



วิทยานิพนธ์

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรค
กับพฤติกรรมการสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี.

The Relationship between Health Beliefs, Knowledge
and Health Behavior of Patient Infected with Hepatitis B Virus.

เสาวดี สุวรรณาคะ

อภินันทนาการ

จาก

เสาวดี สุวรรณาคะ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สาขาพยาบาลศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2532

ISBN 974-586-696-2

สงวนลิขสิทธิ์

Copyright by Mahidol University

18502

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรค
กับพฤติกรรมการสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี.

.....
.....

เขาวดี สุวรรณนาคะ

ผู้วิจัย

.....
.....

บึงอร ผลเนื่องมา, ทท.บ., M.S.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
.....

ศศิมา กุสุมา ณ อรุณษา, ทท.บ., ภ.ม.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
.....

พรศรี ศรีอัญญาพร, ทท.บ., ค.ม.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
.....

มนตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
.....

กัทธนา บุญทอง, ค.บ., M.S., Ed.D.

ประธานโครงการบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรค
กับพฤติกรรมการสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี.
ได้รับการพิจารณาอนุมัติ ให้นำเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาพยาบาลศาสตร์

วันที่ 30 ตุลาคม 2532

ผดู่ 3 -
.....

เสาวดี สุวรรณาคะ

ผู้วิจัย

คุณ อนุชิต
.....

เกษียร ไชยสวัสดิ์
.....

เกษียร ไชยสวัสดิ์, พ.บ., Dip. Amer.

Board of Internal Medicine.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

Donna พันธ์ไฉ่น้อย
.....

กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, ทท.บ.,

M.S., Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

จ.จ.
.....

กันตวี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

บึงอร ผลเนื่องมา, ทท.บ., M.S.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ด.จ. กุสุมา
.....

ศศิมา กุสุมา ณ อรุณยา, ทท.บ., ก.ม.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

พร่อง ตรีธัญญาพร
.....

พรศรี ศรีธัญญาพร, ทท.บ., ค.ม.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

พิน อนุชิต
.....

ทัศนาว อนุชิต, ค.บ., M.S., Ed.D.

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ บังอร ผลเนืองมา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศศิมา กุสุมา ณ อรุณษา และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พรศรี ศรีอัญญาพร ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ เสนอข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ และสนับสนุนให้กำลังใจผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ พร้อมทั้งขอขอบพระคุณหัวหน้าคลินิกโรคตับอักเสบ โรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หัวหน้าคลินิกโรคระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลรามาทิพย์ โรงพยาบาลราชวิถี และวิชิรพยาบาล ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และขอขอบพระคุณคุณอุไรรัตน์ สุพรรณวิลาศ ที่ให้ความช่วยเหลือในการเขียนโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับวิเคราะห์ข้อมูล และที่สำคัญที่สุดผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจนกระทั่งการวิจัยนี้สำเร็จลงได้

ท้ายสุด ขอระลึกถึงพระคุณคุณพ่อผู้ล่วงลับซึ่งได้ปลูกฝังความมุ่งมั่นในการศึกษาแก่ลูกทุกคน และยังเป็นแรงผลักดันที่สำคัญให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี. ขอขอบพระคุณ พ.ต. เวียงศักดิ์ สุวรรณนาคะ ที่ให้กำลังใจและความช่วยเหลือด้วยความเอื้ออาทรตลอดมา รวมทั้งขอขอบคุณ พี่น้อง และเพื่อนชาววิชิรพยาบาลทุกท่าน ที่มีส่วนช่วยเหลือและให้กำลังใจ และ China Medical Board of New York, Inc. ที่ได้กรุณาสนับสนุนเงินทุนบางส่วนในการวิจัยครั้งนี้

เสาวดี สุวรรณนาคะ

30 ต.ค. 2532

1. ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยอย่างไร มีนัยสำคัญทางสถิติ
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยอย่างไร มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .3662$)
3. ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ อาชีพ และระยะเวลาในการรักษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยอย่างไร มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, .001, .01 และ .01 ตามลำดับ ($r = .470, .376, .243, .241$) ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะของโรค และประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยอย่างไร มีนัยสำคัญทางสถิติ
4. ผลการวิเคราะห์หัตถถดถอยพหุคูณ พบว่า ระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับโรคและฐานะทางเศรษฐกิจ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพอนามัย ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพอนามัย ได้ร้อยละ 34.32

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรหาแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ดี ซึ่งต้องคำนึงถึงพื้นฐานทางการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับโรค และฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย โดยจัดให้มีหน่วยให้สุขศึกษาหรือคำปรึกษาแก่ผู้ป่วย หรือกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเน้นความสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพอนามัยและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพอนามัยและการวิจัยในครั้งต่อไป ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพอนามัย เช่น ความเครียด การสนับสนุนจากครอบครัว หรือผลการสอนอย่างมีแบบแผน

Chulalongkorn Hospital and gastrointestinal clinic of Rajavithi Hospital, Ramathibodi Hospital and Vajira Hospital. Tools for the study comprised of three kinds of questionnaires: the health belief, knowledge and health behaviors. Data were analysed by using SPSS_x programme including Pearson's product moment correlation coefficient, multiple correlation coefficient, and stepwise multiple regression analyses. The results of the study were as the following.

1. There was no statistically significant correlation between health beliefs and health behavior.

2. There was a significant positive correlation between knowledge and health behavior at the .001 level ($r = .366$)

3. There were statistically significant correlation between education level, economic status, occupation and duration of therapy and health behavior at the .001, .001, .01 and .01 level ($r = .470, .376, .243, .241$) but there were no statistically significant correlation between sex, age, marital status, stage of disease and experience of admission and health behavior.

4. The results of the stepwise multiple regression analysis showed that 34.52 percent of the variances of health behavior, was accounted for by three significant predictors i.e. education level, knowledge and economic status.

By this study, the recommendations for practice are as follow: nurses should encourage the patient to increase proper health behavior which based on patients' education, knowledge and economic status. Counseling units should be established for the patients infected with hepatitis B virus and high-risk group.

Further studies should be conducted on another factors influence health behavior, i.e., stress, social support or the effect of health teaching.

สารบัญ

ก

หน้า

สารบัญ	ก
สารบัญตาราง	ค
สารบัญแผนภูมิ	ง
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย	6
ขอบเขตของการวิจัย	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	7
ข้อตกลงเบื้องต้น	7
นิยามตัวแปร	7
บทที่ 2 บรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	9
โรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี	9
พฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี	22
ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย	28
ความรู้เกี่ยวกับโรคกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย	40
แนวคิดของการวิจัย	43
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	45
ลักษณะของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	45
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	46
การหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ	51
การเก็บรวบรวมข้อมูล	53
การวิเคราะห์ข้อมูล	54
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	59
ผลการวิจัย	59
การอภิปรายผล	67

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บรรณานุกรม	79
ภาคผนวก	91
ก. การเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรค และพฤติกรรมสุขภาพอนามัยในกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษา ในคลินิก โรคตับอักเสบ กับคลินิก โรคระบบทางเดินอาหาร	92
ข. การวิเคราะห์ถดถอยแบบเชิงชั้น	94
ค. การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อ ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรค และข้อมูลส่วนบุคคล กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยในการดูแลตนเอง และ การป้องกันอาการแพร่กระจายของโรค	96
ง. ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล	99
จ. แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว ตัวอย่างแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพอนามัย ของผู้ป่วย โรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี ตัวอย่างแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ของผู้ป่วย โรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี และจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบในแต่ละข้อ	102

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา	60
ตารางที่ 2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาในการรักษา ระยะของโรคและประสบการณ์การเข้ารับการรักษาโรคตับอักเสบ จากเชื้อเอชบีวีในโรงพยาบาล	61
ตารางที่ 3	ค่าช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ความเชื่อด้านสุขภาพ คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรค และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอนามัย	62
ตารางที่ 4	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายกับตัวเกณฑ์	63
ตารางที่ 5	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายกับตัวทำนาย โดยแสดงในรูปเมตริกสหสัมพันธ์	64
ตารางที่ 6	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนาย กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย	65

สารบัญแผนภูมิ

หน้า

แผนภูมิที่ 1	แสดงลักษณะทางคลินิกที่เกิดขึ้นภายหลัง การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี.	14
แผนภูมิที่ 2	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่กำหนด พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา	31
แผนภูมิที่ 3	แสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย	43

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี หรือเอชบีวี (Hepatitis B Virus or HBV) เป็นโรคติดต่อที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก เพราะเป็นโรคติดต่อที่สามารถป้องกันได้ แต่พบว่ามีอุบัติการณ์การติดเชื้อและแพร่กระจายของโรคสูง ทำให้เกิดความเจ็บป่วย มีอันตรายต่อชีวิต และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ดังจะเห็นได้จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2527 ที่พบว่า มีประชากรทั่วโลกเป็นพาหะนำเชื้อเอชบีวี จำนวน 220 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 5 โดยมีจำนวน 170 ล้านคนอยู่ในทวีปเอเชีย (เฟื่องเพชร เกียรติเสวี 2528 : 40) อุบัติการณ์การติดเชื้อนี้เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ดังการศึกษาของคุณ์ศุภคุณ โรคติดต่อแห่งสหรัฐอเมริกา พบว่า ประชากรทั้งโลกเป็นพาหะนำเชื้อเอชบีวี มากกว่า 284 ล้านคน และอุบัติการณ์พบสูงสุดในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (ชุมศักดิ์ นฤชาพงษ์ 2530 : 26)

เชื้อเอชบีวี ทำให้เกิดโรคตับอักเสบอย่างเฉียบพลัน ซึ่งมีอัตราการตายร้อยละ 10 (Brunner 1988 : 872) และประมาณร้อยละ 10 จะกลายเป็นตับอักเสบริื้อรัง หรือเป็นพาหะโรค (อุรุษา เทววิสัย 2530 : 477) ปัจจุบันได้มีการพิสูจน์แล้วว่า ผู้ที่เป็นพาหะโรคมีโอกาสเกิดตับอักเสบริื้อรัง ตับแข็งและมะเร็งตับในที่สุด (เฟื่องเพชร เกียรติเสวี 2528 : 66 ; Margaret 1987 : 38) โดยมีรายงานว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้เป็นพาหะโรคจะเสียชีวิตเนื่องจากโรคตับหรือผลของโรคตับ และมีโอกาสเป็นมะเร็งตับได้มากกว่าบุคคลที่ไม่เคยติดเชื้อเอชบีวีมาก่อน ประมาณ 223 - 300 เท่า (อุรุษา เทววิสัย 2530 : 459)

สำหรับในประเทศไทย โรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี จัดว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เพราะมีอัตราการป่วยและติดเชื้อสูง โดยยังไม่สามารถควบคุมได้ เนื่องจากการสาธารณสุขและอนามัยส่วนบุคคลของประชาชนส่วนมากยังอยู่ในขั้นพัฒนา ประชาชนยังขาดความรู้เรื่องโรค และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการป้องกันโรค โรคนี้จึงเป็นภัยมืดของประชากรไทย (ชูศรี เตชะเพชรไพบูลย์ 2531 : 1) จากการศึกษาพบอุบัติการณ์ผู้เป็นพาหะโรคร้อยละ 10 จะเห็นได้จากประชากรทั้งหมด 55 ล้านคน จึงมีผู้เป็นพาหะโรคประมาณ 5 ล้านคน (จันทร์พงษ์

ละสี 2531 : 2) โดยมีประวัติเคยติดเชื้อเกือบร้อยละ 50 และอุบัติการณ์การติดเชื้อนี้จะพบมากขึ้นตามอายุ โดยพบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีเคยมีการติดเชื้อมากกว่าร้อยละ 80 (อูรูซา เทนวิสส์ 2530 : 465) และอุบัติการณ์การติดเชื้อเหล่านี้ เมื่อเทียบกับอุบัติการณ์การติดเชื้อในกลุ่มประเทศทางตะวันตก ซึ่งมีผู้เป็นพาหะโรคเพียงร้อยละ 0.1-0.3 จะพบว่าในประเทศไทยอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีการติดเชื้อสูงมากประเทศหนึ่ง ดังการศึกษาของ ฮาร์ท (Hart 1980 : 46) พบว่าประเทศอังกฤษมีประชากรเป็นพาหะของโรคเพียงร้อยละ 0.1 ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนามีประชากรเป็นพาหะโรคถึงร้อยละ 20 ขณะเดียวกันที่ระบบรายงานการติดเชื้อเอชบีวี ในประเทศไทยก็ยิ่งน้อยกว่าความเป็นจริง เพราะข้อมูลส่วนมากได้มาจากโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ฉะนั้นเมื่อรวมประชากรทั่วประเทศแล้ว จึงอาจมีกลุ่มพาหะโรคหรือกลุ่มผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี สูงกว่าที่รายงานไว้ ประชากรจึงมีโอกาสเป็นโรคตับแข็ง มะเร็งตับ หรือเสียชีวิตมากขึ้น ดังการศึกษาของ ไพรซ์ ดีส์จรีต (2526 : 67) และสถาบันมะเร็งแห่งชาติที่พบตรงกันว่า ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ของมะเร็งตับมากเป็นอันดับหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัลเบิร์ต และอัสเซลแบคเกอร์ (Albert and Isselbacher) ที่พบว่ากลุ่มประเทศที่มีอุบัติการณ์ของการติดเชื้อเอชบีวีสูง จะพบอุบัติการณ์ของมะเร็งตับสูงเช่นกัน และอุบัติการณ์การตายด้วยโรคมะเร็งตับ มีเกือบร้อยละร้อย (Luckman and Sorensen 1980 : 1509)

การติดต่อที่สำคัญของเชื้อเอชบีวี จากผู้ป่วยหรือพาหะโรคคือการได้รับเชื้อเข้าไปในร่างกายโดยการได้รับเลือดหรือสิ่งที่มีเชื้อเอชบีวี มาสัมผัสกับบาดแผลหรือรอยถลอกที่ผิวหนังหรือเยื่อเมือก โดยที่เชื้อเอชบีวี จะอยู่ในเลือด ผลผลิตของเลือด ตลอดจนสิ่งคัดหลั่งหรือสารน้ำจากร่างกาย เช่น น้ำนม น้ำลาย น้ำอสุจิ หรือน้ำเมือกในช่องคลอด ในรายที่มีบาดแผลถลอก การอักเสบมาก เลือด น้ำเหลือง หรือสิ่งคัดหลั่งต่างๆจากบาดแผลจะมีเชื้อเอชบีวีมาก และโดยทั่วไปเชื้อเอชบีวี เป็นเชื้อที่มีความคงทนและสามารถมีชีวิตอยู่ในอุณหภูมิสูง หรืออุณหภูมิเย็นจัดได้เป็นเวลานาน และสามารถแพร่กระจายเชื้อได้ (เต็มชัย ไชยสุทธิ 2529 : 117) ดังนั้นการติดเชื้อเอชบีวีจึงเกิดขึ้นได้ง่ายและรวดเร็ว โดยเฉพาะบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ดังจะเห็นได้ว่าอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชบีวี ของบุคคลภายในครอบครัวเดียวกับผู้ติดเชื้อเอชบีวีสูงกว่าในครอบครัวที่ไม่มีผู้ติดเชื้อเอชบีวี (จินทพงษ์ ละสี 2528 : 26) และในกลุ่มบุคคลากรทางการแพทย์ที่ห้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด มีโอกาสติดเชื้อเอชบีวี สูงกว่าประชาชนทั่วไป 2 - 8 เท่า (Polesky, 1981 : 35, Grady, 1982 : 266, Jovanovich, 1983 : 1893)

ในขณะที่การแพร่ระบาดของโรคยังเกิดขึ้นในอัตราที่สูงและรวดเร็ว โดยมีผู้ทำนายไว้ว่าทารกชาวเอเชียที่คลอดในปี 1985 จำนวน 181 ล้านคนนั้นมีโอกาสเป็นพาหะโรค 10.2 ล้านคน และจะเสียชีวิตจากผลระยะยาวของภาวะนี้ 1.38 ล้านคน ส่วนในทวีปแอฟริกาจะมีผู้เป็นพาหะของโรคถึง 300 ล้านคนใน 10 ปีข้างหน้า (ชุกศักดิ์ พฤษภาพงษ์ 2530 : 27) แต่การรักษาโรคนี้อยู่ในระหว่างการทดลอง ถึงแม้ว่าจะมียาบางชนิดรักษาได้ผลค่อนข้างดี แต่การผลิตทำได้ยากและราคาแพงมาก การรักษาในปัจจุบันจึงเป็นการรักษาแบบประคับประคองและตามอาการ ทำให้ต้องใช้เวลานาน และผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี ที่มีอาการรุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายมากเท่า นั้นจึงจะถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนมากจะกลับไปอยู่กับครอบครัว ซึ่งโรคมียุทธศาสตร์รุนแรง ตลอดจนมีการแพร่กระจายของโรคสู่บุคคลในครอบครัวและชุมชนมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรงหรือไม่แสดงอาการของโรค จนทำให้ผู้ป่วยคิดว่าตนเองหายขาดจากโรคแล้ว จึงขาดความระมัดระวังในการดูแลตนเองและการป้องกันการแพร่กระจายของโรค ฉะนั้นวิถีการรักษาและป้องกันการแพร่กระจายของโรคที่ดีที่สุดวิธีหนึ่งคือ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง และฉีดวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี ให้แก่ ทารกและผู้ที่ยังไม่มีภูมิคุ้มกันโรค อย่างไรก็ตามวัคซีนนี้ยังมีราคาแพง ผู้ที่ได้รับวัคซีนจึงเป็นกลุ่มประชากรที่มีฐานะดี ทำให้จำนวนผู้ได้รับวัคซีนมีน้อย แม้แต่บุคลากรทางการแพทย์ซึ่งเป็นกลุ่มที่ความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชบีวี ก็ได้รับวัคซีนเพียงร้อยละ 23.7 - 57.5 เท่านั้น (Klimek , et al. 1985 : 33) และการฉีดวัคซีนในรายที่เป็นพาหะโรค ก็ไม่สามารถกำจัดเชื้อให้หมดได้ (เติมชัย ไชยนุวัติ 2532 : 12)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่าประชากรไทยมีอัตราการติดเชื้อเอชบีวี และภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อนี้สูง โรคสามารถติดต่อได้ง่ายและรวดเร็ว และจากประสบการณ์ของผู้วิจัยที่สอบถามผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี พบว่าผู้ป่วยเหล่านี้ยังมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ไม่ถูกต้องหลายประการ เช่น นึกผ่อนไม่เพียงพอ มีบริโภคนิสัยไม่ถูกต้อง ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่รู้จักวิธีป้องกันการแพร่กระจายของโรค ตลอดจนมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของตนเองมากเกินไป เป็นต้น ฉะนั้นปัญหาที่น่าสนใจคือ มีปัจจัยใดที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวีที่มีผลให้อาการของโรครุนแรง หรือเรื้อรัง ตลอดจนมีการแพร่กระจายของเชื้อโรคสู่ชุมชนมากขึ้น

โรคีส (Rokeach 1970: 112) กล่าวว่า ความเชื่อเป็นส่วนประกอบภายในบุคคล ซึ่งอาจจะรู้ตัว หรือไม่รู้ตัว อาจจะถูกต้อง หรือไม่ถูกต้อง ซึ่งจะผลักดันให้เกิดพฤติกรรมใด พฤติกรรมหนึ่งถ้าได้รับการกระตุ้นอย่างเหมาะสม และความเชื่อนี้มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรม สุขภาพอนามัย ดังที่แอนเดอร์สัน (Anderson) กล่าวว่าความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแรงจูงใจของผู้รับบริการในการที่จะใช้บริการด้านสุขภาพ ตลอดจนทัศนคติที่มีต่อการให้บริการต่อบุคลากรทางการแพทย์ และมนุษย์จะแสดงพฤติกรรมตามความเชื่อโดยวิถีใด หรือต่อเหตุการณ์ใดนั้น ขึ้นอยู่กับความคิดของมนุษย์ว่าสิ่งใดเหมาะสม (Kirscht 1974 : 396) ทั้งนี้จากรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และคณะ (Becker, et al. 1974 : 205) ซึ่งเป็นรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการรักษาและป้องกันโรคได้ อธิบายไว้ว่า เมื่อเกิดความเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะมีการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงต่ออันตรายทั้งจากโรค และภาวะแทรกซ้อน การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ประกอบกับปัจจัยด้านอื่นๆของผู้ป่วย เช่น อายุ เพศ การศึกษา ตลอดจนทัศนคติต่อการเจ็บป่วยและต่อผู้ให้การรักษา เหล่านี้จะเป็นส่วนประกอบที่ช่วยให้ผู้ป่วยพิจารณาและประเมินตัวเองในขณะนั้น รวมทั้งประสบการณ์ของผู้ป่วย ที่ได้รับการช่วยเหลือและคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด ตลอดจนแผนการรักษา จะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วย ได้กำหนดแนวทางพฤติกรรมสุขภาพอนามัยให้เป็นไปอย่างถูกต้อง เพื่อให้สภาวะความเจ็บป่วยนั้นควบคุมได้

สำหรับอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพอนามัย คือความรู้เกี่ยวกับโรค ทาเกลียคอสโซและโอมา (Tagliacozzo & Ima 1970 : 771) กล่าวว่าความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความร่วมมือในการรักษา ทั้งนี้เมื่อบุคคลได้รับความรู้ ซึ่งอาจได้มาโดยการฟัง การอ่าน การเขียน จะทำให้บุคคลทำความเข้าใจกับความรู้ที่ตนตาม ประเด็นหรือสถานการณ์ที่อธิบายไว้ จากนั้นบุคคลจะนำความรู้ไปใช้ในการแก้ปัญหา มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและความเชื่อ และอาจจะนำเอาความรู้เก่า มารวมกับความรู้ใหม่ แล้วสร้างเป็นแบบแผนสำหรับปฏิบัติ โอเรม (Orem 1980 : 34) กล่าวว่า การดูแลตนเอง (Self care) เป็นการทำกิจกรรมด้วยตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล ซึ่งนับว่าเป็นพื้นฐานในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย แต่พฤติกรรมนี้จะลดลงเมื่อเกิดความเจ็บป่วย อย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวนมากที่สามารถดูแลตนเองได้เมื่อผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคหรือความเจ็บป่วย ตลอดจนได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ดังนั้นความรู้เกี่ยวกับโรคจึงเป็นปัจจัยที่จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง

การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยนั้น นอกจากความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับโรคแล้ว ยังพบว่าปัจจัยบางประการที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพอนามัยเช่นกัน เช่น อายุ เพศ ลักษณะอาชีพ วัฒนธรรมประเพณี เศรษฐกิจ ระยะเวลาการเป็นโรค ลักษณะของโรค และอื่น ๆ (Kasl and Cobb, 1985: 530) ดังการศึกษาของ พาสติน่า และพาร์เกอร์ (Pastina and Parker, 1984: 2381B) เกี่ยวกับการตรวจเต้านมเพื่อหามะเร็งด้วยตนเอง โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการตรวจเต้านมเพื่อหามะเร็งด้วยตนเองนั้น นอกจากความเชื่อด้านสุขภาพแล้ว ยังมีสภาพแวดล้อมของงานอาชีพและปัจจัยอื่นอีกมากมาย

อนึ่ง การที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องและเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการรักษาพยาบาลหรือไม่ ขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยเป็นสำคัญ และพยาบาลเป็นบุคคลากรในทีมสุขภาพที่มีโอกาสมากที่สุด ในการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง และในปัจจุบันถึงแม้ว่าบุคคลทั่วไปจะสนใจโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวีมากขึ้นแล้วก็ตาม แต่การศึกษาในประเด็นต่างๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี ยังมีน้อย ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการสอน การให้คำแนะนำ การปฏิบัติกรรพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง และสามารถป้องกันการแพร่กระจายของโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรค กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการรักษา ระยะของโรค และประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาโรคในโรงพยาบาล กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี

4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์บุคคลและสร้างสมการทำนาย โดยมีความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรค เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการรักษา ระยะของโรค และประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาโรคในโรงพยาบาล เป็นตัวทำนาย และพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี เป็นตัวเกณฑ์

สมมติฐานการวิจัย

1. ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี
2. ความรู้เกี่ยวกับโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี
3. เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการรักษา ระยะของโรค และประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาโรคในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี
4. ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรค เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการรักษา ระยะของโรค ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาโรคในโรงพยาบาล สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคตับอักเสบ ของโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และคลินิกโรคระบบทางเดินอาหารของโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลรามคำแหงและวชิรพยาบาล โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 13 มิถุนายน พ.ศ. 2532 ถึงวันที่ 3 สิงหาคม พ.ศ. 2532

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง
2. เพื่อเป็นแนวทางจัดการศึกษาสำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยสอดแทรกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี เข้าไปในกระบวนการสอน เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ อันจะเป็นประโยชน์ในการให้ความรู้ และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี ต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้น

ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วย เป็นความจริงและเชื่อถือได้

นิยามตัวแปร

ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ หรือการรับรู้ในด้านต่างๆของบุคคลต่อภาวะสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย แรงจูงใจ และปัจจัยร่วมต่างๆเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัย ซึ่งวัดได้โดยแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ความเชื่อในด้านต่างๆ มีความหมายดังนี้

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หมายถึง ความเชื่อ หรือการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการวินิจฉัยโรค โอกาสที่จะเกิดซ้ำ รวมทั้งภาวะเสี่ยงต่อการเป็นพาหะเรื้อรัง การเกิดโรคตับแข็งและมะเร็งตับ
2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับอันตรายและความรุนแรงของโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี ผลของการเกิดโรคและ

การเป็นพาหะโรคต่อการดำรงชีวิต การปฏิบัติงาน สัมพันธภาพในครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ และอุปสรรคเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย

3.1 การรับรู้ถึงประโยชน์เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วยว่า การมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องตามแผนการรักษาจะช่วยลดความรุนแรงของโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย หรือช่วยให้หายขาดจากโรค ตลอดจนการป้องกันการแพร่กระจายของโรคสู่ชุมชน

3.2 การรับรู้ถึงอุปสรรคเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัย หรือกิจกรรมต่างๆ ตามสภาพความเป็นจริง ที่มีผลขัดขวางการมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องตามแผนการรักษา

4. แรงจูงใจเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัย หมายถึง สิ่งซึ่งผลักดันหรือแรงเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง ทำให้ภาวะสุขภาพอนามัยที่ดีหรือความสนใจ ความห่วงใยสุขภาพของตนเอง รวมถึงความตั้งใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษา

5. ปัจจัยร่วมต่างๆ เกี่ยวกับการมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัย หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ ความพอใจหรือความเชื่อถือในแพทย์ผู้รักษา ความร่วมมือของบุคคลในครอบครัว แหล่งของความรู้อันและข่าวสาร

ความรู้เกี่ยวกับโรค หมายถึง ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคต้นอักษะมาจาก เชื้อเอชบีวี ได้แก่ สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคและการแพร่กระจายของโรค อาการ ภาวะแทรกซ้อน การรักษา การปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคสู่ชุมชน ซึ่งวัดได้โดย "แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคต้นอักษะมาจาก เชื้อเอชบีวี" ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

พฤติกรรมสุขภาพอนามัย หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยโรคต้นอักษะมาจากเชื้อเอชบีวี ในการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับแผนการรักษา ซึ่งประกอบด้วย การพักผ่อน การออกกำลังกาย การทำงาน โภชนาการ การส่งเสริมสุขภาพกาย การปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา การดูแลสุขภาพจิต รวมทั้งการป้องกันการแพร่กระจายของโรคสู่ครอบครัวและชุมชน

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรค กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการศึกษาตามลำดับ ดังนี้

โรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี

พฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี

ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย

ความรู้เกี่ยวกับโรคกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย

แนวคิดของการวิจัย

โรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี.

ตับอักเสบจากเชื้อไวรัส เป็นโรคติดเชื้อที่มีความสำคัญทั้งด้านการแพทย์ และการสาธารณสุขของทุกประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศไทย ปัจจุบันได้มีการศึกษาอย่างกว้างขวางเกี่ยวกับโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส และพบว่าโรคนี้เกิดจากไวรัสที่สำคัญ 3 ชนิด คือ เอ บี และไมใช่เอ ไมใช่บี (Non - A, Non - B) (ประคอง อินทรสมบัติ, 2531 : 193) โดยไวรัสตับอักเสบบี มีความสำคัญมากที่สุด เนื่องจากอาจทำให้เกิดตับอักเสบเฉียบพลัน ตับอักเสบเรื้อรัง หรือตับแข็ง และยังมีประชาชนส่วนหนึ่งที่ได้รับเชื้อโดยไม่แสดงอาการของโรคแต่เป็นพาหะโรค และมีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งตับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพาหะโรคตั้งแต่อายุยังน้อย (เดิมชัย ไชยวุฒิ, 2532 : 7) โดยทั่วไปเมื่อผู้ป่วยได้รับเชื้อเอชบีวีเข้าไป ร่างกายจะมีการตอบสนองซึ่งสามารถตรวจพบแอนติเจน และแอนติบอดีได้ในทันที ดังนี้

1. แอนติเจนของเชื้อเอชบีวี

1.1 แอนติเจน เอส (Hepatitis B surface antigen or HBs Ag)

เป็นโปรตีนส่วนผิวของเชื้อเอชบีวี ซึ่งแสดงว่ามีการติดเชื้อ โดยจะตรวจพบผลบวกก่อนมีอาการ 2-8 สัปดาห์ และจะหายไปภายใน 3 เดือน ถ้าตรวจพบแอนติเจนนี้ภายหลัง 6 เดือนที่ได้

รับเชื้อ ถือว่าเป็นพาหะโรค

1.2 แอนติเจน อี (Hepatitis e antigen or HBe Ag) มักพบในรายที่มีแอนติเจนเอส จำนวนมาก จะตรวจพบได้หลังจากมีอาการของโรคแล้ว 1 สัปดาห์ และจะหายไปใน 2 สัปดาห์ ถ้ายังตรวจพบอยู่ เป็นข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยยังมีการติดเชื้ออยู่และสามารถแพร่กระจายเชื้อไปยังผู้อื่นได้มาก

นอกจากนี้ยังมีแอนติเจน คอร์ (Hepatitis core antigen or HBe Ag) ซึ่งไม่สามารถตรวจพบในซีรัม เนื่องจากมีแอนติเจนเอสหุ้มอยู่ แต่จะตรวจพบได้ในนิวเคลียสของเซลล์ตับ เป็นข้อบ่งชี้ว่าเคยมีการติดเชื้อเอชบีวี

2. แอนติบอดีของเชื้อเอชบีวี ที่ร่างกายสร้างตอบสนองแอนติเจนตามลำดับดังนี้

2.1 แอนติ คอร์ (Antibody to hepatitis core antigen or Anti-HBe) จะตรวจพบหลังจากมีแอนติเจนเอสในซีรัม จะพบต่อไปในระยะพักฟื้น และอาจมีอยู่ในซีรัมตลอดชีพ แต่ไม่ใช้ภูมิคุ้มกันโรค

2.2 แอนติ อี (Antibody to hepatitis e antigen or Anti-HBe) เป็นข้อบ่งชี้ว่าตับเริ่มสร้างภูมิต้านทานโรค ปริมาณของเชื้อเอชบีวีลดลง ผู้ป่วยอาจหายจากภาวะติดเชื้อ แต่ทั้งนี้ต้องใช้เวลานาน

2.3 แอนติ เอส (Antibody to hepatitis B surface antigen or Anti - HBs) เป็นภูมิต้านทานต่อเชื้อเอชบีวี จะตรวจได้ผลบวกหลังจากแอนติเจนเอสหายไปแล้ว 3 เดือน ผู้ป่วยที่ได้รับเชื้อเอชบีวี ประมาณร้อยละ 10-15 ไม่สามารถสร้างภูมิคุ้มกันโรคได้ ถ้าภายหลังได้รับเชื้อ 6 เดือนแล้ว ยังคงมีแอนติเจนเอสและไม่มี แอนติเอสเกิดขึ้นอีก แสดงว่าบุคคลนั้นเป็นตับอักเสบเรื้อรัง หรือเป็นพาหะโรค

ระบาดวิทยาของการติดเชื้อเอชบีวี

จากการศึกษาทางระบาดวิทยา พบว่าวิถีทางการติดเชื้อเอชบีวี แตกต่างกันไปในแต่ละภูมิภาค ที่มีปัจจัยต่างๆ ในสิ่งแวดล้อมไม่เหมือนกัน ได้แก่ วัฒนธรรม ความแออัดของที่อยู่อาศัย สุขอนามัยส่วนบุคคลและครอบครัวในการบริโภค การสุขาภิบาล และกลุ่มอาชีพที่แตกต่างกัน (อุรุษา เทพวิสัย 2530 : 465) ดังการศึกษาการติดเชื้อเอชบีวีของทหารอเมริกันที่เข้ามาในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2510 - 2511 พบว่า ปัจจัยเสี่ยงในการติดเชื้อร้อยละ 77 เกิด

จากการอยู่ใกล้ชิดกับครอบครัวไทย โดยมีการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการมีความสัมพันธ์ทางเพศ (ไพรัช ดีสุจริต 2528 : 78) จากการศึกษาการติดเชื้อเอชบีวี ในกลุ่มนักโทษในทัณฑสถานวิษณุภูมิซึ่งอยู่กันอย่างแออัด พบอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 80 โดยพบ แอนติเจนเอส ร้อยละ 20 และ แอนติเอส ร้อยละ 60 (จันทพงษ์ วะสี 2528 : 14) และในแง่ของบริโภคนิสัยซึ่งศึกษาในได้หวั่น พบว่าพวกรมมีอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชบีวีสูงขึ้น เนื่องจากได้รับเชื้อในน้ำลายแม่ที่เคี้ยวข้าวให้ก่อนป้อน (จันทพงษ์ วะสี 2528 : 57) สำหรับในกลุ่มอาชีพที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและมีอุบัติการณ์การติดเชื้อสูงคือ พยาบาล ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงกว่าบุคคลากรอื่นถึงร้อยละ 30 เนื่องจากเป็นบุคคลที่ต้องอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมาก (Catherine Sadler 1989 : 25 , Wendy Foulis 1988 : 35) ช่วงอายุที่พบเป็นพาหะโรคสูงอยู่ระหว่าง 10-30 ปี ช่วงอายุที่พบอาการติดเชื้อสูงอยู่ระหว่าง 16 - 34 ปี (อรุษา เทววิสัย 2530 : 465) พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงประมาณ 8 เท่า พบในเขตเมืองหรือที่แออัดมากกว่าชนบท และประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครมาโรงพยาบาลด้วยโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี ถึงร้อยละ 70 (จันทพงษ์ วะสี 2531 : 5)

กลไกการแพร่กระจายของเชื้อเอชบีวี

กลไกการแพร่กระจายของเชื้อเอชบีวี มี 2 องค์ประกอบคือ

1. แหล่งแพร่เชื้อ (Source of infection) คือบุคคลที่กำลังติดเชื้อเอชบีวี ทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการของโรค ซึ่งเชื้อเอชบีวี จะอยู่ในผลิตภัณฑ์หรือส่วนประกอบของเลือด และในสารคัดหลั่งต่างๆของบุคคลดังกล่าว ได้แก่ น้ำเหลืองที่ไหลซึมออกทางผิวหนัง (Exudate) น้ำลาย น้ำดี น้ำตา น้ำอสุจิ น้ำนม น้ำคร่ำ น้ำเมือกในช่องคลอด น้ำปัสสาวะ แต่ในอุจจาระพบได้น้อย เฉพาะในเลือด ผลิตภัณฑ์ของเลือด น้ำลาย น้ำอสุจิ พบว่ามีไวรัสสมบูรณ์แบบและอนุภาคยื่นของไวรัส (HBV DNA และ DNA Polymerase) ได้มากกว่าสารคัดหลั่งชนิดอื่นๆ ดังนั้นบุคคลที่ได้สัมผัสหรือรับสิ่งต่างๆดังกล่าว จะมีโอกาสติดเชื้อมากขึ้นเพียงใดขึ้นอยู่กับจำนวนไวรัสสมบูรณ์แบบ และอนุภาคยื่นของไวรัสที่มีอยู่ในสารเหล่านั้น

2. วิธีการติดต่อ (Modes of transmission) เชื้อเอชบีวี จะติดต่อและทำให้เกิดโรคโดยการผ่านเข้ากระแสเลือด ซึ่งมีวิธีการดังต่อไปนี้

- 2.1 ติดต่อกับผิวหนัง เป็นการติดต่อที่สำคัญโดยการได้รับ เลือดหรือผลผลิต

ของเลือดที่มีเชื้ออยู่ การถูกเข็มตำโดยเข็มกึ่งบนเป็นเชื้อเอชไอวี การถูกหลอดแก้วซึ่งมีเชื้อเอชไอวีบาด การฝังเข็ม เจาะหู ฉีดยา และทำฟัน โดยวิธีการที่ไม่ปราศจากเชื้อ นอกจากนี้ อาจเกิดการติดเชื้อโดยการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่ติดเชื้อโรค ซึ่งจะทำให้เชื้อเอชไอวี ผ่านเข้าทางบาดแผลหรือรอยถลอกของผิวหนังที่เห็นไม่ชัดเจน เช่น การติดต่อระหว่างบิดา มารดาและบุตร หรือระหว่างเด็กกับนักเรียน หรือการติดต่อผ่านทางเชือบุ เช่นการใช้ไปเบตต์ดูดเลือด แล้วเลือดเข้าปาก หรือสารน้ำที่มีเชื้อเอชไอวี กระเด็นเข้าตา ดังการศึกษาของ แซดเดอร์ และคณะ (Sadle, S.C., et al. 1985 : 24) พบว่าบุคคลากรในโรงพยาบาลที่มีสถานะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูง จะเป็นบุคคลากรที่มีโอกาสสัมผัสเลือด และได้รับอุบัติเหตุจากของมีคมหรือเข็มฉีดยา

2.2 การติดเชื้อระหว่างคลอด เป็นการติดต่อแบบแนวตั้ง (Vertical transmission หรือการติดต่อในระหว่างการคลอด (Perinatal transmission) คือแม่ที่เป็นพาหะของไวรัสชนิดนี้สามารถแพร่เชื้อ ไปยังลูก ได้ในระหว่างคลอด โดยการกกลืนเลือดหรือน้ำคร่ำที่มีเชื้อเข้าไป การติดต่อวิธีนี้ เป็นปัญหาสำคัญที่สุดในประเทศซึ่งมีอัตราการระบอดสูงประมาณร้อยละ 50 ของทารกที่คลอดจากมารดาที่เป็นพาหะโรค ถ้าไม่ได้รับการป้องกัน จะกลายเป็นพาหะโรคและอัตราการติดเชื้อจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 90 ถ้าตรวจพบว่ามารดามีแอนติเจน อี เป็นบวกด้วย (สุรพงษ์ อัมพันธ์ 2532 : 15)

2.3 การติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้มีการศึกษาพบว่าน้ำอสุจิ น้ำเมือกในช่องคลอด สามารถแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี ให้แก่คู่ โดยเชื่อว่าเชื้อจะผ่านทางบาดแผลที่เกิดขึ้นขณะมีเพศสัมพันธ์ (เดิมชัย ไชยวุฒิ, 2529 : 127) และในครอบครัวที่มีสามีหรือภรรยาเป็นพาหะโรค จะพบว่าคู่สมรสมีการติดเชื้อเอชไอวี ถึงร้อยละ 25 - 45 นอกจากนี้อุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวี ยังพบในหญิงโสเภณีสูงถึงร้อยละ 90.99 ในขณะหญิงแต่งงานแล้วพบเพียงร้อยละ 55.86 (กองระบาดวิทยา 2529 : 19) จากการศึกษาของเจฟรีย์ และคณะ และฟูลฟอร์ดและคณะ (Jeffries, et al. and Fulford, et al.) (Mc Donald & murray 1984 : 47) พบอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายรักร่วมเพศถึงร้อยละ 60 และพฤติกรรมที่ชัดเจน ที่ส่งเสริมการติดเชื้อ คือการเปลี่ยนคู่นอนบ่อยครั้ง

ส่วนการแพร่เชื้อโดยผ่านทางสัตว์แท่นสูง หรือเรือด ซึ่งไม่สามารถพิสูจน์ได้แน่นอน เพราะเชื้อไม่สามารถแบ่งตัวได้ในสูงหรือเรือด และพบว่าเชื้อเอชไอวี ที่อยู่สูงและเรือดจะตายภายใน 72 ชั่วโมง และ 6 สัปดาห์ตามลำดับ (อุรุษา เทพวิสัย 2530 : 467)

นอกจากนี้ยังเชื่อว่าพันธุกรรม มีส่วนเกี่ยวข้องกับการติดต่อกายในครอบครัว (เดิมชัย ไชยวุฒิ 2529 : 119)

กลุ่มคนที่ควรสงสัยว่ามีการติดเชื้อเอชบีวี หรือเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง ได้แก่

1. ทารกที่เกิดจากมารดาที่มี แอนติเจนเอส ในเลือด
2. แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ นักวิทยาศาสตร์ที่ทำงานในห้องปฏิบัติการหรือบุคคลากรอื่นๆทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับเลือด
3. ผู้ป่วยไตวาย ที่กระทำการฟอกเลือด (Hemodialysis) หรือผู้ป่วยที่ได้รับเลือดบ่อย ๆ
4. คู่สมรสและบุคคลในครอบครัวของผู้เป็นพาหะโรค
5. คนปัญญาอ่อน (Down's syndrome)
6. ผู้ที่ติดยาเสพติด ที่เสกโดยการฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ
7. ชายรักร่วมเพศ
8. โสเภณีและหญิงบริการทางเพศ
9. ผู้ที่อยู่ในสถานับหรือสถานที่รวมกัน เช่น กองทหาร นักโทษ

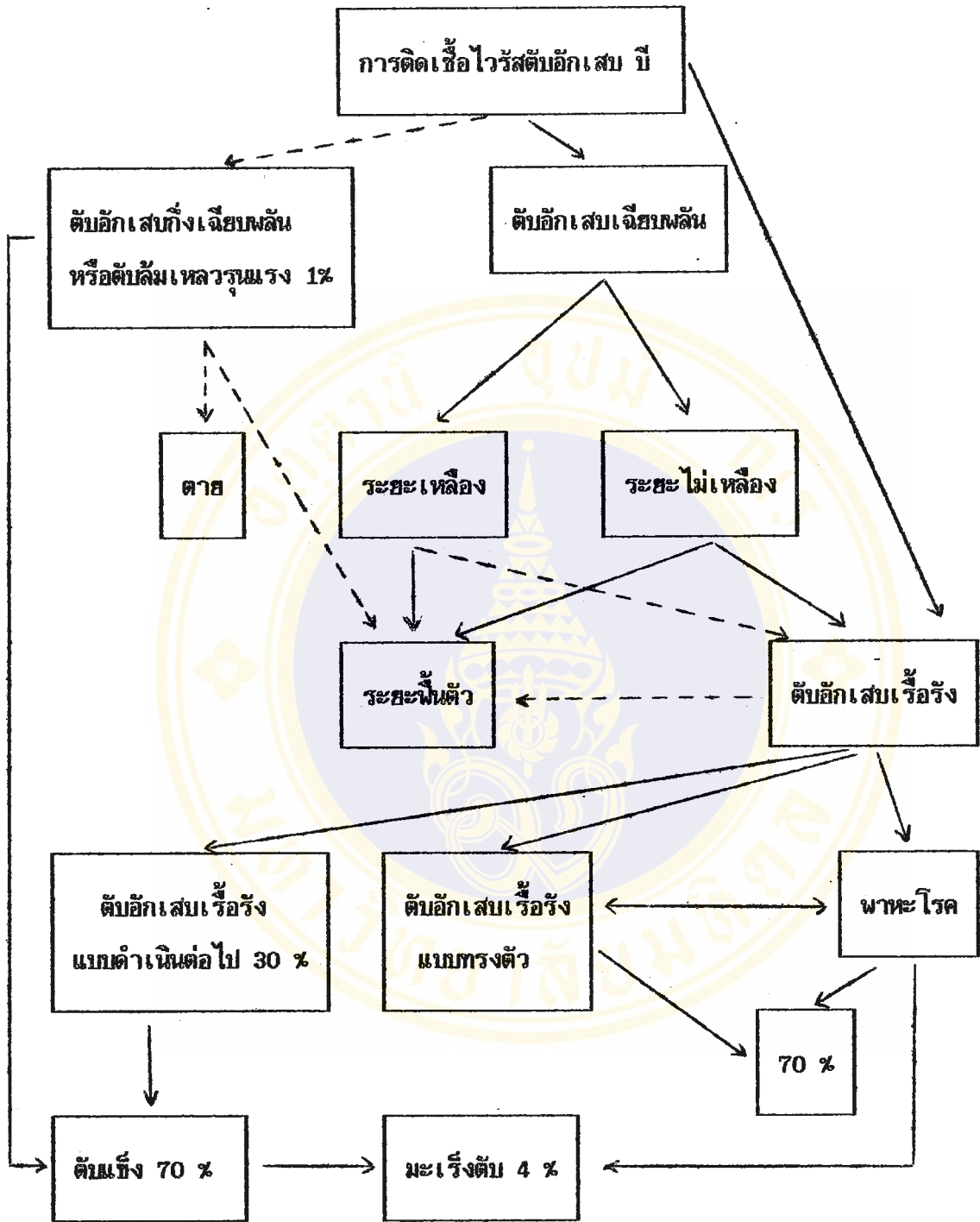
ระยะติดต่อ (Period of communicability) จากการทดลองพบว่าจะติดต่อได้ทันทีที่ได้รับ เชื้อเอชบีวี และผู้ที่ติดเชื้ออยู่ในเลือดจะสามารถแพร่กระจายเชื้อให้กับผู้อื่น ได้จนกว่าเชื้อในเลือดจะหมดไป สำหรับพาหะโรคทั้งแอนติเจนเอสหรือแอนติอี หรือทั้งสองอย่างก็เป็นผู้ที่สามารถแพร่เชื้อได้ โดยไม่เคยมีอาการของโรคมามาก่อนเลยก็ได้ (ศศิมา ศรีธาวางศ์สกุล 2528 : 209)

ลักษณะทางคลินิกของการติดเชื้อเอชบีวี

ตับอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อเอชบีวี แบ่งตามลักษณะอาการทางคลินิก และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในเนื้อตับได้ 3 ชนิด คือ

1. ตับอักเสบเฉียบพลัน
2. ตับอักเสบกึ่งเฉียบพลัน
3. ตับอักเสบเรื้อรัง

ลักษณะทางคลินิกที่เกิดขึ้นภายหลังการติดเชื้อเอชบีวี มีความสัมพันธ์กันดังแสดงในแผนภูมิที่ 1.



————— พบบ่อย
 - - - - - พบน้อย

แผนภูมิที่ 1. แสดงลักษณะทางคลินิกที่เกิดขึ้นภายหลังการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี
 (ดัดแปลงจาก อรุษา เทพวิสัย 2530 : 471)

1. ตับอักเสบเฉียบพลัน เป็นอาการที่เกิดขึ้นอย่างปัจจุบันทันด่วน พบบ่อย ระยะเวลาที่เริ่มโรคอาจเป็นอยู่ตั้งแต่ 2-6 เดือน มีอาการรุนแรงต่างกัน ส่วนมากจะหายเป็นปกติ เสียชีวิตประมาณร้อยละ 5 - 10 มีการดำเนินโรคต่อไปกลายเป็นตับอักเสบเรื้อรัง หรือเป็นพาหะโรคประมาณร้อยละ 10 ตับอักเสบเฉียบพลันนี้ แบ่งย่อยออกเป็น 2 ชนิดคือ

1.1 ตับอักเสบชนิดเหลือง (Icteric hepatitis) จะมีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง อาจแบ่งออกตามลักษณะทางคลินิกที่ชัดเจน และพบบ่อยเป็น 4 ระยะ ดังนี้

1.1.1 ระยะพักตัวของโรค ประมาณ 50 - 180 วัน ส่วนใหญ่มักไม่มีประวัติว่าได้รับเชื้อโรคมาจากไหนและเมื่อไร ยกเว้นมีประวัติการได้รับเลือด ฉีดยา หรือสัมผัสกับผู้ป่วยโรคตับอักเสบอย่างชัดเจน ในระยะนี้ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติใดๆ

1.1.2 ระยะก่อนเหลือง หรือระยะอาการนำของโรค ผู้ป่วยจะเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูกหรือท้องเดิน เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย นอกจากนี้อาจมีไข้ต่ำๆ ปวดท้องบริเวณใต้ชายโครงขวา ปวดเมื่อยร่างกาย ปวดศีรษะ ถ่ายปัสสาวะสีเข้มขึ้น บางคนมีผื่นขึ้นตามผิวหนัง มีลมพิษ ปวดข้อ ข้ออักเสบ มีอาการคล้ายกับเป็น ไข้รุ่ม ซิคเนส (Serum sickness) อาการเหล่านี้จะมีอยู่ประมาณ 5 - 10 วัน ก่อนเข้าสู่ระยะเหลือง

1.1.3 ระยะเหลืองหรือดีซ่าน ระยะนี้อาการนำของอาการเหลืองจะค่อยๆทุเลาลง พร้อมกับมีอาการตัวเหลือง ตาเหลืองเกิดขึ้น ตับโต และกดเจ็บ อาการตัวเหลืองอาจเป็นอยู่เพียงไม่กี่วัน แต่ก็อาจจะนานถึง 3-4 สัปดาห์แล้วอาการจะหายไปตามเกือบเป็นปกติ และเข้าสู่ระยะพักฟื้น ในระยะเหลืองนี้ การตรวจทางห้องปฏิบัติการจะพบว่า มีระดับเอนไซม์ทรานส์แอมมิเนส (Transaminase) ในซีรัมสูงขึ้น ซึ่งมักจะสูงเกิน 500 หน่วย หรืออาจสูงถึง 1 - 3 พันหน่วยและอาจมีค่าสูงสุดก่อนที่จะมีอาการเหลืองเต็มที่ ระดับเอนไซม์เอสจีโอทีและเอสจีพีที (SGOT and SGPT) มักจะสูงไล่เลี่ยกัน แต่ระดับทรานส์แอมมิเนสที่สูงขึ้นไม่ได้บอกถึงความรุนแรงของโรค หลังจากนั้นระดับทรานส์แอมมิเนสจะค่อยๆลดลง ส่วนบิลิรูบิน มักจะสูงและมีระดับต่างๆกัน ส่วนมากเป็น Direct bilirubin ในรายที่มีอาการรุนแรง เวลาโปรทรอมบิน (Prothrombin time) จะนานขึ้นด้วยซึ่งไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยการให้วิตามิน เค

1.1.4 ระยะพักฟื้น ระยะนี้ผู้ป่วยจะรู้สึกสบายและรับประทานอาหารได้มากขึ้น หรือเกือบปกติ แต่อาการเหนื่อยง่ายและอ่อนเพลียจะคงอยู่ชั่วระยะหนึ่ง อาจเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน ทั้งนี้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทุกอย่างกลับสู่ปกติแล้ว ผู้ป่วยร้อยละ

80 - 90 จะหายเป็นปกติภายใน 1 - 3 เดือน

1.2 ตับอักเสบชนิดไม่เหลือง (Anicteric hepatitis) เป็นการอักเสบของตับชนิดที่ไม่มีตัวเหลืองตาเหลือง พบบ่อยที่สุด มักไม่มีอาการหรือมีอาการน้อย คล้ายเป็นหวัดธรรมดาจึงไม่ได้รับการวินิจฉัย การตรวจทางห้องปฏิบัติการเท่านั้นจึงวินิจฉัยได้ ส่วนใหญ่มีความรุนแรงน้อยกว่าตับอักเสบชนิดเหลือง การตรวจหน้าที่ของตับพบว่าคล้ายคลึงกับตับอักเสบชนิดเหลือง เพียงแต่ค่าบิลิรูบินในเลือดต่ำกว่าชนิดเหลือง คือต่ำกว่า 2 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ส่วนหนึ่งของตับอักเสบชนิดไม่เหลืองจะกลายเป็นตับอักเสบเรื้อรัง

2. ตับอักเสบกึ่งเฉียบพลัน เป็นอาการอักเสบของตับที่มีอาการรุนแรง พบประมาณร้อยละ 1 มีการดำเนินโรคช้า มักเป็นอยู่หลายสัปดาห์หรือหลายเดือน โดยมีอาการทางสมอง (Hepatic encephalopathy) ร่วมกับอาการตับล้มเหลว และจะถึงแก่กรรมในที่สุด มีบางรายที่หายเป็นปกติหรือกลายเป็นตับอักเสบเรื้อรัง

3. ตับอักเสบเรื้อรัง เป็นอาการอักเสบของตับต่อเนื่องกัน โดยอาการไม่ได้ขึ้นเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน มักเกิดตามหลังตับอักเสบกึ่งเฉียบพลัน มีลักษณะทางคลินิกได้ 3 อย่าง คือ

3.1 พาหะเรื้อรัง (Chronic carrier state หรือ HBsAg positive carrier หรือ Asymptomatic HBsAg carriers) เป็นพาหะที่มี แอนติเจนเฮส อยู่ในเลือดเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 6 เดือน ส่วนใหญ่มักอยู่ในเลือดเป็นเวลาหลายเดือนหรือหลายปี และพบแอนติเจนเฮสในสารคัดหลั่งต่างๆของร่างกาย ลักษณะอาการทางคลินิกส่วนใหญ่ไม่พบอาการผิดปกติ มักไม่มีประวัติตับอักเสบมาก่อน การตรวจหน้าที่ตับส่วนใหญ่ได้ผลปกติ ถ้าสามารถเจาะเลือดไปตรวจ จะพบว่าปกติหรือผิดปกติเพียงเล็กน้อย ในด้านการสาธารณสุข ผู้ป่วยเหล่านี้เป็นแหล่งแพร่เชื้อเอชบีวี ที่สำคัญ และผู้ป่วยเหล่านี้มีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งตับได้มากกว่าคนปกติอีกด้วย ตัวแปรที่สำคัญในการเป็นพาหะโรคคือ อายุ ระบบภูมิคุ้มกันโรค พันธุกรรม ในทารกแรกเกิดและทารกในครรภ์แรก เมื่อมีการติดเชื้อเอชบีวี ส่วนมากจะเป็นพาหะเรื้อรัง และอาจมีตับอักเสบเรื้อรังเกิดขึ้นน้อย แต่พบตับอักเสบเฉียบพลันน้อยอาจเป็นเพราะระบบภูมิคุ้มกันโรคของเด็กเหล่านี้ยังทำหน้าที่ได้ไม่สมบูรณ์ นอกจากนี้ยังพบว่าบางครั้งครอบครัวเป็นพาหะเรื้อรังสืบต่อกันมา อาจเป็นเพราะมีความผิดปกติในยีนชนิดด้อย (Autosomal recessive trait) ที่โน้มเอียงให้เกิดเป็นพาหะโรคได้

3.2 ตับอักเสบเรื้อรังแบบทรงตัว (HBsAg positive chronic persistent hepatitis หรือ CPH) เป็นการอักเสบเรื้อรังที่เกิดขึ้นในตับ มักเป็นผลต่อเนื่องจากตับอักเสบเฉียบพลัน หรือตับอักเสบชนิดไม่มีอาการก็ได้ ลักษณะอาการทางคลินิก อาจไม่มีอาการหรือมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายกว่าปกติเมื่อเวลาออกแรง และเบื่ออาหาร อาการเหลืองพบได้น้อย การตรวจทางห้องปฏิบัติการจะพบ แอนติเจนเอส ในเลือด การตรวจหน้าที่ตับจะพบ เอสจีโอที และ เอสจีพีที สูง แต่มักจะสูงไม่มาก ส่วนมากจะมีค่าอยู่ระหว่าง 100 - 300 หน่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่หายเป็นปกติ มีบางส่วนที่มีการดำเนินโรคต่อไปเกิดเป็นตับอักเสบเรื้อรังแบบดำเนินต่อไป

3.3 ตับอักเสบเรื้อรังแบบดำเนินต่อไป (HBsAg positive chronic active hepatitis หรือ CAH) เป็นการอักเสบเรื้อรังของตับ อาจเป็นผลต่อเนื่องจากตับอักเสบเฉียบพลันก็ได้ มักพบในผู้ป่วยที่ร่างกายไม่สามารถกำจัดไวรัสได้ดี จึงมีการอักเสบอยู่ตลอดเวลา ลักษณะอาการทางคลินิกไม่แน่นอน อาจไม่มีอาการเลยจนถึงอ่อนเพลียมาก เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ตัวเหลือง เมื่อโรคก้าวหน้าต่อไปจะกลายเป็นตับแข็ง และมะเร็งตับในที่สุด

การรักษา

การรักษาในปัจจุบัน ส่วนใหญ่อยู่ในระหว่างทดลองและยังไม่มีวิธีที่ใดสามารถฆ่าเชื้อเอชบีวีได้เด็ดขาด แม้ว่าในขณะนี้จะมีการใช้อินเตอร์เฟอรอน (Interferon) ซึ่งพบว่าสามารถทำลายเชื้อหรือทำให้เชื้ออ่อนฤทธิ์ลงเป็นการลดการเกิดการอักเสบของตับ แต่มีผลเพียงร้อยละ 30-40 เท่านั้น และในรายที่เป็นพาหะโรคยังไม่แน่ว่าการใช้อินเตอร์เฟอรอนจะได้ผลดี เพราะหลักฐานการรักษาจะใช้ในรายที่มีอาการตับอักเสบเรื้อรังแบบดำเนินต่อไปเท่านั้น และวิธีการเตรียมค่อนข้างยุ่งยาก และราคาแพง ยังไม่เหมาะในการใช้ทางคลินิก แต่อย่างไรก็ตามการกำจัดเชือนี้คงทำได้ลำบากเพราะพบว่า ดีเอ็นเอ ของเชื้อเอชบีวี จะแทรกเข้าไปในจีโนม (Genoma) ของพาหะโรค (เดิมชื่อ ไส้หนูวัด 2529 : 29, 2532 : 12) ฉะนั้นการรักษาจึงเป็นไปได้ในลักษณะประคับประคองตามอาการ ส่วนใหญ่ยังไม่รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล กรณีที่จะรับไว้ในโรงพยาบาลมักเนื่องจากมีปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อน เช่น อาการรุนแรง ต้องเฝ้าสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด เพื่อตรวจค้นอาการของตับวายเฉียบพลัน มีตัวเหลือง ตาเหลือง ยังหาสาเหตุไม่ได้และต้องตรวจเฉพาะ หรือในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น มีเลือดออกง่าย เป็นต้น

การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อเอชบีวี

แนวทางในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อเอชบีวี บุคคลที่เกี่ยวข้องควรมีความรู้ ความสามารถในการป้องกันโรค และการควบคุมการแพร่กระจายของโรค จากผู้ที่เป็นพาหะโรค ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

การป้องกันโรค

1. ชัดขวางการติดต่อระหว่างบุคคลที่เป็นพาหะโรค และผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ ซึ่งทำได้ดังนี้

1.1 ให้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือดแก่ผู้ป่วย เฉพาะรายที่จำเป็นจริงๆ ไม่ควรนำเอาหน้าเลือด (Plasma) ของคนหลายๆคนมารวมกัน

1.2 ไม่รับบริจาคเลือดจากผู้ที่มีประวัติตัวเหลือง ผู้ที่เคยติดเชื้อเอชบีวี ผู้ที่เคยได้รับเลือดและยังไม่เกิน 6 เดือน หรือผู้ที่สงสัยว่าติดเชื้อสำหรับเลือดที่ได้รับบริจาค ควรมีการตรวจเพื่อหาเชื้อเอชบีวี

2. ทำลายเชื้อเอชบีวี โดยทั่วไปเชื้อเอชบีวี เป็นเชื้อที่มีความคงทน สามารถมีชีวิตและแพร่เชื้อ ได้เป็นเวลาหลายปี แม้ว่าจะเก็บไว้ในห้องที่มีอุณหภูมิปกติ หรือในที่เย็นจัดจนถึงจุดเยือกแข็ง (เติมซีซี ไซนุวัตติ 2529 : 117) จึงควรมีการทำลายเชืวดังนี้ (เพ็ญเพชร เกียรติเสวี 2529 : 52)

2.1 ด้านอนามัยส่วนบุคคล ให้ทุกคนมีอนามัยส่วนบุคคลที่ดี เช่นการล้างมือด้วยสบู่และน้ำให้สะอาด หลีกเลี่ยงนิสัยที่จะเพิ่มเชื้อโรค เช่นการกัดเล็บ การเอานิ้วหรือสิ่งของเข้าปาก

2.2 การทำให้ปราศจากเชื้อโรค ซึ่งทำได้โดยการใช้ความร้อน เช่น การต้มของใช้หรืออุปกรณ์ต่างๆที่ต้มได้ ในน้ำเดือดอย่างน้อย 10 นาที นิ่งที่ 121° ซ. ภายใต้อุณหภูมิ 15 ปอนด์ต่อตารางนิ้ว 30 นาที ใช้ความร้อนแห้ง 170° ซ. 60 นาที และการใช้แก๊ส เช่นการอบด้วยแก๊สเอทิลีนออกไซด์ และก่อนที่จะทำกระบวนการนี้ ต้องล้างเครื่องมือหรือภาชนะต่างๆ ให้สะอาดก่อน เนื่องจากถ้ามีโปรตีนหรือเลือดห่อหุ้มเชื้อเอชบีวี อยู่ จะทำให้ต้องใช้เวลาในการฆ่าเชื้อโรค

2.3 การทำลายเชื้อโดยใช้น้ำยาเคมี เช่น โดยการแช่เครื่องมือเครื่องใช้ ในน้ำยาไฮเตอร์ไฮโปคลอไรด์ 0.5 - 1.0 % 30 นาที อนุด้วยฟอร์มาลีน 40 % 12 ชั่วโมง หรือฟอร์มาลีน 20 % ในแอลกอฮอล์ 70 % 18 ชั่วโมง เป็นต้น

3. การเพิ่มภูมิคุ้มกันตามแก่บุคคลที่มีโอกาสติดเชื้อ โดยการฉีดวัคซีนป้องกันตับอักเสบบจากเชื้อเอชบีวี ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ

3.1 วัคซีนที่เตรียมมาจากพลาสมาของผู้เป็นพาหะโรค เตรียมโดยวิธีการทางฟิลิกส์ และเคมี ให้บริสุทธิ์ปราศจากเชื้อไวรัสและจุลินทรีย์อย่างอื่น วัคซีนประเภทนี้ได้รับความนิยมนานประมาณ 10 ปี

3.1.1 อิมมูโนโกลบูลิน (Immunoglobulin or IG) จะทำให้มีความต้านทานต่อไวรัสตับอักเสบบชนิดเอ และบี

3.1.2 เอชบีไอจี (Hepatitis B Immune Globulin or HBIG) ทำให้มีภูมิคุ้มกันได้ดีกว่าอิมมูโนโกลบูลิน แต่มีราคาแพงกว่าประมาณ 20 เท่า

3.2 วัคซีนที่สร้างจากเชื้อราโดยวิธีทางพันธุวิศวกรรมศาสตร์ วัคซีนนี้เพิ่งเริ่มนำมาใช้ในระยะเวลา 1 - 2 ปีนี้

ฤทธิ์ข้างเคียงของวัคซีนมีน้อยมาก และยังไม่ปรากฏภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย สามารถฉีดให้สตรีตั้งครรภ์ได้

บุคคลที่ควรได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบ จากเชื้อเอชบีวีควรเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชบีวี แต่อย่างไรก็ตาม การฉีดวัคซีนจะพิจารณาให้ใน 2 กรณี ดังนี้

1. การฉีดวัคซีนก่อนจะมีการสัมผัสโรค ในประเทศที่มีอัตราการติดเชื้อต่ำ กลุ่มเสี่ยงควรได้รับการฉีดวัคซีนทุกคน แต่ในประเทศที่มีอัตราการติดเชื้อสูง เช่น ประเทศไทย ทุกคนในกลุ่มเสี่ยงควรได้รับการฉีดวัคซีน แต่ต้องตรวจสอบเลือดก่อนว่าไม่ได้อยู่ในกลุ่มต่อไปนี้

1.1 ผู้ผ่านการติดเชื้อมาแล้ว คือพบแอนติ-อี ในพลาสมา

1.2 มีเชื้ออยู่แล้ว คือพบแอนติเจนเอส ในพลาสมา

1.3 มีภูมิคุ้มกันอยู่แล้ว คือพบ แอนติ-เอส ในพลาสมา

เนื่องจากวัคซีนนี้มีราคาแพง จึงควรพิจารณาฉีดให้เฉพาะรายที่จำเป็น

เท่านั้น โดยเลือกฉีดให้แก่กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงกว่ากลุ่มอื่น เช่น ผู้ที่มีโอกาสสัมผัสเลือดหรือผู้ป่วยบ่อยๆ หรือผู้ที่สัมผัสและเป็นพาหะโรค วัคซีนที่ใช้ฉีดคืออิมมูโนโกลบูลิน ขนาด 0.6 มล./ก.ก.

2. การฉีดวัคซีนภายหลังสัมผัสโรค ส่วนใหญ่ให้ในบุคคล 2 กลุ่มคือ

2.1 การกรณแรกเกิดที่มารดาเป็นพาหะโรค หรือเป็นโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี ในระยะก่อนคลอด การกรณเหล่านี้มีโอกาสติดเชื้อมาก จึงควรได้รับการฉีดวัคซีนเอชบีไอจีทันทีใน 48 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และเมื่ออายุ 3 เดือน และ 5 เดือนตามลำดับ ขนาดของวัคซีนที่ฉีดคือ 0.5 มล. พบว่าสามารถป้องกันโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี ได้มากกว่าร้อยละ 75 (เติมพิช ไชยสวัสดิ์ 2529 : 149)

2.2 บุคคลที่ถูกเข็ม หรือของมีคมซึ่งเปื้อนเลือดที่มีเชื้อเอชบีวี หรือสัมผัสกับเชื้อเอชบีวี โดยวิธีอื่น ในกรณีที่มีเชื้อ ฉีดเอชบีไอจี 0.06 มก./ก.ก. ทันทีหรือภายใน 24 ชั่วโมง และฉีดซ้ำในขนาดเดียวกันหลังจากนั้น 1 เดือน ถ้าไม่มีวัคซีนเอชบีไอจี ให้ฉีดวัคซีนอิมมูโนโกลบูลิน ในขนาดเดียวกัน ในกรณีที่มั่นใจว่ามีเชื้อหรือไม่ ให้ฉีดอิมมูโนโกลบูลิน 0.6 มล./ก.ก. ทันที หรือภายใน 24 ชั่วโมงก็เพียงพอ

การควบคุมการแพร่กระจายของโรคจากผู้ป่วยหรือผู้ที่เป็นพาหะโรค ผู้สัมผัสโรค หรือกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และสิ่งแวดล้อม

1. ผู้ป่วยหรือผู้ที่เป็นพาหะโรค ไม่จำเป็นต้องแยกผู้ป่วยหรือพาหะโรคออกจากผู้อื่นอย่างเด็ดขาด เพียงแต่ควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อจากตัวผู้ป่วยหรือพาหะโรค จากเลือดหรือสารคัดหลั่งจากร่างกาย โดยให้ผู้ป่วยหรือผู้เป็นพาหะโรคทราบถึงการปฏิบัติตัวเพื่อลดความรุนแรงและหายขาดจากโรค และป้องกันการแพร่กระจายของโรคสู่ครอบครัวและชุมชน โดยอธิบายและให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ผลของการเป็นโรค การรักษาการป้องกันการแพร่กระจายของโรค ตลอดจนสนใจอนามัยส่วนบุคคล ซึ่งจะกล่าวโดยละเอียดในพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี

2. ผู้ที่สัมผัสโรคหรือกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่สำคัญมี 2 กลุ่ม คือ

2.1 บุคคลภายในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี ต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคดังนี้

2.1.1 ตรวจเลือด ถ้าพบว่ายังไม่มีภูมิต้านทานโรค ให้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบจากเชื้อเอชบีวี

2.1.2 ไม่คลุกคลีและใกล้ชิดกับผู้ป่วย

2.1.3 ไม่ใช้ของร่วมกับผู้ป่วยหรือผู้ที่เป็นพาหะโรค โดยเฉพาะของมีคม เช่น มีดโกน กรรไกรตัดเล็บ หวี แปรงสีฟัน ไม้แคะหู เป็นต้น

2.1.4 รักษาอนามัยส่วนบุคคลอย่างเคร่งครัดและสม่ำเสมอ

2.2 บุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะกลุ่มที่ต้องใกล้ชิดผู้ป่วย สัมผัสเลือด และสิ่งคัดหลั่งจากร่างกาย ตลอดจนมีโอกาสได้รับอุบัติเหตุจากของมีคม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เข็มฉีดยา จะเห็นบุคลากรทางการแพทย์จึงต้องมีวินัยปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคดังนี้ (ประครอง อินทรสมบัติ 2531 : 204 - 205)

2.2.1 แยกผู้ป่วยไว้ส่วนหนึ่งของหอผู้ป่วย หรือในห้องแยกคนเดี่ยว

2.2.2 รักษาอนามัยส่วนบุคคล เช่น ล้างมือให้สะอาดหลังสัมผัสผู้ป่วย เลือด อุจจาระ และสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย

2.2.3 เข็มและกระบอกฉีดยา ใช้ชนิดใช้แล้วทิ้งเลย และป้องกันไม่ให้เข็มฉีดยาแทง แยกเข็มฉีดยาที่ใช้แล้วไว้ในภาชนะชนิดชนิดเพื่อทำลายต่อไป

2.2.4 แยกเครื่องมือ เครื่องใช้ เช่น เสื้อผ้า ปรอท ถาดอาหารของผู้ป่วย และทำลายเชื้ออย่างถูกต้อง

2.2.5 สวมถุงมือเมื่อเจาะเลือด ให้สำรอน้ำทางหลอดเลือดดำ หรือหยิบจับสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย

3. สิ่งแวดล้อม จากการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์การติดเชื้อเอชบีวี มีมากในกลุ่มประเทศด้อยพัฒนา กลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบในเขตเมืองมากกว่าชนบท (จินทพงษ์ วะสี 2528 : 2) และประชาชนในกลุ่มประเทศเหล่านี้ยังขาดความรู้ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล ฉะนั้น จึงเป็นหน้าที่ของรัฐและประชาชนที่จะต้องช่วยกันดำเนินการเพื่อป้องกันโรค โดยแก้ไขการสุขาภิบาล หลีกเลียงไม่ให้มีชุมชนแออัด ให้การศึกษานามัยส่วนบุคคล การทำลายเชื้อโรคด้วยวิธีที่ได้ผล ตลอดจนการฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อเอชบีวี (เพ็ญเพชร เกียรติเสวี 2529 : 51)

การควบคุมโรค เมื่อมีการระบาด

เมื่อมีผู้ป่วยมากกว่า 2 คนขึ้นไป มีประวัติสัมผัสโรคร่วมกัน ให้สืบค้นหาผู้ป่วยรายอื่นๆ ในกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง เช่นบุคคลในครอบครัวเดียวกัน หรือผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วย

พฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย โรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี

สุขภาพอนามัย (Health) หมายถึง ภาวะความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ รวมถึงความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี ไม่เพียงแต่ปราศจากโรคและทุพพลภาพเท่านั้น (Stelle and Mc Broom 1972 : 363)

พฤติกรรมการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ หรือการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ มีพื้นฐานมาจาก มโนทัศน์ เรื่องการดูแลตนเองของ โอ เรม ซึ่งมุ่งเน้น ให้บุคคล ได้ริเริ่มและกระทำด้วยตนเองในการดำรงชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของตน จุดมุ่งหมายของการกระทำคือ การคงไว้ หรือการปรับปรุงให้มีสุขภาพดีขึ้น

พฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Health practice) จึงหมายถึงการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการป้องกันการเกิดโรค ดังนั้น พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพจึงส่งผลถึงสภาวะสุขภาพของแต่ละคน (Hubbard, et al. 1984 : 266) อย่างไรก็ตามนอกจากบุคคลจะต้องดูแลภาวะสุขภาพของตนเองแล้ว ก็ยังต้องมีความรับผิดชอบต่อสังคมในการป้องกันการแพร่กระจายของโรค จากตนเองไปสู่ชุมชนด้วยดังนั้น พฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย โรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี จึงแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. พฤติกรรมสุขภาพอนามัยในการดูแลตนเอง
2. พฤติกรรมสุขภาพอนามัยในการป้องกันการแพร่กระจายของโรค

พฤติกรรมสุขภาพอนามัยในการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง เป็นการดูแลสุขภาพซึ่งพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งจะแสดงถึงความสามารถและการปฏิบัติตนของบุคคลในการปรับปรุงกิจกรรมในชีวิตประจำวันตลอดจนสิ่งแวดล้อม เพื่อสุขภาพความเป็นอยู่ที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทั้งในยามปกติและเมื่อเกิดความเจ็บป่วย (Dodd, M.J. 1982 : 477)

ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's self-care theory) โอเรม (Orem, 1971 : 13) เชื่อว่ามนุษย์มีธรรมชาติของการพึ่งพาตนเอง และมีความรับผิดชอบต่อการดูแลตนเอง การดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์ และเป็นผลรวมจากประสบการณ์ สิ่งแวดล้อม และความสามารถเฉพาะบุคคล เป็นการปฏิบัติเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี บุคคลจะเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่คาดว่าจะเกิดผลดีต่อตน โดยบุคคลต้องทราบมาก่อนว่าเมื่อทำกิจกรรมเหล่านี้แล้วจะเกิดประโยชน์ต่อตนอย่างไร และสามารถปฏิบัติด้วยตนเองหรือไม่ การดูแลตนเองของบุคคลตามแนวคิดของโอเรม เชื่อว่าก่อให้เกิดผลดีดังนี้

1. ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต ให้ดำเนินไปตามปกติสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม
2. ดำรงรักษาการเจริญเติบโต พัฒนาการ และสุขภาพของบุคคลให้เป็นไปตามปกติ เหมาะสมกับขั้นตอนของการพัฒนาการชีวิต
3. ป้องกัน ควบคุมการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ตลอดจนบรรเทาอาการตามกระบวนการของโรคด้วย
4. ป้องกัน หรือจำกัดความพิการที่อาจเกิดขึ้น หรือลดระดับความพิการที่เกิดขึ้นแล้ว

โอเรม (Orem, 1980 : 42-53) จำแนกการดูแลตนเองเป็น 3 ประเภทคือ

1. การดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self-care) เป็นการดูแลตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน หรือเป็นการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการตามกระบวนการของชีวิต ดำรงรักษาโครงสร้างและการปฏิบัติหน้าที่ของตนเองเพื่อให้เกิดสุขภาพอันดีและความผาสุกในชีวิต เช่น การดูแลตนเองในเรื่องอากาศ น้ำ อาหาร การขับถ่ายของเสีย การทำกิจกรรม การพักผ่อน การอยู่ตามลำพังและการมีส่วนร่วมในสังคม และการป้องกันอันตรายของชีวิต
2. การดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Development self-care) เป็นการดูแลตนเองเพื่อสนับสนุนและดำรงไว้ซึ่งพัฒนาการในแต่ละขั้นตอนของชีวิตให้ดำเนินไปอย่างเหมาะสม รวมทั้งเหตุการณ์ที่อาจมีผลกระทบในทางลบต่อกระบวนการพัฒนาการ นับตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา วัยทารก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ ซึ่งได้แก่ การรักษาสมดุลของโครงสร้างของร่างกายและจิตใจให้เกิดสุขภาพที่สมบูรณ์ และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอันตรายจากสิ่งแวดล้อมที่อาจมีผลกระทบต่อพัฒนาการของมนุษย์

3. การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self-care) เป็นการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาและขจัดอาการที่เบี่ยงเบนไปจากภาวะสุขภาพ อันอาจมีผลกระทบถึงจิตใจ อารมณ์ เป็นการช่วยควบคุมพยาธิสภาพของโรคมิให้ลุกลามตลอดจนการแพร่กระจายของโรคไปสู่ผู้อื่น บุคคลจึงต้องปรับพฤติกรรมใหม่ให้สามารถเข้ากับสภาพการเปลี่ยนแปลงและดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข กิจกรรมการดูแลตนเองเมื่อมีการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ แบ่งได้ 6 ประการ คือ

3.1 การแสวงหาความช่วยเหลือจากแพทย์เมื่อมีพยาธิสภาพ หรือ ได้รับสิ่งที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพ

3.2 ตระหนักถึงและติดตามผลของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น

3.3 การปฏิบัติตามคำสั่งในการวินิจฉัยโรค การรักษาและการฟื้นฟูสภาพเพื่อป้องกันความพิการหรือความบกพร่องของหน้าที่ของร่างกาย

3.4 ตระหนักถึงและติดตามหรือมีการควบคุมความไม่สุขสบาย หรือผลที่เป็นอันตรายที่เกิดจากการรักษาพยาบาล

3.5 ปรับความรู้สึกนึกคิดของตนเอง (Self-concepts) และภาพลักษณ์ของตน (Self image) ให้เหมาะสม โดยการยอมรับสถานะทางสุขภาพและความจำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเองตามแบบแผนที่เป็นคำสั่งเฉพาะ

3.6 เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ การวินิจฉัย การรักษา ในลักษณะที่ส่งเสริมพัฒนาการของบุคลิกภาพต่อไป

โรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี เป็นโรคที่ต้องใช้เวลาในการรักษานาน การใช้ยาในการกำจัดเชื้อ ยังอยู่ในระหว่างการทดลอง การรักษาพยาบาลจึงเป็นเพียงการควบคุมอาการของโรคไม่ให้เลวลง จากแนวคิดที่เกี่ยวกับการดูแลตนเองจึงแบ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี เป็นด้าน ต่าง ๆ ดังนี้คือ

1. การพักผ่อน การออกกำลังกายและการทำงาน

การพักผ่อน ผู้ป่วยควรได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอตามสภาพของโรค เช่น ในระยะที่มีอาการอ่อนเพลียมาก ผู้ป่วยควรได้รับการจำกัดกิจกรรม อาจอนุญาตให้ไปห้องน้ำได้ ต้องนอนพักหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ เนื่องจากท่านอนจะช่วยให้เลือด ไปเลี้ยงตับมากขึ้น การเปลี่ยนท่านอน เป็นอื่นจะทำให้เลือด ไปเลี้ยงตับลดลงถึงร้อยละ 40 (ประคอง อินทรสมบัติ

2531: 204) เมื่ออาการทุเลาสามารถมีกิจกรรมต่าง ๆ ได้ถ้าไม่รู้สึกเหนื่อย ในรายที่ไม่มีอาการแต่ระดับเฮัสจีพีที ระดับบิลิรูบินสูงกว่า 1.5 มก% ต้องพักผ่อนมาก ๆ อย่างน้อยวันละ 8-12 ชั่วโมง เนื่องจากการพักผ่อนไม่เพียงพอจะทำให้กลายเป็นตับอักเสบเรื้อรังได้ และมักพบว่าผู้ป่วยจะกลับมีอาการอีกครั้งถ้าทำงานเครียดเกินไป และพักผ่อนไม่เพียงพอติดต่อกันหลายวัน

การออกกำลังกายและการทำงาน ในระหว่างที่ผู้ป่วยมีอาการเหลืองแต่รู้สึกแข็งแรงดีก็อาจเดินไปมาได้ เมื่ออาการทุเลาหรือไม่มีอาการ การออกกำลังกายเป็นสิ่งจำเป็นแต่ไม่ควรหักโหมเพราะการออกกำลังกายจะทำให้เลือดไปเลี้ยงตับลดลงถึงร้อยละ 85 (ประคอง อินทรสมบัติ 2531: 204) การออกกำลังกายที่ทำได้ เช่น เล่นเทนนิส (คู่) ว่ายน้ำ วิ่งเหยาะ ๆ ไม่ควรเล่นกีฬาเพื่อการแข่งขัน ผู้ป่วยสามารถทำงานได้ตามปกติเมื่ออาการเหลืองหายไประดับเฮัสจีไอที และ เฮัสจีพีที ปกติและผู้ป่วยรู้สึกแข็งแรงดี โดยทั่วไปโรคนี้เป็นโรคเรื้อรัง ดังนั้นไม่ควรทำอะไรอันตรายชาติมากนัก ควรอนุญาตให้ทำงานได้เกือบทุกชนิดแม้แต่งงานหนัก (เดมซี่ ฮัยนุวัตติ 2529: 141) แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยต้องรู้จักประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง และหยุดการออกกำลังกายหรือทำงานหนักเมื่อรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลียและพักผ่อนทันที

2. โภชนาการ ผู้ป่วยต้องได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ โดยไม่จำกัดชนิดอาหาร ยกเว้นในรายที่มีตับวาย จึงให้ลดอาหารโปรตีน (ประคอง อินทรสมบัติ 2531: 204) ในระยะที่ตับยังมีอาการอักเสบมากอยู่และมีอาการคลื่นไส้เบื่ออาหาร ผู้ป่วยควรได้รับอาหารอ่อนย่อยง่าย ลดอาหารที่มีไขมันมาก ควรได้รับอาหารพวกแป้งและน้ำตาลในปริมาณที่สูง เพื่อทดแทนแคลอรีที่เสียไป เมื่ออาการดีขึ้นหรือตับเริ่มฟื้นตัว จึงให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง เพื่อให้ตับคืนสู่สภาพเดิมเร็วยิ่งขึ้น อาหารที่ผู้ป่วยรับประทานควรมีแคลอรีสูงประมาณ 3,000 แคลอรีต่อวัน (ศศิมา ศรีธาววงศ์สกุล 2527: 214) แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารมื้อเช้า และกลางวันมาก ๆ เพราะมักมีอาการคลื่นไส้อาเจียนในตอนเย็นซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับอาหารน้อยลง ในรายที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนมาก ควรพิจารณาให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ สำหรับน้ำควรได้รับอย่างน้อย 3,000 มล. ต่อวัน โดยเฉพาะในรายที่มีอาการตัวเหลือง เพื่อป้องกันการขาดน้ำ และความไม่สมดุลของเกลือแร่ ซึ่งจะเป็นผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ชิมหรือหมดสติเนื่องจากตับ (ศศิมา ศรีธาววงศ์สกุล 2527: 214) งดสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด เนื่องจากพบว่าแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งเรื้อรัง (เดมซี่ ฮัยนุวัตติ 2532: 8) นอกจากนี้ควรใช้ยาตามคำแนะนำของแพทย์ เนื่องจากยา

บางชนิดอาจมีพิษต่อตับถ้าใช้ไม่ถูกวิธี เช่น พาราเซตามอล งดอาหารที่มีสารกระตุ้นให้เป็นมะเร็ง เช่น อัลฟาทอกซิน (Aflatoxin) ในถั่วลิสง หรือไนโตรซามีน คอมพาวด์ (Nitrosamine compound) ในปลาจำ เป็นต้น

3. การส่งเสริมสุขภาพ โดยรักษาสุขภาพให้แข็งแรง หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัด รักษาอนามัยส่วนบุคคล เช่น รักษาความสะอาดของร่างกาย ปากและฟัน ในรายที่มีอาการเหลืองและมีอาการคันตามผิวหนัง ควรทำความสะอาดร่างกายด้วยสบู่อ่อน ๆ หรือไม่ใช้สบู่เลข ถ้าผิวหนังมากควรทาด้วยครีมที่ทำให้ผิวหนังชุ่มชื้น

4. การปฏิบัติตนตามแผนการรักษา ผู้ป่วยควรมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อตรวจร่างกาย และตรวจเลือดซ้ำ เป็นการติดตามการดำเนินของโรคและถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น เหนื่อยหรืออ่อนเพลีย ตัวเหลืองตาเหลือง ปัสสาวะสีเข้ม อุจจาระสีซีด มีไข้ ท้องอืด เพื่อบริการดูแลสุขภาพ หรือมีจุดเลือดออกตามผิวหนัง ให้มาพบแพทย์เพื่อขอคำแนะนำและรับการรักษาทันที

5. ด้านสุขภาพจิต ในปัจจุบันความตื่นเต้นและตื่นกลัว โรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี มีอยู่อย่างแพร่หลาย เนื่องจากมีการโฆษณาประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้นั้น และมีการให้ข้อมูลว่าโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี เกี่ยวข้องกับการเกิดตับแข็งและมะเร็งตับ จึงทำให้เกิดการตื่นกลัวจนเกินเหตุ ฉะนั้นการได้รับทราบความเป็นจริงเกี่ยวกับโรค การรักษาพยาบาล การดูแลตนเองตลอดจนการป้องกันการแพร่กระจายของโรคจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและปรับตัวได้ดีขึ้น อย่างน้อยที่สุดก็ได้ทราบว่าคนที่เป็โรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี ยังมีโอกาสหายจากโรคอย่างเด็ดขาด และมีเพียงจำนวนน้อยเท่านั้นที่ต้องเสียชีวิตหรือเกิดโรคตับแข็งหรือมะเร็งตับ อย่างไรก็ตามความเรื้อรังของโรคอาจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียดหรือวิตกกังวล และเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า ท้อแท้สิ้นหวังในชีวิต ฉะนั้นการเรื้อรังและพยายามหาวิธีการแก้ไขภาวะเครียดหรือวิตกกังวลเหล่านี้จึงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยควรกระทำ เช่น การระบอบอารมณ์เครียด การทำงานอดิเรก เช่น การอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูทีวี การออกกำลังกายที่เหมาะสม การสวดมนต์ การทำสมาธิ การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับสภาพอารมณ์และจิตใจได้ดีขึ้นนอกจากนี้การที่ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมก็มีความสำคัญต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย เพราะลักษณะของโรคบางครั้งทำให้ต้องแยกตัวเองออกจากสังคมเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค ฉะนั้นการที่ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือและการยอมรับจากสังคมจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและปรับตัวได้ดีขึ้น

2. พฤติกรรมสุขภาพอนามัยในการป้องกันการแพร่กระจายของโรค

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคและเชื้อแพร่กระจายอยู่ในชุมชนได้ มี 3 ประการได้แก่ แหล่งแพร่โรค กลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรค การแพร่กระจายของโรคโดยสื่อต่าง ๆ จากแหล่งแพร่โรค ไปสู่กลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรค (วิชิต มธุรสภานนท์ 2526: 612) ฉะนั้นมาตรการในการป้องกันการแพร่กระจายของโรคระดับอีกเสบจากเชื้อเอชบีวีจะต้องมีผลต่อการกำจัดหรือลดเชื้อเอชบีวี การตัดหรือขยับสิ่งการแพร่กระจายของเชื้อเอชบีวีไปสู่ครอบครัวและชุมชน และการป้องกันการเกิดโรคในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ ดังนั้นพฤติกรรมสุขภาพอนามัยในการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อเอชบีวีของผู้ป่วย ควรมีหลักในการปฏิบัติดังนี้

2.1 แยกเครื่องใช้ส่วนตัวที่มีคม ได้แก่ หวี แปรงสีฟัน มีดโกน กรรไกรตัดเล็บ เป็นต้น สำหรับของใช้ส่วนตัวอื่น ๆ เช่น จาน ชาม ช้อน แก้วน้ำ ล้างทำความสะอาดก็เพียงพอ

2.2 ใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น

2.3 รักษาสุขอนามัยส่วนตัวอย่างเคร่งครัด เช่นการล้างมือให้สะอาด รักษาความสะอาดของปากและฟัน

2.4 ทำลายเชื้อที่ออกมากับเลือด หรือสารน้ำจากร่างกายอย่างถูกวิธี เช่น เผาผ้าพันแผลหรือสำลีที่ใช้ทำความสะอาดบาดแผล และผ้าอนามัย หรือทำความสะอาดเสื้อผ้าที่เป็นเลือด โดยการแช่ในน้ำยาแช่ผ้าขาว 0.5 เปอร์เซ็นต์ นาน 30 นาที หรือต้มในน้ำเดือดเป็นเวลา 10-15 นาที

2.5 ไม่คลุกคลีหรือคลอเคลียกับบุคคลอื่น โดยเฉพาะทารกหรือเด็กเล็ก หลีกเลี่ยงการอยู่ในชุมชนแออัด

2.6 งดบริจาคเลือดและอวัยวะต่าง ๆ ตลอดจนน้ำอสุจิที่ใช้ผสมเทียม

2.7 ไม่สำส่อนทางเพศ

2.8 ควรตรวจเลือดคู่สมรส บุตรหรือบุคคลใกล้ชิดถ้าพบว่ายังไม่มีภูมิคุ้มกันโรค แนะนำให้ฉีดวัคซีนป้องกัน

2.9 ถ้าไปรับการตรวจรักษาหรือทำฟัน ต้องแจ้งให้แพทย์ ทันตแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบว่าท่านเป็นโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวีหรือเป็นพาหะโรค

2.10 ในรายที่ติดยาเสพติดและเสพยาวิญญูติ เข้าหลอดเลือดหรือผิวหนัง ต้องเข้ารับการบำบัดและไม่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น

ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย

ความเชื่อ เป็นการยอมรับเกี่ยวกับข้อเท็จจริงต่าง ๆ และเป็นส่วนประกอบในตัวบุคคลซึ่งฝังแน่นอยู่ในความนึกคิด หรือความเข้าใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และจะทำให้บุคคลมีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิดและความเข้าใจนั้น ๆ (สุธาจันทร์เอม 2524: 74; จรรยา สุวรรณทัต 2527: 14) กล่าวคือเมื่อบุคคลมีความเชื่อในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลประพฤติปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมตามความเชื่อในเรื่องนั้น ๆ โดยอาจรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ และความเชื่อในสิ่งต่าง ๆ นั้น ไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริงเสมอไป ความเชื่ออาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวัง หรือสมมติฐานซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ (Rokeach 1970: 214) ความรู้สึกนึกคิดนี้เป็นผลที่เกิดขึ้นหลังจากที่บุคคลได้รับประสบการณ์ต่าง ๆ มาแล้ว ไม่ว่าจะประสบการณ์นั้น ๆ จะได้รับมาโดยตรงหรือทางอ้อมก็ตาม (จรินทร์ ธานีรัตน์ 2518: 116) และความรู้สึกนึกคิดเหล่านี้จะฝังแน่นอยู่ในจิตใจ แล้วทำให้เกิดความเชื่อและความเข้าใจในสิ่งนั้น ๆ ซึ่งความเชื่อและความเข้าใจนี้มีบทบาทสำคัญในการกำหนดหลักแห่งการกระทำหรือกำหนดกรอบความคิดเห็นในด้านต่าง ๆ ของบุคคล นอกจากนี้ยังเป็นองค์ประกอบสำคัญในการช่วยให้บุคคลสามารถปรับปรุงพฤติกรรมที่แสดงออกมาให้เข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมอีกด้วย (สุธีรา อาษุวัฒน์ 2527: 1-2)

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ หรือการยอมรับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยและการรักษา (Phipps, Long and Woods 1983: 127) ความเชื่อด้านสุขภาพจะมีอิทธิพลอย่างมากต่อการตัดสินใจและการกระทำของบุคคลในการป้องกันโรค และการให้ความร่วมมือในการรักษาของบุคคล (King 1984: 53) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อี เทอร์เรล (E. Tirrel 1980: 488) ที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าการที่บุคคลมีความเชื่อด้านสุขภาพอย่างไร ความเชื่อนั้นจะเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของบุคคลนั้น

แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)

นับตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1950 เป็นต้นมา ได้มีผู้เริ่มศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย ทั้งนี้เนื่องจากความร่วมมือของประชาชนด้านการป้องกันปัญหาสาธารณสุขลดลง โดยเริ่มตั้งแต่ ลีวัน (Kurt Lewin) ได้ตั้งทฤษฎีเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมาย เพื่อให้เกิดสถานการณ์ที่ต้องการ จากนั้นนักวิชาการหลายท่านได้อธิบายในแนวคิดที่คล้ายคลึงกัน โดยอธิบายถึงการปฏิบัติและการตัดสินใจในแต่ละสถานการณ์ของบุคคล จนกระทั่งใน ปี ค.ศ. 1966 โรเซนสต็อก (Rosenstock) ได้นำทฤษฎีเหล่านี้มาอธิบายในรูปแบบของความเชื่อด้านสุขภาพ โดยนำเอาจิตวิทยาสังคมมาอธิบายพฤติกรรมของบุคคลว่า บุคคลทั่วไปมักจะไม่แสวงหาวิธีป้องกันโรค หรือการตรวจสุขภาพประจำปี ถ้าเขาไม่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพ หรือ ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนั้น ๆ ยกเว้นในกรณีที่บุคคลรับรู้ว่าเขามีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค ดังนั้น แรงจูงใจ ความรู้เกี่ยวกับโรค และการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค เหล่านี้จะทำให้บุคคลเห็นประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อสุขภาพ และไม่รู้สึกยุ่งยากที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ (Becker and others 1977: 29) จึงนับได้ว่าแนวคิดเหล่านี้เป็นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรกและมีประโยชน์ เพื่อให้ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคเท่านั้น จากการศึกษาของโรเซนสต็อก (Rosenstock 1974: 2-3) พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ พัฒนามาจากแนวคิดของลีวัน ที่ว่ามนุษย์อยู่ในช่วงจักรวาล (Life span) ซึ่งประกอบด้วยบริเวณที่เป็นบวก กลางและลบ ส่วน "โรค" สามารถอยู่ได้เฉพาะบริเวณที่เป็นลบ อีกทั้งกิจกรรมในชีวิตประจำวันของบุคคลยังเกิดจากแรงดึงดูดของบริเวณที่เป็นบวก และแรงผลักดันของบริเวณที่เป็นลบด้วย แนวคิดนี้เองเป็นจุดเริ่มต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กล่าวคือบุคคลที่จะปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงเสี่ยงต่อการเกิดโรคต้องมีความเชื่อว่า

1. ตนเป็นผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
2. โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบกระเทือนต่อชีวิต
3. การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอนามัย จะเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือ ในกรณีที่เกิดโรคขึ้นแล้วก็ช่วยลดความรุนแรงของโรคลงได้ และในการปฏิบัติ

นี้จะต้องคำนึงถึงปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคม ได้แก่ค่าใช้จ่าย ความสะดวกสบายในการปฏิบัติ ความยากลำบากและอุปสรรคต่าง ๆ เป็นต้น

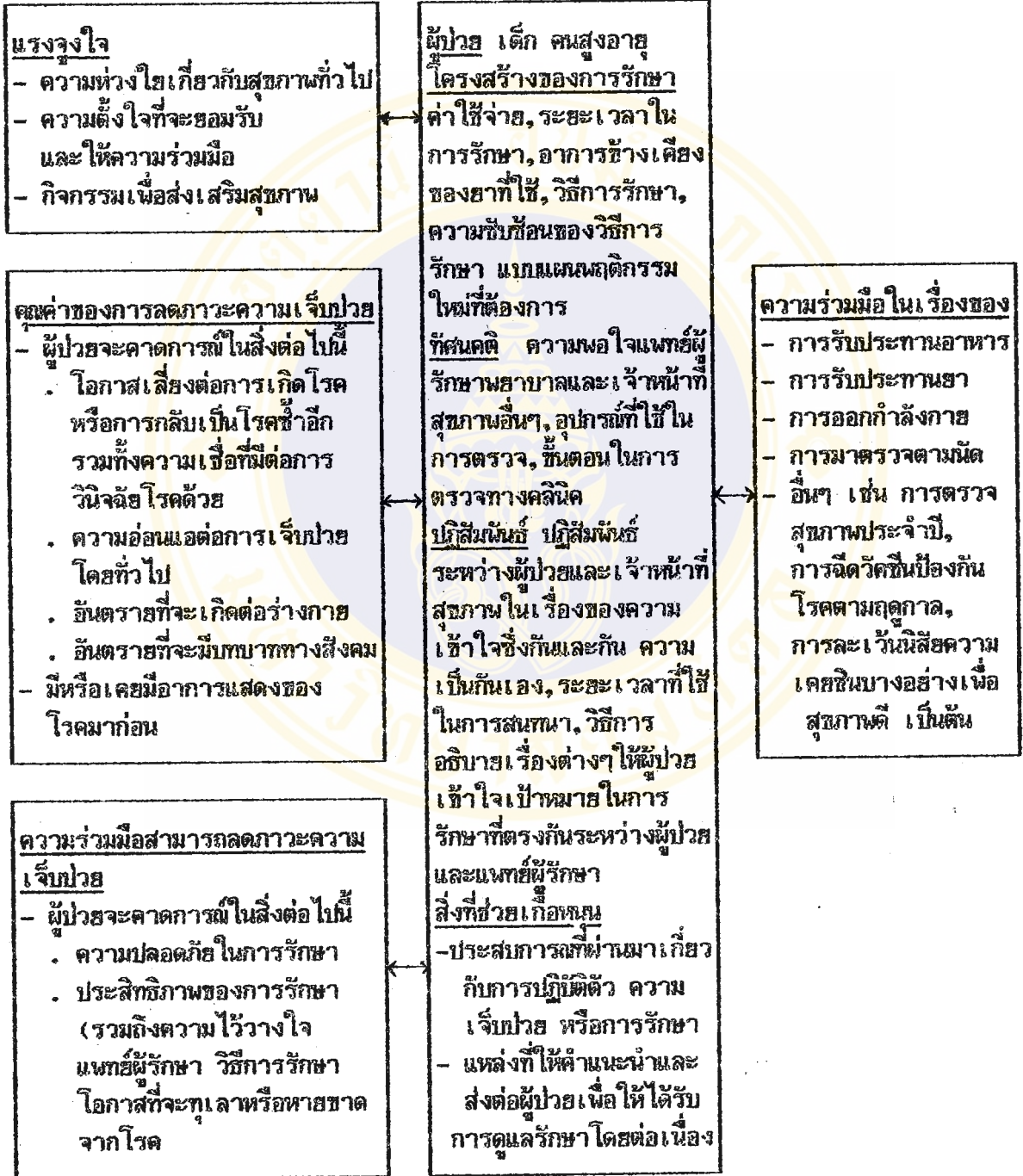
ในปี ค.ศ. 1972 เบคเกอร์ (Becker) ได้ปรับปรุงทฤษฎีแบบความเชื่อด้านสุขภาพใหม่ โดยนำมาอธิบายถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้น มีส่วนประกอบสำคัญดังนี้ (Becker and others 1977: 349)

1. การยินยอมให้ความร่วมมือที่จะรักษาโรค มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้น (Perceived severity)
 2. ความเชื่อในประสิทธิภาพของการรักษา และคุณค่าของพฤติกรรมที่จะช่วยลดอันตรายจากโรค นั่นคือ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา (Perceived benefit)
 3. องค์ประกอบทางด้านร่างกาย จิตใจ ฐานะทางการเงินหรืออื่น ๆ จะเป็นสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ และมีพฤติกรรมที่เหมาะสม สิ่งที่มาชักนำอาจเป็นการกระตุ้นจากภายใน เช่น อาการจากความเจ็บป่วยต่าง ๆ และสิ่งชักนำจากภายนอก เช่น การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
- จากนั้น เบคเกอร์ (Becker) ได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเรื้อรังมา โดยนำเอาตัวแปรต่าง ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย ซึ่งแสดงให้เห็นพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2

ความพร้อมที่จะยอมรับคำแนะนำและความร่วมมือ
ปฏิบัติตาม (Rediness to
undertake recommend
sick role behavior)

ปัจจัยร่วม
(Modifying factor)

พฤติกรรมความร่วมมือ
(Sick role behavior)



แผนภูมิที่ 2 แสดงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามสมมติฐานของเบคเคอร์ และไมแมน (Becker and Maiman) เพื่อใช้ทำนายและให้อธิบายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย (Sick-Role Behavior) (Becker 1974: 89)

จากนั้นก็มีการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ทำนายพฤติกรรมป้องกันปัญหาสุขภาพ ตามแนวคิดของลิวัน และยังมีนักวิชาการและนักวิจัยอีกหลายท่านเสนอแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยอาศัยทฤษฎีในการตัดสินใจเลือกกระทำ (Mikhail 1981 : 66) ซึ่งใช้ตัวแปรด้านจิตวิทยาและมีสมมติฐานคล้ายคลึงกัน กล่าวคือ ใช้ทำนายพฤติกรรมโดยอาศัย 2 ตัวแปรใหญ่ ๆ คือ

1. ค่านิยมของบุคคลที่มีต่อเป้าหมายในการปฏิบัติ
2. การคาดคะเนของบุคคลถึงผลของการปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายนั้น

ต่อมาคาสลและคอบบ์ (Kasl and Cobb 1985: 528) ได้ประยุกต์พฤติกรรมสุขภาพอนามัยและความเจ็บป่วยของบุคคลเข้าไปในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้วย โดยแบ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย (Health related behavior) ออกเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1. พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพสมบูรณ์ เพื่อป้องกันโรค หรือเพื่อตรวจหาพยาธิสภาพของโรค ในระยะที่ไม่ปรากฏอาการ
2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ของบุคคล เมื่อรู้สึกไม่สบาย โดยการปรึกษาญาติพี่น้อง เพื่อนและเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ เพื่อรับคำแนะนำและการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม

3. พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick role behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้น โดยมีจุดประสงค์ให้อาการดีขึ้น เช่น ยอมรับการรักษาจากแพทย์ ยอมรับการนั่งพ้ออาศัยบุคคลอื่นรวมทั้งหยุดการทำงานที่ตามปกติชั่วคราว

จากพฤติกรรมดังกล่าวนี้ บุคคลมีโอกาที่จะแสดงพฤติกรรมตามระยะต่าง ๆ โดยมีองค์ประกอบทางด้านสังคมและสภาพจิตใจของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่กดดันให้เกิดพฤติกรรมนั้น ๆ นักวิจัยหลายท่านได้ใช้แบบแผนพฤติกรรมของผู้ป่วยด้านการแพทย์ (Medical model) มาอธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยในระยะแรก โดยเห็นตัวแปรด้านประชากร สังคม แผนการรักษา และลักษณะความเจ็บป่วย ซึ่งผลการวิจัยที่ได้ยังไม่เป็นระเบียบเพียงพอที่จะใช้เป็นตัวทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ และบางครั้งผลการวิจัยก็มีความขัดแย้งกัน (Becker 1974: 82) ในปี ค.ศ. 1977 เบคเกอร์ (Becker) ได้ปรับปรุงรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ โดยได้นำแรงจูงใจและตัวแปรด้านสังคมเข้าไปเกี่ยวข้อง เพื่ออธิบายถึงพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งเป็นแบบแผนที่นักวิจัยจะนำมาใช้เป็นส่วนประกอบในการศึกษาคั้งนี้ โดยประยุกต์เป็นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยในการดูแลตนเองและการป้องกันการแพร่กระจายของโรค

จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพดังกล่าว อาจแบ่งองค์ประกอบที่สำคัญได้ดังนี้

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค
3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา หรืออุปสรรคต่าง ๆ
4. แรงจูงใจ
5. ปัจจัยร่วมและสิ่งเอื้ออำนวย

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เป็นการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคแล้ว ซึ่งจะแตกต่างไปจากผู้มีสุขภาพดีทั่ว ๆ ไป การรับรู้นี้อาจแสดงออกในแง่ของทัศนคติความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรค การคาดการณ์ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรครื้อซ้ำอีก หรือเสี่ยงต่อการเป็นโรคอื่นได้ เบคเกอร์และไมแมน (Becker and Maiman 1975: 17-18) กล่าวว่า เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยและทราบการวินิจฉัยของตนเองแล้ว ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงจะเปลี่ยนแปลงดังนี้

1.1 ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยอาจจะไม่เชื่อการวินิจฉัยของแพทย์ ซึ่งจะทำการคาดคะเนเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนของบุคคลผิดไป

1.2 ในกรณีที่บุคคลเคยเจ็บป่วยมาก่อน จะมีการคาดคะเนว่าตนอยู่ในโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรครื้อซ้ำได้อีก

1.3 ถ้าบุคคลนั้นกำลังเจ็บป่วย จะมีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรครื้อซ้ำ ทำให้มีความรู้สึกว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น

ได้มีผู้ศึกษาวิจัยถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพในส่วนที่เกี่ยวกับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับพฤติกรรมของผู้ป่วยไว้ดังนี้ เบคเกอร์ (Becker 1974: 411) ได้ศึกษามารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคไข้รูมาติก และรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคนี้ในอนาคตอีกแสนได้ง่าย จะมีพฤติกรรมในการให้บุตรรับประทานยาสม่ำเสมอ และพาบุตรมาตรวจตามนัดทุกครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเอลลิงและคณะ (Elling, et al.) ที่พบว่าความเชื่อของมารดาเกี่ยวกับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้รูมาติกซ้ำในอนาคต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการให้ยาเพนิซิลินและพาบุตรมาตรวจตามนัด (Cited in Becker 1974: 83) และเบคเกอร์ (Becker 1974: 410) ซึ่งอ้างถึง

การศึกษาของ ไฮน์เซลมานน์ (Heinzelmann) ที่พบว่าในกลุ่มนักเรียนที่มีประวัติใช้รูมาติก มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาเพนนิซิลิน เพื่อป้องกันอันตรายของโรคที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค เบคเกอร์และคณะ (Becker and others, 1977: 348) พบว่าความร่วมมือในการควบคุมอาหารบุตรของมารดาที่รับรู้ว่าเป็นบุตรของตนมีโอกาสเกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่ายเมื่อมีน้ำหนักเกิน จะมีความสัมพันธ์กับการนำบุตรมาตรวจตามนัด ฮาลาล (Hallal 1982: 140) พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมาเร็ง เต้านมในเพศหญิง มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำ จากการศึกษาต่าง ๆ ดังกล่าว ได้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค เบคเกอร์ (1974: 84) กล่าวว่าแม้บุคคลจะตระหนักถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ แล้วก็ตาม พฤติกรรมการป้องกันและรักษาโรคจะยังไม่เกิดขึ้นถ้าบุคคลนั้นมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นจะไม่ทำอันตรายต่อร่างกาย หรือกระทบกระเทือนฐานะทางสังคมของตน ซึ่งความเชื่อดังกล่าวจะเป็นความรู้สึกนึกคิดหรือการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคมามากกว่าจะหมายถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง และมักจะมีผลกระทบต่อความร่วมมือในการรักษาโรคของผู้ป่วย จากการรวบรวมผลงานของนักวิจัยหลายท่านโดย มิคเฮล (Mikhail 1981: 69) พบว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย เช่นการศึกษาเกี่ยวกับโรค ไข้หวัดใหญ่พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์อย่างมากกับการมารับภูมิคุ้มกันโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการมารับวัคซีนป้องกัน ไข้หวัดใหญ่ของ เบคเกอร์ และฟรานซิส (Becker and Francis) (Becker 1974: 411) ที่พบว่า การคาดการณ์ถึงความรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้นกับบุตรของตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของบิดามารดา ที่นำบุตรมารับการตรวจรักษาและรับการป้องกัน ในระยะที่พบว่ามีการระบาดเกิดขึ้นในโรงเรียน

จากการศึกษาทั้งหมดนี้ แสดงถึงความสัมพันธ์ของความรุนแรงของโรคกับพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย ผู้ป่วยอาจรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคได้จากความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่และจากข้อกำหนดต่าง ๆ ของแพทย์ พฤติกรรมการปฏิบัติสุขภาพการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคจะเกิดขึ้นในระยะแรกของการรักษา เนื่องจากมีความกลัวและความวิตกกังวลสูง นอกจากนี้ มีลลิกา

มัตโก (2530: 13) ได้กล่าวว่าเมื่อบุคคลตระหนักและรับรู้ถึงความรุนแรงของความเจ็บป่วย บุคคลจะมีพฤติกรรม ดังนี้คือ

- 2.1 ตัดสินใจที่จะไม่ทำอะไรเลยเกี่ยวกับอาการผิดปกติ
- 2.2 ใช้ยารักษาตนเอง ซึ่งอาจซื้อยารับประทานเองหรือใช้ยากกลางบ้าน
- 2.3 รักษาตนเองโดยวิธีต่าง ๆ ที่ไม่ใช่การใช้ยา เช่น การนอนพักผ่อนและดื่มน้ำอุ่น เมื่อเริ่มรู้สึกว่าจะเป็นหวัด

หน้าอื่น เมื่อเริ่มรู้สึกว่าจะเป็นหวัด

- 2.4 ไปหาเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ เพื่อตัดสินใจที่จะเข้ารับการรักษาและขอคำแนะนำ

แนะนำ

ส่วนยัง (Young) ได้กล่าวสนับสนุนว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยสำคัญที่สุด ที่จะนำไปสู่การเลือกวิธีการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย ปัจจัยรองลงมาคือความรู้เรื่องวิธีการรักษาตนเองของผู้ป่วยและความเชื่อถือในประสิทธิภาพของการรักษา (พิมพ์วิมลย์ ปรีดาสวัสดิ์ 2530: 79)

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาหรืออุปสรรคต่างๆ

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาจะแสดงถึง ความสัมพันธ์ในการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้ความร่วมมือในการรักษา ทั้งนี้ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับคือ การหายจากโรคหรือสามารถควบคุมโรคที่เป็นอยู่ขึ้นได้ เบคเกอร์ (1974: 410-411) ได้อ้างถึงการศึกษาของเอลลิง (Elling) ไฮน์เซลแมน (Heinzelman) และกาเบรียลสัน (Gabrielson) ซึ่งได้ผลคล้ายคลึงกันว่า ผู้ที่เชื่อว่ายาเพนนิซิลินสามารถป้องกันการเกิดโรคไข้รูมาติกเข้าได้ จะรับประทานยาดังกล่าวอย่างสม่ำเสมอ และผู้ที่มีความเชื่อว่าการรักษาที่เขาได้รับมีประโยชน์ จะมารับการตรวจที่คลีนิกอย่างสม่ำเสมอ และฮาลาล (Hallal 1982: 137) พบว่าสตรีที่ตรวจเต้านมตนเองเป็นประจำ เพื่อหามะเร็งเต้านมในระยะแรกมีคะแนนการรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติตนสูง แต่ในบางกรณีผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์ของการกระทำนั้น ๆ แต่ก็ไม่สามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องสมบูรณ์ เนื่องจากมีปัญหาหลายประการเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ความพร้อมทางร่างกายและจิตใจ การปฏิบัติที่แตกต่างไปจากภาวะปกติ ความยุ่งยากที่ซ้อนในการรักษา ระยะเวลาในการรักษา และฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษา (Becker 1974 : 410; Hershy and others 1980 : 1087) ดังเช่นการศึกษาของชลูเออร์ (Schlueter 1982 : 361) พบว่า สตรีที่เชื่อว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเองมี

ประโยชน์ ปฏิบัติตามความเชื่อเพียงร้อยละ 37.5 เท่านั้น

การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยหรือกิจกรรมต่าง ๆ ตามสภาพเป็นจริงที่ขัดขวางการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เพราะถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดีแล้วก็ตาม แต่การที่จะให้ความร่วมมือในการรักษาหรือไม่ก็ขึ้นอยู่กับความเชื่อของผู้ป่วยว่า สิ่งที่เขาจะปฏิบัติในลดความรุนแรงของโรคที่มีต่อภาวะสุขภาพของเขา ได้จริงและจะ ได้รับประโยชน์คุ้มค่างับเวลาที่เสียไปในการตรวจรักษาแต่ละครั้ง ตลอดจนคุ้มกับค่าใช้จ่ายในการรักษา ความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายจากการรักษา ซึ่งคลิงเกอร์ (Klinger 1984: 370) ศึกษาพบว่าเวลาความไม่สะดวกที่จะปฏิบัติ ความไม่สุขสบายจากการรักษา ตลอดจนการได้รับคำแนะนำที่ไม่ชัดเจนเพียงพอ เป็นอุปสรรคขัดขวางความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยอย่างยิ่ง ดังเช่นการศึกษาของเทอร์เรลและฮาร์ท (Tirrel and Hart 1980: 490) พบว่าการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการออกกำลังกายเป็นต้น

4. แรงจูงใจ การศึกษาแรงจูงใจในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทماشถึงความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความตั้งใจที่จะยอมรับการรักษาและให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งเป็นแรงกระตุ้นภายในและเป็นพื้นฐานส่วนตัวของแต่ละบุคคล บุคคลที่มีความสนใจในสุขภาพของตนเองจะไปรับการตรวจสุขภาพประจำปี และเมื่อพบอาการผิดปกติก็พร้อมที่จะไปพบแพทย์และรับการรักษา จากการศึกษาของฮาฟเนอร์และเคิร์ชท์ (Haefner and Kirscht 1970: 483) พบว่าแรงจูงใจมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับปัจจัยด้านความรู้ เมื่อผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงและอันตรายต่าง ๆ ที่เกิดจากโรคเพิ่มมากขึ้น และรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาหรือการป้องกัน จะทำให้ความเชื่อของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป เป็นผลให้มีความตั้งใจที่จะ ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนตามคำแนะนำเพิ่มมากขึ้น เบคเกอร์และคณะ (Becker, et al. 1978: 271) พบว่ามารดาให้ความสนใจและห่วงใยบุตรที่เป็นโรคหอบหืดมากกว่าบุตรคนอื่น ๆ ของตน และมีความตั้งใจ ให้ความร่วมมือในการรักษา โดยเชื่อว่าจะสามารถควบคุมอาการจับหืดได้ แม้ว่าผู้ป่วยจะหายจากอาการหอบหืดแล้วแต่มารดาของผู้ป่วยยังรู้สึกว่าคุณป่วยยังต้องรับประทานยาโรคหืดเพื่อป้องกันอาการจับหืดและควรรับประทานยาบำรุง นอกจากนี้ยังเห็นความสำคัญของการมีปรอทวัดไข้ส่วนตัวเพื่อตรวจสอบสุขภาพของบุตรตน รวมทั้งการมาพบแพทย์ตามนัด ส่วนการศึกษาของฟวงพยอม การภิญโญ (2526: 10) พบว่าแรงจูง

ใจด้านสุขภาพทั่วไปมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับ นิตยา ภาสรัตน์ (2530: 80) ที่พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

5. ปัจจัยร่วมและสิ่งเอื้ออำนวย เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยหรือกิจกรรมต่าง ๆ ตามสภาพเป็นจริงที่ส่งเสริมหรือขัดขวางการปฏิบัติของผู้ป่วย ได้แก่

5.1 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี ต้องมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกเป็นประจำ จะต้องมีความสัมพันธ์กับแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น ๆ ซึ่งความสัมพันธ์นี้อาจมีผลต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยได้ ทั้งทางบวกและลบ จากการศึกษาของเดวิส (Davis 1968: 274) พบว่ารูปแบบการติดต่อสื่อสารที่ผิดไปจากปกติระหว่างแพทย์และผู้ป่วย จะมีผลให้ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการรักษา เช่น ความตึงเครียดในการสนทนาซักถามผู้ป่วย ความไม่เป็นที่กันเองกับผู้ป่วย การใช้คำสั่งหรือการบังคับผู้ป่วย และการไม่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามและ ก๊อิดเนอร์ (Govldner) (Becker 1978: 38) ได้รายงานว่าการที่มารดาของผู้ป่วย ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เป็นความล้มเหลวของแพทย์ในการติดต่อสัมพันธ์กับผู้ป่วย ซึ่งผลที่ได้คือ มารดาผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงการรักษาของแพทย์ และไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ส่วน ฟรานซิสและคณะ (Francis, et al. 1969: 535) ศึกษาพบว่ามารดาที่ให้ความร่วมมือในการดูแลบุตรเป็นอย่างดี เป็นเพราะได้รับความพึงพอใจจากการพบแพทย์ รู้สึกว่าแพทย์ให้ความเป็นกันเอง และเข้าใจปัญหาของตน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบคเกอร์และคณะ (Becker, et al. 1974: 210) ที่พบว่าความพอใจแพทย์ผู้รักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย นอกจากนี้ความต่อเนื่องในการตรวจรักษากับแพทย์คนเดิม พบว่าเป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่มีความสัมพันธ์อย่างมากต่อความร่วมมือในการรักษา ดังการศึกษาของ ชาร์นีย์และคณะ (Charnney, et al. 1967: 188) และเบคเกอร์และคณะ (Becker 1974 : 212) ที่พบว่ามารดาจะให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้นถ้าบุตรได้รับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องจากแพทย์คนเดิม

5.2 ตัวแปรด้านสังคม เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนที่ใกล้ชิด เบคเกอร์และไมแมน (Becker and Maimann 1975: 19) ได้อ้างถึงการศึกษาของแลมเบิร์ต (Lambert) ที่ชี้ให้เห็นว่า สมาชิกในครอบครัวและเพื่อน เป็นผู้กระตุ้นให้บุคคล ไปตรวจสุขภาพเป็นประจำปี ตลอดจนการไปรับภูมิคุ้มกันโรค ส่วนคลิงเกอร์ (Klinger 1984: 33) พบว่าคู่สมรสมีส่วน

ช่วยเหลือผู้ป่วยในการให้ความร่วมมือในการรักษา เช่นเดียวกับรายงานของสภากาชาด ดัชนอง (2531: 95) ที่พบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยวิธีจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องด้วยตนเอง แต่อย่างไรก็ตาม ถ้าโรคที่ผู้ป่วยเป็นมีผลทำให้เกิดความเสื่อมเสียชื่อเสียงในสังคม เช่น โรคซิฟิลิส ผู้ที่เป็นโรคมักจะถูกมองว่ามีความสำส่อนทางเพศ อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับความอับอาย และได้รับการต่อต้านจากครอบครัวและเพื่อน ๆ ได้ ทำให้ผู้ป่วยอดบึ้งและไม่มารับการรักษาได้ (Darrow and Pauli 1984: 66)

5.3 ตัวแปรด้านประชากร (Demographic variables) แฮร์ริสและกูเตน (Harris and Guten) พบว่าในการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อทำนายพฤติกรรมสุขภาพอนามัยนั้น ตัวแปรด้านประชากรเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ (Brown and Mc Greedy 1986: 317) ดังผลการศึกษาดังต่อไปนี้

เพศ : จากการศึกษาเรื่องเพศกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย พบว่า เพศหญิงและเพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยแตกต่างกัน เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัวตลอดจนทัศนคติต่อการเจ็บป่วย และเพศหญิงจะมีพฤติกรรมในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยดีกว่าเพศชาย (Anderson and Norris 1972: 352) โดยพบว่า เพศหญิงมีอายุยืนยาวกว่าเพศชาย แต่มีความเจ็บป่วยและไปรับการตรวจรักษามากกว่าเพศชายทุกช่วงอายุ (Cockerham 1982: 70) แต่ดิกสัน (Dixon) พบว่า เพศหญิงมักจะเข้าร่วมในการรักษา (Davis 1968: 274)

อายุ : อายุของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพในอดีตที่ส่งผลถึงการมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันต่อปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ดังที่เบคเกอร์ (Becker 1974: 88) พบว่าความไม่ร่วมมือตามแผนการรักษามักจะพบได้ในผู้ป่วยที่มีอายุมาก ๆ และอายุน้อย ๆ ดังเห็นได้จากการศึกษาของแบล็คเวลล์ (Blackwell 1973: 249) ที่พบว่า ผู้ป่วยอายุน้อยส่วนมาก ปฏิเสธการรับประทานยาที่ฉีกรสไม่ติด และผู้ป่วยสูงอายุมักจะหลงลืมหรือไม่สนใจตนเอง และการศึกษาของโลเวนสไตน์และไรชาร์ท (Lowenstein and Rinchart 1984: 254) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแฮร์ริสและกูเตน (Harris and Guten) ที่พบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคมักขึ้นกับผู้ที่มีอายุมากขึ้น (Brown & Mc Greedy 1986: 317)

สถานภาพสมรส : กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ มักขาดคนดูแลและให้กำลังใจ แต่กลุ่มผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่จะได้รับการช่วยเหลือจากคู่สมรส (สมจิต หนูเจริญกุล 198: 16) แต่การศึกษาของบราวน์และแมค กรีดดี (Brown & Mc Greedy 1986: 517) พบว่า ผู้สูงอายุชายที่มีสถานภาพสมรสคู่และผู้สูงอายุหญิงที่เป็นโสดจะมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยดีกว่าผู้สูงอายุชายที่เป็นโสดและผู้สูงอายุหญิงที่มีสถานภาพสมรสคู่

ระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจ : เพนเดอร์ (Pender 1982: 161-162) กล่าวว่าฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง และมีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำมักจะได้รับการศึกษาน้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้ เรียนรู้ ตลอดจนการแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเดวิส (Davis 1968: 274-275) ที่พบว่า ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจและพฤติกรรมสุขภาพอนามัยมีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือ ผู้ที่มีรายได้น้อยมักจะมีการศึกษาต่ำและไม่ค่อยเอาใจใส่ต่อสุขภาพ ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้ที่มีรายได้น้อยและได้รับการศึกษาสูง

อาชีพ : อาชีพเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับบุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยต่างกัน เนื่องจากคนในกลุ่มอาชีพต่างกันจะมีการแลกเปลี่ยนความรู้ ทักษะและประสบการณ์ต่างกัน ดังการศึกษาของเทอร์บูล (Turnbull 1978: 102) พบว่า อาชีพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีที่มีอาชีพต่างกัน

ระยะเวลาในการรักษา : นักวิจัยหลายท่านพบว่า ระยะเวลาในการรักษาและระยะเวลาที่เป็นโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย เนื่องจากระยะเวลาที่ยาวนานในการรักษาและผลของความเจ็บป่วยจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายและมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ไม่ถูกต้อง ดังการศึกษาของ จารุวรรณ ชันติสุวรรณ (2528: ค) พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีระยะเวลาในการรักษานานจะให้ความร่วมมือในการรักษาไม่ดี

ความรุนแรงของโรค : จากการศึกษาของเดวิส (Davis 1968: 119-121) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคน้อยจะให้ความร่วมมือในการรักษาได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง เนื่องจากความรุนแรงของโรคเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำหรือแผนการรักษาของแพทย์ ส่วนมาร์สตัน (Marston 1970: 317-318) อ้างถึงการศึกษาของโดนาปีเดียนและโรเซนเฟลด์ (Donabedian and Rosenfeld) ว่า ความรุนแรงของโรคมักจะทำให้จะมีผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษามากเท่านั้น และการศึกษาของเชฟส์ (Chaves) พบว่า

ผู้ป่วยที่มีโรคที่อาการอยู่ในระยะรุนแรงจะให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่าผู้ที่ไม่มีอาการแสดง

ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาโรคในโรงพยาบาล : โจเซฟ (Joseph 1980: 136-137) กล่าวว่าความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลเป็นผลมาจากสิ่งแวดล้อมภายนอกและภายใน การที่ผู้ป่วยต้องเข้านอนพักเพื่อรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นสิ่งแวดล้อมภายนอกประการหนึ่ง ซึ่งอาจมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพอนามัย กล่าวคือ ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะมีโอกาสได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัว ซึ่งจะก่อให้เกิดทักษะและการเรียนรู้ในการมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง

จากตัวแปรต่าง ๆ ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นได้ว่ามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาพฤติกรรมในการป้องกันโรค สิ่งเหล่านี้ถือว่าเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยทั้งสิ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการนำตัวแปรต่าง ๆ ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาศึกษา เพื่อหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี ซึ่งนับว่าเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยต่อไป

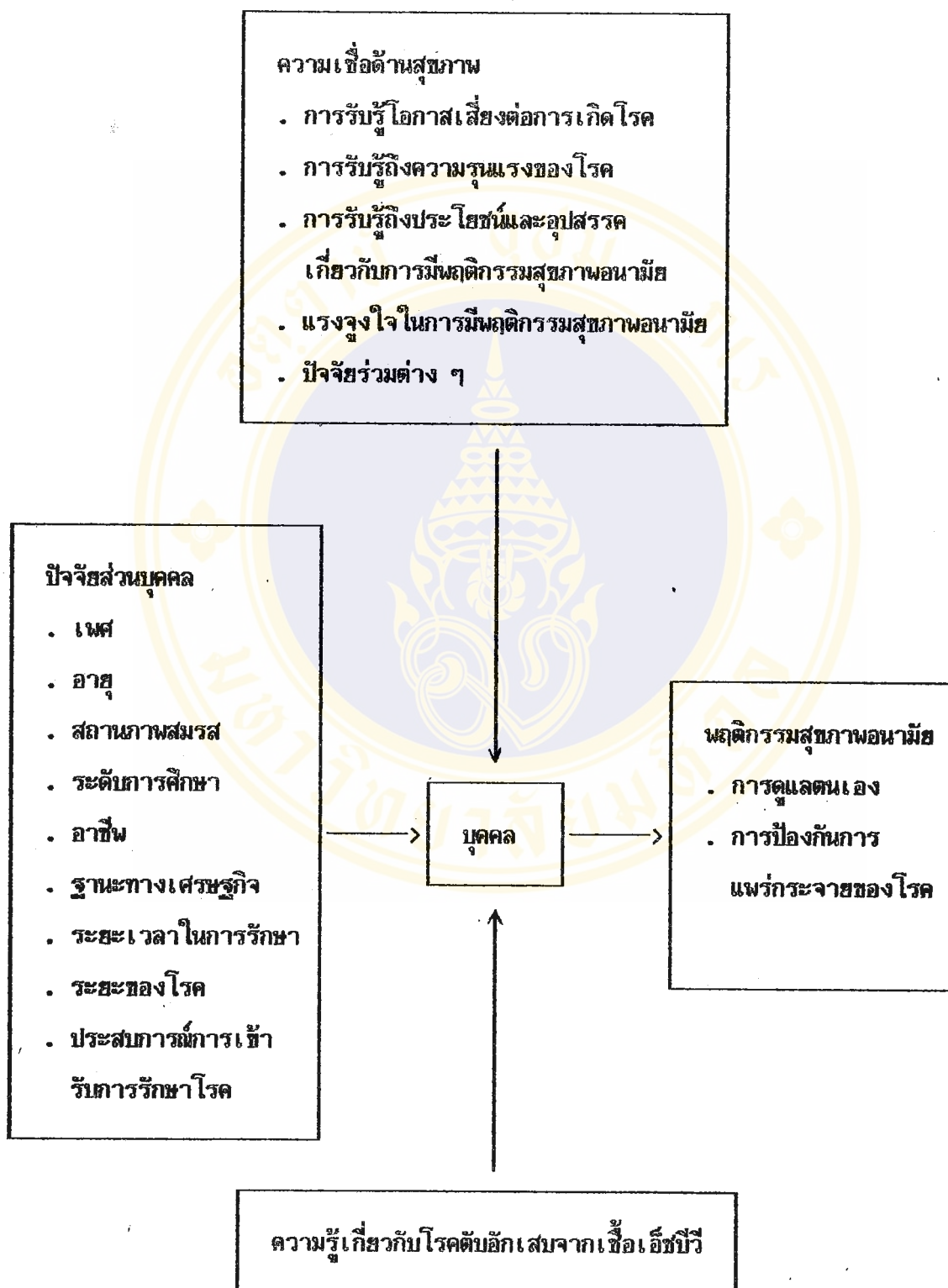
ความรู้เกี่ยวกับโรคกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย

ความรู้ (Knowledge) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อความสามารถในการดูแลตนเองของมนุษย์ เพราะความรู้หมายถึง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ หรือรายละเอียดต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมสะสมไว้ (Good 1973: 325) และความรู้ยังเป็นสิ่งที่เกี่ยวกับการระลึกถึงวิธีและกระบวนการต่าง ๆ โดยที่วัตถุประสงค์ของรู้นั้นเข้าในเรื่องกระบวนการทางจิตวิทยาของความจำในการเชื่อมโยง จัดระบบใหม่ (Bloom 1972: 201) ความรู้จึงเป็นเสมือนขุมพลังอย่างหนึ่งของบุคคล และการที่บุคคลได้รับความรู้ จะทำให้บุคคลทำความเข้าใจกับความรู้นั้น ๆ ความเข้าใจนี้อาจแสดงออกมาในรูปของการพูด แสดงความคิดเห็นหรือข้อสรุปในความคาดหมายหรือหวังว่าจะอะไรจะเกิดขึ้นตามที่บุคคลนั้นเข้าใจ ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ตนเอง หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่าการเรียนรู้เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือการแสดงออกซึ่งเป็นผลมาจากความรู้และประสบการณ์ และเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการปรับตัวและพัฒนาตนเองของมนุษย์ (จิตรา วสุวนิช และคณะ 2521: 3) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกมลรัตน์ หล้าสูงษ์ (2524: 132) ที่กล่าวว่า การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ค่อนข้างยาว

ซึ่งเป็นผลจากการได้รับประสบการณ์หรือการฝึกฝน มิใช่เป็นผลจากการตอบสนองตามธรรมชาติ สัญชาติญาณหรืออุณิภาวะ หรืออาจกล่าวได้ว่า การเรียนรู้เกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับความรู้ ข้อมูล หรือประสบการณ์ อย่างใดอย่างหนึ่งซึ่งกระตุ้นให้บุคคลค้นหา ไตร่ตรองเหตุการณ์ต่าง ๆ เหล่า นั้น เมื่อเห็นว่าเกิดผลดีกับตนเองก็จะเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ และปฏิบัติตามความรู้ใหม่ ต่อไป ดังนั้นจึงพอสรุปได้ว่า "ความรู้" เป็นนามธรรมที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงสิ่ง เฉพาะอย่างหรือเรื่องทั่วไป เป็นกระบวนการทางจิตวิทยาของความจำในการจัดระบบข้อมูล ใหม่ เกี่ยวกับข้อเท็จจริงที่มนุษย์ได้รับจากการศึกษา ค้นคว้า การสังเกตหรือจากประสบการณ์ ที่ต้องอาศัยเวลาเก็บรวบรวมสะสมไว้ เป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลเกิดแนวคิด และมีการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมได้ จะเห็นก่อนที่บุคคลจะปฏิบัติอะไรก็ตาม บุคคลนั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ ก่อน และพึงพอใจที่จะปฏิบัติสิ่งนั้น ดังการศึกษาของทาเกลียคอสโซและโอม่า (Tagliacozzo & Ima 1970: 765) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความ ร่วมมือในการรักษา การที่ผู้ป่วยทราบเรื่องราวเกี่ยวกับโรคของตนเองและแผนการรักษา มากเท่าใด ก็มีโอกาสมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องมากเท่านั้น และจากแนวคิดแบบแผนความ เชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker 1974: 7) ที่ใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันปัญหา สุขภาพในด้านตัวแปรด้านโครงสร้างนั้นพบว่า ความรู้เรื่องโรคเป็นปัจจัยร่วมสำคัญที่กระตุ้นให้ ผู้ป่วยรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรค และมีผลให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติเพื่อสุขภาพของตนเอง ซึ่ง สอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่พบว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งให้ผลต่อการปฏิบัติที่คงทนถาวร คือการเปลี่ยนแปลงโดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง คือ ความรู้ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมนั้นๆ นั้นเอง (รัตนา ประเสริฐวิมล 2522: 2) และนอร์ริส (Norris 1974: 486) ได้ให้ข้อคิดเห็นว่า การที่ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรค เช่น สาเหตุการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้น ผลของการเจ็บป่วย การรักษา การควบคุมโรค ปัจจัยที่ส่งเสริม หรือกระตุ้นให้โรคกำเริบ และวิธีการปฏิบัติตัวที่จะช่วยส่งเสริมให้โรคหายเร็วขึ้น หรือการ บรรเทาความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งความรู้เกี่ยวกับสิ่งเหล่านี้จะช่วยอย่างมาก ในการคิด ตัดสินใจ ในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอนามัยในการดูแลตนเองและป้องกันการ แพร่กระจายของโรค ดังนั้นผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวีที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคตับ- อักเสบจากเชื้อเอชบีวีจะสามารถมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องได้ เพราะโรคตับอักเสบ จากเชื้อเอชบีวีเป็นโรคติดเชื้อมีชีวิต การที่ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็น และเหตุผลของวิธีการรักษา การปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง

หรือการหลีกเลี่ยงกิจกรรมบางอย่างเพื่อช่วยให้อาการของโรคทุเลาหรือหายขาด แต่ในทางตรงข้ามถ้าผู้ป่วยไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ผู้ป่วยจะไม่มีวิธีการที่จะปฏิบัติตนให้ถูกต้อง โรคอาจจะกำเริบตลอดจนเกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรคไปสู่ชุมชนมากขึ้น จึงพอสรุปได้ว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย ดังมีการศึกษาที่สนับสนุนแนวคิดดังนี้ คือ นวลจันทร์ เจริญวานิช (2531: 81) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ภาสรัตน์ (2529: 84) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มีความรู้ในการดูแลตนเองสูง จะให้ความร่วมมือในการรักษาดีกว่าผู้ที่มีความรู้ในการดูแลตนเองน้อยกว่า เป็นต้น

แนวคิดของการวิจัย



แผนภูมิที่ 3 แสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย

โรคตับอักเสบจากเชื้อเอชวีวี เป็นโรคที่คุกคามต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเป็นอันมากเนื่องจากต้องใช้เวลารักษายาวนานนานแรมปี และมีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับโรคที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของมนุษย์มาใช้ในการศึกษา โดยเชื่อว่าเมื่อมนุษย์มีความเชื่อด้านสุขภาพอนามัยที่ดี มีความรู้เกี่ยวกับโรคที่ถูกต้องจะทำให้มนุษย์เกิดแนวคิดในการวางแผนด้านสุขภาพอนามัยและมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยในการดูแลตนเองตลอดจนรับผิดชอบต่อสังคมในการป้องกันการแพร่กระจายของโรคที่ดีต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย ของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี

ลักษณะของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคตับอักเสบของโรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และคลินิกโรคระบบทางเดินอาหารของโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลรามคำแหง และวิทยาลัยพยาบาลตามพื้นที่ภาค โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

1. มีสติสัมปชัญญะดี
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี ในระดับอักเสบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง และผลการตรวจเลือดพบแอนติเจนเอส
3. เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคตับอักเสบ หรือคลินิกโรคระบบทางเดินอาหารมากกว่า 2 ครั้ง
4. ไม่มีประวัติเป็นโรคเรื้อรัง โรคจิตเภท หรือกำลังเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นใด
5. ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน สามารถเข้าใจภาษาไทยและให้ข้อมูลได้
6. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่มีลักษณะเช่นเดียวกับที่ระบุไว้ในประชากร เป็นการเลือกแบบบังเอิญ (Accidental random sampling) จำนวน 123 ราย เริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 13 มิถุนายน พ.ศ.2532 ถึงวันที่ 3 สิงหาคม พ.ศ. 2532

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี ซึ่งแบ่งเป็น 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการรักษา ระยะของโรค และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาโรคในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพอนามัยในการดูแลตนเอง จำนวน 20 ข้อ โดยมีข้อความด้านบวก 13 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 4, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 25, 26, 28 และข้อความด้านลบ 7 ข้อ คือ ข้อ 3, 5, 7, 10, 15, 16, 27 และพฤติกรรมสุขภาพอนามัยในการป้องกันการแพร่กระจายของโรคจากผู้ป่วยไปสู่ครอบครัวและชุมชน จำนวน 10 ข้อ โดยมีข้อความด้านบวก 6 ข้อ คือ ข้อ 17, 18, 20, 24, 29, 30, ข้อความด้านลบ 4 ข้อ คือ ข้อ 19, 21, 22, 23

พฤติกรรมที่มีความหมายด้านบวก หมายถึง พฤติกรรมนั้นถูกต้อง

พฤติกรรมที่มีความหมายด้านลบ หมายถึง พฤติกรรมนั้นไม่ถูกต้อง

แบบสอบถามนี้มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับดังนี้

หมายเลข 4 หมายถึง กิจกรรมนั้น ได้ปฏิบัติเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอหรือทุกครั้งที่มีกิจกรรม

หมายเลข 3 หมายถึง กิจกรรมนั้น ได้ปฏิบัติบ่อยหรือเกือบทุกครั้งที่มีกิจกรรม

หมายเลข 2 หมายถึง กิจกรรมนั้น ได้ปฏิบัติน้อยหรือเป็นบางครั้ง

หมายเลข 1 หมายถึง กิจกรรมนั้น ไม่เคยปฏิบัติเลย

ผู้ตอบแบบสอบถาม จะต้องเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่กำหนดให้ ตามพฤติกรรมที่ผู้ตอบได้ปฏิบัติจริง

สำหรับข้อ 25 - 30 เหตุการณ์หรืออาการเหล่านี้ อาจเกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง

ถ้าไม่มีเหตุการณ์หรืออาการนั้นเกิดขึ้น ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหมายเลข 0

ถ้ามีเหตุการณ์หรืออาการนั้นเกิดขึ้น ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่กำหนดให้

ตามพฤติกรรมที่ผู้ตอบ ได้ปฏิบัติจริง

การให้คะแนน เนื่องจากแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพอนามัย ของผู้ป่วยโรคตับอีกเสบจากเชื้อเอชบีวี มีข้อความทั้งด้านบวกและด้านลบ จึงมีหลักเกณฑ์ในการให้คะแนนคือ

ก. ข้อความที่เป็นพฤติกรรมด้านบวก ให้คะแนนดังนี้

หมายเลข 1 ให้คะแนน 1 คะแนน

หมายเลข 2 ให้คะแนน 2 คะแนน

หมายเลข 3 ให้คะแนน 3 คะแนน

หมายเลข 4 ให้คะแนน 4 คะแนน

ข. ข้อความที่เป็นพฤติกรรมด้านลบ ให้คะแนนดังนี้

หมายเลข 1 ให้คะแนน 4 คะแนน

หมายเลข 2 ให้คะแนน 3 คะแนน

หมายเลข 3 ให้คะแนน 2 คะแนน

หมายเลข 4 ให้คะแนน 1 คะแนน

การคิดคะแนนของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบในช่องหมายเลข 0 ของข้อ 25 - 30 นั้นคิดคะแนนจริง โดยการเทียบอัตราส่วนระหว่างคะแนนที่ได้กับคะแนนเต็ม

ดังนั้นคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอนามัย จึงมีค่าอยู่ระหว่าง 30 - 120 คะแนน

คะแนนสูงแสดงว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยดี ส่วนคะแนนต่ำแสดงว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยไม่ดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคตับอีกเสบจากเชื้อเอชบีวี เป็นแบบวัดชนิดมาตราส่วนประมาณค่าที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร และอาศัยแนวทางจากแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ ของเบคเกอร์และคณะ เป็นพื้นฐาน

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อความที่สอบถามถึงความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิด หรือความเชื่อของผู้ป่วยที่มีต่อโรคตับอีกเสบจากเชื้อเอชบีวี ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 หมวดมีจำนวน 30 ข้อดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนมีจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6 เป็นข้อความที่มีความหมายด้านบวกทั้งหมด
2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคตีบอีกเสบจากเชื้อเอชบีวี มีจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ข้อ 7, 8, 9, 10, 11, 12 เป็นข้อความที่มีความหมายด้านบวกทั้งหมด
3. การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่างๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย
 - 3.1 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพอนามัย มีจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 13, 14, 15 เป็นข้อความที่มีความหมายด้านบวกทั้งหมด
 - 3.2 การรับรู้ถึงอุปสรรคต่างๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย มีจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ข้อ 16, 17, 18 เป็นข้อความที่มีความหมายทางลบทั้งหมด
4. แรงจูงใจในการมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยมีจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ข้อ 19, 20, 21, 22, 23, 24 เป็นข้อความที่มีความหมายด้านบวก 4 ข้อ คือข้อ 19, 20, 21 และ 24 ข้อความที่มีความหมายด้านลบ 2 ข้อ คือข้อ 22, 23
5. ปัจจัยร่วมต่างๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยมีจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ข้อ 25, 26, 27, 28, 29, 30 เป็นข้อความที่มีความหมายด้านบวก 2 ข้อ คือ ข้อ 25, 30 และ ข้อความที่มีความหมายด้านลบ 4 ข้อ คือข้อ 26, 27, 28, 29

ความเชื่อด้านสุขภาพด้านบวก หมายถึง ความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ดี

ความเชื่อด้านสุขภาพด้านลบ หมายถึง ความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ไม่ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ดี

ลักษณะคำตอบของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้น ไม่ตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิด หรือความเชื่อของผู้ตอบเป็นอย่างมาก

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้น ไม่ตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิด หรือความเชื่อของผู้ตอบ

เฉย ๆ หรือไม่แน่ใจ หมายถึง ผู้ตอบรู้สึกเฉยๆหรือไม่แน่ใจว่า มีความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิด หรือความเชื่ออย่างไรกับข้อความนั้น

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อของผู้ตอบ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อของผู้ตอบ เป็นอย่างมาก

ผู้ตอบแบบสอบถามนี้จะต้องเลือกเพียง 1 คำตอบ โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่กำหนดให้ ตามความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิด หรือความเชื่อของผู้ตอบ การให้คะแนนกำหนดดังนี้

ข้อความที่มีความหมายด้านบวก

ตอบไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้	1	คะแนน
ตอบไม่เห็นด้วย	ได้	2	คะแนน
ตอบเฉยๆ หรือไม่แน่ใจ	ได้	3	คะแนน
ตอบเห็นด้วย	ได้	4	คะแนน
ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้	5	คะแนน

ข้อความที่มีความหมายด้านลบ

ตอบไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้	5	คะแนน
ตอบไม่เห็นด้วย	ได้	4	คะแนน
ตอบเฉยๆ หรือไม่แน่ใจ	ได้	3	คะแนน
ตอบเห็นด้วย	ได้	2	คะแนน
ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้	1	คะแนน

ดังนั้นคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ จึงมีค่าอยู่ระหว่าง 30 - 150 คะแนน

คะแนนสูง แสดงว่าผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ดี

คะแนนต่ำ แสดงว่าผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ไม่ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ดี

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี เป็นแบบสอบถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการศึกษาจากตำรา เอกสารและการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนประสบการณ์ที่พบจากผู้ป่วยเป็นพื้นฐาน โดยสอบถามความรู้เกี่ยวกับสาเหตุการติดต่อ การ

แพร่กระจายของโรค ลักษณะของโรค ภาวะแทรกซ้อน การรักษา การปฏิบัติตนตามแผนการรักษา และการป้องกันการแพร่กระจายของโรคจำนวน 25 ข้อ โดยมีข้อความที่ถูกต้อง 19 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 20, 22, 24, 25 และข้อความที่ไม่ถูกต้อง 6 ข้อ คือ ข้อ 5, 15, 16, 19, 21, 23

ลักษณะคำตอบมี 3 ตัวเลือกคือ

ใช่ หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่า ข้อความในคำถามนั้นถูกต้อง

ไม่ใช่ หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่า ข้อความในคำถามนั้นผิด

ไม่ทราบ หมายถึง เมื่อผู้ตอบไม่ทราบว่า ข้อความในคำถามนั้นถูกหรือผิด

ผู้ตอบแบบสอบถามนั้นจะต้องเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลง

ในช่องที่กำหนด ตามความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถาม

การให้คะแนน กำหนดดังนี้

ข้อความที่ถูกต้อง

ตอบว่า	ใช่	ได้	1	คะแนน
ตอบว่า	ไม่ใช่	ได้	0	คะแนน
ตอบว่า	ไม่ทราบ	ได้	0	คะแนน

ข้อความที่ไม่ถูกต้อง

ตอบว่า	ใช่	ได้	0	คะแนน
ตอบว่า	ไม่ใช่	ได้	1	คะแนน
ตอบว่า	ไม่ทราบ	ได้	0	คะแนน

ดังนั้น คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรค จึงมีค่าอยู่ระหว่าง 0 - 25 คะแนน

คะแนนสูง แสดงว่าผู้ปวชมีความรู้เกี่ยวกับโรรมาก

คะแนนต่ำ แสดงว่าผู้ปวชมีความรู้เกี่ยวกับโรคน้อย

การหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของ เครื่องมือ

การหาความเที่ยงตรงของ เครื่องมือ

แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพอนามัย และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรค
ตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี ผู้วิจัย ได้เชิญผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องโรคตับอักเสบจาก
เชื้อเอชบีวี และพฤติกรรมสุขภาพอนามัย ช่วยพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา
จำนวน 7 ท่านดังนี้

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี	2	ท่าน
พยาบาลวิชาชีพแผนกอายุรศาสตร์	2	ท่าน
อาจารย์พยาบาลแผนกอายุรศาสตร์	2	ท่าน
นักพฤติกรรมศาสตร์	1	ท่าน

(รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ดูในภาคผนวก ก.)

แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัย ได้เชิญผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ
ทางความเชื่อด้านสุขภาพ ช่วยพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจำนวน 7 ท่านดังนี้

อาจารย์พยาบาลแผนกอายุรศาสตร์	3	ท่าน
นักพฤติกรรมศาสตร์	4	ท่าน

(รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ดูในภาคผนวก ก.)

พร้อมนี้ ได้ให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาข้อความด้านบวก ลบ หรือข้อความที่ถูกต้องหรือ
ไม่ถูกต้องด้วย

หลังจากที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัย ได้นำแบบสอบถามทั้งหมด
ปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม ให้มีความชัดเจนด้านเนื้อหา ความเหมาะสมด้านภาษา และการเรียง
ลำดับข้อความตามความคิดเห็น และข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

การหาความเชื่อมั่นของ เครื่องมือ

แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรค และพฤติกรรม
สุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี ซึ่งได้ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรง
คุณวุฒิ และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเช่นเดียวกับประชากรที่จะศึกษา 10 ราย แล้วจึง
นำแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพอนามัยและความเชื่อด้านสุขภาพมาหาความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์
แอลฟา (Cronbach Alpha Coefficient) โดยให้สูตร (พรศรี ศรีอัญญาพร 2529: 122)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum Si^2}{St^2} \right]$$

เมื่อ n = จำนวนข้อทั้งหมดของแบบสอบถาม

α = ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น

$\sum Si^2$ = ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามแต่ละข้อ

St^2 = ความแปรปรวนของข้อคำถามทั้งหมด

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพอนามัย เท่ากับ 0.69

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.76

เมื่อนำเครื่องมือ ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 123 ราย พบว่า

ค่าความความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพอนามัย เท่ากับ 0.75

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.81

ส่วนแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรค นำมาหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร

K.R.20 (Kuder Richardson 20) ซึ่งมีสูตรดังนี้ (พรศรี ศรีอัญญาพร 2529 : 119)

$$r_{kk} = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum pq}{\sum X^2} \right]$$

เมื่อ r_{kk} = สัมประสิทธิ์แห่งความเชื่อมั่น ของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรค

n = จำนวนข้อคำถามทั้งหมดในแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรค

p = สัดส่วนของคนที่ตอบถูกแต่ละข้อ

q = สัดส่วนของคนที่ตอบผิดแต่ละข้อ

$\sum pq$ = ผลคูณ p กับ q ของแต่ละข้อ แล้วรวม pq ของทุกข้อเข้าด้วยกัน

$\sum X^2$ = ความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรค เท่ากับ 0.71 และเมื่อนำเครื่องมือไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 123 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และผู้ช่วยวิจัย 1 ท่าน โดยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และวชิรพยาบาล เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ตามวันและเวลาดังนี้

โรงพยาบาลราชวิถี	ทุกวันอังคาร	เวลา 8.00 - 11.30 น.
โรงพยาบาลรามธิบดี	ทุกวันอังคาร	เวลา 12.30 - 15.30 น.
โรงพยาบาลศิริราช	ทุกวันพุธ	เวลา 8.00 - 11.30 น.
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	ทุกวันพุธ	เวลา 8.00 - 11.30 น.
วชิรพยาบาล	ทุกวันพุธ	เวลา 12.30 - 15.30 น.

ภายหลังได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัย เข้าพบหัวหน้าแผนกและผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อแจ้งรายละเอียด สำหรับที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีผู้ช่วยวิจัย 1 ท่าน เข้าพบด้วย และเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเฉพาะที่โรงพยาบาลนี้ ส่วนที่โรงพยาบาลอื่น ๆ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ตรงตามลักษณะที่กำหนดไว้จากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย
2. ระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างรอรับการตรวจรักษาจากแพทย์ หรือหลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์แล้ว ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม มีกลุ่มตัวอย่าง 1 ท่าน ปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม โดยให้เหตุผลว่าต้องรีบกลับไปทำงาน
3. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างที่อ่านออกเขียนได้ พร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามโดยละเอียด และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจ จากนั้นให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามเฉลี่ยคนละประมาณ 20-30 นาที เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจแบบ

สอบถามตามทุกข้อ เมื่อพบว่าบางข้อที่ตอบไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างตอบให้ครบถ้วน

4. กลุ่มตัวอย่างที่สามารถอ่านออกเขียนได้ด้วยความยากลำบากมีจำนวนประมาณ 30 คน ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามและอ่านแบบสอบถามให้ผู้ป่วยฟังทีละข้อๆ และให้กลุ่มตัวอย่างบอกข้อที่เลือกตอบ ผู้วิจัยทำเครื่องหมายในแบบสอบถามให้ โดยใช้เวลาเฉลี่ยคนละประมาณ 20-30 นาที

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดได้กลุ่มตัวอย่าง 123 คน เป็นผู้ป่วยจากคลินิกโรคระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลราชวิถี 25 คน โรงพยาบาลรามธิบดี 6 คน โรงพยาบาล 11 คน และคลินิกโรคตับอีกเสบ โรงพยาบาลศิริราช 55 คน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 26 คน และจากแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพอนามัย พบว่า ในข้อที่ 25-30 มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีเหตุการณ์ หรืออาการนั้นเกิดขึ้น มีจำนวนดังนี้ คือ

ข้อ 25	จำนวน 42 คน
ข้อ 26	จำนวน 16 คน
ข้อ 27	จำนวน 39 คน
ข้อ 28	จำนวน 32 คน
ข้อ 29	จำนวน 42 คน
ข้อ 30	จำนวน 52 คน

5. วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติที่ได้วางแผนไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS^x โดยกำหนดความมีนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 ตามลำดับดังนี้

1. แจกแจงความถี่และคิดอัตราร้อยละของลักษณะข้อมูลทั่วไป
2. หาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรค และพฤติกรรมสุขภาพอนามัย โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์ 2525: 32)

$$\bar{X} = \frac{\sum_{i=1}^n X_i}{n}$$

เมื่อ \bar{X} = ค่าเฉลี่ย

$$\sum_{i=1}^n X_i = \text{ผลรวมของคะแนนที่ได้จากผู้ปฎิบัติทั้งหมด}$$

$$n = \text{จำนวนผู้ตอบ}$$

$$SD = \sqrt{\frac{\sum (X - \bar{X})^2}{n - 1}}$$

เมื่อ SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

\bar{X} = ค่าเฉลี่ย

X = คะแนนของผู้ปฎิบัติแต่ละคน

n = จำนวนผู้ตอบ

3. หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) โดยใช้สูตร (วิเชียร เกตุสิงห์ 2526 : 26)

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

เมื่อ r = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับ พฤติกรรมสุขภาพอนามัย

$\sum x$ = ผลรวมของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ

$\sum y$ = ผลรวมของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอนามัย

$$\begin{aligned} \Sigma xy &= \text{ผลรวมของผลคูณ ระหว่างคะแนนความ เชื่อด้านสุขภาพ} \\ &\quad \text{กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย} \\ \Sigma x^2 &= \text{ผลรวมกำลังสองของคะแนนความ เชื่อด้านสุขภาพ} \\ \Sigma y^2 &= \text{ผลรวมกำลังสองของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอนามัย} \\ N &= \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง} \end{aligned}$$

ทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยการทดสอบค่า t (t)

$$t = \frac{r \sqrt{N - 1}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

t = ค่าสถิติ
 r = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
 N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

4. คำนวณสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรค กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ โดยใช้ค่า t (t) เช่นเดียวกับข้อ 3
5. คำนวณสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการรักษา ระยะของโรค ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาโรคในโรงพยาบาล กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย โดยใช้สัมประสิทธิ์แบบเพียร์สัน และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ โดยใช้ค่า t (t) เช่นเดียวกับข้อ 3.
6. หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple Correlation Coefficient) ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรค เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการรักษา ระยะของโรค ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาโรคในโรงพยาบาล กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย และทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์การทำนายที่เปลี่ยนไป โดยการทดสอบค่า F (F change) ทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์การทำนายที่เพิ่มขึ้น โดยการทดสอบค่าเอฟรวม (Overall F -test) ทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์การถดถอย (b) ของปัจจัยแต่ละประการโดยการทดสอบค่า t (t -test) ทำการวิเคราะห์ตัวทำนายและสร้างสมการทำนาย โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์

ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

เนื่องจากข้อตกลงเบื้องต้นในการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณกำหนดไว้ว่า ตัวแปรที่จะนำมาคำนวณจะต้องเป็นตัวแปรที่วัดในระดับอันตรภาค (Interval scales) ขึ้นไป (สุวดี ฤาชา และคณะ 2526: 328) ดังนั้นในการคำนวณจึงต้องปรับตัวแปรด้วย

ปรับตัวแปรที่วัดในระดับนามบัญญัติ (Nominal scales) ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส และอาชีพเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ดังนี้

เพศ	กำหนดให้	เพศชาย	เท่ากับ	1
		เพศหญิง	เท่ากับ	2
สถานภาพสมรส	กำหนดให้	สถานภาพโสด	เท่ากับ	1
		สถานภาพคู่	เท่ากับ	2
		สถานภาพหม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่	เท่ากับ	3
อาชีพ	กำหนดให้	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	เท่ากับ	1
		ค้าขาย	เท่ากับ	2
		กรรมกร	เท่ากับ	3
		เกษตรกรรม	เท่ากับ	4
		รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	เท่ากับ	5
		พนักงานร้านค้า หรือธนาคาร	เท่ากับ	6

และปรับตัวแปรที่วัดในระดับเรียงลำดับ (Ordinal scale) ได้แก่ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาในการรักษา ระยะของโรค และประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาโรคในโรงพยาบาลเป็นระดับอันตรภาค ดังนี้

อายุ	กำหนดให้	ต่ำกว่า 20 ปี	เท่ากับ	1
		21 - 30 ปี	เท่ากับ	2
		31 - 40 ปี	เท่ากับ	3
		41 - 50 ปี	เท่ากับ	4
		51 ปีขึ้นไป	เท่ากับ	5

ระดับการศึกษา	กำหนดให้	ไม่ได้รับการศึกษา	เท่ากับ	1
		ประถมศึกษา	เท่ากับ	2
		มัธยมศึกษาหรืออาชีวศึกษา	เท่ากับ	3
		อุดมศึกษาหรือสูงกว่า	เท่ากับ	4
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน	กำหนดให้	ต่ำกว่า 2,000 บาท	เท่ากับ	1
		2,001 - 4,000 บาท	เท่ากับ	2
		4,001 - 6,000 บาท	เท่ากับ	3
		มากกว่า 6,000 บาท	เท่ากับ	4
ระยะเวลาในการรักษา	กำหนดให้	น้อยกว่า 6 เดือน	เท่ากับ	1
		6 - 11 เดือน	เท่ากับ	2
		1 - 2 ปี	เท่ากับ	3
		มากกว่า 2 ปี	เท่ากับ	4
ระยะของโรค	กำหนดให้	ระยะเฉียบพลัน	เท่ากับ	1
		ระยะเรื้อรัง	เท่ากับ	2
ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาโรค	กำหนดให้	เคย	เท่ากับ	1
		ไม่เคย	เท่ากับ	2

7. ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS^x วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับตัวทำนายทั้งหมดกับตัวเกณฑ์ในสมการถดถอย โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ในแต่ละชั้น เริ่มจากชั้นที่ 1 จนถึงชั้นสุดท้าย จากตัวทำนายที่ดีที่สุดจนถึงตัวทำนายที่เลวที่สุด (From best to worst) โดยชั้นแรกหาตัวแปรอิสระหนึ่งตัวที่สามารถอธิบายการผันแปรของตัวแปรตามมากที่สุดมาวิเคราะห์สร้างสมการถดถอยสมการแรกก่อน ในชั้นที่ 2 หาตัวแปรอิสระตัวที่ 2 ที่เมื่อนำมารวมกับตัวแปรแรกแล้ว สามารถอธิบายการผันแปรของตัวแปรตามได้มากกว่าตัวอื่น ๆ ในชั้นต่อมาหาตัวแปรอิสระตัวอื่นที่เหลืออยู่มาเข้าสมการต่อไปตามลำดับ ของความสามารถในการอธิบายการผันแปรของตัวแปรตาม จนกระทั่งถึงชั้นที่การทดสอบนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวทำนายที่ถูกลำนำเข้ามาวิเคราะห์ไม่มีนัยสำคัญ กลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุดได้แก่ กลุ่มตัวทำนายที่อยู่ในชั้นก่อนที่ จะพบว่า สัมประสิทธิ์ถดถอยไม่มีนัยสำคัญ

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย ของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี ผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้นำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้มีจำนวน 123 คน เป็นผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี จากโรงพยาบาลราชวิถี 25 คน โรงพยาบาลรามธิบดี 6 คน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 26 คน โรงพยาบาลศิริราช 55 คน และวชิรพยาบาล 11 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างดังแสดงในตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน/คน N = 123	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	72	58.5
หญิง	51	41.5
อายุ		
ต่ำกว่า 20 ปี	12	9.8
21 - 30 ปี	43	35.0
31 - 40 ปี	41	33.3
41 - 50 ปี	18	14.6
51 ปีขึ้นไป	9	7.3
สถานภาพสมรส		
โสด	38	30.9
คู่	83	67.5
หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่	2	1.6
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	36	29.3
มัธยมศึกษา หรืออาชีวศึกษา	40	32.5
อุดมศึกษา หรือสูงกว่า	47	38.2

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุอยู่ระหว่าง 21 - 40 ปี สถานภาพสมรสคู่ และมีการศึกษาระดับอุดมศึกษาหรือสูงกว่า

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ รายได้ของครอบครัว ต่อเดือน ระยะเวลาในการรักษา ระยะของโรคและประสิทธิภาพการเข้ารับ การรักษาโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวีในโรงพยาบาล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน/คน	ร้อยละ
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	19	15.4
	ค้าขาย	22	17.9
	กรรมกร	15	12.2
	เกษตรกรรม	4	3.3
	รับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ	44	35.8
	พนักงานร้านค้า หรือธนาคาร	19	15.4
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน			
	ต่ำกว่า 2,000 บาท	8	6.5
	2,001 - 4,000 บาท	41	33.3
	4,001 - 6,000 บาท	27	22.0
	มากกว่า 6,000 บาท	47	38.2
ระยะเวลาในการรักษา			
	น้อยกว่า 6 เดือน	29	23.6
	6 - 11 เดือน	33	26.8
	1 - 2 ปี	23	18.7
	มากกว่า 2 ปี	38	30.9
ระยะของโรค			
	เฉียบพลัน	27	22.0
	เรื้อรัง	96	78.0
ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาโรคในโรงพยาบาล			
	เคย	34	27.6
	ไม่เคย	89	72.4

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ รายได้ของครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 6,000 บาท. ระยะเวลาในการรักษามากกว่า 2 ปี ระยะของโรคส่วนใหญ่อยู่ในระยะเรื้อรังและไม่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาโรคในโรงพยาบาล

2. ผลการวิเคราะห์ คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรค และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอนามัย ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรค และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอนามัย

ตัวแปร	ช่วงคะแนนใน แบบสอบถาม		ช่วงคะแนนของ กลุ่มตัวอย่าง		\bar{X}	S.D.
	ต่ำสุด	สูงสุด	ต่ำสุด	สูงสุด		
ความเชื่อด้านสุขภาพ	30	150	90	143	117.67	9.82
ความรู้เกี่ยวกับโรค	0	25	3	23	15.75	4.00
พฤติกรรมสุขภาพอนามัย	0	120	52	101	76.32	10.27

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 117.67 คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.75 คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ-อนามัยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 76.32

3. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างตัวทำนายกับตัวเกณฑ์ และตัวทำนายกับตัวทำนาย โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และทดสอบความมีนัยสำคัญ โดยการทดสอบค่าที (t-test) ดังแสดงในตารางที่ 4 และ 5

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรค เพลศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการรักษา ระยะของโรค ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาโรคในโรงพยาบาลกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย

ปัจจัย	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
ความเชื่อด้านสุขภาพ	.0151 ^{NS}
ความรู้เกี่ยวกับโรค	.3662 ^{**}
เพลศ	-.129 ^{NS}
อายุ	-.000 ^{NS}
สถานภาพสมรส	-.014 ^{NS}
ระดับการศึกษา	.470 ^{**}
อาชีพ	.243 [*]
ฐานะทางเศรษฐกิจ	.376 ^{**}
ระยะเวลาในการรักษา	.241 [*]
ระยะของโรค	.105 ^{NS}
ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาโรคในโรงพยาบาล	.015 ^{NS}

* $p < .05$

** $P < .01$

NS = ไม่มีนัยสำคัญ

จากตารางที่ 4 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรค ระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อาชีพ และระยะเวลาในการรักษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ระดับ .01 ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพ เพลศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะของโรค และประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาโรคในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายกับตัวทำนาย และตัวทำนายกับตัวเกณฑ์ โดยแสดงในรูปเมตริกสหสัมพันธ์ (Correlation matrix)

ปัจจัย	เพศ	อายุ	สถานภาพสมรส	ระดับการศึกษา	อาชีพ	ฐานะทางเศรษฐกิจ	ระยะเวลา	ระยะเวลาโรค	ประสบการณ์	ความเชื่อ	ความรู้
เพศ	1.00										
อายุ	-.25*	1.00									
สถานภาพสมรส	-.07	.35**	1.00								
ระดับการศึกษา	-.27*	-.01	-.30**	1.00							
อาชีพ	-.21*	.14	.05	.28**	1.00						
เศรษฐกิจ	-.23*	.38**	.14	.35**	.08	1.00					
ระยะเวลา	-.08	.25*	.21	.26*	.13	.29**	1.00				
ระยะเวลาของโรค	-.03	.05	.16	.13	-.01	.11	.55**	1.00			
ประสบการณ์	-.15	.13	.11	.13	.09	-.04	.17	.11	1.00		
ความเชื่อ	.13	-.01	.07	-.27*	.01	-.08	.01	.06	.03	1.00	
ความรู้	-.16	.05	.09	.25*	.26*	.04	.26*	.08	.16	.23*	1.00

$P^{**} < .001$ $P^* < .01$

จากตารางที่ 5 พบว่า ตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีดังนี้ คือ

เพศ มีความสัมพันธ์ทางลบกับ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อายุ มีความสัมพันธ์กับ สถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจและระยะเวลาในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, .001, และ .01 ตามลำดับ

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับ อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการรักษา และความรู้เกี่ยวกับโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, .001, .01 และ .01 ตามลำดับ และมีความสัมพันธ์ทางลบกับสถานภาพสมรส และความเชื่อด้านสุขภาพ อย่าง

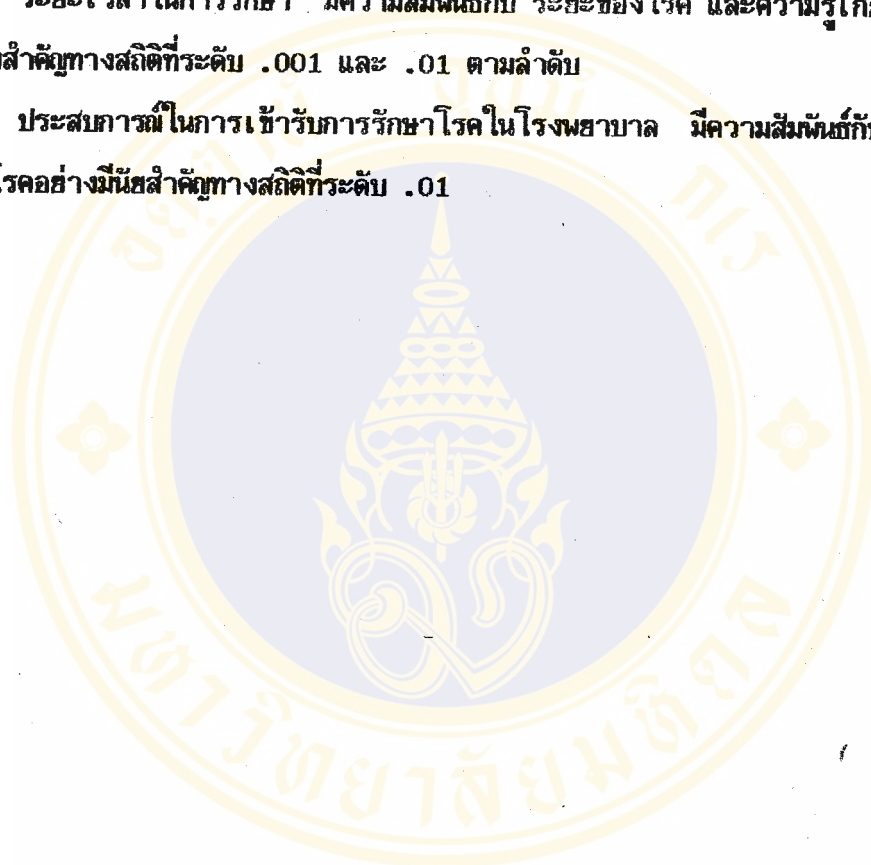
มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .01 ตามลำดับ

อาชีพ มีความสัมพันธ์กับ ความรู้เกี่ยวกับโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ฐานะทางเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับ ระยะเวลาในการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ระยะเวลาในการรักษา มีความสัมพันธ์กับ ระยะของโรค และความรู้เกี่ยวกับโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .01 ตามลำดับ

ประสบการณ์ในการเข้ารับการรักษาโรคในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับ ความรู้เกี่ยวกับโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



4. ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณและสร้างสมการทำนายดังแสดง
ในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย

ขั้นที่	ตัวทำนาย	R	R ²	R ² change	b	B	t
1.	ระดับการศึกษา	.470	.221	.221***	3.87	.31	3.75**
2.	ความรู้เกี่ยวกับโรค	.534	.285	.064**	.71	.28	3.60**
3.	ฐานะทางเศรษฐกิจ	.585	.343	.058**	2.67	.26	3.23*
Constant (a)		45.37	Overall - F		20.73**		

* P < .01

** P < .001

*** P < .000

จากตารางที่ 6 การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพอนามัยเป็นตัวเกณฑ์ และมีความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรค เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการรักษา ระยะของโรค ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวีในโรงพยาบาลเป็นตัวทำนายตามเทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ตัวทำนายที่ถูกเลือกเข้ามาพิจารณาในขั้นที่ 1 คือ ระดับการศึกษา สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพอนามัยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < .001) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (R²) 0.221 นั่นคือระดับการศึกษาสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพอนามัยได้ร้อยละ 22.1 ต่อจากนั้นได้เพิ่มตัวทำนายเข้าไปในขั้นที่ 2 ตัวทำนายที่ถูกนำมาพิจารณา คือ ความรู้เกี่ยวกับโรค ปรากฏว่าสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพอนามัยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < .001) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นเป็น 0.285 นั่นคือ ระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับโรค สามารถรวมทำนายพฤติกรรมสุขภาพอนามัยได้ร้อยละ 28.5 จากนั้นเพิ่มตัวทำนายเข้าไปในขั้นที่ 3 ตัวทำนายที่ถูกนำมาพิจารณา คือ ฐานะทางเศรษฐกิจ ปรากฏว่าสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพอนามัยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < .001) โดยมีสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นเป็น 0.343 นั่นคือ ระดับการศึกษา ความรู้

เกี่ยวกับโรค และฐานะทางเศรษฐกิจ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพอนามัยได้ร้อยละ 34.3 ต่อจากนั้นเมื่อเพิ่มตัวทำนายขึ้นไป ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การวิเคราะห์การถดถอยของคุณเพื่อหาตัวทำนายจึงยุติลงในพื้นที่ 3 นั่นคือ ตัวทำนายที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพอนามัยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับโรค และฐานะทางเศรษฐกิจ

การสร้างสมการทำนาย จากผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 5 พบว่า สัมประสิทธิ์ถดถอย (b) แต่ละค่าของตัวทำนายที่ถูกเลือกเข้าไปวิเคราะห์ ในพื้นที่ 1 ถึงพื้นที่ 3 คือ ระดับการศึกษา (X_1) ความรู้เกี่ยวกับโรค (X_2) และฐานะทางเศรษฐกิจ (X_3) มีระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001, .001 และ .01 ตามลำดับ และค่าคงที่ (a) เท่ากับ 45.37 จากการวิเคราะห์การถดถอยและสหสัมพันธ์ของคุณในพื้นที่ 3 ซึ่งเป็นขั้นสุดท้ายที่จะได้เส้นถดถอยที่ดีที่สุด เพื่อทำนายพฤติกรรมสุขภาพอนามัย ดังนั้นจึงสามารถสร้างสมการทำนายพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Y) ได้ดังนี้

$$Y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3$$

$$Y = 45.37 + 3.87 (x_1) + 0.71 (x_2) + 2.67 (x_3)$$

การอภิปรายผล

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการทดลองดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย ไม่ได้รับการสนับสนุน แสดงว่า ผู้ป่วยที่มีความเชื่อด้านสุขภาพถูกหรือผิด ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2529: 6) กล่าวว่าพฤติกรรมของบุคคลอาจจะไม่ได้ขึ้นอยู่กับความเชื่อ ความรู้สึกหรือความคิดที่เขาจะปฏิบัติขณะนั้น สิ่งที่คุณเคยปฏิบัติจริง ๆ นั้นอาจจะไม่ตรงกับสิ่งที่เชื่อ เข้าใจ หรือคิดจะปฏิบัติและการศึกษาของอรวรรณ ปราสาทสุวรรณและคณะ (2532: 17) พบว่าแม้ผู้ป่วยจะมีความเชื่อด้านสุขภาพและแรงจูงใจอยู่ในระดับสูงก็ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ เนื่องจากมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยในการปฏิบัติตามคำแนะนำ และจากการศึกษาครั้งนี้

พบว่า คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง (คะแนนเฉลี่ย 117.67 จากคะแนนเต็ม 150 คะแนน) แต่มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอนามัยอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 76.32 จากคะแนนเต็ม 120 คะแนน) อาจเนื่องมาจาก ระยะโรคของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระยะเรื้อรัง อาการแสดงของโรคที่เกิดขึ้นไม่รุนแรง ฉะนั้นถึงแม้ว่าจะทราบถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง แต่ถ้าเหตุการณ์นั้นยังไม่เกิดขึ้น ผู้ป่วยก็อาจจะไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ดังที่เฮลเลนแบรด์ (Hellenbrand 1983 : 220) กล่าวว่า การที่ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค เป็นการกระตุ้นให้เกิดความกลัว ถ้าผู้ป่วยไม่ทราบถึงวิธีการที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วยนั้น จะทำให้เกิดกลไกในการป้องกันตัว เช่น ปฏิเสธหรือไม่ยอมรับภาวะความเจ็บป่วย และมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ไม่ถูกต้องได้ แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือและแนะนำถึงวิธีการที่จะเผชิญความเจ็บป่วยหรือลดอันตรายที่จะเกิดขึ้น จะเป็นการกระตุ้นให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้อง ถึงแม้การศึกษารุ่นนี้จะพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้เกี่ยวกับโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 15.75 จากคะแนนเต็ม 25) ฉะนั้นจึงมีสิ่งกระตุ้นที่จะมาเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องน้อย นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถมาตรวจตามที่แพทย์นัด เนื่องจากไม่สามารถหยุดงานหรือนายจ้างไม่อนุญาต และการมาตรวจแต่ละครั้งต้องเสียเวลา มาก หรือลักษณะงานอาชีพขัดกับการมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง เช่น งานที่ต้องใช้กำลังมาก ไม่สามารถหยุดงานในระยะที่มีอาการอ่อนเพลียหรือนักผ่อนไม่เพียงพอติดต่อกันหลายวัน นอกจากนี้การรักษาโรคนี้เป็นการบำบัดอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน การรักษาให้หายขาดต้องใช้เวลา และการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค ทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นความเคยชิน เช่น การรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่นโดยใช้ช้อนกลาง งดการใช้ของมีคมร่วมกัน การระมัดระวังในเรื่องสุขภาพของร่างกายและป้องกันการแพร่เชื้อโรคเหล่านี้ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายได้ นอกจากนี้อาจมีปัจจัยทางจิตสังคมเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วย เป็นต้น การศึกษารุ่นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสกุภาพ ไบแก้ว (2528: 106) ที่พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง และการศึกษาของ กอร์ดิส และคณะ (Gordis, et al. 1969: 957) พบว่า มารดาที่เชื่อว่าบุตรของตนมีโอกาสเป็นไข้รูมาติกได้อีก จะให้ความร่วมมือในการรักษาน้อยกว่าพวกที่ไม่เชื่อว่าบุตรของตนจะมีโอกาสเป็นไข้รูมาติก

ได้อีก แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนวลจันทร์ เจริญวนิช (2531: ก) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจวายเลือดคั่ง และนิตยา ภาสูกัมภ์ (2529: 84) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

สมมติฐานที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย ได้รับการสนับสนุน กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคสูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยดีกว่าผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคต่ำกว่า ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เนื่องจากความรู้เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติ ซึ่งจะชักนำไปสู่การปฏิบัติต่อไป การเพิ่มพูนความรู้ที่ถูกต้องจะช่วยให้สามารถพัฒนาการดูแลตนเองให้ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น และความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่สำคัญทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษา (Zimbarbo, et al. 1977: 45) ผู้ป่วยที่ทราบเรื่องราวเกี่ยวกับโรคของตนเองและแผนการรักษามากเท่าใด ก็มีโอกาสให้ความร่วมมือในการรักษามากเท่านั้น (Todd 1981: 56) ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของกรองกาญจน์ ศิริภักดี (2530: ข) ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเองของมารดาาระยะตั้งครรภ์ในหญิงที่มาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ และการศึกษาของโสพรรณ โปทะยะ (2532: 102) ที่พบว่า ความรู้เรื่องโรคมาเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการศึกษาของเทอร์เรลและฮาร์ท (Tirrel & Hart 1980: 490) ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับแผนการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา และจากการวิเคราะห์เกี่ยวกับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคโดยใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยเป็นเกณฑ์ พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน โดยพบว่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอนามัยก็อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำเช่นเดียวกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ โดยพบว่า ผู้ป่วยยังขาดความรู้เกี่ยวกับการทำลายและการแพร่เชื้อของเชื้อเอชบีวี วิธีการรักษาโดยคิดว่าถ้าอาการของตนทุเลาลงแล้ว ไม่จำเป็นต้องมาตรวจตามนัด หรือการรับประทานอาหารและการพักผ่อนที่เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งมีผลให้พฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ไม่ถูกต้อง เช่น ไม่ทราบวิธีการทำความสะอาดเสื้อผ้าเมื่อมีเชื้อไวรัสเอชบีวีบนเปื้อน เมื่อรู้สึกไม่สบายจะซื้อยามารับประทานเอง หรือเมื่อมีอาการอ่อนเพลียหรือเจ็บชายโครงขวา ยังคงพักผ่อนไม่เพียงพอหรือยังคงรับประทานยา

หารจำพวกเนื้อสัตว์ตามปกติ เป็นต้น และจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคกับปัจจัยอื่น ๆ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ ไม่ได้ประกอบอาชีพ และมีระยะเวลาในการรักษาสั้น จะมีความรู้เกี่ยวกับโรค น้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ตลอดจนพนักงานร้านค้า หรือธนาคาร และมีระยะเวลาในการรักษานาน ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีโอกาสแสวงหาความรู้และทำความเข้าใจกับความรู้ใหม่ ๆ ได้ดีกว่า และลักษณะของอาชีพ โดยเฉพาะอาชีพที่ต้องพบกับบุคคลอื่น ๆ จะทำให้มีโอกาสแลกเปลี่ยนและเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วย นอกจากนี้ระยะเวลาในการรักษา จะทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยตนเองหรือมีการแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับโรคกับผู้ป่วยอื่น ๆ ตลอดจนได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเพิ่มเติมจากบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น

จากการศึกษาเพิ่มเติม พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .222$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยในการป้องกันตนเองจากภาวะของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .419$) ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคสูงกว่าการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำหรือการกระตุ้นให้มีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยในการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้น

สมมติฐานที่ 3 เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการรักษา ระยะของโรค และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาโรคในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยได้รับการสนับสนุนเป็นบางส่วน ซึ่งอภิปรายผลได้ดังนี้

ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ และระยะเวลาในการรักษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยแตกต่างกันจะขึ้นอยู่กับ ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ และระยะเวลาในการรักษา ดังที่จรรยา สุวรรณทัต (2527: 17) กล่าวว่า บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะช่วยเพิ่มพูนความรู้ความสามารถให้ตนเอง ทำให้เกิดเจตคติที่กว้างขวางมากขึ้น ฉะนั้นผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมักจะให้ความร่วมมือในการรักษาสูงด้วย (KasI and Cobb 1966: 249) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโสพรรณ โทณะยะ (2531 :101) ที่พบว่าสตรีที่มีระดับการศึกษา

สูงจะมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากกว่าสตรีที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ส่วนชายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ผู้ที่มีรายได้สูงจะเป็นกลุ่มที่ความจำเป็นพื้นฐานได้รับการตอบสนองจึงมีเวลาสนใจสุขภาพตนเอง ในขณะที่ผู้มีรายได้น้อยจะใช้เวลาและความสามารถที่มีอยู่ในการหาเลี้ยงชีพตน และครอบครัวมากกว่าที่จะสนใจสุขภาพของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรวรรณ ปราสาทสุวรรณ และคณะ (2532: 17) ที่พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน ทำให้มารดาของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบปฏิบัติตามคำแนะนำต่างกัน กล่าวคือ มารดาผู้ป่วยจำเป็นต้องช่วยหัวหน้าครอบครัวหารายได้ จึงไม่มีเวลาดูแลบุตรและการศึกษาคั้งนี้ยังพบว่าฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี จะมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยใช้เวลานานกว่า เนื่องจากโรคนี้อาจเป็นโรคเรื้อรัง การรักษาให้หายขาดต้องใช้เวลาานโดยจากกลุ่มตัวอย่าง จะพบว่าส่วนใหญ่จะมีรายได้น้อยกว่า 8000 บาทต่อเดือน และใช้เวลาในการรักษาสูงกว่า 2 ปี ส่วนด้านอาชีพเห็น ลักษณะอาชีพ เช่น อาชีพกรรมกร ซึ่งเป็นอาชีพที่ต้องใช้แรงงาน รายได้น้อย และมักจะไม่สามารถหยุดงานได้นาน ทั้งที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องพักผ่อนให้เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะที่มีอาการแสดงของโรครุนแรง ซึ่งแตกต่างจากอาชีพรับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ ซึ่งเป็นอาชีพที่ต้องใช้แรงงานน้อยกว่าและมีสิทธิลาป่วย ตลอดจนมีสวัสดิการด้านเจ็บป่วยต่าง ๆ มากกว่า สิ่งเหล่านี้จึงมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโสพรรณ โปะชะ (2532: 101) ที่พบว่าสตรีที่มีอาชีพต่างกันจะมีการตรวจเต้านมต่างกัน ส่วนระยะเวลาในการรักษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยนั้นอธิบายได้ว่า โรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี เป็นโรคเรื้อรังและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องจะทำให้อาการของโรคทุเลาได้ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานานจะเกิดการเรื้อรัง และมีความระมัดระวังในการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องมากกว่า นอกจากนี้การศึกษาคั้งนี้ยังพบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับอาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการรักษาและความรู้เกี่ยวกับโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ คอคเคอร์แฮม (Cockerham 1982: 90) ที่พบว่าผู้มีระดับการศึกษาสูงมักจะมีอาชีพที่มีรายได้สูง และมีแนวโน้มที่จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยสูงซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง ต่างกับผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยมักจะมีการศึกษาน้อย จึงมีแรงจูงใจด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับโรคน้อยไปด้วย

ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะของโรค และประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาโรคในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะของโรค และประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาโรคในโรงพยาบาลแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อคิดเห็นของ คาสส์และคอบบ์ (KasI & Cobb 1966: 249) ที่กล่าวว่า อายุ เพศ อาชีพ และวัฒนธรรม ประเพณีอาจมีอิทธิพลต่อการรับรู้เรื่องราวด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล โดยการรับรู้นี้จะมีผลไปถึงการปฏิบัติด้านสุขภาพด้วย ผลการศึกษาค้นคว้าทั้งที่สอดคล้องและไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาในอดีต อาทิ ผลการศึกษาด้านอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ จารูวรมณ์ ทัศนสุวรรณ (2528: ค) ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรค แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของเบคเกอร์ (Becker 1974: 88) ที่พบว่า ความไม่ร่วมมือในการรักษามักจะพบได้ในผู้ป่วยที่มีอายุมาก ๆ และอายุน้อย ๆ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-40 ปี ซึ่งเป็นวัยที่ทำงานและออกนอกบ้าน จึงอาจได้รับประสบการณ์ด้านความรู้เกี่ยวกับโรค จึงทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาด้านเพศไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ค็อกเคอร์แฮม (Cockerham 1982: 70) ที่พบว่าเพศหญิงไปรับการรักษาตรวจรักษามากกว่าเพศชาย แต่สอดคล้องกับการศึกษาของ นวลจันทร์ เครือวานิช (2531: 74) และนิตยา ภาสกรินทร์ (2529: 75) ที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ผลการศึกษาด้านสถานภาพสมรสไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของคลิงเกอร์ (Klinger 1984: 33) ที่พบว่าคู่สมรสมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยในการให้ความร่วมมือในการรักษา แต่สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา โปประเสริฐสวัสดิ์ (2531: 48) ที่พบว่าสถานภาพสมรสของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบกับสภาพวัฒนธรรมและประเพณีไทยที่มีการดูแลทุกข์สุขเมื่อเจ็บป่วย และความผูกพันใกล้ชิดระหว่างเครือญาติและเพื่อน ทำให้ทั้งพวกรู้จักได้เมื่อเด็กร้อนหรือเจ็บป่วย ฉะนั้นจึงอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ไม่พบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพอนามัย ในคนที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน ส่วนผลการศึกษาระยะของโรคสอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ภาสกรินทร์ (2529: 80) ที่พบว่า ระยะของโรคที่ต่างกันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จะให้ความร่วมมือในการรักษาไม่แตกต่างกัน ประกอบกับการแบ่งระยะของโรคเป็นการแบ่งโดยการประเมินความรุนแรงทางการแพทย์ ซึ่งอาจจะไม่มีผลต่อความรู้สึก หรือการรับรู้ของผู้ป่วย รวมทั้งอาการและอาการแสดงของโรคต้นอีกเสบจากเชื้อเอชบีวีในระยะเรื้อรัง บางระยะจะมีอาการเหมือนกับระยะ

เจ็บป่วยได้ เช่น ตับอักเสบ หรือรังแคต่อไป จึงอาจมีผลทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยไม่แตกต่างกันได้ ส่วนผลการศึกษาด้านประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาโรคในโรงพยาบาลที่ต่างกัน แต่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้มีลักษณะเป็นเอกพันธ์ คือ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.4) ไม่เคยเข้ารับการรักษาโรคในโรงพยาบาล จึงอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้ความสัมพันธ์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติได้

จากการศึกษาเพิ่มเติมพบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะของโรค และประสิทธิภาพในการเข้ารับการรักษาโรคในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับโรค อย่างไรก็ตามไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้ว่าความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลเหล่านั้น ไม่ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพ หรือความรู้เกี่ยวกับโรค แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 4 ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรค เพศ อายุ สถานภาพสมรสระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการรักษา ระยะของโรค และประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาโรคในโรงพยาบาล สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพอนามัยได้รับการสนับสนุนเป็นบางส่วน โดยพบว่า ระดับการศึกษา (X_1) ความรู้เกี่ยวกับโรค (X_2) และฐานะทางเศรษฐกิจ (X_3) สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Y) ได้ ร้อยละ 34.32 ตามลำดับ ซึ่งอธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยมีระดับการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสศึกษาค้นคว้าความรู้เกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับโรค ตลอดจนวิธีการดูแลสุขภาพตนเอง และการป้องกันการแพร่กระจายของโรค เนื่องจากความรู้เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองให้ถูกต้องยิ่งขึ้น ซึ่งหมายถึงช่วยให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องมากขึ้นนั่นเอง ส่วนฐานะทางเศรษฐกิจถูกพิจารณาในขั้นที่ 3 อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงมักจะมีฐานะทางเศรษฐกิจดีด้วย เพราะทำให้สามารถเลือกงานอาชีพที่มีรายได้สูง และรายได้นี้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เป็นการหาเลี้ยงชีพของตนและครอบครัว ผู้มีรายได้น้อยจึงไม่มีเวลาในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรคและดูแลสุขภาพตนเอง ต่างกับผู้ที่มีรายได้สูงที่ได้รับสิ่งต่าง ๆ ซึ่งเป็นความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตเพียงพอแล้ว ก็จะแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกอื่น ๆ เพื่อให้ชีวิตสะดวกสบาย มีความมั่นคงปลอดภัยยิ่งขึ้น ผู้ที่มีรายได้สูงจึงมีเวลาเพียงพอที่จะสนใจสุขภาพอนามัยตนเอง ตลอดจนแสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเพิ่มเติมที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้เกี่ยวกับโรค และฐานะทางเศรษฐกิจ อย่างไรก็ตามไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า การศึกษาช่วยส่งเสริมให้

บุคคลมีสติปัญญา ใฝ่รู้ และมีเหตุผล ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงเมื่อไม่มีความรู้ในเรื่องใด ก็จะมี ความใฝ่รู้ โดยเฉพาอย่างยิ่งเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วย จะพยายามแสวงหาความรู้ เพื่อค้น หาคำตอบที่ต้องการซึ่งอาจกระทำโดยการอ่านตำรา เอกสาร หรือรับฟังคำแนะนำจากบุคลากร ในทีมสุขภาพ การศึกษาจึงช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเข้าใจเรื่องราวต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคของตนได้ ดีขึ้น ซึ่งจากรายงานของนิตยา ภาสสุนท์ (2529: 76) ก็พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มี ระดับการศึกษาสูงสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่ได้เรียนรู้ เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ของการเกิดโรค วิธีการรักษา นอกจากนี้ผู้ที่มีการศึกษาดำ มักจะมีรายได้น้อย และให้ ความเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองน้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง และมีฐานะทางเศรษฐกิจดี ซึ่งอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ถูกเลือก เข้าเป็นตัวแทนสุขภาพอนามัยที่ดีได้

จะเห็นได้ว่า ปัจจัยทั้งสามประการสามารถร่วมทำนุสุขภาพอนามัยได้ ร้อยละ 34.32 ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 65.68 ที่ยังไม่สามารถอธิบายได้จากการศึกษารังนี้ อาจเป็นผลมาจากปัจจัยอื่น ๆ ที่ไม่ได้นำมาศึกษา เช่น ความเครียด ลักษณะครอบครัว หรือ สังคม วัฒนธรรมนิยมประเพณี เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพอนามัยได้

จากผลการศึกษาครั้งนี้ จึงพอสรุปได้ว่า มีทั้งปัจจัยที่สนับสนุนและปฏิเสธกรอบแนวคิด ของการวิจัย โดยปฏิเสธแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker 1974: 441) ที่ว่า เมื่อบุคคลมีความเชื่อด้านสุขภาพอย่างไร ความเชื่อนั้นจะเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนด พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของบุคคล แต่ในด้านปัจจัยร่วมด้านประชากร ได้รับการสนับสนุน เป็นบางส่วน กล่าวคือ ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจและระยะเวลาในการรักษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคได้รับ การสนับสนุน จะเห็นการที่บุคคลจะเกิดพฤติกรรมสุขภาพอนามัยอย่างไร สัมพันธ์กับปัจจัยที่ได้รับการ สนับสนุนเหล่านี้ จะเห็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจะช่วยแก้ไขปรับปรุงในส่วนที่ผู้ป่วยขาดหรือมี ความรู้ไม่ถูกต้อง หรือได้รับข้อมูลผิดพลาด ดังนั้นพยาบาลจึงควรตระหนักถึงความสำคัญของ บทบาทในการให้ความรู้หรือการสอนผู้ป่วย ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลให้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าการศึกษารังนี้จะพบว่าบางปัจจัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยอย่าง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่สามารถร่วมทำนุสุขภาพอนามัยได้ แต่ในทางปฏิบัติ ก็ยังจำเป็นต้องนำปัจจัยเหล่านั้น เข้ามาพิจารณาในการวางแผนการพยาบาล และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ดี เพราะในผู้ป่วยกลุ่มอื่นปัจจัยเหล่านี้ อาจมีผลแตกต่างกัน ออกไป ซึ่งล้วนเป็นส่วนประกอบที่ทำให้เกิดความแตกต่างขึ้นในแต่ละบุคคล ซึ่งจะมีผลให้ พฤติกรรมสุขภาพอนามัยแตกต่างกัน

สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรค กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวีที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคตับอักเสบของโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และคลินิกโรคระบบทางเดินอาหารของโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลรามคำแหง และวชิรพยาบาล ระหว่างวันที่ 13 มิถุนายน พ.ศ. 2532 ถึงวันที่ 3 สิงหาคม พ.ศ. 2532 จำนวน 123 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรค และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพอนามัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS^x

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุอยู่ระหว่าง 21-40 ปี สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาระดับอุดมศึกษาหรือสูงกว่า อาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ รายได้ของครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 6,000 บาท ระยะเวลาในการรักษามากกว่า 2 ปี ระยะโรคอยู่ในระยะเรื้อรัง ไม่เคยมีประสบการณ์ในการเข้ารับการรักษาโรคในโรงพยาบาล
2. ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
3. ความรู้เกี่ยวกับโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
4. ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ และระยะเวลาในการรักษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, .01, .001 และ .01 ตามลำดับ

เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะของโรค และประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาโรคในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยอย่างไรมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. ระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับโรค และฐานะทางเศรษฐกิจสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายพฤติกรรมสุขภาพอนามัยได้ร้อยละ 34.32

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านการพยาบาล

1.1 พยาบาลในฐานะผู้ให้บริการ ควรมีการประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยด้านการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับโรค และฐานะทางเศรษฐกิจ โดยหาแนวทางเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง และกลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับความช่วยเหลือเป็นอย่างยิ่ง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ และรายได้น้อย ซึ่งจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคน้อยและมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยไม่ถูกต้องด้วย

1.2 จัดหน่วยบริการให้คำแนะนำ และความรู้เกี่ยวกับโรค ตลอดจนการมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมสุขภาพอนามัยอยู่ระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ ทั้งที่กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาสูงและมีฐานะทางเศรษฐกิจดี โดยเห็นความรู้เกี่ยวกับการทำลายเชื้อเอชไอวี และการแพร่กระจายของโรค ตลอดจนการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการแสดงของโรค เช่นการพักผ่อนที่เพียงพอ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย เป็นต้น และเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยนั้น เห็นเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอาการทุเลาแล้วมักคิดว่าตนเองหายจากการเจ็บป่วยจึงมีผลทำให้ละเลยสุขภาพของตนเองได้ นอกจากนี้ควรให้คำแนะนำหรือเผยแพร่ความรู้ให้กับกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เพื่อจะได้ทราบแนวทางในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และลดอัตราการติดเชื้อของประชากรทั่วไปได้

1.3 ควรจัดให้มีการติดตามและประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยเป็นระยะ เพื่อจะได้ทราบปัญหาหรือปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพอนามัย และสามารถปฏิบัติพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

2. ด้านการบริหาร

2.1 ควรจัดอบรมเพิ่มพูนความรู้เรื่องโรค และพฤติกรรมสุขภาพอนามัยเกี่ยวกับโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี แก่บุคลากรพยาบาล เพื่อจะได้ตระหนักถึงความสำคัญของความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมสุขภาพอนามัย ตลอดจนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมแบบสุขภาพอนามัย เพื่อบุคลากรพยาบาลจะได้มีความสามารถในการประเมินปัญหาผู้ป่วย ได้ถูกต้องและครอบคลุม

2.2 ควรจัดให้มีคลินิกเฉพาะโรคตับอักเสบ เพื่อจะได้มีการเห็นและชี้เฉพาะในการตรวจรักษาเฉพาะโรคมายิ่งขึ้น เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในคลินิกเฉพาะโรคมีความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมสุขภาพอนามัยดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคทั่วไป

3. ด้านการศึกษา

ในการจัดการเรียนการสอนแก่นักศึกษาพยาบาล ควรเน้นให้ผู้เรียนตระหนักถึงมโนทัศน์ของพฤติกรรมสุขภาพอนามัยในการดูแลสุขภาพตนเอง และการป้องกันการแพร่กระจายของโรค ตลอดจนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย เช่น ระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับโรคและฐานะทางเศรษฐกิจ เพื่อจะได้นำไปใช้เป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล วางแผนการพยาบาล และปฏิบัติพยาบาลต่อไปได้อย่างเหมาะสม

4. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องต่อไปนี้

4.1 เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เห็นเพียงการวิจัยเบื้องต้น จึงควรมีการวิจัยซ้ำในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ และมีการกระจายของข้อมูลทางด้านประชากรกว้างมากขึ้น นอกจากนี้ควรมีการศึกษาในประเด็นเดียวกันกับกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชบีวี

4.2 การศึกษาผลของการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี

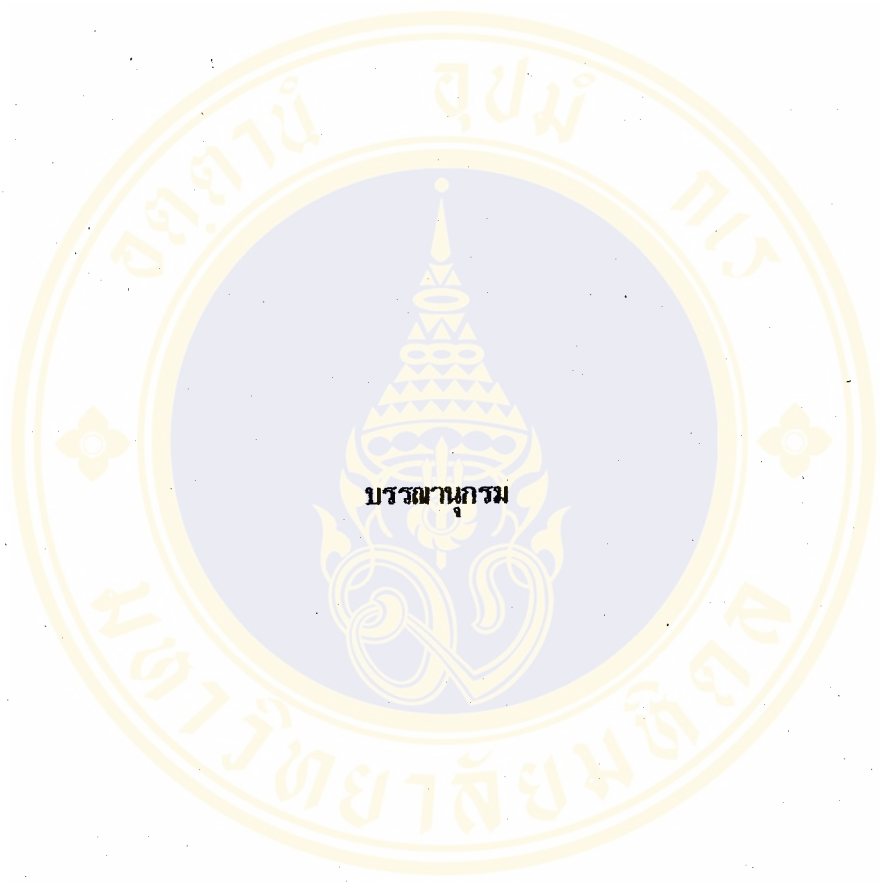
4.3 การศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพอนามัย เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด การสนับสนุนจากสังคม และการปรับตัวของผู้ป่วยโรคตับจากเชื้อเอชบีวี

ข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะ เป็น เอกพันธ์ซึ่งอาจทำให้ข้อสรุปของการศึกษานี้ ไม่ครอบคลุม

2. ลักษณะข้อคำถามของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพอนามัย มีเนื้อหาที่คล้ายคลึงกัน ฉะนั้นจึงอาจเป็นการวัดในเรื่องเดียวกัน และทำให้ค่าความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นสูง





บรรณานุกรม

- กองระบาศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการ
เฝ้าระวังโรค 2529. : กรุงเทพมหานคร. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหาร
ผ่านศึก, 2531.
- กมลรัตน์ หล้าสุวงษ์. จิตวิทยาการศึกษา. ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2524.
- กรองกาญจน์ ศิริภักดี. การศึกษาภาวะเสี่ยงและความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติกับการ
ปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์ในหญิงที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- จันทพงษ์ ละเอียด. ไวรัสตับอักเสบ บี และการฉีดวัคซีนป้องกัน. กรุงเทพมหานคร :
โรงพิมพ์อักษรสมัย, 2531.
- จันทพงษ์ ละเอียด และ ประเสริฐ ทองเจริญ. คู่มือไวรัสวิทยา. กรุงเทพมหานคร :
โรงพิมพ์อักษรสมัย, 2521.
- จันทพงษ์ ละเอียด และ ประเสริฐ ทองเจริญ. ไวรัสตับอักเสบในประเทศไทย.
กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรสมัย, 2526.
- จรรยา สุวรรณทัต. ความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็ก. เอกสารการสอน
ชุดวิชาการพัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดู หน้าที่ 8 - 15 สาขาวิชา
คหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพมหานคร :
โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2527.
- จรินทร์ ชานีรัตน์. ปทานุกรมศึกษา. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัย
รามคำแหง, 2518.
- ชุมศักดิ์ พฤษยาพงษ์. สถานการณ์รอบโลกของโรคตับอักเสบจากไวรัส บี. ไกล่หมอ.
กรุงเทพมหานคร 11 (พฤษภาคม 2530) : 26 - 27.
- ชูศรี เตชะเพชรไพบูลย์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับ
อักเสบ บี. วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

- ชูศรี วงศ์รัตน์. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์และ
ทำปกเจริญผล, 2525.
- เต็มชัย ไชยนิติ. โรคตับและทางเดินน้ำดี. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์กรุงเทพ
เวชสาร, 2529.
- เต็มชัย ไชยนิติ. ไวรัสตับอักเสบและการป้องกัน. กรุงเทพมหานคร,
ศุภานิชการพิมพ์, 2532.
- นิตยา ภาสุนท์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการ
ดูแลตนเอง กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์.
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.
- นวลจันทร์ เครือวณิช. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรค
และการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษา
ของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลอาศรัยศาสตร์ ศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล, 2531.
- ประคอง อินทรสมบัติ. " การพยาบาลผู้ป่วยตับอักเสบจากเชื้อไวรัส " ใน การพยาบาล
ทางอาศรัยศาสตร์ เล่ม 1. หน้า 193 - 212. สมจิต หนูเจริญกุล,
บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : บริษัท เอเชียเพรส จำกัด, 2531.
- ประพันธ์ ภาณุภาค และคณะ. Symposium on Hepatitis. กรุงเทพมหานคร :
สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2529.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทัศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย.
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : Medipress, 2529.
- ประเสริฐ ทองเจริญ. ตับอักเสบจากไวรัส. กรุงเทพมหานคร : บริษัท เมดาร์ท จำกัด,
2528.
- นิพนธ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, อรัญญา บุรณัน. การดูแลสุขภาพ
ตนเอง ทัศนคติทางสังคมวัฒนธรรม. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แสงแดด,
2530.

พรศรี ศรีอัญญาพร และ ชูดี วัฒนานนท์ (บรรณาธิการ). สถิติและการวิจัยเบื้องต้น.

กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สามเจริญพานิช, 2529.

นางพยอม การวิทยุ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอาชีวศาสตร์ ศัลยศาสตร์. วิทยาลัยพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. 2526.

ไพรัช ดีสุจริต. ระบาดวิทยาของการติดเชื้อไวรัส บี. ประสพการณ์จากทั่วโลก ไวรัส

ตับอักเสบ บี แนวทางวิจัยและกลวิธีหลักในการควบคุม. พิมพ์ครั้งที่ 1.

กรุงเทพมหานคร : Medipress, 2529.

เฟื่องเพชร เกียรติเสวี. ตับอักเสบจากไวรัสสมีน. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์กรุงเทพ
เวชสาร, 2529.

มัลลิกา มัติโก. " แนวความคิดในการพัฒนาการของการดูแลสุขภาพตนเอง "

ใน การดูแลสุขภาพตนเอง : ทักษะทางสังคมวัฒนธรรม. หน้า 1 - 24 พิมพ์ด้วย
ปริตาสวัสดิ์, เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ และ อัญญา บุรณนท์. บรรณาธิการ.

กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แสงแดด, 2530.

ยุพิน จันทร์คคะ. " การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ " ใน สถิติและการวิจัยเบื้องต้น.

หน้า 122. พรศรี ศรีอัญญาพร และ ชูดี วัฒนานนท์, บรรณาธิการ

กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สยามเจริญพานิช, 2529.

ชูดี ฤาชา และคณะ. คู่มือวิจัยทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์และ

ทำปกเจริญผล, 2526.

วิเชียร เกตุสิงห์. สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร :

กองวัดผลการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2522.

ศศิมา ศรีธาวงค์สกุล. การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่อ. กรุงเทพมหานคร :

ภาควิชาการพยาบาลอาชีวศาสตร์ และจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล,

2527.

สาธารณสุข. กระทรวง. กรมการแพทย์. โรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย, 2522.

สุชา จันท์เอม. จิตวิทยาสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช,

2524.

- สุธีรา อายุวัฒน์. ความเชื่อและการเจ็บป่วย. พิมพ์ครั้งที่ 2. สมุทรปราการ :
ห้างหุ้นส่วนจำกัดบริษัทวิชาการพิมพ์, 2527.
- สุภาภรณ์ ดวงแสง. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการดูแลตนเอง
ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีจัดของเสียทางเย็บช่องท้องด้วยตนเอง.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอาชีวศาสตร์
สัตยศาสตร์. ภัคดีวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- สุรพงษ์ อัมพันธ์. "ชีวิตและสุขภาพ". หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ. 15 (มกราคม 2532)
: 15.
- สุรศักดิ์ ฐานพานิชสกุล. "ไวรัสตับอักเสบ บี ในสตรีตั้งครรภ์". วารสารสาธารณสุขศาสตร์.
18 (กันยายน 2531) : 54 - 59.
- สมจิต วัฒนชชากุล. สถิติวิเคราะห์เบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ประกายเพชร,
2524.
- โสฬรธรรม โปะทะชะ. การศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ความเชื่อด้านสุขภาพ
กับการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในสตรีที่มีอาชีพและระดับการศึกษาต่างกัน.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. ภัคดีวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมปฏิบัติ
ตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร-
มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. ภัคดีวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- อรุวรรณ ปราสาทสุวรรณและคณะ. "ประสิทธิผลของการให้คำแนะนำตามแบบแผนความเชื่อ
ด้านสุขภาพแก่มารดาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ." วารสารพยาบาล. 1 (มกราคม-
มีนาคม 2532): 7-18.
- เอกชัย หิยาประเสริฐสิทธิ. สถิติที่ไม่ใช่พารามิเตอร์. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัย
ธรรมศาสตร์, 2516.
- อรุษา เทพวิสัย. "ไวรัสตับอักเสบ บี ในสตรีตั้งครรภ์" ใน สถิติศาสตร์รามธิบดี.
หน้า 457 - 500. กำแพง จาตุรงจินดา และคณะ, บรรณาธิการ.
กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์เมดิคัลมีเดีย, 2530.

- Annette Lankshear. "Hepatitis B - a nursing problem."
Nursing Time. 8 (January 1986) : 40 - 41.
- Becker, M.H. "The Health Belief Model and Sick Role Behavior."
In The Health Belief Model and Personal Health Behavior.
New Jersey : Charles B. Slack, Inc. 1974.
- Becker, M.H., et al. "Compliance with a Medical Regimen for
Asthma : a Test of the Health Belief Model." Journal
of Public Health Reports. 93 (July - August 1978)
: 268 - 277.
- Becker, M.H. & Maiman, L.A. "Sociobehavioral Determinants of
Compliance with Health and Medical care Recommendations "
Medical Care. 13 (January 1975) : 10 - 24.
- Becker, M.H., Haefner, D.P., Maiman, L.A., Kirscht, J.P. & Drachman
R.H. "The Health Belief Model and Prediction of Dietary
Compliance : A Field Experiment." Journal of Health and
Social Behavior. 18 (December 1977) : 348 - 366.
- Becker, M.H., Haefner, D.P., Kasl S.V., Kirscht, J.P., Maiman, L.A.
& Rosenstock, I.M. "Selected Psychosocial Models and
Correlates of Individual Health - Related Behaviors."
Medical Care. 15 (May 1977) : 27 - 46.
- Blackwell, B. "Drug therapy : Patient Compliance." New England
Journal of Medicine. 289 (April 1973): 249-252.
- Blanche Mikhail. "The Health Belief Model : a Review and Critical
Evaluation of the model, Research and Practice." Advances
in Nursing Science. ____ (October 1981) : 65 - 80.
- Bloom, B.S., Madaus, G.F. & Hastings, J.T. Evaluation to Improve
Learning. New York : Mc Graw Hill Book Company, 1971.

- Bodenheimer, HC.Tr., Fulton JP. & Kramer PD. Acceptance of Hepatitis B Vaccine Among Hospital workers. " Am J Public Health. 76 (1986) : 252 - 255.
- Bonnar, J., Goldberg, A. and Smith, J.A. "Do Pregnancy Women take Their Iron?." The Lancet. 1 (March 1967): 457-458.
- Brown, J.P.& Mc Greedy, M. " The Hale Elderly : Health Behavior and it's Correlates." Research in Nursing & Health. 9 (December 1986) : 317 - 329.
- Brunner, L.S. Textbook of Medical Surgical Nursing. J.B.Lippincott Company : Philadelphia, 1988.
- Carolyn, M. & Ada, S.H. " Theoretical Model Testing to Identify Personality Variables Effecting Preventive Behaviors." Nursing Research. 35 (January / February 1986) : 19 - 23.
- Catherine, Sadler. " Does Nursing run Your Health." Nursing Time. 83 (December 1987) : 25.
- Charnney, Even.,et al. " How well Do Patients Take Oral Penicillin : A Collaborative Study in Private Practice." Pediatrics. 40 (August 1967) : 188 - 195.
- Cockerham, W.C. Medical Sociology. 2nd ed. New Jersey : Englewood Cliffs: Prentice-Hall Inc., 1982.
- Darrow, W.W. & Pauli, M.L. " Health Behavior and Sexually Transmitted Disease. " In Sexually Transmitted Disease. pp. 65 - 72. Edited by J.J. Brehm & M. Schwarz. New York : Mc Graw - Hill Book Company, 1984.
- Davis, M.S. " Variations in Patients Compliance With Doctor's Advice : An Empirical Analysis of Communication." American Journal of Public Health. 58 (March - April 1968) : 274 - 288.

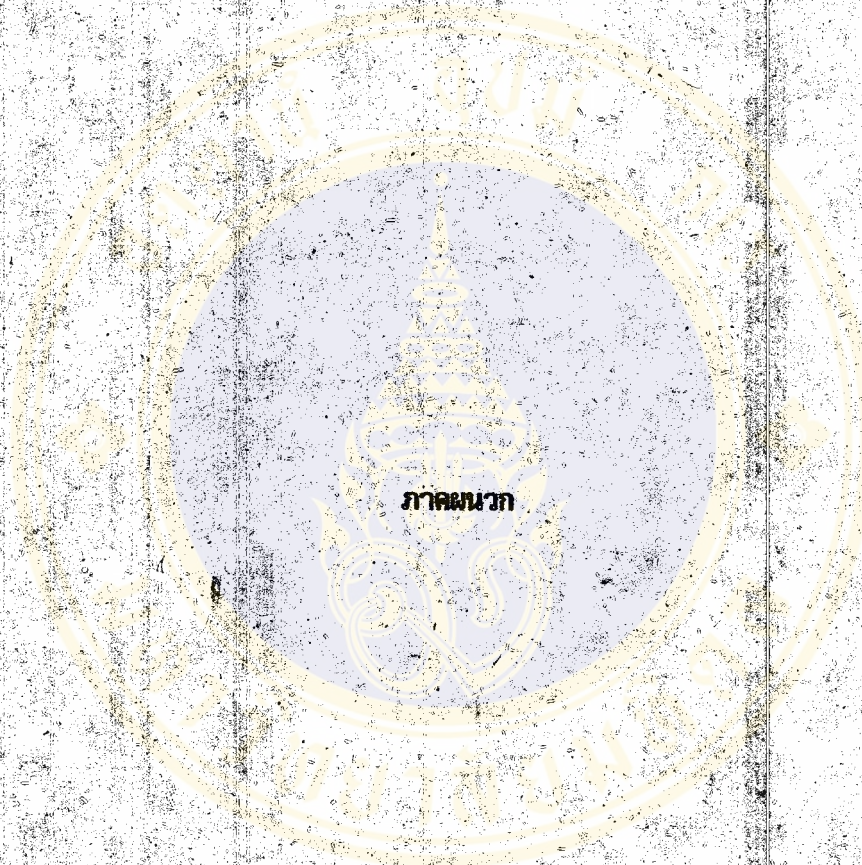
- DE Pastino, E.P. A Test of Health Belief Model : A Comparison of The Relationship between Health belief and Breast self Examination Behavior among Oncology Nurse and non oncology Nurse. Disertation Abstract International. 44 (February 1984) : 2381 B.
- Dian Hellenbrand. "An Analysis of Compliance Behavior: A Response to Powerlessness." Coping with Chronic Illness : Overcoming Powerlessness. Philadelphia : F.A. Davis, 1983.
- Dodd, M.J. " Self - Care for Side effect of Cancer Chemotherapy - Part I." Cancer Nursing. 5 (1982) : 477.
- Farncis, V., Koroch, B.M. & Morris, J.J. " Gaps in Doctor - Patient Communication : Patients Response to Medical Advice." The New England Journal of Medicine. 280 (March 1969) : 535 - 540.
- Good, C.V. Dictionary of Education. New York : Mc Graw - Hill Book Co., 1973.
- Grady, G.F. " Hepatitis B Immunity in Hospital Staff Targeted for Vaccination." JAMA. 248 (1982) 2266 - 2269.
- Haefner, D.P. & Kirscht, J.P. " Motivational and Behavioral Effect of Modifying Health belief." Public Health Report. (June 1970) : 478 - 483.
- Hadler, S.C., et al. "Occupational Risk of Hepatitis B Infection in Hospital Worker." Infection control. 6(January 1985): 24-31.
- Hallal, J.C. " The Relationship of Health Beliefs, Health Locus of Control and Self Concept to The Practice of Breast Self - Examination in Adult Women." Nursing Research. 31 (May - June 1982) : 137 - 141.

- Hart, C.A. "Prevention of Hepatitis B Infection." Journal of Infection Control Nursing. 4 (May 1983) : 46
- Hershey, John.D. et al. "Patient Compliance with Antihypertensive Medication." American Journal of Public Health. 70 (October 1980) : 1081 - 1089.
- Ho - Yen, D.O., et al. "Nursing Knowledge of Hepatitis B Infection." Journal of Advanced Nursing. 10 (October 1985) : 169 - 172.
- Hubbard, P. Muhlenkamp, A.F. & Brown, N. "The Relationship Between Social Support and Self - Care Practice." Nursing Research. 33 (September - October 1984) : 266 - 269.
- Joseph, L.S. "Self-Care and the Nursing Process." The Nursing Clinics of North America. 18 (March 1980): 131-143.
- Jovanovich, J.F., Saravolatz, L.D. & Arking, L.M. "The Risk of Hepatitis B Among Select Employee Groups in an Urban Hospital." JAMA. 250 (1983) : 1893 - 1894.
- Judith, Vargo. "Viral Hepatitis : How to Protect Patients and Your Health." RN. (July 1984) : 22 - 29.
- King, J. "The Health Belief Model." Nursing Time. 80 (24 October 1984) : 53 - 55.
- Kirscht, John P. "The Health Belief Model and Behavior." Health Education Monograph. 3 (Winter 1974) : 387 - 405.
- Klimek, Josep. J., et al. "A Multi Hospital Hepatitis B Vaccine Program : Prevalence of Antibody and Acceptance of Vaccination Among High - Risk Hospital Employee." Infection Control. 6 (January 1985) : 32 - 34.

- Laslie, R. Grosser. " Health Belief Model Aids Understanding of Patient Behavior." AORN Journal. 35 (May 1982) : 1056 - 1059.
- Luckman, J. & Sorensen, K.C. Medical Surgical Nursing : A Psychophysiologic Approach. 2nd ed. Philadelphia : W.B. Saunder Company, 1980.
- Maiman, L.A. & Becker, H.M. " The Health Belief Model : Origins and Correlates." In The Health Belief Model and Personal Health Behavior. pp. 9 - 25. Edited by M.H. Becker. New Jersey : Charle B.Slack, Inc., 1974.
- Maiman L.A., Becker, M.H., Kirscht J.P., Haefner D.P. & Drachman R.H. " Scale for Measuring Health Belief Model Dimensions : A Test of Predictive Value, Internal Consistency, and Relationships Among Beliefs." Health Education Monographs. 5 (1977) : 215 - 230.
- Margaret, Brookbanks. " Controlling and Epidemic." Nursing Time. 83 (September 1987) : 38 - 48.
- Marston, M.V. "Compliance with medical regimen: A review of the literature." Nursing Research. 19 (July-August 1970): 312-321.
- Mc Donald. & Murray. " Cause for Concern." Nursing Time. 21 (March 1984) ; 46 - 47.
- Nei, Nerman H., et al. SPSS : Statistical Package for The Soical Science. New York : Mc Graw - Hill Book Company 1975.
- Noris, C.M. " Self Care." American Journal of Nursing. 79 (March 1989) : 486 - 489.
- Orem, D.E. Nursing : Concepts of Practice. New York : Mc Graw - Hill Book Company, 1971.

- Orem, D.E. Nursing : Concepts of Practice. 2nd ed. New York :
Mc Grew - Hill Book Company, 1980.
- Phipps, W.J., Long, B.C. & Woods, N.F. Medical - Surgical Nursing.
2nd. ed. Saint Louis : C.V. Mosby, 1983.
- Rokeach, M. Belief Attitude and Value. San Francisco : Jossey Bass
Inc., 1970.
- Rosenstock, I.M. " Historical Origins of The Health Belief Model."
In The Health Belief Model and Personal Health Behavior.
pp. 1 - 9 Edited by M.H. Becker. New Jersey : Charles
B. Slack, Inc., 1974.
- Ruth, Davidhizar. " Critique of The Health Belief Model."
Journal of Advanced Nursing. 8 (1983) : 467 - 472.
- Ruth, W.C. The Self Concept : A Review of Methodological
Consideration and Measuring Instrument. London:
University of Newbraska Press, 1974.
- Schlueter, L.A. "Knowledge and belief about breast cancer and breast
self examination among athletic and nonathletic women."
Nursing Research. 31 (November-December 1982): 345-361.
- Shanson, David B., et al. " The Risk of Transmission of The
HTLV - III and Hepatitis B Virus in Hospital." :
Infection Control. 7 (February 1986) : 128 - 132.
- Stanislav, V. Kasl. & Sidney, Cobb. Health Behavior, Illness
Behavior and Sick Role Behavior : I. Health and Illness
Behavior. In Cancer, Diet and Nutrition : A Comprehensive
Sourcebook. pp 528 - 542 Edited by Greenwald Peter.
Chicaco : Marquis Who's Who Inc, 1985.
- Symington, J. " Hepatitis B and Avoidable Hazard ?." Nursing Time
Nursing Mirror. 83 (September 1987) : 50 - 51.

- Tagliacozzo, D.M. & Ima, K. " Knowledge of Illness as a Predictor of Behavior." Journal of Chronic Disease. 22 (November 1970) : 765 - 775.
- Thomas, W. Hijeck. " The Health Belief Model and Cardiac Rehabilitation." Nursing Clinics of North America. 19 (September 1984) : 449 - 457.
- Tirrel, B.E. & Hart, L.K. " The Relationship of Health Beliefs and Knowledge to Exercise Compliance in Patient After Coronary Bypass." Heart & Lung. 9 (May - June 1980) : 487 - 493.
- Turnbull, E.M. "Effect of basic preventive health practices and mass media on the practice of breast self examination." Nursing Research. 27 (March-April 1978): 98-102.
- Valerie, K. Walsh. " Health Beliefs and Practices of Runners Versus non Runners." Nursing Research. 34 (November - December 1985) : 353 - 355.
- Victoria, L.C. " Instrument Development for Health Belief Model Constructs." Advances in Nursing Science. 6 (April 1984) : 73 - 85.
- Wendy, F., Margaret, M. & John, M. " Prevention is Better Than Care." Nursing Time. 4 (March 1987) : 35 -36.



ภาคผนวก



ภาคนวท ก

การเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรค
และพฤติกรรมสุขภาพอนามัยในกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในคลินิก
โรคตับอักเสบ กับคลินิกโรคระบบทางเดินอาหาร

เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรค และพฤติกรรมสุขภาพอนามัยในกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคตับอักเสบ กับคลินิกโรกระบบทางเดินอาหาร ดังแสดงในตาราง ก

ตาราง ก เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรค กับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอนามัยในกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคตับอักเสบ กับคลินิกโรกระบบทางเดินอาหาร

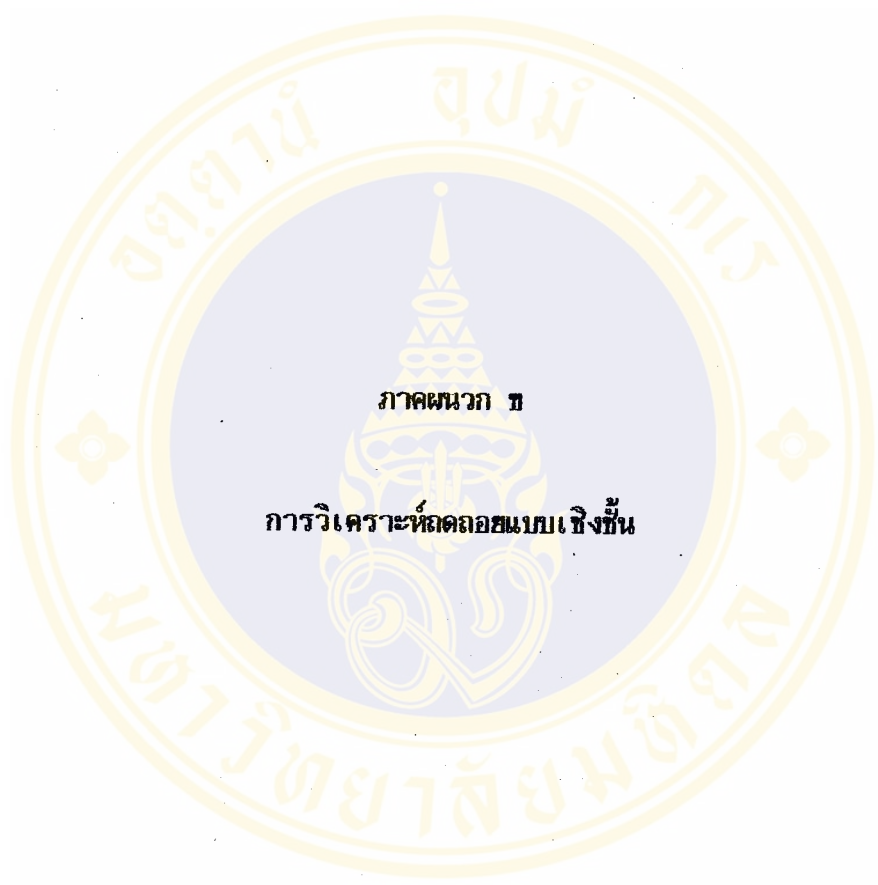
ปัจจัย	คลินิกโรคตับอักเสบ ($N_1 = 81$)		คลินิกโรกระบบทางเดินอาหาร ($N_2 = 42$)		t
	\bar{X}_1	S.D.	\bar{X}_2	S.D.	
	ความเชื่อด้านสุขภาพ	117.20	10.22	118.57	
ความรู้เกี่ยวกับโรค	16.60	3.89	14.12	3.71	.001 ^{**}
พฤติกรรมสุขภาพอนามัย	78.32	9.27	72.45	11.09	.001 ^{**}

* $P < .01$

** $P < .001$

NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคตับอักเสบมีความรู้เกี่ยวกับโรค และพฤติกรรมสุขภาพอนามัยสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคทางเดินอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพก็มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ



การวิเคราะห์ถดถอยแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression)

เพื่อศึกษาอิทธิพลของตัวทำนาย

ตารางที่ ๒ อิทธิพลของเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการรักษา ระยะของโรค ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาโรค ในโรงพยาบาล ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรค กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย

ตัวแปร	Step enter	R	R ²	R ² Change	B	t
อายุ	1	.00	.00	.00 ^{NS}	-.18	.04 ^{NS}
สถานภาพสมรส	2	.01	.00	.00 ^{NS}	.07	.40 ^{NS}
ประสิทธิภาพ	3	.10	.01	.01 ^{NS}	.05	.50 ^{NS}
ความเชื่อด้านสุขภาพ	4	.11	.01	.00 ^{NS}	.07	.41 ^{NS}
ระยะของโรค	5	.11	.01	.00 ^{NS}	-.18	.04 ^{NS}
เพศ	6	.16	.02	.02 ^{NS}	.05	.57 ^{NS}
ระยะเวลา	7	.34	.11	.09 ^{**}	.12	.21 ^{NS}
อาชีพ	8	.38	.15	.04 ^{NS}	.08	.32 ^{NS}
ความรู้เกี่ยวกับโรค	9	.46	.21	.06 [*]	.22	.01 [*]
ฐานะทางเศรษฐกิจ	10	.59	.35	.14 ^{***}	.31	.001 ^{**}
ระดับการศึกษา	11	.63	.40	.05 [*]	.32	.002 [*]

Overall F = 6.68^{***}

*** P < .000, ** P < .001, * P < .01, NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ ๒ พบว่าตัวทำนายที่สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมสุขภาพอนามัยได้มี 3 ตัว คือ ความรู้เกี่ยวกับโรค ฐานะทางเศรษฐกิจ และระดับการศึกษา ซึ่งแต่ละตัวสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมสุขภาพอนามัยได้ร้อยละ 6, 14 และ 5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, .001 และ .01 ตามลำดับ ตัวทำนายทั้งหมดสามารถอธิบายการผันแปรของพฤติกรรมสุขภาพอนามัยได้ร้อยละ 40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000



ภาคผนวก ค
การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ
ความรู้เกี่ยวกับโรค และข้อมูลส่วนบุคคล กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย
ในการดูแลตนเอง และการป้องกันการแพร่กระจายของโรค

ภาคผนวก ค

การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรค และข้อมูลส่วนบุคคล กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยในการดูแลตนเอง และการป้องกันการแพร่กระจายของโรค

ตาราง ค แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคและข้อมูลส่วนบุคคล กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยในการดูแลตนเอง และการป้องกันการแพร่กระจายของโรค

ตัวแปร	การดูแลตนเอง	การป้องกันการแพร่กระจายของโรค
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
ความเชื่อด้านสุขภาพ	-.096 ^{NS}	.143 ^{NS}
ความรู้เกี่ยวกับโรค	.222 [*]	.419 ^{**}
เพศ	-.103 ^{NS}	-.119 ^{NS}
อายุ	-.029 ^{NS}	.35 ^{NS}
สถานภาพสมรส	-.019 ^{NS}	-.003 ^{NS}
ระดับการศึกษา	.364 ^{**}	.444 ^{**}
อาชีพ	.198 ^{NS}	.216 [*]
ฐานะทางเศรษฐกิจ	.284 ^{**}	.363 ^{**}
ระยะเวลาในการรักษา	.123 ^{NS}	.303 ^{**}
ระยะของโรค	-.075 ^{NS}	.063 ^{NS}
ประสบการณ์ในการเข้ารับการ		
รักษาโรคในโรงพยาบาล	.118 ^{NS}	.055 ^{NS}

* P < .05

** P < .01

NS = ไม่มีนัยสำคัญ

จากตาราง ค พบว่า 1. ความรู้เกี่ยวกับโรค ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยในการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, .001 และ .001 ตามลำดับ ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาในการรักษา ระยะของโรค และประสบการณ์ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยในการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ความรู้เกี่ยวกับโรค ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการรักษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยในการป้องกันการแพร่กระจายของโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, .001, .01, .001 และ .001 ตามลำดับ ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะของโรค และประสบการณ์ในการเข้ารับการรักษาโรคในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยในการแพร่กระจายของโรคอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจความเที่ยงตรงแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรค และพฤติกรรมสุขภาพ
 อนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี

1. ศาสตราจารย์ นายแพทย์เต็มชัย ไชยสวัสดิ์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจันทร์เพ็ญ วะลี ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รองศาสตราจารย์ ดร. ประภาณี สุวรรณ ภาควิชาสูติศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
5. อาจารย์ คัดนางค์ นาคสวัสดิ์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
6. คุณนวลศรี ประดับพงษ์ แผนกการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล
7. คุณจงจิต เสน่หา แผนกการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย
โรคตับอักเสบ จากเชื้อเอชบีวี

1. รองศาสตราจารย์ ดร. ประภา เจริญ สุวรรณ ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ ภาควิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทัดนา บุญทอง ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล ภาควิชาสูติ-นรีเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เจริญศรี ระเบียบ ภาควิชาการพยาบาลศัลยกรรมศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
6. รองศาสตราจารย์ ฟาริดา อิบราฮิม ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
7. รองศาสตราจารย์ เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก จ

แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว

ตัวอย่างแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี

ตัวอย่างแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคตับอักเสบจากเชื้อเอชบีวี

และจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบในแต่ละข้อ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

พฤษภาคม พ.ศ. 2532

เรื่อง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เรียน ท่านผู้ตอบแบบสอบถาม

ด้วยข้าพเจ้า นางสาวดี สุวรรณาคะ นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาล) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับโรค กับพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี." ท่านเป็นบุคคลที่สำคัญยิ่งในการให้ข้อมูลครั้งนี้ จึงใคร่ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม คำตอบที่ได้จากท่านผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ และจะไม่มีผลต่อท่านทั้งทางตรงและทางอ้อม แต่จะสรุปผลการศึกษาซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อส่วนรวม ในการปรับปรุงการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี. ต่อไป

หวังในความกรุณาของท่าน และขอขอบคุณที่ท่านให้ความร่วมมือเป็นอย่างดียิ่งมา ณ โอกาสนี้

(นางสาวดี สุวรรณาคะ)

นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลอาชีวศาสตร์-สัตวศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่แบบสอบถาม _____

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

แบบสอบถาม

ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี. และ พฤติกรรมสุขภาพอนามัยสำหรับผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี.

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว

คำชี้แจง จงขีดเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หรือเติมคำในช่องว่างหน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง

- | | | | | |
|---------|-----|---------------|-----|----------|
| 1. เพศ | () | ชาย | () | หญิง |
| 2. อายุ | () | ต่ำกว่า 20 ปี | () | 21-30 ปี |
| | () | 31-40 ปี | () | 41-50 ปี |
| | () | 51 ปีขึ้นไป | | |

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี.

คำชี้แจง แบบสอบถามในส่วนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามเกี่ยวกับการกระทำหรือการปฏิบัติด้านสุขภาพอนามัยของท่านซึ่งมี 2 ตอนคือ
ตอนที่ 1 เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติในการดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัย
ตอนที่ 2 เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายของโรคตับอักเสบบีจากเชื้อไวรัสอักเสบบี.

กรุณาพิจารณาว่า หลังจากที่ท่านเจ็บป่วยด้วยโรคตับอักเสบบีจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ท่านกระทำหรือปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง และการป้องกันการแพร่กระจายของโรคตับอักเสบบีจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี. มากน้อยเพียงใด โดยใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องความหมายเลขให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพียงข้อละ 1 คำตอบ โดยหมายเลขต่าง ๆ มีความหมายดังนี้

- หมายเลข 4 หมายถึง กิจกรรมนั้นปฏิบัติเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอทุกครั้งที่มีการ
กิจกรรม
หมายเลข 3 หมายถึง กิจกรรมนั้นปฏิบัติบ่อยหรือเกือบทุกครั้งที่มีการ
กิจกรรม
หมายเลข 2 หมายถึง กิจกรรมนั้นปฏิบัติน้อยหรือเป็นบางครั้ง
หมายเลข 1 หมายถึง กิจกรรมนั้น ไม่เคยปฏิบัติเลย
หมายเลข 0 หมายถึง ไม่มีเหตุการณ์หรือกิจกรรมนั้นเกิดขึ้น

ตัวอย่าง

ข้อความ		4	3	2	1
0	ท่านดื่มสุรา.....	...	✓

จากตัวอย่าง หมายความว่า ท่านดื่มสุราบ่อยครั้งหรือเกือบทุกครั้งที่ต้องการดื่มสุรา

พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี.

ข้อความ	4	3	2	1
ตอนที่ 1. การกระทำหรือการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัย				
1. ทำงพักผ่อนนอนหลับอย่างน้อยคืนละประมาณ 6-8 ชั่วโมง
2. ทำนออกกำลังกาศ เช่นเดินเล่น หรือบริหารร่างกายครั้งละประมาณ 20-30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง
.				
.				
.				
ตอนที่ 2. การกระทำหรือการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายของโรค				
21. ทำนแนะนำบุคคลในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดทำนไปรับการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี.
22. ทำนกระตุ้นนำบุคคลในครอบครัว หรือผู้ใกล้ชิดทำนที่ยังไม่มีภูมิคุ้มกันโรคตับอักเสบบีจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี. ให้ได้รับการฉีดวัคซีน
.				
.				
.				

ส่วนที่ 3 ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี.

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อของท่านเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี. โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและพิจารณาอย่างรอบคอบว่าท่านมีความคิดเห็นตรงกับคำตอบในช่องใดมากที่สุด แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องนั้นเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบทุกข้อ คำตอบในแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านอย่างมาก	ความรู้สึกนึกคิด
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่าน	ความรู้สึกนึกคิด
เฉย ๆ หรือไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านเฉย ๆ หรือไม่แน่ใจว่ามีความคิดเห็นหรือความเชื่ออย่างไรกับข้อความนั้น	ความรู้สึก
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่าน	ความรู้สึกนึกคิด
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านอย่างมาก	ความรู้สึกนึกคิด

ตัวอย่าง

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เฉย ๆ หรือไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
0 ผู้ใกล้ชิดรังเกียจฉัน เมื่อทราบว่าฉันเป็นโรคตับอักเสบบีจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี.	✓

จากตัวอย่าง หมายความว่า ท่านมีความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิด หรือความเชื่อที่ ผู้ใกล้ชิดรังเกียจท่าน เมื่อทราบว่าท่านเป็นโรคตับอักเสบบีจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี.

ความเชื่อด้านสุขภาพ

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างสิ้นเชิง	ไม่เห็นด้วย	เฉย ๆ หรือไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างสิ้นเชิง
1. ภาวะเสี่ยง					
1. ฉันจะไม่เป็นโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี. ถ้าฉันรู้จักวิธีป้องกันที่ถูกต้อง
2. ฉันมีสุขภาพไม่สมบูรณ์ ทำให้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี. ได้ง่าย
.					
.					
.					
2. ความรุนแรง					
7. อาการอ่อนเพลีย หรือคลื่นไส้ อาเจียนเพียงเล็กน้อยอาจเป็นอาการเริ่มต้นของโรคตับอักเสบอย่างรุนแรงได้
8. โรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี. สามารถรักษาให้หายขาดได้
.					
.					
.					
3. ประโยชน์					
13. การรักษาโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี. ให้ได้ผลดีต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และพยาบาลอย่างเคร่งครัด

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เฉย ๆ หรือ ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
4. แรงจูงใจ					
19. เมื่อทราบว่า เป็นโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี. หรือโรคใด ๆ ก็ตาม ฉันยินดีรับการรักษาคำแนะนำของแพทย์เสมอ					
20. ฉันชอบปฏิบัติในสิ่งที่ช่วยให้ฉันหายจากโรคเสมอ					
.					
.					
.					
5. ปัจจัยร่วม					
25. ทุกคนในครอบครัวและญาติมิตรสนับสนุนและช่วยเหลือให้ฉันไปรับการตรวจรักษาโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี					
26. ฉันไม่พอใจการมาตรวจตามนัดแต่ละครั้ง เพราะแพทย์ที่ตรวจไม่ใช่คนเดิม					
.					
.					
.					

ส่วนที่ 4 ความรู้เกี่ยวกับโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี.

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามความรู้ ความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับโรคตับอักเสบบีจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี. โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วพิจารณาอย่างรอบคอบว่าท่านมีความคิดเห็นตรงกับคำตอบในช่องใด ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องนั้นเพียงคำตอบเดียวและกรุณาตอบทุกข้อ เกณฑ์การเลือกตอบ มีดังนี้

ใช่ หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความนั้นถูกต้อง
 ไม่ใช่ หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความนั้นไม่ถูกต้อง
 ไม่ทราบ หมายถึง ท่านไม่ทราบว่าข้อความนั้นถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง

ตัวอย่าง

	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
0	อาการโรคอาจรุนแรงขึ้น หรือกลายเป็นชนิดเรื้อรังได้ ถ้าพักผ่อนไม่เพียงพอ	✓

จากตัวอย่าง หมายความว่า ท่านคิดว่าอาการของโรคอาจรุนแรงขึ้น หรือกลายเป็นชนิดเรื้อรังได้ ถ้าพักผ่อนไม่เพียงพอ นั้นถูกต้อง

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี. และจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบในแต่ละข้อ

ข้อความ	ตอบถูก	ตอบผิดหรือ ไม่ทราบ
	ร้อยละ	ร้อยละ
1. เชื้อไวรัสตับอักเสบ บี. ติดต่อกันได้จากร้านนม น้ำลาย และ น้ำอสุจิของผู้ที่มีเชื้อโรคอยู่ในร่างกาย	82.9	17.1
2. เชื้อไวรัสตับอักเสบ บี. เข้าสู่ร่างกายได้ทางผิวหนังที่มี บาดแผล หรือเชื้อเมือกของอวัยวะต่าง ๆ ที่สกปรก เช่น ช่องปาก ช่องคลอด เป็นต้น	71.5	28.5
3. ผู้ที่มีเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี. ในร่างกายสามารถแพร่เชื้อ ไปยังคนอื่นได้ตลอดเวลา แม้จะไม่มีอาการของโรค ...	73.2	26.8
4. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค ควรแยกเครื่อง ใช้ส่วนตัวของผู้ป่วย เช่น หวี แปรงสีฟัน มีดโกน ออกจากคนอื่น	87.8	12.2
5. การจับมือ นุดคอก หรือใช้ห้องน้ำร่วมกับผู้ที่เป็โรค ทำให้ ติดเชื้อโรคได้ง่าย	58.5	41.5
6. เชื้อไวรัสตับอักเสบ บี. สามารถมีชีวิตและแพร่เชื้อได้แม้ จะอยู่ในที่มีอุณหภูมิเย็นจัด	22.8	77.2
7. เชื้อไวรัสตับอักเสบ บี. ถูกฆ่าได้โดยการต้มในน้ำเดือด นาน 10 นาที	17.9	82.1
8. ผู้ที่ทำงานสงสัยว่ามีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี. ได้แก่ กลุ่มผู้ติดยาเสพติดโดยการฉีด	52.0	48.0
9. ผู้ป่วยที่หายจากโรคและมีภูมิต้านทานโรคแล้ว จะไม่เป็น โรคนี้อีก	52.0	48.0
10. ผู้ป่วยโรคตับแข็ง และมะเร็งตับบางคนอาจมีอาการตับ อักเสบเรื้อรังมาก่อน	75.6	24.4
11. ถ้ามีอาการเจ็บชายโครงขวา ปวดแน่นในท้อง มีไข้ ควรพบแพทย์ทันที	82.9	17.1
12. การดื่มน้ำมาก ๆ จะช่วยให้อาการตัวเหลืองทุเลาได้ ..	70.7	29.3

ข้อความ	ตอบถูก	ตอบผิดหรือไม่ทราบ
	ร้อยละ	ร้อยละ
13. ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะพักฟื้น ควรรับประทานอาหารจำพวกเนื้อสัตว์มาก ๆ	30.1	69.6
14. ผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี. สามารถรับประทานอาหารได้ทุกชนิด	39.0	61.0
15. ผู้ป่วยที่รู้สึกว่าคุณภาพตนเองแข็งแรงขึ้นสามารถดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ได้ตามต้องการ	83.7	16.3
16. ผู้ที่มีเชื้อไวรัสตับอักเสบบี. ต้องงดออกกำลังกายถึงกายตลอดไป	69.9	30.1
17. อาการของโรคอาจรุนแรงขึ้นหรือกลายเป็นชนิดเรื้อรังได้ถ้าพักผ่อนไม่เพียงพอ	85.4	14.6
18. การรับประทานยาบางชนิด เช่น ยาแก้ไอ แก้ปวดพาราเซตามอล ในระยะที่มีอาการตับอักเสบบจะเป็นอันตรายต่อตับได้.....	61.0	39.0
19. ผู้ป่วยที่รู้สึกว่าอาการเจ็บป่วยของตนทุเลาลง ไม่จำเป็นต้องมาตรวจตามแพทย์นัด	80.5	19.5
20. จุดมุ่งหมายของการมาตรวจตามแพทย์นัด คือ ติดตามดูอาการผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้	91.1	8.1
21. ปัจจุบันมียาที่ใช้รักษาโรคตับอักเสบบี. จากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี. ได้หายขาดแล้ว	39.8	60.2
22. วิธีป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี. วิธีหนึ่งคือการฉีดวัคซีนแก่ผู้ที่ไม่มีภูมิต้านทานโรค	86.2	13.8
23. การฉีดวัคซีนให้แม่ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี. ทำให้เชื้อที่มีอยู่ในร่างกายหมดไปได้	50.4	49.6
24. ถ้าขนาดแผลของบุคคลใดสัมผัสกับเลือดของผู้ป่วย บุคคลนั้นควรได้รับการตรวจเลือดและฉีดวัคซีนภายใน 24-48 ชั่วโมง	49.6	50.4
25. เชื้อไวรัสตับอักเสบบี. ติดต่อได้จากการร่วมเพศกับผู้ที่มีเชื้อ	76.4	23.6