

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของประชาชน ในชุมชนคลองเตย กรุงเทพมหานคร¹

บังอร นางทรัพย์²

ว่าที่ร้อยตรี คร. มนัส บุญประกอบ³

ผศ. ดร. งามอาน นัยพัฒน์⁴

รศ. ดร. ปราโมทย์ ทองกระจาย⁵

บทคัดย่อ

โรคพยาธิลำไส้ นับเป็นปัญหาของประเทศไทยที่ยังคงมีการระบาดอยู่ทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชาชนที่อาศัยอย่างหนาแน่น การติดเชื้อพยาธิลำไส้ทำให้มีผลต่อสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนั้นการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่ดียิ่งขึ้นจึงเป็นแนวทางหนึ่งในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคพยาธิลำไส้ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ของประชาชนในชุมชนคลองเตย กรุงเทพมหานคร 2) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และ 3) เพื่อพัฒนาแบบจำลองปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ประกอบด้วย อายุ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตน ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ และเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้

กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่อาศัยในชุมชนเขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบเป็นลำดับขั้น จำนวน 400 คน ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2547 การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้เครื่องมือวัดคือแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้วยค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาเท่ากับ 0.84 ทำการวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของประชาชนในชุมชนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้โดยการใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ด้วยการใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน วิเคราะห์และปรับปรุงแบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้วยการวิเคราะห์อภิศัพ

¹ งานวิจัยเรื่องที่ 1 ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

² นิสิตปริญญาเอก (เน้นวิจัย) รุ่นที่ 2 สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

³ รองผู้อำนวยการฝ่ายฯ และประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตรปริญญาเอก (เน้นวิจัย) สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

⁴ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

⁵ คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ผลการวิจัยพบว่าลักษณะสุขภาพสิ่งแวดล้อมของประชาชนในชุมชนคลองเตยอยู่ในระดับต่ำและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 77.68$) โดยพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้มีความสัมพันธ์กับเกือบทุกปัจจัยที่ศึกษา (ยกเว้นอายุและความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการตรวจสอบความกลมกลืนของแบบจำลองปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้หลังการปรับแก้ มีค่าไคสแควร์เท่ากับ 5.52 ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 4 ความน่าจะเป็น (p -value) เท่ากับ 0.14 ค่าดัชนีบอกความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ 0.99 ค่าดัชนีบอกความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว ($AGFI$) เท่ากับ 0.94 ค่ารากกำลังสองเฉลี่ยของค่าความแตกต่างโดยประมาณ ($RMSEA$) เท่ากับ 0.06 และค่าขนาดตัวอย่างวิกฤติ (CN) เท่ากับ 475.53 จากแบบจำลองดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ามีเพียงสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม และการสนับสนุนทางสังคมเท่านั้นที่มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้โดยพบว่าปัจจัยที่ศึกษาร่วมทำนายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ได้ร้อยละ 11

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนคลองเตย มีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่ถูกต้องโดยการจัดโปรแกรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ส่วนงานวิจัยที่จะดำเนินต่อไปควรศึกษาปัจจัยเพิ่มเติมที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ได้มากขึ้น

Abstract

The intestinal parasitic infection cause many problems in health system of Thailand. These diseases are still epidemic in several areas especially in the intensive population communities. The intestinal parasitic infection could affect our health in both of direct and indirect pathway. Thus, to maintain good health, regarding the intestinal parasitic infection, the most important ways to do are to promote preventive behaviors and prevent an epidemic infection. The objectives of this study were to 1) determine the preventive behaviors against intestinal parasitic infection, 2) analyze the relationships of preventive behaviors against intestinal parasitic infection and factors affecting and 3) develop the causal model and analyze factors including age, socioeconomic status, social support, internal-external health locus of control, knowledge of intestinal parasites and attitude toward preventive behaviors against intestinal parasitic infection.

A number of 400 people, living in Khlong Toei Community, Bangkok, during January to May 2004 was randomly sampling by multistage method. Data were collected by the questionnaires with the alpha reliability of 0.84. The demographic data and factors associated with the preventive behavior against intestinal parasitic infection were analyzed by using descriptive statistic, the relationship among factors by Pearson's correlation. A causal model was established tested and modified by using path analysis.

The results of this study revealed that, non hygienic sanitary environments were found and the preventive behavior against intestinal parasitic infection was in a middle level, $\bar{X} = 77.68$. It was significantly associated with most factors ($p < 0.05$) excepted age and knowledge ($p > 0.05$). The goodness of fit of the modified model had chi-square = 5.52, $df = 4$, p -value = 0.14, GFI = 0.99, AGFI = 0.94, RMSEA = 0.06 and CN = 475.53. The model revealed that only the socioeconomic status and social support had direct and indirect influences on the to the preventive behaviors. The overall factors could predict the variation of preventive behaviors up to 11.00 percents.

The finding suggested that the community participation and organization involved, should help promotion of preventive behaviors against intestinal parasitic infection among people in the Khlong Toei community. In addition, further studies should include factors be able to predict the preventive behaviors.

ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย

โรคพยาธิลำไส้ นับเป็นปัญหาของประเทศต่างๆ ทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่กำลังพัฒนา องค์การอนามัยโลก (WHO.1988) ประมาณว่าประชากรทั่วโลกประมาณ 3,500 ล้านคน มีการติดเชื้อพยาธิลำไส้ และประมาณ 450 ล้านคน แสดงอาการป่วยออกมา ในประเทศไทยนั้นยังไม่มีรายงานการศึกษาครอบคลุมทั้งประเทศ แต่มีการสำรวจหนอนพยาธิลำไส้ใน 14 จังหวัดภาคใต้ของประเทศไทย ในปี 2532 (อุเทน จารณศรี; ประภาศรี จงสุขสันติกุล; และเชาวลิตร์ จีระดิษฐ์. 2532 : 391-404) พบว่ามีประชาชนถึงร้อยละ 77.56 เป็นโรคหนอนพยาธิลำไส้ชนิดใดชนิดหนึ่งหรือหลายชนิดในคนเดียวกัน นอกจากนี้บังอร ฉางทรัพย์ และคณะ (2548) ได้ทำการสำรวจความชุกการติดเชื้อพยาธิลำไส้ ในชุมชนคลองเตย กรุงเทพมหานคร พบว่ายังคงมีการระบาดร้อยละ 9.05 โดยพบพยาธิลำไส้ที่มีการระบาดมากตามลำดับ ได้แก่ พยาธิปากขอ พยาธิสตรองจิลอยเคส พยาธิไส้เดือน พยาธิตัวตืด โปรโตซัว พยาธิใบไม้ตับ และพยาธิแส้ม้า

อัตราความชุกของโรคพยาธิลำไส้ในประเทศไทยนับว่ายังคงสูง และเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศ เนื่องจากการติดเชื้อพยาธิในลำไส้จะมีผลโดยตรงทำให้เกิดโรคต่างๆ ตามมา เช่น ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (WHO.1998) ประสิทธิภาพในการดูดซึมสารอาหารของลำไส้เสียไป (Brasitus. 1979 : 1058-1065) โรคขาดวิตามินบี 12 (Scowden; et al. 1978 : 527) เชื้อบุลำไส้อักเสบ (Fillho. 1978 : 179) ท้องร่วง ลำไส้อุดตัน ดีซ่าน ตับอ่อนอักเสบ และเกิดแผลที่อวัยวะภายใน (Matinez-Palomo; & Ruiz-Palacios. 1990) เป็นต้น นอกจากนี้ยังทำให้เกิดผลทางอ้อมตามมา ได้แก่ การขาดสารอาหาร ได้รับโปรตีนไม่เพียงพอ การพัฒนาการของร่างกายและสมองต่ำกว่าปกติ ความจำและการเรียนรู้เสียไป เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา และการสูญเสียด้านแรงงานและการผลิต (Crompton. 1992 : 577-579)

พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ เป็นพฤติกรรมหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งที่แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการดูแลตนเองในเรื่องเกี่ยวกับสุขอนามัยส่วนบุคคลและการป้องกันโรค โดยมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อบุคคลในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความเสียหายต่อการติดเชื้อพยาธิลำไส้ ความสามารถดังกล่าว ขึ้นอยู่กับระดับพัฒนาการของร่างกาย ประสบการณ์ชีวิต วัฒนธรรม สุขภาพ ระบบครอบครัวและแหล่งประโยชน์ต่างๆ (Joseph. 1980 : 134-137) อย่างไรก็ตามการศึกษาในครั้งนี้ได้ยึดตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่คำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วย โดยบุคคลจะมีการปฏิบัติที่แตกต่างกันออกไปขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการของโรค วิธีการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อดั้งเดิม ความสนใจ ค่านิยม และการได้รับความเอาใจใส่ เป็นต้น (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 171) นอกจากนี้ เบคเกอร์และไมแมน (Becker; & Maiman. 1975 : 3-24) ยังได้ปรับปรุงแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาอธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยประกอบด้วยปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้และปัจจัยร่วม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางด้านจิตสังคม เป็นต้น โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจัดให้เป็นปัจจัยเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้

โรเซนบลัมและคนอื่นๆ (Rosenblum; Stone; & Skipper. 1981 : 338) กล่าวว่าความเชื่อมีบทบาทต่อพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ (Health Locus of Control) ซึ่งแบ่งออกได้เป็น ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ ส่วนสตรีกแลนด (Strickland.1978 : 1192) กล่าวว่าความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ เป็นมโนทัศน์หนึ่งที่สามารถอธิบายพฤติกรรมความร่วมมือของบุคคลในการแสวงหาความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในคนด้านสุขภาพจะเป็นผู้เชื่อว่าการมีสุขภาพดีเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง และจะมีพฤติกรรม

สนใจใฝ่หาความรู้ อีกทั้งยังทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม อย่างไรก็ตามอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมเป็นอย่างมาก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของ แรงงาน และบริการ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมินตนเอง (House, 1981) ซึ่งบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากย่อมแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์มากกว่าบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม โดยนำมาเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยที่ศึกษาครั้งนี้

กล่าวโดยสรุปการศึกษาครั้งนี้ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และปัจจัยร่วมดังกล่าวข้างต้น ได้แก่ 1) อายุ 2) สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (รายได้ การศึกษา และความเพียงพอของค่าใช้จ่าย) 3) การสนับสนุนทางสังคม (ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของ แรงงาน และบริการ และด้านข้อมูล ข่าวสาร) 4) ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ 5) เจตคติต่อการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ (ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ และการรับรู้ประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้) และ 6) ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ ซึ่งการทราบถึงปัจจัยต่างๆ เหล่านี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้เป็นไปในทิศทางและมากน้อยเพียงใด จะทำให้การควบคุมและป้องกันโรคพยาธิลำไส้เป็นไปอย่างถูกต้อง โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้แสดงความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นระหว่าง ปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ตามแนวคิดการวิจัยที่ได้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นทำการวิเคราะห์แบบจำลองเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากค่าดัชนีต่างๆ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542)

การศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นไปในชุมชนเขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นชุมชนแออัดที่สำคัญของกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีภาพรวมของคุณภาพชีวิตที่ยังไม่ได้มาตรฐาน (อรวรรณ สุทธางกูร, 2540 : 108) และเป็นชุมชนที่ประชาชนมีความเสี่ยงสูงต่อการติดโรคพยาธิในลำไส้ เนื่องจากยังคงมีอัตราการติดเชื้อพยาธิลำไส้ถึงร้อยละ 9.05 (บังอร นางทรัพย์และคนอื่นๆ, 2548) ดังกล่าวข้างต้น อัตราดังกล่าวนับเป็นอัตราการติดเชื้อที่สมควรได้รับการแก้ไข โดยวิธีการหนึ่งที่น่าจะมีประสิทธิภาพในการลดอัตราการติดเชื้อต่อภายในชุมชนคลองเตย ได้แก่ การได้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ เพื่อการวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของประชาชนในชุมชน ซึ่งจะสามารถลดอัตราการติดเชื้อและแพร่ระบาดต่อไป อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป เนื่องจากเป็นวัยที่มีศักยภาพในการตอบแบบสอบถามได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตั้งความมุ่งหมายของการวิจัยไว้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของประชาชนในชุมชนคลองเตย กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้
3. เพื่อพัฒนาแบบจำลองปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ของประชาชนในชุมชนคลองเตย กรุงเทพมหานคร

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยในครั้งนี้จะทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของประชาชนในชุมชนคลองเตย กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานทางด้านสาธารณสุข ในการวางแผนงานและเฝ้าระวังการแพร่กระจายของโรคพยาธิลำไส้ในพื้นที่ดังกล่าว โดยการควบคุมหรือส่งเสริมปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ นอกจากนี้ยังเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำแก่ประชาชน กลุ่มเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้อย่างถูกต้อง โดยการนำปัจจัยที่มีอิทธิพลไปสร้างเครื่องมือดำเนินการ ทั้งในชุมชนคลองเตยและชุมชนที่มีลักษณะใกล้เคียงกันยกตัวอย่างเช่น การสร้างโปรแกรมสุขศึกษาที่มีประสิทธิผล ต่อไป

นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ หมายถึงพฤติกรรมต่างๆ ที่บุคคลปฏิบัติในชีวิตประจำวัน และเป็นพฤติกรรมที่สามารถป้องกันโรคพยาธิลำไส้ได้ ประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการรักษาสุขภาพที่พกอาศัย และพฤติกรรมการเฝ้าระวังโรคพยาธิลำไส้ โดยพฤติกรรมดังกล่าวเป็นพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลมีโอกาสสัมผัสกับพยาธิลำไส้ได้น้อยกว่าบุคคลที่ไม่มีพฤติกรรม งานวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดระยะเวลาในการทำพฤติกรรมในระยะเวลา 1 เดือน โดยการใช้แบบสอบถามให้เลือกตอบว่าในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้มากน้อยเพียงใด

2. สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม หมายถึง สิ่งที่แสดงให้เห็นว่าบุคคลมีสภาพการเงินและสถานะทางสังคมเป็นเช่นใด โดยในการวิเคราะห์อิทธิพลผู้วิจัยกำหนดให้สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมมาจากองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ และความเพียงพอของค่าใช้จ่าย

3. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับการยอมรับ การสนับสนุนให้กำลังใจ การเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนทำงาน เจ้าหน้าที่ ทางด้านสาธารณสุข และบุคคลอื่น ในการศึกษาครั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคมได้มาจากองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านสิ่งของ แรงงาน หรือบริการ และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร

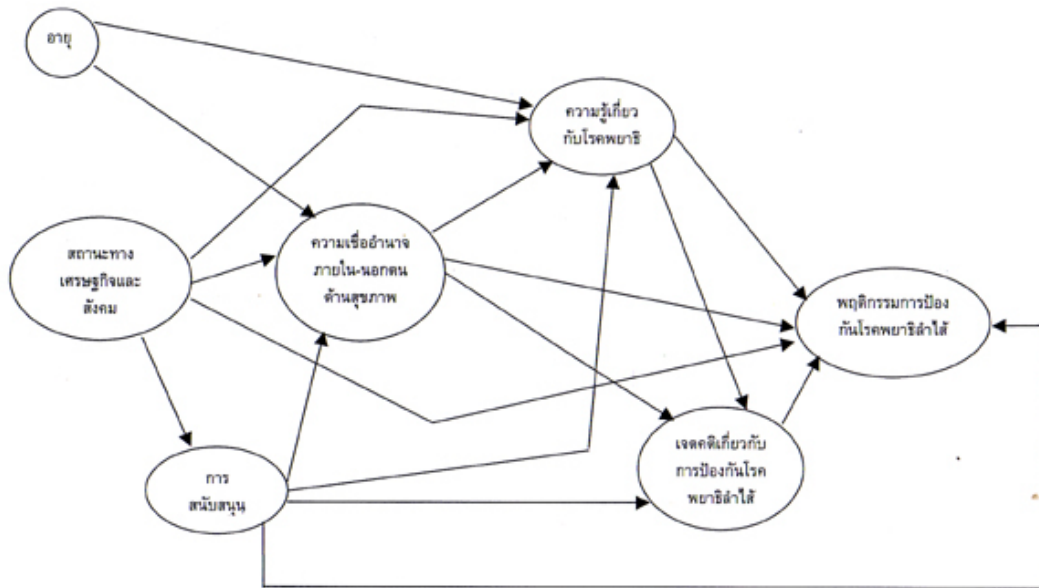
4. ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ หมายถึง ความสามารถในการจดจำ ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ทั้งในเรื่องของชนิด ความรุนแรง การติดต่อ การป้องกัน และการรักษา ข้อคำถามในส่วนนี้ยึดจากเนื้อหาของประยงค์ ระดมยศ และคณะ(2539) เป็นความรู้ที่ครอบคลุมทุกด้านเกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ ประกอบด้วย การติดต่อ ระบาดวิทยา พยาธิสภาพ การป้องกันและการรักษา

5. เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ หมายถึง ความรู้สึกรู้จักคิด ความเชื่อ และปฏิบัติกริยาพร้อมที่จะกระทำในเชิงบวกหรือเชิงลบ ของบุคคลเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ โดยในการวิเคราะห์อิทธิพลผู้วิจัยกำหนดให้เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้เป็นตัวแปรแฝง มาจากตัวแปรสังเกต 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคพยาธิลำไส้ และการรับรู้ในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ข้อคำถามเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ผู้วิจัยยึดตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และไมแมน (Becker; & Maiman. 1975 : 12)

6. ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนทางด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกรู้จักคิดของบุคคลที่รับรู้ต่อความสามารถของตนเอง ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพ แบบสอบถามในส่วนนี้ ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามของเบอร์แมนและเบอร์แมน ซึ่งกาญจนา ปญฺญูท (2541) ได้นำมาใช้ พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.64 (กาญจนา ปญฺญูท.2541 อ้างอิงจาก Berman; & Berman. 1991)

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาทฤษฎี การประมวล และสังเคราะห์งานวิจัยต่างๆ ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และไมแมน (Becker; & Maiman.1975:12) ผู้วิจัยได้เสนอกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี ซึ่งเป็นแบบจำลองเชิงสาเหตุเพื่ออธิบายพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ของประชาชนในชุมชนคลองเตย กรุงเทพมหานคร ได้ตามภาพประกอบ 1 ดังนี้



ภาพประกอบ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ศึกษาคือประชาชนที่อาศัยในชุมชนคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร อายุ 15 ปีขึ้นไป (เนื่องจากสามารถตอบแบบสอบถามได้อย่างน่าเชื่อถือ) ที่พักอาศัยอยู่ในบ้านพักหรือแฟลต ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2547 จำนวนทั้งสิ้น 67,315 คน (ประมาณจากประชากรทุกกลุ่มอายุ ซึ่งมีจำนวน 92,646 คน) โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคำนวณเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยได้จำนวน 400 คน (วิลโลว์ กุศลวิศิษฐ์กุล, 2528) จากนั้นทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบเป็นลำดับขั้น (Multistage Random Sampling) โดยการจับฉลากชุมชนเพื่อศึกษาจำนวน 10 ชุมชน แล้วทำการสุ่มอย่างง่ายเลือกจำนวนครัวเรือนให้ได้ชุมชนละ 30 ครัวเรือน และแจกแบบสอบถามให้แก่ประชาชนครัวเรือนละ 1-2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ประกอบไปด้วยแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านชีวิตสังคม 2) ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ 3) เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ 4) ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ 5) การสนับสนุนทางสังคม 6) ลักษณะสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัย และ 7) พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ โดยแบบสอบถามดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบหาคุณภาพของเครื่องมือทั้งความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ความยากง่าย อำนาจการจำแนก และค่าความเชื่อมั่น โดยค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าเท่ากับ 0.84 ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์ที่ดี

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสหสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปเอสพีเอสเอส สำหรับโปรแกรมวินโดวส์ เวอร์ชัน 11.0 (Statistical Package for The Social Sciences for Windows /SPSS version 11.0)

2. ทดสอบแบบจำลองความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปลิสเรลเวอร์ชัน 8.30 (Lisrel 8.30) โดยพิจารณาจากค่าสถิติใช้ในการทดสอบความกลมกลืนของแบบจำลอง ได้แก่

2.1 ค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi-Square Statistics) ที่มีค่าต่ำและไม่มีนัยสำคัญแสดงว่าโมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

2.2 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (Goodness-of Fit Index หรือ GFI) และค่าดัชนีบอกความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (Adjusted Goodness-of Fit Index หรือ AGFI) ทั้งสองค่ามีค่าอยู่ระหว่าง 0 และ 1 ถ้าดัชนีใกล้ 1 แสดงว่าแบบจำลองมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

2.3 ค่าประมาณความคลาดเคลื่อนของรากกำลังสองเฉลี่ย (Root mean square error of approximation หรือ RMSEA) มีค่าต่ำกว่า 0.10 แสดงว่าแบบจำลองมีความกลมกลืนระดับดี ต่ำกว่า 0.05 แสดงว่ามีความกลมกลืนระดับดีมาก และต่ำกว่า 0.01 แสดงว่ามีความกลมกลืนระดับดีเยี่ยม

2.4 ค่าขนาดตัวอย่างวิกฤต (Critical number หรือ CN) มีค่าเกิน 200 แสดงว่าแบบจำลองมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

2.5 ค่าดัชนีดัดแปลงโมเดล (Modification Indices หรือ MI) เป็นค่าที่แสดงให้เห็นว่าถ้าเพิ่มหรือลดเส้นอิทธิพลใด จะทำให้แบบจำลองมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์มากขึ้น

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสามารถสรุปได้ดังนี้

1. พฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของประชาชนในชุมชนคลองเตยอยู่ในระดับปานกลาง
2. จากการพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ (ตาราง 1) พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ และเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในระดับต่ำกว่ามาตรฐาน และเมื่อพิจารณาค่าสหสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ พบว่าเกือบทั้งหมดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้

ตาราง 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปร	AGE	TSOCIO	TSOSUP	TLOCUS	TKNOW	TATTI	TBEHAV
AGE	1.000						
TSOCIO	-.047	1.000					
TSOSUP	-.125	.225**	1.000				
TLOCUS	.097	.259**	.267**	1.000			
TKNOW	.138**	.331**	.139**	.455**	1.000		
TATTI	.137*	.291**	.288**	.632**	.541**	1.000	
TBEHAV	.101	.247**	.289**	.170**	.076	.193**	1.000

หมายเหตุ * มีความสัมพันธ์ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

** มีความสัมพันธ์ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01

AGE	หมายถึง	อายุ
TSOCIO	หมายถึง	สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม
TSOSUP	หมายถึง	การสนับสนุนทางสังคม
TLOCUS	หมายถึง	ความเชื่ออำนาจคนด้านสุขภาพ
TKNOW	หมายถึง	ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้
TATTI	หมายถึง	เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้
TBEHAV	หมายถึง	พฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

3. ผลการวิเคราะห์ความกลมกลืนของแบบจำลองกับข้อมูลเชิงประจักษ์ตามกรอบแนวคิดในการวิจัยพบว่าแบบจำลองมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่าไคสแควร์เท่ากับ 8.93 ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 4 ความน่าจะเป็น (p-value) เท่ากับ 0.06 ค่าดัชนีบอกความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ 0.99 และดัชนีบอกความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) เท่ากับ 0.92 ส่วนค่ารากกำลังสองเฉลี่ยของค่าความแตกต่างโดยประมาณ (RMSEA) เท่ากับ 0.07 ค่าขนาดตัวอย่างวิกฤติ (CN) เท่ากับ 343.60 อย่างไรก็ตามเพื่อให้รูปแบบจำลองมีความกลมกลืนมากขึ้น ผู้วิจัยได้พิจารณาค่าดัชนีตัดแปลงโมเดล (MI) พบว่าถ้าเพิ่มอิทธิพลจากอายุไปยังการสนับสนุนทางสังคม จะทำให้โมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในเกณฑ์ดีมาก ดังนั้นผู้วิจัยได้ทำการเพิ่มเส้นอิทธิพลจากอายุไปยังการสนับสนุนทางสังคม จากนั้นทำการวิเคราะห์หาความกลมกลืนใหม่ พบว่ารูปแบบจำลองภายหลังการปรับแก้ มีค่าไคสแควร์เท่ากับ 5.52 ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 4 ความน่าจะเป็น (p-value) เท่ากับ 0.14 ค่าดัชนีบอกความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ 0.99 ค่าดัชนีบอกความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) เท่ากับ 0.94 ค่ารากกำลังสองเฉลี่ยของค่าความแตกต่างโดยประมาณ (RMSEA) เท่ากับ

4. จากการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรงและทางอ้อมของปัจจัยที่ศึกษาต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ สามารถสรุปเส้นทางความสัมพันธ์ได้ดังนี้

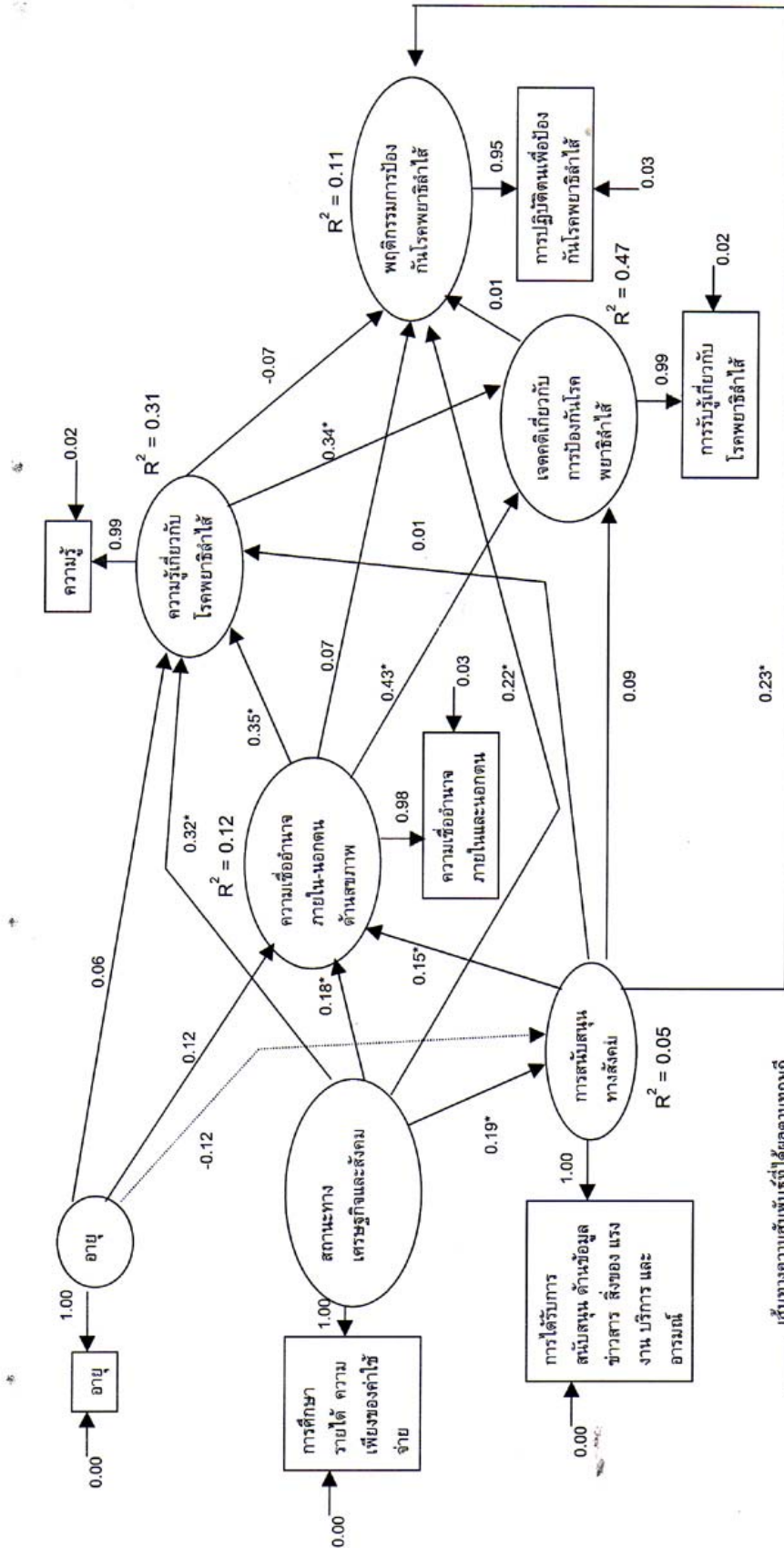
4.1 อายุมีอิทธิพลต่อปัจจัยที่ศึกษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติทั้งทางตรงและทางอ้อม ($p > 0.05$) ตรงข้ามกับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยที่ศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ($p < 0.05$)

4.2 การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเกือบทั้งหมดเป็นอิทธิพลทางตรง อย่างไรก็ตามการสนับสนุนทางสังคมมีเฉพาะอิทธิพลทางอ้อมต่อความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้และเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และการสนับสนุนทางสังคมมีเฉพาะอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

4.3 ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพมีเฉพาะอิทธิพลทางตรงต่อความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ และมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ($p > 0.05$)

4.4 ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้มีเฉพาะอิทธิพลทางตรงต่อเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ($p > 0.05$)

4.5 เจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ($p > 0.05$)



— เส้นทแยงมุมสัมพันธ์ที่ได้อัตโนมัติ
 เส้นทแยงมุมสัมพันธ์ที่แตกต่างจากทฤษฎี
 R^2 ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์
 * $p < .05$

ภาพประกอบ 2 แบบจำลองเติมรูปแบบแสดงค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล (ค่ามาตรฐาน) ของปัจจัยที่มีผลพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยสามารถทำการอภิปราย ได้ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของประชาชนในชุมชนคลองเตย กรุงเทพมหานคร ทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม และสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่พสกาศัยนับว่ายังไม่ดีนัก เช่นเดียวกับการสำรวจของอรวรรณ สุทธางกูร (2540) ที่ทำการสำรวจสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของประชาชนที่อาศัยในชุมชน ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยผู้วิจัยมีความเห็นว่าการที่ประชาชนขาดการรักษาสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่พสกาศัยอาจเกี่ยวเนื่องมาจากสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ตกต่ำ มีผลให้ประชาชนต้องดิ้นรนทำมาหาเลี้ยงชีพจนขาดเวลาในการดูแลเอาใจใส่สุขภาพสิ่งแวดล้อมที่พสกาศัย ประกอบกับพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร การรักษานามัยส่วนบุคคลที่ไม่ดี นับเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้และพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้ออื่นอีกหลายชนิด ดังนั้นรัฐบาลควรให้ความสนใจประชาชนแออัดมากเป็นกรณีพิเศษในการยกระดับคุณภาพชีวิต เนื่องจากเป็นกลุ่มประชากรที่มีขนาดใหญ่และมีความต้องการความช่วยเหลือในการยกระดับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยอื่นๆ เป็นอย่างสูง นอกจากนี้ ผู้วิจัยมีความเห็นว่าการสร้างนิสัยให้แก่เด็กในการรักษาสุขภาพสิ่งแวดล้อมให้คงทนถาวร การมีพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร และการรักษานามัยส่วนบุคคลที่ถูกต้อง ควรมีการส่งเสริมให้มากขึ้นต่อไป

2. จากการพิจารณาพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของกลุ่มตัวอย่าง ถึงแม้ว่าจะอยู่ระดับปานกลาง แต่อัตราการติดเชื้อพยาธิลำไส้ ก็ยังคงระบาดอยู่ในชุมชนคลองเตยยังมีอยู่ถึงร้อยละ 9.05 (บังอร ฉางทรัพย์ และคณะ. 2548) ซึ่งอัตราดังกล่าวนับว่าทำให้เกิดความเสี่ยงสูงต่อการแพร่กระจายของโรคพยาธิลำไส้ภายในชุมชนได้เป็นอย่างมาก ดังนั้นการให้การรักษาและการส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่ถูกต้อง ก็จะทำให้ลดอัตราการติดเชื้อโรคพยาธิลำไส้ภายในชุมชนคลองเตยได้เป็นอย่างดี โดยผู้วิจัยมีความเห็นว่าพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่มีความสำคัญและควรได้รับการส่งเสริม ได้แก่ พฤติกรรม การบริโภคอาหาร และการรักษานามัยส่วนบุคคลที่ถูกต้อง โดยกิลส์ (Gilles : 1990) ได้เสนอแนะแนวทางเกี่ยวกับการควบคุมโรคพยาธิว่า อุปสรรคที่สำคัญ ได้แก่ ปัญหาทางสังคม วัฒนธรรม และการเมือง ซึ่งต้องหาแนวทางในการแก้ไข ส่วนองค์การอนามัยโลก (WHO. 1998) ได้ให้ความเห็นว่าการให้สุขศึกษา และการปรับปรุงอนามัยสิ่งแวดล้อม น่าจะเพียงพอสำหรับพื้นที่ที่มีความรุนแรงของโรคต่ำ ส่วนผู้ที่มีการติดเชื้อรุนแรง จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างถูกต้องต่อไป

อย่างไรก็ตามมีบางการศึกษาพบว่าถึงแม้ว่าประชาชนจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้บางชนิดสูง เช่น โรคพยาธิใบไม้ดับ แต่ความชุกของโรคพยาธิใบไม้ดับยังสูงกว่าเป้าหมาย เช่นเดียวกับการ

ศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าประชาชนในชุมชนคลองเตยมีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ในระดับปานกลาง แต่ภายในชุมชนก็ยังคงมีการระบาดของโรคพยาธิในระยะเวลาใกล้เคียงกับการสำรวจครั้งนี้ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยจากการศึกษาข้างต้นมีข้อเสนอแนะว่าการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ดับหรือโรคพยาธิลำไส้ชนิดอื่นๆ ควรเน้นการให้สุขศึกษาและประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง เลือกวิธีที่เหมาะสมและการให้สุขศึกษาผ่านสื่อบุคคลแนวหลักมากขึ้น โดยการวิเคราะห์หาพื้นที่ที่มีประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงเพื่อปรับเปลี่ยนให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ทำจากปลาสุกๆ ดิบๆ (ฐิติมา วงศาโรจน์ และคนอื่นๆ. 2545. 115-116)

3. จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้พบว่าเกือบทุกปัจจัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ยกเว้นอายุและความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้เท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) โดยผลการวิจัยที่ได้ใกล้เคียงกับการศึกษาของ กรรณิกา ทิพย์คง (2538 : 131-147) ที่พบว่ามารดาที่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจสูงแต่กลับมีพฤติกรรมในระดับที่ถูกต้องน้อย อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีความแตกต่างจากการศึกษาของ กุลชณี ภูรินทร์ (กุลชณี ภูรินทร์. 2535) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในเด็กวัยเรียน โดยพบว่าความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในเด็กวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากผลวิจัยที่แตกต่างกันมีความเป็นไปได้ว่าโรคหรือหัวข้อที่ศึกษามีลักษณะพื้นฐานที่ต่างกัน นอกจากนี้ยังขึ้นกับกลุ่มประชากรและวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างอีกด้วย

4. จากการพิจารณาแบบจำลองเต็มรูป (ภาพประกอบ 2) ที่ผู้วิจัยใช้อธิบายปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของประชาชนในชุมชนคลองเตย กรุงเทพมหานคร จะเห็นว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ได้รับอิทธิพลจากสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมและการสนับสนุนทางสังคมทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยอิทธิพลทางอ้อมได้ส่งผ่านปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ และเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ นอกจากนี้ผู้วิจัยมีความเห็นว่าน่าจะมีปัจจัยทางด้านพฤติกรรมศาสตร์อีกหลายปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องและควรมีการศึกษาต่อไป

5. จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) มีความเป็นไปได้ว่าถึงแม้ว่าบุคคลจะมีความรู้เกี่ยวกับโรค

6. จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) มีความเป็นไปได้ว่าเจตคติอาจไม่ใช่ตัวทำนายพฤติกรรมได้อย่างเด่นชัด เนื่องจากในบางครั้งเจตคติที่ตรงกับความรู้สึกร่างกายในหรือที่เรียกว่า “เจตคติซ่อนเร้น” อาจไม่ได้แสดงออกมาอย่างแท้จริง และยังมีงานวิจัยที่สนับสนุนว่าการเปลี่ยนเจตคติของคนไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามไปด้วย โดยพฤติกรรมของมนุษย์ต่างหากที่น่าจะเป็นตัวกำหนดเจตคติ (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2533) ซึ่งผู้วิจัยคิดว่าในการวัดเจตคติโดยทั่วไปอาจไม่ได้เจตคติที่แท้จริง ดังนั้นน่าจะมียุทธวิธีใดวิธีหนึ่งที่จะให้บุคคลแสดงเจตคติที่แท้จริงของเขาออกมา ซึ่งนับว่าเป็นเรื่องค่อนข้างยากและต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ตอบเป็นอย่างมาก เช่น ควรมีการกระตุ้นให้คิดถึงเจตคติของตนก่อนการกระทำ โดยการได้รับการเรียนรู้ ตอกย้ำ เข้าไปจนกลายเป็นรากฐานส่วนลึกของการรับรู้เจตคตินั้นก็ จะมีความคงทนถาวร และทำนายพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

จากงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ 2 ส่วน คือ ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไปดังนี้

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

หน่วยงานทางด้านสาธารณสุขควรส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากขึ้น โดยให้การสนับสนุน จัดอบรม ให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ และให้เห็นผลเสียของการมีความเชื่อภายนอกตน ว่าทำให้เกิดอันตรายมากน้อยเพียงใด นอกจากนี้ควรเพิ่มบุคลากรทางด้านสุขภาพและหน่วยงานในชุมชนในการดำเนินการเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อที่มีการแพร่ระบาดอยู่ในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคพยาธิลำไส้

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

2.1 จากผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ดังนั้นหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขจัดเจ้าหน้าที่เข้าทำการเยี่ยมบ้าน ให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพ ให้กำลังใจ ให้บริการตรวจหาพยาธิลำไส้ แจกเอกสาร ยา และการสร้างเครือข่ายทางด้าน

2.2 หน่วยงานทางด้านสาธารณสุขจัดอบรมให้แก่ประชาชนเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่ถูกต้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ ที่เป็นพฤติกรรมที่ดำเนินตามกันมาตามประเพณีในครอบครัว โดยให้ทุกคนในครอบครัวได้รับการอบรมพร้อมกัน อีกทั้งหน่วยงานของรัฐควรมีการประชาสัมพันธ์ รณรงค์อย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งออกกฎหมายไม่ให้ร้านอาหารขายอาหารสุกๆ ดิบๆ จากเนื้อที่ไม่ผ่านการรับรอง และเป็นเนื้อจากสัตว์ที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่พยาธิ เช่น ปลาตะเพียน เนื้อหมูและเนื้อวัวที่ไม่ได้เลี้ยงภายในฟาร์ม เป็นต้น โดยควรทำการสุ่มตัวอย่างอาหารไปทำการตรวจหาพยาธิลำไส้ และแจ้งให้แก่ผู้บริโภคทราบต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

1. จากผลการวิจัยจะเห็นว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้เป็นอย่างมาก ได้แก่สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ส่วนปัจจัยอื่นๆ ที่ศึกษาไม่สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ได้อย่างชัดเจน จึงมีความเป็นไปได้ว่าอาจมีปัจจัยที่มีความใกล้เคียงกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้มากกว่านี้ ที่มีความสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ได้ เช่น ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นต้น

2. จากผลการวิจัยที่พบว่าพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้อยู่ในระดับปานกลาง และจากการทบทวนเอกสารพบว่าโรคพยาธิลำไส้ยังคงมีการระบาดอยู่ในชุมชน ดังนั้นในงานวิจัยครั้งต่อไป ควรเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของประชาชนในชุมชนโดยการนำทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ไปใช้ เช่น การสนับสนุนทางสังคม ทฤษฎีความสามารถตนเอง ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค และกระบวนการกลุ่ม เป็นต้น เพื่อทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของประชาชนในชุมชนให้สูงขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การลดการแพร่ระบาดของโรคพยาธิลำไส้ต่อไป

3. ควรดำเนินการวิจัยเกี่ยวกับการเสริมสร้างความเชื่ออำนาจตนด้านสุขภาพโดยควรทำการสำรวจในประชากรกลุ่มต่างๆและนำทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์มาใช้ในการปรับเปลี่ยน และการสร้างแบบวัดความเชื่ออำนาจตนด้านสุขภาพที่มีความเหมาะสมกับปัจจุบันมากขึ้น

4. ตามที่สภาพแวดล้อมในที่พักอาศัยของประชาชนในชุมชนยังไม่ดีนัก ดังนั้นงานวิจัยที่ควรดำเนินต่อไป คือการหาวิธีในการสร้างจิตสำนึกให้ประชาชนหันมารักษาสภาพแวดล้อมในที่พักอาศัย ซึ่งเป็นปัจจัยทางอ้อมหนึ่งในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคพยาธิลำไส้ และโรคอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

บรรณานุกรม

- กรณีการ์ ทิพย์คง. (2538). พฤติกรรมสุขภาพของมารดาในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ณ โรงพยาบาลตำรวจ. ปรินต์งานนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- กาญจนา ปฎิยูทธ. (2541). ค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศและอำนาจแห่งตนในการควบคุมทางสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กุลชลี ภูมิรินทร์. (2535). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในเด็กวัยเรียน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จิตติมา วงศาโรจน์; และคนอื่นๆ. (2545). การประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของประเทศไทย เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7 ปี พ.ศ. 2539: การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน. (รวมบทคัดย่อผลงานวิจัยที่ดำเนินการในช่วงแผนฯ 8 พ.ศ. 2540-2544). กรุงเทพฯ: ศูนย์ประสานงานทางวิชาการโรคติดต่อ กรมควบคุมโรคติดต่อ.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2542). โมเดลลิสม์เรล สติติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บงอร ฉางทรัพย์; พัชรินทร์ บุญแทน; และนัยนา อาณัติ. (2548, กรกฎาคม-สิงหาคม). การสำรวจความชุกการติดเชื้อพยาธิลำไส้ในชุมชนเขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 23(4): 219-227.
- ประยงค์ ระดมยศ; สุวณี สุภเวชัย; และ ศรชัย หล่ออารีย์สุวรรณ. (2539). *ตำราปรสิตวิทยาทางการแพทย์*. กรุงเทพฯ: เพ็ญฟ้าพรินติ้ง.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). *ทัศนคติ: การวัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.

- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. (2533). *เจตคติ*. (เอกสารการสอนชุดวิชา หน่วย 8-15) พิมพ์ครั้งที่ 5.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยฯ.
- วิไล กุศลวิศิษฏ์กุล. (2528). *การสู่มตัวอย่าง : ทฤษฎีและการประยุกต์*. กรุงเทพฯ : ภาควิชาชีวสถิติ คณะ
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรรวรรณ สุทธางกูร. (2540). *คุณภาพชีวิตและความมั่นคงในที่อยู่อาศัยของชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานคร*.
วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
ถ่ายเอกสาร.
- อุเทน จารณศรี; ประภาศรี จงสุขสันติกุล; และเชาวลิตร์ จีระดิษฐ์. (2532). การสำรวจโรคหนองพยาธิลำไส้
ใน 14 จังหวัดภาคใต้ ของประเทศไทยปี 2532. *Com. Dis. J.* 15(4) : 391-404.
- Becker, M.H.; & Maiman, L. A. (1975, January). Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health
and Medical Care Recommendations. *Medical Care*. 13(1) : 3-24.
- Brasitus, T. A. (1979). Parasites and Malabsorption. *The American Journal of Medicine*. 67(6) : 1058-1065.
- Crandall, V.C.; Katkousky, W.; & Crandall, V.J. (1965, March). Children's Belief in their Own Control of
Reinforcement Intellectual Academic Achievement Situations. *Child Development*. 36 : 91-109.
- Crompton, D.W.P. (1992). Ascaris and Childhood Malnutrition. *Transaction of Royal Society of Tropical
Medicine and Hygiene*. 86(6) : 577-579.
- Filho, E.C. (1978). Strongyloidiasis. *Clin Gastroenterol*. 7(1) : 179.
- Gilles, H.M. (1990). *Naturally Acquired Infections : What's Needed ? In : Hookworm Disease : Current
Status and New Direction*. London : Taylor and Francis.
- House, J.S. (1981). *Work Stress and Social Support*. MA : Addison-Wesley, Reading.
- Joseph, L.S. (1980, March). Self Care and the Nursing Process. *Nursing Clinics of North America*.
15(1) : 134-143.
- Martinez-Palomo, A.; & Ruiz-Palacios, G. (1990). Amoebiasis. In : Warren, K.S. and Mahmoud, A.A.F.
(ed.), *Tropical and Geographical Medicine*. 2nd ed. New York, McGraw-Hill.
- Rosenblum, E.H.; Stone, E.J.; & Skipper, B.E. (1981, November-December). Maternal Compliance in
Immunization of Preschoolers as Related to Health Locus of Control, Health Value, and
Perceived Vulnerability. *Nursing Research*. 30 (6) : 338.

Rosenstock, I.M. (1974). The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. *Health Education Quarterly*. 2(3) : 284-386.

Scowden E.B.; Schaffner W.; & Stone W.J. (1978, November). Owerwhelming Strongyloidiasis. *Medicine (Baltimore)*. 57(6) : 527-540.

Srtickland, B.R. (1978, December). Internal-External Expectancies and Health Related Behaviors. *Jounal of Consulting Clinical Psychology*. 46(6) : 1192-1211.

World Health Organization. (1998). *Control of Tropical Diseases*. WHO, Geneva.