

ปัจจัยคัศสรรที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุ
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง



นางคมเนตร สกุลธนะศักดิ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS RELATED TO SELF- CARE PREVENTION FOR TUBERCULOSIS
IN OLDER PERSONS, LOWER NORTH EAST PART OF THAILAND



Mrs. Khomnate Sakuntasak

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2008

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

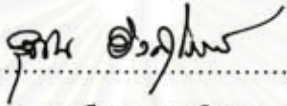
ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน
วัณโรคในผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

โดย


นางคมเนตร สกุลธนะศักดิ์

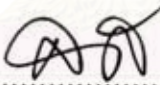
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลบัณฑิต


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)


.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์)


.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสม)

สํานักงานอธิการบดี
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คมนตรี สกุลธนะศักดิ์: ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง (SELECTED FACTORS RELATED TO SELF – CARE PREVENTION FOR TUBERCULOSIS IN OLDER PERSONS, LOWER NORTHEASTH PART OF THAILAND)

อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ.ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสาศย์, 131 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า ในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลประจำจังหวัดเขตสาธารณสุขที่ 14 จำนวน 130 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าความเที่ยงจากการคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .76, .84, .88, .92, .86, .81, 76 และ .91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติขั้นพื้นฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

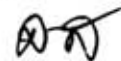
1. การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ระดับสูง ($\bar{X} = 3.75, SD. = .72$)
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .18, p < .05$)
3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .25, p < .05, \text{Beta} = .227$)
4. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .16, p < .05$)
5. ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.25, p < .05, \text{Beta} = -.225$)
6. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคและภาวะซึมเศร้าสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนต่อ การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 11.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถสร้างสมการพยากรณ์ในรูปของคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

Z_1 การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ = .227 Z_1 การรับรู้ประโยชน์ - .225 Z_2 ภาวะซึมเศร้า

สาขาวิชา การพยาบาลผู้สูงอายุ
ปีการศึกษา 2551

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา

5077558036: MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: TUBERCULOSIS / OLDER PERSON

KHOMNATE SAKUNTANASAK : SELECTED FACTORS RELATED TO SELF - CARE PREVENTION FOR TUBERCULOSIS IN OLDER PERSONS, LOWER NORTHEASTH PART OF THAILAND. THESIS ADVISOR : ASST. PROF. SIRIPHAN SASAT, PH.D., 131 PP.

The purposes of this descriptive research were to examine the relationships between self-care prevention for tuberculosis in older persons with factors related to perceived susceptibility, severity, benefits, barriers, social support, and depression. The sample consisted of 130 older persons from out patient department, Provincial hospital in North-Eastern region Zone 14, and were selected by multi-stage random sampling technique. Data were collected using five research instruments: demographic questionnaire, perceived susceptibility severity benefits and barriers, social support, self-care prevention for tuberculosis questionnaires and Thai Geriatric Depression Scale. The instruments were tested for content validity by a panel of experts. The reliability of instruments were .76, .84, .88, .92, .86, .76 and .94 respectively.

Data were analyzed using statistic methods, including frequency, mean, percentage, Standard deviation, Pearson Product-moment correlation, and stepwise multiple regression at the significant level of .05

Major findings were as follow:

1. Self-care prevention for tuberculosis in older persons was at high level ($\bar{X} = 3.75$, SD.= .72)
2. Perceived severity was positively significant correlated with Self-care prevention for tuberculosis in older persons ($r = .18$, $p < .05$)
3. Perceived benefits was positively significant correlated with Self-care prevention for tuberculosis in older persons ($r = .25$, $p < .05$, Beta = .227)
4. Social support was positively significant correlated with Self-care prevention for tuberculosis in older persons ($r = .16$, $p < .05$)
5. Depression was negatively significant correlated with Self-care prevention for tuberculosis in older persons ($r = -.25$, $p < .05$, Beta = -.225)
6. Perceived benefits and Depression variables significantly predicted Self-care prevention for tuberculosis in older persons. The predictive power was 11.2 percent of variance.

The equation derived from standardize score as listed;

$$\hat{Z} \text{ Self-care prevention for tuberculosis in older persons} = .227 Z_1 \text{ Perceived benefits} - .225 Z_2 \text{ Depression}$$

Field of study : Gerontological Nursing

Student's signature

Komnat Sakuntanasak

Academic year : 2008

Advisor's signature

Siriphan Sasat

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วย ความกรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ได้ช่วยให้ข้อคิด ข้อเสนอแนะ คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่ เป็นกำลังใจอย่างดียิ่งตลอดมา ผู้วิจัยซาบซึ้ง และสำนึกในพระคุณของท่านเป็นที่สุด

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ที่กรุณามาเป็นประธานสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ สลโกสุม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เพื่อให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้ตลอดระยะเวลาการศึกษา และขอขอบคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สนับสนุนทุนการทำวิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่าง ๆ ทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบเนื้อหา และแก้ไขปรับปรุง เครื่องมือวิจัย รวมทั้งรองผู้อำนวยการกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลศรีสะเกษ โรงพยาบาลอานาจเจริญ โรงพยาบาลยโสธร เพื่อนพยาบาล สปส. รุ่นที่ 15 เจ้าหน้าที่คลินิกพิเศษโรงพยาบาลศรีสะเกษ ที่ช่วยเหลือประสานงานในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อนร่วมรุ่นที่ไม่เคยทอดทิ้งกัน

ขอขอบพระคุณนายแพทย์ ชาย ธีระสุต ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ ที่สนับสนุนและให้โอกาสในการศึกษาในระดับมหาบัณฑิต ขอกราบขอบพระคุณผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างกรุณาให้ข้อมูลด้วยความเต็มใจและถือว่าเป็นเจ้าของงานวิจัยนี้ร่วมกับผู้วิจัย

ขอกราบระลึกถึงพระคุณ นายชัยรัตน์ และนางสุระภี ศรีสุข บิดา-มารดา อันเป็นที่เคารพรักยิ่ง ผู้ให้ชีวิต สติปัญญาและสิ่งที่ดีงาม และขอบคุณ นายอัศวิน สกุลธนะศักดิ์ เด็กหญิงณัฐรดา สกุลธนะศักดิ์ สามีและบุตร ผู้คอยให้ความช่วยเหลือ เป็นกำลังใจ และปลอบโยนมาโดยตลอด ขอขอบคุณนายพีระชัย ศรีสุข และนายชินพงษ์ มุ่งสันติ น้องชาย ที่ช่วยเหลือทุก ๆ ด้าน และด้วยน้ำใจไม่ตรีจากบุคคลหลาย ๆ ท่าน วิทยานิพนธ์ฉบับนี้จึงสำเร็จได้ด้วยดี

ทำที่สุดนี้ ขอความดีงามของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จงเป็นประโยชน์และเป็นพลวัตวิจัยให้ผู้สูงอายุไทยมีความสุขตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฎ
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	8
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
ผู้สูงอายุกับวัณโรค.....	12
ความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคล.....	22
บทบาทและกิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุ.....	25
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุ.....	28
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	30
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	35

3. วิธีดำเนินการวิจัย.....	36
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	36
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	41
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	44
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	46
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	47
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	47
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	49
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอ.....	60
สรุปผลการวิจัย.....	63
อภิปรายผลการวิจัย.....	64
ข้อเสนอแนะ.....	70
รายการอ้างอิง.....	73
ภาคผนวก.....	88
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ	89
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอใช้เครื่องมือวิจัย และ จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล.....	91
ภาคผนวก ค หนังสืออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลอง และ เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	102
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	110
ภาคผนวก จ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	119
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	131

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 2.1	อาการทางคลินิกของวัณโรคปอดในผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มทั่วไป.....	17
ตารางที่ 2.2	อาการทางคลินิกของวัณโรคปอดในผู้สูงอายุ เปรียบเทียบกับวัยผู้ใหญ่ประเทศเกาหลี.....	18
ตารางที่ 3.1	สัดส่วนประชากรของโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล.....	37
ตารางที่ 3.2	จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	38
ตารางที่ 3.3	ความเที่ยงของแบบสอบถามจากการทดลองและจากกลุ่มตัวอย่าง.....	46
ตารางที่ 4.1	ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันวัณโรค.....	50
ตารางที่ 4.2	ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค....	51
ตารางที่ 4.3	ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการรับรู้ความรุนแรงของโรค...	52
ตารางที่ 4.4	ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการรับรู้ประโยชน์ของการ ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค.....	53
ตารางที่ 4.5	ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการรับรู้อุปสรรคของการ ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค.....	54
ตารางที่ 4.6	ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการสนับสนุนทางสังคม.....	55
ตารางที่ 4.7	ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.....	56
ตารางที่ 4.8	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันวัณโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้ากับการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันวัณโรคของกลุ่มตัวอย่าง.....	56
ตารางที่ 4.9	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค.....	57
ตารางที่ 4.10	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ ที่ได้รับการคัดเลือก เข้าสู่สมการถดถอย กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค.....	58

ตารางที่ 4.11 สัมประสิทธิ์ถดถอยของการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรค ภาวะซึมเศร้าในการพยากรณ์การปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคของผู้สูงอายุ.....	59
ตาราง ภาคผนวก จ ที่ 1 Model Summary.....	121
ตาราง ภาคผนวก จ ที่ 2 Residual Statistics.....	122
ตาราง ภาคผนวก จ ที่ 3 One Sample Kolmogorov-Smirnov Test	123
ตาราง ภาคผนวก จ ที่ 4 สรุปผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ.....	127



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญแผนภูมิ

	หน้า
แผนภูมิที่ 1 ความแปรปรวนของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค.....	121
แผนภูมิที่ 2 ลักษณะการแจกแจงของข้อมูล Stem and Leaf Plot.....	123
แผนภูมิที่ 3 ความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อ ป้องกันวัณโรค กับการปฏิบัติตนเพื่อวัณโรคมีความสัมพันธ์ เชิงเส้นในทิศทางบวก.....	126
แผนภูมิที่ 4 ความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน วัณโรค มีความสัมพันธ์เชิงเส้นในทิศทางลบ.....	126



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การแพร่ระบาดของวัณโรคกลับมาเป็นปัญหาทางสาธารณสุขอีกครั้งของโลก นับตั้งแต่มีการระบาดของโรคเอดส์ ทำให้ประชากรมีภูมิคุ้มกันต่ำและมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคได้ง่าย (Sudre et al., 1992) ร่วมกับการดำเนินงานด้านการควบคุมวัณโรคยังไม่เข้มแข็งและไม่ต่อเนื่องทำให้ปัญหาวัณโรคทวีความรุนแรงมากขึ้นทั่วทุกภูมิภาคของโลก จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก (2008) พบว่าปี ค.ศ. 2006 มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เพิ่มขึ้นเป็น 9.2 ล้านคน (อัตราป่วยเป็น 139 ต่อแสนประชากร) ซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยใหม่เสมอหรือผู้ป่วยที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อ 4.1 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 44 ของผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด) เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอดส์ 0.7 ล้าน (คิดเป็นร้อยละ 8 ของผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด) และเสียชีวิตจากวัณโรค 1.7 ล้านคน โดยผู้ป่วยวัณโรคพบในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มากเป็นอันดับ 1 รองลงมาเป็นแอฟริกา แอฟริกาตะวันตก เมดิเตอร์เรเนียน ยุโรป และอเมริกา ตามลำดับ สำหรับประเทศไทยถูกจัดอยู่ในลำดับที่ 18 ใน 22 ประเทศของโลก ที่มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคสูง และสหประชาชาติใหม่แห่งการต่อสู้กับวัณโรค ที่การประชุมวัณโรค ณ กรุงอัมสเตอร์ดัม ประเทศเนเธอร์แลนด์ ประกาศให้วัณโรคเป็นภาวะฉุกเฉินของโลก วันวัณโรคโลก (World TB Day) ตรงกับวันที่ 24 มีนาคม ของทุกปี ซึ่งนายกรัฐมนตรีจากประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคสูงรวมทั้งประเทศไทย ได้ร่วมกันประกาศเจตนารมณ์ถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการต่อสู้กับวัณโรค (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2541)

รายงานสำนักงานระบาดวิทยา (2550) พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่มอายุทั้งหมด 54,793 ราย เป็นผู้ป่วยระยะแพร่เชื้อ 28,487 ราย สามารถขึ้นทะเบียนรักษาเป็นผลสำเร็จได้เพียงร้อยละ 79 พบอัตราตายจากวัณโรคร้อยละ 8 ชาตยาร้อยละ 6 ดื้อยาร้อยละ 1.7 และผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ภาคกลางเป็น 56.86 ภาคเหนือเป็น 56.65 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็น 52.66 และภาคใต้เป็น 45.13 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ส่วนกลุ่มอายุ 15-24 ปีเป็นวัณโรค 2,4298 คน อายุ 25-34 ปีเป็นวัณโรค 5,719 คน อายุ 35-44 ปีเป็นวัณโรค 6,636 คน อายุ 45-54 ปีเป็นวัณโรค 5,829 คน อายุ 55-64 ปีเป็นวัณโรค 4,982 คน และอายุมากกว่า 65 ปีเป็นวัณโรค 7,232 คน ตามลำดับ จึงจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มอายุที่ป่วยเป็นวัณโรคมากที่สุด และภาคที่พบผู้สูงอายุเป็นวัณโรคมากที่สุดคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบ 2,924 คน รองลงมาคือภาคเหนือพบ 1,669 คน ภาคกลางพบ 1,909 คน และภาคใต้พบ 730 คน ตามลำดับ เมื่อแยกรายจังหวัดที่มีผู้สูงอายุเป็นวัณโรคมากพบว่า จังหวัดศรีสะเกษมีผู้สูงอายุเป็นวัณโรค 675 คน รองลงมาคือ กรุงเทพฯมีผู้สูงอายุเป็นวัณโรค 338 นครราชสีมา มีผู้สูงอายุเป็นวัณโรค 296 คน ขอนแก่นมีผู้สูงอายุเป็นวัณโรค 238 คน และเชียงรายมี

ผู้สูงอายุเป็นวัณโรค 260 คนตามลำดับ ในต่างประเทศการระบาดของวัณโรคในบ้านพักผู้สูงอายุ ฮ็องกง พบว่าเกิดจากความล่าช้าในการวินิจฉัยรักษาวัณโรค (Chan et al., 2006) จึงเป็นแหล่งทำให้เกิดการแพร่กระจายโรคสู่ผู้อื่น (Ailinger, Lasus & Dear, 2003) และผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อและป่วยเป็นวัณโรคมากกลุ่มหนึ่ง ซึ่งในประเทศไทยมีการศึกษาความล่าช้าในการวินิจฉัยรักษาวัณโรค ณ ศูนย์วัณโรคเขต 12 ยะลา พบว่ามีความล่าช้าโดยรวม 3 เดือน ร้อยละ 35.8 และพบล่าช้าภายใน 1 เดือนร้อยละ 23.1 (เพชรวรรณ พึ่งรัศมีและคณะ, 2536) ความล่าช้านี้ทำให้ผู้สูงอายุเป็นวัณโรคมีอาการรุนแรงมากขึ้น และสามารถแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสู่ผู้อื่นได้ สาเหตุของความล่าช้านี้เกิดจาก ผู้สูงอายุไม่มีการป้องกันวัณโรคด้านความร่วมมือการตรวจคัดกรองวัณโรค (Ormerod, 2002)

ผลกระทบของวัณโรคในผู้สูงอายุ พบว่าทำให้อัตราการป่วย อัตราการตาย การดื้อยาที่สูงกว่ากลุ่มวัยอื่น จากการศึกษาวัณโรคในผู้สูงอายุประเทศเกาหลีพบอัตราตายจากวัณโรคในผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 11.1 ในขณะที่ในกลุ่มวัยผู้ใหญ่เพียงร้อยละ 1.3 (Lee, 2005) และผู้สูงอายุมีการตอบสนองต่อการรักษาน้อย เกิดภาวะดื้อยาและแพ้ยาวัณโรคสูง ซึ่ง Lee (2005) พบการแพ้ยาในผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 40.7 ในกลุ่มวัยผู้ใหญ่เพียงร้อยละ 18.5 ทำให้ผู้สูงอายุเป็นวัณโรคที่มีความรุนแรงของโรคสูงต้องรักษาที่นานขึ้น มีปัญหาการกินยาไม่สม่ำเสมอ ซึ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถรักษาวัณโรคให้หาย เกิดการดื้อยาและเสียชีวิตในที่สุด WHO ประมาณว่าในปี ค.ศ. 2008 งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานวัณโรคกว่า 90 ประเทศจะสามารถครอบคลุมผู้ป่วยวัณโรคร้อยละ 91 ต้องใช้เงินถึง 3.3 ล้านล้านเหรียญสหรัฐ ส่วนในประเทศไทยมีการศึกษาต้นทุนในการรักษาวัณโรคตามปกติเพียง 12,498.30 บาทต่อราย ส่วนวัณโรคที่ดื้อยา ซับซ้อนและรุนแรงมีต้นทุนสูงถึง 92,884.40 บาทต่อราย (นฤมล สิงห์ดง, 2539) ซึ่งในผู้สูงอายุที่ดื้อยาหากมีการแพร่ระบาดมากขึ้นก็จะมีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นเป็นมหาศาล

จากการสำรวจผู้สูงอายุไทยทั่วไปโดยการทดสอบวัณโรคทางผิวหนัง (tuberculin test) พบว่าให้ผลบวกถึงร้อยละ 40 หมายความว่าผู้สูงอายุจำนวนนั้นมีการติดเชื้อวัณโรคมาก่อนแต่ยังไม่ป่วยเป็นวัณโรค ในจำนวนนี้มีการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้สูงอายุที่มีผลทดสอบวัณโรคทางผิวหนังเป็นบวกจะป่วยเป็นวัณโรคได้ถึงร้อยละ 2.5 - 8.0 (Bovornkitti S, 1973 และ Steag et.al 1987 อ้างใน สุทธิชัย จิตตะพันธ์, 2549 หน้า 211-212) และโดยทั่วไปผู้สูงอายุซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินหายใจ เช่น การผลิตเยื่อเมือกและภูมิคุ้มกันต้านต่อเชื้อวัณโรคลดลง ทำให้มีการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจง่ายขึ้น ซึ่งมีความเสี่ยงในการเกิดวัณโรคง่ายขึ้น (สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล, 2549) รวมทั้งผู้สูงอายุมักจะเหนื่อยง่ายหรือมีโรคประจำตัวเมื่อมีการอักเสบที่ปอดอาจไม่พบอาการผิดปกติที่เด่นชัดเพียงพอที่จะวินิจฉัยรักษาได้ในเวลารวดเร็ว ซึ่งสอดคล้องกับ Rajagopalan & Moran (2007) กล่าวว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคมากกว่ากลุ่มวัย

อื่น เพราะว่าการแสดงของวัณโรคในผู้สูงอายุไม่ชัดเจน ทำให้ยากในการวินิจฉัย ในที่สุดมักจะพบวัณโรคในระยะที่รุนแรง ต้องรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้นและอัตราการตายสูงขึ้น ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีความเสี่ยงในการติดเชื้อหรือป่วยเป็นวัณโรค และอาจเป็นกลุ่มที่ยังไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย แต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยก็สามารถแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่นได้ (Ormerod, 2002)

สำหรับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคของผู้สูงอายุ สุพรรณิธี ธีระเจนกุล (2539) พบว่าป้องกันโรคของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี อยู่ในระดับปานกลาง และ พรเพ็ญ ภัทรากร (2550) พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในอำเภอบ้านบึง จังหวัดราชบุรี ก็มีการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ส่วนการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุยังไม่มีการศึกษาแต่พบว่าพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคมีอยู่ในระดับต่ำ (สุธาดา จารุสาร, 2541) ซึ่ง พวงรัตน์ กมูทมาศ (2542) กล่าวว่า การป้องกันวัณโรคโดยการตรวจคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคอยู่ในระดับต่ำ เพียงร้อยละ 23 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกคือร้อยละ 70 ดังนั้นการป้องกันโรคของผู้สูงอายุโดยทั่วไปสามารถป้องกันตนเองจากวัณโรคได้ในระดับหนึ่งแต่ไม่เพียงพอที่จะป้องกันวัณโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ WHO (1993) และ British Thoracic Society (1998) อ้างอิงใน ธารารัตน์ ดวงแข (2541) ได้เสนอแนะแนวทางการป้องกันวัณโรคที่มีประสิทธิภาพ โดยอาศัยหลักการตัดวงจรการแพร่เชื้อวัณโรคด้วยการตรวจคัดกรองวัณโรคและให้การรักษาอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคเพื่อลดการระบาดของวัณโรคและความรุนแรงและในผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย 1) การคงไว้ซึ่งสุขภาพอนามัยที่ดี 2) การปฏิบัติตนเมื่ออยู่ร่วมกับผู้ป่วย 3) การปฏิบัติตนเมื่ออยู่ร่วมกับบุคคลอื่น ๆ และ 4) การให้ความร่วมมือในการวินิจฉัยและรักษาวัณโรค

นอกจากนี้การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคยังเกี่ยวข้องกับความเชื่อของแต่ละบุคคลในเรื่องวัณโรคที่แตกต่างกัน (จินตนา งามวิทยาพงศ์, 2536) และ ธารารัตน์ ดวงแข (2541) กล่าวว่า การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรคมีความสัมพันธ์กับมีความเชื่อเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค การรับรู้อุปสรรคของปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค และยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีการป้องกันโรคสูง (ภราวดา บุราณสาร, 2546; ทศนีย์ แสนมาโนช, 2549) ส่วนภาวะซึมเศร้ากับการป้องกันโรคในผู้สูงอายุนั้น Leff & Ryan (2005) กล่าวว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะไม่ให้ความร่วมมือในการป้องกันโรคแทรกซ้อนจากการรักษาข้อสะโพกหัก

จากการศึกษาดังกล่าวจะเป็นการป้องกันโรคโดยทั่วไปของผู้สูงอายุและการป้องกันวัณโรคในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งยังไม่เฉพาะเจาะจงและยังไม่ชัดเจนในด้านการป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ ในทางเสื่อมถอย การช่วยเหลือตนเองลดลง ทำให้การป้องกันวัณโรคลดลงเช่นกัน ซึ่งเป็นความแตกต่างของวัยผู้สูงอายุกับวัยผู้ใหญ่ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา

การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคของผู้สูงอายุ รวมทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า ล้วนมีหลักฐานแสดงว่าน่าจะมีความสัมพันธ์และสามารถพยากรณ์การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคในผู้สูงอายุที่ยังไม่ป่วยได้ ทั้งนี้เพื่อให้ทราบว่าตัวแปรใดมีความสัมพันธ์และมีอำนาจในการพยากรณ์การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุโดยตรงและชัดเจน อันจะช่วยให้ผู้สูงอายุไม่เป็นโรคหรือหากป่วยก็สามารถเข้ารับการรักษาโรคในเวลารวดเร็ว ลดการแพร่กระจายของเชื้อโรคสู่ผู้อื่น ลดอัตราการตายจากโรค ทำให้อัตราป่วยโรคลดลง ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา รวมทั้งเป็นการป้องกันควบคุมโรคในผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคในผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคิดสรรได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคในผู้สูงอายุ
3. เพื่อศึกษาการพยากรณ์ของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคในผู้สูงอายุ

ปัญหาการวิจัย

1. การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคในผู้สูงอายุเป็นอย่างไร
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคในผู้สูงอายุหรือไม่อย่างไร
3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า สามารถพยากรณ์การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคในผู้สูงอายุหรือไม่อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) มีองค์ประกอบ 3 ส่วนคือ 1) ความพร้อมที่จะปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นความพร้อมทางจิตใจหรือความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่พร้อมจะปฏิบัติสิ่งที่เป็นตัวกำหนดหรือตัดสินใจว่าจะเกิดความพร้อม ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค 2) การประเมินคุณค่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ซึ่งบุคคลจะรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคบุคคลต้องพิจารณาถึงความเป็นไปได้ของการปฏิบัติและผลที่คาดว่าจะได้รับมีมากน้อยเพียงใด ทั้งนี้จะเปรียบเทียบกันระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติและอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติ เช่น การเสียเวลา ค่าใช้จ่าย ความยุ่งยากต่าง ๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรม 3) ปัจจัยที่ชักนำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นสิ่งที่ชักนำโอกาสหรือหนทางที่จะช่วยให้มีการปฏิบัติ อาจเป็นสิ่งชักนำภายใน เช่น การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพตนเอง หรือสิ่งชักนำภายนอก เช่น ข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ คำแนะนำของบุคคล การนัดตรวจของแพทย์ ซึ่งแนวคิดนี้เป็นแนวคิดที่ไม่เน้นอิทธิพลของบรรทัดฐานทางสังคม (social norms) และกลุ่มเพื่อนหรือบุคคลที่มีส่วนในการตัดสินใจด้านสุขภาพ (นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2551) ผู้วิจัยจึงได้คัดสรรตัวแปรตามแนวคิดของ Rosenstock (1974) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อของแต่ละบุคคล ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ตัวแปรจากปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และตัวแปรที่ได้จากปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีรายละเอียดแนวเหตุผลของปัจจัยที่คัดสรรมาศึกษา ดังนี้

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค (perceived susceptibility) Rosenstock (1974) กล่าวว่า เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลว่าเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยหรือเสี่ยงที่จะเกิดโรค ซึ่งสามารถวัดจากความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรค โดยวัดจากความถูกต้องในการวินิจฉัยโรค การคาดคะเนถึงโอกาสที่จะเกิดโรคซ้ำ ความรู้สึกต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อน ผู้ที่ขาดความเชื่อต่อการวินิจฉัยโรคของแพทย์ก็มีความเชื่อเบี่ยงเบนทำให้การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่เหมาะสมจากการศึกษาของ ธารรัตน์ ดวงแข (2541) ที่ศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยโรค พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค สอดคล้องกับ Yamasaki et al., (2001) พบว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อโรคที่สูงจะการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและไปตรวจคัดกรองโรคในเวลาแรกเริ่มที่มีอาการเข้าได้กับโรค

2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) Rosenstock (1974) กล่าวว่า เป็นถึง ความเชื่อของแต่ละบุคคลว่าการเจ็บป่วยนั้นเกิดความรุนแรงต่อระบบการทำงานของร่างกายหรือกระทบต่อบทบาททางสังคม ซึ่งการประเมินนี้แตกต่างจากการประเมินความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง หรือบุคคลกรทางการแพทย์เป็นผู้ประเมิน ธารรัตน์ ดวงแข (2541) พบว่าการรับรู้ความ

รุนแรงของโรคของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ Cheng et al. (2005) พบว่า ผู้สูงอายุเขตชนบทในประเทศจีน ขาดการรับรู้ความรุนแรงและอาการนำของวัณโรค จะไม่มีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคและไม่ไปตรวจคัดกรองวัณโรคล่าช้า

3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค (perceived benefit) Rosenstock (1974) กล่าวว่า แต่ละบุคคลจะปฏิบัติหรือยอมรับสิ่งใด ๆ จะต้องเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นมีประสิทธิภาพ สามารถลดการคุกคามต่อสุขภาพ ทำให้ไม่ป่วยหรือหายจากการเป็นวัณโรค ธารารัตน์ ดวงแข (2541) กล่าวว่า การรับรู้ประโยชน์ของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคสอดคล้องกับ พวงรัตน์ กมุทมาศ (2542) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีการรับรู้ประโยชน์สูงจะมีผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านปฏิบัติตนในการป้องกันวัณโรคโดยมาตรวจคัดกรองวัณโรคมากกว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีการรับรู้ประโยชน์ต่ำ และ Cheng et al. (2005) พบว่าการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์ เช่น การใช้ผ้าปิดปาก-จมูก หนองหรือจามเพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรค

4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค (perceived barrier) Rosenstock (1974) กล่าวว่า แต่ละบุคคลจะประเมินสิ่งขัดขวางต่าง ๆ เพื่อเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เชื่อว่าจะก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสียในการป้องกันวัณโรคหรือช่วยให้หายจากวัณโรค เช่น ประเมินด้านค่าใช้จ่าย ผลกระทบทางร่างกายและจิตใจในด้านความอาย ความเจ็บปวด ความไม่สะดวก ความไม่คุ้นเคยต่อการปฏิบัติตัว ธารารัตน์ ดวงแข (2541) ศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค สอดคล้องกับ Fir Yan et al. (2007) พบว่า อุปสรรคด้านรายได้ของครอบครัว ความไม่คุ้นเคยกับการปฏิบัติตัวในการป้องกันวัณโรค เช่น การใช้ผ้าปิดปาก-จมูกเวลาไอ-จาม การล้างมือบ่อย ๆ เหตุผลที่ทำให้ผู้สูงอายุในประเทศจีนในชนบทไม่มีการป้องกันวัณโรคและไม่ไปตรวจคัดกรองวัณโรค

5) การสนับสนุนทางสังคม (social support) จริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2531: 96) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการคงไว้ซึ่งสุขภาพและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้เหมาะสม ทั้งนี้เพราะการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องพึ่งพาอาศัยกันและกัน เพื่อให้บรรลุความต้องการของตนเองในด้านสรีรวิทยา และเกิดความรู้สึกมั่นคง รู้สึกว่าตนเองเป็นที่ยอมรับในสังคมอันทำให้ชีวิตอยู่อย่างมีความสุข และมีความหมายมากขึ้น สอดคล้องกับ ทศนีย์ แสนมาโนช (2549) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการป้องกันปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ และ Sing-Dong (2007) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของสมาชิกร่วมบ้านของผู้ป่วย

วัดโรคในทิศทางบวก ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมน่าจะมีความสัมพันธ์และสามารถช่วยให้มีการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันวัดโรคในผู้สูงอายุได้

6) ภาวะซึมเศร้า (depression) Leff & Ryan (2005) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ จิตใจหม่นหมอง ไม่มีความสุข เบื่อหน่าย ไม่กระตือรือร้น หดหู่ ท้อแท้ รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ ว้าเหว่ ล้มเหลว ลึกลับ หวัง แยกตัวจากสังคม มีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นน้อยลง ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะไม่ให้ความร่วมมือในการป้องกันโรคแทรกซ้อน มักนอนอยู่บนเตียงทั้งวัน เช่น กรณีหลังผ่าตัดสะโพกจะไม่ให้ความร่วมมือในการทำกายภาพบำบัด ทิพากร บัญญัติใหญ่ (2549) พบว่าผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคซึมเศร้าดี จะมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยหรือปกติ ดังนั้นภาวะซึมเศร้าจึงน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันวัดโรคในผู้สูงอายุ

7) การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัดโรค WHO (1993) และ British Thoracic Society (1998) (อ้างอิงใน ธารารัตน์ ดวงแข, 2541) กล่าวว่าเป็นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของบุคคลที่คงไว้ซึ่งสุขภาพอนามัยที่ดีของตนเอง รวมทั้งเมื่ออยู่ร่วมกับผู้ป่วย เมื่ออยู่ร่วมกับบุคคลอื่น ๆ และเมื่อต้องให้ความร่วมมือในการวินิจฉัยและรักษาวัดโรค ซึ่งการป้องกันวัดโรคส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในวัยผู้ใหญ่ สำหรับการศึกษานี้ในผู้สูงอายุ สุพรรณิ ธีระเจตกุล (2539) กล่าวว่า การป้องกันวัดโรคในผู้สูงอายุจะเป็นการส่งเสริมสุขภาพด้านการป้องกันโรคโดยทั่วไป ซึ่งศึกษาในอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานีพบว่า มีการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลางและ ศิริมา วงศ์แหลมทอง (2548)พบว่า การส่งเสริมสุขภาพด้านการป้องกันโรคของผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์อยู่ในระดับพอใช้เช่นกัน โดย ประจัญ กิ่งมิ่งแฮ (2548) พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครอุดรธานีมีความต้องการส่งเสริมสุขภาพด้านการป้องกันโรคในระดับมาก ส่วนการศึกษาการป้องกันวัดโรคในกลุ่มญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยวัดโรคพบว่า มีการป้องกันการติดเชื้อวัดโรคโดยรวมอยู่ในระดับต่ำและเกือบจะไม่ปรากฏการป้องกันเลย (สุธาดา จารุสาร, 2541) ดังนั้นการป้องกันวัดโรคในผู้สูงอายุทั่วไปน่าจะเป็นปัญหาสำคัญที่จำเป็นต้องศึกษา

จากแนวคิดและหลักฐานเชิงประจักษ์ข้างต้น ผู้วิจัยจึงคัดสรรตัวแปร ตามแนวคิดของ Rosenstock (1974) ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัดโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัดโรค โดยมีตัวแปรจากการทบทวนวรรณกรรมด้านปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และตัวแปรด้านปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า มาศึกษาว่ามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัดโรคของผู้สูงอายุหรือไม่อย่างไร อันจะนำไปสู่การจัดบริการด้านการป้องกันและการตรวจคัดกรองวัดโรคในผู้สูงอายุได้ในเวลาที่เหมาะสม ไม่ล่าช้า สามารถรักษาวัดโรคในระยะที่ไม่ระยะรุนแรง ทำให้อัตราการรักษาหายสูงขึ้น และลดอัตราการตายจากวัดโรคของผู้สูงอายุได้

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ
3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ
4. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ
5. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ
6. ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ
7. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนา (descriptive research) ในกลุ่มประชากรชายและหญิงที่อายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง ในช่วงเดือนมีนาคม 2552 เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับตัวแปรที่ศึกษาดังนี้

ตัวแปรต้น ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้โรคความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า

ตัวแปรตาม การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ

คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค หมายถึง ความเชื่อ ความนึกคิด ความเข้าใจ ของผู้สูงอายุ คิดว่าวัณโรคเป็นโรคติดต่อ ซึ่งมีวัคซีนป้องกันที่สามารถลดความรุนแรงของโรค แต่ยังไม่สามารถป้องกันการป่วยเป็นวัณโรค จึงทำให้ป่วยเป็นวัณโรคซ้ำได้ และสามารถป่วยจากเชื้อวัณโรคเดิมที่สงบอยู่ในตัวเองเมื่อมีเชื้อลุกลามและร่างกายอ่อนแอจะป่วยได้ง่าย (ร่างกายอ่อนแอ เช่น เป็นผู้สูงอายุ โรคเบาหวาน โรคไตวายระยะสุดท้าย มีการติดเชื้อเอชไอวี) มีการติดต่อได้ในระบบทางหายใจ และโอกาสเสี่ยงของการป่วยคือ การอาศัยร่วมบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยวัณโรค หรือใกล้ชิด

ผู้ป่วยวัยโรคที่ไม่แสดงอาการและยังไม่ได้ได้รับการรักษาวัณโรค การที่สูบบุหรี่-ดื่มสุรา ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจากแบบประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรคของ ธารารัตน์ ดวงแข (2541) ที่สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของ Rosenstock (1974) โดยการแปลผลคะแนน คือ กำหนดคะแนนเฉลี่ยมีค่าสูง หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคมก คคะแนนเฉลี่ยมีค่าต่ำ หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคน้อย

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความเชื่อ ความนึกคิด ความเข้าใจ ของผู้สูงอายุ คิดว่า การป่วยเป็นวัณโรคจะต้องใช้เวลารักษานาน น่ากลัว อาการหนัก หากรับประทานยาไม่สม่ำเสมอจะดีดื้อยา รักษาไม่หายเสียชีวิตได้ง่าย และสามารถติดต่อไปยังผู้อื่นได้ การตรวจพบวัณโรค ระยะเริ่มแรกของการป่วยจะช่วยลดความรุนแรงของวัณโรคได้ ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรคของ ธารารัตน์ ดวงแข (2541) ที่สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของ Rosenstock (1974) โดยการแปลผลคะแนนคือ กำหนดคะแนนเฉลี่ยมีค่าสูง หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคมก คคะแนนเฉลี่ยมีค่าต่ำ หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคน้อย

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค หมายถึง ความเชื่อ ความนึกคิด ความเข้าใจของผู้สูงอายุคิดว่า การปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นการกระทำที่ดี สามารถป้องกันวัณโรคและช่วยให้หายจากวัณโรค เช่น การจัดที่อยู่อาศัยให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก การใช้ผ้าปิดปากจมูกขณะไอหรือจาม การล้างมือ บ่อย ๆ การสังเกตอาการที่เกี่ยวกับวัณโรคเช่น อาการไข้ ไอ การไปตรวจเสมหะเพื่อค้นหาวัณโรคในระยะแรก ๆ ช่วยลดค่าใช้จ่าย ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรคของ ธารารัตน์ ดวงแข (2541) ที่สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของ Rosenstock (1974) โดยการแปลผลคะแนนคือ กำหนดคะแนนเฉลี่ยมีค่าสูง หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคมก คคะแนนเฉลี่ยมีค่าต่ำ หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคน้อย

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค หมายถึง ความเชื่อ ความนึกคิด ความเข้าใจของผู้สูงอายุคิดว่าเป็นปัญหา เป็นสิ่งขัดขวาง ต่อการปฏิบัติตัวอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อป้องกันวัณโรค ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ระยะในทางการเดินทางมารับบริการ ความไม่สะดวกในการรับบริการ ความอาย การหลีกเลี่ยงอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่ไอเรื้อรัง การไม่มีผู้พาไปตรวจ ความไม่คุ้นเคยต่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันวัณโรค เช่น การใช้ผ้าปิดปาก-จมูกขณะไอหรือจาม การล้างมือบ่อย ๆ การไปตรวจเสมหะเพื่อค้นหาวัณโรค ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรคของ ธารารัตน์ ดวงแข (2541) ที่สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของ Rosenstock (1974) โดยการแปลผลคะแนนคือ กำหนดคะแนนเฉลี่ยมีค่าสูง หมายถึง การรับรู้

อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคมาก คะแนนเฉลี่ยมีค่าต่ำ หมายถึง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคน้อย

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ สามี ภรรยา สมาชิกในครอบครัว เพื่อน แพทย์ พยาบาล เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประกอบด้วย 3 ด้านคือ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ หมายถึง ผู้สูงอายุได้รับความเคารพ นับถือ เอาใจใส่ ใจกว้างใจ ความผูกพัน จากบุคคลใกล้ชิดเพื่อเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค 2) การสนับสนุนทางวัตถุสิ่งของ หมายถึง ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือ ด้านสิ่งของที่จำเป็น เช่น เงิน สิ่งของ แรงงาน ดูแลสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม จากบุคคลใกล้ชิด เพื่อช่วยให้การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคเป็นผลสำเร็จ 3) การสนับสนุนด้านความรู้ความเข้าใจ หมายถึง ผู้สูงอายุได้รับข้อเท็จจริง รายละเอียด คำแนะนำ ข้อมูลข่าวสารทำให้เผชิญปัญหาในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคได้ ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ สุมาลี อมรินทร์แสงเพ็ญ (2540) โดยใช้แนวคิดของ Jacobson (1986) โดยการแปลผลคะแนนคือ กำหนดคะแนนเฉลี่ยมีค่าสูง หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมมาก คะแนนเฉลี่ยมีค่าต่ำ หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมน้อย

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ผู้สูงอายุที่เป็นวัณโรคมีภาวะที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ จิตใจหม่นหมอง ไม่มีความสุข เบื่อหน่าย ไม่กระตือรือร้น หดหู่ ท้อแท้ รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ ว่าเหว ล้มเหลว สิ้นหวัง แยกตัวจากสังคม มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นน้อยลง ประเมินผลโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (2537: 46) การแปลผลโดย คะแนน 0-12 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุปกติ คะแนน 13-18 คะแนน หมายถึง ผู้มีความเศร้าเล็กน้อย (mild depression) คะแนน 19-24 คะแนน หมายถึง ผู้มีความเศร้าปานกลาง (moderate depression) และ คะแนน 25-30 คะแนน หมายถึง ผู้มีความเศร้ารุนแรง (severe depression)

การตรวจคัดกรองวัณโรคของผู้สูงอายุ หมายถึง การตรวจเสมหะผู้สูงอายุยังไม่ได้รับการวินิจฉัยวัณโรค ด้วยวิธีย้อมสีแล้วตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์หรือเรียกว่า Acid fast bacilli (AFB) และจะต้องมีการตรวจอย่างอื่นเพิ่มเติมเพื่อการวินิจฉัยต่อไป ซึ่งสามารถสืบค้นได้จากบันทึกเวชระเบียนของผู้สูงอายุ แปลผลได้โดยการเคยมาตรวจคัดกรองวัณโรคของผู้สูงอายุจะมีบันทึกการตรวจเสมหะย้อนหลัง 1 ปี หากไม่เคยมีการตรวจจะไม่มีบันทึกการตรวจย้อนหลัง 1 ปี

การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ หมายถึง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโดยการปฏิบัตินั้นสามารถป้องกันวัณโรคได้ ประกอบด้วย 1) การคงไว้ซึ่งสุขภาพอนามัยที่ดี ซึ่งเป็นการเอาใจใส่ดูแลในสุขภาพของตนเองทั้งด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การพักผ่อน รวมทั้งการดูแลด้านสิ่งแวดล้อม การหลีกเลี่ยงสารเสพติด บุหรี่ สุรา 2) การปฏิบัติตนเมื่ออยู่ร่วมกับผู้ป่วย เช่น การปิดปากจมูกเมื่อไอหรือจาม การล้างมือ การจัดสิ่งแวดล้อมให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก

การกำจัดเสมหะ 3) การปฏิบัติตนเมื่ออยู่ร่วมกับบุคคลอื่น ๆ เช่น การหลีกเลี่ยงอยู่ในที่จำกัด คับแคบ อากาศถ่ายเทไม่สะดวก การใช้ผ้าปิดปากจมูก การล้างมือ 4) การให้ความร่วมมือในการวินิจฉัยและรักษาวัณโรค เช่น การตรวจคัดกรองวัณโรค การสนับสนุนให้บุคคลในครอบครัวมาตรวจคัดกรองและรักษาอย่างสม่ำเสมอเมื่อเป็นวัณโรค ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรคของ ธารารัตน์ ดวงแข (2541) ที่สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของ WHO (1993) & British Thoracic Society (1998) การแปลผลคะแนนคือ กำหนดคะแนนเฉลี่ยมีค่าสูง หมายถึง การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคน้อย คะแนนเฉลี่ยมีค่าต่ำ หมายถึง การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคน้อย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางจัดการดูแลผู้สูงอายุให้มีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคให้ดีขึ้น
2. ประยุกต์ใช้ในสถานบริการเพื่อ Early diagnosis และ Early treatment วัณโรคใน

ผู้สูงอายุ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้า จากตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องสรุปเป็นสาระสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางการวิจัย ซึ่งนำเสนอตามลำดับดังนี้

1. ผู้สูงอายุกับวัณโรค
 - 1.1 การสูงวัยกับวัณโรค
 - 1.2 เชื้อวัณโรคและการเกิดวัณโรคในผู้สูงอายุ
 - 1.3 การวินิจฉัยและการรักษา
 - 1.4 การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุ
2. ความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยทางสังคมและปัจจัยส่วนบุคคล
 - 2.1 ความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 2.2 ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม
 - 2.3 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
3. บทบาทและกิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุ
4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ผู้สูงอายุกับวัณโรค

1.1 การสูงวัยกับวัณโรค สุทธิชัย จิตตะพันธ์ (2545: 17-34) กล่าวถึงทฤษฎีการสูงอายุนั้นระดับสิ่งมีชีวิต (organism ageing) ว่ามาจากกลไกภายในสิ่งมีชีวิตมากกว่าปัจจัยภายนอกหรือสิ่งแวดล้อม ซึ่งเชื่อว่าการสูงอายุเกิดขึ้นตั้งแต่ระดับโมเลกุลและเซลล์ และกล่าวถึง Pacemaker Theories เชื่อว่าในร่างกายของสิ่งมีชีวิตจะมีระบบบางอย่างที่มีการเปลี่ยนแปลงเมื่ออายุมากขึ้นเป็นตัวเร่งให้เกิดการสูงอายุ ระบบที่ได้รับความสนใจคือ ระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบภูมิคุ้มกัน (immune system) และตับ ดังนั้นสิ่งที่เรียกว่าโรคในผู้สูงอายุอาจเป็นลักษณะการดำเนินของการสูงอายุก็ได้ การจำแนกโรคกับการสูงอายุจึงเป็นสิ่งที่ยุ่งยากในการวินิจฉัย แต่สามารถจำแนกการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวัณโรคเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ดังนี้

1.1.1 ระบบภูมิคุ้มกันมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและ ต่อมธัยมัส (thymus) เริ่มมีขนาดเล็กลงหลังจากวัยรุ่นและส่วนใหญ่จะฝ่อไปหลังอายุ 40 ปี จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบภูมิคุ้มกันชนิดเซลล์ มีการสร้างภูมิคุ้มกันตามธรรมชาติ ลดลง

และทำให้การรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งแปลกปลอมลดลง เกิดระบบภูมิคุ้มกันชนิดเซลล์เสื่อมลง และการผลิตภูมิคุ้มกันต้านต่อสิ่งแปลกปลอมลดลง โอกาสติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้นในผู้สูงอายุ การตอบสนองต่อการติดเชื้อซ้ำลง ทำให้ตรวจไม่พบไข้หรือเม็ดเลือดขาวชนิด leucocytes ในผู้ป่วยสูงอายุ การตรวจความไวของปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันต่อโรคในผู้สูงอายุเป็นชนิดที่ล่าช้า เช่น การทดสอบภูมิคุ้มกันต่อวัณโรคอาจให้ผลลบหลอกได้ เกิดการกระตุ้นให้มีการออกฤทธิ์ของวัณโรคและงูสวัดได้ง่ายเมื่ออายุมาก การให้วัคซีนป้องกันโรคในผู้สูงอายุ อาจจำเป็นจะต้องกระตุ้นหรือให้ซ้ำโดยเฉพาะในรายที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งวัณโรคเกิดขึ้นง่ายในผู้ที่มีระบบภูมิคุ้มกันที่ลดลง เช่น ผู้สูงอายุ (ชัยเวช นุชประยูร อ่างถึงใน บัญญัติ ปริชญานนท์และคณะ, 2542: 138)

1.1.2 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของระบบทางเดินหายใจ เมื่ออายุมากขึ้นจะพบแคลเซียมจับบริเวณหลอดลมและกระดูกอ่อนของซี่โครง มีการยึดตัวของข้อมากขึ้น และมวลกล้ามเนื้อทรวงอกลดลง มีการโค้งงอของหลัง (หลังโก่ง) ทำให้มีการใช้กระบังลมในการหายใจเพิ่มขึ้น เป็นผลให้มีการลดลงของปริมาณอากาศในปอด ผู้สูงอายุจึงเหนื่อยเร็วขึ้น การเปลี่ยนแปลงของระบบภูมิคุ้มกันของระบบหายใจทำให้ผู้สูงอายุติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปอดอักเสบอาจตรวจไม่พบอาการแสดงอื่นใดชัดเจนยกเว้นมีอัตราหายใจเร็วขึ้นเพียงอย่างเดียว เสียงกรอบแกรบ (crepitation) ที่ชายปอดจะตรวจฟังได้ในผู้สูงอายุที่ปกติบางราย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุมาก แต่เสียงจะหายไปถ้าให้หายใจเข้าออกลึก ๆ สรุปได้ว่าการสูงอายุจึงมีความสัมพันธ์และมีความเสี่ยงในการเกิดวัณโรค ซึ่งการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่เป็นวัณโรคจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคลากรที่มีความรู้เฉพาะด้านการสูงอายุ จึงจะสามารถให้การป้องกัน โดยเฉพาะการคัดกรอง ค้นหาวัณโรคในผู้สูงอายุได้ในเวลารวดเร็ว

1.2. เชื้อวัณโรคและการเกิดวัณโรคในผู้สูงอายุ (บัญญัติ ปริชญานนท์และคณะ, 2550: 68-138) วัณโรคเป็นโรคติดเชื้อแบคทีเรียชนิดหนึ่งซึ่งชื่อ Mycobacterium Tuberculosis ติดต่อกันโดยทางหายใจเอาละอองฝอยที่มีเชื้อวัณโรคเข้าสู่ปอดและก่อให้เกิดวัณโรคในอวัยวะต่าง ๆ ได้ทั่วร่างกายเช่น ปอด เยื่อหุ้มสมอง เยื่อหุ้มหัวใจ กระดูก ผิวหนัง ไต ช่องท้อง รังไข่ อัณฑะ เป็นต้น ซึ่งเชื้อวัณโรคมีโครงสร้างคือ มีรูปร่างเป็นแท่ง หนาประมาณ 0.3 ไมครอน ยาวประมาณ 3 ไมครอน (2-5 ไมครอน) เมื่อย้อมด้วยสีแกรม จะติดสีแกรมบวกจาง ๆ เมื่อย้อมด้วยสี carbolfuchsin ด้วยวิธี Ziehl-Neelsen จะติดสีแดงสดบางครั้ง และเห็นเป็นแท่งตรง ๆ บางครั้งเป็นแท่งโค้งเล็กน้อย บางครั้งลักษณะของการติดสีไม่สม่ำเสมอ เชื้อวัณโรคที่อายุอ่อน ๆ อาจไม่ติดสีแดง การถูกแสงอุลตราไวโอเล็ตก็ทำให้คุณสมบัติในการติดสีแดง เปลี่ยนไปเช่นกัน เชื้อวัณโรคไม่มีปลอกหุ้มเซลล์ ไม่มีรูปแบบสปอร์ และไม่เคลื่อนที่ โครงสร้างของเซลล์ลักษณะนี้สามารถพบในแบคทีเรียทั่วไป ส่วนประกอบทางเคมีของเชื้อวัณโรค มีผู้ศึกษาและพบว่าประมาณร้อยละ 40 เป็นไขมัน ประมาณร้อยละ 50 เป็นโปรตีน ส่วนน้ำตาล มีปริมาณน้อย การเจริญเติบโตของเชื้อวัณโรค เจริญได้ดีในอาหารเลี้ยงเชื้อ

อุณหภูมิที่เหมาะสมสำหรับการเจริญพันธุ์คือ 38 องศาเซลเซียส และความเป็นกรด-ด่าง (pH) ที่เหมาะสมคือ 6.8 เชื้อวัณโรคชอบอาหารที่มีไขมันสูง ดังนั้นในสูตรอาหารสำหรับเลี้ยงเชื้อวัณโรค จึงมีไข่แดงเป็นส่วนประกอบที่สำคัญ ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ร้อยละ 5-10 ช่วยให้การเจริญพันธุ์ของเชื้อวัณโรคดีขึ้น เชื้อวัณโรคมีอัตราการเจริญพันธุ์ค่อนข้างช้า ระยะเวลาที่เชื้อวัณโรคจะทวีจำนวนจากหนึ่งเป็นสอง ในอาหารเลี้ยงเชื้อที่เหมาะสมนั้น อย่างสั้นที่สุดใช้เวลาถึง 12 ชั่วโมง ในขณะที่แบคทีเรียอื่นใช้เวลาเพียง 20 นาที เพราะผนังเซลล์ของเชื้อวัณโรคมีไขมันสูงทำให้เกิดกั้น สารละลายต่าง ๆ ซึมเข้าสู่เซลล์ไม่ได้ ความทนทานของเชื้อวัณโรคที่เจริญพันธุ์ในร่างกายมีความทนทานต่อการทำลายมากกว่าเชื้อวัณโรคที่เจริญพันธุ์นอกร่างกาย แสงแดด แสงอุลตราไวโอเล็ต และความร้อนฆ่าเชื้อโรคได้ดีมาก แสงแดดและแสงอุลตราไวโอเล็ต สามารถทำลายเชื้อวัณโรคที่เจริญพันธุ์บนจานเลี้ยงเชื้อภายใน 2 ชั่วโมง แต่ในเสมหะจากผู้ป่วยต้องใช้เวลาจนถึง 20-30 ชั่วโมง เชื้อวัณโรคในเสมหะแห้งไม่ถูกแสงแดดอาจมีชีวิตอยู่ได้นานถึง 6 เดือน และเชื้อจากเสมหะแห้งซึ่งปลิวอยู่ในอากาศโดยไม่ถูกแสงแดดอาจมีชีวิตอยู่ได้นานถึง 8-10 วัน ดังนั้น แสงแดดหรือแสงอุลตราไวโอเล็ตจึงมีประโยชน์ในการทำลายเชื้อวัณโรคในอนุภาคขนาดเล็กที่ปลิวอยู่ในอากาศในห้องมากกว่าในเสมหะด้วยความร้อน 60 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 20 นาที จะฆ่าเชื้อวัณโรคได้ การทำลายเชื้อจากเสมหะที่ดีที่สุดจึงควรใช้ความร้อนเช่น การเผาทิ้ง ดังนั้นการใช้ความร้อนต่าง ๆ เพื่อทำให้นมปราศจากเชื้อวัณโรคต้องใช้วิธีการ pasteurization และสารเคมีที่ฆ่าเชื้อวัณโรคได้มีดังนี้:-

Alcohol 70-100%	ใช้เวลา	10	นาที
Formaldehyde 1%	ใช้เวลา	2	ชั่วโมง
Lysol 2%	ใช้เวลา	2	ชั่วโมง
Phenol 5%	ใช้เวลา	24	ชั่วโมง
Potassium-permanganate	ใช้เวลา	24	ชั่วโมง

ส่วนระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายคนกับวัณโรค เมื่อปี ค.ศ.1890 Robert Koch เป็นคนแรกที่สังเกตว่าสัตว์ทดลองภายหลังการรับเชื้อวัณโรคครั้งแรกแล้วมีภูมิคุ้มกันต่อการรับเชื้อในครั้งต่อมา กล่าวคือ ในหนูตะเภาที่ไม่เคยได้รับเชื้อวัณโรคมาก่อนนั้นเมื่อฉีดเชื้อวัณโรคเข้าไป จะเกิดแผลตรงตำแหน่งฉีดในราววันที่ 10-14 พร้อมกับมีการแพร่กระจายของเชื้อจากตำแหน่งฉีดสู่ต่อมน้ำเหลืองและอวัยวะอื่นทั่วทั้งตัว แผลตรงรอยฉีดจะคงอยู่จนกระทั่งสัตว์ตาย แต่ในหนูตะเภาที่เคยได้รับเชื้อวัณโรคล่วงหน้ามาแล้วประมาณ 4-6 สัปดาห์ เมื่อฉีดเชื้อวัณโรคเข้าไปอีก แผลจะเกิดตรงตำแหน่งที่ฉีดในราววันที่ 2 แล้วจะหายไปเองในเวลาต่อมาและไม่พบการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคจากตำแหน่งที่ฉีดเข้าสู่ต่อมน้ำเหลือง หรืออวัยวะอื่นเลย (Koch's Phenomenon) การเกิดพยาธิสภาพของวัณโรค เชื้อ Mycobacterium Tuberculosis ทำให้เกิดวัณโรคทั้งในคนและสัตว์เลื้อยคุดุ่นหลายชนิด เป็นต้นว่า วัว ควาย สุนัข ลิง กระจ่าง แต่ส่วนใหญ่โรคที่เกิดในสัตว์เหล่านี้มักเป็นเฉพาะที่

ไม่ค่อยแพร่กระจายอย่างที่พบในคน สัตว์ทดลองที่มีโอกาสติดเชื้อวัณโรคมากคือ หนูตะเภา เมื่อติดเชื้อวัณโรคเข้าทางใต้ผิวหนัง หนูตะเภาจะเกิดเป็นวัณโรคซึ่งแพร่กระจายไปทุกอวัยวะ และมักตายภายใน 1-3 เดือนและพยาธิสภาพของวัณโรค เชื้อ Mycobacterium tuberculosis เป็นสาเหตุสำคัญของวัณโรคปอดในคนคือ ร้อยละ 99 ของวัณโรคปอดในคนจะมีสาเหตุจากเชื้อนี้อีกไม่ถึงร้อยละหนึ่ง อาจมีสาเหตุจากเชื้อวัณโรคอื่นเช่น Mycobacterium bovis, Mycobacterium Africanum ผู้ป่วยวัณโรคชนิดมีโพรงแผลที่ปอด เป็นแหล่งแพร่เชื้อที่สำคัญ เชื้อวัณโรคเข้าสู่ร่างกายได้หลายทาง เป็นต้นว่า ทางหายใจ ทางผิวหนัง และทางเดินอาหาร แต่ทางหายใจเป็นทางที่เชื้อเข้าสู่ร่างกายที่สำคัญที่สุด ทั้งนี้เพราะเชื้อวัณโรคที่อยู่ในเยื่อเมือก ผิวหนังปกติ จะไม่สามารถผ่านเข้าสู่ร่างกายได้ เมื่อผู้ป่วยวัณโรคในปอดไอเอาเสมหะที่เชื้อวัณโรคออกมาละอองฝอย ที่มีขนาดเล็ก ๆ ขนาด 1-10 ไมครอน เท่านั้นที่จะยังลอยและกระจายอยู่ในบรรยากาศ ละอองฝอย ขนาดเล็ก เหล่านี้ ซึ่งอาจมีเชื้อโรคอยู่ 1-3 ตัว เมื่อถูกสูดเข้าไปตามลมหายใจ จะเข้าถึง หลอดลมฝอย และถุงลม (ซึ่งไม่มีแผ่นเมือกฉาบอยู่) และก่อการอักเสบขึ้นได้ ละอองฝอยที่มีขนาดใหญ่กว่านี้ มักตกสู่พื้นเสียก่อน หรือถ้าไม่ตกสู่พื้น เมื่อถูกสูดเข้าไปก็มักติดอยู่บนแผ่นเมือกซึ่งฉาบอยู่ในหลอดลมขนาดใหญ่ และถูกขับออกมาภายนอก

ความต้านทานด่านแรกของร่างกายในผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับเชื้อมาก่อนอยู่ที่เม็ดเลือดขาวที่ถุงลมปอด (alveolar macrophage) ซึ่งโดยส่วนใหญ่มีอำนาจการทำลายเชื้อโรค เพราะถูกกระตุ้นให้มีฤทธิ์แรงขึ้น ตามธรรมชาติฝุ่นและสารอื่น ๆ ในถุงลม หรือเชื้อวัณโรคจะถูกกินโดย เม็ดเลือดขาวชนิดหนึ่งชื่อว่า Macrophage และถูกทำลายเป็นส่วนใหญ่ นอกจากกรณีซึ่งเชื้อวัณโรคที่มีความรุนแรงสูงถูกกินโดย Macrophage ที่มีอำนาจการทำลายต่ำ เชื้อสามารถทวีจำนวนและทำลาย Macrophage และถูกปลดปล่อยออกมาจาก Macrophage ก่อให้เกิดการอักเสบขึ้น แผลที่เกิดขึ้นในปอดครั้งแรก เรียกว่า Primary lesion ซึ่งมักจะหายเองในเวลาต่อมา โดยไม่มีอาการในระหว่างที่ Primary lesion กำลังหาย มักมีการกระจายของเชื้อวัณโรคเข้าสู่ต่อมน้ำเหลือง และอวัยวะอื่น ๆ ของร่างกายรวมทั้งบริเวณส่วนบนของปอด เชื้อวัณโรคที่อยู่ตามอวัยวะต่าง ๆ รวมทั้ง ในปอดจะสงบอยู่จนกระทั่งมีปัจจัยที่ทำให้ร่างกายอ่อนแอ แผลเหล่านี้ปะทุ ทำให้เกิดเป็นโรคขึ้น วัณโรคปอดในผู้ใหญ่ส่วนมากไม่ใช่เกิดจากการรับเชื้อโดยตรงจากภายนอก แต่เกิดจากการปะทุของแผลที่เคยสงบนิ่งอยู่เป็นปี ๆ ปัจจัยที่ทำให้เกิดการปะทุของแผลที่สงบนิ่ง ได้แก่ โรคเบาหวาน ภาวะขาดสารอาหาร การได้รับยากดภูมิคุ้มกัน เป็นต้น มีผู้ประมาณไว้ว่า ประมาณร้อยละ 5 ของผู้ที่เคยได้รับเชื้อวัณโรค จะเกิดเป็นโรคขึ้นภายในระยะเวลา 1 ปี เชื้อวัณโรคในรอยโรคที่ยังไม่ได้รับการรักษา และมีการแบ่งพฤติกรรมของเชื้อวัณโรคในรอยโรคหนึ่ง ๆ เป็น 4 กลุ่มตาม การเผาผลาญและการแบ่งตัวของเชื้อดังนี้

- 1) กลุ่ม A อยู่ในสภาพที่มีการเผาผลาญและการแบ่งตัวของเชื้อสูง มีการทวีจำนวนพฤติกรรมของเชื้อกลุ่มนี้มักอยู่ที่ขอบของโพรงแผล
 - 2) กลุ่ม B อยู่ในสภาพที่ถูกกินโดย macrophage เชื้อวัณโรคกลุ่มนี้จะพบร่วมกับกลุ่ม A
 - 3) กลุ่ม C อยู่ในสภาพที่มีการเผาผลาญและการแบ่งตัวของเชื้อสูงเป็นพัก ๆ พฤติกรรมของเชื้อในกลุ่มนี้มักพบในรอยโรคที่ไม่เป็นโพรงหรือพบในของเหลวตามเยื่อต่าง ๆ
 - 4) กลุ่ม D อยู่ในสภาพสงบนิ่ง ไม่มีการเผาผลาญและการแบ่งตัวของเชื้อเลย มักพบในรอยโรคที่เป็นก้อนหรือเนื้อเยื่อที่ไม่ยืดหยุ่น มีการแข็งตัวแต่ไม่ขยายใหญ่ขึ้น
- สัดส่วนของกลุ่มต่าง ๆ นี้ ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม ซึ่งได้แก่ ออกซิเจน ภาวะโภชนาการ และภูมิคุ้มกันของร่างกาย

Rajagopalan & Moran (2007) กล่าวว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคมากกว่ากลุ่มวัยอื่น เพราะว่าการแสดงของวัณโรคในผู้สูงอายุไม่ชัดเจน เกิดความยากในการวินิจฉัย ในที่สุดมักจะพบวัณโรคในระยะที่รุนแรง การรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้นและอัตราการตายสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ Gaur et al., 2004 ที่กล่าวว่า วัณโรคในผู้สูงอายุจะเป็นแบบแพร่กระจายที่มีอาการและอาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจง ง่ายต่อการวินิจฉัยวัณโรคผิดพลาด ซึ่งอาจเป็นแหล่งแพร่กระจายวัณโรคได้ ดังนั้นการจัดการเกี่ยวกับเรื่องการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการวัณโรคในผู้สูงอายุ โดยการตรวจคัดกรองในผู้สูงอายุ จึงเป็นเรื่องที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุ ในขณะที่ Guller et al. (2002) ศึกษาเรื่องการวินิจฉัยไข้ไม่ทราบสาเหตุในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีเป็นวัณโรคสูงถึงร้อยละ 12 ส่วนไข้ไม่ทราบสาเหตุในคนวัยผู้ใหญ่ พบเพียงร้อยละ 2 และการศึกษาของ Liam et al.(2002) ในเบลเยียมพบว่าโรคติดเชื้อในผู้สูงอายุจะพบว่าเป็นวัณโรคถึง ร้อยละ 50 ในขณะที่ไข้ไม่ทราบสาเหตุในผู้สูงอายุพบว่าเป็นวัณโรคร้อยละ 20 เมื่อเปรียบเทียบอาการของวัณโรคในผู้สูงอายุกับกลุ่มวัยอื่นมีการศึกษาของ Guller (2002) ได้ศึกษาอาการของวัณโรคปอดในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลของญี่ปุ่นจำนวน 108 ราย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุ (65 ปีและมากกว่า) และกลุ่มทั่วไป (อายุ 64 ปีและน้อยกว่า) พบว่าอาการทางคลินิกทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกัน (ตารางที่ 2.1)

ตารางที่ 2.1 อาการทางคลินิกของวัณโรคปอดในผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มทั่วไป

อาการทางคลินิก	กลุ่มผู้สูงอายุ	กลุ่มทั่วไป
ระดับ serum albumin	ต่ำ	ปกติ
อาการร่วมอื่นๆ ประวัติการฆ่าทิ้ง เนื้ออก	มี	ไม่มี
โรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิต เส้นเลือดในสมอง เบาหวาน	มี	มี
การเปลี่ยนแปลงของ การทำงานของตับ (LFT)	มีมาก	ไม่มี
ประวัติการสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค	มี	ไม่มี
การเกิดผลข้างเคียงจากยาวัณโรค	มี	ไม่มี
ความสามารถใช้ยา standard outcome	มี	มี
การหายจากวัณโรค	มี	มี

ที่มา: Guller (2002)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee et al. (2005) ในเกาหลีพบว่าผู้สูงอายุติดเชื้อวัณโรคจะมีอาการไม่ชัดเจน จึงไม่ได้รับการวินิจฉัยวัณโรค ซึ่งมีโอกาสแพร่เชื้อวัณโรคสู่ผู้อื่น และผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 75 ที่ติดเชื้อวัณโรคจะมีปัญหาความไม่สนใจที่จะไปตรวจคัดกรองวัณโรคหรือตรวจวินิจฉัยวัณโรค ซึ่งนำไปสู่ความล้มเหลวการรักษาวัณโรคต่อไป ส่วนวัณโรคนอกปอดจะติดเชื้อจากในปอดที่เรียกว่า วัณโรคมิลีอารี (miliary tuberculosis) เป็นตัวที่แพร่กระจายไปสู่วัณโรคอวัยวะอื่น ๆ เช่น วัณโรคเยื่อหุ้มสมอง วัณโรคกระดูก และวัณโรคก็จะมีอาการในระดับที่มากขึ้นตามอวัยวะที่เป็น แต่อาการสำคัญคือ อาการไข้ ไอ ไอเป็นเลือด เหงื่อออกตอนกลางคืน น้ำหนักลด บางคนอาจมีอาการเหนื่อย เบื่ออาหารเรื้อรัง การทำหน้าที่กิจวัตรประจำวันลดลงหรือเปลี่ยนไป ความรู้สึกนึกคิดลดลง หรืออาจไม่มีอาการใด ๆ แต่มีไข้ต่ำ ๆ เป็นเวลานาน ๆ ซึ่งระยะเวลาอาจอธิบายไม่ชัดเจนพอที่แพทย์จะสนใจหรือเข้าใจว่าเกี่ยวข้องกับวัณโรค และ Lee et al. (2005) ได้ศึกษาอาการทางคลินิกของวัณโรคปอดในผู้ป่วยผู้สูงอายุเปรียบเทียบกับวัยผู้ใหญ่ของประเทศเกาหลีจำนวน 207 คนพบมีความแตกต่างและเหมือนกันดังนี้

ตารางที่ 2.2 อาการทางคลินิกของวัณโรคปอดในผู้สูงอายุเปรียบเทียบกับวัยผู้ใหญ่ประเทศ
เกาหลี

อาการทางคลินิก	ผู้สูงอายุ	วัยผู้ใหญ่
ไอเป็นเลือด	ไม่มี	มี
ไข้	ไม่มี	มี
เหนื่อย	มีมาก	มี
หายใจลำบาก	มีมาก	มี
เบื่ออาหาร	มีมาก	มี
อาการทางหัวใจ	มี	ไม่มี
โรคปอดเรื้อรัง (Chronic lung)	มี	ไม่มี
ภาพถ่ายรังสีปอดพบรอยโรค (lung lesion) (ร้อยละ)	22.7	10.6
อาการทางการทำงานของตับ	มี	มี
รอยโรคในปอด (lesion) ที่ทำให้ วินิจฉัยผิด เป็น มะเร็ง หรือ ปอดบวม	มี	ไม่มี
การแพทย์ (ร้อยละ)	40.7	18.5
อัตราการตาย (ร้อยละ)	11.1	1.3

ที่มา: Lee et al. (2005)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า วัณโรคในคนทั่วไปกับผู้สูงอายุจะคล้ายกัน แต่ลักษณะโรควัณโรคในผู้สูงอายุจะแสดงลักษณะทางคลินิกที่ต่างไปอย่างชัดเจนคือ ร่องรอยโรคที่พบในปอด อาการแพ้ยา อัตราการตายที่สูงกว่าคนปกติ ซึ่งสอดคล้องกับรายงาน Chan et al. (2006) ที่ศึกษาความชุกของการติดเชื้อวัณโรคและการป่วยเป็นวัณโรคระยะแพร่เชื้อของผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านพักผู้สูงอายุในฮ่องกงพบว่า มีความชุกของวัณโรคระยะแพร่เชื้อสูงถึง 669 ต่อแสนประชากร ทั้งนี้พบในอัตราที่สูงทั้งเพศชายและเพศหญิงคือ 1,101 ต่อแสนประชากรและ 530 ต่อแสนประชากร อาการที่พบในผู้สูงอายุคือ วัณโรคชนิดแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง กระดูก ไต ช่องท้อง ผิวหนัง เหล่านี้เป็นส่วนที่สนับสนุนทำให้การวินิจฉัยวัณโรคในระยะเริ่มต้นของผู้สูงอายุผิดพลาด ถ้าช้าเกิดการระบาดของวัณโรคในบ้านพักผู้สูงอายุสูงขึ้น จึงจำเป็นต้องปรับรูปแบบของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในบ้านพักผู้สูงอายุให้ดีขึ้นโดยเฉพาะการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุ

1.3 การวินิจฉัยวัณโรคในผู้สูงอายุ อาการวัณโรคในผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านอายุ ภูมิคุ้มกันของร่างกาย และสัดส่วนของจำนวนเชื้อแบคทีเรียที่รับเข้าสู่ร่างกาย ซึ่งจำนวนเชื้อโรคขึ้นอยู่กับอวัยวะที่จะเป็นโรค อาการจึงไม่เฉพาะในผู้สูงอายุ บางรายอาจมีอาการที่คล้ายวัณโรค และ

มีข้อบ่งชี้ที่ยังไม่ชัดเจนของการวินิจฉัยวัณโรค ที่ทำให้การวินิจฉัยวัณโรคในผู้สูงอายุล่าช้า จนทำให้เกิดอัตราการตายที่สูงขึ้น เพราะว่ามีลักษณะอาการทางคลินิก ภาพถ่ายรังสี ในผู้สูงอายุมีรูปแบบที่ผิดไป วัณโรคปอดและวัณโรคนอกปอดของคนทั่วไป แต่ที่มีลักษณะที่เหมือนกันคือ การลุกลามจากวัณโรคปอดไปเป็นวัณโรคนอกปอดเกิดขึ้นร้อยละ 15 ส่วนอาการของวัณโรคในผู้สูงอายุและคนทั่วไปไม่ต่างกันมาก แต่พบว่าความถี่ของการเกิดอาการในผู้สูงอายุจะมีมากกว่า คือ ไอมีเสมหะ บางครั้งไอไม่มีเสมหะก็อาจพบว่ามีแผลโพรงในปอดได้ และไอเป็นเลือดก็ไม่จำเป็นต้องเป็นระยะโรคกำเริบ ส่วนอาการไข้ที่พบอาจพบได้ช่วงเช้า กลางคืน เหงื่อออก และน้ำหนักลด และที่ชัดเจนคือ มีภาวะน้ำในเยื่อหุ้มปอดและเกิดการอักเสบจนมีอาการเจ็บหน้าอก มีการยืดขยายของถุงลมปอดไม่สะดวก ส่วนด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จะพบผลการตรวจที่ปกติจนถึงผลที่ผิดปกติ

1.4 การรักษาวัณโรคตามแนวทางรักษาวัณโรคทั้งในปอดและนอกปอด ใช้การรักษา 6 เดือน โดยมียา rifampicin (R), isoniazid (H), pyrazinamide (Z) และ ethambutal (E) ใน 2 เดือนแรก ถ้าเป็นวัณโรคของอวัยวะระบบประสาทใช้เวลา 18 เดือน ในประเทศอังกฤษใช้ ethambutal จะใช้ในปริมาณน้อยที่สุดที่เพียงพอในการรักษาในผู้สูงอายุ เนื่องจากพบว่า มีอุบัติการณ์การเป็นพิษของยาสูงในผู้สูงอายุ ซึ่งมีผลข้างเคียงด้านสายตา การรับรู้ ดังนั้นอาจแก้ไขโดยใช้ยารักษาวัณโรคแบบรวมที่มียารักษาวัณโรคหลายชนิดอยู่ในเม็ดเดียวกัน (combination) จะช่วยลดอุบัติการณ์นี้ลง (Stuart, 2001)

1.5 การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุ ในการป้องกันโรค (disease prevention) เป็นการป้องกันการเจ็บป่วย ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความเชื่อ ค่านิยม การศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจสังคมของบุคคล เช่น การล้างมือก่อนรับประทานอาหาร การไม่รับประทานอาหารดิบและการขับถ่าย (จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และ เฉลิมพล ตันสกุล, 2550: 11) การป้องกันโรคแบ่งเป็น 3 ระดับคือ (Edelman & Mandle, 2006 อ้างใน นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2551: 22-25) การป้องกันระดับปฐมภูมิ เป็นการป้องกันในระยะแรกก่อนที่จะเกิดโรคหรือความเจ็บป่วย เป็นระยะที่สำคัญมากต้องมีการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี เช่น การให้สุขศึกษา การแนะนำเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย รวมทั้งเป็นการป้องกันเฉพาะอย่างเฉพาะโรคเช่น การฉีดวัคซีนหรือการป้องกันอุบัติเหตุต่าง ๆ ตามโรงงาน แหล่งที่อยู่อาศัย การป้องกันระดับทุติยภูมิ เป็นการป้องกันเมื่อที่โรคเกิดขึ้นแล้ว ได้แก่ การวินิจฉัยโรคในระยะแรกเริ่มและรักษาในเวลาอย่างรวดเร็ว เป็นการชันสูตรและพยากรณ์โรคระยะแรกและให้การรักษาในทันทีก่อนที่จะมีอาการรุนแรงหรือความพิการ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค การป้องกันระดับตติยภูมิ เป็นการป้องกันเมื่อเกิดโรคแล้วเพื่อไม่ให้แพร่กระจายสู่ผู้อื่น กำจัดขอบเขตของโรคไว้เพื่อเกิดความพิการน้อยที่สุด รวมทั้งฟื้นฟูสภาพเมื่อเกิดโรคแล้วหรือมีความพิการให้สามารถกลับมาทำงานได้ตามปกติและช่วยเหลือตนเองได้เร็วที่สุด

ดังนั้นการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันวัณโรค จึงเป็นการกระทำกิจกรรมใด ๆ ที่ช่วยผู้สูงอายุไม่เจ็บป่วยจากวัณโรค หรือเมื่อป่วยแล้วก็เข้ารับการรักษาได้ทันทั้งที่ และสามารถรักษาหาย กลับมาเป็นปกติ ช่วยเหลือตนเองได้เร็วที่สุด ซึ่งมีแนวทางของ WHO (1993) และ British Thoracic Society (1998) ประกอบด้วย

1) การคงไว้ซึ่งสุขภาพอนามัยที่ดีของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรค บุคคลเมื่อได้รับเชื้อวัณโรคจะมีผลให้การดำเนินโรคถึงขั้นเจ็บป่วยหรือไม่ ขึ้นอยู่กับปริมาณของเชื้อโรค และภูมิคุ้มกันของบุคคลนั้น ๆ ในผู้ที่ได้รับเชื้อบางคนจะเจ็บป่วยอย่างรวดเร็ว แต่ในบางคนเชื้อที่เข้าไปในร่างกายจะอยู่ได้โดยไม่ปรากฏอาการ ภูมิคุ้มกันของร่างกายสามารถควบคุมเชื้อเหล่านี้ไว้ได้ แต่หลังจากที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง เช่น ขาดอาหาร เป็นโรคอื่น ๆ (ติดเชื้อเอชไอวี) หรือสูงอายุ วัณโรคที่อาศัยอยู่ในร่างกายก็จะแบ่งตัวเป็นสาเหตุของโรค ดังนั้นในบุคคลทั่วไปภูมิคุ้มกันของร่างกายอาจจะสามารถฆ่าเชื้อ หรือบางครั้งก็เพียงควบคุมเชื้อไม่ให้เกิดการพัฒนาเป็นการเจ็บป่วย ซึ่งมีปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลทำให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อวัณโรคแตกต่างกัน ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ ภาวะโภชนาการ และการพักผ่อน สิ่งแวดล้อมทั้งในที่ทำงานและที่อยู่อาศัย สารเสพติด เช่น บุหรี่และเหล้า (Crofton, Horne & Miller, 1992: 8-12) ส่วนการตรวจสอบหรือสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองเป็นสิ่งที่ช่วยให้พบความผิดปกติแต่แรกเริ่ม ซึ่งเป็นการแสดงความเอาใจใส่ดูแลในสุขภาพอนามัยของตนเองที่ดี พยาบาลมีหน้าที่ในการแนะนำ ให้ความรู้ที่ถูกต้อง ชักจูง และติดตามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อช่วยป้องกันการติดต่อวัณโรคปอดของสมาชิกในครัวเรือน

2) การปฏิบัติตนเมื่ออยู่ร่วมกับผู้ป่วย ปัจจุบันผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่จะทำการรักษาแบบผู้ป่วยนอก การรักษาด้วยยาในผู้ที่ตอบสนองต่อการรักษาที่ดีจะสามารถหยุดการแพร่เชื้อให้แก่บุคคลอื่น ๆ หลักจากรับประทานยาสองสัปดาห์ (Daniel, 1994: 334) ดังนั้นผู้สูงอายุ สมาชิกในครัวเรือนหรือบุคคลใกล้ชิดจะเป็นบุคคลสำคัญที่ทำหน้าที่ในการส่งเสริมและตรวจสอบให้ผู้ป่วยได้รับยาครบถ้วนและสม่ำเสมอ (นัดดา ศรียาภัย, 2535) ซึ่งเป็นการป้องกันที่มีประสิทธิภาพในการแพร่กระจายเชื้อวัณโรควิธีที่ดีที่สุด การนอนอยู่ในห้องเดียวกันหรืออยู่ร่วมกับผู้ป่วยยืงนานจะมีโอกาสในการรับเชื้อมากขึ้นจากอากาศที่ปนเปื้อนเชื้อวัณโรคจากผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยจะปล่อยเชื้อขณะที่มีการไอ จาม พุด หรือร้องเพลง (Adler & Rose, 1996: 130-133; Driver et al., 1994: 1031-1035, Kenyon et al., 1996: 933-938) ดังนั้นในระยะแรกของการรักษาควรแยกผู้ป่วยให้อยู่ต่างหาก หากไม่มีอาการไอ โอกาสในการติดเชื้อก็จะน้อยลง (Daniel, 1994: 334) และการปิดปากผู้ป่วยขณะไอ หรือจามด้วยกระดาษหรือผ้าเช็ดหน้า ก็จะเป็นวิธีการป้องกันการแพร่เชื้อที่ดีกว่าการปิดปากจุมบุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ใกล้ชิด ส่วนการจัดสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้มีอากาศถ่ายเทที่ดี จะทำให้จำนวนเชื้อโรคเจือจางลง และเมื่อเชื้อโรคออกสู่ภายนอกจะถูกทำลายโดยแสงแดดภายนอกใน

ระยะเวลา 5 นาที ที่อยู่อาศัยจึงต้องเปิดให้แสงแดดส่องภายในห้องเพราะจะเป็นการฆ่าเชื้อโรคโดยตรง (Crofton, Horne & Miller, 1992: 10) การช่วยจัดเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้ผู้ป่วย เช่น ภาชนะที่ใส่น้ำยาฆ่าเชื้อไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ที่มีความเข้มข้น 1 % เพื่อให้ผู้ป่วยไว้ใช้ และดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำจะช่วยลดการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคจากผู้ป่วยได้

3) การปฏิบัติตนเมื่ออยู่ร่วมกับบุคคลอื่น ๆ และบุคคลใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค กล่าวได้ว่าผู้สูงอายุ บุคคลใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคเป็นบุคคลที่เสี่ยงในการเกิดวัณโรคมากกว่าบุคคลอื่น (Liippo et al., 1992: 52-54; Wolinsky, 1994: 553; MacIntyre et al., 1995: 1170-1174) โดยในประเทศไทยได้มีการสำรวจหาผู้ป่วยระยะแพร่เชื้อในชุมชนโดยวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน ในสองตำบลของจังหวัดนครราชสีมา เมื่อ พ.ศ. 2533 หลักจากมีการตรวจพบผู้ป่วยที่มารับบริการจากสถานบริการของรัฐสองแห่ง ในกลุ่มประชากรอายุมากกว่า 15 ปี ผลการสำรวจพบผู้แพร่เชื้อในแต่ละชุมชนเพิ่มขึ้นจากการตรวจพบเดิมร้อยละ 157.10 และ 250.00 ตามลำดับ (นัดดา ศรียาภัย และคณะ, 2536: 42-50) แสดงว่ามีผู้ป่วยจำนวนมากที่เป็นวัณโรคและไม่ได้รับการวินิจฉัย ซึ่งเป็นแหล่งแพร่เชื้อที่สำคัญแหล่งหนึ่ง ดังนั้นในผู้สูงอายุ บุคคลใกล้ชิดหรือสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยจึงต้องมีการปฏิบัติต่อบุคคลอื่น ๆ ในการป้องกันการกระจายเชื้อโรคเช่นเดียวกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วย ได้แก่ การปิดปากและจมูกเมื่อไอ หรือจาม การหลีกเลี่ยงอยู่ในที่คับแคบ อากาศถ่ายเทไม่สะดวกอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น ๆ (Crofton, Horne & Miller, 1992: 10)

4) การให้ความร่วมมือในการวินิจฉัยและรักษาวัณโรค เช่น การตรวจคัดกรอง การสนับสนุนให้บุคคลในครอบครัวมาตรวจคัดกรองวัณโรคและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเป็นเรื่องที่สำคัญของวัณโรค (Centers for Disease Control, 2008) และ นรลัทขณ์ เอื้อกิจ (2551: 151) กล่าวว่า การตรวจคัดกรองเป็นการตรวจค้นหาโรคหรือความผิดปกติต่าง ๆ ที่ยังไม่ปรากฏอาการให้เห็น โดยทางคลินิก การตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการทดสอบต่าง ๆ ทำให้สามารถแยกผู้ป่วยหรือผู้มีอาการผิดปกติในร่างกายได้ และ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2545: 209-210) กล่าวว่า การตรวจคัดกรองเป็นการป้องกันโรคระดับทุติยภูมิ เพื่อตรวจหาโรคในประชากรซึ่งยังอยู่ในระยะที่ไม่มีอาการ กลวิธีในการค้นหาไม่ได้เป็นวิธีในการวินิจฉัยโรค ที่แน่ชัดแต่เป็นกลวิธีที่แสดงถึงความน่าจะเป็นของโรคที่ต้องการค้นหาเท่านั้นและต้องการตรวจเพิ่มเติมเพื่อให้การวินิจฉัยต่อไป ดังนั้นการตรวจคัดกรองวัณโรคในผู้สูงอายุจึงเป็นการป้องกันโรคระดับทุติยภูมิ ที่ช่วยค้นหาวัณโรคระยะแรกและให้การรักษาในทันที ก่อนที่ผู้สูงอายุจะมีอาการรุนแรง เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค

2. ความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยทางสังคมและปัจจัยส่วนบุคคล

2.1 ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นความรับรู้ที่นึกคิด ความทุกข์ใจ ความยอมรับ หรือการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพ อนามัยของตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วย การดูแลรักษา โดยจะชักนำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมสุขภาพตามความคิด ความเข้าใจนั้น ๆ เป็นกระบวนการรู้คิด การใช้เหตุผล ช่วยในการอธิบาย พฤติกรรมป้องกันตนเองของบุคคล ซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎี ด้านจิตวิทยาสังคมของ Kurt Lewin (1951) ซึ่งเชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัว ชี้บ่ง พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีต่อตน และหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา หากไม่ปฏิบัติอาจเกิดผลเสียแก่ตนได้ ซึ่ง Rosenstock (1974) ได้นำมาใช้ครั้งแรก เพื่ออธิบาย ปัญหาสาธารณสุข ระหว่างปี ค.ศ.1950 – 1960 ซึ่งแบบแผนความ เชื่อด้านสุขภาพมีองค์ประกอบดังนี้

1) ความพร้อมที่จะปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล (readiness to take action) ซึ่งเป็นพร้อม ทางจิตใจหรือความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่พร้อมจะปฏิบัติสิ่งที่เป็นตัวกำหนดหรือตัดสินว่าจะเกิด ความพร้อม ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) และการรับรู้ถึง ความรุนแรงของโรค (perceived severity)

2) การประเมินคุณค่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (individual's evaluation of the advocated health action) ซึ่งจะบุคคลรับรู้ประโยชน์ (perceived benefit) และอุปสรรค (perceived barrier) ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโดยที่บุคคลต้องพิจารณาถึงความเป็นไปได้ของ การปฏิบัติและผลที่คาดว่าจะได้รับ ทั้งนี้จะเปรียบเทียบกันระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติ เช่น การเสียเวลา ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ความยุ่งยากต่าง ๆ ในการ ปฏิบัติพฤติกรรม

3) ปัจจัยที่ชักนำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรม (cues to action) เป็นสิ่งที่ชักนำโอกาสหรือ หนทางที่จะช่วยให้มีการปฏิบัติ อาจเป็นสิ่งชักนำภายใน เช่น การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพตนเอง หรือสิ่ง ชักนำภายนอก เช่น ข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การนัดของแพทย์

ซึ่งในงานวิจัยนี้ได้ใช้แนวคิดด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) มาประยุกต์ใช้กับ ผู้สูงอายุดังนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค เป็นความเชื่อ ความนึกคิด ความเข้าใจ ของผู้สูงอายุคิดว่า วัณโรคว่าเป็นโรคติดต่อง่าย ผู้ใกล้ชิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อ หรือได้รับเชื้อมากกว่าคนอื่น บุคคลสามารถ รับเชื้อวัณโรคได้โดยทางหายใจ ไอ จาม และภาวะสุขภาพของแต่ละคนมีส่วนเกี่ยวข้องกับการป่วย เป็นวัณโรคเช่น ผู้มีโรคเบาหวาน โรคไตวายระยะสุดท้าย การติดเชื้อเอชไอวีสำหรับการรับรู้ความ รุนแรงของโรคนั้นก็เป็นความเชื่อ ความนึกคิด ความเข้าใจ ของผู้สูงอายุคิดว่า การป่วยเป็นวัณโรค ทำ ให้เกิดความเจ็บปวด พิการหรือเสียชีวิต เกิดโรคแทรกซ้อนและผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาไม่สม่ำเสมอจะ

ไม่หาย คือยาและเสียชีวิตง่าย ต้องใช้ระยะเวลารักษานานกว่าโรคอื่น สามารถติดต่อผู้อื่นได้ง่าย ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคก็เป็นความเชื่อ ความนึกคิด ความเข้าใจของผู้สูงอายุคิดว่าการปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นการกระทำที่ดี สามารถช่วยให้ไม่ป่วยเป็นวัณโรค ซึ่งรวมถึงการกระทำตามคำแนะนำด้านสิ่งแวดล้อม การมาตรวจคัดกรองวัณโรค ว่าสามารถป้องกันวัณโรคได้ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคจึง เป็นความเชื่อ ความนึกคิด ความเข้าใจของผู้สูงอายุคิดว่าเป็นปัญหา เป็นสิ่งขัดขวาง การปฏิบัติตัวอย่างใดอย่างหนึ่งที่ป้องกันวัณโรคได้แก่ ปัญหาเรื่องระยะเวลารักษานาน ค่าใช้จ่าย ระยะในทางการเดินทางมารับบริการ ความไม่สะดวกในการรับบริการ ความไม่สุขสบายความเจ็บปวด สัมพันธภาพระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ ความไม่คุ้นเคยต่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันวัณโรค

จากการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) ในผู้ป่วยวัณโรคกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรค สัมฤทธิ์ ศรีอำรงสวัสดิ์ และประนอม หลิมสมบุญ (2536: 22-34) ศึกษาประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านต่อความสม่ำเสมอของการรักษาและอัตราการรักษาครบของผู้ป่วยวัณโรค พบว่า สมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 80 ไม่ได้ป้องกันการติดต่อวัณโรค แสดงว่าทั้งผู้ป่วยและสมาชิกในครัวเรือนมีการรับรู้ความเสี่ยงของการติดต่อวัณโรค และการรับรู้ความรุนแรงของการป่วยวัณโรคไม่ถูกต้อง และทำให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันการติดต่อวัณโรคต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาธารารัตน์ ดวงแข (2541) พบว่า สมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรคมีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคไม่ถูกต้องจึงทำให้การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับการศึกษาเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) ในผู้ป่วยโรคอื่น รุจิรา อักษร (2546) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภค ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภค ซึ่งยังไม่สามารถสรุปถึงความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุได้ชัดเจน แต่จากหลักฐานเชิงประจักษ์ดังกล่าว ความเชื่อด้านสุขภาพน่าจะเกี่ยวข้องกับ การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค ซึ่งผู้สูงอายุจะแสดงออกตามสิ่งที่รับรู้หรือความเชื่อที่มีอยู่ในความคิดนั้นและจะถูกหรือผิดก็ได้

2.2. ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม Jacobson (1986) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีความรัก ความห่วงใย ไว้วางใจ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้านคือ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ หมายถึง ผู้สูงอายุได้รับความเคารพ นับถือ เอาใจใส่ ไว้วางใจ ความผูกพัน จากบุคคลใกล้ชิดเพื่อเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค 2) การสนับสนุนทางวัตถุสิ่งของ หมายถึง ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือ ด้านสิ่งของที่จำเป็น เช่น เงิน สิ่งของ แรงงานดูแลสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม จากบุคคลใกล้ชิด เพื่อช่วยให้การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคเป็นผลสำเร็จ 3) การสนับสนุนด้านความรู้ความเข้าใจ หมายถึง ผู้สูงอายุได้รับข้อเท็จจริง รายละเอียด

คำแนะนำ ข้อมูลข่าวสารทำให้เผชิญปัญหาในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคได้ การสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการคงไว้ซึ่งสุขภาพและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้เหมาะสม ทั้งนี้เพราะการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องพึ่งพาอาศัยกันและกัน เพื่อให้บรรลุความต้องการของตนเองในด้านสรีรวิทยา และเกิดความรู้สึกมั่นคง รู้สึกว่าตนเองเป็นที่ยอมรับในสังคมอันทำให้ชีวิตอยู่อย่างมีความสุข และมีความหมายมากขึ้น (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2531: 96) การสนับสนุนทางสังคม จะได้รับจากบุคคลในครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และองค์กรช่วยเหลือต่าง ๆ (Pollock อ้างใน ภาวดี มโนหาญ, 2536: 3) ทำให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ที่มากระทบได้และมีสุขภาพดี แต่ผู้ที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมทั้งทางร่างกายและจิตใจอาจไม่สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้ และได้รับผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม แบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ 1) กลุ่มสังคมปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัวญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน 2) กลุ่มสังคมทุติยภูมิ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่น ๆ (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2531: 99) ซึ่ง ทศนีย์ แสนมาโนช (2549) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการป้องกันปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ และ Sing-Dong (2007) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของสมาชิกในบ้านของผู้ป่วยโรคในทิศทางบวก ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคของผู้สูงอายุ

2.3 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นความผิดปกติทางด้านจิตสังคมที่พบได้บ่อยทั้งในชุมชน สถานพยาบาล และในโรงพยาบาล และมักถูกมองข้ามหรือละเลย คิดว่าเป็นเพราะภาวะความเสื่อมทางกายเมื่อสูงอายุ และภาวะซึมเศร่ายังมีความเกี่ยวข้องกับโรคทางกายด้วย (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช, 2542) มีผู้ที่ศึกษาและให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า คือ ราชบัณฑิตยสถาน (2542) หมายถึง อาการที่รู้สึกเศร้าหมอง ว่าเหว่ ล้มเหลว หรือสิ้นหวังหดหู่ มีความรู้สึกท้อถอย ส่วน ลีวรรณ อุณนาภิรักษ์ (2547) ให้ความหมายว่า เป็นกลุ่มอาการซึ่งมีความผิดปกติซึ่งแสดงออกทางด้านอารมณ์ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา อารมณ์และสติปัญญาแสดงโดยมีอารมณ์เศร้า รู้สึกหมดหวัง ไม่มีค่า ขาดความสนใจหรือไม่มีความสุขในกิจกรรมเกือบทั้งหมด แยกตัวจากสังคม อาการเป็นนานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และ ทมาภรณ์ บุรณสมภพ (2547) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่บุคคลแสดงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ อ่อนเพลีย รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ มีความคิดในด้านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต โดยจะมีความคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า ต่ำหนีดตนเอง มองโลกในแง่ร้าย มองอนาคตว่าไม่มีความหวัง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นน้อยลง และแยกตัวจากสังคม ดังนั้นในงานวิจัยนี้ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจึงหมายถึง ผู้สูงอายุที่มีภาวะที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ จิตใจ หม่นหมอง ไม่มีความสุข เบื่อหน่าย ไม่กระตือรือร้น หดหู่ ท้อแท้ รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ ว่าเหว่

ล้มเหลว ลิ่นหวัง แยกตัวจากสังคม มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นน้อยลง ซึ่งในการศึกษาของ ทิพากร ปัญญาใหญ่ (2540) พบว่าผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคซึมเศร้าดี มีภาวะซึมเศร้าในระดับ เล็กน้อยหรือปกติ และ Xu et.al (2004) กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะไม่มี การป้องกันโรค และเมื่อมีอาการเกี่ยวกับโรคจะเลือกใช้วิธีรักษาตามแพทย์พื้นบ้านในหมู่บ้านของตนเอง ทำให้ ผู้สูงอายุไม่ไปตรวจคัดกรองโรค ดังนั้นภาวะซึมเศร้าจึงเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน โรคของผู้สูงอายุ

3. บทบาทพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันโรคในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความแตกต่างจากกลุ่มวัยอื่น รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและ ด้านจิตใจ การให้การพยาบาลจะต้องมีความรู้เฉพาะด้านการสูงอายุ เพื่อประเมินความภาวะสุขภาพ ได้อย่างครอบคลุมและให้การพยาบาลได้ครบถ้วน สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ เพื่อการ ป้องกันโรค

3.1 บทบาทของพยาบาลผู้สูงอายุ ศิริพันธ์ุ สาสัตย์ (2551: 32-37) กล่าวว่าบทบาทของ พยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากมีหน้าที่พื้นฐานคือการให้การพยาบาลแล้ว ยังมีบทบาทอื่น ๆ ที่จะต้องทำเพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางในการให้บริการสุขภาพอนามัยในปัจจุบันที่มุ่งเน้นการ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (health promotion and disease prevention) เพื่อดำรงไว้ซึ่งการมี คุณภาพชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

1) การให้สุขศึกษา (health education) เป็นการส่งเสริมสุขภาพ โดยการให้ ความรู้ทางด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ขาดความรู้ทางด้านสุขภาพอนามัย ความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตนเอง เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่มีโอกาสทำงาน ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุดจึงควรที่จะให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้แก่ประชาชนทุกครั้งที่มีการมีสัมพันธกัน

2) การให้คำปรึกษา (counseling) เป็นหน้าที่หลักอีกอันหนึ่งของวิชาชีพ พยาบาลในการให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุในด้านสุขภาพ ซึ่งอาจรวมทั้งร่างกาย จิตใจ และอื่นๆ สิ่ง ที่ควรคำนึงถึงอยู่เสมอก็คือ พยาบาลไม่ควรเป็นผู้ตัดสินชี้ขาดว่าผู้ขอคำปรึกษาควรจะทำอย่างไร การ ตัดสินใจต่างๆ เป็นหน้าที่ของผู้ขอรับคำปรึกษาเองหลังจากได้รับความรู้เพียงพอแล้ว

3) การทำวิจัย (research) เป็นหน้าที่สำคัญอันหนึ่งของเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ การทำวิจัยจะทำให้ทราบถึงปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุหรือปัญหาและอุปสรรคในการ ทำงาน เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาองค์ความรู้ ยกกระดับมาตรฐานในการให้บริการต่อไป

4) การติดต่อประสานงาน (coordinator) กับหน่วยงานที่รับผิดชอบหรือ ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ พยาบาลมีความจำเป็นจะต้องทราบข้อมูลการบริการทางด้านสุขภาพที่

มีอยู่และหน่วยงานต่างๆ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อที่จะได้ประสานงานติดต่อขอความช่วยเหลือและการบริการส่งต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5) การจัดการในการดูแล (care manager) พยาบาลควรจะทำหน้าที่บริหารจัดการ ในด้านการบริการทางสุขภาพต่อประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบได้

6) การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (case manager) ในการบริหารจัดการด้านการให้บริการทางสุขภาพจะมุ่งเน้นในรายบุคคล เนื่องจากแต่ละคนจะมีปัญหาทางด้านสุขภาพและมีข้อจำกัดแตกต่างกัน ซึ่งจะมีการติดตาม case ตลอดตั้งแต่รับไว้ตรวจรักษา ส่งต่อ ติดตามผล รับกลับ และติดตามไปเยี่ยมบ้าน เป็นต้น

7) ผู้ให้บริการการดูแล (care provider) คืองานหลักอีกงานหนึ่งของพยาบาล ก็คือการเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพต่อผู้เข้ามาขอรับบริการทุกคน หากเป็นพยาบาลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ เฉพาะกิจเป็นการดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับ British Thoracic Society (1998) กล่าวว่า พยาบาลที่เชี่ยวชาญเฉพาะผู้สูงอายุและโรคสามารถเข้าใจผู้สูงอายุที่เป็นโรค แม้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคจะมีอาการและพยาธิสภาพของโรคคล้ายกับโรคในวัยอื่น แต่การให้พยาบาลโดยรวมไม่เฉพาะเจาะจงจะทำให้เกิดผลเสียต่อผู้สูงอายุ เช่น การมีทัศนคติทางลบต่อการสูงอายุของพยาบาลจะมีผลต่อการรักษา โดยหากพยาบาลเชื่อว่าเมื่ออายุมากแล้วไม่ต้องรักษา จะเป็นผลให้ผู้สูงอายุขาดโอกาสที่จะได้รับการดูแลอย่างมีคุณค่า (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2550)

8) ผู้อำนวยการความสะดวก (facilitator) เป็นบทบาทใหม่ของพยาบาล เป็นการดูแลอำนวยความสะดวกและการติดต่อประสานงาน เช่น การให้บริการในการจัดเตรียมสถานที่ในการประชุมสัมมนา การให้ความรู้ การพบปะกันของกลุ่มผู้ป่วยรวมทั้งญาติในสถานที่ทำงานและในชุมชน

9) เป็นผู้มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ (initiator) โดยเป็นผู้ริเริ่มในการทำกิจกรรมและโครงการต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุเช่น โครงการเลิกเหล้าละบุหรี่ในผู้สูงอายุ หรือการทำกลุ่มสนับสนุน (support group) ทั้งในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคที่เหมือนกันและญาติที่ประสบปัญหาที่คล้ายคลึงกัน เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์และช่วยลดภาวะตั้งเครียดจากอาการของโรคและปัญหาในการดูแล

10) เป็นผู้พิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ (advocator) พยาบาลจะต้องดำรงตนเป็นผู้ที่พิทักษ์สิทธิผลประโยชน์ต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ เช่น สิทธิในการรับบริการทางสุขภาพและสังคมเท่าเทียมกับคนอื่น ๆ หรือสิทธิที่ควรได้รับการคุ้มครองจากผู้แสวงหาผลประโยชน์จากผู้สูงอายุในรูปแบบต่าง ๆ

3.2 กิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันโรคในผู้สูงอายุ นอกจากบทบาทพยาบาลดังกล่าว ในฐานะพยาบาลผู้สูงอายุจะต้องให้การพยาบาลครอบคลุมถึงการป้องกันโรคในผู้สูงอายุที่ยังไม่ป่วย โดยมีกิจกรรมการพยาบาลดังนี้

1) การจัดการในโรงพยาบาลซึ่ง British Thoracic Society (1998) กล่าวว่า พยาบาลจะต้องบันทึกอาการที่พบเกี่ยวกับวัณโรคของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในแผนกต่าง ๆ เพื่อประกอบการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยการตรวจเสมหะ โดยจัดระบบบริการที่รวดเร็วทั้งระบบ ไม่ว่าจะเป็นการเข้าตรวจ การฟังผลตรวจ และการส่งต่อเพื่อรักษา และมีระบบการติดตามผู้สูงอายุ

2) การป้องกันการแพร่กระจายวัณโรค (preventing transmission) British Thoracic Society (1998) กล่าวว่า พยาบาลจะต้องจัดช่องทางเฉพาะบริการการตรวจคัดกรองหรือวินิจฉัยวัณโรคในระยะเริ่มแรก (early diagnosis) โดยเฉพาะวัณโรคระยะแพร่เชื้อ (วัณโรคที่ตรวจพบเชื้อในเสมหะ) โดยการประเมินผู้สูงอายุ ลักษณะเฉพาะของวัณโรค ความจำเป็น ค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการตรวจคัดกรองวัณโรค รวมถึงคำนึงถึงประเด็นทางจริยธรรม เช่น การรักษาความลับของผู้สูงอายุ โดยพยาบาลสามารถทำการคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีการซักประวัติ และการส่งตรวจเสมหะ ย้อมเชื้อ โดยที่ไม่ต้องรอคำสั่งจากผู้ให้การรักษาทั้งในสามารถกระทำได้ในบทบาทของการตรวจคัดกรองและป้องกันโรค

3) การแยกผู้ป่วยออกจากผู้สูงอายุ (prompt isolation) ถ้าหากมีการอยู่ร่วมกันในสถานที่เดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นบ้านหรือที่ทำงาน ระยะเวลา 4 สัปดาห์ สามารถติดเชื้อวัณโรคได้ถึงร้อยละ 40 จากการศึกษาค้นพบติดเชื้อวัณโรค 27 รายใน 67 ราย (Daniel, 1994: 334) และเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาวัณโรคอย่างสม่ำเสมอภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์หรือตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรคก็สามารถอยู่ร่วมกันได้ตามปกติ แต่จะต้องรักษาวัณโรคต่อจนครบการรักษา พบว่าการรักษาหาย ถึงร้อยละ 90 (Daniel, 1994: 334) พยาบาลจะต้องให้ข้อมูลกับผู้สูงอายุและครอบครัวให้เข้าใจถึงความจำเป็นที่ต้องมีการแยกผู้สูงอายุในระยะเวลาหนึ่ง หากพบว่ามีผู้เป็นวัณโรคในครอบครัวหรือผู้สูงอายุเป็นวัณโรคเอง

4) ช่วยให้ได้รับการรักษาที่รวดเร็ว เพื่อลดปริมาณของเชื้อวัณโรคที่แพร่กระจาย ซึ่ง Daniel (1994) กล่าวว่า การรักษาวัณโรค จะลดอุบัติการณ์และสามารถป้องกันวัณโรคร้อยละ 1 ของประชากรมีโอกาสเป็นผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมหะพบเชื้อวัณโรคจะสามารถแพร่เชื้อวัณโรคต่อได้อีก 49 คน ดังนั้นพยาบาลจะต้องช่วยให้ผู้สูงอายุที่เป็นวัณโรคเข้าถึงการรักษาโดยเร็วที่สุด รวมทั้งกำกับการรักษาของผู้สูงอายุให้สม่ำเสมอจนครบการรักษา

5) การจัดสภาพสิ่งแวดล้อมให้มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก มีการศึกษาพบว่าใน เวลา 6 ชั่วโมงหรือมากกว่า เมื่อเปลี่ยนอากาศโดยทำให้สะอาด มีการถ่ายเทอากาศที่ 6 air changes/hour จะสามารถกำจัดเชื้อวัณโรคได้ร้อยละ 90 ในเวลา 23 นาที (Daniel, 1994: 334) พยาบาลต้องให้ความรู้และชักจูงให้ผู้สูงอายุและครอบครัวจัดสภาพแวดล้อมอย่างเหมาะสม

6) การทำลายเชื้อวัณโรคในอากาศด้วยแสงอัลตราไวโอเล็ต พบว่า แสงอัลตราไวโอเล็ตที่สามารถฆ่าเชื้อวัณโรคได้คือ 1) แสงอัลตราไวโอเล็ตชนิด UVA, wavelength band 320-

400 nm. และ UVB, wavelength band 290-300 nm. ซึ่งมีอยู่ในแสงแดดปกติ 2) แสงอัลตราไวโอเลตชนิด UVC, wavelength band 100-290 nm. ซึ่งนอกจากสามารถฆ่าเชื้อไวรัสโรคได้แล้วยังทำให้เกิดมะเร็ง ต้อกระจกด้วย 3) แสงอัลตราไวโอเลตชนิด UV-C embraces 254-260 nm. 4) แสงอัลตราไวโอเลตชนิด UVGI wavelength 253.7 nm. จากความรู้เรื่องการทำลายเชื้อไวรัสโรค พยาบาลสามารถนำมาประยุกต์เพื่อให้คำแนะนำผู้สูงอายุและญาติและสนใจในการปฏิบัติเพื่อการทำลายเชื้อไวรัสโรค เช่น การกำจัดเสมหะ การกำจัดเชื้อไวรัสโรคในบ้านและในสถานบริการโดยใช้เครื่องทำลายแสงอัลตราไวโอเลต

7) การใส่หน้ากากป้องกัน ชนิดประสิทธิภาพสูง HEPA masks (high-efficiency particulate aerosol masks) ป้องกันเชื้อไวรัสโรคได้ถึงร้อยละ 99.97 เพราะมีความสามารถกรองอากาศได้ขนาดอนุภาค 0.2 nm. (เชื้อไวรัสโรคมีขนาด 0.3 nm.) ซึ่งมีข้อเสนอแนะว่า การใส่หน้ากากป้องกัน ควรใช้ในผู้ป่วยจะลดการแพร่ระบาดได้ดีกว่า (Daniel, 1994: 334) ซึ่งการใช้ HEPA masks มีความจำเป็นในกรณีที่มีการสัมผัสอย่างใกล้ชิด เช่น บุคลากรทางการแพทย์สวมขณะใส่สายทางจมูกหรือทางปากผู้ป่วย

8) การป้องกันไวรัสโรคในบุคลากร ในหน่วยงานที่ต้องพบกับผู้สูงอายุที่มารับบริการจะต้องกำหนดกลวิธีที่ช่วยเตือนให้มีการป้องกันไวรัสโรค เช่น ระบบ Cough alarm ผู้สูงอายุที่ไอ หรือมีประวัติไอเรื้อรัง จำเป็นต้องเข้มงวดในการสวมหน้ากากที่ใช้แล้วทิ้ง มาสวมใส่ โดยเฉพาะในหน่วยฉุกเฉิน ห้องทันตกรรม ห้องตรวจโรค บ้านพักคนชรา (Daniel, 1994: 334) และมีช่องทางด่วนในการส่งตรวจเสมหะเพื่อคัดกรองไวรัสโรค

4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันไวรัสโรคในผู้สูงอายุ การป้องกันโรคของผู้สูงอายุพบว่าปัจจัยดังนี้

1) อายุ เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงวัยแต่ละคน จะมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยลง อายุมากจะมีการช่วยเหลือตนเองลดลงและมีพฤติกรรมป้องกันโรคลดลงเช่นกัน สอดคล้องกับ สุธาดา จารุสาร (2541) กล่าวว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโรคของญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยไวรัสโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2) ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการพัฒนาความรู้ สติปัญญา และทักษะชีวิต ทำให้มีโอกาสแสวงหาความรู้ การรับรู้ข่าวสารต่าง ๆ ที่ช่วยให้ตนเองมีสุขภาพดี สอดคล้องกับ กันยารัตน์ อุบลวรรณ (2540) กล่าวว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีทักษะในการป้องกันโรคสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาน้อย

3) รายได้ เป็นตัวบ่งบอกถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจที่ผู้สูงอายุที่รายได้สูงจะมีการ

ป้องกันโรคโดยรวมสูงกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย สอดคล้องกับ สัญญา รักษาติ (2544) กล่าวว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยจะมีการป้องกันโรคมามากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย

4) ภาวะสุขภาพซึ่งรวมถึงภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นตัวบอกถึงความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวหรือไม่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการป้องกันโรคมามากกว่าผู้ที่มีโรคประจำตัวหรือมีภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับ สุพรรณณี ธีระเจนกุล (2539) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอ ตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี และ ทิพากร ปัญญาใหญ่ (2540) กล่าวว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันโรคซึมเศร้าดี มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยหรือปกติ

5) การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ซึ่งครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนการให้กำลังใจ ความรักความเอาใจใส่ ให้ความเคารพนับถือ ให้ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการสนับสนุนด้านความคิดการตัดสินใจ การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวจึงมีผลต่อการดูแลตนเองในการป้องกันโรคของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ กันยารัตน์ อุบลวรรณ (2540) กล่าวว่าผู้สูงอายุมีการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวดีจะมีการดูแลตนเองในการป้องกันโรคได้ดี

6) สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุ ซึ่งคู่สมรสถือเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญที่ช่วยดูแลแบ่งเบาภาระ เป็นผู้ให้ความรักความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพคู่มิ คุณภาพชีวิตและการป้องกันโรคได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า แยก สอดคล้องกับ ฉัตรทอง อินทร์นอก (2540) กล่าวว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่จะดูแลตนเองและป้องกันโรคได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า แยก

7) ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุมีความเชื่อด้านสุขภาพอย่างไร ก็จะทำให้การป้องกันโรคเป็นไปตามความเชื่อนั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิตรา เหมวิเชียร (2550) พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคสามารถร่วมกันทำนาย พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนได้ร้อยละ 10

จากปัจจัยดังกล่าวจะเห็นว่า อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรสของ ผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่พยาบาลเข้าไปมีบทบาทหรือจัดกระทำทางการพยาบาลเพื่อให้การป้องกันโรคและ ป้องกันวินโรคได้ค่อนข้างยากและไม่สอดคล้องกับบทบาทของพยาบาล ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษา เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เพื่อสามารถ นำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ทางการพยาบาลได้ตามบทบาทอย่างเหมาะสมในการช่วยให้ผู้สูงอายุ ไม่ป่วยเป็นวินโรค

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อรจำไพ วิมลไชย (2537) ศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยวัณโรคปอดด้วยผู้ใหญ่ โดยการจัดกิจกรรมกลุ่มร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน ที่ศูนย์วัณโรค เขต 5 นครราชสีมา พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคในกลุ่มทดลองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($r=.08$)

สุพรรณิ ธีระเจนกุล (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง มโนทัศน์สุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการศึกษาเชิงสำรวจในผู้สูงอายุ 240 พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและพฤติกรรมด้านป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนมโนทัศน์สุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.24, .14$) โดยมโนทัศน์สุขภาพประกอบด้วย การปราศจากโรค ความสามารถแสดงบทบาทหน้าที่ การบรรลุความสำเร็จสูงสุดในชีวิต ความสามารถในการปรับตัว

ทิพากร ปัญญาใหญ่ (2540) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคซึมเศร้าในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาในผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุจำนวน 105 คน โดยใช้แบบสอบถามและแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย(TGDS) พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคซึมเศร้าในคลินิกผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งที่มาติดต่อกับโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.62$) ผู้ที่มาติดต่อบ่อยครั้งและพฤติกรรมการป้องกันโรคซึมเศร้าดีจะมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยหรือปกติ

สุธาดา จารุสาร (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อวัณโรคของญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 168 คน จากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลนนทบุรี กรุงเทพฯ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ พบว่าพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำเกือบจะไม่ปรากฏเลย ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคโดยรวมระดับปานกลาง ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ โดยเฉพาะการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค อายุ ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ธารารัตน์ ดวงแข (2541) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อโรคของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรค โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการคลินิกวัณโรคในโรงพยาบาลโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี จำนวน 165 คน ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Rosenstock (1974) และแบบสอบถามการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคที่สร้างขึ้นตามแนวทางของ WHO (1993)

และ British Thoracic Society (1998) พบว่า ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของสมาชิกในครัวเรือน ผู้ป่วยวัณโรคโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงเล็กน้อย ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรคมี ความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .35, .20, .40$, และ $-.43$ ตามลำดับ) ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถทำนายปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน วัณโรคของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรคได้ร้อยละ 33

พวงรัตน์ กมฺพมาศ (2542) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมาตรวจวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้าน ของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษา ณ สถานตรวจโรคปอดกรุงเทพฯ จำนวน 200 คน พบว่า รายได้ ต่อเดือนของผู้ป่วยวัณโรคเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านฯ มาตรวจวัณโรค โดยผู้ป่วยวัณ โรคที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองวัณโรคสูงจะมีผู้สัมผัสร่วมบ้านฯ มาตรวจมากกว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีการรับรู้ประโยชน์ต่ำ เพียงร้อยละ 23 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก คือร้อยละ 70 และผู้สัมผัสร่วมบ้านฯ ป่วยเป็นวัณโรคคิดเป็นร้อยละ 11

ทัศนีย์ แสนมาโนช (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากร สภาพความ เป็นอยู่และสิ่งแวดล้อมกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 400 คนโดยใช้ แบบสอบถามสุขภาพกายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพกายระดับ น้อยมีร้อยละ 49.0 รองลงมาในระดับปานกลาง ร้อยละ 32.3 และในระดับมากถึงร้อยละ 18.7 ซึ่ง พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการป้องกันปัญหาสุขภาพกายของผู้สูงอายุอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รุจิรา อักษร (2546) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งตับและพฤติกรรมการ บริโภคของบุคคลในอำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน เป็นการวิจัยแบบพรรณนาหาความสัมพันธ์ กลุ่ม ตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 370 คน ใช้แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Rosenstock (1974) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .21$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ การเกิดมะเร็งตับและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการบริโภค ($r = .13$ และ $.16$) ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคมี ความสัมพันธ์ทางลบ ($r = -.29$) และการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งตับไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ บริโภค

ภราวดา บุราณสาร (2546) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ในผู้สูงอายุ 300 คน พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง และตัวแปรด้านอายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การ เข้าถึงสถานบริการในการส่งเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน การสนับสนุน

ทางสังคม การได้รับข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านป้องกันโรคของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.28, .15, .38, .51, .42$, และ $.41$ ตามลำดับ) และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 42.6

บัทมาวดี บุพศิริ (2547) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม เป็นการศึกษาเชิงสำรวจในผู้สูงอายุ 336 คน พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม การเข้าถึงบริการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .38, .22$) โดยความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหมายถึง การป้องกันโรค ป้องกันการเกิดภาวะเสี่ยงที่จะเกิดโรคในผู้สูงอายุ

จุฑารัตน์ สติรปัญญา และพรชัย สติรปัญญา (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลประสาทสงขลา เป็นการศึกษาเชิงบรรยายในผู้สูงอายุจำนวน 378 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) และแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ $.91$ และ $.79$ พบว่าภาวะซึมเศร้าในระดับสูงมีร้อยละ 6 และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .70$) ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง จึงเสนอแนะให้มีการจัดกระบวนการเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมจากผู้ดูแลให้มากขึ้น

ประจัญ กิ่งมิ่งแฮ (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครอุดรธานี จำนวน 330 คน เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ ประยุกต์ใช้แบบทดสอบสมรรถภาพทางกายของกรมพลศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ $.94$ พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการในระดับมากในทุกรายการของการส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งการป้องกันโรค และพบว่า อาชีพ มีความสัมพันธ์กับความต้องการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้ ลักษณะครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการสร้างเสริมสุขภาพ

นันทยา โพธิสาร (2548) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาในผู้สูงอายุ 400 คน พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี และการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศิริมา วงศ์แหลมทอง (2548) ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 200 คน ใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและแบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ .90 และ .89 พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับพอใช้ การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.53$)

ลัญชณา จำปาทอง (2548) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในผู้สูงอายุเขตชนบทจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 200 คน พบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนอยู่ในระดับสูง และมีภาวะเสี่ยงต่อกระดูกพรุนอยู่ในระดับปานกลาง แต่พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บุศรินทร์ ประกอบธรรม (2548) ศึกษาผู้สูงอายุชายที่เป็นข้าราชการบำนาญ ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 160 คน มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.16$) และเป็นตัวพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 13.20 ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

กฤษณาพร ทิพย์กาญจนารักษา (2549) ศึกษาการสร้างเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่อำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม 30 คน ซึ่งกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยทั้ง 2 กลุ่มพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงต่อโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แต่การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พรเพ็ญ ภัทรการ (2550) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในอำเภอบ้านบึง จังหวัดราชบุรี จำนวน 316 คน ใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมและแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ .93 และ .84 พบว่า การดูแลตนเองและการป้องกันโรคแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองและการป้องกันโรคแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.45$)

สุจิตรา เหมวิเชียร (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน จำนวน 200 คน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลยะลาใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง พบว่าการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนอยู่ในระดับสูง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนได้ร้อยละ 10

Long (1999) ศึกษาเชิงคุณภาพเรื่องความเชื่อเกี่ยวกับวัณโรคของผู้ป่วยชายและหญิงในเวียดนาม จำนวน 20 คนพบว่า ภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยมีการแยกตัวเองออกจากครอบครัว และไปตรวจคัดกรองวัณโรคล่าช้า ส่วนความรู้เรื่องวัณโรคอยู่ในระดับดี คือเชื่อว่าวัณโรคเป็นโรคอันตรายติดต่อได้และเป็นโรคที่เกิดจากเชื้อโรค และมีความเชื่อว่าเพศชายเป็นวัณโรคมากกว่าเพศหญิงเพราะเพศชายต้องออกนอกบ้านมากกว่าเพศหญิง

Yamasaki et al. (2001) ที่ศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดความล่าช้าในการวินิจฉัยวัณโรคของผู้สูงอายุในเขตชนบทของประเทศเนปาล โดยใช้แบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างจำนวน 180 คน พบว่าการมาตรวจวินิจฉัยวัณโรคของผู้สูงอายุที่ล่าช้ามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อวัณโรคที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($r=.82$) โดยหากผู้สูงอายุมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อวัณโรคที่สูง จะไปตรวจรักษาวัณโรคในเวลาแรกเริ่มที่มีอาการเข้าได้กับวัณโรค และเพศหญิงมีระยะเวลารักษาล่าช้า การขาดนัดมากกว่าเพศชาย

Fondahn et al. (2003) ศึกษาการออกกำลังกายในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ต้องฟอกเลือด ณ ศูนย์ให้บริการฟอกเลือดในรัฐวอชิงตัน ประเทศอเมริกา จำนวน 130 คน พบว่าการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($r = .71$) โดยผู้ป่วยที่มีการรับรู้ประโยชน์สูงและมีการรับรู้อุปสรรคต่ำ มีการออกกำลังกายมากกว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ประโยชน์ต่ำและมีการรับรู้อุปสรรคสูง

Cheng et al. (2005) ศึกษาเชิงคุณภาพในด้านปัจจัยที่ทำให้การวินิจฉัยวัณโรคล่าช้าในผู้สูงอายุเขตชนบทในประเทศจีน จำนวน 40 คน พบว่า ผู้สูงอายุขาดการรับรู้ความรุนแรงและอาการนำของวัณโรค จะไม่มีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคและไปตรวจคัดกรองวัณโรคล่าช้า ซึ่งความล่าช้านี้มีอุปสรรคเกี่ยวกับรายได้ ระยะเวลาไกล และขั้นตอนการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ และถ้าผู้สูงอายุรับรู้ประโยชน์การป้องกันวัณโรค เช่น การใช้ผ้าปิดปาก-จมูก ขณะไอหรือจาม ก็จะปฏิบัติเพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรค

Alexy (2007) ศึกษาการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงในเมืองกับหญิงในชนบท ชาวอเมริกัน จำนวน 178 คนพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของหญิงใน

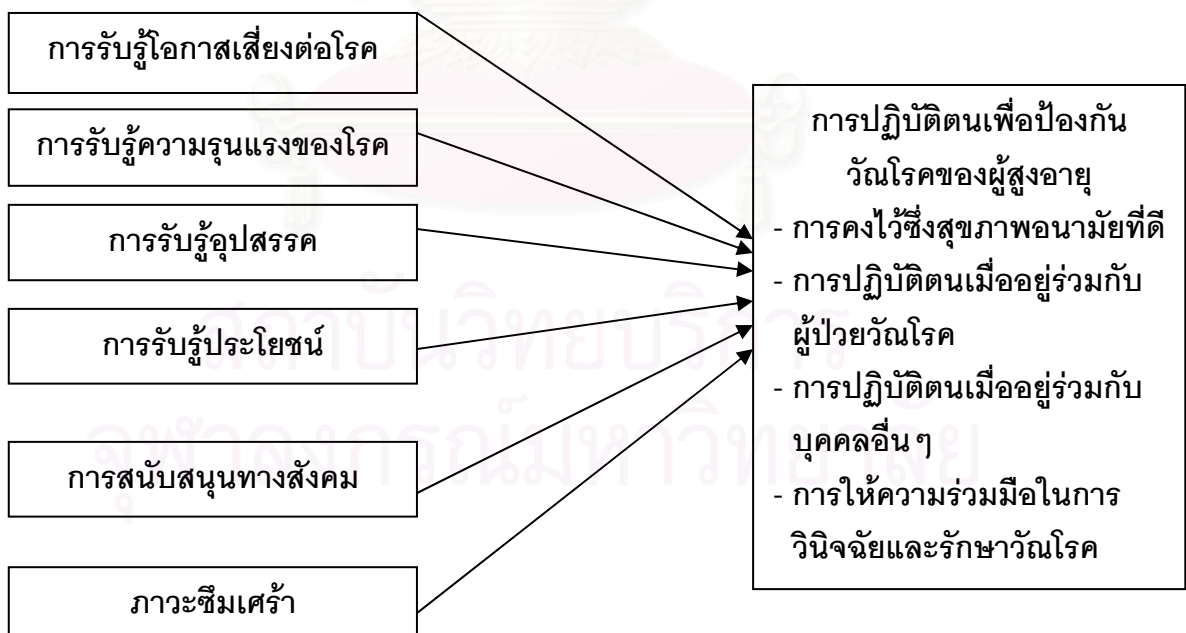
เมื่อเทียบกับหญิงในชนบท ที่วางแผนว่าจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ.05 ($r = .12$) ส่วนการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.5 ($r=.61$)

Sing-Dong (2007) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของสมาชิกในบ้านของผู้ป่วยโรคจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 198 คน ศึกษาแบบหาความสัมพันธ์และเปรียบเทียบ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของสมาชิกในบ้านของผู้ป่วยโรคในทิศทางบวกและสามารถลดภาวะเครียดของสมาชิกในครอบครัวได้

Yan et al. (2007) ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความล่าช้าในการวินิจฉัยโรคในมุมมองที่หลากหลายจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในเขตชนบทประเทศจีน กรณีศึกษาจำนวน 4 จังหวัดจำนวน 40 คน พบว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่เกิดความล่าช้าในการวินิจฉัยโรคมากที่สุดและอุปสรรคด้านรายได้ของครอบครัว ความไม่คุ้นเคยกับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค เช่น การใช้ผ้าปิดปาก-จมูก เวลาไอ-จาม การล้างมือบ่อย ๆ เหตุผลที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีการป้องกันโรคและไม่ไปตรวจคัดกรองโรค

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคในผู้สูงอายุแสดงเป็นกรอบแนวคิดดังนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (descriptive correlation research) เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ศึกษาในครั้งนี้คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับบริการในตึกผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลประจำจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง ซึ่งมีเขตบริการสาธารณสุขทั้งหมด 5 เขต คือเขตที่ 10, 11, 12, 13 และ 14

กลุ่มตัวอย่าง การได้ตัวอย่าง ได้แก่ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับบริการในตึกผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลประจำจังหวัดในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างเดือนมีนาคม 2552 โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling)

ขั้นที่ 1 สุ่มอย่างง่ายจากเขตบริการสาธารณสุขในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีทั้งหมด 5 เขต คือเขตที่ 10, 11, 12, 13 และ 14 โดยการจับฉลากเขตบริการได้เขตที่ 14 ประกอบด้วย 4 จังหวัด แต่เนื่องจากผู้วิจัยไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตนี้ได้ จึงทำการวิจัยใน 3 จังหวัดประกอบด้วย โรงพยาบาลศรีสะเกษ อำนาจเจริญ และยโสธร

ขั้นที่ 2 สุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาลโดยผู้วิจัยเลือกสุ่มตัวอย่างง่ายจากผู้สูงอายุที่มารับบริการในตึกผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ อำนาจเจริญ และยโสธร ตามที่แพทย์นัด โดยมีวิธีการดังนี้

2.1) สัมภาษณ์รายชื่อผู้สูงอายุที่มารับบริการและทำการคัดเลือกผู้สูงอายุตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่วันจันทร์ ถึงศุกร์ ระหว่างเดือนมีนาคม 2552

2.2) สุ่มอย่างง่ายผู้เข้าร่วมวิจัยในแต่ละวันของผู้สูงอายุที่นัดมารับบริการ โดยจับฉลากแล้วทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามสัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุที่มารับบริการในแต่ละจังหวัด โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

- 1) เป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการโดยยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค
- 2) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยรู้เรื่องและเข้าใจดี
- 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

การสุ่มตัวอย่าง

1) ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตร Yamane (1973)

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

N = ขนาดของประชากร

e = ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง

n = ขนาดตัวอย่าง

โดยขนาดของประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ 193 คน และกำหนดความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างที่ระดับ .05 ดังนั้นขนาดตัวอย่างที่ได้คือ 130 คน ซึ่งผู้วิจัยแบ่งจำนวนของตัวอย่างเป็น 3 ส่วนตามสัดส่วนของประชากรที่มารับบริการในแต่ละโรงพยาบาล เพื่อให้กลุ่มประชากรทุกหน่วยมีโอกาสได้รับการสุ่มตัวอย่างเท่า ๆ กัน

2) การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2.1) สุ่มรายชื่อผู้สูงอายุที่นัดมารับบริการและทำการคัดเลือกตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

2.2) สุ่มอย่างง่ายในแต่ละวันจากผู้สูงอายุที่มารับบริการแผนกอายุรกรรม ตึกผู้ป่วยนอกของแต่ละโรงพยาบาลจนครบตามจำนวนตัวอย่างที่ได้กำหนดไว้ โรงพยาบาลศรีสะเกษมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คนใช้เวลา 9 วัน โรงพยาบาลยโสธรมีตัวอย่างจำนวน 45 คน ใช้เวลา 7 วัน และโรงพยาบาลอำนาจเจริญมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คนใช้เวลา 6 วัน รายละเอียดของประชากรและกลุ่มตัวอย่างดังตารางที่ 3.1 และ 3.2

ตารางที่ 3.1 สัดส่วนประชากรของโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล

ลำดับ	รายชื่อโรงพยาบาล	จำนวนผู้สูงอายุที่มารับบริการใน ตึกผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม เฉลี่ยต่อวัน (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
1	ศรีสะเกษ	76	50
2	ยโสธร	64	45
3	อำนาจเจริญ	53	35
	รวม	193	130

ตารางที่ 3.2 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
1) ชาย	60	46.20
2) หญิง	70	53.80
อายุ (อายุเฉลี่ย 70 ปี)		
1) 60 – 69 ปี	64	49.20
2) 70 – 79 ปี	56	43.10
3) 80 ปี ขึ้นไป	10	7.70
ระดับการศึกษา		
1) ไม่รู้หนังสือ	4	4.60
2) ประถมศึกษา	111	85.40
3) มัธยมศึกษา	7	5.40
4)ปริญญาตรี	6	4.60
อาชีพ		
1) ไม่ได้ทำงาน	52	40.00
2)ข้าราชการบำนาญ	7	5.40
3) เกษตรกร	59	45.40
4) รับจ้าง	8	6.10
5) ค้าขาย	4	3.10
สถานภาพสมรส		
1) โสด	1	0.80
2) คู่	85	65.40
3) ม่าย	43	33.00
4) แยก	1	0.80

ตารางที่ 3.2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ศาสนา		
พุทธ	130	100.00
เขตที่อยู่อาศัย		
1) เขตเทศบาล	50	38.50
2) เขต อบต.	80	61.50
โรคประจำตัว		
1) ไม่มี	27	20.77
2) มี เช่น		
2.1) โรคความดันโลหิตสูง	37	28.46
2.2) โรคเบาหวาน	35	26.92
2.3) โรคไตวายเรื้อรัง	15	11.54
2.4) โรคกระดูกและข้อ	9	6.92
2.5) โรคหัวใจ	7	5.38
อาการนำที่มาตรวจ		
1) ไข้ต่ำ ๆ	5	3.85
2) ไอ	3	2.31
3) หอบ	2	1.54
4) เหนื่อยอ่อนเพลีย	4	3.08
5) น้ำหนักลด	1	0.77
6) เบื่ออาหาร	1	0.77
7) อื่น ๆ เช่น		
7.1) มาตามนัดของโรคความดันโลหิตสูง	37	28.46
7.2) มาตามนัดของโรคเบาหวาน	35	26.92
7.3) มาตามนัดของโรคไตวายเรื้อรัง	15	11.54
7.4) มาตามนัดของโรคกระดูกและข้อ	9	6.92
7.5) อาการทางตาและหู	8	6.15
7.6) ปวดท้อง	5	3.85
7.7) ปวดชายโครง	5	3.85

ตารางที่ 3.2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการสัมผัสวัณโรค		
1) ไม่เคยมีบุคคลใกล้ชิดเป็นวัณโรค	100	76.90
2) มีบุคคลในครัวเรือนเป็นวัณโรค	5	3.80
3) มีเพื่อนบ้านเป็นวัณโรค	13	10.10
4) มีเพื่อนเป็นวัณโรค	12	9.20
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) (เฉลี่ย 21.88)		
1) ผอม (ค่า BMI ไม่เกิน 18.49)	30	23.10
2) ปกติ (ค่า BMI ตั้งแต่ 18.50 – 24.90)	71	54.60
3) อ้วน (ค่า BMI ตั้งแต่ 25.00 ขึ้นไป)	29	22.30
ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุ		
1) ไม่มีผู้ดูแล	15	11.54
2) มีผู้ดูแล		
2.1) ลูกสาว	77	59.23
2.2) ลูกชาย	18	13.85
2.3) คู่สมรส	16	12.31
2.4) หลาน	4	3.08
ลักษณะการทำงานของผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุ		
1) ไม่ได้ทำงาน	56	43.10
2) ทำงานนอกบ้านบางเวลา	50	38.50
3) ทำงานนอกบ้านเต็มเวลา	24	18.40
การวินิจฉัยโรคเมื่อมารับบริการครั้งนี้		
1) สงสัยวัณโรคปอด	2	1.54
2) โรคอื่น เช่น		
2.1) โรคความดันโลหิตสูง	37	28.46
2.2) โรคเบาหวาน	35	26.92
2.3) โรคไทรอยด์	25	19.23
2.4) โรคไตวายเรื้อรัง	15	11.54
2.5) โรคกระดูกและข้อ	9	6.92
2.6) โรคหัวใจ	7	5.38

ตารางที่ 3.2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ผลการตรวจภาพถ่ายรังสีปอด เมื่อมารับบริการครั้งนี้		
1) ปกติ	67	51.50
2) มีร่องรอยโรคที่ปอด	4	3.10
3) ไม่ได้ตรวจ	59	45.40
การรักษาที่ได้รับในครั้งนี		
1) ไม่ได้รักษาวัณโรค	130	100.00
ประวัติการตรวจคัดกรองวัณโรคโดยการตรวจเสมหะ		
1) เคยมีการตรวจคัดกรองวัณโรค	54	41.50
2) ไม่เคยมีการตรวจคัดกรองวัณโรค	76	58.50
ระยะเวลาที่มีอาการนำเกี่ยวกับวัณโรคถึงวันที่ได้รับ		
- การวินิจฉัยวัณโรค (วัน) โดยมีค่าเฉลี่ย 17.50 วัน สูงสุด 90 วัน ต่ำสุด 1 วัน	16	12.30
ระยะเวลาเฉลี่ยที่เริ่มรักษาวัณโรค หลังจากที		
- วินิจฉัยเป็นวัณโรค (วัน) โดยมีค่าเฉลี่ย 7.50 วัน สูงสุด 14 วัน ต่ำสุด 1 วัน	2	1.5

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ต่อเดือน สถานภาพสมรส ศาสนา สถานที่อยู่อาศัย การวินิจฉัย ผลการตรวจเสมหะ ผลการตรวจเอกซเรย์ปอด อาการนำที่มาตรวจ ระยะเวลาที่มีอาการนำครั้งแรกถึงวันที่มาตรวจเพื่อค้นหาวัณโรค ระยะเวลาที่มีอาการนำครั้งแรกถึงวันที่ได้รับการวินิจฉัยวัณโรค ระยะเวลาที่ได้รับ การวินิจฉัยวัณโรค ถึงวันเริ่มรักษาวัณโรค การรักษาที่ได้รับในครั้งนี อาการนำของวัณโรคแล้วได้รับการรักษาอย่างอื่น ประวัติการสัมผัสวัณโรค โรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ผู้ดูแลหลัก การทำงานของผู้ดูแล และบันทึกการตรวจคัดกรองวัณโรคของผู้สูงอายุย้อนหลัง 1 ปี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้ประโยชน์ของปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค การรับรู้อุปสรรคของปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค เป็นแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Rosenstock (1974) ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 165 คน (ธารารัตน์ ดวงแข, 2541) มีค่าความตรง (validity) เท่ากับ .79 และค่าความเที่ยง (reliability) เท่ากับ .80 ข้อ ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบ Likert scale กำหนดให้มี คำตอบ 5 ระดับ จำนวน 32 ข้อ โดยให้คะแนนดังนี้

	คำถามทางบวก	คำถามทางลบ
เห็นด้วยมากที่สุด	เท่ากับ 5	1 คะแนน
เห็นด้วยมาก	เท่ากับ 4	2 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	เท่ากับ 3	3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	เท่ากับ 2	4 คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	เท่ากับ 1	5 คะแนน

การแปลความหมาย ผู้วิจัยนำคะแนนในแต่ละข้อคำถามของกลุ่มตัวอย่างมารวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ยตามความหมาย 5 ระดับ (วัฒนา สุนทรชัย, 2547) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
1.00-1.49	การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรค น้อยที่สุด
1.50-2.49	การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรค น้อย
2.50-3.49	การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรค ปานกลาง
3.50-4.49	การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรค มาก
4.50-5.00	การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรค มากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 151 คน ของ สุมาลี อมรินทร์แสงเพ็ญ (2540) ซึ่งสร้างแบบประเมินโดยประยุกต์แนวคิดของโดยใช้แนวคิดของ Jacobson (1986) โดยการแปลผลคะแนนคือ กำหนดคะแนนเฉลี่ยมีค่าสูง หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมมาก คะแนนเฉลี่ยมีค่าต่ำ หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมน้อย มีค่าความตรง (validity) เท่ากับ .95 และค่าความเที่ยง (reliability) เท่ากับ .80 มีข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบ Likert scale กำหนดให้มี คำตอบ 5 ระดับ (วัฒนา สุนทรชัย, 2547) คือ

		คำถามทางบวก	คำถามทางลบ	
เห็นด้วยมากที่สุด	เท่ากับ	5	1	คะแนน
เห็นด้วยมาก	เท่ากับ	4	2	คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	เท่ากับ	3	3	คะแนน
เห็นด้วยน้อย	เท่ากับ	2	4	คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	เท่ากับ	1	5	คะแนน

การแปลความหมาย ผู้วิจัยนำคะแนนในแต่ละข้อคำถามของกลุ่มตัวอย่างมารวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ยตามความหมาย 5 ระดับ (วัฒนา สุนทรชัย, 2547) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
1.00-1.49	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยที่สุด
1.50-2.49	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย
2.50-3.49	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
3.50-4.49	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก
4.50- 5.00	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า งานวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale–TGDS) พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย ซึ่งโดยนิพนธ์ พวงรินทร์และคณะ (2537) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุไทย เนื่องจากง่าย และใช้เวลาในการประเมินน้อย มีจำนวนคำถาม 30 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 10 ข้อ และเป็นข้อคำถามเชิงลบ 20 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็นการตอบประเมินความรู้สึกของตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้กลุ่มตัวอย่างเลือก ได้ 2 ระดับคือ “ใช่” และ “ไม่ใช่” การแปลผล ผู้สูงอายุปกติ คะแนน 0-12 คะแนน ผู้มีความเศร้าเล็กน้อย (mild depression) คะแนน 13-18 คะแนน ผู้มีความเศร้าปานกลาง (moderate depression) คะแนน 19-24 คะแนน ผู้มีความเศร้ารุนแรง (severe depression) คะแนน 25-30 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค ผู้วิจัยปรับปรุงมาจาก ธารารัตน์ ดวงแข (2541) ใช้วัดการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 165 คน สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของ WHO (1993) และ British Thoracic Society (1998) ประกอบด้วยการคงไว้ซึ่งสุขภาพอนามัยที่ดี การปฏิบัติตนเมื่ออยู่ร่วมกับผู้ป่วย การปฏิบัติตนเมื่ออยู่ร่วมกับบุคคลอื่น และการให้ความร่วมมือในการวินิจฉัยและรักษาวัณโรค ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 16

ข้อ และค่าความตรง (validity) เท่ากับ .79 ค่าความเที่ยง (reliability) เท่ากับ .80 ตามลำดับ เป็นแบบ Likert scale คำตอบ 5 ระดับ คือ 1) ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นประจำทุกครั้ง 2) ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง หมายถึง ท่านไม่ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเพียง 1-2 ครั้ง 3) ปฏิบัติบ่อย ๆ หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น 3 ครั้งขึ้นไป 4) ปฏิบัติเป็นครั้งคราว หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นเพียง 1-2 ครั้ง และ 5) ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

		คำถามทางบวก	คำถามทางลบ	
ปฏิบัติทุกครั้ง	เท่ากับ	5	1	คะแนน
ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง	เท่ากับ	4	2	คะแนน
ปฏิบัติบ่อย ๆ	เท่ากับ	3	3	คะแนน
ปฏิบัติเป็นครั้งคราว	เท่ากับ	2	4	คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	เท่ากับ	1	5	คะแนน

การแปลผลคะแนน กำหนดคะแนนเฉลี่ยตามความหมาย 5 ระดับ (วิวัฒนา สุนทรชัย, 2547) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
1.00-1.49	ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคระดับน้อยที่สุด
1.50-2.49	ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคระดับน้อย
2.50-3.49	ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคระดับปานกลาง
3.50-4.49	ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคระดับมาก
4.50-5.00	ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index) นำเครื่องมือวิจัยนำเสนอบริการที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความสอดคล้องของเนื้อหา การใช้ภาษาและสเกลการวัด หลังจากนั้นติดต่อขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสม ประเมินข้อคำถามต่าง ๆ ที่ใช้ในเครื่องมือว่าตรงกับสิ่งที่ต้องการจะวัดหรือไม่ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวินิจฉัยและรักษาวัณโรค อาจารย์พยาบาลด้านผู้สูงอายุ อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสาธารณสุข อาจารย์พยาบาลด้านส่งเสริมสุขภาพ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านวัณโรค แล้วปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอบริการที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ และอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องตัวแปรนั้น ๆ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีข้อปรับปรุงในการแยกข้อมูลที่ต้องสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยตรง และต้องเก็บจากเวชระเบียน ซึ่งได้แก้ไขจัดหมวดหมู่ให้ชัดเจนเพื่อความสะดวกในการเก็บข้อมูล รวมแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์จำนวน 24 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้ประโยชน์ของปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคมีข้อคำถามเดิม 25 ข้อ ได้ปรับความชัดเจนของภาษา และความซ้ำซ้อนของข้อคำถาม 4 ข้อ ได้แก่ 1) ท่านคิดว่าท่านไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคเพราะมียารักษาวัณโรคแล้ว 2) ท่านคิดว่าอาการของวัณโรคในผู้สูงอายุมีความรุนแรงมากกว่าคนวัยอื่น ๆ 3) ท่านมีโอกาสติดเชื้อวัณโรคจากบุคคลทั่วไปที่ไม่แสดงอาการของวัณโรคและ 4) เมื่อวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคต้องมีการรับประทานยาครบตามเวลาอย่างเคร่งครัด ไม่ขาดยา รวมแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์จำนวน 21 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีข้อคำถามเดิม 7 ข้อ ได้ปรับความชัดเจนของภาษา และความซ้ำซ้อนของข้อคำถาม 1 ข้อ ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวดำเนินการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันวัณโรคของท่าน รวมแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า มีข้อคำถาม 30 ข้อ ไม่มีข้อปรับปรุง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค มีข้อคำถามเดิม 9 ข้อ ได้ปรับความชัดเจนของภาษา และความซ้ำซ้อนของข้อคำถาม 2 ข้อ ได้แก่ 1) หากมีผู้ป่วยวัณโรคในบ้านท่าน ท่านก็จะนอนห้องเดียวกันกับผู้ป่วย 2) ท่านช่วยกระตุ้นคนใกล้ชิดที่เป็นวัณโรคให้ไปรักษาโดยไม่ให้ขาดยา รวมแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์จำนวน 7 ข้อ

นำเครื่องมือวิจัยมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index; CVI) ซึ่งความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ยอมรับได้มีค่าตั้งแต่ .75 ขึ้นไป (Polit & Hungler 1999 อ้างใน อารีย์วรรณ ช่อมตานี) ได้ค่า CVI ในแต่ละด้านดังนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค การสนับสนุนทางสังคมและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคมีค่า CVI คือ .88, .75, .88, .88, .89 และ .81

2. การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) นำไปตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2552 จำนวน 30 ราย โดยใช้ในกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างจริงในการวิจัย จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ออกมาหาค่า Cronbach's alpha coefficient ค่าที่ได้อยู่ระหว่าง .75 ถึง .80 ถือว่าเป็นค่าที่ยอมรับได้ในระดับดี (Devellis, 1999 อ้างใน อารีย์วรรณ ช่อมตานี) ได้ผลดังตารางที่ 3.3

ตารางที่ 3.3 ความเที่ยงของแบบสอบถามจากการทดลองและจากกลุ่มตัวอย่าง

แบบสอบถาม	ค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ	
	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มตัวอย่างจริง (n=130)
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค	.76	.92
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.84	.93
3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค	.88	.95
4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค	.92	.96
5. การสนับสนุนทางสังคม	.86	.95
6. การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค	.76	.73

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ อำนวยเจริญ ยโสธร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคนของแต่ละโรงพยาบาลและเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มารับบริการในตึกผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม

2. หลังจากได้รับอนุญาตเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรายละเอียดในการเก็บข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานประจำตึกผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรมในเวลาทำการแต่ละโรงพยาบาล

3. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยให้เจ้าหน้าที่ประจำตึกผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามที่กำหนด แล้วส่งต่อให้ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติอีกครั้ง ผู้วิจัยทำการบันทึกข้อมูลบางส่วนไว้ก่อน เช่น ข้อมูลทั่วไป ทำความเข้าใจในการเก็บข้อมูลและนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินหลังจากได้ตรวจกับแพทย์ เพื่อลดความกังวลในการเข้าตรวจของกลุ่มตัวอย่าง

4. ผู้วิจัยแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการวิจัย และพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือ จัดที่ให้นั่งเป็นสัดส่วนโดยผู้วิจัยเริ่มการสัมภาษณ์โดยใช้แบบประเมินทั้ง 5 ส่วน โดยขอใช้เวลาสัมภาษณ์คนละ 30-45 นาที และผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและกล่าวขอบคุณ

6. ผู้วิจัยใช้เวลาเก็บข้อมูลจากทั้ง 3 โรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 2 มีนาคมถึง 30 มีนาคม 2552 รวมเป็นเวลา 4 สัปดาห์โดยสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุที่นัดมารับบริการและทำการคัดเลือกตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างแล้วสุ่มอย่างง่ายในแต่ละวัน โดยจับสลากแล้วทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยโรงพยาบาลศรีสะเกษใช้เวลา 9 วัน ยโสธรใช้เวลา 7 วัน และอำนาจเจริญใช้เวลา 6 วัน

7. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบ 130 คน ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาแจกแจงลงตารางเพื่อ วิเคราะห์ทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การทำวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลอำนาจเจริญ ศรีสะเกษ และยโสธร สามารถดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลดังกล่าวได้ จากนั้นผู้วิจัยได้แนะนำตัวและขอความร่วมมือในการวิจัยโดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อการรักษาตามปกติของแพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาล ซึ่งแจ้งให้ทราบถึงสิทธิและอิสระของกลุ่มตัวอย่างที่จะเข้าร่วมวิจัย เมื่อยินดีเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ ขณะทำการสอบถามกลุ่มตัวอย่างสามารถไม่ตอบคำถามใด ๆ ได้ เมื่อไม่สะดวกใจในคำถาม หรือยุติการให้ความร่วมมือวิจัยในขั้นตอนใด ๆ ก็ได้ ซึ่งไม่ต้องให้เหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลตามปกติ ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยไม่ได้อ้างถึงชื่อของกลุ่มตัวอย่าง แต่จะนำเสนอในเชิงวิชาการ

การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรส ศาสนา สถานที่อยู่อาศัย การวินิจฉัย ผลการตรวจเสมหะ ผลการตรวจเอกซเรย์ปอด อาการนำที่มาตรวจ ระยะเวลาที่มีอาการนำครั้งแรกถึงวันที่มาตรวจเพื่อค้นหาวัณโรค ระยะเวลาที่มีอาการนำครั้งแรกถึงวันที่ได้รับการวินิจฉัยวัณโรค ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยวัณโรคถึงวันเริ่มรักษาวัณโรค การรักษาที่ได้รับในครั้งนี้อาการนำที่ได้รับการรักษาอย่างอื่น ประวัติการสัมผัสวัณโรค โรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ผู้ดูแลหลัก การทำงานของผู้ดูแล บันทึกการตรวจคัดกรองวัณโรคของผู้สูงอายุย้อนหลัง 1 ปี ด้วยสถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ

2. วิเคราะห์การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้โรคความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค การ

สนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ ด้วยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้โรคความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ โดยรวมและรายด้าน ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation) และทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. วิเคราะห์การพยากรณ์ระหว่าง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้โรคความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้าโดยรวม กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (descriptive correlation research) โดยศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุ จากกลุ่มตัวอย่าง 130 ราย ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ และเสนอผลการวิเคราะห์โดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย จำแนกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การศึกษาการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ เสนอผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 4.1 ถึง 4.7

ตอนที่ 2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ นำเสนอผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 4.8 และ 4.9

ตอนที่ 3 การพยากรณ์ระหว่าง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า โดยรวม กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ นำเสนอผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 4.10 และ 4.11

ตอนที่ 1 การศึกษาการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ เสนอผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 4.1 ถึง 4.7

ตารางที่ 4.1 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค
จำแนกรายข้อ

ข้อที่	การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค	Mean	SD.	ระดับ
1.	ได้นำคนในครอบครัวให้มีการจัดที่อยู่อาศัยให้โล่ง อากาศถ่ายเทได้สะดวก	4.39	1.02	มาก
2.	ได้นำสิ่งของเครื่องใช้ เช่น ที่นอน ผ้าห่ม หมอน ไปผึ่ง แดดทุกสัปดาห์	4.17	1.01	มาก
3.	บ้วนหรือล้างเสมหะในที่สาธารณะหรือทุกแห่งที่ สะดวก	4.10	1.46	มาก
4.	สังเกตตนเอง เช่น น้ำหนักลด อាកารไอ อากาการใช้ ซึ่ง เป็นอาการเตือนให้ไปตรวจคัดกรองวัณโรคทุกครั้ง สงสัย	3.73	1.19	มาก
5.	ดูแลตนเองโดยการรับประทานอาหารที่ครบทุกหมวด อาหารทุกมื้อเช่น เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ ข้าว ไขมัน ต้ม น้ำสะอาดและออกกำลังกาย	3.38	1.02	ปานกลาง
6.	ได้ช่วยกระตุ้นคนใกล้ชิดที่เป็นวัณโรคให้ไปรักษาโดย ไม่ให้ขาดยา	3.31	1.57	ปานกลาง
7.	เมื่อไอหรือจามใกล้ ๆ ใช้ผ้าหรือกระดาษปิดปาก-จมูก ทุกครั้ง	3.13	1.56	ปานกลาง
การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค โดยรวมเฉลี่ย		3.75	0.72	มาก

จากตารางที่ 4.1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก โดยเรื่องการดูแลตนเองโดยการรับประทานอาหารที่ครบทุกหมวดอาหารทุกมื้อเช่น เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ ข้าว ไขมัน ต้ม น้ำสะอาดและออกกำลังกาย เรื่องการได้ช่วยกระตุ้นคนใกล้ชิดที่เป็นวัณโรคให้ไปรักษาโดยไม่ให้ขาดยา และเรื่องเมื่อไอหรือจามใกล้ ๆ ใช้ผ้าหรือกระดาษปิดปาก-จมูก ทุกครั้ง อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนข้ออื่น ๆ อยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค
จำแนกรายข้อ

ข้อที่	การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค	Mean	SD.	ระดับ
1.	การอาศัยร่วมบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยวัณโรคทำให้มีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคง่าย	3.62	1.07	มาก
2.	การสูดหายใจอากาศที่มีเชื้อวัณโรคทำให้ป่วยเป็นวัณโรคได้	3.52	1.11	มาก
3.	มีโอกาสติดเชื้อวัณโรคจากบุคคลทั่วไปที่ไม่แสดงอาการวัณโรค	3.46	1.08	ปานกลาง
4.	มีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคจากเชื้อวัณโรคเดิมที่สงบอยู่ในร่างกาย เมื่อมีเชื้อดุกคามและร่างกายอ่อนแอจึงป่วยง่าย (ร่างกายอ่อนแอ เช่น เป็นผู้สูงอายุ โรคเบาหวาน โรคไต วายระยะสุดท้าย มีการติดเชื้อ เอชไอวี สุกดิบหรือ ดื่มสุรา)	3.42	1.13	ปานกลาง
5.	อายุมากขึ้นเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค	3.35	1.17	ปานกลาง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคโดยรวมเฉลี่ย		3.47	0.91	ปานกลาง

จากตาราง 4.2 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคอยู่ในระดับปานกลาง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรครายข้อเรียงลำดับจากคะแนนเฉลี่ยดังนี้ คือ การอาศัยร่วมบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยวัณโรคทำให้มีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคง่าย รองลงมาคือ การสูดหายใจอากาศที่มีเชื้อวัณโรคทำให้ป่วยเป็นวัณโรคได้ เท่ากับ 3.62 และ 3.52 ตามลำดับ ส่วนคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ อายุมากขึ้นเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค เท่ากับ 3.35

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการรับรู้ความรุนแรงของโรค
จำแนกรายข้อ

ข้อที่	การรับรู้ความรุนแรงของโรค	Mean	SD.	ระดับ
1.	เมื่อเป็นวัณโรคแล้วไม่รักษาหรือรักษาไม่สม่ำเสมอจะมีโอกาสเป็นวัณโรคดื้อยา อาการของวัณโรคจะรุนแรง และเสียชีวิตได้ง่าย	3.97	1.00	มาก
2.	อาการวัณโรคของผู้สูงอายุมีอาการมากกว่าคนทั่วไป	3.87	0.98	มาก
3.	ผู้สูงอายุจะต้องใช้เวลาในการรักษาวัณโรคมากกว่าคนทั่วไป	3.85	1.02	มาก
4.	การตรวจเสมหะสามารถพบวัณโรคในระยะแรก ๆ ที่ไม่รุนแรง	3.82	0.99	มาก
5.	หากเป็นวัณโรคแล้วจะทำให้โรคอื่นที่เป็นอยู่กำเริบง่ายขึ้น	3.68	1.10	มาก
	การรับรู้ความรุนแรงของโรคโดยรวมเฉลี่ย	3.84	0.86	มาก

จากตารางที่ 4.3 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับมาก และทุกข้อก็มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับมากเช่นกัน โดยเรียงลำดับจากคะแนนเฉลี่ยดังนี้ คือ เมื่อเป็นวัณโรคแล้วไม่รักษาหรือรักษาไม่สม่ำเสมอมีโอกาสเป็นวัณโรคดื้อยา อาการของวัณโรคจะรุนแรง และเสียชีวิตได้ง่าย รองลงมาคือ อาการวัณโรคของผู้สูงอายุมีอาการมากกว่าคนทั่วไป เท่ากับ 3.97 และ 3.87 ตามลำดับ ส่วนคะแนนต่ำสุด คือ หากเป็นวัณโรคแล้วจะทำให้โรคอื่นที่เป็นอยู่กำเริบง่ายขึ้น เท่ากับ 3.68

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค จำแนกรายข้อ

ข้อที่	การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค	Mean	SD.	ระดับ
1.	การจัดที่อยู่อาศัยให้มีอากาศถ่ายเทได้สะดวกเป็นการป้องกันวัณโรคที่ดีอย่างหนึ่ง	3.95	0.94	มาก
2.	ผู้ป่วยวัณโรคจำเป็นต้องใช้ผ้าปิดปาก จมูก ขณะไอ-จาม	3.94	0.99	มาก
3.	การตรวจเสมหะทำให้พบวัณโรคได้เร็วขึ้นและมีโอกาสรักษาหายมากขึ้น	3.89	1.03	มาก
4.	การล้างมือบ่อย ๆ สามารถป้องกันวัณโรคได้	3.85	0.98	มาก
5.	การสังเกต อาการไอ หรือไอ ช่วยให้คุณพบวัณโรคในระยะเริ่มแรก	3.70	1.06	มาก
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคโดยรวมเฉลี่ย		3.87	0.89	มาก

จากตารางที่ 4.4 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค เฉลี่ยของอยู่ในระดับมาก และทุกข้อก็มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคอยู่ในระดับมากเช่นกัน โดยเรียงลำดับจากคะแนนเฉลี่ยดังนี้ คือ การจัดที่อยู่อาศัยให้มีอากาศถ่ายเทได้สะดวกเป็นการป้องกันวัณโรคที่ดีอย่างหนึ่ง รองลงมาคือ ผู้ป่วยวัณโรคจำเป็นต้องใช้ผ้าปิดปาก จมูก ขณะไอ-จาม เท่ากับ 3.95 และ 3.94 ตามลำดับ ส่วนคะแนนต่ำสุด คือ การสังเกต อาการไอ หรือไอ ช่วยให้คุณพบวัณโรคในระยะเริ่มแรก เท่ากับ 3.70

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคจำแนกรายข้อ

ข้อที่	การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค	Mean	SD.	ระดับ
1.	การปฏิบัติ เช่น การสวมผ้าปิดปาก-จมูก การล้างมือบ่อย ๆ การหลีกเลี่ยงอยู่ใกล้ชิดกับคนที่มีอาการไอเรื้อรัง เป็นสิ่งที่ลำบากในการปฏิบัติ	3.30	1.36	ปานกลาง
2.	การเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางทำให้ไม่ไปตรวจเสมหะ	3.22	1.50	ปานกลาง
3.	บ้านอยู่ไกลจากสถานที่ตรวจเสมหะจะทำให้ไม่ไปตรวจ	3.16	1.51	ปานกลาง
4.	เมื่ออาศัยอยู่บ้านตามลำพัง หากต้องการไปตรวจเสมหะเพื่อค้นหาวัณโรค ไม่สามารถไปได้เพราะไม่มีผู้พาไปตรวจ	3.08	1.50	ปานกลาง
5.	เป็นเรื่องน่าเบื่อในการรอตรวจและทำให้เสียเวลา หากต้องไปตรวจเสมหะเป็นระยะ ๆ	3.08	1.50	ปานกลาง
6.	การประชาสัมพันธ์เรื่องการตรวจเสมหะไม่ทั่วถึงจึงทำให้ไม่ไปตรวจ	3.08	1.50	ปานกลาง
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคโดยรวมเฉลี่ย		3.15	1.31	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค เฉลี่ยของอยู่ในระดับปานกลาง และทุกข้อก็มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน โดยเรียงลำดับจากคะแนนเฉลี่ยดังนี้ คือ การปฏิบัติ เช่น การสวมผ้าปิดปาก-จมูก การล้างมือบ่อย ๆ การหลีกเลี่ยงอยู่ใกล้ชิดกับคนที่มีอาการไอเรื้อรัง เป็นสิ่งที่ลำบากในการปฏิบัติ รองลงมาคือ การเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางทำให้ไม่ไปตรวจเสมหะ เท่ากับ 3.30 และ 3.22 ตามลำดับ ส่วนคะแนนต่ำสุด คือ การประชาสัมพันธ์เรื่องการตรวจเสมหะไม่ทั่วถึงจึงทำให้ไม่ไปตรวจ เท่ากับ 3.08

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของทางการสนับสนุนทางสังคม
จำแนกรายข้อ

ข้อที่	การสนับสนุนทางสังคม	Mean	SD.	ระดับ
1.	คนในครอบครัวให้กำลังใจในการไปตรวจเสมหะเพื่อค้นหา วัณโรค	4.15	0.94	มาก
2.	เมื่อมีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการไปตรวจเสมหะคนใน ครอบครัวสามารถช่วยเหลือได้	4.15	0.91	มาก
3.	คนในครอบครัวช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้านในขณะที่ไปตรวจ เสมหะ	4.13	0.92	มาก
4.	คนในครอบครัวช่วยดูแลในการจัดบริเวณบ้านให้สะอาด และปลอดภัย	4.12	0.92	มาก
5.	คนในครอบครัวช่วยบอกถึงปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันวัณโรคว่า ปฏิบัติถูกต้องอย่างไร (ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันวัณโรคคือ การ ล้างมือ การใช้ผ้าปิดปาก-จมูก การหลีกเลี่ยงผู้มีอาการไอ เรื้อรัง เป็นต้น)	3.95	1.14	มาก
6.	คนในครอบครัวหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับวัณโรคมา ให้อ่าน	3.83	1.25	มาก
การสนับสนุนทางสังคม โดยรวมเฉลี่ย		4.06	0.89	มาก

จากตารางที่ 4.6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนของการสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ยอยู่ในระดับ
มาก และทุกข้อก็มีการสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ยอยู่ในระดับมากเช่นกัน โดยเรียงลำดับจากคะแนน
เฉลี่ยดังนี้ คือ ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์และการสนับสนุนด้านการให้วัตถุสิ่งของ มีค่าเฉลี่ย
เท่ากัน ซึ่งเป็นข้อคำถามว่า คนในครอบครัวให้กำลังใจในการไปตรวจเสมหะเพื่อค้นหาวัณโรค และ
เมื่อมีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการไปตรวจเสมหะคนในครอบครัวสามารถช่วยเหลือได้ เท่ากับ 4.15
และ 4.15 ส่วนด้านความรู้ความเข้าใจ เป็นข้อคำถามว่า คนในครอบครัวหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์
เกี่ยวกับวัณโรคมาให้อ่าน เท่ากับ 3.83

ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ	99	76.20
เล็กน้อย	20	15.40
ปานกลาง	8	6.20
รุนแรง	3	2.20
ภาวะซึมเศร้าโดยรวม (Mean = 8.25, SD. = 6.162)	130	100.00

จากตารางที่ 4.7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 76.20 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 15.40 ภาวะซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 6.20 และภาวะซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 2.30 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า กับ การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ นำเสนอผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 4.8 และ 4.9

ตารางที่ 4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า กับ การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของกลุ่มตัวอย่าง (n = 130)

ปัจจัยคัดสรร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p.value
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค	.14	.061
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.18	.020
3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค	.25	.002
4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค	.14	.062
5. การสนับสนุนทางสังคม	.16	.035
6. ภาวะซึมเศร้า	-.25	.002

จากตารางที่ 4.8 พบว่าการรับรู้ความรุนแรงต่อโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .18, .25, \text{ และ } .16$ ตามลำดับ) โดยภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.25$) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้และอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค

ตอนที่ 3 การพยากรณ์ระหว่าง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า โดยรวม กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ นำเสนอผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 4.10 และ 4.11

ตารางที่ 4.9 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค

ตัวแปร	การรับรู้ความรุนแรงของโรค	การรับรู้ประโยชน์	การสนับสนุนทางสังคม	ภาวะซึมเศร้า	การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	1	.432	.206	.026*	.180
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค		1	.149	-.099	.250
การสนับสนุนทางสังคม			1	-.039*	.160
ภาวะซึมเศร้า				1	-.248
การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค					1

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.9 พบว่า การรับรู้ความรุนแรงต่อโรคและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .026$ และ $.039$)

ตารางที่ 4.10 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ ที่ได้รับการคัดเลือก เข้าสู่สมการถดถอย กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค

ลำดับการพยากรณ์	R	R square	R square Change	F	p-value
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค	.250	.062	.062	8.499	.004
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค ภาวะซึมเศร้า	.335	.112	.052	7.185	.008

จากตารางที่ 4.10 ตัวแปรพยากรณ์ ที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค มีลำดับขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค ได้รับการคัดเลือกเข้ามาอยู่ในสมการเป็นตัวแรกและสามารถอธิบายความแปรปรวนของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ เท่ากับ .062 นั้น หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคสามารถพยากรณ์การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 6.2

ขั้นตอนที่ 2 ตัวแปรภาวะซึมเศร้า ได้รับการคัดเลือกเข้ามาอยู่ในสมการเป็นตัวที่ 2 สามารถอธิบายความแปรปรวนของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 5.2 (R square Change = .052) โดยให้ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R square) เพิ่มขึ้นเป็น .112 นั้น หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคและภาวะซึมเศร้า สามารถพยากรณ์การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค ของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 11.2

ตารางที่ 4.11 สัมประสิทธิ์ถดถอยของการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค ภาวะ
ซีมีเศร้า ในการพยากรณ์การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ

ตัวแปรพยากรณ์	B	Std.E	Beta	t	p-value
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อ ป้องกันวัณโรค	.184	.068	.227	2.704	.008
ภาวะซีมีเศร้า	-.026	.010	-.225	-2.681	.008
Constant	3.250	.290	-	11.210	.000

จากตารางที่ 4.11 เพื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบมาตรฐาน (Beta) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค มีความสัมพันธ์ทางบวก กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ และสามารถพยากรณ์ การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย เท่ากับ .227 นั้น หมายถึง เมื่อคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค เพิ่มขึ้น 1 หน่วยคะแนน จะมีผลทำให้คะแนนการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค เพิ่มขึ้น .227 หน่วยคะแนน ส่วนภาวะซีมีเศร้า พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย เท่ากับ -.225 นั้น หมายถึง เมื่อภาวะซีมีเศร้า เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีผลทำให้คะแนนการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ ลดลง .225 หน่วย สมการพยากรณ์ การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุ มีดังนี้

1. สมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบ

$$\hat{Y} \text{ การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค} = 3.250 + 0.184 X_1 \text{ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค} - 0.026 X_2 \text{ ภาวะซีมีเศร้า}$$

2. สมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน

$$\hat{Z} \text{ การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค} = 0.227 Z_1 \text{ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค} - 0.225 Z_2 \text{ ภาวะซีมีเศร้า}$$

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (descriptive correlation research) โดยศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุ
3. เพื่อศึกษาการพยากรณ์ของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุ

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ
3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ
4. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ
5. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ
6. ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ
7. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ศึกษาคือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับบริการในตึกผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลประจำจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการโดยยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยรู้เรื่องและเข้าใจดี ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ของโรงพยาบาลศรีสะเกษจำนวน 50 คน โรงพยาบาลอำนาจเจริญจำนวน 35 คนและโรงพยาบาลยโสธรจำนวน 45 คน และเก็บข้อมูลในเดือนมีนาคม 2552

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป จำนวน 24 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ประกอบด้วยคำถามจำนวน 21 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยคำถามจำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยคำถามจำนวน 30 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ประกอบด้วยคำถามจำนวน 7 ข้อ

คุณภาพของเครื่องมือ มีค่าความเที่ยง (reliability) ของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคคือ .92, .93, .95, .96, .95, .94 และ .73 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ และโรงพยาบาลยโสธร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคนของแต่ละโรงพยาบาลและเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มารับบริการในตึกผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม

2. หลังจากได้รับอนุญาตเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรายละเอียดในการเก็บข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานประจำตึกผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรมในเวลาทำการแต่ละโรงพยาบาล

3. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยให้เจ้าหน้าที่ประจำตึกผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามที่กำหนด แล้วส่งต่อให้ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติอีกครั้ง ผู้วิจัยทำการบันทึกข้อมูลบางส่วนไว้ก่อน เช่น ข้อมูลทั่วไป ทำความเข้าใจในการเก็บข้อมูลและนัด

หมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินหลังจากได้ตรวจกับแพทย์ เพื่อลดความกังวลในการเข้าตรวจของกลุ่มตัวอย่าง

4. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ที่แจ้งวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการวิจัย และ พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือ จัดที่นั่งเป็นสัดส่วน โดยผู้วิจัยเริ่มสอบถามโดยใช้ แบบสอบถามทั้ง 5 ส่วน ใช้เวลาสัมภาษณ์คนละ 30-45 นาที และผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของ ข้อมูลและกล่าวขอบคุณ

6. ผู้วิจัยใช้เวลาเก็บข้อมูลจากทั้ง 3 โรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 2 มีนาคม ถึง 30 มีนาคม 2552 รวมเป็นเวลา 4 สัปดาห์

7. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบ 130 คน ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาแจกแจงลงตารางเพื่อ วิเคราะห์ ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สถานภาพ สมรส ศาสนา สถานที่อยู่อาศัย การวินิจฉัย ผลการตรวจเสมหะ ผลการตรวจเอกซเรย์ปอด อาการนำ ที่มาตรวจ ระยะเวลาที่มีอาการนำครั้งแรกถึงวันที่มาตรวจเพื่อค้นหาวัณโรค ระยะเวลาที่มีอาการนำ ครั้งแรกถึงวันที่ได้รับการวินิจฉัยวัณโรค ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยวัณโรคถึงวันเริ่มรักษาวัณโรค การรักษาที่ได้รับในครั้งนี้อยู่ เคยมีอาการนำของวัณโรคแล้วรับการรักษาอย่างอื่นที่ไม่ใช่วัณโรค ประวัติ การสัมผัสวัณโรค โรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ผู้ดูแลหลัก การทำงานของผู้ดูแล วันที่ทำการตรวจคัดกรองวัณโรคของผู้สูงอายุย้อนหลัง 1 ปี ด้วยสถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ

2. วิเคราะห์การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้โรคความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ ด้วยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้โรคความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ โดยรวมและรายด้าน ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation) และทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. วิเคราะห์การพยากรณ์ระหว่าง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้โรคความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้าโดยรวม กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นต้น

สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.84 เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูง คือ ผู้สูงอายุแนะนำให้สมาชิกในครอบครัวจัดที่อยู่อาศัยให้โล่งอากาศถ่ายเทได้สะดวก ($\bar{X} = 4.39$, $SD = 1.02$) รองลงมา คือ ผู้สูงอายุนำสิ่งของเครื่องใช้ เช่น ที่นอน ผ้าห่ม หมอน ไปผึ่งแดดทุกสัปดาห์ ($\bar{X} = 4.17$, $SD = 1.01$) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ เมื่อผู้ป่วยไอ หรือจามใกล้ ๆ กับผู้สูงอายุ ท่านจะใช้ผ้า หรือกระดาษ ปิดปาก-จมูกทุกครั้ง ($\bar{X} = 3.13$, $SD = 1.56$)

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวก กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .180$, $p\text{-value} = .020$)

3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคมีความสัมพันธ์ทางบวก กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .250$, $p\text{-value} = .002$)

4. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวก กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .160$, $p\text{-value} = .035$)

5. ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.248$, $p\text{-value} = .002$)

6. การรับรู้ความเสี่ยงต่อโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ

7. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค และภาวะซึมเศร้า สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนต่อ การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 11.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถสร้างสมการพยากรณ์การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ ดังนี้

1) สมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบ

$$\hat{Y} \text{ การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค} = 3.250 + 0.184 X_1 \text{ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค} - 0.026 X_2 \text{ ภาวะซึมเศร้า}$$

2) สมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน

$$\hat{Z} \text{ การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค} = 0.227 Z_1 \text{ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค} - 0.225 Z_2 \text{ ภาวะซึมเศร้า}$$

อภิปรายผลการวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย อภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัยดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคของผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.47$, $SD. = .91$) แต่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 หมายความว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคไม่ว่าจะมากหรือน้อย ก็จะไม่ทำให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค มากหรือน้อยตามไปด้วย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ ลัญญา จำปาทอง (2548) ศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในผู้สูงอายุเขตชนบทจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ Iriyama et al. (2006) ที่ศึกษาพฤติกรรมการงดมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชายวัยรุ่น ในเมือง Kathmandu ประเทศเนปาล พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคเอดส์ ไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการงดมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งหมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคมกหรือน้อยก็ไม่ทำให้นักเรียนชายวัยรุ่นงดมีเพศสัมพันธ์มากหรือน้อยตามไปด้วย แต่ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้อย่างไรก็ตาม กฤษณาพร ทิพย์กาญจนาเราชา (2549) ศึกษาการสร้างเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ ธารารัตน์ ดวงแข (2541) ที่พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคของสมาชิกในครัวเรือนของผู้ป่วยวัณโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .35$, $p < .001$)

อย่างไรก็ตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค ไม่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากวัณโรคเป็นโรคที่พบมานานในโลกและในประเทศไทย มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ด้านความรู้ความเป็นระยะ ๆ เรื่อยมา ผู้สูงอายุจึงมีความรู้ ความเข้าใจ และรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคมาโดยตลอด แต่การประชาสัมพันธ์ด้านวัณโรคยังไม่ชัดเจน ยังไม่มีแนวทางการป้องกันวัณโรคที่เป็นรูปธรรม ที่มีอยู่เป็นเพียงการป้องกันโรคโดยทั่วไปยังไม่เฉพาะเจาะจง ทำให้บางครั้งขาดความต่อเนื่อง และจริงจังในการรณรงค์ ผู้สูงอายุจึงมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค และการป้องกันวัณโรค ตามความเข้าใจและความสะดวกของตนเอง (ปราชัญญ์ บุญยวงศิริโรจน์, 2551) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่ยังไม่ป่วย จึงคิดว่าตนเองไม่เสี่ยงต่อโรคนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการป้องกันโรค จึงควรหารูปแบบหรือปัจจัยอื่นมาช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับรู้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ เช่น การได้เห็นตัวอย่างและประสบการณ์จากผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาหายแล้วเพื่อส่งผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคอย่างแท้จริง

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ

การรับรู้ความรุนแรงของโรค ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคคะแนนเฉลี่ยโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.84$, $SD. = .86$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ พบว่ามีความสัมพันธ์กันในทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .180$, $p\text{-value} = .020$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 หมายความว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมาก จะมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคมากเช่นกัน ส่วนผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคน้อย ก็จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคน้อย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ลัญญา จำปาทอง (2548) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงต่อโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ แอนนา สุมะโน (2550) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงต่อโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดให้การปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพดีขึ้น ซึ่งศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอด 2 กลุ่ม โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 1.60$, $SD. = 0.24$ และ $\bar{X} = 1.37$, $SD. = 0.32$ ตามลำดับ) ในการศึกษานี้เป็นไปตามแนวคิดของ Rosenstock (1974) ที่ว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมาก มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีการป้องกันวัณโรคมาก เพราะความรุนแรงของโรคจะสามารถรับรู้ได้ตามสภาพอาการที่เป็นจริง ว่ามีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด (Davis, 1968) ซึ่งผู้สูงอายุที่ศึกษามีบุคคลในครอบครัวเพื่อนและเพื่อนบ้านที่เป็นวัณโรคถึงร้อยละ 23.10 ทำให้รับรู้ถึงอาการ ความรุนแรงที่คนใกล้ชิดเห็นเหล่านั้นเป็นวัณโรค ส่งผลให้การรับรู้ความรุนแรงต่อโรคมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุ ดังนั้นการที่จะส่งเสริมการป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุ จึงควรเน้นให้ผู้สูงอายุได้รับรู้สภาพอาการป่วยวัณโรคจากบุคคลใกล้ชิดหรือคนที่รู้จักของผู้สูงอายุ

แต่ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อรวิภา วิริยะไชย (2538) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยวัณโรคจะได้รับการรักษาวัณโรคในสูตรยามาตรฐาน เป็นระบบเดียวกันทั่วประเทศซึ่งเหมือนกันทั้งชนิดของยาและระยะเวลารักษาซึ่งผลการรักษาจะดีขึ้นภายใน 2 สัปดาห์และดีขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้ลึกถึงความรุนแรงของโรคและมองว่าวัณโรครักษาหายจนเป็นสาเหตุหนึ่งของการหยุดการรักษาเองทำให้เกิดวัณโรคดื้อยา (ปราชญ์ บุญยวงศิริโรจน์, 2551) ส่งผลให้การรับรู้ความรุนแรงต่อโรคไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค ผลการศึกษาพบว่า

การรับรู้ประโยชน์ของผู้สูงอายุ มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.87$, $SD = .89$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ พบว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .25$, $p\text{-value} = .002$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ในข้อที่ 3 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคมาก จะมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคมาก และในทางกลับกันหากผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคน้อย จะมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคน้อยเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลัญญา จำปาทอง (2548) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคกระดูกพรุน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและ ธารารัตน์ ดวงแข (2542) พบว่าการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของสมาชิกในครัวเรือนผู้ช่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .43$, $p < .001$) ซึ่งการศึกษาค้างนี้เป็นไปตามแนวคิดของ Rosenstock (1974) พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุจะมีการปฏิบัติหรือยอมรับสิ่งใดนั้น ผู้สูงอายุจะต้องมีความเชื่อว่า การปฏิบัตินั้นมีประโยชน์ มีประสิทธิภาพสามารถลดการคุกคามต่อสุขภาพ ทำให้ไม่ป่วยเป็นโรค ซึ่งผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างคิดว่า การจัดที่อยู่อาศัยให้มีอากาศถ่ายเทสะดวก ล้างมือบ่อย ๆ ใ้ใจจามใช้ผ้า ปิดปาก-จมูก สังกัดอาการไข้ ไอและไปตรวจเสมหะ จะทำให้ป้องกันวัณโรคได้ และหากป่วยเป็นวัณโรคก็มีโอกาสรักษาหายมากขึ้น โดยมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์รายข้อ เท่ากับ 3.68, 3.82, 3.85, 3.87, 3.97 ตามลำดับ ซึ่งทุกข้อมีการรับรู้ประโยชน์ในระดับมาก ดังนั้นการส่งเสริมการป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุ จะต้องส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุ

แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Alexy (2007) ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของหญิงในเมืองกับหญิงชนบทชาวอเมริกันไม่สัมพันธ์กับการวางแผนว่าจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต้องอาศัยความพร้อมหลาย ๆ ด้าน เช่น ความพร้อมด้านสุขภาพของแม่ เวลาที่ต้องใช้เลี้ยงลูก การทำงานนอกบ้าน รวมทั้งมีการโฆษณาในการใช้นมผงเลี้ยงทารกแทนนมแม่ในกรณีที่แม่ไม่มีความพร้อมในการให้นม ทำให้หญิงในเมืองกับหญิงชนบทชาวอเมริกันมีการรับรู้ประโยชน์ของนมแม่ แต่มีเหตุผลของตนเองด้านความไม่พร้อมที่จะวางแผนเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังนั้นการรับรู้ประโยชน์จึงไม่มีความสัมพันธ์กับการวางแผนว่าจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ

การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.06 (SD.= .89) ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด โดยที่การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และการสนับสนุนวัตถุประสงค์ของมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน ($\bar{X} = 4.15$, SD.= .94 และ $\bar{X} = 4.15$, SD.= .91 ตามลำดับ) ส่วนการสนับสนุนทางด้านความรู้ความเข้าใจมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.83 (SD.= 1.25) ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .160$, $p\text{-value} = .035$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4 หมายถึงผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมมาก จะมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคมาก สอดคล้อง ทศนีย์ แสนมาโนช (2543) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการป้องกันปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ ภราดา บุราณสาร (2546) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพราะการได้รับการยกย่องจากคนในครอบครัวว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่า มีประโยชน์จะช่วยให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคดีขึ้น นอกจากนี้การสนับสนุนทางด้านวัตถุประสงค์ของ หรือการให้บริการ การให้การประเมินผล ข้อมูลข่าวสาร แก่ผู้สูงอายุล้วนเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้และประเมินได้ว่าเขาได้รับการสนับสนุน สามารถปฏิบัติตนได้สะดวกขึ้น (จินตนา แว่วสวัสดิ์, 2546) ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Jacobson (1986) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 5 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคของผู้สูงอายุ มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ($\bar{X} = 3.15$, SD.= 1.31) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 5 หมายความว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันวัณโรคมากหรือน้อย จะไม่ทำให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตนของการป้องกันวัณโรคมากหรือน้อยตามไปด้วย สอดคล้องกับ บุศรินทร์ ประกอบธรรม (2548) ศึกษาผู้สูงอายุชายที่เป็นข้าราชการบำนาญในจังหวัดชลบุรี พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ การวิจัยนี้จึงไม่เป็นไปตามแนวคิดของ Rosenstock (1974) ที่กล่าวว่า การรับรู้อุปสรรคส่งผลทางลบต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ เพราะอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุได้ดำเนินการแก้ไขโดยรวมในระดับนโยบายของชาติ ผู้สูงอายุจึงรู้สึกว่สิ่งเหล่านี้ไม่เป็นอุปสรรคอีกต่อไป เช่น อุปสรรคเรื่องค่าใช้จ่าย รัฐก็จัดบริการที่ไม่มีค่าใช้จ่าย ระยะเวลา

ทางไกลก็จัดบริการเคลื่อนที่ไปสถานีนามัยใกล้บ้าน มีช่องทางส่งยาถึงบ้านผู้สูงอายุ หากมีการรักษาวัณโรค เป็นต้น

ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการป้องกันวัณโรค ควรเน้นที่การหาทางออกของปัญหาที่เป็นอุปสรรค และเนื่องจากในปัจจุบันระบบบริการรักษาวัณโรคของประเทศไทยมีการเชื่อมโยงให้การรักษาครอบคลุมทั่วถึงประชาชนในทุกสถานีนามัย โรงพยาบาลรัฐและเอกชน ได้ใช้มาตรฐานในการดูแลรักษาเดียวกัน และมีการส่งต่อที่ชัดเจน จากอาสาสมัครวัณโรค สถานีนามัย และโรงพยาบาล ตลอดทั้งมีบริการเคลื่อนที่ในการตรวจค้นหาวัณโรครายใหม่ในชุมชนบ่อย ๆ เช่น ในวาระสัปดาห์ต่อต้านวัณโรค 7-14 สิงหาคม สัปดาห์วัณโรคโลก 24 – 31 มีนาคม ของทุกปี ทำให้ผู้สูงอายุไม่ต้องไปตรวจคัดกรองวัณโรคใกล้บ้าน และหากเมื่อป่วยก็มีระบบการส่งยารักษาต่อเนื่องในสถานีนามัยใกล้บ้าน ตลอดทั้งไม่มีค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรองวัณโรคจึงทำให้การรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีอายุเฉลี่ย 70 ปี ซึ่งเป็นผู้สูงอายุตอนต้น (อายุระหว่าง 65 –74 ปี) ยังมีความสามารถในการดูแลตนเองในได้ดีเมื่อเทียบกับวัยสูงอายุตอนปลาย (อายุ 85ปี ขึ้นไป) (American Nurse Association, 1976; McClymonl et al., 1991 อ้างใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) ผู้สูงอายุที่ศึกษาจึงเป็นกลุ่มที่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ (Miller, 1999) การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันวัณโรคจึงยังคงทำได้เองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และหากมีความจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ศึกษาส่วนใหญ่ ร้อยละ 88.5 จะมีผู้ดูแลหลัก โดยที่ผู้ดูแลหลักนั้นเป็นบุตรสาว บุตรชาย คู่สมรส และไม่ได้ทำงานถึงร้อยละ 43.1 รวมทั้งการจัดสถานที่อยู่อาศัยให้โล่ง อากาศถ่ายเทได้สะดวกเป็นเรื่องง่ายของผู้สูงอายุเพราะอาศัยในชนบทโดยทั่วไปบ้านจะโล่ง ไม่แออัด มีแสงแดดจัดสามารถตากเครื่องนอนได้ง่าย จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกรู้สึกว่าตนเองมีอุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 6 ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 76.2) รองลงมา มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (ร้อยละ 15.4) ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (ร้อยละ 6.4) ส่วนภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีจำนวนน้อยที่สุด (ร้อยละ 2.3) และโดยเฉลี่ยผู้สูงอายุจะมีคะแนนภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 8.25 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ในทางลบกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = -.25$, $p\text{-value} = .002$) หมายความว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงจะมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคน้อย และในทางกลับกันผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยจะมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคมาก ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 6 สอดคล้องกับ Chan. et al. (1995) พบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีผลต่อการป้องกันวัณโรค โดยผู้สูงอายุที่ปกติจะมีการป้องกันวัณโรคได้

ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และ ทิพากร ปัญญาใหญ่ (2540) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคซึมเศร้าในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น พบว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคซึมเศร้าดีจะมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยหรือปกติ ดังนั้นการช่วยให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค จึงต้องพยายามลดปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุซึมเศร้าม

การพยากรณ์ของตัวแปรกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แบบขั้นตอนในการพยากรณ์ การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ พบว่า ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค และภาวะซึมเศร้า โดยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคได้รับเลือกให้เข้าสู่สมการเป็นอันดับแรก และสามารถพยากรณ์การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคได้ ร้อยละ 6.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ .227 ส่วนภาวะซึมเศร้าได้รับเลือกให้เข้าสู่สมการเป็นอันดับที่ 2 และเพิ่มความสามารถในการพยากรณ์ การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุเป็นร้อยละ 11.2 นั่น คือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค และภาวะซึมเศร้าสามารถร่วมกันพยากรณ์ การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคได้ร้อยละ 11.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ -.225 ผู้วิจัยจะวิเคราะห์ตัวแปรพยากรณ์ที่เข้าสู่สมการได้ ดังนี้

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค พบว่าถูกคัดเลือกเข้าสู่สมการทำนายเป็นอันดับแรก ซึ่ง สามารถอธิบายความแปรปรวนของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้ร้อยละ 6.2 ($R^2 = .062$) เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทาง พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวก (Beta = .227) แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ประโยชน์มาก จะมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคมาก แต่ถ้ามีการรับรู้ประโยชน์น้อยจะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคน้อย ซึ่งจากผลการวิจัยกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.87$, $SD = .89$) สามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุแสวงหาวิธีปฏิบัติตนเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดวัณโรค โดยการปฏิบัติตนนั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์ และเหมาะสมที่จะทำให้ไม่เกิดวัณโรค ดังนั้นจึงตัดสินใจเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย สอดคล้องกับแนวคิดของ Rosenstock (1974) ที่กล่าวว่า การเกิดพฤติกรรม หรือการกระทำเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคล จะแสดงออกตามสิ่งที่คุณครับรู้ตามความเชื่อที่มีอยู่ในความคตินั้น ๆ ซึ่งจะถูกหรือผิดก็ได้ และในชีวิตของบุคคลจะประกอบด้วยแรงที่เป็นด้านบวก (positive valence) แรงด้านลบ (negative valence) และแรงที่เป็นกลาง (relative neutral) การเจ็บป่วยเป็นแรงด้านลบบุคคลจะผลัดออก การรับรู้ประโยชน์ เป็นแรงที่เป็นบวกจะถูกดันเข้า และแสดงออกเป็นพฤติกรรมออกมาเพื่อให้เกิดผลดีกับตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ บุศรินทร์ ประกอบธรรม (2548) ศึกษาผู้สูงอายุชายที่เป็น

ข้าราชการบำนาญในจังหวัดชลบุรี พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคสามารถพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 13.20 และ Kartal & Ozsoy (2007) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในประเทศตุรกี สามารถพยากรณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ร้อยละ 12.08 ดังนั้นการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค จึงเป็นตัวแปรที่สามารถพยากรณ์การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุได้

ภาวะซึมเศร้า พบว่าถูกคัดเลือกเข้าสมการทำนายเป็นอันดับสอง ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้ร้อยละ 0.062 (R^2 change = .062) โดยทำให้ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) เพิ่มขึ้นเป็น 0.112 นั่นคือ การรับรู้ประโยชน์ และภาวะซึมเศร้า สามารถพยากรณ์ การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคได้ร้อยละ 11.2 เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทาง พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบ (Beta = -.225) แสดงว่าภาวะซึมเศร้า เพิ่มขึ้น 1 หน่วยคะแนน จะทำให้การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคลดลง -.225 หน่วยคะแนน นั่นคือผู้สูงอายุจะมีการป้องกันวัณโรคเปลี่ยนไปตามภาวะซึมเศร้าสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพากร ปัญญาใหญ่ (2540) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมป้องกันโรคซึมเศร้าดีจะมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยหรือปกติ และ ะพินผลสุข และ นรลักษ์ณธ์ เข็อกิจ (2549) พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีภาวะซึมเศร้าจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ แต่ถ้าผู้ป่วยไม่มีภาวะซึมเศร้า หรือมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ดังนั้นเมื่อต้องการให้ผู้สูงอายุมีการป้องกันวัณโรคจึงจำเป็นต้องลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

สำหรับตัวแปรที่ไม่สามารถพยากรณ์การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุได้ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงต่อโรค การรับรู้อุปสรรค และการสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรที่ค่าความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุในระดับต่ำและต่ำมาก $r = .136, .180, .136$,และ.160 ตามลำดับ ไม่เพียงพอที่จะนำมาพยากรณ์ได้ ดังนั้นจึงไม่ได้รับให้เข้าสู่สมการพยากรณ์

ข้อเสนอแนะ

ข้อค้นพบที่ได้จากงานวิจัย ครั้งนี้ เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนจัดการดูแลผู้สูงอายุผู้วิจัย มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.1 จากผลการวิจัย พบว่า การรับรู้ประโยชน์ มีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ จะต้องวางแผนจัดการ มีแนวทางเพื่อให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกัน

วัดโรคสูงสุด เพื่อผู้สูงอายุจะสามารถนำไปเปรียบเทียบกับอุปสรรคและปัญหาต่าง ๆ หรือปัจจัยในทางลบ ให้มีน้ำหนักมากกว่า และตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามเพื่อป้องกันโรคตามการรับรู้ประโยชน์ ซึ่งเป็นปัจจัยทางบวก ได้อย่างง่าย โดยการสื่อสารประชาสัมพันธ์ด้านประโยชน์ของการป้องกันโรค ในผู้สูงอายุ จะต้องกระทำโดยต่อเนื่องและเข้มแข็งอย่างสม่ำเสมอ มีแนวทางแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกระดับได้เข้าใจอย่างชัดเจนเป็นแนวเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นผู้รักษา ผู้ให้การดูแล หรืออาสาสมัคร ตลอดจนการใช้สื่อ เพื่อให้เข้าถึงผู้สูงอายุ ควรจะเป็นสื่อหลายรูปแบบ เช่น วิทยู โทรทัศน์ เสียงตามสาย ภาพโปสเตอร์ และสื่อบุคคล ซึ่งหมายถึงผู้ดูแล คนในครัวเรือน ของผู้สูงอายุจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้ตระหนัก และรับรู้ประโยชน์สูงขึ้น

1.2 จากผลการวิจัยพบว่า ภาวะซึมเศร้า มีผลต่อการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันโรคของผู้สูงอายุ ซึ่งพยาบาลในบทบาทผู้ให้คำปรึกษา (counseling) ให้สุขศึกษา (health education) และผู้พิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ (advocator) ควรจัดการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และการดูแล ให้แก่เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพที่ของทุกระดับ เช่น พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัคร รวมทั้งผู้สูงอายุและครอบครัว เพื่อให้ได้ทราบข้อเท็จจริง และหาทางแก้ไขร่วมกัน อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามลดลง

1.3 พยาบาลควรให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุในการตรวจคัดกรองโรค ซึ่งจะสามารถค้นหาผู้ป่วยโรคครายใหม่ได้ง่าย ในเวลาที่รวดเร็ว และลดการแพร่กระจายเชื้อโรคในสังคม เพราะผู้สูงอายุจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงกลุ่มหนึ่ง ที่มีการตรวจคัดกรองโรคจำนวนน้อย (ร้อยละ 41.5) โดยตามเกณฑ์ของ WHO กำหนดให้มีการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 70 ทั้งนี้ พยาบาลในบทบาทของการจัดการดูแล (care manager) การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (case manager) ผู้ให้บริการดูแล (care provider) และผู้อำนวยความสะดวก (facilitator) จะต้องกำหนดแนวทางในการตรวจคัดกรองโรคแก่ผู้สูงอายุที่มารับบริการ เพื่อให้เกิดเป็นแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในหน่วยงานของตนเอง เป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพพยาบาลที่สามารถให้การป้องกันโรคในผู้สูงอายุ โดยการตรวจคัดกรองโรคด้วยเสมอ ทั้งนี้ไม่ต้องรอคำสั่งจากผู้ให้การรักษา

2. ด้านการศึกษา

2.1 การรับรู้ประโยชน์ และภาวะซึมเศร้า สามารถพยากรณ์การปฏิบัติตามเพื่อป้องกันโรคของผู้สูงอายุได้เพียงร้อยละ 11.2 จึงควรมีศึกษาตัวแปรหรือปัจจัยอื่นเพิ่มเติม เช่น ปัจจัยด้านความพึงพอใจกับบริการความรู้โรค แรงจูงใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินงานโรคความร่วมมือของชุมชนหรือหน่วยงานส่วนท้องถิ่นในการป้องกันโรค

2.2 หากมีการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรค ควรศึกษาแยกประเภทของ

วัณโรค เช่น วัณโรคปอด วัณโรคนอกปอด วัณโรคดื้อยา เป็นต้น เพื่อให้เกิดความชัดเจนต่อการนำผลการศึกษาไปใช้ และมีความเฉพาะเจาะจงต่อโรคมากยิ่งขึ้น

3. ด้านบริหาร ควรจัดระบบบริการด้านการตรวจวินิจฉัยวัณโรคให้ได้ผลที่รวดเร็วขึ้นมากขึ้น และสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย จากผลการวิจัยพบว่ามีมูลค่าซ้ำของการวินิจฉัยผู้มีอาการนำของวัณโรคสูงสุด 90 วัน ต่ำสุด 1 วัน โดยเฉลี่ย 17.50 วัน และมีความล่าช้าในการรักษาวัณโรคหลังจากวินิจฉัยวัณโรคแล้วสูงสุด 14 วัน ต่ำสุด 1 โดยเฉลี่ย 7.50 วัน ซึ่งระยะเวลาเหล่านี้อาจเป็นสาเหตุให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคชุมชนและสู่สังคมได้ และเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเป็นวัณโรคเพิ่มมากขึ้น แม้ว่าจะมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคอยู่ในระดับดี



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กชชุกร ห่วงน่วม. 2550. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กนกทิพย์ ทิพย์รัตน์. 2547. **การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา: คู่มือการดำเนินงานทางระบาดวิทยา.** กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์,
- กฤษณาพร ทิพย์กาญจนารักษา. 2549. **ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กาญจนา ยังขาว. 2546. **ระบาดวิทยาเชิงปฏิบัติการสำหรับงานในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ.** นครราชสีมา : สมบูรณ์พรินต์ติ้ง,
- กองวัณโรค . 2540. **คู่มือปฏิบัติงานเร่งรัดวัณโรคในสถานการณืระบาดของโรคเอดส์.** ม.ป.ท.
- คณะผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค สาขาวัณโรค . 2533. **มาตรฐานการบำบัดรักษาวัณโรค.** กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์,
- กันยารัตน์ อุบลวรรณ. 2540. **พฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคกลางของประเทศไทย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จรรย์วัฒน์ คมพยัคฆ์. 2531. **แรงสนับสนุนทางสังคม มโนทัศน์ และการนำไปใช้. วารสารพยาบาลศาสตร์ 6: 96-105.**
- จินตนา นามวิทยาพงศ์และสมฤดี สารภิรมย์. 2536. **การศึกษาชาติพันธุ์วรรณนาที่เกี่ยวกับโรควัณโรคในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารโรคติดต่อ 19 (มกราคม-มีนาคม) : 14-22**
- จินตนา แวงสวัสดิ์. 2546. **พฤติกรรมความเป็นพี่เลี้ยงของสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยวัณโรค : กรณีศึกษาจังหวัดเพชรบุรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- จิระวรรณ พึ่งสกุล. 2548. **อัตราการขาดยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ในระบบประกันสังคมของโรงพยาบาลเอกชนจังหวัดสมุทรปราการ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราภรณ์ วลัยเสถียรและคณะ. 2543. **การศึกษาประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านล่วงหน้าก่อนวันนัดรับยาต่อการรักษาหายขาดของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมหะพบเชื้อ ศูนย์**

วัณโรคเขต 5 นครราชสีมา.

- จีระศักดิ์ เจริญพันธ์และเฉลิมพล ต้นสกุล. 2550. **พฤติกรรมสุขภาพ**. มหาสารคาม : โรงพิมพ์ คลังนานาวิทยา,
- จารุวรรณ ชันติสุวรรณ. 2548. **การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความ ร่วมมือในการรักษาวัณโรคปอด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล อนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จำเริญ บุญยรังษี และคณะ. 2536. **การประเมินประสิทธิภาพของการติดตามผู้ป่วยวัณโรคที่ ขาดการรักษา ณ สถานตรวจโรคปอด กรุงเทพฯ**. สระบุรี สำนักงานควบคุมโรคติดต่อ เขต 2.
- จุฑารัตน์ สติรปัญญา และพรชัย สติรปัญญา. 2544. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย โรคเลือดสมอง**. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จรี ปุณโณทก. 2541. **วัณโรคกลับมาเยือนไทยอีกครั้งแล้ว นิตยสารหมอชาวบ้าน 26 : 238**.
- จรี ปุณโณทก. 2547. **เอกสารวิชาการวัณโรค**. นนทบุรี : โรงพยาบาลทรวงอก. (เอกสารอัดสำเนา)
- ฉัตรทอง อินทร์นอก. 2540. **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขา การพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เดชา เจริญมิตรและคณะ. 2542. **การประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรง สนับสนุน ทางสังคมในการสอนสุขศึกษา สำหรับผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ศูนย์วัณโรค เขต 5 นครราชสีมา**. กลุ่มงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 5 นครราชสีมา กรมควบคุมโรคติดต่อ.
- ทมาภรณ์ บุรณสมภพ. 2547. **ผลของการใช้โปรแกรมการสร้างพลังอำนาจและการ ปรับเปลี่ยนความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกกระทำทารุณกรรม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาล ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทัศนีย์ แสนมาโนช. 2543. **ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากร สภาพความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อมกับปัญหาของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา**. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย บูรพา.
- ทิพากร ปัญญาใหญ่ และคณะ. 2549. **การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของ ผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลเวชขอนแก่น**. ครั้งที่ 2. เอกสารประชุมวิชาการ กรมสุขภาพจิต.

- ธารวรรณ์ พวงแข. 2541. **ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อโรคของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรค.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นรลักษณ์ เอื้อกิจ. 2550. **การบำบัดทางการพยาบาล .** เอกสารประกอบวิชาการบำบัดทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นรลักษณ์ เอื้อกิจ. 2550. **การตรวจคัดกรองโรค.** เอกสารประกอบวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพร พิมพ์สิงห์. 2545. **ลักษณะทางวิชาการระบอดของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิกวัณโรคจังหวัดเพชรบูรณ์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นภัศกร แซ่ลิ้ม. 2547. **การดำเนินงานควบคุมวัณโรคโดยระบบ DOTS ในจังหวัดอุบลราชธานี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นฤมล สิงห์ดง. 2539 . **การวิเคราะห์ต้นทุนของการรักษาวัณโรคปอด ณ ศูนย์วัณโรคเขต.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นัลดดา ศรียาภักย์. 2542. **ผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อ HIV/ เอชส์ ต่อแผนวัณโรคของประเทศไทย: ประสบการณ์ด้านโรคติดเชื้อในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2.**
กรุงเทพฯ : สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย,
- นันทิยา บุราณสาร. 2546. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดร้อยเอ็ด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บวรลุ ศิริพานิช. 2542. **ผู้สูงอายุไทย.** กรุงเทพมหานคร : สภาผู้สูงอายุไทย.
- บัญญัติ ปรัชญานนท์, ชัยเวช นุชประยูร และสงคราม ทวีพย์เจริญ. 2542. **วัณโรค.** พิมพ์ครั้งที่ 4.
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. 2544. **ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์.** กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุศรินทร์ ประกอบธรรม. 2548. **ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการเกษียณชายในจังหวัดชลบุรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

- ประจบ กิ่งมิ่งแส. 2548. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครอุดรธานี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประยงค์ สัจจพงษ์. 2534. **ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากร กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์. 2551. **สถานการณ์วัณโรคและแนวทางแก้ปัญหาวัณโรคของไทยในการอบรมระยะสั้น เรื่อง What the Doctor Should Know about TB and Allied Diseases, 29-31 ตุลาคม 2551 ณ โรงแรมตะวันนา กรุงเทพฯ : สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (เอกสารอัดสำเนา)**
- ปัทมาวดี บุญศิริ. 2547. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาพฤติกรรมศาสตร์และการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2550. **การบันทึกกระบวนการพยาบาลผู้สูงอายุจากแนวคิดสู่การปฏิบัติ.** ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- พรเพ็ญ ภัทรากร. 2550. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในอำเภอ จังหวัดชลบุรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พรศักดิ์ โคตรวงษ์ และคณะ. 2547. **การศึกษาวิถีชีวิตผู้ป่วยวัณโรคที่ขาดยาและไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาในกรุงเทพมหานคร. กองวัณโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ.**
- พวงรัตน์ กุมพมาศ. 2542. **ปัจจัยที่มีผลต่อการมาตรวจวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษา ณ สถานตรวจโรคปอดกรุงเทพฯ. กลุ่มงานแนะแนวทางการแพทย์และสังคม กองวัณโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.**
- เพชรวรรณ พึ่งรัศมี และคณะ. 2536. **การศึกษาความล่าช้าของผู้ป่วยและแพทย์ ในการวินิจฉัยและการรักษาวัณโรค. วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก 14 : 73-83.**
- ไพบูลย์ โฉมสุวรรณ. 2550. **ระบาคติวิทยา.** กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภราดา บุราณสาร. 2546. **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ภาวดี มโนหาญ. 2536. **ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และการปรับตัวในผู้ป่วยโรคปวดอุ้งก้นเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ภาวดีดา พรหมขุนทอง. 2549. **ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมืองภาคใต้ตอนบน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภาสกร อัครเสวี. 2542. **ระบาดวิทยาและแนวโน้มวัณโรคของประเทศไทย : วัณโรค**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.
- มานิต ศรีสุวรรณนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช. 2542. **ตำราจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์แสงศิลป์, 2542.
- มาลี วิชุปัญญกิจ. 2530. **การศึกษาผลของวิธีการติดตามผู้ป่วยวัณโรคปอดให้มารับบริการ ณ โรงพยาบาลโรคทรวงอก นนทบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุทธิชัย เกษตรเจริญ และคณะ. 2535. การศึกษาย้อนหลังในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาพรังสีทรวงอกผิดปกติ เข้าได้กับวัณโรค ผลตรวจเสมหะครั้งแรกไม่พบเชื้อ ปีงบประมาณ 2532. **วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก** 13 : 207-218.
- ระพีณ ผลสุข และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. 2549. **ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราชบัณฑิตยสถาน. 2542. **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรเจริญทัศน์.
- รุจิรา อักษร. 2546. **ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งตับและพฤติกรรมการบริโภคของบุคคลในอำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลัญญา จำปาทอง. 2548. **ภาวะเสี่ยง การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงและพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ลัดดา แสนสีหา. 2536. **ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ลิขวรรณ อุณนาภิรักษ์. 2547. **การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาระบบประสาทและอื่น ๆ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : บุญศิริการพิมพ์.
- ฤทัยวรรณ บุญเป็นเดช และคณะ. 2540. การผิคนัดรับยาหรือการละเลยการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นที่ รพท./รพช./ ศูนย์แพทย์ชุมชน จังหวัดในเขตรับผิดชอบของ สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต1 กรุงเทพฯ. **วารสารสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 1 กรุงเทพฯ.**
- วัชรระ กลสินฤกษ์. 2541. **การตรวจหาแอนติบอดีต่อ Mycobacterium Antigen เพื่อการวินิจฉัยวัณโรคโดยวิธี Western Blotting**. คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิศิษฎ์ อุดมพานิช และคณะ. 2546. การรักษาวัณโรคโดยระบบ DOTS ในโรงเรียนแพทย์ จุฬาลงกรณ์. **วารสารจุฬาลงกรณ์ 19 (ต.ค.-ธ.ค. 49) : 105-128.**
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2536. **การดูแลตนเอง:ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : บริษัทวิศิวสินจำกัด.
- สมพร เมฆอรุณรุ่งเจริญ. 2539. **การบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยวัณโรคในคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมัย อาชาล. 2542. **ความเชื่อเรื่องสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สัญญา รักษาติ. 2544. **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาท้องถิ่น มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- สัมพันธ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และประนอม หล่มสมบูรณ์. 2536. ประสิทธิภาพของการเยี่ยมบ้านต่อความสม่ำเสมอของการศึกษาและอัตราการรักษาครบของวัณโรค. **วารสารสุขศึกษา 16 (กรกฎาคม - ธันวาคม) : 22-34.**
- สาธารณสุข, กระทรวง. 2541. **แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สาธารณสุข, กระทรวง. 2546. **นิยามโรคติดต่อประเทศไทย**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมควบคุมโรคติดต่อ. 2537. **การเร่งรัดวัณโรคในสถานการณ์การระบาดของโรคเอดส์**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมควบคุมโรคติดต่อ. 2540. **การรักษาผู้ป่วยวัณโรค**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมควบคุมโรคติดต่อ. 2541. **แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักระบาด. 2550. **สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://epid.moph.go.th> [2551, ตุลาคม, 22]
- สายยันท์ แก้วเกตุ. 2537. ประเมินผลการติดตามผู้ป่วยวัณโรคที่ขาดการรักษา สถานตรวจโรคปอด กรุงเทพฯ. **วารสารวัณโรคและทรวงอก**. 15 (ตุลาคม-ธันวาคม) : 245-251.
- สาหร่าย ด่านวนิชและคณะ. 2548. **ปัญหาการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลทรวงอก**. โรงพยาบาลทรวงอก นนทบุรี.
- สุจิตรา เหมวิเชียร. 2550. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุศาสตร์ ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2544. **หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุธาดา จารุสาร. 2541. **พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค : กรณีศึกษาญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสังคมสงเคราะห์ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุพรรณิธี ธีระเจตกุล. 2539. **ความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุภาภรณ์ วัฒนอักษร. 254. **ปัจจัยที่มีผลต่อการขาดยาระหว่างการรักษาวัณโรคในผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อรายใหม่เขต 2**. กรมควบคุมโรค : กระทรวงสาธารณสุข.
- สุภาภรณ์ สังขมรรท. 2549. **ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอกภาคใต้ตอนบน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุมาลี อมรินทร์แสงเพ็ญ. 2540. **ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางครอบครัวกับความร่วมมือ ในการรักษาวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคของศูนย์วัณโรคเขต 10 เชียงใหม่**.

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์. 2551. การพยาบาลผู้สูงอายุ:ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล .พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริมา วงศ์แหลมทอง. 2548. **ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ.**วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อรรจำไพ วินทะไชย. 2537. **การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยการจัดกิจกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ณ ศูนย์วัณโรค เขต 5 นครราชสีมา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

อมรรัตน์ วิริยะประสพโชค. 2543. **บทบาทของครอบครัวในด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อวยพร เรื่องตระกูล. 2551. **สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์ 1. ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**

อารย์วรรณ อ่วมตานี. 2550. **การพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (เอกสารอัดสำเนา)**

เอมอร สุทธิสา. 2549. **คุณภาพระบบเฝ้าระวังโรควัณโรค จังหวัดมหาสารคามปี พ.ศ. 2546-2547.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

แอนนา สุมะโน. 2550. **ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยวัณโรคปอด อำเภอศรีราชา ชลบุรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

อุบล นิวัติชัย. 2527. **หลักการพยาบาลจิตเวช. ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**

ภาษาอังกฤษ

Adler, J. J., & Rose, D. N. 1996. Transmission and pathogenesis of tuberculosis. Boston:Little Brown.

Ailinger, R. L., Lasus, H., & Dear, M. 2003. Americans Knowledge and Perceived Risk of Tuberculosis. Public Health Nursing 20 : 211-215.

- Alan. B. B. 1995. **Screening for tuberculosis and tuberculosis Infection in High-Risk Populations** Recommendations of the Advisory Council for the Elimination of Tuberculosis. [online] Available from www.cdc.gov/mmwr [2008, Oct, 22]
- Alexy, B. 2007. Breastfeeding : Perceived Barriers and Benefits / Enhancers in a Rural and Urban Setting. [Online]. Available from : **Inter Science Journals Public Health Nursing**. DOI ; 10.1111/j. 1525-1446. 1994. tboo414. xAbout DOI [2008, Nov 13]
- Barnes, P. F. , et al. 1991. Tuberculosis in patients with human immunodeficiency virus infection. **The New England Journal Medicine** 324(June) : 1644-1650.
- Benett, F. J. 1987. AIDS as a social phenomena. **Social Science and Medicine** 25 ; 6: 549.
- British Thoracic Society. 2000. Committee 1998 Chemotherapy and management of tuberculosis in the United Kingdom . **Thorax** 53 : 536-548.
- Carroll, N. W. , et.al. 2008. **Prediction of delayed treatment respon se in pulmonary tuberculosis: Use of time to positivity values of bactec cultures**. [On-line]. Available: www.sciencedirect.com Tuberculosis, Doi 10. 1016/j. tube.2008.03.003 [2008, Oct, 22]
- Cban-Yeung, M., et al. 2006. Prevalence of Tuberculous Infection and Active Tuberculosis in Old Age home in Hong Kong. **American Geriatrics Society** 54 : 1334-1339.
- Center for Disease Control. 1989. Tuberculosis and human immunodeficiency virus infection: Recommendations of the Advisory Committee for the Elimination of Tuberculosis (ACET). **MMWR**; 38 : 236-250.
- Center for disease control. 1990. Tuberculosis: Recommendations of the Advisory Committee for the Elimination of Tuberculosis (ACET). **MMWR**; 38 : 236-250.
- CDC. (2006). Trends in Tuberculosis, 2006-United States updated: November 2007. Fact Sheets [On-line]. Available: www.cdc.gov/tb/contact.htm. [2008, Oct, 22]
- CDC . 2007. Trends in TB United States. **MMWR Weekly**. March 21 : 281-285.
- CDC. 2008. TB Elimination : **The Difference Between Latent TB Infection and Active TB Disease**. [Online]. Available: www.cde.gov/tb [2008, Oct 24]
- Centers for Disease Control and Prevention. 2001. **TB elimination: Now is the time** [On-line]. Available: www.cdc.gov/nchstp/tb/world tb 2001. [2008, Oct, 22]

- Champion, V. L. 1984. Instrument development for health belief model constructs. **Advance in Nursing Science**. April : 73-85.
- Chan, C. H. S., et al. 1995. The effect of age on the presentation of patients with tuberculosis. **Tuberculosis and Lung Disease** 76 : 290-294.
- Cheng. G., et al. 2005. Factors Affecting Delays in Tuberculosis Diagnosis in rural China: a case study in four counties in shandong province. **Transaction of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene** 99 : 355-362.
- Cholco, K., et al. 2006. Nurses as providers of emotional support to patients with MDR-TB. **Journal compilation 2006 International Council of Nurses** : 253-259.
- Cobb, S. 1976. Social Support as moderator of life stress. **Psychological medicine**; 38 : 300 - 314.
- Comstock, G. W. 1986. Tuberculosis. **Public health and Preventive Medicine**: 222-228.
- Crofton, J., Horne, N., and Miller, F. 1992. **Clinical tuberculosis**. London : Macmillan.
- Dahmash, N. S., et al. 1995. Diagnostic Challenge of Tuberculosis of the Elderly in Hospital : Experience at a University hospital in Saudi Arabia. **Journal of Infection** 31 : 93-97
- Daniel, T. M., et al. 1994. **Tuberculosis. Principle of international medicine**. 13th ed. New York: MacGraw Hill.
- Davis, M. S. 1968. Physiological and demographic factors in patient compliance with doctors' orders. **Medical Care**, 6 (January), 115-122.
- Dolin, P. J., Raviglione, M.C. and Kochi, A. 1994. Global tuberculosis incidence and mortality during 1990-2000. **World Health Organization** 72 : 213-220.
- Driver, C. R. 1994. Transmission of mycobacterium tuberculosis associated with air travel. **JAMA** 275 : 1031-1035.
- Ekim, N. N., et al. 2006. Pulmonary tuberculosis in diabetic patients. **Tubercle and Lung Disease: Supplement** 267 : 28.
- Fir Yan, et al. 2007. Multiple perspective on diagnosis delay for tuberculosis from key stakeholders in poor rural china : Case study in four provinces. **Science Direct Health policy** 82 : 186-199 www.slevier.com/locate/healthpol

- Fondahn, E., et al., 2003. Perceived Exercise Benefits and Barriers in Hemodialysis Patients. [Online]. Available from : **InterScience Journals Hemodialysis International**. DOI ; 10.146/j. 1492-7535. 2003. 01275.x about DOI [2008, Nov 13]
- French, B. N., et al. 1992. Evaluation of the health belief model and decision making regarding amniocentesis in women of advanced maternal age. **Health Education Quarterly**; 9 (summer): 177-186.
- Goffan, E. 1963. **Stigma**. New Jersey : Prentice Hall.
- Gaur, S. N., et al. 2004. Tuberculosis in the elderly and their treatment Outcome Under DOTS. **Indian Journal of Tuberculosis** 51 : 83-87.
- Guinn , M. J. , 2004. Geriatric care . **Geriatric Nursing** 25 : 5 September / October
- Guller,T. S.,et al. 2002. Fever of unknow origin in the elderly. **Journal of Internal Medicine** 252 : 295-304.
- Hamburg, M. A., and Friden, T. R. 1994. Tuberculosis transmission in the 1990. **The New England Journal Medicine** 330 (June) : 1750-1751.
- High, K., et al. 2005. A New Paradigm for Clinical Investigation of Infections Wyndromes in Older Adults : Assessing Functional Status as a Risk Factor and Outcome Measure. **Clinical Infections Disease** 53 : 114-122.
- Huus, K. 1993. Ten get it nine die. **World Health**; 46 (July-August) : 26.
- Interian, A., et al., 2008. A Qulitative Analysis of the Perception of Stigma Among Latin Receiving Antidepressants. [Online]. Available from : **National Institutes of Health Journals**. doi:10.1176/appi.ps.58.12.1591 [2008, Nov.13]
- Ijas Kashef. 2006. Unrecognized Tuberculosis in a Nursing Home Causing Death with Spread of Tuberculosis to the Community. **The American Geriatrics Society** 50 : 1213-1218.
- Ishikawa, N. 2004. Tuberculosis among the elderly in Japan and NIES countries in the Asia-Oceania region. **Geriatrics and Gerontology International** 4 : 97.
- Jacobson,D. E. 1986. Types and Timing of social support. **Journal of Health and social behavior** 27 : 252.
- Judith. F., et al., 2002, Screening for Tuberculosis Among Orphans in a Developing Country. [Online] Available : **American Journal of Prevention Medicine** 22 : 2.

- Kartal, A. & Ozsoy, S. A. 2007. Validity and reliability study of Turkish version of Health belief Modle Scale in diabetic patients. **International Journal of Nursing Studies**; 44: 1447-1458.
- Kaups, V. 1974. Tuberculosis in a family day care home. **JAMA** 228 (May): 851-854.
- Kenyon, T. A., et al. 1994. Transmission of multidrug – resistant mycobacterium tuberculosis during a long airplane flight. **The New England Journal of Medicine** 334 (April) : 933-938.
- Kochi, A. 1991. The global tuberculosis situation and the new control strategy of the world health organization. **Tubercle** 72 (March) : 1-6.
- Lawn, S. D. , Afful, B. , Acheampong, J. W. 1998. Pulmonary tuberculosis: diagnostic delay in Ghanaian adults. **Tuberc. Lung Dis** 2 : 635-640.
- Lee, J. H. , et al. 2005. Diagnostic and Therapeutic problems of pulmonary tuberculosis in elderly patients. **The Korean Academy of Medical Sciences** 20 : 784-789.
- Leff, E. & Ryan, S. 2005. The role of the home care nurse in suicide. **Home Healthcare Nurse** 23 (September) : 566-577.
- Leung, C. C., et. al. 2002. Tuberculosis in Older People: A Retrospective and Comparative Study from Hong Kong. **American Geriatrics Society** 50 : 1219-1226.
- Liam, C. K. ,et al. 2006. Pulmonary tuberculosis presenting as community acquired Pneumonia. **Asian Pacific Society of Respiratory** 11 : 786–792.
- Liippo, K. K., et al. 1993. Focusing tuberculosis contact tracing by smear grading of index case. **American review of respiratory disease** 148 : 148-149
- Long, N. H., et al. 1999. Different tuberculosis in men and women : Beliefs from focus groups in Vietnam. **Social Science and Medicine** 49 : 818 - 822.
- Mac, T. J. , Doordan, A and Carr, A. C. 1999. Evaluation of the Effectiveness of a Directly Observed Therapy Program with Vietnamese Tuberculosis Patients. **Public Health Nursing** 16 : 426-431.
- MacIntyre, C. R., et al. 1995. High rate of transmission of tuberculosis in an office: impact of delayed diagnosis. **Clinical Infectious Disease** 21 : 1170-1172.
- Makoto, T. 2004. A Clinical Study on pulmonary tuberculosis in elderly patients. **Japanese Journal of National Medical Services** 58 : 13-16.

- Mandell, G. L., Bennett, J. E. And Dolin, R. 1995. **Principle and practice of infectious disease**, (4th edition). London : Churchill Livingstone.
- Maine Department of Health and Human Services Bureau of health, Division of Disease Control. 2005. **Tuberculosis Prevention and Control Recommendations for homeless Shelters in Maine**. (Mimeographed) USA: Maine.
- Miller, C.A. (1999). **Nursing care of older adults: Theory and practice**. Philadelphia: Lippincott.
- Morris, C. D, 1991. Sputum Examination in the Screening and Diagnosis of Pulmonary Tuberculosis in the Elderly. **Oxford Journals** [Online] Available from: Vol 8; 3: 999-1004 <http://qjmed.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract.81/3/999> [2008, Oct, 22]
- Narin, J. P., Raviglone, M. C. and Kochi, A. 1992. HIV-associated tuberculosis in developing countries: epidemiology and strategies for prevention. **Tubercle and Lung Disease** 73 : 311-321.
- Neher. A. ,et al. 1996. Directly observed in remittent short-course chemotherapy in the kathmandu valley. **Tubercle and Lung Disease** 77 : 302-307.
- Ngamvithayapong., et al. 2000. Stigma of TB : The interaction between TB and AIDS. **TB/HIV research project Thailand Progress report** .
- Orem, D. E. 1995. **Nursing-concepts of practice**. (4th ed.). St. Louis: Mosby year book.
- Ormerod, L. P., et al. 2002. **Tuberculosis Respiratory Medicine Specialist hand book**. London, Martin Dunitz.
- Packham, S. 2001. Tuberculosis in the Elderly. **Gerontology** 47 : 175-179.
- Pender, N .J. 2002. **Health Promotion in nursing practice**.
- Rajagopalan, S., and Moran, D. 2007. Tuberculosis in Older Minority Adults. **Clinical Geriatrics** [On-line]. Available: www.who.int/tb.06:07,1070-1389. [2008, Oct, 22]
- Rosenstock, I. M. 1974. Health Beliefs Modle and Preventive Health Behavior. **Health Education** 4 : 330-335.
- S. Iriyama., et al. 2006. AIDS health beliefs and intention for sexual abstinence among male adolescent students in Kathmandu, Nepal: A test of perceived severity and susceptibility. **The Royal Institute of Public Health** 121 : 64-72.
- Scullion, J. 2000. Tuberculosis and Older People. **Nursing Older People** 15 : 23-27.

- Shin,B., S.et al. 2007. Screening for pulmonary tuberculosis using chest radiography in new employee in an industrial park in Taiwan. **AMJ Infect Control** 35 : 254-259.
- Sillah,D.J., et al. 2007. Screening for tuberculosis among 2318 household contact of sputum-smear positive case in the Gambia. **Transaction of the Royol society of tropical medication and hygiene** 101 : 594-601.
- Singha-Dong. 2007. **Family adaptation after a recent diagnosis of pulmonary tuberculosis of a household family member in Sisaket Provice, Thailand** . A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy (Nursing) in The University of Michigan.
- Sontag, S. 1988. **Illness and metaphor and AIDS and its Metaphors**. Newyork: Amcherbooks.
- Sood, R. 2002. The Problem of Geriatric Tuberculosis. **Journal of Indian Academy of Clinical Medicine** 5 : 156-162.
- Stuart, P. 2001. Tuberculosis in the Elderly. **Gerontology** 47 : 175-178.
- Sudre, P., Dam, G. T., & Kochi, A. 1992. Tuberculosis a global overview of the situation today. **World Health Organization** 70 : 149-152.
- Tal, S., et al. 2002. Fever of Unknown Origin in the Elderly. **Journal of Internal Medicin** 252 : 295-304.
- Torrea, G., et al. 1995. Chromosomal DNA fingerprinting analysis using the insertion sequence IS6110 and the repetitive element DR as strain-specific markers for epidemiological study of tuberculosis in French Polynesia. **Journal Clinical Microbiology** 33 (July) : 1899-1904.
- Tilden, V. P . 1985. Issue of Conceptualization and measurement of social support in the construction Of nursing theory. **Research in Nursing and Health** 18 : 201-302.
- Triparthy, S. P. 1993. Multidrug-resistant tuberculosis. **World Health** 46 (July-August) : 9.
- Wilson, J. & Junger, G. 1968. **Principles and Practice of Screening of Disease**. [online] Available: www.gamfyd.org/index.phpMtitle=screening_wilson [2008, Oct, 22]
- Witte, E. et al. 1996. **Witte's guide line as to how to develop a measure of severity using the example of HIV**. [online] Available from www.cancer control.cancer.gov/BRP [2008, Oct, 22]
- Wolinsky, E. 1994. **Textbook of pulmonary disease**. 5th edition. Boston : Little Brown.

- World Economic Forum. 2008. **TB: Why you should not discriminate.** [online] Available: www.who.int/topics/tb [2008, Oct, 22]
- World Health Organization. 1993. **WHO declares tuberculosis a global emergency.** April 23, 1993, Press release. WHO, Geneva.
- World Health Organization. 2001. **Tuberculosis Fact Sheet no. 104** [On-line]. Available: www.who.int/inf-fs/en/fact_104.html [2008, Oct, 22]
- WHO Report. 2008. **Key points The global burden of TB.** [online] Available: www.who.int/tb [2008, Oct 21]
- Wright, A. B. and Staads. O. D. 1992. Tuberculosis Surveillance Program: A Nursing Home Experience. **Geriatric Nursing**; September-October :257-261.
- Xu. B., et al. 2004. **Perceptions and experiences of health care seeking and access to TB care a qualitative study in Rural Jiangsu Province, china.** [On-line]. Available: www.sciencedirect.com [2008, Oct, 22]
- Yan. F., et al. 2007. **Multiple perspective on diagnosis delay for tuberculosis from key stakeholders in poor rural china: Case study in four provinces.** [On-line]. Available: www.sciencedirect.com. [2008, Oct, 22]
- Yamasaki-Nakagawa, et al. 2001. Gender differences in delays to diagnosis and health Care seeking behavior in a rural area of Nepal. **Tuberc. Lung Dis** 5 : 24-31.
- Zambian. 2003. **The effect of stigma on access to and use of TB services: Virginia bond.** [On-line]. Available: www.int/topics/hiv_aids/en/ [2008, Oct, 22]



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน
ที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน
1. นายแพทย์สมศักดิ์ อรรฆศิลป์	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวัณโรค รองอธิบดีกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชญภรณ์ มูลศิลป์	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ขวัญใจ อำนาจสัตย์ชื่อ	อาจารย์ภาควิชา การพยาบาล สาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ดร. ศิรินภา จิตติมณี	พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านวัณโรค สำนักวัณโรคกรุงเทพ กระทรวงสาธารณสุข

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอใช้เครื่องมือวิจัยและ
จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศษ 0512.11/ 0221



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๖ กุมภาพันธ์ 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน รองอธิบดีกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางกมเนตร สกุลธนะศักดิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัคย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ สมศักดิ์ อรรณศิลป์ นายแพทย์ 9 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ท่านาเรียน

นายแพทย์ สมศักดิ์ อรรณศิลป์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัคย์ โทร. 0-2218-9814

ชื่อนิสิต

นางกมเนตร สกุลธนะศักดิ์ โทร. 08-3368-8183



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ โทร. 89825 โทรสาร 89806

ที่ ศธ 0512.11/ ๐๒๓

วันที่ ๖ กุมภาพันธ์ 2552

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชญากรณ์ มุลศิลป์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางกมเนตร สกุลธนะศักดิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814

ชื่อนิสิต

นางกมเนตร สกุลธนะศักดิ์ โทร. 08-3368-8183



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ โทร. 89825 โทรสาร 89806

ที่ ศธ 0512.11/ 0221

วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2552

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางคมเนตร สกุทธนะศักดิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัน โรคในผู้สูงอายุ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814

ชื่อนิสิต

นางคมเนตร สกุทธนะศักดิ์ โทร. 08-3368-8183

ที่ ศบ 0512.11/ 0221



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๒ กุมภาพันธ์ 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางคมนเนตร สกฤทธนะศักดิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสักดิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ขวัญใจ อำนางศักดิ์ชื่อ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. บุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

<u>สำเนาเรียน</u>	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ขวัญใจ อำนางศักดิ์ชื่อ
<u>งานบริการการศึกษา</u>	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
<u>อาจารย์ที่ปรึกษา</u>	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสักดิ์ โทร. 0-2218-9814
<u>ชื่อนิสิต</u>	นางคมนเนตร สกฤทธนะศักดิ์ โทร. 08-3368-8183

ที่ ศธ 0512.11/ 0221



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๒ กุมภาพันธ์ 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางคมเนตร สกฤษณะศักดิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยกักสรรที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร. ศิริินภา จิตติมณี นักวิชาการสาธารณสุข 8 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิติสสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. บุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ดร. ศิริินภา จิตติมณี

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814

ชื่อนิสิต

นางคมเนตร สกฤษณะศักดิ์ โทร. 08-3368-8183

ที่ ศธ 0512.11/ 0404

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

4 สิงหาคม 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางคมเนตร สกฤษณะศักดิ์ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัคย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ขวัญใจ อำนางศักดิ์ชื้อ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. รุจน์ รัตนาศักดิ์ชื้อ)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ขวัญใจ อำนางศักดิ์ชื้อ
งานบริการการศึกษา	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัคย์ โทร. 0-2218-9814
ชื่อนิสิต	นางคมเนตร สกฤษณะศักดิ์ โทร. 08-3368-8183

ที่ ศธ 0512.11/ 0414



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทย์กิตต์ ชั้น 12 ซอยจุฬาฯ 64
ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

4 มีนาคม 2552

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เนื่องด้วย นางคมเนตร สกฤษณะศักดิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์คัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางครอบครัวของผู้ป่วยวัณโรค จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางครอบครัวและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคศูนย์วัณโรคเขต 10 เชียงใหม่ ของนางสมมาลี อมรินทร์แสงเพ็ญ สาขาวิชาการสาธารณสุขศาสตร (2540) โดยมี รองศาสตราจารย์ ชลอสรี แดงเปี่ยม, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วารุณี แก่นสุข และรองศาสตราจารย์ วรรณิการ์ พงษ์สนธิ เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์คัย โทร. 0-2218-9814

ชื่อนิสิต

นางคมเนตร สกฤษณะศักดิ์ โทร. 08-3368-8183

ที่ ศธ 0512.11/ 0๑๙1



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทย์กิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

14 กุมภาพันธ์ 2552

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ

เนื่องด้วย นางคมเนตร สกฤทธนะศักดิ์ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัคย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จำนวน 30 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 33 คน จากกลุ่มตัวอย่างประชากรชาย-หญิงที่อายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลประจำจังหวัด เขตสาธารณสุขที่ 13 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยใช้แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินความรู้สึกรวมตัว และแบบประเมินการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางคมเนตร สกฤทธนะศักดิ์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

<u>สำเนาเรียน</u>	หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
<u>งานบริการการศึกษา</u>	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
<u>อาจารย์ที่ปรึกษา</u>	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัคย์ โทร. 0-2218-9814
<u>ชื่อนิสิต</u>	นางคมเนตร สกฤทธนะศักดิ์ โทร. 08-3368-8183

ที่ ศบ 0512.11/ 0281

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

17 กุมภาพันธ์ 2552

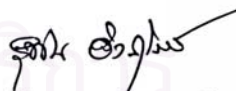
เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโสธร

เนื่องด้วย นางกมเนตร สกฤทธนะศักดิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างประชากรชาย-หญิงที่อายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลประจำจังหวัด เขตสาธารณสุขที่ 13 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 33 คน โดยใช้แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินความรู้สึกรับผิดชอบ และแบบประเมินการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางกมเนตร สกฤทธนะศักดิ์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาตย์ โทร. 0-2218-9814

ชื่อนิสิต

นางกมเนตร สกฤทธนะศักดิ์ โทร. 08-3368-8183

ที่ ศบ 0512.11/ 0281



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

17 กุมภาพันธ์ 2552

เรื่อง ขอลความอนุเคราะห์ให้นิสิคเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำนาจเจริญ

เนื่องด้วย นางกมเนตร สกฤษณะศักดิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอลความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างประชากรชาย-หญิงที่อายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลประจำจังหวัด เขตสาธารณสุขที่ 13 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 33 คน โดยใช้แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินความรู้สึกรับผิดชอบ และแบบประเมินการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางกมเนตร สกฤษณะศักดิ์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ยูจิน อังสุโรจน์)

กณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

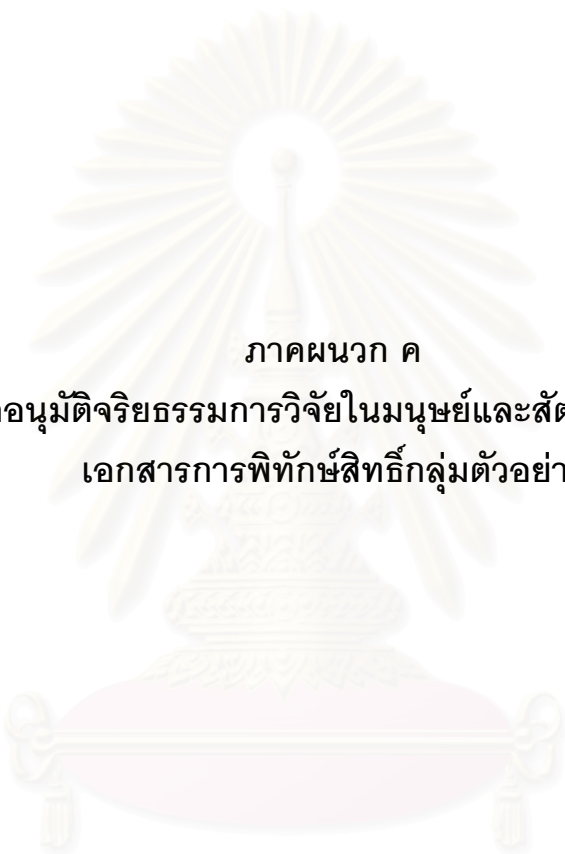
โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814

ชื่อนิสิต

นางกมเนตร สกฤษณะศักดิ์ โทร. 08-3368-8183



ภาคผนวก ค
หนังสืออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลอง และ
เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



เลขที่ 1 / 2552

เอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การทำวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลศรีสะเกษ
ขอรับรองว่า

โครงการ : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน
วัณโรคในผู้สูงอายุ
SELECTED FACTORS RELATED TO SELF-CARE
PREVENTION FOR TUBERCULOSIS IN OLDER PERSONS

โครงการเลขที่ : 1 / 2552
ชื่อหัวหน้าโครงการ : นางคมเนตร สุกุลชนะศักดิ์
สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการได้มาตรฐานทางวิชาการ ไม่ขัดต่อหลักจริยธรรมสากล และเป็นไปตามคำประกาศเฮลซิงกิ
จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการที่ได้ เสนอ ณ วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2552

ลงชื่อ.....

(นายชาย ชีระสุค)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ

สถาบันวิจัยโรคติดต่อ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

เอกสารฉบับนี้ เพื่อแสดงว่าโครงการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุ

ผู้วิจัย / เจ้าของผลงาน คือ นางคมเนตร สกฤษณะศักดิ์

สถาบัน / หน่วยงาน นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลศรีสะเกษแล้ว เห็นชอบ ให้ผ่านการพิจารณารับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สามารถดำเนินการวิจัยได้ และเห็นว่าผู้วิจัยต้องดำเนินการตามโครงการวิจัยที่กำหนดไว้ หากจะมีการปรับเปลี่ยนหรือแก้ไข ใดๆ ควรผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยอีกครั้ง
ออกให้ ณ วันที่ 9 มีนาคม พ.ศ. 2552

(นายสุที วงศ์ละคร)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ประธานกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โรงพยาบาลศรีสะเกษ

(นายชาย ชีระสุต)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ

เลขที่ 01/2552



เอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การทำวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลอำนาจเจริญ
ขอรับรองว่า

- โครงการ : ปัจจัยคัดสรรที่สำคัญกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคในมนุษย์
Selected factors related to self – care prevention for tuberculosis
in older persons
- โครงการเลขที่ : 01/2552
- ชื่อหัวหน้าโครงการ : นางคมเนตร สกุลธนะศักดิ์
- สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการได้มาตรฐานทางวิชาการ ไม่ขัดต่อหลักจริยธรรมสากล และเป็นไปตามคำประกาศเฮลซิงกิ

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการที่เสนอได้ ณ วันที่ 2 มีนาคม 2552

ลงชื่อ..... *สมฤกษ์ จีงสมาน*

(นายสมฤกษ์ จีงสมาน)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม

การทำวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอำนาจเจริญ



เลขที่ 1926 / 2552

เอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การทำวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลโสธร
ขอรับรองว่า

โครงการ : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน
วัณโรคในผู้สูงอายุ
SELECTED FACTORS RELATED TO SELF-CARE
PREVENTION FOR TUBERCULOSIS IN OLDER PERSONS

โครงการเลขที่ : 1926 / 2552

ชื่อหัวหน้าโครงการ : นางคมเนตร สกุลงกรณ์ศักดิ์

สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการได้มาตรฐานทางวิชาการ ไม่ขัดต่อหลักจริยธรรมสากล และเป็นไปตามคำ
ประกาศเฮลซิงกิ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการที่ได้
เสนอ ณ วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2552

ลงชื่อ.....

(นางอนิธิตา พรหมณี)

นายแพทย์ ระดับชำนาญการ

รักษาการในตำแหน่ง ประธานกรรมการพิจารณาจริยธรรม

การวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลโสธร

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/ Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย บัณฑิตศึกษาค้นคว้าที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุ
2. ชื่อผู้วิจัย นางคมเนตร สกุลธนะศักดิ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7
3. สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) คลินิกพิเศษ งานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีสะเกษ 94/4 ถนนกสิกรรม ตำบลเมืองใต้ อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000
(ที่บ้าน) 1321 ถนนรอบเมืองเหนือ ตำบลเมืองเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000
โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 045-611503 ต่อ 180; (บ้าน) 045-616615;
(มือถือ) 08-33688183
E-mail: komnatnok@hotmail.com

4. ข้อมูลประกอบการให้คำยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

- 4.1 โครงการวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับบัณฑิตศึกษาค้นคว้าที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลประจำจังหวัด
- 4.2 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกมีตราบากับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุ
- 4.3 ประชากรในการวิจัย ได้แก่ ผู้รับบริการคลินิกผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่อายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลประจำจังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ จำนวนทั้งหมด 130 คน
- 4.4 ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์โดยตรงกับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30 ต่อคนและอาจเกิดความไม่สะดวกเล็กน้อย โดยมีแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด 5 ชุดคือ ส่วนที่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2) แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค ส่วนที่ 3) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 4) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ส่วนที่ 5) แบบสอบถามการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุ ทั้งนี้หากพบความผิดปกติผู้วิจัยจะรายงานให้แพทย์กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยรับทราบทันที เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาต่อไป
- 4.5 ในการขอข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน ผู้วิจัยจะดำเนินการขออนุมัติผู้อำนวยการสถานบริการก่อน

4.6 ในขณะที่ชกถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า หรือข้อความที่เกี่ยวกับลูกหลาน กลุ่มตัวอย่างอาจมีอาการเศร้า เสียใจ และร้องไห้ ผู้วิจัยจะยุติการชกถามและอยู่เป็นเพื่อนคอยปลอบใจ หากผู้สูงอายุยังไม่พร้อมให้ข้อมูลผู้วิจัยจะกลับมาเก็บข้อมูลอีกครั้งภายหลัง ทั้งนี้เพื่อให้ได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคในผู้สูงอายุและการตรวจคัดกรอง วัณโรคของผู้สูงอายุ

4.7 การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจและสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ

4.8 หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาจนกว่าจะได้รับคำตอบเป็นที่พอใจ และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

4.9 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวมและเชิงวิชาการ

4.10 ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย

4.11 หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

ศูนย์วิจัยโรงพยาบาลศรีสะเกษ ถนนกสิกรรม อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ
โทรศัพท์ 045-611503 ต่อ 107 โทรสาร 045-620183

ศูนย์วิจัยโรงพยาบาลยโสธร ถนนแจ้วสนิท อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร โทรศัพท์
045-714040-43 โทรสาร 045-712373

ศูนย์วิจัยโรงพยาบาลอำนาจเจริญ ถนนอรุณประเสริฐ อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจ
เจริญ โทรศัพท์ 045-511940 ต่อ 1231-2 โทรสาร 045-511946

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย บัณฑิตศึกษาศาสตร์ที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคในผู้สูงอายุ

ชื่อผู้วิจัย นางคมเนตร สกุลธนะศักดิ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) คลินิกพิเศษ งานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีสะเกษ 94/4

ถนนกสิกรรม ตำบลเมืองใต้ อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000

(ที่บ้าน) 1321 ถนนรอบเมืองเหนือ ตำบลเมืองเหนือ อำเภอเมือง

จังหวัดศรีสะเกษ 33000

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 045-611503 ต่อ 180; (บ้าน) 045-616615;

(มือถือ)08-33688183

E-mail: komnatnok@hotmail.com

เลขที่ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าชื่อ/นามสกุลได้รับ

คำอธิบายอย่างชัดเจนจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ความเสี่ยง/อันตราย และ
ประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้จนเข้าใจอย่างดี ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับ
กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
อ้างอิง ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองจากผู้วิจัยว่าจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ได้ระบุไว้ และข้อมูล
ใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าจะรักษาไว้เป็นความลับ ข้าพเจ้าเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ
ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และ
ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และจะไม่มี
ผลกระทบใด ๆ แก่ข้าพเจ้าทั้งสิ้น ข้าพเจ้าจึงได้ลงนามไว้ท้ายหนังสือนี้

.....

สถานที่ / วันที่

.....

ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....

สถานที่ / วันที่

(นางคมเนตร สกุลธนะศักดิ์)

ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....

สถานที่ / วันที่

.....

(.....)

พยาน



ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รพ. ศรีสะเกษ หมายเลข.....

แบบสอบถาม วิจัยเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุ

คำชี้แจง แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้ประโยชน์ของปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค

การรับรู้อุปสรรคของปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาเติมคำในช่องว่างหรือเติมเครื่องหมาย / ลงใน () หน้าข้อที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ (ปี) (นับจำนวนเต็ม)
3. ระดับการศึกษา 1. ไม่รู้หนังสือ 2. ชั้นประถม 1 – ชั้นประถม 6 3. มัธยมศึกษา 1 – มัธยมศึกษา 6
 4. อนุปริญญา 5. ปริญญาตรี 6. สูงกว่าปริญญาตรี
4. อาชีพ 1. ไม่ได้ทำงาน 2. ข้าราชการบำนาญ 3. เกษตรกร ระบุ.....
 4. รับจ้าง 5. ค้าขาย 6. อื่น ๆ ระบุ.....
5. รายได้ต่อเดือน ระบุ..... (บาท)
6. สถานภาพสมรส 1. โสด 2. คู่ 3. ม่าย 4. หย่า 5. แยก
7. ศาสนา 1. พุทธ 2. อิสลาม 3. คริสต์ 4. อื่น ๆ ระบุ.....
8. สถานที่อยู่อาศัย 1. ในเขตเทศบาลเมือง 2. นอกเขตเทศบาลเมือง 3. ในเขตสุขาภิบาล
 4. นอกเขตสุขาภิบาล 5. อื่น ๆ ระบุ.....
9. โรคประจำตัว 1. ไม่มี 2. มี ระบุ.....

10. อาการนำที่มาตรวจครั้งนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () 1. ไข้ ต่ำๆ () 2. ไอ () 3. หอบ
() 4. เหนื่อยอ่อนเพลีย () 5. น้ำหนักลด () 6. เบื่ออาหาร
() 7. ไอมีเสมหะปนเลือด () 8. เจ็บหน้าอก () 9. อื่นๆระบุ.....

11. ท่านเคยมีอาการนำเช่นนี้ แล้วได้รับการรักษาอย่างอื่น โดยไม่ได้รักษาวัณโรค

- () 1. เคยรักษาอย่างอื่น ระบุ..... () 2. ไม่เคยรักษามาก่อน () 3. เคยรักษาวัณโรค ระบุเมื่อปี พ.ศ.....

12. ประวัติการสัมผัสวัณโรค

- () 1. ไม่มี () 2. มีบุคคลในครัวเรือนเป็นวัณโรค () 3. มีเพื่อนบ้านเป็นวัณโรค () 4. มีเพื่อนร่วมงานเป็นวัณโรค

13. น้ำหนักกิโลกรัม ส่วนสูงเซนติเมตร

14. ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) [น้ำหนัก (กิโลกรัม) ÷ ส่วนสูง (เมตร)²]

15. ใครเป็นผู้ดูแลหลักเมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วย

- () 1. ไม่มี (ข้ามไปตอบข้อ 17) () 2. มี ระบุ.....

16. ถ้ามีผู้ดูแล ผู้ดูแลนั้นทำงานนอกบ้านหรือไม่

- () 1. ไม่ทำ () 2. ทำงานนอกบ้านบางเวลา () 3. ทำงานนอกบ้านเต็มเวลา

ส่วนนี้สำหรับผู้วิจัยจากเวชระเบียน

17. ระยะเวลาที่มีอาการนำครั้งแรกถึงวันที่มาตรวจโรค ระบุ.....วัน (Imp - วันมาตรวจโรค)

18. การวินิจฉัย () 1. วัณโรคปอด () 2. วัณโรคนอกปอดระบุ..... () 3. โรคอื่น ๆ ระบุ.....(ข้ามไปตอบข้อ 20)

19. ระยะเวลาที่มีอาการนำครั้งแรกถึงวันที่ได้รับการวินิจฉัยวัณโรค ระบุ.....วัน (Imp - DxTB)

20. ผลตรวจเสมหะครั้งนี้ () 1. บวก () 2. ลบ () 3. ไม่ได้ตรวจ

21. ผลตรวจเอกซเรย์ปอดครั้งนี้

- () 1. มีแผลโพรงปอด () 2. อื่น ๆ ระบุ..... () 3. ไม่ได้ตรวจ

22. การรักษาที่ได้รับในครั้งนี้ (ระบุ) () 1. รักษาวัณโรค ระบุสูตรยา..... () 2. ไม่ได้รักษาวัณโรค (ข้ามไปตอบข้อ 24)

23. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคถึงวันเริ่มรักษาโรค ระบุ.....วัน (Dx – Rx)

24. การตรวจคัดกรองของโรคของผู้สูงอายุย้อนหลัง 1 ปี

() 1. มีการตรวจคัดกรองด้วยการตรวจเสมหะ

() 2. ไม่มีการตรวจคัดกรองด้วยการตรวจเสมหะ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค

คำชี้แจง ท่านมีความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับข้อความต่อไปนี้หรือไม่ กรุณาเติมเครื่องหมาย / ลงใน () แต่ละช่องแสดงถึงข้อความคำตอบ ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดความเข้าใจและความเชื่อของท่านอย่างมาก

เห็นด้วยมาก หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดความเข้าใจและความเชื่อของท่านเป็นส่วนใหญ่

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดความเข้าใจและความเชื่อของท่านปานกลาง

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดความเข้าใจ และความเชื่อของท่านน้อย

เห็นด้วยน้อยที่สุด หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดความ เข้าใจ และความเชื่อของท่านน้อยมาก

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วย น้อยที่สุด	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย มากที่สุด
1	การสูดหายใจจากอากาศที่มีเชื้อโรคทำให้ท่านป่วยเป็นโรคได้					
2	ท่านมีโอกาสติดเชื้อมีโรคจากบุคคลทั่วไปที่ไม่แสดงอาการโรค					
3	ท่านมีโอกาสป่วยเป็นโรคจากเชื้อโรคเดิมที่สงบอยู่ในตัวท่าน เมื่อมีเชื้อลุกลามและร่างกายอ่อนแอจึงป่วยง่าย (ร่างกายอ่อนแอ เช่น เป็นผู้สูงอายุ โรคเบาหวาน โรคไตวายระยะสุดท้าย มีการติดเชื้อเอชไอวี สูดบุหรี่ ดื่มสุรา)					
4	อายุมากขึ้นของท่านเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรค					
5	การอาศัยร่วมบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยโรคทำให้ท่านมีโอกาสป่วยเป็นโรคง่าย					

การรับรู้ความรุนแรงของโรค

ข้อ ที่	ข้อความ	เห็นด้วย น้อยที่สุด	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย มากที่สุด
1	หากท่านเป็นวัณโรคแล้วจะทำให้โรคอื่นที่ท่านเป็นอยู่กำเริบง่ายขึ้น					
2	การตรวจเสมหะสามารถพบวัณโรคในระยะแรก ๆ ที่ไม่รุนแรง					
3	อาการวัณโรคของผู้สูงอายุมีอาการมากกว่าคนทั่วไป					
4	ผู้สูงอายุจะต้องใช้เวลาในการรักษาวัณโรคมากกว่าคนทั่วไป					
5	เมื่อท่านเป็นวัณโรคแล้วไม่รักษาหรือรักษาไม่สม่ำเสมอท่านมีโอกาสเป็นวัณโรคดื้อยา อาการของวัณโรคจะรุนแรง และเสียชีวิตได้ง่าย					

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วย น้อยที่สุด	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย มากที่สุด
1	การจัดที่อยู่อาศัยให้มีอากาศถ่ายเทได้สะดวกเป็นการป้องกันวัณโรคที่ดีอย่างหนึ่ง					
2	การสังเกต อาการไข้ หรือไอ ช่วยให้ท่านพบวัณโรคในระยะเริ่มแรก					
3	การล้างมือบ่อย ๆ สามารถป้องกันวัณโรคได้					
4	ผู้ป่วยวัณโรคจำเป็นต้องใช้ผ้าปิดปาก จมูก ขณะไอ-จาม					
5	การตรวจเสมหะทำให้พบวัณโรคได้เร็วขึ้นและมีโอกาสรักษาหายมากขึ้น					

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวันโรค

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วย น้อยที่สุด	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยมาก ที่สุด
1	เป็นเรื่องน่าเบื่อในการรอตรวจและทำให้ท่านเสียเวลา หากต้องไปตรวจเสมหะเป็นระยะ ๆ					
2	การเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางทำให้ท่านไม่ไปตรวจเสมหะ					
3	บ้านท่านอยู่ไกลจากสถานที่ตรวจเสมหะจะทำให้ท่านไม่ไปตรวจ					
4	การปฏิบัติ เช่น การสวมผ้าปิดปาก-จมูก การล้างมือบ่อย ๆ การหลีกเลี่ยงอยู่ใกล้ชิดกับคนที่มีอาการไอเรื้อรัง เป็นสิ่งที่ลำบากในการปฏิบัติ					
5	การประชาสัมพันธ์เรื่องการตรวจเสมหะไม่ทั่วถึงจึงทำให้ท่านไม่ไปตรวจ					
6	เมื่อท่านอาศัยอยู่บ้านตามลำพัง หากต้องการไปตรวจเสมหะเพื่อค้นหาวันโรค ท่านไม่สามารถไปได้เพราะไม่มีผู้พาไปตรวจ					

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม คำชี้แจง จากข้อความต่อไปนี้ ขอให้ท่านเติมเครื่องหมาย / ในช่องว่าง ให้ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านมาก

ที่สุดแต่ละช่องแสดงถึงข้อความคำตอบ คือ

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดความเข้าใจและความเชื่อของท่านอย่างมาก

เห็นด้วยมาก หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดความเข้าใจและความเชื่อของท่านเป็นส่วนใหญ่

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดความเข้าใจและความเชื่อปานกลาง

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดความเข้าใจ และความเชื่อของท่านน้อย

เห็นด้วยน้อยที่สุด หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดความเข้าใจ และความเชื่อของท่านน้อยมาก

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วย น้อยที่สุด	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย มากที่สุด
1	คนในครอบครัวให้กำลังใจท่านในการไปตรวจเสมหะเพื่อค้นหาวัณโรค					
2	เมื่อมีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการไปตรวจเสมหะคนในครอบครัวท่านสามารถช่วยเหลือได้					
3	คนในครอบครัวช่วยดูแลในการจัดบริเวณบ้านให้สะอาดและปลอดภัย					
4	คนในครอบครัวช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้านในขณะที่ท่านไปตรวจเสมหะ					
5	คนในครอบครัวช่วยบอกถึงปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันวัณโรคของท่านว่าปฏิบัติถูกต้องอย่างไร (ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันวัณโรคคือ การล้างมือ การใช้ผ้าปิดปาก-จมูก การหลีกเลี่ยงผู้มีอาการไอเรื้อรัง เป็นต้น)					
6	คนในครอบครัวหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับวัณโรคมาให้ท่านอ่าน					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale –TGDS)

คำชี้แจง จากข้อความต่อไปนี้ ขอให้ท่านเติมเครื่องหมาย / ในช่องว่างโดยตอบให้ตรงกับความจริงของท่านมากที่สุด

ข้อ ที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ ใช่	คะ แนน	ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ ใช่	คะ แนน
1*	ท่านพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้				16	ท่านรู้สึกหมดกำลังใจหรือเศร้าใจบ่อย ๆ			
2	ท่านไม่ชอบทำอะไรในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ				17	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านค่อนข้างไม่มีคุณค่า			
3	ท่านรู้สึกชีวิตของท่านช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร				18	ท่านรู้สึกกังวลมากกับชีวิตที่ผ่านมา			
4	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อย ๆ				19*	ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้ยังมีเรื่องน่าสนุกอีกมาก			
5*	ท่านหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า				20	ท่านรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่ ๆ			
6	ท่านมีเรื่องกังวลตลอดเวลา และเลิกคิดไม่ได้				21*	ท่านรู้สึกกระตือรือร้น			
7*	ส่วนใหญ่แล้วท่านรู้สึกอารมณ์ดี				22	ท่านรู้สึกสิ้นหวัง			
8	ท่านรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับท่าน				23	ท่านคิดว่าคนอื่นดีกว่าท่าน			
9*	ส่วนใหญ่ท่านรู้สึกมีความสุข				24	ท่านอารมณ์เสียง่ายกับเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ อยู่เสมอ			
10	บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกไม่มีที่พึ่ง				25	ท่านรู้สึกอยากร้องไห้บ่อย ๆ			
11	ท่านรู้สึกกระวนกระวาย กระสับกระส่ายบ่อย ๆ				26	ท่านมีความตั้งใจในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ไม่นาน			
12	ท่านชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน				27*	ท่านรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า			
13	บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า				28	ท่านไม่ชอบพบปะพูดคุยกับคนอื่น			
14	ท่านคิดว่าความจำท่านไม่ดีเท่าคนอื่น				29*	ท่านตัดสินใจอะไรได้เร็ว			
15*	การที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบันนี้เป็นเรื่องน่ายินดี				30*	ท่านมีจิตใจสบาย แจ่มใสเหมือนก่อน			

การคิดคะแนน ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 ถ้าตอบว่า "ไม่ใช่" ได้ 1 คะแนน ข้อที่เหลือถ้าตอบว่า "ใช่" ได้ 1 คะแนน

(1) ผู้สูงอายุปกติ 0-12 คะแนน (2) ผู้มีความเศร้าเล็กน้อย 13-18 คะแนน (3) ผู้มีความเศร้าปานกลาง 19-24 คะแนน (4) ผู้มีความเศร้ารุนแรง 25-30 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการปฏิบัติการเพื่อป้องกันโรค

คำชี้แจง อ่านข้อความต่อไปนี้แล้วเติมเครื่องหมาย / ลงในช่องที่พิจารณาเห็นว่าตรงกับความจริงกับท่านมากที่สุด คำตอบที่ได้จะไม่ผิด ไม่ผิด แต่ละ

ช่องแสดงถึงข้อความคำตอบดังนี้

ปฏิบัติทุกครั้ง	หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นประจำทุกครั้ง	ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง	หมายถึง ท่านไม่ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเพียง 1-2 ครั้ง
ปฏิบัติบ่อย ๆ	หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น 3 ครั้งขึ้นไป	ปฏิบัติเป็นครั้งคราว	หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นเพียง 1-2 ครั้ง
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย		

ข้อที่	ข้อความ	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติเป็น ครั้งคราว	ปฏิบัติ บ่อย ๆ	ปฏิบัติเกือบ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ ทุกครั้ง
1	ท่านดูแลตนเองโดยการรับประทานอาหารที่ครบทุกหมวดอาหารทุกมื้อเช่น เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ ข้าว ไขมัน คีมีน้ำสะอาด และออกกำลังกาย					
2	ท่านสังเกตตนเอง เช่น น้ำหนักลด อากาศไอ อากาศไข้ ซึ่งเป็นอาการเตือนให้ไปตรวจคัดกรองวัณโรคทุกครั้งที่สูงวัย					
3	ท่านนำสิ่งของเครื่องใช้ เช่น ที่นอน ผ้าห่ม หมอน ไปผึ่งแดดทุกสัปดาห์					
4	เมื่อผู้ป่วยไอหรือจามใกล้ ๆ กับท่าน ท่านใช้ผ้าหรือกระดาษปิดปาก-จมูกทุกครั้ง					
5	ท่านแนะนำคนในครอบครัวให้มีการจัดที่อยู่อาศัยให้โล่งfอากาศถ่ายเทได้สะดวก					
6	ท่านบ้วนหรือต้มเสมหะในที่สาธารณะหรือทุกแห่งที่สะดวก					
7	ท่านช่วยกระตุ้นคนใกล้ชิดที่เป็นวัณโรคให้ปรึกษาโดยไม่ให้ขาดยา					



ภาคผนวก จ
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณมีรายละเอียดดังนี้

วิธีตรวจสอบข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพหุคูณ งานวิจัยนี้ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ร่วมด้วย ดังนั้นข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์จะต้องมีลักษณะตรงตามเงื่อนไขของการใช้สถิติ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อมูลดังนี้

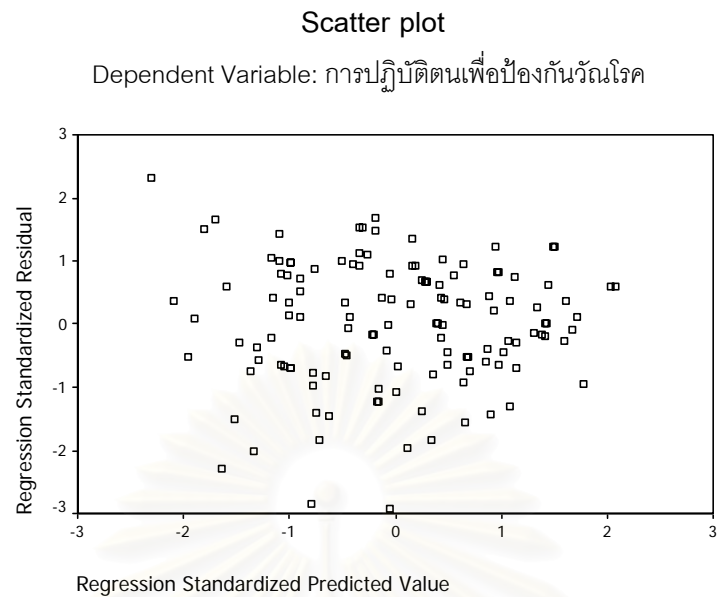
ตรวจสอบความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity)

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระต้องไม่มีปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น ซึ่งหมายถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระมีค่าสูง สำหรับการตรวจสอบค่าความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น ตรวจสอบจากตาราง (Correlation matrix) พบว่าตัวแปรพยากรณ์มีความสัมพันธ์กันคือ การรับรู้ประโยชน์กับภาวะซึมเศร้า ($r = -.099$) ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไม่เกิน .65 (Burns and Grove, 1997 : 487) จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรพยากรณ์ไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง หรือไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น

ตรวจสอบค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของ ตัวแปรพยากรณ์ (Homoscedasticity)

ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวแปร ต้องมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) สำหรับการตรวจสอบความคลาดเคลื่อนของตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวว่ามีค่าคงที่หรือไม่ โดยพิจารณาลักษณะการกระจายของค่าความแปรปรวน ของความคลาดเคลื่อนจากภาพการกระจาย (Scatter plot)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



แผนภูมิที่ 1 ความแปรปรวนของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค

โดยพิจารณาค่าความสัมพันธ์ระหว่าง Regression Standardized Predicted Value (ค่าประมาณ Y ในรูปคะแนนมาตรฐาน) กับ Regression Standardized Residual Value (ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน) หากพบว่าค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนกระจายบริเวณค่าศูนย์ กล่าวได้ว่า ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวแปร มีค่าคงที่ (Homoscedasticity) ซึ่งจากภาพ Scatter plot ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนกระจายบริเวณค่าศูนย์ ดังนั้น ความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวจึงมีค่าคงที่

ตรวจสอบความเป็นอิสระจากกันของค่าความคลาดเคลื่อนระหว่างตัวแปรพยากรณ์ และตัวแปรเกณฑ์ (Autocorrelation)

ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรพยากรณ์ และตัวแปรเกณฑ์ จะต้องเป็นอิสระจากกัน ตรวจสอบโดยการทดสอบ Durbin – Watson ตาราง ภาคผนวก จ ที่ 1 Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.250 ^a	.062	.055	4.921	
2	.335 ^b	.112	.098	4.807	1.647

a. Predictors: (Constant), คะแนนดิบประโยชน์

b. Predictors: (Constant), คะแนนดิบประโยชน์, คะแนนดิบภาวะซึมเศร้า

จากตาราง ค่า Durbin-Watson ในตาราง Model Summary = 1.647 ซึ่งค่า Durbin-Watson ที่คำนวณได้มีค่าเข้าใกล้ 2 หมายความว่า ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรพยากรณ์ และตัวแปรเกณฑ์เป็นอิสระจากกัน หรือไม่มีความสัมพันธ์กัน (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547)

ตรวจสอบค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนเท่ากับศูนย์

ค่าของความคลาดเคลื่อนต้องเท่ากับศูนย์ โดยตรวจสอบจากผลลัพธ์ในตาราง Residual Statistics ตาราง ภาคผนวก จ ที่ 2 Residual Statistics

	Min	Max	Mean	S.D.	N
Predicted Value	22.18	29.02	26.22	1.698	130
Std. Predicted Value	-2.374	1.653	.000	1.000	130
Standard Error of Predicted Value	.425	1.511	.707	.183	130
Adjusted Predicted Value	21.93	29.08	26.21	1.705	130
Residual	-13.89	10.45	.00	4.769	130
Std. Residual	-2.889	2.173	.000	.992	130
Stud. Residual	-2.917	2.230	.001	1.005	130
Deleted Residual	-14.15	11.00	.01	4.895	130
Stud. Deleted Residual	-3.008	2.267	-.001	1.013	130
Mahal. Distance	.019	11.761	1.985	1.735	130
Cook's Distance	.000	.131	.009	.017	130
Centered Leverage Value	.000	.091	.015	.013	130

a. Dependent Variable: คะแนนดิบป้องกัน

จากตาราง Residual Statistics พบว่า Standardized Predicted Value = .000 และค่า Standardized Residual = .000 ดังนั้น ค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนจึงเท่ากับศูนย์

ตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของข้อมูล (data distributions)

ข้อมูลต้องมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ตรวจสอบโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov โดยการพิจารณาการแจกแจงของข้อมูลของผลลัพธ์จากการใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov ใน One Sample Kolmogorov-Smirnov และ Stem-and-Leaf Plot

ตาราง ภาคผนวก จ ที่ 3 One Sample Kolmogorov-Smirnov Test

one-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

N		รวมความเสี่ยง	รวมความรุนแรง	รวมประโยชน์	รวมอุปสรรค	รวมสนับสนุนทางสังคม	รวมป้องกันวินโศก	คะแนนดิบภาวะซึมเศร้า
		130	130	130	130	130	130	130
Normal Parameters,a,b	Mean	3.4738	3.8369	3.8662	3.1538	4.0551	3.7451	8.25
	Std. Deviation	0.90858	0.8597	0.8974	1.30866	0.88906	0.7232	6.162
Most Extreme Differences	Absolute	0.207	0.212	0.219	0.161	0.233	0.115	0.144
	Positive	0.207	0.212	0.219	0.139	0.144	0.059	0.144
	Negative	-0.163	-0.15	-0.16	-0.161	-0.233	-0.115	-0.12
Kolmogorov-Smirnov Z		2.357	2.415	2.499	1.835	2.656	1.308	1.643
Asymp. Sig. (2-tailed)		0.000	0.000	0	0.002	0	0.065	0.009

จากตาราง One Sample Kolmogorov-Smirnov ค่า Asymp.Sig.(2-tailed) มีค่ามากกว่าค่าแอลฟาที่ระบุไว้คือ การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวินโศก ซึ่งหมายถึงค่าเฉลี่ยเลขคณิตของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวินโศกมีลักษณะเป็นโค้งปกติ ส่วนการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า มีค่าเฉลี่ยเลขคณิตไม่เป็นแบบโค้งปกติ แต่สามารถอธิบายตามทฤษฎีบททางคณิตศาสตร์ (theorem in mathematics) ที่เรียกว่า Central Limit Theorem กล่าวว่าการแจกแจงค่าค่าเฉลี่ยเลขคณิตของตัวอย่างที่ได้จะเข้าใกล้โค้งปกติเมื่อจำนวนกลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่ (จำนวน 30 ขึ้นไป)

แผนภูมิที่ 2 ลักษณะการแจกแจงของข้อมูล Stem-and-Leaf Plot

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค Stem-and-Leaf Plot

Frequency Stem & Leaf

4.00 Extremes (<=1.0)

1.00 1 . &

6.00 2 . 44&

7.00 2 . 688

56.00 3 . 000000000000000000000000244

13.00 3 . 666888

20.00 4 . 000000222&

8.00 4 . 6688

15.00 5 . 0000000

Stem width: 1.0 Each leaf: 2 case(s) & denotes fractional leaves.

การรับรู้ความรุนแรงของโรค Stem-and-Leaf Plot

Frequency	Stem & Leaf
1.00	1 . &
.00	1 .
.00	2 .
3.00	2 . 6
54.00	3 . 0000000000000000000000002444
5.00	3 . 88&
30.00	4 . 000000002222224
6.00	4 . 668
31.00	5 . 0000000000000000

Stem width: 1.0 Each leaf: 2 case(s) & denotes fractional leaves.

การรับรู้ประโยชน์ฯ Stem-and-Leaf Plot

Frequency	Stem & Leaf
2.00	1 . 8
1.00	2 . &
3.00	2 . 8&
50.00	3 . 000000000000000000000000044&
7.00	3 . 688
21.00	4 . 000000022
12.00	4 . 666668
34.00	5 . 000000000000000000

Stem width: 1.0 Each leaf: 2 case(s) & denotes fractional leaves.

การรับรู้อุปสรรคฯ Stem-and-Leaf Plot

Frequency	Stem & Leaf
19.00	1 . 0000000000000113333
11.00	1 . 5556666668
5.00	2 . 01333
3.00	2 . 556
43.00	3 . 003333
10.00	3 . 556688888
8.00	4 . 00011333
12.00	4 . 56668888888
19.00	5 . 000000000000000000

Stem width: 1.0 Each leaf: 1 case(s)

การสนับสนุนทางสังคม Stem-and-Leaf Plot

Frequency	Stem & Leaf
1.00	1 . &
2.00	2 . &
35.00	3 . 00000000000000333
7.00	3 . 568
31.00	4 . 00000000000003&
3.00	4 . 6&
49.00	5 . 0000000000000000000000

Stem width: 1.0 Each leaf: 2 case(s) & denotes fractional leaves.

Stem width: 1.0 Each leaf: 1 case(s)

ภาวะซึมเศร้า Stem-and-Leaf Plot

Frequency	Stem & Leaf
15.00	0 . 111111111111111
15.00	0 . 222222333333333
23.00	0 . 44444444444444445555555
15.00	0 . 666667777777777
22.00	0 . 888888888888899999999
7.00	1 . 0001111
10.00	1 . 22223333333
6.00	1 . 445555
4.00	1 . 6677
5.00	1 . 88999
1.00	2 . 1
3.00	2 . 222
4.00	Extremes (>=24)
Stem width:	10 Each leaf: 1 case(s)

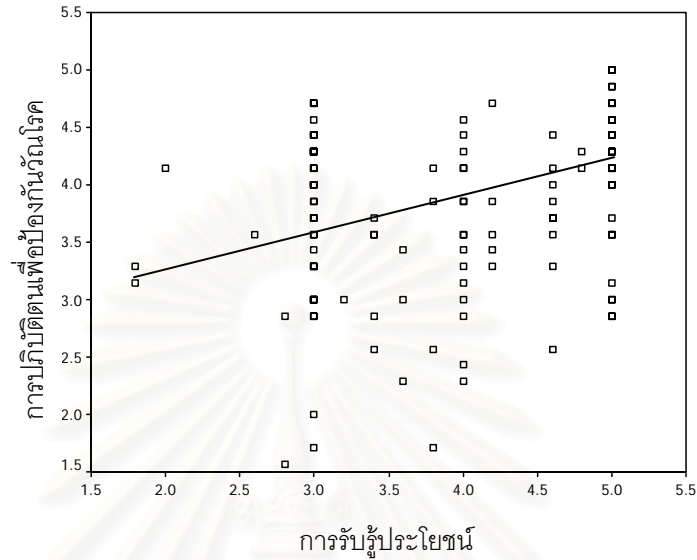
รวมป้องกันวันโรค Stem-and-Leaf Plot

Frequency	Stem & Leaf
3.00	Extremes (= < 1.7)
1.00	2 . 0
2.00	2 . 22
4.00	2 . 4555
.00	2 .
7.00	2 . 8888888
13.00	3 . 000000000111
7.00	3 . 2222222
16.00	3 . 4444555555555555
8.00	3 . 7777777
7.00	3 . 8888888
23.00	4 . 000000000111111111111
14.00	4 . 222222222222222
14.00	4 . 444444445555555
7.00	4 . 7777777
2.00	4 . 88
2.00	5 . 00
Stem width:	1.0 Each leaf: 1 case(s)

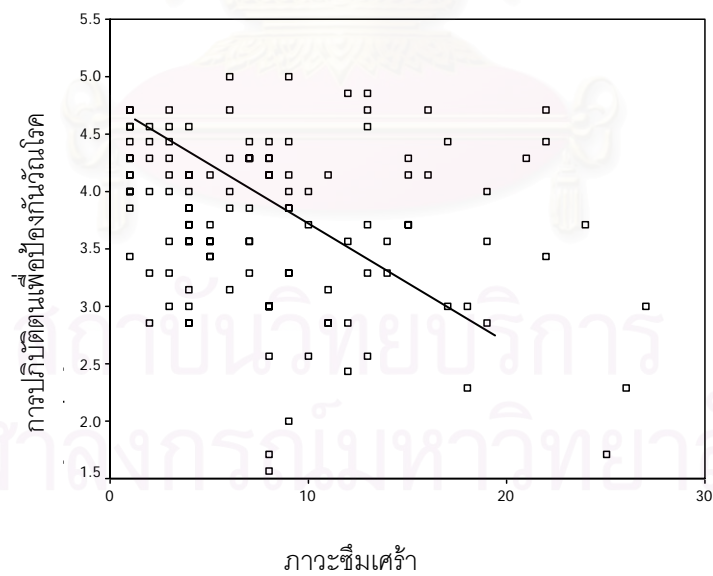
สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linear Regression)

แผนภูมิที่ 3 ความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค
กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค มีความสัมพันธ์เชิงเส้นในทิศทางบวก



แผนภูมิที่ 4 ความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค
มีความสัมพันธ์เชิงเส้นในทิศทางลบ



ตาราง ภาคผนวก จ ที่ 4 สรุปผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ข้อตกลงเบื้องต้น	วิธีทดสอบ	ผลการทดสอบ
1. ไม่มีความสัมพันธ์พร้อมเชิงเส้น	Correlation matrix	เป็นไปตามข้อตกลง
2. ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนต้องคงที่	Scatter plot	เป็นไปตามข้อตกลง
3. ค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระจากกัน	Durbin - Watson	เป็นไปตามข้อตกลง
4. ค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับศูนย์	Residual Statistics	เป็นไปตามข้อตกลง
5. การแจกแจงข้อมูลเป็นโค้งปกติ	Kolmogorov – Smirniv Stem and Leaf	เป็นไปตามข้อตกลง
6. ตัวแปรอิสระ และตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น	Scatter plot	เป็นไปตามข้อตกลง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. การคำนวณหาค่าความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จากนั้นนำมาหาค่าความเที่ยงด้วยการหาสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน (Coefficient of Internal Consistency) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ที่มีสูตรดังนี้ (อวยพร เรื่องตระกูล, 2550: 15)

$$\alpha = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(\frac{1 - \sum Si^2}{St^2} \right)$$

α = สัมประสิทธิ์แห่งความเที่ยง

k = จำนวนข้อความ

Si^2 = ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

St^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรวมในแบบประเมินทั้งหมด

2. คำนวณหาค่าร้อยละ (percentage) ของข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรส ศาสนา สถานที่อยู่อาศัย การวินิจฉัย ผลการตรวจเสมหะ ผลการตรวจเอกซเรย์ปอด อาการนำที่มาตรวจ ระยะเวลาที่มีอาการนำครั้งแรกถึงวันที่มาตรวจเพื่อค้นหาวัณโรค ระยะเวลาที่มีอาการนำครั้งแรกถึงวันที่ได้รับการวินิจฉัยวัณโรค ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาวัณโรคถึงวันเริ่มรักษาวัณโรค การรักษาที่ได้รับในครั้งนี้อาการนำเช่นนี้แล้วได้รับการรักษาอย่างอื่น ประวัติการสัมผัสวัณโรค โรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ผู้ดูแลหลัก การทำงานของผู้ดูแล วันที่ทำการตรวจคัดกรองวัณโรคของผู้สูงอายุย้อนหลัง 1 ปี

$$p = \frac{fx100}{n}$$

เมื่อ p = ค่าร้อยละ

f = ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ

n = จำนวนรวมทั้งหมด

3. คำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้โรคความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีตราบาป การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ \bar{X} = ค่าเฉลี่ยหรือมัธยฐานเลขคณิต
 $\sum X$ = ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว
 N = จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

สูตรคำนวณส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

$$S.D. = \sqrt{\frac{N \sum X^2 - (\sum X)^2}{n(n-1)}}$$

S.D. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 $\sum X$ = ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว
 $\sum X^2$ = ผลรวมของคะแนนทั้งหมดแต่ละตัวยกกำลังสอง
 n = จำนวนข้อมูลในกลุ่ม

4. หาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้โรคความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีตราบาป กับ การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุ โดยรวม

$$r_{xy} = \frac{N \sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[N \sum x^2 - (\sum x)^2][N \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ r = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปร x และ y
 x = คะแนนของตัวแปรที่ 1
 y = คะแนนของตัวแปรที่ 2
 N = จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

5. สร้างสมการพยากรณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้โรคความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีตราบาปโดยรวม ด้วยตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมการในรูปคะแนนดิบ

$$\hat{Y} = a + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_kx_k$$

เมื่อ \hat{Y} = คะแนนเฉลี่ยที่ได้จากการพยากรณ์
 a = ค่าคงที่
 $b_1b_2\dots b_k$ = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ
 $x_1x_2\dots x_k$ = คะแนนดิบของตัวพยากรณ์แต่ละตัว

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$X_y = \beta_1Z_1 + \beta_2Z_2 + \dots + \beta_kZ_k$$

เมื่อ Z_y = คะแนนมาตรฐานของตัวแปร
 $\beta_1\beta_2\dots\beta_k$ = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน
 $Z_1Z_2\dots Z_k$ = คะแนนมาตรฐานของตัวพยากรณ์แต่ละตัว

6. หาสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) โดยใช้สูตรดังนี้

$$R^2 = \sqrt{\frac{SS_{reg}}{SS_1}}$$

เมื่อ R^2 = สัมประสิทธิ์การพยากรณ์
 SS_{reg} = ความแปรปรวนของตัวแปรตามที่สามารถอธิบายได้ด้วยตัวแปรพยากรณ์
 SS_1 = ความแปรปรวนทั้งหมดของตัวแปรเกณฑ์

สถิตยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางคมเนตร สกุลธนะศักดิ์ เกิดวันที่ 8 มีนาคม พ.ศ. 2508 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เมื่อ ปี พ.ศ. 2531 เข้ารับการศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2550 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลชำนาญการ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีสะเกษ อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย