

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางลึก อำเภอมือง จังหวัดชุมพร

ธนชัย เอกอภิชน, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางลึก จังหวัดชุมพร, e mail: parntavan@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ การมีส่วนร่วมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 126 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย ความรู้ในการควบคุมป้องกันวัณโรค การมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวัณโรค วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติอ้างอิง คือ การทดสอบค่าที การทดสอบความแปรปรวนแบบทางเดียว และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า อาชีพ ประสบการณ์การอบรมความรู้โรควัณโรค ช่องทางการรับข้อมูลข่าวสาร ด้านโทรทัศน์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวัณโรค ($r=0.30$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และระยะเวลาการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวัณโรค ($r=0.32$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าควรมีการศึกษาทัศนคติในการควบคุมป้องกันวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กำหนดมาตรการเฝ้าระวังวัณโรคสอดคล้องแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ ปี 2560 – 2564 หรือควรจัดทำนวัตกรรมเพื่อควบคุมกำกับผู้ป่วยวัณโรค

คำสำคัญ: การควบคุมป้องกันวัณโรค อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Factors Related to Participation in Tuberculosis Prevention Control of Health Volunteers at Bang-Lunk Health Promotion Hospital, Muang District, Chumporn Province

Aek-apichon Thanachai, Bang-Lunk Health Promotion Hospital, e mail: parntavan@gmail.com

Abstract

This descriptive survey study aims to study knowledge, participation, and factors related to participation in tuberculosis prevention and control of health volunteers at Bang-Lunk Health Promotion Hospital, Muang District, Chumporn Province. One hundred twenty six health volunteers were purposely selected to answer the researcher-developed questionnaire asking about their personal data, knowledge, and participation in tuberculosis prevention and control as well as problems and recommendations in the prevention and control.

The data were analyzed by using percentage, mean, standard deviation and independent t-test, ANOVA, and Pearson's correlation. The results revealed that there were significantly different in participation in tuberculosis prevention and control among volunteers with different occupations, training experience on tuberculosis prevention and control, information exposure to tuberculosis related knowledge ($p < 0.05$). Age is positively correlated with participation in tuberculosis prevention and control of health volunteers ($r = 0.30$, $p < 0.05$). Years of being a volunteer were positively correlated with participation for tuberculosis prevention and control of health volunteers ($r = 0.32$; $p < 0.01$).

Based on the study's results, attitudes towards tuberculosis prevention and control of health volunteers should also be studied. The involved parties should establish the regulations or policies for tuberculosis prevention and control that are complied with national tuberculosis strategic plan of 2016-2020. More innovations should be produced for tuberculosis prevention and control.

Keywords: tuberculosis, prevention and control, health volunteers.

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของหลายๆประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งในอดีต วัณโรคได้ถูกขจัดกวาดล้างไปมาก แต่ปัจจุบันวัณโรคได้กลับมาใหม่และทวีความรุนแรงมากขึ้นจนกลายเป็นปัญหาคุกคามต่อสุขภาพประชาชนทั่วโลก ทำให้ประชากรวัยทำงานเสียชีวิตลงอย่างน่าเสียดาย และส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจและสังคมอย่างใหญ่หลวง องค์การอนามัยโลกรายงานสถานการณ์วัณโรคปี พ.ศ. 2560 ประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) ของโลก อาจสูงถึง 10.4 ล้านคน (140 ต่อแสนประชากร) มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตสูงถึง 1.7 ล้านคน สำหรับจำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี 1.03 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด โดยเสียชีวิตปีละ 0.4 ล้านคน (Stop TB Partnership, UNOPS, 2015)

วัณโรคยังเป็นปัญหาคุกคามสุขภาพของประชากรในประเทศไทย ซึ่งไทยยังจัดอยู่ 1 ใน 14 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูง จากข้อมูลทางระบาดวิทยาของประเทศไทยในปีพ.ศ. 2559 พบผู้ป่วยรายใหม่ 119,000 ราย เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี 10,000 ราย และผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน 4,700 ราย มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคใหม่หรือรายกลับเป็นซ้ำ 70,114 ราย โดยมีอัตราการความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคร้อยละ 82.9 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มของประชากรวัยทำงาน พบผู้ป่วยมากขึ้นทุกๆปี ซึ่งผู้ป่วยรายใหม่ที่พบส่วนใหญ่อยู่ในระยะติดต่อและในส่วนนี้จะมีประมาณร้อยละ 50 เท่านั้นที่ได้รับการรักษา นอกจากนี้แล้ว ปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้อโรคเอดส์และปัญหาการดื้อยารักษา ส่งผลกระทบทำให้สถานการณ์วัณโรคเลวร้ายลงอีก จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนอย่างยิ่งในการควบคุมป้องกันวัณโรค คือการตัดการแพร่เชื้อที่แหล่งแพร่เชื้อโดยตรง แหล่งแพร่เชื้อที่สำคัญคือตัวผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ ซึ่งก็คือ วิธีการรักษาผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื่อนั้นเอง โดยมีพี่เลี้ยงคอยดูแลให้ผู้ป่วยรับยาครบถ้วนทุกมื้อ (DOT) พบว่าการรักษาวิธีนี้ได้ผลดีมาก มีอัตราการรักษาหายขาดสูงขึ้น จากร้อยละ 50 เป็นร้อยละ 80- 85 (Bureau of Tuberculosis, 2018)

สถานการณ์วัณโรคจังหวัดชุมพร ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุกประเภทขึ้นทะเบียนรักษา ในปีพ.ศ.2557, 2558 และปีพ.ศ. 2559 เท่ากับ 488 ราย, 452 ราย และ 559 ราย ตามลำดับ และมีอัตราการความสำเร็จในการรักษา (Treatment success rate) ในปีพ.ศ.2557, 2558 และ ปี 2559 ร้อยละ 84.12, 81.64 และ 85.74 ตามลำดับ พบปัญหาการขาดยาในปี 2559 ร้อยละ 0.43 และเสียชีวิตร้อยละ 8.77 สาเหตุของการเสียชีวิตพบว่ามีกรณีติดเชื้อเอชไอวี ร่วมด้วยคิดเป็นร้อยละ 27.50 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้เสียชีวิตที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี เป็นผู้สูงอายุ (มากกว่า 65 ปี) คิดเป็นร้อยละ 52.5 ส่งผลกระทบโดยตรงต่อสถานการณ์วัณโรค เนื่องจากผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยวัณโรคมักมีอาการรุนแรง และส่งผลให้มีผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ในปีงบประมาณ 2560 ไตรมาสที่ 1-3 พบผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภท 365 ราย เป็นผู้ป่วยใหม่เสมอพบเชื้อ 166 ราย ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ 14 ราย ผู้ป่วยใหม่เสมอพบเชื้อ 123 ราย และผู้ป่วยใหม่นอกปอด 62 ราย สำหรับผลการดำเนินงานผสมผสานวัณโรคและโรคเอดส์ในไตรมาสที่ 4/2559-2/2560 ผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 427 ราย ยินยอมรับการตรวจหาเชื้อไวรัสเอชไอวี 392 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.80 พบว่าติดเชื้อเอชไอวี ร่วมด้วย 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.30 อัตราสำเร็จของการรักษา ในปีพ.ศ. 2560 (ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1-3/2559) นำมาประเมินผล 382 ราย รักษาหายจำนวน 342 ราย คิดเป็นอัตราผลสำเร็จของการรักษา (Success Rate) เท่ากับร้อยละ 89.53 เสียชีวิต จำนวน 28 ราย ร้อยละ 7.33 ขาดการรักษาติดต่อกันนานเกิน 2 เดือน จำนวน 2 ราย ร้อยละ 0.52 ไม่สามารถประเมินผลการรักษาได้ 5 รายร้อยละ 1.3 และจากรายงานการจัดส่งข้อมูลของสถานบริการทุกแห่ง อัตราการตรวจพบวัณโรค (Detection rat) ในงวดที่1-3 ปี 2560 จังหวัดชุมพร มีผู้ป่วยที่ตรวจพบ จำนวน 365 ราย คิดเป็นอัตราการค้นพบเท่ากับร้อยละ 52.74 (Bureau of Tuberculosis, 2018)

จากข้อมูลสถิติอัตราป่วยวัณโรค 5 ปีย้อนหลัง ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางลึก ใน ปีพ.ศ. 2556, 2557, 2558, 2559 และปีพ.ศ. 2560 เท่ากับ 6,10, 6, 7 และ 6 รายตามลำดับ จากข้อมูลพบผู้ป่วยวัณโรคมากที่สุดในปีพ.ศ. 2557 จำนวน 10 ราย (184 ต่อแสนประชากร) และยังคงต่อเนื่อง

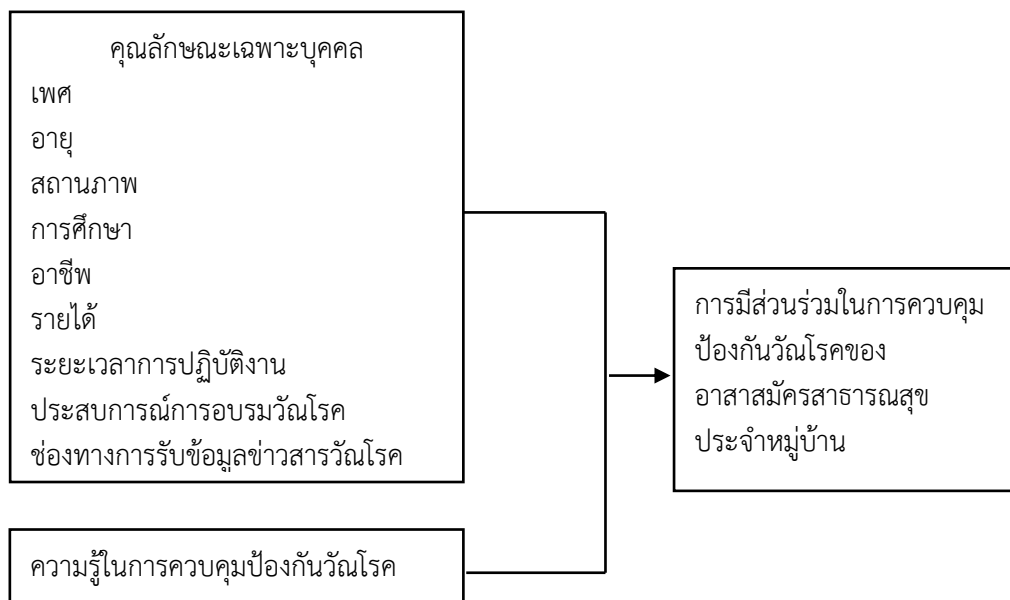
ปัจจุบันพื้นที่ตำบลบางลึกเริ่มเข้าสู่สังคมกึ่งเมือง การเปลี่ยนแปลงประชากรที่มีการโยกย้ายถิ่นตลอด การคมนาคมสะดวกขึ้น มีบริษัท โรงงาน โรงแรมเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีแรงงานไทยและต่างด้าวเข้ามาพักอาศัยในพื้นที่มากขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้ในพื้นที่พบผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้น ดังนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางลึก อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาวัณโรคในพื้นที่และใช้แนวทางปฏิบัติตามวิธีขององค์การอนามัยโลก (WHO) ป้องกันและควบคุมวัณโรค และให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมป้องกันวัณโรค ได้แก่ การให้สุขศึกษา สืบสวนกลุ่มเสี่ยง ค้นหาผู้ป่วย เยี่ยมบ้าน ติดตามผู้ป่วยพร้อมกับเจ้าหน้าที่ ประเมินผลการดำเนินงานควบคุมป้องกันวัณโรค อีกทั้งการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนเป็นสิ่งสำคัญที่สุดเพื่อชุมชนจะได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ลดการแพร่ระบาดของโรคได้ ลดการดื้อยา ในที่สุดจะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากวัณโรคได้อย่างแท้จริง ลดการเสียชีวิต ไม่มีการดื้อยาและการกลับมาเป็นซ้ำอีก ตามการศึกษาของกฤษยาภัสร์ ชาวปทุมทิพย์ (Khowpathumthip, 2013) ซึ่งให้ข้อเสนอแนะว่าควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นกลุ่มย่อย ตามพื้นที่ หรืองานที่ทำ ภายหลังจากการวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ในการควบคุมป้องกันวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ ประชากรเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางลึก จำนวน จำนวน 126 คน กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีเลือกจากประชากรทั้งหมด เนื่องจากประชากรมีขนาดเล็ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการควบคุมป้องกันวัณโรคของ อวยพร เพ็ชรบริสุทธิ์ (Petchborisut, 2009) ในการรวบรวมข้อมูลการศึกษา แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เคยได้รับการอบรมชี้แจงเรื่องเกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมป้องกันวัณโรค การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันวัณโรคจากสื่อต่างๆ

ตอนที่ 2 ความรู้ในการควบคุมป้องกันวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 15 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน สำหรับผู้ที่ตอบถูกต้องให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดและไม่ทราบให้ 0 คะแนน

ตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า (Rating Scale) โดยมี 6 ตัวเลือก ดังนี้ มีส่วนร่วมมากที่สุด มาก ค่อนข้างมาก ค่อนข้างน้อย น้อย และน้อยที่สุด

ตอนที่ 4 คำถามปลายเปิด เกี่ยวกับปัญหาและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันวัณโรค โดยสอบถามเกี่ยวกับ ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญในการดำเนินงานควบคุมป้องกันวัณโรค คืออะไร และ ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันวัณโรคเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่คนในหมู่บ้านคืออะไร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการควบคุม ป้องกันวัณโรคของ อวยพร เพ็ชรบริสุทธิ์ (Petchborisut, 2009) ได้ผ่านการหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน เท่ากับ 0.6-1.0 จากนั้นนำไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การรวบรวมข้อมูล ผู้ศึกษาได้จัดทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บางลึกเก็บข้อมูล โดยประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ การใช้แบบสอบถาม การตรวจสอบ แล้วดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในวันประชุมประจำเดือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นช่วงที่รณรงค์การควบคุมป้องกันวัณโรค ณ.ห้องประชุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางลึก โดยใช้แบบสอบถาม 1 ฉบับต่อ 1 คน จำนวน 126 คน

2. หลังจากรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้ศึกษาทำการตรวจสอบแบบสอบถามเพื่อดูความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนที่จะไปลงรหัส สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะข้อมูลทั่วไป ความรู้ในการควบคุมป้องกันวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางลึก อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร

2. สถิติเชิงอ้างอิง (Inference Statistics) ได้แก่การทดสอบค่าที (Independent t-test) การทดสอบความแปรปรวนแบบทางเดียว (ANOVA) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางลึก อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เลขที่ 37/2561

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตัวอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบทั่วถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ในการเข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและใช้รหัสแทนชื่อจริงพร้อมชี้แจงสิทธิในการตอบรับและปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และในระหว่างการศึกษาหากกลุ่มตัวอย่างเกิดความไม่พึงพอใจ หรือไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยก็สามารถออกจากกรวิจัยได้ โดยไม่ต้องรอให้การดำเนินการวิจัยสิ้นสุดลงและไม่ต้องบอกเหตุผล โดยการกระทำดังกล่าวไม่มีผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผลการวิจัย

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นไปตามตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำแนกตามลักษณะทั่วไป

ลักษณะข้อมูลทั่วไป (N=126)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	18	14.30
หญิง	108	85.70
กลุ่มอายุ (ปี)		
<30	2	1.60
30-39	11	8.70
40-49	33	26.20
50-59	43	34.10
≥60	37	29.40
Mean=53.88, S.D.11.01, Min=28.00, Max=81.00		
สถานภาพ		
โสด	5	4.00
สมรส	98	77.70
ม่าย/หย่าแยก	23	18.30
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	59	46.80
มัธยมศึกษา	45	40.50
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	9	7.10
ปริญญาตรีขึ้นไป	7	5.60
อาชีพหลัก		
รับจ้าง	22	17.40
เกษตรกร	70	55.60
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	34	27.00

ตาราง 1 จำนวนร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำแนกตามลักษณะทั่วไป (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป (N=126)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
≤ 5,000 บาท/เดือน	67	53.17
5,001-10,000 บาท/เดือน	49	38.88
10,001-15,000 บาท/เดือน	8	6.35
15,001-20,000 บาท/เดือน	2	1.59
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน(ปี)		
≤ 5 ปี	28	22.20
6-10 ปี	27	21.40
11-15 ปี	21	16.70
16-20 ปี	11	8.70
21-25 ปี	15	11.90
26-30 ปี	18	14.30
31-35 ปี	6	4.80
Mean =14.51, SD = 9.48, Min = 1.00, Max = 35.00		
ประสบการณ์การอบรมวัณโรค		
เคยเข้ารับการอบรม / รับฟังการชี้แจง	111	88.10
ไม่เคยเข้ารับการอบรม / รับฟังการชี้แจง	15	11.90
ช่องทางการรับข้อมูลข่าววัณโรค		
เอกสารแผ่นพับ	92	73.00
โปสเตอร์	65	51.60
หนังสือพิมพ์	25	19.80
วิทยุ	27	21.40
โทรทัศน์	59	46.80
หออกระจายข่าว	10	7.90
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	114	90.50
จากผู้นำชุมชน	23	18.30
อื่นๆ ระบุ	14	11.10

จากลักษณะข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (85.70 %) มีอายุระหว่าง 28 - 81 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 53.88 ปี (SD = 11.01) กลุ่มอายุสูงสุดคือ 50-59 ปี (34.10 %) รองลงมาคือ 60 ปี ขึ้นไป (29.4 %) และต่ำสุดคือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี (1.60 %) สถานะภาพสมรส (77.7 %) ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา (46.80 %) อาชีพเกษตรกรเป็นหลัก (55.60 %) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงสุด 20000 บาท รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำสุด 600 บาท โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเฉลี่ย 6321.42 บาท (SD = 3817.38) ระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 14.51 ปี (SD = 9.48) ระยะเวลาการปฏิบัติสูงสุดคือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี (22.20 %) รองลงมาคือ 6 - 10 ปี (21.40 %) และต่ำสุดคือ 31 - 35 ปี (4.80 %)

การอบรมหรือรับฟังคำชี้แจงในเรื่องที่เกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมป้องกันวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่ามีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเคยเข้ารับการชี้แจงในเรื่องที่เกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมป้องกันวัณโรคร้อยละ 88.10 ช่องทางรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการควบคุมป้องกัน

วินโรคสูงสุดคือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (90.50 %) รองลงมาคือ เอกสารแผ่นพับ (73.00 %) และต่ำสุดคือระบบสื่อออนไลน์ อื่นๆ (11.10 %) ได้แก่ โน้ตบุ๊ก

2. ความรู้ในการควบคุมป้องกันวินโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 13.10) ข้อที่มีความรู้มากที่สุดคือวินโรคเป็นโรคติดต่อโดยการไอและจาม (98.40 %) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อให้ผู้อื่นโดยการใส่หน้ากากปิดจมูกเวลาไอ จามทุกครั้ง (98.40 %) และข้อที่มีความรู้น้อยที่สุดคือการเจาะเลือดตรวจเป็นการหาเชื้อวินโรค (66.70 %) โดยรวมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางลึก ส่วนใหญ่มีความรู้ในการควบคุมป้องกันวินโรคอยู่ในระดับสูง (81.70 %) แต่ยังมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางลึกส่วนหนึ่งมีความรู้ในการควบคุมป้องกันวินโรค ระดับปานกลาง (15.90 %) และระดับต่ำ (2.40 %)

3. การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับปานกลาง (Mean 3.58, SD = 1.00) โดยข้อที่การมีส่วนร่วมสูงสุดคือข้อที่ 7 เมื่อเกิดมีผู้ป่วยวินโรค อสม.ได้เป็นผู้ร่วมตัดสินใจในการส่งตัวผู้ป่วยเข้ารับการรักษา (Mean = 4.32, SD = 1.51) และการมีส่วนร่วมติดตามประเมินผลการรักษาของผู้ป่วยวินโรคมากที่สุด (Mean 3.19, SD = 1.41) โดยรวมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางลึก ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวินโรคอยู่ในระดับปานกลาง (59.20 %) แต่ยังมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางลึกบางส่วนมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวินโรคอยู่ในระดับสูง (22.40 %) และอยู่ในระดับต่ำ (18.40 %)

4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวินโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าอาชีพมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวินโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.04$) ประสพการณ์การอบรมวินโรคมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ (0.00) และช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันวินโรคทางด้าน โทรทัศน์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.03$) ส่วน เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันวินโรคทางด้าน เอกสารแผ่นพับ โปสเตอร์ หนังสือพิมพ์ วิทยุ หอกระจายข่าวจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากผู้นำชุมชน จากช่องทางอื่นๆ ระบบสื่อออนไลน์ ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวินโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ($r = 0.30$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < 0.00$) และระยะเวลาการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวินโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ($r = 0.32$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < 0.00$) ส่วนรายได้และความรู้การควบคุมป้องกันวินโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวินโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวินโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำแนกตามตัวแปร

	ตัวแปร	Mean	SD	t/F	P-value
เพศ	ชาย	3.66	0.97	0.34	0.73
	หญิง	3.57	1.01		
	โสด	3.01	0.68		
สถานภาพสมรส	สมรส	3.63	1.01	0.98	0.37
	ไม่สมรส/แยก	3.51	0.99		

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำแนกตามตัวแปร (ต่อ)

ตัวแปร	Mean	SD	t/F	p-value	
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	3.82	1.05	2.14	0.08
	มัธยมศึกษาตอนต้น	3.59	0.65		
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	3.31	1.05		
	อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	3.24	0.73		
	ปริญญาตรีขึ้นไป	3.05	1.29		
อาชีพหลัก	รับจ้าง	3.72	0.97	3.20	0.04
	เกษตรกร	3.72	1.03		
	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	3.22	0.88		
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ				
	อื่นๆ				
ประสบการณ์การอบรมวัณโรค	-เคยรับการอบรม/รับฟังการชี้แจง	3.70	0.97	4.40	0.00
	-ไม่เคยรับการอบรม/รับฟังการชี้แจง	2.73	0.77		
ช่องทางการรับข้อมูลข่าวสาร	เอกสารแผ่นพับ	-ได้รับ	3.65	1.17	0.24
		-ไม่ได้รับ	3.41		
	โปสเตอร์	-ได้รับ	3.55	0.42	0.67
		-ไม่ได้รับ	3.62		
	หนังสือพิมพ์	-ได้รับ	3.34	1.12	0.22
		-ไม่ได้รับ	3.64		
	วิทยุ	-ได้รับ	3.48	0.54	0.59
		-ไม่ได้รับ	3.61		
	โทรทัศน์	-ได้รับ	0.38	2.09	0.03
		-ไม่ได้รับ	3.75		
	หออกระจายข่าว	-ได้รับ	4.11	1.56	0.14
		-ไม่ได้รับ	3.54		
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	-ได้รับ	3.57	0.32	0.74	
	-ไม่ได้รับ	3.67			0.98
ช่องทางการรับข้อมูลข่าวสาร	จากผู้นำชุมชน	-ได้รับ	3.90	1.88	0.06
		-ไม่ได้รับ	3.51		
	อื่นๆ	-ได้รับ	3.45	0.47	0.64
		-ไม่ได้รับ	3.60		

ตาราง 3 แสดงความสัมพันธ์ของการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวัณโรคจำแนกตามตัวแปร

ตัวแปร	r	P-value
อายุ	**0.30	0.00
รายได้	-0.03	0.68
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน	**0.32	0.00
ความรู้การควบคุมป้องกันวัณโรค	-0.04	0.65

** p<0.01

จากตารางพบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ($r=0.30$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p=0.00$) และระยะเวลาการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ($r=0.32$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p=0.00$) ส่วนรายได้และความรู้การควบคุมป้องกันโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนี้

1. ความรู้ในการควบคุมป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 13.10) โดยข้อที่มีความรู้มากที่สุดคือโรคเป็นโรคติดต่อโดยการไอและจาม (98.40 %) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อให้ผู้อื่นโดยการใช้ผ้าปิดปากปิดจมูกเวลาไอ จามทุกครั้ง (98.40 %) และข้อที่มีความรู้น้อยที่สุดคือการเจาะเลือดตรวจเป็นการหาเชื้อไวรัส (66.70 %) โดยรวมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางลึก ส่วนใหญ่มีความรู้ในการควบคุมป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง (81.70 %) แต่ยังมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางลึกส่วนหนึ่งมีความรู้ในการควบคุมป้องกันโรค ระดับปานกลาง (15.90 %) และระดับต่ำ (2.40 %) แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในจัดการอบรมให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เนื่องจากความรู้ในการควบคุมป้องกันโรคมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคโดยตรง

2. ระดับการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.58) เมื่อพิจารณาเชิงลึกเป็นรายข้อแล้วพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ความร่วมมือค่อนข้างสูงตามบทบาทหน้าที่งานควบคุมโรค โดยเฉพาะการประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคในพื้นที่ สำหรับในส่วนการจัดทำแผน ส่วนใหญ่ใช้ประธานแต่ละหมู่เป็นตัวแทนเข้าพิจารณาจัดทำ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่จึงไม่ได้เข้าร่วมจัดทำด้วยตนเอง และสาเหตุอื่นเนื่องจากในแต่ละปีผู้ป่วยโรคในเขตรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเองไม่พบผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในเยี่ยมดูแล ประเมินผลติดตามอาการผู้ป่วยจึงไม่มี ส่งผลให้การมีส่วนร่วมของการควบคุมป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อวยพร เพ็ชรบริสุทธิ์ (Petchborisut, 2009) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมป้องกันโรค ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอเมือง จังหวัดยะลา พบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมป้องกันโรคมีส่วนร่วมในระดับปานกลาง

3. การมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยแยกตามคุณลักษณะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนี้

- 3.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เพศต่างกัน การมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคไม่แตกต่างกัน เนื่องจากเนื่องจากสัดส่วนประชากรชายหญิงมีจำนวนแตกต่างกันมาก จึงไม่สามารถแสดงให้เห็นความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคจากเพศได้ โดยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งเพศชายหรือเพศหญิง มีบทบาทในการควบคุมป้องกันโรคในหมู่บ้านใกล้เคียงกัน คือมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินงาน พิจารณางบประมาณในการดำเนินงาน ร่วมคิดร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติการและร่วมติดตามประเมินผลไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อวยพร เพ็ชรบริสุทธิ์ (Petchborisut, 2009) ที่ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมป้องกันโรค ศึกษาเฉพาะ

กรณีอำเภอเมือง จังหวัดยะลา พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือนและระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวัณโรค

3.2. อายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวัณโรค ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเรื่องของวุฒิภาวะในการรับผิดชอบหน้าที่ ถึงแม้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำงานด้วยจิตอาสาก็ตาม สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษยาภัสร์ ชาวปทุมทิพย์ (Khowpathumthip, 2013) ซึ่งพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุมากกว่า 50 ปี จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากกว่าอายุน้อยกว่า 50 ปี

3.3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวัณโรคไม่แตกต่างกัน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของกฤษยาภัสร์ ชาวปทุมทิพย์ (Khowpathumthip, 2013) ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปจะมีส่วนร่วมมากกว่าวุฒิการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการควบคุมป้องกันวัณโรคเป็นความรู้เฉพาะ และกิจกรรมที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับมอบหมาย ไม่ได้มีความซับซ้อนมากนัก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่จำกัดว่าจบการศึกษาระดับใด ต่างมีเพียงความตระหนักตามบทบาทหน้าที่และปฏิบัติงานโดยไม่หวังผลตอบแทน การมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวัณโรคจึงไม่แตกต่างกัน รวมทั้งการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยการให้ความรู้จะต้องให้อย่างสม่ำเสมอและให้อย่างเท่าเทียมกันเพื่อให้สามารถควมวารู้ไปปฏิบัติได้โดยไม่จำกัดความรู้ จึงทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวัณโรคไม่แตกต่างกัน

3.4. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอาชีพหลักต่างกันมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวัณโรคแตกต่างกัน แม้ว่าตามผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะมีอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่มีเวลาให้ความร่วมมือได้เต็มที่ แต่ด้วยภาระค่าครองชีพที่เพิ่มขึ้นจึงต้องหารายได้เพิ่ม โดยเสริมรายได้ด้วยอาชีพรับจ้างทั่วไปทั้งในและนอกพื้นที่ ส่งผลให้การมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวัณโรคลดน้อยลง ยังมีอาชีพค้าขายอีกส่วนหนึ่งที่ทำให้การควบคุมป้องกันวัณโรคได้ยังไม่เต็มที่ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษา และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาอวยพร เพ็ชรบริสุทธิ์ (Petchborisut, 2009) ที่ศึกษา เรื่องการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมป้องกันวัณโรค ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอเมือง จังหวัดยะลา พบว่าอาชีพหลักไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวัณโรค

3.5. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่างกันมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวัณโรคไม่แตกต่างกัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำงานด้วยจิตอาสาพร้อมจะเสียเวลาเข้าร่วมกิจกรรมด้านสาธารณสุข ส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรคและพร้อมเสียสละทรัพย์ส่วนตัวตามกำลัง เพื่อหวังผลให้ประชาชนในเขตรับผิดชอบมีสุขภาพที่ดี ปลอดภัยปลอดภัย อีกทั้งเรื่องของการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานควบคุมป้องกันวัณโรคก็มีสนับสนุนจากกองทุน สปสช.เทศบาลตำบลต่อเนื่องทุกปี ลดภาระการเสียทรัพย์ส่วนตัวในการใช้ปฏิบัติงานได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา และผลการศึกษาอวยพร เพ็ชรบริสุทธิ์ (Petchborisut, 2009) ที่ศึกษา เรื่องการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมป้องกันวัณโรค ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอเมือง จังหวัดยะลา พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวัณโรค

3.6. ระยะเวลาการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวัณโรค ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวัณโรค ทั้งนี้อาจเป็นเพราะยังมีอายุการปฏิบัติงานมาก ความเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่หลักในการเฝ้าระวังโรค มีวิสัยทัศน์ในการควบคุมป้องกันวัณโรคให้มีประสิทธิภาพย่อมมีมากกว่า ส่งผลให้มีการร่วมมือในการควบคุมป้องกันวัณโรคเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ กฤษยาภัสร์ ชาวปทุมทิพย์ (Khowpathumthip, 2013) ที่พบว่า

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้ที่ปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปีจะมีส่วนร่วมมากกว่า ผู้ที่ปฏิบัติงานน้อยกว่า 5 ปี

3.7 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันวัณโรคจากช่องทางต่างๆ มีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวัณโรคไม่แตกต่างกัน จากผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันวัณโรคได้หลายช่องทาง โดยได้รับจากเจ้าหน้าที่มากที่สุด และปัจจุบันรับทางสื่อเทคโนโลยีเพิ่มขึ้น ทราบถึงความสำคัญของวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดต่อจากผู้ป่วย และรับรู้ถึงแนวทางในการควบคุมป้องกันวัณโรค แต่การมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวัณโรคก็ยังไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเรื่องทัศนคติ มีความรู้ข้อมูลข่าวสาร แต่ยังไม่ตระหนักถึงภัยเงียบที่คุกคามใกล้ตัวหรือในเชิงลึกอาจเป็นเพราะไม่พบผู้ป่วยในละแวกบ้านที่รับผิดชอบ และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาอวยพร เพ็ชรบริสุทธิ์ (Petchborisut, 2009) ที่ศึกษา เรื่องการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมป้องกันวัณโรค ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอเมือง จังหวัดยะลา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร

3.8 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระดับความรู้การควบคุมป้องกันวัณโรคต่างกันมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวัณโรคไม่แตกต่างกัน แม้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีระดับความรู้แตกต่างกัน แต่ถ้าขาดความตระหนักในหน้าที่การเฝ้าระวังวัณโรค การมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวัณโรคจะไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาอวยพร เพ็ชรบริสุทธิ์ (Petchborisut, 2009) ที่ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมป้องกันวัณโรค ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอเมือง จังหวัดยะลา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรค

ข้อเสนอแนะ

1. ศึกษาพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่
2. ศึกษาทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมป้องกันวัณโรค
3. กำหนดมาตรการเฝ้าระวังวัณโรคตามแผนยุทธศาสตร์ตำบลบางลึกและสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ ปี 2560 - 2564
4. จัดทำนวัตกรรมเพื่อช่วยในการทำงานควบคุมกำกับดูแลผู้ป่วยวัณโรคให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

รายการอ้างอิง

- Bureau of Tuberculosis, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2018). National Tuberculosis Control Programme Guidelines. 2018. Bangkok: Graphical Design & Design. (in Thai)
- Khowpathumthip, K. (2013). Participation of health volunteers in health promotion. Of health promotion hospitals, Phutthamonthon District Nakhon Pathom. Unpublished master's thesis, Srinakharinwirot University, Bangkok. (in Thai)
- Petchborisut A. (2009). *Participation of Village Health Volunteers in the Prevention of Tuberculosis: A Case Study of Muang District, Yala Province*. Master's thesis (Social Development), Srinakharinwirot University. Bangkok. (in Thai)

Stop TB Partnership, UNOPS. (2015). *The Paradigm shift 2016-2020 Global Plan to End TB*. Geneva, Switzerland: UNOPS; 2015.

World Health Organization. (2000). *Guidelines for the prevention of tuberculosis in public health facilities under limited resources (Sri Prapanat, translated)*. Bangkok: Religion Publishing House. National Buddhism Office. (in Thai)