

Factors Associated with Re-infection Preventive Behaviors among People Infected with Melioid in Northeastern Region*

Suparinya Sumpuntharat, RN, MNS¹, Supinda Ruangjiratain, RN, PhD²,

Kanokporn Moopayak, RN, MSc²

Abstract

Purpose: This research aims to investigate the relationship between knowledge of melioid, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, and accessibility to melioid prevention resources, social support and re-infection preventive behaviors among people infected with melioid.

Design: A descriptive correlational study.

Methods: The sample was 109 melioid infected patients receiving treatment or follow up for the treatment at a melioid clinic. Data were collected using interview form and analyzed using descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficient, and Spearman's rank correlation coefficient.

Main findings: Melioid re-infection preventive behaviors of the sample (91.8%) were at moderate level. Perceived susceptibility and perceived benefits were positively associated with melioid re-infection preventive behaviors ($r = .25, p < .01$; $r = .24, p < .05$ respectively). Perceived barriers was negatively associated with melioid re-infection preventive behaviors ($r = -.40, p < .01$). Others factors were associated with melioid re-infection preventive behaviors without any statistical significance.

Conclusion and recommendations: Melioid infected patients should be helped to enhance their perceived susceptibility and perceived benefits of preventive behaviors. Nurses and other healthcare personnels should work collaboratively with patients and their family in exploring how to decrease perceived barriers.

Keywords: melioid, preventive behavior, re-infection

J Nurs Sci. 2014;32(2):14-22

Corresponding Author: Lecturer Supinda Ruangjiratain, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: supinda.rua@mahidol.ac.th

** Master thesis, Master of Nursing Science Program in Community Health Nurse Practitioner, Faculty of Nursing and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University. This thesis was funded in part by the scholarship in celebration of 84th birthday anniversary of his Majesty King Bhumibol Adulyadej, Faculty of Nursing, Mahidol University, In the Academic Year of 2012*

¹ 289, Village No. 11 Seansuk Sub-district, Warinchumrab District, Ubonratchatani 34190, Thailand

² Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อซ้ำของผู้ติดเชื้อ เมลิออยด์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*

สุปรียญา สัมพันธรัตน์, พยม.¹ สุพินดา เรืองจิรัชชัย, PhD², กนกพร หมู่พยัคฆ์, วทม.²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค การเข้าถึงทรัพยากรในการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อซ้ำของผู้ติดเชื้อเมลิออยด์

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาความสัมพันธ์เชิงพรรณนา

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเมลิออยด์จำนวน 109 คน ที่มารับบริการรักษาและมาตรวจตามนัดที่คลินิกโรคเมลิออยด์แห่งหนึ่ง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและสเปียร์แมน

ผลการวิจัย: พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อซ้ำของผู้ติดเชื้อเมลิออยด์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91.8) อยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อซ้ำของผู้ติดเชื้อเมลิออยด์ ($r = .25, p < .01$; $r = .24, p < .05$) ตามลำดับ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อซ้ำของผู้ติดเชื้อเมลิออยด์ ($r = -.40, p < .01$) ส่วนปัจจัยด้านอื่นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อซ้ำของผู้ติดเชื้อเมลิออยด์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและข้อเสนอแนะ: ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค นอกจากนั้นพยาบาลและบุคลากรสุขภาพอื่นควรร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการหาแนวทางช่วยลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค

คำสำคัญ: เมลิออยด์ พฤติกรรมป้องกันโรค การติดเชื้อซ้ำ

J Nurs Sci. 2014;32(2):14-22

Corresponding Author: อาจารย์สุพินดา เรืองจิรัชชัย, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: supinda.rua@mahidol.ac.th

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รับทุนสนับสนุนบางส่วนจากทุนเฉลิมพระเกียรติพระชนมายุ 84 พรรษามหาราช ประจำปีการศึกษา 2555 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ 289 หมู่ 11 ตำบลแสนสุข อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190

² คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสำคัญขอปัญหา

โรคเมลิออยด์ เป็นโรคติดเชื้อจากสิ่งแวดลอมที่เป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศไทย จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ในแต่ละปีมีจำนวนผู้ติดเชื้อเมลิออยด์เฉลี่ย 3,000-4,000 ราย¹ โดยเฉพาะจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นพื้นที่หลักที่มีการระบาดของโรค มีจำนวนผู้ติดเชื้อเมลิออยด์เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2540 - 2549 พบอุบัติการณ์การเกิดโรคเมลิออยด์ 12.7 คนต่อประชากรแสนคนต่อปี² ต่อมาในปี พ.ศ. 2555 พบอุบัติการณ์การเกิดโรคเมลิออยด์เพิ่มสูงเป็น 23.4 คนต่อประชากรแสนคนต่อปี³ แสดงให้เห็นว่าโรคเมลิออยด์ยังคงระบาดอย่างต่อเนื่อง โรคเมลิออยด์เกิดจากเชื้อแบคทีเรียแกรมลบชื่อ *Burkholderiapseudomallei* พบได้ในสิ่งแวดล้อม เช่น ดิน และน้ำในพื้นที่ระบาด โดยพบความเสี่ยงมากในกลุ่มที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมที่ต้องสัมผัสดินและน้ำโดยตรง และในกลุ่มที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง เป็นต้น⁴ โดยเชื้อจะเข้าสู่ร่างกายได้ทางผิวหนัง การสูดดม การรับประทาน และสามารถทำให้เกิดภาวะติดเชื้อได้ทุกระบบของร่างกาย อาการและอาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจง ขึ้นกับตำแหน่งของการติดเชื้อ จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะที่มีความเฉพาะเจาะจงกับเชื้อ ทำให้รัฐจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ติดเชื้อเมลิออยด์ค่อนข้างสูง และที่สำคัญโรคเมลิออยด์เมื่อเป็นแล้ว สามารถกลับเป็นซ้ำได้อีก (recurrent) และยังไม่มียาชนิดใด ๆ ที่สามารถป้องกันโรคเมลิออยด์ได้

การกลับเป็นซ้ำ (recurrent) เป็นปัญหาสำคัญอันดับสองรองจากการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเมลิออยด์ โดยพบอัตราการกลับเป็นซ้ำ 5-25 % ของผู้ติดเชื้อทั้งหมด⁵ ซึ่งผู้ติดเชื้อเมลิออยด์ที่กลับเป็นซ้ำอาจมีอาการรุนแรงมากขึ้นจนทำให้เสียชีวิตได้ การกลับเป็นซ้ำเกิดขึ้นได้กับผู้ติดเชื้อเมลิออยด์ทุกราย ถึงแม้จะเคยผ่านการรักษามาแล้วก็ตาม โดยเกิดได้จากสองกรณีคือ กรณีที่รับประทานยาฆ่าเชื้อไม่ครอบคลุมและไม่ต่อเนื่อง จะทำให้เกิดการกำเริบซ้ำของเชื้อ (relapse) และกรณีที่สองคือ การที่ผู้ติดเชื้อกลับไปติดเชื้อใหม่ (re-infection) เนื่องจากไม่ป้องกันตนเองจากการสัมผัสเชื้อที่อยู่ในสิ่งแวดล้อม ด้วยเหตุนี้การป้องกันไม่ให้เกิดการกลับเป็นซ้ำจึงเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยลดอัตราการเสียชีวิต รวมถึงช่วยลดค่าใช้จ่ายจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเมลิออยด์ได้ อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าการป้องกันการกลับเป็นซ้ำจะเป็นสิ่งสำคัญ แต่ในปัจจุบันพบว่า ยังไม่มีข้อมูลหรือมีการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อซ้ำในกลุ่มผู้ติดเชื้อเมลิออยด์ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิก โดยเฉพาะในด้านพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อซ้ำเมื่อกลับไปสู่สิ่งแวดล้อมเดิม

ในประเทศไทยพบว่า ประชาชนยังไม่มีการตื่นตัวในการป้องกันโรคมามากนัก อาจเนื่องมาจากโรคเมลิออยด์ยังไม่เป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลาย มีประชาชนเพียงร้อยละ 28 เท่านั้นที่รู้จักโรคเมลิออยด์ และมีเพียงร้อยละ 1 เท่านั้นที่รู้จักวิธีป้องกันโรคเมลิออยด์ที่ถูกต้อง⁶ ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขของไทยและเครือข่ายนักวิจัยโรคเมลิออยด์ได้ร่วมมือกันวางแผนพัฒนาการควบคุมโรคเมลิออยด์ในด้านต่าง ๆ ซึ่งหนึ่งในเป้าหมายหลัก คือการปรับปรุงแนวทางการป้องกันโรคเมลิออยด์โดยการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคอย่างเหมาะสม โดยเน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคกับประชากรกลุ่มเสี่ยง เช่น เกษตรกร โดยเฉพาะกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวาน ให้สวมอุปกรณ์ป้องกันในขณะที่ทำการเกษตร ดื่มน้ำที่สะอาดหรือผ่านการบำบัดด้วยคลอรีน³ แต่การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมักกล่าวทำให้ประชาชนต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตทั้งในด้านการประกอบอาชีพและการดำเนินชีวิต ดังนั้นการจะส่งเสริมให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมป้องกันโรคนั้น อาจต้องพิจารณาปัจจัยแวดล้อมทุกด้าน ทั้งในด้านความรู้ ความเชื่อ การรับรู้ ค่านิยมทางสังคม รวมถึงฐานะทางเศรษฐกิจ เพื่อให้สามารถนำไปวางแผนการป้องกันโรคเมลิออยด์ได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเมลิออยด์ ทั้งในกลุ่มที่เคยติดเชื้อและกลุ่มที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเมลิออยด์ มีเพียงการศึกษาในด้านระบาดวิทยา⁶⁻⁸ แนวทางการวินิจฉัย⁵⁻⁶ และแนวทางการรักษาโรค⁶ เท่านั้น ในขณะที่การศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อจากสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ที่มีลักษณะการป้องกันการติดเชื้อที่คล้ายกับโรคเมลิออยด์ เช่น โรคไข้หวัดนก โรคเลปโตสไปโรซิส พบว่ามีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค เช่น ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรค⁹⁻¹¹ ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค⁹⁻¹⁰ รวมถึงปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม¹¹

การศึกษาค้นนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ PRECEDE Framework ของกรีนและครูเตอร์¹² ร่วมกับ Health Belief Model ของโรเซนสต็อก¹³ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยกรีนและครูเตอร์¹² อธิบายว่า พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากพหุปัจจัย (multiple factors) ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องมีการดำเนินงานหลายด้านประกอบกัน และจะต้องวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมนั้นก่อน จึงวางแผนและกำหนดกลยุทธ์เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมจะแบ่ง

ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ปัจจัยนำ (predisposing factor) ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานซึ่งก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ความรู้ ความเชื่อ การรับรู้ 2) ปัจจัยเอื้อ (enabling factor) ได้แก่ สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล และ 3) ปัจจัยเสริม (reinforcing factor) ได้แก่ การเสริมแรงหรือ กระตุ้นให้กระทำ ที่มาจากบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้น¹² ตามแนวคิดใน Health Belief Model¹³ โวเซนสตัดอกอธิบายว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลจะต้องมีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และโรคนั้นมีความรุนแรง มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่ควรมียุทธศาสตร์มาขัดขวาง¹³

จากแนวคิดและการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น จะเห็นได้ว่า ความรู้ ความเชื่อ การรับรู้ของบุคคล การเข้าถึงทรัพยากรที่ใช้ในการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนจากสังคมรอบข้าง ล้วนมีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคลทั้งสิ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อซ้ำคั้งนี้คือ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค การเข้าถึงทรัพยากรในการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเลือกศึกษาในกลุ่มผู้ที่เคยติดเชื้อเมลิออยด์ ที่มาติดตามการรักษา ที่คลินิกโรคเมลิออยด์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เนื่องจากเป็นประชาชนกลุ่มเดียวที่รู้จักโรคและมีโอกาสเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำ จากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยในหน่วยวิจัยโรคเมลิออยด์ พบว่า ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเมลิออยด์ที่ได้รับการรักษาจนหายเป็นปกติ มักกลับมาด้วยอาการกลับเป็นซ้ำอยู่เสมอ อีกทั้งในขณะนี้ ยังไม่มีการศึกษาข้อมูลในด้านพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ โดยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อซ้ำของผู้ติดเชื้อเมลิออยด์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งข้อมูลที่ได้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนป้องกันการกลับเป็นซ้ำจากการติดเชื้อใหม่ (Re-infection) ของผู้ที่เคยติดเชื้อเมลิออยด์ในพื้นที่ระบาดอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อซ้ำของผู้ติดเชื้อเมลิออยด์ และความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค การรับรู้

อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค การเข้าถึงทรัพยากรในการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อซ้ำของผู้ติดเชื้อเมลิออยด์

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อซ้ำของผู้ติดเชื้อเมลิออยด์
2. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงทรัพยากรในการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อซ้ำของผู้ติดเชื้อเมลิออยด์
3. ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อซ้ำของผู้ติดเชื้อเมลิออยด์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงพรรณนา (Descriptive correlational study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาคั้งนี้คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเมลิออยด์และมาติดตามการรักษาที่คลินิกโรคเมลิออยด์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เป็นครั้งที่ 2 ขึ้นไป พูดและฟังภาษาไทยได้เข้าใจ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling)

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้การเปิดตารางสำเร็จรูปของโคเฮน¹⁴ โดยกำหนด ค่า α เท่ากับ .05 ค่าอำนาจทดสอบ (power of test) (1- β) เท่ากับ .80 และเนื่องจากยังไม่มีการศึกษาพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อซ้ำมาก่อนในกลุ่มผู้ติดเชื้อเมลิออยด์ จึงกำหนดค่าขนาดอิทธิพลของความสัมพันธ์เป็นขนาดปานกลาง (medium effect size) เท่ากับ .1514 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 109 ราย

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ได้แก่ แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย Mini - Mental State Examination (MMSE) - Thai version 2002 ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข¹⁵
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ มีทั้งหมด 5 ส่วนคั้งนี้ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อซ้ำ

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม^{6-7,16-17} มีข้อความคำถาม 10 ข้อ เกี่ยวกับพฤติกรรม 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกัน ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล ด้านการดื่มน้ำดื่มสุกและรับประทานอาหารที่ปราศจากเชื้อ และด้านการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่จะทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ (ตั้งแต่ 1-4 คะแนน) การแปลผลคะแนนพิจารณาแบบอิงเกณฑ์ของ บุญธรรม กิจปรีดาภิรัชต์¹⁸ คะแนน 10-20 หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันระดับน้อย คะแนน 21-30 หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันระดับปานกลาง คะแนน 31-40 หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันระดับมาก

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้และความรู้เกี่ยวกับโรคเมลิออยด์

2.1 แบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรคเมลิออยด์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม^{6-7,17} โดยประยุกต์ใช้ PRECEDE Framework ของ กรีน และครูเตอร์¹² แบ่งเป็น 4 หมวด จำนวน 41 ข้อ ดังนี้

หมวดที่ 1 แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมลิออยด์ มีข้อความคำถาม 10 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ (ตั้งแต่ 1-4 คะแนน) การแปลผลคะแนนพิจารณาแบบอิงเกณฑ์¹⁸ คะแนน 10-20 หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคระดับน้อย คะแนน 21-30 หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคระดับปานกลาง คะแนน 31-40 หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคระดับมาก

หมวดที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของโรคเมลิออยด์ มีข้อความคำถาม 10 ข้อเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ (ตั้งแต่ 1-4 คะแนน) การแปลผลคะแนนพิจารณาแบบอิงเกณฑ์¹⁸ คะแนน 10-20 หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับน้อย คะแนน 21-30 หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับปานกลาง คะแนน 31-40 หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับมาก

หมวดที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค มีข้อความคำถาม 10 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ (ตั้งแต่ 1-4 คะแนน) การแปลผลคะแนนพิจารณาแบบอิงเกณฑ์¹⁸ คะแนน 10-20 หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคระดับน้อย คะแนน 21-30 หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคระดับปานกลาง คะแนน 31-40 หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคระดับมาก

หมวดที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค มีข้อความคำถาม 11 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ (ตั้งแต่ 1-4 คะแนน) การแปลผลคะแนนพิจารณาแบบ

อิงเกณฑ์¹⁸ คะแนน 11-21 หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคระดับน้อย คะแนน 22-32 หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคระดับปานกลาง คะแนน 33-44 หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคระดับมาก

2.2 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคเมลิออยด์ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคเมลิออยด์ และการป้องกันโรคเมลิออยด์^{4-7,17} มีข้อความคำถาม 14 ข้อ คำถามด้านบวก 11 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ ใช่ (1 คะแนน) ไม่ใช่ (0 คะแนน) ไม่ทราบ (0 คะแนน) ด้านลบ 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ ใช่ (0 คะแนน) ไม่ใช่ (1 คะแนน) ไม่ทราบ (0 คะแนน) การแปลผลคะแนนพิจารณาแบบอิงเกณฑ์¹⁸ คะแนน 0-5 หมายถึง มีความรู้เรื่องโรคระดับน้อย คะแนน 6-10 หมายถึง มีความรู้เรื่องโรคระดับปานกลาง คะแนน 11-14 หมายถึง มีความรู้เรื่องโรคระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การเข้าถึงทรัพยากรในการป้องกันโรคเมลิออยด์ มีข้อความคำถาม 8 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ (ตั้งแต่ 1-4 คะแนน) การแปลผลคะแนนพิจารณาแบบอิงเกณฑ์¹⁸ คะแนน 8-16 หมายถึง มีการเข้าถึงทรัพยากรในการป้องกันโรคระดับน้อย คะแนน 17-24 หมายถึง มีการเข้าถึงทรัพยากรในการป้องกันโรคระดับปานกลาง คะแนน 25-32 หมายถึง มีการเข้าถึงทรัพยากรในการป้องกันโรคระดับมาก

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคม มีข้อความคำถาม 8 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ (ตั้งแต่ 1-4 คะแนน) การแปลผลคะแนนพิจารณาแบบอิงเกณฑ์¹⁸ คะแนน 8-16 หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย คะแนน 17-24 หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง คะแนน 25-32 หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับมาก

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการรักษา จากเวชระเบียน ได้แก่ ประวัติการรักษาโรคเมลิออยด์ วันที่ได้รับการวินิจฉัยโรค การรักษาโรคในปัจจุบัน และประวัติโรคประจำตัว

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ค่าชนิดค่า CVI ได้ดังนี้ 1) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อซ้ำ แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และแบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเท่ากับ .40 2) แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเท่ากับ .50 3) แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคและแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของโรคเท่ากับ .70

4) แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ .85 5) แบบสัมภาษณ์การเข้าถึงทรัพยากรในการป้องกันโรคเท่ากับ .88 สำหรับแบบสัมภาษณ์ที่มีค่า CVI ต่ำกว่า .80 ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเมลิออยด์ ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อซ้ำได้เท่ากับ .76 แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรู้ความรุนแรงของโรค และแบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคได้เท่ากับ .77 - .83 แบบสัมภาษณ์การเข้าถึงทรัพยากรในการป้องกันโรคเท่ากับ .77 และแบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ .84

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (COA no.IRB - NS2013/180.0107) และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ (รหัสเอกสารรับรอง 018/2556)

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้อบรมผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับการใช้แบบสัมภาษณ์ โดยให้สัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเมลิออยด์จำนวน 5 รายร่วมกับผู้วิจัย และนำข้อมูลที่ได้มาเปรียบเทียบกัน เพื่อให้การเก็บข้อมูลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และมีการจัดทำคู่มือในการสัมภาษณ์ให้กับผู้ช่วยวิจัย จากนั้นจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลโดยพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกโรคเมลิออยด์ เป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และแนะนำให้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบเพื่อชี้แจงถึงโครงการวิจัย การพิทักษ์สิทธิและเชิญชวนเข้าร่วมการวิจัย ขณะกับผู้ติดเชื้อเมลิออยด์นักรอพบแพทย์ในกรณีผู้ติดเชื้อเมลิออยด์อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วยแบบประเมิน MMSE โดยมีคะแนนเต็ม 30 คะแนน หากกลุ่มตัวอย่างได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน ในกรณีไม่ได้เรียนหนังสือหรืออ่านหนังสือไม่ออก ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน กรณีจบประถมศึกษา และได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน กรณีจบสูงกว่าประถมศึกษา จะถือว่าไม่เข้าเกณฑ์ในการเข้าร่วมวิจัย และได้รับการส่งต่อไปให้พยาบาลประจำคลินิกเพื่อตรวจเพิ่มเติมต่อไป หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะอ่านแบบสัมภาษณ์ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฟังทีละข้อ และเป็นผู้บันทึกคำตอบลงในแบบสัมภาษณ์ โดยเริ่มจากแบบ

สัมภาษณ์ส่วนที่ 1 ก่อน ตามด้วยส่วนที่ 2, 3, 4, 5 ตามลำดับ การสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 25-30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนี้

1. คำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านการรักษา และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อซ้ำ การรับรู้เกี่ยวกับโรค การเข้าถึงทรัพยากรในการป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคม

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค และการเข้าถึงทรัพยากรในการป้องกันโรคเมลิออยด์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อซ้ำ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ส่วนตัวแปรอื่น ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้ความรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม ใช้สัมประสิทธิ์สหพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 61.5 อายุเฉลี่ย 54.25 ปี (SD = 11.10) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 74.3) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 74.3) รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 6,815 บาทต่อเดือน (SD = 9,239.60) ร้อยละ 87.2 มีโรคประจำตัว โดยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 55 และร้อยละ 20.1 เป็นโรคเบาหวานร่วมกับโรคอื่น เช่น เอสแอลอี ไทมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง เป็นต้น ระยะเวลาเฉลี่ยของการรักษาโรคเมลิออยด์ 3.63 ปี (SD = 3.78) ร้อยละ 79.8 อยู่ในระหว่างการติดตามการกลับเป็นซ้ำหลังได้รับยาฆ่าเชื้อเมลิออยด์ครบตามแผนการรักษา และร้อยละ 20.2 อยู่ในระหว่างการรักษาด้วยยาฆ่าเชื้อเมลิออยด์ ระยะเวลาเฉลี่ยในการรับประทานยาฆ่าเชื้อ 9.9 เดือน (SD = 11.2)

2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อซ้ำอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1 และพบว่าพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อซ้ำในด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกัน ซึ่งได้แก่ การสวมรองเท้าบูท สวมถุงมือยาง สวมหน้ากากอนามัย มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด

3. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคอยู่ในระดับมาก

มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค และการเข้าถึงทรัพยากรในการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง

และมีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้เกี่ยวกับโรค การเข้าถึงทรัพยากรในการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม (n = 109)

ตัวแปรที่ศึกษา	Range	\bar{X}	SD	ระดับ
พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ	17-36	28.70	3.61	ปานกลาง
ความรู้เกี่ยวกับโรค	2-14	12.52	1.52	มาก
การรับรู้เกี่ยวกับโรค				
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	19-39	31.90	3.67	มาก
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	22-39	33.00	3.28	มาก
การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค	22-40	33.90	3.40	มาก
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค	14-35	22.97	4.55	ปานกลาง
การเข้าถึงทรัพยากรในการป้องกันโรค	13-26	19.05	2.94	ปานกลาง
แรงสนับสนุนทางสังคม	14-22	12.83	3.43	ต่ำ

4. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของผู้ติดเชื้อเมลิออยด์ ($r = .25, p < .01$; $r = .24, p < .05$; $r = -.40, p < .01$) ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับ

โรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การเข้าถึงทรัพยากรในการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของผู้ติดเชื้อเมลิออยด์ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้เกี่ยวกับโรค การเข้าถึงทรัพยากรในการป้องกันโรค แรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของผู้ติดเชื้อเมลิออยด์

ตัวแปรที่ศึกษา	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r_p)	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (r_s)
ความรู้เกี่ยวกับโรค		.11 ^{ns}
การรับรู้เกี่ยวกับโรค		
รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	.25**	
รับรู้ความรุนแรงในการเกิดโรค		.15 ^{ns}
รับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรค		.24*
รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรค	-.40**	
การเข้าถึงทรัพยากรในการป้องกันโรค	.01 ^{ns}	
แรงสนับสนุนทางสังคม		.03 ^{ns}

^{ns} = non-significance; $p > .05$, * $p < .05$, ** $p < .01$

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของผู้ติดเชื้อเมลิออยด์ อยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านการสวมอุปกรณ์ป้องกัน เช่น การสวมรองเท้าบูทยาง สวมถุงมือ ยาง หน้ากากอนามัย อยู่ในระดับต่ำ ร่วมกับมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคในระดับปานกลาง อาจเนื่อง

มาจากการสวมอุปกรณ์ป้องกันเป็นอุปกรณ์เสริมในการทำการเกษตร ทำให้เกิดความไม่สะดวกในการทำงาน และไม่สอดคล้องวิถีชีวิตของเกษตรกร ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในโรคติดเชื้อจากสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ที่มีลักษณะการป้องกันคล้ายกัน เช่น โรคเลปโตสไปโรซิส ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันโรคในด้านการสวมอุปกรณ์ป้องกันในระดับสูง¹¹

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อพบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของผู้ที่ติดเชื้อเมลิออยด์ และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของผู้ติดเชื้อเมลิออยด์ แสดงให้เห็นว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคมีผลต่อการปฏิบัติหรือไม่ ปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล โดยหากรับรู้ว่าตนเองเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ว่าการปฏิบัตินั้นมีประโยชน์ ก็จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ แต่หากรับรู้ว่ามีอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม ก็จะไม่นำปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด PRECEDE Framework ของกรีนและครูเตอร์¹² และ Health Belief Model¹³ ที่กล่าวว่า ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ และเชื่อว่ามีผลกระทบทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมของบุคคล¹² การรับรู้เกี่ยวกับโรคและความเชื่อด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล จะมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรคนั้น หากบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค รับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมให้ห่างจากการเป็นโรคหรือป้องกันโรคนั้น เป็นสิ่งที่ดีมีประโยชน์กับตนเอง และไม่มีอุปสรรคใดๆ มาขัดขวาง จะทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้ แต่ในทางกลับกัน หากมีอุปสรรคเกิดขึ้น ก็จะมีผลยับยั้งการปฏิบัติพฤติกรรมได้เช่นกัน¹³ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในโรคเลปโตสไปโรซิส⁹⁻¹⁰ และโรคไข้หวัดนก¹⁹ โดยพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{9-10,19}

ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเคยติดเชื้อเมลิออยด์มาก่อน แต่ก็สามารถรักษาหายได้ ไม่เป็นอันตรายถึงชีวิตหรือก่อให้เกิดความพิการ จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ตระหนักหรือเห็นความสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรค ทั้งๆ ที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีความรู้เกี่ยวกับโรคและมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคค่อนข้างสูง แสดงว่าการมีความรู้เกี่ยวกับโรคเมลิออยด์เพียงอย่างเดียว อาจไม่เพียงพอที่จะทำให้นักศึกษาปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคได้ ส่วนปัจจัยเชื้อคือการเข้าถึงทรัพยากรในการป้องกันโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ เนื่องจากถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะ

สามารถเข้าถึงอุปกรณ์ป้องกัน เช่น ร้องเท้าบูทยาง ถุงมือยาง หน้ากากอนามัย ได้ในระดับปานกลาง แต่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคในการใช้อุปกรณ์ป้องกันในระดับปานกลาง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ใช้อุปกรณ์เหล่านี้แม้จะสามารถเข้าถึงได้ก็ตาม ส่วนปัจจัยเสริม คือแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ และพบว่าอยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีลักษณะความเป็นผู้นำสูง การจะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อจึงขึ้นอยู่กับตนเองมากกว่าครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคเมลิออยด์ และได้รับการคัดเลือกแบบตามสะดวก (convenience sampling) จึงมีข้อจำกัดในการอ้างอิงผลการศึกษาในผู้ติดเชื้อเมลิออยด์ที่มีบริบทแตกต่างกัน และผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยเพียงบางปัจจัยที่เชื่อว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ จึงอาจมีปัจจัยอื่นอีกที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ ยังมีข้อคำถามบางข้อที่มีความสัมพันธ์กันเอง ทำให้ไม่สามารถวัดตัวแปรที่ศึกษาได้เที่ยงตรง จึงควรมีการปรับปรุงเครื่องมือก่อนนำไปใช้ในการศึกษาครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรทางสาธารณสุข ควรส่งเสริมให้ประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มอาชีพเกษตรกรที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคให้มากขึ้น และชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคเมลิออยด์ รวมทั้งเน้นย้ำถึงความสำคัญในการใช้อุปกรณ์ป้องกันขณะทำการเกษตร และร่วมกันหาแนวทางในการกำจัดอุปสรรคต่างๆ ที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคเมลิออยด์

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของผู้ติดเชื้อเมลิออยด์ เช่น ปัจจัยด้านแรงจูงใจ การรับรู้สภาวะแห่งตน และควรศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาโปรแกรมในการป้องกันการติดเชื้อในอนาคต

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Public Communication and Network Section, Bureau of General Communicable Disease, Department of Disease Control, MOPH. Communicable disease and health hazards [Internet]. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2012 [cited 2014 Jan 23]. Available from: <http://thaigcd.ddc.moph.go.th/uploads/file/>

- peoplenewsletter/รายงานเฝ้าระวังข่าว_ฉ171_120808.pdf. (in Thai).
2. Limmathurotsakul D, Wongratanacheewin S, Teerawattanasook N, Wongsuvan G, Chaisuksant S, Chetchotisakd P, et al. Increasing incidence of human melioidosis in Northeast Thailand. *Am J Trop Med Hyg.* 2010;82(6):1113-7.
 3. Mahidol Oxford Research Unit (MORU). Thailand-Lao melioidosis network meeting II [Internet]. Bangkok: Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University; 2012 [cited 2012 Dec 24]. Available from: http://www.melioidosis.info/download/20121022_131748%20tlmm2%20minute%20thai%20ver0%203.pdf. (in Thai).
 4. Chetchotisak P. Melioidosis. Bangkok: Holistic Publishing; 2004. (in Thai).
 5. Limmathurotsakul D, Chaowagul W, Chantratia N, Wuthiekanun V, Biaklang M, Tumapa S, et al. A simple scoring system to differentiate between relapse and re-infection in patients with recurrent melioidosis. *PLOS Neglected Tropical diseases.* 2008;2(10):e327.
 6. Limmathurotsakul D, Peacock SJ. Melioidosis: A clinical overview. *Br Med Bull.* 2011;99:125-39.
 7. Cheng A, Currie B. Melioidosis: Epidemiology, pathophysiology, and management. *Clin Microbiol Rev.* 2005;18(2):383-416.
 8. Bhengsi S, Baggett HC, Jorakate P, Kaewpan A, Prapasiri P, Naorat S, et al. Incidence of bacteremic melioidosis in Eastern and Northeastern Thailand. *Am J Trop Med Hyg.* 2011;85(1):117-20.
 9. Numdee W. Factor associated with preventive and control behavior for leptospirosis of family health leader in Aumphoe Doem Bang Nang Bout, Suphan Buri Province. Bangkok: Kasetsart University; 2003. (in Thai).
 10. Kainaka P. Factors effecting farmers' protective health behavior for leptospirosis control in Amphoe Phachi, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. Bangkok: Kasetsart University; 2006. (in Thai).
 11. Pajohntid K. Knowledge and behavior on leptospirosis prevention and control among farmers in Dongmada Sybdustructm Nae Lao District, Chiang Rai Province. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2008. (in Thai)
 12. Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning: An educational and ecological approach. 2nd ed. Mayfield: Mayfield Publishing Company; 1991.
 13. Rosenstock IM. The health belief model and preventive health behavior. *Health Educ Behav.* 1974;2(4):354-86.
 14. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New York: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
 15. Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services, Ministry of Public Health (MOPH), Mini - Mental State Examination: Thai version (MMSE - Thai 2002) [Internet]. Nonthaburi: Department of Medical Services; 2002 [cited 2013 Jan 10]. Available from: http://v2.agingthai.org/files/users/3451/page/20100204_94330.pdf. (in Thai).
 16. Limmathurotsakul D, Kanoksil M, Wuthiekanun V, Kitphati R, Destavola B, Nicholas PJD, et al. Activities of daily living associated with acquisition of melioidosis in Northeast Thailand: A match case-control study [internet]. Bangkok: Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University; 2013 [cited 2013 mar 12]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3578767/pdf/pntd.0002072.pdf>
 17. Melioid Lab, Suppasitprasong Hospital. Melioidosis [internet]. Ubonratchatani: Melioid Lab, Suppasitprasong Hospital; 2012 [cited 2013 Feb 13]. Available from: http://www.melioidosis.info/th/melioidosis_thai.pdf. (in Thai).
 18. Kitpreedabhorisut B. Technique for creation of data collection instrument. Nakhon Prathom: Chamchuree Product; 2006. (in Thai).
 19. Charensen C. Health belief and Avian influenza prevention behavior on poultry production of farmers in Banja Subdistrict, Bang Rachan District, Sing Buri Province. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2006. (in Thai).