



วารสารสหเวชศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Journal of Allied Health Sciences
Suan Sunandha Rajabhat University

ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม-ธันวาคม 2563
Volume 5 No.1 January-December 2020



ISSN 2539-6749

TCI (กลุ่มที่ 2) สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Thai - Journal Citation Index Centre

วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University

วัตถุประสงค์ของการจัดพิมพ์วารสาร

1. เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิจัย และผลงานวิชาการทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและสาธารณสุข
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการนำเสนอและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นทางวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและสาธารณสุข

ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.ชุติกาญจน์ ศรีวิบูลย์

รองศาสตราจารย์ ดร.ธนสุวิทย์ ทับทิมรักษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมเดช รุ่งศรีสวัสดิ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรวิทย์ ยอดฉิม

อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

รองอธิการบดีฝ่ายวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์รัชชัยย์ กมลธรรม

คณบดีวิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

รองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงพร นาคพันธุ์ชัย

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยสหเวชศาสตร์

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ นายแพทย์นิพนธ์ พวงรินทร์ (ราชบัณฑิต)

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. นายแพทย์สมชัย บวรกิตติ (ราชบัณฑิต)

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ยงยุทธ วัชรกุลย์ (ราชบัณฑิต)

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์พูนพิศ อมาตยกุล

ศาสตราจารย์พิเศษ นายแพทย์สรโรจ แสงวิเชียร

ศาสตราจารย์พิเศษ นายแพทย์เอก ธนะสิริ

รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนา สำโรงทอง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภะลักษณ์ พักคำ

นายแพทย์เทวัญ ธาณิรัตน์

นายแพทย์มานิชนธ์ ลิโทขวลิต

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์

ดร.รัชนี จันทร์เกษ

ดร.เภสัชกรหญิงอัญชลี จูทะพุทธิ

มหาวิทยาลัยมหิดล

สำนักงานราชบัณฑิตยสภา

มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

มหาวิทยาลัยมหิดล

มหาวิทยาลัยมหิดล

มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

กระทรวงสาธารณสุข

มหาวิทยาลัยวามินทราริราช

สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์

กระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข

ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงพร นาคพันธุ์ชัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. แพทย์หญิงสารนาถ ล้อพูลศรี นิยม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงแก้วดา นพณ์จำรัสเลิศ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิราภรณ์ เรืองสิทธิชัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิวรรณ เสนะสุทธิพันธุ์

มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

มหาวิทยาลัยมหิดล

มหาวิทยาลัยมหิดล

มหาวิทยาลัยมหิดล

มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (ต่อ)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปริศนา เพียรจริง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุไรวรรณ อมรมิมิตร
นายแพทย์ธุศักดิ์ รังสีพรหม

มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

กองการจัดการ

นางสาวจิณห์จุฑา ศรีเหรา
นางสาวสุนีย์ ยียะหิยา
นายทศวรรณ พงษ์สุข
นางสาวลนิตา ภาวนานนท์
นายยุทธนา เสมอจิตร
นางสาวบุบผา ขุนบุญจันทร์
นางสาวธีรนนท์ สัตบุศ
นางสาวณภัทร ช่างเพ็ง
นายธนา ลิมาวัฒนชัย

นางสาวมัทยา มนุษย์
นางสาวณัททกานต์ สังขรัตน์
นางสาวภาพร บำรุงสุนทร
นางสาวกนกกร ผิวอ่อน
นางสาวดารีน กิตติสาระกุลชัย
นางสาวธีราภรณ์ จุมรี
นางสาวอลิสรา ด้วงนิม
นายศักดิ์ชัย พงษ์เกิดลาภ

กำหนดการเผยแพร่

ปีละ 1 ฉบับ

เจ้าของวารสาร

วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

สำนักงาน

เลขที่ 111/1-3 หมู่ 7 ตำบลบางแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม 75000 โทรศัพท์ 034-773904-5 โทรสาร 034-773-903
www.journal.ssru.ac.th/index.php/jahs

พิมพ์ที่

บริษัท แดเน็กซ์ อินเทอร์เน็ตปอเรชั่น จำกัด 99/164 หมู่ 2 ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210
โทรศัพท์ 02-5751791-3, 088-5788-400

ออกแบบปกโดย

นายทศวรรณ พงษ์สุข

บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ได้รับการตรวจสอบทางด้านวิชาการ โดยผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ตรงตามสาขา จำนวน 2 ท่าน และบทความในวารสาร เป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน ซึ่งทางกองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย การนำบทความในวารสารนี้ไปเผยแพร่สามารถกระทำได้โดยไม่ระบุแหล่งอ้างอิง จากวารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

บทบรรณาธิการ

วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม – ธันวาคม 2563 ฉบับนี้เป็นฉบับแรก หลังจากได้ผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณภาพวารสารเพื่อเข้าสู่ฐานข้อมูล TCI และได้รับการจัดกลุ่มมาตรฐานคุณภาพวารสารระดับชาติ เป็นวารสารกลุ่มที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 10 มกราคม พ.ศ. 2563 ซึ่งเป็น 1 ในวารสาร 10 ฉบับ ของมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ที่ผ่านการประเมินคุณภาพ ในระดับชาติ เข้าสู่ฐานข้อมูล TCI พ.ศ. 2562 เป็นผลให้มันักวิจัยทั้งภายในและภายนอกสถาบัน ให้ความสนใจและส่งบทความวิจัยมาลงตีพิมพ์ เพิ่มจำนวนมากขึ้นกว่าฉบับที่แล้วมา อย่างชัดเจน ถือเป็นนิมิตหมายที่ดีในการพัฒนาวารสารให้มีมาตรฐานสูงขึ้นในระดับต่อไป คือวารสาร ฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 1 ตามนโยบายของวารสารที่ตั้งเป้าหมายไว้ โดยในปีถัดไป วารสาร สหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา จะดำเนินการจัดทำวารสาร เป็นปีละ 2 ฉบับ เพื่อเตรียมความพร้อมในการยื่นขอรับการประเมินคุณภาพวารสาร ตามเกณฑ์การประเมินรับรองคุณภาพของ TCI กลุ่มที่ 1 ในปี พ.ศ. 2565

ภายใน วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ฉบับนี้ มีนักวิชาการ นักวิจัย บุคลากรทางด้านสาธารณสุขและการดูแลสุขภาพ จากหลากหลายสถานที่ ทั้ง ภาคกลาง ภาคอีสาน และภาคใต้ ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านต่าง ๆ เช่น สิ่งแวดล้อม พาหะนำโรค รวมถึงเรื่องพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ ทั้งผู้ใหญ่และเด็ก หวังว่าบทความวิจัยเหล่านี้ จะเป็นประโยชน์และสามารถนำไป บูรณาการสู่สาธารณสุขชุมชนของประเทศต่อไป

ท้ายนี้ กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา จะสามารถเป็นตัวกลางในการสื่อสาร เผยแพร่ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ สาธารณสุข และการแพทย์ทางเลือก พร้อมทั้งจะได้รับการตอบรับจากผู้อ่านและผู้สนับสนุนบทความวิจัย จากทั่วประเทศไทยอย่างดียิ่งเช่นเคย



รองศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์อวัชชัย กมลธรรม

บรรณาธิการ

สารบัญ

บทความวิจัย

หน้า

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อความเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก ในหมู่บ้าน จังหวัดศรีสะเกษ Environmental factors affecting the risk of dengue haemorrhagic fever in villages of Sisaket province กล้าณรงค์ วงศ์พิทักษ์, ธรรมศักดิ์ สายแก้ว, สุรีย์วรรณ สีลาดเลา, วรางคณา จันทร์คง Klarnarong Wongpituk, Tammasak Saykaew, Sureewan Siladlao, Warangkana Chankong	1
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของ ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ตำบลตาเกษ อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ Factors related to the operation of Surveillance and Rapid Response Team (SRRT) for Dengue Fever in Taket Sub-District, Uthumpornpisai District, Sisaket Province ปราณี ศรีบุญเรือง, กล้าณรงค์ วงศ์พิทักษ์ Pranee Sriboonreang, Klarnarong Wongpituk	10
ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ในนักเรียนอายุ 10–14 ปี อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา Health Literacy and Health Behaviors According to National Health Recommendations among Students Aged 10–14 Year Old in Chaloem Phra Kiat District, Nakhon Si Thammarat Province จิราวุธ ปุณณวิช, ศิระปรุพห์ ทองเทพ Chirawut Punnawit, Siraparulh Thongthep	26

สารบัญ

บทความวิจัย

หน้า

ผลของการสอนสุขศึกษาด้วยการเรียนรู้แบบเกมที่มีต่อความรู้ เรื่องโภชนาการเด็กวัยเรียนในนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 และ 4 The effect of Game - Based Learning method on knowledge of nutrition in school age children (grade 3 and 4 students) วัลลภา วาสนาสมปอง, ธัญสิริ ภาะวัง Wallapa Wassanasompong, Thunsiri Phawang	37
พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในโครงการกระเป๋ายาสมุนไพรของประชาชน อำเภอดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี The behavior of herbal medicine used in the herbal first aid kit project in Donsak district, Surat thani province. ปรีชา เนตรพุกกณะ, วาสินี วงศ์อินทร์ Preecha Netepukkana, Wasinee Wongin	47
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการฝากครรภ์ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ Predicting Factors of Promoting Behaviors among Pregnant Women Receiving Antenatal Care Services at Community Hospital, Nakhonsawan Province วิลาสินี บุตรศรี, อัญสุรีย์ ศิริโสภณ Wilasinee Bootsri, Ansuree Sirisophon	60



วันที่รับบทความ : 28/04/2563

วันแก้ไขบทความ : 22/06/2563

วันที่ตอบรับบทความ : 25/06/2563

วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อความเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก

ในหมู่บ้าน จังหวัดศรีสะเกษ

กล้านรงค์ วงศ์พิทักษ์^{1*}, ธรรมศักดิ์ สายแก้ว¹, สุริยวรรณ สีลาดเลา¹,

วรางคณา จันทรังค์²

อาจารย์ประจำสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา¹

รองศาสตราจารย์ ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช²

E-mail: klarnarong.wo@ssru.ac.th*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์ เพื่อศึกษาปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อความเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก โดยศึกษาในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 97 หมู่บ้าน โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์ด้วยค่าสถิติ Chi-Square ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ หมู่บ้านที่มีร่องน้ำขังตามถนน หมู่บ้านที่มีถังขยะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) หมู่บ้านที่มีพื้นที่รกร้างบริเวณใกล้ชุมชน หมู่บ้านที่มีค่า Container Index (CI) และ Breteau Index (BI) กับความเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออกของหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กันที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ในขณะที่ หมู่บ้านที่มีร่องน้ำขังและหมู่บ้านที่มีค่า House Index (HI) ไม่มีความความสัมพันธ์กับการเกิดความเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก และยังพบว่าหมู่บ้านที่มีถังขยะของ อปท. มีโอกาสเกิดความเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก น้อยกว่า หมู่บ้านที่ไม่มีถังขยะ (OR=0.281) และหมู่บ้านที่มีพื้นที่รกร้างบริเวณใกล้ชุมชน มีโอกาสเกิดความเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก น้อยกว่า หมู่บ้านที่ไม่มีพื้นที่สวนบริเวณใกล้ชุมชน (OR=0.314)

คำสำคัญ : ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม, ความเสี่ยง, ไข้เลือดออก

* ผู้รับผิดชอบงานหลัก



Environmental factors affecting the risk of dengue haemorrhagic fever in villages of Sisaket province

Klarnarong Wongpituk¹, Tammajak Saykaew¹, Sureewan Siladlao¹,
Warangkana Chankong²

Department of public health, College of Allied Health Sciences, Suan Sunandha Rajabhat University¹

School of Health Sciences, Sukhothai Thammathirat Open University²

E-mail: klarnarong.wo@ssru.ac.th**

ABSTRACT

The aim of the present research is to study the influence of environmental factors on the risk of Dengue Haemorrhagic Fever (DHF). The data collected from 97 villages in Sisaket province in Thailand. The statistical analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation and chi-Square. The result showed that environmental factors; the ditch along the road, the villages containing trashes, the areas of wasteland and the mosquito larval prevalence index (Container Index; CI and Breteau Index; BI) related to the risk of DHF with the significance level at 0.05. While the ditch along the road and House Index (HI) in the villages were not associated with the risk of DHF. The risk of DHF transmission of the villages containing trashes and the areas of wasteland was more than the villages without trashes and the areas of wasteland at 0.281 and 0.314 times, respectively.

Keywords: Environmental factors, risk, Dengue haemorrhagic fever

* Corresponding Author



บทนำ

ในระยะเวลา 30 กว่าปีที่ผ่านมาโรคไข้เลือดออก (Dengue hemorrhagic fever – DHF) เป็นโรคติดต่อที่มีความสำคัญเนื่องจากการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยสูงขึ้น WHO คาดการณ์ว่าประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตร้อนมีความเสี่ยงต่อโรคนี้จำนวน 2,500 ล้านคน¹ สำหรับในภูมิภาคเอเชียอาคเนย์และเอเชียใต้ มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในทุกประเทศ ซึ่งในประเทศไทยพบการระบาดของโรคไข้เลือดออกตลอดทั้งปี การกระจายการเกิดโรคไข้เลือดออกตามกลุ่มอายุ ส่วนใหญ่พบในกลุ่มอายุ 10-14 ปี มีอัตราป่วยสูงสุด คือ 438.44 ต่อแสนประชากร รองลงมาได้แก่ กลุ่มอายุ 5-9 ปี, อายุ 15-24 ปี, อายุ 0-4 ปี และ อายุ 25-34 ปี โดยมีอัตราป่วยเป็น 344.36, 237.38, 150.61 และ 122.48 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ² โรคไข้เลือดออกส่งผลกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจรวมถึงการประกอบอาชีพของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งภาครัฐได้รับผลกระทบค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลซึ่งโรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับประชาชนโดยตรงในระดับชุมชนและหมู่บ้านจึงจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ ความตระหนักและความร่วมมือของชุมชน เพื่อช่วยลดปริมาณพาหะนำโรคไข้เลือดออก โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ทั้งนี้จะต้องได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานที่รับผิดชอบและประชาชนต้องมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอย่างถูกต้อง ยุงลาย (*Aedes aegypti*) เป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออกที่มีความสำคัญ ปัจจัยที่มีผลต่อการแพร่กระจายของโรคมีความแตกต่างกัน

ในแต่ละพื้นที่ เช่น ภูมิทัศน์ทางของคน ชนิดไวรัสเดงกี ความหนาแน่นของประชากรและการเคลื่อนย้ายภูมิอากาศ ชนิดยุงพาหะ การขาดความรู้ความเข้าใจและความตระหนักของประชาชนในการที่จะกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและนโยบายของผู้บริหาร ล้วนสร้างผลกระทบกับการแพร่กระจายของโรคไข้เลือดออกอย่างเห็นได้ชัดและอาจทำให้รูปแบบการเกิดโรคมีความผันแปรไป การป้องกันและควบคุมโรคก็จะมีผลซับซ้อนเช่นกัน³ การพยากรณ์โรคไข้เลือดออกในปี 2561⁴ ใช้วิธีการทางสถิติแบบอนุกรมเวลา (Time series analysis) แบบ ARIMA โดยใช้ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยย้อนหลังอย่างน้อย 10 ปี (ปีพ.ศ. 2551-2560) ซึ่งผลการวิเคราะห์ คาดว่าจะมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในปีพ.ศ. 2561 ประมาณ 74,000 – 75,000 ราย คาดว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากปี 2560 ประมาณ 28 - 29% และอัตราป่วยตายอยู่ในระดับไม่เกินร้อยละ 0.11 ทั้งนี้โดยมีอิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงของไวรัสเดงกีชนิด DENV-2 ที่มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญคือกลุ่มนักเรียนและนักศึกษา ในช่วงอายุ 15 – 24 ปี (ประมาณร้อยละ 25.58 ในปีพ.ศ. 2561 พบว่าสถานการณ์โรคไข้เลือดออกมีแนวโน้มสูงขึ้นและมีแนวโน้มระบาดอย่างรวดเร็วในช่วงเดือนพฤษภาคม ซึ่งหากไม่เร่งดำเนินการตามมาตรการป้องกันควบคุมโรคจะทำให้มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเกินกว่าค่ามัธยฐานถึงร้อยละ 25 โดยเฉพาะในช่วงฤดูฝนระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนกันยายน ข้อมูลการเสียชีวิตจากโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาดของสำนักโรค



วิทยาการควบคุมโรค ระหว่าง วันที่ 1 มกราคม 2560 ถึง 31 ธันวาคม 2560 พบผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออก ทั้งหมด 61 ราย อัตราส่วนผู้เสียชีวิตเพศชายต่อเพศหญิง 1 : 1.17 ภาคที่มีผู้เสียชีวิตมากที่สุดคือ ภาคใต้จำนวน 30 ราย ภาคกลางจำนวน 16 ราย ภาคเหนือ 13 ราย และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 2 ราย ตามลำดับ กลุ่มอายุ ต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 20 ราย อัตราป่วยตายเท่ากับร้อยละ 0.10 กลุ่มอายุ 15 ปี ขึ้นไป จำนวน 41 ราย อัตราป่วย ตายเท่ากับ ร้อยละ 0.13 อาชีพส่วนใหญ่ นักเรียน นักศึกษา ร้อยละ 34.09 ไม่ทราบอาชีพ/ในปกครอง ร้อยละ 20.45 ค่าขาย ร้อยละ 9.09 (สำนักโรคติดต่อโดยแมลง, สำนักระบาดวิทยา, กรมควบคุมโรค, 2560) สรุปสถานการณ์โรคไข้เลือดออก ตั้งแต่ปี 2559- 2560 จังหวัดที่ศึกษาได้รับรายงานผู้ป่วย 479 และ 86 ราย ตามลำดับ ส่วนอัตราป่วยเท่ากับ 32.43 และ 5.82 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ไม่พบรายงานผู้เสียชีวิต³ สำหรับการคาดการณ์พยากรณ์โรคพบว่า ในปี 2561-2563 จะมีการระบาดของโรคเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลการระบาดของโรคไข้เลือดออกยังพบว่า เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกในระดับหมู่บ้าน โดยมีขอบเขตของการศึกษา ได้แก่ ประชากรหมู่บ้านในจังหวัดศรีสะเกษ ประกอบไปด้วย หมู่บ้านเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก รวมทั้งหมดจำนวน 97 หมู่บ้าน โดยมีขอบเขตตัวแปร คือ ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ; ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ หมู่บ้านที่มีร่องน้ำขัง หมู่บ้านที่มีถังขยะของ อบท. หมู่บ้านที่มีพื้นที่สวนบริเวณใกล้ชุมชน

ค่า CI (Container Index) HI (House Index) และ BI (Breteau Index) หมู่บ้านที่มีร่องน้ำขังตามถนน และตัวแปรตาม (Dependent Variables) ; ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก เพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อความเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออกให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืน เพื่อเป็นแบบอย่างให้กับชุมชนในการช่วยลดปัญหาการระบาดของโรคไข้เลือดออกต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อความเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์ เพื่อศึกษาปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อความเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก

1. ประชากร คือ หมู่บ้านในอำเภอที่มีความเสี่ยงสูง จำนวน 119 หมู่บ้าน โดยใช้เกณฑ์ประเมินความเสี่ยงโรคไข้เลือดออกด้วยปัจจัยการพบผู้ป่วยซ้ำซากในพื้นที่ และการเกิดโรคใน ปี 2561 ของสำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง ร่วมกับการพิจารณาของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 และสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง⁴ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คือ หมู่บ้านในอำเภอที่มีความเสี่ยงสูง จำนวน 97 หมู่บ้าน ใช้วิธีสุ่มอย่างมีระบบ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาค้นคว้า มีดังนี้

2.1 แบบสำรวจข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับโรคไข้เลือดออก



2.2 แบบสำรวจความชุกของลูกน้ำ
ยุงลาย ที่สร้างขึ้นจากแนวคิด ทฤษฎี และรายงาน
การวิจัยต่างๆ

2.3 โปรแกรมคอมพิวเตอร์ด้าน
สารสนเทศภูมิศาสตร์

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอน
เก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

3.1 ข้อมูลด้านปฐภูมิ ผู้วิจัยขอความ
อนุเคราะห์จากหน่วยงานต้นสังกัดในการออกหนังสือ
ขออนุญาตเข้าพื้นที่วิจัย จากนั้นผู้วิจัยออกพื้นที่
เพื่อเก็บข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม เก็บรวบรวมข้อมูลและ
ตรวจสอบความสมบูรณ์เพื่อเตรียมวิเคราะห์ข้อมูลและ
วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพื้นที่และสิ่งแวดล้อมต่อไป

3.2 ข้อมูลทุติยภูมิ ผู้วิจัยขอความ
อนุเคราะห์จากหน่วยงานต้นสังกัดในการออกหนังสือ

ขอข้อมูลสถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออก
ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้นเก็บรวบรวม
ข้อมูลและตรวจสอบความสมบูรณ์เพื่อเตรียม
วิเคราะห์ข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้าน
สิ่งแวดล้อม ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก
ในหมู่บ้าน ใช้การวิเคราะห์โดยหาความสัมพันธ์ (Chi-
square) ระหว่างปัจจัย ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย
สิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อความเสี่ยงของการเกิดโรค
ไข้เลือดออกของหมู่บ้าน ผลการศึกษาโดยสรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อความเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก

	Chi-square	Sig.
ร่อนน้ำขังตามถนนในหมู่บ้าน	0.007	0.46
ถึงขยะของ อบท.	3.20	0.037*
พื้นที่รกร้างบริเวณใกล้ชุมชน	4.64	0.016*
ค่า CI (Container Index)	6.97	0.032*
ค่า BI (Breteau Index)	5.33	0.029*
ค่า HI (House Index)	1.12	0.43

$p < 0.05^*$

Sig = Significance

จากตารางที่ 1 พบว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่
หมู่บ้านที่มีถึงขยะของ อบท. หมู่บ้านที่มีพื้นที่สวน บริเวณ
ใกล้ชุมชน หมู่บ้านที่มีค่า CI และ BI กับความเสี่ยงของการ
เกิดโรคไข้เลือดออกของหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กันที่

ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ในขณะที่ หมู่บ้านที่มีร่อนน้ำขัง
และหมู่บ้านที่มีค่า HI ไม่มีความความสัมพันธ์กันกับ
ความเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออกของหมู่บ้าน



ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยง กับ ความเสี่ยงของเกิดโรคไข้เลือดออก

ตัวแปร	OR	95% Confidence interval	p-value
ถึงขยะของ อปท.	0.281	0.093-0.845	0.024*
พื้นที่รกร้างบริเวณใกล้ชุมชน	0.314	0.111-0.888	0.029*
ค่า CI	0.099	0.018-0.55	0.01**

 $p < 0.05$ * $p < 0.01$ **

OR = odds ratio

จากตารางที่ 2 พบว่า หมู่บ้านที่มีถึงขยะของ อปท. มีโอกาสเกิดเสี่ยงของโรคไข้เลือดออกน้อยกว่า หมู่บ้านที่ไม่มีถึงขยะ (OR=0.281) และหมู่บ้านที่มีพื้นที่สวนบริเวณใกล้ชุมชน มีโอกาสเกิดความเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก น้อยกว่า หมู่บ้านที่ไม่มีพื้นที่สวนบริเวณใกล้ชุมชน (OR=0.314) ตลอดจนหมู่บ้านที่มีค่า CI สูงระดับปานกลาง มีโอกาสเกิดความเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก น้อยกว่าหมู่บ้านที่มีค่า CI สูงระดับสูงและต่ำ (OR=0.099)

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย อภิปรายการศึกษาปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ หมู่บ้านที่มีถึงขยะของ อปท. หมู่บ้านที่มีพื้นที่รกร้างบริเวณใกล้ชุมชน หมู่บ้านที่มีค่า CI HI และ BI หมู่บ้านที่มีร่องน้ำข้างตามถนน ที่มีผลต่อความเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออกของหมู่บ้าน โดยสรุปได้ดังนี้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ได้แก่ หมู่บ้านที่มีถึงขยะของ อปท. หมู่บ้านที่มีพื้นที่รกร้างบริเวณใกล้ชุมชน หมู่บ้านที่มีค่า CI และ BI และความเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออกของหมู่บ้าน โดยสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

หมู่บ้านที่มีถึงขยะของ อปท. มีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก ทั้งนี้อาจเกิดจากการจัดเก็บและนำไปกำจัดขยะมีระยะรอนานมากกว่า 24 ชั่วโมง อันเนื่องจากรถจัดเก็บของ อปท. ไม่เพียงพอ ขำรุด ไม่สามารถจัดเก็บได้ตามกำหนด หรืออาจมีน้ำขังในกรณีเกิดฝนตกตามฤดูกาลหรือขยะที่มีน้ำและมีอุณหภูมิที่เหมาะสมเป็นไปได้ที่จะเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ บรรเทิง สุพรรณ (2556)⁵ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดศรีสะเกษ การศึกษาของภิรมย์รัตน์ เกียรติธนบดี (2558)⁶ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของภาคีเครือข่ายสุขภาพในอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ และ ชมพูนุช อินทศรี และคณะ (2560)⁷ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในชุมชนบ้านคลองบางนา

หมู่บ้านที่มีพื้นที่รกร้างบริเวณใกล้ชุมชน มีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก เนื่องจากยุงลายสามารถอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมแบบสวนที่มีต้นไม้หรือพืชที่เป็นพุ่มเป็นอย่าง ตลอดจนสามารถหลบในสวนรอบๆ บ้าน



หรือชุมชนในกรณีมีการฉีดพ่นยากันยุง จุดยากันยุง และสามารถเข้าไปในบ้านได้หลังจากยาที่พ่นและจุดเจือจางลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Kanchana Nakhapakorn et al., (2005)⁸ ได้ศึกษาเรื่องข้อมูลสำคัญทางกายภาพตามฤดูกาล ที่มีอิทธิพลต่ออุบัติการณ์ไข้เลือดออก การศึกษาของ บรรเทิง สุพรรณ (2555)⁵ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดศรีสะเกษ และ Jonathan cox et al.,(2007)⁹ ได้ศึกษาการจำแนกตามที่อยู่อาศัยของพาหะนำไข้เลือดออก ตามลักษณะสิ่งแวดล้อมในเขตเมือง ในประเทศเปอร์โตริโก

หมู่บ้านที่มีค่า CI และ BI มีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก ซึ่งค่า CI และ BI คือดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย หากมีค่ามาก บ่งบอกถึงความเสี่ยงต่อไข้เลือดออกได้มากขึ้น เนื่องจากลูกน้ำยุงลายจะมีพัฒนาการเป็นตัวเต็มวัยอย่างรวดเร็ว ซึ่งยุงลายจะมีวงจรชีวิต 9 – 14 วัน วางไข่ได้ 3 – 4 ครั้ง จำนวน 50 – 300 ฟองต่อครั้ง จึงมีความเสี่ยงที่สูงขึ้น โดยสอดคล้องกับผลการศึกษาของพรพิไล วรรณสัมผัส (2558)¹⁰ ได้ศึกษารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกด้วยกระบวนการห้าเครือข่าย ห้าร่วม ห้าคุณลักษณะ อำเภอเมืองยโสธรและกุ้อันวาร ภูเมาะ และคณะ (2559)¹¹ ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก หมู่บ้านบางหมู ตำบลบ้านน้ำบ่อ อำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี ทั้งนี้จากผลการศึกษา อาจเป็นไปได้ในกรณีปัจจัยต่างๆ ได้รับการปรับปรุงจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขที่

รับผิดชอบหรือ อบท. และประชาชน ร่วมกันดำเนินการ เนื่องจากเป็นพื้นที่เสี่ยงก่อนหน้าการลงพื้นที่ทำการวิจัย

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำผลจากการศึกษาที่ได้ไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนารูปแบบการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยเฉพาะปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น หมู่บ้านที่มีถึงขยะของ อบท. หมู่บ้านที่มีพื้นที่ที่รกร้าง บริเวณใกล้ชุมชน หมู่บ้านที่มีค่า CI และ BI โดยปรับใช้ให้เหมาะสมตามบริบทพื้นที่ ตลอดจนควรใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับสภาพสิ่งแวดล้อมของแต่ละท้องถิ่นร่วมด้วย

2. การศึกษาครั้งต่อไป อาจนำเสนอการศึกษาวิจัยในรูปแบบของการวิจัยระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ เช่น การศึกษาวิจัยลักษณะทางภูมิศาสตร์ของพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกสูง การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับลักษณะของระดับอาชีพในชุมชนว่าเมื่อผลต่อการเกิดการระบาด หรือเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายได้หรือไม่ อย่างไร หรืออาจเป็นการวิจัยเชิงสำรวจในการทำงานแบบมีส่วนร่วมตามสภาพจริงของทีมสุขภาพ โดยการนำข้อมูลการทำงานของทีมสุขภาพมาวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกของชุมชน หรือปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่เป็นสาเหตุของการเกิดการระบาดของโรคที่แท้จริง โดยการศึกษาวิจัยในรูปแบบดังกล่าว อาจต้องใช้เวลาค่อนข้างมากในการเก็บรวบรวมข้อมูล อาจต้องใช้ข้อมูลเชิงการสำรวจในชุมชน ข้อมูลของการระบาดของโรคไข้เลือดออกและความร่วมมือในการให้ข้อมูลที่เป็นจริงของประชาชนในพื้นที่ ผลการศึกษา วิจัยอาจได้มา



ซึ่งปัจจัย หรือสาเหตุของการเกิดโรคที่เป็นจริงมากขึ้น ครอบคลุมประเด็นของปัญหา ตรงกับความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น ง่ายต่อการดำเนินการวางแผนหาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาของที่มีสุขภาพได้

3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรมีนโยบายการป้องกันควบคุมโรค ส่งเสริมให้มีการติดตามกำกับ ประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ โดยการจัดเวทีสรุปบทเรียนจากการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สร้างแรงจูงใจ ค้นหาแนวทางการปฏิบัติงานที่ดี และปรับปรุงข้อผิดพลาดจากการดำเนินงานในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักระบาดวิทยา, กรมควบคุมโรค. ไข้เลือดออก. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2558 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 พฤศจิกายน 2562]. เข้าถึงได้จาก: http://www.boe.moph.go.th/fact/Dengue_Haemorrhagic_Fever.htm
2. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง, กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ประจำปีสัปดาห์ที่ 52 ปี 2561. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 พฤศจิกายน 2562]. เข้าถึงได้จาก: ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor/6f4922f45568161a8cdf4ad2299f6d23/files/Dangue/Situation/2561/DHF%2052.pdf
3. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง, กรมควบคุมโรค. รายงานพยากรณ์โรคไข้เลือดออก ปี 2561. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 พฤศจิกายน 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1026620200625043737.pdf>
4. กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง, กรมควบคุมโรค. รายงานพยากรณ์โรคไข้เลือดออก ปี 2562. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 พฤศจิกายน 2562]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/dvb/forecast_detail.php?publish=9330
5. บรรเท็ง สุพรรณ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารเกื้อการุณย์ 2556; 20: 55-69
6. ภิรมย์รัตน์ เกียรติธนบดี. พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของภาคีเครือข่ายสุขภาพในอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ 2558; 10: 84-91
7. ชมพูนุช อินทศรี, ภัคจิรา สารวงษ์, อนันทย ผลิตนันทเกียรติและดวงใจ เอี่ยมจ้อย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในชุมชนบ้านคลองบางนา ตำบลศรีษะจันเข้่น้อย อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี หัวเสียวเฉลิมพระเกียรติ 2560; 3: 43-51



8. Kanchana Nakhapakorn and Nitin Kumar Tripathi. Factors affecting dengue fever and dengue hemorrhagic fever incidence. J Health Geogr [Internet]. 2005 [cited 2019 Nov 19]; 4: 1-13. Available from: <https://ij-healthgeographics.biomedcentral.com/articles/10.1186/1476-072X-4-13>
9. Jonathan cox, Maria E. Grillet, Olga M Ramos, et al. Habitat Segregation of Dengue Vectors along an Urban Environmental Gradient. Am J Trop Med Hyg. 2007; 76: 820-6
10. พรพิไล วรรณสัมผัส. รูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกด้วยกระบวนการห้าเครือข่าย ห้าร่วม ห้าคุณลักษณะ อำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2558; 24: 1096-1106
11. กุอินวาร์ กูเมาะ และคณะ. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก หมู่บ้านบางหมู่ ตำบลบ้านน้ำบ่อ อำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2559; 33: 218-229



วันที่รับบทความ : 12/05/2563
วันแก้ไขบทความ : 22/06/2563
วันตอบรับบทความ : 25/06/2563

วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของทีมเฝ้า ระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ตำบลตาเกษ อำเภอกุหลาบหมื่น จังหวัดศรีสะเกษ ปราณี ศรีบุญเรือง^{1*}, กล้าณรงค์ วงศ์พิทักษ์²

อาจารย์ประจำสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ¹

อาจารย์ประจำสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา²

E-mail: charnchit2516@gmail.com*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team : SRRT) ตำบลตาเกษ อำเภอกุหลาบหมื่น จังหวัดศรีสะเกษ โดยศึกษาในกลุ่มประชากรที่เป็นสมาชิกทีม SRRT ตำบลตาเกษ อำเภอกุหลาบหมื่น จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 72 คน โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่าความสัมพันธ์ด้วยค่าสถิติ Chi Square ผลการวิจัย พบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของ SRRT ตำบลตาเกษ อำเภอกุหลาบหมื่น จังหวัดศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในขณะที่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง/หน้าที่ทางสังคมในชุมชน และทัศนคติของทีม SRRT ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของ ตำบลตาเกษ อำเภอกุหลาบหมื่น จังหวัดศรีสะเกษ โดยมีข้อเสนอแนะให้มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมให้มีความรู้ และทัศนคติต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกให้กับประชาชนและทีม SRRT เพื่อสร้างความตระหนักต่อหน้าที่ของทีม SRRT ต่อการดูแลสุขภาพประชาชนให้เพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ : ไข้เลือดออก, ระบบเฝ้าระวัง, ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว

* ผู้รับผิดชอบงานหลัก



Factors related to the operation of Surveillance and Rapid Response Team (SRRT) for Dengue Haemorrhagic Fever in Taket Sub-District, Uthumpornpisai District, Sisaket Province
Pranee Sriboonreang^{1*}, Klarnarong Wongpituk²

Department of Community Public Health, Sisaket Rajabhat University¹

Department of public health, College of Allied Health Sciences, Suansunandha Rajabhat University²

E-mail: charnchit2516@gmail.com*

ABSTRACT

This study was a descriptive research. The aim of this study was to investigate the factors that related to the operation of Surveillance and Rapid Response Team (SRRT) in accordance with the prevention of dengue haemorrhagic fever (DHF) in Taket Subdistrict, Uthumpornpisai District, Sisaket Province. The studied population was the member of SRRT of Taket sub-district, which were 72 persons. The statistical analysis of the study was frequency, percentage, average, standard deviation and Chi Square. The results showed that the knowledge of DHF related to the operation of SRRT with the significance level at 0.05. While the gender, age, education, position in social, working time, training, attitudes, and behavior to the DHF prevention were not associated with the operation of SRRT. The findings indicated that if the member of SRRT is supplied with knowledge, behaviors, and attitudes towards the prevention of DHF, they may have better practice in the surveillance of DHF.

Keywords: Dengue Haemorrhagic Fever, Surveillance, Rapid Response Team (SRRT)

* Corresponding Author



บทนำ

นับตั้งแต่ ปี พ.ศ.2553 เป็นต้นมา แนวโน้มการเกิดโรคไข้เลือดออก มีรูปแบบการระบาดลักษณะเป็นแบบปีเว้นปี หรือ ปีเว้นสองปี โดยมีการระบาดใหญ่ในช่วงปี 2553, 2556 และ 2558 ซึ่งพบผู้ป่วยมากถึง 116,947, 154,444 ราย และ 144,952 ราย ตามลำดับรูปแบบ การเกิดโรคไข้เลือดออกเปลี่ยนแปลงตาม Seasonal Pattern โดยจะเริ่มมีแนวโน้มผู้ป่วยมากขึ้น พบสูงสุดในเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม ซึ่งเป็นช่วงฤดูฝน และลดลงเมื่อเข้าสู่ฤดูหนาว ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศไม่ได้มีผลต่อการระบาดโรคไข้เลือดออก แต่ทั้งนี้หากในช่วงปลายปียังมีรายงานการเกิดผู้ป่วยสูง จะส่งผลให้ในปีต่อมาเกิดการระบาดในวงกว้างได้เช่นกัน เช่นเหตุการณ์ระบาดใหญ่ในปี 2556 โดยในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี 2560 พบว่า ในช่วงปลายปีของทุกปียังมีจำนวนผู้ป่วยไม่ลดลงและมี แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยสูงลอย จึงทำให้ยังคงมีการระบาดต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2561 จนถึงปี 2562¹ ในขณะที่กลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยโรคไข้เลือดออกยังคงอยู่กลุ่มเด็กวัยเรียน (10-14 ปี) แต่อย่างไรก็ตามในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มของอัตราป่วยเพิ่มสูงขึ้น โดยภาคเหนือและภาคกลาง สัดส่วนผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้ใหญ่ (มากกว่า 18 ปีขึ้นไป) ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ สัดส่วนผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเด็ก (น้อยกว่า 18 ปี) สำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อการเสียชีวิตอยู่ในกลุ่มเด็กเล็ก (0-4 ปี) และวัยผู้ใหญ่ (อายุ 25 ปีขึ้นไป) โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ (65 ปีขึ้นไป) มีอัตราป่วยตายสูงถึงร้อยละ 0.28¹ โดยเฉพาะการระบาดใหญ่ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2501 ที่กรุงเทพฯ ในระยะ 5 ปีต่อจากนั้นมา

ก็มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทุกปี ส่วนใหญ่จากกรุงเทพฯและชลบุรี การระบาดเป็นแบบปีหนึ่งสูงและปีถัดมาลดต่ำลง หลังจากนั้นโรคไข้เลือดออกได้แพร่กระจายไปตามจังหวัดต่างๆ โดยเฉพาะที่เป็นหัวเมืองใหญ่ มีประชากรหนาแน่นและการคมนาคมสะดวก โรคไข้เลือดออกแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว จนในที่สุดก็พบว่ามียารายงานผู้ป่วยด้วยโรคนี้จากทุกจังหวัดของประเทศไทย สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในปี พ.ศ. 2561 (ข้อมูลจากระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 สำนักระบาดวิทยา ณ วันที่ 10 มกราคม 2562)² ในการดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกที่รวดเร็วและทันเวลา เกิดประสิทธิภาพ ในปัจจุบันคือ ทีมงานที่ประกอบไปด้วยคนในชุมชน เจ้าหน้าที่ประจำสถานบริการสาธารณสุขในระดับพื้นที่ที่มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคติดต่อที่แพร่ระบาดได้รวดเร็วรุนแรงโดยการสอบสวนโรคอย่างมีประสิทธิภาพ ที่เรียกว่า ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team : SRRT) โดยมีกระบวนการสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็วสำหรับโรคติดต่อ ประกอบด้วย 3 งาน ได้แก่ งานเฝ้าระวังเหตุการณ์ (Event-based surveillance) งานสอบสวนโรคและภัยสุขภาพและงานควบคุมโรคขั้นต้น³

ส่วนในปี พ.ศ.2562 พบว่า สถานการณ์โรคไข้เลือดออกของจังหวัดศรีสะเกษ มีรายงานผู้ป่วยทุกเดือน นับจากวันที่ 1 มกราคม ถึง วันที่ 28 กรกฎาคม พ.ศ. 2562 มีรายงานผู้ป่วยจำนวน 1,663 ราย อัตราป่วย 112.60 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 4 ราย ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยรายเดือน จำนวน 81, 62, 128, 101,



217, 618 และ 457 ราย ตามลำดับ พบผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ ทุกอาชีพ กลุ่มอายุที่มีผู้ป่วยสูงสุด ได้แก่ กลุ่มอายุ 10-14 ปี อาชีพที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุด คือนักเรียนจำนวน 1,067 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.58 ของผู้ป่วยทั้งหมด พื้นที่เกิดโรคจำนวน 22 อำเภอ จำนวน 188 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 91.26 ของตำบลทั้งหมด และ จำนวน 704 หมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 26.20 ของหมู่บ้านทั้งหมด โดยพบว่า อำเภอชุมพวงมีอัตราป่วยสูงสุด 84.27 ต่อแสนประชากร รองลงมา คือ อำเภอวังหิน อำเภอไพรบึง และบึงบูรพ์ มีอัตราป่วยเป็น 59.97, 57.91 และ 55.36 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ³ ในขณะที่อำเภออุทุมพรพิสัยมีอัตราป่วย 14.92 ต่อแสนประชากร แต่มีพื้นที่ติดกับพื้นที่เสี่ยงสูงเป็นแนวยาวถึง 4 ตำบล คือ อำเภอเมืองศรีสะเกษ อีกทั้งมีพื้นที่โดยรอบที่มีอัตราป่วยสูงได้แก่ อำเภอวังหิน อำเภอบึงบูรพ์ จึงถือเป็นอีกพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง⁴ ทั้งนี้ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการแพร่กระจายของโรคไข้เลือดออกมีความซับซ้อนและแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ คือ ภูมิทัศน์ทางานของประชาชน ชนิดของเชื้อไวรัสเดงกี ความหนาแน่นของประชากรและการเคลื่อนย้าย สภาพภูมิอากาศ ชนิดของยุงพาหะ การขาดความรู้ความเข้าใจ และความตระหนักของประชาชนในการที่จะกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายอย่างต่อเนื่องและจริงจัง ความตั้งใจจริงของเจ้าหน้าที่ของรัฐในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และนโยบายของผู้บริหาร¹

จากข้อมูลรายงานดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ากลไกในการใช้มาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวน

เคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team: SRRT) ในการดำเนินงานเฝ้าระวังสอบสวนโรคยังไม่สามารถป้องกันการแพร่ระบาดของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งบทบาททีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) คือ ทีมงานทางสาธารณสุขที่มีภารกิจในการเฝ้าระวังโรคติดต่อที่แพร่ระบาดรวดเร็วรุนแรงตรวจจับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Public health emergency) สอบสวนโรคอย่างมีประสิทธิภาพ ทันทกรณี ควบคุมโรคฉุกเฉินขึ้นต้น เพื่อหยุดยั้งหรือจำกัดการแพร่ระบาดไม่ให้ขยายวงกว้าง และแลกเปลี่ยนข้อมูลเฝ้าระวังโรคตลอดจน ร่วมมือกันในการเฝ้าระวังตรวจจับการระบาด ทั้งนี้จากพื้นที่ตำบลตาเกษ อำเภออุทุมพรพิสัย เป็นพื้นที่เสี่ยงมีแนวโน้มสูงขึ้นในปี 2563 ประกอบกับเป็นพื้นที่รอยต่อกับอำเภอที่มีการระบาดสูงทุกปี ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาเพื่อค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของทีม SRRT ตำบลตาเกษ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อให้ทราบถึงข้อเท็จจริง ปัญหาอุปสรรคในการนำไปปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานของเครือข่ายทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับตำบลในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของจังหวัดศรีสะเกษต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของทีม SRRT



2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของทีม SRRT

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของทีม SRRT ในการปฏิบัติงาน ต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของทีม SRRT

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของทีม SRRT Study) โดยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ เลขที่ 19/2563

1. ขอบเขตประชากร กลุ่มประชากรที่ในการศึกษาค้นนี้ ประกอบไปด้วย จนท.สาธารณสุข อสม. และผู้นำจำนวน 72 คน ซึ่งเป็นเครือข่ายทีมสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ของตำบลตาเกษ อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ทั้งหมด

2. ขอบเขตตัวแปร

2.1 ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และตำแหน่ง/หน้าที่ทางสังคมในชุมชน ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และปัจจัยด้านทัศนคติของทีม SRRT ต่อการปฏิบัติงาน

2.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variables) คือ รูปแบบการดำเนินงานระบบเฝ้า

ระวังเหตุการณ์ระดับตำบล ประยุกต์จากแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังเหตุการณ์ของ SRRT เครือข่ายระดับตำบล (ปี พ.ศ. 2555) ได้แก่ การแจ้งข่าว การรับและหาข่าว การจัดการข่าว การประเมินสถานการณ์ การตอบสนอง

3. ขอบเขตเวลา สิงหาคม- ธันวาคม พ.ศ. 2562

4. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาค้นนี้ คือ แบบสอบถาม มีเนื้อหาแบ่งเป็น 4 ตอน

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ โดยสอบถาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง/หน้าที่ทางสังคมในชุมชน โดยเป็นแบบปลายปิด (Close ended question) ให้เลือกตอบในช่องที่กำหนด

ตอนที่ 2 แบบสอบถามที่เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก จำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามที่เกี่ยวกับทัศนคติของทีม SRRT ต่อการปฏิบัติงาน จำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์โรคไข้เลือดออก ได้แก่ การแจ้งข่าว การรับและหาข่าว การจัดการข่าว การประเมินสถานการณ์ การตอบสนอง จำนวน 18 ข้อ

หลังจากสร้างเครื่องมือ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้างและความเป็นปรนัยของข้อคำถามในเบื้องต้น

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ตรวจสอบ



ความตรง (Validity) และให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความเหมาะสมของภาษา การตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน 30 คน ในตำบลโพธิ์ชัย อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดศรีสะเกษ และทดสอบเพื่อวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ความเที่ยงมีค่า 0.85

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

5.1 ข้อมูลด้านปฐมภูมิ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตในการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ช่วยวิจัยออกพื้นที่เพื่ออธิบายและนำเสนอแบบสอบถามกับกลุ่มประชากรเป้าหมาย และเก็บรวบรวมแบบสอบถาม และตรวจสอบความสมบูรณ์เพื่อเตรียมวิเคราะห์ข้อมูล

5.2 ข้อมูลทุติยภูมิ ข้อมูลการเกิดโรคไข้เลือดออก ได้แก่ อัตราป่วย 3 ปี ย้อนหลัง ผลการตรวจสุมูกน้ำ และข้อมูลเครือข่าย SRRT

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

6.1 ปัจจัยด้านบุคคล วิเคราะห์หาค่าความถี่ ค่าร้อยละ และนำเสนอในรูปตารางประกอบการบรรยาย

6.2 ปัจจัยด้านความรู้ ทักษะ และการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ระดับตำบล ใช้การวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

6.3 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ และทักษะ ต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของทีม SRRT ใช้การวิเคราะห์โดยหาความสัมพันธ์ (Chi-square) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านบุคคล

ในการวิจัยเรื่องนี้ประชากรที่วิจัย ได้แก่ เครือข่ายทีมสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ตำบลตาเกษ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยมีปัจจัยด้านบุคคล คือ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา และตำแหน่ง/หน้าที่ทางสังคมในชุมชน วิเคราะห์โดยการแจกแจงค่าความถี่ ค่าร้อยละ โดยนำเสนอในรูปตาราง ปรากฏดังตารางที่ 1 – 5



ตารางที่ 1 แสดงความถี่และร้อยละ ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล จำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ชาย	33	45.83
หญิง	39	54.17
รวม	72	100

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 54.17 และเพศชาย ร้อยละ 45.83

ตารางที่ 2 แสดงความถี่ และร้อยละข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล จำแนกตามอายุ

อายุ	จำนวน	ร้อยละ
35 - 48 ปี	20	27.78
49 - 62 ปี	34	47.22
62 ปีขึ้นไป	18	25.00
รวม	72	100

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 54.43 ± 8.35 ส่วนมากอายุ 49 - 62 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.22 รองลงมาอายุ 35 - 48 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.78 และน้อยที่สุดอายุ 62 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 25.00

ตารางที่ 3 แสดงความถี่ และร้อยละ ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
โสด	13	18.06
สมรส	51	70.83
หม้าย/หย่าร้าง	8	11.11
รวม	72	100

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 70.83 รองลงมา สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 18.06 และน้อยที่สุด หม้าย/หย่าร้าง คิดเป็นร้อยละ 11.11



ตารางที่ 4 แสดงความถี่ และร้อยละ ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล จำแนกตามการศึกษา

การศึกษา	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ประถมศึกษา	21	29.17
มัธยมศึกษาตอนต้น	10	13.89
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	34	47.22
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	5	6.94
สูงกว่าปริญญาตรี	2	2.78
รวม	72	100

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 47.22 รองลงมาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 29.17 และน้อยที่สุด ระดับสูงกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 2.78

ตารางที่ 5 แสดงความถี่ และร้อยละ ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล จำแนกตามตำแหน่ง/หน้าที่ทางสังคมในชุมชน

ตำแหน่ง/หน้าที่ทางสังคมในชุมชน	จำนวน	ร้อยละ
สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)	8	11.11
ผู้นำชุมชน (กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วย ฯลฯ)	12	16.67
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	50	69.44
อื่นๆ	2	2.78
รวม	72	100

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก มีตำแหน่งเป็น อสม. คิดเป็นร้อยละ 69.44 รองลงมา ผู้นำชุมชน (กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วย ฯลฯ) คิดเป็นร้อยละ 16.67 และน้อยที่สุด ตำแหน่งอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 2.78

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านความรู้ ทักษะ และ การดำเนินงานระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ระดับตำบล ใช้การวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย

($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) แล้วนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบการบรรยาย ดังตารางที่ 6 - 8



ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความรู้การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ของทีม SRRT ตำบลตาเกษ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดศรีสะเกษ

ข้อที่	ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	ระดับความรู้		
		$\bar{X}$	(S.D)	แปลผล
1.	ไข้เลือดออกมี 4 ระยะ มีระยะฟักตัว ระยะไข้ ระยะพักฟื้น และระยะช็อก	0.32	0.48	ต่ำ
2.	กลุ่มบุคคลที่เป็นโรคเรื้อรังเสี่ยงที่จะเป็นโรคไข้เลือดออก	0.54	0.52	ต่ำ
3.	0-1-3 เป็นมาตรการควบคุมยุงพาหะนำโรคไข้เลือดออก	0.42	0.51	ต่ำ
4.	ใช้สเปรย์ ฆาตกรรม อาเจียน ชิม มีจุดเลือดออกตามผิวหนังเป็นอาการสำคัญของไข้เลือดออก	0.97	0.22	สูง
5.	ห้ามกินยาแอสไพริน ในขณะที่เป็นโรคไข้เลือดออก เพราะจะทำให้เกร็ดเลือดเสียการทำงาน อาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย	0.90	0.27	สูง
6.	การใส่ทรายกำจัดลูกน้ำเพื่อกำจัดลูกน้ำ ควรใส่ในปริมาณ 2 กรัม / น้ำ 1 ลิตร	0.25	0.45	ต่ำ
7.	เมื่อมีการรายงานโรคไข้เลือดออก ควรมีการพ่นสารเคมี กำจัดยุงในรัศมี 100 เมตร	0.86	0.35	สูง
8.	จากวันที่ได้รับรายงานผู้ป่วยหรือผู้สงสัยที่จะเป็นไข้เลือดออก ควรมีการกำจัดลูกน้ำในบริเวณบ้านผู้ป่วย ภายใน 24 ชั่วโมง	0.15	0.30	ต่ำ
รวม		0.55	0.39	ต่ำ

จากตารางที่ 6 พบว่า ความรู้การดำเนินงาน ควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของทีม SRRT ตำบลตาเกษ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ “ใช้สเปรย์ ฆาตกรรม อาเจียน ชิม มีจุดเลือดออกตามผิวหนังเป็นอาการสำคัญของไข้เลือดออก” ระดับสูงค่าเฉลี่ย เท่ากับ 0.97

รองลงมาได้แก่ “ห้ามกินยาแอสไพริน ในขณะที่เป็นโรคไข้เลือดออก เพราะจะทำให้เกร็ดเลือดเสียการทำงาน อาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย” ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.90 และข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ “จากวันที่ได้รับรายงานผู้ป่วยหรือผู้สงสัยที่จะเป็นไข้เลือดออก ควรมีการกำจัดลูกน้ำในบริเวณบ้านผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมง” ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.15



ตารางที่ 7 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับทัศนคติการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของทีม SRRT ตำบลตาเกษ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดศรีสะเกษ ในภาพรวม

ข้อที่	ปัจจัย	ระดับความคิดเห็น		
		$\bar{X}$	(S.D)	แปลผล
1.	ทัศนคติของทีม SRRT ต่อการปฏิบัติงานในภาพรวม	3.13	1.46	ปานกลาง
2.	การดำเนินงานระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกในภาพรวม	3.94	0.81	ปานกลาง
รวม		3.54	1.14	ปานกลาง

จากตารางที่ 7 พบว่า ทัศนคติการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของทีม SRRT ตำบลตาเกษ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ “เมื่อเห็นลูกน้ำในภาชนะของเพื่อนบ้าน ท่านจะแนะนำเปลี่ยนน้ำใหม่ทันที” ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.44 รองลงมาได้แก่ “ท่านมีความภาคภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งในทีมสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว” ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.38 และข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ “ท่านคิดว่าถ้าเกิดโรคไข้เลือดออกกระบาดในย่านชุมชนของท่าน ควรจะเป็นความรับผิดชอบของทีม SRRT และอาสาสมัคร” ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.59 ส่วนการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของทีม SRRT ตำบลตาเกษ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ “ท่านและทีม SRRT มีการสื่อสารไปยังผู้เกี่ยวข้องกับ เหตุการณ์

รวมถึงผู้บังคับบัญชาและประชาชนให้ทราบสถานการณ์ที่เกิดขึ้น” ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.25 รองลงมาได้แก่ “ท่านและทีม SRRT ประเมินความเร่งด่วนและจัดลำดับความสำคัญของข่าว ข่าวเร่งด่วนที่สุดต้องตรวจสอบยืนยันทันที ต่อด้วยข่าวที่เร่งด่วนรองลงไป แต่ละข่าวควรดำเนินการแล้วเสร็จภายใน 24 ชั่วโมง” และ “ท่านและทีม SRRT ประเมินขีดความสามารถการปฏิบัติการของหน่วยงานในพื้นที่สามารถรับมือโรคไข้เลือดออกได้หรือไม่” ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.20 เท่ากัน และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ “ท่านและทีม SRRT พิจารณาร่วมกัน หากพบว่ามีระดับความซุกซุมของลูกน้ำยุ่งลาย Breteau Index (BI), House Index (HI), Container Index (CI) สูงกว่าเกณฑ์” และ “ท่านและทีม SRRT มีการบันทึกข่าวโรคไข้เลือดออกที่รองและตรวจสอบเบื้องต้น” ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.69



ตอนที่ 3 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล
ปัจจัยด้านความรู้ และทัศนคติ ที่มีผลต่อการ
ดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของทีม

SRRT ตำบลตาเกษ อำเภอกุหลาบบุรีรัมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ใช้การวิเคราะห์โดยหาความสัมพันธ์ (Chi-square) ระหว่างปัจจัย

ตารางที่ 8 แสดงผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับการดำเนินงานระบบเฝ้าระวัง
การเกิดโรคไข้เลือดออกของเครือข่ายทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับตำบล

	Chi-square	df	Sig.
เพศ	0.55	2	1.00
อายุ	3.32	4	0.61
สถานภาพ	2.61	4	0.72
การศึกษา	8.32	8	0.66
ตำแหน่ง/หน้าที่ทางสังคมในชุมชน	5.43	6	0.96
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	10.86	4	0.01*
ทัศนคติของทีม SRRT ต่อการปฏิบัติงาน	6.24	4	0.24

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 8 พบว่าความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของทีม SRRT ตำบลตาเกษ อำเภอกุหลาบบุรีรัมย์ จังหวัดศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ในขณะที่ ทัศนคติของทีม SRRT ต่อการปฏิบัติงาน และปัจจัยด้านบุคคลได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา และตำแหน่ง/หน้าที่ทางสังคมในชุมชน ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของทีม SRRT ตำบลตาเกษ อำเภอกุหลาบบุรีรัมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย อภิปรายการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของทีม SRRT ตำบลตาเกษ อำเภอกุหลาบบุรีรัมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ดังนี้

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของทีม SRRT ตำบลตาเกษ อำเภอกุหลาบบุรีรัมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชมพูนุช อินทศรีและคณะ (2560)⁵ ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในชุมชนบ้านคลองบางนา ตำบลศีร์ษะจรเข้ อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่าประชาชนในชุมชนมีความรู้เกี่ยวกับ โรคไข้เลือดออก



อยู่ในระดับดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ หทัยรัตน์ ตัลยารักษ์ และคณะ(2562)⁶ ศึกษาเรื่อง ความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลเกรียง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ความรู้และเจตคติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อลงกต ดอนละ(2562)⁷ ที่ศึกษาเรื่อง ความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย ที่พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการควบคุมพาหะนำโรคไข้เลือดออก อย่างไรก็ตามยังมีความจำเป็นในการสร้างกระบวนการให้ความรู้ที่ทันต่อเหตุการณ์ในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเครือข่ายที่สม่ำเสมอ

ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงาน ควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของทีม SRRT ตำบลตาเกษ อำเภอยุเมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่ ปัจจัยด้านทัศนคติ และปัจจัยด้านบุคคล คือ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา และตำแหน่ง / หน้าที่ทางสังคมในชุมชน โดยสามารถอภิปรายผล ได้ดังนี้

ทัศนคติ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงาน ควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของทีม SRRT ตำบลตาเกษ อำเภอยุเมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ทั้งนี้อาจเนื่องจากเครือข่ายทีม SRRT มีทัศนคติในระดับสูงแต่ในการดำเนินงานอาจมีปัจจัยด้านอื่นๆ ที่อาจส่งผลให้เครือข่ายไม่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็ม

ศักยภาพ เช่น มีหลายบทบาทหน้าที่หรือสวามวาทหลายใบ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชลิต เกตุแสง (2558)⁸ ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมพาหะนำโรคไข้เลือดออกของประชาชนอำเภอยะโฮมด จังหวัดพัทลุง และสอดคล้องกับ อลงกต ดอนละ(2562)⁷ ที่ศึกษา ความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย พบว่าทัศนคติต่อการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการควบคุมพาหะนำโรคไข้เลือดออก

เพศ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงาน ควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของทีม SRRT ตำบลตาเกษ อำเภอยุเมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ทั้งนี้ในการปฏิบัติงานของเครือข่ายทีม SRRT มีการร่วมงานที่มีประสิทธิภาพนั้นเนื่องจากทุกเพศสามารถดำเนินการได้อย่างเท่าเทียมกัน ตลอดจนความเข้มแข็งของเครือข่ายจะสมบูรณ์ก็ต่อเมื่อมีส่วนร่วมทั้งเพศหญิงและชาย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุดใจ มอนไชและคณะ (2556)⁹ ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ ชุมชนบ้านวังไทร ตำบลวังน้ำเขียว อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม พบว่าเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการดำเนินงาน ควบคุมโรคไข้เลือดออก แต่ไม่สอดคล้องกับ ประเทือง ฉ่ำน้อย (2558)¹⁰ ได้ศึกษาระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข กรณีศึกษา: อำเภอพราณ



กระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร ซึ่งพบว่า เพศ มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค ไข้เลือดออก

อายุ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงาน ควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของทีม SRRT ตำบล ตาเกษ อำเภอกุหลาบบุรีรัมย์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยใน การปฏิบัติงานของเครือข่ายทีม SRRT มีการร่วมงาน ที่มีประสิทธิภาพนั้นเนื่องจากเครือข่ายมีหลายช่วง อายุสามารถดำเนินการร่วมกัน เช่น ผู้สูงอายุ สามารถใช้ประสบการณ์ในการร่วมทำงานได้ ตลอดจนความเข้มแข็งของเครือข่ายจะสมบูรณ์ ก็ต่อเมื่อมีส่วนร่วมทุกกลุ่มอายุ ซึ่งสอดคล้องกับ กล้านรงค์ วงศ์พิทักษ์ (2562)¹¹ ศึกษาเรื่อง ระบบ เฝ้าระวังการเกิดโรคไข้เลือดออกโดยการบูรณาการ การมีส่วนร่วมและระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ ในเขตจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์ กับประสิทธิภาพดำเนินงานควบคุมโรค ไข้เลือดออก และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีชา ปิยะพันธ์ (2556)¹² ที่ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการ ป้องกันโรคมalariaเรื้อรังของประชาชนพื้นที่ชายแดน ไทย – กัมพูชา อำเภอกุสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพดำเนินงาน ควบคุมโรค

สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการ ดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของทีม SRRT ตำบลตาเกษ อำเภอกุหลาบบุรีรัมย์ จังหวัดศรีสะเกษ อาจเนื่องจากการปฏิบัติงานของเครือข่ายทีม SRRT มีการร่วมงานที่มีประสิทธิภาพนั้นเนื่องจาก เครือข่ายมีทุกสถานภาพสมรส เกื้อกูลกันและสามารถ ดำเนินการร่วมกันได้ ส่งผลให้เครือข่ายเข้มแข็ง

ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ กล้านรงค์ วงศ์ พิทักษ์ (2562)¹¹ ศึกษาเรื่อง ระบบเฝ้าระวังการเกิด โรคไข้เลือดออกโดยการบูรณาการ การมีส่วนร่วม และระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ ในเขตจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพ ดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า สถานภาพ สมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพ ดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกและสอดคล้องกับ การศึกษาของ ปรีชา ปิยะพันธ์ (2556)¹² ที่ศึกษา เรื่อง พฤติกรรมการป้องกันโรคมalariaเรื้อรังของ ประชาชนพื้นที่ชายแดนไทย – กัมพูชา อำเภอกุสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์ กับประสิทธิภาพดำเนินงานควบคุมโรค

ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการ ดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของทีม SRRT ตำบลตาเกษ อำเภอกุหลาบบุรีรัมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ทั้งนี้ในการปฏิบัติงานของเครือข่ายทีม SRRT มีการร่วมงานที่มีประสิทธิภาพนั้นเครือข่ายที่มี การศึกษาทุกระดับสามารถดำเนินการได้อย่างเท่า เทียมกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุดใจ มอนไชและคณะ (2556)⁹ ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออกของ ชุมชนบ้านวังไทร ตำบล วังน้ำเขียว อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม พบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับ ประสิทธิภาพดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออก และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีชา ปิยะพันธ์ (2556)¹² ที่ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการป้องกันโรค มาลาเรื้อรังของประชาชนพื้นที่ชายแดน ไทย – กัมพูชา อำเภอกุสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ ระดับการศึกษา ไม่มี



ความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการดำเนินงานควบคุมโรค แต่ไม่สอดคล้องกับ ปุณณพัฒน์ ไชยเมธ และคณะ (2561)¹³ ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งพบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ตำแหน่ง/หน้าที่ทางสังคมในชุมชน ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของทีม SRRT ตำบลตาเกษ อำเภอกุหลาบบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยในการปฏิบัติงานของเครือข่ายทีม SRRT มีการร่วมงานที่มีประสิทธิภาพนั้น เครือข่ายที่มีตำแหน่ง/บทบาททางสังคมในทุกตำแหน่ง สามารถดำเนินการได้อย่างเท่าเทียมกัน และเติมเต็มศักยภาพของเครือข่าย ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ไพรัตน์ ห้วยทรายและคณะ (2559)¹⁴ ได้ศึกษา การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอกุหลาบบุรีรัมย์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ตำแหน่งทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ รอยฮาน เจ๊ะหะและคณะ (2554)¹⁵ ที่ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก : กรณีศึกษาตำบลเขาตุม อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี ซึ่งพบว่า การเป็นสมาชิกกลุ่มอื่นทางสังคม มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากผลการศึกษาทำให้ได้แนวทางในการพัฒนาของ SRRT ตำบลตาเกษ อำเภอกุหลาบบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยควรจัดให้มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมให้มีความรู้ ต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกให้กับเครือข่ายทีม SRRT ตลอดจนการสร้างบทบาทที่เหมาะสมกับลักษณะทางประชากรเพื่อสร้างความตระหนักหน้าที่ของทีม SRRT ต่อการดูแลสุขภาพประชาชนให้เพิ่มมากขึ้น ตลอดจนมีการประยุกต์ใช้การมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดความรวดเร็วทันต่อเหตุการณ์ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้งาน จากการศึกษา พบว่า ความรู้ความเข้าใจของเครือข่ายทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกต่างกัน จะมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแตกต่างกัน สามารถนำผลการศึกษาดังกล่าว ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของ SRRT ได้ตามบริบท

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป ควรมีการศึกษาและพัฒนาองค์ความรู้ในด้านต่างๆ แก่เครือข่ายทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับตำบลและประชาชนทั่วไปเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมด้านสุขภาพที่พึงประสงค์ และสามารถถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชนอย่างกว้างขวางเพื่อให้ประชาชนปลอดภัยจากโรคไข้เลือดออก โดยประยุกต์ใช้



ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์เพื่อให้เกิดความรวดเร็ว
ทันต่อเหตุการณ์

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคติดต่อมาโดยแมลง, สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12, สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง, กรมควบคุมโรค. รายงานพยากรณ์โรคไข้เลือดออก ปี 2563. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 29 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/thaivbd/>
2. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทย ปี 2561. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 12 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/ckedit/or/6f4922f45568161a8cdf4ad2299f6d23/files/Dangue/Situation/2561/DHF%2052.pdf>
3. สำนักระบาดวิทยา, กรมควบคุมโรค. มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ฉบับปรับปรุงใหม่ 2555. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2555 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 29 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nno.moph.go.th/epidnan/downloads/handbooks/Standard_SRRT_2555.pdf
4. งานควบคุมโรค. สถานการณ์การเกิดโรคไข้เลือดออก จังหวัดศรีสะเกษ. [อินเทอร์เน็ต]. ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ; 2563. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 3 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ssko.moph.go.th/web/cdc/>
5. ชมพูนุช อินทศรี, ภัคจิรา สารวงษ์, โอนทัย ผลิตนันทเกียรติและดวงใจ เอี่ยมจ้อย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในชุมชนบ้านคลองบางนา ตำบลศรีษะจรเข้ น้อย อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ 2560; 3: 43-51
6. หทัยรัตน์ ตัลยรักษ์และจุฑาทิพย์ ช่วยคล้าย. ความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลเคิ่ง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา. การประชุมมหาดไทยวิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 10 2562; 1505-1514
7. อลงกฎ ดอนละ. ความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ของประชาชน อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 2562; 17: 43-55
8. ชลิต เกตุแสง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมพาหะนำโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอตะโหมด จังหวัดพัทลุง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2558; 2: 24-36



9. สุดใจ มอนไซ, อภิชาติ ใจอารีย์ และประสงค์ ตันพิชัย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชนบ้านวังไทร ตำบลวังน้ำเขียว อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม. วารสารวิชาการ Veridian E-Journal 2556; 6: 461-477
10. ประเทือง ฉ่ำน้อย. การศึกษาระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข กรณีศึกษา: อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร [อินเทอร์เน็ต]. นครสวรรค์ : สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ; 2558 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 19 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: file:///C:/Users/DataComP/Downloads/title%20101%20.pdf
11. กล้านรงค์ วงศ์พิทักษ์. ระบบเฝ้าระวังการเกิดโรคไข้เลือดออกโดยการบูรณาการ การมีส่วนร่วม และระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ ในเขตจังหวัดศรีสะเกษ [อินเทอร์เน็ต]. มหาสารคาม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2562 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 19 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: file:///C:/Users/DataComP/Downloads/56011560002%20.pdf
12. ปรีชา ปิยะพันธ์. พฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนพื้นที่ชายแดน ไทย – กัมพูชา อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 2556; 11: 30-39
13. ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์ และปัทมา รักเกื้อ. ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ 2561; 21: 31-39
14. ไพรัตน์ ห้วยทราย, ธนุย์สิญจน์ สุขเสริม และกฤษณ์ ขุนล็ก. การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิชาการแพรวกาฬสินธุ์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ 2559; 3: 64-81
15. รอยฮาน เจ๊ะหะ, สุชาดา ลีดิรวังค์ และชิตชนก เชิงขาว. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก : กรณีศึกษาตำบลเขาตม อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี. วารสาร AL-NUR บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยอิสลามยะลา 2554; 6: 129-141



วันที่รับบทความ : 19/05/2563

วันแก้ไขบทความ : 04/06/2563

วันที่ตอบรับบทความ : 08/06/2563

วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ในนักเรียนอายุ 10-14 ปี อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา

ชิราวุธ บุญณวิษ¹, ศิระประพักษ์ ทองเทพ^{2*}

อาจารย์ประจำ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี¹

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา²

E-mail: haz_so822@hotmail.com*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนอายุ 10-14 ปีที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติจำนวน 3 โรงเรียน จำนวนทั้งสิ้น 534 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคมถึงเมษายน พ.ศ. 2563 โดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นโดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนมีอายุเฉลี่ย 13.1 ปี กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 (ร้อยละ 46.8) ส่วนมากร้อยละ 93.4 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.7 ได้รับการถ่ายทอดความรู้เรื่องสุขบัญญัติแห่งชาติ บิดาและมารดาส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 47.6 และ 39.3 ตามลำดับ โดยนักเรียนเกินครึ่ง (ร้อยละ 54.5) เป็นเพศหญิง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (โดยรวม) อยู่ในระดับดีมากร้อยละ 38.5 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติอยู่ในระดับระดับดีมากร้อยละ 48.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ โรคประจำตัว การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อ และความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ควรเสริมสร้างความรอบรู้ด้านความรู้ ความเข้าใจและการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับหลักสุขบัญญัติแห่งชาติให้กับนักเรียนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถนำมาปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวันในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, หลักสุขบัญญัติแห่งชาติ, เด็กวัยเรียน

* ผู้รับผิดชอบงานหลัก



Health Literacy and Health Behaviors According to National Health Recommendations among Students Aged 10–14 Year Old in Chaloem Phra Kiat District, Nakhon Si Thammarat Province

Chirawut Punrawit¹, Siraparulh Thongthep^{2*}

Lecturer, Faculty of Public Health, Bangkokthonburi University¹

Public Health Technical Officer, Professional Level, Phra Kiat Hospital, Nakhon Si Thammarat Province²

E-mail: haz_so822@hotmail.com*

ABSTRACT

This cross-sectional survey aimed to determine the level of health literacy and health behaviors and investigate the factors associated with health behaviors according to national health recommendations of the students aged 10–14 year old. Five hundred and thirty-four subjects were recruited from three schools under the administration of Chaloem Phra Kiat hospital. Data collection was performed from March to April 2020 using self-administered questionnaires developed by Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. The study results revealed that student average age was 13.1 years old, and more than a half were the girl. 46.8% of the students were studied in the first degree of secondary school and most of 93.4% had no personal health conditions. Three-quarters were received of knowledge of national health recommendations, and their parent's occupation was employee (47.6%, and 39.3% respectively). Of 54.5% students were the girl. The subjects had excellence level of health literacy and health behaviors according to national health recommendations (38.4%, and 48.5% respectively). The results also indicated that personal health conditions, an access to health information, and understanding health information were statistically significant in predicting students' health behaviors. Health literacy dimensions of understanding and accessing to health information according to national health recommendations should be promoted regularly to students in order to apply to their daily life correctly and appropriately.

Keywords: Health literacy, Health behaviors, National health recommendations, School-aged children

* Corresponding Author



บทนำ

รัฐบาลได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจึงบรรจุในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัยให้สามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้¹ โดยอาศัยหลักการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพขั้นพื้นฐานตามแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ซึ่งจะเป็นบรรทัดฐานให้บุคคลพึงปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจนเป็นนิสัยเพื่อให้มีสุขภาพดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม² กองสุศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ³ ได้รายงานผลการประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของเด็กกลุ่มวัยเรียน ปี พ.ศ. 2559-2561 พบว่า เด็กวัยเรียนมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้-ดี ร้อยละ 63.2, 64.7 และ 57.9 ตามลำดับ และมีแนวโน้มในระดับดีมากเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 31.8, 23.2 และ 38.4 ตามลำดับ) ส่วนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาตินั้นพบว่า ในปี 2559-2560 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้-ดี (ร้อยละ 64.7 และ 56.6 ตามลำดับ) และในปี 2561 อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 51.4 และจากรายงานของกรมอนามัย⁴ ยังพบว่า เด็กวัยเรียนมีภาวะอ้วนร้อยละ 21.6 แต่มีเพียงแคร์ร้อยละ 33.2 ที่รับประทานอาหารเช้า มีร้อยละ 26.6 ดื่มน้ำอัดลมมากกว่า 3 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 41.1 ไม่แปรงฟันก่อนนอน ร้อยละ 38.3 ใช้คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือนานเกิน 2 ชั่วโมงต่อวัน แต่มีกิจกรรมทางกายมากกว่า 3 วัน/สัปดาห์ เพียงร้อยละ 18.5 สำหรับข้อมูลของเขตบริการ

สุขภาพที่ 11 พบว่า ในปี 2561 เด็กวัยเรียนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 43.2) มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้-ดี และอีกร้อยละ 36.8 อยู่ในระดับดีมาก ส่วนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 51.4⁵ ในส่วนของจังหวัดนครราชสีมาพบว่า เด็กวัยเรียนประมาณ 3 ใน 5 มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้-ดี และร้อยละ 37.0 อยู่ในระดับดีมาก มีพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 45.1 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้-ดี ร้อยละ 36.7⁵ แต่ทั้งนี้ ยังมีกลุ่มเด็กวัยเรียนบางส่วนที่มีความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของเด็กนักเรียน โดยเพิ่มความเสี่ยงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพ^{6,7} เช่น ไข้หวัดหรือสารเสพติด⁸ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์^{9,10} ภาวะอ้วน¹¹ และขาดความสนใจในการดูแล ส่งเสริมและรักษาสุขภาพตนเอง¹² จึงมีความจำเป็นที่เด็กวัยเรียนจะต้องได้รับการส่งเสริมและพัฒนาขีดความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแล จัดการสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้ได้อย่างยั่งยืน



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และทำนายพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติในนักเรียนอายุ 10–14 ปี ตำบลสวนหลวง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ นักเรียนอายุ 10–14 ปีที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4–6 และระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1–2 ของโรงเรียนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จำนวน 3 โรงเรียน จำนวนทั้งสิ้น 534 คน ตอบแบบสอบถามจนครบโดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคมถึงเมษายน พ.ศ. 2563 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้ประยุกต์ใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นโดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข¹³ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปของนักเรียนจำนวน 7 ข้อ, 2) ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติเป็นข้อคำถามชนิดให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก (Multiple choice items) โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน จำนวน 10 ข้อ, 3) การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อ มีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ

ปฏิบัติทุกครั้ง/ประจำ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 15 ข้อ, 4) การตัดสินใจเพื่อสุขภาพที่ดีตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ มีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ จำนวน 5 ข้อ, และ 5) พฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ มีลักษณะประเมินความถี่ของการปฏิบัติ 5 ระดับคือ ปฏิบัติทุกวัน ปฏิบัติ 5–6 วัน/สัปดาห์ ปฏิบัติ 3–4 วัน/สัปดาห์ ปฏิบัติ 1–2 วัน/สัปดาห์ และไม่ได้ปฏิบัติ จำนวน 10 ข้อ ทั้งนี้ได้ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้อง ความครอบคลุม ความชัดเจนของข้อคำถาม และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จากนั้นจึงนำมาปรับปรุง แก้ไข และนำมาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 30 คน เพื่อวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า เครื่องมือทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.735 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาโดยใช้ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าต่ำสุด-สูงสุด และทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติทดสอบไค-สแควร์ (Chi-square test) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression)

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรม การศึกษาวิจัยในมนุษย์ (เลขที่ 004/2563)



จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช และการอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากโรงพยาบาล เฉลิมพระเกียรติและโรงเรียนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ทั้ง 3 โรงเรียน

ผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า นักเรียนมีอายุเฉลี่ย 13.1 ปี ซึ่งกำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 (ร้อยละ 46.8) ส่วนมากร้อยละ 93.4 ไม่มีโรคประจำตัว และ 3 ใน 4 ของนักเรียนเคยได้รับการถ่ายทอดความรู้เรื่องสุขบัญญัติแห่งชาติ โดยที่บิดาและมารดาส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 47.6 และ 39.3 ตามลำดับ) ทั้งนี้ นักเรียนเกินครึ่ง (ร้อยละ 54.5) เป็นเพศหญิง

ความรู้ด้านสุขภาพพบว่า นักเรียนร้อยละ 38.4 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (โดยรวม) อยู่ในระดับดีมาก เมื่อจำแนกองค์ประกอบรายด้านพบว่า ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติ และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องอยู่ในระดับถูกต้องที่สุดและระดับดีมาก ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับดี และร้อยละ 48.5 มีพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติอยู่ในระดับดีมาก ดังตารางที่ 1

ผลการทดสอบความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยโรคประจำตัว ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจเพื่อสุขภาพที่ดีตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2=12.182$, $p=0.007$; $r=0.211$, $p<0.001$; $r=0.384$, $p<0.001$ และ $r=0.103$, $p=0.017$ ตามลำดับ) แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับปัจจัยเพศ ระดับชั้น อาชีพบิดา อาชีพมารดา การได้รับถ่ายทอดความรู้เรื่องสุขบัญญัติ และอายุ

จากผลการศึกษาโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและสมการเส้นถดถอยพหุคูณ พบว่า ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อ และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติ โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติได้ร้อยละ 16.2 ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนอายุ 10-14 ปี

ปัจจัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (โดยรวม)		
ระดับไม่ดี (คะแนน <60%)	21	3.9
ระดับพอใช้ (คะแนนระหว่าง 60%-69%)	129	24.1
ระดับดี (คะแนนระหว่าง 70%-79%)	179	33.5
ระดับดีมาก (คะแนน $\geq 80\%$)	205	38.5
($\bar{X}$ =56.5 คะแนน, SD=6.5 คะแนน, Max=71 คะแนน, Min=38 คะแนน)		
ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติ		
ระดับไม่ถูกต้อง (คะแนน <60%)	161	30.1
ระดับถูกต้องบ้าง (คะแนนระหว่าง 60%-69%)	67	12.6
ระดับถูกต้อง (คะแนนระหว่าง 70%-79%)	91	17.0
ระดับถูกต้องที่สุด (คะแนน $\geq 80\%$)	215	40.3
($\bar{X}$ =6.6 คะแนน, SD=2.4 คะแนน, Max=10 คะแนน, Min=0 คะแนน)		
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อ		
ระดับไม่ดี (คะแนน <60%)	30	5.6
ระดับพอใช้ (คะแนนระหว่าง 60%-69%)	106	19.9
ระดับดี (คะแนนระหว่าง 70%-79%)	225	42.1
ระดับดีมาก (คะแนน $\geq 80\%$)	173	32.4
($\bar{X}$ =33.7 คะแนน, SD=3.9 คะแนน, Max=42 คะแนน, Min=21 คะแนน)		
การตัดสินใจเพื่อสุขภาพที่ดีตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ		
ระดับไม่ดี (คะแนน <60%)	39	7.3
ระดับพอใช้ (คะแนนระหว่าง 60%-69%)	39	7.3
ระดับดี (คะแนนระหว่าง 70%-79%)	104	19.5
ระดับดีมาก (คะแนน $\geq 80\%$)	352	65.9
($\bar{X}$ =16.2 คะแนน, SD=2.8 คะแนน, Max=20 คะแนน, Min=7 คะแนน)		



พฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ

ระดับไม่ดี (คะแนน<60%)	14	2.6
ระดับพอใช้ (คะแนนระหว่าง 60%–69%)	63	11.8
ระดับดี (คะแนนระหว่าง 70%–79%)	198	37.1
ระดับดีมาก (คะแนน $\geq 80\%$)	259	48.5

($\bar{X}$ =39.1 คะแนน, SD=4.5 คะแนน, Max=48 คะแนน, Min=24 คะแนน)

ตารางที่ 2 อำนาจการทำนายพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ

ปัจจัย	B	S.E.	β	t	p
1) อายุ	-0.153	0.180	-0.036	-0.849	0.396
2) ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตาม สุขบัญญัติแห่งชาติ	0.230	0.085	0.125	2.713	0.007
3) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดการ ตนเองและการรู้เท่าทันสื่อ	0.421	0.050	0.364	8.461	<0.001
4) การตัดสินใจเพื่อสุขภาพที่ดีตามหลักสุขบัญญัติ แห่งชาติ	-0.021	0.073	-0.013	-0.287	0.774

$R^2=0.162$, $F=25.535$, $p<0.001$

B, β =Regression coefficient, S.E.=Standard error, t =t-statistics, p =p-value

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า นักเรียนร้อยละ 38.4 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (โดยรวม) อยู่ในระดับดีมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา¹⁴⁻¹⁶ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างนักเรียนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง/ระดับดีและ/หรือระดับที่เพียงพอ นั้น ส่งผลให้มีความรู้ด้านสุขภาพ (Health knowledge) และทักษะด้านสุขภาพ (Health skill) เพิ่มขึ้นมากขึ้นด้วย ซึ่งจะช่วยให้สามารถปฏิบัติตนเพื่อเสริมสร้างการมีสุขภาพที่ดี และจากการศึกษา

ในครั้งนี้ นักเรียนเคยได้รับการถ่ายทอดความรู้เรื่องสุขบัญญัติแห่งชาติ จึงทำให้มีความรู้พื้นฐานอยู่ในระดับดี-ดีมาก สอดคล้องกับบางการศึกษา¹⁷⁻¹⁹ ที่ได้แสดงให้เห็นว่านักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับชั้นปีที่สูงกว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีกว่านักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับชั้นปีที่ต่ำกว่า รวมทั้งการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน โดยก่อให้เกิดการรับรู้ การปลูกฝังค่านิยม และเสริมสร้างทัศนคติที่ดี



ในการปฏิบัติตนให้ถูกต้องและเหมาะสม^{16,17} บางการศึกษา^{18,20,21} ได้แสดงให้เห็นว่านักเรียนบางส่วนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี/ไม่เพียงพอ ซึ่งมักจะสัมพันธ์กับสภาพครอบครัวที่มีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ ระดับการศึกษาไม่เพียงพอ ส่งผลให้มีการจัดการตนเองด้านสุขภาพได้ไม่ดี มีความเสี่ยงสูงต่อการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล มีการดูแล ป้องกันตนเองลดน้อยลง และมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น^{6,7,22}

ด้านพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติพบว่า นักเรียนเกือบครึ่งอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา^{14,17,23-25} เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาตินี้เป็นกิจวัตรประจำวันของนักเรียนที่ปฏิบัติเป็นประจำและสม่ำเสมอ ประกอบกับนักเรียนส่วนใหญ่เคยได้รับการถ่ายทอดความรู้เรื่องสุขบัญญัติแห่งชาติจึงทำให้นักเรียนมีความรู้ และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติในทางบวกได้สูงสุด ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา¹⁴⁻¹⁶ โดยในปัจจุบันนักเรียนสามารถเข้าถึงข้อมูล สื่อและเทคโนโลยีที่ทันสมัยได้ง่าย สะดวกและรวดเร็วมากขึ้น ทำให้ได้รับข้อมูล และการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นจากแหล่งต่างๆ ส่งผลให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูล ข่าวสาร และบริการด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นด้วย นอกจากนี้ นักเรียนยังต้องการการเรียนรู้วิธีการ

ที่น่าเชื่อถือเกี่ยวกับการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ ในชีวิตประจำวัน รวมถึงการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและนักเรียนร่วมด้วย¹⁵ เพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมหรือประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพให้ถูกต้องและเหมาะสม เสริมสร้างวิถีชีวิตของการมีสุขภาพที่ดีและพัฒนาคุณภาพชีวิต ส่วนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติ สามารถทำนวยกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยนักเรียนประมาณ 3 ใน 5 มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติในระดับถูกต้อง-ถูกต้องที่สุด ซึ่งเพียงพอที่จะสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติตนเพื่อการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษา^{14-16,23,25} ที่แสดงให้เห็นว่านักเรียนที่มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพ ทำให้มีความสามารถในการใช้เหตุผล การคิดวิเคราะห์ผลดี-ผลเสีย เพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติตนที่เหมาะสม นอกจากนี้ ยังเป็นการเสริมสร้างความมั่นใจและแรงจูงใจที่จะนำเอาความรู้ และทักษะที่จำเป็นมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้เป็นอย่างดี²⁶

นอกจากนี้ ยังพบว่านักเรียนที่ไม่มีโรคประจำตัวจะมีพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติอยู่ในระดับดี-ดีมากสูงกว่านักเรียนที่มีโรคประจำตัว ซึ่งนอกจากจะส่งผลให้นักเรียนมีพฤติกรรมเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นแล้ว นักเรียนกลุ่มนี้ก็มักจะมีมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้และทักษะการดูแล



ตนเองอยู่ในระดับไม่เพียงพอร่วมด้วย จึงทำให้มีความยุ่งยากมากยิ่งขึ้นในการจัดการสุขภาพตนเอง^{27,28} สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา²⁹⁻³² ที่ได้แสดงให้เห็นว่าเด็กวัยรุ่นที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังหลายโรคจะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กวัยรุ่นที่ไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง

เอกสารอ้างอิง

1. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. โปรแกรมสุศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2561
2. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. สุขบัญญัติแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2551
3. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. รายงานผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ พ.ศ. 2561. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2561
4. สืบพงษ์ ไชยพรรค, บรรณาธิการ. รายงานประจำปีกรมอนามัย 2560. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2561
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. เอกสารประกอบการประชุมบูรณาการสัจจรจังหวัดประจำปีงบประมาณ 2561. นครศรีธรรมราช: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช; 2561
6. Sorensen K, Van Den Broucke S, Fullam J, et al. Health literacy and public health: A systematic review and investigation of definitions and models. BMC Public Health 2012;12:80-92
7. World Health Organization. Health literacy: the solid facts. Copenhagen: WHO Regional Officer for Europe; 2013
8. Conwell LS, O'Callaghan MJ, Andersen MJ, Bor W, Najman JM, Williams GM. Early adolescent smoking and a web of personal and social disadvantage. Pediatr Child Health 2003;39(8):580-585
9. Fortenberry JD, McFarlane MM, Hannessy M, et al. Relation of health literacy to gonorrhea related care. Sex Transm Infect 2001;77(3):206-2011
10. Needham HE, Wiemann CM, Tortolero SR, Chacko MR. Relationship between health literacy, reading comprehension, and risk for sexually transmitted infection in young women. J Adolesc Health 2010;46(5):506-508
11. Chari R, Warsh J, Ketterer T, Hossain J, Sharif I. Association between health literacy and child and adolescent obesity. Patient Educ Couns 2014;94(1):61-66



12. Chang LC. Health literacy; self-reported status and health promoting behaviours for adolescents in Taiwan. *J Clin Nurs* 2011;20(1-2):190-196
13. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุ 7-14 ปี และกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุง 2561. นนทบุรี: นิทรรศการพิมพ์; 2561
14. จิระภา ขำพิสุทธ์. ความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร. วารสารการวัดผล การศึกษามหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2560;24(1):67-78
15. Karimi N, Saadat-Gharin S, Tol A, Sadeghi R, Yaseri M, Mohebbi B. A problem-based learning health literacy intervention program on improving health-promoting behaviors among girl students. *J Edu Health Promot* 2019;8:251
16. Barati M, Fathi N, Aahmadpur E, Jormand H. Investigate the relationship between health literacy and health promoting behavior in students. *J Health Literacy* 2019;4(3):56-65
17. อัญชลี พงศ์เกษตร, สุดารัตน์ การินทร์, กมลวรรณ วณิชชานนท์ และคณะ. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนมัธยมต้น โรงเรียนสตรียะลา ตำบลสะเตง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา. การประชุมวิชาการระดับชาติด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพครั้งที่ 1 สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง วันที่ 7-8 ธันวาคม 2560; 2560
18. Rong H, Cheng X, Garcia JM, et al. Survey of health literacy level and related influencing factors in military college students in Chongqing, China: a cross-sectional analysis. *PLoS ONE* 2017;12(5):e0177776
19. Sukys S, Trinkuniene L, Tilindiene I. Subjective health literacy among school-aged children: first evidence from Lithuania. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16:3397
20. Ye XH, Yang Y, Gao YH, Chen SD, Xu Y. Status and determinants of health literacy among adolescents in Guangdong, China. *Asian Pac J Cancer Prev* 2014;15(20):8735-8740
21. Rababah JA, Al-Hammouri MM, Drew BL, Aldalaykeh M. Health literacy: exploring disparities among college students. *BMC Public Health* 2019;19:1401



22. Park A, Eckert TL, Zaso MJ, et al. Associations between health literacy and health behaviors among urban high schoolers. *J Sch Health* 2017;87(12):885–893
23. สุนิสา พรหมป่าซัด. พฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4–6 โรงเรียนบ้านไร่ตันตตม ตำบลสองพี่น้อง อำเภอกำแพง จังหวัดชุมพร. *Varidian E-Journal* 2556;6(1):881–893
24. ชนินันท์ภา ใจดี, ฐปนรรักษ์ ประทีปเกาะ และ ชิตชนก เชิงเขาว. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักศึกษาสถาบันกรมพลศึกษาวิทยาเขตยะลา. *วารสารวิชาการสถาบันกรมพลศึกษา* 2558;7(2):145–158
25. ปรียาพร สัจจันทร์, ศรีสุตา เจริญดี, ณรงค์ ใจเที่ยง, สมคิดจุฬา, อรทัยเกตุขาวและชัยวัฒน์ แสงศรีจันทร์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการของวัยรุ่นในจังหวัดพะเยา. *วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข* 2562;5(1):31–40
26. Smith SG, Curtis LM, Wardle J, Von Wanger C, Wolf MS. Skill set or mind set? Association between health literacy, patient activation, and health. *PLoS ONE* 2013;8(9):e74373
27. Beatty CR, Flynn LA, Costello TJ. The impact of health literacy level on inhaler technique in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Pharm Pract* 2017;30:25–30
28. Barsell DJ, Everhart RS, Miadich SA, Trujillo MA. Examining health behaviors, health literacy, and self-efficacy in college students with chronic conditions. *Ame J Health Edu* 2018;49(5):305–311
29. Suris JC, and Parera N. Sex, drugs and chronic illness: health behaviours among chronically ill youth. *Eur J Public Health* 2005;15(5):484–488
30. Valencia LS, Cromer BA. Sexual activity and other high-risk behaviors in adolescents with chronic illness: a review. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2000;13(2):53–64
31. Miauton L, Narring F, Michuad PA. Chronic illness, life style and emotional health in adolescence: results of a cross-sectional survey on the health of 15–20 year-old in Switzerland. *Eur J Pediatr* 2003;162(10):682–689
32. Sawyer SM, Drew S, Yeo MS, Britto MT. Adolescents with a chronic condition: challenges living, challenge treating. *Lancet* 2007;369(9571):1481–1489



วันที่รับบทความ : 10/06/2563

วันแก้ไขบทความ : 21/07/2563

วันตอบรับบทความ : 22/07/2563

วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University

ผลของการสอนสุขศึกษาด้วยการเรียนรู้แบบเกมที่มีต่อความรู้เรื่องโภชนาการ เด็กวัยเรียนในนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 และ 4

วัลลภา วาสนาสมปอง*, ธัญสิริ ภาวัง

วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

E-mail: wallapa.wa@ssru.ac.th*

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experiment Research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสอนสุขศึกษาด้วยการเรียนรู้แบบเกมที่มีต่อความรู้เรื่องโภชนาการเด็กวัยเรียน ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 82 คน ได้แก่ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 และ 4 โรงเรียนประถมศึกษา 2 แห่งในจังหวัดสมุทรสงคราม แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง จำนวน 41 คน และ กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 41 คน ด้วยวิธีการสุ่มแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) เก็บข้อมูลด้วยแบบทดสอบความรู้เรื่องโภชนาการเด็กวัยเรียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาในการอธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยสถิติเชิงอนุมานด้วยวิธี Paired t-test และ Independent t-test ในการทดสอบสมมติฐานการวิจัย ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการสอนสุขศึกษาด้วยการเรียนรู้แบบเกมกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโภชนาการเด็กวัยเรียนเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการสอนสุขศึกษาด้วยการเรียนรู้แบบเกมทำให้นักเรียนมีความรู้เรื่องโภชนาการเด็กวัยเรียนเพิ่มขึ้น จึงแนะนำว่าน่าจะนำวิธีการเรียนรู้ไปใช้ในการพัฒนาความรู้ด้านอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับด้านสุขภาพ เพราะการเรียนรู้แบบเกมเป็นการเรียนรู้เชิงรุก (Active Learning) ที่มุ่งให้ผู้เรียนมีความตื่นตัวในการแสวงหาความรู้ มีการกระตุ้นกระบวนการเรียนรู้ที่ก่อให้เกิดความเข้าใจขึ้นภายในตัวผู้เรียนเอง

คำสำคัญ : การเรียนรู้แบบเกม, ความรู้เรื่องโภชนาการ, เด็กวัยเรียน

* ผู้รับผิดชอบงานหลัก



The effect of Game - Based Learning method on knowledge of nutrition in school age children (grade 3 and 4 students)

Wallapa Wassanasompong*, Thunsiri Phawang

College of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University

E-mail: wallapa.wa@ssru.ac.th*

ABSTRACT

This quasi-experimental research, aimed to study the effect of game-based learning method on knowledge of nutrition in school age children (grade 3 and 4 students). The study participants of 82 students in grade 3-4 at two elementary schools in Samut Songkhram Province were recruited by simple random sampling into experimental group (41 students) and comparison group (41 students). A test of nutrition knowledge in school-aged children were used to collect dataed before and after the intervention. Descriptive statistics on frequency, percentage, arithmetic mean, and standard deviation were used to describe the general data of the samples. Analytical statistics in regard to paired samples t-tests and independent t-test were employed for testing research hypotheses. The results showed that after the intervention experimental groups significantly higher mean score of knowledge of nutrition when compared to the score before the intervention, and higher than such score in comparison group ($p < 0.05$). This finding showed that game-based learning approach was effective in enhancing knowledge of nutrition in school- age children. We recommended that this learning method could be applied to design other health education approaches as game - based learning is an active learning approach which aims to alert students to the pursuit of knowledge and stimulate learning processes that create understanding for students.

Keywords: game - based learning, knowledge of nutrition, school age children

* Corresponding Author



บทนำ

เด็กวัยเรียนหมายถึงเด็กที่มีอายุ 6 -12 ปี เด็กวัยนี้จะเจริญเติบโตและมีพัฒนาการทางร่างกาย และ จิตใจ รวมทั้งการเรียนรู้อันเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะนำไปสู่ชีวิตที่มีคุณภาพในอนาคต อาหารจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพราะถ้าเด็กในวัยนี้ได้รับอาหารไม่เพียงพอหรือไม่เหมาะสม จะส่งผลทำให้ร่างกายแคระแกร็น มีปัญหาด้านการเรียนรู้และส่งผลให้ประสิทธิภาพการเรียนรู้และการทำงานต่ำ¹ จากการรายงานการประชุมประจำปี 2560 สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงครามได้มีสำรวจภาวะโภชนาการผลการดำเนินงานงานอนามัยวัยเรียน ภาพรวมจังหวัดสมุทรสงครามมีภาวะสมส่วนจากข้อมูล health data center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข เด็กนักเรียนที่ชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูงทั้งหมด ปี 2560 พบว่าทุกอำเภอมี ภาวะเริ่มอ้วนมากกว่าร้อยละ 10 ทั้งสามอำเภอ สูงสุด ได้แก่ อำเภอเมืองสมุทรสงคราม ร้อยละ 14.46 อำเภอบางคนที ร้อยละ 11.53 และ อำเภออัมพวา ร้อยละ 10.43 สาเหตุมาจากนักเรียนชอบรับประทานของทอด ขนมกรุบกรอบ น้ำอัดลม นักเรียนไม่ชอบรับประทานผักผลไม้ ไม่ออกกำลังกาย แต่ชอบรับประทานอาหารที่ให้พลังงานและไขมันสูง เนื่องจากนักเรียนขาดความรู้ในเรื่องโภชนาการและการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย²

การมีความรู้เรื่องโภชนาการที่เหมาะสมกับวัยจึงมีความจำเป็นกับเด็กวัยเรียน เพราะความรู้นับเป็นขั้นแรกของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในเรื่องต่างๆและเป็นขั้นตอนที่นำไปสู่พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเข้าใจ คือ การนำความรู้

ไปใช้ได้³ เพราะสำหรับเด็กวัยเรียนซึ่งเป็นวัยที่ร่างกายกำลังเจริญเติบโตและเป็นช่วงที่สมองกำลังพัฒนานั้นควรได้รับสารอาหารให้ครบ ทั้ง 5 หมู่ แต่ละหมู่ควรมีความหลากหลายและมีปริมาณเพียงพอเพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอและเหมาะสม⁴ ทั้งนี้ควรเป็นไปตามสัดส่วนธงโภชนาการที่ระบุชนิดและปริมาณของอาหารที่ควรกินในแต่ละวัน เพื่อให้ได้สารอาหารต่างๆครบถ้วน⁵ รวมถึงการส่งเสริมการอ่านฉลากโภชนาการของขนมขบเคี้ยวและเครื่องดื่มมีส่วนช่วยในการตัดสินใจพิจารณาเปรียบเทียบข้อมูลฉลากโภชนาการของขนมขบเคี้ยวและเครื่องดื่มที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับพลังงานและสารอาหารที่ได้รับ⁶

ในการสอนสุศึกษาชั้นมีรูปแบบวิธีการสอนที่หลากหลาย ผู้วิจัยได้ทำการสืบค้นวิธีการสอนเชิงรุกที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางและค้นพบว่าการเรียนรู้แบบเกม หรือ Game-Based Learning (GBL) เป็นนวัตกรรมสื่อการเรียนรู้ที่ออกแบบโดยสอดแทรกเนื้อหาบทเรียนลงไปในเกมทำให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ลงมือเล่นและฝึกปฏิบัติในการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพราะในขณะที่ลงมือเล่นผู้เรียนจะได้รับทักษะและความรู้จากเนื้อหาบทเรียนไปด้วย ทำให้ผู้เรียนได้รับทั้งความรู้และความเพลิดเพลินไปพร้อมๆ กัน และชักจูงให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้จนกระทั่งเกิดการเรียนรู้ด้วยตัวเอง⁷ และยังทำให้ผู้เรียนได้มีระดับความจำและความเข้าใจ สามารถนำความไปใช้ในชีวิตประจำวัน⁸ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการสอนสุศึกษาด้วยการเรียนรู้แบบเกม เพื่อให้นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 และ 4



มีความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องของสารอาหาร 5 หมู่ การรับประทานอาหารให้หลากหลาย สัดส่วน ปริมาณอาหารตามหลักโภชนาการ และการอ่าน ฉลากโภชนาการ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้เด็กวัยเรียน มีความรู้เรื่องโภชนาการเด็กวัยเรียนอันนำไปสู่ การมีภาวะโภชนาการที่ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่อง โภชนาการเด็กวัยเรียน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่อง โภชนาการเด็กวัยเรียน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีการวัดผลก่อน และหลังการทดลอง (Two –group Pretest-Posttest Design)

1. กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชายและหญิง ชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 และ 4 ที่ศึกษาอยู่ในภาค เรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2562 โรงเรียน A และ B อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม โดยโรงเรียน A คือ กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่มีการดำเนินการสอน สุขศึกษาด้วยการเรียนรู้แบบเกม จำนวน 41 คน และโรงเรียน B คือ กลุ่มเปรียบเทียบ ที่ดำเนินการ สอนสุขศึกษาแบบปกติ จำนวน 41 คน ด้วยวิธีการ สุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จาก

โรงเรียนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในด้านจำนวนของ นักเรียน ขนาดของโรงเรียนและสถานที่ตั้ง ในอำเภอ บางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

2.1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ การสอนสุขศึกษาด้วยการเรียนรู้แบบเกมที่มีลักษณะ เป็นกิจกรรมการเรียนรู้เชิงรุก (Active Learning) เรียนรู้เนื้อหาผ่านการเล่นเกม จำนวน 4 แผนการ เรียนรู้ ได้แก่ แผนการเรียนรู้ที่ 1 เรื่อง สารอาหาร 5 หมู่ แผนการเรียนรู้ที่ 2 เรื่อง ความหลากหลายของ อาหาร แผนการเรียนรู้ที่ 3 เรื่อง ธัญพืชและพืช และ แผนการเรียนรู้ที่ 4 เรื่อง ฉลากโภชนาการ โดยในแต่ละ แผนการเรียนรู้เป็นการเรียนรู้แบบเกม จำนวน 4 เกม คือ เกม Kids Chef เกมกินอย่างไรให้หลากหลาย เกมธง โภชนาการน่ารู้ และเกมรู้สัณนิทก่อนตัดสินใจกับฉลาก โภชนาการ เรียงลำดับตามแผนการเรียนรู้ ซึ่งแต่ละ เกมมีองค์ประกอบ ดังนี้ 1) มีการโต้ตอบกับผู้เล่น (Interactive) 2) มีเป้าหมายชัดเจน (Goal) และ 3) มีอุปสรรคที่ทำให้พ่ายแพ้หรือสิ่งกีดขวาง (Active Obstacle)

2.2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูล คือ แบบทดสอบความรู้เรื่องโภชนาการเด็กวัย เรียน มีลักษณะเป็นแบบทดสอบอัตนัยแบบเติมคำ จำนวน 5 ข้อ ข้อละ 2 คะแนน คะแนนเต็ม 10 คะแนน ตอบผิดทั้งหมด 0 คะแนน ตอบถูกบางส่วน 1 คะแนน ตอบถูกทั้งหมด 2 คะแนน โดยเกณฑ์ การประเมินของเครื่องมือแต่ละชุดใช้แบบอิงเกณฑ์ ของ Bloom (1956, p. 129)¹⁰ คือ ร้อยละ 80-100



มีคะแนนความรู้เรื่องโภชนาการเด็กวัยเรียน อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 60-79 มีคะแนนความรู้เรื่องโภชนาการเด็กวัยเรียน อยู่ในระดับปานกลาง และต่ำกว่าร้อยละ 60 มีคะแนนความรู้เรื่องโภชนาการเด็กวัยเรียนอยู่ในระดับที่ควรปรับปรุง

2.3) การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้วยการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามกับนิยามและเนื้อหาที่กำหนด นำผลที่ได้มาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC : Index of Item -Objectives Congruence) โดยกำหนดเกณฑ์การผ่าน คือ 0.5 ขึ้นไป ซึ่งพบว่าเครื่องมือแต่ละฉบับ มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.70 - 1.00 แสดงว่า แบบทดสอบมีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา สามารถนำไปใช้ได้

3. ขั้นตอนการทดลองและการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1) ก่อนเริ่มการวิจัยผู้วิจัยทำการขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

3.2) ติดต่อโรงเรียน คัดเลือกกลุ่มทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ และขออนุญาตผู้ปกครองนักเรียนทั้ง 2 กลุ่ม ในการเข้าร่วมกิจกรรมโดยส่งเอกสารชี้แจงรายละเอียดการทำวิจัย และหนังสือแสดงความยินยอมให้นักเรียนเข้าร่วมกิจกรรม

3.3) ก่อนเริ่มกิจกรรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยสร้างความคุ้นเคยและชี้แจงแนวทางการเรียนการสอน สุขศึกษาด้วยการเรียนรู้แบบเกมเพื่อให้ผู้เรียนกลุ่มทดลองได้รับทราบถึงแนวทางการร่วมกิจกรรม และให้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทำแบบทดสอบ

ความรู้เรื่องโภชนาการเด็กวัยเรียน ก่อนเริ่มการทดลอง

3.4) ดำเนินการจัดกิจกรรมตามแผนการเรียนรู้กับกลุ่มทดลองในช่วงโงงเวลาเรียนเพิ่มเวลารู้ ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม จำนวน 4 สัปดาห์ ละ 1 ครั้งๆ ละ 50 นาที ตามแผนการเรียนรู้ทั้ง 4 แผน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเรียนด้วยวิธีปกติประกอบสื่อวิดีโอ

3.5) เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยแบบ ทดสอบชุดเดิม ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและวิเคราะห์ผล

3.6) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูปกำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ $p < 0.05$ เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐานการวิจัย ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องโภชนาการเด็กวัยเรียนก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้ Paired t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้ Independent t-test

4. การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยครั้งนี้ได้ขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา และทำเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (ผู้ปกครอง) หนังสือยินยอมตนให้ทำการวิจัยเพื่อให้ผู้ปกครองทราบในทุกกรณีที่ผู้วิจัยได้ทำการวิจัยเลขที่โครงการ COA.2 – 010/2019

**ผลการวิจัย**

วิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปทางประชากรของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ดังนี้ กลุ่มทดลองประกอบด้วยเพศชาย ร้อยละ 39.00 เพศหญิง ร้อยละ 61.00 กลุ่มเปรียบเทียบประกอบด้วยเพศชาย ร้อยละ 58.50 เพศหญิง ร้อยละ 41.50 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนมากทราบวิธีการเลือกอาหารให้เหมาะสมกับตนเอง ถึงร้อยละ 78.00

และ 90.20 และทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับรู้เกี่ยวกับวิธีการเลือกอาหารให้เหมาะสมกับตนเองมาบ้างแล้วในห้องเรียน ร้อยละ 46.30 และ 34.10 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ระดับคะแนน

ความรู้เรื่องโภชนาการเด็กวัยเรียน ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (ตารางที่ 1-2)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามระดับความรู้ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับความรู้เรื่องโภชนาการเด็กวัยเรียน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน (ร้อยละ)
ระดับสูง (8.00 - 10.00 คะแนน)	0	0	26 (63.40)	0
ระดับปานกลาง (6.00 - 7.99 คะแนน)	1 (2.40)	1 (2.40)	5 (12.20)	0
ระดับควรปรับปรุง (0 - 5.99 คะแนน)	40 (97.60)	40 (97.60)	10 (24.40)	41(100.00)
$\bar{X}$	1.39	1.76	7.02	1.32
S.D.	1.62	1.37	2.83	1.10
Min-Max	0-7	0-6	0-10	0-4

จากตารางที่ 1 ความรู้เรื่องโภชนาการเด็กวัยเรียน ก่อนการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนมาก มีคะแนนความรู้เรื่องโภชนาการเด็กวัยเรียน อยู่ในระดับควรปรับปรุง ถึงร้อยละ 97.60 คะแนนเฉลี่ย 1.39 และ 1.76 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.62 และ 1.37 คะแนนต่ำสุดสูงสุด 0-7 และ 0-6

ตามลำดับ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองส่วนมากมีคะแนนความรู้เรื่องโภชนาการเด็กวัยเรียน อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 63.40 แต่กลุ่มเปรียบเทียบยังอยู่ในระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 100.00 คะแนนเฉลี่ย 7.08 และ 1.32 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.83 และ 1.10 คะแนนต่ำสุดสูงสุด 0-10 และ 0-4 ตามลำดับ



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโภชนาการเด็กวัยเรียน ภายในกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (กลุ่มทดลอง $n = 41$, กลุ่มเปรียบเทียบ $n = 41$)

กลุ่ม / ระยะการทดลอง	คะแนนเฉลี่ย		p-value** (ระหว่างกลุ่ม)
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	
ก่อนทดลอง	1.39	1.76	0.522
หลังทดลอง	7.02	1.32	<.001
p-value* (ภายในกลุ่ม)	<.001	0.065	

* Paired t-test

** Independent t-test

จากตารางที่ 2 จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโภชนาการเด็กวัยเรียน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโภชนาการเด็กวัยเรียน เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} \leq 0.05$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า ก่อนทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโภชนาการเด็กวัยเรียน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโภชนาการเด็กวัยเรียน สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} \leq 0.05$)

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยผลการสอนสุขศึกษาด้วยการเรียนรู้แบบเกมที่มีความรู้เรื่องโภชนาการเด็กวัยเรียนในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 และ 4 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตอบแบบทดสอบความรู้เรื่องโภชนาการเด็กวัยเรียนก่อนและหลังการสอนสุขศึกษาด้วยการเรียนรู้แบบเกม ผลการศึกษาพบว่าการสอนสุขศึกษาด้วยการเรียนรู้แบบเกมมีผลทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโภชนาการเด็กวัยเรียนเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ที่เป็นเช่นนี้สามารถอธิบายได้ว่าเป็นผลมาจากการสอนสุขศึกษาด้วยการเรียนรู้แบบเกม เพราะการเรียนรู้แบบเกม (Game based learning) ถูกออกแบบมาเพื่อสร้างประสบการณ์ให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ผ่านการลงมือเล่นหรือปฏิบัติ โดยสอดแทรกเนื้อหาบทเรียนลงไปในเกม ทำให้ผู้เรียนได้ทักษะและความรู้จากการลงมือเล่นหรือปฏิบัติ พร้อมทั้งเกิดความเพลิดเพลิน และสนใจให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ อีกทั้งการเรียนรู้แบบเกมยังเป็นการเรียนรู้เชิงรุก (Active learning) ที่มุ่งให้ผู้เรียนมีความตื่นตัวในการแสวงหาความรู้ และวิธีที่กระตุ้นกระบวนการเรียนรู้ที่ก่อให้เกิดความเข้าใจขึ้นในตัวผู้เรียนเอง



ผลการศึกษานี้ยัง สอดคล้องกับการศึกษาของ อาจริย แม่นปิ่น, 2561 ได้ทำการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมฉลาดบริโภคเพื่อส่งเสริมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จังหวัดนนทบุรี ประกอบด้วยกิจกรรมการบรรยายให้ความรู้ การเล่นเกม การดูวิดีโอ การทำกิจกรรมระดมสมอง การฝึกปฏิบัติทำอาหารอย่างง่าย การเรียนรู้จากตัวแบบที่มีพฤติกรรมที่ถูกต้อง ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องอาหารตามหลักโภชนาการ สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ¹¹ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วรุตต์ อินทสระ , 2562 ได้ทำการศึกษาเรื่องผลสัมฤทธิ์ของสื่อการเรียนรู้แบบ Game Based Learning (GBL) ผลการศึกษา พบว่าระดับความรู้ทั้งในส่วนของความจำและความเข้าใจของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} \leq 0.05$) ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าสื่อการเรียนรู้แบบเกมนั้นช่วยให้ประสิทธิผลการเรียนรู้ของผู้เรียนดีขึ้น¹² เช่นเดียวกับการศึกษาของ Robert V. Hill และ Zeinab Nassrallah (2561) ที่พบว่า การเรียนรู้แบบเกม (Game based learning) โดยการใช้เกมและองค์ประกอบของเกมเป็นเครื่องมือในการสอนได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นเพราะรูปแบบเกมส่งเสริมความสนุกสนานและความพึงพอใจของผู้เรียนและส่งเสริมการทำงานร่วมกันและการทำงานเป็นทีมในหมู่ผู้เรียนอีกด้วย¹³

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สำหรับการสอนสุศึกษาครั้งนี้มี 3 ขั้นตอน คือ ขั้นนำ ขั้นสอนหรือขั้นกิจกรรม และขั้นสรุป ซึ่งการเรียนแบบเกมช่วงเวลาของการเล่นเกมจะอยู่ในขั้นสอน ครูผู้สอนสามารถพิจารณาเลือกประเด็นต่างๆได้ตามความเหมาะสมของเนื้อหาที่สอนและเวลาที่ใช้ในการสอน ทั้งนี้การเรียนรู้แบบเกมเป็นการเรียนรู้เชิงรุก (Active learning) ช่วยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ผ่านการลงมือเล่นหรือปฏิบัติส่งผลต่อการเรียนรู้มากกว่า การเรียนรู้แบบปกติ (passive leaning)

2. สำหรับครูผู้สอนหรือผู้ที่สนใจสอนด้วยการเรียนรู้แบบเกมในรายวิชาสุศึกษาหรือรายวิชาอื่นๆจำเป็นต้องศึกษาทำความเข้าใจกับการจัดการเรียนรู้แบบเกม โดยคำนึงถึงองค์ประกอบของเกม 3 องค์ประกอบ คือ เกมจะต้องมีการโต้ตอบกับผู้เล่น (Interactive) ที่แสดงผลของการกระทำนั้นให้ผู้เล่นเห็นได้ มีเป้าหมายชัดเจน (Goal) และมีอุปสรรคที่ทำให้พ่ายแพ้หรือสิ่งกีดขวาง (Active Obstacle) เช่น มีกฎอะไรที่ห้ามทำ การจับเวลาในการเล่น เป็นต้น อีกทั้งครูผู้สอนควรมีการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านสื่ออุปกรณ์ และควรทำหน้าที่เป็นเพียงผู้สนับสนุนส่งเสริมให้นักเรียนได้เรียนรู้ได้อย่างเต็มศักยภาพของนักเรียน



ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในระยะยาว เพื่อเป็นการติดตามอย่างต่อเนื่องและประเมินการคงอยู่ของความรู้ ซึ่งจะได้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนขึ้น

2. นอกเหนือจากความรู้เรื่องโภชนาการเด็กวัยเรียนแล้ว ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น ทักษะการเลือกอาหาร เพื่อจะได้มีแนวทางในการพัฒนาผู้เรียนได้อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

3. พบข้อจำกัดในการสอนสุขศึกษา ด้วยการเรียนรู้แบบเกม คือ ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม 1 คาบ (50 นาที) ค่อนข้างน้อย เพราะในชั้นสอนหรือชั้นกิจกรรมที่ต้องมีการเรียนรู้ผ่านเกมนั้นใช้เวลาพอสมควรทำให้เหลือเวลาในการสรุปผลการเรียนรู้และการสะท้อนผลการเรียนรู้ (reflection) ได้ไม่ทั่วถึง ดังนั้นจึงควรปรับขั้นตอนการสอนในแต่ละขั้นให้ทันกับเวลา หรือเพิ่มจำนวนคาบของการเรียนรู้

เอกสารอ้างอิง

- คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. โภชนาการของเด็กวัยเรียน. กรุงเทพฯ :มหาวิทยาลัยมหิดล. 2555.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม. รายงานประจำปี 2560. [อินเทอร์เน็ต]; 2560 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 มกราคม 2561]. เข้าถึงได้จาก : http://skmo.moph.go.th/sites/default/files/Archives_Yuttasate60_050461.pdf
- สโรชา นันทพงศ์ และคณะ. ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการและพฤติกรรมการจัดอาหารสำหรับเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ปกครองโรงเรียนรัฐบาลจังหวัดชุมพร. วารสารเกษตรศาสตร์ (สังคม) 2557 ; 35 : 235 - 244
- สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการอาหารกลางวันเด็กวัยเรียน เมนูอาหารจานเดียวทางเลือก. [เข้าถึงเมื่อ 12 มกราคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://nutrition.anamaimoph.go.th/images/files/>
- สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในเด็กวัยเรียนสำหรับบุคลากรสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2558
- อุเทน สุทิน และคณะ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการอ่านฉลากโภชนาการของขนมขบเคี้ยวและเครื่องดื่ม ต่อความรู้และพฤติกรรมการอ่านฉลากโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี. วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมาร 2560 ; 6(2) : 44-52
- ฉัตรกมล ประจวบลาภ. Game-Based Learning กับการพัฒนาการเรียนการสอนทางการพยาบาล. วารสารกองการพยาบาล 2559; 43(2) : 127-136



8. ไพฑูรย์ อนันต์ทเขต. เรื่องราวที่น่าสนใจเกี่ยวกับ Game-Based Learning . [อินเทอร์เน็ต] Learning Institute,KMUTT ; 2560 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 มกราคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: <https://celt.li.kmutt.ac.th/km/index.php/game-based-learning/>
9. กิตติธเนศ เพชรไวภูณฐ์. ออกแบบเกมให้โดนใจ. พิมพ์ครั้งที่ 1 นนทบุรี : สำนักพิมพ์คอร์ฟิงก์ชั่น; 2558
10. Bloom, B.J. (Ed.), Engelhart, M.D., Furst, E.J., Hill, W.H. and Krathwohl, D.R. Taxonomy of Educational Objectives : Handbook I : Cognitive Domain. New York : David McKay. 1956.
11. อัจฉรีย์ แม่นปิ่น และคณะ. ผลของโปรแกรมฉลาดบริโภคเพื่อส่งเสริมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จังหวัดนนทบุรี. วารสารสุขศึกษา 2561;41(1):126-127.
12. วรุตต์ อินทสระ. เปลี่ยนห้องเรียนเป็นห้องเล่น. [เข้าถึงเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2562]. เข้าถึงได้จาก: [file:///C:/Users/Admin/Downloads/GBL%20DOC%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Admin/Downloads/GBL%20DOC%20(2).pdf)
13. Robert V. Hill and Zeinab Nassrallah. A Game-Based Approach to Teaching and Learning Anatomy of the Liver and Portal Venous System. Mededportal the journal of teaching and learning resources 2018; 1-7. doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10696.



วันที่รับบทความ : 12/06/2563

วันแก้ไขบทความ : 21/07/2563

วันที่ตอบรับบทความ : 22/07/2563

วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University

พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในโครงการกระเป๋ายาสมุนไพรของประชาชน

อำเภอตอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ปรีชา เนตรพุกคณะ¹, วาสนิ วงศ์อินทร์^{2*}

ส.บ.(สาธารณสุขศาสตร์), สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตอนสัก¹

ปร.ด.(การพัฒนาสุขภาพชุมชน), สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี²

E-mail: may.commed@gmail.com*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (analytic cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในโครงการกระเป๋ายาสมุนไพร และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในโครงการกระเป๋ายาสมุนไพรของประชาชน อำเภอตอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้เป็นครัวเรือนที่เข้าร่วมโครงการอบรมการใช้กระเป๋ายาสมุนไพร จำนวน 355 ครัวเรือน ครัวเรือนละ 1 คน พบว่า ครัวเรือนในอำเภอตอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี ใช้ยาแผนไทยหรือยาสมุนไพรเพื่อการดูแลสุขภาพเบื้องต้น ร้อยละ 67.9 ส่วนใหญ่ใช้ยาสมุนไพรในกระเป๋ายา เพราะช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในครัวเรือน และยาสมุนไพรในกระเป๋ามีหลากหลายวิธีการใช้ชัดเจน สำหรับผู้ที่ไม่ใช้ยาสมุนไพร พบว่าไม่ใช้ยาสมุนไพรในกระเป๋ายา เพราะขาดความรู้ และขาดการติดตามจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส สถานะการเป็นสมาชิกในครอบครัว อาชีพ การศึกษา ได้รับการอบรมในโครงการกระเป๋ายาในครัวเรือน ทักษะการมีต่อโครงการ และระดับความรู้

คำสำคัญ : กระเป๋ายาสมุนไพร, การพยาบาลเบื้องต้น, ครัวเรือน

* ผู้รับผิดชอบงานหลัก



The behavior of herbal medicine used in the herbal first aid kit project in Donsak district, Surat thani province.

Preecha Netepukkana¹, Wasinee Wongin^{2*}

BA (Public Health Sciences), Don Sak District Public Health Office¹

Ph.D. (Community Health Development), Surat Thani Provincial Health Office²

E-mail: may.commed@gmail.com*

ABSTRACT

This research is an analytic cross-sectional study with the objective of studying herbal drug use behavior in the herbal medicine bag project and to study the factors that have an effected on the behavior of the use of herbal medicines in the herbal first aid kit project of the people of Don Sak District, Surat Thani Province Data were collected by questionnaires. The subjects in this study were 355 households, 1 person per household that participated in the herbal first aid kit training program. The results showed that 67.9% of households used traditional Thai medicine or herbal medicine to relieve basic symptoms, mostly use herbal medicines in the herbal first aid kit because it helps to save household expenses and the herbal medicine in the bag has a label clearly telling the method of use. For those who do not use herbal medicines because of lack of knowledge and lack of follow-up from health officials. The relationship between factors affecting the behavior of using herbal medicine in the herbal medicine bag program is being a family member, profession, educator, training in a household herbal first aid kit project, attitude towards the project, knowledge and marital status.

Keywords: herbal first aid kit, primary care, household

* Corresponding Author



บทนำ

การแพทย์พื้นบ้านหรือแพทย์แผนไทยเป็นภูมิปัญญาที่ใช้ดูแลสุขภาพและรักษาโรคภัยของคนไทยมาช้านาน ซึ่งมีการถ่ายทอดภูมิปัญญาจากรุ่นสู่รุ่น ผสมผสานกับวัฒนธรรมในท้องถิ่น ประกอบด้วยองค์ความรู้ และภูมิปัญญาหลายด้าน ภูมิปัญญาการใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาโรค เป็นองค์ความรู้ที่ได้รับการสืบทอดมาจนปัจจุบัน ซึ่งแต่ละภูมิภาคก็มีลักษณะทางภูมิประเทศที่แตกต่างกันพืชสมุนไพรจึงมีความแตกต่างหลากหลายกันตามพื้นที่ พืชสมุนไพรไทยมีบทบาทสำคัญอย่างหนึ่งในการรักษาโรคมาแต่ครั้งโบราณ การใช้สมุนไพรจึงมีวิวัฒนาการและพัฒนาการองค์ความรู้มาอย่างต่อเนื่อง ด้วยเหตุนี้ที่สมุนไพรไทยจึงไม่ได้ใช้เพียงเพื่อรักษาความเจ็บป่วยเท่านั้นแต่มีคุณค่าต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ¹ ภาครัฐจึงได้มีนโยบายส่งเสริมการใช้สมุนไพรและการแพทย์แผนไทยอย่างต่อเนื่อง มีการส่งเสริมการพึ่งตนเองด้านสมุนไพรของชุมชนและใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืน การพัฒนาตามแผนยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2550 – 2554 และฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2555 – 2559)² มีความสำเร็จที่เกิดขึ้นจากการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ฯ คือ การพัฒนาระบบยาจากสมุนไพรจนมีรายการยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ยุทธศาสตร์การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560 – 2564 มีเป้าประสงค์สำคัญที่มุ่งให้ประชาชนเข้าถึงและใช้บริการระบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกที่มีคุณภาพมาตรฐานปลอดภัย และใช้อย่างสมเหตุสมผล³

ในปี พ.ศ. 2551 จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีนโยบายส่งเสริมการใช้สมุนไพรเพื่อการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของประชาชน เกิดการระดมความคิดเห็นเพื่อกำหนดนโยบาย และแนวทางการดำเนินงานของจังหวัดสุราษฎร์ธานี ภายใต้แนวคิดสุราษฎร์โมเดล (Surat Model) ซึ่งมุ่งเน้นการส่งเสริม พัฒนาการปลูก แปรรูป ผลิต และใช้สมุนไพรอย่างครบวงจร เพื่อความยั่งยืนของเศรษฐกิจชุมชนตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งการดำเนินการโครงการพัฒนาต้นแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรเบื้องต้นเพื่อการพึ่งตนเองได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธินิปปอน (The Nippon Foundation) ได้เริ่มต้นดำเนินการชื่อ “โครงการกระเป๋ายา” ในปี พ.ศ.2552 เริ่มต้นจากพื้นที่อำเภอกาญจนดิษฐ์ จากนั้นมีการขยายพื้นที่เพิ่มเติมในปี พ.ศ. 2555 และขยายพื้นที่ครอบคลุมทุกอำเภอในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ในปี พ.ศ.2558^{4,5} อำเภอดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นหนึ่งในอำเภอที่ได้รับการขยายโครงการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร มีการดำเนินงานต่อเนื่อง โดยมีการอบรมประชาชนที่เป็นตัวแทนครัวเรือน ตั้งแต่ปี 2555 – 2562 จำนวน 5 รุ่น รวม 3,099 ครัวเรือน เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาสมุนไพร และสนับสนุนการมีและใช้ยาสมุนไพรในโครงการกระเป๋ายาในครัวเรือน ได้กำหนดเป้าประสงค์หลักในการดำเนินงาน คือ การส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในครัวเรือน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ประชาชนยังขาดความรู้และความมั่นใจในการใช้สมุนไพร ทำให้พฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพจำกัดอยู่ในประชาชนบางกลุ่มเท่านั้น ส่วนหนึ่งใช้ยา



สมุนไพรแล้วไม่หายหรือหายช้า กว่ายาแผนปัจจุบัน ประชาชนส่วนหนึ่งไม่เลือกใช้ยาสมุนไพรรักษา อาการเจ็บป่วยในระดับเล็กน้อย^{6,7,8} ซึ่งการส่งเสริม การใช้ยาสมุนไพร จะต้องมีความต่อเนื่อง และมีอบรมเพื่อสร้างองค์ความรู้ที่ถูกต้อง⁹ ให้แก่ ประชาชนในพื้นที่ ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับ พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในโครงการกระเป๋ายา สมุนไพรของประชาชน ในอำเภอดอนสัก จังหวัด สุราษฎร์ธานี จึงมีความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการ ภายหลังการอบรม และจัดกิจกรรมส่งเสริมการใช้ สมุนไพรในครัวเรือนเสริมจลัน เพื่อจะทำให้ทราบ ข้อมูลและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการ ตัดสินใจเลือกใช้บริการ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ทั้งต่อ ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานเพื่อใช้ประกอบการ พิจารณาปรับปรุงและพัฒนาโยบายการส่งเสริมการใช้ ยาสมุนไพรให้ตรงกับสภาพปัญหาและความ ต้องการของประชาชนมากที่สุด อันจะนำมาซึ่ง ประโยชน์ต่อการจัดบริการสุขภาพสามารถลดภาระ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลดอันตรายและความ เสี่ยงจากการใช้ยาแผนปัจจุบัน ส่งผลให้ประชาชน ในพื้นที่สามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพที่ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรม และปัจจัยที่มีผลต่อ พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในโครงการกระเป๋ายา สมุนไพรของประชาชน อำเภอดอนสัก จังหวัด สุราษฎร์ธานี

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (analytic cross-sectional study) เก็บรวบรวม ข้อมูลตั้งแต่เดือน เมษายน – พฤษภาคม 2563 ประชากรที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ ได้จากครัวเรือนที่เข้าร่วมโครงการอบรมการใช้กระเป๋ายาสมุนไพร จำนวน 3,099 หลังคาเรือน (ครัวเรือนละ 1 คน) ในการ กำหนดขนาดตัวอย่างครั้งนี้ใช้สูตรการประมาณ ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการสำรวจเพื่อประมาณสัดส่วน ของ Cochran ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องใช้ในการ ศึกษา 355 คน ได้กลุ่มตัวอย่างที่ต้องใช้ในการ ศึกษา 355 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง อย่างเป็นระบบ (systematic random sampling) โดยแบ่งสัดส่วนขนาดตัวอย่างจำแนกเป็นรายหมู่บ้าน 17 หมู่บ้าน โดยกำหนดเป็นตัวแทนครัวเรือนละ 1 คน

เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 1) คุณลักษณะทางประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานะในครอบครัว อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ต่อเดือน ของครอบครัว ระยะทางจากบ้านถึงสถานพยาบาล ที่ใกล้ที่สุด 2) พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในกระเป๋ายา ประกอบด้วย การใช้ยาสมุนไพรจากกระเป๋ายาเมื่อมี อาการเจ็บป่วย และยาแผนไทยหรือยาสมุนไพรที่ เลือกใช้เมื่อเจ็บป่วย 3) การอบรมเรื่องการใช้ยา สมุนไพรและการเข้าร่วมโครงการ และ 4) ความรู้ เรื่องการดูแลสุขภาพเบื้องต้นด้วยยาสมุนไพร แผลผล คณะนโดยพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1968) ดังนี้ คะแนน 16 – 20 คะแนน (ร้อยละ 80 - 100) หมายถึง มีความรู้ระดับดี คะแนน 12 – 15 คะแนน



(ร้อยละ 60 – 79) หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง และคะแนน 0 – 11 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60) หมายถึง มีความรู้ในระดับน้อย การวิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์โดยใช้สถิติได้แก่ ร้อยละ ค่ามัธยฐานเลขคณิต และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้การวิเคราะห์ไควสแควร์ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 4) ทศนคติต่อโครงการกระเป๋ายา แพลผลคะแนนโดยพิจารณาตามเกณฑ์กำหนดระดับค่าเฉลี่ย โดยใช้วิธีการหาอันตรภาคชั้น ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.33 หมายถึง ทศนคติต่อโครงการกระเป๋ายาสมุนไพรระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.34 – 2.67 หมายถึง ทศนคติต่อโครงการกระเป๋ายาสมุนไพรระดับกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.68 – 3.00 หมายถึง ทศนคติต่อโครงการกระเป๋ายาสมุนไพรระดับมาก

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับคนที่เป็นมาตรฐานสากล โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เลขที่อนุมัติ STPHO2020-002

ผลการวิจัย

จากผลการศึกษาคูณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ครั้วเรือนในอำเภอดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเกินครึ่งหนึ่งเป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 59.4 ส่วนมากอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็น ร้อยละ 45.6 เกินครึ่งหนึ่งมีสถานะเป็นสมาชิกในครอบครัว คิดเป็น ร้อยละ 57.2 ครึ่งหนึ่งมีอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็น ร้อยละ 50.1 เกือบทั้งหมดมีสถานภาพสมรส คิดเป็น ร้อยละ 95.5 ครึ่งหนึ่งจบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็น ร้อยละ 53.8 ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครั้วเรือน 4-5 คน คิดเป็น ร้อยละ 68.7 ครึ่งหนึ่งมีรายได้อยู่ระหว่าง 25,001 – 30,000 บาท คิดเป็น ร้อยละ 52.7 ระยะทางจากบ้านถึงสถานพยาบาลที่ใกล้ที่สุด 6-10 กม. คิดเป็น ร้อยละ 53.2

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

รายการ	จำนวน (N = 355 คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	144	40.6
หญิง	211	59.4
อายุ		
30-40 ปี	27	7.6
41-50 ปี	108	30.4



รายการ	จำนวน (N = 355 คน)	ร้อยละ
51-60 ปี	162	45.6
61-70 ปี	49	13.8
71 ปีขึ้นไป	9	2.5
สถานะในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	152	42.8
สมาชิกครอบครัว	203	57.2
อาชีพ		
เกษตรกร	178	50.1
ประมง	4	1.1
รับจ้าง	127	35.8
ค้าขาย	18	5.1
อื่นๆ	28	7.9
สถานภาพ		
โสด	11	3.1
สมรส	339	95.5
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	5	1.4
ระดับการศึกษา		
ก่อนประถม	66	18.6
ประถม	191	53.8
มัธยมต้น	56	15.8
มัธยมปลาย	17	4.8
อนุปริญญา	25	7.0
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน		
1-3 คน	95	26.8
4-5 คน	244	68.7
6-8 คน	15	4.2
8 คนขึ้นไป	1	.3



รายการ	จำนวน (N = 355 คน)	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน		
5,000 – 20,000 บาท	14	3.9
20,001 – 25,000 บาท	112	31.5
25,001 – 30,000 บาท	187	52.7
30,001 – 35,000 บาท	22	6.2
35,001 – 40,000 บาท	20	5.6
ระยะทางจากบ้านถึง สถานพยาบาลที่ใกล้ที่สุด		
1 - 5 กม.	49	13.8
6 - 10 กม.	189	53.2
11 - 15 กม.	106	29.9
16 - 20 กม.	11	3.1

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในกระเป๋ายา

รายการ	จำนวน (N = 355 คน)	ร้อยละ
ใช้ยาสมุนไพรจากกระเป๋ายาเมื่อมีอาการ เจ็บป่วย	241	67.9
ยาแผนไทยหรือยาสมุนไพรที่เลือกใช้เมื่อเจ็บป่วย		
ยาแคปซูลขมิ้นชัน	125	35.21
ยาแคปซูลฟ้าทะลายโจร	20	5.63
ยาแคปซูลเพชรสังฆาต	18	5.07
ยาแคปซูลเถาวัลย์เปรียง	16	4.51
ยาผลธาตุบรรจบ	8	2.25
ยาผงแก้ไข 5 ราก	5	1.41
ยาหอมนวโกฐ	59	16.62
ยาผงขงชุมเห็ดเทศ	4	1.13
ยาน้ำแก้ไอมะขามป้อม	82	23.10
ยาฆ่าเชื้อเปลือกมังคุด	7	1.97



รายการ	จำนวน (N = 355 คน)	ร้อยละ
ยาหม่องพวยายอ	55	15.49
ครีมบัวบก	8	2.25
ชาขงรางจืด	7	1.97

จากตารางที่ 2 พบว่า ครีวเรือนในอำเภอดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี ใช้ยาแผนไทยหรือยาสมุนไพรเพื่อการดูแลสุขภาพเบื้องต้น ร้อยละ 67.9 ยาแผนไทยหรือยาสมุนไพรที่เลือกใช้เมื่อเจ็บป่วย ยาแคบซูลขมิ้นชัน ร้อยละ 35.21 ยาน้ำแก้ไอมะขามป้อม ร้อยละ 23.10 และยาหม่องพวยายอ ร้อยละ 15.49 ใช้ยาสมุนไพรจากกระเป๋ายาเมื่อมีอาการเจ็บป่วยแล้วหายป่วย ร้อยละ 54.4

ตารางที่ 3 การเข้ารับการอบรมในโครงการกระเป๋ายา

รายการ	จำนวน (N = 355 คน)	ร้อยละ
ได้รับการอบรมการใช้ยาสมุนไพร	293	82.5
ระยะที่เข้าร่วมโครงการ		
ระยะที่ 1 ปี 2555	11	3.1
ระยะที่ 2 ปี 2556	119	33.5
ระยะที่ 3 ปี 2560	74	20.8
ระยะที่ 4 ปี 2561	43	12.1
ระยะที่ 5 ปี 2562	108	30.4

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการอบรมการใช้ยาสมุนไพร ร้อยละ 82.5 และเข้าร่วมโครงการในระยะที่ 2 และ 5 มากที่สุด ร้อยละ 33.5 และ 30.4 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ระดับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพเบื้องต้นด้วยยาสมุนไพรของประชาชน

ระดับความรู้	จำนวน (N = 355 คน)	ร้อยละ
ดี	232	65.4
ปานกลาง	116	32.7
น้อย	7	2.0

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เรื่องสุขภาพในระดับดี ร้อยละ 65.4 ($\bar{X} = 15.81$, $SD. = 2.14$)



ตารางที่ 5 ทศนคติต่อโครงการกระเป๋ยาสมุนไพรในครัวเรือน

รายการ	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$)	การแปลผล
ด้านความรู้เรื่องโรคที่ได้รับ	2.14	ปานกลาง
ด้านชนิดของยาและจำนวนยาในกระเป๋า	2.17	ปานกลาง
ด้านคู่มือ/เอกสาร	2.19	ปานกลาง
ด้านความสะดวกในการเติมยา	1.59	ปานกลาง
ภาพรวม	2.02	ปานกลาง

จากตารางที่ 5 พบว่า ทศนคติของผู้เข้าร่วมโครงการกระเป๋ยาสมุนไพรในครัวเรือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทศนคติต่อโครงการกระเป๋ยาสมุนไพรประจำครัวเรือนในภาพรวมปานกลาง ($\bar{X} = 2.02$)

นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในโครงการกระเป๋ยาสมุนไพร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ อายุ (Chi-Square = 31.4) พบว่ากลุ่มอายุ 51 – 60 ปี มีการใช้ยาสมุนไพรมากกว่ากลุ่มอายุที่ต่ำกว่า สถานะการเป็นสมาชิกในครอบครัว (Chi-Square = 224.26) พบว่าสมาชิกในครอบครัวมีการใช้ยาสมุนไพรมากกว่าหัวหน้าครอบครัว อาชีพ (Chi-Square = 113.64) พบว่า อาชีพเกษตรกรรมมีการใช้ยาสมุนไพรมากกว่าอาชีพอื่นๆ การศึกษา (Chi-Square = 299.39) พบว่าผู้ที่จบระดับชั้นประถมศึกษามีการใช้ยาสมุนไพรมากกว่าระดับอื่นๆ การได้รับการอบรมในโครงการกระเป๋ยาในครัวเรือน (Chi-Square = 158.80) พบว่าผู้ที่ได้รับการอบรมมีการใช้สมุนไพรมากกว่าผู้ไม่ได้รับการอบรม ทศนคติที่มีต่อโครงการ (Chi-Square = 87.13) พบว่าผู้ที่มีทศนคติต่อโครงการระดับปานกลางและสูง มีการใช้ยาสมุนไพรมากกว่ากลุ่มที่มีระดับทศนคติระดับน้อย และพบปัจจัยที่มีผลต่อ

พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในโครงการกระเป๋ยาสมุนไพร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ระดับความรู้ (Chi-Square = 4.98) พบว่าผู้ที่มีความรู้ในระดับมากมีการใช้ยาสมุนไพรมากกว่าผู้ที่มีความรู้ระดับปานกลางและน้อย และสถานภาพสมรส (Chi-Square = 4.77) พบว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่มีการใช้ยาสมุนไพรมากกว่าสถานภาพสมรสอื่นๆ

สรุปและอภิปรายผล

พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในโครงการกระเป๋ยาสมุนไพรของประชาชน อำเภอดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี ใช้ยาแผนไทยหรือยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการเบื้องต้น ร้อยละ 67.9 สอดคล้องกับสถานการณ์ด้านการแพทย์แผนไทยในภาพรวมของประเทศ⁷ ที่พบว่าประชากรยังใช้การรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและยาสมุนไพรในสัดส่วนที่น้อย แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของสุกิจ ไชยชมพู่¹⁰



พฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคทั้ง 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มโรคทางเดินอาหาร กลุ่มโรคทางเดินหายใจ กลุ่มโรคทางเดินปัสสาวะ กลุ่มโรคผิวหนังและการเจ็บป่วยอื่นๆ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ขวัญธาร สระถึง และคณะ¹¹ ที่พบว่าพฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการรักษาบาดแผลของประชาชน ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และพบความแตกต่างกับการศึกษาของเบญจวรรณ เหมือนตา และรัฐพร บุญสุข⁸ ศึกษาเรื่องการใช้สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานเพื่อการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่นิยมใช้สมุนไพรในการดูแลตัวเองเบื้องต้น เหตุผลของการไม่นิยมใช้สมุนไพร คือ ไม่ทราบถึงสรรพคุณสมุนไพร รูปแบบการใช้ไม่สะดวกและคนบางกลุ่มนิยมไปรักษาที่โรงพยาบาล และรับประทานยาแผนปัจจุบันอยู่ การศึกษาของชัยณรงค์ เพ็ชรศิริ⁶ ที่พบพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในภาพรวมของประชาชนอยู่ในระดับนานๆ ครั้ง โดยสามารถเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ สมุนไพรรักษากลุ่มอาการระบบทางเดินหายใจ สมุนไพรรักษากลุ่มโรคทางเดินอาหาร สมุนไพรรักษากลุ่มโรคผิวหนัง สมุนไพรรักษาโรคอื่นๆ และสมุนไพรรักษากลุ่มโรคระบบทางเดินปัสสาวะ ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของประชาชนจะแตกต่างกันออกไปตามสถานการณ์ วัฒนธรรม ความเชื่อ บริบททางสังคม และความจำเป็นของบุคคลแต่ละคน¹² ซึ่งโครงการกระเป๋ายาสมุนไพรในครัวเรือน เป็นการส่งเสริมการแพทย์พื้นบ้านหรือแพทย์แผนไทยอย่างหนึ่ง ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมภูมิปัญญาที่ใช้ดูแลสุขภาพและรักษาโรคภัยให้เกิดการผสมผสานกับวัฒนธรรมในท้องถิ่นเป็นการตัดสินใจในการเลือกใช้

ยาสมุนไพร จากองค์ความรู้ที่ได้รับการฝึกอบรม และการสนับสนุนของการดำเนินงานโครงการกระเป๋ายาสมุนไพรในครัวเรือน ซึ่งมีเหตุผลที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละครัวเรือน¹³

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในโครงการกระเป๋ายาสมุนไพรของประชาชน อำเภอดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในโครงการกระเป๋ายาสมุนไพร ได้แก่ อายุ สถานะการเป็นสมาชิกในครอบครัว อาชีพ การศึกษา การรับการอบรมในโครงการกระเป๋ายาในครัวเรือน สอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆ ที่พบว่าการใช้ยาสมุนไพรของประชาชน มีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ การศึกษาของ รชนี จันทระเกษ และคนอื่นๆ⁷ ที่พบว่ากลุ่มอายุ 25 – 59 ปี ที่เจ็บป่วยมีการใช้ยาแผนโบราณ/สมุนไพร ระหว่างร้อยละ 51.0 ถึง 60.3 ของประชากรที่เจ็บป่วยทั้งหมด วิไลวรรณ ชัยณรงค์¹⁴ ที่พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาเบื้องต้นของประชาชน โดยกลุ่มอายุ 26-35 ปี มีการใช้สมุนไพรมากที่สุด การศึกษาของวิริยญา เมืองช้าง¹⁵ ที่พบว่าโรคประจำตัวและระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพร ทศนคติต่อการ ใช้สมุนไพรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเอง สง่า อยู่คง¹⁶ และบุญญพัฒน์ ไชยมะลิ และคนอื่นๆ¹⁷ พบว่าสถานภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพร โดยผู้ที่มีสถานภาพหม้าย / หย่า / แยก มีโอกาสในการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีสถานภาพโสด การศึกษาของชนิดา มัททวางกูร และคนอื่นๆ¹⁸



มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ ด้านรายได้ และ ปัจจัยด้านโรคประจำตัว นอกจากนี้ ยังพบว่าการได้รับการอบรมและทัศนคติที่มีต่อโครงการ เป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้ประชาชนใช้ยาสมุนไพร สอดคล้องกับการศึกษาของสง่า อยู่คง¹⁶ พบว่า การอบรม เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรรักษาโรคทำให้อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีทัศนคติที่ดีว่า สมุนไพร และการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับสมุนไพร เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ เมื่อบุคคลมีความคิดความเข้าใจ ที่ดีจะก่อให้เกิดความรู้สึกทางบวก ก็จะมีพฤติกรรม การแสดงออกถึงความตั้งใจในการเลือกใช้สมุนไพร สอดคล้องกับธรรมบุญ จินดา¹⁹ ที่ศึกษาพฤติกรรม การใช้สมุนไพรไทยแล้วพบว่าถ้ามีทัศนคติที่ดีจะทำให้มีความตั้งใจในการใช้สมุนไพรนั้นๆ ซึ่งโครงการเป้ายาสมุนไพรในครัวเรือน เป็นการส่งเสริมการแพทย์ พืชบ้านหรือแพทย์แผนไทยอย่างหนึ่ง ที่มุ่งเน้น การส่งเสริมภูมิปัญญาที่ใช้ดูแลสุขภาพและรักษาโรคภัย ให้เกิดการผสมผสานกับวัฒนธรรมในท้องถิ่น ที่ช่วยสร้าง ทัศนคติที่ดีและเพิ่มองค์ความรู้ในการรักษาโรค เบื้องต้นให้แก่ประชาชนในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการกำหนดนโยบายในการส่งเสริม สนับสนุนการใช้ยาสมุนไพรที่ชัดเจน กำหนดแนวทางการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างเป็นระบบ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีและใช้การใช้ยาสมุนไพร เพื่อรักษาโรคเบื้องต้นในครัวเรือนมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. ญัฏฐิญา คำผล, คัดนางค์ โตสงวน, มนทร์ตัน ถาวรเจริญทรัพย์, เนติ สุขสมบูรณ์, วันทนีย์ กุลเพ็ง, ศรีเพ็ญ ตันติเวชช,ยศ ติระวัฒนานนท์. ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขต่ออยาสมุนไพรและนโยบายการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุข [รายงานการวิจัย]. นนทบุรี: เดอะกราฟิก ชิสเต็มส์; 2554.
2. โครงการสุขภาพคนไทย. การพัฒนาภูมิปัญญาไทยสุขภาพวิถีไท ใน: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, บรรณาธิการ. สุขภาพคนไทย 2561: พุทธศาสนา กับการสร้างเสริมสุขภาพ. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561. หน้า 64 – 67.
3. คณะอนุกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์. การพัฒนาภูมิปัญญาไทยสุขภาพวิถีไท ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2560 – 2564). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: อุษากการพิมพ์; 2560.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี. รายงานผลการดำเนินงานโครงการส่งเสริมและ พัฒนาการ ใช้ยาสมุนไพรเบื้องต้นสำหรับประชาชน: กระเป๋ายาชุมชนสู่สมุนไพรริมรั้วเพื่อ การพึ่งตนเอง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. สุราษฎร์ธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี; 2557.
5. สุขกมล สุขสว่างโรจน์, ศุภราภรณ์ สามประดิษฐ์, อติญาณ ศรีเกษตรริน, รุ่งนภา จันทรา. การ ประเมินผลการดำเนินโครงการกระเป๋ายาสมุนไพร จังหวัดสุราษฎร์ธานี.วารสารเครือข่ายวิทยาลัย พยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560; 3: 63 – 75.



6. ชัยณรงค์ เพ็ชรศิริ. พฤติกรรมการใช้สมุนไพรของของประชาชน ในอำเภอเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี[วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. จันทบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี; 2560.
7. รัชณี จันทรเกษ, มนนิภา สังข์ศักดิ์ดา, ปรียา มิตรานนท์. สถานการณ์การใช้บริการการแพทย์แผนไทย ปี 2552, 2554, 2556. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2559; 10(2): 103 – 116.
8. เบญจวรรณ เหมือนตา, รัฐพร บุญสุข.การใช้สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานเพื่อการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชนในชุมชนตำบลไม้เค็ด อำเภอเมือง จังหวัดปราจีนบุรี. [รายงานวิจัย]. ชลบุรี; มหาวิทยาลัยบูรพา; 2553.
9. สมเกียรติ ยศวรรเดช, ปุณณพัฒน์ ไชยเมธ, เรณู สะแหละ, ยุวดี กองมี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพร ในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง.วารสารวิชาการสาธารณสุข 2558; 1: 50 – 59.
10. สุกิจ ไชยชมพู, พูนสุข ช่วยทอง, วิราสิริ วีสิวีร์สิริ, สุนันท์ ศลโกสม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรค ของประชาชน ในเขต 11 กระทรวงสาธารณสุข. วารสารเกื้อการุณย์ 2555; 2: 60 – 74.
11. ชฎาธาร สระถึง, กนกกร มอหะหมัด, อัสมาอี อาแซ, คอรีเยาะ อะแซ, อุดมลักษณ์ คงประสม, ศันสนียา ไทยเกิด.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการรักษาบาดแผลของประชาชน ตำบลกระดังงา อำเภอสังขละบุรี จังหวัดสงขลา. การประชุมวิชาการระดับชาติด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเครือข่ายภาคใต้ ครั้งที่ 3 ประจำปี 2561. ยะลา: มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา; 2561.
12. World Health Organization. WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023. Hong Kong SAR, China; 2013.
13. สุพัฒน์ ศรีสวัสดิ์, พนม สุขจันทร์, จารุวรรณ ประดับแสง, สมนึก ลิ้มเจริญ. พืชสมุนไพรประจำถิ่นและภูมิปัญญาการประยุกต์ใช้สำหรับการแพทย์พื้นบ้านในจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2556; 5(4): 14 – 27.
14. วิไลวรรณ ชัยณรงค์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรเพื่อรักษาเบื้องต้นของ ประชาชนในเขต อ.อัญบุรี จ.ปทุมธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]; กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2554.
15. วิริยญา เมืองช้าง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเอง ของประชาชนในอำเภอมะเใจ จังหวัดพะเยา [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.



16. สง่า อยู่คง. ความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร. ยโสธรเวชสาร 2556; 15(1): 70-79.
17. ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์, ตั้ม บุญรอด, วิชชาดา สิมลา. ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้สมุนไพรในการดูแล สุขภาพเบื้องต้น. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา 2555; 7(2): 25-37.
18. ชนิตา มัททวงกูร, ขวัญเรือน กำวิตุ, สุธิดา ดีहन, สิริณัฐ สินวรรณกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชนในเขตภาคีเจริญ. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม 2562; 20(39): 99 – 109
19. ธรรมบุญ จินดา. พฤติกรรมการใช้ประโยชน์สมุนไพรไทย [วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]; กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2010.



วันที่รับบทความ : 02/07/2563

วันแก้ไขบทความ : 22/07/2563

วันที่ตอบรับบทความ : 23/07/2563

วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการฝากครรภ์ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์

วิลาสินี บุตรศรี*, อัญสุรีย์ ศิริโสภณ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

E-mail: wilasinee.b@bcnsprnw.ac.th*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง มิถุนายน 2563 จำนวน 242 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนปัจจัยพื้นฐาน ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ส่วนที่ 3 ความเครียด และส่วนที่ 4 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลด้วยค่า Pearson Product Moment Correlation และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า อายุ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ปัจจุบัน และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ($r = .254, .233, .117$, และ $.529$ ตามลำดับ) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อายุ และอายุครรภ์ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 35.7 ($R^2 = .357$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สรุป พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ ควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในระยะตั้งครรภ์เพื่อให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยและ/หรืออายุครรภ์น้อย

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ, หญิงตั้งครรภ์

* ผู้รับผิดชอบงานหลัก



Predicting Factors of Promoting Behaviors among Pregnant Women Receiving Antenatal Care Services at Community Hospital, Nakhonsawan Province

Wilasinee Bootsri*, Ansuree Sirisophon

Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakhonsawan

E-mail: wilasinee.b@bcnsprnw.ac.th*

ABSTRACT

The purpose of this descriptive research was to study factors that could predict health promoting behaviors in pregnant women. Two hundred and forty two samples volume were recruited from pregnant women attending antenatal care at community hospitals, Nakhonsawan Province from May to June 2020. Data were collected by using questionnaires that consisting of 4 parts: 1) demographic data, 2) health literacy of pregnant women, 3) stress and 4) health promotion behaviors. Data was analyzed by calculating frequency, percentage, average, standard deviation, Pearson product moment correlation and stepwise multiple regression. The results of this study showed that age, number of pregnancy, current gestational age, and health literacy correlated with health promoting behaviors ($r = .254, .233, .117, \text{ and } .529$ respectively), health literacy, age and current pregnancy were statistically significant in predicting health promoting behaviors by 35.7% ($R^2 = .357, p < .01$) The findings suggest that nurses and health personnel should focus on promoting health literacy during pregnancy in order to promote good health behaviors, especially pregnant women who are younger and/or lower gestational age.

Keywords: health literacy, health promoting behaviors, pregnant women

* Corresponding Author



บทนำ

สุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ จะเป็นดัชนีบ่งบอกถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรของประเทศชาติและของโลกมนุษย์ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564)¹ ได้กำหนดเป้าหมายในงานอนามัยแม่และเด็กที่สำคัญประการหนึ่งคือ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย การที่มารดาและทารกในครรภ์จะมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงมากน้อยเพียงใดนั้นส่วนหนึ่งอยู่ที่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาในขณะตั้งครรภ์ เพนเดอร์ และคณะ² ได้เสนอแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) ที่ประกอบด้วย 1) ลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (Individual Characteristics and Experiences) ซึ่งเป็นเอกลักษณ์เฉพาะบุคคลที่มีต่อการกระทำในเวลาต่อมา ในการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ร่วมด้วย เนื่องจากพบการศึกษาที่แสดงถึงผลของความเครียดต่อพฤติกรรมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ อาทิเช่น การศึกษาการจัดการความเครียดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น³ กล่าวว่าไว้ว่าความเครียดที่เกิดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่งผลกระทบทางด้านร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรมต่างๆ ตลอดระยะการตั้งครรภ์ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเรื่องฝึกโยคะเพื่อลดความเครียดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น⁴ สรุปไว้ว่า เมื่อหญิงตั้งครรภ์รู้สึกเครียดอาจพัฒนาไปสู่ความเครียดระดับสูงได้ส่งผลเสียต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ 2) ความรู้และความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognitions and Affect) เป็นตัวแปรสำคัญที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม ปัจจุบันได้มีการศึกษาจำนวนมากที่ยืนยัน

และยกระดับความสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวแปรที่สำคัญตัวหนึ่งที่จะทำนายสถานะสุขภาพ เช่นเดียวกับ อายุ รายได้ การมีงานทำ ระดับการศึกษา เชื้อชาติ ความฉลาดทางสุขภาพหรือความรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นเพราะสังคมในอนาคตนั้น จะเป็นสังคมที่มีความต้องการ (Demand) ด้านสุขภาพที่ หลากหลายและมีความซับซ้อนมาก ทักษะและความสามารถ (skill & Ability) ในการเข้าถึงข้อมูล ทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสาร และสามารถประเมินทางเลือกที่จะเกิด ผลดีต่อสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติให้ได้ตาม แนวทางที่ตนได้ทำการประเมินไว้⁵ 3) การเกิดพฤติกรรม (Behavioral Outcome) องค์ประกอบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promoting Behavior) เป็นเป้าหมายสุดท้ายในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนี้ ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ด้านคือ (1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) (2) กิจกรรมทางด้านร่างกาย (Physical activity) (3) ด้านโภชนาการ (Nutrition) (4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relation) (5) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth) (6) การจัดการกับความเครียด (Stress management)

นอกจากปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แล้ว ยังพบว่ายังมีปัจจัยอีกหลายประการที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ลักษณะครอบครัว ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดของมารดา



ประกอบด้วย จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ การแท้งบุตร จำนวนบุตรที่มีชีวิต อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ น่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษามารดาที่ฝากครรภ์ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครสวรรค์ และนำผลการศึกษาที่ได้มาพัฒนาแนวทางบริการที่เหมาะสมถูกต้องมากยิ่งขึ้นเป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข นักศึกษาด้านการแพทย์ พยาบาลและสาธารณสุข ทำให้เกิดความปลอดภัยและเสริมสร้างสุขภาพของมารดาและทารกต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานของหญิงตั้งครรภ์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความเครียดและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) โดยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ เลขที่ SPRNW-REC 002/2020 ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาล

ชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ในจังหวัดนครสวรรค์ ในช่วงเดือน ตุลาคม-ธันวาคม 2562 จำนวน⁶ 613 ราย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และเมอร์แกน⁷ ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 242 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการตามสัดส่วนในแต่ละโรงพยาบาล และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน พฤษภาคม – มิถุนายน 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามส่วนปัจจัยพื้นฐาน ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว จำนวนการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ปัจจุบัน ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เป็นแบบสัมภาษณ์และสำรวจรายการ (Check list) จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพขณะตั้งครรภ์ เป็นการประเมินความสามารถพื้นฐาน การแลกเปลี่ยน และการคิดวิเคราะห์ โดย ตติรัตน์ และคณะ⁸ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มาตราส่วนประมาณค่า Likert Scale มี 4 ระดับ คือ 1 – 4 ให้คะแนนตามระดับความสามารถ คือ ไม่จริงเลย เป็นจริงเล็กน้อย เป็นจริงปานกลาง เป็นจริงมากที่สุด



ช่วงคะแนน 10 – 20 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 21 – 30 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 31 – 40 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง

แบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.65

ส่วนที่ 3 แบบวัดความเครียดของโคเฮนและคณะ⁹ ซึ่งผู้วิจัยนำมาจากรูจา แก้วเมืองผาง¹⁰ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ มาตราส่วนประมาณค่า Likert Scale มี 5 ระดับ คือ 0 - 4 ให้คะแนนตามความบ่อยครั้งของความรู้สึก คือ ไม่เคยเกือบไม่เคย บางครั้ง บ่อย และบ่อยมาก

ช่วงคะแนน 0 – 19 หมายถึง มีความเครียดระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 20 – 38 หมายถึง มีความเครียดระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 39 – 56 หมายถึง มีความเครียดระดับสูง

แบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.70

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างโดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ ของเพนเดอร์² จำนวน 30 ข้อ มาตราส่วนประมาณ

ค่า Likert Scale มี 5 ระดับ คือ 1 – 5 ให้คะแนนตามการปฏิบัติ คือ ไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติสม่ำเสมอ

เกณฑ์แบ่งระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็น 3 อันดับ แบ่งช่วงคะแนนในแต่ละระดับให้เท่ากัน ดังนี้

ช่วงคะแนน 30 – 60 หมายถึง มีระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ค่อยดี

ช่วงคะแนน 61 – 119 หมายถึง มีระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพปานกลาง

ช่วงคะแนน 120 – 150 หมายถึง มีระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดี

แบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนปัจจัยพื้นฐาน กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 25.7 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.7 (อายุต่ำสุด 14 ปี มากที่สุด 42 ปี) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 97.5 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 72.3 อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 28.9 รายได้เฉลี่ย 6,148 บาทต่อเดือน รองลงมาไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 27.7 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 66.1 มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มากกว่าหนึ่งครั้ง ร้อยละ 56.2 รองลงมาเป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 43.8 ไม่เคยแท้ง ร้อยละ 86.4 เคยคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 5.4 คลอดครบกำหนด



ร้อยละ 53.3 ส่วนใหญ่มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อมีอายุครรภ์เฉลี่ย 12 สัปดาห์ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.1 อายุครรภ์ปัจจุบันเฉลี่ย 27 สัปดาห์ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.3 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 87.6

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพขณะตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ระดับสูง (คะแนน 31 -40) ร้อยละ 50.4 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนน 21 - 30) ร้อยละ 49.6 พิจารณารายข้อ พบว่าในข้อ เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ท่านซักถามข้อมูลจากแพทย์หรือพยาบาลจนเข้าใจมีคะแนนมากที่สุด ($\bar{X}$ =3.41) รองลงมาเมื่อต้องการทราบข้อมูลทางสุขภาพเกี่ยวกับการตั้งครรภ์จะสอบถามข้อมูลจากแพทย์หรือพยาบาลจนเข้าใจ ($\bar{X}$ =3.36) สำหรับข้อ ท่านไม่ทราบวิธีแก้ไขภาวะไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ เช่น ปวดหลัง ตะคริว มีคะแนนน้อยที่สุด ($\bar{X}$ =2.71)

3. ความเครียด กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ท่านไม่สามารถเผชิญกับทุกสิ่งที่ท่านต้องทำ มีคะแนนมากที่สุด ($\bar{X}$ =2.98) รองลงมา เหตุการณ์ต่าง ๆ มีความยุ่งยากเพิ่มพูนมากขึ้น จนกระทั่งท่านไม่สามารถเอาชนะมันได้ ($\bar{X}$ =2.95) และสามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ คะแนนต่ำสุด ($\bar{X}$ =1.6)

4. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 97.9 รองลงมาอยู่ในระดับไม่ค่อยดี ร้อยละ 2.1 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ในด้านโภชนาการด้านความรับผิดชอบสุขภาพ ด้านการจัดการความเครียด และด้านจิตวิญญาณ ร้อยละ 90.5, 81.4, 77.7 และ 75.2 ตามลำดับ มีระดับไม่ค่อยดีในด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และด้านการออกกำลังกาย ร้อยละ 51.2 และ 47.9 รายข้อ พบว่าเมื่อมีอาการเจ็บป่วยท่านซื้อยามารับประทานเอง และรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ มีคะแนนมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.55) รองลงมาการดื่มชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ($\bar{X}$ =4.48) และท่านไปร่วมงานสังคมต่างๆ เช่น งานบวช คะแนนต่ำสุด ($\bar{X}$ =1.6)

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า อายุ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ปัจจุบัน และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ($r = .254, .233, .117$, และ $.529$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังแสดงตาราง 1



ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับปัจจัยต่างๆ

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. อายุ	1								
2. รายได้	.322**	1							
3. จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์	.626**	.105	1						
4. จำนวนครั้งที่แท้ง	.232**	.015	.516**	1					
5. อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก	.098	-.114	.215**	.052	1				
6. อายุครรภ์ปัจจุบัน	.059	-.025	.143*	.060	.366**	1			
7. ความรอบรู้	.015	-.011	.100	.058	.055	-.048	1		
8. ความเครียด	-.067	.000	-.088	-.122	.084	-.028	-.048	1	
9. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	.254**	.113	.233**	.025	.020	.117**	.529**	-.062	1

* $p < .05$, ** $p < .01$

เมื่อเริ่มการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ตัวทำนายตัวแรกที่ได้รับการคัดเลือก คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์มากที่สุด สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 28.0 ($R^2 = .28$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) จากนั้นเมื่อเพิ่มตัวทำนายเข้าไปในการวิเคราะห์ ตัวทำนายที่ได้รับการเลือกเข้าไปพิจารณาในขั้นที่ 2 ของการวิเคราะห์คือ อายุ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพและอายุของหญิงตั้งครรภ์ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 34.0 ($R^2 = .34$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ตัวทำนายที่ได้รับการเลือกเข้าไปพิจารณาในขั้นที่ 3 ของการวิเคราะห์คือ อายุครรภ์ปัจจุบัน ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ อายุและอายุครรภ์ปัจจุบันของหญิงตั้งครรภ์ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 35.7 ($R^2 = .357$)

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และเมื่อเพิ่มตัวทำนายในขั้นตอนต่อไปของการวิเคราะห์ พบว่าค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเปลี่ยนไปไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนเพื่อหาตัวทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์จึงยุติลงในขั้นที่ 3 โดยตัวทำนายกลุ่มนี้เริ่มมีอิทธิพลและอธิบายความผันแปรได้ ตั้งแต่จุดเริ่มต้นของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีค่าเท่ากับ 22.88 และจากผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 2 พบว่า สัมประสิทธิ์การถดถอย (b) ของตัวทำนายที่ถูกเลือกเข้าไปวิเคราะห์ในขั้นที่ 1 ถึงขั้นที่ 3 คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy, HL) อายุ (Age, A) มีระดับนัยสำคัญที่ .01 และอายุครรภ์ปัจจุบัน (Current gestational age, CGA) มีระดับนัยสำคัญที่ .05 ค่าคงที่ (a) เท่ากับ 22.88 เส้นถดถอยที่ดีที่สุดเพื่อทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Behaviors, HPB) ของหญิงตั้งครรภ์



ช่วยให้สามารถสร้างสมการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ในรูปคะแนนดิบ ได้ดังนี้

$$HPB = 22.88 + 1.59 (HL) + .44 (A) + .17 (CGA)$$

ถ้าความรู้ด้านสุขภาพ (HL) เพิ่มขึ้นหนึ่งหน่วยจะทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นโดยประมาณ 1.59 หน่วย โดยที่อายุ (A) และอายุครรภ์ปัจจุบัน (CGA) คงที่ ถ้าอายุ (A) เพิ่มขึ้น

หนึ่งหน่วยจะทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นโดยประมาณ 0.44 หน่วย โดยที่ความรู้ด้านสุขภาพ (HL) และอายุครรภ์ปัจจุบัน (CGA) คงที่ ถ้าอายุครรภ์ปัจจุบัน (CGA) เพิ่มขึ้นหนึ่งหน่วยจะทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นโดยประมาณ 0.17 หน่วย โดยที่ความรู้ด้านสุขภาพ (HL) และอายุ (A) คงที่

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนซึ่งมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (HL) อายุ (A) อายุครรภ์ปัจจุบัน (CGA) เป็นตัวแปรทำนายและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (HPB) เป็นตัวแปรถูกทำนาย

ขั้นที่	ตัวทำนาย	Multiple R	R ²	R ² Change	Adj R ²	b	Beta	t
1	ความรู้ด้านสุขภาพ	.529	.280	.280	.277	1.59	.529	7.73**
2	ความรู้ด้านสุขภาพ	.583	.340	.061	.335	1.57	.525	5.09**
	อายุ					0.46	.246	4.69**
3	ความรู้ด้านสุขภาพ (HL)	.597	.357	.016	.349	1.59	.531	4.02**
	อายุ (A)					0.44	.239	4.58**
	อายุครรภ์ปัจจุบัน (CGA)					0.17	.129	2.47*

Constant (a) = 22.88

Overall F = 6.098

* P < .05

** P < .01

สรุปและอภิปรายผล

1. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานของหญิงตั้งครรภ์ ความรู้ด้านสุขภาพ ความเครียด และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ จากผลพบว่าปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และอายุครรภ์ปัจจุบัน มีความสัมพันธ์

เชิงบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ($r = .254, .233$, และ $.117$) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม¹⁰ พบว่า อายุ



มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์¹¹ พบว่า อายุครรภ์ ไตรมาสที่ 3 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ มากกว่าไตรมาสที่ 1 และ 2 ของการตั้งครรภ์

ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ($r = .529$) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ความฉลาดทางสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา¹² พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการไปตรวจสุขภาพ และการไปพบแพทย์ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความฉลาดทางสุขภาพ ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร¹³ พบว่าความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกองสุขศึกษา¹⁴ กล่าวไว้ในเรื่องการเสริมสร้างและประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพว่า ผลประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งหากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ ย่อมส่งผลต่อสภาวะสุขภาพในภาพรวม

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพ อายุและอายุครรภ์ปัจจุบันของหญิงตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 35.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อย่างไรก็ตาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อายุและอายุครรภ์ปัจจุบันสามารถทำนายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้เพียงร้อยละ 35.7 ความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ได้เป็นอันดับแรก แต่เมื่อเพิ่มตัวแปรอายุและอายุครรภ์ปัจจุบันก็เพิ่มอำนาจการทำนายมากขึ้น อธิบายจากสมการการทำนายว่า หากเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพให้มากขึ้น 1 คะแนน จะทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์มากขึ้น 1.59 คะแนน หากหญิงตั้งครรภ์มีอายุมากขึ้น 1 ปี พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น 0.44 และอายุครรภ์ปัจจุบันมากขึ้น 1 สัปดาห์ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะมากขึ้น 0.17 คะแนน ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 64.3 ซึ่งยังไม่สามารถอธิบายได้จากการศึกษาครั้งนี้ อาจเป็นผลเนื่องจากยังมีปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ เช่น สัมพันธภาพระหว่างสามีภรรยา การเลือกใช้สถานบริการของรัฐหรือเอกชน การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถในตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคลและสถานการณ์ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาล แพทย์ และบุคลากรสาธารณสุข ควรออกแบบการบริการฝากครรภ์ ที่เน้นย้ำในประเด็นความรู้ด้านสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์ เช่น การวางแผนให้ความรู้ การเพิ่ม



ทักษะความรู้ทั้งขั้นพื้นฐาน ปฏิสัมพันธ์และ
วิจารณ์ญาณ ให้กับหญิงตั้งครรภ์ และควรคำนึงถึง
อายุ และอายุครรภ์ปัจจุบันของหญิงตั้งครรภ์

2. สามารถนำไปพัฒนาเนื้อหาการเรียน
การสอนสำหรับอาจารย์ผู้สอนนักศึกษาทาง
การแพทย์และพยาบาลในเรื่องการดูแลหญิงตั้งครรภ์

ด้านการวิจัย

1. ควรศึกษาเชิงทดลองโดยพัฒนารูปแบบ
การเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริม
พฤติกรรมสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์

2. ควรศึกษาวิเคราะห์องค์ประกอบความ
รอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริม
พฤติกรรมสุขภาพ

3. ควรศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มหญิง
ตั้งครรภ์ เช่น หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครบตาม
เกณฑ์กับไม่ครบตามเกณฑ์ หรือหญิงตั้งครรภ์
ที่คลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยกับน้ำหนักปกติ

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนา
สุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวง
สาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ
ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) 2559. [เข้าถึง
เมื่อ 20 ธันวาคม 2562]. [Available from:
http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20180914162453_1_.pdf.

2. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons AM. Health promotion in nursing practice. 6th ed. USA: Pearson Prentice Hall; 2011.
3. ทิพย์วรรณ บุญยาภรณ์, ชุตติกาญจน์ แซ่ตัน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 4. 2560(3):271-81.
4. รุจา แก้วเมืองฝาง, สุภาพร ปารมย์, พัชรินทร์ วิศพร, นิธิมา สุภารี. การฝึกโยคะเพื่อลดความเครียดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2561;10(2):194-204.
5. กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์, อ้อมฤทัย พรหมพิมพ์. ความฉลาดทางสุขภาพกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของชายวัยทำงานในเขตอุตสาหกรรม จังหวัดขอนแก่น. วารสารสุขภาพศึกษาและสื่อสารสุขภาพ. 2561;4(2):11-21.
6. รายงานสถิติจำนวนคนไข้ที่มีมารับบริการฝากครรภ์ ประจำปี 2562. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์; 2562.
7. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. Edu Psycho Meas. 1970;30:607-10.
8. ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, พิริยา ศุภศรี, วรรณทนา ศุภสีมานนท์, นารีรัตน์ บุญเนตร, ชรริน ขวัญเนตร. แบบจำลองเชิงสาเหตุคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2560;4(1):28-46.



9. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A Global Measure of Perceived Stress. *J Health Soc Behav.* 1983;24(4): 385-96.
10. ศิริพงษ์ ชัมเจริญ, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, แสงทอง อีระทองคำ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.* 2555;20(3):35-46.
11. กาญจนา ศรีสวัสดิ์, ชุตินา ปัญญาพินิจนุร, ญัฐธิดา สอนนาค. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์. *วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์* 2561;38(2):95-109.
12. เกศราพรรณ พันธุ์ศรีเกตุ คงเจริญ, นันทิมา นาคาพงศ์. ความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. *วารสารสังคมศาสตร์วิชาการ.* 2562;12(2): 239-47.
13. จิระภา ขาพิสุทธิ. ความฉลาดทางสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร. *วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.* 2561;24(1):67-78.
14. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การเสริมสร้างและประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กและเยาวชน อายุ 7-14 ปีและกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป 2561. [เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hed.go.th/linkHed/index/314>

คำแนะนำ

ในการส่งรายงานการวิจัยหรือบทความวิชาการ

เพื่อการตีพิมพ์ในวารสารสหเวชศาสตร์

วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ยินดีรับบทความวิชาการทางด้านวิทยาศาสตร์ สุขภาพและสาธารณสุข โดยบทความที่ส่งมาเพื่อพิจารณาตีพิมพ์จะต้องไม่เป็นผลงานวิจัย/วิชาการที่เคยได้รับการเผยแพร่ในวารสารใดมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ของวารสารอื่น บทความทุกบทความที่ตีพิมพ์ลงในวารสารฉบับนี้จะต้องผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 ท่าน ต่อหนึ่งบทความ โดยวิธีการประเมินแบบ double – blinded กองบรรณาธิการของสงวนสิทธิ์ในการแก้ไขต้นฉบับและการพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

เพื่อให้การตีพิมพ์รายงานการวิจัย หรือบทความในวารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เป็นไปด้วยความเรียบร้อย เป็นวารสารที่ได้รับมาตรฐานสากล บังเกิดประโยชน์อย่างแท้จริง ทั้งผู้ส่งรายงานการวิจัย หรือบทความวิชาการ เพื่อให้เกิดประโยชน์จากผลงานการวิจัย หรือบทความวิชาการเหล่านั้น ทางกองบรรณาธิการจึงได้กำหนดหลักเกณฑ์ และคำแนะนำในการส่งรายงานการวิจัย หรือบทความวิชาการลงในวารสาร ดังนี้

ส่วนแรก

1. ชื่อบทความ (Title) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ควรเป็นชื่อที่สั้น กระชับ ได้ใจความตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง
2. ชื่อผู้นิพนธ์ทุกท่าน (Authors) ไม่ต้องใส่คำนำหน้าและตำแหน่งวิชาการ พร้อมระบุสถานที่ทำงาน และกำกับด้วยตัวเลขยกที่ส่วนท้ายนามสกุล
3. ระบุที่อยู่ หรือ email address พร้อมระบุเครื่องหมายดอกจัน (*) ยกที่ส่วนท้ายนามสกุลของผู้รับผิดชอบบทความ (Corresponding author)
4. บทคัดย่อ (Abstract) เป็นร้อยแก้ว เขียนเฉพาะเนื้อหาที่สำคัญ ให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ วิธีการ ผลและวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) และต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ความยาวไม่เกิน 300 คำ)
5. คำสำคัญ (Keywords) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษควรเลือกคำที่เกี่ยวข้องกับบทความประมาณ 3 – 5 คำ ซึ่งคำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษต้องตรงกัน
6. บทความที่สรุปจากวิทยานิพนธ์ ดุษฎีนิพนธ์ ให้ใส่ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา ต่อจากชื่อนักศึกษา และสังกัดด้านล่างของคำสำคัญ (Keywords) และใส่เลขตัวยกไว้ด้านหน้าของสถานะอาจารย์

ส่วนเนื้อหา

1. บทนำ
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย
3. ขอบเขตของการวิจัย
4. กรอบแนวความคิด และสมมติฐานการวิจัย
5. การทบทวนวรรณกรรม
6. วิธีดำเนินการวิจัย (ระเบียบวิธีเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และระยะเวลาในการเก็บข้อมูล)
7. ผลการวิจัย ควรเสนออย่างตรงประเด็น อาจมีรูปภาพ ตาราง มาประกอบเท่าที่จำเป็น
8. การสรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ต้องเขียนให้ครอบคลุมผลการศึกษา
9. เอกสารอ้างอิง
 - 9.1 ผู้นิพนธ์ต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver
 - 9.2 การอ้างอิงเอกสารใดให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลขโดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำๆ ให้ใช้หมายเลขเดิม

การส่งต้นฉบับ

ต้นฉบับเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ ใช้รูปแบบอักษร TH SarabunPSK ตลอดทั้งบทความ ให้พิมพ์บทความลงบนหน้ากระดาษ ขนาด B5 (7.17"×10.12") ระยะขอบ บน 1" ล่าง 0.75" ภายนอก 0.75" ภายใน 0.75" โดยมีเนื้อหาคำความประมาณ 8 – 10 หน้า

1. ชื่อบทความ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 18 (ตัวหนา) ชิดขอบขวา
2. ชื่อผู้นิพนธ์ทุกท่าน หรือชื่อที่ปรึกษา ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 16 (ตัวหนา) ชิดขอบขวา
3. รายละเอียดผู้นิพนธ์ ขนาดตัวอักษร 12 (ตัวปกติ) ชิดขอบขวา
4. หัวข้อหลัก ขนาดตัวอักษร 14 (ตัวหนา) กึ่งกลางหน้ากระดาษ
5. หัวข้อรอง ขนาดตัวอักษร 14 (ตัวปกติ) ชิดขอบซ้าย
6. เนื้อเรื่อง ขนาดตัวอักษร 14 (ตัวปกติ)
7. ชื่อตาราง ขนาดตัวอักษร 14 (ตัวปกติ) ชิดขอบซ้าย
8. ชื่อภาพประกอบ ขนาดตัวอักษร 14 (ตัวปกติ) กึ่งกลางหน้ากระดาษ
9. ชื่อเอกสารอ้างอิง ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 14 (ตัวหนา) กึ่งกลางหน้ากระดาษ รายการอ้างอิง ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 14

การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้รูปแบบของ Vancouver

1. การอ้างอิงวารสาร

รูปแบบมีดังนี้

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์; ปีที่: เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย

วารสารภาษาอังกฤษ

ให้ใช้ชื่อนามสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อ ใช้ชื่อวารสารเป็นชื่อย่อตามระบบ Index Medicus

วารสารภาษาไทย

ชื่อผู้แต่งให้ใช้ชื่อเต็ม ตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม

ในกรณีที่ผู้แต่งมีไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) แต่ถ้ามี 7 คนหรือมากกว่านั้น ให้ใส่ชื่อ 3 คนแรก แล้วเติม et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือ และคณะ (วารสารภาษาไทย)

ตัวอย่าง

1. Muangsapaya W, Winichagoon P, Fucharoen S, Pootrakul P, Wasi P. Improved Technique for detecting intraerythrocytic inclusion bodies in thalassemia trait. J. Med Assoc Thai 1985;68:43-5

2. กติกา ภาณุตานนท์ ณ มหาสารคาม, วิษย์ศักดิ์ สุขสะอาด, กนกวรรณ แสนไชยสุริยา และ คณะการตรวจกรองฮีโมโกลบินอี โดยวิธีการตรวจกรองด้วยดีซีโอพีในกลุ่มประชากรที่ไม่มีภาวะซีด วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด 2536;51:39-43

2. การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

รูปแบบมีดังนี้

รูปแบบอ้างอิงหนังสือหรือตำราผู้แต่งเขียนทั้งเล่ม

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์

ตัวอย่าง

1. Richard EB, Victon CV. Nelson Textbook of Pediatrics. 12th ed. Philadelphia:W.B. Saunders; 1987

2. ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่องพัฒนาการของเด็ก การส่งเสริมพัฒนาของเด็ก โดยครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2534.

รูปแบบอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย

ตัวอย่าง

1. Wood WG. Hemoglobin Analysis. In: Weatherall DJ, ed. The thalassemias. New York: Churchill Livingstone; 1983 p. 31-53

2. สุจิตต์ เผ่าสวัสดิ์. ระบาดวิทยาของเด็กตายคลอด. ใน: สุจิตต์ เผ่าสวัสดิ์, บรรณาธิการ. เด็กตายคลอด. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2531. หน้า 1-32

3. การอ้างอิงบทความวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (E-Journal)

รูปแบบมีดังนี้

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร [อินเทอร์เน็ต]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]; ปีที่: เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย. เข้าถึงได้จาก: <http://.....>

ตัวอย่าง

1. Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier-Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 15]; 363: 1687-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>

2. อุษณีย์ อนุกุล. Methicillin-resistant Staphylococcus aureus ที่สัมพันธ์กับชุมชนและปศุสัตว์: ภัยเงียบของการสาธารณสุขไทย. วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 23 มกราคม 2557]; 46(3): [หน้า 187-206]. เข้าถึงได้จาก <http://www.ams.cmu.ac.th/journal/images/stories/journal/201309vol3/20130901.pdf>

4. การอ้างอิงหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-Book)

รูปแบบมีดังนี้

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ [อินเทอร์เน็ต]. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]. เข้าถึงได้จาก: <http://.....>

ตัวอย่าง

1. Barrett KE. Gastrointestinal physiology [Internet]. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2014 [cited 2014 Oct 24]. Available from: <http://www.accessmedicine.mhmedical.com>

2. ศุภศิลป์ สุนทรภา. ผลของวิตามินดีต่อการเกิด การป้องกันและการรักษาโรคกระดูกพรุน [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น: กลุ่มศึกษาวิจัยโรคกระดูกพรุน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 8 กันยายน 2557]. เข้าถึงได้จาก: http://www.osteokku.com/osteokku_o/ebook/vitaminD.html

5. การอ้างอิงเอกสารจากอินเทอร์เน็ต (Monograph on the Internet)

รูปแบบมีดังนี้

ลำดับที่ ชื่อผู้แต่ง หรือชื่อหน่วยงาน. ชื่อเรื่อง. [อินเทอร์เน็ต]. เมือง: ชื่อหน่วยงาน; ปีที่เผยแพร่ [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]. เข้าถึงได้จาก: <http://.....>

ตัวอย่าง

1. Chaiyasit K. Nutrition in cancer [Internet]. [cited 2014 Sep 16]. Available from: http://www.srth.moph.go.th/Downloads/cancer/Service_DR_Kamon.pdf

2. ญัฏฐวิภา ชัมแข็ง. การใช้ยาไอโลพรอส (Iloprost) เพื่อช่วยในการทดสอบผู้ป่วยที่มีภาวะความดันของหลอดเลือดในปอดสูงในห้องตรวจส่วนหัวใจ: บทคัดย่อ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย; 2553 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2557]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaipediatrics.org/detail_journal.php?_id=122

หลักเกณฑ์การประเมินบทความ

กองบรรณาธิการจะพิจารณาบทความเบื้องต้นที่ระบุไว้ หากไม่ตรงตามหลักเกณฑ์ที่ระบุไว้ จะไม่ผ่านการพิจารณา และจะส่งผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อพิจารณาบทความจำนวน 2 ท่าน ต่อหนึ่งบทความ หากมีการแก้ไขจะส่งให้ผู้เขียนปรับแก้ เพื่อความสมบูรณ์ของบทความ

หมายเหตุ : บทความที่จัดรูปแบบเรียบร้อยแล้วให้ส่งพร้อมกับแบบฟอร์มขอส่งบทความเพื่อพิจารณา
ตีพิมพ์ในวารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University

วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ศูนย์การศึกษาจังหวัดสมุทรสงคราม
เลขที่ 111/1-3 ถนนพระรามที่ 2 หมู่ 7 ตำบลบางแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม 75000
โทรศัพท์ 034-773-904-5 โทรสาร 034-773-903 www.journal.ssru.ac.th/index.php/jahs

E-mail Address: ahs.ssru.journal@gmail.com



แบบฟอร์มขอส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ใน
วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อเรื่อง

(ภาษาไทย).....

.....

ชื่อเรื่อง

(ภาษาอังกฤษ).....

.....

ชื่อผู้เขียน(ภาษาไทย) (นาย/นางสาว/นาง).....

ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก

เลขที่..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

โทรศัพท์มือถือ..... E-mail.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้

☐ เป็นผลงานของข้าพเจ้าแต่เพียงผู้เดียว

☐ เป็นผลงานของข้าพเจ้าและผู้ร่วมงานตามชื่อที่ระบุ ดังนี้

ผู้ร่วมที่ 1 (ภาษาไทย) (นาย/นางสาว/นาง).....

เลขที่..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

โทรศัพท์มือถือ..... E-mail.....

ผู้ร่วมที่ 2 (ภาษาไทย) (นาย/นางสาว/นาง).....
เลขที่..... ถนน.....
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... โทรสาร.....
โทรศัพท์มือถือ..... E-mail.....

บทความนี้ไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และไม่ได้อยู่ระหว่าง
การพิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารอื่นๆ อีก นับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งบทความฉบับ
นี้มายังกองบรรณาธิการวารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

ลงชื่อ
(.....)

ผู้ส่งบทความ
วันที่...../...../.....

เจ้าหน้าที่ผู้รับบทความ..... วันที่...../...../.....
E-mail Address: ahs.ssru.journal@gmail.com โทรศัพท์ 034-773-904-5
โทรสาร 034-773-903



ใบสมัครสมาชิกวารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

วันที่รับสมัคร.....

หมายเลขสมาชิก.....

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว/ยศ)..... นามสกุล.....
☐ ขอสมัครเป็นสมาชิกวารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
☐ ขอต่ออายุสมาชิกวารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
2. สมัครในนาม ☐ หน่วยงาน ชื่อหน่วยงาน.....
ชื่อผู้ติดต่อ..... นามสกุล.....
3. ที่อยู่ในการจัดการส่งวารสาร
เลขที่..... หมู่ที่..... อาคาร..... ชั้นที่.....
กอง/ส่วน/สำนัก..... ถนน..... หมู่บ้าน.....
ซอย..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... โทรสาร..... e-mail.....
4. อัตราค่าสมัครสมาชิก วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
ขอสมัครสมาชิก วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เป็นรายปี
☐ 1 ปี (1 ฉบับ) จำนวนเงิน 180 บาท
☐ 2 ปี (2 ฉบับ) จำนวนเงิน 350 บาท
ทั้งนี้ตั้งแต่ปีที่..... ฉบับที่..... เดือน..... พ.ศ..... เป็นต้นไป
พร้อมนี้ได้ส่งค่าสมาชิก จำนวน.....บาท (.....)
☐ โดยชำระค่าสมาชิกเป็นเงินสด

ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ได้รับเงินค่าสมาชิกวารสารแล้ว

ลงชื่อ.....(เจ้าหน้าที่)

วันที่.....

