



การศึกษาความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ  
ของครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนเรื่องโรคหูน้ำหนวก

A STUDY OF KNOWLEDGE ATTITUDE AND PRACTICE OF TEACHER AND SCHOOL  
HEALTH NURSE TOWARD CHRONIC OTITIS MEDIA

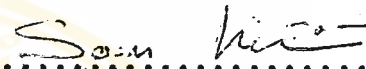



วิยะดา พงศ์นคินทร์

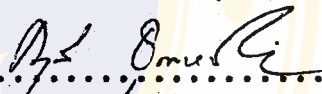
อภินันทนาการ  
จาก  
บัณฑิตวิทยาลัย ม.มหิดล


วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาความผิดปกติของการสื่อความหมาย  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล  
พ.ศ. 2532


วิทยานิพนธ์  
เรื่อง  
การศึกษาความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ  
ของครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนเรื่องโรคหูน้ำหนวก

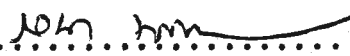
  
.....  
วิษดา พงศ์นรินทร์  
ผู้วิจัย

  
.....  
พูนพิศ อมาตยกุล พ.บ., M.A.  
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

  
.....  
ดร.ณี ชุณหะวัต ค.ม.  
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

  
.....  
หวังแก้ว กิจธรรม M.S. in Speech  
pathology and Audiology (Hawaii)  
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

  
.....  
มนตรี จุลสมัย พ.บ. , Ph.D.  
คณบดี  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

  
.....  
จรรยา ทรรทรานนท์ M.A.  
หัวหน้าโครงการบัณฑิตศึกษา  
สาขาความผิดปกติของการสื่อความหมาย  
มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์  
เรื่อง  
การศึกษาความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ  
ของครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนเรื่องโรคหูน้ำหนวก

ได้รับพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาความผิดปกติของการสื่อความหมาย  
วันที่ 29 พฤศจิกายน 2532

.....  
.....

วิยะดา พงศ์นรินทร์

ผู้วิจัย

.....  
.....

พูนพิศ อมาตยกุล พ.บ., M.A.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  
.....

ครุณี ชุณหะวัต ค.ม.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  
.....

พวงแก้ว กิจธรรม M.S. in Speech  
pathology and Audiology (Hawaii)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  
.....

นිරัตน์ อิมามิ M.P.H. , Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  
.....

มนตรี จุลสมัย พ.บ. , Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....  
.....

อรณสิทธิ์ เวชชาชีวะ F.R.C.P

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางวิยะดา พงศ์นรินทร์

วัน เดือน ปีเกิด 17 พฤษภาคม 2501

สถานที่เกิด จังหวัดขอนแก่น

ประวัติการศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ , พ.ศ. 2519-2522 :  
วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาล)  
มหาวิทยาลัยมหิดล , พ.ศ. 2527-2532 :  
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาความผิดปกติของการสื่อความหมาย

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน พ.ศ. 2523-ปัจจุบัน : โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา,  
นครราชสีมา  
สำนักงานปลัดกระทรวง  
กระทรวงสาธารณสุข  
ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 5

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เรื่องการศึกษาความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของครูและพยาบาล  
อนามัยโรงเรียนเรื่องโรคหน้าหนาวครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือจากบุคคลหลายท่าน  
โดยได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์นายแพทย์สุนทร อมาตยกุลผู้ให้ความ  
รู้และให้คำปรึกษาแนะนำการทำวิจัย รองศาสตราจารย์ดร.พิ ชุณหะวัณ อาจารย์พวงแก้ว  
กิจธรรม ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำและช่วยตรวจแก้ไขการเขียนวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์  
ดร. นිරัตน์ อิมามิ ผู้ช่วยเหลือในการสร้างแบบสอบถาม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ยุวดี ภาษา  
ผู้ช่วยเหลือในการแก้ไขแบบสอบถามและให้คำปรึกษาแนะนำการเก็บรวบรวมข้อมูลและสถิติ  
ที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ที่ได้กล่าวนามมาแล้วไว้ ณ ที่นี้  
ขอขอบพระคุณครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนผู้ให้ความร่วมมือในการตอบ  
แบบสอบถาม คณาจารย์ในคลินิกฝึกหัด-ฝึกฟังโรงพยาบาลรามธิบดีผู้ให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย  
ตลอดมา รวมทั้งเพื่อนและครอบครัวของผู้วิจัย ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ ที่นี้

วิยะดา พงศ์นรินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์                      การศึกษาความรู้ เจตคติและการปฏิบัติของครูและพยาบาล  
 อนามัยโรงเรียน เรื่องโรคหูน้ำหนวก  
 ผู้วิจัย                                      วิยะดา พงศ์นรินทร์  
 ปริญญา                                      ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (ความผิดปกติของการสื่อความหมาย)  
 คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

พนนิศ อมาตยกุล, พ.บ. , M.A.

ดรณี ชูหะวัต, ค.ม.

พวงแก้ว กิจธรรม, M.S. Speech pathology and  
 Audiology

วันที่สำเร็จการศึกษา              29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2532

#### บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความรู้ เจตคติและการปฏิบัติของครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนเรื่องโรคหูน้ำหนวกเรื้อรัง กลุ่มครู เป็นครูที่สอนในโรงเรียนระดับประถมศึกษาสังกัดกรุงเทพมหานครจำนวน 340 ราย กลุ่มพยาบาล เป็นพยาบาลอนามัยโรงเรียนปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดสำนักอนามัยกรุงเทพมหานครจำนวน 31 ราย โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า ครูมีความรู้ในระดับต้องปรับปรุงตามเกณฑ์คะแนนของ Marshall Hales (1982:136) คือได้คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 63.12 คะแนนเจตคติร้อยละ 72.93 คะแนนการปฏิบัติร้อยละ 59.09 พยาบาลอนามัยโรงเรียนมีความรู้ในระดับพอใช้คือได้คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 78.80 คะแนนเจตคติร้อยละ 80.13 และคะแนนการปฏิบัติร้อยละ 73.93 พยาบาลอนามัยโรงเรียนได้คะแนนเฉลี่ยมากกว่าครูทั้ง 3 หมวด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ผลการศึกษาวิจัยที่มีผลต่อระดับความรู้ เจตคติและการปฏิบัติของครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนเรื่องโรคหูน้ำหนวกเรื้อรังพบว่า เจตคติของครูที่มีอายุราชการไม่เท่ากัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณาโดยอาศัยอายุราชการเป็นหลักพบว่าครูที่มีอายุราชการมากกว่ามีเจตคติเรื่องโรคหูน้ำหนวกเรื้อรังดีกว่าครูที่มีอายุราชการน้อยกว่า สำหรับพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่อายุราชการต่างกัน ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหูน้ำหนวกไม่แตกต่างกัน

การศึกษาปัจจัยด้านการสอนสุขศึกษาพบว่าครูที่กำลังสอน, เคยสอนแต่ปัจจุบันไม่สอนแล้วได้คะแนนความรู้เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักเรื้อรังดีกว่าครูที่ไม่เคยสอนสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับกลุ่มพยาบาลอนามัยโรงเรียนนั้นทุกคนทำหน้าที่สอนสุขศึกษาจึงไม่ได้เปรียบเทียบกัน

ผลการศึกษายปัจจัยด้านการรับการอบรมเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักจากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีและ/หรือสำนักอนามัยกรุงเทพมหานครพบว่ากลุ่มครูที่เคยและไม่เคยรับการอบรมเรื่องโรคหุ้่น้ำหนัก มีความรู้และเจตคติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.001 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาคะแนนพบว่าครูที่เคยรับการอบรมได้คะแนนดีกว่าครูที่ไม่เคยรับการอบรม ส่วนการปฏิบัติไม่มีความแตกต่างกัน พยาบาลอนามัยโรงเรียนที่เคยรับการอบรมเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักได้คะแนนดีกว่าพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่ไม่เคยรับการอบรมทั้ง 3 หมวดอย่างไม่มีนัยสำคัญ

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักของครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่มีระดับการศึกษาต่างกันพบว่า คะแนนทั้ง 3 หมวดข้างต้น กลุ่มครูไม่มีความแตกต่างกันเลย แต่ในกลุ่มพยาบาลอนามัยโรงเรียนพบว่า เจตคติต่อโรคหุ้่น้ำหนักเรื้อรังของพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่มีการศึกษาระดับประกาศนียบัตรและอนุปริญญา ถูกต้องกว่าเจตคติของพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่คะแนนความรู้และการปฏิบัติไม่มีความแตกต่างกัน

นอกจากนี้ยังพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักเรื้อรังของครูที่เคยดูแลเด็กซึ่งเป็นโรคหุ้่น้ำหนักเรื้อรัง มากกว่าครูที่ไม่เคยดูแลเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนการศึกษาในกลุ่มพยาบาลพบว่า พยาบาลที่เคยและไม่เคยดูแลเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักเรื้อรังมีเจตคติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักเรื้อรังพบว่า กลุ่มครูมีคะแนนทั้ง 3 กลุ่มอยู่ในทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ส่วนในกลุ่มพยาบาลพบว่าคะแนนทั้ง 3 กลุ่มไม่มีความสัมพันธ์กัน

จากผลการศึกษาจากแบบสอบถามเป็นรายข้อพบว่าทั้งครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนส่วนใหญ่มีเจตคติที่ดี และปฏิบัติต่อเด็กนักเรียนที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักเรื้อรัง ถูกต้องตามทฤษฎี แต่ยังมีบางส่วนที่ยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้อง ผลจากการศึกษาครั้งนี้ เห็นควรให้มีการปรับปรุงการให้ความรู้เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักเรื้อรังแก่ครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนเป็นประจำ หรือให้มีการสัมมนาเป็นครั้งคราว เพื่อให้การรักษาและป้องกันโรคหุ้่น้ำหนักเรื้อรังมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น



Teachers with teaching experiences in teaching health education responded to the better knowledge than the less experience group ( $p < 0.05$ )

Teachers who attended seminar (ear and hearing protection course) showed better knowledge and attitude more than the unattended group ( $p < 0.01$ ) while school-health nurses who attended the same seminar (ear and hearing protection) showed higher score in all 3 aspects than the unattended group ( $p > 0.05$ ).

Difference educational level of teacher showed no influences upon their knowledge, attitude and practice. However the result founded that, nurses with certificate and diploma of nursing showed better attitude than bachelor degree nurses.

Knowledge, attitude and practice scores among teachers were statistically significant ( $p < 0.01$ ,  $p < 0.001$ ) but none in the nurse group.

Result suggested the better training or specific training in otitis media should be added in school-health nurse and teacher for better prevention of otitis media program. This is quite urgent in our country, especially in the poor area outside Bangkok.

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
สมมติฐานการวิจัย	4
ขอบเขตของการวิจัย	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	5
ข้อตกลงเบื้องต้น	5
ข้อจำกัดของการวิจัย	6
คำนิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย	6
บทที่ 2 เอกสารและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
ระบาดวิทยาของโรคหูดน้ำหนวก	8
โรคแทรกซ้อนและผลเสียจากการเป็นโรคหูดน้ำหนวกซึ่งทำให้เกิดปัญหา	10
การรักษาและป้องกันโรคหูดน้ำหนวก	15
สาธารณสุขมูลฐานและสุขศึกษา	16
แนวความคิดเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ	18
ความเป็นจริงเกี่ยวกับหน้าที่ โครงสร้าง การทำงานของหู	21
และโรคหูดน้ำหนวก	
ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเรื่องโรคหูดน้ำหนวก	25
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
การเตรียมแบบสอบถามขั้นต้น	29
กลุ่มตัวอย่าง	30
การทำ Pilot project	31
การรวบรวมข้อมูล	32
การวิเคราะห์ข้อมูล	33
การแปลผลและการวิจารณ์ผลการวิจัย	33

<b>บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล</b>	
ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	34
ร้อยละของคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรค หน้าหนาวของกลุ่มครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียน	36
การวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเรื่องโรคหน้าหนาวระหว่างกลุ่มครูและพยาบาล อนามัยโรงเรียน	38
วิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เจตคติและ การปฏิบัติเรื่องโรคหน้าหนาวตามอายุราชการ	38
วิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหน้าหนาวตามประสบการณ์ การสอนสู่ศึกษา	43
ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรค หน้าหนาวจำแนกตามประสบการณ์การรับการอบรมเรื่องโรค	46
ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรค หน้าหนาวจำแนกตามระดับการศึกษา	48
ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรค หน้าหนาวจำแนกตามประสบการณ์การดูแลเด็กที่เป็นโรค หน้าหนาว	50
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหน้าหนาว จำนวนครูและพยาบาลที่ตอบคำถามความรู้เรื่องกายวิภาคและ สรีระวิทยาของหู สาเหตุ อาการ อาการแสดง การป้องกัน และการดูแลรักษาโรคหน้าหนาวได้ถูกต้อง	55
	56
<b>บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย</b>	
ผลการศึกษาความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหน้าหนาว ของกลุ่มตัวอย่าง	62
การเปรียบเทียบความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหน้าหนาว ระหว่างครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียน	63

	หน้า
เปรียบเทียบความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ เรื่อง โรคหุ้่น้ำหนัก จำแนกตามอายุราชการ	64
เปรียบเทียบความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ เรื่อง โรคหุ้่น้ำหนัก จำแนกตามประสบการณ์การสอนสุขศึกษา	65
ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ เรื่อง โรคหุ้่น้ำหนัก จำแนกตามการรับการอบรม เรื่อง โรคหุ้่น้ำหนัก	66
ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ เรื่อง โรคหุ้่น้ำหนัก จำแนกตามระดับการศึกษา	67
ความรู้ และเจตคติ เรื่อง โรคหุ้่น้ำหนัก จำแนกตามประสบการณ์การดูแลเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนัก	68
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ เรื่อง โรคหุ้่น้ำหนัก	69
ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ เรื่อง โรคหุ้่น้ำหนัก ในกลุ่มตัวอย่างครูและพยาบาล	70
<b>บทที่ 6</b> สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	72
ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย	74
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป	74
<b>บรรณานุกรม</b>	76
<b>ภาคผนวก</b>	82
ก แบบสอบถามเพื่อการวิจัย	83
ข ตารางที่ 29 ร้อยละของครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่ ตอบแบบสอบถามความรู้ เรื่อง โรคหุ้่น้ำหนัก เรือรังแต่ละข้อ	95
ค ตารางที่ 30 ร้อยละของครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่ ตอบแบบสอบถามเจตคติ เรื่อง โรคหุ้่น้ำหนัก เรือรังแต่ละข้อ	97
ง ตารางที่ 31 ร้อยละของครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่ ตอบแบบสอบถามการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักแต่ละข้อ	99

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ชื่อโรงเรียน จำนวนครูทั้งหมดและจำนวนครูที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง	31
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียน จำแนกตามอายุราชการ ประสบการณ์การสอนสุขศึกษา การอบรมเรื่อง ระดับการศึกษา และประสบการณ์การดูแลเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนัก	35
3	คะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเรื่อง โรคหุ้่น้ำหนักจำแนกตามอาชีพ	37
4	จำนวนและร้อยละของครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่ได้คะแนนความรู้ เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักจำแนกตามเกณฑ์ของ มาร์แชลเอลล์	37
5	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักระหว่างครูและพยาบาล- อนามัยโรงเรียน	38
6	ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำ หนักของครู จำแนกตามอายุราชการ	39
7	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักของครูตามอายุราชการ	40
8	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติเรื่อง โรคหุ้่น้ำหนักในกลุ่มครูตามอายุราชการเป็นรายคู่	41
9	ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรค หุ้่น้ำหนักของพยาบาลอนามัยโรงเรียนจำแนกตามอายุราชการ	42
10	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักของพยาบาลอนามัยโรงเรียน ตามอายุราชการ	43
11	ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรค หุ้่น้ำหนักของครูที่สอน เคยสอน และไม่เคยสอนสุขศึกษา	44
12	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักตามประสบการณ์ การสอนสุขศึกษาของครู	45

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
13	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักของครูที่มีประสบการณ์การสอนลูกศึกษาต่างกันเป็นรายคู่	46
14	ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักของครูที่เคยและไม่เคยรับการอบรมเรื่องโรคหุ้่น้ำหนัก	47
15	ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักของพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่เคยและไม่เคยรับการอบรมเรื่องโรคหุ้่น้ำหนัก	48
16	การวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักของครูที่มีระดับการศึกษาต่างกัน	49
17	การวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักของพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่มีระดับการศึกษาต่างกัน	50
18	ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักของครูที่มี ไม่มีและเคยมีเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักในความดูแล	51
19	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักต่อครูที่มี ไม่มีและเคยมีเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักในความดูแล	52
20	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติของครูที่มี เคยมี และไม่มีเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักอยู่ในความดูแลเป็นรายคู่	52
21	ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักของพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่มี ไม่มีและเคยมีเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักอยู่ในความดูแล	53
22	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักในกลุ่มพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่มี ไม่มี และเคยมีเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักอยู่ในความดูแล	54

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
23	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติ เรื่องโรคหน้าหนาวของพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่มี ไม่มีและเคยมี เด็กที่เป็นโรคหน้าหนาวอยู่ในความดูแลเป็นรายคู่	55
24	ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรค หน้าหนาวของครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียน	55
25	จำนวนและร้อยละของครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่ตอบคำถาม ความรู้เรื่องกายวิภาคและสรีระวิทยาของหูถูกต้อง	56
26	จำนวนและร้อยละของครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่ตอบคำถาม ความรู้เรื่องสาเหตุของโรคหน้าหนาวถูกต้อง	58
27	จำนวนและร้อยละของครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่ตอบคำถาม ความรู้เรื่องอาการและอาการแสดงของโรคหน้าหนาวถูกต้อง	59
28	จำนวนและร้อยละของครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่ตอบคำถาม ความรู้เรื่องการดูแล ป้องกัน รักษาและให้สุขศึกษาเรื่องโรค หน้าหนาวถูกต้อง	60

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหูน้ำหนวกเป็นโรคติดเชื้อในช่องหูที่พบมานานแต่โบราณกาลแล้วมีการศึกษาถึงสาเหตุของการเกิดโรคนี้และรายงานครั้งแรกในปี 1862 โดย Polizer ว่าสาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดโรคหูน้ำหนวกคือ ความผิดปกติในการทำงานของท่อยูสเตเชียน (อ้างใน Bluestone 1983:360) และทฤษฎีนี้ก็ได้รับการยอมรับโดยทั่วไปจนถึงปัจจุบัน

ท่อยูสเตเชียนเป็นท่อที่เชื่อมอยู่ระหว่างหูชั้นกลางกับลำคอส่วนหลังจมูก ซึ่งอยู่ใกล้กับช่องปาก ช่องจมูกและเพดานปาก ดังนั้นถ้าอวัยวะเหล่านี้เกิดโรคติดเชื้อหรือผิดปกติจะทำให้ท่อยูสเตเชียนทำงานผิดปกติไปด้วย (Bluestone 1983:356) อุบัติการณ์ของโรคหูน้ำหนวกเกิดในเด็กมากกว่าในผู้ใหญ่ เนื่องจากท่อยูสเตเชียนของเด็กตรง สั้น และใหญ่กว่าของผู้ใหญ่ (Bluestone 1983:356-358; จันทรนิวัต เกษมสันต์ 2525:313) เกสเซลล์ (1977) ได้เสนอว่า เด็กอายุสองปีครึ่งและหกปีเป็นวัยที่มีอุบัติการณ์เกิดโรคหูน้ำหนวกได้บ่อยที่สุด และสุนทร อันตรเสน (2529:100) ได้สำรวจการเป็นโรคหูน้ำหนวกพบว่า เด็กอายุหนึ่งเดือนถึงสิบห้าปี เป็นวัยที่มีแนวโน้มของการเป็นโรคหูน้ำหนวกเรื้อรังและเป็นวัยที่เป็นหูน้ำหนวกมากที่สุด

โรคหูน้ำหนวกเป็นโรคที่ทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน พบว่าร้อยละแปดสิบของคนที่ เป็นโรคหูน้ำหนวกมีการได้ยินผิดปกติหรือมีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน (เจมส์ พี แกรนต์ 1983:3) นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดปัญหาแทรกซ้อนอื่นๆ ได้อีก เช่น มีก้อนไขมันในหูชั้นกลาง (Cholesteatoma) กระตุกหูชั้นกลางถูกทำลาย เป็นฝีหลังใบหู เยื่อหุ้มสมองอักเสบ และสมองอักเสบซึ่งรุนแรงมากเพราะทำให้ตายได้ (ตรีณี ชูหะวัต 2529:47-49; ประพนธ์ คล่องสู้ศึก 2526:23) คนทั่วไปโดยเฉพาะในต่างจังหวัดเป็นหรือเห็นโรคหูน้ำหนวกมานานจนเคยชิน มักคิดว่าไม่เป็นอันตราย ดังนั้นจึงไม่ได้ให้ความสำคัญกับโรคนี้ในอันที่จะรักษาให้หายขาด ผู้ป่วยเองก็ไม่รู้สึกที่ตนเองเป็นโรคร้ายแรงอะไร เพราะไม่มีอาการเจ็บปวดหรือเป็นไข้ ยังคงสามารถเดินได้ ทำงานได้ รุ่งเส้นได้ตามปกติเช่นคนอื่น จะมารักษา ก็ต่อเมื่อมีอาการแทรกซ้อนที่ร้ายแรงเกิดขึ้น

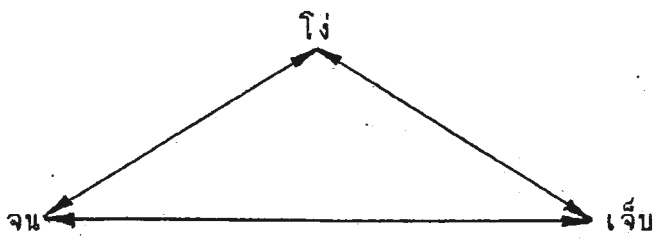
แม้ว่าโรคหูน้ำหนวกจะทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนที่มีอันตรายร้ายแรงถึงตายได้แต่การรักษาป้องกันโรคหูน้ำหนวกก็ทำได้ง่าย ประพนธ์ คล่องสู้ศึก บรรยายวิธีการป้องกันโรคหูน้ำหนวกในการประชุมระดับชาติ เรื่องแนวทางการวางแผนแห่งชาติ เพื่อป้องกัน

กันหุนกว่า (2526:24) เมื่อเป็นหวัดห้ามบีบจมูกทั้งสองข้างแล้วสู่งน้ำมูก ดรณี ชุณหะวัต (2529:93) เสนอว่าการอักเสบของส่วนกลางหรือการเกิดโรคหุนน้ำหวน ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการติดเชื้อโรคจากคอและจมูก ฉะนั้นการรักษาโรคของจมูกและคอแต่เริ่มเป็น จะเป็นการป้องกันโรคหุนน้ำหวน ดังนั้นเมื่อเกิดโรคระบบทางเดินหายใจควรรีบรักษา ไม่ปล่อยทิ้งไว้จนเป็นโรคเรื้อรัง การรักษาโรคหุนน้ำหวนบางรายเพียงแต่รักษาหูให้แห้งไว้ตลอดเวลาแก้วหูอาจติดเองได้ ถ้ารู้ทะเล็กๆ บางรายเพียงผ่าตัดซ่อมแซมแก้วหูและกระดูกนำเสียงในหูชั้นกลางก็สามารถรักษาให้หายขาดได้(พูนพิศ อมาตยกุล 2529:2)

ทั้งๆที่การป้องกันและรักษาโรคหุนน้ำหวนทำได้ง่ายก็ยังมีคนเป็นโรคหุนน้ำหวนเป็นจำนวนมาก พูนพิศ อมาตยกุล (2526:71) เสนอในการประชุมระดับชาติเรื่องแนวทางการวางแผนแห่งชาติเพื่อป้องกันหุนกว่า ในกรุงเทพมหานครพบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคหุนน้ำหวน 20-25 คนต่อประชากร 1000 คน ในเขตต่างจังหวัดได้แก่ สกลนคร ปทุมธานี ประจวบคีรีขันธ์ และอยุธยา พบว่ามีผู้ป่วยโรคหุนน้ำหวนประมาณ 40-42 คนต่อประชากร 1000 คน ผู้ป่วยเหล่านี้เป็นเด็กก่อนวัยเรียนและวัยเรียนมากที่สุด

สาเหตุที่ทำให้เด็กเป็นโรคหุนน้ำหวนเรื้อรังนั้น ปันดดา ปรียทฤษฎ์(2528:ค)ซึ่งทำการศึกษาเรื่องความเอาใจใส่และความรับผิดชอบของผู้ปกครองต่อบุตรหลานที่เป็นโรคหุนน้ำหวนพบว่าผู้ปกครองจำนวนมากยอมรับว่าบุตรของตนเป็นโรคหุนน้ำหวนเรื้อรังติดต่อกันมานาน แต่มิได้สนใจที่จะทำการรักษาให้หายขาดเพราะผู้ปกครองของเด็กเหล่านี้เข้าใจว่าโรคนี้หายเองได้และไม่มีอันตราย จึงไม่ถือเป็นปัญหาที่ควรจะต้องรักษาโรคอย่างต่อเนือง ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ยังไม่มีความรู้หรือไม่เห็นความสำคัญของโรคหุนน้ำหวน นอกจากนี้แคมบอน(Cambon 2508:62) ยังได้ศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหุนน้ำหวนพบว่า เป็นผลพวง ของความยากจน

จรียาวัตร และอุตม คมพยัคฆ์(2522:4) ได้ศึกษาปัญหาของความเจ็บป่วยพบว่าปัญหาความยากจน ความโง่และความเจ็บป่วยจะมีความสัมพันธ์กันเป็นลูกโซ่วงจรแห่งความชั่วร้ายซึ่งจะเขียนเป็นวงจรถัดนี้



ปัญหาความโง่ ความจนและความเจ็บจะได้รับการแก้ไขได้ต้องได้รับความร่วมมือร่วมแรงร่วมใจจากบุคคลหลายฝ่าย การแก้ไขอาจเริ่มแก้ไขตั้งแต่ความโง่ซึ่งเป็นปัญหาทางการศึกษา โดยเฉพาะการให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยที่บุคคลพึงได้รับ ครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนเป็นบุคลากรกลุ่มหนึ่งที่จะช่วยในการดูแลและให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยที่ใกล้ชิดกับเด็กนักเรียนและประชาชนมากที่สุด ถ้าครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนสามารถให้ความรู้และบริการด้านสุขภาพอนามัยแก่นักเรียนและประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้วก็อาจช่วยให้นักเรียนมีสุขภาพอนามัยดีขึ้น ทั้งนี้เพราะครอบครัวในสังคมไทยปัจจุบันมักประสบกับปัญหาทางด้านเศรษฐกิจทำให้ทั้งบิดาและมารดาต้องออกทำงานนอกบ้าน จึงเป็นสาเหตุให้ไม่มีเวลาที่จะเอาใจใส่ดูแลเด็กเท่าที่ควร ทำให้เกิดปัญหาที่ว่าบิดามารดามีแนวโน้มที่จะผลักดันปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัยของเด็กไปให้โรงเรียนรับผิดชอบแทนครอบครัว ครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนจึงต้องดูแลสุขภาพอนามัยของเด็กและกระตุ้นให้ผู้ปกครองมีความสนใจดูแลสุขภาพของเด็กด้วย

โรคหุ้หน้าหวนก เป็นโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาแก่เด็กได้อย่างมากเพราะเด็กก่อนวัยเรียนและวัยเรียนไม่สามารถมาพบแพทย์ด้วยตนเอง เด็กต้องอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ปกครอง อีกทั้งอาการแสดงของโรคหุ้หน้าหวนกที่ยังไม่มีอาการแทรกซ้อนนั้นไม่รุนแรงมาก เด็กสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ ปัญหาของโรคนี้มองเห็นไม่ชัดเจนทำให้ผู้ปกครองนำเด็กมาพบแพทย์ช้าจนเกิดเป็นโรคหุ้หน้าหวนกเรื้อรังหรือโรคลุกลามไปมาก เกิดอาการแทรกซ้อนร้ายแรง การแก้ปัญหานี้วิธีหนึ่งคือการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหุ้หน้าหวนกและวิธีการปฏิบัติต่อผู้เป็นโรคหุ้หน้าหวนกอย่างถูกต้องแก่ผู้ปกครอง ครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนให้รู้ว่าโรคนี้มักจะเกิดจากการเป็นหวัดคัดจมูกค้ออกเสบเรื้อรัง เพื่อสอนนักเรียนและดูแลป้องกันมิให้เด็กเป็นโรคหุ้หน้าหวนกเรื้อรัง และช่วยกระตุ้นให้ผู้ปกครองนำเด็กไปพบแพทย์เพื่อรักษาโรคหุ้หน้าหวนกให้หายขาดเป็นการป้องกันความพิการที่จะตามมาช่วยให้เด็กเติบโตขึ้น สามารถปฏิบัติงานได้ผลดีอันจะนำมาซึ่งรายได้ที่ดี(ปราณีต สวัสดิรักษา 2526:1)และจะเป็นหนทางการแก้ไขปัญหาวางจรชั่วร้ายคือ จน โง่ เจ็บ ได้ในที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัญหาโรคหุ้หน้าหวนกซึ่งสุนทร อันตรเสน(2529:99)ศึกษาพบว่า เป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาความผิดปกติของการได้ยินมากที่สุด การที่จะให้ความรู้และแก้ไขเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัยเรื่องโรคหุ้หน้าหวนกนั้น จำเป็นจะต้องมีการสำรวจความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้หน้าหวนกทั้งของผู้ปกครอง ครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนก่อนเพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและดำเนินการให้ความรู้แก่กลุ่มบุคคลเหล่านี้ต่อไป

ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะสำรวจความรู้ เจตคติและการปฏิบัติตัวของครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนเกี่ยวกับโรคหุ้หน้าหวนก เพื่อให้ผู้สนใจในด้านการให้ความรู้

และให้การรักษาโรคหุ้่น้ำหนักได้ใช้เป็นแนวทางในด้านค้นคว้าหาวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่จะใช้แก้ปัญหาเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักต่อไป ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกที่ว่า " HEALTH FOR ALL BY THE YEAR 2000 " ซึ่งหมายความว่า ให้ประชาชนทั่วโลกมีสุขภาพอนามัยดีตามสมควรแก่สภาพและสถานะทางเศรษฐกิจของแต่ละท้องถิ่นและดำรงตนเป็นประโยชน์ต่อสังคมภายในปี ค.ศ.2000 หรือ พ.ศ. 2543 ซึ่งหมายถึงการป้องกันความพิการทางด้านกรได้ยีนอันเนื่องจากรโรคหุ้่น้ำหนักด้วย

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักของครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียน
2. เพื่อศึกษาเจตคติต่อโรคหุ้่น้ำหนักของครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียน
3. เพื่อศึกษาการปฏิบัติของครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนต่อนักเรียนที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนัก
4. เพื่อหาความสัมพันธ์และระดับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านอาชีพรวมทั้งปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับระดับความรู้ เจตคติและการปฏิบัติตัวของครูกับพยาบาลอนามัยโรงเรียนต่อโรคหุ้่น้ำหนัก

### สมมติฐานการวิจัย

1. ครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนมีความรู้และเจตคติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ดี
2. ครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนปฏิบัติต่อเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักอย่างถูกต้อง
3. ความรู้ เจตคติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักและการปฏิบัติต่อเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักของครูกับพยาบาลอนามัยโรงเรียนแตกต่างกัน
4. ความรู้เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคหุ้่น้ำหนักของครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่มีอายุราชการไม่เท่ากันแตกต่างกัน
5. ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคหุ้่น้ำหนักของครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่มีประสบการณ์การสอนสุขศึกษาไม่เหมือนกันแตกต่างกัน
6. ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคหุ้่น้ำหนักของครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่เคยและไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักแตกต่างกัน
7. ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคหุ้่น้ำหนักของครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีและระดับต่ำกว่าปริญญาตรีแตกต่างกัน

8. ความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรคหุ้่น้ำหนักของครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่ เคยดูแลเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักและไม่เคยดูแลแตกต่างกัน

#### ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ที่มุ่งศึกษาถึงความรู้ เจตคติและการปฏิบัติตัวเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักของครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียน
2. กลุ่มครูที่ศึกษา เป็นครูที่ทำหน้าที่สอนนักเรียนในโรงเรียนระดับประถมศึกษาสังกัด กรุงเทพมหานคร จำนวน 340 คนจากครู 13 โรงเรียน
3. กลุ่มพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่ศึกษา เป็นพยาบาลที่คัดจากศูนย์บริการสาธารณสุข ในสังกัดกรุงเทพมหานคร จากศูนย์บริการสาธารณสุขทั้งหมด 55 ศูนย์ โดยได้ คัดมาเป็นตัวอย่างสุ่มละ 1 คน จำนวน 31 ศูนย์
4. การปฏิบัติต่อผู้ที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักหมายถึงการปฏิบัติต่อนักเรียนระดับประถมศึกษา ปีที่ 1-6 ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานครที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนัก
5. การวัดความรู้จะวัดด้านความจำ ความเข้าใจ การวิเคราะห์และการนำไปใช้

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เพื่อทราบระดับความรู้และเจตคติของครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนเรื่องโรคหุ้่น้ำหนัก
2. เพื่อทราบแนวทางการปฏิบัติของครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนต่อเด็กนักเรียนที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนัก
3. เพื่อทราบปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อความรู้ เจตคติและแนวทางการปฏิบัติของครู และพยาบาลอนามัยโรงเรียนเกี่ยวกับโรคหุ้่น้ำหนัก
4. เพื่อนำผลที่ได้มาใช้เป็นแนวทางการให้ความรู้เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักแก่ครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียน
5. เพื่อกระตุ้นให้มีการศึกษาเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักให้มากขึ้น

#### ข้อตกลงเบื้องต้น

ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติจะวัดโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้าง

ขึ้นและได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วว่ามีความจริงและความเที่ยงสามารถไว้วัด  
พฤติกรรมตามที่ต้องการได้และผู้วิจัยถือว่าการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างเป็นการตอบ  
ตามความเป็นจริง

### ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาเฉพาะครูที่สอนในโรงเรียนระดับประถมศึกษาสังกัด  
กรุงเทพมหานครและนพชาลอนามัยโรงเรียนที่ทำงานสังกัดศูนย์บริการสาธารณสุขในกรุง  
กรุงเทพมหานคร ดังนั้นผลของการวิจัยไม่อาจใช้เป็นตัวแทนของประชากรทั่วประเทศได้

กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสปรึกษาหารือหรือหาความรู้จากแหล่งความรู้ต่างๆได้เนื่องจาก  
ตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ตอบแบบสอบถามทันทีที่ได้รับแบบสอบถาม แต่จะให้ผู้วิจัยรับแบบสอบ  
ถามคืนในวันรุ่งขึ้น

### คำนิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย

โรคหูน้ำหนวกหมายถึงโรคหูน้ำหนวกเรื้อรัง (Chronic Otitis Media) ที่  
มีแก้วหูทะลุ มีหนองไหล

ความรู้ หมายถึงความรู้ในเรื่องโรคหูน้ำหนวกซึ่งวัดโดยความสามารถ ด้าน  
ความจำ ความเข้าใจและการนำไปใช้ด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามแล้ว แบ่ง  
คะแนนออกเป็น 5 ระดับ ตามวิธีรายงานผลการสอบของนักเรียนตามแนวของ มาร์แชล  
เฮลส์ (Marshall Hales 1972:136) คือ

ความรู้ระดับดีมาก	หมายถึงผู้ที่มีความรู้จัดอยู่ในระดับคะแนนร้อยละ 90 ขึ้นไป
ความรู้ระดับดี	หมายถึงผู้ที่มีความรู้จัดอยู่ในระดับคะแนนร้อยละ 80-89
ความรู้ระดับพอใช้	หมายถึงผู้ที่มีความรู้จัดอยู่ในระดับคะแนนร้อยละ 70-79
ความรู้ระดับต้องปรับปรุง	หมายถึงผู้ที่มีความรู้จัดอยู่ในระดับคะแนนร้อยละ 60-69
ความรู้ระดับใช้ไม่ได้	หมายถึงผู้ที่มีความรู้จัดอยู่ในระดับคะแนนร้อยละ 0-59

เจตคติ หมายถึงความโน้มเอียงที่จะตอบสนองต่อโรคหูน้ำหนวกในแง่ของความ  
รุนแรงของโรค การรักษาและการป้องกันในลักษณะที่ใช้ความรู้สึกเห็นด้วยหรือไม่เห็น  
ด้วยเป็นเครื่องตัดสิน

การปฏิบัติ หมายถึงการแสดงออกทางร่างกายต่อผู้ป่วยที่เป็นโรคหูน้ำหนวกที่  
แสดงออกและสังเกตได้ ในสถานการณ์หนึ่งๆ

เด็กนักเรียนระดับประถมศึกษา หมายถึงเด็กที่กำลังศึกษาประถมศึกษาปีที่ 1-6  
อายุระหว่าง 6-15 ปี

เด็กก่อนวัยเรียน หมายถึงเด็กที่มีอายุระหว่าง 2-5 ปี

อายุราชการ หมายถึงจำนวนปีที่ตัวอย่างรับราชการ ในตำแหน่งครูหรือพยาบาล  
แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ อายุราชการ 1-5 ปี , 6-10 ปี, 11-15 ปี,  
16-20 ปี และมากกว่า 20 ปี

ประสบการณ์การสอนสุขศึกษา แบ่งออกเป็น

สอนสุขศึกษา หมายถึง ทำหน้าที่สอนสุขศึกษาอยู่ในปัจจุบัน

ไม่สอน หมายถึง ไม่เคยสอนสุขศึกษา

เคยสอน หมายถึง เคยทำหน้าที่สอนสุขศึกษาในอดีต แต่ในปัจจุบัน  
ไม่ได้สอน

การอบรมเรื่องโรคหุ หมายถึง ประสบการณ์การรับการอบรมเรื่องโรคหุจากสำ  
นักอนามัยกรุงเทพมหานคร หรือจากคลินิกฝึกหัด-ฝึกฟัง คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามา  
ธิบดี

ระดับการศึกษา หมายถึงวุฒิการศึกษาสูงที่สุดที่กลุ่มตัวอย่างเรียนสำเร็จแบ่งเป็น  
2 ระดับ คือ

ระดับประกาศนียบัตร หรือ อนุปริญญา

ระดับปริญญาตรี หรือปริญญาโท

การดูแลเด็กที่เป็นโรคหุน้ำหนวก หมายถึงการมีเด็กนักเรียนที่ดูแลอยู่เป็นโรคหุ  
น้ำหนวก แบ่งเป็น

มี หมายถึง มีเด็กที่กำลังเป็นโรคหุน้ำหนวกอยู่ในความดูแล

ไม่มี หมายถึง ไม่เคยมีเด็กที่อยู่ในความดูแลเป็นโรคหุน้ำหนวก

เคยมี หมายถึง มีเด็กที่เป็นโรคหุน้ำหนวกอยู่ในความดูแล แต่ขณะนี้  
เด็กได้รับการรักษาจนกระทั่งหายแล้ว

เอกสารและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคหุ้่น้ำหนวทเป็นโรคที่พบแต่้สมัยโบราณ ลินน์ และเบนิเตซ ( Lynn and Benitez , 1974) พบมีมีอายุถึง 2500 ปีในอียิปต์มีแก้วหุ้่น้ำทและกระดูกมีสต่อยต์ถูกทำลายไปหลายตัว(อ้างใน Bluestone, 1983:359) แม้ว่าจะมีผู้ป่วยด้วยโรคนี้มาตั้งแต่้สมัยโบราณแล้ว และการป้องกันรักษาโรคให้หายขาดก็ทำได้ แต่ก็ยังมีผู้ป่วยด้วยโรคหุ้่น้ำหนวทซึ่งทำให้เกิดความพิการตามมาเป็นจำนวนมาก จนกระทั่งกลายเป็นปัญหาาระดับชาติขึ้น ต่อมาได้มีผู้วิจัยเกี่ยวกับโรคหุ้่น้ำหนวทหลายเรื่องทั้ง เรื่องระบาดวิทยา สาเหตุการเกิดโรค โรคแทรกซ้อนและผลเสียจากการเป็นโรคหุ้่น้ำหนวท นอกจากนี้ยังมีผู้ทำการวิจัยทางสังคมศาสตร์ที่เกี่ยวกับโรคหุ้่น้ำหนวทหลายราย การวิจัยเหล่านี้ทำเพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ เรื่องโรคหุ้่น้ำหนวทซึ่งจะนำไปสู่การดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยและลดปัญหาที่เกิดจากโรคหุ้่น้ำหนวท ดังจะได้กล่าวถึงเรื่องที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับกรวิจัยครั้งนี้ดังนี้

1. ระบาดวิทยาของโรคหุ้่น้ำหนวท
2. โรคแทรกซ้อนและผลเสียจากการเป็นโรคหุ้่น้ำหนวทซึ่งทำให้เกิดปัญหา
3. การรักษาและป้องกันโรคหุ้่น้ำหนวท
4. สาธารณสุขมูลฐานและสุขศึกษา
5. แนวความคิดเกี่ยวกับความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ
6. ความเป็นจริงเกี่ยวกับหน้าที่ โครงสร้าง การทำงานของหูและโรคหุ้่น้ำหนวท
7. ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติต่อโรคหุ้่น้ำหนวท

1. ระบาดวิทยาของโรคหุ้่น้ำหนวท

องค์การอนามัยโลกเสนอสถิติคนพิการในระหว่างปีสากลสำหรับคนพิการปี ค.ศ. 1981 ว่า ทั่วโลกมีคนหูหนวทประมาณ 35 ล้านคน สาเหตุที่มากที่สุดเกิดจากโรคหุ้่น้ำหนวท รองลงมาคือมารดาติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ โรคหัด และเชื้อหุ้มสมองอักเสบ และยังพบอีกว่าจำนวนเด็กที่เจ็บป่วยทั่วโลกนั้นจะป่วยเป็นโรคหุ้่น้ำหนวทประมาณร้อยละ 15-20 (คง สุวรรณรัตน์, ผู้แปล ม.ป.ป: 1-4)

รายงานประกอบการสัมมนาาระดับชาติเรื่องการต่อต้านความพิการ ณ ดิกลันดิ

ไมตรี ทำเนียบรัฐบาล ได้เปรียบเทียบการเกิดโรคหูน้ำหนวก (Evidence of chronic ear infection) ว่าในประเทศอินเดียพบถึงร้อยละ 17 ประเทศยูกันดาและเคนยาพบร้อยละ 15 สหราชอาณาจักรพบร้อยละ 3.5-6.6 และเดนมาร์คพบร้อยละ 3.5 (พูนพิศ อมาตยกุล 2528:2)

ในประเทศไทย จากการสำรวจจำนวนเด็กนักเรียนที่ป่วยด้วยโรคหูน้ำหนวกโดยความร่วมมือกันระหว่างสโมสโรลอันส์และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ระหว่างปี พ.ศ. 2519-2527 ได้ทำการสำรวจในกรุงเทพมหานครพบว่านักเรียนป่วยด้วยโรคหูน้ำหนวกตั้งแต่ร้อยละ 0.1-11.0 ทั้งนี้พบในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานครมากที่สุดคือพบถึงร้อยละ 6-11 รองลงมาคือโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษาพบร้อยละ 1.8-6.0 และโรงเรียนเอกชนพบเพียงร้อยละ 0.1-0.9 ในต่างจังหวัดนั้นได้ดำเนินการสำรวจเป็น 2 ระยะคือในปี พ.ศ. 2525 ได้ทำการสำรวจในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์พบว่านักเรียนโรงเรียนเทศบาลและโรงเรียนเอกชนเป็นโรคหูน้ำหนวกจำนวนใกล้เคียงกันคือพบร้อยละ 2.2-7.8 และ 2.1-6.0 ตามลำดับ ต่อมาในปี พ.ศ. 2528 ได้ทำการสำรวจในจังหวัดเชียงใหม่ และน่าน พบว่าเด็กนักเรียนจำนวนมากที่ป่วยด้วยโรคหูน้ำหนวกโดยโรงเรียนในเขตเทศบาลจังหวัดเชียงใหม่พบว่ามีร้อยละ 2.9-8.5 โรงเรียนนอกเขตเทศบาลมีจำนวนสูงที่สุดคือพบถึงร้อยละ 3.3-17.9 ส่วนในเขตเทศบาลจังหวัดน่านพบร้อยละ 1.6-6.3 และในเขตอำเภอปัวพบร้อยละ 6.7-14.5 (พูนพิศ อมาตยกุล 2528:2)

โรคหูน้ำหนวกเป็นโรคที่พบในเด็กมากกว่าผู้ใหญ่ เนื่องจากท่ออูสเทเชียนของเด็กเอียงทำมุมกับแนวนอนน้อยกว่าผู้ใหญ่ สั้นกว่าของผู้ใหญ่ และเส้นผ่าศูนย์กลางของท่อกว้างกว่าของผู้ใหญ่จึงทำให้เชื้อโรคจากช่องปากจมูก และลึคอปแพร่เข้าไปสู่หูชั้นกลางง่ายกว่าผู้ใหญ่ (Bluestone et al 1983:356-358; จันทรนิวัตถ์ เกษมสันต์ 2525:313) ทฤษฎีนี้ตรงกับข้อเสนอของเกสเซลล์ (Gesell 1978:80) ซึ่งเสนอว่าเด็กอายุประมาณ 2 ขวบครึ่งและ 6 ขวบเป็นวัยที่มีอุบัติการณ์การเกิดโรคหูน้ำหนวกเรื้อรังมากที่สุดซึ่งสอดคล้องกับเบอร์แมนและคณะ (Behrman, et al. 1983:1026) ที่เสนอว่าพบโรคหูน้ำหนวกในเด็กมากที่สุดคือพบถึงร้อยละ 15-20 ของเด็กที่ป่วยทั้งหมด และช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ มีอายุ 6 เดือนถึง 3 ปี และ 4 ปีถึง 6 ปี และสุนทร อันตรเสน และคณะ (2527) ซึ่งวิจัยระบาดวิทยาของโรคหูน้ำหนวก ณ ตำบลบ้านโหล่น อำเภอปัวแดงจังหวัดชัยภูมิที่พบว่าความผิดปกติของการได้ยินจะเกิดในกลุ่มประชากรที่มีอายุน้อยกว่า 10 ปีมากกว่ากลุ่มอื่นๆ

ประพจน์ คล่องสู้ศึกได้รายงานในการประชุมเรื่องแนวทางการวางแผนแห่งชาติ เพื่อป้องกันหูหนวกว่า (2526:24) จากการสำรวจระบาดวิทยาของโรคหูน้ำหนวกที่บางปะอินและที่อื่นๆในปี พ.ศ. 2522 - 2523 ว่ามีคนที่ป่วยด้วยโรคหูน้ำหนวกร้อยละ 4-8

และพบในเด็กอายุต่ำกว่า 10 ขวบที่อยู่ในครอบครัวที่ค่อนข้างยากจนและอยู่นอกเขตสุขภาพ เป็นโรคหูน้ำหนวกเป็นจำนวนมากที่สุด ผลการสำรวจนี้สอดคล้องกับผลการสำรวจของ พูนพิศ อมาตยกุล(2529:2) ที่พบว่าโรคหูน้ำหนวกส่วนใหญ่พบในเด็กซึ่งเด็กเหล่านี้มาจากครอบครัวที่แตกแยก ไม่มีผู้ปกครองเอาใจใส่และยากจน

ในปี พ.ศ.2529 ได้มีผู้ทำการวิจัยเรื่องระบาดวิทยาของโรคหูหนวกในประเทศไทย พบว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดปกติของการได้ยินมากที่สุดคือโรคหูน้ำหนวกเรื้อรัง คือมีถึงร้อยละ 52.52 รองลงมาคือเกิดจากความผิดปกติของระบบประสาทหูเสียง(Sensorineural hearing loss) และอีกสาเหตุหนึ่งคือโรคหูน้ำหนวกเฉียบพลันมีถึงร้อยละ 9.66 นอกจากนี้ยังพบว่ามีหูน้ำหนวกชนิดอันตรายร้อยละ 1.41 (สุนทร อันตรเสน 2529:99)

รายงานการวิจัยและการสำรวจที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าโรคหูน้ำหนวกเป็นโรคที่พบได้มากในประเทศไทยโดยพบในเด็กอายุต่ำกว่าวัยเรียนและวัยเรียนมากที่สุด จำนวนผู้ป่วยขึ้นอยู่กับสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยเด็กที่ป่วยเป็นโรคหูน้ำหนวกส่วนใหญ่มาจากครอบครัวที่อยู่นอกเขตเทศบาล ครอบครัวแตกแยก และยากจน

## 2. โรคแทรกซ้อนและผลเสียจากการเป็นโรคหูน้ำหนวก

โรคแทรกซ้อนจากการเป็นโรคหูน้ำหนวกได้มีผู้ทำการศึกษาปัญหาจากโรคหูน้ำหนวกทั้งที่เกิดกับตัวผู้ป่วยเอง ในแง่ความผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ พัฒนาการและสังคม ดังจะได้อธิบายต่อไปนี้

- 2.1 ความผิดปกติของการได้ยิน
- 2.2 ภาวะหูมีหนองหรือมีกลิ่น
- 2.3 อวัยวะควบคุมการทรงตัวอักเสบ
- 2.4 การแทรกซ้อนทางสมอง
- 2.5 ไชเลสเทียโตมา
- 2.6 กล้ามเนื้อใบหน้าเป็นอัมพาต
- 2.7 หูชั้นกลางทำงานไม่ได้ตามปกติ
- 2.8 ภาวะหูในหูชั้นกลางถูกทำลาย
- 2.9 ผลแทรกซ้อนทางอารมณ์ สังคม การศึกษา ความเข้าใจและใช้ภาษา

2.1 ความผิดปกติของการได้ยิน บูลสโตน(Bluestone C.D. 1987:17) กล่าวว่าอาการแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดและผู้ป่วยหูหนวกคือการสูญเสียการได้ยิน พุนนิศ อมาตยกุล (2522:27) กล่าวว่า ถ้าตรวจการได้ยินของผู้ป่วยจะพบว่าหูพิการแบบทางนำเสียงเสีย(Conductive Hearing Loss) เลียง เปาว์อินทร์(2529) ศึกษาพบว่าโรคหูหนวกเป็นสาเหตุที่ทำให้การได้ยินผิดปกติถึงร้อยละ 40.13 และสุนทร อันตรเสน(2529:79,100) สสำรวจระบาดวิทยาของโรคหูหนวกในประเทศไทยพบว่า กว่าครึ่งของผู้ที่มีความผิดปกติของการได้ยินมีสาเหตุมาจากโรคหูหนวก และผู้ที่ เป็นโรคหูหนวกเรื้อรัง มีอัตราเสี่ยง(Relative Risk)ต่อการสูญเสียการได้ยิน 8.79 เท่าของกลุ่มคนปกติ

ระดับความรุนแรงของการสูญเสียการได้ยินเนื่องจากโรคหูหนวกนั้น เฟรีย(Fria T.J. 1985:10-16) ซึ่งทำสำรวจการได้ยินของเด็กที่เป็นโรคหูหนวกที่กำลังมีหนองไหล พบว่าในเด็กอายุ 7-12 เดือนที่เป็นโรคหูหนวกมีระดับการเริ่มตอบสนองต่อเสียงพูด(Speech awareness threshold)ที่มีความดัง 24.6 เดซิเบล(HL) เด็กอายุ 2-12ปี มีระดับเสียงที่เริ่มได้ยินทางกระดูก(Bone conduction threshold) 10 เดซิเบล(HL) และทางอากาศ(Air conduction threshold) 30 เดซิเบล(HL) เฟรีย ยังพบอีกว่าระดับความรุนแรงของการสูญเสียการได้ยินขึ้นอยู่กับจำนวนหูที่เป็นน้ำหนวก ถ้าเป็นหูเดียวจะสูญเสียการได้ยินน้อยกว่า 2 หู และความดันในหูชั้นกลาง ถ้าความดันในหูชั้นกลางสูงจะสูญเสียการได้ยินมากกว่าความดันต่ำ กฤษณา เลิศสุขประเสริฐ(1985:24) ซึ่งศึกษาทัศนคติและระดับการได้ยินของผู้ป่วยโรคหูหนวกเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาที่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่าผู้ป่วยหูหนวกเรื้อรังกลายเป็นคนหูหนวกมากกว่าร้อยละ 12

จากรายงานการประชุมระดับชาติเรื่องแนวทางการวางแผนแห่งชาติเพื่อป้องกันหูหนวก โดยกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข ( 2526:20-22,47-56) ในเรื่องระบาดวิทยาของโรคที่ทำให้เกิดหูหนวกหูตึงในประเทศไทย สสำรวจโดยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พบว่า สาเหตุที่ทำให้มีการเสื่อมการได้ยินแบบทางนำเสียงเสีย (Conductive hearing loss) สูงสุดคือโรคหูหนวก

จากการสำรวจระบาดวิทยาของโรคหูหนวกหูตึงในประเทศไทยโดย สุนทร อันตรเสน(2529:100) พบว่าผู้ป่วยโรคหูหนวกเรื้อรังอายุ 16-45 ปี เป็นวัยที่สูญเสียการได้ยินมากที่สุด รองลงมาคืออายุน้อยกว่า 15 ปี ผลการสำรวจนี้แสดงให้เห็นว่า ในเด็กที่เป็นหูหนวกในระยะเริ่มต้นจะสูญเสียการได้ยินเพียงเล็กน้อยหรืออาจได้ยินปกติ ถ้าไม่ได้รับการรักษาผู้ป่วยจะสูญเสียการได้ยินมากขึ้น

จากการศึกษาความผิดปกติของการได้ยินในผู้ป่วยที่เป็นโรคหูน้ำหนวกเรื้อรังดังกล่าวจะเห็นได้ว่าโรคหูน้ำหนวกทำให้สูญเสียการได้ยินได้หลายระดับตั้งแต่การได้ยินปกติจนถึงหูหนวกและสาเหตุที่ทำให้มีผู้พิการด้วยอาการหูหนวกหูตึงมากที่สุดคือโรคหูน้ำหนวก

โรคหูน้ำหนวกทำให้เกิดแก้วหูทะลุ แก้วหูมักจะทะลุบริเวณกลางแก้วหู (Central perforation) การทะลุจะเกิดหลังจากเป็นโรคหูน้ำหนวกชนิดเฉียบพลัน หลังจากแก้วหูทะลุจะทำให้มีน้ำหนวกไหลออกมาทางช่องหู ต่อไปจะมีน้ำหนวกไหลเป็นทหาชวกลายเป็นหูน้ำหนวกเรื้อรังและสูญเสียการได้ยินไป (ดร.ณิ ชุณหะวัณ 2529:10)

2.2 ภาวะกระดูกมัสตอยด์อักเสบ (Mastoiditis) ทำให้บริเวณหลังใบหูปวดบวมแดง ใบหูถูกดันมาข้างหน้าถ้าไม่ได้รับการรักษาอาจลุกลามไปที่คอกกลายเป็นฝี (Bezold's abscess) (Klien J.O. 1978:19-20)

2.3 ภาวะความพิการทรงตัวอักเสบ (Suppurative labyrinthitis) เกิดจากเชื้อโรคจากหูชั้นกลางลุกลามเข้าสู่หูชั้นในทางหน้าต่างรูปกลมหรือหน้าต่างรูปไข่ ทำให้เวียนศีรษะบ้านหมุนมีเสียงดังในหู (tinnitus) สูญเสียการได้ยินชนิดประสาทหูเสื่อม (Sensorineural hearing loss) และคลื่นไส้อาเจียน (Harford 1978:20)

2.4 อาการแทรกซ้อนทางสมองได้แก่เยื่อหุ้มสมองอักเสบ (Meningitis) สมองอักเสบ (Focal encephalitis) เส้นเลือดในสมองอักเสบ (Sinus thrombophlebitis) เยื่อหุ้มสมองเป็นฝี (Extradural abscess, Subdural abscess) และสมองบวมน้ำ (Otitis hydrocephalus) อาการแทรกซ้อนนี้ทำให้ผู้ป่วยตายได้ มักพบอาการเหล่านี้ในผู้ป่วยที่เป็นโรคหูน้ำหนวกเรื้อรังมากกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคหูน้ำหนวกเฉียบพลัน (Harford 1978:2)

2.5 ไชเลสเตียมโตมา (Cholesteatoma) เป็นก้อนไขมันงอกลักษณะคล้ายหัวหอม (Sack like structure) คือเป็นก้อนสีขาวพอกกันเป็นชั้นๆ เป็นมันมีกลิ่นเหม็น ก้อนนี้มีจุดเริ่มที่บริเวณกระดูกมัสตอยด์ใกล้เพดานของหูชั้นกลางถ้าไม่ได้รับการรักษาก้อนนี้ออกจะลุกลามทำลายส่วนอื่นๆ ของกระดูกเทมโปรัล (Temporal bone) และลุกลามเข้าสู่สมองซึ่งทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (Klein J.O. 1978:19) การได้ยินในผู้ป่วยพวกนี้ไม่แน่นอน อาจได้ยินปกติจนถึงหูหนวก สาธิต ชยาภัม (1979:30) ได้ศึกษาการได้ยินในผู้ป่วยไชเลสเตียมโตมาที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามธิบดีพบว่าระดับการได้ยินของผู้ป่วยจะเป็นดังนี้

สูญเสียการได้ยินประมาณ	50.13	เดซิเบล	ในรายที่กระดูกทั้งหลุดไป
สูญเสียการได้ยินประมาณ	60.58	เดซิเบล	ในรายที่กระดูกค้อนและทั้งหลุดไป
สูญเสียการได้ยินประมาณ	65.42	เดซิเบล	ในรายที่กระดูกทั้งและโกลนหลุดไป

สูญเสียการได้ยินประมาณ 75.82 เดซิเบล ในรายที่กระดูกทั้ง 3 ชิ้นหลุดจากกันหรือหายไป

ในโรงพยาบาลรามารชิพบว่ามีผู้ป่วยโพลีออไมเอไลติสถึงร้อยละ 10 ซึ่งเป็นอัตราที่สูงมาก

2.6 กล้ามเนื้อใบหน้าเป็นอัมพาต(Facial paralysis) เกิดจากโรคหูน้ำหนวกลุกลามมาถึงแขนงของเส้นประสาทคู่ที่ 7 ส่วนที่ผ่านหูชั้นกลาง ทำให้มีอาการปากเบี้ยว หลับตาไม่สนิท(พูนพิศ อมาตยกุล. 2516:12)

2.7 แก้วหูและหูชั้นกลางมีสารพวกแคลเซียมและฟอสเฟตมาเกาะทำให้เคลื่อนไหวไม่ได้ตามปกติ(Tympanosclerosis) จึงเกิดการสูญเสียการได้ยินชนิดทางนำเสียงเสีย (Harford 1978:20)

2.8 จากการทดลองของมาริยามา(Mariyama H. 1984:322-323) ในหูทดลองที่เป็นโรคหูน้ำหนวก พบว่ามีเอนไซม์คอลลาจีเนส(Collagenase) ผลิตออกมาทำให้เกิดการแตกตัวของคอลลาเจน(Collagen break down) ซึ่งคอลลาเจนนี้เป็นสารที่ประกอบอยู่ในกระดูกถึงร้อยละ 90 ดังนั้นในหูที่เป็นโรคหูน้ำหนวกจึงเป็นสาเหตุให้เกิดการทำลายกระดูกในหูชั้นกลางซึ่งเป็นสาเหตุทำให้สูญเสียการได้ยิน

2.9 ผลแทรกซ้อนอื่นๆ ได้แก่ผลแทรกซ้อนทางด้านอารมณ์ สังคม การศึกษา ความเข้าใจและใช้ภาษา พยอม อิงคตานุวัฒน์(2522:81) ได้กล่าวถึงจิตวิทยาพัฒนาการเด็กว่า ความเจ็บป่วยเรื้อรังทางกายจะทำให้พัฒนาการทางด้านอารมณ์และสังคมของเด็กถูกกระทบกระเทือน ความกระทบกระเทือนนั้นจะมากหรือน้อยก็ขึ้นอยู่กับทัศนคติของบิดามารดาที่มีต่อการป่วยและระยะเวลาที่เด็กป่วย ถ้าเด็กป่วยนานพัฒนาการทางอารมณ์และสังคมจะถูกบั่นทอนมาก โรคหูน้ำหนวกเรื้อรังเป็นโรคที่เกิดซ้ำแล้วซ้ำอีก จากการศึกษาของเทลและคณะ(Teale, et al. 1980:5-6) ซึ่งศึกษาอุบัติการณ์การเกิดโรคหูน้ำหนวกในเด็กอายุ 3 ขวบลงมา จำนวน 2,565 คน พบว่าเด็กร้อยละ 33 เป็นโรคหูน้ำหนวกมากกว่า 3 ครั้ง เมื่อศึกษาระยะเวลาที่เป็นโรคหูน้ำหนวกพบว่าร้อยละ 70 มีน้ำในช่องหูชั้นกลาง 2 สัปดาห์ ร้อยละ 40 เป็นระยะเวลา 1 เดือน ร้อยละ 20 เป็นระยะเวลา 2 เดือน และร้อยละ 10 เป็นระยะเวลา 3 เดือน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของมิลล์(Mills R.P. 1987:97-101) ที่ทำการศึกษาผู้ป่วยโรคหูน้ำหนวก 44 คน(81 หู) ที่มารับการรักษาที่ Paston Green Health Center London พบว่าเฉลี่ยแล้วจะเป็นโรคหูน้ำหนวกปีละ 3 ครั้ง ดังนั้นจะเห็นได้ว่าเนื่องจากเด็กที่เป็นโรคหูน้ำหนวกเรื้อรังจะป่วยเป็นระยะเวลานานจึงทำให้พัฒนาการทางด้านอารมณ์และสังคมของเด็กเหล่านี้ช้ากว่าเด็กปกติได้

นอกจากเด็กจะมีความผิดปกติที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรังแล้ว โรคหูน้ำหนวกยังทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการได้ยิน ผลจากการสูญเสียการได้ยินทำให้เกิดปัญหาตามมาอีกได้แก่

- ก. ผลต่อพัฒนาการทางการพูดและภาษา
- ข. ผลต่อการศึกษา
- ค. ผลต่อพฤติกรรม

ก. ผลต่อพัฒนาการทางการพูดและภาษา ยิง (Young) และแมคคอนเนล (McConnell) ได้เปรียบเทียบความเข้าใจคำศัพท์ระหว่างเด็กที่สูญเสียการได้ยิน 30 เดซิเบลหรือมากกว่ากับเด็กที่การได้ยินปกติ พบว่าเด็กที่สูญเสียการได้ยินเข้าใจคำศัพท์น้อยกว่าเด็กที่การได้ยินปกติ (อ้างใน Harford 1978:18) ซึ่งตรงกับข้อเสนอของเบอร์ค (Berg 1970:331-333) ที่พบว่าผู้ที่สูญเสียการได้ยินมีพัฒนาการทางด้านภาษาไม่เท่าคนที่มีการได้ยินปกติ ผลการศึกษาที่สนับสนุนการศึกษาของ แวนจา เอ โอล์ม (Vanja A. Holm 1969:833-839) ที่ทำการศึกษาผลของโรคหูน้ำหนวกเรื้อรังที่มีต่อพัฒนาการทางภาษาและการพูดในเด็กที่เป็นโรคหูน้ำหนวกเรื้อรังอายุ 5-9 ปีจำนวน 16 คนที่มีระดับการได้ยิน 20-40 เดซิเบล (ISO) และเด็กปกติจำนวนเท่ากัน โดยใช้แบบทดสอบ 5 ชุดคือ Illinois Test of Psycholinguistic Abilities แบบทดสอบ Peabody Picture Vocabulary แบบทดสอบ Templin-Darley Picture Articulation Screening Test และแบบทดสอบ Mecham Verbal Language Development Scale ผลการทำแบบทดสอบพบว่าเด็กทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างทางสายตาและการเคลื่อนไหว แต่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างเด็ก 2 กลุ่มในด้านการพูดและภาษา โดยกลุ่มที่เป็นโรคหูน้ำหนวกเรื้อรังทำแบบสอบถามได้ไม่ดีเท่าเด็กปกติในทักษะทางภาษา (Language Skill) ทุกด้านที่ต้องการการฟังหรือการพูดในการทดสอบ

ข. ผลต่อการศึกษา เนื่องจากเด็กที่เป็นโรคหูน้ำหนวกเรื้อรังมีพัฒนาการทางอารมณ์ สังคม การฟังและการพูดล่าช้ากว่าปกติ ทำให้เด็กเหล่านี้มีปัญหาในการเรียนรู้ นอกจากนี้โรคหูน้ำหนวกเรื้อรังยังทำให้เด็กสูญเสียการได้ยิน ซึ่งโคดแมน (Kodman) ได้ศึกษาผลการเรียนของเด็กที่สูญเสียการได้ยินเปรียบเทียบกับเด็กปกติพบว่า เด็กที่สูญเสียการได้ยินจะเรียนได้ช้ากว่าเด็กปกติ (อ้างใน Harford 1978:18) สุภากร วานานวัช (2517-18:301) พบว่า เด็กที่เป็นโรคหูน้ำหนวกร้อยละ 21.30 สอบตกต้องเรียนซ้ำชั้น

ค. ผลต่อพฤติกรรม ฟิชเชอร์ (Fisher) กล่าวว่าเด็กที่สูญเสียการได้ยินระหว่าง 20-64 เดซิเบล มีพฤติกรรมไม่ดีเท่าเด็กปกติ (อ้างใน Harford 1978:18)

### 3. การรักษาและป้องกันโรคหูน้ำหนวก

โรคหูน้ำหนวกนั้น หากตรวจพบก่อนแก้วหูทะลุ อาจจะรักษาให้หายได้โดยการรับประทานยาเพียงอย่างเดียวซึ่งจะเสียค่าใช้จ่ายเล็กน้อย ค่าใช้จ่ายในการซื้อยาจะประมาณครั้งละ 20 บาท และต้องระวังมิให้เป็นหวัดคอเจ็บบอซๆ แต่ถ้าไม่รักษาและแก้วหูทะลุแล้วจะต้องใช้ทั้งยารับประทาน ยาหยอดหู ค่าใช้จ่ายจะสูงขึ้นอีกครั้งละ 70-100 บาท หากต้องผ่าตัดรักษาในโรงพยาบาลรัฐจะเสียค่าใช้จ่ายถึง 2,000-3,000 บาท ทำให้เป็นภาระหนักต่อครอบครัวของผู้ป่วย (พูนนิศ อมาตยกุล 2529:2) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยหูน้ำหนวกส่วนใหญ่มาจากครอบครัวที่ยากจน การผ่าตัดรักษาโรคหูน้ำหนวกแต่ละครั้งจะกระทบกระเทือนต่อเศรษฐกิจของครอบครัวมาก เพราะจะทำให้ยิ่งจนมากขึ้น เมื่อยากจนขึ้นสภาพความเป็นอยู่ก็จะยิ่งเลวลงเป็นผลให้โรครุนแรงขึ้น ดังนั้นการป้องกันก่อนที่จะเกิดโรคหูน้ำหนวกจึงควรทำและสิ้นเปลืองน้อยกว่าการรักษา

3.1 การป้องกันโรคหูน้ำหนวกจะทำได้ตั้งแต่แรกคลอดโดยแนะนำให้ทารกดื่มนมมารดาซึ่งจะช่วยให้เด็กได้รับภูมิคุ้มกันจากมารดาช่วยให้เด็กแข็งแรงไม่เป็นโรคหวัดคอเจ็บและโรคติดเชื้อ (คง สุวรรณรัตน์ ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์:1) ถ้าเป็นโรคหวัดคอเจ็บต้องรีบรักษาให้หายไม่ปล่อยให้ เป็นเรื้อรังและควรรักษาอนามัยในช่องปากและฟันให้สะอาดอยู่เสมอ ซึ่งจะเป็นการป้องกันมิให้เกิดการติดเชื้อที่จะทำให้ที่อยู่สเตรปโตค็อกคัสทำงานไม่ได้ตามปกติ

3.2 การรักษาโรคหูน้ำหนวกทำได้ดังนี้ (ดร.พิ ชุณหะวัต 2529:29-35; Berhman et al 1988:1026-1027; Mawson Ludman 1979:546)

3.2.1 รักษาสาเหตุที่ทำให้ที่อยู่สเตรปโตค็อกคัสโดย

3.2.1.1 ให้ยาปฏิชีวนะ (Antibiotic)

3.2.1.2 รักษาโรคหวัดโดยให้ยาแก้แพ้ (Antihistamine)

3.2.1.3 ให้ยาลดอาการบวมของเนื้อเยื่อ (Decongestant)

3.2.2 รักษาโดยการผ่าตัด แบ่งออกได้เป็น

3.2.2.1 การผ่าตัดเพื่อลดปริมาณของเหลวที่เป็นเมือกในหูชั้นกลาง เรียกว่า Myringotomy แล้วอาจใส่ท่อเล็ก ๆ (Myringotomy tube) คาไว้ที่แก้วหูเพื่อให้อากาศในหูชั้นกลางถ่ายเทได้สะดวก ทำให้เมือกในหูลดลงและหายจากโรคหูน้ำหนวกและโรคไม่ก้ำวหน้าเป็นโรคหูน้ำหนวกเรื้อรัง

3.2.2.2 ในผู้ป่วยที่เป็นโรคหูน้ำหนวกเรื้อรังแก้วหูทะลุ  
ต้องทำการผ่าตัดซ่อมแซมแก้วหู (Myringoplasty)

3.2.2.3 ผู้ป่วยบางรายที่เป็นโรคหูน้ำหนวกเรื้อรังมา  
นานอาจทำให้กระดูกในหูชั้นกลางถูกทำลายแพทย์จะทำการผ่าตัดเพื่อตกแต่งกระดูกหู  
(Ossiculoplasty) และปะแก้วหู (Myringoplasty) รวมเรียกว่า Tympanoplasty  
การผ่าตัดนี้ทำขึ้นเพื่อซ่อมแซมอวัยวะที่ช่วยในการนำเสียง (Conduction) ของหูชั้นกลางซึ่ง  
จะช่วยให้การได้ยินดีขึ้น

3.2.2.4 ถ้าผิวหนังในหูชั้นนอกเจริญเข้าสู่หูชั้นกลาง  
เรียกว่า ไชเลสเตียโตมา (Cholesteatoma) ขยายตัวจนทำลายกระดูกมัสตอยด์ทำให้เกิด  
การอักเสบของกระดูกมัสตอยด์ (Mastoiditis) ต้องทำ Mastoidectomy โดยผ่าเข้า  
ไปทำความสะอาดในกระดูกมัสตอยด์เพื่อลดภาวะการอักเสบป้องกันการลุกลามของโรคสุ  
สมอง หลังการผ่าตัดการได้ยินอาจจะไม่ดีขึ้น

3.2.2.5 การผ่าตัดอื่น ๆ ทำเมื่อเกิดอาการแทรกซ้อน  
เช่น ถ้าเกิดอักเสบลุกลามถึงประสาทใบหน้า (Facial nerve) ส่วนที่ผ่านบริเวณหูชั้น  
กลางทำให้ถูกกดเกิดหน้าเป็นอัมพาต (Facial paralysis) มีอาการปากเบี้ยวเวลา  
ยิ้มหรือยິงฟัน หลับตาไม่สนิท รู้สึกชาบริเวณใบหน้า จะรักษาได้โดยการผ่าตัดที่เรียกว่า  
Facial nerve decompression

#### 4. สาขารณสุขมูลฐานและสุขภาพศึกษา

สาเหตุสำคัญที่ทำให้มีเด็กป่วยด้วยโรคหูน้ำหนวกเรื้อรังในประเทศไทยเป็น  
จำนวนมากได้แก่

ก. ขาดความรู้เรื่องโรคหูน้ำหนวก ผู้เกี่ยวข้องกับเด็กไม่มีความรู้เกี่ยวกับ  
สาเหตุ การดูแล การรักษา การป้องกัน คิดว่าโรคหูน้ำหนวกหายเองได้และไม่คิดว่าโรค  
หูน้ำหนวกเป็นปัญหาที่ส่วนที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ข. ความยากจน ผู้ปกครองไม่มีเงินที่จะพาเด็กไปรับการรักษา

ค. ผู้ปกครองไม่มีเวลา ไม่เอาใจใส่เด็ก

ง. ไม่ทราบว่าจะไปรับการรักษาที่ไหน

เนื่องจากโรคหูน้ำหนวกเป็นโรคที่เกิดจากปัญหาที่อยู่อาศัย ภาวะเศรษฐกิจ  
และสังคม การที่จะแก้ปัญหาโรคหูน้ำหนวกให้ได้ผลดีที่สุดทำได้โดยการพัฒนาคณะ ชุมชน

และสาธารณสุขไปพร้อมๆกัน การพัฒนาสาธารณสุขควบคู่ไปกับการพัฒนาชุมชนนั้นองค์การอนามัยโลกได้กำหนดวิธีดำเนินการที่เป็นไปได้คือ ใช้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นกุญแจสำคัญ

การสาธารณสุขมูลฐานคือ บริการสุขภาพอนามัยที่ผสมผสานกับบริการสังคมด้านอื่นๆในชุมชนเป็นบริการโดยประชาชนเพื่อประชาชนทั้งนี้โดยการส่งเสริมสนับสนุนของรัฐในอันที่จะให้ประชาชนทุกคนสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นประโยชน์ทั้งในทางเศรษฐกิจและสังคม(สำลี เปลี่ยนบางช้าง 2524:31)ที่ประชุมองค์การอนามัยโลก ณ เมืองอาลมาอตา ในปี 2521 ได้ประกาศว่าการให้การศึกษาแก่ประชาชนหรือที่เรียกกันโดยทั่วไปว่าสุขศึกษานั้นเป็นองค์ประกอบสำคัญที่สุดของสาธารณสุขมูลฐาน(สำลี เปลี่ยนบางช้าง 2524:31)

สุขศึกษาคือ กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติของบุคคลในทางที่ถูกต้อง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นผลเกิดจากการจัดประสบการณ์ต่างๆให้กับบุคคล การเปลี่ยนแปลงตามแนวคิดหลักของสุขศึกษาจะสมบูรณ์ต่อเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในตัวบุคคล (กันยา กาญจนบุรานนท์และคณะ 2526:56)

กระทรวงสาธารณสุข(กระทรวงสาธารณสุข 2524:40) ได้แบ่งลักษณะการดำเนินงานให้สุขศึกษาออกเป็น 3 ลักษณะคือ

- 4.1 การให้สุขศึกษาผ่านทางระบบการศึกษาของชาติหรือสุขศึกษาในโรงเรียน
- 4.2 การให้สุขศึกษาผ่านทางสาธารณสุขซึ่งมี 2 ลักษณะงานด้วยกันคือ สุขศึกษาในโรงพยาบาล(ครอบคลุมสถานบริการทุกระดับ)และสุขศึกษาในชุมชน
- 4.3 การให้สุขศึกษาผ่านสื่อมวลชนต่างๆ

จะเห็นได้ว่าการให้สุขศึกษาในโรงเรียนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญส่วนหนึ่งของงานสุขศึกษาของประเทศเพราะการให้สุขศึกษาผ่านระบบการศึกษาจะช่วยพัฒนาคุณภาพของประชากรในอนาคตเพราะเด็กที่อยู่ในวัยเรียนจะได้รับการปลูกฝังความรู้เจตคติและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพอนามัยจากโรงเรียน การพัฒนาหลักสูตร การปรับปรุงคุณภาพของครูผู้สอนสุขศึกษาและอุปกรณ์ทางการศึกษาจึงมีความสำคัญมาก(กระทรวงสาธารณสุข 2524:41)

นอกจากครูแล้ว พยาบาลอนามัยโรงเรียนก็เป็นบุคลากรที่มีความสำคัญ

เพราะพยาบาลอนามัยโรงเรียนทำหน้าที่บริการดูแลสุขภาพ ตรวจสอบสุขภาพนักเรียนและให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพของนักเรียนแก่ครู(สมาน แสงมะลิ: 2525:10-11) ในการดำเนินการของโครงการป้องกันและควบคุมหูดิงหูหนวกในกรุงเทพมหานคร ได้กำหนดให้นักเรียนตรวจสอบสุขภาพของตนเอง เมื่อนักเรียนมีความผิดปกติเช่นเป็นโรคหูน้ำหนวกนักเรียนจะรายงานครู ครูก็จะรายงานปัญหาต่อพยาบาลอนามัยโรงเรียน ซึ่งพยาบาลอนามัยโรงเรียนจะทำหน้าที่เป็นสื่อกลางส่งเด็กไปรับการรักษาต่อไป(พวงแก้ว กิจธรรม 2529:8) จะเห็นได้ว่าทั้งครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญมากในการที่จะช่วยดูแลป้องกันรักษา และให้สุขศึกษาแก่เด็กนักเรียนที่เป็นโรคหูน้ำหนวก แต่เนื่องจากในปัจจุบันยังมีเด็กนักเรียนจำนวนมากที่เป็นโรคหูน้ำหนวก การฝึกอบรมครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีความรู้อย่างเพียงพอในอันที่จะช่วยปลูกฝังความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหูน้ำหนวกแก่เยาวชนของชาติจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง การที่จะให้ความรู้เป็นการประเมินผลก่อนการเรียนเป็นสิ่งจำเป็นเพราะจะเป็นการตรวจสอบว่า ผู้เรียนมีความรู้ เจตคติและทักษะก่อนที่จะเข้าเรียนอย่างไรผู้เรียนจะต้องเรียนจากง่ายไปหายาก นอกจากนั้นการประเมินผลก่อนเรียนยังช่วยให้ผู้สอนรู้พื้นฐานเดิมของผู้เรียนเพื่อจะได้จัดเตรียมหลักสูตรการเรียนการสอนให้ได้ดีต่อไป(จินตนา ยูนิพันธ์ 2527:175)

## 5. แนวความคิดเกี่ยวกับความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ

แนวความคิดเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติจะกล่าวถึง

- 5.1 ความหมายของความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ
- 5.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ
- 5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ

### 5.1 ความหมายของความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ

5.1.1 ความรู้ หมายถึง การรู้ค่าจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง หลักการ โครงสร้าง ทฤษฎี และแนวคิดพื้นฐาน(Comprehension) การแปลหรือตีความหมาย (Interpretation) การประยุกต์ หรือการนำความรู้ไปใช้ (Application) การวิเคราะห์(Analysis) การสังเคราะห์ความรู้(Synthesis) และการประเมินผล(Evaluation) (วรุณี สุรสิทธิ์ 2516:215)

5.1.2 เจตคติ หมายถึง (วรุณี สุรสิทธิ์ 2526:216) ความสน

ใจ ความรู้สึก ท่าที การเห็นและการตีคุณค่าหรือค่านิยมการเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่แบ่งย่อยเป็น 5 ประการคือ

1. การรับ(Receiving)
2. การสนองตอบ(Responding)
3. การเห็นหรือตีคุณค่า(Valuing)
4. การจัดกลุ่มคุณค่า(Organization)
5. การให้มีหรือแสดงคุณลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ  
(Characterization by a value or value complex)

เจตคติเป็นแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อสิ่งไว้ในลักษณะที่ใช้ความรู้สึกเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยเป็นเครื่องตัดสิน

5.1.3 การปฏิบัติ หมายถึง การใช้ความสามารถแสดงออกทางร่างกายซึ่งรวมทั้งการปฏิบัติที่แสดงออกและสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่งๆ

5.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ

ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเป็นองค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ กันยา กาญจนบุรานนท์และคณะ(2526:171-185) ได้สรุปองค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมว่าประกอบด้วย

5.2.1 องค์ประกอบด้านจิตวิทยา ได้แก่ วุฒิภาวะ การรับรู้ ความต้องการ ความคับข้องใจ ความสนใจ เป้าหมาย การจูงใจ การเรียนรู้ ค่านิยม อารมณ์ ความสามารถ

5.2.2 องค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มบุคคลในสังคม สถานภาพทางสังคม วัฒนธรรม

5.2.3 องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ ถ้าเศรษฐกิจไม่ดีจะทำให้ไม่สามารถปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้

5.2.4 องค์ประกอบทางการศึกษา ผู้มีการศึกษาลง มีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้มีการศึกษาต่ำ

5.2.5 องค์ประกอบทางการเมือง นโยบายการปกครอง ประเทศ

การศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ เจตคติและการปฏิบัติของ อรพันธ์ สิงห์เดชและคณะ(2521:20) พบว่า ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติมีความสัมพันธ์

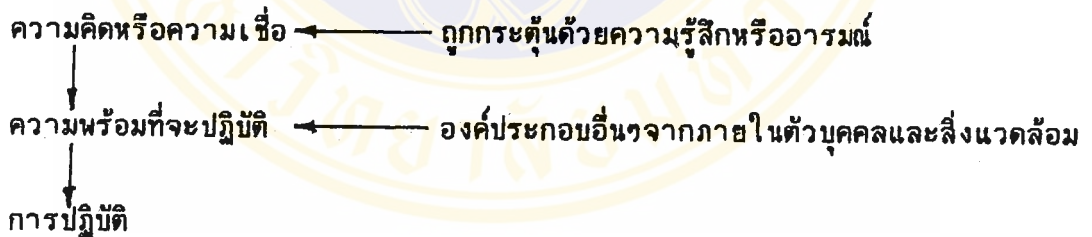
กับการศึกษา ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าและฐานะเศรษฐกิจ ผู้ที่มีฐานะเศรษฐกิจดีมีโอกาสที่จะได้ศึกษาหาความรู้มากกว่าผู้ที่มีฐานะเศรษฐกิจไม่ดี

และการศึกษาของอายพร สุกฤษณ์ (2528:70-76) ที่ศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่โรงพยาบาลราชวิถีพบว่า ความรู้ความคิดเห็นและการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับอาชีพ และระดับการศึกษา

5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ

ในทางสุศึกษาถือว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้และเจตคติของบุคคล เป็นส่วนประกอบสำคัญที่จะทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่คงทนถาวร อรพินท์ สิงหเดชและคณะ (2521:21) ศึกษาพบว่า การปฏิบัติมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความรู้

ในทางพฤติกรรมอนามัย เชื่อว่าเจตคติเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดการปฏิบัติตนที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2526:35) เจ ชูการ์ (J. Sugar 1967) ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติกับการปฏิบัติพบว่าเจตคติอย่างเดียวไม่สามารถจะทำนายการปฏิบัติได้เพราะการปฏิบัติต้องคำนึงถึงบรรทัดฐานของสังคมและนิสัยของบุคคลนั้นด้วย (อ้างใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2526:8-9) ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติกับการปฏิบัติ เขียนเป็นแผนภูมิได้ดังนี้



อายพร สุกฤษณ์ (2528:77-79) ศึกษาพบว่า ความรู้กับความคิดเห็น ความรู้กับการปฏิบัติและความคิดเห็นกับการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มพยาบาลมีความสัมพันธ์กันในทางบวก แต่ในกลุ่มผู้ป่วยพบว่า ความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กัน

สุชาติ โสภประยูร (2525:48-49) กล่าวว่าความรู้ เจตคติและการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด มักไม่เกิดขึ้นโดยอิสระแต่จะเกิดรวมๆกันและพึ่งพา

อาศัยกัน การพัฒนาพฤติกรรมอย่างหนึ่งจะเป็นการพัฒนาพฤติกรรมอื่นในทางอ้อม ความรู้กับการปฏิบัติมักจะไม่ไปในทางเดียวกัน ผู้ที่มีความรู้ดีอาจปฏิบัติไม่ถูกต้อง แต่เจตคติจะเป็นพฤติกรรมที่มีบทบาทสำคัญต่อการปฏิบัติ เพราะเจตคติเป็นความพร้อมภายในที่คนจะปฏิบัติ ถ้าเจตคติดีจะช่วยให้นำความรู้ที่มีอยู่ไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง อย่างไรก็ตามการปฏิบัติที่ถูกต้องจะช่วยทำให้เกิดความรู้และเจตคติที่ดีได้

ซิมบาร์โด (Zimbardo 1977: 49-53) ได้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และ พฤติกรรมว่า เจตคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งของบุคคลจะขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคลนั้น คือถ้าบุคคลใดมีความรู้ดี เจตคติต่อสิ่งนั้นมักจะดีตามไปด้วย และเมื่อมีเจตคติดีแล้วก็จะมีแนวโน้มที่จะส่งผลให้บุคคลนั้นแสดงพฤติกรรมไปในทางดี

## 6. ความเป็นจริงเกี่ยวกับหน้าที่ โครงสร้าง การทำงานของหูและโรคหูน้ำหนวก

- 6.1 หน้าที่ของหู
- 6.2 โครงสร้างและการทำงานของหู
- 6.3 กลไกการได้ยิน
- 6.4 โรคหูน้ำหนวก

### 6.1. หน้าที่ของหู

หูเป็นอวัยวะสำคัญในกลุ่มของประสาทสัมผัสของมนุษย์มีหน้าที่สำคัญ

2 ประการคือ

- 6.1.1 รับฟังเสียง บอกทิศทางที่มาของเสียงและช่วยให้เข้าใจความหมายของเสียงโดยทำงานร่วมกับประสาทหูและสมอง
- 6.1.2 ควบคุมการทรงตัวของร่างกายโดยทำงานร่วมกับตา ข้อต่อ และกล้ามเนื้อต่างๆของร่างกาย

### 6.2. โครงสร้างและการทำงานของหู(พูนิศ อมาตยกุล 2516:9-16)

หูตั้งอยู่ทางด้านซ้ายและขวาของศีรษะ หูแบ่งออกได้เป็น 3 ส่วนคือ หูชั้นนอก หูชั้นกลาง และหูชั้นใน หูทั้ง 3 ส่วนนี้มีส่วนประกอบและหน้าที่ดังนี้

#### 6.2.1 หูชั้นนอกประกอบด้วยใบหู ช่องหูและแก้วหู

6.2.1.1 ใบหูและช่องหูมีหน้าที่ป้องกันเสียงให้ผ่านเข้าไปในหูบอกทิศทางของเสียงและขยายเสียงให้ดังขึ้นประมาณ 5-10 เดซิเบล (ANSI : 1969)

6.2.1.2 แก้วหูมีหน้าที่รับการสั่นสะเทือนของคลื่นเสียง โดยขยับเขยื้อนตามความแรงของเสียงจากนั้นจะเปลี่ยนสภาพความกดดันอากาศเป็นการเคลื่อนไหวแบบพลังงานกล (Mechanical vibration) แล้วส่งต่อไปยังหูชั้นในโดยผ่านทางหน้าต่างรูปไข่ (Oval window)

### 6.2.2 หูชั้นกลางประกอบด้วย

6.2.2.1 กระดูกหู 3 ชิ้นคือ กระดูกค้อน (Malleus) กระดูกทั่ง (Incus) และกระดูกโกลน (Stape) ทำหน้าที่นำเสียงที่มากระทบแก้วหูผ่านเข้าไปสู่หูชั้นในทางหน้าต่างรูปไข่ (Oval window)

6.2.2.2 กล้ามเนื้อ 2 มัดได้แก่ Tensor tympani muscle และ Stapedius muscle ทำหน้าที่ปรับและป้องกันการกระเทือนจากเสียงดังมากที่จะทำอันตรายต่อหูชั้นกลางและชั้นใน

### 6.2.2.3 เส้นประสาทที่ผ่านหูชั้นกลาง ได้แก่

6.2.2.3.1 แขนงของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 (Corda tympani nerve)

6.2.2.3.2 แขนงของ Glossopharyngeal nerve

6.2.2.3.3 แขนงของ Trigeminal nerve

บริเวณด้านบนของหูชั้นกลางมีช่องเป็นโพรงเรียกว่าเพดานหู (Attic) เป็นโพรงอากาศติดต่อและเชื่อมกับกระดูกมัสตอยด์ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระดูกคีรีษะ ถ้ามีเชื้อโรคในหูชั้นกลาง เชื้ออาจจะลุกลามไปยังกระดูกมัสตอยด์และเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 ได้ ถ้าโรคของหูชั้นกลางลุกลามมาถึงแขนงของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 จะทำให้เกิดอัมพาตของหน้ามื่อการหน้าชาปากเบี้ยวและหลับตาไม่สนิท

หูชั้นกลางติดต่อกับหูชั้นนอกทางแก้วหู ติดต่อกับคอทางท่ออูสเตเชียน (Eustachian tube) และติดต่อกับหูในทางหน้าต่างรูปไข่ (Oval window) และหน้าต่างรูปกลม (round window) ซึ่งมีเยื่อบางๆปิดอยู่เรียกว่า Oval window membrane และ Round window membrane

### 6.2.3 หูชั้นใน (Inner ear หรือ Labyrinth)

หูชั้นในฝังอยู่ในกระดูกเทมโปรัล (Temporal Bone) หูชั้นในแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่รับฟังเสียงและส่วนที่ควบคุมการทรงตัว

6.2.3.1 ส่วนที่รับฟังเสียง (Cochlear portion) ประกอบด้วยท่อกลมขดซ้อนเป็นรูปกังหอย มีเซลล์ขน (Hair cells) เป็นตัวรับการกระตุ้นของเสียงอยู่

ภายใน เส้นประสาทรับความรู้สึกจากเซลล์ขนรวมตัวกันเป็นปุ่มประสาทเรียกว่า Spiral ganglions จากนั้นจะรวมเป็นเส้นประสาทใหญ่เรียกว่า Acoustic nerve หรือ Cochlear nerve หรือเส้นประสาทสมองคู่ที่ 8 วิ่งเข้าสู่สมองที่ Auditory cortex บริเวณ Temporal lobe

6.2.3.2 ส่วนที่ทำหน้าที่ในการควบคุมการทรงตัว (Vestibular portion) ประกอบด้วย Saccule Utricle และ Semicircular canals 3 ท่อ ภายในท่อมีของเหลวและเซลล์ขนรับความรู้สึก เมื่อของเหลวในท่อไหลก็จะกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกบอกให้รู้ตัวว่าขณะนี้ร่างกายอยู่ในตำแหน่งใด ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการควบคุมการทรงตัว

### 6.3. กลไกการได้ยิน

กลไกการได้ยินของหูเมื่อพิจารณาจากสรีรวิทยาของหูแบ่งได้เป็น 3 ส่วนดังนี้ (ลาจิต ชยาภัม 2528:49-58)

6.3.1 กลไกการได้ยินของหูชั้นนอก เมื่อคลื่นเสียงเดินทางถึงหู ใบหูจะบดเสียงให้ผ่านเข้าสู่ช่องหูและบอกลูกศรของเสียง คลื่นเสียงจะเกิดกำจร (Resonance) ในช่องหูทำให้เสียงดังขึ้น 12 เดซิเบล แล้วคลื่นเสียงจะผ่านไปยังเยื่อแก้วหูซึ่งเยื่อแก้วหูจะทำหน้าที่รับคลื่นเสียงด้วยการขยับเขยื้อนเหมือนไดอะแฟรม (Diaphragm) ของลำโพงเสียง เมื่อแก้วหูขยับจะเปลี่ยนสภาพความกดดันของอากาศเป็นการเคลื่อนไหวแบบพลังงานกล (Mechanical vibration) ทำให้ปลายกระดูกค้อนในหูชั้นกลาง

6.3.2 กลไกการได้ยินของหูชั้นกลาง กระดูกหู 3 ชิ้นในหูชั้นกลาง จะเปลี่ยนพลังงานเสียงเป็นพลังงานกลซึ่งมีกำลังขยายมากขึ้น เพื่อชดเชยความต้านทานต่อเสียง (Acoustic impedance) ของของเหลวในหูชั้นใน (Cochlear fluid) นอกจากนี้หน้าที่เปลี่ยนพลังงานเสียงเป็นพลังงานกลและขยายพลังงานกลแล้วหูชั้นกลางยังทำหน้าที่ป้องกันอันตรายจากเสียงที่ดังเกิน 85 เดซิเบล (HL) โดย Stapedial muscle และ Tensor tympani muscle รั้งไม่ให้หูชั้นกลางขยายเสียงหรือเคลื่อนไหวเกินขอบเขตที่อนุญาต เซียนทำให้หูชั้นกลางทำหน้าที่ได้เป็นปกติโดยปรับความดันอากาศภายในหูชั้นกลางให้เท่ากับบรรยากาศภายนอก

6.3.3 กลไกการได้ยินของหูชั้นใน คลื่นเสียงเข้าสู่หูชั้นในได้ 3 ทางคือ ผ่านทาง Ossicular chain ผ่านหูชั้นกลางโดยตรงและผ่านทางกระดูก (Bone conduction) เมื่อคลื่นเสียงผ่านถึงหูชั้นในจะเปลี่ยนจากพลังงานกลเป็นการกระเพื่อมของน้ำในหูชั้นใน (Hydraulic pressure) ทำให้ Basilar membrane กระเพื่อมไป

ด้วย เมื่อ Basilar membrane กระเพื่อมจะทำให้ Tectorial membrane และ Reticular lamina ใน Endolymphatic fluid ขยับเสียดสีกันเกิดกระแสไฟฟ้าผ่าน เซลล์ขนไปกระตุ้นปลายประสาท (Nerve ending) เส้นประสาท(Nerve fiber)ไป ยังสมองซึ่งจะทำหน้าที่แปลเสียง

กลไกการทำงานของหูช่วงต้นตั้งแต่หูผ่านกระดูกหู 3 ชั้น ถึงหน้า ต่างรูปไข่เรียกว่า Conductive function ส่วนที่อยู่หลังหน้าต่างรูปไข่เป็นหน้าที่ของ เซลล์รับความรู้สึกเรียกว่า Sensory function จากนั้นเป็นหน้าที่ของประสาทรับเสียง เรียกว่า Neural function รวมเรียกหน้าที่หลังหน้าต่างรูปไข่ว่า Sensorineural function และหน้าที่การแปลความหมายที่สมองใหญ่เรียกว่า Central function

#### 6.4. โรคหูน้ำหนวก

สาเหตุของการเกิดโรคในหูชั้นกลางที่ทำให้เกิดเป็นโรคหูน้ำหนวก โพลิตเซอร์(Politzer 1862) ได้ตั้งสมมติฐานว่าเกิดจากท่อยูสเตเชียนทำงานผิดปกติ (อ้างใน Bluestone 1983:369) สมมติฐานนี้ได้รับการทดสอบจากนักวิจัยหลายคนเช่น โฮล์มควิสและคณะ(Holmquist, et al. 1974:59) ได้ทดสอบการทำงานของท่อยูสเตเชียน ในคนปกติและคนที่ เป็นโรคหูน้ำหนวกด้วยวิธีแอสไพเรชัน(Aspiration method)พบว่าใน คนปกติที่ท่อยูสเตเชียนจะทำงานปกติ แต่ในคนที่ เป็นโรคหูน้ำหนวกที่ท่อยูสเตเชียนจะทำงานบก พร่องทุกหู ทำให้เพียงพอที่จะสรุปได้ว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหูน้ำหนวกคือท่อยูส เตเชียนทำงานผิดปกติ ซึ่งเป็นผลมาจากการอักเสบของผนังคอ ต่อมทอนซิล เป็นหวัด ไช้น้ำอักเสบ

เมื่อท่อยูสเตเชียนทำงานผิดปกติการถ่ายเทอากาศระหว่างหูชั้น กลางกับอากาศภายนอกเป็นไปไม่ได้ตามปกติ อากาศถูกกักเอาไว้ในหูชั้นกลาง ออกซิ เจนในอากาศถูกดูดซึมไปจนทำให้ปริมาณอากาศในหูชั้นกลางลดลง ความดันอากาศในหูชั้น กลางต่ำกว่าภายนอกอากาศภายนอกจึงดันแก้วหูให้บวมเข้าไปในหูชั้นกลางต่อมาเยื่อเมือกใน หูชั้นกลางปล่อยเมือกใส่ออกมา ในระยะแรกๆจะเป็นเมือกจางๆที่เหลวมากคล้ายกาว เหนียว หากทิ้งไว้นานๆของเหลวนี้จะข้นมากขึ้นระยะนี้จะรู้สึกว่ามีหูอื้อมาก กระดูกหู 3 ชั้นในหูชั้นกลางจะขยับเขยื้อนทำงานไม่ได้ตามปกติทำให้การได้ยินเสียงไปเรียกว่าหูน้ำหนวก ชนิดน้ำใส(Serous otitis media) ในกรณีที่มีการติดเชื้อและเชื้อโรคผ่านท่อยูส เตเชียนเข้าไปสู่หูชั้นกลางทำให้เกิดหูน้ำหนวกชนิดหนองต่อมาแก้วหูจะทะลุมีหนองไหล ออกมา หากรักษาการอักเสบไม่หายและแก้วหูไม่ปิดจะเกิดโรคหูน้ำหนวกเรื้อรังซึ่งจะทำให้เกิด อาการมีน้ำหนองไหลเป็นหนองการได้ยินเสียงเสียไปและบางรายเกิดภาวะแทรกซ้อนที่

เป็นอันตรายได้

## 7. ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนัก

จากระบาดวิทยาของโรคหุ้่น้ำหนักจะเห็นได้ว่ามีเด็กจำนวนมากที่ป่วยด้วยโรคหุ้่น้ำหนักที่ทำให้สูญเสียการได้ยินซึ่งเป็นปัญหาระดับชาติที่หลายฝ่ายให้ความสนใจทางแก้ไข การบริการทางด้านสาธารณสุขเป็นหัวใจสำคัญของการแก้ปัญหาทางสุขภาพอนามัย แต่เนื่องจากบุคคลากรยังมีไม่เพียงพอและการให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือตนเอง เป็นวิธีการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด แต่จากการวิจัยของสุภากร วนานูวัช (2518:297-300) พบว่าการปฏิบัติต่อเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักของผู้ปกครองยังไม่ถูกต้อง ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กซึ่งได้แก่ครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนจึงต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา

รายงานการวิจัยที่จะกล่าวถึงต่อไปนี้เป็นผลงานวิจัยเกี่ยวกับความรู้ เจตคติและการปฏิบัติที่ถูกต้องของครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนเกี่ยวกับโรคหุ้่น้ำหนักจะมีส่วนช่วยลดจำนวนเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนัก

อุไรวรรณ ศรีปรัชญาอนันต์ (2529:49-60) ศึกษาความรู้ เจตคติและการปฏิบัติตัวต่อโรคหุ้่น้ำหนักเรื้อรังของผู้ปกครองเด็กระดับประถมศึกษาพบว่า 3 ใน 4 ของผู้ปกครองมีความรู้เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักเรื้อรังอยู่ในระดับใช้ไม่ได้และต้องปรับปรุง ผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เรื่องกายวิภาค สรีรวิทยาของหู สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหุ้่น้ำหนัก ในด้านเจตคติต่อโรคหุ้่น้ำหนักของผู้ปกครองพบว่ามีเจตคติถูกต้องตามหลักวิชาการในด้านอาการและอาการแสดงของโรคหุ้่น้ำหนักมากกว่าครึ่งหนึ่ง ส่วนเจตคติด้านสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อโรคประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ปกครองยังมีเจตคติไม่ถูกต้องในด้านนี้ เมื่อศึกษาการปฏิบัติเมื่อเด็กเป็นหวัดเกิน 1 สัปดาห์พบว่าส่วนใหญ่ปฏิบัติได้ถูกต้อง ผู้ปกครองที่ไม่พาเด็กไปพบแพทย์จะไปซื้อยาที่ร้านขายยามาใช้ เพราะคิดว่าโรคนี้หายเองได้ จะพาบุตรไปพบแพทย์เมื่อมีโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้น ประมาณครึ่งหนึ่งรักษาเองโดยใช้พิมเสนบดโรยเข้าช่องหูและใช้สมุนไพรต่างๆแหล่งความรู้เรื่องการรักษาโรคหุ้่น้ำหนักส่วนใหญ่คือเพื่อนบ้าน และประมาณ 3 ใน 4 ของผู้ปกครองมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการดูแลบุตรให้รับประทานยา การทำความสะอาดก่อนหยอดยาหยอดหู และการพาบุตรไปตรวจตามแพทย์นัด

สุภากร วนานูวัช (2518:297-300) สอบถามผู้ปกครองของเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักเรื้อรังเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเด็กนักเรียนที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนัก พบว่าเด็กส่วนใหญ่ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ผู้ปกครองไม่ได้เอาใจใส่ดูแลเด็กเท่าที่ควร มองไม่เห็นความสำคัญของการเป็นหุ้่น้ำหนักและเข้าใจผิดคิดว่าหุ้่น้ำหนักเกิดจากน้ำเข้าหู และยังพบว่า

ครูประจำชั้นขาดการดูแลเอาใจใส่นักเรียนเท่าที่ควร

ปนัดดา ปริญญา (2528:80) ศึกษาพบว่า แม้ว่าผู้ปกครองจะทราบว่าเด็กเป็นโรคหุ้มน้ำหนักเรื้อรังก็ไม่พาไปพบแพทย์เพื่อรักษาให้หายขาดเพราะเข้าใจว่าโรคหุ้มน้ำหนักหายเองได้และไม่ทำให้เกิดอันตราย กฤษณา เลิศสุขประเสริฐ (2528:22-27) ศึกษาเจตคติและการได้ยินของผู้ป่วยโรคหุ้มน้ำหนักเรื้อรังพบว่าร้อยละ 47.24 เชื่อว่าโรคหุ้มน้ำหนักเรื้อรังเกิดจากน้ำหรือสิ่งสกปรกเข้าหู ร้อยละ 32.66 ไม่ทราบสาเหตุ มีเพียงร้อยละ 13.57 ที่ตอบว่าโรคหุ้มน้ำหนักเกิดจากการที่เป็นหวัด เจ็บคอ แล้วเชื่อโรคจากคอกลงมาเข้าหูชั้นกลาง แก้วหุ้ทะเลแล้วมีสิ่งสกปรกเข้าหูทำให้เกิดการอักเสบ ส่วนเจตคติต่อการรักษานั้นสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่เคยมารักษาโรคหุ้มน้ำหนักเพราะผู้ป่วยไม่รู้สึเจ็บปวด หูยังพอได้ยิน หอนงหยุดไหลได้เอง คิดว่าโรคไม่ร้ายแรง โตขึ้นโรคนี้จะหายได้เอง ไม่รู้ว่าจะไปรักษาที่ไหน และไม่มีเงินที่จะไปรักษา

งามทรัพย์ เทชะบำรุง (2530:63-66) ซึ่งได้ศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นของครูที่รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน เกี่ยวกับปัญหาและความต้องการการจัดบริการสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่ามีโรงเรียนร้อยละ 7.58 ไม่ได้จัดบริการทดสอบสายตาและการได้ยิน นอกจากนี้ยังพบว่าด้านการทดสอบสายตาและการได้ยินมีปัญหาอยู่ในระดับมากเพราะครูประจำชั้นขาดความรู้และทักษะในการทดสอบการได้ยินและครุมีความเห็นว่างานนี้เป็นงานที่ซ้ำกับพยาบาลอนามัยโรงเรียนซึ่งจะให้บริการตรวจสอบสุขภาพนักเรียนเป็นประจำอยู่แล้ว จึงทำให้ครูประจำชั้นไม่ได้ทดสอบการได้ยินของนักเรียน

ในโครงการโสตทัศนศึกษาจากการสำรวจเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานครและในส่วนภูมิภาค (พูนพิศ อมาตยกุล 2529:1) โดยความร่วมมือกันระหว่างคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีกับสโสมสรโลออนส์กรุงเทพในพระบรมราชูปถัมภ์และสโสมสรโลออนส์สตรีกรุงเทพมหานคร รวมทั้งสโสมสรโลออนส์ในส่วนภูมิภาคระหว่างปีการศึกษา 2518 ถึง 2528 พบเด็กเป็นโรคหุ้มน้ำหนักร้อยละ 1-12 เด็กนักเรียนในกรุงเทพมหานครที่เป็นโรคหุ้มน้ำหนักส่วนใหญ่มาจากครอบครัวแตกแยกไม่มีผู้ดูแลเอาใจใส่ เมื่อตรวจพบที่โรงเรียนว่าเป็นโรคหุ้มน้ำหนักแล้วได้แนะนำให้ผู้ปกครองพาเด็กไปพบแพทย์ แต่ผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่ได้พาไป โดยให้เหตุผลว่าไม่มีเวลา ไม่มีเงิน จึงซื้อยาจากรายขายยา มารักษาเองเพราะคิดว่าเป็นการประหยัดเวลา ถูกกว่าไปพบแพทย์และโรคนี้หายเองได้ โรงพยาบาลรามาธิบดีได้แก้ไขปัญหานี้โดยนัดผู้ปกครองเด็กมาพบแพทย์เพื่อให้ความรู้เรื่องโรคหุ้มน้ำหนัก รวมทั้งบริการให้ความสะดวกรวดเร็ว และไม่คิดค่าบริการในรายไม่มีเงิน ก็ยังพบว่าเด็กไม่ได้รับประทานยาและหยุดยาหยุดหูตามแพทย์สั่งเพราะไม่มีคนดูแล เมื่อติดตามไปเยี่ยมบ้านของเด็กเหล่านี้แล้วพบว่าเด็กอยู่ในครอบครัวที่ยากจนมาก

จากการศึกษาของบุคคลากรหลายฝ่ายดังกล่าวมานี้จะเห็นได้ว่าผู้ปกครองของเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักเรื้อรังและผู้ป่วยด้วยโรคหุ้่น้ำหนักเรื้อรังส่วนใหญ่ขาดความรู้เรื่องโรคหุ้่น้ำหนัก มีเจตคติไม่ตรงตามหลักวิชาการ และปฏิบัติต่อผู้เป็นโรคหุ้่น้ำหนักไม่ถูกต้อง ครูไม่เอาใจใส่ดูแลเด็กเท่าที่ควร และแม้ว่าทั้งภาครัฐบาลและเอกชนจะได้ร่วมมือกันให้ความรู้เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักแล้วผู้ปกครองก็ยังไม่นำเอาความรู้ที่ได้รับมาใช้ปฏิบัติเพื่อให้เด็กในปกครองของตนเองหายป่วยด้วยโรคหุ้่น้ำหนักเรื้อรัง ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าโรคหุ้่น้ำหนักจะยังคงเป็นโรคที่ทำให้เกิดปัญหาความพิการของประชาชนได้ต่อไป

แนวทางการแก้ไขปัญหาโรคหุ้่น้ำหนักเรื้อรังในเด็กนักเรียนวิธีหนึ่งก็คือบุคคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพและสุขภาพของประชาชน หลายๆฝ่ายต้องยื่นมือเข้าไปช่วยเหลือเด็กและกระตุ้นให้ครอบครัวให้ความสนใจในอันที่จะรักษาโรคหุ้่น้ำหนักเรื้อรังให้หายขาด รวมทั้งการป้องกันมิให้เด็กเป็นโรคหุ้่น้ำหนักด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนซึ่งเป็นผู้ให้ความรู้เรื่องสุขภาพอนามัยแก่เด็กนักเรียนและดูแลสุขภาพของเด็กนักเรียนควรเป็นผู้ที่มีบทบาทในการช่วยแก้ไขปัญหาโรคหุ้่น้ำหนักเรื้อรังมากที่สุด สุกภร วานานวัช(2518:300) พบว่าเมื่อให้ความรู้แก่ครูเกี่ยวกับการปฏิบัติต่อเด็กนักเรียนที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักและให้ครูได้มีส่วนร่วมช่วยในการดูแลเด็กแล้วเด็กหายจากการเป็นโรคหุ้่น้ำหนักถึงร้อยละ 86.6 ส่วนเด็กที่พยาบาลดูแลหายจากการเป็นโรคหุ้่น้ำหนักร้อยละ 88.8

ศิริวรรณ ไกรสรพงศ์(2529:8, 17-24, 36) ซึ่งทำการวิจัยประเมินผลโครงการป้องกันและควบคุมหุ้่น้ำหนักในกรุงเทพมหานคร และวิเคราะห์โครงการป้องกันและควบคุมหุ้่น้ำหนักในกรุงเทพมหานครโดยใช้ทฤษฎีการตัดสินใจ โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างครู 156 คนและพยาบาล 63 คนที่เข้ารับการอบรมโครงการป้องกันและควบคุมโรคหุ้่น้ำหนักในกรุงเทพมหานคร ข้อมูลที่ใช้ในการประเมินได้จากแบบทดสอบกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการอบรม แบบทดสอบจะเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป การสอนสุขศึกษาความคิดเห็นและการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักหุ้่น้ำหนัก พบว่าความรู้เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะตอบได้ถูกต้องคือสาเหตุของโรคหุ้่น้ำหนักแลลาธารณสุขมูลฐาน คำถามเกี่ยวกับกายวิภาคของหุ้่น้ำหนักจะตอบได้ประมาณครึ่งหนึ่ง ส่วนคำถามอื่นๆจะตอบได้ไม่ถึงร้อยละ 30 โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพการได้ยินหลังการอบรมมีผู้ตอบถูกต้องถึงร้อยละ 5 เมื่อพิจารณาความรู้จำแนกตามอายุ อาชีพ อายุราชการ การทำหน้าที่ในปัจจุบัน วุฒิการศึกษา พบว่าผู้ที่มีอายุหรืออายุราชการมากจะมีคะแนนความรู้น้อยกว่าคนที่มียุ้่น้ำหนักหรืออายุราชการน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับอาชีพผู้ที่มีอาชีพ พยาบาลมีความรู้ดีกว่าครูอย่างมีนัยสำคัญ ในด้านวุฒิการศึกษาพบว่าพยาบาลระดับอนุปริญญาได้คะแนนสูงที่

สุครองลงไปเป็นกลุ่มครุที่มี การศึกษาระดับปริญญาตรี ผู้ที่มีคะแนนเจตคติดีหรือไม่ได้สอนสุขศึกษาจะเป็นผู้ที่มีคะแนนความรู้ดีกว่ากลุ่มอื่นๆ

เจตคติหลังการรับการอบรมของครูและพยาบาลพบว่าครึ่งหนึ่งเห็นด้วยว่าครุมีความรู้เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักอย่างดีและ 4 ใน 5 เห็นด้วยว่าพยาบาลอนามัยโรงเรียนมีความรู้เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักอย่างดี โรคหุ้่น้ำหนักเป็นโรคร้ายแรงและหุ้่น้ำหนักมีอันตรายถึงตายได้

ผลการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นทำให้ทราบแต่เพียงว่าผู้ป่วยและผู้ปกครองเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักมีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักเป็นอย่างไร ส่วนการศึกษาในครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนนั้นยังไม่มีการศึกษาเรื่องความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักเรื่องร้องโดยตรง ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาคั้งนี้ขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับให้ความรู้แก่ครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนต่อไป



การดำเนินการวิจัยเรื่องความรู้ เจตคติและการปฏิบัติของครูและพยาบาล  
อนามัยโรงเรียนเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักมีวิธีดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้

1. การเตรียมแบบสอบถามขั้นต้น
2. การเตรียมกลุ่มตัวอย่าง
3. การทำ Pilot project จากแบบสอบถามขั้นต้น
4. การรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล
6. การแปลผลและวิจารณ์ผลการวิจัย

1. การเตรียมแบบสอบถามขั้นต้น

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยเรื่องความรู้ เจตคติและการปฏิบัติของครู  
และพยาบาลอนามัยโรงเรียนนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยศึกษาจากเอกสารและคำแนะนำจาก  
ผู้ทรงคุณวุฒิ ลักษณะแบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 4 ส่วนคือ

1.1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถามแบ่งเป็น 9 ข้อ  
ตั้งปรากฏในภาคผนวกท้ายเล่ม

1.2 แบบสอบถามส่วนที่เป็นคำถามเพื่อวัดระดับความรู้แบ่งเป็นความรู้  
ด้านกายวิภาค และสรีรวิทยาของหู พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดงของโรคหุ้่น้ำหนัก  
การดูแลรักษาและการป้องกันโรคหุ้่น้ำหนัก

การวัดจะวัดทั้งระดับความจำ ความเข้าใจ การวิเคราะห์ การ  
สังเคราะห์ และการนำความรู้ไปใช้เมื่อเผชิญปัญหาโรคหุ้่น้ำหนัก

แบบสอบถามส่วนนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งสิ้น 25 ข้อ เป็นแบบ  
ปรนัย ให้เลือกคำตอบที่ถูกต้องมากที่สุดหนึ่งคำตอบจากห้าคำตอบ ถ้าตอบถูกจะให้คะแนน  
1 คะแนน ถ้าตอบผิดหรือไม่ตอบจะให้ 0 คะแนน

1.3 แบบสอบถามส่วนที่สองเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับเจตคติต่อโรคหุ้่น้ำ  
หนักใช้วัดเจตคติต่อความรุนแรงของโรค การรับบริการการป้องกัน และการรักษาโรค  
หุ้่น้ำหนัก แบบสอบถามส่วนนี้มีข้อคำถาม 30 ข้อ

การให้คะแนนจะให้โดยอาศัยมาตราวัดเจตคติแบบของลิเคิร์ต (Likert Scale) กำหนดให้ค่าคะแนนมาตราวัดแต่ละมาตราวัดห่างกันเท่ากันเป็น 1, 2, 3, 4, 5 สำหรับข้อความวัดเจตคติที่เป็นลบ (Negative หรือ Unfavorable) และเป็น 5, 4, 3, 2, 1 สำหรับข้อความวัดเจตคติที่เป็นบวก (Positive หรือ Favorable) โดยกำหนดมาตราวัดให้แต่ละข้อความเป็น 5 มาตราวัดคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

1.4 แบบสอบถามส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติต่อผู้ที่เป็นโรคน้ำหนัก คำถามจะเกี่ยวกับการป้องกันการดูแลและการปฏิบัติต่อผู้ที่เป็นโรคน้ำหนัก แบบสอบถามส่วนนี้มีข้อความ 11 ข้อ มีคำตอบวัดการปฏิบัติเป็น ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ การให้คะแนนสำหรับคำถามการปฏิบัตินั้นถ้าทำในเป็นสิ่งที่ถูกต้องจะให้คะแนนเป็น 2, 1, 0 แต่ถ้าการปฏิบัตินั้นเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้องจะให้คะแนนเป็น 0, 0, 2 และไม่ให้คะแนนในรายที่ไม่เคยพบเด็กที่เป็นโรคน้ำหนัก

หลังจากสร้างแบบสอบถามแล้วจะนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเรื่องโรคหุ ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพความถูกต้องความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เมื่อได้แก้ไขเนื้อหาแล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างครู 10 คนและพยาบาลอนามัยโรงเรียน 10 คน เป็น Pilot project ในข้อที่มีความบกพร่องจะนำกลับมาปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อแก้ไขให้ถูกต้องและนำไปใช้ประโยชน์ได้ดีที่สุดต่อไป

## 2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ได้แก่ ครูและพยาบาลซึ่งมีวิธีการเลือกดังนี้

2.1 กลุ่มครู ได้แก่ครูในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร เลือกโดยจับฉลากคัดเลือกเขตละ 2-3 โรงเรียนทั้งหมด 13 โรงเรียน มีจำนวนครูทั้งสิ้น 855 คน มีครูที่ตอบแบบสอบถาม 350 คน คิดเป็นร้อยละ 40.94 แบ่งเป็นกลุ่มที่ทดลองใช้แบบสอบถาม 10 คนและกลุ่มตัวอย่าง 340 คน ดังมีรายละเอียดในตารางที่ 1

2.2 กลุ่มพยาบาลที่นำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างได้แก่ พยาบาลอนามัยโรงเรียน ประจำศูนย์บริการอนามัยจำนวน 41 คนจากศูนย์บริการสาธารณสุข 55 แห่งละ 1 คนใช้วิธีจับสลากรายชื่อแยกเป็นกลุ่มที่ทดลองใช้แบบสอบถาม 10 คนและกลุ่มตัวอย่าง 31 คน

**ตารางที่ 1** ชื่อโรงเรียน จำนวนครูทั้งหมดและจำนวนครูที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

ชื่อโรงเรียน	จำนวนครูทั้งหมด	จำนวนครูตัวอย่าง
วัดธาตุทอง	92	30
สุโขทัย	45	32
กิ่งเพชร	43	35
วิสุทธิศ	85	59
สวนลุมพินี	47	32
ปลูกจิต	40	23
แจ่มจันทร์	55	20
กระจับพินิจ	88	28
วัดเทพศิลา	85	25
วัดบางพลัด	44	20
วัดราวก	55	1*
วัดบางปะกอก	89	23
วัดเสมียนนารี	87	22
รวม	855	350

\* เลือกใช้ตัวอย่างเพียง 1 ราย เพราะทั้งหมด 23 รายตอบคำถามเหมือนกันหมดทุกข้อ

เมื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างได้แล้วได้ดำเนินการทำ Pilot project

### 3. การทำ Pilot project

จากแบบสอบถามขั้นต้นผู้วิจัยส่งจดหมายขอความร่วมมือจากโรงเรียน และสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร แล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับครู 10 คนและพยาบาล 10 คนเมื่อได้คำตอบแล้วนำคำตอบนั้นมาวิเคราะห์หาความเที่ยงดังนี้

3.1 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหน้าหนาวใช้วิธีคำนวณหาความเที่ยงแบบ คูเคอร์ ริชาร์ดสัน 20 (บุษธรรม กิจปริดาภิวัตน์ 2527:166-169) ได้ค่าความ

เที่ยง 0.931 หาค่าอำนาจจำแนกจากต้นฉบับมีข้อคำถาม 30 ข้อ ได้คัดเอาข้อที่มีค่าอำนาจจำแนก 0.20-1.00 ไว้ตัดข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกน้อยกว่า 0.2 ออกและคัดข้อที่มีค่าความยากง่าย 0.25-0.80 ไว้จึงเหลือข้อคำถาม 25 ข้อ

3.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับเจตคติหาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach (Cronbach Alpha-Coefficiency) ได้ค่าความเที่ยง 0.81

3.3 แบบสอบถามการปฏิบัติต่อโรคหุ้หน้าหวนกัใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach (Cronbach Alpha-Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง 0.64

หลังจากทำ Pilot project แล้วได้นำแบบสอบถามไปแก้ไข โดยรับคำแนะนำจากแพทย์ หุ คอ จมูก, อาจารย์พยาบาล อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญ ทางด้านการวิจัยทางการพยาบาล และผู้ทรงคุณวุฒิทางการให้สุศึกษาแล้วจึงนำแบบสอบถามนั้นไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

#### 4. การรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังจากที่ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และแก้ไขแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

##### 4.1 กลุ่มครุค้ำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นขั้นตอนดังนี้

4.1.1 ส่งจดหมายขออนุญาตเก็บข้อมูลและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัยไปยังอาจารย์ใหญ่หรือผู้อำนวยการโรงเรียน

4.1.2 นัดวันเวลาที่จะนำแบบสอบถามไปให้ครุทำ

4.1.3 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปส่งให้ครุแล้วอธิบายรายละเอียดวิธีการกรอกแบบสอบถามด้วยตนเอง

4.1.4 รับแบบสอบถามคืนด้วยตนเอง

##### 4.2 กลุ่มพยาบาลค้ำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

4.2.1 ส่งจดหมายขออนุญาตเก็บข้อมูลจากพยาบาลอนามัยไปยังสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร

4.2.2 นัดวันเวลาแล้วนำแบบสอบถามไปให้พยาบาล อธิบายรายละเอียดวิธีการทำแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทำ แล้วเก็บแบบสอบถามคืนด้วยตนเองในวันนั้นหรือวันรุ่งขึ้น

เมื่อได้รับแบบสอบถามคืนแล้วจึงเริ่มเรียบเรียงข้อมูล



เพื่อทำการวิเคราะห์

## 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากได้รับแบบสอบถามคืนแล้ว ผู้วิจัยได้นำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เอสพีเอสเอส (Statistical Package for the Social Science) ของสถาบันคอมพิวเตอร์มหาวิทยาลัยมหิดล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

5.1 วิเคราะห์จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามจำนวนปี ที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การสอน สุขศึกษา การอบรมเรื่องโรคหุ ระดับการศึกษาและการดูแลเด็กที่เป็นโรคหุ น้ำหนัก

5.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเรื่องโรคหุ น้ำหนักระหว่างครูและพยาบาล โดยทดสอบค่า  $t$  ( $t$ -test)

5.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเรื่องโรคหุ น้ำหนักในกลุ่มครูและพยาบาล จำแนกตามจำนวนปีที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การสอน สุขศึกษา การอบรมเรื่องโรคหุ ระดับการศึกษาและการดูแลเด็กที่เป็นโรคหุ น้ำหนัก โดยการทดสอบค่า  $F$  หรือการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way ANOVA) ถ้าผลที่ได้มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะ ใช้การทดสอบด้วยวิธี LSD (Least Significant Difference Procedure)

5.4 หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติและการปฏิบัติต่อโรคหุ น้ำหนักในกลุ่มครูและพยาบาลด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) และทดสอบความมีนัยสำคัญโดยเทียบกับตาราง  $r$

## 6 การแปลผลและวิจารณ์ผลการวิจัย

นำผลการวิเคราะห์ที่ได้จากข้อ 5 มาแปลผลและวิจารณ์ผลการวิจัย

บทที่ 4  
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาเรื่องความรู้ เจตคติและการปฏิบัติของครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียน จะทำการวิเคราะห์ในหัวข้อต่อไปนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. คะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนัก
3. ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักระหว่างกลุ่มครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียน
4. ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักจำแนกตามอายุราชการ
5. ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักจำแนกตามประสบการณ์การสอนสุขศึกษา
6. ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักจำแนกตามประสบการณ์การรับการอบรมเรื่องโรคหุ้่น้ำหนัก
7. ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักจำแนกตามระดับการศึกษา
8. ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักจำแนกตามประสบการณ์การดูแลเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนัก
9. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนัก
10. จำนวนครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่ตอบคำถามความรู้เรื่องกายวิภาคและสรีระวิทยาของหู สาเหตุ อาการและอาการแสดง การดูแลป้องกันและรักษาโรคหุ้่น้ำหนักถูกต้อง

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มี 2 กลุ่ม คือ ครูที่สอนในโรงเรียนระดับประถมศึกษาสังกัดกรุงเทพมหานคร และพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดกรุงเทพมหานคร ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (ตารางที่ 2)

1.1 ครูสังกัดกรุงเทพมหานครจำนวน 340 ราย ส่วนใหญ่มีลักษณะดังนี้คือ ปฏิบัติงานนาน 11-15 ปีมี 101 คน (ร้อยละ 29.70) ไม่เคยทำการสอนสุขศึกษา 130 คน (ร้อยละ 38.24) เคยรับการอบรมเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักจำนวน 186 คน (ร้อยละ 54.70)

ระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือโท 282 คน(ร้อยละ82.90) ไม่มีเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำ  
หนักอยู่ในความดูแล 281 คน(ร้อยละ 82.40) มีรายละเอียดดังตารางที่ 2

1.2 พยาบาลอนามัยโรงเรียนจำนวน 318คน ส่วนใหญ่มีลักษณะทั่วไปดัง  
นี้คือปฏิบัติงานนาน 11-15 ปี มี 12 คน(ร้อยละ 38.71) เคยสอนสุขศึกษา 31 คน(ร้อย  
ละ 100) เคยได้รับการอบรมเรื่องโรคหุ้่น้ำ 29 คน(ร้อยละ 93.55) ระดับการศึกษา  
ระดับประกาศนียบัตรและอนุปริญญา 18 คน(ร้อยละ 58.06) มีเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนัก  
อยู่ในความดูแล 25 คน(ร้อยละ 80.65)

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนจำแนกตาม  
อายุราชการ ประสบการณ์การสอนสุขศึกษา การอบรมเรื่องโรคหุ้่น้ำ ระดับการ  
ศึกษา และประสบการณ์การดูแลเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนัก

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	ครู		พยาบาล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนตัวอย่าง	340	100.00	31	100.00
1. อายุราชการ				
1-5 ปี	6	1.76	3	9.67
6-10 ปี	86	25.29	10	32.26
11-15 ปี	101	29.71	12	38.71
16-20 ปี	58	17.06	4	12.90
มากกว่า 20 ปี	90	26.47	2	6.45
2. ประสบการณ์การสอนสุขศึกษา				
สอนสุขศึกษา	127	37.35	31	100.00
ไม่สอนสุขศึกษา	130	38.24	-	-
เคยสอนแต่ปัจจุบันไม่ได้สอน	83	24.41	-	-
3. การอบรมเรื่องโรคหุ้่น้ำ				
เคยรับการอบรม	186	54.71	29	93.55
ไม่เคยรับการอบรม	154	45.29	2	6.45

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	ครู		พยาบาล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
4. ระดับการศึกษา				
ประกาศนียบัตร หรืออนุปริญญา	58	17.06	18	58.06
ปริญญาตรี หรือปริญญาโท	281	82.65	13	41.94
5. การดูแลเด็กที่เป็นโรคน้ำหนวก				
มี	37	10.88	25	80.65
ไม่มี	280	82.35	2	6.45
เคยมีแต่ขณะนี้หายแล้ว	23	6.76	4	12.90

## 2. ร้อยละของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเรื่องโรคน้ำหนวกของกลุ่มครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียน

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคน้ำหนวก (ตารางที่ 3) จากการศึกษาพบว่า คะแนนความรู้ครูและพยาบาลได้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ 15.78 และ 19.71 ตามลำดับ คะแนนสูงสุดครูได้มากกว่าพยาบาล 1 คะแนน คะแนนต่ำสุดพยาบาลได้มากกว่าครู 11 คะแนน

คะแนนเจตคติพยาบาลได้ค่าเฉลี่ยคะแนน คะแนนสูงสุด-ต่ำสุดมากกว่าครู พยาบาลได้ค่าเฉลี่ยคะแนน 120.26 ครูได้ 109.41 คะแนนสูงสุดได้มากกว่าต่ำสุด 12 และ 60 คะแนนตามลำดับ

คะแนนการปฏิบัติพบว่า พยาบาลปฏิบัติต่อเด็กนักเรียนที่เป็นโรคน้ำหนวก ถูกต้องกว่าครู โดยพยาบาลได้คะแนนเฉลี่ย 16.28 ครูได้ 13.00 คะแนนสูงสุดและต่ำสุดใกล้เคียงกัน คะแนนต่างกัน 2,3 คะแนน ตามลำดับ

ตารางที่ 3 คชแนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักจำแนกตามอาชีพ

หมวดคชแน	ครู					พยาบาล			
	คชแนเต็ม	สูงสุด	ต่ำสุด	$\bar{X}_1$	SD <sub>1</sub>	สูงสุด	ต่ำสุด	$\bar{X}_2$	SD <sub>2</sub>
ความรู้	25	24	2	15.78	3.82	23	13	19.71	2.47
เจตคติ	150	130	42	109.41	10.70	142	102	120.26	9.02
การปฏิบัติ	22	20	6	13.00	3.24	22	9	16.28	2.63

จากการศึกษาระดับความรู้ตามเกณฑ์รายงานผลการสอบของมาร์แชลเฮลล์ (Marshal Hales, 1972:136) (ตารางที่ 4) พบว่าครูได้คชแนความรู้ที่อยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุงมากที่สุดคือมี 144 คน (ร้อยละ 42.35) รองลงมาคือเกณฑ์พอใช้ 94 คน (ร้อยละ 20.88)

พยาบาลอนามัยโรงเรียนมากกว่าครึ่งหนึ่ง คือ 16 คน (ร้อยละ 51.62) มีความรู้เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ดีและดีมาก ได้คชแนอยู่ในเกณฑ์พอใช้ 7 คน (ร้อยละ 22.58) และมีพยาบาล 8 คน (ร้อยละ 25.80) ได้คชแนใช้ไม่ได้และต้องปรับปรุง

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่ได้คชแนความรู้เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักจำแนกตามเกณฑ์ของ มาร์แชล เฮลล์

เกณฑ์	คชแน (ร้อยละ)	ครู		พยาบาล	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ดีมาก	มากกว่า 90	8	2.35	1	3.23
ดี	81-90	23	6.76	15	48.39
พอใช้	71-80	94	22.75	7	22.58
ใช้ไม่ได้	61-70	71	20.88	6	19.35
ต้องปรับปรุง	น้อยกว่า 61	144	42.35	2	6.45

### 3. การวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติและ การปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนัก ระหว่างกลุ่มครู และพยาบาลอนามัยโรงเรียน

การศึกษาความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนัก พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้คะแนนดังตารางที่ 3

เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนัก ของครู และพยาบาลอนามัยโรงเรียนมาเปรียบเทียบกันโดยใช้  $t$ -test พบว่าคะแนนเฉลี่ยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังตารางที่ 5 เมื่อพิจารณาคะแนนพบว่าพยาบาลอนามัยโรงเรียนได้คะแนนดีกว่าครูทั้ง 3 หมวดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคหุ้่น้ำหนักระหว่างครู และพยาบาลอนามัยโรงเรียน

หมวดคะแนน	ครู (n=340)		พยาบาล (n=31)		df	t	p
	$\bar{X}_1$	SD <sub>1</sub>	$\bar{X}_2$	SD <sub>2</sub>			
ความรู้	15.78	3.82	19.71	2.47	369	5.62 <sup>***</sup>	0.000
เจตคติ	109.41	10.70	120.26	9.02	369	5.47 <sup>***</sup>	0.000
การปฏิบัติ	13.00	3.24	16.28	2.63	87	4.74 <sup>***</sup>	0.000

\*\*\* P < 0.001

### 4. วิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เจตคติ และการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักตามอายุราชการ

#### 4.1 ครู

จากการศึกษาความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเรื่องโรคโดยพิจารณาตามอายุราชการ (ตารางที่ 6) พบว่าครูที่มีอายุราชการ 11-15 ปีและ 16-20 ปี ได้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ใกล้เคียงกันคือได้ 16.12 และ 16.18 ตามลำดับ กลุ่มที่ได้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ต่ำที่สุดคือครูที่มีอายุราชการ 1-5 ปี ซึ่งได้คะแนนเฉลี่ย 15.17 สั

หรับคะแนนเจตคติ ครูที่มีคะแนนเจตคติมากที่สุดคือครูที่มีอายุราชการ 16-20 ปี ได้คะแนนเฉลี่ย 111.21 ครูที่มีอายุราชการ 1-5 ปี ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดโดยได้ 100.50 ในด้านการปฏิบัตินั้นครูที่ได้ค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยที่สุดคือครูที่มีอายุราชการ 1-5 ปี ได้ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติ 11.00 กลุ่มที่ได้คะแนนการปฏิบัติมากที่สุดคือครูที่มีอายุราชการ 6-10 ปี ซึ่งได้คะแนนเฉลี่ย 13.00

**ตารางที่ 6** ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคหุ้่น้ำหนักของครู จำแนกตามอายุราชการ

อายุราชการ	หมวดคะแนน					
	ความรู้ (คะแนนเต็ม 25)		เจตคติ (คะแนนเต็ม 150)		การปฏิบัติ (คะแนนเต็ม 22)	
	$n_1$	$\bar{X}_1$	$n_2$	$\bar{X}_2$	$n_3$	$\bar{X}_3$
1-5 ปี	6	15.17	6	100.50	2	11.00
6-10 ปี	86	15.55	86	107.48	11	13.00
11-15 ปี	101	16.12	101	109.52	19	12.68
16-20 ปี	57	16.08	57	111.21	12	12.92
มากกว่า 20 ปี	90	15.47	90	110.58	16	12.94

การวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักของครูที่มีอายุราชการต่างกันพบว่าความรู้และการปฏิบัติไม่มีความผันแปรตามอายุราชการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนเจตคติมีความผันแปรตามอายุราชการที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักของครูตามอายุราชการ

หมวดคะแนน	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ความรู้	ระหว่างกลุ่ม	4	32.77	8.19	0.56 <sup>ns</sup>	0.692
	ภายในกลุ่ม	335	4935.68	14.64		
	รวม	339	4938.46			
เจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	4	1106.60	276.65	2.467 <sup>*</sup>	0.045
	ภายในกลุ่ม	335	37705.57	112.55		
	รวม	339	38812.17			
การปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	4	14.410	3.60	0.86 <sup>ns</sup>	0.857
	ภายในกลุ่ม	55	603.595	10.97		
	รวม	59	618.00			

\* p < 0.05

เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติของครูที่มีอายุราชการแตกต่างกันมาเปรียบเทียบด้วยวิธี Least Significant Difference Procedure พบว่า ครูที่มีอายุราชการ 11-15 , 16-20 และมากกว่า 20 ปี ได้ค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติดีกว่าครูที่มีอายุราชการ 1-5 ปี และ ครูที่มีอายุราชการ 16-20 ปีได้ค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติมากกว่าครูที่มีอายุราชการ 6-10 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติเรื่องโรคหุ้หน้าหวกในกลุ่มครูจำแนกตามอายุราชการเป็นรายคู่

อายุราชการ	มากกว่า 20 ปี	11-15 ปี	6-10 ปี	1-5 ปี	
คะแนนเฉลี่ย	110.58	109.52	107.48	100.50	
16-20 ปี	111.21	0.63	1.69	3.73 <sup>*</sup>	10.71 <sup>*</sup>
มากกว่า 20 ปี	110.58	-	1.06	3.10	10.08 <sup>*</sup>
11-15 ปี	109.52	-	-	2.04	9.02 <sup>*</sup>
6-10 ปี	107.48	-	-	-	6.98

\*  $p < 0.05$

#### 4.2 พยาบาลอนามัยโรงเรียน

การศึกษาค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้หน้าหวกของพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่มีอายุราชการต่างกัน(ตารางที่ 9)พบว่า พยาบาลอนามัยโรงเรียนที่ได้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้มากที่สุดคือ กลุ่มที่มีอายุราชการมากกว่า 20 ปี ได้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ 21.00 ใกล้เคียงกับกลุ่มอายุราชการ 1-5 ปีที่ได้คะแนนเฉลี่ย 20.67 กลุ่มอายุราชการ 6-10 ปี ได้คะแนนเฉลี่ย 20.00 กลุ่มอายุราชการ 11-15 ปี ได้คะแนนเฉลี่ย 19.58 กลุ่มอายุราชการ 16-20 ปีได้คะแนนเฉลี่ย 18.00 เมื่อพิจารณาคะแนนเจตคติกลับพบว่ากลุ่มอายุราชการมากกว่า 20 ปีได้ค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติน้อยที่สุด และกลุ่มอายุราชการ 16-20 ปีได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด โดยได้ค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติ 115.50 และ 124.25 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้หน้าหวกพบว่า พยาบาลอนามัยโรงเรียนที่มีอายุราชการ 6-10 ปี ได้คะแนนการปฏิบัติมากที่สุดคือ ได้คะแนนเฉลี่ย 17.40 ส่วนกลุ่มที่ได้คะแนนการปฏิบัติที่น้อยที่สุดคือ กลุ่มอายุราชการ

มากกว่า 20 ปี ได้คะแนนเฉลี่ย 14.00 (ดังตารางที่ 9)

**ตารางที่ 9** ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้หน้าหนวกของ  
พยาบาลอนามัยโรงเรียน จำแนกตามอายุราชการ

อายุราชการ	หมวดคะแนน					
	ความรู้ (คะแนนเต็ม 25)		เจตคติ (คะแนนเต็ม 150)		การปฏิบัติ (คะแนนเต็ม 22)	
	$n_1$	$\bar{X}_1$	$n_2$	$\bar{X}_2$	$n_3$	$\bar{X}_3$
1-5 ปี	3	20.67	3	116.33	3	15.67
6-10 ปี	10	20.00	10	119.90	10	17.40
11-15 ปี	12	19.58	12	121.00	10	16.60
16-20 ปี	4	18.00	4	124.25	4	14.25
มากกว่า 20 ปี	2	21.00	2	115.50	2	14.00

การวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักของพยาบาลที่มีอายุราชการต่างกันโดยใช้ ANOVA พบว่าคะแนนเฉลี่ยไม่มีความแปรปรวนตามอายุราชการ ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักของพยาบาลอนามัยโรงเรียนตามอายุราชการ

หมวดคะแนน	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ความรู้	ระหว่างกลุ่ม	4	18.80	4.70	0.75	0.568
	ภายในกลุ่ม	26	163.58	6.29		
	รวม	30	182.39			
เจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	4	163.12	40.78	0.47	0.760
	ภายในกลุ่ม	26	2276.82	87.57		
	รวม	30	2439.94			
การปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	4	41.58	10.39	1.64	0.197
	ภายในกลุ่ม	24	152.22	6.34		
	รวม	28	193.79			

##### 5. วิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักตามประสบการณ์การสอนสุขศึกษา

###### 5.1 ครู

การศึกษาค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักในกลุ่มครูที่สอน ไม่เคยสอน และเคยสอนปัจจุบันไม่ได้สอนสุขศึกษา พบว่าครูที่สอนสุขศึกษาได้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนัก 16.65 , 110.51 และ 13.50 ตามลำดับ ไกล่เคียงกับครูที่เคยสอนสุขศึกษาที่ได้คะแนน 16.11 , 108.93 และ 13.19 ตามลำดับ ครูที่ไม่เคยสอนสุขศึกษาได้คะแนนน้อยที่สุดโดยได้คะแนนเฉลี่ย 14.72 , 108.63 และ 11.93 ตามลำดับ (ตารางที่ 11)

**ตารางที่ 11** ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักของครูที่สอน เคยสอน และไม่เคยสอนสุขศึกษา

ประสบนการเฝ้าการสอนสุขศึกษา						
หมวดคะแนน	สอน		เคยสอนแต่ปัจจุบันไม่สอน		ไม่เคยสอนสุขศึกษา	
	$\bar{x}_1$	SD <sub>1</sub>	$\bar{x}_2$	SD <sub>2</sub>	$\bar{x}_3$	SD <sub>3</sub>
ความรู้	16.65	3.73	16.11	3.38	14.72	3.93
เจตคติ	110.51	10.37	108.93	10.49	108.63	11.13
การปฏิบัติ	13.50	3.50	13.19	3.24	11.93	3.15

การวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติและ การปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักของครูตามประสพการณ์การสอนสุขศึกษาโดยใช้ ANOVA พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้มีความแปรปรวนตามประสพการณ์การสอนสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.001 ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติและการปฏิบัติไม่มีความแปรปรวน (ตารางที่ 12)

**ตารางที่ 12** การวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เจตคติ และการ ปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักตามประสพการณ์การสอนสุขศึกษาของครู

หมวดคะแนน	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ความรู้	ระหว่างกลุ่ม	2	249.35	124.67	8.96	*** 0.000
	ภายในกลุ่ม	337	4689.11	13.91		
	รวม	339	4938.46			
เจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	2	251.47	125.73	1.10	** 0.334
	ภายในกลุ่ม	337	38560.71	114.42		
	รวม	339	38812.17			
การปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	2	23.82	11.91	1.14	** 0.326
	ภายในกลุ่ม	57	594.17	10.422		
	รวม	59	618.00			

\*\*\* p < 0.001

เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักของครูที่มีประสบการณ์การสอนสุขศึกษาแตกต่างกันมาเปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยวิธี Least significant Difference Procedure พบว่าครูที่สอนและเคยสอนสุขศึกษามีความรู้เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักดีกว่าครูที่ไม่เคยสอนสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักของครูที่มีประสบการณ์การสอนสุขศึกษาต่างกันเป็นรายคู่

การสอนสุขศึกษา	ค่าเฉลี่ย	เคยสอนแต่ปัจจุบันไม่สอน	ไม่เคยสอน
		16.11	14.72
สอนสุขศึกษา	16.65	0.54 <sup>**</sup>	1.93 <sup>*</sup>
เคยสอน	16.11	-	1.39 <sup>*</sup>

\*  $p < 0.05$

## 5.2 พยาบาลอนามัยโรงเรียน

จากการศึกษาพบว่าพยาบาลอนามัยโรงเรียนทุกคนสอนสุขศึกษาและได้คะแนนเฉลี่ยดังแสดงในตารางที่ 3 จึงไม่ได้ทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยตามประสบการณ์การสอนสุขศึกษา

## 6. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักจำแนกตามประสบการณ์การรับการอบรมเรื่องโรคหุ้่น้ำหนัก

### 6.1 ครู

จากการศึกษาค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักจำแนกตามประสบการณ์การรับการอบรมเรื่องโรคหุ้่น้ำหนัก (ตารางที่ 14) พบว่า ครูที่เคยรับการอบรมได้คะแนนเฉลี่ย 16.31 , 111.73 และ 13.08 ตามลำดับ โดยได้คะแนนเฉลี่ยมากกว่าครูที่ไม่เคยรับการอบรมซึ่งได้ค่าเฉลี่ยคะแนน 15.14 , 106.60 และ 12.36 ตามลำดับ

การศึกษาความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักในกลุ่มครูที่เคยและไม่เคยรับการอบรมเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักว่า คะแนนความรู้ และเจตคติมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.001 แต่คะแนน การปฏิบัติไม่มีความแตกต่างดังตารางที่ 14 เมื่อพิจารณาคะแนนพบว่าครูที่เคยรับการอบรม เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักได้คะแนนความรู้และเจตคติมากกว่าครูที่ไม่เคยรับการอบรม

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักของ ครูที่เคยและไม่เคยรับการอบรมเรื่องโรคหุ้่น้ำหนัก

หมวดคะแนน	ประสบการณ์การอบรมเรื่องโรคหุ้่น้ำหนัก				df	t	p
	เคยรับการอบรม		ไม่เคยรับการอบรม				
	$\bar{X}_1$	SD <sub>1</sub>	$\bar{X}_2$	SD <sub>2</sub>			
ความรู้	16.31	3.56	15.14	4.03	338	2.83 <sup>**</sup>	0.005
เจตคติ	111.73	10.51	106.60	10.28	338	4.52 <sup>***</sup>	0.000
การปฏิบัติ	13.08	3.26	12.36	3.28	58	0.25 <sup>***</sup>	0.804

<sup>\*\*</sup> p < 0.01

<sup>\*\*\*</sup> p < 0.001

## 6.2 พยาบาลอนามัยโรงเรียน

การศึกษาค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ การปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักจำแนกตามประสบการณ์การอบรมเรื่องโรคหุ้่น้ำหนัก (ตารางที่ 15) พบว่า กลุ่มที่เคยรับการอบรมได้คะแนนมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยอบรมทั้ง 3 หมวด โดยกลุ่มที่เคยรับการอบรมได้ค่าเฉลี่ยคะแนน 19.75 , 120.14 และ 16.33 ตามลำดับ กลุ่มที่ไม่เคยรับการอบรมได้ค่าเฉลี่ยคะแนน 19.00 , 118.00 และ 15.50

จากการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติโดยการทดสอบค่า t พบว่า กลุ่มที่เคยรับการอบรมได้คะแนนมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยรับการอบรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

**ตารางที่ 15** ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักของ  
พยาบาลอนามัยโรงเรียนที่เคยและไม่เคยรับการอบรมเรื่องโรคหุ้่น้ำหนัก

หมวดคะแนน	ประสบการณ์การอบรมเรื่องโรคหุ้่น้ำหนัก				df	t	p
	เคยรับการอบรม		ไม่เคยรับการอบรม				
	$\bar{X}_1$	SD <sub>1</sub>	$\bar{X}_2$	SD <sub>2</sub>			
ความรู้	19.75	2.49	19.00	2.83	29	0.37	0.681
เจตคติ	120.41	9.30	118.00	2.83	29	0.91	0.721
การปฏิบัติ	16.33	2.72	15.50	0.71	27	0.43	0.674

**7. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักจำแนกตามระดับการศึกษา**

**7.1 ครู**

จากการศึกษาค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักของครูที่มีระดับการศึกษาต่างกัน (ตารางที่ 16) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และเจตคติของทั้ง 2 กลุ่มมีค่าใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มที่มีระดับการศึกษาประกาศนียบัตรและอนุปริญญาได้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ 15.29 ค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติ 109.50 กลุ่มที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือโทได้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ 15.71 ค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติ 109.39 สำหรับค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติทั้ง 2 กลุ่ม ได้ค่าเฉลี่ยเท่ากันคือ 13.00

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างโดยใช้ t- test แล้วพบว่าคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 16 การวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักของครูที่มีระดับการศึกษาต่างกัน

หมวดคะแนน	ระดับการศึกษา				df	t	p
	ประกาศนียบัตรและอนุปริญญา		ปริญญาตรีและโท				
	$\bar{X}_1$	SD <sub>1</sub>	$\bar{X}_2$	SD <sub>2</sub>			
ความรู้	15.29	3.39	15.71	3.74	338	1.07	0.287
เจตคติ	109.50	9.52	109.39	10.93	338	0.07	0.943
การปฏิบัติ	13.00	2.97	13.00	3.34	58	0.00	1.000

## 7.2 พยาบาลอนามัยโรงเรียน

จากการศึกษาพบว่าพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือโทได้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการปฏิบัติเท่ากับ 20.00 และ 16.24 ได้มากกว่าระดับประกาศนียบัตรหรืออนุปริญญาซึ่งได้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ 19.50 ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติ 16.24 ส่วนคะแนนเจตคติพบว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาระดับประกาศนียบัตรหรืออนุปริญญาได้ค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติ 123.00 มากกว่าระดับปริญญาตรีหรือโทซึ่งได้ค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติ 116.40

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติโดยใช้ t-test พบว่าคะแนนเจตคติต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนคะแนนความรู้และการปฏิบัติไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 17

ตารางที่ 17 การวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักของพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่มีระดับการศึกษาต่างกัน

หมวดคะแนน	ระดับการศึกษา				df	t	p
	ประกาศนียบัตรหรืออนุปริญญา		ปริญญาตรีหรือโท				
	$\bar{X}_1$	SD <sub>1</sub>	$\bar{X}_2$	SD <sub>2</sub>			
ความรู้	19.50	2.28	20.00	2.77	29	0.55	0.586
เจตคติ	123.00	8.87	116.46	8.06	29	2.10*	0.044
การปฏิบัติ	16.24	2.95	16.33	2.23	27	0.10	0.923

\* P < 0.05

### 8. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และเจตคติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักจำแนกตามประสบการณ์การดูแลเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนัก

#### 8.1 ครู

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักของครูจำแนกตามประสบการณ์การดูแลเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนัก (ตารางที่ 18) พบว่าครูที่เคยมีเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักอยู่ในความดูแลได้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติมากที่สุดโดยได้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ 16.52 ค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติ 113.43 และค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติ 13.69 รองลงมาคือครูที่มีเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักอยู่ในความดูแลซึ่งได้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ 15.89 ค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติ 111.19 ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติ 12.56 ครูที่ไม่มีเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักอยู่ในความดูแลได้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และเจตคติน้อยที่สุดโดยได้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ 15.70 ค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติ 108.84

**ตารางที่ 18** ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนัก  
ของครูที่มี ไม่มี และเคยมีเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักในความดูแล

หมวดคะแนน	ประสบการณ์การดูแลเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนัก					
	มี (n=37)		ไม่มี (n=280)		เคยมี (n=23)	
	$\bar{X}_1$	SD <sub>1</sub>	$\bar{X}_2$	SD <sub>2</sub>	$\bar{X}_3$	SD <sub>3</sub>
ความรู้	15.89	4.17	15.70	3.79	16.52	3.62
เจตคติ	111.19	10.58	108.84	10.66	113.43	10.68
การปฏิบัติ	12.56	3.38	-	-	13.69	2.91

จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และเจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักโดย ANOVA พบว่า ครูที่มี ไม่มี เคยมีเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักอยู่ในความดูแลคะแนนเจตคติมีความแปรปรวนตามประสบการณ์การดูแลเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 19

ตารางที่ 19 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักของครูที่มี ไม่มีและเคยมีเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักอยู่ในความดูแล

หมวดคะแนน	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P	
ความรู้	ระหว่างกลุ่ม	2	14.75	7.38	0.50	***	0.604
	ภายในกลุ่ม	337	4923.70	14.61			
	รวม	339	4938.45				
เจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	2	579.76	289.88	2.56	*	0.039
	ภายในกลุ่ม	337	38232.41	113.45			
	รวม	339	38812.17				
การปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	1	18.05	18.05	1.74	***	0.192
	ภายในกลุ่ม	58	599.95	10.34			
	รวม	59	618.00				

\*  $p < 0.05$

เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติ เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักของครูที่มีประสบการณ์การดูแลสุขภาพเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักต่างกันมาเปรียบเทียบเป็นรายคู่โดยวิธี Least Significant difference Procedure พบว่า ครูที่เคยมีเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักอยู่ในความดูแลได้คะแนนดีกว่าครูที่ไม่เคยมีเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักอยู่ในความดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 20

ตารางที่ 20 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติของครูที่มีและไม่มีเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักอยู่ในความดูแลเป็นรายคู่

เด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักอยู่ในความดูแล	ค่าเฉลี่ย	เคยมี	มี	ไม่มี
		113.43	111.19	108.84
เคยมี	113.43	-	2.24	4.59*
มี	111.19	-	-	2.35
ไม่มี	108.89	-	-	-

\*  $p < 0.05$

## 8.2 พยาบาลอนามัยโรงเรียน

เมื่อนิยามความหมายของพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่ไม่เคยมีเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักในควบคุมดูแลได้คะแนนความรู้มากที่สุดคือได้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ 21.00 ถัดมาคือกลุ่มที่เคยมีและมีเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักในควบคุมดูแลซึ่งได้คะแนนความรู้ 20.50 และ 19.48 ตามลำดับ คะแนนเจตคติกลุ่มที่มีเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักอยู่ในควบคุมดูแลได้ค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติ 118.40 น้อยกว่ากลุ่มที่เคยมีและไม่เคยมีซึ่งได้คะแนนเจตคติ 128.25 และ 127.50 ตามลำดับ คะแนนการปฏิบัติพบว่ากลุ่มที่เคยมีเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักในควบคุมดูแลได้ค่าเฉลี่ยคะแนน 17.50 กลุ่มที่มีเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักอยู่ในควบคุมดูแลได้ค่าเฉลี่ยคะแนน 16.08 รายละเอียดดังตารางที่ 21

**ตารางที่ 21** ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักของพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่มี ไม่มี และเคยมีเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักอยู่ในควบคุมดูแล

หมวดคะแนน	เด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักในควบคุมดูแล					
	มี (n=25)		ไม่มี (n=2)		เคยมี (n=4)	
	$\bar{X}_1$	SD <sub>1</sub>	$\bar{X}_2$	SD <sub>2</sub>	$\bar{X}_3$	SD <sub>3</sub>
ความรู้	19.48	2.56	21.00	0.00	20.50	2.38
เจตคติ	118.40	7.39	127.50	20.50	128.25	9.32
การปฏิบัติ	16.08	2.76	-	-	17.50	1.00

จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และ  
เจตคติเรื่องโรคหุ้หน้าหวกของพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่มี เคยมี และไม่มีเด็กที่เป็นโรค  
หุ้หน้าหวกอยู่ในความดูแลโดยวิธี ANOVA พบว่า คะแนนเจตคติมีความแตกต่างอย่างมีนัย  
สำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 22

ตารางที่ 22 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เจตคติ และการ  
ปฏิบัติเรื่องโรคหุ้หน้าหวกในกลุ่มพยาบาลที่มี ไม่มี และเคยมีเด็กที่เป็นโรคหุ้  
หน้าหวกอยู่ในความดูแล

หมวดคะแนน	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F		p
ความรู้	ระหว่างกลุ่ม	2	7.15	3.57	0.57	***	0.571
	ภายในกลุ่ม	28	175.24	6.62			
	รวม	30	182.39				
เจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	2	446.69	223.34	3.13	*	0.039
	ภายในกลุ่ม	28	1993.25	71.18			
	รวม	30	2439.94				
การปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	1	6.95	6.95	1.00	***	0.325
	ภายในกลุ่ม	27	186.84	6.92			
	รวม	28	193.79				

\*  $p < 0.05$

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติเป็นรายคู่ด้วยวิธี LSD. พบว่า  
มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 โดยพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่เคยมีเด็กที่  
เป็นโรคหุ้หน้าหวกอยู่ในความดูแลได้คะแนนเจตคติเรื่องโรคหุ้หน้าหวกดีกว่าพยาบาลที่มีเด็ก  
ที่เป็นโรคหุ้หน้าหวกอยู่ในความดูแลที่เด็กยังไม่หาย ดังตารางที่ 23

ตารางที่ 23 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักของพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่มี ไม่มีและเคยมีเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักเป็นอยู่ในความดูแลเป็นรายคู่

เด็กที่เป็นโรค หุ้่น้ำหนักใน ความดูแล	ค่าเฉลี่ย	เคยมี	ไม่มี	มี
		128.25	127.50	118.40
เคยมี	128.25	-	0.75	9.85 <sup>*</sup>
ไม่มี	127.50	-	-	9.10
มี	118.40	-	-	-

\*  $p < 0.05$

9. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนัก

เมื่อหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson Correlation Coefficient) ระหว่างคะแนนความรู้เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักแล้วพบว่า คะแนนความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติ ของครูมีความสัมพันธ์กันในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ 0.001 แต่ของพยาบาลอนามัยโรงเรียนไม่มีความสัมพันธ์กัน ดังตารางที่ 24

ตารางที่ 24 ความสัมพันธ์ระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักของครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียน

ความสัมพันธ์	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	
	ครู	พยาบาล
ความรู้กับเจตคติ	0.832 ***	0.32 **
ความรู้กับการปฏิบัติ	0.296 **	-0.21 **
เจตคติกับการปฏิบัติ	0.880 ***	-0.32 **

\*\*  $p < 0.01$  \*\*\*  $p < 0.001$

10. จำนวนครูและพยาบาลที่ตอบคำถามความรู้เรื่องกาชวิภาคและสรีระวิทยาของหู สวเหตุ อาการ อาการแผลคง การป้องกัน และการคผลรักษาโรคหูน้ำหนวกได้ถูกต้อง

10.1 ความรู้เรื่องกาชวิภาคและสรีระวิทยาของหู

จากตารางที่ 25 พบว่า กาชวิภาคและสรีระวิทยาของหูที่ครูมีความรู้ดีได้แก่คำถาม หูแบ่งเป็นกี่ชั้น มีครูที่ตอบถูกร้อยละ 85.88 ครู 3 ใน 5 หรือร้อยละ 69.11 และ 60.58 ตามลำดับ รู้ว่าถ้าท่อที่เชื่อมระหว่างคอกับหูคุดตันจะมีอาการผิดปกติอย่างไร และส่วนประกอบของหูที่ทำหน้าที่รับและขยายเสียงคือข้อใด ครูประมาณครึ่งหนึ่งคือร้อยละ 58.24 รู้ว่า หูส่วนที่ทำหน้าที่เป็นประสาทรับเสียงมีลักษณะอย่างไร ครูไม่ถึงครึ่งที่รู้ว่า แก้วหูหมายถึงอะไร การไอหรือการจามบางครั้งหูอื้อเพราะอะไร และประสาทรับเสียงอยู่ที่ส่วนใดของหู

กาชวิภาคและสรีระวิทยาของหูที่พยาบาลอนามัยโรงเรียนส่วนใหญ่มีความรู้ดีคือ หูแบ่งเป็นกี่ชั้นตอบถูกร้อยละ 96.77 ส่วนใดของหูที่รับและขยายเสียงตอบถูกร้อยละ 87.10 ไอหรือจามบางครั้งหูอื้อเพราะอะไรตอบถูกร้อยละ 77.42 หูที่ทำหน้าที่เป็นประสาทรับเสียงมีลักษณะอย่างไรตอบถูกร้อยละ 74.19 และถ้าท่อที่เชื่อมระหว่างคอกับหูคุดตันจะมีอาการผิดปกติอย่างไรร้อยละ 64.51 กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งคือร้อยละ 54.84 ตอบคำถาม ประสาทรับเสียงอยู่ที่ส่วนใดของหู และพยาบาลอนามัยโรงเรียนเพียงร้อยละ 35.48 ที่รู้ว่าแก้วหูหมายถึงข้อใด

ตารางที่ 25 จำนวนและร้อยละของครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่ตอบคำถามความรู้เรื่องกาชวิภาคและสรีระวิทยาของหูถูกต้อง

คำถาม	ครู		พยาบาลอนามัยโรงเรียน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
หูแบ่งเป็นกี่ชั้น	292	85.84	30	96.77
แก้วหูหมายถึงข้อใด	147	43.23	11	35.48
ถ้าท่อที่เชื่อมระหว่างคอกับหูคุดตันจะมีอาการผิดปกติอย่างไร	235	69.11	20	64.51

## ตารางที่ 25 (ต่อ)

คำถาม	ครู		พยาบาลอนามัยโรงเรียน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ส่วนประกอบของหูที่รับ และขยายเสียงคือข้อใด	206	60.58	27	87.10
การไอหรือจามบางครั้งมี อาการหูอื้อเพราะเหตุใด	150	41.11	24	77.42
หูส่วนที่ทำหน้าที่เป็น ประสาทรับเสียงมีลักษณะอย่างไร	198	58.24	23	74.19
ประสาทรับเสียง อยู่ที่ส่วนใดของหู	149	43.82	17	54.84
รวม		57.42		81.72

## 10.2. ความรู้เรื่องสาเหตุของโรคหูน้ำหนวก

เมื่อพิจารณาความรู้เรื่องสาเหตุของโรคหูน้ำหนวกของครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียน(ตารางที่ 26 ) พบว่า ครูที่รู้ว่าโรคหูน้ำหนวกพบบ่อยที่สุดในเด็กที่เป็นโรคใด และเด็กเป็นโรคหูน้ำหนวกเรื้อรังเพราะอะไร มีจำนวนใกล้เคียงกันคือร้อยละ 78.82 และร้อยละ 75.29 ตามลำดับ ครูร้อยละ 61.77 รู้ว่าอวัยวะใดเมื่อติดเชื้อโรคแล้วโรคนั้นลุกลามเข้าหูจนเกิดหูน้ำหนวก ครูไม่ถึงครึ่งคือร้อยละ 46.47 ที่รู้ว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหูน้ำหนวกคืออะไร

พยาบาลอนามัยโรงเรียนเกือบทั้งหมดคือร้อยละ 83.87 รู้สาเหตุของโรคหูน้ำหนวก ร้อยละ 93.55 ตอบถูกว่าโรคหูน้ำหนวกพบบ่อยที่สุดในเด็กที่เป็นโรคใด ร้อยละ 90.33 รู้ว่าอวัยวะใดเมื่อติดเชื้อโรคแล้วลุกลามเข้าหูจนเกิดหูน้ำหนวกและเด็กเป็นโรคหูน้ำหนวกเรื้อรังเพราะเหตุใด

**ตารางที่ 26** จำนวนและร้อยละครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่ตอบคำถามความรู้เรื่องสาเหตุของโรคหุ้่น้ำหนักได้ถูกต้อง

คำถาม	ครู		พยาบาลอนามัยโรงเรียน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อวัยวะใดเมื่อติดเชื้อโรคแล้วโรคนี้ลุกลามเข้าหูจนเกิดหูน้ำหนวก	210	61.77	28	90.33
สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหูน้ำหนวกคืออะไร	158	46.47	26	83.87
โรคหูน้ำหนวกพบบ่อยที่สุดในเด็กที่เป็นโรคใด	268	78.82	29	93.55
เด็กเป็นโรคหูน้ำหนวกเรื้อรังเพราะเหตุใด	256	75.29	28	90.33
	รวม	65.59		89.52

10.3. ความรู้เรื่องอาการและอาการแสดงของโรคหูน้ำหนวก

ความรู้เรื่องอาการและอาการแสดงของโรคหูน้ำหนวก (ตารางที่ 27) ครูเกือบทั้งหมดหรือร้อยละ 94.71 รู้อาการของโรคหูน้ำหนวก ร้อยละ 65.00 รู้ว่าหูน้ำหนวกมีกลิ่นอย่างไร ร้อยละ 60.88 รู้อาการรุนแรงของเด็กที่เป็นโรคหูน้ำหนวก ครูประมาณครึ่งหนึ่งคือร้อยละ 52.65 รู้ว่าอาการใดพบร่วมกับโรคหูน้ำหนวกบ่อยที่สุด สำหรับเรื่องอาการและอาการแสดงนั้น พยาบาลอนามัยโรงเรียนทั้งหมดรู้ว่าอาการใดบ่งชี้ว่าเด็กเป็นโรคหูน้ำหนวกอย่างแน่นอนมีพยาบาลอนามัยโรงเรียนเพียงร้อยละ 48.39 ที่รู้ว่าอาการใดพบร่วมกับโรคหูน้ำหนวกบ่อยที่สุด

ตารางที่ 27 จำนวนและร้อยละของครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่ตอบคำถามความรู้เรื่องอาการและอาการแสดงของโรคหุ้่น้ำหนักถูกต้อง

คำถาม	ครู		พยาบาลอนามัยโรงเรียน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาการไตบ่งชี้ว่าเด็กเป็นโรคหุ้่น้ำหนักอย่างแน่นอน	322	94.71	31	100.00
กลิ่นน้ำหนักเป็นอย่างไร	221	65.00	19	61.29
อาการไตพบร่วมกับโรคหุ้่น้ำหนักบ่อยที่สุด	179	52.65	15	48.39
อาการไตที่เด็กกำลังเป็นโรคหุ้่น้ำหนักอย่างรุนแรงควรไปพบแพทย์โดยเร็ว	207	60.88	22	70.97
	รวม	68.31		70.16

10.4. ความรู้เรื่องการป้องกัน ดูแลรักษา และการให้สุขศึกษาเรื่องโรคหุ้่น้ำหนัก

ความรู้เรื่องการ ป้องกัน ดูแลรักษาและการให้สุขศึกษาเรื่องโรคหุ้่น้ำหนัก(ตารางที่ 28) จากการศึกษาพบว่า ครูเกือบทั้งหมดคือร้อยละ 94.71 รู้ว่าควรจะทำอย่างไรเมื่อเด็กเป็นโรคหุ้่น้ำหนักชนิดรุนแรง ร้อยละ 93.82 ควรจะปฏิบัติต่อเด็กที่กำลังรักษาอย่างไร การแก้ปัญหาโรคหุ้่น้ำหนักในเด็กนักเรียนเป็นหน้าที่หลักของใครตอบถูกร้อยละ 88.53 ครูประมาณครึ่งหนึ่งรู้ว่ายาหลอดหูชนิดใดให้ผลดีในการรักษาโรคหุ้่น้ำหนัก การผ่าตัดในโรคหุ้่น้ำหนักทำเพื่ออะไร และรู้วิธีป้องกันโรคหุ้่น้ำหนัก ครูไม่ถึงครึ่งที่รู้ว่าการให้ความรู้เพื่อป้องกันโรคหุ้่น้ำหนักต้องย้ายอะไรมากที่สุดคือตอบถูกร้อยละ 44.41 และมีครูเพียงร้อยละ22.65 ที่รู้ว่าการให้สุขศึกษาเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักแก่เด็กนักเรียน

เรียนที่ถูกต้องน้อยที่สุดคือโรคหุ้่น้ำหนักหายเองได้และอาการไม่รุนแรง

เมื่อพิจารณาความรู้เรื่องการดูแล ป้องกัน รักษา และการให้สุขศึกษาพบว่าคำถามที่พยาบาลอนามัยโรงเรียนมากกว่าร้อยละ 90 ตอบถูกต้อง คำถามที่เกี่ยวกับการป้องกันรักษา ส่วนคำถามเกี่ยวกับการให้สุขศึกษานั้น ร้อยละ 67.74 รู้ว่าการให้ความรู้เพื่อป้องกันโรคหุ้่น้ำหนักต้องทำอะไรมากที่สุด และร้อยละ 51.61 รู้ว่าการให้สุขศึกษาเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักแก่เด็กนักเรียนที่ถูกต้องน้อยที่สุดคือโรคหุ้่น้ำหนักหายเองได้และอาการไม่รุนแรง

**ตารางที่ 28** จำนวนและร้อยละของครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่ตอบคำถามความรู้เรื่องการดูแลป้องกันและรักษาโรคหุ้่น้ำหนักถูกต้อง

คำถาม	ครู		พยาบาลอนามัยโรงเรียน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาการปวดบวมหลังไขหู ในเด็กที่เป็นหุ้่น้ำหนักควรทำอย่างไร	322	94.71	30	96.77
การแก้ไขปัญหาโรคหุ้่น้ำหนักใน นักเรียนเป็นหน้าที่หลักของใคร	301	88.53	29	93.55
ยาหยอดหูอะไรให้ผลดีในการ รักษาโรคหุ้่น้ำหนัก	162	47.65	30	96.77
การรักษาโรคหุ้่น้ำหนักด้วยการ ผ่าตัดนั้น ท่านเข้าใจว่าอย่างไร	168	49.12	23	74.19
ถ้าท่านส่งเด็กนักเรียนที่เป็นโรค หุ้่น้ำหนักไปพบแพทย์ แพทย์จ่ายยา หยอดและกินการปฏิบัติในข้อใด ถูกต้องที่สุด	319	93.82	31	100.00

## ตารางที่ 28 (ต่อ)

คำถาม	ครู		พยาบาลอนามัยโรงเรียน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เด็กนักเรียนที่เป็นโรคหุ้หน้าหวก มีกลิ่นเหม็นเด็กได้รับการรักษาแล้ว แต่ยังมีกลิ่นเหม็นมากท่านจะเลือก ปฏิบัติอย่างไร จึงจะเหมาะสมที่สุด	255	75.00	29	93.65
วิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันไม่ให้ เกิดโรคหุ้หน้าหวกคือวิธีใด	150	44.41	28	90.32
การว่ายน้ำในเด็กควรจะจงด ในกรณีใด	249	73.24	28	90.32
ในการให้สุขศึกษาเรื่องโรคหุ้ หน้าหวกแก่นักเรียนชั้น ประถมศึกษาข้อความต่อไปนี้ข้อใด ถูกต้องน้อยที่สุด	127	22.65	12	51.61
ในการให้ความรู้แก่เด็กและ ประชาชนเพื่อป้องกันโรคหุ้ หน้าหวกข้อความต่อไปนี้ข้อ ใดเป็นข้อที่ต้องย้ำมากที่สุด	114	33.53	21	67.74
	รวม	62.55		79.79

1. ผลการศึกษาความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 กลุ่มครู

จากจำนวนครูทั้งหมด 340 คนมีคะแนนความรู้อยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุงคือ มี 144 คน (ร้อยละ 42.35) ถัดมาคือ ความรู้เกณฑ์พอใช้ (ร้อยละ 27.67) เกณฑ์ใช้ไม่ได้ 71 คน (ร้อยละ 28.88) เกณฑ์ดี 23 คน (ร้อยละ 6.76) และเกณฑ์ดีมาก 8 คน (ร้อยละ 2.35) ตามลำดับ

ผลการศึกษาในอดีตพบว่า ความรู้และการปฏิบัติของครูยังไม่อยู่ในเกณฑ์ดี เมื่อพิจารณาจำนวนเด็กนักเรียนสังกัดกรุงเทพมหานครที่ป่วยด้วยโรคหุ้่น้ำหนักเรื้อรัง จำนวนมากแล้วจะเห็นได้ชัดว่าครูยังไม่มีความพร้อมที่จะช่วยเหลือเด็ก (พูนพิศ อมาตยกุล 2529:1) และผลการศึกษาของอุไรวรรณ ศรีปัทมาอนันต์ (2529:58-60) ที่พบว่าความรู้เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักของผู้ปกครองเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักในกรุงเทพมหานครอยู่ในเกณฑ์ใช้ไม่ได้ พูนพิศ อมาตยกุล (2529:1) พบว่าสาเหตุที่เด็กนักเรียนไม่ได้ไปรับการรักษา โรคหุ้่น้ำหนักให้หายขาดนั้นมีหลายประการ เช่น ไม่มีคนพาไปพบแพทย์เพราะกลัวเสียเวลาที่โรงพยาบาล ไม่มีเงินจูงซื้อยาเอง ซึ่งคิดว่าง่ายกว่าและถูกกว่า นอกจากนี้ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์ (2529:17-36) ยังให้ข้อสังเกตว่าเด็กขาดการกระตุ้นและติดตามผลการรักษาจากครู การที่ครูเป็นเช่นนี้เพราะครูยังมีความรู้เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักไม่ดีพอนั่นเอง ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ว่าครูมีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ดีอาจกล่าวได้ว่าครูไม่ได้เรียนรู้เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักจากหลักสูตรการศึกษาของครู ไม่ได้ชวนขยายหาความรู้เพิ่มเติมแต่เรียนรู้จากประสบการณ์ซึ่งไม่เพียงพอ

ผลจากการกระตุ้นครูให้เรียนรู้เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักจากโปสเตอร์ของสมาคมโรคไต คอ นาลิกแพทย์หรือได้พบกับเจ้าหน้าที่ซึ่งไปตรวจวัดการได้ยินเด็กถึงโรงเรียนยังไม่เพียงพอ ผลจากการรับการอบรมเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักโดยเฉพาะจะเกิดประโยชน์ชัดเจนมากกว่า (ตารางที่ 14) อีกอย่างหนึ่งคือความสนใจและความเป็นคนช่างสังเกตในครูยังมีน้อยรวมทั้งครูคิดว่าการดูแลสุขภาพของเด็กนักเรียนเป็นหน้าที่ของพยาบาลอนามัยโรงเรียนด้วย ซึ่งแท้จริงควรเป็นงานที่ทำร่วมกัน (งามทรัพย์ เทชะบำรุง 2530:63-66) เมื่อครูไม่คิดว่าการดูแลสุขภาพของเด็กนักเรียนเป็นหน้าที่ของครูแล้วจึงไม่สนใจศึกษาหาความรู้เรื่องโรคหุ้่น้ำหนัก ความรู้เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักของครูส่วนใหญ่จึงไม่อยู่ในเกณฑ์ดี

## 1.2 พยาบาลอนามัยโรงเรียน

จากจำนวนพยาบาลอนามัยโรงเรียน 31 คน มีผู้ได้คะแนนดีมาก และดี จำนวน 1 คน (ร้อยละ 3.23) และ 15 คน (ร้อยละ 48.39) ตามลำดับ ผู้ที่ได้คะแนนพอใช้มี 7 คน (ร้อยละ 22.58) มีผู้ที่ได้คะแนนใช้ไม่ได้ 6 คน (ร้อยละ 19.35) และต้องปรับปรุง 2 คน (ร้อยละ 6.45) เมื่อคิดค่าเฉลี่ยคะแนนของพยาบาลอยู่ในเกณฑ์พอใช้ ตามเกณฑ์ของมาร์แชล เอลส์ คือได้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ร้อยละ 78.80

ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะพยาบาลได้เรียนรู้เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักภาคทฤษฎีจากหลักสูตรวิชาพยาบาลและได้ประสบการณ์จากการปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยหุ้่น้ำหนัก จึงสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับโรคหุ้่น้ำหนักได้คะแนนอยู่ในเกณฑ์ดี แต่เมื่อหาค่าเฉลี่ยร้อยละของคะแนนความรู้พบว่า พยาบาลอนามัยโรงเรียนมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์พอใช้ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่าพยาบาลมีความรู้เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ดีทั้งหมด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะรายละเอียดของเนื้อหาวิชาเกี่ยวกับเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักในสถาบันการศึกษาพยาบาลได้จัดรวมอยู่ในการสอนเรื่องโรคของหุ้่นกลางโดยใช้เวลาสอนประมาณ 1-2 ชั่วโมง และจัดให้หุ้่นฝึกปฏิบัติงานบนตึกหุ้่น คอจุมูก ไม่ก็ สัปดาห์ อย่างไรก็ตามจากการประเมินคำตอบแบบสอบถามเป็นรายชื่อ พบว่าพยาบาลอนามัยโรงเรียนส่วนใหญ่มีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักถูกต้องตามหลักวิชาการ (ตารางที่ 25-28, ภาคผนวก ค.ง) อย่างไรก็ตามก็มีการอบรมเรื่องโรคหุ้่นอย่างเข้มข้นแก่พยาบาลอนามัยโรงเรียนก็เป็นสิ่งที่ควรทำอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถทั้งทางด้านทฤษฎีและการปฏิบัติ เพื่อตอกย้ำให้พยาบาลอนามัยโรงเรียนมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหุ้่น้ำหนักดียิ่งขึ้น

## 2. การเปรียบเทียบความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักระหว่างครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียน

ผลการศึกษาพบว่าความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักของครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 5) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่าพยาบาลอนามัยโรงเรียนมีคะแนนความรู้เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักดีกว่าครูมาก ทั้งนี้เพราะพยาบาลได้เรียนรู้เรื่องกายวิภาคศาสตร์ สรีระวิทยาและพยาธิสภาพของโรคหุ้่น้ำหนักตลอดจนการป้องกันและดูแลรักษาโรคหุ้่น้ำหนักทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติจากหลักสูตรการศึกษาพยาบาล และ

จากประสบการณ์การทำงาน ส่วนครูจากการสอบถามรายละเอียดเกี่ยวกับการเรียนรู้เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักพบว่า ครูบางส่วนได้เรียนรู้โรคหุ้่น้ำหนักตั้งแต่วัง เป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษา บางส่วนได้เรียนรู้จากหลักสูตรวิชาสุขศึกษาสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาเมื่อประมาณ 10 ปีมาแล้วทำให้ จำเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักไม่ได้ มีครูเพียงส่วนน้อยที่ได้เรียนรู้เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักจากเนื้อหาในวิชาสร้างเสริมประสบการณ์ชีวิตของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา ซึ่งจะกล่าวถึงกายวิภาคของหู สาเหตุของโรคหุ้่น้ำหนัก และการป้องกันโรคอย่างคร่าวๆเท่านั้น และพยาบาลอนามัยโรงเรียนได้รับการอบรมเรื่องโรคหุ้่น้ำหนัก 93.55 มากกว่าครูซึ่งได้รับการอบรมร้อยละ 45.29 (ตารางที่ 2) พยาบาลอนามัยโรงเรียนจึงมีความรู้เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักดีกว่าครูเมื่อความรู้เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักของพยาบาลอนามัยโรงเรียนดีกว่าครูแล้ว เจตคติและการปฏิบัติก็จะดีกว่าด้วย ซึ่งตรงกับแนวคิดของซิมบาโด (Zimbardo 1977:49-53)

### 3. เปรียบเทียบความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักจำแนกตามอายุราชการ

#### 3.1 ครู

จากการศึกษาเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักของครูจำแนกตามอายุราชการพบว่าครูที่มีอายุราชการต่างกันมีเจตคติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 7,8) ซึ่งตรงกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อพิจารณาคะแนนพบว่าครูที่มีอายุราชการมากกว่า 10 ปี มีเจตคติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักดีกว่าครูที่มีอายุราชการน้อยกว่า 10 ปี เมื่อพิจารณาคะแนนความรู้และการปฏิบัติแล้วพบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะครูได้เรียนรู้เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักจากแหล่งความรู้ต่างๆ เช่นจากการอบรมและจากสื่อมวลชนเท่าเทียมกัน ทำให้พินความรู้เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักไม่แตกต่างกัน เมื่อความรู้เรื่องโรคไม่แตกต่างกันก็ทำให้การปฏิบัติไม่แตกต่างกันด้วย

#### 3.2 พยาบาลอนามัยโรงเรียน

จากการศึกษาพบว่าพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่มีอายุราชการต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ อวยพร สุทธิสนธิ์ (2528:70-76) ที่พบว่า อายุแตกต่างกันไม่ทำให้ความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากพยาบาลได้เรียนรู้เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักจากหลักสูตรการเรียนการสอนเหมือนกัน

ความรู้จึงไม่แตกต่างกัน เมื่อความรู้พื้นฐานในเรื่องโรคหุ้้นาหนักไม่แตกต่างกัน แนวโน้มที่จะแก้ปัญหา (เจตคติ) เรื่องโรคหุ้้นาหนักก็ไม่ต่างกัน เมื่อพบเด็กที่เป็นโรคหุ้้นาหนักพยาบาลจึงปฏิบัติต่อโรคหุ้้นาหนักไม่แตกต่างกัน (Zimbardo 1977:49-53) ดังนั้นพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่มีอายุราชการต่างกันจึงมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้้นาหนักไม่แตกต่างกัน

#### 4. เปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้้นาหนักจำแนกตามประเภทของการสอนสุขศึกษา

##### 4.1 ครู

ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคหุ้้นาหนักของกลุ่มครูที่สอนกับไม่เคยสอน และกลุ่มครูที่เคยสอนกับกลุ่มครูที่ไม่เคยสอนสุขศึกษา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่ไม่มีความแตกต่างระหว่างครูที่สอนและเคยสอนแต่ปัจจุบันไม่ได้สอนสุขศึกษา (ตารางที่ 12-13) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยความรู้พบว่ากลุ่มครูที่สอนสุขศึกษามีคะแนนความรู้มากที่สุดรองลงมาก็คือกลุ่มครูที่เคยสอนแต่ปัจจุบันไม่ได้สอนสุขศึกษา และกลุ่มครูที่ไม่เคยสอนสุขศึกษาตามลำดับ ผลการศึกษานี้ตรงกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เพราะครูที่สอนและเคยสอนสุขศึกษามีความสนใจและได้ศึกษาความรู้เรื่องโรคต่างรวมทั้งโรคหุ้้นาหนักมากกว่ากลุ่มครูที่ไม่ได้สอนสุขศึกษา ทำให้มีความรู้เรื่องโรคหุ้้นาหนักดีกว่า

เมื่อพิจารณาความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในกลุ่มครูกลับพบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่สอนและเคยสอนสุขศึกษา ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากครูที่เคยสอนสุขศึกษาเคยให้ความสนใจปัญหาสุขภาพของเด็กรวมถึงปัญหาโรคหุ้้นาหนักทั้งในวิชาสุขศึกษาในสมัยก่อน หรือในวิชาสร้างเสริมประสบการณ์ชีวิตของนักเรียนและการอบรม ทำให้มีเจตคติที่ดีในเรื่องโรคหุ้้นาหนัก ซึ่งเจตคติของบุคคลเป็นสิ่งที่แต่ละบุคคลยึดถือ จึงคงทนไม่เปลี่ยนแปลงมาก เมื่อมีเจตคติเหมือนเมื่อยังสอนสุขศึกษาอยู่ก็จะแสดงพฤติกรรมการสนใจหาความรู้ และปฏิบัติต่อเด็กที่เป็นโรคหุ้้นาหนักเหมือนเดิม ทำให้ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้้นาหนักไม่แตกต่างกันครูที่ทำหน้าที่สอนสุขศึกษาอยู่ในปัจจุบัน

##### 4.2 พยาบาลอนามัยโรงเรียน

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลอนามัยสอนสุขศึกษาทุกคน

## 5. ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักจำแนกตามการรับการอบรมเรื่องโรคหุ้่น้ำหนัก

### 5.1 ครู

ผลการวิจัยพบว่าครูที่เคยและไม่เคยรับการอบรมเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักมีความรู้และเจตคติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ  $p < 0.01$  และ  $0.001$  ตามลำดับ ซึ่งตรงกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่การปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 14) ซึ่งไม่ตรงกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อพิจารณาคะแนนความรู้และเจตคติพบว่าครูที่เคยรับการอบรมเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักมีความรู้และเจตคติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักดีกว่าครูที่ไม่เคยรับการอบรมมาก ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการวิจัยของ คีร์วรรณ ไกรสุรพงศ์ (2529: 17-36) ที่พบว่าโดยส่วนรวมเจตคติและความรู้ของครูและพยาบาลหลังการอบรมแตกต่างจากก่อนอบรม แสดงว่าการอบรมเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักสามารถช่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้และเจตคติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักได้เป็นอย่างดี

เมื่อพิจารณาคะแนนการปฏิบัติพบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มครูที่เคยรับการอบรมเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักกับกลุ่มที่ไม่เคยรับการอบรมเรื่องโรคหุ้่น้ำหนัก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะครูได้พบเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักจำนวนน้อย ประสบการณ์การดูแลเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักจึงน้อย ทำให้ขาดทักษะในการปฏิบัติต่อเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนัก แม้ว่าครูจะได้รับการอบรมแล้ว ถ้าไม่ได้นำไปปฏิบัติกับเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักอย่างสม่ำเสมอก็จะทำให้ลืมได้ ครูที่เคยรับการอบรมเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักแล้ว จึงได้คะแนนการปฏิบัติไม่แตกต่างกับครูที่ไม่เคยรับการอบรม

### 5.2 พยาบาลอนามัยโรงเรียน

จากการศึกษาพบว่า พยาบาลอนามัยโรงเรียนที่เคยและไม่เคยรับการอบรมเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักได้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักไม่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ (ตารางที่ 15) ซึ่งไม่ตรงกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า พยาบาลอนามัยโรงเรียนที่เคยและไม่เคยรับการอบรมเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักมีความรู้เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักแตกต่างกัน ผลการศึกษานี้ไม่ตรงกับครูในแง่ความรู้ และเจตคติที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังการอบรม ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลอนามัยโรงเรียนทุกคนมีความรู้เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักจากหลักสูตรการศึกษาพยาบาลอยู่แล้ว หลังการอบรมจึงมีความรู้ดีขึ้นเล็กน้อย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าควรอบรมเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักพยาบาลอนามัยโรงเรียนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้พยาบาลมีความรู้เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักดีขึ้น

## 6. ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักจ้่านกตามระดับการศึกษา

### 6.1 ครู

ผลการศึกษานพบว่าครูที่มีระดับการศึกษาประกาศนียบัตร หรืออนุปริญญา กับ ปริญญาตรีหรือโทมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 16) ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่าวุฒิการศึกษาต่างกันมีผลให้ความรู้เจตคติและการปฏิบัติ เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็น เพราะกลุ่มตัวอย่าง เป็นครูในสังกัดกรุงเทพมหานครทั้งหมดมีโอกาสได้รับความรู้เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักจากการอบรมเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักจากสำนักงานมัธยมศึกษา กรุงเทพมหานครหรือคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งดำเนินการอบรมครูในสังกัดกรุงเทพมหานคร ทุกคน คณะแนวความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักจึงไม่แตกต่างกัน

### 6.2 พยาบาลอนามัยโรงเรียน

ผลการศึกษานพบว่าพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้และการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้แต่เมื่อพิจารณาคะแนนเจตคติพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 17) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้ในเรื่องความรู้และการปฏิบัติที่ไม่แตกต่างกันนั้นอาจเกิดจากการศึกษาของพยาบาลทั้งสองระดับมีการบรรจุเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักไว้ในหลักสูตรเหมือนกันและเมื่อจบออกมาปฏิบัติงานกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มก็มีโอกาสได้รับการอบรมเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักเหมือนกัน รวมทั้งได้มีโอกาสพบและช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยด้วยโรคหุ้่น้ำหนักเท่าๆกัน ทำให้มีระดับความรู้และการปฏิบัติใกล้เคียงกัน เมื่อพิจารณาคะแนนเจตคติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักของพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่มีระดับการศึกษาประกาศนียบัตร หรืออนุปริญญา ได้ค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักมากกว่าพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือโท ทั้งนี้อาจเกิดจากเหตุผลดังนี้ เจตคติไม่ได้เป็นผลมาจากความรู้เพียงอย่างเดียว เจตคติอาจเกิดจากหลายสาเหตุเช่น จากประสบการณ์ของบุคคล จะเห็นได้ว่าพยาบาลทั้งที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือโท และระดับอนุปริญญาหรือประกาศนียบัตร ต่างก็ต้องทำหน้าที่ดูแลเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักและได้รับการอบรมเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักเหมือนกัน แต่จากการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างพบว่า พยาบาลอนามัยโรงเรียนที่สำเร็จการศึกษาระดับประกาศนียบัตรหรืออนุปริญญาสนใจที่จะศึกษาต่อมาก จึงอาจเป็นผลให้มีความสนใจเรียนรู้มากกว่า เมื่อสนใจมากกว่าแล้วก็จะทำให้เจตคติดีกว่าพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือโท ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ

ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์ (2529:8) ที่ประเมินความรู้เรื่องโรคหูดังหูหนวกของครูและพยาบาลที่เข้ารับการอบรมตามโครงการป้องกันและควบคุมโรคหูดังหูหนวกในกรุงเทพมหานคร พบว่า หลังการอบรมพยาบาลระดับอนุปริญญาได้คะแนนความรู้สูงสุด

## 7. ความรู้และเจตคติเรื่องโรคหูดังหูหนวกจำแนกตามประสบการณ์การดูแลเด็กที่เป็นโรคหูดังหูหนวก

### 7.1 ครู

ผลการศึกษาพบว่าประสบการณ์การดูแลเด็กที่เป็นโรคหูดังหูหนวกแตกต่างกันมีผลทำให้เจตคติต่อโรคหูดังหูหนวกของครูที่มี ไม่มี และเคยมีเด็กที่เป็นโรคหูดังหูหนวกอยู่ในความดูแลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 17, 18) ซึ่งตรงตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนเป็นรายคู่ด้วยวิธี Least Significant Difference Procedure พบว่า ครูที่เคยดูแลเด็กที่เป็นโรคหูดังหูหนวกและขณะนี้เด็กหายแล้วมีเจตคติดีกว่าครูที่ไม่เคยดูแลเด็กที่เป็นโรคหูดังหูหนวก แสดงให้เห็นว่าเจตคติเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้หรือได้ประสบการณ์ (กมลรัตน์ หล้าสูงษ์, 2524:239-242) ครูที่มีประสบการณ์การดูแลเด็ก หากได้ดูแลจนหายป่วยจะมีความภาคภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือเด็ก จึงมีเจตคติดีกว่าครูที่ไม่เคยดูแลเด็กที่เป็นโรคหูดังหูหนวก เมื่อพิจารณาคะแนนความรู้และการปฏิบัติพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะครูมีระดับการศึกษาใกล้เคียงกันได้รับความรู้เรื่องโรคหูดังหูหนวกที่ทัดเทียมกันทำให้มีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหูดังหูหนวกไม่แตกต่างกัน

### 7.2 พยาบาลอนามัยโรงเรียน

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความรู้และการปฏิบัติเรื่องโรคหูดังหูหนวกของพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่มี ไม่มี และเคยมีเด็กที่เป็นโรคหูดังหูหนวกอยู่ในความดูแลไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 22) ซึ่งไม่ตรงกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เพราะเมื่อเป็นพยาบาลอนามัยโรงเรียนย่อมมีความสนใจที่จะเรียนรู้เรื่องโรคที่พบได้บ่อยในเด็กนักเรียน แม้ว่าจะไม่เคยดูแลเด็กที่เป็นโรคหูดังหูหนวกก็ยังมีความพร้อมที่จะดูแลเด็กทันทีที่ได้พบว่าเด็กเป็นโรคหูดังหูหนวก พยาบาลอนามัยโรงเรียนที่เคยดูแลและไม่เคยดูแลเด็กที่เป็นโรคหูดังหูหนวกจึงมีความรู้เรื่องโรคหูดังหูหนวกใกล้เคียงกัน

ในด้านเจตคติพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 (ดัง

ตารางที่ 21) ซึ่งตรงกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อพิจารณาเป็นรายคู่พบว่าพยาบาลที่เคยดูแลเด็กที่เป็นโรคน้ำหนักจนเด็กหายป่วยแล้วได้คะแนนมากกว่าพยาบาลที่กำลังดูแลเด็กที่เป็นโรคน้ำหนักที่ยังไม่หายป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ดังตารางที่ 22) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของสุชาติ โสภประยูร (2525:48-49) ที่กล่าวว่า การปฏิบัติตนที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพจะช่วยทำให้เกิดเจตคติที่ดีได้ ดังนั้นพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่ดูแลเด็กที่เป็นโรคน้ำหนักอย่างถูกต้องจนกระทั่งเด็กหายป่วยจะมีความพึงพอใจและภาคภูมิใจทำให้เจตคติต่อโรคน้ำหนักดีกว่าพยาบาลที่ดูแลเด็กที่กำลังเป็นโรคน้ำหนัก

## 8. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคน้ำหนัก

### 8.1 ครู

ผลการศึกษพบว่าความรู้กับเจตคติและเจตคติกับการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กันในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ส่วนความรู้กับการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กันในทางบวกที่ระดับ 0.01 ( ตารางที่ 24 ) ผลการวิจัยนี้ตรงกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับแนวคิดของซิมบาโด (Zimbardo, et al. 1977:53) ที่กล่าวว่าความรู้ เจตคติและการปฏิบัติจะมีความสัมพันธ์แปรตามกันและสอดคล้องกับการศึกษาของ อวยพร สุธงสนธิ (2526:78 ) ที่พบว่า ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของพยาบาลมีความสัมพันธ์กัน และการศึกษาของ อุไรวรรณ ศรีปรัชญานันต์ (2529:54) ที่พบว่าความรู้และเจตคติต่อโรคน้ำหนักเรื้อรังของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าครูที่มีความรู้เรื่องโรคน้ำหนักดี จะมีเจตคติต่อโรคน้ำหนักดี เป็นผลให้มีการปฏิบัติต่อเด็กที่เป็นโรคน้ำหนักถูกต้อง ดังนั้นการให้ความรู้เรื่องโรคน้ำหนักแก่ครูเพื่อให้ครูมีเจตคติที่ดีต่อโรคและปฏิบัติต่อเด็กที่เป็นโรคและช่วยป้องกันมิให้เด็กเป็นโรคน้ำหนักจึงมีความสำคัญมาก

### 8.2 พยาบาลอนามัยโรงเรียน

ผลการศึกษพบว่าคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์ (ดังตารางที่ 23) ซึ่งไม่ตรงกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ผลการศึกษานี้ตรงกับผลการศึกษาของ นิลวรรณ ศิริคุณ (2527:50-51) ที่ทำการศึกษาผลของการสอนอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยที่เจาะล้างไซนัสแล้วพบว่า คะแนนความรู้เรื่องไซนัสอักเสบ การเจาะล้างไซนัส และการปฏิบัติตัวขณะเจาะกับคะแนนพฤติกรรมตอบสนองที่แสดงออกถึงความวิตกกังวลและความกลัว

ขณะเจาะล้างไซนัสมีความสัมพันธ์ในทางลบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งไม่ตรงกับแนวคิดของ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) และชิมบาโต (1977) ดังได้กล่าวมาแล้ว ทั้งนี้อาจเกิดจากองค์ประกอบร่วมอื่นที่มีผลต่อการปฏิบัติ เช่น นิสัยของบุคคล ค่านิยมบุคลิกภาพ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ ความคาดหวัง วัฒนธรรม ศาสนา ความเชื่อของแต่ละบุคคล และผลที่คาดว่าจะได้รับจากการตอบแบบสอบถามของพยาบาล (อรพินท์ สิงห์เดชและคณะ 2521:20) หรืออาจเกิดจากผลฮอว์ทอน (Hawthorne effect) คือการแสดงพฤติกรรม (ตอบแบบสอบถาม) ของกลุ่มตัวอย่างผิดแปลกจากที่เคยเป็นอยู่เมื่อรู้ตัวว่าเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัย ทำให้ตัวแปรที่วัดได้คลาดเคลื่อนไป (ยุวดี ภาษา 2529:96)

ผลการศึกษาที่ตรงกับแนวคิดของ เจ ชูการ์ ( J.sugar 1967 ) (อ้างในประภาเพ็ญ สุวรรณ 2526:8-9) แสดงให้เห็นว่าเมื่อมีความรู้ดี และเจตคติดี แล้วไม่จำเป็นต้องมีการปฏิบัติดี การปฏิบัติจะดีหรือไม่ดี ต้องพิจารณาองค์ประกอบอื่นที่ได้กล่าวมาแล้วร่วมด้วย

จากการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่าการให้ความรู้เรื่องโรคหูน้ำหนวกแก่พยาบาลอนามัยโรงเรียนเพียงอย่างเดียวไม่เป็นการเพียงพอ ต้องเน้นให้พยาบาลอนามัยโรงเรียนมีเจตคติและการปฏิบัติที่ถูกต้องในเรื่องโรคหูน้ำหนวกด้วย

#### 9. ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหูน้ำหนวกในกลุ่มตัวอย่างครูและพยาบาล

โรคหูน้ำหนวกเป็นโรคร้ายแรง อาจพิการหรือตายได้ถ้าไม่รักษา โรคหูน้ำหนวกในเด็กเป็นโรคที่ป้องกันได้ โดยดูแลสุขภาพในช่องปากและช่องจมูกของเด็กและไม่ปล่อยให้เด็กเป็นหวัด คออักเสบเรื้อรัง ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การให้สุขศึกษาเรื่องหูน้ำหนวกให้ผู้ปกครอง ครูและนักเรียนได้รู้สาเหตุการเกิด อันตรายที่จะเกิดจากโรคหูน้ำหนวกและวิธีการป้องกันก็จะช่วยให้กลุ่มเป้าหมายสามารถป้องกันการเกิดโรคหูน้ำหนวกได้

กลุ่มตัวอย่างครูราวครึ่งหนึ่งเท่านั้น ที่รู้สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหูน้ำหนวก คือตอบถูกร้อยละ 46 วิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันไม่ให้เกิดโรคหูน้ำหนวกในคนที่ยังไม่เคยเป็นโรคนี้นั้น ตอบถูกร้อยละ 44 (ดังตารางที่ 26,28) และเมื่อพิจารณาเจตคติเรื่องความรุนแรงของโรคตามลิเคอร์ต์สเกล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อคำถาม"ฉันเชื่อว่าโรคหูน้ำหนวกไม่ทำให้เกิดอันตรายร้ายแรง" โดยได้คะแนนเฉลี่ยเพียง 3.87 (จาก 5 คะแนน) มีครูประมาณร้อยละ 10 ที่เห็นด้วยกับข้อความนี้ จากผลการศึกษาดังกล่าวจะเห็น

ได้ว่าครูจำนวนมากมีความรู้เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักไม่เพียงพอ และที่สำคัญคือครูถึงร้อยละ 10 (ภาคผนวกที่ 3) ที่คิดว่าโรคหุ้่น้ำหนักไม่ทำให้เกิดอันตราย เจตคติเช่นนี้อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ครูไม่เอาใจใส่ดูแลเด็ก และไม่กระตุ้นให้ผู้ปกครองพาเด็กไปพบแพทย์ ซึ่งการที่เด็กไม่ได้รับการป้องกันไม่ให้เป็นโรคหุ้่น้ำหนักและเมื่อเด็กเป็นโรคหุ้่น้ำหนักแล้วทั้งครูพยาบาลอนามัยโรงเรียนและผู้ปกครองไม่ร่วมมือกันช่วยเด็ก ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดที่ทำให้มีเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักเรื้อรังเป็นจำนวนมาก

ในกลุ่มตัวอย่างพยาบาลอนามัยโรงเรียนมีความรู้เรื่องสาเหตุของการเกิดโรคร้อยละ 84 ส่วนวิธีการป้องกันไม่ให้เกิดโรคหุ้่น้ำหนักพยาบาลตอบถูกถึงร้อยละ 94 (ดังตารางที่ 26,28) เมื่อพิจารณาเจตคติเรื่องความรุนแรงของโรคหุ้่น้ำหนักพยาบาลมีความเห็นว่าโรคหุ้่น้ำหนักเป็นโรคที่ทำให้เกิดอันตรายร้ายแรงโดยได้คะแนนเฉลี่ย 4.45 คะแนน(จาก5 คะแนน)(ภาคผนวกที่ 3) จะเห็นได้ว่าพยาบาลอนามัยโรงเรียนมีความรู้เรื่องสาเหตุ การป้องกันและเจตคติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ที่ดีถึงดีมาก แต่ก็มีพยาบาลอนามัยบางส่วนที่ยังมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องคือ มีพยาบาลอนามัยโรงเรียนถึงร้อยละ 6.44 ที่คิดว่าโรคหุ้่น้ำหนักเป็นโรคไม่ร้ายแรงและร้อยละ 6.45 ที่คิดว่าหุ้่น้ำหนักเกิดจากน้ำเข้าหูซึ่งความเข้าใจผิดนี้จะทำให้พยาบาลอนามัยโรงเรียนให้สุขศึกษาแก่ครูและนักเรียนผิดๆ ทำให้การป้องกันโรคหุ้่น้ำหนักไม่ได้ผล จึงต้องมีการอบรมพยาบาลอนามัยโรงเรียนเพื่อให้ได้ความรู้เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักให้กระจ่างยิ่งขึ้น และเพื่อเป็นการตอกย้ำให้พยาบาลอนามัยโรงเรียนทุกคนมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักที่ถูกต้อง

การที่จะดำเนินการให้สุขศึกษาเพื่อป้องกันการเป็นโรคหุ้่น้ำหนักในเด็กนักเรียนจึงควรให้ความรู้เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักในโรงเรียนแก่ครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียน เพื่อให้ครูเผยแพร่ความรู้ที่ถูกต้องแก่เด็กและผู้ปกครองให้ช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด และจำเป็นต้องมีการประสานงานระหว่างครู พยาบาลอนามัยโรงเรียนและผู้ปกครองเพื่อให้การช่วยเหลือเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น เพื่อลดจำนวนเด็กที่ป่วยด้วยโรคหุ้่น้ำหนักลง

บทที่ 6  
สรุปผลการวิจัยและเสนอแนะ

1. สรุปผลการวิจัย

1.1 การวิจัยนี้กระทำให้ขึ้นเพื่อศึกษาความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้หน้า  
หนวกของครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียน

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามี 2 กลุ่มคือ

1.2.1 กลุ่มครู กลุ่มตัวอย่างครูคัดเลือกโดยวิธีจับสลากเลือกโรงเรียน  
ระดับประถมศึกษาสังกัดกรุงเทพมหานครจาก 6 เขตทะเล 2-3 โรงเรียนจำนวน 13 โรงเรียน  
แล้วเลือกครูจากโรงเรียนเหล่านี้จำนวน 350 คน

1.2.2 กลุ่มพยาบาลอนามัยโรงเรียน คัดเลือกโดยวิธีสุ่มตัวอย่างชนิด  
Simple random sampling จากพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการ  
สาธารณสุขในกรุงเทพมหานครซึ่งมี 55 ศูนย์ค้ดมาศูนย์ละ 1 คนจำนวน 43 คน

1.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นเอง แบบสอบถาม  
แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่หนึ่งเป็นข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบปัญหา ส่วนที่สองเป็นคำถาม  
เกี่ยวกับความรู้เจตคติ และการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้หน้าหนวก เมื่อสร้างแบบสอบถามแล้วได้  
แก้ไขปรับปรุงโดย

1.3.1 ได้รับคำแนะนำในการแก้ไขปรับปรุงและตรวจสอบความตรงของ  
เนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ

1.3.2 นำแบบสอบถามไปใช้กับพยาบาลอนามัยโรงเรียน 10 รายและ  
ครูระดับประถมศึกษาในสังกัดกรุงเทพมหานคร 10 ราย

1.3.3 ทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตร KR-20  
ในหมวดความรู้และใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาในหมวดเจตคติและการปฏิบัติ

1.3.4 นำผลที่ได้จากการทดสอบมาปรับปรุงแก้ไขโดยได้รับคำแนะนำจาก  
ผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำแบบสอบถามนั้นมาใช้ในการวิจัย

1.4 การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4.1 ในกลุ่มครู ผู้วิจัยเป็นผู้แจกแบบสอบถามและเก็บรวบรวมข้อมูล  
คืนด้วยตนเอง

1.4.2 ในกลุ่มพยาบาล ดำเนินการเก็บข้อมูลเช่นเดียวกับกลุ่มครู  
หลังจากได้รับแบบสอบถามคืนมาแล้วก็นำข้อมูลที่ได้อมาวิเคราะห์

ด้วยวิธีทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSSX ของศูนย์คอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

### 1.5 ผลการวิจัย

#### 1.5.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างครู ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานมา 11-15 ปี เคยรับการอบรมเรื่องโรคหุจากสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี การศึกษาระดับปริญญาตรี และไม่เคยมีเด็กที่เป็นโรคหุน้ำหนวกอยู่ในความดูแล

ความรู้เรื่องโรคหุน้ำหนวกของครูอยู่ในเกณฑ์ใช้ไม่ได้

เจตคติเรื่องโรคหุน้ำหนวกของครูอยู่ในเกณฑ์พอใช้

การปฏิบัติเรื่องโรคหุน้ำหนวกของครูอยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุง

กลุ่มตัวอย่างพยาบาล ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานมา 11-15 ปี ทำหน้าที่สอนสุขศึกษา ไม่เคยรับการอบรมเรื่องโรคหุน้ำหนวกจนการศึกษาระดับประกาศนียบัตรและอนุปริญญา และมีเด็กเป็นโรคหุน้ำหนวกอยู่ในความดูแล ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหุน้ำหนวกของพยาบาลอยู่ในเกณฑ์พอใช้

1.5.2 การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ เจตคติและการปฏิบัติพบว่า

1.5.2.1 อาชีพพยาบาลมีความรู้เจตคติ และการปฏิบัติเรื่องโรคหุน้ำหนวกดีกว่าอาชีพครูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

1.5.2.2 อายุราชการแตกต่างกันทำให้กลุ่มตัวอย่างครูมีเจตคติเรื่องโรคหุน้ำหนวกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ครูที่มีอายุราชการมากมีคะแนนเจตคติดีกว่าครูที่มีอายุราชการน้อยกว่าส่วนคะแนนความรู้ และการปฏิบัติไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พยาบาลที่มีอายุราชการแตกต่างกันมี ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเรื่องโรคหุน้ำหนวกไม่แตกต่างกัน

1.5.2.3 ประสบการณ์การสอนสุขศึกษาต่างกันทำให้ครูที่เคยสอนและสอนสุขศึกษามีระดับความรู้และการปฏิบัติดีกว่าครูที่ไม่เคยสอนสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พยาบาลทั้งหมดทำหน้าที่สอนสุขศึกษา

1.5.2.4 ประสบการณ์การรับการอบรมเรื่องโรคหุ ครูที่เคยรับการอบรมเรื่องโรคหุมีความรู้และเจตคติดีกว่าครูที่ไม่เคยรับการอบรมที่ระดับ 0.01 และ 0.001

1.5.2.5 ระดับการศึกษาต่างกันไม่ทำให้ครูมีคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติต่างกัน พยาบาลประกาศนียบัตรและอนุปริญญา มีเจตคติเรื่องโรคหุน้ำหนวกดีกว่าพยาบาลปริญญาตรีและโทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1.5.2.6 เมื่อศึกษาจากประสบการณ์การดูแลเด็กที่เป็นโรค  
หุ้หน้าหวกต่างกัน พบว่าครูและพยาบาลมีเจตคติเรื่องโรคหุ้หน้าหวกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำ  
คัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณาเป็นรายคู่พบว่าครูที่เคยดูแลเด็กที่เป็นโรคหุ้หน้าหวก  
ได้คะแนนดีกว่าครูที่ไม่เคยดูแล และพยาบาลที่เคยดูแลเด็กได้คะแนนดีกว่าพยาบาลที่กำลังดูแล  
เด็กที่เป็นโรคหุ้หน้าหวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1.5.2.7 ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเรื่องโรคหุ้หน้าหวก  
ของครูมีความสัมพันธ์กัน เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

## 2. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ครูยังมีความรู้เรื่องโรคหุ้หน้าหวกและการปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์  
ต้องปรับปรุง ส่วนเจตคติอยู่ในเกณฑ์พอใช้ ผู้วิจัยจึงมองเห็นว่า เป็นความจำเป็นที่จะต้อง  
ให้ความรู้เรื่องโรคหุ้หน้าหวกแก่ครูให้มีความรู้และการปฏิบัติอย่างถูกต้องและควรเน้นใน  
เรื่องต่อไปนี้

- 1 สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหุ้หน้าหวก
  - 2 อาการที่พบร่วมกับโรคหุ้หน้าหวกและอาการรุนแรงที่ควรส่งพบ  
แพทย์โดยเร็ว
  - 3 การป้องกันไม่ให้เกิดโรคหุ้หน้าหวก
  - 4 การปฏิบัติตัวในรายที่เป็นโรคหุ้หน้าหวก ให้กลุ่มเป้าหมายได้รู้วิธีการ และ  
ให้ทุกคนปฏิบัติต่อผู้ป่วยให้ถูกต้อง
  - 5 ควรเน้นให้ทราบว่าโรคหุ้หน้าหวกเป็นโรคอันตราย ไม่หายเอง อาจพิการ  
หุ้หน้าหวก หรือตายได้ถ้าไม่รักษา
- ควรมีการอบรมเรื่องโรคหุ้หน้าหวกแก่ครูและพยาบาลอย่างสม่ำเสมอเพราะเมื่อ  
อบรมจนมีความรู้ดีขึ้นแล้วจะต้องกระตุ้นให้ปฏิบัติอย่างถูกต้องด้วย

## 3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- 3.1 ควรวิจัยการทำโปรแกรมการสอนเรื่องโรคหุ้หน้าหวกสำเร็จรูปเพื่อนำไป  
ใช้ในโรงเรียน โรงพยาบาล สถานบริการสาธารณสุขและในชุมชน เพื่อให้นักเรียน ครู  
และพยาบาลมีความรู้เรื่องโรคหุ้หน้าหวกดียิ่งขึ้น เมื่อวิจัยแล้วควรนำไปใช้อย่างจริงจัง
- 3.2 ควรศึกษาว่าในโรงเรียนที่ครูมีคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติต่าง

กันจะมีจำนวนเด็กนักเรียนที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักต่างกันหรือไม่และนักเรียนได้รับการรักษาและมีความรู้เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักต่างกันหรือไม่

3.3 การศึกษาครั้งต่อไปควรปรับปรุงแบบสอบถามที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลและเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น และควรศึกษาในพื้นที่ที่มีเด็กเป็นโรคหุ้่น้ำหนักจำนวนมาก เพื่อหาแนวทางการช่วยเหลือเด็กต่อไป

3.4 ควรศึกษาว่าหลังจากให้สุ้ศึกษาเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักแล้วครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติต่อโรคหุ้่น้ำหนักหรือไม่อย่างไรจำนวนเด็กนักเรียนที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักลดลงหรือไม่ ครูและพยาบาลมีความรู้หรือไม่ว่า ถ้าเด็กเป็นโรคหุ้่น้ำหนักเรื้อรังจนกระทั่งเกิดสูญเสียการได้ยินแล้ว จะส่งเด็กไปรับการช่วยเหลือที่ไหน

3.5 หลังจากให้การอบรมครู พยาบาลอนามัยโรงเรียนและผู้ปกครองเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักจนกระทั่งมีความรู้เรื่องโรคหุ้่น้ำหนักอย่างดี มีการให้ความร่วมมือกันแก้ไขปัญหาเรื่องโรคหุ้่น้ำหนักแล้ว ควรศึกษาว่า

3.5.1 ผลการรักษาโรคหุ้่น้ำหนักดีขึ้นจนเด็กหายจากการเป็นโรคหุ้่น้ำหนักหรือไม่

3.5.2 อุบัติการณ์การเกิดโรคหุ้่น้ำหนักลดลงหรือไม่

## บรรณานุกรม

- กฤษณา เลิศสุขประเสริฐ. "ทัศนคติและระดับการได้ยินของผู้ป่วยโรคหูน้ำหนวกเรื้อรัง." วารสารศูนย์แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 11(2528): 22-27.
- กัญญา กาญจนบุรานนท์ และคณะ. เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพหน่วยที่ 1-7. กรุงเทพมหานคร: อรุณการพิมพ์, 2526.
- กมลรัตน์ หล้าสงฆ์. จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหามงกุฎราชวิทยาลัย, 2524
- กระทรวงสาธารณสุข. สุขภาพดีถ้วนหน้าเมื่อ 2543. กรุงเทพมหานคร: สหประชาพานิชย์, 2424.
- การแพทย์, กรม. รายงานการประชุมระดับชาติเรื่องแนวทางการวางแผนแห่งชาติเพื่อป้องกันหูหนวก. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข, 2526.
- การแพทย์, กรม. เอกสารประกอบการสัมมนา ระดับชาติ เรื่องการต่อต้านความพิการ. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข, 2528.
- คง สุวรรณีรัต. โครงการต่อต้านความพิการแห่งประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร, ม.ป.ท. , ม.ป.ป. แปลจากเอกสารขององค์การอนามัยโลก.
- คลาร์ค ออมราน. ระบบแบบแผนการวิจัยทางระบาดวิทยา. กรุงเทพมหานคร: รุ่งเรืองธรรม, 2518.
- งามทรัพย์ เทชะบำรุง. ความคิดเห็นของครูเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการการจัดบริการสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาสังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพลศึกษา. ครุศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530.
- จรรย์ จันทลักษณ์. สถิติวิธีวิเคราะห์และวางแผนงานวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช, 2527.
- จริยาวัตร คมพยัคฆ์, และอุดม คมพยัคฆ์. การดำเนินงานอนามัยในชุมชน. กรุงเทพมหานคร: รุ่งเรืองธรรม, 2526.
- จันทรนิวัทธ์ เกษมสันต์. กุมารเวชศาสตร์ (เล่ม 1). กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์การพิมพ์, 2525.
- จินตนา ยูนิพันธ์. การเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2527.
- เจมส์ พี แกรนท์. สภาวะของเด็กในโลก 1985. กรุงเทพมหานคร: องค์การทุนเพื่อ

เด็กแห่งสหประชาชาติ, 1985

ดรุณี ชุณหะวัณ. การดูแลผู้ป่วยโรคหู คอ จมูก. กรุงเทพมหานคร: สุพรการพิมพ์, 2529.

นิภา มนูญปิจุ. การวิจัยทางสุขศึกษา. กรุงเทพมหานคร: อักษรบัณฑิต, 2531.

นิลวรรณ ศิริคุณ. ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยที่เจาะไซนัส. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.

บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ์. การวิจัยและประเมินผลสถิติทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: อักษรกิจการพิมพ์, 2526.

ปนัดดา ปรียทฤษ. การศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหูน้ำหนวกในเด็กวัยเรียนในเขตเมือง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิทยาการระบาด. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.

ประเวศ วะสี. "การพัฒนาคณะเพื่อเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า." กรุงเทพมหานคร: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524. (อัดสำเนา).

ประพจน์ คล่องสู้ศึก. แนวทางการวางแผนแห่งชาติเพื่อป้องกันหูหนวก. การประชุมระดับชาติ. โรงพยาบาลสงฆ์, 2526: 21-24.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทัศนคติ: การวัด การเปลี่ยนแปลง และพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์, 2526.

ปราณีต สวัสดิรักษา. การบริหารงานพยาบาลสาธารณสุข. เชียงใหม่, 2526.

พยอม อิงคตานุวัฒน์. จิตวิทยานักเรียนเด็กพิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราศิริราช คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล, 2522.

หวงแก้ว กิจธรรม. โครงการป้องกันและควบคุมหูตึงหูหนวกในกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: เอกสารประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการ สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร, 2529.

เพ็ญศรี สุโรจน์, และสุพจน์ สุโรจน์. ระบบแบบแผนการวิจัยทางระบาดวิทยา. กรุงเทพมหานคร: รุ่งเรืองธรรม, 2518.

พูนพิศ อมาตยกุล. โสตสัมผัสวิทยาเบื้องต้น พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: คลินิกโสตสัมผัสและการพูด ภาควิชาจักษุ โสต คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2522.

พูนพิศ อมาตยกุล. แนวทางการวางแผนแห่งชาติเพื่อป้องกันหูหนวก. การประชุมระดับชาติ. โรงพยาบาลสงฆ์, 2526: 71.

- พูนพิศ อมาตยกุล. "บทบาทของโสตแพทย์และนักโสตวิทยาที่มีต่อการป้องกัน รักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ เด็กหูหนวกก่อนวัยเรียน." กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. (อัดสำเนา).
- พูนพิศ อมาตยกุล. ความสัมพันธ์ของโรคหูหนวกหูตึงกับเศรษฐกิจและสังคม. สัมภาษณ์ระดับชาติเรื่องการต่อต้านความพิการ ณ ตึกสันติไมตรีทำเนียบรัฐบาล, 2528. (อัดสำเนา).
- พูนพิศ อมาตยกุลและยุพดี ช้อยสุริยธร. โรคของหูและความผิดปกติในการรับฟังเสียงในผู้ป่วยปากแหว่งและเพดานโหว่. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. (อัดสำเนา).
- พูนพิศ อมาตยกุล. สำรวจพบเด็กยากจน-บ้านแตกเป็นโรคหูน้ำหนวกมาก. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. (อัดสำเนา).
- ภิญโญ สาธร. หลักการศึกษาศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สุภา, 2521.
- ยุวดี ภาษา และคณะ. การวิจัยทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.
- เลียง เป่าอินทร์, พวงแก้ว กิจธรรม, และสมจิตร สมบูรณ์วิทย์. ระบาดวิทยาของหูตึงหูหนวกในวชิรพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: วชิรพยาบาล, 2529.
- วรุณี สุรสิทธิ์และคณะ. ความคิดเห็นและความต้องการเกี่ยวกับลักษณะการเรียนการสอนสุขศึกษาในวิทยาลัยครู. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2519.
- ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์. การวิจัยประเมินผลโครงการป้องกันและควบคุมหูตึงหูหนวกในกรุงเทพมหานคร. โครงการปริญญาเอก สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2529.
- สมศักดิ์ ลินธุระเวชญ์ และคณะ. แบบเรียนกลุ่มสร้างเสริมประสบการณ์ชีวิตชั้นประถมศึกษาปีที่ 1. กรุงเทพมหานคร: วัฒนาพานิช, 2521.
- สมศักดิ์ ลินธุระเวชญ์ และคณะ. แบบเรียนกลุ่มสร้างเสริมประสบการณ์ชีวิตชั้นประถมศึกษาปีที่ 3. กรุงเทพมหานคร: วัฒนาพานิช, 2521.
- สमान แสงมะลิ. มาตรฐานขั้นต่ำของงานสุขศึกษาในสถานศึกษา. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข, 2525.
- สาธิต ชยาภัม. โสตสัมผัสวิทยาพื้นฐาน. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2528.
- สาธิต ชยาภัม. การศึกษาเรื่องการได้ยินในผู้ป่วยโคเลสทีเอโตมาของหูชั้นกลาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาความผิดปกติของการสื่อความหมาย.

- บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2522.
- สุชาติ โสมประยูร. การสอนสุขศึกษา. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช, 2525.
- สุนทร อंतरเสน และคณะ. "ระบาดวิทยาของโรคหุ้่น้ำหนักศึกษาเฉพาะกรณีตำบลบ้านโหล่น จังหวัดชัยภูมิ." กรุงเทพมหานคร: ม.ป.ท., 2527. (อัครสำเนา).
- สุนทร อंतरเสน. งานควบคุมโรคหุ้่น้ำหนัก. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลราชวิถี, 2528.
- สุนทร อंतरเสน และคณะ. ระบาดวิทยาของโรคหุ้่น้ำหนักในประเทศไทย. รายงานการวิจัย, กรุงเทพมหานคร: ม.ป.ท., 2529.
- สุภากร วานานุวัธ. "การหาวิธีการให้การรักษายาบาลเด็กนักเรียนที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักในโครงการของการให้บริการอนามัยโรงเรียน." Thai Journal of Nursing, 25. (2517-2518): 297-304.
- สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร. คู่มือตรวจหุ้่น้ำหนักและการได้ยินด้วยตนเอง. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพานิช, 2529.
- สำลี เปลี่ยนบางช้าง. "แนวความคิดเกี่ยวกับกลวิธีเพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้าเมื่อ 2543." กรุงเทพมหานคร: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524. (อัครสำเนา).
- สำลี เปลี่ยนบางช้าง. "สุขภาพดีถ้วนหน้าเมื่อ 2543." กรุงเทพมหานคร: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524. (อัครสำเนา).
- สุบรรณ พันธ์วิศาล, ชัยวัฒน์ ปัญงหงษ์. ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: พีระพินา, 2522.
- อรพินท์ สิงห์เดชและคณะ. ความรู้ ทักษะคติ ของบิดามารดาหรือผู้ปกครอง และการได้รับภูมิคุ้มกันโรคของเด็กก่อนวัยเรียนในเขตพญาไท กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2521. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2521.
- อวยพร สุกธินันท์. "การเปรียบเทียบความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่โรงพยาบาลราชวิถี." วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
- อุไรวรรณ ศรีปรัชญาอนันต์. "การศึกษาความรู้ ทักษะคติ และการปฏิบัติตัวต่อโรคหุ้่น้ำหนักเรื้อรังของผู้ปกครองเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษา." วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาความผิดปกติของการสื่อความหมาย. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.

- Baker Katherine Read, Fane Xenia F. Understanding and Guiding Young Children. New Jersey: Prentice Hall Inc, 1975.
- Berg Frederic S., Fletcher Samuel G. The Hard of Hearing Child. New York: Grune & Stratton Inc, 1970.
- Bluestone C.D., Stool S.E. Pediatric Otolaryngology. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1983.
- Brooks S.M., Brooks N.A. Turner's Personal and Community Health (15<sup>th</sup>). St. Louis: The C.V. Mosby Company, 1979.
- Cambon K., Galbraith JD and Kong G. "Middle-ear disease in Indians of Mount Curie Reservation, British Columbia." Can Med Assoc J. LXXIII (1965): 1301-1305.
- Cinotti W.R., Grieder Arthur and Heekel R.V. Applied Psychology in Dentistry. St. Louis: The C.V. Mosby Company, 1964.
- Foder J.T., and Dalis G.T. Health Instruction Theory and Application (2<sup>nd</sup>). Philadelphia: Lea & Febiger, 1974.
- Francis I. Catlin. "Prevention of Hearing Impairment from Infection and Ototoxic Drugs." Archive of Otolaryngology. CXI (1985): 377-384.
- Fris T.J., Cantekin E.I., Eichler J.A. "Hearing Acuity of Children With Otitis Media with effusion." Archive of Otolaryngology. CXI (1985): 10-16.
- Gates G.A. et al. "Treatment of Chronic Otitis Media with Effusion Result of Tympanostomy Tube." American Journal of Otolaryngol. VI (1985): 249-253.
- Gesell, Arnold, Tig F.L., and Ames L.B. The child from five to ten. New York: Harper & Row, 1977.
- Hallowell, Davis, & Silverman S.R. Hearing and Deafness (3<sup>rd</sup>). New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc. 1970.
- Harford E.R., & E.D. Impedance Screening for Middle Ear Disease in Children. New York: Grune & Stratton Inc, 1978.
- Holmes A.C. Health Education in Developing Countries. London:

- Thomas Nelson Ltd., 1964.
- Holm Vanja. A. and Kunze Luvern. "Effect of Chronic Otitis Media on Language and Speech Development". Pediatrics. IVXIII (1969): 833-839.
- Holmquist Jorgen. et al. "Eustachian Tube Function in Secretory Otitis Media". Archive of Otolaryngol. IC (Jan 1974): 18-56.
- Mariyama H. et al. "Bone Resorption Factor in Chronic Otitis Media". Otolaryngology. Head Neck Surgery. IXXII (1984): 322-323.
- Marshall Hales, J.C., & L.D. Wesley. Essentials of Testing. Phillipines: Addison-Wesley, 1972.
- Mawson, S.R.G. Ludman, Harold. Disease of The Ear (4<sup>th</sup>). Chicago: An Edward Arnold Publication, 1979
- Mills R.P. "Persistent Middle Ear Effusion in Children with Recurrent Acute Otitis Media". Clinical Otolaryngology. XII (1987): 97-101.
- Misury a Vinod. "Physiologic Eustachian Tube Inflection". Archive of Otolaryngology". CI (1975): 730-732.
- Paparella M.M., & Shumric D.A. Otolaryngology (Vol. 1). Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1980.
- Pukander J. et al. "Risk Factors Affecting the Occurrence of Acute Otitis Media Among 2-3 Year-Old Urban Children". Acta Otolaryngologica. C (1985): 260-265.
- Suzuki J., Kodera K., Yanagihara N. Middle Ear Implants for Human. Acta Otolaryngologica (Stockh). IC (1985): 313-317.
- Teele, David W. et al Epidemiology of Otitis Media in Children. Annal of Otolaryngology, Rhinology and Laryngology. VIIIIXIX (1980): 5-6.
- Zimbardo, Phillip G. Influencing attitude and changing behavior. London: Addison-Wesley, 1977.



## ภาคผนวก ก

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

## เรื่อง

" ความรู้ เจตคติ และ การปฏิบัติของครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนเกี่ยวกับโรคหุ้หน้าหวก "  
ในโครงการพัฒนาศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล

โปรดกาเครื่องหมาย x ใน ( ) หรือ กรอกข้อความตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. เพศ ( ) หญิง ( ) ชาย
2. อายุ ( ) 20 - 30 ปี ( ) 31 - 40 ปี  
( ) 41 - 50 ปี ( ) 51 - 60 ปี
3. อาชีพ ( ) ครู ( ) พยาบาล
4. หน้าที่ปัจจุบัน ( ) พยาบาลอนามัยโรงเรียน ( ) ครูสอนนักเรียน ชั้น....
5. อายุราชการ ( ) 1 - 5 ปี ( ) 6 - 10 ปี  
( ) 11 - 15 ปี ( ) 16 -20 ปี  
( ) มากกว่า 20 ปี
6. ทำหน้าที่สอนสุขศึกษานักเรียนหรือไม่  
( ) สอน ( ) ไม่สอน  
( ) เคยสอนแต่ปัจจุบันไม่ได้สอน
7. วุฒิกการศึกษา .....
8. มีนักเรียนในความดูแลของท่านเป็นโรคหุ้หน้าหวกหรือไม่  
( ) มี .....คน ( ) ไม่มี  
( ) เคยมี แต่ขณะนี้หายแล้ว .....คน
9. ท่านเคยได้รับการอบรมเรื่องโรคเกี่ยวกับหุ้หรือไม่  
( ) ไม่เคย  
( ) เคย จาก.....

ชุดที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้โรคหูน้ำหนวก

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม แบบสอบถามชุดนี้มีทั้งหมด 35 ข้อ แต่ละข้อจะมีตัวเลือกให้ตอบ 5 ข้อ คือ ก, ข, ค, ง, จ ให้ท่านกาเครื่องหมาย X ลงบนข้อที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุด

- 1) หูของคนเราแบ่งเป็นกี่ชั้น
  - ก. สามชั้น คือ ช่องหู แก้วหู และ ประสาทหู
  - ข. สามชั้น คือ ไบหู ช่องหู และแก้วหู
  - ค. สามชั้น คือ หูชั้นนอก หูชั้นกลาง และ หูชั้นใน
  - ง. สี่ชั้น คือ ไบหู หูชั้นนอก หูชั้นกลาง และ หูชั้นใน
  - จ. ห้าชั้น คือ หูชั้นนอก ช่องหู หูชั้นกลาง หูชั้นใน และประสาทหู
  
- 2) คำว่า แก้วหู หมายถึงข้อใด
  - ก. อวัยวะสำคัญที่มีลักษณะเป็นแผ่น ทำหน้าที่แปลความหมายของเสียง
  - ข. เป็นแผ่นเรียบบางใสขึงกันระหว่างหูชั้นกลางกับหูชั้นใน ทำหน้าที่ป้องกันเสียงแปลกปลอม
  - ค. เป็นแผ่นแก้วรูปร่างโค้งเป็นครึ่งวงกลม ทำหน้าที่ขยายคลื่นเสียง
  - ง. เป็นเยื่อเล็กมากจนมองไม่เห็น ทำหน้าที่รับการสั่นสะเทือนของเสียง
  - จ. เป็นอวัยวะรับการสั่นสะเทือนของเสียง อยู่ปลายสุดของช่องหูชั้นนอก
  
- 3) ถ้าท่อที่เชื่อมระหว่างคอกับหูเกิดอุดตัน จะมีอาการผิดปกติอย่างไร
  - ก. รู้สึกเวียนศีรษะจนบ้านหมุน
  - ข. รู้สึกปวดหนักในหู และอาจมีเลือดไหลออกมา
  - ค. เจ็บ ปวดแสบปวดร้อนในหู
  - ง. หูอื้อ และมีเสียงก้องในหู
  - จ. หูอื้อ และมีอาการคันในหู

- 4) อวัยวะต่อไปนี้ อวัยวะใดเมื่อเกิดการติดเชื้อโรคแล้วโรคนั้นสามารถลุกลามเข้าสู่จนเกิดหูน้ำหนวกตามมาได้บ่อยที่สุด
- ฟัน
  - ขากรรไกร
  - ต่อมทอนซิล
  - ลิ้น
  - ต่อมน้ำลาย
- 5) ส่วนประกอบของหูที่ทำหน้าที่รับและขยายเสียงคือข้อใด
- ใบหูและช่องหูเท่านั้น
  - แก้วหูเพียงอย่างเดียว
  - ใบหู, แก้วหู และกล้ามเนื้อเล็ก 2 มัด ในหูชั้นกลาง
  - ใบหู, แก้วหูและกระดูกเล็ก 2 ชิ้น ในหูชั้นกลาง
  - ใบหู, แก้วหูและกระดูกเล็ก 3 ชิ้น ในหูชั้นกลาง
- 6) ในการไอหรือจามบางครั้งมีอาการหูอื้อเป็นเพราะเหตุใด
- ลมจากภายนอกอัดผ่านรูหู เข้ามากระทบแก้วหู
  - แรงดันลมจากคออัดผ่านท่อยูสเตเชียน เข้าสู่หูชั้นกลาง
  - หูได้รับแรงสะท้อนจากการไอ หรือจาม
  - แก้วหูจะทำงานมากเมื่อไอ หรือจาม
  - เกิดเนื่องจากมีน้ำลายผ่านจากคอไปตามท่อยูสเตเชียน เข้าสู่หูชั้นใน
- 7) ส่วนสำคัญของหูที่ทำหน้าที่เป็นประสาทรับเสียงมีลักษณะอย่างไร
- เป็นท่อตันที่มีลักษณะกลมและยาว
  - เป็นท่อกลวงรูปวงแหวน
  - เป็นท่อตันรูปวงแหวน
  - เป็นท่อตันม้วนเป็นรูปก้นหอย
  - เป็นท่อกลวงม้วนเป็นรูปก้นหอยภายในมีของเหลว

- 8) ท่านคิดว่าประสาทรับฟังเสียงของคนเรานั้นอยู่ที่ส่วนใดของหู
- แก้วหู
  - ช่องหู
  - แก้วหูและช่องหู
  - หูชั้นใน
  - หูชั้นกลาง
- 9) สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหูน้ำหนวกคืออะไร
- เกิดจากกรรมพันธุ์
  - ไขข้อของแข็งๆ แคะหูหรือแยงหู
  - เชื้อโรคในลำคอลุกลามเข้าไปในหูชั้นกลาง
  - น้ำสกปรกเข้าหู
  - มีสิ่งแปลกปลอมอุดอยู่ในช่องหู
- 10) โรคหูน้ำหนวกพบบ่อยที่สุดในเด็กที่เป็นโรคใด
- โรคหอบหืด
  - เป็นหวัดคอเจ็บเรื้อรัง
  - โรคขาดอาหาร
  - หูหนวกแต่กำเนิด
  - ฟันผุ และเหงือกอักเสบเรื้อรัง
- 11) อาการต่อไปนี้ข้อใดบ่งชี้ว่าเด็กเป็นโรคหูน้ำหนวกอย่างแน่นอน
- ปวดหู
  - เคยปวดหู และมีน้ำไหลออกจากช่องหู เป็นหายๆ
  - มีประวัติน้ำเข้าหูบ่อยๆ
  - มีกลิ่นออกจากช่องหูอย่างเดียว
  - ปวดหูและมีกลิ่นออกจากช่องหู แต่ไม่มีน้ำไหล

- 12) การที่เด็กเป็นโรคหุ้่น้ำหนักเรื้อรัง เดียวเป็นเด็วหาย เป็นเพราะเหตุใด ?
- เพราะเกิดโรคขึ้นใหม่ โดยไม่มีผลต่อเนื่องจากการป่วยครั้งแรกนั้น
  - เพราะโรคเก่ายังไม่หาย จึงเกิดอีกเสบซ้ำขึ้นอีก
  - เพราะไม่ได้กินยา และหยุดยา
  - เพราะเอาของสกปรกยอนหุ
  - เพราะเป็นโรคกรรมพันธุ์ โรคจึงติดตัวไปตลอดชีวิต
- 13) โดยทั่วไป กลิ่นของน้ำหนักมีลักษณะอย่างไร
- น้ำหนักต้องมิกลิ่นเหม็นเน่าทุกกราย
  - น้ำหนักที่แท้จริงจะต้องไม่มีกลิ่น
  - กลิ่นน้ำหนักเกิดจากกลิ่นปากกลิ่นจุมุกโขยออกมาทางช่องหุ
  - กลิ่นน้ำหนักไม่แตกต่างจากกลิ่นขี้หุ
  - น้ำหนักอาจมิกลิ่นหรือไม่มีก็ได้ แล้วแต่ความรุนแรงของโรค
- 14) อาการต่อไปนี้ อาการใดพบร่วมกับโรคหุ้่น้ำหนักบ่อยที่สุด
- พูดไม่ชัด
  - เวียนศีรษะจนบ้านหมุน
  - เดินเซเหมือนจะล้มไปทางด้านที่เป็นหุ้่น้ำหนัก
  - มีเสียงก้องในหุ ฆะพูด หรือ เคี้ยวของแข็ง
  - ปวดแสบปวดร้อนบริเวณใบหุ
- 15) อาการต่อไปนี้อาการใดที่ท่านคิดว่าเด็กกำลังเป็นโรคหุ้่น้ำหนักอย่างรุนแรง ควรส่งไปพบแพทย์โดยเร็วที่สุด
- ปวดหุ เป็นหวายๆ ไม่มีไข้ มีน้ำไหลออกทางช่องหุ
  - ปวดหุ มีไข้ มีหนองกลิ่นเหม็นไหลออกทางช่องหุ
  - เป็นหวัดบ่อยๆ ไม่มีไข้ มีน้ำไหลออกทางช่องหุ
  - เด็กบ่นปวดหุ หุ้อ ไม่มีน้ำออกทางช่องหุ มีไข้
  - เด็กมีอาการน้ำหนักไหล เป็นหวายๆ บิละหลายครั้ง

- 16) อาการปวดบวมบริเวณหลังใบหู ในเด็กที่เป็นโรคหูน้ำหนวก ควรทำอะไร
- ก. เป็นลักษณะแรกเริ่มของโรคหูน้ำหนวกไม่ร้ายแรงอะไร ปล่อยให้หายไปเอง โดยไม่ต้องไปหาหมอก็ได้
  - ข. ซึ่พยายามกินเอง
  - ค. ต้องให้กินยาฆ่าเชื้อโรคโดยด่วน แต่ยังไม่ต้องไปหาหมอ
  - ง. ต้องส่งเด็กไปพบแพทย์ เพื่อทำการรักษาต่อไป
  - จ. ใช้น้ำอุ่นประคบหลังหู แล้วให้กินยาแก้ปวดก็พอแล้ว
- 17) การแก้ไขปัญหาโรคหูน้ำหนวก ในเด็กนักเรียนเป็นหน้าที่หลักของใคร
- ก. เป็นปัญหาส่วนตัวของเด็กซึ่งรู้เท่าไม่ถึงการณ์จึงเกิดโรค ครูจึงต้องช่วยแก้ปัญหา
  - ข. เป็นปัญหาส่วนตัวของเด็กและผู้ปกครองที่จะต้องแก้ไขกันเอง พยาบาลและครูอนามัยช่วยไม่ได้ผล
  - ค. เป็นปัญหาของครอบครัว แต่ต้องได้รับการกระตุ้นจากพยาบาลอนามัย และครูของเด็ก จึงจะได้ผล
  - ง. เป็นปัญหาที่เกิดเพราะพ่อแม่ไม่เอาใจใส่เด็กจึงทำให้เกิดโรค ดังนั้นพ่อแม่จึงต้องแก้ปัญหาเอง
  - จ. เป็นปัญหาที่จะต้องร่วมมือกันช่วยเหลือเด็ก ระหว่าง ครู ผู้ปกครอง แพทย์ และพยาบาล
- 18) ยาหยอดหรือยาใส่หูต่อไปนี้ยาใดให้ผลดีในการรักษาโรคหูน้ำหนวก
- ก. น้ำเกลือ
  - ข. ไอโตรีเจนเปอร์ออกไซด์
  - ค. ผงวิเศษตราร่มชูชีพ
  - ง. นิม์เสนบด
  - จ. ยาปฏิชีวนะ

- 19) การรักษาโรคหุ้่น้ำหนักด้วยการผ่าตัดนั้น ท่านเข้าใจว่าอย่างไร
- เป็นวิธีเดียวที่รักษาโรคหุ้่น้ำหนักให้หายขาดได้ทุกราย
  - เป็นการผ่าตัดเพื่อทำความสะอาด และอาจซ่อมแซมแก้วหูด้วย
  - เป็นการผ่าตัดที่ต้องเจาะกระดูกศีรษะด้านหลังทุกราย
  - เป็นการผ่าตัดใหญ่ผู้ป่วยเสียเลือดมาก ต้องนอนพักฟื้นในโรงพยาบาลหลายวัน
  - เป็นการผ่าตัดที่ทำได้เฉพาะผู้ใหญ่เท่านั้น
- 20) ถ้าท่านส่งเด็กนักเรียนที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักไปพบแพทย์ แพทย์จ่ายยามาให้หยุดและกิน การปฏิบัติในข้อใดเป็นผลดีมากที่สุด
- กินยาครบตามสั่ง แต่ไม่ยอมหยุดหูเพราะกลัวแลบ
  - หยุดหูครบตามสั่ง แต่กินยาไม่ครบ
  - กินยาและหยุดหูครบโดยไม่ เช็ดหูก่อนหยุดหู
  - หยุดหูและกินยาครบตามสั่ง โดยเช็ดหูก่อนหยุดหูทุกครั้ง
  - กินยาจนกระทั่งหูแห้ง แล้วจึงหยุดหูหยุดหู
- 21) ถ้าท่านพบเด็กนักเรียนที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนักมีกลิ่นเหม็นเป็นที่น่ารังเกียจ เด็กได้รับการ รักษาแล้วแต่ยังมีกลิ่นเหม็นมาก ท่านจะเลือกปฏิบัติอย่างไรในหัวข้อต่อไปนี้จึงจะจัด ว่าเหมาะสมที่สุด
- แยกเด็กไปนั่งหลังชั้นให้ห่างเพื่อนฝูง จนกว่าจะหายเหม็น
  - ห้ามเด็กอื่น ๆ ใกล้ชิดกับเด็กที่ป่วย เพื่อป้องกันการติดเชื้อ
  - แจกสำลีให้เด็กอุดหูไว้ระหว่างเรียนในชั้นเพื่อป้องกันกลิ่นเหม็น
  - ปฏิบัติข้อ ก, ข, ค ไปพร้อมกัน
  - ทำความสะอาดหูให้ และอธิบายให้เพื่อนนักเรียนเข้าใจปัญหาของผู้ที่อยู่ใน ระหว่างรักษา
- 22) วิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันไม่ให้เกิดโรคหุ้่น้ำหนักในคนที่ยังไม่เคย เป็นโรคนี้คือวิธีใด
- ระมัดระวังมิให้น้ำเข้าหู
  - ระมัดระวังมิให้เป็นหวัด เจ็บคอบ่อยๆ
  - ระมัดระวังไม่ใช้ของสกปรกยอนหู
  - หลีกเลี่ยงจากการคลุกคลีกับคนที่ เป็นโรคหุ้่น้ำหนัก
  - หมั่นทำความสะอาดช่องหูบ่อยๆด้วยน้ำยาล้างหู และใช้ไม้พันสำลีสะอาดยอนหู

- 23) การว่ายน้ำและการหัดว่ายน้ำในเด็ก ควรจะงดในกรณีใดต่อไปนี้
- ก. เป็นหูน้ำหนวกเรื้อรัง หนองกำลั้งไหล
  - ข. เป็นหูน้ำหนวกเรื้อรัง แห้งบ้าง และบ้าง ไม่มีไข้ ไม่มีปวด
  - ค. เด็กกำลั้งเป็นหวัดคัดจมูกอย่างแรง ไอ แต่ไม่เป็นโรคหูน้ำหนวก
  - ง. เด็กเคยเข้าโรงพยาบาลรักษาโรคหูน้ำหนวกมาแล้ว โดยหมอเจาะแก้วหู และใส่ท่อระบายอากาศไว้
  - จ. ห้ามว่ายน้ำทั้ง 4 กรณี
- 24) ในการให้สุขศึกษาเรื่องโรคหูน้ำหนวกแก่เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา ข้อความต่อไปนี้ ข้อใดถูกต้องน้อยที่สุด
- ก. โรคหูน้ำหนวกเกิดจากน้ำสกปรกเข้าหู
  - ข. โรคหูน้ำหนวกเกิดจากเป็นหวัดคัดจมูกบ่อยๆ
  - ค. ถ้าไม่ต้องการเป็นโรคหูน้ำหนวก ให้รักษาความสะอาดของปากและฟันเป็นประจำ
  - ง. อย่าเข้าใกล้คนเป็นโรคหูน้ำหนวกเพราะหูน้ำหนวกเป็นโรคติดต่อ
  - จ. โรคหูน้ำหนวกหายเองได้ และอาการไม่รุนแรง
- 25) ในการให้ความรู้แก่เด็ก และประชาชน เพื่อป้องกันโรคหูน้ำหนวกนั้น ข้อความต่อไปนี้ ข้อใดเป็นข้อที่ต้องย้ำมากที่สุด
- ก. ระวังอย่าให้น้ำเข้าหู
  - ข. ห้ามใช้ของแข็งขยอนหู
  - ค. ห้ามทำความสะอาดช่องหูด้วยตนเอง
  - ง. ถ้าเป็นหวัดคัดจมูก ให้รีบรักษา
  - จ. ไม่ควรคลุกคลีกับคนที่ เป็นโรคหูน้ำหนวก

ชุดที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อโรคหูดน้ำหนวก

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม แบบสอบถามชุดนี้มีทั้งหมด 30 ข้อมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยพอควร ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ท่านเลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียวในกระดาษคำตอบ เช่น

	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย พอควร	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ฉันคิดว่าส่วนสำคัญที่สุดของหูดคือใบหูด					✓
1. ฉันเชื่อว่าโรคหูดน้ำหนวกไม่ทำให้เกิดอันตรายร้ายแรง					
2. ฉันคิดว่าพ่อแม่ไม่ควรรู้สึกอับอายอะไรที่ลูกเป็นโรคหูดน้ำหนวก					
3. ฉันเชื่อว่าผู้ที่ทำความสะอาดอยู่เป็นประจำจะไม่เกิดโรคหูดน้ำหนวก					
4. ฉันคิดว่าโรคหูดน้ำหนวกติดต่อกันทางเชื้อโรคที่มากับน้ำหนวก					
5. ฉันเชื่อว่าโรคหูดน้ำหนวกนั้น ไม่ต้องรักษาก็หายได้เอง ถ้าร่างกายแข็งแรง					
6. ฉันเชื่อว่าโรคหูดน้ำหนวกเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาดไม่ว่าจะเป็นวิธีใดก็ตาม					
7. ฉันเชื่อว่าการรักษาโรคหูดน้ำหนวกด้วยยาฉีดย่อมดีกว่ายาหยอด และยากิน					
8. ฉันเชื่อว่าหลังผ่าตัดหูดแล้วจะไม่เป็นโรคหูดน้ำหนวกอีก					
9. ฉันคิดว่าการใช้ยาน้ำหยอดหูด จะทำให้หูดและยิ่งขึ้น					
10. ฉันคิดว่ายาหยอดหูดที่มีขายตามท้องตลาดนั้น ถ้าราคาแพงจะหายเร็วกว่าราคาถูก					



	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย พอควร	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
21. ฉันเชื่อว่าน้ำเข้าหูเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหูน้ำหนวก					
22. โรคหูน้ำหนวกจะหายเองได้เมื่อเด็กโตขึ้น					
23. ฉันคิดว่าโรคหูน้ำหนวกเป็นโรคที่ป้องกันไม่ได้					
24. ฉันคิดว่าการป้องกันโรคหูน้ำหนวกจะทำได้ง่ายกว่าการรักษา					
25. ฉันคิดว่าแม้จะรักษาโรคหูน้ำหนวกหายแล้วก็อาจเป็นโรคหูน้ำหนวกได้อีก					
26. ฉันเชื่อว่าโรคหูน้ำหนวกไม่ติดต่อทางน้ำหนวก					
27. ฉันคิดว่าโรคหูน้ำหนวกเกิดเฉพาะในเด็กเท่านั้น					
28. ฉันเชื่อว่าอาหารประเภทไข่และเนื้อสัตว์แผลงต่อโรคหูน้ำหนวก					
29. ฉันเชื่อว่าการรับประทานอาหารประเภทปลาจะทำให้หูน้ำหนวกมีกลิ่นเหม็น					
30. ฉันเชื่อว่าหูที่เป็นน้ำหนวกจะมีอาการหูหนวกทุกคน					

ชุดที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวต่อผู้เป็นโรคน้ำหนวก

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม แบบสอบถามชุดนี้มีทั้งหมด 11 ข้อ มีคำตอบให้เลือก 4 คำตอบคือ ทำทุกครั้ง ทำบางครั้ง ไม่ได้ทำ ไม่เคยพบเด็ก ให้เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

	ทำทุกครั้ง	ทำบางครั้ง	ไม่ได้ทำ	ไม่เคยพบเด็ก
1. ใช้สำลี เช็ดช่องหูให้สะอาดทุกครั้งก่อนหยอดหู				
2. ให้เด็กนอนตะแคงข้างประมาณ 5 นาที หลังหยอดหูทุกครั้ง				
3. แนะนำให้คนที่รักษาโรคน้ำหนวกจนหายแล้ว กินยาและหยอดยาไปเรื่อยๆ เพื่อป้องกันไม่ให้ เป็นโรคซ้ำอีก				
4. แนะนำให้เด็กที่เป็นโรคน้ำหนวกรักษาให้หาย เพื่อป้องกันโรคลุกลามเข้าสู่สมองทำให้เขา ตายได้				
5. ฉันจะแนะนำให้เด็กเปลี่ยนยาหยอดหู ถ้าใช้ หยอดหูแล้วไม่แห้ง				
6. เมื่อพบเด็กที่เป็นโรคน้ำหนวก ต้องอธิบายให้ เขาเข้าใจว่า น้ำหนวกเกิดจากอะไร				
7. ให้เด็กที่เป็นโรคน้ำหนวกทุกคนนั่งหน้าชั้น เรียน เพราะเขาไม่ได้ยินเสียงครูพูด				
8. ให้เด็กที่เป็นโรคน้ำหนวกทุกคนนั่งหลังชั้น เรียน เพราะหูเขามักลื่นเหม็นรบกวน เด็กคนอื่น				
9. แนะนำให้เด็กไปพบแพทย์ถึงแม้หูจะแห้งแล้ว				
10. แนะนำให้เด็กไปพบแพทย์เมื่อหูยังแฉะอยู่ หลัง จากหูแห้งแล้วก็ไม่จำเป็นต้องไปพบแพทย์				
11. แนะนำเด็กที่เป็นโรคน้ำหนวก ไม่ให้ว่ายน้ำ				

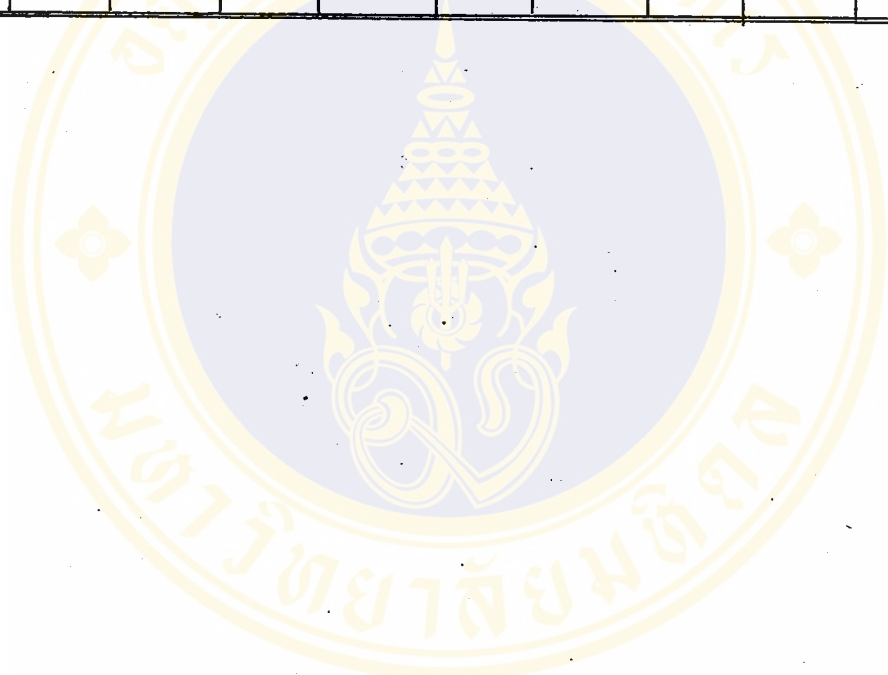
## ภาคผนวก ข

ตารางที่ 29 ร้อยละของครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่ตอบแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหุ้หน้าหนักแต่ละข้อ

ข้อที่	ก		ข		ค		ง		จ	
	ครู	พยาบาล	ครู	พยาบาล	ครู	พยาบาล	ครู	พยาบาล	ครู	พยาบาล
1	6.17	0.00	4.11	3.22	85.88	96.77	2.94	0.00	0.88	0.00
2	5.58	6.45	20.88	41.93	8.52	9.67	21.47	6.45	43.53	35.48
3	4.41	22.58	10.00	6.45	4.11	6.45	69.41	64.51	12.05	0.00
4	10.00	9.66	6.47	0.00	61.76	90.32	0.58	0.00	21.17	0.00
5	3.82	0.00	8.53	6.45	8.82	0.00	18.23	45.16	60.58	48.38
6	10.00	6.45	44.11	77.41	39.41	12.90	2.35	3.22	4.11	0.00
7	3.53	3.22	7.05	3.22	2.35	6.45	28.82	12.90	58.23	74.19
8	11.76	0.00	1.76	0.00	20.58	16.12	43.82	54.83	22.64	29.03
9	0.58	0.00	17.94	9.67	46.47	83.87	31.76	6.45	3.23	0.00
10	0.88	0.00	78.82	93.54	0.88	0.00	6.67	0.00	12.64	6.45
11	1.17	0.00	94.70	100.0	2.05	0.00	0.88	0.00	1.17	0.00
12	6.47	3.22	75.29	90.32	10.58	6.45	3.53	0.00	4.41	0.00
13	30.58	38.70	1.47	0.00	1.47	0.00	1.47	0.00	65.00	61.29
14	17.35	9.61	4.11	9.67	18.23	19.35	52.64	48.38	7.64	12.90
15	7.35	3.22	60.88	70.96	8.23	9.68	7.05	16.12	16.47	0.00
16	2.35	0.00	0.58	3.22	0.29	0.00	94.70	96.77	2.05	0.00
17	0.58	0.00	1.17	0.00	6.17	6.45	3.52	0.00	88.52	93.54
18	0.88	3.22	45.00	0.00	3.82	0.00	2.64	0.00	47.64	96.77
19	30.29	19.35	49.11	74.19	9.70	6.45	5.88	0.00	5.00	0.00
20	0.58	0.00	1.41	0.00	2.05	0.00	93.82	100.0	2.05	0.00
21	2.94	3.22	0.29	0.00	4.41	0.00	17.35	3.22	75.00	93.64

ตารางที่ 29 (ต่อ)

ข้อที่	ก		ข		ค		ง		จ	
	ครู	พยาบาล	ครู	พยาบาล	ครู	พยาบาล	ครู	พยาบาล	ครู	พยาบาล
22	30.88	0.00	44.41	90.32	6.76	6.45	2.64	0.00	15.29	3.22
23	7.05	3.22	2.05	0.00	12.94	6.45	4.70	0.00	73.23	90.32
24	12.64	0.00	11.47	9.67	15.88	0.00	37.35	38.70	22.64	51.61
25	30.88	12.90	31.47	16.12	2.94	3.22	33.52	67.74	1.17	0.00



## ภาคผนวก ค

ตารางที่ 30 ร้อยละของครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่ตอบแบบสอบถามเจตคติเรื่องโรคหุ้่น้ำหนัก  
แต่ละข้อ

ข้อที่	เห็นด้วยมาก		เห็นด้วยพอควร		ไม่แน่ใจ		ไม่เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
	ครู	พยาบาล	ครู	พยาบาล	ครู	พยาบาล	ครู	พยาบาล	ครู	พยาบาล
1	8.82	3.22	7.05	3.22	8.52	0.00	39.11	32.28	36.41	61.29
2	36.64	51.61	33.32	16.12	7.94	6.45	16.17	25.80	5.00	0.00
3	14.41	0.00	20.00	9.67	31.76	32.25	25.88	38.70	7.94	19.35
4	6.17	0.00	19.11	3.22	23.23	12.90	37.05	45.16	14.41	38.70
5	0.88	0.00	2.94	6.45	9.41	0.00	48.52	45.16	38.23	48.38
6	2.35	3.22	4.11	0.00	9.41	0.00	45.58	48.38	38.23	48.38
7	1.17	0.00	6.76	0.00	38.23	6.45	37.94	58.06	15.88	35.48
8	7.35	3.22	11.47	6.45	42.64	35.48	25.88	35.48	12.64	19.35
9	0.88	3.22	9.11	6.45	20.00	3.22	51.47	54.83	18.52	32.25
10	2.05	0.00	2.94	0.00	17.05	6.45	45.29	41.93	32.64	51.61
11	1.47	6.45	2.94	3.22	5.88	3.22	50.29	32.25	39.41	54.83
12	11.17	6.45	18.52	19.35	10.00	6.45	44.11	38.70	16.17	29.03
13	0.88	0.00	6.66	9.67	42.64	6.45	32.94	51.61	16.70	32.25
14	17.35	32.25	29.41	29.02	39.11	16.12	7.94	9.67	6.17	12.90
15	3.23	6.45	19.11	9.67	10.29	16.12	50.29	45.16	17.05	22.58
16	19.41	9.67	42.05	45.16	6.17	3.22	25.29	22.58	7.05	19.35
17	1.47	0.00	5.00	3.22	39.41	3.22	41.16	41.93	12.94	51.61
18	23.23	38.70	27.35	29.03	31.76	9.67	12.05	12.90	5.58	9.67
19	55.00	70.96	39.11	25.80	3.52	0.00	1.47	3.22	0.88	0.00
20	12.05	12.90	46.47	25.80	6.76	9.67	30.58	45.16	4.11	6.45
21	13.82	3.22	45.29	16.12	16.47	19.35	16.76	48.38	7.64	12.90

ตารางที่ 30 (ต่อ)

ข้อที่	เห็นด้วยมาก		เห็นด้วยพอควร		ไม่แน่ใจ		ไม่เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
	ครู	พยาบาล	ครู	พยาบาล	ครู	พยาบาล	ครู	พยาบาล	ครู	พยาบาล
22	1.17	0.00	3.23	3.22	9.70	0.00	45.29	58.06	40.58	38.70
23	2.94	0.00	3.82	0.00	7.94	0.00	44.41	48.38	40.88	51.61
24	43.52	74.19	38.23	16.12	12.35	3.22	2.94	0.00	2.94	6.45
25	29.41	45.16	47.67	41.93	17.94	9.67	4.41	0.00	0.58	3.22
26	18.82	41.93	26.17	25.80	25.41	29.03	21.47	0.00	4.11	3.22
27	1.17	3.22	10.58	0.00	10.70	10.90	42.05	58.06	26.47	25.80
28	0.88	0.00	4.11	0.00	16.47	0.00	43.82	35.48	34.70	64.51
29	0.58	0.00	2.64	0.00	19.41	6.45	43.23	29.03	34.11	64.51
30	4.70	9.67	7.35	6.45	26.47	19.35	37.64	38.70	23.82	25.80

## ภาคผนวก ง

ตารางที่ 31 ร้อยละของครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่ตอบแบบสอบถามการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่เป็นโรคน้ำหนวกแต่ละข้อ

ข้อความ	การปฏิบัติ					
	ทำทุกครั้ง		ทำบางครั้ง		ไม่ได้ทำ	
	ครู	พยาบาล	ครู	พยาบาล	ครู	พยาบาล
1. ใช้ล้าลี เช็ดช่องหูให้สะอาด ทุกครั้งก่อนหยอดหู	34.32	96.55	41.79	0.00	22.38	3.44
2. ให้เด็กนอนตะแคงข้างประ มาณ 5 นาทีหลังหยอดหู ทุกครั้ง	38.80	82.75	34.32	13.79	25.37	3.44
3. แนะนำให้คนที่รักษาโรคหู น้ำหนวกจนหายแล้วกินยา และหยอดยาไปเรื่อยๆ เพื่อ ป้องกันไม่ให้เป็นโรคซ้ำอีก	20.89	34.48	8.95	6.89	68.65	58.62
4. แนะนำให้เด็กที่เป็นโรคหู น้ำหนวกรักษาให้หายเพื่อ ป้องกันโรคลุกลามเข้าสู่ สมองทำให้เขาตาบอดได้	55.22	96.55	31.34	3.44	11.94	0.00
5. ฉันจะแนะนำให้เด็กเปลี่ยน ยาหยอดหูถ้าใช้หยอดหูแล้ว ไม่แห้ง	23.88	24.13	16.41	17.24	58.20	58.62
6. เมื่อพบเด็กที่เป็นโรคหูน้ำ หนวกต้องอธิบายให้เขาเข้าใจว่า หูน้ำหนวกเกิดจาก อะไร	51.71	79.31	28.35	17.24	13.43	3.44



ตารางที่ 31 (ต่อ)

ข้อความ	การปฏิบัติ					
	ทำทุกครั้ง		ทำบางครั้ง		ไม่ได้ทำ	
	ครู	พยาบาล	ครู	พยาบาล	ครู	พยาบาล
7. ให้เด็กที่เป็นโรคหูน้ำ หนวกทุกคนนั่งหน้าชั้นเรียน เพราะเขาไม่ได้ยินเสียง ครูพูด	26.86	37.93	32.83	24.13	38.80	37.93
8. ให้เด็กที่เป็นโรคหูน้ำหนวก ทุกคนนั่งหลังชั้นเรียนเพราะ หู เขามีกลิ่นเหม็นรบกวน เด็กคนอื่น	1.49	3.44	11.94	20.68	86.56	75.86
9. แนะนำให้เด็กไปพบแพทย์ ถึงแม้หูจะแห้งแล้ว	32.83	68.96	31.34	6.89	34.32	24.13
10. แนะนำให้เด็กไปพบแพทย์ เมื่อหูแห้งและอยู่หลังจาก หูแห้งแล้วก็ไม่ต้องไป พบแพทย์	38.80	24.13	28.85	24.13	31.34	51.72
11. แนะนำเด็กที่เป็นโรคหู น้ำหนวกไม่ให้ว่ายน้ำ	38.80	86.20	29.85	0.00	29.85	13.79