



วารสารสาธารณสุข

และวิทยาศาสตร์สุขภาพ

THAI JOURNAL OF PUBLIC HEALTH AND HEALTH SCIENCES

ปีที่ 3 ฉบับที่ 1

มกราคม - เมษายน 2563



2020

ขอบเขตและรายละเอียดเบื้องต้นของวารสาร

วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ(Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS) มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการและผลงานวิจัยทางด้านสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ ขอบเขตของวารสารครอบคลุมในสาขาต่าง ๆ ได้แก่ นโยบายสุขภาพและการจัดการการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ สุขศึกษา พฤติกรรมสุขภาพ อาชีวอนามัย อนามัยสิ่งแวดล้อม พืชวิทยา สาธารณสุขชุมชน ทันตสาธารณสุข เภสัชสาธารณสุข การพยาบาล และสาขาสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์การแพทย์ สนับสนุนโดย คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Thai Journal of Public Health and Health Sciences (TJPHS) aims to publish original articles and contributions relevant to public health and medical sciences. The scope of the journal is broad, covering health policy and management, health care and services, health promotion, health education, behavioral health, occupational health, environmental health, toxicology, community public health, dental public health, public health pharmacy, nursing and related, and other relevant health issues of public health and medical sciences. The journal is supported by Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand.

สนับสนุนการจัดพิมพ์โดย คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข (เจ้าของลิขสิทธิ์)

กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
(Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS)

กรรมการที่ปรึกษา

นพ.สมชาย ธรรมสารโสภณ	อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
ดร.ปัทมา ทองสม	รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
ผศ.(พิเศษ) ดร. วินัย สยอรรถ	ผู้ช่วยอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์	ผู้อำนวยการศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน)
นพ.สมควร หาญพัฒน์ชัยกูร	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ สำนักวิชาการกระทรวงสาธารณสุข
ไพฑูริย์ ขาวสวนศรีเจริญ	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
ดร. อรรถนพ สนธิไชย	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ประเสริฐ อัดโตหิ	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
ชัยวัฒน์ พันธุ์ศรี	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
สุนทร ปราบเขต	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
สมศักดิ์ มงคลธวัช	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี
อาภาพร ฤกษ์พันธุ์	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
	(รักษาการ)
ดร.นพมาศ เครือสุวรรณ	ผู้อำนวยการวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนา-ภิเษก(รักษาการ)

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ศ.ดร.สิทธิกร พงศ์พานิช	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ศ.ดร.นพ. สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ศ.ดร.ดำรงศักดิ์ ฟาร์รุ่งสา	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รศ.ดร.สุคนธา คงศีล	มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.พญ.เนสินี ไชยเอื้อ	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร. ยุวดี รอดจากภัย	มหาวิทยาลัยบูรพา
รศ.ดร. วิทยา อยู่สุข	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.สราวุธ สุธรรมมาสา	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ดร.ชัยยุทธ ขวลิทธิกุล	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ดร.พญ.ฉันทนา ผดุงทศ	กระทรวงสาธารณสุข

บรรณาธิการที่ปรึกษานานาชาติ

Prof. Dr. Michael A. Yost	University of Washington, USA
Prof. Dr. Mark G. Robson	Rutgers, the State University of New Jersey, USA
Prof. Dr. Masahiro Kihara	University of Kyoto, Japan

บรรณาธิการ

บรรณาธิการ

ดร.พยงค์ เทพอักษร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
รองบรรณาธิการ	
ดร.สุชมาภรณ์ ศรีวิศิษฐ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
ดร.กรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
ดร.บุบผา รักขานาม	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.นพ.พงษ์เทพ วิวรรณเดชะ
ศ.ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์
รศ.ดร.นพ.วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร
รศ.ดร.วัฒน์สิทธิ์ ศิริวงศ์
รศ.ดร.โยธิน แสงวงศ์
รศ.ดร.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต
รศ.ดร.อนามัย เทศกะทีก
รศ.ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมธ
รศ.ดร.จรรยา สุวรรณบำรุง
ผศ.ดร.นพ.ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์
ผศ.ดร.พงศ์เทพ สุธีรัฐ
พ.อ. ผศ. ดร. นพ. ราม รังสินธุ์
ผศ.ดร. วาริท เจาะจิตต์
ดร.ชาครียา พรหมสุบรรณ
ดร.พิมาน ธีระรัตนสุนทร
ดร.ธงชัย อามาตย์บัณฑิต
ดร.เกศรา แสนศิริทวีสุข
ดร.จรัสรัตน์ กิจสมพร
ผศ.(พิเศษ) ดร.สมตระกูล ราศิริ
ดร.สุพัฒน์ อาสนะ
ดร.กมลนันทน์ ม่วงยิ้ม
ดร.อุไรวรรณ ศิริธรรม
ดร.ภคิน ไชยช่วย
ดร.ปริญญา จิตอร่าม
ดร.วรัญญา อรุโณทยานันท์
สุจิตา โอภาชี

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
มหาวิทยาลัยทักษิณ
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
มหาวิทยาลัยนเรศวร
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 ระบาดวิทยา
สถาบันพระบรมราชชนก
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก
วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

International Editorial Board

Assoc.Prof.Dr.Richard N.Neitzel	University of Michigan, USA
Assoc.Prof.Dr.Petra von Heideken Wågert	Mälardalen University, Sweden
Dr. Andy Hong	University of Oxford, UK
Dr.Tri Dung Phung	Griffith University, Australia
Assist.Prof.Dr.Teeranee Techasrivichien	Kyoto University, Japan

ฝ่ายจัดการ

ดร.สุทัศน์ เสียมไหม	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
ณวัฒน์ กิตติภัทรไพบูลย์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
จักรพงษ์ อินพรม	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

บรรณาธิการแถลง

สถาบันพระบรมราชชนก จัดประชุมวิชาการนานาชาติครั้งที่ 1 ภายใต้ชื่อ iHSEP2019: The International Conference on Advancement in Health Sciences Education Professions 2019: Synergy and Reform for Better Health ระหว่างวันที่ 11-13 พฤศจิกายน 2562 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ เป็นการเปิดตัวการเป็นสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ มีฐานะเป็นนิติบุคคลและเป็นส่วนราชการ ภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีประสบการณ์ด้านการจัดการศึกษา การผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งมีการจัดประชุมวิชาการทั้งระดับชาติและนานาชาติอย่างต่อเนื่อง แต่ครั้งนี้มีความพิเศษที่จัดในนามของสถาบันพระบรมราชชนกที่ได้รับ เพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนวิชาการระดับนานาชาติของ อาจารย์ นักวิชาการ นักศึกษา นักวิจัย กับ อาจารย์ นักวิจัย จากมหาวิทยาลัยและสถาบันการศึกษาที่ลงนามข้อตกลงความร่วมมือทางวิชาการในต่างประเทศอีกด้วย และเพื่อเป็นการเทิดพระเกียรติและเผยแพร่พระราชกรณียกิจ ของราชวงศ์จักรีด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยได้รับความร่วมมือจากสถาบันร่วมจัดงาน (Co-hosts) ร่วมเป็นเจ้าภาพในการจัดประชุมจากสถาบันการศึกษาและหน่วยงานที่มีความร่วมมือทางวิชาการถึง 15 สถาบัน จาก 10 ประเทศ ได้แก่ สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร สาธารณรัฐประชาชนจีน ญี่ปุ่น สวีเดน นิวซีแลนด์ อินโดนีเซีย สิงคโปร์ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว และประเทศไทย มีการเชิญบรรยายพิเศษ keynote speakers และ panelist speakers จากหลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร สาธารณรัฐประชาชนจีน สวีเดน นิวซีแลนด์ อินโดนีเซีย และ ไทย มากกว่า 10 ท่าน โดยได้รับเกียรติจาก นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานในการเปิดงานครั้งนี้ มีผู้เข้าร่วมนำเสนอผลงานทั้ง oral and poster presentation เกือบ 200 ชื่อเรื่องและ มีผู้เข้าร่วมงานเกือบ 500 คน จากผู้เข้าร่วมประชุม 14 ประเทศ ตลอดจนสนับสนุนผลงานที่นำเสนอผลงานตีพิมพ์เผยแพร่และประชาสัมพันธ์การจัดทำวารสารวิชาการด้านสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ International Journal of Public Health and Health Sciences (IJPHS) อีกด้วย

ในฉบับที่ 1 มีบทความวิจัยและวิชาการ ที่ได้รับการตีพิมพ์ ประกอบด้วย ผลงานวิจัยและบทความวิชาการ จำนวน 6 เรื่อง ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลโนนผึ้ง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 2) ประสิทธิภาพของการเหยียบถุงประคบสมุนไพรกับการแช่เท้าในน้ำสมุนไพรต่ออาการชาเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลภูหลวง อำเภอภูหลวง จังหวัดเลย 3) การศึกษาผลของการใช้รางจืดเป็นยาต้านพิษ 4) แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในจังหวัดปราจีนบุรี 5) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติกับสภาวะช่องปากและพฤติกรรมกรดแลคติกของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 อำเภอสว่างวีระ จังหวัดตรัง และ 6) บทเรียนจากภาษาสุรา-ยาสูบ สู่วิธีเครื่องมือที่มีน้ำตาล: มาตรการทางภาษีเพื่อประชาชนสุขภาพดี รัฐมีรายได้เพิ่ม ซึ่งท่านสามารถสืบค้น และดาวน์โหลดบทความในวารสารได้ที่เว็บไซต์ <http://journal.scphrang.ac.th/>

กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านสมาชิก คณาจารย์ นักศึกษา บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนศิษย์เก่า และบุคคลทั่วไปที่สนใจได้รับความรู้และนำความรู้ที่ได้จากบทความดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงาน การเรียนการสอน และทำวิจัย ต่อไป

สารบัญ

เรื่อง

หน้า

บรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ

บรรณาธิการแถลง

บทความวิจัย (Original Article)

- การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลโนนผึ้ง
อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี** 1
The Participation on Dengue Hemorrhagic Fever Prevention and Control of People
in Non-Phung Sub-District, Warinchumrab District, Ubon Ratchathani Province
พงษ์ระพี ดวงดี , มธุริน มาลีหวล , ปณิดา ครองยุทธ, ถนนมศักดิ์ บุญสุ
- ประสิทธิผลของการเหยียบถุงประคบสมุนไพรกับการแช่เท้าในน้ำสมุนไพรต่ออาการชาเท้าของ
ผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลภูหลวง อำเภอภูหลวง จังหวัดเลย** 13
Effectiveness of a Herbal Compression Bag Stepping Technique versus a Feet Soaking in
Herbal Water Technique on Feet Numbness Symptoms in Diabetes Patients at Phu
Luang Hospital, Phu Luang District, Loei
วันนิศา รักษามาตรย์, พนม ทองอ่อน
- การศึกษาผลของการใช้รางจืดเป็นยาด้านพิษ** 28
The Study of Thunbergia laurifolia Lindl. (Rang Jued) Usage as Antidote
จันทพร มณีเสน
- แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในจังหวัด
ปราจีนบุรี** 41
Motivation Associated with Quality of Working Life among Health Personnel Working in
Prachinburi Province
นิลิต ศรีพุ่ม, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ, สุพัฒน์ อาสนะ

สารบัญ

เรื่อง

หน้า

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติกับสถานะช่องปากและพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของ
นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง 52

Associations between Knowledge and Attitude among Oral Health Status and Oral
Health Care Behaviors of the 3rd year Secondary School in Wang Wiset District, Trang
Province

ทัศนวัฒน์ ฉายชวงษ์ , นิมนานรดี ชูยัง

บทความวิชาการ (Academic Article)

บทเรียนจากภาษีสุรา-ยาสูบ สู่ภาษีเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล: มาตรการทางภาษีเพื่อประชาชนสุขภาพดี
รัฐมีรายได้เพิ่ม 68

Lesson Learned from Alcohol-Tobacco Taxes towards to Sugar-sweetened Beverages
Tax: Tax Measures for Healthy People, Increase Government Revenue

นิธิรัตน์ บุญตานนท์

ปกิณกะ

ผลการสำรวจความตระหนักรู้ของประชาชนเรื่องโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่เสี่ยง จังหวัดตรัง พัทลุง
และสงขลา 81

Report on Awareness of Rabies in Trang, Pattalung, and Songkhla Province

หทัยทิพย์ จุทอง, วาสนา ยกสกุล

ความฝันและโอกาส สร้างความหวัง สู่อนาคต ของคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก 88

Dreams and Opportunities, Creating Hope for the Future of the Faculty of Public Health
and Allied Health Sciences, Praborommarajchanok Institute

วัชรพล ทองควั่น

คำแนะนำการส่งบทความ 92

จริยธรรมวิจัยและการตีพิมพ์ 96

นิพนธ์ต้นฉบับ

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลโนนผึ้ง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

The Participation on Dengue Hemorrhagic Fever Prevention and Control of People in Non-Phung Sub-District, Warinchumrab District, Ubon Ratchathani Province

Received: June 7, 2019;

Accepted: November 11, 2019;

Published: January 30, 2020

พงษ์ระพี ดวงดี¹, มธุริน มาลีหาล², ปณิตา ครองยุทธ^{3*}, ธนอมศักดิ์ บุญสุ³,

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขวาวใหญ่ อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์

²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโสมน อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์

³วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

Pongrepee Duangdee¹, Maturin Maleehual², Panita Krongyuth^{3*}, Thanomsak Boonsu³

¹Health Promotion Hospital Khaw-Yai, Sikorapoom Distric, Surin Province

²Health Promotion Hospital, Somon Hospital, Tha-Toom, Surin Province

³Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และปัจจัยที่ทำนายการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลโนนผึ้ง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 204 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมานหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณโดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา พบว่าประชาชนมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเฉลี่ยในระดับดี อาชีพ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้แก่ อาชีพ($p < 0.001$) ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในครอบครัว($p < 0.001$) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค($p < 0.018$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามลำดับ

ผลการวิจัยในครั้งนี้จึงมีข้อเสนอแนะให้ทีมสุขภาพควรเพิ่มการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก นอกจากนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก เพื่อช่วยให้ประชาชนเกิดการรับรู้เกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของประชาชน, โรคไข้เลือดออก, การรับรู้, ปัจจัยทำนาย

Original article

Abstract

Received: June 7, 2019;

Accepted: November 11, 2019;

Published: January 30, 2020

This cross-sectional study was aimed to examine the participation of people on prevention and control of Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) and to determine the predictive factors regarding to that the participation of people on prevention and control of Dengue Hemorrhagic Fever among 204 people in Non-Phueng Sub-district, Warinchamrab District, Ubon Ratchathani Province. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation. Pearson correlation coefficient and multiple linear regression were analyzed at the statistically significance level ($p < 0.05$).

The results revealed that the level of participation of people on prevention and control of DHF was good on average. Occupation, period of living in community, perceived risk and perceived severity of DHF were significant correlated to the participation of people on prevention and control of DHF. The variables can be significantly predicted of people participation against DHF were occupational ($p < 0.001$), the living period ($p < 0.001$), and perceived risk of DHF ($p < 0.018$), respectively.

The results of this study indicated that community health teams should encouraging people's participation on prevention of DHF in the community. Moreover, the responsible organizations should appropriate knowledge for enhancing and understanding of DHF in order to raise awareness of risk and severity of DHF.

Key words: Participation of people, Dengue Hemorrhagic Fever, Perception, Predictive Factors

Corresponding author: Panita Krongyuth E-mail address: kpanita@scphub.ac.th

บทนำ

โรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever) เป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุข ประเทศไทยจัดเป็นประเทศในกลุ่มที่มีการระบาดของโรคสูงเป็นอันดับ 6 ใน 30 ประเทศ พบการระบาดใหญ่ด้วยโรคไข้เลือดออกครั้งแรกในปี พ.ศ. 2501 ที่กรุงเทพฯ หลังจากนั้นโรคไข้เลือดออกได้แพร่กระจายไปสู่จังหวัดต่างๆ ทุกภูมิภาคทั่วประเทศ และรูปแบบการระบาดของโรคไข้เลือดออกก็ได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่เป็นแบบปีเว้นปีมาเป็นแบบสูง 2 ปี แล้วลดต่ำลง หรือลดต่ำลง 2 ปี แล้วเพิ่มสูงขึ้น (Bureau of Infectious Diseases, 2015). สถานการณ์โรคไข้เลือดออก 5 ย้อนหลัง ตั้งแต่ปี 2556-2561 พบว่าในปี 2556 มีจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสูงสุด 154,369 ราย คิดว่าเป็นอัตราป่วย 240.92 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ ปี 2558 มีจำนวนผู้ป่วย 85,724 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 131.63 ต่อประชากรแสนคน (Bureau of Vector Born Diseases, 2018) จังหวัดอุบลราชธานีใน ปี 2556-2561 พบในปี 2558 มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสูงเป็นอันดับหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจากสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าจังหวัดอุบลราชธานีมีอัตราป่วยด้วยไข้เลือดออกสูงกว่ามาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้คืออัตราป่วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน 50 ต่อแสนประชากร (Ubon Ratchathani Provincial Health Office, 2018)) ในอำเภวารินชำราบ ปี 2558 พบอัตราป่วย 192.60 ต่อแสนประชากร อัตราตายร้อยละ 0.65 มากกว่าปี 2557 ที่พบอัตราป่วย 72.98 ต่อแสนประชากร ไม่มีผู้เสียชีวิต และตำบลโนนผึ้ง ปี 2558 พบอัตราป่วย 465.04 ต่อแสนประชากร มากกว่าปี 2557 ที่พบอัตราป่วย 117.62 ต่อแสนประชากรซึ่งเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัว โดยที่ตำบลโนนผึ้งเป็นตำบลที่มีอัตราป่วยสูงของอำเภวารินชำราบ (Warinchamrab District Health Office, 2018)

การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคต้องได้รับความร่วมมือทุกภาคส่วน (Bureau of Vector Born Diseases, 2018) เน้นที่การควบคุมยุงลายที่เป็นพาหะนำโรค ยุงลายมีแหล่งเพาะพันธุ์เป็นภาชนะที่มีน้ำขังในบริเวณบ้านพักอาศัย เช่น ตุ่มน้ำ แจกัน หรือภาชนะที่ทิ้งไว้แล้วมีน้ำขัง ได้แก่ ยางรถยนต์ กระป๋อง กะลามะพร้าว เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้านพักอาศัยของประชาชน โดยที่รัฐบาลมีการณรงค์สร้างความรู้และจิตสำนึกของประชาชนให้รู้ถึงวิธีการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขทั้งในชุมชน โรงเรียน วัด ตามหลัก 5ป 1ข อันได้แก่ ป1 ปิดภาชนะน้ำขัง ป2 ปล่ายปลากินลูกน้ำ ป3 เปลี่ยนน้ำในภาชนะทุก 7 วัน ป4 ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในและรอบบ้าน ป5 ปฏิบัติเป็นประจำจนเป็นนิสัย ข1 ชัดภาชนะก่อนเปลี่ยนน้ำกำจัดไข่ยุง (Bureau of Infectious Diseases, 2018) อย่างไรก็ตามมาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกดังกล่าวนี้ยังไม่สามารถบรรลุผลให้ชุมชนปลอดภัยและยังพบอัตราการป่วยและเสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออกในทั่วประเทศอย่างต่อเนื่อง

การมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชนดังนั้นประชาชนจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (Shuaytong et. al, 2013) จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่าส่วนใหญ่มีการศึกษาในสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลและอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (Huaysa P., et.al., 2016; Sikud P., et. al., 2017; Jodking P. and Bouphan P., 2018) และศึกษาปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (Jeyha R et.al., 2011; Maliton M., et.al., 2013; Kaewwande N. et. al., 2014) ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก โดยการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock (1974) เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผนส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีประสิทธิภาพและลดอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลโนนผึ้ง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลโนนผึ้ง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ตัวแทนครัวเรือนในตำบลโนนผึ้ง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 2,172 คน และกลุ่มตัวอย่างคือตัวแทนครัวเรือนในตำบลโนนผึ้ง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 204 คน โดยใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าเฉลี่ยกรณีทราบขนาดประชากร (Chirawatkul A., 2010) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมวิจัย (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) หัวหน้าครัวเรือนหรือแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว 2) มีอายุอายุ 18-60 ปีทั้งเพศชายและเพศหญิง 3) เป็นผู้ที่อาศัยในพื้นที่ตลอดระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา 4) สามารถอ่านออกเขียนได้ และสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และ 5) มีความสนใจและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี หมายเลข SCPHUB S003/2560

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม คือแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านและประสบการณ์การป่วยเป็นไข้เลือดออกของสมาชิกในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม คำตอบให้เลือก 2 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ จำนวน 15 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน และ ตอบผิดให้ 0 คะแนน เต็ม 15 คะแนน และทดสอบค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 11 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนระดับความคิดเห็น 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างอย่าง และนำไปทดสอบค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการร่วมค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา 4 ข้อ การร่วมวางแผนกิจกรรมและการปฏิบัติงาน 4 ข้อ การร่วมรับผลประโยชน์ 4 ข้อและการร่วมติดตามประเมินผล 3 ข้อ รวม 15 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนระดับความคิดเห็น 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติและนำไปทดสอบค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.941

การเก็บข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับจุดประสงค์ของแบบสอบถามแต่ละชุด ขั้นตอน วิธีการเก็บข้อมูลเป็นที่เรียบร้อยและเข้าใจดีเพื่อให้การเก็บข้อมูลถูกต้องและตรงตามวัตถุประสงค์ โดยผู้วิจัยติดต่อประสานงานเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่การศึกษาและลงเก็บข้อมูลโดยเก็บข้อมูลประชาชนตามเกณฑ์การคัดเข้า โดยในการตอบแบบสอบถามผู้ตอบแบบสอบถามไม่ต้องระบุชื่อนามสกุล เมื่อคณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้วและเก็บเข้าช่องปิดผนึกอย่างมิดชิดเพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล บันทึกข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS Version 23

1. สถิติเชิงพรรณนา ในการนำเสนอข้อมูลทั่วไป ความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับไข้เลือดออก พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและ พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) และศึกษาปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมการป้องกันไข้เลือดออกในโดยใช้สถิติพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล การศึกษาในครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.9 มีอายุเฉลี่ย 48.25 ปี (S.D. = 9.12 ปี) การศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55.4 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 33.3 เป็นผู้ที่ย้ายอยู่ในพื้นที่เฉลี่ย 34.8 ปี (S.D. = 17.616) และไม่มีประสบการณ์สมาชิกในครอบครัวการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกของสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นไข้เลือดออก ร้อยละ 95.6 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของประชาชนจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n=204)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	37	18.1
- หญิง	167	81.9
อายุ		
<30 ปี	13	6.4
31-40 ปี	21	10.3
41-50 ปี	64	31.4
51-60 ปี	106	51.9
Mean = 48.25 , SD = 9.115 , Min = 18 , Max = 60		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	5	2.5
ประถมศึกษา	113	55.4
มัธยมศึกษา	69	33.8
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	17	8.3

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของประชาชนจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n=204) ต่อ

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
<30 ปี	13	6.4
31-40 ปี	21	10.3
41-50 ปี	64	31.4
51-60 ปี	106	51.9
Mean= 48.25 , SD = 9.115 ,Min = 18 ,Max = 60		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	5	2.5
ประถมศึกษา	113	55.4
มัธยมศึกษา	69	33.8
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	17	8.3
อาชีพ		
เกษตรกร	68	33.3
รับจ้าง	35	17.2
รับราชการ	7	3.4
ค้าขาย	51	25.0
แม่บ้าน/อื่นๆ	43	21.1
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน		
<10 ปี	19	9.3
10-20 ปี	35	17.2
>20 ปี	150	73.5
Mean = 34.8 , SD = 17.616 ,Min = 1 ,Max = 60		
ประสบการณ์การป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกของสมาชิกในครอบครัว		
ไม่เคย	195	95.6
เคย	9	4.4

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

ผลการศึกษาพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 8.09 (S.D. =2.258) ส่วนการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 22.11 (S.D. =2.945) และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไข้เลือดออกระดับดี ค่าเฉลี่ย 13.62 (S.D. =2.093) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและระดับการรับรู้ (n = 204)

ปัจจัย	Mean	S.D.	แปลผล
ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	8.09	2.258	ปานกลาง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคไข้เลือดออก	22.11	2.945	ปานกลาง
ความรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก	13.62	2.093	ดี

3. พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยรวม อยู่ระดับดี ค่าเฉลี่ย 55.43 (S.D. = 13.830) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด และมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก คือ การร่วมรับผลประโยชน์ ค่าเฉลี่ย 17.00 (S.D. = 3.464) รองลงมาคือด้านการร่วมวางแผนกิจกรรม และการปฏิบัติงาน ค่าเฉลี่ย 13.63 (S.D. = 4.565) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการร่วมติดตามประเมินผล ค่าเฉลี่ย 11.73 (S.D. = 3.171) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน (n=204)

พฤติกรรมการมีส่วนร่วม	Mean	S.D.	แปลผล
พฤติกรรมการมีส่วนร่วมโดยรวม	55.43	13.830	ระดับดี
1. การร่วมค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา	13.06	4.918	ระดับปานกลาง
2. การร่วมวางแผนกิจกรรมและการปฏิบัติงาน	13.63	4.565	ระดับดี
3. การร่วมรับผลประโยชน์	17.00	3.464	ระดับดี
4. การร่วมติดตามประเมินผล	11.73	3.171	ระดับดี

4. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ในการศึกษาครั้งนี้ได้พบว่าตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้แก่ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน ($r=0.240$, $p\text{-value}<0.01$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มี ($r=0.174$, $p\text{-value}<0.05$) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ($r=0.165$, $p\text{-value}<0.05$) (ตารางที่ 4) และนำมาศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สามารถทำนายความแปรปรวนได้ร้อยละ 13.1 โดยสามารถเขียนสมการทำนายได้ดังนี้ การมีส่วนร่วมของประชาชน = $20.214 + 0.167(\text{ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน}) + 0.837(\text{การรับรู้โอกาสเสี่ยง}) - 1.452(\text{อาชีพ})$

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ตัวแปร	r_{xy}	p-value
- อายุ	0.136	0.053
- ระดับการศึกษา	-0.013	0.851
- ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน	0.240	0.001**
- ประสบการณ์การป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกของสมาชิกในครอบครัว	0.074	0.290
- ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	0.124	0.077
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	0.174	0.013*
- การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.165	0.018*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050

ตารางที่ 5 ปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

Model	B	SE	β	t	p-value
Constant)	20.214	7.745		2.610	<0.001
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน	0.167	0.055	0.213	3.014	0.000*
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	0.837	0.310	0.178	2.699	0.005*
อาชีพ	-1.452	0.608	-0.169	-2.388	0.018*

$R^2 = 0.131$; SEest = 13.141; F = 6.457; $p < 0.001$

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในตำบลโนนผึ้ง อำเภอรินคำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยรวมอยู่ระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Shuaytong P., et.al. (2013) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยรวมอยู่ในระดับดีทั้งนี้เนื่องจากชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างสม่ำเสมอ และส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับมีช่องทางการสื่อสารที่เข้าถึงง่าย รวดเร็ว และทันสมัย จึงทำให้ประชาชนในทุกระดับการศึกษา มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารอย่างเท่าเทียมกันจากสื่อที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นโทรทัศน์ สิ่งพิมพ์ สื่อสังคมออนไลน์ ประกอบกับได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่องส่งผลให้มีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมากขึ้น

คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า อาชีพสามารถทำนายการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ทั้งนี้อธิบายได้ว่าอาชีพเป็นบทบาทและหน้าที่ที่มีในสังคม แต่ไม่สามารถบ่งบอกได้ว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมการเข้าไปมีส่วนร่วมได้มากหรือน้อย ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 33.3 และอาชีพค้าขาย ร้อยละ 25 ทำให้ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Mattharankoon C., et. al. (2017) พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนและ Intasri C., et. al. (2017) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในชุมชนบ้านคลองบางนา ตำบลศิระจะเข้ อำเภอ บางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า อาชีพ ไม่มีความความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เช่นเดียวกับ Kaewwandee N., et. al. (2014) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลนครเจดีย์ อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน ที่พบว่า อาชีพ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพที่แตกต่างกันมากและอาชีพของประชาชนไม่อำนวยความสะดวกต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แตกต่างกับ Huaysai P., et. al. (2016) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอ ห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า อาชีพ ไม่มีความความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน และการศึกษาของ Shuaytong P., et. al. (2013) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของ

ประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยอาจจะเกิดจากสถิติที่ใช้หาความสัมพันธ์

ระยะเวลาที่อาศัยในหมู่บ้าน สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สอดคล้องกับการศึกษาของ Huaysai P., et. al. (2016) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ที่เป็นเช่นนี้ซึ่ง Nuangchalerm P. (2015) กล่าวไว้ว่า การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานชุมชน คือผู้ที่ได้รับผลจากการเรียนรู้โดยการบริการทางสังคมทั้งในแง่การนำนวัตกรรมสู่ชุมชน ผลผลิตของผู้เรียนที่อาศัยอยู่ในชุมชน การตื่นตัวและการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการมีส่วนร่วมดำเนินงานจะส่งผลโดยตรงต่อประชาชน และประชาชนได้รับประโยชน์มากที่สุดจึงทำให้ประชาชนเกิดความร่วมมือและเข้ามามีส่วนร่วม ประกอบกับประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนเป็นระยะเวลานานก็จะความรัก ความผูกพันในชุมชนของตน รวมทั้งมีความเป็นห่วงลูกหลาน จึงทำให้เกิดพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

การรับรู้ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกและสามารถทำนายการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น เขาจะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ซึ่งผลการศึกษาพบว่าประชาชนมีการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nampaisan K., et. al., (2015) ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลมะบ้า อำเภอทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Nampun N. (2017) ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือน ตำบลท่าแยก อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำ กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เหมือนกันกับการศึกษาของ Siemmai P (2017) ที่ทำการศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลปาล์มพัฒนา อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล พบว่า การรับรู้ด้านความเสี่ยงการเกิดโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อธิบายได้ว่าหากมีการเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคให้แก่ประชาชน ประชาชนก็จะปฏิบัติพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นไปด้วย

การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแต่ไม่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของประชาชนได้ สอดคล้องกับการศึกษาของนาคยา (2560) ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือน ตำบลท่าแยก อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว ซึ่งโรเซนสต็อค (Rosenstock, 1974) กล่าวว่า ผลกระทบของการเกิดโรคเป็นสิ่งสำคัญในการรับรู้ในเรื่องเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ดี ย่อมเกิดจากความรู้สึที่ดีที่จะตอบสนองหรือแสดงพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ดังนั้นเมื่อบุคคลมีการรับรู้ที่ดีจะทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น เนื่องจากโรคไข้เลือดออกสามารถเป็นได้ในทุกเพศ ทุกวัย ภาครัฐเองก็มีการประชาสัมพันธ์ให้เห็นถึงความสำคัญในการป้องกัน และอันตรายจากการเกิดโรคไข้เลือดออกอย่างทั่วถึง จึงทำให้ประชาชนเกิดความตระหนักในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี แต่เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงเข้าใจว่าโรคไข้เลือดออกจะมีความรุนแรงในวัยเด็ก ซึ่งมีจำนวนไม่มากในชุมชน จึงส่งผลให้ไม่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ประชาชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกในด้านการรณรงค์ติดตามประเมินผลน้อย ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรควรมีการประชาสัมพันธ์และเชิญชวนประชาชนให้เข้าร่วมกิจกรรมรวมถึงข้อมูลจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านให้ประชาชนได้รับทราบอย่างต่อเนื่องเพื่อกระตุ้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน
2. การรับรู้ความเสี่ยงของโรคไข้เลือดออกและการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกออกมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ดังนั้นหน่วยงานผู้ที่เกี่ยวข้องควรเร่งสร้างความตระหนักและจัดกิจกรรมการให้ความรู้ต่อประชาชนให้เห็นความสำคัญของปัญหาจากโรคไข้เลือดออกและความรุนแรงโรคไข้เลือดออก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในประชาชนและถอดบทเรียนเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับพื้นที่
2. การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมความใจบทบาทและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในตำบลโนนผึ้ง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนผึ้ง ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอบพระคุณอาสาสมัครวิจัยทุกท่านที่สละเวลาและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจนสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

References

- Becker M. et, al. (1974). The Health Belief Model of Sick Role Behavior. Health Education. 2(4): 409-429.
- Bureau of Infectious Diseases. (2015). Dengue Hemorrhagic Disease Management Manual. (Online). Retrieved on <http://www.thaivbd.org/m/contents/view/324341>. (In Thai)
- Bureau of Vector Born Diseases (2018). Epidemiological Surveillance Report. (Online). Retrieved on <http://www.ddc.moph.go.th/uploads/file.filePDF/Dengue/2561/DHF.pdf>, (In Thai)
- Chirawatkul A. (2010). Statistics for Health Sciences Research. Bangkok. Witthayapat. (In Thai)
- Huaysai P., Sukserm T., Khunluek K. (2016). The participation of the Population of Huai Phuang District, Kalasin Province in the Prevention and Control of Dengue Hemorrhagic Fever. Praewa Kalasin Journal of Kalasin University. 3(1). 64-81. (In Thai)
- Intasri C., Sarawong P., Palinonkert A., EamjoyD., (2017). Factors related to Dengue Hemorrhagic Fever Prevention of People in Bangkokbangna, Srisajorakeanoi, Bang Saotong District Samutprakan Province, Thailand. Huachiew Chalermprakiet Science and Technology Journal. 3(1). 43-51. (In Thai)
- Jeyha R., Thitiravevong S., Churngchow C. (2011). The Participation of People in Controlling and Preventing Dengue Fever: Case Study of Tambon Khoutoom, Yarang District Pattani Province. AL-NUR Graduation Yala University. 6(10); 129-141. (In Thai)
- Jodking P., Bouphan P. (2018). The Participation in Dengue Hemorrhagic Fever Prevention and Control of Village Health Volunteer at Samliam Community Khon Kaen Municipality. Journal of the Office of DPC 7 Khon Kaen. 24(2); 29-37. (In Thai)
- Kaewwandee N., Siriswang W., Borriharn S. (2014). Factors Relating to the Participation of People and Control of Dengue Hemorrhagic Fever in Nakornjaedee Subdistrict Pasang District, Lamphun Province. National and International Conference Interdisciplinary Research for Local Development Sustainability (Proceeding). 73-86. (In Thai)
- Maliton M., Sripanyakorn S., Sonntawirat B. (2013). People's Participation in the Prevention and Control of Dengue Hemorrhagic Fever in Banped Sub-District, Muang Khon Kean District, Khon Kaew Province. KCU Journal for Public Health Research. 6(1), 121-130. (In Thai)
- Mattharankoon C., Ploykaew P., Thavanseriwatthana A., Sitthijad A., Noysiriwatthana T. Control of Dengue Haemorrhagic Fever among People in the Responsible Area of Sai-See Subdistrict Health Promoting Hospital, Samutsakhon Province. Journal of Nursing Siam University. 34 - 48. (In Thai)
- Nampan N. (2017). Factors Related to Behavior in Prevention of Dengue Hemorrhagic Fever among Householders in Tambon Thayak, Mueng District Srakaew Province. 163-173. Retrieved from www.publichealth.ru.ac.th/index.php. (In Thai)
- Nampaisun K., Aphinandecha C., Chaisiri K. (2015). Factors Associated with Participation of Prevention and Control Dengue Haemorrhagic Fever in Maba Subdistrict, Tungkaolhoagn District, Roi Et Province. (In Thai)
- Nuangchalerm P. (2015). Service Learning. Praewa Kalasin Journal of Kalasin University. 2(1). 9-18. (In Thai)

- Rosenstock, I. (1974). Historical Original of the Health Belief Model. Health Education Monographs. 2(4): 328-335.
- Shuaytong P., Suphun B., Karuhadej P.(2013). The People Participation on Dengue Hemorrhagic Fever Preventiion and Control in Sisaket Province. Kuakarun Journal of Nursing. 20(2): 55-69. (In Thai)
- Siemmai P. , (2017) . Perception and Prevention Behaviors of Dengue Hemorrhagic Fever AmongVillagers in Pamputtana Sub District, Mangnong Distric, Satun Province. 298- 308. Retrieved from [www. Publichealth.ru.ac.th/index/php](http://www.Publichealth.ru.ac.th/index/php). (In Thai)
- Sikud P. , Mokhunthod S. , Charoenchivakun C. (2017) . Factors Correlated to Participation of Community Leaders in Prevention and Control of Hemorrhagic. Journal of Nakhonratchasima College. 11(2): 74-84. (In Thai)
- Susjl M., Aphichat J. Prasong T. A. (2013). Factors Related with the Participation of Community in the Prevention and Controlling of Dengue Haemorrhagic Fever in Ban Wangsai, Tambon Wangnumkhiaw, Ampeo Kampaengsaen, Changwan Nakhonpathom. Veridian E- Journal. 6: 461-477. (In Thai)
- Ubon Ratchathani Provincial Health Office. (2018) . Mobility Rate of Dengue Haemorrhagic Fever in Ubon Ratchathani Province. Retrieved from <http://cdc.phoubon.in.th/> (In Thai)
- Warinchamrab District Health Office. (2018). Dengue Hemorrhagic Fever Data in Warinchamrab District: Warinchamrab District. (In Thai)

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: October 11, 2019;

Accepted: March 18, 2020;

Published: March 24, 2020

ประสิทธิผลของการเหยียบถุงประคบสมุนไพรกับการแช่เท้าในน้ำสมุนไพรต่อ อาการชาเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลภูหลวง อำเภอภูหลวง จังหวัดเลย Effectiveness of a Herbal Compression Bag Stepping Technique and a Feet Soaking in Herbal Water Technique on Feet Numbness Symptoms in Diabetes Patients at Phu Luang Hospital, Phu Luang District, Loei

วันนิศา รักษามาตย์¹ พนม ทองอ่อน²

¹วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก

โรงพยาบาลภูหลวง อำเภอภูหลวง จังหวัดเลย

Wannisa Raksamat¹ Panom Thongon²

¹Kanchanabhishek Institute of Medical and Public Health Technology

²Phu Luang Hospital, Phu Luang District, Loei

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) เพื่อเปรียบเทียบอาการชาเท้าของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ได้รับการนวดเท้าร่วมกับการเหยียบถุงประคบสมุนไพรระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง 2) เพื่อเปรียบเทียบอาการชาเท้าของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ได้รับการนวดเท้าร่วมกับการแช่เท้าในน้ำสมุนไพรระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง 3) เพื่อเปรียบเทียบอาการชาเท้าของผู้ป่วยเบาหวานระหว่างกลุ่มที่ได้รับการนวดเท้าร่วมกับการเหยียบถุงประคบสมุนไพรกับกลุ่มที่ได้รับการนวดเท้าร่วมกับการแช่เท้าในน้ำสมุนไพร กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานและมีอาการชาเท้าตั้งแต่ 1 จุดขึ้นไป แต่ไม่เกิน 7 จุด เข้ารับการดูแลรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลภูหลวง อำเภอภูหลวง จังหวัดเลย จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบบันทึกข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวาน 2) ข้อมูลการเจ็บป่วยและประวัติการเป็นโรคเบาหวาน 3) แบบบันทึกอาการชาเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วยด้านการแพทย์แผนไทย ด้านการวิจัย และด้านสาธารณสุข หาค่าความเชื่อมั่นของแบบบันทึกข้อมูลได้เท่ากับ 0.93 วิเคราะห์และประเมินผลข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและใช้สถิติทดสอบ paired-samples t-test และ independent t-test

ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยระดับอาการชาเท้าของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ได้รับการนวดเท้าร่วมกับการเหยียบถุงประคบสมุนไพร และกลุ่มที่ได้รับการนวดเท้าร่วมกับการแช่เท้าในน้ำสมุนไพร หลังการทดลองแตกต่างจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และค่าเฉลี่ยระดับอาการชาเท้าของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการนวดเท้าร่วมกับการแช่เท้าในน้ำสมุนไพร แตกต่างจากผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการนวดเท้าร่วมกับการเหยียบถุงประคบสมุนไพร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: การเหยียบถุงประคบสมุนไพร การแช่เท้าในน้ำสมุนไพร อาการชาเท้า ผู้ป่วยเบาหวาน

Corresponding author: วันนิศา รักษามาตย์

Email: w_raksamat@windowslive.com

Original article

Received: October 11, 2019;

Accepted: March 18, 2020;

Published: March 24, 2020

Abstract

This study aimed to 1) compare feet numbness symptoms of diabetes patients before and after receiving a foot massage with an herbal compression bag stepping technique, 2) compare feet numbness symptoms of diabetes patients before and after receiving a foot massage with a feet soaking in herbal water technique, and 3) compare feet numbness symptoms of diabetes patients who receiving a foot massage with an herbal compression bag stepping technique and a feet soaking in herbal water technique. Sixty sample subject volunteers were purposively recruited based on inclusion criteria including 1) has been diagnosed by a physician as a diabetes patient with a numbness symptom on a foot between 1 to 7 spots and 2) received a medical care at Thai Traditional Medicine Unit of Phu Luang Hospital, Phu Luang District in Loei. Sixty subjects were divided into two groups (30 subjects for each group). Three research instruments were 1) demographic data of selected diabetes patients, 2) patients' present and past medical history, and 3) a diabetes patient's numbness symptom recording form validated by three Thai traditional medicine, research and public health experts (reliability coefficient value = 0.93). Data analyses were included arithmetic means, percentages, standard deviation, the paired-samples t-test and independent t-test.

Results revealed that there were statistically significances in the level of feet numbness symptoms of diabetes patients between after and before receiving a foot massage with both techniques (p -value = 0.05) and there was a statistically significance between the level of feet numbness symptoms of diabetes patients who receiving a foot massage with an herbal compression bag stepping technique and a feet soaking in herbal water technique (p -value = 0.05).

Key words: Herbal Compression Bag Stepping Technique, Feet Soaking in Herbal Water Technique, Feet Numbness Symptoms in Diabetes Patients

Corresponding author: Wannisa Raksamat

Email: w_raksamat@windowslive.com

บทนำ

การแพทย์แผนไทยเป็นศาสตร์และศิลป์ในการดูแลสุขภาพของคนไทย ซึ่งสืบทอดกันมายาวนานเป็นมรดกทางปัญญาที่มีคุณค่า และปัจจุบันมีการนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ไม่ว่าจะเป็นการนวดไทย การใช้สมุนไพร หรือการรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือน เป็นต้น (Sukhothai Thammathirat Open University, 2007) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดูแลไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานนั้น โดยปกติจะใช้น้ำมันนวดเท้า และประคบ เพื่อให้เลือดไหลเวียนได้ดี ลดอาการชาเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน การประคบสามารถช่วยบำบัดรักษาอาการบวม การอักเสบของกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น ลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ และช่วยให้พังผืดยึดตัว อีกทั้งกลิ่นของสมุนไพรในสมัยโบราณเชื่อกันว่ารักษาโรคได้ แต่อย่างไรก็ตามการประคบเท้าผู้ป่วยเบาหวานนั้นต้องมีความระมัดระวังเป็นพิเศษ เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ความรู้สึกได้ไม่ดี หากถูกประคบร้อนเกินไปอาจเกิดอันตรายต่อผิวหนังของผู้ป่วยได้ (Thamraksa, S., 2013) และจากปัญหาดังกล่าวทำให้ในปัจจุบันมีการประยุกต์ใช้น้ำมันนวดเท้าเพื่อลดอาการชาเท้าของผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับวิธีการใช้สมุนไพรในรูปแบบอื่นๆ เช่น การนวดฝ่าเท้าโดยการเหยียบมะกรูด น้ำมันหอมระเหยจากผิวมะกรูดช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตได้ดี และการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานด้วยสมุนไพรโดยการแช่เท้า ซึ่งการแช่เท้าในน้ำอุ่นนอกจากจะสามารถช่วยลดอาการปวดเมื่อยเท้า ยังช่วยทำให้เลือดมาเลี้ยงที่เท้ามากขึ้น (Na Nakorn, S. & Puangphong, W., n.d.) อีกทั้งสมุนไพรที่ผสมแช่เท้าในน้ำอุ่นยังสามารถช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตได้ดีขึ้นด้วย ซึ่งวิธีการต่างๆ เหล่านี้ พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอาการชาเท้า มีอาการเท้าชาลดลง (Tassaneethanongjit, S., 2012; Kunkwaen, P., 2013) โดยมีรายงานว่าผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษที่โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง มีอาการชาเท้าหลังการแช่เท้าด้วยน้ำสมุนไพรลดลงกว่าก่อนแช่เท้าด้วยน้ำสมุนไพรอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และพบว่าอาการชาเท้าของผู้ป่วยเบาหวานหลังการแช่เท้าด้วยน้ำอุ่นลดลงกว่าก่อนแช่เท้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Yaemureng, S., 2014) นอกจากนี้ยังพบว่าการนวดเท้าร่วมกับการประคบในผู้ป่วยเบาหวานสามารถลดอาการชาเท้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 (Sapeng, P. & Suksai, W., 2017)

จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าทั้งการนวดเท้า และการนำสมุนไพรมาใช้ในการประคบและแช่เท้า เพื่อลดอาการชาเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ใช้น้ำมันนวดเท้าผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้ระบบประสาทรับรู้ความรู้สึกของเท้าผู้ป่วยดีขึ้น ลดและป้องกันการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ส่งผลให้ลดการเสี่ยงต่อการถูกตัดเท้า เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานอีกหนทางหนึ่ง (Yaemureng, S., 2014) จะเห็นได้ว่าการนำภูมิปัญญาทางการแพทย์แผนไทยด้านสมุนไพรมาใช้ในการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งนี้สมุนไพรเป็นสิ่งที่มียูนิเวอร์สัล หาได้ง่าย และสรรพคุณของสมุนไพรต่างๆ นั้นยังส่งผลดีต่อผู้ป่วย (Thamraksa, S., 2013) จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาผลของการนวดไทยควบคู่กับการแช่น้ำสมุนไพร กับการนำสมุนไพรมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานโดยวิธีการเหยียบลูกประคบสมุนไพรแทนการประคบตามปกติ เพื่อศึกษาถึงวิธีการที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วย อันจะเป็นการลดอาการชาเท้า ที่เสี่ยงต่อการถูกตัดเท้าในผู้ป่วยเบาหวานต่อไป โดยผู้วิจัยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษา ณ คลินิกแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลภูหลวง อำเภอภูหลวง จังหวัดเลย ซึ่งมีผู้ป่วยเบาหวานที่มากขึ้นทะเบียนรักษาในแต่ละปีเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการชาเท้า เกิดแผลที่เท้าก็เพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน (Phu Luang Hospital, 2016) จากแนวโน้มของผู้ป่วยเบาหวานที่มีจำนวนมากขึ้น รวมถึงผู้ป่วยมีอาการชาเท้าและเกิดแผลที่เท้าเพิ่มมากขึ้นนี้ จึงถือเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องดูแลและฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลภูหลวง อำเภอภูหลวง จังหวัดเลย ให้ผู้ป่วยเบาหวานมีแนวทางในการดูแลตนเอง

ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดความพิการจากการถูกตัดเท้าหรือขา ผลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานบริการทางการแพทย์แผนไทย ของคลินิกแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลภูหลวง อำเภอกุหลอง จังหวัดเลย และหน่วยงานสาธารณสุขต่างๆ โดยเป็นการส่งเสริมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานอันเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการชาเท้าของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ได้รับการนวดเท้าร่วมกับการเหยียบจุดประคบสมุนไพรระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการชาเท้าของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ได้รับการนวดเท้าร่วมกับการแช่เท้าในน้ำสมุนไพรระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบอาการชาเท้าของผู้ป่วยเบาหวานระหว่างกลุ่มที่ได้รับการนวดเท้าร่วมกับการเหยียบจุดประคบสมุนไพรกับกลุ่มที่ได้รับการนวดเท้าร่วมกับการแช่เท้าในน้ำสมุนไพร

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi experimental research) โดยศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการนวดเท้าร่วมกับการเหยียบจุดประคบสมุนไพรกับการนวดเท้าร่วมกับการแช่เท้าในน้ำสมุนไพรต่ออาการชาเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน ณ คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลภูหลวง อำเภอกุหลอง จังหวัดเลย

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ คือผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีอาการชาเท้าตั้งแต่ 1 จุดขึ้นไป แต่ไม่เกิน 7 จุด ที่มารับบริการที่คลินิกแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลภูหลวง อำเภอกุหลอง จังหวัดเลยจำนวน 60 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้คือประชากรทั้งหมด ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้

2.1 เกณฑ์การคัดเข้าร่วมการวิจัย (Inclusive criteria)

2.2.1 เป็นเบาหวานและมีอาการชาเท้าโดยการตรวจด้วยวิธี Monofilament ขนาด 10 กรัม ตั้งแต่ 1 จุดขึ้นไปแต่ไม่เกิน 7 จุด ไม่จำกัดเพศ อายุ การศึกษา อาชีพ

2.2.2 ยินดีที่จะเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

2.2.3 มีสติสัมปชัญญะดี

2.2.4 ไม่มีประวัติแพ้ยาสมุนไพร

2.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusive criteria)

2.2.1 ขาดการรักษาต่อเนื่องหรือไม่สามารถร่วมกิจกรรมจนครบกำหนดได้

2.2.2 มีแผลบริเวณเท้า มีรอยฟกช้ำหรืออาการแทรกซ้อนระหว่างการทดลอง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 แบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วยข้อมูลด้าน เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย สถานภาพ การศึกษา อาชีพ เป็นลักษณะแบบเลือกตอบจำนวน 4 ข้อและแบบลักษณะเติมข้อความ จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วย ประวัติการเป็นโรคเบาหวาน โรคแทรกซ้อนที่เป็นภาวะน้ำตาลในเลือดปัจจุบัน ความดันโลหิตปัจจุบัน เป็นลักษณะแบบเติมข้อความ จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลอาการชาเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย ประวัติทั่วไป 5 ข้อ การประเมินสภาพเท้า 9 ข้อ ประเมินระบบไหลเวียนโลหิตที่เท้า 4 ข้อ การประเมินประสาทรับความรู้สึก 2 ข้อ ประเมินแผลที่เท้า 1 ข้อ สรุปการจำแนกกลุ่มความเสี่ยงของผู้ป่วย 4 ข้อ (ประเมินโดยนักกายภาพบำบัด โรงพยาบาลภูหลวง อำเภอภูหลวง จังหวัดเลย)

การประเมินความรู้สึกรู้สึกเท้าใช้หลักการของ Numeric Rating Scale (NSR) ระดับคะแนน 0 – 10 โดยถ้าระดับ 0 หมายถึง ไม่มีอาการชา, 0 – 3 หมายถึง มีอาการชาน้อย, 4 – 6 หมายถึง มีอาการชาในระดับปานกลาง, 7 – 9 หมายถึง มีอาการชาในระดับมาก, 10 หมายถึง ชามากจนไม่มีความรู้สึก

3.2 สมุนไพร ประกอบด้วย ไพล ขมิ้นชัน ขิง งาดำ การบูร พิมเสน และเกลือ

3.3 อุปกรณ์ในการทำถุงประคบสมุนไพร

- ถุงผ้าสำหรับห่อถุงประคบสมุนไพร ขนาดกว้าง 10 เซนติเมตร x ยาว 20 เซนติเมตร
- ถุงใส่ถุงประคบสมุนไพร ขนาด กว้าง 13 เซนติเมตร x ยาว 27 เซนติเมตร
- หม้อสำหรับนึ่งถุงประคบสมุนไพร
- จานรองถุงประคบสมุนไพร
- ถุงมือหรือผ้าขนหนู

3.4 อุปกรณ์ในการทำน้ำสมุนไพร

- หม้อสำหรับต้มน้ำสมุนไพร
- กาละมังสำหรับแช่เท้า
- ผ้าขนหนูสำหรับเช็ดเท้า

3.5 Monofilament ขนาด 10 กรัม (Neuropen®)

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสัมภาษณ์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ในด้านการแพทย์แผนไทย การวิจัย และสาธารณสุข ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และความครอบคลุมของเนื้อหา จากนั้นนำผลการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน มาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) (Sangprateetong, V., 2005) ซึ่งงานวิจัยนี้ข้อคำถามทุกข้อมีค่า IOC มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 แสดงว่าข้อความนั้นใช้ได้ จึงไม่มีข้อคำถามที่ต้องปรับปรุงแก้ไข

ตรวจสอบความเที่ยงของแบบบันทึกข้อมูล (Reliability) โดยวิธีการทดสอบซ้ำ (Test-Retest) โดยนำแบบบันทึกข้อมูลผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วหาค่าความเชื่อมั่นของแบบบันทึกข้อมูลได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของการวัดซ้ำ (Test-Retest Reliability) เท่ากับ 0.93 จึงนำแบบบันทึกข้อมูลไปใช้เก็บข้อมูล

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

5.1 ผู้วิจัยแนะนำตัวเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างทราบ อธิบายให้เข้าใจว่าการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเก็บไว้เป็นความลับ จะนำเสนอผลการศึกษามาในลักษณะของภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น และเมื่อกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวออกจากการวิจัยสามารถถอนตัวได้

5.2 ผู้วิจัยได้สำรวจข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลภูหลวง อำเภอภูหลวง จังหวัดเลย ที่มีอาการขาเท้าตั้งแต่ 1 จุดขึ้นไป แต่ไม่เกิน 7 จุด โดยสำรวจผู้ป่วยเบาหวานจากประวัติการตรวจเท้าโดยแยกกลุ่มที่อาการขาเท้าออกเป็น 2 ระดับ ตามเกณฑ์ของ (Yaemureng, S., 2014) คือ ระดับอาการขาเท้า 1-3 จุด และระดับอาการขาเท้า 4-7 จุด

5.3 แบ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับอาการขาเท้าทั้ง 2 ระดับ ออกเป็น 2 กลุ่ม เท้าๆ กัน (match pair) จำนวนกลุ่มละ 30 คน ดังนี้

กลุ่มทดลองที่ 1 เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการนัดเท้าร่วมกับการเหยียบถูประคบสมุนไพร

กลุ่มทดลองที่ 2 เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการนัดเท้าร่วมกับการแช่เท้าในน้ำสมุนไพร

5.4 เตรียมถูประคบสมุนไพร และน้ำสมุนไพร

5.5 ทำการทดลองในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ ดังนี้

กลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับการนัดเท้าร่วมกับการเหยียบถูประคบสมุนไพร

ขั้นตอนที่ 1 การนัดเท้า

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้รับการนัดกดจุดต่างๆ ที่เท้าและบริเวณรอบๆ โดยผู้ช่วยแพทย์แผนไทย กดจุดละ 5 วินาที กด 26 จุด ใช้เวลานานวนาน 30 นาที/ครั้ง เป็นเวลา 2 ครั้ง/สัปดาห์ ระยะเวลา 3 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 2 การเหยียบถูประคบสมุนไพร

- นำถูประคบสมุนไพร มาใส่ในรองเท้าของกลุ่มตัวอย่าง

- ให้กลุ่มตัวอย่างเหยียบถูประคบสมุนไพร 3 นาที แล้วยกเท้าขึ้นจากถูประคบสมุนไพร 1 นาที

- ทำซ้ำเช่นเดิมจนครบ 5 รอบ และทำสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์

กลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับการนัดเท้าร่วมกับการแช่เท้าในน้ำสมุนไพร

ขั้นตอนที่ 1 การนัดเท้า

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้รับการนัดกดจุดต่างๆ ที่เท้าและบริเวณรอบๆ โดยผู้ช่วยแพทย์แผนไทย เช่นเดียวกับกลุ่มทดลองที่ 1

ขั้นตอนที่ 2 การแช่น้ำสมุนไพร

กลุ่มตัวอย่างแช่เท้าลงในน้ำสมุนไพรที่อุณหภูมิ 36-38 องศาเซลเซียส นาน 3 นาที แล้วยกเท้าขึ้นจากน้ำสมุนไพร 1 นาที ทำซ้ำจนครบ 5 รอบ แล้วเช็ดเท้าให้แห้ง ทำสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์

5.6 เมื่อวัดผลการทดลองของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มครบตามระยะเวลา 3 สัปดาห์ นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์การศึกษา และรายงานข้อมูลกลับไปยังโรงพยาบาลภูหลวง อำเภอภูหลวง จังหวัดเลย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองการดำเนินการวิจัยตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก เลขรับรองที่ KMPHT59020058

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บข้อมูลแล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และประเมินผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

6.1 เปรียบเทียบอาการชาเท้าของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังการนวดเท้าร่วมกับการเหยียบถูประคบสมุนไพร จากการวัดด้วย Monofilament ขนาด 10 กรัม โดยใช้สถิติการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ paired-samples t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

6.2 เปรียบเทียบอาการชาเท้าของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังการนวดเท้าร่วมกับการแช่เท้าในน้ำสมุนไพร จากการวัดด้วย Monofilament ขนาด 10 กรัม โดยใช้สถิติการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ paired-samples t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

6.3 เปรียบเทียบอาการชาเท้าของผู้ป่วยเบาหวานระหว่างกลุ่มการนวดเท้าร่วมกับการเหยียบถูประคบสมุนไพรกับการนวดเท้าร่วมกับการแช่เท้าในน้ำสมุนไพร จากการวัดด้วย Monofilament ขนาด 10 กรัม โดยใช้สถิติการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย

กลุ่มทดลองที่ 1 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 80.0 รองลงมาเป็นเพศชาย 6 คนคิดเป็นร้อยละ 20 กลุ่มทดลองที่ 2 เป็นเพศหญิง จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 90.0 รองลงมาเป็นเพศชาย 3 คนคิดเป็นร้อยละ 10.0 ช่วงอายุส่วนใหญ่ของกลุ่มทดลองที่ 1 อายุระหว่าง 50-59 ปีและช่วงอายุระหว่าง 60-69 ปี มีจำนวน 8 คนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 26.7 กลุ่มอายุของกลุ่มทดลองที่ 2 อายุระหว่าง 50-59 ปี มีจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.7 ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) กลุ่มทดลองที่ 1 ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 18.5-22.9 จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 ส่วนกลุ่มทดลองที่ 2 อยู่ระหว่าง 18.5-22.9 จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่มทดลองอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 อาชีพกลุ่มทดลองที่ 1 พบมากที่สุด คือ เกษตรกรรมจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.7 กลุ่มทดลองที่ 2 พบมากที่สุด คือ เกษตรกรรมจำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 80.0 (ตารางที่ 1)

ประวัติการเจ็บป่วยของกลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองที่ 1 ส่วนใหญ่อยู่ระหว่างช่วง 1-5 ปี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 กลุ่มทดลองที่ 2 อยู่ระหว่างช่วง 1-5 ปี จำนวน 18 คนคิดเป็นร้อยละ 60.0 ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองที่ 1 อยู่ในระดับสูงมาก (>140) จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 กลุ่มทดลองที่ 2 อยู่ระดับสูงมาก (>140) จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 70.0 ค่าความดัน Systolic กลุ่มทดลองที่ 1 อยู่ในระดับปกติ ($\text{Systolic} \leq 120$) จำนวน 25 คนคิดเป็นร้อยละ 83.3 กลุ่มทดลองที่ 2 อยู่ในระดับปกติ ($\text{Systolic} \leq 120$) จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 90.0 ค่าความดัน Diastolic กลุ่มทดลองที่ 1 อยู่ในระดับปกติ ($\text{Diastolic} \leq 80$) จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 96.7 กลุ่มทดลองที่ 2 อยู่ในระดับปกติ ($\text{Diastolic} \leq 80$) จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=60)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลองที่ 1 (n=30)		กลุ่มทดลองที่ 2 (n=30)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	6	20.0	3	10.0
หญิง	24	80.0	27	90.0
รวม	30	100	30	100
อายุ				
30-39 ปี	1	3.3	1	3.3
40-49 ปี	6	20.0	4	13.3
50-59 ปี	8	26.7	11	36.7
60-69 ปี	8	26.7	8	26.7
70-79 ปี	7	23.3	6	20.0
รวม	30	100	30	100
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)				
ต่ำกว่าปกติ(<18.5)	3	10.0	2	6.7
ปกติ(18.5-22.9)	12	40.0	10	33.3
เกินระดับ 1 (23-24.9)	6	20.0	7	23.3
เกินระดับ 2 (25-29.9)	7	23.3	7	23.3
อ้วน (≥30)	2	6.7	4	13.3
รวม	30	100	30	100
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	3	10.0	2	6.7
ประถมศึกษาตอนต้น	20	66.7	20	66.7
มัธยมศึกษา	5	16.7	7	23.3
อนุปริญญา/เทียบเท่า	1	3.3	-	-
ปริญญาตรี	1	3.3	1	3.3
รวม	30	100	30	100
อาชีพ				
ข้าราชการ	1	3.3	-	-
ธุรกิจส่วนตัว	1	3.3	1	3.3
แม่บ้าน	6	20.0	4	13.3
เกษตรกร	17	56.7	24	80.0
รับจ้าง	5	16.7	1	3.3
รวม	30	100	30	100

กลุ่มทดลองที่ 1= กลุ่มที่ได้รับการนัดเข้าร่วมกับการเหยียบถุงประคบสมุนไพร

กลุ่มทดลองที่ 2= กลุ่มที่ได้รับการนัดเข้าร่วมกับการแช่เท้าในน้ำสมุนไพร

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประวัติการเจ็บป่วย (n=60)

ประวัติการเจ็บป่วย	กลุ่มทดลองที่ 1 (n=30)		กลุ่มทดลองที่ 2 (n=30)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรค				
1-5 ปี	20	66.7	18	60.0
6-10ปี	8	26.7	6	20.0
11-15 ปี	1	3.3	6	20.0
>16 ปี	1	3.3	-	-
รวม	30	100	30	100
ระดับน้ำตาล (FBS)				
ปกติ (80-109)	4	13.3	1	3.3
ปานกลาง (110-125)	2	6.7	6	20.0
สูง (126-140)	9	30.0	2	6.7
สูงมาก (มากกว่า 140)	15	50.0	21	70.0
รวม	30	100	30	100
ความดันโลหิต (BP)				
ปกติ (Systolic ≤ 120)	25	83.3	27	90.0
เสี่ยง (Systolic 121-139)	2	6.7	2	6.7
ป่วย (Systolic >140)	3	10.0	1	3.3
รวม	30	100	30	100
ความดันโลหิต (BP)				
ปกติ (Diastolic ≤ 80)	29	96.7	30	100
เสี่ยง (Diastolic 81-89)	1	3.3	-	100
ป่วย (Diastolic >90)	-	-	-	100
รวม	30	100	30	100

กลุ่มทดลองที่ 1=กลุ่มที่ได้รับการนัดเข้าร่วมกับการเหยียบถุงประคบสมุนไพร

กลุ่มทดลองที่ 2=กลุ่มที่ได้รับการนัดเข้าร่วมกับการแช่เท้าในน้ำสมุนไพร

2. การเปรียบเทียบอาการขาเท้าผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังการทดลอง

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับอาการขาเท้าของผู้ป่วยเบาหวานก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองที่ 1 ที่ได้รับนัดเข้าร่วมกับการเหยียบถุงประคบสมุนไพร มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 5.82 ($\bar{X}=5.82$) กับกลุ่มที่ได้รับการนัดเข้าร่วมกับการแช่เท้าในน้ำสมุนไพร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.33 ($\bar{X}=4.33$) จากข้อมูลพบว่าระดับอาการขาเท้าของกลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่มนั้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอาการชาเท้าผู้ป่วยเบาหวานของกลุ่มทดลองที่ 1 ที่ได้รับนวดเท้าร่วมกับการเหยียบถุงประคบสมุนไพร (n=30) กับกลุ่มทดลองที่ 2 ที่ได้รับการนวดเท้าร่วมกับแช่เท้าในน้ำสมุนไพร (n=30) ก่อนการทดลอง

กลุ่มทดลอง	จำนวนผู้ป่วย เบาหวาน (คน)	ค่าเฉลี่ยระดับ อาการชาเท้า ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	t	P-value*
กลุ่มทดลองที่ 1	30	5.82	0.476	2.775	0.020
กลุ่มทดลองที่ 2	30	4.33	1.227		

* $P < 0.05$

ระดับอาการชาเท้าของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ได้รับการนวดเท้าร่วมกับการเหยียบถุงประคบสมุนไพร ก่อนการทดลอง (ครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 6) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.82 หลังการทดลอง (ครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 6) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.40 และอาการชาเท้าของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ได้รับการนวดเท้าร่วมกับการเหยียบถุงประคบสมุนไพรก่อนการทดลองกับหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบอาการชาเท้าของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังการนวดเท้าร่วมกับการเหยียบถุงประคบสมุนไพร กลุ่มทดลองที่ 1 (n=30)

การทดลอง	กลุ่มทดลองที่ 1 (n=30)				t	P-value*
	ก่อน		หลัง			
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ครั้งที่ 1	6.50	1.526	6.03	1.474	13.403	<0.001
ครั้งที่ 2	6.07	1.461	5.70	1.535		
ครั้งที่ 3	5.90	1.647	5.47	1.479		
ครั้งที่ 4	5.87	1.525	5.23	1.569		
ครั้งที่ 5	5.40	1.589	5.20	1.562		
ครั้งที่ 6	5.17	1.533	4.80	1.562		
ค่าเฉลี่ยรวม	5.82	0.476	5.40	0.429		

* $P < 0.05$

ระดับอาการชาเท้าของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ได้รับการนวดเท้าร่วมกับการแช่เท้าในน้ำสมุนไพรก่อนการทดลอง (ครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 6) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.33 หลังการทดลอง (ครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 6) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.66 และอาการชาเท้าของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ได้รับการนวดเท้าร่วมกับการแช่เท้าในน้ำสมุนไพรก่อนการทดลองกับหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบอาการชาเท้าผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังการนวดเท้าร่วมกับการแช่เท้า ในน้ำสมุนไพร กลุ่มทดลองที่ 2 (n=30)

การทดลอง	กลุ่มทดลองที่ 2 (n=30)				t	P-value*
	ก่อน		หลัง			
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ครั้งที่ 1	5.97	1.771	5.17	1.704	13.927	<0.001
ครั้งที่ 2	5.30	1.878	4.67	1.647		
ครั้งที่ 3	4.53	1.676	4.07	1.721		
ครั้งที่ 4	4.03	1.691	3.47	1.479		
ครั้งที่ 5	3.60	1.734	2.70	1.368		
ครั้งที่ 6	2.53	1.525	1.87	1.196		
ค่าเฉลี่ยรวม	4.33	1.227	3.66	1.235		

* $P < 0.05$

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับอาการชาเท้าผู้ป่วยเบาหวานหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองที่ 1 ที่ได้รับนวดเท้าร่วมกับการเหยียบจุดประคบสมุนไพร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.40 ($\bar{X}=5.40$) กับกลุ่มทดลองที่ 2 ที่ได้รับการนวดเท้าร่วมกับแช่เท้าในน้ำสมุนไพร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.66 ($\bar{X}=3.66$) จากข้อมูลพบว่าระดับอาการชาเท้าของกลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่มนั้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบอาการชาเท้าผู้ป่วยเบาหวานของกลุ่มทดลองที่ 1 ที่ได้รับนวดเท้าร่วมกับการเหยียบจุดประคบสมุนไพร (n=30) กับกลุ่มทดลองที่ 2 ที่ได้รับการนวดเท้าร่วมกับแช่เท้าในน้ำสมุนไพร (n=30) หลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง	จำนวนผู้ป่วย เบาหวาน (คน)	ค่าเฉลี่ยระดับ อาการชาเท้า ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	t	P-value*
กลุ่มทดลองที่ 1	30	5.40	0.429	3.272	0.016
กลุ่มทดลองที่ 2	30	3.66	1.235		

* $P < 0.05$

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาเปรียบเทียบอาการชาเท้าของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองที่ 1 ที่ได้รับการนวดเท้าร่วมกับการเหยียบลูกประคบสมุนไพรก่อนการทดลองและหลังการทดลอง อาการชาเท้าของผู้ป่วยเบาหวานนั้นแตกต่างกัน โดยหลังการทดลองผู้ป่วยมีอาการชาเท้าลดลงกว่าก่อนได้รับการนวดเท้าร่วมกับการเหยียบลูกประคบสมุนไพร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่ง Nuchan, S. (2007) ได้ศึกษาผลนวดไทยและการกดจุดต่ออาการชาปลายเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ผลพบว่าหลังนวดจนครบ 8 ครั้ง คะแนนเฉลี่ยของอาการชาเท้าก่อนนวดและหลังนวดมีคะแนนเฉลี่ยของอาการชาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Apichanakit, S. & Panichpun, J. (2010) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการนวดเท้าด้วยวิธีหัตถบำบัดแบบแพทย์แผนไทยเพื่อลดอาการเท้าชาในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลอุดรธานี เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบ One group pre-post test ในผู้ป่วยเบาหวานที่ตรวจพบว่าเท้าชาอย่างน้อย 1 จุด โดยใช้อุปกรณ์ตรวจคือ Semmes Weinstein monofilament จุด ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการนวดด้วยวิธีหัตถบำบัดแบบแพทย์แผนไทย ครั้งละ 30 นาที จำนวน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ต่อเนื่องกัน เป็นเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการเท้าชาทุกระดับความเสี่ยงมีอาการเท้าชาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ในการศึกษานี้ยังใช้วิธีการเหยียบลูกประคบสมุนไพรร่วมกับการนวด อันมีส่วนประกอบของสมุนไพรคือ ขิง ที่สามารถทำให้การไหลเวียนเลือดบริเวณเท้าดีขึ้น ส่งผลให้มีการสูบน้ำเลือดแดงไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ดีขึ้น ไพล มีผลต่อระดับกล้ามเนื้อที่ช่วยลดบรรเทาอาการหดรัดเกร็ง อาการปวดกล้ามเนื้อ ลดอาการอักเสบบวม เส้นตึง เมื่อยขบเหน็บชา การเคลื่อนไหวข้อเท้าดีขึ้น ขมิ้นชัน มีผลต่อโรคผิวหนัง แก้ผื่นคัน ขับกลิ้งและสิ่งสกปรกในร่างกาย น้ำคั้นจากเหง้าสดทาแก้แผลถลอก แก้โรคผิวหนังผื่นคัน ลดการอักเสบ ทำให้ผิวพรรณผุดผ่อง งาม มีผลแก้เคล็ดขัดยอก ฟกช้ำ ปวดบวม ลดการอักเสบ ใส่แผลรักษาอาการผื่นคัน ทาผิวหนังให้นุ่ม หลังการแช่เท้าด้วยน้ำสมุนไพร (Wuttidhamma ved, W., 1998) จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการได้รับการนวดเท้าร่วมกับการเหยียบลูกประคบสมุนไพร มีผลต่อการลดอาการชาเท้าในผู้ป่วยเบาหวานได้

เมื่อเปรียบเทียบอาการชาเท้าของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ได้รับการนวดเท้าร่วมกับการแช่เท้าในน้ำสมุนไพรก่อนการทดลองและหลังการทดลอง อาการชาเท้าของผู้ป่วยเบาหวานนั้นแตกต่างกัน โดยหลังการทดลองผู้ป่วยมีอาการชาเท้าลดลงกว่าก่อนได้รับการนวดร่วมกับการแช่เท้าในน้ำสมุนไพร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Kunkwaen, P. (2013) ได้ศึกษาการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานด้วยสมุนไพรโดยวิธีการแช่เท้า พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการมีอาการชาเท้าลดลง โดยวิธีการนี้ใช้ได้ผลดีต่อผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่ม low risk และกลุ่ม moderate risk ทำให้ประชากรรับรู้ถึงประโยชน์ของเท้าผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับอาการชาเท้าผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่ม low risk และกลุ่ม moderate risk เช่นเดียวกัน และผลการวิจัยครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ (Tassaneethanongjit, S., 2012) ที่ได้ศึกษาผลของการแช่เท้าด้วยน้ำสมุนไพรในผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการชาเท้า โรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก เมื่อแช่เท้าด้วยน้ำสมุนไพรจนครบ 5 ครั้ง พบว่าค่าเฉลี่ยของการชาเท้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Klajon, J. (2010) ที่ศึกษาเรื่ององค์รวมเทคนิคสุขภาพพึ่งตนเองแนวเศรษฐกิจ พอเพียงตามหลักแพทย์ทางเลือกวิถีพุทธ (บุญนิยม) ร่วมกับการแช่เท้าด้วยน้ำสมุนไพร พบว่าผู้ป่วยเบาหวานหลังจากแช่เท้าในน้ำสมุนไพรอุณหภูมิประมาณ 36-38 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 10-15 นาที จะรู้สึกผ่อนคลาย นอนหลับง่าย แก้อาการร้อนปลายเท้าและเพิ่มการไหลเวียนโลหิตให้ดีขึ้น ผลการทดลองที่เกิดขึ้นนี้น่าจะเป็นผลมาจากสมุนไพรที่ใช้ในการศึกษา น้ำสมุนไพรสามารถช่วยให้ระบบ

การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น ส่งผลให้มีการสูบฉีดเลือดแดงไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ดี ทำให้อาการ ชาเท้าของผู้ป่วยเบาหวานหลังได้รับการนวดเท้าร่วมกับแช่เท้าในน้ำสมุนไพรลดลง

เมื่อเปรียบเทียบอาการชาเท้าของผู้ป่วยเบาหวานระหว่างกลุ่มที่ได้รับการนวดเท้าร่วมกับการเหยียบจุดประคบสมุนไพรกับกลุ่มที่ได้รับการนวดเท้าร่วมกับการแช่เท้าในน้ำสมุนไพรนั้นอาการชาเท้าของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการนวดร่วมกับแช่เท้าในน้ำสมุนไพรแตกต่างกับผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการนวดเท้าร่วมกับการเหยียบจุดประคบสมุนไพร ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยการนวดเท้าร่วมกับแช่เท้าในน้ำสมุนไพรให้ประสิทธิผลดีกว่า แม้จะใช้สมุนไพรชนิดเดียวกันในการทดลอง อาจเนื่องมาจากการแช่เท้าในน้ำสมุนไพรมีน้ำเป็นตัวนำพาความร้อนและสารสำคัญในสมุนไพรและมีเกลือเป็นตัวซึมซาบผิวหนังได้ดีเมื่อละลายน้ำ ทำให้รูขุมขนผิวหนังบริเวณเท้าเปิด ส่งผลให้กล้ามเนื้อบริเวณเท้าเกิดการผ่อนคลาย อาการชาเท้าจึงลดลงมากกว่าการเหยียบจุดประคบสมุนไพร ที่เท้าจะถูกกระตุ้นแค่เพียงบริเวณฝ่าเท้าเท่านั้น เนื่องจากไม่ได้มีการประคบบริเวณหลังเท้าร่วมด้วย อย่างไรก็ตามการวิจัยครั้งนี้ใช้ระยะเวลาเพียง 3 สัปดาห์ หากเพิ่มระยะเวลาการศึกษาให้นานขึ้นอาจยืนยันผลการทดลองได้ชัดเจนมากขึ้น ดังรายงานการวิจัยของ Kumsab, S. (2018) ที่พบว่าผลของการแช่เท้าในน้ำสมุนไพรต่ออาการชาและการไหลเวียนโลหิตที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีระยะเวลาที่มีอาการชาจากโรคเบาหวานนานกว่า 2 ปี อาการชาเท้าของผู้ป่วยเบาหวานหลังการแช่เท้าด้วยน้ำสมุนไพรลดลงในครั้งที่ 4 อย่างน้อย 1 จุด

อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้พบว่าอาการชาเท้าของผู้ป่วยเบาหวานทั้ง 2 กลุ่ม มีอาการชาเท้าหลังการทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลองนั้น สอดคล้องกับทฤษฎีการแพทย์ทางเลือกในสาขา Reflexology ที่เชื่อว่าบริเวณเท้ามีจุดสัมผัสซึ่งสัมพันธ์กับการทำงานของอวัยวะต่างๆ ทั่วร่างกาย ดังนั้นการนวดเท้าร่วมกับการเหยียบจุดประคบสมุนไพรและการนวดเท้าร่วมกับแช่เท้าในน้ำสมุนไพรครั้งนี้จะเกิดกระตุ้นจุดสัมผัสเหล่านี้ด้วยพลังงานความร้อนอันจะส่งผลต่อการทำงานของอวัยวะภายในของร่างกายให้ดีขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการศึกษาในครั้งนี้

- 1.1 เพื่อให้การดูแลสุขภาพเท้ามีประสิทธิภาพ ควรร่วมกันทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย
- 1.2 ควรนำการนวดเท้าร่วมกับแช่เท้าในน้ำสมุนไพรมารักษา ร่วมกับการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน
- 1.3 ควรมีการกำหนดกลุ่มทดลองที่มีระดับน้ำตาลในเลือดที่ใกล้เคียงกัน

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

- 2.1 ควรมีการศึกษาซ้ำเกี่ยวกับผลของการนวดเท้าร่วมกับแช่เท้าในน้ำสมุนไพรต่ออาการชาเท้าในผู้ป่วยเบาหวานในบริบทอื่นๆ เช่น การแช่เท้าสมุนไพรร่วมกับการบริหารเท้าด้วยการเหยียบกะลา เป็นต้น
- 2.2 ควรศึกษาเปรียบเทียบผลของการนวดเท้าร่วมกับแช่เท้าในน้ำสมุนไพรด้วยสูตรยาสมุนไพรตำรับต่างๆ ที่มีผลต่ออาการชาเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน
- 2.3 ควรมีกกลุ่มควบคุม โดยเป็นกลุ่มที่ได้รับการนวดเพียงอย่างเดียวเพื่อเปรียบเทียบให้เห็นถึงประสิทธิผลของการเหยียบจุดประคบสมุนไพรและการแช่เท้าในน้ำสมุนไพรที่ชัดเจน

References

- Apichanakit, S. & Panichpun, J. (2010). The effectiveness of Thai medical foot massage for relieving sensory neuropathy in diabetic patients of Udonthani Hospital. *Udonthani hospital medical journal*, 18(1): 77-87. (in Thai)
- Klajon, J. (2010). *The Illness and Care Taking of one's Health in Accordance with Sufficiency Economy Principle on Buddhist Medicine of Suanpanabun: The Learning Center for Self Healing in Accordance with Principles of Sufficiency Economy Dontan District, Mukdaharn Province*. Ubon Ratchathani: Faculty of Management Ubon Ratchathani University. (in Thai)
- Kumsab, S. (2018). The Effects of Footbath with Thai's Herb to Peripheral Neuropathy and Blood Circulation in Patient with Diabetes Mellitus Type 2. *Graduate School Conference 2018*. Retrieved January 3, 2020 from <http://journalgrad.ssrui.ac.th/index.php/miniconference/article/view/1655>. (in Thai)
- Kunkwaen, P. (2013). *Diabetic foot care with herbs*. (Research report). Sisaket: Ban Sae Prai Health Promoting Hospital. (in Thai)
- Na Nakorn, S. & Puangphong, W. (n.d.). *Using water for health*. Retrieved July 1, 2019 from http://www.Baanjomyut.com/library_2/water_for_health/07.html. (in Thai)
- Nuchan, S. (2007). *The effect of Thai Massage and Acupressure on Foot Numbness in Patients with Diabetic Mellitus*. Khon Khen : Khon Khen University. (in Thai)
- Phu Luang Hospital. (2016). *Case number report in Thai traditional medicine clinic of Phu Luang Hospital*. Loei: Phu Luang Hospital. (in Thai)
- Sapeng, P. & Suksai, W. (2017). The Comparison of Fooy Masage with Acupressure on Foot and Foot Massage with Thai Herbal Ball to Reduce Foot Numbness in the Diabetic Patients at Thai Traditional Medicine Department, Mae Sot Hospital, Mae Sot District, Tak Province. *The 5th Academic Science and Technology Conference 2017*. Retrieved January 3, 2020 from https://administer.pi.ac.th/uploads/eresearcher/upload_doc/2018/proceeding/1519025715515738008229.pdf (in Thai)
- Sangprateetong, V. (2005). *Developing tools and data collection in curriculum evaluation*. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University. (in Thai)
- Sukhothai Thammathirat Open University. (2007). *Teaching documents: Concepts and Theories of Thai Traditional Medicine Lesson 2*. (3rd ed.). Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University. (in Thai)
- Tassaneethanongjit, S. (2012). *The effect of herbal foot bath in diabetic patients with numbness Toe Samngao Hospital, Tak Province*. Nonthaburi : Kanchanabhishek Institute of Medical and Public Health Technology. (in Thai)

- Thamraksa, S. (2013). *The effectiveness of herbal compress on type 2 diabetes patients for relieving sensory neuropathy in diabetic patients of Thai Traditional Medicine Clinic in Na Yung Hospital, Udonthani*. Nonthaburi : Kanchanabhishek Institute of Medical and Public Health Technology. (in Thai)
- Wuttidhamma ved, W. (1998). *The Encyclopedia of Herbs : Thai pharmaceutical principles*. Bangkok: Odeon Store. (in Thai)
- Yaemureng S., (2014). *Effect of herbal foot bath on foot numbness in diabetic patients Promoting Hospital Ban Pak Nam Tha Thong Subdistrict Health Kanchanadit District Surat Thani province*. Nonthaburi : Kanchanabhishek Institute of Medical and Public Health Technology. (in Thai)

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาผลของการใช้รางจืดเป็นยาด้านพิษ

The Study of *Thunbergia laurifolia* Lindl. (Rang Jued) Usage as Antidote

Received: December 5, 2019;

Accepted: March 12, 2020;

Published: March 24, 2020

จันทพร มณีเสน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร จังหวัดชุมพร

Chanthaporn Maneesen

Chumphon Provincial Public Health Office, Chumphon

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาวิธีการใช้รางจืดรักษาโรค โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงทุกคน ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ บุคคลที่มีประสบการณ์ใช้รางจืดกับตนเองหรือผู้ใกล้ชิดซึ่งประกอบด้วย บุคลากรที่ปฏิบัติงานในรพ.ชุมพรเขตอุดมศักดิ์ 16 คน บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดชุมพร 45 คน และหมอพื้นบ้านในพื้นที่จังหวัดชุมพร 40 คน รวมทั้งสิ้น 101 คน ศึกษาตั้งแต่ วันที่ 1 พ.ค.2555 - 30 เม.ย.2556

จากการศึกษาพบว่าโรคหรืออาการที่สามารถใช้รางจืดรักษาได้ มีดังนี้ อาหารเป็นพิษ แพ้ยา แพ้อาหาร สูดดมและสัมผัสสารเคมีเกษตร เป็นลมพิษ แมลงสัตว์กัดต่อย โดยรูปแบบการใช้รางจืดมีทั้งชนิดรับประทานและใช้ภายนอก เช่น ใช้เป็นชาชง ใบสดเคี้ยวกลืนน้ำ กากใช้พอกแผล ใบเถารากต้มน้ำดื่ม ใช้ใบสดผสมเหล้าขาวทาแผล ระยะเวลาการหายจากโรคหลังจากใช้รางจืดพบว่า เริ่มมีอาการดีขึ้นเฉลี่ยภายใน 20 นาที อาการหายเป็นปกติเฉลี่ยภายใน 60 นาที อาการข้างเคียงหลังจากใช้รางจืด พบว่าผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้รางจืด 7 คน (ร้อยละ 6.93) โดยมีอาการดังนี้ ผู้ป่วยมีความดันโลหิตลดลงเล็กน้อย 1 คน ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง เกิดอาการเวียนศีรษะ ใจสั่น 3 คน ผู้ป่วยเกิดอาการอาเจียน 3 คน (จากอาหารเป็นพิษ, เมากลอยและแพ้กุ้ง) ผลการศึกษานี้ทำให้ได้ข้อมูลโรคและอาการที่สามารถใช้รางจืดรักษาได้ผล ขนาดการใช้รางจืดเป็นยา วิธีการใช้รางจืดในรูปแบบต่างๆ ระยะเวลาที่รางจืดเริ่มออกฤทธิ์จนกระทั่งผู้ป่วยหายเป็นปกติ และอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น เมื่อใช้รางจืดเป็นยาด้านพิษ

คำสำคัญ: รางจืด, ยาด้านพิษ, ชุมพร

Corresponding author: จันทพร มณีเสน E-mail : tochanthaporn@gmail.com Tel : 081-6216086

Original article

Abstract

Received: December 5, 2019;

Accepted: March 12, 2020;

Published: March 24, 2020

This study was conducted a retrospective descriptive study of *Thunbergia laurifolia* Lindl. or Rang Jued (RJ) usages in both quantitative and qualitative methods , which aimed to study the remedy for medical treatment using purposive sampling. Study population and subjects were persons who have had experienced using by themselves or close ones, consisting of 16 personnel working at Chumphon Hospital, 45 people in Chumphon Sub-district Health Promotion Hospital and 40 folk healers in Chumphon Province, in total of 101, during May 1, 2012 – April, 30 2013.

This study showed that RJ could be used as treatment of food poisoning, drug allergy, poisoning of agriculture chemicals, urticarial and others. Administration routes were water infusion, fresh chewing, topical application, leaves and boiled roots, and fresh leaves mixed with white liquor to apply to the wound. Onset of relief symptoms was approximately 20 minutes and full recovery period was 60 minutes. For side effects, seven found adverse reactions from using RJ (6.93%) with the following symptoms: hypotension (n=1) lower blood sugar levels, dizziness, and palpitations (n=3), including food poisoning, wild yam and shrimp allergies). The results of this study provide information about diseases and symptoms that can be treated using RJ, dosages, methods in various forms and occurred adverse reactions.

Keywords: Thunbergia, Rang Jued, Antidote, Chumphon

Corresponding author: Chanthaporn Maneesen E-mail: tochanthaporn@gmail.com Tel : 081-6216086

บทนำ

รางจืด (*Thunbergia laurifolia* Lindl.) เป็นพืชสมุนไพรพื้นบ้านที่แพทย์แผนโบราณหรือแพทย์แผนไทย ใช้ปรุงเป็นยาเขียวลดไข้ ใช้เป็นยาแก้พิษจากสัตว์และพืช ใช้ถอนพิษเบื่อเมาจากอาหาร ยา สุรา และสารเคมีมาแต่โบราณ (Pongbunrod, 1979 ; Prommanee, 1996 ; Wuttithamavej, 1997) ในปี พ.ศ.2552 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการเกษตรปลอดโรค ผู้บริโภคปลอดภัย สมุนไพรล้างพิษ กายจิตผ่องใส โดยเป็นการบูรณาการร่วมกัน 4 กรม ได้แก่ กรมอนามัย กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และกรมสุขภาพจิต ในการดำเนินโครงการดังกล่าวทำให้ประชาชนรู้จักสมุนไพรรางจืดกันมากขึ้น ต่อมาในปี 2554 คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ได้บรรจุรางจืดเข้าในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2554 หมวดบัญชียาจากสมุนไพร ในรูปแบบยาแคปซูล และชาชง โดยมีข้อบ่งใช้ คือ ถอนพิษไข้ แก้อ่อนใน และถอนพิษเบื่อเมา รางจืดจึงมีสถานะเป็นยาสมุนไพรต้านพิษที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติตลอดมาจนถึงปัจจุบัน (NLEM, 2019)

มีการศึกษาองค์ประกอบทางเคมีของใบรางจืด พบสารกลุ่มสเตอรอล (Tansuwan, 1983) ; สารกลุ่มฟีนอลิก (Oonsivilai, Cheng, Bomser, Ferruzzi, Ningsanond, 2007) ; สารกลุ่มแคโรทีนอยด์ สารกลุ่มไกลโคไซด์ (Kanchanapoom, Kasai, Yamasaki, 2002) ; สารกลุ่มสเตียรอยด์หลายชนิด และกรดแอมิโน (Chittuengngam, 1979) อย่างไรก็ตามยังไม่ทราบแน่ชัดว่าสารใดในใบของรางจืดเป็นสารออกฤทธิ์ต้านพิษ (Chuthaputti, 2010) สำหรับการศึกษาในสัตว์ทดลองนั้น มีการศึกษาการต้านพิษเฉียบพลันของโพลีดอล (ยาฆ่าแมลงกลุ่มออกาโนฟอสเฟต) ในหนูขาวโดยใช้สารสกัดรางจืดในน้ำ พบว่าสามารถลดอัตราการตายของหนูขาวจากร้อยละ 60 เป็นร้อยละ 25 ได้ผลดีเท่ากับการใช้ atropine ร่วมกับ 2-PAM (Taechasen & Thongthab, 1980) และมีการศึกษาฤทธิ์ต้านสารพิษสตริกนินซัลเฟต(ยาเบื่อหนู)ของรากรางจืดในหนูแรท พบว่าน้ำยาสตริกนินซัลเฟตหลังถูกดูดซับด้วยรากรางจืดแล้ว เมื่อนำไปฉีดในหนูแรทพบว่าหนูแรท ไม่แสดงอาการผิดปกติใดๆ สรุปลได้ว่ารากรางจืดแห้งที่เป็นผงมีคุณสมบัติดูดซับสตริกนินซัลเฟตไว้ได้ และสามารถล้างการดูดซับนี้ได้ด้วยน้ำ (Pongwiwat & Sombooktanon, 1978)

สำหรับการศึกษาวิจัยทางคลินิกนั้น มีรายงานการศึกษาการใช้การใช้สมุนไพรรางจืดขับสารฆ่าแมลงในร่างกายของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ศึกษาแบบ prospective study ในเกษตรกร 270 คน ของโรงพยาบาลบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดหลังได้รับรางจืดสูงกว่าก่อนได้รับรางจืดอย่างมีนัยสำคัญ และยังพบว่ายาขงรางจืดและเตยหอมไม่มีผลต่อค่า BUN, Creatinine, SGOT, SGPT, Hematocrit หรือ White blood cells (Chamcharnwat, Krittasil, Noipu, 2002) และ มีการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลในการเพิ่มระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสระหว่างชาชงสมุนไพรรางจืดและชาชงสมุนไพรย่านางแดง ในกลุ่มเกษตรกรอำเภอข้าสูง จังหวัดขอนแก่น รูปแบบการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์แล้วทำการสุ่มอย่างง่ายได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 85 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 จำนวน 42 คน ดื่มชาชงสมุนไพรรางจืดขนาด 2 กรัม 2 ครั้ง/วัน ก่อนอาหารเป็นเวลา 14 วัน กลุ่มที่ 2 จำนวน 43 คน ดื่มชาชงสมุนไพรย่านางแดงขนาด 2 กรัม 2 ครั้ง/วัน ก่อนอาหารเป็นเวลา 14 วัน เปรียบเทียบระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสก่อนและหลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีระดับเอนไซม์หลังดื่มชาชงสมุนไพรสูงกว่าก่อนดื่ม ($p < 0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสองพบว่า ระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสของกลุ่มที่ดื่มชาชงสมุนไพรรางจืดสูงกว่าระดับเอนไซม์ของกลุ่มที่ดื่มชาชงสมุนไพรย่านางแดงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($U=5.50, p < 0.001$) (Lertpongpiat, Chaiyakhun, 2011)

มีรายงานผู้ป่วย 4 ราย ใช้รางจืดแก้พิษเตโตรโดท็อกซินจากการรับประทานไข่แมงดาทะเล ความรุนแรงของอาการตามปริมาณไข่แมงดาทะเลที่รับประทานเข้าไป ระยะที่เริ่มแสดงอาการตั้งแต่ 40 นาที จนถึง 4 ชั่วโมง ทุกรายมีอาการชารอบปาก คลื่นไส้ อาเจียน อาการชาจะลามไปยังกล้ามเนื้อมัดต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายคือทำให้หายใจไม่ได้ ผู้ป่วย 2 ราย อาการรุนแรง หมดสติ ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ แพทย์ได้ให้การรักษามาตามอาการ เนื่องจากพิษเตโตรโดท็อกซินซึ่งเป็นสารพิษในไข่แมงดาทะเลไม่มี antidote เฉพาะ ต่อมาแพทย์อนุญาตให้ใช้น้ำสมุนไพรรางจืดใน

ผู้ป่วยได้ หลังกรอกน้ำสมุนไพรรางจืดทาง NG tube 40 นาที ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัวและอาการดีขึ้นตามลำดับ (Praditsathawong, 2009)

จะเห็นได้ว่าการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสมุนไพรรางจืดเกิดขึ้นมามากมาย ส่งผลให้เกิดข้อมูลเชิงประจักษ์สนับสนุนการใช้รางจืดเป็นยาด้านพิษในวงกว้างมากขึ้น เกิดการยอมรับการใช้รางจืดเป็นยาด้านพิษทั้งในการแพทย์แผนปัจจุบันและในหมู่ประชาชนทั่วไป จากเดิมที่รางจืดเป็นยาด้านพิษที่มีผู้รู้และผู้ใช้เป็นหมอพื้นบ้านและแพทย์แผนไทยเท่านั้น อย่างไรก็ตามยังมีองค์ความรู้การใช้รางจืดที่อยู่ในตัวบุคคลที่เป็นหมอพื้นบ้าน แพทย์แผนไทย และบุคลากรสาธารณสุขที่ยังไม่ถูกถ่ายทอดและจัดเก็บอีกมาก ความรู้เหล่านี้ถือเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่า มีความสำคัญและจำเป็นที่จะต้องทำการศึกษาและรวบรวมองค์ความรู้เพื่อนำมาต่อยอดในการใช้สมุนไพรรางจืดดูแลสุขภาพของประชาชน ซึ่งข้อมูลดังกล่าวเป็นการใช้ยาสมุนไพรรางจืดเป็นยาด้านพิษในสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นในชุมชนโดยใช้องค์ความรู้ภูมิปัญญาที่สืบทอดกันมา เหล่านี้ล้วนต้องนำมาศึกษาวิจัยเพื่อต่อยอด และใช้ประโยชน์ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการใช้สมุนไพรรางจืดเป็นยาด้านพิษของหมอพื้นบ้านและบุคลากรสาธารณสุข
2. เพื่อศึกษาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้สมุนไพรรางจืดเป็นยาด้านพิษ

วิธีการศึกษา

ใช้การศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective Descriptive Study) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งลักษณะเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ทำการศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2555 ถึง 30 เมษายน 2556 ในพื้นที่จังหวัดชุมพร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงทุกคน (Purposive sampling) ในช่วงของระยะเวลาการศึกษา ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มเดียวกัน โดยเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์ใช้รางจืดกับตนเอง หรือผู้ใกล้ชิด ประกอบด้วย บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ 16 คน บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่จังหวัดชุมพร 45 คน และ หมอพื้นบ้านในพื้นที่จังหวัดชุมพร 40 คน รวมทั้งสิ้น 101 คน และการศึกษาครั้งนี้ได้เก็บข้อมูลในประชากรทุกคน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามปลายเปิด แบบบันทึกข้อมูล การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบไม่เป็นทางการ กล้องวิดีโอ กล้องบันทึกภาพ และตัวผู้ศึกษา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างได้ดำเนินการโดย ภายหลังจากได้รับการพิจารณาอนุมัติจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร ผู้ศึกษาขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัย โดยชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัย ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา อธิบายการพิทักษ์สิทธิ วิธีการเก็บข้อมูล ประโยชน์ รายละเอียดของการทำวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างจนเข้าใจ และขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ และในระหว่างวิจัยผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใด นอกจากนี้การนำเสนอผลการวิจัยจะไม่เปิดเผยชื่อ-นามสกุล สถานที่ปฏิบัติงานและข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะนำเสนอผลการวิจัยเป็นข้อมูลในภาพรวม

การตรวจสอบคุณภาพ ใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า ประกอบด้วย

1. การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าด้านข้อมูล มีการเก็บข้อมูลต่างสถานที่ เก็บข้อมูลต่างเวลา และผู้ให้ข้อมูลเป็นคนละกลุ่ม
2. การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าด้านผู้ศึกษา มีผู้เก็บข้อมูลเป็นคนละคนกัน
3. การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบไม่เป็นทางการ และการใช้แบบสอบถามปลายเปิด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ครั้งที่ 1 ผู้ศึกษาได้ดำเนินการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสนทนากลุ่ม กับบุคลากรในโรงพยาบาลชุมพร เขตอุดมศักดิ์ ณ ห้องประชุมไพบูลย์ศิริวัชร 1 เพื่อเก็บข้อมูลการใช้รางจืด ใช้การบันทึกภาพโดยกล้องวิดีโอแล้วนำมาถอดเทปภายหลัง มีการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบไม่เป็นทางการในบางประเด็นที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม และใช้แบบสอบถามปลายเปิดเก็บข้อมูล

ครั้งที่ 2 ผู้ศึกษาจัดเก็บข้อมูลจากหมอพื้นบ้านในจังหวัดชุมพร ในการประชุมหมอพื้นบ้านของจังหวัดชุมพร ณ ห้องประชุมเทศบาลเมืองชุมพร โดยใช้แบบสอบถามปลายเปิด และสัมภาษณ์เชิงลึกแบบไม่เป็นทางการในบางประเด็นที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม

ครั้งที่ 3 ผู้ศึกษาจัดเก็บข้อมูลจากบุคลากรสาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพื้นที่จังหวัดชุมพร ณ โรงแรมมรกต โดยใช้แบบสอบถามปลายเปิด การสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึกแบบไม่เป็นทางการในบางประเด็นที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม

การวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการดังนี้

ก. นำข้อมูลจากการถอดเทป จากแบบสอบถาม จากแบบบันทึก จากการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึกมาอ่านทบทวนให้เข้าใจ

ข. นำข้อมูลที่ได้มาจำแนกและแยกประเภท

ค. บันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์

- ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ช่วยในการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

- ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ช่วยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้ฟังก์ชัน Data analysis วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ หาค่าสูงสุด ต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และฐานนิยม
ง. ประมวลผลข้อมูลความรู้เข้าด้วยกัน เพื่อใช้ประกอบในการสรุปเป็นความรู้ในการใช้รางจืดรักษาโรค

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทั่วไป

ลักษณะข้อมูลทั่วไป (n=101 คน)	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	49	48.51
หญิง	52	51.49
อายุ (ปี)		
15-30	5	4.95
31-45	25	24.75
46-60	48	47.52
61-75	20	19.80
> 75	3	2.97
อายุเฉลี่ย 48 ปี		
สถานที่ปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง		
โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์	16	15.84
รพสต.ในจังหวัดชุมพร	45	44.55
หมอพื้นบ้านในจังหวัดชุมพร	40	39.60
ประเภทของกลุ่มตัวอย่าง		
ประสบการณ์ใช้กับตนเอง	29	28.71
ประสบการณ์ใช้กับผู้ใกล้ชิด	72	71.29
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	85	84.15
มีโรคประจำตัว	16	15.85
ความดันโลหิตสูง	4	3.96
ภูมิแพ้	4	3.96
เบาหวาน	2	1.98
ลมพิษ	2	1.98
อื่น ๆ	4	3.96

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เพศหญิง (ร้อยละ 51.9) อายุระหว่าง 46-60 ปี (ร้อยละ 47.52) มีอายุเฉลี่ย 48 ปี ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (ร้อยละ 44.55) และมีประสบการณ์การใช้รางจืดกับผู้ใกล้ชิด (ร้อยละ 71.29) โดยมีโรคประจำตัว 16 คน (ร้อยละ 15.85) คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 3.96) และภูมิแพ้ 4 คน (ร้อยละ 3.96)

ตารางที่ 2 ข้อมูลโรคและอาการที่ใช้รางจืดรักษา (n=101 คน)

โรคและอาการที่ใช้รางจืดรักษา	จำนวน(คน)	ร้อยละ
โรค/อาการ		
ก.ได้รับพิษจากการรับประทาน	69	68.32
อาหารเป็นพิษ	13	12.87
แพ้สารพิษตกค้างในอาหาร	11	10.89
เมาเห็ด	11	10.89
เมาค้าง	10	9.90
แพ้อาหารทะเล	9	8.91
เมากลอย	5	4.95
แพ้อาหารพื้นถิ่น (ต้นอะ)	3	2.97
พิษจากไข่มังดาทะเล	2	1.98
แพ้ยา	2	1.98
แพ้ผงชูรส	2	1.98
รับประทานเมล็ดสับดูดำ	1	0.99
ข. อื่น ๆ	32	31.68
สูดดมสัมผัสสารเคมีเกษตร	12	11.88
แมลงสัตว์กัดต่อย	9	8.91
ลมพิษ	7	6.93
ร้อนใน	4	3.96

จากตารางที่ 2 พบว่า โรค/อาการที่ใช้รางจืดรักษาได้ ส่วนใหญ่เกิดจากการรับประทาน (ร้อยละ 68.32) ประกอบด้วย 15 กลุ่มอาการ ได้แก่ เมาค้าง แพ้ผงชูรส เมาเห็ด รับประทานเมล็ดสับดูดำ เมากลอย แพ้อาหารทะเล แพ้อาหารพื้นถิ่น(ต้นอะ) แพ้สารพิษตกค้างในอาหาร อาหารเป็นพิษ แพ้ยา พิษจากไข่มังดาทะเล ร้อนใน ลมพิษ แมลงสัตว์กัดต่อย และสูดดมสัมผัสสารเคมีเกษตร

ตารางที่ 3 ระยะเวลาการหายจากโรคและอาการ หลังจากใช้รางจืดของกลุ่มตัวอย่าง

ระยะเวลาของโรค/อาการหลังจากใช้รางจืด	เร็วที่สุด	ส่วนใหญ่	เฉลี่ย	นานที่สุด
เริ่มมีอาการดีขึ้น	5 นาที	10 นาที	20 นาที	3 ชั่วโมง
หายเป็นปกติ	20 นาที	30 นาที	60 นาที	3 วัน

จากตารางที่ 3 พบว่า ระยะเวลาที่ผู้ป่วย เริ่มมีอาการดีขึ้นหลังจากใช้รางจืด ส่วนใหญ่ 10 นาที เฉลี่ย 20 นาทีที่เร็วที่สุด 5 นาที และที่นานที่สุด 3 ชั่วโมง และ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอาการหายเป็นปกติ ส่วนใหญ่ 30 นาที เฉลี่ย 60 นาที ที่เร็วที่สุด 20 นาที และที่นานที่สุด 3 วัน

ตารางที่ 4 รูปแบบการใช้รางจืด

รูปแบบ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ใช้เป็นยารับประทาน	96	95.05
ชาขงสำเร็จรูป	36	35.64
ใบสดเคี้ยวกลืนทั้งกาก	14	13.86
ใบสดต้มน้ำดื่ม	11	10.89
ใบสดตำคั้นน้ำดื่ม	8	7.92
ใบสดเคี้ยว น้ำ-คายกากพอกแผล	6	5.94
ใบและเถาสดตำคั้นน้ำดื่ม	5	4.95
ใบและเถาสดต้มน้ำดื่ม	5	4.95
ใบสดตำผสมน้ำข้าวขาวดื่ม	4	3.96
ใบเถารากสดต้มน้ำดื่ม	4	3.96
ใบสดตำผสมน้ำมะพร้าวอ่อนดื่ม	3	2.97
รากสดสับต้มน้ำดื่ม	3	2.97
ใบตากแห้งทำชาขง (ทำเอง)	2	1.98
ใช้ภายนอก	5	4.95
ใบสดตำพอกแผล	3	0.99
ใบสดตำผสมเหล้าขาวทา	1	0.99
รากแห้งฝนผสมน้ำมะนาวทา	1	2.97

จากตารางที่ 4 พบว่ารูปแบบการใช้รางจืด มีทั้งรูปแบบรับประทานและใช้ภายนอก ส่วนใหญ่อยู่ในรูปแบบรับประทาน(ร้อยละ 95.05) ซึ่งประกอบด้วยหลายรูปแบบ กรณีเป็นรูปแบบชงน้ำดื่มจะใช้เป็นชาขงสำเร็จรูป และชาขงใบรางจืดตากแห้ง(ทำเอง) กรณีใช้รางจืดสด จะใช้ใบสดเคี้ยวกลืนทั้งกาก ใบสดเคี้ยวกลืนน้ำส่วนกากใช้พอกแผล ใบสดตำคั้นน้ำดื่ม ใบและเถาสดตำคั้นน้ำดื่ม โดยน้ำกระสายยาที่ดื่มทั้ง น้ำข้าวขาว น้ำมะพร้าวอ่อน และน้ำเปล่า กรณีดื่ม จะมีการเลือกใช้หลายส่วน ได้แก่ ใช้ใบสดต้มน้ำดื่ม ใบเถาต้มน้ำดื่ม ใบเถารากต้มน้ำดื่ม รากต้มน้ำดื่ม สำหรับรูปแบบยาใช้ภายนอกนั้น จะใช้ใบสดผสมเหล้าขาวทา ใช้รากแห้งฝนผสมกับน้ำมะนาวทา และใช้ใบเคี้ยวกลืนน้ำและเอากากพอกแผล

ตารางที่ 5 ปริมาณการใช้รางจืด

รูปแบบ	ปริมาณ
ใบสด(ระยะเพลสด)	3 - 12 ใบ (ส่วนใหญ่ 7 ใบ)
รากสด	1 - 2 ราก
ชาชง	1 - 2 ชง
กรณีจากไข่แมงดาทะเล	ใบสด 50 ใบ และ ราก ½ กิโลกรัม แบ่งให้รับประทาน

หมายเหตุ: ใบระยะเพลสด หมายถึง ใบที่ไม่อ่อนไม่แก่เกินไป

จากตารางที่ 5 พบว่า ในการใช้ใบสด ใช้ประมาณ 3 - 12 ใบ (ส่วนใหญ่ 7 ใบ) การใช้รากสดใช้ 1 - 2 ราก การใช้แบบชาชง ใช้ประมาณ 1 ชง - 2 ชง (ชงละ 3 กรัม) และในกรณีใช้รักษาอาการพิษจากจากไข่แมงดาทะเล ใช้ใบสด 50 ใบ ร่วมกับการใช้รากครึ่งกิโลกรัม ต้มในน้ำ และแบ่งให้รับประทาน

ตารางที่ 6 ข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้รางจืด

อาการไม่พึงประสงค์	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์	94	93.07
พบอาการไม่พึงประสงค์	7	6.93
ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง	3	2.97
เกิดอาการเวียนศีรษะ ใจสั่น		
ความดันโลหิตลดลงเล็กน้อย	1	0.99
อาเจียน (จากอาหารเป็นพิษ)	1	0.99
อาเจียน (จากเมากลอย)	1	0.99
อาเจียน (จากแพ้งูก)	1	0.99

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้รางจืด 7 คน (ร้อยละ 6.93) โดยมีอาการ ความดันโลหิตลดลงเล็กน้อย 1 คน มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง เกิดอาการเวียนศีรษะ ใจสั่น 3 คน เกิดอาการ อาเจียน 3 คน (มีสาเหตุจาก อาหารเป็นพิษ, เมากลอย และแพ้งูก)

วิจารณ์ผล

การศึกษารั้วนี้ ทำให้ได้ข้อมูลโรคและอาการที่ใช้รางจืดรักษาได้จากหมอพื้นบ้านและบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่เคยมีรายงานมาก่อนหน้านี้ ในเรื่องการใช้รางจืดต้านพิษยาฆ่าแมลง ทั้งในส่วนของการวิจัยในสัตว์ทดลอง ที่มีการศึกษาการต้านพิษเฉียบพลันของโพลีดอล(ยาฆ่าแมลงกลุ่มออกาโนฟอสเฟต) (Taechasen & Thongthab, 1980) และ สอดคล้องกับการวิจัยทางคลินิก ในการศึกษาการใช้รางจืดขับสารฆ่าแมลง ในร่างกายของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง โดยศึกษาจากการเพิ่มระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรส ของโรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก (Chamcharnwit, Krittasil, Noipu, 2002) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี (Itthithammaboon et al, 1999) และ การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลในการเพิ่มระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสระหว่างชาวมุสลิมไพรราชจิดและชาวมุสลิมไพรย้านางแดง ในกลุ่มเกษตรกรอำเภอลำดวย ของโรงพยาบาลลำดวย จังหวัดขอนแก่น (Lertpongpiat, Chaiyakhun, 2011) ในส่วนของการใช้รางจืดในกรณีรับประทานไข่แมลงดาทะเล ผลการศึกษารั้วนี้สอดคล้องกับรายงานผู้ป่วย 4 ราย ใช้รางจืดแก้พิษเตโตรโดท็อกซิน

จากการรับประทานไข่แมลงดาทะเล ของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ (Praditsathawong, 2009) และ การศึกษารั้วนี้ ทำให้ได้รายละเอียดข้อมูลที่สำคัญในการใช้รางจืดเป็นยาด้านพิษของหมอพื้นบ้านและบุคลากรสาธารณสุข โดยจากการได้รับพิษทั้งจากการรับประทาน สูดดม และสัมผัสทางผิวหนัง (แพ้สารพิษตกค้างในอาหาร อาหารเป็นพิษ เมาเห็ด เมาค่าง แพ้อาหารทะเล เมากลอย แพ้อาหารพื้นถิ่น(ต้นอะ) พิษจากไข่แมลงดาทะเล แพ้ยา แพ้ผงชูรส รับประทานเมล็ดสบู่ดำ สูดดมสัมผัสสารเคมีเกษตร แมลงสัตว์กัดต่อย ลมพิษ และร้อนใน) สอดคล้องกับข้อมูลในตำราการแพทย์แผนโบราณของไทย(Pongbunrod,1979 ; Prommanee, 1996 ; Wuttithamavej, 1997) ที่กล่าวว่ารางจืดสามารถใช้แก้ร้อนใน แก้ไข้ ใช้เป็นยาแก้พิษจากสัตว์และพืช ใช้ถอนพิษเบื่อเมาจากอาหาร ยา สุรา และสารเคมีได้

การศึกษารั้วนี้ ได้รายงานข้อมูลระยะเวลาการหายจากโรคและอาการต่างๆ(Onset และ Duration) หลังจากใช้รางจืดของกรรุ่มตัวอย่าง ซึ่งข้อมูลนี้จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการรักษาโดยใช้สมุนไพรรางจืดเป็นยาด้านพิษต่อไป

ปริมาณการใช้รางจืดที่ได้รายงานในการศึกษารั้วนี้ ทำให้ทราบปริมาณการใช้สมุนไพรรางจืดที่หมอพื้นบ้าน และบุคลากรสาธารณสุขได้นำไปใช้จริง สามารถนำข้อมูลจากการศึกษารั้วนี้ไปต่อยอดเพื่อใช้ในการทำงานจริงต่อไป

อาการไม่พึงประสงค์ที่พบจากการศึกษารั้วนี้ ได้แก่ มีอาการความดันโลหิตลดลงเล็กน้อย 1 คน มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง เกิดอาการเวียนศีรษะ ใจสั่น 3 คน เกิดอาการอาเจียน 3 คน (มีสาเหตุจาก อาหารเป็นพิษ, เมากลอย และแพ้กุ้ง) ซึ่งอาการดังกล่าวกลับมาเป็นปกติในภายหลัง สอดคล้องกับ การศึกษาความปลอดภัยจากการรับประทานยาแคปซูลสารสกัดสมุนไพรรางจืด ในอาสาสมัครสุขภาพดี ระยะที่ 1 เพื่อศึกษาความปลอดภัยระยะสั้น และอาการข้างเคียง (Sittiprom, Amnuaypattanapon, Pattaraarchachai, Itharat, Kietinun, 2012)

ข้อจำกัดในการศึกษารั้วนี้ คือ ขาดข้อมูลปริมาณสารพิษที่รับประทานเข้าไป และข้อมูลเวลาที่ได้รับสารพิษ ก่อนใช้รางจืด ซึ่งหากมีข้อมูลดังกล่าวเพิ่มเติมจะทำให้ได้ข้อมูลการใช้รางจืดละเอียดยิ่งขึ้น

สรุปผล

การศึกษานี้ ทำให้ได้ข้อมูลโรคและอาการที่ใช้รางจืดเป็นยาด้านพิษในสภาวะการณ์จริงในชุมชน รูปแบบและขนาดยาที่มีการใช้จริง ระยะเวลาที่รางจืดเริ่มออกฤทธิ์ จนกระทั่งอาการกลับเป็นปกติ และอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นเมื่อใช้รางจืด ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ในการเผยแพร่ให้ประชาชนเข้าใจวิธีการใช้รางจืดและข้อควรระวังในการใช้ ทำให้ใช้รางจืดเป็นยาด้านพิษได้อย่างปลอดภัย สามารถนำรางจืดไปใช้ปฐมพยาบาลตนเองและบุคคลใกล้ชิดที่ได้รับพิษจากสัตว์ พิษ อาหาร สารเคมี และสิ่งแวดล้อม เช่น เมาเห็ด เมากลอย รับประทานเมล็ดสบู่ดำ แพ้อาหารต่างๆ ได้

ข้อเสนอแนะ

ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับพิษ เช่น เมาเห็ด เมากลอย รับประทานเมล็ดสบู่ดำ แพ้อาหารพื้นถิ่น(ต้นอะ) ที่ป็นมาในแก่งส้มโฮดบิ ฯลฯ ไม่มียาด้านพิษโดยตรง หน่วยบริการสาธารณสุขต่างๆต้องให้การรักษตามอาการ รางจืดจึงเป็นทางเลือกที่จะมาเติมเต็มช่องว่างและเสริมสร้างศักยภาพให้หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถให้การ รักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้ในเบื้องต้น ก่อนที่จะส่งต่อไปยังโรงพยาบาล และการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในการใช้รางจืดเป็นยาด้านพิษ จะทำให้ประชาชนสามารถปฐมพยาบาลตนเอง (Self care / Self medication) ก่อนมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล ซึ่งจะส่งผลให้ลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชน และลดภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลลงได้ และเป็นการสร้างความมั่นคงให้ระบบยาภายในประเทศไม่ต้องนำเข้ายาจากต่างประเทศ สามารถใช้ยาสมุนไพรที่ประเทศไทยปลูกเองได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ภญ.ยุพา วิภาสวัชรโยธิน หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ และคุณ รังสิณี งามรงค์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร ที่สนับสนุนการจัดกิจกรรม ขอขอบคุณ ดร.กฤตย์ดิวัฒน์ ฉัตรทอง ที่ให้คำปรึกษาเรื่องระเบียบวิธีวิจัย และสถิติ และขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้กรุณาให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และแบ่งปันประสบการณ์

References

- Chamcharnwit, D., Krittasil, K., Noipu, C. (2002). The use of Rang Jerd to increase enzyme cholinesterase in blood serum of agriculturists which have found pesticide in the body. *Buddhachinaraj Medical Journal*, 19(1): 12-20. (In Thai)
- Chittuengnam, W. (1979). Study of compound in Rang Jued Leaf. Master of Science Thesis. Chiang Mai University.
- Chivapat S, Chavalittumrong P, Attawish A, Bansiddhi J, Padungpat S. (2009). Chronic Toxicity of *Thunbergia laurifolia* Lindl. Extract. *Journal of Thai Traditional & Alternative Medicine*, 7(1): 17-25.
- Chuthaputti, A. (2010). Rang Jerd: Laurel Clock Vine (*Thunbergia laurifolia* Lindl.): a detoxifying herb. *Journal of Thai Traditional & Alternative Medicine*, 8(2-3): 211-220.
- Itthithammaboon, P. et al. (1999). The use of Rang Jued Herbs (*Thunbergia laurifolia* Lindl.) for reduce insecticide in the farmer's rice at Tambon Muangdet Amphur Detudom, Ubon Ratchathani Province. Institute of Thai Traditional Medicine. Ministry of Public Health. (In Thai)
- Kanchanapoom, T., Kasai, R., Yamasaki, K. (2002). Iridoid glucosides from *Thunbergia laurifolia* Lindl. *Phytochemistry*, 60: 769-771.
- Lertpongpiat, W., Chaiyakhun, D. (2011). Comparison of Effectiveness on Increasing Cholinesterase Blood Level between *Thunbergiaceae* and *Bauhinia strychnifolia* Craib in Agriculturists. *Journal of the Office of DPC6 Khon Kaen*, 18(3): 49-58.
- National Drug System Development Committee. (2019). Thailand National List of Essential Medicines (NLEM), 2019.
- Oonsivilai, R. (2006). Functional and nutraceutical properties of Rang Chuet (*Thunbergia laurifolia* Lindl.) extracts [PhD Thesis]. Nakorn Ratchasima: Suranaree University of Technology.
- Oonsivilai, R., Cheng, C., Bomser, J., Ferruzzi, MG., Ningsanond, S. (2007). Phytochemical profiling and phase II enzyme-inducing properties of *Thunbergia laurifolia* Lindl. (RC) extracts. *Journal of Ethnopharmacology*. 114(3): 300-306.
- Pongwiwat, P., Somboontanon, T. (1978). Detoxification of Strychnine sulfate by Rang Jerd. Special project, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University.
- Sittiprom, O., Amnuaypattanapon, K., Pattaraarchachai, J., Itharat, A., Kietinun, S. (2012). Study on the Safety of *Thunbergia laurifolia* Lindl. Extract Capsule by Oral Administration on Healthy Volunteers Phase I, *Thammasat Medical Journal*. 12(1): 42-49.
- Taechasen, P., Thongthab, C. (1980). An experiment using Rang Jued to neutralize insecticides. *Chiang Mai Medical Journal*, 19(3): 105-114.
- Tansuwan, K. (1983). Study on Chemical Composition of Rang Jued Leaf. (*Thunbergia laurifolia* Lindl.). Master's Thesis, Chulalongkorn University.
- Pongbunrod, S. (1979). Mai-Tet-Mung-Thai : Medicinal characteristic of foreign and Thai traditional medicines. Khruangthong Press, Bangkok, Thailand. (In Thai)

- Praditsathawong, S. (2009). Horseshoe Crab Poisoning: Report of Four Cases and the Results of Treatment with *Thunbergia laurifolia*. Journal of Thai Traditional & Alternative Medicine, 7(1): 84-88.
- Prommanee, P. et al. (1996). Traditional Thai Pharmacy texts. Wat-Mahathat Thai Traditional Medicine Association. Mahachulalongkornrajavidyalaya University Printing House, Bangkok. (In Thai)
- Wisitphongphan, W. (2002). Toxicity tests of Rang Jert (*Thunbergia laurifolia* Linn.) Leaves Aqueous Extract in Rats, Chiang Mai University.
- Wuttithamavej, W. (1997). Thai Herb Encyclopedia. Odeon Store Publishing, Bangkok. (In Thai)

นิพนธ์ต้นฉบับ

แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข
ที่ปฏิบัติงานในจังหวัดปราจีนบุรี

Motivation Associated with Quality of Working Life among
Health Personnel Working in Prachinburi Province

Received: Nov. 2, 2019;

Accepted: March 12, 2020;

Published: March 24, 2020

นิสิต ศรีพุ่ม¹ อมรศักดิ์ โพธิ์อำ² สุพัฒน์ อาสนะ³

¹สำนักงานสาธารณสุขอำเภอประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี, ²คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยรามคำแหง, ³วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

Nisit Sripum¹ Amornsak Poum² Supat Assana³

¹Prachantakham District Public Health Office, Prachinburi, ²Faculty of Public Health,
Ramkhamhaeng University, ³Sirindhorn College of Public Health, Khonkaen

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาระยะสั้นเชิงพรรณนา(Cross-sectional descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในจังหวัดปราจีนบุรี กลุ่มประชากรคือบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในจังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 370 ราย โดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนของ Daniel ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 203 ราย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลคือแบบสอบถามประกอบ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ปัจจัยจูงใจ ส่วนที่ 3 ปัจจัยค้ำจุน ส่วนที่ 4 คุณภาพชีวิตการทำงาน และส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะ วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยจูงใจ ประกอบด้วย ความสำเร็จของงาน, การได้รับการยอมรับนับถือ, ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ, ความรับผิดชอบ, ความเจริญก้าวหน้าในตำแหน่ง มีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=2.67$, S.D.=0.47) ปัจจัยค้ำจุน ประกอบด้วย ด้านเงินเดือน, ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล, การปกครองบังคับบัญชา, นโยบายและการบริหาร, สภาพการปฏิบัติงาน, สถานภาพของวิชาชีพ, ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน, ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว มีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=2.41$, S.D.=0.50) ด้านคุณภาพชีวิตการทำงาน ประกอบด้วย การได้รับค่าตอบแทนในการทำงานเพียงพอและยุติธรรม, สภาพแวดล้อมการทำงานที่มีความปลอดภัย, ความก้าวหน้าและความมั่นคงในการทำงาน, การพัฒนาความสามารถของบุคคล, การบูรณาการทางสังคมหรือการทำงานร่วมกัน, สิทธิของพนักงาน/ธรรมาภิบาลในองค์กร, ความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัวและความเกี่ยวข้องและเป็นประโยชน์ต่อสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.39$, S.D.=0.52) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในจังหวัดปราจีนบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.41$, P-value <0.01; $r=0.74$, P-value<0.01 ตามลำดับ)

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิตการทำงาน, ปัจจัยจูงใจ, ปัจจัยค้ำจุน

Corresponding author: อมรศักดิ์ โพธิ์อำ, E-mail: Amornsak1.poum@gmail.com

Original article

Received: November 2, 2019;

Accepted: March 12, 2020;

Published: March 24, 2020

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to study the motivation factors and hygiene factors associated with quality of working life among public health personnel working in Prachinburi province. Study populations were 370 health personnel who are working at Prachinburi province and 203 subjects were calculated using Daniel formula and systematic random sampling was conducted. Data collected by questionnaires consisted of parts I descriptive characteristics, part II motivation factors, part III hygiene factors, part IV quality of work life, and part V suggestions. Association analyses used Pearson product moment correlation coefficient. The results shown that motivation factors including achievement, recognition, type of work, responsibilities, and job promotion had total mean score at high level ($\bar{X}$ =2.67, S.D.=0.47), the hygiene factors including salary, interpersonal relationships, supervision, policies, working conditions, professional status, job security, personal life had total mean score at high level ($\bar{X}$ =2.41, S.D.=0.50), and quality of working life among health personnel including adequate and fair compensation, safe and healthy working conditions, job promotion and job security, development of human capacities, social integration and work relations, employee rights and governance, work life balance and social relevance had mean score at moderate level ($\bar{X}$ =2.39, S.D.=0.52). The results showed statistically significant that the motivation factors and hygiene factors were associated with quality of work life among health personnel working in Prachinburi province ($r=0.41$, $P\text{-value}<0.01$; $r=0.74$, $P\text{-value}<0.01$, respectively).

Keywords: Quality of Work Life (QWL), motivation factors, hygiene factors

Corresponding author: Amornsak Poum, E-mail: Amornsak1.poum@gmail.com

บทนำ

พระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือนพุทธศักราช 2551 มีเจตนารมณ์ที่จะให้การบริหารทรัพยากรมนุษย์ของข้าราชการพลเรือนเป็นไปเพื่อผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐมีประสิทธิภาพ มีความคุ้มค่าและมีคุณธรรม โดยมุ่งให้ข้าราชการปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพ มีคุณธรรมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Civil Service Development Institute, 2011) สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนกำหนดให้ส่วนราชการดำเนินการกำหนดทิศทางการบริหารทรัพยากรบุคคลให้มีคุณภาพชีวิตและความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงาน (Quality of Working Life: QWL) ที่ทำให้เกิดความพึงพอใจของข้าราชการต่อสภาพแวดล้อมในการทำงาน ระบบงาน บรรยากาศการทำงาน การจัดสวัสดิการและสิ่งอำนวยความสะดวกเพิ่มเติมจากสวัสดิการที่กฎหมายกำหนด ส่งเสริมความสัมพันธ์อันดีระหว่างฝ่ายบริหารกับข้าราชการปฏิบัติงานและระหว่างข้าราชการกับผู้ปฏิบัติงานด้วยกัน (Civil Service Development Institute, 2009) การปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขเป็นงานบริการที่มีความจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรบุคคลจำนวนมากที่มีทักษะความสามารถหลากหลายตามภารกิจการให้บริการ ดังนั้นงานบริการของสาธารณสุขส่วนใหญ่จะไม่สามารถใช้เครื่องมือหรือเครื่องจักรใดๆมาทดแทนมนุษย์ได้

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรีเป็นองค์กรหนึ่งที่มีความสำคัญกับแรงจูงใจและคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเชิงรุกในระดับอำเภอและตำบลเป็นผู้ให้บริการด่านหน้ากับประชาชน ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งจะต้องควบคุมกำกับและปฏิบัติงานตามยุทธศาสตร์ ตามตัวชี้วัดต่างๆเป็นจำนวนมาก ตลอดจนต้องรับหน้าที่ที่จะต้องปฏิบัติโดยมิได้จบการศึกษาด้านนั้นๆโดยตรง เช่น ด้านการเงิน ด้านการบริหาร ด้านวิชาการ และการที่บุคลากรในระดับอำเภอและตำบลมีตำแหน่งที่หลากหลาย ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และเจ้าพนักงานเภสัชสาธารณสุข ที่มีลักษณะความต้องการที่แตกต่างกันทั้งเวลาการทำงาน โครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน รูปแบบการจ่ายค่าตอบแทน เป็นต้น นอกจากนี้ ในปีงบประมาณ 2558-2560 พบว่า สถิติบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาออก (Early retirement) มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งร้อยละของการขอย้ายเพื่อปรับเปลี่ยนหน่วยงานมีจำนวนเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 7.00, 5.06 และ 7.56 ตามลำดับ (Prachin Buri Provincial Health Office, 2018) ผลการสำรวจการวัดความสุขและความผูกพันในองค์กรของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจคุณภาพชีวิต ความสุข และความผูกพันในองค์กรของพนักงาน (HAPPINOMETER) ผ่านระบบเครือข่ายทางคอมพิวเตอร์ (Online) ในการวัดความสุข และความผูกพันในองค์กรพบว่าอยู่ในระดับ เฉลี่ย 65.08% ทั้งนี้ เมื่อจำแนกค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขทั้ง 9 ด้าน พบว่า บุคลากรมีค่าคะแนนในมิติ ด้าน จิตวิญญาณดีสูงสุดที่ 70.47% และรองลงมาคือ น้ำใจดี 68.43% ส่วน ด้านสุขภาพเงินดี ต่ำสุด 50.65%(Prachin Buri Provincial Health Office, 2018)

จากสถานการณ์ข้างต้นผู้วิจัยในฐานะที่เป็นผู้รับผิดชอบงานด้านบุคลากรได้ตระหนักถึงความสำคัญของแรงจูงใจและคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อนำข้อมูลไปปรับปรุงแรงจูงใจซึ่งจะทำให้ข้าราชการในสังกัดทำงานอย่างมีความสุขมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานให้มีความคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี อันจะนำมาซึ่งความผูกพันต่อองค์กรและการรักษาบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถให้อยู่กับองค์กรต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยจูงใจและปัจจัยค่าจ้างที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในจังหวัดปราจีนบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาระยะสั้นเชิงพรรณนา (Cross-sectional descriptive study) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน มิถุนายน-ธันวาคม พ.ศ. 2561 ตัวแปรอิสระที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล 2) ปัจจัยเชิงจิต 3) ปัจจัยด้านงาน ตามแนวคิดของ Frederick Herzberg (1959) และ 4) คุณภาพชีวิตการทำงาน โดยใช้แนวคิดของ Walton (1974)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ บุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 370 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา ได้แก่ เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดปราจีนบุรี ในปีงบประมาณ 2561 และมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า 6 เดือน เป็นผู้ที่สามารถอ่านเข้าใจภาษาไทยและสามารถกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองได้ กำหนดเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ เป็นผู้ที่ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถามและเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณที่ทราบประชากรแน่นอนของ Daniel (2010) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อน สามารถยอมรับได้ เท่ากับ 0.05 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 203 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, รายได้เฉลี่ยต่อเดือน, ตำแหน่งปัจจุบัน, ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน, สถานที่ปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเชิงจิต ประกอบด้วยความสำเร็จของงาน การยอมรับนับถือ ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ความรับผิดชอบ และความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่การงาน ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าตามระดับการปฏิบัติ 5 ระดับคือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านงาน ประกอบด้วยด้านเงินเดือน ด้านความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา ด้านการปกครองบังคับบัญชา ด้านนโยบายและการบริหาร ด้านสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ด้านสถานภาพของวิชาชีพ ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงานและด้านสภาพชีวิตส่วนตัว ข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 คุณภาพชีวิตการทำงานประกอบด้วย การได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสมและเป็นธรรม ด้านความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา ด้านการปกครองบังคับบัญชา ด้านนโยบายและการบริหาร ด้านสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ด้านสถานภาพของวิชาชีพ ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน ด้านสภาพชีวิตส่วนตัวและความภูมิใจในองค์กร ข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

แบบสอบถามส่วนที่ 2, 3, 4 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของเบสท์ (Best John W, 1977) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ

ความคิดเห็นระดับสูง	คะแนนระหว่าง 3.67-5.00
ความคิดเห็นระดับปานกลาง	คะแนนระหว่าง 2.34-3.66
ความคิดเห็นระดับต่ำ	คะแนนระหว่าง 1.00-2.33

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามเพื่อหาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้และคำนวณค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.84 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปใช้สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในจังหวัดปราจีนบุรี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (68.50%) มีอายุระหว่าง 30-50 ปี (59.60%) ($\bar{X}$ =40.93, S.D.=9.75, Max=50, Min=30) มีสถานภาพสมรสคู่/แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 70.40) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 66.80) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 30,000-40,000 บาท (ร้อยละ 61.6) ($\bar{X}$ =29,032.75, S.D.= 10,820.48, Max= 59,460, Min=10,000) บุคลากรสาธารณสุขปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 86.20) และปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (ร้อยละ 13.80) ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 23.90) ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 23.40) นักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 20.50) เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน (ร้อยละ 20.50) เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข (ร้อยละ 7.80) สาธารณสุขอำเภอ (ร้อยละ 2.00) และนักการแพทย์แผนไทย (ร้อยละ 1.00) สำหรับระยะเวลาในการปฏิบัติงานอยู่ระหว่าง 8-30 ปี (ร้อยละ 61.60) ($\bar{X}$ =18.98, S.D.= 10.39, Max=40, Min=1) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของคุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในจังหวัดปราจีนบุรี

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	64	31.50
หญิง	139	68.50
อายุ (ปี)		
< 30	36	17.70
30 – 50	121	59.60
>50	46	22.70
Mean = 40.93, S.D.= 9.75, Min =23, Max =59		
สถานภาพ		
โสด	50	24.60
คู่ แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน	143	70.40
หม้าย/หย่า/แยก	10	4.90
ระดับการศึกษา	24	13.30
อนุปริญญา	26	12.80
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	166	81.80
ปริญญาโทขึ้นไป	11	5.40
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
< 30,000	39	19.20
30,000 – 40,000	125	61.60
> 40,000	39	19.20
Mean = 29,032.75, S.D.= 10,820.48, Min =10,000, Max = 59,460		
สถานที่ปฏิบัติงาน		
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	28	13.80
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	175	86.20
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน (ปี)		

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
< 8	20	21.10
8 – 30	125	61.60
> 30	35	17.20
Mean = 18.98, S.D.= 10.39, Min =1, Max =40		
ตำแหน่งปัจจุบัน		
สาธารณสุขอำเภอ	4	2.00
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	48	23.40
นักวิชาการสาธารณสุข	42	20.50
พยาบาลวิชาชีพ	49	23.90
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	42	20.50
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	16	7.80
นักการแพทย์แผนไทย	2	1.00

ปัจจัยจิตใจ ภาพรวมมีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 67 ($\bar{X}$ =2.67, S.D.= 0.47) เมื่อพิจารณาปัจจัย
ใจจำแนกรายด้านพบว่า ด้านความรับผิดชอบอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 77.30 ($\bar{X}$ =2.76, S.D.=0.43) ด้านความสำเร็จ
ของงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 63.50 ($\bar{X}$ =2.63, S.D.=0.49) ด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 63
($\bar{X}$ =2.62, S.D.=0.45) ด้านการยอมรับนับถืออยู่ในระดับสูง ร้อยละ 59.10 ($\bar{X}$ =2.58, S.D.=0.51) ด้านความก้าวหน้า
ในตำแหน่งหน้าที่การงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 45.80 ($\bar{X}$ =2.36, S.D.=0.64)

ปัจจัยค้ำจุน ภาพรวมมีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.60 ($\bar{X}$ =2.41, S.D.=0.50) เมื่อ
พิจารณาปัจจัยค้ำจุนจำแนกรายด้านพบว่า ด้านความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 59.6 ($\bar{X}$ =2.57,
S.D.=0.55) ด้านนโยบายและการบริหารอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.20 ($\bar{X}$ =2.41, S.D.=0.54) ด้านสภาพ
ของวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.20 ($\bar{X}$ =2.43, S.D.=0.53) ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงานอยู่ใน
ระดับสูง ร้อยละ 53.70 ($\bar{X}$ =2.51, S.D.=0.56) ด้านสภาพชีวิตส่วนตัวอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 53.70 ($\bar{X}$ =2.51,
S.D.=0.56) ด้านเงินเดือนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.20 ($\bar{X}$ =2.34, S.D.=0.67) ด้านการปกครองบังคับบัญชา
อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 51.70 ($\bar{X}$ =2.49, S.D.=0.54) ด้านสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อย
ละ 46.30 ($\bar{X}$ =2.34, S.D.=0.65)

คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดปราจีนบุรี ภาพรวมมีระดับความคิดเห็นอยู่ใน
ระดับสูง ร้อยละ 58.10 ($\bar{X}$ =2.39, S.D.= 0.52) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตการทำงานจำแนกรายด้านพบว่า ความภูมิใจ
ในองค์กรอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 73.90 ($\bar{X}$ =2.74, S.D.=0.44) การได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสมและเป็นธรรมอยู่ใน
ระดับปานกลาง ร้อยละ 67.50 ($\bar{X}$ =1.84, S.D.=0.55) ความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัวอยู่ในระดับปานกลาง
ร้อยละ 64.00 ($\bar{X}$ =2.32, S.D.=0.51) สิทธิของพนักงาน/ธรรมนุญในองค์กรอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.10 ($\bar{X}$ =2.55,
S.D.=0.53) สภาพแวดล้อมการทำงานดีมีความปลอดภัยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 55.70 ($\bar{X}$ =2.52, S.D.=0.56)
ความก้าวหน้าและความมั่นคงในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.60 ($\bar{X}$ =2.28, S.D.=0.60) การพัฒนา
ความสามารถของบุคคลอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 51.80 ($\bar{X}$ =2.47, S.D.=0.58) สัมพันธภาพในองค์กรอยู่ในระดับสูง ร้อย
ละ 49.30 ($\bar{X}$ =2.47, S.D.=0.54) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยจิตใจ ปัจจัยค้ำจุนและคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดปราจีนบุรี (n=175)

ปัจจัยจิตใจ	ปัจจัยค้ำจุน	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
		สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ปัจจัยจิตใจ		136	67.00	67	33.00	-	-	2.67	0.47
-ด้านความสำเร็จของงาน		129	63.50	73	36.00	1	0.50	2.63	0.49
-ด้านการยอมรับนับถือ		120	59.10	81	39.90	2	1.00	2.58	0.51
-ด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ		128	63.00	74	36.50	1	0.50	2.62	0.46
-ด้านความรับผิดชอบ		157	77.30	45	22.20	1	0.50	2.76	0.43
-ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง		93	45.80	92	45.30	18	8.90	2.36	0.64
ปัจจัยค้ำจุน		85	41.90	117	57.60	1	0.50	2.41	0.50
-ด้านเงินเดือน		51	25.10	108	53.20	44	21.70	2.34	0.69
-ด้านความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา		121	59.60	76	37.40	6	3.00	2.57	0.55
-ด้านการปกครองบังคับบัญชา		105	51.70	94	46.30	4	2.00	2.49	0.54
-ด้านนโยบายและการบริหาร		88	43.30	110	54.20	5	2.50	2.41	0.54
-ด้านสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน		89	43.80	94	46.30	20	9.90	2.34	0.65
-ด้านสภาพภาพของวิชาชีพ		90	44.30	110	54.20	3	1.50	2.43	0.53
-ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน		109	53.70	88	43.30	6	3.00	2.51	0.56
-ด้านสภาพชีวิตส่วนตัว		109	53.70	88	43.30	6	3.00	2.51	0.56
คุณภาพชีวิตการทำงาน		82	40.40	118	58.10	3	1.50	2.39	0.52
-ด้านค่าตอบแทนเหมาะสมเป็นธรรม		17	8.40	137	67.50	49	24.10	1.84	0.55
-ด้านสภาพแวดล้อมถูกสุขลักษณะ		113	55.70	84	41.40	6	3.00	2.52	0.56
และปลอดภัย									
-การพัฒนาความสามารถของบุคคล		105	51.80	89	43.80	9	4.40	2.47	0.58
-ความก้าวหน้าและความมั่นคงในการ		74	36.50	113	55.60	16	7.90	2.28	0.60
ทำงาน									
-สัมพันธภาพในองค์กร		100	49.30	99	48.70	4	2.00	2.47	0.54
-สิทธิของพนักงาน/ธรรมนุญองค์กร		114	56.10	86	42.40	3	1.50	2.55	0.53
-ความสมดุลระหว่างงานกับชีวิต		69	34.00	130	64.00	4	2.00	2.32	0.51
ส่วนตัว									
-ความภูมิใจในองค์กร		150	73.90	53	26.10	-	-	2.74	0.44

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยจิตใจ ปัจจัยค้ำจุนและคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี พบว่า ปัจจัยจิตใจและปัจจัยค้ำจุนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในจังหวัดปราจีนบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.41$, $P\text{-value}<0.01$; $r=0.74$, $P\text{-value}<0.01$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยจิตใจ ปัจจัยคำจูนและคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดปราจีนบุรี

ปัจจัยจิตใจ ปัจจัยคำจูน	คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยจิตใจ	0.41	<0.01**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านความสำเร็จของงาน	0.23	<0.01**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านการยอมรับนับถือ	0.33	<0.01**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ	0.26	<0.01**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านความรับผิดชอบ	0.33	<0.01**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง	0.33	<0.01**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ปัจจัยคำจูน	0.74	<0.01*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านเงินเดือน	0.43	<0.01**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	0.59	<0.01**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านการปกครองบังคับบัญชา	0.61	<0.01**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านนโยบายและการบริหาร	0.55	<0.01**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน	0.48	<0.01**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านสถานภาพของวิชาชีพ	0.38	<0.01**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน	0.44	<0.01**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านสภาพชีวิตส่วนตัว	0.44	<0.01**	มีความสัมพันธ์ทางบวก

** P-value<0.01

การอภิปรายผล

คุณภาพชีวิตเป็นความพึงพอใจที่เกี่ยวข้องกับชีวิตการทำงานที่มีองค์ประกอบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยในแต่ละบุคคลจะมีการรับรู้และความรู้สึกแตกต่างกันในแต่ละมิติและแต่ละช่วงเวลา ซึ่งจะส่งผลถึงพฤติกรรมทั้งในทางบวกและลบ ทางบวกคือมีความสุขในการทำงาน ทွ่มความสามารถ พัฒนางาน ทำให้บุคคลรู้สึกชีวิตมีคุณค่าจากการทำงานนั้น หรือในทางลบในการทำงานเช่น การขาดงาน การลาออก (Walton, 1974) คุณภาพชีวิตการทำงานมีองค์ประกอบ 8 ด้านได้แก่ 1) ด้านค่าตอบแทนที่เหมาะสมและเป็นธรรม ในภาพรวมมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง (ร้อยละ 67.50) โดยบุคลากรสาธารณสุขเห็นว่าการได้รับค่าตอบแทนมีความเป็นธรรมเมื่อเทียบกับตำแหน่งหน้าที่และความรับผิดชอบของตนเอง ($\bar{X}=2.88$, S.D.=0.94) รวมทั้งการได้รับสวัสดิการที่ดีเมื่อเปรียบเทียบกับอาชีพอื่นๆ ($\bar{X}=2.78$, S.D.=0.99) แต่ยังพบว่า บุคลากรสาธารณสุขเห็นว่าการได้รับค่าตอบแทนยังไม่มีเหมาะสมเมื่อเปรียบเทียบกับค่าตอบแทนของกลุ่มวิชาชีพวิทยาศาสตร์สุขภาพอื่นๆ ที่มีลักษณะงานใกล้เคียงกัน ($\bar{X}=2.73$, S.D.=0.93) 2) สภาพแวดล้อมการทำงานดีมีความปลอดภัย ในภาพรวมมีความพึงพอใจในระดับสูง (ร้อยละ 55.70) โดยบุคลากรพึงพอใจในสถานที่ทำงานมีแสงสว่างและมีอุณหภูมิที่เหมาะสมในการปฏิบัติงาน ($\bar{X}=3.79$, S.D.=0.85) รวมทั้งมีความปลอดภัยในการทำงาน ($\bar{X}=3.69$, S.D.=0.91) 3) ความก้าวหน้าและความมั่นคงในการทำงาน ในภาพรวมมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง (ร้อยละ 55.60) ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายงานซึ่งต้องใช้ความรู้ความสามารถ ($\bar{X}=3.50$, S.D.=0.69) รวมทั้งสามารถปฏิบัติงานได้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายของสายอาชีพ ($\bar{X}=3.34$, S.D.=0.84) โดยเฉพาะวิธีการประเมินความก้าวหน้าในการทำงาน

ขึ้นอยู่กับผลงานและความสามารถ ($\bar{X}=3.34$, S.D.=0.84) 4) การพัฒนาความสามารถของบุคคล ในภาพรวมมีความพึงพอใจในระดับสูง (ร้อยละ 51.70) ในประเด็นของการปฏิบัติงานช่วยให้ได้เกิดการเรียนรู้ ($\bar{X}=3.80$, S.D.=0.74) มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นในการพัฒนางานของบุคลากร ($\bar{X}=3.55$, S.D.=0.83) และบทบาทหน้าที่ที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบันมีความท้าทายใหม่ๆเสมอ ($\bar{X}=3.50$, S.D.=0.72) 5) การบูรณาการทางสังคมหรือการทำงานร่วมกัน ในภาพรวมมีความพึงพอใจในระดับสูง (ร้อยละ 49.30) บุคลากรสาธารณสุขมีความพึงพอใจในความสามัคคีภายในหน่วยงานและสามารถปฏิบัติงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ ($\bar{X}=3.72$, S.D.=0.81) มีการวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาการทำงานร่วมกันเสมอ ($\bar{X}=3.60$, S.D.=0.76) 6) สิทธิของพนักงาน/ธรรมเนียมในองค์กร ในภาพรวมมีความพึงพอใจในระดับสูง (ร้อยละ 56.10) เนื่องจากเพื่อนร่วมงานให้ความเคารพต่อหน้าที่ซึ่งกันและกัน ($\bar{X}=3.81$, S.D.=0.72) และผู้บังคับบัญชาให้เกียรติและรับฟังความคิดเห็นของทุกคนอย่างเสมอภาค ($\bar{X}=3.74$, S.D.=0.77) 7) ความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว ในภาพรวมมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง (ร้อยละ 64.00) ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจครอบครัวที่สนับสนุนให้ทำงานอย่างเต็มที่ ($\bar{X}=4.05$, S.D.=0.78) มีความสะดวกในการเดินทางมาทำงาน ($\bar{X}=3.77$, S.D.=0.97) 8) ความเกี่ยวข้องและเป็นประโยชน์ต่อสังคม ในภาพรวมมีความพึงพอใจในระดับสูง (ร้อยละ 73.90) ส่วนใหญ่มีความภาคภูมิใจที่สามารถทำประโยชน์แก่ประชาชนและประเทศชาติ ($\bar{X}=4.07$, S.D.=0.72) และการให้บริการแก่ประชาชนจนเป็นที่พึงพอใจของผู้มารับบริการหรือผู้มาติดต่องาน ($\bar{X}=4.00$, S.D.=0.71)

ปัจจัยจูงใจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.01) เนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเป็นสถานบริการสาธารณสุขที่มีบุคลากรปฏิบัติงานจำนวนไม่มาก การปฏิบัติงานจึงจำเป็นต้องช่วยเหลือซึ่งกันและกันทำให้บุคลากรในหน่วยงานมีสัมพันธภาพที่ดีมีความไว้วางใจกันส่งผลให้ผู้รับผิดชอบงานสามารถตัดสินใจในการทำงานที่ตนเองรับผิดชอบได้อย่างเต็มที่ ประกอบกับการปฏิบัติงานโดยยึดเป้าหมายตัวชี้วัดเป็นหลักและเป็นการที่ต้องพบปะกับประชาชนตลอดเวลาเพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งประชาชนในชุมชนมีปัญหาที่แตกต่างกัน จึงทำให้งานด้านสาธารณสุขมีความท้าทายตลอดเวลา ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีองค์ประกอบคู่ของ Frederick Herzberg (1959) ที่กล่าวว่า ปัจจัยจูงใจช่วยให้เกิดความพึงพอใจในงาน และมีลักษณะสัมพันธ์กับเรื่องของงานโดยตรง ถ้าสนองปัจจัยเหล่านี้ของผู้ปฏิบัติงานแล้วจะส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดแรงจูงใจและความตั้งใจทำงานจนสุดความสามารถ และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของงานได้ และตรงกับความหมายของทฤษฎีการจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของ Mc Celland's Achievement Motivation Theory (1953) กล่าวว่า ความพึงพอใจในการทำงานจะเป็นสิ่งที่บอกได้ถึงคุณภาพชีวิตการทำงานซึ่งองค์กรสามารถตอบสนองต่อความต้องการทั้งหลายของพนักงานได้ เช่น การได้รับค่าจ้าง เงินเดือนที่มีความเพียงพอหรือมีการจัดให้สถานที่ทำงานและสภาพแวดล้อมในการทำงานให้มีความปลอดภัย มีการจัดกิจกรรมจัดงานสังสรรค์การแข่งขันกีฬาภายในองค์กรหรือการให้รางวัลแก่พนักงานที่มีผลงานดีเด่น และเปิดโอกาสให้กับพนักงานได้มีการใช้ความสามารถและทำงานให้ได้ผลสำเร็จของงาน (Serirat, S. et al. (2002) ผลวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา (Thuwasuchirej, J., 2013 ; Charoensuk, T., 2012) ได้ข้อค้นพบว่า บุคลากรที่ได้รับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่เหมาะสมจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรในหน่วยงาน แต่แตกต่างจากงานวิจัยของ Ratchapongkhan, K. (2014) ที่พบว่าแรงจูงใจในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพใหม่ในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะออกจากงาน

ปัจจัยค่าจ้างมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) อธิบายเหตุผลได้ว่า บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 86.20) ได้รับเงินเดือนจากเงินงบประมาณจึงมีความมั่นคงด้านเงินเดือน และลักษณะของการปฏิบัติงานจะมีบทบาทด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การฟื้นฟู

สภาพให้กับผู้ป่วยซึ่งถือว่าเป็นอาชีพที่มีคุณค่ากับตนเองและสังคม นอกจากนี้ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีจำนวนบุคลากรไม่มาก ผนวกกับบุคลากรสาธารณสุขจบการศึกษาจากสถาบันการศึกษาในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข จึงส่งผลให้การทำงานในภาพรวมเป็นแบบพี่แบบน้อง มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้การบังคับบัญชาภายในหน่วยงานมีความเป็นมิตร มีการกระจายอำนาจในการตัดสินใจตลอดจนเปิดโอกาสให้กับบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา แก้ไขปัญหาต่างๆ จากเหตุผลข้างต้นทำให้บุคลากรสาธารณสุขมีขวัญและกำลังใจที่ดีในการปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีองค์ประกอบคู่ (Two-factors theory) ของ Herzberg & Frederick (1959) กล่าวว่า ปัจจัยจูงใจเป็น ปัจจัยที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมภายนอกของงาน ซึ่งถ้าขาดแล้วก็จะก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจต่องาน ถ้าไม่มีปัจจัยเอื้อหรือจัดไว้ไม่ดีจะทำให้ขวัญของคนทำงานไม่ดี ซึ่งจะมีผลกระทบในทางลบต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน ตรงกับความหมายของ McGregor Douglas (1960) ได้อธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์กับแรงจูงใจ โดยมองว่าธรรมชาติของคนเรามีความตั้งใจมานะพยายามในการทำงานอยู่แล้ว ไม่จำเป็นต้องควบคุมบังคับแต่ควรให้โอกาสบุคคลเป็นตัวของตัวเองและยอมรับวัตถุประสงค์ของงานเปิดโอกาสให้มีการทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม เมื่อทำงานสำเร็จก็จะเกิดความพึงพอใจ ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา (Thuwasuchirej, J., 2013; Charoensuk, T., 2012) ได้ข้อค้นพบว่า ปัจจัยจูงใจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากร/พนักงานในหน่วยงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่แตกต่างจากงานวิจัยของ Banchararit, C. (2012) ที่พบว่าปัจจัยจูงใจไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามแผนยุทธศาสตร์ ควบคุมโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของพนักงานสาธารณสุข ในสองอำเภอนำร่องของนครหลวงเวียงจันทน์ สปป. ลาว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในจังหวัดปราจีนบุรีมีปัจจัยจูงใจอยู่ในระดับสูง ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรให้การสนับสนุนกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพัฒนาแรงจูงใจให้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะทำให้บุคลากรปฏิบัติงานได้ดีขึ้นและมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น โดยเน้นกิจกรรมที่สร้างแรงจูงใจควบคู่ไปกับการจัดการด้านคุณภาพชีวิตในการทำงานโดยให้มีค่าตอบแทนที่เหมาะสมและเป็นธรรม ตลอดจนสร้างสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว เพื่อให้บุคลากรมีทัศนคติที่ดีในการทำงานและรู้สึกว่ามีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีด้วย

References

- Banchararit, C. (2012). Motivation in relation to the implementation of the strategic plan to control AIDS and sexually transmitted diseases of public health workers in two pilot districts in the capital city of Vientiane, Laos PDR. Master of Public Health, Public Health Administration, Khon Kaen University. (in Thai)
- Best, John W. (1977). Research is Evaluation. (3rd ed). Englewood cliffs: N.J. Prentice Hall.
- Charoensuk, T. (2012). The Relationship between work motivation and quality of work life of teachers under the Education Division, Rayong Municipality. Master of Education, Educational Administration Program, Burapha University. (in Thai)
- Civil Service Development Institute (2009). Guidelines for implementation of civil servant development strategies 2009-2013. Bangkok: Airborn Print Co., Ltd. (in Thai)
- Daniel W.W. (2010). Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health **Sciences**. (9th ed). New York: John Wiley & Sons. John Wiley & Sons. 2010.
- Herzberg, Frederick and others. (1959). The Motivation to work. New York : John Wiley and Sons.
- McClland, David C. and Others. (1953). The Achievement Motive. New York : Spplenton Century Croffs, Inc.
- McGregor, Douglas. (1960). The human side of enterprise. New York: McGraw-Hill.
- Prachin Buri Provincial Health Office. (2018). Summary of operation results for the budget year 2018. (in Thai)
- Ratchapongkhan, K. (2014). The relationship between work motivation and intention to leave the job of newly graduated nurses' in general public hospitals of the Ministry of Public Health, Northeast region. Master of Nursing Thesis, Nursing Administration Program, Khon Kaen University. (in Thai)
- Thuwasuchirej, J. (2013). Relationship between work motivation and quality of working life of textile factory employees, Phetchaburi Province. Master of Business Administration, General Management Program, Phetchaburi Rajabhat University. (in Thai)
- Serirat, S. et al. (2002). Organization and management. Thammasarn. Bangkok. (in Thai)
- Office of the Civil Service Commission (2011). Manpower of Government Sector, civil servant. Bangkok. (in Thai)
- Walton, R.E. (1974). Improving the Quality of Work Life. Harvard Business Review. May-June.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: December 4, 2019;

Accepted: March 8, 2020;

Published: March 25, 2020

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติกับสถานะช่องปากและพฤติกรรมการดูแล ทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง Associations between Knowledge and Attitude among Oral Health Status and Oral Health Care Behaviors of the 3rd year Secondary School in Wang Wiset District, Trang Province

ทัศนวัฒน์ ฉายชูวงศ์¹, นิมนานรดี ชูยัง²

¹ โรงพยาบาลโพธิ์ทอง ² สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดตรัง

Thatsanawat Chaichuwong ¹, Nimmanoradee Chuyang ²

¹ Pho Thong Hospital, ² Trang Provincial Public Health Office

บทคัดย่อ

วิจัยครั้งนี้มีรูปแบบเป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ และสถานะช่องปาก 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพกับสถานะช่องปากของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง ประชากรคือ นักเรียนชั้น ม.3 จำนวน 393 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตร Yamane ได้จำนวน 199 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และแบบตรวจสถานะช่องปาก วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติไคสแควร์ (Chi-square Test)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 41.7 และมีคะแนนทัศนคติอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 68.3 เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พบว่า ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการแปรงฟัน ($r=0.222$ และ $r=0.222$ ตามลำดับ) และพบว่าความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดโรคฟันผุ ($r=0.315$ และ $r=0.268$ ตามลำดับ)

คำสำคัญ: ความรู้, ทัศนคติ, พฤติกรรม, สถานะช่องปาก, นักเรียนมัธยม

Corresponding author: ทัศนวัฒน์ ฉายชูวงศ์ โทร. 089-8306826 e-mail Mark_35313@hotmail.com

Original article

Abstract

Received: December 4, 2019;

Accepted: March 8, 2020;

Published: March 25, 2020

A cross-sectional study survey was conducted and aimed to 1) study knowledge, attitude and dental health care practices and 2) study the relationships of knowledge, attitude and dental health care practices of the third year Secondary School students in Wang Wiset district, Trang province. The study populations of 393 third year Secondary School students and were sampled for 199 study subjects by Yamane using a systematic sampling method. The study questionnaires and oral examination were developed. Data were analyzed using descriptive statistics: mean, percentage, standard deviation and chi-square test. The results showed most of subjects had a high level of knowledge accounted for 41.7%. The attitude is very high accounted for 68.3%. The associations between knowledge and attitudes were positively correlated with tooth brushing behaviors ($r = 0.222$ and $r = 0.222$, respectively). Knowledge and attitudes were negatively correlated with dental caries ($r = 0.315$ and $r = 0.268$, respectively).

Key words: Knowledge, Attitude, Behavior

Corresponding author: Thatsanawat Chaichuwong Tel. 089-8306826 e-mail Mark_35313@hotmail.com

บทนำ

วัยรุ่นหรือเด็กมัธยม เป็นวัยที่มีเกิดการเปลี่ยนแปลงในหลายๆด้าน จึงเป็นวัยที่จะเกิดปัญหาได้มาก การปรับตัวได้สำเร็จจะช่วยให้วัยรุ่นสามารถพัฒนาตนเอง และเกิดบุคลิกภาพที่ดี ซึ่งจะเป็นพื้นฐานสำคัญของการดำเนินชีวิตต่อไป สามารถเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดีทั้งทางร่างกายจิตใจ สังคม การเปลี่ยนแปลงในหลาย ๆ ด้าน จะรวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กมัธยมด้วย โดยเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นตอนต้นเด็กจะเริ่มห่างจากผู้ปกครอง อีกทั้งเด็กวัยนี้มีความรู้สึกรู้ว่าต้องการอิสระ ไม่จำเป็นต้องให้ผู้ปกครองมาดูแล เด็กในกลุ่มนี้จึงมีความเสี่ยงจากการถูกละเลยในการดูแลสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองอีกด้วย ส่งผลกระทบให้เกิดความเจ็บป่วยหรือสูญเสียฟันไปก่อนเวลาอันเหมาะสม (Arunpre P, 2016; Dental Health Division, 2012; Tokanee N.,2012)

จากผลการสำรวจของระบบสถิติทางการทะเบียน ในเดือนธันวาคม ปี 2558 พบว่าจำนวนของเด็กมัธยมในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เป็น 5,913,987 คน คิดเป็นร้อยละ 8.99 ของจำนวนประชากรทั้งหมดของประเทศ เพศชายคิดเป็นร้อยละ 4.61 และเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 4.38 พบว่าจำนวนประชากรเด็กมัธยมในจังหวัดตรังมีจำนวน 63,167 คน คิดเป็นร้อยละ 1.07 ของจำนวนประชากรเด็กมัธยมทั้งหมด เป็นเพศชาย 32,557 คน และเป็นเพศหญิง 30,610 คน โดยประชากรเด็กมัธยมในอำเภอวังวิเศษมีจำนวน 4,128 คน เป็นเพศชาย 2,123 คน และเป็นเพศหญิง 2,005 คน (Office of Statistical Statistics, 2015) จากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งประเทศไทยปี 2555 พบว่า กลุ่มเยาวชนอายุ 15 ปี พบเด็กส่วนใหญ่มีประสบการณ์โรคฟันผุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 62.4 ค่าเฉลี่ย DMFT เท่ากับ 1.9 ซี่/คน ฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 36.0 ซึ่งเมื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาเปรียบเทียบกัน พบว่าเด็กในกลุ่มนี้มีแนวโน้มฟันผุเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ อีกทั้งยังพบว่าปัจจัยส่วนใหญ่ที่ส่งผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กกลุ่มนี้

จากสภาพปัญหาทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่าเด็กในช่วงวัยดังกล่าวยังมีปัญหาในด้านสุขภาพช่องปาก ได้แก่ โรคฟันผุ และเหงือกอักเสบ ควรได้รับการดูแลเอาใจใส่จากผู้ปกครอง และทันตบุคลากร เพื่อให้เด็กในกลุ่มนี้สามารถดำเนินชีวิตในช่วงวัยรุ่นได้อย่างมีความสุข และเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพช่องปากที่ดีต่อไป นอกจากนี้ อาจจะส่งผลทางด้าน ร่างกาย ด้านจิตใจ และสภาพทางสังคมในการใช้ชีวิตประจำวันอีกด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติกับสภาวะช่องปากและพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี KAP เพื่อที่จะสามารถนำผลวิจัยไปเป็นประโยชน์และแนวทางในการพัฒนางานวิจัยในเรื่องดังกล่าวและงานวิจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

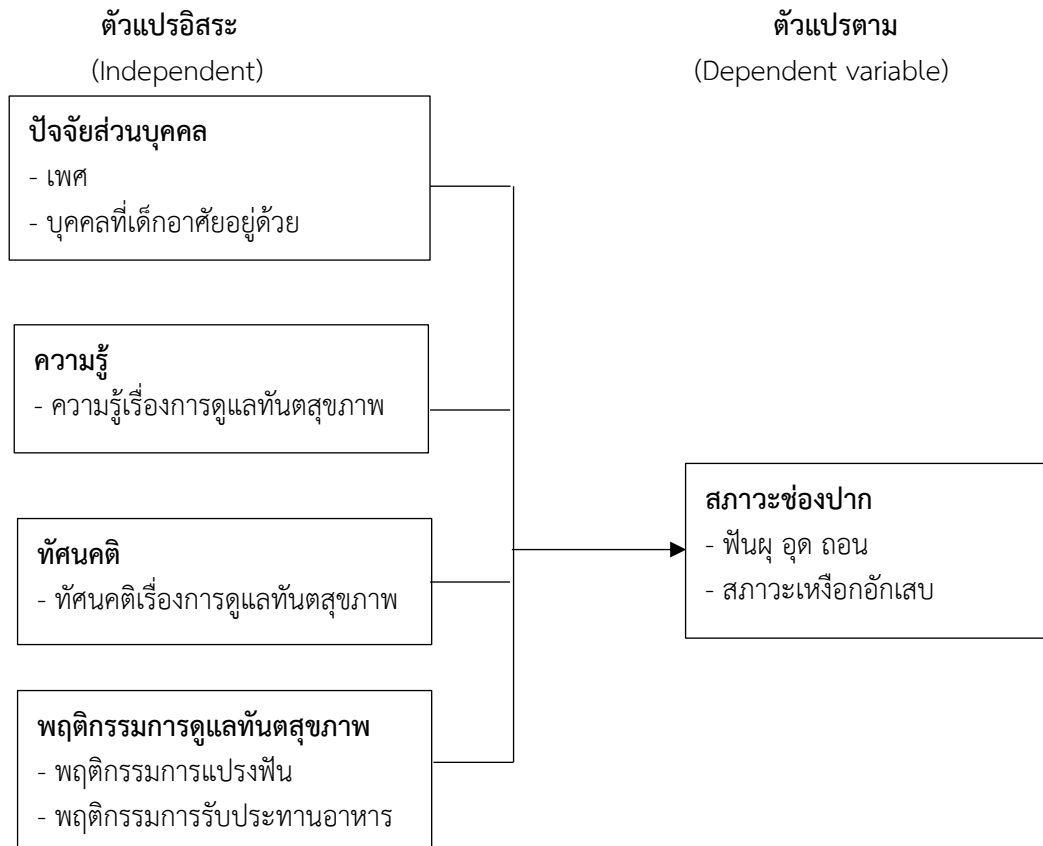
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพ และสภาวะช่องปากของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพกับสภาวะช่องปากของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรังมีความสัมพันธ์กับสภาวะช่องปาก

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional Survey Research) ซึ่งนักวิจัยได้ประยุกต์ทฤษฎีความรู้ ทักษะ และการยอมรับปฏิบัติ (KAP Theory)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ของอำเภอวังพิเศษ จังหวัดตรัง ปี การศึกษา 2559 จำนวน 5 โรงเรียน รวมจำนวนนักเรียนทั้งสิ้น 393 คน (สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 13, 2559: 1)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 อำเภอวังพิเศษ จังหวัดตรัง ปีการศึกษา 2559 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตร Yamane ได้จำนวน 199 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทักษะกับสถานะช่องปากและพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 อำเภอวังพิเศษ จังหวัดตรัง แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นส่วนที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นมาเอง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นส่วนที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นมาเอง ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ และทักษะเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพ แบบสอบถามความรู้ จำนวน 10 ข้อ คิดเป็น 10 คะแนน คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 10 คะแนน

แบ่งช่วงคะแนน ตอบถูกร้อยละ 80.00 ขึ้นไป	หมายถึง มีความรู้ในระดับสูง
ตอบถูกร้อยละ 60.00 – 79.99	หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง
ตอบถูกต่ำกว่าร้อยละ 60.00	หมายถึง มีความรู้ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 เป็นส่วนที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นมาเอง ได้แก่ แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพ
แบบสอบถามทัศนคติ จำนวน 10 ข้อ คิดเป็น 50 คะแนน คะแนนต่ำสุด 10 คะแนน คะแนนสูงสุด 50 คะแนน

แบ่งช่วงคะแนน เฉลี่ย 10.00 – 18.00 คะแนน	หมายถึง เห็นด้วยระดับมากที่สุด
เฉลี่ย 18.01 – 26.00 คะแนน	หมายถึง เห็นด้วยระดับมาก
เฉลี่ย 26.01 – 34.00 คะแนน	หมายถึง เห็นด้วยระดับปานกลาง
เฉลี่ย 34.01 – 42.00 คะแนน	หมายถึง เห็นด้วยระดับน้อย
เฉลี่ย 42.01 – 50.00 คะแนน	หมายถึง เห็นด้วยระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 เป็นส่วนที่ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าและนำมาปรับแก้ไขให้เหมาะสมกับงานวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม
พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 เป็นส่วนที่ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าและนำมาปรับแก้ไขให้เหมาะสมกับงานวิจัย ได้แก่ แบบตรวจ
สภาวะช่องปาก จำนวน 34 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลแต่ละชุด โดยการ
นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และคำนวณหาดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence:
IOC) พบว่า แบบสอบถามรายข้อมีค่า IOC เท่ากับ 0.67-1.00

2. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-Out)
กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 คน โดยได้เลือกนักเรียนโรงเรียน
สวัสดีรัตนนิมิต จำนวน 30 คนโดยเก็บข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยการใช้วิธีผลการหา
ความเชื่อมั่นโดยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ดังนี้

2.1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพ ใช้สูตรของ Kuder-Richardson สูตร
KR-21 (Ebel and Frisbie, 1986: 77-78) พบว่า แบบสอบถามรายข้อมีค่า IOC เท่ากับ 0.85

2.2 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพ ใช้สูตรของ Kuder-Richardson สูตร
KR-21 (Ebel and Frisbie, 1986: 77-78) พบว่า แบบสอบถามรายข้อมีค่า IOC เท่ากับ 0.79

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. เสนอขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง เพื่อพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
2. ทำหนังสือราชการขอความร่วมมือไปยังผู้อำนวยการสถานศึกษาที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลการทำวิจัย
3. จัดเตรียมเอกสารที่ใช้ในการวิจัยตามจำนวนของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 เพื่อเตรียมพร้อมในการเก็บข้อมูลวิจัย
4. ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยดำเนินการตามลำดับ ดังนี้
 - 4.1 กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมและมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ในการวิจัยให้เซ็นชื่อลงในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และ
 - 4.2 กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 30 นาที โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมแบบสอบถามกลับด้วยตัวเอง และตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถาม
5. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บข้อมูลเสร็จเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจสอบ และลงรหัส (Code) แล้วนำมาประมวลผลข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และเลือกใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

- 1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) สำหรับเพศ สถานภาพทางครอบครัว ความรู้การดูแลทันตสุขภาพ ทักษะการดูแลทันตสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ โดยใช้ ค่าสถิติที่ใช้ คือ ค่าความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2 สถิติอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อทดสอบสมมติฐานความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพทางครอบครัว ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ โดยใช้สถิติ Chi-Square Test , Spearman's rho. และ Mann whitney U test

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการเห็นชอบคณะกรรมการวิจัย 005/2560

ผลการวิจัย

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล จากกลุ่มตัวอย่าง 199 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.3 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา คิดเป็นร้อยละ 70.4 รองลงมาอาศัยอยู่กับบิดาหรือมารดาท่านใดท่านหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 26.6 และร้อยละ 3.0 อาศัยอยู่กับบุคคลอื่นเช่น ปู่ย่าตายาย (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n = 199)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	65	32.7
หญิง	134	67.3
เด็กอาศัยอยู่กับ		
บิดาและมารดา	140	70.4
บิดาหรือมารดา	53	26.6
บุคคลอื่น เช่น ปู่ย่าตายาย	6	3.0

ระดับคะแนนความรู้เรื่องการดูแลทันตสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง (n = 199) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เรื่องการดูแลทันตสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 41.7 รองลงมา มีคะแนนความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 32.7 และมีคะแนนความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 25.6 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับคะแนนความรู้เรื่องการดูแลทันตสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง

ระดับคะแนนความรู้	จำนวน (n = 199)	ร้อยละ
คะแนนความรู้ในระดับสูง	83	41.7
คะแนนความรู้ในระดับปานกลาง	65	32.7
คะแนนความรู้ในระดับต่ำ	51	25.6
รวม	199	100.0

การวิเคราะห์ข้อมูลของทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องทันตสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับทันตสุขภาพอยู่ในระดับคะแนนทัศนคติที่มาก ร้อยละ 68.3 รองลงมา มีทัศนคติเกี่ยวกับทันตสุขภาพอยู่ในระดับคะแนนระดับปานกลาง ร้อยละ 24.6 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ระดับคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องทันตสุขภาพ ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง

เกณฑ์ระดับทัศนคติ	จำนวน (n = 199)	ร้อยละ
ระดับน้อยที่สุด	0	0.0
ระดับน้อย	2	1.0
ระดับปานกลาง	49	24.6
ระดับมาก	136	68.3
ระดับมากที่สุด	12	6.0
รวม	199	100

การวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการแปรงฟัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 94.5 มีการแปรงฟันทุกวันหรือเกือบทุกวันในช่วงเวลาตื่นนอนตอนเช้า หลังรับประทานอาหารกลางวันกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 83.9 ไม่ได้แปรงฟันหรือแปรงบ้างไม่แปรงบ้าง และในช่วงก่อนนอน ร้อยละ 54.8 มีการแปรงฟันทุกวันหรือเกือบทุกวัน และการวิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดื่มน้ำอัดลมบางวันหรือเกือบทุกวัน ร้อยละ 54.8 พฤติกรรมการดื่มน้ำหวานหรือน้ำผลไม้ พบว่า ส่วนใหญ่ดื่มทุกวันหรือดื่มบางวัน ร้อยละ 77.9 พฤติกรรมการกินลูกอม พบว่า ส่วนใหญ่กินทุกวันหรือกินบางวัน ร้อยละ 56.8 และพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 86.9 มีพฤติกรรมกินขนมกรุบกรอบบางวันหรือทุกวัน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนคนและร้อยละของพฤติกรรมกรรมการดูแลทันตสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง

พฤติกรรมกรรมการดูแลทันตสุขภาพ	จำนวน(คน) (n = 199)	ร้อยละ
แปรงฟันหลังตื่นนอนตอนเช้า		
- ไม่เคยเลยหรือแปรงบ้างไม่แปรงบ้าง	11	5.5
- ทุกวันหรือเกือบทุกวัน	188	94.5
แปรงฟันหลังอาหารกลางวัน		
- ไม่เคยเลยหรือแปรงบ้างไม่แปรงบ้าง	183	91.9
- ทุกวันหรือเกือบทุกวัน	16	8.0
แปรงฟันก่อนนอน		
- ไม่เคยเลยหรือแปรงบ้างไม่แปรงบ้าง	100	45.2
- ทุกวันหรือเกือบทุกวัน	109	54.8
ดื่มน้ำอัดลม		
- ไม่ดื่มหรือดื่มนานๆครั้ง	90	45.2
- ดื่อบางวันหรือดื่มทุกวัน	109	54.8
ดื่มน้ำหวานหรือน้ำผลไม้		
- ไม่ดื่มหรือดื่มนานๆครั้ง	44	22.1
- ดื่อบางวันหรือดื่มทุกวัน	155	77.9
กินลูกอม		
- ไม่กินหรือกินนานๆครั้ง	86	53.2
- กินบางวันหรือกินทุกวัน	113	56.8
กินขนมกรุบกรอบ		
- ไม่กินหรือกินนานๆครั้ง	26	13.1
- กินบางวันหรือกินทุกวัน	173	86.9

การวิเคราะห์ข้อมูลการเกิดโรคฟันผุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์การเกิดโรคฟันแท้ผุ (DMFT) ร้อยละ 78.9 เฉลี่ย 3.87 ซี่ต่อคน โดยมีฟันแท้ผุ ร้อยละ 73.9 เฉลี่ย 3.40 ซี่ต่อคน มีฟันแท้ที่ได้รับการถอน ร้อยละ 6.0 เฉลี่ย 0.09 ซี่ต่อคน มีฟันแท้ที่เคยได้รับการอุด ร้อยละ 25.1 โดยเฉลี่ย 0.38 ซี่ต่อคน (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ข้อมูลการเกิดโรคฟันผุ

การเกิดโรคฟันผุ	จำนวน (คน) (n = 199)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย (ซีต่อคน)	S.D.
ไม่มีประสบการณ์ฟันแท้ผุ	42	21.1		
มีประสบการณ์การเกิดโรคฟันแท้ผุ	157	78.9	3.87	3.64
มีฟันแท้ผุ	147	73.9	3.40	3.64
มีฟันแท้เคยได้รับการถอน	12	6.0	0.09	3.66
มีฟันแท้เคยได้รับการอุด	50	25.1	0.38	0.74

การวิเคราะห์ข้อมูลความชุกของสภาวะเหงือกอักเสบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีเหงือกอักเสบ โดยร้อยละ 77.4 เหงือกมีเลือดออกหลังการหยั่งเครื่องมือ และร้อยละ 22.6 มีสภาวะเหงือกอักเสบที่มีหินน้ำลาย (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ข้อมูลสภาวะเหงือกอักเสบ

สภาวะเหงือกอักเสบ	จำนวน(คน) (n = 199)	ร้อยละ
เหงือกปกติ	0	0.0
เหงือกอักเสบ	199	100.0
เหงือกมีเลือดออกจากการหยั่งเครื่องมือ	154	77.4
มีหินน้ำลาย	45	22.6

การวิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างกับการเกิดโรคฟันผุ และการเกิดสภาวะเหงือกอักเสบ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P- value = 0.001) โดยกลุ่มเพศหญิงจะมีการเกิดโรคฟันผุมากกว่าเพศชาย และพบว่าประเภทของผู้ปกครองที่เด็กอาศัยอยู่ด้วย ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุ (ตาราง 7)

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลกับการเกิดโรคฟันผุ

ปัจจัยส่วนบุคคล	ค่าเฉลี่ยการเกิดโรคฟันผุ (ซีต่อคน)	SD	P-value
เพศ			
ชาย	2.54	2.34	0.001
หญิง	4.52	3.98	
ผู้ปกครองที่เด็กอาศัยอยู่ด้วย			
บิดาและมารดา	3.76	3.20	0.808
บิดา / มารดา / ปู่ย่าตายาย / บุคคลอื่น	4.14	4.54	

* หาค่าความสัมพันธ์โดย Mann Whitney U test

เพศกับการเกิดสภาวะเหงือกอักเสบมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value = 0.001) โดยกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงจะมีเลือดออกหลังการหยั่งเครื่องมือตรวจมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 84.3 และ 63.1 ตามลำดับ ในส่วนของประเภทผู้ปกครองที่เด็กอาศัยอยู่ด้วย พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะเหงือกอักเสบ (ตาราง 8)

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลกับสภาวะเหงือกอักเสบ

ปัจจัยส่วนบุคคล	สภาวะเหงือกอักเสบ						χ^2	df	P
	CPI 1		CPI 2		รวม				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ									
ชาย	41	63.1	24	36.9	65	100.0	10.11	1	0.001
หญิง	113	84.3	21	15.7	134	100.0	4		
รวม	154	77.4	45	22.6	199	100.0			
เด็กอาศัยอยู่กับ									
บิดาและมารดา	105	75.0	35	25.0	140	100.0	1.112	1	0.292
มารดา									
บิดา / มารดา	49	83.1	10	16.9	59	100.0			
/ ปู่ย่าตายาย /									
บุคคลอื่น									
รวม	154	77.4	45	22.6	199	100.0			

*p < .05

**CPI 1 คือ เหงือกมีเลือดออกหลังการหยั่งเครื่องมือตรวจ , CPI 2 คือมีหินน้ำลาย

คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุ ($r = 0.315$) โดยคะแนนความรู้มีความสัมพันธ์ผกผันกับการเกิดโรคฟันผุ (ตาราง 9) และพบว่าระดับคะแนนความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดสภาวะเหงือก (ตาราง 10)

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพกับการเกิดโรคฟันผุ ($n = 199$)

ตัวแปร	ค่าสหสัมพันธ์ (r)
คะแนนความรู้	- 0.315**

หาความสัมพันธ์โดย Spearman's rho

**มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 , *มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพกับสภาวะเหงือกอักเสบ

ข้อมูลทั่วไป	สภาวะเหงือกอักเสบ						χ^2	df	P
	CPI 1		CPI 2		รวม				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
คะแนนความรู้ในระดับสูง (ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป)	69	83.1	14	16.9	83	100.0	2.152	1	0.142
คะแนนความรู้ในระดับต่ำ - ปานกลาง (ต่ำกว่าร้อยละ 80.00)	85	73.3	31	26.7	116	100.0			
รวม	154	77.4	45	22.6	199	100.0			

*p < .05 **CPI 1 คือ เหงือกมีเลือดออกหลังการหยั่งเครื่องมือตรวจ , CPI 2 คือมีหินน้ำลาย

คะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุ ($r = 0.268$) โดยคะแนนทัศนคติมีความสัมพันธ์ผกผันกับการเกิดโรคฟันผุ (ตาราง 11) ระดับคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพกับการเกิดสภาวะเหงือกอักเสบไม่มีความสัมพันธ์กัน (ตาราง 12)

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพกับการเกิดโรคฟันผุ

ตัวแปร	ค่าสหสัมพันธ์ (r)
คะแนนทัศนคติ	- 0.268**

หาความสัมพันธ์โดย Spearman's rho

**มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 , *มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพกับสภาวะเหงือกอักเสบ

ระดับคะแนนทัศนคติ	สภาวะเหงือกอักเสบ						χ^2	Df	P
	CPI 1		CPI 2		รวม				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ระดับคะแนนทัศนคติน้อยที่สุด – ปานกลาง	37	72.5	14	27.5	51	100	0.683	1	0.445
ระดับคะแนนทัศนคติดีมาก – มากที่สุด	117	79.1	31	20.9	148	100			
รวม	154	77.4	45	22.6	199	100			

*p < .05 **CPI 1 คือ เหงือกมีเลือดออกหลังการหยั่งเครื่องมือตรวจ , CPI 2 คือมีหินน้ำลาย

พฤติกรรมกรรมการแปรงฟันช่วงเวลาตื่นนอนตอนเช้ากับช่วงเวลาก่อนนอน มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P- value = 0.000) โดยกลุ่มที่ไม่แปรงหรือแปรงบ้างไม่แปรงบ้างจะมีการเกิดโรคฟันผุมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่แปรงทุกวันหรือเกือบทุกวัน ในขณะที่พฤติกรรมกรรมการแปรงฟันช่วงเวลาหลังอาหารกลางวันไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุ (ตาราง 13)

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการแปรงฟันกับการเกิดโรคฟันผุ

พฤติกรรมกรรมการแปรงฟัน	ค่าเฉลี่ย DMFT (ซี่ต่อคน)	SD	P-value
แปรงฟันช่วงเวลาตื่นนอนตอนเช้า			
ไม่แปรงหรือแปรงบ้างไม่แปรงบ้าง	9.09	4.23	≤0.001
แปรงทุกวันหรือเกือบทุกวัน	3.57	3.37	
แปรงฟันช่วงเวลาหลังอาหารกลางวัน			
ไม่แปรงหรือแปรงบ้างไม่แปรงบ้าง	3.94	3.61	0.176
แปรงทุกวันหรือเกือบทุกวัน	3.13	4.01	
แปรงฟันช่วงเวลาก่อนนอน			
ไม่แปรงหรือแปรงบ้างไม่แปรงบ้าง	5.18	4.28	≤0.001
แปรงทุกวันหรือเกือบทุกวัน	2.80	2.58	

* หาความสัมพันธ์โดย Mann Whitney U test

การวิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร พบว่า การดื่มน้ำอัดลมและการดื่มน้ำหวานไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุ และพบว่า การกินลูกอมและการกินขนมกรุบกรอบ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P- value = 0.011 และ 0.014 ตามลำดับ) (ตาราง 14)

ตารางที่ 14 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารกับการเกิดโรคฟันผุ

พฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร	ค่าเฉลี่ย DMFT (ซี่ต่อคน)	SD	P-value
ดื่มน้ำอัดลม			
ดื่มน้ำอัดลมหรือดื่มนานๆครั้ง	4.17	4.60	0.398
ดื่มน้ำอัดลมทุกวันหรือดื่มนานๆครั้ง	3.63	2.59	
ดื่มน้ำหวานหรือน้ำผลไม้			
ดื่มน้ำหวานหรือดื่มนานๆครั้ง	4.80	4.97	0.462
ดื่มน้ำหวานทุกวันหรือดื่มนานๆครั้ง	3.61	3.14	
กินลูกอม			
ไม่กินหรือกินนานๆครั้ง	4.43	3.56	0.011
กินลูกอมทุกวันหรือกินนานๆครั้ง	3.45	3.66	
กินขนมกรุบกรอบ			
ไม่กินหรือกินนานๆครั้ง	2.54	3.29	0.014
กินขนมกรุบกรอบทุกวันหรือกินนานๆครั้ง	4.08	3.66	

* หาความสัมพันธ์โดย Mann Whitney U test

วิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการแปรงฟันในแต่ละช่วงเวลากับสภาวะเหงือกอักเสบ พบว่า การแปรงฟันหลังตื่นนอนตอนเช้าและการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะเหงือกอักเสบ และพบว่าพฤติกรรมการแปรงฟันช่วงเวลาก่อนนอนกับสภาวะเหงือกอักเสบมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P- value = 0.046) (ตาราง 15)

ตารางที่ 15 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการแปรงฟันกับสภาวะเหงือกอักเสบของนักเรียน

พฤติกรรมกรรมการแปรงฟัน	สภาวะเหงือกอักเสบ						χ^2	df	P
	CPI 1		CPI 2		รวม				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
แปรงฟันช่วงเวลาตื่นนอนตอนเช้า									
ไม่แปรงหรือแปรงบ้างไม่	11	100	0	0	11	100.0	2.172	1	0.073
แปรงบ้าง									
แปรงทุกวันหรือเกือบทุกวัน	143	76.1	45	23.9	188	100.0			
รวม	154	77.4	45	22.6	199	100.0			
แปรงฟันช่วงเวลาหลังอาหารกลางวัน									
ไม่แปรงหรือแปรงบ้างไม่	144	78.7	39	21.3	183	100.0	1.375	1	0.207
แปรงบ้าง									
แปรงทุกวันหรือเกือบทุกวัน	10	62.5	6	37.5	16	100.0			
รวม	154	77.4	45	22.6	199	100.0			
แปรงฟันช่วงเวลาก่อนนอน									
ไม่แปรงหรือแปรงบ้างไม่	76	84.4	14	15.6	90	100.0	3.969	1	0.046
แปรงบ้าง									
แปรงทุกวันหรือเกือบทุกวัน	78	71.6	31	28.4	109	100.0			
รวม	154	77.4	45	22.6	199	100.0			

*p < .05 **CPI 1 คือ เหงือกมีเลือดออกหลังการหยั่งเครื่องมือตรวจ , CPI 2 คือมีหินน้ำลาย

การวิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรับประทานอาหารกับสภาวะเหงือกอักเสบ พบว่า พฤติกรรมการดื่มน้ำอัดลม การดื่มน้ำหวานหรือน้ำผลไม้ และการกินลูกอม ไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะเหงือกอักเสบ และพบว่าพฤติกรรมการกินขนมกรุบกรอบกับสภาวะเหงือกอักเสบมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P- value = 0.000) (ตามลำดับ)

ตารางที่ 4.16 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรับประทานอาหารกับภาวะเหงือกอักเสบ

พฤติกรรมการรับประทาน อาหาร	สภาวะเหงือกอักเสบ						χ^2	df	P
	CPI 1		CPI 2		รวม				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ดื่มน้ำอัดลม									
ไม่ดื่มหรือดื่มนานๆครั้ง	67	74.4	23	25.6	90	100.0	0.535	1	0.465
ดื่บบางวันหรือดื่มทุกวัน	87	79.8	22	20.2	109	100.0			
รวม	154	77.4	45	22.6	199	100.0			
ดื่มน้ำหวานหรือน้ำผลไม้									
ไม่ดื่มหรือดื่มนานๆครั้ง	30	68.2	14	31.8	44	100.0	2.102	1	0.147
ดื่บบางวันหรือดื่มทุกวัน	124	80.0	31	20.0	155	100.0			
รวม	154	77.4	45	22.6	199	100.0			
กินลูกอม									
ไม่กินหรือกินนานๆครั้ง	66	76.7	20	23.3	86	100.0	0.000	1	0.986
กินบางวันหรือกินทุกวัน	88	77.9	25	22.1	113	100.0			
รวม	154	77.4	45	22.6	199	100.0			
กินขนมกรุบกรอบ									
ไม่กินหรือกินนานๆครั้ง	10	38.5	16	61.5	26	100.0	23.400	1	<0.001
กินบางวันหรือกินทุกวัน	144	83.2	29	16.8	173	100.0			
รวม	154	77.4	45	22.6	199	100.0			

*p < .05 **CPI 1 คือ เหงือกมีเลือดออกหลังการหยั่งเครื่องมือตรวจ , CPI 2 คือมีหินน้ำลาย

การอภิปรายผล

1. ปัจจัยส่วนบุคคลกับสถานะช่องปาก

การวิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างกับการเกิดโรคฟันผุและการเกิดสถานะเหงือกอักเสบ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P- value = 0.001) โดยกลุ่มเพศหญิงจะมีการเกิดโรคฟันผุมากกว่าเพศชาย และพบว่าประเภทของผู้ปกครองที่เด็กอาศัยอยู่ด้วย ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุ (ตาราง 7) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kaewsuttha, 2013 เพศหญิงมากกว่าเพศชาย ประเภทของผู้ปกครองไม่มีความสัมพันธ์ เด็กปฐมวัยเพศหญิงและเพศชาย มีการเกิดฟันผุ ไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อมีอายุมากขึ้น เพศหญิงมีการเกิดฟันผุมากกว่าเพศชาย

เพศกับการเกิดสถานะเหงือกอักเสบมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P- value = 0.001) โดยกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงจะมีเลือดออกหลังการหยั่งเครื่องมือตรวจมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 84.3 และ 63.1 ตามลำดับ และเพศชายมีหินปูนมากกว่าเพศหญิง ในส่วนของประเภทผู้ปกครองที่เด็กอาศัยอยู่ด้วย พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับสถานะเหงือกอักเสบ (ตาราง 8) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kaewsuttha, 2013

2. ความรู้กับสถานะช่องปาก

คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุ ($r = 0.315$) โดยคะแนนความรู้มีความสัมพันธ์ผกผันกับการเกิดโรคฟันผุ (ตาราง 9) คะแนนความรู้สูง การเกิดฟันผุต่ำสอดคล้องกับการศึกษาของ Kaewsuttha, 2013 และพบว่าระดับคะแนนความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดสถานะเหงือก (ตาราง 10)

3. ทศนคติกับสภาวะช่องปาก

คะแนนทศนคติเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุ ($r = 0.268$) โดยคะแนนทศนคติมีความสัมพันธ์ผกผันกับการเกิดโรคฟันผุ (ตาราง 11) ระดับคะแนนทศนคติเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพกับการเกิดสภาวะเหงือกอักเสบไม่มีความสัมพันธ์กัน (ตาราง 12)

4. พฤติกรรมกับสภาวะช่องปาก

พฤติกรรมการแปรงฟันช่วงเวลาตื่นนอนตอนเช้ากับช่วงเวลาก่อนนอน มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} \leq 0.001$) โดยกลุ่มที่ไม่แปรงหรือแปรงบ้างไม่แปรงบ้างจะมีการเกิดโรคฟันผุมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่แปรงทุกวันหรือเกือบทุกวัน ในขณะที่พฤติกรรมการแปรงฟันช่วงเวลาหลังอาหารกลางวันไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุ

การวิเคราะห์พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พบว่า การดื่มน้ำอัดลมและการดื่มน้ำหวานไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุ และพบว่า การกินลูกอมและการกินขนมกรุบกรอบ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} = 0.011$ และ 0.014 ตามลำดับ) วิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการแปรงฟันในแต่ละช่วงเวลากับสภาวะเหงือกอักเสบ พบว่า การแปรงฟันหลังตื่นนอนตอนเช้าและการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะเหงือกอักเสบ และพบว่าพฤติกรรมการแปรงฟันช่วงเวลาก่อนนอนกับสภาวะเหงือกอักเสบมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} = 0.046$) การวิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรับประทานอาหารกับสภาวะเหงือกอักเสบ พบว่า พฤติกรรมการดื่มน้ำอัดลม การดื่มน้ำหวานหรือน้ำผลไม้ และการกินลูกอม ไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะเหงือกอักเสบ และพบว่าพฤติกรรมการกินขนมกรุบกรอบกับสภาวะเหงือกอักเสบมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} < 0.001$) ตามลำดับ

การนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้ในเรื่องทันตสุขภาพ จะทำให้มีสภาวะทันตสุขภาพที่ดีขึ้น เพื่อปรับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพให้ดีขึ้น โดยโรงเรียนควรมีการพัฒนาส่งเสริมเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ถึงข้อดีและข้อเสียของการดูแลทันตสุขภาพ อาจมีการใช้สื่อต่างๆด้วย เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ หรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้น ที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายอย่างทั่วถึง เพื่อให้นักเรียนได้รับความรู้ ทศนคติ ที่ถูกต้องเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเชิงคุณภาพในประเด็นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเพศหญิง เพื่อให้ทราบปัจจัย
2. ควรมีการสร้างความสัมพันธ์กับกลุ่มตัวอย่าง และอธิบายถึงข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างได้ให้มาจะไม่ผลเสียใดๆต่อกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงมากยิ่งขึ้น

References

- Arunpree P. (2016). Knowledge, behaviors and behaviors in monitoring oral health of children of primary school age, grade 4 - 6, Nong Bua Chot Donglingwittaya School, Tha Ruea District Malaisai District, Kalasin Province, Master's Degree Thesis, Mahasarakham University. (In Thai)
- Dental Health Division, Department of Health. 2012. Report of the 7th National Dental Health Survey. (In Thai)
- Natthawut Kaewsuttha. 2013. Causal factors of oral hygiene behaviors of adolescents. (In Thai)
- Netnaree Pukrod. 2016. Oral health care behaviors of people in Yala Province. (In Thai)
- Office of Statistical Statistics 2015. Number of secondary school children
- Tokanee N. (2012). The relationships between lifestyle and oral health status of students In a private school Islamic teaching, Rueso District, Narathiwat Province, Master's thesis, Prince of Songkla University. (In Thai)
- Trang Provincial Health Office. 2015. Trang dental health survey results Secondary education service area, Office area 13. 2016. Number of population of Trang province. (In Thai)

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: May 21, 2019;

Accepted: March 6, 2020;

Published: March 8, 2020

บทเรียนจากภาษีสุรา-ยาสูบ ภาษีเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล: มาตรการทางภาษีเพื่อ
ประชาชนสุขภาพดี รัฐมีรายได้เพิ่ม

Lesson Learned from Alcohol-Tobacco Taxes towards to Sugar-
sweetened Beverages Tax: Tax Measures for Healthy People,
Increase Government Revenue

นิธิรัตน์ บุญตานนท์¹

¹ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

Nithirat Boontanon¹

¹Regional Health Promotion Center 9 Nakhon Ratchasima

บทคัดย่อ

จากการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเพิ่มมากขึ้นในประเทศไทย ทำให้มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของโรคอ้วน และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ ในอดีตพบว่า การจัดเก็บภาษีสุราและยาสูบเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพที่ทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น ดังนั้นจึงมีความพยายามผลักดันมาตรการเพื่อการมีนโยบาย จัดเก็บภาษีเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล เพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มดังกล่าวของประชาชน บทความนี้มุ่งนำเสนอผลลัพธ์จากมาตรการทางภาษีของสินค้ากลุ่มสุราและยาสูบ ซึ่งพบว่า พิกัดอัตราภาษีที่เพิ่มขึ้นในแต่ละช่วง ทำให้พฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราลดลง แต่ประชาชนยังมีโอกาสในการหาผลิตภัณฑ์ทดแทนมาบริโภคได้ ซึ่งทำให้เป็นบทเรียนที่สำคัญของการจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล ในประเด็นที่ประชาชนยังสามารถหาเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลชนิดไม่สำเร็จรูปบริโภคทดแทนได้เช่นเดียวกัน นอกจากนี้การคำนวณอัตราภาษีที่เหมาะสมยังเป็นสิ่งที่รัฐจำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติม โดยเทียบเคียงกับประเทศต่างๆ ทั่วโลกที่มีการจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มมาเป็นเวลานาน รวมทั้งคำนวณด้วยกฎทางเศรษฐศาสตร์ และศึกษาปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภค เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อประชาชนมากเกินไป เกิดดุลยภาพของอุปสงค์อุปทานในระบบเศรษฐกิจ และทำให้เกิดประโยชน์จากมาตรการจัดเก็บภาษีสุขภาพตามเป้าหมายของรัฐ

คำสำคัญ: ภาษีสุรา, ภาษียาสูบ, ภาษีเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล, มาตรการภาษีสุขภาพ

Corresponding author: นิธิรัตน์ บุญตานนท์ โทร.086-8796655 E-mail: drnest@hotmail.com

Original article

Abstract

Received: May 21, 2019;

Accepted: March 6, 2020;

Published: March 8, 2020

From the increased consumption of sugar-sweetened beverages in Thailand, causing a relationship with increased in obesity and other chronic non-communicable diseases. From the past, found that collecting taxes on alcohol and tobacco was effective tools for improving people's health behavior. Therefore, government is trying to promote measures to have policy for sugar-sweetened beverages tax to reduce consumption of those beverages. This article presents the results of tax measures of alcohol and tobacco products, which found that the tax rates increase in each period causing smoking and drinking habits to decrease, but people still have the opportunity to find substitution products to consume. Which makes it an important lesson of collecting sugar-sweetened beverages tax on the issue that people can still find beverages that are not ready-to-eat beverages as a substitute. In addition, the calculation of the appropriate tax rate is also something that the government needs to study more by comparing with other countries around the world that has collected sugar-sweetened beverages tax for a long time, calculating with economic rules and study social factors that affect consumption behavior. In order not too much impact on the people, creating equilibrium of demand and supply, and make use of health tax collection measures in accordance with government goals.

Keywords: Alcohol tax, Tobacco tax, Sugar-sweetened beverage tax, Health tax measures

Corresponding author: Nithirat Boontanon Tel.086-8796655 E-mail: drnest@hotmail.com

บทนำ

การใช้มาตรการทางภาษีจัดการทางสาธารณสุข เพื่อลดการบริโภคผลิตภัณฑ์ที่มีผลทางลบต่อสุขภาพไม่ใช่แนวคิดใหม่ที่เพิ่งเกิดขึ้น โดยตั้งแต่ ค.ศ.1776 ตำราทางเศรษฐศาสตร์ The Wealth of Nations ได้มีการสนับสนุนให้จัดเก็บภาษีสู่ สุรา และน้ำตาล เนื่องจากพิจารณาแล้วว่าไม่มีความจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐาน (Smith, 1776) โดยต่อมาไม่นานการจัดเก็บภาษีสู่และยาสูบ เพื่อวัตถุประสงค์ทางการคลังและสุขภาพได้รับการยอมรับในระดับสากล ในขณะที่ภาษีน้ำตาลไม่สามารถดำเนินการได้โดยง่าย และมีเพียงไม่กี่ประเทศที่สามารถจัดเก็บภาษีน้ำตาลได้ เพื่อวัตถุประสงค์ด้านสุขภาพมากกว่าด้านการคลัง จากการวิเคราะห์ อภิमानพบว่า 6 การศึกษาจากประเทศสหรัฐอเมริกา เม็กซิโก บราซิล และฝรั่งเศส เกี่ยวกับผลลัพธ์ของการจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล ทำให้เกิดความยืดหยุ่นต่อการกำหนดราคาสินค้าลดลง (Own-price elasticity) ซึ่งส่งผลให้ราคาเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูงขึ้น สัมพันธ์กับการลดลงของความต้องการบริโภคเครื่องดื่มเหล่านั้น ซึ่งการศึกษาเหล่านี้พบว่าการเพิ่มขึ้นของราคาเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลส่งผลให้ดัชนีมวลกาย และอัตราส่วนของประชากรที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนในประเทศลดลง (Escobar, Veerman, Tollman, Bertram & Hofman, 2013)

สำหรับประเทศไทยมีการจัดเก็บภาษีสรรพสามิตยาสูบตั้งแต่ปี พ.ศ.2532 และมีการปรับพิภักดิ์อัตราภาษีให้เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดเป็นรายได้ของรัฐและควบคุมการบริโภคยาสูบ (Silakod, Pattanarangsun, Somboonsup & Wanaset, 2018) สอดคล้องกับการศึกษาแนวทางในการควบคุมยาสูบพื้นที่กรุงเทพมหานคร ที่พบว่า การดำเนินการมาตรการทางภาษีและราคา จะทำให้สามารถควบคุมการบริโภคยาสูบได้ดีขึ้น (Siriwanarangsun & Siriwanarangsun, 2017) เช่นเดียวกับการขึ้นพิภักดิ์อัตราภาษีสู่ที่ทำให้การบริโภคมีแนวโน้มไม่เพิ่มขึ้น (Paopongsakorn, Leelahanon & Laovakul, 2008) มีการพิจารณารายงานของคณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ประเด็นการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการ เพื่อการจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มที่มีปริมาณน้ำตาลเกินเกณฑ์มาตรฐานสุขภาพ ในเดือนเมษายน พ.ศ.2559 (The secretariat of the house of representatives, 2016) และมีมติเสียงข้างมากรายงานต่อคณะรัฐมนตรีพิจารณาจัดเก็บภาษีสรรพสามิตในเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลเกินมาตรฐาน ได้แก่ กาแฟ น้ำอัดลม ชาเขียว นมเปรี้ยว นมถั่วเหลือง น้ำผลไม้ และเครื่องดื่มชูกำลัง เพื่อสร้างมาตรการทางภาษีให้เป็นมาตรการหนึ่งในการจัดการปัญหาสุขภาพด้านการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ โดยการจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลนั้นนอกจากจะช่วยให้เกิดกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคแล้ว ยังสามารถเพิ่มรายได้ของรัฐ เพื่อนำไปใช้ในสาธารณสุขประโยชน์ต่อไปได้อีกด้วย เช่นเดียวกับการศึกษากรณีศึกษาใน 13 ประเทศทั่วโลก (Hagenaars, Jeurissen & Klazinga, 2017)

ในบทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอผลลัพธ์จากมาตรการทางภาษีของสุรา และยาสูบที่เคยดำเนินการมาในประเทศไทย นำเสนอกรณีศึกษาการจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลในต่างประเทศ การวิพากษ์มาตรการจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลในประเทศไทย และนำเสนอบทสรุป ข้อเสนอแนะเพื่อนำมาตรการการจัดเก็บภาษีสุขภาพไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยคัดเลือกวรรณกรรมที่เป็นผลการศึกษาประเภทวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการทั้งในและต่างประเทศ เพื่อวิเคราะห์ผลที่เกิดจากมาตรการทางภาษี และทบทวนรายงาน กฎหมาย และนโยบายของประเทศไทย เพื่อวิพากษ์มาตรการที่รัฐดำเนินการ

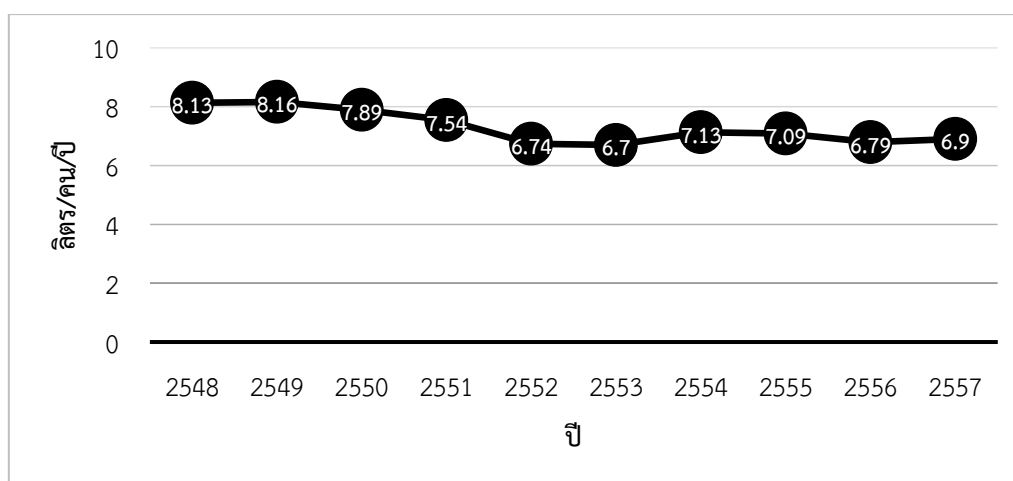
ผลลัพธ์จากการจัดเก็บภาษีสู่

ตามพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ.2560 ได้ระบุว่า สุรา (Liquor) คือ วัตถุทั้งหลายหรือของผสมที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งสามารถดื่มกินได้เช่นเดียวกับน้ำสุรา ซึ่งไม่รวมถึงเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี แบ่งเป็น 1) สุราแช่ เป็นสุราที่ไม่ได้กลั่นและสุราผสมที่มีแอลกอฮอล์ไม่เกิน 15 ดีกรี เช่น น้ำตาลเมา เบียร์ ไวน์ และ 2) สุรากลั่น เป็นสุราที่กลั่นแล้ว และสุราผสมที่มีแอลกอฮอล์เกินกว่า 15 ดีกรี เช่น สุราขาว สุราสี ซึ่งในพระราชบัญญัตินี้ได้กล่าวไว้หมวด 2 การเสียภาษี มาตรา 16 ว่า ให้ผู้ประกอบการเป็นผู้มีหน้าที่เสียภาษี ตามมูลค่าหรือตามปริมาณของสินค้า ไม่เกินอัตราที่ระบุไว้ในบัญชีพิภักดิ์อัตราภาษีสรรพสามิตท้ายพระราชบัญญัติ

ประกอบกับในปี พ.ศ.2544 พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ได้กำหนดให้จัดเก็บเงินบำรุงจากผู้มีหน้าที่เสียภาษีสุราในอัตราร้อยละ 2 ของภาษีสุรา และใน พ.ศ.2551 พระราชบัญญัติองค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะแห่งประเทศไทย ได้กำหนดให้เรียกเก็บเงินเพิ่มจากผู้มีหน้าที่เสียภาษีสุราในอัตราร้อยละ 1.5 ของภาษีสุรา ดังนั้นในปัจจุบันอัตรากำหนดไว้ให้สุราแช่ประเภทเบียร์ ไวน์และสปาร์กลิงไวน์ที่ทำจากองุ่น และสุราแช่ผลไม้ที่มีส่วนผสมขององุ่นหรือไวน์องุ่น เสียภาษีตามมูลค่าร้อยละ 30 หรือตามปริมาณหนึ่งลิตรแห่งแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ หน่วยละ 3,000 บาท ส่วนสุรากลั่นทุกชนิดและสุราแช่ชนิดอื่นๆ เสียภาษีตามมูลค่าร้อยละ 30 หรือตามปริมาณหนึ่งลิตรแห่งแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ หน่วยละ 1,000 บาท (Excise act B.E. 2560, 2017)

การวิเคราะห์ผลกระทบของการขึ้นภาษีสุรา (Paopongsakorn, Leelahanon & Laovakul, 2008) (Raksong, Meunthaisong & Sriwichai, 2017) พบว่า การขึ้นภาษีสุราเกือบทุกชนิดไม่ทำให้รายรับภาษีของรัฐบาลลดลง แต่จะมีผลต่อการดื่มสุราที่ลดลง โดยคำนวณว่าเมื่อราคาสุราเพิ่มร้อยละ 10 จะสามารถลดการดื่มสุราลงได้ประมาณร้อยละ 5 เนื่องจากสุราแต่ละชนิดเมื่อขึ้นราคาตามภาษีแล้ว สามารถบริโภคสุราชนิดอื่นแทนได้ จึงทำให้อัตราการดื่มสุราลดลงไม่มากนัก นอกจากนั้นการวิเคราะห์ผลกระทบของการขึ้นภาษีเบียร์ต่อพฤติกรรมการดื่มเบียร์ (Buaphan, 2010) พบว่า หลังรัฐบาลขึ้นภาษีเบียร์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าราคาที่สูงขึ้นไม่มีผลต่อการดื่มเบียร์และอาจหันไปดื่มสุราหรือไวน์แทน แต่เมื่อวิเคราะห์ปริมาณการดื่มเบียร์หลังขึ้นภาษีแล้ว พบว่า กลุ่มตัวอย่างดื่มเบียร์ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับค่าความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อสมการราคาเบียร์ ดังนั้นในเชิงนโยบาย การปรับอัตราภาษีสุราควรปรับอัตราในสุราทุกชนิดพร้อมๆ กัน เพื่อให้ราคาของสุราทุกชนิดสูงขึ้น ซึ่งจะช่วยลดการดื่มสุราลงได้ เช่นเดียวกับการศึกษา แต่ในปัจจุบันยังพบว่ายังมีความแตกต่างของอัตราภาษีของสุราแต่ละชนิดอยู่ โดยกลุ่มสุราแช่มีอัตราภาษีสูงสุด ส่วนสุรากลั่นมีอัตราภาษีต่ำสุด

เมื่อพิจารณาแนวโน้มการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ของประชากรไทยไม่เพิ่มขึ้น ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2548 ดังแผนภาพที่ 1 ในขณะที่รายงาน Global Status Report on Alcohol 2017 ขององค์การอนามัยโลกระบุว่า ประชากรโลกดื่มสุรามากขึ้น โดยเฉพาะประชากรในประเทศจีนและอินเดีย ซึ่งแสดงให้เห็นความสำเร็จของมาตรการต่างๆ เพื่อลดการดื่มสุราของประเทศไทย (Saengow, 2015)

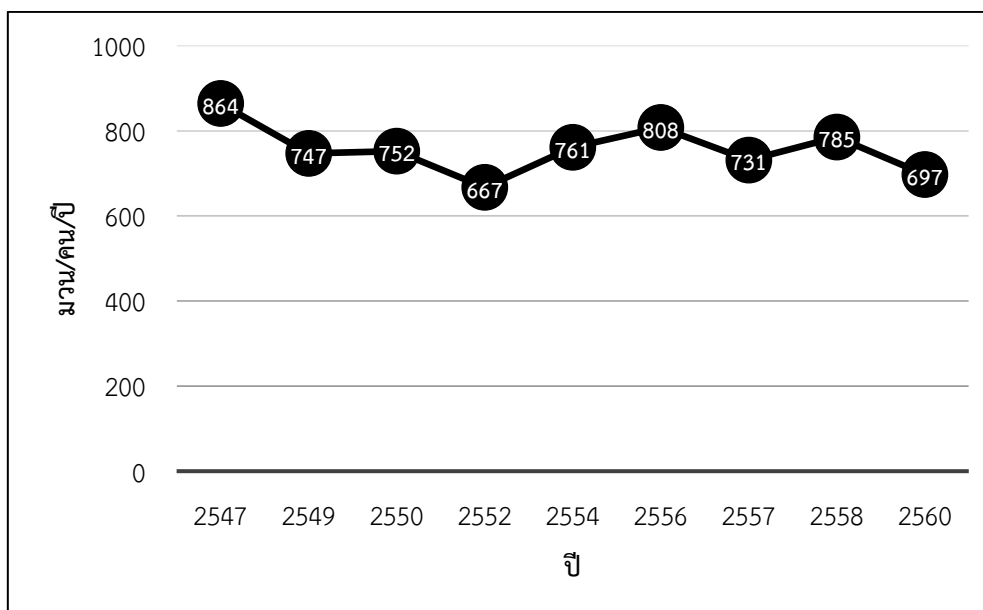


แผนภาพที่ 1 ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2548 – 2557 (Saengow, 2015)

ผลลัพธ์จากการจัดเก็บภาษียาสูบ

ตามพระราชพิธีสรรพสามิต พ.ศ.2560 ระบุว่า ยาสูบ คือ บุหรี่ซิการ์ บุหรี่อื่น ยาเส้น ยาเส้นปรุง ยาเคี้ยว และผลิตภัณฑ์อื่นที่บริโภคได้เช่นเดียวกับยาสูบ โดยกำหนดให้มีการเสียภาษีสรรพสามิตยาสูบซึ่งมีการปรับขึ้นอัตราภาษีอย่างต่อเนื่องกว่า 11 ครั้ง ตั้งแต่ พ.ศ.2535 จากอัตราภาษีร้อยละ 55 ของราคาขายปลีก เป็นร้อยละ 90 ของราคาขาย ณ โรงงานยาสูบ ดังนั้นในปัจจุบันภาษียาสูบทุกชนิด เก็บภาษีตามมูลค่าร้อยละ 90 ตามปริมาณ 5 บาทต่อปริมาณ 1 ซิน หรือ 1 อัน หรือ 1 กรัม (Excise act B.E. 2560, 2017) โดยในปี พ.ศ.2560 มีปริมาณบุหรี่ที่จำหน่าย จำนวน 1,951 ล้านซอง ลดลงจากจำนวน 2,004 ล้านซองในปี พ.ศ.2557 เนื่องจากหลังพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ.2560 ทำให้เปลี่ยนฐานการคำนวณภาษีและอัตราภาษี ซึ่งทำให้บุหรี่ยาสูบมีสัดส่วนภาษีเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนที่ร้อยละ 90 และทำให้กรมสรรพสามิตสามารถเก็บภาษียาสูบเพิ่มขึ้นจาก 60,831 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2557 เป็น 68,603 ล้านบาทในปี พ.ศ.2560 (Pitayarangsarit & Punkrajank, 2018) นอกจากนั้นพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.2544 ได้กำหนดให้จัดเก็บเงินบำรุงจากผู้มีหน้าที่เสียภาษียาสูบในอัตราร้อยละ 2 ของภาษียาสูบ และพระราชบัญญัติองค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2551 ได้กำหนดให้เรียกเก็บเงินเพิ่มจากผู้มีหน้าที่เสียภาษียาสูบในอัตราร้อยละ 1.5 ของภาษียาสูบ เพื่อนำรายได้จากภาษีมาใช้เป็นเงินบำรุงของสำนักงานกองทุนสนับสนุนและสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในประเทศ และเป็นเงินทุนสำหรับสื่อสาธารณะขององค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะแห่งประเทศไทย (TPBS)

การวิเคราะห์ผลกระทบของการขึ้นภาษีสรรพสามิตยาสูบต่อพฤติกรรมการบริโภคยาสูบ (Kengganpanich, Benjakul, Kengganpanich & Lattanand, 2015) พบว่า หลังขึ้นภาษียาสูบนาน 1 เดือน ทำให้ผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 2 ด้วยเหตุผลของการขึ้นภาษี ร้อยละ 12.5 นอกจากนั้นยังพบว่ามีผู้สูบบุหรี่กว่าร้อยละ 14.1 ที่เลิกสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง และผู้สูบบุหรี่ทุกวันลดลงจากร้อยละ 87.5 เป็นร้อยละ 66.9 แต่การศึกษาผลกระทบของการขึ้นภาษีบุหรี่ต่ออุปสงค์ยาเส้น (Charoenphandhu, 2009) พบว่าอัตราภาษีสรรพสามิตบุหรี่ยาสูบ ทำให้ราคาบุหรี่ยาสูบปรับตัวสูงขึ้น แต่ยาเส้นมีราคาใกล้เคียงกับราคาเดิม จึงทำให้ผู้บริโภคมีแนวโน้มที่จะบริโภคยาเส้นเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้ได้รับความพอใจของการสูบในระดับเดิม แต่บริโภคบุหรี่ยาสูบเท่าเดิมหรือลดลง ดังแผนภาพที่ 2 แสดงให้เห็นว่าการขึ้นอัตราภาษีบุหรี่ยาสูบเพียงอย่างเดียว ไม่เพียงพอต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างชัดเจน รัฐบาลจึงควรมีมาตรการต่างๆ ที่เพิ่มมากขึ้น รวมถึงมีการกำหนดอัตราภาษีสรรพสามิตยาสูบทุกชนิดในอัตราที่สูงขึ้นพร้อมๆ กัน (Charoenphandhu, 2009) โดยมีการศึกษาแนวทางในการควบคุมยาสูบพื้นที่กรุงเทพมหานคร (Siriwanarangsun & Siriwanarangsun, 2017) พบว่านอกจากมาตรการจัดเก็บภาษียาสูบที่จำเป็นต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องแล้ว ยังต้องมีการบูรณาการการควบคุมยาสูบกับสุรา ดำเนินกิจกรรมที่บ้าน ชุมชน และโรงเรียน ตลอดจนสร้างมาตรการควบคุมการค้ายาสูบชนิดแบ่งจำหน่าย เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนมาตรการอย่างเป็นระบบ



แผนภาพที่ 2 ปริมาณบุหรี่ที่เสียภาษีต่อปีต่อประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2547 – 2560 (Pitayarangsarit & Punkrajank, 2018)

มีการศึกษาอัตราภาษีสำหรับบุหรี่ที่เสียภาษีตามกฎของแรมซีย์ (Ramsey's rule) เพื่อให้เกิดอุปสงค์ต่อบุหรี่ที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย จากสมมติฐานที่ตั้งว่าอัตราภาษีที่เหมาะสม คือ อัตราภาษีที่ทำให้เกิดภาระภาษีส่วนเกินน้อยที่สุด ผลการศึกษาพบว่า อัตราภาษีบุหรี่ที่เสียภาษีควรอยู่ที่ร้อยละ 26.19 ซึ่งต่ำกว่าอัตราภาษีบุหรี่ที่เสียภาษีในปัจจุบัน (Silakod, Pattanarangsun, Somboonsup & Wanaset, 2018) แต่ทั้งนี้การศึกษาดังกล่าวยังไม่ได้พิจารณาปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่เกี่ยวข้อง อาทิ อัตราเงินเฟ้อ ภาษีมูลค่าเพิ่ม ต้นทุนผลกระทบภายนอกที่เกิดจากประชาชนในสังคมได้รับผลกระทบจากผู้สูบบุหรี่ ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เกิดโรคจากการสูบบุหรี่ ฯลฯ ซึ่งมีส่วนที่ทำให้จำเป็นต้องมีการจัดเก็บอัตราภาษีในพิกัดที่สูงขึ้นกว่าการคำนวณ

มาตรการจัดเก็บเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล

ในต่างประเทศ ทั้งประเทศที่มีรายได้สูง อาทิ สหรัฐอเมริกา เม็กซิโก และประเทศในแถบสแกนดิเนเวีย รวมถึงประเทศที่มีรายได้ปานกลางและต่ำอื่นๆ ได้มีมาตรการทางภาษีในการควบคุมเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเพื่อป้องกันโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ อาทิเช่น ในแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา มีการเก็บภาษีเครื่องดื่มที่มีรสหวานในอัตรา 0.01 ดอลลาร์สหรัฐต่อออนซ์ตั้งแต่ ค.ศ.2015 และพบว่าทำให้เกิดการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลลดลงถึงร้อยละ 21 (Falbe, Thompson, Becker, Rojas, McCulloch & Madsen, 2016) ประเทศเม็กซิโกจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลทุกชนิดตั้งแต่ ค.ศ.2014 ในอัตรา 1 เปโซต่อลิตร หรือ 0.020 ดอลลาร์สหรัฐต่อลิตร ซึ่งทำให้อัตราการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลลดลงร้อยละ 17.2 ภายใน 1 ปี (Colchero, Rivera-Dommarco, Popkin & Ng, 2017) ในประเทศฝรั่งเศส มีการเก็บภาษีสรรพสามิตเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสำเร็จรูปทุกชนิดที่เติมน้ำตาล หรือสารให้ความหวานแทนน้ำตาล ในอัตรา 0.073 ยูโรต่อลิตร หรือ 0.083 ดอลลาร์สหรัฐต่อลิตร ซึ่งทำให้อัตราการบริโภคเครื่องดื่มดังกล่าวลดลงร้อยละ 3.3 นอกจากนั้นในประเทศอื่นๆ อาทิ เดนมาร์ก ฟินแลนด์ ฟิจิ แอฟริกาใต้ ซามัว นาอูรู ล้วนมีการจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล และทำให้ประชาชนบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลลดลงร้อยละ 6 - 21 โดยให้เหตุผลว่าเครื่องดื่มมีราคาแพงขึ้น และมีผลกระทบต่อทางเลือกบริโภคเครื่องดื่มประเภทต่างๆ (Hagenaars, Jeurissen & Klazinga, 2017) ซึ่งมีการเสนอแนวทางการกำหนด นโยบายการจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล

ไว้ 7 ประเด็น คือ 1) เน้นที่การต่อต้านปัจจัยภายในและภายนอกที่ส่งผลต่ออุปสงค์การบริโภค 2) มุ่งเป้าหมายเพื่อลดการบริโภคในประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ 3) คัดอัตราภาษีด้วยปริมาณน้ำตาลไม่ใช่ปริมาณของเหลว เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนหันไปบริโภคเครื่องดื่มน้ำตาลต่ำทดแทน 4) ต้องกำหนดอัตราภาษีให้ครอบคลุมถึงน้ำตาลและเครื่องดื่มที่ใส่สารให้ความหวานแทนน้ำตาล ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพเช่นเดียวกับเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลอื่นๆ 5) เมื่อต้องประเมินผลของมาตรการควรคำนึงถึงประโยชน์ที่ประชาชนที่ได้รับมากกว่ารายได้ของรัฐจากภาษีที่จัดเก็บได้ 6) จำเป็นต้องดำเนินการทั่วประเทศพร้อมๆ กัน และ 7) หากการจัดเก็บภาษีดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ อาจทำให้รายได้ของรัฐเพียงพอต่อต้นทุนการดูแลรักษาโรคที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มเหล่านั้น (Allcott, Lockwood & Taubinsky, 2019)

สำหรับประเทศไทย เดิมได้จัดเก็บภาษีสรรพสามิตเครื่องดื่ม ตามพระราชบัญญัติพิกัดอัตราภาษีสรรพสามิต พ.ศ.2527 แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1. น้ำแร่เทียม โซดา และน้ำอัดลมที่ไม่เติมน้ำตาล และไม่ปรุงกลั่นรส เก็บภาษีตามมูลค่าร้อยละ 25 หรือตามปริมาณ 0.77 บาทต่อ 440 ลูกบาศก์เซนติเมตร
2. น้ำแร่ และน้ำอัดลมที่เติมน้ำตาล หรือสารให้ความหวานอื่นๆ หรือปรุงกลั่นรส เก็บภาษีตามมูลค่าร้อยละ 20 หรือตามปริมาณ 0.45 บาท ต่อ 440 ลูกบาศก์เซนติเมตร
3. น้ำผลไม้ และน้ำพืชผักที่ไม่ได้หมักและไม่เติมน้ำตาล เก็บภาษีตามมูลค่าร้อยละ 20 หรือตามปริมาณ 0.45 บาท ต่อ 440 ลูกบาศก์เซนติเมตร

จากผลลัพธ์ของการจัดเก็บภาษีสรรพสามิตสุรา และยาสูบ ซึ่งพบว่าเมื่อมีการขึ้นอัตราภาษีแล้ว ทำให้ประชาชนไม่บริโภคสุราและยาสูบเพิ่มขึ้น คณะกรรมการการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงการคลัง กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงมหาดไทย และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จึงขับเคลื่อนนโยบายการจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล ซึ่งประกาศโดยกระทรวงการคลัง เป็นกฎกระทรวง กำหนดพิกัดอัตราภาษีสรรพสามิต พ.ศ.2560 โดยอัตราภาษีสรรพสามิตเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล ประกอบด้วย น้ำแร่ น้ำอัดลมที่เติมน้ำตาล หรือสารที่ทำให้หวานอื่นๆ หรือที่ปรุงกลั่นรส น้ำผลไม้ น้ำพืชผักที่ไม่ได้หมักหรือไม่เติมน้ำตาล และเครื่องดื่มอื่นๆ ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อัตราภาษีสรรพสามิตเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล

ปริมาณน้ำตาล (กรัมต่อ 100 มิลลิลิตร)	อัตราภาษีสรรพสามิต (บาทต่อลิตร)			
	16 กันยายน 2560 ถึง 30 กันยายน 2562	1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2564	1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2566	ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2566 เป็นต้นไป
น้อยกว่า 6	ยกเว้น การเก็บภาษี	ยกเว้น การเก็บภาษี	ยกเว้น การเก็บภาษี	ยกเว้น การเก็บภาษี
6 – 7.99	0.10	0.10	0.10	1.00
8 – 9.99	0.30	0.30	1.00	3.00
10 – 13.99	0.50	0.50	3.00	5.00
14 – 18	1.00	3.00	5.00	5.00
มากกว่า 18	1.00	5.00	5.00	5.00

ที่มา : Ministerial regulation imposes excise tariff rate B.E.2560, 2017

บทวิพากษ์การจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลในประเทศไทย

การจัดเก็บภาษีทั้งสุรา ยาสูบ และเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล เป็นมาตรการทางภาษีในประเด็นภาษีบาป (Sin tax) ซึ่งเป็นการจัดเก็บภาษีสินค้าที่รัฐไม่สนับสนุนให้มีการบริโภค เนื่องจากเป็นสินค้าที่ไม่มีคุณ (Demerit goods) และรัฐมีความตั้งใจที่จะทำให้ประชาชนลด หรือเลิกการบริโภคสินค้าเหล่านั้น เพื่อลดผลกระทบภายนอกที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆ (Negative externality) เนื่องจากการบริโภคสุรา นอกจากจะเป็นอันตรายกับผู้บริโภคในระยะยาวที่ส่งผลต่อการเป็นโรคตับอักเสบ (Hepatitis) มะเร็งตับ (Liver cancer) และตับแข็ง (Cirrhosis) แล้ว ยังอาจส่งผลกระทบต่อประชาชนอื่นในชุมชน หากผู้ดื่มสุราขับชี่ยานพาหนะ ซึ่งมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้สูง นอกจากนั้นการสูบบุหรี่ที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูดโดยตรง ในการเพิ่มโอกาสการเป็นโรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema) หลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease) และมะเร็งปอด (Lungs cancer) แล้ว หากมีผู้คนใกล้ชิดของผู้สูดได้รับควันบุหรี่ (Second hand smoker) ก็ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเช่นเดียวกับผู้สูดด้วย รวมไปถึงการดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลที่ส่งผลต่อการเพิ่มโอกาสการเป็นโรคอ้วน (Obesity) และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ อาทิ เบาหวาน (Diabetes mellitus) ความดันโลหิตสูง (Hypertension) ล้วนส่งผลให้เป็นการเพิ่มภาระของหน่วยงานสาธารณสุขทั้งภาครัฐ และเอกชน ที่ต้องระดมทรัพยากรเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพไม่พึงประสงค์เหล่านี้ด้วย รัฐจึงต้องดำเนินการทางภาษีเพื่อมุ่งเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้บริโภคสินค้าที่ไม่มีคุณ รวมทั้งทำให้รัฐมีรายได้เพิ่มจากภาษีเหล่านี้ ซึ่งสามารถนำไปใช้เพื่อการรณรงค์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน โดยกำหนดให้วงเงินส่วนหนึ่งใช้สำหรับกองทุนสนับสนุนและสร้างเสริมสุขภาพ กับองค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะแห่งประเทศไทย นอกจากนั้นเงินภาษีเหล่านี้ยังเป็นทุนในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เกิดจากการบริโภคสินค้าเหล่านี้ต่อไปอีกด้วย

อย่างไรก็ตาม การจัดเก็บภาษีสุรา และยาสูบในอดีต พบว่า มีการลดการบริโภคของสินค้าเหล่านี้จริง แต่มีประชาชนส่วนหนึ่งที่หันไปบริโภคสินค้าในลักษณะที่ใกล้เคียงกันแทน (Cross-substitution) อาทิ เมื่อภาษีเบียร์เพิ่มสูงขึ้น ประชาชนจึงหันไปบริโภคสุราหรือไวน์แทน หรือเมื่อภาษีบุหรี่ขึ้นราคาเพิ่มขึ้น ทำให้ประชาชนหันไปบริโภคยาเส้นมวนเองแทน จึงทำให้มาตรการทางภาษีเหล่านี้ไม่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้บริโภคอย่างแท้จริง รวมทั้งจำเป็นต้องมีการพิจารณาถึงความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคา (Elasticity of demand) ที่ส่งผลต่อการเลือกบริโภคของประชาชนด้วย กล่าวคือ เมื่อผู้บริโภคมีความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคาสูง รัฐสามารถใช้มาตรการทางภาษีเพียงเล็กน้อยเพื่อลดการบริโภคสินค้าลงได้มาก แต่ในทางตรงกันข้าม หากประชาชนมีความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคาต่ำ ทำให้รัฐต้องเพิ่มอัตราภาษีที่สูงมาก เพื่อให้พฤติกรรมผู้บริโภคสินค้าเหล่านั้นลดลง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ผลิตและผู้บริโภค

สำหรับการจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลในประเทศไทย ตามกฎกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการกำหนดพิภพอัตราภาษีสรรพสามิต พ.ศ.2560 ที่มีการกำหนดอัตราภาษีสำหรับน้ำแร่ น้ำอัดลมที่เติมน้ำตาลหรือสารที่ทำให้หวานอื่นๆ หรือที่ปรุงกลั่นรส น้ำผลไม้ น้ำพืชผักที่ไม่ได้หมักหรือไม่เติมน้ำตาล และเครื่องดื่มอื่นๆ ซึ่งครอบคลุมเครื่องดื่มสำเร็จรูปทุกชนิดที่มีส่วนผสมของน้ำตาล ทำให้การขึ้นอัตราภาษีมีผลต่อราคาเครื่องดื่มสำเร็จรูปที่มีน้ำตาลทุกชนิด ช่วยลดโอกาสการบริโภคสินค้าสำเร็จรูปในลักษณะที่ใกล้เคียงกันทดแทน กล่าวคือ เมื่อมีการขึ้นภาษีน้ำอัดลมที่เติมน้ำตาล ประชาชนไม่สามารถหันไปบริโภคเครื่องดื่มสำเร็จรูปที่เติมน้ำตาลอื่นๆ เพื่อลดภาระด้านภาษีได้ เนื่องจากมีอัตราภาษีในลักษณะเดียวกัน ซึ่งส่งผลทำให้หากประชาชนต้องการลดภาระด้านภาษี จำเป็นต้องเลือกบริโภคเครื่องดื่มที่ไม่มีน้ำตาล หรือมีน้ำตาลน้อยกว่า 6 กรัมต่อ 100 มิลลิลิตรซึ่งได้รับการยกเว้นการจัดเก็บภาษี แต่อย่างไรก็ตามอาจมีผู้บริโภคบางส่วนหันไปดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลที่ไม่ใช่ผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป ซึ่งไม่ต้องแจ้งการเสียภาษีอย่างชัดเจน อาทิ เครื่องดื่มชงที่ร้านกาแฟ ร้านอาหาร หรือร้านค้าทั่วไป ดังนั้นมาตรการทางภาษีของเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลนี้จึงอาจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้บริโภคของประชาชนได้ไม่เต็มที่นัก

เมื่อพิจารณาความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคา พบว่าตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2566 ที่จะมีการจัดเก็บภาษี เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเติมอัตรา โดยเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล 6 – 7.99 กรัมต่อ 100 มิลลิลิตร ต้องเสียภาษี 1 บาทต่อลิตร เครื่องดื่มที่มีน้ำตาล 8 – 9.99 กรัมต่อ 100 มิลลิลิตร ต้องเสียภาษี 3 บาทต่อลิตร และเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลตั้งแต่ 10 กรัมต่อ 100 มิลลิลิตรขึ้นไป ต้องเสียภาษี 5 บาทต่อลิตร ยกตัวอย่างผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มสำเร็จรูปผสมน้ำตาลที่ต้อง เสียภาษีในตารางที่ 2 ซึ่งพบว่า ความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคาอาจสูงไม่พอในสินค้าทุกประเภท ที่จะส่งผลทำให้ ผู้บริโภคลดการบริโภคเครื่องดื่มเหล่านี้ลง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่รัฐต้องมีการคำนวณอัตราภาษีที่เหมาะสม (Ramsey tax) เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้บริโภคตามที่รัฐต้องการ รวมทั้งไม่เกิดการจัดเก็บภาษีใน อัตราที่สูงเกินไป จนส่งผลกระทบอย่างสูงถึงทั้งผู้ผลิตและผู้บริโภค ซึ่งในการประชุมผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดเก็บภาษี อาหาร โดย WHO เมื่อปี ค.ศ.2015 ได้ระบุว่า การจัดเก็บภาษีที่ได้ผลเชิงสุขภาพ ควรทำให้ราคาขายปลีกของสินค้า เพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 20 (Thow, 2015) นอกจากนั้นรัฐจำเป็นต้องศึกษาเชิงลึกถึงลักษณะการบริโภคสินค้าแต่ละ ประเภท เพื่อสร้างมาตรการทางภาษีที่เหมาะสมกับพฤติกรรมของประชาชน

เมื่อพิจารณาผลกระทบถึงผู้ผลิตพบว่า กระทรวงการคลังได้ออกกำหนดพิกัดอัตราภาษีเป็นช่วงเวลา คือ ระยะที่ 1) 16 กันยายน พ.ศ.2560 – 30 กันยายน พ.ศ.2562 ระยะที่ 2) 1 ตุลาคม พ.ศ.2562 – 30 กันยายน พ.ศ. 2564 ระยะที่ 3) 1 ตุลาคม พ.ศ.2564 – 30 กันยายน พ.ศ.2566 และระยะที่ 4) ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2566 เป็นต้น ไป รวมระยะเวลากว่า 6 ปี เพื่อให้ผู้ผลิตสามารถปรับปรุงสูตรผลิตภัณฑ์ให้มีความเหมาะสมกับอุปสงค์ รวมทั้งทำ ให้ราคาของสินค้าอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมไม่กระทบต่อผู้บริโภค ซึ่งทำให้ไม่เป็นการบีบบังคับกับผู้ผลิตจนเกินไป และ ทำให้เกิดการปรับปรุงสูตรผลิตภัณฑ์จนผู้บริโภคเคยชินกับรสชาติเครื่องดื่มที่มีปริมาณน้ำตาลลดลง นอกจากนั้น เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเป็นผลิตภัณฑ์ที่ไม่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต จึงอาจส่งผลเพียงเล็กน้อยต่อภาวะเศรษฐกิจ ของ ประชาชนและภาพรวมของประเทศ และเมื่อพิจารณาถึงรายได้ของรัฐ สำนักแผนภาษีวิเคราะห์พบว่า เมื่อมีการขึ้น พิกัดอัตราภาษีเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลในระยะที่ 1 แล้ว จะทำให้กรมสรรพสามิตเก็บภาษีได้เพิ่มจาก 18,000 ล้านบาทต่อ ปี เป็น 22,000 ล้านบาทต่อปี หรือเพิ่มขึ้น 4,000 ล้านบาทต่อปี (Utensute, 2019) แต่หากมีการเพิ่มอัตราภาษี เพื่อให้ราคาขายปลีกเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 ตามข้อเสนอของ WHO จะทำให้รัฐมีรายได้เพิ่มขึ้นถึง 10,000 ล้านบาทต่อปี (The secretariat of the house of representatives, 2016) รวมทั้งหากลดพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มที่มี น้ำตาลจนมีผลทำให้ประชาชนเจ็บป่วยจากโรคที่เกิดจากพฤติกรรมบริโภคลดลงได้ จะทำให้รัฐลดค่าใช้จ่ายในการ ดูแลรักษาผู้ป่วยได้อีกทางหนึ่งด้วย

ตารางที่ 2 ปริมาณน้ำตาล อัตราภาษี และราคาคาดการณ์เมื่อรวมภาษีเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ตามชนิดของผลิตภัณฑ์

ตัวอย่าง ชนิด ผลิตภัณฑ์	ขนาดบรรจุ (มิลลิลิตร) / ชนิดหน่วย บรรจุ	ปริมาณ น้ำตาลต่อ 1 หน่วย บรรจุ (กรัม)	ปริมาณ น้ำตาลต่อ 100 มิลลิลิตร (กรัม)	อัตรา ภาษี สรรพ สามิต (บาทต่อ ลิตร)	อัตราภาษี สรรพ สามิต (บาทต่อ 1 หน่วย บรรจุ)	ราคา ปัจจุบัน ต่อ 1 หน่วย บรรจุ (บาท)	ราคา คาดการณ์ เมื่อรวมภาษี ต่อ 1 หน่วยบรรจุ (บาท)	ร้อยละ การ เปลี่ยน แปลง ราคา
น้ำผักผลไม้ รวม 100%	200 / กล่อง	17	8.50	3	0.60	18	18.60	3.33
น้ำอัดลม สีดำ	325 / กระป๋อง	31	9.54	3	0.98	15	15.98	6.53
กาแฟ สำเร็จรูป	180 / กระป๋อง	19	10.55	5	0.90	15	15.90	6.00
น้ำชาเขียว ญี่ปุ่น	380 / ขวด	44	11.58	5	1.90	20	21.90	9.50
เครื่องดื่ม ชูกำลัง	150 / ขวด	21	14.00	5	0.75	10	10.75	7.50

บทสรุปและข้อเสนอแนะการนำมาตรการทางภาษีเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลไปปฏิบัติ

ผลลัพธ์จากมาตรการทางภาษีของสุราและยาสูบที่ดำเนินการมาในประเทศไทย ทำให้พฤติกรรมการบริโภคสุราไม่เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับอัตราการเพิ่มขึ้นของการบริโภคสุราในประเทศอื่นๆ และทำให้พฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลลดลงอย่างชัดเจน แต่ทั้งนี้พบว่า มาตรการทางภาษีของไทยที่ขึ้นภาษีสุราและยาสูบประเภทต่างๆ ในอัตราที่แตกต่างกัน ทำให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายยังสามารถหาผลิตภัณฑ์ทดแทนอื่นๆ มาบริโภคได้ ทำให้อัตราการลดลงของการบริโภคสุราและยาสูบไม่ลดลงตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ นับเป็นบทเรียนที่สำคัญของมาตรการทางภาษีเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล เนื่องจากเครื่องดื่มมีหลายประเภท โดยเฉพาะเครื่องดื่มที่ไม่ใช่ชนิดสำเร็จรูป ซึ่งมาตรการทางภาษียังไม่ครอบคลุมถึง ทำให้มีโอกาสที่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายจะเลือกบริโภคเครื่องดื่มชงทดแทนเครื่องดื่มสำเร็จรูป และทำให้อัตราการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลไม่ลดลงเท่าที่ควร แต่อย่างไรก็ตามการจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลในต่างประเทศ ทำให้ประชาชนบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลลดลงร้อยละ 26 – 32 โดยมีเหตุผลว่าราคาของเครื่องดื่มแพงเกินไป และทำให้มีการระต่อค่าใช้จ่ายครัวเรือน ซึ่งถือเป็นกรณีตัวอย่างที่ดีที่สามารถนำมาประยุกต์ให้เกิดความเหมาะสมกับการปรับราคาเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลในประเทศไทย

การกำหนดเพิกัดอัตราภาษีสรรพสามิตเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลในประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างมาตรการทางภาษีให้เป็นส่วนหนึ่งในการจัดการปัญหาสุขภาพด้านการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ โดยมุ่งหวังให้ประชาชนลดการบริโภคเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาล อันเป็นสาเหตุของการเกิดโรคอ้วน และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ อาทิ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง โดยกำหนดให้เริ่มจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลตั้งแต่ 16 กันยายน พ.ศ. 2561 เป็นต้นไป และมีการแบ่งช่วงเวลาการจัดเก็บภาษีเป็น 4 ระยะ เพื่อให้ผู้ผลิตปรับสูตรเครื่องดื่มให้เหมาะสมกับอัตราภาษี และทำให้ประชาชนเคยชินกับรสชาติของเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาลลดลง แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาราคาคาดการณ์เครื่องดื่มเมื่อ 1 ตุลาคม พ.ศ.2566 ซึ่งเป็นช่วงที่กำหนดให้ใช้อัตราภาษีเต็มพิกัดแล้ว พบว่า เครื่องดื่มแต่ละชนิดมีการเปลี่ยนแปลงราคาระหว่างร้อยละ 3.33 – 9.50 ซึ่งต่ำกว่าข้อเสนอของ WHO ที่ระบุว่า การจัดเก็บภาษีที่ได้ผลเชิงสุขภาพควรทำให้ราคาขายปลีกของสินค้าเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 20 ดังนั้นอาจพิจารณาได้ว่าความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคาอาจสูงไม่พอในสินค้าที่จะส่งผลทำให้ผู้บริโภคลดการบริโภคเครื่องดื่มเหล่านี้ลง ซึ่งทำให้

เป้าประสงค์ของนโยบายการขึ้นพิกัดอัตราภาษีเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องจากประชาชนยังไม่รู้สึกถึงภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นของการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล ดังนั้น รัฐจึงควรกำหนดอัตราภาษีที่สูงมากพอตามข้อเสนอของ WHO เพื่อให้เกิดภาระทางภาษีที่เหมาะสมกับพฤติกรรมการบริโภค แต่ทั้งนี้เมื่อพิจารณารายได้ของรัฐแล้วพบว่า หลังมีมาตรการทางภาษีแล้วคาดการณ์ว่ากรมสรรพสามิตอาจเก็บภาษีได้เพิ่มขึ้นถึง 4,000 ล้านบาทต่อปี ซึ่งรัฐสามารถนำรายได้ที่เพิ่มขึ้นเหล่านี้ไปใช้ในกิจกรรมสาธารณะทั้งด้านสุขภาพโดยตรง และกิจกรรมโดยอ้อมอื่นๆ ได้ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การดูแลรักษาโรคของประชาชน ตลอดจนการสนับสนุนให้ชุมชนร่วมดำเนินการควบคุมการบริโภคสินค้าที่มีผลต่อสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. กระทรวงสาธารณสุขควรประสานความร่วมมือกับกระทรวงการคลัง และกระทรวงพาณิชย์ ในการศึกษาโครงสร้างของภาษีเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลที่เหมาะสมของเครื่องดื่มทุกชนิด ทั้งเครื่องดื่มสำเร็จ และเครื่องดื่มขง รวมถึงผลิตภัณฑ์อาหารที่มีส่วนประกอบของน้ำตาลเกินเกณฑ์มาตรฐานสุขภาพ เพื่อให้มีผลต่อการปรับราคาที่เหมาะสมและลดปริมาณการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูงอย่างชัดเจน รวมทั้งเกิดอัตราภาษีที่เหมาะสมที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคของประชาชนได้
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ควรจัดสรรงบประมาณเพื่อการประชาสัมพันธ์ รณรงค์ และสื่อสารสังคมเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และส่งเสริมความตระหนักในการบริโภคผลิตภัณฑ์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อส่งเสริมปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ (Social determinants of health)
3. หน่วยงานด้านการวิจัย และประเมินผล ทั้งกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการคลัง กระทรวงพาณิชย์ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ ควรสนับสนุนให้มีการติดตามผลลัพธ์ที่เกิดจากการปรับอัตราภาษีเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล รวมทั้งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนหลังการมีมาตรการทางภาษี เพื่อเป็นการยืนยันถึงผลเชิงบวกจากมาตรการฯ ในทางตรงกันข้ามหากมาตรการฯ ไม่ประสบความสำเร็จอาจมีความจำเป็นต้องปรับปรุงมาตรการทางภาษีเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามที่รัฐตั้งเป้าหมายไว้ต่อไป

References

- Allcott, H., Lockwood, B. B., & Taubinsky, D. (2019). Should we tax sugar-sweetened beverages? An overview of theory and evidence. *Journal of Economic Perspectives*. 33(3) : 202–227.
- Blecher, E. (2015). Taxes on tobacco, alcohol and sugar sweetened beverages: Linkage and lessons learned. *Social Science & Medicine*, 136-137(2015) : 175-179.
- Buaphan, S. (2010). Impact of beer excise tax increases on beer consumption behavior. (Research report for the degree of Master of Economics). Thammasat University, Faculty of Economics. (In Thai)
- Charoenphandhu, N. (2009). Impact of a cigarette tax increase on the demand for hand-rolled tobacco products. (A thesis for the degree of Master of Economics). Chulalongkorn University, Faculty of Economics. (in Thai)
- Colchero, M. A., Rivera-Dommarco, J., Popkin, B. M., & Ng, S. W. (2017). In Mexico, Evidence of sustained consumer response two years after implementing a sugar-sweetened beverage tax. *Health Affairs*. 36(3) : 564–571.
- Escobar, M. C., Veerman, J. L., Tollman, S. M., Bertram, M. Y. & Hofman, K. (2013). Evidence that tax on sugar sweetened beverages reduces the obesity rate: a meta-analysis. *BMC Public Health* : 13:1072.
- Excise act B.E. 2560. (March 20, 2017). Government Gazette. Book 134 Part 32 : 1-47. (in Thai)
- Excise rate act B.E. 2527. (December 28, 1984). Government Gazette. Book 101 Part 196 : 1-7. (in Thai)
- Falbe, J., Thompson, H., Becker, C., Rojas, N., McCulloch, C. & Madsen, K. (2016). Impact of the Berkeley excise tax on sugar-sweetened beverage consumption. *American Journal of Public Health*. 106(10) : 1865-1871.
- Hagenaars, L. L., Jeurissen, P. P. T., & Klazinga, N. S. (2017). The taxation of unhealthy energy-dense foods (EDFs) and sugar-sweetened beverages (SSBs): An overview of patterns observed in the policy content and policy context of 13 case studies. *Health Policy*, 121(8), 887–894.
- Health promotion fund act B.E. 2544. (November 7, 2001). Government Gazette. Book 118 Part 102 : 6-18. (in Thai)
- Kengganpanich, M., Benjakul, S., Kengganpanich, T. & Lattanand, K. (2015). Impact of tobacco tax increase in 2012 on tobacco consumption behavior among current tobacco users. *Journal of Boromarajonani collage of nursing, Bangkok*. 31(3) : 1-12. (in Thai)
- Ministerial regulation imposes excise rate B.E. 2560. (September 16, 2017). Government Gazette. Book 134 Part 95 : 111-112. (in Thai)
- Pitayarangsarit, S. & Punkrajank, P. (2018). 2018 Tobacco consumption statistics report of Thailand. Bangkok : Charoendi Mankhongkanphim. (in Thai)
- Paopongsakorn, N., Leelahanon, S. & Laovakul, L. (2008). Project to analyze effects of alcohol tax increases and alcohol consumption control act. Economic research and training center, Faculty of Economics, Thammasat University. (in Thai)

- Raksong, S., Meunthaisong, K. & Sriwichai, B. (2017). Effects of alcohol excise tax on alcohol consumption in Thailand. University of the Thai chamber of commerce journal, 37(2) : 74-88. (in Thai)
- Saengow, U. (2015). Statistics showing alcohol consumption trends of Thai population (Online). Available: <http://cas.or.th/information/statistics> (April 10, 2019). (in Thai)
- Silakod, J., Pattanarangsun, P., Somboonsup, S. & Wanaset, A. (2018). The optimal cigarette excise tax rate in Thailand. Sukhothai Thammathirat Open University Journal, 31(1) : 108-125. (in Thai)
- Siriwanarangsun, S. & Siriwanarangsun, P. (2017). Tobacco products control and non-smokes health protection: A case study in Bangkok area, B.E.2560. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand. 8(2) : 173-181. (in Thai)
- Smith, A. (1776). An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations. The Modern Library, New York.
- Thai public broadcasting service act B.E. 2551. (January 14, 2008). Government Gazette. Book 125 Part 8 : 45-69. (in Thai)
- The secretariat of the house of representatives. (2016). Report of the national reform commission on public health and environment, the national reform movement council on "Prevention and control of food and nutrition health risk factors, on the issue of collecting taxes on sugar-sweetened beverages that exceeds the health standard ". Bangkok : Office of the Commissioner 3. (in Thai)
- The secretariat of the house of representatives. (2016). Soft drink tax: healthy people, the state has more income (Online). Available: <http://www.parliament.go.th/library> (April 12, 2019). (in Thai)
- Thow, M. A. (May 5-6, 2015). Fiscal policy options with potential for improving diets, for the prevention of non-communicable diseases. Speech presentation at WHO technical meeting on fiscal policies on diet in Geneva, Switzerland
- Utensute, N. (2019). Department of Excise reveals hot-selling soft drinks – sweetness tax increases new round on October 1 (Online). Available: <https://www.prachachat.net/economy/news-300388> (March 12, 2019). (in Thai)

ผลการสำรวจความตระหนักรู้ของประชาชนเรื่องโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่เสี่ยง จังหวัดตรัง พัทลุง สงขลา

Report on Awareness of Rabies in Pattalung, Trang and Songkhla Provinces

หทัยทิพย์ จูทอง, วาสนา ยกสกุล
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา

Hataitip Juthong, Wasana yoksakool
Office of Disease Prevention and Control 12, Songkhla

บทนำ

โรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคไวรัสที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน ทั่วโลกมีจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคนี้สูงถึง 60,000 รายต่อปี คิดเป็นความสูญเสียทางสุขภาพ (disability-adjusted life year, DALY) 3.7 ล้านเหรียญสหรัฐ และมีความสูญเสียทางเศรษฐกิจ 8.6 พันล้านเหรียญสหรัฐ ความร่วมมือในการป้องกันควบคุมโรคระหว่างภาคสาธารณสุข ปศุสัตว์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น การเพิ่มความรู้และความตระหนักรู้ต่อโรคของประชาชน การเฝ้าระวังโรคทั้งในคนและสัตว์ การเพิ่มพูนองค์ความรู้ด้านการป้องกันโรคแก่บุคลากรทางสาธารณสุข และการฉีดวัคซีนป้องกันโรคในสัตว์ให้ครอบคลุมมากกว่าร้อยละ 80 นอกจากนี้ควรให้ข้อมูลแก่ประชาชนควรในการเฝ้าระวังโรคและแจ้งเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ ใน 10 กว่าปีที่ผ่านมามีจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง จาก 370 ราย ในปี 2523 เหลือน้อยกว่า 10 ราย ในระยะปี 2554-2557 ในปี 2558 พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าจำนวน 6 ราย โดยผู้เสียชีวิตทั้งหมดไม่ได้เข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสโรค ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการขาดความรู้และความตระหนักรู้ต่อโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนและความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนในสัตว์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2561 ถึงวันที่ 19 เมษายน 2561 สำนักระบาด พบผู้ป่วย 8 ราย จาก 8 จังหวัด อัตราป่วย 0.01 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 8 ราย อัตราตาย 0.01 ต่อแสนประชากร อัตราส่วน เพศชายต่อเพศหญิง 1: 0.60 จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อแสนประชากรสูงสุด 5 อันดับแรก คือ หนองคาย (0.19 ต่อแสนประชากร) พัทลุง (0.19 ต่อแสนประชากร) ประจวบคีรีขันธ์ (0.19 ต่อแสนประชากร) ตรัง (0.16 ต่อแสนประชากร) สุรินทร์ (0.07 ต่อแสนประชากร) ภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ ภาคใต้ 0.03 ต่อแสนประชากร ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 0.02 ต่อแสนประชากร ภาคกลาง 0.00 ต่อแสนประชากร . (สำนักระบาดวิทยา 2561) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2561 ถึงวันที่ 5 เมษายน 2561 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 3 คน อัตราป่วย 0.06 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 3 คน อัตราตายต่อประชากรแสนคน 0.06 อัตราผู้ป่วยตายร้อยละ 100 เป็นเพศชาย ทั้ง 3 คน จากจังหวัดพัทลุง ตรัง และ สงขลา จังหวัดละ 1 คน สาเหตุการเสียชีวิตเนื่องจากผู้ถูกสุนัขกัดไม่ไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า สุนัขที่กัดส่วนใหญ่เป็นสุนัขที่มีเจ้าของสถานการณสัตว์ติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 5 เมษายน 2561 ในเขตสุขภาพที่ 12 สงขลา มีจำนวนหัวสัตว์ที่ตรวจพบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าจำนวน 79 หัว สัตว์ที่พบมากที่สุดคือสุนัขจำนวน 69 หัว รองลงมาคือโคจำนวน 6 หัว และแมว จำนวน 4 หัว จังหวัดที่พบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์มากที่สุดคือ จังหวัดสงขลาจำนวน 42 หัว รองลงมาคือจังหวัดสตูลจำนวน 17 หัว และจังหวัดตรังจำนวน 13 หัว การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า สามารถทำได้หลายแนวทาง เช่นการให้ผู้ที่ถูกสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมข่วนไปรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้ครบชุด การฉีดวัคซีนให้กับสัตว์ได้มากกว่าร้อยละ 80 ต่อเนื่องทุกปี การควบคุมประชากรสุนัขและแมว การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจและมีความตระหนัก ช่วยลดการเสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าได้

สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 12 สงขลาจึงได้สำรวจความตระหนักรู้ การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน ในพื้นที่ที่ตรวจหาสัตว์พบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าสูง เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานจัดทำแนวทางในการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าที่มีประสิทธิภาพต่อไป การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ศึกษาการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าและนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า โดยมีการเก็บข้อมูลเชิงพรรณนาเก็บข้อมูลจากประชาชนที่เลี้ยงสุนัขหรือแมว ในพื้นที่ตำบลที่พบสัตว์ที่ตรวจพบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้ามากกว่าหรือเท่ากับ 2 หัว ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 5 เมษายน 2561 ในจังหวัดตรัง พัทลุง สตูล กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง(purposive sampling) ประชาชนที่เลี้ยงสุนัขหรือแมว หมู่บ้านละ 10 คน จำนวน 27 หมู่บ้าน จำนวน 310 คน สัมภาษณ์โดยเจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลาที่ผ่านการชี้แจงแนวทางการสัมภาษณ์

1.เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ ที่สร้างขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรม เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีทั้งหมด 2 ส่วน ประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ข้อมูลคนเสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า ประวัติการเลี้ยงสุนัขและแมว ประวัติการถูกสุนัข/แมวกัดหรือข่วนและการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

1.2 แบบสัมภาษณ์ ความรู้ ความเข้าใจ การปฏิบัติตน เรื่องโรคพิษสุนัขบ้า ประกอบด้วยคำถามความรู้ 10 ข้อ เมื่อได้สร้างแบบสัมภาษณ์เสร็จแล้วได้นำเสนอคณะกรรมการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านโรคพิษสุนัขบ้า สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา ตรวจสอบความถูกต้องเนื้อหา

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา ถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผ่านไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ดำเนินการเพื่อประสานงานไปยังอาสาสมัครสาธารณสุขในแต่ละหมู่บ้านเพื่อไปสัมภาษณ์ประชาชน

2.2 ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ดำเนินการของแต่ละตำบลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

2.3 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ประชาชนที่เลี้ยงสุนัขหรือแมว

2.4 นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ ถูกต้อง พร้อมข้อมูลมาวิเคราะห์ผลการวิจัยตามวิธีทางสถิติต่อไป

3. การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

3.1 ข้อมูลทั่วไปหาค่าความถี่ และร้อยละ

3.2 ข้อมูลความรู้ ความเข้าใจ การปฏิบัติตัวเรื่องโรคพิษสุนัขบ้า ดังนี้

3.2.1 ข้อมูลความรู้ ความเข้าใจ เรื่องโรคพิษสุนัขบ้า มีข้อคำถามความรู้ 8 ข้อ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดได้ 0 คะแนน นำข้อมูลมาหาค่าความถี่ ร้อยละ

3.2.2 ข้อมูลการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้ามีข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ ถ้าปฏิบัติได้ได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดได้ 0 คะแนน นำข้อมูลมาหาค่าความถี่ ร้อยละ

ผลการศึกษา

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.9 กลุ่มอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 34.20 ประถมศึกษาหรือต่ำกว่าร้อยละ 51.3อาชีพเกษตรกรร้อยละ 47.7 ได้รับทราบข้อมูลคนเสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าร้อยละ 91.9 ช่องทางที่ได้รับทราบมากที่สุดคือโทรทัศน์ / เฟสบุ๊ค ร้อยละ 64.2 สุนัขที่เลี้ยงและได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าร้อยละ 77.92 แมวที่เลี้ยงและได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าร้อยละ 72.92 ประชาชนส่วนใหญ่เลี้ยงสุนัข 1-5 ต่อครัวเรือนร้อยละ 97.1 และเลี้ยงแมว 1-5 ต่อครัวเรือนร้อยละ 97.4 ส่วนใหญ่ฉีดวัคซีนที่บ้านร้อยละ 53.2 อาสาสมัครเป็นคนฉีดร้อยละ 35.8 เหตุผลที่พาสัตว์ไปฉีดวัคซีนเพราะป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าร้อยละ 75.8 เหตุผลในการไม่พาสัตว์ไปฉีดวัคซีนสุนัขเพราะจับไม่ได้ร้อยละ 10 ไม่มีเจ้าของสร้างปัญหาร้อยละ 57.1 ให้กำจัด/ฆ่า/ทำลายสุนัขไม่มีเจ้าของร้อยละ 20 ไม่ต้องการกำจัดสุนัขไม่มีเจ้าของร้อยละ 22.6 ประชาชนเมื่อถูกสุนัขกัด/แมวกัด/ข่วนไปรับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าที่สถานบริการสาธารณสุขร้อยละ 94.8 ไม่ไปรับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าที่สถานบริการสาธารณสุขร้อยละ 4.2 เคยถูกสุนัข/แมวกัดร้อยละ 50.3 นำสัตว์เลี้ยงไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าฉีดประจำทุกปีร้อยละ 75.8 นำลูกสุนัขอายุ 2-3 เดือนไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าร้อยละ 60 มีความรู้เมื่อสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมทุกชนิดกัดสามารถป่วยเป็นโรคพิษสุนัขบ้าได้ร้อยละ 80 ความรู้เรื่องการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้ สุนัข/แมว ครั้งเดียวสามารถป้องกันโรคได้ตลอดชีวิตร้อยละ 16.1 ไม่มีความรู้เมื่อถูกสุนัขเลีย สัมผัสน้ำลายหรือเลือดสัตว์ โดยผิวหนังไม่มีแผลหรือรอยถลอก ไม่ติดโรคพิษสุนัขบ้าร้อยละ 47.1 เมื่อถูกสุนัขไม่ทราบประวัติ ข่วนที่ผิวหนังเป็นรอยถลอกโดยไม่มีเลือดออกต้องไม่ต้องไปพบแพทย์ร้อยละ 23.5 และคิดว่าโรคพิษสุนัขบ้าสามารถรักษาให้หายได้ร้อยละ 27.4 เมื่อถูกสุนัข/แมวกัดหรือข่วนจนเลือดออกไม่ทำอะไรร้อยละ 1.3 ไม่มีความรู้เรื่องการล้างแผลด้วยน้ำสะอาดฟอกสบู่หลายๆครั้ง และทายาเบตาดีน ช่วยลดปริมาณเชื้อที่แผลได้ร้อยละ 16.5 ไม่มีความรู้หากเจ้าของสุนัขและแมวไม่พาสัตว์เหล่านั้นไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าจะได้รับโทษ ร้อยละ 63.8 ไม่มีความรู้สุนัขกัดคนนอกบ้าน หรือไม่ได้ผูกลั่นไว้เมื่อมีคนเรียกบอกกล่าวก่อนเข้าบ้าน มีความผิดร้อยละ 4.2 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ผลการสำรวจความตระหนักรู้ของประชาชนเรื่องโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่เสี่ยง จังหวัดตรัง พัทลุง สงขลา

ผลการสำรวจความตระหนักรู้ของประชาชน	จำนวน	ร้อยละ
ไปรับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า		
ไป	294	94.88
ไม่ไป	13	4.22
ไม่แน่ใจ	3	1.00
รวม	310	100.00
เคยถูกสุนัข/แมวกัด		
เคย	156	50.33
ไม่เคย	153	49.42
ไม่แน่ใจ	1	0.35
รวม	310	100.00
ฉีดวัคซีน		
เคยฉีดครั้งเดียว	42	13.73
ฉีดประจำทุกปี	235	76.80
ไม่เคย	29	9.48
รวม	306	100.00

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ผลการสำรวจความตระหนักรู้ของประชาชนเรื่องโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่เสี่ยง จังหวัดตรัง พัทลุง สงขลา (ต่อ)

ผลการสำรวจความตระหนักรู้ของประชาชน	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้การนำลูกสุนัขอายุ 2-3 เดือนไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า		
รู้	186	60.08
ไม่รู้	101	32.62
ไม่แน่ใจ	23	7.40
รวม	310	100.00
ความรู้สัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมทุกชนิดกัดสามารถป่วยเป็นโรคพิษสุนัขบ้าได้		
เป็น	248	80.80
ไม่เป็น	21	6.82
ไม่แน่ใจ	41	13.20
รวม	310	100.00
ความรู้สุนัข/แมว ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าครั้งเดียวสามารถป้องกันโรคได้ตลอดชีวิต		
ใช่	7.14	7.14
ไม่ใช่	83.77	83.77
ไม่แน่ใจ	9.09	9.09
รวม	100.00	100.00
ถูกสุนัขเลีย สัมผัสน้ำลายหรือเลือดสัตว์ โดยผิวหนังไม่มีแผลหรือรอยถลอก ไม่ติดโรคพิษสุนัขบ้า		
ใช่	163	52.75
ไม่ใช่	94	30.42
ไม่แน่ใจ	52	16.83
รวม	309	100.00
ถูกสุนัขไม่ทราบประวัติ ข่วนที่ผิวหนังเป็นรอยถลอกโดยไม่มีเลือดออก ไม่ ต้องไปพบแพทย์ก็ได้		
ใช่	73	25.00
ไม่ใช่	202	69.18
ไม่แน่ใจ	17	5.82
รวม	292	100.00
ถูกสุนัข/แมว กัดหรือข่วนจนเลือดออก		
ไม่ทำอะไร	4	1.29
ล้างแผลใส่ยา	52	16.83
ล้างแผล ใส่ยา กักสุนัข/แมวไว้ดูอาการ 10 วัน	253	81.88
รวม	309	100.00

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ผลการสำรวจความตระหนักรู้ของประชาชนเรื่องโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่เสี่ยง จังหวัดตรัง พัทลุง สงขลา (ต่อ)

ผลการสำรวจความตระหนักรู้ของประชาชน	จำนวน	ร้อยละ
การล้างแผลด้วยน้ำสะอาดฟอกสบู่หลายๆครั้ง และทายาเบต้าดีน ช่วยลดปริมาณเชื้อที่แผลได้		
ใช่	256	83.39
ไม่ใช่	29	9.45
ไม่แน่ใจ	22	7.17
รวม	307	100.00
อาการของโรคพิษสุนัขบ้าสามารถรักษาให้หายได้		
ใช่	85	27.69
ไม่ใช่	184	59.93
ไม่แน่ใจ	38	12.38
รวม	307	100.00

วิจารณ์ผล

โรคพิษสุนัขบ้ายังคงเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข โดยเฉพาะในแถบภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ในปี 2561 พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าที่จังหวัดตรัง พัทลุง สงขลา ซึ่งเป็นภาคใต้ตอนล่างของประเทศไทย ปัจจัยที่สำคัญของการพบผู้เสียชีวิตคือการจัดการบาดแผลที่ไม่ถูกต้อง และการไม่เข้าพบแพทย์เพื่อรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสโรค การกัดของสุนัขยังคงเป็นสาเหตุการเกิดโรคในคนที่สำคัญประกอบกับความรู้ และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคทั้งในคนและสัตว์ยังมีจำกัด ผู้ถูกสัตว์กัด ไม่ได้เข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสโรคเนื่องจากเข้าใจว่าถูกกัดข่วนแผลเล็กน้อยจะไม่เป็นโรคพิษสุนัขบ้า การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์เลี้ยงและสัตว์จรจัดเป็นโปรแกรมที่สำคัญของการลดการติดต่อของโรคมานุษย์ การใช้มาตรการนี้ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าสามารถลดการเกิดโรคพิษสุนัขบ้าในคนได้อย่างเห็นได้ชัด ดังนั้นมาตรการที่สำคัญในการลดโรคพิษสุนัขบ้าในคนคือการฉีดวัคซีนป้องกันโรคในสัตว์และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ ร่วมกับการรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสโรคในคน การกระจายตัวของโรคพิษสุนัขบ้าอาจสัมพันธ์กับระดับความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนป้องกันโรคในสัตว์ที่น้อยกว่าร้อยละ 80 โดยเฉพาะในสุนัข นอกจากนี้การกำจัดสัตว์จรจัดทำได้ยากเนื่องจากมีจำนวนมากประกอบกับประชาชนนับถือศาสนาพุทธซึ่งห้ามฆ่าสัตว์ ทำให้ควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าได้ลำบาก จึงควรขอความร่วมมือจากผู้นำทางศาสนาในแต่ละชุมชนเพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องกับประชาชน นอกจากนั้นการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบังคับใช้กฎหมายในการทำลายสัตว์ที่เป็นโรคได้จริงตามพระราชบัญญัติโรคพิษสุนัขบ้า พ.ศ. 2535 มาตรา 14 (2) และมาตรา 15 เป็นสิ่งสำคัญที่ไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากันดังนั้นเจ้าหน้าที่ของรัฐจึงควรให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ในเรื่องอันตรายและผลกระทบจากการแพร่เชื้อโรคพิษสุนัขบ้า เพื่อเกิดการบังคับใช้กฎหมายได้จริง(อรุณพร หิรัญ สการะเศรณี ,2558) จากการดำเนินการสำรวจความรู้ และการปฏิบัติ พบว่าระดับความรู้ และการปฏิบัติของประชาชนในหมู่บ้านยังต่ำอยู่ โดยเฉพาะความรู้ ดังจะเห็นได้จากร้อยละ 27.4 ของประชาชนที่คิดว่าโรคพิษสุนัขบ้าสามารถรักษาให้หายได้ ร้อยละ 23.5 เข้าใจไปว่าเมื่อถูกสุนัขไม่ทราบประวัติ ข่วนที่ผิวหนังเป็นรอยถลอกโดยไม่มีเลือดออกต้องไม่ต้องไปพบแพทย์ การปฏิบัติตัวประชาชนส่วนใหญ่ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง นอกจากนี้เมื่อถูกสุนัขหรือแมวกัดคิดว่าการล้างแผลด้วยน้ำสะอาดฟอกสบู่หลายๆครั้งและทายาเบต้าดีน ไม่ได้ช่วยลดปริมาณเชื้อที่แผลเข้าสู่ร่างกายช่อง ช่องทางที่ได้รับ

ทราบมากที่สุดคือโทรทัศน์ / เฟสบุ๊ก ร้อยละ 64.2 และเหตุผลในการไม่พาสัตว์ไปฉีดวัคซีนสุนัขเพราะจับไม่ได้ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องพิจารณาช่องทางการให้ความรู้เรื่องโรคและกฎหมายที่เกี่ยวข้องแก่ประชาชนทางช่องทางที่ประชาชนสนใจ

ข้อเสนอแนะ

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าทั้งในคนและสัตว์แก่ประชาชนยังเป็นสิ่งที่จำเป็น การให้ความรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อเพิ่มความตระหนักต่อโรคพิษสุนัขบ้ายังคงเป็นสิ่งที่ต้องทำอย่างต่อเนื่องจนกว่าจะมีหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงความเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมของประชาชน
2. ควรพิจารณาช่องทางการสื่อสารความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าทั้งในคนและสัตว์แก่ประชาชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง พัทลุง สงขลา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ประชาชนในพื้นที่ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลาสนับสนุนแนวทางการดำเนินงาน และงบประมาณ คุณบงกช เชี่ยวชาญยนต์รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา ที่ให้ข้อเสนอแนะแนวทางการดำเนินงาน และเจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลาที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. โรคพิษสุนัขบ้า (ออนไลน์). 2561 [เข้าถึงวันที่ 9 พ.ค. 2561]. เข้าถึงได้จาก <http://www.ku.ac.th/e-magazine/april48/known/rabies.html>
- สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506 [ออนไลน์].). 2561 [เข้าถึงวันที่ 9 พ.ค. 2561]. เข้าถึงได้จาก http://www.boe.moph.go.t/boedb/surdata/506wk/y58/d42_3158.pdf
- ธีรพงศ์ ยืนยงโอฬาร. ระบาดวิทยาโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ของประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2549–2554 [ออนไลน์]. 2555[เข้าถึงวันที่ 9 พ.ค. 2561]. เข้าถึงได้จาก <http://dcontrol>.
- อรพิจูพงศ์ สการะเศรณี และคณะ การสำรวจความรู้ ทักษะและการปฏิบัติ จากการสอบสวนกรณีผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า จังหวัดจันทบุรี ปี 2558 OSIR, September 2017, Volume 10, Issue 3, p.1-8 15 พ.ค 2561

ความฝันและโอกาส สร้างความหวัง สู่อนาคต ของคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

วัชรพล ทองควั้น
วิทยากรชำนาญการพิเศษ
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

ทำไม....ผมตั้งชื่อเรื่องว่า “ความฝันและโอกาส สร้างความหวัง สู่อนาคตของคณะสาธารณสุขศาสตร์ และสหเวชศาสตร์ สถาบันอุดมศึกษา สถาบันพระบรมราชชนก” เพราะ เมื่อพระราชบัญญัติ สถาบันพระบรมราชชนก 2562 ประกาศใช้ เมื่อวันที่ 5 เมษายน 2562 ก็เปลี่ยนสถานะ ของ เครือข่ายสถาบันวิชาการสาธารณสุขและเทคโนโลยี (สวสท.) ที่ประกอบด้วย “วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร 7 แห่ง, วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก และ วิทยาลัยอภัยภูเบศร” มาเป็น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

การเปลี่ยนรูปแบบการบริหารวิทยาลัยในเครือข่ายในลักษณะกระจายอำนาจ มาเป็นการบริหารในลักษณะรวมศูนย์ ทุกอย่างก็รวมเป็นหนึ่งเดียว ดังนั้นการบริหารจัดการคณะฯ ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ ที่บัญญัติไว้ใน มาตรา 7 ว่า เพื่อผลิตและพัฒนาบุคลากรตามความต้องการของ กระทรวงสาธารณสุข ให้การศึกษา ส่งเสริมวิชาการ และวิชาชีพ ทำการสอน ทำการวิจัย ให้บริการ ทางวิชาการแก่สังคม และทะนุบำรุง ศิลปะและวัฒนธรรม นั้น ผู้บริหารต้องเตรียมความพร้อมด้านใดบ้างที่จะประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์นี้

ประเด็นที่สำคัญที่สุดที่จะบรรลุตามวัตถุประสงค์ได้นั้น ผมเห็นว่าเราต้องรู้ตัวตนของเราก่อน ดัง “ขุนงู” ได้กล่าวไว้ว่า

“รู้เขารู้เรา รบร้อยครั้งชนะร้อยครั้ง” แต่ “การชนะร้อยทั้งร้อยมิใช่วิธีการอันประเสริฐแท้ แต่ชนะโดยไม่ต้องรบเลย จึงถือว่าเป็นวิธีอันวิเศษยิ่ง” กับ “หากรู้เขารู้เรา แม้รบกันตั้งร้อยครั้งก็ไม่มีอันตรายอันใด ถ้าไม่รู้เขาแต่รู้เพียงตัวเรา แพ้ชนะย่อมกำกึ่งอยู่ หากไม่รู้ในตัวเขาตัวเราเสียเลย ก็ต้องพ่ายแพ้ทุกครั้งที่มีการยุทธนั้นแล”

คำถามอะไรคือตัวตนของเรา ผมเห็นว่าคำว่าตัวตนของเราคือ ทรัพยากร “คน เงิน ของ” ที่เป็นข้อมูลภายใน คณะฯ และข้อมูลภายนอกคณะ ตัวอย่าง เช่น สถาบันการศึกษาในประเทศไทย มีประมาณ 217 แห่ง และมีสถาบันการศึกษากว่า 100 แห่ง ที่ผลิตบุคลากรทางด้านสุขภาพ เช่นเดียวกันกับสถาบันพระบรมราชชนก ในปี 2560 สถาบันการศึกษาที่กล่าวถึงนี้ผลิตบุคลากรด้านสุขภาพได้ประมาณ 25,716 คนต่อปี คำถามเมื่อเราผลิตบุคลากรเหมือนกันเราจะสามารถผลิตบุคลากรด้านนี้ได้อีกกี่ปี เพราะข้อเท็จจริงประชากรของประเทศไทยลดน้อยลง และ ที่สำคัญอัตราของเข้าเรียนในวิทยาลัยฯ สถาบันพระบรมราชชนก ลดลงอย่างน้อยปีละ 10-20 %

ส่วนทรัพยากร “คน เงิน ของ” ที่เป็นข้อมูลภายในนั้น ผมเห็นว่าข้อมูลเบื้องต้นที่เราต้องรู้ มีข้อมูล 6 ด้าน ดังนี้ 1.ข้อมูลบุคลากร และ นักศึกษา 2.ข้อมูลผลการประเมินคุณภาพทางการศึกษา 3.ข้อมูลด้านวิจัย 4.ข้อมูลด้านพื้นที่ อาคารสถานที่ 5.ข้อมูลด้านงบประมาณ และ 6.ข้อมูลด้านความต้องการเรียนในหลักสูตรต่างๆ ของ นักเรียน และความต้องการรับเข้าทำงานของผู้ใช้บัณฑิตของคณะ

ข้อมูลที่กล่าวถึงนี้ ด้วยปัจจุบัน และอาจรวมไปถึงอนาคต การผลิตบุคลากรด้านสุขภาพ น่าจะมีมากขึ้น สมมติถ้าเรามีนักศึกษาเรียนกับคณะฯ ของเราน้อยลง เช่น หลักสูตรสาขาละ 10-20 คน คำถาม เราจะต้องผลิตบุคลากรด้านสุขภาพต่อหรือไม่ เราควรลดการผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุขหรือไม่ และเราสามารถทำภารกิจอื่นที่ช่วยดูแลสุขภาพประชาชนในประเทศได้หรือไม่ บุคลากรของเรามีความสามารถ มีความเชี่ยวชาญ ด้านใดบ้างและมีเพียงพอหรือไม่ และถ้าบุคลากรไม่มีความเชี่ยวชาญ คณะจะพัฒนาบุคลากรเหล่านั้นอย่างไร ระบบต่างๆ รวมทั้ง อุปกรณ์เครื่องมือ ที่มีอยู่สามารถนำไปใช้ได้กับภารกิจอื่นหรือไม่ หรือถ้ายังผลิตบุคลากรด้านสุขภาพต่อ เรามี บุคลากร

อุปกรณ์เครื่องมือ และงบประมาณเพียงพอหรือไม่ ถ้างบประมาณไม่เพียงพอสามารถจัดหารายได้เองหรือไม่ หรือสามารถลดค่าใช้จ่ายจากไหนได้บ้าง เหล่านี้เป็นประเด็นปัญหาเบื้องต้นที่คณะฯ ต้องรู้ และ ต้องบริหารจัดการ

การบริหารคณะฯ ให้ก้าวทันกับการเปลี่ยนแปลงได้นั้น ผู้บริหาร นอกจากการควบคุมกำกับคณะแล้ว ประการสำคัญผมคิดว่า ต้องมองจุดอ่อนจุดแข็งขององค์กรหรือมองตนเองออก เพราะก่อนจะกำหนดยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ เราต้องมีเป้าหมายที่ชัดเจนว่าจะเดินไปเส้นทางไหน เดินอย่างไร ทรัพยากรที่เป็นข้อมูลภายใน และข้อมูลภายนอก รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการสอบถามความต้องการของผู้รับบริการ จะเป็นคำตอบ เมื่อนำทรัพยากรเหล่านี้มาวิเคราะห์ มาบริหารจัดการความรู้ โดยเน้นการพัฒนาบุคลากร ปรับระบบการทำงาน ผลผลิตที่ได้จะมีคุณภาพ ผู้ใช้บริการย่อมมีความพึงพอใจและต้องการนำไปใช้ในหน่วยงาน

ในส่วนของทรัพยากรที่เป็นข้อมูลภายในของคณะฯ ทั้ง 6 ด้านนั้น ผลจากการศึกษาของคณะทำงาน สรุปเป็นประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. ข้อมูลบุคลากร และ นักศึกษา จากการรวบรวมพบว่า ข้อมูลของบุคลากรปัจจุบันมีทั้งหมด 1,133 คน แยกเป็นข้าราชการ 604 คน โดยส่วนใหญ่เป็นอาจารย์ผู้สอน จำนวน 560 คน พนักงานราชการ 39 คน ลูกจ้างประจำ 28 คน ลูกจ้างชั่วคราว 27 คน รวม 698 คน เป็นกลุ่มที่จ้างด้วยเงินงบประมาณ มีพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ทั้งหมด 206 คน และจ้างเหมาบริการ 229 คน 435 คน กลุ่มนี้จ้างโดยเงินรายได้สถานศึกษา มีผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอก จำนวน 106 คน ระดับปริญญาโท 292 คน ปัจจุบันมีนักศึกษา มีทั้งหมด 4,499 คน จาก 10 สาขาวิชา เป็นหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ (สาขาสาธารณสุขชุมชน) 1,103 คน หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ (สาขาทันตสาธารณสุข) 1,083 คน ดังนั้นบุคลากรเป็นทรัพยากรที่สำคัญที่สุดขององค์กร ถ้าเราสามารถนำความสามารถ ความเชี่ยวชาญของ บุคลากรที่มีคุณวุฒิระดับปริญญาเอก ทั้ง 106 คน มาวิเคราะห์เพื่อบริหารจัดการ เราอาจผลิตหลักสูตรใหม่ๆ ได้หลายหลักสูตร เราอาจหารายได้จากการจัดโครงการอบรมได้หลายโครงการ เราอาจได้นวัตกรรมด้านสุขภาพจำนวนมากที่สร้างมูลค่าให้คณะได้ และเราอาจได้ตำราหรือเอกสารประกอบการสอน ที่มีอาจผลกระทบต่อการเรียนการสอนด้านสุขภาพของประเทศ และของอาเซียนได้

2. ข้อมูลผลการประเมินคุณภาพทางการศึกษา พบว่า ผลการประเมินคุณภาพทางการศึกษา 3 ปี ย้อนหลังของคณะฯ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยที่ 3.51 คะแนน จากคะแนนประเมินคุณภาพทางการศึกษา ทุกคนมองว่าศักยภาพของคณะฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับดี คำถาม เรามีศักยภาพดี ตามคะแนนที่ได้ จริงหรือไม่ และถ้าไม่แน่ใจ เราสามารถพัฒนาศักยภาพให้ถึงระดับดีและอาจถึงดีมากได้หรือไม่ ถ้าทำได้ มีองค์ประกอบข้อไหน ตัวบ่งชี้ ใด ที่เราต้องดำเนินการก่อน

3. ข้อมูลด้านวิจัย ข้อมูลงานวิจัย 3 ปี ย้อนหลัง พบว่า คณะฯ มีงานวิจัยทั้งหมด 717 เรื่อง เฉลี่ย 239 เรื่อง ต่อปี มีผลงานนวัตกรรม 3 ปี ย้อนหลัง จำนวน 90 เรื่อง เฉลี่ย 30 เรื่องต่อปี และ มีผลงานตำรา 3 ปี ย้อนหลัง จำนวน 73 เรื่อง เฉลี่ย 14 เรื่องต่อปี จากจำนวนผลงานวิจัย ผลงานนวัตกรรม และผลงานตำรา คำถาม เราสามารถนำผลงานเหล่านี้มาใช้ในการสร้างมูลค่าให้กับ คณะฯ เราได้กี่เรื่อง มาสร้างหลักสูตรการเรียนการสอน และหลักสูตรการฝึกอบรมได้กี่เรื่อง นำมาใช้ในการเรียนการสอนได้กี่เรื่อง เพราะผมคิดว่ามีจำนวนผลงานมากแต่ได้ประโยชน์น้อย ถือเป็นการใช้ทรัพยากรคุ้มค่าหรือไม่

4. ข้อมูลด้านพื้นที่ อาคารสถานที่ พบว่า คณะฯ มีพื้นที่ภาพรวมทั้งหมด 573 ไร่ มีอาคารเรียน จำนวน 38 อาคาร มีห้องเรียน จำนวน 144 ห้อง มีบ้านพักอาจารย์ จำนวน 170 ห้อง มีบ้านพักบุคลากร จำนวน 49 ห้อง และมีแฟลต จำนวน 9 อาคาร ถ้าเราวิเคราะห์ข้อมูลพื้นที่ ภูมิประเทศของวิทยาลัยแต่ละแห่ง เราจะสร้างมูลค่าเพิ่มให้กับคณะได้เป็นจำนวนมาก บางแห่งอยู่กลางเมือง บางแห่งมีพื้นที่ติดกับหลายประเทศ ดังนั้นคณะฯ ควรมีการเตรียมแผนการใช้ประโยชน์ทางธุรกิจให้มากขึ้น รวมทั้งการนำอุปกรณ์การแพทย์ และอุปกรณ์ทางการศึกษาอื่นๆ ที่มีการใช้ประโยชน์น้อยครั้ง มาวางแผนเพื่อใช้ในการเรียนการสอน หรือการฝึกอบรมให้เกิดประโยชน์และหารายได้ให้มากขึ้น

5. ข้อมูลด้านงบประมาณ พบว่า คณะฯ ต้องจ่ายเงินเดือน ค่าตอบแทนพนักงานราชการ ค่าจ้างประจำ ค่าจ้างชั่วคราว ทั้งหมด 324,761,459.52 บาทต่อปี ,จ่ายค่างบดำเนินการ และที่เป็นค่าตอบแทน 56,806,017.91 บาทต่อปี คณะฯ มีเงินรายได้สถานศึกษาในปี 2561 จำนวน 138,146,576.74 บาท

ในอนาคต จำนวนข้าราชการ พนักงานราชการ และลูกจ้างประจำ มีจำนวนน้อยลง แต่ พนักงานมหาวิทยาลัย และลูกจ้างเหมาบริการอาจมีจำนวนมากขึ้น ปัจจุบันมี จำนวน 435 คน ใช้เงินรายได้สถานศึกษา จ่ายเป็นเงินเดือน เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาการจ้างงาน คณะฯ ควรมีแผนลดค่าใช้จ่าย อย่างเช่น ค่าไฟฟ้า หลายวิทยาลัยต้องจ่ายปีละ 3-5 ล้านบาท ควรจัดหาพลังงานทางอื่นเช่น พลังงานแสงอาทิตย์ โดยใช้ โซลาร์เซลล์ และ หารายได้ทางอื่นเพิ่มมากขึ้น การจัดฝึกอบรม การให้เข้าพื้นที่

6. ข้อมูลด้านความต้องการเรียนในหลักสูตรต่างๆ ของนักเรียน และความต้องการรับเข้าทำงานของผู้ใช้บัณฑิตของคณะฯ จากทั่วประเทศ

6.1 นักเรียนมีความสนใจในหลักสูตรที่คณะฯ ผลิต ในระดับปริญญาตรีมากที่สุด คือสาขา สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนมากที่สุด ร้อยละ 45.95 ,หลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต สาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ร้อยละ 41.07 และหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน ร้อยละ 39.92 หลักสูตรต่ำกว่าปริญญาตรี สนใจมากที่สุด คือสาขาประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาธารณสุขศาสตรสาขาวิชาเทคนิคเภสัชกรรม มากที่สุดร้อยละ 39.68 ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง และ สาขาวิชาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ร้อยละ 39.00 ในส่วนของหลักสูตรที่จะดำเนินการผลิตในอนาคต หลักสูตรระดับปริญญาตรี นักเรียนมีความสนใจในหลักสูตร สาขาวิชาเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก มากที่สุดร้อยละ 46.41 , สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ร้อยละ 42.40 และสาขาวิชาวิทยาศาสตรการกีฬาด้านสุขภาพ ร้อยละ 41.80 จากสอบถามทั้งหมด 11 หลักสูตร และหลักสูตรต่ำกว่าปริญญาตรี สนใจมากที่สุด คือสาขาสาขาวิชาทันตสาธารณสุข มากที่สุดร้อยละ 52.95 ,สาขาวิชา การพัฒนาคุณภาพชีวิต ร้อยละ 49.49 ,สาขาวิชาวิทยาศาสตรการกีฬาด้านสุขภาพ ร้อยละ 48.95 ,สาขาวิชารังสีเทคนิค ร้อยละ 48.14 ,และสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ร้อยละ 47.73 จากสอบถามทั้งหมด 9 หลักสูตร

6.2 ผู้ใช้มีความสนใจรับบัณฑิต หลักสูตรที่คณะฯ ผลิต ไปทำงาน ในระดับปริญญาตรีมากที่สุด คือ สาขา สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนมากที่สุด ร้อยละ 76.02 ,หลักสูตรการแพทย์แผนไทย บัณฑิต สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย ร้อยละ 67.17 ,หลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต สาขาวิชาการแพทย์แผน ไทยประยุกต์ ร้อยละ 65.92 และหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ร้อยละ 64.19 ผู้ใช้ มีความสนใจรับบัณฑิตหลักสูตรที่คณะฯ ผลิต ไปทำงาน ในหลักสูตรต่ำกว่าปริญญาตรี สนใจมากที่สุด คือ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ร้อยละ 66.51 ,ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาธารณสุขศาสตรสาขาวิชาเทคนิคเภสัชกรรม ร้อยละ 51.66 ,ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาเวชระเบียน ร้อยละ 43.89 ,ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาสัตวศาสตร์ศึกษาทางการแพทย์ ร้อยละ 42.51

ในส่วนของหลักสูตรที่จะดำเนินการผลิตในอนาคต หลักสูตรระดับปริญญาตรี ผู้ใช้มีความสนใจรับบัณฑิต หลักสูตรที่คณะฯ ผลิต ไปทำงาน มีความสนใจในหลักสูตร สาขาวิชาการดูแลผู้สูงอายุด้านสาธารณสุข ร้อยละ 70.40, สาขาวิชาการจัดการสุขภาพแบบองค์รวม ร้อยละ 59.43,สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ร้อยละ 54.29, สาขาวิชาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ร้อยละ 52.57,สาขาวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 51.89 จากสอบถามทั้งหมด 16 หลักสูตร และ ผู้ใช้มีความสนใจรับบัณฑิตหลักสูตรที่คณะฯ ผลิต ไปทำงาน ในหลักสูตรต่ำกว่าปริญญาตรี สนใจ มากที่สุด คือ สาขาวิชาการดูแลผู้สูงอายุด้านสาธารณสุข ร้อยละ 54.86 ,สาขาวิชาการจัดการสุขภาพแบบองค์รวม ร้อยละ 48.57 ,สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนร้อยละ 45.37 และ ,สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ร้อยละ 43.31 จาก สอบถามทั้งหมด 11 หลักสูตร

จากการศึกษาพบว่า นักเรียนทั้งประเทศ สนใจมาเรียนในหลักสูตรต่างๆ ทั้งระดับปริญญาตรี และต่ำกว่า ปริญญาตรี เฉลี่ย ใน 100 คน สนใจ ไม่เกิน 50 คน และผู้รับบัณฑิตจากคณะฯ ไปทำงานด้วย ทั้งทั้งระดับปริญญาตรี และต่ำกว่าปริญญาตรี เฉลี่ย ใน 100 คน สนใจ เกิน 60 คน ประเด็นจะเห็นว่าลูกค้ำที่เป็นนักเรียนสนใจที่จะมาเรียน

กับเราน้อย อาจเกิดจากการประชาสัมพันธ์ และเกิดจากการจ้างงานจากกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นการผลิตหลักสูตรใหม่ๆ ของคณะฯ ควรมีการสำรวจตลาดและควรมีการประชาสัมพันธ์หลักสูตร รวมทั้งคิดให้เป็นระบบ เช่น ตั้งแต่ขั้นตอนการรับ จำนวนหน่วยกิต จำนวนปีที่เรียน อาชีพที่สำเร็จ ทำงานที่หน่วยงานใด เงินเดือนเท่าไร ศึกษาต่อในสาขาอะไรได้ เพื่อให้บุคลากรในเครือข่ายมีความเข้าใจตรงกัน เพื่อช่วยชี้แจงข้อมูลของคณะฯ ให้กับผู้สนใจทราบต่อไป

จากคำถามว่า ทำไมผมตั้งชื่อเรื่องว่า “ข้อมูลเป็นความฝัน หรือเป็นโอกาส สร้างความหวัง สู่อนาคต ของ คณะสาธารณสุขศาสตร์ และ สหเวชศาสตร์ สถาบันอุดมศึกษา สถาบันพระบรมราชชนก ” ผมเห็นว่าถ้าเราไม่รู้ตัวเราเอง จากการไม่นำทรัพยากรที่เป็นข้อมูลสำคัญ มาวิเคราะห์ เพื่อเตรียมรับความเปลี่ยนแปลงและพัฒนาองค์กรให้ดีขึ้น มันก็เหมือนกับเรามีแต่ความฝัน แต่ถ้านำข้อมูลข้อเท็จจริงที่มีอยู่มาวิเคราะห์ มันเป็นโอกาส เรายังมีความหวัง เพราะเรา เห็นโลกในสภาพความเป็นจริง และ คำถาม เราจะอยู่รอดได้ในสถานการณ์นี้ได้หรือไม่ คำตอบ เมื่อเรารู้ว่า เรามีความรู้ เรามีความสามารถ มีความเชี่ยวชาญในด้านนี้ มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง และมีงบประมาณพอใช้ได้อีก 2 ปี มันก็เป็นอนาคต

ผมหวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความนี้ จะไม่เป็นความฝัน จะเป็นโอกาส หวังว่าผู้บริหารคณะฯ จะนำพาสมาชิกทุกท่านในคณะฯ ไปสู่อนาคตที่ดี โดยไม่ทิ้งสมาชิกบางคนบางกลุ่มไว้ข้างหลัง และหวังว่า ผู้บริหารคณะฯ จะพัฒนาองค์กรอย่างก้าวกระโดดในภาวะของการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน ท้ายที่สุดนี้ขอขอบคุณ สมาชิกของคณะทุกท่าน ที่ร่วมเป็นพลังสำคัญในการขับเคลื่อน ในครั้งนี้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คณะผู้บริหารของคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก รวมทั้งวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร 7 แห่ง วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก และวิทยาลัยอภัยุเบศร และคณะทำงานศึกษาข้อมูลพื้นฐานและด้านทรัพยากรต่างๆของคณะ

คำแนะนำการส่งบทความ

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ

กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ(Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS) ขอเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการและบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น และเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้เขียนจะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสาร

ข้อกำหนดและชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. เป็นผลงานวิชาการ ประเภทบทความวิชาการ (Article) ภาษาไทย หรือ ภาษาอังกฤษ ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัย (Research article) ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรองและลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์
3. บทความปริทัศน์ (Review article) บทความพิเศษ และปกิณกะ
4. บทความวิจารณ์หนังสือ (Book review)
5. ผลงานวิชาการจะได้รับการพิจารณากลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควรไม่น้อยกว่า 2 คน
6. ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ จำนวน 2,500 บาท (ยกเว้นในการตีพิมพ์ในสองปีแรก ปี พ.ศ. 2561-2562)

การเตรียมต้นฉบับบทความ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน-ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. ด้านขวา 2.54 cm. จำนวน 12 หน้า (ไม่รวมรายการอ้างอิง) และรายการอ้างอิงต้องไม่เกิน 30 รายการ รวมรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลาง ขนาดอักษร 17
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรงกับชื่อผู้เขียน ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่มเบอร์โทรศัพท์และ e-mail ในส่วนล่างสุด
4. มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำต่อบทคัดย่อ
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)
6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16
7. การใช้ตัวเลขคำย่อและวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น (ระบุคำเต็มไว้ในครั้งแรก) การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning
8. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้
 - บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
 - บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
 - บทนำ
 - วัตถุประสงค์
 - สมมติฐาน (ถ้ามี)
 - กรอบแนวคิดการวิจัย(ถ้ามี)
 - ระเบียบวิธีวิจัย
 - ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- การเก็บรวบรวมข้อมูล
- การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- การนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- บรรณานุกรม

9. บทความวิชาการ ประกอบด้วย

- บทความย่อ (ภาษาไทย)
- บทความย่อ (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องนำเสนอตามลำดับ
- บทสรุป
- ข้อเสนอแนะ
- บรรณานุกรม

10. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 6th Edition โดย ศึกษา รายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <http://lumenjournals.com/wp-content/uploads/2017/08/APA6thEdition.pdf> และ <http://www.journalclinicpsy.org/index.files/APA6th.pdf>

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

1. การอ้างอิงในเนื้อหา ใช้ระบบนาม- ปี (Name – year system) ชื่อผู้แต่งภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้เขียนเฉพาะนามสกุล ทุกคน ถ้ามากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al., ดังตัวอย่าง

(Thepaksorn, 2018)

(Thepaksorn, Daniell & Thetkatheuk, 2018)

(Thepaksorn, Koizumi, Neitzel, Pongpanich, Siri Wong, Keifer et al, 2018)

2. การคัดลอกข้อความ ใช้ระบบนาม- ปี และข้อความที่คัดลอกมาอยู่ในเครื่องหมาย “.....” กรณีชื่อผู้แต่งภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ เช่น

Bandura (1991) ให้นิยามว่า “จริยธรรมคือ กฎสำหรับการประเมินพฤติกรรม”...

“ปัจจัยสู่ความสำเร็จของการปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ คือการพัฒนาความสามารถของประชาชนให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้” (Tanasugarn, 2018)

3. การอ้างอิงท้ายบทความ

3.1 บทความทั่วไป ชื่อผู้แต่งภาษาไทยและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใส่ชื่อสกุลผู้ร่วมงานทุกคน ถ้าไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทั้ง 6 คน หากมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรกตามด้วยคำว่า “et al.,” สำหรับบทความ หนังสือหรือเอกสาร ที่เป็นภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษทั้งข้อความ และให้วงเล็บ (in Thai) ดังตัวอย่าง

Yuychim, P., Niratharadorn, M., Sirimpunkul, P., Buaboon, N. (2018). Effects of a Family Participation Program in Managing Drug Managing Drug Use Behaviors among Older Adults with Chronic Disease in Phun Phin Community. *Journal of Public Health*, 48(1): 44-53.

Thepaksorn, P., Fadrihan-Camacho, V. & Siri Wong, W. (2017). Respiratory symptoms and ventilatory function defects among Para rubber wood sawmill workers in the South of Thailand. *Human and Ecological Risk Assessment: An International*, 23(4):788-797.

Fraenkel, R. J., Wallen, E. N. & Hyun, H. H. (2012). How to Design and Evaluate Research in Education. (8th ed.). New York: McGraw-Hill.

3.2 ผู้เขียนเป็นกลุ่มหน่วยงาน

Praboromarajchanok Institute of Health Workforce Development. (2013) Collection of Academic Performance in Humanized Service Mind. Nontaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)

3.3 การอ้างอิงเฉพาะบทในหนังสือ

Waite, J. (2011). "Information and Documentation. In Potter, A.P., Perry, G.A., Stockert, A.P. & Hall, A." Basic Nursing Challenge. (pp. 142-164). Missouri: Mosby/Elsevier.

3.4 การอ้างอิงเอกสารจากอินเทอร์เน็ต

Chen, M.W., Santos, H.M., Que, D.E., Gou, Y.Y., Tayo, L.L., Hsu, Y.C. (2018). Association between Organochlorine Pesticide Levels in Breast Milk and Their Effects on Female Reproduction in a Taiwanese Population. International Journal of Environmental Research and Public Health. Retrieved 3, 2018 from <http://www.mdpi.com/1660-4601/15/5/931>.

3.5 วิทยานิพนธ์

Hom, K. E. (2018). Association of Air Pollution with Longitudinal Changes in Arterial Stiffness and Correlated of Longitudinal Changes in Arterial Stiffness in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctoral of Philosophy, University of Washington.

การส่งบทความ

ต้นฉบับผลงานวิจัยและหนังสือรับรองบทความ/ผลงานวิจัยต้องส่งในระบบ online ถึงบรรณาธิการวารสารที่ <https://www.tci-thaijo.org/> หรือ <http://journal.scphtrang.ac.th/> หรือ tjph-editor@scphtrang.ac.th

สอบถามข้อมูลได้ที่

ดร.พยงค์ เทพอักษร (บรรณาธิการ)

สำนักงานวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ตู้ ปณ. 174 ปทจ.ตรัง 92000

Tel. 088-7531547

phayong@schptrang.ac.th

จริยธรรม

COPE – COMMITTEE ON PUBLICATION ETHICS

คณะกรรมการจริยธรรมการตีพิมพ์ (COPE)

มาตรฐานทางจริยธรรมของคณะกรรมการจริยธรรมการตีพิมพ์ (COPE Code of Conduct)

หน้าที่และความรับผิดชอบของบรรณาธิการ ของวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ(Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS) (ปรับปรุง 3 มีนาคม 2563)

บรรณาธิการ(Editor-in-chief) ควรจะต้องรับผิดชอบต่อทุกสิ่งที่มีการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร ในความรับผิดชอบของตนเอง กล่าวคือ:

1. ตรวจสอบ คัดกรองบทความ และระเบียบวิธีวิจัยที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์ด้วยหลักการทางวิชาการ
2. ให้ข้อเสนอแนะให้เกิดความกระจ่าง ตามความประสงค์ของผู้อ่านและผู้นิพนธ์
3. ปรับปรุงตรวจสอบ ควบคุมและรับฟังคำชี้แนะจากกองบรรณาธิการ เพื่อพัฒนาวารสารอย่างสม่ำเสมอ
4. รับรองคุณภาพของงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์
5. สนับสนุนอิสระทางวิชาการในการแสดงความคิดเห็นบทความวิจัย
6. คงไว้ซึ่งความถูกต้องของผลงานทางวิชาการและมาตรฐานการตีพิมพ์ของกองบรรณาธิการวารสาร
7. คุ้มครอง ปกป้องมาตรฐานของทรัพย์สินทางปัญญาจากความต้องการทางธุรกิจ
8. เต็มใจที่จะแก้ไข ปรับปรุงตลอดจนให้คำปรึกษาอย่างกัลยาณมิตร
9. ประสานงานและดำเนินการจัดประชุมกองบรรณาธิการอย่างสม่ำเสมอ

หน้าที่ของบรรณาธิการต่อผู้อ่าน

1. ควรแจ้งให้ผู้อ่านทราบเกี่ยวกับผู้ให้ทุนสนับสนุนงานวิจัยและบทบาทของผู้ให้ทุนวิจัยในการทำวิจัยนั้นๆ
2. รักษามาตรฐานการตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิชาการและวิจัยตามข้อกำหนดของวารสารและมาตรฐานสากล

หน้าที่ของบรรณาธิการต่อผู้นิพนธ์

1. ดำเนินการทุกอย่างเพื่อให้มั่นใจในคุณภาพของบทความที่ตีพิมพ์ เพื่อรับรองคุณภาพของงานวิจัยที่ตีพิมพ์
2. การตัดสินใจของบรรณาธิการต่อการยอมรับหรือปฏิเสธบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์นั้น ขึ้นอยู่กับความถูกต้องตามหลักวิชาการ ความสำคัญ ความใหม่ และความชัดเจนของบทความวิจัยหรือบทความวิชาการ
3. มีการชี้แจงหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการตรวจสอบประเมินบทความ (peer review)
4. วารสารมีช่องทางให้ผู้นิพนธ์อุทธรณ์ได้หากผู้นิพนธ์มีความคิดเห็นแตกต่างจากการตัดสินใจของบรรณาธิการ
5. จัดพิมพ์คำแนะนำแก่ผู้นิพนธ์ในทุกประเด็นที่บรรณาธิการคาดหวัง ในทุกเรื่องที่คุณนิพนธ์ควรรับทราบ พร้อมทั้งควรมีการอ้างอิงหรือการเชื่อมโยงกับระเบียบดังกล่าวนี้ด้วย
6. บรรณาธิการไม่เปลี่ยนแปลงการตัดสินใจในการตอบรับบทความที่ถูกปฏิเสธการตีพิมพ์ไปแล้ว ยกเว้นมีปัญหาร้ายแรงเกิดขึ้นในระหว่างการส่งบทความมารับการพิจารณาและคำนึงถึงจริยธรรมการตีพิมพ์อย่างเคร่งครัด
7. พิจารณาผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญตรงตามสาขาของบทความและส่งบทความให้ผู้พิจารณาบทความโดยผู้พิจารณาบทความจะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้นิพนธ์จะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาบทความ (Double-blind)

หน้าที่ของบรรณาธิการต่อผู้ประเมินบทความ

1. ควรจัดพิมพ์คำแนะนำแก่ผู้ประเมินบทความในทุกประเด็นที่บรรณาธิการคาดหวัง และควรมีการปรับปรุงคำแนะนำให้ทันสมัยอยู่เสมอ พร้อมทั้งควรมีการอ้างอิงหรือการเชื่อมโยงกับระเบียบดังกล่าวนี้ด้วย
2. ควรมีระบบที่ปกป้องข้อมูลส่วนตัวของผู้ประเมินบทความ ยกเว้น วารสารนั้นมีการประเมินบทความแบบเปิดที่ได้แจ้งให้ผู้นิพนธ์และผู้ประเมินรับทราบล่วงหน้าแล้ว