

วารสารสหเวชศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Journal of Allied Health Sciences
Suan Sunandha Rajabhat University



ISSN 2539-6749

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม-ธันวาคม 2559

Volume 1 No.1 January-December 2016

วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University

วัตถุประสงค์ของการจัดพิมพ์วารสาร

1. เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิจัย และผลงานวิชาการทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและสาธารณสุข
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการนำเสนอและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นทางวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและสาธารณสุข

ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.ฤๅเดช เกิดวิชัย

อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

รองศาสตราจารย์ ดร.ธนสุวิทย์ ทับทิมรุกข์

รองอธิการบดีฝ่ายวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมเดช รุ่งศรีสวัสดิ์

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวรีย์ ยอดฉิม

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

บรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.นพ.ธวัชชัย กมลธรรม

คณบดีวิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์ นิชโรจน์

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยสหเวชศาสตร์

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ นายแพทย์สรโรจ แสงวิเชียร

มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ยงยุทธ วัชรกุลย์ (ราชบัณฑิต)

มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์ นายแพทย์นิพนธ์ พวงวรินทร์ (ราชบัณฑิต)

มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์พูนพิศ อมาตยกุล

มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนา สำโรงทอง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นายแพทย์เทวัญ อานันรัตน์

กระทรวงสาธารณสุข

ดร.รัชนี้ จันทร์เกษ

กระทรวงสาธารณสุข

ภญ.ดร.อัญชลี จูฑะพุทธิ

กระทรวงสาธารณสุข

นายแพทย์มานิชนธ์ ลิโทชวลิต

มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ร้อยเอก นายแพทย์พงษ์ศักดิ์ เจริญงามเสมอ

มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

อาจารย์ ดร.ศุภะลักษณ์ พักคำ

มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ

ศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ศาสตรี เสาวคนธ์

มหาวิทยาลัยบูรพา

ศาสตราจารย์ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ศาสตราจารย์ ดร.วิชัย ศรีคำ

มหาวิทยาลัยศิลปากร

รองศาสตราจารย์ ดร.โยธิน แสงวงศ์

มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ดร.ประสิทธิ์ ลีระพันธ์

มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ

มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ เพ็ญจันทร์ ส.โมโนยพงศ์

มหาวิทยาลัยคริสเตียน

รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร ชัมภลิต

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.นพ.ธวัชชัย กมลธรรม

มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์ นิชโรจน์

มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์

มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

นายแพทย์ธวัช บูรณถาวรสม

มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

อาจารย์ ดร.รัตนา ปานเรียนแสน

มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

กองการจัดการ

อาจารย์ ดร.ทิพย์วารินทร์ เบ็ญจนิรัตน์
อาจารย์ ดร.พงศ์มาตา ตามาพงษ์
อาจารย์มุกดา โทแสง
อาจารย์สุวรรณา หัดสาหมัด
อาจารย์ณัฐสินี แสนสุข
อาจารย์ธรรมศักดิ์ สายแก้ว
นางสาวจินห์จุฑา ศรีเหรา
นางสาวสุนีย์ ยียะหิยา
นายทศวรรณ พงษ์สุข
นางสาวลนิตา ภาวนานนท์

กำหนดการเผยแพร่

ปีละ 1 ฉบับ

เจ้าของวารสาร

วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

สำนักงาน

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

พิมพ์ที่

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

ออกแบบปกโดย

นายทศวรรณ พงษ์สุข

บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ได้รับการตรวจสอบทางด้านวิชาการ โดยผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ตรงตามสาขา จำนวน 2 ท่าน และบทความในวารสาร เป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนซึ่งทางกองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย การนำบทความในวารสารนี้ไปเผยแพร่สามารถกระทำได้โดยให้ระบุแหล่งอ้างอิง จากวารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

บทบรรณาธิการ

วารสารวิชาการวิทยาลัยสหเวชศาสตร์ ฉบับนี้เป็นผลผลิตจากความมานะพยายามของทีมงานคณาจารย์และเจ้าหน้าที่ของวิทยาลัยสหเวชศาสตร์บวกกับเจตนารมณ์ของศาสตราจารย์ นายแพทย์อดุลย์ วีริยเวชกุล (ราชบัณฑิต) อดีตคณบดีของวิทยาลัยสหเวชศาสตร์

วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ เป็นวิทยาลัยที่มีการเรียนการสอนที่เกี่ยวข้องกับด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและสาธารณสุขแห่งเดียวของมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ประกอบด้วยสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ปริญญาตรี โท และเอก สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ แขนงวิชาการดูแลสุขภาพและความงาม สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ แขนงวิชาการดูแลสุขภาพเด็ก สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ แขนงวิชาการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ และสาขาวิชาเลขานุการการแพทย์และสาธารณสุข มีบทบาทในการผลิตบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถตามความต้องการของสังคม และประชาชนทั้งในประเทศ และต่างประเทศ รองรับสังคมผู้สูงอายุและรองรับการเป็น Thailand 4.0

นอกจากการผลิตบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถแล้ว วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ยังมีภารกิจที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การวิจัย และเผยแพร่งานวิจัยที่ดำเนินการเสร็จสมบูรณ์แล้วสู่สาธารณะ การผลิตวารสารวิชาการวิทยาลัยสหเวชศาสตร์ นี้ก็เป็นวิธีหนึ่ง ซึ่งจำเป็นในการสร้างความรอบรู้ให้กับประชาชนและคณาจารย์ และสร้างมาตรฐานการศึกษาวิจัยโดยวารสารนี้

ผู้บริหารและทีมงานบรรณาธิการวารสารวิชาการวิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มีความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะสร้างสรรค์วารสารฉบับนี้ให้มีมาตรฐานถึงระดับชาติ (TCI 1) และระดับนานาชาติต่อไปในอนาคต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร. นายแพทย์วัชชัย กมลธรรม

คณบดีวิทยาลัยสหเวชศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

สารบัญ

| บทความวิจัย | หน้า |
|--|------|
| การพัฒนาครีมสมุนไพรห้าชนิดจากป่าชายเลนเพื่อรักษาโรคผิวหนัง Development of Five Mangrove Herbal Creams to Treatment Skin Diseases นรินทร์ กากะทุม Narin Kakatum | 1 |
| การศึกษาเชิงวิเคราะห์เกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากอาการปวดกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อพังคืด An Analytical Study of the Impact Caused by the Myofascial Pain Syndrome: MPS. วรรณวิมล เมฆวิมล กิ่งแก้ว Wanwimon Mekwimon Kingkaew | 12 |
| ชี่กงกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ Qigong and Depression in the Elderly วันวิสาข์ สายสนั่น ณ อรุณยา, อานนท์ วรยิ่งยง, ธนันต์ ศุภศิริ Wanvisa Saisanan Na Ayudhaya, Arnond Vorayingyon, Thanan Supasiri | 30 |

สารบัญ(ต่อ)

| บทความวิจัย | หน้า |
|---|------|
| การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตเทศบาลตำบลบางปรอก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี Factors Influencing Village Health Volunteers' Performance in Preventing and Controlling Hemorrhagic Fever in Bang Prog Municipal District, Pathum Thani Province. พนม นพพันธ์, ธรรมศักดิ์ สายแก้ว Panom Noppan, Tammasak Saykaew | 39 |
| พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทพนิมิต จังหวัดจันทบุรี Dengue Fever Preventive Behavior among Inhabitant in the Area of Responsibility at the Health Promoting Hospital Ban Thep Nimit District, Chantaburi Province. ศิรินันท์ คำสี Sirinun Kumsri | 63 |
| การศึกษาปัจจัยของการออกกำลังกายของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ The Study Factors of Exercise of Students in Srinakharinwirot University ธิติพงษ์ สุขดี Thitipong Sukdee | 69 |



การพัฒนาครีมสมุนไพรห้าชนิดจากป่าชายเลนเพื่อรักษาโรคผิวหนัง

นรินทร์ กากะทุม¹

วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา¹

Email: narin.ka@ssru.ac.th¹

บทคัดย่อ

ภูมิปัญญาแพทย์แผนไทยมีการใช้สมุนไพรจากป่าชายเลนมาบำบัดบรรเทาโรคหรืออาการทางผิวหนังจากการที่ต้องสัมผัสกับน้ำ ความชื้น โดยใช้ส่วนต่างๆของพืชมาต้มล้าง อบแห้ง เพื่อลดอาการคัน แผลอักเสบต่างๆ เป็นเวลานาน ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาสมุนไพรจากป่าชายเลน เพื่อช่วยลดปัญหาการเกิดโรคทางผิวหนัง ที่มีผลจากการประกอบอาชีพที่ต้องสัมผัสกับน้ำที่ไม่สะอาดมีการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ และพัฒนาสมุนไพรให้มีรูปแบบที่ทันสมัย สะดวกต่อการใช้งาน และคงสภาพการออกฤทธิ์ โดยคัดเลือกสมุนไพรที่มีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ ด้วยวิธี DPPH Assay, ปริมาณกลุ่มสารฟีนอลิก โดยวิธี Folin-Ciocalteu Colorimetric Method, ฤทธิ์ต้านเชื้อจุลินทรีย์ minimum inhibitory concentration (MIC) ด้วยวิธี agar diffusion และ broth microdilution method Broth dilution method ต่อเชื้อ *C. albicans* TBRC 209, *S. epidermidis* TBRC 2992, *B. subtilis* TBRC 2881, *P. aeruginosa* TBRC 2984 ที่ดีที่สุดจากสารสกัดสมุนไพรห้าชนิด ด้วย Ethanol 95% ได้แก่ เหงือกปลาหมอ ตะบูน ส่าเมงา ชะคราม ผักเบี้ย มาพัฒนาเป็นครีมสมุนไพร เพื่อสะดวกในการนำไปใช้ พบว่าสารสกัดตะบูนมีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ ปริมาณกลุ่มสารฟีนอลิก และต้านเชื้อจุลินทรีย์ที่ดีที่สุด ผลประเมินความคงตัวทางกายภาพ เนื้อครีมไม่มีการแยกชั้น การตกตะกอนและกลิ่นไม่เปลี่ยนแปลง ความเป็นกรด - ด่าง ของครีมตะบูน เท่ากับ 7.7 ± 0.25 ผลประเมินความคงตัวของผลิตภัณฑ์ที่สภาวะเร่ง โดยทำ Freeze and thaw cycle จำนวน 5 รอบ พบว่าครีมตะบูนที่ผ่านการทดสอบความคงสภาพฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ EC_{50} เท่ากับ 1.75 ± 0.05 ไมโครกรัม /มล. มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($P = 0.023$) และค่า Inhibition zone ในเชื้อ *B. Subtilis* TBRC 2881 เท่ากับ 9.3 ± 0.33 มม.มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($P = 0.024$) เมื่อเทียบกับครีมตะบูนที่ไม่ได้ผ่านการทดสอบความคงสภาพ

คำสำคัญ : ฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ, สมุนไพรชายเลน, ฤทธิ์ต้านจุลินทรีย์



Development of Five Mangrove Herbal Creams to Treatment Skin Diseases

Narin Kakatum¹

College of Allied Health Sciences, Suan Sunandha Rajabhat University¹

Email: narin.ka@ssru.ac.th¹

ABSTRACT

Thai Traditional Medicine used herbs from mangroves to relieve skin diseases. The various parts of the plant were boiled, soaked to relieve diseases for a long time. The aim of this work was investigating the antioxidant activity by DPPH radical scavenging activity, Total phenolic and antimicrobial activity by Agar diffusion and Broth microdilution method and of the ethanoic extract of *Xylocarpus granatum*, *Clerodendrum inerme*, *Acanthus ebracteatus*, *Sesuvium portulacastrum* and *Sueda maritima* for development of mangrove herbs to help reduce skin disease and develop herbal medicine in modern style.

The ethanoic extract of *Xylocarpus granatum Koenig* show high both method. *Xylocarpus granatum Koenig* Cream was freezed and thawed five cycles.

Found that radical scavenging activity EC_{50} 1.75 ± 0.05 (μ g/mL.) significant ($P = 0.023$). Physical stability of *Xylocarpus granatum Koenig* Cream non separate layer and not change pH 7.7 ± 0.25 .

Keywords: Antioxidant, Mangrove herbs, Antimicrobial activity



บทนำ

พื้นที่ป่าชายเลนที่ยังคงมีความสมบูรณ์อยู่ และมีบางส่วนที่ชุมชนเข้าไปอยู่อาศัย และใช้ประโยชน์ต่าง ๆ ในบริเวณพื้นที่ป่าชายเลนชายฝั่งทะเลอันดามัน ในจังหวัดระนอง พังงา กระบี่ ตรัง สตูล และภูเก็ต มีการบุกรุกครอบครองและเข้าใช้ประโยชน์เพื่อการเลี้ยงกุ้ง ในพื้นที่ป่าชายเลนบริเวณภาคตะวันออกในจังหวัดระยอง และจันทบุรี บริเวณภาคใต้ฝั่งอ่าวไทย ท้องที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี และนครศรีธรรมราช ปัญหาการออกเอกสารสิทธิครอบครองตามกฎหมายและมีอาชีพการปลูกป่าชายเลน แต่ประสบปัญหาไม่คุ้มทุน จึงเปลี่ยนแปลงไปทำเป็นพื้นที่นาุ้ง และขายที่ดินให้กับเอกชน¹ การที่ประชาชนเข้ามาใช้พื้นที่เพื่อประกอบอาชีพจึงส่งผลต่อระบบนิเวศวิทยาและต่อสุขภาพของตนเอง โดยเฉพาะโรคหรืออาการทางผิวหนังซึ่งเป็นอวัยวะที่ช่วยป้องกันอันตรายที่จะเข้าสู่ร่างกายโดยเฉพาะเชื้อโรค เชื้อจุลินทรีย์ ซึ่งโดยปกติบนผิวหนังจะมีเชื้อจุลินทรีย์ชนิดต่าง ๆ อาศัยอยู่ ถ้าวางกายอ่อนแอหรือเกิดบาดแผล เชื้อที่อาศัยอยู่บนผิวหนังจะเข้าสู่เนื้อไปยังเยื่อชั้นในไปยังกระแสเลือด และเกิดการแพร่กระจายของเชื้อไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายแล้วก่อให้เกิดโรค² โดยจะพบเชื้อก่อโรคทางผิวหนังที่พบในแหล่งน้ำต่าง ๆ เช่น เชื้อ *S. epidermidis* เป็นสาเหตุก่อให้เกิดแผลอักเสบเป็นหนอง พบได้ตามผิวหนังทั่วไปและเยื่อบางแห่ง เช่น จมูก หู ปาก และทางเดินปัสสาวะส่วนปลาย³ เชื้อ *C. albicans* สามารถทำให้เกิดการติดเชื้อ บริเวณผิวหนัง ขาหนีบ รักแร้ ใต้เต้านม ตามรอยพับย่นของผิวหนัง

ซึ่งจะปรากฏรอยผื่นแดง โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในสภาวะเปียกชื้นตลอดเวลา เช่น แม่ค้า แม่บ้าน อาชีพประมง เป็นต้น เชื้อ *P. aeruginosa* ปกติจะพบกระจายตามพื้นดิน แหล่งน้ำ ขยะ หรือในพืช สามารถก่อโรคต่อผิวหนังและเนื้อเยื่ออ่อน ในคนปกติสามารถพบติดเชื้อได้โดยการสัมผัส อาบน้ำหรือเล่นน้ำในสระว่ายน้ำที่มีเชื้อปนเปื้อนอยู่ ซึ่งจะมีอาการคล้ายกับโรคอีสุกอีใส และจะเกิดอาการรุนแรงได้กับผู้ที่เชื้อในกระแสเลือดร่วมด้วย และเป็นสาเหตุในการก่อให้เกิดโรคติดเชื้อในบาดแผลไฟไหม้ในผู้ป่วยที่พักรักษาตัวที่โรงพยาบาล เชื้อ *B. subtilis* เป็นเชื้อแบบฉวยโอกาส การติดเชื้อแบบนี้พบได้โดยการติดเชื้อภายในโรงพยาบาล เนื่องจากเกิดการปนเปื้อนเครื่องมือแพทย์ เช่น เครื่องสวนหลอดเลือด การติดเชื้อในทางเชื่อมของระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system shunt infections) เยื่อหูหัวใจอักเสบ (endocarditis) รวมทั้งปอดอักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ การติดเชื้อในกระแสเลือดในคนไข้ที่มีภูมิคุ้มกันถูกกดอย่างรุนแรง โดยการติดเชื้อเชื้อ *B. subtilis* ที่ปนเปื้อนจากผิวหนังคนไข้⁴ จากข้อมูลสรุปรายงานการป่วย รายงานผู้ป่วยนอกตามกลุ่มสาเหตุ (รง.504) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราผู้ป่วยนอกตามกลุ่มสาเหตุการป่วยของโรคทางผิวหนัง ในปี พ.ศ. 2555 เป็นลำดับที่ 7 คิดเป็นอัตรา 104.93 ต่อประชากร 1,000 คน⁵ มูลค่าการนำเข้ายาประจำปี 2553 สูงถึง 1,831.17 ล้านบาท⁶



ภูมิปัญญาแพทย์แผนไทยมีการใช้สมุนไพรจากป่าชายเลนมาบำบัดบรรเทาโรคหรืออาการทางผิวหนังจากการที่ต้องสัมผัสกับน้ำ ความชื้น เช่น เปลือกเสม็ด เหงือกปลาหมอ ลำพู ตะบูน ส้มมะงา โดยใช้ส่วนต่าง ๆ ของพืชมาต้มล้าง อบแห้ง เพื่อลดอาการคัน แผลอักเสบ ต่าง ๆ เป็นเวลานาน ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาสมุนไพรจากป่าชายเลนเพื่อช่วยลดปัญหาการเกิดโรคทางผิวหนัง ที่มีผลจากการประกอบอาชีพที่ต้องสัมผัสกับน้ำที่ไม่สะอาด มีการปนเปื้อนของเชื้อจุลชีพ และพัฒนายาสมุนไพรให้มีรูปแบบที่ทันสมัย สะดวกต่อการใช้งาน และคงสภาพการออกฤทธิ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระและปริมาณฟีนอลิกทั้งหมดของสารสกัดสมุนไพรห้าชนิด
2. เพื่อศึกษาฤทธิ์ต้านเชื้อ *C. albicans* (TBRC 209), *S. epidermidis* (TBRC 2992), *B. subtilis* (TBRC 2881) และ *P. aeruginosa* (TBRC 2984) ของสารสกัดสมุนไพรห้าชนิด
3. เพื่อคัดเลือกสมุนไพรที่มีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ ปริมาณฟีนอลิกทั้งหมด ฤทธิ์ต้านเชื้อที่ดีที่สุดจากสารสกัดสมุนไพรห้าชนิด
4. เพื่อเปรียบเทียบลักษณะทางกายภาพของครีมสารสกัดสมุนไพรที่มีฤทธิ์ดีที่สุดจากห้าชนิดกับครีมที่ผ่านการทดสอบความคงสภาพ

ระเบียบวิธีวิจัย

เก็บสมุนไพรห้าชนิด ได้แก่ เหงือกปลาหมอ ตะบูน ส้มมะงา ชะคราม ผักเป็ย จากพื้นที่ป่าชายเลน

จ.สมุทรสงคราม นำมาล้างทำความสะอาด อบแห้งแห้งด้วยตู้อบที่ 50 °C สับเป็นชิ้นเล็ก ๆ ชั่งน้ำหนักสมุนไพรแต่ละชนิดตามที่กำหนด แล้วนำไปบดหยาบด้วยเครื่องบดชนิดจานยี่ห้อมักด้วย 95 % ethanol 3 วัน กรองด้วยกระดาษกรอง นำกากที่เหลือหมักต่อและกรองอีก 2 ครั้ง นำสารสกัดทั้ง 3 ครั้งผสมกัน แล้วนำไปทำให้เข้มข้นด้วยเครื่องโรตารีอีแวปโปเรเตอร์ คำนวณหาเปอร์เซ็นต์ของสารสกัด (%Yield)⁷

1. การทดสอบฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ (Antioxidant activity)

1.1การทดสอบด้วยวิธี DPPH radical scavenging assay⁸

หลักการ

DPPH หรือ 1, 1-diphenyl-2-picrylhydrazyl เป็นสารอนุมูลอิสระ (free radical) สามารถรับ electron หรือ hydrogen radical ได้ ซึ่งเมื่อ DPPH อยู่ในรูปสารละลายใน absolute ethanol จะมีสีม่วง และเมื่อทำปฏิกิริยากับสารที่มีฤทธิ์ antioxidant จะทำให้มีสีจางลง โดยใช้ BHT (Butylated hydroxytoluene) เป็นสารมาตรฐานที่ให้ผลบวกในการทดสอบฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ ค่าที่ได้จากการทดสอบจะแสดงเป็นค่า EC₅₀ โดยต้องมีค่าต่ำกว่า 100 มิลลิกรัมต่อ มิลลิลิตร จึงจะถือว่ามียุทธิต้านอนุมูลอิสระ

วิธีการ

เตรียมสารละลาย DPPH ความเข้มข้น 100 µM ในสารละลาย absolute ethanol ทดสอบโดยเตรียมสารตัวอย่างและสารมาตรฐาน ที่ความเข้มข้นเท่ากับ 1, 10, 50 และ 100 มิลลิกรัม



ต่อมิลลิลิตร นำสารละลายตัวอย่างและสารละลาย DPPH อย่างละ 100 มิลลิลิตรลงใน 96-well microplate ตามลำดับ ปิดกันแสงด้วย foil ที่อุณหภูมิห้อง นาน 30 นาที นำมา วัดค่า การดูดกลืนคลื่นแสงที่ความยาวคลื่น 520 นาโนเมตร ด้วย 96 - well microplate readers 2.วัดค่า การดูดกลืนแสงด้วยเครื่อง Spectrophotometer (Jenway 6305, UK) ทำการทดสอบตัวอย่างละ 3 ครั้ง (triplicate) นำไปคำนวณ % inhibition ดังสมการ

$$\% \text{ inhibition} = [(a_{\text{control}} - a_{\text{sample}}) / a_{\text{control}}] \times 100$$

หมายเหตุ A sample คือค่าดูดกลืนแสงของสารสกัดที่เติมสารละลาย DPPH, A control คือค่าดูดกลืนแสงของ DPPH ที่ไม่ได้เติมสารสกัด หาค่า EC₅₀ จากค่า % Inhibition ด้วยโปรแกรม Prism

1.2 การหาปริมาณกลุ่มสารฟีนอลิก โดยวิธี Folin-Ciocalteu Colorimetric Method

หลักการ

การวัดปริมาณสารประกอบกลุ่มฟีนอลิก ทั้งหมด (total phenolic content) หลักการ คือ สารประกอบฟีนอลิก ทั้งหมดทำปฏิกิริยากับ Folin-Ciocalteu reagent ซึ่งประกอบด้วย Phosphomolybdic-phosphotungstic acid reagents สารดังกล่าวจะถูกรีดิวซ์โดย Phenolic hydroxyl groups ของสารประกอบฟีนอลิก ทั้งหมด เกิดเป็น tungsten และ molybdenum blue ซึ่งให้สีน้ำเงินและดูดกลืนแสงที่ความยาวคลื่น 765 นาโนเมตร⁹

วิธีการ

การเตรียมสารละลาย 2N Folin-ciocalteu reagent และ 20% Sodium carbonate (Na₂CO₃) และเตรียมสารสกัดตัวอย่างที่ความเข้มข้น 1 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร นำสารสกัดตัวอย่างปริมาตร 20 ไมโครลิตร ผสมกับสารละลาย Folin-ciocalteu reagent 100 ไมโครลิตรและ Na₂CO₃ 80 ไมโครลิตร ตามลำดับ ทิ้งไว้เป็นเวลา 30 นาทีนำไปวัดค่าการดูดกลืนแสงที่ความยาวคลื่น 765 nm ด้วย 96-well microplate reader ทำการทดลอง 3 ครั้ง คำนวณหา ปริมาณ total phenolic compound (µg/ml) จากกราฟมาตรฐานของสารมาตรฐาน Gallic acid และคำนวณให้อยู่ในหน่วย ของ mg GAE/g Extract

2. การทดสอบฤทธิ์ต้านจุลชีพ โดยในการทดลอง ใช้ 2 วิธี คือ

2.1 Disk diffusion method

เป็นการวางแผนกระดาษกรองที่จุ่มสารทดสอบ 500 mg/ml ปริมาณ 10 µl ลงบนอาหารเลี้ยงเชื้อที่ต้องการทดสอบไว้ หลังจากการบ่มเชื้อจะปรากฏวงใสรอบๆแผ่นกระดาษกรอง เรียกว่า zone of inhibition ซึ่งเป็นบริเวณที่สารสมุนไพรแพร่ออกไปยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อได้ โดยกำหนดค่าที่ ≥ 8 มิลลิเมตร แสดงว่าเชื้อจุลินทรีย์มีความไวต่อสารสกัด

2.2 Broth dilution method

เป็นการทดสอบในอาหารเลี้ยงเชื้อชนิดเหลว โดยการเจือจางสารสมุนไพรที่มีความเข้มข้น 500 mg/ml แล้วเจือจางด้วย Mueller Hinton Broth (MHB) ให้ได้



ความเข้มข้น 10 mg/ml แล้วเจือจางแบบ Two fold dilution ลงในอาหารเลี้ยงเชื้อชนิดเหลวที่เพาะเชื้อที่ต้องการทดสอบไว้ แล้วอ่านค่าความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อ Minimum Inhibitory concentrations (MIC)

3. ทดสอบความคงสภาพและลักษณะทางกายภาพของผลิตภัณฑ์^{5,10}

3.1 ประเมินความคงตัวทางกายภาพ โดยสังเกตลักษณะเนื้อครีม การแยกชั้นการตกตะกอน และกลิ่น ทดสอบความเป็นกรด - ด่าง โดยใช้ pH meter

3.2 ประเมินความคงตัวของผลิตภัณฑ์ที่สภาวะเร่ง โดยทำ Freeze and thaw cycle จำนวน 5 รอบ โดยนำผลิตภัณฑ์เก็บในตู้ควบคุมอุณหภูมิและความชื้น ซึ่งตั้งรอบ ที่อุณหภูมิ 4°C นาน 48 ชั่วโมง เมื่อครบ 48 ชั่วโมง ให้ตั้งอุณหภูมิเป็น 45°C นาน 48 ชั่วโมง นับเป็น 1 รอบ กำหนด 5 รอบ

ตารางที่ 1 ส่วนประกอบของครีม

| ส่วนประกอบ | ร้อยละ |
|----------------------|--------|
| น้ำกลั่น | 72.60 |
| Methyl paraben | 1.00 |
| น้ำมันมะกอก | 2.00 |
| วาสลีน | 1.40 |
| Stearic Acid | 6.00 |
| Cetyl Alcohol | 3.00 |
| Isopropanol militate | 3.00 |
| Twin 20 | 5.00 |
| Propylene Glycol | 5.00 |
| สารสกัดสมุนไพร | 1.00 |

4. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

แสดงผลฤทธิ์การต้านอนุมูลอิสระฤทธิ์ยับยั้งเชื้อจุลินทรีย์ด้วยค่าร้อยละ (\pm SEM) ทำการวิเคราะห์ทดสอบข้อมูลทางสถิติด้วย t-test มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ค่า P value \leq 0.05

ผลการวิจัย

1. ผลการทดสอบฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ (Antioxidant activity)

1.1 ผลการศึกษาฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระของสารสกัดตะบูนขาว (เปลือก) (*Xylocarpus granatum* Koenig, Xg) มีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระมากที่สุด ตามด้วยสำมะงา (*Clerodendrum inerme*, Ci) เหงือกปลาหมอ (*Acanthus ebracteatus*, Ae) ผักเบี้ยทะเล (*Sesuvium portulacastrum*, Sp) และชะคราม (*Sueda maritime*, Sm) ตามลำดับ EC50 เท่ากับ 1.33 ± 0.097 , 19.44 ± 0.33 , 24.33 ± 0.86 , 69.03 ± 0.34 , 88.49 ± 0.68 ไมโครกรัม/มล. สารมาตรฐาน BHT EC50 เท่ากับ 12.167 ± 0.41 ไมโครกรัม/มล.

1.2 ปริมาณ total phenolic สารสกัดตะบูน (เปลือก) มีมากที่สุด เท่ากับ 354.47 ± 5.52 มิลลิกรัมของกรดแกลลิก/กรัมสารสกัด ตามด้วยสำมะงา (*Clerodendrum inerme*, Ci) เหงือกปลาหมอ (*Acanthus ebracteatus*, Ae) ผักเบี้ยทะเล (*Sesuvium portulacastrum*, Sp) และชะคราม (*Sueda maritima*, Sm) มีปริมาณ total phenolic 88.24 ± 5.53 , 50.37 ± 6.80 , 32.71 ± 4.7 , 30.49 ± 6.74 ตามลำดับ ได้สมการดังนี้ $y = 0.0058x - 0.0069$ ($R^2 = 0.9991$)



2. ผลการทดสอบฤทธิ์ต้านจุลชีพ โดยในการ

ทดลองใช้ 2 วิธี คือ

2.1 Disk diffusion method

พบว่าสารสกัดที่ความเข้มข้น 500 mg/ml ปริมาตร 10 µg/disc ของ 1. ตะบูน (เปลือก) (Xg) มีฤทธิ์ยับยั้งที่ 14.66±0.33 มม. ต่อเชื้อ *S. aureus* (ATCC 25933), 14.66±0.33 มม. ต่อเชื้อ *S. epidermidis* (TBRC 2992), 10.3±0.66 มม. ต่อเชื้อ *B. subtilis* (TBRC 2881), ไม่มีฤทธิ์ต่อเชื้อ *P. aeruginosa* (TBRC 2984) 2. ส้มมะงา (Ci) มีฤทธิ์ยับยั้งที่ 7.66±0.33 มม. ต่อเชื้อ *S. aureus* (ATCC 25933), 3. เหงือกปลาหมอ (Ae) มีฤทธิ์ยับยั้งที่ 7.33±0.33 มม. ต่อเชื้อ *S. aureus*

(ATCC 25933), 4. ผักเบี้ยทะเล (Sp) มีฤทธิ์ยับยั้งที่ 7.33±0.33 มม. ต่อเชื้อ *P. aeruginosa* (TBRC 2984), และ 5. ชะคราม (Sm) ไม่พบมีฤทธิ์ยับยั้งต่อเชื้อทั้งหมดที่ทดสอบ 6. ยามาตรฐาน Ciprofloxacin (5 ไมโครกรัม/มล.) มีฤทธิ์ยับยั้ง *S. aureus* (ATCC 25933), *S. epidermidis* (TBRC 2992), *B. subtilis* (TBRC 2881), *P. aeruginosa* (TBRC 2984) ค่า Inhibit zone เท่ากับ 21.6±0.33, 27.6±0.33, 16.±0.33, 18.6±0.33 มม. ตามลำดับ 7. ยามาตรฐาน ketoconazole (15 ไมโครกรัม/มล.) มีฤทธิ์ยับยั้ง *C. albicans* (TBRC 209) ค่า Inhibit zone เท่ากับ 28±0.00 มม.

ตารางที่ 2 สรุปผลฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระและปริมาณ Total phenolic

| | Antioxidant activity EC ₅₀ (µg/ml)±SEM * | Total phenolic content (mg GAE/g) ±SEM * |
|-----|--|---|
| Xg | 1.33±0.09 | 354.47±5.52 |
| Ci | 19.44±0.33 | 88.24±5.53 |
| Ae | 24.33±0.86 | 50.37±6.80 |
| Sp | 69.03±0.34 | 32.71±4.7 |
| Sm | 88.49±0.68 | 30.49±6.74 |
| BHT | 12.16±0.04 | |

Xg คือ สารสกัดตะบูนขาว (เปลือก) (*Xylocarpus granatum Koenig*),

Ci คือ ส้มมะงา (*Clerodendrum inerme*),

Ae คือ เหงือกปลาหมอ (*Acanthus ebracteatus*),

Sp คือ ผักเบี้ยทะเล (*Sesuvium portulacastrum*),

Sm คือ ชะคราม (*Sueda maritima*)



2.2 Broth dilution method

ค่า Minimum Inhibitory Concentration (MIC)

ด้วยวิธี Broth dilution method พบว่าสารสกัด ตะบูน (เปลือก) มีฤทธิ์ต้าน *S. aureus* (ATCC 25933), *S. epidermidis* TBRC 2992, *B. subtilis* TBRC 2881 และ *P. aeruginosa* TBRC 2984 ค่า MIC คือ 0.312-0.625, 0.312-0.625, 1.25, 0.312-0.625 (มก./มล.) ยามาตรฐาน Ciprofloxacin (5 มก./มล.) มีฤทธิ์ ยับยั้ง *S. aureus* ATCC 25933, *S. epidermidis* TBRC 2992, *B. subtilis* TBRC 2881, *P. aeruginosa* TBRC 2984 ค่า MIC เท่ากับ 0.12, 0.25, 0.12, 0.25 (มก./มล.) Ketoconazole มีฤทธิ์ต้าน *C. albicans* TBRC 209 ค่า MIC คือ 0.25 (มก./มล.)

3. ผลทดสอบความปลอดภัยและลักษณะทางกายภาพของผลิตภัณฑ์

3.1 ผลประเมินความคงตัวของกายภาพ เนื้อครีมไม่มีการแยกชั้น การตกตะกอนและกลิ่นไม่เปลี่ยนแปลง ความเป็นกรด - ด่าง ของครีมตะบูน โดยใช้ pH meter เท่ากับ 7.7 ± 0.25

3.2 ผลประเมินความคงตัวของผลิตภัณฑ์ที่สภาวะเร่ง โดยทำ Freeze and thaw cycle จำนวน 5 รอบ พบว่าครีมตะบูนที่ผ่านการทดสอบความคงสภาพฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ EC_{50} เท่ากับ 1.75 ± 0.05 ไมโครกรัม /มล. มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.023$) และค่า Inhibition zone ในเชื้อ *B. subtilis* TBRC 2881 เท่ากับ 9.3 ± 0.33 มม. ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($P = 0.024$) เมื่อเทียบกับครีมตะบูนที่ไม่ได้ผ่านการทดสอบความคงสภาพ

ตารางที่ 2 ฤทธิ์การยับยั้งเชื้อจุลินทรีย์ด้วยวิธี Disk diffusion method และ Broth dilution method

| | <i>S. aureus</i> | | <i>C. albicans</i> | | <i>S. epidermidis</i> | | <i>B. subtilis</i> | | <i>P. aeruginosa</i> | |
|-------------------------|------------------|-------------|--------------------|------|-----------------------|-------------|--------------------|------------|----------------------|------|
| | In.zone | MIC | In.zone | MIC | In.zone | MIC | In.zone | MIC | In.zone | MIC |
| Ci | 7.66±0.33 | >10 | NA | NT | NA | NT | NA | NT | NA | NT |
| Ae | 7.33±0.33 | >10 | NA | NT | NA | NT | NA | NT | NA | NT |
| Sp | NA | >10 | NA | NT | NA | NT | NA | NT | 7.33±0.33 | >10 |
| Sm | NA | >10 | NA | NT | NA | NT | NA | NT | NA | NT |
| Xg | 14.66±0.33 | 0.312-0.625 | NA | NT | 14.66±0.33 | 0.312-0.625 | 10.33±0.66 | 1.25 | NA | NT |
| Xg cream | 15.00±1.00 | 0.625 | NA | NT | 12.00±1.00 | 0.625 | 10.33±0.33 | 1.25 | NA | NT |
| Xg cream FT | 14.33±0.33 | 0.625 | NA | NT | 11.33±0.33 | 0.625 | 9.33±0.33 | 0.625-1.25 | NA | NT |
| Cream base | NA | >10 | NA | NT | NA | >10 | NA | >10 | NA | NT |
| Ciprofloxacin มก./มล | 21.6±0.33 | 0.12 | NT | NT | 27.6±0.33 | 0.25 | 16±0.33 | 0.12 | 18.66±0.33 | 0.25 |
| Ketoconazole มก./มล | NT | NT | 28±0.00 | 0.25 | NT | NT | NT | NT | NT | NT |



- Xg คือ สารสกัดตะบูนขาว (เปลือก) (*Xylocarpus granatum Koenig*),
Ci คือ สำมะงา (*Clerodendrum inerme*),
Ae คือ เหงือกปลาหมอ (*Acanthus ebracteatus*),
Sp คือ ผักเบี้ยทะเล (*Sesuvium portulacastrum*),
Sm คือ ชะคราม (*Sueda maritima*),
Xg คือ ตะบูนขาว,
Xg cream คือ ครีมตะบูนขาว,
Xg cream FT คือ ครีมตะบูนที่ผ่านการ Freeze and thaw cycle,
Cream base คือ ครีมเบส,
In.zone คือ Inhibition zone (มม.)±SEM,
MIC คือ ค่า Minimum Inhibitory mg/ml±SEM Freeze and thaw cycle,
NA = Not Activity (มากกว่า 500 mg/ml),
NT = Not test.

สรุปและอภิปรายผล

สารสกัดของตะบูน มีฤทธิ์ในการต้านเชื้อ โดยพิจารณาเปรียบเทียบกับระหว่าง ค่า inhibition zone และ MIC ที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับสรรพคุณตามตำราไม้เทศเมืองไทย กล่าวว่า ตะบูนขาว¹¹ ลูกและเปลือก มีรสฝาด แก้ท้องร่วง ภายนอกใช้เป็นยาชำระล้างบาดแผล¹² โดยที่ยารสฝาดมีสารแทนนิน ซึ่งเป็นสารประกอบฟีนอลมีสมบัติเป็นสารต้านอนุมูลอิสระ (antioxidant) สามารถละลายได้ในน้ำ เมื่อสารกลุ่มโพลีฟีนอลหรือฟลาโวนอยด์ให้โปรตอนแก่อนุมูลอิสระแล้วนั้น^{9,13} จะเกิดเป็นอนุมูลอิสระตัวใหม่ขึ้น ซึ่งสามารถเคลื่อนย้ายอิเล็กตรอนไปทั่วตลอดทั้งโครงสร้าง ทำให้เกิดความเสถียรของอนุมูลอิสระไม่ไปทำปฏิกิริยาต่อไป¹⁴ และยังมีรายงานว่า ตะบูนมีสาร Limonoids 4 ชนิด xylococcin O,

xylococcin P, xylococcin Q และ Gedunin และพบ Flavonoids 2 ชนิด ได้แก่ catechin และ epicatechin ที่มีฤทธิ์ต้านการอักเสบ โดยที่สาร Gedunin ที่สกัดจากเปลือกตะบูน มีฤทธิ์ไซโตทอกซิกต่อเซลล์มะเร็งชนิด CaCo-2 cell line ค่า IC₅₀ เท่ากับ 16.83 μM¹⁵ แต่ถึงกระนั้นก็ตาม เมื่อนำสารสกัดไปเปรียบเทียบกับ สารมาตรฐาน Ciprofloxacin (5 μg/ml) และ Ketoconazole (10 μg/ml) พบว่าสารสกัดนั้นมีฤทธิ์ในการต้านเชื้อจุลินทรีย์น้อยกว่า เมื่อนำสารสกัดตะบูน 10 เท่า มาผสมในครีมแล้วนำไปทดสอบฤทธิ์ต้านเชื้อพบว่า มีฤทธิ์ในการต้านเชื้อค่า inhibition zone และ MIC น้อยกว่า เมื่อเทียบกับสารสกัด ทั้งก่อนและหลังทดสอบความคงสภาพ ($P = 0.024$) แต่ยังมีฤทธิ์ยับยั้ง อาจเนื่องมาจากการละลายตัวของสารสกัดในเนื้อครีม¹⁶



ข้อเสนอแนะ

ตรวจวัดปริมาณสาร Limonoids ทั้ง 4 ชนิด คือ xyloccensin O, xyloccensin P, xyloccensin Q, gerdunin และ Flavonoids ทั้ง 2 ชนิด คือ catechin และ epicatechin ในสารสกัดตะบูน เพื่อเป็นแนวทางศึกษาฤทธิ์ทางชีวภาพ และใช้เป็นสารมาตรฐานในการควบคุมผลิตภัณฑ์ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการทดลองใช้กับอาการคันหรือผลติดเชื้อบริเวณผิวหนัง ในผู้ป่วยควรศึกษาฤทธิ์ทางชีวภาพเพิ่มเติม เช่น ฤทธิ์ต้านการอักเสบ ฤทธิ์ต้านการแพ้ ทดสอบความเป็นพิษต่อเซลล์และสัตว์ทดลอง เพื่อเป็นแนวทางศึกษาวิจัยทางคลินิกต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานจังหวัดสมุทรสงคราม, ข้อมูลจังหวัดสมุทรสงคราม, สืบค้น : <http://www.samutsongkhram.go.th/> [20 มิถุนายน , 2558].)
2. Watson, W., & Kapur, S(2011). Atopic dermatitis. Allergy, Asthma, and Clinical Immunology : Official Journal of the Canadian Society of Allergy and Clinical Immunology, 7(Suppl 1), S4. doi:10.1186/1710-1492-7-S1-S4
3. นริกุล สุระพัฒน์และคณะ. จุลชีววิทยาทางการแพทย์. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; 2526.
4. จันทร์เพ็ญ วิวัฒน์และคณะ. เภสัชจุลชีววิทยา. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2531. หน้า 164-70.
5. มาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม เครื่องสำอางประเภทครีมและโลชั่นทาผิว (มอก 478-2526) [สืบค้น], <http://www.ratchakittha.soc.go.th/DATA/PDF/2555/E/185/10.PDF> [27 มิถุนายน , 2558].
6. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สรุปรายงานการป่วยจากรายงานผู้ป่วยนอกตามกลุ่มสาเหตุ (รง.504) สืบค้น: <http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/ill55/ill-full2555.pdf>[20 มิถุนายน , 2558].
7. รัตนา อินทรานุปกรณ์. การตรวจสอบและการสกัดแยกสาระสำคัญของสมุนไพร. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547. หน้า 19-58, 83-102.
8. Yamazaki, K. Hashimoto, A. Kokusenya, Y. Miyamoto, T. and Sato, T. (1994). emical method for estimating the antioxidative effect of methanol extracts of crude drugs”, Chem. Pharm. Bull, 42, pp. 1663-65.
9. Singelton, V., R., Orthifer, R. and Lamuela-Raventos, R., M. (1999). “Analysis of total phenols and other oxidation substrates and antioxidants by means of Folin-Ciocalteu reagent.” Methods in Enzymology. 299, pp. 152-78.



10. ณัฐนันท์ สิ้นชัยพานิช , เบญจา อิทธิมงคล. แนวทางในการศึกษาความคงสภาพของยา. กรุงเทพฯ : เกสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2542.
11. ชลลภัส ม่วงศรี. ฤทธิ์ยับยั้งเชื้อแบคทีเรียจากเปลือกกรากตะบูนขาว. มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี; 2552.
12. เสงี่ยม บุญรอด. ไม้เทศเมืองไทย สรรพคุณของยาเทศและยาไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์กรุงธน; 2522. หน้า 30
13. Satoshi, S. and Y. Hara. (1990). "Antioxidative activity of the catechin." *Fragrance J.* 24 – 30.
14. Taha M. Rababah, (2004). Total Phenolics and Antioxidant Activities of Fenugreek, Green Tea, Black Tea, Grape Seed, Ginger, Rosemary, Gotu Kola, and Ginkgo Extracts, Vitamin E, and tert-Butylhydroquinone. *J. Agric. Food Chem.*, 52 (16), pp 5183–86
15. Simlai, A., & Roy, A. (2013). Biological activities and chemical constituents of some mangrove species from Sundarban estuary: An overview. *Pharmacognosy Reviews*, 7(14), 170–78. <http://doi.org/10.4103/0973-7847.120518>
16. ชนิตา ธีระนันท์กุล และदनัย ศิริบรรจง. 2549. การพัฒนาตำรับไฟโบรอินอิมัลเจลเพื่อการรักษาแผลที่มีการติดเชื้อ. ปรินญาบัณฑิต. สาขาวิชาเภสัชศาสตร์. คณะเภสัชศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล.



การศึกษาเชิงวิเคราะห์เกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากอาการปวดกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อพังผืด

วรรณวิมล เมฆวิมล กิ่งแก้ว¹

วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา¹

Email: wanwimon.me@ssru.ac.th¹

บทคัดย่อ

ปัจจุบันประชากรกว่า 1.5 พันล้านคนทั่วโลกต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรังที่สำคัญเป็นปัญหาสุขภาพต่อผู้ป่วย และเป็นภาระต่อหน่วยบริการสุขภาพ จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าความชุกของอาการปวดกล้ามเนื้อ ของชาวอเมริกัน พบร้อยละ 48 ประเทศอังกฤษ ประมาณร้อยละ 12.1 ของการมารับการรักษาจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) โดยเฉพาะในอาชีพนักคอมพิวเตอร์พบได้ถึงร้อยละ 86 ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ของการเกิดเกี่ยวกับกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อเสริม จากรายงานผู้ป่วยนอกพบสถิติการเจ็บป่วยเท่ากับ เท่ากับ 309.06 ต่อพันคน สูงเป็นลำดับที่ 3 ของสาเหตุการเจ็บป่วยรองจากโรคระบบทางเดินหายใจและระบบไหลเวียนโลหิต ตำแหน่งที่มีอาการปวดมากที่สุด คือ หลัง คอ บ่า และไหล่ และพบมากในกลุ่มอายุระหว่าง 20 – 60 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงานซึ่งเป็นกำลังสำคัญหลักในการพัฒนาประเทศต่อไป การศึกษาทางวิจัยเชิงวิเคราะห์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อพังผืด (Myofascial Pain Syndrome: MPS) โดยทำการสืบค้นงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารต่างประเทศจากฐานข้อมูลของ Pub Med, Scopus และ BMJ Best Practice และงานวิจัยในประเทศไทย จากฐานข้อมูล Journal Link ประเทศไทยซึ่งได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ย้อนหลัง ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 2005-2015 คัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบที่เกิดจากอาการปวดกล้ามเนื้อ จำนวน 42 เรื่อง งานวิจัยต่างประเทศ 40 เรื่อง และงานวิจัยในประเทศไทย 2 เรื่อง เป็นงานวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพ จำนวน 20 เรื่อง ผลกระทบต่อสุขภาพเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย จำนวน 17 เรื่อง และผลกระทบต่อการทำงานจำนวน 5 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยประเภท cross-sectional surveys รองลงมาคือ งานวิจัยประเภท cohort studies และ systematic review

ผลจากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยด้วยอาการปวดกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อพังผืดนอกจากจะได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการปวดเป็นสำคัญแล้ว ยังมีผลกระทบต่อการทำงานประจำวัน เช่น มีผลกระทบต่อ การออกกำลังกาย การยกของ ไม่สามารถออกกำลังกาย และไม่สามารถทำงานนอกบ้านได้ นอกจากนั้น ยังมีผลกระทบต่อสุขภาพ และเศรษฐกิจอีกด้วย เช่น อาการปวดรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีความเครียด ความวิตกกังวล และเกิดภาวะซึมเศร้า มีผลกระทบด้านเศรษฐกิจต่อค่าใช้จ่ายในการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งค่าใช้จ่ายทางอ้อม (Indirect cost) สูงกว่าค่าใช้จ่ายทางตรง (Direct cost) ตลอดจนมี ผลกระทบต่อการปฏิบัติงานอัน



เนื่องมาจากการเจ็บป่วย ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง และเกิดการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ในการปฏิบัติงาน ซึ่งส่งผลถึงรายได้ของผู้ป่วยที่ต้องลดลง เป็นต้น

จากผลกระทบที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากอาการปวดกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อพังผืด (Myofascial Pain Syndrom: MPS) จึงควรที่จะหาแนวทางในการป้องกันการเกิดโรค รวมถึงวิธีการบำบัดรักษา เพื่อลดความสูญเสียจากการเจ็บป่วยดังกล่าว และหากลดความสูญเสียนี้ได้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อสุขภาพ ระบบเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ

คำสำคัญ : ผลกระทบ, ภาวะโรค, ค่าใช้จ่าย, กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อพังผืด



An Analytical Study of the Impact Caused by the Myofascial Pain Syndrome: MPS.

Wanwimon Mekwimon Kingkaew¹

College of Allied Health Sciences, Suan Sunandha Rajabhat University¹

Email: wanwimon.me@ssru.ac.th¹

ABSTRACT

Currently, more than 1.5 billion people suffer from chronic muscle pain which is a major health problem of patients as well as a burden on health services organization. According to the study about the prevalence of muscle pain in the United States found 48% of prevalence in American people, and in England found the prevalence of muscle pain in 12.1% of English people which treated by general practitioners (GP) but 86% out of this amount of people significantly are computer scientists. In Thailand, there is an incident of myofascial pain syndrome. According to the report of the outpatient department, the illness statistics is equal to 309.06 per thousand patients which is a third highest illness rate besides respiratory disease and circulatory system disease. The positions which pain is mostly found are neck, back and shoulders in people from the age of 20 – 60 years old. This analytical research was aimed to summarize the impacts of myofascial pain syndrome by reviewing world-wide published researches from the database of Pub Med, Scopus and BMJ Best Practice and Thai research from the database of Journal Link Thailand which had been published since 2005 to 2015. 42 researches, related to myofascial pain, were selected; 2 researches are from Thailand and another 40 researches are from other countries. There are 20 researches about the impacts on health, 17 researches about the expenses in daily life and 5 researches about the impacts on working performance which mostly are cross-sectional research type followed by cohort studies and systematic review.

The result showed that myofascial pain not only causes patients suffered but also affects their daily lives e.g. being unable to do exercise, carry heavy things or go to work. Moreover, it affects patient's health and economy status e.g. myofascial pain causes patient insomnia, patient stresses and has anxiety and depress, patients have to spend a great amount



of money on treating the pain which indirect cost is significantly higher than direct cost and the pain also lessens patient's working ability which affected to their income as well.

According to the impacts of myofascial pain syndrome mentioned above, the proper ways to prevent and cure this syndrome are required in order to lessen the tendency of loss from myofascial pain which will have good effects on people's health, economy status and social.

Keywords: Impact, Burden, Cost, Myofascial Pain Syndrome



ความเป็นมา

ปัจจุบันเทคโนโลยีได้เข้ามามีบทบาทในการดำรงชีวิตประจำวันและการทำงานของมนุษย์ และยังช่วยเพิ่มความสะดวกสบาย ทำให้มนุษย์เราใช้อวัยวะของร่างกายเฉพาะส่วน และทำงานซ้ำ ๆ อยู่ในอิริยาบถใดอิริยาบถหนึ่งมากขึ้น เช่น การนั่งทำงานในท่าเดิมนาน ๆ การเปลี่ยนอิริยาบถหรือท่าทางที่ไม่ถูกต้อง ความเมื่อยล้าจากทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน การมีพฤติกรรมดังกล่าว ทำให้กล้ามเนื้อบางส่วนทำหน้าที่นานเกินไป จึงเกิดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อทำให้มีอาการปวดเมื่อยล้าได้ง่าย ประกอบกับการทำงานที่ต้องมีการแข่งขันสูง อาจส่งผลให้เกิดความเครียด ทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อหลัง ปวดกล้ามเนื้อคอและไหล่ อาการดังกล่าวถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษา จะนำไปสู่อาการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรังจนในที่สุดกลายเป็นจุดปวดในกล้ามเนื้อหรือที่เรียกว่าจุด Trigger Point¹ ซึ่งโดยทั่วไปผู้ที่มีอาการปวดมากขึ้นมักจะรับประทานยาแก้ปวด ยาต้านอักเสบ หรือยาคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งจะช่วยบรรเทาอาการได้เพียงชั่วคราวเท่านั้น นอกจากนั้นแล้วยังมีความเสี่ยงต่อผลข้างเคียงของยาดังกล่าวอีกด้วย

ปัจจุบันประชากรกว่า 1.5 พันล้านคนทั่วโลกต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรัง และจะมีอุบัติการณ์ของผู้ป่วยมากขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้นด้วย² การศึกษาความชุกหรืออุบัติการณ์ของอาการปวดทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในอาชีพต่าง ๆ ในต่างประเทศพบว่า ความชุกของอาการปวดทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในอาชีพนักคอมพิวเตอร์มีถึงร้อยละ 8 และพบความชุก

อาการปวดทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของส่วนคอในประชากรวัยทำงานเมือง Quebec ประเทศแคนาดา ร้อยละ 11-18 และร้อยละ 48 ของชาวอเมริกันมีความทุกข์ทรมานจากอาการปวดกล้ามเนื้อและร้อยละ 34 มีอาการปวดหลังเฉียบพลัน³ ในปี 2006 การสำรวจอาการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรังในยุโรป จำนวน 16 ประเทศ พบว่า ประเทศไอร์แลนด์และเนเธอร์แลนด์ เป็นประเทศที่มีผู้ได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการปวดมากที่สุด ถึงร้อยละ 60 รองลงมา คือ ประเทศฝรั่งเศส และเยอรมนี ร้อยละ 59 และยังพบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดเรื้อรังนานเฉลี่ย 7 ปี ประเทศที่มีผู้ป่วยจากอาการปวดเรื้อรังยาวนานมากที่สุด คือ ประเทศฟินแลนด์ เท่ากับ 9.6 ปี ส่วนประเทศที่มีระยะเวลาของอาการปวดน้อยที่สุดคือ ประเทศไอร์แลนด์ เท่ากับ 4.9 ปี ตำแหน่งที่มีอาการปวดมากที่สุด คือ หลัง (Back unspecific) ร้อยละ 24 รองลงมา คือ หลังส่วนล่าง (Low back) ร้อยละ 18 และเข่า ร้อยละ 16 ตามลำดับ และพบความชุกอาการปวดทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของส่วนคอในประชากรวัยทำงาน เมือง Quebec ประเทศแคนาดา ร้อยละ 11-18⁴ นอกจากนี้การรายงานของ National Institute of Health Statistics พบว่า อาการปวดกล้ามเนื้อที่พบบ่อยที่สุด คือ ปวดหลัง (Low back pain) ร้อยละ 27 รองลงมา คือ ปวดศีรษะอย่างรุนแรง หรือไมเกรนร้อยละ 15 และปวดกล้ามเนื้อคอ (Neck pain) ร้อยละ 15 มากกว่าหนึ่งในสี่ของชาวอเมริกัน (26% ของประชากร) หรือประมาณ 76.5 ล้านคน ที่มีอายุ 20 ขึ้นไป มีปัญหาเกี่ยวกับการปวดกล้ามเนื้อจากการที่ยืนทำงานนานกว่า 24 ชั่วโมง ผู้ที่มีอายุระหว่าง 45-64 ปี มีอาการ



ปวดกล้ามเนื้อ ร้อยละ 30 ส่วนผู้ที่มียุ่ระหว่าง 20-44 ปี มีอาการปวดกล้ามเนื้อ ร้อยละ 25 และ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 มีอาการปวดกล้ามเนื้อ ร้อยละ 21 และจากการสำรวจในยุโรป พบว่า ประเทศไอร์แลนด์ และเนเธอร์แลนด์ เป็นประเทศที่มีผู้ได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการปวดมากที่สุด ถึงร้อยละ 60 รองลงมา คือ ประเทศฝรั่งเศส และเยอรมนี ร้อยละ 59⁵ สำหรับประเทศไทย อุบัติการณ์ของการเกิดโรกระบบกล้ามเนื้อ รวมโครงร่าง และเนื้อเยื่อเสริม จากรายงานผู้ป่วยนอกตามกลุ่มสาเหตุ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สถิติผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาในสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ พ.ศ. 2552 – 2557 จำแนกตามกลุ่มสาเหตุป่วย พบว่า อัตราผู้ป่วยด้วยโรกระบบกล้ามเนื้อ รวมโครงร่าง และเนื้อเยื่อเสริม เท่ากับ 309.06 ต่อพันคน⁶

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ปัญหาทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อมีความชุกอยู่มาก โดยเฉพาะกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อหลัง และคอซึ่งมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องให้ความใส่ใจต่อปัญหานี้ เนื่องจากวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 20-60 ปี เป็นวัยที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาประเทศชาติ ซึ่งการศึกษาผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อพังผืด (Myofascial Pain Syndrom: MPS) จะทำให้ทราบขนาดของปัญหา เพื่อหาแนวทางในการป้องกันการเกิดโรค รวมถึงวิธีการบำบัดรักษาให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่เหมาะสมต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาผลกระทบที่เกิดจากอาการปวดกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อพังผืด (Myofascial Pain Syndrom: MPS) สำหรับเป็นแนวทางในการป้องกันการเกิดโรค รวมทั้งวิธีการบำบัดรักษาต่อไปในอนาคตให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่เหมาะสม

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ศึกษาทำการค้นคว้างานวิจัยเกี่ยวกับอาการปวดกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อพังผืดที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารต่างประเทศจากฐานข้อมูลของ Pub Med, Scopus และ BMJ Best Practice และงานวิจัยที่ในประเทศไทยจากฐานข้อมูล Journal Link ประเทศไทย ซึ่งตีพิมพ์เผยแพร่ย้อนหลังเป็นเวลา 10 ปี (ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 2002-2012) โดยม้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบที่เกิดจากอาการปวดกล้ามเนื้อตรงกับวัตถุประสงค์การศึกษา จำนวน 42 เรื่อง เป็นการศึกษาในต่างประเทศ จำนวน 40 เรื่อง และงานวิจัยในประเทศไทย จำนวน 2 เรื่อง แบ่งเป็นงานวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพ จำนวน 20 เรื่อง ผลกระทบต่อสุขภาพเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย จำนวน 17 เรื่อง และผลกระทบต่อการทำงานจำนวน 5 เรื่อง โดยได้พิจารณาคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณภาพจากการศึกษารายละเอียดเฉพาะในส่วนขอบเขตก่อน และพิจารณารายละเอียดของงานวิจัยอีกครั้งจากบทความฉบับเต็ม ซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยประเภท cross-sectional surveys รองลงมา คือ งานวิจัยประเภท cohort studies และ systematic review ตามลำดับ



ผลการศึกษา

ผู้ป่วยด้วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อพังผืด จะได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการปวดเป็นสำคัญแล้ว ยังมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ มีผลกระทบต่อการทำงานนอกคิดเป็น ร้อยละ 50 การยกของ คิดเป็นร้อยละ 49 และอาการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรังนี้ ไม่สามารถทำงานนอกบ้าน ไม่สามารถออกกำลังกาย ยกของ การขับรถและยังส่งผลถึงการไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ ร้อยละ 19 นอกจากนี้มีข้อค้นพบจากการทบทวนวรรณกรรม ถึงผลกระทบต่อสุขภาพ และเศรษฐกิจ ในประเด็น ดังนี้

1. ผลกระทบด้านสุขภาพ ได้แก่ การนอนหลับ ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า
2. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจต่อค่าใช้จ่ายในการรักษา
3. ผลกระทบต่อการทำงานภาวะที่เกิดจากการเจ็บป่วย

1. ผลกระทบด้านสุขภาพ

1.1 รบกวนการนอนหลับ (Sleep disturbance)

จากการศึกษาของ Alsaadi et al. ได้ศึกษาความชุกของการนอนไม่หลับอันเนื่องมาจากถูกรบกวนจากอาการปวดกล้ามเนื้อหลัง ช่วงปี 2001 ถึง 2009 ในผู้ป่วยจำนวน 1,941 จาก 13 การศึกษาพบว่า มีความชุกของการนอนไม่หลับ ประมาณการ 58.7% (95% CI 56.4-60.7%) เมื่อมีระดับความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น ทุกหนึ่งจุดจากการวัดโดย visual analogue scale (VAS) การนอนหลับจะถูกรบกวนมากขึ้นจากเดิมอีก 10%⁷ และการศึกษาของ Breivik et al. พบว่า อาการปวดเรื้อรังรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วย 56%⁵

1.2 ภาวะซึมเศร้า (Depression)

องค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่พบบ่อยโดยคาดว่ามีผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าถึง 121 ล้านคน ทั่วโลกและยังเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพในประชากรโลกอีก⁸ ความชุกของโรคซึมเศร้าในแต่ละประเทศนั้นมีความแตกต่างกัน ร้อยละ 8-12⁹ มีการคาดการณ์ว่าในอเมริกาเหนือพบโรคซึมเศร้าในผู้ชายร้อยละ 3-5 และร้อยละ 8-10 ในผู้หญิง¹⁰ โดยพบว่า อัตราการเกิดโรคซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องกับภาวะความเจ็บป่วยและการเพิ่มอัตราการเสียชีวิต¹¹⁻¹³ ในประเทศไทย มีการประเมินว่าในระยะเวลา 1 ปี จะมีประชากรร้อยละ 9 - 29.2 ป่วยเป็นโรคนี้¹⁴ ซึ่งทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก โรคซึมเศร้ามีอัตราการเกิดที่สัมพันธ์กับภาวะทางกาย พบว่าความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคระบบประสาทมีค่าตั้งแต่ร้อยละ 30-50¹⁵ การศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับภาวะทางกายอื่นๆ พบแตกต่างกันไปตามระบบ โดยมีความชุกที่สูงมากในผู้ป่วยโรคระบบต่อมไร้ท่อ เช่น Cushing's syndrome พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 33 - 67¹⁶ การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคทางกายในประเทศไทย ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 36¹⁷ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในคลินิกงับปวดในโรงพยาบาลศิริราช ร้อยละ 50.5 โดยที่ผู้ป่วย ร้อยละ 10.5 มีความรุนแรงเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Major depression) จากการประเมินด้วยแบบสัมภาษณ์



Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)
ฉบับภาษาไทย 11¹⁸

โรคปวดหลังเป็นโรคเรื้อรังทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่พบมากที่สุดอย่างหนึ่งในเวชปฏิบัติ ในขณะที่ภาวะซึมเศร้า พบว่า มีความสัมพันธ์กับโรคทางกายเรื้อรัง ซึ่งอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากการศึกษาของ พิมพ์รัก สินสมบุรณ์ทอง และ ศิริลักษณ์ ศุภพิติพร ได้ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง พบว่า พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 8.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนั้นยังพบว่า มีอาการซึมเศร้าสูงแต่ยังไม่ผิดปกติทางจิตเวชชัดเจน (Doubtful case) ร้อยละ 21¹⁹ และการศึกษาของ Elliott et al. พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังถึง 52% และภาวะซึมเศร้าจากอาการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (SF-36) ($r = -0.567$, $P < 0.001$) และผู้ป่วยปวดกล้ามเนื้อเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีค่าคะแนนคุณภาพชีวิต (SF-36) ที่ต่ำมาก เมื่อเทียบกับผู้ป่วยปวดกล้ามเนื้อเรื้อรังที่ไม่มีภาวะ²⁰

1.3 ความเครียด (Stress)

จากการทบทวนการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดกล้ามเนื้อ (Myofascial Pain) กับความเครียด พบว่า ในผู้ที่ปวดกล้ามเนื้อมีความสัมพันธ์กับการภาวะความเครียด โดยใช้เครื่องมือในการประเมินความเครียด คือ The Trier Inventory for Chronic Stress: TICS²¹ และ The Lipp Stress Symptoms Inventory: LSSI²²

1.4 ความวิตกกังวล (Anxiety)

จากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดกล้ามเนื้อ (Myofascial Pain) กับความวิตกกังวล พบว่า ในผู้ที่ปวดกล้ามเนื้อมีความสัมพันธ์กับการภาวะความเครียดและความวิตกกังวล เครื่องมือประเมินความวิตกกังวล คือ State Trait Anxiety Inventory: STAI²¹ นอกจากนั้นยังมีงานวิจัยที่ศึกษาเป็นการศึกษาในผู้ป่วย Fibromyalgia โดยการประเมินความวิตกกังวลหลังจากการนวด พบว่า หลังการรักษาด้วยการนวดระดับความวิตกกังวลลดลง โดยใช้ Beck Anxiety Inventory (BAI) ในการประเมิน²³

จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อพังผืดนอกจากจะส่งผลกระทบต่ออาการปวดแล้ว ยังพบว่าความอาการปวดก่อให้เกิดการรบกวนในการนอนหลับ ความเครียด ความวิตกกังวล และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ดังปรากฏในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 สรุปผลกระทบที่เกิดจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อพังผืด (Myofascial Pain Syndrome: MPS) ด้านสุขภาพจิต

| ชื่อเรื่อง | ผู้วิจัย | Journal | ปีการศึกษา | วัตถุประสงค์การศึกษา | Sample | เครื่องมือ | ผลการศึกษา |
|--|--|----------------------------------|------------|---|--------|---|---|
| ความเครียด (stress) Chronic stress in myofascial pain patients ²² | Schmitter M, Keller L, Giannakopoulos N, Rammelsberg P | Clin Oral Investig | 2009 | ประเมินความเครียดในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรัง | 234 | The Trier Inventory for Chronic Stress (TICS) | ความเครียดมีความสัมพันธ์กับการปวด (p = 0.003) |
| sleep disturbance Prevalence of sleep disturbance in patients with low back pain ⁷ | Alsaadi SM, McAuley JH, Hush JM, Maher CG. | Eur Spine J | 2010 | ศึกษาความชุกของการนอนไม่หลับอันเนื่องมาจากการถูกตรวจพบความผิดปกติของกล้ามเนื้อหลัง | 1,941 | - visual analogue scale (VAS) - the RMDQ item assessing sleep | 58.7% |
| Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment ⁵ | Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. | Eur J Pain | 2006 | ศึกษาความชุก ผลกระทบ คุณภาพชีวิต การรักษาระยะยาวที่มีอาการปวดเรื้อรังในยุโรป | 46,394 | NA | |
| ภาวะซึมเศร้า (Depression) ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในคลินิกกระดูกสันหลังที่โรงพยาบาลศิริราช ¹⁸ | บัณฑิต ธิติกานต์, เข็มบัวศรี มีนทราศักดิ์, ศุภโชค สิงห์กันต์, เกษมทิพย์ สิงห์ธนาฤทธิ์, วรภัทร รัชชานา, ณัฏฐรา สายสะอาด | วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย | 2553 | ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและลักษณะปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในคลินิกกระดูกสันหลัง | 200 | Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) | 50.5% |
| Chronic pain, depression, and quality of life: correlations and predictive value of the SF-36 ²⁰ | Elliott TE, Renier CM, Palcher JA. | Pain Med | 2003 | ศึกษาความสัมพันธ์ของอาการปวดกับ ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต | 242 | SF-36 Health Survey | ผู้ป่วยปวดกล้ามเนื้อเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ที่มีอาการปวดเพียงอย่างเดียว |
| ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด ในจังหวัดสุพรรณบุรี เชียงราย และนครสวรรค์ ¹⁹ | พิมพ์วิภา สิมสมบูรณ์ทอง, ศิริลักษณ์ ศุภพิพิธ. | จุฬารังการณเวชสาร | 2552 | ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง | 328 | Thai version of Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai-HADS) | 21% |
| ความวิตกกังวล (Anxiety) The impact of stress and anxiety on the pressure pain threshold of myofascial pain patients ²¹ | Vedolin GM, Lobato WV, Conti PC, Lauris JR | J Oral Rehabil | 2009 | ประเมินอิทธิพลของความเครียดและความวิตกกังวลกับความเจ็บปวดของกล้ามเนื้อ | 45 | - Beck Anxiety Inventory - Lipp Stress Symptoms Inventory - Visual Analog Scale (VAS) | ความเครียด และความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์กับการปวดกล้ามเนื้อ (p = 0.001) |

2. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจต่อค่าใช้จ่ายในการรักษา

เนื่องจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อพังผืดซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง นอกจากผู้ป่วยไปรับการรักษาโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปแล้ว ผู้ป่วยยังเกิดการแสวงหาการบำบัดรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ มากมาย เช่น การทำกายภาพบำบัด การฝังเข็ม การนวด และกัวซา ซึ่งการแสวงหาวิธีการรักษาที่ทั้งหลายนี้ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายมากมาย ดังในสหรัฐอเมริกามีค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพสำหรับ ปวดหลัง (Low Back Pain) มากกว่า 90 พันล้านดอลลาร์ต่อปี²⁴ ในประเทศอังกฤษ

มีค่าใช้จ่าย 17 พันล้านดอลลาร์ต่อปี²⁵ ในออสเตรเลีย มีค่าใช้จ่าย 1 พันล้านดอลลาร์ต่อปี²⁶ ทำงานได้น้อยลง²⁷ เกิดภาวะทุพพลภาพ หรือพิการ และส่งผลต่อความตกต่ำทางเศรษฐกิจ²⁸ มีงานวิจัยที่น่าสนใจอีกเรื่องหนึ่งที่ได้ศึกษาภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มีผลต่อ 6 องค์กรขนาดใหญ่ในสหรัฐอเมริกา จากการศึกษา พบว่า กลุ่มโรคปวดกล้ามเนื้อหลัง ติดอันดับ 1 ใน 10 ของโรคที่ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายสูงที่สุดในองค์กร นายจ้างต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลชดเชยในการรักษาพยาบาลที่เกิดจากโรคปวดกล้ามเนื้อ



หลังให้กับลูกจ้าง (ต่อคน:ต่อปี) เท่ากับ \$ 39.49 ความสูญเสียที่เกิดจากการขาดงาน เท่ากับ \$14.65 และความสูญเสียที่เกิดจากความพิการ เท่ากับ \$ 9.37²⁹ ซึ่งค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการบำบัดรักษานั้นมีทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาทางตรง (Direct cost) และ

ค่าใช้จ่ายทางอ้อม (Indirect cost) ซึ่งมีหลายการศึกษาที่กล่าวถึงค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับโรคกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อพังผืด โดยสรุป พบว่าค่าใช้จ่ายทางอ้อม (Indirect cost) มากกว่าค่าใช้จ่ายทางตรง (Direct cost) ดังปรากฏในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับโรคกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อพังผืด

| ผู้วิจัย, ปีที่ศึกษา, ชื่อการศึกษา | ประเทศ | ค่าใช้จ่ายที่สูญเสีย |
|--|-------------|---|
| Coyte PC, Asche CV, Croxford R, Chan B. ปี 1998 The economic cost of musculoskeletal disorders in Canada ³⁰ | Canada | \$25.6 billion หรือ 3.4% ของ GDP ค่าใช้จ่ายทางตรง เท่ากับ \$7.5 billion ค่าใช้จ่ายทางอ้อม เท่ากับ \$18.1 billion |
| Yelin E, Callahan LF. ปี 1995 The economic cost and social and psychological impact of musculoskeletal conditions. National Arthritis Data Work Groups ³¹ | USA | \$149.4 billion หรือ 2.5% ของ GDP |
| Yelin E, Herrndorf A, Trupin L, Sonneborn D. ปี 2001 A national study of medical care expenditures for musculoskeletal conditions: the impact of health insurance and managed care ³² | USA | \$3,578 ต่อคนต่อปีในภาพรวมของค่าใช้จ่ายทั้งประเทศเท่ากับ \$193 billion หรือ 2.5% ของ GDP |
| Wieser S, Horisberger B, Schmidhauser S, Eisenring C, Brügger U, Ruckstuhl A, Dietrich J, Mannion AF, Elfering A, Tamcan O, Müller U. ปี 2005 Cost of low back pain in Switzerland in 2005 ³³ | Switzerland | - Direct cost €2.6 billion - direct medical costs โดยทั้งหมด 6.1% - Productivity losses €4.1 billion - total economic burden 1.6 and 2.3% ของ GDP. |



ตารางที่ 2 ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับโรคกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อพังผืด (ต่อ)

| ผู้วิจัย, ปีที่ศึกษา, ชื่อการศึกษา | ประเทศ | ค่าใช้จ่ายที่สูญเสีย |
|---|-------------|--|
| Luo X, Pietrobon R, Sun SX, Liu GG, Hey L. ปี 2004 Estimates and patterns of direct health care expenditures among individuals with back pain in the United States ²⁴ | USA | 90.7 billion dollars หรือ ผู้ป่วยปวดหลังมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพเท่ากับ 3,498 ดอลลาร์ ต่อคน ต่อปี |
| van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM. ปี 1995 A cost-of-illness study of back pain in The Netherlands ³⁴ | Netherlands | - 1.7% ของ GDP - direct medical costs US\$367.6 million หรือ 7% ส่วน indirect costs 93% - ผู้ป่วยใน US \$3856 ต่อคน ต่อปี - ผู้ป่วยนอก US\$199 ต่อคน ต่อปี - ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อการขาดงานคิดเป็น US\$4622 - ความพิการเนื่องจากการปวดหลัง คิดเป็น US\$9493 |
| Lambeek LC, van Tulder MW, Swinkels ICS, Koppes LLJ, Anema JR, van Mechelen W. ปี 2011 The trend in total cost of back pain in The Netherlands in the period 2002 to 2007 ³⁵ | Netherlands | - ค่าใช้จ่ายในการรักษาในปี 2002 เท่ากับ € 4.3 billion และปี 2007 เท่ากับ € 3.5 billion - 0.9% ของ GDP ปี 2002 และใน ปี 2007 0.6% ของ GDP - direct medical costs 12% ส่วน indirect costs 88% |
| Piedrahita H ปี 2006 Costs of Work-Related Musculoskeletal Disorders (MSDs) in Developing Countries Colombia Case ³⁶ | Colombia | - 0.2% ของ GDP - the total cost US \$171.7 million - direct cost \$63.6 million ส่วน indirect cost สูงกว่า direct cost 2.7 เท่า - ขาดงานจากการเกิดโรคนี้นี้ 13.8 วันต่อปี |



ตารางที่ 2 ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับโรคกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อพังผืด (ต่อ)

| ผู้วิจัย, ปีที่ศึกษา, ชื่อการศึกษา | ประเทศ | ค่าใช้จ่ายที่สูญเสีย |
|--|--|---|
| Coyte PC, Asche CV, Croxford R, Chan B. ปี 1998 The economic cost of musculoskeletal disorders in Canada ³⁰ | Canada. | - \$25.6 billion - 3.4% ของ GDP - Direct cost \$7.5 billion - Indirect costs \$18.1 billion - back and spine disorders (\$8.1 billion) - arthritis and rheumatism (\$5.9 billion) |
| Goetzel RZ, Hawkins K, Ozminkowski RJ, Wang S. ปี 2003 The health and productivity cost burden of the "top 10" physical and mental health conditions affecting six large U.S. employers in 1999 ²⁹ | USA | - Total Health Care ที่นายจ้างต้องจ่าย ให้กับลูกจ้างที่ป่วยด้วย Back Disor. (ต่อ คน:ต่อปี) เท่ากับ \$ 39.49 - ความสูญเสียที่เกิดจากการขาดงาน เท่ากับ \$14.65 - ความสูญเสียที่เกิดจากความพิการ เท่ากับ \$ 9.37 |
| Dagenais S, Caro J, Haldeman S. ปี 2008 A systematic review of low back pain cost of illness studies in the United States and internationally ³⁷ | Australia, Belgium, Japan, Korea, Netherlands, Sweden, UK, and USA. | - Direct cost 22% - Indirect costs 78% |



3. ผลกระทบต่อการปฏิบัติงานซึ่งเป็นภาระที่เกิดจากการเจ็บป่วย

นอกจากเกิดความสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่เกิดจากอาการปวดกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อพังผืด เป็นจำนวนมากแล้ว ผู้ป่วยยังต้องสูญเสียเวลาการทำงานที่จะต้องไปพบแพทย์เพื่อไปรับการบำบัดรักษาหรือต้องหยุดพักงาน อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานในการหาเลี้ยงชีพ ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อการปฏิบัติงานมีประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

- การสูญเสียจำนวนชั่วโมงในการปฏิบัติงาน
 ดัชนีการศึกษาของ Stewart ศึกษาในกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุ 18 – 65 ปี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 28,902 คน ในสหรัฐอเมริกา พบว่า ในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ 13% ที่พนักงานสูญเสียเวลาการทำงานอันเนื่องมาจากมีอาการปวดกล้ามเนื้อ โดย อาการปวดที่พบบ่อยที่สุดคือปวดศีรษะ (5.4% สูญเสียเวลาทำงาน 3.5 ชั่วโมง/สัปดาห์) และมีอาการปวดหลัง (3.2% สูญเสียเวลาทำงาน 5.2 ชั่วโมง/สัปดาห์) เฉลี่ยเวลาที่สูญเสียไปเท่ากับ 5.5 ชั่วโมง/สัปดาห์ คิดเป็นเงินที่เกิดจากการสูญเสีย เท่ากับ \$61.2 billion ต่อปี³⁸

- การสูญเสียวันในการปฏิบัติงาน
 อันเนื่องมาจากการขาดงาน ลาหยุดงาน ซึ่งเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยด้วยอาการปวดกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อพังผืด (MPS) ดัชนีการศึกษาของ van der Giezen. et.al. เป็นการศึกษา Cohort study ระยะ เวลาติดตามไป 3 ถึง 4 เดือน (นับจากวันแรกของการลาป่วย) พบว่า ขาดงานจากการเจ็บป่วย LBP 66% (n = 298) 21% ชั่วโมงการทำงานลดลง และมีประสิทธิผลของงานก็ลดลงด้วยเมื่อเทียบกับระยะเวลาที่ผ่านมา³⁹

- ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ส่งผลให้ปริมาณที่ควรจะได้ตามเป้าหมายนั้นลดลง ดัชนีการศึกษาของ จาก 2 การศึกษาในสวีเดน แสดงให้เห็นว่าอาการปวดมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการทำงานที่ลดลง (OR 0.38; 95% CI: 0.22-0.64, p = 0.0003)⁴⁰ และผู้ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อมีประสิทธิภาพการทำงานลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่เจ็บป่วย โดยใช้แบบประเมิน the functional status questionnaire : FSQ (6.9% vs 98%, p <0.001)⁴¹

- การเปลี่ยนแปลงหน้าที่ในการปฏิบัติงาน จากความเจ็บป่วยก่อให้เกิดทำงานในปริมาณงานที่น้อยลงหรือเปลี่ยนงานใหม่ จนถึงไม่สามารถปฏิบัติงานได้อีกต่อไป ดัชนีการศึกษาของ Breivik et al. ได้ทำการสำรวจผู้ที่มีอาการปวดเรื้อรัง ในยุโรป จำนวน 16 ประเทศ อาการปวดเรื้อรังมีผลกระทบต่อการทำงาน ร้อยละ 26 ของประชากรในยุโรปต้องหยุดงานเนื่องจากอาการปวดเรื้อรังเฉลี่ย 7.8 วัน ถึงร้อยละ 55 ซึ่งเกิดจากอาการปวดกล้ามเนื้อหลัง และคอมากที่สุด นอกจากนั้นผู้ที่มีอาการปวดเรื้อรัง ร้อยละ 21 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 19 ภาระงานลดลง ร้อยละ 16 เปลี่ยนหน้าที่การปฏิบัติงาน และ ร้อยละ 13 เปลี่ยนงานใหม่ เมื่อเปรียบเทียบกับ 16 ประเทศในยุโรป พบว่า ประเทศฟินแลนด์ต้องสูญเสียวันทำงานในช่วงระยะเวลา 6 เดือน จากอาการปวดมากที่สุด คือ 19.8 วัน⁵

ผู้ที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อพังผืด ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพและความไม่สุขสบายในการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน อันเนื่องมาจากความเจ็บปวดการทำงานของกล้ามเนื้อถูกจำกัด ความสามารถใน



การเคลื่อนไหวลดลง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ความวิตกกังวล คุณภาพของการนอนหลับลดลง เกิดภาวะซึมเศร้า และทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ซึ่งสร้างความทุกข์ทรมานและก่อให้เกิดผลกระทบต่อสภาพจิตใจ สังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในด้านลบ ทำให้ระดับความทนต่อความปวดลดลง ส่งผลย้อนกลับให้เกิดอาการปวดมากขึ้น การจัดการความปวดยากขึ้นและมีความเรื้อรังเพิ่มขึ้น จากความไม่สบายของร่างกายดังกล่าวผู้ป่วยย่อมจะแสวงหาวิธีการรักษาด้วยวิธีการต่างๆ ซึ่งก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น สูญเสียเวลาการทำงานที่ต้องไปรับการรักษาทำให้รายได้ที่ควรจะได้รับลดลงตามมาด้วย จากผลกระทบที่เกิดขึ้นจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อพังผืด (Myofascial Pain Syndrom: MPS) จึงควรที่จะหาแนวทางในการป้องกันการเกิดโรค รวมถึงวิธีการบำบัดรักษาต่อไปในอนาคตให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสม เพื่อลดความสูญเสียจากการเจ็บปวดดังกล่าว นอกจากนั้นยังอาจกล่าวได้ว่าการเกิดโรคในกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อพังผืด มีผลกระทบทางด้านสังคม เนื่องจากผู้ที่ได้รับบาดเจ็บเป็นบุคคลในวัยทำงานซึ่งมักจะเป็นแหล่งพึ่งพิงทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัว ดังนั้น การเจ็บป่วยจนกระทั่งไม่สามารถทำงานได้ อาจทำให้ขาดรายได้ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อถึงบุคคลรอบข้าง เป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาสังคมอื่นๆ มากมายตามมา เช่น การขาดโอกาสทางการศึกษา ปัญหาอาชญากรรมและยาเสพติด เป็นต้น ดังนั้น การลดหรือการป้องกันการเกิดดังกล่าว

โดยเฉพาะในวัยทำงานจะมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อสุขภาพ ระบบเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อพังผืด (Myofascial Pain Syndrome) ในครั้งนี้สามารถสรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

1. ผลกระทบด้านสุขภาพ ได้แก่ อาการปวดรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีความเครียด ความวิตกกังวล และเกิดภาวะซึมเศร้า
2. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจต่อค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งพบว่าค่าใช้จ่ายทางอ้อม (Indirect cost) สูงกว่าค่าใช้จ่ายทางตรง (Direct cost)
3. ผลกระทบต่อการปฏิบัติงานอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย ผลกระทบที่เกิดขึ้น คือ สูญเสียจำนวนชั่วโมงในการปฏิบัติงาน การสูญเสียวันในการปฏิบัติงาน ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง และเกิดการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ในการปฏิบัติงาน ซึ่งผลกระทบนี้ จะส่งผลถึงรายได้ของผู้ป่วยที่ต้องลดลง

นอกจากนั้นแล้วผู้ที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อพังผืดยังได้รับผลกระทบต่อการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันอันเนื่องมาจากความเจ็บปวด การทำงานของกล้ามเนื้อถูกจำกัดความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ความวิตกกังวล คุณภาพของการนอนหลับลดลง เกิดภาวะซึมเศร้า และทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ซึ่งสร้างความทุกข์ทรมานและก่อให้เกิดผลกระทบต่อสภาพจิตใจ สังคม



และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในด้านลบ จากความไม่สุขสบายของร่างกายดังกล่าวผู้ป่วยย่อมจะแสวงหาวิธีการรักษาด้วยวิธีการต่างๆ ซึ่งก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น สูญเสียเวลาการทำงานที่ต้องไปรับการรักษาทำให้รายได้ที่ควรจะได้รับลดลงตามมาด้วยจากผลกระทบที่เกิดขึ้นจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อพังผืด (Myofascial Pain Syndrom: MPS) จึงควรที่จะหาแนวทางในการป้องกันการเกิดโรค รวมถึงวิธีการบำบัดรักษา เพื่อลดความสูญเสียจากการเจ็บป่วยดังกล่าว และหากลดความสูญเสียนี้ได้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อสุขภาพระบบเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติกลุ่มอาการปวดเรื้อรังระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ. กรุงเทพฯ: สมาคม; 2552.
2. Global Industry Analysts. Global pain management market to reach US\$60 billion by 2015, according to a aew report [Internet]. 2011 [cited 2016 May 10]. Available from: <http://bit.ly/1OU1XJ4>
3. Woods V. Musculoskeletal disorders and visual strain in intensive data processing workers. *Occup Med (Lond)*. 2005;55:121-7.
4. Leroux I, Dionne CE, Bourbonnais R, Brisson C. Prevalence of musculoskeletal pain and associated factors in the Quebec working population. *Int Arch Occup Environ Health*. 2005;78:379-86.
5. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006;10:287-333.
6. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สำนัก; 2558.
7. Alsaadi SM, McAuley JH, Hush JM, Maher CG. Prevalence of sleep disturbance in patients with low back pain. *Eur Spine J*. 2011;20:737-43.
8. World Health Organization. Depression: let's talk [Internet]. 2017 [cited 2017 Jul 5]. Available from: http://www.who.int/mental_health/management/depression/en/
9. World Health Organization. The world health report 2001 - mental health: new understanding, new Hope [Internet]. 2001 [cited 2017 Jul 5]. Available from: <http://www.who.int/whr/2001/en/>
10. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:593-602.



11. Strik JJ, Honig A, Maes M. Depression and myocardial infarction: relationship between heart and mind. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2001;25:879–92.
12. van Melle JP, de Jonge P, Ormel J, Crijns HJGM, van Veldhuisen DJ, Honig A, et al. Relationship between left ventricular dysfunction and depression following myocardial infarction: data from the MIND-IT. *Eur Heart J*. 2005;26:2650–6.
13. Alboni P, Favaron E, Paparella N, Sciammarella M, Pedaci M. Is there an association between depression and cardiovascular mortality or sudden death? *J Cardiovasc Med (Hagerstown)*. 2008;9: 356–62.
14. Wangtongkum S, Sucharitakul P, Wongjaroen S, Maneechompoo S. Prevalence of depression among a population aged over 45 years in Chiang Mai, Thailand. *J Med Assoc Thai*. 2008;91:1812–6.
15. Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2004;57–71.
16. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*. 1983; 249:751–7.
17. มณี ภิญโญพรพาณิชย์, เบญจลักษณ์ มณีทอน, ณภัทร เพชรวีรชูวงศ์. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย หออายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารนคร เชียงใหม่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์ แห่งประเทศไทย*. 2546;48:147–55.
18. นันทวัช สิทธีรักษ์, เอ็มน์สรี มินทราศักดิ์, ศุภโชค สิงห์กันต์, กอบหทัย สิทธีรณฤทธิ, วรภัทร รัตอากาศ, ณัฏฐา สายเสวย, และคณะ. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้ารับ การรักษาในคลินิกกระบังปวด โรงพยาบาล ศิริราช. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2553;55:191–201.
19. พิมพ์รัก สินสมบุญรณทอง, ศิริลักษณ์ ศุภปิติ พร. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่ เกี่ยวข้องในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับ การรักษาทางกายภาพบำบัด ในจังหวัดสุพรรณบุรี เชียงราย และนครสวรรค์. *จุฬาลงกรณ์ เวชสาร*. 2552;53:169–83.
20. Elliott TE, Renier CM, Palcher JA. Chronic pain, depression, and quality of life: correlations and predictive value of the SF-36. *Pain Med*. 2003;4:331–9.
21. Vedolin GM, Lobato VV, Conti PC, Lauris JR. The impact of stress and anxiety on the pressure pain threshold of myofascial pain patients. *J Oral Rehabil*. 2009;36:313–21.



22. Schmitter M, Keller L, Giannakopoulos N, Rammelsberg P. Chronic stress in myofascial pain patients. *Clin Oral Investig*. 2010;14:593–7.
23. Castro-Sánchez AM, Matarán-Peñarrocha GA, Granero-Molina J, Aguilera-Manrique G, Quesada-Rubio JM, Moreno-Lorenzo C. Benefits of massage-myofascial release therapy on pain, anxiety, quality of sleep, depression, and quality of life in patients with fibromyalgia. *Evid-Based Complement Altern Med ECAM*. 2011. doi: 10.1155/2011/561753
24. Luo X, Pietrobon R, Sun SX, Liu GG, Hey L. Estimates and patterns of direct health care expenditures among individuals with back pain in the United States. *Spine*. 2004;29:79–86.
25. Maniadakis N, Gray A. The economic burden of back pain in the UK. *Pain*. 2000;84:95–103.
26. Walker BF, Muller R, Grant WD. Low back pain in Australian adults: the economic burden. *Asia Pac J Public Health*. 2003;15:79–87.
27. Marty M, Rozenberg S, Duplan B, Thomas P, Duquesnoy B, Allaert F. Quality of sleep in patients with chronic low back pain: a case-control study. *Eur Spine J*. 2008;17:839–44.
28. Tucer B, Yalcin BM, Ozturk A, Mazicioglu MM, Yilmaz Y, Kaya M. Risk factors for low back pain and its relation with pain related disability and depression in a Turkish sample. *Turk Neurosurg*. 2009;19:327–32.
29. Goetzel RZ, Hawkins K, Ozminkowski RJ, Wang S. The health and productivity cost burden of the “top 10” physical and mental health conditions affecting six large U.S. employers in 1999. *J Occup Environ Med*. 2003;45:5–14.
30. Coyte PC, Asche CV, Croxford R, Chan B. The economic cost of musculoskeletal disorders in Canada. *Arthritis Care Res*. 1998;11:315–25.
31. Yelin E, Callahan LF. The economic cost and social and psychological impact of musculoskeletal conditions. National Arthritis Data Work Groups. *Arthritis Rheum*. 1995;38:1351–62.
32. Yelin E, Herrndorf A, Trupin L, Sonneborn D. A national study of medical care expenditures for musculoskeletal conditions: the impact of health insurance and managed care. *Arthritis Rheum*. 2001;44:1160–9.



33. Wieser S, Horisberger B, Schmidhauser S, Eisenring C, Brügger U, Ruckstuhl A, et al. Cost of low back pain in Switzerland in 2005. *Eur J Health Econ.* 2011;12:455–67.
34. van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM. A cost-of-illness study of back pain in The Netherlands. *Pain.* 1995;62:233–40.
35. Lambeek LC, van Tulder MW, Swinkels ICS, Koppes LLJ, Anema JR, van Mechelen W. The trend in total cost of back pain in The Netherlands in the period 2002 to 2007. *Spine.* 2011;36:1050–8.
36. Piedrahita H. Costs of work-related musculoskeletal disorders (MSDs) in developing countries: Colombia case. *Int J Occup Saf Ergon.* 2006;12:379–86.
37. Dagenais S, Caro J, Haldeman S. A systematic review of low back pain cost of illness studies in the United States and internationally. *Spine J.* 2008;8:8–20.
38. Stewart WF, Ricci JA, Chee E, Morganstein D, Lipton R. Lost productive time and cost due to common pain conditions in the US workforce. *JAMA.* 2003;290:2443–54.
39. van der Giezen AM, Bouter LM, Nijhuis FJ. Prediction of return-to-work of low back pain patients sicklisted for 3-4 months. *Pain.* 2000;87:285–94.
40. Müllersdorf M, Söderback I. The actual state of the effects, treatment and incidence of disabling pain in a gender perspective-- a Swedish study. *Disabil Rehabil.* 2000;22:840–54.
41. Müllersdorf M. Factors indicating need of rehabilitation--occupational therapy among persons with long-term and/or recurrent pain. *Int J Rehabil Res.* 2000;23:281–94.



ชื่อกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

วันวิสาข์ สายสนั่น^๑, อานนท์ วรยิ่งยง^๒, ธนันต์ ศุภศิริ^๓

วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา^๑

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย^{๒,๓}

Email: sahviwan@hotmail.com^๑, fmedtrc@yahoo.com^๒, thanana@hotmail.com^๓

บทคัดย่อ

สังคมประชากรโลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) รวมถึงประเทศไทยที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 10 ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมไปในทางเสื่อมลง ส่งผลกระทบให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งเกิดจากปัญหาด้านร่างกาย เพราะความเสื่อมของสุขภาพทำให้ไม่มีความสุขสบายทั้งกายและใจ ส่งผลต่อสภาพอารมณ์ ทำให้ผู้สูงอายุซึมเศร้าได้ง่าย บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนวรรณกรรมของการใช้ชื่อกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และแนวทางบำบัดรักษาโดยใช้วิธีการแบบชื่อก ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งที่มีมุ่งให้เกิดสมดุลทั้งกายใจ (Mind-body) ตามแนวคิดหลักทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก การบำบัดรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ประเทศไทยยังไม่มีผลการวิจัยที่ชัดเจน ในการใช้ชื่อกเพื่อลดภาวะซึมเศร้ามาใช้อย่างจริงจัง

คำสำคัญ: ชื่อก, ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ



Qigong and Depression in the Elderly

Wanvisa Saisanan Na Ayudhaya¹, Arnond Vorayingyon², Thanan Supasiri³

College of Allied Health Sciences, Suan Sunandha Rajabhat University¹

Faculty of Medicine, Chulalongkorn University^{2,3}

Email: sahviwan@hotmail.com¹, fmedtrc@yahoo.com², thanana@hotmail.com³

ABSTRACT

The world, including Thailand with an aging population of more than 10%, is entering the aging society. The elderly are affected by mental health problems especially depression caused by physical, mental, and social changes due to health deterioration. Discomfort in both physical and mental can make the elderly easily depressed. Qigong is a way to achieve mind-body balance based on Thai traditional medicine and alternative medicine. However, Thailand still lacks of research findings regarding using Qigong to reduce depression. This article aim to review literatures related to the relation between Qigong and depression and using the treatment method of Qigong against depression.

Keywords: Qigong, Depression, Elderly



บทนำ

โรคซึมเศร้าทำให้เกิดความสูญเสีย และเป็นภาระโรค (Burden of Disease) การศึกษาร่วมกันระหว่างมหาวิทยาลัยฮาร์เวิร์ด ธนาคารโลก และองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2563 ความสูญเสียด้านเศรษฐกิจและสังคมจากภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มสูงขึ้น และเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะทุกข์ทรมานมากที่สุดเป็นอันดับสองรองจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในทุกประเทศทั่วโลก โดยคิดเป็นร้อยละ 10 - 25 ในผู้หญิงและร้อยละ 5 - 12 ในผู้ชายที่เป็นโรคนี้¹ สำหรับประเทศไทยจากการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2542 เป็นการเปรียบเทียบความสูญเสียจากการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บ 135 ประเภท พบว่าในหญิงไทย โรคซึมเศร้าจะก่อความสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years, DALYs) เป็นอันดับ 4 และเป็นอันดับ 10 ในผู้ชายไทย เมื่อวัดจากจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years Lost due to Disability, YLD) พบว่า โรคซึมเศร้าจะเป็นอันดับที่ 1 ในหญิงไทย และอันดับ 2 ในชายไทย เมื่อเปรียบเทียบเฉพาะกลุ่มโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวช พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ(DALYs) สูงที่สุด²

ภาวะซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่พบมากที่สุดและผู้สูงอายุ และมีความสัมพันธ์กับอัตราการป่วย และอัตราการตายก่อนวัยอันควรอัตราการป่วย และอัตราการตายก่อนวัยอันควร³ โดยคาดว่าจะกลายเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การเป็นโรคที่เป็นภาระในประชากรสูงอายุในปี พ.ศ. 2563 โดย 1 ใน 5 ของประชากรทั้งหมดจะมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป⁴

และยังพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับอาการ การเจ็บป่วยทางกาย เช่น โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน มะเร็ง ไชข้ออักเสบ กระดูกพรุน และโรค อ้วน และภาวะซึมเศร้าจะรุนแรงขึ้นเมื่อมีปัญหาสุขภาพทางกายที่แย่ลง⁵ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าฉับพลันไม่ตอบสนองต่อการรักษา ด้วยยาต้านเศร้าเพิ่มขึ้นร้อยละ 19 - 34 ผู้ป่วยไม่สามารถรับการรักษาได้ครบ ร้อยละ 29 - 46 และกลับมาเป็นภาวะซึมเศร้าซ้ำร้อยละ 50⁶ จึงได้มีการเริ่มใช้การแพทย์ทางเลือก และการแพทย์แบบผสมผสานมากขึ้นในการรักษา ซึ่งเมื่อไม่กี่ปีที่ผ่านมา ได้มีการเติบโตที่น่าสนใจในแนวทางการแพทย์ทางเลือกที่ใช้การรักษาภาวะซึมเศร้า ทั้งการฝังเข็ม การทำสมาธิ และชี่กง⁷

ชี่กง (Qigong) เป็นศาสตร์การแพทย์ของจีน ใช้ในการรักษาต้านกาย และจิต (Mind-Body) มานานหลายพันปี เป็นการออกกำลังกาย ซึ่งไม่หนักเกินไปสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 หลักการ คือ การบริหารกาย การบริหารจิต และการบริหารลมปราณ โดยร่างกายเคลื่อนไหวอย่างช้าๆ นุ่มนวล สม่่าเสมอ และต่อเนื่องสอดคล้องกับการหายใจเข้าออกที่ยาวและลึก รวมทั้งมีการตั้งสมาธิขณะเคลื่อนไหว ทั้งสามประการนี้ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ร่างกายและจิตใจ โดยแต่ละท่าจะทำซ้ำกันหลายครั้ง จึงง่ายต่อการจดจำและเหมาะกับผู้สูงอายุ⁶ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาช่องว่างจากการทบทวนวรรณกรรมของการใช้ชี่กงกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินการวิจัยในอนาคต



สถานการณ์ และภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

สถานการณ์และภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในต่างประเทศพบว่า ประเทศอังกฤษ มีประชากรผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 10 – 15⁸ ในประเทศตะวันตก พบความชุกของการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ พบความชุกของโรคซึมเศร้ามากที่สุด ร้อยละ 19.47⁹ เช่นเดียวกับสถานการณ์และภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย จากผลการศึกษาของวลัยพร นันทศุภวัฒน์ และคณะ¹⁰ พบว่าผู้สูงอายุจะมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 72.3 รวมทั้งอัตราส่วนการพึ่งพิงวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.55 ในปี พ.ศ. 2533 เป็นร้อยละ 36.16 ในปี พ.ศ. 2573¹¹ ผู้สูงอายุต้องประสบภาวะพึ่งพิงหลายด้าน ได้แก่ ภาวะพึ่งพิงด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะพึ่งพิงด้านเศรษฐกิจ ภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ และภาวะพึ่งพิงด้านสังคมและจิตใจ ความเปลี่ยนแปลงที่มากกระทบต่อผู้สูงอายุเป็นเวลานานๆ ย่อมส่งผลต่อสุขภาพจิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งทำให้เกิดอารมณ์เศร้า (Sad) ภาวะซึมเศร้า (Depression) แล้วในที่สุดเจ็บป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (Depressive disorder) หากไม่ได้รับการคัดกรอง หรือประเมินและเกิดเรื้อรังจนเจ็บป่วย ซึ่งการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและการช่วยเหลือย่อมต้องมากขึ้นและซับซ้อนมากขึ้น

ปัจจัยเสี่ยง และการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ปัจจัยเสี่ยงของโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่พบว่า เกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมทางอารมณ์เสียสมดุลไป รวมทั้ง

พันธุกรรม ซึ่งคนในครอบครัวมีโอกาสป่วยได้มากกว่า 2.8 เท่า โดยสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรม ประมาณร้อยละ 31 – 42 ลักษณะบุคลิกภาพส่วนตัว เช่น เป็นคนมองโลกในแง่ร้ายเสมอ และโรคทางกายร่วมหลายโรคและยาบางชนิด ซึ่งสาเหตุดังกล่าวยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจน แต่สรุปได้เบื้องต้นว่า โรคซึมเศร้าเป็นสารในสมองที่ผิดปกติ และพันธุกรรม โดยมีผลกระทบจากบุคลิกภาพและความเครียดในชีวิตจึงทำให้เกิดโรคซึมเศร้าขึ้น²

เครื่องมือในการค้นหาโรคซึมเศร้า ได้แก่ แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (DS8) การประเมินอาการซึมเศร้า ใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)² สำหรับแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุและใช้แพร่หลายในปัจจุบัน ได้แก่ Beck Depression Inventory (BDI), Thai Geriatric Depression Scale (TGDS)¹² เป็นต้น ส่วนลักษณะทางคลินิกของโรคซึมเศรานั้น ในปัจจุบันประเทศไทยจะใช้อยู่ 2 ระบบในการวินิจฉัย คือ International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision (ICD-10) พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก และ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน²

ช็อก และประโยชน์ของการฝึกช็อก

ช็อกมีประวัติอันยาวนานในประเทศจีน ได้ถูกบันทึกไว้ในตำราการแพทย์นับตั้งแต่สมัยโบราณ



และเป็นองค์ประกอบสำคัญทางการแพทย์โบราณของจีน การฝึกฝนร่างกายด้วยท่าต่างๆ การกำหนดลมหายใจและจิตใจจะทำให้คนสามารถบ่มเพาะพลังชีวิตขึ้นมาบำบัดรักษาความเจ็บป่วยและทำให้สุขภาพดีขึ้น หลักการพื้นฐานของการฝึกชี่กงมีองค์ประกอบสำคัญ 3 อย่าง คือ การหายใจที่ถูกต้อง การใช้สมาธิขณะที่มีการฝึก และการเคลื่อนไหวท่าต่างๆซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ รองลงมาชี่กงแบ่งเป็น 2 แบบ คือ Hard Qi Gong เป็นการต่อสู้และป้องกันตัว และ Soft Qi Gong หรือ ชี่กงเพื่อสุขภาพ (Medical Qi Gong) เป็นกายบริหารเพื่อเก็บพลังภายใน (Internal Qi Gong) เพื่อส่งเสริมสุขภาพป้องกันและรักษาโรค และภายนอก (External Qi Gong) หรือเก็บพลังไว้จำนวนมาก และสามารถส่งออกมารักษาผู้อื่นได้ ผลของการฝึกด้วยชี่กง¹³ ได้แก่

- ผลของจิตใจ จิตใจที่สงบสบายคลายเครียด และลดความวิตกกังวล อาการนอนไม่หลับ
- ผลของสมาธิ สมาธิที่เกิดระหว่างการฝึกชี่กงทำให้สมองปลอดโปร่ง ผ่อนคลาย ปรับการทำงานของระบบประสาท ลดการทำงานของหัวใจ ความดันเลือดลดลง
- ผลของการฝึกหายใจ ประสิทธิภาพการหายใจดีขึ้น สามารถแลกเปลี่ยนออกซิเจนและขับคาร์บอนไดออกไซด์ได้ดีขึ้น
- ภูมิคุ้มกันที่ทำงานสมดุล พบว่าการฝึกตนเองจะทำให้มีการเพิ่มของเม็ดเลือดขาวในกระแสเลือด
- ทำให้ระบบฮอร์โมนเกิดการสมดุลตั้งแต่ต่อมใต้สมองไปจนถึงต่อมหมวกไต

- การออกกำลังกายที่ทำพร้อมกันทั้งกายและจิต จะทำให้ระบบข้อต่อ กระดูก เส้นเอ็น มีความยืดหยุ่น ทนทาน และกล้ามเนื้อแข็งแรงมากยิ่งขึ้น

รูปแบบของการออกกำลังกายแบบชี่กง

ส่วนใหญ่จะเป็นการผสมผสานระหว่างการนำเอาท่ากายบริหารที่เป็นศิลปะป้องกันตัวของจีนหรือไทเก๊กมาประยุกต์กับการเดินลมปราณของโยคะเกิดเป็นชี่กง โดยการอาศัยจิตไปพัฒนาการไหลเวียนของลมหายใจเพื่อกระตุ้นและเสริมสร้างพลังลมปราณ (ชี่) โดยการออกกำลังกายอยู่กับที่ (นั่ง, นอน, ยืน) หรือเคลื่อนไหว ประสานกับการหายใจลึกๆช้าๆ เป็นกายบริหารแบบปานกลาง (Moderate exercise) เกิดการบาดเจ็บได้น้อย โดยจะแตกต่างกันออกไปตามอาจารย์เจ้าสำนักผู้คิดดัดแปลงกระบวนท่าใหม่ๆ ออกเป็นของตน โดยใช้พื้นฐานเดิมของชี่กงซึ่งมีมาแต่โบราณ ปัจจุบันมีชี่กงที่ประชาชนฝึกฝนกันมากกว่า 3,000 แบบ แต่ละแบบมีความยากง่าย และประสิทธิภาพแตกต่างกันออกไป ในประเทศไทยพบว่า สำนักการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข และสำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต ใช้รูปแบบชี่กง 4 ท่า กับชมรมกายบริหารลมปราณ สวนลุมพินี (บริเวณหอนาฬิกา) และศูนย์ชี่กงเพื่อสุขภาพ สมาคมแพทย์แผนไทยแห่งประเทศไทย ใช้รูปแบบชี่กง 8 ท่า และรูปแบบอื่นๆ เช่น ชี่กงไหมแปดชั้น เป็นต้น ในทวีปเอเชียที่นิยมแพร่หลายรวมทั้งในประเทศไทย คือรูปแบบชี่กง 18 ท่า¹³ ส่วนในต่างประเทศพบว่ามีหลายรูปแบบ ได้แก่ Daoyin Qigong, WuqinXi



(Five Animals Qigong), และ BaduanJin Qigong (Eight-section Brocades Qigong)¹⁴ เป็นต้น

ระยะเวลาการฝึกชี่กงสำหรับโรค และความผิดปกติต่างๆ เพื่อช่วยเสริมการบำบัดในด้านต่างๆ¹⁶ ได้แก่

1. ความเครียด เช่น อาการหายใจไม่โล่งใจ สิ้น กระวนกระวายใจนอนไม่หลับ อาการตกใจง่าย อาการเหล่านี้ควรฝึกวันละ 15 – 30 นาที

2. ภูมิแพ้ เช่น อาการน้ำมูกไหล อาการไอ จาม คัดจมูก อาการเหล่านี้ควรฝึกวันละ 15-30 นาที

3. ความดันโลหิตสูง คือ ความดันโลหิต มากกว่า 160/90 มิลลิเมตรปรอท ควรใช้เวลาฝึก ประมาณวันละ 30 – 45 นาที

4. มะเร็ง โดยเฉพาะมะเร็งเม็ดเลือด มะเร็งเต้านม ควรใช้เวลาในการฝึกวันละ 2 ชั่วโมง

5. โรคเอ็ดส์ และการติดเชื้อเอชไอวี การฝึกชี่กง ช่วยให้ภูมิคุ้มกัน ลดความเครียด ควรฝึกวันละ 30-60 นาที

โดยพบว่าในการฝึกชี่กงส่วนใหญ่ถูกนำมาใช้ในการบำบัดโรคทางกาย และโรคเรื้อรังมากกว่าการบำบัดอาการทางจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าที่เป็นปัญหาสำคัญ ยังคงมีอยู่น้อยมากในประเทศไทย และยังต้องใช้ควบคู่ไปกับการรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบัน

ผลของชี่กงต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

วิทยาศาสตร์สมัยใหม่ได้ศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับผลที่เกิดจากชี่กงกับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถสรุปได้ว่า ผลของการฝึกชี่กง จิตใจ

จะสงบมีสมาธิ ส่งผลทำให้ร่างกายมีการเพิ่มของสารสื่อประสาทแคททีโคลามีน ได้แก่ นอร์อิพิเนฟริน โดปามีน ซีโรโทนิน และส่งผลให้ร่างกายมีการหลั่งสารเอนดอร์ฟินส์ มีผลในการลดคอร์ติโคสเตียรอยด์ที่พบว่ามีมากในผู้ที่มีความซึมเศร้าอย่างรุนแรงหรือมีความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งส่งผลให้มีระดับคอร์ติซอลลดลง เป็นการทำให้เกิดความสมดุลในสมองส่วนเป็นศูนย์กลางความรู้สึกซึมเศร้า ด้านการเพิ่มปริมาณสารสื่อประสาทแคททีโคลามีนที่มีการลดลงในผู้สูงอายุ¹⁵ และเนื่องจากชี่กงเป็นการฝึกที่เน้นในการกำหนดลมหายใจ เมื่อร่างกายและจิตใจเกิดความสงบ การทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายและจิตใจจะเริ่มดีขึ้น การเคลื่อนไหวดีขึ้น จิตใจปลอดโปร่ง นอนหลับสนิทมากขึ้น ช่วยให้มีความสุขที่ดีและลดความตึงเครียดทางร่างกายและทางจิตใจ นอกจากนี้ยังช่วยพัฒนาการควบคุมและการรับรู้ความสามารถในตนเอง โดยมีรายงานว่า การฝึกชี่กงสามารถช่วยบรรเทาอาการซึมเศร้าและช่วยพัฒนาคุณภาพในการนอนหลับในผู้สูงอายุได้⁷

ผลงานวิจัยถึงประโยชน์ของการฝึกฝนด้วยชี่กงต่อภาวะซึมเศร้า

การศึกษาที่สนับสนุนในการลดภาวะซึมเศร้าพบว่า เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่ใช้การสุ่ม (Randomize control trial) โดยงานวิจัยของแซง (Tsang)¹⁶ ศึกษาโดยให้ผู้สูงอายุทำการฝึกชี่กงแบบ Eight section brocades เป็นเวลา 12 สัปดาห์ 60 นาที 2 ครั้งต่อสัปดาห์พบว่า สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ในผู้สูงอายุที่มีโรคทางกายเรื้อรังได้ แต่ไม่



แตกต่างกันกับกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อยเกินไป นอกจากนี้ Tsang¹⁷ ได้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง โดยการฝึกซิ้งก Baduanjin เป็นเวลา 16 สัปดาห์ 30 – 45 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ พบว่ามีความสามารถลดภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความสามารถของตน สุขภาวะในผู้สูงอายุดีขึ้น และต้องการให้มีการฝึกซิ้งกต่อไปเพื่อศึกษาถึงผลกระทบในระยะยาว งานวิจัยในประเทศไทย สุชาติดา ภัณฑารักษ์สกุล¹⁸ ศึกษาผลของการฝึกซิ้งกในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ในสถานสงเคราะห์บางละมุงโดยใช้ซิ้งก 18 ท่า เป็นเวลา 12 สัปดาห์ 60 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ พบว่าสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ และมีความยืดหยุ่นของร่างกายดีขึ้น จากงานวิจัยดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ถึงแม้ว่ารูปแบบการศึกษา และปริมาณ (ระยะเวลาการฝึก, จำนวนครั้ง, เวลาในการฝึกแต่ละครั้ง) ในการฝึกซิ้งกนั้นยังมีความหลากหลายและแตกต่างกัน และในบางงานวิจัยก็สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้

สรุป

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอาจถูกมองเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้น จึงมองข้ามและละเลยโดยไม่ให้ความสำคัญ ทั้งที่หากพบภาวะซึมเศร้าเร็วก็สามารถช่วยเหลือนรักษาภาวะซึมเศร้า เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงจนถึงการฆ่าตัวตายได้ งานวิจัยด้านซิ้งกกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุยังมีอยู่น้อยมาก ซึ่งผลที่ได้อาจจะสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพเทียบเท่าการบำบัดด้วยยาและพฤติกรรมได้อีกทางหนึ่ง ดังนั้น

จึงควรศึกษาซิ้งก เพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งของศาสตร์ทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ปัจจุบันมีงานวิจัยการใช้ซิ้งกในการลดภาวะซึมเศร้าน้อยมาก จึงควรทำการศึกษางานวิจัยด้านซิ้งกเพื่อต่อยอดองค์ความรู้ และประยุกต์ใช้ในการศึกษาอื่นต่อไป
2. เนื่องจากระยะเวลาในการฝึกแต่ละการวิจัยยังไม่มีความชัดเจน ยังไม่มีข้อสรุป จึงควรมีการศึกษาวิจัยโดยเน้นไปที่ ระยะเวลาการฝึก จำนวนครั้งต่อสัปดาห์ ที่ใช้ฝึกซิ้งกเพื่อลดภาวะซึมเศร้า
3. ควรมีการศึกษาวิจัยที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นวิทยาศาสตร์รองรับ เช่น ตรวจสอบเลือดหาฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า เพื่อให้เป็นที่ยอมรับ และน่าเชื่อถือในทางวิทยาศาสตร์ สุขภาพและทางการแพทย์

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization Regional Office for South-East Asia. Conquering depression: you can get out of the blue, New Delhi WHO Regional office for South-East Asia. 2001.
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้า สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ. 2553; 53-57.



3. Blazer DG. K, Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2003; 58:249-65.
4. Kouzis A, Eaton WW, Leaf PJ. Psychopathology and mortality in the general population. *SocPsychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2008; 995(30): 165-70.
5. Clarke D, Currie K. Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *MJA* 2009; 190(7): S54-60.
6. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, et al. The global burden of non-fatal health outcomes for 1,160 sequelae of 291 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis. *Lancet* 2012; 380: 2163-96.
7. Tsang HW, Cheung L, Lak DC. Qigong as a psychosocial intervention for depressed elderly with chronic physical illnesses. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17: 1146-1154.
8. Anderson AN. Treating depression in old age: the reasons to be positive. *Age and Aging.* 2011; 30: 13-17.
9. Volkert J, Schulz H, Härter M, Włodarczyk O, Andreas S. The prevalence of mental disorders in older people in Western countries-a meta-analysis. *Aging Research Reviews.* 2013; 12: 339-353.
10. วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์ และคณะ. สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. *วารสารสมาคมพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.* 2552; 27(1): 27-32.
11. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2533-2573. สำนักงานศูนย์สถิติแห่งชาติเพื่อการปฏิรูปการศึกษา. 2552.
12. กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. สำนักการแพทย์ทางเลือก. การบริหารกายจิตแบบชีกง. *วารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก.* 2556; 6(1).
13. นิกร ดุสิตสิน. สำนักการแพทย์ทางเลือก. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ: การบริหารลมปราณ (ชีกง) เพื่อสุขภาพผู้สูงอายุ (ฉบับปรับปรุง), 2553.
14. Xue LG. Chinese Medical Qigong. Haerbin: Heilongjiang Science and Technology Publisher; 1990. p. 1-8.



15. เทอดศักดิ์ เดชคง. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. การบริหารกาย-จิตแบบชี่กง.ครั้งที่1: เจ เอส การพิมพ์; 2547.
16. Tsang HW, Mok CK, Au Yeung YT, Chan SY. The effect of Qigong on general and psychosocial health of elderly with chronic physical illnesses: a randomized clinical trial. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18: 441–449.
17. Tsang HWH, Fung KMT, Chan ASM, Lee G, Chan F. Effect of a qigong exercise program on elderly with depression. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21(9): 890–897.
18. สุชาดา ภัณฑารักษ์สกุล. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบชี่กงโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. 2546.



การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตเทศบาลตำบลบางปรอก

อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี

พนม นพพันธ์¹, ธรรมศักดิ์ สายแก้ว²

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อเงิน¹, วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา²

Email: nomine_66@hotmail.com¹, tommasak.sa@ssru.ac.th²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มุ่งที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตเทศบาลตำบลบางปรอก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ประชากรเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 287 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ดำเนินการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ผลการศึกษาด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของลักษณะทางประชากรของ อสม. ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานของ อสม. แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ อสม. การรับรู้บทบาท ความรู้และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานของ อสม.กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ได้แก่ T-test และ F-test (One-Way ANOVA) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะใช้แอลเอสดี (LSD) (least significant difference) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่

ผลการวิจัยพบว่า การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพและรายได้ ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน ได้แก่ งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ที่ได้รับสนับสนุน การได้รับการนิเทศงาน การได้รับการฝึกอบรมและการดำรงตำแหน่งอื่นๆในหมู่บ้าน ปัจจัยด้านแรงจูงใจ ได้แก่ สวัสดิการ ค่าตอบแทน การยกย่องให้เกียรติ และปัจจัยด้านการรับรู้ในบทบาท ความรู้และประสบการณ์ ได้แก่ การรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงาน ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกและประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ไม่มีความแตกต่าง จึงไม่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขในภาพรวม แต่ในรายด้านบางประเด็น อาสาสมัครสาธารณสุขยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับ แหล่งโรค พาหะ และกลไกการสนับสนุนการเกิดโรค ทำให้คะแนน



รายชื่อยังมีค่าคะแนนอยู่ในระดับต่ำ แต่พิจารณาในกิจกรรมการอบรมและการติดตามพบว่ามีการได้รับการนิเทศน้อยครั้ง ดังนั้นควรมีการจัดทำแผนอบรมและนิเทศงานติดตามให้ชัดเจนและมีกำหนดการที่แน่นอน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ควรจัดการอบรมฟื้นฟูความรู้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และควรมีการจัดทำแผนอบรมและนิเทศงานติดตามให้ชัดเจนและมีกำหนดการที่แน่นอน และมีการปรับแผนการดำเนินงานเน้นวันหยุด และมีการประชาสัมพันธ์ที่เข้มข้นก่อนดำเนินกิจกรรมอย่างน้อย 2 สัปดาห์

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค, ใช้เลือดออก



Factors Influencing Village Health Volunteers' Performance in Preventing and Controlling Hemorrhagic Fever in Bang Prog Municipal District, Pathum Thani Province.

Panom Noppan¹, Tammasak Saykaew²

Bo Ngerm Health Promotion Hospital¹, College of Allied Health Sciences, Suan Sunandha Rajabhat University²

Email: nomine_66@hotmail.com¹, tommasak.sa@ssru.ac.th²

ABSTRACT

The objective of this descriptive study was to study factors influencing village health volunteers' performance in preventing and controlling hemorrhagic fever in Bang Prog municipal district, Pathum Thani province. The population were 287 village health volunteers in Bang Prog municipal district, Pathum Thani province. The data were collected by the questionnaire and were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, t- test in the variables 2 groups and one – way ANOVA for the variable more than 2 groups and Least Significant Difference (LSD) used to test the differences between pairs. The comparison of difference found the subjects had different with demographic factors such as sex, age, married status, education, occupation and income that there were no significant different to village health volunteers' performance in preventing and controlling hemorrhagic fever. The motivation factors such as welfare, compensation and praise that there were no significant different to village health volunteers' performance in preventing and controlling hemorrhagic fever. The perceive in role knowledge and experience factors that there were no significant different to village health volunteers' performance in preventing and controlling hemorrhagic Fever. The considerate aspect found had some issues that the village health volunteers have low knowledge level and incorrect knowledge concerning resource, vectors and disease support mechanism of preventing and controlling hemorrhagic fever. Moreover the consideration aspect in training and follow activities to village health volunteers' performance in preventing and controlling hemorrhagic fever found that there was follow enough in activities 1 time per years.



วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Journal of Allied Health Sciences Sunandha Rajabhat University

The suggestion is training to refresh knowledge in village health volunteers and clearly follow plan. Moreover the village health volunteers should be adjust action plan by emphasis activities in the holiday and public relations before the operation at least 2 weeks.

Keywords: village health volunteers, performance in preventing and controlling, hemorrhagic fever



บทนำ

โรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever) เป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย เป็นสาเหตุของการป่วยและเสียชีวิตที่สำคัญ โดยมีพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคอยู่ในเขตเมืองหรือพื้นที่ชุมชนที่มีประชากรหนาแน่น และมีการกระจายสู่พื้นที่ชนบท เนื่องจากการคมนาคมที่สะดวกและรวดเร็ว การอพยพย้ายถิ่นของประชากร สาเหตุเกิดจากเชื้อไวรัสเดงกีและมีุงลายบ้านเป็นพาหะนำโรค พบผู้ป่วยได้ตลอดปีแต่พบมากที่สุดในฤดูฝน¹

จากสถานการณ์ของประเทศไทยในปี พ.ศ.2554 พบว่า โรคไข้เลือดออกยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากมีอัตราป่วยเท่ากับ 107.02 ต่อแสนประชากร และอัตราป่วยตายร้อยละ 0.09 เมื่อจำแนกรายภาค พบว่า ภาคกลางและภาคเหนือมีอัตราป่วยสูงที่สุดคิดเป็นอัตราป่วย 165.14 และ 103.25 ต่อแสนประชากร รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้คิดเป็นอัตราป่วย 69.35 และ 62.07 ต่อแสนประชากร สำหรับสถานการณ์โรคไข้เลือดออกจังหวัดปทุมธานี ในปี 2556 พบอัตราป่วยเป็น 109.01 ต่อแสนประชากร^{2,3}

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น จะพบว่าการเกิดโรคไข้เลือดออกยังคงเป็นปัญหาที่ยังไม่สามารถที่จะจัดการได้โดยเด็ดขาด จนกระทั่งทุกวันนี้ ยังไม่มียาที่ใช้รักษาโรคไข้เลือดออก หรือวัคซีนป้องกันโรคไข้เลือดออก ดังนั้นการป้องกันจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุด โดยป้องกันการแพร่ของยุง เเท่าที่ผ่านมามีการควบคุมยุง

ได้ผลไม่ดี เนื่องจากเน้นเรื่องการทำลายยุงซึ่งสิ้นเปลืองงบประมาณ และการควบคุมยุงต้องทำเป็นบริเวณกว้าง การควบคุมที่จะให้ผลยั่งยืน ควรจะเน้นที่การควบคุมลูกน้ำ การควบคุมสามารถดำเนินการร่วมกับหน่วยงานราชการอื่น องค์กรเอกชน ท้องถิ่น ดังนั้นการควบคุมที่ดีต้องบูรณาการกับหน่วยงานที่มีอยู่ และวิธีการต่าง ๆ (การควบคุมสิ่งแวดล้อม การใช้วิธีทางชีวภาพ การใช้สารเคมี) มาประยุกต์ใช้ในการป้องกันในระยะก่อนเกิดโรคโดยเน้นกิจกรรมการสร้างการมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อชุมชน จากหลักการและแนวคิดในการสร้างสุขภาพ ได้เน้นให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นบุคลากรส่วนหนึ่งในภาคประชาชน ซึ่งมีบทบาทสำคัญโดยตรงในการป้องกันและควบคุมโรคประจำถิ่น ซึ่งได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ อนามัย (Change agents) การสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ สำหรับการรับผิดชอบดูแลครัวเรือนในหมู่บ้าน/ชุมชน กำหนดจำนวน อสม.ใน



หมู่บ้าน/ชุมชน โดยเฉลี่ย 1 คน รับผิดชอบ 10 – 15 หลังคาเรือน นอกจากนี้ เกี่ยวกับงานฝ้าระวางโรคไข้เลือดออก อสม. มีบทบาทสำคัญในการรณรงค์และติดตามการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในหลังคาเรือน แต่ด้วยการปฏิบัติงานในเขตพื้นที่เทศบาลเมือง จังหวัดปทุมธานี เป็นพื้นที่เขตเมือง การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกทำงานได้ค่อนข้างยาก เพราะสมาชิกแต่ละครัวเรือนมักไม่อยู่บ้านในตอนกลางวัน จะอยู่ตอนเย็นหรือออกไปแล้ว ทำให้ อสม. ต้องทำงานฝ้าระวางโรคไข้เลือดออกในช่วงตอนเย็น ซึ่งแม้จะต้องทำงานนอกเวลาแต่ก็มี อสม. บางชุมชนสามารถปฏิบัติงานอย่างดียิ่ง มีการพยายามนำนวัตกรรมใหม่มาใช้ เช่น การใส่ปูนกินหมากตะไคร้หอม การใช้กล่องดำดักยุง ทำให้สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่ให้เกิดโรคได้มาตลอดในช่วง 2 – 3 ปี ที่ผ่านมา แต่บางพื้นที่ อสม. ก็ปฏิบัติงานอย่างไม่เต็มที่ ทำให้งานหลาย ๆ กิจกรรมไม่บรรลุเป้าหมาย เช่น ความครอบคลุมการควบคุมลูกน้ำยุงลาย การครอบคลุมการรณรงค์ในพื้นที่เสี่ยงไม่บรรลุเป้าหมาย เป็นต้น

ดังที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นบุคลากรที่มีส่วนสำคัญในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในแต่ละชุมชนเป็นอย่างยิ่ง แต่การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขแต่ละคน มีความแตกต่าง บางคนก็สามารถปฏิบัติงานให้ประสบความสำเร็จได้ บางคนก็ไม่สามารถปฏิบัติงานให้ประสบความสำเร็จได้ ดังนั้นวิจัยนี้จึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่าปัจจัยใดที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขจนประสบความสำเร็จ ในเขตเทศบาลตำบลบางปรอก อำเภอเมือง

จังหวัดปทุมธานี ซึ่งผลการศึกษาคจะเป็นประโยชน์ในการกำหนดคุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขและนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้อย่างมีประสิทธิภาพพร้อมทั้งได้แนวทางแก้ไขปัญหาการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณลักษณะทางประชากร ปัจจัยด้านแรงจูงใจ ปัจจัยด้านการรับรู้ในบทบาท ความรู้และประสบการณ์ ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาล ตำบลบางปรอก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี
2. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลตำบลบางปรอก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี

สมมติฐานของการวิจัย

1. อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาล ตำบลบางปรอก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ที่มีปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพและรายได้ที่แตกต่างกันมีผลการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแตกต่างกัน
2. อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาล ตำบลบางปรอก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ที่มีปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน ได้แก่ งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ที่ได้รับสนับสนุน การได้รับการนิเทศงานการได้รับการฝึกอบรมและการดำรงตำแหน่งอื่น ๆ ในหมู่บ้าน



ที่แตกต่างกันมีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแตกต่างกัน

3. อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาล ตำบลบางปรอก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ที่มีปัจจัยด้านแรงจูงใจ ได้แก่ สวัสดิการ ค่าตอบแทน การยกย่องให้เกียรติ ที่แตกต่างกันมีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแตกต่างกัน
4. อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาล ตำบลบางปรอก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ที่มีปัจจัยด้านการรับรู้ในบทบาท ความรู้และประสบการณ์ ได้แก่ การรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงาน ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก และประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ที่แตกต่างกัน มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแตกต่างกัน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบถึงปัจจัยสำคัญที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลตำบลบางปรอก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี
2. เพื่อเป็นแนวทางในการการวางแผนปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งได้แนวทางแก้ไขปัญหาการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)

| | |
|---|------------|
| ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร | |
| - เพศ | - การศึกษา |
| - อายุ | - อาชีพ |
| - สถานภาพสมรส | - รายได้ |
| ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน | |
| - งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ที่ได้รับสนับสนุน | |
| - การได้รับการนิเทศงาน | |
| - การได้รับการฝึกอบรม | |
| - การดำรงตำแหน่งอื่นๆในหมู่บ้าน | |
| ปัจจัยด้านแรงจูงใจ | |
| - สวัสดิการ | |
| - ค่าตอบแทน | |
| - การยกย่องให้เกียรติ | |
| ปัจจัยด้านการรับรู้ในบทบาท ความรู้และประสบการณ์ | |
| - การรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก | |
| - ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก | |
| - ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน | |

ตัวแปรตาม (Dependent Variables)

| |
|--|
| การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก |
| - การให้สุขศึกษา |
| - การใส่ทรายที่มีฟอส |
| - ร่วมรณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย |
| - เลียงปลาทางมกยูงแจก |
| - การแจ้งข่าวสาร |
| - การสำรวจค่าความชุกของลูกน้ำยุงลาย |
| - ร่วมปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อมีการระบาด |



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้กำหนดขอบเขตในการศึกษาเฉพาะเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตเทศบาลตำบลบางปรอก อำเภอเมืองจังหวัดปทุมธานี ซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 1 มกราคม 2557 ถึง 31 ธันวาคม 2557 เป็นเวลา 1 ปี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลบางปรอก อำเภอเมืองจังหวัดปทุมธานี ที่ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2557 ถึง 31 ธันวาคม 2557 จำนวน 287 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร ทฤษฎี แนวคิดและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยสอดคล้องกับความมุ่งหมายของงานวิจัย แบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถาม อสม. เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคเป็นการสอบถามข้อมูลปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านแรงจูงใจ ปัจจัยด้านการรับรู้ในบทบาท ความรู้และประสบการณ์ ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงาน โคนสอบถามกับอาสาสมัครสาธารณสุข รายละเอียดแบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส การศึกษา อาชีพและรายได้ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิดให้เติมคำและคำถามปลายปิดให้เลือกตอบผสมกัน จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน ได้แก่ งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ที่ได้รับสนับสนุน การได้รับนิเทศงาน การได้รับการฝึกอบรมและการดำรงตำแหน่งอื่นๆ ในหมู่บ้านลักษณะคำถามเป็นคำถามเปิดให้เติมคำและคำถามปลายปิดให้เลือกตอบผสมกัน จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านแรงจูงใจ ได้แก่ สวัสดิการ ค่าตอบแทนและการยกย่องให้เกียรติ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบจำนวน 16 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ การให้คะแนนแรงจูงใจ มีคำถาม 16 ข้อ เป็นข้อความที่แสดงความเห็น โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

| | | | |
|-------------------|----------|---|-------|
| เห็นด้วยมากที่สุด | ให้คะแนน | 5 | คะแนน |
| เห็นมากด้วย | ให้คะแนน | 4 | คะแนน |
| เห็นด้วยปานกลาง | ให้คะแนน | 3 | คะแนน |
| เห็นด้วยน้อย | ให้คะแนน | 2 | คะแนน |
| ไม่เห็นด้วย | ให้คะแนน | 1 | คะแนน |

และกำหนดเกณฑ์การแปลผล แบ่งตามพิสัยของคะแนน คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด ทหารด้วย 3 ระดับ จัดเป็นช่วงระดับได้ดังนี้



คะแนนเฉลี่ยช่วงระหว่าง 1-2.33

หมายถึง แรงจูงใจน้อย

คะแนนเฉลี่ยช่วงระหว่าง 2.34-3.67

หมายถึง แรงจูงใจปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยช่วงระหว่าง 3.68-5

หมายถึง แรงจูงใจมาก

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านการรับรู้ในบทบาทความรู้และประสบการณ์ ได้แก่ การรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกและประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและคำถามปลายเปิดให้เติมคำสมกัน จำนวน 18 ข้อ

การให้คะแนนการรับรู้บทบาท มีคำถาม 6 ข้อ เป็นข้อความที่แสดงความรู้สึกด้านบวก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

| | | | |
|-------------------|----------|---|-------|
| เห็นด้วยมากที่สุด | ให้คะแนน | 5 | คะแนน |
| เห็นมากด้วย | ให้คะแนน | 4 | คะแนน |
| เห็นด้วยปานกลาง | ให้คะแนน | 3 | คะแนน |
| เห็นด้วยน้อย | ให้คะแนน | 2 | คะแนน |
| ไม่เห็นด้วย | ให้คะแนน | 1 | คะแนน |

และกำหนดเกณฑ์การแปลผล แบ่งตามพิสัยของคะแนน คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด ทหารด้วย 3 ระดับ จัดเป็นช่วงระดับได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยช่วงระหว่าง 1-2.33

หมายถึง รับรู้ในบทบาทน้อย

คะแนนเฉลี่ยช่วงระหว่าง 2.34-3.67

หมายถึง รับรู้ในบทบาทปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยช่วงระหว่าง 3.68-5

หมายถึง รับรู้ในบทบาทมาก

การให้คะแนนความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของ อสม. ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิด ให้เลือกตอบมีตัวเลือก 2 ตัวเลือก คือ ใช่กับไม่ใช่ โดยมีคำถามจำนวน 11 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน มีคะแนนสูงสุด 11 คะแนน คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน และกำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนที่ได้อยู่ในช่วงร้อยละ 80-100

(ระหว่าง 9-11 คะแนน) จัดเป็นระดับความรู้มาก

คะแนนที่ได้อยู่ในช่วงร้อยละ 60 - 79

(ระหว่าง 7 -8 คะแนน) จัดเป็นระดับความรู้ปานกลาง

คะแนนที่ได้อยู่ในช่วงร้อยละ 0 - 59

(ระหว่าง 0 - 6 คะแนน) จัดเป็นระดับความรู้ต่ำ

ส่วนที่ 5 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิดให้เติมคำและคำถามปลายปิดให้เลือกตอบสมกัน จำนวน 2 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามหัวหน้าครัวเรือนเกี่ยวกับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราวัด 3 ระดับตามระดับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ได้แก่ การให้สุศึกษา,



การใส่ทรายอะเบท, การร่วมรณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย, การเลี้ยงปลาหางนกยูงแจก, การแจ้งข่าวสาร, การสำรวจค่าความซุกของลูกน้ำยุงลาย, การร่วมปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกกับเจ้าหน้าที่เมื่อมีการระบาดของโรค ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบจำนวน 7 ข้อ

| | | | |
|-----------------|----------|---|-------|
| ปฏิบัติสม่ำเสมอ | ให้คะแนน | 2 | คะแนน |
| ปฏิบัติบางครั้ง | ให้คะแนน | 1 | คะแนน |
| ไม่ปฏิบัติ | ให้คะแนน | 0 | คะแนน |

และจากนั้นนำคะแนนทั้ง 7 ข้อ มารวมกัน ก็จะได้คะแนนรวมผลการปฏิบัติงาน ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขแต่ละคนจะได้คะแนนตั้งแต่ 0-14 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านสาธารณสุขมูลฐาน จำนวน 3 ท่าน

การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม หลังจากที่ผ่านมาการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขและหัวหน้าครัวเรือนอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 30 ชุด เพื่อดูและทำความเข้าใจในแบบสอบถาม ความชัดเจนในเนื้อหา แล้วนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์อัลฟา

(Coefficient Alpha) ของ ครอนบาช (Cronbach's Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.78

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้ระยะเวลาตั้งแต่เดือนมกราคม 2558 ถึง มีนาคม 2558 โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลกับอาสาสมัครสาธารณสุขและหัวหน้าครัวเรือนในพื้นที่รับผิดชอบจัดอบรมพนักงานช่วยเก็บข้อมูล จำนวน 5 คน (บุคลากรสาธารณสุข) โดยผู้วิจัยดำเนินการอบรมและชี้แจงทุกขั้นตอนทั้งความมุ่งหมาย กลุ่มตัวอย่าง เทคนิค วิธีการและขั้นตอนในการสัมภาษณ์ ให้เป็นไปตามความมุ่งหมายของการวิจัย ทำการสอบถามข้อมูลในประชากร โดยพนักงานช่วยเก็บข้อมูลและผู้วิจัย มีเงื่อนไขในการสอบถาม คือ ในกรณีที่ไม่มีพบอาสาสมัครสาธารณสุขหรือยังไม่ครบ จะดำเนินการมาสอบถามในช่วงวันเวลาถัดไปจนกว่าจะครบ หากข้อมูลที่ได้ไม่ครบถ้วนและถูกต้อง จะทำการสอบถามเพิ่มจนกว่าจะได้ตัวอย่างครบตามเกณฑ์ที่คำนวณได้ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ลักษณะทางประชากรของ อสม. ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานของ อสม. แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ อสม. การรับรู้บทบาทความรู้และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานของ อสม. และปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการ



ปฏิบัติงาน ได้แก่ ค่าสถิติ ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติวิเคราะห์ (Analytical statistic) สถิติที่ใช้เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของลักษณะทางประชากรของ อสม. ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานของ อสม. แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ อสม. การรับรู้บทบาท ความรู้และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานของ อสม. ได้แก่ T-test และ F-test (One-Way ANOVA) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญของสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะใช้แอลเอสดี (LSD) (least significant difference) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาล ตำบลบางปรอก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาปัจจัยตัวกำหนดที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลตำบลบางปรอก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีภูมิลำเนาในเขตเทศบาล ตำบลบางปรอก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 287 คน หลังจากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านแรงจูงใจ ปัจจัยด้านการรับรู้ในบทบาท ความรู้และประสบการณ์ ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.06 และเพศชาย ร้อยละ 13.93 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 40 – 49 ปี ร้อยละ 59.23 รองลงมา อยู่ในช่วงอายุ 50 – 59 ปี ร้อยละ 23.34 ช่วงอายุ 30 – 39 ปี ร้อยละ 15.67 และอายุต่ำสุดที่พบคือ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 1.74 โดยมีอายุเฉลี่ย 46.17 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่หรือสมรสแล้ว ร้อยละ 86.41 รองลงมา มีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 6.27 และต่ำสุดสถานภาพสมรส หม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 7.31 การศึกษา พบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 69.33 รองลงมาจบมัธยมศึกษา ร้อยละ 28.22 และต่ำสุดคือ สูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 2.43 ในส่วนของอาชีพ พบว่าส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 65.85 รองลงมาค้าขาย ร้อยละ 23.34 แม่บ้าน ร้อยละ 7.32 และต่ำสุดทำเกษตรกรรม ร้อยละ 3.48 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย 5,001 – 15,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 68.98 รองลงมา มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 23.34 โดยต่ำสุดมีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 5,000 บาท ต่อเดือนขึ้นไปร้อยละ 7.66



ส่วนที่ 2 ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน

งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ที่ได้รับการสนับสนุน จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขทั้งหมดได้รับงบประมาณในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจากเทศบาลเมืองปทุมธานี. (ร้อยละ 100) สำหรับจำนวนงบประมาณในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของหมู่บ้านส่วนใหญ่รับงบประมาณจำนวน 15,000 บาท ขึ้นไป ต่อปี (ร้อยละ 42.85) โดยได้รับงบประมาณต่ำสุด 5,000 บาท ต่อปี สูงที่สุด 100,000 บาท ต่อปี ได้รับงบประมาณเฉลี่ย 4,309.37 บาทต่อปี ในเรื่องความเพียงพอของงบประมาณที่ได้รับพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ได้รับงบประมาณไม่เพียงพอในการปฏิบัติงาน ร้อยละ 61 มีความเพียงพอ ร้อยละ 39.00

การได้รับการนิเทศงาน จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ได้รับการนิเทศงานจำนวน 2 ครั้งต่อปี จำนวน 39 คน ร้อยละ 13.58 โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการนิเทศงาน 1 ครั้ง จำนวน 248 คน ร้อยละ 86.42 และได้รับการนิเทศงานสูงที่สุดจำนวน 12 ครั้ง ต่อปี การนิเทศงานเฉลี่ย 3.23 ครั้งต่อปี

การได้รับการฝึกอบรม จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ได้รับการฝึกอบรม จำนวน 1 ครั้ง ต่อปี ร้อยละ 47.38 รองลงมาได้รับการฝึกอบรม 2 ครั้งต่อปี ร้อยละ 27.87 และต่ำสุดได้รับการอบรม 3 ครั้งต่อปี ร้อยละ 24.75

การดำรงตำแหน่งอื่นๆในหมู่บ้าน พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ไม่ได้ดำรงตำแหน่งอื่นๆในหมู่บ้านร้อยละ 94.07

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านแรงจูงใจ

จากการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยรวม อยู่ระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1

พิจารณารายข้อพบว่า การเป็น อสม. ช่วยให้อสม.มีเพื่อนและมีมนุษยสัมพันธ์ดีขึ้น ซึ่งประเด็นนี้เป็นแรงจูงใจเฉลี่ย 3.61 ที่ทำให้อยากปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก รองลงมา การได้รับสิทธิ์รักษาพยาบาลฟรีทั้งครอบครัวเป็นสวัสดิการที่เหมาะสมสำหรับ อสม. ประเด็นแรงจูงใจเฉลี่ย 3.46 ที่ทำให้อยากปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การได้รับงานมอบหมายที่เหมาะสม ประเด็นแรงจูงใจเฉลี่ย 3.45 ที่ทำให้อยากปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การเป็น อสม. ทำให้มีความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น ประเด็นแรงจูงใจเฉลี่ย 3.38 ที่ทำให้อยากปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในเรื่องวัสดุอุปกรณ์ที่ อบรม. จัดให้ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเหมาะสมดีเป็นประเด็นแรงจูงใจเฉลี่ย 3.332 ที่ทำให้อยากปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ถ้าไม่ว่างปฏิบัติงานจะมีเพื่อนร่วมงานมาปฏิบัติแทนเป็นประเด็นที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจ 3.22 ที่ทำให้อยากปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นอีกประเด็นการเป็น อสม. ทำให้รู้สึกภูมิใจและมีเกียรติที่ทำให้มีระดับแรงจูงใจ 3.18 ที่ทำให้อยาก



ปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก นอกจากนี้ความพึงพอใจต่อค่าตอบแทนที่ได้รับ เมื่อไปร่วมอบรมต่าง ๆ ก็เป็นประเด็นหนึ่งที่ทำให้ระดับแรงจูงใจ 3.16 ที่ทำให้ไม่อยากปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การเป็น อสม. ทำให้มีโอกาสได้รับคัดเลือกเป็นกำนัน เป็นประเด็นหนึ่งที่ทำให้ระดับแรงจูงใจ 3.12 ที่ทำให้ไม่อยากปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การทำงานตามที่ได้รับมอบหมายเสร็จตามกำหนดเวลา ส่งผลให้มีระดับแรงจูงใจ 3.10 ที่ทำให้ไม่อยากปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การประชาชนเชื่อถือและปฏิบัติตามคำแนะนำเป็นอย่างดีทำให้มีระดับแรงจูงใจ 3.02 อยากปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การที่มีความพึงพอใจและเข้าใจกันดีกับเพื่อนร่วมงานในปัจจุบัน

ความพึงพอใจและเข้าใจกันดีกับเพื่อนร่วมงานในปัจจุบัน ทำให้มีระดับแรงจูงใจ 2.97 ที่อยากการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การได้รับเงินสนับสนุนหมู่บ้าน 7,500 บาท/หมู่ เพียงพอต่อการดำเนินงาน ทำให้มีระดับแรงจูงใจ 2.82 ที่อยากการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การที่ประชาชนเห็นว่าการทำงานของท่านได้ผลดี ส่งผลให้ระดับแรงจูงใจ 2.72 ที่อยากปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แต่ที่ค่อนข้างต่ำคือ การที่โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เหมาะสมส่งผลต่อระดับแรงจูงใจของ อสม. เพียง 1.67 ที่อยากปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตามลำดับดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุข จำแนกตามระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยรวม

| ระดับแรงจูงใจ | จำนวน (n = 287 คน) | ร้อยละ |
|------------------|--------------------|--------|
| ต่ำ | 81 | 28.22 |
| ปานกลาง | 109 | 37.97 |
| มาก | 97 | 33.81 |
| $\bar{X} = 2.05$ | S.D. = 0.78 | |
| รวม | 287 | 100.00 |



ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค
ใช้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข จำแนกเป็นรายข้อ (n = 287 คน)

| ข้อความ | \bar{X} | S.D. | ระดับ |
|--|-----------|------|---------|
| 1. วัสดุอุปกรณ์ที่โรงพยาบาลจัดให้ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกเหมาะสมดีแล้ว | 1.67 | 0.53 | ต่ำ |
| 2. วัสดุอุปกรณ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดให้ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกเหมาะสมดีแล้ว | 1.67 | 0.53 | ต่ำ |
| 3. วัสดุอุปกรณ์ที่ อบต. จัดให้ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกเหมาะสมดีแล้ว | 3.32 | 1.14 | ปานกลาง |
| 4. งานที่ได้รับมอบหมายเหมาะสมดีแล้ว | 3.45 | 1.11 | ปานกลาง |
| 5. ท่านมีความพึงพอใจและเข้าใจกันดีกับเพื่อนร่วมงานในปัจจุบัน | 2.97 | 1.18 | ปานกลาง |
| 6. ถ้าท่านไม่ว่างปฏิบัติงานจะมีเพื่อนร่วมงานมาปฏิบัติแทน | 3.22 | 1.33 | ปานกลาง |
| 7. การได้รับสิทธิรักษาพยาบาลฟรีทั้งครอบครัวเป็นสวัสดิการที่เหมาะสมสำหรับ อสม. | 3.46 | 0.91 | ปานกลาง |
| 8. เงินสนับสนุนหมู่บ้าน 7,500 บาท/หมู่ เพียงพอต่อการดำเนินงาน | 2.82 | 1.68 | ปานกลาง |
| 9. ท่านมีความพึงพอใจต่อค่าตอบแทนที่ได้รับเมื่อไปร่วมอบรมต่างๆ | 3.16 | 1.64 | ปานกลาง |
| 10. ประชาชนเห็นว่าการทำงานของท่านได้ผลดี | 2.72 | 1.67 | ปานกลาง |
| 11. การที่ท่านเป็น อสม. ทำให้ท่านรู้สึกภูมิใจและมีเกียรติ | 3.18 | 1.14 | ปานกลาง |
| 12. ประชาชนเชื่อถือและปฏิบัติตามคำแนะนำของท่านเป็นอย่างดี | 3.02 | 1.33 | ปานกลาง |
| 13. ท่านทำงานตามที่ได้รับมอบหมายเสร็จตามกำหนดเวลา | 3.10 | 1.21 | ปานกลาง |
| 14. การเป็น อสม. ทำให้ท่านมีความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น | 3.38 | 1.10 | ปานกลาง |
| 15. การเป็น อสม. ทำให้ท่านมีโอกาสได้รับคัดเลือกเป็นกำนัน | 3.12 | 1.25 | ปานกลาง |
| 16. การเป็น อสม. ช่วยให้ท่านมีเพื่อนและมีมนุษยสัมพันธ์ขึ้น | 3.61 | 1.23 | ปานกลาง |
| สรุปโดยรวม | 2.05 | 0.78 | ปานกลาง |



ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านการรับรู้ในบทบาท
ความรู้และประสบการณ์

1. การรับรู้ในบทบาท

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า อาสาสมัคร
สาธารณสุขมีการรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงาน

ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยรวมอยู่ใน
ระดับต่ำ ร้อยละ 58.53 รองลงมา ร้อยละ 24.04 มี
การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง และต่ำสุด ร้อยละ
17.42 มีการรับรู้อยู่ในระดับมาก ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุข จำแนกตามระดับการรับรู้บทบาท

| ระดับการรับรู้ในบทบาท | จำนวน (n = 287 คน) | ร้อยละ |
|-----------------------|--------------------|--------|
| ต่ำ | 168 | 58.53 |
| ปานกลาง | 69 | 24.04 |
| มาก | 50 | 17.42 |
| $\bar{X} = 1.58$ | S.D. = 0.76 | |
| รวม | 287 | 100.00 |

2. ความรู้เรื่องไข้เลือดออกของอาสาสมัคร
สาธารณสุข

2.1 ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของ
อาสาสมัครสาธารณสุข จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า

อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ ร้อยละ 38.32
มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ รองลงมา ร้อยละ 32.40
มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง และต่ำสุด ร้อยละ 29.26
มีความรู้อยู่ในระดับสูง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุข จำแนกตามระดับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก

| ระดับความรู้ | จำนวน | ร้อยละ |
|------------------|-------|-------------|
| ต่ำ | 110 | 38.32 |
| ปานกลาง | 93 | 32.40 |
| มาก | 84 | 29.26 |
| $\bar{X} = 2.80$ | | S.D. = 2.58 |
| รวม | 287 | 100.0 |



2.2 ความรู้เรื่องไข้เลือดออกของอาสาสมัคร
สาธารณสุขแยกชายช้อ จากการวิเคราะห์ข้อมูล

พบว่าข้อที่อาสาสมัครสาธารณสุขตอบได้
ถูกต้องมากที่สุด คือ ร้อยละ 81.18 รู้ว่า การใส่ปลา
หางนกยูงในภาชนะเพื่อกินลูกน้ำยุงลาย ร้อยละ
79.44 รู้ว่ายาที่มีตัวยาแอสไพรินผสมอยู่เป็นอันตราย
กับผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 78.74 รู้ว่า
โรคไข้เลือดออกสามารถป้องกันได้ โดยไม่ให้ยุงกัด
และกำจัดแหล่ง เพาะพันธุ์ยุงลาย ร้อยละ 73.51 รู้ว่า
ยุงลายเป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 70.73
รู้ว่าโรคไข้เลือดออกเกิดจากเชื้อไวรัส ร้อยละ 62.36

รู้ว่ายุงที่เป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออกชอบวางไข่ใน
น้ำนิ่งใสโดยเฉพาะน้ำฝนที่ขังอยู่ในภาชนะ ร้อยละ
62.36 รู้ว่าเมื่อพบผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคไข้เลือดออก
ควรแนะนำให้ไปพบแพทย์ทันที ร้อยละ 59.23 รู้ว่า
ภาชนะใส่น้ำดื่มและน้ำใช้ที่ไม่มีฝาปิดควรล้างทุก
7 วัน ร้อยละ 57.83 รู้ว่า ทรายอะเบท เมื่อใส่ลงไป
ในภาชนะน้ำใช้จะออกฤทธิ์ได้นาน 3 เดือน
มีคุณสมบัติฆ่าลูกน้ำยุงลาย และผู้ป่วยโรค
ไข้เลือดออกมีอาการ ไข้สูง อาเจียน ปวดท้อง หรือ
มีจุดเลือดออกตามตัว ต่ำสุดร้อยละ 52.96 รู้ว่าโรค
ไข้เลือดออกส่วนใหญ่เกิดกับเด็กวัยเรียน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุข จำแนกตามการตอบคำถามเรื่อง
โรคไข้เลือดออกได้ถูกต้อง (n = 287 คน)

| ข้อความ | จำนวนที่ตอบถูก | ร้อยละ |
|--|----------------|--------|
| 1. โรคไข้เลือดออกเกิดจากเชื้อไวรัส | 203 | 70.73 |
| 2. ยุงลายเป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออก | 211 | 73.51 |
| 3. ยุงที่เป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออกชอบวางไข่ในน้ำนิ่งใสโดยเฉพาะน้ำฝน ที่ขังอยู่ในภาชนะ | 179 | 62.36 |
| 4. โรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่เกิดกับเด็กวัยเรียน | 152 | 52.96 |
| 5. ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกมีอาการ ไข้สูง อาเจียน ปวดท้องหรือมีจุดเลือดออกตามตัว | 166 | 57.83 |
| 6. เมื่อพบผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคไข้เลือดออกควรแนะนำให้ไปพบแพทย์ทันที | 179 | 62.36 |
| 7. โรคไข้เลือดออกสามารถป้องกันได้ โดยไม่ให้ยุงกัดและกำจัดแหล่ง เพาะพันธุ์ยุงลาย | 226 | 78.74 |
| 8. ทรายอะเบท เมื่อใส่ลงไป ในภาชนะน้ำใช้จะออกฤทธิ์ได้นาน 3 เดือน มีคุณสมบัติฆ่าลูกน้ำยุงลาย | 166 | 57.83 |
| 9. การใส่ปลาหางนกยูงในภาชนะเพื่อกินลูกน้ำยุงลาย | 233 | 81.18 |
| 10. ภาชนะใส่น้ำดื่มและน้ำใช้ที่ไม่มี ฝาปิดควรล้างทุก 7 วัน | 170 | 59.23 |
| 11. ยาที่มีตัวยาแอสไพรินผสมอยู่เป็นอันตรายกับผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก | 228 | 79.44 |

ค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของ อสม. $\bar{X} = 9\%$

**3. ประสพการณ์ในการปฏิบัติงาน**

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุข 10 – 14 ปี ร้อยละ 42.85 รองลงมา ร้อยละ 33.13 ดำรงตำแหน่ง 5 – 9 ปี ร้อยละ 16.72

อยู่ในตำแหน่ง 15 – 19 ปี ร้อยละ 6.96 อยู่ในตำแหน่ง น้อยกว่า 5 ปี และต่ำสุดร้อยละ 0.34 อยู่ในตำแหน่ง นาน 20 ปี โดยดำรงตำแหน่งต่ำที่สุด 1 ปี สูงที่สุด 28 ปี ดำรงตำแหน่งเฉลี่ย 6.70 ปี ตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุข จำแนกตามประสพการณ์ในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข

| ประสพการณ์ (ปี) | จำนวน (n = 287 คน) | ร้อยละ |
|-----------------------|--------------------|-------------|
| น้อยกว่า 5 | 20 | 6.96 |
| 5-9 | 95 | 33.13 |
| 10-14 | 123 | 42.85 |
| 15-19 | 48 | 16.72 |
| 20 ขึ้นไป | 1 | 0.34 |
| Min = 1 Max = 28 | $\bar{X} = 6.70$ | S.D. = 1.19 |
| รวม | 287 | 100.0 |

ส่วนที่ 5 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

จากการสอบถามด้วยข้อคำถามปลายเปิด เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อาสาสมัครสาธารณสุขได้ระบุถึงปัญหาและอุปสรรค ดังนี้

1. งบประมาณในการปฏิบัติงานไม่เพียงพอ เนื่องจากวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีราคาแพง เครื่องพ่นหมอกควันขาดการบำรุงรักษาอย่างต่อเนื่องส่งผลให้เครื่องดังกล่าวไม่มีประสิทธิภาพ บางพื้นที่ไม่มีเครื่องพ่นหมอกควันหรือมีแต่ชำรุด จำเป็นที่ต้องเข้าใจ

ในการป้องกันและควบคุมโรคเนื่องจากการให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์ยังไม่ทั่วถึง

2. เนื่องจากเป็นพื้นที่เขตเมือง ประชาชนไม่อยู่บ้าน การออกปฏิบัติงานต้องออกควบคุมตอนเย็น ซึ่งใช้เวลาจำกัดและหลายวัน
3. ประชาชนบางกลุ่มในหมู่บ้านไม่ให้ความร่วมมือ บางพื้นที่มีสภาพทางภูมิศาสตร์ยากแก่การปฏิบัติงาน
4. การให้ความรู้ชาวบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข จำเป็นต้องมีการอบรมบ่อย ๆ และมีการฝึก เพราะเวลาออกปฏิบัติงานต้องพบกับบุคคลหลากหลาย และเป็นผู้มีความรู้การแนะนำ จึงยากกว่าเขตชนบท



ส่วนข้อเสนอแนะ อาสาสมัครสาธารณสุข
ได้เสนอแนะแนวทางในการปฏิบัติงานป้องกันและ
ควบคุมโรคไข้เลือดออก คือ

1. ควรเพิ่มงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์
อาสาสมัครสาธารณสุขจึงจะมีขวัญและกำลังใจ
และสามารถปฏิบัติงานครอบคลุมทุกพื้นที่
2. ควรมีการดูแลรักษา เครื่องพ่นหมอกควันอย่าง
ต่อเนื่อง เมื่อมีการระบาดของโรคเกิดขึ้น
สามารถนำไปปฏิบัติงานได้อย่างมี
ประสิทธิภาพ ซึ่งในการใช้เครื่องพ่นหมอกควัน
ควรจะเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเพศชาย
เพราะฉะนั้นจึงต้องการอาสาสมัครสาธารณสุข
เพศชายมากกว่านี้
3. เนื่องจากในปัจจุบันมีอาสาสมัครสาธารณสุข
เพศหญิงมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้แล้ว
อาสาสมัครสาธารณสุข ควรได้รับการอบรม
อย่างต่อเนื่อง เพื่อที่จะได้นำความรู้ไปแนะนำ
ให้ประชาชนในหมู่บ้าน ให้มีความรู้ ความเข้าใจ
ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
โดยเฉพาะในการใส่ทรายอะเบท ประชาชนยัง
ไม่ค่อยให้ความร่วมมือเท่าที่ควรหรือไม่ก็ควร
ให้อาสาสมัครสาธารณสุขแต่ละคนเลี้ยงปลา
หางนกยูงแจกครีวเรือในความรับผิดชอบของ
แต่ละคน ถ้าเป็นไปได้ควรมีกฎระเบียบ
ข้อบังคับด้วยและมีการประสานงานกันทุกภาค
ส่วน ไม่ว่าจะเป็นภาคประชาชนและภาครัฐบาล

ตอนที่ 2 การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุม
โรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข

1. พิจารณาภาพรวม

พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ ร้อยละ
95.81 มีการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออกอยู่ในระดับ ปานกลาง รองลงมา ร้อย
ละ 3.83 อยู่ในระดับต่ำ และต่ำสุด ร้อยละ 0.34 อยู่
ในระดับสูง ดังตารางที่ 7

2. การปฏิบัติงานรายข้อ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลรายข้อพบว่า ส่วนใหญ่
อาสาสมัครสาธารณสุขมีกิจกรรมการปฏิบัติงาน
ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเรื่อง การแจก
และใส่ทรายอะเบทในภาชนะเก็บน้ำใช้ที่บ้านของ
ครัวเรือนในความรับผิดชอบมากที่สุด โดยมีคะแนน
เฉลี่ยการปฏิบัติ 2.24 รองลงมา คือ การให้
คำแนะนำเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกให้ครัวเรือนใน
ความรับผิดชอบมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ 2.22 การ
แจ้งข่าวสารให้ครัวเรือนในความรับผิดชอบทราบ
เช่น จะมีการพ่นหมอกควันกำจัดยุงลายตัวแก่
จำนวนเด็กที่เป็นโรคไข้เลือดออกโดยมีคะแนนเฉลี่ย
การปฏิบัติ 2.18 การร่วมรณรงค์กำจัดแหล่ง
เพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายของครัวเรือนในความ
รับผิดชอบ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ 2.08
การสำรวจค่าความซุกของลูกน้ำยุงลายของ
ครัวเรือนในความรับผิดชอบมีคะแนนเฉลี่ยการ
ปฏิบัติ 1.94 การแจกและใส่ปลาหางนกยูงในภาชนะ
เก็บน้ำใช้ให้ครัวเรือนในความรับผิดชอบ มีคะแนน
เฉลี่ยการปฏิบัติ 1.89 และต่ำสุดคือ การร่วม
ปฏิบัติงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อมีการระบาด
ของโรคคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ 1.82 ดังตารางที่ 8



ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุข จำแนกตามระดับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

| ระดับการปฏิบัติ | จำนวน | ร้อยละ |
|-----------------|------------------|-------------|
| ต่ำ | 11 | 3.83 |
| ปานกลาง | 275 | 95.81 |
| สูง | 1 | 0.34 |
| | $\bar{X} = 1.96$ | S.D. = 0.21 |
| รวม | 287 | 100.0 |

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน จำแนกตามกิจกรรมการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข

| ข้อความ | \bar{X} | S.D. |
|---|-----------|------|
| 1. อสม. เคยให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกให้ครัวเรือนในความรับผิดชอบ | 2.22 | 0.76 |
| 2. อสม. ได้แจกและใส่ทรายอะเบทในภาชนะเก็บน้ำใช้ให้ครัวเรือนในความรับผิดชอบ | 2.24 | 0.57 |
| 3. อสม. ได้แจกและใส่ปลาหางนกยูงในภาชนะเก็บน้ำใช้ให้ครัวเรือนในความรับผิดชอบ | 1.89 | 0.79 |
| 4. อสม. ได้แจ้งข่าวสารให้ครัวเรือนในความรับผิดชอบทราบ เช่น จะมีการพ่นหมอกควันกำจัดยุงลายตัวแก่ จำนวนเด็กที่เป็นโรคไข้เลือดออก | 2.18 | 0.62 |
| 5. อสม. ได้สำรวจค่าความชุกของลูกน้ำยุงลายของครัวเรือนในความรับผิดชอบ | 1.94 | 0.75 |
| 6. อสม. ได้ร่วมรณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายของครัวเรือนในความรับผิดชอบ | 2.08 | 0.72 |
| 7. อสม. ได้ร่วมปฏิบัติงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อมีการระบาดของโรค | 1.82 | 0.39 |
| รวม | 1.96 | 0.21 |



**ตอนที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัย
คุณลักษณะทางประชากร ปัจจัยสนับสนุนการ
ปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านแรงจูงใจ ปัจจัยด้านการรู้
บทบาท ความรู้และประสบการณ์ที่มีผลต่อระดับ
การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
ของอาสาสมัครสาธารณสุข**

พบว่าทุกองค์ประกอบของปัจจัยที่ศึกษาไม่มีความแตกต่างกัน นั้นหมายความว่าไม่มีปัจจัยใดที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลบางปรอก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี แต่พิจารณาในรายละเอียดในรายข้อคำถามพบว่าบางประเด็นที่อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลบางปรอก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี มีความคิดเห็นว่าเป็นสิ่งหนึ่งที่ทำให้การปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่สามารถเดินไปบรรลุเป้าหมายได้แก่ มีความรู้ในเรื่องแหล่งโรค และกลไกการสนับสนุนการเกิดโรคไข้เลือดออก อาสาสมัครสาธารณสุขยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้อง ทำให้คะแนนรายข้อมีค่าคะแนนอยู่ในระดับต่ำ แต่พิจารณาในกิจกรรมการอบรมและการติดตามพบว่ามี การได้รับการนิเทศน้อยครั้งและมีการอบรมพัฒนาความรู้ให้อาสาสมัครสาธารณสุขค่อนข้างน้อยครั้งคือ ปีละ 1 ครั้ง

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าทุกองค์ประกอบของปัจจัยที่ศึกษาไม่พบว่ามีค่าแตกต่างกัน นั้นหมายความว่าไม่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลบางปรอก อำเภอเมือง

จังหวัดปทุมธานี แต่พิจารณาในรายละเอียดในรายข้อคำถามพบว่าบางประเด็นที่อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลบางปรอก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี มีความคิดเห็นว่าเป็นสิ่งหนึ่งที่ทำให้การปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่สามารถเดินไปบรรลุเป้าหมายได้เพราะยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ขาดการสนับสนุนที่ดีพอ ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถอภิปรายตามสมมติฐานได้ดังต่อไปนี้

**สมมติฐานข้อที่ 1 อาสาสมัครสาธารณสุข
ในเขตเทศบาล ตำบลบางปรอก อำเภอเมือง จังหวัด
ปทุมธานี ที่มีปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่
เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพและ
รายได้ ที่แตกต่างกันมีผลการปฏิบัติงานป้องกันและ
ควบคุมโรคไข้เลือดออกแตกต่างกัน**

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพและรายได้ ทุกปัจจัยมีค่าคะแนนการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง (11.67 – 16.32)โดยเฉลี่ยเท่ากับ 14.00 ซึ่งพิจารณาในแต่ละปัจจัยซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมและมีการศึกษาแล้วมีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกนั้น สำหรับชุมชนเทศบาล ตำบลบางปรอก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานีนั้นอาจมีความต่างเนื่องจากสภาพแวดล้อม สังคมเป็นเขตเมืองอุตสาหกรรม ซึ่งต่างจากงานวิจัยที่ศึกษามาส่วนใหญ่ศึกษาในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล และชุมชน ซึ่งวิถีชีวิตของประชาชนมีความแตกต่างกัน การวางกลยุทธ์ในการทำงานจึงต่างกัน ประกอบกับส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขเองมีความพร้อมทางสังคม ครอบครัว



เช่น รายได้ครอบครัว อาชีพ ไม่มีภาระต่อการปฏิบัติงานเพราะมีอาชีพค้าขายต้องพบกับประชาชน รายได้ครอบครัวเฉลี่ยก็เกินหนึ่งหมื่นห้าพันบาทขึ้นไป ที่สำคัญส่วนมากเป็นเพศหญิงทำให้ง่ายก็การเข้าถึงประชาชน ดังนั้นการมีปัจจัยคุณลักษณะทางประชากรที่แตกต่างกันก็ส่งผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแต่อย่างไร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมศักดิ์ เผ่าสอน⁴ ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอสิชลรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ พบว่าระดับการศึกษา การได้รับนิเทศงานและดำรงตำแหน่งอื่นๆในหมู่บ้านแตกต่างกัน มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วน เพศและอายุ แตกต่างกัน มีการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับ ประเสริฐ ลมจะโปะ⁵ ศึกษาเรื่องการดำเนินงานป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ระดับการศึกษา และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่แตกต่างกัน มีการดำเนินงานป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของธีรประภรณ์ ศุภกิจโยธิน⁶ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอไพศาลีจังหวัดนครสวรรค์ พบว่าการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง เมื่อ

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า เพศ และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วน อายุ และระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก

สมมติฐานข้อที่ 2 อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาล ตำบลบางปรอก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ที่มีปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน ได้แก่ งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ที่ได้รับสนับสนุน การได้รับการนิเทศงาน การได้รับการฝึกอบรมและการดำรงตำแหน่งอื่นๆในหมู่บ้าน ที่แตกต่างกันมีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแตกต่างกัน

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน ได้แก่ งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ที่ได้รับสนับสนุน การได้รับการนิเทศงาน การได้รับการฝึกอบรมและการดำรงตำแหน่งอื่นๆในหมู่บ้าน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จากการศึกษาไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลตำบลบางปรอก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานีซึ่งอาจมีผลมาจากสภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ และสังคมของชุมชนที่เป็นชุมชนเมืองขยายตัว เศรษฐกิจของครัวเรือนค่อนข้างดีโดยดูจากรายได้เฉลี่ยครอบครัวที่สูงถึง 11,815.33 บาท ซึ่งถือว่าสูงอยู่ และการเข้ามาทำหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข ของประชาชนนั้นมาด้วยใจจึงไม่สนใจต่อปัจจัยที่ต้องการสนับสนุนมากนัก นอกจากนั้นการดำรงตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับการขึ้นตำแหน่งต่าง ๆ



สำคัญในชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ประธาน กองทุนเงินล้าน หรือตำแหน่งอื่น ๆ ทางสังคม ดังนั้น การเข้ามาทำหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขจึงมุ่งเพื่อช่วยสังคมโดยแท้จริง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของบุปผาชาติ ศรีพิบูลย์⁷ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตหลักสี่ ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ อสม. เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร จำนวน 302 คน กลุ่มตัวอย่าง 175 คน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้บทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูง การได้รับปัจจัยสนับสนุนในการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการดำเนินงานทั้งการควบคุมป้องกันโรค ล่วงหน้า และการควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วย อยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ล่วงหน้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ อายุ การรับรู้บทบาท การรับรู้ต่อโรค และปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน

สมมติฐานข้อที่ 3 อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลตำบลบางปรอก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ที่มีปัจจัยด้านแรงจูงใจ ได้แก่ สวัสดิการ ค่าตอบแทน การยกย่องให้เกียรติ ที่แตกต่างกันมีผลปฏิบัติงาน ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกและประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ที่แตกต่างกันมีผลปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแตกต่างกัน มีผลปฏิบัติงาน ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกและประสบการณ์ในการปฏิบัติงานแตกต่างกัน

จากการศึกษาพบว่า ไม่เป็นไปตามสมมติฐานอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีปัจจัยด้านแรงจูงใจแตกต่างกัน แต่กลับมีผลการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน ทุกคนทำงานจิตอาสาเพื่อชุมชนของตนเองด้วยความเต็มใจ โดยไม่ได้สนใจในเรื่องงบประมาณที่ได้รับ เพราะที่ได้รับแม้ไม่พอเพียง ทุกครอบครัวก็ยินดีให้การช่วยเหลือ อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นตัวกระตุ้นพฤติกรรม และเป็นเหมือนเพื่อนคอยให้คำแนะนำ ชาวบ้าน และ อาสาสมัครสาธารณสุขทุกท่านมีความสุขที่ได้ทำกิจกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนทร อุทรวีการ ณ อยุธยา⁸ พบว่า อสม. แม้ได้รับสวัสดิการและค่าตอบแทนเป็นที่น่าพึงพอใจแล้ว ก็ไม่สามารถปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี

สมมติฐานข้อที่ 4 อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลตำบลบางปรอก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ที่มีปัจจัยด้านการรับรู้ในบทบาท ความรู้และประสบการณ์ ได้แก่ การรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงาน ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกและประสบการณ์

จากการศึกษาพบว่า ไม่เป็นไปตามสมมติฐานอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีปัจจัยด้านการรับรู้ในบทบาท ความรู้และประสบการณ์แตกต่างกัน แต่กลับมีผลการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน ซึ่งอาจมีผลมาจากสิ่งที่อาสาสมัครสาธารณสุขปฏิบัติทุกวันนี้เป็นสิ่งที่เรียนรู้ และเกิดความตระหนักต่อสังคมซึ่งสะสมมานานเพราะส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ยช่วง 10 – 15 ปีขึ้นไป ซึ่งเมื่อพิจารณาในรายละเอียดรายข้อของความรู้ และการปฏิบัติกิจกรรมจะพบว่ากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขยังมีความรู้และการปฏิบัติแบบเดิม ๆ และนั่นอาจ



สอดคล้องกับการได้รับการนิเทศที่น้อย ตลอดจนอาสาสมัครสาธารณสุขไม่ค่อยมีเวลาที่จะไปเยี่ยมประชาชนเท่าที่ควร เพราะเวลาไม่ตรงกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สภาวรัตน์ ลับเลิศลพ⁹ ที่พบว่าความรู้ในการปฏิบัติงานของ อสม. ใน ศสมช. ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงาน เนื่องจากว่า อสม. มีความรู้อยู่ในระดับใกล้เคียงกัน ผลการปฏิบัติงานจึงไม่แตกต่างกัน

แต่ไม่สอดคล้องกับบุปผาชาติ ศรีพิบูลย์⁷ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตหลักสี่ ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ อสม. เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร จำนวน 302 คน กลุ่มตัวอย่าง 175 คน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้บทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูง การได้รับปัจจัยสนับสนุนในการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการดำเนินงานทั้งการควบคุมป้องกันโรค ล่วงหน้า และการควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วย อยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ อายุ การรับรู้บทบาท การรับรู้ต่อโรค และปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา กาญจนาลอ¹⁰ ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ อายุ การรับรู้บทบาท การรับรู้ต่อโรค และปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับการดำเนินงานควบคุมโรค

เมื่อมีผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ การรับรู้บทบาท การรับรู้ต่อโรค และปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะ

ควรมีจัดการอบรมฟื้นฟูความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและควรมีการจัดทำแผนอบรมและนิเทศงานติดตามให้ชัดเจน และมีกำหนดการที่แน่นอน และมีการปรับแผนการดำเนินงานเน้นวันหยุด และมีการประชาสัมพันธ์ให้เข้มข้นก่อนดำเนินกิจกรรมอย่างน้อย 2 สัปดาห์

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. ไข้เลือดออก. นนทบุรี: คุรุสภาลาดพร้าว; 2556.
2. สำนักงานระบาศาตวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. เติมนกัยไข้เลือดออก. นนทบุรี: 2555.
3. สำนักงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคไข้เลือดออก. 2557.
4. สมศักดิ์ เผ่าสอน. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์. มหาสารคาม: ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2548.



5. ประเสริฐ ถมจะโปะ. การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา. มหาสารคาม: ปรินญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2548.
6. ชีรปรกรณ์ ศุภกิจโยธิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์. นนทบุรี: วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2549.
7. บุปผาชาติ ศรีพิบูลย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร: ปรินญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตรสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2553.
8. สุนทร อุทรทวิการ ณ อยุธยา. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี. นนทบุรี: ปรินญานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารงานสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
9. สกาวรัตน์ ถับเลิศลบ. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูลฐาน จังหวัดนนทบุรี. ปรินญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2537.
10. สุพัตรา กาญจนลออ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบทบาทในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี. กรุงเทพมหานคร: ปรินญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต(พัฒนาสังคม) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2555.



พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทพนิมิต จังหวัดจันทบุรี

ศรินันท์ คำสี¹

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์¹

Email: Uengsang_swu@hotmail.com¹

บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทพนิมิต จังหวัดจันทบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive Research) ในลักษณะการศึกษาจุดเวลาใดเวลาหนึ่งแบบตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 230 คน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า เป็น 4 ระดับ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ คำนวณเป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน อยู่ในระดับดี เท่ากับ 40.70 คะแนน จาก คะแนนเต็ม 45 คะแนน (\bar{X} = 40.69; SD=10.09) จากผลการศึกษาทำให้ทราบถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ ท้องถิ่น และเอกชน ควรจัดให้มีการดำเนินงานหรือกิจกรรมที่มุ่งเน้นการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความรู้ที่ดี นำไปสู่แรงจูงใจในการป้องกันโรคและสามารถปฏิบัติตนที่ถูกต้องได้ต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้อัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงในอนาคต

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกัน, โรคไข้เลือดออก, จังหวัดจันทบุรี



Dengue Fever Preventive Behavior among Inhabitant in the Area of Responsibility at the Health Promoting Hospital Ban Thep Nimit District, Chantaburi Province.

Sirinun Kumsri¹

Faculty of Science and Technology, Rajabhat Rajanagarindra University¹

Email: Uengsang_swu@hotmail.com¹

ABSTRACT

This study studied the Dengue fever preventive behavior of inhabitant in the area of responsibility of the Health Promoting Hospital Ban Thep Nimit District, Chantaburi Province aims to study the behavior prevention of Dengue fever. This descriptive study cross-sectional. The sample consisted of 230 people by simple sampling method whereof the tools used in the study was a questionnaire with characterized as valuation model (Rating Scale) a four levels. The data were analyzed using the descriptive statistics i.e. frequency, percentage, mean and standard deviation. The results showed that score average behavior of Dengue fever prevention at a good level as 40.70 points out of 45 points (\bar{x} = 40.69;S.D.=10.09). The results of the study make the dengue fever prevention behaviors local relevant agencies, both public and private should provide for the operations or activities that focus on the prevention of dengue fever continued and consistent to achieve better knowledge. Lead to motivation to disease prevention and can correct the practice this will result, the rate of illness by dengue fever decreased in the future.

Keywords: prevention behaviors, dengue fever, Chanthaburi Province



บทนำ

โรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever) เป็นโรคติดต่อที่มีความรุนแรงซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ มีพาหะนำโรคคือ ยุงลาย (*Aedes spp.*) ได้แก่ ยุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) และยุงลายสวน (*Aedes albopictus*)¹ มีกระบาดในช่วงฤดูฝนซึ่งทำให้แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายเพิ่มขึ้น² รวมทั้งความชื้นอาจมีผลต่อวงจรชีวิตของยุงจากลูกน้ำยุงลายกลายเป็นยุงตัวเต็มวัยที่เร็วขึ้น³ การเพิ่มของภาชนะขังน้ำที่มนุษย์สร้างขึ้น การคมนาคมที่สะดวกทำให้มีการเดินทางมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงชนิดของเชื้อไวรัสเดงกีในแต่ละพื้นที่มีเชื้อไวรัสเดงกีชุกชุม และมีมากกว่าหนึ่งชนิดในเวลาเดียวกัน หรือมีการระบาดของละอองน้ำในเวลาที่เหมาะสม⁴ สถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกของเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทพนิมิต ตั้งแต่ปี 2555 จนถึงปี 2557 พบอัตราป่วย 0.23, 0.28 และ 0.37⁵ ต่อประชากรแสนคน จากสถานการณ์และความรุนแรงของการเกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทพนิมิต เพื่อที่จะนำผลการศึกษานั้นมาใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในประชาชน ดำเนินการวางแผนและมาตรการแก้ไขการระบาดของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในครั้งนี้ คือ แนวคิดเกี่ยวกับทั้งพฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่สามารถสังเกตและมองเห็นได้ และพฤติกรรมภายใน (Covert behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลเช่น ความเชื่อทัศนคติ และค่านิยม ที่ผู้อื่นไม่สามารถสังเกตเห็นได้โดยตรง แต่มีส่วนผลักดันให้เกิดพฤติกรรมภายนอกได้ เช่น การที่บุคคลมีความคิดอย่างไรก็จะปฏิบัติตามความคิดนั้น ซึ่งกระบวนการเกิดพฤติกรรม 3 กระบวนการคือ 1) กระบวนการรับรู้ (Perception) 2) กระบวนการรู้ (Cognition) 3) กระบวนการเกิดพฤติกรรมในสภาพแวดล้อม (Spatial Behavior)⁶ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก หมายถึง การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก ได้แก่ 1) การบริหารจัดการแหล่งเพาะพันธุ์ (Breeding Place Management) 2) การควบคุมโดยใช้สารเคมี (Chemical Control) 3) การควบคุมโดยใช้วิธีทางชีววิทยา (Biological Control) 4) การควบคุมโดยวิธีทางพันธุกรรม (Genetic Control) 5) การลดการสัมผัสระหว่างคน และยุง (Reducing Contact Between People and Mosquitoes) 6) การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม (Environmental Improvement)⁷ สรุปได้ว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ผู้ศึกษาจะศึกษาในครั้งนี้ได้แก่ ระดับพฤติกรรมของประชาชนในจังหวัดจันทบุรีที่มีการป้องกันโรคไข้เลือดออกในลักษณะต่าง ๆ ได้แก่ การกำจัดหรือลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การทำลายลูกน้ำยุงลาย การป้องกันยุงกัด การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านและรอบบริเวณบ้าน



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทพนิมิต จังหวัดจันทบุรี

วิธีการวิจัย

การศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) ในลักษณะการศึกษา ณ จุดเวลาแบบตัดขวาง (Cross-sectional Studies) ช่วงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2558 แบ่งได้เป็น 2 ส่วน คือ

1. การรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ คือ แบบสอบถาม จากหนังสือ ตำรา เอกสาร ผลงานวิจัย ทฤษฎี และผลงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก แบบสอบถามได้ทดลองใช้ (Try out) กับประชาชน ตำบลตาพระยา จังหวัดสระแก้วจำนวน 30 ราย ค่าความยากง่ายของแบบสอบถามเท่ากับ 0.70 แบบสอบถามมีลักษณะคำถามประเมินค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อย ปฏิบัตินานๆครั้งและไม่ปฏิบัติเลย ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ

2. การวิเคราะห์ข้อมูล พฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก มาแจกแจงความถี่คำนวณเป็นค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ผลการดำเนินงาน

จากการวิจัย ผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ประชาชนเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทพนิมิต จังหวัดจันทบุรี อยู่ในระดับดี จำนวน 170 คน ร้อยละ 73.9 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง 57 คน ร้อยละ 24.8 และไม่ดี จำนวน 3 คน ร้อยละ 1.3 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 40.69 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.09 คะแนนสูงสุด 69 คะแนน คะแนนต่ำสุด 15 คะแนน

อภิปรายผล

จากการศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทพนิมิต จังหวัดจันทบุรี พบว่า ประชาชนมีระดับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี เนื่องจากเกิดจากกระบวนการตื่นตัวของชุมชนและทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทพนิมิต จังหวัดจันทบุรี ที่มีการกระตุ้นทั้งการให้ความรู้และการประชาสัมพันธ์สาระข่าวสารความรู้ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคไข้เลือดออก ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้ทฤษฎีการจูงใจเพื่อการป้องกันโรคประยุกต์ใช้ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายโดยความเชื่อที่ว่า หากบุคคลมีความเชื่อในความรุนแรงของโรคและปัญหาสุขภาพ เชื่อในโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและปัญหาสุขภาพ เชื่อในผลลัพธ์ของพฤติกรรมและความสามารถของตนเองที่จะทำพฤติกรรมนั้น จะมีผลต่อความตั้งใจและมีอิทธิพลที่จะทำให้บุคคลเกิด



การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในที่สุด การศึกษาวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับ วรรณช ยิ้มเฟื่องฟู^๘ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ใช้เลือดออกของประชาชนจังหวัดนนทบุรี พบว่ามี ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคใช้เลือดออกอยู่ใน ระดับดี

สรุปผล

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรค ใช้เลือดออกของประชาชน อยู่ในระดับดี เท่ากับ 40.70 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 73.9 จากคะแนนเต็ม 45 คะแนน (\bar{X} =40.69; S.D.=10.09) รองลงมา อยู่ใน ระดับปานกลาง 57 คน ร้อยละ 24.8 และระดับ พฤติกรรมไม่ดี จำนวน 3 คน ร้อยละ 1.3 คะแนนสูงสุด 69 คะแนน คะแนนต่ำสุด 15 คะแนน

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย จำนวน และร้อยละ ของประชาชนจำแนกตามระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคใช้เลือดออก (n=230)

| ระดับพฤติกรรม | พฤติกรรมการป้องกันโรคใช้เลือดออก | |
|---|----------------------------------|--------------|
| | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
| ระดับดี (41 – 60 คะแนน) | 170 | 73.9 |
| ระดับปานกลาง (21 – 40 คะแนน) | 57 | 24.8 |
| ระดับไม่ดี (0 – 20 คะแนน) | 3 | 1.3 |
| \bar{X} = 40.69, S.D. = 10.09, คะแนนสูงสุด = 69, คะแนนต่ำสุด 15, คะแนนเต็ม 45 คะแนน | | |
| รวม | 230 | 100.0 |

ข้อเสนอแนะ

การมุ่งเน้นผลสำเร็จของการอบรมนั้น คือ เน้นให้ประชาชนมีทักษะในการป้องกันโรค ใช้เลือดออก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องระยะเวลา ของการดูแลกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย เทคนิคและวิธีการใช้ทรายอะเบทที่ถูกต้อง และ การป้องกันโรคใช้เลือดออกโดยใช้วิธีทางชีวภาพ และควรส่งเสริมทักษะการป้องกันโรคใช้เลือดออกให้

ทั้งระดับครัวเรือน ระดับบุคคล และชุมชน ส่งผลให้มี การลดการป่วยของคนในชุมชน และส่งผลให้เกิด ความยั่งยืนในการลดการเกิดโรค เพื่อจะได้เป็น แนวทางในการใช้ข้อมูล วิจัยในการวางแผนแก้ไข ปัญหาโรคใช้เลือดออกในชุมชน ได้อย่างมี ประสิทธิภาพและประสิทธิผลในช่วงฤดูกาล ที่พบการระบาด



เอกสารอ้างอิง

1. Flahault A. Determinants of outbreaks of emerging infectious diseases: the case of Chikungunya in Indian ocean 2004-2007. RevMed Suisse. 2017 May 3;13(561):948-953.
2. Scott B Halstead. Dengue. Lancet, 2007. 370: 1644–52.
3. สำนักโรคติดต่อ นำโดยแมลง กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, ไข้เลือดออก. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2558.
4. สังคม ศุภรัตน์กุล, ศรีสวัสดิ์ พรหมแสง. การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการเปรียบเทียบชุมชนปลอดการระบาดกับชุมชนที่มีการระบาดซ้ำซาก จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารควบคุมโรค ปีที่32 ฉบับที่1 ม.ค.-มี.ค. 2549.
5. กลุ่มงานควบคุมโรคและระบาดวิทยา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเทพนิมิต, สถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออก พ.ศ. 2557.
6. พิเชฐ เจริญเกษ. สุขศึกษากับกระบวนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. ม.ป.ท.เอกสารการสอน. พ.ศ. 2548.
7. อุษาวดี ถาวรระ. ชีววิทยา นิเวศวิทยา และการควบคุมยุงในประเทศไทย. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี. 2548.
8. วรณช ยิ้มเฟื่องฟู. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ. 2548.



การศึกษาปัจจัยของการออกกำลังกายของนิสิตระดับปริญญาตรี

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ธิตพงษ์ สุขดี¹

คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ¹

Email: thitipong@swu.ac.th¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาปัจจัยของการออกกำลังกายของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปีการศึกษา 2558 ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า ด้านความรู้ในการออกกำลังกายในระดับปานกลาง (\bar{X} = 0.63, S.D. = 0.22) ด้านเจตคติต่อการออกกำลังกายอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 4.12, S.D. = 0.52) ด้านแรงจูงใจในการออกกำลังกายอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 3.98, S.D. = 0.61) ด้านสถานที่และเครื่องอำนวยความสะดวกในการออกกำลังกายอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 4.04, S.D. = 0.52) ด้านอุปสรรคต่อการออกกำลังกายอยู่ในระดับน้อย (\bar{X} = 1.82, S.D. = 0.30) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อการออกกำลังกายอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 4.11, S.D. = 0.52)

คำสำคัญ : การศึกษาปัจจัย, การออกกำลังกาย



The Study Factor of Exercise of Students in Srinakharinwirot University

Thitipong Sukdee¹

Physical Education, Srinakrinwirot University¹

Email: thitipong@swu.ac.th¹

ABSTRACT

Purpose to study of exercise of students in Srinakharinwirot University. The subjects of 300 were stratified random sampling from students at Srinakharinwirot University in academic years 2015. The instruments were related questionnaire. The data were analyzed in terms of mean and standard deviation.

The results were as follows: knowledge of exercise a moderate level (\bar{X} =0.63, S.D.= 0.22), attitude of exercise was at a high level (\bar{X} =4.12, S.D.= 0.52), motivation of exercise was at a high level (\bar{X} =3.98, S.D.= 0.61), facilities of exercise was at a high level (\bar{X} = 4.04, S.D.= 0.52), impediment of exercise was at a low level (\bar{X} =1.82, S.D.= 0.30), interpersonal relationship of exercise was at a high level (\bar{X} =4.11, S.D.= 0.52).

Keywords: the study factor, exercise



บทนำ

การออกกำลังกาย เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับชีวิตมนุษย์ มีผลทำให้เกิดความสมบูรณ์ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ คือ มีสมรรถภาพทางร่างกาย ดีขึ้นในทุก ๆ ด้าน ได้แก่ ความอดทนของระบบหัวใจและหลอดเลือด ความอดทนของกล้ามเนื้อ ความคล่องแคล่วว่องไว ความอ่อนตัว อีกทั้งยังมีส่วนทำให้ร่างกายสดชื่นแข็งแรง คลายความเครียด เพลิดเพลินร่างกายได้ผ่อนคลายความเมื่อยล้าจากการทำงาน มีอารมณ์แจ่มใส แต่อย่างไรก็ตาม การออกกำลังกายนั้น ต้องปฏิบัติให้ถูกต้องจึงจะได้ประโยชน์สูงสุด^{1,2} โดยการที่จะช่วยให้ประชาชนบุคคลทั่วไปมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนรวมทั้งสังคมทั่วไปจะต้องปลูกฝังความคิด ความรู้สึก ความรัก ความชอบ เพื่อให้เกิดประโยชน์ มีความคิดที่ดีต่อการออกกำลังกายและ खेल เล่นกีฬาเพราะการกีฬาและการออกกำลังกายจะช่วยให้เด็กและเยาวชนที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในอนาคตพร้อมที่จะเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าต่อการพัฒนาประเทศต่อไป หน่วยงานต่าง ๆ ควรช่วยส่งเสริมเพื่อการออกกำลังกายและเล่นกีฬาตามลำดับอายุประเภทของการออกกำลังกายเพื่อจะช่วยให้คุณภาพชีวิตของประชากร ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการออกกำลังกายให้เป็นที่ยอมรับมีความเข้าใจถึงประโยชน์ของการออกกำลังกาย

การสนับสนุนให้เด็กและเยาวชนของชาติได้ออกกำลังกาย ควรจะกระทำอย่างต่อเนื่อง และเป็นระบบ สถานศึกษา มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะอิทธิพลของกระบวนการศึกษาในระบบ สามารถ

ส่งเสริมนิสัยในการออกกำลังกายให้มีสุขภาพและสมรรถภาพทางกายที่ดีได้ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เป็นหน่วยงานหนึ่ง ที่เห็นความสำคัญในการพัฒนากีฬาของชาติ มุ่งเน้นการพัฒนา “คน” มีการจัดตั้งศูนย์กีฬาขึ้นเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายของนิสิต และตอบสนองนโยบายของชาติรวมทั้งยุทธศาสตร์การพัฒนากีฬาเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด และคณะพลศึกษาจัดกิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อพัฒนาความรู้ เจตคติและทักษะการปฏิบัติการออกกำลังกายให้แก่ นิสิต โดยมุ่งหวังให้นิสิตได้นำความรู้ ความเข้าใจและเห็นถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายมาใช้ในชีวิตประจำวัน และยังมี การเปิดการเรียนการสอนในหมวดศึกษาทั่วไป จัดการเรียนรู้อยู่ในวิชา SWU 145 สุขภาวะและวิถีชีวิตเชิงสร้างสรรค์ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหลักการและแนวคิดของสุขภาวะแบบองค์รวม การบูรณาการแนวคิดดังกล่าวเข้ากับวิถีชีวิต โดยเน้นการสร้างเสริมศักยภาพส่วนบุคคลของนิสิต ให้สามารถพัฒนาสมรรถภาพทางกายและคุณภาพชีวิตของตนเอง ตลอดจนเลือกใช้วิถีชีวิตในเชิงสร้างสรรค์ได้อย่างเหมาะสมกับบริบททางสังคม โดยจะมีเนื้อหาหลักทางพลศึกษา คือ ความรู้เบื้องต้นในการออกกำลังกาย การเสริมสร้างสมรรถภาพทางกาย การออกกำลังกายให้เหมาะสมกับเพศและในวัยต่าง ๆ รวมถึงการประยุกต์การออกกำลังกายนั้น ซึ่งการจัดการเรียนการสอนพลศึกษานั้นจะต้องให้ความสำคัญกับการสร้างความรู้ เจตคติที่ดีเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติในกิจกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งจะส่งผลให้สมรรถภาพทางกายดีขึ้นด้วย แต่การจัดการเรียนการสอนในปัจจุบันนั้นบางกลุ่มมีจำนวน



ผู้เรียนที่มากถึง 150 คน จึงทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา เช่น อุปสรรคและสิ่งอำนวยความสะดวกยังไม่เหมาะสม และไม่เพียงพอ นิสิตไม่สนใจเรียน เรียนแล้วไม่เกิดการพัฒนาการตามหลักการและปรัชญาการพลศึกษา ส่งผลต่อทัศนคติของผู้เรียน

จากเหตุผลที่กล่าวมาผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่า การจัดการเรียนการสอน และการส่งเสริมการออกกำลังกายของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒจะสามารถมุ่งเน้นให้ผู้เรียนมีความรู้ในการออกกำลังกาย เจตคติต่อการออกกำลังกาย แรงจูงใจในการออกกำลังกาย สถานที่และเครื่องอำนวยความสะดวกในการออกกำลังกาย อุปสรรคต่อการออกกำลังกาย ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อการออกกำลังกายที่จะนำไปสู่การปฏิบัติการออกกำลังกาย เพื่อจะนำไปสู่การมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งในปัจจุบันและอนาคตตามเจตนารมณ์ของอุดมคติของการพลศึกษา ตลอดจนเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนและการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายให้แก่มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยของการออกกำลังกายของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปีการศึกษา 2558 ที่เรียนวิชา SWU 145 สุขภาวะและวิถีชีวิตเชิงสร้างสรรค์ จำนวน 1,659 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปีการศึกษา 2558 ที่เรียนวิชา SWU 145 สุขภาวะและวิถีชีวิตเชิงสร้างสรรค์ จำนวน 300 คน โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ตัวแปรของ Hair . ; et al.³ ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling)

ตัวแปรที่ศึกษา

- 1) ความรู้ในการออกกำลังกาย
- 2) เจตคติต่อการออกกำลังกาย
- 3) แรงจูงใจในการออกกำลังกาย
- 4) สถานที่และเครื่องอำนวยความสะดวกในการออกกำลังกาย
- 5) อุปสรรคต่อการออกกำลังกาย
- 6) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อการออกกำลังกาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

1. แบบสอบถามการศึกษาปัจจัยของการออกกำลังกายของนิสิตระดับปริญญาตรี

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ แบ่งเป็น 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 สถานภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการศึกษาปัจจัยของการออกกำลังกายของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จำนวน 66 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน คือ

1. ความรู้ในการออกกำลังกาย ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน



2. เจตคติในการออกกำลังกายซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ใช้ระดับการวัดข้อมูลเป็นการเรียงลำดับ (Ordinal Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ

3. แรงจูงใจในการออกกำลังกายซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ใช้ระดับการวัดข้อมูลเป็นการเรียงลำดับ (Ordinal Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ

4. สถานที่และเครื่องอำนวยความสะดวกในการออกกำลังกายมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ใช้ระดับการวัดข้อมูลเป็นการเรียงลำดับ (Ordinal Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ

5. อุปสรรคต่อการออกกำลังกายมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ใช้ระดับการวัดข้อมูลเป็นการเรียงลำดับ (Ordinal Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ

6. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อการออกกำลังกายมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ใช้ระดับการวัดข้อมูลเป็นการเรียงลำดับ (Ordinal Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาเอกสาร ตำรา ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกาย

2. เลือกแบบสอบถามที่มีคุณภาพและ ผู้วิจัยได้เลือกให้เหมาะสม กับลักษณะการออกกำลังกายของนิสิตให้สอดคล้องกับทฤษฎี

3. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบและหาความ

เที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยใช้บุคคลประเมินค่าเพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแบบสอบถาม เลือกข้อที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป มาใช้เป็นแบบสอบถาม

4. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับนิสิตของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อหาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อของแบบสอบถาม โดยใช้เทคนิค 27% กลุ่มสูง-กลุ่มต่ำเพื่อคัดเลือกเฉพาะข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกมากกว่า 0.2 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ติดต่อขอหนังสือจากคณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง ขอใช้สถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวกที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ตลอดจนนัดหมายวันและเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เตรียมตัวผู้ช่วยผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการอธิบายและสาธิตวิธีการต่าง ๆ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้เข้าใจไปในแนวทางเดียวกัน

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้เมื่อสุ่มกลุ่มตัวอย่างได้แล้ว ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยให้ทราบ



4. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 300 คน โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองพร้อมผู้ช่วย

5. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้แล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลเพื่อนำมาจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ผลการวิจัย

ปัจจัยของการออกกำลังกายของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ดังนี้

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการศึกษาปัจจัยของการออกกำลังกายของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (n= 300)

| ปัจจัย | \bar{X} | S.D. | ระดับ |
|---|-----------|------|---------|
| 1. ความรู้ในการออกกำลังกาย (Knowledge) | 0.63 | 0.22 | ปานกลาง |
| 2. เจตคติต่อการออกกำลังกาย (Attitude) | 4.12 | 0.52 | มาก |
| 3. แรงจูงใจในการออกกำลังกาย (Motivation) | 3.98 | 0.61 | มาก |
| 4. สถานที่และเครื่องอำนวยความสะดวกในการออกกำลังกาย (Facilities) | 4.04 | 0.52 | มาก |
| 5. อุปสรรคต่อการออกกำลังกาย (Impediment) | 1.82 | 0.30 | น้อย |
| 6. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อการออกกำลังกาย (Relations) | 4.11 | 0.52 | มาก |

จากตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการออกกำลังกายของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ด้านความรู้ในการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =0.63, S.D.= 0.22) ด้านเจตคติต่อการออกกำลังกายอยู่ในระดับมาก (\bar{X} =4.12, S.D.= 0.52) ด้านแรงจูงใจในการออกกำลังกาย อยู่ในระดับมาก (\bar{X} =3.98, S.D.= 0.61) ด้านสถานที่และเครื่องอำนวยความสะดวกในการออกกำลังกายอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 4.04, S.D.= 0.52) ด้านอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย

อยู่ในระดับน้อย (\bar{X} =1.82, S.D.= 0.30) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อการออกกำลังกายอยู่ในระดับมาก (\bar{X} =4.11, S.D.= 0.52)

อภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยของการออกกำลังกายของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ด้านความรู้ในการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง



เพราะการจัดการเรียนการสอนการให้ความรู้ในการ ออกกำลังกายและพลศึกษายังไม่บรรลุวัตถุประสงค์ ซึ่งมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จัดให้อยู่ในวิชา เลือกในหมวดศึกษาทั่วไป ทำให้นิสิตไม่ได้เรียนทุกคน และการจัดการเรียนการสอนนั้น พบปัญหามากมาย ไม่ว่าจะเป็นจำนวนผู้เรียนที่มากเกินไป บางกลุ่ม ผู้เรียนมีมากกว่า 150 คน ซึ่งทำให้นิสิตไม่ได้รับความรู้อย่างเต็มที่ อาจารย์ผู้สอนดูแลนิสิตไม่ทั่วถึง เมื่อผู้เรียนไม่เกิดความรู้ความเข้าใจในหลักการออก กกำลังกาย จึงไม่เห็นความสำคัญ ส่งผลให้การ ปฏิบัติการออกกำลังกายของนิสิต ถึงแม้ว่านิสิต มีแรงจูงใจ อยากออกกำลังกายอยู่ในระดับมาก มีเจตคติต่อการออกกำลังกายในระดับมาก มีสถานที่ อุปกรณ์ที่เหมาะสมแต่เมื่อไม่มีความรู้ความเข้าใจ ปฏิบัติการออกกำลังกายไม่ถูกต้องตามหลักการ ไม่บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตนเองตั้งไว้ สอดคล้องกับ Harju. ; et al.⁴ พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่าง ความสัมพันธ์ของการบรรลุเป้าหมายในการออก กกำลังกายของผู้ออกกำลังกายเพศหญิงด้านความรู้ ทักษะความสามารถ และด้านลักษณะทางร่างกาย, การปฏิบัติตัวของผู้ฝึกสอนการออกกำลังกาย, การออกกำลังกายของผู้ออกกำลังกายและลักษณะเฉพาะ ของผู้ออกกำลังกาย สอดคล้อง วรศักดิ์ เพียรชอบ⁵ ได้กล่าวไว้ว่า พลศึกษาหมายถึงการศึกษาที่ส่งเสริม ให้ผู้เรียนได้มีการพัฒนาการทั้งร่างกาย จิตใจ สติปัญญาอารมณ์และสังคม สามารถมีชีวิตอยู่ใน ปัจจุบันได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ งานวิจัยของชิน ศิริรักษ์⁶ ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ ของการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

พฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาล ในด้านเจตคติต่อการออกกำลังกายในระดับมาก นิสิต ได้รับประสบการณ์และประโยชน์ที่ได้รับการออก กกำลังกาย การรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสรีระ ร่างกายแข็งแรงบุคลิกภาพดีขึ้น ทำให้ออกกำลังกาย เป็นประจำ สม่าเสมอ ได้รับประโยชน์ตาม วัตถุประสงค์ของการออกกำลังกายก็จะเกิดทัศนคติที่ ดีมากขึ้น สอดคล้องกับการการเกิดเจตคติว่าเกิดจาก การเรียนรู้และโดยมากก็เป็นการเรียนรู้ทางสังคมที่ ลึกซึ้ง สรวิวัฒน์⁷ ได้อธิบายว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิด ทัศนคติมีหลายประการ เช่น ประสบการณ์เฉพาะ เมื่อคนเราได้รับประสบการณ์ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งอาจจะ มีลักษณะในรูปแบบที่ผู้ได้รับรู้สึกรู้ว่าได้รางวัลหรือถูกลงโทษ ประสบการณ์ที่ผู้รู้สึกเกิดความพึงพอใจ ย่อมจะทำให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อสิ่งนั้น แต่ถ้าเป็น ประสบการณ์ที่ไม่เป็นที่พึงพอใจก็ย่อมเกิดเจตคติที่ไม่ ดี สอดคล้องกับศรีณีย์ รื่นณรงค์⁸ ได้กล่าวไว้ว่า นักเรียนที่ได้รับลักษณะทางกายภาพในการเรียนวิชา พลศึกษาดี จะอยู่ในสภาพแวดล้อมในการเรียนวิชา พลศึกษาที่ดี เช่น สนามกีฬาที่ใช้มีความปลอดภัย มีอุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกที่มีความ เหมาะสมกับการเรียนการสอน สนามกีฬามีคุณภาพ ได้มาตรฐาน โดยเฉพาะกิจกรรมกีฬาบางชนิด ต้องการพื้นที่ สำหรับการฝึกทักษะทางด้านกีฬา จึงต้องมีพื้นที่พอเพียงต่อความต้องการของนักเรียน สถานที่เรียนสะอาด มีแหล่งความรู้เพียงพอกับความ ต้องการ มีขนาดของห้องเรียนที่เหมาะสม ตลอดจน สื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ในการเรียนมีความหลากหลาย และเหมาะสมต่อการเรียน โดยในด้านสถานที่และ



เครื่องอำนวยความสะดวกในการออกกำลังกายนิสิต มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากเพราะนิสิตอยู่ในสภาพแวดล้อมในการออกกำลังกายที่ดี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มีสถานที่และเครื่องอำนวยความสะดวกในการออกกำลังกายที่ทันสมัยและเพียงพอต่อนิสิต เช่น มีสนามกีฬาที่มีความปลอดภัย สนามกีฬามีคุณภาพได้มาตรฐาน มีบริเวณกว้างขวาง สะอาดมีอากาศถ่ายเท มีการรักษาความปลอดภัยที่ดี มีอุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกที่มีความเหมาะสมกับกิจกรรมการออกกำลังกาย สอดคล้องกับที่วาสนา คุณาอภิสิทธิ์⁹ กล่าวว่าไว้ว่าการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายในสถานศึกษาและการเรียนการสอนหรือการใช้หลักสูตรพลศึกษาจะเกิดความสัมฤทธิ์ผลตามจุดมุ่งหมายได้มากน้อยเพียงใดนั้น จำเป็นต้องอาศัยปัจจัยเรื่องอุปกรณ์ สถานที่ และสิ่งอำนวยความสะดวกให้มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับเป้าหมายของหลักสูตรมากยิ่งขึ้น การจัดวัสดุอุปกรณ์ มีความจำเป็นต่อการสอนอย่างมาก จะต้องมีการวางแผนด้วยบุคคลที่มีความรู้ จึงจะทำให้การใช้วัสดุ และ อุปกรณ์ ดำเนินไปด้วยความปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และประหยัดวัสดุ อุปกรณ์เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบต่างๆ หลายประการ เช่น บุคลากร การจำหน่าย การเลือกซื้อ การจัดเก็บการดูแลรักษา สถานที่เก็บและอื่นๆ สอดคล้องกับสุธี คำคง¹⁰ ที่พบว่า การมีสถานที่และอุปกรณ์ในการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม และสอดคล้องกับทัศนัท กาบแก้ว¹¹ ที่พบว่า สถานที่และอุปกรณ์ในการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายมากที่สุด และเป็นความสัมพันธ์ในเชิงบวก และ

Jones & Nies¹² พบว่าปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อการออกกำลังกายของสตรี ได้แก่ สถานที่ อุปกรณ์ ในการออกกำลังกาย ค่าใช้จ่ายในการออกกำลังกาย เสื้อผ้าที่สวมใส่ขณะออกกำลังกาย ซึ่งสิ่งเหล่านี้หากไม่มีความเหมาะสมหรือเอื้ออำนวยต่อความสะดวก ในการออกกำลังกาย ด้านแรงจูงใจในการออกกำลังกายอยู่ในระดับมาก ซึ่งผู้เรียนที่มีแรงจูงใจในการเรียนวิชาพลศึกษามาก จะเป็นแรงผลักดันที่ทำให้นักเรียนมีความสนใจ และเกิดพฤติกรรมต่อการออกกำลังกายขึ้น ดังที่ ชูชีพ อ่อนโคกสูง¹³ ให้ความหมายของแรงจูงใจว่าเป็นพลังที่กระตุ้นให้ทำพฤติกรรมไปสู่จุดมุ่งหมายที่ต้องการ สอดคล้องกับ Hilderbran¹⁴ ได้ทำการวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมในการออกกำลังกายของนักศึกษาระดับวิทยาลัย พบว่า องค์ประกอบของแรงจูงใจระหว่างและการเข้าร่วมกิจกรรมมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนด้านอุปสรรคต่อการออกกำลังกายอยู่ในระดับน้อย เพราะนิสิตมีความพร้อมในการออกกำลังกายทั้งทางร่างกาย และจิตใจ และมีเวลาในการออกกำลังกายที่เหมาะสม สอดคล้องกับที่ มนัสวี เจริญเกษมวิทย์¹⁵ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับการออกกำลังกายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อการออกกำลังกายอยู่ในระดับมาก เพราะอาจารย์พลศึกษาให้



ความสนใจในลิตทุกคนในห้องเรียน และเป็นผู้มีสุขภาพที่ดี มีบุคลิกภาพที่ดี และได้รับการชักชวนจากเพื่อนที่มาออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับวีรชามกุลเพิ่มทวีรัชต์¹⁶ ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาภาษาอังกฤษของนักเรียนช่วงชั้นที่ 4 โรงเรียนวัดราชโอรส เขตจอมทอง กรุงเทพมหานครพบว่า การที่ครูมีความเมตตา กรุณา เห็นใจนักเรียน สนใจนักเรียนอย่างสม่ำเสมอ มีความยุติธรรม ตลอดจนมีความสัมพันธ์อันดีกับนักเรียน ทำให้นักเรียนรักที่จะเรียนและส่งผลให้นักเรียนประสบความสำเร็จในการเรียนซึ่งสอดคล้องกับเสริมศรี ซีนเขง¹⁷ ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อเจตคติต่อรูปแบบการเรียนรู้อัตนตรีของนักเรียนโรงเรียนดนตรีสยามกลการนุชญา สาขาสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร พบว่าสัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับเพื่อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับเจตคติต่อรูปแบบการเรียนรู้อัตนตรีของนักเรียนโรงเรียนดนตรีสยามกลการนุชญา สาขาสีลม กรุงเทพมหานคร เพราะการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างนักเรียนกับเพื่อนทำให้เกิดความสบายใจ อบอุ่นใจ มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ห่วงใยและไว้วางใจกัน เมื่อมีปัญหาทั้ง ในด้านการเรียนและด้านส่วนตัวก็สามารถปรึกษาเพื่อนได้ และสอดคล้องกับ Chen & Shen¹⁸ พบว่าความคิดเห็นของนักเรียนครูพลศึกษาจะมีผลต่อผู้เรียนได้โดยตรงคือ ถ้าผู้สอนมีทักษะในการเรียนการสอนมากที่สุดจะดึงดูดความสนใจของผู้เรียนได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าปัจจัยของการออกกำลังกายของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประกอบด้วย เจตคติต่อการออกกำลังกาย แรงจูงใจในการออกกำลังกาย สถานที่และเครื่องอำนวยความสะดวกในการออกกำลังกาย ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อการออกกำลังกายอยู่ในระดับมากทุกด้าน ยกเว้นด้านความรู้ในการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง อุปสรรคต่อการออกกำลังกายอยู่ในระดับน้อย ทั้งนี้ผู้ที่เกี่ยวข้องควรพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนหมวดศึกษาทั่วไป รายวิชาพลศึกษาให้มีรูปแบบของการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความรู้ในการออกกำลังกายให้กับนิสิต และพัฒนาปัจจัยด้านอื่นๆให้อยู่ในระดับมากที่สุด เพื่อให้เกิดการพัฒนาให้นิสิตรักการออกกำลังกายส่งผลให้สุขภาพดีอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. วัฒนา สุทธิพันธุ์. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชนในสวนสาธารณะและสนามกีฬาในกรุงเทพมหานคร. ภาควิชาพลศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2548.
2. สิริสา ลีทธิพิทักษ์. ความคิดเห็นที่มีต่อการออกกำลังกายของนักเรียนในสถาบันสังกัดสำนักงานคณะกรรมการอาชีวศึกษา ในเขตพื้นที่การศึกษานนทบุรี ปีการศึกษา 2550. ปริญญาโท กศ.ม. (พลศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2551.



3. Hair, Jr., J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. Multivariate Data Analysis (6th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall. 2006.
4. Harju BL, Twiddy SE, Cope JG, Eppler ME, McCammon M. Relations of women exercisers' mastery and performance goals to traits, fitness, and preferred styles of instructors. Psychology Department, East Carolina University, Greenville, NC 27858, USA. (online). Available <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>. Retrieved November 12, 2014.
5. วรศักดิ์ เพียรชอบ. รวมบทความเกี่ยวกับปรัชญา หลักการ วิธีสอน และการวัดเพื่อประเมินผลทางพลศึกษา. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2548.
6. ชื่น ศิริรักษ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลในภาคกลาง สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. ปรินทอานิพนธ์ สุขศึกษา. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2547.
7. ลักขณา สิริวัฒน์. จิตวิทยาในชีวิตประจำวัน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์. 2549.
8. ศรีณีย์ รื่นณรงค์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อเจตคติต่อการเรียนวิชาพลศึกษาของนักเรียนช่วงชั้นที่ 2 โรงเรียนสาธิตแห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ศูนย์วิจัยและพัฒนาการศึกษา เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร. สารนิพนธ์ กศ.ม.(จิตวิทยาการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2553.
9. วาสนา คุณาอภิสิทธิ์. การสอนพลศึกษา. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดีด. 2539.
10. สุธี คำคง. ข้อมูลพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชนจังหวัดตรัง. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 มกราคม 2552. จาก <http://203.157.230.14/Hed/ps06.html>. 2544.
11. ทศนันท์ กาบแก้ว. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล. ปรินทอานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2549.
12. Jones, M.; & Nies, M.A. "The Relationship of Perceived Benefits of and Barriers to Reported Exercise in Older African American Women. Public Health Nursing. 1996;13(2): 151 – 158.
13. ชูชีพ อ่อนโคกสูง. จิตวิทยาศัพท. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2550.
14. Hilderbran, K. M. Relationship between Motivation factors and Exercise Participation of College Student. Dissertation Abstracts International. 1996;26(10): 1080-A.



15. มนัสวี เจริญเกษมวิทย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคตะวันออกเฉียง. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลชุมชน) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. 2546.
16. วิรัชาม์ กุลเพิ่มทวีรัชต์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาภาษาอังกฤษของนักเรียนช่วงชั้นที่ 4 โรงเรียนวัดราชโอรส เขตจอมทองกรุงเทพมหานคร. ปรินญา นิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร. 2547.
17. เสริมศรี ชื่นแขวง. ปัจจัยที่ส่งผลต่อเจตคติต่อรูปแบบการเรียนรู้วิชาดนตรีของนักเรียนโรงเรียนดนตรีสยามกลการนุชภูาสาขาสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร. ปรินญา นิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร. 2551.
18. Chen, A., & Shen, B. A web of achieving in physical education: Goals, interest, Outside - school activity and learning. *Learning and Individual Differences*, 2004;14 (3), 169 -182.

คำแนะนำ

ในการส่งรายงานการวิจัยหรือบทความวิชาการ

เพื่อการตีพิมพ์ในวารสารสหเวชศาสตร์

วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ยินดีรับบทความวิชาการทางด้านวิทยาศาสตร์ สุขภาพและสาธารณสุข โดยบทความที่ส่งมาเพื่อพิจารณาตีพิมพ์จะต้องไม่เป็นผลงานวิจัย/วิชาการที่เคยได้รับการเผยแพร่ในวารสารใดมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ของวารสารอื่น บทความทุกบทความที่ตีพิมพ์ลงในวารสารฉบับนี้จะต้องผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 ท่าน ต่อหนึ่งบทความ กองบรรณาธิการของสงวนสิทธิ์ในการแก้ไขต้นฉบับและการพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

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

ส่วนแรก

1. ชื่อบทความ (Title) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ควรเป็นชื่อที่สั้น กระชับ ได้ใจความตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง
2. ชื่อผู้เขียนทุกท่าน (Authors) ไม่ต้องใส่คำนำหน้าและตำแหน่งวิชาการ
3. รายละเอียดของผู้แต่ง เช่น ตำแหน่งงาน สถานที่ทำงาน email address
4. ตัวเลขยก ให้เขียนไว้บนท้ายนามสกุลเพื่อระบุว่าเป็นผู้เขียนท่านใด
5. บทคัดย่อ (Abstract) เป็นร้อยแก้ว เขียนเฉพาะเนื้อหาที่สำคัญ ให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ วิธีการ ผลและวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) และต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ความยาวไม่เกิน 300 คำ)
6. คำสำคัญ (Keywords) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษควรเลือกคำที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 3 – 5 คำ ซึ่งคำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษต้องตรงกัน
7. 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 ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver
 - 9.2 การอ้างอิงเอกสารใดให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลขโดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำๆ ให้ใช้หมายเลขเดิม

การส่งต้นฉบับ

ต้นฉบับเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ ใช้รูปแบบอักษร TH SarabunPSK ตลอดทั้งบทความ ให้พิมพ์บทความลงบนหน้ากระดาษ ขนาด B5 (7.17"×10.12") ระยะขอบ บน 1" ล่าง 0.75" ภายนอก 0.75" ภายใน 0.75" โดยมีเนื้อหาคือบทความประมาณ 10 – 15 หน้า

1. ชื่อบทความ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 18 (ตัวหนา) ชิดขอบขวา
2. ชื่อผู้เขียน/ผู้วิจัยทุกท่าน หรือชื่อที่ปรึกษา ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 16 (ตัวหนา) ชิดขอบขวา
3. รายละเอียดผู้วิจัย 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: หน้าแรก-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;68:43-45

2. กติกา ภาภูตานนท์ ณ มหาสารคาม, วิชัยศักดิ์ สุขสะอาด, กนกวรรณ แสนไชยสุริยา และ คณะกรรมการตรวจกรองฮีโมโกลบินอี โดยวิธีการตรวจกรองด้วยดีซีไอพีในกลุ่มประชากรที่ไม่มีภาวะซีดวารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด 2536;51:39-43

2. การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

รูปแบบมีดังนี้

รูปแบบอ้างอิงหนังสือหรือตำราผู้แต่งเขียนทั้งเล่ม

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

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

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

รูปแบบอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

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

1. Wood WG. Hemoglobin Analysis. in : Weatheral DJ, ed. The thalasseмииs. New York : Churchill Livingstone; 1983 p. 31-53

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

หลักเกณฑ์การประเมินบทความ

กองบรรณาธิการจะพิจารณาบทความเบื้องต้นที่ระบุไว้ หากไม่ตรงตามหลักเกณฑ์ที่ระบุไว้ จะไม่ผ่านการพิจารณา และจะส่งผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อพิจารณาบทความจำนวน 2 ท่าน ต่อหนึ่งบทความ หากมีการแก้ไขจะส่งให้ผู้เขียนปรับแก้ เพื่อความสมบูรณ์ของบทความ

หมายเหตุ : บทความที่จัดรูปแบบเรียบร้อยแล้วให้ส่งพร้อมกับแบบฟอร์มขอส่งบทความเพื่อพิจารณา ตีพิมพ์ในวารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University

วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ศูนย์การศึกษาจังหวัดสมุทรสงคราม

เลขที่ 111/1-3 ถนนพระรามที่ 2 หมู่ 7 ตำบลบางแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม 75000

โทรศัพท์ 034-773-904-5 โทรสาร 034-773-903 www.ahs.ssru.ac.th/JASH

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 มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

วันที่รับสมัคร.....

หมายเลขสมาชิก.....

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว/ยศ)..... นามสกุล.....
 ขอสมัครเป็นสมาชิกวารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์
 ขอต่ออายุสมาชิกวารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์
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 มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์
ขอสมัครสมาชิก วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ เป็นรายปี
 1 ปี (1 ฉบับ) จำนวนเงิน 180 บาท
 2 ปี (2 ฉบับ) จำนวนเงิน 350 บาท
ทั้งนี้ตั้งแต่ปีที่..... ฉบับที่..... เดือน..... พ.ศ..... เป็นต้นไป
พร้อมนี้ได้ส่งค่าสมาชิก จำนวน.....บาท (.....)
 โดยชำระค่าสมาชิกเป็นเงินสด

ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ได้รับเงินค่าสมาชิกวารสารแล้ว

ลงชื่อ.....(เจ้าหน้าที่)

วันที่.....

