# บทที่ 2
# วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันโรควัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคและหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรควัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรควัณโรค
2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
3. แนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE-PROCEED Model
4. แนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

## 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรควัณโรค

### 1.1 สาเหตุที่ทำให้เกิดโรค

วัณโรคเกิดจากเชื้อแบคทีเรียกลุ่ม *Mycobacterium tuberculosis* complex ประกอบ ด้วยเชื้อ 4 ชนิด (ชัยเวช นุชประยูร, 2542) ได้แก่

1.1.1 Myc*obacterium tuberculosis* (TB) เป็นสาเหตุของวัณโรคปอด (Pulmonary tuberculosis; PTB) ในคนมากกว่าร้อยละ 99

1.1.2 Mycobacterium africanum ทำให้เกิดวัณโรคในคนทวีปแอฟริกา

1.1.3 Mycobacterium bovis ทำให้เกิดวัณโรคในวัว ควาย และติดต่อมายังคนโดยทางเดินอาหารเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้น จึงมักเป็นนอกปอด ได้แก่ ต่อมน้ำเหลืองที่คอ ต่อมน้ำเหลือง Mesenteric กระดูกและข้อ ทำให้เกิดวัณโรคชนิดแพร่กระจายในวัว ควาย แต่เกิดเฉพาะที่ในคน

1.1.4 Mycobacterium microti ทำให้เกิดโรคในสัตว์แทะ แต่ไม่เคยทำให้เกิดโรคในคน เคยนำมาทำเป็นวัคซีนแต่มีผลข้างเคียงมากกว่า BCG จึงเลิกใช้

**1.2 การติดต่อของวัณโรค**

การติดเชื้อวัณโรคส่วนใหญ่เกิดจากการสูดดม หายใจเอาอนุภาคละอองเสมหะ โดยเชื้อวัณโรคจะถูกขับออกจากผู้ป่วยวัณโรค โดยการไอออกมาหรือจามโดยการพูดคุยกันเป็นละอองเสมหะ ถ้าอนุภาคใหญ่จะตกลงสู่พื้น ส่วนอนุภาคเล็กจะแขวนลอยอยู่ในอากาศ ถูกพัดกระจายอยู่ในห้องหรือสถานที่ข้างเคียง เมื่อมีผู้สูดดมอากาศหายใจเข้าไปพร้อมกับเอาละอองเสมหะเข้าไป ถ้าเป็นอนุภาคใหญ่ก็จะติดอยู่ที่โพรงจมูกและทางเดินหายใจระดับต้น แล้วถูกขับออกมาโดยกลไกการต้านทานของร่างกาย ส่วนอนุภาคที่มีขนาดเล็กจะเข้าสู่หลอดลมฝอยส่วนปลายหรือถุงลม ร่างกายไม่สามารถขับออกมาได้ นอกจากนี้ยังติดต่อได้อีกแต่เป็นส่วนน้อย คือ การปนเปื้อนในอาหารและนม การติดเชื้อจากการสัมผัสในแผลหรือผิวหนังที่มีรอยโรค การติดเชื้อจากมารดาผ่านทารก การติดเชื้อของเด็ก HIV ที่ได้รับการฉีด BCG (บุญส่ง พจนสุนทร, 2543)

**1.3 อาการ อาการแสดง และอาการแทรกซ้อนของวัณโรค**

1.3.1 วัณโรคปลอดอาการ

มีผู้ป่วยวัณโรคจำนวนไม่น้อยที่ไม่เคยรู้มาก่อนว่าเป็นโรค แต่ตรวจพบโดยการถ่ายภาพรังสี ในกลุ่มคนที่ไม่มีอาการนี้พบได้ประมาณร้อยละ 20-50 ของผู้ป่วยวัณโรคปฐมภูมิ ผู้ป่วยที่รอยโรคในปอดไม่มากส่วนใหญ่ ไม่ค่อยมีอาการหรือมีอาการน้อยจนผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองผิดปกติ ดังนั้นในกลุ่มคนที่บังเอิญถ่ายภาพรังสีทรวงอกพบเงารอยโรคและไม่มีอาการ จึงยังไม่สามารถตัดสินการวินิจฉัยโรคระยะเริ่มแรกได้ ในพวกที่มีรอยโรคในเนื้อปอดค่อนข้างมากส่วนใหญ่จึงจะมีอาการ เพราะฉะนั้นต้องมีการซักถามอาการของผู้ป่วยให้ดี เพราะในคนที่มีรอยโรคค่อนข้างมาก ถ้าไม่มีอาการเลยจริง ๆ อาจจะไม่ใช่วัณโรคระยะเริ่มแรก หรืออาจเป็นโรคเรื้อรังอื่นที่หายแล้วก็ได้

1.3.2 อาการที่พบบ่อย

ไข้ เป็นอาการที่พบในโรคติดเชื้อทั่วไปและโรคอื่นอีกหลายชนิดแม้แต่โรคมะเร็ง แต่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังบ้านเราต้องนึกถึงวัณโรคให้มากกว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ จะมาด้วยอาการไข้ที่เป็นมานานเกินสัปดาห์ขึ้นไป ระยะนี้เป็นสิ่งที่แยกระหว่างการติดเชื้อแบคทีเรียแกรมบวกกับแกรมลบที่พบบ่อย เพราะผู้ป่วยกลุ่มหลังนี้ระยะเวลาที่มีไข้ และนำมาหาหมอมักจะสั้นกว่าหนึ่งสัปดาห์ อย่างไรก็ตาม การใช้เวลาของไข้แม้แยกได้ส่วนมากแต่ก็ไม่ได้หมายความว่าจะแยกได้ทั้งหมด นอกจากนี้แบคทีเรียแกรมลบบางตัว เช่น โดโมแนส ซิวโดมัลดิไฮ อาจมาด้วยอาการไข้เป็นเวลานานได้ อาการไข้นี้มักมาร่วมกับอาการอื่น เช่น อาการไอบ่อยครั้ง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นวัณโรค

Military อาจมาด้วยอาการไข้เพียงอย่างเดียว โดยไม่มีอาการอื่นร่วมด้วยได้ และระยะเวลาของไข้จะเป็นตั้งแต่สัปดาห์นานเป็นเดือนได้ ในประเทศไทยนั้นหากมีผู้ป่วยไข้ไม่ทราบสาเหตุต้องนึกถึงวัณโรคร่วมด้วยเสมอ โดยลักษณะไข้มักเป็นไข้ต่ำ ๆ มีไข้สูงในตอนบ่ายและตอนกลางคืนร่วมกับมีเหงื่อออก ในผู้ป่วยที่มีไข้สูงอาจมีอาการหยาวสะท้านได้แต่ไม่ถึงกับสั่น ซึ่งถือว่าเป็นเอกลักษณ์อาการของโรค ในปัจจุบันการวินิจฉัยโรควัณโรค ได้อาศัยวิธีการตรวจอื่น ๆ มากกว่าอาการแสดงของโรค อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย น้ำหนักลด มักพบในผู้ป่วยวัณโรคปอดระยะลุกลาม อาการน้ำหนักลดไม่ค่อยพบในรายที่มีรอยโรคน้อย และยังต้องนึกถึงภาวะอื่นด้วย ส่วนในคนที่มีเพียงอาการอ่อนเพลียโดยน้ำหนักไม่ลดนั้น อาจไม่มีความสำคัญ เพราะอาจไม่มีโรคอะไรเลย

### 1.4 การวินิจฉัยวัณโรค

วัณโรคแบ่งประเภทตามอวัยวะที่เกิดพยาธิสภาพได้ 2 อย่าง คือ

1.4.1 วัณโรคปอดเสมหะบวก (Smear Positive Pulmonary Tuberculosis; PTB+; M+) คือ วัณโรคปอดที่ตรวจเสมหะด้วยการย้อมสี ด้วยวิธี Ziehl Neelsen AFB Stain หรือ AFB ดูด้วยกล้องจุลทรรศน์แล้วพบเชื้อ เป็นวัณโรคที่มีความสำคัญที่สุดเพราะเป็นวัณโรคที่สามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้ง่าย การรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกให้หายขาดมีความสำคัญในการควบคุมการแพร่กระจายของโรคอย่างยิ่งเพราะวัณโรคเป็นโรคที่เกิดจากคนหนึ่งไปสู่คนหนึ่งโดยตรง ถ้าเรารักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยเฉพาะวัณโรคปอดเสมหะบวกได้ดี ให้หายขาดก็จะเป็นการตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค (กระทรวงสาธารณสุข, 2541) กล่าวว่าเกณฑ์การวินิจฉัย วัณโรคปอดเสมหะบวกใช้ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

1.4.1.1 เสมหะ AFB บวก 2 ครั้ง

1.4.1.2 เสมหะ AFB บวก 1 ครั้ง ร่วมกับภาพถ่ายรังสีทรวงอกเข้าได้กับวัณโรค

1.4.1.3 เสมหะ AFB บวก 1 ครั้ง ร่วมกับผลเพาะเชื้อได้ผลบวกวัณโรค

โดยทั่วไป จะใช้ข้อ 1.4.1.1 หรือข้อ 1.4.1.2 เป็นหลักในการวินิจฉัย

1.4.2 วัณโรคปอดเสมหะลบ (Smear Negative Pulmonary Tuberculosis; PTB-; M-) คือ วัณโรคปอดที่ตรวจเสมหะ 3 ครั้ง แล้วไม่พบเชื้อจากการตรวจเสมหะ โดยการย้อมสี ดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ (โดยเสมหะที่เก็บตรวจ เป็นเสมหะตอนเช้าหลังตื่นนอนหรือ Collected sputum อย่างน้อย 1 ครั้ง เพราะเสมหะที่เก็บในลักษณะนี้จะมีโอกาสตรวจพบเชื้อวัณโรคได้มากที่สุด)

เกณฑ์การวินิจฉัยวัณโรคปอดเสมหะลบ

ก. เสมหะ AFB เป็นลบ 3 ครั้ง ร่วมกับถ่ายภาพรังสีทรวงอกเข้าได้ และแพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค

ข. เสมหะ AFB เป็นลบ 3 ครั้ง ร่วมกับผลเพาะเชื้อได้ผลบวก ในการวินิจฉัยวัณโรคปอดเสมหะลบที่สำคัญ คือ เก็บเสมหะให้ครบ 3 ครั้ง และดุลยพินิจของแพทย์ การเก็บเสมหะให้ครบ 3 ครั้งเพื่อที่จะได้เพิ่มโอกาสในการตรวจเสมหะให้พบเชื้อมากขึ้น แต่ถ้าตรวจเสมหะไป 3 ครั้งแล้ว ไม่พบเชื้อโอกาสที่การตรวจครั้งที่ 4 พบเชื้อจะมีน้อยจึงไม่ต้อตรวจซ้ำอีกในระยะอันใกล้

ในการวินิจฉัยวัณโรคปอดทั้งเสมหะบวกและลบ ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 50-70 สามารถยืนยันการวินิจฉัยได้ (จากเสมหะ AFB เป็นบวกหรือผลเพาะเชื้อได้ผลเป็นบวก) ส่วนผู้ป่วยที่เหลือต้องใช้การวินิจฉัยจากภาพถ่ายรังสีทรวงอก อาการทางคลินิก ประสบการณ์ของแพทย์ และการติดตามอาการผู้ป่วยหลังจากทดลองให้การรักษาแล้ว (Therapeutic trial)

1.4.3 วัณโรคนอกปอด (พบได้เกือบทุกอวัยวะในร่างกายของคนแต่พบบ่อยที่สุดที่เยื่อหุ้มปอด) วัณโรคที่เป็นมากกว่า 2 อวัยวะ ถือว่าเป็นวัณโรคชนิดแพร่กระจาย (โอภาส การย์กวินพงศ์, 2547 อ้างถึงใน นิธิพัฒน์ เจียรกุล และ สมลักษณ์ จึงสมาน, 2544) จะมีลักษณะคล้าย ๆ กับวัณโรคปอด คือ การใช้ประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยัน ประกอบด้วย

1.4.3.1 การตรวจหาเชื้อวัณโรค โดยตรวจจากสิ่งคัดหลั่งหรือสารน้ำ หรือหนองจากอวัยวะนั้น ๆ หรือเนื้อเยื่อจากรอยโรคของอวัยวะนั้น การตรวจหาเชื้อประกอบด้วยการย้อมสีคาร์บอลฟุสซิน (Carbonfuschin) เพื่อดู Acid Fast Bacilli (AFB) และการเพาะเชื้อวัณโรค การตรวจ Polymerase Chain Reaction (PCR)

1.4.3.2 การตรวจดูการติดเชื้อ ได้แก่ การตรวจดู Antibody ต่าง ๆ (ที่ทำได้ยากในสถานพยาบาลทั่วไป) อีกวิธีหนึ่งที่ทำได้ คือ การทดสอบทุเบอร์คุลิน คือ การทดสอบ Delayed Type Hypersensitivity ต่อ tuberuloprotein ถ้าให้ผลบวกแสดงว่าเคยได้รับเชื้อ Mycobacterium มาแล้ว เช่น Mycobacterium tuberculosis, วัคซีน BCG, Non-tuberculous Mycobacterium (NTM) เป็นต้น

1.4.3.3 การหาหลักฐานแสดงว่ากำลังเป็นโรค เช่น Adenosine Desaminase Activity (ADA), การตรวจทางพยาธิวิทยา เป็นต้น

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ห้องสมุดงานวิจัย

**1.5 การจำแนกผู้ป่วยวัณโรค (Diseased classification)**

องค์การอนามัยโลกได้จำแนก ผู้ป่วยวัณโรคดังนี้ (กรมควบคุมโรค, 2548)

1.5.1 ผู้ป่วยวัณโรคปอดย้อมเสมหะพบเชื้อ หมายถึง

(ก) ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะโดยวิธีย้อมเชื้อ (Direct smear) เป็นบวกอย่างน้อย 2 ครั้ง หรือ

(ข) ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะโดยวิธีย้อมเชื้อ (Direct smear) เป็นบวก 1 ครั้ง ร่วมกับภาพรังสีทรวงอกพบแผลพยาธิสภาพในเนื้อปอดซึ่งแพทย์วินิจฉัยว่าเข้าได้กับโรควัณโรคปอด หรือ

(ค) ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะโดยวิธีย้อมเชื้อ (Direct smear) เป็นบวก 1 ครั้ง ร่วมกับมีผลเพาะเชื้อ (Culture Positive) เป็นบวก 1 ครั้ง

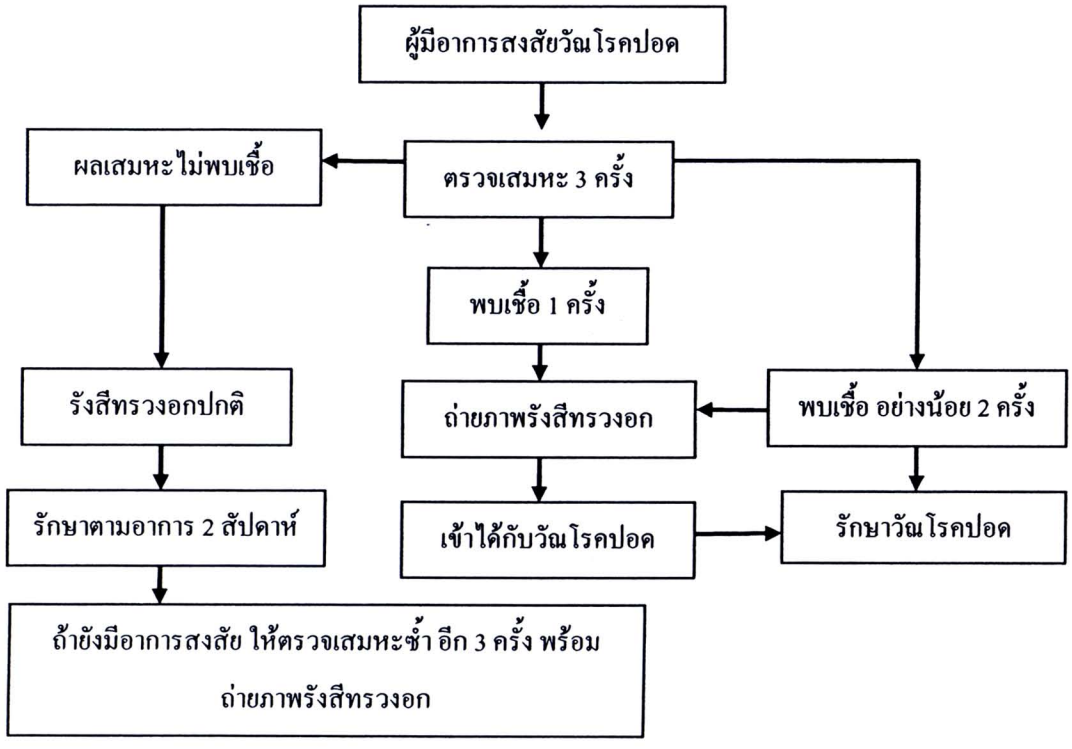
1.5.2 ผู้ป่วยวัณโรคปอดย้อมเสมหะไม่พบเชื้อ หมายถึง

(ก) ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะโดยวิธีย้อมเชื้อ (Direct smear) เป็นลบอย่างน้อย 3 ครั้ง แต่ภาพรังสีทรวงอกพบแผลพยาธิสภาพในเนื้อปอด ซึ่งแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอดระยะลุกลามไม่ตอบสนองต่อการให้ยาปฏิชีวนะและแพทย์ตัดสินใจในการรักษาด้วยยาวัณโรค หรือ

(ข) ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะโดยวิธีย้อมเชื้อ (Direct smear) เป็นลบอย่างน้อย 3 ครั้ง แต่มีผลเพาะเชื้อพบเชื้อวัณโรค

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
ห้องสมุดงานวิจัย
วันที่ - 8 ต.ค. 2556
เลขทะเบียน 246811
เลขเรียกหนังสือ

วิธีการวินิจฉัยวัณโรคปอด ดำเนินการตามรายละเอียด ดังนี้




**ภาพที่ 1** ขั้นตอนการตรวจเพื่อวินิจฉัยวัณโรคปอด (กระทรวงสาธารณสุข, 2541)

### 1.6 การรักษาวัณโรค

ในปัจจุบันนี้ใช้ยารักษาวัณโรคที่มีประสิทธิภาพสูงมาก ซึ่งสามารถรักษาให้หายได้เกือบ 100% หากผู้ป่วยรับประทานยาครบกำหนด ความสำเร็จในการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่จะสามารถป้องกันการล้มเหลวและเกิดวัณโรคดื้อยาและผู้ป่วยไม่ต้องทุกข์ทรมานจากโรค การรักษาผู้ป่วยให้หายจะต้องคำนึงถึงต่อไปนี้

ให้ยาถูกต้องทั้งชนิดและจำนวน ยาบางชนิดมีฤทธิ์ฆ่าเชื้อในขณะที่บางชนิดนั้นมีฤทธิ์ในการยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อ ซึ่งยาชนิดใดชนิดหนึ่งนั้นไม่สามารถที่จะรักษาวัณโรคได้จะต้องให้เป็นระบบ ดังนั้นเราต้องให้ระบบยาที่ถูกต้อง และจะต้องไม่รักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยยาเพียงตัวเดียว ซึ่งการรักษาวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อมี 2 วิธี ในระยะเข้มขน Initial phase หรือIntensive phase ซึ่งจะมีฤทธิ์ฆ่าเชื้อวัณโคเกือบทั้งหมดอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยพ้นระยะแพร่เชื้อ หลังจากนั้น

ในระยะต่อเนื่อง (Continuation phase) จะใช้ยาอย่างน้อย 2 ตัว ซึ่งจะมีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อวัณโรคที่หลงเหลืออยู่เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

ให้ยาถูกต้องตามขนาด การรักษาจะได้ผลดีต้องให้ยาถูกต้องตามขนาด ถ้าขนาดของยาต่ำเกินไปเชื้อวัณโรคจะไม่ตายและจะก่อให้เกิดปัญหาการดื้อยา ในขณะเดียวกันหากขนาดของยาสูงเกินไป ผู้ป่วยจะได้รับอันตรายจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

ให้ยาระยะยาวเพียงพอ ระบบยาระยะสั้นมีระยะเวลาแตกต่างกันตั้งแต่ 6 เดือน และ 8 เดือน การที่ผู้ป่วยจะได้รับยาครบตามกำหนดจึงเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง มิฉะนั้นแล้วเชื้อวัณโรคอาจจะตายไม่หมดและผู้ป่วยอาจจะเป็นวัณโรคอีกครั้ง

ความต่อเนื่องของการรักษา หากผู้ป่วยรักษาไม่ต่อเนื่องเชื้อวัณโรคจะไม่ตาย ทำให้ผู้ป่วยรายนั้นไม่หาย ดังนั้นการตรวจสอบความต่อเนื่องของการรักษาผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน การให้ความรู้และดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง การดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรักษาอย่างเหมาะสมจึงควรกระทำโดยอาศัยพี่เลี้ยง ดังนั้นการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOT) จึงเป็นสิ่งที่ควรจะนำมาปฏิบัติโดยเร็วที่สุด (กรมควบคุมโรค, 2548)

### 1.7 ยาและระบบยามาตรฐาน

ยาที่ใช้ในการรักษาวัณโรค ที่สำคัญที่สุดในปัจจุบัน ประกอบด้วยยาหลัก Isoniazid (H), Rifampicin (R), Pyrazinamide (Z), Ethambutol (E) และ Streptomycin (S) ซึ่งการรักษาจะกำหนดการให้ยาเป็น 2 ระยะคือ ระยะแรก หรือระยะเข้มข้น (Intensive phase) และระยะที่สองหรือระยะต่อเนื่อง (Continuous phase) องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนะให้การรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้น 6-8 เดือน (Short course regiment) ที่ถือว่ามีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ดีที่สุด และแบ่งสูตรยา (Drug regimens) เป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1.7.1 Category 1 = 2HRZE/4HR หรือ 2HRZS/4HR เป็นระบบยา 6 เดือน โดยการรักษาระยะเข้มข้น ใน 2 เดือนแรก ประกอบด้วยยา H, R, Z, E หรือยา H, R, Z, S และระยะต่อเนื่องนาน 4 เดือน ประกอบด้วยยา H และ R ใช้สำหรับผู้ป่วยวัณโรค ที่ขึ้นทะเบียนรักษา ประเภทต่อไปนี้

(ก) ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ หรือ

(ข) ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะไม่พบเชื้อที่มีอาการรุนแรง เช่น มีแผลโพรง หรือแผลขนาดใหญ่ในเนื้อปอดจากภาพรังสีทรวงอกมาก หรือ

(ค) ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดชนิดรุนแรง หรือ

(ง) ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์ร่วมด้วย

1.7.2 Category 2 = 2HRZES/ 1HRZE/ 5HRE เป็นระบบยา 8 เดือน โดยให้การรักษาระยะเข้มข้น นาน 3 เดือน ใน 2 เดือนแรกประกอบด้วยยา H, R, Z, E, S และเดือนต่อมาประกอบด้วยยา H, R, Z, E และระยะต่อเนื่องนาน 5 เดือน ประกอบด้วยยา H, R, E สำหรับผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาประเภทต่อไปนี้

(ก) ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ

(ข) ผู้ป่วยรักษาซ้ำ หลังจากขาดยา 2 เดือนติดต่อกัน

(ค) ผู้ป่วยรักษาซ้ำ หลังจากล้มเหลว ซึ่งไม่ใช่ MDR-TB

1.7.3 Category 3 = 2HRZ/4HR ให้การรักษาระยะเข้มข้นนาน 2 เดือนประกอบด้วยยา H, R, Z และระยะต่อเนื่องนาน 4 เดือน ประกอบด้วยยา H และ R สำหรับผู้ป่วยวัณโรค ประเภทต่อไปนี้ คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ตรวจเสมหะ 3 ครั้งไม่พบเชื้อ หรือผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดที่ไม่รุนแรง

1.7.4 Category 4 = เป็นระบบยาที่ใช้ ยาสำรอง (Reserved drugs) หรือ H Alone ผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มนี้อาจได้รับการรักษานาน เป็นปี หรือตลอดไป ใช้สำหรับ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รักษาเรื้อรังโดยเฉพาะการดื้อต่อยา H และ R (Multi drug resistance; MDR-TB)

**1.8 การจำแนกผลของการรักษา เมื่อครบกำหนดการรักษา**

1.8.1 รักษาหาย (Cure) คือผู้ป่วยที่ผลการตรวจเสมหะบวกในระยะเริ่มแรกและต้องได้รับการรักษาครบ มีผลการตรวจเสมหะเป็นลบ 2 ครั้ง โดยผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายที่สิ้นสุดการรักษาต้องเป็นลบด้วย

1.8.2 รักษาครบ (Treatment completed) คือ ผู้ป่วยที่มีผลการตรวจเสมหะบวกในตอนแรก แต่ไม่มีผลการตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษา หรือผู้ป่วยที่ผลการตรวจเสมหะลบเมื่อเริ่มรักษาและรักษาครบ หรือเป็นวัณโรคนอกปอดที่มีผลการตรวจเสมหะลบเมื่อตลอดการรักษาและสิ้นสุดการรักษา

1.8.3 การรักษาล้มเหลว (Treatment failure) คือ ผู้ป่วยที่มีผลการตรวจเสมหะบวก ในตอนแรกและหลังจากรักษา ได้ 5 เดือนหรือนานกว่านั้น ผลการตรวจเสมหะยังเป็นบวกอยู่ หรือผู้ป่วยที่มีผลการตรวจเสมหะลบ หรือเป็นวัณโรคนอกปอด แต่กลับมีผลการตรวจเสมหะบวกหลังได้รับการรักษาอย่างน้อย 2 เดือนแล้ว

1.8.4 ตาย (Died) คือผู้ป่วยที่เสียชีวิต ด้วยสาเหตุใด ๆ ก็ตามระหว่างให้การรักษา

1.8.5 ขาดการรักษา (Defaulted) คือผู้ป่วยที่ขาดการรักษาติดต่อกันเป็นเวลาตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไป

1.8.6 โอนออก (Transfer out) คือผู้ป่วยที่ถูกโอนไปรักษาที่อื่น โดยไม่สามารถทราบผลการรักษา

1.8.7 การเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย (Change of diagnosis) คือผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาวัณโรคไปแล้ว แต่หยุดการรักษาเนื่องจากตรวจพบว่าไม่ได้เป็นวัณโรค เช่น เป็นมะเร็งปอด ซึ่งไม่ถือเป็นวัณโรค (กรมควบคุมโรค, 2548)

**1.9 การป้องกันและควบคุมโรค**

1.9.1 สร้างภูมิต้านทานของร่างกายต่อการติดเชื้อวัณโรค เช่น การรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย การจัดสภาพแวดล้อม

1.9.2 การให้วัคซีนบีซีจีในเด็กแรกเกิดทุกคน

1.9.3 ให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติถึงวิธีการรักษา การติดต่อของวัณโรค

1.9.4 ไม่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยใช้ผ้าปิดปาก จมูกเวลาไอหรือจาม

1.9.5 ไปตรวจร่างกายเมื่อมีอาการไอต่อเนื่อง เกิน 2 สัปดาห์ไข้ต่ำ ๆ น้ำหนักลด

1.9.6 แยกห้องนอนกับผู้ป่วยไม่ต่ำกว่า 2 เดือนหลังจากผู้ป่วยเริ่มทานยา

1.9.7 แยกเครื่องใช้จากผู้ป่วย เช่นเครื่องนอน ผ้าห่ม เครื่องครัว

1.9.8 ทำความสะอาดบ้าน จัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้ระบายอากาศ แสงแดดส่องถึง

1.9.9 ให้ผู้ป่วยบ้วนเสมหะในภาชนะที่มีน้ำยาฆ่าเชื้อแล้วเผาทำลายเสมหะ สารคัดหลั่งจากผู้ป่วยหรือฝังดินให้ลึก

1.9.10 ล้างมือด้วยสบู่หรือน้ำยาฆ่าเชื้อหลังจากสัมผัสกับผู้ป่วย สารคัดหลั่ง หรือเครื่องใช้ที่ผู้ป่วยใช้ประจำ

1.9.11 ควรนำผ้าห่ม หมอน มุ้ง มาผึ่งแดดเป็นประจำ ปลอกหมอน ผ้าปูที่นอน ต้องนำมาซักบ่อย ๆ

1.9.12 ผู้อาศัยอยู่ร่วมบ้านควรไปรับการตรวจวัณโรค โดยเฉพาะในเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี

1.9.13 หลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดทุกชนิดเพราะจะทำให้ร่างกายอ่อนแอ

1.9.14 ให้ความเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยจนกินยาจนครบ เพราะถ้ากินยาสม่ำเสมอก็จะไม่แพร่เชื้อโรค

**1.10 ความสัมพันธ์ระหว่างวัณโรคและโรคเอดส์**

การประมาณการปัญหาการแพร่ระบาดของวัณโรคและโรคเอดส์ทั่วโลก พบว่า ประมาณร้อยละ 9 ของผู้ติดเชื้อวัณโรครายใหม่ หรือจำนวน 8.3 ล้านคน ป่วยเป็นวัณโรคเนื่องจากติดเชื้อเอชไอวี ในผู้ป่วยที่เป็นวัณโรค 1.8 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 12 เสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย ในขณะที่วัณโรคเป็นสาเหตุโดยตรงประมาณร้อยละ 11 ของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิต ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 6 ล้านคน และร้อยละ 40-50 ติดเชื้อวัณโรคแล้ว ซึ่งผลกระทบของการแพร่ระบาดโรคเอดส์ต่อสถานการณ์วัณโรคจะพบมากในพื้นที่ที่มีอัตราชุกของโรคเอดส์สูง เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยของประเทศ เช่น จังหวัดเชียงราย พบผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีมีอัตราส่วนเพิ่มขึ้นจาก 1 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2533 เป็น 50 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2543 เช่นกัน ซึ่งการติดเชื้อวัณโรคที่เพิ่มขึ้น นี้พบได้ในวัณโรคทุกประเภทกล่าวคือ ทั้งผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวก, เสมหะลบ และวัณโรคนอกปอด จากรายงานในประเทศไทยและประเทศอินเดียพบว่าหลังจากปี พ.ศ. 2534 สัดส่วนของผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ข้อมูลโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์แสดงให้เห็นว่าสัดส่วนของผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นอย่างคงที่และรวดเร็ว จากร้อยละ 1.5 ในปี 2533 เป็นร้อยละ 45.5 ในปี 2537 ซึ่งเพิ่มเป็นร้อยละ 72 ในเพศชายและร้อยละ 65.8 ในเพศหญิงในปี 2541 ที่เมือง Pune ประเทศอินเดีย พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นจากประมาณร้อยละ 4 ในปี 2534 เป็นประมาณร้อยละ 20 ในปี 2539

อย่างไรก็ตามไม่ว่าสถานการณ์การระบาดของเอดส์จะเป็นอย่างไร การขยายการดำเนินงาน DOTS อย่างรวดเร็ว จะส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ลดลงใน 20 ปีข้างหน้า ประมาณร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับการขยายงาน DOTS อย่างช้า ๆ ในสถานการณ์ที่ดีที่สุดกล่าวคือ การขยาย DOTS เป็นไปอย่างรวดเร็วและมีการระบาดของเอดส์น้อยจะพบว่าอุบัติการณ์วัณโรคในปี พ.ศ. 2563 จะอยู่ที่ประมาณ 25 ต่อประชากรแสนคน (แทนที่จะเป็น 15 ต่อประชากรแสนคน หากไม่มีการระบาดของเอดส์) นั่นอาจกล่าวได้ว่าการระบาดของเอดส์จะทำให้การควบคุมวัณโรคไปถึงเป้าหมายช้าประมาณ 5 ปี (กรมควบคุมโรค, 2548)

**1.11 ผลกระทบของโรคเอดส์ต่อแผนงานควบคุมวัณโรค**

1.11.1 ทำให้ความเสี่ยงในการติดเชื้อวัณโรคสูงขึ้น การแพร่กระจายเชื้อวัณโรคมากขึ้น รวมทั้งการแพร่กระจายเชื้อในสถานบริการสาธารณสุข

1.11.2 ทำให้จำนวนผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้น

1.11.3 ทำให้การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยารักษาเอดส์และวัณโรคมีสูงขึ้น อาการข้างเคียงของการรักษาวัณโรคสูงขึ้น

1.11.4 ทำให้อัตราการรักษาหายลดลงและอัตราการขาดยาสูงขึ้น

1.11.5 ทำให้จำนวนผู้ป่วยวัณโรค ที่พิการหรือเสียชีวิตจาก โรคเอดส์ เพิ่มขึ้น

1.11.6 เพิ่มภาระในการให้บริการรักษาวัณโรค

1.11.7 ทำให้การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพล่าช้า ในผู้ที่มีอาการสงสัยว่าเป็นวัณโรคอันเนื่องมาจากความรังเกียจเรื่องเอดส์

**2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ**

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึก และการแสดงออกของบุคคลที่เกี่ยวกับการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพการรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ (สมจิตต์ สุพรรณทัสน์, 2534 อ้างถึงใน จารุวรรณ นิพพานนท์, 2543)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความคิด ท่าที เจตนาและการแสดงออกทั้งทางกายและทางวาจา ซึ่งตรงกับหลักการของศาสนาพุทธ ที่กล่าวถึง "กรรม" ทั้งมโนกรรม กายกรรม และวจีกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ทั้งการป้องกันตัว การส่งเสริมสุขภาพร่างกาย การดูแลตัวเองเมื่อเจ็บป่วย รวมทั้งตอนที่ยังไม่เจ็บป่วย (อดิศักดิ์ สัตยธรรม, 2536 อ้างถึงใน จารุวรรณ นิพพานนท์, 2543)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายความว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นการปฏิบัติที่สอดคล้องกับชีวิต ในด้านสุขภาพอนามัยที่ทำให้คนได้คงรักษารูปแบบการดำเนินที่เอื้ออำนวยต่อความมีสุขภาพดีไว้ได้ หรือสร้างรูปแบบการดำรงชีวิตที่ส่งผลดีต่อสุขภาพอนามัยให้เกิดขึ้นใหม่ (Green, et al.,1 972 อ้างถึงใน จารุวรรณ นิพพานนท์, 2543)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกของบุคคลในลักษณะของความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิด ทีท่าค่านิยม และการกระทำหรือไม่กระทำที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ หรือมีผลต่อสุขภาพของตนเองของบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวหรือในชุมชนแล้วแต่กรณี (จารุวรรณ นิพพานนท์, 2543)

**ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ**

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพแบ่งเป็น 4 ลักษณะ ดังนี้

1) พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness behavior) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกในรูปของการดูแลแก้ไขปัญหาเมื่อตนเอง หรือครอบครัวเจ็บป่วย พฤติกรรมการเจ็บป่วยนี้ รวมกลุ่มพฤติกรรมต่าง ๆ

หลายอย่างด้วยกัน เช่น การรับรู้เมื่อตนเองเจ็บป่วย การรับรู้เมื่อคนที่สมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย แบบแผนการแสวงหาการรักษาการเจ็บป่วยของบุคคลหรือครอบครัว การเปลี่ยนแปลงบทบาทของคนป่วยในครอบครัว การดูแลพึ่งพาตนเองของบุคคลหรือครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย ฯลฯ

2) พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive behavior) เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่แสดงออกในรูปของการป้องกันตนเอง หรือบุคคลอื่นมิให้เจ็บป่วย ได้แก่ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่นำไปสู่การป้องกันโรค การป้องกันการเจ็บป่วย รวมทั้งการป้องกันอุบัติภัยของตนเอง ครอบครัว และของคนอื่น ๆ ในชุมชนด้วย

3) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Promotive behavior) เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่แสดงออกในรูปของการกระทำ หรือการปฏิบัติที่ส่งผลกระทบต่อการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง หรือบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวและชุมชนด้วย

4) พฤติกรรมการมีส่วนร่วม (Participation behavior) เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่แสดงออกในรูปของการกระทำ หรือการปฏิบัติร่วมกับบุคคลอื่น ๆ ในชุมชน เพื่อการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน

ตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ หรือปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของคนไทย ดังนี้

**1. ปัจจัยเสี่ยงทางสรีระภาพ (Physiological risk factor)** วิทยาการระบาด (การกระจาย เพศ อายุ ฐานะ ความรุนแรง) ของโรคติดต่อและอุบัติภัยโรคที่เกิดจากความเสื่อมทำลาย และโรคติดต่อบางชนิดที่เป็นปัญหาปัจจุบัน และอนาคตของประเทศ

**2. ปัจจัยเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อม (Risk conditions)** ความยากจน ความเครียด และอันตรายจากการทำงาน ความแออัดของที่พักอาศัยและชุมชน มลภาวะทางสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

**3. ปัจจัยเสี่ยงทางสังคมจิตวิทยา (Psychosocial risk factors)** การถูกทอดทิ้ง การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม การไม่มีเครือข่ายทางสังคม (Poor social networks) ความเครียด ปัญหาทางอารมณ์ มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ (Low selfesteem) ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต เป็นต้น

**4. ปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรม (Behavioral risk factors)** การสูบบุหรี่ อุปนิสัยในการบริโภคอาหาร การดื่มสุรา การใช้สารเสพติด การออกกำลังกาย และการฝ่าฝืนกฎระเบียบหรือกฎหมาย รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเหล่านั้น

### 3. แนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE-PROCEED Framework

PRECEDE-PROCEED Framework หรือ PRECEDE-PROCEED Model เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพแบบสหปัจจัย (Multiple Causality Assumption) มีสมมติฐานว่า

พฤติกรรมสุภาพของบุคคลมีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายปัจจัย และการดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นั้น ต้องวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมเสียก่อน โดยอาศัยกระบวนการ และวิธีการต่างๆ รวมกันเพื่อการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพคำว่าPRECEDE ย่อมาจาก Predisposing, Reinforcing, and Enabling Causes in Education al Diagnosis and Evaluation ซึ่งหมายถึง กระบวนการใช้ปัจจัยหลักหรือปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมในการวินิจฉัย และประเมินผลการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม PRECEDE Framework พัฒนาโดย Lawrence W. Green ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อนำมาใช้ในการประเมินผลโครงการสุขศึกษา ซึ่งเป็นที่ตระหนักกันดีว่าข้อจำกัดของการดำเนินงานสุขศึกษาคือการวางแผนส่วนใหญ่มักเป็นลักษณะของแผนกิจกรรมหรือแผนปฏิบัติการ ส่วนการประเมินผลก็มักจะเน้นการประเมินผลกิจกรรมหรือประเมินปัจจัยนำเข้าเป็นหลัก ซึ่งทำให้ไม่สามารถจะปรับปรุงหรือพัฒนาการดำเนินงานสุขศึกษาให้บรรลุได้อย่างแท้จริง ปัญหาดังกล่าวเป็นสาเหตุที่สำคัญประการหนึ่งที่ทำให้งานสุขศึกษาไม่เป็นที่ยอมรับกันเท่าที่ควร โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การนำมาใช้ในกระบวนการพัฒนาสุขภาพ และแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ตลอดจนปัญหาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ต่อมา Green และคณะผู้ร่วมงานในมหาวิทยาลัย JOHN HOPKINS (Green L.W., Kreonter, M.W., Deeds, S.G., and Partridge K.B., 1980) ได้พัฒนา PRECEDE Framework สำหรับนำมาใช้ในการวินิจฉัย และประเมินผล โครงการสุขศึกษา และโครงการส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ (Mullen, et al., 1987) การใช้ PRECEDE-PROCEED Framework เป็นกระบวนการวิเคราะห์การดำเนินงานในลักษณะโครงการ เริ่มต้นจากเป้าหมายหรือสภาพการณ์ของปัญหาสุขภาพที่เป็นอยู่หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นพิจารณาย้อนกลับไปยังสาเหตุว่าเป็นเพราะอะไร ทำไมหรือมีเหตุมาจากอะไร กล่าวคือ เป็นกระบวนการที่วิเคราะห์ย้อนกลับว่าสิ่งที่เป็นอยู่นั้นมีองค์ประกอบหรือปัจจัยนำอะไรบ้าง ที่ทำให้เกิดผลลัพธ์หรือสภาพดังปรากฏ แล้วจึงนำข้อมูลเหล่านี้มาใช้ในการวางแผนเพื่อดำเนินการแก้ไขพฤติกรรมให้ถูกต้องต่อไป โดยในการศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์ในขั้นตอนที่ 4 คือ การวินิจฉัยทางการศึกษา (Educational Diagnosis) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ หรือปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในกระบวนการสุขศึกษาที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลักพฤติกรรมศาสตร์นั้น พฤติกรรมสุขภาพจะเกิดขึ้นได้จะต้องมีปัจจัยต่าง ๆ หลายประการ สามารถจำแนกออกได้เป็น 3 ลักษณะด้วยกัน คือ

1. **ปัจจัยนำ (Predisposing Factors)** เป็นปัจจัยที่ช่วยในการสร้างแรงจูงใจ ให้เกิดขึ้นในตัวบุคคล ปัจจัยนำนี้เป็นปัจจัยในตัวบุคคลได้รวมเอาสภาพการณ์ของแต่ละบุคคล ในด้านความรู้

เจตคติความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ทางสุขภาพที่สัมพันธ์กันกับแรงจูงใจภายในหรือกลุ่มคนที่จะนำไปสู่การกระทำในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาเป็นกรอบแนวทางในการวิจัย

2. **ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors)** เป็นปัจจัยสนับสนุน หรือยับยั้ง ให้เกิดไม่ให้เกิดพฤติกรรม พฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีการสนับสนุนด้านต่าง ๆ (ไม่ใช่ปัจจัยด้านบุคคล) ดังต่อไปนี้ คือ ทักษะในการกระทำนั้น ๆ แหล่งทรัพยากร มีบริการ อุปกรณ์ ตลอดจนสิ่งตาง ๆ ที่เป็นส่วนประกอบของพฤติกรรมอยู่อย่างเพียงพอ ความสามารถเข้าถึงบริการหรือทรัพยากร เช่น ค่าใช้จ่าย การเดินทาง ระยะทาง การเสียเวลา การยอมรับ

3. **ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors)** เป็นการเสริมหรือแรงกระตุ้นให้กระทำเป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากคนหรือบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้นในเรื่องการยอมรับหรือไม่ยอมรับพฤติกรรมสุขภาพนั้น สถานศึกษา ได้แก่ เพื่อน นักเรียน ครู บุคลากรอื่นในโรงเรียน พ่อ แม่ ผู้ปกครอง บุคคลากรอื่นในครอบครัว ชุมชน ได้แก่ เพื่อนบ้าน บุคคลในครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข กลุ่มอ้างอิง สถานพยาบาล ได้แก่ เพื่อนผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล บุคลากรอื่น

**4. แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)**

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแบบแผนที่ได้รับการพัฒนาโดยกลุ่มนักจิตวิทยาสังคมชาวสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ.1950 ได้แก่ Hochbum, Kegeles, Leventhal และ Rosenstoch ซึ่งมีความสนใจที่จะศึกษาว่า ทำไมประชาชนไม่ยอมรับวิธีป้องกันโรค ทั้ง ๆ ที่การบริการไม่ได้คิดค่าบริการหรือเสียบ้างเล็กน้อย เนื่องมาจากนโยบายสาธารณสุขระยะนั้น (ค.ศ.1950-1960) เน้นการป้องกันโรคมากกว่าการรักษา (Becker and Maiman, 1974 อ้างถึงใน จุฬาภรณ์ โสตะ, 2546) โดยมีข้อสมมติฐานว่าบุคคลจะแสวงหาผลและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ (ด้านการป้องกัน เช่น การตรวจสุขภาพ หรือการฟื้นฟูสภาพ) ภายใต้สถานการณ์เฉพาะอย่างเท่านั้น

บุคคลต้องมีความรู้ระดับหนึ่ง และมีแรงจูงใจต่อสุขภาพ จะต้องเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อภาวะความเจ็บป่วย จะต้องเชื่อว่า การรักษาเป็นวิธีที่จะสามารถควบคุมโรคได้ และเชื่อว่าค่าใช้จ่ายในการควบคุมโรคไม่สูงเกินไปเมื่อเปรียบเทียบกับผลประโยชน์ที่จะได้รับ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2532) เป็นการเน้นความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพ และการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งได้มีการนำแบบแผนความเชื่อนี้ไปใช้อย่างต่อเนื่อง เพื่อทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคจากพฤติกรรมเสี่ยง พฤติกรรมการเจ็บป่วย และพฤติกรรมการรักษา

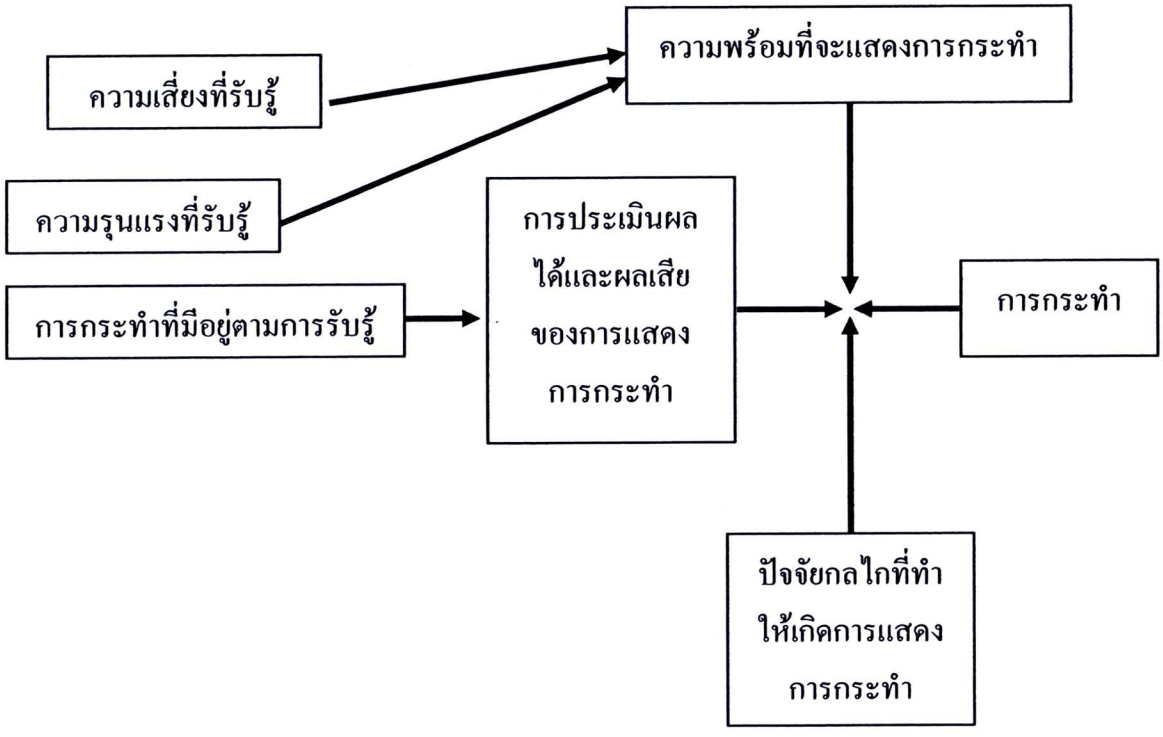
พื้นฐานแบบแผนความเชื่อด้านสุภาพนี้ ได้รับแนวคิดมาจากทฤษฎีสนาม(Field Theory) และทฤษฎีการจูงใจ (Motivation Theory) ของ Kurt Lewin แนวคิดของทฤษฎีนี้เริ่มแรกสร้างขึ้นจากทฤษฎีเกี่ยวกับ "อวกาศของชีวิต" (Life Space) ซึ่งได้คิดขึ้นครั้งแรกโดยนักจิตวิทยา Kurt Lewin ซึ่งมีสมมติฐานว่าบุคคลจะหันเหตนเองไปสู่พื้นที่ที่บุคคลให้ค่านิยมเชิงบวก (Positive value) และขณะเดียวกันจะหลีกเลี่ยงจากพื้นที่ที่มีค่านิยมเชิงลบ (Negative value) อธิบายได้ว่าบุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันและฟื้นฟูสภาพตราบเท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีค่าเชิงบวกมากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น จากการปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าวบุคคลจะต้องมีความรู้สึกกลัวต่อโรคหรือรู้สึกว่าโรคคุกคามตน และจะต้องมีความรู้สึกว่าตนเองมีพลังที่จะต่อต้านโรคได้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, สวิง สุวรรณ, 2536) นอกจากนี้ Kurt Lewin ยังเชื่อว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมใดๆเกิดขึ้นได้อยู่กับตัวแปร 2 ประการ คือ ประการแรก คือ การที่บุคคลประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และประการที่ 2 คือ การประเมินผลลัพธ์ออกมา ซึ่งตัวแปรทั้งสอง จะมีแรงจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา (จุฬาภรณ์ โสตะ, 2546)

### 4.1 แบบแผนความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ

จากการที่แบบแผนความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพถูกเสนอขึ้น เพื่ออธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอาจถือได้ว่าเป็นพฤติกรรมการตัดสินใจภายในเงื่อนไขที่ยังขาดความแน่นอน (Decision-making under condition of uncertainly) เงื่อนไขทฤษฎีที่เป็นหลักการของรูปแบบนี้ มี 2 ประการ คือ

4.1.1 บุคคลมีความพร้อมในการที่จะทำพฤติกรรม (readiness to take action) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับเงื่อนไขทางสุขภาพ และเงื่อนไขทางสุขภาพถูกกำหนดโดยการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคนั้น (perceptions of susceptibility and severity)

4.1.2 บุคคลจะประเมินผลประโยชน์ที่จะได้รับ หรือผลได้เสียของการกระทำนั้นตามการรับรู้ และให้น้ำหนักหักลบกับอุปสรรค หรือค่าใช้จ่ายที่คาดการณ์ (Rosenstock, 1969 อ้างถึงใน จุฬาภรณ์ โสตะ, 2546)




**ภาพที่ 2** แบบแผนความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพของ Rosenstock, et al. (1974) (Rosenstock, et al., 1974 อ้างถึงใน จุฬาภรณ์ โสตะ, 2546)

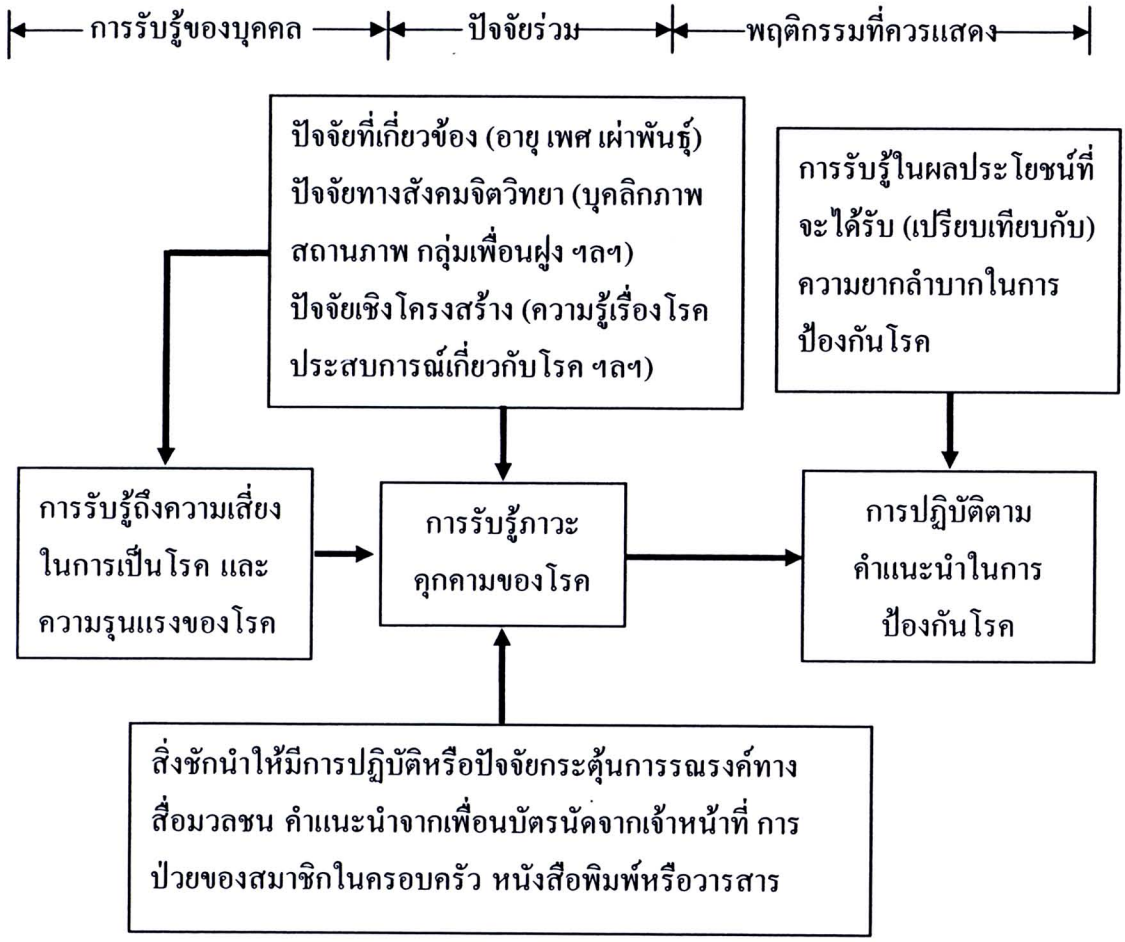
นอกจากนี้ Rosenstock (1974 อ้างถึงใน จุฬาภรณ์ โสตะ, 2546) ยังกล่าวว่า บุคคลจะหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคก็ต่อเมื่อเขามีความเชื่อว่า

- เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
- การเป็นโรคจะก่อให้เกิดความรุนแรงต่อชีวิตของตนเอง
- การกระทำจะมีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรง

ดังนั้น Rosenstock จึงได้สรุป องค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคลไว้ในแบบแผนความเชื่อสุขภาพในระยะแรก คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค

ต่อมา Becker, et al. (1975 อ้างถึงใน จุฬาภรณ์ โสตะ, 2546) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล โดยเพิ่มปัจจัยร่วม (Modifying factor) และปัจจัยสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) ซึ่งเป็นปัจจัยที่

นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่พบว่ามีอิทธิพลต่อการป้องกันโรค ภายหลังจากนำเอาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคจนเป็นที่ยอมรับแล้ว Becker จึงนำมาปรับปรุงใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อที่จะได้ครอบคลุมการอธิบายและทำนายพฤติกรรมของบุคคลทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้ป่วย




**ภาพที่ 3** แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker, et al. (1975 อ้างถึงใน จุฬาภรณ์ โสตะ, 2546)

### 4.2 องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

#### 4.2.1 การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility)

การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้น บุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตนเพื่อ

ป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน จึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ หรือการง่ายที่จะเป็นโรคต่าง ๆ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสของการเป็นโรคว่า มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ถือว่า การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่น ๆ โดยจะส่งผลให้คนปฏิบัติเพื่อสุขภาพ ดังนั้น Becker จึงได้สรุปว่า บุคคลที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค จะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดีจึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้น การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค จึงเป็นปัจจัยสำคัญของการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการรักษาโรคของบุคคล

จากการที่การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค เป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการป้องกันโรค ผู้ที่มีระดับการรับรู้ที่สูงกว่าโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ย่อมให้ความร่วมมือในการปฏิบัติมากกว่าผู้ที่ไม่รับรู้หรือมีการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ (Gochman, 1971 อ้างถึงใน จุฬาภรณ์ โสตะ, 2546) สำหรับผู้ที่มีการรับรู้ในระดับต่ำควรได้รับการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงให้อยู่ในระดับที่สูงขึ้นด้วยกลวิธีต่าง ๆ ดังเช่น Rosenstock (Rosenstock, 1966 อ้างถึงใน จุฬาภรณ์ โสตะ, 2546) ได้เสนอวิธีพัฒนาระดับการสอน (Teaching Techniques) และวิธีปรับพฤติกรรม (Behavior Modification Techniques) วิธีการนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงระดับการเรียนรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคของบุคคลด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การใช้โสตทัศนูปกรณ์ การใช้อิทธิพลของบุคคล (Personal Influence) และการใช้อิทธิพลของกลุ่ม(Group Influence) มาเป็นส่วนประกอบในการสอน Rosenstock ยังได้แบ่งวิธีการเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคออกเป็น 3 ระดับ คือ

1) **ระดับบุคคล** เป็นการเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคด้วยวิธีการสอนรายบุคคล เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค และผลประโยชน์ที่บุคคลจะได้รับจากการมีพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรค เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือมากขึ้น

2) **ระดับกลุ่ม** เป็นการเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค โดยใช้แรงผลักดันทางสังคม เช่น จัดให้มีการอภิปราย โต้แย้ง และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม

**3) ระดับชุมชน** เป็นการเปลี่ยนแปลงลักษณะความเชื่อของสังคมและสิ่งแวดล้อมในทิศทางที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง เช่น การลดน้ำหนักในคนอ้วน การลดหรือการเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น

ส่วนวิธีการปรับพฤติกรรมมีจุดมุ่งหมายให้บุคคลฝึกหัดตนเองในการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค โดยการดัดแปลงสิ่งแวดล้อมและสังคมให้เอื้ออำนวยต่อการเพิ่มพฤติกรรมที่พึงปรารถนา วิธีปรับพฤติกรรมมีประโยชน์ต่อบุคคลที่ต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัยหรือถูกกระตุ้นให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง เช่น การลดน้ำหนักในคนอ้วน การลดหรือการเลิกสูบบุหรี่

**4.2.2 การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)**

การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกายก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือการกระทบกระเทือนฐานะทางสังคม ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึงนี้ อาจมีความหมายแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน (Becker, 1997) การรับรู้ความรุนแรงของโรค สามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและป้องกันโรคของบุคคลได้

การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิดขึ้นได้ แม้ว่าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค แต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค แต่ถ้ามีความเชื่อลดความวิตกกังวลต่อความรุนแรงสูงเกินไปก็อาจจะทำให้จำข้อแนะนำได้น้อยและปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้ Janz and Becker (1984) ได้สรุปผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างปี พ.ศ.1974-1984 พบว่า การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค สามารถอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 85 และทำนายการป้องกันโรคได้เพียงร้อยละ 36

**4.2.3 การรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่าย/อุปสรรค (Perceived benefits and costs/barriers)**

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลจะรับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคนั้นสามารถหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยหรือโรคได้ ถึงแม้บุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดีแล้วก็ตาม แต่การที่จะให้ความร่วมมือ ยอมรับ และปฏิบัติตามคำแนะนำจะต้องรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ โดยมีความเชื่อว่าสิ่งที่ปฏิบัตินั้น เป็นวิธีที่ดีและเหมาะสมที่จะช่วยป้องกันโรคได้จริง โดยไม่มีอุปสรรค์

หรือความยุ่งยากที่จะขวางกั้นการปฏิบัตินั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น ๆ

โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย และ Janz and Becker (1984 อ้างถึงใน จุฬาภรณ์ โสตะ, 2546) ได้ข้อสรุปการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือ ในการรักษาโรคของผู้ป่วยมากกว่าพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่นเดียวกับการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค

**4.2.4 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action)**

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่ง Becker, Maiman (1975) ได้กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติซึ่งมี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรค หรือการเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น

**4.2.5 แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation)**

แรงจูงใจ หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยโดยทั่วไป ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือ และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก สภาวะของร่างกายอาการของการเจ็บป่วย ส่วนสิ่งเร้าภายนอก ได้แก่ ข่าวสาร คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว การกระตุ้นเตือน เป็นต้น เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ จะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกันกับปัจจัยการรับรู้ต่าง ๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไป จะวัดในรูปของระดับความพึงพอใจ ความต้องการ ความร่วมมือ และความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

**4.2.6 ปัจจัยร่วม (Modifying Factors)**

ปัจจัยร่วม หมายถึง ปัจจัยอื่น นอกเหนือองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพที่ช่วยส่งเสริม หรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค หรือการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่

4.2.6.1 ปัจจัยด้านประชากร เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น

4.2.6.2 ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่นบุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อน กลุ่มอ้างอิง มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

4.2.6.3 ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น

## 5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่าง ๆ ในประเด็นที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกัน แล้วได้ข้อสรุปและแยกเป็นประเด็นตามรูปแบบของการศึกษาในครั้งนี้ ดังนี้

### 5.1 พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค

การศึกษาเพื่อหาระดับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคโดยรวม โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านในจังหวัดกว๋างตริ ประเทศเวียดนามกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 146 คน พบพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 43.8 (Nam Mai, 2002 cited in In Sokhanya, 2008) และการศึกษาในเมืองก่าโม๊ว ประเทศเวียดนาม โดยดูพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคโดยรวม พบกลุ่มตัวอย่าง 1 ใน 3 มีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคอยู่ในดับดี ร้อยละ 33.7 (Tung Minh Duong, 2004 cited in In Sokhanya, 2008) และการศึกษาในประเทศไทย โดยมีการศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี โดยดูพฤติกรรมในภาพรวมแล้วจำแนกเป็นระดับของพฤติกรรม พบว่า มีพฤติกรรมในการป้องกันวัณโรคอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 25.78 (In Sokhanya, 2008) การศึกษาถึงการป้องกันวัณโรคโดยการแยกห้องนอนกับผู้ป่วยในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคในจังหวัดขอนแก่น โดยดูระดับคะแนนพฤติกรรมโดยรวมและพฤติกรรมในการแยกห้องนอนกับผู้ป่วย พบว่าผู้ที่มีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคในระดับดีมีการแยกห้องนอนกับผู้ป่วยร้อยละ 21.8 แต่ผู้ที่มีพฤติกรรมการป้องกันในระดับต่ำ มีการแยกห้องนอนถึง ร้อยละ 54.1 (ผกายเพชร นาสมยนต์, 2549) และมีการศึกษาในอำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ โดยศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคและดูอัตราการแยกห้องนอนกับผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคอยู่ในระดับปานกลาง

ร้อยละ 61.9 และมีอัตราการแยกห้องนอนกับผู้ป่วยหลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษา ร้อยละ 40.7 (พีระพงษ์ ชาติธรรมรักษ์, 2551) และการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดราชบุรี พบว่าพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 22.74 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.06 และเมื่อนำมาจัดเป็นระดับ พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.9 ระดับดีร้อยละ 35.8 และต้องแก้ไขร้อยละ 16.3 (นคร วงษ์ทองดี และคณะ, 2541)

## 5.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านปัจจัยร่วมกับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค

### 5.2.1 เพศ

การศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคผลการศึกษา หลายการศึกษาในประเทศไทย พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค (นคร วงษ์ทองดี และคณะ, 2541; เสาวรัตน์ เจียมอุทิศศักดิ์,2549; ผกายเพชร นาสมยนต์, 2549; In Sokhanya, 2008) แต่บางการศึกษาพบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค โดยพบว่า เพศหญิงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโดยทางอ้อม จากการทำงานบ้าน (สุธาดา จารุสาร, 2542) และจากการศึกษาในมาลาวียังพบว่าเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านมากกว่าเพศชาย ถึง 2.25 เท่า (Sinfield R, et al., 2006)

### 5.2.2 อายุ

จากผลการศึกษาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน โดยพบว่า อายุที่ต่างกันจะมีระดับพฤติกรรมในการป้องกันต่างกันด้วย (ผกายเพชร นาสมยนต์, 2549; เสาวรัตน์ เจียมอุทิศศักดิ์, 2549; สุธาดา จารุสาร, 2542; นคร วงษ์ทองดี และคณะ, 2541) แต่การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลในจังหวัดกาญจนบุรีพบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคเลย P-value = 0.628 (In Sokhanya, 2008) และการศึกษาพบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันโรคติดต่อ (ธารารัตน์ ดวงแข, 2541 อ้างถึงใน ผกายเพชร นาสมยนต์, 2549) นอกจากนี้แล้วการศึกษายังพบว่าอายุ เป็นปัจจัยเสี่ยงในการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านด้วย โดยพบว่าอายุ น้อยกว่า 5 ปี มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคมาก (phap, et al., 2005; Sinfield R, et al., 2006)

### 5.2.3 อาชีพ

ผลการศึกษาในประเทศไทยพบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค ผู้ที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมในการป้องกันวัณโรคต่างกัน (สุธาดา จารุสาร,

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ห้องสมุดงานวิจัย

2542; เสาวรัตน์ เจียมอุทิศศักดิ์, 2549; In Sokhanya, 2008) แต่ก็มีบางการศึกษาที่พบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคโดยการแยกห้องนอนกับผู้ป่วยวัณโรค (ผกายเพชร นาสมยนต์, 2549)

**5.2.4 รายได้**

จากการศึกษาที่ได้ทบทวนมา พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านเลย โดยการศึกษาไม่พบนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มที่มีรายได้แตกต่างกัน(ผกายเพชร นาสมยนต์, 2549; สุธาดา จารุสาร, 2542; นคร วงษ์ทองดี และคณะ, 2541; In Sokhanya, 2008)

**5.2.5 ระดับการศึกษา**

ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค โดยพบผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคที่ดีกว่า (ผกายเพชร นาสมยนต์,2549; เสาวรัตน์ เจียมอุทิศศักดิ์, 2549; In Sokhanya, 2008) แต่มีบางการศึกษาที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านเลย (สุธาดา จารุสาร, 2542; นคร วงษ์ทองดี และคณะ, 2541)

**5.2.6 สถานภาพสมรส**

ผลการศึกษาในประเทศไทยพบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค (ผกายเพชร นาสมยนต์, 2549; เสาวรัตน์ เจียมอุทิศศักดิ์, 2549; In Sokhanya, 2008) แต่ก็มีการศึกษาที่พบว่าหากเป็นคู่สมรสของผู้ป่วยวัณโรค จะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและตรวจพบการติดเชื้อสูง เนื่องจากเป็นบุคคลสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากกว่าบุคคลใด ๆ (สุจิตรา อังคศรีทองกุล, 2531; จินตนา งามวิทยาพงศ์ และคณะ, 2536 อ้างถึงใน ผกายเพชร นาสมยนต์, 2549)

**5.2.7 ความเกี่ยวข้องของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค**

จากผลการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเกี่ยวข้องของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค พบว่า ความเกี่ยวข้องของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับตัวผู้ป่วยที่อยู่ร่วมบ้านเดียวกันนั้นไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค (เสาวรัตน์ เจียมอุทิศศักดิ์, 2549; นคร วงษ์ทองดี และคณะ, 2541) แต่บางการศึกษาพบว่าความเกี่ยวข้องนั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค โดยพบว่ากลุ่มที่ไม่ใช่สามีหรือภรรยาของผู้ป่วยมีพฤติกรรมการป้องกันที่ดีกว่าและมีการแยกห้องนอนกับผู้ป่วยมากกว่าผู้ที่เป็นสามีหรือภรรยา (ผกายเพชร นาสมยนต์, 2549)

**5.2.8 การมีโรคประจำตัว**

การมีโรคประจำตัวนั้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมหรือการปฏิบัติของบุคคลในแต่ละคน โดยจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคประจำตัวมีการป้องกันการติดเชื้อโดยการแยกห้องนอนกับผู้ป่วยน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว โดยกลุ่มที่มีโรคประจำตัวนั้นมีการแยกห้องนอนร้อยละ 13.2 ซึ่งมีจำนวนน้อยกว่าผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัวมาก จึงไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค (ผกายเพชร นาสมยนต์, 2549)

**5.2.9 ลักษณะสังคม-วัฒนธรรมในชุมชน**

ระบบสังคม วัฒนธรรม ศาสนาและภาษา ล้วนมีบทบาทต่อบุคคล ต่อพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคล เพราะบุคคลย่อมเลือกดำรงชีวิตตามความนึกคิดของตน ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมภายนอก และภายในของบุคคล เช่น คนที่มีศาสนาต่างกัน คนที่มาจากวัฒนธรรมและการปกครองที่แตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมต่าง ๆ ไม่เหมือนกัน ข้อห้ามในทางต่าง ๆ และวิธีการปกครอง จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทั้งภายในและภายนอกของบุคคลในการดำเนินชีวิต คนในสังคมเดียวกันก็มักมีแบบแผนในการปฏิบัติหรือแสดงออกที่คล้ายกัน และก็มักมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ (จารุวรรณ นิพพานนท์, 2543)

**5.2.10 ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค**

จากการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับวัณโรคกับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค พบว่าความรู้เกี่ยวกับวัณโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค (สุธาดา จารุสาร, 2542; In Sokhanya, 2008; นคร วงษ์ทองดี และคณะ, 2541) แต่มีบางการศึกษาพบว่า ความรู้นั้นไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคถึงแม้จะมีระดับความรู้ในภาพรวมอยู่ในระดับดีและมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อสูงกว่ากลุ่มความรู้ระดับต่ำแต่ไม่พบนัยสำคัญในความแตกต่าง (ผกายเพชร นาสมยนต์, 2549)

**5.3 ปัจจัยนำกับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค**

**5.3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค**

จากการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรควัณโรค ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค (เสาวรัตน์ เจียมอุทิศศักดิ์, 2549) แต่ในขณะที่บาง

การศึกษาพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดโรคนั้นไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน (สุธาดา จารุสาร, 2542; In Sokhanya, 2008)

**5.3.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค**

จากผลการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และการรับรู้ความรุนแรงของโรควัณโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งพบว่าระดับการรับรู้ที่แตกต่างกันทำให้พฤติกรรมการป้องกันแตกต่างกันไปด้วย (เสาวรัตน์ เจียมอุทิศศักดิ์, 2549; สุธาดา จารุสาร, 2542; นคร วงษ์ทองดี และคณะ, 2541) แต่ในขณะที่การศึกษาที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในโรงพยาบาลที่จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรควัณโรค (In Sokhanya, 2008)

**5.3.3 การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค**

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านและกลุ่มผู้ป่วยนอก (สุธาดา จารุสาร, 2542; In Sokhanya, 2008) แต่เมื่อนำมาวิเคราะห์ในลักษณะระดับความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวมพบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค และระดับคะแนนของการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (นคร วงษ์ทองดี และคณะ, 2541)

**5.3.4 แรงจูงใจในการป้องกันโรค**

จากการศึกษาถึงแรงจูงใจในการป้องกันโรคกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มญาติผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอดส์ พบว่ามีระดับคะแนนแรงจูงใจอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 97.6 (สุธาดา จารุสาร, 2542) และยังมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น พบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานยา และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างมีนัยสำคัญ และยังมีความสัมพันธ์เกี่ยวกับความร่วมมือในการมารับยาและการมาตรวจตามแพทย์นัดอีกด้วย (พิรพร ดวงแก้ว, 2538)

## 5.4 ปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค

### 5.4.1 การอาศัยอยู่ร่วมห้องกับผู้ป่วยวัณโรค

จากการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการป้องกันวัณโรคโดยการแยกห้องนอนกับผู้ป่วยวัณโรคกับการที่ผู้สัมผัสร่วมบ้านเป็นผู้ที่นอนร่วมห้องกับผู้ป่วยก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษา พบว่า ผู้ที่ไม่ได้นอนร่วมห้องกับผู้ป่วยมีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคโดยการแยกห้องกับผู้ป่วยที่ดีกว่าผู้ที่นอนร่วมห้องกับผู้ป่วยก่อนที่จะได้รับการรักษา (ผกายเพชร นาสมยนต์, 2549) แต่ก็ยังไม่มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นผู้ที่อยู่ร่วมห้องกับผู้ป่วยกับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคมากนัก แต่มีรายงานว่า การที่อาศัยอยู่ร่วมห้องกับผู้ป่วยนั้นเป็นการสัมผัสที่ใกล้ชิดมาก ส่วนใหญ่จะเป็นคู่สมรส หรือบุตรของผู้ป่วย ซึ่งกลุ่มนี้จะมีความเสี่ยงในการติดเชื้อวัณโรคสูง โดยพบว่าผู้สัมผัสใกล้ชิดที่อยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อมีโอกาสติดเชื้อวัณโรคถึง 3.25 เท่าของผู้ที่สัมผัสกับผู้ป่วยที่มีเสมหะไม่พบเชื้อ และการสัมผัสที่ใกล้ชิดและเป็นเวลานานจะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคสูงขึ้นด้วย (ธารารัตน์ ดวงแข, 2541; สุกร สุขเพสน์, 2541; Singh, et al, 2005; M Beyers, et al.,1997; Kenyon, et al., 1996 อ้างถึงใน ผกายเพชร นาสมยนต์, 2549)

### 5.4.2 การเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค

การศึกษาถึงการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคโดยการแยกห้องนอนกับผู้ป่วยในจังหวัดขอนแก่น ซึ่งผู้ศึกษาได้ศึกษาถึงการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ทั้งการดูแลผู้ป่วยก่อนการรักษาและดูแลผู้ป่วยขณะรับการรักษา ผลการศึกษาพบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านที่ไม่ได้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคก่อนการรักษา มีพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยการแยกห้องนอนกับผู้ป่วย ร้อยละ 92.6 และสูงกว่ากลุ่มที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนการรักษา ส่วนผู้สัมผัสร่วมบ้านที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยขณะรับการรักษา พบว่า มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยการแยกห้องนอนกับผู้ป่วย ร้อยละ 92.7 สูงกว่ากลุ่มที่ดูแลผู้ป่วยขณะรับการรักษา ซึ่งกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยขณะรับการรักษามีการแยกห้องนอนกับผู้ป่วยเป็น 0.17 เท่า ของกลุ่มที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยขณะรับการรักษา (ผกายเพชร นาสมยนต์, 2549)

### 5.4.3 ลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มีบ้านชั้นเดียวติดพื้น มีการป้องกันวัณโรคโดยการแยกห้องนอนกับผู้ป่วยวัณโรคปอด ร้อยละ 74.1 น้อยกว่ากลุ่มที่มีลักษณะที่อยู่อาศัยแบบอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญ และเมื่อนำมาวิเคราะห์แบบพหุถดถอย พบว่ามีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านโดยการแยกห้องนอนอย่างไม่มีนัยสำคัญ

โดยพบว่าผู้ที่มีบ้านชั้นเดียวมีการแยกห้องนอนกับผู้ป่วยเป็น 0.45 เท่าของผู้ที่มีบ้านประเภทอื่น ๆ (ผกายเพชร นาสมยนต์, 2549)

**5.4.4 ประเภทของสื่อในการให้ข้อมูล**

ผลการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลด้านวัณโรคจากโทรทัศน์ ถึงร้อยละ 69.92 รองลงมา คือ หนังสือพิมพ์หรือนิตยสาร ร้อยละ 61.79 และโปสเตอร์ ร้อยละ 35.77 แผ่นพับ ร้อยละ 22.76 ซึ่งพบว่าประเภทของข้อมูลข่าวสารที่กลุ่มตัวอย่างได้รับนั้นไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค ไม่ว่าจะได้รับข้อมูลมาจากแหล่งใด (In Sokhanya, 2008)

**5.4.5 การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร**

จากการศึกษาถึงการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัณโรคในกลุ่มผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัณโรค ร้อยละ 54.67 และพบว่าการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัณโรคนั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของกลุ่มผู้ป่วยนอกอย่างมีนัยสำคัญ (P-value = 0.002) (In Sokhanya, 2008)

**5.5 ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค**

**5.5.1 บุคคลผู้ให้ข้อมูลข่าวสารด้านวัณโรค**

จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัณโรคจากแพทย์และพยาบาล ร้อยละ 63.41 รองลงมา คือ จากเพื่อนบ้าน ร้อยละ 26.83 และพบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านวัณโรคจากแพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาลนั้น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของกลุ่มตัวอย่าง p-value = 0.006 (In Sokhanya, 2008)

**6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยต่าง ๆ ในประเด็นที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ PRECEDE-PROCEED Framework ดังนี้

การศึกษาเพื่อหาระดับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคโดยรวม โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านในจังหวัดกว๋างตริ ประเทศเวียดนามกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 146 คน พบพฤติกรรมการ

ป้องกันวัณโรคโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 43.8 (Nam Mai, 2002 cited in In Sokhanya, 2008) และการศึกษาในเมืองก่าโม๊ว ประเทศเวียดนาม โดยดูพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคโดยรวม พบกลุ่มตัวอย่าง 1 ใน 3 มีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคอยู่ในดับดี ร้อยละ 33.7 (Tung Minh Duong, 2004 cited in In Sokhanya, 2008)

In Sokhanya (2008) ได้ทำการศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี โดยดูพฤติกรรมในภาพรวมแล้วจำแนกเป็นระดับของพฤติกรรม โดยทำการศึกษาในผู้มารับบริการที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 225 คน พบว่า มีพฤติกรรมในการป้องกันวัณโรคอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 25.78 และยังพบว่าพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ประเภทอาชีพ การรับรู้โรค ความรู้ด้านวัณโรคและการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร

ผกายเพชร นาสมยนต์ (2549) ได้ศึกษาถึงการป้องกันวัณโรคโดยการแยกห้องนอนกับผู้ป่วยในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 274 รายโดยดูระดับคะแนนพฤติกรรมโดยรวมและพฤติกรรมในการแยกห้องนอนกับผู้ป่วย พบว่าผู้ที่มีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคในระดับดีมีการแยกห้องนอนกับผู้ป่วยร้อยละ 21.8 แต่ผู้ที่มีพฤติกรรมการป้องกันในระดับต่ำมีการแยกห้องนอนถึงร้อยละ 54.1

พีระพงษ์ ชาติธรรมรักษ์ (2551) ได้ทำการศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค ความรู้และอัตราการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ในอำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 376 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.9 และมีอัตราการแยกห้องนอนกับผู้ป่วยหลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษา ร้อยละ 40.7

นคร วงษ์ทองดี และคณะ (2541) ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ ความเชื่อและพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการป้องกันวัณโรคในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 22.74 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.06 และเมื่อนำมาจัดเป็นระดับ พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.9 ระดับดีร้อยละ 35.8 และต้องแก้ไขร้อยละ 16.3

ประนอม นพคุณ (2551) ได้ทำการศึกษาถึงผลการสอนด้วยสื่อประสมต่อความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกวัณโรค สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 40 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อประสม มีคะแนนความเชื่อด้าน

สุขภาพและคะแนนการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้จากพยาบาลด้วยวิธีการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ และผู้ป่วยวัณโรคมีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพและคะแนนการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อหลังการสอนด้วยสื่อประสมสูงกว่าก่อนการสอนอย่างมีนัยสำคัญ

แอนนา สุมะโน (2550) ได้ทำการศึกษาถึงผลของโปรแกรมเยี่ยมบ้านต่อการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่ประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยสมาชิกครอบครัวและพยาบาลชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลอ่าวอุดม จำนวน 50 ราย ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม แต่อัตราการตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้นทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

กัญญา ผณินทร (2547) ได้ศึกษาถึงผลการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการแก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรทางการพยาบาลในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 35 ราย ผลการศึกษาพบว่า หลังการดำเนินกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเลือดหรือสารคัดหลั่งและหลัก Universal precautions เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคจากการปฏิบัติงาน และความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามหลักเพิ่มขึ้น ส่วนการรับรู้อุปสรรคลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และมีพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักเพิ่มขึ้น เมื่อดำเนินกิจกรรมครบ 3 สัปดาห์

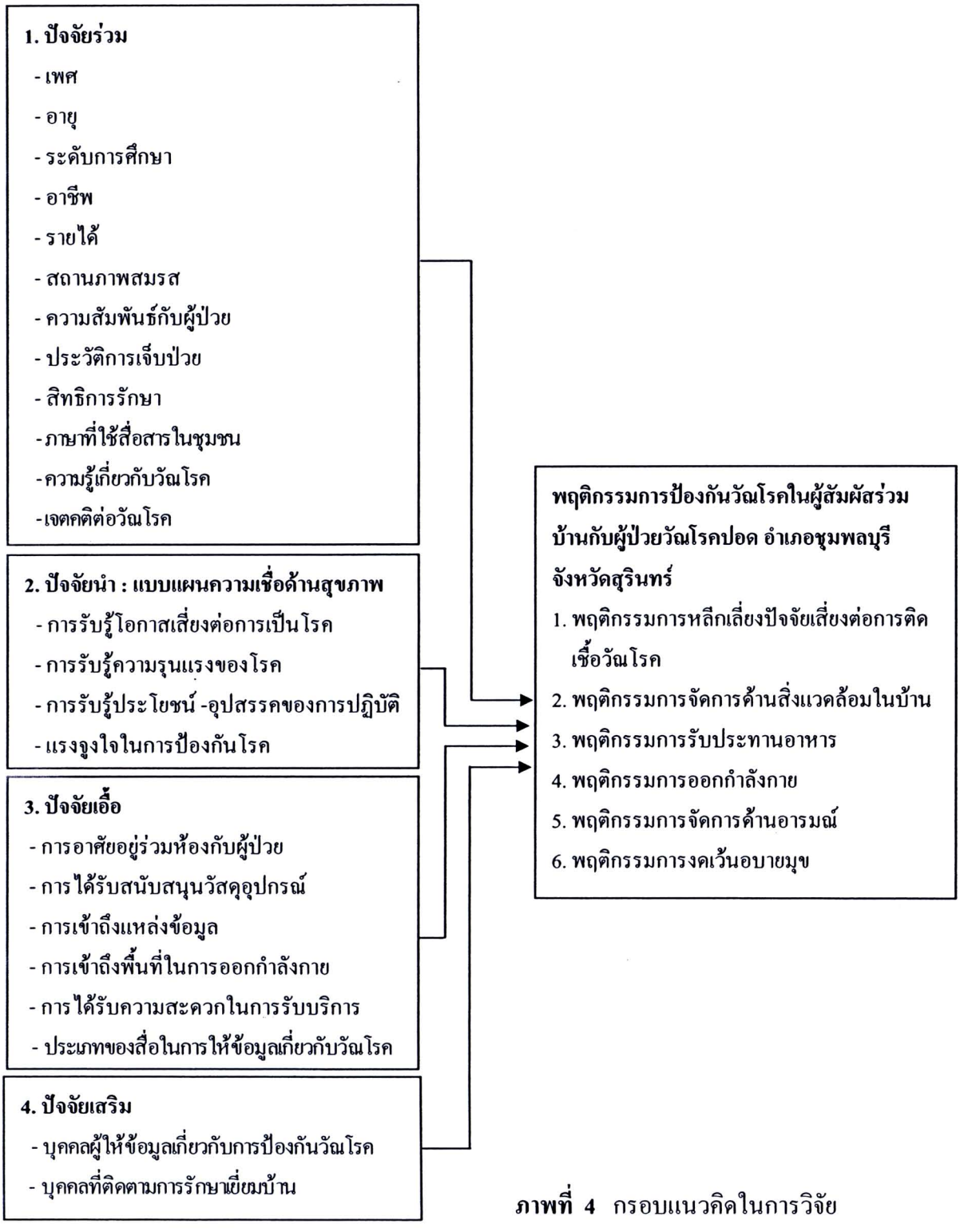
Songpol Tornee, et al. (2005) ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมาตรวจคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านที่มารับบริการตรวจคัดกรอง จำนวน 169 ราย จากทั้งหมด 325 ราย ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการตรวจคัดกรองวัณโรคคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน การรับรู้อุปสรรคที่น้อยกว่าประโยชน์ที่จะได้รับจากการตรวจคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ความตั้งใจที่จะมาและระยะทางจากบ้านถึงคลินิกวัณโรค

จากการศึกษาทบทวนทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า การที่บุคคล หรือคนใดคนหนึ่ง จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ หรือเกิดพฤติกรรมต่าง ๆ นั้น ไม่ได้กำหนดด้วยปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง หากเกิดได้จากหลาย ๆ ปัจจัย และปัจจัยตัวเดียวกันอาจส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่แตกต่างกันได้ตามแต่ละพื้นที่ที่ศึกษานั้น เช่นเดียวกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วม

บ้านกับผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งการปฏิบัติของบุคคลคนหนึ่งก็มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยเช่นเดียวกัน โดยปัจจัยต่าง ๆ เหล่านั้นได้นำมาจัดเป็นกลุ่มหลัก ๆ ได้ 3 กลุ่ม คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ตามกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์พฤติกรรมแบบ PRECEDE-PROCEED Framework ซึ่งเป็นกระบวนการที่วิเคราะห์ย้อนกลับว่าสิ่งที่เป็นอยู่นั้นมีองค์ประกอบหรือปัจจัยนำอะไรบ้าง ที่ทำให้เกิดผลลัพธ์หรือสภาพดังปรากฏ แล้วจึงนำข้อมูลเหล่านี้มาใช้ในการวางแผนเพื่อดำเนินการแก้ไขพฤติกรรมให้ถูกต้องต่อไป โดยในการศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์ในขั้นตอนที่ 4 คือการวินิจฉัยทางการศึกษา (Educational Diagnosis) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ หรือปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในกระบวนการสุขศึกษาที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยนำในครั้งนี้ได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งเป็นแบบจำลองที่เสนอขึ้นเพื่ออธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ โดยเชื่อว่าบุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันและฟื้นฟูสภาพตราบเท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีค่าเชิงบวกมากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น จากการปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าว บุคคลจะต้องมีความรู้สึกกลัวต่อโรคหรือรู้สึกว่าโรคคุกคามตน และจะต้องมีความรู้สึกว่าตนเองมีพลังที่จะต่อต้านโรคได้ ซึ่งได้มีการศึกษาถึงการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันวัณโรคโดยศึกษาในหลาย ๆ กิจกรรมรวมกัน และศึกษาถึงพฤติกรรมการแยกห้องนอนโดยเฉพาะพบว่ามีความแตกต่างกันตามแต่ละพื้นที่ที่ศึกษา และปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับการแสดงออกของพฤติกรรมนั้น ซึ่งการที่ผู้สัมผัสร่วมบ้านจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรควัณโรคที่ดีนั้น ก็จะต้องมีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรควัณโรค มีความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค และมีความเชื่อว่าการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคนั้นมีประโยชน์ต่อตนเองมากกว่าปัญหาหรืออุปสรรคที่จะต้องเจอ และยังต้องมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและเจตคติที่ดีพอ ที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมได้ และนอกจากนี้ ยังมีปัจจัยร่วมที่มีผลต่อพฤติกรรมอีก ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส การศึกษา การมีโรคประจำตัว และความสัมพันธ์ของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับตัวผู้ป่วยเอง ภาษาที่ใช้สื่อสาร และยังมีปัจจัยด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนจากบุคคลต่าง ๆ ที่อาจจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันโรควัณโรค ของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค และปัจจัยต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมนั้น อันประกอบด้วยปัจจัยดังกล่าวข้างต้น และได้นำแบบจำลองแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาเป็นตัวแปรในการศึกษาถึงความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรควัณโรค และได้ศึกษาถึงปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม ที่เกี่ยวกับภาษา การเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารและการได้รับความสะดวกในการรับบริการ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน

การติดเชื้อวัณโรคในเขตอำเภอชุมพลบุรี มาศึกษาในครั้งนี้ด้วย โดยกำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

## 7. กรอบแนวคิดการวิจัย




**ภาพที่ 4** กรอบแนวคิดในการวิจัย