

ISSN 2697-5653 (Online)
ISSN 2730-1729 (Print)



วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
JCCPH
JOURNAL OF COUNCIL OF COMMUNITY-PUBLIC HEALTH

ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2565 Vol.4 No.2 May - August 2022

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
Journal of Council of Community Public Health

ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2565

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่และส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการสาธารณสุขชุมชนและความรู้จากศาสตร์อื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์แก่วิชาชีพสาธารณสุขชุมชน
2. เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมผลงานวิจัยและเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสาธารณสุข
3. เพื่อสร้างเครือข่ายการเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการ และองค์ความรู้ระหว่างสภาการสาธารณสุขชุมชนกับหน่วยงานภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน

สำนักงาน :

สำนักงานกองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
สภาการสาธารณสุขชุมชน
88/20 อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 02-5919186, 091-8348711 โทรสาร 02-5919187
e-mail : The.JCCPH@gmail.com
web: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/index>

ที่พิมพ์ :

บริษัท อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด
67 อาคารทอปส์ซูเปอร์มาร์เก็ต ชั้น 3 ถนนงามวงศ์วาน
แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900
โทรศัพท์ 029413677

เลขจดแจ้งการพิมพ์ สสช.18/2563

ISSN 2697-5653 (Online)

ISSN 2730-1729 (Print)

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
Journal of Council of Community Public Health: JCCPH
ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2565

ที่ปรึกษา

ดร.ไพศาล บางชวด
ศาสตราจารย์ ดร.นพ.สุรศักดิ์ ฐานิพานิชกุล
ศาสตราจารย์(คุณวุฒิ) ดร.นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์
ศาสตราจารย์(เกียรติคุณ) ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ
ศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร
รองศาสตราจารย์ (พิเศษ) ภก. กิตติ พิทักษ์นิตินันท์
นายมานะ เปาพวย

บรรณาธิการ

ดร.ปริญญา จิตอร่าม

กองจัดการ

นางสาวสวຍะห์ หาแว
นายรัชกี สาร๊ะ
นายกฤตย์ดิวัฒน์ ฉัตรทอง
นายณรภัทร ศรีชุม
นายศักดิ์สิทธิ์ คำเกาะ

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.สถิกร พงศ์พานิช
ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุมน พงศ์ภิญโญ
ศาสตราจารย์ ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์
ศาสตราจารย์ ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์
ศาสตราจารย์ ดร.อนามัย เทศกะทีก
รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทรงค์
รองศาสตราจารย์ ดร.สลิสร เทพตระการพร
รองศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ ศิวะเดชาเทพ
รองศาสตราจารย์ ดร.สุเมธนา กลางการ
รองศาสตราจารย์ ดร.ปัญญาพัฒน์ ไชยเมล์
รองศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ ส่งเสริม
รองศาสตราจารย์ ดร. ทรงพล ต่อนี้
รองศาสตราจารย์ ดร.วสุธร ต้นวัฒนกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภพร ชูศักดิ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ ลักขมัจจุรกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทพ.ณัฐวธ แก้วสุทธา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.สมตระกูล ราศิริ
อาจารย์ ดร.พิทยา ศรีเมือง
อาจารย์ ดร.จิรนนท์ ตูลชาติ
อาจารย์ ดร.สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์
อาจารย์ ดร. กิตติพร เนาวิสุวรรณ

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้
ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม
ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

เจ้าของ

สภาการสาธารณสุขชุมชน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยมหิดล
มหาวิทยาลัยบูรพา
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยสยาม
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
มหาวิทยาลัยทักษิณ
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
มหาวิทยาลัยบูรพา
มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีน จังหวัดสงขลา

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 2-3 ท่านต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือสภาการสาธารณสุขชุมชน ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

บทบรรณาธิการวารสาร

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนฉบับนี้เป็นฉบับประจำปีี่ 4 ฉบับที่ 2 ซึ่งเป็นฉบับปีพุทธศักราช 2565 ยังคงมีเนื้อหาและสาระทางวิชาการที่เข้มข้น ทุกบทความได้ผ่านการกลั่นกรองจากกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้วารสารมีความน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงวิชาการ

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้ส่งข้อมูลให้ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (ศูนย์ TCI) เพื่อดำเนินการพิจารณาคุณภาพวารสารเพื่อเข้าสู่ฐานข้อมูล TCI และจัดกลุ่มคุณภาพวารสารประจำปี พ.ศ.2564 เมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2564 ทางศูนย์ TCI ได้ประกาศผล ซึ่งวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้ถูกจัดให้เป็น วารสารกลุ่มที่ 2

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน ขอขอบคุณทุกท่านที่ติดตามอ่านวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนมาอย่างต่อเนื่อง ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนบทความทุกท่านที่ได้ตรวจสอบคุณภาพอย่างเข้มข้นเพื่อให้วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนคงมาตรฐาน เนื้อหาถูกต้องตามหลักวิชาการ

หากท่านมีความประสงค์จะส่งผลงานวิจัย/วิชาการมาเผยแพร่ในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน หรือมีข้อเสนอแนะประการใด สามารถดูรายละเอียดของการส่งได้ที่ท้ายเล่มและขอเรียนเชิญสมาชิกทุกท่านช่วยประชาสัมพันธ์และบอกกล่าวท่านผู้สนใจ

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เนื้อหาสาระของบทความที่วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้นำเสนอไปนั้น จะเป็นประโยชน์ต่อท่านผู้อ่านเพื่อเป็นมุมมอง แนวคิดในการศึกษาวิจัยต่อไปในอนาคต

ปริญญา จิตอร่าม
บรรณาธิการ

บรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ

บทบรรณาธิการวารสาร

บทความวิจัย (Original Article) :

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น ในเขตอำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม.....	1
Risk Behaviors of Sexually Transmitted Diseases among Adolescents in Mueang Samut Songkhram District, Samut Songkhram Province ธรรมศักดิ์ สายแก้ว และสุทธิศักดิ์ สุริรักษ์	
ประสิทธิผลของการใช้สเปรย์มะกรูดในการดับกลิ่นไม่พึงประสงค์ในห้องน้ำสาธารณะ.....	12
The Effectiveness of Bergamot Deodorizing Spray in Male's Public Toilets at Petrol Stations นิพัทธ์พนธ์ คันสร, ทิพย์กร เนียมคล้าย, บุญบารมี พรหมสาธ, นกชา สิงห์วีระธรรม และเอกพล หมั่นพลศรี	
ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.).....	21
Factors Influencing Success in Implementing COVID-19 Control in Communities among Village Health Volunteers กิตติศักดิ์ แก้วเรือง, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกชา สิงห์วีระธรรม และ สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์4	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองเด็กวัย 3-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตเทศบาลเมืองบางกรวย อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี.....	33
Factors Related to Parental Oral Health Care for 3-5 Years Old Children at Child Development Center in Bangn Kruai Municipality, Bang Kruai District, Nonthaburi Province วลีรัตน์ ภูมิพล	
ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกัน โรคเมลิออยโดสิสในชาวนาดำบลคำขวาง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี.....	46
The Effectiveness of Health Literacy Promotion on Melioidosis Prevention Behaviors of Farmers in Kham Kwang Sub-district, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province สิริสุดา วงษ์ใหญ่, สุภัทนา กลางคาร และกษมา วงษ์ประชุม	

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทความวิจัย (Original Article) :

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และความล่าช้าในการแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดนครราชสีมา.....	59
The Relationship between Knowledge and Delay in Seeking Treatment among Pulmonary Tuberculosis Patients, Nakhon Ratchasima Province กัมปนาท ฉายชูวงศ์, โรเจอร์ วัตสัน และ เดวิด บาร์เร็ต	

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม.....	75
Development of Community Care Model for Pulmonary Tuberculosis by The Health Network of Thatpanom District, Nakhon Phanom Province ดาวประกาย หญางาม, วรพจน์ พรหมสัตยพรต และ พัดชา หิรัญวัฒนกุล	

คำแนะนำการส่งบทความ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
ของวัยรุ่นในเขตอำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม
Risk Behaviors of Sexually Transmitted Diseases among Adolescents
in Mueang Samut Songkhram District, Samut Songkhram Province

ธรรมศักดิ์ สายแก้ว^{1*} และสุทธิศักดิ์ สุริรักษ์²

Tammasak Saykaew^{1*} and Sutthisak surirak²

คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี^{1*}, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี²

Faculty of Allied Health Sciences, Pathumthani University^{1*}, Sirindhorn College of Public Health Suphanburi, Suphanburi Province²

(Received: January 24, 2022; Revised: April 20, 2022; Accepted: April 20, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในเขตเทศบาลเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 332 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีความตรงเนื้อหาเท่ากับ .845 ค่าความเชื่อมั่นของเจตคติและพฤติกรรมเสี่ยงเท่ากับ .752 และ .717 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ และทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Chi-square ผลการวิจัยพบว่า

1. วัยรุ่นในเขตเทศบาลเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 88.6

2. ปัจจัยด้านเพศ และประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในเขตเทศบาลเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 และ 0.01 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยด้านอายุ รายได้ครอบครัว การพักอาศัย การมีแฟน/คนรัก ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเจตคติเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไม่มีความสัมพันธ์

ดังนั้น ควรให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน เช่น ชะลอการมีเพศสัมพันธ์ในผู้ที่ยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ โดยแนะนำทางออกที่เหมาะสม ขณะเดียวกันก็ไม่ประณาม ผู้ที่เคยมีเพศสัมพันธ์มาแล้ว แต่แนะนำการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย แนะนำสถานบริการสุขภาพเมื่อเกิดปัญหาทางเพศ

คำสำคัญ: พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, วัยรุ่น

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: redbobby52@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 063-1953914)

Abstract

This survey research aimed to study risk behaviors of sexually transmitted diseases among adolescents in Mueang Samut Songkhram district, Samut Songkhram province. The samples were 332 adolescents. Data were collected by using questionnaires related to factors associated with risk behaviors of sexually transmitted diseases among adolescents which had the content validity about .845 and also had reliabilities of attitude and risk behaviors about .752 and .717 respectively. Data were analyzed by descriptive statistics including frequency and percentage, as well as Chi-Square test. The results found that:

1) There were 88.6 percent of the samples had risk behaviors of sexually transmitted diseases; and

2. Factors linked to gender and experiences of having sex had significant association with risk behaviors of sexually transmitted diseases with p-value at 0.001 and 0.01 respectively, while age, family income, staying, having boyfriends or girlfriends, knowledge and attitude about sexually transmitted diseases had no association.

Problem-solving about sexually transmitted diseases among young people should be harmonized with current situation in terms of providing health education, campaign or consultation for delaying having sex in adolescents. In addition, having no blame for adolescents who had sex before and giving proper advices linked to having safe sex and the places for receiving the services about sexual problems should be concerned.

Keywords: Risk behaviors of sexually transmitted diseases, adolescent

บทนำ

ปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมของวัยรุ่นเริ่มมีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ เช่น ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัว สังคม เนื่องจากสังคมไทยได้รับวัฒนธรรมตะวันตกมาใช้ในการชีวิตประจำวันของวัยรุ่นมากขึ้น โดยไม่ได้ผ่านการไตร่ตรอง ปัจจุบันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีได้มีการเผยแพร่และกระจายข้อมูลข่าวสารเข้าสู่สังคมได้อย่างอิสระ ทำให้วัยรุ่นสามารถเข้าถึงสื่อต่างๆ ได้ง่ายที่ล้วนเป็นสิ่งกระตุ้นความรู้สึทางเพศ เช่น วีดีโอ สิ่งพิมพ์ รวมทั้งการเที่ยวสถานบันเทิง ทำให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรมากขึ้น ซึ่งได้ก่อให้เกิดปัญหาจากการมีเพศสัมพันธ์ เช่น เสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (มาลี สบายยิ่ง, 2563)

ข้อมูลจากการรายงาน 506 ของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบรายงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นอายุระหว่าง 15-24 ปี ตั้งแต่พ.ศ. 2557-2562 พบอัตราป่วยจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยพบว่าใน พ.ศ. 2557 มีอัตราป่วย 103.37 ต่อแสนประชากร ปี 2558 เพิ่มขึ้นเป็น 127.08 ต่อแสนประชากร พ.ศ. 2559 เพิ่มขึ้นเป็น 143.44 ต่อแสนประชากร ปี 2560 เพิ่มขึ้นเป็น 161.18 ต่อแสนประชากร พ.ศ. 2561 เพิ่มขึ้นเป็น 169.12 ต่อแสนประชากร และในปี พ.ศ. 2562 มีแนวโน้มสูงขึ้นเป็น 212.66 ต่อแสนประชากร (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2562)

จากข้อมูลโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เพิ่มมากขึ้นนั้นอาจเป็นผลมาจากวัยรุ่นที่มีโอกาสในการพบเจอเพื่อนต่างเพศ หรือแม้แต่ในเพศเดียวกันได้ง่ายขึ้น และด้วยสถานการณ์ในปัจจุบันที่มีการสื่อสารที่ทันสมัยมากขึ้น ทำให้พัฒนาการทำความเข้าใจกันอย่างรวดเร็วซึ่งจะนำไปสู่การสานสัมพันธ์และการมีเพศสัมพันธ์ในที่สุด และอาจจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยและนำไปสู่ผลเสียต่างๆ ตามมาได้

(จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสุภาวรัตน์ คตะ, 2562) จากการศึกษาของ มาลี สบายยิ่ง (2562) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ได้แก่ 1) อิทธิพลจากสื่อ คือนักเรียนชายและหญิงรู้จักกับคู่นอนทางการติดต่อสื่อสารผ่านเครือข่ายทางสังคม 2) ทักษะคิดทางเพศมีมุมมองว่าการมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องธรรมดาและยอมรับได้ 3) กลุ่มเพื่อนส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการเล่นแบบ 4) ครอบครัวการเปิดกว้างเรื่องเพศ แสดงออกถึงการรับรู้และยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในครอบครัวมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ ปัญญกรินทร์ หอยรัตน์ และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์ (2563) พบว่า พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ อายุ ($OR = 2.33, 95\% CI = 1.01-5.36$) เกรดเฉลี่ยเทอมล่าสุด ($OR = 1.54, 95\% CI = 1.00-2.37$) การสูบบุหรี่ ($OR = 2.55, 95\% CI = 1.51-4.29$) การเคยมีแฟนแต่เลิกกันแล้ว ($OR = 3.48, 95\% CI = 1.17-10.33$) การมีแฟนในปัจจุบัน ($OR = 5.17, 95\% CI = 1.71-15.57$) การอยู่กับแฟนหรือคนที่ชอบตามลำพัง ($OR = 6.40, 95\% CI = 3.38-12.11$) ความอยากรู้อยากลองต่อการมีเพศสัมพันธ์ ($OR = 1.09, 95\% CI = 1.04-1.15$) การบริโภคสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ ($OR = 1.03, 95\% CI = 1.00-1.07$) และความถี่การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($OR = 1.10, 95\% CI = 1.01-1.19$) ซึ่งปัจจัยทั้งหมดสามารถทำนายโอกาสเกิดพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาได้ ร้อยละ 52.20

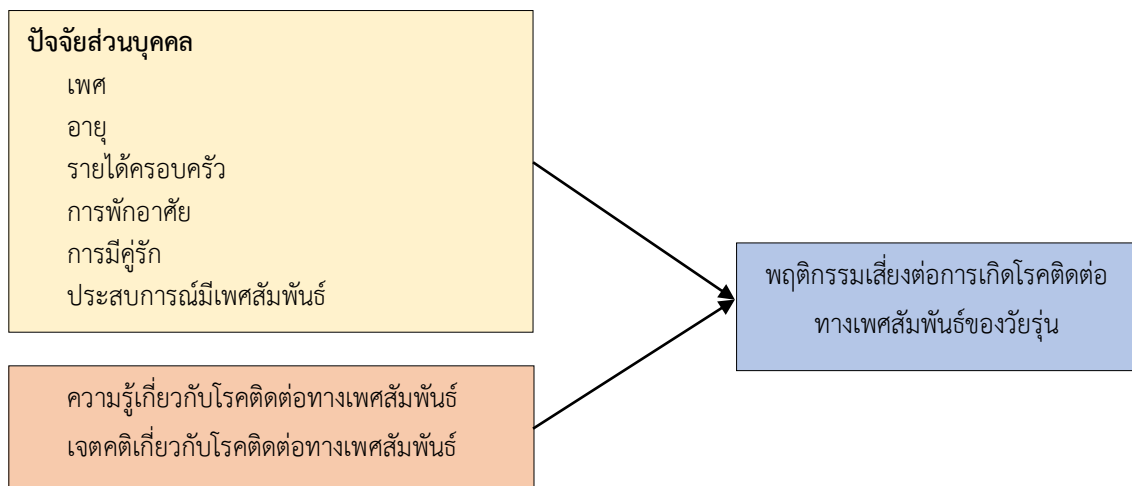
จังหวัดสมุทรสงครามเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคกลาง ซึ่งกำลังมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การท่องเที่ยวต่างๆ รวมทั้งความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการเข้าถึงสื่อต่างๆ ทำให้มีผลต่อการปรับตัวของวัยรุ่น อาจก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การตั้งครกไม่พึงประสงค์ โดยเฉพาะการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากการรายงานการเฝ้าระวังพฤติกรรมสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในนักเรียนของจังหวัดสมุทรสงคราม ในปี 2562 และ 2563 พบวัยรุ่นอายุ 15 – 19 ปี มีอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คิดเป็น 25.27 และ 22.18 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โดยพบว่าวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์กับแฟนมากที่สุด ร้อยละ 46 ในจำนวนนี้มีการใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 66.7 และพบว่าเยาวชนร้อยละ 0.9 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับหญิงขายบริการ โดยใช้ถุงยางอนามัยเพียงร้อยละ 50 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม, 2562) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น ในจังหวัดสมุทรสงคราม เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมให้ความรู้ ป้องกัน แก้ไข พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในเขตเทศบาลเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านเพศ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การพักอาศัย ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เจตคติเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในเขตเทศบาลเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในเขตอำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎี องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย องค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ประกอบด้วย ด้านความรู้หรือพุทธิปัญญา (Cognitive Domain) ด้านเจตพิสัย (Affective Domain) และด้านปฏิบัติ (Psychomotor Domain) (Bloom, 1971)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ วัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองสมุทรสงครามจังหวัดสมุทรสงคราม ไม่น้อยกว่า 6 เดือน จำนวน 1,950 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือวัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองสมุทรสงครามจังหวัดสมุทรสงคราม ไม่น้อยกว่า 6 เดือน จำนวน 332 คน โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Yamane (1967)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ครอบครัวต่อเดือน การพักอาศัย การมีคู่อภิ และประสพการณ์การมีเพศสัมพันธ์ แบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ (Checklist) และแบบเติมข้อความ (Open-ended) จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ลักษณะของข้อคำถามเป็นคำถามปลายเปิด เป็นประโยคบอกเล่าให้เลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ เพียงคำตอบเดียวการประเมินผลคะแนนให้แบ่งระดับคะแนนภาพรวมโดยอิงเกณฑ์ตามหลักเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971)

การประเมินผลคะแนนให้แบ่งระดับคะแนนภาพรวมโดยอิงเกณฑ์ตามหลักเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971) มีเกณฑ์การแบ่ง 3 ระดับได้แก่

ระดับความรู้ต่ำ	มีช่วงคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60
ระดับความรู้ปานกลาง	มีช่วงคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 -79.99
ระดับความรู้สูง	มีช่วงคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80

จากเกณฑ์ดังกล่าวสามารถแปลผลคะแนนจากคะแนนเต็ม 10 คะแนน สามารถแบ่งระดับคะแนนได้ดังนี้

ระดับความรู้	ระดับคะแนนรายกลุ่ม
ระดับความรู้ต่ำ	0 - 3
ระดับความรู้ปานกลาง	4 - 7
ระดับความรู้สูง	8 - 10

ส่วนที่ 3 เจตคติเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในเขตเทศบาลเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม เป็นแบบเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียว คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ลักษณะของข้อคำถามที่ใช้มีลักษณะในเชิงบวกและลบ (Positive or Negative Statement) และจัดการแบ่งระดับประเมินค่าของตัวแปรแบ่งอิงกลุ่มโดยใช้การจัดกลุ่มตามแนวคิดของ Kiess (1989) โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้

ระดับเจตคติ	ช่วงคะแนนรายกลุ่ม	ช่วงคะแนนรายข้อ
ระดับเจตคติดี	38 - 50	3.01 - 5.00
ระดับเจตคติปานกลาง	25 - 37	2.01 - 3.00
ระดับเจตคติต่ำ	12 - 24	1.00 - 2.00

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นข้อคำถามเป็นแบบเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียว ลักษณะของข้อคำถามที่ใช้มีลักษณะเชิงบวกและเชิงลบ (Positive or Negative Statement) เมื่อศึกษาปริมาณความถี่ของคำตอบแต่ละคำตอบจากผลรวมของกลุ่มตัวอย่างนั้น ผู้วิจัยได้ใช้ค่าเฉลี่ยมาเป็นเกณฑ์ในการบรรยายลักษณะของค่าตัวแปรตามมาตรของ Likert Scale โดยกำหนดแนวคำตอบเป็น 4 ระดับ และจัดระดับการวัดเชิงปริมาณโดยคำนวณหาค่าอันตรภาคชั้น (Class Interval) ของความกว้างในแต่ละอันตรภาคชั้นตามสูตรดังนี้

นำค่าคะแนนความกว้างของอันตรภาคชั้น มาจัดระดับมาหาเกณฑ์เฉลี่ยระดับของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในเขตเทศบาลเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม โดยแบ่งออกเป็นสามระดับ ดังนี้

ระดับการปฏิบัติ	ช่วงคะแนนรายข้อ	ช่วงคะแนนรายกลุ่ม
ระดับสูง	3.01 - 4.00	28 - 36
ระดับปานกลาง	2.01 - 3.00	19 - 27
ระดับต่ำ	1.00 - 2.00	9 - 18

ดำเนินการแบ่งกลุ่มเพื่อจัดกลุ่มพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในเขตเทศบาลเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม เป็น 2 กลุ่ม โดยใช้คะแนนรวมและใช้การประเมินแบบอิงเกณฑ์ (Criterion Reference) ซึ่งมี 9 ข้อ ได้ผลดังนี้

24 - 36 คะแนน	หมายถึง	มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์
9 - 23 คะแนน	หมายถึง	ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ เพื่อนำมาแก้ไขปรับปรุงให้เกิดความสมบูรณ์

2. การตรวจสอบความเชื่อถือได้ (Reliability) ของแบบสอบถาม ซึ่งนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ตอบแบบสอบถามที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริง แต่มีคุณลักษณะตรงตามลักษณะของกลุ่มประชากรที่ใช้จริงในการวิจัย กล่าวคือ เป็นกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาชั้นปีที่ 1-2 วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ ในมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ศูนย์การศึกษาจังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 30 คน โดยนำผลของแบบสอบถามที่ได้ไปรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยแบบวัดด้านความรู้ได้นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงตรงโดยวิธีของ Kuder Richardson (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .845 สำหรับแบบวัดเจตคติและพฤติกรรมวิเคราะห์หาความเที่ยง ตามวิธีการของ สัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .752 และ .717 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามให้กับวัยรุ่นในเขตเทศบาลเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม เป็นผู้กรอกแบบสอบถามด้วยตนเองและเก็บรวบรวมแบบสอบถามหลังจากวัยรุ่นตอบแบบสอบถามครบสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ครอบครัวต่อเดือน การพักอาศัย การมีคู่รัก ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และระดับเจตคติเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในเขตเทศบาลเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม โดยใช้สถิติ Chi-Square

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ผู้ศึกษาจะชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์ในการศึกษา และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมศึกษานี้ ข้อมูลที่ได้จากการตอบทั้งหมดผู้ศึกษาจะเก็บเป็นความลับและจะใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้นนอกจากนั้นการศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ตามเอกสารรับรองหมาย COA. 2-168/2020 เมื่อวันที่ 12 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของวัยรุ่นในเขตเทศบาลเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n=332 คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	157	47.3
หญิง	175	52.7
อายุ		
15-16	156	47.0
17-18	120	36.1
19-20	56	16.9
<i>M=17.39, SD=1.48, Min=15, Max=20</i>		
รายได้ครอบครัว		
10,000-15,000	122	36.7
15,000-20,000	136	41.0
20,000-30,000	74	22.3
<i>Min=10,000, Max=30,000</i>	<i>M=18,554.21</i>	<i>SD=7,557.63</i>
การพักอาศัย		
อยู่กับบิดามารดา	223	67.16
ไม่อยู่กับบิดามารดา	109	32.83
ปัจจุบันท่านมีแฟนหรือไม่		
มี	117	35.24
ไม่มี	215	64.76

ตาราง 1 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n=332 คน)	ร้อยละ
ท่านเคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่		
เคย	11	3.31
ไม่เคย	321	96.69
ท่านเคยมีเพศสัมพันธ์หรือไม่		
เคย	141	42.47
ไม่เคย	191	57.53

จากตาราง 1 พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.7 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 15-16 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.0 โดยมีอายุเฉลี่ย 17.39 ส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือน เดือนละ 15,000-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 41.0 ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบิดา มารดา คิดเป็นร้อยละ 67.2 การมีแฟน/คนรัก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 64.8 ปัจจุบันไม่มีแฟน ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 57.5 ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ และร้อยละ 42.5 เคยมีเพศสัมพันธ์

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในเขตเทศบาลเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละระดับความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในเขตเทศบาลเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม (n = 332 คน)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้ต่ำ (0 – 3 คะแนน)	6	1.81
ระดับความรู้ปานกลาง (4 – 7 คะแนน)	255	76.81
ระดับความรู้สูง (8 – 10 คะแนน)	71	21.38

จากตาราง 2 กลุ่มวัยรุ่นในเขตเทศบาลเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม ส่วนมากมีความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 255 คน คิดเป็นร้อยละ 76.81 รองลงมา มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยรวมอยู่ในระดับสูง จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 21.38 และมีความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 1.81

3. เจตคติเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในเขตเทศบาลเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละระดับเจตคติเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในเขตเทศบาลเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม (n = 332 คน)

ระดับเจตคติ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับเจตคติต่ำ (12 – 24 คะแนน)	5	1.50
ระดับเจตคติปานกลาง (25 – 37 คะแนน)	190	57.23
ระดับเจตคติดี (38 – 50 คะแนน)	137	41.26

จากตาราง 3 พบว่ากลุ่มวัยรุ่นในเขตเทศบาลเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม ส่วนมากมีเจตคติเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 190 คน คิดเป็นร้อยละ 57.23 รองลงมามีเจตคติเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง จำนวน 137 คน คิดเป็นร้อยละ 41.26 และมีเจตคติเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 1.50

4. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในเขตเทศบาลเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของวัยรุ่นในเขตเทศบาลเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม จำแนกตามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยรวม (n=332 คน)

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	จำนวน	ร้อยละ
มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์	294	88.55
ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์	38	11.46

จากตาราง 4 การจำแนกตามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า กลุ่มวัยรุ่นในเขตเทศบาลเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม ส่วนมากมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 294 คน ร้อยละ 88.55 และไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 38 คน ร้อยละ 11.46 ตามลำดับ

5. ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ตาราง 5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในจังหวัดสมุทรสงคราม จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยนำด้วยสถิติ Chi-Square

ปัจจัย	พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		χ^2	df	P-value
	ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง	มีพฤติกรรมเสี่ยง			
เพศ			20.241	1	<.001
ชาย	31 (9.3)	126 (38.0)			
หญิง	7 (2.1)	168 (50.6)			
อายุ			1.270	2	0.530
15-16	21 (6.3)	135 (40.7)			
17-18	11 (3.3)	109 (32.8)			
19-20	6 (1.8)	50 (15.1)			
รายได้ครอบครัวต่อเดือน			0.490	2	0.783
10,000-15,000	14 (4.2)	108 (32.5)			
15,000-20,000	14 (4.2)	122 (36.7)			
20,000-30,000	10 (3.0)	64 (19.3)			
การพักอาศัย			1.628	1	0.202
อยู่กับบิดามารดา	29 (8.7)	194 (58.4)			
ไม่อยู่กับบิดามารดา	9 (2.7)	100 (30.1)			
การมีแฟน/คนรัก			2.765	1	0.096
มี	18 (5.4)	99 (29.8)			
ไม่มี	20 (6.0)	195 (58.7)			

ตาราง 5 (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมเสี่ยงต่อ การเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		χ^2	df	P-value
	ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง	มีพฤติกรรมเสี่ยง			
ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์			9.551	1	0.002
เคยมีเพศสัมพันธ์	25 (7.5)	116 (34.9)			
ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์	13 (3.9)	178 (53.6)			
ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์			4.503	2	0.105
ระดับความรู้ต่ำ	1 (0.3)	5 (1.5)			
ระดับความรู้ปานกลาง	24 (7.2)	231 (69.6)			
ระดับความรู้สูง	13 (3.9)	58 (17.5)			
เจตคติเกี่ยวกับโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์			0.645	2	0.724
ระดับเจตคติต่ำ	1 (0.3)	4 (1.2)			
ระดับเจตคติปานกลาง	20 (6.0)	170 (51.2)			
ระดับเจตคติสูง	17 (5.1)	120 (36.1)			

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ครอบครัว การพักอาศัย การมีแฟน/คนรัก พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ยกเว้นตัวแปรเพศ และประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.001 และ 0.01 ตามลำดับ สำหรับปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเจตคติเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นในจังหวัดสมุทรสงคราม ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ถึงร้อยละ 88.6 โดยพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ เพศ และประสบการณ์การเคยมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งสามารถอธิบายถึงสาเหตุของการมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงได้ดังนี้

1. เพศ จากการศึกษานี้พบว่าปัจจัยเรื่องเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในจังหวัดสมุทรสงคราม ที่เป็นเช่นนั้น เป็นเพราะเพศหญิงมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์น้อยกว่าเพศชาย เนื่องจากวัยรุ่นชายจะมีพฤติกรรมการรวมกลุ่ม และการใช้ชีวิตนอกบ้านมากกว่าเพศหญิง มีการใช้และเข้าถึงสื่อมากกว่าเพศหญิง ดังนั้นโอกาสที่จะได้รับสื่อลามกอนาจารจะมากกว่า ทำให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ได้ง่ายกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของ วิวรรณ สุวรรณสันติสุข (2560) ได้ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น และปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นพบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ สอดคล้องกับวนิดา ภูพานหงส์, ฤชณา วุฒิสินธ์ และธวัชวงศ์ชัย ไตรทิพย์ (2559) ศึกษาในระดับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในอำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในอำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Z.Haraken และคณะ (2012) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เนื่องจากร่างกายและอารมณ์ของเพศหญิง และเพศชายมีความแตกต่างกัน โดยความรู้สึกทางเพศของเพศหญิงมักเกิดช้ากว่าเพศชาย และเพศชายจะถูกกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางเพศได้ง่ายกว่าเพศหญิงและในเรื่องของเพศภาวะ (Gender) ที่วัฒนธรรมของสังคมไทยใช้

จำแนกความแตกต่างระหว่างเพศหญิงและเพศชาย ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการแสดงอำนาจของฝ่ายชายที่เหนือกว่าผู้หญิงและเพศชายอาจแสดงพฤติกรรมที่สื่อถึงการมีอำนาจที่เหนือกว่า เช่น พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่มากกว่าเพศหญิง ดังนั้นเพศชายจึงมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่สูงกว่าเพศหญิง

2. อายุ ในการศึกษาพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในจังหวัดสมุทรสงคราม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 15-19 ปี เป็นช่วงที่วัยรุ่นจะเริ่มมีสังคม และมีการเข้าถึงสื่อที่ยั่วยุอารมณ์ทางเพศ และโฆษณาหลายสื่อชักนำให้วัยรุ่นเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ได้ง่าย นอกจากนี้วัยรุ่นเมื่อเข้าสู่กลุ่มวัยตอนต้น มักจะมีความสนใจเรื่องเพศ และเมื่อเข้าสู่ช่วงวัยรุ่นตอนกลางจะเริ่มมีแฟนซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากความสนใจมากกว่าความรู้สึกที่ลึกซึ้ง และช่วงวัยรุ่นตอนปลายหากมีแฟนมักจะมีความสัมพันธ์ที่ลึกซึ้ง (รสวันต์ อาริมิตร, 2559) ซึ่งในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มวัยรุ่นตอนต้นเหมือนกันจึงมีความสนใจในเรื่องเพศและได้รับแรงกระตุ้นจากปัจจัยภายนอกได้แก่ สื่อโซเชียลต่าง ๆ จึงทำให้เกิดความรู้สึกทางเพศ และเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ไม่แตกต่างกัน

3. รายได้ครอบครัว จากการศึกษาพบว่า ครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 15,000-20,000 บาท ซึ่งถือว่ารายได้สูง ซึ่งรายได้ส่วนใหญ่ของครอบครัวมาจากการค้าขายและทำสวน ชุมชนอำเภอเมืองสมุทรสงครามจะเป็นชุมชนที่เน้นค้าขายของฝากของที่ระลึกจากการเกษตร เป็นชุมชนท่องเที่ยว ทำให้การแลกเปลี่ยนวัฒนธรรม วัยรุ่นเองได้มีโอกาสเข้าถึงวัฒนธรรมเหล่านี้ จึงเกิดมุมมองเรื่องเพศและการกอด การจูบ การใกล้ชิดของชายหญิง เป็นเรื่องปกติ จึงไม่ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยง

4. การพักอาศัยกับพ่อแม่ เพื่อนหรือบุคคลอื่นไม่มีผลต่อการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในจังหวัดสมุทรสงคราม เพราะกลุ่มวัยรุ่นมีการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่นอกบ้าน ทั้งโรงเรียนหรือแม้แต่สถานที่ต่างๆ มากกว่าในบ้าน ทำให้ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความใกล้ชิดหรือได้พูดคุยกับวัยรุ่นน้อยลง จึงเป็นผลให้วัยรุ่นเสาะแสวงหาเพื่อนนอกบ้านและเป็นผลทำให้มีความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์มากขึ้น การไม่มีเวลาให้ของครอบครัว ทำให้วัยรุ่นต้องออกไปหาที่พึ่งจากคนอื่น โดยเฉพาะกลุ่มเพื่อนและแฟน ประกอบกับครอบครัวในยุคปัจจุบันมีการเปิดกว้างเรื่องเพศมากขึ้น ทั้งยังมีการแสดงออกถึงการรับรู้และการยอมรับทางเพศมากขึ้น

5. ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์เป็นตัวแทนหนึ่งในปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในจังหวัดสมุทรสงคราม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.002 จากการศึกษาพบว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 57.5 และเคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 42.5 ซึ่งวัยรุ่นเชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานไม่ใช่เรื่องผิดปกติ เป็นประสบการณ์การใช้ชีวิตที่สังคมในปัจจุบันเปิดกว้างยอมรับได้ ประกอบกับสื่อในปัจจุบันมีการลงโฆษณาดาราดารา หรือบุคคลที่มีชื่อเสียงที่มีเรื่องราวเกี่ยวประสบการณ์การมีคู่และการเลิกราของชีวิตคู่ ซึ่งผ่านการมีเพศสัมพันธ์ก่อนใช้ชีวิตเป็นเรื่องปกติ ส่งผลให้วัยรุ่นมองเป็นเรื่องปกติ จากบุคคลทางสังคมเหล่านี้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิวานิตย์ ทองคำดี และคณะ (2563) ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนช่วงชั้นที่ 2 ในพื้นที่อุตสาหกรรม จังหวัดชลบุรี พบว่า ประสบการณ์การมีแฟนหรือคนรักของนักเรียน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. วัยรุ่นส่วนใหญ่เคยมีเพศสัมพันธ์มาแล้ว ดังนั้น การป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวของวัยรุ่น ควรให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน เช่น ชะลอการมีเพศสัมพันธ์ในผู้ที่ยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ โดยแนะนำทางออกที่เหมาะสม ขณะเดียวกันก็ไม่ประณาม ผู้ที่เคยมีเพศสัมพันธ์มาแล้ว แต่แนะนำการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย แนะนำสถานบริการสุขภาพเมื่อเกิดปัญหาทางเพศ

2. พ่อแม่ผู้ปกครองเป็นผู้ดูแลใกล้ชิดกับวัยรุ่นมากที่สุด จึงควรมีบทบาทหน้าที่ ช่วยคัดกรอง เลือกสรรพฤติกรรมทางเพศให้ไปในทางที่เหมาะสม รวมไปถึงการอบรมสั่งสอนถึงการดื่มเครื่องดื่ม ของมีเมา การเที่ยว

สถาบันทั้ง การคบเพื่อนต่างเพศ การแตะเนื้อต้องตัวเพศ ตรงข้าม และการแต่งกายล่อแหลม เพราะเป็นปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรได้

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการทำวิจัยปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมโดยเน้นการพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มประชากร
2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพในประเด็นพฤติกรรมทางเพศเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น
3. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นนอกพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม

References

- กองระบาด กรมควบคุมโรค. (2563). สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. สืบค้นเมื่อ 5 ตุลาคม 2563 จาก <https://ddc.moph.go.th/brc/news>.
- จุฑามาศ เบ้าคำทอง และสุภารัตน์ คตะ. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษา. *วารสารสำนักงานป้องกันโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 26(1), 66-76.
- ปัญญากรินทร์ หอยรัตน์ และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(1), 149-163.
- มาลี สบายยิ่ง. (2562). พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในสังคมปัจจุบัน. *วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*, 11(2), 390-412.
- รสนันท์ อาริมิตร. (2559). *ตำราเวชศาสตร์วัยรุ่น*. นนทบุรี: ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์.
- ววิวรรณ สุวรรณสันติสุข. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นอำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต วิชาเอกบริหารสาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี.
- วนิดา ภูพานหงส์, ฤชณา วุฒิสินธ์ และธวัชวงศ์ชัย ไตรทิพย์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิชาการแพรวกาฬสินธุ์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์*, 3(2), 54-72.
- ศิวานิตย์ ทองคำดี, ณวิวรรณ บุญสุยา และสาวิตรี วิษณุโยธิน. (2563). พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนช่วงชั้นที่ 2 ในพื้นที่อุตสาหกรรม จังหวัดชลบุรี. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 5(1), 85-98.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม. (2562). *สรุปรายงานประจำปี*. เอกสารอัดสำเนา.
- Becker, M. H. (1974). The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. *Health Education Monographs*, 2(4winter), 354-385.
- Bloom, B. S. (1971). *Hand Book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: Mc Graw-Hill Book Company
- Harakeh, M. E. de Looze. Schrijvers, C. T., van Dorsselaer, S. A. & Vollebergh, W. A. (2012). Individual and environmental predictors of health risk behaviours among Dutch adolescents: The HBSC study. *Public Health*, 126(7), 566-573.
- Kiess, H. O. (1989). *Statistical Concepts for The Behavioral Sciences*. Biston Allyn and Bacon.

ประสิทธิผลของการใช้สเปรย์มะกรูดในการดับกลิ่นไม่พึงประสงค์ในห้องน้ำสาธารณะ The Effectiveness of Bergamot Deodorizing Spray in Male's Public Toilets at Petrol Stations

นิพิฐพนธ์ คันสร¹, ทีปกร เนียมคล้าย¹, บุญบารมี พรหมสาร¹, นกษา สิงห์วีรธรรม^{2*} และเอกพล หมั่นพลศรี¹
Teepakorn Niamklay¹, Nipitpon Khansorn¹, Bunbarame Promsaton¹, Noppcha Singweratham^{2*},
and Ekapol Monpolsri¹,

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก¹,
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่^{2*}

Kanchanabhisek Institute of Medical and Public Health Technology, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,
Praboromarajchanok Institute Praboromarajchanok Institute¹, Faculty of Public Health, Chiang Mai University^{2*}

(Received: April 18, 2022; Revised: August 27, 2022; Accepted: August 27, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบระดับกลิ่นไม่พึงประสงค์ก่อนและหลังการใช้สเปรย์มะกรูด 2) ศึกษาความคงอยู่ของกลิ่นมะกรูดหลังฉีดสเปรย์มะกรูดเป็นเวลา 20, 40, 60 นาที 3) ประเมินผลความพึงพอใจของอาสาสมัครกับสเปรย์ดับกลิ่นมะกรูด จากผู้ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการน้ำมันเชื้อเพลิงและผู้ใช้ห้องน้ำสาธารณะของผู้ชาย จำนวน 90 คน โดยสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบบันทึกข้อมูลการสำรวจกลิ่นในภาคสนาม 3) แบบสอบถามข้อมูลความคงทนของกลิ่น 4) แบบประเมินความพึงพอใจ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องกันของรายการและวัตถุประสงค์ ระหว่าง .67 ถึง 1.00 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมนเท่ากับ 0.884 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Friedman's ANOVA test และ สถิติ Wilcoxon signed rank test ผลการวิจัยพบว่า

กลิ่นไม่พึงประสงค์ก่อนและหลังการฉีดสเปรย์มะกรูดไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ ความคงทนของกลิ่นมะกรูดหลัง 20, 40 และ 60 นาที แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (p -value<0.001) และความพึงพอใจโดยรวมของสเปรย์มะกรูดอยู่ที่มากที่สุด ($M=4.80$, $SD=0.54$)

สิ่งนี้ชี้ให้เห็นว่าสเปรย์กลิ่นมะกรูดดับกลิ่นไม่พึงประสงค์ในห้องน้ำสาธารณะนั้นเป็นที่น่าพอใจ แต่ยังไม่เพียงพอต่อการกำจัดกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์ในห้องน้ำสาธารณะ ดังนั้นควรพัฒนาสเปรย์มะกรูดด้วยน้ำมันระเหยที่มีความเข้มข้นมากขึ้น

คำสำคัญ: สเปรย์มะกรูด, มะกรูด, ห้องน้ำสาธารณะ, กลิ่นไม่พึงประสงค์

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: noppcha@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 061-5513399)

Abstract

This quasi-experimental study with one-group pretest-posttest design aimed to 1) compare the level of odor before and after using the product of bergamot deodorizing spray 2) study the persistence of bergamot odor after spraying for 20, 40 and 60 minutes and 3) evaluate the satisfaction of volunteers on the bergamot deodorizing spray. Ninety subjects in this study were selected by simple random sampling from workers who worked at petrol stations and people who used male's public toilets. The research instruments consisted of 1) general information questionnaire 2) field survey data record form 3) smell persistence questionnaire and 4) satisfaction assessment form. The instruments had index of item- objective congruence (IOC) between 0.67 to 1.00 and the Cronbach alpha coefficient reliability of 0.884. The data were analyzed by using descriptive statistics in terms of frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, Friedman's ANOVA Test and Wilcoxon signed rank test.

The results revealed that the undesirable odor before and after spraying the product was not statistically significant (p -value > 0.05). Moreover, the persistence of bergamot after 20, 40 and 60 minutes presented statistically significant difference (p -value < 0.001). Lastly, the overall satisfaction on bergamot spray was at the highest level ($M=4.80$, $SD = 0.54$).

This suggested that the bergamot deodorizing spray was pleasant but not sufficient to get rid of on undesirable odor in public toilets. Therefore, the bergamot deodorizing spray should be developed with more concentrated volatile oil.

Keywords: Bergamot spray, Bergamot, Public toilets, Undesirable odors

บทนำ

น้ำมันหอมระเหยส่วนใหญ่ถูกสกัดสารสำคัญออกมาจากพืชสมุนไพร โดยจะมีความหอมเฉพาะตัวเป็นความหลากหลายที่เกิดจากองค์ประกอบทางพฤกษเคมีที่แตกต่างกัน กลิ่นที่แตกต่างกัน และมีผลต่อสุขภาพแตกต่างกัน จึงมีรูปแบบการนำมาใช้ทั้งเป็นสิ่งมงคล เป็นเครื่องหอม เป็นอาหารและเป็นยาซึ่งสมุนไพรไทยที่มีน้ำมันหอมระเหยก็มีมากมายหลายชนิด อาทิเช่น ตะไคร้ มะกรูด ชิง ข่า ชะลูด อินจัน ว่านสาวหลง ว่านมหาหงส์ เป็นต้น (ฐาปนีย์ หงส์รัตนารกิจ, 2555) มะกรูดเป็นพืชตระกูลส้มเป็นพื้นเมืองในเขตร้อนชื้นแถบประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ในผิวมะกรูดมีน้ำมันหอมระเหยมีเบตาไพเนน ลิโมนีน เป็นองค์ประกอบหลัก ที่ถูกนำมาใช้แต่งกลิ่นเครื่องหอม โดยมะกรูดยังทำให้ร่างกายตื่นตัวและกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ (วุฒิชัย วิสุทธิพรต, 2564) เมื่อสูดดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหยเข้าไปแล้วจะไปกระตุ้นสมองส่วนหน้าให้หลั่งสาร Endorphine ซึ่งเป็น สารสื่อประสาทที่เกี่ยวกับความรู้สึกปรารถนาดี ในขณะเดียวกันจะช่วยลดความเจ็บปวด(วินัย สยอวรรณ และอำพล บุญเพียร, 2561) นอกจากนี้มีการใช้มะกรูดเพื่อฆ่าเชื้อแทนการใช้สบู่ใช้ทาผิวอีกเสบเพื่อรักษาแผล (Department of Medical Sciences, 2016) โดยในผิวและใบของมะกรูดมีสารสำคัญ คือ Citronella ที่มี คุณสมบัติในการฆ่าเชื้อ ด้านจุลภาค ฆ่าเชื้อราและยาฆ่าแมลง (Marulanda, Gutiérrez, & Alzate, 2017) จะเห็นได้ว่าการใช้มะกรูดคู่กับวิถีชีวิตของคนไทยมาตั้งแต่ อดีตจนถึงปัจจุบัน

ห้องน้ำสาธารณะเป็นห้องน้ำส่วนรวมมีผู้ใช้บริการจำนวนมากทำให้เกิดสิ่งสกปรกและส่งกลิ่นเหม็นทำให้ผู้ใช้บริการหลายท่านไม่ต้องการที่จะใช้บริการห้องน้ำสาธารณะ แม้ว่าในปัจจุบันจะมีผลิตภัณฑ์เกี่ยวกับน้ำยาจัดกลิ่นแล้วก็ตามแต่ผลิตภัณฑ์เหล่านั้นมีราคาสูง ด้วยเหตุนี้จึงก่อให้เกิดแนวความคิดเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์น้ำยาดับกลิ่นจากพืช ซึ่งสารสกัดจากพืชสามารถผลิตได้ง่ายและมีต้นทุนต่ำ (ปานทิพย์ รัตนศิลป์กุลชาญ, 2556) มะกรูดเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของพืชสมุนไพรที่ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการกำจัดกลิ่นไม่พึงประสงค์ในห้องน้ำ

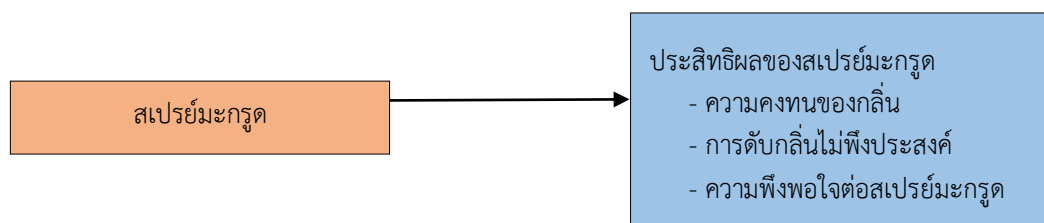
สเปรย์มะกรูด ได้ถูกพัฒนาขึ้นเป็นผลิตภัณฑ์สเปรย์ปรับอากาศสมุนไพรกลิ่นมะกรูด ในรายวิชาเภสัชกรรมไทย 2 และรายวิชาการเป็นผู้ประกอบการทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ของนักศึกษาการแพทย์แผนไทยบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก ที่ได้ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของผลิตภัณฑ์จากอาจารย์และคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ในด้านรูปแบบบรรจุภัณฑ์ ด้านสี ด้านกลิ่น ด้านความเป็นเนื้อเดียวกัน ด้านการไม่ก่อให้เกิดอาการแพ้ ด้านการกระจายตัวในอากาศ และด้านอื่นๆ ในการใช้เพื่อศึกษาประสิทธิภาพในการดับกลิ่นไม่พึงประสงค์ในห้องน้ำ จากการศึกษาผู้วิจัยพบว่า สเปรย์แอลกอฮอล์ที่มีความเข้มข้นตั้งแต่ 70 เปอร์เซ็นต์ขึ้นไป จะช่วยลดการกระจายของเชื้อโรคได้ (สำนักเทคโนโลยีชุมชน, 2563). ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสิทธิภาพของการใช้สเปรย์มะกรูดในการดับกลิ่นไม่พึงประสงค์ในห้องน้ำสาธารณะต่อการดับกลิ่น ความคงทน และความพึงพอใจของผู้ใช้ เป็นข้อมูลที่เป็นรูปธรรมซึ่งสามารถนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรในรูปแบบสเปรย์ดับกลิ่นไม่พึงประสงค์ในห้องน้ำต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับกลิ่นไม่พึงประสงค์ระหว่างก่อนและหลังใช้สเปรย์มะกรูดในห้องน้ำสาธารณะ
2. เพื่อเปรียบเทียบความคงทนของกลิ่นมะกรูดในห้องน้ำสาธารณะ หลังใช้สเปรย์มะกรูดที่ 20, 40, 60 นาที
3. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์สเปรย์มะกรูดระหว่างก่อนและหลังใช้สเปรย์มะกรูด

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผลมะกรูดนั้นมีสารสำคัญอยู่มากมาย ซึ่งองค์ประกอบหลักคือ “เบตาไพเนน” (Beta-Pinene) ประมาณร้อยละ 30, “ลิโมนีน” (Limonene) ประมาณร้อยละ 29, Beta-Phellandrene, Citronellal นอกจากนี้ยังพบ Linalool, Borneol, Camphor, Sabinene, Germacrene D, Aviprin ที่ใช้ในการทำน้ำมันแต่งกลิ่นเครื่องหอม ยาระดม สบู่ อื่น ๆ ซึ่งสารสำคัญแต่ละชนิดก็จะมีกระบวนการใช้ที่แตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ใช้งาน ซึ่งในงานศึกษาวิจัยนี้ก็จะใช้สารสำคัญที่มีผลต่อการดับกลิ่นไม่พึงประสงค์ สารสำคัญที่ให้ความหอมและยับยั้งจุลชีพได้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียวเปรียบเทียบ ก่อนหลัง (One Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการน้ำมันเชื้อเพลิง หรือคนที่เคยมาใช้บริการห้องน้ำสาธารณะในสถานบริการน้ำมันเชื้อเพลิงการปิโตรเลียมแห่งประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการน้ำมันเชื้อเพลิง หรือคนที่เคยมาใช้บริการห้องน้ำสาธารณะในสถานบริการน้ำมันเชื้อเพลิงการปิโตรเลียมแห่งประเทศไทย มีทั้งหมด 90 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ G*Power ของโคเฮน (Cohen, 1977) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) = 0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen (1988) ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha)=.05 และค่า Power=0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 45 คน เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลผู้วิจัยจึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 90 คน

กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. อายุ 18 ถึง 60 ปี ที่เข้ามาใช้โถปัสสาวะ
2. เป็นผู้ที่สามารถเข้าห้องน้ำชาย 3 ครั้ง ใน 1 ชั่วโมงตามเวลาที่กำหนดนาฬิกาที่ 20, 40, 60
3. เป็นผู้ที่มีความสมัครใจในการเข้าร่วมการทำวิจัย

กำหนดเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ที่แพ้กลิ่นสมุนไพรหรือได้กลิ่นแล้วมีอาการข้างเคียง เช่น วิงเวียนศีรษะ
2. ผู้สูญเสียระบบการรับกลิ่นหรือมีปัญหาในการรับกลิ่น เช่น ไข้หวัด คัดจมูกได้กลิ่นเล็กน้อย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ น้ำมะกรูดหมักด้วยเอทานอลแอลกอฮอล์ 70%
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป มีลักษณะเป็นแบบสอบถามแบบปลายปิด (Closed-Ended Form) แบบสอบถามแบบนี้ประกอบด้วยข้อความและตัวเลือก (คำตอบ) ประกอบด้วย ประเภทของพนักงาน อายุ ประสบการณ์การใช้ห้องน้ำชายในสถานบริการน้ำมันเชื้อเพลิง การใช้ผลิตภัณฑ์ดับกลิ่นไม่พึงประสงค์ในห้องน้ำ และความพึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์ที่ท่านเคยใช้ดับกลิ่นไม่พึงประสงค์ในห้องน้ำ

2. แบบบันทึกข้อมูลการสำรวจกลิ่นในภาคสนาม (Odor Survey Record) (สำนักงานสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อม, 2564) เป็นคำถามเกี่ยวกับการสำรวจกลิ่นในภาคสนาม ในรูปแบบตัวเลือก (คำตอบ) เป็นระดับคะแนน โดยแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ก่อนและหลังการใช้สเปรย์มะกรูด ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์คะแนนโดยแบ่งระดับเป็น 6 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ไม่ได้กลิ่น

3. แบบประเมินความพึงพอใจ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือมีลักษณะเป็นแบบสอบถามแบบปลายปิด (Closed-ended Form) แบบสอบถามแบบนี้ประกอบด้วยข้อความและตัวเลือก (คำตอบ) เพื่อให้ทราบถึงระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง ข้อคำถามมีประเด็นการประเมินทั้งหมด 4 ด้าน จำนวน 6 ข้อ จำแนกรายละเอียดดังนี้ ด้านกลิ่น จำนวน 3 ข้อ ด้านความเหมาะสม จำนวน 1 ข้อ ด้านผลิตภัณฑ์ จำนวน 1 ข้อ และด้านความปลอดภัย จำนวน 1 ข้อ กำหนดการให้คะแนน จากพึงพอใจมากที่สุดให้ 5 คะแนน และพึงพอใจน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามประสิทธิภาพของการใช้สเปรย์มะกรูดในการดับกลิ่นไม่พึงประสงค์ในห้องน้ำสาธารณะและแบบบันทึกความคงทนของกลิ่นแล้วแบบประเมินความพึงพอใจเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์แผน

ไทย 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขอนามัย 1 ท่านและผู้เชี่ยวชาญทางด้านทำความสะอาดห้องน้ำสาธารณะ 1 ท่าน ได้ค่า IOC ระหว่าง .67-1.00 ก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลองจำนวน คือผู้ที่มาใช้บริการห้องน้ำสาธารณะ จำนวน 30 คน (Try Out) เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือและแบบประเมินความพึงพอใจ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient; α) ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาชของแบบประเมินความพึงพอใจเท่ากับ .86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ระเบียบวิธีวิจัยและระยะเวลาการวิจัย และอธิบายสิทธิและจริยธรรมวิจัยในมนุษย์แก่ผู้ทดลองให้เข้าใจ
2. ตรวจสอบสภาพสิ่งแวดล้อม ต้องมีแสงแดดส่องถึง ฝนไม่ตก อากาศไม่แปรปรวน อุณหภูมิปกติที่ 34-37 องศา
3. ผู้วิจัยได้ฉีดพ่นสเปรย์ไว้ 10 นาที เพื่อให้สเปรย์มีการกระจายตัวและยึดติดกับพื้นผิวทั่วบริเวณก่อนผู้ทดลองจะมาใช้โถปัสสาวะ

ขั้นทดลอง

1. ให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม ทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบบันทึกข้อมูลการสำรวจกลืนในภาคสนามก่อนการใช้สเปรย์มะกรูด หลังจากนั้นทำการฉีดพ่นสเปรย์มะกรูดรอบโถปัสสาวะ และพักไว้ 10 นาที ให้สเปรย์เซ็ดตัวเพื่อดับกลิ่นไม่พึงประสงค์
2. ให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม เข้าห้องน้ำโดยนับจากคนแรกที่เข้านาที่ที่ 20 แล้วทำแบบบันทึกข้อมูลการสำรวจกลืนในภาคสนามหลังการฉีดพ่นสเปรย์มะกรูด เข้าครั้งต่อไปนาที่ที่ 40 และต่อไปนาที่ที่ 60 แล้วทำแบบสอบถามข้อมูลความคงทนของกลิ่น และแบบประเมินความพึงพอใจหลังการใช้สเปรย์มะกรูด ซึ่งระยะเวลา กับจำนวนรอบของคนที่มาเข้าห้องน้ำและเวลาที่ผู้วิจัยได้ฉีดพ่นสเปรย์ทิ้งไว้ 1 ชั่วโมง จะต้องสัมพันธ์กัน และผู้ใช้บริการลำดับถัดไปให้ดำเนินการดังเดิม
3. ผู้วิจัยทำการฉีดพ่นสเปรย์ หลังจากนั้น 2 ชั่วโมง ดำเนินการฉีดพ่นสเปรย์ซ้ำอีกรอบจนได้กลุ่มตัวอย่างครบทั้ง 3 กลุ่ม จำนวน 90 คน
4. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

ขั้นหลังการทดลอง

ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินการดับกลิ่นไม่พึงประสงค์หลังทดลอง ระดับความคงทนของกลิ่นสเปรย์มะกรูด และความพึงพอใจต่อการใช้สเปรย์มะกรูด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ในสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบระดับกลิ่นไม่พึงประสงค์ระหว่างก่อนและหลังใช้สเปรย์มะกรูดในห้องน้ำสาธารณะโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test
3. เปรียบเทียบความคงทนของกลิ่นมะกรูดในห้องน้ำสาธารณะ หลังใช้สเปรย์มะกรูดที่ 20, 40, 60 นาที ด้วยสถิติ Friedman
4. เปรียบเทียบความพึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์สเปรย์มะกรูดระหว่างก่อนและหลังใช้สเปรย์มะกรูดโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

จากการวิเคราะห์การกระจายของข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้การทดสอบ Kolmogorov-Smirnov พบว่า ข้อมูลที่ได้มีการกระจายตัวแบบไม่ปกติ ดังนั้นในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จึงต้องใช้สถิติ Nonparametric ในการวิเคราะห์ข้อมูล

จริยธรรมวิจัย

วิจัยประสิทธิภาพของการใช้สเปรย์มะกรูดในการดับกลิ่นไม่พึงประสงค์ในห้องน้ำสาธารณะนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษกเลขที่รับรอง KMPHT-64020026 ลงวันที่ 1 ตุลาคม 2564 โดยสอดคล้องกับคำประกาศเฮลซิงกิ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 90)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ ($M=33.18$, $SD=10.73$)		
18-35 ปี	59	65.56
36 ปีขึ้นไป	31	34.44
ประเภทผู้มารับบริการ		
ผู้เคยมาใช้บริการห้องน้ำสถานบริการน้ำมัน	59	65.56
พนักงานภายในสถานบริการเชื้อเพลิง	31	34.44
การใช้ผลิตภัณฑ์ดับกลิ่นไม่พึงประสงค์ในห้องน้ำ		
ไม่เคย	34	37.80
เคย	56	62.20
ผลิตภัณฑ์ดับกลิ่นไม่พึงประสงค์ในห้องน้ำ		
ลูกมะกรูด	2	2.20
พิมเสน	3	3.30
สเปรย์	23	25.60
ลูกเหม็น	29	32.20
ไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ดับกลิ่น	33	36.70
ความพึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์ที่เคยใช้		
ไม่พึงพอใจ	6	6.67
ไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ดับกลิ่น	33	36.67
พึงพอใจ	51	56.67

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพนักงานภายในสถานบริการเชื้อเพลิง คิดเป็นร้อยละ 63.30 มีอายุอยู่ในช่วง 18-35 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.56 ผู้ที่เคยใช้ผลิตภัณฑ์ดับกลิ่นไม่พึงประสงค์ คิดเป็นร้อยละ 62.20 ผลิตภัณฑ์ที่ใช้มากที่สุดคือ ลูกเหม็น คิดเป็นร้อยละ 32.20 และความพึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์ดับกลิ่นไม่พึงประสงค์ที่ใช้อยู่ คิดเป็นร้อยละ 56.67 โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความคล้ายคลึงกัน

2. เปรียบเทียบระดับกลิ่นไม่พึงประสงค์ระหว่างก่อนและหลังใช้สเปรย์มะกรูดในห้องน้ำสาธารณะ

ตาราง 2 เปรียบเทียบระดับกลิ่นไม่พึงประสงค์ระหว่างก่อนและหลังใช้สเปรย์มะกรูดในห้องน้ำสาธารณะโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test (n=90)

การใช้สเปรย์มะกรูด	IQR	Z	p-value (1-Tailed)
ก่อน	1.00	1.601	.054
หลัง	1.25		

จากตาราง 2 พบว่า คะแนนระดับกลิ่นไม่พึงประสงค์ก่อนและหลังการใช้สเปรย์มะกรูดในการดับกลิ่นไม่พึงประสงค์ในห้องน้ำสาธารณะไม่แตกต่างกัน

3. เปรียบเทียบความคงทนของกลิ่นมะกรูดในห้องน้ำสาธารณะ หลังใช้สเปรย์มะกรูดที่ 20, 40, 60 นาที

ตาราง 3 เปรียบเทียบความคงทนของกลิ่นมะกรูดในห้องน้ำสาธารณะ หลังใช้สเปรย์มะกรูดที่ 20, 40, 60 นาที ด้วยสถิติ Friedman's (n = 90)

ระยะเวลา	Mean Rank	χ^2	p - value
20 นาที	2.91	158.475	<.001
40 นาที	1.94		
60 นาที	1.15		

ตาราง 4 เปรียบเทียบระดับกลิ่นไม่พึงประสงค์ระหว่างนาที่ 20, 40 และ 60 หลังใช้สเปรย์มะกรูดในห้องน้ำสาธารณะโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank test (n=90)

การใช้สเปรย์มะกรูด	IQR	Z	p-value (1-Tailed)
20 นาที	0.00	7.945	<.001
40 นาที	0.00		
20 นาที	0.00	8.906	<.001
60 นาที	0.00		
20 นาที	0.00	7.755	<.001
40 นาที	0.00		

จากตาราง 3 ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับความคงทนของกลิ่นมะกรูดที่ 20, 40 และ 60 นาที พบว่า ระดับความคงทนของกลิ่นมะกรูดนาที่ที่ 20, 40 และ 60 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อเปรียบเทียบแต่ละคู่พบว่า ทุกคู่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p\text{-value}<0.001$)

4. เปรียบเทียบความพึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์สเปรย์มะกรูดระหว่างก่อนและหลังใช้สเปรย์มะกรูด

ตาราง 5 เปรียบเทียบความพึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์สเปรย์มะกรูดระหว่างก่อนและหลังใช้สเปรย์มะกรูดโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test (n= 90)

ความพึงพอใจ	M	SD	IQR	Z	p-value (1-tailed)
ก่อน	3.50	0.33	0.37	6.180	<.001
หลัง	3.87	0.42	0.54		

จากตาราง 5 หลังการใช้สเปรย์มะกรูดในการดับกลิ่นไม่พึงประสงค์ในห้องน้ำสาธารณะ อาสาสมัครมีความพึงพอใจมากกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($p\text{-value}<0.001$)

อภิปรายผล

1. ผลการเปรียบเทียบระดับกลิ่นไม่พึงประสงค์ระหว่างก่อนและหลังการใช้สเปรย์มะกรูดพบว่า ไม่สามารถระงับกลิ่นไม่พึงประสงค์ในห้องน้ำชายได้ ซึ่งจากการที่ใช้ปริมาณสารสกัดน้ำมันมะกรูดเพียง 3 % อาจมีจำนวนสาร Terpineol ที่ไม่เพียงพอ แตกต่างจากผลการศึกษาการพัฒนาสูตรตำรับผลิตภัณฑ์เจลปรับอากาศว่านสาวหลง (ทวีภรณ์ ศิริสุข, ธวัชชัย ศรีสุวรรณ, สมฤทัย แดงน้า และสนั่น ศุภธีรสกุล, 2562) ที่ใช้ปริมาณสารสกัดน้ำมันว่านสาวหลง 6% ดังนั้นการที่จะใช้สเปรย์มะกรูดในการระงับกลิ่นไม่พึงประสงค์จำเป็นต้องพิจารณาสัดส่วนปริมาณน้ำมันมะกรูดเพิ่มมากขึ้นในการผสมในการผสมเพื่อมีสาร Terpineol ที่เพียงพอต่อการระงับกลิ่น

2. ผลเปรียบเทียบความคงทนของกลิ่นมะกรูดมีความแตกต่างกันในแต่ละระยะเวลา สอดคล้องกับระดับของกลิ่นของมะกรูดจะลดลงเมื่อระยะเวลาผ่านไปทุก ๆ 20 นาที (Susan & Nasr, 2018) ทั้งนี้ระดับของกลิ่นจะลดลงเนื่องจากจากปัจจัยอื่น ๆ เช่น ทิศทางลม อุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์ อีกทั้งผลิตภัณฑ์ครั้งนี้เป็นสเปรย์ที่มีลักษณะเป็นระอองขนาดเล็ก มีการกระจายตัวได้ง่าย และระเหยภายในอากาศได้ง่าย แต่จะเป็นการเพิ่มพื้นที่การสัมผัส ถ้าหากจะเพิ่มความคงทนของกลิ่นควรต้องพิจารณาความสม่ำเสมอของสเปรย์ ละอองฝอยที่กระจายออกไป ความหนืดของสเปรย์ และระยะเวลาในการระเหยของสเปรย์ (รินทร์ลดา วัชรเลิศวานิช, ราชีดา เอ็มวิธนา, ภัทรพร ปานรักษา และเพ็ญศักดิ์ จันทราวุธ, 2564) ทั้งนี้ผลิตภัณฑ์ที่เป็นสเปรย์จะแตกต่างจากผลิตภัณฑ์ที่เป็นของเหลวที่มีพื้นที่สัมผัสน้อยกว่าและมีแรงยึดติดกันเป็นกลุ่มเป็นก้อนทำให้มีการระเหยได้ยากกว่าระอองขนาดเล็ก ดังนั้นในการพัฒนาผลิตภัณฑ์จำเป็นต้องพิจารณาคุณสมบัติต่างๆ เพื่อที่จะได้ทราบปัจจัยที่ส่งผลต่อความคงทนของสเปรย์มะกรูด และนำไปพัฒนาให้สเปรย์มะกรูดมีค่าความคงทนที่เพิ่มมากยิ่งขึ้น

3. ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการใช้สเปรย์มะกรูด พบว่า ความพึงพอใจอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับความพึงพอใจน้ำมันหอมระเหยมะกรูดที่ผลต่อร่างกายอารมณ์จิตใจของนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก (วินัย สยอวรรณ และอำพล บุญเพียร, 2561) จะเห็นได้ว่าน้ำมันหอมระเหยมะกรูดทำให้ร่างกายตื่นตัวและกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ (วุฒิชัย วิสุทธิพรต, 2564) ส่งผลกระตุ้นต่อระบบประสาททำให้รู้สึกตื่นตัว มีกำลังวังชา สดชื่น กระปรี้กระเปร่า ดังนั้นควรมีการสนับสนุนการใช้มะกรูดเพื่อเป็นผลิตภัณฑ์ทางเลือกสำหรับการกำจัดกลิ่น

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้ จากการศึกษาวิจัยพบว่า ไม่สามารถควบคุมตัวแปรจนได้ เช่น ลม แสงแดด อุณหภูมิ ความชื้นในอากาศ เป็นต้น ที่จะส่งผลโดยตรงต่อสเปรย์มะกรูด ซึ่งอาจทำให้ผลการศึกษานั้นคลาดเคลื่อนได้ และการศึกษาไม่มีกลุ่มควบคุม ทำให้ผลของการวัดระดับกลิ่นไม่พึงประสงค์หลังการใช้สเปรย์นั้นไม่มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนกับก่อนการใช้สเปรย์มะกรูด

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวัดระดับความพึงพอใจหลังการใช้เพิ่มมากขึ้น จึงสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปสนับสนุนในการใช้ผลิตภัณฑ์ที่สำคัญเช่นเดียวกันกับมะกรูดเพื่อการดับกลิ่นไม่พึงประสงค์ตามที่ต่าง ๆ ที่ต้องการได้ และนำพัฒนาสูตรให้มีความคงทน ทำให้กลิ่นอยู่ได้นานมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ผลการวัดระดับกลิ่นไม่พึงประสงค์ก่อนและหลังการใช้สเปรย์มะกรูดไม่มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน และผลการวัดระดับความคงทนของกลิ่นมะกรูดมีความเฉื่อยลงมาก ดังนั้นจึงควรที่จะมีการพัฒนาให้สเปรย์มะกรูดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ในด้านการดับกลิ่นไม่พึงประสงค์ ด้านความคงทนของกลิ่นมะกรูด และด้านอื่น ๆ เป็นต้น

References

- ฐานปณีย์ หงส์รัตนาวรกิจ. (2555). *น้ำมันหอมระเหยและการใช้ในสุคนธบำบัด*. นครนายก: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- ทวีภรณ์ ศิริคช, ธวัชชัย ศรีสุวรรณ, สมฤทัย แดงนำ และสนั่น ศุภธีรสกุล. (2562). การพัฒนาสูตรตำรับ ผลิตภัณฑ์เจลปรับอากาศว่านสาวหลง กรณีศึกษา: บุคลากรและนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลา นครินทร์ จังหวัดสงขลานครินทร์. *วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ*, 22(2), 18-21.
- ปานทิพย์ รัตนศิลป์กัลยาณ. (2556). อันตรายจากสารกัดกร่อนในผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดครัวเรือน กรณีศึกษา: ผู้ป่วยที่กลืนกินผลิตภัณฑ์ทำความสะอาด. *วารสาร มอภ*, 32(1), 157-168.
- รินทร์ลดา วัชรเลิศวานิช, ราชีดา เอมวัธนา, ภัทราพร ปานรักษา และเพ็ญศักดิ์ จันทราวุธ. (2564). การพัฒนา สเปรย์ชนิดกึ่งฟิล์มต้านมลพิษเพื่อใช้ทางผิวหนัง กรณีศึกษา: การพัฒนาตำรับเภสัชภัณฑ์ในรูปแบบ สเปรย์ชนิดกึ่งฟิล์ม. *Thai Bulletin of Pharmaceutical Sciences*, 16(2), 47-59.
- วินัย สยอวรรณ และอำพล บุญเพียร. (2561). การศึกษาเปรียบเทียบผลของการสูดดมกลิ่นน้ำมันกระทุงกับน้ำมันโรส แมรี่ต่อระบบประสาทอัตโนมัติและความสามารถในการจำลองการขับรถ กรณีศึกษานักศึกษาวิทยาลัย เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนบุรี. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 12(1), 61-67.
- วุฒิชัย วิสุทธีพรต. (2564). การศึกษาฤทธิ์ในการลดปวดอักเสบของสารสกัดจากผิวมะกรูดเพื่อพัฒนาเป็นตำรับ ยาทารักษาอาการปวดอักเสบ กรณีศึกษา: หมอล้วน ภูศรีเทศ ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านเป็นแนวทางที่จะ ช่วยให้อภัยความรู้ จังหวัดพิษณุโลก. *วารสาร มรม*, 15(1), 57-63.
- สำนักงานสุขภาพภิบาลและสิ่งแวดล้อม. (2564). *แบบบันทึกข้อมูลการสำรวจกลิ่นภาคสนาม (Odor Survey Record)*. กรุงเทพฯ: สืบค้นเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2564 จาก <http://office2.bangkok.go.th/envhealth/4063/>
- สำนักเทคโนโลยีชุมชน. (2563). *ทำเจลล้างมือกับนักวิทยาศาสตร์*. กรุงเทพฯ: กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม.
- Cohen J. The Concepts of Power Analysis. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Academic Press. New York.
- Department of Medical Sciences. (2016). *Thai Herbal Pharmacopoeia*. Agricultural Co-Operative Federation of Thailand. Bangkok.
- Susan, L. & Nasr. (2018) *How Perfume Works*. Howstuffworks [online]. (n.d.). Retrieved November 20, 2021 from <https://science.howstuffworks.com/perfume.htm>
- Marulanda, V. A., Gutiérrez, C. D. B., & Alzate, C. A. C. (2017). *Green Pesticides Handbook Essential Oils for Pest Control*. Retrieved November 20, 2021 from <https://www.taylorfrancis.com/books/edit/10.1201/9781315153131/green-pesticides-handbook-leo-nollet-hamir-singh-rathore>

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

Factors Influencing Success in Implementing COVID-19 Control in Communities among Village Health Volunteers

กิตติศักดิ์ แก้วเรือง^{1*}, กิตติพร เนาว์สุวรรณ², นภชา สิงห์วีระธรรม³ และ สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์⁴

Kitisak Kaewruang^{1*}, Kittiporn Nawsuwan², Noppcha Singweratham³ and Sutthisak Suriruk⁴
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองอุโลก^{1*}, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข², คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่³, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดสุพรรณบุรี คณะสาธารณสุขและสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข⁴

Nong U-Lok Health Promoting Hospital^{1*}, Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing
Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health², Faculty of Public Health, Chaiing Mai University³,
Sirindhorn College of Public Health Suphanburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,
Praboromarajchanok Institute Ministry of Health⁴

(Received: August 8, 2022; Revised: August 27, 2022; Accepted: August 27, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางนี้เพื่อศึกษาความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนของ อสม. จำนวน 162 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิจากการเก็บออนไลน์ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด-19 ได้ค่าความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ระหว่าง .67 – 1.00 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .884 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Logistic Regression ผลการวิจัยพบว่า

ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนของ อสม. ต.หนองมะค่าโมง อ.ด่านช้าง จ.สุพรรณบุรี อยู่ในระดับมาก ($\chi^2=4.39$, S.D.= 0.34) และ อสม. ที่รับผิดชอบครัวเรือน 16-20 ครัวเรือน มีโอกาสสำเร็จในการดำเนินงาน ควบคุมโรคโควิด 19 เป็น 2.33 เท่า (OR=2.33, 95%CI: 1.07-5.06) เมื่อเทียบกับ อสม. ที่รับผิดชอบครัวเรือน 10-15 ครัวเรือน

ดังนั้นทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรมอบหมายให้ อสม.รับผิดชอบครัวเรือนคนละ 16-20 หลังเรือนและส่งเสริมให้ อสม.ได้ดูแลสุขภาพตนเองเพื่อเป็นแบบอย่างและเป็นกำลังสำคัญในการดำเนินป้องกันโรคโควิด 19 และโรคอื่น ๆ ในชุมชน

คำสำคัญ: โรคโควิด 19, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ความสำเร็จ, การควบคุมโรค, ครัวเรือนที่รับผิดชอบ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: kiti.ka993@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 085-2959972)

Abstract

This cross-sectional analysis study aimed to explore success in implementing COVID-19 control in communities among village health volunteers and factors influencing success in implementing COVID-19 control in communities among village health volunteers at Nongmakamong sub-district, Danchang district, Suphanburi province. Samples were 162 village health volunteers recruited online using stratified random sampling. Research instrument was questionnaire about success of the implementation of COVID-19 control which had the Item-Objective Congruence (IOC) ranging from .67-1.00 and Cronbach's alpha reliability coefficient of .884. Data were analyzed by using descriptive statistics and logistic regression.

The results revealed that the success in implementing COVID-19 control in communities among village health volunteers at Nongmakamong sub-district, Danchang district, Suphanburi province was at a high level ($\bar{x}=4.39$, S.D.=0.34). In addition, the village health volunteers who were responsible for 16-20 households had 2.33 times opportunity of success in implementing COVID-19 control (OR=2.33, 95%CI: 1.07-5.06) when compared to those who were responsible for 10-15 households. The factors linked to gender, age, education, working period, income sufficiency, comorbidities, responsible area settings, travel convenience for work had no relationships among these factors.

Therefore, sub-district health promoting hospitals should assign village health volunteers to be responsible for 16-20 households and encourage village health volunteers to be self-care as having an exemplary behavior and to be significant health workforce in implementing COVID-19 prevention and other diseases in communities.

Keywords: COVID-19, Village Health Volunteers, Success, Disease Control, Responsible Households

บทนำ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เกิดขึ้นจากคำประกาศ Alma Ata ภายใต้แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ซึ่งผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน (World Health Organization, 1988) โดยกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 จัดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ผสส.) เน้นการให้บริการสุขภาพเพื่อให้เกิดความเสมอภาคและความเป็นธรรมในการได้รับบริการพื้นฐานที่จำเป็น โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ การให้ประชาชนพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพในระยะยาว ดังนั้น อสม. จึงถือว่าเป็นหัวใจสำคัญต่อการให้บริการสาธารณสุขในระดับหมู่บ้านและชุมชน มีบทบาทในการทำงานเชิงรุกในชุมชนด้วยจิตอาสาและความเสียสละไม่หวังผลตอบแทน เป็นผู้นำทางความคิดและเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย เผยแพร่ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ตลอดจนส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังและป้องกันโรค โดยในปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทย มี อสม. ทั้งหมด 1,039,247 คน (วิเชียร เทียนจารุวัฒนา, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, สายสมร วชิระประพันธ์, 2564) ทั้งนี้กำหนดให้อสม. 1 คน รับผิดชอบ 10-15 หลังคาเรือน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

ประเทศไทยยังเผชิญหน้ากับสถานการณ์โรคโควิด 19 ระบาด แม้ว่าการแพร่ระบาดจะลดความเข้มข้น แต่รัฐบาลก็ประกาศให้ประชาชนเข้มงวดมาตรการสาธารณสุขต่อไป เนื่องจากทราบได้ที่ยังไม่มีวัคซีนป้องกันโรค

โควิด 19 และการฉีดยังไม่ครอบคลุม โอกาสที่จะเกิดการระบาดรอบใหม่ย่อมมีอยู่ตลอดเวลา ในขณะนี้ถือว่าโรคดังกล่าวได้คุกคามสุขภาพของคนไทยและประชากรโลก และส่งผลทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของทุกคนต้องเปลี่ยนแปลง

อสม. เป็นอีกส่วนสำคัญของระบบสาธารณสุขมูลฐาน และมีส่วนในการรณรงค์ให้ข้อมูลสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในสถานการณ์โควิด 19 ได้แก่ การรณรงค์สื่อสารกับชาวบ้านให้ถูกต้องว่าโควิด 19 มีความเป็นมาอย่างไร การคัดกรองคนที่เดินทางมาจากต่างจังหวัด การส่งข้อมูลไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การรณรงค์ให้ประชาชนฉีดวัคซีน ตลอดจน ร่วมกับทีม 3 หมอในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ใน Community Isolation (CI) คือการกักตัวในชุมชน หากไม่สามารถแยกกักตัวที่บ้านได้ ใช้ในกรณีที่มีผู้ป่วย COVID-19 ในชุมชนจำนวนมากและในชุมชนมีการจัด ตั้งศูนย์แยกโรคชุมชน Home Isolation (HI) หรือการแยกกักตัวที่บ้าน คือ ผู้ป่วยกลุ่มสีเขียว หมายถึง ผู้ป่วยโควิด 19 ที่ไม่มีอาการแสดง หรือมีอาการเล็กน้อย นอกจากนี้ยังต้องเป็นผู้ที่อายุต่ำกว่า 60 ปี มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีภาวะอ้วน ไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรังที่อาจส่งผลกระทบต่อระดับความรุนแรงของโรค และมีสถานที่พักที่เหมาะสม (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

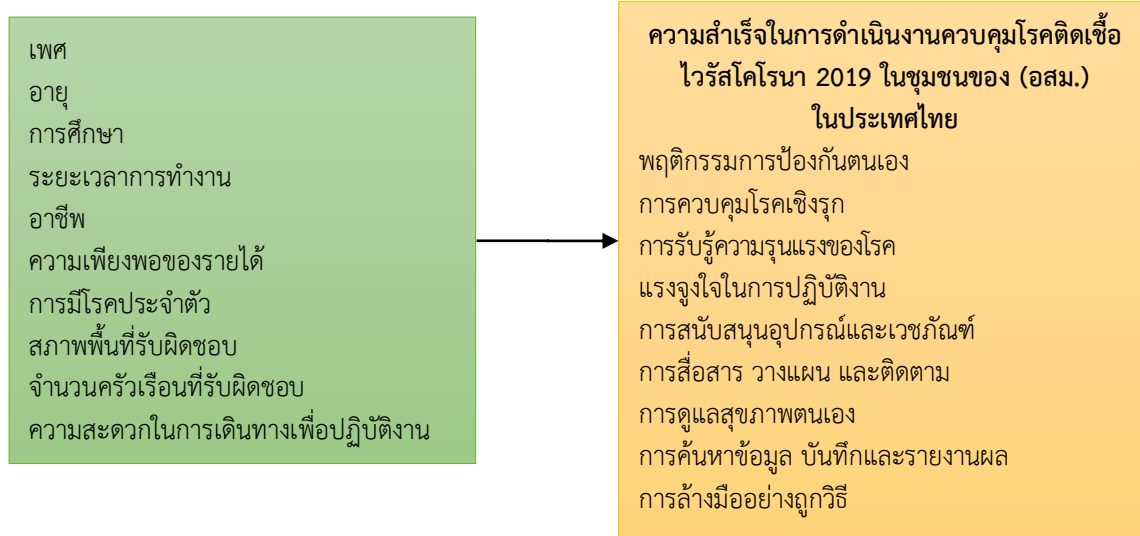
ดังนั้นจะเห็นได้ว่า งานหลักๆ ของ อสม. เปรียบเสมือนผู้จัดการการสาธารณสุขระดับชุมชน-ครัวเรือน คอยช่วยงานการอนามัยสาธารณสุขของกระทรวงฯ ทั้งเชิงรุกและรับ ทำงานได้หลายรูปแบบ มีการฝึกอบรมพัฒนาหลักสูตรพื้นฐาน หลักสูตรเชี่ยวชาญ และนักจัดการคุณภาพด้านสุขอนามัยป้องกันโรคเบื้องต้น รวมถึงการติดตามเฝ้าระวัง-คัดกรองโรคระบาด ร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข จนในที่สุดทำให้ประเทศไทยสามารถควบคุมเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้ในระดับหนึ่ง (เจาะลึกระบบสุขภาพ, 2563) ความสำเร็จดังกล่าวส่วนหนึ่งมาจาก อสม.ในชุมชน จากการศึกษาความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของ อสม. ในประเทศไทยของ กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีระธรรม, นวรัตน์ ไชยมณี, กชกร ฉายากุล (2563) พบว่า ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนอยู่ในระดับมากที่สุด (และ อสม.ที่มีเพศ การศึกษา ระยะเวลาการทำงาน และการได้รับรางวัล (อสม.)ดีเด่น ต่างกันมีความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนแตกต่างกัน

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต.หนองมะค่าโมง อ.ด่านช้าง จ.สุพรรณบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต.หนองมะค่าโมง อ.ด่านช้าง จ.สุพรรณบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่เป็นปัจจัยภายใน 5 องค์ประกอบ คือ 1) พฤติกรรมการป้องกันตนเอง 2) การดูแลสุขภาพตนเอง 3) การล้างมืออย่างถูกวิธี 4) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน 5) การรับรู้ความรุนแรงของโรค สำหรับองค์ประกอบที่เป็นปัจจัยภายนอก 4 องค์ประกอบ คือ 6) การควบคุมโรคเชิงรุก 7) การสื่อสาร วางแผน และติดตาม 8) การค้นหาข้อมูล บันทึก และรายงานผล และ 9) การสนับสนุนอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ (กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีระธรรม, พงศ์เทพอักษร, 2563) ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Analytic Cross-Sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ อสม. ที่ปฏิบัติงานในเขต ต.หนองมะค่าโมง อ.ด่านช้าง จ.สุพรรณบุรี จำนวน 240 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ อสม. ที่ปฏิบัติงานในเขต ต.หนองมะค่าโมง อ.ด่านช้าง จ.สุพรรณบุรี จำนวน 150 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike (1987) โดย $n = 10k + 50$ จากตัวแปรอิสระ 10 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 150 คน ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30 ใช้วิธีสุ่มแบบชั้นภูมิโดยกำหนดสัดส่วนคงที่ในแต่ละหมู่บ้านของ ต.หนองมะค่าโมง หมู่บ้านละ 10 คน จำนวน 20 หมู่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามจากรายงานการวิจัยเรื่องความสำเร็จในการดำเนินงานและเปรียบเทียบความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของ อสม. ในประเทศไทยของกิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีรธรรม, พยงค์ เทพอักษร (2563) ประกอบด้วย 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระยะเวลาเป็น (อสม.) การศึกษา สถานภาพ อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การมีโรคประจำตัว สภาพพื้นที่รับผิดชอบ จำนวนครัวเรือนที่รับผิดชอบ และความสะดวกในการเดินทางเพื่อปฏิบัติงาน รวม 11 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามประเมินตนเองเกี่ยวกับความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนของ อสม. จำนวน 9 ด้าน รวมทั้งสิ้น 50 ข้อ ได้แก่ 1) พฤติกรรมป้องกันตนเอง มี 8 ข้อ 2) การควบคุมโรคเชิงรุก มี 9 ข้อ 3) การรับรู้ความรุนแรงของโรค มี 6 ข้อ 4) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มี 7 ข้อ 5) การสนับสนุนอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ มี 4 ข้อ 6) การสื่อสาร วางแผน และติดตาม มี 5 ข้อ 7) การดูแลสุขภาพตนเอง มี 4 ข้อ 8) การค้นหาข้อมูล บันทึกและรายงานผลมี 3 ข้อ และ 9) การล้างมืออย่างถูกวิธี มี 4 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) จากปฏิบัติ/ เห็นด้วยมากที่สุดให้

5 คะแนน ถึงปฏิบัติ/เห็นด้วยน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน เกณฑ์การแบ่งระดับความสำเร็จในการดำเนินงาน ใช้เกณฑ์ของ ชูศรี วงศ์รัตน์ (2553) มี 5 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง ความสำเร็จของการดำเนินงานอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง ความสำเร็จของการดำเนินงานอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง ความสำเร็จของการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง ความสำเร็จของการดำเนินงานอยู่ในมาก

ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง ความสำเร็จของการดำเนินงานอยู่ในมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย อาจารย์พยาบาลชุมชน และนักวิชาการสาธารณสุข ได้ค่า IOC ระหว่าง .67 – 1.00 และนำแบบสอบถามมาทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างได้แก่ อสม.ในจังหวัดสงขลาที่ไม่ได้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .884

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่างในแบบสอบถาม จากนั้นเก็บข้อมูลแบบ Online Survey โดยการส่งแบบสอบถามออนไลน์ไปยังตัวแทน อสม.เพื่อดำเนินการส่งต่อโดยใช้ Application Line ไปยัง อสม.ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ภายหลังส่งแบบสอบถามออนไลน์ ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุก ๆ วัน ซึ่งจากการเก็บข้อมูลออนไลน์ผู้วิจัยใช้เวลา 1 สัปดาห์ ได้ข้อมูล 162 ชุด ผู้วิจัยจึงยุติการรับแบบสอบถามโดยแจ้งและแสดงความขอบคุณไปยังตัวแทน อสม. ผ่าน Application Line เช่นเดิม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด (Min) และค่าสูงสุด (Max)

2. วิเคราะห์ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนของ อสม. ต.หนองมะค่าโมง อ.ด่านช้าง จ.สุพรรณบุรี ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนของ อสม. ด้วย การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ละตัวแปร (Bivariate Analysis) ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (Simple Logistic Regression Analysis) และพิจารณาตัวแปรที่มีค่า p-value ของ Wald's test น้อยกว่า 0.25 เข้าสู่การวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (Multiple Logistic Regression Analysis) และคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p-value มากกว่า 0.05 ออกจากสมการด้วยวิธี Backward Elimination นำเสนอด้วยค่า Crude Odds Ratios (OR) Adjusted Odds Ratio P-value และค่าช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% Confidence Interval, 95%CI) การแปลผลพิจารณาจากค่า Odds Ratios กรณีที่ค่า OR มีค่ามากกว่า 1 แสดงว่าเป็น ปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยความสำเร็จ และกรณีที่ค่า OR มีค่าน้อยกว่า 1 แสดงว่าเป็น ปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยในเชิงป้องกันต่อความสำเร็จในการดำเนินงาน

ทั้งนี้ผู้วิจัยแบ่งระดับของความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนของ อสม. เพื่อวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (Simple Logistic Regression Analysis) ซึ่งเป็นตัวตามให้เป็นข้อมูลระดับนามบัญญัติเพื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ดังนี้ (สุรพันธ์ วรพงศธร, 2558)

คะแนนมากกว่าค่าเฉลี่ย (4.40 – 5.00) หมายถึง ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนของ อสม. อยู่ในระดับสูง

คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ย (1.00 – 4.39) หมายถึง ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนของ อสม. อยู่ในระดับต่ำ

จริยธรรมวิจัย

โครงร่างวิจัยผ่านการรับรองการพิจารณาโครงร่างวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี รหัส ลงวันที่ 17 เมษายน 2565 และในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี หลังจากที่ได้ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 62.3 อายุเฉลี่ย 49.17 ปี (SD= 9.67) อายุต่ำสุด 29 ปี อายุสูงสุด 82 ปี ระยะเวลาการเป็น อสม.เฉลี่ย 13.64 ปี
2. ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนของ อสม. ต.หนองมะค่าโมง อ.ด่านช้าง จ.สุพรรณบุรี พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (=4.39, S.D.= 0.34) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ พฤติกรรมการป้องกันตนเอง (=4.53, S.D.= 0.35) รองลงมาคือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (=4.50, S.D.= 0.47) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ การดูแลสุขภาพตนเอง (=3.99, S.D.= 0.51) (ตาราง 1)

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต.หนองมะค่าโมง อ.ด่านช้าง จ.สุพรรณบุรี

ข้อ	ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด 19	$\bar{x}$	SD	ระดับ
	พฤติกรรมการป้องกันตนเอง	4.53	0.35	มากที่สุด
1	การใช้ช้อนกลางประจำตัวเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น	4.64	0.60	มากที่สุด
2	การรับประทานอาหารที่เพิ่งปรุงสุกใหม่ ๆ ด้วยความร้อน (กินร้อน)	4.55	0.59	มากที่สุด
3	การเลือกรับประทานอาหารที่ปรุงสุกสุกลักษณะเท่านั้น	4.52	0.58	มากที่สุด
4	การไม่เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์	4.35	0.57	มาก
5	การเพิ่มระยะประมาณ 1 - 2 เมตรเมื่อต้องมีการพูดคุยกับบุคคลอื่น	4.40	0.64	มาก
6	การเปลี่ยนเสื้อผ้าและอาบน้ำทันทีหลังเลิกงานเมื่อเข้าบ้าน	4.23	0.65	มาก
7	การสวมหน้ากากอนามัย (Surgical Mask) เมื่อท่านไม่สบาย	4.74	0.47	มากที่สุด
8	การสวมหน้ากากอนามัย (Surgical Mask) หรือหน้ากากผ้าเมื่อออกจากบ้าน	4.83	0.40	มากที่สุด
	การควบคุมโรคเชิงรุก	4.40	0.42	มาก
9	การเยี่ยมบ้านโดยการเคาะประตูบ้านเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 ในบ้านที่รับผิดชอบ	4.27	0.62	มาก
10	การสำรวจสุขภาพตนเอง ก่อนเข้าไปปฏิบัติงานการควบคุมและป้องกันโรคโควิด 19 ในชุมชน	4.44	0.61	มาก
11	การให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 ในชุมชน	4.46	0.59	มาก

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อ	ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด 19	$\bar{x}$	SD	ระดับ
12	การสอนวิธีสังเกตอาการโรคโควิด 19 ในชุมชน	4.43	0.61	มาก
13	การประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือทีมทำงานทันที เมื่อเกิดปัญหาในการดำเนินงานโรคโควิด 19 ในชุมชน	4.60	0.56	มากที่สุด
14	การเข้มงวดเรื่องการสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าของประชาชนในชุมชน	4.62	0.51	มากที่สุด
15	การเข้มงวดเรื่องการปฏิบัติตามมาตรการห้ามออกนอกเคสสถาน (เคอร์ฟิว) ของประชาชนในชุมชน	4.23	0.70	มาก
16	การเข้มงวดเรื่องการปฏิบัติตามประกาศจังหวัด เช่น การเข้าออกพื้นที่ การงดจำหน่ายสุรา การงดการรวมกลุ่ม เป็นต้น ของประชาชนในชุมชน	4.15	0.65	มาก
17	การแจ้งเจ้าหน้าที่ของรัฐ เมื่อเกิดสิ่งผิดปกติที่อาจเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด 19 ในชุมชน	4.44	0.57	มาก
	การรับรู้ความรุนแรงของโรค	4.50	0.47	มากที่สุด
18	โรคโควิด 19 เป็นโรคติดต่อได้ง่ายเพียงการสัมผัสละอองน้ำลาย น้ำมูก เสมหะ การไอหรือจาม ของผู้มีเชื้อ	4.70	0.50	มากที่สุด
19	โรคโควิด 19 เป็นโรคติดต่ออันตราย	4.46	0.57	มาก
20	โรคโควิด 19 อันตรายร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิต	4.32	0.72	มาก
21	โรคโควิด 19 ทำให้ปอดติดเชื้อรุนแรง	4.35	0.72	มาก
	การมีโรคประจำตัวและโรคโควิด 19 อาจเพิ่มความรุนแรงเป็นอันตรายถึงชีวิต	4.59	0.55	มากที่สุด
23	ผู้สูงอายุมีโอกาสเสียชีวิตสูงหากติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	4.58	0.61	มากที่สุด
	แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	4.47	0.43	มากที่สุด
24	การเป็นหน้าที่ที่ (อสม.) ต้องปฏิบัติอยู่แล้ว	4.62	0.55	มากที่สุด
25	การทำงานเพื่อสุขภาพของพี่น้องประชาชน	4.56	0.53	มากที่สุด
26	การทำงานเพื่อประเทศชาติและตอบแทนคุณแผ่นดิน	4.33	0.60	มาก
27	ความรู้สึกภาคภูมิใจเมื่อชุมชนของท่านปลอดจากโรคโควิด 19 ในชุมชน	4.57	0.56	มากที่สุด
28	ความรู้สึกว่าเป็นบุคลากรสาธารณสุขคนหนึ่งที่กำลังสำคัญในการป้องกันโรคโควิด 19 ของประเทศ	4.55	0.54	มากที่สุด
29	ความรู้สึกว่าเป็นมดงานที่มีพลังอันยิ่งใหญ่ต่อการป้องกันโรคโควิด 19 ในระดับชุมชน	4.42	0.57	มาก
30	ความรู้สึกว่าเป็นส่วนสำคัญในระดับชุมชนที่ทำให้ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยและจำนวนคนเสียชีวิตด้วยการป้องกันโรคโควิด 19 น้อยมากเมื่อเทียบกับประเทศอื่น	4.22	0.65	มาก
	การสนับสนุนอุปกรณ์และเวชภัณฑ์	4.28	0.56	มาก
31	หน่วยงานจัดหาอุปกรณ์ในการป้องกันโรคโควิด 19 สำหรับการปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ	4.32	0.67	มาก
32	หน่วยงานสนับสนุนด้านเวชภัณฑ์ทำลายเชื้ออย่างเพียงพอ	4.13	0.67	มาก
33	หน่วยงานจัดหาอุปกรณ์ในการคัดกรองและป้องกันโรคโควิด 19 อย่างเพียงพอ เช่น Mask, Face shield, เครื่องวัดอุณหภูมิร่างกาย เป็นต้น	4.33	0.64	มาก
34	หน่วยงานจัดหาอุปกรณ์ในการป้องกันโรคโควิด 19 ที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน	4.34	0.63	มาก
	การสื่อสาร วางแผน และติดตาม	4.43	0.51	มาก
35	การสื่อสารเรื่องโรคโควิด 19 ให้ อสม. ได้รับทราบ	4.46	0.57	มาก
36	การจัดการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างสม่ำเสมอ	4.38	0.55	มาก

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อ	ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด 19	$\bar{x}$	SD	ระดับ
37	การกำหนดแผนงานการดำเนินงานจัดการโรคโควิด 19 ในชุมชนให้กับ (อสม.) อย่างชัดเจน	4.44	0.62	มาก
38	การมอบหมายงานการดำเนินงานจัดการโรคโควิด 19 ในชุมชนให้กับ (อสม.) อย่างชัดเจน	4.46	0.61	มาก
39	การกำกับ ติดตาม การดำเนินงานจัดการโรคโควิด 19 ในชุมชนให้กับ (อสม.) อย่างต่อเนื่อง	4.38	0.61	มาก
	การดูแลสุขภาพตนเอง	3.99	0.51	มาก
40	การรับประทานแร่ธาตุที่มีประโยชน์เพื่อสร้างภูมิคุ้มกัน	4.05	0.64	มาก
41	การรับประทานวิตามินหรือแร่ธาตุสำเร็จรูปเป็นประจำเพื่อสร้างภูมิคุ้มกัน	3.86	0.74	มาก
42	การออกกำลังกายมากกว่า 3 – 4 ครั้ง ๆ ละไม่น้อยกว่า 30 นาทีต่อสัปดาห์	3.93	0.79	มาก
43	การตรวจสุขภาพร่างกายเป็นประจำตามกำหนดที่ควรตรวจ	4.11	0.65	มาก
	การค้นหาข้อมูล บันทึกและรายงานผล	4.19	0.57	มาก
44	การซักอาการเบื้องต้นโรคโควิด 19 ในชุมชน	4.25	0.72	มาก
45	การมีข้อมูลการเข้าออกพื้นที่ การกลับจากต่างประเทศของคนในบ้านที่รับผิดชอบ อย่างเป็นปัจจุบันทุกวัน	4.10	0.79	มาก
46	การบันทึกและรายงานผลการดำเนินงานโรคโควิด 19 ในชุมชน แก่หน่วยงานเป็นประจำทุกวัน	4.20	0.67	มาก
	การล้างมืออย่างถูกวิธี	4.41	0.53	มาก
47	การล้างมืออย่างถูกวิธี (7 ขั้นตอน) ทุกครั้ง	4.37	0.63	มาก
48	การล้างมือด้วยสบู่และน้ำ อย่างน้อย 20 วินาที หรือใช้เจลแอลกอฮอล์ (มากกว่า 70% แอลกอฮอล์) หลังหยิบจับหรือสัมผัสสิ่งของที่ใช้ร่วมกัน	4.44	0.58	มาก
49	การล้างมือด้วยสบู่และน้ำ อย่างน้อย 20 วินาที หรือใช้เจลแอลกอฮอล์ (มากกว่า 70% แอลกอฮอล์) หลังปฏิบัติกิจส่วนตัวในห้องน้ำ	4.37	0.59	มาก
50	การล้างมือด้วยสบู่และน้ำ อย่างน้อย 20 วินาที หรือใช้เจลแอลกอฮอล์ (มากกว่า 70% แอลกอฮอล์) ก่อนรับประทานอาหาร หรือก่อนหยิบจับอาหารใส่ปาก	4.45	0.58	มาก
ภาพรวม		4.39	0.34	มาก

ตาราง 2 การวิเคราะห์ตัวแปรที่มีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต.หนองมะค่าโมง อ.ด่านช้าง จ.สุพรรณบุรี แบบทีละปัจจัย

ตัวแปร	ความสำเร็จต่ำ		ความสำเร็จสูง		OR	95% CI	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ							.135
ชาย	37	60.7	24	39.3	Ref		
หญิง	49	48.5	52	51.5	1.636	0.86-3.12	
อายุ (ปี)							.120
น้อยกว่า 45 ปี	24	44.4	30	55.6	Ref		
ตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป	62	57.4	46	42.6	0.59	0.31-1.15	

ตาราง 2 (ต่อ)

ตัวแปร	ความสำเร็จต่ำ		ความสำเร็จสูง		OR	95% CI	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การศึกษา							.970
ประถมศึกษา	35	53.8	30	46.2	Ref		
มัธยมศึกษา	45	53.6	39	46.4	1.01	0.53-1.94	
อนุปริญญาขึ้นไป	6	50.0	6	50.0	1.17	0.34-4.00	
ระยะเวลาการทำงาน							.751
1-6 ปี	14	56.0	11	44.0	Ref		
มากกว่า 6 ปีขึ้นไป	72	52.6	65	47.4	1.15	0.49-2.71	
ความพอเพียงของรายได้							.039
เงินรายได้มากกว่ารายจ่าย	5	25.0	15	75.0	4.03	1.34-12.13	
เงินรายได้เท่ากับรายจ่าย	34	56.7	26	43.3	1.03	0.52-2.01	
เงินรายได้น้อยกว่ารายจ่าย	47	57.3	35	42.7	Ref		
การมีโรคประจำตัว							.459
ไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง	60	51.3	57	48.7	Ref		
มีโรคประจำตัว	26	57.8	19	42.2	0.77	0.38-1.54	
สภาพพื้นที่รับผิดชอบ							.429
ชนบท	76	52.1	70	47.9	Ref		
เมือง	10	62.5	6	37.5	0.65	0.22-1.89	
จำนวนครัวเรือนที่รับผิดชอบ							.016
10-15 ครัวเรือน	71	58.7	50	41.3	Ref		
16-20 ครัวเรือน	15	36.6	26	63.4	2.46	1.18-5.11	
ความสะดวกในการเดินทางเพื่อปฏิบัติงาน							.999*
สะดวก	0	0.0	5	100	Ref	-	
ไม่สะดวก	86	54.8	71	46.9	1.09	0.56-2.13	

* Fisher Exact Test

ตาราง 3 การวิเคราะห์พหุตัวแปรตัวแปรที่มีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต.หนองมะค่าโมง อ.ด่านช้าง จ.สุพรรณบุรี

ปัจจัย	Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	p-value
จำนวนครัวเรือนที่รับผิดชอบ			.020
10-15 ครัวเรือน	Ref	Ref	
16-20 ครัวเรือน	2.46 (1.18-5.11)	2.33 (1.07-5.06)	

จากตาราง 2 พบว่าการวิเคราะห์อย่างหยาบแบบทีละปัจจัยพบว่า ตัวแปรที่คาดว่าจะมีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนของ อสม. ต.หนองมะค่าโมง อ.ด่านช้าง จ.สุพรรณบุรี ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ อายุ ความพอเพียงของรายได้ และจำนวนครัวเรือนที่รับผิดชอบ (ตารางที่ 2) แต่เมื่อนำตัวแปรดังกล่าวเข้าสมการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (Multiple Logistic Regression Analysis) และคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p-value มากกว่า 0.05 ออกจากสมการด้วยวิธี Backward Elimination พบว่า จำนวนครัวเรือนที่รับผิดชอบมีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดย อสม. ที่รับผิดชอบครัวเรือน 16-20 ครัวเรือน มีโอกาสสำเร็จในการ

ดำเนินงาน 2.33 เท่า (OR=2.33, 95%CI: 1.07-5.06) เมื่อเทียบกับ อสม.ที่รับผิดชอบครัวเรือน 10-15 ครัวเรือน (ตารางที่ 3) อย่างไรก็ตามปัจจัยด้านเพศ อายุ การศึกษา ระยะเวลาการทำงาน ความพอเพียงของรายได้ การมีโรคประจำตัว สภาพพื้นที่รับผิดชอบ และความสะดวกในการเดินทางเพื่อปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์

อภิปรายผล

ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนของ อสม. อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด - 19 ยังมีส่วนเกี่ยวกับปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของโรค บทบาทการดำเนินงานควบคุมโรค (กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีรธรรม, นวพร ดำแสงสวัสดิ์, 2563) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (สรวิศ เอี่ยมนัย, 2564) โดยความสำเร็จในภาพรวมอาจจะเกิดจากหลายปัจจัย โดยแบ่งเป็นปัจจัยภายใน 1) พฤติกรรมการป้องกันตนเอง (Self-Protective Behaviors) 2) การดูแลสุขภาพตนเอง (Self-Care) 3) การล้างมืออย่างถูกวิธี (Washing Hands Correctly) 4) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (Motivation for Work) 5) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perception of Severity of Disease) และปัจจัยภายนอก 1) การควบคุมโรคเชิงรุก (Proactive Disease Control) 2) การสื่อสาร วางแผน และติดตาม (Communication, Planning and Following Up) 3) การค้นหาข้อมูล บันทึกและรายงานผล (Information Query, Record and Report) และ 4) การสนับสนุนอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ (Support for Equipment and Medical Supplies) (กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีรธรรม, พยงค์ เทพอักษร, 2563) จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยที่หลากหลายที่จะทำให้เกิดความสำเร็จในการดำเนินการควบคุมโรคโควิด-19 ในสำเร็จสอดคล้องไปกับการศึกษาของ กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีรธรรม, นวรัตน์ ไวมภู, กชกร ฉายากุล (2563) ที่พบว่า ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทยอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน

ตัวแปรที่คาดว่าจะมีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต.หนองมะค่าโมง อ.ด่านช้าง จ.สุพรรณบุรี ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ อายุ ความพอเพียงของรายได้ และจำนวนครัวเรือนที่รับผิดชอบ แตกต่างจากการศึกษาของ อสม. ทั้งประเทศ เพศ การศึกษา ระยะเวลาในการทำงาน ที่เป็นปัจจัยส่วนบุคคลส่งผลต่อการความสำเร็จในการทำงานควบคุมและป้องกันโรคโควิด - 19 (กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีรธรรม, นวรัตน์ ไวมภู, กชกร ฉายากุล, 2563) จะเห็นได้ว่าการศึกษาในระดับพื้นที่หรือเฉพาะจังหวัดนั้นอาจจะมีความแตกต่างของประชากรที่ไม่มากพอ ที่จะทำให้อสม. ส่วนบุคคลส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด 19 โดยในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด -19 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงษ์ จังหวัดสงขลา (อภิวดี อินทเจริญ, คันธมาพันธ์ กาญจนภูมิ, กัลยา ตันสกุล, สุวรรณ ปัตตะพัฒน์, 2564) และการศึกษาในประชาชนจังหวัดปทุมธานี พบว่า เพศ และ อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด 19 (เพ็ญศรี หงส์พานิช, 2564) เช่นเดียวกัน จะเห็นได้ว่าควรมีการพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลในการควบคุมโรคโควิด - 19 โดยเน้นรูปแบบของการให้ความรู้ให้เหมาะสมกับกลุ่มที่มีความหลากหลาย

อสม. ที่รับผิดชอบครัวเรือน 16-20 ครัวเรือน มีโอกาสสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด 19 เมื่อเทียบกับ อสม.ที่รับผิดชอบครัวเรือน 10-15 ครัวเรือน อาจเกิดจาก อสม. ที่มีความรับผิดชอบหมู่บ้านจำนวนมากทำให้มีประสบการณ์ในการทำงานในการควบคุมโรคอื่น ๆ ตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, อลงกรณ์ เปลกลี, จำเนียร ชุนทโสภาค และ ชาดิชา สุวรรณนิตย์, 2559) ได้เป็นอย่างดีอยู่แล้ว และในสถานการณ์การระบาดโรคโควิด -19 จึงส่งผลให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้เป็นอย่างดี แต่ในการศึกษาของ อสม. ระดับประเทศพบว่า ระยะเวลาการทำงาน การได้รับรางวัล อสม. ดีเด่น ส่งผลต่อความสำเร็จในการควบคุมโรคโควิด -19 (กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีรธรรม, นวรัตน์ ไวมภู, กชกร ฉายากุล, 2563) จะเห็นได้ว่า อสม. เป็นอาสาสมัครที่มีความใกล้ชิดและเข้าถึงชุมชนได้มากกว่าบุคลากรทางด้านการแพทย์ดังนั้นควรหากมีการ

พิจารณาปัจจัยต่างที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานและมีการส่งเสริม เสริมแรง หรือให้ความรู้ที่ดี ก็จะทำให้การดำเนินงานควบคุมโรคประสบความสำเร็จ

การนำผลวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่าจำนวนครัวเรือนที่รับผิดชอบมีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด 19 ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรส่งเสริม ชี้แนะและให้ อสม.ได้ดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เทคนิควิธีการในการดำเนินงาน ตลอดจนมอบหมายจำนวนหลังคาเรือนเพิ่มเติมเพื่อสร้างประสบการณ์ในการทำงานให้กับ อสม. ตลอดจนการส่งเสริมให้ อสม.ได้ดูแลสุขภาพตนเองเพื่อเป็นแบบอย่างและเป็นกำลังสำคัญในการดำเนินป้องกันโรคโควิด 19 และโรคอื่น ๆ ในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษารูปแบบวิธีการทำงานของ อสม.ในการเฝ้าระวังโรคโควิด 19 เพื่อนำวางแผนในการเฝ้าระวังโรคอุบัติใหม่ที่จะเกิดขึ้นในชุมชน ตลอดจนการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อความสำเร็จในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคอุบัติใหม่ในชุมชน

References

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ในการให้คำแนะนำผู้ป่วยและการจัดการบริการผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ฉบับปรับปรุง วันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2565. สืบค้นเมื่อ 8 สิงหาคม 2565 จาก https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25650105175718PM_%E0%B9%81%E0%B8%99%E0%B8%A7%E0%B8%97%E0%B8%B2%E0%B8%87homelso.pdf
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). คู่มือ อสม. ยุคใหม่. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย
- กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีระธรรม และนพพร ดำแสงสวัสดิ์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรู้แรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*, 14(2), 25-36
- กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีระธรรม และนพพร ดำแสงสวัสดิ์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรู้แรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*, 14(2), 25-36
- กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีระธรรม, นวรัตน์ ไชยมภู และ กชกร ฉายากุล. (2563). ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 12(3), 195-212.
- กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีระธรรม และพยงค์ เทพอักษร. (2563). ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ประเทศไทย. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 7(2), ก-จ.
- กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีระธรรม และพยงค์ เทพอักษร. (2563). ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ประเทศไทย. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 7(2), ก-จ.

- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, อลงกรณ์ เปลกาตี, จำเนียร ชุณหโสภาค และชาติชาย สุวรรณนิตย์. (2559). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอกรอบครัว. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 9(2), 6-16.
- เจาะลึกระบบสุขภาพ. (2563). องค์การอนามัยโลก ชม ‘อสม.ไทย’ เป็นพลังฮีโร่เจียบ ‘ผู้โควิด-19’. สืบค้นเมื่อ 8 สิงหาคม 2565 จาก <https://www.hfocus.org/content/2020/04/18972>.
- เพ็ญศรี หงส์พานิช. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด -19 ของประชาชนจังหวัดปทุมธานี ประเทศไทย. *วารสารวิชาการสถาบันการจัดการแห่งแปซิฟิก*, 7(3), 174-185.
- วิเชียร เทียนจารุวัฒนา, กิตติพร เนาว์สุวรรณ และสายสมร วชิระประพันธ์. (2564). แนวทางการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คุณภาพเพื่อสนับสนุนกำลังคนสาธารณสุขสำหรับระบบสุขภาพในอนาคต. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(2), 353-366.
- สรุติ เอี่ยมนุ้ย. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด-19 อำเภอองไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย ประเทศไทย. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา*, 1(2), 1-16.
- สุรีพันธุ์ วรพงศธร. (2558). *การวิจัยทางสุขภาพศึกษา*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วิฑูรย์การปก.
- อภิวดี อินทเจริญ, คันธมาพันธ์ กาญจนภูมิ, กัลยา ตันสกุล, สุวรรณ ปัตตะพัฒน์. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคองหงส์ จังหวัดสงขลา ประเทศไทย. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 3(2), 19-30.
- World Health Organization. (1988). *From Alma-Ata to the Year 2000: Reflections at the Midpoint*. Geneva: World Health Organization.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองเด็กวัย 3-5 ปี
ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตเทศบาลเมืองบางกรวย อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี
Factors Related to Parental Oral Health Care for 3-5 Years Old Children
at Child Development Center in Bangn Krui Municipality, Bang Krui District,
Nonthaburi Province

วสิรัตน์ ภมรพล^{1*}

Wareerat Pamornpon^{1*}

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์^{1*}

Faculty of Public Health Science, Rajapruk University^{1*}

(Received: December 20, 2021; Revised: August 30, 2022; Accepted: August 30, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อความรู้ เจตคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยงด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก เด็กวัย 3-5 ปี และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ความรู้ เจตคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยงด้านการดูแลสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองเด็กวัย 3-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตเทศบาลเมืองบางกรวย อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี จำนวนทั้งสิ้น 182 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามความรู้ได้ ค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ .84 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยง เจตคติ และพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัย 3-5 ปี ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81, .86 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติไคส์แควร์ ผลการวิจัยพบว่า

1. ปัจจัยด้านความรู้ของผู้ปกครองด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัย 3-5 ปี อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านเจตคติด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัย 3-5 ปี อยู่ในระดับสูง ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัย 3-5 ปี อยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัย 3-5 ปี อยู่ในระดับดี

2. ปัจจัยเจตคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r=.227$ การรับรู้โอกาสเสี่ยงด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก ($r=.190$) และเพศของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองเด็กวัย 3-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตเทศบาลเมืองบางกรวย อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05

ควรมีการพัฒนาแบบการแก้ไขปัญหาโดยการจัดทำเป็นหลักสูตรการจัดการเรียนการสอนแก้ไขปัญหา หรือหลักสูตรการส่งเสริมศักยภาพของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัย 3-5 ปี

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก, สุขภาพช่องปากของเด็กวัย 3-5 ปี, ผู้ปกครอง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: wapamo@rpu.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 098-2518365)

Abstract

This descriptive research aimed to: study knowledge, attitude and perception of risk opportunity for oral health problems among children aged 3-5 years; and investigate how parents' gender, age, knowledge, attitude, and oral disease awareness relate to oral health care for children aged 3-5 years old at child development center in Bang Kruai municipality, Bang Kruai district, Nonthaburi province. The samples were 182 parents of children aged 3-5 years old. The research tools included knowledge test (KR-20 = .84), and questionnaires linked to perceived risk opportunity, attitude and parental behavior towards oral health care for children aged 3-5 years old (reliabilities = .81, .86 and .93 respectively). Data were analyzed by descriptive statistics including percentage, mean, standard deviation, and also inferential statistics consisting of Pearson correlation coefficient and Chi-Square Test. The findings indicated that:

1) Regarding oral health care for children aged 3-5 years old, parents' knowledge was at a moderate level, parents' attitude was at a high level, parents' perceived risk opportunity was at a moderate level, and parents' behavior was at a high level.

2) The correlations between parents' attitude and oral health care for children was at a low level ($r=.227$) and also between parents' perceived risk opportunity and oral health care for children was at a very low level ($r=.190$). In addition, parents' gender had a significant association with behaviors of oral health care for children aged 3-5 years old ($p<.05$).

It could be suggested that the development of teaching and learning program for solving problems and also improving parental efficiency program of oral health care for children aged 3-5 years old should be considered.

Keywords: Oral Health Care Behavior, Oral Health Care of Children Ages 3-5 Years Old, Parents

บทนำ

ปัญหาสุขภาพช่องปากถือได้ว่าเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่ง ซึ่งพบได้ในทุกกลุ่มอายุของประชากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนซึ่งจะอยู่ในช่วงอายุ 3-5 ปี โดยเฉพาะโรคฟันผุ และยังรวมถึงปัญหาสุขภาพช่องปากอื่น ๆ ทั้งนี้เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้ยังไม่มีความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองได้ จึงทำให้มีปัญหาดูแลสุขภาพช่องปากจำนวนมาก และการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยนี้ส่วนใหญ่จะเป็นความรับผิดชอบของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก ซึ่งพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่ทำให้มีสุขภาพในช่องปากของเด็กวัย 3-5 ปี ที่ดีหรือไม่ดี ดังนั้นหากผู้ปกครองไม่มีความรู้ ไม่มีเจตคติ ไม่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงด้านการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัย 3-5 ปี และไม่มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี อาจส่งผลต่อสุขภาพช่องปากของเด็กและมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงเป็นโรคทางทันตกรรมเพิ่มขึ้นจนส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมาก

จากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 พบว่า ความชุกของโรคฟันผุในเด็กอายุ 12 ปี คือร้อยละ 52.0 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 1.4 ซี่/คน และพบว่าเด็กอายุ 12 ปี มีสภาวะเหงือกอักเสบร้อยละ 66.3 ด้านพฤติกรรมสุขภาพช่องปากและการรับบริการสุขภาพช่องปากของนักเรียน พบว่าร้อยละ 44.7 ของการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันของเด็กอายุ 12 ปี ลดลงร้อยละ 44.7 การรับประทานขนมกรุบกรอบทุกวัน ร้อยละ 32.6 ด้านการรับรู้และการรับบริการด้านสุขภาพช่องปาก พบว่าเด็กอายุ 12 ปี เคยปวดฟันร้อยละ 36.7 เคยหยุดเรียนเพราะไปทำฟันร้อยละ 12.2 เคยได้รับการตรวจฟันร้อยละ 84.7 เคยได้รับการรักษาฟันและเหงือก ร้อยละ 50.8 สถานบริการภาครัฐยังคงเป็นสถานบริการหลักในการไปรับบริการในเด็กอายุ 12 ปี (สำนักทันต

สาธารณสุข กรมอนามัย, 2562) ดังนั้นการเกิดโรคฟันผุจัดเป็นปัญหาที่มีความสำคัญต่อสุขภาพร่างกายโดยรวมของเด็กโดยเฉพาะปัญหาการเกิดโรคฟันน้ำนมผุในเด็กปฐมวัยและเด็กก่อนวัยเรียนจะส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายอื่น ๆ ตามมา

จากการสรุปผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มอายุ 2-5 ปี ในจังหวัดนนทบุรี พบว่ามีฟันน้ำนมผุร้อยละ 96.59 มีค่าเฉลี่ยฟันผุดูดอน เท่ากับ 3.17 ซี่ต่อคน ซึ่งสอดคล้องกับการสรุปผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มอายุ 2-5 ปี ในเขตเทศบาลเมืองบางกรวย จังหวัดนนทบุรี พบว่ามีอัตราเป็นโรคฟันผุร้อยละ 37.50 มีค่าเฉลี่ยฟันผุดูดอนเท่ากับ 2.09 ซี่ต่อคน และจากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มอายุ 2-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตเทศบาลเมืองบางกรวย พบว่ามีอัตราเป็นโรคฟันผุร้อยละ 25.83 มีค่าเฉลี่ยฟันผุดูดอนเท่ากับ 1.07 ซี่/คน (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2562) นับว่ามีอัตราการเกิดโรคฟันผุที่ยังเป็นปัญหาอยู่ ซึ่งผลเสียของการเกิดโรคฟันผุในเด็กที่เห็นได้ชัดคืออาการเจ็บป่วยจากปัญหาสุขภาพช่องปาก เด็กจะเกิดอาการเจ็บปวดเวลาบดเคี้ยวอาหารทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง เกิดภาวะขาดสารอาหารส่งผลต่อน้ำหนักตัว การเจริญเติบโตของร่างกาย และสมองของเด็กแล้วยังส่งผลในเรื่องของการพัฒนาการเมื่อบริเวณใบหน้า และช่องปากตลอดจนการเจริญของกระดูกขากรรไกรอีกด้วย ทั้งนี้ผู้บริหารเทศบาลเมืองบางกรวยได้ตระหนักถึงปัญหาและให้ความสำคัญในด้านคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน จึงมีนโยบายของเทศบาลเมืองบางกรวย ให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลเมืองบางกรวยเป็นศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสุขภาพช่องปากดีสมวัย โดยมีการดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายของทางเทศบาลเมืองบางกรวย ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการตรวจและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพช่องปาก การแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปาก การเฝ้าระวังเรื่องโภชนาการสำหรับเด็ก และการให้เด็กเลิกดูอนิเมะจากขวด เพื่อรณรงค์ให้ผู้ปกครองของเด็กที่เรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลเมืองบางกรวยเห็นความสำคัญของสุขภาพช่องปากบุตรหลาน และดูแลสุขภาพช่องปากของบุตรหลานในช่วงเวลาที่เด็กอยู่ที่บ้านกับผู้ปกครองได้อย่างถูกต้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีทัศนคติและการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องในด้านการดูแล สุขภาพในช่องปากและด้านโภชนาการสำหรับเด็ก (Silawong, 2011) และพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพช่อง ปากที่แท้จริงเป็นพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง รวมถึงพฤติกรรมในการ บริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องและตามใจเด็กทั้งในส่วนของการเลือกอาหารและการทำความสะอาดช่องปาก และจากการทบทวนวรรณกรรมโดยใช้ทฤษฎี PRECEDE - PROCEED Model พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะช่องปากในเด็กก่อน วัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงแหล่งขายอาหาร ขนมห สำหรับเด็ก) และปัจจัยเสริม (การได้รับข่าวสาร ความรู้จากสื่อต่าง ๆ) (Siripornwivat, 2009) จึงมีความจำเป็นที่จะนำปัญหาที่พบจากการศึกษามา เป็นแนวทางในการปรับปรุงแก้ไข เพื่อส่งเสริมให้ผู้ปกครองปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

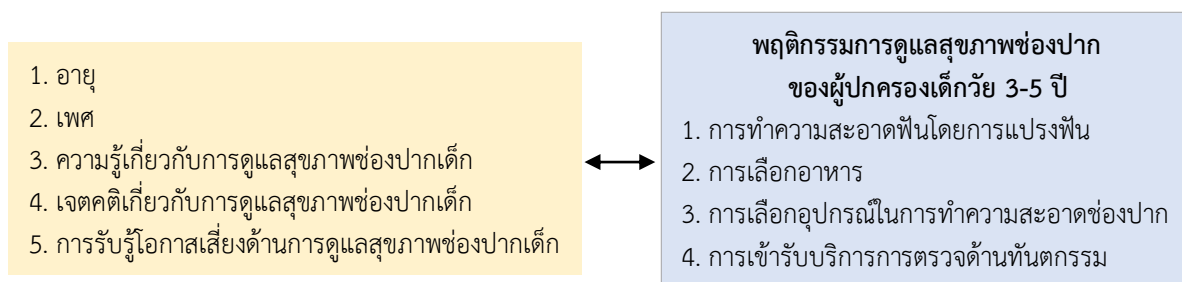
ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัย 3-5 ปี ในการเสริมสร้างองค์ความรู้ การปรับเปลี่ยนเจตคติ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้ความสามารถผู้ปกครองที่จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี ปากของเด็ก และนำข้อมูลที่ได้มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการจัดการเรียนการสอนและการวางแผนแก้ปัญหาปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กในเด็กศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตเทศบาลเมืองบางกรวย อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรีต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยงด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองเด็กวัย 3-5 ปีในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตเทศบาลเมืองบางกรวย อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ความรู้ เจตคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยงด้านการดูแลสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัย 3-5 ปีของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตเทศบาลเมืองบางกรวย อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่มีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัย 3-5 ปี ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎี แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของเบคเกอร์ (Becker, 1977) ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัย 3-5 ปี ซึ่งจะนำไปสู่สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัย 3-5 ปี โดยสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือผู้ปกครองของเด็กอายุ 3-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตเทศบาลเมืองบางกรวย อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี จำนวน 333 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ปกครองของเด็กอายุ 3-5 ปีที่กำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2564 ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตเทศบาลเมืองบางกรวย อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี จำนวน 182 คน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยได้มาจากการคำนวณตามสูตรของ ทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane, 1967) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% โดยใช้ความคลาดเคลื่อนในการสุ่ม 5% ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างใช้ความน่าจะเป็นวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยขอความร่วมมือจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กรวบรวมรายชื่อผู้ปกครองเพื่อดำเนินการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) แบบจับฉลากไม่ใส่กลับ จนได้ครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) โดยศึกษาจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบเลือกตอบและเป็นแบบสอบถามปลายเปิด มีจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศของผู้ปกครอง อายุของผู้ปกครอง ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง รายได้ของผู้ปกครอง และความสัมพันธ์กับเด็ก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัย 3-5 ปี แบ่งออกเป็น 4 ตอน

ตอนที่ 1 แบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบว่าถูกหรือผิด มีทั้งหมด 15 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือตอบไม่ทราบให้ 0 คะแนน การแปลความหมายคะแนนโดยกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ ซึ่งประยุกต์เกณฑ์ของ Bloom's Taxonomy (1979) ดังนี้ คะแนนการรับรู้ต่ำกว่าร้อยละ 60 (1-3 คะแนน) อยู่ในระดับต่ำ คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60-79 (4-5 คะแนน) อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80-100 (6-7 คะแนน) อยู่ในระดับความรู้สูง

ตอนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัย 3-5 ปี จำนวน 38 ข้อ มีข้อความการรับรู้โอกาสเสี่ยง ปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัย 3-5 ปี ของผู้ปกครองของเด็กจำนวน 38 ข้อ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฟันผุ จำนวน 9 ข้อ (ข้อคำถามที่ 1-9) การรับรู้ความรุนแรงของโรคจำนวน 9 ข้อ (ข้อคำถามที่ 10-18) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคฟันผุ จำนวน 10 ข้อ (ข้อคำถามที่ 19-28) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคฟันผุ จำนวน 10 ข้อ (ข้อคำถามที่ 29-38) ข้อความในเชิงบวก คือการรับรู้ที่ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัย 3-5 ปี ของผู้ปกครองที่ถูกต้อง และข้อความในเชิงลบ คือการรับรู้ที่ไม่ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัย 3-5 ปี มีลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย, เห็นด้วย เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้คะแนน 3 คำถามเชิงลบให้คะแนน 1, ไม่แน่ใจ เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้คะแนน 2 คำถามเชิงลบให้คะแนน 2, ไม่เห็นด้วย เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้คะแนน 1 คำถามเชิงลบให้คะแนน 3

ตอนที่ 3 เจตคติด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัย 3-5 ปี ข้อความออกเป็นเชิงบวก และข้อความเชิงลบโดยให้ผู้ตอบใส่เครื่องหมายลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามปลายปิดจำนวน 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Rating Scale) 3 ระดับ ดังนี้ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ข้อคำถามเชิงบวกเห็นด้วยให้ 3 คะแนน ไม่แน่ใจให้ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วย 1 คะแนน คำถามเชิงลบเห็นด้วยให้ 1 ไม่แน่ใจให้ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยคำถามเชิงบวกให้คะแนน 1 ไม่เห็นด้วยคำถามเชิงลบให้คะแนน 3 การแปลความหมายระดับเจตคติโดยคิดคะแนนจากค่าพิสัย (Range) คือ (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้นที่ต้องการ จึงได้ $(3 - 1)/3 = 0.66$ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 1.66 เจตคติระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67 - 2.33 เจตคติระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.00 เจตคติระดับสูง

ตอนที่ 4 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัย 3-5 ปี จำนวน 16 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามมีการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคิร์ท (Likert Scale) มีตัวเลือก 3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ปฏิบัติทุกครั้งให้คะแนน 2 ปฏิบัติบางครั้งให้คะแนน 1 ไม่ปฏิบัติให้คะแนน 0 การแปลความหมายระดับพฤติกรรม โดยคิดคะแนนจากค่าพิสัย (Range) คือ (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด) / จำนวนชั้นที่ต้องการ $(3 - 1) / 3 = 0.66$ คะแนนรวมเฉลี่ยระหว่าง 2.34 - 3.00 ระดับพฤติกรรมสูง คะแนนรวมเฉลี่ยระหว่าง 1.67 - 2.33 ระดับพฤติกรรมปานกลาง คะแนนรวมเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 1.66 ระดับพฤติกรรมไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถามทั้ง 2 ส่วน โดยผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณาความตรงของเนื้อหา และความชัดเจนของภาษา ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน ได้ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ที่มีค่าตั้งแต่ .67 - 1.00

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามแบบอัตราส่วนประมาณค่า (การรับรู้โอกาสเสี่ยงด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กของผู้ปกครอง เจตคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กของผู้ปกครอง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กของผู้ปกครอง) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ความเชื่อมั่นดังนี้ ค่าความเชื่อมั่นของการรับรู้โอกาสเสี่ยงด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กของผู้ปกครอง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 ค่าความเชื่อมั่นเจตคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กของผู้ปกครอง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86 และค่าความเชื่อมั่นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กของผู้ปกครอง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 และนำมาหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กของผู้ปกครองโดยวิธีการของ Kuder - Richardson (KR - 20) ได้ความเชื่อมั่นความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองเด็ก ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 (ประกายรัตน์ สุวรรณ และอมรวิทย์ วิเศษสงวน, 2555)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำมาจัดพิมพ์เป็นแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์เพื่อนำไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มประชากรที่กำหนดไว้โดยการเก็บแบบสอบถามโดยผู้วิจัยลงเก็บแบบสอบถามด้วยตนเองพร้อมทีมงานผู้ช่วยวิจัย 1 คน โดยในการเก็บข้อมูลโดยวิธีการโทรนัดหมายเวลาในการพบผู้ปกครองที่มารับเด็กเพื่อขอเข้าเก็บข้อมูลเป็นรายบุคคลโดยการสัมภาษณ์ ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตเทศบาลเมืองบางกวยทั้ง 7 แห่ง โดยเก็บข้อมูลได้จำนวน 182 ชุดคิดเป็นร้อยละ 100

2. ภายหลังการเก็บข้อมูลได้มีการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลและจัดทำผลการวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งอภิปรายผลและข้อเสนอแนะจากการทำวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ความรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก การรับรู้โอกาสเสี่ยงด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครอง เจตคติด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครอง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กของผู้ปกครอง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลเด็กกับการพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กของผู้ปกครอง โดยใช้สถิติ ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation) และสถิติเพียร์สันไควสแคว (Pearson Chi-Square) เป็นการใช้ในการทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติ (Pearson Chi-Square)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรต้น ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก เจตคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงด้านการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 โดยกำหนดค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (แสงเดือน วณิชดำรงศักดิ์, 2555) ดังนี้

- ค่า r อยู่ระหว่าง 0.81 - 1.00 มีความสัมพันธ์ระดับสูงมาก
- ค่า r อยู่ระหว่าง 0.61 - 0.80 มีความสัมพันธ์ระดับค่อนข้างสูง
- ค่า r อยู่ระหว่าง 0.41 - 0.60 มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
- ค่า r อยู่ระหว่าง 0.21 - 0.40 มีความสัมพันธ์ระดับค่อนข้างต่ำ
- ค่า r อยู่ระหว่าง 0.01 - 0.20 มีความสัมพันธ์ระดับต่ำมาก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัย

ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี หลังจากที่ได้ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กวัย 3-5 ปี พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.7 มีช่วงอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 57.69 ระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 29.7 มีอาชีพค้าขาย ร้อยละ 20.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในระหว่าง 15,003-20,003 บาท ร้อยละ 42.3 มีความสัมพันธ์กับเด็กในฐานะพ่อ/แม่ ร้อยละ 61.5 และสภาวะสุขภาพช่องปาก พบว่าเด็กมีฟันผุ ร้อยละ 54.4

2. ระดับความรู้ เจตคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยงด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองเด็กวัย 3-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตเทศบาลเมืองบางกรวย อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี

ตาราง 1 ร้อยละด้านความรู้ ด้านเจตคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยงด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองเด็กวัย 3-5 ปี

ปัจจัย	ร้อยละ	แปลผล
1. ด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัย 3-5 ปี ของผู้ปกครอง	45.60	ปานกลาง
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัย 3-5 ปี	56.59	ปานกลาง
3. ด้านเจตคติด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัย 3-5 ปี ของผู้ปกครอง	52.74	สูง
4. ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองเด็กวัย 3-5 ปี	53.84	ดี

จากตาราง 1 พบว่าผู้ปกครองมีเจตคติด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัย 3-5 ปี อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 52.74 รองลงมาผู้ปกครองมีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 54.39 ผู้ปกครองมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัย 3-5 ปี ปานกลาง ร้อยละ 56.59 และด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัย 3-5 ปี อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.60 ตามลำดับ

3. ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ความรู้ เจตคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยงด้านการดูแลสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัย 3-5 ปีของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตเทศบาลเมืองบางกรวย อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี

ตาราง 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัย 3-5 ปีของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตเทศบาลเมืองบางกรวย อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี

ปัจจัย	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัย 3-5 ปี		
	Pearson's Correlation	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง	.072	.336	ไม่สัมพันธ์
เจตคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง	.227	.002*	ต่ำ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัย 3-5 ปี	.190	.010*	ต่ำมาก

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 2 พบว่า ปัจจัยนำด้านความรู้ของผู้ปกครองไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง ปัจจัยนำด้านเจตคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัย 3-5 ปีของผู้ปกครองมี

ความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัย 3-5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .227 มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ปัจจัยนำด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัย 3-5 ปี ของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัย 3-5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์.190 มีความสัมพันธ์ระดับต่ำมาก

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับเด็กวัย 3-5 ปีกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัย 3-5 ปี

ปัจจัยทางชีวสังคม	พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ของผู้ปกครองเด็กวัย 3-5 ปี		รวม	χ^2	p-value
	ปานกลาง	ดี			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ					
ชาย	29 (15.93)	24 (13.18)	53 (29.12)	5.10	.021
หญิง	44 (24.17)	85 (46.70)	129 (70.87)		
อายุ					
21-30 ปี	17 (9.34)	28 (15.38)	45 (24.72)	1.582	.453
31-40 ปี	40 (21.97)	65 (35.71)	105 (57.69)		
41-50 ปี	14 (7.69)	18 (9.89)	32 (17.58)		
ระดับการศึกษา					
มัธยมศึกษาตอนต้น	8 (4.39)	11 (6.04)	19 (10.43)	4.685	.321
มัธยมศึกษาตอนปลาย	15 (8.24)	33 (18.13)	48 (26.37)		
ปวช./ปวส.	22 (12.08)	26 (14.28)	48 (26.37)		
ปริญญาตรี	25 (13.73)	29 (15.93)	54 (29.67)		
ปริญญาโท	3 (1.64)	10 (5.49)	13 (7.14)		
ความสัมพันธ์กับเด็กวัย 3-5 ปี					
พ่อ/แม่	49 (26.92)	63 (34.61)	112 (61.53)	4.049	.399
ปู่/ย่า	7 (3.84)	14 (7.69)	21 (11.53)		
ตา/ยาย	6 (3.29)	19 (10.34)	25 (13.73)		
ลุง/ป้า	6 (3.29)	7 (3.84)	13 (7.14)		
น้ำ/อา	5 (2.74)	6 (3.29)	11 (6.04)		

ตาราง 3 พบว่าส่วนใหญ่ผู้ปกครองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.87 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัย 3-5 ปี ดี ร้อยละ 46.70 และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัย 3-5 ปี ปานกลาง ร้อยละ 24.17 ส่วนผู้ปกครองเพศชาย ร้อยละ 29.12 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัย 3-5 ปี ดี ร้อยละ 15.93 และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัย 3-5 ปี ปานกลาง ร้อยละ 13.18 ซึ่งเป็นคะแนนต่ำสุด เนื่องจากค่า $\chi^2 = 5.10$ $P = .021$ อภิปรายได้ว่าเพศของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัย 3-5 ปี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในส่วนของอายุ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับเด็กวัย 3-5 ปี พบว่าไม่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ความรู้ เจตคติ การรับรู้โอกาสการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปากเด็กวัย 3-5 ปี โดยภาพรวม พบว่าผู้ปกครองมีเจตคติด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัย 3-5 ปี สูง ร้อยละ

52.74 ผู้ปกครองเด็กมีเจตคติที่เกิดผลในทางที่ดี และเหมาะสมต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ส่วนใหญ่ ผู้ปกครองเด็กมีเจตคติด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กในประเด็นการฝึกให้เด็กแปรงฟันหลังตื่นนอน และก่อนเข้านอนเป็นสิ่งที่ควรทำ การพาเด็กไปให้ทันตแพทย์ตรวจฟันตั้งแต่เด็ก ๆ เป็นสิ่งที่ควรทำ และการให้เด็กบ้วนปากหลังจากดื่มนมทำให้ฟันเด็กไม่ผุสอดคล้องกับการศึกษาของปริญญา จิตอร่าม และกุลนาถ มากบุญ (2557) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี พบว่าผู้ปกครองมีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี อยู่ในระดับสูง โดยผู้ปกครองส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับการมีสุขภาพช่องปากดีเป็นจุดเริ่มต้นของการมีสุขภาพร่างกายอื่น ๆ ดีด้วยการพาบุตรไปให้ทันตแพทย์ตรวจฟันตั้งแต่เด็ก ๆ เป็นสิ่งจำเป็นและควรเป็นหน้าที่ของผู้ปกครองเป็นอันดับแรก การแปรงฟันของเด็กอายุ 3-5 ปี สามารถกำจัดการบจุลินทรีย์ได้

ด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัย 3-5 ปี พบว่าผู้ปกครองมีความรู้ปานกลาง ร้อยละ 45.60 โดยผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี ก่อให้เกิดความเข้าใจ และเห็นความสำคัญของสุขภาพช่องปากเด็ก ซึ่งความรู้เป็นแนวทางหนึ่งให้ผู้ปกครองเด็กจะนำความรู้ความเข้าใจนั้น ไปใช้สำหรับการปฏิบัติที่ถูกต้องได้ สอดคล้องกับการศึกษาของนิทยา นิยมการ (2554) ได้ศึกษาความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครอง ในศูนย์เด็กเล็กตำบลพังราด อำเภอแกลง จังหวัดระยอง พบว่าผู้ปกครองมีความรู้ด้านทันตสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.10

การรับรู้โอกาสเสี่ยงด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัย 3-5 ปี ปานกลาง ร้อยละ 56.59 โดยพบว่า การที่ผู้ปกครองมีการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุ หรือมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากการเกิดโรคฟันผุเพียงอย่างเดียว ไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้ผู้ปกครองเกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคฟันผุ ดังนั้นผู้ปกครองจะต้องมีการรับรู้ด้วยว่าการเกิดโรคฟันผุในเด็กมีความรุนแรงและอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย สภาพจิตใจของเด็ก การที่ผู้ปกครองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฟันผุในเด็กทำให้ผู้ปกครองหลีกเลี่ยงพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดโรคฟันผุและปฏิบัติตามแนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของสนธิ์ เพชรสุวรรณ (2559) ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการแปรงฟันแบบฝึกปฏิบัติจริงสำหรับผู้ปกครอง ของเด็กก่อนวัยเรียนช่วงอายุ 2-3 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านดง อำเภอแม่เม้า จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กอายุ 2 – 3 ปี และผู้ปกครองของเด็ก จำนวน 26 คน สิ่งทดลอง คือ โปรแกรมการแปรงฟันแบบฝึกปฏิบัติจริงและการเยี่ยมบ้าน พบว่า ผู้ปกครองที่ได้รับโปรแกรมการแปรงฟันแบบปฏิบัติจริงมีคะแนนความรู้เรื่องทันตสุขภาพ การรับรู้ผลกระทบความรุนแรงเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพช่องปากเด็ก ทัศนคติ ในการดูแลช่องปากเด็กหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และค่าเฉลี่ยปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ผลการวิจัยตามสมมติฐานของการวิจัย พบว่าปัจจัยนำด้านเจตคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัย 3-5 ปีของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัย 3-5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .227 มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ อภิปรายได้ว่าถ้าผู้ปกครองมีเจตคติที่ดี มีความเข้าใจ รู้จักเลือกวิธีการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ก็จะส่งผลให้ผู้ปกครองมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ที่ดีและทำให้เด็กไม่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก ในการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีเจตคติระดับปานกลาง ซึ่งเป็นเรื่องที่เหมาะสม อาจกล่าวได้ว่าผู้ปกครองอาจมีความรู้หรือการปฏิบัติตนในด้านการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีมาก่อน สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความรู้ปานกลาง และพฤติกรรมของผู้ปกครองส่วนใหญ่ดี จึงส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก และการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กให้เจริญตามช่วงวัย ดังนั้นผู้ปกครองต้องให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพช่องปาก เพระส่วนมากสาเหตุของการที่เด็กไม่สามารถเจริญเติบโตตามช่วงวัยสาเหตุส่วนหนึ่งก็มาจากการที่เด็กได้รับสารอาหารจากการบริโภคอาหารไม่เพียงพอส่งผลให้เด็กไม่มีพัฒนาการด้านการเจริญเติบโตด้านร่างกายและสติปัญญาที่ดี และสาเหตุที่เด็กไม่ได้รับสารอาหารที่เพียงพอส่วนหนึ่งก็มาจากการที่ผู้ปกครองมีเจตคติที่ไม่ดีในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก และการเลือกรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กที่ไม่เหมาะสม การดูแลสุขภาพ

สะอาดช่องปากที่ไม่ทั่วถึง ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดฟันผุ โรคฟันผุยังทำให้เด็กเกิดปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ การที่เด็กมีฟันผุทำให้เด็กขาดความมั่นใจในการพูด ดังนั้นการป้องกันปัญหาสุขภาพช่องปากที่จะเกิดในเด็ก สามารถป้องกันได้ถ้าผู้ปกครองหรือผู้เลี้ยงดูเด็กให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากกับเด็ก เพราะผู้ปกครองหรือผู้เลี้ยงดูเด็กสามารถช่วยเหลือหรือดูแลให้เด็กมีสุขภาพช่องปากที่ดี โดยบทบาทของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กนั้นสามารถทำได้ดังนี้ 1) การเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปากเด็ก 2) การสร้างเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก การแนะนำการแปรงฟันให้เด็ก แนะนำการกินอาหารที่มีประโยชน์ไม่ทำให้ฟันผุ 3) บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และการประเมินความเสี่ยงต่อฟันผุ เด็กที่มีความเสี่ยงได้รับการทาฟลูออไรด์ฟลูออไรด์วาร์นิช เด็กที่มีฟันผุเป็นรูได้รับการส่งรักษาต่อ โดยทันตบุคลากร หรือผู้ปกครองได้รับการฝึกทักษะแปรงฟันเด็กแบบลงมือปฏิบัติ และการตรวจฟันเด็กด้วยตนเอง ตรวจฟันเด็ก เดือนละครั้ง และพามาตามนัดทุกครั้ง ถ้าพบฟันผุระยะแรก ควรแจ้งทันตบุคลากรเพื่อทาฟลูออไรด์วาร์นิช (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ทั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยนฤชิต ทองรุ่งเรือง และชัยพรพรณี บัญชรหัตถกิจ (2556) ที่พบว่าทัศนคติด้านทันตสุขภาพ ทักษะการแปรงฟันให้เด็ก และการได้รับคำแนะนำด้านทันตสุขภาพจากผู้ดูแลเด็ก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟันให้เด็กของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของอุดมพร รักแถว และจารุวรรณ วงษ์เวช (2558) ได้ศึกษาความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่ พบว่าผู้ปกครองมีทัศนคติเกี่ยวกับทันตสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 64.60 และสอดคล้องกับการศึกษาของ นฤชิต ทองรุ่งเรือง, ชัยพรพรณี บัญชรหัตถกิจ (2556) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการแปรงฟันให้เด็กของผู้ปกครองในเขตอำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภูพบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่มีทัศนคติระดับปานกลางร้อยละ 58.33 ทั้งนี้งานวิจัยได้มีความสอดคล้องกับผลงานวิจัยของพัชญ์สิตา พงศธร ภูริวัฒน์ (2555) การศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผลการศึกษากลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพมีความคาดหวังในผลดีในการดูแลทันตสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียนระดับสูงกว่ากลุ่มควบคุม และสอดคล้องกับปริยานุช เพ็ญระ (2550) การศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองต่อการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีทัศนคติในการดูแลทันตสุขภาพมากกว่ากลุ่มไม่ทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม จากผลการวิเคราะห์พบว่าส่วนใหญ่ผู้ปกครองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.87 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัย 3-5 ปี ดี ร้อยละ 46.70 และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัย 3-5 ปี ปานกลาง ร้อยละ 24.17 ส่วนผู้ปกครองเพศชาย ร้อยละ 29.12 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัย 3-5 ปี ดี ร้อยละ 15.93 และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัย 3-5 ปี ปานกลาง ร้อยละ 13.18 ซึ่งเป็นคะแนนต่ำสุด เนื่องจากค่า $p\text{-value}=.021$ สอดคล้องกับงานวิจัยของณัฐพงศ์ คงใหม่ (2562) เพศของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 จากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ปกครองที่เป็นเพศหญิงจะมีการดูแลสุขภาพช่องปากได้ดีกว่าผู้ปกครองเพศชาย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้ปกครองเพศหญิงมักมีความใกล้ชิดในการอบรมเลี้ยงดูเด็กมากกว่าผู้ปกครองเพศชาย รวมทั้งผู้ปกครองเพศหญิงมีความดูแลเอาใจใส่ในการเลี้ยงดูบุตรหลานมากกว่าผู้ปกครองเพศชาย จึงทำให้การดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กแตกต่างกัน ส่งผลให้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน

ปัจจัยนำด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัย 3-5 ปี ของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัย 3-5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์.190 มีความสัมพันธ์ระดับต่ำมาก อภิปรายว่าการที่ผู้ปกครองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของปัญหาสุขภาพช่องปากเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ต่างก็มีความสำคัญในการแสดงออกและการกำหนดรูปแบบของพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง จะส่งผลต่อการมีพฤติกรรมในการดูแล

สุขภาพช่องปากของเด็กให้เด็กมีสุขภาพช่องปาก เพราะเด็กจะอยู่ในความดูแลของผู้ปกครองหรือผู้ดูแล ดังนั้นถ้าผู้ปกครองหรือผู้ดูแลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฟันผุ และการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพช่องปากเด็กก็จะทำให้ผู้ปกครองเกิดความตระหนัก และเอาใจใส่กับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กตั้งแต่เรื่องการตรวจสุขภาพช่องปากของเด็ก การเฝ้าระวังการเลือกอาหารให้เด็กรับประทานหรือการเฝ้าสังเกตอาหารที่เด็กรับประทานในแต่ละครั้งที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคฟันผุ และฝึกให้เด็กบ้วนปากหรือทำความสะอาดช่องปากทุกครั้งหลังการบริโภคอาหารเพื่อให้เด็กมีสุขภาพช่องปากที่ดี และหมั่นสังเกตอาการที่เกิดขึ้นกับเด็กที่มีสาเหตุเกิดจากปัญหาสุขภาพช่องปาก การศึกษาในส่วนของแนวคิดแบบแผนความเชื่อ (Health Belief Model) แบบแผนความเชื่อทาง ด้านสุขภาพว่า “การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า 1) เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค 2) อย่างน้อยที่สุดโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควร 3) การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีแก่เขา โดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้นๆและการปฏิบัติดังกล่าวไม่ควรจะมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา” เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก ความกลัว ความอาย Rosenstock (1974) ได้สอดคล้องกับการศึกษาของเฉลิมวิทย์ หาซิ่น (2553) ได้ทำการศึกษารับรู้เกี่ยวกับโรคฟันผุ และการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่รับรู้ว่าการบ้วนปากที่สะอาดทำให้ฟันผุได้ ไม่คิดว่าการที่ตกค้างในช่องปากเด็กนอนหลับจะเป็นผลให้เกิดโรคฟันผุ ส่วนการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลเด็ก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัย 3-5 ปีของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตเทศบาลเมืองบางกรวย อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี จากผลการวิจัยพบว่าความสัมพันธ์ระหว่าง เพศของผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.87 มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัย 3-5 ปี ดี ร้อยละ 46.70 และมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัย 3-5 ปี ปานกลางร้อยละ 24.17 ส่วนผู้ปกครองที่เป็นเพศชายร้อยละ 29.12 มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัย 3-5 ปี ดี ร้อยละ 15.93 และมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัย 3-5 ปี ปานกลาง ร้อยละ 13.18 ซึ่งเป็นคะแนนต่ำสุด เนื่องจากค่า $p\text{-value} = .021$ นั่นคือเพศของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัย 3-5 ปี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ปกครองที่เป็นเพศหญิงจะมีการดูแลสุขภาพช่องปากได้ดีกว่าผู้ปกครองเพศชาย เนื่องจากด้วยบทบาทภาระหน้าที่ที่แตกต่างกัน ผู้ปกครองเพศชายทำงานนอกบ้านเวลาในการเลี้ยงดูเด็กก็จะน้อย ในส่วนของผู้ปกครองที่เป็นเพศหญิงภาระหน้าที่ คือเลี้ยงดูเด็กและทำหน้าที่ในบ้าน ดังนั้นหน้าที่ความรับผิดชอบในด้านต่าง ๆ ผู้ปกครองที่เป็นเพศหญิงจะเป็นผู้จัดการรวมถึงการดูแลสุขภาพอนามัยในด้านต่าง ๆ รวมถึงสุขภาพอนามัยช่องปากของเด็ก ดังนั้นผู้ปกครองเพศหญิงจึงมักมีความใกล้ชิดและอบรมเลี้ยงดูเด็ก และผู้ปกครองเพศหญิงยังมีความดูแลเอาใจใส่ในการเลี้ยงดูการจัดการดูแลในด้านต่าง ๆ ให้แก่เด็กและบุคคลในครอบครัวจึงส่งผลทำให้การดูแลสุขภาพอนามัยรวมถึงสุขภาพอนามัยช่องปากของเด็กแตกต่างกันส่งผลถึงรูปแบบ วิธีการ ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มเด็ก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของณัฐพงศ์ คงใหม่ (2562) การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในตำบลชะมวง อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง ผลการศึกษาพบว่าเพศและทัศนคติของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การนำผลวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัย พบว่าเจตคติด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ผู้วิจัยจึงเสนอให้หน่วยบริการทันตสาธารณสุข ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ดำเนินการกิจกรรมเพื่อสร้างเจตคติ และค่านิยม ในการรักษาสุขภาพช่องปาก เน้นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ปกครองมีบทบาทในด้านการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กทั้งในด้านการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม

ในรูปแบบต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ปกครองสามารถพาเด็กไปรับบริการทางทันตกรรม การได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพช่องปาก และสร้างแรงกระตุ้นให้ผู้ปกครองใส่ใจเรื่องการพาเด็กไปเข้ารับบริการทางทันตกรรม สนับสนุนช่องทางการเข้าถึงเรียนรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กให้แก่ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพให้แก่ผู้ปกครอง

2. พัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาโดยการจัดทำเป็นหลักสูตรการจัดการเรียนการสอนเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปากให้แก่ผู้ปกครอง หรือหลักสูตรการส่งเสริมศักยภาพของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาปัจจัยในด้านต่าง ๆ ที่มีบทบาทในการใช้ชีวิต เช่น ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านวัฒนธรรม ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสังคมที่มีอิทธิพลของผู้ปกครองกับผลกระทบต่อสถานะสุขภาพช่องปากของเด็ก

2. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยเพิ่มเติม ในลักษณะติดตามผลไปข้างหน้ากับกลุ่มเป้าหมายกลุ่มเดิมเพื่อหาปัจจัยด้านอื่น ๆ เพิ่มเติมเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มเป้าหมายไปตามวัยศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของครูพี่เลี้ยงในการดูแลทันตสุขภาพเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

3. ควรมีการขยายพื้นที่ในการศึกษาวิจัยและเน้นรูปแบบวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้รูปแบบการสนทนา อภิปรายกลุ่มย่อย การสนทนากลุ่ม หรือ กระบวนการกลุ่ม เพื่อให้เห็นถึงปัญหาได้ชัดเจนขึ้นเพื่อนำมาประกอบเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาได้ตามเงื่อนไขของกลุ่มตัวอย่าง

รายการอ้างอิง

- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *คู่มือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย ANC คุณภาพ WCC คุณภาพ ศพด. คุณภาพ 2561*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรมพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- เฉลิมวิทย์ หาซึ้ง. (2553). *การรับรู้เกี่ยวกับโรคฟันผุและการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอดำรงวิทยะ จังหวัดกาฬสินธุ์*. วิทยานิพนธ์สาขาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ณัฐพงศ์ คงใหม่. (2562). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน ในสถานศึกษาพื้นที่ ตำบลชะมวง อำเภอดอนขุ่น จังหวัดพัทลุง*. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 3(1), 26-42.
- นฤชิต ทองรุ่งเรือง และชัยพรณิ บัญชรหัตถกิจ. (2556). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟันในเด็กอายุ 1-5 ปี ของผู้ปกครองในเขต อำเภอนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี*. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 28(1), 18-22.
- ปริญญญา จิตอร่าม และกุลนาถ มากบุญ. (2557). *พฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3 - 5 ปี*. *วารสารทันตภิบาล*, 25(1), 26-41
- ประกายรัตน์ สุวรรณ และอมรวิทย์ วิเศษสงวน. (2555). *การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS เวอร์ชัน 20*. บริษัทซีเอ็ดดูเคชั่น จำกัด (มหาชน).
- สุนันท์ลีนิ เพชรสุวรรณ. (2559). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการแปรงฟันแบบฝึกปฏิบัติจริงสำหรับผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียนช่วงอายุ 2-3 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านดง อำเภอมะแมะ จังหวัดลำปาง*. วิทยานิพนธ์สาขาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2562). รายงานสรุปการเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากปี 2562. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- แสงเดือน วนิชดำรงศักดิ์. (2555). การรับรู้ภาพลักษณ์และคุณภาพบริการ: กรณีศึกษา ธนาคารเกียรตินาคิน สาขากรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วิทยานิพนธ์ บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
- อุดมพร รักเถาว์ และจารุวรรณ วงศ์เวช. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของผู้ปกครองต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 2(1), 52-64.
- Rosenstock, I.M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335.
- Becker, M. H. (1974). *The health belief Model and its role Behavior*. In M. H. Becker (Ed.), *The Health Belief Model and Personal Health Behavior* (pp. 82-92). Thorofare, NJ: Charles B. Slack.
- Silawong, S.. (2011). *Attitude and Practice Regarding Oral Health Care in Preschool Children of Parents in the Child Development Center. Nong Bua Dong Subdistrict, Sila Lat District, Sisaket Province*. (Independent Study in Bachelor of Public Health, Mahasarakham University).
- Siripornwiwat, P. (2009). *Factors Influencing the Effects of Oral Health Care on Preschool Children, Srisaket Province*. (Master of Public Health Thesis, Health Promotion Program, Ubon Ratchathani Rajabhat University).

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกัน
โรคmelioidosisในชาวนาตำบลคำขวาง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
The Effectiveness of Health Literacy Promotion on Melioidosis Prevention
Behaviors of Farmers in Kham Kwang Sub-district, Warin Chamrap District,
Ubon Ratchathani Province

สิริสุดา วงษ์ใหญ่^{1*}, สมัทธนา กลางคาร² และ กษมา วงษ์ประชุม²

Sirisuda Wongyai^{1*}, Sumattana Glangkarn² and Kasama Wongprachum²

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม^{1*},

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม²

Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, Mahasarakham University^{1*},

Faculty of Public Health Mahasarakham University²

(Received: January 21, 2022; Revised: August 27, 2022; Accepted: August 27, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคmelioidosisในเกษตรกรตำบลคำขวาง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นชาวนาที่ทำงาน 70 คน คัดเลือกเป็นกลุ่มศึกษา 35 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 35 คน โดยในกลุ่มศึกษาได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคmelioidosis ซึ่งใช้เวลาในการจัดกิจกรรม 3 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ คือ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคmelioidosisที่ถูกต้องในชาวนา ตำบลคำขวาง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี และแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Repeated-Measures ANOVA, Mann-Whitney U test และ Independent Samples t-test ผลการวิจัยพบว่า

คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคmelioidosisก่อนการให้โปรแกรมของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน หลังการให้โปรแกรมฯ ทันทิและหลัง 1 เดือน กลุ่มศึกษามีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคmelioidosisมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}<0.05$)

สรุปได้ว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเรื่องการป้องกันตนเองจากโรคmelioidosis และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคmelioidosisให้ดีขึ้น

คำสำคัญ: โรคmelioidosis, ความรู้ด้านสุขภาพ, ชาวนา, ประสิทธิผลของโปรแกรม, สุขศึกษารายกลุ่ม

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: Sirisuda@scphub.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 090-0386083)

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of health literacy promotion program on melioidosis prevention behaviors among farmers in Kham Kwang sub-district, Warin Chamrap district, Ubon Ratchathani province. The samples consisted of 70 farmers, 35 persons were selected as the study group and 35 persons were in the comparison group. The study group received a program to promote health literacy on melioidosis prevention behaviors for 3 weeks, while the comparison group did not receive any health literacy program. The research instruments were the program to promote health literacy on correct melioidosis prevention behaviors of farmers in Kham Kwang sub-district, Warin Chamrap district, Ubon Ratchathani province and the interview form. Statistics used for data analysis were Repeated-Measures ANOVA, Mann-Whitney U test and independent samples t-test. The results revealed that the health literacy score and melioidosis prevention behaviors of the experimental group and the comparison group were not statistically different. Immediately after the program and 1 month after the program, the experimental group had the higher health literacy on melioidosis prevention and melioidosis prevention behaviors scores after participating than baseline and higher than the comparison group (p -value < 0.05).

In conclusion, this developed program can promote health literacy on melioidosis prevention and improve melioidosis prevention behaviors.

Keywords: Melioidosis, Health literacy, Farmers, Effectiveness of program, Group health education

บทนำ

โรคmelioidosisเป็นโรคที่พบระบาดมากที่สุดในพื้นที่เขตร้อน (Tropical areas) เกิดจากเชื้อแบคทีเรียแกรมลบชุกโดมาเลียยา (Burkholderia Pseudomallei) ที่อาศัยในดินและน้ำ ซึ่งอาชีพชาวนาปลูกข้าวเป็นกลุ่มเสี่ยงที่สุดในการติดเชื้อ เนื่องจากมีการสัมผัสดินและน้ำที่อาจมีการปนเปื้อนของเชื้อบ่อยที่สุด (ศูนย์วิจัยmelioidosis, 2560) จากอุบัติการณ์พบว่าทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากโรคmelioidosis มากกว่า 89,000 รายต่อปี และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ (สุปริญญา สัมพันธ์รัตน์, 2557) โดยในปี พ.ศ. 2564 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 1 พฤศจิกายน 2564 พบผู้ป่วย 1,955 ราย เสียชีวิต 3 ราย กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ อายุ 55-64 ปี พบอัตราป่วยสูงสุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเฉพาะจังหวัดมุกดาหาร อำนาจเจริญ อุบลราชธานี ยโสธร และศรีสะเกษ ตามลำดับ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพชาวนาปลูกข้าวมากที่สุด (กรมควบคุมโรค, 2564) ในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคmelioidosisในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โดยเฉลี่ยปีละ 150-170 คน (ภาวนา พนมเขต และคณะ, 2560) โดยอำเภอวารินชำราบพบจำนวนผู้ป่วยมากเป็นอันดับ 2 รองจากอำเภอสว่างวีรกรรม และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ และตำบลคำขวางเป็นตำบลที่พบผู้ป่วยมากที่สุดในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 6 ราย และทั้งหมดประกอบอาชีพชาวนาปลูกข้าว (ศูนย์วิจัยmelioidosis, 2560) รวมทั้งจากการสำรวจความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคmelioidosisของกลุ่มชาวนา พบว่าอยู่ในระดับที่ควรปรับปรุง เนื่องจากกลุ่มชาวนาส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคmelioidosis (คมสัน ฉันทวิรุฬห์ศิริทรัพย์, 2556) โดยยังพบว่ามีชาวนาบางส่วนที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น เดินด้วยเท้าเปล่าออกจากบ้าน การไม่ต้มน้ำดื่มสุก เป็นต้น (อเนก แก้วปาน, 2555) ในผู้ที่ได้รับเชื้อจะแสดงอาการไม่แน่ชัด มักจะมีการแสดงตามตำแหน่งที่มีการติดเชื้อ เช่น ในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อmelioidosisในปอด จะมีอาการไอ แน่นหน้าอก มีไข้ ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อmelioidosisในกระแสเลือดจะมีการไข้ ปวดตามข้อ หายใจหอบเหนื่อย เป็นต้น ในรายที่มีการติดเชื้อในกระแส

เลือดเฉียบพลันมักเสียชีวิตภายใน 1- 3 วันหลังเข้ารับการรักษา (อรัญย์ สุวรรณไชยรบ, 2558) ในด้านการรักษา ผู้ป่วยโรคเมลิออยโดสิส สามารถรักษาโดยการให้ยาปฏิชีวนะเป็นเวลา 6 เดือน โดยใช้เป็น Ceftazidime เป็นเวลา 14 วัน หลังจากนั้นเปลี่ยนเป็นยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานเป็นเวลา 5 เดือน โดยยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานที่ใช้คือ Doxycycline โดยยารักษาโรคเมลิออยโดสิสทั้ง 2 ชนิด เป็นยาที่มีราคาสูง (Currie B, 2014) ซึ่งในระหว่างการรักษาผู้ป่วยอาจมีภาวะแทรกซ้อน คือ ติดเชื้อในกระแสโลหิตและอาจเสียชีวิตจากผลข้างเคียงของการในยาได้ ร้อยละ 78.1 และมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 19 (Waiwarawooth, Jutiworakul & Joraka, 2008)

การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสของชาวนา จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสที่ถูกต้อง โดยโรคเมลิออยโดสิสสามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของชาวนา ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมหรือพัฒนาเพื่อให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องมากขึ้น จึงจะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า กลุ่มศึกษาหลังจากได้รับโปรแกรมที่ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) มีคะแนนความรู้ทางสุขภาพโดยรวมมากกว่าช่วงก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม และมีคะแนนความรู้ทางสุขภาพโดยรวมมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ รวมทั้งกลุ่มศึกษามีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมมากกว่าช่วงก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (สุวรรณมณีนิตวิทย์, 2563) ดังนั้นในการที่จะทำให้ชาวนามีพฤติกรรมป้องกันโรคเมลิออยโดสิสที่ถูกต้อง จะต้องส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเมลิออยโดสิสในกลุ่มชาวนา ตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2008) เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

โดยในตำบลคำขวางพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเมลิออยโดสิสมากที่สุดในอำเภวารินชำราบ ซึ่งทั้งหมดเป็นชาวนาที่ทำการปลูกข้าวที่มีความรู้ด้านสุขภาพและและพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสอยู่ในระดับที่ควรปรับปรุง ดังนั้นจึงควรมีการให้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้กับชาวนาเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนให้เป็นพฤติกรรมเชิงบวกมากขึ้น โดยจากการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพพบว่าหลังจากการให้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนความรู้ทางสุขภาพโดยรวมมากกว่าช่วงก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม และมีคะแนนความรู้ทางสุขภาพโดยรวมมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ รวมทั้งกลุ่มศึกษามีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมมากกว่าช่วงก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่กลุ่มศึกษาจะมีพฤติกรรมเชิงบวกเพียงแค่ระยะเวลานั้นเท่านั้น จากงานศึกษาวิจัยของโปรชาสกา และไดคลีเมน (Prochaska, & DiClemente, 1984) ซึ่งเชื่อว่าพฤติกรรมมีความซับซ้อนไม่อาจใช้ทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งมาอธิบายพฤติกรรมได้ จึงได้บูรณาการแนวทฤษฎีหลายๆทฤษฎีมาทดลองใช้ในการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ โดยการประเมินขั้นของพฤติกรรมก่อน ระหว่าง และหลังให้โปรแกรมในกลุ่มศึกษา จากผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าความรู้ด้านสุขภาพมาประกอบกับการใช้ทฤษฎีการเสริมแรง (Skinner, 1953) มาบูรณาการใช้กับโดยการเสริมแรงบวก เช่น เมื่อชาวนามีพฤติกรรมในเชิงบวกจะได้รับคำชมเชยหรือได้รับรางวัลจากครอบครัว บุคคลใกล้ชิด จะเป็นการเสริมแรงที่มีผลทำให้พฤติกรรมที่ได้รับการเสริมแรงนั้นมีความถี่เพิ่มขึ้นให้กับชาวนาในขณะที่กำลังส่งเสริมหรือพัฒนาความรู้หรือทำกิจกรรมเพื่อให้ชาวนามีแรงจูงใจบุคคลให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ถูกต้องและยั่งยืน รวมทั้งหยุดหรือลดพฤติกรรมเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดโรคเมลิออยโดสิสต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสในชาวนาตำบลคำขวาง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

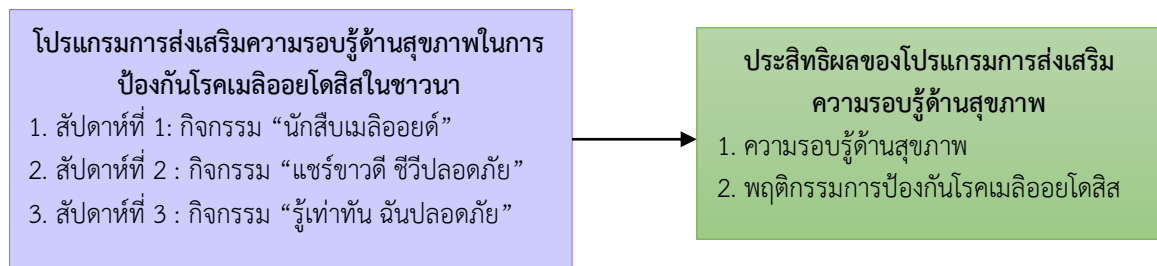
1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสในชนวนาตำบลคำขวาง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ในกลุ่มศึกษา ระหว่างก่อนและหลังการให้โปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสในชนวนาตำบลคำขวาง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานวิจัย

ภายหลังการให้โปรแกรม กลุ่มศึกษาที่ได้รับโปรแกรมจะมีความรู้เรื่องโรคเมลิออยโดสิส มีความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส เพิ่มขึ้นและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความรู้ทางสุขภาพ ซึ่งมีทั้ง 6 องค์ประกอบตามแนวคิดของ ดอน นัทบีม (Nutbeam, 2008) ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ใช้วิธีการสอนบรรยายแบบมีส่วนร่วมและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ ครั้งละประมาณ 3 ชั่วโมง ทั้งนี้จะส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส ระดับพื้นฐาน หรือ Functional Health Literacy ทั้ง 6 ด้าน 2. พฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส ในระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) เช่น การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเองก่อน ขณะ และหลังทำการเกษตร



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยประเภทการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Design) ดำเนินการวัดผลก่อน ได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมทันทีและหลังได้รับโปรแกรม 1 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ชนวนาในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 19,376 คน (สำนักงานจังหวัดอุบลราชธานี, 2564)

กลุ่มตัวอย่าง ที่ได้จากการศึกษาจากวิธีสุ่มตัวอย่างจากชนวนาตำบลคำขวาง (3,867 คน) โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) ชนวนาผู้มีหน้าที่ปลูกข้าว เพาะกล้าข้าว ดำนา ดูแลข้าว และเก็บเกี่ยวข้าวที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปีบริบูรณ์ อาศัยอยู่ในเขตตำบลคำขวาง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นระยะเวลานานมากกว่า 1 ปี 2) สามารถอ่านออกเขียนได้ 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์คัดออก คือ ขาดการเข้าร่วมการศึกษา 1 ครั้งหลังจากการติดตามมาแล้ว 2 ครั้ง โดยกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเงื่อนไขที่กำหนดลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 70 คน ประกอบไปด้วยชนวนาที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัด

เข้า จากนั้นทำการสุ่มโดยวิธีทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม โดยการจับฉลากเพื่อเลือกเข้าเป็นแบ่งเป็นกลุ่มศึกษา จำนวน 35 คนและกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 35 คน ตามขนาดตัวอย่างที่ต้องการ

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมโดยใช้โปรแกรม G* Power 3 ได้ใช้ Test Family ตระกูล t-tests โดยใช้สถิติในการทดสอบคือ Means: Difference Between Two Independent Means (Two Groups) รูปแบบของการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ คือ A Priori: Compute Required Sample Size-Given α , Power, and Effect Size กำหนดค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ เท่ากับ 0.80 (Cohen, 1977) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 70 คน เป็นกลุ่มศึกษา 35 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีทั้งหมด 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส ได้แก่ แผนการสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ เนื้อหากิจกรรม สื่อการสอนและการประเมินผล ส่วนของเนื้อหาสร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ซึ่งเนื้อหาได้มาจากการทบทวนจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีการแบ่งให้ความรู้เป็น 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละประมาณ 3 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมนักสืบเมลิออยด์ ซึ่งจะเป็นกิจกรรมบรรยายความรู้เกี่ยวกับโรคเมลิออยโดสิส และพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสโดยนายแพทย์ปฏิบัติการ โรงพยาบาลวารินชำราบมาเป็นวิทยากร ในเรื่องโรคเมลิออยโดสิส อาการ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรักษาโรค พฤติกรรมป้องกันตนเองที่ถูกต้อง และการสืบค้นแหล่งข้อมูลสุขภาพจากโทรศัพท์มือถือด้วยจากแหล่งข้อมูลสุขภาพที่น่าเชื่อถือ

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมแชร์ข่าวดี ชีวิตปลอดภัย ซึ่งจะเป็นกิจกรรมให้กลุ่มศึกษาวิเคราะห์เนื้อหาของข่าวสารที่จัดให้และพิจารณาความน่าเชื่อถือข่าวสารที่จัดให้ พร้อมทั้งให้คำแนะนำกับคนสนิทของตนเองว่าข่าวที่ตนเองได้อ่านเมื่อสักครู่นี้เชื่อถือได้หรือไม่ ควรปฏิบัติตามหรือไม่ เพราะเหตุใด

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมรู้เท่าทัน ฉันทปลอดภัย ซึ่งจะเป็นกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างดูวิดีโอหนึ่งสั้นที่จัดทำให้นั้นวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมลิออยโดสิสของกรณีตัวอย่างว่าเป็นพฤติกรรมที่ดีหรือพฤติกรรมเสี่ยง เพราะเหตุใด และให้กลุ่มศึกษาหาวิธีแก้ไขพฤติกรรมเสี่ยงของกรณีศึกษาให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคเมลิออยโดสิสที่ถูกต้อง

2. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยโรคเมลิออยโดสิสของคนในครอบครัว การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ วัดโดยใช้แบบสอบถามปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความสามารถในการอ่าน จำนวน 42 ข้อ พัฒนามาจากแบบประเมินความสามารถในการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์ (MART) ของ (Hanson-Divers, 1997) ลักษณะของแบบทดสอบเป็นคำให้อ่านข้อละ 1 คำ มีเกณฑ์การให้คะแนน อ่านถูกให้ 1 คะแนน อ่านผิดให้ 0 คะแนน การแปลผล คะแนนมาเทียบกับระดับการอ่าน The Smog Readability โดยแบ่งเป็น 2 ระดับ อ้างอิงการแบ่งเกณฑ์คะแนนจาก SMOG Grading: A New Readability Formula ซึ่งแบ่งระดับการอ่านด้วยคะแนน คือ 0-28 คะแนน หมายถึง ต่ำกว่าชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 และ 29 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้เรื่องโรคเมลิออยโดสิสระดับพื้นฐาน จำนวน 6 ด้าน มีทั้งหมด 21 ข้อ ประกอบด้วย การวัดทักษะความสามารถในการอ่าน จำนวน 4 ข้อ การวัดทักษะความรู้ความเข้าใจ การแปลความที่ถูกต้อง จำนวน 5 ข้อ การวัดทักษะด้านตัวเลข จำนวน 5 ข้อ การวัดทักษะความสามารถในการฟังและพูด จำนวน 3 ข้อ การวัดทักษะความสามารถในการเขียน จำนวน 1 ข้อ การวัดทักษะการใช้อินเทอร์เน็ต จำนวน 3

ข้อ โดยพัฒนามาจากแบบวัดความรู้ทางด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานเรื่องโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุในเขตเมือง ของบัณฑิตา พัฒน์ (2562)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส จำนวน 6 ข้อ ลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย โดยมีลักษณะคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ

การตรวจสอบเครื่องมือ

คุณภาพของแบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสในชาวนา ได้แก่ ที่ประกอบด้วยแบบทดสอบความสามารถในการอ่าน และแบบวัดความรู้เรื่องโรคเมลิออยโดสิส เหมาะสม ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านด้านสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคเมลิออยโดสิส ผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้ภาษาและการสื่อสาร จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและตรวจสอบความถูกต้องของภาษาได้ค่า IOC ประกอบด้วย แบบทดสอบความสามารถในการอ่าน และแบบวัดความรู้เรื่องโรคเมลิออยโดสิสแต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.67 -1.00 ซึ่งถือว่ามีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา แล้วนำแบบสอบถามที่แก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ เพื่อความชัดเจนและตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย หลังจากนั้นนำเครื่องมือที่ผ่านการพิจารณาตรวจสอบแก้ไขปรับปรุง ไปตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในแบบทดสอบความสามารถในการอ่านมีความเชื่อมั่นของ Kuder-Richardson (KR-20) เท่ากับ 0.73 และแบบวัดความรู้เรื่องโรคเมลิออยโดสิสนำไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.79

สำหรับคุณภาพของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ นำโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหา จำนวน 3 คน ตรวจสอบและประเมินคุณภาพของคือ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้ให้คะแนนที่มีลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ หลังจากนั้นผลจากการประเมินมาหาค่าเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์การแปลความหมายของบุญชม ศรีสะอาด และบุญส่ง นิลแก้ว (2535) โดยเกณฑ์ในการยอมรับว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสที่สร้างขึ้นมีคุณภาพ ซึ่งกำหนดให้ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.51 ขึ้นไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการก่อนการให้โปรแกรม

- 1.1 ศึกษางานวิจัย บทความ และเอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้อง
- 1.2 ขออนุญาตดำเนินการวิจัยในพื้นที่และชี้แจงวัตถุประสงค์ต่อเจ้าหน้าที่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย เพื่อให้เกิดความสะดวกในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
- 1.3 การสร้างความเข้าใจกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัยให้เข้าใจวัตถุประสงค์ แนวคิดของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างจะต้องมีความพร้อมและยินดีเข้าร่วมการวิจัย
- 1.4 เตรียมแนวทางการดำเนินการและจัดเตรียมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่จะนำไปให้กับกลุ่มศึกษา เช่น แผนการสอน แผ่นพับ Power Point

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการให้โปรแกรม แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

2.1 ก่อนให้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

2.1.1 ให้ทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบทำแบบสัมภาษณ์ก่อนให้โปรแกรม 1 สัปดาห์ เพื่อแสดงให้เห็นว่าก่อนการให้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบมีปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ความสามารถในการอ่าน ความรู้เรื่องโรคเมลิออยโดสิสระดับพื้นฐาน และพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสไม่มีความแตกต่างกัน เพื่อป้องกันอคติในการเก็บข้อมูล (Data Collection)

- 2.1.2 สร้างกลุ่มไลน์ทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อนัดแนะในการทำกิจกรรมครั้งถัดไป
- 2.2 ระหว่างโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ แบ่งได้ 2 กลุ่ม ดังนี้

2.2.1 กลุ่มศึกษา

2.2.1.1 ให้โปรแกรมส่งเสริมความรู้เรื่องโรคเมลิออยโดสิสทั้งหมด 3 สัปดาห์ หลังจากนั้นทำแบบสัมภาษณ์หลังให้โปรแกรม (Posttest) หลังเสร็จกิจกรรมทันที และนัดหมายในการเก็บข้อมูลหลังให้โปรแกรม 1 เดือน

2.2.2 กลุ่มเปรียบเทียบ

2.2.2.1 กลุ่มเปรียบเทียบจะไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพใดๆเพิ่มเติม และในสัปดาห์ที่ 3 กลุ่มเปรียบเทียบจะต้องได้ทำแบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเมลิออยโดสิส เพื่อนำผลที่ได้ไปเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมภายในและระหว่างกลุ่มหลังให้โปรแกรมทันที

2.3 หลังให้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ 1 เดือน

2.3.1 ทั้งสองกลุ่มจะได้ทำแบบสัมภาษณ์อีกครั้ง เพื่อวัดความคงอยู่ของความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องโรคเมลิออยโดสิสและพฤติกรรมป้องกันโรคเมลิออยโดสิสของทั้งสองกลุ่ม เพื่อนำผลที่ได้ไปเปรียบเทียบ ประสิทธิภาพของโปรแกรมภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มหลังสิ้นสุดการให้โปรแกรม 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 หลังการดำเนินการให้โปรแกรมส่งเสริมความรู้เรื่องโรคเมลิออยโดสิส

1. บันทึก สรุปผลและนำเสนอผลการดำเนินการวิจัย

2. หลังจากสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย กลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับโปรแกรมเช่นเดียวกับที่กลุ่มศึกษาได้รับ เพื่อรักษาสีและจริยธรรมของกลุ่มเปรียบเทียบที่ควรจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้เรื่องโรคเมลิออยโดสิสทัดเทียมกับกลุ่มศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป นำเสนอด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน พิสัยระหว่างควอไทล์ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

2.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มศึกษาก่อนและหลังการทดลองของคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคเมลิออยโดสิส โดยข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ใช้สถิติ Repeated-Measures ANOVA ในการวิเคราะห์ผล

2.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองของคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคเมลิออยโดสิส โดยข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติใช้สถิติ Independent t-test เว้นแต่คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการอ่าน ซึ่งมีการแจกแจงแบบไม่ปกติจะใช้สถิติ Mann-Whitney U test ในการวิเคราะห์ผล

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้วและอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการได้รับและพิจารณา วันที่รับรอง 19 พฤษภาคม 2564 เลขที่การรับรอง 158-075/2564 ผู้วิจัยให้ความสำคัญ และตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ที่เข้าร่วมการวิจัย โดยอธิบายขั้นตอนการดำเนินงาน การรวบรวมข้อมูล การนำเสนอข้อมูลและการเผยแพร่ข้อมูล การเข้าร่วมกิจกรรมเป็นสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่มีการบังคับใด ๆ ขึ้นอยู่กับสะดวกของผู้ร่วมการวิจัย โดยไม่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มศึกษาที่เป็นชาวนาในการศึกษาทั้งสิ้น 70 คน เป็นกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 35 คน ภายหลังสิ้นสุดการศึกษามีอัตราการคงอยู่ทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 100 ไม่พบอัตราการสูญหาย ซึ่งทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะข้อมูลทั่วไปไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีค่าเฉลี่ยและสัดส่วนของช่วงอายุใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่เป็นสถานภาพสมรสมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาที่ชั้นประถมศึกษา รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือนมีความใกล้เคียงกัน โดยทั้งสองกลุ่มมีค่ามัธยฐานของรายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ที่ 4,000 บาท ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ในส่วนการได้รับข้อมูลความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องโรคเมลิออยโดสิสหรือพฤติกรรมการป้องกันตัวจากโรคเมลิออยโดสิสที่ถูกต้องพบว่าภายในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับข้อมูลความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องโรคเมลิออยโดสิสหรือพฤติกรรมการป้องกันตัวจากโรคเมลิออยโดสิสที่ถูกต้อง (ตาราง 1) รวมอีกทั้งก่อนการให้โปรแกรมฯ พบว่าทั้งสองกลุ่มมีความสามารถในการอ่านศัพท์ทางการแพทย์ที่ไม่มีความแตกต่างกัน โดยอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ขึ้นไป รายละเอียดดังตาราง 2

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มศึกษา (n=35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	15	42.90	16	45.70	0.81
หญิง	20	57.10	19	54.30	
อายุ (Mean ± S.D.)	45.31±7.738		44.97±8.522		0.86
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	27	77.10	30	85.70	0.356
มัธยมศึกษา	8	22.90	5	14.30	
สถานภาพ					
โสด	0	0	4	11.40	0.81
สมรส	29	82.90	28	80.00	
หม้าย /หย่าร้าง	6	17.10	3	8.60	
โรคประจำตัว					
ไม่มี	25	71.40	24	68.60	0.794
มี	10	28.60	11	31.40	
ประวัติของคนในครอบครัวป่วยด้วยโรคเมลิออยโดสิส					
ไม่เคย	27	77.10	30	85.70	0.356
เคย	8	22.90	5	14.30	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	4,000.00		4,000.00		0.287
ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา เคยได้รับข้อมูลความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องโรคเมลิออยโดสิสหรือพฤติกรรมกา รป้องกันตัวจากโรคเมลิออยโดสิสที่ถูกต้อง					
ไม่เคย	29	82.90	26	74.30	0.382
เคย	6	17.10	9	25.70	

ตาราง 2 เปรียบเทียบความต่างของคะแนนความสามารถในการอ่านศัพท์ทางการแพทย์ก่อนการให้โปรแกรมฯ ของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ (n= 70) โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ความสามารถในการอ่าน	M	SD	U	Z	p-value
กลุ่มศึกษา	36.04	4.10	593.500	-0.246	0.806
กลุ่มเปรียบเทียบ	34.96	3.31			

2. เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสในชาวนาตำบลคำขวาง อำเภอรินคำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ในกลุ่มศึกษา ระหว่างก่อนและหลังการให้โปรแกรม

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยอันดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคเมลิออยโดสิส ระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมทันทีและติดตาม 1 เดือน โดยใช้ Independent Samples t-test

ตัวแปร	Mean Rank		
	ก่อนได้รับโปรแกรม (T0)	หลังได้รับโปรแกรมทันที (T1)	หลังได้รับโปรแกรม 1 เดือน (T2)
ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องการป้องกันตนเองจากโรคเมลิออยโดสิส			
กลุ่มศึกษา	18.00	20.69*	20.89*
กลุ่มเปรียบเทียบ	17.43	17.54	18.17
	p-value=0.422	p-value<0.001	p-value<0.001
พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคเมลิออยโดสิส			
กลุ่มศึกษา	18.71	21.09*	21.86*
กลุ่มเปรียบเทียบ	17.80	17.74	18.37
	p-value=0.120	p-value<0.001	p-value<0.001

จากตาราง 3 ก่อนการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้เรื่องโรคเมลิออยโดสิส พบว่าทั้งสองกลุ่มมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคเมลิออยโดสิสไม่แตกต่างกันทางสถิติ (p -value>0.05) เมื่อได้รับโปรแกรมทันทีและภายหลังการติดตาม 1 เดือน พบว่ากลุ่มศึกษามีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคเมลิออยโดสิสสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value<0.05)

3. เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสในชาวนาตำบลคำขวาง อำเภอรินคำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตาราง 4 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยอันดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคเมลิออยโดสิส ภายในกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนได้รับโปรแกรม หลังการได้รับโปรแกรมทันที และติดตาม 1 เดือน โดยใช้ Repeated-Measures ANOVA

ตัวแปร	Mean Rank			F	p-value
	ก่อนได้รับโปรแกรม (T0)	หลังได้รับโปรแกรมทันที (T1)	หลังได้รับโปรแกรม 1 เดือน (T2)		
ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องการป้องกันตนเองจากโรคเมลิออยโดสิส					
กลุ่มศึกษา	18.00	20.69	20.89	13.26	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	17.43	17.54	18.17	0.82	0.442

ตาราง 4 (ต่อ)

ตัวแปร	Mean Rank			F	p-value
	ก่อนได้รับโปรแกรม (T0)	หลังได้รับโปรแกรมทันที (T1)	หลังได้รับโปรแกรม 1 เดือน (T2)		
พฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคเมลิออยโดสิส					
กลุ่มศึกษา	18.71	21.09	21.86	25.46	< 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	17.80	17.74	18.37	0.945	0.392

ตาราง 5 การเปรียบเทียบคู่ของความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยอันดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคเมลิออยโดสิส ภายในกลุ่มศึกษา โดยใช้ Bonferroni-Adjusted

	ก่อนได้รับโปรแกรม (T0)	หลังได้รับโปรแกรมทันที (T1)	หลังได้รับโปรแกรม 1 เดือน (T2)
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องการป้องกันตนเองจากโรคเมลิออยโดสิส			
ก่อนได้รับโปรแกรม (T0)	-	<0.001	<0.001
หลังได้รับโปรแกรมทันที (T1)		-	1.00
พฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคเมลิออยโดสิส			
ก่อนได้รับโปรแกรม (T0)	-	<0.001	<0.001
หลังได้รับโปรแกรมทันที (T1)		-	1.00
สรุปการเปรียบเทียบคู่ของความแตกต่าง			
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ		T1 > T0, T2 > T0	
พฤติกรรมในการป้องกันตนเอง		T1 > T0, T2 > T0	

เมื่อวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาของการได้รับโปรแกรมในกลุ่มศึกษา พบว่า กลุ่มศึกษามีคะแนนเฉลี่ยอันดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคเมลิออยโดสิสแตกต่างกันตามระยะเวลาของการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.05$) (ตาราง 4) เมื่อตรวจสอบความแตกต่างรายคู่ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคเมลิออยโดสิสก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมทันที และหลังได้รับโปรแกรม 1 เดือน ทุกคู่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.05$) รายละเอียดดังตาราง 5

อภิปรายผล

ภายหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้เรื่องโรคเมลิออยโดสิสทันที พบว่ากลุ่มศึกษามีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเมลิออยโดสิสในระดับพื้นฐานและพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคเมลิออยโดสิสเพิ่มขึ้นและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และหลังการติดตาม 1 เดือน พบว่ากลุ่มศึกษายังคงมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเมลิออยโดสิสในระดับพื้นฐานและพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคเมลิออยโดสิสมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องการป้องกันตนเองจากโรคเมลิออยโดสิส

ภายหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้เรื่องโรคเมลิออยโดสิส พบว่าในกลุ่มศึกษามีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเมลิออยโดสิสมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐาน โดยก่อนให้โปรแกรมค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกันทางสถิติ หลังการให้โปรแกรมทันทีและภายหลังการติดตาม 1 เดือน พบว่ากลุ่มศึกษามีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่ง

อธิบายได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้เรื่องโรคเมลิออยโดสิสที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ตามแนวคิดของ ดอน นัทบีม (Nutbeam, D., 2008) โดยมีการสอนบรรยายแบบมีส่วนร่วมจากผู้เชี่ยวชาญ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้วยตนเองทำให้กลุ่มศึกษาความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคเมลิออยโดสิสในชาวนาทำให้กลุ่มศึกษามีทักษะความรู้ด้านสุขภาพพื้นฐานทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะความสามารถในการอ่าน ทักษะความรู้ความเข้าใจ การแปลความที่ถูกต้อง ทักษะด้านตัวเลข ทักษะ ความสามารถในการฟังและพูด ทักษะความสามารถในการเขียน และทักษะการใช้อินเทอร์เน็ตที่เพิ่มขึ้น เมื่อ เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเปรียบเทียบก่อนให้โปรแกรม หลังการให้โปรแกรม ทันทีและภายหลังติดตามผล 1 เดือนไม่แตกต่างกันทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศึกษาเรื่องโปรแกรม การพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของนักศึกษาพยาบาล (เพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ, 2561) ที่พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มศึกษามีคะแนนความรู้ทางสุขภาพ โดยรวมมากกว่าช่วงก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีมากกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รวมทั้งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องการศึกษาผลของโปรแกรม การดูแลตนเองผ่านระบบเครือข่ายสังคมต่อความรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงภาวะเม ตาบอลิกซินโดรมในบุคลากรของศูนย์บริการสาธารณสุขสำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร (สุวรรณ มณีนิจเวทย์, 2563) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในด้านการตัดสินใจในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูง กว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยโปรแกรมการดูแลตนเองผ่านเครือข่ายสังคมในกลุ่มเสี่ยงภาวะเมตาบอลิกซินโดรม สามารถทำให้กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตาม 3อ2ส ใน การดูแลตนเองเพิ่มขึ้น

2. พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคเมลิออยโดสิส

ภายหลังจากได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเมลิออยโดสิสทันที และวัดผล หลังจากให้โปรแกรมเป็นระยะเวลา 1 เดือน พบว่า กลุ่มศึกษามีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคเมลิออยโดสิ สอยู่ที่ระดับปานกลางขึ้นไป และส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองที่ระดับสูงและเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบ ภายในกลุ่มศึกษาก่อนได้รับโปรแกรม เนื่องจากในขั้นตอนการให้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับโรคเมลิออยโดสิสในกลุ่มศึกษาได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง และหากกลุ่มศึกษาเกิดข้อสงสัยสามารถซักถาม และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้ทุกเมื่อจึงทำให้กลุ่มศึกษาเกิดกระบวนการเรียนรู้และเข้าใจในมากขึ้น รวมทั้งมีการ ติดตามพฤติกรรม 1 เดือนหลังจากการให้โปรแกรม นอกจากนี้กลุ่มศึกษายังมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคเม ลิออยโดสิสมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรมทันที และหลังได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 1 เดือน สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็ง เต้านมในญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (สายรุ่ง ประกอบจิตร, สุมัทนา กลางคาร, 2564) ซึ่งพบว่ากลุ่ม ศึกษาหลังได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมการป้องกันการมะเร็งเต้านมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งคล้ายคลึงกับงานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม สุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน (เอื้อจิต สุขพูล, ชลดา กิ่งมาลา, ภาวิณี แพงสุข, ธวัชชัย ยืนยาว, วชิรวิงค์ หวังมัน, 2563) ที่ผลการศึกษาพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มศึกษามีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับงานวิจัยของเพ็ญ แข สุขสถิต และคณะ (2564) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการล้างมือ ของผู้เข้าเยี่ยมในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่ากลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการล้างมือด้านความถี่และความ ถูกต้องมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยในการศึกษานี้พบความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพเรื่องการป้องกันตนเองจากโรคเมลิออยโดสิสและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจาก โรคเมลิออยโดสิส ซึ่งพบว่าความรู้ด้านสุขภาพเรื่องการป้องกันตนเองจากโรคเมลิออยโดสิสที่เพิ่มขึ้นมี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคเมลิออยโดสิสที่ดีขึ้น อาจเป็นไปได้ว่าการที่กลุ่มศึกษามี คะแนนเฉลี่ยความรู้ที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลให้มีพฤติกรรมที่ดีขึ้นด้วย เช่นเดียวกันกับการศึกษาของอิติรัตน์ สิงห์

ทอง, คัตติยา อีวานโนวิช, ฉวีวรรณ บุญสุยา (2563) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการต่อความรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในนักเรียน ที่พบว่ากลุ่มศึกษามีความแตกต่างด้านการใช้ฉลากโภชนาการและมีพฤติกรรมการใช้ฉลากโภชนาการภายหลังการทดลองเพิ่มขึ้นและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การนำผลวิจัยไปใช้

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่า ชาวานามีความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคเมลิออยโดสิสในกลุ่มศึกษาเพิ่มขึ้นและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มเสี่ยงอื่น พื้นที่อื่น รวมทั้งกลุ่มวัยอื่นที่มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสและเกิดโรคเมลิออยโดสิส และควรเฝ้าระวังชาวานาในกลุ่มเสี่ยง คือ ชาวานาที่ทำนามากกว่า 1 ปี โดยให้เฝ้าระวังการสัมผัสและเกิดโรคมามากที่สุดในช่วงฤดูฝน และพิจารณาเฝ้าระวังกลุ่มเป้าหมายครอบคลุมทั้งสมาชิกในครอบครัวให้ได้รับการคัดกรองโรคเมลิออยโดสิสทุกปี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างให้ครบวงจรของการสัมผัสโรคเมลิออยโดสิส เพื่อติดตามประเมินผลความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคเมลิออยโดสิสคงอยู่หลังการให้โปรแกรมสุขภาพศึกษาที่นานขึ้น

รายการอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2564). *กรมควบคุมโรค เตือนประชาชนระวังป่วยโรคเมลิออยด์ หลีกเลี่ยงการเดินลุยน้ำย่ำโคลน*. สืบค้นวันที่ 26 พฤศจิกายน 2564 จาก <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=21537&deptcode=brc>.
- คมสัน ฉันทวิรุฬห์ศิริทรัพย์. (2556). *ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยด์โดสิสในกลุ่มเกษตรกรที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์. มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
- ธิดารัตน์ สิงห์ทอง, คัตติยา อีวานโนวิช และฉวีวรรณ บุญสุยา. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. *Thai Journal of Public Health*, 50(2), 148-160.
- บัณฑิตา พัฒน์ และสมฤดี กุมุติรา. (2562). *ความรู้ทางสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุในเขตเมืองจังหวัดอุบลราชธานี*. การศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร.
- บุญชม ศรีสะอาด และบุญส่ง นิลแก้ว. (2535). การอ้างอิงประชากรเมื่อใช้เครื่องมือแบบมาตราส่วนประมาณค่ากับกลุ่มตัวอย่าง. *วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒมหาสารคาม*, 3(1), 22-25.
- เพียร พงษ์ศักดิ์ชาติ. (2561). *โปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของนักศึกษาพยาบาล*. วิทยานิพนธ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญแข สุขสถิตย์, วัลย์ลดา ฉันทะเรืองวนิชย์, อรพรรณ โตสิงห์ และเลลานี ไพฑูรย์พงษ์. (2564). ผลของโปรแกรมการสร้างความรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการล้างมือของผู้เข้าเยี่ยมในหอผู้ป่วยวิกฤต. *Thai Journal of Nursing Council*, 36(2), 32-48.
- ภาวนา พนมเขต, สุรศักดิ์ แว่นรัมย์, ศุภธินี ธีราช, จุฑารัตน์ จิตติมนี และมารุต พงศ์ปัญญา. (2560). *การศึกษาการกลายพันธุ์ของเชื้อ Burkholderia Pseudomallei ที่แยกได้จากภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างของประเทศไทย*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

- ศูนย์วิจัยเมลิออยโดสิส. (2560). โรคเมลิออยโดสิส. สืบค้นเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2562 จาก <http://www.melioid.org/home/index.php?l=th>.
- สำนักงานจังหวัดอุบลราชธานี. (2564). ข้อมูลด้านการผลิตเกษตรอินทรีย์ของจังหวัดอุบลราชธานี. แผนพัฒนาจังหวัด 5 ปี (พ.ศ. 2561 - 2565) จังหวัดอุบลราชธานี ฉบับทบทวน. อุบลราชธานี, หน้า 8.
- สายรุ้ง ประกอบจิตร, สมัทนา กลางคาร. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการเจ็บป่วยเรื้อรังในญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 36(1), 82-89.
- สุปรียญา สัมพันธ์รัตน์ และสุพินดา เรืองจิรัชญ์. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของผู้ติดเชื้อเมลิออยด์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 32(2), 14-22.
- สุวรรณ มณีนิจเวทย์. (2563). ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองผ่านระบบเครือข่ายสังคมต่อความรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในบุคลากรของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. *Thai Journal of Public Health*, 50(1), 47-60.
- อเนก แก้วปาน. (2555). พฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยด์โดสิส (*Melioidosis*) ของเกษตรกรจังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- เอื้อจิต สุขพล, ชลดา กิ่งมาลา, ภาวิณี แพงสุข, ธวัชชัย ยืนยาว และวัชรวิงศ์ หวังมัน. (2563). งานวิจัยผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 29(3), 419-429.
- อรทัย สุวรรณไชยรบ. (2558). โรคเมลิออยโดสิส. *สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข*, 201, 82-85.
- Cohen, J. (1977). *Statistical Power for the Behavioral Sciences*. 2nd ed. New York: Academic Press.
- Currie, B. (2014). *Melioidosis: The 2014 Revised RDH Guideline*. North Territ Dis Control Bull, 21(2), 4-8.
- Nutbeam, D. (2008). The Evolving Concept of Health Literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Prochaska, J. O. & DiClemente. (1984). *The Trans- Theoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.
- Skinner, B. F. (1953). *Reinforcement Theories of Motivation*. Science and Human Behavior. New York: Macmillan.
- Waiwarawooth, J., Jutiworakul, K. & Joraka, W. (2008). Epidemiology and Clinical Outcome of Melioidosis at Chonburi Hospital, Thailand. *J Infect Dis Antimicrob Agents*, 25(1), 1-11.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และความล่าช้าในการแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดนครราชสีมา

The Relationship between Knowledge and Delay in Seeking Treatment among Pulmonary Tuberculosis Patients, Nakhon Ratchasima Province

กัมปนาท ฉายชูวงศ์^{1*}, โรเจอร์ วัตสัน² และ เดวิด บาร์เร็ตต์²

Kampanart Chaychoowong^{1*}, Roger Watson² and David Barrett²

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี¹, คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยฮัลล์²

Sirindhorn College of Public Health Chonburi¹, Faculty of Health Sciences University of Hull²

(Received: Julu 27, 2021; Revised: August 13, 2022; Accepted: August 31, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยผสมผสานนี้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และความล่าช้าในการแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาล 9 แห่ง จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างเดือนกรกฎาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2561 ดำเนินการวิจัย 2 ขั้นตอน คือ 1) การวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในจังหวัดนครราชสีมาจำนวน 300 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความรู้ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สถิติ Chi-square และสถิติ Mann-Whitney U test 2) การวิจัยเชิงคุณภาพโดยทำการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มตัวอย่างที่มีความล่าช้าในการแสวงหาการรักษาจำนวน 25 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลวิจัยพบว่า

ความล่าช้าในการแสวงหาการรักษาวัณโรคปอดมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา การสงสัยว่าตนเองป่วย การเคยได้รับความรู้ และมีความแตกต่างของระดับคะแนนความรู้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีล่าช้าและไม่ล่าช้าในการแสวงหาการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ผู้ที่มีความล่าช้าในการแสวงหาการรักษามีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคที่ไม่เพียงพอหรือไม่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจผิดขาดความตระหนัก และขาดการเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสม

ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมอบรมให้ความรู้เชิงรุกเกี่ยวกับวัณโรคที่ถูกต้องอย่างเพียงพอโดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และอาการแสดงของโรค ในกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ จะช่วยให้ประชาชนเกิดความตระหนักและแสวงหาการรักษาที่เหมาะสมอย่างทันท่วงที ซึ่งจะช่วยลดความรุนแรงของโรค ลดอัตราการตาย และลดอัตราการแพร่กระจายเชื้อในครอบครัว ชุมชน และสังคมได้เป็นอย่างดี

คำสำคัญ: ความรู้, ความล่าช้า, วัณโรคปอด

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: kampanart@scphc.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 082-2543297)

Abstract

This mixed methods research aimed to study the relationship between knowledge and delay in getting treatment among pulmonary tuberculosis (PTB) patients in Nakhon Ratchasima province. The research included 2 phases: a quantitative phase based on questionnaire surveys, and a qualitative phase based on individual in-depth interviews. The participants were PTB patients aged 18 years or more who were treated at 9 hospitals in Nakhon Ratchasima province between July to December 2018. The survey was undertaken with 300 participants, while the interviews were conducted with 25 participants identified with delay in seeking TB treatment. Quantitative data were analyzed by descriptive statistics: frequency, percentage, median, minimum, and maximum, and by inferential statistics: Chi-square test and Mann-Whitney U test. Qualitative data were analyzed by content analysis.

The results from the survey showed that delay in getting TB treatment was significantly associated with levels of education, suspecting of having TB, having previous TB knowledge, and difference in TB knowledge score. Moreover, the findings from the interviews found that participants with the delay had inadequate TB knowledge or incorrect knowledge which resulted in misunderstanding, lack of recognition, and lack of accessibility to the appropriate treatment.

Therefore, developing active training programs to provide adequate correct TB knowledge – especially about causes, signs, and symptoms among risk groups – may encourage people to recognize and seek health care initially. This may decrease the severity of the disease, mortality, and transmission in household, community and social.

Keywords: knowledge, delay, pulmonary tuberculosis

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อในระบบทางเดินหายใจที่เป็น 1 ใน 10 สาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรในประเทศไทยและทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการจำนวนผู้ป่วยวัณโรคทั่วโลกในปี พ.ศ. 2562 ว่ามีผู้ป่วยด้วยวัณโรคประมาณ 10.0 ล้านราย (8.9 – 11.0 ล้านราย) ซึ่งมีผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีเสียชีวิตประมาณ 1.2 ล้านราย (1.1 – 1.3 ล้านราย) และผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีเสียชีวิตประมาณ 208,000 ราย (177,000 – 242,000 ราย) นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาประมาณ 500,000 ราย (WHO, 2020)

ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีมาตรการควบคุมวัณโรคต่าง ๆ มากมาย แต่ประเทศไทยก็ยังเป็น 1 ใน 194 ประเทศทั่วโลก โดยถูกจัดอยู่ในลำดับที่ 16 ของประเทศทั่วโลกที่กำลังประสบปัญหาวัณโรคอย่างรุนแรงที่มีสาเหตุมาจากจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนักวัณโรค, 2561) และนอกจากนี้ประเทศไทยยังเป็น 1 ใน 14 ประเทศที่กำลังเผชิญกับปัญหาหลัก 3 ปัญหาตามที่องค์การอนามัยโลกได้ระบุไว้ ได้แก่ วัณโรค วัณโรคและการติดเชื้อเอชไอวี และวัณโรคดื้อยา (WHO, 2020) โดยองค์การอนามัยโลกรายงานสถานการณ์วัณโรคของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2562 ว่ามีจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำประมาณ 105,000 ราย (79,000 – 133,000 ราย) คิดเป็นอัตราป่วย 150 ต่อประชากรแสนคน (114 – 191 ต่อประชากรแสนคน) เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 10,000 ราย (7,900 – 13,000 ราย) ซึ่งมีผู้ป่วย วัณโรคที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีเสียชีวิตประมาณ 9,600 ราย (7,100 – 12,000 ราย) และผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ เอชไอวีเสียชีวิตประมาณ 1,900 ราย (1,400 – 2,600 ราย) นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานที่ได้รับการยืนยันจำนวน 1,221 ราย โดยได้รับการรักษาด้วยยารักษาวัณโรคแนวที่ 2 จำนวน 1,095 ราย ซึ่งในปี พ.ศ. 2562 มีรายงานอัตราความครอบคลุมของการรักษาประมาณร้อยละ 84.0 และอัตราการรักษาสำเร็จประมาณร้อยละ 85.0 (WHO, 2020)

สำหรับสถานการณ์วัณโรคของเขตสุขภาพที่ 9 นครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2562 พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษามีจำนวน 6,730 ราย คิดเป็นอัตราความครอบคลุมการรักษาเท่ากับร้อยละ 64.89 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 82.50 โดยมีอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ปี 2559 – 2561 เท่ากับร้อยละ 86.41, 88.93, 83.92 ตามลำดับ และสถานการณ์วัณโรคในจังหวัดนครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2562 พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษามีจำนวน 2,327 ราย คิดเป็นอัตราความครอบคลุมการรักษาเท่ากับร้อยละ 57.47 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยมีอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ปี 2559 – 2561 เท่ากับร้อยละ 84.92, 84.18, 83.97 ตามลำดับ ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 85.00 (กองแผนยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2562)

การเพิ่มขึ้นของค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เกิดจากหลายสาเหตุ อาทิเช่น ความล่าช้าในการตรวจคัดกรอง การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี การย้ายถิ่นฐานของแรงงานทั้งภายในประเทศและระหว่างประเทศ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีผู้สูงอายุมากขึ้น หรือการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาและวัณโรคดื้อยาหลายขนาน แต่สาเหตุหลักที่สำคัญ ได้แก่ ความล่าช้าในการแสวงหารักษา (WHO, 2020; สำนักวัณโรค, 2561; สำนักวัณโรค, 2560) โดยนับระยะเวลาตั้งแต่ที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการของวัณโรคครั้งแรกจนกระทั่งไปตรวจที่สถานพยาบาลครั้งแรก ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ที่ผ่านมามีพบว่าการล่าช้าในการแสวงหารักษาจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากขึ้น หรืออาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต และยังส่งผลต่อการแพร่กระจายเชื้อในครอบครัว ชุมชน และสังคมอีกด้วย (Chaychoowong, 2019; Said, Hella, Mhalu, Chiryankubi, Masika, Maroa, et al., 2017) โดยการศึกษาในสาธารณรัฐยูกันดา ยังแสดงให้เห็นว่า ความล่าช้าในการวินิจฉัยวัณโรคจะส่งผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคที่เพิ่มมากขึ้น (Buregyeya, Criel, Nuwaha, & Colebunders, 2014) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี (Lisboa, Fronteira, Colove, Nhamonga, & Martins, 2019) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคเสมอพบเชื้อที่ไม่ได้รับการรักษาจะเสียชีวิตภายใน 1 ปี ร้อยละ 30-40 และภายใน 5 ปี จะเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 50-65 (Bureau of Tuberculosis, 2018) ในขณะเดียวกันการศึกษาเกี่ยวกับระดับจำนวนของเชื้อวัณโรคที่พบในเสมหะกับความเสี่ยงในการแพร่กระจายวัณโรคพบว่า ระดับของการพบเชื้อวัณโรคในเสมหะที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Lohmann, Koster, le Cessie, Kamst-van Agterveld, van Soolingen, & Arend, 2012) และมีการศึกษาที่ยืนยันว่าการเพิ่มขึ้นของการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในผู้สัมผัสใกล้ชิด มีสาเหตุมาจากระยะเวลาของความล่าช้าในการวินิจฉัยโรคที่เพิ่มขึ้น (Leutscher, Madsen, Erlandsen, Veirum, Ladefoged, Thomsen, et al., 2012)

จากการทบทวนงานวิจัยต่าง ๆ ที่ผ่านมามีพบว่าการล่าช้าในการแสวงหารักษาวัณโรค มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยซึ่งแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละพื้นที่ที่ทำการวิจัย อาทิเช่น การถูกตีตราในสังคม (Osei, Akweongo, & Binka, 2015; Li, Ehiri, Tang, Li, Bian, Lin, et al., 2013) การขาดความตระหนัก (Macfarlane & Newell, 2012; Sultan, Haroon, & Syed, 2012) หรือการรักษาด้วยตนเอง (Lusignani, Quaglio, Atzori, Nsuka, Grainger, Palma, et al., 2013; Jagadish, Saraswathi, & Divakar, 2012) ซึ่งความรู้เกี่ยวกับวัณโรคอาจจัดได้ว่าเป็นสาเหตุหนึ่งของความล่าช้า โดยการศึกษาในสาธารณรัฐโมซัมบิกเกี่ยวกับความล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอดพบว่า การมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความล่าช้าในการแสวงหารักษาของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 1.64, 95%CI 1.12 – 2.40) (Saifodine, Gudo, Sidat, & Black, 2013) และการศึกษาในสาธารณรัฐมาลาวีเกี่ยวกับความล่าช้าในการวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำพบว่า ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระยะเวลาของความล่าช้าที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (AOR 1.9, 95%CI 1.1-3.3) และผู้ป่วยวัณโรคปอดที่กลับเป็นซ้ำ (AOR 3.7, 95%CI 1.3-10.7) (Makwakwa, Sheu, Chiang, Lin, & Chang, 2014) นอกจากนี้มีรายงานการศึกษาในสหพันธ์สาธารณรัฐประชาธิปไตยเอธิโอเปียพบว่า ผู้ป่วยที่มีความล่าช้าในการรักษาจะมีความสัมพันธ์กับอัตราตายที่เพิ่มขึ้นมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีความล่าช้า (Belay, Bjune, Ameni, &

Abebe, 2012) และการศึกษาเกี่ยวกับความล่าช้าในการรักษาโรคแนะนำว่า ไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยมีความล่าช้ามากกว่า 1 เดือน เพราะจะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะ (Buregyeya, Criel, Nuwaha, & Colebunders, 2014) เพื่อความสอดคล้องกับบริบททางด้านสังคมและวัฒนธรรมที่มีความจำเพาะในพื้นที่ จึงได้จัดทำงานวิจัยนี้ขึ้น เพื่อนำผลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและพัฒนามาตรการควบคุมและป้องกันโรคต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์วิจัย

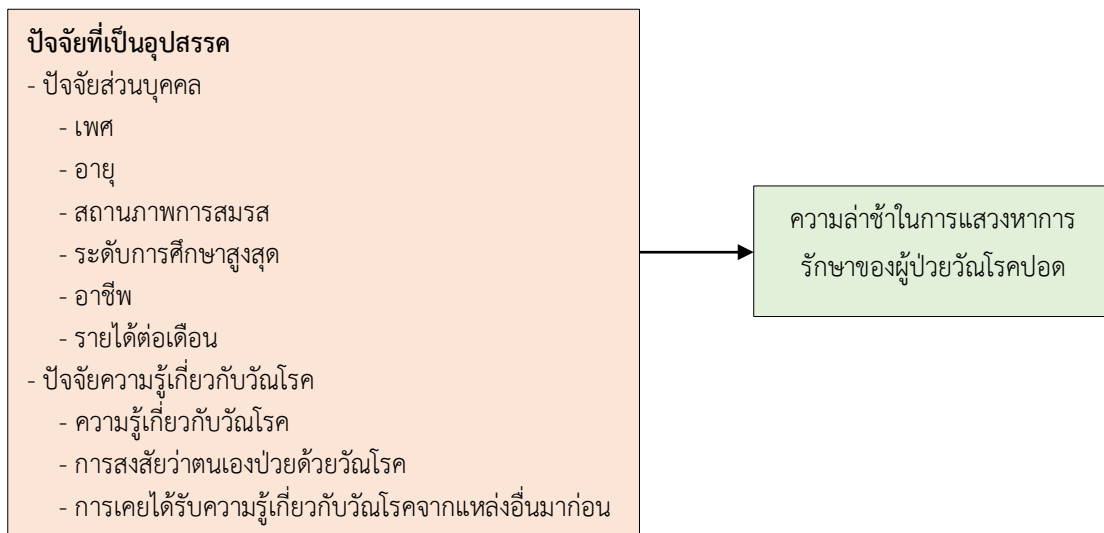
เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และความล่าช้าในการแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดนครราชสีมา

สมมติฐานวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์กรอบแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงการวินิจฉัยและการรักษาวัณโรค (Krishnan, Akande, Shankar, McIntire, Gounder, Gupta, et al., 2014) ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ และรายได้ต่อเดือน ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การสงสัยว่าตนเองป่วยด้วยวัณโรค และการเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับวัณโรคจากแหล่งอื่นมาก่อน สรุปกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixed Methods Research) ด้วยรูปแบบเชิงอธิบายเป็นลำดับ (Sequential Explanatory Design) โดยดำเนินการวิจัย 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 1,137 ราย (กรมควบคุมโรค, 2561)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 300 ราย โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจาก 9 โรงพยาบาลด้วยเกณฑ์การคัดเลือกคือ เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และกำลังรับการรักษาและยังไม่มีใครกำหนด และเกณฑ์การคัดออกคือ เป็นผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมสำหรับการสำรวจหรือการสัมภาษณ์อันเนื่องมาจากปัญหาทางกายหรือทางจิตที่ไม่สามารถสื่อสารหรือให้ข้อมูลที่ถูกต้องได้ คำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงปริมาณด้วยการประมาณค่าสัดส่วนแบบที่ทราบขนาดประชากร (Daniel, 1999) กำหนดค่าสถิติความเชื่อมั่นที่ 95% มีค่าเท่ากับ 1.96 และใช้สัดส่วนผู้ป่วยวัณโรคที่มีความล่าช้าในการแสวงหาการรักษา เท่ากับ 0.31 (Chaychoowong & Suggaravetsiri, 2009) กำหนดค่าความคาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นและยอมรับได้ มีค่าเท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 256 ตัวอย่าง และได้ปรับขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เพื่อรองรับการไม่ตอบสนองที่คาดการณ์ไว้ โดยใช้สูตรการตอบสนองที่ร้อยละ 85 (WHO, 2017) ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 300 ตัวอย่าง

สุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงปริมาณโดยอาศัยความน่าจะเป็น โดยการสุ่มตัวอย่างแบบมีชั้นภูมิ (Lohr, 1999) ด้วยการแบ่งผู้ป่วยวัณโรคในจังหวัดนครราชสีมาออกเป็น 32 อำเภอ ซึ่งแต่ละอำเภอจะถูกจัดกลุ่มตามอัตราป่วยเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีจำนวนผู้ป่วยสูง (มากกว่า 50 ราย) จำนวน 8 อำเภอ กลุ่มที่มีจำนวนผู้ป่วยปานกลาง (20-50 ราย) จำนวน 14 อำเภอ และกลุ่มที่มีจำนวนผู้ป่วยต่ำ (น้อยกว่า 20 ราย) จำนวน 10 อำเภอ (WHO, 2020) และทำการสุ่มตัวอย่างอำเภอ กลุ่มละ 3 อำเภอ ได้แก่ กลุ่มที่มีจำนวนผู้ป่วยสูง ประกอบด้วย สีคิ้ว บัวใหญ่ ด่านขุนทด กลุ่มที่มีจำนวนผู้ป่วยปานกลาง ประกอบด้วย ประทาย คง โขกชัย และกลุ่มที่มีจำนวนผู้ป่วยต่ำ ประกอบด้วย โนนไทย เฉลิมพระเกียรติ และจักราช เพื่อใช้เป็นตัวแทนของแต่ละกลุ่มอำเภอด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยการจับฉลาก (Kim, Oh, Park, Cho, & Park, 2013) หลังจากนั้นสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในแต่ละอำเภอเพื่อใช้เป็นตัวอย่างในการวิจัยด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยการจับฉลากตามสัดส่วนของแต่ละอำเภอจนครบตามจำนวน 300 ตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ คือ แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ และรายได้ต่อเดือน 2) ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การสงสัยว่าตนเองป่วยด้วยวัณโรค และการเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และ 3) ความล่าช้าในการแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ซึ่งคำถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับวัณโรคที่ถูกแปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย เป็นชุดความรู้เกี่ยวกับวัณโรคของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค ประเทศสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention, 2021) ประกอบด้วยคำถามแบบเลือกตอบ (ถูกหรือผิด) เกี่ยวกับวัณโรคจำนวน 10 ข้อ โดยตอบคำถามถูกได้ 1 คะแนน และตอบคำถามผิดได้ 0 คะแนน ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ และรายได้ต่อเดือน เป็นคำถามแบบเลือกตอบหรือเติมคำในช่องว่าง ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับวัณโรคอื่นๆ ได้แก่ การสงสัยว่าตนเองป่วยด้วยวัณโรค เป็นคำถามแบบเลือกตอบ คือ สงสัยหรือไม่สงสัย มีอาการใดและระยะเวลาของอาการนานเท่าใด และการเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับวัณโรค เป็นคำถามแบบเลือกตอบ คือ เคยหรือไม่เคยได้รับความรู้และแหล่งของความรู้เกี่ยวกับวัณโรคที่เคยได้รับ ซึ่งเป็นข้อคำถามที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา และความล่าช้าในการแสวงหาการรักษาของผู้ป่วย เป็นคำถามแบบเติมคำในช่องว่าง โดยระบุระยะเวลา (จำนวนวัน) ตั้งแต่วันแรกที่เริ่มมีอาการของวัณโรค จนถึงวันที่มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลครั้งแรกด้วยอาการนั้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงก์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลและสาธารณสุขจำนวน 6 ท่าน ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 ตรวจสอบความถูกต้องของการแปลภาษาโดยผู้เชี่ยวชาญสองภาษา 4 ท่าน และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากการศึกษานำร่องในโรงพยาบาลชัยบาดาล และโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี จำนวน 30 ชุด ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นของ KR-20 เท่ากับ 0.80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างที่สามารถอ่านเขียนได้จะได้รับแจกแบบสอบถามเพื่อตอบด้วยตนเอง ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถอ่านเขียนได้ ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามและให้กลุ่มตัวอย่างตอบ หลังจากนั้นจะดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนเก็บรวบรวมเพื่อเตรียมเข้าสู่การวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนต่อไป โดยดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณระหว่างเดือนกรกฎาคม - ตุลาคม 2561 ในพื้นที่ส่วนตัวที่คลินิกวัณโรคของแต่ละโรงพยาบาลในวันที่กลุ่มตัวอย่างมีนัดพบแพทย์เพื่อรับการรักษาและในช่วงเวลาที่กำลังรอพบแพทย์หรือรอรับยาเท่านั้น โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 – 40 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยโปรแกรม SPSS เวอร์ชัน 25.0 โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติอนุมาน ด้วยการวิเคราะห์ Chi-square test ซึ่งเป็นสถิติที่ใช้ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามที่เป็นตัวแปรกลุ่ม (McHugh, 2013) และหาขนาดความสัมพันธ์ด้วยการวิเคราะห์ Odds Ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่นของ OR ที่ 95% (95% CI of OR) และวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม ด้วยการวิเคราะห์ Mann-Whitney U test ซึ่งเป็นสถิติที่ใช้ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างตัวแปรต้นที่เป็นตัวแปรต่อเนื่องที่มีการแจกแจงข้อมูลแบบไม่ปกติซึ่งพิจารณาการแจกแจงปกติด้วยสถิติ Kolmogorov-smirnov Test (P-value < 0.05) และตัวแปรตามที่เป็นตัวแปรกลุ่ม (Hart, 2001) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ขั้นตอนที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรคที่ถูกสุ่มแบบเจาะจงโดยสุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยวัณโรคที่ทำแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเองแล้วพบว่ามีความล่าช้าในการแสวงหาการรักษา มากกว่า 30 วัน (Lusignani, Quaglio, Atzori, Nsuka, Grainger, Palma, et al., 2013) จำนวน 25 ราย ซึ่งใช้วิธีการเลือกตัวอย่างกรณีหลากหลาย (Given 2008; Patton, 1990) และได้กำหนดขนาดตัวอย่างที่เพียงพอต่อการวิจัยเชิงคุณภาพจากแนวคิดความอิ่มตัว (Saturation) (Dworkin, 2012) และอำนาจของข้อมูล (Information power) (Malterud, Siersma, & Guassora, 2016)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และใช้คำถามแบบไม่มีโครงสร้างที่เกิดขึ้นระหว่างการสัมภาษณ์ จำนวน 9 คำถาม อาทิ สาเหตุที่ทำให้เกิดความล่าช้าในการแสวงหาการรักษา หรือสาเหตุของการติดเชื้อวัณโรค เป็นต้น ร่วมกับการใช้เครื่องบันทึกเสียงและแบบบันทึกภาคสนาม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงก์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลและสาธารณสุข จำนวน 6 ท่าน ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 ตรวจสอบความถูกต้องของการแปลภาษาโดยผู้เชี่ยวชาญสองภาษา 4 ท่าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างที่มีความล่าช้าในการแสวงหาการรักษามากกว่า 30 วัน จะถูกสุ่มเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล ซึ่งใช้เวลาในการสัมภาษณ์แต่ละรายประมาณ 30 – 45 นาที โดยมีประเด็นคำถามเกี่ยวกับความเชื่อ ความคิด และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพระหว่างเดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม 2561 ในพื้นที่ส่วนตัวที่คลินิกวัณโรคของแต่ละโรงพยาบาลในวันที่กลุ่มตัวอย่างมีนัดพบแพทย์เพื่อรับการรักษาและในช่วงเวลาที่กำลังรอพบแพทย์หรือรอรับยาเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ซึ่งจะมีการจำแนกประเภทข้อมูล ลงรหัสข้อมูล จัดหมวดหมู่ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอข้อสรุปเป็นหมวดหมู่ โดยใช้โปรแกรม Nvivo 12 ในการจัดการข้อมูลเชิงคุณภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแบบสามเส้า คือ เมื่อได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และจดบันทึกมาแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องเพียงพอและความเชื่อถือได้ของข้อมูลว่าจะสามารถตอบปัญหาของการศึกษาได้อย่างครบถ้วนโดยใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูลจากแหล่งบุคคลที่ต่างหาก ซึ่งจะทำให้ผู้วิจัยเชื่อมั่นว่าข้อมูลที่ได้นั้นถูกต้อง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริงและตอบปัญหาการวิจัย

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยอีสต์ สหราชอาณาจักร เลขที่ FHS59 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่ KHE 2018 – 043 โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงรายละเอียดก่อนล่วงหน้าอย่างน้อย 1 สัปดาห์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีเวลาในการพิจารณาตัดสินใจ และต้องลงนามในเอกสารยินยอมตนก่อนดำเนินการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละตามคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยวัณโรคปอด		χ^2
	ที่มีความล่าช้า จำนวน (ร้อยละ)	ที่ไม่มีความล่าช้า จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ			
ชาย	77 (65.25)	115 (63.19)	0.133
หญิง	41 (34.75)	67 (36.81)	
อายุ			
≤ 34 ปี	7 (5.93)	40 (21.98)	16.849*
35 – 54 ปี	43 (36.44)	70 (38.46)	
≥ 55 ปี	68 (57.63)	72 (39.56)	
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด – ค่าสูงสุด)	57 (19 – 83)	49 (18 – 91)	

ตาราง 1 (ต่อ)

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยวัณโรคปอด		χ^2
	ที่มีความล่าช้า จำนวน (ร้อยละ)	ที่ไม่มีความล่าช้า จำนวน (ร้อยละ)	
สถานภาพการสมรส			
โสด	11 (9.32)	42 (23.07)	11.988*
สมรส	82 (69.49)	112 (61.54)	
หม้าย	15 (12.71)	22 (12.09)	
หย่า/แยก	10 (8.48)	6 (3.30)	
ระดับการศึกษาสูงสุด			
ไม่ได้รับการศึกษา	5 (4.24)	15 (8.24)	20.653*
ประถมศึกษา	86 (72.88)	87 (47.80)	
มัธยมศึกษา	26 (22.03)	67 (34.81)	
ปริญญาตรี หรือสูงกว่าปริญญาตรี	1 (0.85)	13 (7.15)	
อาชีพ			
ว่างงาน	23 (19.49)	35 (19.23)	4.507
เกษตรกร	55 (46.62)	65 (35.71)	
รับจ้างทั่วไป	34 (28.81)	67 (36.81)	
อื่น ๆ	6 (5.08)	15 (8.25)	
รายได้ต่อเดือน (บาท)			
≤ 3,000 บาท	68	90	1.920
> 3,000 บาท	50	92	
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด – ค่าสูงสุด)	3,000 (0 – 30,000)	3,500 (0 – 30,000)	

* P-value < 0.05

ตาราง 1 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีความล่าช้าในการแสวงหาการรักษา มากกว่า 30 วัน จำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 33.39 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุมากกว่า 45 ปี สถานภาพสมรส สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรและรับจ้างทั่วไป และมีรายได้ต่อเดือนประมาณ 3,000 บาท และผลการทดสอบด้วยสถิติ Chi-Square พบว่าอายุ สถานภาพการสมรส และระดับการศึกษาสูงสุดมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการแสวงหาการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของการตอบคำถามความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับวัณโรคที่ถูกต้อง

ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับวัณโรค	ผู้ป่วยวัณโรคปอด	
	ที่มีความล่าช้า จำนวน (ร้อยละ)	ที่ไม่มีความล่าช้า จำนวน (ร้อยละ)
1. วัณโรคเกิดจากเชื้อโรคที่เรียกว่าแบคทีเรีย	86 (72.88)	143 (78.57)
2. เชื้อวัณโรคสามารถแพร่กระจายจากตัวผู้ป่วยไปยังบุคคลอื่นผ่านทางอากาศ	106 (89.83)	163 (89.56)
3. ทุกคนควรได้รับการตรวจวัณโรค*	20 (16.95)	49 (26.92)
4. ทุกคนที่ติดเชื้อวัณโรคจะป่วยเป็นวัณโรค	15 (12.71)	34 (18.68)
5. บางคนสามารถป่วยเป็นวัณโรคได้ง่ายกว่าบุคคลอื่น	106 (89.83)	167 (91.76)

ตาราง 2 (ต่อ)

ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับวัณโรค	ผู้ป่วยวัณโรคปอด	
	ที่มีความล่าช้า จำนวน (ร้อยละ)	ที่มีความล่าช้า จำนวน (ร้อยละ)
6. วัณโรคสามารถรักษาให้หายขาดได้	116 (98.31)	174 (95.60)
7. วัณโรคสามารถก่อโรคในอวัยวะอื่น ๆ ได้นอกจากปอด	101 (85.59)	157 (86.26)
8. การติดเชื้อวัณโรคและการป่วยเป็นวัณโรคเป็นสิ่งเดียวกัน*	11 (9.32)	44 (24.18)
9. เชื้อวัณโรคอาศัยอยู่ได้ยากในที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์และมีแสงแดดส่องถึง	106 (89.83)	170 (93.41)
10. ถ้าท่านติดเชื้อวัณโรค ท่านอาจจะต้องรับประทานยา แม้ว่าท่านจะไม่รู้สึกป่วยก็ตาม	116 (98.31)	176 (96.70)
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด – ค่าสูงสุด)	7 (3 – 10)	7 (1 – 10)

* P-value < 0.05

ตาราง 2 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีค่ามัธยฐานของคะแนนความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับวัณโรคเท่ากัน 7 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความล่าช้าตอบคำถามถูกต้องมากที่สุดในประเด็น “วัณโรคสามารถรักษาให้หายขาดได้” และ “ถ้าท่านติดเชื้อวัณโรค ท่านอาจจะต้องรับประทานยา แม้ว่าท่านจะไม่รู้สึกป่วยก็ตาม” คิดเป็นร้อยละ 98.31 แต่ตอบคำถามถูกต้องน้อยที่สุดในประเด็น “การติดเชื้อวัณโรคและการป่วยเป็นวัณโรคเป็นสิ่งเดียวกัน” คิดเป็นร้อยละ 9.32

ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความล่าช้าในการแสวงหาการรักษา ตอบคำถามถูกต้องมากที่สุดในประเด็น “ถ้าท่านติดเชื้อวัณโรค ท่านอาจจะต้องรับประทานยา แม้ว่าท่านจะไม่รู้สึกป่วยก็ตาม” คิดเป็นร้อยละ 96.70 แต่ตอบคำถามถูกต้องน้อยที่สุดในประเด็น “ทุกคนที่ติดเชื้อวัณโรคจะป่วยเป็นวัณโรค” คิดเป็นร้อยละ 18.68

ซึ่งเมื่อพิจารณาประเด็นคำถาม “ทุกคนควรได้รับการตรวจวัณโรค” และ “การติดเชื้อวัณโรคและการป่วยเป็นวัณโรคเป็นสิ่งเดียวกัน” พบว่า มีความแตกต่างกันของการตอบคำถามถูกต้องระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีความล่าช้าและกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความล่าช้าในการแสวงหาการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความล่าช้าในการแสวงหาการรักษาจะตอบคำถามในทั้งสองประเด็นถูกต้องมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความล่าช้าในการแสวงหาการรักษา

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับวัณโรคกับความล่าช้าในการแสวงหาการรักษา

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความล่าช้ากับปัจจัยต่าง ๆ ด้วยการทดสอบสถิติ Chi-square

ปัจจัย	ผู้ป่วยวัณโรคปอด		χ^2	P-value	OR	95% CI OR
	ที่มีความล่าช้า จำนวน (ราย)	ที่ไม่มีความล่าช้า จำนวน (ราย)				
ระดับการศึกษาสูงสุด						
ประถมศึกษา	86	87	18.444	<0.05*	2.93	1.78-4.84
ระดับการศึกษาอื่น ๆ	32	95				
การสงสัยว่าตนเองป่วยด้วยวัณโรค						
ไม่สงสัย	101	136	5.097	0.024*	2.01	1.09-3.71
สงสัย	17	46				
การเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับวัณโรคจากแหล่งอื่นมาก่อน						
ไม่เคย	110	143	11.627	0.001*	3.75	1.68-8.35
เคย	8	39				

* P-value < 0.05

จากตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-Square พบว่า ความล่าช้าในการแสวงหาการรักษา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา การสงสัยว่าตนเองป่วยด้วยวัณโรค และการเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรคจากแหล่งอื่น ๆ มาก่อนที่จะป่วยด้วยวัณโรค ($P < 0.05$) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สำเร็จการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาจะมีความล่าช้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่สำเร็จการศึกษาในระดับชั้นอื่น ๆ เป็น 2.93 เท่า (95%CI = 1.78-4.84) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สงสัยว่าตนเองป่วยด้วยวัณโรคจะมีความล่าช้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่สงสัยว่าตนเองป่วยด้วยวัณโรคเป็น 2.01 เท่า (95%CI = 1.09-3.71) และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับวัณโรคจากแหล่งอื่น ๆ มาก่อนที่จะป่วยด้วยวัณโรคจะมีความล่าช้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับวัณโรคเป็น 3.75 เท่า (95%CI = 1.68-8.35)

ตาราง 4 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับวัณโรคกับการแสวงหาการรักษา ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีความล่าช้าและไม่ล่าช้าในแสวงหาการรักษา ด้วยการทดสอบสถิติ Mann-Whitney U test

ปัจจัย	กลุ่ม	n	Mean Rank	Sum Rank	Z	p-value
คะแนนความรู้	ล่าช้า	118	134.96	15925.00	-2.613	.009*
	ไม่ล่าช้า	182	160.58	29225.00		
	รวม	300				

*P-value<0.05

จากตาราง 4 ผลจากการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีความล่าช้าในการแสวงหาการรักษา กับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความล่าช้าในการแสวงหาการรักษา พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคของกลุ่มตัวอย่างที่มีความล่าช้าในการแสวงหาการรักษา (134.96) มีค่าน้อยกว่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความล่าช้าในการรักษา (160.58) ($P=0.009$)

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระบุว่าความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ส่งผลต่อพฤติกรรมในการแสวงหาการรักษา โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่บอกว่าตนไม่มีความรู้เกี่ยวกับวัณโรค จึงทำให้เพิกเฉยต่ออาการที่เกิดขึ้นซึ่งเป็นอาการของวัณโรคปอดไว้เป็นระยะเวลานานก่อนที่จะกลุ่มตัวอย่างจะแสวงหาการรักษา ดังที่กลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า

“เหตุผลที่ทำให้เกิดความล่าช้าในการแสวงหาการรักษานั้นเกี่ยวข้องกับความรู้ เนื่องจากไม่ทราบเลยว่าอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอยู่นี้ คือ อาการของวัณโรค” (ID 02027)

“เนื่องจากไม่เคยมีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับวัณโรคจากตนเองและคนรอบข้างมาก่อน จึงทำให้เกิดความล่าช้าในการแสวงหาการรักษา” (ID 02050)

นอกจากนี้ยังพบว่า ความล่าช้าในการแสวงหาการรักษาเป็นผลมาจากการมีความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรคที่ไม่เพียงพอหรือมีความรู้ที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างบางส่วนได้บอกถึงสาเหตุของการติดเชื่อวัณโรคว่าเกิดจากสาเหตุอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการมีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคปอด ซึ่งการมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจที่ผิดและขาดความตระหนัก จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความล่าช้าในการแสวงหาการรักษา ดังที่กลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า

“การติดเชื่อวัณโรคน่าจะมีสาเหตุหลักมาจากการสัมผัสกับฝุ่นหิน การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์” (ID 02080)

“การติดเชื่อวัณโรคอาจจะมาจากฝุ่นละอองในพื้นที่ทำการเกษตร และจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ใช้ในการเกษตรด้วย” (ID 02092)

“การติดเชื้อไวรัสโรคน่าจะเกิดจากกรรมพันธุ์ เนื่องจากเคยมีญาติป่วยด้วยไวรัสโรคมาก่อน” (ID 02025)

ผลการวิจัยยังพบว่า การไม่มีความรู้เกี่ยวกับการรักษาหรือการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคที่ถูกต้องในกลุ่มตัวอย่าง อาจส่งผลให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อไปยังครอบครัว คนใกล้ชิด และชุมชนได้เช่นกัน ดังที่กลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า

“ถ้าหากเข้ารับการตรวจรักษากับแพทย์เร็วกว่านี้ ก็คงจะไม่ป่วยเป็นไวรัสโรค หรืออาจจะได้รับการรักษาเพียง 3 เดือนเท่านั้น” (ID 02027)

“ตอนนี้ไม่ได้ใช้หน้ากากอนามัยในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรค เพราะรู้สึกว่าคุณเองมีอาการดีขึ้นกว่าเดิมแล้ว” (ID 02080)

และนอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเข้าใจว่าตนเองป่วยด้วยโรคอย่างอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีอาการไอ มีเสมหะ หรือมีไข้ต่ำ ๆ มักคิดว่าตนเองป่วยด้วยไข้หวัดธรรมดา แต่เป็นที่น่าสังเกตว่ากลุ่มตัวอย่างบางรายที่มีอาการไอเป็นเลือดก็ไม่ได้สงสัยว่าตนเองป่วยด้วยไวรัสโรค ดังที่กลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า

“คิดว่าเป็นอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการธรรมดาที่เกิดจากการสัมผัสกับอากาศเย็น หรือจากการแพ้อากาศ” (ID 07208)

“ตอนที่อาการไอเป็นเลือดนั้น ไม่ได้คิดเลยว่าจะเป็นไวรัสโรค คิดเพียงแค่ว่าร่างกายอ่อนแอ เนื่องจากทำงานหนักและไม่ได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ” (ID 02083)

“ไม่ได้คิดว่าตนเองจะป่วยเป็นไวรัสโรค การที่มีอาการไอเป็นเลือดคิดว่าเกิดจากการไออย่างรุนแรงจนเส้นเลือดฝอยในคอแตก จึงทำให้มีเลือดออกมา” (ID 02076)

อภิปรายผล

ความรู้เกี่ยวกับไวรัสโรคเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความล่าช้าในการแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยไวรัสโรค ปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการวิจัยในประเทศอื่น ๆ ที่ผ่านมาที่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และความล่าช้าในการแสวงหาการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Silva-Sobrinho, Andrade, Ponce, Wysocki, Brunello, Scatena, et al., 2012; Konda, Melo, Giri, & Behera, 2014) นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากกลุ่มตัวอย่างที่มีความล่าช้าในการแสวงหาการรักษาสามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ว่า กลุ่มตัวอย่างบางรายที่มีความล่าช้าในการแสวงหาการรักษานั้น เนื่องมาจากขาดความรู้เกี่ยวกับไวรัสโรค และบางรายมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับสาเหตุของการติดเชื้อไวรัสโรค ซึ่งส่งผลทำให้เกิดความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคและเพิ่มระยะเวลาความล่าช้าในการแสวงหาการรักษานานขึ้น ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวนี้สอดคล้องกับรายงานการวิจัยในสาธารณรัฐประชาชนจีนที่พบว่า ปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ส่งผลต่อพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยคือ ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโรคโดยเฉพาะอาการทั่วไปของไวรัสโรค (Wang, Ma, Han, Zhao, Cai, Kok, et al., 2016) ซึ่งยังสอดคล้องกับรายงานวิจัยในประเทศแทนซาเนียที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับไวรัสโรคที่ไม่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการแสวงหาการรักษาที่นานขึ้น (สำนักไวรัสโรค, 2561) และงานวิจัยเกี่ยวกับโรคอื่น ๆ ยังพบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมที่ไม่เพียงพอนั้นมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการแสวงหาการรักษาที่เหมาะสมเช่นเดียวกัน (Agokey, Kudzawu, Dzodzomenyo, Ae-Ngibise, Owusu-Agyei & Asante, 2019)

เมื่อพิจารณาจากความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับไวรัสโรครายชื่อแล้วพบว่า ประเด็นที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการแสวงหาการรักษา คือ กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจผิดว่า ทุกคนควรได้รับการตรวจไวรัสโรค ซึ่งแนวทางการควบคุมไวรัสโรคในประเทศไทยรายงานว่า ผู้สัมผัสผู้ป่วยไวรัสโรค ประมาณร้อยละ 70 จะไม่ติดเชื้อไวรัสโรค มีเพียงประมาณร้อยละ 30 ที่ติดเชื้อไวรัสโรคระยะแฝง ดังนั้นจึงไม่จำเป็นที่ทุกคนจะได้รับการตรวจไวรัสโรค นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีความเข้าใจผิดว่าการติดเชื้อไวรัสโรคและการป่วยเป็นไวรัสโรคเป็นสิ่งเดียวกัน โดยทั่วไปหลังจากการติดเชื้อไวรัสโรค เชื้อจะไม่ลุกลามจนทำให้ป่วยเป็นโรค ซึ่งคนส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 90 ที่ติดเชื้อไวรัสโรคระยะแฝง จะไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ เลยตลอดชีวิต จึงไม่จัดว่าเป็นผู้ป่วยไวรัสโรคและไม่สามารถแพร่กระจายเชื้อ

ให้แก่ผู้อื่นได้ มีเพียงประมาณร้อยละ 10 ของวัณโรคระยะแฝงเท่านั้นที่จะป่วยเป็นวัณโรค โดยผู้ป่วยวัณโรค อาจเกิดจากการติดเชื้อครั้งแรกและภูมิคุ้มกันของร่างกายไม่สามารถจัดการทำลายเชื้อได้ หรือเป็นผลหลังจากติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงมาแล้วหลายปี ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคจะสามารถแพร่กระจายเชื้อให้แก่ผู้อื่นผ่านระบบทางเดินหายใจได้นับตั้งแต่ที่เริ่มมีอาการและอาการแสดงของวัณโรค ถึงแม้ว่าอาการและอาการแสดงบางอย่างจะไม่รุนแรงก็ตาม อาทิเช่น ไอเรื้อรัง เจ็บหน้าอก ไข้ต่ำ ๆ น้ำหนักลด เหงื่อออกผิดปกติตอนกลางคืน อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย หรือเบื่ออาหาร (Bureau of Tuberculosis, 2018) ดังนั้นหากปล่อยให้ผู้ที่มีอาการและอาการแสดงของวัณโรคนานขึ้น ก็จะทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อในผู้สัมผัสใกล้ชิด ครอบครัว ชุมชน และสังคมเพิ่มขึ้น

นอกจากนี้แล้ว ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถแสวงหาการรักษาที่ถูกต้องได้ เนื่องจากขาดความรู้ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความรอบรู้ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานวิจัยที่ว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ดี (Liu, Liu, Li, & Chen, 2015) ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดี โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมีบทบาทสำคัญในการแสวงหาการรักษา ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ และการประยุกต์ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อใช้ในการจัดการปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น (Edward, Carreon, Williams, Glassman, & Li, 2018) นอกจากนี้ยังมีรายงานว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำนั้น สามารถเป็นตัวทำนายสุขภาพของบุคคลได้เป็นอย่างดีกว่าปัจจัยด้านอื่น ๆ (American Medical Association, 1999) และรายงานการวิจัยเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและการเข้าถึงบริการยังพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างความล่าช้าในการเข้าถึงบริการกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยพบว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำจะมีความล่าช้าในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพมากยิ่งขึ้น (Levy & Janke, 2016)

ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความล่าช้าในการแสวงหาการรักษานั้น ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา ซึ่งส่งผลให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคต่าง ๆ ไม่เพียงพอ ขาดความรู้ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความตระหนักรู้ในอาการและอาการแสดงของโรค และขาดการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสม โดยกลุ่มตัวอย่างบางรายที่สำเร็จการศึกษาในชั้นประถมศึกษาาระบุถึงสาเหตุของความล่าช้าคือ ไม่มีความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ขาดความตระหนักเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น และพยายามแสวงหาการรักษาด้วยวิธีการแบบดั้งเดิม คือ การใช้ยาสมุนไพร เป็นต้น ซึ่งสามารถอธิบายได้จากหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ, 2551) ที่ระบุในสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา สาระที่ 4 การสร้างเสริมสุขภาพ สมรรถภาพ และการป้องกันโรคไว้ว่า ผู้เรียนที่สำเร็จการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จะสามารถวิเคราะห์ผลกระทบที่เกิดจากการระบาดของโรคและเสนอแนวทางป้องกันโรคติดต่อสำคัญที่พบบ่อยในประเทศไทยได้ เช่น ไข้หวัดใหญ่ ไข้เลือดออก โรคติดต่อทางผิวหนัง หรือโรคปริทันต์ ในขณะที่ผู้สำเร็จการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จะสามารถเสนอแนวทางป้องกันโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของการเจ็บป่วยและการตายของคนไทยได้ เช่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ โรคไข้หวัดนก โรควัณโรค โรคโควิด-19 และโรคไม่ติดต่ออื่น ๆ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผู้ที่สำเร็จการศึกษาในระดับที่ต่ำกว่าชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ไม่ได้มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อ ซึ่ง เป็น 1 ใน 10 อันดับแรกของสาเหตุการตายในประเทศไทยและของโลก (WHO, 2020; สำนักวัณโรค, 2561) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพในสาธารณรัฐยูกันดาที่พบว่า การที่ไม่มีหลักสูตรเกี่ยวกับวัณโรคอย่างเป็นทางการในสาธารณรัฐยูกันดา ส่งผลต่อความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรคของประชาชนและผลกระทบของวัณโรคในชุมชนในระดับต่ำ (Macfarlane & Newell, 2012)

ข้อจำกัดของการวิจัยเนื่องจากเป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังในกลุ่มตัวอย่าง อาจจะทำให้เกิดอคติที่เกิดจากการลืม (Recall Bias) เช่น กลุ่มตัวอย่างอาจจะจำไม่ได้ว่าเริ่มป่วยวันไหน ดังนั้นเพื่อเป็นการลดอคติที่อาจจะเกิดขึ้น จึงกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่กำลังรับการรักษาและยังไม่ครบกำหนด โดยมีระยะเวลาตั้งแต่เริ่มการรักษาไม่เกิน 2 เดือน จนถึงวันที่ทำการเก็บข้อมูล และมีการตรวจสอบยืนยันข้อมูลกับประวัติการรักษาของผู้ป่วย นอกจากนี้ การเก็บรวบรวมข้อมูลที่ดำเนินการในพื้นที่ส่วนตัวที่คลินิกวัณโรคในวันที่กลุ่มตัวอย่างมีนัดพบแพทย์เพื่อรับการรักษาและในช่วงที่กำลังรอพบแพทย์หรือรอรับยา อาจจะทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ค่อยมีอิสระใน

การให้ข้อมูล ด้วยข้อจำกัดด้านเวลา ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล ดังนั้นเพื่อเป็นการลดข้อจำกัดดังกล่าว จึงดำเนินการชี้แจงเกี่ยวกับข้อมูลโครงการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 สัปดาห์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีเวลาในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

การนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรไม่แสวงหาผลกำไร ควรร่วมมือกันในการวางแผนงานควบคุมโรคโดยการเร่งรัดพัฒนาโปรแกรมอบรมเชิงรุกเพื่อเพิ่มความรู้ที่ถูกต้องให้แก่ประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค ซึ่งจะช่วยให้ประชาชนเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งมีส่วนสำคัญในการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น และส่งผลให้เกิดการแสวงหาการรักษาที่เหมาะสมได้อย่างทันที่ ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยและการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน นอกจากนี้กระทรวงศึกษาธิการควรปรับปรุงและพัฒนาหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน ในสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษาของระดับชั้นประถมศึกษา เพื่อให้ผู้เรียนสามารถรู้เท่าทันปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตและการตายของคนไทยและประชากรโลก ซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและสามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อจัดการปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยงหรือประชากรทั่วไป จะสามารถทำให้เห็นแนวโน้มของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคในภาพรวมมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ควรศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความตระหนักของประชาชนเพิ่มเติม ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนงานควบคุมโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการให้ความรู้ การเสริมสร้างความรอบรู้ และการเพิ่มความตระหนักกับประชาชนทุกกลุ่มต่อไปในอนาคต

รายการอ้างอิง

- กระทรวงศึกษาธิการ. (2551). หลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2551. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงศึกษาธิการ.
- สำนักโรค. (2560). แผนปฏิบัติการระดับชาติ ด้านการต่อต้านโรค พ.ศ.2560-2564. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดี้ไซน์.
- สำนักโรค. (2561). แนวทางการควบคุมโรคประเทศไทย พ.ศ.2561. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดี้ไซน์.
- Agokey, F., Kudzawu, E., Dzodzomenyo, M., Ae-Ngibise, K. A., Owusu-Agyei, S., & Asante, K. P. (2019). Knowledge and Health Seeking Behaviour of Breast Cancer Patients in Ghana. *Int J Breast Cancer*, 2019, Article ID 5239840.
- American Medical Association. (1999). Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs, Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *Jama*, 281(6), 552-557.
- Belay, M., Bjune, G., Ameni, G., & Abebe, F. (2012). Diagnostic and Treatment Delay among Tuberculosis Patients in Afar Region, Ethiopia: a Cross-Sectional Study. *BMC Public Health*, 12(1), 1-8.

- Bureau of Tuberculosis. (2018). *National Tuberculosis Control Programme Guideline, Thailand, 2018*. Bangkok: Aksorn Graphic and Design.
- Buregyeya, E., Criel, B., Nuwaha, F., & Colebunders, R. (2014). Delays in Diagnosis and Treatment of Pulmonary Tuberculosis in Wakiso and Mukono Districts, Uganda. *BMC Public Health*, 14(1), 1-10.
- Chaychoowong, K. (2019). Life Experiences of Pulmonary Tuberculosis Patients Affected by Delays in Treatment, in Thailand. *LIFE: Int J Health Life-Sci*, 5(3), 63-77.
- Chaychoowong, K., & Suggaravetsiri, P. (2009). Factors Associated with Patient's Delay among Pulmonary Tuberculosis Patients at Tuberculosis Clinic of Prachuap Khiri Khan Hospital (in Thai). *KKU J Public Health Res*, 2(1), 58-67.
- Daniel, W. W. (1999). *Biostatistics: a Foundation for Analysis in the Health Sciences*. (7th ed.). New York: John Wiley and Sons Inc.
- Dworkin, S. (2012). Sample Size Policy for Qualitative Studies Using in-Depth Interviews. *Arch Sex Behav*, 41(6), 1319-1320.
- Edward, J., Carreon, L. Y., Williams, M. V., Glassman, S., & Li, J. (2018). The Importance and Impact of Patients' Health Literacy on Low Back Pain Management: a Systematic Review of Literature. *Spine J*, 18(2), 370-376.
- Given, L. M. (2008). *The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods [eBook]*. Thousand Oaks: Sage Publications Inc.
- Hart, A. (2001). Mann-whitney Test is Not Just a Test of Medians: Differences in Spread Can be Important. *Br Med J*, 323(7309), 391-393.
- Jagadish, S., Saraswathi, S., & Divakar, S. V. (2012). A study of Impact of Determinants of Patients and Health System Delay on Tuberculosis Diagnosis and Treatment in Bangalore. *Indian J Community Health*, 24(4), 319-324.
- Kim, Y. J., Oh, Y., Park, S., Cho, S., & Park, H. (2013). Stratified Sampling Design Based on Data Mining. *Healthc Inform Res*, 19(3), 186-195.
- Konda, S. G., Melo, C. A., Giri, P. A., Behera, A. B. (2014). Determinants of Delays in Diagnosis and Treatment of Pulmonary Tuberculosis in a New Urban Township in India: a Cross-Sectional Study. *Int J Med Sci Public Health*, 3(2), 140-145.
- Krishnan, L., Akande, T., Shankar, A. V., McIntire, K. N., Gounder, C. R., Gupta, A., et al. (2014). Gender-Related Barriers and Delays in Accessing Tuberculosis Diagnostic and Treatment Services: a Systematic Review of Qualitative Studies. *Tuberc Res Treat*, 2014, 1-14.
- Leutscher, P., Madsen, G., Erlandsen, M., Veirum, J., Ladefoged, K., Thomsen, V., et al. (2012). Demographic and Clinical Characteristics in Relation to Patient and Health System Delays in a Tuberculosis Low-Incidence Country. *Scand J Infect Dis*, 44(1), 29-36.
- Levy, H. & Janke, A. (2016). Health Literacy and Access to Care. *J Health Common*, 21(sup1), 43-50.
- Li, Y., Ehiri, J., Tang, S., Li, D., Bian, Y., Lin, H., et al. (2013). Factors Associated with Patient, and Diagnostic Delays in Chinese TB Patients: a Systematic Review and Meta-Analysis. *BMC Med*, 11(7), 156-170.

- Lisboa, M., Fronteira, I., Colove, E., Nhamonga, M., & Martins, M. R. O. (2019). Time Delay and Associated Mortality from Negative Smear to Positive Xpert MTB/RIF test among TB/HIV patients: a retrospective study. *BMC Infect Dis*, 19(18), 1-10.
- Liu, Y. B., Liu, L., Li, Y. F., & Chen, Y. L. (2015). Relationships Between Health Literacy, Health-Related Behaviors and Health Status: a Survey of Elderly Chinese. *Int J Environ Res Public Health*, 12(8), 9714-9725.
- Lohmann, E. M., Koster, B. F. P., le Cessie, S., Kamst-van Agtereld, M. P., van Soolingen, D., & Arend, S. M. (2012). Grading of a Positive Sputum Smear and the Risk of *Mycobacterium Tuberculosis* Transmission. *Int J Tuberc Lung Dis*, 16(11), 1477-1484.
- Lohr, S. (1999). *Sampling: Design and Analysis*. Pacific Grove CA: Duxbury Press.
- Lusignani, L. S., Quaglio, G., Atzori, A., Nsuka, J., Grainger, R., Palma, M. D., et al. (2013). Factors Associated with Patient and Health Care System Delay in Diagnosis for Tuberculosis in the Province of Luanda, Angola. *BMC Infect Dis*, 13(4), 168-178.
- Macfarlane, L., & Newell, J. N. (2012). A Qualitative Study Exploring Delayed Diagnosis and Stigmatisation of Tuberculosis Amongst Women in Uganda. *Int Health*, 4(2), 143-147.
- Makwakwa, L., Sheu, M. L., Chiang, C. Y., Lin, S. L., & Chang, P. W. (2014). Patient and Health System Delays in the Diagnosis and Treatment of New and Retreatment Pulmonary Tuberculosis Cases in Malawi. *BMC Infect Dis*, 14(3), 132-140.
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qual Health Res*, 26(13), 1753-1760.
- McHugh, M. L. (2013). The Chi-Square Test of Independence. *Biochem Med*, 23(2), 143-149.
- Ministry of Education. (2008). *Basic Education Core Curriculum B.E.2551 (A.D.2008)*. Bangkok: Ministry of Education.
- Osei, E., Akweongo, P., & Binka, F. (2015). Factors Associated with Delay in Diagnosis among Tuberculosis Patients in Hohoe Municipality, Ghana. *BMC Public Health*, 15(7), 721-731.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. 2nd ed. Newbury Park, Calif: Sage.
- Said, K., Hella, J., Mhalu, G., Chiryankubi, M., Masika, E., Maroa, T., et al. (2017). Diagnostic Delay and Associated Factors among Patients with Pulmonary Tuberculosis in Dar es Salaam, Tanzania. *Infect Dis Poverty*, 6(1), 64-73.
- Saifodine, A., Gudo, P. S., Sidat, M., & Black, J. (2013). Patient and Health System Delay among Patients with Pulmonary Tuberculosis in Beira city, Mozambique. *BMC Public Health*, 13(6), 559-565.
- Silva-Sobrinho, R. A., Andrade, R. L. P., Ponce, M. A. Z., Wysocki, A. D., Brunello, M. E., Scatena, L. M., et al. (2012). Delays in the Diagnosis of Tuberculosis in a Town at the Triple Border of Brazil, Paraguay, and Argentina. *Rev Panam Salud Publica*, 31(6), 461-468.
- Sultan, H., Haroon, S., & Syed, N. (2012). Delay and Completion of Tuberculosis Treatment: a Cross-sectional Study in the West Midlands, UK. *J Public health*, 35(1), 12-20.
- Wang, Q., Ma, A., Han, X., Zhao, S., Cai, J., Kok, F. J., et al., (2016). Hyperglycemia is Associated with Increased Risk of Patient Delay in Pulmonary Tuberculosis in Rural Areas. *J Diabetes*, 9(7), 648-655.

- World Health Organization [WHO]. (2017). *WHO STEPS Surveillance Manual: the WHO STEP Wise Approach to Chronic Disease Risk Factor Surveillance/Noncommunicable Diseases and Mental Health*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2020). *Global Tuberculosis Report 2020*. Geneva: World Health Organization.

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม

Development of Community Care Model for Pulmonary Tuberculosis by The Health Network of Thatpanom District, Nakhon Phanom Province

ดาวประกาย ญ้างาม^{1*}, วรพจน์ พรหมสัตยพรต² และ พัดชา หิรัญวัฒนกุล²

Dawprakay Ya-ngam^{1*}, Vorapoj Promasatayaprot² and Phatcha Hirunwatthanakul²

นักศึกษาปริญญาโท สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม^{1*}, อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์²
Master of Public Health Program of Faculty of Public Health Mahasarakham University^{1*}, Advisor²

(Received: December 19, 2021; Revised: August 20, 2022; Accepted: August 31, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพอำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 97 คน คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอด ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด เครือข่ายสุขภาพในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบด้านวัณโรค เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามและเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบแบบสังเกตการเข้าร่วมกิจกรรม วิเคราะห์ความตรงของเครื่องมือโดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง ได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.67–1.00 และได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.76 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า

1. การดูแลผู้ป่วยวัณโรคอำเภอธาตุพนม ดำเนินงานโดยคณะกรรมการวัณโรคระดับอำเภอธาตุพนม ให้บริการโดยทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยเครือข่ายสุขภาพ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และผู้นำชุมชน ตามบริบทและวิถีชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยวัณโรคปอดโดยเสมหะพบเชื้อ จากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม และถูกส่งต่อข้อมูลเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานวัณโรคในพื้นที่ทราบเพื่อติดตามที่บ้าน และประสานเครือข่ายสุขภาพ ติดตามดูแลผู้ป่วย อสม.เขตรับผิดชอบติดตาม DOT เป็นระยะเวลา 2 เดือนที่ผู้ป่วยรักษาวินิจฉัยระยะเข้มข้น หากมีปัญหาสามารถติดต่อขอคำปรึกษากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ทางช่องทางออนไลน์

3. ผลการดำเนินงานติดตามไม่พบผู้ป่วยขาดยา และมีการติดตาม DOT ผู้ป่วยวัณโรคทุกราย พบผู้ป่วย 1 ราย มีผลตรวจเสมหะหลังสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้นตรวจพบเชื้อ ผู้ป่วยวัณโรคปอดและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด มีความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนของเครือข่ายสุขภาพอำเภอธาตุพนม ในระดับสูง ($M=4.33$, $SD=0.28$) 4) ปัจจัยความสำเร็จคือ มีหน่วยงานการให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดใน ผู้ป่วยมีความไว้วางใจและมีช่องทางในการรับคำปรึกษาปัญหาต่าง ๆ ได้ทันทีจากแพทย์

อำเภอธาตุพนมควรนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพอำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ขึ้นทะเบียนรักษาวินิจฉัยโรคในทุกราย และเพิ่มการติดตามการรักษาต่อเนื่องของผู้ป่วยจนครบ 6 เดือน

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน, วัณโรคปอด, เครือข่ายสุขภาพ , อัตราการขาดยา

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: dawprakay013@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 095-6585303)

Abstract

This action research aims to study the development of care for pulmonary tuberculosis patients in the community by the Thatpanom District Health Network Nakhon Phanom Province. Target group are totally 97 people which contain new TB patients, TB patient caregivers, Community health networks whose are community leaders and village health volunteers, the responsible staff for tuberculosis whose are tuberculosis clinic staffs in subdistrict health promoting hospital, Thatpanom City Community Health Center, district public health office, and local administrative organization Officers. Methods of this study are collective quantitative and qualitative data by using an interview and activities participation observation form, by the questionnaire interview, and the observation form. Content validity was analyzed using index of congruence (IOC). The research instrument was between 0.67–1.00. Confidence was analyzed using the alpha coefficient. Questions were selected. with a confidence coefficient of 0.75 or higher, the selected questionnaires were 0.76. The data were analyzed using descriptive statistics such as frequency, percentage, average and standard deviation.

The results of the study showed that 1) the care of tuberculosis patients in That Phanom District Operated by the tuberculosis committee at that Phanom district level. Provided by a multidisciplinary team Patients are cared for by health networks, including health workers. Village Health Volunteer Local Administrative Organization and community leaders according to the context and daily lifestyle of the patient. 2) Care model for pulmonary tuberculosis patients diagnosed with pulmonary tuberculosis, sputum infection was detected. And was referred to the staff responsible for tuberculosis work in the area to know for follow-up at home. and coordinate the health network follow up on patient care Volunteers in the area responsible for DOT follow-up for a period of 2 months when patients are treated for intensive tuberculosis. If there is a problem, you can contact the public health officer for advice via online channels. 3) The follow-up results showed no patients lacking medication. and DOT was followed up in all TB patients. Found 1 patient with sputum examination after the end of the intensive treatment. The infection was detected. pulmonary tuberculosis patients and caregivers of pulmonary tuberculosis patients There was a high level of satisfaction in caring for pulmonary tuberculosis patients in the community of That Phanom Health Network ($M=4.33$, $SD=0.28$) 4) The success factor was that there were agencies that cooperated in the care of pulmonary tuberculosis patients in Patients have the confidence and channels to receive advice on any issues immediately from the doctor.

That Phanom District should adopt a model of care for pulmonary tuberculosis patients in the community by the That Phanom District Health Network, Nakhon Phanom Province to care for all pulmonary tuberculosis patients registered for tuberculosis treatment. and increase the follow-up of continuous treatment of patients until 6 months.

Keywords: Community Care for Pulmonary Tuberculosis Patients, Pulmonary Tuberculosis, Health Network, Drug Absence Rate

บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis: TB) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium tuberculosis* ส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอดซึ่งสามารถแพร่เชื้อได้ง่าย ซึ่งปัจจุบันวัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก นอกจากการเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดความสูญเสียทางสุขภาพจนเกิดการเสียชีวิตแล้วยังส่งผลกระทบต่อทางด้านการเศรษฐกิจ รวมทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัวและคนใกล้ชิด (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2561) ประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุข มีเป้าหมายการดำเนินงานด้านวัณโรค โดยมีเป้าหมาย คืออัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ เกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85.00 โดยในปี พ.ศ. 2560-2562 เขตสุขภาพที่ 8 อุดรธานี มีผลการดำเนินงานคิดเป็นร้อยละ 84.00, 85.00 และ 85.70 ตามลำดับ (เขตสุขภาพที่ 8, 2562) จังหวัดนครพนมโดยมีอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ร้อยละ 75.90 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม, 2562) จากผลการดำเนินงานคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม 5 ปีย้อนหลัง ในปีงบประมาณ 2558-2562 พบว่า มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จำนวน 83, 87, 108, 120 และ 110 ราย ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีเสมหะพบเชื้อ คิดเป็น ร้อยละ 79.51, 93.10, 89.91, 85.00 และ 91.81 ตามลำดับ อีกทั้งด้านผลการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ 2558-2562 มีอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คิดเป็น ร้อยละ 88.61, 71.95, 78.10, 81.25 และ 82.5 ตามลำดับ มีอัตราการเสียชีวิต (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 10.00) ร้อยละ 8.86, 17.07, 12.38, 16.08 และ 10.48 ตามลำดับ มีอัตราการรักษา (เกณฑ์ต้องไม่มีการขาดยาในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค) ร้อยละ 1.27, 2.44, 1.90, 2.68 และ 1.90 ตามลำดับ (คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม, 2562)

อำเภอธาตุพนม ดำเนินงานด้านวัณโรค ตามมาตรฐานแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย โดยในปี พ.ศ. 2559-2562 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนมให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยวัณโรคแยกพื้นที่ตรวจ โดยเฉพาะ ให้บริการ ทุกวันพุธ เวลา 08.00-12.00 น. ให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (one stop service) ให้บริการที่เรือนเฟื่องฟ้า โดยมีแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักวิชาการสาธารณสุขให้บริการ ผู้ป่วยจะได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคต่อเนื่องทุกรายและส่งข้อมูลผู้ป่วยให้กับเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานวัณโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่เพื่อติดตามดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน รวมทั้งค้นหาผู้ป่วยที่มีการสงสัยวัณโรคในผู้สัมผัสที่บ้านและกลุ่มเสี่ยงในชุมชน (คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม, 2562) ในปีงบประมาณ 2558-2562 อำเภอธาตุพนม พบผู้ป่วยวัณโรคขาดการรักษา รวมจำนวน 15 ราย โดยสาเหตุของการขาดยาของผู้ป่วย คือเมื่ออาการดีขึ้นผู้ป่วยก็ไม่มารับยาต่อเนื่องตามนัด ผู้ป่วยวัณโรค มีความกังวลในการยอมรับการป่วยเป็นวัณโรคของสังคมรอบข้าง การติตราผู้ป่วยวัณโรค รวมทั้งผู้ป่วยสูงอายุไม่สามารถเดินทางมารับยาได้ต่อเนื่องตามวันนัดได้และลืมวันนัด (คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม, 2562) ซึ่งการติดตามดูแลการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่จะช่วยในการส่งเสริมให้การรักษาวัณโรคมีความต่อเนื่องไม่ขาดการรักษา โดยเฉพาะในช่วงเวลาการรักษาระยะเข้มข้นใน 2 เดือนแรก

ซึ่งจากการทบทวนประวัติผู้ป่วยที่ขาดการรักษาพบว่าผู้ป่วยที่ขาดนัดได้รับการติดตามจากเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคซ้ำและทำให้ผู้ป่วยขาดการรับยาที่ต่อเนื่องจึงไม่ยอมกลับมารักษาต่อที่โรงพยาบาล (คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม, 2562) ทั้งนี้หากผู้ป่วยขาดยาจะทำให้เกิดปัญหาวัณโรคดื้อยาในอนาคตได้ ซึ่งการติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดในระยะแรกของการรักษา จะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคให้กับคนใกล้ชิดในบ้านและในชุมชนได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะตรวจพบเชื้อ ซึ่งการดูแลที่ใกล้ชิดในชุมชน ต้องเป็นคนที่อยู่ใกล้ชิดในชุมชนกับผู้ป่วยและมีความสำคัญในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าสามารถดูแลตนเองได้หากเกิดปัญหา ซึ่งการมีระบบกำกับติดตามที่ดีโดยการติดตามถึงบ้านด้วยเครือข่ายที่ร่วมมือกันทั้งหน่วยบริการและชุมชนและมีการเสริมสร้างกำลังใจและใส่ใจอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีการป้องกันและควบคุมวัณโรคดูแลตนเองเพิ่มขึ้น (เฉลิมเกียรติ ตาตะมะ, 2562)

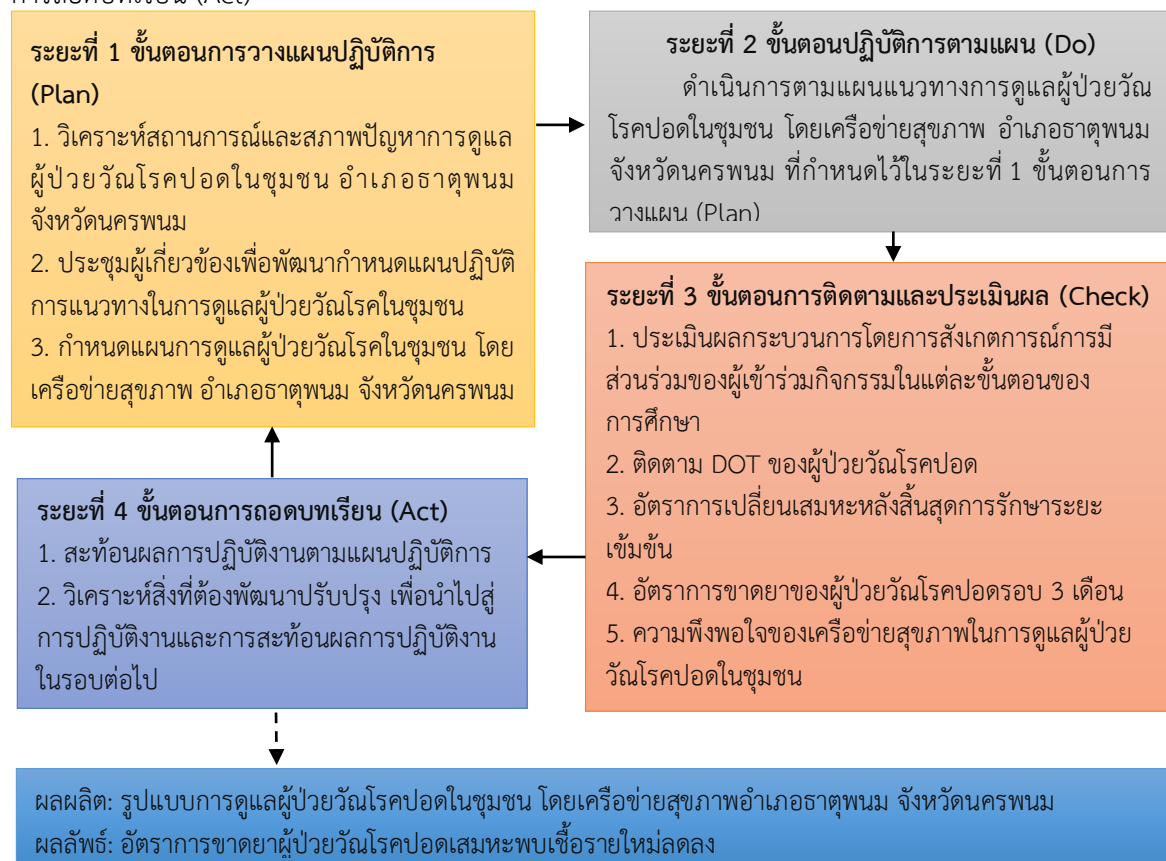
ดังนั้น ผู้วิจัยจึงให้ความสนใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน ตามบริบทของพื้นที่อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมอพบเชื้อรายใหม่ ลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในชุมชน ในอำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด ในชุมชนของเครือข่ายสุขภาพ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม
3. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม
4. เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม ที่พัฒนาขึ้นมา

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยเห็นความสำคัญการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนของพื้นที่อำเภอธาตุพนม จึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพอำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม ภายใต้กรอบแนวคิด วงจรคุณภาพ PDCA ใน (Deming in Mycoted, 2004)การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 4 ได้แก่ ระยะเวลาที่ 1 ขั้นตอนการวางแผนปฏิบัติการ (Plan) ระยะเวลาที่ 2 ขั้นตอนปฏิบัติการตามแผน (Do) ระยะเวลาที่ 3 ขั้นตอนการติดตามและประเมินผล (Check) และระยะเวลาที่ 4 ขั้นตอนการถอดบทเรียน (Act)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม 2564 ถึง มิถุนายน 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาค้นคว้านี้ รวมทั้งสิ้น 97 คน ดังนี้ โดยแบ่งเป็น

1. กลุ่มพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม ประกอบด้วย

1.1 เครือข่ายสุขภาพในชุมชน จำนวน 34 คน ได้แก่ ผู้นำชุมชน 17 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 17 คน

1.2 เจ้าหน้าที่รับผิดชอบด้านวัณโรค จำนวน 33 คน ได้แก่ เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค 4 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 15 คน ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองธาตุพนม 1 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 คน และเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 12 คน

2. กลุ่มใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอด 15 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด 15 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ประเภทวัณโรคปอดเสมหะ ตรวจพบเชื้อรายใหม่รักษาวัณโรคไม่เกิน 1 เดือน ได้รับยารักษาวัณโรค แนวที่ 1 ได้แก่ Rifampicin (R), Isonazid (H), Pyrazinamide (Z), Ethambutol (E)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ประเภท

1. เครื่องมือเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว สถานพยาบาลที่อยู่ใกล้ เขตพื้นที่พักอาศัย ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่เลี้ยงกักกับการกักขัง จำนวน 11 ข้อ เก็บข้อมูลผู้ป่วย จำนวน 15 ราย และญาติผู้ดูแล จำนวน 15 ราย หลังสิ้นสุดการรักษา ระยะเข้มข้น 2 เดือน

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย สาเหตุของการเกิดโรค อาการ การดูแลรักษา การป้องกันและควบคุมวัณโรค คำถาม มี 2 ตัวเลือก คือ ใช่และไม่ใช่

คะแนนความรู้ของกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด แบ่งกลุ่มคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยประยุกต์ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับความรู้ กำหนดเกณฑ์แปลผล โดยใช้แนวคิดของ Bloom (1956) การแปลผล ดังนี้

คะแนนความรู้ร้อยละ 80.00-100 หมายถึง มีความรู้สูง

คะแนนความรู้ร้อยละ 60.00-79.99 หมายถึง มีความรู้ปานกลาง

คะแนนความรู้ร้อยละ 0.00-59.99 หมายถึง มีความรู้ต่ำ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชนของผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 10 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า มี 3 ระดับ โดยข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนนจากปฏิบัติทุกครั้ง ให้ 2 คะแนน ถึงไม่เคยปฏิบัติเลย ให้ 0 คะแนน สำหรับข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนจากปฏิบัติทุกครั้ง ให้ 0 คะแนน ถึงไม่เคยปฏิบัติเลย ให้ 2 คะแนน แบ่งระดับคะแนนพฤติกรรม เป็น 3 ระดับ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Bloom (1956) การแปลผล ดังนี้

คะแนนร้อยละ 80.00-100 หมายถึง มีพฤติกรรมในระดับดี

คะแนนร้อยละ 60.00-79.99 หมายถึง มีคะแนนพฤติกรรมในระดับปานกลาง

คะแนนร้อยละ 0.00-59.99 หมายถึง มีพฤติกรรมในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อเครือข่ายสุขภาพ ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสอบถามเพื่อให้แสดงความรู้สึกต่อข้อความ คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดมาตรวัดแต่ละข้อคำถาม 5 ระดับของลิเคอร์ท Likert (1967) จากพึงพอใจมากที่สุดให้ 5 คะแนน ถึงพึงพอใจน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน แบ่งระดับคะแนนความพึงพอใจโดยใช้สูตรกำหนดเกณฑ์ คือ (ค่าสูงสุด-ค่าต่ำสุด)/จำนวนชั้น โดยนำผลรวมคะแนนแต่ละตัวแปรหารด้วยจำนวนข้อแต่ละตัวแปร Best (1978) แปลผลดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 หมายถึง ความพึงพอใจต่อเครือข่ายสุขภาพระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง ความพึงพอใจต่อเครือข่ายสุขภาพระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง ความพึงพอใจต่อเครือข่ายสุขภาพระดับต่ำ

1.2 แบบติดตาม DOT ของผู้ป่วยวัณโรคปอด ระยะเวลา 2 เดือน ประยุกต์ใช้แบบติดตามจากมาตรฐานการติดตาม DOT เก็บบันทึกข้อมูลการรับประทานยาวัณโรคและอาการข้างเคียงหลังกินยาวัณโรคแต่ละวันของผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยพี่เลี้ยงที่ทำหน้าที่กำกับกำกับการกินยาเป็นผู้บันทึก (สำนักวัณโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556) โดยบันทึกข้อมูลทุกวันระหว่างรักษาวัณโรค 2 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลเป็นร้อยละ ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับประทานยาวัณโรคและมีการทำ DOT ทุกวัน

1.3 แบบรายงาน TB07/1 รายงานรอบ 3 เดือนของผลการรักษาเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้นของผู้ป่วยวัณโรคปอดใหม่ ประยุกต์ใช้แบบรายงานมาตรฐานของสำนักวัณโรค (สำนักวัณโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556) เก็บข้อมูลรายงาน TB07/1 รายงานรอบ 3 เดือนของผลการรักษาเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้นในผู้ป่วยวัณโรคปอด เสนอพบเชื้อรายใหม่ วิเคราะห์ข้อมูลเป็นร้อยละ ผลการรักษาเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้นเสนอพบเชื้อ ร้อยละ 100

2. เครื่องมือเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

2.1 แบบสัมภาษณ์ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพอำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม เป็นคำถามปลายเปิด แบ่งออกเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาปฏิบัติงาน (ระบุตำแหน่งการปฏิบัติงาน) จำนวน 7 ข้อ ใช้สัมภาษณ์กลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชน จำนวน 34 คน ได้แก่ ผู้นำชุมชน 17 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 17 คน

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน เป็นคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดของเครือข่ายสุขภาพ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด จำนวน 10 ข้อ ตัวอย่างเช่น ท่านมีการร่วมประชุมการทำแผนวัณโรคหรือสุขภาพในชุมชนหรือไม่ อย่างไร ท่านมีการตัดสินใจใช้ทรัพยากร เช่น งบประมาณ วัสดุสิ่งของ ในการดำเนินงานวัณโรคอย่างไร และท่านมีการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาวัณโรคหรือปัญหาสุขภาพในชุมชนอย่างไร เป็นต้น

ส่วนที่ 3 ปัจจัยความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน เป็นคำถามปลายเปิดจำนวน 2 ข้อ ได้แก่

2.2 แบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ความสนใจในการเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ ความตั้งใจในการร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ (การแสดงความคิดเห็น) การมีส่วนร่วมในขณะประชุมเชิงปฏิบัติการ (การนำเสนอข้อมูลอันเป็นประโยชน์) เป็นต้น

2.3 แบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมการถอดบทเรียน จำนวน 3 ข้อ เป็นการบันทึกการสังเกตกิจกรรมการถอดบทเรียนของกลุ่มเป้าหมายในการร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการในขั้นตอนของการถอดบทเรียน ตัวอย่างเช่น การแสดงความคิดเห็น เรื่อง การจัดกิจกรรมการพัฒนาระบบ ความต้องการจัดกิจกรรมการพัฒนาระบบ ปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหา ตามแผนปฏิบัติการ เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยนำประเด็นคำถามให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งเป็นอายุรแพทย์ประจำคลินิกวัณโรค 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านงานบริการด้านปฐมภูมิ 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อในชุมชน 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและความตรงของเนื้อหา วิเคราะห์ความตรงของเครื่องมือโดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence: IOC) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67–1.00

2. ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในปอดชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม (สำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด) ส่วนที่ 2, 3 และ 4 ทดลองใช้เครื่องมือ (Try-Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา จำนวน 30 ชุด เพื่อตรวจสอบว่าข้อคำถามสามารถสื่อความหมายได้ตรงหรือไม่ วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา โดยเลือกใช้คำถามที่มีค่าสัมประสิทธิ์ที่ความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.75 ขึ้นไป นำไปใช้เป็นข้อคำถามโดยแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.76

การทดสอบเครื่องมือเชิงคุณภาพมีการตรวจสอบให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์และการสังเกต และปรับแก้ไขตามคำแนะนำก่อนนำมาใช้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ขั้นตอนการวางแผนปฏิบัติการ (Plan)

1.1 วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม

1.2 ประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนากำหนดแผนปฏิบัติการแนวทางในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

1.3 กำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพอำเภอธาตุพนม

ระยะที่ 2 ขั้นตอนปฏิบัติการตามแผน (Do)

ดำเนินการตามแผนแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม ที่กำหนดไว้ในระยะที่ 1 ขั้นตอนการวางแผน (Plan)

ระยะที่ 3 ขั้นตอนการติดตามและประเมินผล (Check)

3.1 ประเมินผลกระบวนการโดยการสังเกตการณ์การมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

3.2 ติดตาม DOT ของผู้ป่วยวัณโรคปอดระยะเวลา 2 เดือน

3.3 อัตราการเปลี่ยนของเสมหะหลังสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้น ใช้แบบรายงาน TB07/1 รายงานรอบ 3 เดือน

3.4 อัตราการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรอบ 3 เดือน ใช้แบบรายงาน TB07/1 รายงานรอบ 3 เดือน

3.5 ความพึงพอใจของเครือข่ายสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน

ระยะที่ 4 ขั้นตอนการถอดบทเรียน (Act)

4.1 สะท้อนผลการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการ โดยมีผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานด้านวัณโรคประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เข้าร่วมกิจกรรมถอดบทเรียน

4.2 วิเคราะห์สิ่งที่ต้องพัฒนาปรับปรุง เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติงานและการสะท้อนผลการปฏิบัติงานในรอบต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากร เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา รายได้ของครอบครัว โดยใช้สถิติพรรณนา นำเสนอข้อมูลโดยความถี่ และร้อยละ

2. วิเคราะห์คะแนนความรู้ และคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชน ของผู้ป่วยวัณโรคปอดและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด แบ่งกลุ่มคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยประยุกต์ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับโดย

ใช้ค่า Bloom (1956) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา นำเสนอข้อมูลโดยใช้ตารางการแจกแจงความถี่ และ ร้อยละ

3. วิเคราะห์คะแนนความพึงพอใจต่อเครือข่ายสุขภาพ ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน ของผู้ป่วย วัณโรคปอด และผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน

4. วิเคราะห์ข้อมูลแบบสัมภาษณ์ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่าย สุขภาพ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม เป็นคำถามปลายเปิด นำเสนอโดยการบรรยาย

4.1 วิเคราะห์แบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยการ บรรยาย

4.2 วิเคราะห์แบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมการถอดบทเรียน นำเสนอโดยการบรรยาย

จริยธรรมวิจัย

ได้รับการอนุมัติเอกสารรับรองโครงการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัย มหาสารคาม เลขที่การรับรอง 075-358/2564 รับรองวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2564

ผลการวิจัย

1. จากการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มเป้าหมาย ทั้งหมด 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณ โรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม ซึ่งประกอบด้วย เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ ด้านวัณโรค จำนวน 33 คน ได้แก่ เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค 4 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 15 คน ศูนย์ สุขภาพชุมชนเมืองธาตุพนม 1 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 คน และเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 12 คน และ เครือข่ายสุขภาพในชุมชน จำนวน 34 คน ได้แก่ ผู้นำชุมชน 17 คน และอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน 17 คน 2) กลุ่มใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอธาตุ พนม จังหวัดนครพนม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอด 15 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด 15 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วย และญาติผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ประเภทวัณโรค ปอดเสมหะตรวจพบเชื้อรายใหม่รักษาวัณโรคไม่เกิน 1 เดือน ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด จำนวน 30 คน เป็นผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 15 ราย ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 15 คน เป็น เพศชายและเพศหญิงจำนวนเท่ากันส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วงอายุอยู่ในช่วง 40- 49 ปี และ 50 – 59 ปี ร้อยละ 26.66 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.70 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 53.30 มี รายได้ต่อเดือน 1,000–5,000 บาท ร้อยละ 90.00 ส่วนใหญ่มี อสม. เป็นพี่เลี้ยงกำกับการรับประทานยา ร้อยละ 66.67 กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 96.67 ($M=11.83$) ($SD=0.59$) คะแนนพฤติกรรม การ ป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคอยู่ในระดับดี ร้อยละ 70.00 จากการติดตาม DOT ของผู้ป่วยวัณโรคปอด ระยะเวลา 2 เดือน ผู้ป่วยวัณโรคขณะรักษาตัวที่บ้านได้รับการติดตาม กำกับการดูแลการรับประทานยา การติดตามอาการ ข้างเคียงของผู้ป่วยทุกวัน ร้อยละ 100 ได้รับการแนะนำการปฏิบัติตัวในการป้องกันเพื่อไม่แพร่กระจายเชื้อวัณ โรค ติดตามการนัดหมายเพื่อรักษาต่อเนื่อง มีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรับผิดชอบงานวัณโรค เป็นแกนนำหลักทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชนของหน่วยบริการ

2. อำเภอธาตุพนม พบผู้ป่วยวัณโรคปอดต่อเนื่อง การให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยจะมีคลินิกวัณโรคเปิด ให้บริการสัปดาห์ละ 1 วัน คือวันพุธ เวลา 08.00-12.00 น. มีอายุรแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และนักวิชาการ สาธารณสุข ให้บริการที่คลินิก เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคแล้วจะมีการส่งต่อรายงาน ข้อมูลผู้ป่วยผ่านทางช่องทางออนไลน์ เพื่อส่งข้อมูลผู้ป่วยให้พื้นที่ที่ได้รับการดูแลต่อที่บ้าน โดยเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน และอสม.

3. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม ผู้วิจัยใช้รูปแบบ PDCA มาใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นตอนการวางแผนปฏิบัติการ(Plan) จัดประชุมเครือข่ายวัณโรคในอำเภอธาตุพนม เพื่อให้เครือข่ายจำนวน 67 คนได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน และร่วมวางแผนการดำเนินงานเพื่อดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในพื้นที่ร่วมกันกำหนดออกมาเป็นแผนปฏิบัติการ ได้แผนปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพอำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม เพื่อนำไปใช้ในการดำเนินงาน

ระยะที่ 2 ขั้นตอนปฏิบัติการตามแผน(Do)

เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ดำเนินกิจกรรม รับแจ้ง case จากคลินิกวัณโรค ติดตามให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและครอบครัว คัดเลือกผู้ดูแลในการกำกับรับประทานยาของผู้ป่วย ประเมินติดตามการรักษาของ จัดทำแผนงาน/โครงการ เพื่อขอรับงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ กับ อบต. ในพื้นที่ ทั้ง 12 แห่งสนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบ และ สร้างทีมพี่เลี้ยงในการดูแลผู้ป่วย

เทศบาลตำบล/ อบต. ดำเนินกิจกรรม สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน ร่วมจัดทำแผนสุขภาพ บรรจุแผนงาน/โครงการ เข้าในแผนพัฒนาสุขภาพ ระยะ 5 ปี สนับสนุนกิจกรรมการคัดกรองวัณโรค CXR โดยใช้สถานที่และในหน่วยงาน จัดรณรงค์รับส่งผู้ป่วยในการรับยาวัณโรคตามนัดที่โรงพยาบาล

ผู้นำชุมชน กิจกรรมดำเนินงาน ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว ดูแลสิ่งแวดล้อมในชุมชน ออกเยี่ยมติดตามผู้ป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

อสม.กิจกรรมดำเนินการ ติดตามดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับมารักษาตัวที่บ้านร่วม เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคในเขต ให้ความรู้สื่อสารกับชุมชนเรื่องวัณโรคและการป้องกันที่ถูกต้อง เพื่อลดการติตรผู้ป่วย ติดตามเป็นพี่เลี้ยงกำกับการกินยา (DOT) แจ้งเตือนผู้ป่วยเมื่อถึงวันนัดรับยา

ระยะที่ 3 ขั้นตอนการติดตามและประเมินผล (Check)

3.1 จากการสังเกตการณ์มีส่วนร่วมมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมประชุมของเครือข่ายสุขภาพ จากการทำกิจกรรมกลุ่มเครือข่ายสุขภาพเข้าร่วมการประชุม ครบทั้ง 67 คน มีการนำเสนอความคิดเห็นในกลุ่มย่อยและนำเสนอแยกตัวอย่างการปฏิบัติงานในพื้นที่ของตนเองให้ผู้เข้าร่วมประชุมท่านอื่นฟังได้

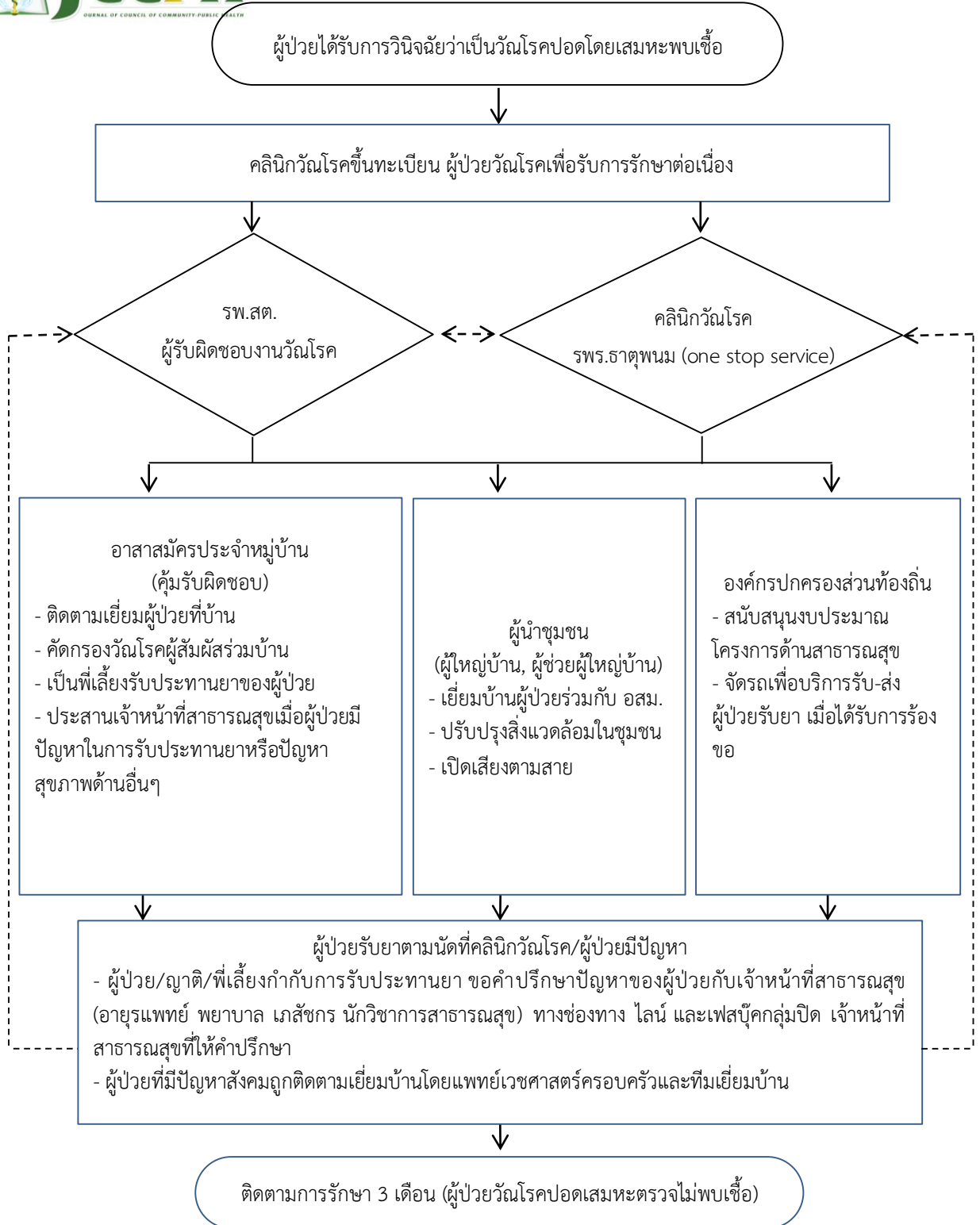
3.2 จากการติดตามและประเมินผล DOT โดยใช้แบบติดตาม DOT ของผู้ป่วยวัณโรคปอดระยะเวลา 2 เดือน พบว่าผู้ป่วยทุกรายได้รับการติดตาม DOT ร้อยละ 100

3.3 ติดตามอัตราการเปลี่ยนของเสมหะหลังสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้น โดยใช้แบบรายงาน TB07/1 รายงานรอบ 3 เดือน พบผู้ป่วยวัณโรคปอด 1 ราย มีผลตรวจเสมหะหลังสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้นตรวจพบเชื้อ

3.4 อัตราการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรอบ 3 เดือน โดยใช้แบบรายงาน TB07/1 รายงานรอบ 3 เดือน ผู้ป่วยวัณโรคไม่ขาดยา ร้อยละ 100

3.5 ความพึงพอใจต่อเครือข่ายสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนในภาพรวมของมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนสูง ($M=4.33$) ($SD=0.28$)

ระยะที่ 4 ขั้นตอนการถอดบทเรียน(Act) ผู้วิจัยจัดเวทีถอดบทเรียนโดยมีผู้เข้าร่วมถอดบทเรียนจำนวน 56 คน ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 20 คน ผู้นำชุมชน/อสม./อบต. จำนวน 36 คน จากการดำเนินงานวงรอบที่ 1 พบว่า ผู้ป่วย 1 รายยังมีผลตรวจเสมหะหลังสิ้นสุดการรักษาเดือนที่ 2 พบเชื้อ ซึ่งจากการวิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยมีโรคประจำตัว และขยายการรักษาวัณโรคระยะเข้มข้นออกไปอีก 1 เดือน ดังนั้นผู้ป่วยรายนี้ต้องมีการติดตามเพิ่มต่อไปอีก 1 เดือน



ภาพ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคโควิดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพอำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม

จากภาพ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคโควิดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพอำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม ผู้ป่วยโรคโควิดที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคโควิดโดยเสมหะพบเชื้อ จากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนมและได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาโรคที่คลินิกโรค เจ้าหน้าที่คลินิกโรคส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานโรคประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ทราบเพื่อติดตามผู้ป่วยในชุมชนต่อไป และประสานเครือข่ายสุขภาพ ได้แก่ อสม. ผู้ใหญ่บ้าน อบต./อบท. ออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วย อสม.เขตรับผิดชอบ

ติดตามเป็นพี่เลี้ยงกำกับการรับประทานยาให้กับผู้ป่วย หากมีปัญหาสามารถติดต่อขอคำปรึกษากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ทางช่องทางออนไลน์และติดตาม DOT เป็นระยะเวลา 2 เดือนที่ผู้ป่วยรักษาวัณโรคระยะเข้มข้น

โดยรูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพอำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม ที่พัฒนาขึ้นจะมีกิจกรรมติดตามที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้านในการรับประทานยาทุกวัน ผู้ป่วยลดความเสี่ยงที่จะขาดนัดในการรักษาต่อเนื่องของคลินิกวัณโรค หากล้มวันนัด อสม.ที่เป็นพี่เลี้ยงกำกับการรับประทานยา ก็จะติดตามทันที ซึ่งก่อนวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพอำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม การดูแลผู้ป่วยติดตามการขาดนัดของผู้ป่วย จะเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคซึ่งการติดตามผู้ป่วยจะเกิดความล่าช้าทำให้ผู้ป่วยขาดยาและไม่มารักษาต่อเนื่อง

4. จากการศึกษาปัจจัยความสำเร็จ พบว่า การดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน มีการดูแลผู้ป่วยโดยหลายหน่วยงานในพื้นที่ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ละหน่วยงานมีการทำงานตามบทบาทหน้าที่ในชุมชน ผู้ป่วยและเครือข่ายสุขภาพในชุมชนมีความสัมพันธ์แบบญาติพี่น้อง ผู้ป่วยมีความไวใจให้ดูแลโดยมีความสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน และเครือข่ายมีช่องทางในการรับคำปรึกษาปัญหาต่าง ๆ ได้ทันทีจากแพทย์หากพบปัญหาในการดูแลผู้ป่วย

อภิปรายผล

จากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม ครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดได้รับการรักษาและมีที่ปรึกษาด้านปัญหาสุขภาพโดยโดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ อายุรแพทย์ เภสัชกร พยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุข เมื่อกลับสู่ชุมชนเพื่อรักษาต่อที่บ้าน ได้รับการดูแลและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพ ได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้นำชุมชน ซึ่งให้การดูแลตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง บุคคลเหล่านี้ล้วนอยู่ในชุมชน ทำให้การดูแลมีความใกล้ชิดเข้าใจวิถีชีวิตประจำวันผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยความสำเร็จของ รุจิเรข ล้อไป (2561) พบว่า กระบวนการเสริมพลังภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน พัฒนาสู่ความสำเร็จของการรักษาวัณโรค และ เฉลิมเกียรติ ตาตะมิ (2562) พบว่า รูปแบบการป้องกันและควบคุมวัณโรค เรียกว่า THABO Model มีปัจจัยแห่งความสำเร็จคือการมีระบบกำกับติดตามที่ดีโดยการติดตามถึงบ้านด้วยเครือข่ายที่ร่วมมือกันทั้งหน่วยบริการและชุมชนและมีการเสริมสร้างกำลังใจและใส่ใจอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง

นอกจากนี้การศึกษาค้นคว้ายังพบว่า การดูแลผู้ป่วยวัณโรคของคลินิกวัณโรคก็มีการปรับตามสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการปรับวิธีการจ่ายยาให้ผู้ป่วยโดยส่งยาให้ที่บ้าน

การศึกษาของวงจรพัฒนาคุณภาพ PDCA วงรอบที่ 1 พบว่าการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม มีกิจกรรมที่ดำเนินการที่ต่อเนื่องและมีการติดตามการทำงานอย่างใกล้ชิด การดำเนินงานในวงจรพัฒนารอบวงรอบที่ 1 มีการติดตาม DOT ผู้ป่วยวัณโรคทุกราย การดำเนินงานผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 15 ราย พบผู้ป่วย 1 ราย มีผลตรวจเสมหะหลังสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้นที่พบเชื้อ ทำให้ผลการดำเนินงานด้านการรักษาผู้ป่วยระยะเข้มข้นไม่ผ่านเกณฑ์ จากการทบทวนผู้ป่วยได้รับการ DOT ทุกวันได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่วางแผนในทุกขั้นตอนแต่เมื่อพิจารณาปัจจัยเรื่องโรคประจำตัวพบผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือโรคเบาหวาน ซึ่งผลวิจัยดังกล่าวไม่เป็นไปตามข้อค้นพบของ ไพฑูรย์ อุณบ้าน (2559) ที่ทำการศึกษา เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลรักษาวัณโรคด้วยระบบระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTs) พบว่า ระบบการดูแลรักษาวัณโรคด้วยระบบระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง ทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานและแนวทางเดียวกัน อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคคิดเป็นร้อยละ 100.00 และ อวินันท์ บัวประทุม (2559) ทำการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพัฒนาการดูแล ผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองมากขึ้นและได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง พี่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรคปอดมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคมากขึ้น อาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีความรู้ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีแผนงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน ภาคส่วนมีส่วนร่วมในการ ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้เกิดผลสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด

ผู้ป่วยวัณโรคปอดและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด มีความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน อยู่ในระดับสูง ($M=4.33$, $SD=0.28$) โดยเครือข่ายสุขภาพดำเนินงานตามแผนปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนที่ได้ร่วมประชุมและวางแผนการทำงานร่วมกันของเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อัญชลีมิ่งกุญทอง (2565) ทำการศึกษา การพัฒนารูปแบบการควบคุมโรควัณโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปราจีนบุรี พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจผู้ป่วยต่อการดูแลของ อสม. มีคะแนนเฉลี่ยระดับมาก เท่ากับ 4.91 ($SD=0.17$)

ผลการศึกษา พบว่า การดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน มีการดูแลผู้ป่วยโดยหลายหน่วยงานในพื้นที่ แต่ละหน่วยงานมีการทำงานตามบทบาทและหน้าที่ในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพที่อยู่ในชุมชน มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนกัน เป็นคนในชุมชนมีความไว้วางใจในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์แบบญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตและมีเครือข่ายมีช่องทางในการรับคำปรึกษาปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วยได้ทันที สอดคล้องกับงานวิจัย Banuru, Prasad, sarabjit, Chadha, Pruthi Thekkur, et al (2020) ซึ่งทำการศึกษาความแตกต่างของผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพในชนบทกับคนงานสาธารณสุขในชุมชน ประเทศอินเดีย พบว่า กระบวนการในการมีส่วนร่วมโดยชุมชนของ (Rural Healthcare Providers: RHCPs) ในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยวัณโรคในฐานะผู้ให้บริการ DOT สามารถสร้างอัตราความสำเร็จในการรักษาวัณโรคที่ใกล้เคียงกับ (Community Health Workers: CHWs)

จากปัจจุบันการเกิดภาวะระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน อำเภอหาดพยอม มีการรณรงค์การป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างเข้มข้นทำให้ประชาชนชนทั่วไประวมทั้งผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน มีพฤติกรรมสวมใส่หน้ากากอนามัยที่ดีขึ้น ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ผู้ป่วยวัณโรคมีความใส่ใจและตั้งใจในการสวมใส่หน้ากากปิดปากปิดจมูกในขณะที่ใช้ชีวิตประจำวัน ลดความกังวลใจเรื่องการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อป้องกันวัณโรค

การนำผลวิจัยไปใช้

1. จากผลการดำเนินงาน ในวงจรพัฒนาคุณภาพ PDCA วงรอบที่ 1 พบผู้ป่วย 1 ราย มีผลตรวจเสมหะหลังสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้นยังพบเชื้อ ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน วงรอบที่ 2 ควรมีการทบทวนปัจจัยระดับบุคคลของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และเพิ่มแนวทางหรือทฤษฎีที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละราย
2. ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการติดตามผลเสมหะการรักษาระยะเข้มข้น ควรเพิ่มความถี่ในการติดตามการรับประทานยาและการเพิ่มช่องทางการให้ความรู้ การกระตุ้นเตือนการกำกับและการติดตามผ่านช่องทางแอปพลิเคชัน สื่อสังคมออนไลน์ เช่น ไลน์หรือเฟสบุ๊ก ที่สามารถติดต่อผู้ป่วยวัณโรคปอดและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด และเก็บเสมหะส่งตรวจเพาะเชื้อวัณโรคตัวอย่างของผู้ป่วยทันทีหากหลังสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้นยังพบเชื้อ
3. ในสถานการณ์เกิดโรคระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การจัดประชุมอบรมมีข้อจำกัดในการทำงาน การจัดอบรมให้ความรู้ต้องมีการปรับตามความเหมาะสมของสถานการณ์ในการพัฒนาศักยภาพเพื่อเพิ่มองค์ความรู้ควรเน้นให้ตามความจำเป็นและเร่งด่วน เช่น การให้ข้อมูลแก่ผู้ที่ต้องดำเนินการโดยตรง หากพื้นที่ใดไม่มีผู้ป่วยในพื้นที่เพื่อให้เตรียมความพร้อมและมีแนวปฏิบัติที่เหมือนกัน ให้จัดทำแนวทางการดำเนินเมื่อพบผู้ป่วยให้ดำเนินการตามแนวทางของพื้นที่อำเภอ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. เพื่อเพิ่มอัตราการรักษาสำเร็จวัณโรค ควรดำเนินการศึกษาผลการดำเนินงานติดตามการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคไปจนถึงสิ้นสุดการรักษาวัณโรคจนครบ 6 เดือน
2. ประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในชุมชน โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง

รายการอ้างอิง

- เขตสุขภาพที่ 8. (2562). รายงานประจำปี 2562. (เอกสารอัดสำเนา).
- เฉลิมเกียรติ ตาตะมิ. (2562). การพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมวัณโรค ในพื้นที่ตำบลท่าบ่อ อำเภอนาทม จังหวัดหนองคาย. *สำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 26(1), 36-47.
- รุจิเรข ล้อไป. (2561). การเสริมพลังภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการพัฒนาความสำเร็จของการรักษาวัณโรค ในตำบลกลางดง อำเภอบางบาล จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิชาการ สคร.9*, 24, 15-23.
- โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม. (2562). รายงานผลการดำเนินงานคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ปี 2562.
- โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม. (2563). รายงานสถานการณ์วัณโรคอำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม R506 ปี 2563.
- ไพฑูรย์ อุณบ้าน. (2559). การพัฒนาระบบการดูแลรักษาวัณโรคด้วยระบบสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) ของโรงพยาบาลแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 12, 23-36.
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. (2556). *แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2556*. (พิมพ์ครั้งที่ 2) (ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. (2561). *แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย National Tuberculosis Control Program Guidelines, Thailand*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- อวิวัฒน์ บัวประทุม. (2559). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 34, 54-60.
- อัญชลี มงกุฎทอง, เชิดพงษ์ ทองสุข และแดนสรวง วรณวงษ์สอน, (2565). การพัฒนารูปแบบการควบคุมโรควัณโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปราจีนบุรี. *รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ประจำปีสัปดาห์. 53*, 109-118.
- Banuru, M., Prasad, Sarabjit, S., Chadha, Pruthi Thekkur, et al. (2020). Is there a Difference in Treatment Outcome of Tuberculosis Patients: Rural Health Provider Versus Community Health Workers?. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(1), 259-263.
- Best, J. W. (1978). *Research in Education* (3rd ed). New Delhi: Prentice Hall, Inc.
- Bloom, B. S. (1956). Mycoted. (2004). *Plan Do Check Act (PDCA)*. Retrieved from <http://www.mycoted.com/creativity/techniques/pdca.php>
- Likert, Rensis. (1967). "The Method of Constructing and Attitude Scale", Reading in *Attitude Theory and Measurement*. P.90-95. Fishbein, Martin, Ed. New York : Wiley & Son.

คำแนะนำการส่งบทความ

คำแนะนำการเตรียมและส่งบทความ

กองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน (Journal of Council of Community Public Health : JCCPH) ขอเชิญสมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชน และผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการและวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาในวารสารอื่นและเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้เขียนจะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสารเพื่อความสะดวกในการส่งบทความวิชาการและวิจัย มีข้อเสนอดังนี้

ข้อกำหนดและชนิดของเรื่องจะตีพิมพ์

1. เป็นผลงานวิชาการ ประเภทบทความ ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ ทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
3. ผลงานวิชาการและงานวิจัยจะได้รับการพิจารณาลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควรไม่น้อยกว่า 2 คน
4. ไม่มีค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์

การเตรียมต้นฉบับ

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้กำหนดรูปแบบการเขียนบทความที่จะลงในวารสาร ดังนี้

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน-ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. ด้านขวา 2.54 cm. จำนวน 12 หน้า (ไม่รวมรายการอ้างอิง) และรายการ อ้างอิงต้องไม่เกิน 40 รายการ รวมรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลางขนาดอักษร 17
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรง กับชื่อผู้พิมพ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่มเบอร์โทรศัพท์และ e-mail ในส่วนล่างสุด
4. มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำ ตอบบทคัดย่อ
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3-5 คำ)
6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16
7. การใช้ตัวเลขคำย่อและวงเล็บควรใช้เลขาารบิคทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning
8. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

8.1 บทความวิจัย (ภาษาไทย)

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- วัตถุประสงค์วิจัย
- สมมติฐาน (ถ้ามี)

- กรอบแนวคิดการวิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย
- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- การเก็บรวบรวมข้อมูล
- การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- การนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- รายการอ้างอิง

8.2 บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ)

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Objectives
- Hypotheses (if available)
- Conceptual Framework
- Methods
- Population and Sample
- Research Instrument
- Validity and Reliability of the Research Instrument
- Data Collection
- Data Analysis
- Ethical Consideration/Informed Consent
- Results
- Discussion
- Implication of the Results
- Recommendation for Further Study
- References

9. บทความวิชาการ ประกอบด้วย

- บทคัดย่อ (Abstract)
- บทนำ (Introduction)
- เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต่อการนำเสนอตามลำดับ
- สรุป (Conclusion)
- ข้อเสนอแนะ (Suggestion)
- รายการอ้างอิง (References)

10. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 5th Edition

การแจ้งเตือนเกี่ยวกับลิขสิทธิ์

1. บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน ที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
2. บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ถือเป็นลิขสิทธิ์ของ วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

การส่งต้นฉบับ

ส่งต้นฉบับสมบูรณ์เพื่อการพิจารณาลงตีพิมพ์เผยแพร่ใน “วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน” โดยส่งบทความผ่านเว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/index> และทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ไปที่ e-mail address: The.JCCPH@gmail.com ไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ต้นฉบับในรูปแบบ word และ pdf โดยใช้ชื่อเรื่องหรือ Subject ว่า ส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ของ....(ชื่อเจ้าของบทความชื่อแรก).....

สถานที่ติดต่อสอบถาม

กองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
88/20 อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 02-5919186, 091-8348711 โทรสาร 02-5919187

สมัครส่งบทความลงตีพิมพ์ ในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
(การกรอกใบสมัครโปรดใช้วิธีการพิมพ์)

เรียน บรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ชื่อ - นามสกุล.....

ตำแหน่งทางวิชาการ

☐ ศาสตราจารย์ ☐ รองศาสตราจารย์ ☐ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ☐ อาจารย์

☐ นักวิชาการสาธารณสุข ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

สถานที่ทำงาน

.....

.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail

มีความประสงค์ขอส่งผลงานบทความเรื่อง :

ชื่อบทความ

.....

.....

.....

กองบรรณาธิการสามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ที่ ☐ สถานที่ระบุข้างต้น ☐ ที่อยู่ดังต่อไปนี้

.....

.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail

กรณีที่ไม่สามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ กองบรรณาธิการสามารถติดต่อบุคคลดังต่อไปนี้

ชื่อ - นามสกุล.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail มีความเกี่ยวข้องเป็น.....

ลงชื่อ.....

(.....)

เจ้าของบทความ

ส่งใบสมัครและบทความได้ที่

กองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

88/20 อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง

นนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 02-5919186, 091-8348711 โทรสาร 02-5919187

e-mail address: The.JCCPH@gmail.com



วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
JCCPH
JOURNAL OF COUNCIL OF COMMUNITY-PUBLIC HEALTH

สภาการสาธารณสุขชุมชน

อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
<https://www.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/index>



www.ccph.or.th



ccph.th.org



[@ccph.or.th](https://www.facebook.com/ccph.or.th)



02-591-9186