

168510

น.๓



# การประชุมวิชาการประจำปี 2560

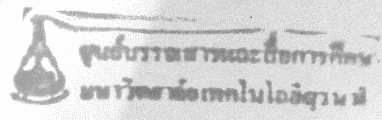
## นวัตกรรมการทางการแพทย์และสาธารณสุข สำนักวิชาแพทยศาสตร์

ISBN : 978-974-533-725-1

สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  
111 ต.สุรนารี อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000  
โทรศัพท์ 0-4422-3919 โทรสาร 0-4422-3920

การประชุมวิชาการประจำปี 2560 “นวัตกรรมการแพทย์และสาธารณสุข”  
จำนวนหน้า 169 หน้า  
จำนวนพิมพ์ 50 เล่ม  
ธันวาคม 2560

พิมพ์ที่  
ทจก.สมบูรณการพิมพ์ 1995



# สารบัญ

	หน้า
สารจากอธิการบดีมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	7
สารจากคณบดีสำนักวิชาแพทยศาสตร์	9
สารจากบรรณาธิการ	10
โครงการประชุมวิชาการประจำปี	11
คณะกรรมการจัดประชุมวิชาการ	14
กำหนดการประชุมวิชาการ	20
 บทคัดย่อ	
1) การใช้กระบวนการ AIC เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการจัดการขยะชุมชน	29
2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงด้านการยศาสตร์ ในกลุ่มผู้ประกอบอาชีพแกะกระเทียม	36
3) ทักษะชีวิตของผู้สูงอายุต่อปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า	47
4) รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของชุมชนคลินิกหมอครอบครัว	56



# สารบัญ

	หน้า
5) การศึกษาระดับเสียงดังที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในบริเวณพื้นที่ของการรถไฟแห่งประเทศไทย	61
6) ผลของการฝึกด้วยยางยืดแรงต้านต่ำด้วยท่าพายเรือกรรเชียงต่อความยืดหยุ่นและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ	71
7) การคัดกรองกลุ่มเสียงมะเร็งท่อน้ำดี โดยการใช้แบบคัดกรองแบบวาจา	76
8) ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสียงโรคมะเร็งท่อน้ำดีโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและสมรรถนะแห่งตน	87
9) การศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคข้อเข่าเสื่อมในพระสงฆ์	99
10) การรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มข้าราชการครูที่กำลังจะเกษียณอายุราชการ	109
11) การศึกษาภาวะสุขภาพของประชาชนผู้รับบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	116

# สารบัญ

	หน้า
บทความวิจัย	
1) การประยุกต์ใช้รูปแบบวิจัยชุมชนในการจัดการเรียนรู้เพื่อ ป้องกันพยาธิใบไม้ตับ ในพื้นที่มีการระบาดสูง	129
2) Current Health Education Materials for Thai Elderly	130
3) Integrative literature review of learning and health promotion In elderg adults with chronic illness.	131
4) การวิเคราะห์ปริมาณสารพิษเคมีจากสารสกัดผลหม่อนสด	132
5) สตี๊กเกอร์ยาตามมาตรฐาน ป้องกันการบริหารยาผิด	133
6) ความรุนแรงของอาการปวดเข้าเรื้อรังและการดูแลตนเองต่อ อาการปวดเข้าเรื้อรังของผู้สูงอายุ	134
7) ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	135
8) ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะซึมเศร้าในพระสงฆ์	136
9) นวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ การใช้ ละครประยุกต์ในการสร้างความปลอดภัยในการทำงาน	137

# สารบัญ

	หน้า
10) ประสพการณ์ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม : ปฏิบัติการ ตอบสนองต่อการเจ็บป่วย การปรับตัวและการเผชิญปัญหา	138
11) A Simple Screening for Liver Fluke Risk Group Through the Smartphone Application	139
12) Comparison of the coprological concentration methods for the carcinogenic liver fluke detection among migrant workers in Thailand	140



# สารบัญ

	หน้า
บทความวิชาการ	
1) Ultrasound of the abdomen A survival guide for internship	143
2) Co-walk (เครื่องช่วยพยุงเดิน)	146
3) บทนำสู่ปรสิต	147
4) สถานการณ์โรคหนอนพยาธิในประเทศไทย	149
5) สถานการณ์โรคหนอนพยาธิในแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย	152
6) โรคติดเชื้อปรสิตจากสัตว์สู่คน	153
7) เครื่องกำจัดลูกน้ำด้วยคลื่นอัลตราโซนิก	154
8) Population-Based Intervention for Liver Fluke Prevention and Control	156

# สารบัญ

	หน้า
10) ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และโรคมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มเสี่ยง	157
11) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและ มะเร็งท่อน้ำดีโดยการขับเคลื่อนทางสังคม	158
12) การศึกษาความฉลาดด้านสุขภาพต่อโรคพยาธิใบไม้ตับของนักเรียน ระดับชั้นมัธยมศึกษาในพื้นที่เสี่ยง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	160
13) การประยุกต์ใช้แอปพลิเคชันเพื่องานวิจัยด้านปรสิต	162
14) การประยุกต์ใช้รูปแบบวิจัยชุมชนในการจัดการเรียนรู้เพื่อป้องกัน พยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ที่มีการระบาดสูง	163
15) การอัลตราซาวด์ทารกในครรภ์สำหรับสูติแพทย์และแพทย์เวช ปฏิบัติทั่วไป	164

## สารจากอธิการบดี



รองศาสตราจารย์ ดร.วีระพงษ์ แพสุวรรณ  
อธิการบดี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ตามที่มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ได้น้อมนำศาสตร์แห่งพระราชอาของ พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช กษัตริย์นั้กนวัตกรรมที่ริเริ่ม โครงการมากกว่า 4,000 โครงการ ตามหลักปรัชญาการทรงงานที่มีขั้นตอน กระบวนการในการพัฒนานวัตกรรม การสร้างความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้อง และการลงมือปฏิบัติด้วยพระองค์เอง เป็นแบบอย่างอันประเสริฐสุด ที่ก่อให้เกิดคุณอนันต์ ต่อประเทศชาติบนพื้นฐานแห่งความพอเพียง อันเป็นพระมหากรุณาธิคุณเป็นล้นพ้น หาที่สุดมิได้ ประกอบกับรัฐบาลในยุคปัจจุบัน ได้กำหนดวิสัยทัศน์เชิงนโยบายในการ พัฒนาประเทศด้วยโมเดลไทยแลนด์ 4.0 โดยการขับเคลื่อนเศรษฐกิจด้วยนวัตกรรม การพัฒนาเทคโนโลยี ความคิดสร้างสรรค์ ความร่วมมือเพิ่มประสิทธิภาพการ นำไปใช้และการให้บริการแก่ประชาชน

ปัจจุบันเป็นที่ทราบกันดีว่า ปัญหาทางสุขภาพมีมากมายซับซ้อนขึ้น ปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับโรคและปัญหาทางสุขภาพเหล่านี้ต้องการกระบวนการใหม่ๆจากความร่วมมือของบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข



## สารจากอธิการบดี

ประกอบกับเทคโนโลยีด้านการแพทย์มีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว จำเป็นต้องมีการพัฒนาทักษะทางการแพทย์ทั้งการฝึกทักษะพื้นฐานและทักษะขั้นสูงโดยใช้นวัตกรรมระบบจำลองเสมือนจริง เป็นแนวทางการพัฒนาความสามารถของบุคลากรให้มีศักยภาพเพื่อการดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูงสุด

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ได้เล็งเห็นความสำคัญของการนำความรู้และนวัตกรรมมาเผยแพร่เพื่อการประยุกต์ใช้ ส่งเสริมให้การทำงานร่วมกันในสหสาขาวิชาชีพวิทยาศาสตร์ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ จึงได้กำหนดจัดงานประชุมวิชาการประจำปี 2560 ในหัวข้อ “นวัตกรรมทางการแพทย์และสาธารณสุข” ระหว่างวันที่ 14-15 ธันวาคม 2560 ณ อาคารสุรสมันนาคาร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ซึ่งหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ร่วมงาน และได้นำความรู้ดังกล่าวไปใช้ให้เกิดคุณประโยชน์แก่สังคมและประเทศชาติต่อไป

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

# สารจากคณบดี



ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุกิจ พันธุ์พิมานมาศ  
คณบดีสำนักวิชาแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ปัจจุบันความรู้ด้านวิทยาศาสตร์และการแพทย์มีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว และต่อเนื่อง การผลิตบัณฑิตทางวิทยาศาสตร์สุขภาพจึงเป็นพันธกิจที่สำคัญของ สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

จึงได้จัดประชุมวิชาการโดยมีหัวข้อการประชุมที่เกี่ยวข้องกับนวัตกรรมทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยได้เชิญผู้ทรงคุณวุฒิจากหน่วยงานต่างๆ มาเป็นผู้นำเสนอความก้าวหน้าทางวิชาการ มีการอภิปรายเพื่อการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข โดยการนำความรู้และผลงานมาเผยแพร่เพื่อการประยุกต์ใช้และส่งเสริมให้การทำงานร่วมกันมีประสิทธิภาพสูง ให้ผู้ที่สนใจได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และองค์ความรู้ด้านวิชาการและวิจัย เพื่อก่อให้เกิดความร่วมมือและเครือข่ายด้าน วิชาการและวิจัยที่สามารถสร้างสรรค์ความรู้ใหม่ๆ ที่จะเป็นประโยชน์ ต่อการ ดำรงชีพของประชากรโลกในอนาคต รวมทั้งการสร้างองค์ความรู้ใหม่ๆ ด้าน นวัตกรรมทางการแพทย์และสาธารณสุขต่อไป

## สารจากอธิการบดี



อาจารย์ นายแพทย์สุทธันต์ กนกศิลป์  
กรรมการและเลขานุการการจัดงานประชุมฯ

ในฐานะตัวแทนของผู้จัดประชุมสัมมนาวิชาการ มีความยินดีเป็นอย่างยิ่ง  
สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยี สุรนารี เป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ให้  
ความรู้และเผยแพร่ทางด้านสุขภาพ จึงมีความต้องการที่จะจัดประชุมสัมมนา  
วิชาการ เพื่อฟื้นฟูวิชาการและการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ การเผยแพร่  
ผลงานวิจัยของแพทย์และบุคลากรทางด้านสาธารณสุข นักวิจัย นักวิชาการ และ  
อื่นๆ

คณะกรรมการจัดการประชุมสัมมนาวิชาการนวดกรรมทางกายภาพและ  
สาธารณสุข ขอขอบพระคุณวิทยากรทุกท่าน หวังเป็นอย่างยิ่งว่าการประชุมสัมมนา  
วิชาการครั้งนี้ คงให้อะไรหลายอย่างๆ ที่เป็น ประโยชน์แก่ผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่าน



# โครงการ

ประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 6

**โครงการ** การประชุมวิชาการประจำปี 2560 นวัตกรรมทางการแพทย์และสาธารณสุข  
**ผู้รับผิดชอบโครงการ** : สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

## หลักการและเหตุผล :

สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ขอน้อมนำศาสตร์แห่งพระราชา ของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ตามแนวทางแห่งกษัตริย์นักนวัตกรรม (Innovator) ที่ริเริ่มโครงการมากกว่า 4,000 โครงการ ตามหลักปรัชญาการทรงงานที่มีขั้นตอน กระบวนการในการพัฒนานวัตกรรม สร้างบรรยากาศความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องและปฏิบัติ ด้วยพระองค์เอง เป็นแบบอย่างอันประเสริฐสุดที่ก่อให้เกิดคุณอนันต์ต่อประเทศชาติบนพื้นฐาน แห่งความพอเพียง อันเป็นพระมหากรุณาธิคุณเป็นล้นพ้นหาที่สุดมิได้ ประกอบกับรัฐบาลในยุค ปัจจุบันได้กำหนดวิสัยทัศน์เชิงนโยบายในการพัฒนาประเทศด้วยโมเดล ไทยแลนด์ 4.0 โดยการ ขับเคลื่อนเศรษฐกิจด้วยนวัตกรรมพัฒนาเทคโนโลยี ความคิดสร้างสรรค์ ความร่วมมือ เพิ่มประสิทธิภาพการนำไปใช้และการให้บริการแก่ประชาชน ในปัจจุบันเป็นที่ทราบกันดีว่าปัญหาทางสุขภาพของประชาชนมีมากและซับซ้อนขึ้น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคและปัญหาทางสุขภาพหลายอย่าง การแก้ไขปัญหาเหล่านี้ต้องการกระบวนการใหม่ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของบุคลากรทางด้าน การแพทย์และสาธารณสุข

# โครงการ

ประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 6

ปัจจุบันการผลิตบุคลากรด้านการแพทย์มีการขยายตัวอย่างสูง มีสถาบันผลิตแพทย์ เพิ่มเกิดขึ้นใหม่หลายสถาบัน ทำให้ปริมาณของนักศึกษาแพทย์ นักศึกษาสายวิทยาศาสตร์ สุขภาพมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งเทคโนโลยี ด้านการแพทย์มีการพัฒนาอย่างรวดเร็วและซับซ้อนมากขึ้น จำเป็นต้องมีการพัฒนาทักษะทางการแพทย์ ต้องมีการฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดความชำนาญอย่างดียิ่ง การพัฒนาทักษะทางการแพทย์โดยใช้ระบบจำลองเสมือนจริงจึงเป็น แนวทางการพัฒนาความสามารถของบุคลากร ให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด มีความปลอดภัยสูง เชื่อถือได้และสามารถทำซ้ำได้ตามต้องการ โดยไม่มีความเสี่ยงของผู้ป่วยเข้ามาเกี่ยวข้องในกระบวนการฝึกและระบบเสมือนจริง สามารถถูกออกแบบวิธีการฝึกทักษะได้หลากหลายรูปแบบไม่มีขีดจำกัด ประเมินผลการฝึกให้คำแนะนำได้ทันทีหลังการฝึกแต่ละครั้ง ทำให้ผู้เข้ารับการฝึกมีการพัฒนาขีดความสามารถของตนเองได้เต็มที่ตามศักยภาพเหมาะสมกับระบบโครงสร้าง การให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไป

สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ได้เล็งเห็นความสำคัญของการนำความรู้และผลงานมาเผยแพร่เพื่อการประยุกต์ใช้ และส่งเสริมให้การทำงานร่วมกัน จึงได้กำหนดจัดงานประชุมวิชาการประจำปี 2560 ในหัวข้อ “นวัตกรรมทางการแพทย์และสาธารณสุข” ระหว่างวันที่ 14-15 ธันวาคม 2560 ณ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา

# โครงการ

ประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 6

## วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้คณาจารย์นักวิชาการ นักศึกษา และผู้ที่สนใจ ได้เพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการ และทักษะที่เกี่ยวข้องจากการบรรยายและการประชุมเชิงปฏิบัติการ รวมทั้ง ได้แลกเปลี่ยนแนวความคิดและประสบการณ์กับผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องกับสาขา ด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อนำไปประยุกต์ในการปฏิบัติงานด้านวิชาการและวิจัยต่อไป
- 2) เพื่อให้คณาจารย์ นักวิชาการ นักศึกษา และผู้ที่สนใจ ได้นำเสนอผลงานวิจัย และ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านการวิจัยแบบสหวิทยาการ
- 3) เพื่อให้เกิดเครือข่ายและความร่วมมือด้านวิชาการและวิจัยกับสถาบันต่างๆ เพื่อพัฒนางานวิชาการและวิจัย รวมทั้งการสร้างองค์ความรู้ใหม่ ด้านนวัตกรรมทางการแพทย์ และสาธารณสุขต่อไป



# คณะกรรมการฯ

คณะกรรมการประชุมวิชาการ ประจำปี 2560

คณะกรรมการฝ่ายดำเนินการ :

1.คณบดีสำนักวิชาแพทยศาสตร์	ประธาน
2.รองคณบดีฝ่ายวิชาการ	รองประธาน
4.รองคณบดีฝ่ายบริการทางการแพทย์	รองประธาน
5.รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสรญา แก้วพิบูลย์	รองประธาน
6.ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สรารัฐ สุขสุผิว	คณะกรรมการ
7.อาจารย์ นายแพทย์ ดร.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล	คณะกรรมการ
8.อาจารย์ พันโท นายแพทย์บุระ สิ้นธุภากร	คณะกรรมการ
9.อาจารย์ แพทย์หญิงกิติรัตน์ รัตนถาวรกิติ	คณะกรรมการ
10.อาจารย์ แพทย์หญิงปิยอร นำไพศาล	คณะกรรมการ
11.อาจารย์ นายแพทย์สุขสันต์ กนกศิลป์	คณะกรรมการและเลขานุการ

มีหน้าที่ดังนี้ :

- 1) เสนอขออนุมัติโครงการและค่าใช้จ่าย
- 2) เสนอคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการและร่างโครงการประชุมวิชาการผ่านคณะกรรมการฯ
- 3) ปรับปรุงร่างกำหนดการประชุมวิชาการให้เป็นปัจจุบัน
- 4) จัดทำคำกล่าวรายงาน คำกล่าวเปิดการประชุมวิชาการในพิธีเปิด
- 5) พิจารณาจัดซื้อจัดหาสื่อหรือสัญลักษณ์ให้แก่คณะกรรมการตามความเหมาะสม
- 6) สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไข

# คณะกรรมการฯ

## คณะกรรมการฝ่ายวิชาการ :

1.รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสรุณา แก้วพิบูลย์	ประธาน
2.ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ทวีศักดิ์ ทองทวี	คณะกรรมการ
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนพร อึ้งอาภรณ์	คณะกรรมการ
4.ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงพรทิพย์ นิมขุนทด	คณะกรรมการ
5.ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ ดร.ชวบูลย์ เดชสุขุม	คณะกรรมการ
6.ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เทคนิคการแพทย์ ดร.กระจ่าง ตลับนิล	คณะกรรมการ
7.อาจารย์ แพทย์หญิงปัทมา ทองดี	คณะกรรมการ
8.อาจารย์ แพทย์หญิงกุลศิริ เตียนศรี	คณะกรรมการ
9.อาจารย์ แพทย์หญิงอัชฌา พงศ์พิทักษ์ดำรง	คณะกรรมการ
10.นางกิตติยาดา จาระตะคุ	กรรมการและเลขานุการ
11.นางสาวพิมพ์เพ็ญ ฝาเดิม	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

## มีหน้าที่ดังนี้ :

- 1) รวบรวมและคัดเลือกบทความตามเกณฑ์ที่กำหนด
- 2) ดำเนินการจัดหาคณะกรรมการตัดสินผลการประกวด จัดเตรียมแฟ้มลงคะแนนให้คณะกรรมการ ตัดสินผลในการประกวด เพื่อการนำเสนอผลงานทางวิชาการ
- 3) จัดเตรียมเอกสารการประชุมและอุปกรณ์ต่างๆ ใส่กระเป๋าแฟ้มสำหรับผู้เข้าร่วมประชุม และวิทยากร
- 4) สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไข รายงานต่อที่ประชุม

## คณะกรรมการฯ

### คณะกรรมการประชาสัมพันธ์ จัดทำหนังสือ และประเมินผล

1.อาจารย์ นายแพทย์สุขสันต์ กนกศิลป์	ประธาน
2.อาจารย์ แพทย์หญิงกิติรัตน์ รัตนถาวรกิติ	รองประธาน
3.อาจารย์ แพทย์หญิงอารีรัตน์ สิริพงษ์พันธ์	คณะกรรมการ
4.อาจารย์ แพทย์หญิงเฟื่องฟ้า เบญจโอรสาร	คณะกรรมการ
5.อาจารย์ แพทย์หญิงจิตรวดี หอพิบูลสุข	คณะกรรมการ
6.นางสาวปาริชาติ แซ่ว่อง	คณะกรรมการ
7.นายสุทธิรักษ์ ศิริสถาพร	คณะกรรมการ
8.นายสมิทธิ์ ประสิทธิ์	คณะกรรมการ
9.นางสาวกาญจน์ภัสส์ ออบกลางวริทธิ์	คณะกรรมการ
10.นางขวัญเรือน ปิ่นวันนา	คณะกรรมการและเลขานุการ
12.นางสาวเยาวมาลย์ รัตน์ศิริพันธ์ุ์	คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

### มีหน้าที่ดังนี้ :

- 1)จัดทำ website ประชาสัมพันธ์และการลงทะเบียนเข้าร่วมประชุมผ่าน website
- 2)ออกแบบและจัดหาโรงพิมพ์ เพื่อพิมพ์โปสเตอร์ แผ่นพับ ในการประชาสัมพันธ์
- 3)ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อใน มทส. ข่าวรายวัน มทส.
- 4)ออกแบบโปสเตอร์เพื่อตกแต่งสถานที่
- 5)จัดทำบันทึกข้อความทั้งภายในภายนอกทั้งหมด
- 6)จัดทำรายชื่อ/แฟ้มลงทะเบียน/ ดูแลการลงทะเบียน/ สรุปรายชื่อผู้เข้าประชุม
- 7)จัดทำป้ายกำหนดการแบบพกพา และเกียรติบัตร
- 8)จัดทำแบบสำรวจและประเมินผลความพึงพอใจผู้เข้าร่วมงาน
- 9)สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไข

## คณะกรรมการฯ

คณะกรรมการฝ่ายต้อนรับ อาหาร ที่พัก ของที่ระลึก และยานพาหนะ :

- |  |                               |
|--|-------------------------------|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สรราช สุขสุผิว | ประธาน                        |
| 2. อาจารย์ แพทย์หญิงกุลศิริ เตียนศรี         | รองประธาน                     |
| 3. อาจารย์ แพทย์หญิงจิตราวรรณ อรรถวัฒน์กุล   | คณะกรรมการ                    |
| 4. อาจารย์ แพทย์หญิงสินาภรณ์ วงษ์วิไล        | คณะกรรมการ                    |
| 5. อาจารย์ แพทย์หญิงจิรภา จันทร์แสงรัตน์     | คณะกรรมการ                    |
| 6. นางสาวปารีชาติ แซ่ว่อง                    | คณะกรรมการ                    |
| 7. นางขวัญเรือน ปิ่นวันนา                    | คณะกรรมการ                    |
| 8. นายสมิทธิ์ ประสิทธิ์                      | คณะกรรมการ                    |
| 9. นางสาววิลาศิณี ศรีสมยศ                    | คณะกรรมการ                    |
| 10. นางสาวเยาวมาลย์ รัตน์ศิริพันธุ์          | คณะกรรมการและเลขานุการ        |
| 11. นายสุทธิรักษ์ ศิริสถาพร                  | คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

มีหน้าที่ดังนี้ :

- 1) จัดเตรียมสถานที่ในการจัดงานประชุมวิชาการ
- 2) จัดเตรียมบอร์ดในการประชุมวิชาการและการแสดงผลงานทางวิชาการ
- 3) ประสานและขนย้ายอุปกรณ์ในการจัดสถานที่
- 4) จัดเตรียมสื่อโสตในงานการจัดประชุม
- 5) ดูแลรับผิดชอบในการติดตั้งป้าย อุปกรณ์และสถานที่ต่าง
- 6) ดูแลวัสดุอุปกรณ์ทางด้านอิเล็กทรอนิกส์ที่ใช้ตลอดงานประชุมวิชาการ
- 7) ดำเนินงานและประสานงานบันทึกภาพในงานประชุม
- 8) สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไข

## คณะกรรมการฯ

คณะกรรมการฝ่ายต้อนรับ อาหาร ที่พัก ของที่ระลึก และยานพาหนะ :

- |  |                               |
|--|-------------------------------|
| 1.อาจารย์ นายแพทย์ ดร.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล | ประธาน                        |
| 2.อาจารย์ แพทย์หญิงกิติรัตน์ รัตนถาวรกิติ        | รองประธาน                     |
| 3.ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสีขาว เชื้อปรง     | คณะกรรมการ                    |
| 4.อาจารย์ เทคนิคการแพทย์ ดร.สนอง สุขแสวง         | คณะกรรมการ                    |
| 5.อาจารย์ แพทย์หญิงอารีรัตน์ สิริพงษ์พันธ์       | คณะกรรมการ                    |
| 6.อาจารย์ แพทย์หญิงฉัตรภรณ์ ภูมิวิริยะ           | คณะกรรมการ                    |
| 7.อาจารย์ นายแพทย์ก่อเกียรติ กังวาลทัศน์         | คณะกรรมการ                    |
| 8.นายเดชาภรณ์ สำราญดี                            | คณะกรรมการ                    |
| 9.นางอนัญญา ทวีภักดีโชติ                         | คณะกรรมการ                    |
| 10.นางพรทิพย์ สถิตพิทยายุทธ์                     | คณะกรรมการและเลขานุการ        |
| 11.นางนงน้อย ศรีโพธิ์                            | คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |
| 12.นางสาวกาญจนาภัสส์ อกกลางวรวิทธิ์              | คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

มีหน้าที่ดังนี้ :

- 1) จัดทำขั้นตอนพิธีการและลำดับของการดำเนินการตามกำหนดการของฝ่ายดำเนินการ
- 2) ประสานกับสื่อมวลชน เพื่อขอประชาสัมพันธ์งานประชุมวิชาการ
- 3) จัดหาพิธีกรและแจ้งกำหนดการแก่พิธีกร
- 4) สรุปผลการดำเนินงานปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข



## คณะกรรมการฯ

คณะกรรมการฝ่ายต้อนรับ อาหาร ที่พัก ของที่ระลึก และยานพาหนะ :

1.อาจารย์ พันโท นายแพทย์บุระ สินธุภากร	ประธาน
2.อาจารย์ แพทย์หญิงเพ็ญฟ้า เบญจโอฬาร	รองประธาน
3.นางพรทิพย์ สถิตพิทยายุทธ์	คณะกรรมการ
4.นางนงน้อย ศรีโพธิ์	คณะกรรมการ
5.นางขวัญเรือน ปิ่นวันนา	คณะกรรมการ
6.นางนงภัทร สมวงศ์	คณะกรรมการและเลขานุการ

มีหน้าที่ดังนี้ :

- 1) ดูแลเบิก-จ่ายเงิน
- 2) เคลียร์เงินหลังเสร็จงาน
- 3) รับผิดชอบเงินค่าตอบแทนวิทยากร ค่ารับรองวิทยากร ค่าของรางวัลและอื่นๆ
- 4) ประสานงาน-ดูแล การรับเงิน-ใบเสร็จ
- 5) ควบคุมดูแลการเบิกจ่ายให้เป็นไปตามระเบียบของมหาวิทยาลัย
- 6) สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

# กำหนดการ

การประชุมวิชาการประจำปี 2560

“นวัตกรรมทางการแพทย์และสาธารณสุข” สำนักวิชาแพทยศาสตร์

วันที่ 14 – 15 ธันวาคม พ.ศ. 2560

ณ อาคารสุรสมมนาการ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

Thursday December 14, 2017

Pre-congress Activity : “Survival Course ; The Ultrasonography for Rural GPs”

13.00 น. - 13.45 น. : Introduction to The Interpretation of Abdominal  
Ultrasound

วิทยากร : อ.พญ.จิรภา จันทร์แสงรัตน์ อ.พญ.กิติรัตน์ รัตนถาวรกิติ  
สาขาวิชารังสีวิทยา สำนักวิชาแพทยศาสตร์

13.45 น. - 14.30 น. : Introduction to Ultrasound Measurements in Obstetric and  
Gynecologic Conditions

วิทยากร : พญ.อรพรรณ อัครกุล

กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

14.30 น. - 14.45 น. : Afternoon Break

14.45 น. - 16.00 น. : Hand on (Real Ultrasonography Machine with Simulation)

# กำหนดการ

Friday December 15, 2017

## Main Sessions-Morning

08.00 น. - 08.30 น. : Conference Opening

08.30 น. - 09.30 น. : Opening Remarks : The Impact of Technology on Healthcare

วิทยากร : ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุกิจ พันธุ์พิมานมาศ

คณบดีสำนักวิชาแพทยศาสตร์

09.30 น. - 10.30 น. : Patient safety : Lesson from Aviation Technology to Healthcare

วิทยากร : นายแพทย์กรพรหม แสงอร่าม

กัปตันประจำสายการบินไทย

10.30 น. - 11.00 น. : Morning Break (นำเสนอโปสเตอร์งานวิจัยโดยเจ้าของผลงาน)

11.00 น. - 11.30 น. : National Disaster Management

วิทยากร : พ.ต. คเชนทร์ ปิ่นสุวรรณ

ภาควิชาเวชศาสตร์ทหารและชุมชน วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า

11.30 น. - 12.00 น. : How Advances in Battlefield Medicine Can Save Civilians' Lives

วิทยากร : พันเอกพจน์ เอ็มพันธุ์

ภาควิชาเวชศาสตร์ทหารและชุมชน วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า

12.00 น. - 13.00 น. : Luncheon Symposium : Software development for virtual reality in medical training (ห้องสุรนารี)

วิทยากร : ผู้เชี่ยวชาญจากบริษัท B. Braun

# กำหนดการ

## SURANAREE ROOM : PUBLIC HEALTH SUT PRESENTATION

- 13.00 น. - 14.20 น. : เสวนาหัวข้อ : วิชาชีพสาธารณสุขในการก้าวสู่ไทยแลนด์ 4.0  
 วิทยากร : คุณสิทธิธีระพี ช่างหมื่นไวย  
 Safety Management Section Manager  
 บริษัท ซีพีเอฟ (ประเทศไทย) มหาชน  
 คุณวาริ กำปั่นวงศ์ Senior Safety Supervisor  
 บริษัท โตโยต้า มอเตอร์ ประเทศไทย จำกัด (โรงงานบ้านโพธิ์)  
 คุณศักดา ถาวร Safety and Environment manager  
 บริษัท รีโก้ (ประเทศไทย) จำกัด  
 คุณนพภัสสร ม่วงนาค นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรวิทยาศาสตร  
 มหาบัณฑิต สาขาวิชามลพิษสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย สำนักวิชา  
 สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
- 14.20 น. - 14.30 น. : นำเสนอโปสเตอร์งานวิจัย
- 13.00 น. - 14.20 น. : เสวนาหัวข้อ : วิชาชีพสาธารณสุขในการก้าวสู่ไทยแลนด์ 4.0 (ต่อ)
- 15.50 น. - 16.00 น. : ตอบข้อซักถาม

# กำหนดการ

## ROOM 1 : The 2nd CVT Conference: The Legend of Blood River

- 11.00 น. - 12.00 น. : The Legend of Blood River : The Life and Hard Times of Cardiac Surgeons  
 วิทยากร : นายแพทย์ดำริ เศรษฐจินดา  
 กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
- 12.00 น. - 13.00 น. : Luncheon Symposium: Simulation in Endovascular Surgery  
 วิทยากร : ผู้แทนบริษัท เมดโทรนิค ประเทศไทย
- 13.00 น. - 13.45 น. : Cardiac Surgery: How to become the legend  
 วิทยากร : พันเอกสุรกันต์ สาหร่ายทอง  
 กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลอานันทมหิดล ลพบุรี
- 13.45 น. - 14.30 น. : Endovascular Surgery in the real-life surgeons  
 วิทยากร : อาจารย์ นายแพทย์จรงค์ แก้วบรรจง  
 ภาควิชาศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- 14.30 น. - 15.00 น. : นำเสนอโปสเตอร์งานวิจัยโดยเจ้าของผลงาน
- 15.00 น. - 15.45 น. : Trick and Trips in Endovascular Surgery  
 วิทยากร : อ.นพ.ธีระ เหมรุ่งโรจน์  
 กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา



# กำหนดการ

## ROOM 2 : General Surgery Conference

10.30 น. - 11.00 น. : นำเสนอโปสเตอร์งานวิจัย

11.00 น. - 11.30 น. : Advance Technologies in Trauma Critical Care Management

วิทยากร : อาจารย์ นายแพทย์บวร เกียรติมงคล

กลุ่มงานศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ โรงพยาบาลมหาสารชนครราชสีมา

11.30 น. - 12.00 น. : Advance Technologies in Cholangiography during

Laparoscopic Surgery

วิทยากร : อาจารย์ นายแพทย์ณัฐวุฒิ กิรติภรณ์

ภาควิชาศัลยศาสตร์ สำนักวิชาแพทยศาสตร์

12.00 น. - 13.00 น. : Luncheon Symposium: New Technology for Medical

Simulation Training

วิทยากร : ผู้แทนบริษัท Upright

13.00 น. - 13.45 น. : Laparoscopic Weight Loss Surgery

วิทยากร : ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุเทพ อุดมแสงทรัพย์

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

13.45 น. - 14.30 น. : Laparoscopic Inguinal Hernia Repair

วิทยากร : อาจารย์ นายแพทย์ ศุภกานต์ เตชะพงศธร

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

14.30 น. - 15.00 น. : นำเสนอโปสเตอร์งานวิจัย

# กำหนดการ

## ROOM 2 : General Surgery Conference

15.00 น. - 15.45 น. : Advance Management in Endoscopic Thyroidectomy

วิทยากร : อาจารย์ นายแพทย์ทวีชัย วิษณุโยธิน

กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

15.45 น. - 16.30 น. : Minimally Invasive Surgery in Upper GI Cancer

วิทยากร : อาจารย์ นายแพทย์วิศิษฐ์ เกษตรเสริมวิริยะ

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

## ROOM 3 : Orthopedic Surgery Conference

10.00 น. - 10.45 น. : Co-walk: A new innovation for rehabilitation TKA ACL and stroke patients

วิทยากร : อาจารย์ พันโท นายแพทย์บุระ สินธุภากร

สาขาวิชาออร์โธปิดิกส์ สำนักวิชาแพทยศาสตร์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญเรือง มะรังศรี

สาขาวิชาวิศวกรรมไฟฟ้า สำนักวิชาวิศวกรรมศาสตร์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.การุญ พังสุวรรณรักษ์

สาขาวิชาวิศวกรรมเครื่องกล สำนักวิชาวิศวกรรมศาสตร์

10.45 น. - 11.15 น. : นำเสนอโปรสโตร์งานวิจัยโดยเจ้าของผลงาน

11.15 น. - 12.00 น. : A Thai design Total Knee Arthroplasty (TKA)

Speaker : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภกิจ รูปพันธ์ คุณโชติช่วง พรหมบุตร

สาขาวิชาวิศวกรรมเครื่องกล สำนักวิชาวิศวกรรมศาสตร์

12.00 น. - 13.00 น. : พักรับประทานอาหารกลางวัน

# กำหนดการ

## ROOM 4 : Parasitic Disease Research : Past, Present and Future

13.00 น. - 14.00 น. : การแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีแบบสหวิทยาการ

วิทยากร : รองศาสตราจารย์แพทย์หญิง สรญา แก้วพิบูลย์  
สำนักวิชาแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

14.00 น. - 14.15 น. : นำเสนอโปสเตอร์งานวิจัยโดยเจ้าของผลงาน

14.15 น. - 16.30 น. : PDR Innovative show and share

การประยุกต์ใช้แอปพลิเคชันเพื่องานวิจัยด้านปรสิต

วิทยากร : อาจารย์ถิระยุ มีฤกษ์สม

มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

เครื่องกำจัดลูกน้ำด้วยคลื่นอัลตราโซนิก

วิทยากร : รองศาสตราจารย์ ดร.ชาญชัย ทองโสภณ

สำนักวิชาวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

อาหารพื้นบ้านปลอดพยาธิและพยาธิใบไม้ตับในภาคเหนือตอนล่าง

วิทยากร : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิลาวัลย์ ภูมิดอนมิ่ง

คณะวิทยาศาสตร์การแพทย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

การป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในอีสานตอนบน

วิทยากร : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุขสันติ ประกอบวงศ์

# กำหนดการ

## ROOM 4 : Parasitic Disease Research : Past, Present and Future

การศึกษาความฉลาดด้านสุขภาพต่อโรคพยาธิใบไม้ตับของเด็กนักเรียน  
ระดับชั้นมัธยมในพื้นที่เสี่ยง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วิทยากร : อาจารย์นาฏนภา ปัตตชาสุวรรณ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การพัฒนาชุมชนในการควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและ  
มะเร็งท่อน้ำดีด้วยทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

วิทยากร : รองศาสตราจารย์ ดร.ธนิดา ผาติเสนะ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

วิทยากร : รองศาสตราจารย์พรทิพย์ คำพอ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและ  
มะเร็งท่อน้ำดีโดยการขับเคลื่อนทางสังคม

วิทยากร : อาจารย์จูน หน่อแก้ว

มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

การเฝ้าระวังแบบวิจัยชุมชนในการจัดการเรียนรู้เพื่อป้องกันพยาธิ  
ใบไม้ตับในชุมชนจังหวัดสกลนคร

วิทยากร : อาจารย์ศศิวิมล ทศนเอี่ยม อาจารย์นำพร อินสิน

อาจารย์จิราภรณ์ จำปาจันทร์

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

บทความวิจัย

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี



## การใช้กระบวนการ AIC เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการจัดการขยะชุมชน

ชลลดา แดนไธสง<sup>1</sup> วลัยชัชยา เขตบำรุง<sup>2</sup> ธีรยุทธ อุดมพร<sup>3</sup>

<sup>1</sup>สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการ Appreciation Influence control เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการจัดการขยะชุมชน การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมประกอบด้วยการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เก็บข้อมูลคุณภาพ จำนวน 30 คน ประกอบด้วย ตัวแทนครัวเรือน ตัวแทนแกนนำชุมชน และตัวแทนหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณใช้ตัวแทนหลังคาเรือนละ 1 คน จำนวน 50 ครัวเรือน

ผลการวิจัยพบว่า (1) ปัญหาการกำจัดขยะมูลฝอย (2) การดำเนินการด้วยกระบวนการAIC พบว่าชุมชนมีแนวคิดร่วมดังนี้ (2.1) โครงการรณรงค์ทำความสะอาดในชุมชน (2.2) โครงการจัดตั้งสถานที่ทิ้งขยะแยกประเภทในชุมชน (2.3) โครงการประกวดบ้านเรือนน่าอยู่น่าอาศัย (2.4) โครงการผลิตปุ๋ยหมักชีวภาพ (2.5) โครงการกองทุนสวัสดิการธนาคารรีไซเคิล (2.6) โครงการอบรมให้ความรู้เรื่องการจัดการขยะมูลฝอย ผลการดำเนินงานตามโครงการ มีโครงการที่ดำเนินการแล้วเสร็จคือ (1) โครงการอบรมให้ความรู้เรื่องการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน (2) โครงการรณรงค์ทำความสะอาดใน (3) โครงการกองทุนสวัสดิการธนาคารรีไซเคิล (4) โครงการจัดตั้งสถานที่ทิ้งขยะแยกประเภทในชุมชน โครงการที่อยู่ในระหว่างดำเนินงาน คือ (1) โครงการรณรงค์ประชาสัมพันธ์การ (3) พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนบ้านโนนพยอม ประกอบด้วย ความรู้ในภาพรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 100 เจตคติร้อยละ 85.00 และการปฏิบัติร้อยละ 100.00 (4) เปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนา พบว่าหลังการพัฒนามีพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $\bar{X}$ =12.77 ; S.D =2.16 ; t= -52.80 ; p-value = 0.000) เจตคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $\bar{X}$ =3.31 ; S.D =0.28 ; t= -1.89 ; p-value = 0.062) และระดับการปฏิบัติตัวในการจัดการขยะมูลฝอยอยู่ในระดับสูง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $\bar{X}$ =2.73 ; S.D =0.10 ; t= -35.55 ; p-value = 0.000) (5) มาตรการในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนคือประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมได้จัดประชุม โดยใช้ศาลาเอนกประสงค์เป็นที่จัดประชุมเพื่อเปิดโอกาสให้ชุมชนได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์และสภาพปัญหาของการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชนวางแผนแก้ไขปัญหา และร่วมกันตัดสินใจเลือกแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชนให้ได้แนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับชีวิตของประชาชนในชุมชน

การดำเนินการในพื้นที่ครั้งนี้ได้รับความร่วมมือจากชุมชนเป็นอย่างดี และสามารถนำเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมไปแก้ไขปัญหาเรื่องอื่นๆที่เกิดขึ้นภายในชุมชนได้ในอนาคต

คำสำคัญ: ความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ การมีส่วนร่วม

## วัตถุประสงค์

ศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับขยะมูลฝอย ศึกษากระบวนการ AIC เพื่อพัฒนาพฤติกรรมกรรมการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการจัดการขยะมูลฝอยก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนา

## บทนำ

จากข้อมูลการสำรวจขยะจังหวัดชัยภูมิพบว่าในพื้นที่ จำนวน 73 แห่ง มีปริมาณขยะสะสมรวมทั้งสิ้น 30,101 ตัน โดยแบ่งเป็น ระดับเทศบาล จำนวน 2 แห่ง มีปริมาณขยะสะสม จำนวน 20,677.75 ตัน และระดับองค์การบริหารส่วนตำบล 50 แห่งมีปริมาณขยะสะสม จำนวน 9,423.25 ตัน ขยะสะสมระดับเทศบาล จำนวน 23 แห่ง มีปริมาณขยะสะสม มากกว่า 1,000 ตัน จำนวน 6 แห่ง ขยะสะสมตั้งแต่ 500 ถึง 1,000 ตัน จำนวน 7 แห่ง น้อยกว่า 500 ตัน จำนวน 1 แห่ง (สำนักทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดชัยภูมิ,2558) จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะใช้กระบวนการ AIC เพื่อพัฒนาพฤติกรรมกรรมการจัดการขยะชุมชนบ้านโนนพยอม อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ เพื่อเป็นต้นแบบให้กับชุมชนในตำบลบ้านขามและตำบลข้างเคียงเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

## วิธีดำเนินงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการจัดการขยะมูลฝอยที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน แบบสอบถามใช้มาตราวัด kuder-Richardson สูตร 20 (KR-20) ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม 0.75 หมวดด้านเจตคติหาความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.71 หมวดด้านการปฏิบัติหาความเที่ยงด้วยวิธีของครอนบาช ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.72 ข้อมูลเชิงปริมาณใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม คอมพิวเตอร์

## ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของตัวแทนครัวเรือนที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 80 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 54 คน ร้อยละ 67.50 มีอายุเฉลี่ย 41-50 ปี จำนวน 19 คน (ร้อยละ 23.75) อายุเฉลี่ย 51-60 ปี จำนวน 19 คน (ร้อยละ 23.75) อายุสูงสุด 71-80 ปี จำนวน 1 คน (ร้อยละ 1.25) อายุต่ำสุด 15-20 ปี (ร้อยละ 6.25) จำนวนสมาชิกที่อยู่ในบ้าน 1-3 คน และ 1-6 คน มี 39 คน (ร้อยละ 48.75)อาชีพเกษตรกร 43 คน (ร้อยละ 53.75) ระดับการศึกษาประถมศึกษา 32 คน(ร้อยละ 40.00) รายได้น้อยกว่า 3,000 บาท (ร้อยละ 56.25) ในครัวเรือนของท่านมีขยะที่ต้องทิ้งหรือกำจัดสัปดาห์ละครั้ง 72 คน (ร้อยละ 90.00) จำนวนปีที่อาศัยอยู่ในชุมชน 21-30 ปี 22 คน (ร้อยละ 22.50) ขยะที่เกิดจากครัวเรือน ขยะสด เช่น เศษเนื้อ เศษผัก เศษอาหาร 67 คน (ร้อยละ 83.75 ) เสียค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการจัดการขยะประมาณ 20 บาท/เดือน 78 คน (97.50)

สถานการณ์เกี่ยวกับขยะมูลฝอยเป็นชุมชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านขาม มีการเก็บขยะมูลฝอยโดยองค์การบริหารส่วนตำบลใช้รถเก็บขยะมูลฝอยเป็นรถบรรทุกขยะแบบรถเพื่อการเกษตร (อีแต่น) ขนาดความจุไม่น้อยกว่า 6 ลบ.ม. จำนวน 1 คัน จำนวน 1 คัน เข้าเก็บสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เนื่องจากองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านขามมีพื้นที่รับผิดชอบในการเก็บขยะทั้งหมดภายในเขตตำบลจึงทำให้รถที่มีอยู่ไม่เพียงพอกับการเก็บขนปริมาณขยะที่เกิดขึ้นทุกวัน จึงทำให้มีสภาพปัญหาขยะมูลฝอยตกค้างในชุมชนบ้านโนนพยอม และชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย คือ การเสียค่าธรรมเนียมในการจัดเก็บขยะมูลฝอยหลังการโอนละ 20 บาท/เดือน

ผลการใช้กระบวนการ AIC เพื่อพัฒนาพฤติกรรมกรรมการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนพบว่า การวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการขยะมูลฝอยโดยเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ตามขั้นตอนดำเนินงานที่กำหนดไว้ ได้แก่ การสนทนากลุ่ม การจัดประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม และการนำแผนงานโครงการที่ได้ร่วมกันกำหนดขึ้นไปปฏิบัติให้เกิดผลปรากฏชัดเจน พบว่า ตัวแทนครัวเรือนและตัวแทนแกนนำชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการประชุมทุกขั้นตอน ซึ่งได้จากการสะท้อนความรู้สึกในการประชุม การสนทนากลุ่ม และจากการสังเกต โดยเริ่มจากการค้นหาปัญหา การวิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางในการแก้ไขและการจัดทำแผนปฏิบัติงาน รวมทั้งการนำแผนงานไปปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในการประชุมทุกขั้นตอนเป็นการสร้างโอกาสให้ตัวแทนครัวเรือน ตัวแทนแกนนำชุมชน ตัวแทนนักเรียน และตัวแทนหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมด้วยความยินดีและเต็มใจ เปิดโอกาสให้ทุกคนได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์สามารถนำเสนอแนวคิดของตนให้กลุ่มมีความเข้าใจในสภาพปัญหาความต้องการและข้อจำกัดที่มีอยู่จนทำให้เกิดโครงการต่างๆ และได้นำมาแก้ไขปัญหาขยะมูลฝอย โดยได้รับความร่วมมือดำเนินการจากประชาชนในชุมชนเป็นอย่างดี

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการจัดการขยะมูลฝอยก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนาพบว่า การประเมินความรู้เรื่องการจัดการขยะมูลฝอยของตัวแทนครัวเรือนที่เข้าร่วมโครงการหลังการอบรมแยกรายชื่อพบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เพิ่มขึ้นในทุกข้อคำถาม โดยมีความรู้ถูกต้องร้อยละ 100 จำนวน 10 หัวข้อ จำนวน 80 คน (ร้อยละ 100) เจตคติในการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชน พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยเจตคติสูงสุดคือ ชุมชนคิดว่าการที่มีการคัดแยกทิ้งขยะลงในถังขยะหลายใบ ทำให้เกิดความยุ่งยาก ( $\bar{X} = 4.34$  ;  $S.D = 1.45$ ) รองลงมาคือ การทิ้งขยะในสถานที่สาธารณะสิ่งที่เหมาะสม ( $\bar{X} = 3.99$  ;  $S.D. = 1.68$ ) และการแก้ไขปัญหาขยะเป็นหน้าที่ของหน่วยงานราชการเท่านั้น ( $\bar{X} = 3.69$  ;  $S.D. = 1.81$ ) ตามลำดับ และข้อที่มีค่าเฉลี่ยเจตคติต่ำสุดคือการเก็บรวบรวมขยะมูลฝอยลงในถังขยะทำให้ชุมชนสะอาด ( $\bar{X} = 3.45$  ;  $SD = 0.71$ ) รองลงมาคือ การที่มีรถเก็บขยะมาเก็บขยะไปทุกวันทำให้ ชุมชนสะอาด ( $\bar{X} = 2.54$  ;  $S.D = 0.77$ ) และการฝังขยะลงในดินไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชน ( $\bar{X} = 1.98$  ;  $S.D = 1.22$ )

การปฏิบัติตัวในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนข้อที่มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติสูงสุด 4 ข้อคือ ท่านทิ้งขยะมูลฝอยลงในถังขยะทุกครั้ง ; ท่านมีการคัดแยกขวด พลาสติก กระดาษ ไว้สำหรับขาย ; ท่านนำขยะรีไซเคิล เช่น ขวด พลาสติก ไปกำจัดโดยวิธีการขายให้ร้านรับซื้อของเก่า ; ท่านไม่กำจัดขยะมูลฝอยโดยการทิ้งในที่สาธารณะหรือที่วางเปล่า ; ( $\bar{X} = 3.00$  ; S.D = 0.00) รองลงมาคือ ท่านมีการคัดแยกขยะมูลฝอยก่อนทิ้งทุกครั้ง ; ท่านนำสิ่งของที่ใช้ได้กลับมาใช้ใหม่ เช่น ถุงพลาสติก ( $\bar{X} = 2.98$  ; S.D = 1.57) และ ท่านไม่ซื้อ / ไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ที่กำจัดยาก เช่น โฟม พลาสติก ( $\bar{X} = 2.85$  ; S.D = 0.35) ตามลำดับ และสำหรับข้อที่มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติต่ำสุด คือ ท่านนำขยะมูลฝอยประเภทใบไม้ / หญ้า / มูลสัตว์ / เศษอาหารมาทำปุ๋ยหมัก ( $\bar{X} = 2.75$  ; S.D = 0.43) รองลงมาคือ ท่านนำตะกร้า หรือกระเป๋าคloth เมื่อไปจ่ายตลาด ( $\bar{X} = 2.71$  ; S.D = 0.48) และท่านไม่กำจัดขยะมูลฝอยโดยวิธีการเผากลางแจ้ง ( $\bar{X} = 1.13$  ; S.D = 0.46)

โดยจะมีคณะกรรมการในชุมชนที่แต่งตั้งมารับการบริจาคขยะจากประชาชน และมีการคัดแยกขยะให้ถูกต้องตามและประเภท จากนั้นนำขยะไปขายและนำเงินมาเข้าบัญชีของชุมชนเพื่อจ่ายเป็นสวัสดิการให้กับชุมชน และมีสวัสดิการต่างๆ ที่ชุมชนได้รับ มีดังนี้ (1) สวัสดิการสำหรับเด็กแรกเกิด ช่วยค่าทำขวัญเด็กรายละ 500 บาท แม่ได้ค่าอนโรงพยาบาลและญาติได้ค่าเผ่าไข้ ตามจำนวนวันที่เข้ารับการรักษา (2) สวัสดิการเจ็บป่วยนอนโรงพยาบาล จ่ายค่าอนโรงพยาบาลไม่เกิน 10 คืน คืนละ 200 บาท (3) สวัสดิการญาติผู้ป่วยคนเผ่าไข้ ได้รับค่าเผ่าไข้ไม่เกิน 10 คืน คืนละ 100 บาท (4) สวัสดิการ ตาย ช่วยค่าทำศพ รายละ 2,000 บาท ประชาชนได้ทำการคืนถังขยะให้กับองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านขาม และประชาชนได้ทำการกำจัดวิธีขยะด้วยตนเอง คือการสร้างคอกเก็บใบไม้ เศษอาหาร เพื่อทำเป็นปุ๋ยหมัก และทำการคัดแยกขยะในครัวเรือนด้วยตนเอง

## อภิปราย

ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชน ประชาชนมีความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยอยู่ในระดับสูง ตามลำดับซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกรรณิการ์ บุตรเอก (2555) ได้ศึกษาสถานการณ์การจัดการขยะมูลฝอยของมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปริมาณและองค์ประกอบของขยะมูลฝอย ระบบการจัดการขยะมูลฝอยปัญหาการจัดการขยะมูลฝอย และการมีส่วนร่วมในการลดปัญหาขยะมูลฝอยของประชาชนในมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม (ส่วนทะเลแก้ว) จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ขยะมูลฝอยทั้งหมดมีปริมาณเฉลี่ย 684.85 กิโลกรัม/วัน โดยหอพักนักศึกษาทะเลแก้ววันเวมมีขยะมูลฝอยเกิดขึ้นมากที่สุดเฉลี่ย 168.20 กิโลกรัม/วัน สำหรับองค์ประกอบขยะ มูลฝอยที่พบมากที่สุด คือ ขยะอินทรีย์ มีปริมาณเฉลี่ย 293.07 กิโลกรัม/วัน หรือคิดเป็นร้อยละ 42.79

เจตคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชน อยู่ในระดับเจตคติดี พบว่าสามารถมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหามูลฝอยในชุมชนได้ รองลงมา การนำขยะไปขายเป็นการเพิ่มรายได้ให้กับครอบครัว และการคัดแยกขยะสามารถลดปริมาณขยะมูลฝอยก่อนนำไปกำจัดได้ ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกานแก้ว ปัญญาไทย (2554) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการขยะมูลฝอยในพื้นที่เขตเทศบาลตำบลเกาะคา จังหวัดลำปาง การนำขยะไปใช้ประโยชน์อยู่ในระดับสูง พฤติกรรมการกำจัดขยะภายในครัวเรือนของชุมชน มีการคัดแยกขยะ มีการทำซ้ำสมาชิกในครอบครัวคัดแยกขยะก่อนทิ้ง ขยะเปียกจะบรรจุถึงลงถังเทศบาล ขยะแห้งบางส่วนนำไปกำจัดโดยการเผา ขยะรีไซเคิลเก็บรวบรวมไว้เพื่อขาย บางส่วนนำกลับมาใช้ใหม่ พฤติกรรมการกำจัดขยะภายในครัวเรือนอย่างถูกต้อง

การปฏิบัติในการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชนประชาชนมีการปฏิบัติตัวในการจัดการขยะมูลฝอยอยู่ในระดับการปฏิบัติตัวดีตามลำดับสอดคล้องกับงานวิจัยของศศิพร แก้วพินิจ (2555) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องความร่วมมือระหว่างประชาชนกับภาครัฐในการลดปริมาณขยะ กรณีศึกษาเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ จากการศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชาชนที่อาศัยในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่จำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า ขยะที่พบมากที่สุดคือ ขยะประเภทขวดพลาสติก/ ถุงใส่อาหาร รองลงมาภายในครัวเรือนจะพบขยะประเภทเศษอาหาร/เศษผัก มีการกำจัดโดยนำไปใส่ถุงดำก่อนทิ้งขยะส่วนประเภท เศษผักมีการกำจัดโดยนำไปทิ้งนอกบ้านตามพื้นที่รกร้างส่วนขยะประเภทหนังสือเก่า เศษกระดาษจะกำจัดโดยการเผาใน 1 รอบสัปดาห์ ส่วนใหญ่มีการทิ้งขยะประมาณวันละ 2-3 ครั้ง การมีส่วนร่วมในการลดปริมาณขยะคิดเป็นร้อยละ 72 วิธีที่นิยมมากที่สุด 2 วิธี คือคัดแยกขยะก่อนทิ้ง และลดการเกิดมูลฝอย ปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการลดปริมาณขยะ คือ การมีจิตสำนึกต่อสิ่งแวดล้อม

สถานการณ์เกี่ยวกับขยะมูลฝอยเป็นชุมชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล มีการเก็บขยะมูลฝอยโดยองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านขามใช้รถเก็บขยะมูลฝอยเป็นรถบรรทุกขยะแบบรถเพื่อการเกษตร (อีแต่น) ขนาดความจุไม่น้อยกว่า 6 ลบ.ม.จำนวน 1 คัน จำนวน 1 คัน เข้าเก็บสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เนื่องจากองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านขามมีพื้นที่รับผิดชอบในการเก็บขยะทั้งหมดภายในเขตตำบลจึงทำให้รถที่มีอยู่ไม่เพียงพอกับการเก็บขนปริมาณขยะที่เกิดขึ้นทุกวัน จึงทำให้มีสภาพปัญหาขยะมูลฝอยตกค้างในชุมชนบ้านโนนพยอม และชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย คือ การเสียค่าธรรมเนียมในการจัดเก็บขยะมูลฝอยหลังคาเรือนละ 20 บาท/เดือน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Imam, et al A. (2007) ได้ศึกษาเรื่องการจัดการขยะมูลฝอยที่เมืองอาบูจา ประเทศไนจีเรียและให้ข้อเสนอแนะว่า การจัดการขยะมูลฝอย ควรต้องดำเนินงานดังนี้ การบริการเก็บขนขยะมูลฝอยรถเก็บขยะมูลฝอยต้องเหมาะสมกับสภาพของท้องถิ่นและพร้อมรับมือกับปริมาณขยะที่เพิ่มมากขึ้นมีการค้นหาแหล่งกำเนิดขยะให้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้ ลดปริมาณขยะที่ต้องกำจัดให้น้อยลงให้ความสำคัญกับความร่วมมือของคนในชุมชนทั้งกลุ่มที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ พนักงานเก็บขยะและเจ้าหน้าที่ต้องเพิ่มอัตราการนำขยะกลับมาใช้ใหม่ ให้มีการส่งเสริมตลาดรับซื้อวัสดุรีไซเคิล จัดระบบกำจัดขยะที่ถูกสุขลักษณะและพร้อมปฏิบัติงานได้จริง จัดการขยะมูลฝอยที่ตกค้างตามที่ต่างๆ เช่น ตามถนน ใต้สะพาน ทางระบายน้ำให้สะอาด ส่งเสริมการหมักเศษพืชผักให้เป็นปุ๋ยด้วยวิธีง่ายๆ และใช้พื้นที่น้อย เพื่อให้เกิดรายได้และบรรเทาความยากจน มีการบังคับใช้กฎหมายและกำหนดนโยบายที่ถูกต้อง รวมทั้งกำหนดกรอบแผนงานที่ชัดเจน ควบคุมการใช้ที่ดินที่ไม่ถูกต้อง ข้อมูลประชากร เป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องรู้ เพื่อให้สามารถจัดทำแผนจัดบริการสาธารณสุขไปภาคที่เหมาะสม ต้องมีการเตรียมเงินทุนสำรองที่เพียงพอสำหรับการจัดการปัญหาที่ใหญ่กว่าและทำหายกว่าที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต



ผลการใช้กระบวนการ AIC เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนพบว่า การวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการขยะมูลฝอยโดยเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ตามขั้นตอนดำเนินงานที่กำหนดไว้ ได้แก่ การสนทนากลุ่ม การจัดประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม และการนำแผนงานโครงการที่ได้ร่วมกันกำหนดขึ้นไปปฏิบัติให้เกิดผลปรากฏชัดเจน พบว่า ตัวแทนครัวเรือนและตัวแทนแกนนำชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการประชุมทุกขั้นตอน ซึ่งดูได้จากการสะท้อนความรู้สึกในการประชุม การสนทนากลุ่ม และจากการสังเกต โดยเริ่มจากการค้นหาปัญหา การวิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางในการแก้ไขและการจัดทำแผนปฏิบัติงาน รวมทั้งการนำแผนงานไปปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในการประชุมทุกขั้นตอนเป็นการสร้างโอกาสให้ตัวแทนครัวเรือน ตัวแทนแกนนำชุมชน ตัวแทนนักเรียน และตัวแทนหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมด้วยความยินดีและเต็มใจ เปิดโอกาสให้ทุกคนได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์สามารถนำเสนอแนวคิดของตนเองให้กลุ่มมีความเข้าใจในสภาพปัญหาความต้องการและข้อจำกัดที่มีอยู่จนทำให้เกิดโครงการต่างๆ และได้นำมาแก้ไขปัญหายขยะมูลฝอย โดยได้รับความร่วมมือดำเนินการจากประชาชนในชุมชนเป็นอย่างดี สอดคล้องกับงานวิจัยของกัญญา จาอ้าย (2554) ได้ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชนสันกลาง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การใช้ A-I-C เป็นกระบวนการทำให้กลุ่มตัวอย่าง ผู้นำ ชาวบ้าน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลมีส่วนร่วมในการรับรู้ถึงปัญหากำหนดเป้าหมาย คิดค้นวิธีการแก้ปัญหา และการดำเนินการแก้ไขปัญหายขยะมูลฝอย และทำให้เกิดกิจกรรมโครงการที่ได้ดำเนินงานในชุมชน คือ 1) โครงการให้ความรู้เกี่ยวกับขยะและการจัดการขยะ 2) โครงการจัดตั้งกองทุนขยะ 3) โครงการหน้าบ้านนำมอง จากการติดตามการดำเนินโครงการพบว่า คณะผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล และผู้นำชาวบ้านได้ไปทัศนศึกษาดูงานการจัดการขยะ ได้จัดตั้งกองทุนขยะ และได้ริเริ่มโครงการฝึกอบรมการทำขยะเป็นปุ๋ยหมักชีวภาพ เอ็นไซม์และบำบัดของเสีย รวมทั้งได้ดำเนินโครงการหน้าบ้านนำมอง ซึ่งสรุปว่าเทคนิค A-I-C ทำให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมก่อให้เกิดการยอมรับและรู้สึกรู้ว่าเป็นเจ้าของปัญหา อันนำไปสู่การแก้ไขปัญหาร่วมกัน

### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างสูงจากอาจารย์ ดร.วลัญชญา เขตบำรุง อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และอาจารย์ ดร.ธีรยุทธ อุดมพรอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาเสียสละเวลาให้คำปรึกษาแนะนำที่เป็นประโยชน์ รวมถึงถ่ายทอดความรู้ในกระบวนการศึกษากระบวนการคิดตลอดจนช่วยตรวจสอบ วิจัยในครั้งนี้จนเสร็จสมบูรณ์เรียบร้อย นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมศักดิ์ พิทักษ์นัฐันต์ คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และ รศ.ดร.ณภัทร น้อยน้ำใส มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ที่เสียสละเวลาในการเป็นคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ตลอดจนขอคิดและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการวิจัยให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นในครั้ง

## การอ้างอิง

1. กรมควบคุมมลพิษ. (2557). สถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2556. สืบค้นเมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2557.
2. จรรยา ปานพรม.(2554).การมีส่วนร่วมในการคัดแยกขยะมูลฝอยของครัวเรือน : เทศบาลตำบลคลองจิก อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิชาการค้นคว้าอิสระเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (การจัดการสิ่งแวดล้อม) คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์พ.ศ. 2554.
3. ดวงใจ ปินตามูล.(2555).การจัดการขยะมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมของประชาชนในองค์การบริหารส่วนตำบล บ้านโสก อำเภอลำลูก จังหวัดเพชรบูรณ์.สาขาวิชาการบริหารการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัย ราชภัฏเพชรบูรณ์.
4. พัชรี ไกรแก้ว, (2550). พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของแม่บ้าน กรณีศึกษา: แม่บ้านเขตเทศบาลตำบลบางปู อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
5. พิเชษฐ คงนอก. (2555). การจัดการขยะชุมชน เทศบาลตำบลดอนหวาย อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์วิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
6. พีรยา วัชรไทย์. (2556). การจัดการขยะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: กรณีศึกษา เทศบาลตำบลเมืองแก่ง จังหวัดระยอง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. พฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในอำเภอบางปะอิน จังหวัดพิจิตร.
7. ร้อยโทจิรวัฒน์ พูลทรัพย์. (2550). พฤติกรรมการจัดการขยะของผู้พักอาศัยในอาคารที่พักข้าราชการกรมพลธิการทหารบก. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร.
8. สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดลพบุรี. (2555). แผนบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดลพบุรี พ.ศ. 2555 - 2559. ลพบุรี.
9. สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2555). แผนจัดการคุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2555 - 2559. กรุงเทพมหานคร.

# การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงด้านการยศาสตร์ในกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพแกะกระเทียม

## Modification of health Behavior of ergonomics risk in Garlic casing occupational

พานิช แก่นกาญจน์ เศรษฐศักดิ์ โพธิ์โน นฤมล หงษา พนิดา แทนนอก ออรอนงค์ เบียดนอก  
สาขาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล  
E-mail: panich\_kea@vu.ac.th

### บทคัดย่อ

โครงการวิจัยเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงด้านการยศาสตร์ในกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพแกะกระเทียม หมู่ที่ 6 บ้านโคกไผ่ ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา มีวัตถุประสงค์เพื่อลดความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ในกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพแกะกระเทียม จากการสำรวจและการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพแกะกระเทียม พบว่าการยศาสตร์เป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขเป็นอันดับแรก ปัญหาที่พบได้แก่ สถานีงานไม่เหมาะสม ท่าทางการทำงานไม่เหมาะสม ซึ่งส่งผลทำให้เกิดการบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจากการทำงาน เช่น ปวดต้นคอ ปวดกล้ามเนื้อบริเวณไหล่ทั้งสองข้าง มีอาการปวดเมื่อยบริเวณหลังส่วนล่างหรือบั้นเอว และอาการปวดข้อมือจากการหยิบจับอุปกรณ์ ชิ้นงาน การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ ด้วยแบบประเมินของ RULA และประเมินภาระงานของกล้ามเนื้อโดยใช้แบบสอบถามมาตรฐานการวิเคราะห์อาการผิดปกติของกล้ามเนื้อ เพื่อสำรวจปัญหา และดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงด้านการยศาสตร์โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับท่าทางการทำงานและปรับเปลี่ยนสถานีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ โดยดำเนินการศึกษาช่วงเดือนมิถุนายน 2560 ถึง เดือนกันยายน 2560 ในกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพแกะกระเทียม จำนวน 7 คน

ผลการศึกษาพบว่า สถานีงานและสภาพแวดล้อมการทำงานที่มีความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ 3 ลำดับแรกได้แก่ ไม่มีพนักพิง ไม่มีเบาะรองนั่ง และพื้นที่ทำงานไม่เหมาะสม จึงมีการปรับปรุงสถานีงานและสภาพแวดล้อม คิดเป็นร้อยละ 100 ผลการสำรวจท่าทางการทำงาน พบความเสี่ยงสูงสุด 3 ลำดับแรกได้แก่ มีการยกย้ายถุงบรรจุกระเทียม มีการทำงานต่อเนื่องมากกว่า 2 ชั่วโมงโดยไม่หยุดพัก และมีการบิดเอี้ยวตัวขณะทำงาน ภายหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบพฤติกรรมเสี่ยงลดลง คิดเป็นร้อยละ 71.4 57.1 และ 42.9 ตามลำดับ ผลการสำรวจภาระงานของกล้ามเนื้อก่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งด้านชายและขวา พบระดับความเจ็บปวดมากบริเวณหลังส่วนล่าง สะโพก/ต้นขา ไหล และเข่า ภายหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งด้านชายและขวา พบระดับความเจ็บปวดลดลงอยู่ในระดับปานกลางบริเวณคอ หลังส่วนล่าง และสะโพก/ต้น สำหรับผลการเปรียบเทียบระดับความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ พบว่าระดับความเสี่ยงมีค่าลดลง แสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้ประกอบการอาชีพแกะกระเทียมมีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ทั้งนี้ควรมีการออกแบบสถานีงานให้ผู้ประกอบการอาชีพแกะกระเทียมนั่งโต๊ะทำงานที่มีพื้นที่สะดวกต่อการปฏิบัติงานเพื่อลดความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ต่อไป

คำสำคัญ : การยศาสตร์ แรงงานนอกระบบ

## บทนำ

ในปัจจุบันผลจากการสำรวจแรงงานนอกระบบในปี 2559 พบว่ามีจำนวนผู้ทำงานทั้งสิ้น 38.3 ล้านคน แรงงานนอกระบบ 21.3 ล้านคน หรือร้อยละ 55.6 โดยปัญหาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยที่แรงงานนอกระบบประสบมากที่สุดคือ อิริยาบถในการทำงาน คิดเป็นร้อยละ 46.8 และมีแสงสว่างไม่เพียงพอ ร้อยละ 13<sup>1</sup>

จากสถิติการประสบอันตรายจากอิริยาบถในการทำงาน<sup>1</sup> พบว่าปัญหาด้านการยศาสตร์ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน กล่าวคือผู้ปฏิบัติงานอาจมีท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม (awkward posture) เช่น มีการโน้มตัวไปด้านข้างหน้า กางแขนข้อศอกและไหล่ หรือบิดข้อมือมากเกินไปขณะที่หยิบจับอุปกรณ์และชิ้นงาน ท่าทางการเคลื่อนไหวซ้ำๆ สิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุของการเกิดความผิดปกติโครงสร้างกล้ามเนื้อ<sup>2</sup> หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำงานเช่น สถานีงาน สภาพแวดล้อมการทำงานที่เกี่ยวข้องเช่น เสียงที่ดังเกินไป แสงสว่างไม่เพียงพอและอากาศที่ร้อนเกินไปที่ส่งผลกระทบต่อผู้ปฏิบัติงาน<sup>3</sup>

จากการสำรวจและการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพแกะกระเทียม หมู่ที่ 6 ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา โดยการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพแกะกระเทียม พบว่าปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขเป็นอันดับแรกคือ สถานีการทำงานที่ไม่เหมาะสม ท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม และ แบทที่เรียจากสภาพแวดล้อมการทำงานซึ่งนำมาสู่การบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจากการทำงาน เช่น ปวดต้นคอ ปวดกล้ามเนื้อบริเวณไหล่ทั้งสองข้าง หรือมีอาการปวดเมื่อยบริเวณหลังส่วนล่างหรือบั้นเอว และอาการปวดข้อมือจากการหยิบจับอุปกรณ์ ชิ้นงาน ขณะทำงานที่ติดต่อกันเป็นเวลานานๆ การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ โดยนำแบบประเมินของ RULA มาใช้ในการประเมินความเสี่ยง และประเมินความไม่สบายจากการทำงานโดยใช้แบบสอบถามมาตรฐานการวิเคราะห์อาการผิดปกติของกล้ามเนื้อ ในกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพแกะกระเทียม เพื่อเสนอแนะแนวทางการป้องกันแก้ไขปัญหาดังกล่าวตามหลักการยศาสตร์ต่อไป

## วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ในการทำงาน
- 2) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงด้านการยศาสตร์ในการทำงาน
- 3) เพื่อลดความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ในการทำงาน

## วิธีดำเนินงาน

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi – experiment) ด้วยการประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ของกลุ่มเพื่อประกอบอาชีพแกะกระเทียม โดยวิเคราะห์พื้นที่การทำงาน และท่าทางการทำงาน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงด้านการยศาสตร์จากการทำงาน ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ คือ กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพแกะกระเทียม โดยใช้วิธีการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง จำนวน 7 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ Rapid Upper Limb Assessment (RULA) ใช้เก็บข้อมูลในการประเมินท่าทางการทำงาน

2) แบบสอบถามปัญหาด้านการยศาสตร์ 4-5 ดัดแปลงจาก เอกสารการสนทนารายวิชาการยศาสตร์ มหาวิทยาลัยโขชัยธรรมาธิราช, 2553 และการยศาสตร์ กิตติ อินทรานนท์, 2548 สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล รวม 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป สำหรับรวบรวมข้อมูลด้านปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนที่ 2 สถานีงานและสภาพแวดล้อมในการทำงาน ส่วนที่ 3 ท่าทางการทำงาน ส่วนที่ 4 ความไม่สบายจากการประกอบอาชีพแกะกระเทียม

ขั้นตอนการศึกษา

1) สํารวจข้อมูลและปัญหา โดยการลงพื้นที่สํารวจปัญหาและเก็บข้อมูลการทำงาน และสัมภาษณ์กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพแกะกระเทียม

2) ประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ด้วยแบบประเมิน RULA ก่อนและหลังการให้ความรู้ การปรับปรุงสถานีงานด้านสภาพแวดล้อมการทำงานและท่าทางการทำงาน ดำเนินการบันทึกภาพการทำงานของผู้ประกอบการอาชีพแกะกระเทียม พิจารณาท่าทางการทำงานโดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ท่าทางการทำงานด้านซ้ายและด้านขวาของผู้ปฏิบัติงาน และประเมินผลความเสี่ยงด้วยเทคนิค RULA

3) ลดความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับท่าทางการทำงานที่ถูกต้อง การปรับปรุงสถานีงานด้านสภาพแวดล้อมการทำงานและท่าทางการทำงานเพื่อลดความเมื่อยล้าจากการทำงาน 3.1) การปรับสภาพแวดล้อม โดยการเพิ่มพื้นที่การทำงานให้สะดวกต่อการเคลื่อนไหวร่างกาย 3.2) การปรับสถานีงาน โดยเพิ่มเบาะรองนั่งเพื่อลดการกดทับบริเวณสะโพกและต้นขา 3.3) การให้ความรู้กับผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับท่าทางการทำงานที่ถูกต้อง เพื่อลดความเสี่ยงด้านการยศาสตร์

4.4 การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับ และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ สำหรับสถิติเชิงอนุมาน กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05



## ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนสูงส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 151-160 เซนติเมตร คิดเป็นร้อยละ 57.1 มีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.9 น้ำหนักเฉลี่ย 65.8 จบการศึกษาระดับปฐมนศึกษาที่ 6 คิดเป็นร้อยละ 85.7 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 71.4 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 71.4 ช่วงเวลาการนั่งแคะกระเทียมต่อวัน 8-10 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 100 มีรายได้หลักจากการประกอบอาชีพแคะกระเทียม คิดเป็นร้อยละ 57.1 และรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 2,143.1 บาท

สถานีนงานและสภาพแวดล้อมในการทำงาน

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละผลการประเมินสถานีนงานและสภาพแวดล้อมในการทำงานก่อน-หลังการปรับปรุงสถานีนงาน (n=7)

รายการ	ก่อน	หลัง
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
ความกว้างพื้นที่การนั่งทำงานเหมาะสม	4 (57.1)	7(100)
มีแสงสว่างส่องผ่านมาถึงจุดที่ทำงาน	6(85.7)	7(100)
พื้นที่นั่งทำงานสามารถเปลี่ยน อิริยาบถได้สะดวก	5(71.4)	7(100)
พื้นที่ทำงานมีสภาพอากาศไม่ร้อนหรือเย็นเกินไป	3(42.9)	6(85.7)
พื้นที่นั่งทำงานมีพนักพิง	-	7(100)
พื้นที่นั่งทำงานมีเบาะรองนั่ง	1(14.3)	7(100)
ระยะห่างระหว่างตากับชิ้นงานเหมาะสม	6(85.7)	7(100)

จากตารางที่ 1 พบว่า พื้นที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ไม่มีพนักพิงและไม่มีเบาะรองนั่ง คิดเป็นร้อยละ 100 และ 87.7 ตามลำดับ

## ท่าทางการทำงาน

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของท่าทางการทำงานก่อน-หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงด้านการยศาสตร์ (n=7)

รายการ	ก่อน	หลัง
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
มีการก้มคอไปข้างหน้าในการทำงาน	7(100)	7(100)
มีการทำงานของศีรษะและลำตัวอยู่นิ่งนานเกิน 1 นาที	1(14.3)	1(14.3)
ขณะนั่งทำงานมีการเคลื่อนไหวของศีรษะและลำตัวซ้ำๆ มากกว่า 3 ครั้งต่อนาที	6(85.7)	5(71.4)
มีการหมุนลำตัวหรือบิดลำตัวขณะทำงาน	7(100)	4(57.1)
มีการยกไหล่ขณะแกะกระเทียม	5(71.4)	4(57.1)
มือมีการใช้แรงอยู่นิ่งนานเกิน 1 นาที	2(28.6)	4(57.1)
มือมีการเคลื่อนไหวซ้ำไปมา 4 ครั้งต่อนาที หรือมากกว่า	6(85.7)	7(100)
มีการเอื้อมไปจับกระเทียมฝั่งตรงข้าม	7(100)	5(71.4)
มีการยก ย้าย ถูที่ใช้บรรจุกระเทียม	6(85.7)	1(14.3)
ทำงานต่อเนื่องกันมากกว่า 2 ชั่วโมง	5(71.4)	1(14.3)

จากตารางที่ 2 พบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงด้านการยศาสตร์เกี่ยวกับท่าทางการทำงาน โดยพนักงานลดพฤติกรรมการบิดลำตัวและลดการยกไหล่ขณะทำงาน รวมถึงลดงานยกย้ายถุงบรรจุกระเทียม เพื่อลดความเสี่ยงด้านการยศาสตร์เกี่ยวกับท่าทางการทำงานได้

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของภาระงานของกล้ามเนื้อด้านซ้ายก่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (n=7)

ส่วนของร่างกาย	ไม่รู้สึkpวด (ร้อยละ)	รู้สึkpวด เล็กน้อย (ร้อยละ)	รู้สึkpวด ปานกลาง (ร้อยละ)	รู้สึkpวดมาก (ร้อยละ)
คอ	-	1 (14.3)	6 (85.7)	-
ไหล่	1 (14.3)	4 (57.1)	2 (28.6)	-
หลังส่วนบน	2 (28.6)	5 (71.4)	-	-
ข้อศอก	7 (100)	-	-	-
ข้อมือ/มือ	3 (42.8)	2 (28.6)	2 (28.6)	-
หลังส่วนล่าง	-	1 (14.3)	2 (28.6)	4 (57.1)
สะโพก/ต้นขา	-	1 (14.3)	4 (57.1)	2 (28.6)
เข่า	4 (57.1)	2 (28.6)	-	1 (14.3)
ข้อเท้า/เท้า	7 (100)	-	-	-

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ประกอบอาชีพแกะกระเทียมก่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านซ้าย มีอาการปวดมาก บริเวณหลังส่วนล่าง สะโพก/ต้นขา และข้อเท้า/เท้า คิดเป็นร้อยละ 57.1 28.6 และ 14.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของภาระงานของกล้ามเนื้อด้านซ้ายหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (n=7)

ส่วนของร่างกาย	ไม่รู้สีกปวด (ร้อยละ)	รู้สีกปวดเล็กน้อย (ร้อยละ)	รู้สีกปวดปานกลาง (ร้อยละ)
คอ	-	2 (28.6)	5 (71.4)
ไหล่	1 (14.3)	6 (85.7)	-
หลังส่วนบน	3 (42.9)	4 (57.1)	-
ข้อศอก	7 (100)	-	-
ข้อมือ/มือ	3 (42.9)	4 (57.1)	-
หลังส่วนล่าง	-	2 (28.6)	5 (71.4)
สะโพก/ต้นขา	-	5 (71.4)	2 (28.6)
เข่า	6 (85.7)	1 (14.3)	-
ข้อเท้า/เท้า	7 (100)	-	-

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ประกอบอาชีพแกะกระเทียมหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านซ้าย มีอาการปวดปานกลาง บริเวณคอ หลังส่วนล่าง และสะโพก/ต้นขา คิดเป็นร้อยละ 71.4 71.4 และ 28.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของภาระงานของกล้ามเนื้อด้านขวาก่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (n=7)

ส่วนของร่างกาย	ไม่รู้สีกปวด (ร้อยละ)	รู้สีกปวด เล็กน้อย (ร้อยละ)	รู้สีกปวด ปานกลาง (ร้อยละ)	รู้สีกปวดมาก (ร้อยละ)
คอ	-	-	7 (100)	-
ไหล่	-	4 (57.1)	2 (28.6)	1 (14.3)
หลังส่วนบน	1 (14.3)	5 (71.4)	1 (14.3)	-
ข้อศอก	7 (100)	-	-	-
ข้อมือ/มือ	3 (42.9)	2 (28.6)	2 (28.6)	-
หลังส่วนล่าง	-	-	3 (42.9)	4 (57.1)
สะโพก/ต้นขา	-	1 (14.3)	4 (57.1)	2 (28.6)
เข่า	4 (57.1)	2 (28.6)	1 (14.3)	-
ข้อเท้า/เท้า	7 (100)	-	-	-

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ประกอบอาชีพแกะกระเทียมก่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านขวา มีอาการปวดมาก บริเวณไหล่ หลังส่วนล่าง และสะโพก/ต้นขา คิดเป็นร้อยละ 14.3 57.1 และ 28.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของภาระงานของกล้ามเนื้อด้านขวาหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (n=7)

ส่วนของร่างกาย	ไม่รู้สีกปวด (ร้อยละ)	รู้สึกปวดเล็กน้อย (ร้อยละ)	รู้สึกปวดปานกลาง (ร้อยละ)
คอ	-	2 (28.6)	5 (71.4)
ไหล่	-	6 (85.7)	1 (14.3)
หลังส่วนบน	3 (42.9)	4 (57.1)	-
ข้อศอก	7 (100)	-	-
ข้อมือ/มือ	4 (57.1)	3 (42.9)	-
หลังส่วนล่าง	-	3 (42.9)	4 (57.1)
สะโพก/ต้นขา	-	5 (71.4)	2 (28.6)
เข่า	6 (85.7)	1 (14.3)	-
ข้อเท้า/เท้า	7 (100)	-	-

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ประกอบอาชีพแกะกระเทียมหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านขวา มีอาการปวดปานกลาง บริเวณคอ ไหล่ หลังส่วนล่าง และสะโพก/ต้นขา คิดเป็นร้อยละ 71.4 14.3 57.1 และ 28.6 ตามลำดับ

ระดับความเสี่ยงด้านการยศาสตร์จากผลการประเมินด้วยแบบประเมิน RULA มีรายละเอียดดังนี้ ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของระดับความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ ก่อน-หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (n=7)

ระดับ ความเสี่ยง	ก่อน		หลัง	
	ชาย คน(ร้อยละ)	ขวา คน(ร้อยละ)	ชาย คน(ร้อยละ)	ขวา คน(ร้อยละ)
4	4(57.1)	7(100)	-	1(14.3)
3	3(42.9)	-	3(42.9)	4(57.1)
2	-	-	4(57.1)	2(28.6)
รวม	7(100)	7(100)	7(100)	7(100)

จากตารางที่ 7 พบว่า ก่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของ ผู้ประกอบอาชีพแกะกระเทียม งานมีปัญหาด้านการยศาสตร์ (ระดับความเสี่ยง 4) ด้านชายคิดเป็นร้อยละ 57.1 ด้านขวาคิดเป็นร้อยละ 100 หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม งานมีปัญหาด้านการยศาสตร์ (ระดับความเสี่ยง 4) ด้านขวาคิดเป็นร้อยละ 14.3 งานเริ่มมีปัญหาด้านการยศาสตร์ (ระดับความเสี่ยง 3) ด้านชายคิดเป็นร้อยละ 42.9



เปรียบเทียบผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงด้านการยศาสตร์ จากผลการศึกษาก่อนและหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงด้านการยศาสตร์ สามารถเปรียบเทียบผลการศึกษา ก่อนและหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้สถิติ Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 8 ผลการเปรียบเทียบระดับความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ด้านซ้ายและขวา ก่อน-หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (n=14)

ระดับความเสี่ยง	ก่อน (ร้อยละ)	หลัง (ร้อยละ)	Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks	p-value
4	11(78.57)	1(7.14)	91	<0.005
3	3(21.43)	7(50.00)		
2	-	6(42.86)		
รวม	14(100)	14(100)		

จากตารางที่ 8 ผลการเปรียบเทียบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงด้านการยศาสตร์ของผู้ประกอบอาชีพแกะกระเทียม พบว่าระดับความเสี่ยงด้านการยศาสตร์หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีค่าลดลง แสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้ประกอบอาชีพแกะกระเทียมมีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

### อภิปรายผล

ผลการประเมินสถานงานและสภาพแวดล้อมในการทำงาน พบว่า สถานงานและสภาพแวดล้อมการทำงานที่มีความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ 3 ลำดับแรกได้แก่ ไม่มีพนักพิง ไม่มีเบาะรองนั่ง และพื้นที่ทำงานไม่เหมาะสม จึงมีการปรับปรุงสถานงานและสภาพแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งผลการศึกษาปัจจัยสภาพแวดล้อมการทำงานของชุดมา มาลัย 6 พบว่า สภาพแวดล้อมในการทำงานส่งผลต่อขวัญกำลังใจของผู้ปฏิบัติงาน และช่วยให้มีประสิทธิภาพในการทำงานเพิ่มขึ้น

ผลการประเมินท่าทางการทำงาน ก่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่ากลุ่มผู้มีอาชีพแกะกระเทียมมีพฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับ การบิดเอี้ยวตัวขณะทำงาน มีการยกย่ำงูบรจกระเทียมด้วยแรงคน และมีการทำงานต่อเนื่องกันเกินกว่า 2 ชั่วโมงโดยไม่หยุดพัก คิดเป็นร้อยละ 100 85.7 และ 71.4 หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดลงคิดเป็นร้อยละ 57.1 14.3 และ 14.3 ตามลำดับ

ภาระงานของกล้ามเนื้อ ผลการสำรวจภาวะความไม่สบายก่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งด้านชายและขวา พบระดับความเจ็บปวดมากบริเวณหลังส่วนล่าง สะโพก/ต้นขา ไหล และเข่า หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งด้านชายและขวา พบระดับความเจ็บปวดลดลงอยู่ในระดับปานกลางบริเวณคอ หลังส่วนล่าง และสะโพก/ต้น ซึ่งเกิดจากท่าทางการนั่งของผู้ประกอบอาชีพแกะกระเทียม เนื่องจากมีการนั่งทำงานบนพื้น ไม่มีพนักพิง และมีการกดทับบริเวณสะโพก/ต้นขา ไหล และเข่า ภายหลังจากปรับเปลี่ยนสถานางานพบว่าระดับการเจ็บปวดลดลง

ผลการประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ด้วย RULA ด้านชายและขวาพบว่า มีความเสี่ยงระดับ 4 มีปัญหาด้านการยศาสตร์ก่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คิดเป็นร้อยละ 78.57 หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คิดเป็นร้อยละ 7.14 และความเสี่ยงระดับ 3 งานเริ่มมีปัญหาด้านการยศาสตร์ก่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คิดเป็นร้อยละ 21.43 หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คิดเป็นร้อยละ 50.00 ซึ่งภายหลังจากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีระดับความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ลดลง

ผลการเปรียบเทียบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงด้านการยศาสตร์ พบว่าระดับความเสี่ยงมีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้ประกอบอาชีพแกะกระเทียมมีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานเพิ่มขึ้น

### **สรุปและข้อเสนอแนะ**

ผลการศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงด้านการยศาสตร์ของกลุ่มผู้ประกอบอาชีพแกะกระเทียม พบว่าพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานเพิ่มขึ้น ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการออกแบบโต๊ะปฏิบัติงานในกลุ่มผู้ประกอบอาชีพแกะกระเทียม โดยนำปัจจัยด้านการยศาสตร์มาพิจารณาการออกแบบให้เหมาะสมกับการปฏิบัติงานต่อไป

### **กิตติกรรมประกาศ**

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มผู้ประกอบอาชีพแกะกระเทียม ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมาทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์อย่างดียิ่ง และขอขอบคุณนายกองคกรบริหารส่วนตำบล ตลอดจนอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

## 9. การอ้างอิง

- [1] สำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม, รายงานประจำปี 2559 กองทุนเงินทดแทน, กรุงเทพมหานคร, กระทรวงแรงงาน, 2559
- [2] รุ่งกานต์ พลายแก้ว ชวพรรณ จันทรประสิทธิ์ และธานี แก้วธรรมบุญ, “ท่าทางการทำงานและกลุ่มอาการผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อในกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพอาหารา”, เชียงใหม่: พยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เล่มที่ 40 ฉบับที่ 1, 2556.
- [3] รัตนาภรณ์ อมรรัตนไพจิตร และสุดติดา กรุงไกรวงศ์, “การยศาสตร์ในสถานที่ทำงาน”, กรุงเทพฯ; บริษัทเรียงสาม กราฟฟิค ดีไซน์ จำกัด, 2544.
- [4] มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมิกราชสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ, เอกสารการสอนชุดวิชาการยศาสตร์ หน้าที่ 8-15”, นนทบุรี; 2553.
- [5] กิตติ อินทรานนท์, “การยศาสตร์”, กรุงเทพฯ, แอคทีฟ พรินท์; 2548.
- [6] ชุตินา มาลัย. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความพึงพอใจในการทำงานและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรกับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเครือข่าย. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2538.

## ทัศนคติของผู้สูงอายุต่อปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

กัญนิกา อยู่สำราญ ศุภขร บุญมาลี นิตยา เขลากระโทก ศรีสกุล ชนะพันธุ์  
 สาขาสารสนเทศศาสตร์ คณะสารสนเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล  
 E-mail: kannika\_yoo@vu.ac.th

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยนำปัจจัยเอื้อปัจจัยเสริมที่มีผลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 69 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ค่าไคสแควร์ (Chi - Square)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.4 อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 52.2 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 88.4 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 84.1 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 43.5 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 รายได้ต่อเดือน 1,001-3,000 บาท ร้อยละ 36.2 รายได้ต่ำสุด 700 บาท และ รายได้สูงสุด 9,000 บาท รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 2,573.91 บาท แหล่งที่มาของรายได้มาจากแหล่งอื่นๆ เช่น รับจ้าง ค้าขาย ร้อยละ 42.2 รายรับไม่เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 60.9 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 62.3 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.2 ปัจจัยนำความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า พบว่า มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 66.6 ปัจจัยนำความเชื่อเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า พบว่า มีความเชื่อระดับปานกลาง ร้อยละ 47.8 ( $\bar{X} = 2.08$ ) ปัจจัยนำทัศนคติเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า พบว่า มีระดับทัศนคติอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 47.8 ( $\bar{X} = 2.16$ ) ด้านปัจจัยเอื้อ มีการเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิต่ำ ร้อยละ 64.2 ( $\bar{X} = 2.47$ ) ด้านปัจจัยเสริม มีการได้รับแรงสนับสนุนระดับน้อย ร้อยละ 46.3 ( $\bar{X} = 1.85$ )

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า , ผู้สูงอายุ



## บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 เมื่อสัดส่วนประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) สูงถึงร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และในปี 2564 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 20 และอีก 7 ปีข้างหน้า คาดว่าจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอดในอีกไม่ถึง 20 ปีข้างหน้า เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด<sup>10</sup> จากการคาดการณ์ประมาณประชากรของประเทศไทย ปี 2553-2583 พบว่าในปี พ.ศ. 2557 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 9.9 ล้านคนหรือ 15% ของประชากรทั้งหมด8 จากการรายงานผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพ ปี พ.ศ. 2556 พบว่า ปัญหาด้านจิตใจหรือพฤติกรรม ร้อยละ 2.610

จากการรายงานการศึกษาสถานการณภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่นครชัยบุรีนทร์ช่วงเดือนกรกฎาคม 2555 พบว่า จังหวัดนครราชสีมา มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 43 รองลงมาจังหวัดชัยภูมิ มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 24 และน้อยที่สุดคือจังหวัดบุรีรัมย์มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 15 และพบว่ามีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 3.5 มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 0.7 และมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 0.1 จากการเปรียบเทียบผลรวมภาวะซึมเศร้าตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มที่มีอายุเพิ่มขึ้น ค่าเฉลี่ยของผลรวมภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น จึงต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีอายุ 61-70 ปี ร้อยละ 51.6 ลักษณะการเกิดโรคระดับบุคคลคือเมื่ออายุเพิ่มขึ้นก็จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ในระดับต่างกัน<sup>7</sup>

ทีมวิจัยจึงสนใจปัญหาด้านสุขภาพจิตที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมาเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ทำให้ลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และประเทศต่อไป

## วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ในผู้สูงอายุที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี



## วิธีดำเนินงาน

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสัมภาษณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ชุมชนแห่งหนึ่งจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 69 คนวิธีการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ ที่ผู้วิจัย ดัดแปลงมาจาก การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดอำนาจเจริญ โดย ศิริनुช ฉายแสง (2553) ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหากับข้อคำถาม เท่ากับ 0.50 และนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) ความรู้ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.84 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha) กรณีวัดทัศนคติและความเชื่อ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม เท่ากับ 0.758 , 0.722 , 0.706 และ 0.701 ตามลำดับ

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลทุกฉบับ และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่าไคสแควร์ (Chi - Square) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05



## 5. ผลการศึกษา

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.4 อายุ 60 – 69 ปี ร้อยละ 52.2 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 88.4 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 84.1 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 43.5 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 มีรายได้ต่อเดือน 1,001 – 3,000 บาท ร้อยละ 36.2 มีรายได้ต่ำสุด 700 บาท และรายได้สูงสุด 9,000 บาท รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 2,573.91 บาท แหล่งที่มาของรายได้มาจากแหล่งอื่นๆ เช่น รับจ้าง ค่าขาย ร้อยละ 42.2 รายรับไม่เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 60.9 ลักษณะครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 62.3 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.2

5.2 ข้อมูลทางปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าได้แบ่งเป็นระดับ ดังนี้

จากตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มีระดับความรู้สูง	14	20.3
มีระดับความรู้ปานกลาง	46	66.7
มีระดับความรู้ต่ำ	9	13.0
รวม	69	100

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 66.6

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับความเชื่อ

ระดับความเชื่อ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความเชื่อมาก	21	30.4
ระดับความเชื่อปานกลาง	33	47.8
ระดับความเชื่อน้อย	15	21.8
รวม	69	100

$\bar{X}$  รวม = 2.08      S.D. = 0.72

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีระดับความเชื่อปานกลาง ร้อยละ 47.8 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.08 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.72

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระดับทัศนคติ

ระดับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับทัศนคติสูง	33	47.8
ระดับทัศนคติปานกลาง	15	21.7
ระดับทัศนคติต่ำ	21	30.4
รวม	69	100

$\bar{X}$  รวม = 2.16      S.D. = 0.90

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีระดับทัศนคติอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 47.8 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.16 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.90

ข้อมูลทางปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีและเข้าถึงสถานบริการต่างๆ การมีและเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข ดังนี้

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของระดับปัจจัยเอื้อ

ระดับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิระดับสูง	45	64.2
การเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิระดับปานกลาง	12	17.4
การเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิระดับต่ำ	12	17.3
รวม	69	100

$\bar{X}$  รวม = 2.47      S.D. = 0.78

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีระดับการเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิระดับสูง ร้อยละ 64.2 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.47 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.78

ข้อมูลทางปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน ชาวบ้าน และครอบครัว ดังนี้

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของระดับปัจจัยเสริม

ระดับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การได้รับแรงสนับสนุนดี	20	29.0
การได้รับแรงสนับสนุนปานกลาง	17	24.6
การได้รับแรงสนับสนุนน้อย	32	46.3
รวม	69	100

$\bar{X}$  รวม = 1.85      S.D. = 0.85

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีการได้รับแรงสนับสนุนระดับน้อย ร้อยละ 46.3 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.85 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.85

ตารางที่ 6 ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ระดับของภาวะซึมเศร้า	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ตอบว่า 'มี' ตั้งแต่ 0-5 ข้อ)	69	100
มีภาวะซึมเศร้า (ตอบว่า 'มี' ตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป)	0	0
รวม	69	100

$\bar{X}$  รวม = 0.96      S.D. = 0.34

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ พบว่า ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 100 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.96 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.34

#### อภิปรายผล

ปัจจัยนำความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่บ้านกุดน้อย ตำบลกุดน้อย อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา พบว่า มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 66.6 เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอสม. เป็นประจำทุกเดือน ทำให้มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง สามารถนำความรู้ที่ได้มาจัดการไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ หยาตชล ทวีธนาวิชัย และมณฑา เฟ่งผล11 ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลลาดบัวขาว อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 273 คน เก็บข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม พบว่า ปัจจัยด้านความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกัน ผลเนื่องมาจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกัน

ปัจจัยนำความเชื่อเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ พบว่ามีความเชื่อเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  รวม = 2.08 S.D. = 0.72) เนื่องมาจาก พื้นที่ที่ทำการศึกษามีการคัดกรองภาวะซึมเศร้า เป็นประจำทุกปี และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม ในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นประจำทุกเดือน และส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีความเชื่อว่าการพึ่งทางพระพุทธศาสนาเป็นการป้องกันภาวะซึมเศร้า รองลงมาคือมีความเชื่อว่าย่าอายุมากขึ้นยังมีภาวะซึมเศร้าน่ามากขึ้น จากความเชื่อเหล่านี้ทำให้ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อในระดับปานกลาง ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ มุจรินทร์ พุทธิเมตตา6 ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลาง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 176 คน พบว่า ความเชื่อทางศาสนา มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ( $r = -0.179, p < 0.05$ )



ปัจจัยนำทัศนคติเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ พบว่ามีทัศนคติเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง เนื่องจาก พื้นที่ที่ทำการศึกษามีสภาพแวดล้อมที่ไม่วุ่นวาย มีการได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรในชุมชน และครอบครัวเป็นอย่างดี ทำให้มีความคิด และความรู้สึกไปในทางที่ดี และความพึงพอใจต่อสิ่งต่างๆ ที่มีต่อสภาพแวดล้อม จึงทำให้มีจิตใจ มีความคิด ความรู้สึกไปในทางที่ดี จึงส่งผลให้มีทัศนคติอยู่ในระดับสูง ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลงานวิจัย บุชบา พรหมจารี 4 ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลโคกกล่อ้ง อำเภอบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ กลุ่มตัวอย่าง 120 คนพบว่า ปัจจัยต่างๆไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยเอื้อต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีระดับการเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิในระดับสูง เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีการเข้าถึงบริการสถานที่ต่างและสถานบริการทางสาธารณสุข เป็นประจำอย่างต่อเนื่อง และเพียงพอต่อความต้องการ ไม่ว่าจะเป็นด้านเจ้าหน้าที่เพียงพอต่อการให้บริการ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการ จึงส่งผลให้มีการเข้าถึงบริการปฐมภูมิอยู่ในระดับสูง ซึ่งไม่สอดคล้อง กับผลงานวิจัย ธนัญพร พรหมจันทร์ ได้ศึกษาเรื่อง ภาวะซึมเศร้า ความว่าหวั่นและการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์ คนชราบ้านบางแค และที่พักผู้สูงอายุของเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 295 คน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าได้แก่ไม่เพียงพอต่อการบริการของเจ้าหน้าที่,ไม่เพียงพอใจต่อการให้คำปรึกษาและความใส่ใจจากเจ้าหน้าที่

ปัจจัยเสริมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ได้รับแรงสนับสนุนระดับน้อย โดยเฉพาะได้รับแรงสนับสนุนจากผู้มีชุมชน อสม. การได้รับคำแนะนำหรือข้อมูลข่าวสารจากหนังสือพิมพ์ หรือสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ จากสถานที่ที่จัดไว้ในชุมชน และไม่ได้รับการช่วยเหลือจากผู้นำชุมชนและชาวบ้าน แต่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในระดับดี ซึ่งสอดคล้อง กับผลงานวิจัยของ เบญญาภา ชูรังษี 5 ได้ศึกษาเรื่อง การเห็นคุณค่าในตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบางพูด อำเภอมือง จังหวัดปทุมธานี จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 184 คน พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ผู้สูงอายุมีปัจจัยนำความรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง มีทัศนคติเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง ส่วนปัจจัยเอื้อมีระดับการเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิระดับสูง และปัจจัยเสริมมีการได้รับแรงสนับสนุนระดับน้อย จากผลการศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า โดยการจัดให้มีกิจกรรมที่สอดคล้องในการป้องกันภาวะซึมเศร้า และผู้สูงอายุสามารถที่จะดูแลตนเองได้ เช่น การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การจัดกิจกรรมที่เพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมตั้งแต่ระดับครอบครัว ไปจนถึงระดับชุมชนให้กับผู้สูงอายุ และกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมในชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลตนเองของผู้สูงอายุให้ห่างไกลจากภาวะซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป องค์กรชุมชน ผู้นำชุมชน และสถานบริการสุขภาพควรมุ่ง ผลการวิจัยในภาพรวม ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนดำเนินงานส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตใน ผู้สูงอายุ และป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ควรมีการส่งเสริมการจัดกิจกรรมนันทนาการ เพื่อสร้าง ความสุขให้กับผู้สูงอายุ โดยเน้นกิจกรรมการรวมกลุ่มในการทำกิจกรรมตามความสนใจและการจัดกิจกรรมนั้น ควรมีการจัดกิจกรรมร่วมกับคนในชุมชน ในกลุ่มวัยต่างเพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดี ระหว่างผู้สูงอายุ เยาวชน และคนในชุมชน และการเห็นคุณค่าในผู้สูงอายุ

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์อย่างดียิ่ง และขอขอบคุณผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดน้อย ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

### 9. การอ้างอิง

- [1] บุชบา พรมจารีย์, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุ ตำบลโคกกล่อ้ง อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกกล่อ้ง อำเภอเมืองบึงกาฬ, จังหวัดบึงกาฬ, 2557.
- [2] เบญญาภา ชูรังสี, “การเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ใน ชุมรมผู้สูงอายุ ต.บางพูด อ.เมือง จ.ปทุมธานี,” ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาชุมชน), มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2553.
- [3] มุจจินทร์ พุทธิเมตตา, “ปัจจัยคัดสรรคที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุ,” วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตร์, จุฬาลงกรณ์วิทยาลัย, 2557.
- [4] สุกัญญา นามวงศ์, รายงานการศึกษาสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เขตพื้นที่นครชัยบุรินทร์ช่วง เดือน กรกฎาคม 2555 ศูนย์สุขภาพจิตที่5, กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต, 2556.
- [5] สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, การคาดประมาณแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง ประชากรไทย ปี 2553-2583, กรุงเทพมหานคร: กอง, 2557.
- [6] ทยาชลด ทวีธนาวิชย์ และมณฑา เฟงผล, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลลาด บัวขาว อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี, ราชบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช, 2558.

## รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของชุมชนคลินิก

### หมอครอบครัว

ปิยะวรรณ ศรีสุนันท์

คลินิกหมอครอบครัวประปา เครือข่ายโรงพยาบาลปากช่องนานา ตำบลปากช่อง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

Email : pcu\_prapa@hotmail.com

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพและพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของชุมชนคลินิกหมอครอบครัว

**ระยะที่ 1** ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชน คลินิกหมอครอบครัวประปา กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป จำนวน 400 คน ผล การศึกษาพบว่ามีความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง การรับรู้อุปสรรคของ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ความสามารถตนเองของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ ในระดับสูง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางคะแนนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับพอใช้การศึกษาความสัมพันธ์พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และปัจจัยที่ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพบว่ามีเพียงปัจจัยเดียวคือการรับรู้ความสามารถตนเองของ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้โดยทำนายได้ร้อยละ 45.90 ( $R^2 = 0.459$ ) ระดับสูงคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.77 การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.17 และพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับพอใช้คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.20 การศึกษาความสัมพันธ์พบว่าการรับรู้ ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพบว่ามีเพียง ปัจจัยเดียวคือการรับรู้ความสามารถตนเองของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้โดยทำนายได้ร้อยละ 45.90 ( $R^2 = 0.459$ )

**ระยะที่ 2** การพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพ สรุปว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้นโยบาย การจัดการบริการสุขภาพคลินิกหมอครอบครัวของคลินิกหมอครอบครัวประปานั้น ต้องประกอบด้วยแนวคิดเกี่ยวกับการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และแนวคิดการทำงานโดยอาศัยภาคีเครือข่าย

**ระยะที่ 3** การประเมินรูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและศึกษา ปัญหาและอุปสรรคของกระบวนการมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพของชุมชนคลินิกหมอครอบครัวประปา พบว่ามีปัจจัยที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) ชุมชนและคณะทำงานให้ความสำคัญ และร่วมมือร่วมใจ พร้อมทั้งจะ ทำงานเพื่อประโยชน์ส่วนรวม 2) ความร่วมมือของกลุ่มแกนนำ 3) ความช่วยเหลือจากภาคี

## บทนำ

รัฐบาลยุคปัจจุบันโดยการผลักดันของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายการจัดการกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว หรือ Primary care cluster ทำให้เกิดการบูรณาการระบบบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ ซึ่งเป็นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ “สร้างนำซ่อม” ได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยมีเป้าประสงค์ที่สำคัญเพื่อให้เกิดการดูแลประชาชนในพื้นที่ขนาดเหมาะสมได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถดูแลได้ทั่วถึง ประชาชนเข้าถึงบริการปฐมภูมิ ที่เป็นบริการด่านแรกได้เพิ่มมากขึ้น และได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพดีขึ้น

ผู้วิจัยจึงมุ่งเน้นที่จะศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของชุมชนคลินิกหมอครอบครัวประจำ ตำบลปากช่อง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา โดยศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ และกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นเครื่องมือในการสร้างและกระตุ้นการมีส่วนร่วมคิด วิเคราะห์ ตัดสินใจเลือกและกำหนดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของเพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน อันจะนำไปสู่พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของชุมชนของคลินิกหมอครอบครัวประจำ ตำบลปากช่อง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมาสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน ในชุมชนต่อไป

### วัตถุประสงค์

- 1) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคลินิกหมอครอบครัว
- 2) เพื่อศึกษารูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้ต้นโยบายการจัดการบริการสุขภาพคลินิกหมอครอบครัวของคลินิกหมอครอบครัว

### วิธีการดำเนินงาน

การวิจัยเพื่อศึกษา รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของชุมชนคลินิกหมอครอบครัวประจำ ตำบลปากช่อง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา มีการศึกษาข้อมูลและพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพของชุมชนทั้งสิ้น 3 ระยะดังนี้

**ระยะที่ 1** วิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชนคลินิกหมอครอบครัวประจำ

**ระยะที่ 2** พัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้ต้นนโยบาย การจัดการบริการสุขภาพคลินิกหมอครอบครัวของคลินิกหมอครอบครัวประจำ

**ระยะที่ 3** ประเมินรูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและศึกษาปัญหาและอุปสรรคของกระบวนการมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพของชุมชนคลินิกหมอครอบครัวประจำ

## ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชนคลินิกหมอครอบครัวประปา จากผลสรุปข้อมูลเชิงปริมาณพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 243 คน คิดเป็นร้อยละ 60.8 มีอายุระหว่าง 35-60 ปี จำนวน 132 คน คิดเป็นร้อยละ 33.0 มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 23.5-28.4 จำนวน 252 คน คิดเป็นร้อยละ 63.0 การศึกษาส่วนใหญ่มีมัธยมศึกษาตอนปลาย 168 คน คิดเป็นร้อยละ 42.0 ประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้ จำนวน 312 คน คิดเป็นร้อยละ 78.0 ความเพียงพอของรายได้ จำนวน 141 คน คิดเป็นร้อยละ 35.3 ใกล้เคียงกับการมีหนี้สินซึ่งมีจำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 35.0 ความรู้สึกต่อสุขภาพ ส่วนใหญ่รู้สึกดี จำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 32.0 การตรวจร่างกายประจำปีส่วนใหญ่ไม่ได้รับการตรวจ จำนวน 284 คน คิดเป็นร้อยละ 71.0 ใน 6 เดือนที่ผ่านมาไม่เคยเจ็บป่วยต้องเข้าโรงพยาบาลหรือไม่ จำนวน 312 คน คิดเป็นร้อยละ 78.0 ในเรื่องปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต ส่วนใหญ่ไม่มี จำนวน 256 คน คิดเป็นร้อยละ 64.0 และในเรื่องการได้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่ได้รับจำนวน 221 คน คิดเป็นร้อยละ 55.3

ค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูงคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.30 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.14 การรับรู้ความสามารถตนเองของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูงคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.77 การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.17 และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับพอใช้คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.20 และเมื่อพิจารณาค่าระดับของตัวแปรตามด้านต่างๆของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.62 ด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับพอใช้ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.21 ด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับพอใช้คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.96 และด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.17

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพการรับรู้ความสามารถตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขณะที่การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างพบว่ามีเพียงปัจจัยเดียวคือการรับรู้ความสามารถตนเองของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้



ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้ นโยบาย การจัดบริการสุขภาพคลินิกหออโรคอบคร์วของคลินิกหออโรคอบคร์วประปา ข้อค้นพบ ชุมชนต้อง ทราบปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข ตามลำดับความรุนแรงที่กระทบกับชุมชนเช่นปัญหาขยะและสิ่งแวดล้อม ปัญหาเสทติด สุขภาพของชุมชน การร่วมรณรงค์ใน ชุมชนกำหนดแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพตามสภาว ปัญหาได้ สามารถดำเนินแผนปฏิบัติการ การดำเนินการ การควบคุมกำกับประเมินผลในการส่งเสริมสุขภาพได้ ข้อสรุป สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ สร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เสริมสร้างความเข้มแข็งให้ ชุมชน พัฒนาทักษะส่วนบุคคล การปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุขของคลินิกหออโรคอบคร์วประปาทำให้ ประชาชนมีการดูแลสุขภาพตนเอง โดยกระตุ้นให้เกิดกลไกและระบบที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพประชาชน การ ทำงานโดยอาศัยภาคีเครือข่าย

ระยะที่ 3 ประเมินรูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพและพฤติกรรมกรมส่งเสริมสุขภาพและศึกษา ปัญหาและอุปสรรคของกระบวนการมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพของชุมชนคลินิกหออโรคอบคร์วประปา การ ประเมินรูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพและพฤติกรรมกรมส่งเสริมสุขภาพ รายละเอียด ดังนี้ กิจกรรม กำหนดแนวทางการส่งเสริมการรักษาความสะอาดในชุมชน กำหนดแนวทางการสร้างความเข้มแข็งใน ชุมชนในรูปการณ์รวมกลุ่ม กำหนดแนวทางการต่อต้านยาเสพติด กำหนดคำขวัญของชุมชน กำหนดแนวทาง พัฒนาทักษะในการส่งเสริมสุขภาพ การพึ่งตนเองด้านสุขภาพ โครงการชุมชนร่วมใจต่อต้านยาเสพติด การ เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารในชุมชนโดย การจัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสาร ส่งเสริมการรวมกลุ่มรณรงค์การดูแลสุขภาพ ตนเองและ สมาชิกในครอบครัว ส่งเสริมการออกกำลังกาย

#### อภิปรายผล

จากผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ใน ระดับสูง การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ความสามารถตนเอง ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางคะแนน พฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับพอใช้และเมื่อพิจารณาค่าระดับของตัวแปร พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มี ค่าเฉลี่ยด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับดี ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย อยู่ในระดับพอใช้ ด้านการ จัดการความเครียดอยู่ในระดับพอใช้และด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับพอใช้ อธิบายได้ว่ากลุ่ม ตัวอย่างยังมีความตระหนักว่าเมื่อมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีก็จะสามารถได้รับประโยชน์จากพฤติกรรมนั้น ขณะที่ พบว่าค่าเฉลี่ยของการมีอุปสรรค หรือความสามารถในการปฏิบัติของตนเอง หรือความใส่ใจในภาวะสุขภาพยังไม่ เป็นที่น่าพอใจ ซึ่งส่งผลให้พฤติกรรมกรมส่งเสริมสุขภาพหรือการปฏิบัติเพื่อที่จะดูแลสุขภาพแต่ละด้านลด ต่ำลงอย่างเห็นได้ชัด สอดคล้องกับทิววันคำป็นลือ (2545) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่มีผล ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนอำเภอปทุมราชวงศาจังหวัดอำนาจเจริญพบว่าส่วนใหญ่ประชาชนมี พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับพอใช้

รูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้นโยบายการจัดบริการสุขภาพคลินิกหมอครอบครัว ของคลินิกหมอครอบครัวประจำ ตำบลปากซ้ ผ่านการร่วมวิเคราะห์การอุปสรรคของชุมชน หาแนวทางong อำเภอปากซ้อง จังหวัดนครราชสีมาแก้ไขและเสริมศักยภาพ เพื่อให้รูปแบบดังกล่าวเกิดความยั่งยืน เสริมสร้างความสามารถของชุมชน ในการบริหารจัดการตนเอง สอดคล้องกับองค์การสหประชาชาติ (United Nations, 2002)

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากรและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในคลินิกหมอครอบครัวประจำ ตำบลปากซ้อง อำเภอปากซ้อง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ขอกราบขอบพระคุณนายแพทย์ประวิม ตัณฑประภา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากซ้องนานาอำเภอปากซ้อง จังหวัดนครราชสีมาที่สนับสนุนโอกาสและการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน คือ ดร.แพทย์หญิงรัตนา ยอดอานนท์ ดร.คมกริช ฤทธิบุรี ผศ.พญ.เสีขาว เชื้อปรุ่ง ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำตลอดงานวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณหัวหน้าฝ่าย หัวหน้างาน ทีมงานในในคลินิกหมอครอบครัวประจำทุกท่านตลอดจนท่านผู้นำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุข

### เอกสารอ้างอิง

- 1) จรัส สุวรรณเวลา มุมมองใหม่ระบบสุขภาพ โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข นนทบุรี 2543.
- 2) ดุสิต ดวงสา และคณะ คู่มือการใช้ PRA ในการทำงานด้านเอดส์ในชุมชน คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2535.
- 3) ดวงเดือน พันธุพานิช หลักและวิธีวิจัยทางสังคมพฤติกรรมศาสตร์ พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็กซ์เพรสมีเดีย2540 .
- 4) ประเวศ วะสี บนเส้นทางใหม่การส่งเสริมสุขภาพอภิวัดณ์ชีวิตและสังคม พิมพ์ครั้งที่ 2สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน กรุงเทพมหานคร2541.
- 5) ประเวศ วะสี สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์ พิมพ์ครั้งที่ 3 สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ นนทบุรี 2543.
- 6) ประสิทธิ์ สิริระพันธ์ การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เอกสารประกอบคำบรรยายโครงการพัฒนารูปการส่งเสริมสุขภาพคนทำงานตามกลยุทธ์เมืองน่าอยู่ พฤษภาคม 2544.
- 7) สุรเกียรติ อาชานานภาพ วัฒนนาการการส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติ พิมพ์ครั้งที่ 2 โครงการตำรา สำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข นนทบุรี 2541
- 8) อนุวัฒน์ศุภขัติกุล และคณะ บทบาทประชาคมส่งเสริมสุขภาพ: นอกภาครัฐ พิมพ์ครั้งที่ 2 โครงการตำรา สำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข นนทบุรี 2541.
- 9) Pender NJ; Health Promotion in Nursing Practice. 3rd ed. Connecticut; Apple and Lange, 1996

# การศึกษาระดับเสียงดังที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในบริเวณพื้นที่ของการรถไฟแห่งประเทศไทย จังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดศรีสะเกษ

กานต์ณลินญา บุญที่<sup>1</sup>, ศิริขวัญ เปรียบนาน<sup>1</sup>, อัสตา อุตศาสตร์<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ภาควิชาวิทยาศาสตร์ชีวภาพ  
 คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี  
 E-mail\*: kannalinya.b@ubu.ac.th

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับเสียงดังที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและเปรียบเทียบระดับเสียงดังของทั้งสองสถานีโดยทำการตรวจวัด 2 ชั่วโมง และตลอดระยะเวลาการทำงาน 8 ชั่วโมง รวมทั้งประเมินการสูญเสียการได้ยินเบื้องต้นของพนักงานการรถไฟและผู้ประกอบอาชีพค้าขายทั้ง 2 สถานี การตรวจวัดใช้เครื่องตรวจวัดระดับเสียง (Sound Level Meter) (ยี่ห้อ RION รุ่น NL-21 และ type 2) พบว่า ระดับเสียงดังใน 2 ชั่วโมงและตลอดระยะเวลาการทำงาน 8 ชั่วโมง อยู่ในช่วง 64.78 – 78.17 และ 74.63 – 74.65 เดซิเบล(เอ) ตามลำดับ ระดับเสียงสูงสุดอยู่ในช่วง 113.10 - 120.65 เดซิเบล(เอ) เปรียบเทียบความแตกต่างระดับเสียงดังตลอดระยะเวลาการทำงาน 8 ชั่วโมง ของทั้ง 2 สถานีโดยใช้วิธีการทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% พบว่าไม่แตกต่างกันที่ p-value = 0.805 และเมื่อพิจารณาการประเมินการสูญเสียการได้ยินเบื้องต้นของพนักงานการรถไฟและผู้ประกอบอาชีพค้าขายจำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามการได้ยิน 5 นาที (Chicago Hearing Society) ผลการศึกษา พบว่า มีจำนวน 1 คน ที่มีภาวะการสูญเสียการได้ยินอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก มีปัญหาด้านการสื่อสาร จำเป็นต้องทำการทดสอบสมรรถภาพการได้ยินและแก้ไขปัญหาการได้ยิน หากสงสัยว่ามีปัญหาควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านหูโดยเฉพาะ ดังนั้นในสถานที่ทำงานจึงควรมีการจัดระบบเฝ้าระวังการสูญเสียการได้ยิน และมีการปรับพฤติกรรมป้องกันอันตรายจากเสียงดังด้วย

คำสำคัญ: ระดับเสียงดัง, สถานีรถไฟ, ประเมินการสูญเสียการได้ยินเบื้องต้น

## บทนำ

มลพิษทางเสียงถือเป็นปัญหาหนึ่งที่มีความรุนแรง ส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ ของประชาชน โดยเฉพาะผู้ที่อาศัยในเมืองใหญ่ มลพิษทางเสียงเป็นภัยใกล้ตัวที่มองไม่เห็น จับต้องไม่ได้ แต่สามารถรับรู้ได้ด้วย ความรู้สึกเท่านั้น แม้จะไม่เป็นภัยถึงแก่ชีวิตในทันที แต่เป็นสาเหตุ สำคัญที่ทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพกาย และสุขภาพจิต<sup>1</sup>

เสียงดังจากการสัญจรก็เป็นปัญหาที่สำคัญ ซึ่งการสัญจรทางรถไฟถือเป็นแหล่งกำเนิดของมลพิษ ทางเสียงที่สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพของพนักงานการรถไฟแห่งประเทศไทย ประชาชนที่มาใช้บริการ และผู้ประกอบการต่างๆ ภายในบริเวณพื้นที่การรถไฟแห่งประเทศไทย หากสัมผัสเสียงดังจะมีผลเป็นผู้ที่มี ภาวะหูเสื่อมจากเสียงดัง จะรู้สึกรู้ว่าการได้ยินของตนเองลดลง หรือมีปัญหาในการได้ยิน อาการที่พบบ่อยที่สุด คือ ฟังคนอื่นพูดไม่ชัด หรือไม่เข้าใจเมื่อมีคนมาพูดโดยเฉพาะอย่างยิ่งจะได้ยินลำบากมากขึ้นถ้าในบริเวณนั้นมี เสียงดัง อาการได้ยินเสียงดังผิดปกติในหูนี้ทำให้รู้สึก รำคาญ และส่งผลกระทบต่อการทำงานไม่ค่อยหลับหรือไม่มี สมาธิในการทำงาน<sup>2</sup> ผู้วิจัยสนใจที่จะทำการศึกษาระดับเสียงดังในบริเวณพื้นที่ของการรถไฟแห่งประเทศไทย เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบระดับเสียงดังในทุกๆ 2 ชั่วโมงและตลอดระยะเวลาการทำงาน 8 ชั่วโมง ของการ เดินทางรถไฟ และศึกษาการสูญเสียการได้ยินเบื้องต้นของพนักงานการรถไฟและผู้ประกอบอาชีพค้าขายในสถานี รถไฟจังหวัดอุบลราชธานี และจังหวัดศรีสะเกษ รวมทั้งเป็นข้อมูลในการให้คำแนะนำอันตรายเบื้องต้นและ มาตรการควบคุมป้องกันอันตรายให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานต่อไป

## วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบระดับเสียงดังในทุกๆ 2 ชั่วโมง และระดับเสียงดังตลอดระยะเวลา การทำงาน 8 ชั่วโมงของการเดินทางรถไฟ
- 2) ศึกษาการสูญเสียการได้ยินเบื้องต้นของพนักงานการรถไฟและผู้ประกอบอาชีพค้าขายของทั้ง 2 สถานี

## วิธีการดำเนินงาน

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ประชากรในการศึกษาคั้งนี้ เป็นพนักงานการ รถไฟแห่งประเทศไทยและผู้ประกอบอาชีพค้าขายสถานีรถไฟอุบลราชธานี จำนวน 15 คนและสถานีรถไฟศรี สะเกษจำนวน 15 คนและตรวจวัดระดับเสียงดังในบริเวณพื้นที่ของการรถไฟแห่งประเทศไทยทั้ง 2 สถานี

### เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

การใช้เครื่องมือในการตรวจวัดเสียง โดยเครื่องตรวจวัดระดับเสียง (Sound Level Meter) ยี่ห้อ RION รุ่น NL-21 และ type 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบไปด้วย แบบสอบถามด้านสุขภาพเบื้องต้น แบบประเมินการสูญเสียการได้ยินเบื้องต้น

### วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ตรวจวัดเสียงในบริเวณพื้นที่ของการรถไฟแห่งประเทศไทยทั้ง 2 สถานี ในทุกๆ 2 ชั่วโมง และตลอดระยะเวลาการทำงาน 8 ชั่วโมงของการเดินรถไฟ โดยใช้เครื่องตรวจวัดระดับเสียง (Sound Level Meter) เก็บรวบรวมข้อมูลทางด้านการสูญเสียการได้ยินเบื้องต้น จากการศึกษาข้อมูล แนวคิด หลักการในการสร้างแบบสอบถาม และข้อมูลที่เกี่ยวข้อง โดยทำการสร้างคำถามตามโครงสร้างของแบบสอบถามการได้ยิน 5 นาที (Chicago Hearing Society) [4] สอบถามประเมินการสูญเสียการได้ยินนี้ นำไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์ค่าคะแนนของแบบสอบถามการได้ยิน 5 นาที Chicago Hearing Society [4] ว่าจะต้องดำเนินการอย่างไรหากมีการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยิน

### ผลการวิจัย

ผลจากการตรวจวัดระดับเสียงดังเมื่อทำการทดสอบการแจกแจงปกติ พบว่า การตรวจวัดระดับเสียงดัง ของทั้ง 2 สถานี มีการแจกแจงแบบปกติ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ใช้พารามิเตอร์ในการทดสอบโดยสถิติ t-test ( $p\text{-value} < 0.05$ ) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1-3



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการสัมผัสระดับเสียงดังของพนักงานการรถไฟและผู้ประกอบอาชีพค้าขายในทุกๆ 2 ชั่วโมง

ช่วงเวลา	สถานีรถไฟ		p-value
	อุบลราชธานี	ศรีสะเกษ	
8.00 น.- 10.00 น.	71.93	64.78	0.196
10.00 น.- 12.00 น.	68.37	72.18	0.439
12.00 น.- 14.00 น.	73.77	75.85	0.638
14.00 น.- 16.00 น.	78.17	74.62	0.635

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการสัมผัสระดับเสียงดังของพนักงานการรถไฟและผู้ประกอบอาชีพค้าขาย ตลอดระยะเวลาการทำงาน 8 ชั่วโมง

ระยะเวลาที่ตรวจวัด	ค่าที่ตรวจวัด dB(A)	ระดับเสียงที่ตรวจวัด จังหวัดอุบลราชธานี dB(A)	ระดับเสียงที่ตรวจวัด จังหวัดศรีสะเกษ dB(A)	p-value
การสัมผัสระดับเสียงดังของพนักงานการรถไฟ และผู้ประกอบอาชีพค้าขายตลอดระยะเวลา การทำงาน 8 ชั่วโมง ของทั้ง 2 สถานี (TWA <sub>8</sub> hr)	L <sub>eq</sub>	74.65	74.63	0.805
	L <sub>max</sub>	102.35	106.90	
	L <sub>min</sub>	58.78	48.77	
	L <sub>pk</sub>	114.55	118.47	

พฤติกรรม	จังหวัด	ระดับการประเมินปัญหา (ร้อยละ)					
		ไม่เคย ประสบ ปัญหา เหล่านี้	ประสบปัญหา เหล่านี้บ้าง	ประสบปัญหา เหล่านี้บ้าง กลาง	ประสบปัญหา เหล่านี้มาก	ประสบปัญหา เหล่านี้มาก ที่สุด	รวม
5. ท่านมีความกังวลเกี่ยวกับเสียง โทรศัพท์หรือเครื่องประตูดุ	อุบลราชธานี	13	2	0	0	0	15
	ศรีสะเกษ	10	4	1	0	0	15
6. ท่านมีปัญหากการได้ยินเสียง สนทนาที่ที่มีเสียงดัง เช่นห้อง แอดิหรือร้านอาหาร	อุบลราชธานี	10	4	1	0	0	15
	ศรีสะเกษ	8	4	2	1	0	15
7. ท่านรู้สึกสับสนว่าเสียงมาจาก ทางไหน	อุบลราชธานี	8	6	1	0	0	15
	ศรีสะเกษ	6	7	1	1	0	15
8. ท่านไม่ได้ยินเสียงการสนทนา และจะต้องถามซ้ำ	อุบลราชธานี	6	8	1	0	0	15
	ศรีสะเกษ	6	6	2	1	0	15
9. ท่านมีปัญหาอย่างอื่นในการได้ ยินเสียงพูดของผู้หญิง และเด็ก	อุบลราชธานี	10	5	0	0	0	15
	ศรีสะเกษ	8	5	1	1	0	15
10. ท่านมีปัญหาในการทำความเข้าใจ เสียงจากลำโพงในห้องที่มี ขนาดใหญ่ เช่น ห้องประชุม	อุบลราชธานี	8	5	2	0	0	15
	ศรีสะเกษ	7	4	3	0	1	15
11. หลายคนบอกว่าท่านชอบพูด พึมพำ (หรือพูดไม่ชัดเจน)	อุบลราชธานี	9	5	1	0	0	15
	ศรีสะเกษ	6	7	1	1	0	15
12. คนทั่วไปรำคาญ เพราะท่าน ไม่เข้าใจในสิ่งที่เขาพูด	อุบลราชธานี	9	6	0	0	0	15
	ศรีสะเกษ	7	7	1	0	0	15
13. ท่านไม่ได้ยินเสียงที่คนอื่นพูด ทำให้มีการตอบสนองไม่เหมาะสม	อุบลราชธานี	11	3	1	0	0	15
	ศรีสะเกษ	7	5	3	0	0	15
14. ท่านหลีกเลี่ยงกิจกรรมทาง สังคม เพราะการได้ยินเสียงท่าน ไม่ดี และกลัวที่จะตอบไม่ตรง คำถาม	อุบลราชธานี	10	5	0	0	0	15
	ศรีสะเกษ	6	7	2	0	0	15
15. สมาชิกในครอบครัวและ เพื่อน พวกเขาบอกว่า ท่านมี ปัญหากการได้ยิน	อุบลราชธานี	11	4	0	0	0	15
	ศรีสะเกษ	11	2	2	0	0	15

ตารางที่ 3 การสัมผัสระดับเสียงดังของพนักงานการรถไฟและผู้ประกอบอาชีพค้าขายในทุกๆ 2 ชั่วโมง เปรียบเทียบการสัมผัสระดับเสียงดังของพนักงานการรถไฟและผู้ประกอบอาชีพค้าขาย ตลอดระยะเวลาการทำงาน 8 ชั่วโมง ของทั้ง 2 สถานี

สถานีรถไฟ	ครั้งที่	2 hr (TWA 8hr :Consecutive sample for full period) dB(A)	TWA 8hr dB(A)	p-value
อุบลราชธานี	1	72.78	75.25	0.450
	2	73.24	73.30	
	3	75.33	75.40	
ศรีสะเกษ	1	74.58	74.95	0.602
	2	73.24	73.55	
	3	74.82	75.40	

วิเคราะห์ข้อมูลแบบประเมินการสูญเสียการได้ยินเบื้องต้น วิเคราะห์ข้อมูลจากการคำนวณเกณฑ์ค่าคะแนนของแบบสอบถามการได้ยิน 5 นาที Chicago Hearing Society [13] ประกอบด้วยคำถาม 15 ข้อ มีตัวเลือกทั้งหมด 5 ตัวเลือก คะแนนสูงสุด 60 คะแนน

ตารางที่ 4 จำนวน ข้อมูลแบบประเมินการสูญเสียการได้ยินเบื้องต้นของพนักงานการรถไฟแห่งประเทศไทยและผู้ประกอบอาชีพค้าขายจังหวัดอุบลราชธานี(N=15) และ จังหวัดศรีสะเกษ (N=15)

พฤติกรรม	จังหวัด	ระดับการประเมินปัญหา (ร้อยละ)					รวม
		ไม่เคย ประสบ ปัญหา	ประสบปัญหา เล็กน้อย	ประสบปัญหา กลาง	ประสบปัญหา มาก	ประสบปัญหา มากที่สุด	
1. ท่านมีปัญหาการได้ยินเมื่อคุยทางโทรศัพท์	อุบลราชธานี	8	6	1	0	0	15
	ศรีสะเกษ	8	4	3	0	0	15
2. ท่านมีปัญหาการได้ยิน เมื่อมีคนดังแต่ 2 คนขึ้นไปพูดพร้อมกัน	อุบลราชธานี	11	4	0	0	0	15
	ศรีสะเกษ	6	7	0	2	0	15
3. ท่านมีปัญหาการได้ยินเสียงในการดูทีวี	อุบลราชธานี	11	4	0	0	0	15
	ศรีสะเกษ	7	7	1	0	0	15
4. ท่านพยายามอย่างหนักที่จะได้ยินเสียงการสนทนา	อุบลราชธานี	11	3	1	0	0	15
	ศรีสะเกษ	8	7	0	0	0	15

ตารางที่ 5 คำแนะนำการสูญเสียการได้ยินเบื้องต้นของพนักงานการรถไฟแห่งประเทศไทยและผู้ประกอบอาชีพค้าขายของทั้ง 2 สถานี

ผู้ตอบแบบสอบถามลำดับที่	จังหวัดอุบลราชธานี		จังหวัดศรีสะเกษ	
	รวม (คะแนน)	แปลผล Chicago Hearing Society	รวม (คะแนน)	แปลผล Chicago Hearing Society
1	5	ไม่มีภาวะการสูญเสียการได้ยินหรือหูปกติ	8	ไม่มีภาวะการสูญเสียการได้ยินหรือหูปกติ
2	17	มีภาวะการสูญเสียการได้ยินอยู่ในระดับค่อนข้างน้อยถึงปานกลาง จำเป็นต้องมีการทดสอบสมรรถภาพการได้ยิน	20	มีภาวะการสูญเสียการได้ยินอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก จำเป็นต้องได้รับการดำเนินชีวิต
3	2	ไม่มีภาวะการสูญเสียการได้ยินหรือหูปกติ	6	ไม่มีภาวะการสูญเสียการได้ยินหรือหูปกติ
4	9	ไม่มีภาวะการสูญเสียการได้ยินหรือหูปกติ	37	มีภาวะการสูญเสียการได้ยินอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก มีปัญหาด้านการสื่อสาร จำเป็นต้องทำการทดสอบสมรรถภาพการได้ยินและแก้ไขปัญหากการได้ยิน
5	4	ไม่มีภาวะการสูญเสียการได้ยินหรือหูปกติ	7	ไม่มีภาวะการสูญเสียการได้ยินหรือหูปกติ
6	2	ไม่มีภาวะการสูญเสียการได้ยินหรือหูปกติ	8	ไม่มีภาวะการสูญเสียการได้ยินหรือหูปกติ
7	0	ไม่มีภาวะการสูญเสียการได้ยินหรือหูปกติ	9	ไม่มีภาวะการสูญเสียการได้ยินหรือหูปกติ
8	9	ไม่มีภาวะการสูญเสียการได้ยินหรือหูปกติ	16	มีภาวะการสูญเสียการได้ยินอยู่ในระดับค่อนข้างน้อยถึงปานกลาง จำเป็นต้องมีการทดสอบสมรรถภาพการได้ยิน



ตารางที่ 5 ค่าคะแนนการสูญเสียการได้ยินเบื้องต้นของพนักงานการรถไฟแห่งประเทศไทยและผู้ประกอบอาชีพค้าขายของทั้ง 2 สถานี

ผู้ตอบ แบบสอบ ถาม ลำดับที่	จังหวัดอุบลราชธานี		จังหวัดศรีสะเกษ	
	รวม (คะแนน)	แปลผล Chicago Hearing Society	รวม (คะแนน)	แปลผล Chicago Hearing Society
9	5	ไม่มีภาวะการสูญเสียการได้ยินหรือหูปกติ	0	ไม่มีภาวะการสูญเสียการได้ยินหรือหูปกติ
10	8	ไม่มีภาวะการสูญเสียการได้ยินหรือหูปกติ	0	ไม่มีภาวะการสูญเสียการได้ยินหรือหูปกติ
11	0	ไม่มีภาวะการสูญเสียการได้ยินหรือหูปกติ	0	ไม่มีภาวะการสูญเสียการได้ยินหรือหูปกติ
12	10	มีภาวะการสูญเสียการได้ยินอยู่ในระดับค่อนข้างน้อยถึงปานกลาง จำเป็นต้องมีการทดสอบสมรรถภาพการได้ยิน	11	มีภาวะการสูญเสียการได้ยินอยู่ในระดับค่อนข้างน้อยถึงปานกลาง จำเป็นต้องมีการทดสอบสมรรถภาพการได้ยิน
13	0	ไม่มีภาวะการสูญเสียการได้ยินหรือหูปกติ	15	มีภาวะการสูญเสียการได้ยินอยู่ในระดับค่อนข้างน้อยถึงปานกลาง จำเป็นต้องมีการทดสอบสมรรถภาพการได้ยิน
14	5	ไม่มีภาวะการสูญเสียการได้ยินหรือหูปกติ	13	มีภาวะการสูญเสียการได้ยินอยู่ในระดับค่อนข้างน้อยถึงปานกลาง จำเป็นต้องมีการทดสอบสมรรถภาพการได้ยิน
15	10	มีภาวะการสูญเสียการได้ยินอยู่ในระดับค่อนข้างน้อยถึงปานกลาง จำเป็นต้องมีการทดสอบสมรรถภาพการได้ยิน	4	ไม่มีภาวะการสูญเสียการได้ยินหรือหูปกติ



## สรุปและอภิปรายผล

เปรียบเทียบระดับเสียงดังในทุกๆ 2 ชั่วโมง ของสถานีรถไฟทั้ง 2 สถานีการตรวจวัดระดับเสียงดัง ทุกๆ 2 ชั่วโมง ช่วงเวลา 08.00 น.- 10.00 น., 10.00 น.- 12.00 น., 12.00 น.- 14.00น. และ 14.00 น.- 16.00 น. ของทั้ง 2 สถานี ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่  $p\text{-value} > 0.05$

เปรียบเทียบวิธีการตรวจวัดระดับเสียงดังในทุกๆ 2 ชั่วโมง และ 8 ชั่วโมงของสถานีรถไฟทั้ง 2 สถานี การตรวจวัดระดับเสียงดังในทุกๆ 2 ชั่วโมง เปรียบเทียบกับการตรวจวัดระดับเสียงดัง ตลอดระยะเวลาการทำงาน 8 ชั่วโมงของสถานีรถไฟอุบลราชธานีและสถานีรถไฟศรีสะเกษ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value} > 0.05$

จากการวิเคราะห์แบบสอบถามประเมินการสูญเสียการได้ยินเบื้องต้นทั้ง 15 ข้อ ของพนักงานการรถไฟแห่งประเทศไทยและผู้ประกอบอาชีพค้าขายของทั้ง 2 สถานี นำมาเปรียบเทียบกับค่าคะแนนการสอบถามการได้ยิน 5 นาที ของ Chicago Hearing Society [13] แสดงดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 สรุปคะแนนการสูญเสียการได้ยินเบื้องต้นของพนักงานการรถไฟแห่งประเทศไทยและผู้ประกอบอาชีพค้าขายของทั้ง 2 สถานี

ค่าคะแนนการสูญเสียการได้ยินเบื้องต้น	จำนวน (คน)		แปลผล Chicago Hearing Society
	อุบลราชธานี	ศรีสะเกษ	
0 - 4	6	4	ไม่มีภาวะการสูญเสียการได้ยินหรือหูปกติ
5 - 9	6	5	
10 - 13	2	2	ภาวะการสูญเสียการได้ยินอยู่ในระดับค่อนข้างน้อยถึงปานกลาง จำเป็นต้องมีการทดสอบสมรรถภาพการได้ยิน
14 - 17	1	2	
20 - 21	0	1	มีภาวะการสูญเสียการได้ยินอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก จำเป็นต้องได้รับคำแนะนำหรือวิธีการแก้ไขเพื่อการดำเนินชีวิต
36 - 37	0	1	มีภาวะการสูญเสียการได้ยินอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก มีปัญหาด้านการสื่อสาร จำเป็นต้องทำการทดสอบสมรรถภาพการได้ยินและแก้ไขปัญหารการได้ยิน

ผลการตรวจวัดระดับเสียงดังในทุกๆ 2 ชั่วโมง ทั้ง 2 สถานี ระดับเสียงอยู่ในช่วง 64.78 - 78.17 เดซิเบล (เอ) และ 8 ชั่วโมง ของทั้ง 2 สถานี ระดับเสียง 74.63 - 74.65 เดซิเบล (เอ) ระดับเสียงสูงสุด 113.10 - 120.65 เดซิเบล(เอ) ซึ่งไม่เกินมาตรฐานของ ACGIH (2017) [5] กำหนดมาตรฐานในการบริหารและการจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับความร้อน แสงสว่าง และเสียง พ.ศ.2559 [6] และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ambika N. Joshi (2015) [7] ได้ทำการศึกษาเรื่องการจัดทำแผนที่เสียงในเมืองมุมไบประเทศอินเดียมีค่าเฉลี่ยของระดับเสียงอยู่ที่ 71 -80.76 เดซิเบล (เอ) จากการประเมินการสูญเสียการได้ยินเบื้องต้นทั้ง 15 ข้อ ของพนักงานการรถไฟแห่งประเทศไทยและผู้ประกอบอาชีพค้าขายทั้ง 2 สถานี นำมาเปรียบเทียบกับค่าคะแนนการสอบถามการได้ยิน 5 นาที [4] สถานีรถไฟจังหวัดศรีสะเกษ มีจำนวน 1 คน มีภาวะการสูญเสียการได้ยินอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก จำเป็นต้องได้รับคำแนะนำหรือวิธีการแก้ไขเพื่อการดำเนินชีวิต มีจำนวน 1 คน มีภาวะการสูญเสียการได้ยินอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก มีปัญหาด้านการสื่อสาร จำเป็นต้องทำการทดสอบสมรรถภาพการได้ยินและแก้ไขปัญหการได้ยิน อย่างไรก็ตามคำถามเหล่านี้เป็นเพียงคัดกรอง ควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านหูโดยเฉพาะ ดังนั้นในสถานที่ทำงานจึงควรมีการจัดระบบเฝ้าระวังการสูญเสียการได้ยินและมีการปรับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากเสียงดังด้วย

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายสถานีรถไฟอุบลราชธานี และนายสถานีรถไฟศรีสะเกษ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจวัดระดับเสียงและเก็บแบบสอบถามครั้งนี้

### บรรณานุกรม

- [1] สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค [อินเทอร์เน็ต]. 2557. [เข้าถึงเมื่อ 7 ก.ย. 2559]. เข้าถึงได้จากจาก: <http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/73>
- [2] Chicago Hearing Society. 5-Minute Hearing Test [Internet]. [cited 2016 August12]. Available from: <http://www.chicagohearingociety.org/audiology-clinic-a-hearing-aids/how-we-hear-and-hearing-loss/5-minute-earring-test>.
- [3] American Conference of the Governmental Industrial Hygienists (ACGIH). TLVs ® and BEIs® 2017. ACGIH, Cincinnati, 2017.
- [4] สำนักงานความปลอดภัยแรงงาน กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน, “กฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหารและการจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และ สภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับความร้อน แสงสว่าง และเสียง พ.ศ. 2559”
- [5] Ambika N. Joshi et al. “Noise Mapping in Mumbai City, India,” IJSET - International Journal of Innovative Science, Engineering & Technology,” Vol. 2 Issue 3, pp. 380-385, March 2015.

## ผลของการฝึกด้วยยางยืดแรงต้านท่าด้วยท่าพายเรือกรรเชียง ต่อความยืดหยุ่นและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ

พรเทพ ราชนาวิ<sup>1</sup> ถวิชัยย์ ขาวถิน<sup>1</sup>

<sup>1</sup>สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา สำนักวิชาวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

E-mail: rachnavy@sut.ac.th

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสมรรถภาพของร่างกายด้านความยืดหยุ่นและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายโดยใช้ยางยืดแรงต้านทานท่าในการออกกำลังกายในท่าพายเรือกรรเชียง โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มทดลอง จำนวน 10 คน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการออกกำลังกายโดยใช้ยางยืดในท่าพายเรือกรรเชียง เป็นเวลา 20 นาที 3 วันต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุม จำนวน 10 คน ทำการทดสอบสมรรถภาพทางกายด้านความยืดหยุ่นด้วยแบบทดสอบ นั่งงอตัว และทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาด้วยแบบทดสอบ ลูกนั่งเก้าอี้ 30 วินาที โดยทำการทดสอบก่อนเริ่มและหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมการออกกำลังกาย ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการฝึก 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าความยืดหยุ่นและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ สรุปได้ว่าโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืดแรงต้านทานท่าในท่าพายเรือกรรเชียง เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ไม่ช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุอาจเป็นเพราะความต้านทานของยางยืดน้อยเกินไป

คำสำคัญ: ยางยืด ความยืดหยุ่น ความแข็งแรง ผู้สูงอายุ

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

## บทนำ

การออกกำลังกายส่งผลให้เสริมสร้างสมรรถภาพของร่างกาย (2,3) การออกกำลังกายด้วยยางยืด เป็นวิธีการออกกำลังกายด้วยแรงต้านโดยใช้ยางยืดที่มีคุณสมบัติด้านความยืดหยุ่น ช่วยเสริมสร้างความแข็งแรง และความอดทนของกล้ามเนื้อ (1-5) การฝึกด้วยแรงต้านในผู้สูงอายุ เป็นการพัฒนาสมรรถภาพทางกาย ช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงให้กล้ามเนื้อและช่วยเพิ่มความยืดหยุ่น ชะลอความเสื่อมของโครงสร้างร่างกาย ตลอดจนช่วยให้เกิดความสัมพันธ์และความมั่นคงในการทรงตัว ให้ดียิ่งขึ้น (1,2) การเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างมากซึ่งจะทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและช่วยพัฒนาความยืดหยุ่นให้ดีขึ้น จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการออกกำลังกายด้วยยางยืด ที่มีผลต่อความแข็งแรงและความยืดหยุ่นในผู้สูงอายุ เพื่อนำผลที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการออกกำลังกายทำให้ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพร่างกายที่ดี

## วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาผลการฝึกด้วยยางยืดในท่าพายเรือกรเชียงที่มีต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ
- 2) เพื่อศึกษาผลการฝึกด้วยยางยืดในท่าพายเรือกรเชียงที่มีต่อความยืดหยุ่นในผู้สูงอายุ

## วิธีดำเนินงาน

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 ถึง 86 ปี ทำการทดสอบสมรรถภาพทางกายและการทดสอบ เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ผู้เข้าร่วมทุกคนเข้ารับการทดสอบสมรรถภาพทางกายก่อนและหลังการฝึก 12 สัปดาห์ การทดสอบสมรรถภาพทางกายประกอบด้วย การทดสอบความยืดหยุ่นโดยการนั่งก้มตัวไปด้านหลัง การทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อโดยวิธีลุกนั่งเก้าอี้ 30 วินาที กลุ่มที่ 1 คือกลุ่มควบคุม ประกอบด้วยผู้สูงอายุจำนวน 10 คน ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติโดยไม่ได้รับโปรแกรมการฝึก กลุ่มที่ 2 คือกลุ่มทดลอง ประกอบด้วยผู้สูงอายุจำนวน 10 คน ออกกำลังกายด้วยโปรแกรมการพายเรือโดยใช้ยางยืดแรงต้านทานต่ำเป็นเวลา 20 นาที ฝึก 3 วันต่อสัปดาห์โดยมีความหนัก 50 เปอร์เซ็นต์ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด การวิเคราะห์ข้อมูลคำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการทดลองก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว

## ผลการศึกษา

ภายหลังจากการศึกษา 12 สัปดาห์ ได้ทำการทดสอบสมรรถภาพทางกายเพื่อนำผลการทดสอบมาวิเคราะห์ข้อมูล ทดสอบตัวแปรระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการฝึก พบว่าค่าเฉลี่ยการนั่งงอตัวของกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 1.4 ค่าเฉลี่ยการนั่งงอตัวของกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 1.4 ค่าเฉลี่ยการลุกนั่งกลุ่มควบคุมเท่ากับ 1.45 ค่าเฉลี่ยการลุกนั่งกลุ่มทดลองเท่ากับ 1.45 โดยค่าคะแนนที่ทำได้ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1. เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการฝึก

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (Mean)	กลุ่มทดลอง (Mean)	SD	P-value
นั่งอตัว	1.400	1.400	.2392	1.00
ลุก-นั่ง 30 วินาที	1.450	1.450	.2178	1.00

เมื่อทดสอบตัวแปรระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลัง 12 สัปดาห์พบว่าค่าเฉลี่ยการนั่งอตัวของกลุ่มควบคุมก่อนเท่ากับ 1.7 ค่าเฉลี่ยการนั่งอตัวของกลุ่มทดลองเท่ากับ 2.65 ค่าเฉลี่ยการลุกนั่ง 30 วินาทีของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 1.85 ค่าเฉลี่ยการลุกนั่ง 30 วินาทีของกลุ่มทดลองเท่ากับ 2.1 โดยค่าคะแนนที่ทำได้ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2. เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการฝึก

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (Mean)	กลุ่มทดลอง (Mean)	SD	P-value
นั่งอตัว	1.700	2.650	.2261	.184
ลุก-นั่ง 30 วินาที	1.850	2.100	.2947	.479

เมื่อทดสอบตัวแปรระหว่างก่อนและหลังของกลุ่มควบคุมภายหลัง 12 สัปดาห์พบว่าค่าเฉลี่ยการนั่งอตัวของกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 1.4 ค่าเฉลี่ยการนั่งอตัวภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 1.7 ค่าเฉลี่ยการลุกนั่ง 30 วินาทีของกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 1.45 ค่าเฉลี่ยการลุกนั่ง 30 วินาทีภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 1.85 โดยค่าคะแนนที่ทำได้ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังแสดงในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบสมรรถภาพทางกายก่อนและหลังการฝึกกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	ก่อนการฝึก (Mean)	หลังการฝึก (Mean)	SD	P-value
นั่งอตัว	1.400	1.700	.3293	.258
ลุก-นั่ง 30 วินาที	1.450	1.850	.5384	.116

เมื่อทดสอบตัวแปรระหว่างก่อนและหลังของกลุ่มทดลองภายหลัง 12 สัปดาห์พบว่าค่าเฉลี่ยการนั่งอตัวของกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 1.4 ค่าเฉลี่ยการนั่งอตัวภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 2.65 ค่าเฉลี่ยการลุกนั่ง 30 วินาทีของกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 1.45 ค่าเฉลี่ยการลุกนั่ง 30 วินาทีภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 2.1 โดยค่าคะแนนที่ทำได้ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4. เปรียบเทียบสมรรถภาพทางกายก่อนและหลังการฝึกกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการฝึก (Mean)	หลังการฝึก (Mean)	SD	P-value
นั่งอตัว	1.400	2.650	.4937	.072
ลุก-นั่ง 30 วินาที	1.450	2.100	.6493	.097

## การอภิปรายผล สรุปผลและเสนอแนะ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายด้วยยางยืดแรงต้านทานต่ำในท่าการพายเรือกรรเชียงไม่พบความแตกต่างของความยืดหยุ่นและความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปได้ว่าแรงต้านทานของยางยืดต่ำเกินไปจนไม่ส่งผลต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและในระหว่างออกกำลังกายผู้เข้าร่วมการทดลองไม่ก้มตัวเพื่อตั้งยางยืดจึงทำให้ความยืดหยุ่นไม่มีความแตกต่างจากหลังการฝึก แต่อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษพบว่า มีแนวโน้มในการพัฒนาความยืดหยุ่นและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อซึ่งสังเกตได้จากค่าคะแนนที่ได้จากการทดสอบภายหลัง 12 สัปดาห์ ในการศึกษาคั้งต่อไปควรเพิ่มแรงต้านทานของยางยืดให้มากขึ้นและควรแนะนำให้ผู้เข้าร่วมปฏิบัติท่าทางในการออกกำลังกายให้ถูกต้องและควรพัฒนานวัตกรรมการออกกำลังกายโดยใช้ยางยืดให้มีความใกล้เคียงกับเครื่องพายเรือกรรเชียง

จากการสรุปผลการศึกษาว่า เมื่อเปรียบเทียบผลการนั่งอตัวและการลุก-นั่ง 30 วินาทีของทั้งสองกลุ่มทั้งก่อนและหลังการทดลองไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากการศึกษาคั้งนี้ใช้แรงต้านทานของยางยืดต่ำเพราะต้องการให้ผู้เข้าร่วมการทดลองสามารถทำกิจกรรมต่อเนื่องได้เป็นเวลานาน อย่างไรก็ตามในการเปรียบเทียบภายในกลุ่มก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาถึงแนวโน้มของค่าตัวเลขพบว่ากลุ่มทดลองมีการพัฒนาที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม ถ้าหากมีการปรับปรุงโปรแกรมการฝึกใหม่โดยลดเวลาการฝึกลงและเพิ่มแรงต้านทานขึ้นอาจพบความแตกต่างของค่าสถิติได้

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมกรณ์ จังหวัดนครราชสีมา

### เอกสารอ้างอิง

- [1] เจริญ กระจวนรัตน์. 2540. ยางยืดพิซิตโรค.แกรนสปอร์ต กรุ๊ป, กรุงเทพฯ.
- [2] ศิริกร นพพิทา และนภัสกร จิตต์ไพบูลย์. (2550). การศึกษาโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ยางยืดเพื่อเพิ่มสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุ. คณะศิลปศาสตร์ สถาบันการพลศึกษา.
- [3] Mark and W. Gilbert. 2009. Effects of a 4-week exercise program on balance using elastic tubing as a perturbation force for individuals with a history of ankle sprains. J orthopaedic & sports physical therapy39(4): 246-255.
- [4] Rogers, ME.,Sherwood, HS., Rogers NL, Bohlken RM. (2002). Effects of dumbbell and elasticband training on physical function in older inner-city African-American women. Women & Health, 36(4) :33-41.
- [5] Ward K, Paolozzi S, Maloon J, Stanard S. A Comparison of Strength Gains in Shoulder External Rotation Musculature Trained with Free Weights versus Thera Band. Springfield College Department of Physical Therapy. Springfield. MO; 1997

## การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนจังหวัดนครราชสีมา โดยการใช้แบบคัดกรองแบบวาจา

กิตติญา สีเทศ<sup>1</sup> พิริญญา วัชรโกมลเวช<sup>1</sup> วาสกรี เขงกุล<sup>1</sup> พรทิพย์ คำพอ<sup>1</sup> มะลิ โพธิพิมพ์<sup>1</sup> วรรัตน์ สังวะลี<sup>1</sup> จิรวุฒิ กุจะพันธ์  
นาฏนภา ปัดชาสุวรรณ<sup>1</sup> จุน หน่อแก้ว<sup>1</sup> สุกัญญา ผลพิมาย<sup>1</sup> ณัฏฐวุฒิ แก้วพิบูลย์<sup>1,2</sup> สรญา แก้วพิบูลย์<sup>2</sup>

<sup>1</sup>คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

<sup>2</sup>หน่วยวิจัยโรคปรสิต มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

E-mail: natthawut.k@hotmail.com, natthawut\_kae@vu.ac.th

### บทคัดย่อ

การศึกษาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนที่มีช่วงอายุ 30 ปีขึ้นไปในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบุ ตำบลหนองพลวง อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา เป็นการศึกษาพรรณนาเชิงสำรวจ ณ ช่วงเวลาหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 335 คน ด้วยแบบคัดกรองด้วยวาจา ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2559 ถึง มีนาคม 2560 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าไคสแควร์ ผลการพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (55.5%) อายุ 40-49 ปี (39.1%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (66.9%) สถานภาพสมรส (83.0%) อาชีพทำเกษตรกรรม (46.9%) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท (51.3%) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในระดับปานกลาง (49.9%) เพศชาย อายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป และอาชีพเกษตรกรรมมีความสัมพันธ์กับความเสียหายระดับมากต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี (X<sup>2</sup>-test= 46.546, p-value=0.001, X<sup>2</sup>-test= 2.537, p-value=0.050, X<sup>2</sup>-test= 25.846, p-value=0.004) จากการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ยังมีกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ดังกล่าว โดยเฉพาะเพศชาย อายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป กลุ่มอาชีพเกษตรกรรม ดังนั้น การตรวจคัดกรองวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มเสี่ยงด้วยวิธีอัลตราซาวด์จึงเป็นสิ่งเร่งด่วน ขณะที่การให้สุขศึกษาก็เป็นสิ่งสำคัญในกลุ่มเสี่ยงปานกลางและสูง

คำสำคัญ: การคัดกรอง กลุ่มเสี่ยง มะเร็งท่อน้ำดี นครราชสีมา

## บทนำ

โรคมะเร็งท่อน้ำดี เป็นโรคที่พบบากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความชุกของมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก (Sripa และคณะ, 2010) ปี 2556 พบผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีรายใหม่มากกว่า 1,765 ราย โดยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี 63% (1,108 ราย) ปัจจุบันมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค มีการศึกษาทั้งในสัตว์ทดลองและทางระบาดวิทยาพบว่า การติดพยาธิใบไม้ตับ (*Opisthorchis viverrini*) เป็นต้นเหตุหลักในการทำให้ท่อน้ำดีอักเสบเรื้อรัง เกิดการสร้างอนุคลิอัสระเป็นจำนวนมาก มีการซ่อมแซมส่วนที่บาดเจ็บของเซลล์เยื่อบุผิวท่อน้ำดี ร่วมกับการรับสารก่อมะเร็งจากอาหารหมักดอง การดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการก่อมะเร็ง ใช้เวลาประมาณ 20-30 ปี (ไพบุลย์ สิทธิถาวร 2548; พวงรัตน์ ยวงนิชและสมชาย ปิ่นล่อ 2548; Sripa และคณะ, 2007) จังหวัดนครราชสีมามีอัตราการตายด้วยมะเร็งท่อน้ำดีอยู่ระหว่าง 13.67-16.20 ต่อ 100,000 ประชากร (Sripa และคณะ 2010) มีรายงานการสำรวจพยาธิใบไม้ตับในจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งพยาธิชนิดนี้ปัจจุบันนี้ปัจจัยหลักของการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี อำเภอจักราชมีอัตราการติดเชื้อ 2.78% (Kaewpitoon และคณะ 2012) และพบการแพร่กระจายระยะติดต่อของพยาธิใบไม้ตับในปลาที่มีการสำรวจในพื้นที่อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีการสำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2555 จึงนับได้ว่าอำเภอจักราช จัดเป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี (Kaewpitoon และคณะ, 2012)

การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีจึงเป็นการเฝ้าระวังเชิงรุกที่จะเกิดประโยชน์ต่อประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สำหรับนำไปเป็นข้อมูลในการวางแผนควบคุมและป้องกันต่อไป โรคมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งในปัจจุบันยังขาดแนวทางในการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ไม่สามารถตรวจพบผู้ป่วยในระยะต้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมี การวางแผนทางในการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง จากข้อมูลดังกล่าว ทำให้ผู้ศึกษามีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีที่มีช่วงอายุ 30 ปีขึ้นไปด้วยแบบคัดกรองแบบวาจา ทำการคัดกรองประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบุ ตำบลหนองพลวง อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา

## วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนาสำรวจ ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional survey descriptive study) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือ ประชาชนที่มีช่วงอายุ 30 ปีขึ้นไปในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบุ ตำบลหนองพลวง อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 2,250 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีอาศัยอยู่ในพื้นที่ทำการศึกษา ณ ช่วงเวลาเดือนพฤศจิกายน 2558 ถึงเดือนมกราคม 2559 คำนวนหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตาราง Krejcie & Morgan (1970 : 608-609) จำนวน 335 คน การชักกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) ดังนี้ ขั้นตอนแรก คัดเลือกตัวแทนตามสัดส่วนขนาดของหมู่บ้าน ทั้งหมด 11 หมู่บ้าน จากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลากบ้านเลขที่ของแต่ละหมู่บ้าน



เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคัดกรองกลุ่มเสี่ยงมะเร็งเรื้องาน้ำดีด้วยแบบคัดกรองแบบวาจา ประยุกต์จาก Kaewpitoon และคณะ 2016 ค่าความเที่ยงของแบบคัดกรองมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา Cronbach = 0.75 แบบสอบถาม มีทั้งหมด 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถามประกอบไปด้วย เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส การศึกษาและรายได้ ส่วนที่ 2 แหล่งข้อมูลข่าวสาร ส่วนที่ 3 การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงมะเร็งเรื้องาน้ำดี

โครงการได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี เลขที่ EC58-4 จากนั้นขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบุ ตำบลหนองพลวง อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา ทำหนังสืออนุญาตเพื่อขออนุญาตผู้นำชุมชนหรือขอความช่วยเหลือจาก อสม. ในการเข้าไปเก็บข้อมูลในหมู่บ้าน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป แหล่งข้อมูลข่าวสาร ระดับความเสี่ยง ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าร้อยละ (Percentage) หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับระดับความเสี่ยง โดยใช้ไคสแควร์ (Chi-square)

#### ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (55.5%) มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี (39.1%) การศึกษาระดับประถมศึกษา (66.9%) สถานภาพสมรส (83.0%) อาชีพเกษตรกร (46.9 %) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท (51.3 %) แหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งเรื้องาน้ำดี พบว่า มีการรับข้อมูลข่าวสารจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) (76.7 %) รองลงมาคือ นักวิชาการสาธารณสุข (34.6%) การได้รับแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งเรื้องาน้ำดีจากสื่อ พบว่า หอกระจายข่าวหมู่บ้านเป็นสื่อหลัก (61.8%) รองลงมาคือโทรทัศน์ (60.6%) ตามลำดับ ความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งเรื้องาน้ำดี ข้อคำถามที่ตอบมากที่สุด คือ กินอาหารหมักดอง (91.9%) รองลงมาคือ เป็นคนอีสานโดยกำเนิด (87.5%) กินปลาน้ำจืดดิบ (71.3%) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเรื้องาน้ำดี อยู่ในระดับเสี่ยงปานกลาง (49.8%) รองลงมาอยู่ในระดับเสี่ยงน้อย (46.3%) และอยู่ในระดับเสี่ยงมาก (3.9%) ตามลำดับ การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเรื้องาน้ำดี พบว่า เพศ (ชาย X2-test= 46.546, p-value=0.001) อายุ (มากกว่า 40 ปีขึ้นไป X2-test= 2.537, p-value=0.050) และอาชีพ (เกษตรกร X2-test= 25.846, p-value=0.004) มีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงระดับมากต่อการเกิดโรคมะเร็งเรื้องาน้ำดี



## วิธีวิจัย

ประชากรในการศึกษาคั้งนี้เป็นประชาชนที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป และอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลแก้งสนามนาง อำเภอแก้งสนามนางจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตพื้นที่ตำบลแก้งสนามนาง อำเภอแก้งสนามนางจังหวัดนครราชสีมาจำนวน 60 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คนคัดกรองกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยโดยใช้แบบคัดกรองแบบวาจาที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งท่อน้ำดีในระดับสูง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบบคัดกรองความเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเพื่อคัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้แบบคัดกรองด้วยวาจา SUT-CCA-001 แบบคัดกรองความเสี่ยงโครงการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีของหน่วยวิจัยปรสิต โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี มีค่าอัลฟ่าของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.75

แบบสัมภาษณ์ ใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มงานโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาในพื้นที่ สคร.6 จังหวัดขอนแก่น เสวลักษณะ คัชมาตย์ ได้ทดสอบหาค่าความเที่ยง (Reliability) ในส่วนของพฤติกรรม ความรู้ ความเชื่อ ใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง ดังนี้ การบริโภคอาหารเท่ากับ 0.84 ความรู้เท่ากับ 0.89 ความเชื่อเท่ากับ 0.96 แบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว อาชีพ แหล่งน้ำสาธารณะในชุมชน ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อโรคมะเร็งท่อน้ำดี ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์วัดความรู้เรื่องโรคมะเร็งท่อน้ำดี ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดี



ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (n=335)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนคน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	149	44.5
หญิง	186	55.5
<b>อายุ</b>		
30-39 ปี	56	16.7
40-49 ปี	131	39.1
50-59 ปี	90	26.9
60 ปีขึ้นไป	58	17.3
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้รับการศึกษา	12	3.5
ประถมศึกษา	224	66.9
มัธยมศึกษา	86	25.7
อนุปริญญา /ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)	6	1.8
ปริญญาตรี	3	0.9
อื่น ๆ	4	1.2

## สถานภาพสมรส

โสด	29	8.6
สมรส	287	83.0
หม้าย	17	5.1
หย่าร้าง	5	1.5
แยกกันอยู่	6	1.8

## อาชีพ

ไม่ได้ทำงาน	24	7.1
รับจ้างทั่วไป	140	41.8
เกษตรกรกรรม	157	46.9
รับราชการบำนาญ	1	0.3
ค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว	9	2.7
อื่นๆ	4	1.2

## รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ไม่มีรายได้	23	6.9
ต่ำกว่า 5,000 บาท	127	51.3
5,001-10,000 บาท	110	32.8
10,001-15,000 บาท	18	5.4
15,001-20,000 บาท	9	2.7
สูงกว่า 20,000 บาท	3	0.9

รวม	335	100.0
-----	-----	-------

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งท่อน้ำดี (n=335)

แหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งท่อน้ำดี	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคล</b>		
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)	257	76.7
นักวิชาการสาธารณสุข	116	34.6
พยาบาล	101	30.1
แพทย์	72	21.5
นักศึกษาสาธารณสุข	99	29.6
ผู้ใหญ่บ้าน	45	13.4
องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)	36	10.7
ญาติ/เพื่อนบ้าน	24	7.2
พระ	3	0.9
ครู	1	0.3
<b>รับข้อมูลข่าวสารจากจากสื่อ</b>		
หอกระจายข่าวหมู่บ้าน	207	61.8
โทรทัศน์	203	60.6
แผ่นพับ	86	25.7
วิทยุ	51	15.2
อินเตอร์เน็ต	26	7.8
โปสเตอร์	26	7.8
หนังสือ	20	6.0
รถโฆษณาประชาสัมพันธ์	16	4.8
หนังสือพิมพ์	8	2.4
แผ่นซีดี	7	2.1
ป้ายคัดเอาท์	5	1.5

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การคัดกรองเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี จำแนกตามรายข้อคำถาม (n=335)

การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี	ใช่	ไม่ใช่	$\bar{x}$	S.D
	จำนวน (คน) ร้อยละ	จำนวน (คน) ร้อยละ		
1. กินอาหารหมักดอง	308 (91.9)	27 (8.1)	1.08	0.27
2. คนอีสานโดยกำเนิด	293 (87.5)	42 (12.5)	1.12	0.33
3. กินปลาน้ำจืดดิบ ก้อยปลาดิบ ลาบปลา ปลาส้ม ปลาจ่อม ปลาร้า	239 (71.3)	96 (28.7)	1.28	0.45
4. ใช้สารเคมีเพื่อทำการเกษตร	188 (56.1)	147 (43.9)	1.43	0.49
5. ดื่มสุรา	135 (40.3)	200 (59.7)	1.59	0.49
6. บุคลากรสาธารณสุขเคยให้กินยาฆ่าพยาธิ ใบไม้ดับ	40 (11.9)	319 (95.2)	1.88	0.32
7. มีญาติสายตรงคือ บิดา มารดา พี่น้อง ร่วมสายโลหิตเป็นมะเร็งท่อน้ำดี	25 (7.5)	310 (92.5)	1.92	0.26
8. ได้รับการวินิจฉัยจากหน่วยงานด้านสุขภาพ ว่าติดเชื้อพยาธิใบไม้ดับ	16 (4.8)	319 (95.2)	1.95	0.21
9. ได้รับการวินิจฉัยจากหน่วยงานด้านสุขภาพ ว่าเป็นท่อทางเดินน้ำดีอักเสบหรือท่อ ทางเดินน้ำดีหนาตัว	8 (2.4)	327 (97.6)	1.97	0.15
10. ได้รับการวินิจฉัยจากหน่วยงานด้านสุขภาพ ว่าเป็นนิ่วในถุงน้ำดี	4 (1.2)	331 (98.8)	1.98	0.10



ตารางที่ 4 ผลการการวิเคราะห์ค่าระดับความเสี่ยง (n=335)

ระดับความเสี่ยง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เสี่ยงน้อย	155	46.3
เสี่ยงปานกลาง	167	49.8
เสี่ยงมาก	13	3.9
<b>รวม</b>	<b>335</b>	<b>100.0</b>

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับผลการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี (n=335)

ข้อมูลประชากร	$\chi^2$ - test	p-value
1. เพศ (ชาย)	46.546	0.001
2. อายุ (มากกว่า 40 ปีขึ้นไป)	2.537	0.050
5. ระดับการศึกษา	15.375	0.119
6. สถานภาพสมรส	9.390	0.310
7. อาชีพ (เกษตรกรกรรม)	25.846	0.004
8. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	12.628	0.245

#### อภิปรายผลการวิจัย สรุปผล และข้อเสนอแนะ

มะเร็งท่อน้ำดีนับได้ว่าเป็นสาเหตุการคร่าชีวิตประชาชนชาวไทย โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นอย่างยิ่ง จากการศึกษานี้ได้ชี้ให้เห็นว่าประชาชนกลุ่มตัวอย่างก็ยังคงมีความกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเฉพาะเพศชาย กลุ่มอายุที่มีมากกว่า 40 ปีขึ้นไป และมีอาชีพเกษตรกรกรรม การได้รับข้อมูลข่าวสารแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคจึงเป็นสิ่งสำคัญ จากข้อมูลการสำรวจพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นบุคคลหลักที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก รองลงมาคือ นักวิชาการสาธารณสุข ดังนั้น แหล่งข้อมูลข่าวสารที่เข้าถึงประชาชนในพื้นที่จะผ่านบุคลากรเหล่านี้ การวัดระดับความรู้ที่ถูกต้องจากกลุ่มเหล่านี้จึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะอสม. ถือเป็นกลุ่มที่มีศักยภาพในการให้ข้อมูล มีรายงานการศึกษาการ

พัฒนาศักยภาพออสม.ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ก็จัดเป็นอีกช่องทางหนึ่งในการดำเนินงาน (Kaewpitoon และคณะ 2016) ขณะที่การได้รับแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งท่อน้ำดีจากสื่อพบว่า หอกระจายข่าวหมู่บ้านเป็นสื่อหลัก การศึกษานี้สอดคล้องกับการ Kaewpitoon และคณะ (2016)

ความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งท่อน้ำดี ข้อคำถามที่ตอบมากที่สุด คือ กินอาหารหมักดอง รองลงมาคือเป็นคนอีสานโดยกำเนิด กินปลาน้ำจืดดิบ ตามลำดับ จากข้อมูลการคัดกรองนี้ จะเห็นได้ว่าทั้งสามข้อคำถามเป็นสาเหตุของการนำไปสู่การเกิดมะเร็งท่อน้ำดี โดยเฉพาะการรับประทานอาหารหมักดองและปลาน้ำจืดดิบ อาหารหมักดองเป็นอาหารที่มีการศึกษามาแล้วว่าเป็นแหล่งของสารไนโตรซามีน ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง และพบมากในอาหารหมักดองของไทย (Migasena P และคณะ 1974; Migasena P และคณะ 1980; Mitacek EJ และคณะ 1999) การรับประทานปลาดิบก็นำไปสู่โอกาสติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งพยาธิใบไม้ตับก็เป็นสาเหตุของการทำให้เกิดมะเร็งท่อน้ำดี (Thamavit W และคณะ 1978; Flavell DJ และ Lucass SB 1982; Flavell DJ, Lucas SB 1983; Elkins DB และคณะ 1990; Haswell-Elkins MR และคณะ 1994; Kirby GM และคณะ 1994; Thamavit W และคณะ 1994; Thamavit W และคณะ 1988; Satarug S และคณะ 1998) การให้ความรู้กลุ่มเสี่ยงจึงเป็นสำคัญเกี่ยวกับการรับประทานอาหารหมักดองและปลาน้ำจืดแบบดิบๆ ขณะที่ผู้ที่มีเชื้อสายเป็นชาวอีสานโดยกำเนิด มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับพันธุกรรมและชี้ให้เห็นว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีการระบาดของพยาธิใบไม้ตับ (Subrungruanga และคณะ 2013; Miwa และคณะ 2014; Songserm และคณะ 2014)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี อยู่ในระดับเสี่ยงปานกลาง รองลงมาอยู่ในระดับเสี่ยงน้อย และอยู่ในระดับเสี่ยงมาก ตามลำดับ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kaewpitoon และคณะ (2016) ได้ศึกษาการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อมะเร็งท่อน้ำดีในอำเภอ บัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งพบว่า ประชากรส่วนใหญ่จะมีลักษณะรูปแบบความเสี่ยงส่วนมากอยู่ระดับปานกลาง น้อย และมีความเสี่ยงสูง แต่ก็พบรายงานการเสียชีวิตด้วยมะเร็งท่อน้ำดีเป็นประจำ การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า เพศ อายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป และอาชีพเกษตรกร มีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงระดับมากต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kaewpitoon และคณะ (2015, 2016) ทำการศึกษาคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในอำเภอบัวใหญ่ ชุมพวง เมืองยาง และแก่งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งพบว่า กลุ่มอายุและอาชีพเกษตรกร โดยเฉพาะทำนาทำไร่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรครุนกว่ากลุ่มอื่นๆ

ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าประชาชนบางส่วนยังคงเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี การให้ความรู้เพิ่มเติมเรื่องโรคมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ ในการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นเรื่องที่จำเป็นสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการตรวจสอบประจำปีในกลุ่มที่เสี่ยงสูง เพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี

## เอกสารอ้างอิง

- [1] ณรงค์ ชันตีแก้ว (2548). มะเร็งท่อน้ำดี (cholangiocarcinoma). *ศรินครินทร์เวชสาร*, 20, 143-149.
- บรรจบ ศรีภา พวงรัตน์ ยงวนิชย์ ขวลิต ไพโรจน์กุล (2548). สาเหตุและกลไกการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี: ปฐมบทความสัมพันธ์กับพยาธิใบไม้ตับ. *ศรินครินทร์เวชสาร*, 20: 122-134
- [2] ไพบูลย์ สิทธิถาวร (2548). บทบาทของพยาธิใบไม้ตับต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีในสถานการณ์ปัจจุบัน. *ศรินครินทร์เวชสาร*, 20, 135-142.
- [3] พวงรัตน์ ยงวนิชและสมชาย ปิ่นล่อ (2548). กลไกการก่อมะเร็งท่อน้ำดีโดยอนุมูลอิสระจากพยาธิใบไม้ตับ. *ศรินครินทร์เวชสาร*, 20, 150-155.
- [4] Kaewpitoon SJ, Rujirakul R, Ueng-Arporn N, et al., (2012). Community-based cross-sectional study of carcinogenic human liver fluke in elderly from Surin province, Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev*, 13;4285-4288.
- [5] Kaewpitoon SJ, Rujirakul R, Kaewpitoon N. 2012. Prevalence of *Opisthorchis viverrini* infection in Nakhon Ratchasima province, Northeast Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev*, 13;5245-5249.
- [6] Kaewpitoon SJ, Rujirakul R, Loyd RA, et al (2016). Surveillance of Populations at Risk of Cholangiocarcinoma Development in Rural Communities of Thailand Using the Korat-CCA Verbal Screening Test. *Asian Pac J Cancer Prev*, 17:2205-2209.
- [7] Kaewpitoon SL, Rujirakul R, Wakkuwattanapong P., et al (2016). Implementation of Health Behavior Education Concerning Liver Flukes among Village Health Volunteers in an Epidemic Area of Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev*, 17:1631-1635.
- [8] Kaewpitoon SJ, Kaewpitoon N, Rujirakul R, et al (2016). Nurses and Television as Sources of Information Effecting Behavioral Improvement Regarding Liver Flukes in Nakhon Ratchasima Province, Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev*, 17:1097-10102.
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30: 607-610.
- [9] Sripa B, Bethony JM, Sithithaworn P, et al (2010). *Opisthorchiasis* and *Opisthorchis*-associated cholangiocarcinoma in Thailand and Laos. *Acta Trop*, 120, S158-68.
- [10] Songserm N, Promthet S, Sithithaworn P, et al (2012). Risk factors for cholangiocarcinoma in high-risk area of Thailand: role of lifestyle, diet and methylenetetrahydrofolate reductase polymorphisms. *Cancer Epidemiol*, 36, 89-94.



ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีโดยการประยุกต์ใช้  
ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและสมรรถนะแห่งตน

The effectiveness of behavioral change program among the population at  
risk of cholangiocarcinoma by using the application of health Belief  
and Self-efficacy Model

วิรัชรอง ศรีทองกลาง<sup>1</sup>, ณัฐฐาณี แก้วพิฑูลย์<sup>1,2</sup>, ประสิทธิ์ เฟื่องสา<sup>1</sup>, พรทิพย์ คำพอ<sup>1</sup>, อธิระยุทธ อุดมพร<sup>1</sup>

<sup>1</sup>คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

<sup>2</sup>ศูนย์วิจัยโรคปรสิต สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและสมรรถนะแห่งตน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี กิจกรรมประกอบด้วย การบรรยายประกอบสื่อ แบบจำลองภาพพลิก วีดิทัศน์ ตัวแบบ การอภิปรายกลุ่ม และได้รับการเสริมแรงจากอสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้วิจัยระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนด้วยสถิติ Paired Sample t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของด้านความรู้โรคมะเร็งท่อน้ำดีการบริโภคอาหาร ความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ) สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ )

โดยสรุปงานวิจัยการให้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อสุขภาพและสมรรถนะแห่งตน สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงได้ดี จึงเหมาะที่จะนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีต่อไป

คำสำคัญ: กลุ่มเสี่ยง, โรคมะเร็งท่อน้ำดี, โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและสมรรถนะแห่งตน

## ABSTRACT

This study was quasi-experimental research and aimed to study the effectiveness of behavioral change program among the population at risk of cholangiocarcinoma by using the application of Health Belief and Self-efficiency Model. The samples were 60 participants and divided to be an experimental group and a comparison group, each group were 30 participants. The experimental group was received behavioral change program by using the application of Health Belief and Self-efficiency Model program. The implementations consist of activities such as teaching with video media, modeling, VCD, brochure, group discussion. Including they received support from health volunteers, public health officer and researchers. The duration of implementation was 12 week. Data were collected by questionnaires. Descriptive data were analyzed by descriptive statistic such as frequency, percentage, mean and standard deviation. Comparative analysis was used Paired Sample t-test Independent, and 95% Confident Interval.

The results showed that after the experiment the experimental group had mean scores of knowledge, Health Belief (perceived severity, perceived susceptibility, self-efficiency, response efficiency) were higher significantly than before experimental and comparison group (p-value <0.001).

In conclusion, health behavioral change program by application of health belief and self efficiency theory could be behavioral changed in the risk group. Therefore, this program may useful for further prevention and control of cholangiocarcinoma.

**Keywords:** population at risk, Cholangiocarcinoma, Behavioral change program by using the application of health Belief and Self-efficiency Model



## บทนำ

องค์การอนามัยโลกพบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งทั่วโลกราว 8.2 ล้านคน 3 อันดับแรก คือ มะเร็งปอด มะเร็งตับ (รวมถึงมะเร็งท่อน้ำดี) และมะเร็งกระเพาะอาหาร โรคมะเร็งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของผู้คนทั่วโลก มีแนวโน้มว่าจำนวนจะเพิ่มสูงขึ้นในทุกๆ ปี และไม่ลดลงในอนาคตอันใกล้ (พรชิตา ชูสอน, 2558) โรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยโดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอุบัติการณ์สูงที่สุดในโลก พบอัตราป่วยและเสียชีวิตสูง (ณัฐรุณี แก้วพิฑูย์, 2557)

จากรายงานการเสียชีวิตจากสาเหตุมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี 9 ใน 10 ของผู้ป่วยเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาประมาณ 80,000 บาทต่อราย หรือประมาณ 22,400 ล้านบาทต่อปี ปัจจุบันสำคัญคือการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งเกิดจากการรับประทานปลาดิบที่มีระยะติดต่อของพยาธิ ร่วมกับการรับประทานอาหารหมักดองที่มีสารก่อมะเร็ง

จากการศึกษาด้านระบาดวิทยาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือแสดงให้เห็นว่าอุบัติการณ์ของมะเร็งท่อน้ำดีมีความสอดคล้องกับการระบาดของพยาธิใบไม้ตับ โดยความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีจะเพิ่มขึ้นตามความหนาแน่นของไข่พยาธิที่ตรวจพบ (วนิดา โชควาณิชพงษ์ และคณะ, 2552) ในปี พ.ศ. 2552

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งท่อน้ำดีจะเห็นว่า มีการจัดกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายในหลายพื้นที่ และยังพบว่ากรมอนามัยได้บูรณาการสุขศึกษาบูรณาการประยุกต์ใช้บนพื้นฐานของทฤษฎีต่าง ๆ นั้น สามารถส่งผลทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงมีการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคในทางที่ดีมากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้โปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและสมรรถนะแห่งตน เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ตำบลแก้งสนามนาง อำเภอแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา เนื่องจากบริบทของชุมชนที่มีพื้นที่อยู่ติดกับแม่น้ำชี ปัจจุบันด้านสภาพแวดล้อมทางภูมิศาสตร์ที่มีแหล่งน้ำสาธารณะที่สามารถจับปลาในหมู่บ้าน รวมถึงด้านความเชื่อ วัฒนธรรม การบริโภคอาหารท้องถิ่น และพฤติกรรมบริโภคสุสุกๆ ดิบๆ เช่น ปลาไร่ดิบ ปลาจ่อม ส้มปลาดิบ ทำให้มีโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ดังนั้นเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบาดในชุมชน จึงต้องอาศัยการส่งเสริมป้องกัน การให้สุขศึกษา เมื่อประชาชนมีความรู้ได้รับการส่งเสริมป้องกันก็จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีต่อไป

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

## วิธีวิจัย

ประชากรในการศึกษาคั้งนี้เป็นประชาชนที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คนคัดกรองกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยโดยใช้แบบคัดกรองแบบวาจาที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งท่อน้ำดีในระดับสูง

แบบคัดกรองความเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเพื่อคัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้แบบคัดกรองด้วยวาจา SUT-CCA-001 แบบคัดกรองความเสี่ยงโครงการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีของหน่วยวิจัยปรสิต โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี มีค่าอัลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.75

แบบสัมภาษณ์ ใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มงานโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาในพื้นที่ สคร.6 จังหวัดขอนแก่น เสาวลักษณ์ คัชมาตย์ ได้ทดสอบหาค่าความเที่ยง (Reliability) ในส่วนของพฤติกรรม ความรู้ ความเชื่อ ใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง ดังนี้ การบริโภคอาหารเท่ากับ 0.84 ความรู้เท่ากับ 0.89 ความเชื่อเท่ากับ 0.96

## ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน จำแนกตามลักษณะดังต่อไปนี้ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงคิดเป็น ร้อยละ 60.00 และ ร้อยละ 63.33

อายุ พบว่า กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีช่วงอายุระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมา ช่วงอายุระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.66 และช่วงอายุระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 16.66 ตามลำดับ กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีช่วงอายุระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.33 รองลงมาช่วงอายุระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.33 และช่วงอายุระหว่าง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 16.66

การศึกษา พบว่า กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 70.00 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 20.00 และปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 6.67 ตามลำดับ กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 63.33 รองลงมาคือ ไม่ได้เรียนและระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 16.67 เท่ากันทั้งสองระดับ และระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 3.33

อาชีพ กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนา คิดเป็นร้อยละ 63.33 รองลงมาคือไม่ได้ประกอบอาชีพ 13.43 และอาชีพทำไร่ /ทำสวนรับราชการ และอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 6.67 เท่ากันทั้งสามระดับ ตามลำดับ กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนา คิดเป็นร้อยละ 46.67 รองลงมาคือไม่ได้ประกอบอาชีพคิดเป็นร้อยละ 23.33 และอาชีพทำไร่ ทำสวน คิดเป็นร้อยละ 16.67

รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 1,000 บาท เป็นร้อยละ 40.00 รองลงมาคือ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,000-5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 26.67 และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001- 1,500 บาท คิดเป็นร้อยละ 23.33 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 1,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 43.33 รองลงมาคือรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,000-5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 20.00 และ 15,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 13.33

แหล่งน้ำสาธารณะที่สามารถจับปลาในชุมชน กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีแหล่งน้ำสาธารณะที่สามารถจับปลาในชุมชนได้ คิดเป็นร้อยละ 96.67 และไม่มีแหล่งน้ำสาธารณะที่สามารถสำหรับจับปลาในชุมชนได้ คิดเป็นร้อยละ 3.33 กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีแหล่งน้ำสาธารณะที่สามารถจับปลาในชุมชนได้ คิดเป็นร้อยละ 86.67 และไม่มีแหล่งน้ำสาธารณะที่สามารถสำหรับจับปลาในชุมชนได้ คิดเป็นร้อยละ 13.33

รับประทานปลาในแหล่งน้ำของชุมชน กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เคยรับประทานปลาในแหล่งน้ำชุมชน คิดเป็นร้อยละ 93.33 และไม่เคยรับประทานปลาในแหล่งน้ำชุมชน คิดเป็นร้อยละ 6.67 กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เคยรับประทานปลาในแหล่งน้ำชุมชน คิดเป็นร้อยละ 90.00 และไม่เคยรับประทานปลาในแหล่งน้ำชุมชน คิดเป็นร้อยละ 10.00

การตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ ไม่เคยตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ คิดเป็นร้อยละ 76.67 และเคยตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ คิดเป็นร้อยละ 23.33 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ ไม่เคยตรวจพบ คิดเป็นร้อยละ 80.00 และเคยตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ คิดเป็นร้อยละ 20.00

มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งท่อน้ำดี (บิดา มารดา พี่น้องร่วมสายโลหิต) เป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ ไม่มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งท่อน้ำดี คิดเป็นร้อยละ 76.67 และมีญาติสายตรงเป็นมะเร็งท่อน้ำดี คิดเป็นร้อยละ 23.33 กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่ ไม่มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งท่อน้ำดี คิดเป็นร้อยละ 90.00 และมีญาติสายตรงเป็นมะเร็งท่อน้ำดี คิดเป็นร้อยละ 10.00

การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คิดเป็นร้อยละ 63.33 รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 26.67 และหอกระจายข่าวและวิทยุชุมชน คิดเป็นร้อยละ 6.67 ตามลำดับ กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คิดเป็นร้อยละ 46.67 รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 40.00 หอกระจายข่าวและวิทยุชุมชนคิดเป็นร้อยละ 3.33

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะประชากร

คุณลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง( $n = 30$ )		กลุ่มเปรียบเทียบ( $n = 30$ )	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	12	40.00	11	36.70
หญิง	18	60.00	19	63.30
อายุ				
30 – 39 ปี	3	10.00	5	16.67
40 – 49 ปี	12	40.00	13	43.33
50 – 59 ปี	8	26.67	7	23.33
60 – 69 ปี	5	16.67	4	13.33
70 – 79 ปี	2	6.67	1	3.33
การศึกษา				
ไม่ได้เรียน	1	3.33	5	16.67
ประถมศึกษา	21	70.00	19	63.33
มัธยมศึกษา	6	20.00	5	16.67
ปริญญาตรี	2	6.67	1	3.33



ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะประชากร

คุณลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง(n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ(n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ				
ไม่ได้ทำงานหรือทำงานบ้าน	4	13.43	7	23.33
รับราชการ	2	6.67	-	-
ทำนา	19	63.33	14	46.67
ทำสวน/ไร่	2	6.67	5	16.67
ค้าขาย	2	6.67	2	6.67
รับจ้าง	1	3.33	2	6.67
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				
ต่ำกว่า 1,000 บาท	12	40.00	13	43.33
1,000 – 5,000 บาท	8	26.67	6	20.00
5,001 – 10,000 บาท	7	23.33	1	3.33
10,001 – 15,000 บาท	1	3.33	6	20.00
15,001 – 20,000 บาท	1	3.33	4	13.33
มากกว่า 20,000 บาท	1	3.33	-	-
มีแหล่งน้ำสาธารณะที่สามารถจับ				
ปลาได้ในชุมชน				
มี	29	96.67	26	86.67
ไม่มี	1	3.33	4	13.33
เคยกินปลาในแหล่งน้ำชุมชน				
เคย	28	93.33	27	90.00
ไม่เคย	2	6.67	3	10.00
เคยตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ				
เคย	7	23.33	6	20.00
ไม่เคย	23	76.67	24	80.00



ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะประชากร

คุณลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง(n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ(n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีญาติสายตรง (บิดา มารดา พี่น้องร่วมสายโลหิต) เป็น โรคมะเร็งท่อน้ำดี				
มี	7	23.33	3	10.00
ไม่มี	23	76.67	27	90.00
การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร				
อสม.	19	63.33	14	46.67
เจ้าหน้าที่ รพ.สต.	8	26.67	12	40.00
แพทย์/พยาบาล	-	-	2	6.67
หอกระจายข่าว	2	6.67	1	3.33
วิทยุชุมชน	1	3.33	1	3.33

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละของการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายในกลุ่มทดลองและกลุ่ม

การบริโภคอาหาร	กลุ่มทดลอง(n=30)				กลุ่มเปรียบเทียบ(n=30)			
	กิน ประจำ	กินนาน ครั้ง	กินนานๆ ครั้ง	ไม่กิน	กินประจำ	กินนาน ครั้ง	กินนานๆ ครั้ง	ไม่กิน
ก่อนการ								
ทดลอง								
ลาบ ก้อย	10	6	12	2	12	8	8	2
ปลาดิบ	(33.33)	(20.00)	(40.00)	(6.66)	(40.00)	(26.67)	(26.67)	(6.67)
ปลาต้มดิบ	13	7	6	4	11	9	7	3
	(43.33)	(23.33)	(20.00)	(13.33)	(36.67)	(30.00)	(23.33)	(10.00)
ส้มปลาน้อย	11	6	10	3	9	12	6	3
ปลา จ่อม ปลาเจ้าดิบ	(36.67)	(20.00)	(33.33)	(10.00)	(30.00)	(40.00)	(20.00)	(10.00)
ปลาร้าดิบ	20	8	1	1	21	7	1	1
	(66.67)	(26.67)	(3.33)	(3.33)	(70.00)	(23.33)	(3.33)	(3.33)
หม้าดิบ	12	8	5	5	15	5	6	4
หรือ ส้ม/แหนม ดิบ (หมู/เนื้อ)	(40.00)	(26.66)	(16.66)	(16.66)	(50.00)	(16.66)	(20.00)	(13.33)
หลังการ								
ทดลอง								
ลาบ ก้อย	6	4	15	5	10	8	8	4
ปลาดิบ	(20.00)	(13.33)	(50.00)	(16.67)	(33.33)	(26.67)	(26.67)	(13.33)
ปลาต้มดิบ	5	13	10	2	10	9	8	3
	(16.67)	(43.33)	(33.33)	(6.67)	(33.33)	(30.00)	(26.67)	10.00
ส้มปลา	5	1	20	4	11	12	4	3
น้อย ปลาจ่อม ปลาเจ้า	(16.67)	(3.33)	(66.67)	(13.33)	(36.67)	(40.00)	(13.33)	(10.00)
ดิบ								
ปลาร้าดิบ	4	3	18	5	19	7	2	2
	(13.33)	(10.00)	(60)	(16.67)	(63.33)	(23.33)	(6.67)	(6.67)
หม้าดิบ	6	8	12	4	13	5	7	5
หรือ ส้ม/แหนม ดิบ (หมู/เนื้อ)	(20.00)	(26.67)	(40.00)	(13.33)	(43.33)	(16.67)	(23.33)	(16.67)

ตารางที่ 3 ระดับความรู้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้	กลุ่มทดลอง				กลุ่มเปรียบเทียบ			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	-	-	24	80	-	-	-	-
ระดับปานกลาง	15	50	3	10	11	36.70	30	100
ระดับต่ำ	15	50	3	10	19	63.30	-	-
รวม	30	100	30	100	30	100	30	100
Min, Max	1,2		1,2		1,2		1,2	

### อภิปรายผลการวิจัย สรุปผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลการให้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและสมรรถนะแห่งตนพบว่า โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นนั้น ส่งผลต่อกลุ่มทดลองให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ การบริโภคอาหาร ความเชื่อด้านสุขภาพ มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

จากผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านการบริโภคอาหารที่สูงขึ้นภายในกลุ่มทดลองและยังสูงกว่าในกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.001) คะแนนด้านความรู้สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.001) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.001) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนด้านความเชื่อสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) อีกด้วย

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยผลต่างสูงขึ้น กว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการให้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและสมรรถนะแห่งตน ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้กลวิธีทางสุศึกษา การให้ความรู้ การเสนอตัวแบบในวีดิทัศน์ เพื่อกลุ่มทดลองเห็นภาพชัดเจนและเป็นการกระตุ้นเตือนเพื่อให้เกิดความตระหนักในการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี จะใช้การสื่อสารโดยการชูกความต่อสุขภาพ ซึ่งจะทำให้กลุ่มทดลองเชื่อว่าตนกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง ทำให้กลุ่มทดลองเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ที่เป็นผลมาจากพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของสเตรชเชอร์และโรเซนสต็อก (Strecher&Rosenstock, 1997) คือการที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรครู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคว่าอาจทำให้ถึงแก่ชีวิตเกิดความพิการกระทบความสัมพันธ์ในครอบครัว ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลเกิดความเกรงกลัวต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคนั้นๆ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในด้านป้องกันมากกว่าการรักษา การรับรู้อุปสรรคเมื่อเกิดความเจ็บป่วย การปฏิบัติตามคำแนะนำรวมทั้งได้รับสิ่งกระตุ้นที่จำเป็นในการตัดสินใจได้แก่ปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติที่มีทั้งปัจจัยภายในและภายนอก เช่น การได้รับข้อมูลจากสื่อต่างๆ รวมทั้งคำแนะนำจากบุคลากรในทีมสุขภาพ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และหากพฤติกรรมสุขภาพมีความยุ่งยากซับซ้อนบุคคลต้องรับรู้สมรรถนะแห่งตนว่าสามารถกระทำได้ โดยการรับรู้ดังกล่าวจะส่งผลให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

#### ข้อเสนอแนะ

ควรมีการติดตามพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงในระยะยาวและให้โปรแกรมซ้ำและต่อเนื่องจึงจะแก้ไขปัญหาได้อย่างยั่งยืนต่อไป ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและสมรรถนะแห่งตน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอื่น ๆ ที่เป็นปัญหาในพื้นที่และนำโปรแกรมในงานนี้ไปใช้ในการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ใกล้เคียง

### บรรณานุกรม

- [1].ขวัญดวง พันธุ์หมุด. (2549). ผลของโปรแกรมทัศนศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเห็บกิ้งก่าของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- [2].จินตนา หามาดี และคณะ (2557). การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน.พยาบาลสงขลานครินทร์ปีที่ 34 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2557 ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อ
- [3].จุฬารักษ์ โสตะ. (2552). แนวคิด ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. ขอนแก่น: ภาควิชาสุขภาพศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- [4].ณัฐรุจณี แก้วพิบูลย์ และคณะ.2554. การระบาดเชิงพื้นที่ของโรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทย. การประชุม วิชาการ ครั้งที่ 27. ศรีนครินทร์เวชสาร : 26
- [5].สรญา แก้วพิบูลย์. (2556). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อเสริม สร้างพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในจังหวัดสุรินทร์. รายงานการวิจัยมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
- [6].Bandura, A. Self Efficacy. The Exercise of Control, New York : W. H. Freeman, 1997.
- [7].Kaewpitoon N, et. al (2012). Carcinogenic Human Liver Fluke : Current Status of Opisthorchis viverrini Metacercariae in Nakhonrathasima, Thailand.Asian Pacific Journal ,Vol13 : 1235- 1239.
- [8].Roger. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change.Journal of Psychology, 91, 93-114



การศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคข้อเข่าเสื่อมในพระสงฆ์  
Prevalence and related factors of knee osteoarthritis in Buddhist monks

ธาดารี โบลิตธิพิเชษฐ<sup>1</sup> ยุทธกรานต์ ชินโสตร์<sup>1</sup> ธนภมณ ลีศรี<sup>2</sup>

<sup>1</sup>กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

<sup>2</sup>สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

E-mail: tatreeb@gmail.com

บทคัดย่อ

ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มประชากรเฉพาะที่มีกิจกรรมการงอเข่าเป็นประจำเช่นพระสงฆ์ ยังมีข้อมูลที่ไม่ชัดเจน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคข้อเข่าเสื่อมในพระสงฆ์จังหวัดพระนครศรีอยุธยาการศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยศึกษาในพระสงฆ์ที่จำวัดใน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 202 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์และการตรวจร่างกาย แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เกณฑ์การวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อมของวิทยาลัยแพทย์โรคข้อและรูมาติสซั่มสหรัฐอเมริกา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Multiple logistic regression ( $p < 0.05$ ) ผลการศึกษา ความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมในพระสงฆ์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เท่ากับ ร้อยละ 26.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ประวัติโรคข้อเข่าเสื่อมในครอบครัว (Adjusted Odds ratio: 45.05, 95% CI: 12.62-160.82,  $p < 0.001$ ) ประวัติการได้รับอุบัติเหตุบริเวณข้อเข่า (Adjusted Odds ratio: 2.96, 95% CI: 1.05-8.34,  $p = 0.041$ ) สรุปผลการศึกษา ความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมในพระสงฆ์มากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับโรคข้อเข่าเสื่อมคือ ประวัติโรคข้อเข่าเสื่อมในครอบครัวและประวัติการได้รับอุบัติเหตุบริเวณข้อเข่า

คำสำคัญ: ความชุก โรคข้อเข่าเสื่อม พระสงฆ์ วิธีการเผชิญหน้าต่ออาการปวดเข่า

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

## Abstract

Prevalence and related factors of knee osteoarthritis in specific populations with habitual knee-bending activities such as Buddhist monks remain unclear. The objective of this study was to evaluate the prevalence and related factors of knee osteoarthritis in Buddhist monks in Phra Nakhon Si Ayutthaya. The study was cross-sectional descriptive study of 202 Buddhist monks who lived in temples in Phra Nakhon Si Ayutthaya. Data were collected using questionnaire and physical examination. The questionnaire included three parts which are personal formation, related factors of knee osteoarthritis, the American College of Rheumatology (ACR) criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the knee. Statistical techniques used for data analysis were descriptive analytic and Multiple logistic regression. ( $p < 0.05$ ) The prevalence of knee osteoarthritis in Buddhist monks in Ayutthaya was 26.24 %. The factors significantly related to knee osteoarthritis in Buddhist monks were family history of knee osteoarthritis (Adjusted Odds ratio: 45.05, 95% CI: 12.62-160.82,  $p < 0.001$ ) and history of knee trauma (Adjusted Odds ratio: 2.96, 95% CI: 1.05-8.34,  $p = 0.041$ ) The prevalence of knee osteoarthritis in Buddhist monks in Phra Nakhon Si Ayutthaya is higher than Thai general populations. The factors related to knee osteoarthritis in Buddhist monks in Phra Nakhon Si Ayutthaya are family history of knee osteoarthritis and history of knee trauma

**Keywords:** Prevalence, Knee osteoarthritis, Buddhist monks, Coping strategy for knee pain

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

## บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงมีการเสื่อมของข้อเข่า ในตำแหน่งที่กระดูกอ่อนผิวข้อ ในข้อชนิดที่มีเยื่อ การทำลายกระดูกอ่อนผิวข้อเป็นไปช้า ๆ อย่างต่อเนื่องตาม โรคนี้ส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุ ลักษณะทางคลินิกที่สำคัญ คือ อาการปวดข้อ ข้อฝืด ปุ่มกระดูกงอกบริเวณข้อ การทำงานของข้อเสียไป การเคลื่อนไหวลดลง อาการเหล่านี้ส่งผลทำให้ข้อผิดรูปและพิการในที่สุด [1] โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญลำดับต้น ๆ ของโลก [2-4] รวมทั้งเป็นสาเหตุของโรคทางข้อที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ ความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมพบร้อยละ 11.0-42.8 สำนักงานสถิติแห่งชาติรายงานว่าโรคข้อเข่าเสื่อมของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2539 มีความชุกร้อยละ 11.3

จากข้อมูลของสำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศใน ปี พ.ศ. 2552 ในพบว่า โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาพดีที่สูญเสียจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Year Lost due to Disability: YLDs) ลำดับที่ 5 ในเพศชาย (90,000 YLDs) และลำดับที่ 4 ในเพศหญิง (136,000 YLDs) และโรคข้อเข่าเสื่อมยังเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาพดีจากการตายก่อนวัยอันควรและความบกพร่องทางสุขภาพ (Disability-Adjusted Life Year: DALYs) ลำดับที่ 16 ในเพศชาย (92,000 DALYs) และลำดับที่ 7 ในเพศหญิง (136,000 DALYs) ปัญหาโรคข้อเข่าเสื่อมจึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนไทยเป็นอย่างมาก โรคข้อเข่าเสื่อมปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลายประการ การศึกษาในประชากรชาวกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2544 จำนวน 1,000 คนพบว่า เชื้อชาติ เพศ อาชีพ ประวัติอุบัติเหตุ ประวัติการผ่าตัดเข่า และลักษณะการใช้ชีวิตประจำวัน เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคข้อเข่าเสื่อม

การศึกษานี้จึงศึกษาความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมในพระสงฆ์โดยใช้เกณฑ์วินิจฉัยทางคลินิกเท่านั้น เพื่อให้เกิดความเหมาะสมตามบริบทของงานเชิงรุกของบริการปฐมภูมิ

## วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อประเมินค้นหาความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมของพระสงฆ์ในอำเภอ พระนครศรีอยุธยา
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในพระสงฆ์

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

## วิธีการดำเนินงาน

รูปแบบวิธีวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) พระสงฆ์ที่ ระยะเวลา 3 เดือน ระหว่างวันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2556 ถึง 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2556 โดยใช้ การสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มประชากรพระสงฆ์ทั้งหมดที่จำวัดอยู่ในเขต อำเภอพระนครศรีอยุธยา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เกณฑ์การวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อมตาม The American College of Rheumatology (ACR) criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the knee(18) มีความไวร้อยละ 95 ความจำเพาะร้อยละ 69 คำนิยามผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมคือ ผู้ป่วยที่มีอาการ ปวดข้อเข่าร่วมกับ 3 จาก 6 ข้อต่อไปนี้ อายุมากกว่า 50 ปี อาการข้อติดในตอนเช้าไม่น้อยกว่า 30 นาที อาการ เสี่ยงกรอบแกรบในข้อเข่า อาการกดเจ็บที่กระดูกข้อเข่า ปุ่มกระดูกงอกบริเวณข้อเข่า และคล้ำไม่พบลักษณะ อุ่นในข้อเข่า

การเก็บข้อมูลใช้วิธีการให้พระสงฆ์ตอบแบบสัมภาษณ์ด้วยตนเอง แพทย์ทำการตรวจร่างกายข้อ เข่า เพื่อวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อม พระสงฆ์ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อมจะได้รับการแจ้งการวินิจฉัยโรคและ ตอบแบบสอบถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับอาการปวดของโรคข้อเข่าเสื่อม จากนั้นประเมินให้การ ดูแลเบื้องต้นทั้งการรักษาด้วยยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และส่งตัวผู้ป่วยเข้าไปพบแพทย์เฉพาะทาง ศัลยกรรมกระดูกในรายที่มีข้อบ่งชี้ สำหรับพระสงฆ์ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อมจะได้รับคำแนะนำ เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงเช่นท่าทางที่งอเข่าและสอนเกี่ยวกับการออกกำลังกายข้อเข่า เพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม คอมพิวเตอร์ในการคำนวณข้อมูล โดยแบ่งเป็นส่วนที่ 1 สถิติเชิง พรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ในการนำเสนอข้อมูลเชิงปริมาณ และ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า กลาง ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ในการนำเสนอข้อมูลเชิงคุณภาพ ส่วนที่ 2 สถิติเชิงวิเคราะห์ การวิเคราะห์หา ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคข้อเข่าเสื่อมในพระสงฆ์โดยใช้ Multiple logistic regression คำนวณ Crude Odds Ratio และ Adjusted Odds Ratio และทำการทดสอบความมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ ระดับ  $p\text{-value} < 0.05$

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติการรับรองด้านจริยธรรมโครงการงานวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณา โครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบกเลขที่ IRB/RTA 1325/2556 ลงวันที่ 7 กันยายน พ.ศ. 2556

## ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของประชากรพระสงฆ์ ภาวะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคข้อเข่าเสื่อม

พระสงฆ์ทั้งหมดในอำเภอพระนครศรีอยุธยาที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและไม่อยู่ในเกณฑ์คัดออกรวมทั้งสิ้น 202 ราย อายุเฉลี่ย 60.74 ปี (50-96 ปี และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.78) ลักษณะทั่วไปพบว่าสถานภาพสมรสก่อนบวช เป็นโสด ร้อยละ 49.50 ระดับการศึกษาสูงสุดก่อนบวชระดับตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 86.64 อาชีพก่อนอุปสมบท รับจ้างทั่วไปร้อยละ 41.09

ภาวะสุขภาพและความเสี่ยงด้านสุขภาพในปัจจุบัน พบว่า ผู้สูงอายุมี ดัชนีมวลกาย 23.45 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> (14.77-40.82 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.74 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup>) มีโรคประจำตัว ร้อยละ 41.58 มีประวัติโรคข้อเข่าเสื่อมในครอบครัว ร้อยละ 16.83 เคยสูบบุหรี่และยังคงสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 73.26 เคยมีประวัติการได้รับอุบัติเหตุรุนแรงบริเวณเข่า ร้อยละ 18.32 ที่พักต้องเดินขึ้นลงบันได ร้อยละ 77.72 ใช้ห้องน้ำแบบนั่งยอง ร้อยละ 42.58 การเดินบิณฑบาต ร้อยละ 86.63 การทำวัตร ร้อยละ 99.01 และขาดการออกกำลังกายโดยการบริหารข้อเข่า ร้อยละ 70.30 ดังตาราง 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของประชากรพระสงฆ์ ภาวะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคข้อเข่าเสื่อม

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ(ปี)		
Mean±SD	60.74±8.78	
Median(Min-Max)	59(50-96)	
สถานภาพสมรสก่อนบวช		
โสด	100	49.5
สมรส	60	29.7
หย่าร้าง/หม้าย	42	20.8
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	11	5.45
ประถมศึกษา	85	42.08
มัธยมศึกษา	79	39.11
สูงกว่ามัธยมศึกษา	27	13.36



อาชีพก่อนอุปสมบท		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	37	18.32
อาชีพเกษตรกร	23	11.39
อาชีพอื่น ๆ	142	70.29
ดัชนีมวลกาย		
Mean ± SD	23.45±4.74	
Median(Min-Max)	22.21(14.77-40.82)	
โรคประจำตัว		
ไม่มี	118	58.42
มี	84	41.58
ข้อเข่าเสื่อมในครอบครัว		
ไม่มี	168	83.17
มี	34	16.83
การสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	54	26.73
เคยสูบ/สูบบุหรี่	60	29.70
สูบบุหรี่	88	43.56
ประวัติอุบัติเหตุบริเวณเข่า		
ไม่เคย	165	81.68
เคย	37	18.32
ที่พักเดินขึ้นลงบันได		
ไม่ขึ้น	45	22.28
ขึ้น	157	77.72
Mean ± SD	6.09±4.24	
Median(Min-Max)	5(1-30)	

การใช้ส้วม		
นั่งยอง	86	42.58
นั่งบนที่รอง	116	57.43
บิดนวด		
ไม่ทำ	27	13.37
ทำ	175	86.63
Mean ± SD	53.71±24.74	
Median(Min-Max)	60(15-180)	
ทำวัตร		
ไม่ทำ	2	0.99
ทำ	200	99.01
Mean ± SD	54.88±26	
Median(Min-Max)	60(20-180)	
ออกกำลังกาย		
ไม่ได้ออกกำลังกาย	142	70.3
ออกกำลังกาย	60	29.7
Mean±SD	23.78±18.97	
Median(Min-Max)	20(2-120)	

### ความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคข้อเข่าเสื่อมในพระสงฆ์

ความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมในพระสงฆ์พบ 53 รายใน 202 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.2 เมื่อนำปัจจัยต่างๆ มาคำนวณโดยวิธีหาความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรในรูปของการทำนายประกอบด้วยตัวแปร พยากรณ์มากกว่า 2 ชนิด (multiple logistic regression) พบปัจจัยที่มีเกี่ยวข้องกับโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ ประวัติโรคข้อเข่าเสื่อมในครอบครัว (Adjusted Odds ratio: 45.05, 95% CI: 12.62-160.82,  $p < 0.001$ ) และประวัติการได้รับอุบัติเหตุบริเวณข้อเข่า (Adjusted Odds ratio: 2.96, 95% CI: 1.05-8.34,  $p = 0.041$ ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคข้อเข่าเสื่อมในพระสงฆ์

	ไม่เป็น n = 149 n(%)	ข้อเข่าเสื่อม n = 53 n(%)	Crude Odds ratio (95%CI)	Adjusted Odds ratio (95%CI)	p-value
อายุ(ปี)					
< 60	87(82.86)	18(17.14)	1	1	
60+	62(63.92)	35(36.08)	2.73(1.42-5.25)	2.35(0.97-5.71)	0.059**
สถานภาพสมรสก่อนบวช					
โสด	82(82)	18(18)	1	1	
สมรส	38(63.33)	22(36.67)	2.64(1.27-5.48)	2.01(0.74-5.44)	0.171*
หย่าร้าง/ หม้าย	29(69.05)	13(30.95)	2.04(0.89-4.68)	1.18(0.37-3.81)	0.779
โรคประจำตัว					
ไม่มี	91(77.12)	27(22.88)	1	1	
มี	58(69.05)	26(30.95)	1.51(0.8-2.84)	0.58(0.22-1.51)	0.264*
ข้อเข่าเสื่อมในครอบครัว					
ไม่มี	145(86.31)	23(13.69)	1	1	
มี	4(11.76)	30(88.24)	146.7	45.05(12.62-160.82)	<0.001***
ประวัติอุบัติเหตุบริเวณเข่า					
ไม่เคย	131(79.39)	34(20.61)	1	1	
เคย	18(48.65)	19(51.35)	4.07(1.93-8.58)	2.96(1.05-8.34)	0.041**
บิณฑบาต					
ไม่ทำ	17(62.96)	10(37.04)	1.81(0.77-4.24)	2.52(0.78-8.18)	0.123*
ทำ	132(75.43)	43(24.57)	1	1	

\* $p < 0.5$

\*\* $p < 0.05$

\*\*\* $p < 0.005$

## การอภิปรายผล

การศึกษานี้มีความน่าเชื่อถือการวางรูปแบบการวิจัยเป็นการเลือกตัวอย่างประชากรทั้งหมด ซึ่งจะไม่มีการสุ่ม ผู้วิจัยเก็บตัวอย่างในลักษณะเชิงรุกลงไปเก็บข้อมูลที่วัดทุกวัดให้ครอบคลุมประชากรทั้งหมด เพื่อลดความเอนเอียงจากการเลือก

ความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 26.24 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป ร้อยละ 11.30 [14] และสอดคล้องใกล้เคียงกับการศึกษาเดิมของ Boonsin Tangkulwanich และคณะ [17] คือร้อยละ 29.60 แสดงให้เห็นว่าผลการศึกษาความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมสอดคล้องไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาก่อนหน้าที่แม้ใช้เครื่องมือการวินิจฉัยต่างกัน จากข้อมูลนี้ยังแสดงให้เห็นว่าการใช้ลักษณะทางคลินิกเพียงอย่างเดียวก็สามารถให้ความแม่นยำใกล้เคียงกับการใช้ภาพรังสีร่วมด้วย จึงเหมาะที่จะนำไปใช้ได้ในปีบริบทโดยเฉพาะหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่มีความพร้อมทั้งในเรื่องบุคลากรและทรัพยากร

ประวัติโรคข้อเข่าเสื่อมในครอบครัว (Adjusted Odds ratio: 45.05, 95% CI: 12.62-160.82,  $p < 0.001$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเดิมของ Spector และคณะ [19] ที่แสดงว่าประวัติโรคข้อเข่าเสื่อมในครอบครัวเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคข้อเข่าเสื่อมแต่ในงานวิจัยที่ใกล้เคียงกันของ Boonsin Tangkulwanich และคณะ [18] พบว่าประวัติโรคข้อเข่าเสื่อมในครอบครัวไม่สัมพันธ์กับโรคข้อเข่าเสื่อม (OR 3.0, 95% CI; 0.7-13.0,  $p$ -value = 0.344) ซึ่งวิเคราะห์แล้วในงานวิจัยของผู้วิจัยมีค่าความเชื่อมั่น 95% ค่อนข้างกว้างคือ 12.62-160.82 แสดงว่าประชากรในกลุ่มนี้ที่นำมาศึกษาอาจมีขนาดประชากรน้อยเกินไป

ประวัติการได้รับอุบัติเหตุบริเวณข้อเข่า (Adjusted Odds ratio: 2.96, 95% CI: 1.05-8.34,  $p = 0.041$ ) สอดคล้องกับการศึกษาเดิม [20] ที่พบว่าประวัติอุบัติเหตุบริเวณข้อเข่า จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม แต่ในงานวิจัยที่ใกล้เคียงกันของ Boonsin Tangkulwanich และคณะ [17] พบว่าประวัติอุบัติเหตุบริเวณข้อเข่าไม่สัมพันธ์กับโรคข้อเข่าเสื่อม (OR 1.5, 95% CI; 0.3-7.7,  $p$ -value = 0.586) อาจจำเป็นต้องมีการศึกษาปัจจัยเสี่ยงนี้เพิ่มในกลุ่มประชากรที่มากขึ้น หลากหลายขึ้นอาจทำให้เห็นความสัมพันธ์ชัดเจนขึ้น

ข้อพิจารณาของการวิจัยนี้ ได้แก่กลุ่มประชากรที่อาจมีขนาดน้อยเกินไปทำให้ข้อมูลบางปัจจัยมีความเชื่อมั่น 95% ค่อนข้างกว้าง และการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้การศึกษาแบบการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง อาจบอกความเสี่ยงไม่ได้เนื่องจากผู้ป่วยได้รับปัจจัยเสี่ยงช่วงเวลาระยะหนึ่งจึงทำให้การดำเนินโรคไปสู่ข้อเข่าเสื่อม และปัจจัยเหล่านี้มักทำให้อาการปวดขาของผู้ป่วยแย่ลง ทำให้เกิดการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การประเมิน ณ ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมไปแล้ว จึงอาจทำให้ไม่ได้ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้

## สรุปและข้อเสนอแนะ

ความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมในพระสงฆ์มากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับโรคข้อเข่าเสื่อมคือ ประวัติโรคข้อเข่าเสื่อมในครอบครัวและประวัติการได้รับอุบัติเหตุบริเวณข้อเข่า

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยต่อไป ควรทำการศึกษาในกลุ่มประชากรพระสงฆ์ที่มีความหลากหลายมากขึ้น ประชากรจำนวนมากขึ้น และใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อมทั้งแบบที่ใช้ลักษณะทางคลินิกเพียงอย่างเดียวเทียบกับการใช้ลักษณะทางคลินิกร่วมกับภาพถ่ายรังสี ก็จะทำให้เห็นถึงความแม่นยำของการใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อมโดยลักษณะทางคลินิกเพียงอย่างเดียว ควรศึกษาในลักษณะ Prospective หรือ Retrospective study เพื่อที่จะบอกความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงกับตัวโรคข้อเข่าเสื่อมได้ชัดเจน

## กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณท่านรองเจ้าคณะอำเภอพระนครศรีอยุธยา รวมถึงพระภิกษุสงฆ์ทุกรูปที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมงานวิจัยนี้เป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณอาจารย์ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวได้แก่ พ.อ.หญิง พญ.สุดาทิพ ศิริชนะ พ.ท.หญิง พญ.พัฒนศิริ ศรีสุวรรณ นายแพทย์จักรี สาริกานนท์ แพทย์หญิงตรีธันว์ ศรีวิเชียร แพทย์หญิงอาภาณูช พันธุ์เทียน นายแพทย์นิติ อารมณฺ์ชื่น รวมทั้งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในงานวิจัยนี้

## การอ้างอิง

- [1]. สุรศักดิ์ นิลกานูวงศ์และสุรวุฒิ ปรีชานนท์. โรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis) ในตำราโรคข้อ เล่มที่ 1. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เอส.พี.เอ็น. การพิมพ์; 2548. หน้า 724-25
- [2]. G. Peat, R. McCarney, & P. Croff. Knee pain and osteoarthritis in older adults: a review of community burden and current use of primary health care. *Ann Rheum Dis* 2001; 60:91-7.
- [3]. D.T. Felson. The epidemiology of knee osteoarthritis: results from the Framingham osteoarthritis study. *Semin Arthritis Rheum* 1990; 20:42-50.
- [4]. M.A. Davis, W.H. Ettinger, J.M. Neuhaus, & K.P. Mallon. Knee osteoarthritis and physical functioning: evidence from the NHANES I epidemiologic followup study. *J Rheumatol* 1991; 18:591-8

- [5]. J.L. Van Saase, L.K. Van Romunde, A. Cats, J.P. Vandenbroucke, & H.A. Valkenburg. Epidemiology of osteoarthritis: Zoetermeer survey; comparison of radiological osteoarthritis in a Dutch population with that in 10 other populations. *Ann Rheum Dis* 1989; 48:271-80
- [6]. P. Chaiamnuay, J. Darmawan, & K.D. Muirden, Assawatnabodee P. Epidemiology of rheumatic diseases in rural Thailand:community oriented programme for the control of rheumatic disease. *J Rheumatol* 1998; 25:1382-7
- [7]. H. Shiozaki, Y. Koga, G. Omori, G. Yamamoto, & H.E. Takahashi. Epidemiology of Osteoarthritis of the knee in a rural Japanese population. *Knee* 1999; 6:183-8
- [8]. M.C. Hochberg. Epidemiology of osteoarthritis: current concepts and new insights. *J Rheumatol Suppl* 1991; 27:4-6
- [9]. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.2552 สำนักงานพัฒนานโยบายและสุขภาพระหว่างประเทศ. 2552 [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.พ. 2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaiod.net/th/report/category/6--2009-.html?download=37%3A-disability-adjusted-life-year-daly>
- [10]. V. Kuptniratsaikul, O. Tosayanonda, S. Nilganuwong, & V. Thamalikitkul. The epidemiology of osteoarthritis of the knee in elderly patients living an urban area of Bangkok. *J Med Assoc Thai* 2002; 85:154-61
- [11]. Boonsin Tangkrulwanich, Alan F.Geater, Virasakdi Chongsuvivatwong. Prevalence, patterns, and risk factors of knee osteoarthritis in Thai monks. *J Orthop Sci* 2006; 11:439-45.



## การรับรู้ภาวะสุขภาพของข้าราชการครูที่กำลังจะเกษียณอายุราชการ Perceived health status among pre-retired teachers

ภูวลีทิพย์ ภูลวรรณ<sup>1</sup> นำพร อินสิน<sup>1</sup> จรินทร์ทิพย์ชมชายผล<sup>1</sup> จิราภรณ์จำปาจันทร์<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

E-mail: phoowasitmu@gmail.com

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มข้าราชการครูที่กำลังจะเกษียณในเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสกลนครเขต 1 กลุ่มตัวอย่างคือข้าราชการครูที่กำลังจะเกษียณอายุราชการในปีงบประมาณ 2560 ในเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสกลนครเขต 1 จำนวน 134 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป การรับรู้ภาวะสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและเชิงอนุมาน ผลการศึกษาพบว่าข้าราชการครูร้อยละ 76.9 มีการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายไม่ดีและร้อยละ 70.1 มีการรับรู้ภาวะสุขภาพทางจิตใจไม่ดี เพศและโรคประจำตัว มีความแตกต่างในการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าครูมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ดีทั้งทางกายและจิตใจ ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพมีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมหรือพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อเกิดการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดีขึ้นแล้วย่อมจะเกิดอุปสรรคในการการปฏิบัติกิจกรรมหรือพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้

**คำสำคัญ:** การรับรู้ภาวะสุขภาพครูที่กำลังจะเกษียณ สกลนคร

### Abstract

This study was a survey research. The aim of this study was to describe perceived health status and determine difference demographic characteristics with perceived health status among pre-retired teachers in Sakon Nakhon primary educational service area 1. The subjects of study were conducted among 134 pre-retired teachers in Sakon Nakhon primary educational service area 1. Data were collection by self-administered questionnaire. The data was analyzed by descriptive and inferential statistics. The results show that poor physical and poor mental perceived health status were 70.1% and 76.9%. Gender and chronic disease were significant differences in physical perceived health status. In this study show that teachers have poor physical and mental perceived health status. Perceived health status has effect to health activities or behaviors. When perceived health status is poor then there will be obstacle in the implementation of good health activities or behavior.

**Keyword:** Perceived health status, pre-retired teachers, Sakon Nakhon

## บทนำ

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรไทยในปัจจุบันที่มีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วอันเป็นผลมาจากความก้าวหน้าและการพัฒนาทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้สัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากปี 2523 มีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 5.46 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 9.51 ในปี 2543 และร้อยละ 10.3 ในปี 2548 และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 21 ในปี 2563 จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกภาคส่วนจะต้องให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงวัยเหล่านี้ ให้ความแข็งแรงและลดการเจ็บป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ที่กำลังจะก้าวเข้าสู่การเป็นผู้สูงวัย จะเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นด้านวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อม หากไม่มีการเตรียมตัวพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ อาจจะทำให้บุคคลเหล่านี้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย กลุ่มข้าราชการครูเองก็เช่นกันเมื่อเข้าสู่วัยเกษียณจะเกิดเกิดความรู้สึกสูญเสียบทบาทเกิดการรับรู้ความสามารถในตนเองลดลง ในจังหวัดสกลนครมีข้าราชการครูที่กำลังจะเกษียณอายุราชการและกำลังเข้าสู่วัยสูงอายุในปี.ศ. 2560 จำนวน 452 คน และในสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาจังหวัดสกลนคร เขต 1 จำนวน 163 คน [6] ถือเป็นกลุ่มที่กำลังเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงจากคนวัยทำงานมาเป็นผู้สูงอายุอย่างเต็มตัวการที่ทราบถึงการรับรู้สุขภาพของบุคคลที่กำลังจะเข้าสู่วัยสูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญเพราะการรับรู้สุขภาพทำให้เกิดกิจกรรมหรือพฤติกรรมสุขภาพเกิดขึ้นในแต่ละบุคคลซึ่งข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้จะสามารถช่วยในการวางแผนสร้างเสริมสุขภาพของข้าราชการครูที่กำลังจะเกษียณอายุราชการเข้าสู่วัยสูงอายุได้ดังนั้น การศึกษารุ่นนี้จะเป็นการศึกษารับรู้ภาวะสุขภาพและทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มข้าราชการครูที่กำลังเกษียณในเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสกลนครเขต

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษารับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มข้าราชการครูที่กำลังเกษียณในเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสกลนครเขต 1
2. ทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มข้าราชการครูที่กำลังเกษียณในเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสกลนครเขต 1

## วิธีดำเนินงาน

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study)

ประชากรและกลุ่มอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือข้าราชการครูที่กำลังจะเกษียณอายุราชการในปีงบประมาณ 2560 ในเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสกลนครเขต 1 จำนวน 134 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลมีทั้งหมด 2 ส่วนคือ 1. ข้อมูลทั่วไปของประชากร ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน เงินเดือน โรคประจำตัว และ 2. แบบประเมินสภาวะสุขภาพเอสเอฟ 12 ฉบับภาษาไทย (Short Form Health Survey (SF-12)) ใช้สำหรับประเมินคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างในระยะเวลา 4 สัปดาห์ที่ผ่านมาโดยแบบประเมิน SF-12 สามารถจำแนกได้เป็น 2 ส่วนใหญ่ๆ ได้แก่ การรับรู้สุขภาพทางกาย (physical health) และด้านจิตใจ (mental health)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองเริ่มทำการเก็บข้อมูลโดยแนะนำตัวและแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อประชากรที่ศึกษายินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะแจกแบบสอบถามให้และเก็บรวบรวมกลับนำมาวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ในการอธิบายลักษณะของประชากร และสถิติเชิงอนุมานสถิติค่าที (Independent t-test) ในการอธิบายความแตกต่างระหว่างลักษณะของประชากร

ผลการศึกษา

ครูที่กำลังจะเกษียณอายุราชการในปีงบประมาณ 2560 ในเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสกลนครเขต 1 จำนวน 134 คน ร้อยละ 61.2 เป็นเพศหญิง มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 78.4 มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีร้อยละ 67.9 ส่วนใหญ่มีตำแหน่งครูผู้สอนร้อยละ 88.8 มีรายได้น้อยกว่า 60,000 บาทร้อยละ 54.5 มีโรคประจำตัวร้อยละ 50.7

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของข้าราชการครู (N= 134)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	52	38.8
หญิง	82	61.2
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	9	6.7
คู่	105	78.4
หม้าย	15	11.2
หย่า หรือ แยกกันอยู่	5	3.7
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	4	3.0
ปริญญาตรี	91	67.9
ปริญญาโท	36	26.9
ปริญญาเอก	3	2.3
<b>ตำแหน่งงาน</b>		
ครูผู้สอน	119	88.8
ศึกษานิเทศน์	5	3.7
ผู้บริหารโรงเรียน	7	5.2
<b>ตำแหน่งงาน</b>		
อื่นๆ	3	2.3
<b>รายได้ต่อเดือน</b>		
<60,000	73	54.5
≥60,000	61	45.5
<b>โรคประจำตัว</b>		
มี	68	50.7
ไม่มี	66	49.3

### การรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้สุขภาพ พบว่า ข้าราชการครูที่กำลังจะเกษียณอายุราชการร้อยละ 76.9 มีการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายไม่ดีและมีการรับรู้ภาวะสุขภาพทางจิตใจไม่ดีร้อยละ 70.1 โดยค่าเฉลี่ยของการรับรู้สุขภาพทางกายเท่ากับ 44.6 ( $\sigma = 6.5$ ) และทางจิตใจเท่ากับ 46.2 ( $\sigma = 7.8$ )

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพ (N= 134)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ทางกาย		
ดี	31	23.1
ไม่ดี	103	76.9
ค่าเฉลี่ย 44.6 ( $\sigma = 6.5$ )		
จิตใจ		
ดี	40	29.9
ไม่ดี	94	70.1
ค่าเฉลี่ย 46.2 ( $\sigma = 7.8$ )		

การทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรกับการรับรู้ภาวะสุขภาพพบว่า เพศและโรคประจำตัว มีความแตกต่างในการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยเพศชายมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สุขภาพทางกายมากกว่าเพศหญิงและข้าราชการครูที่ไม่มีโรคประจำตัวมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สุขภาพทางกายมากกว่าข้าราชการครูที่มีโรคประจำตัว (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างลักษณะทั่วไปของประชากรกับการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกาย (N= 134)

ปัจจัย	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	t	p
เพศ					
ชาย	52	45.9	5.1	1.9	0.48*
หญิง	82	43.8	7.1		
โรคประจำตัว					
มี	68	42.7	7.1	3.5	0.01*
ไม่มี	66	46.6	5.2		

\* $p < 0.05$



## อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนของการรับรู้สุขภาพทางกาย 44.6 ( $= 6.5$ ) และทางจิตใจเท่ากับ 46.2 ( $= 7.8$ ) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาในผู้ป่วยทางไตของประเทศอิตาลี [9] พบการรับรู้สุขภาพทางกาย 45.9 (SD = 10.8) และทางจิตใจเท่ากับ 46.7 (SD = 11.6) แต่แตกต่างกับการศึกษาในประชาชนทั่วไปประเทศกรีซ [10] พบการรับรู้สุขภาพทางกาย 49.4 (SD = 10.5) และทางจิตใจเท่ากับ 48.9 (SD = 9.2) และการศึกษาในผู้สูงอายุในประเทศสวีเดน [11] พบการรับรู้สุขภาพทางกาย 37.5 (SD = 11.9) และทางจิตใจเท่ากับ 50.3 (SD = 11.5) สามารถอธิบายได้ว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนที่แตกต่างกันเกิดขึ้นจากการรับรู้แต่ละบุคคลที่ไม่เหมือนกัน บริบทของพื้นที่ในการศึกษาต่างกันจึงทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนของการรับรู้สุขภาพแตกต่างกันและในการศึกษานี้พบเพศและโรคประจำตัว มีความแตกต่างในการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าเพศหญิงเป็นเพศที่มีการการดูแลสุขภาพร่างกายมากกว่าเพศชาย [12] ทำให้ได้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพที่เปลี่ยนไปในวัยสูงอายุทำให้รับรู้ถึงสุขภาพที่เสื่อมลงประกอบกับเพศชายเป็นเพศที่มีลักษณะทางกายภาพแข็งแรงกว่าเพศหญิงจึงทำให้การรับรู้ทางกายในการศึกษาครั้งนี้พบผู้ชายมีคะแนนการรับรู้ที่สูงกว่าเพศหญิงสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยทางไตของประเทศอิตาลี [9] พบว่าเพศมีความแตกต่างในการรับรู้สุขภาพทางกายโดยหญิงมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สุขภาพต่ำกว่าเพศชายโรคประจำตัวข้าราชการครูที่มีโรคประจำตัวจะมีข้อจำกัดในการทำงานหรือปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันมากกว่าข้าราชการครูที่ไม่มีโรคประจำตัวจึงทำให้คะแนนเฉลี่ยในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวมีน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยทางไตของประเทศอิตาลี [9] พบว่าโรคประจำตัวมีความแตกต่างในการรับรู้สุขภาพทางกายโดยครูที่มีโรคประจำตัวจะมีค่าเฉลี่ยของการรับรู้สุขภาพทางกายต่ำกว่าครูที่ไม่มีโรคประจำตัว

## สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นวิจัยสำรวจแบบภาคตัดขวางเพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มข้าราชการครูที่กำลังเกษียณในเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสกลนครเขต 1 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่าข้าราชการครูร้อยละ 76.9 มีการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายไม่ดีและร้อยละ 70.1 มีการรับรู้ภาวะสุขภาพทางจิตใจไม่ดี โดยค่าเฉลี่ยของการรับรู้สุขภาพทางกายเท่ากับ 44.6 ( $= 6.5$ ) และทางจิตใจเท่ากับ 46.2 ( $= 7.8$ ) เพศและโรคประจำตัว มีความแตกต่างในการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ควรมีการจัดอบรมเกี่ยวกับการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุเพื่อข้าราชการครูได้มีความพร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุควรมีการให้ความรู้และความเข้าใจในกลุ่มครูที่มีโรคประจำตัวและกลุ่มของเพศหญิงในการส่งเสริมสุขภาพทางกาย เช่นการออกกำลังกายหรือกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณข้าราชการครูกำลังจะเกษียณอายุราชการในปีงบประมาณ 2560 ในเขตพื้นที่การศึกษา ประถมศึกษาศกนครเขต 1 ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและผู้ช่วยวิจัยที่ให้คำแนะนำในการทำ วิจัยครั้งนี้จนสำเร็จตามเป้าหมาย

## เอกสารอ้างอิง

- [1] S. Chunharas, situation of the thai elderly 2010. bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI), 2012.
- [2] Ministry of Education Thailand. (2017, 17 Aug 2017). The list of government officials under the Ministry of Education, who are over sixty years old, must retire from office after retirement at the end of fiscal year 2016. Available: [http://www.moe.go.th/moe/nipa/information/outMOE\\_y60.pdf](http://www.moe.go.th/moe/nipa/information/outMOE_y60.pdf)
- [3] J. Ware, Jr., M. Kosinski, and S. D. Keller, "A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity," *Med Care*, vol. 34, pp. 220-33, Mar 1996.
- [4] B. Gandek, J. E. Ware, N. K. Aaronson, G. Apolone, J. B. Bjorner, J. E. Brazier, et al., "Cross-Validation of Item Selection and Scoring for the SF-12 Health Survey in Nine Countries: Results from the IQOLA Project," *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 51, pp. 1171-1178, 1998.
- [5] B. Manuti, P. Rizza, C. Pileggi, A. Bianco, and M. Pavia, "Assessment of perceived health status among primary care patients in Southern Italy: findings from a cross-sectional survey," *Health and Quality of Life Outcomes*, vol. 11, pp. 93-93, 2013.
- [6] N. Kontodimopoulos, E. Pappa, D. Niakas, and Y. Tountas, "Validity of SF-12 summary scores in a Greek general population," *Health and Quality of Life Outcomes*, vol. 5, pp. 55-55, 2007.
- [7] U. Jakobsson, "Using the 12-item Short Form health survey (SF-12) to measure quality of life among older people," *Aging Clin Exp Res*, vol. 19, pp. 457-64, Dec 2007.
- [8] B. Sawangsri, "Self-healthcare of the elderly in Samchuk District, Suphanburi Province," *RMUTSB Acad. J*, vol. 1, pp. 128-137, 2013.

การศึกษาภาวะสุขภาพของประชาชนผู้รับบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ  
ตำบลมะค่า อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา

A Study of Customer's Health Status at Makha Sub-District Health Promoting  
Hospital, Mueang District, Nakhon Ratchasima

สังวาล จ่างโพธิ์<sup>1</sup> วิลาวัลย์ ศรีโพธิ์<sup>1</sup> จงจินดา ทับจะบก<sup>1</sup> และกนกมน รุจิรกุล<sup>2</sup>

<sup>1</sup> โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา

<sup>2</sup> โปรแกรมวิชาคอมพิวเตอร์ธุรกิจ คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

E-mail: kanokmon.r@nrru.ac.th

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ภาวะสุขภาพของผู้มารับบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า อำเภอมืองจังหวัดนครราชสีมา เก็บรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลในระบบ HosXp ในวันที่ 30 กันยายน 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยจากผู้รับบริการจำนวน 10,225 คน อายุต่ำกว่า 1 ปี-99 ปี ร้อยละ 51.65 เป็นเพศหญิง เป็นผู้ที่มีชื่อในทะเบียนบ้าน และอยู่อาศัยจริงมากที่สุด (ร้อยละ 79.87) รองลงไปคือมีชื่อในทะเบียนบ้านแต่ไม่ได้อยู่อาศัย (ร้อยละ 16.49) ไม่มีชื่อในทะเบียนบ้านแต่มาอยู่อาศัย (ร้อยละ 3.36) และบุคคลนอกเขต (ร้อยละ 0.27) พบว่าเป็นผู้ที่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 12.00 ของผู้มารับบริการ โดยเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 12-99 ปี โรคประจำตัวที่พบมาก 5 อันดับแรก คือ อันดับที่ 1 ความดันโลหิตสูง อันดับที่ 2 เบาหวานและความดันโลหิตสูง อันดับที่ 3 เบาหวาน อันดับที่ 4 หอบหืด อันดับที่ 5 ความดันและหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 55.91, 19.56, 8.64, 2.85 และร้อยละ 1.30 ตามลำดับ หมู่บ้านที่มีผู้รับบริการที่มีโรคประจำตัว 5 ลำดับแรก คือ หมู่ 8 (193 คน) หมู่ 9 (170 คน) หมู่ 7 (157 คน) หมู่ 10 (128 คน) และ หมู่ 2 (124 คน)

จากผลการวิจัยนี้ควรนำข้อมูลไปใช้ในการจัดสรรทรัพยากรสนับสนุนโดยคำนึงถึงจำนวนผู้รับบริการที่ไม่มีชื่อในทะเบียนบ้านและบุคคลนอกเขต แนวทางพัฒนาการป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ ควรครอบคลุมทุกวัยโดยเน้นการสร้างเสริมศักยภาพในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงด้วยตนเอง เพราะโรคประจำตัวที่พบมาก 5 อันดับแรกมีสาเหตุมาจากพฤติกรรม

## ABSTRACT

This research aims to analyze the health status of the customer in Makha Sub-District Health Promoting Hospital, Mueang Nakhon Ratchasima district. The data is collected from HosXp's database and analyzed by descriptive statistics.

The result evaluates from 10,255 customers under the age of 1 to 99 years old. 51.65 % were female. Most of the customer are named in the household registration and residents (79.87). In addition, there were named in the household registration but did not live, unregistered in the household registration, and outsider, i.e., 16.49, 3.36 and 0.27, respectively.

The result shows that 12.00 % of the customer had diseases. The customer with the disease were 12-99 years old. The first five common diseases are hypertension, diabetes and hypertension, diabetes, asthma, pressure and stroke, i.e., 55.91%, 19.56%, 8.64%, 2.85% and 1.30%, respectively. The top five villages with the diseased customer are Moo 8, 9, 7, 10 and 2 (193, 170, 157, 128, and 124 respectively).

The result from this research was recommended to apply the information in resource allocation by considering the number of unregistered customer in household registration and the outsider. The disease prevention and health promotion development should cover all ages by focusing on empowering self-control behaviors. Due to the top five common diseases are caused by behaviors.

**KEYWORDS:** Keywords: Health Status, Health Promoting Hospital, HosXp

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

## บทนำ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยบริการสาธารณสุขขั้นปฐมภูมิที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน และชุมชนมากที่สุด มีหน้าที่ในการดูแลประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบให้มีสุขภาพที่ดี ทั้ง กาย ใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เป็นการนำสาธารณสุขแบบผสมผสานไปสู่ประชาชนใน ระดับตำบลและท้องถิ่น ด้วยการเชื่อมโยงกับบริการสุขภาพในระดับอื่นเพื่อการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีส่วนร่วมในการดำเนินงานจากองค์กรปกครองท้องถิ่นประชาชน และชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีภารกิจ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ 2) ด้านการรักษาพยาบาล 3) ด้านการควบคุมป้องกันโรค 4) ด้านการฟื้นฟูและ 5) ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ภารกิจทั้ง 5 ด้านนี้ จะนำไปสู่การสร้างสุขภาพที่ดีของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ

แผนพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข 2561-2565 ได้กล่าวถึงการสนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิมีบุคลากรสุขภาพสาขาต่าง ๆ ปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น เป็นประมาณร้อยละ 80 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้การจัดบริการครอบคลุมกลุ่มประชากรที่หน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละรูปแบบรับผิดชอบ โดยกำหนดผลที่คาดว่าจะได้รับไว้ 3 ประการคือ 1. ประชาชนทุกกลุ่มอายุ สามารถรับบริการในสถานบริการใกล้บ้านลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการของประชาชนและลดความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ 2. มีระบบการจัดการปัญหาด้านสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ที่มีความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน 3. ประเทคมิระบบบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพไม่เพิ่มขึ้น เกิดความมั่นคงด้านสังคม เศรษฐกิจ [1]

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า ทำหน้าที่ให้บริการแก่ประชาชน 10 หมู่บ้าน ที่อยู่ในตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา โดยมีการนำระบบ HOSxP PCU มาใช้ในการช่วยจัดการข้อมูลของหน่วยงานทำให้มีข้อมูลที่เป็นปัจจุบันสามารถใช้วิเคราะห์ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการได้ทั้งในภาพรวมและรายประเด็น การศึกษารั้่งนี้เป็นเพียงจุดเริ่มต้นของการนำข้อมูลที่มีอยู่ในระบบมาวิเคราะห์ให้เห็นภาพรวมของผู้มารับบริการจากการปฏิบัติงานประจำที่ทำอยู่ในปัจจุบัน ภาพรวมภาวะสุขภาพของผู้รับบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญสำหรับใช้ในการวางแผนพัฒนาให้บริการสาธารณสุขตามภารกิจทั้ง 5 ด้านได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น



## วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า อำเภอมืองนครราชสีมา
- 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีโรคประจำตัวของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า อำเภอมืองนครราชสีมา
- 3) เพื่อศึกษาการกระจายของผู้ที่มีโรคประจำตัวในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า อำเภอมืองนครราชสีมา

## วิธีดำเนินการศึกษา

ประชากรที่ศึกษา เป็นการกำหนดขอบเขตจากข้อมูลที่อยู่ในระบบ HOSxP PCU ของหน่วยงาน ณ วันที่ 30 กันยายน 2560 ขอบเขตของข้อมูลที่จะนำมาใช้ในการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า อำเภอมืองนครราชสีมา กำหนดให้ข้อมูลส่วนบุคคลพื้นฐานเป็นตัวแปรอิสระ และการมี/ไม่มีโรคประจำตัวเป็นตัวแปรที่ต้องการศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลจากผู้รับบริการที่มีข้อมูลครบถ้วน ณ วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560 ด้วยสถิติเชิงพรรณนา

## ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า อำเภอมืองนครราชสีมา ลักษณะทางประชากรของผู้รับบริการ การวิจัยในครั้งนี้ ได้ทำการศึกษาและวิเคราะห์ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า อำเภอมืองนครราชสีมา ด้วยข้อมูลที่ได้จากระบบ HOSxP พบว่า ผู้รับบริการมีจำนวนทั้งหมด 10,225 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 5,281 คน คิดเป็นร้อยละ 51.65 อายุของผู้รับบริการอยู่ในช่วงต่ำกว่า 1 ปี ถึง 80 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่มีอายุอยู่ระหว่าง 15-29 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 22.62 ในด้านระดับการศึกษา ผู้รับบริการจำนวน 6,331 คน มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 61.92) ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ก่อนประถมศึกษา/อนุบาล และมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช. ร้อยละ 10.13, 7.68 และร้อยละ 6.45 ตามลำดับ มีผู้รับบริการจำนวน 5,022 คน (ร้อยละ 49.11) ที่มีสถานภาพสมรสเป็นคู่ ในขณะที่ผู้ที่มีสถานะโสดและสมณะมีอยู่จำนวน 4,937 คน (ร้อยละ 48.30) และผู้ที่มีสถานะร้าง หม้าย หย่า จำนวน 265 คน (ร้อยละ 2.59)

ผู้รับบริการเป็นผู้ที่มีชื่อในทะเบียนบ้าน และอยู่อาศัยจริงมากที่สุด ร้อยละ 79.87 รองลงไป ได้แก่ มีชื่อในทะเบียนบ้านแต่ไม่ได้อยู่อาศัย (ร้อยละ 16.49) ไม่มีชื่อในทะเบียนบ้านแต่มาอยู่อาศัย (ร้อยละ 3.36) และบุคคลนอกเขต (ร้อยละ 0.27) ร้อยละ 26.66 ของผู้รับบริการเป็นนักเรียนนักศึกษา รองลงมา ได้แก่ อาชีพรับจ้าง ในความปกครอง และเกษตรกร ร้อยละ 22.73, 8.67 และ 6.69 ตามลำดับ ข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละมั่ง อำเภอมืองนครราชสีมา จำแนกตามประเภท ได้ดัง ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละมั่ง อำเภอมืองนครราชสีมา

เพศ	จำนวน	ร้อยละ	ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	4,944	48.35	ก่อนประถมศึกษา/อนุบาล	785	7.68
หญิง	5,281	51.65	ประถมศึกษา	6,331	61.92
อายุ			ปวส./อนุปริญญา	392	3.83
ต่ำกว่า 1 ปี	77	0.75	มัธยมศึกษาตอนต้น	1,036	10.13
1-5 ปี	405	3.96	มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.	660	6.45
6-14 ปี	1,189	11.63	ไม่ได้รับการศึกษา	597	5.84
15-29 ปี	2,313	22.62	ไม่ทราบ	4	0.04
30-39 ปี	1,524	14.90	ระดับปริญญาตรี	408	3.99
40-49 ปี	1,696	16.59	ระดับปริญญาโท	12	0.12
50-59 ปี	1,465	14.33	การมีชื่อในทะเบียนบ้าน		
60-69 ปี	809	7.91	บุคคลนอกเขต	28	0.27
70-79 ปี	501	4.90	มีชื่อในทะเบียนบ้านแต่ไม่ได้อยู่อาศัย	1,686	16.49
ตั้งแต่ 80 ปี ขึ้นไป	246	2.41	มีชื่อในทะเบียนบ้าน และอยู่อาศัยจริง	8,167	79.87
สถานภาพสมรส			ไม่มีชื่อในทะเบียนบ้านแต่มาอยู่อาศัย	344	3.36
ไม่มีข้อมูล	1	0.01	อาชีพ		
คู่	5,022	49.10	เกษตรกร	684	6.69
โสด สมณะ	4,937	48.30	รับจ้าง	2,324	22.73
ร้าง หม้าย หย่า	265	2.59	นักเรียนนักศึกษา	2,726	26.66
			ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้างประจำ	224	2.19
			ค้าขาย/เจ้าของกิจการ	196	1.92
			ในความปกครอง	886	8.67
			อื่น ๆ	29	0.28
			ไม่ระบุ	3,156	30.87

## 1.2 ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ

ในผู้รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า อำเภอเมืองนครราชสีมา ร้อยละ 12.00 เป็นผู้ที่มีโรคประจำตัว โรคประจำตัวที่พบบ่อย 5 อันดับแรก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 55.91) เบาหวานและความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 19.56) เบาหวาน (ร้อยละ 8.64) หอบหืด (ร้อยละ 2.85) ความดันและหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 1.30 ตามลำดับ โดยคนที่มีโรคประจำตัวเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 12-99 ปี ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

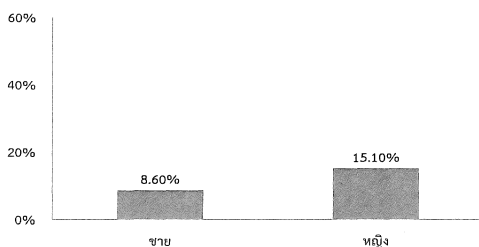
ตารางที่ 2 ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า อำเภอเมืองนครราชสีมา

การมีโรคประจำตัว	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีโรคประจำตัว	8,998	88.00
เบาหวาน	106	1.04
เบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	255	2.49
เบาหวานและโรคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ความดันโลหิตสูง	6	0.06
ความดันโลหิตสูง	686	6.71
ความดันโลหิตสูงและโรคอื่นที่ไม่ใช่เบาหวาน	66	0.65
โรคอื่นๆ	108	1.06

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีโรคประจำตัวของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า อำเภอเมืองนครราชสีมา

ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีโรคประจำตัวของผู้มารับบริการของงานวิจัยครั้งนี้ใช้ Contingency Coefficient ในการพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และการมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ซึ่งปัจจัย 6 นี้ เมื่อนำมาหาค่าความสัมพันธ์พบว่า มีความสัมพันธ์กับการมีโรคประจำตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยรายละเอียดของแต่ละปัจจัยมี ดังนี้

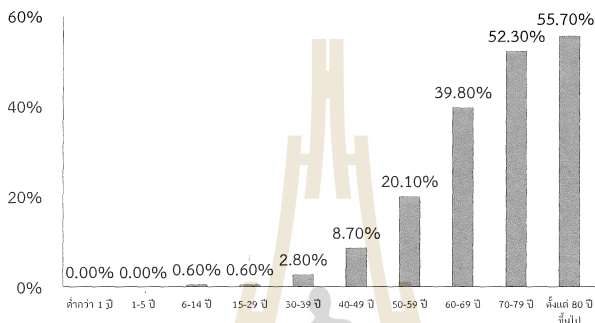
2.1 เพศกับการมีโรคประจำตัวของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า อำเภอเมืองนครราชสีมา ผู้มารับบริการที่มีโรคประจำตัวเป็นเพศชาย จำนวน 4,517 คน คิดเป็นร้อยละ 8.60 ของผู้มารับบริการเพศชายทั้งหมด และหญิง จำนวน 4,481 คน คิดเป็นร้อยละ 15.10 ของผู้มารับบริการเพศหญิงทั้งหมด ดังภาพที่ 1



\*  $p < .01$ , Contingency Coefficient = .100

ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการมีโรคประจำตัว

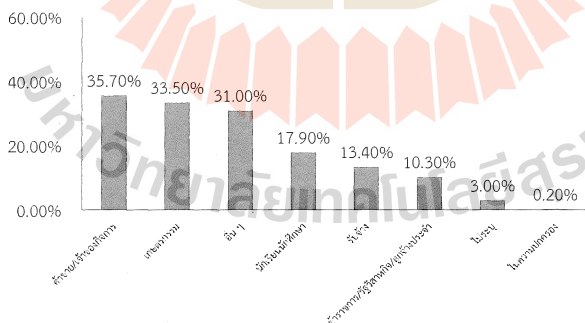
2.2 อายุกับการมีโรคประจำตัวของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา ร้อยละของผู้มารับบริการเมื่อจำแนกตามช่วงอายุ พบว่า ร้อยละสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ อายุตั้งแต่ 80 ปี ขึ้นไป (ร้อยละ 55.70) รองลงมา ได้แก่ อายุ 70-79 ปี (ร้อยละ 52.30) และอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 39.80) เมื่อพิจารณาจากภาพที่ 2 จะเห็นว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการมีโรคประจำตัว โดยผู้ที่มารับบริการยังมีอายุมากขึ้นจะมีร้อยละของผู้ที่มีโรคประจำตัวมากขึ้นตามไปด้วย



\*  $p < .01$ , Contingency Coefficient = .446

ภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการมีโรคประจำตัว

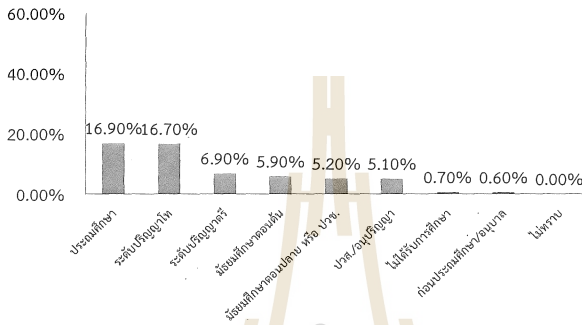
2.3 อาชีพกับการมีโรคประจำตัวของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า อำเภอมืองนครราชสีมา ในภาพที่ 3 พบว่า ร้อยละของผู้มารับบริการที่มีโรคประจำตัว 3 อันดับแรก ได้แก่ ผู้ประกอบอาชีพค้าขาย/เจ้าของกิจการ (ร้อยละ 35.70) เกษตรกรรม (ร้อยละ 33.50) และอาชีพอื่น ๆ (ร้อยละ 31.00)



\*  $p < .01$ , Contingency Coefficient = .280

ภาพที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับการมีโรคประจำตัว

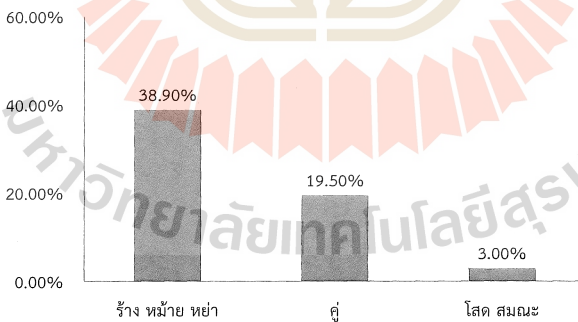
2.4 ระดับการศึกษากับการมีโรคประจำตัวของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มะค่า อำเภอมืองนครราชสีมา จากภาพที่ 4 พบว่า ร้อยละของผู้มารับบริการที่มีผู้ที่มีโรคประจำตัว 3 อันดับแรก ได้แก่ ผู้ที่มีระดับการศึกษาในชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 16.90) ปริญญาโท (ร้อยละ 16.70) และปริญญาตรี (ร้อยละ 6.90)



\*  $p < .01$ , Contingency Coefficient = .196

ภาพที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับการมีโรคประจำตัว

2.5 สถานภาพสมรสกับการมีโรคประจำตัวของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มะค่า อำเภอมืองนครราชสีมา ร้อยละของผู้มารับบริการที่มีโรคประจำตัว 3 อันดับแรก ได้แก่ ผู้ที่มีสถานภาพสมรสร้าง หม้าย หย่า (ร้อยละ 38.90) คู่ (ร้อยละ 19.50) และโสด (ร้อยละ 3.00) ดังภาพที่ 5

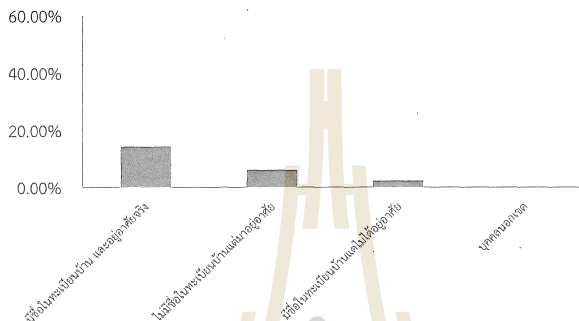


\*  $p < .01$ , Contingency Coefficient = .274

ภาพที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับการมีโรคประจำตัว



2.6 การมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านกับการมีโรคประจำตัวของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละมั่ง อำเภอมืองนครราชสีมา จากภาพที่ 6 พบว่า ร้อยละของผู้มารับบริการที่มีโรคประจำตัว 3 อันดับแรก ได้แก่ ผู้มารับบริการที่มีชื่อในทะเบียนบ้าน และอยู่อาศัยจริง (ร้อยละ 14.30) ไม่มีชื่อในทะเบียนบ้านแต่มาอยู่อาศัย (ร้อยละ 6.10) และมีชื่อในทะเบียนบ้านแต่ไม่ได้อยู่อาศัย (ร้อยละ 2.30)

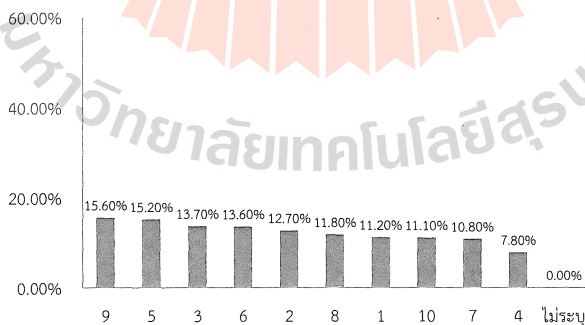


\*  $p < .01$ ; Contingency Coefficient = .140

ภาพที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างการมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านกับการมีโรคประจำตัว

ตอนที่ 3 การกระจายของผู้ที่มีโรคประจำตัวในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละมั่ง อำเภอมืองนครราชสีมา

เนื่องจากมีการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบของผู้ปฏิบัติงานเป็นหมู่บ้าน ในงานวิจัยนี้จึงทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของแต่ละหมู่บ้านกับการมีโรคประจำตัว จากภาพที่ 7 พบว่า ร้อยละของผู้มารับบริการที่มีโรคประจำตัว 3 อันดับแรก ได้แก่ ผู้ที่อาศัยอยู่ในหมู่ที่ 9 (ร้อยละ 15.60) หมู่ 5 (ร้อยละ 15.20) และหมู่ 3 (ร้อยละ 13.70)



\*  $p < .01$ , Contingency Coefficient = .068

ภาพที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างหมู่บ้านกับการมีโรคประจำตัว

## สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยในครั้งนี้ ได้ทำการศึกษาและวิเคราะห์ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า อำเภอเมืองนครราชสีมา ด้วยข้อมูลที่ได้จากระบบ HOSXP PCU

ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า อำเภอเมืองนครราชสีมา พบว่า ผู้รับบริการมีจำนวนทั้งหมด 10,225 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 5,281 คน เป็นผู้ที่มีอายุอยู่ระหว่าง 15-29 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 22.62

ผู้รับบริการจำนวน 6,331 คน มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 61.92) ผู้รับบริการ ร้อยละ 49.11 มีสถานภาพสมรสเป็นคู่ และร้อยละ 79.87 ของผู้รับบริการเป็นผู้ที่มีชื่อในทะเบียนบ้าน และอยู่อาศัยจริงมากที่สุด ร้อยละ 26.66 ของผู้รับบริการเป็นนักเรียนนักศึกษา รองลงมา ได้แก่ อาชีพรับจ้าง ในความปกครอง และเกษตรกร ร้อยละ 22.73, 8.67 และ 6.69 ตามลำดับ

ในด้านภาวะสุขภาพของผู้รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า อำเภอเมืองนครราชสีมา ร้อยละ 12.00 ของผู้รับบริการเป็นผู้ที่มีโรคประจำตัว โดยโรคประจำตัวที่พบมาก 5 อันดับแรก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 55.91) เบาหวานและความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 19.56) เบาหวาน (ร้อยละ 8.64) หอบหืด (ร้อยละ 2.85) ความดันและหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 1.30 ตามลำดับ โดยคนที่มีโรคประจำตัวมีอายุตั้งแต่ 12-99 ปี

ข้อมูลที่น่าเสนอจะเห็นได้ว่า โรคประจำตัวที่พบเป็นโรคที่สามารถลดอุบัติการณ์ได้ด้วยการจัดให้มีกิจกรรมทางกายเป็นประจำอย่างเพียงพอและสม่ำเสมอ [2] จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก [3] ประเมินว่าการไม่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอเป็นสาเหตุของโรคเบาหวานถึงร้อยละ 15 และโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 12-13 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของมินตรา เมธีรัตน์ และธัญการย์ [4] ที่ได้นำเสนอว่า หากมีการส่งเสริมสุขภาพในเรื่องของการออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเหล่านี้อย่างถูกต้อง จะทำให้มีสุขภาพที่ดีและลดอุบัติการณ์ของโรคดังกล่าวได้

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีโรคประจำตัวของผู้รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า อำเภอเมืองนครราชสีมาในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีโรคประจำตัวของผู้รับบริการของงานวิจัยครั้งนี้ใช้ค่า Contingency Coefficient ในการพิจารณาค่าความสัมพันธ์ โดยความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่นำมาพิจารณา ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และการมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน พบว่า ปัจจัยทั้งหมดมีความสัมพันธ์กับการมีโรคประจำตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผู้มารับบริการที่มีโรคประจำตัวเป็นเพศชาย จำนวน 4,517 คน คิดเป็นร้อยละ 8.60 ของผู้มารับบริการเพศชายทั้งหมด และเพศหญิง จำนวน 4,481 คน คิดเป็นร้อยละ 15.10 ของผู้มารับบริการเพศหญิงทั้งหมด ผู้มารับบริการที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปี ขึ้นไปและช่วง 70-79 ปี ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 55.70 และร้อยละ 52.30 ตามลำดับ ตรงกับทฤษฎีที่ว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความดันโลหิตสูง กล่าวคืออุบัติการณ์ของความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น [5]

ผู้มารับบริการที่ประกอบอาชีพค้าขาย/เจ้าของกิจการ เกษตรกรรม และอาชีพอื่น ๆ เป็นผู้ที่มีโรคประจำตัวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.70 33.50 และร้อยละ 31.00 ตามลำดับ ระดับการศึกษาที่มีผู้ที่มีโรคประจำตัวสูง 3 อันดับแรก ได้แก่ ประถมศึกษา (ร้อยละ 16.90) ปริญญาโท (ร้อยละ 16.70) และปริญญาตรี (ร้อยละ 6.90)

ร้อยละ 38.90 ของผู้มารับบริการที่ร่าง หนัก หยา เป็นผู้ที่มีโรคประจำตัว ในขณะที่สถานภาพสมรสเป็นคู่ มีร้อยละของผู้มารับบริการที่เป็นโรคประจำตัวอยู่ที่ร้อยละ 19.50 และมีเพียงร้อยละ 3.00 ของผู้ที่เป็นโสดที่มีโรคประจำตัว ผู้ที่มีชื่อในทะเบียนบ้าน และอยู่อาศัยจริงมีร้อยละของผู้ที่มีโรคประจำตัวสูงสุดคือ ร้อยละ 14.30 ในขณะที่บุคคลนอกเขตทุกคนที่มารับบริการนั้นเป็นผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัวทั้งหมด

ในปัจจุบันนี้อุบัติการณ์ของโรคประจำตัวได้เกิดเร็วขึ้น อันเนื่องมาจากการใช้ชีวิต การไม่ออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมหรือถูกหลักโภชนาการ [6] ดังนั้น การให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักในการป้องกันและดูแลจึงเป็นหนึ่งในสิ่งทีควรมีการสนับสนุนให้เกิดขึ้นเพื่อลดอุบัติการณ์และจำนวนผู้ที่มีโรคประจำตัวในอนาคต สำหรับการป้องกันและดูแลรักษาในเชิงรุกนี้สามารถทำได้โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพซึ่งเป็นหน่วยงานที่ใกล้ชิดและสามารถเข้าถึงตัวประชาชนได้สะดวก

การกระจายของผู้ที่มีโรคประจำตัวในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละคำ อำเภอเมืองนครราชสีมา หมู่บ้านที่มีร้อยละของผู้รับบริการที่มีโรคประจำตัว 5 อันดับแรก ได้แก่ หมู่ 9 (ร้อยละ 15.60) หมู่ 5 (ร้อยละ 15.20) หมู่ 3 (ร้อยละ 13.70) หมู่ 6 (ร้อยละ 13.60) และ หมู่ 2 (ร้อยละ 12.70)

ปิติวรรณ ฝ่ายโคกสูง [7] ได้ทำการวิจัยเรื่อง การประยุกต์ใช้ระบบภูมิสารสนเทศในการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพสำหรับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในเขตอำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นการนำเทคโนโลยีมาช่วยในการวางแผนและสนับสนุนการทำงานในด้านสาธารณสุข เพื่อการดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น เนื่องจากมีการพิจารณาในด้านที่ตั้งและการกระจายตัวของบ้านผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบร่วมกับข้อมูลเชิงบรรยายทำให้สามารถเห็นภาพได้ชัดเจนมากขึ้น ดังนั้น หากมีการนำระบบภูมิสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ร่วมกับข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการมีโรคประจำตัวย่อมส่งผลดีต่อการวางแผนและพัฒนาการป้องกันและดูแลประชาชน

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการพบว่า ปัจจัยอายุเป็นปัจจัยที่มีค่าความสัมพันธ์กับการมีโรคประจำตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สูงที่สุดในกลุ่มปัจจัยที่นำมาวิเคราะห์ รองลงมา ได้แก่ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การมีชื่อในทะเบียนบ้าน เพศ และหมู่บ้าน ตามลำดับ ดังนั้น ปัจจัยดังกล่าวสามารถนำไปใช้ในการพิจารณาและวางแผนต่อยอดเพื่อการป้องกันดูแลและรักษาได้ในอนาคต

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ที่อำนวยความสะดวกในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง

### เอกสารอ้างอิง

- [1] กระทรวงสาธารณสุข, "แผนยุทธศาสตร์ระบบบริการปฐมภูมิ 4.0 (พ.ศ. 2560-2579)," ,2560.
- [2] วิชัย เอกพลากร, "รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557," สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, นนทบุรี, 2557.
- [3] องค์การอนามัยโลก, "World Health Report," World Health Organization, Geneva, 2002.
- [4] มินตรา สารรัชช์, เมธีรัตน์ มั่นวงศ์ and ธันยการย์ ศรีวราภ, "ภาวะสุขภาพของประชาชนในลุ่มหมู่บ้านห้วยขาวสารจังหวัดอุบลราชธานี," วารสารวิชาการ ม.อบ. , vol. ปีที่ 11 , no. ฉบับที่ 2, pp. 38-46, 2552.
- [5] J. E. DeMartinis, "Management of Client with Hypertensive disorders," Medical-Surgical Nursing: Clinical Management for Positive Outcomes, vol. 2, p. , 2009.
- [6] กษมา ภูสีสัด and สาโรจน์ นาจจุ, การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนจังหวัดสุโขทัย, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2558.
- [7] ปิติวรรณ ฝ่ายโคกสูง, การประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศในการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพสำหรับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในเขตอำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา, นครราชสีมา: วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร คณะวิทยาศาสตร์และศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล, 2555.

บทความวิจัย

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี



## การประยุกต์ใช้รูปแบบวิจัยชุมชนในการจัดการเรียนรู้เพื่อป้องกันพยาธิใบไม้ตับ ในพื้นที่ที่มีการระบาดสูง

ศศิวรรณ หัตสนเอี่ยม,<sup>1</sup> นำพร อินสิน,<sup>1</sup> จิราภรณ์ จำปจันทร์,<sup>1</sup> ภูสิทธิ์ ภูสุวรรณ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

E-mail: sasiwan@snru.ac.th

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษาการประยุกต์ใช้รูปแบบวิจัยชุมชนในการจัดการเรียนรู้เพื่อป้องกันพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ที่มีการระบาดสูง คัดเลือกจากผลการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในปี พ.ศ. 2558 ผู้มีส่วนร่วมเป็นนักวิจัยวิชาการ 5 คน นักวิจัยท้องถิ่น 13 คน ได้แก่ผู้นำชุมชน ร้านขายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการประยุกต์ใช้การวิจัยชุมชนมี 3 ระยะคือ 1) สำรวจประเด็นและความต้องการแก้ปัญหาสุขภาพ และคัดเลือกนักวิจัยท้องถิ่นโดยความสมัครใจซึ่งมีบทบาทร่วมคิด ร่วมสร้างและร่วมทำ ทำให้เกิดความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพและสามารถถ่ายทอดสาเหตุและวิธีป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับให้กับประชาชน 2) พัฒนาวิธีการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับโดยเลือกวิธีประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันพยาธิใบไม้ตับ และส่งเสริมให้ประชาชนหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงด้วยสื่อบุคคลที่เข้าถึงประชาชนและ 3) การประเมินผลและสะท้อนบทเรียนจากการทำงานวิจัยระหว่างนักวิจัยพบว่านักวิจัยชุมชนเกิดความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซึ่งนำไปสู่การสนับสนุนโครงการในชุมชน กระบวนการที่สำคัญ ได้แก่การทำความเข้าใจกับปัญหา การเข้าถึงของประชาชนชักชวนให้หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ:** วิจัยชุมชน พยาธิใบไม้ตับ พื้นที่ระบาดสูง

## Current Health Education Materials for Thai Elderly

Thitaporn Keinwong, Joy Lyneham, Sharyn Hunter, Thira Woratanarat

*Faculty of Nursing, Suan Dusit University*

*Email : c3170818@uon.edu.au*

### Abstract

**Introduction:** Health education materials that are used to provide health education for Thai elderly are an important component in health promotion. This study evaluated the alignment of materials that are used to promote the health of Thai elderly with hypertension with gerogogy, which is a theory that proposes that there are unique education considerations related to the elderly.

**Material and methods:** This study has collected health education materials from five PCUs, within the Parkkred district, Nonthaburi, Thailand that are used to promote the health of the elderly with hypertension

A document analysis was conducted using an audit checklist that had been created from an extensive literature search about educational recommendations for the elderly. This checklist evaluated the health education documents for the presentation of education content, and other factors that have been found to influence learning.

**Results:** The evaluation of the Thais' hypertensive health education materials showed that there was some alignment with gerogogy. However a number of areas were found that were not consistent. The presentation of the educational content was set at a much higher reading level than recommended and the formatting of the materials did not consider visual and cognitive changes experienced by the elderly.

**Conclusions:** Health education materials are a key component of health promotion of the elderly. This study found that health education materials that are used to improve the health of Thai elderly with hypertension require some modifications to improve readability and understanding by the elderly. These changes would contribute to the elderly's self-management abilities and improve their health outcomes with chronic illness.

**Keywords :** current health education.

## Integrative literature review in learning and health promotion in elderly with chronic illness.

Keinwong Thitaporn., Hunter Sharyn & Lyneham, Joy.

*Faculty of Nursing, Suan Dusit University*

*Email : c3170818@uon.edu.au*

### Abstract

**Introduction.** The aim of this study was to present an integrative review of literature about learning and health promotion of the older adult with chronic illness

**Background.** Older adults exhibit a learning style that is different to other adults. Older adult learning with chronic illness experiences in health promotion play an essential factor in improving the quality of life. Exploring the evidence that supports the development of health promotion for older adult with chronic illness and assists their learning need to be identified and incorporated to improve health outcomes.

**Methods.** An integrative review was conducted by applying Kable's 12 steps. Bowling and Pearson's quality appraisal were reviewed to integrate the results of literature.

**Results.** This review found that very little research has been conducted about learning and health promotion of older people with a chronic illness. Most studies have been conducted in western countries. No studies were found regarding the integration of the older adult learning style and health education materials. The evidence of health promotion program improve older people health but there is little description of how these program achieved these outcomes.

**Conclusion.** To improve health promotion for older people with chronic illness factors that assist older people's learning need to be identified and incorporated into health education programs.

**Keywords:** Integrative literature review, Healthpromotion, Health education, Learning experience, older adult, and chronic illness

## การวิเคราะห์ปริมาณสารพฤษเคมีจากสารสกัดผลหม่อนสด

รัตนา เกียรติทรงชัย,<sup>1</sup> ผศ.ดร.เบญจมาศ จิตรสมบูรณ์<sup>2</sup>

<sup>1</sup>สาขาวิชาชีววิทยา <sup>2</sup>สาขาวิชาเภสัชศาสตร์ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

E-mail: tiki263@yahoo.com

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นไปเพื่อทดสอบหาปริมาณสารทางชีวภาพที่มีต่อสุขภาพ ของสารสกัดจากผลสดหม่อนกินลูก พันธุ์เชียงใหม่60 ที่ปลูกทางภาคอีสานตอนบน อ.ศรีสงคราม จ. นครพนม เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการบ่งบอกคุณค่าของผลผลิตของผลหม่อน โดยสามารถใช้ส่งเสริมการเพาะปลูกหม่อนกินผลในทางภาคอีสานตอนบนได้ ในการศึกษาครั้งนี้จะทำการทดสอบสารพฤษเคมี 3 กลุ่มได้แก่ สารฟีนอลิกทั้งหมด สารฟลาโวนอยด์ทั้งหมด และสารโอลิโกเมอร์ิกโพรแอนโทไซยานินดิน ของสารสกัดจากผลหม่อนสด โดยใช้เอทานอลแอลกอฮอล์ 95% ในการสกัด จากนั้นทำให้แห้งด้วยความเย็นและเก็บไว้ในตู้เย็น  $-80^{\circ}\text{C}$  จนกระทั่งจะใช้งาน สารฟีนอลิกทั้งหมดใช้วิธี Folin-Ciocalteu Colorimetric assay สารฟลาโวนอยด์ทั้งหมด ใช้วิธี Aluminium chloride colorimetric assay และสารโอลิโกเมอร์ิกโพรแอนโทไซยานินดิน ใช้วิธี Vanillin assay ผลการทดลองพบว่าสารสกัดจากผลหม่อนสดมีสารฟีนอลิกทั้งหมดอยู่ในปริมาณ  $114.92 \pm 2.73$  มิลลิกรัมของสารมาตรฐานแกลลิกแอซิดต่อกรัมของสารสกัดผลหม่อนสด สารฟลาโวนอยด์ทั้งหมด  $13.88 \pm 0.15$  มิลลิกรัมของสารมาตรฐานคาเทชินต่อกรัมของสารสกัดผลหม่อนสด และสารโอลิโกเมอร์ิกโพรแอนโทไซยานินดิน  $14.36 \pm 0.06$  มิลลิกรัมของสารมาตรฐานคาเทชินต่อกรัมของสารสกัดผลหม่อนสด

คำสำคัญ: หม่อนกินผล, ปริมาณสารพฤษเคมี

## สติ๊กเกอร์ยาตามมาตรฐาน ป้องกันการบริหารยาผิด

พนิดา ไชยปัดดา, รติญา และกระโทก, เนาวรัตน์ ออบุ่น, กัลยาณี ภักดีกิจ  
 ปริญญา จุลโพธิ, จิตรารวรรณ อรรถวัฒน์กุล  
 แผนกเภสัชญู, โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  
 สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

### บทคัดย่อ

ศึกษาผลของการใช้สติ๊กเกอร์ยา ที่มีลักษณะความแตกต่าง ของสีและรูปร่าง ติดที่กระบอกฉีด ยาและขวดยาที่มีผลต่อความคาดเคลื่อนในการบริหารยาทางวิสัญญี โดยการศึกษากาการบริหารยาทางวิสัญญีในกลุ่มผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 1350 ราย ในระยะเวลา 6 เดือน ทั้งในระยะ ระวังความรู้สึกในท้องผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดที่ท้องพักฟื้นพบว่าไม่มีอุบัติการณ์ความคาดเคลื่อนในการบริหารยาในกลุ่มที่ติดป้ายสติ๊กเกอร์ แต่พบอุบัติการณ์ความคาดเคลื่อนกาบริหารยา จำนวน 3 ครั้ง โดยมีสาเหตุจากผู้บริหารยา ไม่นำสติ๊กเกอร์ไปใช้

คำสำคัญ : สติ๊กเกอร์

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี



## ความรุนแรงของอาการปวดเข่าเรื้อรังและการดูแลตนเองต่ออาการปวดเข่าเรื้อรังของ ผู้สูงอายุในตำบลดงชุมข้าว อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

อภิสรดา บัวมูล<sup>1</sup> สุดารัตน์ กันทะมา<sup>1</sup> ศิริญาพร เทพรักษา<sup>1</sup> สุภาพร เครือตาแก้ว<sup>1</sup>

นำพร อินสิน<sup>2</sup> และ ณีรนุช วรโธสง<sup>2</sup>

<sup>1</sup> นักศึกษาลัทธิศาสตร์วิทยาศาสตร์บัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

<sup>2</sup> อาจารย์ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

E-mail: y\_a\_m\_qs@hotmail.com

### บทคัดย่อ

การปวดเข่าเรื้อรังนำไปสู่ภาระที่เพิ่มในผู้สูงอายุ การวิจัยเชิงสำรวจนี้เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวดเข่าเรื้อรังและสำรวจการดูแลตนเองต่ออาการปวดเข่าเรื้อรังของผู้สูงอายุ ตำบลดงชุมข้าว อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ที่มีอาการปวดเข่ามากกว่า 1 ครั้งในหนึ่งเดือน เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 132 คน ด้วยแบบประเมินความรุนแรงของอาการปวดเข่าเรื้อรังและแบบสัมภาษณ์การดูแลตนเองต่ออาการปวดเข่าเรื้อรังโดยการใช้ยาและการไม่ใช้ยา ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการทำลายข้อเข่าและการบริหารข้อเข่า วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61.4 เป็นหญิง ร้อยละ 52.3 มีอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 62.9 อยู่แบบสมรส ร้อยละ 92.4 จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 87.1 เป็นเกษตรกร ร้อยละ 40.9 มีภาวะอ้วน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 47.0 และ 10.6 ประเมินว่าตนเองมีความรุนแรงของอาการปวดเข่าเรื้อรังระดับปานกลางและรุนแรง ร้อยละ 94.0 ใช้ยาบรรเทาอาการปวดเข่า ร้อยละ 63.4 ซื้อยาใช้เองและร้อยละ 56.1 ใช้อาหารเสริมที่อ้างสรรพคุณต้านอาการปวดเข่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 64.4 และ 21.2 มีการดูแลตนเองโดยไม่ใช้ยาในระดับต่ำและปานกลาง ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าสังคมควรตระหนักถึงปัญหาการปวดเข่าเรื้อรังของผู้สูงอายุและหาวิธีบำบัดหรือป้องกันอย่างเหมาะสมระยะยาวตามบริบทของพื้นที่

**คำสำคัญ:** การดูแลตนเอง, ปวดเข่าเรื้อรัง, ผู้สูงอายุ

## ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลโนนหอม อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

นิธิพร มนต์มี<sup>1</sup> สุชาติดา ศรีตะ<sup>1</sup> นิภาดา ศรีสร้อย<sup>1</sup> ฮายามี เจาะโนะ<sup>1</sup>

นำพร อินสิน<sup>2</sup> และ ฌีรนุช วรโธสง<sup>2</sup>

<sup>1</sup> นักศึกษาลัทธิสุตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

<sup>2</sup> อาจารย์ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

E-mail: y\_a\_m\_qs@hotmail.com

### บทคัดย่อ

การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับสังคมไทยในยุคสังคมสูงวัย การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้มุ่งค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลโนนหอม อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 305 คน ที่สุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างประกอบด้วย 1) ปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่

ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากรและภาวะสุขภาพ: เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส การมีโรคประจำตัว ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม: รายได้ การได้รับสวัสดิการ ภาระหนี้สิน ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม: การรับรู้สภาพความสัมพันธ์ของครอบครัว ความถี่ของการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การมีผู้ดูแล และ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ: ลักษณะที่อยู่อาศัย และ 2) การรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 5 ด้าน ได้แก่สุขภาพทางกายและใจ สมพันธภาพทางสังคม ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยไคสแควร์ ผลการวิจัย พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้แก่ รายได้ (p-value < 0.001) การได้รับสวัสดิการ (p-value = 0.022) การรับรู้สภาพความสัมพันธ์ของครอบครัว (p-value < 0.001) และลักษณะที่อยู่อาศัย (p-value = 0.048) ผลการวิจัยนี้ได้ชี้แนะแนวทางส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยเน้นประเด็นการสร้าง ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ปัจจัย, ผู้สูงอายุ

## ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะซึมเศร้าในพระสงฆ์

ยุทธกรานต์ ชินโสตร์,<sup>1</sup> ธาตรี โบลิตธิพิเชฏฐ์,<sup>1</sup> ธนภมณ ลีศรี<sup>2</sup>

<sup>1</sup>กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

<sup>2</sup>สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

### บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการที่พบบ่อยและสำคัญ ซึ่งนำไปสู่ความผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความคิดและการใช้ชีวิตในสังคม โดยปัจจัยทางสังคมเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะซึมเศร้า ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะซึมเศร้าในพระสงฆ์ซึ่งเป็นสถานะทางสังคมที่จำเพาะยังมีข้อมูลที่ไม่ชัดเจน วัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในพระสงฆ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

**วิธีการวิจัย:** การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาพระสงฆ์ที่จำพรรษาในวัดที่อยู่ในเขต อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ระยะเวลาทำการศึกษาดังตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2556 ถึง 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2556 จำนวน 416 รูป เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบทดสอบ Thai version of Patient Health Questionnaire  
**ผลการศึกษา :** ความชุกของภาวะซึมเศร้าในพระสงฆ์เท่ากับร้อยละ 20.43 แบ่งเป็นระดับเล็กน้อย, ปานกลาง และรุนแรง ร้อยละ 17.79, 2.16 และ 0.48 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ระดับการศึกษาก่อนอุปสมบท ไม่ได้เรียนหนังสือ (AOR 4.77, 95% CI 1.35-16.81) ประวัติการป่วยด้วยโรคทางจิตเวช (AOR 11.34, 95% CI 2.14-60.02)

**สรุป:** การส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าในพระสงฆ์ยังมีความจำเป็น บุคลากรด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตในพระสงฆ์ ซึ่งจะเป็นที่พึ่งด้านจิตใจให้กับประชาชนในลำดับต่อไป

**คำสำคัญ:** ความชุก, ภาวะซึมเศร้า, พระสงฆ์

นวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ :  
การใช้ละครประยุกต์ในการสร้างความปลอดภัยในการทำงาน

วรรณรัตน์ รัตวรงค์

สาขาการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการใช้ละครประยุกต์ในการสร้างความตระหนักเรื่องความปลอดภัยในการทำงานของคณาจารย์ในโรงงาน การวิจัยนี้อาศัยแนวคิดเรื่องอาชีพอนามัยและความปลอดภัยและละครประยุกต์เป็นหลักในการวิเคราะห์ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิจัยปฏิบัติการ ดำเนินการใน 5 โรงงาน รวมมีตัวอย่างในการศึกษา 125 คน กิจกรรมวิจัยที่กระทำต่ออาสาสมัคร เรียกว่า “กระบวนการละคร” ซึ่งประกอบด้วย 1) การสร้างพื้นที่ปลอดภัย 2) การกระตุ้นให้กล้าคิดและแสดงความคิดเห็น และ 3) การเปิดใจคุยผลการวิจัยพบว่าผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าพนักงานมีความเข้าใจเรื่องอุบัติเหตุของ โดยสามารถระบุได้ว่าอุบัติเหตุเกิดจากคน ความผิดพลาดของเครื่องจักร ความปลอดภัยที่พนักงานแสดงออกผ่านกิจกรรมนั้นเป็นการทำงานที่ไม่ถูกต้อง การพลังผล ความประมาท กิจกรรมการวิจัยนี้ทำให้พนักงานเกิดจินตนาการเรื่องความสูญเสียทั้งทางตรงและทางอ้อม พนักงานสามารถคิดต่อเนื่องถึงผลกระทบที่เกิดจากการเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายขึ้น และรู้สึกถึงผลที่จะตามมาชัดเจนมาก เพราะหลักการของละครประยุกต์ที่เป็นการสร้างจินตนาการให้คนเกิดความคิดและนำมามองเรื่องของตัวเอง เกิดสำนึกที่จะทำให้ชีวิตของตนเองดีขึ้น โดยรู้สึกสัมผัสสิ่งที่เป็นเรื่องเลวร้ายหรืออันตรายจากจินตนาการและเลือกทางเลือกที่นำพาชีวิตไปทางที่ปรารถนา ซึ่งนำไปสู่การสร้างให้เกิดความตระหนักเรื่องความปลอดภัยในการทำงาน ได้ดีกว่าการบอกหรือสอนเรื่องความปลอดภัยเพียงการให้ความรู้ การเปิดโอกาสให้พนักงานคิด รวมทั้งแลกเปลี่ยนมุมมองต่อเรื่องการทำงานในสภาพที่ปลอดภัย อารมณ์ความรู้สึกของผู้ที่ประสบเหตุการณ์ความสูญเสียหรืออุบัติเหตุที่เคยเกิดขึ้นจริงจึงเป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญให้พนักงานสัมผัสความแท้จริงซึ่งมนุษย์จะเกิดการรับรู้จากความรู้สึกสัมผัสที่แท้จริงได้ดีกว่าการเรียนรู้โดยการบอกเล่าผ่านการฝึกอบรมให้ความรู้

**คำสำคัญ:** ความปลอดภัยในการทำงาน, อุบัติเหตุ, การสร้างเสริมสุขภาพ, สถานประกอบการ, ละครประยุกต์

**ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม :  
ปฏิริยาการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย การปรับตัวและการเผชิญปัญหา**

ศักดา ชำคม

สาขาการพยาบาลจิตเวช สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

Email: sakdakh@sut.ac.th

**บทคัดย่อ**

**วัตถุประสงค์:** เพื่ออธิบายประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเกี่ยวกับปฏิริยาการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย การปรับตัว และการเผชิญปัญหาหลังการเจ็บป่วย วัตถุประสงค์และวิธีการ: เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 45 ราย ในเขตจังหวัดนครราชสีมา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยประยุกต์ขั้นตอนของโคไลซี

**ผลการศึกษา:** ปฏิริยาการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย (1) ระยะเวลาตรวจพบความผิดปกติและรอฟังผล ส่วนใหญ่กังวล ตกใจ กลัวว่าตนเองจะเป็นมะเร็ง (2) ระยะเวลาทราบผล มีปฏิริยาแตกต่างกันตามทัศนคติที่มีต่อโรคมะเร็ง ทั้งปฏิเสธ แยกตัว โกรธต่อรอง ซึมเศร้าและยอมรับ (3) ระยะเวลาอยู่กับความเจ็บป่วย จะแสวงหาความรู้มากขึ้น เครียดและกังวลน้อยลง การปรับตัวหลังการเจ็บป่วย พบว่า (1) การเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตหลังป่วย จะทำงานน้อยลงแต่ดูแลตนเองมากขึ้น (2) ความคิดหรือความเชื่อเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่ไม่คิดฆ่าตัวตาย กลัวบาป (3) เหตุผลสำคัญของการมีชีวิตอยู่คือ รักและหวังใยครอบครัว (4) ความรู้สึกต่อตนเองก่อนและหลังป่วย ส่วนใหญ่รู้สึกว่ามีคุณค่า ต้องดูแลใส่ใจตนเองมากขึ้น (5) ความรู้สึกต่อการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน ส่วนใหญ่ คิดว่าตนเองยังมีคุณค่า มีประโยชน์ ยอมรับและพร้อมต่อสู้โรค การเผชิญปัญหาหลังเจ็บป่วย ส่วนใหญ่ จะปรึกษาขอความช่วยเหลือจากครอบครัวและผ่นคนสายด้วยตนเอง

**สรุป :** ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลภาวะจิตสังคม ส่งเสริมสุขภาพจิตและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมต่อไป

**คำสำคัญ:** มะเร็งเต้านม, ประสบการณ์, ปฏิริยาการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย, การปรับตัว, การเผชิญปัญหา



## A Simple Screening for Liver Fluke Risk Group through the Smartphone Application

Natthawut Kaewpitoon, Thirayu Meererksom, Siwawich Chan-Aran, Taweesak Tongtawee, Likit Matrakool, Sukij Panpimanmas, Ryan Loyd, Soraya Kaewpitoon, Parichart Wakkhuwatapong  
Parasitic Disease Research Unit, Suranaree University of Technology  
Email; natthawut.k@hotmail.com

### Abstract

*Opisthorchis viverrini*, the carcinogenic human liver fluke, is a serious health problem in Southeast Asia. The infection associated with cholangiocarcinoma. Therefore, this present study was aimed to screen *O. viverrini* infections among the Thai rural populations. A cross-sectional study was conducted among 103 individuals from Nakhon Ratchasima, Thailand. Participants were screened using the *O. viverrini* verbal screening test either through smartphone applications (OvApp). Fecal samples were processed by the mini-parasep sf parasite fecal concentrator. The infection rate of *O. viverrini* was 9.71%. The majority of infections was detected in males, in the age group 31-40 years old, in the primary school education level, and in the occupation of agriculture. In screening for *O. viverrini* infection, OvApp had a high sensitivity (80.00%), specificity (94.62%), NPV (97.78%), and accuracy (93.20%). The PPV was 61.54% for OvApp. The observed agreement was substantial for OvApp ( $k$ -value = 0.68). OvApp had a high sensitivity, specificity, and accuracy for screening the risk groups for *O. viverrini*. These results indicate that OvApp is a potential and useful tool for decreasing the cost of large scale *O. viverrini* screening.

Keywords: Liver Fluke, OvApp, Thailand, cholangiocarcinoma

## Comparison of the coprological concentration methods for the carcinogenic liver fluke detection among migrant workers in Thailand

Natthawut Kaewpitoon<sup>1,3,4</sup>, Ryan A Loyd<sup>1,2,3</sup>, Wararat Sangwalee<sup>1,4</sup>, Jirawoot Kujapun<sup>1,4</sup>, Jun Norkaew<sup>1,4</sup>, Jirayut Chuatanam<sup>1,4</sup>, Sukanya Ponphimai<sup>1,4</sup>, Wasugree Chavengkun<sup>1,4</sup>, Mali Pothipim<sup>4</sup>, Natnapa Padchasuwan<sup>1,5</sup>, Taweesak Tongtawee<sup>1,3</sup>, Likit Matrakool<sup>1,3</sup>, Sukij Panpimanmas<sup>1,3</sup>, Parichart Wakkhuwatapong<sup>1</sup>, Soraya Kaewpitoon<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Parasitic Disease Research Unit, Suranaree University of Technology

<sup>2,3</sup>Suranaree University of Technology Hospital, Suranaree University of Technology

<sup>4</sup>Faculty of Public Health, Vongchavalitkul University

<sup>5</sup>Faculty of Public Health, Khon Kaen University

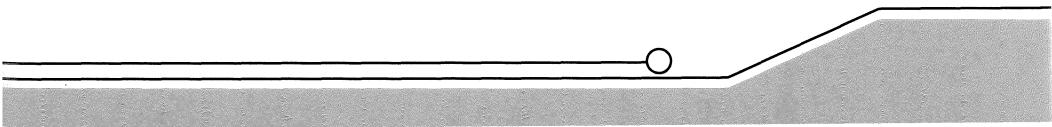
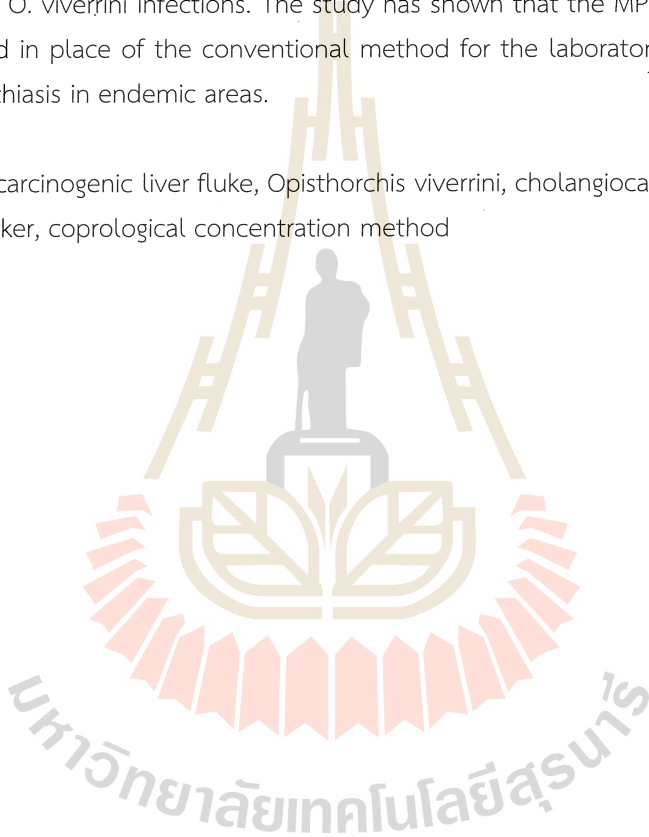
natthawut.ka@sut.ac.th

### Abstract

*Opisthorchis viverrini* is a serious health problem in Southeast Asia. The infection is associated to cholangio-carcinoma. This study aimed to detect *Opisthorchis viverrini* infection among migrant workers in Thailand by using three coprological concentration methods and compare the efficiencies of three methods. A cross-sectional study was conducted among 147 migrant workers in Thailand. Fecal samples were processed by the modified formalin ether concentration technique (FECT), the Kato Katz thick smear (KKT), and the Mini-parasep sf parasite fecal concentrator (MPFC). Sensitivities, specificities, positive predictive values (PPV), negative predictive values (NPV), accuracies, and Kappa indexes were analyzed. The infection rate with Opisthorchiasis was 27.21%. The parameters measured for the FECT, KKT, and MPFC methods respectively were as follows: infection rates (23.13%, 12.93%, and 22.45%), sensitivities (85.00%, 47.50%, and 82.50%), specificities (100%,

100%, and 100%), PPV (100%, 100%, and 100%), NPV (94.69%, 83.59%, and 93.86%), and accuracies (95.92%, 85.71%, and 95.24%). The kappa index value of diagnostic agreement between FECT and MPFC showed substantial agreement for *O. viverrini* (73.80%). Conclusion: the calculated analytical sensitivity, NPV, and accuracy indicate that FECT and MPFC are more accurate in detecting *O. viverrini* infections. The study has shown that the MPFC method can be used in place of the conventional method for the laboratory diagnosis of opisthorchiasis in endemic areas.

**Keywords:** carcinogenic liver fluke, *Opisthorchis viverrini*, cholangiocarcinoma, migrant worker, coprological concentration method



บทความวิชาการ

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

## Ultrasound of the abdomen in a nutshell

### A survival guide for internship

Jirapa Chansangrat  
Suranaree University of Technology

#### Outline:

Imaging optimization  
Abdominal trauma  
Acute abdominal pain

#### Imaging optimization:

##### 1. Ultrasound instruments

- a. Ultrasound probe: choosing right bandwidth is a key. In general, the highest ultrasound frequency permitting penetration to the depth of interest should be selected.
  - i. Curvilinear probe: bandwidth about 3-5 kHz: suitable for deep structures; abdominal structure
  - ii. Linear probe: bandwidth
    1. 9-11 kHz; deep veins, appendix
    2. 12-14 kHz; superficial structures: thyroid gland, breast, subcutaneous mass
- b. Ultrasound panel
- c. Display screen

##### 2. Stepwise imaging optimization (B mode)

- a. Select ultrasound mode, if available
- b. Probe orientation
- c. Adjust depth
- d. Adjust focal zone
- e. Adjust gain/near-far gain



## Abdominal trauma

### 1. EFAST:

- a. Pleural spaces
- b. Right upper quadrant: included;
  - i. The perihepatic area and hepatorenal recess (Morison pouch);
  - ii. The left upper quadrant: the perisplenic area
  - lii. Suprapubic view: pouch of Douglas
  - iv. Subxiphoid pericardial view

### 2. Solid organ injuries

- a. Liver
- b. Spleen
- c. Kidney
- d. Pancreas

### 3. Intravascular volume assessment

The most common cause of hypotension in traumatic patients is hypovolemic shock secondary to blood loss. However, injuries to the heart or central nervous system may result in cardiogenic and neurogenic shock. Ultrasound of the IVC can differentiate these conditions

- Supine position
- Low frequency curvilinear transducer
- Subxiphoid approach, sagittal orientation
- IVC diameter is measured 2 cm below the cavoatrial junction
- Measure in inspiratory and expiratory phases

Expiratory IVC diameter (cm) and Respiratory change	Estimated CVP (cm H <sub>2</sub> O)
<1.5 Total collapse	0-5
1.5-2.5 >50% collapse <50% collapse	6-10 11-15
>2.5 <50% collapse No change	16-20 >20

## Acute abdominal pain

### 1. Gallstones and acute cholecystitis

Gallstones appear as highly reflective echogenic foci within gallbladder lumen, normally with prominent posterior acoustic shadowing regardless of the component. Generally, gravity dependent can be observed.

Normally, the gallbladder wall is thin, not exceeding 3 mm.

Acute cholecystitis will produce sonographic features;

- a. Positive sonographic Murphy's sign
- b. Gallbladder wall thickening
- c. Pericholecystic fluid
- d. Gallbladder distension and sludge

### 2. The aorta: acute aortic syndrome

- a. Aortic dissection
- b. Intramural hematoma
- c. Aortic aneurysmal rupture
- d. Penetrating atherosclerotic ulcer

## Reference:

IFEM Point-of-care Ultrasound Curriculum Guidance, March 2014

Rumack C. Diagnostic ultrasound.

AJR 2014; 202:656–665

Radiology: Volume 283: Number 1—April 2017

## Abstract co-walk

Bura Sindhupakorn  
Suranaree University of Technology

### Recovery outcome in clinical trial with Walking Support Machine after anterior cruciate ligament (ACL) reconstruction

**Introduction:** Rehabilitation after anterior cruciate ligament (ACL) reconstruction is important for a successful surgical outcome. Several methods use to accelerate the recovery such as no bracing, hard rehabilitation brace, functional brace, Home-based physical therapy, open vs. closed-kinetic-chain exercises and Electrical stimulation. Purpose of our study is using walking support machine (co walk) to improve recovery after surgery.

**Methods:** 30 ACL reconstruction patients were randomized and divided 2 groups equally as control and experiment. We collected data as general demographic, Range of Motion, Anterior Drawer test, Valgus and Varus stress Test, Recovery status, Pain score, timed up-and-go test, Knee Society Score, IKDC, KOOS, WOMAC score and SF-36. We recorded data in pre op, day 1, day 2 and 2 weeks post operation.

**Results:** In experimental group, data showed that increase of evaluation value at post-op day 1, day 2 and 2 weeks compare with pre-op. IKDC average 77.84 (SD = 13.47) ( $p < 0.01$ ), KOOS average 65.30 (SD = 11.39) ( $p < 0.01$ ), Knee score average 89.10 (SD = 12.51) ( $p < 0.01$ ), functional score average of 99.00 (SD = 4.62) ( $p < 0.01$ ), physical function average 55.40 (SD = 11.95) ( $p < 0.01$ ) and Range of Motion is increasing significant difference ( $p < 0.01$ ). But WOMAC score 69.86 (SD = 9.90) is not statistically significant difference ( $p > 0.05$ )

**Conclusion:** Co-walk is effectively improving the ability of knee joint, decrease pain. It is better than isolated physical therapy rehabilitation programs after 2 weeks of ACL reconstruction.

## บทนำสู่ปรสิต

ณัฐวุฒิ แก้วพิบูลย์

ศูนย์วิจัยโรคปรสิต สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

แผนกวิจัย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

ปรสิตเป็นสัตว์เซลล์เดียวหรือหลายเซลล์ที่ต้องพึ่งพาอาศัยสิ่งมีชีวิตอื่น โดยสัตว์ดังกล่าวอาจอยู่ในหรือนอกร่างกายของสิ่งมีชีวิตอื่นและตัวมันเองเป็นฝ่ายได้รับผลประโยชน์แต่เพียงฝ่ายเดียว สัตว์ดังกล่าวเรียกว่า “ปรสิต” (Parasite) ส่วนสิ่งมีชีวิตที่ปรสิตเข้าไปอาศัยหรือผู้ถูกอาศัยนั้นเรียกว่า “Host” (โฮสต์) ปรสิตที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ สามารถแบ่งตามหลักทางวิทยาศาสตร์ ได้ดังนี้ Kingdom: Phylum: Protozoa: โปรโตซัว (Protozoa) เป็นสัตว์เซลล์เดียวที่มีโครงสร้างไม่ยุ่งยากซับซ้อน เช่น Entamoeba sp., Trypanosome sp., Plasmodium sp. Kingdom: Animalia: Phylum: Platyhelminthes หนอนพยาธิตัวแบน แบ่งย่อยได้ 2 พวก คือ พยาธิใบไม้ (Trematodes) เช่น Opisthorchis viverrin พยาธิติต (Cestodes) เช่น Taenia saginata, Phylum: Nematelminthes หนอนพยาธิตัวกลม (Nematodes) เช่น Ascaris lumbricoides, Phylum: Acanthocephala พยาธิหัวหนาม (Acanthocephalan) เช่น Macracanthorhynchus hirudinaceus, Phylum: Arthropoda สัตว์กลุ่มนี้มีทั้งที่เป็นแมลง (Insects) และไม่ใช่แมลง ซึ่งส่วนมากจะเป็นแมลงที่เป็นพาหะนำโรคปรสิต แต่ก็พบว่าตัวแมลงเองก็เป็นตัวรบกวนโฮสต์ด้วย คือ เช่น ยุง แมลงวัน เหา เรือด เห็บ และไร ปรสิตยังสามารถจำแนกชนิดได้ตามลักษณะการอยู่อาศัย อาทิ ปรสิตภายนอก (Ectoparasite) คือ ปรสิตที่อาศัยอยู่ภายนอกร่างกายของโฮสต์ ตามผิวหนัง ศีรษะ เส้นผม หรือขน กัดกินผิวหนังและดูดกินน้ำเลี้ยงจากเซลล์ เป็นอาหาร เช่น เหา ไร เห็บ ปรสิตภายใน (Endoparasite) คือปรสิตที่อาศัยอยู่ภายในร่างกายของโฮสต์ เช่น ภายในลำไส้ ตับ ปอด และในเลือด ได้แก่ พยาธิใบไม้ปอด Paragonimus heterotremus อาศัยในปอด และพยาธิใบไม้เลือด Schistosoma japonicum ปรสิตมีรูปร่างแตกต่างกันไปตั้งแต่มองด้วยตาเปล่าไม่เห็นจนถึงมองเห็นขนาดใหญ่และยาว มีวงจรชีวิตแบ่งออกเป็นแบบต่างๆและวงชีวิตของปรสิตแบบสลับซับซ้อน มีวิธีการเข้าสู่โฮสต์ของปรสิตหลายหนทาง อาทิ ปาก จมูก ผิวหนัง อวัยวะสืบพันธุ์ สายรกและเลือด แหล่งปนเปื้อนที่มีเชื้อปรสิต เช่น น้ำ (Water borne parasitic disease) อาหาร (Food borne parasitic disease) ฝุ่นละอองหรือทางอากาศ (Air borne parasitic disease) พาหะหรือแมลง (Vector borne parasitic disease) สัตว์เลี้ยง (Pet borne parasitic disease) บทบาทของปรสิตต่อโฮสต์ อาทิ การแย่งอาหาร (Robbing effects) การเสียหายโดยตรง (Direct injurious effects)

ปรสิตบางชนิดจะทำให้เกิดการเสียหายต่ออวัยวะที่ปรสิตอาศัยอยู่โดยตรง เช่น พยาธิปากขอ ใช้ฟันกัดผนังลำไส้เพื่อดูดสารอาหารจากเลือด พยาธิไส้เดือนจะทำให้เกิดอุดตันลำไส้ หรืออาจจะไชทะลุผนังลำไส้ได้ การเสียหายโดยทางอ้อม (Indirect injurious effects) การติดเชื้อจากเชื้อชนิดอื่นที่อาศัยอยู่ในบริเวณนั้น หลังจากการเสียหายโดยตรง เช่น การเกิด secondary infection จากเชื้อแบคทีเรียในลำไส้หลังจากที่พยาธิปากขอใช้ปากขอกัดบริเวณลำไส้ นั้น อาการแพ้ (Allergic reaction) ตัวปรสิตหรือสารที่ปรสิตสร้างออกมา จะทำให้เกิดอาการแพ้ เช่น หอบหืด เวลาได้รับหรือสัมผัสกับไรฝุ่นบ้าน เกิดอาการแพ้เวลาติดเชื้อพยาธิตัวตืด ดังนั้น การทำความเข้าใจและให้ความสำคัญเกี่ยวกับปรสิต จึงมีความสำคัญในการควบคุมและป้องกันโรคไม่ให้เกิดอันตรายต่อมนุษย์ต่อไป





## สถานการณ์โรคหนองพยาธิของประเทศไทย

ฐิติมา วงศาโรจน์, อรนาถ วัฒนวงษ์  
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

โรคหนองพยาธิ ยังคงส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของประชาชนคนไทย สำหรับการศึกษา สถานการณ์โรคหนองพยาธิทั่วประเทศได้ดำเนินการเป็นระยะในช่วงเวลาทุก 5-10 ปี การสำรวจ สถานการณ์โรคหนองพยาธิทั่วประเทศ เริ่มดำเนินการอย่างเป็นระบบ เมื่อ ปี พ.ศ.2500 และ ต่อเนื่อง ในปี พ.ศ.2534 ปี พ.ศ.2539 ปี พ.ศ.2544 ปี พ.ศ.2552 และ ครั้งล่าสุดดำเนินการ ในปี พ.ศ.2557 ประเทศไทยมีแผนงานควบคุมโรคหนองพยาธิในระดับชาติ ได้แก่ พยาธิใบไม้ตับ และพยาธิปากขอ สำหรับ กระบวนการกำหนดนโยบายตามแผนงานควบคุมโรคหนองพยาธิระดับประเทศ และระดับเขต หรือแม้แต่ ใน ระดับจังหวัด จำเป็นที่จะต้องมามีข้อมูลที่มีหลักฐานอ้างอิง (evidence – based needs) ซึ่งได้จากข้อมูลพื้นฐาน สถานการณ์การเกิดโรคหนองพยาธิในประชากรทุกกลุ่มอายุทั่วประเทศที่ต้องอาศัยจากการสำรวจในชุมชน โดยตรงพร้อมทั้งการสัมภาษณ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพ จากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียที่สามารถมีส่วนร่วมใน กระบวนการตัดสินใจในชุมชนเอง เพื่อให้การอ้างอิงตัวเลขที่เป็นข้อมูลสถานการณ์โรคเป็นปัจจุบันและ สามารถบอกถึงระดับปัญหาได้ถูกต้อง และชัดเจน โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาอัตราความชุกและระดับ ความรุนแรงของโรคหนองพยาธิทุกชนิด ได้แก่ พยาธิใบไม้ตับ พยาธิปากขอ พยาธิไส้เดือน พยาธิชนิดอื่นๆ และ สามารถก่อให้เกิดโรคในคน เพื่อที่จะเสริมให้เกิดความครบถ้วนในการดูแลสุขภาพของประชาชนให้ปลอดภัย จากโรคหนองพยาธิที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย การสำรวจหนองพยาธิ โดยใช้เทคนิคการสุ่มแบบ cluster sampling random ตามแนวทางองค์การอนามัยโลก ทำการตรวจอุจจาระวินิจฉัยหาความชุกของโรค หนองพยาธิ ด้วยเทคนิค Formalin ether concentration technique และ ตรวจนับไข่หนองพยาธิหา ระดับความรุนแรง ของโรคพยาธิใบไม้ตับ และพยาธิปากขอ ด้วยวิธี Modified Kato Katz วิเคราะห์ข้อมูล ความชุก ความรุนแรง ข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และ ร้อยละ

จากรายงานผลการศึกษาสถานการณ์ของโรคหนองพยาธิในรอบ 60 ปี ที่ผ่านมา พบว่า ความชุก ของโรคหนองพยาธิ ในปี พ.ศ.2500 ปี พ.ศ.2534 ปี พ.ศ.2539 ปี พ.ศ.2544 ปี พ.ศ.2552 และ ในปี พ.ศ.2557 พบความชุกของโรคในภาพรวมของประเทศ มีแนวโน้มลดลง ความชุกร้อยละ 62.9 ร้อยละ 54.7 ร้อยละ 41.7 ร้อยละ 35.0 ร้อยละ 22.5 ร้อยละ 18.1 และ ร้อยละ 8.2 ตามลำดับ เมื่อพิจารณา ความชุก ของโรคตามชนิดหนองพยาธิตามแผนชาติ พบพยาธิใบไม้ตับและพยาธิปากขอในภาพรวมระดับประเทศ ปี พ.ศ. 2544 ปี พ.ศ. 2552 และ ปี พ.ศ.2557 พบพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 9.6, 8.7 และ 5.1 ตามลำดับ ในขณะที่ พบพยาธิปากขอ ร้อยละ

11.4 , 6.5 และ 2.1 ตามลำดับ การศึกษาสถานการณ์โรคหนองพยาธิในประเทศไทย โดยการสำรวจชุมชนทุก 5 ปี โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และครั้งล่าสุดทำการสำรวจในปี พ.ศ. 2557 จากประชาชน 9,919 ตัวอย่าง ในพื้นที่ 76 จังหวัดทั่วประเทศ ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนคนไทยทั่วประเทศเป็นโรคหนองพยาธิชนิดใดชนิดหนึ่งหรือหลายชนิดในคนเดียวกัน ความชุกของโรคหนองพยาธิในภาพรวมเฉลี่ยระดับประเทศร้อยละ 8.2 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ตรวจพบไข่หนองพยาธิพบว่าเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 5.1 และพบพยาธิปากขอร้อยละ 2.1 แต่เมื่อวิเคราะห์เป็นรายภาคจึงเห็นว่าประชาชนคนไทย ปัจจุบันยังคงป่วยเป็นโรคหนองพยาธิสูงขึ้น โดยเฉพาะประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 11.9 ในขณะที่ในพื้นที่ภาคใต้ พยาธิปากขอพบร้อยละ 8.7 ทั้งนี้โดยพบการเป็นโรคหนองพยาธิในเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยเพศชายกลุ่มอายุ 50-55 ปี และ 60-65 พบความชุกของโรคหนองพยาธิสูง ร้อยละ 8.8 เท่ากัน ในขณะที่เพศหญิง กลุ่มอายุ 50-55 ปี และ 60-65 พบความชุกของโรคหนองพยาธิสูง ร้อยละ 4.8 และ 4.4 สำหรับ ผลการตรวจนับไข่หนองพยาธิเพื่อหาระดับความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ และพยาธิปากขอ ด้วยเทคนิค Modified Kato Katz พบว่าความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยไข่พยาธิใบไม้ตับต่ออุจจาระ 1 กรัมเท่ากับ 419.88 ฟอง พบไข่ระหว่าง 23- 4,857 ฟอง และ ค่าเฉลี่ยไข่พยาธิปากขอต่ออุจจาระ 1 กรัมเท่ากับ 214.96 ฟอง พบไข่ระหว่าง 23-3,036 ฟอง

ผลการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืด และเนื้อสัตว์ โดยไม่ได้ปรุงสุกด้วยความร้อนพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารเป็นประจำ และเป็นบางครั้ง ที่ถือว่าเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ ส้มตำปลาร้าดิบ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานส้มตำปลาร้าดิบเป็นประจำร้อยละ 17.2 บางครั้งร้อยละ 45.2 รับประทานปลาร้าดิบเป็นประจำร้อยละ 13.2 บางครั้ง ร้อยละ 28.5 ลาบปลาดิบ รับประทานเป็นประจำร้อยละ 1.8 บางครั้ง ร้อยละ 26.9 ปลาส้มดิบ รับประทานเป็นประจำร้อยละ 2.1 บางครั้ง ร้อยละ 25.1 ก้อยปลารับประทานเป็นประจำร้อยละ 1.8 บางครั้ง ร้อยละ 26.9 สำหรับพฤติกรรมกรรมการกินอาหารที่ทำจากเนื้อสัตว์ที่เสี่ยงต่อการเป็นพยาธิติตติหมู/ ติตติวัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการกินลาบหมูดิบเป็นประจำ ร้อยละ 3.2 และเป็นบางครั้ง ร้อยละร้อยละ 27.3 กินลาบเนื้อดิบเป็นประจำ ร้อยละ 3.9 และเป็นบางครั้ง ร้อยละ 27.2 กินเนื้อวัวดิบเป็นประจำ ร้อยละ 3.0 และเป็นบางครั้ง ร้อยละ 17.9 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมกรรมการสวมรองเท้าเมื่อออกนอกบ้าน พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 93.9 ของกลุ่มตัวอย่าง สวมรองเท้าเป็นประจำเมื่อออกนอกบ้าน การล้างผักให้สะอาดก่อนกิน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการล้างผักให้สะอาดก่อนกินเป็นประจำ ร้อยละ 61.6 พฤติกรรมการถ่ายอุจจาระในส้วมที่ถูกสุขลักษณะเมื่ออยู่ที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการถ่ายอุจจาระในส้วมที่ถูกสุขลักษณะเมื่ออยู่บ้านเป็นประจำ ร้อยละ 98.1 พฤติกรรมการถ่ายอุจจาระในส้วมที่ถูกสุขลักษณะเมื่อออกไปทำงานในสวน ไนไร่ หรือไปทำนาพบว่าบางส่วน มีการถ่ายอุจจาระเป็นประจำเมื่อออกไปทำงาน ร้อยละ 68.4 และไม่เคยปฏิบัติเลย ร้อยละ 19.1 ตามลำดับ ดังนั้นพฤติกรรมกรรมการป้องกันการแพร่โรคหนองพยาธิของกลุ่มตัวอย่างยังมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันการแพร่โรคหนองพยาธิที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ พยาธิปากขอ และพยาธิติตติ

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของการเป็นโรคหนองพยาธิในประชาชนทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2557 ความชุกเฉลี่ยระดับประเทศ ร้อยละ 8.2 ซึ่งสูงกว่าค่าตัวชี้วัดความสำเร็จของการควบคุมโรค หนองพยาธิที่กำหนดค่าความชุกร้อยละ 5 จึงเสนอแนะให้ผู้บริหารระดับจังหวัด เพื่อทำการวิเคราะห์พื้นที่ที่ เสี่ยง และ กลุ่มเสี่ยงที่แตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่ และแสดงให้เห็นเป็นตัวเลขที่เป็นปัจจุบันชัดเจนว่า โรค หนองพยาธิยังคงเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขในระดับใด เพื่อให้ลดโรคได้อย่างแท้จริง ทั้งนี้ปัจจัยหลัก สาเหตุมาจากประชาชนยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นการตรวจค้นหาผู้ เป็นโรคหนองพยาธิเพื่อทำการการรักษาให้ทั่วถึงและเสมอภาค ยังจำเป็นต้องดำเนินการเพื่อตัดการแพร่โรค โดยต้องควบคู่ไปกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนให้มีความสอดคล้องกับวัฒนธรรมและ บริบทของชุมชนนั้นๆ ที่สำคัญคือการพัฒนาด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมและเสริมพลังของชุมชนในการ ดำเนินการควบคุมโรคหนองพยาธิด้วยชุมชนเองจะนำมาซึ่งความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหาและส่งผลต่อสุขภาพ ของประชาชนในพื้นที่เพื่อการมีสุขภาวะที่ดี



## สถานการณ์โรคหนอนพยาธิในแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย

วารรัตน์ สังวะลี

สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (วิทยาการระบาด)

ในปัจจุบันประเทศไทยมีการเปิดประชาคมอาเซียน ทำให้มีการเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างประเทศมากขึ้น ส่งผลให้แรงงานต่างด้าวหรือแรงงานข้ามชาติในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการเคลื่อนย้ายของแรงงานเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของไทย อาจเกิดการแพร่กระจายโรคที่ผู้ย้ายถิ่นอาจนำติดตัวมา และสังคมปลายทางต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคระบาด

โรคติดเชื้อหนอนพยาธิยังคงเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของหลายประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศเขตร้อนแถบภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบมีรายงานการติดเชื้อหนอนพยาธิค่อนข้างสูง และการเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างประเทศมากขึ้นนี้อาจเป็นสาเหตุให้มีการนำพาเชื้อปรสิตหรือหนอนพยาธิที่มากับคนและสัตว์เข้ามาภายในประเทศ ด้วยเหตุนี้อาจจะนำไปสู่การเพิ่มจำนวนอุบัติการณ์และความชุกของโรคติดเชื้อหนอนพยาธิที่สูงขึ้นและอาจทำให้มีการค้นพบการติดเชื้อหนอนพยาธิชนิดใหม่ในประเทศเพิ่มขึ้น จากรายงานผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าในกลุ่มประเทศสมาชิกอาเซียนมีการติดเชื้อหนอนพยาธิกว่า 100 ล้านคน และมากกว่า 10 ล้านคนที่มีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับหรือพยาธิใบไม้ลำไส้ โดยเฉพาะการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับชนิด *Opisthorchis viverrini* ซึ่งโรคนี้นับเป็นโรคประจำถิ่นในประเทศไทย ลาว กัมพูชา และเวียดนาม นอกจากนี้การติดเชื้อหนอนพยาธิลำไส้อื่นๆ ที่ยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องให้ความสำคัญในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาด คือหนอนพยาธิลำไส้ที่ติดต่อผ่านทางดิน ได้แก่ พยาธิสตรองจิลอยด์ พยาธิไส้เดือน พยาธิปากขอ และพยาธิแส้ม้า เป็นต้น

จากข้อมูลข้างต้น จะพบว่า โรคติดเชื้อหนอนพยาธิที่มากับแรงงานต่างด้าวจัดว่าเป็นปัญหาที่มีความสำคัญทางด้านสาธารณสุขที่ควรแก้ไขอย่างเร่งด่วน และจากการเคลื่อนย้ายของแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาในประเทศไทยที่เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มประเทศพม่า ลาว และกัมพูชา ซึ่งประเทศเหล่านี้มีรายงานการติดเชื้อหนอนพยาธิที่สูงมากในหลายชนิด ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรติดตามเฝ้าระวังการติดต่อโรคดังกล่าวจากแรงงานต่างด้าวกลุ่มนี้ที่เข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศไทย

คำสำคัญ : ความชุก โรคติดเชื้อหนอนพยาธิ แรงงานต่างด้าว

## โรคติดต่อปรสิตจากสัตว์สู่คน

มณฑกานต์ จิระจันทร์

นายสัตวแพทย์ชำนาญการพิเศษ

กลุ่มปรสิตวิทยา สถาบันสุขภาพสัตว์แห่งชาติ กรมปศุสัตว์ กรุงเทพฯ

โดยทั่วไปโรคที่เกิดจากเชื้อปรสิตจะจัดกลุ่มตามอนุกรมวิธาน (Taxonomy) เป็น หนอนพยาธิวิทยา (Helminthology) วิทยาสัตว์เซลล์เดียว (Protozoology) และกีฏวิทยา (Entomology) โรคปรสิตในสัตว์มีอยู่หลายชนิดซึ่งโดยมากจะเป็นปรสิตที่ติดต่อระหว่างสัตว์ด้วยกัน แต่มีเชื้อปรสิตจำนวนหนึ่งที่ติดต่อระหว่างสัตว์และคน การติดต่อโดยส่วนใหญ่จะเป็นทางการบริโภค โดยการกินเนื้อสัตว์ที่ปรุงไม่สุก เนื้อสัตว์แทบทุกชนิดสามารถทำให้คนติดโรคได้ เช่นเนื้อสุกร สามารถนำโรคปรสิตได้มากกว่าหนึ่งชนิด ได้แก่ โรคทริคิโนซิส ซึ่งเกิดจากพยาธิตัวกลม ทริคิเนลล่า สไปราลิส (*Trichinella spiralis*) ระยะตัวอ่อนของพยาธิชนิดนี้ จะอยู่ในรูปถุงน้ำ (Cyst) ในกล้ามเนื้อสุกร คนติดโรคนี้โดยการกินเนื้อสุกรที่ปรุงไม่สุก และโรคซิสติเซอร์โคซิส (Cysticercosis) ซึ่งเป็นระยะตัวอ่อนของพยาธิตัวตืดที่เนย โซเลียม (*Taeniasolium*) และยังสามารถนำโรคที่เกิดจากเชื้อปรสิตโปรโตซัว ได้แก่ โรคท็อกโซพลาสโมซิส ซึ่งเกิดจากโปรโตซัว ท็อกโซพลาสมา กอนได (*Toxoplasma gondii*) คนสามารถได้รับเชื้อได้หลายทาง ทั้งการกินเนื้อที่มีเชื้ออยู่ในซิสต์ (Tissue cyst) หรือเชื้อระยะโอโอซิสต์ (Oocyst) ที่ปนเปื้อนในอาหาร น้ำ และสิ่งแวดล้อม คนที่ติดเชืวยังสามารถส่งผ่านเชื้อไปสู่ลูกในครรภ์ได้ นอกจากนี้เนื้อปลายังสามารถนำเชื้อปรสิตมาสู่คน ได้แก่พยาธิ *Anisakis* spp. อีกทั้งการดื่มน้ำที่ปนเปื้อนเชื้อปรสิตโปรโตซัวของสัตว์ยังสามารถทำให้เกิดโรคในคนได้ ได้แก่ โรคคริปโตสปอริดิโอซิส (Cryptosporidiosis) การติดโรคที่เกิดจากเชื้อปรสิตในรูปแบบอื่น ได้แก่ โรคลิชมาเนีย ซึ่งนับเป็นโรคติดต่อปรสิตของคนที่มาจากสัตว์ชนิดล่าสุด ซึ่งเกิดจากเชื้อปรสิตโปรโตซัวชื่อ *Leishmania martiniquensis* และ *L. siamensis* (Leelayoova et al., 2017) เชื้อลิชมาเนีย แม้ว่าเป็นโรคติดต่อระหว่างคนและสัตว์ (Zoonosis) แต่ไม่ได้ติดต่อสู่คนโดยตรง จำเป็นจะต้องมีริ้นฝอยทราย (sandfly) เป็นตัวนำโรค โดยกัดเลือดจากสัตว์ที่ติดเชื้อ จากนั้นมากัดคนและทำให้เกิดโรค จากที่กล่าวมา จะเห็นว่าการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อปรสิตจากสัตว์สู่คน สามารถป้องกันได้ โดยการพัฒนาสาธารณสุข ด้วยการศึกษาความรู้แก่ประชาชน ให้บริโภคแต่เนื้อสัตว์ที่ปรุงสุก

### เอกสารอ้างอิง

Leelayoova, S., Siripattanapong, S., Manomat, J., Piyaraj, P., Tan-ariya, P., Bualert, L. and Mungthin, M. 2017. Review Article Leishmaniasis in Thailand: A Review of Causative Agents and Situations. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* 96 (3): 534–542.

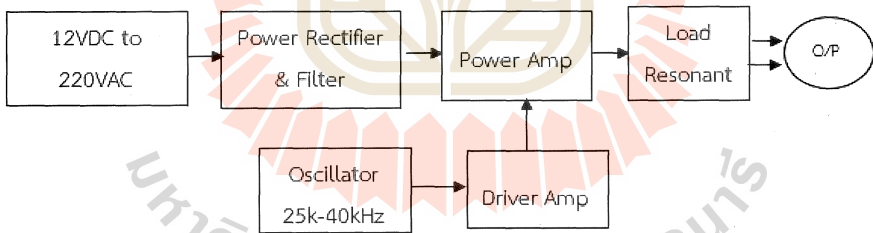


## เครื่องกำจัดลูกน้ำด้วยคลื่นอัลตราโซนิค

รศ.ดร.ชาญชัย ทองโสภณ

ยุงเป็นแมลงขนาดเล็กที่สร้างความรำคาญและเป็นพาหะนำโรคต่างๆ อย่างเช่นไข้มาเลเรีย ไข้เลือดออกใช้สมออักเสบ โรคชิกุนกุนยา ฯลฯ และงบประมาณค่าใช้จ่ายในแต่ละปีจำนวนรวมเป็นหลัก พันล้านบาท ที่ใช้ในการป้องกันและดูแลผู้ป่วย ซึ่งถือได้ว่าเป็นปัญหาในระดับประเทศ ช่วงวงจรชีวิตของยุง แบ่งเป็น 2 ช่วงคือ 1.ช่วงไข่จนถึงตัวโม่ง 2.ช่วงตัวเต็มวัย ช่วงไข่จนถึงตัวโม่งจะเพาะพันธุ์อยู่ตามแหล่งน้ำหรือที่ กักขังน้ำต่างๆ รวมถึงบ่อน้ำบาดาน้ำเสียในโรงงานอุตสาหกรรม การกำจัดยุงมีอยู่หลายวิธีและกำจัดในแต่ละช่วง วงจรชีวิตของยุงที่แตกต่างกัน อย่างเช่นการใช้สารเคมีในช่วงตัวเต็มวัยโดยการพ่นยา ในช่วงที่เป็นลูกน้ำยุงนิยม ใช้ทรายอะเบทใส่ลงไปในแหล่งน้ำ ส่วนวิธีทางธรรมชาติจะใช้ แบคทีเรีย ปลาหางนกยูง ถ้าเป็นอุปกรณ์ทาง ไฟฟ้าอย่างเช่นใช้หลอดไฟตกยุง ไม้ตียุงไฟฟ้า เป็นต้น ในแต่ละวิธีมีข้อดีข้อเสียที่แตกต่างกัน จากความสำคัญ และปัญหาดังกล่าวคณะผู้วิจัย จึงได้คิดค้นนวัตกรรมใหม่หรือเทคโนโลยีใหม่ในการกำจัดลูกน้ำยุงในช่วงที่เป็น ตัวลูกน้ำยุง ด้วยการใช้คลื่นเสียงความถี่สูงกำลังงานสูงย่านอัลตราโซนิค (Ultrasonic) ปลดปล่อยไปในน้ำทำให้เกิดคลื่นกระแทกลูกน้ำยุงตายโดยง่าย แต่สัตว์น้ำอื่นๆ ที่มีขนาดใหญ่กว่าหรือเล็กกว่าจะไม่มีผลกระทบ ไม่ ทำลายสิ่งแวดล้อม ไม่มีสารเคมีตกค้างและไม่ใช้วิธีการใช้ไฟฟ้าช็อตลงน้ำทำให้มีความปลอดภัยของผู้ใช้และ ช่วยลดการนำเข้าอุปกรณ์และสารเคมีได้เป็นจำนวนมาก

โดยการใช้คลื่นความถี่ย่านอัลตราโซนิคผ่านตัวปล่อยคลื่นแบบเปียโซอิเล็กทริกดังรูปแสดง บล็อกไดอะแกรมของวงจรเครื่องกำจัดลูกน้ำยุงด้วยคลื่นอัลตราโซนิค



แสดงบล็อกไดอะแกรมของวงจรเครื่องกำจัดลูกน้ำยุงด้วยคลื่นอัลตราโซนิค

การทำงานแต่ละภาคพอสั่งเซปคือแรงดันไฟฟ้ากระแสตรงจากแบตเตอรี่ 12 VDC แปลงเป็นแรงดันกระแสสลับ 220 VAC 50Hz ผ่านวงจรเรียงและกรองกระแสไฟฟ้าเป็นกระแสตรงที่ 310 VDC ไปเป็นแหล่งจ่ายที่ภาควงจรสวิตซ์และขยายกำลังโดยใช้มอสเฟตหรือทรานซิสเตอร์ ส่วนความถี่ของวงจรสร้างสัญญาณปรับค่าได้ช่วง 25-40 KHz ผ่านวงจรขยายกำลังมาเป็นสัญญาณควบคุมการสวิตซ์ความถี่ที่ภาคขยายและกำลังไฟฟ้าที่ได้จะส่งต่อไปยังภาควงจรรีโซแนนซ์และขดลวดหม้อแปลงความถี่สูงกำลังสูง ส่งต่อไปที่ตัวปล่อยคลื่นแบบเปียโซอิเล็กทริกโดยมีกำลังงานเอาพุตประมาณ 200 วัตต์ต่อชุด ระยะเวลาทำงานจัดลูกน้ำยุงประมาณ 2 วินาที สามารถกำจัดได้หมดในขอบเขตระยะหวังผล 1 เมตรรอบตัวปล่อยคลื่น



Population-Based Intervention for Liver Fluke Prevention and Control in  
Meuang Yang District, Nakhon  
Ratchasima Province, Thailand.

Pontip Kompor

*Faculty of Public Health*

*Vongchavalitkul University, Nakhon Ratchasima, Thailand*

Opisthorchiasis is still a major health problem in rural communities of Thailand. Infection is associated with cholangiocarcinoma (CCA), which is found frequently in Thailand, particularly in the northeastern. Therefore, this study aimed to evaluate the effectiveness of health intervention in the population at risk for opisthorchiasis and CCA. A quasi-experimental study was conducted in Meuang Yang district, Nakhon Ratchasima province, northeastern Thailand, between June and October 2015. Participants were completed health intervention comprising 4 stations; 1, VDO clip of moving adult worm of liver fluke; 2, poster of life cycle of liver fluke; 3, microscopy with adult and egg liver fluke; and 4, brochure with the knowledge of liver fluke containing infection, signs, symptoms, related disease, diagnosis, treatment, prevention, and control. Pre-and-post-test questionnaires were utilized to collect data from all participants. Students paired t-tests were used to analyze differences between before and after participation in the health intervention. Knowledge (mean difference=-7.48,  $t=-51.241$ , 95% CI, -7.77, -7.19,  $p\text{-value}=0.001$ ), attitude (mean difference=-9.07,  $t=-9.818$ , 95% CI=-10.9, -7.24,  $p\text{-value}=0.001$ ), and practice (mean difference=-2.04,  $t=-2.688$ , 95% CI=-3.55, -0.53,  $p\text{-value}=0.008$ ), changed between before and after time points with statistical significance. Community rules were concluded regarding: (1) cooked cyprinoid fish consumption; (2) stop under cooked cyprinoid fish by household cooker; (3) cooked food consumption; (4) hygienic defecation; (5) corrected knowledge campaign close to each household; (6) organizing a village food safety club; (7) and annual health check including stool examination featuring monitoring by village health volunteers and local public health officers. The results indicates that the present health intervention program was effective and easy to understand, with low cost and taking only a short time. Therefore, this program may useful for further work at community and provincial levels for liver fluke prevention and control.

## ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี

ธนิดา ผาติสนะ ธวัชชัย เอกสันติ จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ และภิญณี วิจันทิก.

ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ และโรคมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบอุบัติการณ์การเกิดโรคสูงกว่าทุกภาค ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ พฤติกรรมการบริโภคของคนในพื้นที่ นิยมรับประทานอาหารประเภทปลาน้ำจืด สุกๆ ดิบๆ จึงติดเชื่อพยาธิใบไม้ในตับ โดยเป็นสาเหตุของโรคมะเร็งท่อน้ำดี การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวประเมินก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มเสี่ยง ตำบล ท่าลาด อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงจำนวนทั้งหมด 180 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการเรียนรู้แบบบูรณาการซึ่งกิจกรรมประกอบด้วย การเรียนรู้รายครัวเรือน การเรียนรู้โดยใช้ฐานการเรียนรู้ การเรียนรู้แบบเสริมพลังโดยผู้นำชุมชน และติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยง ระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือน กันยายน-ธันวาคม 2558 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเช่นร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างใช้สถิติ Paired Sample t-test

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 79.9 อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 33.2 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 76.1 และอาชีพเกษตรกรร้อยละ 70.1 หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี การรับรู้ประโยชน์และรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ซึ่งรูปแบบการศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่อื่นๆ และ โรคอื่นๆ ที่สามารถป้องกันได้

คำสำคัญ โรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยง

## การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีโดยการ ขับเคลื่อนทางสังคม

จุน หน่อแก้ว

ศูนย์วิจัยโรคปรสิต มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

การขับเคลื่อนทางสังคม (Social mobilization) เป็นการเคลื่อนไหวที่จะทำให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาเพื่อเป้าหมายเฉพาะบางอย่าง โดยผ่านความพยายามเพื่อให้สังคมนั้นๆพึ่งตนเองได้ (UNICEF, 1994) สอดคล้องกับคำว่าประชาสังคม โดย ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี ได้ให้ความหมายว่า หมายถึงการที่ประชาชนจำนวนหนึ่งมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน มีอุดมคติร่วมกัน มีความเอื้ออาทรต่อกัน มีการเรียนรู้ร่วมกันในการกระทำ ในการปฏิบัติบางอย่างจะเรื่องใดก็แล้วแต่ และมีการจัดการ สภาพของสังคมไทยปัจจุบัน ภาคส่วนหลักของสังคมที่มีความเข้มแข็ง และมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันอย่างมากคือ ภาครัฐ และเอกชน ซึ่งปรากฏการณ์นี้ส่งผลทำให้สังคม ขาดดุลยภาพและเกิดความล้าหลังในการพัฒนาของฝ่ายประชาชน หรือ ภาคประชาสังคม ดังนั้นการนำเสนอแนวคิดของท่านจึงมุ่งไปที่การหาวิธีการที่จะเกื้อหนุนให้ภาคประชาชนมีความเข้มแข็งและเกิดดุลยภาพทางสังคมขึ้นซึ่งท่านเชื่อว่าจะต้องพัฒนาให้เกิดความเข้มแข็งที่ชุมชน (Community Strengthening) (ประเวศ วะสี, 2536)

การขับเคลื่อนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อระบบการดูแลสุขภาพของประชาชนและยังเป็นแรงขับเคลื่อนหลักสำหรับการเปลี่ยนแปลงในสังคม (Brown & Zavestoski, 2005, pp. 79-102) ประเด็นแรกๆ ของการขับเคลื่อนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นทางด้านสุขภาพ คือเรื่องที่เกี่ยวข้องกับอาชีวอนามัยในยุคของการปฏิวัติอุตสาหกรรมซึ่งมีเรื่องราวที่ประชาชนประสบกับปัญหาสุขภาพมากมายจากผลกระทบของการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม ในปัจจุบันพบว่ามีการณรงค์ขับเคลื่อนเรื่องสาธารณสุขและสุขภาพมากมาย เช่นกิจกรรมรณรงค์ขับเคลื่อนทางด้านสุขภาพผู้หญิง หรือการขับเคลื่อนในเรื่องเอชไอวี/เอดส์ ที่สามารถขับเคลื่อนทางสังคมที่ให้การยอมรับผู้ที่ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในการอยู่ร่วมกันในสังคม ส่วนขั้นตอนการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในการแก้ไขพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชนได้แก่ 1)สร้างแนวร่วมในชุมชน 2)พัฒนาศักยภาพแนวร่วม 3)แนวร่วมในชุมชนร่วมวางแผนอย่างมีส่วนร่วม 4)ดำเนินการตามแผน 5)สะท้อนกลับ 6)ปรับแผน ถอดบทเรียน และดำเนินการตามแผนใหม่ 7)ประเมิน พฤติกรรม กระบวนการ ความเสี่ยง ผลกระทบ การขับเคลื่อนทางสังคมยังประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก คือการวิเคราะห์ชุมชน การออกแบบและการริเริ่มกิจกรรม การดำเนินกิจกรรม การรักษากราเชื่อมโยงประสานกัน การแพร่กระจายข่าวสาร และ



การสร้างความคงทนควรดำเนินงานร่วมกับสร้างพลังแกนนำชุมชนเพราะถ้าผู้นำชุมชนคือกลไกในการสร้างการเปลี่ยนแปลงจากการรอคอยการช่วยเหลือไปเป็นการพึ่งตนเองศักยภาพผู้นำทั้งด้านความรู้ เจตคติ ทักษะยังต้องการเติมเต็มอยู่ตลอดเวลา

จากประสบการณ์ดำเนินงานวิจัย สรุปได้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีโดยการขับเคลื่อนทางสังคมร่วมกับแนวคิดทฤษฎีด้านพฤติกรรมศาสตร์อื่นๆทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตัวของประชาชนในชุมชนดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและอัตราความชุกในการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับลดลง



## การศึกษาความฉลาดด้านสุขภาพต่อโรคพยาธิใบไม้ตับของ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาในพื้นที่เสี่ยง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

นาฏนภา ปัดชาสุวรรณ

ศูนย์วิจัยโรคปรสิต มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทย โดยเฉพาะพยาธิใบไม้ตับชนิด *Opisthorchis viverrini* ซึ่งพบระบาดมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากมีพฤติกรรมชอบรับประทานปลาน้ำจืดชนิดมีเกล็ดแบบสุกๆดิบๆ สืบต่อกันมานานในชุมชน ได้แก่ ปลาตะกรุดปลาตะเพียน โดยการปรุงและทำเป็นอาหาร เช่น ปลาร้าดิบ ก้อยปลา ส้มปลา เป็นต้น (Sitthitaworn, et al., 1997; Sripa et al., 2011) จากผลการสำรวจ National survey พบว่า มีผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 5.1 พบมากที่สุดใภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 9.2 การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความฉลาดด้านสุขภาพต่อโรคพยาธิใบไม้ตับที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) ระหว่างเดือน พฤษภาคม - เดือนมิถุนายน พ.ศ.2560 ทำการศึกษาใน 5 จังหวัดที่เป็นพื้นที่เสี่ยง ซึ่งพบอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูงสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือสูงสุด ได้แก่ จังหวัดนครพนม (ร้อยละ 23.2), จังหวัดบุรีรัมย์ (ร้อยละ 17.6), จังหวัดร้อยเอ็ด (ร้อยละ 15.5), จังหวัดศรีสะเกษ (ร้อยละ 14.3) และจังหวัดสุรินทร์ (ร้อยละ 14.3) ตามลำดับ สุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (cluster random sampling) จำนวน 292 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามตอบด้วยตนเอง (Self-Administered Questionnaire) 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปด้านบุคคล, ประวัติเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ, ความฉลาดด้านสุขภาพต่อโรคพยาธิใบไม้ตับและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้านบุคคล, ระดับความฉลาดด้านสุขภาพต่อโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ความฉลาดด้านสุขภาพต่อโรคพยาธิใบไม้ตับกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยสถิติ Multiple logistic regression

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.05, อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเฉลี่ย 15.72 ปี, ระยะห่างระหว่างบ้านกับแหล่งน้ำเฉลี่ย 2.49 กิโลเมตร, เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 50.68, ไม่เคยได้รับการตรวจอุจจาระเพื่อหาพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 95.21, ไม่เคยรับประทานยาถ่ายพยาธิ 83.56, ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 96.92, ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 85.27 และไม่รับประทานปลาดิบ ร้อยละ 66.37 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับระดับปานกลาง ร้อยละ 52.16, ความฉลาดด้านสุขภาพต่อโรคพยาธิใบไม้ตับระดับพื้นฐาน ร้อยละ 58.36 และความฉลาดด้านสุขภาพต่อโรคพยาธิใบไม้ตับสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเมื่อคำนึงถึงผลกระทบจากปัจจัยอื่นร่วมด้วย พบว่า ประวัติเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้เสี่ยงสูง (ORadj = 2.37; 95%CI 1.22-4.60, p-value<0.001), ความฉลาดด้านสุขภาพต่อโรคพยาธิใบไม้ตับด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ (ORadj = 2.16; 95%CI 1.00-4.68, p-value<0.001) และด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศระดับวิจารณ์ญาณ (ORadj = 3.03; 95%CI 1.51-6.09, p-value<0.001) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความฉลาดด้านสุขภาพต่อโรคพยาธิใบไม้ตับด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ดังนั้นกลยุทธ์ในการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจึงควรคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าว เพื่อลดอัตราการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่เสี่ยงภัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่อไป

คำสำคัญ ความฉลาดทางสุขภาพ, โรคพยาธิใบไม้ตับ



## การประยุกต์ใช้แอปพลิเคชันเพื่องานวิจัยด้านปรสิต

ถิรายุ มีฤกษ์สม

หลักสูตรบริหารธุรกิจ สาขาวิชาคอมพิวเตอร์ธุรกิจ คณะวิทยาการจัดการมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา  
ศูนย์วิจัยโรคปรสิต สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ตลาดสมาร์ทโฟน และแท็บเล็ตทั่วโลกเติบโตขึ้นอย่างมาก และส่วนแบ่งการตลาดส่วนใหญ่ เป็นของระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์ (Android) ที่พัฒนาโดยกูเกิ้ล (Google) แต่ในบางประเทศผู้ที่ครองตลาดกลับเป็นระบบปฏิบัติการไอโอเอส (iOS) ที่พัฒนาโดยแอปเปิ้ล (Apple) การใช้งานอุปกรณ์เหล่านี้เพิ่มสูงขึ้น ในทางการแพทย์และสาธารณสุขเองก็เติบโตขึ้นอย่างมากเช่นกัน โดยได้พัฒนาแอปพลิเคชันขึ้นมาเฉพาะ การประยุกต์ใช้แอปพลิเคชันสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้หลากหลายรูปแบบ เช่น การพัฒนาเพื่อเผยแพร่ความรู้สู่สาธารณะ การจัดการการทางคลินิก การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และประวัติการรักษา เป็นต้น และในปัจจุบัน ผู้ใช้งานอาจมีอุปกรณ์เหล่านี้มากกว่า 1 อุปกรณ์ และมีความต้องการที่จะใช้ข้อมูลร่วมกันระหว่างอุปกรณ์ที่ตนเองใช้งานอยู่ รวมถึงการใช้งานบนคอมพิวเตอร์ส่วนบุคคลหรือเว็บไซต์ด้วยเช่นกัน ดังนั้น การพัฒนาแอปพลิเคชันในปัจจุบันควรรองรับการใช้งานร่วมกันให้มากขึ้น นับเป็นโจทย์ที่ยากแก่นักพัฒนาไม่น้อย ศูนย์วิจัยโรคปรสิต สำนักวิชาแพทยศาสตร์ในฐานะหน่วยงานเจ้าภาพ ได้ร่วมพัฒนาแอปพลิเคชันให้รองรับการใช้งานในอุปกรณ์ที่หลากหลาย รองรับการใช้งานทุกอุปกรณ์เพื่อสนับสนุนงานวิจัยด้านปรสิตที่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการจากศูนย์วิจัย และบุคคลทั่วไป โดยได้พัฒนาแอปพลิเคชันคัดกรองความเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีขึ้น ในชื่อ SUT OVCCA และแอปพลิเคชันศูนย์วิจัยโรคปรสิต PDR SUT และยังมีมุ่งมั่นพัฒนาแอปพลิเคชันที่จะส่งเสริมการเรียนรู้โรคปรสิต และสนับสนุนการวิจัยของศูนย์วิจัยด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่อย่างต่อเนื่อง



การประยุกต์ใช้รูปแบบวิจัยชุมชนในการจัดการเรียนรู้เพื่อป้องกันพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่มีการ  
 ระบาดสูง: กรณีศึกษาอำเภอต่างอย จังหวัดสกลนคร

ศศิวรรณ ทศนเอี่ยม นภาพร อินสิน1 จิราภรณ์ จำปาจันทร์ ภูวลสิทธิ์ ภูลวรรณ  
 สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร  
 E-mail: sasiwan@snru.ac.th

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษาการประยุกต์ใช้รูปแบบวิจัยชุมชนในการจัดการเรียนรู้เพื่อป้องกันพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ที่มีการระบาดสูง พื้นที่เป้าหมายคืออำเภอต่างอย จังหวัดสกลนครคัดเลือกจากผลการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในปี พ.ศ. 2558 ผู้มีส่วนร่วมเป็นนักวิจัยวิชาการ 5 คน นักวิจัยท้องถิ่น 13 คน ได้แก่ ผู้นำชุมชน ร้านขายของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการประยุกต์ใช้การวิจัยชุมชนมี 3 ระยะคือ 1) สำรวจประเด็นและความต้องการแก้ปัญหาสุขภาพ และคัดเลือกนักวิจัยท้องถิ่นโดยความสมัครใจซึ่งมีบทบาทร่วมคิด ร่วมสร้างและร่วมทำ ทำให้เกิดความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพและสามารถถ่ายทอดสาเหตุและวิธีป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับให้กับประชาชน 2) พัฒนาวิธีการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับโดยเลือกวิธีประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันพยาธิใบไม้ตับและส่งเสริมให้ประชาชนหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงด้วยสื่อบุคคลที่เข้าถึงประชาชน และ 3) การประเมินผลและสะท้อนบทเรียนจากการทำงานวิจัยระหว่างนักวิจัยพบว่านักวิจัยชุมชนเกิดความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซึ่งนำไปสู่การสนับสนุนโครงการในชุมชน กระบวนการที่สำคัญ ได้แก่ การทำความเข้าใจกับปัญหา การเข้าถึงของประชาชนชักชวนให้หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: วิจัยชุมชน พยาธิใบไม้ตับ พื้นที่ระบาดสูง



## การอัลตราซาวด์ทารกในครรภ์สำหรับสูติแพทย์และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (Ultrasound in pregnancy for Obstetrician and General Practitioners)

อ.พญ.อรพรรณ อัครกุล

### บทคัดย่อ

การตรวจอัลตราซาวด์ทางสูติศาสตร์มีความสำคัญต่อการดูแลและรักษาสตรีตั้งครรภ์กาดตรวจอัลตราซาวด์ทางสูติศาสตร์นั้นมีการตรวจทั้งไตรมาสแรกไตรมาสที่สองและไตรมาสที่สามโดยอายุครรภ์ที่เหมาะสมในการอัลตราซาวด์ ดังนี้

- 10-14 สัปดาห์ เพื่อดูว่ามีทารกตั้งครรภ์จริงหรือไม่ ตั้งครรภ์อยู่ในโพรงมดลูกหรือไม่ ทารกมีชีวิตจำนวนทารก อายุครรภ์ที่ถูกต้อง นอกจากนี้จะตรวจวัดความหนาของผิวหนังตรงต้นคอว่าหนาผิดปกติหรือไม่ ถ้าหนาผิดปกติ มักจะสัมพันธ์กับทารกกลุ่มดาวน์ซินโดรม มีโครโมโซมผิดปกติ นอกจากการวัดความหนาของผิวหนัง ตรงต้นคอแล้ว จะเจาะเลือดแม่ร่วมด้วยเพื่อตรวจหาสารเคมีบางอย่าง เพื่อนำมาประกอบการวินิจฉัยว่าการตั้งครรภ์ดังกล่าวเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรม

- 18-22 สัปดาห์ เพื่อดูว่าทารกมีความผิดปกติของโครงสร้างทารก อายุครรภ์ และการเจริญเติบโตของทารกสัมพันธ์กับอายุครรภ์ ปริมาณน้ำคร่ำ ตำแหน่งรก

- 32-45 สัปดาห์ขึ้นไป การเจริญเติบโตของทารก ปริมาณน้ำคร่ำ และตำแหน่งของรก โดยทั่วไปจะแนะนำให้ทำอัลตราซาวด์ 2-3 ครั้ง ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ แต่บางสถาบัน ได้ทำการศึกษาพบว่า ควรจะอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยเฉพาะในช่วงอายุครรภ์ 18-22 สัปดาห์

การวัดสัดส่วนทารกในครรภ์เป็นขั้นตอนหนึ่งในการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางสูติศาสตร์ มีความสำคัญในการประเมินอายุและน้ำหนักของทารกในครรภ์ซึ่งสูติแพทย์และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการวัดที่ถูกต้อง ในที่นี้จะนำเสนอวิธีการวัดสัดส่วนทารกในหัวข้อดังต่อไปนี้คือ

1. การวัดความยาวของทารก (CRL)
2. การวัดความกว้างของศีรษะทารก (BPD)
3. การวัดเส้นรอบวงศีรษะ (HC)
4. การวัดเส้นรอบท้อง (AC)
5. การวัดความยาวกระดูกต้นขา (FL)
6. การวัดน้ำคร่ำ (AFI)
7. การคำนวณอายุครรภ์
8. การคะแนน้ำหนักทารกในครรภ์ (EFW)

## 1. การวัดความยาวของทารก (Crown-Rump Length; CRL)

ความยาวของทารกคือ ระยะที่ยาวที่สุดของตัวอ่อนหรือทารก โดยวัดความยาวจากยอดศีรษะ (crown) ถึงส่วนล่างสุดของสะโพก (rump) โดยไม่วัดรวมส่วนแขนขา (limbs) และถุงไข่แดง (yolk sac) การวัดความยาวของทารกมีประโยชน์ในการทำนายอายุครรภ์ได้ดีในไตรมาสแรก ซึ่งถือว่าเป็นตัววัดที่แปรปรวนน้อยและมีความถูกต้องแม่นยำในการทำนายอายุครรภ์มากที่สุด

เทคนิคในการวัด

1. ปรับภาพคลื่นเสียงความถี่สูงให้เห็นภาพตามแนวยาวของทารก
2. วัดจากขอบนอกของจุดสูงสุดของศีรษะทารก ถึงขอบนอกของจุดต่ำสุดของสะโพก
3. ไม่ควรวัดรวมส่วนแขนขาและถุงไข่แดง
4. นำมาเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานเพื่อคำนวณอายุครรภ์

การวัดความยาวของทารกมีประโยชน์ในการทำนายอายุครรภ์ได้ดีโดยเฉพาะอายุครรภ์ 6 - 14 สัปดาห์ และมีความแม่นยำมากที่สุดในช่วงอายุครรภ์ 6.5 - 10 สัปดาห์ ความถูกต้องในการทำนายอายุครรภ์จะลดลงเมื่ออายุครรภ์มากขึ้นเนื่องจากทารกมักจะงอตัวหรือเหยียดตัวได้บ่อยขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์เป็นต้นไป และหลังอายุครรภ์ 14 สัปดาห์ไปแล้วทารกจะมีขนาดยาวเกินไปจนไม่สามารถวัดได้ตลอดแนวจากภาพเดียว

## 2. การวัดความกว้างของศีรษะทารก (Biparietal Diameter; BPD)

เป็นการวัดสัดส่วนของทารกที่ใช้บ่อยที่สุดตัวหนึ่งในการทำนายอายุครรภ์ สามารถวัดได้ตั้งแต่ไตรมาสที่สองเป็นต้นไป นำมาใช้เพื่อประเมินอายุครรภ์ได้อย่างแม่นยำโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงอายุครรภ์ 14 ถึง 28 สัปดาห์

เทคนิคในการวัด

1. ปรับภาพคลื่นเสียงความถี่สูงให้ได้ภาพตัดขวางของศีรษะทารก
2. ปรับภาพจนเห็นลักษณะทางกายวิภาคดังต่อไปนี้
  - o กะโหลกศีรษะเป็นรูปร่างรี (ovoid shape)
  - o เห็นเส้นแบ่งแนวกลางศีรษะ แบ่งศีรษะให้ได้สมมาตรกัน
  - o เห็น falx cerebri ชัดตลอดแนว ในแนวหน้าหลัง
  - o เห็น thalamus 2 ข้าง มี third ventricle อยู่ในแนวกลาง
  - o เห็น cavum septum pellucidum ที่ระดับหนึ่งในสาม (ของระยะ fronto-occipital distance) ห่างจาก frontal bone

3. วัดเส้นผ่าศูนย์กลางของศีรษะจากขอบนอกของกระดูกกะโหลกด้านใกล้หัวตรวจ ถึงขอบในของกระดูกกะโหลกด้านห่างหัวตรวจ (outer-to-inner)

4. ไม่วัดรวมความหนาของกะโหลกศีรษะด้านห่างหัวตรวจและหนังศีรษะ

5. นำมาเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานเพื่อคำนวณอายุครรภ์

ความถูกต้องของการวัดความกว้างของศีรษะทารกในการทำนายอายุครรภ์ขึ้นอยู่กับอายุครรภ์และรูปร่างของศีรษะที่ผิดไปจากปกติ หากวัดก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ความคลาดเคลื่อนในการทำนายอายุครรภ์เท่ากับ 7 วัน หากวัดช่วงอายุครรภ์หลัง 20 สัปดาห์ความคลาดเคลื่อนในการทำนายอายุครรภ์เท่ากับ 1 – 2 สัปดาห์ และหากวัดในไตรมาสสุดท้ายของการตั้งครรภ์ ความคลาดเคลื่อนมีได้สูงถึง 2 – 4 สัปดาห์

### 3. การวัดเส้นรอบวงศีรษะ (Head Circumference; HC)

นำมาใช้ประเมินอายุครรภ์ในช่วงไตรมาสที่สองและสามของการตั้งครรภ์ มีความสำคัญในกรณีที่มีรูปร่างของศีรษะผิดไปจากปกติจนทำให้การประเมินอายุครรภ์จากความกว้างของศีรษะทารกคลาดเคลื่อนไปเนื่องจากเป็นตัววัดที่ไม่ขึ้นกับรูปร่างของศีรษะมากเท่าความกว้างของศีรษะทารก

เทคนิคในการวัด

1. ปรับภาพคลื่นเสียงความถี่สูงให้เห็นภาพศีรษะทารกในระดับเดียวกับระดับที่วัดความกว้างของศีรษะทารก

2. วัดเส้นรอบวงโดยวาดเส้นรอบวงตามแนวขอบนอกของกระดูกกะโหลกโดยไม่วัดรวมหนังศีรษะหรือ

3. วัดเส้นผ่าศูนย์กลางแนวหน้าหลังและแนวขวางของศีรษะทารกแล้วนำมาคำนวณโดยใช้สูตรคือ

เส้นรอบวง = (เส้นผ่าศูนย์กลางแนวหน้าหลัง + เส้นผ่าศูนย์กลางแนวขวาง)  $\times$  1.57

การวัดโดยใช้ ellipse mode ในเครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงโดยทั่วไปใช้การคำนวณจากสูตรนี้(9)

4. นำมาเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานเพื่อคำนวณอายุครรภ์

ค่าเส้นรอบวงศีรษะเป็นตัววัดที่น่าเชื่อถือตัวหนึ่งในการทำนายอายุครรภ์ ในทางทฤษฎีใช้ทำนายอายุครรภ์ได้ดีกว่าค่าความกว้างของศีรษะทารกเนื่องจากไม่ขึ้นกับรูปร่างของศีรษะทารก แต่ในทางปฏิบัติแล้วการวัดความกว้างของศีรษะทารกทำได้ง่ายกว่า บ่อยครั้งในการวัดเส้นรอบวงศีรษะพบเงาดำ (acoustic shadow) บดบังทำให้ภาพไม่ชัดเกิดความคลาดเคลื่อนในการวัด ทำให้ความถูกต้องแม่นยำน้อยกว่าค่าความกว้างของศีรษะทารก

## เทคนิคในการวัด

1. ปรับภาพคลื่นเสียงความถี่สูงให้เห็นภาพตัดขวางที่ระดับท้องของทารก

2. ปรับภาพให้เห็นลักษณะทางกายวิภาคดังต่อไปนี้

○ รูปร่างท้องกลม หรือค่อนข้างกลม

○ เห็นกระดูกไขสันหลังอยู่ที่ตำแหน่ง 3 หรือ 9 นาฬิกา

○ เห็นกระเพาะอาหารอยู่ทางซีกซ้ายของช่องท้อง

○ เห็นแนวซี่โครง 2 ข้างสมมาตรกัน

○ เห็นจุดที่ portal vein ซ้ายและขวาเชื่อมต่อกันเป็นส่วนโค้งสั้นๆ หากเห็นลักษณะของ portal vein เป็นท่อนยาวแสดงว่าเสียงหัวตรวจดังต่อไปนี้ทางด้านหน้าชิดสะดือมากเกินไป จะทำให้ท้องมีรูปร่างเกิดความคลาดเคลื่อนในการวัดได้

3. วัดเส้นรอบวงโดยวัดเส้นรอบท้องโดยตรง หรือ

4. วัดเส้นผ่าศูนย์กลางแนวหน้าหลังและแนวขวางของท้องทารกแล้วนำมาคำนวณโดยใช้สูตรคือ

$$\text{○ เส้นรอบวง} = (\text{เส้นผ่าศูนย์กลางแนวหน้าหลัง} + \text{เส้นผ่าศูนย์กลางแนวขวาง}) \times 1.57$$

5 นำมาเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานเพื่อคำนวณอายุครรภ์

การวัดเส้นรอบท้องเป็นการวัดที่มีความคลาดเคลื่อนมากที่สุด เนื่องจากเทคนิคการวัดให้ได้ภาพที่ดีทำได้ยาก บางครั้งรูปร่างของท้องไม่กลม หรือบิดเบี้ยวไปจากการมีแขนขาทารกกดหน้าท้อง การใช้หัวตรวจกดหน้าท้องมารดาแรงเกินไป หรือวางหัวตรวจเอียงไปด้านใดด้านหนึ่ง เป็นต้น นอกจากนี้หากทารกอยู่ในท่าที่ไม่เหมาะสม เช่น ทารกนอนคว่ำ ตำแหน่งของกระดูกไขสันหลังอยู่ที่ 12 นาฬิกา จะทำให้เกิดเงาดำ (acoustic shadow) บดบังอวัยวะภายในทำให้มองไม่เห็นลักษณะสำคัญต่างๆ ดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การวัดเส้นรอบท้องนำมาใช้ในการประเมินอายุครรภ์ได้ไม่ถี่นัก แต่สามารถนำมาใช้ในการประเมินการเจริญเติบโตและน้ำหนักของทารกในครรภ์ได้ดีเนื่องจากขนาดเส้นรอบท้องมีความสัมพันธ์โดยตรงกับขนาดตัวของทารก

5. การวัดความยาวกระดูกต้นขา (Femur Length; FL)

กระดูกท่อนยาวทุกท่อนสามารถนำมาใช้เพื่อทำนายอายุครรภ์ได้ แต่กระดูกต้นขาเป็นกระดูกที่นิยมวัดเพื่อใช้ประเมินอายุครรภ์มากที่สุด

## เทคนิคในการวัด

1. ปรับภาพคลื่นเสียงความถี่สูงให้เห็นภาพกระดูกต้นขายาวตลอดแนวยาว

2. ปรับหัวตรวจให้ตั้งฉากกับแนวยาวของกระดูกต้นขา

3. วัดความยาวจากจุดตรงกลางของขอบปลายสุดของกระดูกด้านหนึ่งไปยังจุดตรงกลางของขอบปลายสุดของกระดูกอีกด้านหนึ่ง

4. นำมาเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานเพื่อคำนวณอายุครรภ์

ความคลาดเคลื่อนในช่วงครึ่งแรกของการตั้งครรภ์เท่ากับ 1 – 2 สัปดาห์ ความคลาดเคลื่อนจากการวัดความยาวของกระดูกต้นขาอาจเกิดจากหัวตรวจที่วัดไม่ตั้งฉากกับแนวยาวของกระดูกต้นขา ทำให้ค่าที่ได้สั้นกว่าความเป็นจริง นอกจากนี้เชื้อชาติยังมีผลต่อค่าความยาวของกระดูกต้นขา ในคนไทยพบว่า FL สั้นกว่าชาวตะวันตกในทุกอายุครรภ์

## 6. การวัดน้ำคร่ำ (Amniotic Fluid Index; AFI)

คือการประเมินน้ำคร่ำในเชิงปริมาณ แตกต่างจากการประเมินด้วยความรู้สึก (subjective) หรือการใช้ประสบการณ์ของผู้ตรวจประเมินว่าน้ำคร่ำมาก น้อยหรือปกติ ซึ่งใช้เวลาน้อยแต่ต้องอาศัยทักษะและความแปรปรวนระหว่างบุคคลมาก และเมื่อรู้สึกว่าน้ำคร่ำผิดปกติต้องตรวจยืนยันด้วยการวัดน้ำคร่ำในเชิงปริมาณต่อไป

Amniotic fluid index (AFI)

1. แบ่งมดลูกออกเป็น 4 ส่วนโดยใช้ linea nigra และสะดือมารดาเป็นเส้นแบ่ง
2. ปรับภาพคลื่นเสียงความถี่สูงให้เห็นตำแหน่งของแอ่งน้ำคร่ำที่มีขนาดใหญ่ที่สุดของมดลูกแต่ละ

ส่วน

3. วางหัวตรวจให้ขนานกับ sagittal plane ของมารดาโดยไม่กดหัวตรวจมากเกินไป
4. วัดระยะที่ลึกที่สุดของแอ่งน้ำคร่ำโดยไม่รวมสายสะดือและแขนขาของทารกจนครบทั้ง 4 ส่วน

นำมาคำนวณดังนี้

$$AFI = Q1 + Q2 + Q3 + Q4$$

5. นำค่าที่ได้มาแปลผลดังนี้

$$AFI < 5 \text{ cm.} = \text{oligohydramnios}$$

$$AFI > 25 \text{ cm.} = \text{polyhydramnios}$$

6. หรือนำมาเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐาน

การวัดปริมาณน้ำคร่ำด้วย single deepest pocket (SDP) และ amniotic fluid index (AFI) เป็นวิธีที่มีความถูกต้องแม่นยำใกล้เคียงกัน โดยมีความไวในการวินิจฉัยภาวะน้ำคร่ำผิดปกติไม่มากนัก แต่จะมีความแม่นยำสูงในการวินิจฉัยภาวะน้ำคร่ำปกติ

## 7. การคำนวณอายุครรภ์

การคำนวณอายุครรภ์จากการวัดสัดส่วนทารกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงจะมีความแม่นยำมากในช่วงแรกของการตั้งครรภ์ และจะมีความคลาดเคลื่อนสูงมากขึ้นในช่วงท้ายของการตั้งครรภ์ ดังนั้นหากไม่แน่ใจในอายุครรภ์ควรตรวจวัดด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงให้เร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวัดความยาวของทารกในไตรมาสแรกซึ่งมีความแม่นยำในการคำนวณอายุครรภ์มากที่สุด

การเลือกใช้ตัววัดแต่ละตัวในการคำนวณอายุครรภ์มีความสำคัญ เนื่องจากตัววัดแต่ละตัวมีความถูกต้องแม่นยำในการคำนวณอายุครรภ์แต่ละช่วงแตกต่างกันไป ตัววัดที่มีความแม่นยำและนิยมใช้ในการคำนวณอายุครรภ์ในแต่ละช่วงมีดังต่อไปนี้(23)

- อายุครรภ์ 7 – 10 สัปดาห์ CRL
- อายุครรภ์ 10 – 14 สัปดาห์ CRL, BPD, FL, HL (humerus length)
- อายุครรภ์ 15 – 28 สัปดาห์ BPD, FL, HL, HC, binocular distance
- อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไป FL, HL, binocular distance, BPD, HC



การคำนวณอายุครรภ์ในไตรมาสที่สองขึ้นไปควรประเมินจากตัววัดหลายตัวจะมีความถูกต้องแม่นยำมากกว่า การประเมินจากตัววัดตัวเดียว แต่ตัววัดแต่ละตัวที่นำมาใช้ร่วมกันนั้นต้องมีความถูกต้องในด้านเทคนิคของการวัดและไม่ถูกรบกวนจากความผิดปกติของทารก เช่นการนำค่าเส้นรอบท้องมาใช้ทำนายอายุครรภ์ในกรณีทารกตัวโตผิดปกติหรือมีภาวะโตช้าในครรภ์, การนำค่าความยาวกระดูกต้นขามาใช้คำนวณอายุครรภ์ในกรณีทารกเป็นโรค skeletal dysplasia หรือการนำค่าความกว้างศีรษะทารกและค่าเส้นรอบศีรษะทารกมาใช้คำนวณอายุครรภ์ในกรณีทารกมีภาวะ hydrocephalus จะทำให้การคำนวณอายุครรภ์ผิดพลาดได้ การคำนวณอายุครรภ์จากการวัดสัดส่วนทารกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงเป็นเพียงการคาดคะเนเท่านั้น หากทราบอายุครรภ์จากการปฏิสนธิแน่นอนควรนับอายุครรภ์ตามนั้นไม่ควรเปลี่ยนแปลงอายุครรภ์ไปตามการวัดสัดส่วนทารกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง และหากเคยได้รับการคำนวณอายุครรภ์ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงในช่วงแรกของการตั้งครรภ์มาเป็นอย่างดีแล้ว ควรนับอายุครรภ์ตามนั้นไม่ควรเปลี่ยนแปลงอายุครรภ์ไปตามการวัดทางคลื่นเสียงความถี่สูงในครั้งต่อๆ มา เนื่องจากความคลาดเคลื่อนจากเทคนิคการวัดมีมากขึ้นและได้รับผลกระทบจากการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์

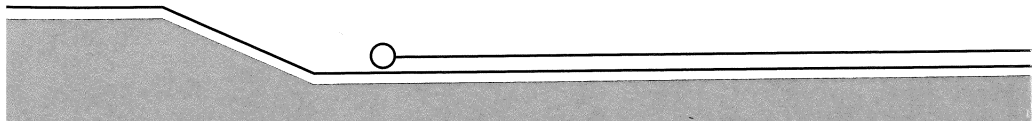
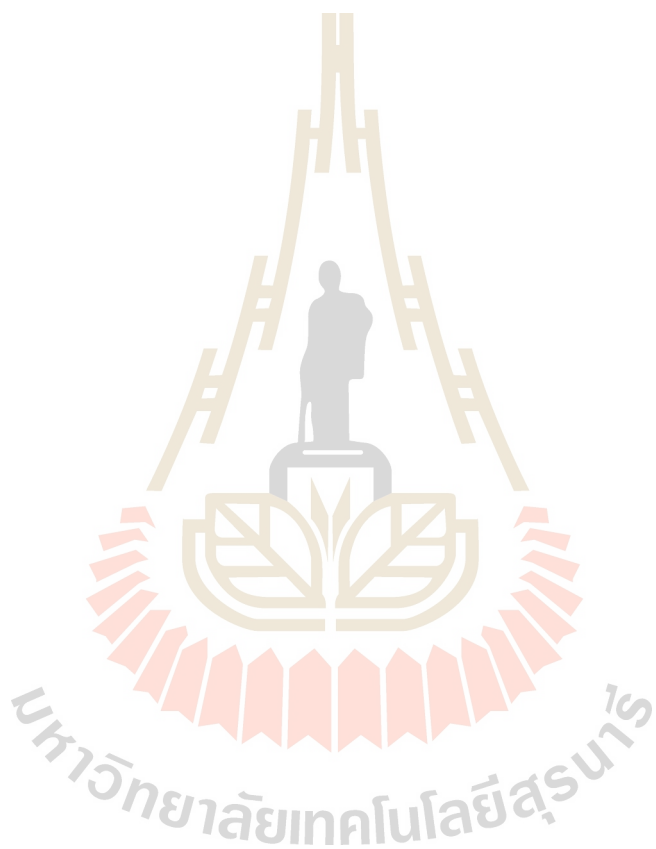
#### 8. การคenneน้ำหนักทารกในครรภ์ (Estimated Fetal Weight; EFW)

การคenneน้ำหนักทารกในครรภ์ใช้การวัดสัดส่วนต่างๆ ของทารกมาคำนวณ โดยมีสูตรที่ใช้ตัววัดหลายตัวร่วมกันดังต่อไปนี้

- 1.AC
- 2.AC, BPD
- 3.AC, HC
- 4.AC, FL
- 5.AC, BPD, FL
- 6.AC, HC, BPD, FL

โดยสามารถนำมาคำนวณโดยใช้สูตรที่มีในเครื่องตรวจอัลตราซาวด์ทั่วไป หรือใช้ตารางค่ามาตรฐานในการเปรียบเทียบ จะเห็นว่าทุกสูตรจะใช้ค่าเส้นรอบท้องเป็นพื้นฐานในการคำนวณร่วมกับตัววัดมาตรฐานอื่นๆ ความแม่นยำในการคenneน้ำหนักทารกในครรภ์จึงขึ้นอยู่กับกรวัดสัดส่วนทารกที่ถูกต้องโดยเฉพาะอย่างยิ่งการวัดเส้นรอบท้อง, การวัดความกว้างของศีรษะ และการวัดเส้นรอบศีรษะ จะมีผลอย่างมากในการคenneน้ำหนักทารกในครรภ์







หนังสือเป็นสมบัติของท่าน  
โปรดช่วยกันรักษา

ศูนย์บรรณสารและสื่อการศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  
โทรศัพท์ 0 4422 3073 โทรสาร 0 4422 3060

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี