

การพัฒนาและประเมินรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ ในผู้ป่วยโรคไวรัสโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อไวรัส และผู้สัมผัสร่วมบ้าน ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว พื้นที่จังหวัดเชียงราย ประเทศไทย

ปาไลตา เจริญสุข นวท.สร.*, พินนุรณี กันทวิ ปส.ก.**

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่มีภาระวัณโรคและโรคไวรัสโรคปอดที่มียาหลายขนานสูง มีผู้ติดเชื้อวัณโรคมากถึง 20 ล้านคน พื้นที่ชายแดนภาคเหนือตอนบนคือ จังหวัดเชียงราย พบผู้ป่วยโรคไวรัสโรคปอดใหม่คิดเป็นร้อยละสูงกว่าระดับของประเทศ ดังนั้นผู้ป่วยและผู้สัมผัสร่วมบ้านจึงเป็นกลุ่มประชากรที่สำคัญที่ควรให้ความรู้และติดตามดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษา พัฒนา และประเมินรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคไวรัสโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อไวรัส และผู้สัมผัสร่วมบ้านในกลุ่มแรงงานต่างด้าวพื้นที่จังหวัดเชียงราย

วิธีการศึกษา : การศึกษานี้ดำเนินการในขอบเขตของการวิจัยและพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มแรงงานต่างด้าวที่ป่วยด้วยโรคไวรัสโรคปอดที่มีผลพบเชื้อไวรัส และผู้สัมผัสร่วมบ้านที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในพื้นที่จังหวัดเชียงรายจำนวน 180 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างจากการวิเคราะห์ผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป การรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการป้องกันของผู้ป่วยโรคไวรัสโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อไวรัสและผู้สัมผัสร่วมบ้านตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพ ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และใช้สถิติอนุมานทดสอบความแตกต่างของค่ากลางของสองประชากรไม่อิสระ (Pair t-test) ในการประเมินการรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง และเข้าสู่การประยุกต์แผนให้สุขศึกษา

ผลการศึกษา : พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.2 สัญชาติพม่า ร้อยละ 61.9 เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ร้อยละ 27.2 ผลการประเมินการรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไวรัสโรคปอด แบ่งเป็นหัวข้อย่อยได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันและการรับรู้อุปสรรคในการป้องกัน ผลลัพธ์ของการประเมินในหัวข้อที่กล่าวมาข้างต้นอยู่ในระดับการรับรู้ที่ต้องปรับปรุง (Mean=1.86, SD=0.60) และพฤติกรรมการป้องกันของผู้ป่วยโรคไวรัสโรคปอดและผู้สัมผัสร่วมบ้านตามแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีผลลัพธ์โดยภาพรวมอยู่ในระดับพฤติกรรมที่ต้องปรับปรุง (Mean=2.39, SD=0.67) ผลการเปรียบเทียบของรูปแบบการให้สุขศึกษาในการแก้ปัญหาพฤติกรรมในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 180 ราย พบว่า การรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีเกณฑ์พัฒนาจากในระดับการรับรู้ที่ต้องปรับปรุง (Mean=1.87, SD=0.61) เป็นระดับพอใช้ (Mean=2.90, SD=1.52) และการประเมินทางด้านพฤติกรรมการป้องกัน พบว่าภายหลังการใช้สุขศึกษาได้ผลลัพธ์ระดับพฤติกรรมที่ดีกว่า (Mean=3.74, SD=0.44) ก่อนให้การศึกษา

สรุปและข้อเสนอแนะ : ระดับการรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม พบว่าหลังจากการให้สุขศึกษากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ในภาพรวมดีกว่าก่อนการให้สุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกันกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันที่มีภาพรวมที่ดีขึ้นหลังจากการให้สุขศึกษา

คำสำคัญ : วัณโรคปอด แรงงานต่างด้าว ผู้สัมผัสร่วมบ้าน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

*โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย

**สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย

ติดต่อเกี่ยวกับบทความ : ปาลิตา เจริญสุข E-mail : palita_gun@yahoo.com

วันที่รับเรื่อง : 7 ธันวาคม 2563 วันที่ส่งแก้ไข : 30 เมษายน 2564 วันที่ตีพิมพ์ : 30 เมษายน 2564

THE DEVELOPMENT AND EVALUATION OF PROMOTING TUBERCULOSIS PREVENTIVE BEHAVIORS AMONG MIGRANT WORKERS WITH BACTERIOLOGICALLY CONFIRMED PULMONARY TUBERCULOSIS DISEASE AND HOUSEHOLD CONTACTS IN CHIANG RAI, THAILAND.

Palita Charoensook M.Ph*, Phitsanuruk Kantathawee Ph.D.**

ABSTRACT

BACKGROUND : World health organization ranks Thailand as one of 14 countries with the highest burdens of tuberculosis (TB), tuberculosis co-infection, and multidrug-resistant tuberculosis and infected latent TB 20 million people. In the northern border area, which is Chiangrai, new TB cases were found to be higher than the national level. Therefore, patients and household contacts are important populations that should be educated and monitored to prevent the spread of the infection.

OBJECTIVE : To study, develop, and evaluate preventive behaviors among bacteriologically confirmed pulmonary tuberculosis migrant workers and household contacts in Chiangrai province.

METHODS : This study was processed in the Research and Development study design with 180 migrant workers with bacteriologically confirmed pulmonary tuberculosis and household contacts. The sample size was calculated through a computer program. The instruments for the information collecting were divided into 3 parts including general information, perception of the health belief model, and preventive behaviors of pulmonary disease migrant workers with bacteriologically confirmed and household contacts. The data gathered would be analyzed by descriptive statistics for presenting descriptive information and inferential statistic which pair t-test stand for evaluating the perception level and preventive behaviors. Then, applied results for intervention.

RESULTS : The participants were and female (52.2%), Burmese (61.9%), and found out that mostly from Chiangrai Prachanukroh Hospital (27.2%). The evaluation in the perception of the health belief model; perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, and perceived barriers, the results turned out mostly negative with the level of perception need to be improved (mean=1.86, SD=0.60). Also, the preventive behaviors of the patients and household contacts, the results turned out as the level of preventive behaviors need to be improved (mean=2.39, SD= 0.67). After that 180 participants were picked up to evaluate and receive health education, in the perception of the health belief model the results after receiving health education seemed better on the fair level of perception (Before mean= 1.87, SD =0.61 and after mean= 2.54, SD=0.15) and for preventive behaviors were also improved in the good level of behaviors (Before mean= 2.33, SD=0.68 and after mean=3.74, SD=0.44)

THE DEVELOPMENT AND EVALUATION OF PROMOTING TUBERCULOSIS
PREVENTIVE BEHAVIORS AMONG MIGRANT WORKERS WITH BACTERIOLOGICALLY CONFIRMED
PULMONARY TUBERCULOSIS DISEASE AND HOUSEHOLD CONTACTS IN CHIANG RAI, THAILAND.

CONCLUSIONS AND DISCUSSIONS : The total level of the participants' perception with the health belief model before and after receiving health education found that the average of perception, participants were improved statistically significant, for the preventive behaviors, participants also improved at this point with statistically significant.

KEYWORDS : Pulmonary tuberculosis, Migrant workers, Household contact, Health Belief Model

*Phan Hospital, Chiangrai

**School of health Science, Mae Fah Luang University, Chiangrai

Corresponding Author : Palita Charoensook E-mail : palita_gun@yahoo.com

Accepted date : 7 December 2020 Revise date : 30 April 2021 Publish date : 30 April 2021

ความเป็นมา

องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทย เป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่มีภาระวัณโรคและ โรควัณโรคที่ร้ายแรงหลายขนานสูง ปัจจุบันพบว่า มีผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงมากถึง 20 ล้านคน¹ และพบจากการคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน จำนวน 123,454 ราย ในประเทศไทย² ซึ่งเป็นปัญหา สาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ จากการประมาณการ ของกองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ.2563 ประเทศไทยควรพบผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่จำนวน 153,000 ราย แต่พบว่ามี การขึ้นทะเบียนเพียง 81,870 ราย ในจำนวนนี้แบ่งเป็น ประชากรไทย 78,374 ราย และแรงงานต่างด้าว 3,496 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.27

พื้นที่ชายแดนภาคเหนือตอนบน คือ จังหวัด เชียงราย พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่จำนวน 1,672 ราย แบ่งเป็นประชากรแรงงานต่างด้าวถึง 90 ราย คิดเป็น ร้อยละ 5.38 และมีผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง มากถึงร้อยละ 8.53 จากการคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน 2,554 ราย ซึ่งสูงกว่าระดับของประเทศ² ถึงแม้ว่า ที่ผ่านมามีการกระตุ้นการดำเนินงานป้องกันและ ควบคุมโรควัณโรคอย่างต่อเนื่อง แต่มันยังคงเป็น สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหาอย่างมากในประเทศไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคเหนือ ส่วนหนึ่งอาจเนื่อง จาก การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของประชากร และการเคลื่อนย้ายแรงงานที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิด การอยู่อาศัยที่แออัด รวมทั้งการมีสุขอนามัยและ สุขาภิบาลที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้วัณโรคยังคงส่งผล กระทบต่อเนื่องไปยังภาระค่าใช้จ่ายของประเทศโดย เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2554 ซึ่งได้รับการจัดสรร งบประมาณเพื่อให้การบริการดูแลผู้ป่วยโรควัณโรค 240.90 ล้านบาท เป็น 655.03 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2559³

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยในประเทศไทย ยังมีความสามารถในการเตรียมความพร้อมรับ โรคระบาดอย่างจำกัด และในปี พ.ศ.2559 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านที่เป็นเด็ก ป่วยด้วยโรควัณโรคถึง ร้อยละ 9.74 นอกจากนี้ยังคงมีปัจจัยที่หลากหลาย ที่ส่งผลต่อการติดเชื้อวัณโรค ทั้งปัจจัยด้านการรับรู้ ภูมิคุ้มกัน พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ด้วยเหตุที่โรควัณโรคเป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจ และสามารถแพร่กระจายไปยังบุคคลรอบข้างได้ ย่อมส่งผลให้ทั้งผู้ป่วยและผู้สัมผัสต้องแสวงหา แนวทางในการป้องกันตนเองเพื่อไม่ให้เกิดโรค หรือป้องกันการแพร่กระจายของโรคไปสู่บุคคล ข้างเคียง โดยการที่แต่ละบุคคลจะประพฤติปฏิบัติ เพื่อสร้างพฤติกรรมในการป้องกันโรคนั้น ได้มีปัจจัย เข้ามาเกี่ยวข้องหลายประการโดย Becker (1974) ผู้ซึ่งพัฒนาแนวคิดหรือแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะเกิด พฤติกรรมปฏิบัติในการป้องกันโรคนั้น จะขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของแต่ละบุคคล รวมถึงปัจจัยร่วมและ ปัจจัยส่งผลต่อความเป็นไปได้ที่จะเกิดการกระทำนั้น นอกจากนี้ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมยังคงเกี่ยวเนื่อง ถึงปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้เกิดพฤติกรรม เช่น การสนับสนุน และกระตุ้นเตือน การรับข่าวสาร และยังคงมีปัจจัยร่วมต่างๆ ที่ส่งผลให้มีพฤติกรรม ที่แตกต่างกัน เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพทางสังคม เป็นต้น และยังคงส่งผลถึง การปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่แตกต่างกันด้วย

จังหวัดเชียงรายตั้งอยู่ในพื้นที่เหนือสุดของ ประเทศไทย มีอาณาเขตติดกับประเทศเพื่อนบ้าน ได้แก่ สาธารณรัฐแห่งสหภาพพม่า และสาธารณรัฐ ประชาธิปไตยประชาชนลาว ซึ่งเป็นจุดสำคัญในการ เดินทางหรือเคลื่อนย้ายประชากร

และแรงงานเข้ามาทำงานในประเทศไทย จากรายงาน ปี 2562 พบว่าจังหวัดเชียงรายมีคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานทั้งหมด 28,473 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากเดิม ในปี 2561 จำนวน 23,232 คน⁵ ซึ่งสอดคล้องกับ อัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคจากปี 2561 ร้อยละ 0.94 เป็นร้อยละ 2.69 ในปี 2562²

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า อุบัติการณ์ของโรคไวรัสโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้าน ในประเทศไทย จากการศึกษาค้นคว้าย้อนหลังจาก เวชระเบียนของผู้ป่วย พบว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านที่ได้รับการตรวจรักษาที่สถานตรวจโรคปอดปี 2541-2543 จำนวน 652 คนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร พบเป็น โรคไวรัส ร้อยละ 8.16 โดยมีปัจจัยหลายประการที่เกิด จากผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอดที่มีผลตรวจ พบเชื้อไวรัสโรค ทั้งระยะเวลาในการสัมผัสผู้ป่วย พบว่า ผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรค 8 ชั่วโมงต่อวัน หรือ 120 ชั่วโมงต่อเดือน ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 6 เดือน ขึ้นไป จะมีโอกาสติดเชื้อไวรัสโรคปอดได้ถึง ร้อยละ 50 นอกจากนี้ยังพบว่าหากมีการสัมผัสกับผู้ป่วย โรคไวรัสโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อไวรัสโรคตลอดระยะเวลา 24 ชั่วโมงเป็นเวลาติดต่อกัน 2 เดือนขึ้นไป จะมีโอกาส ร้อยละ 50 ในการติดเชื้อไวรัสโรค⁷

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ ในผู้ป่วยโรคไวรัสโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อไวรัสโรค และผู้สัมผัสร่วมบ้านในกลุ่มแรงงานต่างด้าว พื้นที่จังหวัดเชียงราย

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคไวรัสโรคปอดที่มี ผลตรวจพบเชื้อไวรัสโรค และผู้สัมผัสร่วมบ้าน ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว พื้นที่จังหวัดเชียงราย

3. เพื่อประเมินรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคไวรัสโรคปอดที่มี ผลตรวจพบเชื้อไวรัสโรค และผู้สัมผัสร่วมบ้าน ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว พื้นที่จังหวัดเชียงราย

วิธีการศึกษา

การวิจัยเรื่องนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยใช้ ระเบียบวิธีวิจัยแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยศึกษาจากกลุ่มประชากร 2 กลุ่ม ได้แก่ ประชากรที่ศึกษา คือ กลุ่มแรงงาน ต่างด้าวที่ป่วยด้วยโรคไวรัสโรคปอดที่มีผลพบเชื้อ ไวรัสโรค และผู้สัมผัสร่วมบ้าน จำนวนรวม 360 ราย และกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มแรงงานต่างด้าวที่ป่วยด้วย โรคไวรัสโรคปอดที่มีผลพบเชื้อไวรัสโรค จำนวน 42 ราย และผู้สัมผัสร่วมบ้าน จำนวนรวม 180 ราย ภายในพื้นที่จังหวัดเชียงราย การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ถูกทำขึ้นโดยการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยการ วิเคราะห์อำนาจการทดลองสำหรับการทดสอบค่า t (t-test) จากโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมี การศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานะและพฤติกรรม การป้องกันโรคในผู้ป่วยโรคไวรัสโรคปอดที่มีผลตรวจ พบเชื้อไวรัสโรค และผู้สัมผัสร่วมบ้านในกลุ่มแรงงาน ต่างด้าว พื้นที่จังหวัดเชียงราย

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบในการส่งเสริม พฤติกรรมป้องกันการโรคในผู้ป่วยโรคไวรัสโรคปอด ที่มีผลตรวจพบเชื้อไวรัสโรค และผู้สัมผัสร่วมบ้าน ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว พื้นที่จังหวัดเชียงราย

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบในการส่งเสริม พฤติกรรมป้องกันการโรคในผู้ป่วยโรคไวรัสโรคปอด ที่มีผลตรวจพบเชื้อไวรัสโรค และผู้สัมผัสร่วมบ้าน ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว พื้นที่จังหวัดเชียงราย

ทั้งนี้ทางผู้วิจัยจะมีการพัฒนาแบบสอบถามขึ้น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค (5 ข้อ) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (5 ข้อ) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค (5 ข้อ) และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค (5 ข้อ)

โดยลักษณะคำตอบตามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ค่าคะแนน ได้แก่ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ การกำหนดเกณฑ์การประเมินผลคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับระดับการรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพโดยรวม (พิสัย 1-5 คะแนน) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.00-2.33 หมายถึง ระดับการรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพในระดับต้องปรับปรุง

2.34-3.67 หมายถึง ระดับการรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพในระดับพอใช้

3.68-5.00 หมายถึง ระดับการรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพในระดับดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันของผู้ป่วยโรคไวรัสโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อไวรัสโรคและผู้สัมผัสร่วมบ้าน

จากแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วนข้างต้นได้ถูกนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ภายในการศึกษาระยะที่ 1 เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล หลังจากนั้นเข้าสู่ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในระยะที่ 2 เพื่อนำไปประยุกต์ใช้

ให้สุศึกษาแก่กลุ่มตัวอย่างควบคุม และเข้าประเมินด้วยแบบสอบถามข้างต้นกับกลุ่มตัวอย่างควบคุมอีกครั้ง ภายในการศึกษาระยะที่ 3 ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ถูกรวบรวมทั้งหมดทั้ง 3 ส่วนข้างต้น จะเป็นการวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) โดยวิเคราะห์ผ่านโปรแกรมทางสถิติ

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย หนังสือรับรองเลขที่ CRPPHO 47/2563

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคไวรัสโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อไวรัสโรค และผู้สัมผัสร่วมบ้านในกลุ่มแรงงานต่างด้าว จำนวนทั้งสิ้น 360 ราย โดยนำเสนอเป็นค่าจำนวนและร้อยละ จำแนกตามสถานบริการ สถานะผู้ตอบแบบสอบถาม สัญชาติ เชื้อชาติ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส รายได้ การขึ้นทะเบียนแรงงาน สิทธิในการรักษาพยาบาล ผลเป็นจากการได้รับวัคซีนไวรัสโรค BMI และโรคประจำตัว (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 360)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สถานบริการ		
เชียงรายประชานุเคราะห์	98	27.2
แม่ฟ้าหลวง	64	17.8
เซียงของ	50	13.9
เวียงป่าเป้า	35	9.7
เทิง	31	8.6
เซียงแสน	30	8.3
พาน	28	7.8
แม่สรวย	24	6.7
สถานะผู้ตอบแบบสอบถาม		
ผู้ป่วย	90	25.0
ผู้สัมผัสร่วมบ้าน	270	75.0
สัญชาติ		
พม่า	223	61.9
ลาว	137	38.1
เชื้อชาติ		
เมียนมาร์	223	61.9
ลาว	137	38.1
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 20 ปี	9	2.5
21 – 59 ปี	307	85.3
60 ปีขึ้นไป	44	12.2
เพศ		
ชาย	172	47.8
หญิง	188	52.2
ศาสนา		
พุทธ	199	55.3
คริสต์	161	44.7

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สถานะภาพสมรส		
โสด	72	20.0
สมรส/อยู่ด้วยกัน	221	61.4
หม้าย	43	11.9
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	24	6.7
รายได้ (บาท/เดือน)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20,000 บาท	335	93.1
มากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป	25	6.9
ความสามารถในการสื่อสารภาษาไทย		
ได้เป็นอย่างดี	130	36.1
ได้เล็กน้อย	138	38.3
ไม่ได้เลย	92	25.6
การขึ้นทะเบียนแรงงาน		
ขึ้นทะเบียนแรงงาน	168	46.7
ไม่ได้ขึ้นทะเบียนแรงงาน	192	53.3
สิทธิในการรักษาพยาบาล		
มี	233	64.7
ไม่มี	127	35.3
ดัชนีมวลกาย (kg/m²) (BMI)		
ผอม (<18.5 kg/m ²)	60	16.7
ปกติ (18.6-24 kg/m ²)	147	40.8
น้ำหนักเกิน (25.0 – 29.9 kg/m ²)	60	16.7
โรคอ้วน (มากกว่า 30 kg/m ²)	93	25.8
แผลเป็นจากการได้รับวัคซีน BCG		
ไม่มี	119	33.1
มี	241	66.9
โรคประจำตัว		
ไม่มี	133	64.7
มี	127	35.3

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามนั้น โดยส่วนมากใช้บริการในโรงพยาบาลเชียงรายฯ, เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้าน สัญชาติพม่า, โดยส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 32 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 42.63 ± 12.44 ปี, เป็นเพศหญิง, ศาสนาพุทธ, สถานภาพสมรสอยู่ร่วมกัน, รายได้ไม่เกิน 20,000 บาท, สามารถสื่อสารภาษาไทย

ได้เล็กน้อย เป็นต้น นอกจากนี้การประเมินข้อมูลทั่วไปแล้วยังมีการประเมินการรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไวรัสโรคปอด โดยประเมินใน 4 ด้าน ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพดังที่กล่าวไปในหัวข้อวิธีการศึกษา โดยทั้ง 4 หัวข้อย่อยข้างต้น (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและความหมายของการรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (n=360)

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย (ระดับความรู้)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับการรับรู้
1.การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค	1.88	0.76	ต้องปรับปรุง
2.การรับรู้ความรุนแรงของโรค	1.85	0.67	ต้องปรับปรุง
3.การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค	1.80	0.75	ต้องปรับปรุง
4.การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค	1.91	0.55	ต้องปรับปรุง
รวมทั้งสิ้น	1.86	0.60	ต้องปรับปรุง

ในการประเมินของส่วนที่ 2 นั้น จะเป็นการประเมินตามหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) โดยในหัวข้อย่อยทั้ง 4 หัวข้อนั้น จะมีคำถามแยกย่อยอีก เพื่อประเมินในด้านต่างๆ ของตัวผู้ตอบแบบสอบถามทั้ง 360 ราย เป็นต้น โดยได้ผลลัพธ์โดยรวมอยู่ในเกณฑ์ระดับการรับรู้ต้องปรับปรุงทั้งสิ้น ($\bar{X}=1.86$, $SD=0.60$)

หลังจากนั้นเป็นการประเมินตามแบบสอบถามในส่วนที่ 3 ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันของผู้ป่วยและผู้สัมผัสร่วมบ้านทั้ง 10 ข้อ โดยจะเป็นการสอบถามเกี่ยวกับจำนวนครั้งในการปฏิบัติพฤติกรรมที่อาจมีความเสี่ยงหรือเป็นพฤติกรรมในการป้องกันโรค โดยมีทั้งหมด 5 ข้อที่ได้ผลลัพธ์อยู่ในเกณฑ์ระดับพฤติกรรมพอใช้ และอีก 5 ข้อ อยู่ในเกณฑ์ระดับ

พฤติกรรมต้องปรับปรุง แต่ในภาพรวมนั้นมีผลลัพธ์ที่อยู่ในเกณฑ์ระดับพฤติกรรมพอใช้ ($\bar{X}=2.39$, $SD=0.67$)

จากการประเมินในส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 คือการประเมินการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกัน เมื่อนำมาวิเคราะห์ร่วมกันพบในผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มนี้ได้ผลลัพธ์โดยรวมของแบบสอบถามทั้งทั้ง 2 ส่วนอยู่ในเกณฑ์ระดับพฤติกรรมป้องกันต้องปรับปรุง ($\bar{X}=2.12$, $SD=0.56$) เมื่อเข้าสู่ระยะการศึกษาถัดไป จะเป็นการพัฒนาแบบแผนส่งเสริมสุขภาพ โดยจะนำเอาแบบแผนเพื่อให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้สัมผัสร่วมบ้านและทำการประเมินซ้ำในกลุ่มตัวอย่างควบคุม (n=180) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างควบคุมจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 180)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สถานบริการ		
เชียงรายประชานุเคราะห์	54	30.0
แม่ฟ้าหลวง	40	22.2
เซียงของ	21	11.7
เวียงป่าเป้า	20	11.0
เทิง	14	7.8
เซียงแสน	12	6.7
พาน	12	6.7
แม่สรวย	7	3.9
สถานะผู้ตอบแบบสอบถาม		
ผู้ป่วย	42	23.3
ผู้สัมผัสร่วมบ้าน	138	76.7
สัญชาติ		
พม่า	107	59.4
ลาว	73	40.6
เชื้อชาติ		
เมียนมาร์	107	59.4
ลาว	73	40.6
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 20 ปี	6	3.3
21 – 59 ปี	149	82.8
60 ปีขึ้นไป	25	13.9
เพศ		
ชาย	90	50.0
หญิง	90	50.0
ศาสนา		
พุทธ	120	66.7
คริสต์	60	33.3

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สถานะภาพสมรส		
โสด	43	23.9
สมรส/อยู่ด้วยกัน	104	57.8
หม้าย	19	10.6
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	14	7.8
รายได้ (บาท/เดือน)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	92	51.1
มากกว่า 5,000 บาทขึ้นไป	88	48.9
ความสามารถในการสื่อสารภาษาไทย		
ได้เป็นอย่างดี	63	35.0
ได้เล็กน้อย	70	38.9
ไม่ได้เลย	47	26.1
การขึ้นทะเบียนแรงงาน		
ขึ้นทะเบียนแรงงาน	92	51.1
ไม่ได้ขึ้นทะเบียนแรงงาน	88	48.9
สิทธิในการรักษาพยาบาล		
มี	126	70.0
ไม่มี	54	30.0
ดัชนีมวลกาย (kg/m²) (BMI)		
ผอม (<18.5 kg/m ²)	26	14.5
ปกติ (18.6-24 kg/m ²)	83	46.1
น้ำหนักเกิน (25.0 – 29.9 kg/m ²)	29	16.1
โรคอ้วน (มากกว่า 30 kg/m ²)	42	23.3
แผลเป็นจากการได้รับวัคซีน BCG		
ไม่มี	137	76.1
มี	43	23.9
โรคประจำตัว		
ไม่มี	134	74.4
มี	46	25.6

จากตารางที่ 3 พบว่า ข้อมูลทั่วไป โดยภาพรวมระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีความแตกต่างในอายุและจำนวนรายได้ของผู้ตอบแบบสอบถาม เนื่องจากเป็นข้อมูลประเภทต่อเนื่อง (Continuous Variable)

จากตารางที่ 4 เมื่อเข้าสู่กระบวนการในการประเมินการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ก่อนและหลังให้สุขศึกษาพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามในกลุ่มนี้ มีการพัฒนาจากก่อนให้สุขศึกษาผลลัพธ์ คือ ระดับการรับรู้ต้องปรับปรุง ($\bar{X}=1.87$, $SD=0.61$) เพิ่มขึ้นเป็นระดับการรับรู้พอใช้ ($\bar{X}=2.54$, $SD=0.15$) ภายหลังให้สุขศึกษาเกี่ยวกับปัญหาดังกล่าว

ตามข้อความที่ 1 ในตารางที่ 4 และในส่วนที่ 3 คือ การประเมินพฤติกรรมป้องกันการโรค พบว่ามีการพัฒนาเช่นกัน โดยก่อนให้สุขศึกษามีผลลัพธ์ ได้แก่ ระดับพฤติกรรมต้องปรับปรุง ($\bar{X}=2.33$, $SD=0.68$) และหลังจากให้สุขศึกษามีผลลัพธ์ระดับพฤติกรรมอยู่ในเกณฑ์ที่ดี ($\bar{X}=3.74$, $SD=0.44$) โดยเมื่อนำส่วนที่ 2 และ 3 มาทำการประเมินควบคู่กันแล้ว พบว่าในทั้ง 2 ส่วนนั้นมีการพัฒนาหลังจากการให้สุขศึกษาแก่ผู้ตอบแบบสอบถาม โดยก่อนให้สุขศึกษาได้ผลลัพธ์เป็นระดับพฤติกรรมป้องกันต้องปรับปรุง ($\bar{X}=2.10$, $SD=0.56$) พัฒนาเป็นระดับพฤติกรรมป้องกันพอใช้ ($\bar{X}=3.14$, $SD=0.25$)

ตารางที่ 4 จำนวนค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและความหมายของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคไวรัสโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อไวรัสโรค และผู้สัมผัสร่วมบ้านของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการให้สุขศึกษา (n= 180)

ระดับ	ค่าเฉลี่ย (ระดับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ)				ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	
	ก่อน	ความหมาย	หลัง	ความหมาย	ก่อน	หลัง
1.ระดับการรับรู้ตามแนวคิดแบบ แผนความเชื่อด้านสุขภาพ	1.87	ระดับการรับรู้ ต้องปรับปรุง	2.90	ระดับการรับรู้ พอใช้	0.61	1.52
2.ระดับพฤติกรรมป้องกันการของ ผู้ป่วยโรคไวรัสโรคปอดที่มีผลตรวจ พบเชื้อไวรัสโรค และผู้สัมผัส ร่วมบ้าน ตามแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ	2.33	ระดับ พฤติกรรม ต้องปรับปรุง	3.74	ระดับ พฤติกรรมดี	0.68	0.44
รวมทั้งหมด	2.10	ระดับ พฤติกรรม ป้องกัน ต้องปรับปรุง	3.14	ระดับ พฤติกรรม ป้องกันพอใช้	0.56	0.25

สรุปผลการทําวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัย การพัฒนาและประเมินรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคไวรัสโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อไวรัส และผู้สัมผัสร่วมบ้านในกลุ่มแรงงานต่างด้าว พื้นที่จังหวัดเชียงราย ประเทศไทยครั้งนี้ พิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงของคะแนนการรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไวรัสโรคปอด และพฤติกรรมป้องกันการป้องกันของผู้ป่วยโรคไวรัสโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อไวรัส และผู้สัมผัสร่วมบ้านตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไวรัสโรคปอด หลังการพัฒนาแบบและให้สุศึกษาผลการศึกษพบว่า หลังจากการให้สุศึกษากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไวรัสโรคปอดโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x}=2.54$, $SD.=0.15$) โดยเมื่อพิจารณาแยกรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไวรัสโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อไวรัสอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x}=2.45$, $SD.=0.36$), มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคไวรัสโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อไวรัสอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x}=0.54$, $SD.=0.29$), มีระดับการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคไวรัสโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อไวรัสอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x}=2.59$, $SD.=0.29$) และมีระดับการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไวรัสโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อไวรัสอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x}=2.59$, $SD.=0.27$) ตามลำดับ ซึ่งสนับสนุนวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 และวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 ที่กล่าวว่า เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคไวรัสโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อไวรัส และผู้สัมผัสร่วมบ้านในกลุ่มแรงงานต่างด้าว และเพื่อประเมินรูปแบบการส่งเสริม

พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคไวรัสโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อไวรัส และผู้สัมผัสร่วมบ้านในกลุ่มแรงงานต่างด้าวพื้นที่ จังหวัดเชียงราย อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนระดับการรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไวรัสโรคปอดโดยรวม และจำแนกรายด้านสูงขึ้น เนื่องมาจากการได้รับการพัฒนาการรับรู้ ผ่านกระบวนการให้สุศึกษาทั้งในเชิงวิชาการประยุกต์ให้สามารถที่จะเข้าถึงได้ง่ายและเหมาะสมกับบริบท วิธีการดำรงชีวิตของกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นกิจกรรมที่เป็นรูปแบบใหม่ที่ไม่เคยดำเนินการมาก่อน และผู้ศึกษาวิจัยเป็นผู้มีประสบการณ์การทำงาน และคุ้นเคยกับกลุ่มตัวอย่าง จึงสามารถที่จะเข้าใจและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างลึกซึ้งและตรงไปตรงมา รวมทั้งการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายทำให้เกิดความเข้าใจ ยอมรับ เกิดความมั่นใจ เชื่อมั่นจนสามารถคิดวิเคราะห์ และแยกแยะได้ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ภายหลังการให้สุศึกษาจากผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยการส่งเสริมการทำงานแบบมีส่วนร่วมตามสภาพจริง รพ.สต.ท่าผา อ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี⁹ จากการศึกษาส่วนที่ 1 พบว่า หลังการศึกษา อสม. มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรง รับรู้ประโยชน์และมีพฤติกรรมป้องกันไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 การรับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรง และรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่า ค่าเฉลี่ย พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคไวรัสโรคปอด ที่มีผลตรวจพบเชื้อไวรัส และผู้สัมผัสร่วมบ้านของ กลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการให้สุขศึกษาในภาพรวม เมื่อทดสอบแล้วพบว่าหลังจากการให้สุขศึกษาแล้ว กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยทางพฤติกรรมป้องกันใน ภาพรวมดีกว่าก่อนการให้สุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < 0.001$) อธิบายได้ว่า แม้พฤติกรรม ป้องกันโรคปอดของผู้ป่วย และผู้สัมผัสร่วมบ้าน จะมีหลากหลายพฤติกรรมที่ ปฏิบัติในแต่ละวัน แต่พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ การล้างน้ำลาย/ เสมหะลงในภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิดทุกครั้ง โดยมี ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.95 ในขณะที่การนำเครื่องนอน ออกมาตากแดดเป็นประจำ อย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุดทั้งผู้ป่วยและผู้สัมผัส ร่วมบ้าน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.42 ซึ่งอาจเป็นผลมาจาก การอาศัยในที่ชุมชนแออัดหรือแม้กระทั่งข้อจำกัด ในด้านที่อยู่อาศัยของกลุ่มแรงงานต่างด้าว ดังนั้น จึงเกิดความไม่สะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น รวมถึงระยะเวลาการทำงานที่ยาวนาน และมีแนวโน้ม ทำงานหนักในแต่ละวันจึงส่งผลให้เกิดการละเลย การปฏิบัติของพฤติกรรมในส่วนนี้ได้ ซึ่งผลการศึกษา การเปลี่ยนของพฤติกรรมหลังการให้สุขศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออกของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์¹⁰ พบว่าระดับการศึกษา ความรู้โรคไข้เลือดออก การรับรู้ต่อการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออก การมีส่วนร่วมในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก การควบคุมกำจัดลูกน้ำ และยุงลาย ลักษณะสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้านพักอาศัย และบริเวณภายในชุมชนและการได้รับการสนับสนุน ในการ ป้องกันและ ควบคุมโรคไข้ เลือด ออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุม

โรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ซึ่งคล้ายกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของแรงงานต่างด้าว ในจังหวัดฉะเชิงเทรา¹¹ ที่ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญ และความจำเป็นในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการ จัดกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ดี การจัดสวัสดิการตามความต้องการด้านสุขภาพ กระตุ้นให้รับรู้ถึงประโยชน์ของ การสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันการเกิดโรคมามากกว่าการรักษา เพื่อให้ แรงงานต่างด้าวมียุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ ได้ดียิ่งขึ้น รวมทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ แรงงานต่างด้าวที่ได้รับ อนุญาตให้เข้ามาอยู่ในราชอาณาจักรเป็นกรณีพิเศษ สำหรับสัญชาติ เมียนมาร์ ลาว และกัมพูชา ในภาคตะวันออกของประเทศไทย¹² พบว่า หากปัจจัย ภายในของตนเองเพิ่มขึ้น นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ เพิ่มขึ้น และปัจจัยภายนอกเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นจากเดิม 2.723 เท่าตามไปด้วย ดังนั้นจึงควรมีการผลักดัน ด้านนโยบาย ปรับปรุงปัจจัยภายในและนอก ให้ดีมากขึ้นก็จะส่งเสริมสุขภาพแรงงานต่างด้าว ได้ดีขึ้นไปด้วย

แม้ผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การพัฒนาและประเมินรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรม ป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคไวรัสโรคปอดที่มีผลตรวจ พบเชื้อไวรัส และผู้สัมผัสร่วมบ้านในกลุ่มแรงงาน ต่างด้าวพื้นที่จังหวัดเชียงราย ประเทศไทย จะส่งผลให้ ผู้ป่วยโรคไวรัสโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อไวรัส และผู้สัมผัสร่วมบ้านในกลุ่มแรงงานต่างด้าวมียกระดับ การรับรู้ และพฤติกรรมป้องกันที่ดีขึ้น

แต่รูปแบบที่นำมาพัฒนาในครั้งนี้ถือเป็นเพียงจุดเริ่มต้นของการดำเนินการศึกษา ดังนั้นเพื่อให้ได้ผลที่เป็นที่น่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น จึงควรนำไปพัฒนาต่อยอดในกลุ่มเป้าหมายที่มีขนาดใหญ่ และในพื้นที่ที่หลากหลายขึ้น เพื่อศึกษาเปรียบเทียบในบริบทของพื้นที่ วัฒนธรรม และวิถีการดำเนินชีวิตต่อไป

ข้อเสนอแนะ

สามารถนำผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมการดูแล โดยคำนึงถึงปัจจัยด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรควัณโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรควัณโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันวัณโรค และพฤติกรรมป้องกันวัณโรค โดยต้องเน้นย้ำและกระตุ้นให้ตระหนักถึงความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยวัณโรค และเพิ่มการสนับสนุนในด้านต่างๆ ได้แก่ หน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันวัณโรค การให้ความรู้และคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์

ในด้านงานควบคุมและป้องกันวัณโรคสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปปรับใช้ให้เกิดประโยชน์ในงานควบคุมและป้องกันวัณโรคในด้านที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการวัณโรค และการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการวัณโรคที่เหมาะสมในกลุ่มผู้ที่อยู่อาศัยร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคโดยเฉพาะกลุ่มแรงงานต่างด้าวต่อไป

REFERENCES

1. Global Tuberculosis Report 2019 [Internet]. World Health Organization; [cited 2020 August 5]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329368/9789241565714-eng.pdf?ua=1>.
2. Tuberculosis Cases Report [Internet]. National Tuberculosis Information Program; [cited 2020 August 5]. Available from: <https://tbcmtailand.ddc.moph.go.th/uiform/login.aspx>.
3. Nawaphan M. Scoping review for understanding tuberculosis situation in migrant labors in Thailand. Journal of Health Systems Research. 2017;11(4):1-16
4. Montaisong K. The factors predicting tuberculosis preventive behaviors among the tuberculosis contacts In the Bangkok area and perimeter. J Royal Thai Army Nurses. 2017;18(2): 306-14.
5. Chiang Rai Labor Statistics [Internet]. Provincial Labour Office Chiangrai; [cited 2020 August 5]. Available from https://chiangrai.mol.go.th/labor_statistics.
6. Ladasawan S, Sukpesn S. Prevalence of tuberculosis among children living with pulmonary tuberculosis patients. Thai Journal of Tuberculosis Chest Diseases and Critical Care. 2008;29(2):115-23.
7. Department of Disease Control. Guidelines for suspected tuberculosis outbreaks investigation, 2nd ed. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand; 2013.
8. Reamrimmadun Y, Kumsri S. Factors related to health promotion behavior by foreign workers. HCU Journal. 2018;21(42):79-91.

9. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang A-G. Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods. 2009;41(4):1149-60.
10. Pulsarp P, Krongrawa R, Leesuwana P, Hirunkroh B. DHF preventive behavior development of village health volunteers by authentic work participatory at Thapa District Health Promotion Hospital, Ban Pong District, Ratchaburi Province. NAN PHO Journal of Public Health 2015;25(2):206-18.
11. Kiatthanabodee P, Waiwanichkij W, Deeying J. Prevention and control behaviors on dengue hemorrhagic fever of party health networking Muang District, Buriram Province. Journal of Research and Development BRU. 2015;10(2):84-91.
12. Phihussot N, Punyapapassorn N, Friestad P. Health promotion guidelines for alienate workers who are allowed as a special case of stay in Kingdom of Thailand. Journal of the Association of Researchers. 2019;24(3):167-89.