



ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก



ภูษิต ชันกสิกรรม

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

ปีการศึกษา 2564

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา-
ปีการศึกษา 2564
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวินโรคของอาสาสมัคร
 สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก"
 ของ ภูษิต ชันกลีกรรม
 ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา-

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรรณเดช)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
 (ดร.ภัทรพล มากมี)

อนุมัติ

.....
 (ศาสตราจารย์ ดร.ไพศาล มุณีสว่าง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมโรคของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

ผู้วิจัย ภูษิต ชันกสิกรรม

ประธานที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ

ประเภทสารนิพนธ์ วิทยานิพนธ์ ส.ม. สาขาวิชา- มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2564

คำสำคัญ แนวทางการควบคุมโรค, วัคซีน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมโรค ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 414 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพิษณุโลก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 82.10 และมีอายุเฉลี่ย 48.29 ปี อายุมากที่สุด 76 ปี อายุน้อยที่สุด 20 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.40 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน เฉลี่ย 9,840.28 บาท และมีระยะเวลาการเป็น อสม. 12.23 ปี มากที่สุด 43 ปี น้อยที่สุด 1 ปี มีการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมโรคอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 40.30 ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ได้แก่ อาชีพ (Beta=0.075) การได้รับแรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล (Beta=0.225) การได้รับแรงสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Beta=0.191) การได้รับแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ (Beta=0.292)ทัศนคติที่ดีต่อการควบคุมโรคในชุมชน (Beta = 0.187) และอายุ (Beta= -0.075) ตามลำดับ โดยปัจจัยทั้งหมด 6 ปัจจัย สามารถร่วมกันพยากรณ์ การปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ร้อยละ 50.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปใช้ประกอบการวางแผนพัฒนาการปฏิบัติ

งานด้านการควบคุมโรค ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้เป็นไปอย่าง
ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น



Title FACTORS AFFECTING THE PRACTICE OF TB CONTROL
GUIDELINES OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS
PHITSANULOK PROVINCE.

Author PUSIT KANKASIKAM

Advisor Assistant Professor Chakkraphan Phetphum, Ph.D.

Academic Paper M.P.H. Thesis in Public Health Program, Naresuan University,
2021

Keywords Guidelines for Tuberculosis Control, Tuberculosis, Village
Health Volunteers

ABSTRACT

The objective of this survey research was to study factors affecting the performance of village health volunteers according to the guidelines for tuberculosis control in Phitsanulok Province. The sample was 414 village health volunteers in Phitsanulok Province. A questionnaire was used as a research instrument for data collection. Data were analyzed by using descriptive statistics and stepwise multiple regression. The results of this study indicated that most of the respondents were females (82.10 percent). An average age was 48.29 years. The respondents' age ranged from 20 years to 76 years. Most of them were agriculturists (45.40 percent), earned monthly family income of 9,840.28 baht. An average period of being Village Health Volunteers was 12.23 years. There was a high level of performance of village health volunteers according to the guidelines for tuberculosis control (40.30 percent). In addition, factors affecting the performance of village health volunteers according to the guidelines for tuberculosis control were occupation (Beta=0.075), appraisal support (Beta=0.225), instrumental support (Beta=0.191), emotional support (Beta=0.292), attitude towards care for patients with tuberculosis (Beta = 0.187) and age (Beta= -0.075), respectively. All 6 factors could jointly predict 50.90 percent of the variance in the performance of

village health volunteers according to the guidelines for tuberculosis control in Phitsanulok Province, with a statistical significance level of 0.05. Therefore, the findings would be beneficial to be applied as the guidelines in planning the development of tuberculosis control practice of the village health volunteers in greater efficient manner.



ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ และคอยให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย ตลอดระยะเวลาการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ด้วยความเอาใจใส่ และขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการวิทยานิพนธ์อันประกอบไปด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิทรา กิจธีระวุฒิมิวงษ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วุฒิชัย จริยา ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยประกอบไปด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิทรา กิจธีระวุฒิมิวงษ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาจันต์ สงทับ ดร.นิรมล พิมน้ำเย็น ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์และทรงคุณค่า

ขอกราบขอบพระคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนระดับอำเภอในจังหวัดพิษณุโลก ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพิษณุโลก ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับอำเภอในจังหวัดพิษณุโลก ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเสียสละเวลาในการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี ขอขอบคุณทุกท่านที่ได้กล่าวนามที่มีส่วนเกี่ยวข้องในความสำเร็จครั้งนี้ เหนือสิ่งอื่นใดขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ของผู้วิจัยที่ให้กำลังใจ และให้การสนับสนุนในทุกๆ ด้านอย่างดีที่สุดเสมอมา คุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงจะมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบและอุทิศแด่ ผู้มีพระคุณทุกๆ ท่าน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า งานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ที่สนใจบ้างไม่มากก็น้อย

ภูษิต ชันกสิกรรม

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
ประกาศคุณูปการ	ช
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
สมมติฐานของการวิจัย.....	4
ขอบเขตของงานวิจัย.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค.....	9
การปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทยและบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน	20
ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support).....	37
ทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom's Taxonomy).....	39
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	41
กรอบแนวคิด	47

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	48
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	48
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	50
การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย	55
การเก็บรวบรวมข้อมูล	56
การพิทักษ์สิทธิ์ (Research Ethical)	57
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	57
บทที่ 4 ผลการวิจัย	58
ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล.....	58
ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องวัณโรค	61
ส่วนที่ 3 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม.....	64
ส่วนที่ 4 ทศนคติที่ดีต่อการควบคุมวัณโรคในชุมชน	68
ส่วนที่ 5 การปฏิบัติงานตามแนวทางควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก	70
ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก	76
บทที่ 5 บทสรุป	80
สรุปผลการวิจัย.....	80
อภิปรายผลการวิจัย	83
ข้อเสนอแนะ	86
บรรณานุกรม	87
ภาคผนวก.....	90
ประวัติผู้วิจัย	111

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 แสดงรูปแบบของ DOT	28
ตาราง 2 แสดงจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพิษณุโลก	49
ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพิษณุโลก จำแนกตามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล (n = 414).....	58
ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละ ระดับความรู้เรื่องวัณโรค ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก	61
ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละ ความรู้เรื่องวัณโรค ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก จำแนกตามคำถามรายชื่อ (n = 414).....	62
ตาราง 6 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมรายด้าน (n = 414)	64
ตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละ ของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก จำแนกตามคำถามรายชื่อ	65
ตาราง 8 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับทัศนคติที่ดีต่อการควบคุมโรควัณโรค (n = 414).....	68
ตาราง 9 แสดงจำนวนและร้อยละ ทัศนคติที่ดีต่อการควบคุมวัณโรคในชุมชน ในการปฏิบัติงาน ตามแนวทางการควบคุมวัณโรค ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัด พิษณุโลก จำแนกตามคำถามรายชื่อ	69
ตาราง 10 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับการปฏิบัติงานตามแนวทางควบคุมวัณโรค (n = 414)	71
ตาราง 11 แสดงจำนวนและร้อยละ การปฏิบัติงานตามแนวทางควบคุมวัณโรคของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก จำแนกตามคำถามรายชื่อ	71
ตาราง 12 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เรื่อง วัณโรค แรง สนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านการให้การประเมินผล ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านเครื่องมือ และทัศนคติที่ดีต่อการควบคุมวัณโรคกับการปฏิบัติงานตาม แนวทางการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัด พิษณุโลก.....	76

ตาราง 13 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามแนวทางการควบคุมวัณโรค ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก โดยใช้สถิติการ วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) (n = 414).....	78
---	----



สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิด47



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัณโรคเป็น 1 ใน 10 อันดับของโรคที่มีสาเหตุการเสียชีวิตจากการติดเชื้อเพียงครั้งเดียว (มากกว่าเอชไอวี/เอดส์) ในปี พ.ศ. 2560 มีผู้เสียชีวิตจากวัณโรค ประมาณ 1.3 ล้านคนทั่วโลก ผู้เสียชีวิตจากวัณโรคเพิ่มขึ้นอีก 3,000 คน ในกลุ่มคนที่ติดเชื้อเอชไอวี และมีผู้ป่วยวัณโรคทั่วโลก มีประมาณ 10 ล้านคน เป็นผู้ชาย 5.8 ล้านคน ผู้หญิง 3.2 ล้านคน และเด็ก 1 ล้านคน มีทุกกรณี ในทุกประเทศและทุกกลุ่มอายุ แต่โดยรวมร้อยละ 90.00 เป็นผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และ ร้อยละ 9.00 ยังเป็นผู้ติดเชื้อ HIV จากรายงานวัณโรคขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2560 (Global tuberculosis report 2017) ได้คาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) ของโลกสูงถึง 10.4 ล้านคน (140 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน) มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรค เสียชีวิตสูงถึง 1.7 ล้านคน สำหรับจำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี 1.03 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 10.00 ของผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด โดยเสียชีวิตปีละ 0.4 ล้านคน (กรมควบคุมโรค, 2561ก) ซึ่งการแพร่ระบาดของวัณโรคไปทั่วโลก ทำให้เกิดความพยายามในการแก้ไขปัญหาอย่างเร่งด่วน ย้ำให้เห็นถึงความจำเป็น ในการดำเนินการเพื่อมุ่งสู่การยุติการแพร่ระบาดของวัณโรค ในปี พ.ศ. 2558 องค์การสหประชาชาติ จึงได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable development goals: SDGs) ที่จะบรรลุในอีก 15 ปี (พ.ศ. 2573) โดยหนึ่งในเป้าหมายนั้น คือ การยุติการแพร่ระบาดของวัณโรค (World Health Organization, 2018) และในปี พ.ศ. 2559 องค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (The End TB Strategy) มีเป้าหมายลดอุบัติการณ์วัณโรค (Incidence) ให้ต่ำกว่า 10 ต่อแสนประชากรภายในปี พ.ศ. 2578 (กรมควบคุมโรค, 2561ก)

โดยองค์การอนามัยโลกได้จัดกลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง (High Burden Country Lists) เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่มีจำนวนและอัตราป่วยวัณโรคสูง (TB) 2) กลุ่มที่มีจำนวนและอัตราวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีสูง (TB/HIV) และ 3) กลุ่มที่มีจำนวนและอัตราป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานสูง (MDR-TB) ซึ่งประเทศไทย เป็น 1 ใน 14 ประเทศ ที่มีปัญหาวัณโรคสูงทั้ง 3 กลุ่ม (กรมควบคุมโรค, 2561ก) จากผลการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 พบปัญหา ในการวินิจฉัยและตรวจพบผู้ป่วย เพียงร้อยละ 55.30 ของจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่คาด ประมาณอีกทั้งยังต้องเพิ่มความสำเร็จของการรักษาให้สูงขึ้น และพบว่า มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษา

วัณโรค 75,317 ราย โดยมีอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 83.40 จำเป็นต้องเร่งรัดความสำเร็จการรักษา ให้ได้ตามเป้าหมายประเทศไทย คือ ร้อยละ 90.00 ปัจจัยที่ทำให้อัตราความสำเร็จของการรักษายังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เนื่องจากมีอัตราการเสียชีวิตระหว่างการรักษา และอัตราการขาดยาสูง คิดเป็นร้อยละ 8.20 และ 4.50 ตามลำดับ อัตราความครอบคลุมในการรักษา ร้อยละ 74.00 อัตราการดื้อยา ร้อยละ 1.10 แม้ว่าประเทศไทยมีอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ มากกว่าร้อยละ 85.00 สามารถลดอัตราอุบัติการณ์ของผู้ป่วยวัณโรคจาก 172 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2559 ลดลงเหลือ 156 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2560 แต่ยังคงเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของประเทศ (กรมควบคุมโรค, 2561) ทำให้ประเทศไทยต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาวัณโรค สูงถึงปีละ 75,238 ล้านบาท (เฉตสรร นามวาท และคณะ, 2560)

ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับปัญหาดังกล่าวจึงกำหนดไว้ในพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 โดยกำหนดให้วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ซึ่งต้องมีการติดตามตรวจสอบหรือจัดเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่อง และสามารถเพิ่มความครอบคลุมของการรายงานผู้ป่วยวัณโรคได้ อย่างไรก็ตามที่ผ่านมายังพบผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี จนไม่สามารถดำเนินการคัดกรองผู้สัมผัสใกล้ชิดได้อย่างครบถ้วนและทันเวลา (กรมควบคุมโรค, 2561) และนอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขยังได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560 -2564) เพื่อเป็นกรอบการดำเนินงานโดยมีมาตรการหลักในการจะบรรลุเป้าหมายการลดอุบัติการณ์วัณโรค ซึ่งได้แก่ 1) เร่งรัดการค้นหา วินิจฉัย และรายงานให้มีความครอบคลุมการรักษา ร้อยละ 90.00 ของจำนวนผู้ป่วยที่คาดประมาณจากอุบัติการณ์ 2) เร่งรัดการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยในประชากรกลุ่มเปราะบางและกลุ่มเสี่ยงวัณโรค เช่น ผู้สัมผัส ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ต้องขัง และแรงงานข้ามชาติให้ครอบคลุม ร้อยละ 90.00 และ 3) ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจพบทุกรายด้วยแนวทางการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้มีอัตราความสำเร็จการรักษาไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 90.00 ด้วยผลการดำเนินงานที่บรรลุเป้าหมาย ทั้ง 3 ข้อที่สำคัญนี้จะส่งผลให้อุบัติการณ์วัณโรคลดลงอย่างรวดเร็วสู่เป้าหมายยุติ วัณโรคได้ ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ดำเนินงานจัดทำแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561 เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมวัณโรคตามแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรคสอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลกและบริบทของประเทศไทยที่เปลี่ยนแปลงไป อันเป็นประโยชน์ต่อการควบคุมวัณโรคของประเทศไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป (กรมควบคุมโรค, 2561)

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานควบคุมวัณโรคของไทยที่ผ่านมา พบปัญหาทั้งการวินิจฉัย และตรวจพบผู้ป่วยเพียงร้อยละ 55.30 ของจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่คาดประมาณ อีกทั้งผลการรักษายังต้องเพิ่มความสำเร็จการรักษาให้สูงขึ้น ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปี พ.ศ. 2561 การค้นพบผู้ป่วยวัณโรคและขึ้นทะเบียนรักษาต่ำกว่าเป้าหมาย ร้อยละ 81.00 (เป้าหมาย คือ ร้อยละ 82.50) (กรมควบคุมโรค, 2561) จากรายงานสถานการณ์วัณโรคของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก 5 ปี ย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึงปี พ.ศ. 2561 จำนวน 644, 722, 709, 881 และ 997 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วย 77.42, 83.90, 81.01, 100.02, 112.76 ต่อแสนประชากร ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในขณะที่อัตราความครอบคลุมของการรักษา (Treatment coverage) ร้อยละ 48.60, 47.70, 58.50, 58.10 และ 65.50 ยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายของประเทศ โดยผลการดำเนินงานทั้ง 9 อำเภอในจังหวัดพิษณุโลก พบว่า ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ และมีแนวโน้มว่าอัตราการรักษาหายจะลดลง อีกทั้งอัตราการขาดยาที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2558 - 2560 พบอัตราการขาดยา 2.1, 2.9 และ 2.8 ตามลำดับ และอัตราการเสียชีวิตซึ่งสูงและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือ 8.5, 8.3 และ 9.1 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าในระดับประเทศ ส่วนผู้ป่วยวัณโรคคือยาในปี พ.ศ. 2558 - 2561 พบอัตราการดื้อยาวัณโรคในผู้ป่วยรักษาซ้ำ 0.5, 0.4, 0.8 และ 1.9 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น นับว่าเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของจังหวัดในระดับต้นๆ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก, 2562)

แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย จึงกำหนดให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทสำคัญอันเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการควบคุมวัณโรคในระดับชุมชน ซึ่งระบุไว้อย่างชัดเจนในแผนดังกล่าวว่า บทบาทของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคมีดังนี้ 1) ด้านการเป็นพี่เลี้ยงดูแลรับประทานยา 2) ด้านการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 3) ด้านการป้องกันวัณโรคในชุมชน และ 4) ด้านการเยี่ยมบ้าน (กรมควบคุมโรค, 2561ข)

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่ผ่านมากลับสะท้อนให้เห็นว่า อสม. ได้ปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทยอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่า อสม. มีการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมวัณโรคอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 59.90 (ณัฐวุฒิ ช่วยหอม, 2561) มีศักยภาพในด้านความรู้เกี่ยวกับวัณโรคอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 71.00 (นงคราญ สมฤทธิ์, 2558) มีส่วนร่วมต่อการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.19 (ภัทรา ผาแก้ว, 2558) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของ อสม. นั้น มีทั้งหมด 4 ปัจจัย ประกอบด้วย ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม (ยุทธนา แยกคาย, 2561) ปัจจัยด้านความรู้เรื่องวัณโรค (ณัฐวุฒิ

ช่วยหอม, 2561) ปัจจัยด้านทัศนคติที่มีต่อการควบคุมวัณโรคในชุมชน (เมธี สุทธิศิลป์, 2558) และ ปัจจัยส่วนบุคคล (Chung, Hazmi, & Cheah, 2017)

จากสถานการณ์ปัญหาดังที่กล่าวมาข้างต้น การทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมวัณโรคเป็นข้อมูลสำคัญที่ช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องทุกส่วนได้เกิดความตระหนักถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นและปฏิบัติหน้าที่ให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ มุ่งมั่นแก้ปัญหาได้ตรงประเด็น และจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรคแห่งชาติของอสม. ที่ปฏิบัติงานควบคุมวัณโรคในจังหวัดพิษณุโลก ยังไม่มีการศึกษาในประเด็นดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจถึงปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านความรู้เรื่องวัณโรค ทัศนคติที่ต่อการควบคุมวัณโรคในชุมชน และปัจจัยส่วนบุคคล ว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของ อสม.จังหวัดพิษณุโลก เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นข้อเสนอแนะในการวางแผนพัฒนาศักยภาพ อสม. จังหวัดพิษณุโลก ให้มีประสิทธิภาพในการควบคุมวัณโรคมากยิ่งขึ้น อันจะก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่และสามารถปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ รวมทั้งใช้เป็นเครื่องมือพื้นฐานเบื้องต้นในการศึกษาวิจัยเรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

คำถามการวิจัย

1. การปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพิษณุโลกอยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพิษณุโลก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพิษณุโลก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพิษณุโลก

สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยด้านความรู้เรื่องวัณโรคมีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพิษณุโลก

2. ปัจจัยด้านทัศนคติที่ดีต่อการควบคุมโรคในชุมชนมีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพิษณุโลก

3. ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ แรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร และแรงสนับสนุนทางด้านเครื่องมือในการป้องกันและควบคุมโรค มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมโรค ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพิษณุโลก

4. ปัจจัยด้านส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกที่อาศัยในครัวเรือน ระยะเวลาการเป็น อสม. ประวัติการป่วยโรคของคนในครอบครัว การได้รับการอบรมให้ความรู้เรื่องโรค การได้รับข้อมูลข่าวสาร แหล่งเข้าถึงข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรค และ การขอคำแนะนำเรื่องโรค มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพิษณุโลก

ขอบเขตของงานวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research) โดยศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพิษณุโลก โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom (Bloom, 1956) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support theory) (House, Kahn, McLeod, & Williams, 1985) มาใช้ในการดำเนินงานวิจัย

ขอบเขตด้านพื้นที่ การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในพื้นที่ จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 9 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองพิษณุโลก อำเภอพรหมพิราม อำเภอบางระกำ อำเภอบางกระทุ่ม อำเภอวังทอง อำเภอวัดโบสถ์ อำเภอนครไทย อำเภอชาติตระการ และอำเภอเนินมะปราง

ขอบเขตด้านประชากร การวิจัยครั้งนี้มีประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพิษณุโลก

ขอบเขตด้านเวลา การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2562

นิยามศัพท์เฉพาะ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากหมู่บ้านหรือชุมชนและผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คณะกรรมการกลางกำหนด ปฏิบัติงานอยู่จริงในพื้นที่ มีชื่ออยู่ในทะเบียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพิษณุโลก

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับการสนับสนุนการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพิษณุโลก จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และสมาชิกในชุมชน ใน 4 ด้านประกอบด้วย แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ แรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และแรงสนับสนุนด้านเครื่องมือในการป้องกันและควบคุมโรค

แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพิษณุโลก ได้รับการสนับสนุนด้านการยกย่อง ชมเชย การยอมรับนับถือ การกระตุ้นเตือนความห่วงใย กำลังใจที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

แรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล หมายถึง การได้รับการติดตามการประเมินผล ในการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับข่าวสารในรูปแบบต่างๆ การให้คำแนะนำ การตักเตือน และให้คำปรึกษาในการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

แรงสนับสนุนด้านเครื่องมือ หมายถึง การได้รับงบประมาณ เวลา และวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือในการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพิษณุโลก

ความรู้เรื่องโรค หมายถึง ความจำ และความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค อากาการ การรักษา การป้องกัน และแนวทางการควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

ทัศนคติที่ดีต่อการควบคุมโรคในชุมชน หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ในการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมและป้องกันโรคในชุมชน

การปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมโรค หมายถึง การปฏิบัติเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขด้านการควบคุมโรค ประกอบด้วย ด้านการเป็นพี่เลี้ยงดูแลรับปรึกษา ด้านการค้นหาผู้ป่วยโรครายใหม่ ด้านการป้องกันโรคในชุมชน และด้านการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวิจัยในหัวข้อ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค
 - 1.1 สาเหตุ การติดต่อ อาการและอาการแสดงของวัณโรค
 - 1.2 การตรวจวินิจฉัยวัณโรค
 - 1.3 การจำแนกประเภทของผู้ป่วย
 - 1.4 การรักษาวัณโรค
 - 1.5 การป้องกันวัณโรค
2. การปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทยและบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
 - 2.1 แผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560 - 2564
 - 2.2 แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย
 - 2.3 บทบาทของบุคลากรและหน่วยงานแต่ละระดับ
 - 2.4 บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
3. ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support)
4. ทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom's Taxonomy)
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิด

ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค

1. สาเหตุ การติดต่อ อาการและอาการแสดงของวัณโรค

1.1 สาเหตุ

วัณโรค(Tuberculosis: TB) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย Mycobacterium tuberculosis จัดอยู่ในกลุ่ม Mycobacterium tuberculosis complex วัณโรคเกิดได้ในทุกอวัยวะของร่างกาย ส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอด (ร้อยละ 80.00) ซึ่งสามารถแพร่เชื้อได้ง่าย วัณโรคนอกปอดอาจพบได้ในอวัยวะอื่นๆ ได้แก่ เยื่อหุ้มปอด ต่อม้ำเหลือง กระดูกสันหลัง ข้อต่อ ช่องท้อง ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบสืบพันธุ์ ระบบประสาท เป็นต้น

เชื้อ Mycobacterium แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1. Mycobacterium tuberculosis complex (MTBC) เป็นสาเหตุของวัณโรคในคนและสัตว์ มีจำนวน 8 สายพันธุ์ ที่พบบ่อยที่สุด คือ Mycobacterium tuberculosis สายพันธุ์อื่นที่พบบ่อยในกลุ่มนี้ เช่น Mycobacterium africanum พบได้ในแถบแอฟริกา Mycobacterium bovis มักก่อให้เกิดโรคในสัตว์ ซึ่งอาจติดต่อมาถึงคนได้โดยการบริโภคนม ที่ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อ และเป็นสายพันธุ์ที่นำมาผลิตเป็นวัคซีนบีซีจี

2. Nontuberculous mycobacteria (NTM) มีจำนวนมากกว่า 140 สายพันธุ์ เช่น Mycobacterium avium complex (MAC) พบในสิ่งแวดล้อม ดิน น้ำ หรือพบในสัตว์ เช่น นก ส่วนใหญ่ไม่ก่อโรคในคน ยกเว้น ในผู้ที่ระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอ

3. Mycobacterium leprae เป็นสาเหตุของโรคเรื้อน Mycobacterium Tuberculosis มีลักษณะเป็นรูปแท่งหนาประมาณ 0.3 ไมโครเมตร ยาวประมาณ 2-5 ไมโครเมตรเมื่อย้อมด้วยวิธี Ziehl-Neelsen จะติดสีแดง เชื้อวัณโรคไม่มีแคปซูล ไม่สร้างสปอร์ ไม่สามารถเคลื่อนที่ได้ อาศัยออกซิเจนในการเจริญเติบโต เชื้อวัณโรคที่อยู่ในละอองฝอยเมื่อผู้ป่วยไอ หรือจามออกมา สามารถล่องลอยอยู่ในอากาศได้นานถึง 30 นาที

เชื้อวัณโรคถูกทำลายด้วยหลายปัจจัย ได้แก่ สารเคมีบางชนิด ความร้อน แสงแดด และแสงอัลตราไวโอเล็ต โดยแสงแดดสามารถทำลายเชื้อวัณโรคในเสมหะได้ใช้เวลา 20-30 ชั่วโมง เชื้อวัณโรคในเสมหะแห้งที่ไม่ถูกแสงแดดอาจมีชีวิตอยู่ได้นานถึง 6 เดือน ความร้อนสามารถทำลายเชื้อวัณโรคได้ที่อุณหภูมิ 60 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 20 นาที (กรมควบคุมโรค, 2561ข)

1.2 การติดต่อ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อจากคนสู่คนผ่านทางอากาศ (airborne transmission) โดยเมื่อผู้ป่วยวัณโรคปอด หลอดลม หรือกล่องเสียง ไอ จาม พุดดั่งๆ ตะโกน หัวเราะหรือร้องเพลง ทำให้เกิดละอองฝอย (droplet nuclei) ฟุ้งกระจายออกมา ละอองฝอยที่มีขนาดใหญ่มากจะตกลงสู่พื้นดินและแห้งไป ละอองฝอยที่มีขนาดเล็ก 1-5 ไมโครเมตร จะลอยและกระจายอยู่ในอากาศ ซึ่งผู้สูดหายใจเอาละอองฝอยที่มีเชื้อวัณโรค เข้าไปอนุภาคขนาดใหญ่จะติดอยู่ที่จมูกหรือลำคอ ซึ่งมักไม่ก่อให้เกิดโรค แต่ออนุภาคขนาดเล็กๆ จะเข้าไปสู่ถุงลมในปอด (กรรมควบคุมโรค, 2561ข)

ปัจจัยที่มีผลต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค อาจแบ่งได้เป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วยวัณโรค เช่น การป่วยเป็นวัณโรคปอด หลอดลม หรือกล่องเสียง ในระยะที่มีเชื้อในเสมหะ ผู้ป่วยที่มีแผลโพรงในปอดจะมีเชื้อจำนวนมาก เมื่อมีอาการไอ จาม หรืออาการอื่นๆ ที่ทำให้เกิดการหายใจแรงๆ
2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น สถานที่อับทึบและคับแคบ แสงแดดส่องไม่ถึง การถ่ายเทอากาศไม่ดี
3. ปัจจัยด้านระบบบริการ เช่น การวินิจฉัยและรักษาล่าช้า การให้ยารักษาไม่ถูกต้อง การรักษาไม่ครบ การทำหัตถการที่ทำให้เกิดละอองฝอย (เช่น การกระตุ้นให้เกิดการไอ) เป็นต้น

การติดเชื้อและการป่วยเป็นวัณโรค (TB infection and TB disease) การติดเชื้อวัณโรค (TB infection) เกิดขึ้นเมื่อสูดหายใจเอาเชื้อวัณโรคเข้าไปถึงถุงลมในปอด เชื้อมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนขึ้น ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานโดย macrophage ล้อมเชื้อไว้กรณี macrophage ไม่สามารถควบคุมเชื้อได้อย่างสมบูรณ์ ทำให้มีรอยโรคในเนื้อปอดเรียกว่า primary focus หรือ Ghon's focus มักพบบริเวณตรงกลาง (mid-zone) ซึ่งเป็นส่วนล่างของปอดกลีบบน หรือส่วนบนของปอดกลีบล่าง ส่วนมากมักจะเป็นแห่งเดียว แต่อาจพบหลายแห่งได้ถ้าเชื้อวัณโรคแบ่งตัวในเนื้อปอดมากขึ้นอาจลุกลามไปตามหลอดน้ำเหลือง (lymphatic vessels) ไปสู่ต่อมน้ำเหลืองที่ซั้วปอด (hilar lymph node) ทำให้ต่อมน้ำเหลืองโตขึ้น สำหรับ primary focus และต่อมน้ำเหลืองที่โตขึ้นรวมเรียกว่า primary complex เชื้อจะสามารถเข้าสู่ระบบน้ำเหลือง เข้ากระแสเลือดและกระจายสู่อวัยวะต่างๆ เช่น สมอง กระดูก ไต ปอด เป็นต้น

ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ประมาณร้อยละ 70.00 จะไม่ติดเชื้อวัณโรค มีเพียงประมาณร้อยละ 30.00 ที่ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง โดยทั่วไปหลังติดเชื้อวัณโรค เชื้อจะไม่ลุกลามจนทำให้ป่วยเป็นโรค แม้เชื้อบางตัวยังคงมีชีวิตแต่สงบอยู่ใน scarred foci ของอวัยวะต่างๆ คน

ส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 90.00 จะไม่มีอาการผิดปกติใดๆ เลยตลอดชีวิต ซึ่งไม่ป่วยเป็นวัณโรค และไม่สามารถแพร่กระจายเชื้อให้ผู้อื่นได้ มีเพียงประมาณร้อยละ 10.00 ของวัณโรคระยะแฝง เท่านั้นที่จะป่วยเป็นวัณโรค โดยครึ่งหนึ่งหรือร้อยละ 5.00 จะป่วยเป็นวัณโรคภายใน 2 ปี ที่เหลืออีกร้อยละ 5.00 จะป่วยเป็นวัณโรคหลังจาก 2 ปีที่ติดเชื้อ เช่น ผู้ป่วยสูงอายุที่มีประวัติสัมผัสวัณโรคมานาน โดยธรรมชาติของวัณโรคผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 50.00-65.00 จะเสียชีวิตภายใน 5 ปี (กรมควบคุมโรค, 2561ข)

1.3 อาการและอาการแสดงของวัณโรค

อาการที่สำคัญ คือ อาการไข้และไอเรื้อรังนานเป็นสัปดาห์ ถึงเป็นแรมเดือน แรกเริ่มผู้ป่วยจะมีอาการคล้ายไข้หวัด ไข้หวัดใหญ่ หรือหลอดลมอักเสบ โดยมีอาการไอเป็นหลัก ระยะแรกเป็นลักษณะไอแห้งๆ ต่อมาจะมีเสมหะเป็นสีเหลืองหรือเขียว มักมีอาการครั่นเนื้อครั่นตัว มีไข้ต่ำๆ ตอนบ่ายๆ อ่อนเพลีย เบื่ออาหารร่วมด้วย อาจมีอาการเหงื่อออกตอนกลางคืน บางครั้งอาจออกมาจนโชกเสื้อผ้า และที่นอน ผู้ป่วยมักซื้อยาหรือหาหมอแต่อาการไม่ทุเลา จะมีอาการต่อเนื่องนาน 2-3 สัปดาห์ หรือเป็นแรมเดือน ผู้ป่วยจะมีอาการไอถี่ขึ้น อ่อนเพลีย เบื่ออาหารมากขึ้น น้ำหนักลดลงอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยอาจมีอาการไอออกมาเป็นเลือดสีแดงๆ หรือดำๆ ซึ่งมักออกมาปริมาณไม่มาก มีน้อยรายมากที่เลือดออกมากจนซีด หรือเป็นลม หน้ามืด มือเท้าเย็น บางรายอาจมีอาการแน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก หรือหอบเหนื่อยง่าย หรือเจ็บหน้าอกเวลาหายใจเข้าลึกๆ เนื่องจากมีภาวะมีน้ำในโพรงเยื่อหุ้มปอด เยื่อหุ้มปอดอักเสบ หรือโรคลุกลามไปทั่วปอด บางรายอาจมีอาการไข้ชานเป็นแรมเดือน โดยไม่มีอาการไอ หรืออาการอื่นๆ ชัดเจนก็ได้ ในรายที่เป็นวัณโรคปอดเพียงเล็กน้อย อาจไม่มีอาการอะไรเลย และมักตรวจพบโดยบังเอิญจากการเห็นจุดในปอดจากภาพถ่ายรังสี (กรมควบคุมโรค, 2561ข)

2. การตรวจวินิจฉัยวัณโรค

2.1 ลักษณะทางคลินิก

อาการของวัณโรคปอด ไม่ค่อยมีความจำเพาะ ได้แก่ ไอเรื้อรัง ไอเป็นเลือด เหนื่อยง่าย เจ็บหน้าอก อ่อนเพลีย ไข้ต่ำๆ ซึ่งมักเป็นตอนบ่าย เหงื่อออกตอนกลางคืนหลังใช้ลดเบื่ออาหาร น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ เป็นต้น อาจฟังได้ยินเสียง rales ขณะหายใจเข้าตรงบริเวณรอยโรคเมื่อฟังด้วย stethoscope โดยจะได้ยินชัดขึ้น เมื่อให้ผู้ป่วย ไอแรงๆ (post-tussive rales) อย่างไรก็ตาม ในผู้ป่วยวัณโรคในระยะเริ่มต้น อาจตรวจไม่พบสิ่งผิดปกติใดๆ เลย

คำแนะนำ ผู้มีอาการดังต่อไปนี้

1. ไอนานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไป (++, II)
2. มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ เช่น ไอไม่ทราบสาเหตุ ไอปนเลือด น้ำหนักลด ไข้ไม่ทราบสาเหตุ หรือเหงื่อออกกลางคืน ควรได้รับการตรวจคัดกรองหาวัณโรคทุกราย (+, II)

2.2 ภาพถ่ายรังสีทรวงอก

แนะนำให้ใช้ภาพถ่ายรังสีทรวงอก คัดกรองและช่วยในการวินิจฉัยวัณโรค ในผู้ที่มีหรือไม่มีอาการได้ โดยเฉพาะ กลุ่มเสี่ยง เนื่องจากผู้ติดเชื้อวัณโรคส่วนหนึ่งไม่มีอาการ ภาพถ่ายรังสีทรวงอกที่อาจเข้าได้กับวัณโรค เช่น รอยโรคลักษณะ reticulonodular หรือ cavity ที่ตำแหน่งปอดกลีบบน แต่อย่างไรก็ตามรอยโรคเหล่านี้อาจเป็นรอยโรคเก่าของวัณโรคที่ไม่จำเป็นต้องให้การรักษา หรือเกิดจากโรคอื่นก็ได้ เช่น เนื้องอก ปอดอักเสบจากการติดเชื้อ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ภาพถ่ายรังสีทรวงอก มีประโยชน์ในการวินิจฉัยโรค แต่มีความจำเพาะต่ำ โดยภาพถ่ายรังสีทรวงอก ที่อาจเข้าได้กับวัณโรคระยะลุกลาม เช่น patchy infiltrates ที่มีหรือไม่มี cavitory lesion เป็นต้น ภาพถ่ายรังสีทรวงอก ที่อาจเข้าได้กับรอยโรคเก่าของวัณโรค เช่น fibroreticular infiltrates ที่มีหรือไม่มี calcification เป็นต้น

คำแนะนำ

1. ไม่ควรใช้ภาพถ่ายรังสีทรวงอกเพียงอย่างเดียว ในการวินิจฉัยวัณโรค เมื่อพบความผิดปกติของภาพถ่ายรังสีทรวงอกที่เข้าได้กับวัณโรค ต้องตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรคร่วมด้วยเสมอ (++, I)
2. ในกรณีที่ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ แต่ภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบความผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค แนะนำให้นำภาพถ่ายรังสีทรวงอกเก่ามาเปรียบเทียบ เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรค (+, II)

2.3 การตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรค

คำแนะนำ

1. อธิบายการเก็บเสมหะที่มีคุณภาพ ให้ผู้ป่วยพยายามไอแรงๆ เพื่อให้ได้เสมหะจากส่วนลึกของหลอดลม (true sputum) เสมหะที่ได้ควรมีปริมาณมากกว่า 3 มิลลิลิตร (ครึ่งช้อนชา) ขึ้นไป และปริมาตรที่เหมาะสม คือ 5-10 มิลลิลิตร และส่งห้องปฏิบัติการทันที (++, I)

2. กรณีไม่สามารถนำเสมหะมาส่งทุกวัน ให้เก็บไว้ในตู้เย็น (ไม่ใช่ในช่องแช่แข็ง) แต่ไม่ควรเก็บนานเกินกว่า 1 สัปดาห์ (++, II) ในกรณีไม่มีตู้เย็นให้วางไว้ที่ร่ม เย็น ไม่โดนแสงแดด และรีบส่งตรวจให้เร็วที่สุดไม่ควรเก็บนานเกินกว่า 3 วัน (+, II)

3. ตรวจเสมหะที่มีคุณภาพอย่างน้อย 2 ครั้ง ในวันแรกที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ (spot sputum) และวันต่อมาต้องเป็นเสมหะตอนตื่นนอนเช้า (collected sputum) (++, II)

4. ในกรณีที่เสมหะไม่มีคุณภาพ เช่น น้ำลายปนเสมหะหรือน้ำลาย/เสมหะปนเลือด ควรส่งตรวจซ้ำมากกว่า 2 ครั้ง (++, IV)

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถไอเอาเสมหะออกมาได้หรือไม่มีเสมหะ อาจพิจารณาเก็บเสมหะโดยวิธีต่างๆ ดังต่อไปนี้ (ขึ้นอยู่กับดุลพินิจของแพทย์ และศักยภาพของสถานพยาบาล)

สูดดมละอองน้ำเกลือเข้มข้น (3% saline via nebulization) เพื่อให้ไอเอาเสมหะส่งย้อม และเพาะเชื้อ (ต้องทำในบริเวณที่ไม่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อในสถานพยาบาลเท่านั้น เช่น ในห้องเฉพาะ ที่มีระบบป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคผ่านละอองฝอย หรือบริเวณโล่งที่มีการถ่ายเทอากาศตามธรรมชาติที่ดี เป็นต้น) แต่การตรวจนี้ไม่แนะนำให้ทำ ในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหลอดลมตีบ เจ็บปอด เช่น ผู้ที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม ผู้ป่วยโรคหืด ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือ หลอดลมอักเสบเรื้อรัง ผลการตรวจเพิ่มโอกาสในการย้อมเจอเชื้อไม่มากนัก (+/-, IV)

ส่งกล้องตรวจหลอดลมเพื่อดูน้ำล้างหลอดลมส่งย้อมสีตรวจหาเชื้อวัณโรค ตรวจทางอณูชีววิทยา และเพาะเชื้อ และ/หรือตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) ส่งตรวจพยาธิวิทยา รวมด้วยผลการตรวจเพิ่มโอกาส ในการย้อมเจอเชื้อไม่มากนัก (+, I) และแนะนำให้ส่งเสมหะซ้ำ 1 วันหลังส่งกล้องเพื่อเพิ่ม โอกาสในการพบเชื้อ (+, II)

1. การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ เป็นวิธีการวินิจฉัยโรคที่ง่าย ได้ผลเร็ว และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อย สามารถทำได้ทั้งย้อมสีวิธี Ziehl-Neelsen (ZN) และตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ธรรมดา (light microscope) หรือย้อมด้วยสีเรืองแสง และ ตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์เรืองแสง (fluorescent microscope) ชนิดธรรมดาหรือที่ใช้หลอด light-emitting diode (LED) การตรวจ smear เป็นการตรวจเบื้องต้นเพื่อตรวจหาเชื้อวัณโรค โดยจะตรวจพบเชื้อเมื่อมีปริมาณเชื้ออย่างน้อย 5,000 – 10,000 ตัว/มิลลิลิตร อย่างไรก็ตามไม่สามารถแยกได้ว่าเป็นเชื้อที่มีชีวิตหรือตายแล้ว หรือ เป็นเชื้อวัณโรคดื้อยาหรือไวต่อยา หรือเป็นเชื้อวัณโรคหรือเชื้อ non-tuberculous mycobacteria (NTM)

2. การเพาะเชื้อวัณโรค และการทดสอบความไวของเชื้อวัณโรคต่อยา การเพาะเชื้อวัณโรคถือเป็นวิธีมาตรฐานในการวินิจฉัยโรค และสามารถวินิจฉัยแยกโรคมัคโคแบคทีเรียอื่นที่ไม่ใช่วัณโรค (Non-tuberculous Mycobacterium, NTM) ออกจากวัณโรคได้ และยังสามารถนำไปทดสอบความไวต่อยาได้ การเพาะเชื้อสามารถจะตรวจพบได้แม้ว่าจะมีเชื้อจำนวนน้อยเพียง 10-1,000 ตัว/มิลลิลิตร ขึ้นกับวิธีการและกระบวนการในห้องปฏิบัติการโดยใช้อาหารเลี้ยงเชื้อ 2 แบบ

2.1 การเพาะเลี้ยงเชื้อแบบอาหารแข็ง (solid media) เป็นวิธีดั้งเดิม อาหารที่นิยมใช้ คือ Ogawa และ Lowenstein-Jensen ซึ่งใช้เวลาเลี้ยงเชื้อ 6-8 สัปดาห์ พบการปนเปื้อน (contamination rate) ได้ในอัตราร้อยละ 2.00-5.00

2.2 การเพาะเลี้ยงเชื้อแบบอาหารเหลว (liquid media) มีหลายระบบ เช่น BACTEC-MGIT 960 ใช้ เวลาเพาะเลี้ยงเชื้อสั้นเพียง 2-3 สัปดาห์ จะตรวจพบเชื้อในเสมหะประมาณ 100 ตัว/มิลลิลิตร การเพาะเลี้ยงเชื้อ แบบอาหารเหลวสามารถเพิ่มผลของการตรวจพบเชื้อมากกว่า solid media ประมาณร้อยละ 10.00 แต่ก็พบอัตราการปนเปื้อน (contamination rate) สูงได้ถึงร้อยละ 10.00

ตัวอย่างเสมหะย่อมพบเชื้อ อาจจะเพาะเชื้อไม่ขึ้นได้ (no growth) เนื่องจากเป็นเชื้อที่ตายแล้ว หรือขบวนการเพาะเลี้ยงเชื้อมีขั้นตอนย่อยสลายและลดการปนเปื้อน (digestion & decontamination) เพื่อฆ่า แบคทีเรียอื่นๆ แต่ถ้าใช้เวลานาน หรือใช้สารที่มีความเข้มข้นมากเกินไป อาจจะฆ่าเชื้อวัณโรคด้วย ดังนั้น การเพาะเลี้ยงเชื้อต้องทำในห้องปฏิบัติการชั้นสูงที่ได้มาตรฐาน หลังจากเพาะเลี้ยงจนเชื้อเจริญเติบโตขึ้นแล้ว ต้องนำไปสู่ขบวนการพิสูจน์เชื้อ (Identification) เพื่อยืนยันว่าเป็นเชื้อวัณโรค (M. tuberculosis) ก่อนจะนำไปทดสอบ ความไวต่อยา การเพาะเชื้อ ในอาหารเลี้ยงเชื้อชนิดน้ำ และของแข็งทั้ง 2 ชนิด จะเพิ่มโอกาสและความถูกต้องในการวินิจฉัย และลดระยะเวลาการรอคอย (+, 1) การทดสอบความไวของเชื้อวัณโรคต่อยา สามารถช่วยในการวินิจฉัยวัณโรคต่อยาชนิดต่างๆ ซึ่งมีประโยชน์ในการวางแผนการรักษาผู้ป่วยต่อไป

คำแนะนำ

ควรส่งเสมหะเพาะเชื้อวัณโรค และทดสอบความไวของเชื้อวัณโรคต่อยาก่อนเริ่มการรักษาทุกราย โดยพิจารณาตามความเหมาะสม เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยวัณโรคต่อยาเพิ่มขึ้นและการต่อยามีผลกระทบต่อ ผลการรักษา และการกลับเป็นซ้ำเมื่อรักษาด้วยสูตรมาตรฐาน (+, II)

3. การตรวจทางอณูชีววิทยา เพื่อการวินิจฉัยวัณโรคปอด และทดสอบความไวของเชื้อ วัณโรค ต่อยาบางชนิด (nucleic acid amplification test: NAAT) เช่น PCR, real-time PCR, Xpert MTB/RIF และ line probe assay, LAMP เป็นต้น เป็นการตรวจที่ได้ผลรวดเร็ว (rapid molecular test) อาจนำมาช่วย ในการวินิจฉัยวัณโรคปอด ที่ไม่พบเชื้อจากการย้อมเสมหะ ด้วยกล้องจุลทรรศน์ วินิจฉัยวัณโรคนอกปอดบางชนิด วินิจฉัยแยกโรคจาก NTM หรือช่วยในการวินิจฉัยผู้ป่วยที่สงสัยวัณโรคดื้อยา

คำแนะนำ

แนะนำตรวจทางอณูชีววิทยา เพื่อเพิ่มความไวในการวินิจฉัยวัณโรคปอดในผู้ป่วยที่สงสัยวัณโรค แต่ไม่พบเชื้อจากการย้อมเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ ให้พิจารณาส่ง Xpert MTB/RIF หรือ LAMP เท่านั้น (+, I) (พิจารณาคความเหมาะสมตามดุลพินิจของแพทย์)

แนะนำส่งตรวจทดสอบความไวโดยวิธีทางอณูชีววิทยา เมื่อสงสัยภาวะวัณโรคดื้อยา ในกรณีดังต่อไปนี้ ผู้ป่วยวัณโรคที่มีประวัติเคยรักษาวัณโรค หรือ มีประวัติการขาดยา ผู้ป่วยวัณโรคที่มีประวัติ สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค ดื้อยา (closed contact) และผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงเช่นติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเบาหวาน ฤๅงลมโป่งพอง ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ซิลิโคสิส ไตวายเรื้อรัง ขาดสารอาหาร ผู้ใช้ยาเสพติดและฉีดปกติจากการติดยา ผู้ป่วยผ่าตัดกระเพาะและลำไส้ * ในกรณีที่ตรวจไม่พบเชื้อจากการย้อมเสมหะ และตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ให้พิจารณาส่ง Xpert MTB/RIF (+, II) (พิจารณาคความเหมาะสมตามดุลพินิจของแพทย์) * ถ้าตรวจพบเชื้อจากการย้อมเสมหะ และตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ ให้พิจารณาส่ง line probe assay หรือ Xpert MTB/RIF (+, II) (พิจารณาคความเหมาะสมตามดุลพินิจของแพทย์)

4. การตรวจ Tuberculin skin test (TST), Interferon gamma-released assays (IGRA) ไม่สามารถนำมาใช้ในการวินิจฉัยวัณโรคปอด เนื่องจากเป็นเพียงการตรวจทดสอบว่ามีภูมิต้านทานต่อเชื้อวัณโรค หรือไม่ ถ้าผลการทดสอบเป็นบวก บอกได้เพียงว่าเคยมีการติดเชื้อวัณโรคในร่างกายมาก่อนเท่านั้น ไม่สามารถแยกได้ว่า เป็นการติดเชื้อวัณโรคระยะสงบหรือกำลังป่วยเป็น วัณโรค (กรมควบคุมโรค, 2561ก)

3. การจำแนกประเภทของผู้ป่วย

3.1 จำแนกตามผลการตรวจทางแบคทีเรีย

3.1.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรค (bacteriologically confirmed TB case: B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีสิ่งส่งตรวจ (specimen) ผลเป็นบวก โดยวิธี smear microscopy หรือ culture หรือวิธีการอื่นๆ ที่ WHO รับรอง เช่น Xpert MTB/RIF, line probe assay, TB-LAMP เป็นต้น

3.1.2 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจไม่พบเชื้อวัณโรค (clinically diagnosed TB case: B-) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีสิ่งส่งตรวจผลเป็นลบ หรือไม่มีผลตรวจ แต่ผลการเอกซเรย์หรือผลการตรวจชิ้นเนื้อ (histology) ผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ร่วมกับอาการแสดงทางคลินิก และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค

หมายเหตุ: ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเป็นลบ (B-) แม้ว่าจะเริ่มรักษาไปแล้ว ต่อมาทราบผลเพาะเลี้ยงเชื้อเป็น MTBC (*M. tuberculosis complex*) ให้จัดประเภทใหม่เป็นผู้ป่วยมีผลตรวจเป็นบวก (B+)

3.2 จำแนกตามอวัยวะที่เป็นวัณโรค

3.2.1 วัณโรคปอด (pulmonary tuberculosis: PTB) คือ ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของวัณโรคในเนื้อปอด หรือที่แขนงหลอดลม (endobronchial) โดยมีผลตรวจเสมหะเป็นบวกหรือลบก็ได้ Miliary TB จัดเป็นวัณโรคปอดเนื่องจากพยาธิสภาพอยู่ในปอด

3.2.2 วัณโรคนอกปอด (extrapulmonary tuberculosis: EPTB) คือ ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของวัณโรคที่อวัยวะอื่นๆ ที่ไม่ใช่เนื้อปอด เช่น เยื่อหุ้มปอด ต่อมมน้ำเหลือง เยื่อหุ้มสมอง ช่องท้องระบบทางเดินปัสสาวะ ผิวหนัง กระดูกและข้อ เป็นต้น โดยมีผลตรวจสิ่งส่งตรวจเป็นบวกหรือลบก็ได้

3.3 จำแนกตามสถานะติดเชื้อ HIV

3.3.1 ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ HIV (HIV positive TB patient) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการตรวจ HIV เป็นบวก

3.3.2 ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ติดเชื้อ HIV (HIV negative TB patient) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการตรวจ HIV เป็นลบ

3.3.3 ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ทราบสถานะติดเชื้อ HIV (HIV status unknown TB patient) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ทราบผลตรวจ HIV หรือไม่ได้ตรวจ HIV

3.4 จำแนกผู้ป่วยตามการดื้อยาวัณโรค

Mono resistant TB หมายถึง วัณโรคดื้อยาตัวใดตัวหนึ่งเพียงขนานเดียว ในกลุ่ม first line drug

Polydrug-resistant TB หมายถึง วัณโรคดื้อยาในกลุ่ม first line drug มากกว่าหนึ่งขนานที่ไม่ใช่ H (isoniazid) และ R (rifampicin) พร้อมกัน

Multidrug-resistant TB (MDR-TB) หมายถึง วัณโรคดื้อยาหลายขนาน ที่ดื้อยา H และ R พร้อมกัน และอาจจะดื้อต่อยาขนานอื่นๆ ร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้

Pre-extensively drug-resistant TB (Pre-XDR-TB) หมายถึง วัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง คือ MDR-TB ที่ดื้อยารักษาวัณโรคในกลุ่ม fluoroquinolones หรือ second-line injectables (Km, Am, Cm) อย่างใดอย่างหนึ่ง (ไม่รวม streptomycin; S เพราะเป็นยา first line drug)

Extensively drug-resistant TB (XDR-TB) หมายถึง วัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก คือ MDR-TB ที่ดื้อยาในกลุ่ม fluoroquinolones และ second-line injectable พร้อมกัน

Rifampicin-resistant TB (RR-TB) หมายถึง วัณโรคดื้อยา rifampicin ซึ่งตรวจพบโดยวิธี phenotypic หรือ genotypic และอาจดื้อยาวัณโรคอื่นร่วมด้วย ซึ่งอาจเป็น mono drug resistant TB, polydrug resistant TB, MDR-TB, pre-XDR-TB หรือ XDR-TB ก็ได้ (กรมควบคุมโรค, 2561ข)

4. การรักษาวัณโรค

4.1 การพิจารณาก่อนเริ่มการรักษา

คำแนะนำ

1. พิจารณาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ในผู้ป่วยวัณโรคทุกราย (++, 1)
2. พิจารณาจะเลือกตรวจการทำงานของตับ ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดตับอักเสบ ได้แก่ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป, ต้มสุราเป็นประจำ, เคยมีประวัติโรคตับหรือติดเชื้อไวรัสตับอักเสบริ่ง, ติดเชื้อเอชไอวี, มีภาวะทุพโภชนาการ, หลงตั้งครรภ์ เป็นต้น (+, II)
3. พิจารณาจะเลือกดูการทำงานของไต ในผู้ป่วยที่มีโรคไตหรือเสี่ยงต่อการเกิดไตวายเฉียบพลัน เช่น nephrotic syndrome, ไตวายเรื้อรัง, โรคเบาหวาน ที่มีการทำหน้าที่ของไตบกพร่อง, ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่ต้องใช้ยากกลุ่ม minoglycosides (+4, II)
4. พิจารณาตรวจสายตาในผู้ป่วยสูงอายุ หรือผู้ที่มีความผิดปกติของสายตาดูอยู่เดิม (+, II)
5. ผู้ป่วยที่ดื่มเหล้าทุกราย ต้องได้รับคำแนะนำให้หยุดเหล้า และระมัดระวังการใช้ยาอื่นที่อาจมีผลต่อดับ (ควรได้รับยาต่างๆ ภายใต้คำแนะนำของแพทย์) (++, II)

4.2 สูตรยารักษาวัณโรค

แนวทางการรักษาวัณโรคขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2560 แนะนำสูตรยามาตรฐานสำหรับผู้ป่วยใหม่ ที่เชื้อไวต่อยา (New patient regimen with drug suscepti ไม่เคยรักษา หรือ เคยรักษามาไม่เกิน 1 เดือน 2HRZE / 4HR (H = INH, R = Rifampicin, Z = Pyrazinamide, E = Ethambutol)

คำแนะนำในการใช้ยาสูตรมาตรฐาน

1. ก่อนเริ่มการรักษาพิจารณาตามคำแนะนำ ในข้อการเพาะเชื้อวัณโรค และการทดสอบความไวของเชื้อวัณโรคต่อยา
2. ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเป็น “new case”
3. ในผู้ป่วยบางราย ที่ตอบสนองการรักษาไม่ดี ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มีแผลโพรงขนาดใหญ่ มีเสมหะตรวจพบเชื้อและผลเพาะเชื้อวัณโรคในเดือนที่ 2 หรือ 3 เป็นบวก และผลทดสอบความไวไม่พบเชื้อต่อยา สามารถยืดการรักษาในระยะต่อเนื่อง (continuation phase) จาก 4 เดือน เป็น 7 เดือน แต่ทั้งนี้ควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อพิจารณาเป็นรายๆ ไป (++, II)

4.3 การติดตามการรักษา พิจารณาตรวจย้อมเสมหะ และร่วมกับลักษณะทางคลินิก เป็นสำคัญระหว่างการรักษาผู้ป่วยอาจจะไอน้อยลง ไม่ค่อยมีเสมหะ แม้ว่าเสมหะที่ส่งอาจไม่ใช่เสมหะที่มีคุณภาพ แต่แนะนำให้ตรวจย้อม เพื่อประเมินการรักษาภาพถ่ายรังสีทรวงอก เมื่อ

1. ลักษณะทางคลินิกเลวลงระหว่างการรักษา ก่อนพิจารณาเปลี่ยนแนวทางการรักษา
2. สิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้น
3. ก่อนการพิจารณาหยุดยา คำแนะนำในการติดตามการตรวจย้อมเสมหะ (++, II) กรณีใช้สูตรมาตรฐาน New patient regimen

คำอธิบาย

1. ก่อนเริ่มการรักษา ดูคำแนะนำในข้อการเพาะเชื้อวัณโรค และการทดสอบความไวของเชื้อวัณโรคต่อยา
2. ติดตามการตรวจย้อมเสมหะ เมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้นของการรักษาทุกราย (สิ้นเดือนที่ 2 ของการรักษา) ไม่ว่าจะก่อนรักษาจะเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอด ตรวจเสมหะพบเชื้อหรือไม่ก็ตาม
 - 2.1 ถ้าผลย้อมเสมหะเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 2 ไม่พบเชื้อ
 - 2.1.1 ให้ลดยาเหลือ HR
 - 2.1.2 ให้ติดตามตรวจย้อมเสมหะอีกครั้ง เมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 5 และเดือนสุดท้ายของการรักษาตามลำดับ
 - 2.2 ถ้าผลย้อมเสมหะเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 2 พบเชื้อ

2.2.1 แนะนำส่งการตรวจทางอณูชีววิทยา (rapid molecular testing) และเพาะเชื้อวัณโรค ทดสอบความไวของเชื้อวัณโรคต่อยา

2.2.2 พิจารณาการรักษาตามผลการตรวจ ทางอณูชีววิทยา ร่วมกับ ผลการเพาะเชื้อวัณโรคและทดสอบความไวของเชื้อวัณโรคต่อยา ซึ่งส่งก่อนการรักษา ตามความเหมาะสม หรือปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

3. ติดตามการตรวจย้อมเสมหะเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 5

3.1 ถ้าผลย้อมเสมหะเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 5 ไม่พบเชื้อ

3.1.1 ตามผลการเพาะเชื้อวัณโรคและทดสอบความไวของเชื้อวัณโรค ต่อยาที่มี (ในกรณีได้ส่งตรวจไว้ก่อนการรักษา)

3.1.2 กรณีไม่พบวัณโรคต่อยา ให้ HR ต่อ ติดตามการตรวจย้อมเสมหะ เดือนสุดท้ายของการรักษา

3.1.3 กรณีพบวัณโรคต่อยา ให้พิจารณาปรับสูตรยาให้เหมาะสม หรือ ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

3.2 ถ้าผลย้อมเสมหะเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 5 (และเดือนสุดท้ายของการรักษา) พบเชื้อติดตามภาพถ่ายรังสีทรวงอก จำหน่ายผู้ป่วยเป็น treatment failure ส่งเสมหะเพาะเชื้อ วัณโรค และทดสอบความไวของเชื้อวัณโรคต่อยา และ ตรวจทางอณูชีววิทยา และติดตามผลเพื่อ พิจารณาปรับสูตรยาให้เหมาะสมหรือปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (*ในกรณีที่มีข้อสงสัยเช่น เสมหะ ยังพบเชื้อ แต่ลักษณะทางคลินิกหรือภาพถ่ายรังสีปกติขึ้นก่อน จำหน่ายผู้ป่วยเป็น treatment failure ให้ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาเป็นรายๆ ไป)

4.4 การพิจารณาการรักษาใหม่หลังการขาดยา หรือหยุดยาด้วยเหตุผลใดๆ (Treatment after interruption)

ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งต้องหยุดยาเนื่องจากความจำเป็นบางประการ เช่น อาการแพ้ ยารุนแรง เหตุการณ์ความไม่ปกติใดๆ ทำให้ไม่สามารถมารับยาตามนัดได้หรือยาไม่พอจนถึงเวลา นัด จึงต้องทราบหลักการในการรักษาโดย มีแนวทางการพิจารณาการรักษาใหม่หลังการขาดยา หรือหยุดยาด้วยเหตุผลใดๆ อย่างไรก็ตามการใช้แนวทางนี้จะเลือกใช้เฉพาะในกรณีดังต่อไปนี้ คือ

1. ไม่มีลักษณะทางคลินิกที่เลวลง และ
2. ภาพถ่ายรังสีทรวงอกไม่เลวลง และ
3. ตรวจเสมหะไม่พบเชื้อหรือพบปริมาณเชื้อไม่มากขึ้นกว่าเดิม

คำแนะนำ rimbuzin treatment after interruption (+, III)

1. แนะนำส่งเสมหะตรวจทางอณูชีววิทยา และเพาะเชื้อวัณโรค ทดสอบความไวของเชื้อวัณโรคต่อยา ก่อนพิจารณาการรักษาใหม่หลังการขาดยา (พิจารณาตามความเหมาะสม)
2. ในผู้ป่วยที่ต้องพิจารณาการรักษาใหม่หลังการขาดยาฯ โดยไม่มีเหตุอันควร ต้องหาวิธีแก้ปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยขาดยา และแนะนำให้รักษาภายใต้ DOT ทุกราย
3. ในกรณีที่มีข้อสงสัยหรือตัดสินใจไม่ได้ ควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ปรึกษาเป็นรายๆ (กรมควบคุมโรค, 2561ก)

5. การป้องกันวัณโรค

5.1 ฉีดวัคซีน BCG ซึ่งนิยมฉีดในทารกตั้งแต่แรกเกิด วัคซีนชนิดนี้มีประสิทธิผลในการป้องกันวัณโรคชนิดรุนแรง ได้แก่ เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากวัณโรค วัณโรคชนิดแพร่กระจาย ซึ่งพบได้บ่อยในเด็กเล็ก แต่อาจป้องกันวัณโรคปอดไม่ได้เต็มที่ ผู้ที่เคยฉีดวัคซีน BCG มาแล้วก็ยังมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคปอด

5.2 คนทั่วไปควรรักษาสุขภาพให้แข็งแรง โดยการพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ กินอาหารที่มีประโยชน์ ครบ 5 หมู่ ออกกำลังกายเป็นประจำ ละเว้นจากการสูบบุหรี่หรือการดื่มแอลกอฮอล์จัด และการใช้ยาเสพติด หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

5.3 เมื่อมีผู้ป่วยอยู่ในบ้านเดียวกัน ควรกำชับให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ช่วงที่ผู้ป่วยกินยารักษาวัณโรคไม่ถึง 2 สัปดาห์ หรือยังไม่หายไอ ควรหลีกเลี่ยงการนอนอยู่ห้องเดียวกับผู้ป่วย ถ้าจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ควรสวมหน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

5.4 ผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการเป็นโรคนี้นี้ แม้จะรู้สึกสบายดีก็ควรไปพบแพทย์เพื่อทำการทดสอบทูเบอร์คูลิน (สำหรับผู้ติดเชื้อ HIV ควรทำการทดสอบทุก 6 เดือน) (กรมควบคุมโรค, 2558)

การปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทยและบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1. แผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560-2564

องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลก ที่มีปัญหาวัณโรควัณโรครุนแรงระดับโลก ทั้งวัณโรคทั่วไป วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และวัณโรคดื้อยาหลายขนานสูง และจากการคาดประมาณขององค์การอนามัยโลก ปี 2559 ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำ 119,000 ราย ผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี 10,000 ราย และผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา 4,700 ราย สำนักวัณโรครายงานผล

การดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559 พบว่า มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค (ผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) 70,114 ราย ผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี 6,794 ราย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 11.00 ของผู้ที่ได้รับการตรวจเชื้อเอชไอวี วัณโรคคือยาหลายขนาน 955 ราย และวัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก 13 ราย โดยมีผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับเป็นซ้ำร้อยละ 82.90 วัณโรคจึงนับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าวจึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ วัณโรคระดับชาติ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานการป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรค พ.ศ. 2560-2564 มีเป้าประสงค์ คือ “ลดอัตราอุบัติการณ์ของวัณโรคลงร้อยละ 12.50 ต่อปี จาก 171 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2557 ให้เหลือ 88 ต่อประชากร 100,000 คน เมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2564” และ นอกจากนี้ ยังได้ดำเนินงานจัดทำแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561 ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมวัณโรค ตามแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค และเพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ ยุติวัณโรค (The End TB Strategy) ที่แนะนำโดยองค์การอนามัยโลก (กรมควบคุมโรค, 2561ก)

สาระสำคัญของแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560-2564 มีองค์ประกอบ 5 ยุทธศาสตร์ที่สำคัญดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งรัดค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคให้ครอบคลุมโดยการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย

1. เพิ่มการเข้าถึงการวินิจฉัยที่รวดเร็วโดยเทคโนโลยีอณูชีววิทยา
2. ค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มเป้าหมายสำคัญ คือ เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งอยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้ได้รับการรักษาวัณโรคระยะแฝง
3. ขยายความครอบคลุมการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในสถานพยาบาล และชุมชน ส่งเสริมประเมินสถานบริการสาธารณสุข ร่วมกับการประเมินมาตรการทางการบริหารจัดการ นอกจากนี้ ส่งเสริมการปฏิบัติงานด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ในครอบครัวและชุมชน
4. สนับสนุนหน่วยงานภาคเอกชนและภาคประชาสังคม ให้มีส่วนร่วมรับผิดชอบในการวินิจฉัยดูแลรักษา รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค

1. ส่งเสริมผู้ป่วยวัณโรคทุกรายทั้งผู้ใหญ่และเด็ก ให้ได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอครบถ้วน ด้วยสูตรยามาตรฐานและยาที่มีคุณภาพ
2. เร่งรัดการดำเนินงานผสมผสานวัณโรคและโรคเอดส์ ทั้งด้านการวางแผนงาน ร่วมกันการเร่งค้นหา การให้ยาป้องกันวัณโรค การให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการให้ยาต้านไวรัสในผู้ป่วยวัณโรคทุกราย ที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย
3. ปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการวัณโรคดื้อยา (programmatic management of drug-resistant TB: PMDT) ให้ครอบคลุมทั่วประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการป้องกัน ดูแลรักษาและควบคุมวัณโรค

1. พัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคล บนระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตที่สามารถเชื่อมโยงการใช้ประโยชน์ ทั้งสำหรับหน่วยงานให้บริการ สนับสนุนงบประมาณ ติดตามประเมินผล และหน่วยงานระดับนโยบาย ได้อย่างเป็นเอกภาพ
2. เพิ่มคุณภาพการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านวัณโรคให้มีศักยภาพและแรงจูงใจในการดำเนินงานวัณโรค

ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างกลไกการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์อย่างยั่งยืน

1. มีคณะกรรมการให้ข้อเสนอทางวิชาการเพื่อขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560-2564
2. ร่วมกับแผนงานโรคเอดส์ และมาลาเรีย สร้างกองทุนพิเศษเพื่อดำเนินงานโรคเอดส์ วัณโรคและมาลาเรีย ต่อเนื่องหลังจากการสนับสนุนของกองทุนโลกสิ้นสุดลง รวมทั้งพัฒนาระบบสนับสนุนเบี้ยยังชีพแก่ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา จากแหล่งทุนต่างๆ ของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม
3. ส่งเสริมการใช้กฎหมาย พระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานวัณโรคอย่างเหมาะสม

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมการป้องกัน ดูแลรักษาและควบคุมวัณโรค

1. พัฒนาแผนวิจัยวัณโรคระดับชาติ (national tuberculosis research roadmap) โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานผู้ให้ทุน หน่วยงานวิจัย และหน่วยงานสนับสนุนการวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ

2. ส่งเสริมการสร้างนวัตกรรม พัฒนารูปแบบการดำเนินงานนวัตกรรมอย่างเป็นระบบ และสามารถประยุกต์ใช้ขยายผลข้างเคียงในภาพรวมของเขตและประเทศ

เป้าประสงค์

1. เพื่อเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคให้ครอบคลุมร้อยละ 100.00 โดยให้กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองและได้รับการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจที่รวดเร็ว โดยการคัดกรองด้วยภาพถ่ายรังสีทรวงอกร่วมกับเทคโนโลยีอณูชีววิทยา รวมทั้งการเข้าถึงการดูแลรักษาที่เป็นมาตรฐาน มีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ดี

2 เพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วยวัณโรคลงร้อยละ 50.00 ภายใน พ.ศ. 2564 เมื่อเทียบกับ พ.ศ. 2557

3. เพื่อสร้างความเข้มแข็งในความเป็นผู้นำและศักยภาพการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ของการป้องกันดูแลรักษา และควบคุมวัณโรค

4. เพื่อสร้างความยั่งยืนของการสนับสนุนเชิงนโยบายอย่างจริงจัง (political commitment) ด้วยการระดมทรัพยากรในการดำเนินงานป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรค

5. เพื่อเร่งรัดการศึกษาวิจัย ที่สามารถชี้แนะแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานวัณโรค รวมทั้งส่งเสริมนวัตกรรมสำหรับการพัฒนางานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของพื้นที่

การจากการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมและศักยภาพ (SWOT ANALYSIS) ขององค์ประกอบหลักของโครงการงานรักษาและป้องกันวัณโรคในแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560-2564 พบว่า ในส่วนของการรักษาและป้องกันวัณโรค มีจุดแข็งข้อหนึ่ง คือ อาสาสมัครสาธารณสุข ในชุมชนได้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการให้บริการ DOT แก่ ผู้ป่วยวัณโรคในขณะเดียวกันจุดอ่อนของโครงการงานรักษาและป้องกันวัณโรค คือ ความล่าช้าในการเผยแพร่แนวทางใหม่การยอมรับและการปฏิบัติตามกลวิธี DOT ยังไม่เข้มข้นพอ การดูแลผู้ป่วยด้วยกลวิธี DOT โดยสมาชิกในครอบครัว หรือโดยอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ยังมีอยู่อย่างจำกัดหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่มีส่วนร่วมด้วย (กรมควบคุมโรค, 2561ก)

2. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย

ในการจัดทำแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561 ผู้ทรงคุณวุฒิ และนักวิชาการได้นำเนื้อหาจากแนวทางการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทย แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาวัณโรคในเด็ก พ.ศ. 2561 แนวทางการสอบสวนและควบคุมวัณโรค และแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 พร้อมทั้ง

ปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2556 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมวัณโรค ตามแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค เพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (The End TB Strategy) ที่แนะนำโดยองค์การอนามัยโลก โดยองค์การอนามัยโลกได้แนะนำยุทธศาสตร์และแนวทางในการควบคุมวัณโรคที่มีประสิทธิภาพ ในกรอบแนวทางการควบคุมวัณโรคแห่งชาติ ที่บุคคลากรสาธารณสุขควรนำไปใช้รักษาผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งได้แก่ กลยุทธ์ในการควบคุมวัณโรค (DOTS: Directly Observed Treatment Short Course) มี 5 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

1. พันธสัญญาจากหน่วยงานทุกระดับ ตลอดจนพันธมิตรทุกภาคส่วน ในการเพิ่มบุคลากรและงบประมาณ เพื่อให้การควบคุมวัณโรคเป็นพันธกิจทั่วประเทศ และบูรณาการระบบสุขภาพแห่งชาติอย่างยั่งยืน (Sustained Political Commitment)

2. การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในผู้ที่มีอาการนำสงสัยเป็นวัณโรค เน้นการตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ โดยหน่วยชั้นสูงที่มีระบบประกันคุณภาพ จำเป็นต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษ เพื่อค้นหาผู้ป่วยในกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV และกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ เช่น ผู้ต้องโทษในเรือนจำ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ชุมชนแออัด (Access to Quality-Assured TB Sputum Microscopy)

3. การรักษาด้วยระบบยามาตรฐานระยะสั้น (6,8เดือน) พร้อมระบบการดูแลผู้ป่วย (Case Management) ที่เหมาะสมทั้งเชิงเทคนิคและสังคม แนะนำให้ใช้การรักษาแบบมีพี่เลี้ยง (DOT: Directly Observed Treatment) เสมอ เมื่อมีการใช้ Rifampicin เพื่อความมั่นใจในคุณภาพของงานวัณโรคเพื่อช่วยผู้ป่วยให้คงอยู่ในการรักษา และเพื่อป้องกันการดื้อยา (Standardized Short-Course to all Cases of TB Under Proper Case Management Conditions Including Direct Observation of Treatment)

4. การสนับสนุนยาวัณโรคที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องและไม่ขาดระยะ คือ เป็นองค์ประกอบสำคัญในการควบคุมวัณโรค จำเป็นต้องมีระบบบริหารจัดการยาที่เชื่อถือได้ ผู้ป่วยควรได้รับยาวัณโรคโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เนื่องจากการรักษาให้ผู้ป่วยหายเป็นประโยชน์ต่อสังคมโดยรวม

5. ระบบการบันทึก/ทะเบียน/รายงานที่เป็นมาตรฐาน เพื่อประเมิน ผลการรักษาของผู้ป่วยแต่ละรายและประเมินผลการปฏิบัติงานวัณโรคโดยรวม (Recording and Reporting System Enabling Outcome Assessment) (กรมควบคุมโรค, 2561)

แนวทางการดำเนินการ DOTS (Directly Observed Treatment, Short Course)

การรักษาวัณโรคโดยการควบคุมการกินยา ของผู้ป่วยอย่างเต็มที่นั้น เดิมมีการใช้กันอยู่บ้างแล้ว โดยเรียกว่า Fully supervised therapy ต่อมาจึงมีการ ใช้คำย่อว่า DOT = Directly Observed Treatment คือ การรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง สำหรับคำย่อ DOTS (Directly Observed Treatment, Short Course) ที่ใช้กันในปัจจุบัน DOTS ได้รับการพิสูจน์แล้วว่า เป็นวิธีการที่ดีที่สุด ในปัจจุบัน ที่จะทำให้ผู้ป่วย ได้รับการรักษาสม่ำเสมอครบถ้วน และป้องกันการเกิดดื้อยาของเชื้อ วัณโรค และโดยข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก ในขณะนี้ มี ประเทศต่างๆ กว่า 100 ประเทศ รวมทั้งประเทศไทย ได้นำไปใช้ในแผนงานวัณโรคของประเทศแล้ว

1. ผู้ป่วยที่จะให้การรักษาแบบ DOTS เรียงตาม ลำดับความสำคัญ คือ

1.1 ผู้ป่วยวัณโรค ที่ตรวจเสมหะพบเชื้อด้วย กล้องจุลทรรศน์ ทั้งผู้ป่วยใหม่และที่ เคยได้รับการรักษามาแล้ว

1.2 ผู้ป่วยวัณโรค ที่ตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ไม่พบเชื้อวัณโรค โดยอาจมี ผลเพาะเชื้อ เป็นบวกหรือเป็นลบ เป็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องให้ DOTS ในผู้ป่วยย่อยเสมหะ บวก (smear positive) ทุกราย

2. การเลือกบุคคลที่จะให้ทำหน้าที่เป็น Observers ยึดความน่าเชื่อถือ (accountability) เป็นหลัก, ความสะดวกของการเข้าถึงบริการ (accessibility) และการยอมรับ ของผู้ป่วย (acceptance) เป็นรอง

2.1 เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรประจำสถานบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข ที่อยู่ใกล้บ้าน ผู้ป่วยมากที่สุด หรือบุคคลที่ผู้ป่วยจะไปติดต่อรับ DOTS (ทุกวันหรือเว้นระยะ) ได้ สะดวก หรือถ้ามีปัจจัยพร้อม เจ้าหน้าที่ก็อาจนำไปให้ผู้ป่วยกินที่บ้านก็ได้ ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับ วัณโรคในโรงพยาบาลก็เป็นโอกาสอันดีที่จะให้ DOTS ได้ ตลอดจนการแนะนำในการไปทำ DOTS ต่อหลังจากจำหน่าย ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องมารับการฉีดยาตามนัด ก็เป็นโอกาสที่จะให้กินยา ไปด้วยพร้อมกัน

2.2 อาสาสมัครหรือผู้นำชุมชน เช่น อสม. ครู พระสงฆ์ และบุคคลอื่นๆ ฯลฯ

2.3 สมาชิกครอบครัวหรือญาติผู้ป่วย ได้แก่ สามี ภรรยา บิดา มารดา บุตร พี่น้อง ญาติ ที่อยู่ บ้านเดียวกันหรือบ้านใกล้เคียงที่อ่านเขียนหนังสือได้ แต่ทั้งนี้ต้องมีการอบรม ให้ เข้าใจถึงหลักการและวิธีการให้ยาผู้ป่วย และต้องมีการเยี่ยมติดตามแต่เนิ่นๆ โดยเจ้าหน้าที่สถาน บริการบ่อยครั้ง โดยเฉพาะในระยะเข้มข้นของการรักษา เพื่อให้ทำ DOTS ได้โดยถูกต้อง การเลือกบุคคลที่จะทำหน้าที่ให้ DOTS นั้น ควรพิจารณาตามความเหมาะสมและได้รับการ

ยินยอมของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งถ้าผู้ป่วยอยู่ใกล้สถานบริการมาก ก็อาจต้องเลือกบุคคลประเภท 2.2 หรือ 2.3 ให้ทำหน้าที่ให้ DOTS ต่อไป

3.หน้าที่ผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ DOTS

3.1 ให้กำลังใจและกำกับดูแลผู้ป่วย ให้กินยาทุกขนานทุกมื้อ

3.2 ใต้ถามหรือสังเกตผู้ป่วยมีอาการแพ้ยา หรือไม่ ถ้ามีก็อาจพิจารณาให้หยุดยาไว้ก่อนเพื่อรายงานสถานบริการหรือแพทย์เพื่อแก้ไขต่อไป

3.3 จัดการให้ผู้ป่วยเก็บเสมหะเพื่อส่งโรงพยาบาลตรวจตามกำหนด เพื่อการประเมินผลการรักษา

3.4 ถ้ามีผู้อื่นที่มีอาการสงสัยวัณโรคในบ้านผู้ป่วยหรือใกล้เคียง ก็แนะนำให้ไปรับการตรวจรักษาต่อไป

4.วิธีดำเนินการ

4.1 ระยะเวลาของการให้ DOTS ควรพยายามให้จนครบระยะการรักษา แต่อย่างน้อย ควรให้ในระยะแรกหรือระยะเข้มข้น (ถ้าระยะต่อเนื่องไม่สามารถให้ DOTS ได้ก็ต้องให้สุศึกษาเข้มข้น และไปเยี่ยมติดตามผู้ป่วยอย่างน้อยเดือนละครั้ง)

4.2 เมื่อแพทย์วินิจฉัยโรคและกำหนดระบบยารักษาแล้ว ก็ให้นัดผู้ป่วยและครอบครัวมาให้สุศึกษาและอธิบายถึงความจำเป็นที่จะต้องรับการรักษาแบบ DOTS

4.3 พิจารณาเลือกผู้ที่จะให้ทำหน้าที่เป็น Observer ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย (ไม่ควรให้ผู้ป่วยเป็นผู้เลือก Observer เอง) ต้องรีบโอนผู้ป่วยไปติดต่อรับ DOTS จากสถานบริการที่ทำหน้าที่ในเครือข่าย DOTS ที่อยู่ใกล้บ้านมากที่สุด

4.3.1 ถ้าผู้ทำหน้าที่ Observer เป็นเจ้าหน้าที่ ควรจัดสถานที่อย่างง่าย ๆ ที่จะให้ความสะดวกแก่ผู้ป่วยให้มากที่สุด

4.3.2 ถ้า Observer เป็นบุคคลในกลุ่ม 2.2 หรือ 2.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะต้องออกไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วย อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งในระยะเข้มข้น และอย่างน้อยเดือนละครั้งในระยะต่อเนื่อง เพื่อดูแลให้ทำ DOTS ถูกต้อง

4.4 เตรียมยาใส่ซอง packet หรือ blister pack หรืออาจเป็นเม็ดยารวม 2 ขนาน , 3 ขนาน, หรือ 4 ขนาน (Fixed-dose combination) เพื่อให้ผู้ป่วยกินแต่ละวันและเตรียมแผ่นบันทึกการกินยาของผู้ป่วย (DOTS card) หรือ treatment card 12 (สำเนาหรือตัวจริงก็ได้) ให้แก่ผู้ที่จะทำหน้าที่ให้เป็น Observer บันทึกทุกครั้ง

4.5 จัดการให้ถ้วยเสมหะผู้ป่วย เพื่อเก็บเสมหะส่งห้องปฏิบัติการตรวจตามกำหนด

4.6 ในกรณีไม่สามารถให้เจ้าหน้าที่เป็น Observer ตลอดการรักษา อาจให้ดำเนินการแบบผสมผสาน เช่น ในการรักษาระยะเข้มข้น อาจให้เจ้าหน้าที่เป็นผู้ให้ DOTS ต่อไป อาจให้สมาชิกครอบครัวเป็นผู้ให้ DOTS ต่อในระยะต่อเนื่อง

4.7 เมื่อครบการรักษาหรือมีปัญหาสำคัญ เช่น การแพ้ยา ให้รายงานแพทย์พิจารณาจำหน่าย หรือเปลี่ยนแปลงการรักษาแล้วแต่กรณี

5. การประเมินผล DOTS

5.1 ตรวจสอบจาก check list DOTS card กับปริมาณที่ยังเหลือ คู่มือสัมแดงของปีศาจ

5.2 ตรวจสอบผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้น และเมื่อสิ้นสุดการรักษา

5.3 ทำ cohort analysis ของผู้ป่วยเป็นรุ่น เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ในการควบคุมวัณโรคของสถานบริการ อย่างไรก็ตามก็ดีกว่าให้ยารักษาวัณโรคด้วยระบบ DOTS ต้องยึดปรัชญา "DOTS WITH A SMILE" (S = supervised, M = medication, I = in, L = loving, E = environment) (สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561)

การรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง DOT: Directly Observed Treatment

คือ การรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง หรือแบบมีผู้กำกับการรับประทานยา หมายถึง การรักษาวัณโรคโดยมีบุคคลที่ได้รับการฝึกอบรมให้ทำหน้าที่สนับสนุนดูแล และกำกับให้ผู้ป่วยกลืนยาทุกขนาน ทุกมื้อต่อหน้าอย่างถูกต้องครบถ้วน จนครบกำหนดการรักษา

การดำเนินการ

1. กำกับการกินยา ครบถ้วนทุกขนาน และถูกขนาด ครบจำนวน
2. บันทึกการกินยาลงใน DOT CARD
3. ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย
4. ให้คำปรึกษา แนะนำสุขภาพ
5. แนะนำการทำลายเสมหะและป้องกันการแพร่เชื้อ

ตาราง 1 แสดงรูปแบบของ DOT

ประเทศ	สภาพทางสังคม	รูปแบบ DOT
อเมริกา	สังคมอุตสาหกรรม เกิดโรคติดต่อยาในเมืองใหญ่ๆ ตามชุมชนแออัด พวกเร่ร่อนบ้านพักคนชรา โรงงานอุตสาหกรรม	- จ้างคนเฝ้ายาไปให้กินตามจุดนัดพบ - มีการให้รางวัลเล็กๆ น้อยๆ เมื่อทานยาสม่ำเสมอ
จีน	สังคมนิยม ทุกคนต้องเชื่อฟังระเบียบกฎเกณฑ์ต่างๆ ที่ออกมา	มีหมอเท้าเปล่า นำยาไปให้กินถึงหมู่บ้านคล้าย อสม.
ญี่ปุ่น	ประเทศร่ำรวยทางเศรษฐกิจ มีกฎหมายรองรับ	นิยมให้ผู้ป่วยนอน รพ.
อินเดีย	สภาพเศรษฐกิจสังคมต่ำ มีชนชั้น ยาโรคหายาก มีค่า การรักษาหลากหลายระบบยา	รับยาโรคฟรีที่ สถานีอนามัยใกล้บ้านทุกวัน
เนปาล	ประเทศยากจน ภูมิประเทศเดินทางไม่สะดวก มีภูเขา	รับยาโรคฟรีที่ สถานีอนามัยใกล้บ้านทุกวัน
บังคลาเทศ	ประเทศยากจน เพศหญิงถูกกดขี่ มีผู้ป่วยโรคมาก พยายามใช้ระบบสาธารณสุขมูลฐาน	- พยายามฝึกแม่บ้านให้เป็น DOT watcher - มีระบบคืนกำไรเมื่อรักษาครบ
ไทย	กำลังสร้างระบบประกันสุขภาพ กระจายอำนาจให้ท้องถิ่น เน้น PCU ให้เป็นจริง	- ไม่ชัดเจน ส่วนมากให้สมาชิกครอบครัวดูแลการกินยาตนเองซึ่งอัตราการรักษาหายขาดยังไม่บรรลุดี

ที่มา: สำนักโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560

วิธีการตรวจสอบเพื่อยืนยันว่า ผู้ป่วยกินยาครบ

1. ตรวจสอบความถูกต้องของการกินยาโดยเจ้าหน้าที่
2. บรรจยาเป็นซองรายวัน
3. DOT = ผู้กำกับ ดูแล การกินยาของผู้ป่วย และบันทึกหลังการกินยา

บุคคลผู้ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงคอยดูแลให้ผู้ป่วยกินยา

1. บุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ เจ้าหน้าที่คลินิกโรค เจ้าหน้าที่ รพ.สต.
2. อาสาสมัคร ได้แก่ ผู้นำในชุมชน พระ ครู และ อสม.
3. สมาชิกในครอบครัว ได้แก่ ภรรยา สามี แม่ พ่อ ลูก เป็นต้น

หน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค

1. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้าทุกวัน
2. บันทึกการรับประทานยาลงในบัตรบันทึก
3. พุดคุยถามถึงอาการแพ้ยาหรืออาการผิดปกติอื่นๆ
4. ให้กำลังใจและคำแนะนำ เพื่อส่งเสริมการรักษา
5. คอยเตือนให้ผู้ป่วยไปรับยาตามกำหนดนัด (สคร.9 มปป.)

3. บทบาทของบุคลากรและหน่วยงานแต่ละระดับ

3.1 บทบาทและหน้าที่ของสำนักวัณโรค

- 3.1.1 กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ วางแผนควบคุมวัณโรคในระดับประเทศ
- 3.1.2 กำกับให้มีการดำเนินงานควบคุมวัณโรคตามยุทธศาสตร์ของแผนงาน
- 3.1.3 เป็นผู้ประสานงานเฝ้าระวังวัณโรคในระดับประเทศ
- 3.1.4 นิเทศงานวัณโรคให้กับสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.)
- 3.1.5 ทำการวิจัยพัฒนารูปแบบและกำหนดมาตรฐานการดำเนินงานตลอดจน

วัณโรคแห่งชาติ

พัฒนาคู่มือแนวทางสื่อต้นแบบต่างๆ สำหรับงานควบคุมวัณโรค

- 3.1.6 เป็นแกนกลางในการฝึกอบรมการพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานด้าน
- 3.1.7 จัดทำฐานข้อมูลวัณโรคระดับประเทศ
- 3.1.8 วิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานวัณโรคนำเสนอต่อผู้บริหาร

วัณโรค

3.2 บทบาทและหน้าที่ของผู้ประสานงานวัณโรคระดับเขต (regional TB coordinator)

- 3.2.1 วิเคราะห์ปัญหาวัณโรคในพื้นที่ที่รับผิดชอบเพื่อวางแผนการดำเนินงาน
- 3.2.2 พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับงานควบคุมวัณโรคในจังหวัดที่

รับผิดชอบ

- 3.2.3 ทำการวิจัยพัฒนารูปแบบการดำเนินงานควบคุมวัณโรคในระดับพื้นที่
- 3.2.4 นิเทศและประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค

และมาตรฐานการดำเนินงานด้านวัณโรคในเรือนจำ

- 3.2.5 จัดประชุมติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานวัณโรคระดับจังหวัด
- 3.2.6 ประสานงานการดำเนินงานกับส่วนกลางและระดับจังหวัด
- 3.2.7 วิเคราะห์ข้อมูลวัณโรคระดับเขต

8) feed back ข้อมูลวิเคราะห์ผลการดำเนินงานวัณโรคให้กับจังหวัด

3.3 บทบาทและหน้าที่ของผู้ประสานงานวัณโรคระดับจังหวัด (provincial TB coordinator)

3.3.1 ประสานงานการดำเนินงานวัณโรคระหว่างอำเภอภายในจังหวัด

3.3.2 ฝ้าระวังรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลและปัญหาวัณโรคในพื้นที่ที่รับผิดชอบ

3.3.3 นิเทศงานและจัดประชุมติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานวัณโรคภายในจังหวัด

3.3.4 feed back ข้อมูลผลการดำเนินงานวัณโรคให้กับสาธารณสุขอำเภอ

3.3.5 เร่งรัดการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ

3.3.6 ร่วมฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในระดับพื้นที่

3.3.7 รณรงค์ประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องวัณโรคแก่ชุมชนและประชาชนทั่วไป

3.4 บทบาทและหน้าที่ของผู้ประสานงานวัณโรคระดับอำเภอ (district TB coordinator)

3.4.1 ร่วมวางแผนในการดำเนินงานควบคุมวัณโรคในพื้นที่กับทั้งระดับจังหวัดและระดับอำเภอ

3.4.2 ประสานงานฝ้าระวังและรวบรวมวิเคราะห์ปัญหาวัณโรคในพื้นที่ที่รับผิดชอบ

3.4.3 ติดตามและวิเคราะห์ข้อมูลวัณโรคระดับอำเภอทั้งหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน

3.4.4 ร่วมนิเทศ ควบคุม กำกับ และติดตามการประเมินผลงานวัณโรคกับหน่วยงานระดับอำเภอ

3.4.5 ให้การสนับสนุนด้านต่างๆ เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานวัณโรคในระดับรพ.สต. เช่น การเป็นพี่เลี้ยงดูแลรับประทานยา การติดตามผู้ป่วย เยี่ยมบ้าน

3.5 บทบาทและหน้าที่ของผู้ประสานงานวัณโรคในโรงพยาบาล (hospital TB coordinator)

3.5.1 ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในและภายนอกโรงพยาบาล

3.5.2 ประสานเครือข่ายในการส่งต่อ

3.5.3 ดำเนินการและตรวจสอบความครบถ้วนในการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคทุกรายจากหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล

3.5.4 ประสานและร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการคลินิกวัณโรคในการจัดทำฐานข้อมูล วัณโรคของโรงพยาบาล

3.5.5 ปฏิบัติงานร่วมกับ PTC และ DTC เพื่อให้เกิดการดำเนินงานการควบคุม
วัณโรคของภาคีเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ

3.5.6 สนับสนุนด้านวิชาการและพัฒนาศักยภาพบุคลากรเช่น รพ.สต. และภาคี
เครือข่าย

3.5.7 มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและสอบสวนโรค

3.6 บทบาทและหน้าที่ของเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคของโรงพยาบาล (TB clinic)

3.6.1 ช่วยเหลือแพทย์ในด้านวินิจฉัยและรักษา

3.6.2 ขึ้นทะเบียนรักษาและบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในฐานข้อมูล TBCM

3.6.3 บริหารจัดการให้ผู้ป่วยวัณโรคได้รับบริการการรักษาที่มีประสิทธิภาพ
การให้สุขศึกษา

3.6.4 การให้การรักษา การเลือกพี่เลี้ยงและการจัดการให้มีการเยี่ยมบ้าน

3.6.5 มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยาวัณโรคและให้
คำแนะนำเบื้องต้น

3.7 บทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

3.7.1 ค้นหาผู้มีอาการสงสัยวัณโรคและกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

3.7.2 ให้กำลังใจและสนับสนุนดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาทุกมื้อโดยครบถ้วน

3.7.3 ให้ความช่วยเหลือและประสานงานด้านสังคมสงเคราะห์ในกรณีที่พบ
ปัญหาของผู้ป่วย

3.7.4 จัดการให้ผู้ป่วยเก็บเสมหะเพื่อส่งตรวจตามแนวทางการรักษาพร้อม
ติดตามอาการของผู้ป่วย

3.7.5 บันทึกการกำกับกรับประทานยาของผู้ป่วยลงในฐานข้อมูล TBCM

3.7.6 ดำเนินการติดตามหรือเยี่ยมบ้าน ถ้าผู้ป่วยผัดนัด และคอยดูแลจัดการ
เบิกยามาเตรียมไว้ให้พร้อมอยู่เสมอ

3.7.7 ส่งต่อผู้ป่วย ประสานงานกับโรงพยาบาลหรือ รพ.สต. อื่นๆ

3.7.8 ฝึกอบรมและเป็นที่ปรึกษาให้ อสม.ในพื้นที่

3.7.9 รณรงค์ประชาสัมพันธ์ความรู้วัณโรคในพื้นที่

3.8 บทบาทและหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระดับเขต (สปลช.
เขต)

3.8.1 สนับสนุนงบประมาณและการดำเนินงานวัณโรคในพื้นที่รับผิดชอบ

3.8.2 สนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาต้านวัณโรค first line drugs และ second line drugs

3.9 บทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3.9.1 เป็นพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยา และการให้กำลังใจและสนับสนุนดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาทุกมื้อโดยครบถ้วนรวมทั้งสังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากยา และบันทึกการให้ DOT ในสมุดบันทึกผู้ป่วย

3.9.2 เยี่ยมบ้านผู้ป่วย

3.9.3 ให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับวัณโรคและการป้องกันวัณโรค

3.9.4 ร่วมค้นหาวัณโรคในชุมชนกับ รพ.สต.

3.9.5 ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. กรณีที่พบปัญหาของผู้ป่วยจากการรักษาวัณโรค เช่น ขาดยา ติดตามผู้ป่วยการดำเนินงานควบคุมวัณโรคในตามแนวทางการควบคุมวัณโรคแห่งชาติ (กรมควบคุมโรค, 2561)

4. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 นั้นกล่าวว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใช้ชื่อย่อว่า “อสม.” มีชื่อเรียกภาษาอังกฤษว่า Village Health Volunteer และใช้ชื่อย่อภาษาอังกฤษว่า “VHV”

“องค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” หมายความว่า การรวมกลุ่มของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในรูปแบบต่างๆ เช่น ชมรม สมาคม หรือมูลนิธิ ทั้งนี้การรวมกลุ่มดังกล่าวให้เป็นไปตามประกาศที่คณะกรรมการกลางกำหนด

“สถาบันฝึกอบรมและพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” หมายความว่า หน่วยงานของรัฐซึ่งได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการกลางให้ดำเนินการจัดการฝึกอบรมและพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยครูฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

“อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากหมู่บ้านหรือชุมชนและผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คณะกรรมการกลางกำหนด ได้แก่

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครซึ่งปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในเขต

กรุงเทพมหานคร

3. อาสาสมัครสาธารณสุขอื่นตามที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทและหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1. ปฏิบัติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข
2. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ หรือจัดการรณรงค์ และให้ความรู้ทางด้านสาธารณสุข

มูลฐาน

3. ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข หรือ
 บทบัญญัติของกฎหมายอื่นๆ

4. จัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพ
 ของท้องถิ่น

5. เป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิต
 ของชุมชนโดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และประสานแผนการสนับสนุนจากองค์กร
 ปกครองส่วนท้องถิ่นและแหล่งอื่นๆ

6. ให้ความรู้ด้านการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสาธารณสุข
 ของประชาชน และการมีส่วนร่วมในการเสนอความเห็นของชุมชนเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะด้าน
 สุขภาพ

7. ศึกษาพัฒนาตนเอง และเข้าร่วมประชุม ตลอดจนปฏิบัติงานตามที่หน่วยงานอื่น
 ร้องขอ

8. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะต้องดำเนินการตามมาตรฐานสมรรถนะ
 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

9. ประสานการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชนและปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ของ
 หน่วยงานของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงองค์กรพัฒนาชุมชนอื่นๆ ในท้องถิ่น

มาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

1. สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับ
 พื้นที่

2. สามารถเป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น
 ตลอดจนการเฝ้าระวังสุขภาพและคัดกรองผู้ป่วย

3. สามารถสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน

4. สามารถรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนและสังคม ให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง
 ชุมชน และสภาวะแวดล้อมของชุมชน

5. สามารถเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ๆ ที่มีผลต่อการขจัดหรือลดปัญหาทางสุขภาพ

6. สามารถสร้างจิตสำนึกประชาชนในการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ

7. สามารถสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ

อนามัยและชุมชน

การปฏิบัติเกี่ยวกับการเป็นพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยา

1. จัดยาให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้า (ควรเป็นเวลาตอนเย็น) วันละ 1 ซอง

2. บันทึกบัตรกำกับการกินยา โดยใช้เครื่องหมาย / ในวันที่กิน ใช้เครื่องหมาย x ในวันที่ไม่กินยา

3. สังเกตอาการผู้ป่วย ถ้าพบสิ่งผิดปกติ ให้แนะนำมาพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ไปโรงพยาบาล

4. แนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การพักผ่อน งดสารเสพติดทุกชนิด

5. ให้กำลังใจผู้ป่วย

6. ประสานกับเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน / สถานีอนามัย

7. เตือนให้ผู้ป่วยเก็บเสมหะส่งตามกำหนด

8. แนะนำแก่ญาติ ชุมชน ให้เข้าใจถึงการควบคุมป้องกันโรค

การค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคแบบเชิงรุก (Active case finding)

1. สํารวจข้อมูลทั้งหมดของผู้มีอาการสงสัยวัณโรคปอดในชุมชนตามอาการสงสัยวัณโรค

1.1 ไอทุกวันเกิน 2 สัปดาห์

1.2 ไอเป็นเลือดใน 1 เดือนที่ผ่านมา

1.3 ไอน้อยกว่า 2 สัปดาห์

1.4 น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุใน 1 เดือนที่ผ่านมา

1.5 มีไข้ทุกวันนาน 1 สัปดาห์ ใน 1 เดือนที่ผ่านมา

1.6 เหงื่อออกมากผิดปกติตอนกลางคืนภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา

2. ประสานหน่วยบริการในการรับตรวจ X-ray ปอด

3. ประสานหน่วยบริการในการรับตรวจเสมหะผู้มีอาการสงสัยวัณโรคจากผล CXR

(Chest X-ray)

4. ขอรับตั๋บดีเก็บบ่มหะจากหน่วยบริการ จำนวน 2 ตั๋บดีต่อ 1 คน
5. ประสานผู้ม่มีอาการสงสัยวัณโรคปอดในชุมชน เข้ารับการ X-ray ปอด ที่หน่วยบริการใกล้บ้านและบ้นที่กผล CXR ผู้ม่มีอาการสงสัยวัณโรคปอดในชุมชน ที่มีอาการเข้าได้กัวัณโรค
6. เก็บบ่มหะผู้ม่มีอาการสงสัยวัณโรคจากผล CXR โดยเก็บบ่มครั้งที่ 1 ในวันทราบผล CXR ทันที (Spot sputum) และครั้งที่ 2 ในตอนเช้าเมื่อตื่นนอนในวันที่จะส่งตรวจ (Collected sputum) ให้หน่วยบริการรับตรวจ

7. เมื่อทราบผลการตรวจบ่มหะ (Acid-Fast Bacilli: AFB) มีผลเป็นบวกให้ขึ้นทะเบียนการรักษาและดำเนินการรักษาตามแนวทางการรักษาวัณโรคของประเทศไทย

การป้องกันวัณโรคในชุมชน โดยการค้นหาผู้ป่วยใหม่ พี่เลี้ยงต้องมึบทบาทในการกระตุ้นให้ประชาชนที่สงสัย ตนเองว่าป่วย ให้ไปรับบริการตรวจบ่มหะที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือไปตรวจที่ โรงพยาบาลอำเภอใกล้บ้าน และหากมีเด็กในพื้นที่รับผิดชอบบริเวณใกล้เคียงยังไม่ได้รับการฉีดวัคซึน BCG ต้องให้คำแนะนำ เพื่อเป็นการป้องกัน

1. ให้กำลังใจและกำกักับดูแลให้ผู้ป่วยกลึนยา ทุกขนาน ทุกมือ โดยครบถ้วน
2. ถามหรือสังเกตอาการของผู้ป่วย ว่ามีอาการแพ้ยาหรือไม่ ถ้ามีต้องพบแพทย์ (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ในการแก้ไขต่อไป
3. จัดการให้ผู้ป่วยเก็บบ่มหะเพื่อส่งตรวจที่โรงพยาบาล ตามกำหนดนัด อย่างน้อยเมื่อสิ้นเดือนที่ 2, สิ้นเดือนที่ 5 และเมื่อสิ้นสุดการรักษา
4. บ้นที่กการทำ DOT ลงใน TB card (กรณีเจ้าหน้าที่เป็น observer) หรือ DOT card (กรณีอาสาสมัคร หรือ ญาติเป็น observer)
5. ติดตามและออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหากผู้ป่วยไม่ได้รับยา / ขาดการรักษา
6. ให้คำปรึกษาด้านการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับ
 - 6.1 การรับประทานยาให้สม่าเสมอและครบตามแผนการรักษา เมื่ออาการดีขึ้นก็ไม่ต้องหยุดยาकिनเอง เพราะเชื้อวัณโรคอาจดื้อยาที่ใช้รักษาอยู่
 - 6.2 ปิด ปาก จมูก เวลาไอ หรือจาม เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของ เชื้อโรค
 - 6.3 บ้วนบ่มหะลงในภาชนะ หรือกระป๋องที่มีฝาปิดชิด ทำลายบ่มหะ โดยนำกระป๋องตั้งไฟให้เดือดอย่างน้อย 5 นาทีเพื่อฆ่าเชื้อโรค
 - 6.4 จัดบ้านที่อยู่อาศัย ให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก แสงสว่างส่องถึง

6.5 ไม่ดื่มสุรา สูบบุหรี่ หรือเสพยาเสพติด ทุกชนิด เพราะทำลายสุขภาพผู้ป่วย วัณโรค

6.6 ผู้อาศัยอยู่ร่วมบ้านอาจจะได้รับเชื้อวัณโรคจากผู้ป่วย ตั้งแต่ระยะก่อนที่ผู้ป่วยจะรู้ตัวว่าเป็นวัณโรค จึงควรนำทุกคนในบ้านไปรับการตรวจ หากพบโรคจะได้รับการรักษาทันที

6.7 ให้คำแนะนำปรึกษาด้านเศรษฐกิจ ให้ความช่วยเหลือ หรือประสาน ส่งต่อ เพื่อรับการช่วยเหลือจากส่วนงานที่เกี่ยวข้อง

6.8 ให้คำแนะนำปรึกษาด้านสังคมและจิตใจ เพื่อให้เกิดกำลังใจ

การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1. สังเกตและสอบถามอาการทั่วไป อาการแพ้ยา/ฤทธิ์ข้างเคียงของยา หากมีอาการดังกล่าวให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจผู้ป่วย

2. ตรวจสอบของยา เท่าจำนวนวันที่ใช้ไปหรือไม่ ตรวจสอบ DOTS Card พร้อมเซ็นชื่อไว้

3. ตรวจสอบคู่มือผู้ป่วย ควรมีสีแดงส้ม (แสดงว่ามีการกินยา Rifampicin ควรดูตอนเช้า-เที่ยง)

4. แนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติ

4.1 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ: - ปิดปากเวลาไอ/จาม, ในช่วงระยะแพร่เชื้อ ควรนอนแยก, บ้วนเสมหะในกระโถน หากมีถุงพลาสติกกรองรับควรนำไปฝังหรือเผา, เปิดประตู/หน้าต่างให้แสงแดดส่องถึง การระบายอากาศดี

4.2 ความสำคัญของการกินยาทุกวัน และอันตรายของการกินยาไม่สม่ำเสมอ หากกินครบทุกวันอาการจะดีขึ้นภายใน 1 เดือนแต่เชื้อวัณโรคยังคงมีอยู่ในปอด จึงจำเป็นต้องกินยาให้ครบแผนการรักษา เพื่อไปฆ่าเชื้อวัณโรคที่อยู่ในปอดให้หมด/รักษาหาย, หลังกินยาครบ 2 เดือนจะมีการตรวจเสมหะเพื่อติดตามผลการรักษาเบื้องต้น หากไม่พบเชื้อแล้วยาจะลดลงเหลือเพียง 2 ชนิด แต่ถ้าหากผู้ป่วยกินยาไม่สม่ำเสมอ เชื้อวัณโรคอาจจะดื้อต่อยา ทำให้รักษาไม่หาย และแพร่กระจายเชื้อที่ดื้อต่อยาไปสู่ชุมชนหรือบุคคลอื่นเป็นที่รักได้ (ลูก ภรรยา พ่อ แม่ พี่ น้อง)

4.3 การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เน้นโปรตีนจากปลา, งดสูบบุหรี่/ดื่มสุรา

4.4 หากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวอื่น เช่น โรคเบาหวาน ควรแนะนำให้ควบคุมระดับน้ำตาลควบคู่ไปด้วย

5. แนะนำการเก็บเสมหะแก่ผู้ป่วย โดยให้เก็บเสมหะในตอนเช้าหลังจากตื่นนอน และย้ำ/เตือนผู้ป่วยเรื่องกำหนดตรวจเสมหะ

6. ชักถามผู้สัมผัสร่วมบ้านและบ้านใกล้เคียง หากมีอาการไอเรื้อรังติดต่อกันเกิน 2 สัปดาห์แนะนำให้มาตรวจคัดกรองวัณโรคที่โรงพยาบาล

7. เมื่อเสร็จจากการเยี่ยมบ้าน บันทึกผลการเยี่ยมบ้านในแบบบันทึกฯ (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support)

ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) (House, 1985 อ้างถึงใน สรวงศ์ภูณีย์ ดวงคำสวัสดิ์, 2539, น.29-35)

1. ความหมาย

แรงสนับสนุนทางด้านสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคนและเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการในที่นี้ หมายถึง การปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรค แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่พี่น้องเพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงานและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พิไลชุก (Pilisuk, 1982) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมหมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคน ไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุประสงค์ ความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าคุณเองได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

2. แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

โดยปกติกลุ่มสังคม จัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ 2 ประเภท คือกลุ่มปฐมภูมิ และกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิ เป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ครอบครัวญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคมกลุ่มนี้ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่า มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาอาจกล่าว โดยสรุปได้ว่า แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นมีทั้งแหล่งปฐมภูมิ และแหล่งทุติยภูมิ แรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางอารมณ์จากคู่สมรส ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งทุติยภูมิ ถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรอื่นๆ

เช่น ครู พระ ผู้นำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

3. องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

หลักการที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม (Pilisuk, 1982) ประกอบด้วย

3.1 ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน

3.2 ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้น จะต้องประกอบด้วย

3.2.1 ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีใจใส่ และมีความรัก ความหวังดีในสังคมอย่างจริงใจ

3.2.2 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่ามีค่าและเป็นที่ยอมรับ ในสังคม

3.2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะ ทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีประโยชน์แก่สังคม

3.3 ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือด้านจิตใจ จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

4. ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท (House et al., 1985) คือ

4.1 Emotional Support คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย

4.2 Appraisal Support คือ การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติ หรือ การบอกให้ทราบผลถึงผลดี ที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

4.3 Information Support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือนการให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสาร รูปแบบต่างๆ

4.4 Instrumental Support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

5. ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมนักพฤติกรรมศาสตร์

แบ่งระดับแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ (Gottlieb, 1985) คือ

5.1 ระดับกว้าง (Macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม หรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ ด้วยความสมัครใจและการดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่นการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่างๆ ในสังคม ชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ อาทิ กลุ่มแม่บ้านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มหนุ่มสาวพัฒนาหมู่บ้าน กลุ่มต้านภัยเอดส์ กลุ่มเลี้ยงสัตว์ปีก กลุ่มจักสาน กลุ่มแม่บ้านเกษตรกร เป็นต้น

5.2 ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo level) เป็นการมองที่โครงสร้าง และหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลใกล้ชิดในสังคมเสมือนญาติ ชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ ความเป็นมิตร การสนับสนุนทางอารมณ์ และการยกย่อง

5.3 ระดับแคบ หรือระดับเล็ก (Micro level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อกันว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์มากในเชิงปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์หรือโครงสร้างของเครือข่าย ในการสนับสนุนในระดับนี้ได้แก่สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ การสนับสนุนทางจิตใจ และแสดงความรักและห่วงใย (Affective Support)

ทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom's Taxonomy)

ทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom's Taxonomy) จำแนกจุดมุ่งหมายการเรียนรู้ออกเป็น 3 ด้าน (Bloom, 1956) คือ

1. ด้านพุทธิพิสัย (Cognitive Domain)
2. ด้านทักษะพิสัย (Psychomotor Domain)
3. ด้านเจตพิสัย (Affective Domain)

พุทธิพิสัย (Cognitive Domain)

พฤติกรรมด้านสมองเป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับสติปัญญา ความรู้ ความคิด ความเฉลียวฉลาด ความสามารถในการคิดเรื่องราวต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นความสามารถทางสติปัญญา พฤติกรรมทางพุทธิพิสัย 6 ระดับ ได้แก่

1. ความรู้ความจำ ความสามารถในการเก็บรักษามวลประสบการณ์ต่างๆ จากการที่รับรู้ไว้และระลึกสิ่งนั้นได้เมื่อต้องการเปรียบดั่งเทปบันทึกเสียงหรือวิดิทัศน์ที่สามารถเก็บเสียงและภาพของเรื่องราวต่างๆ ได้ สามารถเปิดฟังหรือ ดูภาพเหล่านั้นได้ เมื่อต้องการ

2. ความเข้าใจเป็นความสามารถในการจับใจความสำคัญของสื่อ และสามารถแสดงออกมาในรูปของการแปลความ ตีความ คาดคะเน ขยายความ หรือ การกระทำอื่นๆ

3. การนำความรู้ไปใช้ เป็นขั้นที่ผู้เรียนสามารถนำความรู้ ประสบการณ์ไปใช้ในการแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่างๆ ได้ ซึ่งจะต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจ จึงจะสามารถนำไปใช้ได้

4. การวิเคราะห์ ผู้เรียนสามารถคิด หรือ แยกแยะเรื่องราวสิ่งต่างๆ ออกเป็นส่วนย่อย เป็นองค์ประกอบที่สำคัญได้ และมองเห็นความสัมพันธ์ของส่วนที่เกี่ยวข้องกัน ความสามารถในการวิเคราะห์จะแตกต่างกันไปแล้วแต่ความคิดของแต่ละคน

5. การสังเคราะห์ ความสามารถในการที่ผสมผสานส่วนย่อยๆ เข้าเป็นเรื่องราวเดียวกัน อย่างมีระบบ เพื่อให้เกิดสิ่งใหม่ที่สมบูรณ์และดีกว่าเดิม อาจเป็นการถ่ายทอดความคิดออกมาให้ผู้อื่นเข้าใจได้ง่าย การกำหนดวางแผนวิธีการดำเนินงานขึ้นใหม่ หรือ อาจจะทำให้เกิดความคิดในอันที่จะสร้างความสัมพันธ์ของสิ่งที่เป็นนามธรรมขึ้นมาในรูปแบบ หรือ แนวคิดใหม่

6. การประเมินค่า เป็นความสามารถในการตัดสิน ตีราคา หรือ สรุปเกี่ยวกับคุณค่าของสิ่งต่างๆ ออกมาในรูปของคุณธรรมอย่างมีกฎเกณฑ์ที่เหมาะสม ซึ่งอาจเป็นไปตามเนื้อหาสาระในเรื่องนั้นๆ หรืออาจเป็นกฎเกณฑ์ที่สังคมยอมรับก็ได้

จิตพิสัย (Affective Domain) (พฤติกรรมด้านจิตใจ)

ค่านิยม ความรู้สึก ความซาบซึ้ง ทศนคติ ความเชื่อ ความสนใจและคุณธรรม พฤติกรรมด้านนี้อาจไม่เกิดขึ้นทันที ดังนั้น การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนโดยจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และสอดแทรกสิ่งที่ดีงามอยู่ตลอดเวลา จะทำให้พฤติกรรมของผู้เรียนเปลี่ยนแปลงไปในแนวทางที่พึงประสงค์ได้จะประกอบด้วย พฤติกรรมย่อยๆ 5 ระดับ ได้แก่

1. การรับรู้ เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นต่อปรากฏการณ์ หรือสิ่งเร้าอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งเป็นไปในลักษณะของการแปลความหมายของสิ่งเร้านั้นว่าคืออะไร แล้วจะแสดงออกมาในรูปของความรู้สึกที่เกิดขึ้น

2. การตอบสนอง เป็นการกระทำที่แสดงออกมาในรูปของความเต็มใจ ยินยอม และพอใจต่อสิ่งเร้านั้น ซึ่งเป็นการตอบสนองที่เกิดจากการเลือกสรรแล้ว

3. การเกิดค่านิยม การเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เป็นที่ยอมรับกันในสังคม การยอมรับนับถือในคุณค่านั้นๆ หรือปฏิบัติตามในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง จนกลายเป็นความเชื่อ แล้วจึงเกิดทัศนคติที่ดีในสิ่งนั้น

4. การจัดระบบ การสร้างแนวคิด จัดระบบของค่านิยมที่เกิดขึ้นโดยอาศัยความสัมพันธ์ ถ้าเข้ากันได้ก็จะยึดถือต่อไป แต่ถ้าขัดกันอาจไม่ยอมรับอาจจะยอมรับค่านิยมใหม่โดยยกเลิกค่านิยมเก่า

5. บุคลิกภาพ การนำค่านิยมที่ยึดถือมาแสดงพฤติกรรมที่เป็นนิสัยประจำตัว ให้ประพฤติปฏิบัติแต่สิ่งที่ถูกต้องดีงาม พฤติกรรมด้านนี้จะเกี่ยวกับความรู้สึกและจิตใจ ซึ่งจะเริ่มจากการได้รับรู้จากสิ่งแวดล้อม แล้วจึงเกิดปฏิกิริยาโต้ตอบ ขยายกลายเป็นความรู้สึกด้านต่างๆ จนกลายเป็นค่านิยม และยังพัฒนาต่อไปเป็นความคิด อุดมคติ ซึ่งจะเป็นควบคุมทิศทางพฤติกรรมของคน คนจะรู้ดีรู้ชั่วอย่างไรนั้น ก็เป็นผลของพฤติกรรมด้านนี้

ทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) (พฤติกรรมด้านกล้ามเนื้อประสาท)

พฤติกรรมที่บ่งถึงความสามารถในการปฏิบัติงานได้อย่างคล่องแคล่วชำนาญ ซึ่งแสดงออกมาได้โดยตรง โดยมีเวลาและคุณภาพของงานเป็นตัวชี้ระดับของทักษะ พฤติกรรมด้านทักษะพิสัย ประกอบด้วย พฤติกรรมย่อยๆ 5 ชั้น ดังนี้

1. การรับรู้ เป็นการให้ผู้เรียนได้รับรู้หลักการปฏิบัติที่ถูกต้อง หรือ เป็นการเลือกหาตัวแบบที่สนใจ
2. กระทำตามแบบ หรือ เครื่องชี้แนะ เป็นพฤติกรรมที่ผู้เรียนพยายามฝึกตามแบบที่ตนสนใจและพยายามทำซ้ำ เพื่อที่จะให้เกิดทักษะตามแบบที่ตนสนใจให้ได้ หรือ สามารถปฏิบัติงานได้ตามข้อแนะนำ
3. การหาความถูกต้อง พฤติกรรมสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องอาศัยเครื่องชี้แนะ เมื่อได้กระทำซ้ำแล้ว ก็พยายามหาความถูกต้องในการปฏิบัติ
4. การกระทำอย่างต่อเนื่อง หลังจากตัดสินใจเลือกรูปแบบที่เป็นของตัวเอง จะกระทำตามรูปแบบนั้นอย่างต่อเนื่อง จนปฏิบัติงานที่ยุ่งยากซับซ้อนได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง คล่องแคล่ว การที่ผู้เรียนเกิดทักษะได้ ต้องอาศัยการฝึกฝนและกระทำอย่างสม่ำเสมอ
5. การกระทำได้อย่างเป็นธรรมชาติ พฤติกรรมที่ได้จากการฝึกอย่างต่อเนื่องจนสามารถปฏิบัติ ได้คล่องแคล่วว่องไวโดยอัตโนมัติ เป็นไปอย่างธรรมชาติ ซึ่งถือเป็นความสามารถของการปฏิบัติในระดับสูง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. งานวิจัยในประเทศ

นงคราญ สมฤทธิ์ (2558) ศึกษาศักยภาพและความพร้อมในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขด้านการกำกับดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการใช้ระยะสั้น ภายใต้การสังเกต

โดยตรง อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง ผลการศึกษา พบว่า ศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ด้านความรู้เกี่ยวกับวัณโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.00 ด้านการเก็บเสมหะส่งตรวจ และด้านการทำหน้าที่ตามบทบาทอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 80.30 และ 88.70 ตามลำดับ) ความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า ส่วนใหญ่ มีความพร้อมในระดับสูง ร้อยละ 84.40 ผลลัพธ์การดำเนินงานวัดจากผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 43 ราย ที่ได้รับการกำกับ ดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยการใช้ยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรงเมื่อครบ 2 เดือนแรกของระยะการรักษา พบว่า กินยาครบ 41 ราย (ร้อยละ 95.40) และได้รับการตรวจเสมหะครบทั้ง 43 ราย ผลการตรวจเสมหะ เป็นบวกจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 7.00) และผลเป็นลบ 40 ราย (ร้อยละ 93.00) ความสัมพันธ์ของ ศักยภาพและความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขกับผลลัพธ์ของการกำกับดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยการใช้ยาระยะสั้นภายใต้ การสังเกตโดยตรง มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

สุรภิก ขี้เอนแก้ว (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันและควบคุมวัณโรค อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา ผลการศึกษา พบว่า 1) อสม. ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 47 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพหลักทำนา รายได้เฉลี่ย 135,372 บาท ต่อปี รายจ่ายเฉลี่ย 114,975 บาทต่อปี ระยะเวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติงานเป็น อสม. 14 ปี ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งอื่นในหมู่บ้านเพิ่มอีก 1 ตำแหน่ง ภาพรวมของระดับความรู้เกี่ยวกับวัณโรคอยู่ในระดับต่ำ ได้รับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รับรู้ข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางการแพทย์ และได้รับสนับสนุนงบประมาณฯ จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) การมีส่วนร่วมของ อสม. ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และ 3) อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และการได้รับสนับสนุนงบประมาณฯ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรค ของ อสม. อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ยุทธนา แบนคาย (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษา พบว่า ความรู้ เจตคติ การรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เรียงลำดับตามความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของการปฏิบัติงานจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ 1) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

มีผลทางบวกต่อการปฏิบัติงานสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 48.70 (R Square = 0.487) 2) การรับรู้บทบาท มีผลทางบวกต่อการปฏิบัติงานสามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 6.00 เป็นร้อยละ 54.70 (R Square Change = 0.060, R Square = 0.547) และ 3) แรงสนับสนุนทางสังคม มีผลทางบวกต่อการปฏิบัติงานสามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 2.40 เป็นร้อยละ 57.00 (R Square Change = 0.024, R Square = 0.570) สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ ร้อยละ 57.00 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) เท่ากับ 0.755 และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์เท่ากับ ± 8.226 ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้พัฒนาการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น โดยเน้นการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานส่งเสริมการรับรู้บทบาท และเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคม

ภัทรา ผาแก้ว (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการรักษาโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) จังหวัดสระแก้ว ผลการศึกษา พบว่า 1) ระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรักษาโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.19 2) ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ การได้รับการฝึกอบรม และการได้รับสิ่งของวัสดุอุปกรณ์ทางแพทย์ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการรักษาโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (.05) 3) ปัจจัยด้านความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการรักษาโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) 4) ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการรักษาโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (.05) 5) ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรได้รับการฝึกอบรม หรือชี้แจงเกี่ยวกับงานที่ได้รับมอบหมาย เพื่อสร้างความเข้าใจและความตระหนักในการทำงาน เจ้าหน้าที่ภาครัฐควรให้การสนับสนุนทั้งในเรื่องขององค์ความรู้ และวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินงาน มีการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพิ่มมากขึ้น ทำให้งานที่ได้รับมอบหมายประสบความสำเร็จและบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

เมธี สุทธิศิลป์ (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ ตามแนวชายแดนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอภูพาน จังหวัดพะเยา ผลการศึกษา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการจัดการควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนในระดับสูง ร้อยละ 13.80/ ปานกลาง ร้อยละ 64.60/ และน้อย ร้อยละ 21.70/ ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือทัศนคติต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดน ($r = 0.387$) การรับรู้บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดน ($r = 0.040$) และการรับรู้นโยบายการควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดน ($r = 0.012$) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถทำนายการมีส่วนร่วมในการจัดการควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนได้ร้อยละ 43.80 โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน ปัจจัยด้านทัศนคติต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดน สามารถร่วมทำนายได้สูงสุด ผลการวิจัยครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะให้หน่วยงานที่รับผิดชอบควรเพิ่มความรู้เกี่ยวกับนโยบายในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มากขึ้นและครอบคลุมทั้งหมด

ณัฐวุฒิ ช่วยหอม (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลท่าทองใหม่ อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษา พบว่า การอบรมหรือการให้ความรู้เรื่องโรค และระดับความรู้เกี่ยวกับโรค สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.001$) ปัจจัยด้านลักษณะประชากรอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานและปัจจัยด้านเจตคติไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน อสม.มีความรู้เกี่ยวกับโรค อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.50 อสม.ส่วนใหญ่มีเจตคติดี ร้อยละ 90.10 อสม. มีการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.90 ($\bar{X} = 72.39$, $S.D. = 11.53$) การปฏิบัติงานในด้านการป้องกันและควบคุมโรคที่น้อยที่สุด 2 ลำดับแรก คือ การเป็นพี่เลี้ยงกำกับกรกินยาผู้ป่วยโรค ร้อยละ 49.00และการช่วยติดตามผู้ป่วยโรคที่ขาดยา ร้อยละ 36.50 อธิบายได้ว่า อสม. ยังขาดความตระหนักในการมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษา ซึ่งอาจส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยโรคไม่ประสบผลสำเร็จ และยังเกิดการแพร่ระบาดในชุมชนต่อไป เพราะฉะนั้น การพัฒนาศักยภาพ อสม. เพื่อเป็นการช่วยป้องกันและควบคุมโรคในชุมชนจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายยุติ วัณโรคตามยุทธศาสตร์ขององค์การอนามัยโลก

สุรเดช ชวะเดช (2560) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบของการรักษาวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยง กำกับ (DOT) อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาวิจัยพบว่า รูปแบบการพัฒนาการรักษาวัณโรคแบบ DOT ที่ได้ คือ HEAL MODEL ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ มีเครือข่ายการทำงาน (H: Health Network Learning) รูปแบบการเรียนรู้แบบสร้างเสริมประสบการณ์ตามหลักบันได 5 ขั้น (E: Experiential Learning) การทำงานให้สำเร็จได้ด้วยคนอื่นผ่านการเสริมพลัง (A: Appreciative Participation Learning) คนพาทำ (L: Leader Learning) ผลการดำเนินงานตามรูปแบบที่สร้างขึ้น ทำให้กลุ่มพี่เลี้ยงมีความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาวัณโรคแบบ DOT หลังการอบรมศักยภาพสูงกว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมกรมการปฏิบัติตามแผนการรักษา ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรคหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาการรักษาวัณโรคแบบ DOT (รูปแบบฯ) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ ($p < 0.05$) ความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค พบว่า จากการทำ DOT ในผู้ป่วย 37 คน อัตราความสำเร็จของการรักษาหายขาด ร้อยละ 94.60 เมื่อประเมินความพึงพอใจที่มีต่อรูปแบบหลังการพัฒนาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคมีความพึงพอใจต่อการให้บริการรักษาวัณโรคอยู่ในระดับมาก (เท่ากับ 4.05) ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อการให้บริการรักษาวัณโรคอยู่ในระดับมาก (เท่ากับ 3.79) สรุปผลการศึกษาได้พัฒนา HEAL MODEL ทำให้ระบบสุขภาพปฐมภูมิ และคนในชุมชนรับรู้เข้าใจการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบ DOT และกลายเป็นวัฒนธรรมชุมชน

2. งานวิจัยต่างประเทศ

Samal J, & Dehury (2019) ได้ศึกษาเรื่อง การประเมินผลกระทบของโครงสร้างกิจกรรมการฝึกอบรมวัณโรคด้านความรู้และทัศนคติของอสม. จากผลการวิจัย พบว่า ผลกระทบถูกพบในส่วนของความรู้ มีนัยสำคัญทางสถิติที่สูงมาก ($p = 0.0042$) อย่างไรก็ตาม ก็ไม่เหมือนกันกับกรณีของในส่วนของทัศนคติ ($p = 0.0067$) ค่าเฉลี่ยความรู้และทัศนคติ สำหรับการทดสอบก่อนอบรม ค่าเฉลี่ยความรู้และคะแนนทัศนคติ คือ คะแนนเดิม 3.00 (SD = 0.94) และ 2.10 (SD = 0.74) ตามลำดับ สำหรับการทดสอบภายหลัง คือ 9.20 (SD = 2.97) และ 12.70 (SD = 1.42) ตามลำดับ อสม. ออกจากการรับการฝึกอบรม 10 คน และ 8 คน ถูกนำไปใช้ในงานประเภทที่แตกต่างกันของกิจกรรมระดับชุมชน อสม. สร้างความตระหนักเกี่ยวกับวัณโรคโดยเข้าถึงรวม 5,633ครัวเรือน และเก็บตัวอย่างเสมหะ 648 ตัวอย่าง จากผู้ต้องสงสัยวัณโรคและส่งไปยังศูนย์กักตวงจุลทรรศน์ที่กำหนดที่ใกล้ที่สุด ผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด 45 คนได้รับการวินิจฉัยและเข้ารับการรักษา ในช่วงสามเดือนหลังการฝึกอบรม สรุป ระดับของการปรับปรุงแสดงให้เห็นว่า อสม. นำไปใช้ใน

ชุมชนเพื่อการควบคุมและสนับสนุนกิจกรรมวัคซีนโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การฝึกอบบรมดูเหมือนจะมีอิทธิพลต่ออสม.เกี่ยวกับบทบาทและความรับผิดชอบของพวกเขา

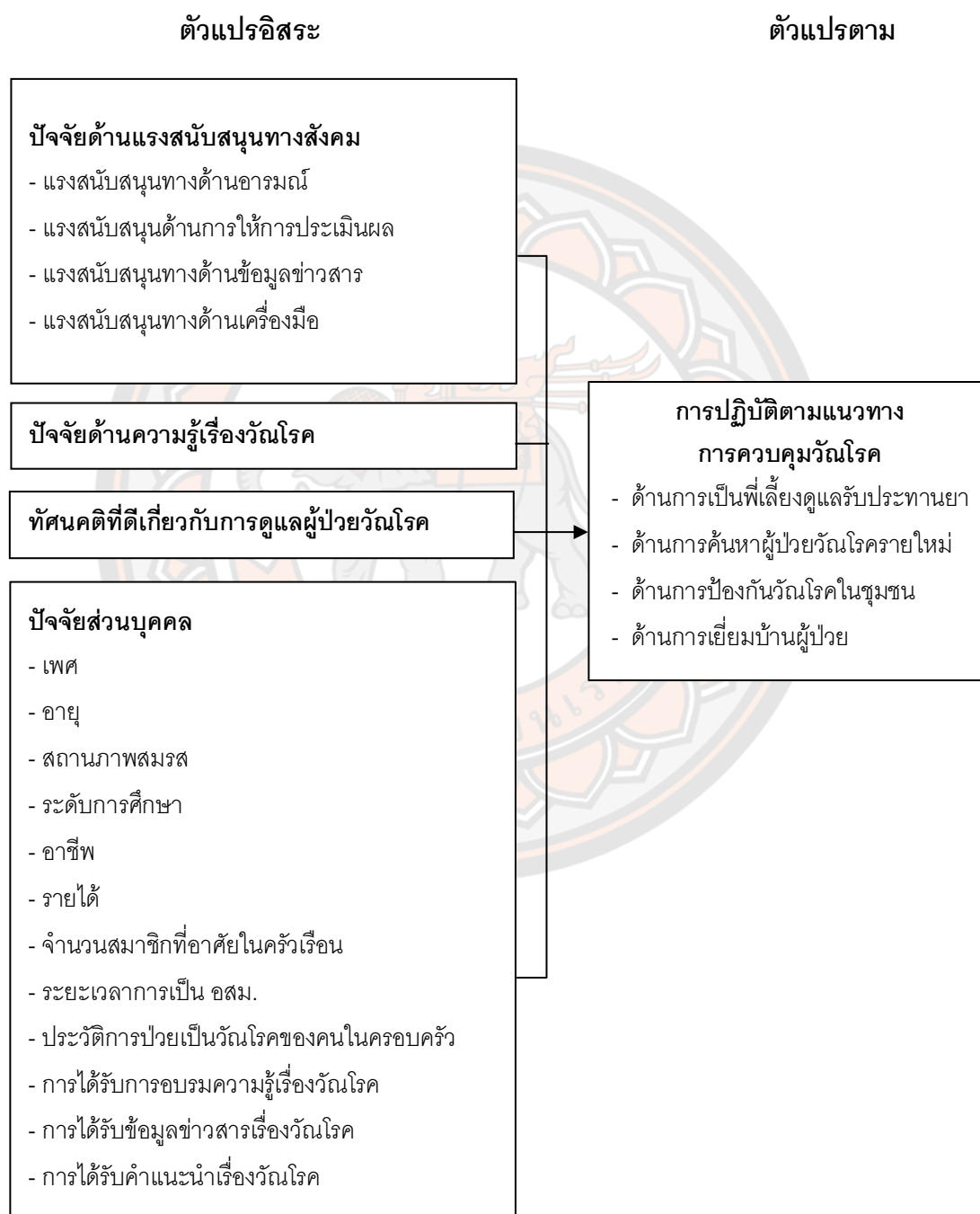
Balogun et al. (2015) ได้ศึกษาเรื่อง อสม.ที่ผ่านการฝึกอบบรมในการพัฒนาความรู้ และทัศนคติเรื่องวัคซีนของผู้ใหญ่ในชุมชน เพอเรียวัน ทางตะวันตกเฉียงใต้ของไนจีเรีย พบว่า เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์จากแบบสำรวจก่อนการทดลองกับแบบสำรวจหลังการทดลอง ก่อนการทดลองผู้ตอบแบบสอบถามมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ 10.6 ± 7.0 จากคะแนน 34 คะแนน และคะแนนทัศนคติเฉลี่ย 5.8 ± 3.3 จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน และการปฏิบัติโดยเฉลี่ยคะแนน 5.3 ± 1.4 จากคะแนนเต็ม 7 คะแนน หลังการทดลองคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น เฉลี่ย 16 ± 5.4 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และคะแนนทัศนคติเฉลี่ยที่ 7.0 ± 1.8 คะแนน ($p < 0.001$) อย่างไรก็ตามไม่มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติ ผู้ต้องสงสัยวัคซีนโรค 8 คนถูกส่งตัวไปที่คลินิกและผู้ต้องสงสัยคนหนึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัคซีนโรค การใช้อาสาสมัครชุมชนที่ผ่านการฝึกอบบรมเพื่อแบ่งปันข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนปรับปรุงความรู้และทัศนคติโดยรวมของผู้ตอบแบบสอบถามการเสริมสร้างพลังต่อเนื่องของชุมชนควรได้รับการสนับสนุนเพื่อส่งเสริม การป้องกันและดูแลวัคซีนโรค

Chung et al. (2017) ศึกษาการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในอำเภอคูชิงจังหวัดชวบวัก ผลการศึกษาวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ คือ กลุ่มอายุ ($p = 0.003$) ระดับการศึกษา ($p < 0.001$) สถานภาพสมรส ($p = 0.025$) ศักดิ์ศรีและความเคารพ ($p = 0.012$) ถูกมองว่าเป็น“ แพทย์” ในชุมชน ($p = 0.003$) งานช่วย ($p = 0.009$) การฝึกอบบรมที่ตั้ง ($p = 0.001$) และการควบคุมโดยชุมชน ($p < 0.001$) เพื่อเพิ่มและรักษาประสิทธิภาพการทำงานของ อาสาสมัครด้านสุขภาพชุมชน ความมุ่งมั่นจากรัฐบาลผู้กำหนดนโยบายผู้มีส่วนได้เสียและชุมชนเป็นสิ่งจำเป็น

ผลจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่ การดำเนินงานควบคุมวัคซีนโรคตามแผนงานวัคซีนแห่งชาติ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 4 กลุ่มปัจจัย คือ ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านความรู้เรื่องวัคซีนโรค ปัจจัยด้านทัศนคติที่มีต่อการควบคุมวัคซีนโรคในชุมชน ปัจจัยส่วนบุคคล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงประยุกต์นำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย สรุปได้ดังกรอบแนวคิด ผลจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่การดำเนินงานควบคุมวัคซีนโรคตามแผนงานวัคซีนแห่งชาติ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 4 กลุ่มปัจจัยคือ ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านความรู้เรื่องวัคซีนโรค ปัจจัยด้านทัศนคติที่มีต่อ

การควบคุมโรคในชุมชน ปัจจัยส่วนบุคคล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงประยุกต์นำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย สรุปได้ดังกรอบแนวคิด

กรอบแนวคิด



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิด

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ศึกษาโดยวิธีการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research) เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามแนวทางการควบคุมโรค ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพิษณุโลก ผู้วิจัยได้ดำเนินงานตามขั้นตอนดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ทำการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดพิษณุโลก ทั้ง 9 อำเภอ มีจำนวนทั้งสิ้น 17,487 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก, 2561)

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 414 คน จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ย โดยทราบจำนวนประชากรของ Wayne (1995)

$$\text{จากสูตร } n = \frac{N\sigma^2 z_{1-\alpha/2}^2}{d^2(N-1) + \sigma^2 z_{1-\alpha/2}^2}$$

เมื่อ

n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N คือ ขนาดของประชากร 17,487 คน

$z_{1-\alpha/2}$ คือ ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($z_{1-\alpha/2} = 1.96$)

σ คือ ค่าความแปรปรวนซึ่งผู้วิจัยได้นำผลการศึกษาปี ๖๖ ที่มี ความสัมพันธ์กับ การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลท่าทอง ใหม่ อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ($\bar{X} = 72.39$, S.D. = 11.53) (ณัฐวุฒิ ชัยหอม, 2561)

d คือ ค่าความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่า เท่ากับร้อยละ 10 ดังนั้น ค่าความคลาดเคลื่อนที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เท่ากับ $((11.53 \times 10) / 100) = 1.153^2 = 1.329$

$$\text{แทนค่า } n = \frac{(17,487) \times (11.53)^2 \times (1.96)^2}{(1.329)^2 (17,487-1) + (11.53)^2 \times (1.96)^2}$$

$$n = \frac{17,487 \times 132.94 \times 3.8416}{1.329 \times 17,486 + 132.94 \times 3.8416}$$

$$n = \frac{8,930,651.19}{23,749.5923}$$

$$n = 376$$

จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 376 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล (Missing) จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10.00 จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 414 คน จากนั้น ทำการสุ่มตัวอย่างโดยมีขั้นตอนต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยกำหนดให้มีจำนวน 9 ชั้นภูมิ ตามจำนวนอำเภอทั้งหมดของจังหวัดพิษณุโลก

ขั้นที่ 2 จากนั้นคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิตามสัดส่วนประชากร (Proportional allocation) ปรากฏดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพิษณุโลก

อำเภอ	ประชากร(คน)	กลุ่มตัวอย่าง(คน)
เมืองพิษณุโลก	4,319	102
อำเภอนครไทย	2,240	53
อำเภอชาติตระการ	987	23
อำเภอบางระกำ	2,358	56
อำเภอบางกระทุ่ม	965	23
อำเภอพรหมพิราม	2,174	52

ตาราง 2 (ต่อ)

อำเภอ	ประชากร(คน)	กลุ่มตัวอย่าง(คน)
อำเภอวัดโบสถ์	1,128	27
อำเภอวังทอง	2,116	50
อำเภอเนินมะปราง	1,200	28
รวม	17,487	414

ขั้นที่ 3 ดำเนินการสุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอ ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบ (Systematic random sampling) โดยใช้การสุ่มจากทะเบียนรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขระดับอำเภอเป็นบัญชีเลขสุ่ม มีช่วงการสุ่ม (Sampling interval)

จากสูตร

$$I = \frac{N}{n} = \frac{17,487}{414} = 42$$

เมื่อ

I คือ ช่วงของการสุ่มตัวอย่าง (Sampling Interval)

N คือ จำนวนประชากร

n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดเลขตั้งต้นด้วยวิธีการจับฉลากใบแรกจากบัญชีรายชื่อของแต่ละอำเภอได้ที่ลำดับใด นับเป็นตัวอย่างที่หนึ่ง สำหรับลำดับการสุ่มต่อไปตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างมีระยะห่างจากลำดับก่อนหน้า 42 หน่วยนับ จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามเป้าหมายของอำเภอ ซึ่งรวมตัวอย่างทั้งหมด 414 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาจากเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และวัตถุประสงค์ในการวิจัย เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามแนวทางการควบคุมวัณโรค ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพิษณุโลก โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล มีทั้งหมด 13 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกที่อาศัยในครัวเรือน ระยะเวลาการเป็น อสม. ประวัติการป่วยด้วยโรคของคนในครอบครัว การได้รับการอบรมให้ความรู้เรื่องโรค การได้รับข้อมูลข่าวสาร แหล่งเข้าถึงข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อ และ การขอคำแนะนำเรื่องโรค เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และแบบเติมคำสั้นในช่องว่าง (Short answer)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค มีทั้งหมด 20 ข้อ ประกอบด้วย ความจำ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของ การเกิดโรค อาการ การรักษา การป้องกันและแนวทางควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพิษณุโลก มีลักษณะคำถามเป็นแบบชนิดให้เลือกคำตอบ “ถูก” หรือ “ผิด” (True – false) เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตอบถูก ให้ 1 คะแนน

ตอบผิดหรือไม่ตอบ ให้ 0 คะแนน

ผู้วิจัยได้แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากคะแนนที่ได้ การกำหนดระดับความรู้เป็น 3 ระดับ ตั้งอยู่บนพื้นฐานการประเมินความรู้ซึ่งปรับใช้จากเกณฑ์การแปลผลโดยใช้ตัวเลขแสดงระดับคุณภาพ (Bloom, 1971) ดังนี้

ความรู้ระดับสูง คะแนนอยู่ระหว่าง 16 – 20 คะแนน

ความรู้ระดับปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง 12 - 15 คะแนน

ความรู้ระดับต่ำ คะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 11 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบสอบถามวัดแรงสนับสนุนทางสังคม มีทั้งหมด 15 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ส่วนประกอบด้วย 1) แบบสอบถามแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) แรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล 3) แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร 4) แรงสนับสนุนทางด้านเครื่องมือเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 5 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่เคย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
เป็นประจำ (ทุกวัน)	5	1
บ่อยครั้ง (5 - 6 ครั้งต่อสัปดาห์)	4	2
บางครั้ง (3 - 4 ครั้งต่อสัปดาห์)	3	3
นานๆ ครั้ง (1 - 2 ครั้งต่อสัปดาห์)	2	4
ไม่เคย	1	5

เกณฑ์วัดระดับแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ มีทั้งหมด 5 ข้อ พิจารณาจากค่าเฉลี่ยจากคะแนนรวมทุกข้อ โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ของ Best (1977) แปลผลเป็น 3 ระดับ จากสูตรอัตราภาคชั้น ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{อัตราภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= 6.67\end{aligned}$$

ดังนั้น จึงกำหนดเกณฑ์การแปลผลโดยยึดถือตามเกณฑ์ช่วงคะแนนเฉลี่ยดังนี้

18.35-25.00 คะแนน หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนด้านอารมณ์อยู่ในระดับมาก

11.68-18.34 คะแนน หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนด้านอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง

5.00-11.67 คะแนน หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนด้านอารมณ์อยู่ในระดับน้อย

เกณฑ์วัดระดับแรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล มีทั้งหมด 2 ข้อ พิจารณาจากค่าเฉลี่ยจากคะแนนรวมทุกข้อ โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ของ Best (1977) แปลผลเป็น 3 ระดับ จากสูตรอัตราภาคชั้น ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{อัตราภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= 2.67\end{aligned}$$

ดังนั้น จึงกำหนดเกณฑ์การแปลผลโดยยึดถือตามเกณฑ์ช่วงคะแนนเฉลี่ยดังนี้

7.35-10.00 คะแนน หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผลอยู่ในระดับมาก

4.68-7.34 คะแนน หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง

2.00-4.67 คะแนน หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผลอยู่ในระดับน้อย

เกณฑ์วัดระดับแรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร มีทั้งหมด 6 ข้อ พิจารณาจากค่าเฉลี่ยจากคะแนนรวมทุกข้อ โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ของ Best (1977) แปลผลเป็น 3 ระดับ จากสูตรอัตราภาคชั้น ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{อัตราภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= 8\end{aligned}$$

ดังนั้น จึงกำหนดเกณฑ์การแปลผลโดยยึดถือตามเกณฑ์ช่วงคะแนนเฉลี่ยดังนี้

23.00-30.00 คะแนน หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับมาก

15.00-22.00 คะแนน หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับ

ปานกลาง

6.00-14.00 คะแนน หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับน้อย

เกณฑ์วัดระดับแรงสนับสนุนด้านเครื่องมือ มีทั้งหมด 2 ข้อ พิจารณาจากค่าเฉลี่ยจาก

คะแนนรวมทุกข้อ โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ของ Best (1977) แปลผลเป็น 3 ระดับ จากสูตร

อันตรภาคชั้น ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= 2.67\end{aligned}$$

ดังนั้น จึงกำหนดเกณฑ์การแปลผลโดยยึดถือตามเกณฑ์ช่วงคะแนนเฉลี่ยดังนี้

7.35-10.00 คะแนน หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนด้านเครื่องมืออยู่ในระดับมาก

4.68-7.34 คะแนน หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนด้านเครื่องมืออยู่ในระดับปานกลาง

2.00-4.67 คะแนน หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนด้านเครื่องมืออยู่ในระดับน้อย

ตอนที่ 4 แบบสอบถามทัศนคติที่ดีต่อการควบคุมวินโรคในชุมชน มีทั้งหมด 10 ข้อ เป็นแบบสอบถามตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

เกณฑ์การแปลผลระดับทัศนคติที่ดีต่อการควบคุมวินโรคในชุมชน พิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมทุกข้อ โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ของ Best (1977) แปลผลเป็น 3 ระดับจากสูตรอันตรภาคชั้น ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= 13.33\end{aligned}$$

เกณฑ์การแปลผล โดยยึดตามเกณฑ์ช่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

36.67-50.00 คะแนน หมายถึง ทักษะที่ดีต่อการควบคุมวัณโรคในชุมชนอยู่ในระดับ
มาก

23.34-36.66 คะแนน หมายถึง ทักษะที่ดีต่อการควบคุมวัณโรคในชุมชนอยู่ในระดับ
ปานกลาง

10.00-23.33 คะแนน หมายถึง ทักษะที่ดีต่อการควบคุมวัณโรคในชุมชนอยู่ในระดับ
น้อย

ตอนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามแนวทางควบคุมวัณโรคของอสม.
มีทั้งหมด 23 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการเป็นพี่เลี้ยงดูแลรับประทานยา 2) ด้าน
การค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 3) ด้านการป้องกันวัณโรคในชุมชน และ 4) ด้านการเยี่ยมบ้าน
ผู้ป่วยเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ
ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย มีเกณฑ์ ดังนี้

	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ (ทุกวัน)	5	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง (5 - 6 ครั้งต่อสัปดาห์)	4	2
ปฏิบัติบางครั้ง (3 - 4 ครั้งต่อสัปดาห์)	3	3
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง (1 - 2 ครั้งต่อสัปดาห์)	2	4
ไม่เคยปฏิบัติเลย	1	5

เกณฑ์วัดระดับการปฏิบัติตามแนวทางควบคุมวัณโรคของอสม. พิจารณาจากค่าเฉลี่ย
จากคะแนนรวมทุกข้อ โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ของ Best (1977) แปลผลเป็น 3 ระดับ จากสูตรอันตร
ภาคชั้น ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด}-\text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= 30.67$$

ดังนั้น จึงกำหนดเกณฑ์การแปลผลโดยยึดถือตามเกณฑ์ช่วงคะแนนเฉลี่ยดังนี้

84.35-115.00 คะแนน หมายถึง การปฏิบัติตามแนวทางควบคุมวัณโรคของอสม.
อยู่ในระดับมาก

53.68-84.34 คะแนน หมายถึง การปฏิบัติตามแนวทางควบคุมวัณโรคของอสม.
อยู่ในระดับปานกลาง

23.00-53.67 คะแนน หมายถึง การปฏิบัติตามแนวทางควบคุมวินโรคของ อสม.
อยู่ในระดับน้อย

การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การสร้างเครื่องมือวิจัย เพื่อให้ได้เครื่องมือที่มีทั้งความแม่นยำและความเชื่อมั่นที่
บ่งชี้ว่าเป็นเครื่องมือที่ดีและมีคุณภาพ ผู้วิจัยได้ดำเนินการ ดังนี้

1. ศึกษาข้อมูลที่เป็นจากเอกสาร ตำรา บทความ ข่าวสาร สารสนเทศ วิทยุและ
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานตามแนวทางควบคุมวินโรคประเทศไทย ปัจจัยส่วนบุคคล
ปัจจัยด้านความรู้เรื่องวินโรค และปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม

2. ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถาม ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมและทฤษฎี
การเรียนรู้ ของ Bloom (Bloom's Taxonomy) แล้วนำไปให้คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
พิจารณาตรวจแก้ไขให้ข้อเสนอแนะ และนำมาปรับปรุงแก้ไข ตามที่คณะกรรมการแนะนำ

3. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ
จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความครอบคลุมของข้อคำถามและความสอดคล้องกับนิยามของ
ตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์แต่ละข้อแล้วนำมา
คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (Index of item-objective Congruence: IOC) โดยมี
เกณฑ์กำหนดมากกว่า 0.5 ขึ้นไป (Rovinelli, & Hambleton, 1977) และมีเกณฑ์ในการพิจารณา
ให้คะแนนดังนี้

ให้	+1	เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้อง
	0	เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้อง
	-1	เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามไม่สอดคล้อง

การคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยจาก
สูตรคำนวณ ดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ

IOC คือ ความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบสอบถาม

$\sum R$ คือ ผลรวมของคะแนนจากผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

N คือ จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดพิจารณาแล้วนั้น ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถามทุกข้อมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.5 ตามที่กำหนดไว้ (Rovinelli, & Hambleton, 1977)

4. แบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Tryout) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 30 ราย เพื่อวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) มีค่าที่ยอมรับได้ คือ 0.7 (Devellis, 2012) จึงสามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลได้

4.1 ค่าคูเดอริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) ในส่วนแบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับวัณโรค มีค่าเท่ากับ 0.706

4.2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ครอนบาคอัลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ในส่วนแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า (rating scale) พบว่า แบบสอบถามส่วน แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ แบบสอบถามวัดแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ แรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร แรงสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ มีค่าเท่ากับ 0.943 แบบสอบถามส่วนทัศนคติที่ดีต่อการควบคุมวัณโรคในชุมชน มีค่าเท่ากับ 0.810 และแบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามแนวทางควบคุมวัณโรคประเทศไทย มีค่าเท่ากับ 0.975

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม มีขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยประสานงานขอหนังสืออนุญาตดำเนินการวิจัยในพื้นที่จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก ภายหลังจากผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

2. ภายหลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลกและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้ง 9 อำเภอ จึงดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทั้ง 9 แห่ง

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองและรับแบบสอบถามกลับคืนจากกลุ่มตัวอย่างทันทีเมื่อกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเสร็จ พร้อมทั้งตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบทุกฉบับ เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วน

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม พบว่าแบบสอบถามมีอัตราตอบกลับคิดเป็นร้อยละ 100

การพิทักษ์สิทธิ (Research Ethical)

ในการวิจัยครั้งนี้จะเริ่มดำเนินการวิจัยก็ต่อเมื่อ

1. ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ 0866/62 เมื่อวันที่ 28 พฤศจิกายน 2562
2. ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากกรวิจัยได้ทุกเมื่อ ทุกกรณีจะไม่มี การบังคับ และจะดำเนินการเก็บตัวอย่าง ต่อเมื่อได้รับการเห็นยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลเท่านั้น
3. กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการปกปิด ชื่อ - ชื่อสกุล ที่อยู่ โดยจะไม่มีใครสามารถสืบหา กลุ่มตัวอย่างได้ รายละเอียดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกแปลงเป็นรหัสและข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจะวิเคราะห์ในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลจากแบบสอบถามทั้งหมด นำมาวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป ทั้งนี้สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบ ขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 414 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรควัณโรค

ส่วนที่ 3 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 4 ทศนคติที่ดีต่อการควบคุมวัณโรคในชุมชน

ส่วนที่ 5 การปฏิบัติงานตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพิษณุโลก

ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพิษณุโลก จำแนกตามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล (n = 414)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	74	17.90
หญิง	340	82.10
อายุ (ปี)		
20 – 30 ปี	31	7.50
31 – 40 ปี	72	17.40
41 – 50 ปี	110	26.60

ตาราง 3 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
51 – 60 ปี	156	37.70
60 ปีขึ้นไป	45	10.90
$\bar{x} = 48.29$, S.D. = 11.010, Min = 20, Max = 76		
สถานภาพสมรส		
โสด	47	11.40
คู่	317	76.60
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	50	12.10
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	3	0.70
ประถมศึกษา	135	32.60
มัธยมศึกษาตอนต้น	96	23.20
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช.	119	28.70
อนุปริญญาหรือ ปวส.	28	6.80
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	33	8.00
อาชีพ		
รับจ้าง	142	38.28
ค้าขาย	35	9.43
เกษตรกรรวม	188	50.67
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ(ข้าราชการบำนาญ)	6	1.62
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
1 - 2 คน	50	12.10
3 - 4 คน	233	56.30
มากกว่า 4 คนขึ้นไป	131	31.60
$\bar{x} = 4.00$, S.D. = 1.430, Min = 1, Max = 9		
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 9,840 บาท	256	61.80
มากกว่าค่าเฉลี่ย 9,840 บาท	158	38.20
$\bar{x} = 9,840.28$, S.D. = 8,530.53, Min = 1,000, Max = 70,000		

ตาราง 3 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการเป็น อสม.		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี	217	52.40
11 – 20 ปี	140	33.80
มากกว่า 20 ปีขึ้นไป	57	13.80
$\bar{x} = 12.23, S.D. = 8.210, \text{Min} = 1, \text{Max} = 43$		
เคยมีสมาชิกในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนบ้าน เป็นวัณโรค		
เคย	55	13.30
ไม่เคย	359	86.70
เคยเข้าร่วมการอบรมให้ความรู้เรื่องวัณโรค ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา		
เคย	242	58.50
ไม่เคย	172	41.50
เคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับวัณโรคในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา		
เคย	366	88.40
ไม่เคย	48	11.60
แหล่งของข้อมูลข่าวสารที่ได้รับเกี่ยวกับวัณโรค		
วารสารเกี่ยวกับสุขภาพ	161	14.73
วิทยุ/โทรทัศน์	178	16.29
แผ่นพับ/โปสเตอร์/หนังสือพิมพ์	147	13.45
นิทรรศการ	34	3.11
หออกระจายข่าวของหมู่บ้าน	69	6.31
สื่อสังคมออนไลน์ เช่น เฟซบุ๊ก, อินสตาแกรม	131	11.99
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	373	34.12
แหล่งให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับวัณโรค		
โรงพยาบาลชุมชน	193	33.57
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)	382	66.43

จากตาราง 3 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพิษณุโลกที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 82.10 และมีอายุอยู่ระหว่าง 51 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.70 มีอายุเฉลี่ย 48.29 ปี อายุมากที่สุด 76 ปี อายุน้อยที่สุด 20 ปี มีสถานภาพสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76.60 มีระดับการศึกษาอยู่ในช่วงประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ

32.60 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. คิดเป็นร้อยละ 28.70 และประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.67 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 38.28 มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน เฉลี่ย 4 คน มากที่สุด 9 คน น้อยที่สุด 1 คน มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน เฉลี่ย 9,840.28 บาทต่อเดือน มีรายได้มากที่สุด 70,000 บาทต่อเดือน รายได้น้อยที่สุด 1,000 บาทต่อเดือน และมีระยะเวลาการเป็น อสม. เฉลี่ย 12.23 ปี มากที่สุด 43 ปี น้อยที่สุด 1 ปี

กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีสมาชิกในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนบ้าน เป็นวัณโรค คิดเป็นร้อยละ 13.30 ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา เคยเข้าร่วมการอบรมให้ความรู้เรื่องวัณโรค คิดเป็นร้อยละ 58.50 ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา เคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับวัณโรค คิดเป็นร้อยละ 88.40 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับวัณโรคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.12 รองลงมา คือ วิทยุ/โทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 16.29 และถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับวัณโรค อสม.จะไปขอคำแนะนำจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.43

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องวัณโรค

ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละ ระดับความรู้เรื่องวัณโรค ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	147	35.50
ระดับปานกลาง	245	59.20
ระดับต่ำ	22	5.30

$\bar{X} = 14.79$, S.D. = 2.152, Min = 8, Max = 20

จากตาราง 4 พบว่า ระดับความรู้เรื่องวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลกที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 59.20 รองลงมา คือ มีความรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 35.50 และมีความรู้อยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 5.30 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.79 คะแนน มีค่าคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 8 คะแนน และค่าคะแนนสูงสุดเท่ากับ 20 คะแนน

ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละ ความรู้เรื่องวัณโรค ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก จำแนกตามคำถามรายข้อ (n = 414)

ข้อ	ความรู้เรื่องวัณโรค	ตอบถูก จำนวน (ร้อยละ)	ตอบผิด จำนวน (ร้อยละ)
1	วัณโรคเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย	329 (79.5)	85 (20.5)
2	โรควัณโรคสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกอวัยวะของร่างกาย เช่น วัณโรคโพรงจมูก วัณโรคต่อมน้ำเหลือง วัณโรคกระดูก เป็นต้น	338 (81.6)	76 (18.4)
3	อาการที่พบได้บ่อยๆ ในผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคคือ อาการไอที่เรื้อรังนานกว่า 2 สัปดาห์	396 (95.7)	18 (4.3)
4	ขณะที่ผู้ป่วยโรควัณโรคไอจาม ทำให้เชื้อวัณโรคแพร่กระจายได้	406 (98.1)	8 (1.9)
5	โรควัณโรคปอด ติดต่อกันได้ทางระบบทางเดินหายใจเท่านั้น	175 (42.3)	239 (57.7)
6	การบ้วนเสมหะลงพื้น ไม่ทำให้เชื้อวัณโรคแพร่กระจายได้	213 (51.4)	201 (48.6)
7	การรับประทานอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อวัณโรคไม่ทำให้ติดเชื้อวัณโรค	261 (63.0)	153 (37.0)
8	ปัจจัยของสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สถานที่อับทึบและคับแคบ แสงแดดส่องไม่ถึง การถ่ายเทอากาศไม่ดี ทำให้เชื้อวัณโรคแพร่กระจายได้	363 (87.7)	51 (12.3)
9	ผู้ป่วยโรควัณโรคมีโอกาสที่จะหายขาดจากโรควัณโรคได้ ถ้ารับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจนครบตามที่แพทย์สั่ง	398 (96.1)	16 (3.9)
10	ผู้ป่วยโรควัณโรคที่รักษาหายแล้ว จะไม่กลับมาป่วยเป็นโรควัณโรคอีกแม้ว่าจะได้รับเชื้อวัณโรคใหม่อีกครั้ง	300 (72.5)	114 (27.5)
11	เด็กที่ติดเชื้อวัณโรค หรืออยู่ในพื้นที่ที่มีความชุกของวัณโรคสูง ก็มีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคได้ ถึงแม้ว่าจะได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรคแล้วก็ตาม	370 (89.4)	44 (10.6)
12	ผู้ที่รับเชื้อวัณโรคเข้าสู่ร่างกายแล้ว จะป่วยเป็นวัณโรคทุกราย	151 (36.5)	263 (63.5)

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อ	ความรู้เรื่องวัณโรค	ตอบถูก จำนวน (ร้อยละ)	ตอบผิด จำนวน (ร้อยละ)
13	ความร้อน และแสงแดด สามารถฆ่าเชื้อวัณโรคได้	237 (57.2)	177 (42.8)
14	ผู้ที่อยู่อาศัยในบ้านกับผู้ป่วยโรควัณโรคมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคเท่าๆ กับคนทั่วไป	121 (29.2)	293 (70.8)
15	วิธีที่ดีที่สุด ที่จะทราบว่าป่วยเป็นโรควัณโรค คือ การถ่ายภาพรังสีทรวงอก X-ray แล้วพบความผิดปกติของภาพถ่ายที่เข้าได้กับวัณโรค แล้วจึงตรวจเสมหะ	326 (78.7)	88 (21.30)
16	ผู้ป่วยโรควัณโรคที่รับประทานยารักษาไม่ครบตามกำหนด จะมีโอกาสทำให้เชื้อวัณโรคดื้อยาได้	398 (96.1)	16 (3.9)
17	ผู้ป่วยโรควัณโรคที่รักษาหายแล้ว จะไม่กลับมาป่วยเป็นโรควัณโรคอีกแม้ว่าจะได้รับเชื้อวัณโรคใหม่อีกครั้ง	375 (90.6)	39 (9.4)
18	เด็กที่ติดเชื้อวัณโรคหรืออยู่ในพื้นที่ที่มีความซุกซนของวัณโรคสูงก็มีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคได้ถึงแม้ว่าจะได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรคแล้วก็ตาม	385 (93.0)	29 (7.0)
19	ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสป่วยเป็นโรควัณโรค ได้สูงกว่าผู้ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี	344 (83.1)	70 (16.9)
20	ที่อุณหภูมิ 60 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 20 นาที ความร้อนสามารถทำลายเชื้อวัณโรคได้	238 (57.5)	176 (42.5)

จากตาราง 5 พบว่า ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพิษณุโลก ตอบถูกมากที่สุด คือ ขณะที่ผู้ป่วยโรควัณโรคไอจาม ทำให้เชื้อวัณโรคแพร่กระจายได้ คิดเป็นร้อยละ 98.10 รองลงมา คือ ผู้ป่วยโรควัณโรคที่รับประทานยารักษาไม่ครบตามกำหนด จะมีโอกาสทำให้เชื้อวัณโรคดื้อยาได้ คิดเป็นร้อยละ 96.10 ส่วนข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ ผู้ที่อยู่อาศัยในบ้านกับผู้ป่วยโรควัณโรคมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคเท่าๆ กับคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 29.20

ส่วนที่ 3 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

ตาราง 6 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมรายด้าน (n = 414)

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การได้รับแรงสนับสนุนด้านอารมณ์		
ระดับมาก (18.35-25.00 คะแนน)	164	39.60
ระดับปานกลาง (11.68-18.34 คะแนน)	163	39.40
ระดับน้อย (5.00-11.67 คะแนน)	87	21.00
(Mean = 16.26, S.D. = 5.352, Min = 5, Max = 25)		
การได้รับแรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล		
ระดับมาก (7.35-10.00 คะแนน)	182	44.00
ระดับปานกลาง (4.68-7.34 คะแนน)	124	30.00
ระดับน้อย (2.00-4.67 คะแนน)	108	26.10
(Mean = 6.44, S.D. = 2.694, Min = 2, Max = 10)		
การได้รับแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร		
ระดับมาก (23.00-30.00 คะแนน)	177	42.80
ระดับปานกลาง (15.00-22.00 คะแนน)	151	36.50
ระดับน้อย (6.00-14.00 คะแนน)	86	20.80
(Mean = 20.04, S.D. = 6.381, Min = 6, Max = 30)		
การได้รับแรงสนับสนุนด้านเครื่องมือ		
ระดับมาก (7.35-10.00 คะแนน)	194	46.90
ระดับปานกลาง (4.68-7.34 คะแนน)	138	33.30
ระดับน้อย (2.00-4.67 คะแนน)	82	19.80
(Mean = 6.79, S.D. = 2.446, Min = 2, Max = 10)		

จากตาราง 6 พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพิษณุโลก ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 39.60 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 39.40 และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 21.00 การได้รับแรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 44.00 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 30.00 และระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 26.10 การได้รับแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 42.80 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 36.50 และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 20.80 และการได้รับแรงสนับสนุนด้านเครื่องมือ ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 46.90 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 33.30 และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 19.80

ตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละ ของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก จำแนกตามคำถามรายชื่อ

ข้อ	ข้อคำถาม	การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม				
		เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
แรงสนับสนุนด้านอารมณ์						
1	ท่านได้รับการยกย่องชมเชยจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เรื่องการบ้านที่กผลการทำงานบ้านแบบบ้านที่ก	50 (12.1)	69 (16.7)	165 (39.9)	56 (13.5)	74 (17.9)
2	ผู้ป่วยวัดโรคให้การยอมรับนับถือท่านในด้านการปฏิบัติงานเป็นที่เลื่อมใสการรับปรึกษา	57 (13.8)	107 (25.8)	113 (27.3)	31 (7.5)	106 (25.6)
3	เมื่อท่านได้ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัดโรค ท่านได้รับความห่วงใยจากคนในครอบครัว	114 (27.5)	115 (27.8)	78 (18.8)	23 (5.6)	84 (20.3)
4	ท่านได้รับความไว้วางใจจากผู้นำชุมชน ชาวบ้าน ในการปฏิบัติงานวัดโรคในชุมชน	59 (14.3)	116 (28.0)	115 (27.8)	47 (11.4)	77 (18.6)

ตาราง 7 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม				
		เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
5	ท่านได้รับการกระตุ้นเตือนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเรื่องของการสวมหน้ากากอนามัยเมื่อท่านไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค	187 (45.2)	118(28.5)	52(12.6)	16(3.9)	41(9.9)
แรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล						
6	ท่านได้รับการติดตามผลในการปฏิบัติงานด้านการแนะนำการเก็บเสมหะแก่ผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	87 (21.0)	93 (22.5)	101 (24.4)	40 (9.7)	93 (22.5)
7	ท่านได้รับการประเมินผลการปฏิบัติงานการให้คำปรึกษาด้านการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการรับประทานยาให้สม่ำเสมอและครบตามแผนการรักษาวัณโรคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	112 (27.1)	113 (27.3)	71 (17.1)	42 (10.1)	76 (18.4)
แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร						
8	ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการให้ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคแก่ผู้ป่วยและชุมชน จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	148 (35.7)	142 (34.3)	69 (16.7)	36 (8.7)	19 (4.6)
9	ท่านได้รับการให้คำปรึกษาในการปฏิบัติหน้าที่การเป็นที่เลี้ยงดูแลการรับประทานยา	84 (20.3)	115 (27.8)	90 (21.7)	38 (9.2)	87 (21.0)
10	ท่านได้รับการอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่การเป็นที่เลี้ยงดูแลการรับประทานยา	66 (15.9)	95 (22.9)	98 (23.7)	65 (15.7)	90 (21.7)

ตาราง 7 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม				
		เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
11	ท่านได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในเรื่องสังเกตอาการ ผู้ป่วย ถ้าพบสิ่งผิดปกติ ให้แนะนำ นำมาพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข / ไปโรงพยาบาล	142 (34.3)	110 (26.6)	94 (22.7)	32 (7.7)	36 (8.7)
12	ท่านได้รับการตัดเตือนจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเรื่องของ การบันทึกบัตรกำกับกับการกินยา โดยใช้เครื่องหมาย / ในวันที่กิน ใช้ เครื่องหมาย x ในวันที่ไม่กินยา	89 (21.5)	77 (18.6)	88 (21.3)	52 (12.6)	108 (26.1)
13	ท่านเคยได้รับหนังสือคู่มือ เรียนรู้ เข้าใจวัณโรค ด้วยตนเอง สำหรับ อสม. จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	96 (23.2)	112 (27.1)	101 (24.4)	60 (14.5)	45 (10.9)
แรงสนับสนุนด้านเครื่องมือ						
14	ท่านได้รับการสนับสนุน เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ ในการปฏิบัติงาน เช่น หน้ากากอนามัย จาก รพ.สต.	136 (32.9)	105 (25.4)	91 (22.0)	30 (7.2)	52 (12.6)
15	ท่านได้รับการสนับสนุนด้านเวลา ในการปฏิบัติงานการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยวัณโรคจากครอบครัว	87 (21.0)	111 (26.8)	98 (23.7)	38 (9.2)	80 (19.3)

จากตาราง 7 พบว่า เมื่อพิจารณารายข้อการได้รับแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพิษณุโลก ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ ได้รับการกระตุ้นเตือนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเรื่องของการสวมหน้ากากอนามัย เมื่อท่านไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค เป็นประจำที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.20 รองลงมาคือ เมื่อได้ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค ท่านได้รับความห่วงใยจากคนในครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 27.80 การได้รับแรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล ส่วนใหญ่ได้รับการประเมินผลการปฏิบัติงานการให้

คำปรึกษาด้านการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการรับประทานยาให้สม่ำเสมอและ
 ครบตามแผนการรักษาวัณโรค จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นประจำที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.10
 การได้รับแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการให้ข่าวสาร ความรู้
 เกี่ยวกับวัณโรคแก่ผู้ป่วยและชุมชน จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นประจำที่สุด คิดเป็นร้อยละ
 35.70 รองลงมา คือ ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเรื่องสังเกตอาการผู้ป่วย ถ้าพบ
 สิ่งผิดปกติ ให้แนะนำมาพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข / ไปโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 34.30 และการ
 ได้รับแรงสนับสนุนด้านเครื่องมือส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุน เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ ในการ
 ปฏิบัติงาน เช่น หน้ากากอนามัย จาก รพ.สต.เป็นประจำที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.90

ส่วนที่ 4 ทักษะที่ดีต่อการควบคุมโรคในชุมชน

ตาราง 8 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับทักษะที่ดีต่อการควบคุมโรควัณโรค
 (n = 414)

ทักษะที่ดีต่อการควบคุมโรควัณโรค	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก (36.67-50.00 คะแนน)	257	62.10
ระดับปานกลาง (23.34-36.66 คะแนน)	148	35.70
ระดับน้อย (10.00-23.33 คะแนน)	9	2.20
(Mean = 37.78, S.D. = 4.938, Min = 17, Max = 50)		

จากตาราง 8 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพิษณุโลก ที่เป็นกลุ่ม
 ตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับทักษะที่ดีต่อการควบคุมโรควัณโรคอยู่ในระดับมากร้อยละ 62.10
 รองลงมา คือ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 35.70 และระดับน้อยร้อยละ 2.20 โดยมีค่าคะแนน
 เฉลี่ยเท่ากับ 37.78 คะแนน ค่าคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 17 คะแนน และค่าคะแนนสูงสุดเท่ากับ 50
 คะแนน

ตาราง 9 แสดงจำนวนและร้อยละ ทักษะที่ดีต่อการควบคุมวัณโรคในชุมชน ในการปฏิบัติงานตามแนวทางการควบคุมวัณโรค ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก จำแนกตามคำถามรายชื่อ

ข้อ	ข้อความ	ทัศนคติที่ดีต่อการควบคุมวัณโรคในชุมชน				
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1	ท่านไม่รู้สึกลัวติดวัณโรคหาก ต้องดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน	51 (12.3)	152 (36.7)	116 (28.0)	60 (14.5)	35 (8.5)
2	การกำกับกับการกินยาวัณโรคโดย อสม. สามารถรักษาวัณโรคได้ สำเร็จ	70 (16.9)	206 (49.8)	84 (20.3)	31 (7.5)	23 (5.6)
3	ท่านคิดว่าผู้ป่วยวัณโรคที่กินยา ต่อเนื่องจะรักษาโรคนี้นายขาด ได้	172 (41.5)	187 (45.2)	39 (9.4)	6 (1.4)	10 (2.4)
4	ท่านเห็นว่าควรค้นหาวัณโรคใน ชุมชน โดยการคัดกรองอาการไอ นานกว่า 2 สัปดาห์	137 (33.1)	231 (55.8)	29 (7.0)	9 (2.2)	8 (1.9)
5	ท่านคิดว่าการติดตามผู้ป่วย วัณโรคให้ไปพบแพทย์ต่อเนื่อง จะควบคุมวัณโรคได้	185 (44.7)	199 (48.1)	114 (3.4)	7 (1.7)	9 (2.2)
6	ท่านรู้สึกเห็นใจผู้ป่วยโรควัณโรค และคอยให้การช่วยเหลือ	91 (22.0)	276 (66.7)	28 (6.8)	8 (1.9)	11 (2.7)
7	การเป็นพี่เลี้ยงดูแลกำกับการกิน ยาของผู้ป่วยวัณโรคเป็นเรื่อง ยาก	48 (11.6)	158 (38.2)	97 (23.4)	92 (22.2)	19 (4.6)
8	การบันทึกผลการเยี่ยมบ้านใน แบบบันทึกมีความสำคัญเป็น อย่างมากต่อการรักษาวัณโรค	113 (27.3)	238 (57.5)	39 (9.4)	10 (2.4)	14 (3.4)

ตาราง 9 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	ทัศนคติที่ดีต่อการควบคุมวัณโรคในชุมชน				
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
9	การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรควัณโรค มีขั้นตอนที่ยุ่งยากและเป็นภาระ ของ อสม.	34 (8.2)	107 (25.8)	63 (15.2)	172 (41.5)	38 (9.2)
10	การแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ ผู้ป่วยและญาติมีความสำคัญ อย่างยิ่งในการรักษาวัณโรค	158 (38.2)	210 (50.7)	27 (6.5)	10 (2.4)	9 (2.2)

จากตาราง 9 พบว่า ทัศนคติที่ดีต่อการควบคุมวัณโรคในชุมชน ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก เห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุด คือ ท่านคิดว่าการติดตาม
ผู้ป่วยวัณโรคให้ไปพบแพทย์ต่อเนื่องจะควบคุมวัณโรคได้ คิดเป็นร้อยละ 44.70 รองลงมา คือ ท่าน
คิดว่าผู้ป่วยวัณโรคที่กินยาต่อเนื่องจะรักษาโรคนี้หายขาดได้ คิดเป็นร้อยละ 41.50 และการแนะนำ
การปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติมีความสำคัญอย่างยิ่งในการรักษาวัณโรค คิดเป็นร้อยละ 38.20
ส่วนข้อที่เห็นด้วยอย่างย้งน้อยที่สุด คือ การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรควัณโรค มีขั้นตอนที่ยุ่งยากและเป็น
ภาระของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพิษณุโลก คิดเป็นร้อยละ 8.20

ส่วนที่ 5 การปฏิบัติงานตามแนวทางควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านจังหวัดพิษณุโลก

การปฏิบัติงานตามแนวทางควบคุมวัณโรค ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการเป็นพี่เลี้ยงดูแลรับประทานยา 2) ด้านการ
ค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 3) ด้านการป้องกันวัณโรคในชุมชน และ 4) ด้านการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

ตาราง 10 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับการปฏิบัติงานตามแนวทางควบคุม
 วัณโรค (n = 414)

การปฏิบัติงานตามแนวทางควบคุมวัณโรค	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก (84.35-115.00 คะแนน)	167	40.30
ระดับปานกลาง (53.68-84.34 คะแนน)	145	35.00
ระดับน้อย (23.00-53.67 คะแนน)	102	24.60

(Mean = 73.69, S.D. = 26.132, Min = 23, Max = 115)

จากตาราง 10 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพิษณุโลก ที่เป็น
 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติงานตามแนวทางควบคุมวัณโรคอยู่ในระดับมาก ร้อยละ
 40.30 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 35.00 และระดับน้อย ร้อยละ 24.60 โดยมีค่าคะแนน
 เฉลี่ยเท่ากับ 73.69 คะแนน ค่าคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 23 คะแนน และค่าคะแนนสูงสุดเท่ากับ 115
 คะแนน

ตาราง 11 แสดงจำนวนและร้อยละ การปฏิบัติงานตามแนวทางควบคุมวัณโรคของ
 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก จำแนกตามคำถาม
 รายข้อ

ข้อ	ข้อความ	การปฏิบัติงานตามแนวทางควบคุมวัณโรค				
		ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
การปฏิบัติเกี่ยวกับการเป็นพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยา						
1	ท่านจัดยาให้ผู้ป่วยกินยาต่อ หน้า (ควรเป็นเวลาตอนเย็น) วันละ 1 ของ	79 (19.1)	76 (18.4)	75 (18.1)	34 (8.2)	150 (36.2)
2	ท่านบันทึกบัตรกำกับการกินยา โดยใช้เครื่องหมาย / ในวันที่กิน ใช้เครื่องหมาย x ในวันที่ไม่กิน ยา	82 (19.8)	90 (21.7)	67 (16.2)	33 (8.0)	142 (34.3)

ตาราง 11 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	การปฏิบัติงานตามแนวทางควบคุมวัณโรค				
		ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
3	ท่านสังเกตอาการผิดปกติผู้ป่วย เช่น ผื่นคัน ปวดศีรษะ อาเจียน	71 (17.1)	94 (22.7)	100 (24.2)	44 (10.6)	105 (25.4)
4	ท่านแนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การพักผ่อน งดสารเสพติดทุกชนิดแก่ผู้ป่วย	108 (26.1)	128 (30.9)	71 (17.1)	32 (7.7)	75 (18.1)
5	ท่านได้มีการประสานกับเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน / สถานีอนามัย เช่น กรณีที่พบผู้ป่วยขาดยา	100 (24.2)	112 (27.1)	81 (19.6)	38 (9.2)	83 (20.0)
6	ท่านได้ให้คำแนะนำแก่ญาติชุมชนให้เข้าใจถึงการควบคุมป้องกันโรค	91 (22.0)	164 (39.6)	71 (17.1)	31 (7.5)	57 (13.8)
7	ท่านสังเกตและสอบถามอาการทั่วไปเกี่ยวกับอาการแพ้ยาหรือผลข้างเคียงของยาจากผู้ป่วยโรควัณโรค	90 (21.7)	130 (31.4)	82 (19.8)	32 (7.7)	80 (19.3)
8	ท่านได้ให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจผู้ป่วย กับผู้ป่วยที่มีอาการแพ้/ผลข้างเคียงของยา	79 (19.1)	132 (31.9)	81 (19.6)	45 (10.9)	77 (18.6)
9	ท่านกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยเก็บเสมหะส่งตรวจตามกำหนด	99 (23.9)	141 (34.1)	64 (15.5)	28 (6.8)	82 (19.8)

ตาราง 11 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	การปฏิบัติงานตามแนวทางควบคุมวัณโรค				
		ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
10	ท่านให้คำแนะนำและการพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยวัณโรค เช่น การเช็ดตัวลดไข้ การดื่มสารละลายเกลือแร่เมื่ออ่อนเพลียจากการอาเจียนหรือถ่ายเหลว เป็นต้น	65 (15.7)	96 (23.2)	102 (24.6)	57 (13.8)	94 (22.7)
การค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ แบบเชิงรุก						
11	ท่านให้บริการ คัดกรองโรควัณโรค โดยการใช้แบบคัดกรองเบื้องต้นกับคนในชุมชนของท่าน	81 (19.6)	115 (27.8)	94 (22.7)	64 (15.5)	60 (14.5)
12	ท่านได้แนะนำกลุ่มเสี่ยงวัณโรค เช่น กลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน ไป เอกซเรย์ปอดทุกปี	95 (22.9)	101 (24.4)	98 (23.7)	48 (11.6)	72 (17.4)
การป้องกันวัณโรคในชุมชน						
13	ท่านได้รับการกระตุ้นเตือนให้ประชาชนที่สงสัย ตนเองว่าป่วยเป็นวัณโรค ให้ไปรับบริการตรวจเสมหะที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน	103 (24.9)	125 (30.2)	90 (21.7)	41 (9.9)	55 (13.3)
14	หากมีเด็กในพื้นที่รับผิดชอบ บริเวณใกล้เคียงยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรค ท่านแนะนำให้ผู้ปกครอง พาเด็กไปรับวัคซีนทันทีที่พบ	142 (34.3)	112 (27.1)	75 (18.1)	48 (11.6)	37 (8.9)

ตาราง 11 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	การปฏิบัติงานตามแนวทางควบคุมวัณโรค				
		ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน						
15	ท่านให้คำปรึกษาด้านการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยวัณโรค และครอบครัว เกี่ยวกับการปิดปากปิดจมูก เวลาไอ หรือจาม เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรค	135 (32.6)	146 (35.3)	63 (15.2)	37 (8.9)	33 (8.0)
16	เมื่อออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคท่านตรวจปัสสาวะของผู้ป่วยวัณโรค ว่ามีปัสสาวะสีแฉะส้ม	52 (12.6)	68 (16.4)	85 (20.5)	47 (11.4)	162 (39.1)
17	ท่านให้คำปรึกษาด้านการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยวัณโรค และครอบครัว เกี่ยวกับความสำคัญของการกินยาทุกวัน และอันตรายของการกินยาไม่สม่ำเสมอ	87 (21.0)	127 (30.7)	80 (19.3)	50 (12.1)	70 (16.9)
18	ท่านตรวจนับซองยา เท่าจำนวนวันที่ใช้ไปหรือไม่ ตรวจฉบับตรับที่กำกับกับการกินยาพร้อมเซ็นชื่อไว้	71 (17.1)	91 (22.0)	66 (15.9)	49 (11.8)	137 (33.1)
19	เมื่อเสร็จจากการเยี่ยมบ้านท่านได้บันทึกผลการเยี่ยมบ้านลงในแบบบันทึก	107 (25.8)	104 (25.1)	65 (15.7)	52 (12.6)	86 (20.8)

ตาราง 11 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	การปฏิบัติงานตามแนวทางควบคุมวัณโรค				
		ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
20	ท่าน แนะนำการเก็บเสมหะแก่ผู้ป่วย โดยให้เก็บเสมหะในตอนเช้าหลังจากตื่นนอน และย่ำ/เตือนผู้ป่วยเรื่องกำหนดตรวจเสมหะ	93 (22.5)	109 (26.3)	76 (18.4)	51 (12.3)	85 (20.5)
21	ท่านได้มีการซักถามผู้สัมผัสร่วมบ้านและบ้านใกล้เคียง หากมีอาการไอเรื้อรังติดต่อกันเกิน 2 สัปดาห์แนะนำให้มาตรวจคัดกรองวัณโรคที่โรงพยาบาล	106 (25.6)	117 (28.3)	77 (18.6)	51 (12.3)	63 (15.2)
22	เมื่อเสร็จจากการเยี่ยมบ้าน ท่านบันทึกผลการเยี่ยมบ้านในแบบบันทึกฯ	98 (23.7)	107 (25.8)	76 (18.4)	48 (11.6)	85 (20.5)
23	ท่านออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคในเขตพื้นที่ของท่าน เพื่อการประสานงานข้อมูลและการดูแลอย่างต่อเนื่องร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	112 (27.1)	107 (25.8)	68 (16.4)	52 (12.6)	75 (18.1)

จากตาราง 11 พบว่า การปฏิบัติงานตามแนวทางควบคุมวัณโรค ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด คือ หากมีเด็กในพื้นที่รับผิดชอบบริเวณใกล้เคียงยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรค ท่านแนะนำให้ผู้ปกครอง พาเด็กไปรับวัคซีนทันทีที่พบ คิดเป็นร้อยละ 34.30 รองลงมา คือ ท่านให้คำปรึกษาด้านการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยวัณโรค และครอบครัว เกี่ยวกับ การปิดปาก ปิดจมูก เวลาไอ หรือจาม เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรค คิดเป็นร้อยละ 32.60 และท่านออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคใน

เขตพื้นที่ของท่าน เพื่อการประสานงานข้อมูล และการดูแลอย่างต่อเนื่องร่วมกับเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 27.10 ส่วนข้อที่ปฏิบัติเป็นประจำน้อยที่สุด คือ เมื่อออกติดตามเยี่ยม
บ้านผู้ป่วยวัณโรคท่านตรวจปัสสาวะของผู้ป่วยวัณโรคว่ามีปัสสาวะสีแดงส้ม คิดเป็นร้อยละ 12.60

ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามแนวทางการควบคุมวัณโรค ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

ตาราง 12 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เรื่อง
วัณโรค แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านการให้การประเมินผล ด้าน
ข้อมูลข่าวสาร และด้านเครื่องมือ และทัศนคติที่ดีต่อการควบคุมวัณโรคกับ
การปฏิบัติงานตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

ตัวแปร	การปฏิบัติงานตามแนว ทางการควบคุมวัณโรค	
	r	p-value
เพศชาย	-0.006	0.451
อายุ	0.008	0.438
สถานภาพ		
โสด	0.010	0.417
คู่/สมรส	-0.015	0.378
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	0.010	0.421
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	0.056	0.130
ประถมศึกษา	-0.023	0.318
มัธยมศึกษา หรือ ปวช.	-0.034	0.242
อนุปริญญา หรือ ปวส.	0.098	0.023*
ปริญญาตรีขึ้นไป	-0.020	0.345

ตาราง 12 (ต่อ)

ตัวแปร	การปฏิบัติงานตามแนวทางการควบคุมวัณโรค	
	r	p-value
อาชีพ		
รับจ้าง	-0.001	0.490
ค้าขาย	0.044	0.185
เกษตรกรรม	-0.006	0.454
ข้าราชการ (ข้าราชการบำนาญ)	0.060	0.113
รายได้	0.055	0.134
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	-0.025	0.306
ระยะเวลาการเป็น อสม.	0.003	0.479
เคยมีสมาชิกในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนบ้าน เป็นวัณโรค	0.072	0.073
เคยเข้าร่วมการอบรมให้ความรู้เรื่องวัณโรคในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา	0.269	<0.001*
เคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับวัณโรคในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา	0.072	0.072
ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค	-0.024	0.312
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์	0.621	<0.001*
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการให้การประเมินผล	0.599	<0.001*
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร	0.617	<0.001*
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านเครื่องมือ	0.606	<0.001*
ทัศนคติที่ดีต่อการควบคุมวัณโรค	0.430	<0.001*

*p-value = 0.05

จากตาราง 12 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ได้แก่ การศึกษาในระดับอนุปริญญาหรือปวส. ($r = 0.098$, $p\text{-value} = 0.023$) เคยเข้าร่วมการอบรมให้ความรู้เรื่องวัณโรค

ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ($r = 0.269$, $p\text{-value} < 0.001$) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ($r = 0.621$, $p\text{-value} < 0.001$) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการให้การประเมินผล ($r = 0.599$, $p\text{-value} < 0.001$) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ($r = 0.617$, $p\text{-value} < 0.001$) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านเครื่องมือ ($r = 0.606$, $p\text{-value} < 0.001$) และทัศนคติที่ดีต่อการควบคุมวัณโรค ($r = 0.430$, $p\text{-value} < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตาราง 13 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ($n = 414$)

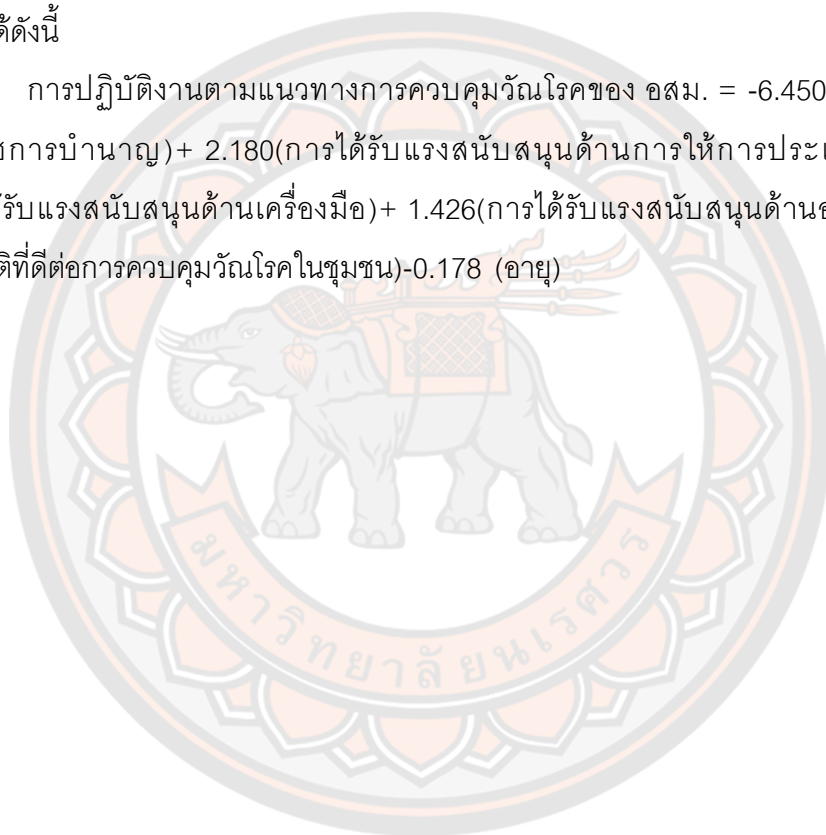
ตัวแปร	b	SE	Beta	t	p-value
อายุ	-0.178	0.083	-0.075	-2.133	0.034*
ข้าราชการ (ข้าราชการบ้านนาญ) (กลุ่มอ้างอิง คือ อาชีพรับจ้าง ค่าขาย เกษตรกรรม)	16.351	7.614	0.075	2.148	0.032*
ทัศนคติที่ดีต่อการควบคุมวัณโรคใน ชุมชน	0.989	0.202	0.187	4.889	<0.001*
การได้รับแรงสนับสนุนด้านอารมณ์	1.426	0.259	0.292	5.514	<0.001*
การได้รับแรงสนับสนุนด้านการให้ การประเมินผล	2.180	0.500	0.225	4.363	<0.001*
การได้รับแรงสนับสนุนด้านเครื่องมือ	2.046	0.543	0.191	3.769	<0.001*

* $p\text{-value} < 0.05$, Constant = -6.450, Adjust $R^2 = 0.509$

จากตาราง 13 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัด

พิษณุโลก ได้แก่ อาชีพ ($b=16.351$, $Beta=0.075$) การได้รับแรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล ($b=2.180$, $Beta=0.225$) การได้รับแรงสนับสนุนด้านเครื่องมือ ($b=2.046$, $Beta=0.191$) การได้รับแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ ($b=1.426$, $Beta=0.292$)ทัศนคติที่ดีต่อการควบคุมวัณโรคในชุมชน ($b = 0.989$, $Beta = 0.187$) และอายุ ($b=-0.178$, $Beta= -0.075$) ตามลำดับ โดยปัจจัยทั้งหมด 6 ปัจจัย สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ร้อยละ 50.90 (รายละเอียดดังตารางที่ 13) สามารถเขียนสมการพยากรณ์การปฏิบัติงานตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของ อสม. ได้ดังนี้

การปฏิบัติงานตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของ อสม. = $-6.450+16.351(\text{อาชีพ})$
 $(\text{ข้าราชการบำนาญ})+ 2.180(\text{การได้รับแรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล})+ 2.046$
 $(\text{การได้รับแรงสนับสนุนด้านเครื่องมือ})+ 1.426(\text{การได้รับแรงสนับสนุนด้านอารมณ์})+ 0.989$
 $(\text{ทัศนคติที่ดีต่อการควบคุมวัณโรคในชุมชน})-0.178 (\text{อายุ})$



บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามแนวทางการควบคุมวัณโรค ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 414 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) และสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพิษณุโลก ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 82.10 และมีอายุอยู่ระหว่าง 51 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.70 มีอายุเฉลี่ย 48.29 ปี อายุมากที่สุด 76 ปี อายุน้อยที่สุด 20 ปี มีสถานภาพสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76.60 มีระดับการศึกษาอยู่ในช่วงประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 32.60 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. คิดเป็นร้อยละ 28.70 และประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.40 รองลงมา คือ อาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 34.30 มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน เฉลี่ย 4 คน มากที่สุด 9 คน น้อยที่สุด 1 คน มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน เฉลี่ย 9,840.28 บาทต่อเดือน มีรายได้มากที่สุด 70,000 บาทต่อเดือน รายได้น้อยที่สุด 1,000 บาทต่อเดือน และมีระยะเวลาการเป็น อสม. เฉลี่ย 12.23 ปี มากที่สุด 43 ปี น้อยที่สุด 1 ปี

เคยมีสมาชิกในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนบ้าน เป็นวัณโรค คิดเป็นร้อยละ 13.30 ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา เคยเข้าร่วมการอบรมให้ความรู้เรื่องวัณโรค คิดเป็นร้อยละ 58.50 ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา เคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับวัณโรค คิดเป็นร้อยละ 88.40 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับวัณโรค จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90.10 รองลงมา คือ สื่อแผ่นพับ/โปสเตอร์/หนังสือพิมพ์ คิดเป็นร้อยละ 43.00 และถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับวัณโรค อสม.จะไปขอคำแนะนำจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 92.30

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคโควิด

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เรื่องโรคโควิดอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 75.40 จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน รองลงมา มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 23.90 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเป็น 14.79 คะแนน ค่าคะแนนสูงสุด 20 คะแนน และค่าคะแนนต่ำสุด 8 คะแนน ข้อคำถามที่ตอบถูกมากที่สุด คือ ขณะที่ผู้ป่วยโรคโควิดไอจาม ทำให้เชื้อโรคแพร่กระจายได้ คิดเป็นร้อยละ 98.10 รองลงมาคือ ผู้ป่วยโรคโควิดที่รับประทานยารักษาไม่ครบตามกำหนด จะมีโอกาสทำให้เชื้อโรคคือยาได้ คิดเป็นร้อยละ 96.10 ส่วนข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ ผู้ที่อยู่อาศัยในบ้านกับผู้ป่วยโรคโควิดมีโอกาสป่วยเป็นโรคเท่าๆ กับคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 29.20

ส่วนที่ 3 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 39.60 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 39.40 และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 21.00 การได้รับแรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 44.00 รองลงมา คือระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 30.00 และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 26.10 การได้รับแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 42.80 รองลงมา คือ ระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 36.50 และระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 20.80 และการได้รับแรงสนับสนุนด้านเครื่องมือ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 46.90 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 33.30 และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 19.80

การได้รับแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ของ อสม. ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการกระตุ้นเตือนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเรื่องของการสวมหน้ากากอนามัยเมื่อท่านไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคโควิดเป็นประจำที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.20 รองลงมา คือ เมื่อได้ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคโควิด ท่านได้รับความห่วงใยจากคนในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 27.80 การได้รับแรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผลส่วนใหญ่ได้รับการประเมินผลการทำงานการให้คำปรึกษาด้านการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการรับประทานยาให้สม่ำเสมอและครบตามแผนการรักษาโรคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นประจำที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.10 การได้รับแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการให้ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคแก่ผู้ป่วยและชุมชน จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นประจำที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.70 รองลงมา คือ ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเรื่องสังเกตอาการผู้ป่วย ถ้าพบสิ่งผิดปกติ ให้แนะนำมาพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข / ไปโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 34.30 และการ

ได้รับแรงสนับสนุนด้านเครื่องมือส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุน เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ ในการปฏิบัติงาน เช่น หน้ากากอนามัย จาก รพ.สต.เป็นประจำที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.90

ส่วนที่ 4 ทักษะที่ดีต่อการควบคุมโรคในชุมชน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับทักษะที่ดีต่อการควบคุมโรควัดโรคอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 62.10 รองลงมา คือ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 35.70 และระดับน้อย ร้อยละ 2.20 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 37.78 คะแนน ค่าคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 17 คะแนน และค่าคะแนนสูงสุดเท่ากับ 50 คะแนน

ทักษะที่ดีต่อการควบคุมโรคในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่คิดว่า การติดตามผู้ป่วยโรค ให้ไปพบแพทย์ต่อเนื่องจะควบคุมโรคได้ คิดเป็นร้อยละ 44.70 รองลงมา คือ คิดว่าผู้ป่วยโรคที่กินยาต่อเนื่องจะรักษาโรคนี้หายขาดได้ คิดเป็นร้อยละ 41.50 และการแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติมีความสำคัญอย่างยิ่งในการรักษาโรคคิดเป็นร้อยละ 38.20

ส่วนที่ 5 การปฏิบัติงานตามแนวทางควบคุมโรคของ อสม.

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติงานตามแนวทางควบคุมโรคอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 40.30 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 35.00 และระดับน้อย ร้อยละ 24.60 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 73.69 คะแนน ค่าคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 23 คะแนน และค่าคะแนนสูงสุดเท่ากับ 115 คะแนน มีการปฏิบัติงานตามแนวทางควบคุมโรค ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแบบปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด คือ หากมีเด็กในพื้นที่รับผิดชอบบริเวณใกล้เคียงยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค ท่านแนะนำให้ผู้ปกครอง พาเด็กไปรับวัคซีนทันที ที่พบ คิดเป็นร้อยละ 34.30 รองลงมา คือ ท่านให้คำปรึกษาด้านการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยโรค และครอบครัว เกี่ยวกับ การปิดปาก ปิดจมูก เวลาไอ หรือจาม เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค คิดเป็นร้อยละ 32.60 และท่านออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคในเขตพื้นที่ของท่าน เพื่อการประสานงานข้อมูล และการดูแลอย่างต่อเนื่องร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 27.10 ส่วนข้อที่ปฏิบัติเป็นประจำน้อยที่สุด คือ เมื่อออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคท่านตรวจปัสสาวะของผู้ป่วยโรค ว่ามีปัสสาวะสีแดงส้ม คิดเป็นร้อยละ 12.60

ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามแนวทางการควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) แบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามแนวทางการควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ได้แก่ อาชีพ ($b=16.351$, $Beta=0.075$) การได้รับแรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล ($b=2.180$, $Beta=0.225$) การได้รับแรงสนับสนุนด้านเครื่องมือ ($b=2.046$, $Beta=0.191$) การได้รับแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ ($b=1.426$, $Beta=0.292$) ทักษะที่ดีต่อการควบคุมโรคในชุมชน ($b=0.989$, $Beta=0.187$) และอายุ ($b=-0.178$, $Beta=-0.075$) ตามลำดับ สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามแนวทางการควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ร้อยละ 50.90

สามารถเขียนสมการพยากรณ์การปฏิบัติงานตามแนวทางการควบคุมโรคของ อสม. ได้ดังนี้ การปฏิบัติงานตามแนวทางการควบคุมโรคของ อสม. การปฏิบัติงานตามแนวทางการควบคุมโรคของ อสม. = $-6.450 + 16.351(\text{อาชีพ}) + 2.180(\text{การได้รับแรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล}) + 2.046(\text{การได้รับแรงสนับสนุนด้านเครื่องมือ}) + 1.426(\text{การได้รับแรงสนับสนุนด้านอารมณ์}) + 0.989(\text{ทักษะที่ดีต่อการควบคุมโรคในชุมชน}) - 0.178(\text{อายุ})$

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 75.40 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ยุทธนา แยกคาย (2561) สามารถอธิบายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการเป็น อสม. โดยในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา เคยเข้าร่วมการอบรมให้ความรู้เรื่องโรค ถึงร้อยละ 58.50 ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรค ร้อยละ 88.40 และถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับโรค อสม.จะไปขอคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ร้อยละ 66.40 โดยเฉพาะจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ถึงร้อยละ 34.10 พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ด้านการให้การประเมินผล ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านเครื่องมือจากเจ้าหน้าที่ ผู้นำชุมชน และผู้ป่วยโรคในชุมชนอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 39.60 44.00 42.80 และ 46.90 ตามลำดับ และมีทัศนคติที่ดีต่อการควบคุมโรคโรค อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 62.10 ส่งผลให้การปฏิบัติงานตามแนวทางควบคุมโรคอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 40.30 สอดคล้องกับการศึกษาของสุรเดช ชวะเดช (2560) ที่พบว่า รูปแบบในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคให้ประสบความสำเร็จจะประกอบด้วย

4 องค์ประกอบ คือ การมีเครือข่ายในการทำงาน ได้รับการสร้างเสริมประสบการณ์ ได้รับการเสริมสร้างพลังจากบุคคลรอบข้าง และการมีผู้นำในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วย และส่งผลให้ทั้งผู้ป่วย วัณโรคผู้ปฏิบัติงานดูแลมีความพึงพอใจต่อการให้และรับบริการอยู่ในระดับมากอีกด้วย

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและสามารถร่วมกันพยากรณ์ ได้ร้อยละ 50.90 พบว่า ประกอบด้วย 6 ปัจจัย ได้แก่

อาชีพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 50.70 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 38.30 ซึ่งเป็นอาชีพที่มีความอิสระและเป็นแหล่งที่มาของรายได้ในครอบครัว เนื่องจากอาชีพเป็นสิ่งสำคัญที่บ่งบอกถึงศักยภาพและความพร้อมในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในหลายด้าน ทั้งในการเข้าถึงองค์ความรู้และการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการควบคุมวัณโรค เพื่อที่จะสามารถสื่อสารและสร้างความเข้าใจให้กับผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวหรือคนในชุมชนเกี่ยวกับการควบคุมวัณโรค หากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประกอบอาชีพที่สร้างรายได้ให้กับครอบครัวไม่เพียงพอ หรือไม่สามารถปฏิบัติงานที่ต้องเป็นไปตามแนวทางการควบคุมวัณโรคที่ได้มีการกำหนดไว้อย่างชัดเจน อาจเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนางคราญ สมฤทธิ์ (2558) ที่พบว่า ความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย ด้านอารมณ์ ด้านการให้การประเมินผล และด้านเครื่องมือในการป้องกันและควบคุมวัณโรค มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้การดำเนินงานด้านการควบคุมวัณโรคประสบผลสำเร็จ ซึ่งพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนด้านอารมณ์อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 39.60 ได้รับแรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 44.00 และการได้รับแรงสนับสนุนด้านเครื่องมือส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 46.90 สอดคล้องกับการศึกษาของยุทธนา แยมคาย (2561) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลทางบวกต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและสอดคล้องกับการศึกษาของภัทรา ผาแก้ว (2558) และการศึกษาของสุรเดช ชวะเดช (2560) ที่พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทาง

สังคมทั้ง 3 ด้านมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมวัณโรคของ อสม. หากในการปฏิบัติงานควบคุมวัณโรค ขาดการวางแผนและการประสานงาน ขาดการติดตามดูแล และประเมินผลจากเจ้าหน้าที่ การปฏิบัติตามแนวทางควบคุมวัณโรคของ อสม. อาจไม่สามารถประสบความสำเร็จได้

ทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค มีผลต่อการปฏิบัติงานตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งอาสาสมัครส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคอยู่ในระดับมากร้อยละ 62.10 เนื่องจากบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องอาศัยทักษะหลายด้านทั้งความรู้ ความเข้าใจ การประสานงาน และการติดตามเยี่ยมบ้าน ดังนั้น การมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติหน้าที่จึงสำคัญต่อความพร้อมและความสม่ำเสมอในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของเมธี สุทธิศิลป์ (2558) ที่ทำการศึกษาระดับปริญญาโทที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรค คือหนึ่งในปัจจัยที่สามารถทำนาย การมีส่วนร่วมในการจัดการควบคุมป้องกันโรคติดต่อได้

อายุ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 37.70 มีผลต่อการปฏิบัติงานตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เนื่องจากการรักษาและควบคุมวัณโรคต้องอาศัยการดูแลอย่างสม่ำเสมอ อายุที่มากขึ้นจึงอาจทำให้เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานควบคุมวัณโรคได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรกิจเขื่อนแก้ว (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันและควบคุมวัณโรค อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา ผลการศึกษาพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรค ของ อสม. อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของภัทธา ผาแก้ว (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) จังหวัดสระแก้ว พบว่า ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ การได้รับการฝึกอบรม และการได้รับสิ่งของวัสดุอุปกรณ์ทางแพทย์ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ควรให้ความสำคัญและมุ่งเน้นให้การสนับสนุน ด้าน การประเมินผลและด้านเครื่องมือในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างสม่ำเสมอ และการให้แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ผ่านการจัดกิจกรรมในชุมชน ซึ่งจะ ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรค และเพื่อเป็น การสร้างขวัญและกำลังใจในบทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำให้ การปฏิบัติตามแนวทาง การควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้าน การเป็นพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยา ด้านการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ด้านการป้องกัน วัณโรคในชุมชน และด้านการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยยิ่งขึ้น ร่วมกับการพัฒนากระบวนการติดตาม และตรวจสอบความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคหรือดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับ การควบคุมวัณโรคในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้การดำเนินงานด้านการควบคุมวัณโรคเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาเพิ่มเติมในรูปแบบการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อข้อมูลที่ครบถ้วนและละเอียดมากขึ้น

2.2 ควรศึกษาการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้านอื่นๆ นอกเหนือจากด้านการเป็นพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยา ด้านการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ด้านการป้องกันวัณโรคในชุมชนและด้านการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อให้ครอบคลุมในประเด็นต่างๆ มากยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค. (2558). แนวทางการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (*active case finding*) ในการควบคุม ป้องกันวัณโรค เอชดี ซีพีเอส โรคเรื้อน มาลาเรีย และโรคพยาธิใบไม้ตับ. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมควบคุมโรค. (2561ก). *ตัวชี้วัดมาตรการเพื่อบรรลุเป้าหมาย อัตราความสำเร็จการรักษา ผู้ป่วย วัณโรคปอดรายใหม่*. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กองบริหาร การสาธารณสุข.
- กรมควบคุมโรค. (2561ข). *แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ.2561*. กรุงเทพฯ: อักษร กราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- เฉวตสรร นามวาท, สุธาสินี ค าหลวง, นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร, ยงเจือ เหล่าศิริถาวร, ศศิธรณ์ มาแฉะ, วิชญญา ปิณฑะดิษ, . . . อรพรรณ โพธิ์หัง. (2560). *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ ความคุ้มค่าการลงทุนเพื่อยุติปัญหาวัณโรคในประเทศไทย: การวิเคราะห์ต้นทุน-ผลได้ (return on investment of ending tb strategies in thailand: A cost-benefit analysis)*. นนทบุรี: สำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลก กรมควบคุมโรค.
- ณัฐวุฒิ ช้วยหอม. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลท่าทองใหม่ อำเภอกาญจน์จันดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11*, 31(1), 899-906.
- นงคราญ สมฤทธิ์. (2558). *ศักยภาพและความพร้อมในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ด้านการกำกับดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการให้ยาระยะสั้น ภายใต้การสังเกตโดยตรง อำเภอ เกาะคา จังหวัดลำปาง (การศึกษาค้นคว้าอิสระ)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ภัทรา ผาแก้ว. (2558). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้น (dots) จังหวัดสระแก้ว (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏราชรินทร์.
- เมธี สุทธิศิลป์. (2558). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ ตามแนวชายแดนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา*. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(1), 83-93.
- ยุทธนา แยมคาย. (2561). *ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย*. *วารสารการพยาบาล การ*

- สาธารณสุขและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา, 19(3), 145-155.
- สงครักษ์ภูณีย์ ดวงคำสวัสดิ์. (2539). การประยุกต์กระบวนการกลุ่มและให้แรงสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแม่บ้าน อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก. (2561). รายงานประจำปี 2561 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก. สืบค้น 25 กุมภาพันธ์ 2562, จาก <http://www.plkhealth.go.th/www/>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก. (2562). รายงานประจำปี 2562 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก. สืบค้น 25 กุมภาพันธ์ 2562, จาก <http://www.plkhealth.go.th/www/>
- สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562. นนทบุรี: สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักทันโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สำนักทันโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนดีไซน์.
- สุรกิจ เขื่อนแก้ว. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันและควบคุมวัณโรค อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา (การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สุรเดช ชวะเดช. (2560). การพัฒนารูปแบบของการรักษาวัณโรคแบบมีพีเคเอ็ดกับ (dot) อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 8(3), 399-351.
- Balogun, M., Sekoni, A., Meloni, S. T., Odukoya, O., Onajole, A., Longe-Peters, O., . . . Kanki, P. J. (2015). Trained community volunteers improve tuberculosis knowledge and attitudes among adults in a periurban community in southwest nigeria. *The American journal of tropical medicine and hygiene*, 92(3), 625-632.
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). New Jersey: Prentice hall.
- Bloom, B. S. (1956). *Taxonomy of educational objectives, the classification of educational goals - handbook i: Cognitive domain*. New York: McKay.
- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student*

learning. New York: McGraw-Hill.

- Chung, M. H. L., Hazmi, H., & Cheah, W. L. (2017). Role performance of community health volunteers and its associated factors in kuching district, sarawak. *Journal of environmental and public health*, 2017.
- Devellis, R. (2012). *Scale development theory and applications*. New York: Sage Publications.
- Gottlieb, B. H. (1985). Social support and the study of personal relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 2(3), 351-375.
- House, J. S., Kahn, R. L., McLeod, J. D., & Williams, D. (1985). Measures and concepts of social support *Social support and health*. (83-108). San Diego, CA, US: Academic Press.
- Pilisuk, M. (1982). Delivery of social support: The social inoculation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(1), 20.
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Dutch Journal of Educational Research*, 2, 49-60.
- Samal J, & Dehury, R. K. (2019). Utilization, preference, perception and characteristics of people adopting traditional and ayush systems of medicine in india: A systematic review. *Journal of Complementary and Integrative Medicine*, 16(2). doi: doi:10.1515/jcim-2018-0020
- Wayne, W. D. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences* (6th ed.). New York: John Wiley & Sons.
- World Health Organization. (2018). *Global tuberculosis report*. France: World Health Organization.



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยนครพนม

ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามแนวทางการควบคุมวัณโรค ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

แบบสอบถามของวิจัยเรื่อง "ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก" จัดทำโดย นายภูษิต ชันกสิกรรม นิสิตปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาสาธาณสุขศาสตรบัณฑิต คณะสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จัดทำขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามแนวทางการควบคุมวัณโรค ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยข้อมูลที่ได้รับจากการสำรวจนี้จะถูกนำไปใช้ในการดำเนินงานวิจัยและข้อมูลของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ

โดยแบบสอบถามแบ่งคำถามออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องวัณโรค

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวัดแรงสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทัศนคติที่มีต่อการควบคุมวัณโรคในชุมชน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแนวทางควบคุมวัณโรคของอสม.

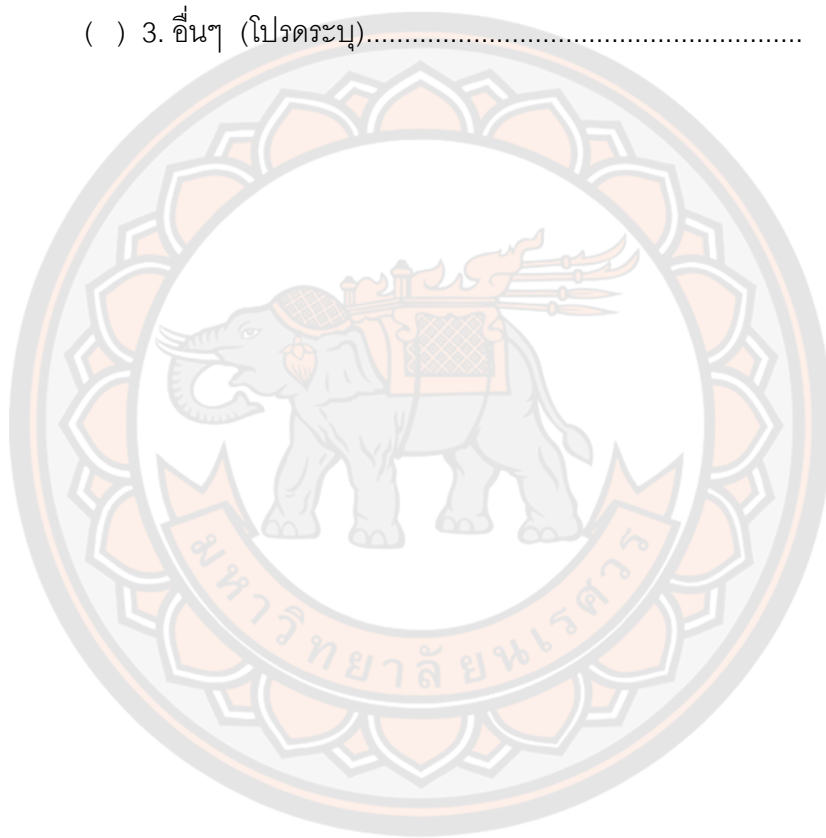
ผู้จัดทำขอขอบพระคุณอย่างยิ่งที่ท่านได้ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลและกรุณาสละเวลาอันมีค่าของท่านในการตอบแบบสอบถามฉบับนี้ ข้อมูลของท่านจักเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการศึกษาและงานวิจัยเพื่อนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่จะเป็นผู้กำกับและดูแลผู้ป่วยวัณโรค และนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวทางการควบคุมวัณโรคในระดับพื้นที่ต่อไป กรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อ เพราะถ้าขาดข้อใดข้อหนึ่งแล้วจะทำให้แบบสอบถามขาดความสมบูรณ์ซึ่งจะมีผลต่อการวิเคราะห์ที่คลาดเคลื่อนได้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง: กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง หน้าข้อความและเติมค่าลงในช่องว่างตรงตามความเป็นจริง

1. เพศ
() 1. ชาย () 2. หญิง
2. ปัจจุบันท่านมีอายุ ปี
3. สถานภาพสมรส
() 1. โสด () 2. คู่ () 3. หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด
() 1. ไม่ได้เรียน () 2. ประถมศึกษา
() 3. มัธยมศึกษาตอนต้น () 4. มัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช.
() 5. อนุปริญญาหรือปวส. () 6. ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป
5. อาชีพ
() 1. รับจ้าง () 2. ค้าขาย
() 3. เกษตรกรรม () 4. ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ
() 5. อื่นๆ ระบุ.....
6. จำนวนสมาชิกในครอบครัวของท่าน คน
7. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย..... บาท/เดือน
8. ระยะเวลาการเป็น อสม. ปี เดือน
9. ท่านมี หรือเคยมีสมาชิกในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนบ้าน เป็นวัณโรคหรือไม่
() 1. มี () 2. ไม่มี
10. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยมีเข้าร่วมการอบรมให้ความรู้เรื่องวัณโรคหรือไม่
() 1. เคย () 2. ไม่เคย
11. ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรควัณโรคหรือไม่
() 1. เคย () 2. ไม่เคย
12. ท่านเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรคจากสื่อใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
() 1. วารสารเกี่ยวกับสุขภาพ () 2. วิทยุ/โทรทัศน์
() 3. แผ่นพับ/โปสเตอร์/หนังสือพิมพ์ () 4. นิทรรศการ
() 4. หอกระจายข่าวของหมู่บ้าน

- () 6. สื่อสังคมออนไลน์ เช่น เฟซบุ๊ก, อินสตาแกรม
 - () 5. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
 - () 8. อื่นๆ (โปรดระบุ).....
13. ถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคโควิด ท่านไปขอคำแนะนำจากที่ใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- () 1. โรงพยาบาลชุมชน
 - () 2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)
 - () 3. อื่นๆ (โปรดระบุ).....



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องวัณโรค

ความรู้เรื่องวัณโรค หมายถึง ความจำ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค อาการ การรักษา การป้องกันและแนวทางควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพิษณุโลก

คำชี้แจง: กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องถูกเมื่อท่านคิดว่าถูกและลงในช่องผิดเมื่อท่านคิดว่าผิด

ข้อ	ข้อความ	ถูก	ผิด
1	วัณโรคเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย		
2	โรควัณโรคสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกอวัยวะของร่างกาย เช่น วัณโรคโพรงจมูก วัณโรคต่อม้ำเหลือง วัณโรคกระดูก เป็นต้น		
3	โรควัณโรคส่วนใหญ่จะพบที่ปอด		
4	อาการที่พบได้บ่อยๆ ในผู้ป่วยที่เป็นวัณโรค คือ อาการไอ ที่เรื้อรังนานกว่า 2 สัปดาห์		
5	ขณะที่ผู้ป่วยโรควัณโรคไอจาม ทำให้เชื้อวัณโรคแพร่กระจายได้		
6	โรควัณโรคปอด ติดต่อได้ทางระบบทางเดินหายใจเท่านั้น		
7	ผู้ที่รับเชื้อวัณโรคเข้าสู่ร่างกายแล้ว จะป่วยเป็นวัณโรคทุกราย		
8	ความร้อน และแสงแดด สามารถฆ่าเชื้อวัณโรคได้		
9	การบ้วนเสมหะลงพื้น ไม่ทำให้เชื้อวัณโรคแพร่กระจายได้		
10	การรับประทานอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อวัณโรคไม่ทำให้ติดเชื้อวัณโรค		
11	ผู้ที่อยู่อาศัยในบ้านกับผู้ป่วยโรควัณโรคมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคเท่าๆ กับคนทั่วไป		
12	ปัจจัยของสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สถานที่อับทึบและคับแคบ แสงแดดส่องไม่ถึง การถ่ายเทอากาศไม่ดี ทำให้เชื้อวัณโรคแพร่กระจายได้		
13	การใช้หน้ากากอนามัย ปิดปากหรือจมูกจะทำให้ป้องกันการติดเชื้อวัณโรคจากผู้ป่วย		
14	วิธีที่ดีที่สุด ที่จะทราบว่าป่วยเป็นโรควัณโรค คือ การถ่ายภาพรังสีทรวงอก X-ray แล้วพบความผิดปกติของภาพถ่ายที่เข้าได้กับวัณโรค แล้วจึงตรวจเสมหะ		

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องวัณโรค (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	ถูก	ผิด
15	ผู้ป่วยโรควัณโรคมีโอกาสที่จะหายขาดจากโรควัณโรคได้ ถ้ารับประทานยา รักษาอย่างสม่ำเสมอจนครบตามที่แพทย์สั่ง		
16	ผู้ป่วยโรควัณโรคที่รับประทานยารักษาไม่ครบตามกำหนด จะมีโอกาสทำให้ เชื้อวัณโรคดื้อยาได้		
17	ผู้ป่วยโรควัณโรคที่รักษาหายแล้ว จะไม่กลับมาป่วยเป็นโรควัณโรคอีกแม้ว่าจะ ได้รับเชื้อวัณโรคใหม่อีกครั้ง		
18	เด็กที่ติดเชื้อวัณโรคหรืออยู่ในพื้นที่ที่มีความชุกของวัณโรคสูงก็มีโอกาสป่วย เป็นวัณโรคได้ถึงแม้ว่าจะได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรคแล้วก็ตาม		
19	ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์มีโอกาสป่วยเป็นโรควัณโรคได้สูงกว่าผู้ที่ไม่ติดเชื้อเอดส์		
20	ที่อุณหภูมิ 60 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 20 นาที ความร้อนสามารถทำลายเชื้อ วัณโรคได้		

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับการสนับสนุนการปฏิบัติตามแนวทางควบคุมโรคโคโรนาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพิษณุโลก จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และสมาชิกในชุมชน ใน 4 ด้านประกอบด้วย แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ แรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและแรงสนับสนุนด้านเครื่องมือ

คำชี้แจง: กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง

เป็นประจำ	หมายถึง	ได้รับทุกวัน
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ได้รับ 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์
บางครั้ง	หมายถึง	ได้รับ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์
นานๆ ครั้ง	หมายถึง	ได้รับ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
ไม่	หมายถึง	ไม่เคยได้รับเลย

ข้อ	ข้อความ	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย
แรงสนับสนุนด้านอารมณ์						
1	ท่านได้รับการยกย่องชมเชยจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เรื่องการบันทึกผลการเยี่ยมบ้านในแบบบันทึก					
2	ผู้ปวยโรคโคโรนาให้การยอมรับนับถือท่านในด้านการปฏิบัติงานเป็นที่เลื่อมใสศรัทธารับประทานยา					
3	เมื่อท่านได้ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ปวยโรค ท่านได้รับความห่วงใยจากคนในครอบครัว					
4	ท่านได้รับความไว้วางใจจากผู้นำชุมชนชาวบ้าน ในการปฏิบัติงานโรคโคโรนาในชุมชน					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย
5	ท่านได้รับการกระตุ้นเตือนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเรื่องของการสวมหน้ากากอนามัยเมื่อท่านไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค					
แรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล						
6	ท่านได้รับการติดตามผลในการปฏิบัติงานด้านการแนะนำการเก็บเสมหะแก่ผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
7	ท่านได้รับการประเมินผลการปฏิบัติงานการให้คำปรึกษาด้านการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการรับประทานยาให้สม่ำเสมอและครบตามแผนการรักษาวัณโรคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร						
8	ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการให้ข่าวสารความรู้เกี่ยวกับวัณโรคแก่ผู้ป่วยและชุมชน จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
9	ท่านได้รับการให้คำปรึกษาในการปฏิบัติหน้าที่การเป็นพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยา					
10	ท่านได้รับการอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่การเป็นพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยา					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย
11	ท่านได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในเรื่องสังเกตอาการผู้ป่วย ถ้าพบสิ่งผิดปกติ ให้แนะนำมาพบ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ไปโรงพยาบาล					
12	ท่านได้รับการตัดเตือนจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในเรื่องของการบันทึกบัตร กำกับกรกินยา โดยใช้เครื่องหมาย / ในวันที่กิน ใช้เครื่องหมาย x ในวันที่ไม่ กินยา					
13	ท่านเคยได้รับหนังสือคู่มือ เรียนรู้ เข้าใจวัณโรค ด้วยตนเอง สำหรับ อสม. จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
แรงสนับสนุนด้านเครื่องมือ						
14	ท่านได้รับการสนับสนุน เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ ในการปฏิบัติงาน เช่น หน้ากากอนามัย จาก รพ.สต					
15	ท่านได้รับการสนับสนุนด้านเวลาใน การปฏิบัติงานการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย วัณโรคจากครอบครัว					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทัศนคติที่มีต่อการควบคุมวัณโรคในชุมชน

ทัศนคติที่มีต่อการควบคุมวัณโรคในชุมชน หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพิษณุโลก ในการปฏิบัติตามแนวทางควบคุมและป้องกันวัณโรคในชุมชน

คำชี้แจง: กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความนั้นไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าตรงหรือไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อ	ข้อความ	มาตรวัด			
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1	ท่านไม่รู้สึกกลัวติดวัณโรคหากต้องดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน				
2	การกำกับกำกับการกินยาวัณโรคโดยอาสาสมัครสาธารณสุขสามารถรักษาวัณโรคได้สำเร็จ				
3	ท่านคิดว่าผู้ป่วยวัณโรคที่กินยาต่อเนื่องจะรักษาโรคนี้หายขาดได้				
4	ท่านเห็นว่าควรค้นหาวัณโรคในชุมชนโดยการคัดกรองอาการไอนานกว่า 2 สัปดาห์				
5	ท่านคิดว่าการติดตามผู้ป่วยวัณโรคให้ไปพบแพทย์ต่อเนื่องจะควบคุมวัณโรคได้				

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทัศนคติที่มีต่อการควบคุมวัณโรคในชุมชน (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	มาตรวัด				
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
6	ท่านรู้สึกเห็นใจผู้ป่วยโรควัณโรค และคอยให้การช่วยเหลือ					
7	การเป็นพี่เลี้ยงดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคเป็นเรื่องยาก					
8	การบันทึกผลการเยี่ยมบ้านในแบบบันทึกที่มีความสำคัญเป็นอย่างมากต่อการรักษาวัณโรค					
9	การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรควัณโรค มีขั้นตอนที่ยุ่งยากและเป็นภาระของอสม.					
10	การแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติมีความสำคัญอย่างยิ่งในการรักษาวัณโรค					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามแนวทางควบคุมโรคของ อสม.

การปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมโรค หมายถึง การปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมโรค ประกอบด้วย 1) การปฏิบัติเกี่ยวกับการเป็นที่เลี้ยงดูแลการรับประทานยา 2) การค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคแบบเชิงรุก 3) การป้องกันวัณโรคในชุมชน 4) การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพิษณุโลก

คำชี้แจง: กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านได้มีการปฏิบัติในทุกวัน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านได้มีการปฏิบัติ 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ท่านได้มีการปฏิบัติ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านได้มีการปฏิบัติ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติเลย

ข้อ	ข้อความ	มาตรวัด				
		ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
การปฏิบัติเกี่ยวกับการเป็นที่เลี้ยงดูแลการรับประทานยา						
1	ท่านจัดยาให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้า (ควรเป็นเวลาตอนเย็น) วันละ 1 ซอง					
2	ท่านบันทึกบัตรกำกับการกินยา โดยใช้เครื่องหมาย / ในวันที่กิน ใช้เครื่องหมาย x ในวันที่ไม่กินยา					
3	ท่านสังเกตอาการผิดปกติผู้ป่วย เช่น ผื่นคัน ปวดศีรษะ อาเจียน					
4	ท่านแนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การพักผ่อน งดสารเสพติดทุกชนิดแก่ผู้ป่วย					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามแนวทางควบคุมวัณโรคของ อสม. (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	มาตรวัด				
		ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
5	ท่านได้มีการประสานกับ เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน / สถานีอนามัย เช่น กรณีที่พบ ผู้ป่วยขาดยา					
6	ท่านได้ให้คำแนะนำแก่ญาติ ชุมชน ให้เข้าใจถึงการควบคุม ป้องกันโรค					
7	ท่านสังเกตและสอบถามอาการ ทั่วไปเกี่ยวกับอาการแพ้ยาหรือ ผลข้างเคียงของยาจากผู้ป่วย โรควัณโรค					
8	ท่านได้ให้ความช่วยเหลือและให้ กำลังใจผู้ป่วย กับผู้ป่วยที่มี อาการแพ้ยา/ผลข้างเคียงของยา					
9	ท่านกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยเก็บ เสมหะส่งตรวจตามกำหนด					
10	ท่านให้คำแนะนำและการ พยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วย วัณโรค เช่น การเช็ดตัวลดไข้ การดื่มสารละลายเกลือแร่เมื่อ อ่อนเพลียจากการอาเจียนหรือ ถ่ายเหลว เป็นต้น					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามแนวทางควบคุมวัณโรคของ อสม. (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	มาตรวัด				
		ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
การค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคแบบเชิงรุก						
11	ท่านให้บริการ คัดกรองโรค วัณโรค โดยการให้แบบคัดกรอง เบื้องต้นกับคนในชุมชนของท่าน					
12	ท่านได้แนะนำกลุ่มเสี่ยงวัณโรค เช่น กลุ่มผู้สัมผัสโรคที่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุด กั้นเรื้อรัง กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีใน ชุมชน ไป X-ray ปอดทุกปี					
การป้องกันวัณโรคในชุมชน						
13	ท่านได้การกระตุ้นเตือนให้ ประชาชนที่สงสัย ตนเองว่าป่วย เป็นวัณโรค ให้ไปรับบริการตรวจ เสมหะที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้ บ้าน					
14	หากมีเด็กในพื้นที่รับผิดชอบ บริเวณใกล้เคียงยังไม่ได้รับ การฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรค ท่านแนะนำให้ผู้ปกครอง พาเด็กไปรับวัคซีนทันทีที่พบ					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามแนวทางควบคุมวัณโรคของ อสม. (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	มาตรวัด				
		ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน						
15	ท่านให้คำปรึกษาด้านการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยวัณโรค และครอบครัวเกี่ยวกับ การปิดปาก ปิดจมูก เวลาไอ หรือจาม เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรค					
16	เมื่อออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคท่านตรวจปัสสาวะของผู้ป่วยวัณโรค ว่ามีปัสสาวะสีแดง ส้ม					
17	ท่านให้คำปรึกษาด้านการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยวัณโรค และครอบครัวเกี่ยวกับ ความสำคัญของการกินยาทุกวัน และอันตรายของการกินยาไม่สม่ำเสมอ					
18	ท่านตรวจนับซองยา เท่าจำนวนวันที่ใช้ไปหรือไม่ ตรวจ DOTS Card พร้อมเซ็นชื่อไว้					
19	เมื่อเสร็จจากการเยี่ยมบ้าน ท่านได้บันทึกผลการเยี่ยมบ้านลงในแบบบันทึก					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามแนวทางควบคุมวัณโรคของ อสม. (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	มาตรวัด				
		ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินานๆครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
20	ท่าน แนะนำการเก็บเสมหะแก่ผู้ป่วย โดยให้เก็บเสมหะในตอนเช้าหลังจากตื่นนอน และย้ำ/เตือนผู้ป่วยเรื่องกำหนดตรวจเสมหะ					
21	ท่านได้มีการซักถามผู้สัมผัสร่วมบ้านและบ้านใกล้เคียง หากมีอาการไอเรื้อรังติดต่อกันเกิน 2 สัปดาห์แนะนำให้มาตรวจคัดกรองวัณโรคที่โรงพยาบาล					
22	เมื่อเสร็จจากการเยี่ยมบ้าน ท่านบันทึกผลการเยี่ยมบ้านในรูปแบบบันทึกฯ					
23	ท่านออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคในเขตพื้นที่ของท่าน เพื่อการประสานงานข้อมูล และการดูแลอย่างต่อเนื่องร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข					

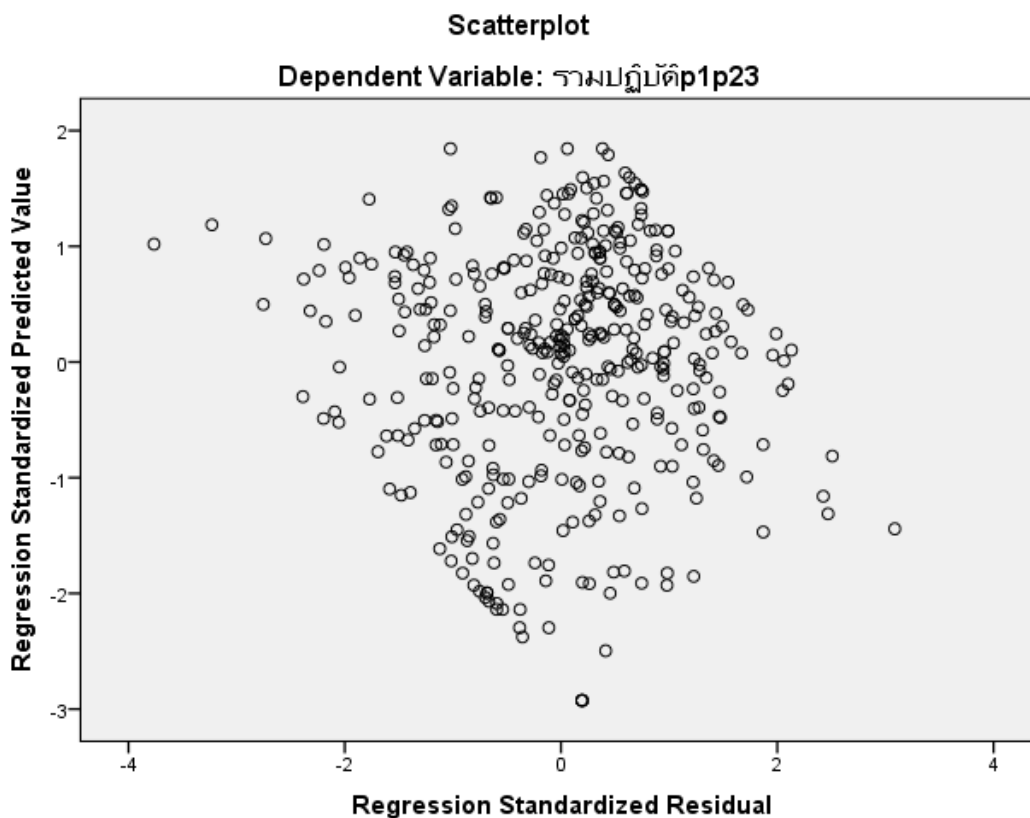
ภาคผนวก ข การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น จำนวน 5 ข้อ ก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเชิงเส้นแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ดังนี้

1. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

Correlation		
ตัวแปร	การปฏิบัติงานตามแนวทางการควบคุม วัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน	
	Pearson Correlation	p-value
เพศ	0.006	0.902
อายุ	0.008	0.876
สถานภาพสมรส	0.000	0.997
ระดับการศึกษา	-0.016	0.748
อาชีพ	-0.029	0.562
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	-0.025	0.613
รายได้	0.055	0.268
ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร	0.003	0.958
เคยมีสมาชิกในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนบ้านเป็นวัณโรค	-0.072	0.145
เคยเข้าร่วมการอบรมให้ความรู้เรื่องวัณโรค	-0.269	<0.001*
เคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับวัณโรค	-0.072	0.144
ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค	-0.024	0.623
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์	0.621	<0.001*
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการให้การประเมินผล	0.599	<0.001*
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร	0.617	<0.001*
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านเครื่องมือ	0.606	<0.001*
ทัศนคติที่ดีต่อการควบคุมวัณโรค	0.430	<0.001*

2. การตรวจสอบค่าความแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่จากกราฟที่ plot ระหว่างค่าคลาดเคลื่อน (e) กับค่าพยากรณ์ (Y')

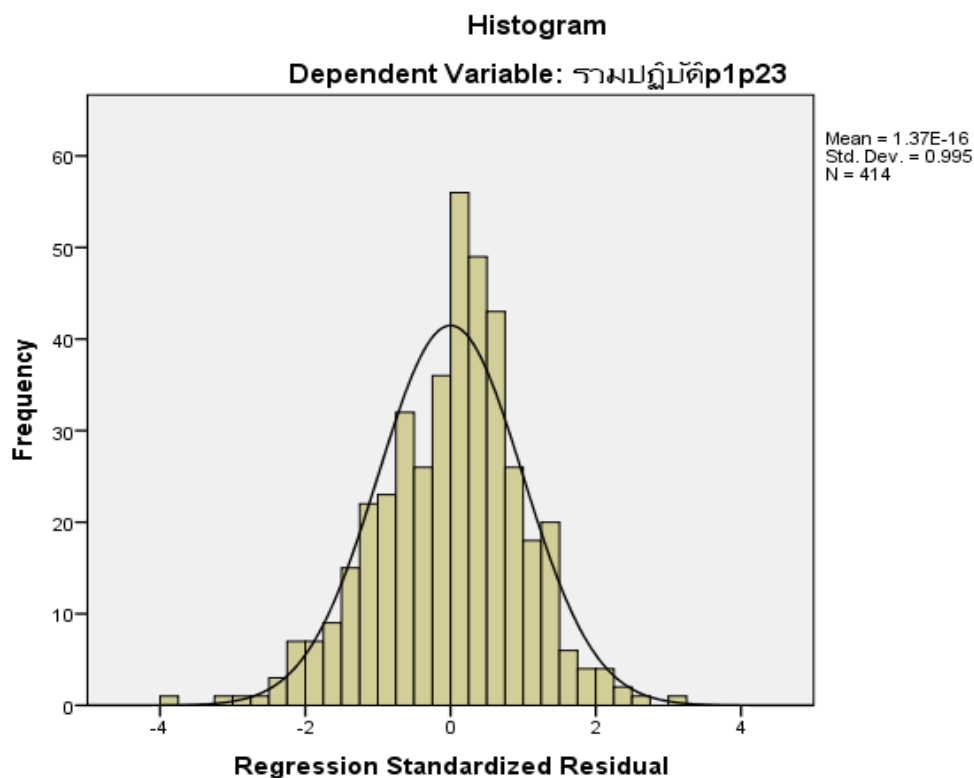


3. ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ โดยพิจารณาจากตาราง Residuals statistic ค่า Mean เท่ากับ 0.000 (เกณฑ์ คือ Mean = 0) และค่า S.D. เท่ากับ 0.993 (เกณฑ์คือ S.D. เข้าใกล้ 1) ซึ่งสอดคล้องกับการแปลผลจากกราฟ Normal probability plot

Residuals Statistics ^a					
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	16.6090	110.7832	73.6908	18.77250	414
Residual	-69.09948	58.02829	.00000	18.18006	414
Std. Predicted Value	-3.041	1.976	.000	1.000	414
Std. Residual	-3.773	3.169	.000	.993	414

a. Dependent Variable: รวมปฏิบัติp1p23

พิจารณาจากกราฟ Normal probability plot ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ



4. ตรวจสอบค่าความเป็นอิสระกันของค่าคลาดเคลื่อนจากสถิติทดสอบ Durbin - Watson จากตาราง Model summary พบว่า มีค่าเท่ากับ 1.678 (เกณฑ์ค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระกันคือ 1.5 – 2.5)

Model Summary ^g					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.621 ^a	.385	.384	20.51209	
2	.673 ^b	.454	.451	19.36415	
3	.696 ^c	.484	.480	18.84400	
4	.710 ^d	.504	.499	18.49057	
5	.715 ^e	.511	.505	18.39306	
6	.718 ^f	.516	.509	18.31357	1.678

5. การตรวจสอบความสัมพันธ์พหุคูณเชิงเส้น (Muticollinearity) โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า ไม่มีค่าสหสัมพันธ์คู่ใดสูงกว่า 0.85 (ดังตาราง Correlation Matrix) พิจารณาค่าปัจจัยความแปรปรวนที่เพิ่มสูงขึ้น ค่า VIF (Variance Inflation Factor) มีค่าตั้งแต่ 1.022 – 2.360 (เกณฑ์คือทุกค่าต้องน้อยกว่า 10) และ ค่า Tolerance ของตัวแปรมีค่าตั้งแต่ 0.424 – 0.978 (เกณฑ์คือมีค่าเข้าใกล้ 1 แต่ไม่เกิน 1) ดังตาราง

Coefficients ^a								
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
	การสนับสนุนด้าน อารมณ์	1.426	.259	.292	5.514	.000	.424	2.360
	การสนับสนุนด้าน เครื่องมือ	2.046	.543	.191	3.769	.000	.461	2.171
	ทัศนคติที่ดีต่อการ ควบคุมวินโรค	.989	.202	.187	4.889	.000	.815	1.228
	การสนับสนุนด้าน เครื่องมือ	2.180	.500	.225	4.363	.000	.448	2.232
	ข้าราชการ (ข้าราชการบำนาญ)	16.351	7.614	.075	2.148	.032	.978	1.022
	อายุ	-.178	.083	-.075	-2.133	.034	.963	1.038

สรุปได้ว่า ผลการตรวจสอบเบื้องต้น (Assumption) ทั้ง 5 ข้อ ผ่านเกณฑ์การพิจารณา ดังนั้น จึงสามารถวิเคราะห์ด้วยสถิติความถดถอยพหุคูณเชิงเส้นแบบขั้นตอนได้

ตาราง Correlation Matrix แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เรื่องไวรัสโคโรนา ความรู้เรื่องไวรัสโคโรนา ความรู้เรื่องไวรัสโคโรนา ความรู้เรื่องไวรัสโคโรนา ด้านการให้การประเมินผล ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านเครื่องมือ และทัศนคติที่ดีต่อการควบคุมไวรัสโคโรนาตามแนวทางการควบคุมไวรัสโคโรนาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

รายการ	Y	(X ₁)	(X ₂)	(X ₃)	(X ₄)	(X ₅)	(X ₆)	(X ₇)	(X ₈)	(X ₉)	(X ₁₀)	(X ₁₁)	(X ₁₂)	(X ₁₃)	(X ₁₄)	(X ₁₅)	(X ₁₆)	(X ₁₇)	
การปฏิบัติงานตามแนวทางการควบคุมไวรัสโคโรนา (Y)	1																		
เพศ (X ₁)	.006	1																	
อายุ (X ₂)	.008	-.139**	1																
สถานภาพสมรส (X ₃)	.000	.111*	.323**	1															
ระดับการศึกษา (X ₄)	-.016	.101*	-.367**	-.178**	1														
อาชีพ (X ₅)	-.029	-.058	.194**	.064	.070	1													
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (X ₆)	-.025	.046	-.151**	-.119*	-.013	-.075	1												
รายได้ (X ₇)	.055	.011	-.086	-.046	.278**	.053	.116*	1											
ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร (X ₈)	.003	-.036	.524**	.143**	-.178**	.196**	-.069	-.042	1										
เคยมีสมาชิกในครอบครัว ปฏิบัติหรือเพื่อนบ้านเป็นนักโรค (X ₉)	-.072	-.034	-.018	.021	.073	-.046	-.029	-.029	-.024	1									
เคยเข้าร่วมการอบรมให้ความรู้เรื่องไวรัสโคโรนา (X ₁₀)	-.269**	.035	-.104*	-.013	.066	-.069	.049	.019	-.137*	.041	1								
เคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา (X ₁₁)	-.072	.011	.011	.010	-.112*	-.040	-.022	-.088	-.008	-.036	-.246**	1							
ความถี่ใช้กับไวรัสโคโรนา (X ₁₂)	-.024	-.034	-.075	-.001	.161**	.005	-.048	.201**	-.103*	-.028	-.035	-.197**	1						
การได้รับแหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านความหมาย (X ₁₃)	.621**	-.013	.141**	.038	-.088	.009	.014	.013	.042	-.035	-.287**	-.131**	-.044	1					
การได้รับแหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านความถี่ในการประเมินผล (X ₁₄)	.599**	-.042	.137**	-.006	-.116*	-.024	-.026	-.002	.079	-.023	-.265**	-.079	.045	.703**	1				
การได้รับแหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร (X ₁₅)	.617**	-.022	.115*	-.006	-.115*	-.011	-.009	.033	.048	.019	-.310**	-.135**	-.027	.711**	.737**	1			
การได้รับแหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านเครื่องมือ (X ₁₆)	.606**	.010	.045	-.046	-.062	-.030	.009	.064	.040	.014	-.239**	-.159**	.032	.659**	.637**	.806**	1		
ทัศนคติที่ดีต่อการควบคุมไวรัสโคโรนา (X ₁₇)	.430**	.006	.049	-.053	-.047	-.036	-.019	.111*	-.007	-.055	-.178**	-.149**	.213**	.319**	.322**	.368**	.424**	1	

**correlation is significant at the 0.01
*correlation is significant at the 0.05