



JAHS

วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University

ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2566
Volume 8 No.1 January - June 2023



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.ชุดิภาญจน์ ศรีวิบูลย์
รองศาสตราจารย์ ดร.นันทิยา น้อยจันทร์
รองศาสตราจารย์ ดร.บัณฑิต ผังนิรันดร์
รองศาสตราจารย์ ดร.รจนา จันทราสา

อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
รองอธิการบดีฝ่ายวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.สมเดช รุ่งศรีสวัสดิ์

คณบดีวิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

รองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงพร นະคາพันธุ์ชัย

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยสหเวชศาสตร์

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ นายแพทย์นิพนธ์ พงษ์วินทร์ (ราชบัณฑิต)
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. นายแพทย์สมชัย บวรกิตติ (ราชบัณฑิต)
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ยงยุทธ วัชรกุลย์ (ราชบัณฑิต)
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์พูนพิศ อมาตยกุล
ศาสตราจารย์พิเศษ นายแพทย์เอก ธนะสิริ
รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนา สำโรงทอง
รองศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นายแพทย์ธวัชชัย กมลธรรม
นายแพทย์เทวัญ ธาณิรัตน์
นายแพทย์มานัญ ลิโทสวัสดิ์
นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์
ดร.รัชนี้ จันทระเกษ
ดร.เกสัชกรหญิงอัญชลี จูทะพุทธิ

มหาวิทยาลัยมหิดล
สำนักงานราชบัณฑิตยสภา
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
มหาวิทยาลัยมหิดล
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
กระทรวงสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์
กระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข

ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงพร นະคາพันธุ์ชัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณวิมล เมฆวิมล กิ่งแก้ว
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภารดี แสงวัฒนกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิวรรณ เสนะสุทธิพันธุ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปริศนา เพียรจริง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนวัฒน์ ชัยพงศ์พัชรา

วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
วิทยาลัยแพทย์ศาสตร์นานาชาติจุฬาภรณ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (ต่อ)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุพร อุ้นประเสริฐสุข
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุไรวรรณ อมรมิมิตร
อาจารย์ ดร.แพทย์จินาสกร แง้นกล

วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา

กองการจัดการ

นางสาววรรณวิภา บำรุงพงศ์
นางสาวลนิตา ภาวนานนท์
นางสาวบุปผา ขุนบุญจันทร์
นางสาวสุนีย์ ยียะห์ยา
นางสาวภาพร บำรุงสุนทร
นายทศวรรณ พงษ์สุข
นางสาวกนกกร ผิวอ่อน

นายธนา ลิมาวัฒนชัย
นางสาวนันทกานต์ สังขรัตน์
นางสาวธีราภรณ์ จุมรี
นางสาวณภัทร ช่างเพ็ง
นางสาวอลิสรา ดั่งฉิม
นายศักดิ์ชัย พงษ์เกิดลาภ

กำหนดการเผยแพร่

ปีละ 2 ฉบับ 1) ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – มิถุนายน และ 2) ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม – ธันวาคม

เจ้าของวารสาร

วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

สำนักงาน

เลขที่ 111/1-3 หมู่ 7 ตำบลบางแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม 75000 โทรศัพท์ 034-773904-5 โทรสาร 034-773-903
<https://he04.tci-thaijo.org/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 โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง ตามสาขา อย่างน้อยจำนวน 2 ท่าน และบทความในวารสาร เป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน ซึ่งทางกองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย การนำบทความในวารสารนี้ไปเผยแพร่สามารถกระทำได้โดยให้ระบุแหล่งอ้างอิง จากวารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

บทบรรณาธิการ

วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทาฉบับนี้ เป็นปีที่ 8 ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม – มิถุนายน ประจำปี พ.ศ. 2566 โดยเป็นช่วงที่โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โรคโควิด – 19 (COVID – 19) ได้ถูกจัดให้เป็นโรคประจำถิ่น (Endemic disease) แล้ว ซึ่งหมายถึง โรคที่มีสายพันธุ์คงที่ไม่มีการกลายพันธุ์ที่รุนแรงกว่าเดิม มีอัตราการป่วยคงที่และสามารถคาดการณ์การระบาดของโรคได้ ทางกองบรรณาธิการวารสารซึ่งก็เป็นส่วนหนึ่งที่ได้รับการดูแลเป็นอย่างดีในช่วงที่มีการระบาดของโรค ขอขอบคุณบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่าน แม้ว่าจะเพิ่งผ่านภาระหน้าที่การทำงานที่ต้องรับมือกับอันตรายที่หนักหน่วง แต่บุคลากรที่เกี่ยวข้องทางด้านสาธารณสุขทั้งหลายซึ่งเป็นทั้งนักวิจัยและนักวิชาการด้วย ก็ยังคงส่งบทความวิจัยกันมาอย่างต่อเนื่องเหมือนเช่นเคย

บทความในฉบับนี้เป็นฉบับที่มีความหลากหลายมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับที่ผ่านมา กล่าวคือ ความต่างด้านพฤติกรรม หลากหลายทางอาชีพ ประชากรกลุ่มเสี่ยง ชนิดของโรค ชนิดการรักษา การคัดกรอง โรคจากสิ่งแวดล้อม และการแพทย์แผนจีน ประกอบด้วย บทความวิจัย (research article) จำนวน 5 เรื่อง คือ 1) พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา 2) การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขาย ริมทางจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็ก 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสในชาวนา 4) การประเมินผลโครงการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรค 5) แนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงาน และ บทความวิชาการ (academic article) จำนวน 1 เรื่อง คือ การศึกษางานวิจัยในประเทศจีนเกี่ยวกับการฝังเข็มในการรักษาอาการปวดศีรษะไมเกรน

กองบรรณาธิการวารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ขอขอบคุณ ผู้วิจัยจาก จังหวัดต่าง ๆ ที่ให้ความสนใจส่งบทความมาตีพิมพ์ และเจ้าของบทความที่ให้ความร่วมมือปรับปรุงแก้ไข เป็นอย่างดี รวมทั้งผู้ร่วมจัดทำวารสารฉบับนี้ทุกท่านที่ดำเนินการให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าผู้อ่านจะได้รับสารประโยชน์ที่หลากหลายจากวารสารฉบับนี้ และขอขอบคุณท่านผู้อ่านที่ได้ให้ความสนใจติดตามวารสารอย่างสม่ำเสมอ แล้วพบกันฉบับต่อไป



รองศาสตราจารย์ ดร.สมเดช รุ่งศรีสวัสดิ์

บรรณาธิการบริหาร

สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในจังหวัดสมุทรสงคราม Health behaviors related to AIDS of mathayomsuksa 4 students in Samut Songkhram province ทัศนีย์ จิรธาวรอนันต์ Thatsanee Jirathawornanan	1
การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายริมทาง จากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กทางการหายใจ ในเขตตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี Health Risk Assessment among Roadside Occupations from Respirable Dust Exposure in Khlong Nueng Sub-District, Khlong Luang District, Pathumthani Province วัชรภรณ์ วงศ์สกุลกาญจน์, ขวัญแข หนูนภักดี Watcharaporn Wongsakoonkan, Khwankhae Nunbhakdi	14
ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคmelioidosis ในชาวนา ตำบลคำขวาง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี Health Literacy on Melioidosis and Prevention Behavior of Farmer in Kham Kwang Sub-district, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province สิริสุดา วงษ์ใหญ่ Sirisuda Wongyai	25

สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
การประเมินผลโครงการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ในกลุ่มเสี่ยง เขตสุขภาพที่ 10 กระทรวงสาธารณสุข Evaluation of a Screening Program for New Cases of Tuberculosis among High-Risk Individuals in Health Service Area 10, Ministry of Public Health, Thailand จินดา คำแก้ว, สุรีย์ ธรรมิกบวร, จริญญาศรี มีหนองหว้า, จตุพร ผลเกิด, เยี่ยมอุบล สุขเสริม, ถนนมศักดิ์ บุญสู่ Jinda Khumkaew, Suree trumikaborworn, Jaroonsree Meenongwah, Jutipon Ponkerd, Yiemubol Sookserm, Thanomsak Boonsu	37
แนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ของประชากรวัยทำงานในจังหวัดสมุทรสงคราม A Health Literacy Guideline on Health Promotion Behaviors for Working Age Population in Samutsongkhram Province คำรน ศรีวงศ์ษา Khamron Sriwongsa	56
บทความวิชาการ	หน้า
การศึกษางานวิจัยในประเทศจีนเกี่ยวกับการฝังเข็ม ในการรักษาอาการปวดศีรษะไมเกรน Acupuncture for the Treatment of Migrane: A Review of Research Studies in China รัชนิกร สิมมาอ่อน, มุกดา โทแสง, อรรวรรณ สิ้นไพบูลย์เลิศ Ratchaneekorn Simma-on, Mukda Tosaeng, Orawan Sinpaiboonlert	70



วันที่รับบทความ : 10/10/2565

วันแก้ไขบทความ : 21/11/2565

วันตอบรับบทความ : 14/12/2565

วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University

พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4

ในจังหวัดสมุทรสงคราม

ทัศนีย์ จิรถาวรอนันต์

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม

E-mail: tadsani1155@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตน ในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในจังหวัดสมุทรสงคราม โดยเปรียบเทียบแต่ละตัวแปร จำแนกตาม เพศของนักเรียน ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง และอาชีพของผู้ปกครองของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในจังหวัดสมุทรสงคราม กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในจังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 437 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ t-test, F-test ผลการศึกษาพบว่า 1) นักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับ โรคเอดส์ในระดับปานกลาง มีเจตคติในระดับสูง และมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ในระดับ ปานกลาง 2) นักเรียนที่มีเพศต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยพบว่านักเรียนชายมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ดีกว่านักเรียนหญิง 3) นักเรียนที่ผู้ปกครอง มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผลการทดสอบ ความแตกต่างเป็นรายคู่คะแนนโดยใช้วิธีนิวแมน – คูลส์ (Newman – Keuls Method) พบว่านักเรียนที่ผู้ปกครอง มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์แตกต่างจากนักเรียนที่ผู้ปกครองมีการศึกษาระดับ ปริญญาตรีหรือสูงกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 4) นักเรียนที่ผู้ปกครองมีระดับการศึกษาต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผลการทดสอบความแตกต่าง เป็นรายคู่คะแนน โดยใช้วิธีนิวแมน – คูลส์ (Newman – Keuls Method) พบว่า นักเรียนที่ผู้ปกครองมีการศึกษาระดับต่ำ กว่าประถมศึกษา มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์แตกต่างจากนักเรียนที่ผู้ปกครองมีการศึกษาระดับ อนุปริญญาและปริญญาตรีหรือสูงกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 5) นักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผลการทดสอบ ความแตกต่างเป็นรายคู่คะแนน โดยใช้วิธีนิวแมน – คูลส์ (Newman – Keuls Method) พบว่า นักเรียนที่ผู้ปกครอง มีอาชีพรับจ้าง มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์แตกต่างจากนักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคเอดส์, ความรู้, เจตคติ, การปฏิบัติในการป้องกันโรคเอดส์



Health behaviors related to AIDS of mathayomsuksa 4 students in Samut Songkhram province

Thatsanee Jirathawornanan

Public Health Scholar, Samut Songkhram Provincial Public Health Office

E-mail: tadsani1155@gmail.com

ABSTRACT

This survey research were to study and compare knowledge, attitudes and AIDS prevention practices of grade 4 student in Samut Songkhram Province. The studying variable were sex of student, education of parents and patents' occupation. The research samples, 437 Grade 4 students in Samut Songkhram Province were selected by convenience sampling technique. The data were obtained by questionnaires and analyzed to percentage, mean, standard deviation and Inferential statistics including t – test and F – test. The results of this study were as follows: 1) Grade 4 student in Samut Songkhram Province were in moderate knowledge about AIDS and AIDS attitude, high level of practice in AIDS prevention practices. 2) Student were different of sex were different in AIDS prevention practices by statistically significant at level .05. It was found that male student had better AIDS prevention practices than female student. 3) Student whose parents were different education level were different in knowledge about AIDS by statistically significant at level .05. The results of test using Newman – Keuls method, it was found that student whose parents were less than primary education the knowledge about AIDS were different from Student whose parents were bachelor's degree or higher by statistically significant at level .05. 4) Student whose parents were different education level were different in AIDS prevention practices by statistically significant at level .05. The results of test using Newman – Keuls method, it was found that student whose parents were less than primary education AIDS prevention practices were different from student whose parents were an associate degree and bachelor's degree or higher by statistically significant at level .05. 5) Student whose parents were different occupations were different in AIDS prevention practices by statistically significant at level .05. The results of test using Newman – Keuls method, it was found that student whose parents were employed the AIDS prevention practices were different from student whose parents were in government service/state enterprises by statistically significant at level .05.

Keywords: Health behaviors related to AIDS, Knowledge, Attitudes, AIDS prevention



บทนำ

โรคเอดส์เป็นโรคที่มีความรุนแรง และมีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว ซึ่งยังไม่สามารถคิดค้นวัคซีนเพื่อป้องกันได้ และผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิตมากขึ้นเรื่อย ๆ มีการศึกษาค้นคว้าความรู้เกี่ยวกับการติดต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ และการป้องกันโรคเอดส์ที่ทุกประเทศต่างประชาสัมพันธ์ รณรงค์เผยแพร่ให้ประชาชนได้รับทราบ และตระหนักว่าโรคเอดส์เป็นโรคที่ป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมทางเพศเพราะโรคเอดส์ติดต่อกันได้ทางเพศสัมพันธ์ และทางเลือด โดยติดต่อกับคนสูดคน ดังนั้นอัตราการเพิ่มของโรคเอดส์ในแต่ละสังคมจึงขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของคนในสังคมขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรม ค่านิยม การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ทำให้การแพร่ระบาดระหว่างหญิงชายสูงมาก และยังนำเชื้อโรคเอดส์ของตนไปสู่คูชีวิต และทารกในครรภ์

นับตั้งแต่มีการระบาดของโรคเอดส์ UNAIDS/WHO คาดว่ามีผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีแล้วประมาณ 60 ล้านคน และมีผู้ที่เสียชีวิตจากสาเหตุการติดเชื้อเอชไอวีอีกประมาณ 25 ล้านคน โดยเฉพาะใน พ.ศ.2551 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกประมาณ 33.40 ล้านคน เป็นผู้ใหญ่อายุประมาณ 31.30 ล้านคน มีผู้หญิงที่ติดเชื้อประมาณ 15.70 ล้านคน เป็นเด็กที่อายุต่ำกว่า 15 ปีประมาณ 2.10 ล้านคน ซึ่งคาดว่าจะมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 2.70 ล้านคนทั่วโลก โดยคาดว่าจะมีเด็กวัยรุ่นอายุ 15-24 ปีติดเชื้อร้อยละ 40 สำหรับประเทศไทย มีการคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ โดยคณะ

ผู้เชี่ยวชาญ Thai Working Group และทีม A2 (The Asian Epidemic Model (AEM) Projection for HIV/AIDS in Thailand: 2005-2025) ได้คาดประมาณตัวเลขผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ ในปี พ.ศ.2553 คาดว่าจะมีผู้ใหญ่วัยที่ติดเชื้อเอดส์สะสมประมาณ 1,138,020 ราย เป็นผู้ใหญ่วัยที่เสียชีวิตจากโรคเอดส์ ประมาณ 641,633 ราย เป็นผู้ใหญ่วัยที่ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 499,324 ราย และคาดว่าจะมีผู้ใหญ่วัยที่ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 10,853 ราย¹ จากข้อมูลดังกล่าว ผู้ใหญ่วัยเมื่อป่วยเป็นโรคเอดส์จะต้องมีการติดเชื้อเอชไอวีมาก่อนหน้านั้น ซึ่งหมายถึงอาจติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่เป็นวัยรุ่น ซึ่งบุคคลกลุ่มนี้มีความสำคัญต่อประเทศที่กำลังพัฒนาอย่างมาก หากวัยรุ่นมีความรู้ ความเข้าใจ และการป้องกันโรคเอดส์ที่ถูกต้องจะสามารถป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของโรคเอดส์ได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในจังหวัดสมุทรสงคราม

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในจังหวัดสมุทรสงคราม จำแนกตามตัวแปร เพศของนักเรียน ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง และอาชีพของผู้ปกครอง



ระเบียบวิธีวิจัย

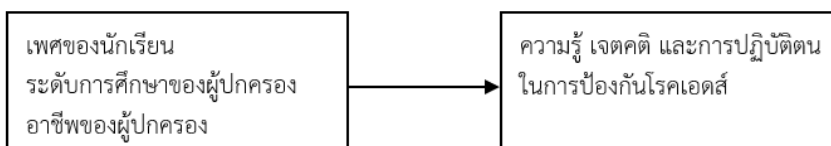
1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ

2. สมมติฐานการวิจัย

2.1 นักเรียนที่มีเพศต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์แตกต่างกัน

3. กรอบแนวคิด



4. ระยะเวลาในการวิจัย

ระหว่างเดือน พฤษภาคม – สิงหาคม 2565

5. ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในจังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 953 คน (สถิติวันที่ 1 มิถุนายน 2565)

6. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในจังหวัดสมุทรสงคราม เป็นการสุ่มแบบสะดวก (Convenience Sampling) เนื่องจากจังหวัดสมุทรสงคราม ประกอบด้วย 3 อำเภอ คือ อำเภอเมืองฯ อำเภออัมพวา และอำเภอบางคนที ซึ่งอำเภอเมืองฯ มีโรงเรียนที่มีนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 มากที่สุด

2.2 นักเรียนที่มีผู้ปกครองมีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์แตกต่างกัน

2.3 นักเรียนที่มีผู้ปกครองมีอาชีพต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์แตกต่างกัน

จำนวน 3 โรงเรียน คือโรงเรียนศรีทธาสมุทร โรงเรียนถาวรานุกูล และโรงเรียนท้ายหาด อีกทั้งสถานที่ทำงานของผู้วิจัยอยู่ใกล้โรงเรียนศรีทธาสมุทร และโรงเรียนถาวรานุกูล ผู้วิจัยจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างจาก 3 โรงเรียน ดังกล่าว และขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 286 คน คำนวณจากประชากรโดยใช้สูตรของยามาเน (Yamane)² ให้มีความคลาดเคลื่อนได้ .05 แต่เนื่องจากในขณะดำเนินการเก็บข้อมูล คณะครูนำนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 มาให้ข้อมูลทั้งห้องเรียนและหลายห้อง ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลจากนักเรียนทั้งหมดที่คณะครูจัดเตรียมมา ทำให้ได้ข้อมูลจากนักเรียนมากกว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ จำนวน 437 คน



ตารางที่ 1 จำนวนนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 จำแนกตามโรงเรียน และขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ชื่อโรงเรียน	จำนวนนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 (คน)	ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (คน)
โรงเรียนศรีธาสุมุท	309	250
โรงเรียนถาวรานุกูล	258	120
โรงเรียนท่ายหาด	86	67
รวม	653	437

7. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษานี้ แบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยเพศ ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง อาชีพของผู้ปกครอง

ตอนที่ 2 เป็นแบบทดสอบระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ มีลักษณะเป็นคำถามให้เลือกตอบแต่ละข้อมี 3 ตัวเลือก คือ ถูก ผิด และไม่ทราบ จำนวน 15 ข้อ

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามวัดเจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อคำถามประกอบด้วยข้อความทางบวก 6 ข้อ และทางลบ 6 ข้อ รวมทั้งสิ้น 12 ข้อ

ตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ มีลักษณะเป็นแบบสำรวจพฤติกรรม (Check lists) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ ข้อคำถามประกอบด้วย

ข้อความทางบวก จำนวน 3 ข้อ และทางลบ 4 ข้อ รวมทั้งสิ้น 7 ข้อ

8. การหาคุณภาพของเครื่องมือ

8.1 ความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Content Validity) นำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเอดส์ตรวจสอบ จำนวน 5 ท่าน ทำการปรับปรุงเครื่องมือตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน

8.2 ค่าความยากของเครื่องมือ นำแบบสอบถามที่ผ่านการทดลองใช้หาค่าความยากของแบบทดสอบระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ มีค่าความยากระหว่าง 0.2 – 0.8

8.3 หาค่าอำนาจจำแนก นำเครื่องมือที่แบบทดสอบระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ที่มีความยากระหว่าง 0.2 – 0.8 มาหาค่าอำนาจจำแนกโดยหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนทั้งฉบับ (Item to Total Correlation) แบบพอยท์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation) มีค่าอำนาจจำแนก 0.06 – 0.66



8.4 หาค่าความเชื่อมั่น นำแบบทดสอบระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ มาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR 20 (Kuder – Richardson Formula 20) และแบบสอบถามวัดเจตคติและการปฏิบัติตนในการป้องกัน โรคเอดส์ มาหาค่าความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.72

9. การรวบรวมข้อมูล

9.1 ขอความอนุเคราะห์และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่ผู้อำนวยการโรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

9.2 ติดต่อประสานงานกับอาจารย์ผู้รับผิดชอบกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

10. การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมแบบสอบถามเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

10.1 วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติของแบบสอบถามแต่ละตอน ดังนี้

10.1.1 ข้อมูลทั่วไป นำข้อมูลที่ได้มาแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละตามตัวแปร เพศ ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง และอาชีพของผู้ปกครอง

10.1.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ นำข้อมูลที่ได้มาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

10.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน และตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่มโดยการทดสอบค่า t-test และ F-test ถ้าพบว่าการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีนิวแมน – คูลส์ (Newman – Keuls Method)

11. จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม กระทรวงสาธารณสุข และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยได้ โดยได้รับรองการอนุมัติ เลขที่การรับรอง 15/2565 วันที่รับรอง 1 กรกฎาคม 2565 วันที่หมดอายุ 30 มิถุนายน 2566

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในจังหวัดสมุทรสงคราม ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.93 ส่วนเพศชาย ร้อยละ 37.07 นักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในระดับปานกลาง มีเจตคติในระดับสูง และมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ในระดับปานกลาง ผู้ปกครองของนักเรียนส่วนมากมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 47.83 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 22.43 และต่ำกว่าประถมศึกษา น้อยที่สุด ร้อยละ 3.20 และส่วนมากประกอบอาชีพค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 31.58 รองลงมาคือ รับจ้าง ร้อยละ 31.12 และพนักงานบริษัท น้อยที่สุด ร้อยละ 3.66



การทดสอบความแตกต่างของความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ในการป้องกันโรคเอดส์ของ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในจังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งทำการทดสอบตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ผลการศึกษา พบว่า

1. นักเรียนที่มีเพศต่างกัน มีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ไม่แตกต่างกัน แต่นักเรียนที่มีเพศต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่านักเรียนชายมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ดีกว่านักเรียนหญิง รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในจังหวัดสมุทรสงคราม จำแนกตามเพศของนักเรียนโดยใช้ t – test

พฤติกรรม	ตัวแปรเพศ	N	$\bar{x}$	S	t
การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์	ชาย	162	1.31	0.25	2.89*
	หญิง	272	1.24	0.23	
รวม		437	1.26	0.24	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 2 แสดงว่า นักเรียนชายมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์สูงกว่านักเรียนหญิง

2. นักเรียนที่ผู้ปกครองมีระดับการศึกษาต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ไม่แตกต่างกัน

แต่นักเรียนที่ผู้ปกครองมีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ผลวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์
ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในจังหวัดสมุทรสงคราม จำแนกตามระดับการศึกษาของ
ผู้ปกครองโดย F - test

แหล่งความแปรปรวนจำแนกตาม ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง	df	SS	MS	F
ความรู้				
ระหว่างกลุ่ม	4	57.01	14.25	3.35*
ภายในกลุ่ม	432	1836.40	4.25	
รวม	436	1893.41		
เจตคติ				
ระหว่างกลุ่ม	4	1.11	0.27	1.59
ภายในกลุ่ม	432	75.10	0.17	
รวม	436	76.21		
การปฏิบัติในการป้องกันโรคเอดส์				
ระหว่างกลุ่ม	4	1.56	0.39	7.13*
ภายในกลุ่ม	432	23.59	0.06	
รวม	436	25.15		

จากตารางที่ 3 แสดงว่า นักเรียนที่
ผู้ปกครองมีระดับการศึกษาต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับ
โรคเอดส์ไม่แตกต่างกัน ส่วนนักเรียนที่ผู้ปกครอง
มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้และการปฏิบัติตน
ในการป้องกันโรคเอดส์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ความ
แตกต่างเป็นรายคู่ด้านความรู้ และการปฏิบัติตน
ในการป้องกันโรคเอดส์ รายละเอียดดังตารางที่ 4
และ ตารางที่ 5



ตารางที่ 4 ผลการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่คะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ของนักเรียนที่ผู้ปกครองมีระดับการศึกษาต่างกัน โดยใช้วิธีนิวแมน – คูลส์ (Newman – Keuls Method)

ระดับการศึกษา ของผู้ปกครอง		ต่ำกว่า ประถมศึกษา	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อนุปริญญา/ เทียบเท่า	ปริญญาตรี หรือสูงกว่า
	$\bar{x}$	9.39	10.09	10.99	11.05	11.48
ต่ำกว่าประถมศึกษา	9.36	-	-1.55	-1.54	-1.69	-2.12*
ประถมศึกษา	10.90		-	0.01	-0.14	-0.58
มัธยมศึกษา	10.99			-	-0.15	-0.58
อนุปริญญา/เทียบเท่า	11.05				-	-0.43
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	11.48					-

จากตารางที่ 4 แสดงว่า นักเรียนที่ผู้ปกครองมีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์แตกต่างจากนักเรียนที่ผู้ปกครองมีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนนักเรียนที่ผู้ปกครองมีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอนุปริญญาหรือเทียบเท่า มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 5 ผลการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่คะแนนด้านการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนที่ผู้ปกครองมีระดับการศึกษาต่างกัน โดยใช้วิธีนิวแมน – คูลส์ (Newman – Keuls Method)

ระดับการศึกษา ของผู้ปกครอง		ต่ำกว่า ประถมศึกษา	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อนุปริญญา/ เทียบเท่า	ปริญญาตรี หรือสูงกว่า
	$\bar{x}$	3.60	3.73	3.69	3.82	3.80
ต่ำกว่าประถมศึกษา	3.60	-	-0.02	-0.05	-0.17*	-0.15*
ประถมศึกษา	3.73		-	-0.03	-0.15*	-0.13*
มัธยมศึกษา	3.69			-	-0.12	-0.10
อนุปริญญา/เทียบเท่า	3.82				-	-0.10
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	3.80					-



จากตารางที่ 5 แสดงว่า นักเรียนที่ผู้ปกครองมีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ แตกต่างจากนักเรียนที่ผู้ปกครองมีระดับการศึกษาอนุปริญญา/เทียบเท่า และปริญญาตรีหรือสูงกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนนักเรียนที่ผู้ปกครองมีระดับการศึกษาประถมศึกษา มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ แตกต่างจากนักเรียนที่ผู้ปกครองมีระดับการศึกษาอนุปริญญา/เทียบเท่าและปริญญาตรีหรือสูงกว่า

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และนักเรียนที่ผู้ปกครองมีระดับการศึกษามัธยมศึกษา อนุปริญญา/เทียบเท่าและปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ไม่แตกต่าง

3. นักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกัน มีความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ไม่แตกต่างกัน แต่นักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกัน นักเรียนการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในจังหวัดสมุทรสงคราม จำแนกตามอาชีพของผู้ปกครอง โดย F - test

แหล่งความแปรปรวนจำแนกตามอาชีพของผู้ปกครอง	df	SS	MS	F
ความรู้				
ระหว่างกลุ่ม	4	34.95	8.74	2.03
ภายในกลุ่ม	432	1858.47	4.30	
รวม	436	1893.41		
เจตคติ				
ระหว่างกลุ่ม	4	0.86	0.22	1.24
ภายในกลุ่ม	432	75.35	0.17	
รวม	436	76.21		
การปฏิบัติ				
ระหว่างกลุ่ม	4	0.66	0.16	2.89*
ภายในกลุ่ม	432	24.49	0.06	
รวม	436	25.15		



จากตารางที่ 6 แสดงว่า นักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกัน มีความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ไม่แตกต่างกัน ส่วนนักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการ

ป้องกันโรคเอดส์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิเคราะห์ความแตกต่างเป็นรายคู่ด้านการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ รายละเอียดดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ผลการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่คะแนนด้านการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกัน โดยใช้วิธีนิวแมน – คูลส์ (Newman – Keuls Method)

อาชีพของผู้ปกครอง	รับจ้าง	ค้าขาย/ ธุรกิจ ส่วนตัว	ทำสวน/ เลี้ยงสัตว์	รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	พนักงาน บริษัท	
	$\bar{x}$	1.23	1.25	1.27	1.33	1.28
รับจ้าง	1.23	-	-0.26	-0.04	-0.11*	-0.05
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	1.25		-	-0.05	-0.08	-0.02
ทำสวน/เลี้ยงสัตว์	1.27			-	-0.06	-0.01
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1.33				-	0.06
พนักงานบริษัท	1.28					-

จากตาราง 7 แสดงว่า นักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพรับจ้าง มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์แตกต่างจากนักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนนักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพรับจ้าง ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว ทำสวน / เลี้ยงสัตว์ และพนักงานบริษัท มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ไม่แตกต่าง

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในจังหวัดสมุทรสงคราม ผลการศึกษาพบว่า

นักเรียนส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.93 ส่วนเพศชาย ร้อยละ 37.07 นักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในระดับปานกลาง มีเจตคติในระดับสูง และมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ในระดับปานกลาง ผู้ปกครองของนักเรียนส่วนมากมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 47.83 รองลงมาก็คือระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 22.43 และต่ำกว่าประถมศึกษา น้อยที่สุด ร้อยละ 3.20 และส่วนมากประกอบอาชีพค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 31.58 รองลงมาก็คือ รับจ้าง ร้อยละ 31.12 และพนักงานบริษัท น้อยที่สุด ร้อยละ 3.66 และมีประเด็นที่อภิปราย ดังนี้



1. นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในจังหวัดสมุทรสงคราม ที่มีเพศต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่านักเรียนชายมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์สูงกว่านักเรียนหญิง แสดงว่า เพศของนักเรียนมีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเพศชายเป็นเพศที่กล้าแสดงออก กล้าพูดคุย ชักถาม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องเพศมากกว่าเพศหญิงซึ่งเป็นเพศที่ขี้อาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวรรณ อานันท์สิทธิ์³ พบว่า นักศึกษาผู้ใหญ่ที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. นักเรียนที่ผู้ปกครองมีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง มีผลต่อความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียน พบว่า นักเรียนที่ผู้ปกครองมีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์แตกต่างจากนักเรียนที่ผู้ปกครองมีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากผู้ปกครองที่มีการศึกษาสูงย่อมมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องปัญหาสุขภาพ และสามารถอบรมเลี้ยงดูบุตรให้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์ได้ดีกว่าผู้ปกครองที่มีการศึกษาน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของยิ่งสายสุวรรณ์ และวีเชียร ประเสริฐ⁴ พบว่า นักศึกษาสถาบันอุดมศึกษาเอกชนในกรุงเทพมหานคร

ที่ผู้ปกครองมีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้โรคเอดส์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และนักเรียนที่ผู้ปกครองมีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์แตกต่างจากนักเรียนที่ผู้ปกครองมีการศึกษาระดับอนุปริญญา และปริญญาตรีหรือสูงกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากผู้ที่มีการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสแสวงหาความรู้ในการป้องกันโรคต่าง ๆ รวมทั้งโรคเอดส์ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย และสามารถนำความรู้มาอบรมนักเรียนในปกครองให้รู้ถึงวิธีการป้องกันโรคเอดส์ได้ดีกว่า

3. นักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า อาชีพของผู้ปกครองมีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียน ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพรับจ้าง มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์แตกต่างจากนักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพรับราชการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนนักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพรับจ้าง ค่าขายทำสวน และพนักงานบริษัท มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ไม่แตกต่างกัน ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากอาชีพข้าราชการมักได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์จากการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ในหน่วยงาน และแหล่งต่าง ๆ ตลอดจนหน่วยงานราชการหลายแห่งมักจัดให้มีการอบรมสอดแทรกความรู้อยู่เสมอ นอกจากนี้ข้าราชการจะมีเวลาทำงานซึ่งใกล้เคียงกับเวลานักเรียนเรียนหนังสือ เมื่อเลิกเรียนจะมีเวลาพูดคุย อบรม สั่งสอนเรื่องต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับ



การศึกษาของประภาพรรณ เปลี่ยนแก้ว⁵ พบว่านักเรียนพลตำรวจที่มีผู้ปกครองมีอาชีพต่างกัน มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคเอดส์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการวิจัยพบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในจังหวัดสมุทรสงคราม มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในระดับปานกลาง มีเจตคติในระดับสูง และมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ในระดับปานกลาง ซึ่งผลการศึกษาด้านเจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์เป็นที่น่าสนใจที่นักเรียนมีเจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ในระดับสูง แต่ด้านความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์อยู่ในระดับปานกลาง ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะดังนี้

1. กระทรวงศึกษาธิการ ควรมีนโยบายให้สถานศึกษาจัดกิจกรรมเกี่ยวกับโรคเอดส์แบบบูรณาการอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องให้นักเรียนมีทักษะการปฏิเสธพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์
2. บุคลากรทางด้านสาธารณสุข ควรร่วมมือกับสถานศึกษาจัดการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และเน้นกิจกรรมสนทนากันเพื่อให้นักเรียนเกิดการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์จนเป็นนิสัย และเห็นว่าเป็นเรื่องธรรมดาที่ต้องปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาพฤติกรรมเสี่ยง และปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ตอนปลาย และอาชีวศึกษา เพื่อทราบสภาวะการณ์ของพฤติกรรมเสี่ยงในนักเรียน

ในการนำไปวางแผน และหาแนวทางในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. การคาดประมาณแนวโน้มเอดส์ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 11 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://aidssti.ddc.moph.go.th>
2. ชุศรี วงศ์รัตน์. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2534
3. ศิริวรรณ อานันท์สิทธิ์. การศึกษาความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักศึกษาผู้ใหญ่ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ประเภทชั้นเรียน เขตกรุงเทพ. (ปริญญานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร; 2559
4. ยิ่ง สายสุวรรณ และวิเชียร ประเสริฐ. ความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษาเอกชนในกรุงเทพมหานคร. วารสารกองโรคเอดส์ 2542; 10: 643
5. ประภาพรรณ เปลี่ยนแก้ว. ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการติดเชื้อโรคเอดส์ของนักเรียนพลตำรวจ โรงเรียนตำรวจนครบาลสังกัดกองบัญชาการศึกษารมตำรวจ. (ปริญญานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร; 2550



วันที่รับบทความ : 18/11/2565

วันแก้ไขบทความ : 28/04/2566

วันที่ตอบรับบทความ : 28/04/2566

วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University

การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายริมทาง จากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กทางการหายใจ ในเขตตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

วัชรภรณ์ วงศ์สกุลกาญจน์^{1*}, ขวัญแข พนุนภักดี²

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ หลักสูตรอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์¹

อาจารย์ หลักสูตรอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์²

E-mail: watcharaporn@vru.ac.th^{*}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายริมทางจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กทางการหายใจ ในเขตตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างของผู้ประกอบอาชีพค้าขายริมทางจำนวน 52 คน การเก็บตัวอย่างและวิเคราะห์ตัวอย่างฝุ่นละอองขนาดเล็กทางการหายใจดำเนินการตามวิธีมาตรฐานของ NIOSH Manual of Analytical Method Number 0600 และการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลด้วยแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้ใช้ในการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพตามแนวทางของ United States Environmental Protection Agency และอธิบายความเสี่ยงในกรณีผลกระทบแบบไม่ใช้การเกิดมะเร็งผลการศึกษาพบว่า ความเข้มข้นของฝุ่นละอองขนาดเล็กทางการหายใจเฉลี่ยเท่ากับ 0.199 ± 0.13 มิลลิกรัม/ลูกบาศก์เมตร ค่าความเข้มข้นสูงสุดและค่าความเข้มข้นต่ำสุดอยู่ที่ 0.875 มิลลิกรัม/ลูกบาศก์เมตร และ 0.013 มิลลิกรัม/ลูกบาศก์เมตร ตามลำดับ เมื่อประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กทางการหายใจ พบว่า ค่าเฉลี่ยสัดส่วนความเสี่ยงเท่ากับ 1.96 ± 1.19 ส่วนใหญ่มีอันตรายอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 78.84 รองลงมาคือ มีอันตรายอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 19.23 ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการดำเนินการจัดการความเสี่ยงโดยให้ความรู้แก่ผู้ประกอบอาชีพริมทางเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองและแนะนำให้ผู้ประกอบอาชีพค้าขายริมทางสวมใส่หน้ากากป้องกันฝุ่น

คำสำคัญ : ประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพ, ผู้ประกอบอาชีพค้าขายริมทาง, ฝุ่นละอองขนาดเล็กทางการหายใจ

* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ



Health Risk Assessment among Roadside Occupations from Respirable Dust Exposure in Khlong Nueng Sub-District, Khlong Luang District, Pathumthani Province

Watcharaporn Wongsakoonkan^{1*}, Khwankhae Nunbhakdi²

Assistant professor, Department of Occupational Health and Safety, Faculty of Science and Technology,
Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage¹

Lecturer, Department of Occupational Health and Safety, Faculty of Science and Technology,
Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage²

E-mail: watcharaporn@vru.ac.th*

ABSTRACT

This study aimed to determine health risk assessment among roadside occupations from respirable dust exposure in the Khlong nueng sub-district, Khlong luang district, Pathumthani province. Fifty-two roadside occupations were recruited. Sampling and analysis of respirable dust are carried out in according to the NIOSH Manual of Analytical Method Number 0600. The questionnaire was used to collect personal information. The data was used to assess health risks in according to the United States Environmental Protection Agency guidelines and describe the risks in the case of non-carcinogenic effects. The results showed that the average concentration of respirable dust was $0.199 \pm 0.13 \text{ mg/m}^3$. The highest and lowest concentrations were 0.875 mg/m^3 and 0.013 mg/m^3 , respectively. When assessing health risks from respirable dust, it was found that the average hazard quotient was 1.96 ± 1.19 . Most were at moderate level, 78.84 percent, followed by low level, 19.23 percent. These findings suggest that relevant agencies should conduct risk management by educating about the health effect of dust and recommending roadside occupations to wear dust masks.

Keywords: Health risk assessment, Roadside occupation, Respirable dust

* Corresponding Author



บทนำ

ฝุ่นละอองเป็นปัญหามลพิษทางอากาศที่สำคัญของประเทศไทย แหล่งกำเนิดของฝุ่นละอองส่วนใหญ่เกิดจากการกระทำของมนุษย์ทั้งจากท่อไอเสียของยานพาหนะ การปรับปรุงถนน กิจกรรมก่อสร้างอาคาร การเผาในที่โล่ง และกระบวนการผลิตในโรงงานอุตสาหกรรม¹⁻³ ปัจจุบันมีการตรวจติดตามคุณภาพอากาศปริมาณความเข้มข้นของฝุ่นละอองจากสถานีตรวจวัดคุณภาพอากาศแบบอัตโนมัติของกรมควบคุมมลพิษที่ประชาชนสามารถติดตามผลและเข้าถึงได้ทั้งในเว็บไซต์และแอปพลิเคชัน⁴

ปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็กทางการหายใจหรือฝุ่นละอองที่มีขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอนในเขตพื้นที่ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีในช่วงปี พ.ศ. 2563-2564 มีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ แต่อย่างไรก็ตามปริมาณฝุ่นละอองที่มีขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอนในบรรยากาศยังคงมีปริมาณสูงสุดในช่วงเดือนธันวาคม - กุมภาพันธ์ของทุกปี⁵ ปัญหาฝุ่นละอองก่อให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจและก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ผลกระทบต่อสุขภาพของผู้รับสัมผัสฝุ่นละอองที่มีขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอนจะเกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ ระบบหมุนเวียนโลหิต ระบบผิวหนัง เกิดความผิดปกติของทารกในครรภ์และเพิ่มความเสี่ยงการเสียชีวิตจากเส้นเลือดอุดตันในสมองได้⁶

ร้านค้าริมทางพบได้ทั่วไปในประเทศไทย

เนื่องจากเป็นบริเวณที่ผู้ประกอบการอาชีพจะเลือกตั้งร้านบริเวณที่มีประชาชนเข้าถึงได้ง่าย มีการสัญจรคับคั่งเพื่อให้สามารถขายสินค้าได้ในปริมาณมากผู้ประกอบการอาชีพในบริเวณเหล่านี้จึงมีโอกาสดำเนินค้าปลีกฝุ่นละอองจากการฟุ้งกระจายในบรรยากาศจากการสัญจรไปมาของยานพาหนะได้ ในพื้นที่ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีเป็นพื้นที่ที่มีประชากรอาศัยอยู่อย่างหนาแน่นเนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีโรงงานอุตสาหกรรมเป็นจำนวนมากการใช้ยานพาหนะในการคมนาคมมีปริมาณมากด้วยพื้นที่ติดถนนเส้นหลักทั้งถนนพหลโยธิน ถนนคลองหลวง และเส้นทางวงแหวนตะวันออก⁷ ส่งผลให้เกิดปัญหาฝุ่นละอองในพื้นที่ด้วยทำเล ของการตั้งร้านค้าริมทางที่ติดกับเส้นทางจราจรจึงอาจส่งผลให้ผู้ประกอบการอาชีพร้านค้าริมทางมีโอกาสสัมผัสฝุ่นละอองและเกิดผลกระทบต่อสุขภาพได้

พื้นที่ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีจะมีสถานีตรวจวัดคุณภาพอากาศที่รายงานผลปริมาณความเข้มข้นของฝุ่นละอองขนาดเล็กทางการหายใจในบรรยากาศเฉลี่ย 24 ชั่วโมง⁵ แต่ไม่ได้มีการรายงานผลปริมาณความเข้มข้นของฝุ่นละอองที่ผู้ประกอบการอาชีพค้าขายริมทางที่มีการตั้งร้านค้ากระจายตามริมถนนเส้นหลักได้รับสัมผัส ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการรับสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กทางการหายใจของผู้ประกอบการอาชีพค้าขายริมทาง ในเขตตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีเพื่ออธิบายลักษณะความเสี่ยงและเป็นแนวทางในการเฝ้าระวังสุขภาพของผู้ประกอบการอาชีพค้าขายริมทางต่อไป

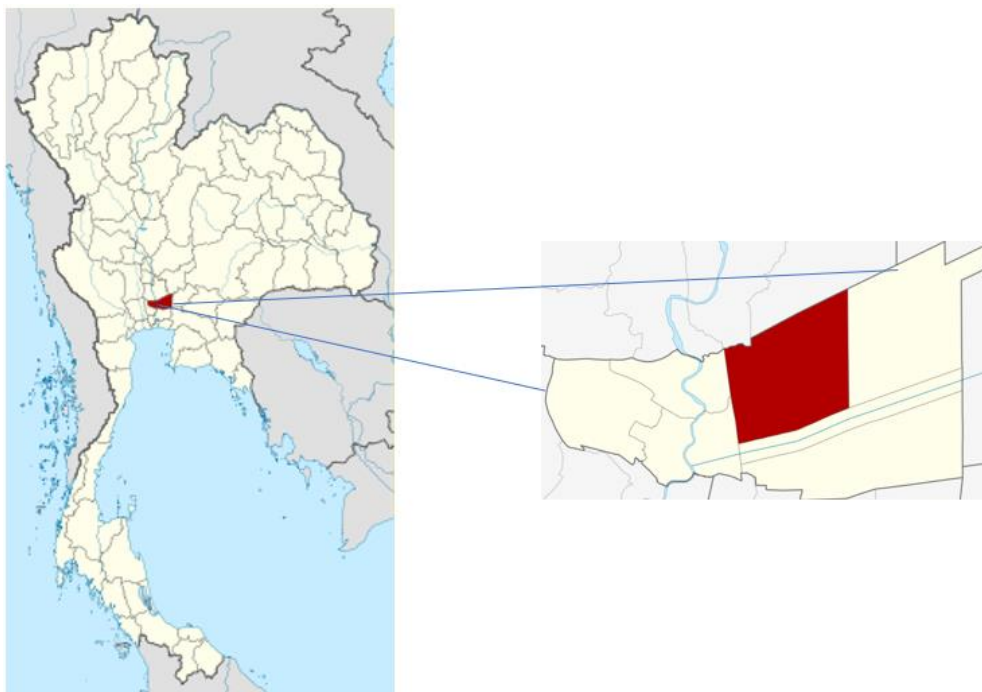


วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการ
รับสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กทางหายใจของ
ผู้ประกอบการอาชีพค้าขายริมทาง ในเขตตำบลคลองหนึ่ง
อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง
(Cross sectional descriptive study) ประชากรที่
ศึกษาคือ ผู้ประกอบการอาชีพค้าขายริมทาง ในเขต
ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี



ภาพที่ 1 แผนที่ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี⁸

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ประกอบการอาชีพค้าขายริมทาง
ในตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี
โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ มีการตั้งร้านค้าขายสินค้า
ติดเส้นทางถนนพหลโยธิน สามารถสื่อสารความหมายและ
เข้าใจภาษาไทย และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก

คือ มีโรคประจำตัวที่เกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ
พบว่า มีผู้ประกอบการอาชีพค้าขายริมทางจำนวน 60 คน
คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตร Taro Yamene
ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 52 คน และใช้วิธีสุ่มตัวอย่าง
แบบง่ายในการเก็บตัวอย่าง



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลด้านการทำงานจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ระดับการศึกษา ชั่วโมงการทำงาน ต่อวัน จำนวนวันที่ทำงานต่อสัปดาห์ ประสพการณ์ ในการประกอบอาชีพค้าขายริมทาง การตรวจสอบ เครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน

2. การเก็บตัวอย่างและวิเคราะห์ตัวอย่าง ฝุ่นละอองขนาดเล็กทางการหายใจตามวิธีการ มาตรฐาน NIOSH Manual of Analytical Method number 0600⁹ โดยติดตั้งเครื่องเก็บตัวอย่างฝุ่น ที่ระดับการหายใจ (Breathing zone) เก็บจำนวน 1 ตัวอย่างตลอดระยะเวลาการทำงาน และเตรียม Blank

จำนวน 2 ตัวอย่าง จากนั้นวิเคราะห์ความเข้มข้นฝุ่น ด้วยเทคนิค Gravimetric โดยเปรียบเทียบน้ำหนัก ฝุ่นบนกระดาษกรองก่อนและหลังเก็บรวมถึง น้ำหนัก Blank จากนั้นคำนวณค่าความเข้มข้นฝุ่น เพื่อเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานของหน่วยงาน Occupational Safety and Health Administration (OSHA)¹⁰

3. การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กทางการหายใจตาม วิธีการมาตรฐานของ United States Environmental Protection Agency (U.S. EPA)¹¹ อธิบายความเสี่ยง ในกรณีผลกระทบแบบไม่ใช้การเกิดมะเร็ง ดังสมการที่ 1 และกำหนดใช้ค่าอ้างอิงของตัวแปรตามตารางที่ 1 ในการคำนวณ

$$CDI = \frac{C \times IR \times ET \times EF \times ED}{BW \times AT} \quad (1)$$

Chronic daily intake (CDI) = ปริมาณการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กทางการหายใจ (มิลลิกรัม/กิโลกรัม-วัน)

Concentration (C) = ความเข้มข้นเฉลี่ยของฝุ่นละอองขนาดเล็กทางการหายใจ (มิลลิกรัม/ลูกบาศก์เมตร)

Inhalation rate (IR) = อัตราการหายใจ (ลูกบาศก์เมตร/ชั่วโมง)

Exposure time (ET) = เวลาในการสัมผัส (ชั่วโมง/วัน)

Exposure frequency (EF) = ความถี่ของการสัมผัส (วัน/ปี)

Exposure duration (ED) = ระยะเวลาที่สัมผัส (ปี)

Body weight (BW) = น้ำหนักของร่างกาย (กิโลกรัม)

Averaging time (AT) = ระยะเวลาที่สารส่งผลต่อสุขภาพเฉลี่ย (วัน)



ตารางที่ 1 ค่าอ้างอิงตัวแปรที่เกี่ยวข้องสำหรับการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน

ตัวแปรอ้างอิง	ค่า	หน่วย
Concentration (C)	ค่าเฉลี่ยของฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอนจากการเก็บตัวอย่างของกลุ่มตัวอย่างรายบุคคล	มิลลิกรัม/ลูกบาศก์เมตร
Inhalation rate (IR)	ใช้ค่า 0.83	ลูกบาศก์เมตร/ชั่วโมง ⁽⁶⁾
Exposure time (ET)	เวลาในการสัมผัสของกลุ่มตัวอย่างรายบุคคล	ชั่วโมง/วัน
Exposure frequency (EF)	ความถี่ของการสัมผัสของกลุ่มตัวอย่างรายบุคคล	วัน/ปี
Exposure duration (ED)	ระยะเวลาที่สัมผัสของกลุ่มตัวอย่างรายบุคคล	ปี
Body weight (BW)	น้ำหนักของร่างกายของกลุ่มตัวอย่างรายบุคคล	กิโลกรัม
Averaging time (AT)	ระยะเวลาที่สัมผัสของกลุ่มตัวอย่างรายบุคคล(ปี) x 365 วัน	วัน

การอธิบายลักษณะความเสี่ยงจะอธิบายลักษณะความเสี่ยงเฉพาะผลที่ไม่ใช่การเกิดมะเร็งดังสมการที่ 2

$$\text{Hazard Quotient (HQ)} = \frac{CDI}{RfC} \quad (2)$$

Hazard Quotient = ค่าสัดส่วนความเสี่ยง

Chronic daily intake (CDI) = ปริมาณการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กทางการหายใจ (มิลลิกรัม/กิโลกรัม-วัน)

Reference concentration (RfC) = ค่ามาตรฐาน (0.011 มิลลิกรัม/กิโลกรัม-วัน) EU legislation⁶

ลักษณะความเสี่ยงแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ค่าสัดส่วนความเสี่ยง <0.1	หมายถึง ไม่มีอันตราย
0.1 ≥ ค่าสัดส่วนความเสี่ยง ≤ 1.0	หมายถึง มีอันตรายอยู่ในระดับต่ำ
1.1 ≥ ค่าสัดส่วนความเสี่ยง ≤ 10	หมายถึง มีอันตรายอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าสัดส่วนความเสี่ยง >10	หมายถึง มีอันตรายอยู่ในระดับสูง



การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics)

ได้แก่ จำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามปฏิญญาเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) โดยได้ขอการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ เลขที่โครงการ 0023/2565 โดยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ความเสี่ยงในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้เข้าร่วมจะต้องสมัครใจ และมีสิทธิในการยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยชื่อกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 80 มีอายุเฉลี่ย 49.96 ± 5.8 ปี น้ำหนักเฉลี่ยอยู่ที่ 59.4 ± 9.66 กิโลกรัม ร้อยละ 75.5 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 76.9 ทำงาน 8 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 51.9 ทำงาน 7 วันต่อสัปดาห์ ประสบการณ์ในการประกอบอาชีพค้าขายริมทางเฉลี่ย 21.98 ± 11.1 ปี

ผลการศึกษาค่าความเข้มข้นของฝุ่นละอองขนาดเล็กทางการหายใจ

ผลการศึกษาค่าความเข้มข้นของฝุ่นละอองขนาดเล็กทางการหายใจตามวิธีการมาตรฐาน NIOSH Manual of Analytical Method number 0600 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกจุดที่ตรวจวัดเมื่อเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานของหน่วยงาน Occupational Safety and Health Administration (OSHA) ที่กำหนดไว้ที่ 5 มิลลิกรัม/ลูกบาศก์เมตร โดยมีระดับความเข้มข้นเฉลี่ยเท่ากับ 0.199 ± 0.13 มิลลิกรัม/ลูกบาศก์เมตร ค่าความเข้มข้นสูงสุดและค่าความเข้มข้นต่ำสุดอยู่ที่ 0.875 มิลลิกรัม/ลูกบาศก์เมตร และ 0.013 มิลลิกรัม/ลูกบาศก์เมตร ตามลำดับ

ผลการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กทางการหายใจ

ปริมาณการรับสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กทางการหายใจ (CDI) ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 0.01 – 0.077 มิลลิกรัม/กิโลกรัม-วัน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.021 ± 0.013 มิลลิกรัม/กิโลกรัม-วัน ผลการคำนวณความเสี่ยงในกรณีผลกระทบแบบไม่ใช้การเกิดมะเร็ง พบว่า ค่าเฉลี่ยสัดส่วนความเสี่ยงเท่ากับ 1.96 ± 1.19 ร้อยละ 78.84 มีอันตรายอยู่ในระดับปานกลาง ($1.1 \geq$ ค่าสัดส่วนความเสี่ยง ≤ 10) รองลงมาคือ ร้อยละ 19.23 มีอันตรายอยู่ในระดับต่ำ ($0.1 \geq$ ค่าสัดส่วนความเสี่ยง ≤ 1.0) และร้อยละ 1.93 ไม่มีอันตราย (ค่าสัดส่วนความเสี่ยง < 0.1)



สรุปและอภิปรายผล

ค่าความเข้มข้นของฝุ่นละอองขนาดเล็กทางการหายใจตามวิธีการมาตรฐาน NIOSH Manual of Analytical Method number 0600 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกจุดที่ตรวจวัดเมื่อเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานของหน่วยงาน Occupational Safety and Health Administration (OSHA) ที่กำหนดไว้ที่ 5 มิลลิกรัม/ลูกบาศก์เมตร โดยมีระดับความเข้มข้นเฉลี่ยเท่ากับ 0.199 ± 0.13 มิลลิกรัม/ลูกบาศก์เมตร ค่าความเข้มข้นสูงสุดและค่าความเข้มข้นต่ำสุดอยู่ที่ 0.875 มิลลิกรัม/ลูกบาศก์เมตรและ 0.013 มิลลิกรัม/ลูกบาศก์เมตร ตามลำดับ เมื่อประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กทางการหายใจตามวิธีการมาตรฐานของ United States Environmental Protection Agency (U.S. EPA) และอธิบายความเสี่ยงในกรณีผลกระทบแบบไม่ใช้การเกิดมะเร็ง พบว่า ค่าเฉลี่ยสัดส่วนความเสี่ยงเท่ากับ 1.96 ± 1.19 ส่วนใหญ่มีอันตรายอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 78.84 รองลงมาคือ มีอันตรายอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 19.23

การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายริมทางจากการรับสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กทางการหายใจในเขตตำบลคลองหนึ่ง อำเภอกลองหลวง จังหวัดพทุมธานี พบว่า ค่าความเข้มข้นของฝุ่นละอองขนาดเล็กทางการหายใจมีค่าความเข้มข้นผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกจุดที่ตรวจวัดเมื่อเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานของหน่วยงาน Occupational Safety and Health Administration (OSHA)⁽¹⁰⁾ ที่กำหนดไว้ที่ 5 มิลลิกรัม/ลูกบาศก์เมตร

แม้ร้านค้าริมทางส่วนใหญ่จะตั้งในทำเลที่มีการจราจรพลุกพล่านแต่ด้วยลักษณะของร้านค้าจะเป็นร้านที่มีการเปิดโล่ง ลมสามารถพัดผ่านเข้ามาอาจทำให้เกิดการเจือจางของปริมาณฝุ่นละอองสอดคล้องกับงานวิจัยของนิตยา ชาคำรูน และลักษณีย์ บุญขาว¹² ที่ได้ทำการประเมินปริมาณฝุ่นละอองที่คนงานทำอิฐมอญแดงในตำบลหนองกินเพล อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีได้รับสัมผัสพบว่า ปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็ก (Respirable dust) ที่คนงานทำอิฐมอญแดงได้รับสัมผัสผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามประกาศกระทรวงมหาดไทย เรื่อง ความปลอดภัยในการทำงานเกี่ยวกับสภาวะแวดล้อม (สารเคมี) พ.ศ. 2520 ที่กำหนดค่าความเข้มข้นไม่เกิน 5 มิลลิกรัม/ลูกบาศก์เมตรเนื่องจากบริเวณทำงานเป็นพื้นที่โล่งมีลมพัดทำให้ปริมาณฝุ่นเจือจาง และสอดคล้องกับงานวิจัยของเสาวคนธ์ อุทัย และคณะ¹³ ที่ศึกษาความเข้มข้นฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 10 ไมครอนภายในป้อมตำรวจจราจรบริเวณถนนรังสิต-นครนายก อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี พบว่าความเข้มข้นฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 10 ไมครอนภายในป้อมตำรวจไม่เกินเกณฑ์มาตรฐานของหน่วยงาน Occupational Safety and Health Administration (OSHA) ถึงแม้ป้อมตำรวจจราจรจะตั้งอยู่ริมถนนที่มีการจราจรหนาแน่นแต่เนื่องจากภายในป้อมตำรวจมีการปิดประตูและหน้าต่างจึงสามารถป้องกันฝุ่นละอองเข้าสู่ร่างกายได้เมื่อพิจารณาค่าสัดส่วนความเสี่ยงเฉลี่ยของผู้ประกอบอาชีพค้าขายริมทางส่วนใหญ่ในการศึกษานี้พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง



เมื่อพิจารณาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง รายบุคคลจะพบว่าค่าสัดส่วนความเสี่ยงที่สูงที่สุด เท่ากับ 6.968 และต่ำที่สุดเท่ากับ 0.087 ค่าสัดส่วน ความเสี่ยงของผู้ประกอบอาชีพค้าขายริมทาง แตกต่างกันไปเนื่องมาจากการพิจารณาค่าสัดส่วนนี้ จะประกอบด้วยค่าเฉลี่ยของฝุ่นละอองขนาดเล็ก ทางหายใจจากการเก็บตัวอย่าง เวลาในการ สัมผัสของกลุ่มตัวอย่าง ความถี่ของการสัมผัสของ กลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาที่สัมผัสต่อปี น้ำหนักของ ร่างกาย และระยะเวลาที่สัมผัสรวมซึ่งส่งผลให้ ค่าสัดส่วนความเสี่ยงของผู้ประกอบอาชีพค้าขาย ริมทางแตกต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของศิริอุมา เจาะจิตต์ และคณะ¹⁴ ที่ทำการประเมินความเสี่ยง ในการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน ให้กับประชาชนที่อาศัยอยู่บริเวณใกล้และไกล โรงโม่หินเปรียบเทียบกัน พบว่า ค่าสัดส่วนความ เสี่ยงจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยทั้งอายุ ความเข้มข้นฝุ่นละออง รวมถึงระยะเวลาที่สัมผัสของ แต่ละบุคคลด้วย

จากผลการวิจัยดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า การสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กทางหายใจของ ผู้ประกอบอาชีพค้าขายริมทางจากสภาพแวดล้อม ในการทำงานที่มีการตั้งร้านค้าในบริเวณที่มีฝุ่น ละอองส่งผลให้ผู้ประกอบอาชีพค้าขายริมทาง มีโอกาสเจ็บป่วยหากสัมผัสโดยไม่มีการป้องกัน ตนเอง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเข้มข้นอาจเพิ่มโอกาสการ เกิดโรคระบบทางเดินหายใจ หัวใจเต้นผิดปกติ หอบ หืด หัวใจล้มเหลว¹⁵ ประสิทธิภาพการทำงานของ ปอดลดลงได้ ดังนั้นเพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับ ผู้ประกอบอาชีพค้าขายริมทาง ผู้ประกอบอาชีพ

ค้าขายริมทางควรตระหนักถึงอันตรายของการรับสัมผัส ฝุ่นละอองและต้องป้องกันตนเองเมื่อต้องทำงาน ในบริเวณที่มีฝุ่นละออง

ข้อเสนอแนะ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ทำหน้าที่ดูแล สุขภาพแรงงานนอกระบบทั้งองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำ ตำบลควรจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้ หรือการ ประชาสัมพันธ์เรื่องอันตรายและผลกระทบของฝุ่น ละอองต่อสุขภาพ เพื่อให้ผู้ประกอบอาชีพค้าขายริม ทางตระหนักถึงอันตรายของฝุ่นละออง สวมใส่ หน้ากากป้องกันฝุ่นละออง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ประกอบอาชีพ ริมทางที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บตัวอย่าง ฝุ่นละอองขนาดเล็กทางหายใจและตอบแบบสอบถาม รวมถึงนักศึกษาหลักสูตรอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ที่ช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลทำให้งานวิจัยสำเร็จ ลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมมลพิษ. แผนปฏิบัติการขับเคลื่อน วาระแห่งชาติ การแก้ไขปัญหามลพิษด้านฝุ่นละออง [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก https://www.pcd.go.th/wp-content/uploads/2021/02/pcdnw-2021-02-18_08-03-46_086635.pdf



2. สุธาร์ตน์ หมั่นมี และ ศุภิระ บุตรดี. การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการได้รับฝุ่น PM2.5 จากพื้นที่อุตสาหกรรมใน อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง. วารสารนเรศวรพะเยา 2564; 14(3):95-110
3. อีระชัย ทองเหลือ, พรพรรณ สุกุลคุ, ธาณี เทศศิริ, ศักดิ์ดา ดาดวง และ ภัคชัญญา แพงคำแหง. ปริมาณความเข้มข้น ชนิด และปริมาณโลหะหนักของฝุ่นละอองในอากาศขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM 2.5) ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2564;14(1):578-84
4. อีรพงศ์ บริรักษ์. ถอดบทเรียนวิกฤต PM 2.5. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2562;13(3):43-58
5. กรมควบคุมมลพิษ. คุณภาพอากาศบริเวณต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง, ปทุมธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก <http://air4thai.pcd.go.th/webV2/station.php?station=20t>
6. กรมอนามัยและกรมควบคุมโรค. แนวทางการเฝ้าระวังพื้นที่เสี่ยงจากมลพิษอากาศ กรณีฝุ่นละอองขนาดเล็ก. [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก:<http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER17/DRAWER002/GENERAL/DATA0000/00000200.PDF>
7. เทศบาลท่าโขลง. สภาพทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานเทศบาลเมืองท่าโขลง อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 3 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก https://thakhlong.go.th/public/istupload/backend/list_153/files_322_1.pdf
8. วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี. อำเภอลองหลวง [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 13 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B8%AD%E0%B8%B3%E0%B9%80%E0%B8%A0%E0%B8%AD%E0%B8%84%E0%B8%A5%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%AB%E0%B8%A5%E0%B8%A7%E0%B8%87>
9. National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). Particulates not otherwise regulated, respirable 0600 [Internet]. 1998 [cited 2021 November 16]. Available from: <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2003-154/pdfs/0600.pdf>
10. Occupational Safety and Health Administration. Particulates not Otherwise Regulated, Total and Respirable Dust (PNOR)+ [Internet]. 2021 [cited 2021 August 1]. Available from: <https://www.osha.gov/chemicaldata/801>



11. U.S. EPA. Risk Assessment Guidance for Superfund Volume I Human Health Evaluation Manual (Part A) [Internet]. 1989 [cited 2022 March 28]. Available from: <https://www.epa.gov/risk/risk-assessment-guidance-superfund-rags-part>
12. นิตยา ชาคำรุณ และ ลักษณีย์ บุญขาว. การประเมินปริมาณฝุ่นละอองของคณงานทำอิฐมอญแดงในตำบลหนองกิงเพล อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2562; 21(1):68-75
13. เสาวคนธ์ อุทัย, ภัทรสุดา ชุมกาแสง, นพรัตน์ รัตนวงษา และ ธาปกรณ คำหอมกุล. ความเข้มข้นของฝุ่นละอองภายในป้อมตำรวจจราจรบริเวณถนนรังสิต-นครนายก อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี และการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพ. วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา 2564;6(1):12-25
14. ศิริอุมา เจาะจิตต์, ปณิดา พิบูลย์, น้ำเพชร หมื่นราช, อโณทัย เกื้อกุล. การประเมินความเสี่ยงในการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมโครเมตรระหว่างชุมชนที่อยู่ใกล้และไกลโรงโม่หิน จังหวัดนครศรีธรรมราช. 2562; 27(2): 336-48
15. U.S. EPA. Health and environmental effects of particulate matter (PM) [Internet]. 2018. [cited 2023 April 25]. Available from: <https://www.epa.gov/pm-pollution/health-and-environmental-effects-particulate-matter-pm>



วันที่รับบทความ : 28/04/2566

วันแก้ไขบทความ : 24/05/2566

วันตอบรับบทความ : 25/05/2566

วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสในชาวนา ตำบลคำขวาง อำเภอรินคำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

สิริสุดา วงษ์ใหญ่

อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

E-mail: Sirisuda@scphub.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันโรคเมลิออยโดสิสในชาวนาที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมลิออยโดสิสในตำบลคำขวาง อำเภอรินคำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ชาวนาที่ทำการปลูกข้าวที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมลิออยโดสิสสูง ในตำบลคำขวาง อำเภอรินคำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีการคัดเลือกโดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ แบบ Cluster sampling จำนวน 70 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน พิสัยระหว่างควอไทล์ และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวม อยู่ในระดับต่ำถึง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ มีความรอบรู้อยู่ใน ระดับไม่เพียงพอ และในด้านของพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส พบว่าส่วนใหญ่เกษตรกรมีพฤติกรรม ป้องกันตัวเองอยู่ในระดับสูง แต่ยังมีกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม คือ เมื่อชาวนามีบาดแผล จะไม่หลีกเลี่ยงการทำการเกษตรจนกว่าแผลจะหายเป็นปกติ

คำสำคัญ : โรคเมลิออยโดสิส, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ชาวนา



Health Literacy on Melioidosis and Prevention Behavior of Farmer in Kham Kwang Sub-district, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province

Sirisuda Wongyai

Instructor at Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani

E-mail: Sirisuda@scphub.ac.th

ABSTRACT

This survey research aimed to study the level of health literacy and melioidosis prevention behaviors among farmers at risk of melioidosis in Kham Kwang sub-district, Warin Chamrap district, Ubon Ratchathani province. The 70 samples were agriculturists who grow rice. The research tools were interview forms. Statistics used for data analysis were descriptive statistics including percentage, mean, median, interquartile range and standard deviation. The study found that most of the samples had a level of overall health literacy scores at a moderate level. When separated by aspect, there was a low level of media and information literacy skills and preventive behavior of melioidosis was at a high level. However, it was also found that the sample group exhibited inappropriate behavior, that is, when farmers had a wound, they would not avoid farming until the wound had healed.

Keywords: Melioidosis, Health literacy, Farmer



บทนำ

โรคเมลิออยโดสิสเป็นโรคที่พบระบาดมากที่สุดในพื้นที่เขตร้อน (Tropical areas) เกิดจากเชื้อแบคทีเรียแกรมลบชูลิโดมาเลีย (Burkholderia pseudomallei) ที่อาศัยในดินและน้ำ ซึ่งอาชีพชาวนาปลูกข้าวเป็นกลุ่มเสี่ยงที่สุดในการติดเชื้อ เนื่องจากการสัมผัสดินและน้ำที่อาจมีการปนเปื้อนของเชื้อบ่อที่สุด¹ จากอุบัติการณ์ของโรคเมลิออยโดสิสพบว่าประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคเมลิออยโดสิสมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ² ผู้ที่ได้รับเชื้อจะแสดงอาการไม่แน่ชัด จะมีอาการและอาการแสดงตามตำแหน่งที่มีการติดเชื้อ เช่น ในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเมลิออยโดสิสในปอด จะมีอาการไอ แน่นหน้าอก มีไข้ ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเมลิออยโดสิสในกระแสเลือดจะมีอาการไข้ ปวดตามข้อ หายใจหอบเหนื่อย เป็นต้น ในรายที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดเฉียบพลันมักเสียชีวิตภายใน 1-3 วันหลังเข้ารับการรักษา³ จากการรายงานข้อมูลการเฝ้าระวังโรคเมลิออยโดสิสของสำนักโรคระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข พบอัตราป่วยสูงสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อัตราป่วย 2.71 ต่อประชากรแสนคน⁴ และในปี พ.ศ. 2564 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 1 พฤศจิกายน 2564 พบผู้ป่วย 1,955 ราย เสียชีวิต 3 ราย กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ อายุ 55-64 ปี ซึ่งพบอัตราป่วยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือสูงที่สุด โดยเฉพาะจังหวัดมุกดาหาร อำนาจเจริญ อุบลราชธานี ยโสธร และศรีสะเกษ ตามลำดับ และเมื่อปี พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วยโรคเมลิออยโดสิส จำนวน 3,429 ราย อัตราป่วย 5.21 ต่อแสนประชากร และเสียชีวิต 223 ราย อัตรา

ป่วยตาย ร้อยละ 6.78 โดยจากรายงานพบว่าจังหวัดอุบลราชธานีมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ 63 ราย โดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพชาวนาปลูกข้าวมากที่สุด⁵ ดังนั้นการศึกษาถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันโรคเมลิออยโดสิสในชาวนาดังกล่าวจึงมีความสำคัญ เพื่อเป็นแนวทางที่จะช่วยในการหามาตรการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเบื้องต้นในชุมชน และเป็นข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรม การป้องกันโรคเมลิออยโดสิสในชาวนาที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมลิออยโดสิสในตำบลคำขวาง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มชาวนาที่มีการทำนาทั้งนาปีและนาปรัง ตำบลคำขวาง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีหน้าที่ปลูกข้าว เพาะกล้าข้าว ดำนา ดูแลข้าว และเก็บเกี่ยวข้าวที่มีอายุระหว่าง 20 -59 ปีบริบูรณ์ ทั้งหมด 70 คน ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลคำขวาง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี และมีรายชื่อชาวนาจากข้อมูลบัญชีรายชื่อสมาชิกกลุ่มชาวนาที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงาน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นระยะเวลา นานกว่า 1 ปี โดยการศึกษาครั้งนี้มีระยะเวลาศึกษาดำเนินการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนมกราคม – กันยายน 2564



กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

- เพศ
- อายุ
- ระดับการศึกษา
- สถานภาพ
- โรคประจำตัว
- ประวัติของคนในครอบครัวป่วยด้วยโรคเมลิออยโดสิส
- รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
- ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา เคยได้รับข้อมูลความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องโรคเมลิออยโดสิส หรือพฤติกรรมการป้องกันตัวจากโรคเมลิออยโดสิสที่ถูกต้อง

2. ความสามารถในการอ่านศัพท์ทางการแพทย์

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเมลิออยโดสิส

- ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ
- ทักษะความรู้ ความเข้าใจ
- ทักษะการสื่อสาร
- ทักษะการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง
- ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง
- ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ

4. พฤติกรรมการป้องกันตัวจากโรคเมลิออยโดสิสที่ถูกต้อง



ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ
(Survey research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ชาวนาที่ทำ
อาชีพทำนาปลูกข้าวเพียงอาชีพเดียวเท่านั้น ในตำบล

คำขวาง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีที่มี
ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมลิออยโดสิส จำนวน
1,478 คน กลุ่มตัวอย่าง ได้จากการคำนวณหาขนาด
ของตัวอย่างของงานวิจัยเชิงสำรวจหรือการวิจัยเชิง
พรรณนาในประชากรที่มีขนาดจำกัด โดยใช้สูตรของ
Ferguson GA., Takane Y.⁶

$$n = \frac{Z^2 p(1-p)N_p}{d^2(N_p - 1) + Z^2 p(1-p)}$$

N_p คือ ขนาดของประชากร

p คือ โอกาสของการเกิดผลลัพธ์ที่สำคัญ มีค่าเท่ากับ 0.5

Z คือ ค่าความเชื่อมั่นที่กำหนด

เมื่อทำการคำนวณแล้วได้จำนวนขนาด
ตัวอย่างทั้งหมด 70 คน โดยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง
โดยใช้เกณฑ์แบบ Cluster sampling หมู่บ้านภายใน
ตำบลคำขวางทั้งหมด 2 หมู่บ้านจาก 5 หมู่บ้าน
ที่ทำการปลูกข้าวและมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเม
ลิออยโดสิสสูง เนื่องจากเป็นหมู่บ้านที่มีอาชีพหลักคือ
ทำนา ปลูกข้าว และผู้ป่วยโรคเมลิออยโดสิสภายใน
หมู่บ้าน หลังจากนั้นได้ทำการจับฉลากคัดเลือก
รายชื่อกลุ่มตัวอย่างหมู่บ้านละเท่าๆ กัน ได้หมู่บ้านละ
35 คน โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า คือ

- 1) ชาวนาอาชีพเดียวเท่านั้นที่มีอายุระหว่าง 20 -
59 ปีบริบูรณ์ อาศัยอยู่ในเขตตำบลคำขวาง
อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เป็น
ระยะเวลานานมากกว่า 1 ปี
- 2) มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการป่วยเป็นโรคเมลิออยโดสิส
- 3) สามารถอ่านออกเขียนได้

และเกณฑ์คัดออก คือ

- 1) บุคคลที่ป่วยหรือเคยป่วยด้วยโรคเมลิออยโดสิส
- 2) ไม่สะดวกเข้าร่วมการวิจัยจนเสร็จสิ้นโครงการวิจัย
เนื่องจากเป็นสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยพื้นฐานส่วน
บุคคล จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความสามารถในการ
อ่าน จำนวน 42 ข้อ พัฒนามาจากแบบประเมิน
ความสามารถในการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์
(MART) ของ Hanson-Divers, 1997



ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้เรื่องโรคเมลิออยโดสิส ซึ่งเป็นแบบวัดความรู้ที่ประยุกต์มาจากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส.ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 ของกองสุศึกษากระทรวงสาธารณสุข⁷ มีทั้งหมดจำนวน 6 ด้าน ดังนี้

- 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ
- 2) ทักษะความรู้ ความเข้าใจ
- 3) ทักษะการสื่อสาร
- 4) ทักษะการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง
- 5) ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง
- 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส จำนวน 6 ข้อ โดยลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย โดยมีลักษณะคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ

การตรวจสอบเครื่องมือ

นำแบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสในชาวนาที่ได้ปรับปรุงเนื้อหาที่ใช้ให้เหมาะสม ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องในการใช้ภาษา ความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์และเมื่อผ่านการพิจารณาตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่า IOC ในแบบสัมภาษณ์แต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 ซึ่งถือว่ามีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา หลังจาก

นั้นนำเครื่องมือที่ผ่านการพิจารณาตรวจสอบแก้ไขปรับปรุง ไปตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient แบบสัมภาษณ์ทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.79 ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ใช้ได้ จึงนำแบบสอบถามนั้นไป เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างต่อไป

การพิทักษ์สิทธิ์

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้วและอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการได้รับและพิจารณา วันที่รับรอง 19 พฤษภาคม 2564 เลขที่การรับรอง 158-075/2564

การรวบรวมข้อมูล

ภายหลังการตรวจสอบ ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์และการดำเนินการวิจัยแล้วผู้วิจัยจึงดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

- 1) ทำหนังสือต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- 2) จากนั้นนำหนังสือจากคณะกรรมการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำขวาง เพื่อชี้แจง



วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัยและขออนุญาต
ดำเนินการวิจัย

3) เมื่อได้รับการอนุญาต ให้เจ้าหน้าที่ที่
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรืออาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คัดเลือกกลุ่ม
ตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด พร้อมทั้ง
ทำหนังสือเชิญ

4) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัย
และกลุ่มตัวอย่าง และผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่ม
ตัวอย่างลงนามเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอม
ด้วยความสมัครใจ

5) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์
ในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งใช้เวลาประมาณ
คนละ 30-45 นาที หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัย
ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลและเก็บ
ข้อมูลเพิ่มเติมที่ข้อมูลไม่ครบถ้วนและนำไป
วิเคราะห์ทางสถิติตามขั้นตอนที่วางแผนไว้

6) การเก็บรักษาข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูล
ที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกจัดเก็บไว้ในตู้เก็บเอกสาร
ที่มีการล็อกแน่นหนาด้วยกุญแจ ผู้ที่สามารถเข้าถึง
ข้อมูลได้มีเพียงคนเดียว คือ ผู้วิจัยเท่านั้น และหลัง
การวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลจะถูก
เก็บไว้เป็นระยะเวลา 1 ปี หลังจากนั้นจะทำการ
ทำลายเอกสาร

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาใช้สถิติ
เชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับการ
วิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ค่ามัธยฐาน พิสัยระหว่างควอไทล์ และส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน จะประมวลข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS

ผลการวิจัย

จากการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ
และพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสใน
ชาวนา ตำบลคำขวาง อำเภอดอนตาล จังหวัด
อุบลราชธานี ได้ผลการวิจัยดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็น
ชาวนา จำนวน 70 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง
คิดเป็นร้อยละ 55.70 ค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 45.19 ปี
(S.D. = 7.975) ระดับการศึกษาอยู่ที่ระดับ
ประถมศึกษา ร้อยละ 84.10 สถานภาพสมรส
คิดเป็นร้อยละ 84.10 มีค่ามัธยฐานของรายได้ของ
ครอบครัวต่อเดือนอยู่ที่ 4,000 บาท กลุ่มตัวอย่างที่
มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 30.00 โดยโรคประจำตัวที่
พบมากที่สุดคือโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 21.40
ส่วนใหญ่มิเคยมีคนในครอบครัวป่วยด้วยโรค
เมลิออยโดสิส ร้อยละ 81.40 ภายในระยะเวลา 6
เดือนที่ผ่านมาส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับข้อมูลความรู้ทาง
สุขภาพเกี่ยวกับเรื่องโรคเมลิออยโดสิสหรือพฤติกรรม
การป้องกันตัวจากโรคเมลิออยโดสิสที่ถูกต้อง คิดเป็น
ร้อยละ 78.60 โดยหากในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา
ส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลความรู้ทางสุขภาพส่วน
ใหญ่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ
11.40 รวมอีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการ
อ่านศัพท์ทางการแพทย์อยู่ในระดับขั้นมัธยมศึกษา
ปีที่ 6 ขึ้นไป โดยค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 40.16



ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรค
เมลิออยโดสิส พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้
ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเมลิออยโดสิสที่เพียงพอมาก
ที่สุดในทักษะความรู้ความเข้าใจ คิดเป็นร้อยละ 71.40
และความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเมลิออยโดสิส
ที่ไม่เพียงพอมากที่สุด คือ ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ
และสารสนเทศ ถึงร้อยละ 50.00

ในส่วนภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ
เกี่ยวกับโรคเมลิออยโดสิส พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่ม
ตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรค
เมลิออยโดสิสอยู่ในระดับก้ำกึ่ง คิดเป็นร้อยละ 77.10
แต่จากผลการศึกษพบว่ายังคงมีกลุ่มตัวอย่าง
มีระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเมลิออยโดสิส
อยู่ในระดับไม่เพียงพออยู่ ดังปรากฏในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ร้อยละ และระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเมลิออยโดสิส (n=70)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับ โรคเมลิออยโดสิส	เพียงพอ (ร้อยละ)	ก้ำกึ่ง (ร้อยละ)	ไม่เพียงพอ (ร้อยละ)	S.D.	Mean
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	26 (37.10)	35 (50.00)	9 (12.90)	0.67	2.24
ทักษะความรู้ ความเข้าใจ	50 (71.40)	19 (27.10)	1 (1.40)	0.49	2.70
ทักษะการสื่อสาร	45 (64.30)	24 (34.30)	1 (1.40)	0.52	2.63
ทักษะการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง	33 (47.10)	27 (38.60)	10 (14.30)	0.72	2.33
ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	47 (67.10)	17 (24.30)	6 (8.60)	0.65	2.59
ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	21 (30.00)	14 (20.00)	35 (50.00)	0.89	1.88
ภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับโรคเมลิออยโดสิส	15 (21.40)	54 (77.10)	1 (1.40)	2.44	14.20



พฤติกรรมการป้องกันตัวเองจากโรคเมลิออยโดสิสที่ถูกต้องของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันตัวเองที่บ่อยครั้ง ได้แก่ พฤติกรรมการสวมอุปกรณ์ป้องกันตัวเองก่อนทำการเกษตร พฤติกรรมอาบน้ำหลังจากทำเกษตรทันที พฤติกรรมดื่มน้ำสะอาดที่ผ่านการต้มสุก และ พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการทำการเกษตรในกรณีที่มีบาดแผลจนกว่าแผลจะหายเป็นปกติ โดยพฤติกรรม

การสวมอุปกรณ์ป้องกันตัวเองก่อนทำการเกษตร ส่วนใหญ่ที่เกษตรกรปฏิบัติบ่อยครั้ง คือ พฤติกรรม การสวมรองเท้าบูท พฤติกรรมการสวมถุงมือ และ พฤติกรรมการสวมหน้ากากป้องกัน คิดเป็นร้อยละ 70.00, 52.90 และ 47.10 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่เคยหลีกเลี่ยง การทำการเกษตรในกรณีที่มีบาดแผลจนกว่าแผล จะหายเป็นปกติ คิดเป็นร้อยละ 5.70 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการป้องกันตัวจากโรคเมลิออยโดสิสที่ถูกต้อง (n=70)

พฤติกรรมการป้องกันตัว จากโรคเมลิออยโดสิสที่ถูกต้อง	ปฏิบัติ ประจำ (ร้อยละ)	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง (ร้อยละ)	ปฏิบัติ นานครั้ง (ร้อยละ)	ไม่เคย ปฏิบัติ (ร้อยละ)	S.D.	Mean
ใน 1 สัปดาห์ท่านสวมใส่อุปกรณ์ อุปกรณ์ป้องกันตนเองก่อนการทำ การเกษตร ได้แก่						
1. สวมรองเท้าบูท	14 (20.00)	49 (70.00)	7 (10.00)	0 (0)	0.54	3.10
2. สวมถุงมือ	7 (10.00)	37 (52.90)	26 (37.10)	0 (0)	0.64	2.73
3. สวมหน้ากากป้องกัน	22 (31.40)	33 (47.10)	15 (21.40)	0 (0)	0.73	3.10
ท่านอาบน้ำหลังจากทำการเกษตรทันที	26 (37.10)	38 (54.30)	6 (8.60)	0 (0)	0.62	3.29
ท่านดื่มน้ำสะอาดที่ผ่านการต้มสุก	13 (18.60)	38 (54.30)	19 (27.10)	0 (0)	0.68	2.91
หากท่านมีบาดแผลท่านจะหลีกเลี่ยง การทำการเกษตรจนกว่าแผลจะหาย เป็นปกติ	23 (32.90)	37 (52.90)	6 (8.60)	4 (5.70)	0.80	3.13



สรุปและอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์และผลการวิจัยของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกัน โรคเมลิออยโดสิส พบว่า

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเมลิออยโดสิส

ในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับก้ำกึ่ง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา รวมทั้งมีความสามารถในการอ่านศัพท์ทางการแพทย์อยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ขึ้นไป ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับข้อมูลความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องโรคเมลิออยโดสิสหรือพฤติกรรมป้องกันตัวจากโรคเมลิออยโดสิสที่ถูกต้อง โดยส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลดังกล่าวจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับก้ำกึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ กามีละ ชง, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และภารดี นานาศิลป์⁷ เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมในอำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ซึ่งเป็นผู้ที่มีการศึกษาที่จะสามารถเข้าใจข้อมูลทางด้านข้อความ คำแนะนำจากแพทย์พยาบาล มีการปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม⁷ และสอดคล้องกับการศึกษาของ เกศราพรรณ พันธุ์ศรีเกตุคงเจริญ และ นันทิมา นาคาพงศ์⁸ เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่าระดับการศึกษามี

ความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องมาจากการอ่านออกเขียนได้ ทำให้บุคคลสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ดีขึ้น สามารถที่จะค้นหาหรือแสวงหาข้อมูล ทำให้การเข้าถึง เข้าใจข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ⁹

ในส่วนของการทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นชาวนา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐชา อิศระกุล และพัชราวดี ศรีบุญเรือง⁹ ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรู้เท่าทันสื่อสังคมออนไลน์ของเกษตรกรรุ่นใหม่ พบว่ากลุ่มชาวนาอาจจะได้รับข้อมูลผ่านสื่อต่าง ๆ อันเป็นเท็จ หลอกลวง ไม่ตรงกับความเป็นจริง หรือหลักการที่ถูกต้อง ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรเพิ่มเนื้อหาการเรียนรู้ในด้านความรู้เกี่ยวกับสื่อสังคมออนไลน์ การเลือกสื่อหรือแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ เพื่อให้กลุ่มชาวนามีทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และเท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วของสื่อสังคมออนไลน์มากขึ้น⁹

2. พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคเมลิออยโดสิสที่ถูกต้อง

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคเมลิออยโดสิสอยู่ในระดับเพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ คมสัน ฉินวิรุฬห์ ศิริทรัพย์¹⁰ ได้ศึกษาความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสในกลุ่มชาวนาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จากการศึกษาพบว่ากลุ่มศึกษา



อาจมีความรู้ในการปฏิบัติเพื่อการป้องกันตนเองจากโรคฉี่หนู หรือโรคเลปโตสไปโรซิสซึ่งจะมีวิธีการติดต่อคล้ายคลึงกัน คือ เชื้อจะอาศัยอยู่ในน้ำหรือดิน จะเข้าสู่ร่างกายคนผ่านทางผิวหนังบริเวณที่มีบาดแผลหรือมือสัมผัสเชื้อที่ปนอยู่ในน้ำหรือดินแล้วเอาเชื้อเข้าทางเยื่อในปาก ตา จมูก หรือจากการดื่มน้ำ หรืออาหารที่ปนเปื้อนเชื้อเข้าไป ซึ่งโรคดังกล่าวเป็นโรคที่กระทรวงสาธารณสุขมีการณรงค์และประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรคอย่างแพร่หลาย แต่ยังพบว่าในกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม คือ เมื่อชาวนามีบาดแผลจะไม่หลีกเลี่ยงการทำการเกษตรจนกว่าแผลจะหายเป็นปกติ¹⁰

จากการศึกษาพบว่า ภาพรวมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเมลิออยโดสิสของเกษตรกรอยู่ในระดับก้ำกึ่ง แต่เมื่อคิดแยกรายด้านพบว่าเกษตรกรขาดความรู้ด้านสุขภาพในด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ รวมทั้งภาพรวมของพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคเมลิออยโดสิสที่ถูกต้องของเกษตรกรอยู่ในระดับที่เพียงพอ แต่ยังพบพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เหมาะสมอยู่

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการกำหนดนโยบาย ทิศทางและการวางแผนการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส เพื่อให้ชาวนามีความรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสและโรคที่มีการติดต่อในลักษณะใกล้เคียงกันได้อย่างเหมาะสม และสามารถใช้เป็นข้อมูลในการสร้างนวัตกรรมพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส

และโรคที่มีการติดต่อในลักษณะใกล้เคียง รวมทั้งเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของกลุ่มชาวนาหรือเกษตรกร รวมทั้งควรมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมลิออยโดสิสที่นอกเหนือจากความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อนำไปจัดกิจกรรมหรือศึกษาในงานวิจัยรูปแบบการทดลองที่จะศึกษาการส่งเสริมให้ชาวนามีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคเมลิออยโดสิสที่ถูกต้องและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. เมลิออยโดสิส. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 13 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=99
2. สุปรีญา สัมพันธ์รัตน์ และ สุพินดา เรืองจิรัชเสียร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อมะเร็งของผู้ติดเชื้อเมลิออยโดสิสในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2557;32(2):14-22
3. อรทัย สุวรรณไชยรบ. โรคเมลิออยโดสิส. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข; 2558. หน้า 82-5
4. กรมควบคุมโรค. เมลิออยโดสิส. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค; 2559. หน้า 83-5



5. กองโรคติดต่อทั่วไป/สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค เตือนประชาชนระวังป่วยโรคเมลิออยด์ หลีกเลี่ยงการเดินลุยน้ำย่ำโคลน. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 26 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=21537&deptcode=brc>
6. Ferguson GA. and Takane Y. Statistical analysis in psychology and education. 6ed. Singapore: McGraw-Hill Book Co., 1989: 152
7. กามีละ ชง, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และภารดี นานา ศิลป์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมในอำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี. วารสารพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2565;49(3):83-94
8. เกศรา พรหมพันธุ์ศรีเกตุคงเจริญ และนันทิมา นาคาพงศ์. ความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. วารสารสังคมศาสตร์วิชาการ 2562;12(2):385-399
9. ญัฐชา อิศระกุล และพัชรวดี ศรีบุญเรือง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรู้เท่าทันสื่อสังคมออนไลน์ของเกษตรกรรุ่นใหม่. วารสารเกษตรพระจอมเกล้า 2565;40:85-93
10. คมสัน ฉันทวิรุฬห์ศิริทรัพย์. ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยด์โดสิสในกลุ่มเกษตรกรที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์]. อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี; 2556



วันที่รับบทความ : 28/04/2566

วันที่แก้ไขบทความ : 25/05/2566

วันที่ตอบรับบทความ : 29/05/2566

วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University

การประเมินผลโครงการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง

เขตสุขภาพที่ 10 กระทรวงสาธารณสุข

จินดา คำแก้ว^{1*}, สุรีย์ ธรรมิกบวร², จริญญา มีหนองหว้า³, จตุพร ผลเกิด⁴,

เยี่ยมอุบล สุขเสริม⁵, ถนอมศักดิ์ บุญสุ¹

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี สถาบันพระบรมราชชนก¹

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร²

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ สถาบันพระบรมราชชนก³

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี⁴

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 10 อุบลราชธานี⁵

E-mail: jinda@scphub.ac.th*

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบภาคตัดขวาง ณ จุดเวลาใด เวลาหนึ่ง มีวัตถุประสงค์ประเมินผลโครงการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง เขตสุขภาพที่ 10 กระทรวงสาธารณสุข คือ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ ยโสธร และมุกดาหาร ใช้กรอบแนวคิด CIPPIEST model ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือและความเชื่อมั่นได้ 0.87 เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง จังหวัดละ 8 – 15 คน ต่อจังหวัด และสำรวจกลุ่มเป้าหมายด้วยแบบสอบถาม สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างแยกรายจังหวัด จำนวน 509 คน เก็บข้อมูลเดือนกุมภาพันธ์ 2564 - มกราคม 2565 ผลการสอบถามกลุ่มตัวอย่าง พบว่า 8 องค์ประกอบของการประเมินผลโครงการฯ ด้านบริบท ระดับดีมาก (ค่าเฉลี่ย 4.18, S.D.=.66) ด้านปัจจัยนำเข้า ระดับดี (ค่าเฉลี่ย 3.92, S.D.=.62) ด้านกระบวนการ ระดับดีมาก (ค่าเฉลี่ย 4.03, S.D.=.58) ด้านผลผลิต ระดับดี (ค่าเฉลี่ย 3.98, S.D.=.70) ด้านผลกระทบ ระดับดี (ค่าเฉลี่ย 3.89, S.D.=.59) ด้านประสิทธิภาพ ระดับดี (ค่าเฉลี่ย 3.87, S.D.=.68) ด้านความยั่งยืน ระดับดี (ค่าเฉลี่ย 3.44, S.D.=.76) ด้านการถ่ายทอด ระดับดี (ค่าเฉลี่ย 3.99, S.D.=.67) โดยรวมระดับดี (ค่าเฉลี่ย 3.95 S.D.=0.51) ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า วัณโรคเป็นปัญหาสำคัญเชิงนโยบายระดับเขตสุขภาพ ทำให้ได้รับงบประมาณการเข้าถึงระบบคัดกรองวัณโรคกลุ่มเสี่ยงได้ครอบคลุมมากขึ้น แต่ล่าช้าจากงบประมาณรวมทั้งคัดกรองด้วยวิธี X-Ray จากรถ Mobile และแจ้งผลส่งตรวจ Molecular Biology ส่งผลการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่ อีกทั้ง อุปสรรคจากระบบฐานข้อมูลหลายโปรแกรม ดังนั้น ควรทบทวนกิจกรรมเพื่อลดความเสี่ยงจากการแพร่เชื้อระหว่างคัดกรอง สำหรับด้านความยั่งยืนของโครงการเป็นสิ่งที่ต้องทบทวนและพิจารณาให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วม และควรพิจารณาดำเนินการในพื้นที่ระบบสุขภาพระดับอำเภอที่ยังเป็นปัญหาเท่านั้น

คำสำคัญ : CIPP-IEST โมเดล, การประเมินผล, คัดกรอง, วัณโรค, กลุ่มเสี่ยง

* ผู้ประพันธ์บทความ



Evaluation of a Screening Program for New Cases of Tuberculosis among High-Risk Individuals in Health Service Area 10, Ministry of Public Health, Thailand

Jinda Khumkaew^{1*}, Suree trumikaborworn², Jaroonsree Meenongwah³,
Jutipon Ponkerd⁴, Yiemubol Sookserm⁵, Thanomsak Boonsu¹

Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani, Praboromarajchanok Institute¹

Faculty of nursing Kamphaeng phet Rajabhat University²

Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong, Praboromarajchanok Institute³

The Office of Disease Prevention and Control, Region 10 Ubon Ratchathani⁴

Nation Health Security Office, Region 10 Ubon Ratchathani⁵

E-mail: jinda@scphub.ac.th*

ABSTRACT

The study aimed to evaluate the screening program for detecting new tuberculosis (TB) patients in high-risk groups using the CIPPIEST model framework in Ubon Ratchathani, Sisaket, Amnat Charoen, Yasothon and Mukadhan Province of 10th Health Area under the Ministry of Public Health, Thailand. The content validity of the tool and its reliability had a score of 0.87. The data were collected through purposive sampling interviews in each province, with a range of 8-15 people per province and questionnaire with a simple random sampling of 509 individuals from different provinces during February 2021 - January 2022. The study found that the mean score for all eight components, the scores for Context, Inputs, Process, Outputs, Outcomes, Efficiency, Sustainability, and Transfer were 4.18 (S.D=.66), 3.92 (S.D=.62), 4.03 (S.D=.58), 3.98 (S.D=.70), 3.89 (S.D=.59), 3.87 (S.D=.68), 3.44 (S.D=.76), and 3.99 (S.D=.67), respectively and overall 3.95 (S.D=.51). Quality data revealed that tuberculosis was a significant policy issue at the district health level, resulting in increased funding to access screening systems for high-risk groups. However, implementation delayed, including budget constraints, and slow screening methods, such as X-Ray from mobile units and molecular biology test result notifications, which affected the registration of new patients. Furthermore, obstacles from various database systems must be reviewed to reduce the risk of infection during screening. Project sustainable ability



aspect must be reviewed and evaluated by community networks, and interventions in health system districts that remain problematic should be considered.

Keywords: CIPP-IEST model, Evaluation, Screening, Tuberculosis, High-Risk Individuals



บทนำ

องค์การอนามัยโลก ได้จัดกลุ่มประเทศที่มีภาระโรคสูง (High Burden Country Lists) เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มที่มีจำนวนและอัตราป่วยโรคสูง (2) กลุ่มที่มีจำนวนและอัตราโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีสูง และ (3) กลุ่มที่มีจำนวนและอัตราป่วยโรคคือยาหลายขนานสูง (MDR-TB) ซึ่งประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศที่มีปัญหาโรคสูงทั้ง 3 กลุ่มดังกล่าว เมื่อปี พ.ศ. 2559 องค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (The End TB Strategy) มีเป้าหมายลดอุบัติการณ์วัณโรค (Incidence) ให้ต่ำกว่า 10 ต่อแสนประชากรโลก ภายในปี พ.ศ. 2578 (2035) กระทรวงสาธารณสุข เห็นชอบแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560-2564 เพื่อเป็นกรอบการดำเนินงาน โดยมีมาตรการหลักในการดำเนินงานคือ (1) เร่งรัดการค้นหาวินิจฉัย และรายงานให้มีความครอบคลุมการรักษา (Treatment Coverage) ร้อยละ 90 ของจำนวนผู้ป่วยที่คาดประมาณจากอุบัติการณ์ (2) เร่งรัดการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยในประชากรกลุ่มเปราะบางและกลุ่มเสี่ยงวัณโรค เช่น ผู้สัมผัสโรค ร่วมบ้าน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ต้องขัง และแรงงานข้ามชาติ ให้ครอบคลุมร้อยละ 90 (3) ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจพบทุกรายด้วยแนวทางการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง Patient center care ให้มีอัตราความสำเร็จการรักษาไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 90 ในประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 106,000 ราย (153 ต่อประชากรแสนคน)¹ การจะบรรลุเป้าหมายยุติวัณโรคนั้น ประเทศไทยต้องมีอัตราการอุบัติการณ์เฉลี่ย ร้อยละ

12.5 ต่อปี ในขณะที่ปัจจุบัน มีอัตราการลดลงของอุบัติการณ์ ร้อยละ 2.7 ต่อปี

ปีงบประมาณ 2559 - 2562 พื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุกประเภทมีอัตราอุบัติการณ์ (Incidence rate) 121.04, 123.18, 120.13, และ 125.38 ต่อประชากรแสนคน อัตราการค้นพบ (Case detection rate) ร้อยละ 70.37, 72.62, 77.01 และ 76.84 การประเมินผลการรักษา ปี 2559 - 2562 มีอัตราการรักษาสำเร็จ ร้อยละ 82.06, 86.90, 86.00, 87.60 อัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 8.64, 8.64, 9.15, 8.90 และ อัตราการขาดยา ร้อยละ 2.86, 3.16, 3.14, 1.46 ตามลำดับ ปีงบประมาณ 2563 พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ จำนวน 5,661 ราย อุบัติการณ์ 128.17 ต่อประชากรแสนคน อัตราการค้นพบ ร้อยละ 75.44 จากค่าประมาณการจะมีผู้ป่วยวัณโรค อีกทั้ง ผลการดำเนินงาน PA กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการรักษาสำเร็จ ร้อยละ 86.72 อัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 8.43 อัตราการขาดยา ร้อยละ 1.66 ส่วนใหญ่เป็นวัณโรคปอดในผู้สูงอายุ/มีโรคร่วม ผลการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ ปีงบประมาณ 2562 คัดกรองด้วยวาจา 510,118 ราย พบมีสงสัยวัณโรค (มีอาการเข้าได้) 101,927 ราย (ร้อยละ 19.98) ได้รับการถ่ายภาพรังสีทรวงอก จำนวน 247,154 ราย (ร้อยละ 24.88) พบปอดผิดปกติ 12,303 ราย ได้รับการตรวจเสมหะเพื่อยืนยันการวินิจฉัย 19,272 ราย เป็นเสมหะพบเชื้อ 1,151 ราย และได้รับการตรวจด้วย X-pert MTB/RIF 2,350 ราย พบเชื้อวัณโรค 359 ราย พบเป็นวัณโรคคือยา Rifampicin 14 ราย รวมพบ



เป็นผู้ป่วยวัณโรคจากการคัดกรองทั้งสิ้น 2,030 ราย (ร้อยละ 0.40) ของเป้าหมายที่การถ่ายรังสีทรวงอก ปีงบประมาณ 2563 ดำเนินการคัดกรองด้วยวาจา 385,698 ราย พบมีสงสัยวัณโรค (มีอาการเข้าได้) 68,756 ราย (ร้อยละ 17.83) ได้รับการถ่ายรังสีทรวงอก จำนวน 255,373 ราย (ร้อยละ 66.21) พบปอดผิดปกติ 9,850 ราย (ร้อยละ 3.86) ได้รับการตรวจเสมหะเพื่อยืนยันการวินิจฉัย 17,600 ราย เป็นเสมหะพบเชื้อ 1,234 ราย และได้รับการตรวจด้วย X-pert MTB/RIF 3,618 ราย พบเชื้อวัณโรค 491 ราย พบเป็นวัณโรคดื้อยา Rifampicin 10 ราย รวมพบเป็นผู้ป่วยวัณโรคจากการคัดกรองทั้งสิ้น 2,368 ราย (ร้อยละ 0.61) ของเป้าหมายที่ได้รับการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (CXR) ซึ่งส่วนใหญ่มาจากกลุ่มผู้สัมผัสโรค, ผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปี, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตามลำดับ²

จากข้อมูลเบื้องต้นและปัญหาการแพร่ระบาดของวัณโรครวมทั้งปัญหาการดื้อยา จากสาเหตุการพบผู้ป่วยล่าช้า หรือการไม่สามารถค้นหาหรือติดตามผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวมารับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกหรือการค้นหาผู้ป่วยที่เสี่ยงยังไม่ครอบคลุมหรือครบถ้วนตามเป้าหมายหรือแนวทางที่กำหนด ทำให้วัณโรคยังคงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย การค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มผู้สัมผัสโรคหรือร่วมบ้านผู้ป่วย หรือผู้ที่จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเจ็บป่วยด้วยวัณโรค จึงเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักในการคัดกรองหรือค้นหา ได้แก่ ผู้สูงอายุผู้ป่วย

โรคเรื้อรังโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานโรคไตวายเรื้อรัง โรคปอดอุดกั้น และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ แรงงานต่างชาติ หรือกลุ่มผู้ต้องขัง โดยสรุป ปัญหางานป้องกันควบคุมวัณโรคในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 มีดังนี้ (1) อัตราการค้นพบ (Case detection rate) ยังไม่บรรลุเป้าหมาย (2) อัตราการเสียชีวิตยังสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ และมีโรคร่วม และ (3) แนวโน้มผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) เพิ่มขึ้น ดังนั้น เขตสุขภาพที่ 10 จึงได้ดำเนินการโครงการคัดกรองและค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงเขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี ซึ่งค้นหากลุ่มเป้าหมายเน้นกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน เพื่อตรวจคัดกรองค้นหาผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาต่อไป ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต 10 อุบลราชธานี ในหมวดงบประมาณ PPA ในปีงบประมาณ 2563 เป็นต้นมา เนื่องจาก โครงการดังกล่าวได้ดำเนินโครงการและมีการประเมินผลตามวัตถุประสงค์โครงการ แต่ยังไม่มีการประเมินอย่างเป็นระบบ ซึ่งหลักการของโครงการภายหลังการดำเนินโครงการแล้วจะต้องมีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อนำผลการประเมินไปใช้ในการพัฒนา ปรับปรุงโครงการให้มีคุณภาพได้มาตรฐานและบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ³ ด้วยเหตุนี้ คณะผู้วิจัย จึงทำการประเมินโครงการฯ โดยใช้รูปแบบ CIPPIEST Model⁴ เป็นรูปแบบการประเมินที่มีความเหมาะสมผลครอบคลุมการประเมินด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ ด้านผลผลิต ด้านผลกระทบ



ด้านประสิทธิผล ด้านความยั่งยืน และด้านการถ่ายทอด มีการพิจารณาความเป็นไปได้ในการดำเนินโครงการตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้นโครงการอย่างรอบครอบ⁵ โดยผลการประเมินที่ได้จากการประเมินครั้งนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนา ปรับปรุง และเสริมจุดแข็งของโครงการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และส่งผลต่อสุขภาพประชาชนที่ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อประเมินด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ ด้านผลผลิต ด้านผลกระทบ ด้านประสิทธิผล ด้านความยั่งยืน ด้านการถ่ายทอดของโครงการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง เขตสุขภาพที่ 10 กระทรวงสาธารณสุข

นิยามศัพท์

จากการทบทวนแนวคิดการประเมินผลรูปแบบ CIPP Model คณะผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ในวิจัยนี้ โดยคำนึงถึงผลลัพธ์ (Outcomes) ของโครงการเป็นสำคัญ จึงได้ประยุกต์รูปแบบ CIPPIEST Model ที่มีความครอบคลุมองค์ประกอบทุกด้าน รวมทั้งยังมีเหตุผลและเป็นระบบ ไม่นับการวิเคราะห์จุดใดจุดหนึ่ง แต่เป็นรูปแบบการประเมินที่มีความต่อเนื่อง ทำให้ได้ข้อมูลครบถ้วน และจะนำไปสู่การตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงกำหนดนิยามศัพท์แต่ละองค์ประกอบดังนี้

1. บริบท คือ บริบทเกี่ยวกับโครงการ ความต้องการจำเป็น ความเป็นไปได้ ความพร้อมของโครงการ และวัตถุประสงค์ของโครงการ

2. ปัจจัยนำเข้า คือ ความเหมาะสมของงบประมาณ ความเหมาะสมของบุคลากร และความเหมาะสมของรูปแบบการจัดโครงการ

3. กระบวนการ คือ กระบวนการดำเนินงาน การประสานงาน การจัดกิจกรรมในโครงการ และการติดตามโครงการ

4. ผลผลิต คือ การประเมินผลผลิตอย่างรอบด้านเกี่ยวกับ ผลที่เกิดขึ้นกับกลุ่มเป้าหมาย และผลที่เกิดขึ้นกับชุมชน

5. ผลกระทบ คือ สิ่งที่ได้รับผลประโยชน์ได้รับ (จากโครงการหรือสิ่งแทรกแซง) ความต้องการที่จะได้รับการตอบสนองตามความต้องการซึ่งเป็นผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบของโครงการที่ส่งผลต่อความพึงพอใจต่อโครงการของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ผลกระทบของโครงการต่อประชาชน ผู้บริหาร ผู้เข้าร่วมโครงการและองค์กร

6. ประสิทธิภาพ คือ ผลที่เกิดขึ้นว่าบรรลุตอบสนองความต้องการความจำเป็นของกลุ่มผู้ที่ได้รับผลประโยชน์

7. ความยั่งยืน คือ ผลที่เกิดขึ้นมุ่งพิจารณาประเมินความคงอยู่หรือความต่อเนื่องในการทำโครงการที่ประสบผลสำเร็จไปใช้ รวมถึงวิธีการในการรักษาไว้ซึ่งความสำเร็จของโครงการดังกล่าว

8. การถ่ายทอด คือ จุดเด่นที่สามารถขยายผลต่อเนื่องได้ มีการนำโครงการหรือสิ่งแทรกแซงที่ประสบผลสำเร็จไปประยุกต์หรือปรับปรุงใช้ในที่อื่น ๆ

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการประเมินผลโครงการ (Evaluation Research) แบบภาคตัดขวาง ณ ช่วงเวลาใด ช่วงเวลาหนึ่ง รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative



Research) จากแบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) และข้อมูลเชิงคุณภาพ (Quantitative Research) ด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ดำเนินการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลและแปลผลข้อมูลที่ศึกษา ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2564 - มกราคม 2565 พื้นที่จังหวัดเขตสุขภาพที่ 10

การพิทักษ์สิทธิ์ งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 2564-010 วันที่รับรอง 2 กุมภาพันธ์ 2564 วันหมดอายุ 1 กุมภาพันธ์ 2565

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ 1) กลุ่มตัวอย่าง(ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ) จำนวน 8 – 15 คน ต่อจังหวัด รวม 5 จังหวัด จำนวน 40- 75 คน ประกอบด้วยตัวแทนผู้รับผิดชอบโครงการหรือผู้จัดการโครงการ ระดับจังหวัด และบุคลากรสาธารณสุขผู้ให้บริการในกิจกรรมของโครงการระดับอำเภอ ระดับตำบล พื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ โยธธร และมุกดาหาร ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการ คือ ผู้รับผิดชอบโครงการหรือผู้จัดการโครงการ ระดับจังหวัด และตัวแทนบุคลากรสาธารณสุขผู้ให้บริการในกิจกรรมของโครงการระดับอำเภอ และสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม และ 2) กลุ่มตัวอย่าง (ผู้ให้ข้อมูลเชิงปริมาณ) คือ บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานโครงการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง เขตสุขภาพที่ 10 โดยกลุ่มตัวอย่างได้จาก

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างสำหรับใช้ค่าเฉลี่ยที่ไม่ทราบขนาดประชากร⁶

$$n = \frac{z^2 \sigma^2}{d^2}$$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่าง

Z = พื้นที่ใต้เส้นโค้งปกติมาตรฐานที่ระดับนัยสำคัญ 5% ทารสองได้ค่า = 1.96

σ^2 = ความแปรปรวนของประชากรซึ่งประมาณจากความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยของสมัย พูนทอง และคณะ⁷ = 0.49²

d = ความคลาดเคลื่อนที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกำหนดให้เป็น 0.5

แทนค่าได้กลุ่มตัวอย่าง = 369 คน แต่เนื่องจากงานวิจัยนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 จึงได้ป้องกันการสูญหายของข้อมูล ร้อยละ 38 ได้กลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัย จำนวน 509 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างตามอำเภอ แยกรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ 10 กระทรวงสาธารณสุข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามความคิดเห็นตามกรอบแนวคิดงานวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นตาม CIPPIEST Model เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับด้านบริบท จำนวน 5 ข้อ ด้านปัจจัยนำเข้า จำนวน 12 ข้อ ด้านกระบวนการ จำนวน 13 ข้อ ด้านผลผลิต จำนวน 2



ข้อ ด้านผลกระทบ จำนวน 3 ข้อ ด้านประสิทธิผล จำนวน 2 ข้อ ด้านความยั่งยืน จำนวน 3 ข้อ และด้านการถ่ายทอด จำนวน 2 ข้อ รวมทั้งหมด 42 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ (Rating Scales) ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อเสนอแนะในการปรับปรุงและพัฒนาโครงการ

2. แบบสัมภาษณ์สำหรับการสนทนากลุ่มเป็นข้อคำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้าง ประเด็นข้อคำถามเกี่ยวกับด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ ด้านผลผลิต ด้านผลกระทบ ด้านประสิทธิผล ด้านความยั่งยืน และด้านการถ่ายทอด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์สำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus group) รวมทั้ง แบบสอบถามความคิดเห็นเพื่อเก็บข้อมูลเชิงปริมาณผ่านการพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ให้ถูกต้องและเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ผู้เชี่ยวชาญควบคุมป้องกันโรค จำนวน 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย วัดและประเมินผล จำนวน 2 คน และนำเครื่องมือดังกล่าวไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.87

วิธีการรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

อุบลราชธานี ผู้วิจัยได้ทำหนังสือจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานี เพื่อขออนุญาตลงเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

2. ผู้วิจัยประสานรายละเอียดและชี้แจงประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้รับผิดชอบงานวัดโรคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เขตสุขภาพที่ 10 และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี

3. ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามให้กับกลุ่มเป้าหมาย โดยมีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ดำเนินการ มีการแนบหนังสือขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและหนังสือชี้แจงเพื่อยินยอมเข้าร่วมการศึกษาด้วย เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จให้ส่งคืนมาที่ผู้วิจัยตามระยะเวลาภายใน 1 สัปดาห์ หากเกินกำหนดผู้วิจัยจะดำเนินการประสานงานไปยังผู้ช่วยวิจัยเพื่อติดตามแบบสอบถามที่ยังไม่ได้คืน

4. ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มเป้าหมายเพื่อขอสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นและผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงประมาณ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลและสำหรับข้อมูลสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ ด้านผลผลิต ด้านผลกระทบ ด้านประสิทธิผล ด้านความยั่งยืน ด้านการถ่ายทอด ใช้แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ที่ใช้การวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ การวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง และวัดการกระจายของข้อมูล แล้วนำมาแปลผลเพื่อประเมินระดับคุณภาพ จำนวน 4 ระดับ^๑



คะแนนเฉลี่ย 0.01 – 2.00 ระดับคุณภาพน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.01 – 3.00 ระดับคุณภาพปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.01 – 4.00 ระดับคุณภาพดี

คะแนนเฉลี่ย 4.01 – 5.00 ระดับคุณภาพดีมาก

ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อเสนอแนะในการปรับปรุงและพัฒนาโครงการ ได้นำมาสังเคราะห์และตีความเพื่อสรุปข้อมูล พร้อมนำเสนอข้อมูลแบบพรรณนาความ

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากการสัมภาษณ์ด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

ผู้วิจัยได้ลงพื้นที่โดยใช้แบบสัมภาษณ์ปลายเปิดกึ่งโครงสร้าง และผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเองในประเด็นต่าง ๆ ตามองค์ประกอบ โดยมีการลงพื้นที่ จำนวน 5 ครั้งๆละ 1 จังหวัด หลังจากนั้นได้นำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) สังเคราะห์และตีความเพื่อนำมาสรุปข้อมูลโครงการด้วยกระบวนการ CIPPIEST Model และนำเสนอข้อมูลแบบพรรณนาความ สรุปดังนี้

1. ด้านบริบท (C: Context Evaluation)

พบว่า บุคลากร 5 จังหวัด ให้ข้อมูลว่า “งานควบคุมป้องกันโรคได้กำหนดเป็นปัญหาพื้นที่ระดับนโยบายจากผู้บริหารของเขตสุขภาพที่ 10 และงานโรคยังเป็นงานประจำที่ต้องดำเนินการ” อีกทั้ง

“จังหวัด B ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งทุนอื่น” (PM-TB จังหวัด B.) ทำให้ผู้รับผิดชอบงานและผู้เกี่ยวข้องเข้าใจและรับทราบกับนโยบายดังกล่าว

2. ด้านปัจจัยนำเข้า (I: Input Evaluation)

พบว่า บุคลากร 5 จังหวัด ให้ข้อมูลตรงกันว่า “ผู้รับผิดชอบโครงการคือเจ้าหน้าที่คนเดิมที่รับผิดชอบงานวัณโรคของหน่วยงาน และได้ทบทวนระบบและกลไก” PM-TB จังหวัด A และ C เล่าว่า “จังหวัดมีการอบรมฟื้นฟูบุคลากรเพื่อทบทวนการปฏิบัติงานและมีการชี้แจงการจัดสรรวัสดุอุปกรณ์งบประมาณด้วย แต่งบประมาณมีจำนวนจำกัด” สำหรับตัวแทนอำเภอหลายแห่ง เล่าว่า “บางอำเภอได้ประชุมเพื่อเตรียมการและได้รับสนับสนุนการจัดกร รวมทั้ง งบประมาณจากท้องถิ่น” สำหรับกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการยืนยันว่าได้จากทะเบียนรายงาน และมีบางคนให้ข้อมูลว่า “ระยะเวลาดำเนินการกระชั้นมาก อีกทั้ง การระบาดของไวรัสโควิด-19 ส่งผลต่อการบริหารจัดการโครงการ”

3. ด้านกระบวนการ (P: Process Evaluation)

พบว่า ตัวแทนจังหวัด A ให้ข้อมูลว่า “สถานการณ์โควิดส่งผลต่อการทำงาน ทำให้ขยายเวลา อีกทั้ง รถ Mobile X Ray ได้รับแจ้งผลการอ่านฟิล์มล่าช้านานเกิน 1 เดือน” ตัวแทนจังหวัด B ให้ข้อมูล “รถเอกซเรย์ไม่ได้คุณภาพ ภาพรังสีไม่ชัดเจน เจ้าหน้าที่ถ่ายภาพรังสีขาดความชำนาญ บางกิจกรรมไม่เพียงพอ” ตัวแทนจังหวัด C ให้ข้อมูล “การระบาดโควิดส่งผลต่อความล่าช้าในการทำงาน งบประมาณไม่เพียงพอ รถ Mobile X-Ray เอกซเรย์ส่งผลอ่านช้า และขั้นตอนส่ง AFB&XPERT ล่าช้า”



ตัวแทนจังหวัด D ให้ข้อมูล “ภาพฟิล์มเมื่อ up load ลงระบบโรงพยาบาลไม่ได้ ผลการคัดกรอง CXR ล่าช้า” ตัวแทนจังหวัด E ให้ข้อมูล “ผลอ่านฟิล์มล่าช้า ส่งผลต่อการติดตามเก็บเสมหะเพื่อตรวจ AFB รวมทั้งบันทึกข้อมูลล่าช้า ไม่ครบถ้วน”

4. ด้านผลผลิต (P: Product Evaluation) มีบางจังหวัดให้ข้อมูล “เนื่องจากมีการจัดสรรโควตา กลุ่มเป้าหมาย บางอำเภอได้ผลงานไม่เป็นไปตามที่กำหนดไว้ แต่ภาพรวมจังหวัดยังมีผลงานเป็นไปตามเป้าหมาย” และทุกจังหวัดให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการดำเนินงานและกิจกรรมเป็นไปตามโครงการฯ

5. ด้านผลกระทบ (I: Impact Evaluation) พบว่า ตัวแทนทุกจังหวัดรู้สึกพึงพอใจต่อโครงการ และเห็นว่าเป็นโครงการที่ดีที่มาหนุนเสริมการทำงาน ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สำหรับกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองตามเกณฑ์ที่กำหนด เช่น PM-TB จังหวัด C ให้ข้อมูลว่า “ผู้ทำงาน ดีใจที่มีโครงการนี้ เพราะมีงบประมาณมาเติมให้การทำงานครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะผู้สูงอายุ”

6. ด้านประสิทธิผล (E: Effectiveness Evaluation) พบว่า ตัวแทนทุกจังหวัดยืนยันถึงความครอบคลุมและการเข้าถึงการรักษาของกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย เกิดการมีส่วนร่วมจากเครือข่าย เช่น ตัวแทนจังหวัด A, C, D เล่าตรงกันว่า “การดำเนินงานนี้ได้รับความร่วมมือจากท้องถิ่น หรือผู้นำหมู่บ้านในการจัดการรับ-ส่งกลุ่มเป้าหมาย ส่วนอสม.ได้ร่วมเป็นผู้ช่วยตามกลุ่มเสี่ยง ช่วยดูแลจัดการในช่วงการออกหน่วย X-ray”

7. ด้านความยั่งยืน (S: Sustainability Evaluation) พบว่า ตัวแทนทุกจังหวัดเห็นด้วยที่จะให้ท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพในด้านงบประมาณ เช่น ตัวแทนจังหวัด A และ B เล่าว่า “หากท้องถิ่นที่มีปัญหาวัณโรคในพื้นที่ ควรสนับสนุนงบประมาณกองทุนตำบลเพื่อทำกิจกรรมคัดกรองวัณโรค เพื่อให้ชุมชนรับผิดชอบกันเอง”

8. ด้านการถ่ายทอด (T: Transportation Evaluation) จากการสนทนากลุ่ม ตัวแทนจังหวัด D ให้ข้อมูล “มีตำบลหนึ่งที่พบอัตราป่วยวัณโรคสูงกว่าพื้นที่อื่น ๆ และเครือข่ายร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายและดำเนินกิจกรรมจนบรรลุผล ซึ่งน่าจะเป็นแหล่งเรียนรู้และขยายผลเทคนิคที่ต้นไปยังพื้นที่อื่น” ตัวแทนจังหวัด A ให้ข้อมูล “โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งได้นำแนวคิด STI TB model ที่เป็นรูปธรรม ซึ่งสามารถเป็นพื้นที่ต้นแบบสำหรับการดำเนินงานได้” สำหรับปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้รับการยืนยันจากตัวแทนทุกจังหวัดว่า “การทำให้เกิดเป็นตัวชี้วัดเชิงนโยบาย การมีบุคลากรและทีมคณะทำงานที่ดี เป็นปัจจัยทำให้โครงการนี้บรรลุผลสำเร็จ อีกทั้ง ได้รับความร่วมมือจากพื้นที่ ทำให้ลดอุปสรรค ปัญหาที่เกิดจากการดำเนินงานได้อย่างดี”

**การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ**

จากแบบสอบถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบกลับ
สรุปดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่ม
ตัวอย่างส่วนใหญ่ เพศหญิง ร้อยละ 61.10 อายุเฉลี่ย
40.76 ปี (S.D.=9.89) ผู้ตอบแบบสอบถามปฏิบัติงาน
ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการปฐมภูมิ

ร้อยละ 77.00 ดำรงตำแหน่งด้านสาธารณสุขและพยาบาล
วิชาชีพ ร้อยละ 76.20 และ 18.40 ตามลำดับ การศึกษา
ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 85.00 ระยะเวลาที่ทำงาน
ป้องกันควบคุม วัณโรค เฉลี่ย 10.14 ปี (S.D.=8.78)
และรอบปีที่ผ่านมาได้รับการอบรมเพื่อพัฒนา
ศักยภาพการควบคุมป้องกันวัณโรค ร้อยละ 42.10
รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ (n=507)		
ชาย	197	38.9
หญิง	310	61.1
2. สถานที่ปฏิบัติงาน (n=509)		
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	8	1.6
โรงพยาบาลจังหวัด	8	1.6
โรงพยาบาลชุมชน	47	9.2
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	54	10.6
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการปฐมภูมิ	392	77.0
3. ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน (n=505)		
แพทย์	2	0.4
นักเทคนิคการแพทย์/เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์/ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	2	0.4
เภสัชกร/เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	6	1.2
รังสีเทคนิค/รังสีการแพทย์/เจ้าพนักงานรังสีเทคนิค	17	3.4
พยาบาลวิชาชีพ	93	18.4
นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข	385	76.2



ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
4. ระดับการศึกษา (n=506)		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	9	1.8
ปริญญาตรี	430	85.0
สูงกว่าปริญญาตรี	67	13.2
5. รอบปีที่ผ่านมา ฝึกอบรมการค้นหาและคัดกรองวัณโรค กลุ่มเสี่ยง (n=506)		
ได้รับการฝึกอบรม	213	42.1
ไม่ได้รับการฝึกอบรม	293	57.9

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อโครงการฯ แยกตามองค์ประกอบ CIPPIEST model กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ มีผู้รับผิดชอบโครงการทุกระดับ(จังหวัด/อำเภอ/ตำบล) อย่างชัดเจน, โครงการฯ สอดคล้องกับนโยบายหรือตัวชี้วัดของหน่วยงาน และ โครงการฯ นี้มีวัตถุประสงค์ชัดเจนในการดำเนินงาน (4.34, 4.30 และ 4.22 ตามลำดับ) สำหรับประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 3 อันดับสุดท้าย คือ โครงการฯ นี้ควรยุติเนื่องจากไม่เป็นปัญหาของ

พื้นที่, โครงการฯ นี้มีความยุ่งยากต่อภาระงานประจำของท่าน และ ประเด็นมีงบประมาณเพิ่มเติมจากแหล่งอื่น ๆ เพื่อสนับสนุนกิจกรรมโครงการ (2.67, 3.18 และ 3.54 ตามลำดับ) เมื่อวิเคราะห์รายองค์ประกอบโดยค่าเฉลี่ย 5.00 ของแต่ละด้าน พบว่า ด้านบริบทและด้านกระบวนการดำเนินงานตามโครงการฯ ระดับดีมาก (ค่าเฉลี่ย 4.18 และ 4.03 ตามลำดับ) ส่วนด้านอื่น ๆ ระดับดี รวมทุกองค์ประกอบของการประเมินผลได้ค่าเฉลี่ย 3.95 (S.D.=0.51) มีคุณภาพระดับดี ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลระดับคุณภาพขององค์ประกอบต่าง ๆ

องค์ประกอบของการประเมินผล	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผลระดับคุณภาพ
1. ด้านบริบท (Context Evaluation)	4.18	0.66	ดีมาก
2. ด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation)	3.92	0.62	ดี
3. ด้านกระบวนการ (Process Evaluation)	4.03	0.58	ดีมาก
4. ด้านผลผลิต (Product Evaluation)	3.98	0.70	ดี



องค์ประกอบของการประเมินผล	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน	แปลผลระดับ
		มาตรฐาน	คุณภาพ
5. ด้านผลกระทบ (Impact Evaluation)	3.89	0.59	ดี
6. ด้านประสิทธิผล (Effectiveness Evaluation)	3.87	0.68	ดี
7. ด้านความยั่งยืน (Sustainability Evaluation)	3.44	0.76	ดี
8. ด้านการถ่ายทอด (Transportation Evaluation)	3.99	0.67	ดี
สรุป	3.95	0.51	ดี

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อเสนอแนะในการปรับปรุงและพัฒนาโครงการ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการกำหนดปัญหาโรคเป็นประเด็นปัญหาเชิงนโยบายระดับเขตสุขภาพที่ 10 และกลุ่มเป้าหมายตามโครงการเป็นกลุ่มที่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ ซึ่งการได้รับงบประมาณดังกล่าวเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการขับเคลื่อนกิจกรรมดำเนินงาน

แต่ควรทบทวนเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณที่ให้มุ่งลงพื้นที่เป้าหมายโดยตรง พิจารณาระบบและกลไกการคัดกรองของแต่ละพื้นที่ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน การดึงเครือข่ายและทรัพยากรต่าง ๆ มาร่วมรับผิดชอบเกี่ยวกับบรรณรค์คัดกรอง ทบทวนลักษณะทางระบาดวิทยาของกลุ่มสัมผัส กลุ่มเสี่ยงที่จะนำเข้าสู่กระบวนการคัดกรอง อีกทั้ง ควรทบทวนระบบการบันทึกข้อมูลของผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคอีกด้วย ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สรุปประเด็นปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของผู้ตอบแบบสอบถาม

ประเด็น	ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
1. กลุ่มเป้าหมาย	1.ระดับชุมชน ยังไม่ให้ความสนใจ 2.กลุ่มเป้าหมาย ไม่สนใจ ไม่ครอบคลุม เก็บสารคัดหลั่งไม่ถูกต้อง คัดกรองไม่ตรง ระยะเวลาการก่อโรค รวมทั้งการเคลื่อนย้าย ประชากรที่ส่งผลต่อการคัดกรองฯ	



ประเด็น	ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
	3.กลุ่มผู้ป่วย ไม่กินยา ระบบกำกับ อาการ ข้างเคียงของยา การไม่ยอมรักษา	
2. ผู้ให้บริการ	1.เจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการสุขภาพมีภาระ งานที่มาก 2.เจ้าหน้าที่ของเครือข่ายหน่วยบริการ สุขภาพมีส่วนร่วมให้บริการน้อย 3.บุคลากรมีทักษะไม่เพียงพอ อัตรากำลัง เจ้าหน้าที่โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ ห้องปฏิบัติการ และข้อจำกัดการเยี่ยมบ้าน	หน่วยงานสาธารณสุข (มีผู้รับผิดชอบ ชัดเจน ผูกอบรม จัดสรรอัตรากำลัง ทีมงาน สร้างทีม อสม.ร่วมเป็นผู้ให้ บริการ รวมทั้งหน่วยงานอื่น ๆ (ถ่ายภาระงานบางกิจกรรมให้ อปท. ส่งเสริมเอกชนร่วมคัดกรอง สร้างทีม แกนนำคัดกรองกลุ่มเสี่ยง เพิ่มความรู้ ทักษะให้กับผู้ดูแลผู้ป่วย
3. งบประมาณ	1.งบประมาณจำกัด 2.งบประมาณไม่สอดคล้องกับกิจกรรม 3.งบประมาณล่าช้า 4.ค่าใช้จ่ายในการนำส่งสิ่งส่งตรวจสูง (High cost)	ได้การจัดหางบประมาณ (ตั้ง งบประมาณต้นปี มีแหล่งงบประมาณ หลากหลาย มีรถ Mobile X- Ray การบริหารงบประมาณ (งบประมาณ ลงพื้นที่โดยตรง) ระบุประเภทการใช้ จ่ายที่สามารถเบิกได้ ความรวดเร็ว ของการจัดสรรและเบิกจ่ายประมาณ
4. วิธีการ	1.นโยบายเปลี่ยนแปลง 2.การสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับ กลุ่มเป้าหมายที่เข้าใจไม่ตรงกัน รวมทั้งการ กรอกข้อมูลผ่านระบบที่มีปัญหาบ่อย 3.กระบวนการจัดทำโครงการฯ ล่าช้า 4.การตรวจคัดกรอง ได้แก่ การรับส่ง กลุ่มเป้าหมายและการปนเปื้อน การตรวจ แบบ Mobile X- Ray ที่ช้า กลุ่มเป้าหมาย กลัวระบบส่งต่อกลุ่มเสี่ยง 5.การบริหารเวลา (การเลื่อนนัด ปัญหา เร่งด่วน เช่น โควิด-19) 6.ระบบข้อมูล (ฐานข้อมูลมาก รับส่งข้อมูลช้า)	การค้นหากลุ่มเป้าหมาย (ขยายพื้นที่ เป้าหมายให้ครอบคลุม) การคัดกรอง (ขั้นตอนการเก็บเสมหะ เพิ่มช่อง ทางการเข้าถึง) การรับส่งข้อมูล (ขั้นตอนชัดเจน โปรแกรมกรอกไม่ ยุ่งยาก รับส่งข้อมูลที่รวดเร็ว ระบบ ติดตามผู้ป่วย



ประเด็น	ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
5. วัสดุอุปกรณ์	1.รถ Mobile X- Ray มีจำนวนน้อยคัน ส่งผลต่อการคัดกรองล่าช้าทั้งเขตสุขภาพ 2.การเดินทางของกลุ่มเป้าหมายไม่สะดวก ไม่มีรถรับส่ง กลุ่มเสี่ยงมีอุปสรรคในการ เดินทางไปรับการตรวจยืนยันและการรักษา	รถ Mobile X- Ray ที่มีจำนวนจำกัด ทำให้ทำงานได้ล่าช้า

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาแบบภาคตัดขวาง ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโครงการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงเขตสุขภาพที่ 10 กระทรวงสาธารณสุข โดยนำกรอบแนวคิด CIPPIEST model มาออกแบบเป็นเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยแบบสัมภาษณ์ด้วยวิธีการสนทนากลุ่มตัวแทนผู้เกี่ยวข้องที่เลือกแบบเจาะจง และเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามจากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย จากข้อมูลเชิงปริมาณพบว่ากลุ่มเป้าหมายให้ความคิดเห็นจากองค์ประกอบของการประเมินผลโครงการ ระดับค่าเฉลี่ย 3.95 (S.D.=0.51) ซึ่งเป็นระดับดี ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า การกำหนดปัญหาวัณโรคเป็นประเด็นปัญหาเชิงนโยบายระดับเขตสุขภาพ สอดคล้องกับปัญหาวัณโรคพื้นที่ระดับเขตสุขภาพ ซึ่งเป็นการยกระดับปัญหาให้สามารถขับเคลื่อนการคัดกรองโรคและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงได้ครอบคลุมมากขึ้นซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเกษมวาทษ์ไกร และคณะ⁹ แต่มีความล่าช้าในการเข้าสู่ระบบคัดกรองเนื่องจากการตรวจ Mobile X-Ray มีจำนวนจำกัดและการรับทราบผลการตรวจคัดกรอง

ช้าจากการอ่าน ซึ่งควรทบทวนระบบและกลไกการดำเนินงานกิจกรรมเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าสู่ระบบการคัดกรองได้รวดเร็ว รวมทั้ง ทบทวนระบบการบันทึกข้อมูลให้มีประสิทธิภาพ

โครงการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงเขตสุขภาพที่ 10 กระทรวงสาธารณสุข ได้รับงบประมาณ P&P Area based จำนวน 3,500,000 บาท/ปี ครอบคลุมทั้ง 5 จังหวัด โดยดำเนินการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง (3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปที่เป็นโรคเรื้อรัง ติดบ้าน ติดเตียง มีโรคร่วม, กลุ่มผู้สัมผัสวัณโรคเสมหะบวก ต้อ ยา สัมผัสโรคร่วมบ้าน และกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน) ทั้งนี้ กระบวนการตามโครงการนี้ ไม่มีกระบวนการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายตามแบบประเมินคัดกรองด้วยวาจาแม้ว่าจะคัดกรองได้สะดวก ง่ายต่อการใช้งานแต่มีค่าความไวค่อนข้างต่ำสอดคล้องกับข้อค้นพบจากงานวิจัยของศศิธร ศรีโพธิ์ทองและคณะ¹⁰ ทั้งนี้การค้นหากกลุ่มเสี่ยงสูงเข้าสู่ระบบการตรวจ X-Ray และ Molecular Biology ทำให้การใช้จ่ายงบประมาณต่อหัวสูงกว่าปกติ รวมทั้ง ข้อจำกัดด้านเครื่องมือคัดกรอง, ผู้มีประสบการณ์อ่านผลคัดกรอง, ระบบโปรแกรมบันทึกข้อมูลหลายระบบ ยังเป็นอุปสรรค



ต่อการทำงานซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเพ็ญจันทร์ โสมหงษ์และคณะ¹¹ ที่พบปัญหาที่เกิดจากรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคปอดของบุคลากรด้านการแพทย์ทั้งความรู้ความเข้าใจการคัดกรอง ระบบการจัดการความเสี่ยงการกระจายเชื้อในระหว่างคัดกรอง การสื่อสาร เป็นต้น อาจส่งผลให้การนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาพยาบาลล่าช้าอีกด้วย สำหรับจากการประเมินโครงการ PPA ของการประเมินผลโครงการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง เขตสุขภาพที่ 10 กระทรวงสาธารณสุข พบว่า โครงการนี้มีองค์ประกอบของการประเมินผลด้านบริบทและด้านกระบวนการที่ดีมาก เนื่องจากเป็นภาระงานเดิมที่ดำเนินการอยู่แล้ว เพียงแต่ยกระดับความสำคัญขึ้นมาเป็นนโยบายการแก้ไขปัญหาของพื้นที่ระดับเขตสุขภาพที่ 10 สำหรับด้านความยั่งยืนของโครงการเป็นสิ่งที่ต้องทบทวนและพิจารณาให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมสอดคล้องกับงานวิจัยดวงใจ ไทยวงศ์และคณะ¹² ที่พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานเกิดจากความร่วมมือของชุมชน และควรพิจารณาเฉพาะพื้นที่ระดับอำเภอที่ยังเป็นปัญหาเท่านั้นรวมทั้งจัดทำปฏิทินการแก้ปัญหาให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่สอดคล้องกับงานวิจัยของสมัย พูนทองและคณะ¹³ และหากผลักดันขับเคลื่อนงานอำเภอในรูปแบบอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน จะทำให้ลดอัตราป่วยตาย พัฒนาระบบข้อมูลที่เชื่อมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จะทำให้การทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศรีสุนทร วิริยะวิภาตและคณะ¹⁴

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงการพิจารณาตัดสินใจ

1. การคัดกรองกลุ่มเป้าหมายด้วยวิธีการต่าง ๆ ควรคำนึงถึงอรรถประโยชน์ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
2. เนื่องจากวัณโรคมีระยะฟักตัวที่ยาวและการแสดงอาการจะเกิดขึ้นกับบุคคลแต่ละวัยต่างกัน ดังนั้น การจัดทำช่วงเวลาคัดกรองควรให้เหมาะสมกับหลักทางระบาดวิทยา เพื่อให้เกิดความเหมาะสมและแม่นยำ
3. การคัดกรองด้วยวาจา ยังมีความจำเป็นและสำคัญ เพราะสามารถกระทำได้ซ้ำ ๆ ตามวงรอบและประหยัดค่าใช้จ่าย รวมทั้งช่วยกรองผู้สงสัยเข้าสู่ระบบการตรวจ X-ray และ Molecular Biology
4. พื้นที่ MDR-TB หรือพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์สูง ควรกำหนดเป็นนโยบายพื้นที่ระดับอำเภอและมีเครือข่ายพื้นที่ร่วมรับผิดชอบขับเคลื่อนการดำเนินงาน
5. การจัดบริการคัดกรองวัณโรค โดยมีการรับ – ส่งกลุ่มเป้าหมาย ควรคำนึงถึงหลักการลดการสัมผัส และ Universal Precaution
6. ควรจัดระบบให้มีรถ Mobile X Ray ภาคเอกชนเข้าร่วมดำเนินการ เพื่อลดระยะเวลารอคอย
7. ควรทบทวนความซ้ำซ้อนของการรอกผลงานการคัดกรองในระบบโปรแกรมต่าง ๆ เพื่อลดภาระงานของผู้รับผิดชอบ รวมทั้ง ออกแบบระบบรายงานที่ตอบตัวชี้วัดของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับงานวัณโรคด้วย



2. ข้อเสนอแนะเพื่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยรายใหม่ ต้องได้รับการขึ้นทะเบียนและเข้าสู่ระบบการรักษาพยาบาลให้เร็วที่สุด เพื่อไม่ให้เกิดความล่าช้าในการบำบัดรักษา ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการแพร่กระจายเชื้อในชุมชนได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจเครื่องมือวิจัย ได้แก่ ผศ.ดร.นฤมล สิงห์ตง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ผศ.ดร.อารี บุตรสอน วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี และ ดร.กุลธิดา กุลประทีปปัญญาวินิจฉัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ รวมทั้งคณะผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 10 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานีที่สนับสนุนบริหารจัดการศึกษาในครั้งนี้ ท้ายสุดขอขอบพระคุณกลุ่มเป้าหมายที่ให้ความกรุณาในการร่วมศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. WHO, Global TB Report. [อินเทอร์เน็ต]. 2019 [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://www.paho.org/en/documents/global-tuberculosis-report-2019>
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 11 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://http-ddc.moph.go.th/ui/form/Login.aspx>
3. พงศ์เทพ จิระโร. การประเมินโครงการ: สิ่งจำเป็นในการทำงานยุคใหม่. วารสารศึกษาศาสตร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 18 มกราคม 2564]. 23(3): [หน้า 43-56]. เข้าถึงได้จาก <http://dspace.lib.buu.ac.th/xmlui/bitstream/handle/1234567890/2098/43-56.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Stufflebeam DL, and Coryn CLS. Evaluation: theory, models and applications (2nd edition). Francisco: Jossey-Bass; 2014
5. รัตน์ บัณฑิต. รูปแบบการประเมิน CIPP และ CIPPIEST มโนทัศน์ที่คลาดเคลื่อนและถูกต้องในการใช้ CIPP and CIPPIEST Evaluation Models: Mistaken and Precise Concepts of Applications. วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 15 ธันวาคม 2563]. 5(2): [หน้า 7-24]. เข้าถึงได้จาก <https://dokumen.tips/documents/aaaaaa-aaaaaa-cipp-aaa-cipp-iest-aaa.html?page=1>
6. อรุณ จิระวัฒน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์; 2558.



7. สมัย พูนทอง, เจริญชัย คำแฝง, ชนะ หอมจันทร์, จีระนันท์ คำแฝง และทวีศักดิ์ จันทร์หอม. การประเมินผลโครงการอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน อำเภอเชียงใน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารควบคุมโรค[อินเทอร์เน็ต].2556. [เข้าถึงเมื่อ 23 พฤศจิกายน 2563]. 39(3): [หน้า266-271]. เข้าถึงได้จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/DCJ/article/view/155083>
8. สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. คู่มือประกันคุณภาพการศึกษาภายในระดับอุดมศึกษา พ.ศ.2557.พิมพ์ครั้งที่ 3.กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์ภาพพิมพ์; 2560
9. เกษสุมา วงษ์ไกร, พุทธิไกร ประมวล, ภัทรภรณ์ บัวพันธ์. การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุกด้วยรถถ่ายภาพรังสีทรวงอกเคลื่อนที่ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดศรีสะเกษ.วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่10[อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 26 ธันวาคม 2565]. 18(1): [หน้า 73-82]. เข้าถึงได้จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/odpc10ubon/article/view/249614/169641>
10. ศศิธร ศรีโพธิ์ทอง, วิโรจน์ วรรณภีระ, วาสนา เกตุมะ. การคัดกรองวัณโรคปอดในกลุ่มเสี่ยงและประสิทธิภาพของแบบคัดกรองอาการสงสัยวัณโรคปอด.พุทธชินราชเวชสาร[อินเทอร์เน็ต].2561. [เข้าถึงเมื่อ 23 พฤศจิกายน 2563]. 35(3): [หน้า394-400]. เข้าถึงได้จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/BMJ/article/view/201190/140603>
11. เพ็ญจันทร์ โฮมหงษ์, ศุภรดา ภาแสนทรัพย์, น้ำฝน เสาวภาคย์ไพบูลย์. การพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคปอด งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพธิพิสัย.วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 26 ธันวาคม 2565]. 29(1): [หน้า96-110].เข้าถึงได้จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/udhhosmj/article/view/250824/170547>
12. ดวงใจ ไทยวงษ์, กรรณิการ์ ตฤณวุฒิมพงษ์, สุวัฒนา อ่อนประสงค์. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมวัณโรคโดยหมอประจักษ์บ้านของอำเภอข้าสูง จังหวัดขอนแก่น.วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่7 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2 มกราคม 2566]. 29(3): [หน้า111-30]. เข้าถึงได้จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jdpc7kk/article/view/259745/175213>
13. สมัย พูนทอง, เจริญชัย คำแฝง, ชนะ หอมจันทร์, จีระนันท์ คำแฝง, ทวีศักดิ์ จันทร์หอม. การประเมินผลโครงการอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน อำเภอเชียงใน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารควบคุมโรค[อินเทอร์เน็ต].2556. [เข้าถึงเมื่อ 23 พฤศจิกายน 2563]. 39(3): [หน้า266-71]. เข้าถึงได้จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/DCJ/article/view/155083>



14. ศรีสุนทร วิริยะวิภาต, กังสดาล สุวรรณรงค์, ชุตินา วัชรกุล, สารัช บุญไตรย์. การประเมินผลนโยบายต่อการขับเคลื่อนโครงการอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนในพื้นที่ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2555.วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น[อินเทอร์เน็ต]. 2555. [เข้าถึงเมื่อ 23 พฤศจิกายน 2563]. 19(2): [หน้า 84-99]. เข้าถึงได้จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jdpc7kk/article/view/166088/120116>



วันที่รับบทความ : 02/05/2566
วันแก้ไขบทความ : 29/05/2566
วันตอบรับบทความ : 31/05/2566

วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University

แนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ของประชากรวัยทำงานในจังหวัดสมุทรสงคราม

คำรน ศรีวงศ์ษา

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม

E-mail: kamsri599@gmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของงานวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) เพื่อศึกษาปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และ 2) เพื่อศึกษาแนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ของประชากรวัยทำงานในจังหวัดสมุทรสงคราม กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชากรวัยทำงานในจังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 400 คน ที่คำนวณมาจากวิธีการของ ทาโร่ ยามาเน่ สำหรับแบบสอบถามในการรวบรวมข้อมูล มีค่า IOC มากกว่า 0.50 ทุกข้อและมีความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.750 ถึง 0.905 และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานด้วย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ และการถดถอยความ การให้ความหมายและการสังเคราะห์ เพื่อหาแนวทางในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในจังหวัดสมุทรสงคราม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.53$, S.D.=0.591) ความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.47$, S.D.=0.583) ทักษะในการสื่อสารสารด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.31$, S.D.=0.539) การจัดการตนเองอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=2.80$, S.D.=0.488) ความสามารถในการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.47$, S.D.=0.575) การตัดสินใจเลือกสื่ออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.56$, S.D.=0.599) ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ($b=0.173$, $p < 0.01$) และการจัดการตนเอง ($b=0.344$, $p < 0.01$) งานวิจัยในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการนำไปสร้างรูปแบบและแนวทางในการสร้างช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ รวมถึงข้อมูลสุขภาพรายบุคคลเพื่อสร้างความตระหนักรู้ในสุขภาพของตนเอง เพื่อให้เกิดการจัดการสุขภาพของตนเองที่ดีจนเกิดเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของประชากรวัยทำงานในจังหวัดสมุทรสงครามต่อไป

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ, ประชากรวัยทำงาน, จังหวัดสมุทรสงคราม



A Health Literacy Guideline on Health Promotion Behaviors for Working Age Population in Samutsongkhram Province

Khamron Sriwongsa

Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Samutsongkhram Provincial Public Health Office

E-mail: kamsri599@gmail.com

ABSTRACT

The objectives of this research included 1) to study the health literacy factors affecting health behaviors and 2) to study health literacy guideline to promote healthy behaviors of working age population in Samut Songkhram Province. The sample group in this study is working age population in Samut Songkhram Province totaling 400 people calculated by Taro Yamane method. The questionnaire was used to collect the data. IOC greater than 0.50 for all items and a reliability with Cronbach's alpha were level of 0.750 to 0.905 and an in-depth interviews. Data were analyzed by frequency, mean, percentage and standard deviation. also test the hypothesis Pearson's correlation coefficient Multiple regression analysis and transcription definition and synthesis to find solutions. The study found that The sample group had moderate access to information ($\bar{X}$ =2.53, S.D.=0.591), their knowledge and understanding of health was a moderate level ($\bar{X}$ =2.47, S.D.=0.583), health communication skills were at an intermediate level ($\bar{X}$ =2.31, S.D.=0.539), self-management is good ($\bar{X}$ =2.80, S.D.=0.488), the media literacy ability was at moderate level ($\bar{X}$ =2.56, S.D.=0.599), Media selection decision was moderate level. The statistically significant factors affecting health behavior were access to health information ($b=0.173$, $p < 0.01$) and Self-management ($b=0.344$, $p < 0.01$). Research benefits to Create a model and guidelines for creating a channel for accessing health information including individual health information to raise awareness of their own health. In order to achieve good self-management until becoming appropriate behavior in the future.

Keywords: health literacy, health promotion behaviors, working age Population,
Samutsongkhram Province



บทนำ

การสร้างความรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) แตกต่างจากการให้ความรู้ด้านสุขภาพ แต่ยังหมายถึง การจัดกระบวนการให้ความรู้อย่างเป็นระบบ เพิ่มช่องทางการสื่อสาร เพิ่มการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เกิดการประเมินสถานะสุขภาพของตนเองสังเกตการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย รับรู้ผลการตรวจสุขภาพของตนเอง เกิดความตระหนักถึงสภาพปัญหาด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต จนบุคคลสามารถรับรู้ถึงความสำคัญและความจำเป็นของการมีสุขภาพที่ดี จนเกิดการกระทำหรือพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ต่อเนื่อง การสร้างความรู้ด้านสุขภาพนี้จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับสภาพ แต่ละบุคคล ซึ่งจะส่งผลดีต่อสุขภาพโดยรวม และเพิ่มความสามารถในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง¹ ซึ่งเป็นโรคที่คร่าชีวิตประชากรทั่วโลก การส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วย จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม และรักษาส่วนที่ดีของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้และปฏิบัติจนเป็นกฎแห่งชีวิต แสดงถึงความสามารถของบุคคลในการรักษาหรือปรับปรุงสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพใดที่ก่อให้เกิดความอยู่ดีมีสุขและเกิดคุณค่าในตนเอง ถือเป็นความรับผิดชอบด้านสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ ประเด็นที่สำคัญของพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และการจัดการความเครียด และอาจมีประเด็นหรือปัจจัยอื่นที่ยังศึกษาไม่พบ ถ้าเราสามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้ให้เข้ากับ

ชีวิตประจำวัน จนเกิดเป็นกิจวัตร ผลที่ได้คือสุขภาพของบุคคลดีขึ้น เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกขั้นตอนของการพัฒนามนุษย์ ดังนั้นการสร้างความรู้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ จึงเป็นตัวบ่งชี้โดยตรงของความสำเร็จในผลลัพธ์ด้านสาธารณสุข²

เกือบหนึ่งทศวรรษที่การสาธารณสุขของประเทศไทยให้ความสำคัญกับการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ ดังจะเห็นได้จากการกำหนดเป้าหมายการลดการเจ็บป่วยและการตายของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) ไว้ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)³ โดยกำหนดให้ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายเข้าถึงการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพโดยมุ่งเน้นการป้องกันโรค โดยเฉพาะ 4 โรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือดและโรคความดันโลหิตสูง⁴ ซึ่งมีอัตราการตายสูงเป็นอันดับต้น ๆ หรือคิดเป็นร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศไทย หรือประมาณ 320,000 รายต่อปี⁵ จากการประเมินความรู้ด้านสุขภาพและระดับพฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มวัยทำงาน พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือระดับต่ำ โดยเฉพาะด้านการสื่อสารการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้¹ จากข้อมูลดังกล่าวเห็นได้ว่ากลุ่มวัยทำงาน ยังมีความรู้ด้านสุขภาพไม่ดีเท่าที่ควร เนื่องมาจากกลุ่มวัยทำงานต่างก็มีภาระมากมาย ไม่มีเวลาที่จะใส่ใจกับเรื่องสุขภาพมากนัก



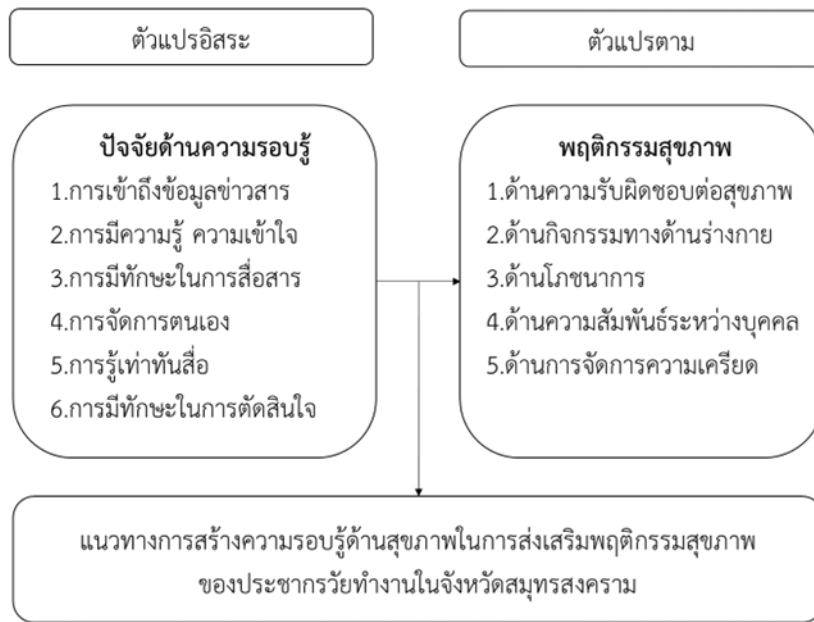
จังหวัดสมุทรสงครามมีประชากร จำนวน 189,453 คน เป็นวัยทำงานจำนวน 88,482 คน คิดเป็นร้อยละ 46.71 จากรายงานกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบว่าประชากรกลุ่มนี้ ป่วยด้วยโรคเบาหวาน จำนวน 4,199 คน คิดเป็นร้อยละ 4.75 ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 9,244 คน คิดเป็นร้อยละ 10.45⁶ ขณะที่การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของประชากรวัยทำงานในจังหวัดสมุทรสงครามของพัชรา พัยคเวช⁷ พบว่า วัยทำงานในจังหวัดสมุทรสงคราม มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ =8.92, SD=2.270) พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =22.98, SD=2.531) และความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =6.53, SD=1.418) และ การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดสมุทรสงครามของจำปี ยังวัฒนา⁸ พบว่า อสม.ของจังหวัดสมุทรสงครามมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.9 และระดับพฤติกรรมสุขภาพอยู่

ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.6 แสดงให้เห็นว่า อสม. ซึ่งส่วนใหญ่ยังเป็นกลุ่มวัยทำงาน และยังต้องให้โอกาสในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพต่อไป

ผู้วิจัยในฐานะนักวิชาการสาธารณสุข จึงต้องการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการสร้าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปกำหนดแนวทางในการสร้าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ตรงประเด็นกับความต้องการ หรือส่วนที่ขาดของประชาชน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม สุขภาพของประชากรวัยทำงานในจังหวัดสมุทรสงคราม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านความรู้ ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของ ประชากรวัยทำงานในจังหวัดสมุทรสงคราม
2. เพื่อศึกษาแนวทางการสร้างความรอบรู้ ด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของ ประชากรวัยทำงานในจังหวัดสมุทรสงคราม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัยในครั้งนี้ ประยุกต์จากการศึกษาของ เบญจวรรณ สอนอาจ⁹

ระเบียบวิธีการวิจัย

ประชากรตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูลหลัก

การวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากร (Population) คือบุคคลอายุระหว่าง 31 - 60 ปี ที่ทำงานในจังหวัดสมุทรสงคราม ในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 88,482 คน⁵ และคำนวณขนาดของตัวอย่างจากด้วยวิธีการของทาโร ยามาเน (Taro Yamane)¹⁰ ได้ขนาดของตัวอย่างจำนวน 398.20 คน คิดเป็น 400 ตัวอย่าง เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีความครอบคลุมทั้งจังหวัด ผู้วิจัยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบโควตาติดตามสัดส่วนประชากรแต่ละอำเภอ ดังนี้ อำเภอเมืองฯ จำนวน 220 ตัวอย่าง อำเภออัมพวา จำนวน 110 ตัวอย่างและอำเภอบางคนที 70 ตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

- 1) ผู้ที่มีอายุระหว่าง 31 - 60 ปี
- 2) อาศัยอยู่ในจังหวัดสมุทรสงคราม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) ผู้ที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร ไม่สามารถอ่านหรือฟังภาษาไทยได้
- 2) ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านความจำหรือบกพร่องทางสติปัญญา

การวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) ในการสัมภาษณ์ระดับลึก (In-depth interviews) โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 5 คน ประกอบด้วย



- 1) นายแพทย์ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
- 2) สาธารณสุขอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม
- 3) หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม
- 4) หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม
- 5) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองโคน อำเภอเมืองฯ จังหวัดสมุทรสงคราม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามในการรวบรวมข้อมูลโดยประยุกต์มาจากงานวิจัยเรื่องแนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลของ เบญจวรรณ สอนอาจ (2562)⁹ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล มีลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) คำถามเกี่ยวกับปัจจัย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ การมีทักษะในการสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการมีทักษะในการตัดสินใจ คำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านการจัดการความเครียด มีลักษณะคำถาม

เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) มีการตรวจสอบความสมเหตุสมผลเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยใช้ Index Objective Congruence (IOC) ได้ค่า IOC มากกว่า 0.50 ทุกข้อและตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) จากการทดลอง (Try out) แก่ประชากรวัยทำงานในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 30 คน ซึ่งข้อคำถามทุกด้านมีสัมประสิทธิ์แอลฟา อยู่ระหว่าง 0.750 ถึง 0.905 ซึ่งมีความเชื่อมั่นในการเก็บข้อมูลต่อไปได้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ใช้ความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาของปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางด้านร่างกาย โภชนาการ ความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคล และการจัดการความเครียด โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในจังหวัดสมุทรสงคราม

3.1 การตรวจสอบปัญหาความสัมพันธ์เชิงเส้นแบบพหุ (Multicollinearity) ซึ่งตัวแปรอิสระมีความ



สัมพันธ์กันเอง โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)
Tolerance statistics และ Variance Inflation Factor (VIF)

3.2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม
การส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในจังหวัด
สมุทรสงคราม โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ
(Multiple regression analysis) แบบ Enter¹¹

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดสมุทรสงคราม เลขที่ COA No.1/2566 รับรอง
วันที่ 8 พฤศจิกายน 2565 หมดอายุวันที่ 7 พฤศจิกายน
2566

ผลการวิจัย

จากตัวอย่างประชากรวัยทำงานในจังหวัด
สมุทรสงคราม จำนวน 400 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็น
ผู้หญิง ร้อยละ 53.50 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 36 - 40 ปี
ร้อยละ 21.90 รองลงมา คือกลุ่มอายุ 56 - 60 ปี ร้อยละ
20.50 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ
41.80 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพบุคลากรของรัฐ ร้อยละ
51.70 รองลงมา อาชีพเกษตรกร ร้อยละ
15.5 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 15,001 - 20,000 บาท
ร้อยละ 31.10 และรายละเอียดของความรอบรู้และ
พฤติกรรมสุขภาพ แสดงดัง ตารางที่ 1 - 2 ดังนี้

ตารางที่ 1 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามรายด้าน

ระดับปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ	$\bar{x}$	S.D.	ลำดับ	ระดับ
การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ	2.53	0.591	3	ปานกลาง
ความรู้ ความเข้าใจ เรื่องสุขภาพ	2.47	0.583	4	ปานกลาง
ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ	2.31	0.539	5	ปานกลาง
การจัดการตนเองในการวางแผนดูแลสุขภาพ	2.80	0.488	1	ดี
การรู้เท่าทันสื่อสุขภาพ	2.47	0.575	4	ปานกลาง
การตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเอง	2.56	0.599	2	ปานกลาง
โดยรวม	2.52			ปานกลาง



จากตารางที่ 1 พบว่า การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.53, S.D.=0.591) ความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.47, S.D.=0.583) ทักษะในการสื่อสารด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.31, S.D.=0.539) การจัดการตนเองในการวางแผนดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ =2.80, S.D.=0.488) การรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.47, S.D.=0.575) การตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.56, S.D.=0.599)

ตารางที่ 2 ระดับพฤติกรรมสุขภาพจำแนกตามรายด้าน

พฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ	Mean	S.D.	ลำดับ	ระดับ
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง	2.48	0.592	3	ปานกลาง
การออกกำลังกาย	2.14	0.565	5	ต่ำ
การรับประทานอาหาร	2.49	0.544	2	ปานกลาง
การมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	2.30	0.632	4	ต่ำ
การจัดการความเครียด	2.56	0.567	1	ปานกลาง
โดยรวม	2.39			ปานกลาง

จากตารางที่ 2 พบว่า พฤติกรรมในความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.48, S.D.=0.592) พฤติกรรมทางด้านร่างกายอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$ =2.14, S.D.=0.565) พฤติกรรมด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.49, S.D.=0.544) พฤติกรรมการมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$ =2.30, S.D.=0.632) พฤติกรรมการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.56, S.D.=0.567)

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ

	การเข้าถึงข้อมูล	ความรู้ความเข้าใจ	ทักษะการสื่อสาร	การจัดการตนเอง	การรู้เท่าทันสื่อ	การตัดสินใจ	Collinearity	
							Tolerance	VIF
การเข้าถึงข้อมูล	1						.227	4.413
ความรู้ความเข้าใจ	.855**	1					.190	5.252
ทักษะการสื่อสาร	.722**	.774**	1				0.00	-



	การเข้าถึงข้อมูล	ความรู้ความเข้าใจ	ทักษะการสื่อสาร	การจัดการตนเอง	การรู้เท่าทันสื่อ	การตัดสินใจ	Collinearity	
							Tolerance	VIF
การจัดการตนเอง	.722**	.774**	.982**	1			.294	3.396
การรู้เท่าทันสื่อ	.827**	.834**	.798**	.798**	1		.187	5.355
การตัดสินใจ	.766**	.817**	.801**	.801**	.845**	1	.221	4.519

** ระดับนัยสำคัญ .01

จากตารางที่ 3 พบว่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตัวแปรอิสระแต่ละตัวแปรอยู่ระหว่าง .722 ถึง 0.982 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่าตัวแปรอิสระต่าง ๆ มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง และอาจเกิดปัญหาความสัมพันธ์เชิงเส้นแบบพหุ (Multicollinearity) ผู้วิจัยจึงพิจารณาค่า Collinearity statistics ค่า Tolerance ต้องมีค่ามากกว่า อยู่ระหว่าง 0.00 - 1.00 และ ค่า VIF ต้องมีค่าที่ไม่เข้าใกล้หรือเกิน 10^2

ซึ่งงานวิจัยนี้ พบว่า ค่า Tolerance อยู่ระหว่าง 0.187 ถึง 0.294 มีค่ามากกว่า 0.10 และ ค่า VIF อยู่ระหว่าง 3.396 ถึง 5.355 ซึ่งไม่เกิน 10 แสดงว่าไม่มีปัญหาความสัมพันธ์เชิงเส้นแบบพหุ จึงสามารถนำตัวแปรอิสระทั้งหมดไปวิเคราะห์การถดถอย ซึ่งตัวแปรอิสระทักษะการสื่อสารไม่สามารถวิเคราะห์ค่า Tolerance และ ค่า VIF ได้จึงถูกคัดออกก่อนนำไปวิเคราะห์ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์การถดถอยเพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในจังหวัดสมุทรสงคราม

ตัวแปรอิสระ	b	SE	β	t	Sig
ค่าคงที่	.505	.073		6.951	.000**
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (x_1)	.173	.032	.241	5.375	.000**
ความรู้ความเข้าใจ (x_2)	.063	.040	.077	1.577	.116
การจัดการตนเอง (x_4)	.344	.036	.381	9.682	.000**
การรู้เท่าทันสื่อ (x_5)	-.020	.042	-.023	-.475	.635

$R^2 = .820$ Adjusted $R^2 = .818$ SEE = .264 $F = 360.158$ Sig = .000**



จากตารางที่ 4 เป็นการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบ Enter ได้สัมประสิทธิ์การกำหนด (R^2) เท่ากับ 0.82 แสดงให้เห็นว่าตัวแปรอิสระในสมการถดถอยสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามได้ ร้อยละ 82 ส่วนอีกร้อยละ 28 จะอธิบายได้ด้วยตัวแปรอื่น และค่าสถิติเอฟ เท่ากับ 360.58 และมีค่า $\text{sig} = .000$ ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01

แสดงให้เห็นว่า มีตัวแปรอิสระอย่างน้อย 1 ตัวส่งผลต่อตัวแปรตาม ซึ่งงานวิจัยนี้ มีตัวแปรอิสระ 2 ตัว ที่ส่งผลต่อตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (x_1) และการจัดการตนเอง (x_4) โดยนำมาสร้างสมการถดถอยในรูปแบบคะแนนดิบ (Unstandardized coefficients) ได้ดังสมการ

$$\hat{Y} = 0.505 + 0.173(X_1) + 0.344(X_4)$$

แทนค่า พฤติกรรมสุขภาพ = $0.505 + 0.173$ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ + 0.344 การจัดการตนเอง

จากสมการหมายความว่า ถ้าสร้างหรือเพิ่มหรือสนับสนุนการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ 1 หน่วยคะแนน จะส่งผลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น 0.678 ($0.505+0.173$) คะแนน และถ้าประชาชนมีการจัดการสุขภาพของตนเองเพิ่มขึ้นหนึ่งหน่วยคะแนน จะส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานดีขึ้น 0.849 ($0.505+0.344$) คะแนน

แนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในจังหวัดสมุทรสงคราม

ผู้วิจัยได้นำผลของงานวิจัยเชิงปริมาณที่ได้มาสร้างเป็นประเด็นในการสัมภาษณ์เชิงลึก จากผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 5 คน ได้แนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในจังหวัดสมุทรสงคราม ดังนี้

1. ด้านการเข้าถึงข้อมูล ของประชากรวัยทำงานมีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากประชากรวัยทำงานในปัจจุบันสามารถ

ผู้วิจัยได้ทดสอบโมเดลว่าการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพส่งผลต่อการจัดการด้านสุขภาพหรือไม่พบว่า การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพส่งผลไปในทิศทางบวกต่อการจัดการสุขภาพตนเอง ($b=0.576, p<0.01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ 52.1

เข้าถึงสื่อออนไลน์ ได้ในระดับปานกลางและมีความสามารถในการรู้เท่าทันสื่อในระดับปานกลาง เนื่องจากการเข้าถึงข้อมูลมีความจำเป็นที่จะต้องตรวจสอบความถูกต้องก่อนที่จะนำไปปฏิบัติ ซึ่งหากได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องแล้ว จะทำให้การปฏิบัติไม่ถูกต้องไปด้วย ผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า ปัจจุบันมีสื่อเผยแพร่ออกมามากมาย ทั้งสื่อกระแสหลัก ได้แก่ โทรทัศน์ช่องหลัก และสื่อสังคมออนไลน์ (Social Network) ซึ่งมีข้อมูลมากมายทั้งถูกและผิด ถ้าประชากรวัยทำงานไม่มีองค์ความรู้เดิมที่มากพออาจปฏิบัติตามสื่อแบบผิด ๆ เช่น การรับประทานอาหารเสริมบางตัว



ที่ไม่จำเป็น การออกกำลังกายไม่ถูกต้องหรือไม่
เหมาะสมกับสภาพของตนเอง รวมทั้งการบริโภคอาหาร
ที่ไม่จำเป็น เพื่อไม่ให้เกิดความหลงผิดกับข้อมูล
ที่อาจจะไม่จริง หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องควรเพิ่ม
การตรวจสอบข้อมูลสุขภาพจากหลายแหล่งให้ถูกต้อง
โดยภาครัฐควรจัดตั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง
เพื่อกำกับดูแลเกี่ยวกับการตรวจสอบข้อมูลสุขภาพ
โดยตรงและนำเสนอข้อมูลที่มีความถูกต้องและ
เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

2. ด้านการจัดการตนเอง มีอิทธิพลสูงสุด
ต่อระดับพฤติกรรม หากเริ่มจัดการตนเองด้านสุขภาพได้
จะเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
ต่อไป เนื่องจากสามารถแก้ไขปัญาและลดต้นเหตุ
ของปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมในการดำเนิน
ชีวิตประจำวันได้ โดยมีการจัดการวางแผนการดำเนินชีวิต
อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลดีต่อทั้งด้าน
พฤติกรรมสุขภาพและการดำเนินชีวิต ผู้ให้ข้อมูล
หลักส่วนใหญ่แสดงถึงประเด็นนี้ว่า แม้ประชากรวัย
ทำงานสามารถเข้าถึงสื่อสุขภาพที่ถูกต้องหรือมี
ความรู้ระดับใดก็ตาม แต่ถ้าไม่รู้จักการจัดการตนเอง
ก็ไม่สามารถมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ ฉะนั้น
หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมการกำหนด
เป้าหมายและแนวทางการปฏิบัติตนในการส่งเสริม
สุขภาพ เช่นการจัดโปรแกรมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
สุขภาพที่พึงประสงค์ มีการกำหนดโครงสร้างและ
ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในการติดตามความก้าวหน้าใน
การปฏิบัติ โดยมีสมุดบันทึกการจัดการพฤติกรรม
สุขภาพรายบุคคล

อภิปรายผล

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ

ของประชากรวัยทำงานในจังหวัดสมุทรสงคราม
โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่า หากประชากร
วัยทำงานมีการศึกษาในระดับดี แต่ไม่มีการตระหนักรู้ถึง
ความสำคัญของความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ ก็อาจจะไม่
ใส่ใจในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อ
พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี สอดคล้องกับ พิทยา ไพบูลย์ศิริ
(2561) ศึกษาความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม
สุขภาพ 3อ. 2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่
สูบบุหรี่ ลดดื่มสุรา) ของผู้บริหารภาครัฐ จังหวัด
พระนครศรีอยุธยา พบว่า¹² กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้
ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ และมีพฤติกรรม สุขภาพ
ในระดับพอใช้ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ประชากรวัยทำงาน
ในจังหวัดสมุทรสงครามตระหนักรู้ถึงความสำคัญ
ของสุขภาพ ในรูปแบบต่าง ๆ ที่มีความหลากหลายให้
สอดคล้อง กับบริบทของพื้นที่สมุทรสงคราม

ด้านการเข้าถึงข้อมูล

ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ
ประชากรวัยทำงานในจังหวัดสมุทรสงคราม และยัง
ส่งผลต่อการจัดการสุขภาพของตนเองอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากการเข้าถึงข้อมูลต้องมีการ
ตรวจสอบความถูกต้องแม่นยำ วิเคราะห์ข้อมูลก่อน
จะนำไปปฏิบัติ ซึ่งหากได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องจะทำ
ให้ปฏิบัติไม่ถูกต้องตามไปด้วยเช่นกัน โดยช่องทาง
เข้าถึงข้อมูลมีความสำคัญในการตัดสินใจเลือกรับ
ข้อมูล สอดคล้องกับ ภพพร บวรทิพย์ และคณะ (2566)
พบว่า การเข้าถึงข้อมูลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
สุขภาพทางบวกระดับต่ำ¹³ อธิบายว่าการเข้าถึงข้อมูล



สุขภาพและบริการสุขภาพ จะทำให้บุคคลนั้นมีความสามารถในการตรวจสอบข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ และนำมาปรับใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้

ด้านการจัดการตนเอง

ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในจังหวัดสมุทรสงคราม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หากเราเริ่มจัดการตนเองด้านสุขภาพได้ก็จะเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพต่อไปในอนาคต สอดคล้องกับ พรรคณีย์ บุญมั่น (2566) พบว่าทักษะการจัดการตนเองจะมีผลทางบวกต่อพฤติกรรม 3อ. 2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อทักษะการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น 1 หน่วย พฤติกรรม 3อ. 2ส. จะเพิ่มขึ้น 0.047 หน่วย¹⁴ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากทักษะการจัดการตนเองเป็นความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผน พร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้อง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักได้เสนอแนวทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการส่งเสริมการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานของจังหวัดสมุทรสงคราม

ด้านความรู้ความเข้าใจ

ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในจังหวัดสมุทรสงคราม และยังส่งผลต่อการจัดการสุขภาพของตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพที่ดี ต้องนำความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพปฏิบัติใช้อย่างเหมาะสม ซึ่งหากมีความรู้ความเข้าใจ

ด้านสุขภาพที่ดีแล้ว แต่ไม่นำไปปฏิบัติก็จะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ไม่ดีด้วยเช่นกัน ขณะที่ พรรคณีย์ บุญมั่น (2566) พบว่าความรู้ความเข้าใจเป็นจุดเริ่มต้นในการนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ที่ถูกต้องเป็นองค์ประกอบที่ช่วยกระตุ้นให้ประชาชนเข้าใจและนำไปสู่การปฏิบัติ นั้นได้¹⁴

ทักษะการสื่อสาร

ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในจังหวัดสมุทรสงคราม และยังส่งผลต่อการจัดการสุขภาพของตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการสื่อสาร ถือเป็นปัจจัยสำคัญในการถ่ายทอดองค์ความรู้ให้ประชากรวัยทำงาน เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ขณะที่ ฉวีวรรณ ศรีดาวเรืองจิราพร วรวงศ์ (2565) พบว่า การขาดทักษะในการสื่อสารสภาวะทางสุขภาพของตนให้ผู้อื่นเข้าใจ จะทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงที่จะได้รับคำแนะนำที่ไม่ตรงกับความต้องการ¹⁵ ส่งผลต่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเองผิดพลาด ผลที่ตามมาคือการเพิ่มขึ้นของความเจ็บป่วย ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และการพึ่งพาบริการทางการแพทย์ อีกทั้งยังมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักได้เสนอแนะให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่งเสริมสนับสนุนให้แต่ละบุคคลมีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

การรู้เท่าทันสื่อ

ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในจังหวัดสมุทรสงคราม และยัง



ส่งผลต่อการจัดการสุขภาพของตนเองอย่างไม่มี
นัยสำคัญทางสถิติ การเปิดรับข่าวสารในช่องทางต่าง ๆ
การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลนั้น ส่งผลกับ
การตัดสินใจในการนำข้อมูลหรือข่าวสารมาปรับใช้
หรือนำมาปฏิบัติอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ
ขณะที่ ทรรศนีย์ บุญมัน (2566) พบว่าทักษะการ
รู้เท่าทันสื่อจะช่วยคัดสรรสื่อที่มีคุณภาพ มีข้อเท็จจริง
สามารถเชื่อถือได้ ทำให้ประชาชนสามารถคัดเลือก
และนำความรู้ที่ได้มาปฏิบัติเป็นพฤติกรรมสุขภาพ
3อ. 2ส. ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น¹⁴ ซึ่งผู้ให้
ข้อมูลหลักได้เสนอแนวทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
ควรตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำมา
เผยแพร่ มีการให้ข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงส่งเสริม
ให้มีการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจากหน่วยงานภาครัฐ
และควรส่งเสริมความสามารถในการประเมินสื่อ

การตัดสินใจ

ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ
ประชากรวัยทำงานในจังหวัดสมุทรสงคราม และยังมี
ส่งผลต่อการจัดการสุขภาพของตนเองอย่างไม่มี
นัยสำคัญทางสถิติ ทักษะการตัดสินใจมีความสำคัญ
ส่งผลต่อการเลือกปฏิบัติและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
สุขภาพ ขณะที่ ภพพร บวรทิพย์ และคณะ (2566)¹³
พบว่า การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติ บุคคลนั้นจะ
สามารถปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง
และเลือกวิธีปฏิบัติที่ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ
ที่เหมาะสมได้ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักได้เสนอให้หน่วยงาน
ที่เกี่ยวข้อง ควรส่งเสริมให้บุคคลเกิดความตระหนักรู้
ด้านสุขภาพและส่งเสริมการวิเคราะห์และตัดสินใจ
ในทางเลือกและลงมือปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพ
ที่เหมาะสมนำไปสู่การพัฒนาด้านสุขภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานภาครัฐควรกำหนดนโยบาย
เพื่อพัฒนาด้านการสื่อสารและเทคโนโลยีสุขภาพ
เพื่อให้รู้เท่าทันสื่อและรองรับการเปลี่ยนแปลงของ
เทคโนโลยีใหม่ๆ ควรจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทั้งใน
ที่ทำงานและชุมชน
2. ด้านการจัดการตนเอง ควรส่งเสริม
ให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ในการจัดการดูแล
ตนเอง ทั้งด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย
ด้านสภาพแวดล้อม และมีโปรแกรมเปลี่ยนแปลง
พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
3. ด้านทักษะการตัดสินใจ ควรสร้างโอกาส
ให้ประชาชนได้เรียนรู้ทางเลือกในการปฏิบัติที่
เหมาะสมจากบุคคลต้นแบบ ควรจัดกิจกรรมเสริม
ทักษะการวิเคราะห์และตัดสินใจในการเลือกและลง
มือปฏิบัติ

เอกสารอ้างอิง

1. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข.การเสริมสร้างและประเมิน
ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ.
นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.2561
2. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA.
Health promotion in nursing practice. 5th ed.
New Jersey: Pearson Education, Inc.2006.
3. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนา
สุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข.
แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ.
2560-2564.2559



4. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.2560
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติประชากรศาสตร์ ประชากรและเคหะ. [อินเทอร์เน็ต].2561. เข้าถึงเมื่อวันที่ 26 พฤษภาคม 2565 เข้าถึงได้จาก <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx>
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม. เอกสารรายงานการตรวจราชการ รอบที่ 2/2565. จังหวัดสมุทรสงคราม. 2565
7. พัชรา พักเวช. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของประชากรวัยทำงานในจังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา 2565;7(2),44-55
8. จำปี ยิ่งวัฒนา. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง 2564; 35(1),5-16
9. เบญจวรรณ สอนอาจ.แนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล.(วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต).สาขาวิชาพัฒนศึกษา ภาควิชาพื้นฐานทางการศึกษา,บัณฑิตวิทยาลัย.นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2562
10. Yamane T., Statistics, Anintroductory Analysis, 2nd Ed,New Tork : Harper and Row.1967
11. นพพร จันทรรนาชู. วิธีเชิงปริมาณสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : วัฒนาพานิช. 2563
12. พิทยา ไพบุลย์ศิริ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของผู้บริหารภาครัฐ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย,2561; 8(1), 97-107
13. ภทพร บวรทิพย์,ศิวพร อังวัฒนา,นพมาศ ศรีเพชรวรรณดี.ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในอำเภอเมืองฯ จังหวัดเชียงใหม่.พยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2566;50(1):284-99
14. ทรรศนีย์ บุญมั่น.ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของประชาชน อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นอร์ทเทิร์น. 2566;4(1):137-52
15. ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง,จิราพร วรวงศ์.ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565;16(2):454-68



วันที่รับบทความ : 08/09/2565

วันแก้ไขบทความ : 07/03/2566

วันที่ตอบรับบทความ : 29/05/2566

วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University

การศึกษางานวิจัยในประเทศจีนเกี่ยวกับการฝังเข็มในการรักษาอาการปวดศีรษะไมเกรน

รัชนิกร สิมมาอ่อน*, มุกดา โทแสง, อรรธรณ สิ้นไพบูลย์เลิศ, Du Liang

สาขาวิชาการแพทย์แผนจีน วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

The Ninth People's Hospital of Benxi, Liaoning Province, China

E-mail: ratchaneekorn.si@ssru.ac.th*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เพื่อนำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้สำหรับการรักษาโรคปวดศีรษะไมเกรนในประเทศไทย และเพื่อเป็นแนวทางการเพิ่มทางเลือกในการรักษาให้กับผู้ป่วย โรคปวดศีรษะไมเกรนมักพบในผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนมากมีประวัติทางพันธุกรรม สามารถเกิดได้ในทุกช่วงอายุ มีอัตราการเกิดโรคสูงในช่วงวัยกลางคน โรคนี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการดำเนินชีวิตในหลาย ๆ ด้านบทความนี้ศึกษาจากข้อมูลงานวิจัยทางคลินิกในประเทศจีนที่เกี่ยวกับการฝังเข็มในการรักษาโรคปวดศีรษะไมเกรนเป็นหลัก โดยประกอบด้วยการศึกษาโดยการฝังเข็มมาตรฐาน การฝังเข็มท้อง และการฝังเข็มร่วมกับการกระตุ้นไฟฟ้า จากผลการศึกษา พบว่า การฝังเข็มมีประสิทธิภาพในการรักษาและบรรเทาอาการปวดศีรษะไมเกรน ช่วยลดความถี่ จำนวนครั้ง และระดับความรุนแรงในการเกิดโรค นอกจากนี้การฝังเข็มยังเป็นวิธีการรักษาที่ง่าย สะดวก ประหยัด ผลข้างเคียงน้อย มีประสิทธิภาพในการรักษาสูง การฝังเข็มรักษาอาการปวดศีรษะไมเกรนจึงเป็นแนวทางการรักษาอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ป่วยไมเกรน ควรส่งเสริมการทำวิจัยเพื่อนำไปสู่การพัฒนาต่อยอดการรักษาด้วยวิธีใหม่ ๆ และส่งเสริมการนำไปประยุกต์ใช้ในการรักษาร่วมกับการแพทย์แขนงอื่น ๆ ในประเทศไทย

คำสำคัญ : แพทย์แผนจีน, ไมเกรน, ฝังเข็ม

* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ



Acupuncture for the Treatment of Migrane:

A Review of Research Studies in China

Ratchaneekorn Simma-on*, Mukda Tosaeng, Orawan Sinpaiboonlert, Du Liang

Department of Traditional Chinese Medicine, College of Allied Health Sciences, Suan Sunandha Rajabhat University

The Ninth People's Hospital of Benxi, Liaoning Province, China

E-mail: ratchaneekorn.si@ssru.ac.th*

ABSTRACT

The objective of this study was to apply the knowledge gained for the treatment of migraine headaches in Thailand. And it can only provide reference for alternative treatment option. Migraine headaches are more common in females than males. Most of them have a genetic history. Migraine can occur at any age, there is a high incidence rate during middle age. The disease affects the quality of life in many ways. This article is based on data from clinical studies in China on acupuncture in the treatment of migraine headaches. It consists of Standard acupuncture, Abdominal acupuncture and Electro-Acupuncture. From the results of the study, Acupuncture was found to be effective in treating and relieving migraine headaches. It helps to reduce the frequency, number of times and the severity of the disease. In addition, acupuncture is an easy, convenient, economical treatment with few side effects. High efficiency of treatment. Acupuncture for migraine headaches is therefore an alternative treatment for patients. Research should be encouraged to lead the development of new treatments. And promoting its application in combination with other medical treatments in Thailand.

Keywords: Traditional Chinese Medicine, Migraine, Acupuncture

* Corresponding Author



บทนำ

ไมเกรน (Migrane) เป็นโรคที่พบได้บ่อยในทางคลินิกในกลุ่มอาการปวดเรื้อรัง การดำเนินชีวิตที่เร่งรีบและเคร่งเครียด ส่งผลให้ในแต่ละปีผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยเอกลักษณ์เฉพาะโรคคืออาการปวดจะเป็น ๆ หาย ๆ รักษาไม่หายขาด โดยอาการปวดศีรษะจะมีลักษณะปวดหัวแบบตบตบปวดในระดับกลางหรือมาก มักพบเพียงข้างเดียว มีระยะเวลาอาการปวดต่อเนื่องประมาณ 4-72 ชั่วโมง ในผู้ป่วยบางรายที่มีอาการรุนแรงอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ตากลัวแสง ระบบประสาททำงานผิดปกติร่วมด้วย¹⁻² ในทัศนะคติของศาสตร์ทางการแพทย์แผนจีน โรคปวดศีรษะไมเกรนมีสาเหตุมาจากปัจจัยภายนอก และปัจจัยภายในร่างกาย ปัจจัยภายนอกเกิดจากลม ความเย็น ความชื้น ความร้อนชื้นมากระทบส่วนบนของร่างกาย ทำให้เลือดและชีไหลเวียนไม่สะดวก จึงก่อให้เกิดอาการปวดขึ้น และปัจจัยภายในเกิดจากอารมณ์แปรปรวน ทำให้ชีของตับติดขัด หยางมากเกินไปจนก่อให้เกิดลม ชื้นมากระทบส่วนทวารสมอง หรือมีภาวะพร่องมาแต่กำเนิด ทำให้สมองและไขกระดูกพร่อง หรือจากการรับประทานอาหารที่ไม่พอดี ทำให้การทำงานของม้ามผิดปกติ ก่อให้เกิดเสมหะชื้นขึ้นภายในร่างกาย ไปอุดกั้นเส้นลมปราณ ส่งผลให้ชีและเลือดไหลเวียนไม่คล่อง ปัจจัยเหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดอาการปวดศีรษะไมเกรนขึ้น³ ในทางคลินิก โรคปวดศีรษะไมเกรนมีอัตราการเกิดโรคร้อยละ 5-10 และร้อยละ 60 ของผู้ป่วยมีประวัติทางพันธุกรรมจากครอบครัว โดยอัตราการเกิดโรคในเพศหญิงมากกว่าเพศชายถึง 3 เท่า¹⁻² หากรักษาไม่ทันกาลอาจพัฒนาไปสู่การเป็นโรคเรื้อรังและ

เป็น ๆ หาย ๆ ได้⁴ ผู้ป่วยบางส่วน หากควบคุมอาการของโรคได้ไม่ดี มีโอกาสค่อนข้างสูงอาจนำไปสู่โรคลมชักและโรคหลอดเลือดสมองได้⁵ มีงานวิจัยระบุว่าไมเกรนเป็นหนึ่งในหกโรคที่พบบ่อย และเป็นหนึ่งในสาเหตุความพิการของทั่วโลก องค์การอนามัยโลกจัดให้เป็นหนึ่งในโรคที่ทำลายสุขภาพของมนุษย์อย่างร้ายแรง⁷ โรคนี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการดำเนินชีวิต การทำงานไปจนถึงการเรียน ในหลายปีมานี้มีงานวิจัยเกี่ยวกับการฝังเข็มรักษาโรคปวดศีรษะไมเกรนเป็นจำนวนมาก การฝังเข็มได้รับการยอมรับจากทั่วโลกมากยิ่งขึ้น การฝังเข็มในการรักษาโรคปวดศีรษะไมเกรนมีหลากหลายวิธี เมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันที่ผู้ป่วยอาจได้รับผลข้างเคียงจากการใช้ยาแล้ว มีจุดเด่นคือจะมีประสิทธิภาพในการรักษามากกว่า และผลข้างเคียงน้อยกว่า การรักษาโดยการฝังเข็มจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งซึ่งจะสามารถรักษาและบรรเทาอาการเจ็บปวดของผู้ป่วยโรคปวดศีรษะไมเกรนได้เป็นอย่างดี บทความนี้จึงได้สรุปและวิเคราะห์ผลของการฝังเข็มในการรักษาโรคปวดศีรษะไมเกรน เพื่อนำความรู้มาเผยแพร่และประยุกต์ใช้ร่วมกับศาสตร์อื่น ๆ สำหรับการรักษาโรคปวดศีรษะไมเกรนในประเทศไทย และเพื่อเป็นแนวทางการรักษาอีกทางเลือกหนึ่ง ซึ่งอาจนำไปสู่การต่อยอดเพื่อพัฒนาวิธีการรักษาให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษาบทความ

1. เพื่อนำความรู้มาเผยแพร่และเป็นกรณีศึกษาในการรักษาอาการปวดศีรษะไมเกรนด้วยการฝังเข็ม



2. เพื่อแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการรักษาอาการปวดศีรษะไมเกรนด้วยการฝังเข็ม

3. เพื่อส่งเสริมให้การฝังเข็มรักษาอาการปวดศีรษะไมเกรน เป็นแนวทางการรักษาอีกทางเลือกหนึ่ง ทั้งอาจนำไปสู่การต่อยอดประยุกต์ใช้ร่วมกับศาสตร์อื่น ๆ เพื่อพัฒนาวิธีการรักษาให้เหมาะสมและดียิ่งขึ้น

ระเบียบวิธีวิจัย

ทำการศึกษาข้อมูลงานวิจัย จาก CNKI (China National Knowledge Infrastructure) ซึ่งเป็นฐานข้อมูลความรู้ด้านการศึกษาของประเทศจีน โดยระบุคำค้นหา การฝังเข็มรักษาอาการปวดศีรษะไมเกรน คัดเลือกบทความจากปี 2012 – 2022 ที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคไมเกรนจำนวน 30 รายขึ้นไป โดยใช้วิธีการรักษา คือ การฝังเข็มเพียงอย่างเดียว การฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้า หรือหากมีการเปรียบเทียบการรักษา อีกกลุ่มใช้ยาแผนปัจจุบันในการรักษา บทความทั้งหมดเป็นบทความวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารต่าง ๆ ของประเทศจีนแล้ว จึงได้นำบทความนี้มาสรุปและวิเคราะห์ผลของการรักษาอาการปวดศีรษะไมเกรน และทำการแปลภาษา

ผลการวิจัย

การรักษาอาการปวดศีรษะไมเกรนด้วยการฝังเข็ม
การฝังเข็มมาตรฐานรักษาโรคปวดศีรษะไมเกรน

การฝังเข็มช่วยบรรเทาอาการปวดศีรษะในระยะกำเริบได้ ทั้งยังช่วยลดจำนวนครั้งในการเกิดโรค อีกทั้งยังช่วยให้คุณภาพในการดำเนินชีวิต

ของผู้ป่วยดีขึ้น⁸ มีงานวิจัยจำนวนมากเกี่ยวกับการฝังเข็มในการรักษาโรคปวดศีรษะไมเกรน โดยมีการวิจัยในประเทศจีน (ตารางที่ 1) ดังต่อไปนี้

Xiao X และคณะ (2021) ทำการศึกษาผู้ป่วยไมเกรนจำนวน 60 ราย โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับการฝังเข็มจุด Baihui (GV20, Shenting (GV24, Fengchi (GB20), Taiyang (EX-HN 5), Shuaigu (GB8) และTouwei (ST8)⁹ ในขณะเดียวกันผู้ป่วยก็ได้รับยาหลอก 0.2 g รับประทานโดยทันที กลุ่มควบคุมได้รับยาไอบูโพรเฟน (Ibuprofen) และได้รับการฝังจุดซึ่งไม่ใช่จุดฝังเข็มและไม่ได้อยู่ในเส้นลมปราณ ผลการทดลอง พบว่าหลังการรักษา 20 นาทีและ 40 นาที กลุ่มทดลองมีประสิทธิภาพของการรักษามากกว่า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.01$ สรุปได้ว่าการรักษาด้วยการฝังเข็มสามารถระงับความเจ็บปวดได้เร็วกว่า และลดระดับของอาการปวดได้เร็วกว่า

Wang B (2018) ทำการศึกษาผู้ป่วยไมเกรนจำนวน 80 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่มกลุ่มละ 40 ราย กลุ่มทดลองได้รับการรักษาโดยการฝังเข็ม จุด Shuaigu (GB8), Qubin (GB7) และ Touwei (ST8)¹⁰ รักษา 20 – 30 นาที ต่อครั้ง 1 ครั้งต่อวัน กลุ่มควบคุมได้รับยาคาร์บามาซีปีน (Carbamazepine) ครั้งละ 100 mg วันละ 3 ครั้ง ต่อเนื่องกัน 2 คอร์สการรักษา (1 คอร์สการรักษา 14 วัน) ผลการทดลองพบว่า กลุ่มฝังเข็มมีประสิทธิภาพของการรักษาทั้งหมด (92.5%) มากกว่ากลุ่มรับประทานยา (72.1%) หลังเปรียบเทียบผลของการรักษา 2 กลุ่มพบว่ามีความสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$



Lin M and Fang Y (2021) ทำการศึกษาผู้ป่วยไมเกรนจำนวน 104 ราย โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มละ 52 ราย กลุ่มทดลองได้รับการรักษาโดยการฝังเข็มศีรษะ เช่น จุด Taiyang (EX-HN 5), Fengchi (GB20), Jiaji (EX-B2), Shuaigu (GB8) และ Touwei (ST8)¹¹ กลุ่มควบคุมได้รับยาแคปซูลฟลุนาไรซีนไฮโดรคลอไรด์ (Flunarizine hydrochloride) ครั้งละ 5 mg วันละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องกัน 2 คอร์สการรักษา (1 คอร์สการรักษา 14 วัน) ผลการทดลองพบว่า หลังการรักษา ผู้ป่วยในกลุ่มฝังเข็มมีประสิทธิภาพของการรักษาทั้งหมด (98.1%) มากกว่ากลุ่มรับประทานยา (86.5%) พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$

Wang J (2019) ทำการศึกษาผู้ป่วยไมเกรนที่มีสาเหตุของโรคเกิดจากลมจำนวน 96 ราย โดยแบ่งออก 2 กลุ่ม กลุ่มละ 48 ราย กลุ่มทดลองได้รับการรักษาโดยการฝังเข็ม จุด Baihui (GV20), Waiguan (TE5), Fengchi (GB20), Taichong (LR3) และ Zulinqi (GB41)¹² รักษา 30 นาทีต่อครั้ง 1 ครั้ง/วัน ติดต่อกัน 10 วัน เป็น 1 คอร์สการรักษา เว้นระยะเวลา 1 สัปดาห์จึงรักษาคอร์สต่อไป รักษาทั้งหมด 3 คอร์ส

กลุ่มควบคุมได้รับยา Flunarizine Hydrochloride Capsules ครั้งละ 10 mg วันละ 1 ครั้ง ผลการทดลองพบว่า หลังการรักษา กลุ่มทดลองมีประสิทธิภาพของการรักษาทั้งหมด (96%) มากกว่ากลุ่มควบคุม (81%) พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$ กลุ่มทดลอง จำนวนครั้งของอาการปวดระยะเวลาและระดับความเจ็บปวดลดลง

Liu J (2019) ทำการศึกษาผู้ป่วยไมเกรนจำนวน 94 ราย โดยแบ่งออก 2 กลุ่ม กลุ่มละ 47 ราย กลุ่มทดลองได้รับการรักษาโดยการฝังเข็ม จุด Taichong (LR3), Hegu (LI4), Zhongzhu (TE3), Xiashi (GB43), Tianjing (TE10), Touwei (ST8), Zhengying (GB17), Taiyang (EX-HN 5), Shuaigu (GB8) และ Baihui (GV20)¹³ รักษา 30 นาทีต่อครั้ง กลุ่มควบคุมได้รับยา Flunarizine Hydrochloride Capsules ครั้งละ 5-10 mg วันละ 1 ครั้ง ผลการทดลองพบว่า หลังการรักษา กลุ่มทดลองมีประสิทธิภาพของการรักษาทั้งหมด (91.49%) มากกว่ากลุ่มควบคุม (74.47%) พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$

ตารางที่ 1 การฝังเข็มมาตรฐานรักษาโรคปวดศีรษะไมเกรน

ผู้วิจัยหลัก	กลุ่มผู้ป่วย (ราย)	กลุ่มทดลอง (ราย)	จุดฝังเข็มหลัก	กลุ่มควบคุม (ราย)	ชื่อยา (ปริมาณยา)	ผลการทดลอง
Xiao X, et al. ⁹	ไมเกรน (60)	ฝังเข็ม (30)	Baihui(GV20) Shenting(GV24) Fengchi(GB20) Taiyang(EX-HN 5)	ยา (30)	Ibuprofen (0.2 g/ครั้ง)	กลุ่มทดลอง -ลดระยะเวลา ของอาการปวด -ลดระดับความ



ผู้วิจัย หลัก	กลุ่ม ผู้ป่วย (ราย)	กลุ่ม ทดลอง (ราย)	จุดฝังเข็มหลัก	กลุ่ม ควบคุม (ราย)	ชื่อยา (ปริมาณยา)	ผลการทดลอง
			Shuaigu(GB8)			เจ็บปวด
			Touwei(ST8)			
Wang B ¹⁰	ไมเกรน (80)	ฝังเข็ม (40)	Shuaigu (GB8)	ยา (40)	Carbama zepine (100 mg/ครั้ง)	กลุ่มทดลอง -ลดจำนวนครั้ง ของอาการปวด
Lin M and Fang Y ¹¹	ไมเกรน (104)	ฝังเข็ม (52)	Taiyang(EX-HN 5)	ยา (52)	Flunarizine Hydrochloride Capsules (5 mg/ครั้ง)	กลุ่มทดลอง -ลดจำนวนครั้ง ของอาการปวด
			Fengchi(GB20)			
			Jiaji(EX-B2)			
			Shuaigu(GB8)			
			Touwei(ST8)			
Wang J ¹²	ไมเกรน ที่เกิด จากลม (96)	ฝังเข็ม (48)	Baihui(GV20)	ยา (48)	Flunarizine Hydrochloride Capsules (10 mg/ครั้ง)	กลุ่มทดลอง -ลดจำนวนครั้ง ของอาการปวด -ลดระยะเวลา ของอาการปวด -ลดระดับ ความเจ็บปวด
			Waiguan(TE5)			
			Fengchi(GB20)			
			Taichong(LR3)			
			Zulingqi(GB41)			
Liu J ¹³	ไมเกรน (94)	ฝังเข็ม (47)	Taichong(LR3)	ยา (47)	Flunarizine Hydrochloride Capsules (5-10 mg/ครั้ง)	กลุ่มทดลอง -ลดอาการปวด
			Hegu(LI4)			
			Zhongzhu(TE3)			
			Xiaxi(GB43)			
			Tianjing(TE10)			
			Touwei(ST8)			
			Zhengying(GB17)			
			Taiyang(EX-HN 5)			



ผู้วิจัย หลัก	กลุ่ม ผู้ป่วย (ราย)	กลุ่ม ทดลอง (ราย)	จุดฝังเข็มหลัก	กลุ่ม ควบคุม (ราย)	ชื่อยา (ปริมาณยา)	ผลการทดลอง
			Shuaigu(GB8)			
			Baihui(GV20)			

การฝังเข็มเพื่อรักษาโรคปวดศีรษะไมเกรน

การฝังเข็มท้อง คือการฝังเข็มโดยเลือกจุดที่อยู่บริเวณท้อง เป็นการรักษารูปแบบใหม่อีกแบบหนึ่ง มีจุดมุ่งหมายเพื่อการปรับสมดุลและรักษาอาการเจ็บป่วยโดยรวมของร่างกาย สามารถลดอาการปวดได้ ทั้งยังมีประสิทธิภาพในการรักษาระยะยาวอีกด้วย โดยมีงานวิจัยในประเทศจีน (ตารางที่ 2) ดังต่อไปนี้

Liu Q and Zhu J (2019) ทำการศึกษาผู้ป่วยโรคปวดศีรษะไมเกรนกลุ่มอาการเลือดคั่งในระยะเฉียบพลันจำนวน 71 ราย¹⁴ กลุ่มทดลองได้รับการรักษาโดยการฝังเข็มบริเวณหน้าท้อง โดยเลือกจุด Zhongwan (CV12), Yindu (K119), Xiawan (CV10), Qihai (CV6), Tianshu (ST25) และ Shangfengshidian กลุ่มควบคุมได้รับการฝังเข็มมาตรฐาน (Changguizhencifa) ผลการทดลองพบว่า มีประสิทธิภาพของการรักษาทั้งหมดมากกว่ากลุ่มฝังเข็มมาตรฐาน ($P<0.05$) จึงสรุปได้ว่าการฝังเข็มบริเวณท้องสามารถลดอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยโรคปวดศีรษะไมเกรนกลุ่มอาการเลือดคั่งในระยะเฉียบพลันได้ อีกทั้งหลังการรักษา 30 นาที ยังมีประสิทธิภาพในการระงับความเจ็บปวดได้ดีกว่า

Qiu B (2018) ทำการศึกษาผู้ป่วยไมเกรนกลุ่มอาการเลือดและซีฟร่ง จำนวน 56 ราย¹⁵ กลุ่มทดลองได้รับการรักษาโดยการฝังเข็มบริเวณหน้าท้อง โดยเลือกจุดหลัก Zhongwan (CV12), Guanyuan (CV4), Xiawan (CV10), Qihai (CV6) กลุ่มควบคุมใช้วิธีการฝังเข็มแบบดั้งเดิม (Chuantongzhencifa) ผลการทดลองพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มฝังเข็มบริเวณท้อง มีประสิทธิภาพของการรักษาทั้งหมด (79.31%) มากกว่ากลุ่มฝังเข็มแบบดั้งเดิม (59.26%) พบว่ามีความสำคัญทางสถิติที่ $P<0.05$

Li W and Fan L (2012) ทำการศึกษาผู้ป่วยโรคปวดศีรษะไมเกรนชนิดไม่มีอาการเตือนก่อน¹⁶ กลุ่มทดลองได้รับการรักษาโดยการฝังเข็มบริเวณหน้าท้อง โดยเลือกจุด Zhongwan (CV12), Xiawan (CV10), Qihai (CV6), Guanyuan (CV4), Shangqu (KI17), Huaroumen (ST24), Shiguan (KI18) กลุ่มควบคุมใช้วิธีการฝังเข็มมาตรฐาน (Changguizhencifa) รักษา 30 นาที วันละ 1 ครั้ง สัปดาห์ละ 5 ครั้ง ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผลการทดลองพบว่า หลังจากรักษา 3 เดือน ผู้ป่วยในกลุ่มฝังเข็มบริเวณท้อง มีประสิทธิภาพของการรักษา (93.40%) มากกว่ากลุ่มฝังเข็มมาตรฐาน (82.42%) จึงสรุปได้ว่าการฝังเข็มบริเวณท้อง



มีประสิทธิภาพ ของการรักษาในระยะยาวดีกว่า
การฝังเข็มแบบมาตรฐาน

Sun H and Fu M (2019) ทำการศึกษาผู้ป่วย
โรคปวดศีรษะไมเกรนกลุ่มอาการเลือดและซีพว่อง
ในระยะมีประจำเดือนของผู้หญิง¹⁷ จำนวน 500 ราย
โดยผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการฝังเข็มบริเวณ
หน้าท้อง ผลการรักษาพบว่า ผู้ป่วยหายขาดจากโรค

300 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 ผู้ป่วยอาการดีขึ้น 190
ราย คิดเป็นร้อยละ 38 ผู้ป่วยไม่เห็นผลการรักษา 10
ราย คิดเป็นร้อยละ 2 หลังการรักษาทันที 30 นาที
และ 24 ชั่วโมง พบว่าอาการปวดดีขึ้น หลัง
เปรียบเทียบความแตกต่างของสถิติในแต่ละช่วงเวลา
พบว่ามีความสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$

ตารางที่ 2 การฝังเข็มท้องรักษาโรคปวดศีรษะไมเกรน

ผู้วิจัย หลัก	กลุ่ม ผู้ป่วย (ราย)	กลุ่ม ทดลอง (ราย)	จุดฝังเข็มหลัก	กลุ่ม ควบคุม (ราย)	จุดฝังเข็ม หลัก	ผลการ ทดลอง
Liu Q and Zhu J ¹⁴	ไมเกรน กลุ่มอาการ เลือดคั่ง (71)	ฝังเข็ม ท้อง (36)	Zhongwan(CV12) Yindu(K119) Xiawan(CV10) Qihai(CV6) Tianshu(ST25) Shangfengshidian	ฝังเข็ม มาตรฐาน (35)	Yangbai(GB14) Sizhukong (TE23) Shuaigu(GB8) Baihui(GV20) Fengchi(GB20) Lique(LU7) Hegu(LI4) Waiguan(TE5) Taichong(LR3) Zulinqi(GB41)	กลุ่มทดลอง -ลดระดับ ความปวด
Qiu B ¹⁵	ไมเกรน กลุ่มอาการ เลือดและซี พว่อง (56)	ฝังเข็ม ท้อง (29)	Zhongwan(CV12) Guanyuan(CV4) Xiawan(CV10) Qihai(CV6)	ฝังเข็ม ดั้งเดิม (27)	Ashixue Baihui(GV20) Fengchi(GB20) Shuaigu(GB8) Yangbai(GB14)	กลุ่มทดลอง -ลดจำนวน ครั้ง -ลดระดับ ความปวด



ผู้วิจัย หลัก	กลุ่ม ผู้ป่วย (ราย)	กลุ่ม ทดลอง (ราย)	จุดฝังเข็มหลัก	กลุ่ม ควบคุม (ราย)	จุดฝังเข็ม หลัก	ผลการ ทดลอง
					Sizhukong (TE23)	-ลดระยะ เวลาของ
					Lueque(LU7) Hegu(LI4) Waiguan(TE5) Taichong(LR3)	อาการปวด
Li W and Fan L ¹⁶	ไมเกรน ชนิดไม่มี อาการเตือน ก่อน (182)	ฝังเข็ม ท้อง (91)	Zhongwan(CV12) Xiawan(CV10) Qihai(CV6) Guanyuan(CV4) Shangqu(KI17) Huaroumen (ST24) Shiguan(KI18)	ฝังเข็ม มาตรฐาน (91)	Shuaigu(GB8) Fengchi(GB20) Taiyang (EX-HN5) Yanglingquan (GB34) Hegu(LI4) Waiguan(TE5) Taichong(LR3)	กลุ่มทดลอง มี ประสิทธิภาพ การรักษา ระยะยาว
Sun H and Fu M ¹⁷	ไมเกรน กลุ่มอาการ เลือดและซี ปร่อง (500)	ฝังเข็ม ท้อง (500)	Zhongwan(CV12) Guanyuan(CV4)	-	-	กลุ่มทดลอง -ลดระดับ ความปวด -ลดจำนวน ครั้งของ อาการปวด

การฝังเข็มร่วมกับการกระตุ้นไฟฟ้า

รักษาโรคปวดศีรษะไมเกรน

การฝังเข็มร่วมกับการกระตุ้นไฟฟ้า
มีผลข้างเคียงค่อนข้างน้อย สามารถระงับความ

เจ็บปวดได้เร็ว มีประสิทธิภาพในการรักษา ทั้งยังช่วยลด
จำนวนครั้งและจำนวนวันในการเจ็บปวดได้อีกด้วย
โดยมีงานวิจัยในประเทศจีน (ตารางที่ 3) ดังต่อไปนี้



Sheng G และคณะ (2019) ศึกษาการฝังเข็มร่วมกับการกระตุ้นไฟฟ้าในเส้นลมปราณเท้าเส้าหยางบริเวณศีรษะและต้นคอในการรักษาผู้ป่วยโรคปวดศีรษะไมเกรน¹⁸ จำนวน 64 ราย โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับการรักษาโดยการฝังเข็มร่วมกับการกระตุ้นไฟฟ้าโดยกลุ่มกระตุ้นไฟฟ้าที่ 1 ประกอบด้วยจุด Shuaigu (GB8) และจุด Tongziliao (GB1), กลุ่มกระตุ้นไฟฟ้าที่ 2 ประกอบด้วยจุด Fengchi (GB20) และจุด Naokong (GB19) ใช้คลื่นถี่ (Mibo) ความถี่ 100 เฮิร์ตซ์ กลุ่มควบคุมได้รับการรักษาโดยการฝังเข็มเพียงอย่างเดียว โดยเลือกจุด Taiyang (EX-HN 5), Shuaigu (GB8), Fengchi (GB20), Zulinqi (GB41) และ Waiguan (TE5) ติดตามอาการหลังการรักษาเป็นระยะเวลา 6 เดือน ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีประสิทธิภาพของการรักษาทั้งหมด (91.18%) มากกว่ากลุ่มควบคุม (67.64%) หลังเปรียบเทียบผลของการรักษา 2 กลุ่ม หลังการรักษา 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน พบว่ามีความสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$ แสดงว่าผลการรักษาในระยะยาวของการฝังเข็มร่วมกับการกระตุ้นไฟฟ้ามีประสิทธิภาพมากกว่า

Zhang H และคณะ (2015) ศึกษาการฝังเข็มร่วมกับการกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคปวดศีรษะไมเกรนชนิดเฉียบพลันจำนวน 110 ราย¹⁹ โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 55 ราย กลุ่มทดลองได้รับการรักษาโดยการฝังเข็มร่วมกับการกระตุ้นไฟฟ้าเชื่อมต่อเครื่องกระตุ้นไฟฟ้ากับจุดฝังเข็มหลักและจุดฝังเข็มเสริมซึ่งอยู่ห่างจากจุดฝังเข็มหลักประมาณ

3 – 4 มิลลิเมตร ใช้คลื่นทางสลับคลื่นถี่ (Shumibo) ความถี่ 2/100 เฮิร์ตซ์ กลุ่มทดลองเลือกจุดซึ่งไม่ใช่จุดฝังเข็มและไม่ได้อยู่ในเส้นลมปราณ ผลการรักษาพบว่ากลุ่มทดลองมีประสิทธิภาพในการระงับปวดได้ทันที (87.3%) มากกว่ากลุ่มควบคุม (52.7%) พบว่ามีความสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.01$

Xiao L และคณะ (2013) ทำการศึกษาผู้ป่วยโรคปวดศีรษะไมเกรนจำนวน 180 ราย²⁰ กลุ่มฝังเข็มร่วมกับการกระตุ้นไฟฟ้า โดยเลือกจุดบริเวณ pyramidal cross area จุด Yuzhen (BL9) และจุด Tianzhu (BL10) ใช้ความถี่ 2 /100 เฮิร์ตซ์ ความแรง 8-20 mA กลุ่มฝังเข็มมาตรฐานเลือกจุดตามกลุ่มอาการ กลุ่มรับประทานยาได้รับยาอะมิโนไพโรลีน (Aminopyrine) ครั้งละ 1 เม็ด รักษาวันละ 1 ครั้ง 10 วัน ผลจากการทดลองพบว่า กลุ่มฝังเข็มร่วมกับการกระตุ้นไฟฟ้ามีค่า VAS (ระดับความรู้สึกเจ็บปวด) ลดลง มีประสิทธิภาพของการรักษาทั้งหมดมากกว่ากลุ่มฝังเข็มมาตรฐานและกลุ่มรับประทานยา อัตราการเกิดโรคซ้ำต่ำกว่ากลุ่มฝังเข็มมาตรฐานและกลุ่มรับประทานยา ($P < 0.05$, $P < 0.01$)

Peng Y and Zhou J (2018) ทำการศึกษาการฝังเข็มร่วมกับการกระตุ้นไฟฟ้าในการรักษาผู้ป่วยโรคปวดศีรษะไมเกรนชนิดไม่มีอาการเตือนก่อน จำนวน 64 ราย²¹ กลุ่มทดลองรักษา โดยการฝังเข็มร่วมกับการกระตุ้นไฟฟ้าจุด Qiuxu (GB40) ใช้คลื่นทางสลับคลื่นถี่ (Shumibo) ความถี่ 100 เฮิร์ตซ์ และทำการฝังเข็มอย่างเดียวในจุดตามแนวเส้นลมปราณเส้าหยาง กลุ่มควบคุมรักษาโดยการรับประทาน



ยาแคปซูลฟลูนาไรซีนไฮโดรคลอไรด์ (Flunarizine hydrochloride) เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีประสิทธิภาพของการรักษาทั้งหมด (87.5%) มากกว่ากลุ่มควบคุม (76.67%) พบว่ามีความสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$ และเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองพบว่า ค่า VAS (ระดับความรู้สึกเจ็บปวด) และค่า MSQ (แบบสอบถามความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิต) มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัด มีความสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$

Lu J and Yao S (2014) ทำการศึกษาการฝังเข็มร่วมกับการกระตุ้นไฟฟ้าในการรักษาผู้ป่วยโรคปวดศีรษะไมเกรนจำนวน 96 ราย²² โดยแบ่งออก 2 กลุ่ม กลุ่มละ 48 ราย กลุ่มทดลองได้รับการรักษา โดยการ

ฝังเข็มร่วมกับการกระตุ้นไฟฟ้า จุด Fengfu (GV16), Touwei (ST8), Toulinqi (GB15), Taiyang (EX-HN 5), Shuaigu (GB8) และ Fengchi (GB20) ใช้คลื่นแบบต่อเนื่อง (Lianxvbo) ความถี่ 2 เฮิร์ตซ์ วันละ 1 ครั้ง 10 วันเป็น 1 คอร์สการรักษา กลุ่มควบคุมได้รับยา Nimodipine 2 เม็ด/ครั้ง วันละ 3 ครั้ง 10 วันเป็น 1 คอร์สการรักษา ผลการทดลองพบว่า หลังการรักษา กลุ่มทดลองมีประสิทธิภาพของการรักษาทั้งหมด (91.67%) มากกว่ากลุ่มควบคุม (62.50%) พบว่ามีความสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$ และเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองพบกลุ่มฝังเข็มร่วมกับการกระตุ้นไฟฟ้ามีค่า VAS (ระดับความรู้สึกเจ็บปวด) ลดลง มีความสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$

ตารางที่ 3 การฝังเข็มร่วมกับการกระตุ้นไฟฟ้ารักษาโรคปวดศีรษะไมเกรน

ผู้วิจัยหลัก	กลุ่มผู้ป่วย (ราย)	กลุ่มทดลอง (ราย)	จุดฝังเข็มหลัก/บริเวณ	กลุ่มควบคุม (ราย)	จุดฝังเข็มหลัก/ยา	ผลการทดลอง
Sheng G, et al. ¹⁸	ไมเกรนชนิดไม่มีอาการเตือน (68)	ฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้า (34)	Shuaigu(GB8) Tongziliao (GB1) Fengchi(GB20) Naokong (GB19)	ฝังเข็ม (34)	Taiyang (EX-HN 5) Shuaigu(GB8) Fengchi(GB20) Zulinqi(GB41) Waiguan(TE5)	กลุ่มทดลองลดระดับความเจ็บปวดลดจำนวนครั้งของอาการปวดลดระยะเวลาของอาการปวด



ผู้วิจัย หลัก	กลุ่ม ผู้ป่วย (ราย)	กลุ่ม ทดลอง (ราย)	จุดฝังเข็มหลัก/ บริเวณ	กลุ่ม ควบคุม (ราย)	จุดฝังเข็มหลัก/ ยา	ผลการ ทดลอง
Zhang H, et al. ¹⁹	ไมเกรน แบบ เฉียบ พลัน (110)	ฝังเข็ม ร่วมกับ กระตุ้นไฟฟ้า (55)	Fengchi(GB20) Waiguan(TE5) Shuaigu(GB8) Yanglingquan (GB34)	ฝังเข็ม (55)	Feijingfeixue	กลุ่มทดลอง -ลดอาการปวด
Xiao L, et al. ²⁰	ไมเกรน (180)	ฝังเข็ม ร่วมกับ กระตุ้นไฟฟ้า (60)	pyramidal cross area Yuzhen(BL9) Tianzhu(BL10)	ฝังเข็ม (60) ยา (60)	ตามกลุ่มอาการ Aminopyrine 1 เม็ด/ครั้ง	กลุ่มทดลอง -ลดระดับความ เจ็บปวด -ลดจำนวนครั้ง ของอาการปวด
Peng Y and Zhou J ²¹	ไมเกรน ชนิด ไม่มี อาการ เตือน ก่อน (64)	ฝังเข็ม ร่วมกับ กระตุ้นไฟฟ้า (32)	Qiuxu(GB40) Fengchi(GB20) Waiguan(TE5) Yanglingquan (GB34)	ยา (30)	Flunarizine hydrochloride 1 เม็ด/ครั้ง	กลุ่มทดลอง -ลดอาการปวด
Lu J and Yao S ²²	ไมเกรน (96)	ฝังเข็ม ร่วมกับ กระตุ้นไฟฟ้า (48)	Fengfu(GV16) Touwei(ST8) Toulingqi (GB15) Taiyang (EX-HN 5) Shuaigu(GB8) Fengchi(GB20)	ยา (48)	Nimodipine 2 เม็ด/ครั้ง	กลุ่มทดลอง -ลดอาการปวด



จากข้อมูลเชิงสถิติจุดฝังเข็มที่ใช้บ่อย
ในการรักษาโรคปวดศีรษะไมเกรน 10 จุดแรก ได้แก่
จุด Fengchi (GB20) 774 ครั้ง, Taiyang (EX-HN 5)
647 ครั้ง, Shuaigu (GB8) 608 ครั้ง, Baihui (GV20)

464 ครั้ง, Taichong (LR3) 438 ครั้ง, Hegu (LI4)
413 ครั้ง, Touwei (ST8) 333 ครั้ง, Waiguan (TE5)
270 ครั้ง, Ashixue 214 ครั้ง และ Zulinqi (GB41)
194 ครั้ง²³ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จุดฝังเข็มที่ใช้บ่อยในการรักษาโรคปวดศีรษะไมเกรน

จุดฝังเข็ม	จำนวนครั้ง
Fengchi (GB20)	774
Taiyang (EX-HN 5)	647
Shuaigu (GB8)	608
Baihui (GV20)	464
Taichong (LR3)	438
Hegu (LI4)	413
Touwei (ST8)	333
Waiguan (TE5)	270
Ashixue	214
Zulinqi (GB41)	194

จากตารางที่ 4 จะเห็นได้ว่า จุดฝังเข็มที่ใช้
บ่อยในการรักษาโรคปวดศีรษะไมเกรน 3 จุดแรก
ได้แก่ จุด Fengchi (GB20), จุด Taiyang (EX-HN 5)
และจุด Shuaigu (GB8) สอดคล้องกับการรวบรวม
ข้อมูลงานวิจัยข้างต้น

จุด Fengchi (GB20) เป็นจุดลำดับที่ 20
บนเส้นลมปราณถุงน้ำดี (Gallbladder Meridian)
มีสรรพคุณช่วยให้สมองและทวารปอดโปร่ง ปรับสมดุล
การทำงานของซีและเลือดของเส้นลมปราณทั้ง 12²¹
จุด Taiyang (EX-HN 5) เป็นจุดลำดับที่ 5 บนเส้น
ลมปราณพิเศษนอกเส้นลมปราณหลัก มีสรรพคุณ

ช่วยทำให้เส้นลมปราณหยางหมิง เส้าหยาง เส้นลมปราณ
จิงลั่วไหลเวียนสะดวก ระบายอาการปวด จุด Shuaigu
(GB8) เป็นจุดลำดับที่ 8 บนเส้นลมปราณถุงน้ำดี
(Gallbladder Meridian) จุดทั้ง 3 ล้วนมีตำแหน่ง
อยู่บริเวณศีรษะ ตามสรรพคุณการรักษาของจุดที่อยู่
ใกล้ เส้นลมปราณผ่านบริเวณใด ก็จะสามารถรักษา
บริเวณนั้นได้ การฝังเข็มจุดบริเวณศีรษะจึงช่วยรักษา
อาการปวดศีรษะได้นั่นเอง



สรุปและอภิปรายผล

จากการรวบรวมข้อมูลการศึกษาข้างต้น ได้แสดงถึงประสิทธิภาพของการฝังเข็มที่มีผลต่อการรักษาโรคปวดศีรษะไมเกรน จุดฝังเข็มที่ใช้บ่อยในการรักษาโรคปวดศีรษะไมเกรน 3 จุดแรก ได้แก่ จุด Fengchi (GB20), จุด Taiyang (EX-HN 5) และ จุด Shuaigu (GB8) จุดทั้ง 3 นี้ล้วนมีสรรพคุณที่ช่วยในการรักษาโรค การรักษาโรคปวดศีรษะไมเกรนด้วยการฝังเข็มที่นำมาสรุปและวิเคราะห์ผล ได้แก่ การฝังเข็มมาตรฐาน การฝังเข็มท้องและการฝังเข็มร่วมกับการกระตุ้นไฟฟ้า แต่ละวิธีมีกลไกการรักษาแตกต่างกันออกไป การฝังเข็มช่วยยับยั้งการหลั่งสารสื่อประสาทประเภทกระตุ้นกลูตาเมต ช่วยในการไหลเวียนของเลือดบริเวณสมอง เพิ่มประสิทธิภาพในการปรับสมดุลของเลือด ทั้งยังช่วยในเรื่องอาการจากระบบประสาท ส่งผลให้อาการปวดศีรษะไมเกรนดีขึ้น²⁴ การฝังเข็มท้องจะช่วยปรับสมดุลการทำงานของอวัยวะและเส้นลมปราณต่าง ๆ ที่ผิดปกติ มีจุดมุ่งหมายเพื่อการรักษาอาการเจ็บป่วยโดยรวมของร่างกาย ในระยะที่อาการไม่รุนแรงมากนักสามารถใช้หลักการบำรุงม้าม ตับและไต เพื่อทำให้อวัยวะในร่างกายอยู่ในภาวะสมดุล ค่อย ๆ ลดความถี่ในการเกิดโรคและลดระดับของอาการปวดได้ ทั้งยังสามารถป้องกันการเกิดอาการปวดศีรษะไมเกรนได้ดีในระยะเฉียบพลัน จะช่วยบรรเทาอาการปวดได้อย่างรวดเร็ว อีกทั้งยังมีประสิทธิภาพของการรักษาในระยะยาวอีกด้วย²⁵ การฝังเข็มร่วมกับการกระตุ้นไฟฟ้า ทำให้เกิดการหลั่งสารเซโรโทนิน นอร์เอพิเนพริน และมอร์ฟินเพิ่มมากขึ้น ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการ

ระงับความเจ็บปวด²⁶ ความถี่และรูปแบบของคลื่นไฟฟ้าที่แตกต่างกัน ย่อมส่งผลในการรักษาที่ต่างกันด้วยการกระตุ้นไฟฟ้าด้วยคลื่นถี่แบบต่อเนื่อง ช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือด²⁷ การกระตุ้นไฟฟ้าด้วยคลื่นทางสลับคลื่นถี่ ช่วยในการทำงานของกระบวนการเมแทบอลิซึม ส่งเสริมการทำงานของระบบไหลเวียนเลือด²⁸ โดยผลการศึกษาแต่ละวิธีพบว่า มีประสิทธิภาพในการรักษาและบรรเทาอาการปวดศีรษะไมเกรน ช่วยลดความถี่จำนวนครั้ง และระดับความรุนแรงในการเกิดโรค ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าการฝังเข็มช่วยลดอาการปวดศีรษะไมเกรน นอกจากนี้การฝังเข็มยังเป็นวิธีการรักษาที่ง่าย สะดวก ประหยัด ผลข้างเคียงน้อย มีประสิทธิภาพในการรักษาสูง เนื่องจากการใช้ยาในการรักษาอาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงได้ การฝังเข็มรักษาอาการปวดศีรษะไมเกรนจึงเป็นแนวทางการรักษาอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ป่วยไมเกรน ทั้งนี้การรักษาจะเกิดประสิทธิภาพได้ดีเมื่อผู้ป่วยหลีกเลี่ยงหรือลดพฤติกรรมที่กระตุ้นให้เกิดโรค

ข้อเสนอแนะ

ผลจากการวิจัย ทำให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการรักษาตามสภาวะและกลุ่มอาการของผู้ป่วยได้ ควรส่งเสริมการเก็บข้อมูลการรักษาโรคปวดศีรษะไมเกรนด้วยการฝังเข็มในประเทศไทย ส่งเสริมการทำวิจัยเพื่อนำไปสู่การพัฒนาต่อยอดการรักษาด้วยวิธีใหม่ ๆ ควรมีการส่งเสริมการนำไปประยุกต์ใช้ในการรักษาร่วมกับการแพทย์แขนงอื่น ๆ เช่น แพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย เพื่อเป็นการเพิ่มทางเลือกในการรักษาให้กับผู้ป่วย



เอกสารอ้างอิง

1. Liu J and Yu S. The relationship between intestinal flora and migraine. Chin J Pain Med 2019;25(12):6-10
2. Liu Z. Observation on the clinical effect of acupuncture combined with massage manipulation in the treatment of migraine. Biped Health 2017;(21):190-2
3. Niu F, Lu S, Ouyang B. Treatment of Migraine without Aura by Penetration Acupuncture at the Acupoint of Shaoyang Meridian: Clinical Observation of 30 Cases. JCAM 2016;32(12):56-9
4. Li Y, Li H, Han J. Study of Analgesic and Anti - Inflammatory Mechanism in Prevention and Treatment of Migraine with Acupuncture Therapy of Soothing Liver and Regulating Spirit Method. Chin Arch TCM 2018;36(11): 2643-6
5. Menken M, Munsat TL, Toole J F. The global burden of disease study: implications for neurology. J. Arch Neural 2000;57(3):418-20
6. Stovne RLJ, Nichols E, Steine RTJ, et al. Global, regional, and national burden of migraine and tension-type headache, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. J. Lancet Neurol 2018;17(11):954
7. Yu S. Study on the regularity of clinical acupoint use in the treatment of migraine patients with acupuncture and moxibustion. China Rural Health 2015;10:32
8. Zhang Z, Wang H. Observation on the immediate effect of acupuncture through acupoints in the treatment of 36 cases of acute migraine without aura. Pract Clin J Integ Chin & West Med 2010;3(10):50-1
9. Xiao X, Jiang H, Pei P, Yang W. Effects of Acupuncture for Acute Migraine without Aura. Chin J Integ Med Cardio - Cerebrovascular dis 2021;19(8):1285-9
10. Wang B. Clinical efficacy analysis of acupuncture and moxibustion in the treatment of migraine. Mod Med & Health Res 2018; 2(2):153
11. Lin M, Fang Yu. Study on the clinical effect of acupuncture and moxibustion therapy on migraine. J. Pract Lab Med 2021;28(1):59-61
12. Wang J. Clinical observation and evaluation of acupuncture and moxibustion in treating migraine caused by wind. Med Theor & Prac 2019;32(4):517-8
13. Liu J. To Investigate the Clinical Effect of Acupuncture On Migraine. CHSM. 2017; 8(10):95-7



14. Liu J, Zhu J. Observation of immediate curative effect of Abdominal acupuncture on blood stasis type migraine. Clin Ed Gen Prac 2019;17(10):938-9
15. Qiu B. The Clinical observation of 29 migraine with deficiency of qi and blood cases treated by Abdominal acupuncture treated. Zhejiang JTCM 2018;53(2):133
16. Li W, Fan Li. The Clinical observation of 91 migraine without aura cases treated by Abdominal acupuncture treated. J. Proceedings of the 40th Anniversary of the 3rd International Symposium on Abdominal Acupuncture 2012:219-23
17. Sun H, Fu M. Clinical effect analysis of Abdominal acupuncture on migraine of female menstrual qi and blood deficiency type. Qinghai Med J 2019;49(10):62-3
18. Sheng G, Liu Z, Liu G, Shi S, Li C, You M. Clinical observation on electro-needling head and neck points of Gallbladder meridian of foot Shaoyang in the treatment of migraine. JCAM 2019;35(6):33-6
19. Zhang H, Hu Y, Wu J, Zheng H. Timeliness law on the immediate analgesia on acute migraine treated with electroacupuncture at Shaoyang meridian points. Zhongguo Zhen Jiu 2015;35(02):127-31
20. Xiao L, Cui Q, Zhang Q, Wang L. Effect Observation of Electroacupuncture in Pyramidal Cross Area in Treatment of 60 patients with Migraine. Med & Pharm J Chin PLA. 2013; 25(07):61-4
21. Peng Y, Zhou J. Effect observation of electroacupuncture Qiuxu combined with Shaoyang meridian in treatment of 32 patients with Migraine. Zhejiang JTCM 2018;53(2):134-5
22. Lu J and Yao S. Effect Observation of Electroacupuncture in Treatment of 48 patients with Migraine. Chin J Trad Med Sci & Tech 2014;21(1):92
23. Han P, Wen J, Wu H, et al. Analysis on rules of acupoint compatibility and application characteristics in acupuncture treatment of migraine based on complex network technique. Acup Res 2022;47(2):171-6
24. Xing X, Wang H, Xie J, Wang Y. Analysis of the evaluation of acupuncture and moxibustion in the treatment of primary headache by the VAS method in the past ten years. Mod J Integ Trad Chin & West Med 2017;26(25):2844-8
25. Lin L, Chen F, Huang C. Analysis of the Clinical Curative Effect of Flunarizine Combined with Carbamazepine in the Treatment of migraine. CHSM 2016;7(24):80-1



26. Shi X. Acupuncture and moxibustion therapy. Shanghai: Shanghai scientific and Technical Publishing house; 2002
27. Shi H, Li J, Ji C, et al. Effect of Electroacupuncture on Cortical Spreading and Plasma CGRP and Substance P Contents in Migraine Rats. Zhen Ci Yan Jiu 2010;35(1):17-21
28. Yang J. Acupuncture. Beijing: People's Medical Publishing House; 1989

คำแนะนำ

ในการส่งรายงานการวิจัยหรือบทความวิชาการ เพื่อการตีพิมพ์ในวารสารสหเวชศาสตร์

วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ยินดีรับบทความวิชาการทางด้านวิทยาศาสตร์ สุขภาพและสาธารณสุข โดยบทความที่ส่งมาเพื่อพิจารณาตีพิมพ์จะต้องไม่เป็นผลงานวิจัย/วิชาการที่เคยได้รับการเผยแพร่ในวารสารใดมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ของวารสารอื่น บทความทุกบทความที่ตีพิมพ์ลงในวารสารฉบับนี้จะต้องผ่านการพิจารณาจาก ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 ท่าน ต่อหนึ่งบทความ (กรณีที่ผู้ส่งบทความมีความประสงค์ส่งผลงานตีพิมพ์เพื่อใช้ขอตำแหน่งทางวิชาการ หรือ ขอตำแหน่งวิชาชีพเฉพาะ/เชี่ยวชาญเฉพาะ ทางวารสารฯ จะผ่านการพิจารณาจาก ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด) โดยวิธีการประเมินแบบ double – blinded กองบรรณาธิการของสงวนสิทธิ์ในการแก้ไขต้นฉบับและการพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

เพื่อให้การตีพิมพ์รายงานการวิจัย หรือบทความในวารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เป็นไปด้วยความเรียบร้อย เป็นวารสารที่ได้รับมาตรฐานสากล บังเกิดประโยชน์อย่างแท้จริง ทั้งผู้ส่งรายงานการวิจัย หรือบทความวิชาการ เพื่อให้เกิดประโยชน์จากผลงานการวิจัย หรือบทความวิชาการเหล่านั้น ทางกองบรรณาธิการ จึงได้กำหนดหลักเกณฑ์และคำแนะนำในการส่งรายงานการวิจัย หรือบทความวิชาการ ลงในวารสาร 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) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษควรเลือกคำที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 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 (ระบุวิธีการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และระยะเวลาในการเก็บข้อมูล)
7. ผลการวิจัย ควรเสนออย่างตรงประเด็น อาจมีรูปภาพ ตาราง มาประกอบเท่าที่จำเป็น
8. การสรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ต้องเขียนให้ครอบคลุมผลการศึกษา
9. เอกสารอ้างอิง
 - 9.1 ผู้นิพนธ์ต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver
 - 9.2 การอ้างอิงเอกสารใดให้ใช้เครื่องหมายเชิงบรรณเป็นหมายเลขโดยใช้หมายเลข 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" โดยมีเนื้อหาบทความประมาณ 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, Victor 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. สุจิต เฟาสวัสดิ์. ระบาดวิทยาของเด็กตายคลอด. ใน: สุจิต เฟาสวัสดิ์, 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 สุนทราภา. 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. ญัฐวิภา เข้มแข็ง. 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 และจะส่งผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อพิจารณาบทความอย่างน้อยจำนวน 2 ท่าน ต่อหนึ่งบทความ หากมีการแก้ไขจะส่งให้ผู้เขียนปรับแก้ เพื่อความสมบูรณ์ของบทความ

หมายเหตุ : บทความที่จัดรูปแบบเรียบร้อยแล้วให้ส่งพร้อมกับแบบฟอร์มขอส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารสหเวชศาสตร์ 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 และไม่ได้อยู่ระหว่างการพิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารอื่นๆ อีก นับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งบทความฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการวารสารสหเวชศาสตร์ 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 200 บาท
☐ 2 ปี (2 ฉบับ) จำนวนเงิน 400 บาท
ทั้งนี้ตั้งแต่ปีที่..... ฉบับที่..... เดือน..... พ.ศ..... เป็นต้นไป
พร้อมนี้ได้ส่งค่าสมาชิก จำนวน.....บาท (.....)
☐ โดยชำระค่าสมาชิกเป็นเงินสด

ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ได้รับเงินค่าสมาชิกวารสารแล้ว

ลงชื่อ.....(เจ้าหน้าที่)

วันที่.....



JAHS

วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University

