

Factors Predicting Preventive Behaviors among Household Contacts of Patients with Tuberculosis*

Sureeporn Thongcherd, RN, MNS¹, Wimolrat Puwarawuttipanit, RN, PhD¹, Warunee Phligbua, RN, PhD¹, Yong Rongrungruang, MD²

Abstract

Purpose: To study the predictability of gender, caregiver burdens, perceived stigma, and motivation on preventive behaviors among household contacts of patients with tuberculosis.

Design: Predictive correlational research.

Methods: The participants consisted of 132 caregivers aged 18 years and older who were household contacts and primary caregivers of patients with tuberculosis and provided close care for more than 120 hours per month. Data were collected at the outpatient tuberculosis clinic of one secondary hospital using a demographic questionnaire, the Caregiver Burdens Assessment Form, the Emic Stigma Score, the Tuberculosis Prevention Motivation Questionnaire, and the Tuberculosis Prevention Behavior for Household Contacts. Multiple linear regression was used for the data analysis.

Main findings: The results revealed that preventive behaviors of tuberculosis were at a high level ($\bar{X} = 83.80$, $SD = 5.02$). Females had better behaviors than males. Overall, caregiver burden was at low level ($\bar{X} = 17.53$, $SD = 7.91$); perceived stigma was indicated as high level ($\bar{X} = 18.35$, $SD = 3.38$) and motivation for preventing tuberculosis was at high level ($\bar{X} = 17.16$, $SD = 1.66$). All study factors together explained 25% of the variance in the preventive tuberculosis behaviors ($R^2 = .25$); and each factor was significant predictor. Motivation for preventing tuberculosis had the highest predictability on the preventive behavior of tuberculosis ($\beta = .39$, $p = .001$).

Conclusion and recommendations: The study results could be applied as baseline information for healthcare providers to develop practice guidelines and programs for promoting preventive behaviors among household contacts of patients with tuberculosis.

Keywords: caregiver burdens, household contact, perceived stigma, preventive behaviors, pulmonary tuberculosis

Nursing Science Journal of Thailand. 2025;43(4):348-361.

Corresponding Author: Associate Professor Wimolrat Puwarawuttipanit, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700 Thailand; e-mail: wimolrat.puw@mahidol.ac.th

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

² Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Received: 24 April 2025 / Revised: 3 June 2025 / Accepted: 7 June 2025

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัส ร่วมบ้านผู้ป่วยโรคปอด*

สุรียพร ทองเชิด, พย.ม.¹ วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, ประ.ด.¹ วารุณี พลิกบัว, ประ.ด.¹ ยงค์ รุ่งเรือง, พ.บ.²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัย เพศ ภาระในการดูแล การรับรู้การตีตราและแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคปอด

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างจำนวน 132 ราย เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอด อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปและอาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโรคปอดอย่างน้อย 120 ชั่วโมงใน 1 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลที่หน่วยตรวจโรคอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลหุติยภูมิแห่งหนึ่ง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง แบบบันทึกประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอด แบบสอบถามภาระในการดูแล แบบสอบถามการรับรู้การตีตราในโรค แบบสอบถามแรงจูงใจในการป้องกันโรค และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคปอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 83.80$, $SD = 5.02$) โดยเพศหญิงมีพฤติกรรมดีกว่าเพศชาย มีภาระในการดูแลระดับน้อย ($\bar{X} = 17.53$, $SD = 7.91$) มีการรับรู้การตีตราระดับสูง ($\bar{X} = 18.35$, $SD = 3.38$) และมีแรงจูงใจในการป้องกันโรคระดับสูง ($\bar{X} = 17.16$, $SD = 1.66$) ปัจจัยที่ศึกษาทุกตัวรวมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยได้ร้อยละ 25 ($R^2 = .25$) โดยปัจจัยด้าน เพศ ภาระในการดูแล การรับรู้การตีตรา และแรงจูงใจในการป้องกันโรค เป็นปัจจัยทำนายอย่างมีนัยสำคัญ แรงจูงใจในการป้องกันโรคมีอำนาจการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้มากที่สุด ($\beta = .39$, $p = .001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญสำหรับบุคลากรสุขภาพในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ และสร้างโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคปอดต่อไป

คำสำคัญ: ภาระในการดูแล การรับรู้การตีตรา ผู้สัมผัสร่วมบ้าน พฤติกรรมการป้องกัน โรคปอด

วารสารพยาบาลศาสตร์. 2568;43(4):348-361.

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: รองศาสตราจารย์วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: wimolrat.puw@mahidol.ac.th

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 24 เมษายน 2568 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 3 มิถุนายน 2568 / วันที่ตอบรับบทความ: 7 มิถุนายน 2568

ความสำคัญของปัญหา

วัณโรคปอด (pulmonary tuberculosis) เป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจ โดยติดเชื้อแบคทีเรียในกลุ่ม mycobacterium tuberculosis complex อาการคือ มีไข้ ไอจัดมากกว่า 2-3 สัปดาห์ บางคนไอเป็นเลือด เจ็บหน้าอก เหนื่อยง่าย น้ำหนักลด อ่อนเพลีย เป็นต้น¹ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 10.8 ล้านราย และเสียชีวิตจากวัณโรค 1.25 ล้านราย ส่วนผู้สัมผัสวัณโรคพบจำนวน 12 ล้านราย² สำหรับสถิติประเทศไทยปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 155 ต่อประชากรแสนคน และกลุ่มเสี่ยงผู้สัมผัสวัณโรค 3.9 ล้านราย ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง³ การรักษาและการรับประทานยาจะใช้ระยะเวลาต่อเนื่องนาน 4-6 เดือน ถ้าผู้ป่วยขาดยาหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง จะทำให้วัณโรคเกิดการดื้อยา และต้องใช้เวลารักษานานขึ้นอย่างน้อย 9 เดือน ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายของประเทศที่เพิ่มขึ้นและการรักษาไม่ต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 30-40 ภายใน 1 ปี และเสียชีวิตร้อยละ 50-65 ภายใน 5 ปี นอกจากนี้ผู้ป่วยวัณโรคจะได้รับความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจแล้ว อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ฝีในปอด ภาวะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด ปวดหลัง ข้อกระดูกอักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ เป็นต้น นอกจากนี้มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อวัณโรคไปสู่ผู้สัมผัสหรือสมาชิกในครอบครัวได้อีกด้วย วัณโรคจึงเป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ทั่วโลกต้องรับมือและแก้ไขปัญหา⁴

พฤติกรรมการป้องกันวัณโรค หมายถึง การปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองของผู้ดูแลที่สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคปอด เพื่อหลีกเลี่ยงและป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยวัณโรค โดยพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านติดเชื้อวัณโรคเกิดจากการสัมผัสเสมหะ สิ่งคัดหลั่ง การใช้ห้องและรับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วยวัณโรค โดยร้อยละ 94 มีพฤติกรรมการสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง รับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วยวัณโรคทั้งก่อน

เริ่มและหลังการรักษา⁵ รวมถึงใช้เวลาในการสัมผัสวัณโรคมากกว่า 5 ชั่วโมง/วัน ซึ่งเสี่ยงเป็นวัณโรคแฝงสูงถึงร้อยละ 67.2⁶ สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคมีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.28$, $SD = 0.34$) ปฏิบัติกิจกรรมป้องกันวัณโรคที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การจัดการสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน การช่วยกำจัดน้ำลายและเสมหะ การรับประทานอาหารโดยไม่ใช้ช้อนกลาง ไม่สวมใส่หน้ากากอนามัยขณะอยู่ในบ้าน ไม่แยกห้องนอนและการใช้ถังขยะที่ไม่มีฝาปิด เป็นต้น⁷ และมีเพียงร้อยละ 34.4 ที่เข้ารับการคัดกรองวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้าน⁸

การศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎี PRECEDE-PROCEED model พัฒนาโดย Green และ Kreuter⁹ ในการวางแผนส่งเสริมการป้องกันวัณโรค ประกอบด้วย 9 ระยะ ได้แก่ PRECEDE คือ ระยะที่ 1-4 เป็นระยะวิเคราะห์วินิจฉัยปัญหาพฤติกรรมสุขภาพในการศึกษารั้งนี้ใช้ระยะที่ 3 วิเคราะห์พฤติกรรมในการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้าน และใช้ระยะที่ 4 วิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมว่ามีปัจจัยใดที่ส่งผลต่อพฤติกรรม ได้แก่ เพศและการรับรู้การตีตราในวัณโรคเป็นปัจจัยนำ ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานในตัวบุคคลที่ทำให้เกิดประสบการณ์ความรู้ ความเชื่อ ทศนคติ ส่งผลให้ผู้สัมผัสวัณโรคปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค ปัจจัยด้านแรงจูงใจเป็นปัจจัยเสริมที่กระตุ้นหรือยับยั้งพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค และปัจจัยด้านภาระในการดูแลเป็นปัจจัยเอื้อที่จะเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคได้ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยวัณโรคนั้นเป็นภาระหนัก ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า ขาดการดูแลสุขภาพของตนเอง หลังจากนั้นวางแผนดำเนินงาน ลงมือปฏิบัติและประเมินผลลัพธ์พฤติกรรมการป้องกันวัณโรค โดยอยู่ในระยะ PROCEED ที่ 7-8 ของกรอบแนวคิดทฤษฎี

การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสผู้ร่วมบ้านในต่างประเทศ พบปัจจัยระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่แตกต่างกัน¹⁰⁻¹¹ ประเทศไทยพบเพศหญิงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคดีกว่าเพศชาย เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹² เนื่องจากโรคเป็นโรคติดต่อเชื้อเรื้อรังส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ต้องพึ่งพาผู้ดูแลและครอบครัว จากการศึกษาของ Wu และคณะ¹³ ศึกษาความสัมพันธ์ของภาระในการดูแลกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้สัมผัสผู้ร่วมบ้านพบร้อยละ 53 มีอาการเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับลดลง ซึมเศร้า ส่งผลให้ไม่ป้องกันตนเองจากโรค Fena และ Sotana¹⁴ ศึกษาการรับรู้การตีตราโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรค พบผู้สัมผัสผู้ร่วมบ้านต้องเผชิญกับการถูกตีตราจากสังคม ถูกปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน ทำให้ผู้สัมผัสไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วยในบ้าน และไม่มีการป้องกันตนเองเพื่อให้สังคมยอมรับ สอดคล้องกับการศึกษาของ อติศักดิ์ พละสาร¹⁵ พบทั้งผู้ป่วยและครอบครัวจะหลีกเลี่ยงการสวมหน้ากากอนามัย เพราะเกรงชุมชนจะมองว่าเป็นโรคร้ายแรง ดังนั้นปัจจัยด้านการตีตราอาจเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสผู้ร่วมบ้านเช่นกัน ขวัญใจ มอนโรสง, จีราภรณ์ ธรรมบุตร และวนลดา ทองใบ¹⁶ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการป้องกันโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสผู้ร่วมบ้านพบว่า แรงจูงใจทำให้ผู้สัมผัสโรคมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคได้ จึงแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรค การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคปอดจึงมีความจำเป็น เนื่องจากอาจมีปัจจัยด้านภาระในการดูแลและการรับรู้การตีตราที่ไม่พบการศึกษา

และอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเพื่อสามารถนำข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลส่งเสริมให้ผู้ใกล้ชิดหรือผู้สัมผัสโรคมีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ลดการแพร่กระจายเชื้อโรคได้เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัย เพศ ภาระในการดูแล การรับรู้การตีตราและแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคปอด

สมมติฐานการวิจัย

เพศ ภาระในการดูแล การรับรู้การตีตราและแรงจูงใจในการป้องกันโรค มีอย่างน้อย 1 ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคปอดได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบพรรณนาหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research) โดยทำการศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยที่อยู่อาศัยร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอด อายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ติดตามผู้ป่วยมารับการรักษาที่หน่วยตรวจโรคอายุรศาสตร์ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบสะดวก (convenience sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ ผู้ดูแลอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เป็นผู้ดูแลใกล้ชิดและอาศัยอยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอด โดยใช้ระยะเวลาดูแลใกล้ชิดอย่างน้อย 120 ชั่วโมงใน 1 เดือน ตามคานิยามผู้สัมผัสใกล้ชิดของกรมควบคุมโรค สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ และสื่อสารภาษาไทยได้

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ .08 ค่าแอลฟาที่ .05 ส่วนค่าอิทธิพล (effect size) นั้นไม่สามารถคำนวณจากงานวิจัยในอดีต เนื่องจากไม่พบการศึกษาใกล้เคียง จึงกำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง f^2 เท่ากับ .15¹⁷ และคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร $N = \lambda / f^2$ ¹⁸ ด้วยจำนวนตัวแปรต้น 4 ตัว จะได้ตัวอย่างจำนวน 132 ราย

เครื่องมือการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบ่งออกเป็น 2 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคปอด และประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยวัณโรคปอด (เก็บจากเวชระเบียน)

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างเอง ลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามชนิดเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง โดยให้ผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคปอดเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จำนวน 21 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยด้วยวัณโรคในครอบครัว รายได้ของผู้ป่วยต่อเดือน รายได้ภายในครอบครัวต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว สิทธิการรักษา ลักษณะที่พักอาศัย สภาพแวดล้อมความสัมพันธ์กับผู้ป่วย จำนวนสมาชิกที่อยู่ร่วมบ้านเดียวกัน ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย/วัน การแยกห้องนอนกับผู้ป่วยและอาการผิดปกติที่บ่งบอกว่า เป็นวัณโรค

1.2 ประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยวัณโรคปอด (สำหรับผู้วิจัย) จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ Barthel Activities of Daily Living (ADL) ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยวัณโรค ระยะเวลาที่เริ่มรับประทานยาต้านวัณโรค

ประเภทของผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งหรือโรคประจำตัว ผลเสมหะ (AFB Smear) ผลการเสมหะเพาะเชื้อ Gene-xpert

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามและแบบประเมิน

2.1 แบบประเมินภาระในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง พัฒนาโดย Zarit SH, Todd และ Zarit JM¹⁹ สำหรับประเมินประสบการณ์ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้พิการต่าง ๆ ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ดูแล แปลเป็นไทยโดย ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัณ²⁰ ประเมินประสบการณ์ความเครียด แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความตึงเครียดส่วนบุคคล ด้านความขัดแย้งในตนเอง ด้านความรู้สึกผิด ด้านเจตคติที่ไม่แน่นอน มีจำนวน 22 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จาก 0 (ไม่เคยเลย) ถึง 4 (เป็นประจำ) คะแนนมีค่าอยู่ระหว่าง 0-88 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง เป็นภาระมาก คะแนน 61-88 หมายถึง เป็นภาระมาก คะแนน 41-60 หมายถึง เป็นภาระปานกลาง คะแนน 21-40 หมายถึง เป็นภาระน้อย คะแนน 0-20 หมายถึง ไม่เป็นภาระ

2.2 แบบสอบถามการรับรู้การติตราในโรคเรื้อรังและวัณโรค พัฒนาขึ้นโดย van Brakel และคณะ²¹ แปลเป็นภาษาไทยโดย ศีลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์ และคณะ²² แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านความอับอายด้วยค่าและก่อให้เกิดความเดือดร้อนต่อคนอื่น ๆ ด้านผลของวัณโรคที่มีต่อคนเป็นโรคและครอบครัว มีข้อความทั้งหมด 15 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ จาก 0 (ไม่ทราบ/ไม่ใช่) ถึง 2 (ใช่) คะแนนมีค่าอยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน คะแนนมากกว่า 8 หมายถึง มีการรับรู้การติตรา

2.3 แบบสอบถามแรงจูงใจในการป้องกันวัณโรค พัฒนาขึ้นโดย ชีระพงษ์ จำพุลี²³ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยโดยทั่วไป ด้านความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ด้านความร่วมมือในการป้องกันโรค ด้านการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก มีข้อความทั้งหมด

10 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่าของลิเคอร์ท (Likert scale) 3 ระดับจาก 0 (ไม่เห็นด้วย) ถึง 2 (เห็นด้วย) คะแนนมีค่าอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน คะแนนมากกว่า 16 หมายถึง มีแรงจูงใจในการป้องกันโรคสูง

2.4 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอด พัฒนาขึ้นโดย ขวัญใจ มอนโรสง, จีราภรณ์ ธรรมบุตร และวนลดา ทองใบ¹⁶ ประเมินเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอดทางตรงและทางอ้อม แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการมีความรู้ในการป้องกันโรค ด้านการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ ด้านการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อโรค มีข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับจาก 1 (ไม่เคยปฏิบัติเลย) ถึง 5 (ปฏิบัติเป็นประจำ/สม่ำเสมอ) คะแนนมีค่าอยู่ระหว่าง 0-95 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคระดับดี คะแนน 71-95 หมายถึง ระดับดี คะแนน 45-70 ระดับพอใช้ คะแนน 19-44 ระดับปรับปรุง

แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตจากผู้วิจัยเจ้าของเครื่องมือวิจัยในการใช้และมีการตรวจสอบความตรงและความเหมาะสมของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) ของแบบสอบถามภาระในการดูแล .85 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกัน .82 แบบประเมินการรับรู้การตีตรา .73 แบบสอบถามแรงจูงใจในการป้องกันโรค .78 นำไปทดลองใช้กับผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคปอดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามภาระในการดูแล เท่ากับ .88 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค .81 แบบประเมินการรับรู้การตีตรา .78 แบบสอบถามแรงจูงใจในการป้องกันโรค .78

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (COA no. Si 693/2021) ผู้วิจัยดำเนินการเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงประโยชน์ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นให้ทราบ มีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และสามารถถอนตัวจากโครงการได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ซึ่งไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ ผู้วิจัยขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ จะนำเสนอในภาพรวม และถ้าหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยในครั้งนี้ สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทุกรายยินดีเข้าร่วมวิจัยและไม่มีการถอนตัวออกจากการวิจัย ในระหว่างการเก็บข้อมูล

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเองที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2564 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 หลังจากได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ทำการศึกษแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช เพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย และขอความร่วมมือในการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยแก่ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคปอด พร้อมทั้งสอบถามความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความสนใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะเข้าพบเพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย และลงชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน จากนั้นผู้วิจัยแจกแบบสอบถามจำนวน 7 ชุด ผู้ดูแลใช้เวลาประมาณ 30-45 นาทีในการตอบแบบสอบถาม ในระหว่างรอพบแพทย์ และส่งแบบสอบถามคืนในกล่องที่ผู้วิจัย

จัดไว้ให้ ผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบ 132 ราย และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนี้ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าพิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ค่าประสิทธิสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) และพอยท์ไบซีเรียล (point bi-serial correlation) ระหว่างตัวแปรทั้ง 4 แปร พบว่ามีค่าไม่เกิน .65 แสดงว่าตัวแปรอิสระที่ศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กันเอง และเนื่องจากข้อมูลตัวแปรที่ศึกษาเป็นตัวแปรต่อเนื่อง มีหนึ่งตัวแปรเป็นตัวแปรหุ่น กำหนดค่าเป็น 0 = หญิง กับ 1 = ชาย ตัวแปรทุกตัวมีการแจกแจงแบบเป็นโค้งปกติ ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ และค่า Variable Inflation Factor เป็นอิสระต่อกัน จึงใช้การวิเคราะห์สถิติถดถอยแบบเส้นตรงพหุคูณแบบเข้าพร้อมกัน (all enter multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด เป็นเพศหญิงร้อยละ 76.5 มีอายุเฉลี่ย 43.70 (SD = 12.23) เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธร้อยละ 90.2 ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวร้อยละ 32.6 รองลงมาอาชีพพนักงานเอกชน ร้อยละ 24.2 สามในสี่หรือร้อยละ 74.2 ไม่มีโรคประจำตัว เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 88.2 และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 82.4 มีระดับการศึกษาประกาศนียบัตร/อนุปริญญา ร้อยละ 31.8 รองลงมาการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 28.1 สามในสี่หรือร้อยละ 75.8 มีสถานภาพคู่ รายได้เฉลี่ย 16,037.88 บาท (SD = 9,005.00) รายได้ครอบครัวเฉลี่ย

21,181.82 บาท (SD = 14,437.45) มากกว่าครึ่งหรือร้อยละ 66.7 มีรายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 41.7 ประกันสังคมร้อยละ 28 ลักษณะที่พบบ่อยเป็นแบบบ้านเดี่ยวร้อยละ 73.5 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหรือร้อยละ 67.4 เป็นสามี/ภรรยา รองลงมา เป็นบิดา/มารดาร้อยละ 26.5 และสามในสี่หรือร้อยละ 74.2 ไม่นอนแยกห้องนอน

1.2 ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอด เป็นเพศชาย ร้อยละ 78 เพศหญิงร้อยละ 22 อายุเฉลี่ย 51.81 (SD = 17.14) มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยน้อยกว่า 2 สัปดาห์ร้อยละ 56.1 ระยะเวลาที่เริ่มรับประทานยามากกว่า 2 สัปดาห์ร้อยละ 55.3 เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ร้อยละ 90.9 เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 72.7 รองลงมาเป็นโรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 65.5 ผลเสมหะ AFB Positive 1+ ร้อยละ 72 รองลงมา AFB Positive 2+ ร้อยละ 17.4 ได้รับการส่งตรวจ Gene-xpert ร้อยละ 66.7 ผู้ป่วยวัณโรคปอดทั้งหมดต้องการให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านจัดหาอาหารและติดตามการรับประทานยา ร้อยละ 100 ต้องการกำลังใจผ่อนคลายความเครียดร้อยละ 91.7 และดูแลพาไปตรวจที่โรงพยาบาลร้อยละ 83.3

2. ลักษณะของตัวแปรที่ศึกษา

ผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้านมีคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลน้อยมาก ($\bar{X} = 17.53$, SD = 7.91) อาจพิจารณาได้ว่าอยู่ในระดับไม่เป็นภาระ เมื่อจำแนกตามองค์ประกอบของภาระในการดูแลทั้ง 4 ด้านพบว่า ด้านความเครียดส่วนบุคคล ($\bar{X} = 8.77$, SD = 1.22) ด้านความขัดแย้งในตนเอง ($\bar{X} = 4.18$, SD = 1.25) ด้านความรู้สึกผิด ($\bar{X} = 2.43$, SD = 1.96) และด้านเจตคติที่ไม่แน่นอน ($\bar{X} = 2.15$, SD = 1.87)

การรับรู้การตีตราพบว่า ผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้านทั้งหมดมีการรับรู้การตีตรา ($\bar{X} = 18.35$, SD = 3.38) เมื่อจำแนกตามองค์ประกอบของการรับรู้การตีตราทั้ง 2 ด้านพบว่า

ด้านความอับด้อยค่าและก่อให้เกิดความเดือดร้อนต่อคนอื่น ๆ ($\bar{X} = 4.56$, $SD = 1.75$) ด้านผลของวินโรคที่มีต่อผู้ป่วยวินโรคและครอบครัว ($\bar{X} = 13.97$, $SD = 1.94$)

แรงจูงใจในการป้องกันวินโรค ผู้สัมผัสวินโรคร่วมบ้าน มีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 17.16$, $SD = 1.66$) เมื่อจำแนกตามองค์ประกอบของการรับรู้การตีตราทั้ง 4 ด้าน พบว่าด้านการใส่ใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ($\bar{X} = 5.11$, $SD = .89$) ด้านความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ($\bar{X} = 3.56$, $SD = .97$) ด้านความร่วมมือในการป้องกันโรค ($\bar{X} = 3.37$, $SD = .88$)

ด้านการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก ($\bar{X} = 5.12$, $SD = 1.05$)

พฤติกรรมการป้องกันวินโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้ป่วยวินโรคปอดอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 83.80$, $SD = 5.02$) เมื่อจำแนกตามองค์ประกอบของพฤติกรรมการป้องกันวินโรคฯ ทั้ง 3 ด้าน พบว่าด้านการมีความรู้ในการป้องกันวินโรค ($\bar{X} = 24.98$, $SD = 1.45$) ด้านการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ ($\bar{X} = 39.11$, $SD = 3.22$) ด้านการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อวินโรค ($\bar{X} = 19.71$, $SD = 3.97$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 พิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของภาวะในการดูแล การรับรู้การตีตราและแรงจูงใจในการป้องกันวินโรค แยกเป็นรายด้าน (N = 132)

ตัวแปร	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยที่เป็นจริง	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
ระดับภาวะในการดูแล	0-88	5-69	17.53	7.91	ไม่เป็นภาวะ
ไม่เป็นภาวะ	0-20	5-20			
เป็นภาะน้อย	21-40	21-38			
เป็นภาะปานกลาง	41-60	41-60			
เป็นภาะมาก	61-88	61-69			
องค์ประกอบภาวะในการดูแล					
- ด้านความเครียดส่วนบุคคล	0-36	1-32	8.77	1.22	
- ด้านความขัดแย้งในตนเอง	0-16	2-13	4.18	1.25	
- ด้านความรู้สึกลึกซึ้ง	0-20	1-12	2.43	1.96	
- ด้านเจตคติที่ไม่แน่นอน	0-16	1-12	2.15	1.87	
การรับรู้การตีตรา	0-30	8-30	18.35	3.38	รับรู้การตีตรา
ไม่มีการรับรู้การตีตรา	0-7	0-7			
มีการรับรู้การตีตรา	8-30	8-30			
องค์ประกอบการรับรู้การตีตรา					
- ด้านความอับด้อยค่าและก่อให้เกิดความเดือดร้อนต่อคนอื่น	0-10	3-10	4.56	1.75	
- ด้านผลของวินโรคที่มีต่อผู้ป่วยวินโรคและครอบครัว	0-20	10-20	13.97	1.94	
แรงจูงใจในการป้องกันวินโรค	0-20	14-20	17.16	1.66	ระดับสูง
ระดับต่ำ	0-15	14-15			
ระดับสูง	16-20	16-20			
องค์ประกอบแรงจูงใจในการป้องกันโรค					
- ด้านการใส่ใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองโดยทั่วไป	0-6	4-6	5.11	0.89	
- ด้านความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ	0-4	4-6	5.11	0.89	
- ด้านความร่วมมือในการป้องกันโรค	0-4	2-4	3.37	0.88	
- ด้านการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก	0-6	5-6	5.12	1.05	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปร	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยที่เป็นจริง	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
ระดับพฤติกรรมกำบังกันวันโรค	19-95	69-95	83.80	5.02	ระดับดี
ระดับต้องปรับปรุง	19-44	19-44			
ระดับพอใช้	45-70	69-70			
ระดับดี	71-95	71-95			
องค์ประกอบพฤติกรรมกำบังกันวันโรค					
- ด้านการมีความรู้ในการกำบังกันวันโรค	5-25	22-25	24.98	1.45	
- ด้านการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ	10-50	34-40	39.11	3.22	
- ด้านการดูแลสุขภาพเพื่อลดโอกาสในการติดเชื้อ	4-20	17-20	19.71	3.97	

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ผลการวิเคราะห์พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกำบังกันวันโรคของผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านผู้ป่วยวันโรคปอด ($r = .26, p < .01$) ภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมกำบังกันวันโรคของผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านผู้ป่วยวันโรคปอด ($r = -.25, p < .01$)

การรับรู้การตีตรามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมกำบังกันวันโรคของผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านผู้ป่วยวันโรคปอด ($r = -.23, p < 0.1$) แรงจูงใจในการกำบังกันวันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมกำบังกันวันโรคของผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านผู้ป่วยวันโรคปอด ($r = .45, p < 0.1$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (N = 132)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. เพศ ¹	1				
2. ภาระในการดูแล ²	.04	1			
3. การรับรู้การตีตรา ²	-.12	.10	1		
4. แรงจูงใจในการกำบังกันวันโรค ²	-.20*	-.26***	-.15	1	
5. พฤติกรรมกำบังกันวันโรค ²	.26	-.25***	-.23***	.45***	1

¹ point-biserial correlation (เพศหญิง = 0, เพศชาย = 1), ² Pearson product moment correlation, * $p < .05$, *** $p < .01$

4. การวิเคราะห์ถดถอยแบบเส้นตรงพหุคูณระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยวิธีนำตัวแปรอิสระทั้งหมด คือ เพศ ภาระในการดูแล การรับรู้การตีตรา และแรงจูงใจในการกำบังกันวันโรคปอดเข้าสมการถดถอยพร้อมกัน พบว่า

เพศ ภาระในการดูแล การรับรู้การตีตรา และแรงจูงใจในการกำบังกันวันโรคปอด สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกำบังกันวันโรคของผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านผู้ป่วยวันโรคปอดได้ร้อยละ 25 ($R^2 = .25, F = 13.97, p < .01$) โดยปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายมากที่สุดคือ แรงจูงใจในการกำบังกันวันโรค ดังตารางแสดงที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ถดถอยแบบเส้นตรงพหุคูณระหว่าง เพศ ภาระในการดูแล การรับรู้การตีตรา แรงจูงใจในการป้องกัน วัณโรคปอด และพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด (N = 132)

ตัวแปร	b	Std. Error	β	t	p
Constant	81.80	2.98		27.44	< .001
เพศ ¹	.24	.89	.17	2.98	.003*
ภาระในการดูแล	-.09	.05	-.13	-3.71	.048*
การรับรู้การตีตรา	-.22	.10	-.16	-2.84	.040*
แรงจูงใจในการป้องกันวัณโรค	.60	.12	.39	5.87	.001**

¹ เพศหญิง = 0, เพศชาย = 1, SE_{est} = ± 2.98 , R = .50, R² = .25, Adjusted R² = .23, df = 3, 132, F = 13.97, *p < .05, **p < .01

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด มีคะแนนระดับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคโดยรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 83.8 (SD = 5.02) คะแนนเฉลี่ย 4.45 (SD = 0.58) อยู่ในระดับดี อาจเนื่องมาจากการได้รับความรู้ในการป้องกันวัณโรคจากบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งความรู้ด้านการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อและการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ขวัญใจ มอนโรสง, จีราภรณ์ กรรมบุตร และวนลดา ทองใบ¹⁶ ที่พบว่า เมื่อผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้านได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันวัณโรคจากบุคลากรด้านสุขภาพ สื่อประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ เช่น บอร์ดความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และแผ่นพับ และจากการเห็นถึงอาการที่แสดงถึงความไม่สุขสบายจากอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ร่วมบ้าน จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคเช่นกัน เนื่องจากผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้านส่วนใหญ่ร้อยละ 76.5 เป็นเพศหญิงที่มีพฤติกรรมความเสี่ยงน้อยกว่าเพศชาย ใส่ใจในการดูแลตนเองมากกว่าเพศชาย ทั้งการไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมดีกว่าเพศชาย และเพศส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสวัณโรค ($\beta = 0.14$, $p = .030$)¹⁴ และการศึกษาของ จิตติมา ถมทอง และสุภาภรณ์ สุตหนองบัว¹² ที่พบว่า เพศหญิง

มีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคดีกว่าเพศชายเช่นกัน ผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้านส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน อายุเฉลี่ย 43.70 ปี (SD = 12.23) มีการรับรู้จดจำคำแนะนำ เข้าถึงความรู้ข้อมูลได้ดีกว่าช่วงวัยอื่น ๆ มีความรับผิดชอบต่อนตนเองสูงมากกว่าช่วงวัยอื่น ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขายธุรกิจส่วนตัว จำเป็นต้องป้องกันตนเองไม่ให้ติดเชื้อวัณโรคเพราะจะมีผลต่อการค้าขายธุรกิจได้ หากหยุดงานอาจขาดรายได้ และส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่บ้านเดี่ยว มีห้องหลายห้อง ไม่ได้อยู่แออัดใกล้ชิดเหมือนกับทาวนเฮ้าส์หรือหอพัก แบ่งห้องเป็นสัดส่วนชัดเจน

ภาระในการดูแลด้านความเครียดส่วนบุคคลอยู่ในระดับเป็นภาระน้อย ส่วนด้านความขัดแย้งในตนเอง ด้านเจตคติที่ไม่แน่นอน และด้านความรู้สึกผิดอยู่ในระดับไม่เป็นภาระ อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ผู้ดูแลที่สัมผัสวัณโรคร่วมบ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ความสัมพันธ์เป็นแบบสามีภรรยา ภาระตกจึงไปที่เพศหญิง แต่เนื่องจากภาระที่ได้รับเป็นสิ่งที่เพศหญิงทำอยู่แล้ว เช่น การจัดหาอาหาร การดูแลให้รับประทานยา การทำความสะอาด การจัดการสิ่งแวดล้อม การดูแลคู่ชีวิตจึงไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นภาระมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Hassani และคณะ²⁴ พบว่าครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคที่มีคู่สมรสที่เป็นผู้หญิง มีภาระน้อยในการดูแลน้อยหรือไม่มีภาระในการดูแล และโดยปกติอาการของผู้ป่วยจะมีการไอจืด อ่อนเพลียในช่วง 2 สัปดาห์แรก

แต่หากได้รับประทานยาตามแผนการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็ว กลับทำกิจวัตรประจำวันและทำงานได้เหมือนเดิม ซึ่งส่วนใหญ่ มี ADL อยู่ในเกณฑ์มีศักยภาพ ไม่ต้องการพึ่งพา สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ไม่ได้มีภาวะติดเตียง และผู้ป่วยวัณโรคบางคนต้องการให้ผู้ดูแลช่วยดูแลติดตาม การรับประทานยาและจัดหาอาหารให้เพียงเท่านั้น ซึ่ง กิจกรรมดังกล่าวเป็นสิ่งที่บุคคลในครอบครัวจัดหาให้อยู่แล้ว ผู้ป่วยบางคนสามารถรับประทานยาได้ด้วยตนเอง ผู้ดูแลจึงเห็นว่าเป็นภาระน้อยสำหรับตน และผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้านส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว จึงไม่มีปัจจัยที่รบกวนการดำเนินชีวิตส่วนตัว ที่สามารถกระทบมายังภาระในการดูแลได้

การศึกษาครั้งนี้พบการตีตราในผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้าน ที่สูง อาจเนื่องมาจากผู้สัมผัสส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีการรับรู้ การตีตรามากกว่าเพศชาย มีความอ่อนไหวกับคำนิทา กลัวการ ถูกตีตรามากกว่า และมีอายุระหว่าง 41-60 ปี เป็นวัยทำงาน บางคนมีหนี้มีตาในสังคม เป็นที่เคารพนับถือของเพื่อนร่วมงาน อีกทั้งมีอาชีพค้าขาย หากมีผู้ป่วยวัณโรคอยู่ในบ้าน จะส่งผลต่อกิจการค้าขาย คนในชุมชนจะรังเกียจไม่ติดต่อซื้อขายกับผู้สัมผัส วัณโรคด้วยเช่นกัน การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อติศักดิ์ พละสาร¹⁵ พบผู้ป่วยและครอบครัวจะหลีกเลี่ยงการ สวมหน้ากากอนามัย เพราะเกรงชุมชนจะมองว่าเป็นโรคร้ายแรง โดยผู้ขายจะถูกตีตราในที่ทำงานและในชุมชน ผู้หญิงจะถูก ตีตราจากเพื่อนบ้าน โดยสาเหตุที่ตีตราเนื่องมาจากกลัวการ ติดเชื้อวัณโรค คนภายนอกเข้าใจว่าวัณโรคเป็นโรคของคน สกปรก ติดเหล้า ว่างาน ครอบครัวไม่ดี ความคิดการตีตราเหล่านี้ นำไปสู่การเลือกปฏิบัติในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ตกงาน หางานไม่ได้ ถูกครอบครัวเพื่อนฝูงรังเกียจ ไม่สามารถแต่งงานได้ และ ไม่ได้รับการปฏิบัติที่ดี เมื่อผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้านไม่ได้รับ การดูแลสุขภาพจิตสังคมจะแย่ลง ขาดแรงจูงใจในการ แสวงหาการป้องกันและรักษาตนเอง

ผลการศึกษาแรงจูงใจในการป้องกันวัณโรค พบว่า มีคะแนนแรงจูงใจระดับสูง และมีอำนาจการทำนาย พฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้าน ผู้ป่วยวัณโรคปอดได้มากที่สุด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง มีความสนใจด้านสุขภาพอนามัย มีความพอใจที่จะยอมรับ คำแนะนำ และให้ความร่วมมือในการป้องกันโรค อาจเป็น เพราะได้รับปัจจัยเสริมที่สำคัญจากบุคลากรทางการแพทย์ และสถานพยาบาล ที่ให้ความรู้คำแนะนำในการปฏิบัติ พฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น การจัดสุขศึกษารายบุคคล และรายการ แจกแผ่นพับ การเข้าถึงของอาสาสมัครสุขภาพ ที่เป็นพี่เลี้ยงคอยดูแลให้คำปรึกษา เยี่ยมบ้าน ส่งผลให้ พฤติกรรมการป้องกันวัณโรคที่สูง¹² เมื่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้ป่วยวัณโรคปอดได้รับแรงจูงใจในการป้องกันที่ดี เช่น การรับรู้ ว่าโรควัณโรคเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายได้ การที่ได้ รับทราบวิธีการดูแลและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ที่ถูกต้อง การช่วยเหลือให้ได้รับอุปกรณ์ในการป้องกันการแพร่ กระจายเชื้อ จะส่งผลให้มีความมั่นใจมากขึ้น สอดคล้องกับ การศึกษาของ ขวัญใจ มอนโรสง, จีราภรณ์ กรรมบุตร และ วณิดา ทองใบ¹⁶ พบแรงจูงใจทำให้ผู้สัมผัสวัณโรคมีความมั่นใจ ว่าตนเองสามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคได้ จึงแสดงพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านเพศ ภาระ ในการดูแล การรับรู้การตีตรา และแรงจูงใจในการป้องกันวัณโรค ทุกตัวแปรสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิจัยดังกล่าว สามารถให้ข้อเสนอแนะได้ดังนี้

ด้านการปฏิบัติพยาบาล

1. พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนัก และให้ความสนใจเกี่ยวกับเรื่องพฤติกรรม การป้องกันวัณโรค ของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด ในการประเมิน ระดับพฤติกรรม การป้องกันวัณโรค รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ภาระในการดูแล การรับรู้การตีตรา และแรงจูงใจในการป้องกันวัณโรคที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด

2. ควรมีการให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย ว่าเป็นโรควัณโรค และขณะได้รับยารักษาวัณโรค โดยเฉพาะ ในระยะ 2 สัปดาห์แรกของการรักษา ซึ่งเป็นระยะที่มีการ แพร่กระจายเชื้อ เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน การดูแลตนเอง การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ทั้งปฏิบัติพฤติกรรมต่อตนเองและผู้อื่น เพื่อให้ผู้ป่วยและ ผู้สัมผัสมีความรู้ มีความมั่นใจและตระหนัก และมีแรงจูงใจ ในการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันวัณโรค

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. ควรมีการศึกษาพฤติกรรม การป้องกันวัณโรค ในระยะยาวอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน และควรมีการ เปรียบเทียบพฤติกรรม การป้องกันวัณโรคในระยะเวลาต่าง ๆ เพื่อเกิดความชัดเจนในการส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันวัณโรค ของผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด ในบริบทของ ประเทศไทย

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรม การป้องกัน วัณโรคของผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด เพิ่มเติมจากปัจจัยที่ศึกษาในครั้งนี้ เช่น ค่าใช้จ่ายในครัวเรือน ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่ช่วยสนับสนุน ในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ และสร้างโปรแกรมการส่งเสริม พฤติกรรม การป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้าน ผู้ป่วยวัณโรคปอดต่อไป

References

- Centers for Disease Control and Prevention. Signs and symptoms of tuberculosis [Internet]. Washington D.C.: CDC; 2024 [cited 2025 Jan 16]. Available from: <https://www.cdc.gov/tb/signs-symptoms/index.html>.
- World Health Organization. Tuberculosis [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [cited 2025 Jan 16]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>.
- Division of Tuberculosis, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Global tuberculosis report 2022 [Internet]. Nonthaburi: Division of Tuberculosis; 2022 [cited 2024 Nov 5]. Available from: https://www.tbthailand.org/download/form/S__9232386.jpg. (in Thai).
- Division of Tuberculosis, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. National tuberculosis control programme guideline, Thailand 2021 [Internet]. Nonthaburi: Division of Tuberculosis; 2021 [cited 2024 Aug 29]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1253220220330064337.pdf>. (in Thai).
- Zhang Y, Wu J, Hui X, Zhang P, Xue F. Knowledge, attitude, and practice toward tuberculosis prevention and management among household contacts in Suzhou Hospital, Jiangsu province, China. *Front Public Health*. 2024;12:1249971. doi: 10.3389/fpubh.2024.1249971.

6. Karbito K, Susanto H, Adi M, Sulistiyani S, Handayani O, Sofro M. Latent tuberculosis infection in family members in household contact with active tuberculosis patients in Semarang City. *J Public Health Afr.* 2022;13(2):2157. doi: 10.4081/jphia.2022.2157.
7. Kamnon K, Hunnirun P. Development of a health literacy model for tuberculosis prevention of household contacts using community participation in the 13th regional health Bangkok metropolis. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health.* 2023;33(2):11-25. (in Thai).
8. Oo MM, Tassanakijpanich N, Phyu MH, Safira N, Kandel S, Chumchuen K, et al. Coverage of tuberculosis and diabetes mellitus screening among household contacts of tuberculosis patients: a household-based cross-sectional survey from Southern Thailand. *BMC Public Health.* 2020;20(1):957. doi: 10.1186/s12889-020-09090-w.
9. Green LW, Krueter MW. Health promotion planning: an education and ecological approach. 3rd ed. Mountain View, CA: Mayfield Publishing; 1999. 621 p.
10. Peer V, Schwartz N, Green MS. Gender differences in tuberculosis incidence rates--A pooled analysis of data from seven high-income countries by age group and time period. *Front Public Health.* 2023;10:997025. doi: 10.3389/fpubh.2022.997025.
11. Boah M, Kpordoxah MR, Adokiya MN. Self-reported gender differentials in the knowledge of tuberculosis transmission and curative possibility using national representative data in Ghana. *PloS One.* 2021;16(7):e0254499. doi: 10.1371/journal.pone.0254499.
12. Thontong T, Sudnongbua S. Factors affecting tuberculosis preventive behaviors among people with tuberculosis contact in Bang Krathum district, Phitsanulok province. *Journal of Phrapokklao Nursing College.* 2023;34(2):84-95. (in Thai).
13. Wu S, Zhang H, Wang Y, Wang J, Zhang P, Asakawa T, et al. Call for special attention to the caregiver burden of patients with drug-resistant tuberculosis in low- and middle-income countries. *Biosci Trends.* 2023;17(5):405-8. doi: 10.5582/bst.2023.01243.
14. Fana TE, Sotana L. Exploring the experiences of family caregivers with people with drug-resistant tuberculosis. *Cogent Soc Sci.* 2021;7(1):1906494. doi: 10.1080/23311886.2021.1906494.
15. Phalasarn A. Health care model for tuberculosis patient in community, Muang District, Maha Sarakham Province [dissertation]. Mahasarakham: Mahasarakham University; 2020. 170 p. (in Thai).
16. Montaisong K, Kummabutr J, Thongbai W. The factors predicting tuberculosis preventive behaviors among the tuberculosis contacts in the Bangkok area and perimeter. *Journal of The Royal Thai Army Nurses.* 2017;18 Suppl 2:306-14. (in Thai).
17. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988. 567 p.

18. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 10th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer; 2017. 814 p.
19. Zarit SH, Todd PA, Zarit JM. Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study. *Gerontologist*. 1986;26(3):260-6. doi: 10.1093/geront/26.3.260.
20. Toonsiri C, Sunsern R, Lawang W. Development of the burden interview for caregivers of patients with chronic illness. *Journal of Nursing and Education*. 2011;4(1):62-75. (in Thai).
21. van Brakel WH, Sihombing B, Djarir H, Beise K, Kusumawardhani L, Yulihane R, et al. Disability in people affected by leprosy: the role of impairment, activity, social participation, stigma and discrimination. *Glob Health Action*. 2012;5. doi: 10.3402/gha.v5i0.18394.
22. Sermrittirong S, Rodchan S, Thanyakittkul P, Srikhumbor N, Kolkang N, Suksomket R, et al. Stigma and social distance of people towards people affected by leprosy in a community. *Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute*. 2019;13(2):66-77. (in Thai).
23. Japulee T. Attempts to prevent tuberculosis infection by household contact having a pulmonary tuberculosis patients in their family [master's thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2010. 125 p. (in Thai).
24. Hassani S, Shahboulagi FM, Foroughan M, Tabarsi P, Harouni GG, Jamaati H, et al. Relationship of family caregivers' associated factors with medication adherence among elderly with tuberculosis in Iran. *J Clin Tuberc Other Mycobact Dis*. 2024;37:100488. doi: 10.1016/j.jctube.2024.100488.