



วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข **Journal of Education and Research in Public Health**

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 Vol. 1 No. 1 ประจำเดือน มกราคม - เมษายน 2566



2023

ISSN : 2985-0126 (Online)

ขอบเขตการตีพิมพ์

วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข มีนโยบายรับตีพิมพ์บทความด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม สังคมศาสตร์ (การสาธารณสุข, การศึกษาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ)

นโยบายการตีพิมพ์

วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข เป็นวารสารราย 4 เดือน ออกปีละ 3 ฉบับ (ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 ประจำเดือน พฤษภาคม – สิงหาคม ฉบับที่ 3 ประจำเดือน กันยายน – ธันวาคม) จัดทำโดยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา มีจุดมุ่งหมายในการตีพิมพ์และเผยแพร่ผลงานทางวิชาการในรูปแบบบทความภาษาไทย ทั้งจากภายในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลาและหน่วยงานภายนอก โดยดำเนินการจัดทำและเผยแพร่เป็นรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (Online) หมายเลข ISSN : 2985-0126 (Online) ซึ่งมีนโยบายในการจัดการวารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข ดังนี้

1. บทความที่ได้รับการตีพิมพ์เป็นบทความจากทั้งบุคลากรภายในและบุคลากรภายนอกวิทยาลัยฯ ที่ไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาของวารสารฉบับอื่นๆ หากตรวจสอบพบว่ามีการจัดพิมพ์ซ้ำซ้อนถือเป็นความรับผิดชอบของผู้พิมพ์แต่เพียงผู้เดียว
2. บทความ ข้อความ ภาพประกอบ และตารางประกอบที่ลงพิมพ์ในวารสารเป็นความคิดเห็นส่วนตัวของผู้พิมพ์ กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นตามเสมอไป และไม่มีส่วนรับผิดชอบใดๆ ถือเป็นความรับผิดชอบของผู้พิมพ์ผู้เดียว
3. บทความที่ตีพิมพ์ลงในวารสารจะต้องมีรูปแบบตามที่วารสารกำหนดเท่านั้น

นโยบายการประเมินบทความ

บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุขได้รับการพิจารณากลับกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญสาขาที่เกี่ยวข้องประเมินบทความจำนวน 3 ท่าน/บทความ แบบปกปิด 2 ทาง (Double blind)

บทความ

- ภายในวิทยาลัยฯ → ประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงานภายนอก
- หน่วยงานภายนอก → ประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องจากภายในวิทยาลัยฯ และ/หรือหน่วยงานภายนอก

กองบรรณาธิการ

พญ.คุณหญิง พรทิพย์ โรจนสุนันท์	สมาชิกวุฒิสภา
รศ.ดร.เขมิกา ยามะรัตน์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.ดร.ไกรวุฒิ กัลวิชา	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.ดร.กุลนิดา สายบุญ	มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตยะลา
ศ.ดร.ภญ.วิจิตรา ทศนียกุล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.ภก.ปฐมพรรณ ศรีสุข	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์	มหาวิทยาลัยทักษิณ
รศ.ดร.กุสุมาลย์ น้อยผา	มหาวิทยาลัยทักษิณ
รศ.ดร.อาจินต์ สงทับ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ศ.ดร.อนามัย เทศกะทีก	มหาวิทยาลัยบูรพา
ผศ.ดร.เสาวนีย์ ทองนพคุณ	มหาวิทยาลัยบูรพา
รศ.ดร.อารี จำปากลาย	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.สุนีย์ เคารนวนล	มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา
รศ.ดร.ศุภศิลป์ มณีรัตน์	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่
ผศ.นพ.วรวิทย์ วาณิชสุวรรณ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่
ผศ.ดร.นวรรตน์ ไชยมภู	มหาวิทยาลัยหาดใหญ่
ผศ.ดร.เมธีรัตน์ มั่นวงศ์	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.พญ.สาวิตรี วิษณุโยธิน	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9 นครราชสีมา
ดร.ภญ.ปาริฉัตร อุทัยพันธ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
อ.ดร.อัญชลี พงศ์เกษตร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
ดร.อุไรวรรณ ศิริธรรมพันธ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
ดร.ชมพูนุช สุภาพวานิช	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
ดร.ภักดิ์ฐ์ วีระจร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
อ.ดร.อุบลทิพย์ ไชยแสง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
อ.ดร.จามรี สอนบุตร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
ดร.กฤษเนตร เกษสระ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

บรรณาธิการ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.ภก.อวิรุทธ์ สิงห์กุล	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
อ.ดร.วิชาภรณ์ อินทรชุตี	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

ที่ปรึกษา

ตรวจอ่านฉบับอังกฤษ

อ.ดร.วิชาญ ภิบาล

ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

ดร.ชมพูนุช สุภาพวานิช

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

ดร.อุไรวรรณ ศิริธรรมพันธ์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

ดร.ฐิติกา กิมิเส

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

อาบาดี เจ๊ะอาแดร์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

Mr.Ganfre Pechayco

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

กองจัดการวารสาร

อิบตีซาน เจ๊ะอุบง

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

ซอบรี มาหะมะยูโซะ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

กุลยา ไต้ะรายอ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

บทบรรณาธิการ

วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข (Journal of Education and Research in Public Health) ฉบับนี้ตีพิมพ์เผยแพร่เป็นปีที่ 1 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม - เมษายน พ.ศ. 2566 เป็นวารสารที่มีการเผยแพร่ความรู้จากการศึกษา ค้นคว้า วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ผ่านบทความประเภทต่างๆ สู่สาธารณะในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-journal) โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญสาขาที่เกี่ยวข้องประเมินบทความจำนวน 3 ท่าน/บทความ แบบปกปิด 2 ทาง (Double blind) ซึ่งเป็นบทความเกี่ยวกับด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม สังคมศาสตร์ (การสาธารณสุข, การศึกษาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ) กองบรรณาธิการวารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา มีความมุ่งมั่นในการสร้างสรรค์และพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด โดยกำหนดออกวารสารราย 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ

ในการนี้ กองบรรณาธิการวารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข ขอเชิญผู้สนใจร่วมส่งบทความวิจัยและบทความวิชาการเกี่ยวกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม สังคมศาสตร์ (การสาธารณสุข, การศึกษาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ) เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร เพื่อประโยชน์ในการพัฒนางานวิจัยต่อไป ในนามของกองบรรณาธิการขอขอบพระคุณคณะที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิ (peer review) ที่กรุณาประเมินคัดกรองบทความวิจัยและบทความวิชาการ รวมถึงให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงบทความวิจัยและบทความวิชาการ

ดร.ภก.อวิรุทธิ์ สิงห์กุล
บรรณาธิการวารสาร

สารบัญ

หน้า

ขอบเขตการตีพิมพ์	i
นโยบายการตีพิมพ์	i
นโยบายการประเมินบทความ	i
กองบรรณาธิการ	ii
บทบรรณาธิการ	iv
สารบัญ	v
ผลของการสักยาระดับความปวดกล้ามเนื้อของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังตอนล่าง Effect of Medical Tattoo for Pain Reduction among Lower Back Pain Patients พโนมล ชมโฉม Phanomon Chomchom	1-14
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจในการเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ ในตำบลทรายทอง อำเภอบางสะพานน้อย จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ Factors Associated with Satisfaction on Accessibility of Denture Services among the Elderly in Sai Thong Sub-district, Bang Saphan Noi District, Prachuap Khiri Khan Province พงศกร ตันเจริญ Phongsakorn Tancharoen	15-30
การวิเคราะห์ปริมาณโลหะหนักในยาแผนโบราณ กรณีศึกษาในเขตเทศบาลนครยะลา Determination of Heavy Metals in Traditional Drugs in the Municipality of Yala นูรอัสมา บุติ, กรกนก ศิริบันฑูรย์ และโรสนานี เหมตระกูลวงศ์ Noor-asma Puti, Kornkanok Siribanthoon and Rosenanee Hemtrakoolwong	31-37
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (Basic CPR) ของนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนเทศบาลในเขตพื้นที่เทศบาลนครยะลา Factors Related to the Knowledge of Basic Cardiopulmonary Resuscitation (Basic CPR) among Grade 6 Students in Yala Municipality's School, Yala นุรฟาติน ดือเร๊ะ Nurfatin Duereh	38-47
สถานการณ์ฝีดาษลิง : ภาวะคุกคามสุขภาพจากโรคติดเชื้อไวรัส Monkeypox Situation : Health Threat from a Viral Infection จตุพร จันทร์สว่าง และสมฤทัย ย่อเส้ง Jatuporn Chansawang and Somruethai Yoseng	48-55

วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข
Journal of Education and Research
in Public Health

ผลของการสักยาระดับความปวดกล้ามเนื้อของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังตอนล่าง Effect of Medical Tattoo for Pain Reduction among Lower Back Pain Patients

พโนมล ชมโฉม^{1*}

Phanomon Chomchom^{1*}

^{1*} ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดกาฬสินธุ์ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

^{1*} Kalasin Special Education Center

* Corresponding Author: พโนมล ชมโฉม E-mail: phanomon.ch@gmail.com

Received : 11 February 2023

Revised : 17 March 2023

Accepted : 27 March 2023

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสักยาระดับความปวดหลังส่วนล่างของผู้ป่วย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีการประเมินอาการปวดหลังส่วนล่างของผู้ป่วยก่อนและหลังการได้รับการสักยา คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้ G* Power ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 32 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง และทำการสักยาเพื่อรักษาอาการปวด ณ สถานบริการแพทย์แผนไทยของเอกชนแห่งหนึ่งในอำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน เมษายน – กรกฎาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนาและเปรียบเทียบระดับความปวดก่อนและหลังการสักยาโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.6 อายุต่ำสุด 23.7 ปี สูงสุด 80.3 ปี อายุเฉลี่ย 42.9 ปี แต่งงานอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 68.8 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 40.6 ลักษณะการทำงานในภาพรวมของแต่ละวัน คือ นั่งทำงาน ร้อยละ 50.0 มีอาการปวดกล้ามเนื้อในระหว่างวัน ร้อยละ 78.1 ก่อนมารับบริการสักยาไม่ได้รักษาด้วยวิธีการใดๆ ร้อยละ 84.4 อาหารแสลงที่รับประทานมากที่สุด ได้แก่ สัตว์ปีก ร้อยละ 96.9 ผู้ป่วยมีอาการปวดแบบตื้อๆ ในระดับมาก ร้อยละ 50.0 โดยก่อนได้รับการสักยา ผู้ป่วยมีค่ามัธยฐานของความปวดเฉลี่ย เท่ากับ 3 หลังการสักยา เท่ากับ 1 ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) การสักยาคควรเสนอแนะให้เป็นการรักษาทางเลือกสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาระยะเวลาการกลับมาเป็นซ้ำหลังจากอาการปวดได้บรรเทาแล้ว รวมถึงศึกษาเปรียบเทียบกับหัตถการทางแพทย์แผนไทยอื่นๆ ที่ใช้รักษาอาการปวดกล้ามเนื้อ

คำสำคัญ: น้ำมันยา ปวดกล้ามเนื้อ ปวดหลังส่วนล่าง ลมปลายปิดคอต สักยา

Abstract

The objective of this study was to evaluate the effectiveness of medical tattoo on pain reducing among lower back pain patients in Chaiya district, Surat Thani province. A quasi-experimental study design was assigned between April and July 2020. The sample size was calculated by G* power and acquired 32 participants. Purposive sampling was made to access to each participant at a private Thai traditional medicine clinic in Surat Thani province. Descriptive statistics were used to analyze the data. Pain level before and after received of medical tattoo practice were compared

by Wilcoxon Signed Rank Test. The results found that most participants were female (65.6%). Their average age was 42.90 year, minimum 23.67 years and maximum 80.33 years. Their marital status was married (68.8%). They were agriculturist (40.6%). Their working position was sitting (50%) and felt having pain during the day (78.1%). They did nothing to reduce their pain before receiving medical tattoo practice (84.4%). Injurious food which they ate was poultry (96.9%). Their characteristics of pain was the most aching pain (50.0%). Their median level of their pain was significantly reduced from 3 to 1 (p -value < 0.001). Medical tattoo practice should be considered as an alternative treatment of low back pain. Further study should be study the extended time of medical tattoo practice on pain removal before its recurrent and compare the effective between this treatment and other Thai traditional medicine procedures.

Keywords: Medicinal oil, Muscle pain, Low back pain, Medical tattoo

บทนำ

“ปัตคาคต” หมายถึง กล้ามเนื้อ “โรคลมปลายปัตคาคต” จึงหมายถึงลักษณะของโรคลมชนิดหนึ่งที่เกิดจากการอันของลม มีการไหลเวียนของเลือดในร่างกายไม่สะดวก ส่งผลให้กล้ามเนื้อเกิดภาวะแข็งเป็นก้อนเป็นลิ่มทำให้เกิดอาการปวด บวม กล้ามเนื้อแข็งเป็นก้อน บางครั้งเมื่อสัมผัสอาจรู้สึกถึงความร้อนบริเวณผิวหนัง มักมีสาเหตุของการเกิดโรคมาจากการท่าทางในการทำงานในอิริยาบถเดิมนานๆ [1, 2] หรือที่ทางแพทย์แผนไทยเรียกว่าการใช้งานเกินกำลัง และมีลักษณะ อาการปวดกล้ามเนื้อที่เกิดขึ้นอาจมีกล้ามเนื้อแข็งตึงเป็นก้อน มีอาการบวม หรือปวดร้าวไปที่บริเวณอื่นร่วมด้วย [2] ซึ่งอาการผิดปกติของกล้ามเนื้อเหล่านี้เกิดขึ้นได้จากอิริยาบถและท่าทางในการทำงาน การยืดหรือเหยียดกล้ามเนื้อมากเกินไป ลักษณะพื้นที่ในการปฏิบัติงาน วัสดุและอุปกรณ์ในการปฏิบัติล้วนส่งผลต่อความผิดปกติของกล้ามเนื้อได้ [1, 3] ในทางการแพทย์แผนปัจจุบันจะวินิจฉัยโรคลมปลาย ปัตคาคตว่าอาการปวดหลังส่วนล่าง (Lower back pain) [2] มีการศึกษาความชุกของการปวดกล้ามเนื้อและปวดหลังในกลุ่มอาชีพต่างๆ เช่น กลุ่มอาชีพเย็บผ้ามี อาการปวดกล้ามเนื้อขณะปฏิบัติงาน ร้อยละ 69.68 [4] แรงงานนอกระบบของท่าเทียบเรือประมงแห่งหนึ่ง มีอาการปวดหลังส่วนล่าง ร้อยละ 68.7 [5] ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ มีความชุกของการเกิดอาการปวดหลังส่วนล่าง ร้อยละ 39.2 [6] อาชีพครูมีอาการปวดหลังส่วนล่าง ร้อยละ 39.2 [7] บุคลากรในมหาวิทยาลัย ร้อยละ 33.30 [8] และในผู้ประกอบการอาชีพทริคตียางพารา ร้อยละ 60.75 [9] กลุ่มอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 91.3 [1]

แนวทางการรักษาโรคของกล้ามเนื้อตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย มักจะรักษาด้วยวิธีการทางหัตถเวชกรรม คือ การนวดไทยแบบราชสำนักตามสูตรการนวดรักษาที่เหมาะสมกับอาการของคนไข้ โดยจะใช้ข้อนิ้วหัวแม่มือนวดกดตามเส้นพื้นฐานและจุดสัญญาณของโรค โดยใช้หลักการในการใช้แรงกดกระทำต่อกล้ามเนื้อ เมื่อผ่อนแรงทำให้ธาตุดินหรือกล้ามเนื้อ คลายตัว ส่งผลให้ธาตุลม ธาตุน้ำ และธาตุไฟ ในร่างกายเคลื่อนที่ได้สะดวก และส่งผลย้อนกลับไปที่ธาตุดินเกิดการคลายตัวมากยิ่งขึ้น เมื่อมีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อได้มากขึ้น ก็ส่งผลให้การดูดกลับของแคลเซียมไอออนกลับสู่ภาวะสมดุล ทำให้อาการปวดตึงกล้ามเนื้อมีอาการดีขึ้น [2] นอกจากนี้ มีการใช้การสักรักษาโรค (Medical tattoos) [10-14] ด้วยการนำวิธีการสักและน้ำมันยาสักเพื่อลดอาการปวดกล้ามเนื้อที่กล้ามเนื้อหลังส่วนล่างให้กับผู้ป่วย ซึ่งเป็นภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้านที่มีการใช้และสืบทอดกันมาจากบรรพบุรุษ [15] สำหรับการสักยาโดยใช้ไขมันยา มีการนำมาใช้สักเพื่อลดความเจ็บปวด และปรับสมดุลของเลือด เช่น ปวดศีรษะ บรรเทา

อาการบวมและปวดกล้ามเนื้อ เป็นต้น โดยการสักรยาเพื่อรักษาอาการปวดเมื่อยจะมีการหยดน้ำมันยาไปตามเส้นที่ต้องการรักษาอาการปวด จากนั้นใช้เข็มสักรบริเวณที่หยดน้ำมันยาไว้ [16] ซึ่งสอดคล้องกับประกาศคณะกรรมการหมอพื้นบ้าน เรื่อง ลักษณะ ประเภท หรือกรรมวิธีของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ.2562 ในส่วนของกรรมวิธีการแพทย์พื้นบ้านในการส่งเสริม ดูแล รักษา พื้นฟูผู้ป่วยที่มีการสืบทอดจากบรรพบุรุษหรือตามวิถีของวัฒนธรรมชุมชน ซึ่งครอบคลุมถึงการสักรยาเพื่อการรักษาโรคด้วย [17] แต่จำนวนหมอพื้นบ้านที่สักรยารักษาอาการเจ็บปวดตามข้อต่อและกล้ามเนื้ออยู่ในสภาวะวิกฤติที่ภูมิปัญญาด้านนี้เสี่ยงต่อการสูญหาย [15, 16] ในพื้นที่ภาคใต้มีหมอพื้นบ้านที่ใช้วิธีการสักรยาเพื่อรักษาในพื้นที่อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี และมีการถ่ายทอดองค์ความรู้โดยการอบรมการสักรยาและการหุงน้ำมันยาให้กับแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่มีความสนใจ และมีการนำการสักรยาไปใช้รักษาอาการปวดกล้ามเนื้อให้กับผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม การสักรยารักษาอาการปวดกล้ามเนื้อส่วนหลังของผู้ป่วยด้วยน้ำมันยาสูตรดังกล่าว ยังไม่มีการศึกษาโดยใช้กระบวนการวิจัยเพื่อรายงานถึงประสิทธิผลของการสักรยาเพื่อรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อ

การดำเนินการวิจัย เรื่อง “ผลของการสักรยาเพื่อบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังตอนล่าง” จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาระดับความปวดของผู้ป่วยก่อนและหลังการสักรยาของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อปัดคลาศต 3 หลัง ซึ่งผลจากการดำเนินการวิจัย มีประโยชน์ด้านการให้บริการทางการแพทย์แผนไทย โดยสามารถใช้เป็นการบริการสุขภาพทางเลือกสำหรับบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างของผู้ป่วยได้

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental study) วัดระดับความปวดก่อนและหลังการได้รับการสักรยา

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร

ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง (โรคกล้ามเนื้อปัดคลาศต 3 หลัง) ในพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนไทยที่มีใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมไทยเป็นอย่างน้อย

2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อปัดคลาศต 3 หลัง ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกเอกชนแห่งหนึ่ง ซึ่งเป็นคลินิกการแพทย์แผนไทย ในอำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือนเมษายน – กรกฎาคม 2563

2.3 ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัย คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power เวอร์ชัน 3.1.9.2, Effect size = 0.70, Power = 0.95, α error = 0.05 ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 29 คน ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนตัวอย่างร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่าง (2.9 ~ 3 คน) เป็น 32 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง (Lost to follow up) และมีจำนวนสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กที่สุดที่วิเคราะห์ทางสถิติแล้วกระจายเป็นโค้งปกติ (Normal distribution) ได้ [18]

2.4 การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) เป็นผู้ป่วยโรคลมปลายปัตคาศัญญาน 3 หลัง ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกเอกชนแห่งหนึ่ง ซึ่งเป็นคลินิกการแพทย์แผนไทย ในอำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือนเมษายน – กรกฎาคม 2563 ผู้ป่วยจะได้รับการเชิญชวนเข้าร่วมการวิจัย ด้วยวาจา โดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย วัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนและวิธีการศึกษา และจะดำเนินการศึกษาให้กับผู้ป่วยที่คลินิกแห่งนั้น หลังจากผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

2.5 เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

- 1) ผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างที่เข้ารับการรักษาระหว่างเดือนเมษายน – กรกฎาคม 2563
- 2) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
- 3) ไม่เป็นผู้ที่แพ้ผื่นสัมผัส (Contact dermatitis)
- 4) ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาหรือหัตถการอื่น รวมถึงผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาหรือหัตถการอื่นแต่อาการไม่ดีขึ้น และหยุดยาหรือหัตถการนั้นๆ ก่อนมารับบริการศึกษา อย่างน้อย 3 วัน
- 5) ไม่เป็นโรค/อาการ หรืออยู่ในภาวะ ดังต่อไปนี้
 - ไข้สูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส
 - ภาวะเลือดไหลไม่หยุด
 - โรคติดเชื้อเฉียบพลัน
 - มีอาการอักเสบจากการติดเชื้อ
 - เป็นโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ที่ยังควบคุมอาการให้อยู่ในระยะปกติไม่ได้
 - เป็นโรคผิวหนัง
 - มีบาดแผลเปิดเรื้อรัง
 - เป็นโรคติดต่อที่แพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้
 - เป็นโรคมะเร็ง
 - หญิงตั้งครรภ์

2.6 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยเพื่อประเมินความปวดภายหลังการได้รับการศึกษาได้
- 2) หยุดศึกษาเมื่อรับบาดเจ็บหรืออันตรายระหว่างการศึกษา
- 3) มีอาการแพ้หรืออักเสบในขณะรับการศึกษา
- 4) มีอาการชืดหรือเป็นลมในขณะรับการศึกษา
- 3) ขอยุติการรับการศึกษโดยอาจไม่บอกเหตุผล

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบประเมินความปวด ของแม็คกิลล์ฉบับภาษาไทย (Short-form McGill Pain Questionnaire Thai version) [19] โดยมีการแปลผลดังนี้

ลักษณะอาการปวด 11 ลักษณะ [19] และระดับความปวดแต่ละลักษณะ [19]

- 0 คะแนน ไม่ปวด/ไม่รู้สึกลึก
- 1 คะแนน ปวด/รู้สึกลึกน้อย
- 2 คะแนน ปวด/รู้สึกลึกปานกลาง
- 3 คะแนน ปวด/รู้สึกลึกมากจนทนไม่ได้

ระดับอาการปวดในขณะนี้ [19]

- 0 คะแนน ไม่ปวด
- 1 คะแนน ปวดเล็กน้อย
- 2 คะแนน ปวดพอรำคาญ
- 3 คะแนน ปวดจนรู้สึกรบกวนการดำเนินชีวิต
- 4 คะแนน ปวดจนทุกข์ทรมาน
- 5 คะแนน ปวดมากจนทนไม่ได้

3.2 การสัทยา

1) สูตรน้ำมันยาที่ใช้ในการสัทยา เป็นสูตรน้ำมันยาจากภูมิปัญญาของ หมอช่อม ชุนเพชร ซึ่งเป็นหมอพื้นบ้านที่ได้รับการยอมรับ และมีการใช้น้ำมันยาในการสัทยาเพื่อรักษาอาการปวดของผู้ป่วยโรคปวดกล้ามเนื้อ นอกจากนี้สูตรน้ำมันยาที่ใช้นี้มีการใช้ในการสัทยาเพื่อการรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อของผู้ป่วยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าเว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากคลอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองรี พโนมลคลินิกการแพทย์แผนไทย ช่อมคลินิกการแพทย์แผนไทยประยุกต์ หมอกันคลินิกการแพทย์แผนไทย และสุภาภรณ์คลินิกการแพทย์แผนไทย โดยน้ำมันยามีส่วนประกอบและสรรพคุณ [20-22] ดังนี้

ตารางที่ 1 องค์ประกอบในตำรับน้ำมันยา

สาร	ปริมาณ	หน่วย	สรรพคุณ
(1) น้ำมันมะพร้าว	5	ลิตร	กระสายยาและทำให้ผิวลื่น
(2) ไพลสด	0.5	กิโลกรัม	ลดอาการบวม ด้านการอักเสบ
(3) ขมิ้นชันสด	0.5	กิโลกรัม	ลดการอักเสบ ผสมยานวดแก้เคล็ดขัดยอก
(4) ผิวมะกรูดสด	100	กรัม	รสปร่าหอมร้อน ด้านการอักเสบ
(5) กระเทียม	100	กรัม	ด้านจุลชีพ ลดการอักเสบ
(6) เถาคันแดงสด	100	กรัม	ฤทธิ์ระคายเคือง

	สาร	ปริมาณ	หน่วย	สรรพคุณ
(7)	ใบว่านน้ำสด	100	กรัม	ลดอาการปวดตามเส้นประสาท
(8)	ใบพุทธรักษา (ดอกแดง) สด	100	กรัม	ห้ามเลือด รักษาแผลสดและแผลมีหนอง
(9)	น้ำคั้นใบตำลึง	250	มิลลิลิตร	กระสายยา
(10)	น้ำส้มสายชู	250	มิลลิลิตร	กระสายยา
(11)	คิงูเห่า (ขนาดเท่าหัวแม่มือ)	1	ชิ้น	รสม ร้อน เป็นกระสายช่วยให้อาการดีขึ้น

2) วิธีการหุง/สกัด/เตรียมตำรับน้ำมันยา

- (1) นำส่วนผสมที่เป็นสมุนไพร (2-8) หั่นบาง ๆ เทใส่หม้อสแตนเลส
- (2) เติมน้ำมันมะพร้าว น้ำส้มสายชู และน้ำคั้นใบตำลึงในหม้อสแตนเลส
- (3) เคี่ยวด้วยไฟอ่อนๆ ประมาณ 4 ชั่วโมง
- (4) กรองน้ำมันด้วยผ้าขาว ตวงน้ำมันให้ได้ 1 ลิตร แล้วใส่คิงูเห่า
- (5) เคี่ยวด้วยไฟอ่อนๆ ประมาณ 2 ชั่วโมง
- (6) กรองน้ำมันด้วยผ้าขาว แล้วบรรจุใส่ขวด

3) วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการสักยา

- (1) แผ่นแอลกอฮอล์สำหรับฆ่าเชื้อ (Alcohol pad)
- (2) ถ้วยสแตนเลส
- (3) ถังมือยางทางการแพทย์
- (4) น้ำมันยา
- (5) เข็มสักพร้อมด้ามสัก
- (6) คีมคีบ (Forcep)
- (7) สำลี

4) ขั้นตอนวิธีการสักยา

- (1) เช็ดทำความสะอาดบริเวณที่จะสักยา ด้วยแผ่นแอลกอฮอล์สำหรับฆ่าเชื้อ (Alcohol pad)
- (2) เติมน้ำมันในถ้วยสแตนเลส 1 มิลลิลิตร
- (3) นำเข็มสักประกอบกับด้ามสัก
- (4) เอียงเข็มสักประมาณ 15 องศาเพื่อให้ดูดน้ำมันเข้าเข็ม
- (5) เอียงเข็มสักประมาณ 45 องศา สักลงแนวกลัมนิ้วโดยเว้นระยะห่างแต่ละจุดประมาณ 2-3 มิลลิเมตร
- (6) ห้ามคนไข้อาบน้ำหลังจากสัก 2 ชั่วโมง



ก. แนวกล้ามเนื้อ Spinalis
“ปัตคาคต”



ข. แนวกล้ามเนื้อ Longissimus
“สัณทฆาต”



ค. แนวกล้ามเนื้อ Iliocostalis
“ร้ตตฆาต”

รูปที่ 1 การสักยาตามแนวกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง [23]

5) เข็มสักยาและอุปกรณ์

- (1) ทำการขจัดสิ่งปนเปื้อน
- (2) ล้างให้สะอาดด้วยน้ำผสมผงซักฟอก และตามด้วยน้ำสะอาด
- (3) ทำให้อุปกรณ์แห้งโดยการเช็ดด้วยผ้าสะอาด
- (4) บรรจุอุปกรณ์ในถุงซีล (ผนึก)
- (5) นำเข้าหม้อนึ่งความดัน (Autoclave) ที่อุณหภูมิ 121 องศาเซลเซียส ความดัน 15

ปอนด์ต่อตารางนิ้ว เป็นเวลา 30 นาที

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางแพทย์แผนไทย 3 ท่าน เพื่อประเมินความสอดคล้องของแบบสอบถามรายข้อกับวัตถุประสงค์ (Index of Item – Objective Congruence; IOC) ได้ค่า $IOC \geq 0.667$ แบบประเมินความปวดมาตรฐาน ของแม็คกิลล์ภาษาไทย (Short-form

McGill Pain Questionnaire Thai version) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's α coefficient) เท่ากับ 0.7881 [19]

5. การรวบรวมข้อมูล

- 1) ติดต่อประสานงานกับผู้ประสานงานในพื้นที่ จำนวน 3 คน
- 2) เชิญชวนและชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัยตามแนวทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ พร้อมทั้งจัดทำเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
- 3) รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยให้อาสาสมัครวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จากนั้นแพทย์แผนไทยที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผลการวิจัย ใช้แบบประเมินความปวดเพื่อวัดระดับความปวดของผู้ป่วย โดยให้รหัสเป็นตัวเลขและอักษรแรกของชื่อและนามสกุล เช่น 01อส แล้วแยกเก็บแบบประเมินก่อนการสัการยาไว้ต่างหาก
- 4) ดำเนินการสัการยาเพื่อรักษาอาการปวดหลังส่วนล่างให้กับผู้ป่วยแต่ละคน คนละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง
- 5) ประเมินความปวด 3 วัน หลังได้รับการสัการยา โดยแพทย์แผนไทยคนเดียวกันกับที่ประเมินผลก่อนการสัการยา ใช้แบบประเมินอีกชุดหนึ่งที่ลงรหัสสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดยผู้ป่วยไม่เห็นข้อมูลการประเมินความรู้สึกปวดของตนเองก่อนการสัการยา
- 6) วิเคราะห์และแปลผลข้อมูล

6. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน ตามลักษณะของตัวแปร และทดสอบการกระจายของข้อมูล (Distribution) ก่อนเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้สึกปวดก่อนและหลังการสัการยา โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

ผลการวิจัย

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.6 อายุต่ำสุด 23.67 ปี สูงสุด 65.33 ปี อายุเฉลี่ย 41.96 ปี สถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 68.8 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 40.6 ส่วนใหญ่รายงานว่าลักษณะการทำงานในภาพรวมของแต่ละวัน คือ นั่งทำงาน ร้อยละ 50.0 มีอาการปวดกล้ามเนื้อในระหว่างวัน ร้อยละ 78.1 ก่อนมารับบริการสัการยาเพื่อรักษาอาการปวด ไม่ได้รักษาด้วยวิธีการใดๆ ร้อยละ 84.4 อาหารแสลงต่ออาการปวดกล้ามเนื้อที่รับประทานมากที่สุด ได้แก่ สัตว์ปีก ร้อยละ 96.9 รองลงมา คือ เครื่องในสัตว์ ร้อยละ 90.6

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ (n = 32 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	11	34.4
หญิง	21	65.6

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
20 – 29 ปี	10	31.2
30 – 39 ปี	4	12.5
40 – 49 ปี	5	15.7
50 – 59 ปี	10	31.2
60 ปี ขึ้นไป	3	9.4
เฉลี่ย 41.96 ปี ต่ำสุด 23.67 ปี สูงสุด 65.33 ปี		
สถานภาพ		
โสด	6	18.8
สมรส/อยู่ด้วยกัน	22	68.8
ม่าย/อย่า/แยกกันอยู่	4	12.5
อาชีพหลัก		
ว่างงาน	2	6.3
นักศึกษา	1	3.1
ราชการ/วิสาหกิจ/เกษียณ	12	37.5
พนักงานเอกชน	2	6.3
เกษตรกร	13	40.6
รับจ้าง	2	6.3
ลักษณะการทำงาน		
นั่งทำงาน	16	50.0
เดินทำงาน	15	46.9
อื่นๆ	1	3.1
เวลาที่ปวด		
เช้า	7	21.9
ระหว่างวัน	25	78.1
การรักษาก่อนมารับการสัทยา		
ไม่ได้รักษา	27	84.4
รักษา	5	15.6
การรับประทานอาหารแสดง *		
ข้าวเหนียว	23	71.9
หน่อไม้	24	75.0
หน่อไม้ฝรั่ง	4	12.5
กระถิน	1	3.1

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ชะอม	16	50.0
เครื่องในสัตว์	29	90.6
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	5	15.6
สัตว์ปีก	31	96.9

* ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก

ตารางที่ 3 แสดงผลประเมินลักษณะอาการปวดของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง พบว่า มีลักษณะความปวดแบบปวดตื้อๆ โดยมีรู้สึกปวดมาก ร้อยละ 50.0 และปวดหนักๆ ที่รู้สึกปวดมาก ร้อยละ 46.9

ตารางที่ 3 แสดงลักษณะความปวดและระดับความปวดของผู้รับบริการ (n = 32 คน)

ลักษณะความปวด *	จำนวน (ร้อยละ)			
	ไม่ปวด	ปวดน้อย	ปวดปานกลาง	ปวดมาก
ปวดตื้อๆ	27 (84.4)	-	4 (12.5)	1 (3.1)
ปวดจี๊ด	31 (96.9)	-	-	1 (3.1)
ปวดเหมือนถูกแทง	31 (96.9)	1 (3.1)	-	-
ปวดแปลบ	29 (90.6)	-	-	3 (9.4)
ปวดเกร็ง	19 (59.4)	1 (3.1)	3 (9.4)	9 (28.1)
ปวดเหมือนถูกทะเล	32 (100)	-	-	-
ปวดแสบปวดร้อน	32 (100)	-	-	-
ปวดตื้อๆ	12 (37.5)	2 (6.2)	2 (6.2)	16 (50.0)
ปวดหนักๆ	11 (34.4)	1 (3.1)	5 (15.6)	15 (46.9)
กดเจ็บ	21 (65.6)	1 (3.1)	3 (9.4)	7 (21.9)
ปวดเหมือนแตกเป็นเสี่ยง	32 (100)	-	-	-

* ตอบได้มากกว่าหนึ่งลักษณะความปวด [19]

ตารางที่ 4 แสดงผลการเปรียบเทียบระดับความปวดของผู้รับบริการสักระยะรักษาอาการปวด โดยทดสอบการกระจายของข้อมูลระดับความรู้สึกปวด ซึ่งข้อมูลกระจายไม่เป็นโค้งปกติ (non-normal distribution) จึงทดสอบด้วยสถิติ non-parametric พบว่า ก่อนสักระยะ ค่ามัธยฐานของความรู้สึกปวด เท่ากับ 3 ภายหลังการสักระยะ ค่ามัธยฐานของความรู้สึกปวด เท่ากับ 1 ซึ่งระดับความรู้สึกปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับความปวดของผู้รับบริการก่อนและหลังการสักระยะ โดยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test (n = 32 คน)

ระดับความปวด	$\bar{X} \pm S.D.$	Median $\pm$ S.E.	p-value
ก่อนสักระยะ	3.25 $\pm$ 0.72	3.00 $\pm$ 0.13	< 0.001

ระดับความปวด	$\bar{X} \pm S.D.$	Median $\pm S.E.$	p-value
หลังสัทยา	0.97 $\pm$ 0.65	1.00 $\pm$ 0.11	

อภิปราย

ตำรับน้ำมันสัทยาในการศึกษานี้ ประกอบด้วย น้ำมันมะพร้าว ไพลสด ขมิ้นชันสด ผิวมะกรูดสด กระเทียม เถาคันแดงสด ใบว่านน้ำสด ใบพุทธรักษา (ดอกแดง) สด น้ำคั้นใบตำลึง น้ำส้มสายชู และดีงูเห่า ซึ่งประกาศคณะกรรมการหมอยา เรื่อง ลักษณะ ประเภท หรือกรรมวิธีของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2562 กำหนดให้การสัทยา เป็นกรรมวิธีด้านการแพทย์พื้นบ้านเกี่ยวกับสมุนไพร อย่างไรก็ตาม ควรมีการรวบรวมองค์ความรู้ทางภูมิปัญญาเกี่ยวกับสูตรตำรับของน้ำมันสัทยาของหมอยาพื้นบ้านแต่ละรายเพื่อทดสอบการแพ้ ทดสอบประสิทธิผลในการรักษาโรคโดยวิธีการการสัทยา ทั้งนี้เนื่องจากมีรายงานจากการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่า การสัทยาอาจก่อให้เกิดอาการข้างเคียงหรือแพ้ส่วนประกอบของน้ำยาหรือน้ำมันที่ใช้ในการสัทยาได้ [24] นอกจากนี้เมื่อพิจารณาการสัทยาแล้ว จะมีความใกล้เคียงกับวิถีของการบริหารยา (Route of drug administration) ให้กับผู้ป่วยโดยการฉีดเข้าผิวหนัง (Intradermal injection) ซึ่งเภสัชภัณฑ์ประเภทยาฉีดจะต้องปราศจากเชื้อ (Sterile) โดยกระบวนการหุงน้ำมันยาสำหรับสัทยาในการวิจัยนี้ได้มีการใช้เครื่องนึ่งความดัน (Autoclave) เพื่อให้ น้ำมันยาปราศจากเชื้อ อย่างไรก็ตามการสัทยาหรือฉีดเข้าผิวหนังก็สามารถกระตุ้นให้เกิดการแพ้ได้ [25, 26] จึงอาจเป็นอันตรายสำหรับผู้มีภูมิไวเกิน (Hypersensitivity)

การทบทวนตำรับน้ำมันยาสำหรับสัทยาเพื่อประเมินอาการข้างเคียงและประสิทธิภาพของน้ำมันสัทยาจึงเป็นแนวทางหนึ่งที่จะอนุรักษ์ภูมิปัญญาของหมอยาพื้นบ้าน [15, 27] เพื่อให้เป็นมาตรฐานและมีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ และควรจัดทำเป็นบัญชีรายการสูตรตำรับยาที่มีการรับรองโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่นเดียวกันกับการกำหนดมาตรฐานทางของยาที่มีการจัดทำเภสัชตำรับของประเทศ

ผู้รับบริการบางรายมีความหวาดกลัววัตถุดิบ และกลัวการสัทยา ถูกคัดออกจากการวิจัย เนื่องจาก ความกลัว กลัวมาก หรือหวาดกลัว สามารถเกิดขึ้นกับผู้ป่วยบางราย [28-30] อาจทำให้เป็นลมหรือช็อกในขณะรับการสัทยาได้ การศึกษานี้จึงใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจงเป็นผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง ไม่กลัวเข็มหรือวัตถุดิบสมุนไพรเข้าร่วมการวิจัย และยินยอมรับบริการสัทยาเพื่อรักษา ผลการประเมินระดับความปวดกล่อมเนื้อภายหลังการสัทยาเพื่อรักษาอาการปวด จะทำการประเมินภายหลังการสัทยาไปแล้ว 3 วัน ทั้งนี้เพื่อไม่ให้ความรู้สึกเจ็บปวดจากการสัทยาบงกชความรู้สึกลดกล่อมเนื้อจากโรคลมปลายปัตคต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นเกี่ยวกับการสัทยาที่พบว่าเมื่อสัทยาแล้ว ผู้ที่ได้รับการสัทยาอาจมีอาการเจ็บ ปวด และอักเสบบริเวณที่สัทยาได้ [26, 31] การเว้นช่วงเวลาในการประเมินอาการปวดกล่อมเนื้อจึงมีความเหมาะสมเพราะเป็นความรู้สึกปวดกล่อมเนื้อจริงๆ โดยที่ไม่มีผลกระทบของความเจ็บ ปวด หรืออักเสบจากการสัทยา ซึ่งผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีระดับความปวดลดลง โดยเมื่อศึกษาองค์ประกอบในตำรับน้ำมันยาแล้ว พบว่า ส่วนประกอบในตำรับยามีสรรพคุณที่ทำให้ความปวดลดลง (ตารางที่ 1) เช่น ไพล มีฤทธิ์ลดอาการบวม ต้านการอักเสบ ขมิ้นชัน ลดการอักเสบ และมีการนำมาผสมยานวดแก้เคล็ดขัดยอก ผิวมะกรูดมีรสปร่าหอมร้อน และมีฤทธิ์ต้านการอักเสบ กระเทียมมีการศึกษาฤทธิ์ด้านจุลชีพและลดการอักเสบได้ และว่านน้ำมีฤทธิ์ลดอาการปวดตามเส้นประสาท เป็นต้น [21] นอกจากสรรพคุณขององค์ประกอบในน้ำมันยาแล้ว การสัทยาตามแนวกล่อมเนื้อที่มีความตึงตัวเมื่อมีอาการปวดหลังส่วนล่าง ได้แก่ กล้ามเนื้อขีดยกระดูกสันหลัง (Spinalis/ปัตคต) แนวกล่อมเนื้อห่างจากกระดูกสันหลังสองนิ้วมือ (Longissimus/สันทฆาต) และแนวกล่อมเนื้อห่างจากกระดูก

สันหลังสามนิ้วมือ (Iliocostalis/รัตตฆาต) [23] เป็นการกระตุ้นให้มีการไหลเวียนของเลือดมาบริเวณกล้ามเนื้อดังกล่าวส่งผลให้อาการปวดลดลง

สรุป

การสักรัดด้วยน้ำมันยาสูตรของหมอพื้นบ้านที่ศึกษา สามารถลดความรู้สึkpวดกล้ามเนื้อในผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างได้ สำหรับการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาระยะเวลาการกลับมาเป็นซ้ำหลังจากอาการปวดได้บรรเทาแล้ว และควรมีการศึกษาโดยวิธีการสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบกับการใช้หัตถการทางการแพทย์แผนไทยในการรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อจากโรคลมปลายปัดคาคต เช่น การนวด การอบสมุนไพร หรือการประคบสมุนไพร หรือหากไม่สามารถสุ่มเข้ากลุ่มเพื่อการรักษาแต่ละแบบ ควรมีการศึกษาแบบกึ่งทดลองเพื่อเปรียบเทียบผลของการรักษาด้วยหัตถการทางแพทย์แผนไทยแต่ละวิธี

แหล่งสนับสนุนทุนวิจัย

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าเว อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัสโครงการ 085-63

เอกสารอ้างอิง

- [1] ประกาศิต ทอนช่วย. ปัจจัยเสี่ยงทางการยศาสตร์ต่ออาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการปลูกข้าวโพดของเกษตรกรกลุ่มชาติพันธุ์ จังหวัดเชียงราย. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2563; 27(1): 27-39.
- [2] ศรีนรัตน์ โคตะพันธ์ และศุภมาศ จารุจรณ์. โรคออฟฟิศซินโดรมกับศาสตร์การแพทย์แผนไทย. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2560; 12(2): 142.
- [3] โสภภาพรรณ จิรนิติศัย. ภาวะผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกในคนงานกลุ่มวิสาหกิจชุมชน ประเภทผ้าและศิลปะประดิษฐ์ ในเขต 4. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี. 2559.
- [4] จันจิรา ทิพวง และกาญจนา นาถะพินธุ. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการปวดกล้ามเนื้อของ กลุ่มอาชีพเย็บผ้าโหล ตำบลน้ำโสม อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. 2559; 23(1): 46-61.
- [5] ชมพูนุช สุภาพวานิช, อาอีเสาะ มูซอ, และอัญชลี พงษ์เกษตร. ความชุกของอาการปวดหลังส่วนล่างในแรงงานนอกระบบของท่าเทียบเรือประมงแห่งหนึ่งในจังหวัดปัตตานี. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2562; 11(3): 68.
- [6] รัชชิตา ภิมาล และวทันยา วงศ์มติกุล. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของอาการปวดหลังส่วนล่างในพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย. จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 2560; 61(1): 102.

- [7] จุไรพร โสภจรรย์ สกลพร โสภจรรย์ และชมพูช โสภจรรย์. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการปวดหลังส่วนล่างของครูใน จังหวัดอุดรดิตริต์และพิษณุโลก. พยาบาลสาร. 2561; 45(2): 76-87.
- [8] วิภาดา ศรีเจริญ และนิธิพงศ์ ศรีบุญจมาศ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปวดหลังของบุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม. 2559; 17(2): 260.
- [9] กษิต์เดช วิจิตรานนท์ เปรมมิกา เกษรณอง ปุริมา เสาวรส พจนานภรณ์ เลิศไกร พรนภา ปานเหลือง เพชรลัดดา แซ่ฉั่น อรรวรรณ จิณรงศ์ชัย และชูลิพร หิตอักษร. ภาวะสุขภาพและปัจจัยคุกคามสุขภาพของเกษตรกรชาวสวนยางพารา กรณีศึกษา ตำบลละอุ่นใต้ อำเภอละอุ่น จังหวัดระนอง. การประชุมวิชาการระดับชาติการเรียนรู้เชิงรุก ครั้งที่ 6 “Active Learning ตอบโจทย์ Thailand 4.0 อย่างไร”, มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์. 2561.
- [10] Bote M. Medical tattoos: a literature review. Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad. 2018; 10(26): 76-85.
- [11] Isaacs T, Ngwanya R, Lehloenya R. Tattoos: A summary knowledge for the practising clinician. South African Medical Journal. 2018; 108(9): 714-20.
- [12] Kluger N, Aldasouqi S. A new purpose for tattoos: medical alert tattoos. La Presse Medicale. 2013; 42(2): 134-7.
- [13] Licona NEA, Gonzalez MaLS, Sevilla RA. Tattoos in the Medical Practice. Advances in Anthropology. 2019; 9(01): 80.
- [14] Painter EW. Therapeutic aspects of tattoo acquisition: A phenomenological inquiry into the connection between psychological trauma and the writing of stories into flesh. 2017.
- [15] กุศลมาลย์ น้อยผา. การศึกษาภูมิปัญญาหมอยพื้นบ้านในจังหวัดพัทลุง. วารสารสงขลานครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์. 2561; 24(1): 171.
- [16] สุทธิรา ชุมกระโทก, คมกริช วงศ์คำคำ, อติศักดิ์ อาจหาญ, และอุษา กลิ่นหอม. สักยารักษาโรค. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2559; 14(2): 216.
- [17] ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศคณะกรรมการหมอยพื้นบ้าน เรื่อง ลักษณะ ประเภท หรือกรรมวิธีของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ.2562. เล่ม 136 ตอนพิเศษ 222 ง. หน้า 24-26. 2562.
- [18] Student. The probable error of a mean. Biometrika. 1908: 1-25.
- [19] Kitisomprayoonkul W, Klaphajone J, Kovindha A. Thai short-form McGill pain questionnaire. Journal-Medical Association of Thailand. 2006; 89(6): 846.
- [20] คลังสมุนไพร. ภูเขา. สืบค้นเมื่อ 4 ธันวาคม 2565 จาก <https://www.คลังสมุนไพร.com/16960476/ภูเขา>.
- [21] คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. ฐานข้อมูลเครื่องยาสมุนไพร. สืบค้นเมื่อ 8 มีนาคม 2566 จาก <https://apps.phar.ubu.ac.th/thaicrudedrug/main.php>.
- [22] หมอยชาวบ้าน. พุทธรักษา. สืบค้นเมื่อ 4 ธันวาคม 2565 จาก <https://www.doctor.or.th/article/detail/5479>.
- [23] นพวรรณ บัวตุม, มนัสนันท์ เริงสันเทียะ, สิริพร จารุกิตติสกุล, และกษกร สุขจันทร์ อินทนูจิตร. การนวดไทยรักษาอาการปวดหลังส่วนล่าง: กรณีศึกษาหมอยพื้นบ้านในจังหวัดสงขลา. 2561; 21(1): 29.

- [24] Barwa J, Rani A, Singh R. Art of tattooing: Medical applications, complications, ethical and legal aspects. *International Journal of Medical Toxicology and Forensic Medicine*. 2016; 6(3): 156-63.
- [25] Simone DA, Ngeow JY, Whitehouse J, Becerra-Cabal L, Putterman GJ, Lamotte RH. The magnitude and duration of itch produced by intracutaneous injections of histamine. *Somatosensory Research*. 1987; 5(2): 81-92.
- [26] Bassi A, Campolmi P, Cannarozzo G, Conti R, Bruscino N, Gola M, et al. Tattoo-associated skin reaction: the importance of an early diagnosis and proper treatment. *BioMed Research International*. 2014.
- [27] กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือประกอบการรับรองหมอฟันบ้าน ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอฟันบ้าน พ.ศ.2562. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. 2562.
- [28] Fu AZ, Qiu Y, Radican L. Impact of fear of insulin or fear of injection on treatment outcomes of patients with diabetes. *Current Medical Research and Opinion*. 2009; 25(6): 1413-20.
- [29] Nir Y, Paz A, Sabo E, Potasman I. Fear of injections in young adults: prevalence and associations. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 2003; 68(3): 341-4.
- [30] Orenius T, LicPsych, Saila H, Mikola K, Ristolainen L. Fear of injections and needle phobia among children and adolescents: an overview of psychological, behavioral, and contextual factors. *SAGE Open Nursing*. 2018; 4: 2377960818759442.
- [31] Witkos J, Hartman-Petrycka M. Gender differences in subjective pain perception during and after tattooing. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17(24): 9466.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจในการเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ
ในตำบลทรายทอง อำเภอบางสะพานน้อย จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

Factors Associated with Satisfaction on Accessibility of Denture Services among the
Elderly in Sai Thong Sub-district, Bang Saphan Noi District,
Prachuap Khiri Khan Province

พงศกร ตันเจริญ^{1*}

Phongsakorn Tancharoen^{1*}

^{1*} โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลช้างแรกร อำเภอบางสะพานน้อย จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 77170

^{1*} Chang Reak Health Promoting Hospital, Bang Saphan Noi District, Prachuap Khiri Khan Province 77170

* Corresponding Author: พงศกร ตันเจริญ E-mail: tatazx077@gmail.com

Received : 20 February 2023

Revised : 27 March 2023

Accepted : 3 April 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพึงพอใจในการเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ ในตำบลทรายทอง อำเภอบางสะพานน้อย จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ และศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 268 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ สถิติไค-สแควร์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 79.1 มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี ร้อยละ 65.3 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 58.2 อาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 68.6 รายได้ต่อเดือน 10,001 -15,000 บาท ร้อยละ 35.1 สมรส ร้อยละ 46.3 ศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.5 ช่วยเหลือตนเองได้ดี ร้อยละ 88.4 ไม่เคยรับรู้ข่าวสารในการใส่ฟันเทียม ร้อยละ 68.7 ผู้สูงอายุมีผู้ดูแล ร้อยละ 60.8 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการเข้าถึงบริการอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 66.0 ความรู้เกี่ยวกับฟันเทียมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 68.6 ทักษะการเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.0 การทดสอบความสัมพันธ์พบว่า อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว รายได้ การมีผู้ดูแล สถานภาพสมรส และทักษะการเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ผลการศึกษาที่ได้ ควรเสนอให้ผู้ปฏิบัติงานด้านทันตสาธารณสุขส่งเสริมทัศนคติที่ดีในการเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียม พร้อมกันนี้ควรมีการประชาสัมพันธ์เชิงรุก เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลเกี่ยวกับบริการใส่ฟันเทียมและได้รับบริการอย่างทั่วถึง

คำสำคัญ: การเข้าถึงบริการ ความพึงพอใจ ความรู้และทัศนคติ ฟันเทียม ผู้สูงอายุ

Abstract

The objectives of this cross-sectional descriptive research were to study the elderly's access to artificial denture services and the relationship factor towards satisfaction to access to denture

services among the elderly in Sai Thong Sub-district, Bang Saphan Noi District, Prachuap Khiri Khan Province. The participant was 268 elderlies. Data were collected by self-administered questionnaire. The descriptive statistics; frequency, percentage, mean, and standard deviation were used to analyze the data as well as the Chi - Square for the associated factors with satisfaction to access to denture services. Statistic. The majority of respondents were female, 79.10%, their age ranged from 60 – 69 years old 65.3%, they had no underlying disease 58.2%, work as agriculturist 68.6%, their monthly income approximately 10,001 - 15,000 baht, 35.1%, they were married 46.3%, finished primary school 74.5%. Most of them had good level of self-care (88.4%). They had never recognized the information on artificial denture services 68.7%, had a caregiver 60.8%. Most of elderly had satisfaction to access to denture services at high level (66.0%), Their knowledge and attitude toward artificial denture services was at a high level (68.6%) and moderate level (56.0%), respectively. The association found that age, occupation, educational level, congenital disease, income, having a caregiver, marital status, and attitudes toward denture services were significantly associated with satisfaction on accessibility of denture services (p -value < 0.05). According to the finding, it is recommended that those working on access to denture services should encourage participants to enhance their attitudes toward denture services.

Keywords: Accessibility for health service, Satisfaction, Knowledge and attitude, Denture, Elderly

บทนำ

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 พบว่า ผู้สูงอายุหรือผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2537 มีจำนวนร้อยละ 6.8 ในปี 2545 เป็นร้อยละ 10.7 ในปี 2554 เป็นร้อยละ 14.9 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.7 ในปี พ.ศ. 2560 [1-3] เมื่อพิจารณาถึงสิทธิการรักษาของผู้สูงอายุหรือสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลในปัจจุบัน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 99.2 มีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุใช้ได้แก่ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ร้อยละ 83.2 รองลงมา คือ ข้าราชการหรือข้าราชการบำนาญ ประกันสังคม/กองทุนเงินทดแทน รัฐวิสาหกิจ และอื่น ๆ ร้อยละ 13.0, 1.6, 1.5, และ 0.7 ตามลำดับ [4] จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ภาระรายจ่ายด้านสวัสดิการสังคมและสุขภาพเพิ่มขึ้นด้วย [5] การสูญเสียฟันหรือการมีสภาวะไร้ฟันในผู้สูงอายุถือเป็นต้นทางของการมีสุขภาพที่ไม่ดี ความสามารถในการบดเคี้ยวลดลง ซึ่งอาจส่งผลให้ได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วนเพียงพอ ฟันในผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญต่อสุขภาพร่างกายและถือเป็นต้นทางของการมีสุขภาพที่ดี ถ้าเรามีเหงือกและฟันแข็งแรงเคี้ยวอาหารได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ได้ครบถ้วน ก็ย่อมจะทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง [3, 6] โดยปกติผู้สูงอายุจะมีความเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายคือสภาพร่างกายจะมีความเสื่อมเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นหากผู้สูงอายุดูแลสุขภาพร่างกายและปฏิบัติได้อย่างถูกต้องก็จะช่วยชะลอความเสื่อมสภาพของร่างกายได้และหนึ่งในความเสื่อมสภาพร่างกายตามอายุ [5, 7] ในทางทันตกรรมที่พบได้บ่อยคือ โรคฟันผุและโรคปริทันต์ที่เป็นเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องสูญเสียฟันทั้งปากและจากรายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8

พ.ศ. 2560 พบว่าผู้สูงอายุ 60 – 74 ปี สูญเสียฟันบางส่วนคิดเป็นร้อยละ 88.3 สูญเสียฟันทั้งปากคิดเป็นร้อยละ 7.2 และสูญเสียฟันเพิ่มขึ้นต่อเนื่องตามอายุจนเมื่ออายุ 80 – 89 ปี พบว่าสูญเสียฟันทั้งปากมากถึงร้อยละ 32.2 และยังพบว่าผู้สูงอายุ 60 – 74 ปี มีความต้องการใส่ฟันเทียมทั้งปากคิดเป็นร้อยละ 2.5 และมีฟันแท้ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 2.7 [3, 8] สุขภาพช่องปาก จึงถือว่าเป็นข้อบ่งชี้ที่สำคัญมากสำหรับการประเมินสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ [3] ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติซึ่งเป็นการสำรวจระดับประเทศพบว่าประชากรเพียงร้อยละ 8.1 ใช้บริการทันตกรรมในรอบ 12 เดือน และมีจำนวนการรับบริการเฉลี่ย 0.08 ครั้ง/ปี และเมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุ (มากกว่า 60 ปี) ใช้บริการทันตกรรมน้อยที่สุดรองจากกลุ่มอายุ 0 – 5 ปี โดยใช้บริการทันตกรรมในรอบ 12 เดือน เพียงร้อยละ 6.7 และมีจำนวนการรับบริการเฉลี่ยเพียง 0.07 ครั้ง/ปี โดยสาเหตุหลักที่ประชาชนไม่ได้รับการบริการตามที่ต้องการคือไม่มีเวลาไปรับบริการผนวกกับควยวาระยะเวลารอคอยรับการรักษานานและสิทธิประโยชน์ของสวัสดิการที่ไม่ครอบคลุมจึงอาจเป็นอุปสรรคของการเข้าถึงบริการทันตกรรม [9]

จากการสำรวจข้อมูลด้านประชากรของกลุ่มวัยสูงอายุในระดับประเทศ มีค่าเฉลี่ยฟันถาวรที่มีในช่องปาก 18.6 ซี่/คน ผู้สูงอายุที่มีฟันถาวรใช้งาน 20 ซี่และมีฟันหลัง 4 คู่สบ ร้อยละ 39.4 [8] โดยถ้าแยกตามภาคจะพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้ที่มีจำนวนฟันถาวร ใช้งาน 20 ซี่ และมีฟันหลัง 4 คู่สบมากกว่าภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคกลาง ร้อยละ 47.0, 43.6, 37.5, และ 27.8 ตามลำดับ ซึ่งเขตสุขภาพที่ 5 จะอยู่ในภาคกลาง ซึ่งจากผู้สูงอายุทั้งหมดในประจวบคีรีขันธ์ 5,236 คน (ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ : Health Data Center ร้อยละผู้สูงอายุใส่ฟันเทียม, 2564) เป็นผู้สูงอายุในอำเภอบางสะพานน้อย ร้อยละ 21.5 และมีเพียงร้อยละ 2.6 ที่ได้รับการใส่ฟันเทียมซึ่งน้อยกว่าระดับประเทศ

ด้วยเหตุผลนี้จึงต้องมีการศึกษาความพึงพอใจในการเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุในตำบลทรายทอง อำเภอบางสะพานน้อย จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียม และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการ เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวไปเป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาการเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ รวมถึงวางแผนนโยบายให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (Long Term Care) อันจะนำไปสู่สถานะสุขภาพช่องปากที่ดีของผู้สูงอายุในอนาคต

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาเรื่องการเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุในตำบลทรายทองอำเภอ บางสะพานน้อย จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ประชากรผู้สูงอายุจำนวน 1,120 คน (ข้อมูลสารสนเทศ สสจ.ประจวบคีรีขันธ์, 2564) คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Krejcie and Morgan [10] ตามสูตร

$$n = \frac{X^2 N p (1-p) x}{e^2 (N-1) + X^2 P (1-P)}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

x^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($x^2 = 3.841$)

P = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด $p = 0.5$)

ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 287 คน สุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling) ที่เป็นผู้สูงอายุที่เคยได้รับบริการใส่ฟันเทียมสถานบริการภาครัฐทุกระดับ จาก 11 หมู่บ้าน ตามสัดส่วนประชากรที่ใส่ฟันเทียมของแต่ละหมู่บ้าน

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 268 คน (ร้อยละ 93.4 ของขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้) โดยผู้วิจัยมีความจำเป็นต้องยุติการรวบรวมข้อมูลเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ประกอบกับมาตรการการป้องกันและควบคุมการระบาดของเชื้อ ได้แก่ การปิดเมือง การปิดพื้นที่ การจำกัดการเดินทาง การจำกัดการรับบริการที่ไม่ใช่เหตุฉุกเฉินเร่งด่วน รวมถึงการแยกกักผู้ติดเชื้อ และผู้เสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ใช้แบบสอบถามเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-administered questionnaire) ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับฟันเทียม จำนวน 10 ข้อ เพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับฟันเทียม โดยมีคำตอบ ใช่ ไม่ใช่ หรือไม่ทราบ สำหรับแต่ละข้อซึ่งมีทั้งข้อความที่ถูกและข้อความที่ผิด ให้ 1 คะแนน สำหรับคำตอบที่ถูกต้อง และไม่ได้คะแนนสำหรับคำตอบที่ผิดและกรณีที่ไม่ทราบในประเด็นนั้นๆ และจัดระดับความรู้ตามเกณฑ์การแบ่งระดับของบลูม (Bloom cut-off point) [11] คือ ระดับดี (8 – 10 คะแนน) และต่ำกว่าระดับดี (0 – 7 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ทศนคติต่อการใช้บริการใส่ฟันเทียม จำนวน 10 ข้อ แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็น ด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 5-4-3-2-1 คะแนน และข้อคำถามเชิงลบให้ 1-2-3-4-5 ตามลำดับ ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก และข้อคำถามเชิงลบ จัดระดับทัศนคติแบบอันตรภาคชั้น 3 ระดับ [12] คือ ดี (37 – 50 คะแนน) ปานกลาง (24 – 36 คะแนน) ไม่ดี (10 – 23 คะแนน)

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจในการเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ จำนวน 22 ข้อ แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ข้อคำถามในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการ ให้คะแนน 5-4-3-2-1 คะแนน และข้อคำถามที่เป็นอุปสรรคของการเข้าถึงบริการให้ 1-2-3-4-5 ตามลำดับ และจัดระดับการเข้าถึงบริการแบบอันตรภาคชั้น 3 ระดับ [12] คือ มาก (82 – 110 คะแนน) ปานกลาง (51 – 81 คะแนน) และน้อย (22 – 50 คะแนน)

ตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านทันตสาธารณสุข 3 ท่าน ให้คะแนนความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item – Objective Congruence : IOC) ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 ทดลองใช้เครื่องมือในผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 45 คน เพื่อทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ในส่วนของความรู้เกี่ยวกับฟันเทียมใช้วิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder – Richardson 20) สัมประสิทธิ์ เท่ากับ 0.701 และหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ในส่วนของทัศนคติต่อการใช้บริการใส่ฟันเทียม สัมประสิทธิ์ เท่ากับ 0.721 และการเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียม สัมประสิทธิ์ เท่ากับ 0.895

3. การรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างเดือนพฤศจิกายน – ธันวาคม 2564 โดยปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมการระบาดของเชื้อโควิด 19 อย่างเคร่งครัด การรวบรวมข้อมูลมีทั้งกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-administered questioning) สำหรับผู้ที่อ่านออกเขียนได้ด้วยตนเอง และผู้วิจัยอ่านคำถามจากแบบสอบถามและเขียนหรือเลือกคำตอบจากคำตอบและคำบอกเล่าของกลุ่มตัวอย่าง

4. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษากับความพึงพอใจในการเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test)

ผลการวิจัย

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.1 อายุอยู่ในช่วง 60 - 69 ปี ร้อยละ 65.3 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 58.2 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 68.6 รายได้ต่อเดือน 10,001 – 15,000 บาท ร้อยละ 35.1 สถานภาพสมรสมากที่สุด สมรส ร้อยละ 46.3 การศึกษาสูงสุดในชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 76.5 ช่วยเหลือตนเองได้ดี ร้อยละ 88.4 ไม่เคยรับรู้ข่าวสารฟันเทียม ร้อยละ 68.7 และส่วนใหญ่มีผู้ดูแล ร้อยละ 60.8 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n = 268 คน)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	56	20.9
หญิง	212	79.1
อายุ		
60 - 69 ปี	175	65.3
70 - 79 ปี	91	34.0
80 ปีขึ้นไป	2	0.7
โรคประจำตัว		
มี	156	58.2
ไม่มี	33	12.3
ไม่เคยตรวจ	79	29.5
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9	3.4
ข้าราชการเกษียณ	43	16.0
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	8	3.0
รับจ้าง	24	9.0
เกษตรกร	184	68.6

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่า 5,000	92	34.3
5,000 – 10,000	48	18.3
10,001 – 15,000	94	35.1
15,001 – 20,000	5	1.9
มากกว่า 20,000	28	10.4
สถานภาพสมรส		
โสด	36	13.4
สมรส	124	46.3
แยกกันอยู่	18	6.7
หม้าย	90	33.6
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	7	2.6
ประถมศึกษา	205	76.5
มัธยมศึกษา	13	4.8
อนุปริญญา	31	11.6
ปริญญาตรี ขึ้นไป	12	4.5
ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง		
ช่วยเหลือตนเองได้ดี	237	88.4
ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน	27	10.1
ไม่สามารถช่วยตนเองได้เลย	4	1.5
การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการใส่ฟันเทียม		
เคย	84	31.3
ไม่เคย	184	68.7
การมีผู้ดูแล		
มี	163	60.8
ไม่มี	105	39.2

ตารางที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับฟันเทียม โดยข้อคำถามที่ผู้สูงอายุตอบถูกมากที่สุด คือ การใส่ฟันเทียมช่วยทดแทนฟันธรรมชาติที่ถูกถอนไป ร้อยละ 100.0 รองลงมา คือ ควรจะแปรงฟันเทียมทุกครั้งหลังการรับประทานอาหาร ร้อยละ 99.6 และประเด็นความรู้เกี่ยวกับฟันเทียมข้อที่ผู้สูงอายุตอบผิดมากที่สุด คือ การใส่ฟันเทียมที่มีความสูง (แนวตั้ง) ไม่ถูกต้อง ทำให้มุมปากย่น ร้อยละ 57.5 รองลงมา คือ การหลุดไปของฟันหนึ่งซี่ ไม่มีผลต่อฟันซี่ข้างเคียง ร้อยละ 48.5 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับฟันเทียม อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 68.6 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับฟันเทียม (n = 268 คน)

ความรู้เกี่ยวกับฟันเทียม	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การใส่ฟันเทียมช่วยทดแทนฟันธรรมชาติที่ถูกถอนไป	268	100.0	0	0
2. การใส่ฟันเทียมไม่ควรเคี้ยวอาหารเหนียวและแข็ง	261	97.4	7	2.6
3. การไม่ใส่ฟันเทียมทำให้ทานอาหารได้น้อยลง	218	81.3	50	18.7
4. การใส่ฟันเทียมช่วยให้เคี้ยวอาหารได้ละเอียดขึ้น ลดอาการท้องอืด	168	62.7	100	37.3
5. การหลุดไปของฟันหนึ่งซี่ ไม่มีผลต่อฟันซี่ข้างเคียง	138	51.5	130	48.5
6. การใส่ฟันเทียมที่มีความสูง (แนวตั้ง) ไม่ถูกต้องทำให้มุมปากย่น	114	42.5	154	57.5
7. การใส่ฟันเทียมช่วยเพิ่มความมั่นใจในการเข้าสังคม	250	93.3	18	6.7
8. ฟันเทียมแบ่งเป็น 2 แบบ คือ ฟันเทียมแบบถอดได้ และฟันเทียมแบบติดแน่น	242	90.3	26	9.7
9. ทุกครั้งที่ถอดฟันเทียมไว้ ควรจะวางแช่ในน้ำยาแช่ฟัน หรือน้ำเปล่า	266	99.3	2	0.7
10. ควรจะแปรงฟันเทียมทุกครั้งหลังการรับประทานอาหาร	267	99.6	1	0.4

ตารางที่ 3 ระดับความรู้เกี่ยวกับฟันเทียม (n = 268 คน)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ระดับดี (8 – 10 คะแนน)	184	68.7
ความรู้ต่ำกว่าระดับดี (0 – 7 คะแนน)	84	31.3

Mean = 8.179, S.D. = 1.381, Min = 5, Max = 10

ตารางที่ 4 แสดงทัศนคติต่อการใช้บริการใส่ฟันเทียมในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุเห็นด้วยมากที่สุดในการประเมินการใส่ฟันเทียมจะต้องดูแลรักษาความสะอาดช่องปากมากกว่าปกติ ร้อยละ 56.7 รองลงมา คือ ฟันเทียมมีอายุการใช้งานที่นาน ค่อนข้าง ร้อยละ 48.1 และการใส่ฟันเทียมที่ดีต้องใส่แล้วไม่เจ็บและไม่หลวม ร้อยละ 44.8 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.0 มีทัศนคติในการใส่ฟันเทียมอยู่ในระดับปานกลางและระดับดี (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 ทัศนคติต่อการเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมในผู้สูงอายุ (n = 268 คน)

ข้อความถาม	ทัศนคติต่อการใช้บริการใส่ฟันเทียมในผู้สูงอายุ				
	จำนวน (ร้อยละ)				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. การใช้บริการใส่ฟันเทียมมีราคาแพงและสิ้นเปลืองเกิดโรคเหงือกอักเสบ	56 (20.9)	99 (36.9)	79 (29.5)	34 (12.7)	0 (0.0)
2. การใช้บริการใส่ฟันเทียมต้องต่อคิวนาน เสียเวลา	0 (0.00)	76 (28.4)	121 (45.1)	31 (11.6)	40 (14.9)

ข้อคำถาม	ทัศนคติต่อการใช้บริการใส่ฟันเทียมในผู้สูงอายุ				
	จำนวน (ร้อยละ)				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
3. การมารับบริการใส่ฟันเทียม มีขั้นตอนที่ยุ่งยาก	5 (1.9)	132 (49.3)	61 (22.8)	30 (11.2)	40 (14.9)
4. ฟันเทียมมีอายุการใช้งานที่นาน ค่อนข้าง	129 (48.1)	41 (15.3)	98 (36.6)	0 (0.0)	0 (0.0)
5. การใส่ฟันเทียมทำให้เกิดกลิ่นปาก	15 (5.6)	126 (47.0)	77 (28.7)	50 (18.7)	0 (0.0)
6. การใส่ฟันเทียมมีความรู้สึกใกล้เคียงฟัน ธรรมชาติ	33 (12.3)	58 (21.6)	67 (25.0)	52 (19.4)	58 (21.6)
7. การใส่ฟันเทียมที่ต้องใส่แล้วไม่เจ็บ ไม่หลวม	120 (44.8)	143 (53.4)	1 (0.4)	4 (1.5)	0 (0.0)
8. การใส่ฟันเทียมทำให้พูดชัดเจนขึ้น	57 (21.3)	110 (41.0)	101 (37.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
9. การใส่ฟันเทียมทำให้ปากอึดเสบ เป็นเชื้อรา	41 (15.3)	25 (9.3)	144 (53.7)	57 (21.3)	1 (0.4)
10. การใส่ฟันเทียมจะต้องดูแล รักษาความสะอาด ช่องปากมากกว่าปกติ	152 (56.7)	92 (34.3)	16 (6.0)	8 (3.0)	0 (0.0)

ตารางที่ 5 ระดับทัศนคติต่อการใช้บริการใส่ฟันเทียมในผู้สูงอายุ (n = 268 คน)

ระดับทัศนคติการใส่ฟันเทียม	จำนวน	ร้อยละ
ทัศนคติดี (37 – 50 คะแนน)	118	44.0
ทัศนคติปานกลาง (24 – 36 คะแนน)	150	56.0

Mean = 35.87, S.D. = 2.67, Min = 29, Max = 44

ตารางที่ 6 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับการรับบริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างพึงพอใจมากที่สุด ในประเด็น บุคลากรมีบุคลิกภาพและการแต่งกายที่เหมาะสมในการให้บริการ ร้อยละ 70.5 รองลงมา คือ บุคลากรมีความเป็นมืออาชีพในการปฏิบัติงาน ร้อยละ 68.7 และบุคลากรมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีในการให้บริการ ร้อยละ 68.3 และกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการรับบริการใส่ฟันเทียม ในระดับมาก ร้อยละ 66.0 และระดับปานกลางโดยไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจระดับต่ำ (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 6 ความพึงพอใจในการเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียม (n = 268 คน)

ข้อความคำถาม	การบริการใส่ฟันเทียมในผู้สูงอายุ				
	จำนวน (ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านมีความสะดวกในการเดินทางไปใช้บริการใส่ฟันเทียม	72 (26.9)	117 (43.6)	59 (22.0)	12 (4.5)	8 (3.0)
2. ท่านไม่มีปัญหาเกี่ยวกับระยะทางจากบ้านมาถึงสถานบริการใส่ฟันเทียม	21 (7.8)	70 (26.2)	78 (29.1)	59 (22.0)	40 (14.9)
3. ท่านไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาสถานบริการใส่ฟันเทียม	84 (31.4)	28 (10.4)	66 (24.6)	81 (30.2)	9 (3.4)
4. ขั้นตอนการรับบริการใส่ฟันเทียมไม่ยุ่งยาก	34 (12.7)	66 (24.6)	119 (44.4)	40 (14.9)	9 (3.4)
5. ท่านพอใจระยะเวลาการรอคิวใส่ฟันเทียม	34 (12.7)	67 (25.0)	115 (42.9)	44 (16.4)	8 (3.0)
6. สถานบริการที่ท่านไปรับบริการมีการจัดสรรเก้าอี้เพียงพอต่อการรอคิว	4 (1.5)	141 (52.6)	123 (45.9)	0 (0.0)	0 (0.0)
7. สถานบริการที่ท่านไปรับบริการมีเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการให้บริการฟันเทียมเพียงพอต่อการให้บริการ	45 (16.8)	126 (47.0)	97 (36.2)	0 (0.0)	0 (0.0)
8. ท่านสะดวกมารับบริการใส่ฟันเทียมได้ทุกช่วงเวลาตามนัดหมาย	112 (41.8)	111 (41.4)	45 (16.8)	0 (0.0)	0 (0.0)
9. สิทธิการรักษาของท่านมีผลต่อการใช้บริการใส่ฟันเทียม	66 (24.6)	103 (38.4)	83 (31.0)	16 (6.0)	0 (0.0)
10. ท่านได้รับการบริการจากสถานบริการใส่ฟันเทียมตรงตามความต้องการ	56 (20.9)	115 (42.9)	91 (34.0)	6 (2.2)	0 (0.0)
11. บุคคลในครอบครัวสนับสนุนให้เข้ารับบริการใส่ฟันเทียม	74 (27.6)	133 (49.7)	58 (21.6)	3 (1.1)	0 (0.0)
12. ท่านไม่ต้องรอคิวนานในการไปรับบริการที่สถานบริการ	35 (13.1)	93 (34.7)	101 (37.6)	39 (14.6)	0 (0.0)
13. ผู้ให้บริการให้บริการด้วยความสุภาพและรวดเร็ว	35 (13.1)	119 (44.4)	114 (42.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
14. สถานบริการมีการอำนวยความสะดวกด้านรถรับ-ส่งแก่ท่าน	1 (0.4)	38 (14.2)	118 (44.0)	61 (22.7)	50 (18.7)
15. เมื่อท่านต้องรับบริการในช่วงเวลาเปิดบริการของสถานบริการ มีบุคลากรให้บริการท่านอยู่ตลอด (ในเวลาราชการ)	23 (8.6)	157 (58.6)	88 (32.8)	0 (0.0)	0 (0.0)

ข้อความคำถาม	การบริการใส่ฟันเทียมในผู้สูงอายุ				
	จำนวน (ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
16. ท่านสามารถจ่ายค่าใช้จ่ายในการมาใช้บริการใส่ฟันเทียม	48 (17.9)	175 (65.3)	33 (12.3)	3 (1.1)	9 (3.4)
17. ท่านพอใจกับค่าใช้จ่ายในการรับบริการใส่ฟันเทียม หากต้องรับบริการนอกเวลาราชการ หรือคลินิกเอกชน	91 (34.0)	107 (39.9)	69 (25.7)	1 (0.4)	0 (0.0)
18. ทัศนบุคลากรให้คำปรึกษาได้ดี	79 (29.5)	156 (58.2)	32 (11.9)	1 (0.4)	0 (0.0)
19. บุคลากรมีความเป็นมืออาชีพในการปฏิบัติงาน	184 (68.6)	72 (26.9)	11 (4.1)	1 (0.4)	0 (0.0)
20. บุคลากรมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีในการให้บริการ	183 (68.3)	82 (30.6)	3 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
21. บุคลากรมีบุคลิกภาพและการแต่งกายที่เหมาะสมในการให้บริการ	189 (70.5)	72 (26.9)	7 (2.6)	0 (0.0)	0 (0.0)
22. สถานบริการให้บริการได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว	132 (49.2)	116 (43.3)	19 (7.1)	1 (0.4)	0 (0.0)

ตารางที่ 7 ระดับของความพึงพอใจในการรับบริการใส่ฟันเทียม (n = 268 คน)

ระดับความพึงพอใจในการเข้าถึงบริการ	จำนวน	ร้อยละ
พอใจมาก (82 – 110 คะแนน)	177	66.0
พอใจปานกลาง (51 – 81 คะแนน)	91	34.0
Mean = 96.45 , S.D. = 1.89, Min = 68, Max = 102		

ตารางที่ 8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการรับบริการใส่ฟันเทียม (n = 268 คน)

ปัจจัย	ความพึงพอใจในการเข้าถึง บริการการใส่ฟันเทียม		χ^2	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)			
	ปานกลาง	มาก		
เพศ				
ชาย	11 (19.6)	45 (80.4)	6.466	0.110
หญิง	80 (37.7)	132 (62.3)		

ปัจจัย	ความพึงพอใจในการเข้าถึง บริการการใส่ฟันเทียม จำนวน (ร้อยละ)		χ^2	p-value
	ปานกลาง	มาก		
อายุ				
60 -69 ปี	84 (48.0)	91 (52.0)	44.358	< 0.001
70 ปีขึ้นไป	7 (7.5)	86 (92.5)		
โรคประจำตัว				
มี	28 (84.8)	5 (15.2)	56.078	< 0.001
ไม่มี	54 (34.6)	102 (65.4)		
ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง				
กลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ดี	83 (35.0)	154 (65.0)	1.038	0.308
กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้างหรือไม่ได้	8 (25.8)	23 (74.2)		
อาชีพ				
ข้าราชการเกษียณ	9 (17.3)	43 (82.7)	10.400	0.006
เกษตรกรกรรม	66 (35.9)	118 (64.1)		
อื่นๆ	16 (50.0)	16 (50.0)		
รายได้ต่อเดือน				
ไม่เกิน 10,000 บาท	39 (27.7)	102 (72.3)	5.259	0.022
เกิน 10,000 บาท	52 (40.9)	75 (59.1)		
สถานภาพสมรส				
โสด	8 (22.2)	28 (77.8)	49.434	< 0.001
แยกกันอยู่	18 (100.0)	0 (0.0)		
สมรส	49 (39.5)	75 (60.5)		
หม้าย	16 (17.8)	74 (82.2)		
ระดับการศึกษา				
ไม่เกินประถมศึกษา	86 (40.6)	126 (59.4)	19.772	< 0.001
สูงกว่าประถมศึกษา	5 (8.9)	51 (91.1)		
การรับรู้ข่าวสารในการใส่ฟันเทียม				
เคย	35 (41.7)	49 (58.3)	3.244	0.072
ไม่เคย	56 (30.4)	128 (69.6)		

ปัจจัย	ความพึงพอใจในการเข้าถึง บริการการใส่ฟันเทียม		จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	p-value
	ปานกลาง	มาก			
การมีผู้ดูแล					
ไม่มี	26 (24.8)	79 (75.2)	6.506	0.011	
มี	65 (39.9)	98 (60.1)			
ความรู้เกี่ยวกับฟันเทียม					
ดี	61 (33.2)	123 (66.8)	0.169	0.681	
ต่ำกว่าระดับดี	30 (35.7)	54 (64.3)			
ทัศนคติต่อการเข้าถึงบริการการใส่ฟันเทียม					
ระดับสูง	32 (27.1)	86 (72.9)	4.394	0.036	
ระดับปานกลาง	59 (39.3)	91 (60.7)			

อภิปราย

อายุ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการทันตกรรมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ [13-18] พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 - 69 ปี มีโอกาสที่มารับบริการทางทันตกรรมเป็น 1.96 เท่าของกลุ่มผู้สูงอายุที่อายุ 70 - 74 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการที่ได้ไปศึกษาผู้สูงอายุในตำบลทรายทอง อำเภอบางสะพานน้อย จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่า ผู้สูงอายุมีการตอบแบบสอบถามในการเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมในระดับที่สูง ทั้งผู้สูงอายุที่อายุ 60 - 69 ปี และมากกว่า 70 ปีขึ้นไป และเนื่องจากในช่วงอายุ 70 ปีขึ้นไป มีการสูญเสียฟันที่มากกว่า มีความต้องการที่จะเข้ารับบริการมากกว่าและมีผู้ดูแลที่สามารถพาไปรับบริการได้ จึงทำให้มีการเข้าถึงบริการที่สูงกว่าช่วง 60 - 69 ปี

อาชีพ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียม ซึ่งสอดคล้องกับ งานวิจัยของ อุดมพร ทรัพย์บวร [19] ศึกษาเรื่อง ความต้องการการบริการทางทันตกรรมของผู้สูงอายุ พบว่า อาชีพเกษตรกร และอาชีพรับจ้าง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้านที่ไม่ดีหรือมีความสัมพันธ์ผกผันต่อการเข้าถึงบริการ ทันตกรรมในผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพเกษตรกรและรับจ้าง เป็นอาชีพที่ต้องทำงานหนัก มีเวลาไม่แน่นอน ส่งผลต่อผู้สูงอายุทั้งทางด้านเวลาและค่าใช้จ่ายในการเข้าถึงบริการฟันเทียม จากการที่ได้ไปศึกษาผู้สูงอายุในตำบลทรายทอง อำเภอบางสะพานน้อย จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ได้มีการประกอบอาชีพด้านการเกษตรกรรม ซึ่งเป็นอาชีพที่ทั้งรายได้ เวลา ไม่แน่นอน ซึ่งเป็นอุปสรรคในการมารับบริการการใส่ฟันเทียม

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทันตสาธารณสุขและการใช้บริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ [16-18, 20] พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ จากการที่ศึกษาผู้สูงอายุในตำบลทรายทอง อำเภอบางสะพานน้อย จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ที่ไม่ได้รับการศึกษาไม่เกิน

ประถมศึกษา มีการเข้าถึงบริการในระดับสูงที่น้อยแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีการเข้าถึงบริการที่สูงอยู่ที่ร้อยละ 91.1 ซึ่งอาจจะเป็นที่ที่ไม่ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพหรือมีความไม่เข้าใจถึงข้อมูลต่างๆ ในการเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียม ส่งผลให้เข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา

รายได้ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ ซึ่งผลการศึกษา สอดคล้องกับงานวิจัยของพิเชษฐ สีดาหอม ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและการใช้บริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ [16, 21] พบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเข้ารับบริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ จากการศึกษาวิจัยผู้สูงอายุในตำบลทรายทอง อำเภอบางสะพานน้อย จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่าผู้สูงอายุประกอบอาชีพและยังต้องรับภาระค่าใช้จ่ายบางอย่าง รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการมารับบริการการใส่ฟันเทียมด้วยตนเอง

การมีผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ [16, 21, 22] พบว่า การอยู่คนเดียว เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่มีความสัมพันธ์ด้านลบในการ เข้าถึงบริการทันตกรรมในผู้สูงอายุ จากการศึกษาวิจัยผู้สูงอายุในตำบลทรายทอง อำเภอบางสะพานน้อย จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์ มีผู้ดูแลมีจำนวนผู้ไปใช้บริการใส่ฟันเทียมมากกว่าไม่มีผู้ดูแล ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่จะทำให้เป็นแรงสนับสนุนจากผู้ดูแลในการ อำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมได้มากขึ้น เช่น มีคนไปรับ ไปส่งผู้สูงอายุ จึงทำให้การมีผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ

ทัศนคติต่อการเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียม มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของขวัญจิต ชมพูวิเศษ ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม [23] พบว่า เมื่อผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ส่งผลต่อทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของตน และนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากต่อไป [21, 22] จากการศึกษาในผู้สูงอายุ ตำบลทรายทอง อำเภอบางสะพานน้อย จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์ มีทัศนคติการเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 72.9 ซึ่งแสดงว่าความเชื่อหรือการยอมรับประการหนึ่งของบุคคลที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกทั้งในทางปฏิบัติตามและการไม่ปฏิบัติตาม เกิดจากทัศนคติที่มีต่อสิ่งนั้นทั้งในเชิงทัศนคติที่ดีหรือทัศนคติที่ไม่ดี กล่าวคือ หากบุคคลเชื่อว่าการปฏิบัติตามจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตน ก็จะส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติไปในทางที่ดี จึงทำให้ทัศนคติต่อการเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียม มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ นอกจากนี้การสนับสนุนบุคลากรด้านทันตสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ [16] ก็จะสามารถให้ประชาสัมพันธ์เชิงรุกและให้บริการได้ครอบคลุมและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในการรับบริการเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากได้ดียิ่งขึ้น

ขนาดตัวอย่างของการศึกษานี้คำนวณได้ 287 คน แต่มาตรการการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ทำให้สามารถรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างได้ 268 คน (คิดเป็นร้อยละ 93.4 ของขนาดกลุ่มตัวอย่าง) และมีความจำเป็นต้องยุติการรวบรวมข้อมูล การศึกษานี้กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนไว้ที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาจึงสามารถเชื่อมั่นได้ ร้อยละ 95.0 ดังนั้นการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 268 คน ยังคงมีความเชื่อมั่นถึงร้อยละ 88.7

สรุป

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับฟันเทียมในระดับมาก มีทัศนคติต่อการบริการใส่ฟันเทียมระดับปานกลาง มีความพึงพอใจในระดับมากต่อการเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียม ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว รายได้ การมีผู้ดูแล สถานภาพสมรส และทัศนคติต่อการรับบริการใส่ฟันเทียม โดยทัศนคติสูงสุดต่อการรับบริการในประเด็นของบุคลากรด้านทันตสาธารณสุขที่ให้บริการ จึงควรส่งเสริมจิตบริการในบุคลากรให้มากยิ่งขึ้นและให้ข้อมูลสถานบริการ และข้อมูลการให้บริการอื่นๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ รวมถึงส่งเสริมทัศนคติต่อการรับบริการใส่ฟันเทียมในผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมารับบริการ ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งมิติสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุต่อไป

แหล่งสนับสนุนทุนวิจัย

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลช้างแรกร

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การตอบแบบสอบถาม ชักถามข้อสงสัย และมีการคุ้มครองสิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดยะลา รหัสโครงการ SCPHYLIRB-127/2564

เอกสารอ้างอิง

- [1] วิชนิ์ คุปตะวาทีน, แมน วาสนาพงษ์, พรทิพย์ ขุนดี, และ รัชดา มิตรสมหวัง. (2561). สังคมสูงวัยกับโลกสมัยใหม่. วารสารวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ. 2561; 4(ฉบับพิเศษ): 444-450.
- [2] สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560. 2561. กรุงเทพฯ : กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
- [3] กรมอนามัย. แนวทางการจัดบริการดูแลและป้องกันสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ สำหรับทันตบุคลากร. 2564; นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- [4] อนันต์ อนันตกุล. สังคมสูงวัย...ความท้าทายประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 19 กุมภาพันธ์ 2564 จาก <http://legacy.orst.go.th/wp-content/uploads/2017/12>.
- [5] อณิษฐา หาญภักตินิยม. นโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุต่อการพัฒนาประเทศในอาเซียน. วารสารพุทธอาเซียนศึกษา. 2563: 5(1): 55-70.
- [6] de Medeiros AKB, Campos M, da Silva Costa RSGo, de Melo LA, Barbosa GAS, Carreiro A. Improvement in quality of life of elderly edentulous patients with new complete dentures: a systematic review. Int J Prosthodont. 2019;32(3):272-7.
- [7] ชยุตรา แสงสนิท และทวิวรรณ ศรีสุขคำ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลอนามัยช่องปาก โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่2 โรงพยาบาลเสริมงาม จังหวัดลำปาง. วารสารทันตภิบาล. 2564; 32(2): 97-115.

- [8] สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. 2561. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- [9] วริศา พานิชเกรียงไกร และคณะ. การใช้บริการทันตกรรมของประชาชนไทย: ผลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการพ.ศ. 2558. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2560.
- [10] Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and psychological measurement. 1970;30(3):607-10.
- [11] Bloom BS. Learning for Mastery. Instruction and Curriculum. Regional Education Laboratory for the Carolinas and Virginia, Topical Papers and Reprints, Number 1. Evaluation comment. 1968;1(2):n2.
- [12] Best JW, Kahn JV. Research in Education. Englewood-Cliff. New Jersey: Prentice-Hall Inc; 1981.
- [13] กนกกร โพธิ์ศรี และจิรานันท์ วิทยาไพโรจน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ 60 - 74 ปี ในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยาลัยการสาธารณสุข สิรินครจังหวัดขอนแก่น. 2561.
- [14] รัตนา สิทธิปรีชาชาญ. การเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ. พุทธชินราชเวชสาร. 2560; 34(2): 199-210.
- [15] อุดมพร ทรัพย์บวร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลนครชัยศรี อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2561; 37(4): 306-317.
- [16] พิเชษฐ สีดาหอม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุเขตอำเภอบัวเขต จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์. 2563; 1(4): 98-112.
- [17] มารุต ภูพะเนียด และ ฌปภา ประยูรวงษ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ จังหวัดสุพรรณบุรี. ศรีปทุมปริทัศน์ ฉบับมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2561; 18(2): 66-75. .
- [18] นลินินภา ลีลาศีลธรรม, ณรงค์ ใจเที่ยง*, เทียนทอง ต๊ะแก้ว, อรทัย เกตุขาว, สุรางคนา ไชยรินคำ, สุนันทา ตั้งนิติพงษ์, ญาณินดา จันทราช, และพัสกร ่องอาจ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นจันทน์ อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง. วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข. 2565; 8(1): 79-93.
- [19] อุดมพร ทรัพย์บวร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตตำบลนครชัยศรี อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2561; 37(4): 306-317.
- [20] มลฤดี หวานดี, ณรงค์ ใจเที่ยง, ชมลรรค กองอรรถ, และวิชัย เทียนถาวร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกรับบริการทันตกรรมของผู้รับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องเคาะ จังหวัดลำปาง. วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข. 2565; 8(1): 2-17.
- [21] สุภาพร ผุดผ่อง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. 2563; 4(1): 101-119.
- [22] ภาณุศักดิ์ อินทสระโร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มารับบริการทำฟันเทียม ณ โรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2565; 28(2): 1-15.

- [23] ขวัญจิตร ชมภูวิเศษ. การพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม สำหรับชมรมผู้สูงอายุ ตำบลเหล่าหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา. 2560; 18(2): 36-46.

การวิเคราะห์ปริมาณโลหะหนักในยาแผนโบราณ กรณีศึกษาในเขตเทศบาลนครยะลา
Determination of Heavy Metals in Traditional Drugs in the Municipality of Yala

นุรอัสมา ปูติ^{1*} กรกนก ศิริบันฑูรย์² และโรสนานี เหมตระกูลวงศ์¹

Noor-asma Puti^{1*}, Kornkanok Siribanthoon², and Rosenanee Hemtrakoolwong¹

^{1*}วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²โรงพยาบาลกระบือ จังหวัดระนอง

^{1*} Sirindhorn College of Public Health Yala, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,
Praboromarajchanok Institute

² Kra Buri Hospital, Ranong Province

* Corresponding Author: นุรอัสมา ปูติ E-mail: noorasma@yala.ac.th

Received : 13 February 2023

Revised : 4 April 2023

Accepted : 12 April 2023

บทคัดย่อ

การใช้ยาแผนโบราณมีความแพร่หลายในการเข้าถึงระบบสุขภาพของประชาชน หากไม่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพที่ดีอาจมีการปนเปื้อนของสิ่งแปลกปลอมและโลหะหนักบางชนิด ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้บริโภคได้ การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อหาปริมาณการปนเปื้อนโลหะหนักในยาแผนโบราณ ทั้งหมดจำนวน 3 ชนิด ได้แก่ ยาประสะไพล ยาจันทร์ลีลา และยาปราบชมพูทวีป โดยสุ่มเก็บตัวอย่างจากร้านขายยาที่มีใบอนุญาตประกอบธุรกิจเกี่ยวกับการขายยาแผนโบราณในเขตเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา จำนวน 3 ร้านทำการวิเคราะห์โลหะหนักจำนวน 2 ชนิด คือ ตะกั่ว (Pb) และแคดเมียม (Cd) ด้วยเทคนิคอินดักทีฟลี คับเบิล พลาสมา-ออปติคอล อิมิสชัน สเปกโตรเมทรี (ICP-OES) ผลการวิจัยพบว่า ในยาประสะไพล และยาจันทร์ลีลา ไม่พบปริมาณโลหะหนักเกินค่ามาตรฐาน ส่วนยาปราบชมพูทวีป ไม่พบปริมาณตะกั่วเกินค่ามาตรฐาน แต่พบปริมาณแคดเมียม เท่ากับ 12.66 ± 0.14 มก./กก. ซึ่งเกินค่ามาตรฐาน จากผลการทดสอบนำไปเปรียบเทียบกับมาตรฐานยาแผนโบราณที่มีสารปนเปื้อนตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขและมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก พบว่า ปริมาณโลหะหนักแคดเมียมในยาแผนโบราณบางชนิดสูงเกินค่ามาตรฐาน ทั้งนี้ควรมีการเฝ้าระวังการปนเปื้อนของโลหะหนักในยาแผนโบราณต่อไป

คำสำคัญ: โลหะหนัก ยาแผนโบราณ ตะกั่ว แคดเมียม

Abstract

The use of traditional medicine is widespread in reaching the public health system. It may be contaminated with foreign matter and some heavy metals without good quality inspection, which can cause harm to consumers. This study aimed to determine the amount of heavy metals contamination in traditional drugs. Three types of traditional drugs (Prasaplai,

Chantaleela, and Prabchompoothaweep) in the municipality of Yala area were targeted. Lead and Cadmium were focused using Inductively Coupled Plasma-Optical Emission Spectrometry (ICP-OES). The results showed that the heavy metals in traditional drugs were not examined. In the case of Prabchompoothaweep, the amount of cadmium was 12.66 ± 0.14 mg/kg. According to the Notification of the Ministry of Public Health and World Health Organization, the heavy metals in traditional drugs from this work were concentration of cadmium in traditional drugs exceeds the standard. However, heavy metal contamination in traditional medicine should be monitored further.

Keywords: Heavy Metal, Traditional drug, Lead, Cadmium

บทนำ

ปัจจุบันประชากรโลกมีการใช้ยาแผนโบราณเพื่อการบำบัดรักษาโรคอย่างแพร่หลาย และมีบทบาทมากขึ้นในการเข้าถึงระบบสุขภาพของประชาชน จากสถิติปริมาณความนิยมสมุนไพรในตลาดโลก พบว่าในปี พ.ศ. 2549 มีมูลค่า 3,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเป็น 5,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ในปี พ.ศ. 2593 [1] ยาแผนโบราณที่วางจำหน่ายตามท้องตลาดนั้นมีกระบวนการผลิตอย่างง่าย หากยังไม่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพที่ดีทำให้อาจมีการปนเปื้อนของสิ่งแปลกปลอม สารตกค้าง และโลหะหนักบางชนิด หรืออาจมีการปนเปื้อนโลหะหนักโดยไม่ได้เจตนาที่มาจากพื้นที่เพาะปลูกสมุนไพร กระบวนการเก็บวัตถุดิบ อาจปนมากับวัตถุดิบที่ใช้ในการเตรียมตำรับยา หรืออาจมีการปนเปื้อนจากเครื่องมือหรือวิธีการเตรียมไม่ถูกต้อง [2] หากร่างกายได้รับโลหะหนักมากเกินไปจะก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้บริโภคได้ เช่น ตะกั่ว ทำให้สมองเสื่อม เกิดอาการประสาทหลอน ชีมี กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชัก ปวดท้องมาก และไตวายเรื้อรังได้ [3] แคดเมียม ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ไตทำงานผิดปกติ เกิดภาวะไตวาย ทำลายตับ ปอด และเป็นสารก่อมะเร็ง [4] สารหนู ทำให้อาเจียน ท้องเสีย ปวดท้อง และกล้ามเนื้อเกร็ง [5] ซึ่งความเป็นพิษของตะกั่วและแคดเมียมค่อนข้างรุนแรงกว่าโลหะหนักชนิดอื่น ตามประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนดมาตรฐานยาแผนโบราณต้องไม่มีการปนเปื้อนของโลหะหนัก ดังนี้ สารหนูไม่เกิน 4 ส่วนในล้านส่วน แคดเมียมไม่เกิน 0.3 ส่วนในล้านส่วน และตะกั่วไม่เกิน 10 ส่วนในล้านส่วน ซึ่งรายงานการปนเปื้อนของโลหะหนักในยาแผนโบราณมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เช่น การศึกษาการปนเปื้อนของโลหะหนักในยาสมุนไพรของโรงพยาบาลอุรเวทแห่งหนึ่งในอินเดีย จากตัวอย่าง 23 ชนิด พบการปนเปื้อนโลหะเกินมาตรฐานในยาสมุนไพร 2 ชนิด [6] การศึกษาการวิเคราะห์โลหะหนักในยาสมุนไพร 9 ชนิด ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบตะกั่วและทองแดงในปริมาณสูง พบแคดเมียมในระดับปานกลาง [7] และการศึกษาความปลอดภัยด้านการปนเปื้อนโลหะหนักและเชื้อจุลินทรีย์ในตำรับยาจากสมุนไพรจากบัญชียาหลักแห่งชาติ ตรวจพบการปนเปื้อนโลหะหนักสูงกว่ามาตรฐานร้อยละ 3.8 ในยา 4 ตำรับ ได้แก่ ยาเขียวหอม ยาหอมนวโกฐ ยาแก้ไอ 5 ราก และยาประสะมะแว้ง [8] รายงาน

การทบทวนวรรณกรรมพบว่า การปนเปื้อนโลหะหนักในตำรับยาสมุนไพรมักพบปริมาณแคดเมียมและตะกั่วเกินค่ามาตรฐาน

จากสถิติใบอนุญาตประกอบธุรกิจเกี่ยวกับการขายยาแผนโบราณทั่วประเทศ ทั้งหมด 1,536 ร้าน โดยในภาคใต้มีใบอนุญาตประกอบธุรกิจเกี่ยวกับการขายยาแผนโบราณ ทั้งหมด 167 ร้าน ส่วนในจังหวัดยะลา มีใบอนุญาตประกอบธุรกิจเกี่ยวกับการขายยาแผนโบราณ ทั้งหมด 9 ร้าน และจากการสัมภาษณ์ผู้ประกอบการพบว่า ยาประสะไพล ยาจันทลีลา และยาปราบชมพูทวีป เป็นตำรับยาแผนโบราณ 3 อันดับแรกที่มียอดขายสูงที่สุด แต่จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบรายงานการปนเปื้อนโลหะหนักของยาประสะไพล ยาจันทลีลา และยาปราบชมพูทวีป

จากความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะวิเคราะห์ปริมาณโลหะหนักที่เป็นพิษต่อร่างกาย จำนวน 2 ชนิด คือ ตะกั่ว (Pb) และแคดเมียม (Cd) ในยาแผนโบราณที่มีจำหน่ายในเขตเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา โดยได้สุ่มเก็บตัวอย่างยาแผนโบราณจากร้านขายยาที่มีใบอนุญาตประกอบธุรกิจเกี่ยวกับการขายยาแผนโบราณ จำนวน 3 ร้าน เพื่อวิเคราะห์ปริมาณโลหะหนักที่ปนเปื้อนในยาแผนโบราณ โดยใช้เทคนิคอินดักทีฟลีคัมเบิล พลาสมา-ออฟติคัล อิมิสชัน สเปกโตรเมทรี (Inductively Coupled Plasma-Optical Emission Spectrometry; ICP-OES) และนำข้อมูลเผยแพร่ให้ประชาชนได้มีความตระหนักถึงอันตรายและหลีกเลี่ยงการใช้ยาแผนโบราณที่มีการปนเปื้อนของโลหะหนัก

วิธีดำเนินการวิจัย

การเก็บตัวอย่าง

จังหวัดยะลา มีใบอนุญาตประกอบธุรกิจเกี่ยวกับการขายยาแผนโบราณ ทั้งหมด 9 ร้าน ทำการเก็บตัวอย่าง โดยสุ่มเก็บตัวอย่างจากร้านขายยาที่มีใบอนุญาตประกอบธุรกิจเกี่ยวกับการขายยาแผนโบราณที่มีจำหน่ายยาแผนโบราณชนิดแคปซูล ในเขตเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา จำนวน 3 ร้าน

ยาแผนโบราณ จำนวน 3 ตัวอย่าง ได้แก่ ยาประสะไพล ยาจันทลีลา และยาปราบชมพูทวีป

การเตรียมตัวอย่างโดยวิธีการย่อยแบบเปียก [2]

ในการศึกษาวิจัยจะทำการวิเคราะห์หาปริมาณโลหะหนักในกลุ่มตัวอย่างยาแผนโบราณ โดยนำกลุ่มตัวอย่างยาแผนโบราณมาทำการย่อยเพื่อเตรียมตัวอย่างแบบเปียก การเตรียมสารละลายสำหรับกลุ่มตัวอย่างทำได้โดยชั่งสารกลุ่มตัวอย่างยาแผนโบราณชนิดแคปซูลมากลุ่มตัวอย่างละ 3 กรัม ปริมาตรโดยปริมาตร ปริมาณ 20 มิลลิลิตร ใส่ในบีกเกอร์ขนาด 250 มิลลิลิตร ปิดบีกเกอร์ และทำการย่อยสารละลายด้วยความร้อนบนแผ่นให้ความร้อนเป็นเวลาประมาณ 30 นาที จากนั้นเติมสารละลายกรดไนตริกร้อยละ 30 ปริมาตรโดยปริมาตร อีกครั้งด้วยปริมาณ 20 มิลลิลิตร ทำการย่อยสารละลายตัวอย่างด้วยความร้อนบนแผ่นให้ความร้อนเป็นเวลาประมาณ 3 ชั่วโมง จนสารละลายตัวอย่างใสและมีปริมาตรสารละลายเหลือน้อยกว่า 10 มิลลิลิตร นำสารละลายจากการย่อยลงในขวดปริมาตรขนาด 10 ลูกบาศก์เซนติเมตร ปรับปริมาตรด้วยน้ำกลั่นแบบ

ปราศจากไอออน (Deionized water) จนมีปริมาตร 10 ลูกบาศก์เซนติเมตร นำสารละลายที่ได้ไปวัดค่าปริมาณโลหะหนักด้วยเทคนิค ICP-OES

วิธีการเตรียมสารละลาย Blank

ทำการปิบน้ำกลั่นแบบปราศจากไอออน 20 ลูกบาศก์เซนติเมตรและสารละลายกรดไนตริกร้อยละ 30 ปริมาตรโดยปริมาตร ปริมาณ 20 มิลลิลิตร ใส่ในบีกเกอร์ขนาด 250 มิลลิลิตร ปิดบีกเกอร์และทำการย่อยสารละลายด้วยความร้อนบนแผ่นให้ความร้อนเป็นเวลาประมาณ 30 นาที ทำการเติมสารละลายกรดไนตริก ร้อยละ 30 ปริมาตรโดยปริมาตร อีกปริมาณ 20 มิลลิลิตร ทำการย่อย 3 ชั่วโมง จนสารละลายต่อปริมาตรสารละลายเหลือน้อยกว่า 10 มิลลิลิตร นำสารละลายใส่ลงในขวดปริมาตรขนาด 10 ลูกบาศก์เซนติเมตร ปรับปริมาตรด้วยน้ำกลั่นแบบปราศจากไอออนจนมีปริมาตร 10 ลูกบาศก์เซนติเมตร

วิธีการวิเคราะห์ปริมาณโลหะหนักในตัวอย่างยาแผนโบราณ [2]

ทำการเตรียมสารละลายมาตรฐานของตะกั่วและแคดเมียมที่ความเข้มข้น 0.1, 0.2, 0.5, 1.0, 2.0, 3.0, 4.0 และ 5.0 ppm โดยใช้ใช้น้ำกลั่นเป็นสารละลาย Blank ทำการวัดค่าการดูดกลืนคลื่นแสงของสารละลายมาตรฐาน และนำสารละลายตัวอย่างที่เตรียมได้ไปวิเคราะห์หาการปนเปื้อนของโลหะหนักในตัวอย่างยาแผนโบราณ การวิเคราะห์ 3 ซ้ำด้วยเครื่อง ICP-OES ที่สภาวะที่เหมาะสม โดยสำนักเครื่องมือวิทยาศาสตร์และการทดสอบ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์หาปริมาณโลหะหนัก 2 ชนิด คือ ตะกั่ว (Pb) และแคดเมียม (Cd) ในสารละลายตัวอย่างยาแผนโบราณ จำนวน 3 ตัวอย่าง ได้แก่ ยาประสะไพล ยาจันทลีลา และยาปราบชมพูทวีป ด้วยเทคนิค ICP-OES ผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงปริมาณโลหะหนักแต่ละชนิดในยาแผนโบราณ

ยาแผนโบราณ	ปริมาณโลหะหนัก	
	$\bar{x} \pm S.D.$	
	Pb (mg/kg)	Cd (mg/kg)
ยาประสะไพล	ND	ND
ยาจันทลีลา	ND	ND
ยาปราบชมพูทวีป	ND	12.66 $\pm$ 0.14

หมายเหตุ: ND = Not detected (lower than the Limit of detection; LOD)

จากตารางที่ 1 พบว่า เมื่อทำการวิเคราะห์หาปริมาณโลหะหนัก 2 ชนิด คือ ตะกั่ว (Pb) และแคดเมียม (Cd) ด้วยเทคนิค ICP-OES ในตัวอย่างยาแผนโบราณ จำนวน 3 ตัวอย่าง พบว่า ไม่พบปริมาณตะกั่วในตัวอย่าง

ยาแผนโบราณทั้ง 3 ตัวอย่าง ซึ่งหมายถึง ตะกั่วไม่เกิน 10 ส่วนในล้านส่วน และไม่พบปริมาณแคดเมียมในตัวอย่างยาประสะไพล และยาจันทลีลา ซึ่งหมายถึง แคดเมียมไม่เกิน 0.3 ส่วนในล้านส่วน แต่พบปริมาณแคดเมียมในตัวอย่างยาปราบชมพูทวีป ในปริมาณ 12.66 mg/kg

อภิปราย

จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์หาปริมาณโลหะหนัก จำนวน 2 ชนิด คือ ตะกั่ว (Pb) และแคดเมียม (Cd) ที่มีการปนเปื้อนในยาแผนโบราณ จำนวน 3 ตัวอย่าง ได้แก่ ยาประสะไพล ยาจันทลีลา และยาปราบชมพูทวีป โดยใช้เทคนิค ICP-OES พบว่า มีการปนเปื้อนของแคดเมียมในยาปราบชมพูทวีปเกินค่ามาตรฐานการปนเปื้อนโลหะหนักตามประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งกำหนดมาตรฐานปริมาณการปนเปื้อนโลหะหนักในยาแผนโบราณไม่เกินข้อกำหนดดังต่อไปนี้ ตะกั่ว 10 mg/kg (ppm) และแคดเมียม 0.3 mg/kg (ppm) หากร่างกายได้รับปริมาณแคดเมียมมากเกินไปจะก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้บริโภค เช่น ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ปวดกระดูกสันหลัง ไตทำงานผิดปกติ เกิดภาวะไตวาย ทำลายตับ ปอด และเป็นสารก่อมะเร็ง [4] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการวิเคราะห์ปริมาณโลหะหนักและการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ในยาแผนโบราณในเขตพื้นที่จังหวัดปทุมธานี พบการปนเปื้อนของแคดเมียมและตะกั่วในยาแผนโบราณชนิดผง [2] และจากการศึกษาความปลอดภัยของยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติจากการเก็บตัวอย่างยาทั่วประเทศ พบการปนเปื้อนของแคดเมียมและตะกั่วในยาห้าราก ยาหอมนวโกฐ และยาประสะมะแว้งเกินค่ามาตรฐาน แต่ไม่พบในยาประสะไพล และยาจันทลีลา [5] ทั้งนี้การปนเปื้อนโลหะหนักดังกล่าวอาจเป็นผลจากการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมตั้งแต่กระบวนการปลูก การปนเปื้อนจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นวัตถุดิบที่นำมาใช้ในการผลิต หรือภาชนะที่ใช้ในการผลิตที่มีการปนเปื้อนของโลหะหนัก หรืออาจเกิดจากการขาดความระมัดระวังในเรื่องของกระบวนการผลิตยา [9] รวมไปถึงส่วนของพืชที่เป็นราก ลำต้นใต้ดิน และส่วนของพืชที่สัมผัสดินได้ง่ายจะมีโอกาสปนเปื้อนโลหะหนักจากดินได้ง่ายกว่าส่วนของพืชที่อยู่เหนือดิน [8] ในยาปราบชมพูทวีปมีส่วนประกอบเป็นรากและลำต้นใต้ดิน 5 ชนิด ได้แก่ เหง้าขิง หัวบุงกรอ รากเจตมูลเพลิง โกฐเขมา และโกฐสอ และสมุนไพรที่มีขนาดเล็กซึ่งทำความสะอาดยาก ได้แก่ เทียนดำ เทียนแดง เทียนตาตุ๊กแตน และเทียนกลบ สาเหตุการปนเปื้อนดังกล่าวอาจเกิดจากการใช้วัตถุดิบสมุนไพรจากแหล่งปลูกที่มีการปนเปื้อนโลหะหนักและการทำความสะอาดสมุนไพรไม่เหมาะสม

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การปนเปื้อนโลหะหนักเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ผลิตในการควบคุมคุณภาพสมุนไพรให้ได้มาตรฐานตามข้อกำหนด ดังนั้นการควบคุมการผลิตยาแผนโบราณโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตั้งแต่ขั้นตอนการปลูก การเตรียมวัตถุดิบ การเก็บเกี่ยว การเก็บรักษา กระบวนการผลิต ภาชนะบรรจุ และการขนส่ง ทุกขั้นตอนมีความสำคัญที่ต้องมีการควบคุมเพื่อป้องกันและลดการปนเปื้อนโลหะหนัก และเพื่อให้คุณภาพของผลิตภัณฑ์สมุนไพรมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการรักษาที่แน่นอน เชื่อถือได้ และช่วยให้ผู้บริโภคเกิดความเชื่อมั่นและมั่นใจในประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาสมุนไพร

สรุป

การวิเคราะห์ปริมาณการปนเปื้อนโลหะหนักจำนวน 2 ชนิด คือ ตะกั่ว (Pb) และแคดเมียม (Cd) ในยาแผนโบราณ ทั้งหมดจำนวน 3 ตัวอย่าง ได้แก่ ยาประสะไพล ยาจันทน์ลีลา และยาปราบชมพูทวีป ในเขตเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา ด้วยเทคนิค ICP-OES ผลการวิจัยพบว่า ในยาประสะไพล และยาจันทน์ลีลา ไม่พบปริมาณโลหะหนักเกินค่ามาตรฐาน ในยาปราบชมพูทวีป ไม่พบปริมาณตะกั่วเกินค่ามาตรฐาน แต่พบปริมาณแคดเมียม เท่ากับ 12.66 ± 0.14 mg/kg ซึ่งเกินค่ามาตรฐาน จากผลการทดสอบนำไปเปรียบเทียบกับมาตรฐานยาแผนโบราณที่มีสารปนเปื้อนตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขและมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก พบว่าปริมาณโลหะหนักแคดเมียมในยาแผนโบราณบางชนิดสูงเกินค่ามาตรฐาน ทั้งนี้ควรมีการเฝ้าระวังการปนเปื้อนของโลหะหนักในยาแผนโบราณต่อไป

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาในครั้งนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัสโครงการ 098/2563

เอกสารอ้างอิง

- [1] สมฤดี บุญมี, และพิมลดา ไชยรัตน์. การปลอมปนสเตียรอยด์ในยาแผนโบราณและยาสมุนไพรในจังหวัดกระบี่ พังงา และภูเก็ต ระหว่าง พ.ศ. 2559-2562. วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. 2563; 62(4): 384-394.
- [2] Buachoon N, Sunthornsart P. Determination of Heavy Metals and Contamination of Microorganism in Traditional Drugs. VRU Research and Development Journal. 2015; 10(2): 78-95.
- [3] Boskabady M, Marefati N, Farkhondeh T, Shakeri F, Farshbaf A, and Boskabady MH. The effect of environmental lead exposure on human health and the contribution of inflammatory mechanisms, a review. Environment International. 2018; 120: 404-420. DOI: 10.1016/j.envint.2018.08.013.
- [4] Fatima G, Raza AM, Hadi N, Nigam N, and Mahdi AA. Cadmium in Human Diseases: It's More than Just a Mere Metal. Indian Journal of Clinical Biochemistry. 2019; 34(4): 371-378. DOI: 10.1007/s12291-019-00839-8.
- [5] จิตรา ชัยวัฒน์, จิราณูช แจ่มทวีกุล, สันติพงศ์ วงศ์เพ็ญทักษ์ และปรัชญาพร อินทองแก้ว. ความปลอดภัยของยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ. วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. 2557; 56(3): 123-134.
- [6] Kumar V, Singh S, Singh A, Subhose V, Prakash O. Assessment of heavy metal ions, essential metal ions, and antioxidant properties of the most common herbal drugs in Indian

- Ayurvedic hospital: For ensuring quality assurance of certain Ayurvedic drugs. *Biocatalysis and Agricultural Biotechnology*. 2019; 18: 1-7. DOI: 10.1016/j.bcab.2019.01.056.
- [7] Thongchai W, Suksri T. Determination of Heavy Metals from Thai Traditional Herbals by Atomic Absorption Spectrophotometry. The proceedings of national conference “Pibulsongkram research” at Pibulsongkram Rajabhat University. 2015; 596-601.
- [8] Chaiyawat C, Jamtaweekul J, Wongpentak S, and Inthongkaew P. Safety of herbal medicines in the National List. *Bulletin of the Department of Medical Sciences*. 2014; 56(3): 123-134.
- [9] Mukhopadhyay S, Abraham SE, Holla B, Ramakrishna KK, Gopalakrishna KL, Soman A, and et al. Heavy Metals in Indian Traditional Systems of Medicine: A Systematic Scoping Review and Recommendations for Integrative Medicine Practice. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2021; 27(11): 915-929. DOI: 10.1089/acm.2021.0083.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6
โรงเรียนเทศบาลในเขตพื้นที่เทศบาลนครยะลา

Factors Related to the Knowledge of Basic Cardiopulmonary Resuscitation (Basic CPR) among Grade 6 Students in Yala Municipality's School, Yala

นุรฟาติน ดือเร๊ะ^{1*}

Nurfatin Duereh^{1*}

^{1*} โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาพระ

^{1*} Khao Phra Tambon Health Promoting Hospital

* Corresponding Author: นุรฟาติน ดือเร๊ะ E-mail: Nurfatinduxrea@gmail.com

Received : 18 February 2023

Revised : 14 April 2023

Accepted : 23 April 2023

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนเทศบาลในเขตพื้นที่เทศบาลนครยะลา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษาที่ 2564 จำนวน 184 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.2 เครื่องมือวิจัยเป็นแบบทดสอบความรู้ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลคือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติค่าไคสแควร์ ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนเพศชายและหญิงเท่ากันร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่เคยได้รับข่าวสารจากสื่อต่างๆ เกี่ยวกับการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานร้อยละ 61.4 มีความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานโดยเฉลี่ยเท่ากับ 10.1 ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับมากร้อยละ 37.5 และทัศนคติเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานโดยเฉลี่ยเท่ากับ 33.0 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 49.4 นอกจากนี้ ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ปัจจัยความสัมพันธ์กับความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 คือ สถานที่เรียน การได้รับข่าวสารจากสื่อต่างๆ รวมถึงทัศนคติเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

คำสำคัญ: ความรู้ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน นักเรียนระดับประถมศึกษา

Abstract

This research is a cross-sectional descriptive study. The objectives of this research were to study the level of knowledge and attitude about Basic CPR and the factors related to the Basic CPR knowledge of sixth-grade students in the municipal school, Yala municipality. The participants were 184 sixth-grade students in the first semester of the academic year 2021. The sample size was calculated using the G*Power 3.1.9.2 program. The research instrument was a

knowledge test. The statistics used for data analysis were percentage, mean, standard deviation, and chi-square statistics. The results showed that 50.0% of male and female students were equal. Most of them had received news from various media about Basic CPR was 61.4%. Basic CPR knowledge is equivalent to 10.1 on average, they were at a high level of 37.5%, and Basic CPR attitude is equivalent to 33.0 on average, they were at a high level of 49.4%. In addition, the result of hypotheses testing found that factors related to Basic CPR knowledge at a significant level of 0.05 were school, information exposure from various media, Basic CPR attitude, and gender.

Keywords: Knowledge, Basic Cardiopulmonary Resuscitation (Basic CPR), Primary school students

บทนำ

สถานการณ์อุบัติเหตุการบาดเจ็บ และการเสียชีวิตของเด็กประถมศึกษาด้วยอุบัติเหตุ มีแนวโน้มสูงขึ้น อุบัติเหตุเป็นเหตุที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิดเป็นความบังเอิญที่เกิดขึ้นโดยไม่ตั้งใจ และไม่คาดฝันมาก่อนหรือเกิดจากความประมาท ซึ่งอาจจะทำให้เกิดความสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สินได้สาเหตุที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ เช่น ความบกพร่องทางร่างกาย ความเจ็บป่วยเรื้อรัง สภาพจิตใจ ขาดความรู้ หรือ ความขาดระมัดระวัง จากรายงานสถิติขององค์การอนามัยโลกปี 2559 พบว่าอัตราการตายจากอุบัติเหตุในเด็กพบประมาณ 830,000 คนต่อปี เฉลี่ยวันละ 2,000 คนทั่วโลก [1]

จากสถิติการเกิดอุบัติเหตุในเด็กประถมศึกษาในประเทศไทย พบว่าเด็กจะตายด้วยการบาดเจ็บสูงถึงร้อยละ 53.5 และจากสถิติสาเหตุการตายจากการบาดเจ็บทางถนน การจมน้ำเป็นเหตุการณ์ตายที่เพิ่มสูงขึ้นชัดเจนในกลุ่มเด็กอายุ 11 - 12 ปี ไปจนถึงวัยรุ่น และจากการแยกสัดส่วนการเกิดอุบัติเหตุ แยกได้ดังนี้ 1) การจมน้ำ 2) ภัยทางถนน 3) ความรุนแรง 4) อันตรายจากไฟฟ้า 5) อุบัติเหตุตกจากที่สูงของแข็งชนกระแทก และสถิติจากรายงานของศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็กภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2562 พบว่าเด็กอายุ 4 - 12 ปี เป็นวัยที่มีความไวต่อการตายในช่วงปิดเทอม เด็กที่มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในช่วงปิดเทอม เมื่อเทียบกับเวลาอื่น ๆ ของปี เป็นเด็กวัยตั้งแต่ 4 - 12 ปี สาเหตุที่สำคัญพบว่าร้อยละ 56.0 ตายจากการจมน้ำ ร้อยละ 26.0 ตายจากการจราจร ร้อยละ 8.0 ตายจากตกที่สูง ของแข็งชนกระแทก ร้อยละ 7.0 ตายจากความรุนแรง และร้อยละ 3.0 ตายจากไฟฟ้า ซึ่งสาเหตุเหล่านี้อาจจะทำให้เกิดภาวะที่หัวใจหยุดเต้นทั้งสิ้น [2] ซึ่งภาวะหัวใจหยุดเต้นหรือ (Cardiac arrest) เป็นภาวะที่หัวใจไม่สามารถทำงานได้ปกติ ทำให้การไหลเวียนโลหิตไม่สามารถไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ได้ของร่างกายที่เห็นได้อย่างหนึ่งคือ การทำงานของสมอง หากไม่มีเลือดเลี้ยงส่งผลให้หมดสติทำให้สมองส่วนคอร์เท็กซ์ขาดเลือดไปเลี้ยงและสูญเสียชีวิตได้ [3] การช่วยเหลือในทันทีจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต และมีการฟื้นตัวของสมองที่ดี หัวใจหยุดเต้นเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ ถ้าได้รับการรักษาทันต่วงทีอาจทำให้หัวใจกลับมาเต้นใหม่ได้ หากเด็กมีภาวะหัวใจหยุดเต้นควรได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานทันทีโดยปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้แก่ ระยะเวลาตั้งแต่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นจนถึงเมื่อได้รับการช่วยเหลือการกระตุ้นหัวใจด้วย

ไฟฟ้า (Defibrillation) ควรทำภายใน 4 นาที และการกดหน้าอกควรทำภายใน 8 นาที หากผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือที่ไม่ทันหรือไม่มีประสิทธิภาพ อาจส่งผลให้เลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้น้อยลงหรือไม่ได้เลย ทำให้สมองส่วนคอร์เท็กซ์ขาดเลือดไปเลี้ยงและสูญเสียชีวิตได้ จะเห็นได้ว่าการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมีประโยชน์มากที่สุดในการช่วยชีวิตผู้ป่วยที่หัวใจหยุดเต้นกะทันหัน การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานให้ผู้ป่วยอย่างถูกวิธี จะสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ เนื่องจากการเป็นการช่วยแก้ไขระบบไหลเวียนเลือดและระบบหายใจจากที่ผู้ป่วยหยุดหายใจ ทำให้ร่างกายขาดออกซิเจนที่จะไปเลี้ยงอวัยวะที่สำคัญโดยเฉพาะสมอง ซึ่งจะมีผลทำให้หัวใจหยุดเต้นและเสียชีวิตในที่สุด [4]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า งานวิจัยที่เกี่ยวกับการช่วยชีวิตหรือการช่วยฟื้นคืนชีพในประเทศไทย ส่วนใหญ่จะทำการศึกษาในบุคลากรทางการแพทย์ เช่น พยาบาลวิชาชีพ และนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัย หรือการศึกษาการฝึกอบรมให้ความรู้ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพให้แก่ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดหัวใจหยุดเต้นกะทันหันเพื่อส่งเสริมการปรับตัวทางจิตสังคม แต่อย่างไรก็ตามงานวิจัยที่เกี่ยวกับการช่วยชีวิตหรือการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในประเทศไทย พบงานวิจัยที่ทำการศึกษาในกลุ่มนักเรียนชั้นประถมศึกษาแต่ยังไม่มีการศึกษาในชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ซึ่งเหตุการณ์ฉุกเฉินสามารถเกิดกับใครก็ได้ และหากเด็กมีความรู้และความสามารถในการช่วยฟื้นคืนชีพก็จะสามารถช่วยผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันได้ ทั้งนี้ นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ควรมีความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเพื่อที่เด็กวัยเรียนจะมีความกล้าและสามารถให้การช่วยเหลือบุคคลในครอบครัวหรือประชาชนที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นไม่ว่าจะเกิดจากอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

จากการรายงานสาเหตุการเสียชีวิตในเด็กกลุ่มวัยต่ำกว่า 15 ของอำเภอเมืองยะลาจังหวัดยะลา พบว่าสาเหตุการเสียชีวิต แยกสัดส่วนการเกิดอุบัติเหตุ แยกได้ดังนี้ ตายจากการจมน้ำ รองลงมาภัยทางถนนและผลัดตกหกล้ม เพราะเมื่อประสบอุบัติเหตุแนวโน้มในการเสียชีวิตของเด็กจะมีมากกว่าผู้ใหญ่ เพราะร่างกายของเด็กยังอ่อนแอและ บอบบาง ดังนั้นสิ่งที่สำคัญต้องคอยสอนเด็กๆ สามารถดูแลตนเองได้เมื่อต้องพบเจอกับการเจ็บป่วยฉุกเฉิน และจดจำสายด่วน 1669 เรียกใช้ทันทีเมื่อพบเหตุบาดเจ็บฉุกเฉิน [5]

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนเทศบาลในเขตพื้นที่เทศบาลนครยะลา เพื่อศึกษาระดับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนเทศบาลในเขตพื้นที่เทศบาลนครยะลา ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการเรียนการสอนในวิชาสุขศึกษาและพลศึกษา เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การประเมินสถานการณ์ การบาดเจ็บ การหยุดหายใจและการช่วยหายใจในหลักสูตรการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนปลายได้อย่างเหมาะสม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross - sectional descriptive study) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษาที่ 2564 โรงเรียนเทศบาลในเขตพื้นที่เทศบาลนครยะลาจำนวน 6 แห่ง มีนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ทั้งหมด 439 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.2 โดยกำหนดค่า Effect size = 0.3 ,

Power (1- β err prob) = 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 184 และแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการนำชื่อของนักเรียนของแต่ละโรงเรียนมาหยิบฉลากรายชื่อแบบไม่คืนที่ทั้ง 6 โรงเรียน กำหนดอัตราส่วน เพศชาย : เพศหญิง เท่ากับ 1 : 1 เครื่องมือในการทำวิจัยเป็นแบบสอบถามวัดความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะทั่วไป ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เพศ สถานที่เรียน ประสบการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การได้รับข่าวสารจากสื่อต่างๆ เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ได้แก่ ด้านความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน โดยประยุกต์แบบสอบถามการวัดความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ของวราพรณ พึ่งแจ่ม [6] โดยมีข้อคำถามที่ถูก และข้อคำถามที่ผิด ดังนี้

ข้อคำถามที่ถูก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 14

ข้อคำถามที่ผิด ได้แก่ ข้อ 3, 4, 7, 11, 15

การแปลผลคะแนนแบบวัดความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน โดยกำหนดว่าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน โดยเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์หลักเกณฑ์ของ Bloom มีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ความรู้ระดับสูง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (ช่วงคะแนน 12 - 15 คะแนน)

ความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 - 79 (ช่วงคะแนน 8 - 11 คะแนน)

ความรู้ระดับต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (ช่วงคะแนน 1 - 7 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรฐานส่วนประมาณค่าแต่ละข้อมี 5 คำตอบ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยแบ่งเป็นข้อคำถามที่ถูกและข้อคำถามที่ผิด ดังนี้

ข้อคำถามที่ถูก ได้แก่ ข้อ 1, 3, 5, 7, 8, 9

ข้อคำถามที่ผิด ได้แก่ ข้อ 2, 4, 6, 10

สำหรับเกณฑ์การประเมินผลระดับคะแนนทัศนคติต่อการปฏิบัติการการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เพื่อนำมาวิเคราะห์จะใช้สมการทางคณิตศาสตร์ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

$$\begin{aligned} \frac{(\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด})}{\text{จำนวนขั้นที่ต้องการ}} &= \frac{5 - 1}{3} \\ &= \frac{4}{3} \\ &= 1.33 \end{aligned}$$

คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00 คะแนน หมายถึง ทัศนคติอยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67 คะแนน หมายถึง ทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 คะแนน หมายถึง ทัศนคติอยู่ในระดับต่ำ

การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย โดยการนำเครื่องมือการวิจัยไปตรวจสอบความตรงต่อเนื้อหา จากการให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจสอบ ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญด้านการช่วยฟื้นคืนชีพ โดยให้

พิจารณาความสอดคล้องของแบบทดสอบที่ใช้เป็นเครื่องมือการวิจัย ซึ่งนำเครื่องมือผ่านการตรวจสอบไปทดลองใช้กับนักเรียนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74 ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ปีการศึกษา 2564 โดยให้ตอบแบบสอบถามออนไลน์ผ่าน Google form ใช้ระยะเวลาเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนกันยายน 2564 ทั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติพรรณนาคือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน สำหรับทดสอบสมมติฐานคือ สถิติ Chi-Square

ผลการวิจัย

1) กลุ่มตัวอย่างเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน ร้อยละ 50.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมาจากสถานที่เรียน โรงเรียนเทศบาล 4 ร้อยละ 31.5 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่เคยมีประสบการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่เคยได้รับข่าวสารจากสื่อต่างๆ เกี่ยวกับการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ร้อยละ 61.4 โดยสื่อที่ได้รับบ่อยที่สุดได้แก่ อินเทอร์เน็ต ร้อยละ 37.1 รองลงมาโทรทัศน์ ร้อยละ 23.9 และสื่อที่ได้รับน้อยที่สุดได้แก่ เอกสารวิชาการ ร้อยละ 1.7

2) ผลของการวัดความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนเทศบาลในเขตพื้นที่เทศบาลนครยะลา พบว่ามีความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน โดยเฉลี่ยเท่ากับ 10.1 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.9 ส่วนใหญ่มีความรู้ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 37.5 รองลงมาความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 34.7 และความรู้ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 27.7

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานจำแนกเป็นรายข้อ (n = 184)

ความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน	ระดับความเห็น		
	ตอบถูก จำนวน (ร้อยละ)	ตอบผิด จำนวน (ร้อยละ)	ระดับ ความรู้
1. การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เป็นการช่วยเหลือผู้ที่หยุดหายใจหรือหัวใจหยุดเต้นให้มีการหายใจและการไหลเวียนกลับคืนสู่สภาพเดิม ได้แก่ การผายปอด การนวดหัวใจภายนอก	156 (84.8)	28 (15.2)	มาก
2. พบคนหมดสติโทรขอความช่วยเหลือได้ที่เบอร์โทร 1669	152 (82.6)	32 (17.4)	มาก
3. กดหน้าอกด้วยความเร็วอยู่ที่ 90 ครั้งต่อนาที	66 (35.9)	118 (64.1)	น้อย
4. การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ผู้ช่วยเหลือต้องกระทำเพียงคนเดียว ไม่ต้องมีผู้อื่นช่วย	88 (47.8)	96 (52.2)	น้อย
5. กดหน้าอกด้วยความลึกอย่างน้อย 2 นิ้วหรือ 5 ซม.	133 (72.3)	51 (27.7)	ปานกลาง

ความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน	ระดับความเห็น		
	ตอบถูก จำนวน (ร้อยละ)	ตอบผิด จำนวน (ร้อยละ)	ระดับ ความรู้
6. อันตรายจากการวางมือผิดตำแหน่งในการกดหน้าอก คือกระดูกซี่โครงหัก	150 (81.5)	34 (18.5)	มาก
7. ควรให้การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บที่เสียเลือดมากก่อน ผู้บาดเจ็บหัวใจหยุดเต้น	44 (23.9)	140 (76.10)	น้อย
8. ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยหมดสติ โดยการ ตบปาก 2 ข้างพร้อมเรียกดัง ๆ ซึ่งอาจจะพูดว่า “คุณๆ” ดังๆ 3 รอบ	154 (83.7)	30 (16.3)	มาก
9. ขั้นตอนแรกสำหรับผู้ช่วยเหลือต้องคำนึงถึงในการเข้าไปช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ คือ ความปลอดภัยของสถานที่	138 (75.0)	46 (25.0)	ปานกลาง
10. ทำการนวดหน้าอกหรือปั๊มหัวใจเรื่อย ๆ จนกว่าบุคลากรทางการแพทย์จะมาถึง	140 (76.1)	44 (23.9)	ปานกลาง
11. เครื่องกระตุ้นหัวใจอัตโนมัติ (Automated External Defibrillator; AED) สามารถใช้กับผู้ป่วยที่ยังหายใจได้ตามปกติ	92 (50.0)	92 (50.0)	น้อย
12. การกดหน้าอกแต่ละครั้งต้องมีการปล่อยให้ทรวงอกคืนตัวเต็มที่ก่อนกดใหม่ แต่ไม่ยกสันมือขึ้นพ้นจากทรวงอก	154 (83.7)	30 (16.3)	มาก
13. อาการของผู้ที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ โดยการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน คือ หมดสติ ไม่มีชีพจร ไม่รู้สึกตัว ไม่หายใจหรือหายใจเฮือก	151 (82.1)	33 (17.9)	มาก
14. ตำแหน่งในการวางมือในการกดหน้าอก คือ กึ่งกลางทรวงอก ระหว่างราวนมทั้ง 2 ข้าง (ให้อยู่ตรงกลางหน้าอก) ในการกดหน้าอก	145 (78.8)	39 (21.2)	ปานกลาง
15. กดหน้าอกในผู้ใหญ่ด้วยสันมือ 1 ข้าง	105 (57.1)	79 (42.9)	น้อย

จากตารางที่ 1 พบว่า นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนเทศบาลในเขตพื้นที่เทศบาลนครยะลา มีความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ส่วนใหญ่ตอบถูกต้องมากที่สุดคือ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เป็นการช่วยเหลือผู้ที่หยุดหายใจหรือหัวใจหยุดเต้น ให้มีการหายใจและการไหลเวียนกลับคืนสู่สภาพเดิม ได้แก่ การผายปอด การนวดหัวใจภายนอก ร้อยละ 84.7 ส่วนข้อที่ตอบผิดมากที่สุดคือ ควรให้การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บที่เสียเลือดมาก ก่อนผู้บาดเจ็บหัวใจหยุดเต้น ร้อยละ 76.0

3) ผลของการวัดทัศนคติต่อการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนเทศบาลในเขตพื้นที่เทศบาลนครยะลา พบว่ามีทัศนคติเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน โดยเฉลี่ยเท่ากับ 33.01 ส่วนใหญ่นักเรียนมีทัศนคติเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 49.4 รองลงมา ทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 32.6 และทัศนคติอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 17.9

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับทัศนคติต่อการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานจำแนกเป็นรายชื่อ (n = 184)

ทัศนคติต่อการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน	Mean	S.D.	ระดับ ทัศนคติ
1. ท่านคิดว่าการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเป็นเรื่องใกล้ตัวที่ทุกคนจำเป็นต้องรู้และปฏิบัติได้	3.76	1.49	สูง
2. ท่านคิดว่าการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเป็นการทรมานผู้ป่วย	2.70	1.70	ปานกลาง
3. ท่านคิดว่าการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยที่เสียชีวิตแล้วให้หัวใจกลับมาเต้นอีกครั้ง	3.48	1.36	ปานกลาง
4. ท่านคิดว่าการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในผู้ป่วยที่หัวใจหยุดเต้นแล้วเป็นการทำอะไรที่สูญเปล่า	2.73	1.73	ปานกลาง
5. ท่านคิดว่าควรทิ้งผู้บาดเจ็บไว้ ถ้าเราให้ความช่วยเหลือไม่ได้	3.39	1.53	ปานกลาง
6. ท่านรู้สึกกลัวและไม่มั่นใจในตัวเองในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน	3.54	1.35	ปานกลาง
7. เมื่อท่านพบเห็นคนจมน้ำท่านควรรีบทำการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน	2.67	1.69	ปานกลาง
8. ท่านคิดว่าการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เป็นสิ่งควรเรียนรู้	3.58	1.44	ปานกลาง
9. ท่านคิดว่าความตายเป็นเรื่องโชคชะตาไม่มีใครเลี่ยงความตายได้	3.43	1.28	ปานกลาง
10. ท่านคิดว่าการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เป็นวิธีการช่วยชีวิตที่ดีที่สุดให้ผู้ป่วยที่หัวใจหยุดเต้น	3.74	1.28	สูง

จากตารางที่ 2 พบว่า นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนเทศบาลในเขตพื้นที่เทศบาลนครยะลา มีทัศนคติต่อการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดได้แก่ ท่านคิดว่าการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเป็นเรื่องใกล้ตัวที่ทุกคนจำเป็นต้องรู้และปฏิบัติได้ (Mean = 3.76, S.D. = 1.49) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ เมื่อท่านพบเห็นคนจมน้ำท่านควรรีบทำการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (Mean = 2.67, S.D. = 1.69)

4) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนเทศบาลในเขตพื้นที่เทศบาลนครยะลา ได้แก่ สถานที่เรียน การได้รับข่าวสารจากสื่อต่างๆ เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ทัศนคติเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทดสอบสมมติฐาน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน	χ^2	p-value
เพศ	0.632	0.729
สถานที่เรียน	27.515	0.002
การได้รับข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน	24.774	0.000
ทัศนคติเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน	12.256	0.016

จากตารางที่ 3 ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า สถานที่เรียน การได้รับข่าวสารจากสื่อต่างๆ เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ทัศนคติเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมีความสัมพันธ์กับความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนเทศบาลในเขตพื้นที่เทศบาลนครยะลา อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.05$) และเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนเทศบาลในเขตพื้นที่เทศบาลนครยะลา

อภิปราย

นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของวราพรณ พึ่งแจ่ม [6] เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนมากได้รับข้อมูลข่าวสารการช่วยชีวิตจากสื่อต่าง ๆ โดยได้รับบ่อยที่สุด คือ สื่อทางอินเทอร์เน็ต โทรศัพท์ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณ แสงเงิน [7] ปิยฉัตร เทพรัตน์ [8] รวีโรจน์ ทองธานินขวัญ [9] ทยุตา อินแก้ว [4] ปิยดา จันทกุล [10] พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ได้รับความรู้การช่วยชีวิตและการใช้เครื่องไฟฟ้าหัวใจแบบอัตโนมัติผ่านทางอบรม เอกสารวิชาการ อินเทอร์เน็ต สื่อทางโทรศัพท์ เป็นต้น มีคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับมาก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ถึงความสำคัญของการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานผ่านสื่อออนไลน์ต่างๆ โดยเฉพาะผ่านทางสื่ออินเทอร์เน็ต สอดคล้องกับผลการศึกษาของทยุตา อินแก้ว [4] รวีโรจน์ ทองธานินขวัญ [9] และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนเทศบาลในเขตพื้นที่เทศบาลนครยะลา ได้แก่

สถานที่เรียนมีความสัมพันธ์กับความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน สอดคล้องกับบทความ วรรณพรรณ ทรัพย์ดล [11] การมีเทคโนโลยีเข้ามาเป็นช่องทางการส่งเสริมความรู้ให้กับบุคคลในยุคสมัยปัจจุบัน มีการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารกันมากขึ้นจะส่งผลทำให้บุคคลสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษา รวีโรจน์ ทองธานินขวัญ [9] พบว่า สถานที่ในการเรียนการสอนไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ความจำของกลุ่มตัวอย่าง อาจเป็นเพราะความพร้อมของสื่อในการสอนของแต่ละที่ และการเข้าถึงของบุคคลไม่เท่าเทียมกัน

การได้รับข่าวสารจากสื่อต่างๆ เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน มีความสัมพันธ์กับความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน สอดคล้องกับผลการศึกษาของทยุตา อินแก้ว [4] รวีโรจน์ ทองธานินขวัญ [9] เนื่องจากช่องทางส่งเสริมความรู้ในยุคสังคมปัจจุบันสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ผ่านระบบอินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับการช่วยชีวิตหรือการฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมากขึ้น อีกทั้งบุคคลที่สามารถเปิดรับข่าวสารได้มาก ย่อมมีความรู้ความเข้าใจในสิ่งนั้นมากกว่าบุคคลที่เปิดรับข่าวสารต่างๆ ได้น้อย

ทัศนคติเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน มีความสัมพันธ์กับความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน สอดคล้องกับผลการศึกษาของทยูตา อินทร์แก้ว [4] รวีโรจน์ ทองธานินทร์ขวัญ [9] เนื่องจากความเชื่อเป็น ปัจจัยพื้นฐานและการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานก่อให้เกิดความ ตระหนัก ส่งผลทำให้เกิดความรู้และทัศนคติทางที่ดีอีกด้วย [4] อีกทั้งสื่อออนไลน์ต่างๆ ผ่านระบบอินเทอร์เน็ต ไม่ว่าจะเป็นทาง YouTube Facebook เป็นต้น [9] ซึ่งการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 49.4 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับข่าวสารจากอินเทอร์เน็ตเป็นส่วนใหญ่ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดทัศนคติที่ดี ทำให้เกิดความตระหนักในหลักการช่วยชีวิตและมีความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมากขึ้น

สรุป

นักเรียนเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน ร้อยละ 50.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับข่าวสารจากสื่อ ต่างๆ เกี่ยวกับการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ร้อยละ 61.4 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน โดยเฉลี่ยเท่ากับ 10.1 ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 37.5 และทัศนคติเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้น พื้นฐาน โดยเฉลี่ยเท่ากับ 33.0 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 49.4 ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ปัจจัยความสัมพันธ์กับความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 คือ สถานที่เรียน การได้รับข่าวสารจากสื่อต่างๆ เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน รวมถึงทัศนคติเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้น พื้นฐาน และเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสุพรรณบุรี จังหวัดยะลา รหัสโครงการ SCPHYREC-051/2564

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1) ควรจะศึกษาวิจัยในรูปแบบผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ในกลุ่มนักเรียน เนื่องจากจะได้ข้อมูลที่ครบถ้วนทั้งในส่วนของความรู้และทักษะของกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงกลุ่ม ตัวอย่างสามารถได้ความรู้และได้เกิดทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานจากผู้ทำวิจัย และได้ปฏิบัติจริง

2) ควรศึกษาวิจัยในรูปแบบควบคุมระหว่างวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณในกลุ่มนักเรียน ศึกษาเรื่อง ของความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานควบคู่กับการใช้เครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AED)

เอกสารอ้างอิง

- [1] ณชนันท์ ชีวานนท์. อุบัติเหตุในเด็ก: สถานการณ์ และแนวทางการป้องกัน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2559; 24(3): 1-12.
- [2] กองควบคุมโรคติดต่อ. จำนวนและอัตราการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี. 2562. สืบค้นเมื่อ 31 ธันวาคม 2564 จาก <http://www.thaincd.com/2016/news/hot-news-detail.php?gid=18&id=13786>.

- [3] คณิงนิจ จันทรทิน และคณะ. หนังสือการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน Emergency First Aid and Basic CPR. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ, บริษัท นิวธรรมดาการพิมพ์ จำกัด. 2563.
- [4] ทยุตา อินแก้ว, ภาวิณี เถารอด และดุสิตา ชัยรัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ การรับรู้ สมรรถนะแห่งตน และความสามารถในการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. วารสารพยาบาลทหารบก. 2561; 19(ฉบับพิเศษ): 139-148.
- [5] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพจังหวัดยะลา. 2562. สืบค้นเมื่อ 31 ธันวาคม 2564 จาก https://yla.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php?year_selection=2019.
- [6] วราพรรณ เพ็งแจ่ม. ความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ในสังกัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 31 จังหวัดนครราชสีมา. สหาคคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชน แห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. 2560; 6(2): 63-71.
- [7] อูรา แสงเงิน, สุพัตรา อุปนิสากร และทิพมาส ชินวงศ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และทักษะในการ ช่วยฟื้นคืนชีพของพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2555; 32(1): 32-38.
- [8] ปิยฉัตร เทพรัตน์. คู่มือการปฐมพยาบาลเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ, ศูนย์อบรมปฐมพยาบาลและ สุขภาพอนามัย. 2559.
- [9] รวีโรจน์ ทองธานีขวัญ, วศัญญา อินเทศน์, เอกณรงค์ ธรรมตา, เจษฎา บุญแก้ว, วิษณุ ใจวันดี, กาญจนา หาญศิริวัฒนกิจ, และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ความจำเรื่องมหากายวิภาคศาสตร์ของมนุษย์ ในนักศึกษาแพทย์. เวชสารร่วมสมัย. 2560; 62(3): 593-605.
- [10] ปิยดา จันทรกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพของพยาบาลโรงพยาบาล วชิระภูเก็ต. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2562; 33(2): 339-351.
- [11] ธรณพรพรรณ ทรัพย์ดล. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการจัดการเรียนการสอนบทเรียนออนไลน์ของมหาวิทยาลัย ราชภัฏนครราชสีมา. วารสารวิชาการ Veridian E-Journal, Silpakorn University. 2554; 4(1): 652-666.

สถานการณ์ฝีดาษลิง : ภาวะคุกคามสุขภาพจากโรคติดเชื้อไวรัส
Monkeypox Situation : Health Threat from a Viral Infection

จตุพร จันทร์สว่าง^{1*} และสมฤทัย ย่อเล้ง²
Jatuporn Chansawang^{1*}, and Somruethai Yoseng²

¹ * ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 11 อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

² โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปันแต อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง

¹ * Center of Health Service Support Region 11, Muang District, Surat Thani Province

² Pantae Health Promoting Hospital, Khuan Khanun District, Phatthalung Province

* Corresponding Author: จตุพร จันทร์สว่าง E-mail: Jatuporn7390@gmail.com

Received : 1 March 2023

Revised : 10 April 2023

Accepted : 27 April 2023

บทคัดย่อ

โรคฝีดาษลิง เกิดจากเชื้อไวรัสในจีนัส *Orthopoxvirus* เป็นโรคประจำถิ่นในแอฟริกาและตะวันตก แต่ในปี พ.ศ. 2565 มีการระบาดซ้ำในหลายประเทศ องค์การอนามัยโลกรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคฝีดาษลิงทั่วโลกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 – มีนาคม พ.ศ.2566 จำนวน 87,078 ราย และในประเทศไทย จำนวน 21 ราย ฝีดาษลิงติดต่อจากสัตว์สู่คน ได้แก่ ลิงและตระกูลลิง กระรอก หนู หนูยักษ์ หรือแม้แต่สุนัข และจากคนสู่คนได้ เชื้อไวรัสนี้พบในเลือด ต่อมน้ำเหลือง ตุ่มฝี และหยดละอองของทางเดินหายใจ ติดต่อโดยการสัมผัสตุ่มฝี ใกล้ชิดผู้ป่วย วัสดุหรือสิ่งของเครื่องใช้ อื่นที่มีหยดละอองของเชื้อปนเปื้อน การเว้นระยะห่าง สวมหน้ากากอนามัย และล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ จึงช่วยลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อได้ ระยะฟักตัวประมาณ 5 ถึง 21 วัน จากนั้นมีไข้ ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ไม่มีแรง เจ็บคอ ต่อมน้ำเหลืองโต มีตุ่มฝีกระจายจากใบหน้าและตามร่างกาย รวมทั้งฝ่ามือและฝ่าเท้า อาจมีภาวะแทรกซ้อนและรุนแรงในผู้ป่วยที่ภูมิคุ้มกันต่ำ มีอัตราการตายประมาณ ร้อยละ 10 ผู้ที่เคยฉีดวัคซีน (ปลูกฝี) ป้องกันโรคฝีดาษ สามารถป้องกันการติดเชื้อฝีดาษลิงได้ โรคนี้ยังไม่มีมาตรฐานการรักษาแต่รักษาตามอาการ รวมถึงยาต้านไวรัสที่ใช้รักษาฝีดาษก็นำมาใช้รักษาฝีดาษลิงในรายที่มีอาการรุนแรง ถึงแม้ในประเทศไทยจะไม่มีรายงานผู้ติดเชื้อเพิ่มแล้ว แต่ยังคงเป็นโรคที่ต้องเฝ้าระวัง รวมถึงส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการตนเองจากการติดเชื้อ เพื่อป้องกันและควบคุมการระบาดที่เมื่อมีการเปิดพรมแดนเพื่อส่งเสริมการท่องเที่ยวและการเดินทาง ระหว่างประเทศ

คำสำคัญ: การติดต่อ การป้องกันและควบคุมโรค ฝีดาษลิง ระยะฟักตัว อาการและอาการแสดง

Abstract

Monkeypox is a zoonotic disease caused by *Orthopoxvirus*. It is an endemic disease in Central and West Africa. In 2022, monkeypox is a re-emerging infectious disease and 87,078 infected patients were reported at the end of March 2023. This zoonotic disease was transmitted from monkeys and

other primates, squirrels, rats, rodents, dogs, and also transmission from human-to-human. Monkeypox virus was found in blood, lesions, respiratory tract droplets, and the infection occurred when they contacted or close to infected wildlife, patients, or patients' appliances. Social distancing, wearing a face mask, and handwashing could reduce the risk of monkeypox infection. The incubation period ranged from 5 to 21 days, then fever, headache, myalgia, fatigue, sore throat, lymphadenopathy, and centralized lesion including palm and sole. The complication and severity of the case were found in the immunocompromised person. The fatality rate was about 10%. History of smallpox vaccinated could be against monkeypox infection. Symptomatic treatment and supportive care were applied because there was no standard treatment for monkeypox. Medication used to treat smallpox could be considered for the severity of the case. Nowadays, there are no more reports of monkeypox infection in Thailand. However, public health surveillance should be concerned when countries open borders and increase travel across countries. In addition, self-protective behaviors of monkeypox infection should be practiced.

Keywords: Transmission, Disease prevention and control, Monkeypox, Incubation, Sign and symptom

บทนำ

ฝีดาษลิง (Monkeypox) พบครั้งแรกในประเทศหนึ่งของทวีปแอฟริกา ปัจจุบันเป็นโรคประจำถิ่น (Endemic disease) ของแอฟริกากลางและแอฟริกาตะวันตก โรคดังกล่าวเคยระบาดมาแล้วในอดีตหลายครั้ง และสามารถควบคุมได้ในแต่ละช่วง จนกระทั่งในปี พ.ศ.2565 มีการกลับมาระบาดของโรคฝีดาษลิง และพบผู้ติดเชื้ออีกหลายประเทศทั่วโลก [1-3] การระบาดของฝีดาษลิงออกนอกพื้นที่ของโรคประจำถิ่น มีสาเหตุหลักมาจากคนมีการสัมผัสเชื้อในพื้นที่ที่มีการระบาดและมีการเดินทางไปยังพื้นที่อื่น [2, 4, 5] เชื้อไวรัสฝีดาษลิงพบได้ในเลือด ของเหลวในร่างกาย ตุ่มฝี หยอดละอองจากทางเดินหายใจ และพบในอุจจาระด้วย [6] ความวิตกกังวลว่าฝีดาษลิงจะระบาดไปทั่วโลกเกิดขึ้นเมื่อมีการเปิดพรมแดนของแต่ละประเทศ มีการเดินทางระหว่างประเทศ เพื่อกระตุ้นการท่องเที่ยวและเศรษฐกิจภายหลังจากหลายๆ ประเทศ ได้ประกาศให้เชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (โควิด-19) เป็นเชื้อประจำถิ่น (โควิด-19 เป็นไวรัสสายพันธุ์ใหม่ พบผู้ป่วยติดเชื้อนี้รายแรกของโลกที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2562 (ค.ศ.2019) จากนั้นเกิดการระบาดใหญ่และส่งผลกระทบไปทั่วโลกจนถึงปัจจุบันนี้) บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสถานการณ์ของโรคฝีดาษลิง ระยะฟักตัว อาการของโรค การติดต่อ การป้องกัน ควบคุม และการรักษาผู้ป่วยโรคฝีดาษลิง เพื่อให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการติดเชื้อและมีความเป็นอยู่ที่ดีด้านสุขภาพ

ฝีดาษลิง (Monkeypox)

สถานการณ์ปัจจุบัน

ปี พ.ศ.2565 ได้เกิดการอุบัติซ้ำของโรคฝีดาษลิงในกว่า 100 ประเทศนอกทวีปแอฟริกา (ซึ่งถือว่าโรคนี้เป็นโรคประจำถิ่นในแอฟริกา) และในเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2565 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคฝีดาษลิงเป็นภาวะ

ฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern : PHEIC) [7] และปัจจุบัน (มีนาคม พ.ศ.2566) มีรายงานผู้ติดเชื้อฝีดาษลิงทั่วโลกมากกว่า 87,000 ราย [3, 8] สำหรับในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคฝีดาษลิงรายแรกในเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2565 ที่จังหวัดภูเก็ตเป็นนักท่องเที่ยวชาวไนจีเรีย โดยกรมควบคุมโรคยืนยันว่าประเทศไทยพบผู้ที่เป็นโรคฝีดาษลิงจำนวน 12 ราย ซึ่งรายสุดท้ายพบเมื่อวันที่ 11 ตุลาคม พ.ศ. 2565 แต่อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลรายงานขององค์การอนามัยโลก เมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ.2566 รายงานว่ามีผู้ป่วยโรคฝีดาษลิงในประเทศไทยมีจำนวนถึง 21 ราย (<https://www.cdc.gov/poxvirus/mpox/response/2022/world-map.html>)

เชื้อก่อโรค

เกิดจากเชื้อไวรัสชนิดดีเอ็นเอสายคู่ (Double stranded DNA) แฟมิลี *Poxviridae* จีนัส *Orthopoxvirus* ซึ่งเชื้อไวรัสไข้ทรพิษหรือฝีดาษคน (Smallpox) ก็อยู่ในจีนัสเดียวกันนี้ [1, 2, 9-12]

การติดต่อ

ฝีดาษลิงเป็นโรคที่ติดต่อกจากสัตว์สู่คน (Zoonotic disease) นอกจากลิงแล้ว ยังสามารถติดต่อได้จากกระรอก หนู หนูยักษ์แกมเบีย หรือแม้แต่สุนัข แต่ที่เรียกว่าฝีดาษลิง เนื่องจากการติดเชื้อจากลิงสู่คนได้มากกว่าสัตว์ชนิดอื่น [1, 2] ส่วนการติดต่อจากคนสู่คน (Human-to-Human) เกิดขึ้นเมื่อมีการสัมผัสตุ่มฝี การไอหรือจาม เนื่องจากเชื้อไวรัสดังกล่าวอยู่ในลักษณะหยดละออง (Droplets) การสัมผัสสิ่งของเครื่องใช้ของผู้ป่วย การติดเชื้อจากโรงพยาบาล รวมถึงการติดเชื้อภายในบ้านที่พักอาศัยร่วมกับผู้ป่วย [3, 10, 13] โรคฝีดาษลิงไม่ใช่โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แต่ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อฝีดาษลิงก็สามารถติดเชื้อได้ [5, 14, 15] ทั้งนี้เนื่องจากการกอดสัมผัสร่างกายที่มีตุ่มฝีหรือสัมผัสตุ่มฝีที่เกิดขึ้นใกล้กับช่องคลอด ทวารหนัก และองคชาต รวมถึงการจูบและแลกเปลี่ยนลมหายใจใกล้ชิดในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ซึ่งอาจมีเชื้อที่อยู่ในลักษณะของหยดละอองปนมากับลมหายใจ

ระยะฟักตัว (Incubation period)

ระยะฟักตัวของโรค อยู่ระหว่าง 5 วัน – 3 สัปดาห์ ก่อนที่จะแสดงอาการ [2, 15]

อาการและอาการแสดง (Symptom and sign)

อาการเริ่มจากมีไข้ ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ไม่มีแรง เจ็บคอ ต่อม้ำลายเหนียวโต ตามด้วยมีตุ่มฝีประมาณไม่เกิน 3 วันหลังจากมีไข้ ส่วนใหญ่ตุ่มฝีจะเริ่มเกิดที่ใบหน้าและในรายที่มีอาการรุนแรง ก็จะมีตุ่มฝีกระจายไปทั่วร่างกาย รวมถึงฝ่ามือและฝ่าเท้าด้วย [1, 2, 15] และบ่อยครั้งที่พบว่าผู้ที่ติดเชื้อฝีดาษลิงที่อาการไม่รุนแรงจะมีอาการและอาการแสดงอยู่ประมาณ 4 สัปดาห์ ทั้งนี้เนื่องจากเชื้อฝีดาษลิงเป็นการติดเชื้อในลักษณะที่เชื้อหยุดการติดเชื้อด้วยตัวเอง (Self-limited infection) นอกจากนี้อาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ เช่น ปอดบวม เยื่อหุ้มสมองอักเสบ การติดเชื้อที่ตา ซึ่งมักจะพบในเด็กอายุต่ำกว่า 8 ปี สตรีตั้งครรภ์ รวมถึงผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ [3, 15] และสำหรับผู้ที่มีอาการรุนแรงของการติดเชื้อมีอัตราเสียชีวิตอยู่ประมาณร้อยละ 1 – 10 [2, 9, 11]

การป้องกันและควบคุมโรค

รายงานจากหลายการศึกษา บ่งชี้ว่าผู้ที่เคยได้รับวัคซีน *Vaccinia vaccine* หรือ *Vaccinia immune globulin (VIG)* สำหรับป้องกันโรคไข้ทรพิษหรือฝีดาษ (Smallpox) มีระดับภูมิคุ้มกันที่สามารถป้องกันการติดเชื้อฝีดาษลิงได้ ซึ่งเป็นการป้องกันการติดเชื้อข้ามสายพันธุ์ [1, 3, 11, 12, 16] โดยในปี พ.ศ. 2456 ประเทศไทยมีการออกพระราชบัญญัติจัดการปลูกฝีป้องกันโรคไข้ทรพิษ และพระราชบัญญัติระงับโรคระบาด (ในยุคนั้นใช้คำนี้) โดยมีการบังคับใช้กฎหมายทั้งสองฉบับเพื่อป้องกันและควบคุมโรคระบาดของโรคฝีดาษแก่ประชาชนไทย [17] และพบผู้ป่วยฝีดาษรายสุดท้ายเป็นชาวต่างชาติที่เดินทางเข้ามาในประเทศไทยในปี พ.ศ.2505 เมื่อไม่พบผู้ป่วยฝีดาษ ประเทศไทยจึงยุติการปลูกฝีป้องกันโรคฝีดาษ ในปี พ.ศ.2523 [17, 18] ประชาชนไทยที่เกิดหลังจากนั้นจึงไม่ได้รับวัคซีนหรือการปลูกฝีป้องกันโรคฝีดาษอีกต่อไป และเนื่องจากเชื้ออยู่ในลักษณะหยดละอองจากทางเดินหายใจ การได้รับเชื้อและการติดต่อเกิดได้จากการสัมผัสสัตว์ที่เป็นโรคฝีดาษลิง สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยและสิ่งของเครื่องใช้ที่มีหยดละอองเชื้อฝีดาษลิงปนเปื้อน การล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ เว้นระยะห่างจากผู้ป่วยและสวมหน้ากากอนามัยจึงสามารถลดความเสี่ยงในการติดเชื้อได้

การรักษา

ปัจจุบันยังไม่มีแนวที่เป็นมาตรฐานในการรักษาผู้ติดเชื้อฝีดาษลิงแต่จะมีการรักษาตามอาการแบบประคับประคอง (Symptomatic and supportive treatment) [19] ยกเว้นผู้ติดเชื้อที่อายุน้อย ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ มีประวัติผื่นหนังอักเสบหรือมีประวัติการแพ้ที่ผื่นหนัง สตรีตั้งครรภ์ เป็นต้น โดยมีรายงานว่า การใช้ยาต้านเชื้อฝีดาษ เช่น *cidofovir*, *brincidofovir*, และ *tecovirimat* สามารถต้านการติดเชื้อฝีดาษลิงได้ [3, 11, 16, 20]

อภิปราย

ในช่วงของการอุบัติซ้ำของโรคฝีดาษลิง และมีรายงานการพบผู้ป่วยติดเชื้อฝีดาษลิงในประเทศไทยในเดือน พฤษภาคม พ.ศ.2565 รัฐบาลให้ความสำคัญและตื่นตัวในการตรวจคัดกรอง ติดตาม กักแยกกักผู้ติดเชื้อ เพื่อการป้องกันและควบคุมโรค และเมื่อมีรายงานการพบผู้ติดเชื้อคนสุดท้ายในช่วงปลายปี พ.ศ.2565 รวม 12 ราย อย่างไรก็ตามจากการควบคุมและเฝ้าระวังขององค์การอนามัยโลก รายงานจำนวนผู้ติดเชื้อฝีดาษลิงยืนยันสะสมของไทยมีจำนวน 21 ราย (มีนาคม พ.ศ.2566) เมื่อไม่มีการรายงานจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มเติม ทั้งภาครัฐ เอกชนและประชาชนทั่วไปก็ลดความตื่นตัวในการป้องกันตนเองตามไปด้วยเช่นกัน เช่นเดียวกับการศึกษาพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคระบาดที่ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันตนเองดีและให้ความร่วมมือกับมาตรการต่างๆ ในระดับสูง แต่พฤติกรรมและความร่วมมือจะค่อยๆ ลดลง [21] ซึ่งการลดลงของพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ มีโอกาสและความเสี่ยงมากขึ้นโดยเฉพาะเมื่อรัฐบาลไทยประกาศให้การติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ซึ่งระบาดใหญ่มาก่อนหน้านี้ให้กลายเป็นโรคประจำถิ่น มีการเปิดสถานบริการต่างๆ เปิดพรมแดนระหว่างประเทศ ส่งเสริมการเดินทางและการท่องเที่ยวเพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจของประเทศ จึงมีโอกาสนักท่องเที่ยวจากพื้นที่ ที่มีการพบผู้ติดเชื้อฝีดาษลิง จะเดินทางไปสู่พื้นที่อื่นๆ รวมถึงประเทศไทยด้วย การยุติการปลูกฝีหรือฉีดวัคซีนป้องกันโรคฝีดาษประเทศไทยได้ยุติตั้งแต่ปี พ.ศ.2523 เป็นต้นมา ดังนั้นหากมีการระบาดของโรคฝีดาษลิง ผู้ที่ไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคฝีดาษก็จะมีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายกว่า หากมีการระบาดของฝีดาษลิง ผู้ที่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคฝีดาษยังมีภูมิคุ้มกันการติดเชื้ออยู่ และเตรียมการพิจารณาใช้วัคซีนป้องกันโรคฝีดาษมาใช้ในการป้องกันการติดเชื้อ นอกจากนี้ยาด้านไวรัสที่นำมาใช้รักษาผู้ติดเชื้อฝีดาษก็มีการ

เตรียมการที่จะนำมาใช้รักษาผู้ป่วยโรคฝีดาษลิงที่มีอาการรุนแรง ทั้งวัคซีนป้องกันและยาที่ใช้รักษาโรคฝีดาษ สามารถนำมาใช้กับโรคฝีดาษลิงได้ เนื่องจากโครงสร้างทางพันธุกรรมของเชื้อไวรัสฝีดาษและฝีดาษลิงมีความคล้ายคลึงกัน

มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (the Protection Motivation Theory) ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัส การศึกษาดังกล่าวชี้ชัดว่า ความเชื่อมั่นในรัฐบาล การรับรู้ความเสี่ยงของโรค และโอกาสในการติดเชื้อ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ [22] ดังนั้นหากจะมีการเตรียมการเพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้ออาจจะพิจารณาใช้ผลการศึกษานี้ แนวคิด ทฤษฎีที่มีการศึกษามาก่อนหน้านี้ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อฝีดาษลิง เพื่อสุขภาพที่ดีห่างไกลโรคในอนาคตต่อไป โดยในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อหากประชาชนมีส่วนร่วมในการป้องกันตนเองไม่ให้ติดเชื้อก็ถือว่าเป็นส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคของสังคมส่วนใหญ่ ถือเป็นความรับผิดชอบต่อสังคมโดยการเริ่มจากตนเอง [23, 24] อย่างไรก็ตามในทฤษฎีของผู้เขียนแล้ว หากเกิดการระบาดของฝีดาษลิงในประเทศไทย การระบาดน่าจะอยู่ในวงแคบเมื่อเทียบกับการระบาดของเชื้อโควิด-19 ก่อนหน้านี้ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยฝีดาษลิงมีตุ่มฝีที่สามารถสังเกตได้ง่าย การสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยก็จะน้อยกว่าการสัมผัสใกล้ชิดผู้ติดเชื้อโควิด-19 อย่างแน่นอน

สรุป

ฝีดาษลิงเป็นเชื้อไวรัสชนิดดีเอ็นเอ (DNA) เป็นโรคติดเชื้อจากสัตว์สู่คน โดยมีลิงและสัตว์ฟันแทะเป็นแหล่งรังโรค เมื่อสัมผัสกับสัตว์ที่ติดเชื้อฝีดาษลิงจะได้รับเชื้อ โดยมีระยะฟักตัว 5 – 21 วัน อาการของผู้ป่วยได้แก่ ไข้ ปวดศีรษะ เจ็บคอ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และมีตุ่มฝีเริ่มจากใบหน้าและกระจายไปทั่วร่างกายรวมฝ่ามือและฝ่าเท้า การติดต่อจากคนสู่คนเมื่อมีการสัมผัสตุ่มฝี ใกล้ชิดผู้ป่วย สัมผัสผู้ป่วยหรือสิ่งของที่ผู้ป่วยไอหรือจามรด เนื่องจากมีเชื้อฝีดาษลิงที่เป็นหยดละอองปนเปื้อนอยู่ การเว้นระยะห่าง ล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ และสวมหน้ากากอนามัยจะช่วยลดความเสี่ยงในการติดเชื้อได้ ผู้ที่เคยฉีดวัคซีนป้องกันโรคฝีดาษ (ปลุกฝี) จะมีภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อฝีดาษลิงสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยได้รับวัคซีน ฝีดาษลิงควรเป็นโรคที่มีการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการระบาด โดยเฉพาะในช่วงของการเปิดประเทศเพื่อรับนักท่องเที่ยวเข้ามาภายในประเทศ ซึ่งอาจจะมีนักท่องเที่ยวเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดของฝีดาษลิง นอกจากนี้ควรมีการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อมากขึ้นด้วย

แหล่งสนับสนุนทุนวิจัย

ไม่ได้ใช้งบประมาณในการทบทวนวรรณกรรมและเขียนบทความ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การเขียนบทความวิชาการนี้ ไม่ได้ขอเอกสารรับรองหรือยกเว้นการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ทั้งนี้เนื่องจากเป็นการทบทวนวรรณกรรมจากแหล่งสืบค้นต่างๆ และไม่มีการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างหรือประชากรใด

การอ้างอิง

จตุพร จันทร์สว่าง และ สมฤทัย ย่อเส้ง. สถานการณ์ฝีดาษลิง : ภาวะคุกคามสุขภาพจากโรคติดเชื้อไวรัส. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2566; 1(1): 48-55.

Chansawang J and Yoseng S. Monkeypox Situation : Health Threat from a Viral Infection. Journal of Education and Research in Public Health. 2023; 1(1): 48-55.

เอกสารอ้างอิง

- [1] Petersen E, Abubakar I, Ihekweazu C, Heymann D, Ntoumi F, Blumberg L, et al. Monkeypox—Enhancing public health preparedness for an emerging lethal human zoonotic epidemic threat in the wake of the smallpox post-eradication era. *International journal of infectious diseases*. 2019; 78: 78-84.
- [2] Barry M, Akkielah L, Al-Tawfiq JA, Memish ZA. Not every skin rash in a returning adult male traveler is monkeypox. *Travel Medicine and Infectious Disease*. 2022; 50: 102432.
- [3] Kaler J, Hussain A, Flores G, Kheiri S, Desrosiers D. Monkeypox: a comprehensive review of transmission, pathogenesis, and manifestation. *Cureus*. 2022; 14(7).
- [4] Yong SEF, Ng OT, Ho ZJM, Mak TM, Marimuthu K, Vasoo S, et al. Imported Monkeypox, Singapore. *Emerging infectious diseases*. 2020; 26(8): 1826.
- [5] Vivancos R, Anderson C, Blomquist P, Balasegaram S, Bell A, Bishop L, et al. Community transmission of monkeypox in the United Kingdom, April to May 2022. *Eurosurveillance*. 2022; 27(22): 2200422.
- [6] Wannigama DL, Amarasiri M, Hongsing P, Hurst C, Modchang C, Chadsuthi S, et al. Multiple traces of monkeypox detected in non-sewered wastewater with sparse sampling from a densely populated metropolitan area in Asia. *Sci Total Environ*. 2023; 858: 159816.
- [7] Farahat RA, Rackimuthu S, Umar TP, Siddiqui JA, Shrestha AB, Essar MY. Preparedness of South East Asia countries in view of monkeypox emergence: A call for action. *The Lancet Regional Health-Southeast Asia*. 2022; 6.
- [8] Kannan SR, Sachdev S, Reddy AS, Kandasamy SL, Byrareddy SN, Lorson CL, et al. Mutations in the monkeypox virus replication complex: Potential contributing factors to the 2022 outbreak. *Journal of Autoimmunity*. 2022; 133: 102928.
- [9] Bunge EM, Hoet B, Chen L, Lienert F, Weidenthaler H, Baer LR, et al. The changing epidemiology of human monkeypox—A potential threat? A systematic review. *PLoS neglected tropical diseases*. 2022; 16(2): e0010141.
- [10] Adler H, Gould S, Hine P, Snell LB, Wong W, Houlihan CF, et al. Clinical features and management of human monkeypox: a retrospective observational study in the UK. *The Lancet Infectious Diseases*. 2022; 22(8): 1153-62.

- [11] Adalja A, Inglesby T. A novel international monkeypox outbreak. *American College of Physicians*; 2022; 1175-6.
- [12] Grant R, Nguyen L-BL, Breban R. Modelling human-to-human transmission of monkeypox. *Bulletin of the World Health Organization*. 2020; 98(9): 638.
- [13] Kim J-W, Lee M, Shin H, Choi C-H, Choi M-M, Kim JW, et al. Isolation and identification of monkeypox virus MPXV-ROK-P1-2022 from the first case in the Republic of Korea. *Osong public health and research perspectives*. 2022; 13(4): 308-11.
- [14] Heskin J, Belfield A, Milne C, Brown N, Walters Y, Scott C, et al. Transmission of monkeypox virus through sexual contact—A novel route of infection. *Journal of Infection*. 2022; 85(3): 334-63.
- [15] Guarner J, Del Rio C, Malani PN. Monkeypox in 2022—what clinicians need to know. *Jama*. 2022; 328(2): 139-40.
- [16] Hatmal MmM, Al-Hatamleh MA, Olaimat AN, Ahmad S, Hasan H, Ahmad Suhaimi NA, et al. Comprehensive literature review of monkeypox. *Emerging Microbes & Infections*. 2022; 11(1): 2600-31.
- [17] Saengthong Chancherd. 100 years of the department of disease control. The Ministry of Public Health, Thailand [in Thai]. Accessed 15 November 2022 from <https://ddc.moph.go.thuploadspublish967920200107100426.pdf>.
- [18] World Health Organization. Smallpox Eradication in Thailand. WHO/SE/78.113. Accessed 16 November 2022 from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68243/WHO_SE_78.113.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- [19] Durski KN, McCollum AM, Nakazawa Y, Petersen BW, Reynolds MG, Briand S, et al. Emergence of monkeypox—west and central Africa, 1970–2017. *Morbidity and mortality weekly report*. 2018; 67(10): 306.
- [20] Huang Y, Mu L, Wang W. Monkeypox: epidemiology, pathogenesis, treatment and prevention. *Signal Transduction and Targeted Therapy*. 2022; 7(1): 1-22.
- [21] Fang F, Chen S, Geng X, Kiprop E. Survey on public awareness, attitudes and self-protective behavior adoption in different periods of COVID-19. 2022.
- [22] Al-Rasheed M. Protective behavior against COVID-19 among the public in Kuwait: An examination of the protection motivation theory, trust in government, and sociodemographic factors. *Social work in public health*. 2020; 35(7): 546-56.
- [23] Singkun, A. Factors associated with social responsibility among university students in Yala, Thailand during the COVID-19 pandemic. *Journal of Health Research* 2020; 35(3): 265-275.

- [24] Singkun, A., Payodeuramae, F., Samae, N., Patiwikriwong, P., Chainapong, K., & Weerakhachon, P. Social Responsibility Behaviors among Universities Students in the 3 Southern Border Provinces of Thailand in the Period of Corona Virus 2019 (COVID-19) Pandemic. Walailak Journal of Science and Technology (WJST). 2020; 17(9): 979-989.

วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

91 ถนนเทศบาล 1 ตำบลสะเตง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา 95000



อีเมล : Jalor-Journal@yala.ac.th



โทร : 073212863 ต่อ 131