้นตอนนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อยกร่างรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ 1) ผู้สัมผัสร่วมบ้าน จำนวน 10 คน 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 คน และ 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/โรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอ) จำนวน 10 คน ซึ่งได้จากการใช้วิธีคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลการสนทนากลุ่มด้วย เครื่องบันทึกเสียง และ สมุดจดบันทึก โดยการจัดการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนา ผู้ช่วยนักวิจัยทำหน้าที่อำนวยความสะดวกในการสนทนากลุ่ม ผู้ร่วมสนทนากลุ่มมาพบกัน เริ่มต้นด้วยการทำความรู้จักกันเพื่อให้ทุกคนได้ผ่อนคลายและรู้สึกคุ้นเคยกันพอสมควร จากนั้นผู้วิจัยเริ่มดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยดำเนินการสนทนากลุ่มในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคปอด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตามลำดับ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนา กล่าวขอบคุณที่มาร่วมสนทนาและขอให้ทุกคนพูดโดยไม่ต้องกังวลเรื่องถูกผิด การรักษาความลับ การนำข้อมูลไปใช้ และขออนุญาตให้ผู้ช่วยนักวิจัยบันทึกเทปการสนทนา หลังจากนั้นผู้วิจัยจุดประเด็นการสนทนากลุ่มด้วยคำถามปลายเปิด เริ่มคำถามแรกเป็นการแสดงความเห็นต่อประเด็นในฐานะคนนอก จากนั้นเป็นคำถามที่ตึงให้เข้าใจตัวผู้ร่วมสนทนา และในระหว่างการสนทนา ผู้วิจัยจะคอยจับประเด็นใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นในวงสนทนา ทั้งนี้จากการจับประเด็นของผู้วิจัยจะปรับแนวทางการสนทนากลุ่มไปเรื่อย ๆ ตลอดการเก็บข้อมูล แล้วพยายามให้ผู้ร่วมวงสนทนาได้ร่วมแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในทุกประเด็นให้มากที่สุด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แน่นและลุ่มลึกขึ้นเรื่อย ๆ โดยใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง ในวันที่ 19 - 20 กันยายน 2567 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกร่าง ตำบลบ้านกร่าง อำเภอเมือง จังหวัด

พิษณุโลก และวิเคราะห์ข้อมูลการสนทนากลุ่ม ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อยกร่างรูปแบบ ปรับปรุงรูปแบบตามคำแนะนำ และสรุปรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. ปัจจัยนำเข้าการสนทนากลุ่ม

ปัจจัยนำเข้าเวทีการสนทนากลุ่ม เพื่อยกร่างรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ซึ่งได้จากผลการวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน (การวิจัยเชิงปริมาณ) และปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน (การวิจัยเชิงคุณภาพ) จำนวน 15 ปัจจัย/ตัวแปร โดยมีความสอดคล้องกันระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 2 ปัจจัย/ตัวแปร ดังนั้น จึงมีปัจจัยนำเข้าเวทีการสนทนากลุ่ม จำนวน 13 ปัจจัย/ตัวแปร ดังนี้

1.1 การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน (การวิจัยเชิงปริมาณ) จำนวน 6 ปัจจัย/ตัวแปร ได้แก่ 1) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค 2) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม 3) การสูบบุหรี่ 4) วิธีเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล 5) การไม่ทราบประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรค (ปชีจี) และ 6) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า อา น้อง หลาน จำนวน

1.2 การศึกษาปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน (การวิจัยเชิงคุณภาพ) จำนวน 9 ปัจจัย/ตัวแปร ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค 4) การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรค 5) การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรค 6) การตีตราเกี่ยวกับโรค 7) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม 8) ปัญหาด้านพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรค และ 9) การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อป้องกันโรค

1.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน (การวิจัยเชิงปริมาณ) และ ปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน (การวิจัยเชิงคุณภาพ) มีความสอดคล้องกันทั้งจากการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 2 ปัจจัย/ตัวแปร ดังนี้ 1) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค และ 2) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม

2. การยกร่างรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคของปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 3 กลุ่ม คือ 1) ผู้สัมผัสร่วมบ้าน 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อยกร่างรูปแบบพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จากปัจจัยนำเข้า จำนวน 13 ตัวแปร ได้แก่ 1) การสูบบุหรี่ 2) การเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล 3) การไม่ทราบประวัติการ

ได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค (บีซีจี) 4) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า อา น้อง หลาน) 5) ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค 6) การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค 7) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค 8) การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค 9) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค 10) การติดตามเกี่ยวกับวัณโรค 11) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม 12) ปัญหาด้านพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรค และ 13) การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อป้องกันวัณโรค

ผลการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่า ปัจจัยนำเข้าที่ได้รับคัดเลือกเป็นองค์ประกอบของร่างรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จำนวน 13 ปัจจัย/ตัวแปร ได้แก่ 1) การสูบบุหรี่ 2) การเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล 3) การไม่ทราบประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค (บีซีจี) 4) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า อา น้อง หลาน) 5) ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค 6) การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค 7) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค 8) การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค 9) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค 10) การติดตามเกี่ยวกับวัณโรค 11) การได้รับแรงสนับสนุนจากสังคม 12) ปัญหาด้านพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรค และ 13) การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อป้องกันวัณโรค โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 การสูบบุหรี่

ข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า ตัวแปรด้านการสูบบุหรี่ ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้ โดยการบรรยายถึงโทษของบุหรี่ ซึ่งจากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับวิธีการ/กิจกรรมการให้ความรู้ ดังนี้

.....ประชาชนสัมพันธ์ให้ความรู้เสี่ยงตามสายให้หมู่บ้าน เกี่ยวกับโทษและภัยของบุหรี่

(FGDVHV04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 19 กันยายน 2567)

.....หากในครัวเรือนมีปัจจัยเสี่ยง เช่น ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ ก็ควรให้ความรู้เพิ่มเติมเพื่อย้ำถึงอันตรายจากเหล้า บุหรี่

(FGDPH03, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 กันยายน 2567)

2.2 วิธีเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล

ข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า ตัวแปรด้านการเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลโดย ในกรณีที่ไม่มีรถไป รพ. ควรจะมีการขอสนับสนุนรถจาก อบต. เพื่อ รับ-ส่ง

ในกรณีไม่สามารถไป รพ. ได้ ซึ่งจากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับวิธีการ/กิจกรรม ดังนี้

.....เราทำงานรับจ้างรายวัน วันไหนไม่ได้ไปทำงานก็ไม่มีเงิน ค่าจ้างรถก็แพง ถ้ามีรถรับ-ส่ง ก็จะได้

(FGDHHC02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 19 กันยายน 2567)

.....รถรับจ้าง ไป-กลับ ก็ 300 – 500 บาท บางครั้งเค้าต้องอยู่รอเราที่ รพ.ทั้งวัน

(FGDHHC05, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 19 กันยายน 2567)

.....อบต. สามารถสนับสนุนรถ รับ-ส่งได้ค่ะ เวลาไปส่ง รพ. แต่ต้องแจ้งล่วงหน้าก่อนค่ะ

(FGDPH06, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 กันยายน 2567)

2.3 การไม่ทราบประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค (บีซีจี)

ข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า ตัวแปรด้านการไม่ทราบประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค (บีซีจี) ควรให้ความรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันวัณโรค (บีซีจี) กับผู้สัมผัสร่วมบ้าน ซึ่งจากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับวิธีการ/กิจกรรม ดังนี้

.....ไม่รู้เหมือนกันว่าเคยได้วัคซีนป้องกันวัณโรคหรือยัง แล้วไม่แน่ใจเหมือนกันว่าป้องกันได้จริงรึเปล่านั้น

(FGDHHC04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 19 กันยายน 2567)

.....เวลาไปเยี่ยมบ้าน ควรให้ความรู้เรื่องวัคซีนป้องกันวัณโรคด้วย

(FGDPH06, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 กันยายน 2567)

.....บางคนไม่รู้ เลยไม่ใส่ใจเรื่องการป้องกัน ควรให้ความรู้เพื่อเน้นย้ำเรื่องการป้องกัน

(FGDPH10, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 กันยายน 2567)

2.4 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า อา น้อง หลาน

ข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า ตัวแปรด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า อา น้อง หลาน ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันวัณโรค โดยเน้นในกลุ่มผู้ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า อา น้อง หลาน ซึ่งจากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับวิธีการ/กิจกรรม ดังนี้

.....ส่วนใหญ่ที่เห็นคนที่ไม่ใช่ญาติสายตรง หรือ สามี ภรรยา เค้าวไม่ค่อยใส่หน้ากากอนามัยเท่าไร เค้าวังไม่ได้ใกล้ชิดเท่าไร

(FGDVHV07, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 19 กันยายน 2567)

.....ลูกสะใภ้เค้างก็อยู่ในบ้านเดียวกันนะแต่ไม่ไปเอ็กซเรย์ เค้าวังไม่ได้ใกล้ชิด

(FGDVHV09, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 19 กันยายน 2567)

.....เวลาไปเยี่ยมบ้าน ควรให้ความรู้กับทุกคนในบ้าน ไม่ใช่ให้แต่คนใกล้ชิด เช่น ลูก สามี ภรรยา เท่านั้น

(FGDPH08, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 กันยายน 2567)

2.5 ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค

ข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า ตัวแปรด้านความรู้ ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้ โดยการบรรยายความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค ซึ่งประกอบด้วยหัวข้อ วัณโรคคืออะไร อาการของผู้ป่วยวัณโรค การติดต่อ การแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ผลกระทบของวัณโรค แนวทางการรักษา การดูแลตนเองเมื่อเป็นวัณโรค การดูแลสุขอนามัย การดูแลผู้ป่วยและการกำกับการกินยาของผู้ป่วย ซึ่งจากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับวิธีการ/กิจกรรมของความรู้ ดังนี้

.....ถ้าหากไม่มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน ก็ไม่รู้จะต้องทำอย่างไรไม่ให้ติดวัณโรคนะ

(FGDHHC04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 19 กันยายน 2567)

.....หัวข้อของความรู้ที่ควรจะให้ คือการป้องกันต้องทำอย่างไร เมื่อเป็นแล้วรักษาอย่างไรอะ และคนรอบข้างควรปฏิบัติตัวอย่างไร และอยากรู้อีกอย่างคือวัณโรคเกิดจากอะไร เป็นแล้วกลับมาเป็นได้อีกมั๊ย การทำความสะอาดบ้านการจัดบ้านจัดสิ่งแวดล้อมในบ้าน การเปิดหน้าต่าง การล้างมือที่ถูกต้อง การใช้เจลแอลกอฮอล์ ซึ่งสิ่งเหล่านี้คนที่อยู่ร่วม

บ้านจำเป็นต้องรู้ และการอบรมให้ความรู้จำเป็นจะต้องมีการสาธิตให้ฝึกปฏิบัติ เช่น การล้างมือ การใส่แมสที่ถูกต้อง

(FGDVHV03, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 19 กันยายน 2567)

.....คนที่จะต้องเป็นผู้ให้ความรู้ ต้องเป็นเจ้าหน้าที่ เพราะว่า อสม. ความรู้ยังมีความรู้ไม่ถึง และความเชื่อถือก็ยังไม่ถึงเหมือนกัน เพราะหมอก็จะเชื่อหมอกมากกว่า

(FGDVHV04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 19 กันยายน 2567)

.....ถ้าถามว่าอยากได้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคเรื่องอะไร ก็อยากได้การป้องกันนิแหละสำคัญที่สุด ป้องกันไว้ทั้งตัวเราด้วยตัวเขาด้วย เวลาจะไปคุยกับเขาก็ต้องใส่หน้ากาก แล้วก็บอกให้ลูกเขาว่า ให้กินยาสม่ำเสมอ เพราะมันเป็นแค่ 6 เดือนก็หาย

(FGDVHV08, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 19 กันยายน 2567)

.....สิ่งสำคัญควรให้ความรู้การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันวัณโรค ทั้งผู้ป่วย และญาติ เนื่องจากต้องป้องกันทั้ง 2 ฝ่าย

(FGDPH02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 กันยายน 2567)

2.6 การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค

ข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า ตัวแปรด้านการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค ควรมีการจัดอบรมให้ให้ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงและผลกระทบของวัณโรค เพื่อกระตุ้นเตือนให้ระมัดระวัง ซึ่งจากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับวิธีการ/กิจกรรมของการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค ดังนี้

.....การชี้ให้เห็นความรุนแรงของวัณโรค จะทำให้เราตระหนักถึงอันตรายของวัณโรค ทำให้เราระมัดระวังมากยิ่งขึ้น

(FGDHHC04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 19 กันยายน 2567)

.....ก็คิดว่าร้ายแรงนะคะ เพราะคนที่บ้านป่วยก็ดูอาการหนักอยู่เหมือนกัน แต่ยังไม่แน่ใจว่าโรคนี้อันตรายขนาดไหน

(FGDHHC05, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 19 กันยายน 2567)

.....ก็ร้ายแรงอยู่นะ ถ้าปล่อยไว้ไม่รักษา อาจถึงขั้นเสียชีวิตได้เลยนะ

(FGDVHV01, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 19 กันยายน 2567)

.....เนื่องจากยาทำให้มีอาการข้างเคียงสูง หากไม่อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ อาจทำให้ไม่ยอมกินยาต่อเนื่องได้ สุดท้ายจะกลายเป็นวัณโรคดื้อยา

(FGDPH01, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 กันยายน 2567)

.....หากกินยาไม่ต่อเนื่องแล้ว เกิดเชื้อดื้อยาขึ้นมา จะยิ่งรักษายากมาก และใช้เวลานานมาก

(FGDPH06, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 กันยายน 2567)

.....การให้ข้อมูลความรุนแรงของโรคและวิธีป้องกันเป็นเรื่องสำคัญมาก พี่มักเน้นย้ำว่าถ้าไม่ป้องกันดี ๆ อาจติดเชื้อจนต้องรักษาเอง

(FGDPH10, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 กันยายน 2567)

2.7 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค

ข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า ตัวแปรด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค โดยการบรรยายถึงโอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อวัณโรค จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับวิธีการ/กิจกรรมของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค ดังนี้

.....เราจะรู้ได้อย่างไรว่าเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค ก็ต้องผ่านการให้ความรู้ การอบรมให้ความรู้ให้กับผู้ใกล้ชิด ซึ่งตอนวันที่ทราบว่าคนในครอบครัวเป็นวัณโรค เราก็กังไม่ทราบว่า จะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร

(FGDHHC06, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 19 กันยายน 2567)

.....ถ้ารู้ว่าไม่ใช่แมสก็จะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เค้าก็จะระมัดระวังมากขึ้น ก็จะต้องให้ความรู้ก่อน

(FGDPH02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 กันยายน 2567)

.....ต้องแนะนำความเสี่ยงให้ชัดเจน ว่าสิ่งไหนที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เพื่อให้เค้าปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

(FGDPH08, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 กันยายน 2567)

2.8 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค

ข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า ตัวแปรด้านการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรค ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรคเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการป้องกัน จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับวิธีการ/กิจกรรมของการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรค ดังนี้

.....เจ้าหน้าที่แนะนำเราเรื่องการป้องกันตนเองเราก็มีความมั่นใจที่จะทำ

(FGDHCC08, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 19 กันยายน 2567)

.....ถ้ามีหมอบอกว่าต้องปฏิบัติตัวยังไงบ้าง เราก็เชื่อหมอนะและมั่นใจด้วยว่าจะป้องกันได้

(FGDHHC09, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 19 กันยายน 2567)

.....หากมีผู้ป่วยในหมู่บ้านของเรา พี่จะไปแนะนำการปฏิบัติตัว ให้เค้ามั่นใจว่าได้ทำถูกแล้ว

(FGDVHV04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 19 กันยายน 2567)

.....การส่งเสริมให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านเกิดการรับรู้ความสามารถในการป้องกันโรค จะช่วยให้เค้าเกิดความมั่นใจว่าสามารถที่จะทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อป้องกันโรคได้

(FGDPH05, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 กันยายน 2567)

2.9 การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรค

ข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า ตัวแปรด้านการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรค ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้ เพื่อให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านเห็นถึงผลดีของการป้องกันโรค จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับวิธีการ/กิจกรรมของการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรค ดังนี้

.....พอหมอให้ความรู้ว่ายกแล้วจะทำให้ไม่ติดต่อกัน เราเลยยก เพราะกลัวว่าจะเป็นไปอีกคน

(FGDHHC10, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 19 กันยายน 2567)

.....เค้าก็แยกตามที่เราให้คำแนะนำไปแหละ เพราะเค้าก็กลัวติดเหมือนกัน

(FGDVHV01, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 19 กันยายน 2567)

.....การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกัน เช่น การแยกที่นอนจะทำให้เราไม่ติดเชื้อไวรัสโรค ถ้าเรารู้ว่า ป้องกันแล้วเราจะไม่ติดเชื้อไวรัสโรค คนส่วนใหญ่ ก็จะปฏิบัติ เพื่อป้องกัน เรารู้ว่า ถ้าเราแยกของกินของใช้เราก็คงจะไม่ติดเชื้อไวรัสโรค ก็จะทำให้เราแยก ในประเด็นนี้ก็จะผ่าน การให้ความรู้เช่นกัน

(FGDVHV05, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 19 กันยายน 2567)

.....คนไข้ถ้าเขารู้ว่าทำแล้วจะดีอย่างไร เค้าจะให้ความร่วมมือในการรักษา เพราะฉะนั้นต้องอธิบายให้เขาเข้าใจ

(FGDPH06, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 กันยายน 2567)

2.10 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม

ข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า ตัวแปรด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ควรมีการติดตามเยี่ยมบ้านและคัดกรองโรค สันนิษฐานอุปกรณ์ป้องกันโรค ได้แก่ หน้ากากอนามัย และเจลแอลกอฮอล์ สันนิษฐานเอกสาร/แผ่นพับความรู้โรค การสร้างกลุ่มสนับสนุนให้สำหรับผู้สัมผัสร่วมบ้านแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์และให้คำปรึกษา การให้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรค การให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมสุขอนามัยส่วนบุคคล การพูดคุยให้คำปรึกษาเพื่อสนับสนุนทางด้านจิตใจ การให้คำแนะนำและส่งต่อหน่วยงานรัฐบาล พมจ./อบจ. เพื่อให้การช่วยเหลือด้านการเงิน จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับวิธีการ/กิจกรรมของการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

.....ที่บ้านไม่เคยมีเจ้าหน้าที่ หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปเยี่ยมเลย อยากให้ไปเยี่ยมบ้าง

(FGDHH02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 19 กันยายน 2567)

.....เพื่อนบ้านก็สำคัญ ถ้าเพื่อนบ้านแสดงการรังเกียจแล้วมันก็จะท้อใจ แต่ว่าอะไรก็ไม่สำคัญเท่ากับคนในครอบครัว ต้องให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เพราะว่าคนนอกบ้านเขาก็จะมาแค่ผิวเผิน แต่คนในบ้านมันต้องอยู่ด้วยกันทุกวัน

(FGDHH04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 19 กันยายน 2567)

.....ในฐานะที่เรามีประสบการณ์มาก่อน ถ้าหากใครจะขอคำแนะนำจากเรา เราก็ยินดีให้คำแนะนำ และแบ่งปันประสบการณ์

(FGDHHC05, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 19 กันยายน 2567)

.....เวลามีปัญหา หรือสงสัยเกี่ยวกับวัณโรค ไม่รู้จะปรึกษาใครเลย ไม่มีใครให้คำปรึกษาเลย

(FGDHHC06, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 19 กันยายน 2567)

.....กิจกรรมที่จะทำให้ผู้สัมผัสเกิดความมั่นใจขึ้น น่าจะ เช่น เจ้าหน้าที่ให้กำลังใจคนในครอบครัวให้กำลังใจหรือเพื่อนบ้านให้กำลังใจนะ

(FGDHHC07, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 19 กันยายน 2567)

.....อยากให้มึหน่วยงานที่ช่วยเหลือด้านการเงินบ้าง เพราะลำบากจริงๆ

(FGDHHC08, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 19 กันยายน 2567)

.....หากมีพี่เลี้ยงที่ให้คำปรึกษา คำแนะนำหรือความช่วยเหลือเกี่ยวกับวัณโรคจะเป็นประโยชน์มาก เพราะบางที่เราไม่กล้าไปถามเจ้าหน้าที่

(FGDHHC09, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 19 กันยายน 2567)

.....การรณรงค์วัณโรคไม่มี มีแต่รณรงค์ลูกน้ำยุงลาย ถ้ามีก็คงดีมาก

(FGDVHV05, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 19 กันยายน 2567)

.....จะดีมากเลยถ้าเจ้าหน้าที่ รพ.สต. จัดชุดอุปกรณ์ป้องกันให้เลย ตอนไปเยี่ยมบ้านหลังจากรู้ว่ามึผู้ป่วยวัณโรค

(FGDVHV07, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 19 กันยายน 2567)

.....อยากได้สื่อความรู้ แผ่นพับความรู้เกี่ยวกับวัณโรค จะได้เอาให้ผู้ป่วยและญาติ

(FGDPH10, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 กันยายน 2567)

2.11 การตีตราเกี่ยวกับวัณโรค

ข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า ตัวแปรด้านการตีตราเกี่ยวกับวัณโรค ควรมีการให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร ประชาสัมพันธ์ สื่อสารความเสี่ยง เกี่ยวกับวัณโรค ผ่านหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน เพื่อสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับวัณโรคและส่งเสริมให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการลดการตีตรา และการเก็บเป็นความลับ จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับวิธีการ/กิจกรรมของการตีตรา ดังนี้

.....คนรังเกียจวัณโรคเพราะไม่มีความรู้ เสียงตามสายในหมู่บ้านก็มีแต่ เบาหวาน ความดัน เรื่องบอกไรบอกนา แต่วัณโรคยังไม่เคยมีการให้ความรู้ เน้นเรื่องโรคนี้ไม่ได้มากนัก ต้องให้ความรู้ชุมชน

(FGDHHC05, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 19 กันยายน 2567)

.....คุณหมอน่าจะชี้แจงเป็นเสียงตามสายในหมู่บ้าน บอกว่าวัณโรคไม่ใช่โรคที่น่ากลัวนะ จะต้องป้องกันด้วยวิธีนั้นวิธีนี้ เขาจะได้คลายความกลัว

(FGDHCH07, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 19 กันยายน 2567)

.....ส่วนมากข้อมูลตรงนี้เขาจะปกปิด เพราะมันเป็นโรคติดต่อน้อย เป็นความลับของคนไข้ ก็จะมีรู้เฉพาะประธานกับคนที่รับผิดชอบงาน ก็จะมีรู้กันแค่นั้น บางคนก็จะไม่รู้ และเขาก็จะรู้เฉพาะหมู่ของเขา อสม. เขาจะดูแลแบ่งเป็นละแวกใครละแวกมัน

(FGDVHV01, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 19 กันยายน 2567)

.....ให้ความรู้เสียงตามสายเลยคุณหมอ เน้นเอาออกมาให้ชัดเจนเลย ป้องกันยังไง ไม่ต้องกลัว ความรุนแรงของโรคนี้เป็นอย่างไร เอาแบบสั้นๆ เอาแบบเนื้อเนื้อเลย เขาก็จะได้เลิกกลัวกัน

(FGDVHV08, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 19 กันยายน 2567)

.....ข้อดีอีกอย่างของเสียงตามสายก็คือ อย่างบ้านที่เขาไม่เปิดเผยตัวเองเขาก็จะได้ฟัง ข้อมูลตรงนี้แล้วจะได้นำไปปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

(FGDVHV10, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 19 กันยายน 2567)

....ให้ผู้ใหญ่บ้านประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย มีทุกหมู่บ้าน เขาก็มีเสียงตามสาย หมู่บ้านละ 1 ไม่ใช่ตำบลละ 1 นะ เพื่อให้รู้ว่าวัณโรคเป็นโรคที่รักษาหาย รักษาได้ ไม่ได้น่ากลัว อย่างที่เราคิด จะได้ไม่กลัว ก็จะช่วยให้ คนกล้าไปตรวจวัณโรค เพราะกลัวแล้วเจอว่าเป็นวัณโรค แล้วก็กลัวจะถูกรังเกียจ

(FGDPH05, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 กันยายน 2567)

2.12 ปัญหาด้านพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรค

ข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า ตัวแปรด้านปัญหาด้านพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรค ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้ โดยการบรรยาย เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันวัณโรค และการสาธิต การฝึกปฏิบัติการล้างมือ การใส่หน้ากากอนามัย จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับวิธีการ/กิจกรรมของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันวัณโรค ดังนี้

....ต้องอธิบายให้เค้ารู้ว่า ของใช้อะไรต้องแยกอะไรบ้าง เช่น ช้อน ส้อม ถ้วย ชาม เสื้อผ้า และ ข้าวของที่ทำความสะอาดบ้าน

(FGDVHV01, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 19 กันยายน 2567)

.....เพราะว่าบางทีอุปกรณ์ของผู้ป่วยเนี่ยเค้าไม่มี เค้าไม่รู้ว่าจะเอาอะไรจะใช้ยังไงจะทำยังไง ถ้าเราจับอุปกรณ์ไปแล้วเราก็คงจะให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ ใช้ยังไงนั้นน่าอย่างนั้นจะอะไรอย่างเงี้ยคุณหมอ

(FGDVHV05, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 19 กันยายน 2567)

....แยกกันได้ก็เป็นสิ่งที่ดี แต่ในสภาพแวดล้อมที่บ้านผู้ป่วยบางคน ก็ไม่สามารถที่จะแยกได้ การใส่แมสจึงสำคัญที่สุด แต่ก็ควรให้คำแนะนำเรื่องการล้างมือ การเปิดบ้านให้โล่งด้วย

(FGDPH02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 กันยายน 2567)

.....สุขอนามัยส่วนบุคคลก็สำคัญ เช่น การล้างมือ การใส่หน้ากากอนามัย การทิ้งขยะ ควรสอนและให้เค้าฝึกทำด้วยนะ

(FGDPH09, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 กันยายน 2567)

2.13 การจัดสิ่งแวดลอมภายในบ้านเพื่อป้องกันโรค

ข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า ตัวแปรด้านการจัดสิ่งแวดลอมเพื่อป้องกันโรค ควรมีการให้ความรู้ สาธิต และฝึกปฏิบัติการจัดสิ่งแวดลอมภายในบ้านเพื่อป้องกันโรค จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับวิธีการ/กิจกรรมของการจัดสิ่งแวดลอมเพื่อป้องกันโรค ดังนี้

.....บางคนเอาเสมหะทิ้งในถังขยะเลย

(FGDVHV03, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 19 กันยายน 2567)

.....การจัดการขยะ ที่ทิ้งขยะก็ต้องแยก ให้เอามาทิ้งที่ รพสต. เองง่ายๆเลย คือของส่วนตัวของผู้ป่วยทุกอย่างก็ต้องแยก ห้ามเอาไปทิ้งทั่วไป โดยเฉพาะเสมหะต้องแยกทิ้ง

(FGDVHV06, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 19 กันยายน 2567)

.....จากการเยี่ยมบ้าน พบว่า หลายบ้านยังไม่เข้าใจวิธีจัดสิ่งแวดลอมภายในบ้านให้เหมาะสมเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

(FGDPH04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 กันยายน 2567)

.....จากที่สังเกตว่าหลายบ้านยังไม่ค่อยเปิดหน้าต่างกัน โดยเฉพาะบ้านที่มีผู้สูงอายุ

(FGDPH07, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 กันยายน 2567)

.....เคยถามว่า เพราะอะไรไม่เปิดหน้าต่างให้อากาศถ่ายเท ได้คำตอบว่า กลัวลม กลัวฝุ่นเข้าบ้าน เลยปิดหน้าต่างตลอด

(FGDPH10, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 กันยายน 2567)

3. องค์ประกอบและวิธีการ/กิจกรรมของรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จากการวิเคราะห์เนื้อหาการสนทนากลุ่ม สามารถร่างรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก โดยมีวิธีการ/กิจกรรมของรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การเสริมสร้างความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรค ประกอบด้วย 8 ตัวแปร คือ 1) การสูบบุหรี่ 2) การไม่ทราบประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรค (ปัสิจิ) 3) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย 4) ความรู้เกี่ยวกับโรค 5) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 6) การรับรู้

โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค 7) การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค และ 8) การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันวัณโรค โดยมีกิจกรรมการบรรยายและใช้ภาพแผ่นพลิกประกอบด้วยหัวข้อ วัณโรคคืออะไร อาการของผู้ป่วยวัณโรค การติดต่อ การแพร่กระจายเชื้อวัณโรค อันตราย ความรุนแรงและผลกระทบของวัณโรค แนวทางการรักษา การดูแลตนเองเมื่อเป็นวัณโรค การดูแลสุขอนามัยของตนเอง ผลดีของการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันวัณโรค การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อป้องกันวัณโรค การดูแลกำกับการกินยาผู้ป่วย โทษของบุหรี่ และวัคซีนป้องกันวัณโรค

องค์ประกอบที่ 2 การพัฒนาทักษะการป้องกันวัณโรค ประกอบด้วย 1 ตัวแปร คือ

1) ปัญหาด้านพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรค โดยมีกิจกรรมการบรรยาย สาธิต และฝึกปฏิบัติวิธีการล้างมือที่ถูกต้อง วิธีใส่หน้ากาก/ทิ้ง หน้ากากอนามัย และการแยกของใช้ส่วนตัว

องค์ประกอบที่ 3 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันวัณโรค ประกอบด้วย 1 ตัวแปร คือ การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อป้องกันโรค โดยมีกิจกรรมการบรรยาย สาธิต และฝึกปฏิบัติ การจัดพื้นที่แยกสำหรับผู้ป่วย การจัดที่อยู่อาศัยให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก ให้แสงแดดส่องถึง การทำความสะอาดที่อยู่อาศัย และการกำจัดเสมหะและขยะติดเชื้อ

องค์ประกอบที่ 4 การสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันวัณโรค จำนวน ประกอบด้วย 3 ตัวแปร คือ 1) การติดตามเยี่ยมบ้านและคัดกรองวัณโรค 2) การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันวัณโรค 3) การสนับสนุนเอกสาร/แผ่นพับความรู้วัณโรค 4) การสร้างกลุ่มสนับสนุนให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์และขอคำปรึกษา 5) การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัณโรค และให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมสุขอนามัยส่วนบุคคล 6) การพูดคุยให้คำปรึกษาเพื่อสนับสนุนทางด้านจิตใจ 7) การให้คำแนะนำและส่งต่อหน่วยงานรัฐบาล พมจ./อบจ. เพื่อให้การช่วยเหลือด้านการเงิน 8) ประสานงานกับผู้ใหญ่บ้านเพื่อประชาสัมพันธ์ การให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร สื่อสารความเสี่ยง เกี่ยวกับวัณโรคเกี่ยวกับวัณโรคผ่านหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน เพื่อสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับวัณโรคและส่งเสริมให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการลดการตีตรา 9) ประสานงานกับ อบต. เพื่อขอรับการสนับสนุนรถ รับ-ส่ง ไป รพ. รายละเอียดดังตาราง 18

ตาราง 18 แสดงองค์ประกอบและกิจกรรมการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของ
ผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก

องค์ประกอบ	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
1. องค์ประกอบ การเสริมสร้างความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับวัณโรค ประกอบด้วย 8 ตัวแปร ได้แก่	1.1 เสริมสร้างความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับวัณโรค โดยการบรรยายและใช้ภาพแผ่นพลิก ประกอบด้วยกิจกรรม 1.1.1 การให้ความรู้และการเสริมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับวัณโรค	แพทย์, พยาบาล, นักวิชาการ สาธารณสุข, อสม.
1.1 การสูบบุหรี่	ประกอบด้วยวัณโรคคืออะไร อาการของ	
1.2 การไม่ทราบประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค (บีซีจี)	ผู้ป่วยวัณโรค การติดต่อ การแพร่กระจาย เชื้อวัณโรค อันตราย ความรุนแรงและผลกระทบของวัณโรค แนวทางการรักษา การดูแลตนเองเมื่อเป็นวัณโรค การดูแล	
1.3 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	สุขอนามัยของตนเอง ผลดีของการปฏิบัติตาม	
1.4 ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค	มาตรการป้องกันวัณโรค การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อป้องกันวัณโรค การดูแลกำกับการ	
1.5 การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค	กินยาผู้ป่วย โทษของบุหรี่ และวัคซีนป้องกันวัณโรค	
1.6 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค		
1.7 การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค		
1.8 การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันวัณโรค		

ตาราง 18 (ต่อ)

องค์ประกอบ	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
2. องค์ประกอบการพัฒนาทักษะการป้องกันโรค ประกอบด้วย 1 ตัวแปร ได้แก่ ปัญหาด้านพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกัน การติดเชื้อโรค	2.1 ฝึกทักษะเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรค โดยการบรรยาย สาธิต และฝึกปฏิบัติ 2.1.1 การล้างมือที่ถูกต้อง 2.1.2 วิธีใส่หน้ากากอนามัย 2.1.3 การแยกของใช้ส่วนตัว	แพทย์, พยาบาล, นักวิชาการ สาธารณสุข, อสม.
3. องค์ประกอบการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันโรค ประกอบด้วย 1 ตัวแปร ได้แก่ การจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อป้องกันโรค	2.2 การจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อป้องกันโรค โดยการบรรยาย สาธิต และฝึกปฏิบัติ ประกอบด้วยกิจกรรม 2.2.1 การจัดพื้นที่แยกสำหรับผู้ป่วย 2.2.2 การจัดที่อยู่อาศัยให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก และให้แดดส่องถึง 2.2.3 การทำความสะอาดที่อยู่อาศัย 2.2.4 การกำจัดเศษขยะและขยะติดเชื้อ	พยาบาล, นักวิชาการ สาธารณสุข, อสม.
4. องค์ประกอบที่ได้รับ การสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันโรค ประกอบด้วย 3 ตัวแปร ได้แก่	2.3 การได้รับแรงกระตุ้นทางสังคม ประกอบด้วยกิจกรรม 2.3.1 การติดตามเยี่ยมบ้านและคัดกรองโรค 2.3.2 การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันโรค 2.3.3 การสนับสนุนเอกสาร/แผ่นพับความรู้โรค 2.3.4 การสร้างกลุ่มสนับสนุนให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์และขอคำปรึกษา 2.3.5 การให้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรค	พยาบาล, นักวิชาการ สาธารณสุข, อสม., อบต., อบจ., พมจ., ผู้ใหญ่บ้าน
4.1 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันโรค	2.3.1 การติดตามเยี่ยมบ้านและคัดกรองโรค	
4.2 การติดตามเกี่ยวกับโรค	2.3.2 การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันโรค	
4.3 การเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล	2.3.3 การสนับสนุนเอกสาร/แผ่นพับความรู้โรค	

ตาราง 18 (ต่อ)

องค์ประกอบ	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
	2.3.6 การให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริม สุขอนามัยส่วนบุคคล	
	2.3.7 การพูดคุยให้คำปรึกษาเพื่อ สนับสนุนทางด้านจิตใจ	
	2.3.8 การให้คำแนะนำและส่งต่อ หน่วยงานรัฐบาล พมจ./อบจ. เพื่อให้การ ช่วยเหลือด้านการเงิน	
	2.3.9 การให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร ประชาสัมพันธ์ สื่อสารความเสี่ยง เกี่ยวกับวัน โรคเกี่ยวกับวันโรคผ่านหอกระจายข่าวใน หมู่บ้าน เพื่อสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับวัน โรคและส่งเสริมให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมใน การลดการตีตรา	
	2.3.10 อบต. สนับสนุนรถ รับ-ส่ง ไป รพ.	

4. การตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างปัจจัยนำเข้ากับองค์ประกอบของรูปแบบการ สร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

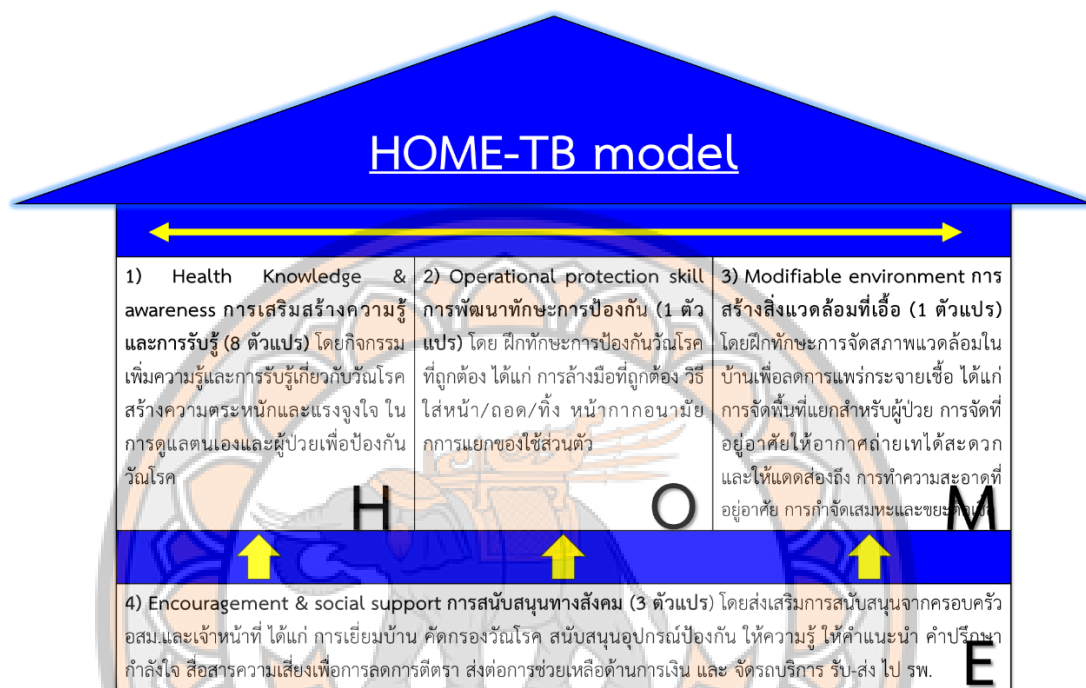
ปัจจัยนำเข้าการสนทนา จำนวน 13 ปัจจัย/ตัวแปร มีความสอดคล้องกับองค์ประกอบ
ของรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จำนวน 13 ปัจจัย/
ตัวแปร รายละเอียดดังตาราง 19

ตาราง 19 แสดงสรุปการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างปัจจัยนำเข้ากับองค์ประกอบของรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

ปัจจัยนำเข้า	องค์ประกอบของรูปแบบ	
	ใช่	ไม่ใช่
1. การสูบบุหรี่	✓	
2. การเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล	✓	
3. การไม่ทราบประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค (ปีซีจี)	✓	
4. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้ำ อา น้อง หลาน	✓	
5. ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค	✓	
6. การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค	✓	
7. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค	✓	
8. การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค	✓	
9. การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันวัณโรค	✓	
10. การได้รับการสนับสนุนจากสังคม	✓	
11. การติดตามเกี่ยวกับวัณโรค	✓	
12. ปัญหาด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน การติดเชื้อวัณโรค	✓	
13. การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อป้องกันวัณโรค	✓	

การยกกร่างรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) องค์ประกอบ H : Health Knowledge & awareness การเสริมสร้างความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับวัณโรค 2) องค์ประกอบ O: Operational protection skill การพัฒนาทักษะการป้องกันวัณโรค 3) องค์ประกอบ M : Modifiable environment การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันวัณโรค 4) องค์ประกอบ E : Encouragement & social support การสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันวัณโรค โดยรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ควรเริ่มด้วยองค์ประกอบ H : Health Knowledge & awareness การเสริมสร้างความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับวัณโรค และตามด้วย องค์ประกอบ O : Operational protection skill การพัฒนาทักษะการป้องกันวัณโรค และ องค์ประกอบ M : Modifiable

environment การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันวัณโรค โดยทั้ง 3 องค์ประกอบหลัก จะได้รับการสนับสนุนจากองค์ประกอบหลักที่ 4 คือ องค์ประกอบ E : Encouragement & social support การสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันวัณโรค รายละเอียดดังภาพ 7



ภาพ 7 แสดงรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก

การวิจัยขั้นตอนนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative method) เพื่อตรวจสอบรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ให้ข้อมูลหลัก จากขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ ผู้สัมผัสร่วมบ้าน จำนวน 10 คน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน จำนวน 10 คน และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 10 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามตรวจสอบร่างรูปแบบ ในด้านของความเป็นประโยชน์ (Utility) ความเป็นไปได้ (Feasibility) ความเหมาะสม (Propriety) และ ความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy) ของรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ในเดือนตุลาคม 2567 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร

ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้สัมผัสร่วมบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/โรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอ) เท่ากัน คือ ร้อยละ 33.3 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.7 อายุระหว่าง 40 – 49 ปี ร้อยละ 33.4 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 73.4 จบระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 33.4 รายละเอียด ดังตาราง 20

ตาราง 20 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูลหลัก จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร
(n = 30)

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก		
ผู้สัมผัสร่วมบ้าน	10	33.3
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	10	33.3
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	10	33.4
เพศ		
ชาย	4	13.3
หญิง	26	86.7
อายุ (ปี)		
20-29	2	6.6
30-39	7	23.4
40-49	10	33.4
50-59	9	30.0
60-69	2	6.6
(Mean=45.40, S.D.=10.125, min=20, max= 65)		
สถานภาพสมรส		
โสด	7	23.3
สมรส	22	73.4
หย่า	1	3.3

ตาราง 20 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	7	23.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	20.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	5	16.7
ปริญญาตรี	10	33.4
สูงกว่าปริญญาตรี	2	6.6

2. การตรวจสอบรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัส ร่วมบ้าน

ผลการตรวจสอบรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัส
ร่วมบ้าน ด้านความเป็นประโยชน์ (Utility) ด้านความเป็นไปได้ (Feasibility) ด้านความเหมาะสม
(Propriety) และด้านความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy) ซึ่งในภาพรวมทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับมาก
($\bar{X} = 4.95$, S.D. = 0.19) และเมื่อแบ่งออกแต่ละด้าน ได้ผลดังนี้ 1) ด้านความเป็นประโยชน์ อยู่ใน
ระดับมาก ($\bar{X} = 4.86$, S.D. = 0.57) 2) ด้านความเป็นไปได้ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.85$, S.D. = 0.29)
3) ด้านความเหมาะสม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.94$, S.D. = 0.19) และ 4) ด้านความถูกต้องครอบคลุม
อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.95$, S.D. = 0.19) รายละเอียดดังตาราง 21

ตาราง 21 แสดงผลการตรวจสอบรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของ
ผู้สัมผัสร่วมบ้าน (n=30)

ด้าน/รายการประเมิน	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
1. ด้านความเป็นประโยชน์ (Utility)	4.86	0.57	มาก
1.1 รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกัน โรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ทำให้ผู้สัมผัสร่วม บ้านปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคได้ดีขึ้น	4.90	0.30	มาก
1.2 รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกัน โรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ทำให้ป้องกันการติด เชื้อโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านได้	4.87	0.345	มาก

ตาราง 21 (ต่อ)

ด้าน/รายการประเมิน	$\bar{x}$	S.D.	การแปลผล
1.3 รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน มีประโยชน์ต่อกระทรวงสาธารณสุขสำหรับกำหนดมาตรการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านได้	4.83	0.34	มาก
2. ความเป็นไปได้ (Feasibility)	4.85	0.29	มาก
2.1 รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านสามารถนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริงได้	4.87	0.34	มาก
2.2 รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านมีความสอดคล้องกับทรัพยากรในการป้องกันควบคุมวัณโรค เช่น เจ้าหน้าที่ให้ความรู้การป้องกันโรค และการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันฯ	4.87	0.34	มาก
2.3 รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านสามารถทำความเข้าใจได้ ไม่ยุ่งยากหรือซับซ้อนเกินไป	4.83	0.37	มาก
3. ความเหมาะสม (Propriety)	4.94	0.19	มาก
3.1 รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน มีความเหมาะสมสอดคล้องกับนโยบายการป้องกันควบคุมวัณโรค	4.93	0.25	มาก
3.2 รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน มีความสอดคล้องกับมาตรการป้องกันควบคุมวัณโรค	4.93	0.25	มาก
3.3 รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านมีความเหมาะสมครอบคลุมเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้าน	4.97	0.18	มาก

ตาราง 21 (ต่อ)

ด้าน/รายการประเมิน	$\bar{x}$	S.D.	การแปลผล
4. ด้านความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy)	4.95	0.19	มาก
1.1 รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกัน โรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านมีความถูกต้องตาม หลักแนวทางการป้องกันควบคุมโรคของประเทศ ไทย	4.97	0.18	มาก
1.2 รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกัน โรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน มีความชัดเจน สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง	4.97	0.18	มาก
1.3 รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกัน โรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน สามารถป้องกันการ ติดเชื้อโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านได้จริง	4.93	0.25	มาก
รวมเฉลี่ยทุกด้าน	4.95	0.19	มาก

จากการวิจัยระยะที่ 2 การยกร่างและการตรวจสอบรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน เริ่มด้วยขั้นตอนที่ 1 เพื่อยกร่างรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน (การวิจัยเชิงคุณภาพ) แล้วนำผลมาเชื่อมโยงกับขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน (การวิจัยเชิงปริมาณ) เพื่อยืนยันรูปแบบ พบว่า รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การเสริมสร้างความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรค 2) การพัฒนาทักษะการป้องกันโรค 3) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันโรค และ 4) การสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันโรค โดยภาพรวมรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านมีความเป็นประโยชน์ ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความถูกต้องครอบคลุม อยู่ในระดับมาก ซึ่งจะได้นำผลจากการวิจัยระยะที่ 2 ไปทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ในระยะที่ 3 ต่อไป

การวิจัยระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

การวิจัยระยะนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) ชนิดศึกษาสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group, pretest - posttest design) เพื่อทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สัมผัสร่วมบ้าน จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 35 คน ซึ่งได้จากวิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามและรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ 1) องค์ประกอบการสร้างเสริมสร้างความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับวัณโรค 2) องค์ประกอบการพัฒนาทักษะการป้องกันวัณโรค 3) องค์ประกอบการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันวัณโรค และ 4) องค์ประกอบการสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันวัณโรค เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนจัดกิจกรรมตามรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน และหลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอด และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย Fisher's exact test, Independent t-test, Paired t-test โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง
2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค การติดตามเกี่ยวกับวัณโรค การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และ พฤติกรรมป้องกันวัณโรค ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน
3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค การติดตามเกี่ยวกับวัณโรค การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมป้องกันวัณโรค ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 กลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.0 ส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 51 - 59 ปี ร้อยละ 51.4 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 60.0 จบระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 51.4 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 54.3 ไม่ทราบประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค (บีซีจี) ร้อยละ 45.7 ไม่เคย

สับสนหรือ ร้อยละ 82.9 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร และ อื่น (ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า อา น้อง หลาน) เท่ากัน คือ ร้อยละ 37.1 ระยะเวลาที่อยู่กับผู้ป่วยต่อวัน มากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 51.4 จำนวนสมาชิกที่อาศัยในครัวเรือน จำนวน 3 คนต่อครัวเรือน ร้อยละ 37.1 และ วิธีเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยรถยนต์ ร้อยละ 45.7

1.2 กลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.6 มีอายุระหว่าง 51 - 59 ปี ร้อยละ 42.9 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 60.0 จบระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 42.9 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 77.1 ไม่ทราบประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค (บีซีจี) ร้อยละ 48.5 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 80.0 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า อา น้อง หลาน ร้อยละ 31.4 ระยะเวลาที่อยู่กับผู้ป่วยต่อวัน น้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 62.9 จำนวนสมาชิกที่อาศัยในครัวเรือน จำนวน 3 คนต่อครัวเรือน และ 4 คนต่อครัวเรือน เท่ากัน คือ ร้อยละ 37.1 วิธีเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยรถมอเตอร์ไซด์ ร้อยละ 51.4 รายละเอียดดังตาราง 22

ตาราง 22 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร (n=70)

คุณลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มควบคุม (n=35)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	7	20.0	11	31.4
หญิง	28	80.0	24	68.6
อายุ				
20-30 ปี	4	11.4	6	17.1
31-40 ปี	3	8.6	8	22.9
41-50 ปี	10	28.6	6	17.1
51-59 ปี	18	51.4	15	42.9
สถานภาพ				
โสด	12	34.3	14	40.0
สมรส	21	60.0	21	60.0
หม้าย/หย่า	2	5.7	-	-

ตาราง 22 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มควบคุม (n=35)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	18	51.4	15	42.9
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	14.3	8	22.9
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปสช.	3	8.6	9	25.6
อนุปริญญา/เทียบเท่า	3	8.6	1	2.9
ปริญญาตรี	6	17.1	2	5.7
โรคประจำตัว				
ไม่มีโรคประจำตัว	19	54.3	27	77.1
มีโรคประจำตัว	16	45.7	8	22.9
การได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค (บีซีจี)				
ไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค (บีซีจี)	4	11.4	3	8.6
เคยได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค (บีซีจี)	15	42.9	15	42.9
ไม่ทราบ	16	45.7	17	48.5
การสูบบุหรี่				
ไม่เคยสูบบุหรี่	29	82.9	28	80.0
เคยสูบบุหรี่	1	2.9	3	8.6
ปัจจุบันสูบบุหรี่	5	14.2	4	11.4
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย				
สามี	-	-	1	2.9
ภรรยา	7	20.1	9	25.7
บิดา	-	-	2	5.7
มารดา	2	5.7	2	5.7
บุตร	13	37.1	10	28.6
อื่นๆ (ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า อา น้อง หลาน)	13	37.1	11	31.4

ตาราง 22 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มควบคุม (n=35)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่อยู่กับผู้ป่วยต่อวัน				
น้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน	17	48.6	22	62.9
มากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน	18	51.4	13	37.1
จำนวนสมาชิกที่อาศัยในครัวเรือน (คน)				
2	10	28.6	8	22.9
3	13	37.1	13	37.1
4	9	25.7	13	37.1
5	3	8.6	1	2.9
วิธีเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล				
รถมอเตอร์ไซด์	14	40.0	18	51.4
รถยนต์	16	45.7	13	37.2
รถรับจ้าง	5	14.3	4	11.4

1.3 การควบคุมตัวแปรภายนอก

การควบคุมตัวแปรภายนอกที่อาจส่งผลต่อการทดลองหรือตัวแปรตาม ให้เหลือน้อยที่สุด ในการวิจัยระยะนี้ใช้การควบคุมตัวแปรภายนอกแบบการจับคู่ (Match pair) เป็นการนำตัวแปรภายนอก จากผลการวิจัย ระยะที่ 1 ส่วนที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน พบว่า การสูบบุหรี่ วิธีเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน โดยจัดให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการสูบบุหรี่ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และวิธีเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเหมือนกันหรือคล้ายคลึงกันมากที่สุด โดยใช้สถิติ Fisher's exact test พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม มีการสูบบุหรี่ การมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และ วิธีเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ไม่แตกต่างกัน รายละเอียดดังตาราง 23

ตาราง 23 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรภายนอก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=70)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)		χ ²	p-value
	กลุ่มทดลอง (n=35)	กลุ่มควบคุม (n=35)		
การสูบบุหรี่				
ไม่เคยสูบบุหรี่	29(82.9)	28(80.0)	1.109	0.797
เคยสูบบุหรี่	1(2.9)	3(8.6)		
ปัจจุบันสูบบุหรี่	5(14.2)	4(11.4)		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย				
สามี	-	1(2.9)	4.905	0.409
ภรรยา	7(20.1)	9(25.7)		
บิดา	-	2(5.7)		
มารดา	2(5.7)	2(5.7)		
บุตร	13(37.1)	10(28.6)		
อื่นๆ (ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า	13(37.1)	11(31.4)		
น้ำ อา น้อง หลาน)				
วิธีเดินทางไปรับการรักษาที่				
โรงพยาบาล				
รถมอเตอร์ไซด์	14(40.0)	18(51.4)	3.883	0.154
รถยนต์	16(45.7)	13(37.2)		
รถรับจ้าง	5(14.3)	4(11.4)		

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค การติดตามเกี่ยวกับวัณโรค และพฤติกรรมป้องกันวัณโรค ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลัง จัดกิจกรรมตามรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

จากการทดสอบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค การติดตามเกี่ยวกับวัณโรค และพฤติกรรมป้องกันวัณโรค ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลัง จัดกิจกรรมตามรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า ก่อนจัดกิจกรรมตามรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค การติดตามเกี่ยวกับวัณโรค และพฤติกรรมป้องกันวัณโรค ไม่แตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตาม หลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค การติดตามเกี่ยวกับวัณโรค และพฤติกรรมป้องกันวัณโรค สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) รายละเอียดดังตาราง 24

ตาราง 24 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับรู้ ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค การรับรู้ ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค และการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกัน วัณโรค การติดตามเกี่ยวกับวัณโรค และพฤติกรรมป้องกันวัณโรค ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรม ป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน โดยใช้สถิติ Independent t-test (n=70)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	t	df	P-Value
	Mean (SD)	Mean (SD)			
ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค					
ก่อนทดลอง	7.20(1.13)	7.29(0.89)	-0.352	68	0.726
หลังทดลอง	9.37(0.59)	7.26(0.81)	12.354	68	<0.001*
การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค					
ก่อนทดลอง	40.97(3.52)	39.69(4.20)	1.386	68	0.170
หลังทดลอง	41.37(3.63)	39.54(3.86)	2.039	68	0.045*
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค					
ก่อนทดลอง	42.91(4.43)	41.94(3.84)	0.979	68	0.331
หลังทดลอง	43.54(4.40)	41.43(3.82)	2.144	68	0.036*
การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันวัณโรค					
ก่อนทดลอง	41.00(3.63)	42.06(2.64)	-1.390	68	0.169
หลังทดลอง	44.37(3.35)	42.26(2.83)	2.850	68	0.006*
การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค					
ก่อนทดลอง	43.46(3.11)	42.74(3.22)	0.943	68	0.349
หลังทดลอง	43.83(3.27)	42.29(2.94)	2.072	68	0.042*

ตาราง 24 (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	t	df	P-Value
	Mean (SD)	Mean (SD)			
การติดตามเกี่ยวกับวัณโรค					
ก่อนทดลอง	18.17(2.59)	17.40(2.45)	1.278	68	0.205
หลังทดลอง	13.03(2.17)	17.34(2.31)	-8.038	68	<0.001*
พฤติกรรมป้องกันวัณโรค					
ก่อนทดลอง	115.14(11.86)	112.49(12.12)	0.926	68	0.357
หลังทดลอง	129.31(11.08)	113.60(10.83)	5.997	68	<0.001*

*P-Value < 0.05

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค การติดตามเกี่ยวกับวัณโรค และพฤติกรรมป้องกันวัณโรค ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

จากการทดสอบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค การติดตามเกี่ยวกับวัณโรค และพฤติกรรมป้องกันวัณโรค ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า หลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค การติดตามเกี่ยวกับวัณโรค และพฤติกรรมป้องกันวัณโรค สูงกว่าก่อนจัดกิจกรรมตามรูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค การติดตามเกี่ยวกับวัณโรค และพฤติกรรมป้องกัน

วัณโรค ไม่แตกต่างกับก่อนจัดกิจกรรมตามรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน รายละเอียดดังตาราง 25

ตาราง 25 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค การติดตามเกี่ยวกับวัณโรค และพฤติกรรมป้องกันวัณโรค ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลัง จัดกิจกรรมตามรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน โดยใช้สถิติ Paired t-test (n=70)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	t	df	P-Value
	Mean (SD)	Mean (SD)			
ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค					
กลุ่มทดลอง	7.20(1.13)	9.37(0.59)	-14.990	34	<0.001*
กลุ่มควบคุม	7.29(0.89)	7.26(0.81)	0.373	34	0.711
การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค					
กลุ่มทดลอง	40.97(3.52)	41.37(3.63)	-3.407	34	0.002*
กลุ่มควบคุม	39.69(4.20)	39.54(3.86)	0.361	34	0.720
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค					
กลุ่มทดลอง	42.91(4.43)	43.54(4.40)	-3.191	34	0.003*
กลุ่มควบคุม	41.94(3.84)	41.43(3.82)	1.862	34	0.071
การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันวัณโรค					
กลุ่มทดลอง	41.00(3.63)	44.37(3.35)	-8.762	34	<0.001*
กลุ่มควบคุม	42.06(2.64)	42.26(2.83)	-0.773	34	0.445

ตาราง 25 (ต่อ)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง Mean (SD)	หลังทดลอง Mean (SD)	t	df	P- Value
การรับรู้ผลลัพธ์ของการ ป้องกันวัณโรค					
กลุ่มทดลอง	43.46(3.11)	43.83(3.27)	-3.186	34	0.003*
กลุ่มควบคุม	42.74(3.22)	42.29(2.94)	1.931	34	0.062
การติดตามเกี่ยวกับ วัณโรค					
กลุ่มทดลอง	18.17(2.59)	13.03(2.17)	10.791	34	<0.001*
กลุ่มควบคุม	17.40(2.45)	17.34(2.31)	0.173	34	0.864
พฤติกรรมป้องกัน วัณโรค					
กลุ่มทดลอง	115.14(11.86)	129.31(11.08)	-10.236	34	<0.001*
กลุ่มควบคุม	112.49(12.12)	113.60(10.83)	-1.298	34	0.203

*P-Value < 0.05

บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสานขั้นสูง (Advanced mixed methods research designs) แบบการประเมินผลหลายขั้นตอน (Multistage evaluation design) โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย 1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน และปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน และ 3) เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน โดยนำเสนอการสรุปผลการวิจัยตามระยะเวลาการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านและศึกษาปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

การวิจัยระยะนี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) แบบคู่ขนาน (Convergent parallel design) เพื่อการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน และเพื่อศึกษาปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ซึ่งจะนำผลจากการวิจัยระยะที่ 1 ไปใช้ในการวิจัยระยะที่ 2 ต่อไป ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน การวิจัยส่วนนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด และผลการตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค จำนวน 193 คน ซึ่งได้จากการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม และสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีจับฉลาก เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามในเดือน พฤษภาคม – กรกฎาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ส่วนที่ 2 การศึกษาปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน การวิจัยส่วนนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อศึกษาปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ 1) ผู้สัมผัสร่วมบ้าน จำนวน 10 คน 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 คน และ 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 10

คน ซึ่งได้จากการใช้วิธีคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In – depth interview) ในเดือน กรกฎาคม 2567 และวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะประชากรของผู้ให้ข้อมูลหลัก (ข้อมูลเชิงปริมาณ) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และ วิเคราะห์ปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน (ข้อมูลเชิงคุณภาพ) ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

จากผลการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยสามารถรวมผลการวิจัยเชิงปริมาณ และผลการวิจัยเชิงคุณภาพทั้ง 2 ส่วนเข้าด้วยกัน (Merge) รวมจำนวน 15 ตัวแปร และพบว่า ตัวแปรที่มีความสอดคล้องกัน จำนวน 2 ตัวแปร คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ดังนั้น สรุปได้ว่า ตัวแปรปัจจัยที่ส่งผลและปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน รวมจำนวน 13 ตัวแปร คือ 1) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค 2) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม 3) การสูบบุหรี่ 4) วิธีเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล 5) การไม่ทราบประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรค (ปียีจี) 6) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า อา น้อง หลาน 7) ความรู้เกี่ยวกับโรค 8) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 9) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค 10) การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรค 11) การตีตราเกี่ยวกับโรค 12) ปัญหาด้านพฤติกรรมการเล่นเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรค และ 13) การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อป้องกันโรค ซึ่งจะนำผลจากการวิจัยระยะที่ 1 ไปพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ในการวิจัยระยะที่ 2 ต่อไป

การวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน เพื่อยกร่างและตรวจสอบรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ซึ่งนำผลจากการวิจัย ระยะที่ 1 มาใช้ ในการวิจัยระยะที่ 2 โดยใน ขั้นตอนที่ 1 เพื่อ ยกร่างรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน (การวิจัยเชิงคุณภาพ) โดยการจัดการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) แล้วนำผลจากการวิจัย ขั้นตอนที่ 1 ไปใช้ในขั้นตอนที่ 2 เพื่อ ตรวจสอบรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน (การวิจัยเชิงปริมาณ) โดยใช้แบบสอบถามตรวจสอบร่างรูปแบบฯ ในด้านความเป็นประโยชน์ (Utility) ความเป็นไปได้ (Feasibility) ความเหมาะสม (Propriety) และความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy) เพื่อยืนยันรูปแบบ ซึ่งจะนำผลจากการวิจัย ระยะที่ 2 ไปใช้ ในการวิจัยระยะที่ 3 ต่อไป ซึ่งประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การยกร่างรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน การวิจัยขั้นตอนนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อยกร่างรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ 1) ผู้สัมผัสร่วมบ้าน จำนวน 10 คน 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 คน และ 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 10 คน ซึ่งได้จากการใช้วิธีคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบการกำหนดคุณลักษณะ (Criteria sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแนวทางการสนทนากลุ่ม เครื่องบันทึกเสียง และสมุดจดบันทึก โดยการจัดการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนา และ ผู้ร่วมสนทนาพบกันโดยเริ่มด้วยการทำความรู้จักกัน ให้ทุกคนได้ผ่อนคลายและรู้สึกคุ้นเคยกันพอสมควร จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่ม เริ่มจากการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนากลุ่มว่าขอบคุณที่มาร่วมสนทนากลุ่ม และขอให้ทุกคนพูดโดยไม่กังวลเรื่องถูกผิด การรักษาความลับ การนำข้อมูลไปใช้ และขออนุญาตให้ผู้วิจัยบันทึกเทปการสนทนากลุ่ม หลังจากนั้นผู้วิจัยจุดประเด็นการสนทนากลุ่มด้วยคำถามปลายเปิด ซึ่งในระหว่างการสนทนากลุ่มผู้วิจัยจะคอยจับประเด็นใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นในวงสนทนา จากการจับประเด็นของผู้วิจัยจะปรับแนวทางการสนทนาไปเรื่อย ๆ ตลอดการเก็บข้อมูล แล้วพยายามให้ผู้ร่วมวงสนทนาได้ร่วมแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในทุกประเด็นให้มากที่สุด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แน่นและลุ่มลึก โดยใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง ในวันที่ 19 - 20 กันยายน 2567 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกร่างอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก และวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เพื่อยกร่างรูปแบบ ปรับปรุงรูปแบบตามคำแนะนำ และสรุปรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน การวิจัยขั้นตอนนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) เพื่อตรวจสอบรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ให้ข้อมูลหลักจากขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ 1) ผู้สัมผัสร่วมบ้าน จำนวน 10 คน 2) อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 คน และ 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 10 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามตรวจสอบร่างรูปแบบ ในด้านความเป็นประโยชน์ (Utility) ความเป็นไปได้ (Feasibility) ความเหมาะสม (Propriety) และความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy) ของรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ในเดือนตุลาคม 2567 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การวิจัยระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกัน โรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

การวิจัยระยะนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) ชนิดศึกษา
สองกลุ่ม (The two group, pretest - posttest design) วัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อทดลองใช้
และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน
กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สัมผัสร่วมบ้าน จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน และ
กลุ่มควบคุม จำนวน 35 คน ซึ่งได้จากวิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการ
วิจัยคือ แบบสอบถาม และรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน
ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ 1) องค์ประกอบเสริมสร้างความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับ
โรค 2) องค์ประกอบการพัฒนาทักษะการป้องกันโรค 3) องค์ประกอบสร้างสิ่งแวดล้อม
ที่เอื้อต่อการป้องกันโรค และ 4) องค์ประกอบสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันโรค
เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนจัดกิจกรรมตามรูปแบบ และหลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบ ในเดือน ธันวาคม
2567 ถึง กุมภาพันธ์ 2568 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติ
การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Fisher's exact test, Independent t-test
และ Paired t-test

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเชิงผสมผสานขั้นสูง (Advanced mixed methods research designs)
แบบการประเมินผลหลายขั้นตอน (Multistage evaluation design) ครั้งนี้ โดยนำเสนอสรุป
ผลการวิจัยตามระยะการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัส ร่วมบ้าน และปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

ส่วนที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.1 อายุระหว่าง 40 – 49 และ 50-59 ปี
เท่ากัน ร้อยละ 31.6 อายุเฉลี่ย 42.46 ปี อายุต่ำสุด 20 ปี และ อายุสูงสุด 59 ปี สถานภาพสมรส
ร้อยละ 59.1 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 32.6 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.1
ไม่ทราบประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรค (ปีซีจี) ร้อยละ 51.8 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 80.4
มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร ร้อยละ 46.6 ระยะเวลาที่อยู่กับผู้ป่วยต่อวัน น้อยกว่า 8 ชั่วโมง
ต่อวัน ร้อยละ 70.5 จำนวนสมาชิกที่อาศัยในครัวเรือน จำนวน 3 คนต่อครัวเรือน ร้อยละ 23.3 และ
การไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยรถยนต์ ร้อยละ 54.9

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรค การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมป้องกันโรค

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรค อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.30 การรับรู้ความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 71.5 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 87.0 การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรค อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 90.7 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 93.3 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 59.6 และพฤติกรรมป้องกันโรค อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 90.2

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมป้องกันโรค จำแนกรายข้อ ดังนี้

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบข้อคำถามถูกมากที่สุด คือ เชื้อโรค สามารถแพร่ไปสู่คนข้างเคียงได้ด้วยการไอ จาม จากผู้ป่วยโรค ร้อยละ 99.0 รองลงมา คือ ให้เปิดประตูหน้าต่างภายในบ้านทุกวัน ให้อากาศถ่ายเทและแสงแดดส่องถึง ร้อยละ 93.8 และข้อคำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ เมื่อรักษาโรคแล้วอาการดีขึ้น สามารถหยุดยาได้ ร้อยละ 31.6

2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค พบว่า มีระดับความเห็นอย่างยิ่ง มากที่สุด คือ โรคหากรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ จะทำให้เกิดเป็นโรคตื้อยาซึ่งทำให้ยากต่อการรักษา ร้อยละ 54.9 รองลงมา คือ โรคหากไม่รักษาหรือรักษาล่าช้า จะทำให้เสียชีวิตได้ ร้อยละ 47.7 และมีระดับความเห็นอย่างยิ่ง น้อยที่สุด คือ โรคเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ในผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นร่วมกับโรค ร้อยละ 17.7

2.3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค พบว่า มีระดับความเห็นอย่างยิ่ง มากที่สุด คือ การคลุกคลีกับผู้ป่วยโรคในระยะแพร่เชื้อ จะทำให้ติดเชื้อโรคได้ ร้อยละ 43.0 รองลงมา คือ การนอนร่วมห้องกับผู้ป่วยโรคในระยะแพร่เชื้อ จะทำให้ติดเชื้อโรคจากผู้ป่วย ร้อยละ 38.9 และมีระดับความเห็นอย่างยิ่งน้อยที่สุด คือ การไม่นำที่นอน หมอน มุ้ง ผึ่งแสงแดดอย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จะทำให้ท่านสามารถับเชื้อโรคได้ เนื่องจากเชื้อไม่ถูกทำลาย ร้อยละ 31.1

2.4 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค พบว่า มีระดับความเห็นอย่างยิ่ง มากที่สุด คือ ท่านสามารถเปิดประตู หน้าต่างภายในบ้านให้อากาศถ่ายเทสะดวก มีแสงแดดส่องถึงทุกวันได้ ร้อยละ 50.3 รองลงมา คือ ท่านสามารถล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง หลังจากสัมผัสกับ

น้ำมูก น้ำลาย ของผู้ป่วย ร้อยละ 45.1 และ มีระดับความเห็นอย่างยิ่ง น้อยที่สุด คือ ท่านสามารถหยดคลุกคลีกับผู้ป่วยวัณโรคในระยะแพร่เชื้อ อย่างน้อย 2 สัปดาห์ หรือจนกว่าจะตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรคได้ ร้อยละ 26.9

2.5 การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค พบว่า มีระดับความเห็นอย่างยิ่ง มากที่สุด คือ การตรวจคัดกรองวัณโรค ด้วยการเอกซเรย์ปอด ทุก 6 เดือน อย่างน้อย 2 ปี และหลังจากนั้นทุกปี จะทำให้สามารถค้นหาวัณโรคได้ตั้งแต่เนิ่น ๆ เพื่อลดความรุนแรงของโรคได้ ร้อยละ 40.9 รองลงมา คือ การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจนหาย จะป้องกันท่านจากการติดเชื้อวัณโรคได้ ร้อยละ 39.9 และ มีระดับความเห็นอย่างยิ่ง น้อยที่สุด คือ การไม่คลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคในระยะแพร่เชื้อ อย่างน้อย 2 สัปดาห์ หรือจนกว่าจะตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรค จะสามารถป้องกันการติดเชื้อวัณโรคได้ ร้อยละ 29.5

2.6 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม พบว่า มีระดับความเห็นอย่างยิ่ง มากที่สุด คือ ท่านได้รับคำแนะนำ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในบ้าน และแผนการรักษาวัณโรค จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 43.5 รองลงมา คือ ท่านได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในบ้าน จากอาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 35.2 และ มีระดับความเห็นอย่างยิ่ง น้อยที่สุด คือ ท่านได้รับคำแนะนำเรื่องการสนับสนุนเงินช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรคเมื่อเกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจในครอบครัวที่เกิดจากวัณโรค จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 13.5

2.7 พฤติกรรมป้องกันวัณโรค พบว่า มีระดับความเห็นอย่างยิ่ง มากที่สุด คือ ท่านดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยวัณโรค ให้กินยาสม่ำเสมอ ไม่ขาดยา จนครบตามแผนการรักษาของแพทย์ และไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ร้อยละ 71.1 รองลงมา คือ ท่านแยกของใช้กับผู้ป่วย เช่น เสื้อผ้า ผ้าเช็ดตัว ร้อยละ 68.9 และ มีระดับความเห็นอย่างยิ่ง น้อยที่สุด คือ ท่านรักษาสุขภาพให้แข็งแรงโดยการออกกำลังกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที ร้อยละ 29.5

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน พบตัวแปร จำนวน 6 ตัวแปร ร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค มีอำนาจในการทำนายสูงสุด ($Beta = 0.474$) รองลงมา ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การสูบบุหรี่ วิธีเดินทางไปโรงพยาบาลโดยรถยนต์ การไม่ทราบประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค (บีซีจี) และ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า อา น้อง หลาน ($Beta = 0.220, -0.171, 0.150, -0.122$, และ -0.116) ตามลำดับ โดยทั้ง 6 ตัวแปร ร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านได้ ร้อยละ 38.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรอื่นๆ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา

โรคประจำตัว ระยะเวลาที่อยู่กับผู้ป่วยต่อวัน จำนวนสมาชิกที่อาศัยในครัวเรือน ความรู้เกี่ยวกับ วัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค และ การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค ไม่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน โดยสามารถเขียนสมการในการพยากรณ์พฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านในรูปคะแนนดิบได้ ดังนี้

พฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน = $55.292 + 1.456$ (การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค) + 0.380 (การได้รับการสนับสนุนทางสังคม) – 3.653 (การสูบบุหรี่) + 4.667 (วิธีเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยรถยนต์) – 1.888 (การไม่ทราบประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค (บีซีจี)) – 0.789 (ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า อา น้อง หลาน)

ส่วนที่ 2 การศึกษาปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้สัมผัสร่วมบ้าน ร้อยละ 33.3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 33.3 และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/โรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอ) ร้อยละ 33.4 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.7 อายุระหว่าง 40 – 49 ร้อยละ 33.4 สถานภาพสมรส ร้อยละ 73.4 จบระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 33.4

2. ปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

ผลการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) พบว่า ปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จำนวน 9 ปัจจัย คือ 1) ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค 3) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค 4) การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค 5) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค 6) การติดตามเกี่ยวกับวัณโรค 7) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม 8) ปัญหาด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรค และ 9) การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อป้องกันโรค

จากการวิจัยระยะที่ 1 ส่วนที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน และส่วนที่ 2 การศึกษาปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน โดยสามารถสรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน (ผลการวิจัยเชิงปริมาณ) พบว่า ตัวแปร จำนวน 6 ตัวแปร ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ได้แก่ 1) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค 2) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม 3) การสูบบุหรี่ 4) วิธีเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยรถยนต์ 5) การไม่ทราบประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค (บีซีจี) และ 6) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ได้แก่ ปู่ ย่า ตา

ยาย พี่ ป้า น้า อา น้อง หลาน ซึ่งตัวแปรทั้ง 6 ตัวแปร สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านได้ ร้อยละ 38.5

2. การศึกษาปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน (ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ) พบว่า ตัวแปร จำนวน 9 ตัวแปร เป็นสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค 4) การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรค 5) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค 6) การติดตามเกี่ยวกับโรค 7) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม 8) ปัญหาด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรค และ 9) การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อป้องกันโรค

3. ปัจจัยที่ส่งผล/สาเหตุของพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านสอดคล้องกันทั้งจากผลการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยสามารถรวมผลการวิจัยเชิงปริมาณและผลการวิจัยเชิงคุณภาพทั้ง 2 ส่วนเข้าด้วยกัน (Merge) จำนวน 15 ตัวแปร พบว่า ตัวแปร ที่มีผลสอดคล้องกัน 2 ตัวแปร คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ดังนั้น สรุปได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลและปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน รวมจำนวน 13 ตัวแปร คือ 1) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค 2) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม 3) การสูบบุหรี่ 4) วิธีเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล 5) การไม่ทราบประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรค (ปียีจี) 6) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า อา น้อง หลาน 7) ความรู้เกี่ยวกับโรค 8) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 9) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค 10) การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรค 11) การติดตามเกี่ยวกับโรค 12) ปัญหาด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรค และ 13) การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อป้องกันโรค ซึ่งหลังจากนี้จะได้นำทั้ง 13 ปัจจัย เพื่อเป็นปัจจัยนำเข้าในการยกร่างรูปแบบ โดยการสนทนากลุ่ม ในการวิจัยระยะที่ 2 ขั้นตอนที่ 1 ต่อไป

การวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

ขั้นตอนที่ 1 การยกร่างรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

จากการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) จากปัจจัยนำเข้า 13 ตัวแปร พบว่า ปัจจัยนำเข้าที่ได้รับคัดเลือกเป็นองค์ประกอบของร่างรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จำนวน 13 ปัจจัย/ตัวแปร ได้แก่ 1) การสูบบุหรี่ 2) การเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล 3) การไม่ทราบประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรค (ปียีจี) 4) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า อา น้อง หลาน)

5) ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค 6) การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค 7) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค 8) การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค 9) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค 10) การติดตามเกี่ยวกับวัณโรค 11) การได้รับแรงสนับสนุนจากสังคม 12) ปัญหาด้านพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรค และ 13) การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อป้องกันวัณโรค

จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) สามารถร่างรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน โดยประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ 1) องค์ประกอบ H: Health Knowledge & awareness การเสริมสร้างความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับวัณโรค 2) องค์ประกอบ O: Operational protection การพัฒนาทักษะการป้องกันวัณโรค 3) องค์ประกอบ M: Modifiable environment การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันวัณโรค และ 4) องค์ประกอบ E: Encouragement & social support การสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันวัณโรค โดยรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน เริ่มด้วยองค์ประกอบ H: Health Knowledge & awareness การเสริมสร้างความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับวัณโรค O: Operational protection การพัฒนาทักษะการป้องกันวัณโรค และ M: Modifiable environment การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันวัณโรค โดยทั้ง 3 องค์ประกอบหลัก จะได้รับการสนับสนุนจากองค์ประกอบ E: Encouragement & social support คือ การสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันวัณโรค

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร

ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้สัมผัสร่วมบ้าน ร้อยละ 33.3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 33.3 และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/โรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอ) ร้อยละ 33.4 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.7 อายุระหว่าง 40 – 49 ปี ร้อยละ 33.4 สถานภาพสมรส ร้อยละ 73.4 และ จบระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 33.4

2. การตรวจสอบรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

ผลการตรวจสอบรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ด้านความเป็นประโยชน์ (Utility) ด้านความเป็นไปได้ (Feasibility) ด้านความเหมาะสม (Propriety) และด้านความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy) ซึ่งในภาพรวมทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=4.95$, S.D.= 0.19) และ เมื่อแบ่งออกแต่ละด้าน ได้ผล ดังนี้ 1) ด้านความเป็นประโยชน์อยู่ใน

ระดับมาก ($\bar{x}=4.86$, S.D. =0.57) 2) ด้านความเป็นไปได้ อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=4.85$, S.D. = 0.29)
3) ด้านความเหมาะสม อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}= 4.94$, S.D. = 0.19) และ 4) ด้านความถูกต้อง
ครอบคลุม อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}= 4.95$, S.D. = 0.19)

การวิจัยระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกัน โรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.0 ส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 51 - 59 ปี ร้อยละ 51.4 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 60.0 จบระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 51.4 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 54.3 ไม่ทราบประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค (บีซีจี) ร้อยละ 45.7 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 82.9 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร และ อื่น (ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า อา น้อง หลาน) เท่ากัน คือ ร้อยละ 37.1 ระยะเวลาที่อยู่กับผู้ป่วยต่อวัน มากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 51.4 จำนวนสมาชิกที่อาศัยในครัวเรือน จำนวน 3 คนต่อครัวเรือน ร้อยละ 37.1 และ วิธีเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยรถยนต์ ร้อยละ 45.7

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.6 มีอายุระหว่าง 51 - 59 ปี ร้อยละ 42.9 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 60.0 จบระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 42.9 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 77.1 ไม่ทราบประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค (บีซีจี) ร้อยละ 48.5 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 80.0 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า อา น้อง หลาน ร้อยละ 31.4 ระยะเวลาที่อยู่กับผู้ป่วยต่อวัน น้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 62.9 จำนวนสมาชิกที่อาศัยในครัวเรือน จำนวน 3 คนต่อครัวเรือน และ 4 คนต่อครัวเรือน เท่ากัน คือ ร้อยละ 37.1 วิธีเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยรถมอเตอร์ไซด์ ร้อยละ 51.4

2. รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ระยะเวลา 1 ชั่วโมง กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้และการเสริมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับวัณโรค โดยการบรรยายความรู้ ประกอบด้วยหัวข้อ วัณโรคคืออะไร อาการของผู้ป่วยวัณโรค การติดต่อ การแพร่กระจายเชื้อวัณโรค อันตราย ความรุนแรงและผลกระทบของวัณโรค แนวทางการรักษา การดูแลตนเองเมื่อเป็นวัณโรค การดูแลสุขอนามัยของตนเอง ผลดีของการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันวัณโรค การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อป้องกันวัณโรค การดูแลกำกับการกินยาผู้ป่วย โทษของบุหรี่ และวัคซีนป้องกันวัณโรค

สัปดาห์ที่ 2 ระยะเวลา 1 ชั่วโมง กิจกรรมที่ 2 การฝึกทักษะเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรค โดยการบรรยาย สาธิต และฝึกปฏิบัติ วิธีการล้างมือที่ถูกต้อง วิธีใส่หน้ากาก/หน้ากากอนามัย และการแยกของใช้ส่วนตัว

สัปดาห์ที่ 3 ระยะเวลา 1 ชั่วโมง กิจกรรมที่ 3 การจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อป้องกัน วัณโรค โดยการบรรยาย สาธิต และฝึกปฏิบัติ การจัดพื้นที่แยกสำหรับผู้ป่วย การจัดที่อยู่อาศัยให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก ให้แสงแดดส่องถึง การทำความสะอาดที่อยู่อาศัย และ การกำจัดเสมหะและขยะติดเชื้อ

สัปดาห์ที่ 1, 2 และ 3 ระยะเวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยกิจกรรม 1) การติดตามเยี่ยมบ้านและคัดกรองวัณโรค 2) การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกัน วัณโรค 3) การสนับสนุนเอกสาร/แผ่นพับความรู้วัณโรค 4) การสร้างกลุ่มสนับสนุนให้ผู้สัมผัสร่วมบ้าน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์และขอคำปรึกษา 5) การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัณโรค และให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมสุขอนามัยส่วนบุคคล 6) การพูดคุยให้คำปรึกษาเพื่อสนับสนุนทางด้าน จิตใจ 7) การให้คำแนะนำและส่งต่อหน่วยงานรัฐบาล พมจ./อบจ. เพื่อให้การช่วยเหลือด้านการเงิน 8) ประสานงานกับผู้ใหญ่บ้านเพื่อประชาสัมพันธ์ การให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร สื่อสารความเสี่ยง เกี่ยวกับวัณโรคเกี่ยวกับวัณโรคผ่านหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน เพื่อสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับ วัณโรคและส่งเสริมให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการลดการตีตรา และ 9) ประสานงานกับ อบต. เพื่อ ขอรับการสนับสนุนรถ รับ-ส่ง ไป รพ.

สัปดาห์ที่ 4 – 12 ระยะเวลาครั้งละ 30 นาที กิจกรรมที่ 5 ประกอบด้วยกิจกรรม 1) การติดตามเยี่ยมบ้าน 2) การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันวัณโรค 3) การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ วัณโรคและให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมสุขอนามัยส่วนบุคคล 4) การพูดคุยให้คำปรึกษาเพื่อสนับสนุน ทางด้านจิตใจ

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับรู้ความ รุนแรงของวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองใน การป้องกันวัณโรค การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค การตีตราเกี่ยวกับวัณโรค และ พฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

3.1 ก่อนจัดกิจกรรม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค การรับรู้ความสามารถของ ตนเองในการป้องกันวัณโรค การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค การตีตราเกี่ยวกับวัณโรค และ พฤติกรรมป้องกันวัณโรค ไม่แตกต่างกัน

3.2 หลังจัดกิจกรรม กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค การติดตามเกี่ยวกับวัณโรค และพฤติกรรมป้องกันวัณโรค ไม่แตกต่างกัน กับก่อนจัดกิจกรรม

3.3 หลังจัดกิจกรรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค การติดตามเกี่ยวกับวัณโรค และพฤติกรรมป้องกันวัณโรค สูงกว่าก่อนจัดกิจกรรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเชิงผสมผสานขั้นสูง (Advanced mixed methods research designs) แบบการประเมินผลหลายขั้นตอน (Multistage evaluation design) ครั้งนี้ โดยนำเสนอการอภิปรายผลการวิจัยตามระยะเวลาการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน และปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

1. ส่วนที่ 1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน (ผลการวิจัยเชิงปริมาณ)

1.1 การสูบบุหรี่ มีผลทางลบต่อพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน กล่าวคือ ผู้สัมผัสร่วมบ้านที่สูบบุหรี่จะมีพฤติกรรมป้องกันวัณโรคน้อยกว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านที่ไม่สูบบุหรี่ ด้วยเหตุนี้จึงมักพบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่มีความชุกของวัณโรคปอดสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบ อาจเนื่องจาก ผู้สัมผัสร่วมบ้านที่สูบบุหรี่ขาดความรู้หรือมีทัศนคติที่ต่อการสูบบุหรี่ จึงทำให้ไม่ตระหนักถึงความเสี่ยง โทษ ภัย และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ ขาดแรงจูงใจในการป้องกัน จึงทำให้มีแนวโน้มการให้ความสนใจและให้ความสำคัญกับสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ อีกทั้งผู้ที่สูบบุหรี่อาจคุ้นชินกับความเสี่ยงด้านสุขภาพ จึงทำให้ละเลยการป้องกันและมาตรการที่เหมาะสมได้ เช่น การหลีกเลี่ยงใกล้ชิดกับผู้ป่วย การสวมหน้ากากอนามัย สอดคล้องกับ การศึกษาของ Htet, Liabsuetrakul, Thein, McNeil, & Chongsuvivatwong (2018) พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน คือ การสูบบุหรี่มือสอง (Secondhand smoke) หรือการได้รับควันบุหรี่โดยไม่ได้สูบ (Passive smoking) และ การศึกษาของ นาปีเชาะ มะแข็ง (2563) พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน คือ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการศึกษาของ Chawla et al. (2020) พบว่า การสูบบุหรี่สามารถทำนายปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

1.2 การเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยรถยนต์มีผลทางบวกต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน นั่นคือ ผู้สัมผัสร่วมบ้านที่เดินทางไปสถานบริการโดยรถยนต์มีพฤติกรรมป้องกันโรคมกกว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านที่เดินทางไปสถานบริการโดยรถมอเตอร์ไซด์ อาจเนื่องจาก การเดินทางโดยรถยนต์มีข้อได้เปรียบหลายประการเมื่อเทียบกับวิธีการเดินทางโดยรถมอเตอร์ไซด์ หรือรถรับจ้างสาธารณะ เพราะมีความสะดวกสบาย เป็นส่วนตัวมากกว่า นอกจากนี้ยังลดความเครียดจากความแออัดและการรอคอยได้มากกว่าอีกด้วย อีกทั้งผู้ที่ใช้รถยนต์อาจจะเป็นครอบครัวที่มีฐานะ จึงทำให้มีศักยภาพในการดูแลตนเองมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐสิมา ปาทาน และคณะ (2563) พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านที่เดินทางไปสถานบริการโดยรถโดยสารสาธารณะมีความสัมพันธ์กับการไม่ไปตรวจคัดกรองวัณโรค 4.56 เท่า ของผู้สัมผัสร่วมบ้านที่มีวิธีเดินทางไปรับบริการโดยรถส่วนตัว และจากการศึกษาของ Chaychoowong et al. (2022) พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่ใช้รถจักรยานยนต์เดินทางไปโรงพยาบาลเป็นตัวทำนายความล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญ

1.3 การไม่ทราบประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค (บีซีจี) มีผลทางลบต่อพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน แปลผลได้ว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านที่ไม่ทราบประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค (บีซีจี) มีพฤติกรรมป้องกันโรคน้อยกว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านที่ได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค (บีซีจี) อาจเนื่องจาก การไม่ทราบประวัติของการได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค (บีซีจี) ทำให้ผู้สัมผัสไม่มีข้อมูลในการประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค จึงทำให้การประเมินความเสี่ยงอาจต่ำกว่าความเป็นจริง ส่งผลให้ขาดความตระหนักในการป้องกันทำให้มองข้ามและละเลยความสำคัญของการป้องกันได้ เช่น การใส่หน้ากากอนามัย การล้างมือ การตรวจคัดกรองวัณโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ Khamai et al. (2024) พบว่า การฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรค (บีซีจี) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.4 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า อา น้อง หลาน มีผลทางลบต่อพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน อธิบายได้ว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้าอา น้อง หลาน มีพฤติกรรมป้องกันโรคน้อยกว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านที่มีความสัมพันธ์เป็นสามี อาจเนื่องจาก ผู้สัมผัสร่วมบ้านที่เป็นสามี เป็นความสัมพันธ์ที่หลากหลายมิติ ได้แก่ ความใกล้ชิด ความผูกพันทางอารมณ์ และความรับผิดชอบต่อครอบครัวมากกว่าญาติที่สนิทกัน หรือ ได้รับหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วย จึงอาจเป็นสิ่งที่เพิ่มแรงจูงใจในการป้องกันวัณโรคได้สูงกว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านที่เป็นญาติสนิท หรืออาจเนื่องจากผู้ที่มีความสัมพันธ์แบบญาติสนิทอาจขาดความรู้หรือมีการรับรู้ความเสี่ยงที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับวัณโรค คิดว่าการติดเชื้อเกิดจากความใกล้ชิด หรือทางกรรมพันธุ์ จึงมองข้ามความเสี่ยงของการติดเชื้อที่ต่ำกว่าความเป็นจริง จึงทำให้มีความระมัดระวังและการป้องกันที่ต่ำกว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านที่เป็นสามี สอดคล้องกับการศึกษาของ Phadoongmai & Jariya (2024) พบว่า ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกัน

โรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน โดยเฉพาะผู้สัมผัสร่วมบ้านที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย เช่น สามี ภรรยา บุตร จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่มากกว่าการมีความสัมพันธ์แบบอื่น เนื่องจากเมื่อมีผู้ป่วยโรคในครอบครัวแล้ว จึงจำเป็นต้องรักษาร่างกายให้แข็งแรง ดูแลการกำจัดเชื้อ รวมถึงการจัดการสิ่งแวดล้อม เพื่อป้องกันมิให้ตนเองป่วยเป็นรายต่อไป

1.5 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค มีผลทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน อธิบายได้ว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่สูงจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีขึ้น เนื่องจาก ความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจะทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค เช่น การสวมหน้ากากอนามัย การทำความสะอาดบ้านหรือการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน และ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองยังช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวล ความไม่แน่ใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้ออีกด้วย อีกทั้ง ผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงยังมีแนวโน้มในการปฏิบัติตามคำแนะนำ เช่น การคัดกรองโรค นอกจากนี้ ผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะมีแนวโน้มของพฤติกรรมป้องกันที่สม่ำเสมออีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐจิตร ทองกุ่ม และธีระวุธ ธรรมกุล (2564) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคปอด ได้แก่ เพศ การรับรู้โอกาสเสี่ยง และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค และ การศึกษาของของ Phadoongmai & Jariya (2024) พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคปอด การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค และเพศชาย สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านได้ และจากการศึกษาของ และจากการศึกษาของ Khamai et al. (2024) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.6 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีผลทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน อธิบายได้ว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคสูงกว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจาก การสนับสนุนทางสังคมเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคให้กับผู้สัมผัสร่วมบ้านในหลายด้าน เช่น ด้านความรู้และความเข้าใจ การให้คำแนะนำและการให้ข้อมูลที่ถูกต้องจะป้องกันการเข้าใจผิด ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันที่ถูกต้องเหมาะสมตามมา อีกทั้งการสนับสนุนด้านความอารมณ์หรือความเชื่อมั่น เช่น การให้กำลังใจ จะช่วยให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านเพิ่มความมั่นใจในการป้องกันโรค นอกจากนี้ การสนับสนุนด้านอุปกรณ์ป้องกัน เช่น หน้ากากอนามัย เจลแอลกอฮอล์ จะช่วยให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านมีความพร้อมในการป้องกันเพิ่มขึ้น ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมจึงส่งเสริมให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Pillpe (2022) พบว่า เครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็ง การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน มีผลต่อการป้องกันการแพร่เชื้อโรค

ภายในครัวเรือน และการศึกษาของ วีระวุธ แก่นจันทร์ใบ และสุมัทนา กลางคาร (2561) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับวัคซีนปอดในผู้สัมผัสร่วมบ้านส่งผลให้มีการป้องกันวัคซีนปอดดีขึ้น และการศึกษาของ ณัฐสิมา ปาทาน และคณะ (2563) พบว่า การไม่เคยได้รับสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกัน วัคซีนมีโอกาสเสี่ยงต่อการไม่มารับบริการตรวจคัดกรองวัคซีน 3.97 เท่า ของผู้สัมผัสร่วมบ้านที่ได้รับสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันวัคซีน

2. ส่วนที่ 2 ปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันวัคซีนของผู้สัมผัสร่วมบ้าน (ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ)

2.1 ความรู้เกี่ยวกับวัคซีนเป็นปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันวัคซีนของผู้สัมผัสร่วมบ้าน อธิบายได้ว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านที่มีความรู้เกี่ยวกับวัคซีนจะมีพฤติกรรมป้องกันวัคซีนสูงกว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับวัคซีน อาจเนื่องจาก ความรู้เกี่ยวกับวัคซีนมีความสำคัญในการสร้างความเข้าใจ เพิ่มความตระหนักและแรงจูงใจในการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันวัคซีนได้ ความรู้ช่วยเพิ่มการรับรู้ความเสี่ยงของการติดเชื้อโรค จึงทำให้สามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆต่อการติดเชื้อ นอกจากนี้ความรู้ยังช่วยลดความเชื่อผิดๆ เช่น ทศนคติในแง่ลบต่อวัคซีน ดังนั้น ความรู้จึงมีความสำคัญต่อพฤติกรรมป้องกันวัคซีน สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรสุตา มาทา และคณะ (2565) พบว่า ความรู้มีผลทางลบต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้าน ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านที่มีความรู้มีพฤติกรรมป้องกันวัคซีนต่ำกว่าผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับวัคซีน และจากการศึกษาของ Khamai et al. (2024) พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัคซีนของผู้สัมผัสร่วมบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ นาปีเสาะ มะเส็ง (2562) พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านที่มีระดับความรู้มีพฤติกรรมการป้องกันวัคซีนสูงกว่าผู้ที่มีระดับการรับรู้ในระดับปานกลางและต่ำประมาณ 4 เท่า และจากการศึกษาของ พลอยไพลิน จินตนา และเทียนทอง ต๊ะแก้ว (2567) พบว่า ความรู้ความเข้าใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันวัคซีนและสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันวัคซีนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

2.2 การรับรู้ความรุนแรงของวัคซีนเป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันวัคซีนของผู้สัมผัสร่วมบ้าน อธิบายได้ว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านที่มีการรับรู้ความรุนแรงของวัคซีนที่สูงจะมีพฤติกรรมป้องกันวัคซีนที่ดีกว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านที่มีการรับรู้ความรุนแรงของวัคซีนที่น้อย อาจเนื่องจาก การรับรู้ความรุนแรงของวัคซีนจะทำให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านตระหนักถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการเป็นโรค ทั้งในด้านสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นสามารถส่งผลอันตรายถึงชีวิตได้ จึงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันที่ดีกว่า เช่น การสวมหน้ากากอนามัย การหลีกเลี่ยงสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย เพื่อป้องกันผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในอนาคต สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญใจ มอนโรสง (2559) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของวัคซีนสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันวัคซีนของผู้สัมผัสร่วมบ้านได้ และจากการศึกษาของ เกศินี อินทร์

อักษร และคณะ (2564) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอด และจากการศึกษาของ Khamai et al. (2024) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงต่อการเป็นวัณโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรคเป็นปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน อธิบายได้ว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อเป็นวัณโรคที่สูงจะมีพฤติกรรมป้องกันวัณโรคที่ดีกว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคน้อย อาจเนื่องจาก เมื่อผู้สัมผัสร่วมบ้านที่ตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคจะช่วยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติตามมาตรการอย่างถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มความระมัดระวัง และสามารถประเมินความเสี่ยงได้อย่างถูกต้องและยังช่วยลดความประมาทที่อาจเกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Phadoongmai & Jariya (2024) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันวัณโรค และจากการศึกษาของ ขวัญใจ มอนโธสง (2559) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านได้ และจากการศึกษาของ เกศินี อินทร์อักษร และคณะ (2564) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอด และจากการศึกษาของ Khamai et al. (2024) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ นาปีเสาะ มะเส็ง (2562) พบว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านที่มี ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคในระดับดี มีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคสูงกว่า ผู้ที่มีระดับการรับรู้ในระดับปานกลางและต่ำประมาณ 3 เท่า

2.3 การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรคเป็นปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน อธิบายได้ว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านที่มีการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรคจะมีพฤติกรรมป้องกันวัณโรคที่ดี เนื่องจาก เมื่อผู้สัมผัสร่วมบ้านมีการรับรู้และตระหนักถึงผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันวัณโรค เช่น การสวมหน้ากากอนามัย การหลีกเลี่ยงคลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วย หรือแม้กระทั่งการดูแลรักษาให้ผู้ป่วยรับประทานยาจนหาย จะส่งผลดีต่อสุขภาพของตนเองและครอบครัว และป้องกันการติดเชื้อได้ ซึ่งจะช่วยกระตุ้นให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านปฏิบัติตามมาตรการป้องกันวัณโรคได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วีระวุธ แก่นใบจันทร์ และสุมัทธนา กลางคาร (2561) พบว่า ผลของโปรแกรมการสร้างการรับรู้ต่อการป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน โดยมีการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรคในโปรแกรม ทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

2.4 การตีตราเกี่ยวกับวัณโรคเป็นปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน อธิบายได้ว่า การตีตราเกี่ยวกับวัณโรคอาจทำให้ผู้ป่วยวัณโรคหรือผู้สัมผัสร่วมบ้านถูกมองว่ามีความผิดปกติ หรือเป็นภัยต่อชุมชน ซึ่งนำไปสู่การเลือกปฏิบัติ การหลีกเลี่ยง การแยกตัวจากสังคม ส่งผลถึงพฤติกรรมการป้องกันที่ตามมา เช่น การหลีกเลี่ยงการตรวจคัดกรองและรักษาเพราะกลัวถูกมองว่าป่วยแม้จะยังไม่มีอาการวินิจฉัย เกิดการไม่เปิดเผยข้อมูลสุขภาพเพราะกลัวการถูกตีตราหรือถูกมองในแง่ลบ หรือ ไม่ยอมรับการสนับสนุนทางสังคมเพราะอาจเกิดความรู้สึกอับอาย นอกจากนี้ ในบางสังคม วัณโรคอาจถูกมองว่าเกี่ยวข้องกับความยากจน ความไม่สะอาด หรือการมีพฤติกรรมเสี่ยง ทั้งนี้การจัดการลดการตีตรา เช่น การให้ความรู้แก่ครอบครัวและชุมชนจะสามารถกระตุ้นให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านเกิดพฤติกรรมป้องกันที่เหมาะสม และช่วยลดการแพร่กระจายของวัณโรคในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaychoowong et al. (2022) พบว่าการตีตราวัณโรคเป็นตัวทำนายความล่าช้าของการเข้าสู่กระบวนการรักษา และจากการศึกษาของ Jittimanee et al. (2009) พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีการตีตราภายในตนเองจะทำให้มีพฤติกรรมปกปิด และไม่เข้ารับการรักษา จนกระทั่งทำให้อาการทรุดหนัก และผู้ป่วยวัณโรคที่มีการรับรู้เรื่องการตีตรา และเลือกปฏิบัติจากคนในสังคมสูง จะมีแนวโน้มการหาซื้อยาปฏิชีวนะมากินเองหรือไปรักษาที่คลินิกเอกชนก่อนที่จะไปรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล และจากการศึกษาของ วรรัตน์ อิ่มสงวน, สุรรัตน์ ท้าวถึง, ศุภเลิศ เนตรสุวรรณ, และจินตนา งามวิทยาพงศ์-ยาโน (2560) ได้ทำสนทนากลุ่มในแพทย์และพยาบาลที่เคยป่วยเป็นวัณโรค พบว่า บางคนในกลุ่มปกปิดการเจ็บป่วยเป็นความลับ ไม่บอกแม้กระทั่งครอบครัว และ บางคนเคยได้รับการปฏิบัติจากเพื่อนเปลี่ยนไปโดยมีท่าทีเปลี่ยนไปพยายามไม่เข้าใกล้ผู้ป่วยเพราะกลัวติดโรค

2.5 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันวัณโรคเป็นปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน อธิบายได้ว่า ผู้ที่มีทักษะการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันวัณโรคที่ดีจะทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคที่ดี ซึ่งทักษะการป้องกันวัณโรค ได้แก่ ทักษะการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล เช่น การล้างมือ การสวมหน้ากากอนามัย ทักษะการดูแลสุขภาพ เช่น การเข้ารับการตรวจคัดกรองวัณโรค การดูแลสุขภาพให้แข็งแรงเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน หรือ ทักษะด้านการสนับสนุนการรักษาผู้ป่วย เช่น การดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งหากผู้สัมผัสร่วมบ้านมีทักษะการปฏิบัติป้องกันที่ถูกต้องเหมาะสมก็จะส่งผลถึงพฤติกรรมป้องกันวัณโรคที่ดีด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ประดิษฐ์ ปฐวีศรีสุธา (2564) ได้ศึกษาทดลองการพัฒนาทักษะการกินยาต้านวัณโรคที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วยวัณโรค ผลการศึกษาพบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาวัณโรคมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.6 การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อป้องกันโรคเป็นปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน อธิบายได้ว่า ทักษะจัดการสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เพื่อป้องกัน

วัณโรคมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมป้องกันวัณโรค เนื่องจาก วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่ผ่านทางอากาศ ดังนั้น ทักษะการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อป้องกันวัณโรคจึงมีความสำคัญ ซึ่งทักษะการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ได้แก่ การจัดให้บ้านมีการระบายอากาศที่ดี ช่วยลดการสะสมของเชื้อวัณโรคในอากาศ การจัดพื้นที่สำหรับผู้ป่วยวัณโรคแยกจากผู้อื่นในบ้าน ช่วยลดโอกาสการสัมผัสเชื้อ การทำความสะอาดบ้านเป็นประจำ โดยเฉพาะพื้นที่ที่ผู้ป่วยใช้ร่วมกัน ช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อ การเปิดหน้าต่างให้แสงแดดส่องถึงสามารถฆ่าเชื้อวัณโรคได้ การจัดการขยะที่ปนเปื้อนเชื้ออย่างถูกวิธี ช่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ซึ่งหากผู้สัมผัสร่วมบ้านมีทักษะการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันได้อย่างถูกต้องจะส่งผลถึงพฤติกรรมป้องกันวัณโรคที่ดีด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Irwan et al., (2024) พบว่า การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ได้แก่ การลดความแออัด การระบายอากาศ และการได้รับแสงแดด เป็นสิ่งจำเป็นในการควบคุมการแพร่กระจายของวัณโรค และจากการศึกษาของพลอยไพลิน จินตนา และเทียนทอง ต๊ะแก้ว (2567) พบว่า ลักษณะที่อยู่อาศัย/ทำงาน มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันวัณโรคและสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันวัณโรคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

อย่างไรก็ตาม ยังพบปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน (การวิจัยเชิงคุณภาพ) จำนวน 2 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค และ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นตัวแปรที่สอดคล้องกันกับการวิจัยระยะที่ 1 ส่วนที่ 1 (การวิจัยเชิงปริมาณ) ดังนั้น จึงได้อภิปรายไว้ในการวิจัยระยะที่ 1 ส่วนที่ 1

การวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

ขั้นตอนที่ 1 การยกร่างรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

จากผลการวิจัย พบว่า ร่างรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านที่ได้พัฒนาขึ้น มาจากแนวคิดความรู้ แนวคิดแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และ แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม โดยผ่านกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focos group discussion) ในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งส่งผลให้ได้รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน “HOME-TB Model” ที่ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) องค์ประกอบ H: Health Knowledge & awareness การเสริมสร้างความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับวัณโรค 2) องค์ประกอบ O: Operational protection skill การพัฒนาทักษะการป้องกันวัณโรค 3) องค์ประกอบ M: Modifiable environment การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันวัณโรค และ 4) องค์ประกอบ E: Encouragement & social support การสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันวัณโรค โดยรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอด

ของผู้สัมผัสร่วมบ้าน เริ่มด้วยองค์ประกอบ H: Health Knowledge & awareness การเสริมสร้างความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรค และตามด้วย องค์ประกอบ O: Operational protection skill การพัฒนาทักษะการป้องกันโรค และ องค์ประกอบ M: Modifiable environment การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันโรค โดยทั้ง 3 องค์ประกอบหลัก จะได้รับการสนับสนุนจากองค์ประกอบหลักที่ 4 คือ องค์ประกอบ E: Encouragement & social support การสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันโรค

รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านที่พัฒนาขึ้นซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ โดยการเสริมสร้างความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรค จะส่งผลต่อความตระหนักรู้และการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง ช่วยให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านเข้าใจความรุนแรงของโรค ความเสี่ยง ผลดีของการป้องกัน ทำให้สามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น อีกทั้งการได้ฝึกฝนทักษะที่สามารถนำไปใช้ได้จริง ทั้งการป้องกันส่วนบุคคลจากการสัมผัสโดยตรง เช่น การใช้หน้ากากอนามัยอย่างถูกวิธี และการป้องกันจากการสัมผัสโดยอ้อม เช่น การจัดที่อยู่อาศัยให้อากาศถ่ายเท แสงแดดส่องถึง จะช่วยให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านสามารถปฏิบัติตัวในการป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการสนับสนุนจากครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งจากการทำงานอย่างเป็นระบบของทั้ง 4 องค์ประกอบหลักนี้ จะช่วยให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านเกิดพฤติกรรมป้องกันโรคเป็นไปได้อย่างยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของ วีระวุธ แก่นจันทร์ไบ และสุ่มทนา กลางคาร (2561) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างการรับรู้ต่อการป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ประกอบด้วยกิจกรรมเพื่อให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคเกิดพฤติกรรมป้องกันโรคที่ถูกต้องเหมาะสม ได้แก่ การให้ความรู้ การส่งเสริมการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกัน และการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ดีขึ้น และจากการศึกษาของ สุภาภรณ์ มิตรภานนท์ และคณะ (2563) ได้พัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคสำหรับผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสร่วมบ้าน โดยประกอบด้วยกิจกรรม ได้แก่ การให้ความรู้และฝึกทักษะการปฏิบัติกิจกรรมควบคุมและป้องกันโรค

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

จากผลการตรวจสอบรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ด้านความเป็นประโยชน์ ด้านความเป็นไปได้ ด้านความเหมาะสม และ ด้านความถูกต้องครอบคลุม ซึ่งในภาพรวมทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.95$, S.D. = 0.19) และเมื่อแบ่งออกแต่ละด้าน ได้ผลดังนี้ 1) ด้านความเป็นประโยชน์ (Utility) อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.86$, S.D. = 0.57)

2) ด้านความเป็นไปได้ (Feasibility) อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.85$, S.D. = 0.29) 3) ด้านความเหมาะสม (Propriety) อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.94$, S.D. = 0.19) และ 4) ด้านความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy) อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.95$, S.D. = 0.19) แสดงว่า รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของดาร์เร็น โห้วงศ์ และปิยะณัฐ วิเชียร (2562) ที่ได้ตรวจสอบรูปแบบการป้องกันโรคปอดในผู้สูงอายุ พบว่า มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ และจากการศึกษาของ วรณา วิจิตร, ไพรัตน์ อันอินทร์, กริ่งแก้ว สะอาดรัตน์, และธนาลักษณ์ สุขประสาน (2564) ได้ตรวจสอบรูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้ง 4 ด้าน พบว่า ด้านความเป็นประโยชน์ อยู่ในระดับมาก ด้านความเป็นไปได้ อยู่ในระดับมาก ด้านความเหมาะสม อยู่ในระดับมาก และด้านความถูกต้องครอบคลุม อยู่ในระดับมาก

การวิจัยระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

การนำรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน นำไปทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สัมผัสร่วมบ้าน จำนวน 70 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน คือ ผู้สัมผัสร่วมบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก และกลุ่มควบคุม จำนวน 35 คน คือ ผู้สัมผัสร่วมบ้าน อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษา ดังนี้

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรค การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรค การติดตามเกี่ยวกับโรค และพฤติกรรมป้องกันโรค ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน พบว่า หลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรค การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรค การติดตามเกี่ยวกับโรค และพฤติกรรมป้องกันโรค สูงกว่าก่อนจัดกิจกรรมตามรูปแบบฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับ โรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรค การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรค การติดตาม

เกี่ยวกับวัณโรค และพฤติกรรมป้องกันวัณโรค ไม่แตกต่างกันกับก่อนจัดกิจกรรมตามรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

แปลผลได้ว่า รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านได้ อาจเนื่องจาก การเพิ่มความรู้อีกเกี่ยวกับวัณโรค และการเสริมสร้างการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันวัณโรค การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค และการติดตามเกี่ยวกับวัณโรค ทำให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านเกิดความตระหนักรู้ในการป้องกันมากขึ้น อีกทั้งการได้รับการฝึกฝนทักษะการป้องกันวัณโรคทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น รวมถึงการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับวัณโรคและการสื่อสารความเสี่ยงยังสามารถลดการตีตราได้อีกทางหนึ่ง นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการป้องกันวัณโรค ยังช่วยให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านมีความพร้อมในการปฏิบัติการป้องกันมากขึ้นอีกด้วย เช่น การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกัน จึงส่งผลให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านมีพฤติกรรมป้องกันวัณโรคที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วีระวุธ แก่นจันทร์ใบ, และ สุมัทนา กลางคาร (2561) พบว่า หลังการจัดกิจกรรมการสร้างการรับรู้และให้การสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับวัณโรค กลุ่มทดลองมีรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคปอด การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันวัณโรคปอด และ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันวัณโรคปอด แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับวัณโรคปอด และ ทักษะการป้องกันวัณโรคปอดสูงขึ้น และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาภรณ์ มิตรภานนท์ และคณะ (2563) พบว่า หลังทดลองรูปแบบการป้องกันและควบคุมวัณโรคสำหรับผู้ป่วยวัณโรคและผู้สัมผัสร่วมบ้าน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันและควบคุมวัณโรคเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของช่อกมล รัตนสุรงค์ (2564) พบว่า หลังการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้าน โดยการบรรยาย ให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติการป้องกันและควบคุมวัณโรค ทำให้กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันวัณโรคสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะการวิจัย ดังนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เชิงนโยบาย

1.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรบรรจุรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ให้เป็นนโยบายระดับจังหวัด โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีอัตราโรคสูง

1.2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรสนับสนุนให้เกิดมาตรการลดการตีตรา โดยจัดรณรงค์อย่างต่อเนื่องในระดับชุมชน เพื่อแก้ปัญหาการตีตรา ที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานโรค

2. เชิงปฏิบัติการ

2.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรนำรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านไปใช้ โดยเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่

2.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมุ่งเน้นส่งเสริมความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านที่สูบบุหรี่ ผู้ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า อา น้อง หลาน และ ผู้ที่ไม่ทราบประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรค (บีซีจี) และ ดำเนินการประสานงาน อบต.เพื่อขอรับการสนับสนุนรถ รับ-ส่ง ไป รพ. ให้กับผู้ที่ปัญหาการเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล

3. เชิงวิชาการ

หน่วยบริการคลินิกโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้เป็นแหล่งอ้างอิงเชิงวิชาการในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคในครอบครัวและชุมชน

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. นักวิชาการสาธารณสุขควรนำรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านไปทดลองใช้ในสถานการณ์จริง และถอดบทเรียนโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อประเมินผลการนำรูปแบบสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านไปทดลองใช้

2. ควรศึกษาติดตามพฤติกรรมในระยะยาว เช่น 6 เดือน เพื่อตรวจสอบว่าผลลัพธ์ที่ได้ยังคงอยู่หรือไม่

3. ควรวิเคราะห์ปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรค เช่น ปัจจัยทางเศรษฐกิจหรือสังคม

4. ควรศึกษาและติดตามประเมินผลการติดเชื้อโรคหลังจากนำรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านไปใช้ เพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบ

บรรณานุกรม

กนกวรรณ ภัทรมัย. (2562). การสนับสนุนทางสังคมและภาวะในผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย

(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แนวทางการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคใน

ประเทศไทย. นนทบุรี: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566). แผนการขับเคลื่อนการ

พัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายที่ 3 (Sustainable Development Goal 3) สร้างหลักประกัน

การมีสุขภาพที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนทุกช่วงวัย. สืบค้น 1 ตุลาคม

2565, จาก <https://spd.moph.go.th/wp->

content/uploads/2024/07/SDGgoal3.pdf

กองวินโรศ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). แนวทางการป้องกันและควบคุมการ

แพร่กระจายเชื้อไวรัสโรค. กรุงเทพฯ: สำนักขรรกราฟฟิค แอนด์ดีไซน์.

กองวินโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แนวทางการควบคุมวินโรคประเทศไทย

พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์.

กองวินโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). แนวทางปฏิบัติป้องกันควบคุมโรคติดต่อ

ยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก ภายใต้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ:

อักษรกราฟฟิก แอนด์ดีไซน์.

กองวินโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แนวทางการควบคุมโรคประเทศไทย

พ.ศ. 2564 (National Tuberculosis Control Program Guideline, Thailand 2021).

กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์.

กองวินโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แนวทางการควบคุมโรคประเทศไทย

พ.ศ. 2564 (National Tuberculosis Control Program Guideline, Thailand 2021)

(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานฉบับสมบูรณ์ ผลการสำรวจ

สถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากวัณโรคในหน่วยงานบริการสุขภาพ

ภาครัฐ ในพื้นที่เฝ้าระวังของประเทศ ประจำปี พ.ศ. 2564. นนทบุรี: กองวินโรค กระทรวง

ສາທາລະນະສຸກ.

กองวินโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). สถานการณ์และผลการดำเนินงาน

ควบคุมวันโรคของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 - 2566. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟิคแอนดตี

๒. ไซน.

- กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *National Tuberculosis Information Program*. รายงาน Data Center. สืบค้น 21 ตุลาคม 2567, จาก <https://ntip-ddc.moph.go.th/UIForm/Login.aspx>
- กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566ก). *แนวทางเวชปฏิบัติ วัณโรคระยะแฝง พ.ศ. 2566*. กรุงเทพฯ: กองวัณโรค กรมควบคุมโรค.
- กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566ข). *แผนปฏิบัติการระดับชาติ ด้านการต่อต้านวัณโรค ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566 - 2570)*. กรุงเทพฯ. อักษรกราฟฟิกแอนดีไซน์.
- กัลยา วานิชย์บัญชา, และฐิตา วานิชย์บัญชา. (2558). *การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามลดา.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2560). *การใช้ SPSS for Window ในการวิเคราะห์ข้อมูล* (พิมพ์ครั้งที่ 29). กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.
- เกศินี อินทร์อักษร, พิมพ์มล อินสุวรรณ, ปริมประภา ก้อนแก้ว, และกัญเกียรติ ก้อนแก้ว. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย. *วารสารควบคุมโรค*, 47(เพิ่มเติม 1), 714-723.
- ขวัญใจ มอนโรสง. (2559). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จตุพร นธเกษม, พิษณุรักษ์ กันทวิ, และอมรรัตน์ อนุวัฒนนทเขตต์. (2561). ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดเชียงราย. *เชียงรายเวชสาร*, 10(1), 169-178.
- จตุพร วัณไชยธนวรงค์ วิชา รีชัยพิชิตกุล. (2563). การคัดกรองและการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในผู้สัมผัสร่วมบ้าน. *วารสารศรีนครินทร์เวชสาร*, 35(5), 639-648
- จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2561). *พฤติกรรมสุขภาพ แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 2). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- จันจิรา อาสมาน, และณัฐกฤตา ศิริโสภณ. (2563). ประสิทธิภาพของโปรแกรม “STOP TB” ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด. *วารสารกรมควบคุมโรค*, 46(4), 451-461.
- จิราภรณ์ ชูวงศ์. (2562). กลยุทธ์การลดการตีตราของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ในชุมชนจังหวัดตรัง. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 2(1), 256-266.
- จุฬามาศ แหนจอน. (2564). *จิตวิทยาการรู้คิด* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: แกรนด์พอยท์.

- จุมพล หนิมพานิช, และสรายุทธ ยะหะกร. (2560). พฤติกรรมมนุษย์ (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ฉัตรสุตา มาทา, รักษาณาลี โพชะจา, และกิตติกา สุธรรม. (2565). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคปอด ในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านป่าไคร้ อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง. *วารสาร มจร.วิชาการ*, 26(1), 35-46
- ช่อกลม รัตนสุรงค์. (2564). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย. *วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก*, 8(2), 51-65
- จิตติมา ถมทอง. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคในเขตอำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ณัฐจิตรา ทองกุ่ม, และธีระวุธ ธรรมกุล. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคปอดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลหนองธง อำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง. *วารสารวิชาการ สคร.*, 27(3), 34-42.
- ณัฐสิมา ปาทาน, ชนัญญา จิระพรกุล, และเนาวรัตน์ มณีนิล. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มารับบริการตรวจคัดกรองในผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรค อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 13(4), 94-105.
- ดรรชนี ไหว้งศ์, และปิยะณัฐ วิเชียร. (2562). การพัฒนารูปแบบการป้องกันวัณโรคปอดในผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดสระแก้ว. *วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 2(2), 83-94.
- ทัศนพร ชูศักดิ์, และนันทพร ภูมิแสนโคตร. (2564). การรับรู้เกี่ยวกับวัณโรคและพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์. *วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์*, 16(2), 15-25.
- นาปีเส้า มะเซ็ง. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). สงขลา: มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- นาปีเส้า มะเซ็ง. (2563). บทความปริทัศน์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค: การทบทวนวรรณกรรม. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*, 9(2), 32-46.

- นิรันดา ศรีบุญทิพย์, จักรกฤษณ์ พลราชม, ประเวช ชุ่มเกษรกุลกิจ, และอดุลย์ ฉายพงษ์. (2563). การเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ของประชาชนไทย ประจำปี 2561. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยกีฬาแห่งชาติ*, 12(3), 44-57.
- ประดิษฐ์ ปฐวีศรีสุธา. (2564). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยวัณโรคปอด. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 14(2), 301-309.
- ประเวศน์ มหารัตน์สกุล. (2561). *แนวคิด หลักการ และกระบวนการวิจัย: เชิงปริมาณ คุณภาพและผลงานวิธีการเขียนวิทยานิพนธ์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ปัญญาชน
- ปัทมา สุพรรณกุล. (2561). *สถิติประยุกต์ สำหรับงานวิจัยด้านสาธารณสุข*. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- พลอยไพลิน จินตนา, และเทียนทอง ต๊ะแก้ว. (2567). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ในอำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี*, 22(1), 78-89.
- พิชิต แสนเสนา, และสมลักษณ์ หนูจันทร์. (2565). การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านโดยชุมชนมาส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจระเข้ จังหวัดของแก่น. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดของแก่น*, 4(2), 291-304
- พิมาน อีระรัตนสุนทร, ชลวาท สีเดะ, ฐิติยาภรณ์ คงตุก, อนัน หมัดอารี, ปาสีรัตน์ วงศ์ฤทธิ์, และบุบผารักชานาม. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ โรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 4(2), 138-147
- ภัทรชา เป้นนาค. (2561). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานคร* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์.
- ภัทรชาติ มากมี. (2559). การออกแบบการวิจัยสำหรับการวิจัยแบบผสมวิธี. *วารสารสมาคมนักวิจัย*, 21(2), 19-31
- เมธามาศ สมยา, ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล, และเบญญพร บรรณสาร. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและผลการตรวจเสมหะในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 32(1), 24-36.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2554). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554*. กรุงเทพฯ: นามมีบุ๊คส์.

- วรรณ วิจิตร, ไพรัตน์ อ้นอินทร์, กริ่งแก้ว สะอาดรัตน์, และธนาลักษณ์ สุขประสาน. (2564). รูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบครบวงจร ของสถานประกอบกิจการขนาดใหญ่ จังหวัดพิษณุโลก ปี พ.ศ.2564. *Journal of Roi Kaensarn Academi*, 7(10), 393-410.
- วรรณ อิมสงวน, สุรรัตน์ ท้าวถึง, ศุภเลิศ เนตรสุวรรณ, และจินตนา งามวิทยาพงศ์-ยาโน. (2560). ความรู้ การติตราและประสบการณ์ของแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับไวรัสโรคและการสำรวจไวรัสโรคในกลุ่มผู้สัมผัส. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 11(4), 516-528
- วลัยพร สิงห์จ้อย. (2556). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้ดูแล. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 27(3), 14-26
- วีระวุธ แก่นจันทร์ใบ, และสุนันทา กลางคาร. (2561). ผลของโปรแกรมการสร้างการรับรู้ต่อการป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว. *วารสารสํานักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 25(1), 79-90
- ศิริพร สิทธิ. (2565). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากการขับขี่จักรยานยนต์ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมใจ อ่อนละเอียด. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการป้องกันกับพฤติกรรมการป้องกันการบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุจักรยานยนต์ของนักศึกษาอาชีวศึกษา ในสถานศึกษาของรัฐอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สำนักโรค สถาบันบำราศนราดูร. (2559). *แนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรค*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์
- สุทธิ ชัตติยะ, และวิไลลักษณ์ สุจิตตานนท์. (2553). *แบบแผนการวิจัยและสถิติ*. กรุงเทพฯ: เพอร์เฮาส์.
- สุภาภรณ์ มิตรภานนท์, รัชณี ระดา, และเสถียรพงษ์ ศิวินาการ. (2563). การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคสำหรับผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในเครือข่ายสุขภาพ อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 3(3), 164-174
- อรุณ จิรวรรณกุล. (2552). *สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย*. กรุงเทพฯ: วิทยาพัฒน์.

- อัญชลี มงกุฎทอง, เชิดพงษ์ทองสุข, และแดนสรวง วรรณวงศ์สอน. (2565). การพัฒนารูปแบบการควบคุมโรคติดต่อด้วยวิธีการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. ใน *รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์* (น. 109-118). นนทบุรี: สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
- Artawan Eka Putra, I. W. G., Purnama Dewi, N. P. E., Probandari, A. N., Notobroto, H. B., & Wahyuni, C. (2023). The implementation of comprehensive health education to improve household contacts' participation in early detection of tuberculosis. *Health Education & Behavior*, 50(1), 136-143.
- Best, J. W. (1981). *Research in education*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. (1971). *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: McGraw-Hill.
- Boone Jr, H. N., & Boone, D. A. (2012). Analyzing Likert data. *The Journal of extension*, 50(2), 48.
- Center for Disease Control and Prevention. (2021). *Core Curriculum on Tuberculosis: What the Clinician Should Know*. Georgia: CDC.
- Chawla, S., Gupta, V., Gour, N., Grover, K., Goel, P. K., Kaushal, P., ... & Ranjan, R. (2020). Active case finding of tuberculosis among household contacts of newly diagnosed tuberculosis patients: A community-based study from southern Haryana. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(7), 3701-3706.
- Chaychoowong, K. Roger Watson and David I. Barrett (2002). Predictors of patient delay among pulmonary tuberculosis patients in Northeast Thailand. *Journal of Infection Prevention*, 23(5), 222-227.
- Cobb, S. (1976) Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Creswell, J. W. (2015). *A Concise Introduction to Mixed Methods Research*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Cronbach, L. J. (1970). *Essentials of psychological test* (5th ed.). New York: Harper Collins
- Daniel, W. W. (1995). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (6th ed.). New York: Wiley & Sons,

- Davis, J. L., Ayakaka, I., Ggita, J. M., Ochom, E., Babirye, D., Turimumahoro, P., ... & Katamba, A. (2022). Theory-informed design of a tailored strategy for implementing household TB contact investigation in Uganda. *Frontiers in Public Health*, 10, 837211.
- Gottlieb, B. (1985). *Social support and community mental health*. New York: Academic Press
- Hanrahan, C. F., Nonyane, B. A. S., Lebina, L., Mmolawa, L., Siwelana, T., West, N. S., Albaugh, N., Martinson, N., & Dowdy, D. W. (2023). Household- Versus Incentive-Based Contact Investigation for Tuberculosis in Rural South Africa: A Cluster-Randomized Trial. *Clinical infectious diseases: An official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 76(7), 1164–1172. <https://doi.org/10.1093/cid/ciac920>
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Htet, K. K. K., Liabsuetrakul, T., Thein, S., McNeil, E. B., & Chongsuvivatwong, V. (2018). Improving detection of tuberculosis among household contacts of index tuberculosis patients by an integrated approach in Myanmar: A cross-sectional study. *BMC Infectious Diseases*, 18, 1-8.
- Irwan, M., Fadlilah, S., Hamdani-Rahil, N., & Nugroho, A. (2024). Home environment as a risk factor for increased incidence of tuberculosis: a case-control study. *Ciencia y Enfermería*, 30(5), 1-9.
- Jittimanee, S. X., Nateniyom, S., Kittikraisak, W., Burapat, C., Akksilp, S., Chumpathat, N., ... & Varma, J. K. (2009). Social stigma and knowledge of tuberculosis and HIV among patients with both diseases in Thailand. *PLoS One*, 4(7), e6360.
- Karbito, K., Susanto, H., Adi, M. S., Sulistiyani, S., Handayani, O. W. K., & Sofro, M. A. U. (2022). Latent tuberculosis infection in family members in household contact with active tuberculosis patients in Semarang City, Central Java, Indonesia. *Journal of Public Health in Africa*, 13(2), 2157.
- Khamai, N., Seangpraw, K., & Ong-Artborirak, P. (2024). Using the Health Belief Model to Predict Tuberculosis Preventive Behaviors Among Tuberculosis Patients' Household Contacts During the COVID-19 Pandemic in the Border Areas of

- Northern Thailand. *Journal of preventive medicine and public health = Yebang Uihakhoe chi*, 57(3), 223–233. <https://doi.org/10.3961/jpmpmh.23.453>
- Krishnamoorthy, Y., Ezhumalai, K., Murali, S., Rajaa, S., Jose, M., Sathishkumar, A., ... & Sarkar, S. (2021). Prevalence and risk factors associated with latent tuberculosis infection among household contacts of smear positive pulmonary tuberculosis patients in South India. *Tropical Medicine & International Health*, 26(12), 1645-1651.
- Loh, S. Y., Zakaria, R., & Mohamad, N. (2023). Knowledge, attitude, and stigma on tuberculosis and the associated factors for attitude among tuberculosis contacts in Malaysia. *Medeniyet Medical Journal*, 38(1), 45-53.
- Maddux, J. E., & Rogers, R. W. (1983). Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology*, 19(5), 469–479.
- Naga Mamo, A., Furi Gilo, R., Fikadu Tesema, A., Fetene Worku, N., Teshome Kenea, T., Kebede Dibisa, D., ... & Dube, L. (2023). Household contact tuberculosis screening adherence and associated factors among pulmonary tuberculosis patients on follow-up at health facilities in Shashamane Town, Southeast Ethiopia. *Patient Preference and Adherence*, 17, 1867-1879.
- Nicole Salazar-Austin, Christiaan Mulder, Graeme Hoddinott. (2022) .Preventive Treatment for Household Contacts of Drug-Susceptible Tuberculosis Patients. *Pathogens* 2022, 11(11),1258
- Odera, S., Mureithi, M., Aballa, A., Onyango, N., Anzala, O., & Oyugi, J. (2020). Latent tuberculosis among household contacts of pulmonary tuberculosis cases in Nairobi, Kenya. *Pan African Medical Journal*, 37(1), 1-14
- Phadoongmai M, & Jariya W. (2024) Tuberculosis Preventive Behaviors and their Determining Factors among Household Contacts of Tuberculosis Patients in Thailand: A Cross-sectional Study. *The Open Public Health Journal*, 17, e18749445283184. <http://dx.doi.org/10.2174/0118749445283184240111074905>
- Pillpe, N. (2022). Social Determinants of tuberculosis in household contacts and index cases: A study in Lima, Peru. *International Journal of Medical Science and Dental Health*, 8(2), 1-5

- Prentice-Dunn, S., & Rogers, R. W. (1986). Protection motivation theory and preventive health: Beyond the health belief model. *Health Education Research*, 1(3), 153-161.
- Rogers, R. W. (1983). *Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation*. New York: Guilford Press.
- Rogers, R. W., and Prentice-Dunn, S. (1997). Protection Motivation Theory," in Handbook of Health Behavior Research I: Personal and Social Determinants, D. S. Gochman (ed.), Plenum Press.
- Rogers, R.W. (1975) A Protection Motivation Theory of Fear Appeals and Attitude Change. *Journal of Psychology*, 91, 93-114.
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Dutch Journal of Education Research*, 2, 49-60
- Sagili, K. D., Muniyandi, M., Shringarpure, K., Singh, K., Kirubakaran, R., Rao, R., Tonsing, J., Sachdeva, K. S., & Tharyan, P. (2022). Strategies to detect and manage latent tuberculosis infection among household contacts of pulmonary TB patients in high TB burden countries - a systematic review and meta-analysis. *Tropical Medicine & International Health: TM & IH*, 27(10), 842–863. <https://doi.org/10.1111/tmi.13808>
- Salazar-Austin, N., Mulder, C., Hoddinott, G., Ryckman, T., Hanrahan, C. F., Velen, K., ... & Chihota, V. N. (2022). Preventive treatment for household contacts of drug-susceptible tuberculosis patients. *Pathogens*, 11(11), 1258.
- Schaefer, C., Coyne, C. J., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381-409.
- Selasa, P., Teli, M., Aty, Y. M. V., Nurwela, T. S., & Making, M. A. (2024). The impact of training on the knowledge, skill, motivation, and intentions of health cadres in finding suspicious cases of pulmonary tuberculosis in the community. *Multidisciplinary Science Journal*, 6(11), 2024202-2024202.
- Shiferaw, D. A., Mekonnen, H. S., & Abate, A. T. (2019). House-hold contact tuberculosis screening adherence and associated factors among tuberculosis

- patients attending at health facilities in Gondar town, northwest, Ethiopia. *BMC Infectious Diseases*, 19, 1-8.
- Shin Yee Loh, Rosnani Zakaria, Noraini Mohamad. (2023). Knowledge, Attitude, and Stigma on Tuberculosis and the Associated Factors for Attitude Among Tuberculosis Contacts in Malaysia. *Medeniyet Medical Journal*. 38(1). 45-53
- Supinganto, A., Metrib, N. K., Budiana, I., & Suharmanto, S. (2022). Home contact support in prevention of transmission of tuberculosis in west Lombok based on the theory of the health belief model. *Gaceta Médica de Caracas*, 130(5S). http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_gmc/article/view/24976
- Teli, M . Selasa, P. Israfil., et al. Family Healthcare Tasks to Prevent the Transmission of Pulmonary Tuberculosis (TB) Among Family Having a Household Contact in Eastern Indonesia. *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences*. 18(2). 168-175
- Von Bertalanffy, L. (1972). The history and status of general systems theory. *Academy of Management Journal*, 15(4), 407-426.
- World Health Organization. (2017). *Global Tuberculosis Report 2017*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2021). *Global Tuberculosis Report 2021*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2023). *Global Tuberculosis Report 2023*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2024). *Global Tuberculosis Report 2024*. Geneva: World Health Organization.
- Yuan, Y., Jin, J., Bi, X., Geng, H., Li, S., & Zhou, C. (2023). Factors associated with refusal of preventive therapy after initial willingness to accept treatment among college students with latent tuberculosis infection in Shandong, China. *BMC Infectious Diseases*, 23(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s12879-023-08005-5>



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยนเรศวร

เลขที่แบบสอบถาม

--	--	--

แบบสอบถาม ระยะที่ 1

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน
จังหวัดพิษณุโลก

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก แบ่งออกเป็น 8 ส่วน ดังนี้

- | | |
|---|--------------|
| ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล | จำนวน 11 ข้อ |
| ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค | จำนวน 10 ข้อ |
| ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรควัณโรค | จำนวน 10 ข้อ |
| ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรควัณโรค | จำนวน 10 ข้อ |
| ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันวัณโรค | จำนวน 10 ข้อ |
| ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค | จำนวน 10 ข้อ |
| ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม | จำนวน 10 ข้อ |
| ส่วนที่ 8 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันวัณโรค | จำนวน 30 ข้อ |

โปรดตอบแบบสอบถามทุกข้อให้ตรงกับความเป็นจริงและตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ผู้วิจัยจะเก็บ คำตอบของท่านไว้เป็นความลับ ซึ่งจะมีการทำลายข้อมูลทั้งหมด หลังการวิจัยเสร็จสิ้นสุด 1 ปี และขอรับรองว่าการตอบแบบสอบถามครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบที่เสียหายต่อท่านแต่ประการใด

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

นางธัญญารัตน์ วงศ์ชนะ

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

มหาวิทยาลัยนเรศวร

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ ที่ตรงกับความเป็นจริงหรือเติมข้อความลงในช่องว่าง (.....) ให้สมบูรณ์

1. เพศ ☐ 1) ชาย ☐ 2) หญิง
2. อายุ.....ปี (เศษมากกว่า 6 เดือนให้นับเป็น 1 ปี)
3. สถานภาพสมรส
☐ 1) โสด ☐ 2) สมรส ☐ 3) หม้าย ☐ 4) หย่า ☐ 5) แยกกันอยู่
4. วุฒิมัธยมศึกษาสูงสุด
☐ 1) ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐ 2) ประถมศึกษา
☐ 3) มัธยมศึกษาต้น ☐ 4) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
☐ 5) อนุปริญญา/เทียบเท่า ☐ 6) ปริญญาตรี
☐ 7) สูงกว่า ปริญญาตรี ☐ 8) อื่น ๆ ระบุ)
5. โรคประจำตัว
☐ 1) ไม่มีโรคประจำตัว
☐ 2) มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรค.....
6. การได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรคปัสสาวะ
☐ 1) เคยได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรคปัสสาวะ
☐ 2) ไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรคปัสสาวะ
☐ 3) ไม่ทราบ
7. การสูบบุหรี่
☐ 1) ไม่เคยสูบบุหรี่
☐ 2) เคยสูบบุหรี่เป็นระยะเวลา จำนวน.....ปี แต่หยุดสูบบุหรี่แล้ว.....ปี
☐ 3) สูบมาแล้ว จำนวน.....ปี และ ปัจจุบันยังสูบบุหรี่
8. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
☐ 1) สามเณร ☐ 2) ภรรยา ☐ 3) บิดา ☐ 4) มารดา ☐ 5) บุตร
☐ 6) อื่นๆ (เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า อา หลาน)
9. ระยะเวลาที่อยู่กับผู้ป่วยต่อวัน
☐ 1) น้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน ☐ 2) มากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน
10. จำนวนสมาชิกที่อาศัยในครัวเรือนนี้ จำนวน.....คน
11. วิธีเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาล
☐ 1) รถมอเตอร์ไซด์ ☐ 2) รถยนต์ ☐ 3) รถรับจ้าง
☐ 4) อื่นๆ.....

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค

คำชี้แจง ให้ท่านพิจารณาว่า ข้อความต่อไปนี้ ถูกหรือผิด ถ้าเห็นว่าถูกให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง “ใช่” และถ้าเห็นว่าผิดให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง “ไม่ใช่”

ข้อ	ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค	ใช่	ไม่ใช่
1	เชื้อวัณโรค สามารถแพร่ไปสู่คนข้างเคียงได้ด้วยการไอ จาม จากผู้ป่วยวัณโรค		
2	วัณโรค เป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจเท่านั้น		
3	ผู้อาศัยร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคต้องไปคัดกรองวัณโรคด้วยการเอกซเรย์ปอด ทุก 6 เดือน อย่างน้อย 2 ปี และหลังจากนั้นปีละ 1 ครั้ง		
4	เมื่ออยู่ร่วมกับผู้ป่วยวัณโรค ต้องใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลา และดูแลให้ผู้ป่วยใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลา เพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรค		
5	การใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วย สามารถป้องกันการติดเชื้อวัณโรคได้		
6	เปิดประตูหน้าต่างภายในบ้านทุกวัน ให้อากาศถ่ายเทและแสงแดดส่องถึง		
7	รังสีอินฟราเรดในแสงแดดสามารถฆ่าเชื้อวัณโรคในเสมหะได้		
8	วัณโรค สามารถรักษาให้หายได้ โดยใช้เวลาประมาณ 6-9 เดือน โดยการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ไม่ขาดยา		
9	เมื่อรักษาวัณโรคแล้วอาการดีขึ้น สามารถหยุดยาได้		
10	หากฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรคบีซีจีแล้ว จะไม่ทำให้ป่วยเป็นวัณโรคได้		

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของโรควัณโรค

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

5 เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

4 เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก

3 ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง

2 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก

1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความในประโยคไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก

ที่สุด

ข้อ	คำถาม	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1	วัณโรคหากไม่รักษาหรือรักษาล่าช้า จะทำให้เสียชีวิตได้					
2	วัณโรคหากรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ จะทำให้เกิดเป็นวัณโรคดื้อยาซึ่งทำให้ยากต่อการรักษา					
3	ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงของวัณโรค ได้แก่ ไอเป็นเลือด เจ็บหน้าอก หายใจติดขัด					
4	วัณโรค เมื่อรักษาหายดีแล้วสามารถกลับเป็นซ้ำได้ หากได้รับเชื้อวัณโรคมาใหม่					
5	การป่วยเป็นวัณโรคจะต้องหยุดงาน และทำให้ขาดรายได้					
6	การป่วยเป็นวัณโรคทำให้สังคมรังเกียจ					
7	การรักษาวัณโรคมีความยากลำบาก เนื่องจาก ต้องรับประทานยาหลายชนิดทุกวัน					

ข้อ	คำถาม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
	เป็นระยะเวลานาน อย่างน้อย 6 เดือน					
8	ผลข้างเคียงที่อันตรายจากยาต้านไวรัสโรคล ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ได้แก่ ตัวเหลือง ตาเหลือง จากตับอักเสบ หรือ ไตวายเฉียบพลัน					
9	ไวรัสโรคปอด ทำให้ผู้ป่วยถูกจำกัดพื้นที่และการดำเนินชีวิตในสังคม					
10	ไวรัสโรคเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ในผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นร่วมกับไวรัสโรค					

ส่วนที่ 4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคไวรัสโรค

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อ	คำถาม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1	การคลุกคลีกับผู้ป่วยไวรัสโรคในระยะแพร่เชื้อ จะทำให้ติดเชื้อไวรัสโรคได้					
2	การนอนร่วมห้องกับผู้ป่วยไวรัสโรคในระยะแพร่เชื้อ จะทำให้ติดเชื้อไวรัสโรคจากผู้ป่วย					
3	ถ้าผู้ป่วยและคนใกล้ชิดไม่ใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่ออยู่					

ข้อ	คำถาม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
	ร่วมกันจะทำให้ติดเชื้อวัณโรคจากผู้ป่วยได้					
4	การไม่นำที่นอน หมอน มุ้ง ผีเสื้อ แสงแดด อย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จะทำให้ท่านสามารถรับเชื้อวัณโรคได้ เนื่องจากเชื้อไม่ถูกทำลาย					
5	การไม่ใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วย จะทำให้ติดเชื้อวัณโรคได้					
6	การไม่จัดภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิดให้ผู้ผู้ป่วยบ้านเสมหะ/บ้านลงชักโครก และ ทำลายโดยการเผา/ฝังทุกวัน จะทำให้ท่านรับเชื้อวัณโรคได้					
7	การไม่เปิดประตู หน้าต่างภายในบ้านให้อากาศถ่ายเทและให้มีแสงแดดส่องถึงทุกวัน จะทำให้ท่านติดเชื้อวัณโรคได้ เนื่องจากเชื้อวัณโรคไม่ถูกทำลาย					
8	การอยู่ห้องที่ใช้เครื่องปรับอากาศ จะทำให้ท่านติดเชื้อวัณโรคจากผู้ป่วยได้					
9	การใช้ของใช้ เช่น เสื้อผ้า ผ้าเช็ดตัว ร่วมกับผู้ป่วย จะทำให้ติดเชื้อวัณโรคจากผู้ป่วยได้					

ข้อ	คำถาม	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
10	เมื่อร่างกายอ่อนแอ ท่านจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโรคและป่วยเป็นไวรัสโรคได้					

ส่วนที่ 5 การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันไวรัสโรค

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อ	คำถาม	ทำได้ แน่นอน	ทำได้	ไม่แน่ใจ	ทำไม่ได้	ทำไม่ได้ แน่นอน
1	ท่านสามารถหยุดคลุกคลีกับผู้ป่วยไวรัสโรคในระยะแพร่เชื้ออย่างน้อย 2 สัปดาห์ หรือจนกว่าจะตรวจเสมหะไม่พบเชื้อไวรัสโรคได้					
2	ท่านสามารถแยกห้องนอนกับผู้ป่วยไวรัสโรคในระยะแพร่เชื้ออย่างน้อย 2 สัปดาห์ หรือจนกว่าจะตรวจเสมหะไม่พบเชื้อไวรัสโรคได้					
3	ท่านสามารถใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่ออยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยได้					
4	ท่านสามารถดูแลผู้ป่วยให้ใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่อยู่กับผู้อื่นได้					

ข้อ	คำถาม	ทำได้ แน่นอน	ทำได้	ไม่แน่ใจ	ทำไม่ได้	ทำไม่ได้ แน่นอน
5	ท่านสามารถนำที่นอน หมอน มุ้ง ผึ่งแสงแดด อย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ได้					
6	ท่านสามารถล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง หลังจากสัมผัสกับน้ำมูก น้ำลาย ของผู้ป่วย					
7	ท่านสามารถจัดภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิดให้ผู้ป่วยบ้วนเสมหะ/บ้วนลงชักโครก และ ทำลายโดยการเผา/ฝัง ทุกวันได้					
8	ท่านสามารถเปิดประตู หน้าต่าง ภายในบ้านให้อากาศถ่ายเทสะดวก มีแสงแดดส่องถึงทุกวันได้					
9	ท่านสามารถหาความรู้การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเองไม่ให้ติดเชื้อไวรัสได้					
10	ท่านสามารถไปตรวจคัดกรองวัณโรคที่โรงพยาบาล ด้วยการเอกซเรย์ปอด ทุก 6 เดือน อย่างน้อย 2 ปี และหลังจากนั้นทุกปีได้					

ส่วนที่ 6 การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อ	คำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1	การไม่คลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคในระยะแพร่เชื้อ อย่างน้อย 2 สัปดาห์ หรือจนกว่าจะตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรค จะสามารถป้องกันการติดเชื้อวัณโรคได้					
2	การแยกห้องนอนกับผู้ป่วยวัณโรค อย่างน้อย 2 สัปดาห์ หรือจนกว่าจะตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรค จะสามารถป้องกันการติดเชื้อวัณโรคได้					
3	การให้ผู้ป่วยและคนใกล้ชิดใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่ออยู่ร่วมกันจะสามารถป้องกันการติดเชื้อวัณโรคได้					
4	การนำที่นอน หมอน มุ้ง ผีเสื้อ แสงแดดอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ จะช่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคได้					
5	การล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งหลังจากสัมผัสน้ำมูก น้ำลาย ของผู้ป่วย จะสามารถป้องกันการติดเชื้อวัณโรคได้					

ข้อ	คำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
6	การจัดภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิดให้ผู้ป่วยบ้านเสมหะ/บ้านลงซึกโครก และ ทำลายโดยการเผา/ฝังทุกวัน จะสามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคได้					
7	การเปิดประตู หน้าต่างภายในบ้านให้อากาศถ่ายเทสะดวก มีแสงแดดส่องถึงทุกวัน จะสามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคได้					
8	การตรวจคัดกรองวัณโรค ด้วยการเอกซเรย์ปอด ทุก 6 เดือน อย่างน้อย 2 ปี และหลังจากนั้นทุกปี จะทำให้สามารถค้นหาวัณโรคได้ตั้งแต่เนิ่นๆ เพื่อลดความรุนแรงของโรคได้					
9	การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจนหาย จะป้องกันท่านจากการติดเชื้อวัณโรคได้					
10	การดูแลสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ เช่น ออกกำลังกาย พักผ่อนให้เพียงพอ และรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ จะสามารถป้องกันการป่วยเป็นวัณโรคได้					

ส่วนที่ 7 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อ	คำถาม	ได้รับ เป็นประจำ	ได้รับ บ่อยครั้ง	ได้รับ บางครั้ง	ได้รับ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ได้รับ
1	ท่านได้รับการสนับสนุนกำลังใจ ความเห็นใจ ความเข้าใจ และ การเอาใจใส่ จากเพื่อนบ้าน					
2	ท่านได้รับการยอมรับเป็นส่วน หนึ่งของสังคม โดยไม่รังเกียจ จากชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่					
3	ท่านได้รับคำแนะนำ เกี่ยวกับการ ปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการ ติดเชื้อไวรัสโรคในบ้าน และ แผนการรักษาไวรัสโรค จาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
4	ท่านได้รับอุปกรณ์ป้องกันการ ติดเชื้อไวรัสโรค เช่น หน้ากาก อนามัย และเจลแอลกอฮอล์ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
5	ท่านได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินการปฏิบัติตัว การป้องกันการติดเชื้อไวรัสโรค ในบ้าน จากอาสาสมัคร สาธารณสุข					
6	ท่านได้รับการติดตาม และ แลกเปลี่ยนความรู้/การ ตัดสินใจในการปฏิบัติตัวเพื่อ					

ข้อ	คำถาม	ได้รับ เป็นประจำ	ได้รับ บ่อยครั้ง	ได้รับ บางครั้ง	ได้รับ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ได้รับ
	ป้องกันการติดเชื้อวัณโรคใน บ้าน จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
7	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับวัณโรค จากอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน					
8	ท่านได้รับสื่อความรู้ เช่น แผ่น พับ คู่มือ การปฏิบัติตัวเพื่อ ป้องกันการติดเชื้อวัณโรคใน บ้าน จากอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน					
9	ท่านได้รับบริการคัดกรองวัณ โรคด้วยการเอกซเรย์ปอด ภายใน 1 เดือน เมื่อพบผู้ป่วย วัณโรคในบ้าน โดยเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข					
10	ท่านได้รับคำแนะนำเรื่องการ สนับสนุนเงินช่วยเหลือผู้ป่วย วัณโรคเมื่อเกิดปัญหาด้าน เศรษฐกิจในครอบครัวที่เกิดจาก วัณโรค จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข					

ส่วนที่ 8 พฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อ	คำถาม	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ
1	ท่านรับประทานอาหารที่มี ประโยชน์ เช่น เนื้อ นม ไข่ เป็น ประจำ เพื่อให้สุขภาพแข็งแรง					
2	ท่านรักษาสุขภาพให้แข็งแรงโดย การออกกำลังกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที					
3	ท่านงดดื่มสุรา เพื่อให้สุขภาพ แข็งแรง					
4	ท่านไม่สูบบุหรี่ เพื่อป้องกันปอด ถูกทำลายและลดความเสี่ยงต่อ การเป็นวัณโรค					
5	ท่านนอนหลับเพียงพอ อย่าง น้อย วันละ 6 - 8 ชั่วโมงต่อวัน					
6	ท่านหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อ การติดเชื้อเอดส์ ซึ่งทำให้ ภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมลง และมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคได้					
7	ท่านคัดกรองวัณโรคด้วยการ เอกซเรย์ทรวงอก หลังจากพบ ผู้ป่วยวัณโรคในบ้าน และ หลังจากนั้นทุก 6 เดือน					
8	ท่านดื่มน้ำสะอาด อย่างน้อยวัน ละ 8-10 แก้วต่อวัน					

ข้อ	คำถาม	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ
9	เมื่อท่านมีอาการ ไข้ต่ำๆ ไอ เรื้อรังเกิน 2 สัปดาห์ ท่านจะไป พบแพทย์ เพื่อตรวจคัดกรองวัณ โรค					
10	ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ ที่มีผู้คนแออัด					
11	ท่านหยุดคลุกคลีใกล้ชิดกับ ผู้ป่วยวัณโรคในระยะแพร่เชื้อ อย่างน้อย 2 สัปดาห์ หรือ จนกว่าตรวจเสมหะไม่พบเชื้อ วัณโรค					
12	ท่านไม่นอนรวมห้องกับผู้ป่วย วัณโรคในระยะแพร่เชื้อ อย่าง น้อย 2 สัปดาห์ หรือจนกว่า ตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรค					
13	ท่านใส่หน้ากากอนามัย ตลอดเวลาเมื่ออยู่ใกล้ชิดกับ ผู้ป่วยวัณโรค					
14	ท่านดูแลให้ผู้ป่วยใส่หน้ากาก อนามัยตลอดเวลาเมื่ออยู่ร่วมกับ ผู้อื่น					
15	ท่านดูแลให้ผู้ป่วยล้างมือด้วยสบู่ ทุกครั้งหลังจากสัมผัสน้ำมูก น้ำลาย ของตนเอง					
16	ท่านดูแลให้ผู้ป่วยปิดปาก จมูก ทุกครั้ง เวลาไอ/จาม เพื่อ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ					

ข้อ	คำถาม	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ
17	ท่านล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง หลังจากสัมผัสกับน้ำมูก น้ำลาย ของผู้ป่วย					
18	ท่านใช้ช้อนกลางและดูแลให้ ผู้ป่วยใช้ช้อนกลางทุกครั้งเมื่อ รับประทานอาหารร่วมกัน					
19	ท่านดูแลให้ผู้ป่วยให้ใช้ทิชชู/ ผ้าเช็ดหน้า ปิดปาก/จมูก เวลา ไอ/จาม					
20	ท่านแยกของใช้กับผู้ป่วย เช่น เสื้อผ้า ผ้าเช็ดตัว					
21	ท่านนำเครื่องนอน ที่นอน หมอน มุ้ง ผึ่งแสงแดด					
22	ท่านเปิดประตู หน้าต่าง ภายใน บ้านให้อากาศถ่ายเทสะดวก มี แสงแดดส่องถึง					
23	ท่านดูแลบ้านให้สะอาดถูก สุขลักษณะอยู่เสมอ เพื่อลดการ แพร่กระจายเชื้อ					
24	ท่านดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยวัณโรค ให้กินยาสม่ำเสมอ ไม่ขาดยา จน ครบตามแผนการรักษาของ แพทย์ และไปพบแพทย์ตามนัด ทุกครั้ง					
25	ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ในห้องที่ใช้ เครื่องปรับอากาศร่วมกับผู้ป่วย วัณโรค					

ข้อ	คำถาม	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ
26	ท่านกำกับดูแลให้ทุกคนในบ้าน เอกซเรย์ปอด เพื่อตรวจคัดกรอง วัณโรค					
27	ท่านจัดภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิด ให้ผู้ป่วยบ้านเสมหะ และทำลาย โดยการเผา/ฝัง หรือ เทลงส้วม แล้วราดด้วยน้ำหรือน้ำยาล้าง ห้องน้ำ					
28	ท่านดูแลให้ผู้ป่วยบ้านน้ำลาย/ เสมหะ ลงในภาชนะที่ปิดมิดชิด					
29	ท่านดูแลไม่ให้ผู้ป่วยที่อยู่ใน ระยะแพร่เชื้อ เข้าร่วมกิจกรรม ในชุมชน เพื่อป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อ					
30	การทำความสะอาดเสื้อผ้าของ ผู้ป่วยโดยใช้ผงซักฟอก และฝัง แดดให้แห้ง					

เลขที่แบบสัมภาษณ์

--	--	--

แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง ระยะที่ 1 ขั้นตอนที่ 2

วิทยานิพนธ์เรื่อง การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน
จังหวัดพิษณุโลก

คำชี้แจงการสัมภาษณ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ (การวิจัยระยะที่ 1 ขั้นตอนที่ 2 สำหรับผู้สัมผัสร่วมบ้าน) เรื่อง การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายปัจจัยสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งมีแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ ☐ 1) ชาย ☐ 2) หญิง
2. อายุ.....ปี (เศษมากกว่า 6 เดือน ให้นับเป็น 1 ปี)
3. สถานภาพสมรส
☐ 1) โสด ☐ 2) สมรส ☐ 3) หม้าย ☐ 4) หย่า ☐ 5) สมรสแต่แยกกันอยู่
4. การศึกษา
☐ 1) ไม่ได้ศึกษา ☐ 2) ประถมศึกษา ☐ 3) มัธยมศึกษาตอนต้น
☐ 4) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช./ ปกศ.ต้น หรือเทียบเท่า
☐ 5) ประกาศนียบัตร (ปวส./ ปวท./ ปกศ.สูง)อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
☐ 6) ปริญญาตรีหรือสูงกว่า ☐ 7) ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

ส่วนที่ 2 แนวสัมภาษณ์เชิงคุณภาพ

1. ท่านคิดว่า วัณโรคเกิดได้อย่างไร
2. ท่านทราบได้อย่างไรว่ามีคนในครอบครัวป่วยเป็นวัณโรค
3. หลังจากทราบว่า มีผู้ป่วยวัณโรคในครอบครัวท่าน ท่านปฏิบัติอย่างไร
4. ท่านแนะนำให้ผู้ป่วยวัณโรคปฏิบัติตัวอย่างไรบ้าง
5. มีใครมาแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อให้ท่านป้องกันการติดเชื้อบ้าง อย่างไร
6. ท่านมีความรู้สึกต่อโรควัณโรคอย่างไร
7. ท่านปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในครอบครัวอย่างไร
8. มีอะไรบ้างที่มีผลต่อการป้องกันวัณโรคของท่าน
9. ท่านได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคอย่างไร
10. ท่านมีปัญหาอุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคอย่างไรบ้าง

เลขที่แบบสัมภาษณ์

--	--	--

แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง ระยะที่ 1 ขั้นตอนที่ 2

วิทยานิพนธ์เรื่อง การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน
จังหวัดพิษณุโลก

คำชี้แจง

การสัมภาษณ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ (การวิจัยระยะที่ 1 ขั้นตอนที่ 2 สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) เรื่อง การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอธิบายปัจจัยสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งมีแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ

☐ 1) ชาย ☐ 2) หญิง

2. อายุ.....ปี (เศษมากกว่า 6 เดือน ให้นับเป็น 1 ปี)

3. สถานภาพสมรส

☐ 1) โสด ☐ 2) สมรส ☐ 3) หม้าย ☐ 4) หย่า ☐ 5) สมรสแต่แยกกัน

อยู่

4. การศึกษา

☐ 1) ไม่ได้ศึกษา ☐ 2) ประถมศึกษา ☐ 3) มัธยมศึกษาตอนต้น

☐ 4) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช./ ปกศ.ต้น หรือเทียบเท่า

☐ 5) ประกาศนียบัตร (ปวส./ ปวท./ ปกศ.สูง)อนุปริญญาหรือเทียบเท่า

☐ 6) ปริญญาตรีหรือสูงกว่า ☐ 7) อื่นๆ.....

ส่วนที่ 2 แนวสัมภาษณ์เชิงคุณภาพ

1. ท่านมีความรู้สึกต่อโรคโควิดอย่างไร
2. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคอย่างไรบ้าง
3. ท่านให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคแก่ผู้สัมผัสร่วมบ้านอย่างไรบ้าง
4. ท่านได้รับมอบหมายให้ดูแลเกี่ยวกับการป้องกันโรคในพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบอย่างไรบ้าง
5. การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคในครอบครัวของผู้สัมผัสร่วมบ้านที่ท่านรับผิดชอบ เป็นอย่างไร
6. มีปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านที่ท่านรับผิดชอบ
7. การให้การสนับสนุนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านในเขตรับผิดชอบของท่าน เป็นอย่างไร
8. ท่านติดตาม กำกับ ดูแลผู้ป่วยโรคและญาติในครัวเรือนอย่างไร
9. ปัญหาอุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านที่ท่านรับผิดชอบ เป็นอย่างไรบ้าง



เลขที่แบบสัมภาษณ์

--	--	--

แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง ระยะที่ 1 ขั้นตอนที่ 2

วิทยานิพนธ์เรื่อง การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน
จังหวัดพิษณุโลก

คำชี้แจง

การสัมภาษณ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ (การวิจัยระยะที่ 1 ขั้นตอนที่ 2 สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) เรื่อง การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายปัจจัยสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งมีแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ

☐ 1) ชาย	☐ 2) หญิง
---------------------------------	----------------------------------
2. อายุ.....ปี (เศษมากกว่า 6 เดือน ให้นับเป็น 1 ปี)
3. สถานภาพสมรส

☐ 1) โสด	☐ 2) สมรส	☐ 3) หม้าย	☐ 4) หย่า	☐ 6) สมรสแต่แยกกันอยู่
---------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	---
4. การศึกษา

☐ 1) ประกาศนียบัตร (ปวส./ ปวท./ ปกศ.สูง) อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
☐ 2) ปริญญาตรี
☐ 3) สูงกว่า

ส่วนที่ 2 แนวสัมภาษณ์เชิงคุณภาพ

1. ท่านมีความรู้สึกอย่างไรต่อโรคโควิด
2. ท่านคิดว่าการป้องกันโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้าน ควรทำอะไร
3. ท่านให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคแก่ผู้สัมผัสร่วมบ้านและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างไร
4. ท่านได้รับมอบหมายให้ดูแลเกี่ยวกับการป้องกันโรคในพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบอย่างไร
5. การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคในครัวเรือนที่ท่านรับผิดชอบ เป็นอย่างไร
6. มีปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อการปฏิบัติตัวของญาติในการป้องกันโรคจากการมีผู้ป่วยโรคในบ้าน
7. การให้การสนับสนุน เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านในเขตรับผิดชอบของท่าน เป็นอย่างไร
8. ท่านติดตาม กำกับ ดูแลผู้ป่วยโรคและญาติในครัวเรือนที่ท่านรับผิดชอบเป็นอย่างไร
9. อะไรเป็นปัญหาอุปสรรคในการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ที่ท่านรับผิดชอบ
10. จากที่คุยกันมา ท่านอยากเพิ่มเติมเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้สัมผัสร่วมบ้านเพื่อป้องกันโรค ในพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบอย่างไรบ้าง



เลขที่แบบสัมภาษณ์

--	--	--

แนวทางการสนทนากลุ่ม ระยะที่ 2 ขั้นตอนที่ 1

วิทยานิพนธ์เรื่อง การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน
จังหวัดพิษณุโลก

คำชี้แจง

แนวทางการสนทนากลุ่มนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ (การวิจัยระยะที่ 2 ขั้นตอนที่ 1 สำหรับ ผู้สัมผัสร่วมบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) เรื่อง การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้างรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งมีประเด็นการสนทนากลุ่ม ดังนี้

1. ท่านมีความรู้สึกรู้สึกอย่างไรต่อโรควัณโรค
2. การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันวัณโรคที่ผู้สัมผัสร่วมบ้านปฏิบัติอยู่ เป็นอย่างไร
3. รูปแบบการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านในอุดมคติของท่านเป็นอย่างไร
4. ท่านมีความเห็นอย่างไร กับปัจจัยที่ส่งผลและปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก (ผลการวิจัย ระยะที่ 1)
5. ปัจจัยที่ส่งผลและปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก นำไปใช้สร้างรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านได้อย่างไร ให้ร่วมกันวิเคราะห์ และให้ข้อเสนอแนะ
6. รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก ควรมีกิจกรรมอะไรบ้าง
7. กิจกรรมต่างๆ ในรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก จะดำเนินการอย่างไร
8. กิจกรรมต่างๆ ในรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก ควรมีใครเป็นผู้รับผิดชอบ
9. ความสำเร็จของรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลกมีองค์กร/หน่วยงานใดในชุมชนมาร่วมสนับสนุนบ้าง
10. จากที่คุยกันมา ท่านอยากเพิ่มเติมเกี่ยวกับการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านฯ อย่างไรบ้าง

เลขที่แบบสัมภาษณ์

--	--	--

แบบสอบถามตรวจสอบร่างรูปแบบ ระยะที่ 2 ขั้นตอนที่ 2

วิทยานิพนธ์เรื่อง การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน
จังหวัดพิษณุโลก

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ (การวิจัยระยะที่ 2 ขั้นตอนที่ 2 สำหรับผู้สัมผัสร่วมบ้านฯ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) เรื่อง การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก ในด้านความเป็นประโยชน์ ด้านความเป็นไปได้ ด้านความเหมาะสม และด้านความถูกต้อง ของรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก

โปรดตอบแบบสอบถามทุกข้อให้ตรงกับความเป็นจริงและตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด ผู้วิจัยจะเก็บคำตอบของท่านไว้เป็นความลับ ซึ่งจะมีการทำลายข้อมูลทั้งหมด หลังจากการวิจัยเสร็จสิ้นสุด 1 ปี และขอรับรองว่าจะไม่มีผลกระทบที่เสียหายต่อท่านแต่ประการใด แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากร

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ ที่ตรงกับความเป็นจริงหรือเติมข้อความลงในช่องว่าง (.....) ให้สมบูรณ์

- เพศ ☐ 1) ชาย ☐ 2) หญิง
- อายุ.....ปี (เศษมากกว่า 6 เดือนให้นับเป็น 1 ปี)
- สถานภาพสมรส
☐ 1) โสด ☐ 2) สมรส ☐ 3) หม้าย ☐ 4) หย่า ☐ 6) แยกกันอยู่
- วุฒิการศึกษาสูงสุด
☐ 1) ประถมศึกษา ☐ 2) มัธยมต้น ☐ 3) มัธยมปลาย/ปวช.
☐ 4) อนุปริญญา/ปวส. ☐ 5) ป.ตรี ☐ 6) อื่น ๆ (ระบุ)
- ประเภทผู้ให้ข้อมูลหลัก
☐ 1) ผู้สัมผัสร่วมบ้าน
☐ 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
☐ 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ส่วนที่ 2 ความเห็นที่มีต่อร่างรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้ สัมผัสร่วมบ้าน

คำชี้แจง

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด โดยมี
ความหมายของคะแนน ดังนี้

5 เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

4 เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก

3 ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง

2 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก

1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความในประโยคไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อ	คำถาม	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
ด้านความเป็นประโยชน์ (Utility)						
1	รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรม ป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านทำ ให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านปฏิบัติพฤติกรรม ป้องกันโรคได้ดีขึ้น					
2	รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรม ป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านทำ ให้ป้องกันการติดเชื้อโรคของผู้ สัมผัสร่วมบ้านได้					
3	รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรม ป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านมี ประโยชน์ต่อกระทรวงสาธารณสุข สำหรับกำหนดมาตรการป้องกันการ ติดเชื้อโรคผู้สัมผัสร่วมบ้านได้					

ข้อ	คำถาม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
ความเป็นไปได้ (Feasibility)						
1	รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านสามารถนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริงได้					
2	รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านมีความสอดคล้องกับทรัพยากรในการป้องกันควบคุมโรค เช่น เจ้าหน้าที่ให้ความรู้การป้องกันโรค และการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันฯ					
3	รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านสามารถทำความเข้าใจได้ ไม่ยุ่งยากหรือซับซ้อนเกินไป					
ความเหมาะสม (Propriety)						
1	รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านมีความเหมาะสมสอดคล้องกับนโยบายการป้องกันควบคุมโรค					
2	รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านมีความสอดคล้องกับมาตรการป้องกันควบคุมโรค					
3	รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านมี					

ข้อ	คำถาม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
	ความเหมาะสมครอบคลุมเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสในผู้สัมผัสร่วมบ้าน					
ด้านความถูกต้อง (Accuracy)						
1	รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านมีความถูกต้องตามหลักแนวทางการป้องกันควบคุมโรคของประเทศ ไทย					
2	รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านมีความชัดเจนสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง					
3	รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านสามารถป้องกันการติดเชื้อไวรัสในผู้สัมผัสร่วมบ้านได้จริง					

เลขที่แบบสอบถาม

--	--	--

แบบสอบถาม ระยะที่ 3

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน
จังหวัดพิษณุโลก

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก แบ่งออกเป็น 9 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล	จำนวน 11 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรควัณโรค	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรควัณโรค	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันวัณโรค	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการตีตราเกี่ยวกับวัณโรค	จำนวน 5 ข้อ
ส่วนที่ 8 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 9 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันวัณโรค	จำนวน 30 ข้อ

โปรดตอบแบบสอบถามทุกข้อให้ตรงกับความเป็นจริงและตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ผู้วิจัยจะเก็บ คำตอบของท่านไว้เป็นความลับ ซึ่งจะมีการทำลายข้อมูลทั้งหมด หลังการวิจัยเสร็จสิ้นสุด 1 ปี และขอรับรองว่าการตอบแบบสอบถามครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบที่เสียหายต่อท่านแต่ประการใด

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

นางธัญญารัตน์ วงศ์ชนะ

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

มหาวิทยาลัยนเรศวร

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ ที่ตรงกับความเป็นจริงหรือเติมข้อความลงในช่องว่าง (.....) ให้สมบูรณ์

1. เพศ ☐ 1) ชาย ☐ 2) หญิง
2. อายุ.....ปี (เศษมากกว่า 6 เดือนให้นับเป็น 1 ปี)
3. สถานภาพสมรส
☐ 1) โสด ☐ 2) สมรส ☐ 3) หม้าย ☐ 4) หย่า ☐ 5) แยกกันอยู่
4. วุฒิการศึกษาสูงสุด
☐ 1) ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐ 2) ประถมศึกษา ☐ 3) มัธยมศึกษาต้น
☐ 4) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ☐ 5) อนุปริญญา/เทียบเท่า
☐ 6) ปริญญาตรี
☐ 7) สูงกว่า ปริญญาตรี ☐ 8) อื่น ๆ ระบุ)
5. โรคประจำตัว
☐ 1) ไม่มีโรคประจำตัว ☐ 2) มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรค.....
6. การได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรคปัสสาวะ
☐ 1) เคยได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรคปัสสาวะ
☐ 2) ไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรคปัสสาวะ
☐ 3) ไม่ทราบ
7. การสูบบุหรี่
☐ 1) ไม่เคยสูบบุหรี่
☐ 2) เคยสูบบุหรี่เป็นระยะเวลา จำนวน.....ปี แต่หยุดสูบบุหรี่แล้ว.....ปี
☐ 3) สูบมาแล้ว จำนวน.....ปี และ ปัจจุบันยังสูบบุหรี่
8. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
☐ 1) สามี ☐ 2) ภรรยา ☐ 3) บิดา ☐ 4) มารดา ☐ 5) บุตร
☐ 6) อื่นๆ (เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า อา หลาน)
9. ระยะเวลาที่อยู่กับผู้ป่วยต่อวัน
☐ 1) น้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน ☐ 2) มากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน
10. จำนวนสมาชิกที่อาศัยในครัวเรือนนี้ จำนวน.....คน
11. วิธีเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาล
☐ 1) รถมอเตอร์ไซด์ ☐ 2) รถยนต์ ☐ 3) รถรับจ้าง
☐ 4) อื่นๆ.....

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค

คำชี้แจง ให้ท่านพิจารณาว่า ข้อความต่อไปนี้ ถูกหรือผิด ถ้าเห็นว่าถูกให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง “ใช่” และถ้าเห็นว่าผิดให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง “ไม่ใช่”

ข้อ	ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค	ใช่	ไม่ใช่
1	เชื้อวัณโรค สามารถแพร่ไปสู่คนข้างเคียงได้ด้วยการไอ จาม จากผู้ป่วยวัณโรค		
2	วัณโรค เป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจเท่านั้น		
3	ผู้อาศัยร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคต้องไปคัดกรองวัณโรคด้วยการเอกซเรย์ปอด ทุก 6 เดือน อย่างน้อย 2 ปี และหลังจากนั้นปีละ 1 ครั้ง		
4	เมื่ออยู่ร่วมกับผู้ป่วยวัณโรค ต้องใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลา และดูแลให้ผู้ป่วยใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลา เพื่อป้องกันการติดเชื้อ วัณโรค		
5	การใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วย สามารถป้องกันการติดเชื้อวัณโรคได้		
6	เปิดประตูหน้าต่างภายในบ้านทุกวัน ให้อากาศถ่ายเทและแสงแดดส่องถึง		
7	รังสีอัลตราไวโอเล็ตในแสงแดดสามารถฆ่าเชื้อวัณโรคในเสมหะได้		
8	วัณโรค สามารถรักษาให้หายได้ โดยใช้เวลาประมาณ 6-9 เดือน โดยการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ไม่ขาดยา		
9	เมื่อรักษาวัณโรคแล้วอาการดีขึ้น สามารถหยุดยาได้		
10	หากฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรคบีซีจีแล้ว จะไม่ทำให้ป่วยเป็นวัณโรคได้		

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของโรควัณโรค

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

5 เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

4 เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก

3 ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง

2 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก

1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความในประโยคไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ที่สุด

ข้อ	คำถาม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1	วัณโรคหากไม่รักษาหรือรักษาล่าช้า จะทำให้เสียชีวิตได้					
2	วัณโรคหากรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ จะทำให้เกิดเป็นวัณโรคดื้อยาซึ่งทำให้ยากต่อการรักษา					
3	ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงของวัณโรค ได้แก่ ไอเป็นเลือด เจ็บหน้าอก หายใจติดขัด					
4	วัณโรค เมื่อรักษาหายดีแล้วสามารถกลับเป็นซ้ำได้ หากได้รับเชื้อวัณโรคมาใหม่					
5	การป่วยเป็นวัณโรคจะต้องหยุดงาน และทำให้ขาดรายได้					
6	การป่วยเป็นวัณโรคทำให้สังคมรังเกียจ					
7	การรักษาวัณโรคมีความยากลำบาก เนื่องจาก ต้องรับประทานยาหลายชนิดทุกวัน เป็นระยะเวลานาน อย่างน้อย 6 เดือน					
8	ผลข้างเคียงที่อันตรายจากยาต้านวัณโรค ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ได้แก่ ตัวเหลือง ตาเหลือง จากตับอักเสบ หรือ ไตวายเฉียบพลัน					
9	วัณโรคปอด ทำให้ผู้ป่วยถูกจำกัดพื้นที่และการดำเนินชีวิตในสังคม					

ข้อ	คำถาม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
10	วัณโรคเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ในผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นร่วมกับวัณโรค					

ส่วนที่ 4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรควัณโรค

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อ	คำถาม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1	การคลุกคลีกับผู้ป่วยวัณโรคในระยะแพร่เชื้อ จะทำให้ติดเชื้อวัณโรคได้					
2	การนอนร่วมห้องกับผู้ป่วยวัณโรคในระยะแพร่เชื้อ จะทำให้ติดเชื้อวัณโรคจากผู้ป่วย					
3	ถ้าผู้ป่วยและคนใกล้ชิดไม่ใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่ออยู่ร่วมกันจะทำให้ติดเชื้อวัณโรคจากผู้ป่วยได้					
4	การไม่นำที่นอน หมอน มุ้ง ผุ้ง แสงแดด อย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จะทำให้ท่านสามารถรับเชื้อวัณโรคได้ เนื่องจากเชื้อไม่ถูกทำลาย					

ข้อ	คำถาม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
5	การไม่ใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วยจะทำให้ติดเชื้อวัณโรคได้					
6	การไม่จัดภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิดให้ผู้ป่วยบ้านเสมหะ/บ้านลงชักโครก และ ทำลายโดยการเผา/ฝังทุกวัน จะทำให้ท่านรับเชื้อวัณโรคได้					
7	การไม่เปิดประตู หน้าต่างภายในบ้านให้อากาศถ่ายเทและให้มีแสงแดดส่องถึงทุกวัน จะทำให้ท่านติดเชื้อวัณโรคได้ เนื่องจากเชื้อวัณโรคไม่ถูกทำลาย					
8	การอยู่ห้องที่ใช้เครื่องปรับอากาศ จะทำให้ท่านติดเชื้อวัณโรคจากผู้ป่วยได้					
9	การใช้ของใช้ เช่น เสื้อผ้า ผ้าเช็ดตัว ร่วมกับผู้ป่วย จะทำให้ติดเชื้อวัณโรคจากผู้ป่วยได้					
10	เมื่อร่างกายอ่อนแอ ท่านจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคและป่วยเป็นวัณโรคได้					

ส่วนที่ 5 การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรค

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อ	คำถาม	ทำได้ แน่นอน	ทำได้	ไม่แน่ใจ	ทำไม่ได้	ทำไม่ได้ แน่นอน
1	ท่านสามารถหยุดคลุกคลีกับผู้ป่วยโรคในระยะเวลาแพร่เชื้ออย่างน้อย 2 สัปดาห์ หรือจนกว่าจะตรวจเสมหะไม่พบเชื้อโรคได้					
2	ท่านสามารถแยกห้องนอนกับผู้ป่วยโรคในระยะเวลาแพร่เชื้ออย่างน้อย 2 สัปดาห์ หรือจนกว่าจะตรวจเสมหะไม่พบเชื้อโรคได้					
3	ท่านสามารถใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่ออยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยได้					
4	ท่านสามารถดูแลผู้ป่วยให้ใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่อยู่กับผู้อื่นได้					
5	ท่านสามารถนำที่นอน หมอน มุ้ง ผึ่งแสงแดด อย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ได้					
6	ท่านสามารถล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง หลังจากสัมผัสกับน้ำมูก น้ำลาย ของผู้ป่วย					
7	ท่านสามารถจัดภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิดให้ผู้ป่วยบ้วนเสมหะ/บ้วน					

ข้อ	คำถาม	ทำได้ แน่นอน	ทำได้	ไม่แน่ใจ	ทำไม่ได้	ทำไม่ได้ แน่นอน
	ลงชักโครก และ ทำลายโดยการ เผา/ฝัง ทุกวันได้					
8	ท่านสามารถเปิดประตู หน้าต่าง ภายในบ้านให้อากาศถ่ายเท สะดวก มีแสงแดดส่องถึงทุกวัน ได้					
9	ท่านสามารถหาความรู้ การ ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเองไม่ให้ ติดเชื้อไวรัสโรคได้					
10	ท่านสามารถไปตรวจคัดกรองวัณ โรคที่โรงพยาบาล ด้วยการ เอกซเรย์ปอด ทุก 6 เดือน อย่าง น้อย 2 ปี และหลังจากนั้นทุกปี ได้					

ส่วนที่ 6 การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อ	คำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1	การไม่คลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วย วัณโรคในระยะแพร่เชื้อ อย่าง น้อย 2 สัปดาห์ หรือจนกว่าจะ ตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรค จะ สามารถป้องกันการติดเชื้อวัณ โรคได้					
2	การแยกห้องนอนกับผู้ป่วยวัณ โรค อย่างน้อย 2 สัปดาห์ หรือ					

ข้อ	คำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
	จนกว่าจะตรวจเสมหะไม่พบเชื้อ วัณโรค จะสามารถป้องกันการติด เชื้อวัณโรคได้					
3	การให้ผู้ป่วยและคนใกล้ชิดใส่ หน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่อ อยู่ร่วมกันจะสามารถป้องกันการ ติดเชื้อวัณโรคได้					
4	การนำทีนออน หมอน มุ้ง ผึ่ง แสงแดดอย่างน้อย 1 ครั้งต่อ สัปดาห์ จะช่วยป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อวัณโรคได้					
5	การล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง หลังจากสัมผัสน้ำมูก น้ำลาย ของ ผู้ป่วย จะสามารถป้องกันการติด เชื้อวัณโรคได้					
6	การจัดภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิดให้ ผู้ป่วยบ้วนเสมหะ/บ้วนลงชัก โครก และ ทำลายโดยการเผา/ผึ่ง ทุกวัน จะสามารถป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อวัณโรคได้					
7	การเปิดประตู หน้าต่างภายใน บ้านให้อากาศถ่ายเทสะดวก มี แสงแดดส่องถึงทุกวัน จะสามารถ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณ โรคได้					
8	การตรวจคัดกรองวัณโรค ด้วย การเอกซเรย์ปอด ทุก 6 เดือน					

ข้อ	คำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
	อย่างน้อย 2 ปี และหลังจากนั้น ทุกปี จะทำให้สามารถค้นหา โรคได้ตั้งแต่เนิ่นๆ เพื่อลดความ รุนแรงของโรคได้					
9	การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา อย่างสม่ำเสมอจนหาย จะป้องกัน ท่านจากการติดเชื้อไวรัสโรคได้					
10	การดูแลสุขภาพให้แข็งแรงอยู่ เสมอ เช่น ออกกำลังกาย พักผ่อน ให้เพียงพอ และรับประทาน อาหารที่มีประโยชน์ จะสามารถ ป้องกันการป่วยเป็นโรคได้					

ส่วนที่ 7 การติดตามจากโรคเมื่อบุคคลในครอบครัวเป็นโรค

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อ	คำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1	ท่านมีความกังวลเกี่ยวกับการ เปิดเผยข้อมูลโรคไวรัสโรคใน ครอบครัวของท่าน					
2	ท่านมีความกังวล ในการเข้าร่วม กิจกรรมสังคม					
3	ท่านรู้สึกแปลกแยกจากสังคม จากการที่มีคนในครอบครัวท่าน เป็นโรคไวรัสโรค					

ข้อ	คำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
4	คนรอบข้าง ได้แก่ เพื่อนบ้าน หรือ คนในชุมชน แสดงสีหน้า รังเกียจ เมื่อทราบว่ามีคนใน ครอบครัวท่านเป็นโรคโควิดโรค					
5	บุคคลอื่น เดินหนี/พยายาม หลีกเลี่ยงที่จะพบท่านเมื่อทราบว่า มีคนในครอบครัวท่านเป็นโรค โควิดโรค					

ส่วนที่ 8 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อ	คำถาม	ได้รับ เป็น ประจำ	ได้รับ บ่อยครั้ง	ได้รับ บางครั้ง	ได้รับ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ได้รับ
1	ท่านได้รับการสนับสนุนกำลังใจ ความเห็นใจ ความเข้าใจ และ การเอาใจใส่ จากเพื่อนบ้าน					
2	ท่านได้รับการยอมรับเป็นส่วน หนึ่งของสังคม โดยไม่รังเกียจ จากชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่					
3	ท่านได้รับคำแนะนำ เกี่ยวกับการ ปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการ ติดเชื้อไวรัสโรคในบ้าน และ แผนการรักษาไวรัสโรค จาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
4	ท่านได้รับอุปกรณ์ป้องกันการ ติดเชื้อไวรัสโรค เช่น หน้ากาก					

ข้อ	คำถาม	ได้รับ เป็นประจำ	ได้รับ บ่อยครั้ง	ได้รับ บางครั้ง	ได้รับ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ได้รับ
	อนามัย และเจลแอลกอฮอล์ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
5	ท่านได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินการปฏิบัติตัวมน การป้องกันการติดเชื้อวัณโรค ในบ้าน จากอาสาสมัคร สาธารณสุข					
6	ท่านได้รับการติดตาม และ แลกเปลี่ยนความรู้/การ ตัดสินใจในการปฏิบัติตัวเพื่อ ป้องกันการติดเชื้อวัณโรคใน บ้าน จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
7	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับวัณโรค จากอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน					
8	ท่านได้รับสื่อความรู้ เช่น แผ่น พับ คู่มือ การปฏิบัติตัวเพื่อ ป้องกันการติดเชื้อวัณโรคใน บ้าน จากอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน					
9	ท่านได้รับบริการคัดกรองวัณ โรคด้วยการเอกซเรย์ปอด ภายใน 1 เดือน เมื่อพบผู้ป่วย วัณโรคในบ้าน โดยเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข					
10	ท่านได้รับคำแนะนำเรื่องการ สนับสนุนเงินช่วยเหลือผู้ป่วย					

ข้อ	คำถาม	ได้รับ เป็นประจำ	ได้รับ บ่อยครั้ง	ได้รับ บางครั้ง	ได้รับ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ได้รับ
	วัดโรคเมื่อเกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจในครอบครัวที่เกิดจากวัดโรค จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข					

ส่วนที่ 9 พฤติกรรมป้องกันวัดโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อ	คำถาม	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ
1	ท่านรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น เนื้อ นม ไข่ เป็นประจำ เพื่อให้สุขภาพแข็งแรง					
2	ท่านรักษาสุขภาพให้แข็งแรงโดยการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที					
3	ท่านงดดื่มสุรา เพื่อให้สุขภาพแข็งแรง					
4	ท่านไม่สูบบุหรี่ เพื่อป้องกันปอดถูกทำลายและลดความเสี่ยงต่อการเป็น วัดโรค					
5	ท่านนอนหลับเพียงพอ อย่างน้อย วันละ 6 - 8 ชั่วโมงต่อวัน					
6	ท่านหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมลงและมีโอกาสป่วยเป็นวัดโรคได้					

ข้อ	คำถาม	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ
7	ท่านคัดกรองวัณโรคด้วยการเอกซเรย์ทันทึ หลังจากพบผู้ป่วยวัณโรคในบ้าน และหลังจากนั้นทุก 6 เดือน					
8	ท่านดื่มน้ำสะอาด อย่างน้อยวันละ 8-10 แก้วต่อวัน					
9	เมื่อท่านมีอาการ ไข้ต่ำๆ ไอเรื้อรังเกิน 2 สัปดาห์ ท่านจะไปพบแพทย์ เพื่อตรวจคัดกรองวัณโรค					
10	ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ที่มีผู้คนแออัด					
11	ท่านหยุดคลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคในระยะแพร่เชื้ออย่างน้อย 2 สัปดาห์ หรือจนกว่าตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรค					
12	ท่านไม่นอนร่วมห้องกับผู้ป่วยวัณโรคในระยะแพร่เชื้อ อย่างน้อย 2 สัปดาห์ หรือจนกว่าตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรค					
13	ท่านใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่ออยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค					
14	ท่านดูแลให้ผู้ป่วยใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่น					

ข้อ	คำถาม	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ
15	ท่านดูแลให้ผู้ป่วยล้างมือด้วยสบู่ ทุกครั้งหลังจากสัมผัสน้ำมูก น้ำลาย ของตนเอง					
16	ท่านดูแลให้ผู้ผู้ป่วยปิดปาก จมูก ทุกครั้ง เวลาไอ/จาม เพื่อ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ					
17	ท่านล้างมือด้วยสบู่ ทุกครั้ง หลังจากสัมผัสกับน้ำมูก น้ำลาย ของผู้ป่วย					
18	ท่านใช้ช้อนกลางและดูแลให้ ผู้ป่วยใช้ช้อนกลางทุกครั้งเมื่อ รับประทานอาหารร่วมกัน					
19	ท่านดูแลให้ผู้ผู้ป่วยให้ใช้ทิชชู/ ผ้าเช็ดหน้า ปิดปาก/จมูก เวลา ไอ/จาม					
20	ท่านแยกของใช้กับผู้ป่วย เช่น เสื้อผ้า ผ้าเช็ดตัว					
21	ท่านนำเครื่องนอน ที่นอน หมอน มุ้ง ผึ่งแดด					
22	ท่านเปิดประตู หน้าต่าง ภายใน บ้านให้อากาศถ่ายเทสะดวก มี แสงแดดส่องถึง					
23	ท่านดูแลบ้านให้สะอาดถูก สุขลักษณะอยู่เสมอ เพื่อลดการ แพร่กระจายเชื้อ					
24	ท่านดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยวัณโรค ให้กินยาสม่ำเสมอ ไม่ขาดยา จน					

ข้อ	คำถาม	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ
	ครบตามแผนการรักษาของแพทย์ และไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง					
25	ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ในห้องที่ใช้เครื่องปรับอากาศร่วมกับผู้ป่วยวัณโรค					
26	ท่านกำกับดูแลให้ทุกคนในบ้านเอกซเรย์ปอด เพื่อตรวจคัดกรองวัณโรค					
27	ท่านจัดภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิดให้ผู้ป่วยล้างจานชาม และทำลายโดยการเผา/ฝัง หรือ เทลงส้วม แล้วราดด้วยน้ำหรือน้ำยาล้างห้องน้ำ					
28	ท่านดูแลให้ผู้ป่วยล้างจานชาม/ล้างจานชาม ล้างในภาชนะที่ปิดมิดชิด					
29	ท่านดูแลไม่ให้ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อ เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ					
30	การทำความสะอาดเสื้อผ้าของผู้ป่วยโดยใช้ผงซักฟอก และผึ่งแดดให้แห้ง					

รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดพิษณุโลก

สัปดาห์/ ระยะเวลา	กิจกรรม	การดำเนิน กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ได้ จากกิจกรรม	ที่มาของกิจกรรม	สื่อ/ อุปกรณ์
สัปดาห์ที่ 1 ระยะเวลา 1 ชั่วโมง	กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้ และการ เสริมสร้าง การรับรู้ เกี่ยวกับ วัณโรค	บรรยายหัวข้อ วัณโรคคืออะไร อาการของ ผู้ป่วยวัณโรค การติดต่อ การ แพร่กระจาย เชื้อวัณโรค อันตราย ความ รุนแรงและ ผลกระทบของ วัณโรค แนว ทางการรักษา การดูแลตนเอง เมื่อเป็นวัณโรค การดูแล สุขอนามัยของ ตนเอง ผลดี ของการปฏิบัติ ตามมาตรการ ป้องกันวัณโรค การจัด สิ่งแวดล้อมใน บ้านเพื่อ ป้องกันวัณโรค การดูแลกำกับ การกินยาผู้ป่วย โทษของบุหรี่	1.ความรู้ เกี่ยวกับ วัณโรค ความรู้ วัคซีนวัณโรค และโทษของ บุหรี่	-จากการวิจัย ระยะที่ 1 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับ วัณโรคเป็นปัจจัย สาเหตุของ พฤติกรรมป้องกัน วัณโรค ส่วนการ ไม่ทราบประวัติ การได้รับวัคซีน ป้องกันวัณโรค (บี ซีจี) และ การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยที่ ส่งผลต่อ พฤติกรรมป้องกัน วัณโรค และจาก การตอบ แบบสอบถาม พบว่า ผู้สัมผัส ร่วมบ้าน ตอบข้อ คำถาม เรื่องการ รับประทานยา ถูกต้องเพียง ร้อย ละ 31.6 และ ตอบข้อคำถาม เรื่องการฉีดวัคซีน ถูกต้องเพียง ร้อยละ 36.8	-ภาพแผ่น พลิก

สัปดาห์/ ระยะเวลา	กิจกรรม	การดำเนิน กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ได้ จากกิจกรรม	ที่มาของกิจกรรม	สื่อ/ อุปกรณ์
		และวัคซีน ป้องกันวัณโรค		-จากการวิจัย ระยะที่ 2 ด้วย การสนทนากลุ่ม	
			2.การรับรู้การ รุนแรงของ วัณโรค	-จากการวิจัย ระยะที่ 1 การ รับรู้การรุนแรง ของ วัณโรค เป็น ปัจจัยสาเหตุของ พฤติกรรมป้องกัน วัณโรค และจาก การตอบ แบบสอบถาม พบว่า ผู้สัมผัส ร่วมบ้านมีเห็น ด้วยกับการรักษา วัณโรคล่าช้า จะ ทำให้เสียชีวิตได้ เพียง ร้อยละ 47.7 และจาก การสัมภาษณ์เชิง ลึก พบว่า ชาวบ้านส่วนใหญ่ เวลาป่วยไม่ค่อย มาตรวจ ห่วงทำ ไร่ทำสวน -จากการวิจัย ระยะที่ 2 ด้วย การสนทนากลุ่ม	

สัปดาห์/ ระยะเวลา	กิจกรรม	การดำเนิน กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ได้ จากกิจกรรม	ที่มาของกิจกรรม	สื่อ/ อุปกรณ์
			3.การรับรู้ โอกาสเสี่ยง ของการเป็น วัณโรค	-จากการวิจัย ระยะที่ 1 การ รับรู้โอกาสเสี่ยง ของการเป็น วัณโรค เป็น ปัจจัยสาเหตุของ พฤติกรรมป้องกัน วัณโรค ซึ่งจาก การตอบ แบบสอบถาม พบว่า ผู้สัมผัส ร่วมบ้านมี ความเห็นต่อการ คลุกคลีกับผู้ป่วย วัณโรคในระยะ แพร่เชื้อจะทำให้ ติดเชื้อวัณโรค เพียง ร้อยละ 43.0 และจาก การสัมภาษณ์เชิง ลึก พบว่า ผู้ สัมผัสร่วมบ้านที่ ไม่มาคัดกรอง วัณโรคเนื่องจาก คิดว่าตนเองไม่ เสี่ยง -จากการวิจัย ระยะที่ 2 ด้วย การสนทนากลุ่ม	

สัปดาห์/ ระยะเวลา	กิจกรรม	การดำเนิน กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ได้ จากกิจกรรม	ที่มาของกิจกรรม	สื่อ/ อุปกรณ์
			4.การรับรู้ ผลลัพธ์ของ การป้องกัน วันโรค	-จากการวิจัย ระยะที่ 1 การ รับรู้ผลลัพธ์ของ การป้องกันวัน โรค เป็นปัจจัย สาเหตุของ พฤติกรรมป้องกัน วันโรค และจาก การตอบ แบบสอบถาม พบว่า ผู้สัมผัส ร่วมบ้านเห็นด้วย กับการหยุดคลุก คลีกับผู้ป่วยจะ สามารถป้องกัน การติดเชื้อวันโรค เพียง ร้อยละ 29.5	
			5.การรับรู้ ความสามารถ ของตนในการ ป้องกันวันโรค	-จากการวิจัย ระยะที่ 2 ด้วย การสนทนากลุ่ม	

สัปดาห์/ ระยะเวลา	กิจกรรม	การดำเนิน กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ได้ จากกิจกรรม	ที่มาของกิจกรรม	สื่อ/ อุปกรณ์
				ของพฤติกรรม ป้องกันวัณโรค ซึ่งจากการตอบ แบบสอบถาม พบว่า ผู้สัมผัส ร่วมบ้านสามารถ หยุดคลุกคลีกับ ผู้ป่วยได้แน่นอน เพียง ร้อยละ 26.9 และ จาก การสัมภาษณ์เชิง ลึก พบว่า ผู้ สัมผัสร่วมบ้านไม่ แน่ใจว่าจะแยกที่ นอนกับผู้ป่วยได้ เนื่องจากสงสาร ผู้ป่วย -จากการวิจัย ระยะที่ 2 ด้วย การสนทนากลุ่ม	
สัปดาห์ที่ 2 ระยะเวลา 1 ชั่วโมง	กิจกรรมที่ 2 การฝึกทักษะ เพื่อสร้าง เสริม พฤติกรรม ป้องกัน วัณโรค	บรรยาย สาธิต และฝึกปฏิบัติ -วิธีการล้างมือ ที่ถูกต้อง	1.ความรู้ เกี่ยวกับวัณ โรค 2.การรับรู้ ความสามารถ ของตนเองใน การป้องกัน วัณโรค	-จากการวิจัย ระยะที่ 1 จาก การตอบ แบบสอบถาม พบว่า ผู้สัมผัส ร่วมบ้านล้างมือ ทุกครั้งเมื่อสัมผัส กับน้ำมูก น้ำลาย	-ภาพแผ่น พลิก -หน้ากาก อนามัย -เจลล้างมือ

สัปดาห์/ ระยะเวลา	กิจกรรม	การดำเนิน กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ได้ จากกิจกรรม	ที่มาของกิจกรรม	สื่อ/ อุปกรณ์
				ผู้ป่วย เพียง ร้อย ละ 65.3 -จากการวิจัย ระยะที่ 2 ด้วย การสนทนากลุ่ม	
		-บรรยาย สาธิต และฝึกปฏิบัติ วิธีใส่หน้ากาก ถอด/ทิ้ง หน้ากาก อนามัย	1.ความรู้ เกี่ยวกับวัณ โรค 2.การรับรู้ ความสามารถ ของตนเองใน การป้องกัน วัณโรค	-จากการวิจัย ระยะที่ 1 จาก การตอบ แบบสอบถาม พบว่า ผู้สัมผัส ร่วมบ้านใส่ หน้ากากอนามัย ตลอดเวลาเมื่ออยู่ กับผู้ป่วย เพียง ร้อยละ 58.6 และ จากการสัมภาษณ์ เชิงลึก ผู้สัมผัส ร่วมบ้าน สวมใส่/ ถอด/ทิ้ง หน้ากาก อนามัยไม่ถูกต้อง -จากการวิจัย ระยะที่ 2 ด้วย การสนทนากลุ่ม	
		-บรรยาย สาธิต และฝึกปฏิบัติ การแยกของใช้ ส่วนตัว เช่น อุปกรณ์	1.ความรู้ เกี่ยวกับวัณ โรค 2.การรับรู้ ความสามารถ	-จากการวิจัย ระยะที่ 1 จาก การตอบ แบบสอบถาม พบว่า ผู้สัมผัส	

สัปดาห์/ ระยะเวลา	กิจกรรม	การดำเนิน กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ได้ จากกิจกรรม	ที่มาของกิจกรรม	สื่อ/ อุปกรณ์
		รับประทานอาหาร เสื้อผ้า ผ้าเช็ดตัว	ของตนเองใน การป้องกัน วัณโรค	ร่วมบ้านแยก เสื้อผ้าและ ผ้าเช็ดตัวทุกครั้ง เพียง ร้อยละ 68.9 และจาก การสัมภาษณ์เชิง ลึก ผู้สัมผัสร่วม บ้านยังใช้อุปกรณ์ รับประทานอาหาร ร่วมกับ ผู้ป่วย -จากการวิจัย ระยะที่ 2 จาก การสนทนากลุ่ม	
สัปดาห์ที่ 3 ระยะเวลา 1 ชั่วโมง	<u>กิจกรรมที่ 3</u> การจัดการ สิ่งแวดล้อม ในบ้านเพื่อ ป้องกัน วัณโรค	การบรรยาย สาธิต และฝึก ปฏิบัติ การจัดพื้นที่ แยกสำหรับ ผู้ป่วย	1.ความรู้ เกี่ยวกับ วัณโรค 2.การรับรู้ ความสามารถ ของตนเองใน การป้องกัน วัณโรค	-จากการวิจัย ระยะที่ 1 จาก การตอบ แบบสอบถาม พบว่า ผู้สัมผัส ร่วมบ้านแยก ห้องนอนกับ ผู้ป่วย เพียง ร้อย ละ 62.1 และการ สัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า บ้านไม่มี ห้องแยก ต้อง นอนรวมกัน	-ภาพแผ่น พลิก

สัปดาห์/ ระยะเวลา	กิจกรรม	การดำเนิน กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ได้ จากกิจกรรม	ที่มาของกิจกรรม	สื่อ/ อุปกรณ์
				-จากการวิจัย ระยะที่ 2 จาก การสนทนากลุ่ม	
		การบรรยาย สาธิต และฝึก ปฏิบัติ การจัด ที่อยู่อาศัยให้ อากาศถ่ายเท ได้สะดวก ให้ แสงแดดส่องถึง	1.ความรู้ เกี่ยวกับ วัณโรค 2.การรับรู้ ความสามารถ ของตนองใน การป้องกัน วัณโรค	-จากการวิจัย ระยะที่ 1 จาก การตอบ แบบสอบถาม พบว่า ผู้สัมผัส ร่วมบ้านนำเครื่อง นอนผิงแสงแดด เพียงร้อยละ 50.3 และ เปิดประตู หน้าต่างให้อากาศ ถ่ายเท แสงแดด ส่องถึง เพียงร้อย ละ 55.4 และจาก การสัมภาษณ์เชิง ลึก พบว่า ผู้ สัมผัสไม่ได้เปิด หน้าต่างเพื่อให้ อากาศถ่ายเท เนื่องจากเกรงว่า เชื้อโรคจะออกไป ข้างนอกบ้าน -จากการวิจัย ระยะที่ 2 จาก การสนทนากลุ่ม	

สัปดาห์/ ระยะเวลา	กิจกรรม	การดำเนิน กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ได้ จากกิจกรรม	ที่มาของกิจกรรม	สื่อ/ อุปกรณ์
		-การบรรยาย สาธิต และฝึก ปฏิบัติ การทำ ความสะอาดที่ อยู่อาศัย	1.ความรู้ เกี่ยวกับ วัณโรค 2.การรับรู้ ความสามารถ ของตนองใน การป้องกัน วัณโรค	-จากการวิจัย ระยะที่ 1 จาก การตอบ แบบสอบถาม พบว่า ผู้สัมผัส ร่วมบ้านทำความ สะอาดบ้านเพื่อ ลดการ แพร่กระจายเชื้อ เพียง ร้อยละ 58.0 และ จาก การสัมภาษณ์เชิง ลึก พบว่า ไม่ได้ แยกไม้กวาดใน การทำ ความ สะอาดบ้าน -จากการวิจัย ระยะที่ 2 จาก การสนทนากลุ่ม	
		-บรรยาย สาธิต และฝึกปฏิบัติ การจัด เสมหะและขยะ ติดเชื้อ	1.ความรู้ เกี่ยวกับ วัณโรค 2.การรับรู้ ความสามารถ ของตนองใน การป้องกัน วัณโรค	-จากการวิจัย ระยะที่ 1 จาก การตอบ แบบสอบถาม พบว่า ผู้สัมผัส ร่วมบ้าน จัด ภาชนะบ้วน เสมหะที่มีฝาปิด และกำจัดด้วยวิธี	

สัปดาห์/ ระยะเวลา	กิจกรรม	การดำเนิน กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ได้ จากกิจกรรม	ที่มาของกิจกรรม	สื่อ/ อุปกรณ์
				ที่ถูกต้อง เพียงร้อยละ 62.2 และจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ทั้งเสมหะผู้ป่วยในถึงขยะทั่วไป -จากการวิจัยระยะที่ 2 จากการสนทนากลุ่ม	
สัปดาห์ที่ 1, 2 และ 3 ระยะเวลา 1 ชั่วโมง	กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุน ทางสังคม	-การติดตาม เยี่ยมบ้านและ คัดกรองวัณโรค	-การสนับสนุน ทางสังคม ด้านข้อมูล ข่าวสาร และ การประเมิน คุณค่า	-จากการวิจัยระยะที่ 1 จากการตอบแบบสอบถามพบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านได้รับการคัดกรองวัณโรคทันทีหลังจากที่พบผู้ป่วยในครอบครัว เพียงร้อยละ 35.3 และจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ไม่เคยมีเจ้าหน้าที่เข้าเยี่ยมบ้าน -จากการวิจัยระยะที่ 2 จากการสนทนากลุ่ม	

สัปดาห์/ ระยะเวลา	กิจกรรม	การดำเนิน กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ได้ จากกิจกรรม	ที่มาของกิจกรรม	สื่อ/ อุปกรณ์
		-การสนับสนุน อุปกรณ์ป้องกัน วัณโรค	-การสนับสนุน ทางสังคม ด้านทรัพยากร	-จากการวิจัย ระยะที่ 1 จาก การตอบ แบบสอบถาม พบว่า ผู้สัมผัส ร่วมบ้าน ได้รับ อุปกรณ์ป้องกัน เพียง ร้อยละ 25.9 และการ สัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ผู้สัมผัส ร่วมบ้านบางพื้นที่ ไม่เคยได้รับ อุปกรณ์ป้องกัน เลย	-หน้ากาก อนามัย - แอลกอฮอล์ เจล -ถุงขยะติด เชื้อ
		-การสนับสนุน เอกสาร/แผ่น พับความรู้ วัณโรค	-การสนับสนุน ทางสังคม ด้านข้อมูล ข่าวสาร	-จากการวิจัย ระยะที่ 1 จาก การตอบ แบบสอบถาม พบว่า ผู้สัมผัส ร่วมบ้าน ได้รับสื่อ ความรู้/เอกสาร- แผ่นพับ เพียง ร้อยละ 29.5	-เอกสาร/ แผ่นพับ ความรู้ วัณโรค

สัปดาห์/ ระยะเวลา	กิจกรรม	การดำเนิน กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ได้ จากกิจกรรม	ที่มาของกิจกรรม	สื่อ/ อุปกรณ์
				-จากการวิจัย ระยะที่ 2 จาก การสนทนากลุ่ม	
		-การสร้างกลุ่ม สนับสนุนให้ผู้ สัมผัสร่วมบ้าน แลกเปลี่ยน ความคิดเห็น และ ประสบการณ์ และขอ คำปรึกษา	-การสนับสนุน ทางสังคม ด้านอารมณ์ และ ข้อมูล ข่าวสาร	-จากการวิจัย ระยะที่ 1 จาก การสัมภาษณ์เชิง ลึก พบว่า หลังจากมีผู้ป่วย วัณโรคใน ครอบครัว ไม่รู้จะ ปรึกษาใคร -จากการวิจัย ระยะที่ 2 จาก การสนทนากลุ่ม	
		การให้ข้อมูล ข่าวสาร เกี่ยวกับวัณโรค และให้ คำแนะนำเพื่อ ส่งเสริม สุขอนามัยส่วน บุคคล	-การสนับสนุน ทางสังคม ด้านข้อมูล ข่าวสาร	-จากการวิจัย ระยะที่ 1 จาก การตอบ แบบสอบถาม พบว่า ผู้สัมผัส ร่วมบ้าน ได้รับ คำแนะนำการ ปฏิบัติตัว เพียง ร้อยละ 43.5 และ จากการสัมภาษณ์ เชิงลึก พบว่า บางพื้นที่ไม่มีการ เยี่ยมบ้านเพื่อให้	

สัปดาห์/ ระยะเวลา	กิจกรรม	การดำเนิน กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ได้ จากกิจกรรม	ที่มาของกิจกรรม	สื่อ/ อุปกรณ์
				ความรู้หรือ คำแนะนำ -จากการวิจัย ระยะที่ 2 จาก การสนทนากลุ่ม	
		-การพูดคุยให้ คำปรึกษาเพื่อ สนับสนุน ทางด้านจิตใจ	-การสนับสนุน ทางสังคม ด้านอารมณ์	-จากการวิจัย ระยะที่ 1 จาก การตอบ แบบสอบถาม พบว่า ผู้สัมผัส ร่วมบ้านได้รับ กำลังใจ ความเห็นใจ เป็น ประจำ เพียงร้อยละ 32.2 -จากการวิจัย ระยะที่ 2 จาก การสนทนากลุ่ม	
		-การให้ คำแนะนำและ ส่งต่อหน่วยงาน รัฐบาล พมจ./ อบจ. เพื่อให้ การช่วยเหลือ ด้านการเงิน	-การสนับสนุน ทางสังคม ด้านทรัพยากร	-จากการวิจัย ระยะที่ 1 จาก การตอบ แบบสอบถาม พบว่า ผู้สัมผัส ร่วมบ้าน ได้รับ คำแนะนำเรื่อง การสนับสนุนเงิน ช่วยเหลือ เพียง ร้อยละ 13.5	

สัปดาห์/ ระยะเวลา	กิจกรรม	การดำเนิน กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ได้ จากกิจกรรม	ที่มาของกิจกรรม	สื่อ/ อุปกรณ์
				-จากการวิจัย ระยะที่ 2 จาก การสนทนากลุ่ม	
	-ประสานงาน กับผู้ใหญ่บ้าน เพื่อ ประชาสัมพันธ์ การให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร สื่อสารความ เสี่ยง เกี่ยวกับ วัณโรคเกี่ยวกับ วัณโรคผ่านหอ กระจายข่าวใน หมู่บ้าน เพื่อ สร้างความ ตระหนักรู้ เกี่ยวกับวัณโรค และส่งเสริมให้ คนในชุมชนมี ส่วนร่วมในการ ลดการตีตรา	-การสนับสนุน ทางสังคม ด้านอารมณ์ และด้านข้อมูล ข่าวสาร		-จากการวิจัย ระยะที่ 1 จาก การตอบ แบบสอบถาม ผู้ สัมผัสร่วมบ้าน ได้รับการยอมรับ เป็นส่วนหนึ่งของ สังคมโดยไม่ รังเกียจ เพียง ร้อยละ 30.1 และ จากการสัมภาษณ์ เชิงลึก พบว่า ผู้คนรอบข้าง แสดงท่าทาง รังเกียจ หลังจาก ทราบมีคนใน ครอบครัวเป็น วัณโรค	-สื่อความรู้ เกี่ยวกับ วัณโรค
	-ประสานงาน กับ อบต. เพื่อ ขอรับการ	-การสนับสนุน ทางสังคม ด้านทรัพยากร		-จากการวิจัย ระยะที่ 1 จาก การสัมภาษณ์เชิง ลึก พบว่า การไป	

สัปดาห์/ ระยะเวลา	กิจกรรม	การดำเนิน กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ได้ จากกิจกรรม	ที่มาของกิจกรรม	สื่อ/ อุปกรณ์
		สนับสนุนรถ รับ-ส่ง ไป รพ.		ร.พ มีความ ยากลำบาก เนื่องจาก ไม่มีรถ และต้องจ้างรถ รับจ้าง ที่มีค่าจ้าง แพง -จากการวิจัย ระยะที่ 2 จาก การสนทนากลุ่ม	

