บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดพิจิตร

พิชญาภา ปกครอง [1, 2, *] ส.ม., อาจินต์ สงทับ[3] ปร.ด.

Received: April 29, 2025
Revised: May 23, 2025
Accepted: May 23, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดพิจิตร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ จำนวน 250 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ ซึ่งได้ค่าความตรงระหว่าง 0.67 – 1.00 และความเชื่อมั่นระหว่าง 0.742 – 0.891 วิเคราะห์ข้อมูล โดยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณด้วยวิธี Stepwise method ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.6 (Mean = 3.51, S.D. = 0.36) ตัวแปรที่ศึกษาสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค (β = 0.601, p-value < 0.001) และการดื่มแอลกอฮอล์ (β = - 0.125, p-value = 0.013) โดยสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคได้ ร้อยละ 37.1 บุคลากรด้านสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ใช้ส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้ป่วยวัณโรค เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่บุคคลอื่น โดยเฉพาะการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคและการลดละเลิกการดื่มแอลกอฮอล์

คำสำคัญ: การรับรู้ในการป้องกันโรควัณโรค จังหวัดพิจิตร ผู้ป่วยวัณโรค พฤติกรรมการดูแลตนเอง

[1] นิสิต หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
[2] นักสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร
[3] รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
[*] ผู้รับผิดชอบบทความ: pitchayapap63@nu.ac.th

Factors affecting self-care behaviors among tuberculosis patients, Phichit Province

Phitchayapha Pokkhrong[1, 2, *] M.P.H., Archin Songthap[3] Ph.D.

ABSTRACT

This study is a cross-sectional analytical study aimed to examine self-care behaviors and the factors affecting self-care behaviors among tuberculosis patients in Phichit Province. The study consisted of 250 new tuberculosis patients selected through systematic random sampling. Data were collected using a validated questionnaire that included personal factors, knowledge about tuberculosis, perceived susceptibility to tuberculosis transmission, perceived severity of tuberculosis, perceived self-efficacy in preventing tuberculosis transmission, perceived outcomes of preventing tuberculosis transmission, and self-care behaviors. The questionnaire's content validity ranged from 0.67 to 1.00, and reliability coefficients ranged from 0.742 to 0.891. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression analysis at a significance level of 0.05

The results revealed that the majority of the tuberculosis patients demonstrated a high level of self-care behavior 91.6% (Mean = 3.51, S.D. = 0.36). The variables that significantly predicted self-care behavior among tuberculosis patients were perceived self-efficacy in preventing tuberculosis transmission (β = 0.601, p-value < 0.001) and alcohol consumption (β = -0.125, p-value = 0.013), together accounting for 37.1% of the variance in self-care behaviors. Health personnel can use the results of this study to promote health among tuberculosis patients to change their self-care behavior to prevent the spread of the disease to others, especially promoting perceived self-efficacy in preventing the spread of tuberculosis and reducing or quitting alcohol consumption.

Keywords: Perceptions of tuberculosis prevention, Phichit Province, Tuberculosis patients, Self-care behaviors

[1] Student in Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, Naresuan University

[2] Public Health Technical Officer, Practitioner Level, Wangsaiphun District Health Office, Phichit Province

[3] Associate Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University

[*] Corresponding author: pitchayapap63@nu.ac.th

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพซึ่งเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิต 10 อันดับแรกทั่วโลก (Division of Tuberculosis Thailand, 2021) วัณโรคเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ไมโคแบคทีเรียม ทูเบอร์คูโลซิส *(Mycobacterium tuberculosis)* จัดอยู่ในกลุ่ม Mycobacterium tuberculosis complex วัณโรคเกิดได้ในทุกอวัยวะของร่างกาย ส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอด (ร้อยละ 80.0) ซึ่งสามารถแพร่เชื้อได้ง่าย โดยวัณโรคจะติดต่อจากคนสู่คน ผ่านทางอากาศ (Airborne transmission) จากการจาม ไอ พูดดัง ๆ ตะโกน อาจจะทำให้เกิดละอองฝอย (Droplet nuclei) ฟุ้งกระจายออกมา ละอองฝอยที่มีขนาดใหญ่มากจะตกลงสู่พื้นดินและแห้งไป ส่วนละอองฝอยที่มีขนาดเล็ก 10-5 ไมโครเมตร จะลอยและกระจายอยู่ในอากาศ (Division of Tuberculosis Thailand, 2021) เมื่อละอองฝอยเหล่านี้เข้าสู่ร่างกายผ่านระบบทางเดินหายใจ ทำให้มีโอกาสเป็นวัณโรคได้

วัณโรคเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรหลายประเทศ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่จำนวน 8.2 ล้านคน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2565 ถึงร้อยละ 9.3 (7.5 ล้านคน) และในปี พ.ศ. 2566 องค์การอนามัยโลกรายงานว่าทั่วโลก มีผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมดจำนวน 10.8 ล้านคน (134 รายต่อประชากรแสนคน) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากในปี พ.ศ. 2565 ร้อยละ 0.9 (10.7 ล้านคน) ปี พ.ศ. 2564 ร้อยละ 3.8 (10.4 ล้านคน) และปี พ.ศ. 2563 ร้อยละ 6.9 (10.1 ล้านคน) และมีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตสูงถึง 1.25 ล้านราย ซึ่งพบในกลุ่มคนที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 1.09 ล้านราย และในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 161,000 ราย นอกจากนี้วัณโรคเป็นโรคติดเชื้ออันดับหนึ่งของโลกที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต (WHO, 2024)

ในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรคประมาณ 113,000 คน หรือมีอัตราป่วย 157 คนต่อประชากรแสนคน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2565 (155 คนต่อประชากรแสนคน) และสถานการณ์วัณโรคปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยพบจำนวนผู้ป่วยวัณโรคประมาณ 113,000 คน หรือมีอัตราป่วย 153 ต่อประชากรแสนคน และเสียชีวิตด้วยวัณโรคจำนวน 13,000 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 68.0 เพศหญิง ร้อยละ 31.0 เด็ก ร้อยละ 1.0 และพบในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 2,000 ราย (Division of Tuberculosis Thailand, 2024) จากการวิเคราะห์สถานการณ์วัณโรคของผู้ป่วยรายใหม่ ในปี พ.ศ. 2567 พบจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยและรายงานจำนวน 74,453 คน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2566 (73,178 คน) ปี พ.ศ. 2565 (66,218 คน) และ ปี พ.ศ. 2564 (65,708 คน) แต่น้อยกว่าปี พ.ศ. 2563 (75,826 คน) สถานการณ์วัณโรคเขตสุขภาพที่ 3 พบว่า ในปี พ.ศ. 2566 จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยและรายงาน จำนวน 2,735 คน คิดเป็น 95.62 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2565 (2,726 คน คิดเป็น 93.43 ต่อประชากรแสนคน) และสูงกว่าในปี พ.ศ. 2564 (2,735 คน คิดเป็น 93.32 ต่อประชากรแสนคน) (Ministry of Public Health Thailand, 2025) โดยในปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ จำนวน 2,718 คน คิดเป็น 93.69 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2567 จังหวัดพิจิตร พบจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยและรายงาน จำนวน 546 คน คิดเป็น 103.95 ต่อประชากรแสนคน น้อยกว่าปี พ.ศ. 2566 (553 คน คิดเป็น 104.60 ต่อประชากรแสนคน) และปี พ.ศ. 2565 (597 คน คิดเป็น 121.51 ต่อประชากรแสนคน) (Ministry of Public Health Thailand, 2025)

วัณโรคยังเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาต่อระบบสาธารณสุขจนถึงปัจจุบันทำให้มีการศึกษาทั้งในและต่างประเทศที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค พบว่ามีปัจจัยหลายประการด้วยกัน ได้แก่ รักษาด้วยระยะเวลาไม่นานพอเนื่องจากผู้ป่วยไม่รับประทานหรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ อาชีพ (Aek-apichon, 2018) การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ขาดความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ความเชื่อว่าวัณโรคสามารถป้องกันได้ และการไม่พึงพอใจในการดูแลของผู้ให้บริการทางสุขภาพ (Muahama, Maedong, Pimwong, Booonrod, Simla, & Sriraksa, 2019) ระดับการศึกษา การมีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาเพิ่มขึ้น จากการศึกษาในประเทศอินโดนีเซีย (Noorratri, Margawati, & Dwidiyanti, 2017) การมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ให้บริการที่ไม่ดี การรับรู้โอกาสเสี่ยง

(Masoud, Zakieh, Mohammad, & Hamidreza, 2017) การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว (Lee & Lee, 2024) ซึ่งการจะรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้สำเร็จเป็นผลมาจากพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคร่วมด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งทฤษฎีนี้กล่าวว่า การที่บุคคลมีเชื้อโรคหรือป่วยด้วยโรคต่าง ๆ และต้องการลดการแพร่กระจายของเชื้อจากบุคคลหนึ่งไปสู่บุคคลรอบข้างนั้นเกิดจากบุคคลนั้นแสวงหาแนวทางในการป้องกันไม่ให้มีแพร่กระจายของเชื้อเหล่านั้น ซึ่งการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อป้องกันหรือลดการแพร่กระจายเชื้อโรคนั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ Roger (1975) เป็นผู้พัฒนาแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เกิดจากแนวคิดที่ว่า โรคเป็นผลต่อเนื่องมาจากพฤติกรรมที่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรค และถ้าเกิดเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าวจะสามารถลดอัตราการเกิดโรคต่อตนเองรวมถึงบุคคลรอบข้างได้ โดยเป็นการเริ่มต้นจากการนำการกระตุ้นด้วยความกลัวมาใช้โดยเน้นความสำคัญระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และต่อมาได้รับการถูกปรับแก้ไขใหม่และนำกลับมาใช้ในปี ค.ศ. 1983 (Roger, 1983) ซึ่งเริ่มต้นจากการนำการกระตุ้นด้วยความกลัวมาใช้โดยเน้นความสำคัญระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) นั่นคือ การรวมปัจจัยที่ทำให้เกิดจากการรับรู้ในภาพรวมของบุคคลที่ส่งผลต่อการกระทำ ซึ่งการรับรู้นั้นประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการแพร่เชื้อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค นอกจากนี้ยังมีปัจจัยพื้นที่หรือทางอ้อม เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ความรู้ การศึกษา สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม โดยปัจจัยดังกล่าวมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลจึงส่งผลให้การปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคแตกต่างกันด้วย ซึ่งหากบุคคลรับรู้ถึงทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคย่อมส่งผลให้เกิดการตัดสินใจในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน และการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคต่อผู้อื่น

จากปัญหาการแพร่ระบาดของวัณโรคที่สามารถแพร่กระจายเชื้อหรือสามารถติดต่อไปถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคลากร หรือประชาชน การขาดดูแลตนเองของผู้ป่วย และจากการเกิดอุบัติซ้ำของวัณโรคในจังหวัดพิจิตร และยังไม่พบการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคในจังหวัดพิจิตร ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค โดยได้นำทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory: PMT) มาประยุกต์ใช้ เพื่อนำผลที่ได้จากศึกษามาใช้เป็นแนวทางการวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยวัณโรค รวมถึงใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดวิธีหรือแนวทางให้ผู้ป่วยวัณโรคปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง อันจะช่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น การกลับมาเป็นซ้ำ และการยกระดับคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดพิจิตร
2. เพื่อบ่งชี้ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดพิจิตร

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขอนุมัติโครงการฯ COA No.166/2022 IRB No. P2-0416/2564 เมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยขึ้นทะเบียนฐานข้อมูลในคลินิกวัณโรค ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 450 ราย (Ministry of Public Health Thailand, 2021) ในโรงพยาบาล 12 แห่ง จังหวัดพิจิตร

คำนวณกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสูตรการประมาณค่าเฉลี่ยประชากร กรณีทราบจำนวนประชากร (Determination of sample size for estimation means) (Wayne, 1995) กำหนดค่า N หมายถึง ขนาดของประชากร เท่ากับ 450 คน σ หมายถึง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.26 (Chotchai, 2011) d หมายถึง ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับให้เกิดขึ้นได้ กำหนดให้เท่ากับ 0.226 Alpha (α) เท่ากับ 0.05, Z เท่ากับ 1.96 คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 208 คน เพื่อป้องกันการไม่สูญเสียกลุ่มตัวอย่างและความผิดพลาดจากการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20.0 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ รวมทั้งสิ้น 250 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) โดยนำขนาดตัวอย่างมาจัดเรียงรายชื่อประชากรผู้ป่วยในแต่ละโรงพยาบาล ทำการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามค่าช่วงชั้น แล้วทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบจนได้กลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและได้รับการรักษาอยู่ในปี พ.ศ. 2564 ไม่เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่มีอาการแทรกซ้อนเรื้อรังรุนแรงร่วมด้วย มีอายุ 20 ปี ถึง 65 ปี สามารถอ่านเขียนด้วยภาษาไทยได้และไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และมีความประสงค์ยินยอมให้ข้อมูลในขณะดำเนินเก็บข้อมูล

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ยินยอมให้ข้อมูล ย้ายออกจากพื้นที่และไม่สามารถมาให้ข้อมูลได้ในวันที่นัดหมาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย คือ แบบสอบถามผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบและกรอกข้อความตามความเป็นจริง จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือนของครอบครัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับวัณโรค จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบจำนวน 2 ตัวเลือก คือ ใช่ หรือ ไม่ใช่ คะแนนอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ (Bloom, 1971) คือ ระดับต่ำ (0-5 คะแนน หรือต่ำกว่าร้อยละ 60.0) ระดับปานกลาง (6-7 คะแนน หรือ ร้อยละ 60.0-79.0) และระดับสูง (8-10 คะแนน หรือสูงกว่าร้อยละ 80.0)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อวัณโรค จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามด้านการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันการแพร่กระจายวัณโรค จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามด้านการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค จำนวน 10 ข้อ

ซึ่งแบบสอบถามส่วนที่ 3-6 นั้น ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง สำหรับแบบสอบถามด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง ลักษณะการวัด คือ ทำได้แน่นอน ทำได้ ไม่แน่ใจ ทำไม่ได้ ทำไม่ได้แน่นอน โดยคำถามเชิงบวก ให้คะแนน 5 ถึง 1 คะแนน ตามลำดับ ส่วนคำถามเชิงลบ ให้คะแนน 1 ถึง 5 คะแนน ตามลำดับ และแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) คือ ระดับสูง (3.68-5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน) และระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน)

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย โดยให้คะแนน 4 ถึง 1 คะแนนตามลำดับ และแบ่งคะแนนเป็นแบ่งเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) คือ ระดับสูง (3.01-4.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.01-3.00 คะแนน) และระดับต่ำ (1.00-2.00 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญ (Index of item-objective congruence: IOC) จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมโรค ด้านระเบียบวิจัย และ

ด้านระบาดวิทยา ค่า IOC ได้ระหว่าง 0.67-1.00 หลังจากนั้น ปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทดลองใช้ (Try out) ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านความรู้ โดยใช้วิธีของคูเดอร์-ริดชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) ได้เท่ากับ 0.78 สำหรับแบบสอบถามด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อวัณโรค ด้านการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ด้านการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค และด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.86 0.80 0.85 0.74 และ 0.89 ตามลำดับ ซึ่งถือว่าแบบสอบถามทุกชุดผ่านเกณฑ์กำหนด คือ ไม่ต่ำกว่า 0.70

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยนำหนังสือรับรองเสนอถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 12 แห่งในจังหวัดพิจิตร และประสานกับผู้รับผิดชอบงานควบคุมป้องกันวัณโรคในโรงพยาบาลทั้ง 12 แห่ง เพื่อขอความอนุเคราะห์และชี้แจงขั้นตอนการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณลักษณะที่เข้ากับเกณฑ์การคัดเข้า โดยเก็บตามวันเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกในการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยในโรงพยาบาลทั้ง 12 แห่ง พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษา ขั้นตอนการเก็บข้อมูลและขอความร่วมมือ รวมถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นผู้ที่ยินยอมลงชื่อในใบยินยอมก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยให้เวลากลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองโดยลำพังประมาณ 10-15 นาที

ในการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมวิจัย โดยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบก่อนเข้าร่วมงานวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงว่าการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมงานวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด และข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยที่ทำให้เกิดความเสียหาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลหาค่าสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Jamovi ในส่วนของข้อมูลทั่วไปใช้สถิติพรรณนา ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายวัณโรค การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ของผู้ตอบแบบสอบถามด้วยค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: S.D.) และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดพิจิตร ใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple linear regression) คือ Stepwise method กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่าง 250 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 67.6 อยู่ในช่วงอายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 50.4 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 49.68 ปี การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.8 และมีสถานะภาพสมรส ร้อยละ 60.0 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 48.4 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวอยู่ในระหว่าง 5,001-11,000 บาท ร้อยละ 38.5 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 67.6 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 66.8 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 64.8 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 250)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	169	67.6
หญิง	81	32.4
อายุ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี	27	10.8
อายุ 36-50 ปี	97	38.8
มากกว่า 50 ปี	126	50.4
Mean = 49.68, S.D. = 10.67, Min = 21, Max = 65		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	132	52.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	51	20.4
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	53	21.2
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	4	1.6
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	7	2.8
อื่นๆ (ไม่ได้เรียน)	3	1.2
สถานภาพสมรส		
โสด	67	26.8
สมรส	150	60.0
หม้าย	20	8.0
หย่าร้างหรือแยกทางกัน	13	5.2
อาชีพ		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	10	4.0
พนักงานบริษัท	6	2.4
รับจ้าง	121	48.4
เกษตรกร	66	26.4
ธุรกิจส่วนตัว	8	3.2
อื่นๆ	39	15.6
ว่างงาน	16	6.4
แม่บ้าน	9	3.6
ค้าขาย	8	3.2
พระภิกษุ	6	2.4
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	76	30.4
5,001-11,000 บาท	96	38.4
มากกว่า 11,000 บาท	78	31.2
Mean = 10,090.80, S.D. = 8,423.25, Min = 400, Max = 70,000		

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 250) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
บุหรี่		
สูบ	30	12.0
ไม่สูบ	169	67.6
เคยสูบ	51	20.4
แอลกอฮอล์		
ดื่ม	31	12.4
ไม่ดื่ม	167	66.8
เคยดื่ม	52	20.8
โรคประจำตัว		
ไม่มี	162	64.8
มี	88	35.2
โรคความดันโลหิตสูง	17	6.8
โรคเบาหวาน	14	5.6
โรคเอดส์หรือเอชไอวี	6	2.4
โรคความดันโลหิตสูง และไขมัน	6	2.4
โรคเบาหวาน และไขมัน	6	2.4
อื่นๆ	39	15.6

โดยรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 87.2 มีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.87 (S.D. = 1.24) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ร้อยละ 90.4 (Mean = 4.27, S.D.= 0.49) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค ร้อยละ 80.8 (Mean = 4.01, S.D. = 0.44) ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ร้อยละ 94.0 (Mean = 4.40, S.D. = 0.42) ด้านการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ร้อยละ 92.4 (Mean = ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ร้อยละ 90.4 (Mean = 4.27, S.D. = 0.49) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค ร้อยละ 80.8 (Mean = 4.01, S.D. = 0.44) ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ร้อยละ 94.0 (Mean = 4.40, S.D. = 0.42) ด้านการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ร้อยละ 92.4 (Mean = 4.19, S.D. = 0.41) และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.6 (Mean = 3.51, S.D. = 0.36) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละของปัจจัยด้านต่างๆ จำแนกตามระดับ (n = 250)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
ด้านความรู้เกี่ยวกับวัณโรค	
ระดับสูง (8-10 คะแนน)	218 (87.2)
ระดับปานกลาง (6-7 คะแนน)	27 (10.8)
ระดับต่ำ (0-5 คะแนน)	5 (2.0)
(Mean = 8.87, S.D. = 1.24)	
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค	
ระดับสูง (3.68-5.00 คะแนน)	226 (90.4)
ระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน)	24 (9.6)
(Mean = 4.27, S.D. = 0.49)	
ด้านการรับรู้การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค	
ระดับสูง (3.68-5.00 คะแนน)	202 (80.8)
ระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน)	48 (19.2)
(Mean = 4.01, S.D. = 0.44)	
ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค	
ระดับสูง (3.68-5.00 คะแนน)	235 (94.0)
ระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน)	15 (6.0)
(Mean = 4.40, S.D. = 0.42)	
ด้านการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค	
ระดับสูง (3.68-5.00 คะแนน)	231 (92.4)
ระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน)	19 (7.6)
(Mean = 4.19, S.D. = 0.41)	
ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง	
ระดับสูง (3.01-4.00 คะแนน)	229 (91.6)
ระดับปานกลาง (2.01-3.00 คะแนน)	21 (8.4)
(Mean = 3.51, S.D. = 0.36)	

2. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดพิจิตร ได้ทั้งหมด 2 ตัวแปร โดยเรียงลำดับ ตามความสามารถในการอธิบายผันแปรของผลการปฏิบัติงานจากมากไปหาน้อย ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค (β = 0.601, p-value < 0.001) และการดื่มแอลกอฮอล์ (β = - 0.125, p-value = 0.013) ซึ่งสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคได้ ร้อยละ 37.1 โดยสามารถเขียนสมการได้ดังนี้ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค = 1.226 + 0.507 (การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค) - 0.096 (การดื่มแอลกอฮอล์) ดังรายละเอียดตาราง 3

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดพิจิตร ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบขั้นตอน (n = 250)

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

Constant (a) = 1.322, R = 0.613, R^2 = 0.376, Adjusted R^2 Square = 0.371, F = 6.201, p-value < 0.001

* มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.6 มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.51, S.D. = 0.36) จากค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4 คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.91) และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 45.5 รวมถึงพบว่าพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อยู่ในระดับสูง (Park, 2020; Thirarattanasunthon, Sidae, Kongtuk, Mhadar, Wongrit, & Raksanam, 2021; Pradabpetch, 2021) ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับความรู้และคำแนะนำในการดูแลตนเอง รวมถึงการสื่อสารประชาสัมพันธ์ความรู้ ความเข้าใจวัณโรค จากบุคลากรสาธารณสุข และอสม. ในการสร้างความตระหนักถึงความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคให้กับผู้อื่น (Ministry of Public Health Thailand, 2017) จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองขณะป่วยเป็นวัณโรคเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคไปสู่บุคคลอื่นได้ในระดับสูง

2. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค

จากผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคที่สามารถทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคได้สูงที่สุด (β = 0.601) และการดื่มแอลกอฮอล์ (β = - 0.125) สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยอภิปรายรายละเอียดได้ดังนี้

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค พบว่า มีผลทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค และสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคได้สูงที่สุด (β = 0.601) ซึ่งอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลตนเองในสิ่งที่ควรปฏิบัติ ทั้งนี้อาจเกิดจากการได้รับคำแนะนำข้อมูลหรือความรู้จากบุคลากรและอสม. และได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ จึงทำให้บุคคลนั้นรับรู้ถึงความสำคัญในการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะป่วยเป็นวัณโรค สอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Roger, 1987) ที่กล่าวไว้ว่า การรับรู้ความสามารถตนเองเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถของตน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขั้นพื้นฐานที่จะทำให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตามโดยแท้จริง และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง จนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมของตนเองได้สำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wongchana & Songthap (2024) ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านในจังหวัดพิษณุโลก นอกจากนี้ยังพบว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Masoud et al. (2017) ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์

กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ Abdul, Gita, Resti & Sukadiono (2020) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของวัณโรค และ Patimin, Bunthan & Khungtumneam (2024) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดของผู้ต้องขังชายในเรือนจำ

การดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ผู้ที่ดื่มหรือเคยดื่มแอลกอฮอล์จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำกว่าผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ และสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคได้ (β = - 0.125) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jung (2018) ที่พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยาในผู้ป่วยวัณโรคผู้ใหญ่ เพราะเนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์อาจทำให้ผู้ป่วยไม่รับประทานยารักษาวัณโรค ส่งผลให้เกิดการไม่ปฏิบัติตามการใช้ยาอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีการดื่มแอลกอฮอล์ขณะทำการรักษาวัณโรค ซึ่งแอลกอฮอล์นั้นทำให้ไปลดประสิทธิภาพของยาลง เนื่องจากแอลกอฮอล์จะไปรบกวนกระบวนการทำงานของยาที่รับประทานขณะรักษาวัณโรค รวมถึงเมื่อดื่มแอลกอฮอล์แล้วส่งผลให้ลืมปรับพฤติกรรม เช่น ลืมรับประทานยา เป็นต้น ซึ่งการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากส่งผลให้การรักษาวัณโรคไม่ได้ประสิทธิภาพ หรือการรักษาอาจล้มเหลวได้แล้ว ยังส่งผลทำให้เกิดเป็นการดื้อยา และมีอัตราการกลับมาเป็นซ้ำได้ง่าย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

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

2. หน่วยงานภาครัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานหรือวางแผนการดำเนินงาน รวมทั้งสามารถนำผลการวิจัยไปต่อยอดพัฒนาโปรแกรมในการดำเนินงานได้ตามบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคมีการรับรู้ และเกิดความตระหนักในการดูแลตนเองจนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเพื่อค้นหาปัจจัยอื่น เช่น ระยะการเดินทางไปรักษา ช่องทางการรับข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนจากครอบครัว การอยู่ร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น ที่สามารถทำนายหรือส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่นอกเหนือจากผลการศึกษานี้ หรือใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มในการศึกษาผลของการศึกษานี้

2. ควรศึกษาเชิงกึ่งทดลอง วัดประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพด้านพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค

3. ควรศึกษาในกลุ่มเป้าหมายอื่น เช่น ผู้สัมผัสร่วมบ้าน ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคอย่างใกล้ชิด ในด้านของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรค หรือผู้ป่วยวัณโรคที่กลับเป็นซ้ำ เพื่อหาสาเหตุที่ทำให้กลับมาเป็นซ้ำในด้านพฤติกรรมในการดูแลตนเอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 12 แห่ง ในจังหวัดพิจิตร เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค โรงพยาบาลทุกแห่ง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลการทำวิจัย และขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ลุล่วงด้วยดีทุกประการ

เอกสารอ้างอิง

Abdul, A. A. H., Gita, M., Resti, U. A., & Sukadiono. (2020). Predictor factors of tuberculosis transmission prevention in Surabaya Indonesia. *Systematic Reviews in Pharmacy, 11*(8), 137-141.

Aek-apichon, T. (2018). Factors related to participation in tuberculosis prevention control of health volunteers at Bang-Lunk Health Promotion Hospital, Muang District, Chumporn Province. *Journal of Health Research and Innovation, 1*(1), 12-24. (in Thai)

Best, J. W. (1977). *Research in education*. (3rd ed.) Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw–Hill.

Chotchai, T. (2011). Factors related to the health care behaviors among pulmonary tuberculosis patient in the office of Public Health, Khon Kaen Province area. *Thai Dental Nurse Journal, 22*(1), 62-75. (in Thai)

Division of Tuberculosis Thailand. (2021). *National tuberculosis control programme guideline, Thailand 2021*. (2nd ed.). Bangkok: Aksorn Graphic and Design publishing house. (in Thai)

Division of Tuberculosis Thailand. (2024). *Pamphlet No.2 of END TB*. Retrieved January 25, 2025, from https://www.tbthailand.org/ (in Thai)

Jung, E. Y. (2018). Factors related to medication adherence in adult patients with tuberculosis. *Korean Journal of Adult Nursing, 30*(5), 493-503.

Lee, H. K., & Lee, G. U. (2024). Factors related to self-care in Korean patients with tuberculosis: A systematic review and meta-analysis. *Medicine 2024, 103*(39), e39920. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000039920

Masoud, Z., Zakieh, A., Mohammad, V., & Hamidreza, B. T. (2017). Investigating the relationship between components of Pender's Health Promotion Model and self-care behaviors among patients with smear-positive pulmonary tuberculosis. *Evidence Based Care Journal, 6*(4), 7-17.

Ministry of Public Health Thailand. (2017). *Thailand operational plan to end tuberculosis 2017-2021*. (Ed.). Bangkok: Aksorn Graphic and Design publishing house. (in Thai)

Ministry of Public Health Thailand. (2021). *National tuberculosis information program*. Retrieved June 12, 2021, from https://ntip-ddc.moph.go.th/ (in Thai)

Ministry of Public Health Thailand. (2025). *NTIP (National tuberculosis information program)*. Retrieved January 25, 2025, from https://ntipapp.ddc.moph.go.th/ntip_frontend/TreatmentOutcome (in Thai)

Muahama, S., Maedong, N, Pimwong, S., Booonrod, T., Simla, W., & Sriraksa, S. (2019). Patient and health system delay in pulmonary tuberculosis: Systematic review. *Journal of Health Science, Thaksin University, 1*(2), 40-49. (in Thai)

Noorratri, E., Margawati, A., & Dwidiyanti, M. (2017). Improving self-efficacy and physical self-reliance of patients with pulmonary tuberculosis through mindfulness. *Nurse Media Journal of Nursing, 6*(2), 81-90.

Park, E. H. (2020). Support system, stigma and self-care behaviors in patients with pulmonary tuberculosis. *Journal of Korean Biological Nursing Science, 22*(4), 288-296.

Patimin, K., Bunthan, W., & Khungtumneam, K. (2024). Factors predicting pulmonary tuberculosis infection prevention behavior among male prisoners in a provincial prison, the Southern Region. *Nursing Journal CMU, 52*(1), 225-268.

Pradabpetch, C. (2021). Tuberculosis perceptions and prevention behavior among village health volunteer in Nong Saeng District, Saraburi Province. *Journal of Medical and Public Health Region 4, 11*(2), 60-71. (in Thai)

Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In Cacioppo, J. T. & Petty, R. E (Eds.), *Social Psychophysiology* (pp. 153-177). New York, NY: Guilford Press.

Thirarattanasunthon, P., Sidae, S., Kongtuk, T., Mhadar, A., Wongrit, P., & Raksanam, B. (2021). Factors associated with self-care behaviors among new pulmonary tuberculosis cases in Thasala Hospital, Nakhon Si Thammarat Province. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences, 4*(2), 138-147. (in Thai)

Wayne, W. D. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences*. (10th ed.). New York: John Wiley & Son, Inc.

Wongchana, T., & Songthap, A. (2024). Factors affecting tuberculosis (TB) prevention behaviors among household contacts in Phitsanulok Province, Northern Thailand: Implications for TB prevention strategy plan. *BMC Infectious Diseases, 24*(1), 1429. https://doi.org/10.1186/s12879-024-10327-x. (in Thai)

World Health Organization. (2024, October 29). *Global tuberculosis report 2024*. Retrieved January 25, 2025, from https://www.who.int/publications/i/item/9789240101531