บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านประชากรและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

1.1 ข้อมูลด้านประชากรของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคและข้อมูลของผู้ป่วยวัณโรค

กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคซึ่งเป็นผู้ดูแลอยู่ในครัวเรือนร่วมกับผู้ป่วย ในเขตเมืองและเขตชนบท เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายร้อยละ 70.0 และ 82.0 ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามอายุของผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคพบว่า ในเขตเมืองผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30 – 39 ปี ร้อยละ 24.0 รองลงมาอายุระหว่าง 20 – 29 ปี ร้อยละ 10.0 ส่วนในเขตชนบทพบว่าอายุของผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 60 – 69 ปีร้อยละ 32.0 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 40 – 49 ปี ร้อยละ 26.0 ตามลำดับ อาชีพในเขตเมืองส่วนใหญ่มีอาชีพ กรรมกรรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 40.0 รองลงมา ทำงานบ้าน ร้อยละ 26.0 ส่วนในเขตชนบทพบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้ป่วยจะทำงานบ้าน คิดเป็นร้อยละ 26.0 รองลงมามีอาชีพเกษตรกรและกรรมกรรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 20.0 รายได้ต่อเดือนของครอบครัวในเขตเมืองส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 4,500 บาท คิดเป็นร้อยละ 40.0 รองลงมามีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 2,501 – 3,500 บาทคิดเป็นร้อยละ 26.0 ในเขตชนบทส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 1,501 – 2,500 บาท คิดเป็นร้อยละ 26.0 รองลงมาอยู่ในช่วง 2,501 – 3,500 บาท ร้อยละ 22.0 ระดับการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองและเขตชนบทส่วนใหญ่เรียนจบชั้นประถมศึกษา มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 62.0 และ 56.0 รองลงมาคือไม่ได้เรียน ร้อยละ 20 และร้อยละ42 ตามลำดับ ครอบครัวผู้ป่วยวัณโรค (ผู้ดูแล)ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 78.0 และ 84.0 รองลงมาคือเป็นหม้าย ร้อยละ 12.0 และ 10.0 ตามลำดับ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองและเขตชนบทส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ34.0 และ 54.0 ตามลำดับ

ผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองและเขตชนบทส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ70.0 และ 66.0 เมื่อจำแนกตามอายุพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20 – 29 และ 30 – 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.0 และ 20.0 ตามลำดับ ขณะที่ป่วยทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทมีผู้มาเยี่ยมส่วนใหญ่จะมีผู้มาเยี่ยมคิดเป็นร้อยละ 26.0 และ 47.0 ตามลำดับ ผู้ที่มาเยี่ยมผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็น

ญาติพี่น้องคิดเป็นร้อยละ 52.0 และ 64.0 ตามลำดับ ในระหว่างที่ทำการรักษาการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลนอกครอบครัวของผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมือง ส่วนใหญ่จะไม่ได้รับการช่วยเหลือคิดเป็นร้อยละ 76.0 ได้รับการช่วยเหลือร้อยละ 24.0 ส่วนในชนบทส่วนใหญ่จะได้รับการช่วยเหลือคิดเป็นร้อยละ 68.0 ไม่ได้รับการช่วยเหลือ 32.0 การได้รับความช่วยเหลือทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทส่วนใหญ่เป็นกำลังใจ คิดเป็นร้อยละ 16.0 และ 38.0 รองลงมาเป็นเงินค่าใช้จ่ายร้อยละ 6.0 และอาหารร้อยละ 20.0 ตามลำดับ ความรู้สึกของผู้ป่วยกับการเจ็บป่วยด้วยวัณโรคทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทส่วนใหญ่มีความกังวลกลัวจะไม่หาย คิดเป็นร้อยละ 66.0 และ 54.0 รองลงมามีความรู้สึกเฉยๆร้อยละ 12.0 และ 18.0 ตามลำดับ ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการที่มีญาติหรือบุคคลในครอบครัวมาดูแลในการเจ็บป่วยทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทส่วนใหญ่มีความรู้สึกดีใจ คิดเป็นร้อยละ 92.0 และ 96.0 รองลงมามีความรู้สึกเกรงใจร้อยละ4.0

1.2 ข้อมูลด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยวัณโรค

ครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมือง ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านในเขตสุขาภิบาลที่ไม่เป็นชุมชนแออัด คิดเป็นร้อยละ 76.0 รองลงมาอาศัยในหมู่บ้านที่เป็นชุมชนแออัด ร้อยละ 24.0 สาธารณูปโภคพื้นฐานในเขตเมืองส่วนใหญ่ มีไฟฟ้า มีประปาใช้คิดเป็นร้อยละ 72.0 รองลงมามีไฟฟ้า ไม่มีประปาร้อยละ28.0 ส่วนในเขตชนบทส่วนใหญ่จะมีไฟฟ้า แต่ไม่มีประปาใช้คิดเป็นร้อยละ 80.0 สถานบริการสาธารณสุขทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทส่วนใหญ่มีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) คิดเป็นร้อยละ 84.0 และ88.0 รองลงมาคือมีมีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)และสถานีอนามัย ร้อยละ 10.0 ด้านโรงงานอุตสาหกรรมทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีโรงงานอุตสาหกรรม ร้อยละ 96.0 และ 98.0 ตามลำดับ สภาพรอบๆบ้านพบว่าในเขตเมืองและเขตชนบทส่วนใหญ่มีการเลี้ยงสัตว์ คิดเป็นร้อยละ 62.0 และ 88.0 ตามลำดับ ลักษณะการจัดตั้งบ้านเรือนส่วนใหญ่ในเขตเมืองจะตั้งบ้านเรือนอยู่ชิดกันคิดเป็นร้อยละ 62.0 ส่วนในเขตชนบทลักษณะการจัดตั้งบ้านเรือนส่วนใหญ่อยู่ห่างกันคิดเป็นร้อยละ 68.0 กลุ่มศึกษาในเขตเมืองและเขตชนบทส่วนใหญ่มีบ้านที่มีลักษณะคงทนถาวรคิดเป็นร้อยละ 84.0 และ 92.0 ตามลำดับ ลักษณะของตัวบ้านของในเขตเมืองและเขตชนบทส่วนใหญ่เป็นบ้านไม้ชั้นเดียว คิดเป็นร้อยละ 40.0 และ 38.0 รองลงมาเป็นบ้านปูนชั้นเดียว ร้อยละ 36.0 และ 32.0 ตามลำดับ อายุของบ้านในเขตเมืองส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 6 – 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาอยู่ในช่วง 1 – 5 ปีร้อยละ 28.0 ส่วนในชนบทพบว่าอายุของบ้านส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1- 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.0 รองลงมาอยู่ในช่วง 6 – 10 ปี ร้อยละ 30.0 ประชากรในเขตเมืองและเขตชนบทส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกใน

บ้านจำนวน2 – 3 คน คิดเป็นร้อยละ 48.0 และ 54.0 รองลงมามีจำนวนสมาชิกในบ้านจำนวน4 – 5 คน คิดเป็นร้อยละ 30.0 จำนวนสมาชิกในห้องนอนทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทส่วนใหญ่มีจำนวน 1 คนคิดเป็นร้อยละ 70.0และ50.0 รองลงมามีจำนวนสมาชิกในห้องนอน 2 คนคิดเป็นร้อยละ 20 และ 38.0 ตามลำดับ ลักษณะห้องนอนทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทส่วนใหญ่มีหน้าต่างมากกว่า 1 บานคิดเป็นร้อยละ 80.0 และ 78.0 รองลงมาไม่มีหน้าต่างและมีหน้าต่าง 1 บานคิดเป็นร้อยละ 10.0 และ 12.0 ตามลำดับ การถ่ายเทอากาศในห้องนอนทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทพบว่าส่วนใหญ่มีการถ่ายเทอากาศในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 54.0 และ 48.0 รองลงมามีการถ่ายเทอากาศไม่ดี และมีการถ่ายเทอากาศดีคิดเป็นร้อยละ 30.0 และ 28.0 ตามลำดับ การส่องถึงของแสงแดดในห้องนอนพบว่าทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทมีแสงแดดส่องถึงในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 50.0 และ 48.0 รองลงมามีแสงแดดส่องถึงมากคิดเป็นร้อยละ 26.0 และ 28.0 ตามลำดับ ส่วนการปิดหรือเปิดหน้าต่างเวลานอนพบว่าทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทส่วนใหญ่มักปิดหน้าต่างนอน คิดเป็นร้อยละ 78.0 และ 72.0 ตามลำดับ การสุขาภิบาลภายในบ้านเรือนของทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทส่วนใหญ่ไม่สะอาดไม่เป็นระเบียบคิดเป็นร้อยละ 70.0 การทำความสะอาดเครื่องนอน เสื้อผ้าพบว่าทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทส่วนใหญ่ทำความสะอาดนานกว่า 1 สัปดาห์ต่อครั้ง คิดเป็นร้อยละ 42.0 และ 50.0 ส่วนการกำจัดขยะและสิ่งปฏิกูลพบว่าทั้งในเขตเมืองและเขตชนบททำไม่ถูกหลักสุขาภิบาลคิดเป็นร้อยละ 72.0 และ62.0 ตามลำดับ การเผาถ่านเผาขยะในเขตเมืองพบว่ามีการเผาถ่านเผาขยะร้อยละ 36.0 ส่วนในเขตชนบทมีการเผาถ่านเผาขยะคิดเป็นร้อยละ 96.0 การกำจัดเสมหะน้ำลายพบว่าในเขตเมืองและเขตชนบทมีการบ้วนทิ้งลงถุงและนำไปเผาหรือฝังคิดเป็นร้อยละ 16.0 และ 34.0 ตามลำดับ สถานที่ประกอบอาหารในบ้านเรือนของทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทส่วนใหญ่มีห้องครัวอยู่ภายในตัวบ้านคิดเป็นร้อยละ 78.0 และ 86.0 ตามลำดับ วัสดุเชื้อเพลิงที่ใช้ในการประกอบอาหารในเขตเมืองส่วนใหญ่ใช้ก๊าซคิดเป็นร้อยละ 76.0 รองลงมาใช้ถ่านฟืนร้อยละ 24.0 ส่วนในชนบทใช้ก๊าซและถ่านฟืนในจำนวนที่เท่ากันคือร้อยละ 50.0 การสุขาภิบาลของสถานที่ประกอบอาหารทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทส่วนใหญ่ไม่สะอาดคิดเป็นร้อยละ86.0 และ 92.0 ตามลำดับ การทำความสะอาดและการจัดวางภาชนะที่ใส่อาหารทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทส่วนใหญ่ไม่ถูกหลักสุขาภิบาล คิดเป็นร้อยละ 88.0 และ 94.0 ตามลำดับ การถ่ายเทอากาศภายในห้องครัวทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 50.0 และ 54.0 รองลงมามีการถ่ายเทอากาศดีคิดเป็นร้อยละ 34.0 และ 40.0 ตามลำดับ การส่องถึงของแสงแดดในห้องครัวพบว่าทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทมีการส่องถึงของแสงแดดในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 58.0 และ 68.0 รองลงมามีแสงแดดส่องถึงน้อย และส่องถึงมากคิดเป็นร้อยละ 22.0และ 18.0 ตามลำดับ ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทส่วนใหญ่ไม่มีประวัติคน

ป่วยด้วยวัณโรคของคนในบ้าน คิดเป็นร้อยละ 88.0 และ 92.0 ตามลำดับ ระยะเวลาที่คนในบ้านซึ่งป่วยด้วยวัณโรคปอดอาศัยอยู่ในบ้านในเขตเมืองส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1 – 10 ปี ส่วนในเขตชนบทส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1 – 10 ปี และมากกว่า20 ปีคิดเป็นร้อยละ 2.0 ระยะเวลาที่ผู้ถูกสัมภาษณ์อาศัยอยู่ในบ้านพบว่า ส่วนใหญ่ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทอยู่ในช่วง 6 – 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.0 และ 38.0 รองลงมาอยู่ในช่วง 1 – 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.0 ประวัติการป่วยด้วยวัณโรคปอดของคนบ้านข้างเคียงทั้งในเขตเมืองและชนบทส่วนใหญ่พบว่าไม่มีคิดเป็นร้อยละ 92.0 และ 80.0 ตามลำดับ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยวัณโรคปอดบ้านข้างเคียงอาศัยอยู่ในชุมชนทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงมากกว่า 20 ปีคิดเป็นร้อยละ 2.0 และ 12.0 รองลงมาอยู่ในช่วง 1 – 5 ปีคิดเป็นร้อยละ 2.0 และ 4.0 ตามลำดับ การคลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคบ้านใกล้เคียงในเขตเมืองส่วนใหญ่ไม่คลุกคลีไม่ใกล้ชิดคิดเป็นร้อยละ 8.0 ส่วนในชนบทส่วนใหญ่จะคลุกคลีใกล้ชิดคิดเป็นร้อยละ 14.0 ระยะเวลาการคลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรครายอื่นๆครั้งหลังสุด (กรณีไม่มีผู้ป่วยในบ้านหรือบ้านใกล้เคียง) พบว่าทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทเคยคลุกคลีใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรครายอื่นในช่วง 1 – 5 ปีคิดเป็นร้อยละ 6.0 และ 2.0 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมทางด้านสังคมของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองกับเขตชนบท

2.1 การจัดการสิ่งแวดล้อมทางด้านสังคมให้ผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองมีการจัดการ สิ่งแวดล้อมทางด้านสังคมในการดูแลผู้ป่วยในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ45.24 คะแนน ส่วนครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตชนบทมีการจัดการสิ่งแวดล้อมทางด้านสังคม ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 53.20 คะแนน เมื่อนำมาทดสอบหาความแตกต่างทางด้านสถิติพบว่าครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองมีการจัดการสิ่งแวดล้อมทางด้านสังคมน้อยกว่าครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตชนบท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงว่าครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองมีการจัดการสิ่งแวดล้อมทางด้านสังคมให้ผู้ป่วยน้อยกว่าครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตชนบท **ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1**

2.2 ความเชื่อว่าผู้ป่วยจะหายเป็นปกติ พบว่าครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองมีความเชื่อว่าการรักษาวัณโรคในครั้งนี้ของผู้ป่วยจะหายเป็นปกติ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.60 คะแนน ส่วนครอบครัวผู้ป่วยในเขตชนบทมีความเชื่อว่าการรักษาวัณโรคในครั้งนี้ของผู้ป่วยจะหายเป็นปกติมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.80 คะแนน เมื่อนำมาทดสอบหาความแตกต่างทางสถิติพบว่าครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองมีความเชื่อว่า การรักษาวัณโรคในครั้งนี้ของผู้ป่วยจะหายเป็นปกติน้อยกว่าครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงว่าครอบ

ครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมือง มีความเชื่อว่าการรักษาวัณโรคในครั้งนี้ของผู้ป่วยจะหายเป็นปกติน้อยกว่าครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตชนบท **ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1**

2.3 การที่ผู้ดูแลมีธุระต้องให้ผู้ป่วยอยู่ที่บ้านคนเดียว ครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองมีความจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยอยู่ที่บ้านคนเดียวบ่อยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.84 คะแนน ส่วนครอบครัวผู้ป่วยในเขตชนบทมีความจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยอยู่ที่บ้านคนเดียวบ่อยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.60 คะแนนเมื่อนำมาทดสอบหาความแตกต่างทางสถิติพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองมีความจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยอยู่ที่บ้านคนเดียวบ่อยมากกว่าครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงว่าครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมือง มีความจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยอยู่ที่บ้านคนเดียวบ่อยมากกว่าครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตชนบท **ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1**

2.4 การที่ผู้ดูแลต้องทำงานและให้ผู้ป่วยอยู่ที่บ้านคนเดียว ครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองมีภารกิจไปทำงานและต้องให้ผู้ป่วยอยู่ที่บ้านคนเดียวบ่อยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.78 คะแนนส่วนครอบครัวผู้ป่วยในเขตชนบทมีภารกิจไปทำงานและต้องให้ผู้ป่วยอยู่ที่บ้านคนเดียวบ่อย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.60 คะแนนเมื่อนำมาทดสอบหาความแตกต่างทางสถิติพบว่าครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองมีภารกิจไปทำงานและต้องให้ผู้ป่วยอยู่ที่บ้านคนเดียวบ่อยมากกว่าครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงว่าครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองมีภารกิจไปทำงานและต้องให้ผู้ป่วยอยู่ที่บ้านคนเดียวบ่อยมากกว่าครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตชนบท **ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1**

2.5 การมีผู้ดูแลผู้ป่วยแทน ครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองมีผู้ดูแลผู้ป่วยแทนเมื่อต้องออกไปทำงานหรือธุระมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.38 คะแนน ส่วนครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตชนบทมีผู้ดูแลผู้ป่วยแทนเมื่อต้องออกไปทำงานหรือธุระมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.22 คะแนน เมื่อนำมาทดสอบหาความแตกต่างทางสถิติพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองมีผู้ดูแลผู้ป่วยแทนเมื่อต้องออกไปธุระ น้อยกว่า ครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงว่าครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองมีผู้ดูแลผู้ป่วยแทนเมื่อต้องออกไปธุระน้อยกว่า ครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตชนบท **ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1**

2.6 ผู้ป่วยวัณโรคช่วยเหลือตนเอง ครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองมีความจำเป็นที่ต้องให้ผู้ป่วยวัณโรคช่วยเหลือตนเองบ่อย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.52 คะแนน ส่วนครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตชนบทมีความจำเป็นที่ต้องให้ผู้ป่วยวัณโรคช่วยเหลือตนเองบ่อย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.32 คะแนน เมื่อนำมาทดสอบหาความแตกต่างทางสถิติพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองมีความจำเป็นที่ต้องให้ผู้ป่วยวัณโรคช่วยเหลือตนเองบ่อย มากกว่า ครอบครัวผู้

ป่วยวัณโรคในเขตชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงว่าครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองมีความจำเป็นที่ต้องให้ผู้ป่วยวัณโรคช่วยเหลือตนเองบ่อย มากกว่าครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตชนบท **ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1**

2.7 เมื่อผู้ป่วยเครียดหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับวัณโรคจะปรึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองมีการปรึกษาเกี่ยวกับวัณโรคกับ ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.48 คะแนนส่วนผู้ป่วยวัณโรคในเขตชนบทมีการปรึกษาเกี่ยวกับวัณโรคกับ ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.88 คะแนน เมื่อนำมาทดสอบหาความแตกต่างทางสถิติพบว่าผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองมีการปรึกษาเกี่ยวกับวัณโรคกับ ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวน้อยกว่าผู้ป่วยวัณโรคในเขตชนบท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงว่าผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองมีการปรึกษาเกี่ยวกับวัณโรคกับ ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวน้อยกว่าผู้ป่วยวัณโรคในเขตชนบท **ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1**

2.8 ญาติพี่น้องช่วยเหลือผู้ป่วย ญาติพี่น้องผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองมีการช่วยเหลือผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.72 คะแนน ส่วนญาติพี่น้องผู้ป่วยวัณโรคในเขตชนบทมีการช่วยเหลือผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.60 คะแนน เมื่อนำมาทดสอบหาความแตกต่างทางสถิติพบว่า ญาติพี่น้องผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองมีการช่วยเหลือผู้ป่วยน้อยกว่าญาติพี่น้องผู้ป่วยวัณโรคในเขตชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงว่า ญาติพี่น้องผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองมีการช่วยเหลือผู้ป่วยน้อยกว่าญาติพี่น้องผู้ป่วยวัณโรคในเขตชนบท **ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1**

2.9 ญาติพี่น้องให้กำลังใจผู้ป่วยญาติพี่น้องผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองมีการให้กำลังใจผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.98 คะแนน ส่วนญาติพี่น้องผู้ป่วยวัณโรคในเขตชนบทมีการให้กำลังใจผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.82 คะแนน เมื่อนำมาทดสอบหาความแตกต่างทางสถิติพบว่า ญาติพี่น้องผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองมีการให้กำลังใจผู้ป่วยน้อยกว่าญาติพี่น้องผู้ป่วยวัณโรคในเขตชนบท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงว่าญาติพี่น้องผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองมีการให้กำลังใจผู้ป่วยน้อยกว่าญาติพี่น้องผู้ป่วยวัณโรคในเขตชนบท **ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1**

2.10 ญาติพี่น้องมาเยี่ยมผู้ป่วย ญาติพี่น้องผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองมาเยี่ยมผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.56 คะแนน ส่วนญาติพี่น้องผู้ป่วยวัณโรคในเขตชนบท มาเยี่ยมผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.62 คะแนน เมื่อนำมาทดสอบหาความแตกต่างทางสถิติพบว่า ญาติพี่น้องผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองมาเยี่ยมผู้ป่วยน้อยกว่าญาติพี่น้องผู้ป่วยวัณโรคในเขตชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงว่าญาติพี่น้องผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองมาเยี่ยมผู้ป่วยน้อยกว่าญาติพี่น้องผู้ป่วยวัณโรคในเขตชนบท **ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1**

2.11 การจัดสิ่งแวดล้อมทางด้านสังคมด้านอื่นๆ ของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองกับเขตชนบทอันได้แก่การได้ดูแลสุขภาพผู้ป่วย การให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยต่อการรักษา ความรู้สึกรังเกียจผู้ป่วย การพาผู้ป่วยออกไปพบปะกับเพื่อนบ้าน การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด การให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์เพียงลำพังการปรึกษาคนในครอบครัวของผู้ป่วย การพึ่งพาผู้ป่วยทางด้านเศรษฐกิจ การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านเศรษฐกิจของคนในครอบครัว การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยของสมาชิกครอบครัว และความรังเกียจที่ญาติพี่น้องมีต่อผู้ป่วยเมื่อนำมาทดสอบทางด้านสถิติพบว่าไม่มีความแตกต่างทางด้านสถิติ **ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1**

ส่วนที่ 3 มีความแตกต่างของการจัดการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพกับภูมิลำเนาของครอบครัวผู้ป่วย วัณโรคดังนี้

3.1 การจัดสภาพบริเวณรอบๆบ้านของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองและเขตชนบท พบว่าสภาพบริเวณรอบๆบ้านของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท ต่างก็มีการเลี้ยงสัตว์บริเวณรอบๆบ้าน คิดเป็นร้อยละ 62.0 และ 88.0 ตามลำดับ เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติด้วยไค-สแควร์พบว่าสภาพบริเวณรอบๆบ้านมีความสัมพันธ์กับภูมิลำเนาของผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นั่นคือ มีการเลี้ยงสัตว์ตามสภาพบริเวณรอบๆบ้านของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองและในเขตชนบท
ที่แตกต่างกัน **ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2**

3.2 ลักษณะการจัดตั้งบ้านเรือนของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองและเขตชนบท พบว่าลักษณะการจัดตั้งบ้านเรือนของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมือง ส่วนใหญ่มีการตั้งบ้านเรือนอยู่ชิดกันร้อยละ 62.0 ส่วนครอบครัวของผู้ป่วยวัณโรคในเขตชนบทมีการตั้งบ้านเรือนอยู่ชิดกันเพียงร้อยละ32.0 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติด้วยไค-สแควร์พบว่า ลักษณะการจัดตั้งบ้านเรือนมีความสัมพันธ์กับภูมิลำเนาของผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นั่นคือครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองมีลักษณะการจัดตั้งบ้านเรือนอยู่ชิดกันมากกว่าครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตชนบท **ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2**

3.3 การเผาถ่านเผาขยะบริเวณใกล้บ้านเป็นประจำของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองและเขตชนบทพบว่ามีการเผาถ่านเผาขยะบริเวณใกล้บ้านของครอบครัวในเขตเมืองเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 36.0 ส่วนครอบครัวในเขตชนบทมีการเผาถ่านเผาขยะบริเวณใกล้บ้านของเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 96.0 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติด้วยไค-สแควร์พบว่า มีการเผาถ่านเผาขยะบริเวณใกล้บ้านเป็นประจำมีความสัมพันธ์กับภูมิลำเนาของผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นั่นคือมีการเผาถ่านเผาขยะบริเวณใกล้บ้านของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขต

เมืองเป็นประจำน้อยกว่าบริเวณใกล้บ้านของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตชนบท **ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2**

3.4 สาธารณูปโภคพื้นฐานในหมู่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองและเขตชนบท พบว่า สาธารณูปโภคพื้นฐานในหมู่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองส่วนใหญ่มีไฟฟ้าและประปา คิดเป็นร้อยละ 72.0ส่วนสาธารณูปโภคพื้นฐานในหมู่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตชนบทมีไฟฟ้าและประปาใช้เพียงร้อยละ 18.0 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติด้วยไค-สแควร์ พบว่าสาธารณูปโภคในหมู่บ้านมีความสัมพันธ์กับภูมิลำเนาของผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นั่นคือสาธารณูปโภคพื้นฐานในหมู่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองส่วนใหญ่มีไฟฟ้าและประปาใช้มากกว่าในเขตชนบท **ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2**

3.5 การกำจัดเสมหะและน้ำลายของผู้ป่วยของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองและเขตชนบทพบว่าการกำจัดเสมหะ,น้ำลายของผู้ป่วยของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองส่วนใหญ่มีการกำจัดเสมหะน้ำลายโดยการบ้วนทิ้งลงถุงและนำไปฝังหรือเผาคิดเป็นร้อยละ 16.0 ส่วนการกำจัดเสมหะและน้ำลายของผู้ป่วย ของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตชนบทโดยการบ้วนทิ้งลงถุงและนำไปเผาหรือฝัง ร้อยละ 34.0 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติด้วยไค-สแควร์ พบว่าการกำจัดเสมหะและน้ำลายของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภูมิลำเนาของผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)นั่นคือครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองมีการกำจัดเสมหะและน้ำลายโดยการบ้วนทิ้งลงถุงและนำไปเผาหรือฝังน้อยกว่าว่าครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตชนบท **ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2**

3.6 วัสดุเชื้อเพลิงที่ใช้ในการหุงต้ม ของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองและเขตชนบทพบว่า วัสดุเชื้อเพลิงที่ใช้ในการหุงต้มของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองมีการใช้ถ่านฟืนคิดเป็นร้อยละ 24.0 ส่วนครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตชนบทมีการใช้ถ่านฟืนเป็นวัสดุเชื้อเพลิงที่ใช้ในการหุงต้มถึงร้อยละ 50.0 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติด้วยไค-สแควร์ พบว่าวัสดุเชื้อเพลิงที่ใช้ในการหุงต้มของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองและเขตชนบทมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นั่นคือครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมือง มีการใช้ถ่านฟืนเป็นวัสดุเชื้อเพลิงที่ใช้ในการหุงต้มน้อยกว่าครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตชนบท **ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2**

3.7 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพด้านอื่นๆได้แก่สภาพของบ้าน ลักษณะของบ้าน ลักษณะห้องนอน การถ่ายเทอากาศในห้องนอน การส่องถึงของแสงแดดในห้องนอน การปิดหรือเปิดหน้าต่างเวลานอน การสุขาภิบาลในบ้านเรือน การกำจัดขยะ ความสะอาดของสถานที่ประกอบ

อาหารและการถ่ายเทอากาศในห้องครัวพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับลักษณะชุมชนของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรค **ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2**

อภิปรายผลการศึกษา

1. เปรียบเทียบข้อมูลประชากร จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองและเขตชนบท ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของเพศของผู้ดูแลที่ส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิง มีความเกี่ยวพันกับผู้ป่วยโดยเป็นคู่สมรส ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ ขันติสุวรรณ (2528, หน้า107-108) ที่ได้ศึกษาผู้ป่วยวัณโรคปอดพบว่าเพศชายป่วยด้วยโรคปอดด้วยวัณโรคปอดมากกว่าหญิง และจากการศึกษาของขนิษฐา มณีเรืองเดช (2539, หน้า 29) ที่พบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอด ส่วนใหญ่มีสภาพสมรสเป็นคู่สมรส และพบว่ามีความแตกต่างในด้านอายุของผู้ดูแลในเมืองมีอายุอยู่ในช่วง 30 – 39 ปี ในชนบทผู้ดูแลมีอายุอยู่ในช่วง 60 – 69 ปี อาชีพผู้ดูแลในเขตเมืองส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ในชนบทมีอาชีพทำงานบ้าน รายได้ต่อเดือนของครอบครัวในเขตเมืองส่วนใหญ่มีรายได้ > 4,500 บาท ในขณะที่ในชนบทมีรายได้ต่อเดือน ในช่วง 1,500 – 2,500 บาท อธิบายได้ว่าจากสภาพแวดล้อมและสภาวะเศรษฐกิจที่ต่างกันของในเมืองและในชนบท ทำให้ผู้ดูแลในเขตเมืองต้องช่วยครอบครัวทำงานหารายได้ จึงทำให้มีรายได้ต่อเดือนของครอบครัวมากกว่าในชนบทในขณะที่ในชนบท จากสภาพที่ไม่มีความจำเป็นต้องดิ้นรนทางด้านเศรษฐกิจมากเท่าคนในเขตเมือง เนื่องจากชาวชนบทสามารถดำรงชีวิตได้กับสภาพที่เป็นอยู่ พึ่งพาธรรมชาติได้ มีการใช้จ่ายภายในครอบครัวน้อยกว่าในเขตเมืองจึงทำให้ส่วนใหญ่ผู้ดูแลไม่จำเป็นต้องออกไปทำงานนอกบ้านดังนั้นจึงทำให้ส่วนใหญ่รายได้ต่อเดือนของครอบครัวจึงต่ำกว่าในเขตเมือง

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลด้านประชากรของผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองและเขตชนบทพบว่าไม่มีความแตกต่างในเรื่องเพศ อายุ ที่ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วง 20 – 39 ปี ขณะที่ผู้ป่วยทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทต่างก็มีญาติพี่น้องมาเยี่ยม ส่วนการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลนอกครอบครัวในขณะที่ป่วยพบว่า ส่วนใหญ่ในเขตชนบทจะได้รับการช่วยเหลือมากกว่าในเขตเมืองไม่ว่าจะเป็นค่าใช้จ่าย อาหาร กำลังใจ และยานพาหนะเป็นต้น อธิบายได้ว่าสังคมในเขตชนบทมีความผูกพันกันอย่างใกล้ชิด มีความสัมพันธ์ในระดับครอบครัวขยาย มีความแตกต่างทางด้านสังคมน้อยและมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน จึงทำให้มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันมากกว่าสังคมในเขตเมืองที่มีลักษณะแตกต่างทางสังคมค่อนข้างสูง มีการแบ่งชั้นของสังคม การปฏิบัติต่อกันมีแบบแผนและกฎเกณฑ์ ทำให้มีความผูกพันและช่วยเหลือซึ่งกันและกันน้อย

ส่วนในด้านความรู้สึกกังวลกลัวไม่หายการป่วยด้วยวัณ โรคในครั้งนี้และความรู้สึกดีใจและเกรงใจเมื่อมีญาติหรือบุคคลในครอบครัวมาดูแลขณะเจ็บป่วยพบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่าง ในเขตเมือง และเขตชนบท แสดงให้เห็นว่าปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยวัณโรคเป็นเรื่องที่สำคัญมากเรื่องหนึ่ง

2. เปรียบเทียบการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมทางด้านสังคมของในเขตเมืองและเขตชนบท พบว่าในการจัดสิ่งแวดล้อมทางด้านสังคมของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองและเขตชนบทในด้านการได้ดูแลสุขภาพผู้ป่วย การให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยต่อการรักษา ความรู้สึกรังเกียจผู้ป่วย การพาผู้ป่วยออกไปพบปะกับเพื่อนบ้าน การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด การให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์เพียงลำพัง การปรึกษาคนในครอบครัวของผู้ป่วย การพึ่งพาผู้ป่วยทางด้านเศรษฐกิจ การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านเศรษฐกิจของคนในครอบครัว การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยของสมาชิกครอบครัวและความรังเกียจที่ญาติพี่น้องมีต่อผู้ป่วยไม่มีความแตกต่างทางด้านสถิติ ส่วนการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมด้านอื่นพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถแยกอภิปรายได้ดังนี้

2.1 ความเชื่อว่าผู้ป่วยจะหายเป็นปกติ จากการศึกษาพบว่าครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตชนบทมีความเชื่อว่าการรักษาวัณโรคในครั้งนี้แล้ว ผู้ป่วยจะหายเป็นปกติมากกว่าครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าชาวชนบทมีลักษณะคล้ายคลึงทางด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ ศีลธรรมและพฤติกรรม ในทางกลับกันสังคมชาวเมืองประกอบด้วยคนจากหลายถิ่นฐานซึ่งมีวัฒนธรรมที่แตกต่างกันไปไม่ว่าจะเป็นประโยชน์ วัฒนธรรม อาชีพ ลักษณะของพฤติกรรมและภาษาทำให้เกิดความแตกต่างกันไป (ยุวดี กาญจนัษฐิติและคณะ , 2532 : 10 – 105) และสอดคล้องกับการศึกษาของพัฒนา โพธิ์แก้ว (2537 : 34) ที่ว่าสมาชิกในครอบครัวและสังคมมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เนื่องจากพฤติกรรมทางสุขภาพของมนุษย์นั้นทางสังคมศาสตร์ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งที่กำหนดมาจากสภาพแวดล้อม และปัจจัยทางจิตวิทยา กล่าวว่าความเชื่อของครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย หรือการรักษาโรคต่างๆ จะมีผลต่อการปฏิบัติตนของสมาชิกในครอบครัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ถ้าครอบครัวใดมีความเชื่อว่า ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวของตนสามารถรักษาได้และการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยสบายขึ้นก็จะให้การสนับสนุนช่วยเหลือในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจึงเป็นไปในทางบวก ในทางตรงกันข้าม ถ้าครอบครัวไม่มีความเชื่อถึงผลดีที่จะเกิดจากการรักษาก็อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าสมาชิกใน

ครอบครัวและเพื่อนบ้าน เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยด้วย

2.2 การจัดการด้านสิ่งแวดล้อมทางด้านสังคม ของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองในด้านการที่ผู้ดูแลมีธุระต้องให้ผู้ป่วยอยู่บ้านคนเดียวบ่อย การที่ผู้ดูแลต้องไปทำงานและให้ผู้ป่วยอยู่บ้านคนเดียว การมีผู้ดูแลผู้ป่วยแทน การที่ต้องให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง การปรึกษาอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยต่อผู้ดูแล ญาติพี่น้องมีการช่วยเหลือผู้ป่วย ญาติพี่น้องมีการให้กำลังใจผู้ป่วยและการมีญาติพี่น้องมาเยี่ยมผู้ป่วยตลอดจน การจัดการด้านสิ่งแวดล้อมทางด้านสังคมมีความแตกต่างกับเขตชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่าความสัมพันธ์ของสมาชิกครอบครัวไทยในชนบท สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันกันอย่างใกล้ชิด ซึ่งมิได้หมายถึงความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและบุตรเท่านั้น แต่ยังหมายถึงความสัมพันธ์ในระดับครอบครัวขยายที่มีสมาชิกอย่างน้อย 3 รุ่นคือปู่ ย่า รุ่นพ่อแม่ และรุ่นลูก ฯลฯ ด้วยการแต่งงานมิได้หมายความถึงมีความสัมพันธ์เฉพาะคู่สมรสตนเท่านั้นแต่ชีวิตสมรสจะต้องเข้าไปเกี่ยวพันกับญาติพี่น้องของฝ่ายที่ตนสมรสด้วยอีกเป็นจำนวนมากหรือจะสังเกตได้จากพิธีกรรมต่างๆสำคัญๆในครอบครัว สมาชิกครอบครัว ไม่ว่าจะอยู่ที่ใกล้หรือไกลจะเดินทางกลับภูมิลำเนาเพื่อไปร่วมทำบุญและเฉลิมฉลองกับครอบครัวตน นิยพรรณ วรรณศิริ (2540 : 190) ระบบการเคารพเชื่อฟังตามอาวุโสในครอบครัวชนบทไทยนั้นนับว่ามีอิทธิพลสูงมาก มุ่งที่จะสอนให้เด็กเคารพเชื่อฟังผู้ใหญ่ คนแก่คนเฒ่านั้นจะได้รับการยกย่องว่าเป็นผู้มีความรู้และประสบการณ์ชีวิต จึงอยู่ในฐานะที่ให้คำสอนหรือแนวทางที่ปฏิบัติที่ถูกต้องแก่ลูกหลานหรือเยาวชนรุ่นหลังนอกจากการเคารพนับถือตามผู้มีวัยวุฒิแล้ว การเคารพนับถือตามอาวุโสยังสะท้อนให้เห็นชัดในระบบความสัมพันธ์แบบพี่ น้อง ผู้เป็นพี่ในฐานะที่มีวัยสูงกว่าจะต้องเป็นฝ่ายช่วยเหลือดูแล สั่งสอนน้อง หากมีวิกฤตการณ์เรื่องเงินทองแล้วญาติพี่น้องจะได้รับการติดต่อให้ช่วยเหลือก่อนเป็นที่สังเกตได้ชัดว่าความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้องมีความลึกซึ้งมาก ญาติพี่น้องที่พลัดพรากจากกันอยู่คนละแห่งอาจมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด มีการเยี่ยมเยียนและร่วมกิจกรรมของครอบครัวกันอย่างสม่ำเสมอ ยุวดี กาญจนัษฐิติและคณะ (2532 : 10 – 105) สอดคล้องกับการศึกษาของเฟื่องลดา เดนไชยวงศ์ (2539 : 82) ที่พบว่าแหล่งที่มาของแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่เป็นญาติหรือบุคคลในครอบครัวที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะของสังคมไทยที่อยู่กันฉันท์เครือญาติที่มีความเอื้อเฟื้อซึ่งกันและกัน ซึ่งถือเป็นเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมที่สืบทอดกันมาช้านาน โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวที่มีการผูกพันทางสายโลหิตมาก ญาติพี่น้องจะคอยดูแลทุกข์สุขของกันและกันเสมอ ถ้าสมาชิกคนใดมีปัญหา สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆก็พร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ ซึ่งจะแตกต่างกับครอบครัวในเมืองโดยที่ครอบครัวในเมืองมีขนาดเล็กกว่าครอบครัวในชนบท และส่วนใหญ่จะเป็นครอบครัวเดี่ยว ความสัมพันธ์

ภายในครอบครัว จากการที่มีขนาดครอบครัวเล็กลงมีความสัมพันธ์กันอยู่ในกลุ่มเล็ก ความสัมพันธ์ระหว่างบิดา – มารดาและบุตรธิดาในครอบครัวยังคงมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน แต่อาจมีปัญหาในเรื่องการใช้เวลาร่วมกันของครอบครัวอาจมีน้อยลง เพราะ สภาพสังคมในปัจจุบันทำให้บิดาและมารดาในสังคมเมืองมีภาวะทางด้านเศรษฐกิจและสังคมเพิ่มขึ้น ประกอบกับในปัจจุบันการขาดแคลนแรงงานที่จะช่วยงานบ้าน ทำให้ทั้งพ่อบ้านและแม่บ้านต้องรับผิดชอบงานบ้านด้วยตนเอง มีเวลาให้บุตรธิดาน้อยลงหรือขาดหายไป บ่อยครั้งที่สมาชิกครอบครัวต้องมีการติดต่อสื่อสารกันด้วยวิธีการต่างๆ จนเป็นเรื่องธรรมดาที่อาจพบเห็นได้ทั่วไป จนทำให้บรรยากาศภายในครอบครัวสังคมเมืองทั่วไปค่อนข้างว้าเหว่อยู่บ้าง จึงทำให้เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวมีการดูแลสุขภาพกันเองเป็นส่วนใหญ่ และเนื่องจากสภาพแวดล้อมในเขตเมืองจากการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจที่ทำให้มีการจราจรที่ติดขัดการเดินทางไปมาหาสู่กันค่อนข้างจะต้องใช้เวลามาก ทำให้ญาติพี่น้องมีการไปมาหาสู่กันน้อยกว่าในชนบท จึงทำให้มีความผูกพันธ์กันน้อยกว่าครอบครัวในชนบท ครอบครัวในเมืองแต่ละครอบครัวก็ต้องต่อสู้กับปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ จึงทำให้มีการช่วยเหลือดูแลกันน้อยกว่าในชนบท

3. การจัดการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพกับภูมิลำเนา ของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรค จากการศึกษาพบว่าการจัดการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่สภาพของบ้าน ลักษณะของบ้าน ลักษณะห้องนอน การถ่ายเทอากาศในห้องนอน การส่องถึงของแสงแดดในห้องนอน การปิดหรือเปิดหน้าต่างเวลานอน การสุขาภิบาลในบ้านเรือน การกำจัดขยะ ความสะอาดของสถานที่ประกอบอาหารและการถ่ายเทอากาศในห้องครัวพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภูมิลำเนาของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรค แสดงว่าไม่มีความแตกต่างในการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพในส่วนนี้ของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองและเขตชนบท ส่วนความแตกต่างด้านการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพด้านอื่นๆ พบว่ามีความสัมพันธ์กับภูมิลำเนาของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถแยกอภิปรายได้ดังนี้

3.1 การจัดสภาพบริเวณรอบๆบ้านของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองและเขตชนบท พบว่าสภาพบริเวณรอบๆบ้านของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทมีการเลี้ยงสัตว์บริเวณรอบ ๆ บ้านที่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่าการมีการเลี้ยงสัตว์ในเขตเมืองส่วนใหญ่มีเป้าหมายเพื่อรักษาความปลอดภัย หรือเลี้ยงไว้เพื่อความเพลิดเพลิน ส่วนการเลี้ยงสัตว์ในเขตชนบทนั้นส่วนใหญ่เพื่อใช้ในการเกษตรกรรมและประกอบอาชีพอื่นๆ และมีสถานที่เลี้ยงสัตว์แยกต่างหากจากในบริเวณบ้าน

3.2 ลักษณะการจัดตั้งบ้านเรือนของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองและเขตชนบท พบว่าลักษณะการจัดตั้งบ้านเรือนของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมือง ส่วนใหญ่มีการ

ตั้งบ้านเรือนอยู่ชิดกันมากกว่าครอบครัวของผู้ป่วยวัณโรคในเขตชนบทอธิบายได้ว่าจากสภาวะปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ทำให้มีคนจากที่แตกต่างกันอพยพเข้ามาอยู่ในเขตเมืองกันเป็นจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้มีจำนวนคนมากขึ้นในขณะที่สัดส่วนของพื้นที่คงที่ ประกอบกับราคาที่ดินในเขตเมืองมีราคาสูงกว่าในชนบท ดังนั้นสภาพจึงทำให้การตั้งบ้านเรือนในเขตเมืองอยู่ชิดกันมาก ในเขตชนบทสามารถตั้งบ้านเรือนอยู่ห่างกันได้เนื่องจากมีที่ดินเป็นของตนเองจากการจับจองที่ดินหรือเป็นมรดกตกทอด ประกอบกับราคาที่ดินไม่สูงเหมือนกับในเขตเมือง

3.3 การเผาถ่านเผาขยะบริเวณใกล้บ้านเป็นประจำของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองและเขตชนบทพบว่ามีการเผาถ่านเผาขยะบริเวณใกล้บ้านของครอบครัวในเขตเมืองเป็นประจำน้อยกว่าบริเวณใกล้บ้านของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตชนบท ซึ่งอธิบายได้ว่าในเขตเมืองการมีการจัดตั้งบ้านเรือนอยู่ชิดกัน ดังนั้นจึงทำให้ไม่มีพื้นที่พอที่จะทำการเผาถ่านเผาขยะ ประกอบกับในเขตเมืองมีบริการเก็บขยะของฝ่ายเทศบาลอยู่แล้ว จึงทำให้ครอบครัวในเขตเมืองไม่ค่อยมีการเผาถ่านเผาขยะในบริเวณใกล้บ้านประกอบกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ชิดกัน แต่สภาพสังคมของในเขตเมืองเป็นสังคมที่มีความแตกต่างมากมีลักษณะการดำรงชีวิตแบบต่างคนต่างอยู่ ไม่ค่อยช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ถ้าทำการเผาขยะใกล้บ้านก็จะส่งผลกระทบต่อบ้านข้างเคียงได้ ส่วนในเขตชนบทในปัจจุบันยังไม่มีบริการเก็บขยะจากฝ่ายสุขาภิบาลในหมู่บ้านดังนั้นชาวชนบทจึงต้องช่วยเหลือตนเองโดยการเผาขยะใกล้บ้าน

3.4 สาธารณูปโภคพื้นฐานในหมู่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองและเขตชนบทพบว่า สาธารณูปโภคพื้นฐานในหมู่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมือง ส่วนใหญ่มีไฟฟ้า,ประปาใช้มากกว่าในเขตชนบท อธิบายได้ว่าตามสภาพความเจริญเติบโตของสภาวะเศรษฐกิจและการพัฒนาประเทศที่มุ่งขยายความเจริญจากในเมืองสู่ชนบท

3.5 การกำจัดเสมหะและน้ำลาย ของผู้ป่วยของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองและเขตชนบทพบว่าครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองมีการกำจัดเสมหะน้ำลายโดยการบ้วนทิ้งลงในถุงและนำไปฝังหรือเผาน้อยกว่าครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตชนบท สืบเนื่องจากสภาพบ้านเรือนของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองที่อยู่ชิดกันทำให้ไม่นิยมมีการเผาขยะใกล้บ้านทำให้ครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองเลือกใช้วิธีกำจัดเสมหะ น้ำลายผู้ป่วยโดยการบ้วนทิ้งลงถุงและนำไปทิ้งขยะ ในขณะที่ในเขตชนบทมีการกำจัดเสมหะโดยการเผาหรือฝังมากกว่าเนื่องการมีพื้นที่เพียงพอในบ้านในการที่จะเผาหรือฝัง ประกอบกับในชีวิตประจำวันมีการเผาหรือฝังขยะอยู่แล้วจึงทำให้คนชนบทมีการกำจัดเสมหะโดยการเผาหรือฝังมากกว่าการบ้วนทิ้งลงถุงและนำไปทิ้งขยะเหมือนคนในเขตเมือง

3.6 วัสดุเชื้อเพลิงที่ใช้ในการหุงต้มของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมือง และเขตชนบทพบว่าครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองมีการใช้ถ่านฟืนเป็นวัสดุเชื้อเพลิงที่ใช้ในการหุงต้มน้อยกว่าครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตชนบท อธิบายได้ว่าเนื่องจากความไม่สะดวกในการใช้ สภาพพื้นที่ที่มีค่อนข้างจำกัดและทำให้เกิดความสกปรกให้กับบ้านและมีความยุ่งยากในการปฏิบัติ จึงทำให้ในเขตเมืองมีการใช้ถ่านฟืนเป็นวัสดุเชื้อเพลิงในการหุงต้มน้อยกว่าชนบท

จากผลการศึกษาพบว่าการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองกับในเขตชนบทมีความแตกต่างกันน้อย อธิบายได้ว่าจากข้อจำกัดของระยะเวลาในการเก็บข้อมูล การคมนาคมที่ไม่สะดวกทำให้ไม่สามารถไปเก็บข้อมูลในเขตชนบทที่ห่างไกลจากตัวเมืองมากๆได้

สำหรับข้อมูลการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่มีความแตกต่างกันของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองและเขตชนบท โดยเฉพาะลักษณะการจัดตั้งบ้านเรือนที่ชิดกัน และมีการกำจัดเสมหะน้ำลายที่ไม่ถูกต้องตามหลักการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ประกอบกับการจัดสิ่งแวดล้อมทางด้านสังคมของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองที่มีการดูแลผู้ป่วยวัณโรคน้อยกว่าครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตชนบท ก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยวัณโรคในเขตเมืองไม่ลดลง จนมีผลทำให้มีผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองมากกว่าในเขตชนบท

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาขอเสนอแนะแนวทางในการนำผลการศึกษาไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ดังนี้

1. จากผลการศึกษาที่พบว่าครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองมีความเชื่อถือต่อการรักษาวัณโรคในครั้งนี้ของผู้ป่วยและผู้ป่วยจะหายน้อยกว่าในเขตชนบท ก็จะได้นำผลการศึกษาไปปรับปรุงแนวทางการให้คำแนะนำผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองและครอบครัว โดยการสร้างเสริมให้เกิดความเชื่อถือในการรักษาวัณโรค พร้อมทั้งยกตัวอย่างสถิติผู้ป่วยวัณโรคในเขตชนบทที่มีความเชื่อถือต่อการรักษาและได้รักษาวัณโรคจนหายเป็นปกติ

2. การจัดการสิ่งแวดล้อมทางด้านสังคมไม่ว่าจะเป็นในด้านการดูแลผู้ป่วย การไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย ญาติพี่น้องช่วยเหลือ ให้กำลังใจ มาเยี่ยมผู้ป่วยโดยสม่ำเสมอ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญยิ่งต่อการรักษาวัณโรคเนื่องจากการรักษาวัณโรคนั้นเป็นการรักษาที่ต้องใช้เวลา ขณะเดียวกันอาจมีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยารักษาวัณโรคได้ ดังนั้นผู้ป่วยวัณโรคจึงต้องการกำลังใจ การดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดจากครอบครัว

3. สำหรับการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในด้านลักษณะการจัดตั้งบ้านเรือนที่อยู่ชิดกันของในเขตเมือง ควรมีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้านให้มีอากาศถ่ายเทดี มีแสงแดดส่องถึง การกำจัดเสมหะและน้ำลายของผู้ป่วยวัณโรค ควรจะใช้วิธีบ้วนทิ้งลงถุงและนำไปฝังหรือเผาซึ่งจะเป็นวิธีที่ดีที่สุดเพื่อเป็นการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

4. การปรับปรุง สุขาภิบาล สิ่งแวดล้อม เกี่ยวกับบ้านเรือนของประชาชนทั้งในชุมชนเขตเมืองและเขตชนบท ให้ถูกสุขลักษณะโดยเน้นการให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์ ร่วมรณรงค์ให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยงานสาธารณสุขมูลฐาน การเข้ามามีส่วนร่วมของคนในชุมชน

5. การให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติตลอดจนประชาชนทั่วไปเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเกิด การติดต่อ การรักษา การป้องกันวัณโรค และการให้สุขศึกษาจะต้องทำอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านและสู่ชุมชน

6. ปัญหาการได้รับความรังเกียจจากครอบครัว และสังคมของผู้ป่วยวัณโรคจากการศึกษาพบว่ายังมี ผู้ป่วยบางรายยังได้รับการรังเกียจอยู่ มีผลทำให้มีปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย ท้อถอยไม่ร่วมมือในการรักษา ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจและเจตคติที่ดีต่อการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยวัณโรค โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยวัณโรค

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรเก็บตัวอย่างในการศึกษาให้มากกว่านี้ เพื่อให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพในด้านการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยวัณโรค

3. ควรมีการควบคุมตัวแปรอื่นๆที่มีผลต่อการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย วัณโรคเช่น ความรู้ ฐานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งอาจเป็นตัวแปรที่ส่งผลกระทบต่อปัจจัยอื่นๆ โดยอาจใช้วิธีการทางสถิติหรือการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ และฐานะทางเศรษฐกิจเหมือนกัน