



วารสารวิจัย การพยาบาลและสุขภาพ Journal of Nursing and Health Research

J
N
H
R

E-ISSN 2773-9341

Journal online

ปีที่ 23 เล่ม 1 มกราคม-เมษายน 2565

Volume 23 Issue 1 January-April 2022

บทบรรณาธิการ

Editorial

ย่างเข้าปีที่ 3 ของการระบาดของโควิด 19 การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับโควิด 19 และผลกระทบ ยังคงมีความสำคัญ และเป็นประโยชน์ต่อสังคม วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ ฉบับนี้เป็นเล่มปีที่ 23 ฉบับที่ 1 เป็นฉบับแรกของปี 2565 มีการเผยแพร่ บทความวิจัย ทั้งหมด 9 เรื่อง และบทความวิชาการ 2 บทความ ครอบคลุมด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ สตรี การบริหารการพยาบาล การพยาบาลชุมชน การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในการศึกษาพยาบาล และการสาธารณสุข มีการศึกษาเกี่ยวกับโควิด 19 จำนวนสองเรื่อง เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ที่ช่วยให้สังคมเข้าใจประสบการณ์การถูกตีตราทางสังคมของผู้ติดเชื้อ และผลกระทบของถูกกักตัว

สำหรับการดำเนินการของวารสารที่สำคัญในช่วงนี้คือ การเตรียมรับการประเมินคุณภาพของวารสาร เพื่อยกระดับเข้าสู่ TCI ฐาน 1 กองบรรณาธิการได้พยายามปรับปรุงการจัดทำวารสารในทุก ๆ ด้าน และหวังว่าจะได้รับข่าวดีในอนาคตอันใกล้ ซึ่งผลการประเมินจะประกาศในเดือนมิถุนายน 2565 นอกจากนี้วารสารฯ จะมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ สำหรับฉบับที่ 2 ปี 2565 คือ การเปลี่ยนแปลงบรรณาธิการ และกองบรรณาธิการ ซึ่งจะมีการประชาสัมพันธ์แจ้งในเว็บไซต์ของวารสารต่อไป ในฐานะของบรรณาธิการในปัจจุบัน จึงขอขอบคุณกองบรรณาธิการผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขบทความ และคณะทำงานทุกท่านที่ได้ทำงานร่วมกันในปีที่ผ่านมา และขอขอบคุณนักวิจัย ที่ได้เผยแพร่ผลงานผ่านวารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ ซึ่งวารสาร ฯ มีความยินดีที่จะเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานที่มีคุณภาพของท่านต่อไป

พิมพ์พิมล วงศ์ไชยา RN, PhD

บรรณาธิการ

สารบัญ Content	หน้า page
บทความปริทัศน์ (Review Article)	
บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมสตรีวัยหมดประจำเดือนเพื่อลดการสลายของมวลกระดูก Roles of nurses in promoting menopausal women to reduce bone resorption ประวีดา คำแดง Praveda Kamdaeng	1-13
การประยุกต์ใช้เทคนิคการประชุมครอบครัวในการเยี่ยมบ้าน: กรณีศึกษาผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ An application of family meeting technique in home visiting: a case study of the patient with uncontrolled diabetes จันทร์จิรา อินจิ้น, ศุภวรรณ ยอดโปร่ง, ชนกานต์ แสงคำกุล Janjira Injeen, Suphawan Yodprong, Chanakan Sangkhumgul	14-27
บทความวิจัย (Research article)	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินจากเสียงดังในพนักงานโรงงานผลิตข้าวโพดบรรจุกระป๋อง Factors associated with noise-induced hearing loss among workers in a canned sweet corn factory มงคล รัชชะ, จักรกฤษ เสงลา, อนุ สุราช, สาโรจน์ นาคจู Mongkol Ratcha, Chakkrit Sela, Anu Surach, Saroj Nakju	28-40
ผลกระทบและการปรับตัวของผู้สัมผัสที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคโควิด-19 ที่ต้องกักตัวอยู่ที่บ้าน: การศึกษาเชิงคุณภาพ Impacts and adaptations among high risk closed contact to COVID-19 persons on home quarantine: a qualitative study นงนุช ปัญจธรรมเจริญ, สมศรี ทาทาน, กาญจนา สาใจ Nongnuch Punjathumjarern, Somsri Tatan, Kanjana Sajai	41-54
พฤติกรรมการป้องกันการเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพของแรงงานสูงวัยนอกระบบ Work related-illness prevention behaviors among informal sector older workers เกษราวัลณ์ นิลวารังกุล, วันเพ็ญ ทรงคำ, ลดาวัลย์ พันธุ์พานิชย์, ศิมาลักษณ์ ดิธีสวัสดิ์เวทย์, จอนห์ เอฟ สมิธ, จักรกฤษณ์ ผูกจิตร Kessarawan Nilvarangkul, Wanpen Songkham, Laddawan Panpanit, Simalak Dithisawatwet, John F. Smith, Chakkrit Phukjit	55-66

สารบัญ Content	หน้า page
บทความวิจัย(Research article)	
การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย นเรศวร The development of first line manager competency assessment scale, Naresuan University Hospital เนตรญา วิโรจวานิช, ธงวิไล กันทะสอน Netaya Wirotwanit, Thongwilai Kantasorn	67-79
การตีตราทางสังคมต่อผู้ที่อาจติดเชื้อหรือติดเชื้อ COVID-19 และผลกระทบ: การศึกษาเชิงคุณภาพ A social stigma toward people with COVID-19 or people who may have COVID-19 and its consequences: a qualitative study อรัญญา นามวงศ์, วัชรีย์ ไชยจันดี Arunya Namwong, Watcharee Chaijundee	80-95
การรับรู้ความเสี่ยงต่อการหกล้มและพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ในผู้สูงอายุโรคกระดูกพรุน Perceived risk of falling and fall prevention behaviors in older persons with osteoporosis วิไลลักษณ์ วงศ์เจริญ, นงลักษณ์ อินตา, ขวัญเนตร คงแดง Wilailak Wongcharoen, Nonglak Inta, Kwannet Kongdang	96-109
ประสิทธิผลของเจลน้ำมันสมุนไพรต่อความเครียดและการผ่อนคลายในผู้สูงอายุ The effects of herbal oil gel on stress and relaxation in older people ยาดา เรียมริมมะดัน, อรชума หนูน้อย, โปรตปราน ทาศิริ, อัษฎางค์ พลนอก, พงษ์ณัฐวัฒน์ สมบัติภูธร Yada Reamrimmadun, Onchuma Nunoy, Prodpran Tasiri, Assadang Polnok, Pongnuwat Sombutpoothon	110-122
ผลการจัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ต่อความรู้ การตัดสินใจทางคลินิกและ ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ระยะวิกฤติ: กรณีศึกษา Effect of simulation-based learning on knowledge, clinical judgments, and nursing skills in caring for critical patients with acute myocardial infarction: a case study สุภัทรา สีแสนห์, จักรพันธ์ กีน้อย, ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์, สมคิด รุปงาม Supattra Seesanea, Chakrapan Kunoy, Sirikul Karunchareonphanit, Somkid Rupngam	123-133
ผลการประยุกต์ใช้โปรแกรมประยุกต์ของกูเกิ้ล (Google Application) ต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมป้องกันการโรคพิษสุนัขบ้า The effects of using Google Application on knowledge, attitudes, and behaviors regarding rabies prevention อานภาพ แสนใจ, อรรณพ สนธิไชย Arnuparp Saenjai, Aunnop Sontichai	134-144

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมสตรีวัยหมดประจำเดือนเพื่อลดการสลายของมวลกระดูก

ประวีดา คำแดง, พย.ม.*

บทคัดย่อ

การลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนในสตรีวัยหมดประจำเดือน อาจทำให้มวลกระดูกลดลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้สตรีเกิดภาวะกระดูกพรุนและเกิดภาวะกระดูกหักตามมาได้ ภาวะกระดูกหักส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ที่ทำให้ต้องพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้น อันส่งผลต่อคุณค่าในตนเองและคุณภาพชีวิตที่ลดลง ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้สตรีวัยหมดประจำเดือนมีความรู้เกี่ยวกับภาวะกระดูกพรุน ตระหนักถึงผลกระทบที่ตามมาจากภาวะกระดูกพรุนและวิธีการป้องกันภาวะกระดูกพรุน บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการนำเสนอการวินิจฉัยภาวะกระดูกพรุน ผลกระทบจากภาวะกระดูกพรุน ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะกระดูกพรุน สตรีวัยหมดประจำเดือนกับภาวะกระดูกพรุน และบทบาทพยาบาลในการส่งเสริมสตรีวัยหมดประจำเดือนเพื่อลดการสลายมวลกระดูก เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาล ในการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนในการป้องกันภาวะกระดูกพรุน

คำสำคัญ: สตรีวัยหมดประจำเดือน, การสลายของมวลกระดูก, กระดูกพรุน, บทบาทพยาบาล

วันที่รับ: 6 กันยายน 2564 วันที่แก้ไข: 24 มกราคม 2565 วันที่ตอบรับ: 4 มีนาคม 2565

*

ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: jubjeab09@gmail.com

Roles of nurses in promoting menopausal women to reduce bone resorption

Praveda Kamdaeng, MNS.*

Abstract

A decrease of estrogen in menopausal women can cause a rapid decline of bone mass, resulting in women suffering from osteoporosis and subsequent fractures. Fractures affect daily living which increase dependency on others, leading to a decrease in self-worth and quality of life. Therefore, it is an important role for nurses to promote menopausal women to learn about osteoporosis, recognize the consequences of osteoporosis and ways of to prevent osteoporosis. The purposes of this article were to present the diagnosis of osteoporosis, impacts of osteoporosis, risk factors of osteoporosis, menopausal women and osteoporosis, and the roles of nurses in promoting menopausal women to reduce bone resorption, for nurses to be used as a guideline to promote the health of postmenopausal women in preventing osteoporosis.

Keywords: Menopausal women, Bone resorption, Osteoporosis, Roles of nurses

Received: Sep 6, 2021 Revised: Jan 24, 2022 Accepted: Mar 4, 2022

*

Assist. Prof., McCormick Faculty of Nursing, Payap University

Corresponding author, email: jubjeab09@gmail.com

บทนำ

การเจริญเติบโตและการพัฒนาการของร่างกายมนุษย์จะมีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงวัย โดยร่างกายมีระบบต่าง ๆ ทำงานประสานกันเพื่อให้มนุษย์สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ ระบบโครงสร้างกระดูกของร่างกายทำหน้าที่สำคัญในการค้ำจุนและรักษารูปร่างบุคคลให้สามารถทรงตัวอยู่ได้ รวมทั้งรองรับอวัยวะภายในร่างกายให้คงอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม (ภัทรวิทย์ วรธนรัตน์และคณะ, 2557) กระดูกจะมีกระบวนการสร้างมวลกระดูก สะสมแร่ธาตุ สลายมวลกระดูกตลอดเวลา จนกระทั่งถึงอายุประมาณ 25-30 ปี อัตราการสลายของมวลกระดูกจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะช่วงวัยหมดประจำเดือนอัตราเร็วในการสลายตัวของมวลกระดูกจะเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนจากภาวะรังไข่หยุดทำงาน โดยอัตราเร็วของการสูญเสียมวลกระดูกจะอยู่ในระดับเล็กน้อยในช่วง 1-3 ปีแรกหลังหมดประจำเดือนและอัตราการสูญเสียมวลกระดูกในระดับปานกลางช่วง 4-8 ปีหลังหมดประจำเดือน (Yong & Logan, 2021) ส่งผลให้สตรีวัยหมดประจำเดือนเสี่ยงต่อภาวะกระดูกพรุนมากขึ้น

ภาวะกระดูกพรุน (osteoporosis) เป็นภาวะสำคัญทางคลินิกที่ต้องให้ความสำคัญเพราะเป็นปัจจัยหลักของการเกิดภาวะกระดูกหัก อันนำไปสู่การถูกจำกัดจากการเคลื่อนไหวจากภาวะกระดูกหัก ความปวด ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการพึ่งพาตนเองน้อยลง เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา ตลอดจนคุณภาพชีวิตที่ต้องสูญเสียไปกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการพึ่งพิงผู้อื่น (สุภาพ อารีเอื้อ, 2564; Yong & Logan, 2021) การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและชะลอภาวะกระดูกพรุนสามารถทำได้โดยการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และปรับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ งดการสูบบุหรี่ รับประทานอาหารที่ช่วยเพิ่มมวลกระดูก การออกกำลังกายที่มีการออกแรงต้าน เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกระดูก โดยเฉพาะสตรีวัยหมดประจำเดือนจะมีการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน อย่างมากส่งผลให้มวลกระดูกลดลงอย่างรวดเร็ว ด้วยสภาวะการดำเนินชีวิตของผู้คนในสังคมปัจจุบันให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพร่างกายน้อย พยาบาลจึงควรมีบทบาทในการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะกระดูกพรุน ส่งเสริมให้สตรีวัยหมดประจำเดือนได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งนี้เพื่อช่วยลดการสลายของมวลกระดูกอันเป็นสาเหตุของภาวะกระดูกพรุน และการหักของกระดูก การส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนนอกจากจะช่วยชะลอการเกิดภาวะกระดูกพรุนแล้วยังมีผลดีต่อทุกระบบของร่างกาย ทั้งระบบหัวใจและหลอดเลือด ระดับไขมันในเลือด เพิ่มภูมิคุ้มกันต้านทานร่างกาย รวมทั้งลดความเครียด ส่งผลให้สตรีวัยหมดประจำเดือนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพชีวิต

การวินิจฉัยภาวะกระดูกพรุน

ภาวะกระดูกพรุน เป็นภาวะที่มีมวลกระดูกลดน้อยลงซึ่งส่วนใหญ่ไม่มีการแสดงให้เห็นชัด ผู้ที่มีภาวะกระดูกพรุนจะทราบว่าตนเป็น ก็เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความรุนแรงของกระดูกพรุนที่อยู่ในระดับรุนแรงจนเกิดการยุบตัวหรือการหักของกระดูกจากอุบัติเหตุเพียงเล็กน้อย การประเมินตนเองและตรวจสุขภาพเบื้องต้นอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่งที่ช่วยทำในการวินิจฉัยภาวะกระดูกพรุนได้ตั้งแต่เริ่มแรกเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะกระดูกหักและช่วยรักษาให้ทันทั่วทั้ง

การประเมินสุขภาพตนเองเบื้องต้น

โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับฮอร์โมนเพศช่วงวัยเจริญพันธุ์ เช่น การมีประจำเดือนครั้งแรก ความสม่ำเสมออายุที่หมดประจำเดือน เป็นต้น (หทัยกาญจน์ นิमितพงษ์, 2561) การเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน เช่น ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอจากที่เคยมาสม่ำเสมอ ปริมาณประจำเดือนมาน้อยลง มีอาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกมากตอนกลางคืน หลงลืมง่าย ขาดความสนใจต่อสิ่งต่าง ๆ นอนหลับยากหรือหลับไม่สนิท อ่อนล้า เหนื่อย ไม่มีแรง เครียด หงุดหงิดง่าย ช่องคลอดแห้ง ความต้องการทางเพศลดลง เป็นต้น เพื่อสตรีจะได้รับรู้และตระหนักถึงช่วงวัยของการเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนของตนเอง (พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2561) และเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อเฝ้าระวังภาวะกระดูกพรุนอย่างต่อเนื่อง

การตรวจสุขภาพประจำปีของสตรีวัยหมดประจำเดือนเป็นการป้องกันและช่วยลดความรุนแรงของปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการเสื่อมตามวัยและโรคต่าง ๆ ลงได้ การตรวจสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน ได้แก่ (พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2561)

1. การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต ควรทำอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง
2. การตรวจเต้านมเมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนก่อนเนื่องแตกต่าง ๆ บริเวณเต้านมที่เคยมีในวัยเจริญพันธุ์อาจยุบและมีขนาดเล็กลงได้ แต่เนื้อเยื่อที่มีโอกาสกลายเป็นมะเร็งอาจก่อตัวขึ้นได้ สตรีจึงควรตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างน้อยเดือนละครั้ง
3. การตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแพปสเมียร์ (pap smear) ทุกปี หรือวิธีตินแพป (thin prep method) ทุก 2 ปี
4. การตรวจระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด ต้องทำการตรวจทุก 6-12 เดือน
5. การตรวจหน้าที่การทำงานของไตและตับ ควรทำในสตรีที่ใช้การรักษาด้วยยาเป็นเวลานาน ๆ ด้วยโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น
6. การตรวจวัดความหนาแน่นของกระดูก

การตรวจวินิจฉัย การตรวจภาวะกระดูกพรุนที่เป็นที่ยอมรับในสากลคือการวัดความหนาแน่นของกระดูก (measurement of bone density) หรือค่าดัชนีมวลกระดูก (bone mass index) โดยการดูดกลืนรังสีเอกซ์พลังงานสองค่า (dual energy X-ray absorptiometry: DXA) แล้วนำค่าความหนาแน่นของกระดูกที่วัดได้มาเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยมวลกระดูกของคนปกติซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับทั่วโลก (Yong & Logan, 2021) รายละเอียดดังนี้

1. สตรีวัยหมดประจำเดือนอายุมากกว่า 50 ปี ใช้ค่า T-score โดยการนำค่าความหนาแน่นของกระดูกที่วัดได้เปรียบเทียบกับค่าความหนาแน่นของกระดูกของผู้ที่อยู่ในช่วงวัย 30 ปี ซึ่งถือว่าเป็นวัยที่กระดูกมีความหนาแน่นสูงที่สุด (peak bone mass)
2. สตรีวัยก่อนหมดประจำเดือนอายุไม่เกิน 50 ปี ใช้ค่า Z-score เป็นการนำค่าความหนาแน่นของกระดูกที่วัดได้เปรียบเทียบกับค่าความหนาแน่นของกระดูกของผู้ที่อยู่ในกลุ่มเชื้อชาติ เพศ และวัยเดียวกัน

การวินิจฉัยภาวะกระดูกพรุนใช้ความหนาแน่นกระดูกเป็นตัวแปรสำคัญ โดยให้การวินิจฉัยภาวะกระดูกพรุนเมื่อมีความหนาแน่นกระดูกต่ำกว่า -2.5 ของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (T-scores $\leq$ 2.5) เมื่อเปรียบเทียบกับค่าความหนาแน่นของกระดูกในช่วงวัยที่กระดูกมีความหนาแน่นสูงที่สุด (Schub & Schiebel, 2021)

การคัดกรอง ภาวะกระดูกพรุนเป็นภาวะที่มักไม่แสดงอาการ ดังนั้น การคัดกรองบุคคลที่มีความเสี่ยงรวมทั้งการประเมินความหนาแน่นของกระดูกจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะภาวะกระดูกพรุนในสตรีวัยหมดประจำเดือนเป็นภาวะที่เกิดขึ้นภายหลังสตรีหมดประจำเดือนเนื่องจากรังไข่หยุดทำงาน ขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนทำให้มีมวลกระดูกลดลงอย่างรวดเร็ว สามารถพบได้ในสตรีสูงอายุภายหลังหมดประจำเดือนภายใน 15-20 ปี (นาริรัตน์ สังวรเวชพนา, 2548) โดยอัตราเร็วของการสูญเสียมวลกระดูกจะอยู่ในระดับเล็กน้อยในช่วง 1-3 ปีแรกหลังหมดประจำเดือนและอัตราการสูญเสียมวลกระดูกในระดับปานกลางช่วง 4-8 ปี หลังหมดประจำเดือน (Yong & Logan, 2021) สมาคมวัยทองแห่งสหรัฐอเมริกา (North American Menopause Society) ได้ให้ข้อเสนอแนะการตรวจคัดกรองภาวะกระดูกพรุนสำหรับสตรีที่มีอายุมากกว่า 65 ปี และควรตรวจคัดกรองในสตรีที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไปที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะกระดูกพรุน เช่น น้ำหนักตัวน้อยกว่า 57.7 กิโลกรัม หรือ BMI น้อยกว่า 21 มีประวัติการหักของกระดูก สูดบุหรี่ และ/หรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น (Schub & Schiebel, 2021)

ผลกระทบจากภาวะกระดูกพรุน

ภาวะกระดูกพรุน เป็นผลมาจากการมีมวลกระดูกต่ำ (low bone mass) ร่วมกับการเสื่อมของโครงสร้างระดับจุลภาพของกระดูก (microarchitecture deterioration) ส่งผลให้กระดูกมีความเปราะบางและหักง่าย (Lyritis & Rizou,

2016) ภาวะกระดูกพรุนจะไม่มีอาการใด ๆ โดยส่วนมากผู้ที่ภาวะกระดูกพรุน มักจะมาพบแพทย์ด้วยการหกล้มหรือ กระแทกไม่รุนแรงแต่เกิดกระดูกหัก หรือมาพบแพทย์เพราะมีปัญหาว่าตัวเตี้ยลง หลังค่อมหรือหลังโก่งกว่าเดิมทำให้ปวดหลังเคลื่อนไหวลำบาก ซึ่งมักจะพบได้ในกรณีที่ภาวะกระดูกพรุนและเกิดการหักชนิดทรุดตัวของกระดูกสันหลัง บริเวณที่พบการหักของกระดูกได้บ่อย ได้แก่ กระดูกข้อมือ กระดูกสะโพก และกระดูกสันหลัง (Schub & Schiebel, 2021) การหักของกระดูกส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย หากนอนติดเตียงยังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา เช่น โรคเรื้อรังของระบบหายใจ แผลกดทับ ทางเดินปัสสาวะอักเสบ การติดเชื้อ เป็นต้น ก่อให้เกิดอุบัติการณ์ของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก (Khosla et al, 2017)

ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะกระดูกพรุน

ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะกระดูกพรุนล้วนเกี่ยวข้องกับทุกช่วงวัย เนื่องจากมวลกระดูกมีการสะสมตั้งแต่ช่วงต้นของชีวิตจนกระทั่งถึงจุดสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และเริ่มลดน้อยลงในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย และจะลดลงในอัตราที่สูงขึ้นตามวัยที่เพิ่มขึ้นอีกด้วย (Weaver et al, 2016) โดยปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะกระดูกพรุนมีทั้งปัจจัยที่สามารถควบคุมหรือหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดได้ และปัจจัยทางธรรมชาติ ดังนี้

1. อายุและเพศ ร่างกายของคนเรามีการสร้างมวลกระดูกเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตั้งแต่เกิดจนมวลกระดูกมีความหนาแน่นที่สุด การสะสมมวลกระดูกเพศหญิงจะมีปริมาณสูงสุดในช่วงอายุ 16 ปี ส่วนเพศชายความหนาแน่นกระดูกจะเพิ่มอย่างมากในช่วงอายุ 13-17 ปี หลังจากนั้นจะค่อย ๆ ลดลง การเกิดภาวะกระดูกพรุนจะสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น โดยพบผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปี ขึ้นไปมีภาวะกระดูกพรุนมากกว่าร้อยละ 50 และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายถึงสองเท่า (Schub & Schiebel, 2021) สตรีวัยหมดประจำเดือนเมื่ออายุมากขึ้นความเสี่ยงต่อภาวะกระดูกพรุนจะยิ่งมากขึ้นตามไปด้วย โดยสตรีที่มีอายุมากกว่า 40 ปีจะพบภาวะกระดูกพรุนที่กระดูกสันหลังส่วนเอว (lumbar spine osteoporosis) ร้อยละ 19-21 และพบภาวะกระดูกพรุนที่บริเวณคอกระดูกต้นขา (femoral neck osteoporosis) ร้อยละ 11-13 (Songpatanasilp et al., 2016)

2. พันธุกรรม โดยพบว่าพันธุกรรมส่งผลต่อค่าเฉลี่ยมวลกระดูกสูงสุดถึงร้อยละ 80 ส่วนอีกร้อยละ 20 ที่เหลือจะขึ้นอยู่กับลักษณะในการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย (Xiao & Wu, 2020)

3. ดัชนีมวลกาย โดยพบว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่า 18.5 kg/m^2 จะมีมวลกระดูกน้อยและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกระดูกพรุนสูงกว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายปกติหรือมากกว่าปกติ (Hariri et al., 2019)

4. ออร์โมนเพศ ภาวะที่รังไข่หยุดทำงานในการผลิตฮอร์โมนเพศก่อนกำหนดสตรีจะเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน ก่อนอายุ 45 ปี ส่งผลทำให้เซลล์สร้างกระดูกทำงานน้อยลง แต่เซลล์สลายกระดูกเพิ่มจำนวนและทำงานมากขึ้น ผลลัพธ์คือทำให้มวลกระดูกลดลง (Buwembo et al., 2021)

6. ภาวะฮอร์โมนพาราไธรอยด์ทำงานมากเกินไป เมื่อร่างกายขาดแคลเซียมจากการรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมน้อยหรือจากการดูดซึมแคลเซียมที่ลำไส้ลดลง ระดับฮอร์โมนพาราไธรอยด์จะเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้เกิดการสลายกระดูกมากขึ้น และหากร่างกายขาดวิตามินดี กระบวนการดูดซึมแคลเซียมจากลำไส้ก็จะลดลงเช่นกัน ส่งผลให้มีการสร้างมวลกระดูกน้อยลงและยังส่งผลทำให้ฮอร์โมนพาราไธรอยด์หลั่งออกมาเพิ่มขึ้นอีกด้วย ทำให้เกิดกระบวนการสลายกระดูกเพิ่มขึ้น เป็นวงจรต่อเนื่องเช่นนี้จนเกิดภาวะกระดูกพรุนในที่สุด (Royal Osteoporosis Society, 2018)

7. ภาวะฮอร์โมนคอร์ติโคสเตอรอยด์มากเกินไป ทำให้ลดการดูดซึมแคลเซียมกลับและมีผลต่อต้านปฏิกิริยาของวิตามินดีที่กระตุ้นการดูดซึมแคลเซียมที่ลำไส้เล็ก มีผลทำให้ปริมาณแคลเซียมในกระแสเลือดน้อยจึงไปกระตุ้นให้มีการหลั่งพาราไธรอยด์ฮอร์โมนออกมาในปริมาณสูงขึ้น จึงเกิดกระบวนการสลายกระดูกมากขึ้น แต่ไม่มีกระบวนการสร้างกระดูก

ตามมาเพราะถูกยับยั้งด้วยกลูโคคอร์ติคอยด์ฮอร์โมน จึงก่อให้เกิดภาวะกระดูกพรุนได้ง่าย (Kobza, Herman, Papaioannou, Lau & Adachi, 2021)

8. ความรู้เกี่ยวกับภาวะกระดูกพรุน ความรู้เป็นสิ่งจำเป็นและเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ โดยผู้ที่มีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย รู้จักแสวงหาข้อมูล ตลอดจนการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะกระดูกพรุนน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ บุคลากรทางด้านสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาล ผู้ซึ่งใกล้ชิดกับผู้รับบริการทุกช่วงวัย มีบทบาทสำคัญยิ่งในการให้ความรู้และคำแนะนำแก่สตรีวัยหมดประจำเดือน ทั้งนี้เพื่อลดภาวะเสี่ยงและอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะกระดูกพรุน (ยุพารัตน์ อดกลั่น, ชนัญญา ชัยวงศ์โรจน์, ศรีรัฐ รักศิริณ ชิต และวรินทร์ กฤตยาเกียรติ, 2559; Phiboonleetrakul, Aree-Ue, & Kittipimpanon, 2020)

9. การดำเนินชีวิตประจำวันที่มีการเคลื่อนไหวลดลงส่งผลให้แรงกระทำต่อกระดูกลดลงเกิดการสลายเนื้อกระดูกมากขึ้น เนื่องจากการสร้างกระดูกใหม่จะสัมพันธ์กับแรงที่มากกระทำที่กระดูก ดังนั้น หากมีการลงน้ำหนักที่กระดูกน้อย กระดูกก็จะบางลงเร็วกว่าปกติ (ศรีสุตา ตั้งสิริประชา และปริญญา เรืองทิพย์, 2559; Kanazawa, Takeno, Tanaka, Yamane, & Sugimoto, 2018)

10. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารที่มีสารอาหารสำหรับการสร้างกระดูก ได้แก่ แคลเซียมและวิตามินดี ให้เพียงพอจะช่วยส่งเสริมกลไกการทำงานของประสานกันของร่างกายระหว่างแคลเซียมและวิตามินดี (วัชรินทร์ วงษาหล้า และมนโฑ วงษาหล้า, 2563; Kosiba et al., 2020) การรับประทานอาหารรสเค็มจัด หรืออาหารที่มีโซเดียมสูงจะทำให้ลำไส้ดูดซึมแคลเซียมได้น้อยลงและเพิ่มการขับแคลเซียมทางไตมากขึ้น (Fatahi, Namazi, Larijani, & Azadbakht, 2018)

11. การได้รับยาบางชนิดเป็นระยะเวลานาน ๆ อย่างต่อเนื่องจะมีผลต่อกระดูกทำให้สูญเสียเนื้อกระดูก เช่น ยาหรือสมุนไพรที่ผสมสารสเตียรอยด์ ยากันชักบางชนิด ยากดภูมิคุ้มกัน ยารักษามะเร็ง ยาไทรอยด์ฮอร์โมน เป็นต้น (ฐิตินันท์ อนุสรณ์วงศ์ชัย, 2561; Vestergaard, 2019)

12. การรักษาโดยการฉายรังสี หรือการให้สารเคมีเป็นอีกหนึ่งสาเหตุที่ทำให้มีการทำลายเซลล์กระดูกซึ่งนำไปสู่ภาวะกระดูกพรุน (Razavian et al., 2020)

13. การเจ็บป่วยด้วยโรคบางชนิด เช่น ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานผิดปกติ โรคเบาหวาน โรคแพ้ภูมิตัวเอง โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ เป็นต้น (หทัยกาญจน์ นิमितพงษ์, 2561; สุภาพ อารีเอื้อ, 2564)

14. การสูบบุหรี่มีผลโดยตรงต่อเซลล์ osteoclast หรือสารที่ควบคุมการทำงานของ osteoclast เช่น parathyroid hormone เป็นต้น นอกจากนี้บุหรี่ยังกระตุ้น hepatic microsomal enzyme ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงเอสโตรเจนและอนุพันธ์ของวิตามินดีส่งผลต่อการควบคุมมวลกระดูกและความสมดุลของแคลเซียม (Al-Bashaireh et al., 2018)

15. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ น้ำอัดลม และกาแฟ โดยแอลกอฮอล์และคาเฟอีนในเครื่องดื่มจะขัดขวางการดูดซึมแคลเซียมของลำไส้เล็ก และขณะเดียวกันจะทำให้ไตขับแคลเซียมออกทางปัสสาวะเพิ่มขึ้น (Luo et al., 2017; Belayneh & Molla, 2020)

16. ความเครียด โดยพบว่าความเครียดเรื้อรังมีผลทำให้มวลกระดูกลดลง เนื่องจากความเครียดไปกระตุ้นต่อมหมวกไตให้ผลิตฮอร์โมนคอร์ติซอลซึ่งเป็นสารกลุ่มกลูโคคอร์ติคอยด์ส่งผลให้มีการสลายกระดูกเพิ่มมากขึ้น จึงเพิ่มโอกาสของภาวะกระดูกพรุนตามมา (Ng & Chin, 2021)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต โดยหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้จะช่วยชะลอการเกิดภาวะกระดูกพรุนและช่วยลดความเสี่ยงภาวะกระดูกหัก รวมทั้งการรับประทานอาหารที่ช่วยในการเสริมสร้างกระดูกควบคู่กับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะกระดูกพรุน

(Becheva & Taneva, 2020) โดยเฉพาะอย่างยิ่งสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีการสูญเสียมวลกระดูกอย่างรวดเร็วจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนตามธรรมชาติ หากมีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะกระดูกพรุนอื่น ๆ รวมด้วยจะส่งผลให้สตรีเข้าสู่ภาวะกระดูกพรุนอย่างรวดเร็ว (Rozenberg et al., 2020)

สตรีวัยหมดประจำเดือนกับภาวะกระดูกพรุน

วัยหมดประจำเดือนเป็นการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นในสตรีที่มีการสิ้นสุดหน้าที่ของระบบสืบพันธุ์ มักจะเกิดขึ้นในช่วงอายุ 40-50 ปี โดยการลดของระดับ 17 β -เอสตราไดอล (estradiol) นั้นส่งผลให้สตรีวัยหมดประจำเดือนมีอาการไม่พึงประสงค์จากการลดลงของฮอร์โมนดังกล่าว รวมทั้งก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะปัญหาจากการสลายของกระดูกที่เพิ่มขึ้นซึ่งมีความสัมพันธ์กับการลดลงของความหนาแน่นของมวลกระดูก (Schub & Schiebel, 2021) โดยการลดลงของมวลกระดูกในสตรีวัยหมดประจำเดือนพบร้อยละ 2-5 ต่อปี ตามระดับการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน และพบในช่วง 5-7 ปีหลังภาวะหมดประจำเดือน (Vohra & Chauhan, 2020)

ฮอร์โมนเอสโตรเจนนอกจากจะทำหน้าที่เกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์แล้วยังทำหน้าที่ยับยั้งพาราไทรอยด์ฮอร์โมนเพื่อช่วยในการสลายแคลเซียมไว้ในกระดูก โดยฮอร์โมนเอสโตรเจนจะไปส่งผลทำให้เพิ่มกระบวนการดูดซึมกลับของแคลเซียมเข้าสู่กระดูกและลดกระบวนการสูญเสียแคลเซียม โดยกระดูกที่มีผลกระทบจากภาวะการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน ได้แก่ กระดูกเชิงกราน ปัจจัยอื่น ๆ ที่เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะกระดูกพรุนในสตรีวัยหมดประจำเดือน เช่น สตรีที่มีประจำเดือนครั้งแรกช้าหรืออายุมากกว่า 12-13 ปี และหมดประจำเดือนเร็วหรือก่อนอายุ 45 ปี ภาวะไม่มีประจำเดือน (amenorrhea) ภาวะขาดสารอาหารเรื้อรังโดยเฉพาะแคลเซียม ฟอสฟอรัส และวิตามินดี การดำเนินชีวิตประจำวันที่ขาดการออกกำลังกายโดยเฉพาะการออกกำลังกายประเภทลงน้ำหนัก มีประวัติคนในครอบครัวมีภาวะกระดูกพรุน มีประวัติการหักหรือมีพยาธิสภาพของกระดูก ต้มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และใช้กลูโคคอร์ติคอยด์ ไฮโดรคลอริด เฮพาริน ยายับยั้งการเข้าออกโปรตอน ยากันชัก เมโทรทริกเซท คลอสไตรามีน ยายับยั้งการหลั่งฮอร์โมนคอร์นาโดโทรฟิน หรือ ยายับยั้งการหลั่งฮอร์โมนไทรอยด์ (Weppner, Alvero, & Lo, 2018)

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมสตรีวัยหมดประจำเดือนเพื่อลดการสลายมวลกระดูก

ปัญหาสุขภาพของสตรีวัยหลังหมดประจำเดือน ส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่เสี่ยงต่อสุขภาพ ทั้งพฤติกรรมบริโภคอาหารและการดำรงชีวิตที่ขาดการออกกำลังกาย ทำให้มีแนวโน้มเกิดการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น สตรีวัยหมดประจำเดือนที่ได้รับข้อมูลความรุนแรงของภาวะกระดูกพรุน ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติ พฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุน และบริการทางการแพทย์เกี่ยวกับภาวะกระดูกพรุน จะมีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันภาวะกระดูกพรุน (รัตนภรณ์ เท่งขุนทด, 2560; Becheva & Taneva, 2020) พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะกระดูกพรุน รวมไปถึงแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงการเกิดภาวะกระดูกพรุนให้กับสตรีวัยหมดประจำเดือน รายละเอียดดังนี้

1. ส่งเสริมและให้ความรู้เกี่ยวกับ การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อความแข็งแรงของกระดูก เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การดื่มกาแฟ การดื่มน้ำอัดลม การรับประทานอาหารเค็มจัดหรืออาหารที่มีโซเดียมสูง การใช้ยาที่มีผลลดการสร้างกระดูกใหม่ ลดการดูดซึมแคลเซียมในลำไส้ และเร่งการขับแคลเซียมออกจากร่างกาย และการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน และหาโอกาสประเมินความเสี่ยงต่อการเป็นภาวะกระดูกพรุนอย่างน้อยเป็นประจำทุกปี โดยเฉพาะเมื่อทราบว่าตนเองอยู่ในกลุ่มเสี่ยง

2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร พยาบาลควรให้ความรู้รวมทั้งส่งเสริมให้สตรีวัยหมดประจำเดือนตระหนักถึงความสำคัญของพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการสร้างและรักษามวลกระดูก ดังนี้

แคลเซียม แต่ละช่วงวัยมีความต้องการแคลเซียมต่อวันต่างกัน การบริโภคอาหารควรพิจารณาเลือกชนิดและปริมาณให้เหมาะสมตามช่วงวัย นอกจากนี้การเลือกบริโภคอาหารที่มีแคลเซียมสูงแล้วควรคำนึงถึงคุณสมบัติในการดูดซึมแคลเซียมเข้าสู่ร่างกายของอาหารชนิดนั้น รวมทั้งความสามารถในการดูดซึมแคลเซียมที่ต่างกันของคนแต่ละวัยด้วย ตลอดจนต้องพิจารณาด้วยว่ามีการบริโภคอาหารที่มีสารต้านการดูดซึมแคลเซียมร่วมด้วยหรือไม่ เช่น การดื่มชา กาแฟ สุรา สูบบุหรี่ การรับประทานผักที่มีออกซาเลตสูง เป็นต้น ในสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือนควรได้รับแคลเซียมอย่างน้อย 1,000 มิลลิกรัมต่อวัน และวัยหมดประจำเดือนควรได้รับแคลเซียม 1,200-1,500 มิลลิกรัมต่อวัน (วัชรินทร์ วงษาหล้า และมโนไท วงษาหล้า, 2563)

วิตามินดี มีบทบาทในการเพิ่มอัตราการดูดซึมแคลเซียมและฟอสฟอรัสที่บริเวณลำไส้เล็ก รวมทั้งยับยั้งการหลั่งฮอร์โมนพาราไธรอยด์ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดการสลายกระดูก หากร่างกายขาดวิตามินดีจะส่งผลให้การดูดซึมแคลเซียมในทางเดินอาหารลดลง และเกิดภาวะมวลกระดูกลดลงตามมาได้ พยาบาลควรส่งเสริมให้สตรีวัยหมดประจำเดือนขึ้นไปได้รับวิตามินดีประมาณวันละ 400-800 IUต่อวัน (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563) โดยผิวหนังคนเราสามารถสร้างวิตามินดีได้เองประมาณร้อยละ 80-90 เมื่อได้รับแสงแดด โดยรังสี Ultraviolet B (UVB) จากแสงแดดจะเปลี่ยนสารคอเลสเตอรอลใต้ผิวหนัง (7 dehydrocholesterol) ไปเป็นวิตามินดี3 (Cholecalciferol) และอีกประมาณร้อยละ 10-20 มาจากอาหารหรือการรับประทานวิตามินดีเสริม (วัชรินทร์ วงษาหล้า และมโนไท วงษาหล้า, 2563) และจากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการออกกำลังกายร่วมกับการได้รับวิตามินดีสามารถช่วยเพิ่มมวลกระดูกได้อย่างมีนัยสำคัญ (Hajisadeghi, Azarbayjani, Vafaeenasab, Peeri, & Mosala, 2020)

โปรตีน เมื่อร่างกายได้รับอาหารประเภทโปรตีนจะมีการดูดซึมและแตกตัวเป็นกรดอะมิโนที่จำเป็นต่อการสร้างมวลกระดูก และส่งเสริมระดับสารคล้ายอินซูลินปัจจัยแห่งการเติบโตประเภทที่หนึ่ง (Insulin-like growth factor I [IGF-I]) ในกระแสเลือดซึ่งมีส่วนสำคัญในการก่อตัวของกระดูก ในวัยผู้ใหญ่และวัยผู้สูงอายุนั้นการได้รับโปรตีนในปริมาณน้อยเกินไปจะมีผลต่อระดับความหนาแน่นของกระดูกสันหลังและสะโพก โดยปกติร่างกายควรได้รับโปรตีนวันละประมาณ 1.0-1.5 กรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม (Songpatanasilp et al., 2016)

ไฟโตรเอสโตรเจน เป็นสารประกอบจากพืชที่มีโครงสร้างคล้ายฮอร์โมนเอสโตรเจน สามารถออกฤทธิ์ได้เหมือนกับฮอร์โมนเอสโตรเจนในร่างกายแต่ในระดับต่ำกว่า ไฟโตรเอสโตรเจนสามารถพบได้ในอาหารประเภทถั่วและเมล็ดชนิดต่าง ๆ อาหารที่ทำจากถั่วเหลือง ผลไม้บางชนิด เช่น มะพร้าว มะม่วงสุก เป็นต้น การส่งเสริมให้รับประทานอาหารประเภทไฟโตรเอสโตรเจนสามารถช่วยลดการสลายของมวลกระดูกและรักษาโครงสร้างของกระดูกให้แข็งแรงจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนในสตรีวัยหมดประจำเดือนได้ (Abdi, Alimoradi, Haqi, & Mahdizad, 2016)

3. การออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่มีผลดีต่อมวลกระดูกคือการออกกำลังกายแบบที่มีแรงต้านและแบกรับน้ำหนัก (weight-bearing exercise) เช่น การเดิน การวิ่ง การก้าวขึ้นลงบันได ยกน้ำหนัก เป็นต้น พยาบาลควรส่งเสริมและกระตุ้นให้สตรีวัยหมดประจำเดือนมีการออกกำลังกายที่เหมาะสมและต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนเข้าสู่ช่วงวัยหมดประจำเดือนเพื่อช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดมายังบริเวณของข้อต่อ เอ็นหุ้มข้อ และกล้ามเนื้อที่อยู่รอบๆ ข้อมากขึ้น เพิ่มความแข็งแรงและความทนของกล้ามเนื้อและข้อ ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า สะสมมวลกระดูก และป้องกันการสูญเสียมวลกระดูกให้ได้มากที่สุด (สุสารี ประคินกิจ, ลัญขนา พิมพ์พันธ์ชัยบุญ, และกาญจนา งามจันทร์หาทิพย์, 2562; Bullen Love, 2019; Tong et al., 2019) โดยเฉพาะช่วง 5-7 ปีแรกหลังการหมดประจำเดือนซึ่งเป็นช่วงที่มี การลดลงของมวลกระดูกอย่างรวดเร็ว (Schub & Schiebel, 2021) จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลควรส่งเสริมและกระตุ้นให้สตรีวัยหมด

ประจำเดือนมีการออกกำลังกายที่ต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกระดูกพรุน รวมทั้งอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อนจากภาวะกระดูกพรุนที่จะตามมาได้ (Bilek et al., 2016)

การออกกำลังกายที่มีเป้าหมายกระตุ้นการดูดซึมกลับของแคลเซียมเพื่อคงไว้ซึ่งมวลกระดูก ควรเป็นการออกกำลังกายที่มีการลงน้ำหนักกดลงบนกระดูกหรือมีแรงกระทำภายในต่อกระดูกนั้นเพื่อกระตุ้นการสร้างมวลกระดูก เช่น การเดิน การวิ่งเหยาะ เต้นแอโรบิก เต้นรำ กระโดดเชือก การขี่จักรยาน การรำมวยจีน การใช้ดัมเบล การใช้ไม้พลอง การใช้ยางยืด เป็นต้น (พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2561; Shojaa, von Stengel, Kohl, Schoene, & Kemmler, 2020) โดยเฉพาะการทำให้กดลงบนกระดูกสันหลังและข้อสะโพก ซึ่งเป็นบริเวณที่กระดูกบางและหักง่ายเมื่ออยู่ในวัยหมดประจำเดือน การเคลื่อนไหวร่างกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้การเพิ่มมวลกระดูกสะโพกได้ (Chopra, Morrow, Ngufor & Fortune, 2020)

นอกจากการออกกำลังกายที่มีการลงน้ำหนักกดลงบนกระดูกแล้วจึงควรเพิ่มการบริหารร่างกายที่ช่วยส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพิ่มความยืดหยุ่นของข้อต่อต่าง ๆ รวมถึงการฝึกการทรงตัวเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุหกล้ม ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของภาวะกระดูกหักตามมา (พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2561) การออกกำลังกายที่เหมาะสมและต่อเนื่องวันละ 30-40 นาที 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ นอกจากจะช่วยชะลอการสูญเสียมวลกระดูกแล้ว (Songpatanasilp et al, 2016; Schub & Schiebel, 2021) ยังช่วยฝึกการเคลื่อนไหว พัฒนาสุขภาพจิต ฝึกสมาธิ ส่งเสริมความจำ ลดระดับความเครียด ความวิตกกังวล รวมถึงเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นอีกด้วย (อัมภิกา นาไว้อย, อมาวสี อัมพันศิริรัตน์, ไพรัช โกศลย์พิพัฒน์, ศรีจันทร์ พูใจ, และสุทธิดา พงษ์พันธุ์งาม, 2563)

ผู้ที่มีปัญหาข้อเข่าหรือข้อสะโพกเสื่อมร่วมด้วยควรพิจารณาการออกกำลังกายที่มีความหนักปานกลาง เช่น ฟุตบอล เป็นต้น (อัมภิกา นาไว้อย และคณะ, 2563) ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ โรคตับระยะรุนแรง มีการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยที่ระดับน้ำตาลในเลือดไม่คงที่ เป็นต้น หรือมีอาการผิดปกติขณะออกกำลังกาย ควรปรึกษาแพทย์เพื่อเลือกชนิดการออกกำลังกายที่เหมาะสม (สมฤดี อรุณจิตร และพิมพ์วรรณ เรืองพุทธ, 2562)

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมภาวะสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะกระดูกพรุนในสตรีวัยหมดประจำเดือนสิ่งสำคัญคือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะกระดูกพรุนในสตรีวัยหมดประจำเดือน ความเสี่ยงต่อการเกิดการหักของกระดูก กระตุ้นให้สตรีตระหนักถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารช่วยเสริมสร้างกระดูก ควบคู่กับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้เพิ่มความหนาแน่นของมวลกระดูก (Yarizadeh et al., 2021) รวมไปถึงการตรวจประเมินความหนาแน่นของกระดูกเป็นประจำทุกปี เพื่อป้องกันการมวลกระดูกที่ลดลงอย่างรวดเร็ว (รัตนภรณ์ เทิงขุนทด, 2560; Schub & Schiebel, 2021)

สรุป

ภาวะกระดูกพรุน เป็นภาวะของการเสื่อมของกระดูกตามวัย ที่เกิดจากการลดลงของมวลกระดูกจนทำให้กระดูกเสื่อมและเปราะบาง โดยเฉพาะสตรีวัยหมดประจำเดือนจะมีการสูญเสียมวลกระดูกอย่างรวดเร็วจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน จึงทำให้สตรีวัยหมดประจำเดือนเพิ่มโอกาสเสี่ยงที่จะทำให้กระดูกหักได้ง่ายขึ้น การป้องกันภาวะกระดูกพรุนในหญิงวัยหมดประจำเดือนไม่ให้เกิดหรือถ้าเกิดขึ้นแล้ว ต้องยับยั้งไม่ให้เพิ่มมากขึ้น จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งก่อนที่จะนำไปสู่การเกิดภาวะกระดูกพรุนและการหักของกระดูกตามมา การส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะกระดูกพรุนในสตรีวัยหมดประจำเดือนซึ่งเป็นช่วงวัยของการเปลี่ยนแปลงมวลกระดูกมากที่สุด เป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลที่ช่วยให้สตรีรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย สร้างความตระหนักในพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองทั้งด้านการรับประทานอาหารที่ช่วยเสริมสร้างเสริมมวลกระดูกควบคู่กับการออกกำลังกายที่เหมาะสม รวมทั้งการ

หลักเลี้ยงปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลร้ายต่อมวลกระดูก และการเฝ้าระวังสัญญาณการเกิดภาวะกระดูกพรุน เพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชน

เอกสารอ้างอิง

- จิตินันท์ อนุสรณ์วงศ์ชัย. (2561). ปัจจัยเสี่ยงการเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้ป่วยสูงอายุที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลเล็ก สืบ. *วารสารกรมการแพทย์*, 43(3), 56-59.
- นาริรัตน์ สังวรพงษ์พนา. (2548). *โรคกระดูกพรุนกับวัยทอง*. ชลบุรี: ภาควิชาวิทยาศาสตร์พื้นฐานการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พวงผกา คงวัฒนานนท์. (2561). *การส่งเสริมสุขภาพผู้หญิงวัยทอง*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ภัทรวิทย์ วรณารัตน์, อีระ วรณารัตน์, ชนิกา อังสนันท์สุข, ชุติศักดิ์ กิจคุณาเสถียร, เทพรัตน์ กาญจนเทพศักดิ์, และ พิทวัส สีละพัฒนะ. (2557). *วิถีชีวิตกับโรคกระดูกและข้อ*. กรุงเทพฯ: จรัสสินทวงศ์.
- ยุพารัตน์ อุดกกลิ่น, ขนัญญา ชัยวงศ์โรจน์, ศรีรัฐ รักดิธรนชิต และวรินทร์ กฤตยาเกียรติ. (2559). การรับรู้ข่าวสารความรู้ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคกระดูกพรุนของประชาชนในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก. *วารสารวิชาการนวัตกรรมสื่อสารสังคม*, 4(1), 84-99.
- รัตนารณ เท็งขุนทด. (2560). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในสตรีวัยหมดประจำเดือน*. (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วัชรินทร์ วงษาหล้า และมนิโท วงษาหล้า. (2563). การเสริมสร้างความแข็งแรงของกระดูก: แนวปฏิบัติเพื่อป้องกัน และลดความเสี่ยงการเกิดโรคกระดูกพรุน. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 14(35), 410-424.
- ศรีสุตา ตั้งสิริประชา และปริญญญา เรืองทิพย์. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงของภาวะกระดูกพรุนในสตรีวัยหมด ประจำเดือน. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 31(5), 320-324.
- สมฤดี อรุณจิตร์และพิมพ์วรรณ เรืองพุทธ. (2562). การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 22(3), 96-105.
- สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ. 2563*. กรุงเทพฯ: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- สุภาพ อารีเอื้อ. (2564). *การพยาบาลออร์โธปิดิกส์: จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก*. กรุงเทพฯ: โครงการตำรารามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุสารี ประคินกิจ, ลัญญา พิมพ์นัยชัยบุญ, และกาญจนา งามจันทราทิพย์. (2562). ผลโปรแกรมการออกกำลังกาย แบบผสมผสานกายและจิต 5 มิติ ต่อระดับไขมันในเลือด เปรอร์เซ็นต์ไขมัน มวลกระดูก และความดันโลหิต ในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ. *วารสารควบคุมโรค*, 45(2), 180-190.
- หทัยกาญจน์ นิมิตรพงษ์. (2561). *โรคกระดูกพรุน*. กรุงเทพฯ: โครงการตำรารามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัมมิษา นาไว้อย, อมาวสี อัมพันศิริรัตน์, ไพรัช โกศลพิพัฒน์, ศรีจันทร์ พู่ใจ, และสุทธิดา พงษ์พันธุ์งาม. (2563). การ พัฒนารูปแบบการออกกำลังกายแบบพั่นเจิงเพื่อส่งเสริมสมรรถภาพทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ ในชุมชนที่มีอาการปวดข้อเข่า. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 5(10), 266-285.

- Abdi, F., Alimoradi, Z., Haqi, P., & Mahdizad, F. (2016). Effects of phytoestrogens on bone mineral density during the menopause transition: a systematic review of randomized, controlled trails. *Climacteric*, 19(6), 535-543.
- Al-Bashaireh, A. M., Haddad, L. G., Weaver, M., Chengguo, X., Kelly, D. L., & Yoon, S. (2018). The effect of tobacco smoking on bone mass: an overview of pathophysiologic mechanisms. *Journal of Osteoporosis*, 2018, 1206235. doi.org/10.1155/2018/1206235
- Becheva, M., & Taneva, D. (2020). Prevention and treatment of osteoporosis. *Pharmacia*, 67, 181-185.
- Belayneh, A., & Molla, F. (2020). The effect of coffee on pharmacokinetic properties of drugs: a review. *BioMed Research International*, 2020(1), 1-11. doi.org/10.1155/2020/7909703
- Bilek, L. D., Waltman, N. L., Lappe, J. M., Kupzyk, K. A., Mack, L. R., Cullen, D. M., ... Lang, M. (2016). Protocol for a randomized controlled trial to compare bone-loading exercises with risedronate for preventing bone loss in osteopenic postmenopausal women. *BMC Women's health*, 16(1), 59. doi.org/10.1186/s12905-016-0339-x
- Bullen, Love, D. (2019). Menopause: PTs help to ease "The change". *PT in Motion*, 11(8), 18-25.
- Buwembo, A., Mayhew, A., Nazmul, S., Griffith, L., Raina, P., & Shea, A. (2021). The association of primary ovarian insufficiency, early menopause and osteoporosis in the Canadian longitudinal study on aging. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 43(5), 668.
- Lyritis, G.P., & Rizou, S. (2016). A revision in the definition of osteoporosis. *Journal of Frailty, Sarcopenia and Falls*, 1(1), 1-3. doi: 10.22540/JFSF-01-001
- Luo, Z., Liu, Y., Liu, Y., Chen, H., Shi, S., & Liu, Y. (2017). Cellular and molecular mechanisms of alcohol-induced osteopenia. *Cellular and Molecular Life Sciences: CMLS*, 74(24), 4443-4453. doi.org/10.1007/s00018-017-2585-y
- Chopra, S., Morrow, M. M., Ngufor, C., & Fortune, E. (2020). Differences in physical activity and sedentary behavior patterns of postmenopausal women with normal vs. low total hip bone mineral density. *Frontiers in Sports and Active Living*, 2(83), 1-9.
- Fatahi, S., Namazi, N., Larijani, B., & Azadbakht, L. (2018). The association of dietary and urinary sodium with bone mineral density and risk of osteoporosis: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American College of Nutrition*, 37(6), 522-532 doi: 10.1080/07315724.2018.1431161
- Hajisadeghi, H., Azarbayjani, M. A., Vafaeenasab, M., Peeri, M., & Mosala, M. (2020). Effect of regular resistance exercise, vitamin D, and calcium supplements on the bone mineral content and density in postmenopausal model of rats: an experimental study. *International Journal of Reproductive Biomedicine*, 19(1), 63-74. doi.org/10.18502/ijrm.v19i1.8181
- Hariri, A. F., Almatrafi, M. N., Zamka, A. B., Babaker, A. S., Fallatah, T. M., Althouwaibi, O. H., & Hamdi, A. S. (2019). Relationship between body mass index and T-scores of bone mineral

- density in the hip and spine regions among older adults with diabetes: a retrospective review. *Journal of Obesity*, 2019, 1-6. doi.org/10.1155/2019/9827403
- Kanazawa, I., Takeno, A., Tanaka, K., Yamane, Y., & Sugimoto, T. (2018). Osteoporosis and vertebral fracture are associated with deterioration of activities of daily living and quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Bone and Mineral Metabolism*, 37, 503–511. doi.org/10.1007/s00774-018-0948-6
- Khosla, S., Cauley, J. A., Compston, J., Kiel, D. P., Rosen, C., Saag, K. G., & Shane, E. (2017). Addressing the crisis in the treatment of osteoporosis: a path forward. *Journal of Bone and Mineral Research*, 32(3), 424–430. doi.org/10.1002/jbmr.3074
- Kobza, A. O., Herman, D., Papaioannou, A., Lau, A. N., & Adachi, J. D. (2021). Understanding and managing corticosteroid-induced osteoporosis. *Open Access Rheumatology: Research and Reviews*, 13, 177–190. doi.org/10.2147/OARRR.S282606
- Kosiba, A. A., Wang, Y., Chen, D., Wong, C. K. C., Gu, J., & Shi, H. (2020). The roles of calcium-sensing receptor (CaSR) in heavy metals-induced nephrotoxicity. *Life Sciences*, 242, 117183. doi.org/10.1016/j.lfs.2019.117183
- Ng, J. S., & Chin, K. Y. (2021). Potential mechanisms linking psychological stress to bone health. *International journal of medical sciences*, 18(3), 604–614. doi.org/10.7150/ijms.50680
- Phiboonleetrakul, Y., Aree-Ue, S., & Kittipimpanon, K. (2020). Relationships between osteoporosis knowledge, risk of falls and fall prevention behavior in older Thai females at risk of osteoporosis. *Thai Journal of Public Health*, 50(3), 391-406.
- Royal Osteoporosis Society. (2018). *Hyperparathyroidism and osteoporosis*. Retrieved October 1, 2021, from <https://theros.org.uk/media/ajudtl5o/ros-hyperparathyroidism-and-osteoporosis-fact-sheet-november-2018.pdf>
- Rozenberg, S., Bruyere, O., Rergmann, P., Cavalier, E., Gielen, E., Goemaere, S.,... Body, J.J. (2020). How to manage osteoporosis before the age of 50. *Maturitas*, 138, 14-25.
- Razavian, N., Laucis, A., Sun, Y., Spratt, D. E., Owen, D., Schonewolf, C., ... Jolly, S. (2020). Radiation-induced insufficiency fractures after pelvic irradiation for gynecologic malignancies: a systematic review. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, 108(3), 620-634
- Schub, T., & Schiebel, D. A. (2021). Menopause: Osteoporosis. *CINAHL Nursing Guide*. Retrieved July 22, 2021, from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=T701135&site=ehost-live>
- Shojaa, M., von Stengel, S., Kohl, M., Schoene, D., & Kemmler, W. (2020). Effects of dynamic resistance exercise on bone mineral density in postmenopausal women: a systematic review and meta-analysis with special emphasis on exercise parameters. *Osteoporosis international*, 31(8), 1427–44. doi.org/10.1007/s00198-020-05441-w

- Songpatanasilp, T., Sritara, C., Kittisomprayoonkul, W., Chaiumnuay, S., Nimitphong, H., Charatcharoenwitthaya, N., ...Taechakraichana, N. (2016). Thai osteoporosis foundation (TOPF) position statements on management of osteoporosis. *Osteoporosis and Sarcopenia*, 2(4), 191-207.
- Tong, X., Chen, X., Zhang, S., Huang, M., Shen, X., Xu, J., & Zou, J. (2019). The effect of exercise on the prevention of osteoporosis and bone angiogenesis. *BioMed Research International*, 2019, 8171897. doi.org/10.1155/2019/8171897
- Vestergaard, P. (2019). Drugs causing bone loss. In P.H. Stern (Ed.), *Bone Regulators and Osteoporosis Therapy. Handbook of Experimental Pharmacology*, 262. Springer, Cham. doi.org/10.1007/164_2019_340
- Vohra, P., & Chauhan, S. (2020). Assessment of serum calcium level in post-menopausal women. *International Journal of Research in Health and Allied Sciences*, 6(5), 202-204.
- Weaver, C. M., Gordon, C. M., Janz, K. F., Kalkwarf, H. J., Lappe, J. M., Lewis, R., ... Zemel, B. S. (2016). The National Osteoporosis Foundation's position statement on peak bone mass development and lifestyle factors: a systematic review and implementation recommendations. *Osteoporosis International*, 27(4), 1281–386.
- Weppner, D. M., Alvero, R., & Lo, P. W. (2018). Osteoporosis. In F. F. Feri (Ed.), *2018 Ferri's clinical advisor: 5 books in 1* (pp. 925-927). Philadelphia, PA: Elsevier Mosby.
- Xiao, X., Wu, Q. (2020). Association between a literature-based genetic risk score and bone mineral density of African American women in women health initiative study. *Osteoporosis International*, 31, 913–920.
- Yarizadeh, H., Asadi, S., Baharloo, H., Setayesh, L., Kakavandi, N. R., Hambly, C.,...Mirzaei, K. (2021). Beneficial impact of exercise on bone mass in individuals under calorie restriction: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 61(4), 553–565. doi.org/10.1080/10408398.2020.1739620
- Yong, E. L., & Logan, S. (2021). Menopausal osteoporosis: screening, prevention and treatment. *Singapore Medical Journal*, 62(4), 159-166. doi.org/10.11622/smedj.2021036

การประยุกต์ใช้เทคนิคการประชุมครอบครัวในการเยี่ยมบ้าน: กรณีศึกษาผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

จันทร์จิรา อินจัน, วทม.*¹

ศุภวรรณ ยอดโปร่ง, พยม.* ชนกานต์ แสงคำกุล, พยม.*

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและครอบครัว การสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลตนเอง จะป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่อาจเกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ซึ่งการเยี่ยมบ้าน (home visit) เป็นส่วนหนึ่งของการบริการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยทีมบุคลากรสุขภาพจะออกไปเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค รวมถึงการให้ความรู้ คำปรึกษาหรือแนะนำในการดูแลสุขภาพเพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เทคนิคการประชุมครอบครัว (family meeting) เป็นกิจกรรมที่จัดทำเพื่อให้เกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพภายในครอบครัว ทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจมากขึ้น เกี่ยวกับแนวโน้มของโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ แต่สามารถมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดโดยเฉลี่ยลดลง ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ดีขึ้น มีความพึงพอใจและยอมรับกับวิธีการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การเยี่ยมบ้าน, การจัดประชุมครอบครัว, ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

วันที่รับ: 26 พฤษภาคม 2564 วันที่แก้ไข: 10 กุมภาพันธ์ 2565 วันที่ตอบรับ: 4 มีนาคม 2565

*

อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์ราชคฤห์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

¹ ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: jjanbok.d@hotmail.com

An application of family meeting technique in home visiting: a case study of the patient with uncontrolled diabetes

Janjira Injeen, MSc.^{*1}

Suphawan Yodprong, MNS.* Chanakan Sangkhumgul, MNS.*

Abstract

Diabetes is a chronic disease that requires continuing care. It affects the patients' and families' daily lives. Support diabetic patients regarding self-care can prevent potential diabetes complications, increase patients' self-care efficacy, and improve their quality of life. Home visit is one of the home health care services where a healthcare professional team visits a patient and family to provide health promotion and disease control by using health education and counseling or health advising for people to have appropriate self-care. The family meeting technique is designed to develop an effective communication among the family, healthcare professional teams, and patients. As a result, patients and their families could be better understanding about uncontrollable sugar level to normal level problems and a tendency to have lower average sugar levels, have better family relationships and a higher patient satisfaction, and accepted self-care methods, which lead to continuity of patients' and families' self-care.

Keywords: Home visit, Family meeting, Diabetic patient with blood sugar control problem

Received: May 26, 2021 Revised: Feb 10, 2022 Accepted: Mar 4, 2022

*

Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, MOPH

¹Corresponding author, email: jjanbok.d@hotmail.com

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก สถานการณ์โรคเบาหวานในภาคพื้นแปซิฟิก (Western Pacific) ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีผู้ที่เป็นเบาหวาน 4.4 ล้านคน มากเป็นอันดับ 4 รองจากจีน อินเดีย ญี่ปุ่น (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560) ความชุกโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นตามกลุ่มอายุตั้งแต่กลุ่มประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปจนสูงสุดที่กลุ่มอายุ 60-69 ปี ในจำนวนผู้สูงอายุ 5 คน พบว่ามีความเสี่ยงในการได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นเบาหวาน 1 คน (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2560) ซึ่งในปี 2562 นับเป็นปีแรกในประวัติศาสตร์ที่ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี โดยประชากรผู้สูงอายุในปี 2562 มีมากถึง 11.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.5 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2563) สหพันธ์เบาหวานนานาชาติได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2583 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยเบาหวานสูงถึง 5.3 ล้านคน (ชัชสิทธิ์ รัตตสาร, 2560)

จากข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center; HDC) ปีงบประมาณ 2560 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เพียงร้อยละ 23.13 (กองแผนงาน กรมควบคุมโรค, 2561) หากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ก็จะไปสู่การเจ็บป่วยแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น โรคจอประสาทตาเสื่อม โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด การเกิดแผลเรื้อรัง การถูกตัดขา ตับนี้้วนเป็นต้น ความเจ็บป่วยเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (อุบลรัตน์ รัตนอุไรและประภาส สงบุตร, 2562) จากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมที่ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มี 6 ประเด็น ได้แก่ การรับประทานอาหาร การดื่มสุรา การออกกำลังกายไม่เพียงพอ การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ความเครียด และการไม่มาตรวจตามนัด (สุวรรณ ศรีร้อยสงค์, อังคณา เรือนก้อน, ขวัญสุวิทย์ อภิจันทรเมธากุล, นิลุบล นันทา และจุฑามาศ สุขเกษม, 2560) ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถช่วยกันในการควบคุมโรคเบาหวานได้ ด้วยการดูแลตนเองโดยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย มาพบแพทย์ตามนัด พักผ่อนให้เพียงพอ และงดสูบบุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

ในบริบทของสังคมไทย ครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญในการดูแลสุขภาพของสมาชิกทั้งในยามปกติและเจ็บป่วย โดยเฉพาะเมื่อมีการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวถือเป็นจุดเริ่มของความเข้าใจและค้นหาปัญหาสุขภาพของสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัว (จินตนา วชรสินธุ์, 2560) บุคลากรทางสุขภาพจึงมีความจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยทุกราย ให้มีความรู้ความเข้าใจ และการชักชวนสมาชิกของครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ เทคนิคการประชุมครอบครัว (family meeting) เป็นกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ครอบครัว ผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพทราบเป้าหมายดูแลรักษาที่ชัดเจน โดยเฉพาะในบริบทที่สมาชิกครอบครัวมีบทบาทสูงในการตัดสินใจเพราะสมาชิกครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลัก (care giver) และรับผิดชอบค่าใช้จ่าย แม้ว่าผู้ป่วยจะมีความสามารถตัดสินใจได้เองก็ตาม (เป็ทมา โกมุทบุตร, 2558) ซึ่งกิจกรรมดังกล่าว สามารถส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมตั้งแต่การวางแผน การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผลในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นเทคนิคการประชุมครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างยิ่ง ในการสนับสนุนการให้ข้อมูลกับสมาชิกในครอบครัว เกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย วิธีการดูแลรักษา ให้มีความเข้าใจในเรื่องที่ต้องตัดสินใจรู้ปัญหาและร่วมกันตัดสินใจ ลดความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเทคนิคการประชุมครอบครัวจึงเป็นแนวทางที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวทุกคนได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนและตรงกัน จากการให้ข้อมูลโดยทีมสุขภาพที่ให้ข้อมูลตามบทบาทหน้าที่ เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาที่สอดคล้องกับการรักษาและบริบทของครอบครัวตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า เทคนิคการประชุมครอบครัว ส่วนใหญ่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถยอมรับการเจ็บป่วยและสามารถจัดการสุขภาพและอาการทุกข์ทรมานได้ รวมถึงทำให้มีอัตราการซึมเศร้าลดลง (นุชรี พิมพ์โคตรและเสาวคนธ์ วีระศิริ, 2559) และเป็นการส่งเสริมหรือสนับสนุน ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล รวมไปถึงเป็นแหล่งพึ่งพา

ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว (บุญกฐิน ธรรมจารีสวัสดิ์ และคณะ, 2561; ประนอม โฉมกาย, 2563; DeLisser, H.M., 2010) อีกทั้งยังเป็นองค์ประกอบสำคัญของแผนการดูแลผู้ป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจที่สอดคล้องกับเป้าหมายในการดูแลและเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันมากขึ้น (Joshi R., 2013) และมีการนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยหนัก พบว่าการประชุมครอบครัวช่วยในการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการด้านสุขภาพและครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก โดยช่วยเพิ่มความพึงพอใจของครอบครัว ความไว้วางใจในแพทย์ การตัดสินใจทางคลินิก และการยอมรับของสมาชิกในครอบครัว (Chaitin, Wood, & Arnold, 2013) สามารถช่วยลดระยะเวลาการเข้าพักรักษาของ ICU อีกทั้งยังเป็นข้อมูลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในระยะประคับประคองได้ด้วย ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับการประชุมครอบครัวในผู้ป่วยเบาหวานยังมีน้อย มีการศึกษาในปี 2549 ของพงศกร จินดาวัฒน์ พบว่าหลังการประชุมครอบครัว 6 เดือนค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ดีขึ้นรวมถึงมีความพึงพอใจในความสัมพันธ์ระหว่างกันอยู่ในระดับดี

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องมีการดูแลแบบประคับประคองอย่างใกล้ชิดในระยะยาว เนื่องจากผู้ป่วยเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด และหากไม่สามารถควบคุมโรคได้ดีจะมีอาการของโรคทรุดลงและกลายเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต มีความเจ็บปวดและทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เกิดปัญหาที่ซับซ้อนทั้งจากผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งหากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเรื้อรังและเฉียบพลัน การที่ผู้ป่วยเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงติดต่อกันเป็นระยะเวลานานส่งผลให้มีการทำลายเสื่อมสภาพและการล้มเหลวในการทำงานของอวัยวะที่สำคัญทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลงเกิดความสูญเสียทั้งที่เป็นค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อม (เฉลา ศรีเสียม, 2558) แต่ถ้าหากสามารถช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับภาวะคุกคามต่อชีวิต สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การประชุมครอบครัวเป็นวิธีการหนึ่ง ที่เปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายได้มีโอกาสซักถามหรือชี้แจงข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลตลอดจนวางแผนหรือตัดสินใจเรื่องการรักษาร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาที่สอดคล้องกับการรักษาและบริบทของครอบครัวตนเอง

บทความฉบับนี้ผู้เขียนมีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนวคิดเกี่ยวกับเทคนิคการประชุมครอบครัวในการเยี่ยมบ้าน ซึ่งเป็นเทคนิคหนึ่งในการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมากขึ้น โดยเนื้อหาประกอบด้วย การเยี่ยมบ้าน เทคนิคการจัดประชุมครอบครัว และการประยุกต์เทคนิคการจัดประชุมครอบครัวในการเยี่ยมบ้านกรณีศึกษาผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ การเยี่ยมบ้าน (home visit) เป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญซึ่งเป็นอัตลักษณ์ที่สำคัญของการบริการดูแลระดับปฐมภูมิและเวชปฏิบัติครอบครัว รวมทั้งเป็นกิจกรรมหรือกลวิธีที่สำคัญที่สุดในการดูแลสุขภาพบุคคลและผู้ป่วยที่บ้าน (วิโรจน์ วรรณภระ, 2555; นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา, ทิพย์สุดา ลาภภักดี, และพัชรีย์ กลัดจอมพงษ์, 2556)

การเยี่ยมบ้าน หมายถึง การให้บริการสุขภาพเชิงรุก โดยใช้เทคนิคที่เหมาะสมและใช้บ้านของผู้ป่วยเป็นสถานพยาบาล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยแพทย์ บุคลากรสาธารณสุขจะออกไปเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค การให้ความรู้ คำปรึกษาหรือแนะนำในการดูแลสุขภาพเพื่อสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม (สายพิน หัตถิรัตน์, 2553; อังศรีสา พิณจันทร์, 2558; วิโรจน์ วรรณภระ, 2555)

การเยี่ยมบ้านมีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้ (นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา และคณะ, 2556; สายพิน หัตถิรัตน์ 2553; Smith, 2013)

1. เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับสภาพปัญหาตามบริบทและศักยภาพของครอบครัวโดยมีสมาชิกครอบครัวร่วมวางแผน
2. เพื่อให้คำแนะนำ ฝึกทักษะ แนะนำแหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับและปรับพฤติกรรมในระยะฟื้นฟูสภาพได้เหมาะสม จนกระทั่งสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ถูกต้อง

3. เพื่อให้การบริการพยาบาลในส่วนที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่สามารถให้การดูแลตนเองได้
4. เพื่อติดตามผลการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องที่อาจทำให้ลดอาการรุนแรงเฉียบพลันของภาวะการเจ็บป่วยและพิการ เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี
5. เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและเป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ป่วยและมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (สายพิน หัตถ์รัตน์ 2553; นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา และคณะ, 2556; Smith, 2013)

1. ระยะก่อนการเยี่ยมบ้าน เป็นระยะของการเตรียมความพร้อม ซึ่งมี 3 ขั้นตอน ดังนี้

- 1.1 เตรียมข้อมูลสุขภาพชุมชน ข้อมูลเฉพาะตัวผู้ป่วยหรือ ครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพโดยศึกษาข้อมูลผู้ป่วยทั้งจากกรณีที่เกิดต่อจากโรงพยาบาลและข้อมูลจากชุมชน
- 1.2 กำหนดแผนการดูแล โดยกำหนดวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมเพื่อเป็นแนวทางการกำหนดกิจกรรมปฏิบัติงาน
- 1.3 อุปกรณ์/เครื่องมือสำหรับให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน สำหรับการเยี่ยมบ้านอุปกรณ์เครื่องมือเป็นสิ่งสำคัญซึ่งควรเตรียมให้พร้อมสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านแต่ละราย

2. ระยะระหว่างการเยี่ยมบ้าน ในระยะนี้พยาบาลควรประเมินสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับสมาชิกในบ้านและสิ่งแวดล้อมเพื่อนำมาใช้ประกอบการวางแผนการพยาบาล นำกระบวนการพยาบาลมาใช้เป็นเครื่องมือประเมินและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน โดยการระบุปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยกำหนดแผนการพยาบาลให้ทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและผู้ดูแลนำไปปฏิบัติ ทำกิจกรรมตามวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้านโดยการประเมินปัญหาเดิม ประเมินปัญหาใหม่ที่เกิดขึ้น โดยใช้เครื่องมือประเมินสุขภาพและการบันทึกการเยี่ยมบ้านตามแนวคิด IN HOME-SSS และกระบวนการพยาบาล (nursing process) เป็นเครื่องมือประเมิน

3. ระยะหลังการเยี่ยมบ้าน ภายหลังการเยี่ยมบ้านต้องมีการนำข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมบ้านมาประชุมร่วมกัน นำข้อมูลที่ได้มาประกอบ และหาข้อสรุปเพื่อกำหนดแนวทางการแก้ปัญหาอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม เพื่อสื่อสารให้บุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องได้รับข้อมูลที่เพียงพอสำหรับการวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อไป การบันทึกทางการพยาบาล เป็นการบันทึกข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมของพยาบาลและบันทึกทางคลินิก โดยเขียนข้อมูลและกิจกรรมการพยาบาลให้ตรงตามวัตถุประสงค์การเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งสรุปกิจกรรมการพยาบาลและการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ให้แก่แต่ละครั้งของการเยี่ยมบ้าน ปัญหาที่ต้องติดตามเยี่ยมในครั้งต่อไป จึงเป็นเครื่องมือที่จะเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลในการเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้านเป็นการร่วมกันดูแลสุขภาพของประชาชนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีเป้าหมายเพื่อดูแลช่วยเหลือให้คำปรึกษา แนะนำแก่ผู้รับบริการทุกคนแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องและผสมผสานแก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายทั้งที่มีภาวะสุขภาพดี ภาวะเสี่ยงและมีความเจ็บป่วย โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยการเยี่ยมบ้านพบว่าการเยี่ยมบ้านสามารถส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง ให้ความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้นและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (อุโลลักษณ์ เทพวัลย์และคณะ, 2551; มาลีจิตร ชัยเนตร, 2552; ไพรัช ม่วงศรี, 2555) โดยในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานพบว่าการเยี่ยมบ้านมีผลต่อความรู้ในการดูแลตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากต่อการเยี่ยมบ้าน (ชรินทร์ ดีปินตา, 2553; Kidbunjong, 2015) จากการค้นคว้าและทบทวนวิจัยที่เกี่ยวข้องยังไม่พบการนำการจัดประชุมครอบครัวมาใช้ ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานผู้เขียนจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงประเด็นดังกล่าวโดยจะกล่าวในลำดับถัดไป

เทคนิคการจัดประชุมครอบครัว (Family meeting)

การจัดประชุมครอบครัวคือ การเปิดโอกาสให้มีการติดต่อสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วยและทีมดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อให้มีการสื่อสารภายในครอบครัวที่ดี ให้ทีมที่ดูแล ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาที่ตรงกัน หรือการตัดสินใจในเรื่องการรักษาระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวไปในทิศทางเดียวกัน การประชุมครอบครัวจึงเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่เปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายได้มีโอกาสซักถามหรือชี้แจงข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแล ตลอดจนวางแผนหรือตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษาร่วมกัน (กิตติพล นาควิโรจน์, มปป.; กิตติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์, 2557; เวชกรรมสังคม โรงพยาบาลปทุมธานี, 2561)

เป้าหมายของการจัดประชุมครอบครัว มีดังต่อไปนี้ (กิตติพล นาควิโรจน์, มปป.; สุวัฒน์ ธนกรนุวัฒน์, พิมพ์ณา แซ่โซว, และจิรารัตน์ ไกรราช, 2554; เอกชัย อธิศักดิ์กุล, 2563)

1. เพื่อสร้างความเข้าใจที่ดีระหว่างทีมผู้รักษากับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคและระยะของโรค รวมไปถึงการดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค
2. เพื่อช่วยให้สมาชิกในครอบครัวสื่อสารกันมากขึ้น ทำความเข้าใจเกี่ยวกับเป้าหมาย หลักของการดูแล และพิจารณาแนวทางและวิธีการที่เหมาะสมกับสภาพการณ์ของครอบครัวตน
3. เพื่อให้ทีมผู้รักษาได้ประเมินความต้องการด้านอื่น ๆ ของผู้ป่วยและครอบครัว และวิธีการที่ครอบครัวใช้จัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนของการประชุมครอบครัว สามารถสรุปได้เป็น 3 ขั้นตอน (กิตติพล นาควิโรจน์, มปป.; กิตติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์, 2557; คณาวุฒิ นิธิกุล, 2563; ปัทมา โภมบุต, 2558; สุวัฒน์ ธนกรนุวัฒน์และคณะ, 2554; DeLisser, 2010)

1. ขั้นเตรียมก่อนการประชุมครอบครัว เริ่มจากกำหนดวัตถุประสงค์ของการจัดประชุมครอบครัว จากนั้นคัดเลือกผู้เข้าร่วมและประเมินความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรม ตามด้วยทบทวนเวชระเบียนและข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย รวมทั้งแนวทางการรักษาร่วมกันของสมาชิกในทีมหากเป็นไปได้ ควรศึกษาแผนภูมิครอบครัว (genogram) และความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวก่อนการจัดประชุมครอบครัว กำหนดบุคลากรในทีมสุขภาพที่จะทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบในการจัดรูปแบบและวิธีการเรียนรู้ของทีม (facilitator) ระหว่างการจัดประชุมครอบครัว (ไม่จำเป็นที่แพทย์จะต้องทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบในการจัดรูปแบบและวิธีการเรียนรู้ของทีมเสมอไป แต่อาจจะเป็นใครก็ได้ในทีมที่มีทักษะการจัดประชุมครอบครัว แพทย์อาจจะทำหน้าที่เป็นเพียงผู้ให้ข้อมูลในเรื่องทางการแพทย์เท่านั้น) และกำหนดบทบาทของทีมในการตอบคำถามเกี่ยวกับโรค การดูแล การรักษา และการปฏิบัติตัว รวมทั้งชี้แจงแก่สมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยถึงความจำเป็นและเป้าหมายของการประชุม พร้อมทั้งกำหนดเวลาและสถานที่ในการจัดการประชุมที่มีความเหมาะสมและสะดวกสำหรับผู้เข้าร่วมประชุมสะดวก โดยทั่วไปควรกำหนดเวลาไว้อย่างน้อยประมาณ 1 ชั่วโมงต่อการประชุมแต่ละครั้ง

2. ขั้นตอนในการประชุม สมาชิกในทีมกล่าวแนะนำตัวและบอกบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้แนะนำตัวเอง จากนั้นผู้รับผิดชอบในการจัดรูปแบบและวิธีการเรียนรู้ของทีม กล่าวสั้น ๆ ถึงเหตุผลหลักของการจัดประชุมครอบครัวในครั้งนี้ว่ามีประเด็นอะไรบ้างที่ต้องการให้ผู้ป่วยหรือครอบครัวได้ร่วมกันตัดสินใจหรือรับทราบ กล่าวถึงกติกาของการประชุม จากนั้นเรียงลำดับตามสมาชิกในครอบครัวที่มีอำนาจในครอบครัวน้อยที่สุด ไปยังสมาชิกในครอบครัวที่มีอำนาจมากที่สุด สาเหตุคือ หากให้สมาชิกในครอบครัวที่มีอำนาจมากกว่าคนอื่น ๆ พูดก่อน สมาชิกที่เหลืออาจจะไม่กล้าแสดงความคิดเห็นของตนเอง กระตุ้นให้สมาชิกทุกคนได้แสดงความคิดเห็นของตนเองก่อน ถึงจะให้มีการอภิปรายหรือแสดงความคิดเห็นจากกลุ่ม แจ้งระยะเวลาของการประชุมคร่าว ๆ ให้ทุกคนได้รับทราบ โดยมีแนวทางการพูดคุย ดังนี้

2.1 การประเมินผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับความเข้าใจระยะการดำเนินของโรคและ การพยากรณ์โรค เริ่มด้วยการซักถามใช้คำถามเปิด ให้สมาชิกแต่ละคนในครอบครัวได้บอกถึงความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย จากนั้น

เปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนได้ซักถาม แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย จากนั้นผู้รับผิดชอบในการจัดรูปแบบและวิธีการเรียนรู้ของทีม และทีมอธิบายและตอบคำถามของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย ระยะของโรค และการพยากรณ์โรคเท่าที่ผู้ป่วยและครอบครัวอยากจะทราบ

2.2 การประเมินความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับเป้าหมายและแนวทางการดูแลผู้ป่วย ผู้รับผิดชอบในการจัดรูปแบบและวิธีการเรียนรู้ของทีม ซักถามความคิดเห็นของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับเป้าหมายของการดูแล อธิบายเป้าหมายของการดูแลของทีมพร้อมชี้แจงข้อสงสัยที่เกิดขึ้นจากสมาชิกในครอบครัว (ถ้ามี) จากนั้นซักถามสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับข้อสงสัยเรื่องแผนการดูแลในอนาคต พร้อมทั้งอธิบายเรื่องแผนการดูแลรักษาและชี้แจงแนวทางการจัดการกับอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต รวมถึงสอบถามความต้องการของครอบครัวด้านต่าง ๆ ที่อยากให้ทีมช่วยเหลือและซักถามประเด็นเกี่ยวกับผู้ดูแลที่ผู้ป่วยมอบหมายให้เป็นผู้ตัดสินใจแทนหากอยู่ในสถานะที่ไม่สามารถตัดสินใจด้วยตัวเองได้

2.3 ประเมินวิธีการที่ครอบครัวใช้จัดการกับปัญหาด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยซักถามเกี่ยวกับวิธีการที่ครอบครัวใช้จัดการกับปัญหาด้านต่าง ๆ ที่ผ่านมา ประเมินจุดแข็งของครอบครัวในการรับมือกับปัญหาและชี้ให้ครอบครัวเห็นจุดแข็งของตนเอง รวมทั้งประเมินว่ามีสมาชิกในครอบครัวคนใดที่ต้องการความช่วยเหลือเป็นพิเศษหรือไม่ เช่น มีภาวะซึมเศร้า มีปัญหาทางการเงิน อาชีพการงาน เป็นต้น

3. สรุปและปิดการประชุม โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวได้ซักถามในประเด็นที่ทีมยังไม่ได้ตอบ สรุปสั้นๆ เกี่ยวกับประเด็นต่าง ๆ ที่ได้พูดคุย รวมถึงแผนการดูแลผู้ป่วยในอนาคต และกล่าวขอบคุณทุกคนที่เข้าร่วมประชุม ควรจดบันทึกสิ่งที่ได้พูดคุยกันระหว่างประชุมในประเด็นที่สำคัญอย่างละเอียดลงในเวชระเบียนและเปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนในทีมที่ดูแลได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการประชุมเพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาการจัดประชุมในครั้งต่อไป

ผลลัพธ์ของการจัดประชุมครอบครัว

ผลที่เกิดขึ้นหลังจากการจัดประชุมระหว่างทีมและครอบครัวของผู้ป่วย จะทำให้ทราบปัญหาและแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามศักยภาพและบริบทของครอบครัว ซึ่งนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถยอมรับการเจ็บป่วยและสามารถจัดการสุขภาพและอาการทุกข์ทรมานได้ รวมถึงทำให้มีอาการซึมเศร้าลดลง (นุชรี พิมพ์โคตร และเสาวคนธ์ วีระศิริ, 2559) เป็นองค์ประกอบสำคัญของแผนการดูแลผู้ป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจที่สอดคล้องกับเป้าหมายในการดูแลและเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันมากขึ้น (Joshi, 2013) อย่างไรก็ตามการศึกษาเทคนิคการประชุมครอบครัวในผู้ป่วยเบาหวานยังมีน้อย จากการศึกษาของ พงศกร จินดาวัฒนะ (2549) พบว่าหลังการประชุมครอบครัว 6 เดือน ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ดีขึ้น รวมถึงมีความพึงพอใจในความสัมพันธ์ระหว่างกันอยู่ในระดับดี (พงศกร จินดาวัฒนะ, 2549)

แนวทางการประยุกต์ใช้การจัดประชุมครอบครัวในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1. ขั้นตอนการเตรียมก่อนการจัดประชุมครอบครัว

ทีมประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลประจำ รพสต. อาจารย์พยาบาล และนักศึกษาพยาบาล ได้มีการทบทวนเวชระเบียนและข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย รวมทั้งแนวทางการรักษาในแฟ้มสุขภาพครอบครัว (family folder) พบข้อมูลดังนี้

กรณีศึกษา หญิงไทย รูปร่างผอม สูง อายุ 60 ปี สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพแม่บ้าน

ประวัติการเจ็บป่วย

6 ปีก่อน ปัสสาวะมีมดขึ้น ใจสั่น เหนื่อยออก ญาติ นำส่ง รพ.พุทธชินราช พบน้ำตาลในเลือดสูง แพทย์นัดเจาะระดับน้ำตาลในเลือด ได้รับการวินิจฉัยเบาหวาน รักษาโดยการให้ยารับประทาน กลับมารับประทานต่ที่บ้าน

แพทย์นัดมาตรวจอีก 2 สัปดาห์แต่ผู้ป่วยไม่ไปตามนัด ผลเจาะเลือดพบว่ามียาระดับน้ำตาลในเลือดสูง แพทย์นัดมาตรวจอีก 1 เดือนแต่ผู้ป่วยไม่ไปตามนัด

5 ปีก่อนผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยมาก น้ำหนักลดลง จาก 85 กิโลกรัม เหลือ 40 กิโลกรัม ภายในระยะเวลา 9 เดือน ญาติเห็นผู้ป่วยดูเศร้าและผอมลงมาก จึงพาไปพบแพทย์ แพทย์แนะนำให้รับประทานอาหารและยาเนื่องจากผู้ป่วยผอมเกินไป ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพและการทำงานในอนาคต ผู้ป่วยจึงเริ่มกลับมารับประทานอาหารและดูแลตนเองโดยดื่มกาแฟผสมน้ำตาล 2 ช้อนชา วันละ 1 แก้ว ทุกวัน และรับประทานขนมหวานเกือบทุกวันแต่ยังคงไม่ไปรับยาเบาหวานตามนัดเช่นเดิมแต่ซื้อยาเบาหวานมารับประทานเอง ทางโรงพยาบาลได้ส่งข้อมูลมาให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อติดตามเยี่ยมผู้ป่วยรายนี้ จากการเยี่ยมบ้านพบผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่เหมาะสม ไม่รับประทานยาเบาหวานและไม่ไปตรวจตามนัด เจาะระดับน้ำตาลหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงได้ 512 mg/dl ผู้ป่วยเคยผ่าตัดต่อกระเจกเมื่อ 4 ปีที่แล้ว ปัจจุบัน ตามองชัดเจนขึ้น ปฏิเสธการแพ้ยาและสารเคมี ส่วนประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวพบว่าไม่มีใครป่วยด้วยโรคเบาหวาน

แผนภูมิครอบครัวและความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว พบว่าผู้ป่วยแยกทางกับสามี อาศัยอยู่กับบุตรสาว บุตรชาย และหลานสาวหลานชาย จำนวน 4 คน

ทางทีมได้ประเมินครอบครัว ภาวะสุขภาพ และอาการปัจจุบันของผู้ป่วยเพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการจัดการประชุมครอบครัวโดยใช้เครื่องมือประเมินสุขภาพและการบันทึกการเยี่ยมบ้านตามแนวคิด IN HOME-SSS และการประเมินมุมมองความเจ็บป่วย (illness) ของผู้ป่วย (IFFE)

ประวัติการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งได้ผลดังนี้ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ประวัติผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

รายการสิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	วันที่ตรวจ
FBS (ค่าปกติ 70-110 mg/dl)	307 mg/dl	23 พฤษภาคม 2562
HbA1C (ค่าปกติ 4.8-6 %)	16.7 %	23 พฤษภาคม 2562

จากตารางพบว่าผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยมีค่าสูงกว่าปกติ

การประเมินมุมมองความเจ็บป่วย (illness) ของผู้ป่วย (IFFE)

Idea	ผู้ป่วยคิดว่าโรคนี้ไม่สามารถหายได้ เพียงแค่จะทุเลาลง
Feeling	ช่วงแรกๆพบว่าป่วยเป็นโรคเบาหวานรู้สึกกังวลใจ แต่ตอนนี้รู้สึกเฉยๆแล้ว
Function	ผู้ป่วยคิดว่าโรคนี้ไม่มีผลอะไรกับตนเองมากนัก เนื่องจากตนเองยังคงทำงานและใช้ชีวิตประจำวันได้ปกติ
Expectation	ผู้ป่วยคาดหวังว่าจะทุเลาลง ไม่มีอาการผิดปกติมารบกวนชีวิตประจำวันของตนเอง

การประเมินสภาพร่างกายของแต่ละระบบ

จากการตรวจร่างกายของแต่ละระบบของผู้ป่วย พบว่า ปกติ แต่จากการตรวจเท้าโดยใช้ Monofilament Tests พบว่า ทั้งเท้าขวาและซ้าย ผู้ป่วยมีอาการชา 4 จุด (right foot +6 -4 / left foot +6 -4)

บันทึกผลการประเมินสัญญาณชีพและค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การประเมินสัญญาณชีพและค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหารมื้อเช้า

สัญญาณชีพ วันที่/ครั้งที่	อุณหภูมิ (องศาเซลเซียส)	อัตราการเต้นของหัวใจ (ครั้ง/นาที)	อัตราการหายใจ (ครั้ง/นาที)	ความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)	DTX หลังอาหาร mg%
23 มีย. 2563/1	36.8	88	18	120/70	High
26 มีย. 2563/2	37.2	86	18	110/60	520
29 มีย. 2563/3	36.6	84	18	130/80	403
1 กค. 2563/4	37.0	80	18	120/80	294
3 กค. 2563/5	36.8	90	18	120/70	393
6 กค. 2563/6	37.0	80	18	120/80	263
8 กค. 2563/7	36.8	86	18	120/60	245
10 กค. 2563/8	37.0	84	18	110/80	225
13 กค. 2563/9	36.9	90	18	110/70	218
15 กค. 2563/10	36.6	82	18	120/80	213
17 กค. 2563/11	36.8	84	18	120/70	186

จากตาราง พบว่า ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติ ค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหารอยู่ในระดับที่สูงอยู่ แต่มีแนวโน้มลดลง เมื่อเริ่มมีการเยี่ยมบ้านและการประชุมครอบครัว

ผู้เขียนได้ชี้แจงสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยถึงบทบาทของทีม ความจำเป็นและเป้าหมายของการประชุม โดยในการไปเยี่ยมบ้านครั้งแรก ผู้เขียน พยาบาลพี่เลี้ยงและนักศึกษาพยาบาลได้แนะนำตัวเองพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ ในการมาเยี่ยมบ้านครั้งนี้และบอกบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยว่า จะมีผู้เขียนและนักศึกษาพยาบาลมาดูแล ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์และจะมาเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ซึ่งหากผู้ป่วยมีปัญหาที่จะต้อง พบแพทย์ทางทีมจะเป็นผู้ประสานงานและอำนวยความสะดวกให้ในการนำผู้ป่วยและครอบครัวไปพบแพทย์ หลังจากนั้น ในการไปเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2-5 (สัปดาห์ที่ 1 และ 2)

สรุปขั้นตอนของการเตรียมก่อนการจัดประชุมครอบครัว

ทีมได้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้ง แนวทางการรักษาของผู้ป่วยแล้ว ทีมจึงกำหนดเวลาและสถานที่ในการจัดการประชุม คือเวลา 14.00-15.00 น. โดย ประชุมที่บ้านของผู้ป่วยเอง

2. ขั้นตอนการประชุม

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 6 (ต้นสัปดาห์ที่ 3) ทางทีมได้ประเมินผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับความเข้าใจระยะการดำเนิน ของโรคและการพยากรณ์โรคโดยได้สอบถาม ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรค อาการและการพยากรณ์โรค พร้อมทั้ง ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว อีกทั้งยังให้สมาชิกแต่ละคนแสดงความคิดเห็น และระบายความรู้สึกเมื่อผู้ป่วย ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ซึ่งผู้ป่วยกล่าวว่า

“ก็ไม่วายให้น้ำตาลสูงหรอกนะ แต่ไม่รู้จะทำไงเพราะต้องทำมาหากิน ใจจริง ๆ ก็อยากจะให้น้ำตาลปกติ เหมือนคนอื่น ๆ เขา ส่วนเรื่องไปตรวจตามหมอนั่นนะ ก็ยากไปนะหมอ แต่ไปโรงพยาบาลในเมืองมันใช้เวลานาน ไปทีเสียเวลาเป็นวันๆ ต้องทำมาหากินนะ แล้วยังไปเจอบริการที่ไม่ดีอีก ก็เห็นว่าไม่เห็นมีอาคารผิปกติดะไรก็เลยไม่ ไปดีกว่า แต่ใจจริง ๆ ยากไปนะก็กลัว ๆ อยู่เหมือนกัน ถ้ามาตรวจอนามัยใกล้ๆ บ้านได้จะดีเลย”

โดยบุตรสาวของผู้ป่วยกล่าวว่า

“อยากให้แม่ น้ำตาลไม่สูง พอได้ยินว่าน้ำตาลแม่สูงใจไม่ดีเลย กลัวว่าแม่จะอยู่กับหนูและหลานๆ ได้ไม่นาน และหนูก็อยากจะช่วยแม่ถ้าพอจะมีวิธีไหนที่จะทำให้แม่ น้ำตาลไม่สูง”

จากนั้นได้ประเมินความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับเป้าหมายและแนวทางการดูแลผู้ป่วย พบว่า ครอบครัวมีบุตรสาวที่พร้อมจะช่วยและดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ รวมถึงผู้ป่วยและครอบครัวเห็นถึงความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พร้อมทั้งจะร่วมมือในการปฏิบัติ โดยจากการประเมินปัญหาร่วมกันพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีปัญหาดังนี้

1. ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เนื่องจากมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารและยาไม่เหมาะสม และไม่ไปตรวจตามนัด

2. พักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากมีภาวะเครียด

3. เสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม เนื่องจากมีปัญหาการรับภาพผิดปกติและขาปลายเท้า

เมื่อได้ปัญหาร่วมกันต่อจากนั้นในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 7-10 (สัปดาห์ที่ 3 และต้นสัปดาห์ที่ 4) ทางทีมผู้ป่วย และครอบครัวได้ร่วมกันหาแนวทางและกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมในการดูแลกรณีศึกษา คือ

1. กำหนดเรื่องสนทนาเรื่อง “การรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน” โดยให้ผู้ป่วยและ บุตรสาวบอกถึงเมนูอาหารที่รับประทานบ่อยครั้ง และแสดงความคิดเห็นว่าควรปรับการรับประทานอาหารให้ เหมาะสมขึ้นได้อย่างไรบ้าง ผู้ป่วยและบุตรสาวจะช่วยเหลือกันอย่างไรให้การรับประทานอาหารของผู้ป่วยดีขึ้น สามารถช่วยให้ควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น รวมทั้งบันทึก self- control blood sugar ทุกวัน วันละ 3 เวลา (เช้า กลางวัน เย็น) ในสมุดบันทึกที่ทางทีมและครอบครัวกรณีศึกษาร่วมกันออกแบบ

2. กำหนดเรื่องสนทนาเรื่อง “การไปตรวจตามนัด” โดยให้ผู้ป่วยและบุตรสาวบอกถึงสาเหตุของการไม่ไป ตรวจตามนัด รวมถึงความต้องการของสถานที่ที่อยากจะไปตรวจตามนัดพร้อมเหตุผล ทางทีมได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ความสำคัญของการไปตรวจตามนัดและให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยสามารถไปตรวจตามนัดได้

3. กำหนดเรื่องสนทนาเรื่อง “การป้องกันการเกิดการพลัดตกหกล้ม และป้องกันการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วย เบาหวาน” โดยให้ผู้ป่วยและบุตรสาวบอกถึงสาเหตุ ความสำคัญในการป้องกันการเกิดการพลัดตก หกล้ม และป้องกันการ เกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ทางทีมให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับแนะนำการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ การเลือกรองเท้าที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน การประเมินเท้าด้วยตนเองเบื้องต้น รวมถึงการออกกำลังกายและ การบริหารเท้า เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตทำให้อาการขาปลายเท้าลดลงได้

สรุปขั้นตอนการประชุม

ทีมและครอบครัวได้จัดประชุมร่วมกันที่บ้านของผู้รับบริการ พบว่าครอบครัวและผู้ป่วยมีความเข้าใจ เกี่ยวกับแนวโน้มของโรคว่าขณะนี้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จากนั้นทีมและ ครอบครัวจึงได้มีการกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันคือผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ อีกทั้งร่วมกันวิเคราะห์หาปัญหาและร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาโดยมีบุตรสาวเป็นผู้ที่คอยดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุน กำกับติดตามผู้ป่วยร่วมกับทีม รวมถึงประสานงานกับทีมเมื่อผู้ป่วยเกิดปัญหาหรือไม่สามารถช่วยเหลือ ผู้ป่วยได้

3. ขั้นตอนสรุปและปิดการประชุม

จากนั้นในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 11-12 (สัปดาห์ที่ 4) ทางทีมร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกันสรุปผล การประชุมครอบครัว พร้อมบันทึกข้อมูลซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ผู้ป่วยและบุตรสาวได้บันทึก self- control blood sugar ทุกวันซึ่งส่งผลให้เห็นรายละเอียดของการ รับประทานอาหาร โดยผลที่ตามมาคือมีระดับค่าน้ำตาล ในเลือดลดลงจากระดับสูง จนเหลือเพียง 186 mg% ตามลำดับ (ดังแสดงตามตารางที่ 1)

2. การไปตรวจตามนัด ผู้ป่วยและครอบครัวพร้อมที่จะไปตรวจตามนัดแต่ขอเลือกไปตรวจที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน ทางทีมจึงได้ประสานกับพยาบาลและแพทย์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งทางแพทย์ยินดีที่จะตรวจผู้ป่วยโดยนัดผู้ป่วยไปตรวจวันที่ 15 สิงหาคม 2563

3. การป้องกันการเกิดการพลัดตก หกล้ม และป้องกันการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยไม่มีการพลัดตกหกล้ม และได้ประเมินการดูแลเท้าด้วย Monofilament พบว่ามีอาการชาเท้า loss of protective sensation เท้าซ้าย 3 จุด เท้าขวา 1 จุด จากการทดสอบ 10 จุดที่ตรวจแต่ไม่พบมีรอยแดง หรือรอยแผลบริเวณเท้าของผู้ป่วย ผู้ป่วยเลือกสวมรองเท้าหุ้มส้น และเท้าสะอาดดี

สรุปขั้นตอนการสรุปและปิดการประชุม

จากการประชุมครอบครัวพบว่าผู้ป่วยมีบุตรสาวคอยดูแล ช่วยเหลือในการควบคุมพฤติกรรม การรับประทานอาหารโดยบันทึก Self-control blood sugar ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงจากระดับ High จนเหลือเพียง 186 mg% อีกทั้งผู้ป่วยจะกลับไปตรวจตามนัดและพบแพทย์ในวันที่ 15 สิงหาคม 2563 ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน และผู้ป่วยยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า

ผลดีของการประชุมครอบครัว

การประยุกต์ใช้การประชุมครอบครัวในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานครั้งนี้ พบว่า ครอบครัวและผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับแนวโน้มของโรคว่าขณะนี้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ และได้มีการกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันคือผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ รวมทั้งสามารถวิเคราะห์ปัญหาและร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาได้ทั้งหมด โดยมีสมาชิกในครอบครัวคือบุตรสาวเป็นผู้ที่คอยดูแล ช่วยเหลือสนับสนุน กำกับติดตามผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ รวมถึงประสานงานกับทีมสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยเกิดปัญหาหรือไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ซึ่งพยาบาลและทีมสุขภาพทำหน้าที่เพียงเป็นผู้กระตุ้นและหนุนเสริมเท่านั้น แต่ก็มีบางปัญหาที่ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ดังนั้นพยาบาลและทีมสุขภาพจึงต้องทำหน้าที่เป็นผู้เติมเต็มในส่วนนี้ให้กับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้สามารถควบคุมโรคได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ปัญหาอุปสรรคและแนวทางในการประชุมครอบครัว

จากปัญหาสุขภาพที่พบในผู้ป่วยและครอบครัวเป็นปัญหาทางพฤติกรรมซึ่งปัญหาดังกล่าวต้องใช้ระยะเวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical model of behavior change) ที่กล่าวไว้ว่าบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น ๆ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องควรมีระยะเวลาติดต่อกันนานมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป (Prochaska, & DiClemente, 1984) เนื่องจากพยาบาลในพื้นที่มีภาระหน้าที่ในการทำงานหลายด้านส่งผลให้พยาบาลไม่มีเวลาในการไปกระตุ้นเยี่ยมบ้านของบ้านผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ อาจส่งผลให้พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยกลับคืนมาส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อีกครั้ง ดังนั้นควรมีระบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยอาจจะเป็นการใช้เครือข่ายสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมในการกระตุ้นหรือการใช้เทคโนโลยีในการติดตามเช่น โทรศัพท์ การติดตามทางโซเชียล เป็นต้น และมีแหล่งสนับสนุนครอบครัวในการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้องเพื่อให้กำลังใจและควบคุมคุณภาพการดูแล

สรุป

การประชุมครอบครัว เป็นกิจกรรมที่จัดทำเพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีภายในครอบครัว ทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับตัวโรคและแผนการรักษาที่ตรงกัน มีการตัดสินใจในเรื่องการรักษา ระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวไปในทิศทางเดียวกัน ดังนั้นการประชุมครอบครัวจึงเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่เปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายได้มีโอกาสซักถามหรือชี้แจงข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแล ตลอดจนวางแผนหรือตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษาาร่วมกัน โดยจากผลการนำการจัดประชุมครอบครัวไปใช้แสดงให้เห็นว่า ครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับแนวโน้ม

ของโรค ร่วมกำหนดเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ สามารถประเมิน แก้ไขปัญหาด้วยตนเองได้ พยาบาลและทีมสุขภาพทำหน้าที่เพียงเป็นผู้กระตุ้นและหนุนเสริมเท่านั้น รวมทั้งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจและยอมรับกับวิธีการดูแลสุขภาพของตนเอง จึงทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *คู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) กลุ่มดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กองแผนงาน กรมควบคุมโรค. (2561). รายงานผลการดำเนินงานกรมควบคุมโรครอบ 6 เดือน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 (1 ตุลาคม 2560-31 มีนาคม 2561). สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2563, จาก <http://plan.ddc.moph.go.th/pakard/showimg4.php?id=1783>, 24-25.
- กิตติพัฒน์ นนทปัทมดลย์. (2557). *การประชุมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. ใน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, รายงานสืบเนื่องการสัมมนาวิชาการ (proceedings) เนื่องในโอกาสการสถาปนา คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ ปีที่ 60 เรื่อง “60 ปี คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์: คุณค่าของวิชาชีพและพลังสู่การพัฒนาสังคม”. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กิตติพล นาควิโรจน์. (มปป.). *การประชุมระหว่างครอบครัวผู้ป่วยและทีมที่ดูแล. (family meeting)*. ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. สืบค้นเมื่อ 18 มกราคม 2563, จาก <https://med.mahidol.ac.th/fammed/th/palliativecare/knownledges/doctorpalliative7th>
- กณาวุฒิ นิธิกุล. (2563). *การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน*. สืบค้นเมื่อ 18 มกราคม 2563, จาก <https://www.slideshare.net/KhanawutNitikul/end-of-life-care-64420676>
- จินตนา วัชรสินธุ์. (2560). *การพยาบาลครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยเรื้อรัง*. ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.
- เฉลา ศรีเสงี่ยม. (2558). *การพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวาน*. ใน ศิริอร สินธุ และพิเชต วงรอต (บ.ก.), *การจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (พิมพ์ครั้งที่3)*. กรุงเทพฯ: สมาคมผู้จัดการรายกรณีประเทศไทย.
- ชรินทร์ ดีปินตา. (2553). ผลของการเยี่ยมบ้านต่อการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 6(3), 279-286.
- ชัชลิต รัตสาร. (2560). *สถานการณ์ปัจจุบันและความร่วมมือเพื่อปฏิรูปการดูแลรักษาโรคเบาหวานในประเทศไทย*. สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2563, จาก https://www.novonordisk.com/content/Thailand%20Blueprint%20for%20Change_2017_TH.pdf.
- นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา, ทิพย์สุดา ลาภภักดี, และพัชรีย์ กลัดจอมพงษ์. (2556). *การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- นุชรี พิมพ์โคตร และเสาวคนธ์ วีระศิริ. (2559). การพยาบาลแบบประคับประคองสำหรับครอบครัวที่มีบุคคลโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ณ อำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 39(1), 122-131.
- บุญกฐิน ธรรมจารีสวัสดิ์ และคณะ. (2561). *ผลของการประชุมครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโรงพยาบาลกำแพงเพชร*. สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2563, จาก <https://www.kph.go.th/html/index.php>

- ประนอม โหมกาย, มารยาท สุจิตวรกุล, และพรรณพัชร สกุลทรงเดช. (2563). *ประสิทธิผลของการประชุมครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลชลบุรี*. สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2563, จาก http://www.cbh.moph.go.th/app/intranet/files/km/1507187249_16.%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%99%E0%B8%AD%E0%B8%A1%20%E0%B9%82%E0%B8%89%E0%B8%A1%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A2.pdf
- ปัทมา โกมุตบุตร. (2558). *การประชุมครอบครัวในการดูแลประคับประคอง*. ใน บุษยามาส ชิวสกุลยง และคณะ (บ.ก.), *การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (พิมพ์ครั้งที่3)*. (น. 219-220). เชียงใหม่: กลางเวียง.
- พงศกร จินดาวัฒนะ. (2549). *การประชุมครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาด้วยการฉีดอินซูลินในศูนย์สุขภาพชุมชน 1 โรงพยาบาลราชบุรี*. *วารสารแพทย์เขต 6-7*, 25(2), 219-228.
- ไพรัช ม่วงศรี. (2555). *ประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรมต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร)*. สมุทรปราการ. มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. สืบค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2563, จาก shorturl.at/LIT67
- มาลีจิตร ชัยเนตร. (2552). *ผลของการเยี่ยมบ้านต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอำเภอแม่ลาวจังหวัดเชียงราย (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร)*. เชียงใหม่. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. สืบค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2563, จาก <http://cmuir.cmu.ac.th/handle/6653943832/15798>
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2563). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562*. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2563, จาก <https://thaitgri.org/>
- วิโรจน์ วรรณภีระ. (2555). *การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (home visit and home care)*. ในเอกสารประกอบการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการศูนย์เรียนรู้เวชศาสตร์ครอบครัวเขต 18 โรงพยาบาลกำแพงเพชร: กำแพงเพชร.
- เวชกรรมสังคม โรงพยาบาลปทุมธานี. (2561). *การดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะท้าย (palliative care)*. สืบค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2563, จาก <https://www.cgtoolbook.com/books004/32/33>
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2560). *สถานการณ์โรคเบาหวานในภาคพื้นแปซิฟิก (western pacific)*. สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2563, จาก <http://www.plkhealth.go.th/uploads/documents/.pdf>. 303.
- สายพิณ หัตถิรัตน์. (2553). *ความรู้พื้นฐานด้านเวชศาสตร์ครอบครัว*. ใน สายพิณ หัตถิรัตน์และสุมาลี ประทุมพันธ์. (บก.). *เวชศาสตร์ครอบครัวแนวคิดและประสบการณ์ในบริบทไทย* (น. 28-48). กรุงเทพมหานคร: สหมิตร
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2560). *สถานการณ์การป่วยและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและหลอดเลือด) ในประเทศไทย ในระยะ 5 ปี (2553-2557)*. *วารสารควบคุมโรค*, 43(4), 379-390.
- สุวรรณี สร้อยสงค์, อังคณา เรือนก้อน, ขวัญสุวิทย์ อภิจันทร์เมธากุล, นิลุบล นันทา และจุฑามาศ สุขเกษม. (2560). *พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้*. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, 28(2), 93-103.
- สุวัฒน์ ธนกรนวัฒน์, พิมพ์นภา แซ่โซว, และจิรารัตน์ ไกรราช. (2554). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- อังคิสา พินิจจันทร์. (2558). *การให้บริการสุขภาพที่บ้าน*. กรุงเทพมหานคร: ไฮ-ควอน มัลติมีเดีย.
- อุบลรัตน์ รัตนอุไร และประภาส สงบุตร. (2562). *ผลของโปรแกรมจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้*. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(ฉบับพิเศษ), 146-151.

- อุไรลักษณ์ เทพวัลย์, สัมมนา มุลสาร, จิรสุตา โอธรรมย์, ก้องเกียรติ สำอางศรี, เอกราช เย็นวิจิตรโสภ, และ พุทธางกูร ใจเป็น. (2551). ผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมโดยการออกเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยเบาหวาน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 18(1), 39-51.
- เอกชัย อธิศักดิ์กุล. (2563). *การประชุมครอบครัว"ความกลัวที่อยู่ในใจ"*. สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2563, จาก <https://www.thansettakij.com/content/373210>
- Chaitin, E., Wood, G.J., & Arnold, R. M. (2013). Communication in the ICU: Holding a family meeting. Retrieved March 24, 2020, from <http://www.uptodate.com/contents/communication-in-the-icu-holding-a-family-meeting>
- DeLisser, H.M. (2010). *How I conduct the family meeting to discuss the limitation of life-sustaining interventions: a recipe for success*. Retrieved March 24, 2020, from <https://ashpublications.org/blood/article/116/10/1648/27400/How-I-conduct-the-family-meeting-to-discuss-the>
- Joshi, R. (2013). Family meetings: an essential component of comprehensive palliative care. Retrieved March 24, 2020, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3681449/pdf/0590637.pdf>
- Kidbunjong. R. (2015). Effect of home visit knowledge, attitude, self- care behaviors and fasting blood sugar in uncontrolled diabetes mellitus in Koksa-ard Nongbuarawae district, Chaiyaphum. Retrieved March 24, 2020, from <https://thaidj.org/index.php/CMJ/article/view/7372/6766>
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C (2005). The transtheoretical approach. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 147–171). Oxford University Press.
- Smith, C.M. (2013). *Home visit: opening the doors for family health*. In Maurer FA & Smith CM, editors. *Community public health nursing practice health for families and populations* 5th ed (pp. 298-321). St. Louis: Elsevier

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินจากเสียงดังในพนักงาน โรงงานผลิตข้าวโพดบรรจุกระป๋อง

มงคล รัชชะ, ปรด.*¹ จักรกฤษ เสงลา, วศม.*
อนุ สุราช, วทม.* สาโรจน์ นาคนู, สด.*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับเสียงดังในพื้นที่ทำงานโรงงานผลิตข้าวโพดบรรจุกระป๋องแห่งหนึ่ง และหาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินจากเสียงดัง (Noise-induced hearing loss; NIHL) ในพนักงานโรงงานข้าวโพดบรรจุกระป๋อง เก็บข้อมูลโดยการตรวจวัดระดับเสียงในบริเวณพื้นที่ทำงาน กลุ่มตัวอย่างเป็นคนงานในโรงงานข้าวโพดบรรจุกระป๋อง จำนวน 265 คน เก็บตัวอย่างข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้แบบสอบถาม และการตรวจวัดสมรรถภาพการได้ยินโดยแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ เพื่อหาความชุกการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินจากเสียงดัง วิเคราะห์ข้อมูลสถิติโดยใช้ chi-square test และ odds ratio (95% CI) ผลการศึกษา พบว่าความชุกการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินจากเสียงดัง ร้อยละ 21.13 ส่วนใหญ่มีระดับการได้ยินผิดปกติในช่วงความถี่ 4,000-6,000 Hz ระดับความดังเสียงเฉลี่ยภายในพื้นที่ทำงานตลอดระยะเวลาทำงาน (Time Weighted Average-TWA) 8 ชั่วโมงทำงาน อยู่ในช่วง 72.8-95.8 dBA และพบว่าบริเวณพื้นที่ทำงาน 8 SEG จากทั้งหมด 16 SEG มีความดังเสียงเฉลี่ยเกินมาตรฐานกฎหมายกำหนด (มากกว่า 85 dBA) บริเวณที่มีระดับเสียงเฉลี่ยดังที่สุด 3 อันดับแรกได้แก่ บริเวณเตรียมการข้าวโพดบรรจุกระป๋อง ผลิตข้าวโพดบรรจุกระป๋อง และ เตรียมการข้าวโพด บรรจุถุงสุญญากาศ ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินจากเสียงดังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อายุ (OR=3.31, 95% CI, 1.80-6.09) ระยะเวลาการสัมผัสเสียงดัง (OR=3.00, 95% CI, 1.07-5.69) การสัมผัสเสียงดังเกิน 85 dBA (OR=2.38, 95% CI, 1.28-4.46) และชั่วโมงการทำงานต่อวัน (OR=1.96, 95% CI, 1.08-3.57) ผู้บริหารโรงงานผลิตข้าวโพดบรรจุกระป๋องควรให้ความสำคัญกับการปรับปรุงทางด้านวิศวกรรมของเครื่องจักรเพื่อลดระดับเสียงดังในพื้นที่ทำงาน และมีการบริหารจัดการเพื่อลดระยะเวลาการสัมผัสเสียงให้แก่พนักงานที่อยู่ในพื้นที่ทำงานที่มีเสียงดังเกิน 85 dBA

คำสำคัญ: การสูญเสียสมรรถภาพการได้ยิน, ระดับเสียงดัง, พนักงานโรงงาน

วันที่รับ: 9 ธันวาคม 2564 วันที่แก้ไข: 29 มกราคม 2565 วันที่ตอบรับ: 7 มีนาคม 2564

*

อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

¹ ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: mongkol.r@ru.ac.th

Factors associated with noise-induced hearing loss among workers in a canned sweet corn factory

Mongkol Ratcha, PhD.^{*1} Chakkrit Sela, MEng.*
Anu Surach, MSc.* Saroj Nakju, PhD.*

Abstract

The aims of this study were to assess the noise levels in the work area of a canned sweet corn factory, to estimate the prevalence of noise-induced hearing loss, and to identify factors associated with noise-induced hearing loss among the factory workers. Data were collected by measuring noise levels in the working areas. A sample of 265 workers was participated in the study. Workers' personal data were collected using questionnaires. Hearing tests were done among 265 workers by occupational physicians to determine the prevalence of noise-induced hearing loss. The data were analyzed using the Chi-square test and odds ratio (95% CI) to determine the factors associated with noise-induced hearing loss. The results found that the prevalence of noise-induced hearing loss was 21.13%, and most of them had a level of hearing impairment in the 4,000-6,000 Hz frequency rang. Time Weighted Average (TWA) in 8-hour was in the range of 72.8-95.8 dBA. Also, it was found that eight similar exposure groups (SEG) out of 16 SEG working areas had average noise levels that exceeded the legal standard (over 85 dBA). The top three areas with the highest average noise levels were the canned corn preparation area, production of canned corn, and preparation of corn pouch, respectively. Factors associated with noise-induced hearing loss statistically significant at the 0.05 level were age (OR=3.31, 95% CI, 1.80-6.09), period of exposure (OR=3.00, 95% CI, 1.07-5.69), noise exposures exceed 85 dBA (OR=2.38, 95% CI, 1.28-4.46), and time of exposure/day (OR=1.96, 95% CI, 1.08-6.09). The findings suggest that executive members of the factory should recognize a significance of improvement of the machine engineering in the work areas to reduce the noise levels, and the management to reduce the amount of time exposure to noise in work areas where the noise level exceed 85 dBA

Keywords: Noise-induced hearing loss, Noise level, Factory workers

Received: December 9, 2021 Revised: January 29, 2022 Accepted: March 7, 2022

* Lecturer, Faculty of Public Health, Ramkhamhaeng University

¹ Corresponding author, Email: mongkol.r@ru.ac.th

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้รายงานว่า อาการหูหนวกและการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยิน พบได้แพร่หลายในประชากรทั่วทุกภูมิภาคและทุกประเทศทั่วโลก ประมาณ 466 ล้านคน หรือร้อยละ 5.5 ของประชากร และคาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 1 ใน 4 ของประชากรทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2050 (World Health Organization, 2018) สำหรับประเทศไทย การสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินจากการประกอบอาชีพในประชากรกลุ่มวัยแรงงานจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง เพราะเป็นกลุ่มที่สำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ จากข้อมูลสถิติสถานการณ์ การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน ปี พ.ศ. 2559-2563 พบโรคหูตึงจากเสียง จำนวน 80 ราย ร้อยละ 52.3 ของโรคที่เกิดขึ้น จากสาเหตุทางกายภาพทั้งหมด เป็นโรคที่พบสูงสุดอันดับแรกตลอด 10 ปีที่ผ่านมา (สำนักงานประกันสังคม, 2564)

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินในผู้ประกอบอาชีพที่มักพบโดยทั่วไปได้แก่ 1) การสัมผัสเสียงดังเกิน 85 เดซิเบล เอ (dBA) 2) การสัมผัสเสียงดังเป็นระยะเวลานาน 3) อายุ 4) โรคประจำตัว 5) การสวมใส่อุปกรณ์ PPE จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าพื้นที่การทำงานที่มีเสียงดังมีความสัมพันธ์กับการสูญเสียการได้ยินของพนักงาน เช่น พนักงานผลิตชิ้นส่วนเครื่องปรับอากาศและอุปกรณ์ทำความเย็น (กนกวรรณ อาจแก้ว, วิชัย พงษ์ชาริทธิกุล และสุนิสา ชัยเกลี้ยง, 2563) นอกจากนี้ยังพบว่า 28 โรงงานอุตสาหกรรมในประเทศมาเลเซียที่มีระดับเสียงดัง 86 dBA ขึ้นไปมีความเสี่ยงจากการสูญเสียการได้ยินและคาดว่าจะมีพนักงาน 103,000 คนได้รับผลกระทบ (Tahir, Aljunid, Hashim, & Begum, 2014) ปัจจัยด้านระยะเวลาการสัมผัสเสียงดังพบว่าระยะเวลาการทำงานต่อวันของพนักงานทำครกหิน ในจังหวัดพะเยามีความสัมพันธ์กับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยิน (Thongtip, Sangkham, & Sukpromson, 2020) และพบว่าคนงานในเขตนิคมอุตสาหกรรมดาร์ล ประเทศเนปาลที่มีระยะเวลาการทำงานที่นานขึ้นมีความสัมพันธ์กับการสูญเสียการได้ยิน (Paudel et al, 2019) ปัจจัยด้านอายุโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการได้ยินจะเสื่อมลงไปตามวัย (Peelle, & Wingfield, 2016) และจากการศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินของผู้ใหญ่ในประเทศเกาหลีพบว่า ช่วงอายุอยู่ในช่วง 40-64 ปี และ กลุ่มช่วงอายุ มากกว่า 65 ปี จะมีการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยิน ร้อยละ 21.1 และ ร้อยละ 69.7 ตามลำดับ (Hong et al, 2015) ปัจจัยด้านประวัติการเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัว พบว่าคนที่มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง ไช้นัส หัด ภูมิแพ้ทางอากาศ เป็นต้น จะมีความเสี่ยงก่อให้เกิดการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินมากกว่าบุคคลที่ไม่มีโรคประจำตัว (จิราพร ประกายรุ่งทอง และสุวัฒนา เกิดม่วง, 2560) ปัจจัยพฤติกรรมการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลพบว่าพนักงานที่มีพฤติกรรมการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันเสียงดังไม่ถูกต้องและไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดังมีความสัมพันธ์กับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยิน (อริสรา ฤทธิงาม, เจนจิรา เจริญการไกร, สุวรรณ จันทรประเสริฐ และจันทรทิพย์ อินทวงศ์, 2559)

ในการคุ้มครองแรงงานภายในประเทศ กระทรวงแรงงานได้ออกกฎหมายให้นายจ้างต้องควบคุมระดับเสียงที่ลูกจ้างได้รับเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงานในแต่ละวัน (Time Weighted Average-TWA) ระยะเวลา 8 ชั่วโมงการทำงานต้องไม่เกิน 85 dBA (ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานเรื่อง มาตรฐานระดับเสียงที่ยอมให้ลูกจ้างได้รับเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงานในแต่ละวัน, 2561) ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานของสถาบันความปลอดภัยและอาชีวอนามัยในการทำงานแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา (NIOSH) และสำนักงานบริหารความปลอดภัยและอาชีวอนามัยประเทศสหรัฐอเมริกา (OSHA) แนะนำให้พนักงานสัมผัสเสียงตลอดระยะเวลาทำงานไม่เกิน 85 dBA เช่นกัน (National institute for occupational safety and health, 1998) นอกจากนี้ยังมีการออกกฎหมาย เรื่องหลักเกณฑ์และวิธีการจัดทำมาตรการอนุรักษ์การได้ยินในสถานประกอบกิจการถ้าในพื้นที่ทำงานมีระดับเสียงดังเกินมาตรฐานที่กำหนดไว้ (ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานเรื่องหลักเกณฑ์และวิธีการจัดทำมาตรการอนุรักษ์การได้ยินในสถานประกอบกิจการ, 2561)

อุตสาหกรรมแปรรูปอาหารเป็นหนึ่งในอุตสาหกรรมหลักที่ขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศไทยสร้างรายได้เข้าสู่ประเทศและหนึ่งในอุตสาหกรรมอาหารแปรรูปที่สำคัญคือ อุตสาหกรรมข้าวโพดหวานบรรจุกระป๋องซึ่งมีมูลค่าการส่งออกสร้างรายได้เข้าประเทศ มูลค่า 6,721.71 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2563 (กระทรวงพาณิชย์, 2563) อย่างไรก็ตาม จากงานวิจัย

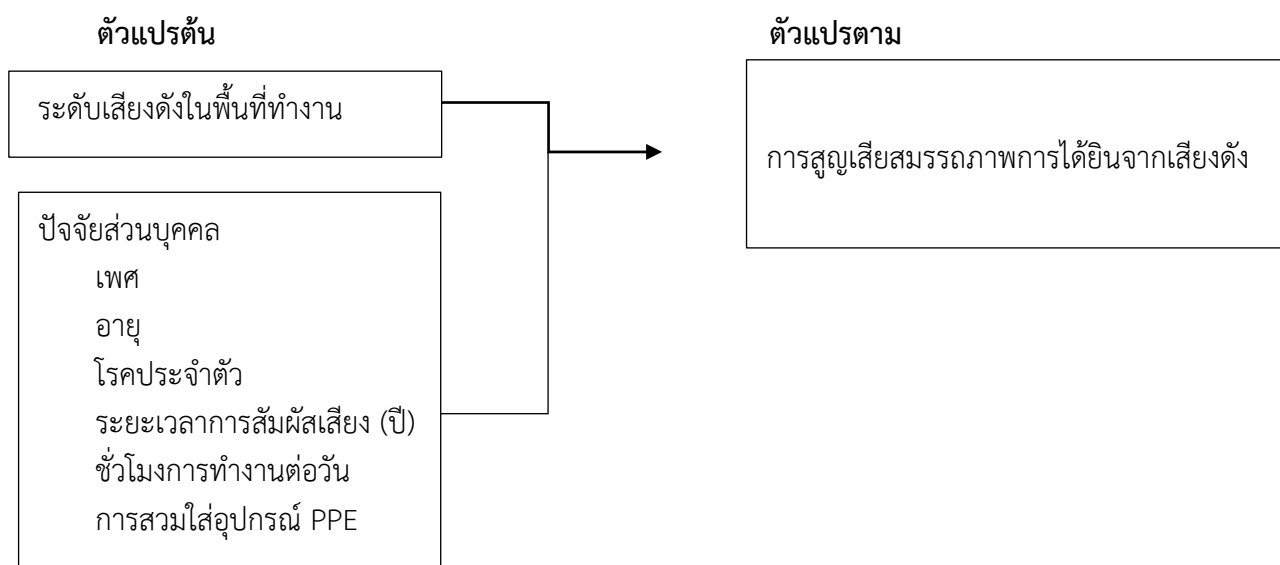
ที่ผ่านมาพบว่าระดับความดังเสียงในอุตสาหกรรมอาหารยังคงมีปัญหาในเรื่องระดับเสียงดังเกินมาตรฐาน ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ และเสี่ยงต่อการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยิน (Hon, Tchernikov, Fairclough, & Behar, 2020) ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาการสูญเสียการได้ยินของพนักงานโรงงานผลิตข้าวโพดบรรจุกระป๋อง จึงสนใจทำการประเมินระดับเสียงในพื้นที่ทำงานเพื่อหา ความชุกและหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินจากเสียงดังของพนักงาน ซึ่งสามารถนำผลเป็นข้อมูลเป็นแนวทางสำหรับลดโอกาสเสี่ยงต่อการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินจากการทำงานในโรงงานผลิตข้าวโพดบรรจุกระป๋องต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อประเมินระดับเสียงในพื้นที่ทำงานในโรงงานผลิตข้าวโพดบรรจุกระป๋อง
2. เพื่อหาความชุกการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินจากเสียงดังของพนักงานในโรงงานผลิตข้าวโพดบรรจุกระป๋อง
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินจากเสียงดังของพนักงานในโรงงานผลิตข้าวโพดบรรจุกระป๋อง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประเมินระดับเสียงดังในพื้นที่ทำงานเพื่อเปรียบเทียบตามมาตรฐาน และหาความชุกจากการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินในพนักงานโรงงานข้าวโพดบรรจุกระป๋องที่เป็นผลมาจากการสัมผัสเสียงดัง รวมทั้งปัจจัยอื่น ๆ อันก่อให้เกิดการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยิน ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ระยะเวลาการสัมผัสเสียง ชั่วโมงการทำงาน การสวมใส่อุปกรณ์ PPE



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ระยะเวลาการสัมผัสเสียง ชั่วโมงการทำงานต่อวัน การสวมใส่ อุปกรณ์ PPE และระดับเสียงดังในพื้นที่ทำงาน มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินจากเสียงดังในพนักงาน โรงงานข้าวโพดบรรจุกระป๋อง

ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (analytical cross-sectional study) เพื่อตรวจหาระดับเสียงในพื้นที่ทำงาน หาค่าความชุกการสูญเสียการได้ยิน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินในพนักงานโรงงานข้าวโพดบรรจุกระป๋อง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี ช่วงระหว่างเดือน กันยายน-ตุลาคม พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

พื้นที่การศึกษาคือ โรงงานข้าวโพดบรรจุกระป๋องขนาดใหญ่ที่มีการใช้เครื่องจักรขนาดมากกว่า 50 แรงม้า มีพนักงานตั้งแต่ 200 คนขึ้นไป ที่ตั้งโรงงานห่างไกลจากการจราจรหนาแน่นหรือโรงงานข้างเคียงเพื่อให้มั่นใจว่าไม่ได้รับเสียงดังจากภายนอกบริเวณซึ่งการวิจัยนี้เลือก โรงงานข้าวโพดบรรจุกระป๋องแห่งหนึ่งในเขตอำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี ประชากรในการวิจัย คือ พนักงานในโรงงานข้าวโพดบรรจุกระป๋องจำนวน 542 คน

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 265 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร เครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) โดยกำหนดสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5%

ทำการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified sampling) โดยคำนึงถึงลักษณะงานและการสัมผัสเสียงที่เหมือนกัน (similar exposure group: SEG) โดยการแบ่งพื้นที่ทำงาน 4 โซน คือ 1) โซนอาคารวัตถุดิบ ประกอบด้วย 1 SEG ได้แก่ ตักรับหน้าลานวัตถุดิบ 2) โซนอาคารผลิต ประกอบด้วย 9 SEG คือ โหลผลิต 1 ประกอบด้วย 3 SEG ได้แก่ เตรียมการข้าวโพดบรรจุกระป๋อง ผลิตข้าวโพดบรรจุกระป๋อง นึ่งฆ่าเชื้อข้าวโพดบรรจุกระป๋อง โหลผลิต 2 ประกอบด้วย 3 SEG ได้แก่ เตรียมการฝักอ่อนบรรจุกระป๋อง ผลิตฝักอ่อนบรรจุกระป๋อง นึ่งฆ่าเชื้อฝักอ่อนบรรจุกระป๋อง โหลผลิต 3 ประกอบด้วย 3 SEG ได้แก่ เตรียมการข้าวโพดบรรจุสุญญากาศ ผลิตข้าวโพดบรรจุสุญญากาศ นึ่งฆ่าเชื้อข้าวโพดบรรจุสุญญากาศ 3) โซนโกดังสินค้าสำเร็จรูปประกอบด้วย 3 SEG ได้แก่ จัดเรียงข้าวโพดบรรจุกระป๋อง จัดเรียงฝักอ่อนบรรจุกระป๋อง และจัดเรียง (บรรจุสุญญากาศ) และ 4) โซนอาคารวิศวกรรมประกอบด้วย 3 SEG ได้แก่ ซ่อมบำรุงเครื่องกล ซ่อมบำรุงงานสร้าง และ หม้อไอน้ำ (boiler) รวมทั้งหมด 16 SEG จากนั้นกำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างของพนักงานในแต่ละ SEG ตามจำนวนประชากรและทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) ในแต่ละ SEG เพื่อให้ครอบคลุมลักษณะของประชากร

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ดังนี้

1. เกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นพนักงานโรงงานผลิตข้าวโพดบรรจุกระป๋องที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ไม่เป็นโรคหูหนวก มีประสบการณ์ในการทำงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี ทำงานในลักษณะงานประจำที่อยู่ในพื้นที่ทำงานและสมัครใจเข้าร่วมวิจัย

2. เกณฑ์การคัดออก ย้ายแผนกหรือที่ทำงานใหม่ในขณะที่ทำการวิจัย หรือไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบสมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

1. เครื่องมือวัดระดับเสียง (sound level meter) รุ่น SV 973 และ เครื่องสอบเทียบระดับเสียง (sound calibrators) รุ่น SV 36 เครื่องวัดระดับเสียงผ่านการสอบเทียบเครื่องมือและได้รับการรับรองมาตรฐานมีค่าความคลาดเคลื่อนไม่เกิน 0.1 dBA ถือว่าอยู่ในระดับมาตรฐานที่เชื่อถือได้

2. แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษาเอกสารดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ระยะเวลาการสัมผัสเสียง ชั่วโมงการทำงานต่อวัน และการสวมใส่อุปกรณ์ PPE หากคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความสอดคล้องข้อคำถามกับวัตถุประสงค์โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67-1.00 ถือว่ามีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์

3. ข้อมูลผลตรวจสมรรถภาพการได้ยินโดยแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ ผลการตรวจวัดในหูข้างใดข้างหนึ่งได้ยินมีค่าเฉลี่ยมากกว่า 25 เดซิเบล ในระดับการได้ยินที่ความถี่ 500-3,000 Hz หรือ ค่าเฉลี่ยได้ยินมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 45 เดซิเบล ในระดับการได้ยินที่ความถี่ 4,000-6,000 Hz แสดงว่ามีระดับการได้ยินลดลง หรือ สูญเสียสมรรถภาพการได้ยิน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ทำการวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับให้กับกลุ่มตัวอย่างซึ่งสมัครใจเข้าร่วมโครงการและกรอกแบบยินยอมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลเสียใด ๆ การเก็บข้อมูลเป็นความลับและนำเสนอผลในภาพรวม งานวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยรามคำแหง เลขที่ RU-HRE 64/0099 ลงวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2564

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการ ดังนี้

1. วัดระดับเสียงดัง ใช้เครื่องตรวจวัดระดับเสียง (sound level meter) โดยตั้งค่าเครื่องเป็น สเกล A (weighting network A) และตั้งค่าการตอบสนองแบบช้า (slow) จากนั้นทำการสอบเทียบระดับเสียงด้วยเครื่องสอบเทียบระดับเสียง (sound calibrators) หลังจากนั้นทำการตรวจวัดระดับเสียงที่ระดับความสูง 150 เซนติเมตรโดยใช้ขาตั้งบริเวณพื้นที่ตรวจวัด มีทั้งหมด 4 พื้นที่ทำงาน รวมทั้ง 16 จุดเพื่อให้ครอบคลุม กลุ่ม SEG โดยทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่ เวลา 8.00 - 12.00 น. และเวลา 13.00 - 17.00 น.

2. การสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยทำการชี้แจงข้อมูลรายละเอียด และเก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัยกรอกแบบสอบถามตามข้อมูลรายละเอียดให้ครบถ้วนหลังจากนั้นตรวจสอบและรวบรวมข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ในขั้นตอนต่อไป

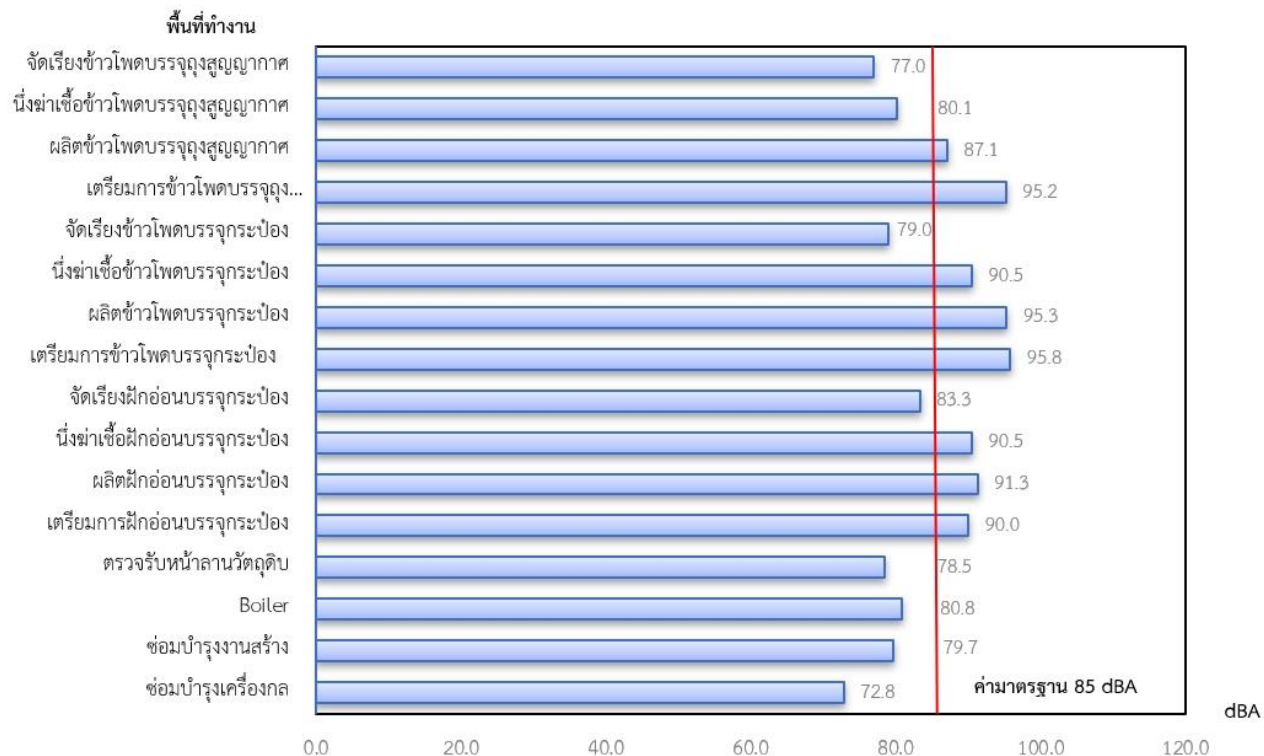
3. การตรวจสมรรถภาพการได้ยินโดยแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ ดังนี้คือ 1) ผู้รับการตรวจต้องงดการสัมผัสเสียงดัง ตื่นสุราเมึนมา อย่างน้อยเป็นเวลา 12 ชั่วโมง และต้องไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจในช่วงตรวจวัด 2) ห้องที่ใช้ตรวจวัดสมรรถภาพการได้ยินต้องมีระดับเสียงไม่เกิน 37 dBA 3) ทำการตรวจวัดสมรรถภาพหูด้วยเครื่องวัดสมรรถภาพการได้ยิน (audiometer) ที่ปล่อยเสียงบริสุทธิ์ (pure tone) โดยให้ผู้รับการตรวจฟังเสียงผ่านหูฟังเพื่อหาระดับเสียงต่ำสุดที่เริ่มได้ยิน (hearing threshold level) ตั้งแต่ความถี่ 500, 1,000, 2,000, 3,000, 4,000 และ 6,000 Hz ของหูแต่ละข้างโดยเป็นการวัดเฉพาะการนำเสียงทางอากาศ (air conduction)

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์ โดยวิเคราะห์ข้อมูล 2 ส่วน คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติวิเคราะห์ เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับเสียงดังในพื้นที่และผลกระทบจากการสัมผัสเสียงดัง โดยใช้สถิติ Chi-square และ Odds ratio (95% CI)

ผลวิจัย

1. ระดับความดังเสียงเฉลี่ยภายในพื้นที่ทำงาน พบว่าในระยะเวลาทำงาน 8 ชั่วโมง อยู่ในช่วง 72.8 -95.8 dBA ระดับเสียงดังที่สุด 3 อันดับแรกได้แก่ บริเวณเตรียมการข้าวโพดบรรจุกระป๋อง ผลิตข้าวโพดบรรจุกระป๋อง และ เตรียมการข้าวโพดบรรจุถุงสุญญากาศ ตามลำดับ ในขณะที่ระดับเสียงดังต่ำสุด 3 อันดับแรกได้แก่ บริเวณซ่อมบำรุงเครื่องกล ซ่อมบำรุงงานสร้าง และ ตรวจร่วบัดุดิบน้ําลาน ตามลำดับ ซึ่งระดับเสียงดังที่เกินมาตรฐานกฎหมายกำหนด (มากกว่า 85 dBA) พบในบริเวณพื้นที่ทำงาน 8 SEG ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ระดับเสียงในพื้นที่ทำงานโรงงานผลิตข้าวโพดบรรจุกระป๋อง ตลอดระยะเวลา 8 ชั่วโมงการทำงาน

2. ข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่างพนักงานโรงงานผลิตข้าวโพดบรรจุกระป๋อง พบว่า เป็นเพศชาย และ เพศหญิง จำนวนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 48.68 และ 51.32 อายุเฉลี่ย 35.35 ± 10.78 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 88.30 ระยะเวลาการสัมผัสเสียงเฉลี่ย 7.19 ± 4.96 ปี และสวมใส่อุปกรณ์ PPE ในขณะทำงานร้อยละ 100.00 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพนักงานโรงงานผลิตข้าวโพดบรรจุกระป๋อง (n=265)

รายการ	ความถี่	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	129	48.68
หญิง	136	51.32
อายุ		
≤ 40 ปี	181	68.30
> 40 ปี	84	31.70
อายุเฉลี่ย 35.35 ± 10.78 ปี Min = 19 ปี Max = 60 ปี		
โรคประจำตัว		
ไม่มี	234	88.30
มี	31	11.70
ชั่วโมงการทำงานต่อวัน		
ไม่เกิน 8 ชั่วโมงต่อวัน	179	67.55
มากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน	86	32.45
ระยะเวลาการสัมผัสเสียง		
1 - 5 ปี	130	49.06
6 - 10 ปี	80	30.19

รายการ	ความถี่	ร้อยละ
11 ปีขึ้นไป	55	20.75
ปีเฉลี่ย 7.19 ± 4.96 ปี min = 1 ปี max = 25 ปี		
การสวมใส่อุปกรณ์ PPE		
สวมใส่ขณะทำงาน	265	100.00
ไม่สวมใส่ขณะทำงาน	0	0

3. ความชุกจากการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินจากเสียงดัง พบว่าในกลุ่มตัวอย่างสูญเสียสมรรถภาพการได้ยิน ร้อยละ 21.13 โดยสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินช่วงความถี่สูงร้อยละ 15.85 และสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินทั้งช่วงความถี่ต่ำและช่วงความถี่สูง ร้อยละ 5.28 ดังแสดงใน ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความชุกจากการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินจากเสียงดังของกลุ่มตัวอย่างพนักงานโรงงานผลิตข้าวโพด บรรจุกระป๋อง (n=265)

ระดับการได้ยินของพนักงาน	กลุ่มตัวอย่าง (n=265)	
	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ	209	78.87
สูญเสียสมรรถภาพการได้ยินที่ความถี่ 4,000-6,000 Hz	42	15.85
สูญเสียสมรรถภาพการได้ยินที่ความถี่ 500 -3,000 Hz และ ความถี่ 4,000 -6,000 Hz	14	5.28
รวม	265	100

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยิน ในกลุ่มตัวอย่างพนักงานโรงงานผลิตข้าวโพดบรรจุกระป๋องพบว่า อายุ (OR=3.31, 95% CI, 1.80-6.09) ระยะเวลาการสัมผัสเสียง (OR=3.00, 95% CI, 1.07-5.69) การสัมผัสเสียงดัง (OR=2.38, 95% CI, 1.28-4.46) และชั่วโมงการทำงานต่อวัน (OR=1.96, 95% CI, 1.08-6.09) มีความสัมพันธ์กับสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วน เพศ และโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินจากเสียงดัง

กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 40 ปีเทียบกับอายุไม่เกิน 40 ปี มีโอกาสสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินเป็น 3.31 เท่า อายุงานมากกว่า 5 ปีเทียบกับอายุงานไม่เกิน 5 ปี มีโอกาสสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินเป็น 3.00 เท่า การสัมผัสเสียงดังเกิน 85 dBA เทียบกับการสัมผัสเสียงดังไม่เกิน 85 dBA มีโอกาสสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินเป็น 2.38 เท่า และชั่วโมงการทำงานเกิน 8 ชั่วโมงต่อวันเทียบกับชั่วโมงการทำงานไม่เกิน 8 ชั่วโมงต่อวัน มีโอกาสสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินเป็น 1.96 ตามลำดับ ดังแสดงใน ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินจากเสียงดัง ในพนักงานโรงงานผลิตข้าวโพดบรรจุกระป๋อง (n=265)

รายการ	ระดับการได้ยินของพนักงาน		OR (95%CI)	p
	ผิดปกติ	ปกติ		
	จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ				
ชาย	31 (11.70)	98 (36.98)	1.40 (0.78-2.54)	0.260
หญิง	25 (9.43)	111 (41.89)		
อายุ				
> 40 ปี	30 (11.32)	54 (20.38)	3.31 (1.80-6.09)	<0.001*
≤ 40 ปี	26 (9.81)	155 (58.49)		

รายการ	ระดับการได้ยินของพนักงาน		OR (95%CI)	p
	ผิดปกติ	ปกติ		
	จำนวน (ร้อยละ)			
โรคประจำตัว				
มี	9 (3.40)	22 (8.30)	1.63 (0.70-3.77)	0.252
ไม่มี	47 (17.73)	187 (70.57)		
ชั่วโมงการทำงาน/วัน				
> 8 ช.ม.	25 (9.43)	61 (23.02)	1.96 (1.08-3.57)	0.030*
≤ 8 ช.ม.	31 (11.70)	148 (55.85)		
อายุงาน				
> 5 ปี	40 (15.09)	95 (35.85)	3.00 (1.07-5.69)	0.001*
≤ 5 ปี	16 (6.04)	114 (43.02)		
การสัมผัสเสียงดัง				
> 85 dBA	38 (14.34)	98 (36.98)	2.38 (1.28-4.46)	0.005*
≤ 85 dBA	18 (6.79)	111 (41.89)		

*p < 0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาระดับความดังเสียงในโรงงานข้าวโพดบรรจุกระป๋องพบว่า พื้นที่มีเสียงดังเฉลี่ยเกินมาตรฐานประกอบด้วย 8 SEG ซึ่งอยู่โซนอาคารผลิตทั้งหมด ดังนี้ ไลน์ผลิตข้าวโพดบรรจุกระป๋อง ได้แก่ บริเวณในแต่ละพื้นที่เตรียมการ ผลิต และนึ่งฆ่าเชื้อ ไลน์ผลิตฝักก่อนบรรจุกระป๋อง ได้แก่ บริเวณในแต่ละพื้นที่เตรียมการ ผลิต และนึ่งฆ่าเชื้อ และ ไลน์ผลิตข้าวโพดบรรจุถุงสุญญากาศ ได้แก่บริเวณในแต่ละพื้นที่เตรียมการ และผลิต เนื่องจากพื้นที่ทำงานดังกล่าวมีเสียงดังเกิดจากเครื่องจักรที่ใช้ในการผลิต เช่น เครื่องปอกเปลือกข้าวโพด เครื่องตัดเมล็ด หม้อรีทอร์ท (retort) เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า กระบวนการเคลื่อนย้ายกระป๋องผ่านสายพานลำเลียงยังก่อให้เกิดเสียงดังอีกด้วย ซึ่งระดับเสียงดังกล่าว สอดคล้องกับระดับความดังเสียงในโรงงานแปรรูปอาหาร (เนื้อสัตว์) เมืองโตรอนโต ประเทศแคนาดา (Hon et al, 2020) และ ในโรงงานผลิตเครื่องดื่มน้ำอัดลม ในเมืองกูชร์นาลา ประเทศปากีสถาน ที่พบระดับเสียงเฉลี่ยเกิน 85 dBA ขึ้นไป (Maqsood, Younes, & Minallah, 2019) ในขณะที่ไลน์นึ่งข้าวโพดฆ่าเชื้อถุงสุญญากาศใช้หม้อรีทอร์ทขนาดเล็กจึงทำให้ระดับเสียงไม่เกินมาตรฐาน นอกจากนี้พื้นที่โซนอาคารวัตถุดิบ ได้แก่ ลานวัตถุดิบ โซนโกดังสินค้าสำเร็จรูปได้แก่ ไลน์จัดเรียงข้าวโพดบรรจุกระป๋อง จัดเรียงฝักก่อนบรรจุกระป๋อง และ จัดเรียงข้าวบรรจุถุงสุญญากาศ แหล่งกำเนิดเสียงส่วนใหญ่เกิดจากใช้รถยกไฟฟ้า (forklift) และ รถบรรทุกทำให้เสียงไม่ได้ดังเกินมาตรฐาน และโซนอาคารวิศวกรรม ได้แก่ ซ่อมบำรุงเครื่องกล งานสร้าง และ boiler ระดับเสียงดังไม่เกินกฎหมายกำหนด เนื่องจาก งานซ่อมและงานสร้างไม่ได้มีความยุ่งยากซับซ้อนมากนัก จึงไม่มีความจำเป็นต้องใช้เครื่องจักรกลขนาดใหญ่

จากผลการศึกษาพบว่าความชุกจากการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินจากเสียงดังร้อยละ 21.13 แสดงให้เห็นว่าระดับเสียงดังเกิน 85 dBA ซึ่งเกินมาตรฐานกฎหมายกำหนด ก่อให้เกิดการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินจากเสียงดังในพนักงานที่รับสัมผัสเสียงดัง สอดคล้องกับงานวิจัยของ กนกวรรณ อาจแก้ว และคณะ (2563) ที่พบว่า พื้นที่การทำงานที่มีเสียงดังมีความสัมพันธ์กับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินของพนักงาน และความชุกจากการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินของพนักงานผลิตชิ้นส่วนเครื่องปรับอากาศและอุปกรณ์ทำความเย็นร้อยละ 51.63 และ สอดคล้องกับงานวิจัยของ จิราพร ประกายรุ่งทอง และสุวัฒนา เกิดม่วง (2560) พบความชุกจากการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินในพนักงานผลิตชิ้นส่วนรถยนต์ร้อยละ 19.20 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยต่างประเทศ เช่น พบว่าความชุกจากการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินของพนักงานที่สัมผัสเสียงดังเกิน 85 dBA ในกลุ่ม 8 โรงงาน

อุตสาหกรรมในประเทศภูฏาน ร้อยละ 27.90 (Wangchuk & Dendup, 2020) และความชุกจากการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินโรงงานผลิตชิ้นส่วนรถยนต์ในประเทศจีน ร้อยละ 28.82 (Chen et al, 2019) จากงานวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างพนักงานส่วนใหญ่สูญเสียสมรรถภาพการได้ยินช่วงความถี่สูง (4,000-6000 Hz) แสดงให้เห็นว่าระดับการได้ยินผิดปกติในช่วงความถี่สูงของเครื่องจักร ไม่ใช่ ระดับการได้ยินผิดปกติในช่วงความถี่ที่พุดคุย (500-3,000 Hz) สอดคล้องกับงานวิจัยของ อีระศิษฐ์ เฉินบำรุง, วิทยา พิเชฐวีรชัย, ศรินทิพย์ ชาญด้วยวิทย์, วนิดา อินชิตและวันทนี หวานระเร็น (2561) ที่ได้ศึกษาผลการตรวจสมรรถภาพการได้ยินประจำปีของพนักงานในสถานประกอบการ 9 แห่งในจังหวัดระยอง พบความชุกของการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินมากที่สุดที่ความถี่ 6,000, 4,000 และ 3,000 Hz ตามลำดับ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุราสินี ศรีนุ่น, สมเจต บุญสิงห์, รสรินทร์ สกุลพราหมณ์ และมนพร ขาดิขานี (2556) พบว่าทหารเรือที่ปฏิบัติงานประจำกองบินที่สัมผัสเสียงดังในที่ทำงานอยู่ในช่วง 85.4-110 dBA มีความผิดปกติของระดับการได้ยินที่มีความถี่สูงร้อยละ 43

จากการศึกษาปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินได้แก่ อายุ ระยะเวลาการสัมผัสเสียง การสัมผัสเสียงดังเกิน 85 dBA และชั่วโมงการทำงานต่อวัน สามารถอธิบายได้ดังนี้

อายุ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 40 ปีมีโอกาสสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินเป็น 3.31 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุไม่เกิน 40 ปี อธิบายได้ว่าเมื่อพนักงานมีอายุมากขึ้นระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการได้ยินจะเสื่อมลงไปตามวัย และเมื่อกลุ่มพนักงานเหล่านี้สัมผัสเสียงดังที่เกิน 85 dBA จะทำให้ระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการได้ยินถูกทำลายมากกว่ากลุ่มพนักงานที่มีอายุน้อย ทำให้เสี่ยงต่อการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินมากกว่าปกติ ดังนั้นพนักงานที่มีอายุเกิน 40 ปีขึ้นไปจึงเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินจากเสียงดังมากกว่าปกติเมื่อทำงานในพื้นที่ที่มีเสียงดังเกิน 85 dBA ซึ่งต้องมีการบริหารจัดการทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยเพื่อลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ อริสรา ฤทธิงาม และคณะ (2559) พบว่าอายุมีสัมพันธ์กับการสูญเสียการได้ยินในพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมแปรรูปยางธรรมชาติ จังหวัดระยอง

ระยะเวลาการสัมผัสเสียงดัง กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการสัมผัสเสียงดัง มากกว่า 5 ปีเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการสัมผัสเสียงดัง ไม่เกิน 5 ปี มีโอกาสสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินเป็น 3.00 เท่า อธิบายได้ว่าการสัมผัสเสียงดังในที่ทำงานเป็นระยะเวลาที่ยาวนานก่อให้เกิดการเสื่อมสมรรถภาพการได้ยินเนื่องจากเสียงดังจะเข้าไปทำลายระบบประสาทรับสัมผัสการได้ยิน หากรับสัมผัสเป็นระยะเวลานานย่อมก่อให้เกิดการทำลายระบบประสาทดังกล่าวมากขึ้น โดยเฉพาะช่วงแรกของการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินจะเกิดขึ้นที่ช่วงความถี่สูง (4,000-6,000 Hz) หากมีการสัมผัสเสียงดังเป็นระยะเวลานานขึ้นจะส่งผลให้เกิดการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินในช่วงความถี่การได้ยินของมนุษย์ (500-3,000 Hz) ทำให้เกิดการสูญเสียการได้ยินแบบถาวร สอดคล้องกับงานวิจัยของ จิราพร ประกายรุ่งทอง และสุวัฒนา เกติม่วง (2560) พบว่าในกลุ่มคนงานโรงงานอุตสาหกรรมผลิตชิ้นส่วนรถยนต์ที่มีอายุงานเกิน 5 ปี มีโอกาสสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินเป็น 4.58 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีอายุงานน้อยกว่า 5 ปี

สัมผัสเสียงดังเกิน 85 dBA กลุ่มตัวอย่างที่สัมผัสเสียงดังเกิน 85 dBA เทียบกับพนักงานที่สัมผัสเสียงดังในพื้นที่ทำงานไม่เกิน 85 dBA มีโอกาสสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินเป็น 2.38 เท่า อธิบายได้ว่า เสียงดังเกิน 85 dBA ในที่ทำงานก่อให้เกิดการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยิน มาตรฐานกฎหมายไทยจึงให้พนักงานทำงานในที่ที่มีเสียงดัง 85 dBA ไม่เกิน 8 ชั่วโมงการทำงาน และต้องมีการจัดทำโครงการอนุรักษ์การได้ยินเพื่อหาวิธีลดระดับเสียงดังในที่ทำงาน เพื่าระวังการสัมผัสเสียงดัง และมีมาตรการในการลดสัมผัสเสียงดังให้แก่พนักงานสอดคล้องกับงานวิจัยของ กนกวรรณ อาจแก้ว และคณะ (2563) ที่ศึกษาความชุกของการสูญเสียการได้ยินและการสัมผัสเสียงของพนักงานผลิตชิ้นส่วนเครื่องปรับอากาศและอุปกรณ์ทำความเย็น พบว่าการสัมผัสเสียงดังเกิน 85 dBA มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินในพนักงาน

ชั่วโมงการทำงานต่อวัน กลุ่มตัวอย่างที่ทำงานเกิน 8 ชั่วโมงต่อวันเทียบกับชั่วโมงการทำงานไม่เกิน 8 ชั่วโมงต่อวัน มีโอกาสสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินเป็น 1.96 เท่า อธิบายได้ว่าการสัมผัสเสียงดังเป็น 85 dBA มากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน ก่อให้เกิดการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยิน เนื่องจากการสัมผัสเสียงดังเกิน 8 ชั่วโมงการทำงานจะทำให้ระบบประสาทที่

เกี่ยวข้องกับการได้ยินถูกทำลายมากขึ้นส่งผลให้มีความเสี่ยงในการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นพนักงานที่ทำงานในพื้นที่เสียงดังเกิน 85 dBA จึงควรต้องมีการบริหารจัดการให้พนักงานลดระยะเวลาการสัมผัสเสียงไม่เกิน 8 ชั่วโมงการทำงานตามที่กฎหมายกำหนด ซึ่งสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2018) ที่รายงานว่าการสัมผัสเสียงดังเกิน 85 dBA นานเกิน 8 ชั่วโมงต่อวันเป็นสาเหตุทำให้เกิดการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยิน และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Thongtip, Sangkham, & Sukpromson (2020) พบว่าการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินผู้ประกอบการอาชีพทำครกหินมีความสัมพันธ์กับจำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวัน

จากการศึกษาปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยิน ได้แก่ เพศ อธิบายได้ว่า โอกาสเกิดการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยิน ไม่ได้ขึ้นอยู่กับว่าเป็นเพศชายหรือเพศหญิง สอดคล้องกับงานวิจัยของ จิราพร ประกายรุ่งทอง และสุวัฒนา เกิดม่วง (2560) พบว่าเพศไม่ได้มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยิน และโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยิน อธิบายได้ว่า โรคประจำตัวไม่ได้ส่งผลหรือก่อให้เกิดการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยิน ซึ่งผลการวิจัยนี้พบว่าแตกต่างจากงานวิจัยของจิราพร ประกายรุ่งทอง และสุวัฒนา เกิดม่วง (2560) พบว่าคนงานที่มีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับการได้ยิน ได้แก่ โรคเจ็บคอหรือหวัด แพ้อากาศ ฝุ่นละออง ไซนัส คางทูม และหัด มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียการได้ยิน อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวเพียงร้อยละ 11.70 และโรคประจำตัวส่วนใหญ่คือ ความดันโลหิตสูง ไ้มนในเลือดสูง และ น้ำตาลในเลือดสูง เป็นต้น ซึ่งอาจได้ข้อมูลไม่พอเพียงที่จะยืนยันว่าโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเชิงลึกต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ผลการวิจัยพบว่า โชนอาคารผลิตมีระดับเสียงดังเกิน 85 dBA ซึ่งเกินมาตรฐานกฎหมายกำหนด ผู้บริหารโรงงานผลิตข้าวโพดบรรจุกระป๋องควรมีการปรับปรุงทางด้านวิศวกรรมของเครื่องจักรเพื่อลดระดับเสียงดังในพื้นที่ทำงาน เช่น การเปลี่ยนระบบลำเลียงสายพานจากอะลูมิเนียมให้เป็นวัสดุที่ลดการเกิดเสียง หรือติดตั้งอุปกรณ์ดูดซับเสียงในบริเวณพื้นที่เสียงดัง เป็นต้น

2. ผลการวิจัยพบว่า อายุ ชั่วโมงการทำงาน ระยะเวลาการสัมผัสเสียงดัง และ ระดับเสียงดังมีความสัมพันธ์กับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยิน ดังนั้นควรมีการบริหารจัดการพนักงานที่อยู่ในพื้นที่มีระดับเสียงดังเกินกฎหมายกำหนดเพื่อลดระยะเวลาการสัมผัสเสียงลงอย่างเหมาะสม เช่น ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนแผนก การเลือกใช้อุปกรณ์ PPE ที่มีประสิทธิภาพในการลดระดับเสียงดังที่เหมาะสมแก่พนักงาน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาแบบไปข้างหน้า (cohort study) เพื่อติดตามและเฝ้าระวังการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินจากเสียงดังในกลุ่มเสียงที่รับสัมผัสเสียงดังในพื้นที่ทำงานเกิน 85 dBA และ กลุ่มที่สูญเสียสมรรถภาพการได้ยินต่อไป

2. ควรศึกษาถึงชนิดและประสิทธิภาพของอุปกรณ์ PPE และพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ PPE ในการป้องกันเสียงในพื้นที่ทำงาน

3. ควรศึกษาแหล่งกำเนิดเสียงดังในช่วงความถี่ 4,000–6,000 Hz เพื่อเป็นแนวทางในการลดหาวิธีลดระดับเสียงในช่วงดังกล่าวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ อาจแก้ว, วิชัย พงษ์ธาราธิกุล และสุนิสา ชายเกลี้ยง. (2563). ความชุกของการสูญเสียการได้ยินและการสัมผัสเสียงของพนักงานผลิตชิ้นส่วนเครื่องปรับอากาศและอุปกรณ์ทำความเย็น. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 15(1), 1-13.
- กระทรวงพาณิชย์. (2563). มูลค่าการส่งออก การนำเข้า และดุลการค้าของไทย (รายเดือน). สืบค้นเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2564, จาก http://www.ops3.moc.go.th/infor/MenuComTH/stru1_export/export_topn_re/report.asp
- จิราพร ประกายรุ่งทอง และสุวัฒนา เกิดม่วง. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูญเสียการได้ยินจากการทำงานในกลุ่มคนงานโรงงานอุตสาหกรรมผลิตชิ้นส่วนรถยนต์ จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(3), 98-108.
- ธีระศิษฐ์ เฉินบำรุง, วิทยา พิเชฐวิรัช, ศรินทิพย์ ขาญด้วยวิทย์, วนิดา อินชิต และวันทนี หวานระรื่น. (2561). การเกิดร่องและขนาดของร่องที่พบได้จากการตรวจสมรรถภาพการได้ยินประจำปีของพนักงานจากสถานประกอบการ 9 แห่งในจังหวัดระยอง ประเทศไทย. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*. 48(1), 33-43.
- ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานเรื่อง มาตรฐานระดับเสียงที่ยอมให้ลูกจ้างได้รับเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงานในแต่ละวัน. (2561, 26 มกราคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 135 ตอนพิเศษ 19ง, หน้า 15.
- ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานเรื่องหลักเกณฑ์และวิธีการจัดทำมาตรการอนุรักษ์การได้ยินในสถานประกอบการ. (2561, 12 มิถุนายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 135 ตอนพิเศษ 134 ง, หน้า 15.
- สำนักงานประกันสังคม. (มิถุนายน 2564). *สถานการณ์การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน ปี 2559-2563*. สืบค้นเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2564, จาก https://www.sso.go.th/wpr/assets/upload/files_storage/sso_th/5ebe42693bf27ca624d2a14a89f99223.pdf
- สุธาสิณี ศรีนุ่น, สมเจต บุญสิงห์, รสรินทร์ สกุลพราหมณ์ และมนพร ขาดิขานี. (2556). การศึกษาการเกิดประสาทหูเสื่อมของผู้ปฏิบัติการในอากาศ กองทัพเรือ. *เวชสารแพทย์ทหารบก*. 66(2), 69-77.
- อริสรา ฤทธิงาม, เจนจิรา เจริญการไกร, สุวรรณ จันทรประเสริฐ และจันทรทิพย์ อินทวงศ์. (2559). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูญเสียการได้ยินในพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมแปรรูปยางธรรมชาติ จังหวัดระยอง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 30(3), 118-131.
- Chen, Y., Zhang, M., Qiu, W., Sun, X., Wang, X., Dong, Y., Chen, Z., ..., Hu, W. (2019). Prevalence and determinants of noise-induced hearing loss among workers in the automotive industry in China: a pilot study. *Journal of Occupational Health*, 61(5), 387-397. Doi: 10.1002/1348-9585.12066
- Hon, C. Y., Tchernikov, I., Fairclough, C., & Behar, A. (2020). Case study in a working environment highlighting the divergence between noise intensity and workers' perception towards noise. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 6122. doi: 10.3390/ijerph17176122
- Hong, J. W., Jeon, J. H., Ku, C. R., Noh, J. H., Yoo, H. J., & Kim, D. J. (2015). The prevalence and factors associated with hearing impairment in the Korean adults: the 2010-2012 Korea national health and nutrition examination survey (observational study). *Medicine*, 94(10), e611. doi: 10.1097/MD.0000000000000611.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.

- Maqsood, N., Younes, I., & Minallah, M. (2019). Industrial noise pollution and its impact on the hearing capacity of workers: A case study of Gujranwala city, Pakistan. *International Journal of Economic and Environmental Geology*, 10(2), 45-49. doi: 10.46660/ojs.v10i2.261
- National institute for occupational safety and health. (NIOSH), U.S. Department of health and human Services. (1998). Occupational noise exposure: Revised Criteria 1998, Cincinnati Ohio: NIOSH publication.
- Peelle, J. E., & Wingfield, A. (2016). The neural consequences of age-related hearing loss. *Trends in Neurosciences*, 39(7), 486-497. doi.org/10.1016/j.tins.2016.05.001
- Paudel, D., Bhandary, S., Pokharel, A., Chettri, S., Shah, S., Sah, B., ..., Manandhar, S. (2019). Noise induced hearing loss among factory workers of Dharan industrial area. *Journal of BP Koirala Institute of Health Sciences*, 2(2), 34–39. doi.org/10.3126/jbpkihs.v2i2.27856
- Thongtip S., Sangkham S., & Sukpromson R. (2020) Factors associated with occupational hearing loss among stone-mortar Workers in Phayao province, northern Thailand. *Journal of Health Science Medical Research*, 38(3), 213-219. doi: 10.31584/jhsmr.2020740
- Tahir N., Aljunid S.M., Hashim J.H., & Begum J. (2014). Burden of noise induced hearing loss among manufacturing industrial workers in Malaysia. *Iranian Journal Public Health*, 43(3), 148-153.
- Wangchuk P., & Dendup P. (2020). Prevalence of occupational noise induced hearing loss among industrial workers in Bhutan. *Bhutan Health Journal*. 6(1), 25-30. doi.org/10.47811/bhj.96
- World Health Organization. (2018). *Addressing the rising prevalence of hearing loss*. Geneva: World health organization, 2018.

ผลกระทบและการปรับตัวของผู้สัมผัสที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคโควิด-19 ที่ต้องกักตัวอยู่ที่บ้าน: การศึกษาเชิงคุณภาพ

นงนุช ปัญจธรรมเจริญ, พยม.*¹

สมศรี ทาทาน, พยม.* กาญจนา สาใจ, พยม.*

บทคัดย่อ

การกักตัวเป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคระบาด ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อบุคคลที่ถูกกักตัวทั้งในทางลบหรือทางบวก การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้เป็นรูปแบบเชิงพรรณนา (qualitative descriptive research) ตามแนวคิดของแซนด์โลว์สกี (Sandelowski, 2000) มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายผลกระทบและการปรับตัวของผู้สัมผัสที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคโควิด-19 ที่ต้องกักตัวอยู่ที่บ้าน ผู้ร่วมวิจัย (participants) คือ ผู้สัมผัสที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคโควิด-19 ที่ต้องกักตัวอยู่ที่บ้านที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 15 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ผลวิจัยพบว่า ผลกระทบเกิดขึ้นทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ ผลกระทบด้านสุขภาพ ผลกระทบด้านจิตใจ ผลกระทบทางสังคม และผลกระทบภายในครอบครัว การปรับตัว มี 4 ด้าน ได้แก่ การปรับตัวทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและครอบครัว จากผลการวิจัย จึงควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะถูกกักกัน การช่วยเหลือและเมื่อออกจากการกักกัน การให้ข้อมูลของโรคอย่างต่อเนื่องและถูกต้อง จะช่วยลดความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในชุมชนลงได้ และควรมีการศึกษาพัฒนาวิธีการลดความขัดแย้งในชุมชนในกรณีเกิดโรคระบาดใหม่

คำสำคัญ: ผู้ถูกกักตัว, ผลกระทบ, โรคโควิด-19, การปรับตัว

วันที่รับ: 27 ธันวาคม 2564 วันที่แก้ไข: 26 มกราคม 2565 วันที่ตอบรับ: 17 มีนาคม 2564

* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

¹ ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: nongnuch.p@bcnpy.ac.th

Impacts and adaptations among high risk closed contact to COVID-19 persons on home quarantine: a qualitative study

Nongnuch Punjathumjarern, MNS.^{*1}

Somsri Tatan, MNS.* Kanjana Sajai, MNS.*

Abstract

Quarantine can effectively prevent the spread of pandemic disease. It can affect the people who are under quarantine in both negative and positive ways. This study used a qualitative descriptive design (Sandelowski, 2000), aimed at explaining the impacts of home quarantine and adaptive strategies among persons who were at high risk of COVID-19 infection. The purposive sampling was used to select 15 people who were high risk of COVID-19 contact and on home quarantine. Data were collected using in-depth interview and analyzed by content analysis. The results revealed four main themes: physical health, mental health, social impacts and family impacts. Four adaptive strategies were found including: physical, mental, social, and family. These findings suggest that health care professionals should provide knowledge and practical information for the persons on home quarantine. Providing assistance as well as correct information constantly during and after a home quarantine could decrease conflicts occur in community. Future study should develop methods for prevention of conflicts associated with new disease epidemic in community.

Keywords: People on quarantine, Impact, COVID- 19, Adaptation

Received: December 27, 2021 Revised: January 26, 2022 Accepted: March 17, 2022

* Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Phayao, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, MOPH

¹Corresponding author, Email: nongnuch.p@bcnpy.ac.th

บทนำ

คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019, COVID -19) เป็นโรคติดต่ออันตรายและการแยกกักเพื่อสังเกตอาการเป็นการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 มาตรา 34 และ 35 ซึ่งให้อำนาจเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ มีอำนาจที่จะดำเนินการประกาศหรือออกคำสั่ง ให้ผู้ที่เป็หรือมีเหตุสงสัยว่าเป็นโรคติดต่ออันตรายหรือโรคระบาด หรือผู้ที่เป็ผู้สัมผัสโรคหรือเป็นพาหะ มารับขันสูตรทางการแพทย์และเพื่อความปลอดภัย อาจแยกกักกันหรือคุมไว้สังเกต ณ สถานที่กำหนด จนกว่าจะได้รับการขันสูตรทางการแพทย์ว่าพ้นระยะติดต่อของโรคหรือสิ้นสุดเหตุอันควรสงสัย ต้องหยุดการประกอบอาชีพเป็นการชั่วคราว ห้ามเข้าไปในสถานที่ชุมนุมชน หรือสถานที่อื่นใด เว้นแต่ได้รับอนุญาตจากเจ้าพนักงาน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563ก) การกักกัน (quarantine) เป็นมาตรการการควบคุมโรคยุคโบราณ ที่มีมาตั้งแต่ยุคคริสต์ศตวรรษที่ 14 ในช่วงที่มีการระบาดของกาฬโรคในทะเลเมดิเตอร์เรเนียนผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่ระบาดจะถูกกักตัวไม่ให้เข้าเมืองเป็นเวลา 40 วัน (Philip, 2002) การกักกันเพื่อสังเกตการเริ่มป่วยเป็นการจำกัดกิจกรรมของบุคคลที่มีสุขภาพดีเนื่องจากสัมผัสกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อระหว่างช่วงที่แพร่เชื้อ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อระยะเวลาเฝ้าสังเกตอาการจะขึ้นกับระยะฟักตัวที่ยาวที่สุดของเชื้อก่อโรคในกรณีของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีระยะฟักตัวของโรคนาน 2-14 วัน ดังนั้นจึงแยกตัวเพื่อเฝ้าสังเกตอาการเป็นเวลา 14 วัน ในกลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงสูง ซึ่งคือผู้สัมผัสที่มีโอกาสสูงในการรับหรือแพร่เชื้อ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563ข) ในกลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงสูงจะถูกคัดกรอง หากมีอาการตามนิยามผู้ป่วยที่จะเข้าเกณฑ์เฝ้าระวังและสอบสวน (patient under investigation: PUI) จะต้องถูกกักตัว (home quarantine) เป็นเวลา 14 วัน นอกจากนี้ยังมีคำสั่งจากศูนย์ปฏิบัติการด้านข่าวโรคติดเชื้อไวรัส 2019 ให้ผู้ที่เดินทางจากกรุงเทพมหานครและปริมณฑลกลับภูมิลำเนาในต่างจังหวัดตั้งแต่ 22 มี.ค. 2563 เป็นต้นไป ต้องรายงานตัวต่อผู้นำชุมชนและกักตัวเองในบ้าน 14 วัน และมีประกาศเพิ่มเติมให้ผู้เข้าไปในพื้นที่เสี่ยงทั้งหมด 25 จังหวัดให้กักตัวเอง 14 วัน เช่นกัน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563ค)

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2563ง)ได้เผยแพร่ข้อมูลกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับลงวันที่ 19 มีนาคม 2563 แนวทางการปฏิบัติ ในการกักกันไว้สังเกตที่ที่พักอาศัย การเตรียมความพร้อมด้านสถานที่พัก การแยกห้องนอนและห้องน้ำ การแยกของใช้ส่วนตัวและอุปกรณ์เครื่องใช้ อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ เช่น แอลกอฮอล์ที่มีความเข้มข้นอย่างน้อยร้อยละ 70 ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดมือแบบไม่ต้องล้างน้ำ สบู่ อุปกรณ์สำหรับทำความสะอาด เช่น ฤชขยะ ไม้ถูพื้น ผ้าสำหรับเช็ดทำความสะอาด ฤชมือ น้ำยาทำความสะอาดที่มีส่วนผสมของโซเดียมไฮโปคลอไรด์ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 0.5 หรือแอลกอฮอล์ที่มีความเข้มข้นมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 วัดอุณหภูมิกายทุกวัน หากพบว่าอุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ร่วมกับมีอาการทางเดินหายใจ เช่น ไอ น้ำมูก เจ็บคอ หอบเหนื่อย ต้องไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ในการเดินทางกลับบ้านจะต้องเป็นรถยนต์ส่วนตัว ใส่หน้ากากตลอดเวลา ถ้าเดินทางโดยรถรับจ้างต้องเป็นรถที่ไม่เปิดเครื่องปรับอากาศ แนวทางการปฏิบัติในการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ด้วยการล้างมือบ่อยๆ กรณีไม่มีให้ฤชมือด้วยผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดมือแบบไม่ต้องล้างน้ำ ให้ใส่หน้ากากตลอดเวลา กรณีที่อยู่กับบุคคลอื่นต้องแยกการรับประทานอาหาร และเก็บล้างภาชนะด้วยน้ำยาล้างจานผึ่งให้แห้งและตากแดด หากสั่งอาหารจากแหล่งอื่น ให้กำหนดจุดรับอาหารเพื่อป้องกันการสัมผัสใกล้ชิดการใช้ของใช้ส่วนตัวร่วมกับผู้อื่นน้ำดื่มต้องจัดแยกเฉพาะหากจำเป็นต้องพบปะผู้อื่น ให้ใส่หน้ากาก และรักษาระยะห่างไม่น้อยกว่า 1-2 เมตรและใช้เวลาสั้นที่สุด ส่วนระยะนั้นให้แยกขยะเป็น 2 ประเภทได้แก่ ขยะทั่วไปและขยะที่ปนเปื้อนน้ำมูก สารคัดหลั่ง ขยะที่ปนเปื้อนให้เก็บรวบรวมใส่ฤชขยะ 2 ชั้น และราดด้วยน้ำยาฟอกขาว มัดปากฤชให้แน่น แล้วนำไปทิ้งร่วมกับขยะทั่วไป นอกจากนี้ยังต้องทำความสะอาดโถส้วม อ่างล้างมือทุกวันด้วยน้ำยาทำความสะอาดที่มีส่วนผสมของโซเดียมไฮโปคลอไรด์ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 0.5 ดงกิจกรรมนอกที่อาศัย หยุดงาน หยุดเรียน หากมีความจำเป็นต้องออกนอกที่พักอาศัย ต้องขออนุญาตจากเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อก่อนเสมอ ในกักกันไว้สังเกต ณ ที่พักอาศัยดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ที่ต้องถูกกักตัวนั้น ต้องมีการเตรียมการก่อนล่วงหน้า ทั้งที่พักอาศัย การเตรียมเครื่องอุปโภค บริโภค การทำความเข้าใจกับมาตรการต่างๆ ซึ่งในสถานการณ์ของการ

เกิดโรคระบาดนั้น ผู้ถูกกักตัวจะมีเวลาค่อนข้างจำกัดในการเตรียมตัวทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดความไม่พร้อมในการกักตัว และไม่ได้เตรียมใจไว้ล่วงหน้าในการที่ต้องถูกกักตัว อีกทั้งโรคที่เกิดขึ้นก็เป็นโรคใหม่ที่ยังไม่มีความรู้ดีพอในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค ประกอบกับการมีข่าวสารปลอมอื่นๆ ที่ทำให้เกิดความสับสนมากขึ้นไปอีก ความไม่พร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ การต้องถูกแยกตัวออกจากครอบครัว การที่ยังไม่มีความรู้เพียงพอในการดูแลตนเองขณะต้องอยู่คนเดียว ประกอบกับข่าวสารต่างๆ ที่ทำให้เกิดความสับสน ส่งผลต่อร่างกายและจิตใจเป็นอย่างมาก ความเครียดจากการกักตัวอยู่ภายในบ้านส่งผลต่อปัญหาทางสุขภาพจิต ประกอบกับความกลัวการติดเชื้อเนื่องจากการที่เป็นโรคระบาดใหม่ ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายตามที่เป็นข่าว (ไทยรัฐ, 2563) นอกจากนี้ความรู้ในเรื่องโรคระบาดและการป้องกัน ในสถานการณ์ของโรคระบาดใหม่ยังไม่ชัดเจน ทำให้คนในครอบครัว เพื่อนบ้าน และชุมชน ไม่เข้าใจสถานการณ์ เกิดความรังเกียจ กลัวว่าผู้ที่ต้องถูกกักตัวจะมาแพร่เชื้อสู่ชุมชน รัฐบาลจึงต้องทำความเข้าใจกับบุคคลในครอบครัวและชุมชนรอบข้าง แต่อย่างไรก็ตามผู้ถูกกักกัน ก็ยังถูกรังเกียจ ถูกตีตราทางสังคม ในขณะที่ตัวกักกันเองก็กลัวและสตรียู่ด้วย ก็เสี่ยงต่อการถูกเอารัดเอาเปรียบทางเพศ ถูกทำร้ายในช่วงเวลาที่ต้องถูกกักกันอยู่ที่บ้าน (ณัฐฐา กิณะพันธ์, 2563) นอกจากนี้การแสวงประโยชน์และความรุนแรงต่อเด็กก็มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในช่วงที่มีเชื้อไวรัสโคโรนาระบาด มีจำนวนเด็กที่ถูกทอดทิ้ง การตั้งครุฑในวัยรุ่นสูงขึ้นกว่าปกติในประเทศจีนให้ประชาชนอยู่แต่ในบ้านเพื่อแก้ปัญหาการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 ตำรวจได้รับเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัวเพิ่มขึ้น 3 เท่าและยังพบว่ามีผู้หญิงเสียชีวิตจากการถูกทำร้ายในครอบครัวหลังจากคำสั่งกักตัวสิ้นสุดลงมีคดีฟ้องหย่าเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 25 (บุญวรา สุขะโนเจนพิงพร, 2563; สำนักส่งเสริมการเคารพสิทธิมนุษยชน, 2563) แต่ในทางตรงข้ามก็มีผู้ที่ถูกกักตัวโดยสมัครใจ สามารถเตรียมตัวเพื่อดูแลตนเอง แสวงหาทางออกในขณะที่ต้องถูกกักตัวและรับผิดชอบต่อสังคม เช่น ผู้เดินทางกลับจากประเทศที่มีการแพร่ระบาดรุนแรง ในขณะเดียวกันบางครอบครัว หรือบางชุมชน ก็ได้มีเวลาในการเตรียมการดูแลอย่างครบถ้วน โดยให้มีจัดให้มีระบบเครือข่าย อินเทอร์เน็ต เพื่อการเรียนรู้หรือการทำงาน และในชุมชนก็ช่วยสร้างแหล่งพักพิงในกรณีที่บ้านและสภาพแวดล้อมไม่เอื้ออำนวยในการกักตัว (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย, 2563) ในจังหวัดพะเยาพบการแพร่ระบาดของโรคระบาดใหม่ จากการเคลื่อนย้ายของแรงงานในช่วงการระบาดระลอกแรก ทำให้มีผู้ที่ต้องถูกกักตัวเป็นจำนวนมาก การถูกกักตัวเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และหลายหมู่บ้าน ทำให้ผู้ที่ต้องถูกกักตัวมีเวลาในการเตรียมตัวน้อยมากและเกิดผลกระทบขึ้นกับทั้งผู้ถูกกักตัวและชุมชนเป็นอย่างมาก ประกอบกับการเป็นโรคระบาดใหม่ยังขาดความรู้ในการดูแลตนเองและขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวในขณะที่ต้องถูกกักตัว

ผู้วิจัยจึงเห็นว่าการถูกกักกันตัวเพื่อการป้องกันโรคระบาดนั้น ในระยะเวลา 14 วัน ต้องทำทุกอย่างด้วยตนเอง ปฏิบัติตัวตามมาตรการอย่างเคร่งครัด คอยสังเกตอาการของตนเอง และยังมีผู้ที่ต้องถูกกักกันบางรายต้องอยู่ร่วมกับครอบครัว ทำให้ทุกคนในครอบครัวต้องปฏิบัติตัวตามมาตรการไปด้วย ถ้าบุคคลที่ถูกกักกันเป็นผู้นำครอบครัวก็จะมีผลถึงรายได้ของครอบครัว ประกอบกับโรคระบาดที่เกิดขึ้นเป็นโรคที่เกิดขึ้นใหม่ ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคนี้น้อย ต้องคอยติดตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นรายวัน ซึ่งอาจจะเกิดการคลาดเคลื่อนเพราะมีข่าวสารที่ไม่ถูกต้องมากมายเกิดขึ้น ทำให้เกิดความสับสนในการปฏิบัติตัว (ศูนย์ต่อต้านข่าวปลอมประเทศไทย, 2563) จากข้อมูลดังกล่าว การศึกษาโดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเชิงพรรณนา (qualitative descriptive) ที่ศึกษาด้วยการค้นหา จากการรับรู้และประสบการณ์ ประกอบด้วย อารมณ์ ความรู้สึก ความคาดหวัง และความเชื่อ โดยปราศจากอคติใด ๆ และไม่มีการตั้งสมมุติฐาน ในการศึกษาข้อมูลนั้นประกอบด้วยการกำหนดกรอบแยกข้อความเฉพาะที่เป็นประสบการณ์ที่ศึกษาและอธิบายโดยปราศจากอคติเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องนำไปพัฒนาและเตรียมความพร้อมเมื่อมีโรคระบาดและต้องกักกันผู้เสี่ยงอยู่ที่บ้านต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่ออธิบายผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้สัมผัสที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคโควิด-19 ที่ต้องกักตัวอยู่ที่บ้าน
2. เพื่ออธิบายวิธีการปรับตัวของผู้สัมผัสที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคโควิด-19 ที่ต้องกักตัวอยู่ที่บ้าน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเชิงพรรณนา (qualitative descriptive) ตามแนวคิดของ แซนเดลอร์สกี (Sandelowski, 2000) เป็นวิธีวิจัยที่เหมาะสมกับการอธิบายประสบการณ์ที่ตรงไปตรงมา ไม่เน้นการตีความและการให้ความหมายของประสบการณ์ (Lambert & Lambert, 2012) ในที่นี้เป็นการอธิบาย การถูกกักตัวอยู่ที่บ้านของผู้สัมผัสที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคโควิด-19 ด้านผลกระทบและวิธีการปรับตัวของผู้สัมผัสที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคโควิด-19

ผู้ร่วมวิจัย (participants) คือ ผู้สัมผัสที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคโควิด -19 และเคยถูกกักกันที่บ้าน 14 วันในพื้นที่อำเภอตากอากาศ จังหวัดพะเยา ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ (criterion-based selection) คือ เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการถูกกักตัว เป็นผู้สัมผัสที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคโควิด -19 และเคยถูกกักกันที่บ้าน 14 วันสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยและมีอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป และในกลุ่มที่มีอายุ 16-18 ปี ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง โดยมีการจัดเก็บข้อมูลจนข้อมูลมีความอิ่มตัว (saturation) จากผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา จำนวน 15 คน

เครื่องมือวิจัย

1. ผู้วิจัย เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการวิจัยเชิงคุณภาพ มีการเตรียมตัวพัฒนาตนเองให้เป็นนักวิจัยที่มีคุณภาพ ด้วยการเรียนรู้แนวคิด ทฤษฎี และฝึกทักษะการวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาข้อมูลจาก หนังสือ เอกสารงานวิชาการต่างๆ ผลงานวิจัย วิทยานิพนธ์ บทความทางวิชาการ หนังสือพิมพ์ วารสาร สื่อสิ่งพิมพ์ประเภทต่างๆ ซึ่งผู้วิจัยจะเลือกในส่วนที่มีความสัมพันธ์ เชื่อมโยง กับกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งข้อมูลดังกล่าวนี้ ผู้วิจัยจะนำมาเป็นกรอบแนวทางการสร้างแนวคำถาม ในการสัมภาษณ์ให้ทราบภาพสะท้อนข้อเท็จจริง ในการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

2. การสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงในการติดเชื้อ ได้แก่ การสัมผัสผู้ติดเชื้อ การอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ติดเชื้อ การร่วมเดินทางกับผู้ติดเชื้อ การทำกิจกรรมหรือทำงานร่วมกับผู้ติดเชื้อ

ส่วนที่ 2 แนวคำถามเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึก โดยเป็นการสัมภาษณ์ที่ใช้แนวคำถามปลายเปิด แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured) ประเด็นคำถามมีกรอบกว้างในประเด็นหลักๆ โดยเรียงลำดับเนื้อหาความต่อเนื่องได้แก่ “ช่วยเล่าความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ที่เกิดขึ้นในขณะนี้” “การกักตัวในความหมายของท่านคืออะไร” “ผู้ถูกกักตัว ต้องทำอะไรและท่านรู้สึกอย่างไรกับการกักตัว” “เมื่อรับทราบเรื่องการต้องถูกกักตัวได้มีการเตรียมตัวอย่างไร ก่อนการถูกกักตัว” “กรุณาเล่าในตอนที่กักตัว 14 วัน ขณะที่ต้องอยู่คนเดียวมีการปฏิบัติตัวอย่างไร” “เกิดผลกระทบอะไรบ้างและปรับตัวอย่างไร” “กรุณาเล่าหลังจากกักตัวครบ 14 วัน เมื่อออกจากกักตัว เกิดผลกระทบอะไรบ้างและปรับตัวอย่างไร” ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับเรื่องโรคระบาด และนักวิชาการที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องโรคระบาด จำนวน 2 ท่าน

3. แนวทางการสังเกตพฤติกรรมที่เกิดขึ้นขณะการให้สัมภาษณ์

4. อุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง สมุดบันทึก ปากกา

การพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัย

โครงร่างวิจัยที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยาร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา (เลขที่โครงการ REC 006/63) โดยผู้วิจัยแนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย หลักเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมวิจัย วิธีการรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่ได้รับสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และการเก็บความลับของข้อมูล และสามารถถอนตัวออกจาก การวิจัยได้ทุกเมื่อ ถ้าเกิดมีความไม่สบายใจ และขออนุญาตเพื่อการจดบันทึกและบันทึกเสียงระหว่างทำการสัมภาษณ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและในกลุ่มที่มีอายุ 16-18 ปี ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากผ่านคณะกรรมการจริยธรรม ผู้วิจัยได้ประสานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอกคำใต้และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูล การสัมภาษณ์เริ่มโดยการแนะนำตัว แจ้งสิทธิของผู้ให้ข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เจาะลึก ใช้เวลาสัมภาษณ์คนละ 45-60 นาที โดยประมาณในกรณีที่อายุ 16 ปี แต่ไม่ถึง 18 ปี ให้ผู้ปกครองอยู่ด้วยในขณะสัมภาษณ์

2. ระหว่างการสนทนาผู้วิจัยจับประเด็นของข้อมูล และจดบันทึกสรุปสั้นๆ พร้อมกับการบันทึกเทปการสนทนา และมีการสังเกตร่วมด้วย

3. ภายหลังจากสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยถอดเทปและพิมพ์เป็นลายลักษณ์อักษร แบบคำต่อคำ แล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูลทันทีในแต่ละราย ข้อมูลมีการอิ่มตัว (saturation of data) ที่ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 15 จึงยุติการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นจำนวน และร้อยละ

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยคุณภาพเชิงพรรณนา ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) (Sandelowski, 2000) มีขั้นตอน ดังนี้

- 1) ถอดข้อความจากการบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ อ่านข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์อย่างพิถีพิถันเพื่อให้เกิดความเข้าใจและความรู้สึกตามข้อความในคำบรรยายนั้นๆ ของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย
- 2) จัดระเบียบเนื้อหาข้อมูลและกำหนดรหัสข้อมูลโดยเลือกข้อความที่มีความหมายในประเด็นของการศึกษา และกำหนดรหัสแทนความหมายของข้อความนั้น
- 3) จัดกลุ่มข้อมูล โดยจัดรหัสทั้งหมดให้เป็นหมวดหมู่ จากนั้นคัดเอาข้อมูลที่ตรงกับรหัสแต่ละตัวมารวมไว้ที่เดียวกันเพื่อความสะดวกในการหาความหมายและหาข้อสรุป
- 4) หาข้อสรุปจากการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูล โดยมองหาแบบแผน เรื่อง หรือประเด็นที่ปรากฏจากข้อมูล

ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness)

ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล ด้วยวิธีการดังนี้

1. การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล (credibility) ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์จริงและสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจพร้อมที่จะถ่ายทอดประสบการณ์ให้ฟัง เมื่อสัมภาษณ์เสร็จผู้วิจัยได้ทำการสรุปการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง แล้วให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันและเพิ่มเติมในส่วนที่ไม่ละเอียดและไม่ชัดเจน รวมทั้งมีการสะท้อนคิดของผู้วิจัยเพื่อทำการตรวจสอบความคิด ความรู้สึก ที่เกิดขึ้นในขณะเก็บข้อมูลเพื่อลดความลำเอียงที่อาจจะเกิดขึ้นได้ นอกจากนั้น ผู้วิจัยยังนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ผลไปตรวจสอบกับผู้ร่วมวิจัย 2 คน และอาจารย์พยาบาลที่มีความรู้และเชี่ยวชาญการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 คน

2. ความสามารถพึ่งพากับเกณฑ์อื่นได้ (dependability) ผู้วิจัยเขียนขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการสรุปผลการวิจัยอย่างละเอียดเพื่อให้เข้าใจและสามารถตรวจสอบได้ ผู้วิจัยใช้เวลาในการสัมภาษณ์เหมาะสม ทำให้ได้ข้อมูลที่เที่ยงตรง

3. ความสามารถเชื่อมโยงได้ (transferability) ผู้วิจัยเขียนบรรยายลักษณะของการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเพื่อให้เข้าใจและสามารถประยุกต์ใช้ข้อค้นพบครั้งนี้ได้ในผู้ป่วยที่มีลักษณะและอยู่ในบริบทคล้ายคลึงกัน องค์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัย สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์หรือประยุกต์ใช้ในบริบทที่ใกล้เคียงกัน

4. ความสามารถในการยืนยันผล (confirmability) ผู้วิจัยมีการตรวจสอบผลการวิจัยกับวัตถุประสงค์ ตรวจสอบผลการวิจัยกับกระบวนการ วิธีการออกแบบในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการตรวจสอบสามเส้า เป็นการวัดความเป็นกลางหรือการไม่ลำเอียง ซึ่งการยืนยันการวิจัยเกิดขึ้นเมื่อมีขั้นตอนความเชื่อถือได้ การเชื่อมโยงวิจัย และการพึ่งพาเกณฑ์อื่นได้

ผลวิจัย

ส่วนที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลมีจำนวนทั้งหมด 15 รายภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดพะเยา เป็นเพศชายร้อยละ 60 อายุระหว่าง 15-76 ปี ศาสนาพุทธร้อยละ 100 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 40 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 40 อาชีพเกษตรกรร้อยละ 46.66 รายได้ประมาณ 3,000–5,000 บาทต่อเดือน โรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง 1 ราย ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงในการติดเชื้อ ได้แก่ 1) สัมผัสผู้ติดเชื้อร้อยละ 93.33 2) เป็นผู้ที่มีภาวะเสี่ยงจากการทำงานร้อยละ 13.34

ส่วนที่ 2 ผลจากการศึกษาผลกระทบและวิธีการปรับตัวที่เกิดขึ้น สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเด็นหลัก โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 ผลกระทบที่เกิดขึ้นขณะที่ต้องกักตัวอยู่ที่บ้านจากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าเกิดผลกระทบทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ 1) ผลกระทบด้านร่างกาย เกี่ยวข้องกับสุขภาพ 2) ผลกระทบด้านจิตใจเกิดจากความกลัว ความเครียด 3) ผลกระทบทางสังคมเกิดจากการถูกรังเกียจ 4) ผลกระทบภายในครอบครัวเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ผลกระทบด้านร่างกาย มีความรู้สึกเบื่ออาหาร และอาหารส่วนใหญ่เป็นอาหารสำเร็จรูป ไม่มีอาหารสด ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง เกิดผลทำให้น้ำหนักลดลงตามให้ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายดังนี้ “มีแต่มาฆ่ากับข้าวกล่องแจกเกือบกิโล (ทุกมื้อ) มันเบื่อ” (ID2) “อยากแต่กินปได้น้ำหนักลดลง 74 กิโลเหลือ 68 ในเดือนเดียว” (ID15)

ความกลัวว่าจะติดโรค จึงตัดสินใจซื้อสินค้าบริโภคต่าง ๆ มารับประทาน ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ตามมาจากการซื้ออาหารและยาต่าง ๆ ตามความเชื่อ และจากสื่อต่าง ๆ ตามที่ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายดังนี้ “อะหยั่งดีเป็นว่าดีซื้อมากินหมด (ทุกอย่าง) กินจนไตวาย ต้องไปนอนโฮงยา (โรงพยาบาล) เป็นเดือน” (ID11)

นอกจากนี้ ยังมีผลกระทบต่อการนอน เนื่องจากรู้สึกเครียด ความกังวลว่าจะติดเชื้อ ทำให้นอนไม่หลับพักผ่อนไม่เพียงพอตามให้ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายดังนี้ “เครียด กลัวติดโรค นอนไม่หลับ” (ID12)

การต้องทำทุกอย่างด้วยตนเอง และกรณีไม่มีห้องส่วนตัว แบ่งพื้นที่กันอยู่ มีการแยกของใช้ แต่ของใช้บางอย่างต้องใช้ร่วมกันเกิดผลกระทบทำให้เกิดการเหนียวแน่น และทุกข์ทรมาน ตามที่ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายดังนี้ “ต้องล้างห้องน้ำคนเดียว มันอึด(เหนื่อย) เฮาก่าเฒ่า (สูงอายุ) ละนะ....ดีบ่ดีซ็อกตายเลย ทุกข์ทรมาน” (ID14)

การที่ต้องถูกจำกัดสถานที่ และพื้นที่ที่คับแคบ ทำให้การเคลื่อนไหวทำได้จำกัด และรู้สึกอึดอัดตามกับผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายดังนี้ “ลำบากอยู่ ที่อยู่ตวยกัน เดินไปไหนปอมะได้ (แทบไม่มีที่เดิน)” (ID7)

1.2 ผลกระทบด้านจิตใจ จากการได้อยู่ใกล้ชิดผู้ติดเชื้อทำให้เกิดความรู้สึกกลัวว่าจะติดเชื้อ และการที่เจ้าหน้าที่สวมชุดป้องกันมาที่บ้าน ทำให้กลัวว่าสังคมจะเข้าใจว่าตนเองติดเชื้อ กลัวการถูกสังคมรังเกียจ ทำให้เครียดเป็นอย่างมาก รู้สึกเหมือนถูกกีดกันออกจากสังคม ทำให้รู้สึกหดหู่ ท้อแท้ ซึมเศร้าตามกับผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวดังต่อไปนี้ “ว่าไผเป็นนี้ใจอ่อนอ่อน (ใจเสีย) ตั้งว่า (คิดว่า) ตายแน่”(ID4) “หัน (เห็น) เจ้าหน้าที่ใส่เสื้อผนามาหานี้จิตตก (ท้อแท้) เลย”(ID6) “ตอนนั้นคิดจะผูกคอตายเลย เครียดที่สุดในโลก”(ID14)

บางรายมีคนในครอบครัวแสดงอาการรังเกียจ กล่าวโทษว่าเป็นคนนำเชื้อมาสู่ครอบครัว ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว ไม่มีที่ปรึกษา ไม่มีใครในครอบครัวคอย นอกจากนั้นการที่ต้องอยู่คนเดียว คนในบ้านเดียวกันไม่มีใครพูดคุยด้วย ทำให้รู้สึกเบื่อหงุดหงิด ตามกับผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายดังนี้ “บ่มีที่จะระบาย” (ID5) “อยู่โคตรท่าย(เบื่อ) เลย”(ID2) “หงุดหงิด ยะอะหยั่งบ่ได้(ทำอะไรไม่ได้) ไปไหนกับได้” (ID3)

1.3 ผลกระทบด้านสังคม ผลกระทบทำให้เกิดความรู้สึกหวาดระแวงกลัวว่าคนรอบข้างจะรู้ตัวตนเองเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ตามกับผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายดังนี้ “รักษาอยู่ที่บ้าน กั้วเขาเล่ากัน (กลัวคนอื่นจะพูดบอกต่อ ๆ กัน)” (ID1) “เห็นเจ้าหน้าที่ใส่ชุดป้องกัน เข้ามาที่บ้านนี้ตั้งกลัวเขาเล่า” (กลัวว่าจะถูกนินทา) (ID4)

ความรู้สึกว่าถูกรังเกียจจากคนรอบข้าง ตามที่ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายดังนี้ “คนอื่นหันเห (เห็นเรา) เป็นตัวเชื้อโรคนำมาพาหะมาสู่เขา” (ID1) “คนอื่นหันเห(เห็นเรา)แล้ว เขาขยะแขยงเหา(เรา)”(ID5) “ถูกต่อว่า บางร้านไม่ขายกับข้าวหื้อ (ไม่ขายอาหารให้)” (ID11) “เหมือนเชื้อโรคจะกระเด็นกระดอนไปหาเขา ละอ่อนตัวน้อยๆ ก็ยังรังเกียจเหา (เด็กเล็กก็ยังรังเกียจ)” (ID7)

เมื่อครบการถูกกักกันแล้ว บางรายไม่มีใครรับเข้าทำงาน หรือทำงานด้วยความลำบากใจ เนื่องจากการถูกรังเกียจ และกีดกัน ตามที่ ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายดังนี้ “บได้ทำงานไปสมัครที่ไหนก็ไม่รับ (ไม่มีใครรับเข้าทำงาน) เขารู้ว่าเราเคยถูกกักกัน” (ID14) “คนเข้าร่วมประชุมไม่ยอมมานั่งใกล้ ทั้งที่นั่งโต๊ะเว้นโต๊ะแล้ว” (ID5) “หลังครบ 14 วันไปขายของที่ตลาดอีกหมู่บ้าน รู้สึกว่าถูกรังเกียจ ไม่อยากค้าขายด้วย” (ID11) “เขาหันหน้าเขาก็จะไล่บ่หื้อขาย (ถูกไล่ไม่ให้ขายของ)” (ID8)

1.4 ผลกระทบภายในครอบครัว ความรู้สึกว่าเป็นคนที่น่าเชื่อถือมาแพร่ให้กับคนในครอบครัว เกิดความวิตกกังวล ความโกรธ ตามที่ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายดังนี้ “ลูกสาวลูกเขยมาขึ้นหน้าด่า” (ID13) “ผิดกันตลอด (ทะเลาะกันตลอด) ในบ้านนี้ ห้ามใกล้กัน” (ID6)

เกิดความแตกแยกในครอบครัวตามผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายดังนี้ “พี่น้องผิดกัน ด่ากัน ป่อจะฆ่ากัน (ทะเลาะกัน จนเกือบจะฆ่ากัน)”(ID6)

การที่ต้องถูกกักตัว ทำให้ต้องหยุดงาน ขาดรายได้ เนื่องจากส่วนใหญ่ เป็นการทำงานรายวัน แต่ ไม่ได้เป็นผู้นำครอบครัว ตามที่ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายดังนี้“บได้ไปทำงาน ขาดรายได้”(ID14)

ประเด็นหลักที่ 2 การปรับตัวขณะและหลังจากที่ต้องกักตัวอยู่ที่บ้าน จากวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาพบว่าเกิดการปรับตัว 4 ด้านได้แก่ 1)การปรับตัวด้านร่างกายเกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ 2) การปรับตัวด้านจิตใจเพื่อลดความกลัว ความเครียด 3) การปรับตัวด้านสังคมเพื่อการดำเนินชีวิต 4) การปรับตัวด้านครอบครัว เพื่อลดการกระทบกระทั่งกันในครอบครัว การปรับตัวที่เกิดขึ้นทั้ง 4 ด้าน มีรายละเอียดดังนี้

2.1 การปรับตัวด้านร่างกาย พบว่าบางรายก็รับประทานอาหารที่ทางราชการจัดให้ ไม่คิดมาก ตามที่ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายดังนี้ “ออกไปไหนบได้ เป็นเอาหยังมาหื้อกินก็ดีละ (เขาเอาอะไรมาให้กิน) กินไป” (ID7)

บางรายก็ใช้วิธีการสั่งอาหารทางแบบออนไลน์หรือให้คนรู้จักหรือญาติไปซื้ออาหารให้ ตามที่ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายดังนี้ “อยากได้หยังก็สั่งเอา (สั่งอาหารทางแบบออนไลน์)” (ID10) “ฝากคนข้างบ้านซื้อของ” (ID5)

ส่วนการออกกำลังกายก็เดินออกกำลังกายบริเวณพื้นที่ที่มี ตามที่ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายดังนี้“เดินอยู่ในบ้าน ในห้องนี้เอา”(ID12)

2.2 การปรับตัวด้านจิตใจ เพื่อลดความเครียด ความกังวล ความหดหู่ ซึมเศร้า จนถึงความรู้สึกอยากฆ่าตัวตาย โดยใช้วิธีอยู่คนเดียว ไม่พูดคุยกับใคร ตามที่ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายดังนี้“อยู่คนเดียว หันหน้าเข้าข้างฝาจะได้ไม่คิดมาก” (ID14) “อยู่คนเดียวเงียบๆ บ่สงสัยกับไผ” (ID7)

หรือบางรายก็ไหว้พระสวดมนต์ บบนานสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ฟังธรรมทางวิทยุ ตามที่ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายดังนี้ “ไหว้พระสวดมนต์”(ID7) “บ่นไว้กับผีบ้าน ผีเฮือน(บ่นกับผีบ้านผีเรือน)” (ID12) “ฟังวิทยุธรรมเอา บ่เครียด” (ID6)

พยายามคิดในแง่บวก ตามที่ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายดังนี้ “มันตึงบ่ตายง่าย ๆ คิดจะอัสบายใจ (มันไม่ตายง่าย ๆ คิดแบบนี้สบายใจ)”(ID15) “มันหายได้ เขาวามันหายได้” (ID1)

2.3 การปรับตัวด้านสังคม ลดความรู้สึกว่าถูกรังเกียจ โดยการเก็บตัว แยกตัวออกจากผู้อื่น โดยพบว่าบางรายเมื่อครบการกักตัวก็ยังไม่ออกจากบ้าน ตามที่ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายดังนี้ “บ่ออก (ไม่ออก) หนักที่ที่ครบ 14 วันอยู่ต่อไป” (ID2) บางรายใช้วิธีแยกตัว “เขารังเกียจเราก็กบ่ต้องไปใกล้เขา เขาแจกข้าวกล่อง ก็เอามากินที่บ้าน” (ID5)

การตั้งกลุ่มสังคมออนไลน์กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกัน เพื่อพูดคุยและขอความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น ตามที่ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายดังนี้ “ตั้งกลุ่มไลน์ (line) ชาวบ้านเครียด ต้องคุยเป็นเพื่อน” (ID9)

2.4 การปรับตัวด้านครอบครัว เพื่อยังคงไว้ซึ่งความรัก ความสามัคคีในครอบครัว พบว่าใช้ความอดทน อดกลั้น ตามที่ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายดังนี้ “อยู่ไป อดเอา บ่ต้องไถ่กัน บ่ต้องอุ้กัน (อดทน ไม่ต้องอยู่ไถ่กัน ไม่พูดกัน)” (ID11)

มีการตั้งกลุ่มสังคมออนไลน์เพื่อช่วยเหลือกัน ตามที่ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายดังนี้ “พี่น้องกันตั้งกลุ่มในไลน์ (line) พึ่งพากันเอาในนั้นนะ”(ID6)

มีการปรับตัวด้านรายได้ โดยการใช้จ่ายอย่างประหยัด ตามที่ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายดังนี้ “ต้องประหยัด” (ID6) “ได้เงิน เยียวยาอยู่แต่ก็บ่รู้ว่ามันจะเงินเท่าไร (ไม่รู้ว่าจะได้รับอีกนานเท่าไร)” (ID14)

อภิปรายผล

จากผลการสัมภาษณ์ วิธีการปรับตัวและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้สัมผัสที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรค โควิด-19 ที่ต้องกักตัวอยู่ที่บ้านสามารถอภิปรายได้ดังต่อไปนี้

ประเด็นหลักที่1 ผลกระทบที่เกิดขึ้นขณะที่ต้องกักตัวอยู่บ้าน

ผลกระทบด้านร่างกาย ที่พบได้แก่ การรับประทานอาหารได้ลดลง น้ำหนักลดลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของแมททีโอลิ, นาซี, คอคชี, และฟารินETTI (Mattioli, Nasi, Cocchi & Farinetti, 2020) ที่พบว่าผลจากการถูกกักตัวจะทำให้พฤติกรรมการบริโภคเปลี่ยนแปลงไป ประกอบกับการที่ไม่สามารถเลือกชนิดของอาหารไม่สามารถซื้ออาหารเอง การขาดรายได้ในช่วงถูกกักตัว สิ่งเหล่านี้ทำให้ต้องบริโภคอาหารสำเร็จรูปแทนอาหารสด อาหารสำเร็จรูปนั้นมีน้ำตาล เกลือและไขมันในปริมาณสูง ทำให้เกิดปัญหาโรคอ้วนตามมาภายหลัง และแตกต่างจากการศึกษาของสมาคมโภชนาการเพื่อกีฬาและสุขภาพ (สมาคมโภชนาการเพื่อกีฬาและสุขภาพ, 2563) ที่พบว่าการกักตัวนั้นส่งผลต่อร่างกายและจิตใจเป็นอย่างมาก การที่ไม่สามารถไปออกกำลังกายทำให้ส่งผลต่อร่างกายน้ำหนักตัวอาจเพิ่มขึ้น ซึ่งข้อค้นพบที่แตกต่างกันนี้อาจจะเกิดจากบริบทที่ต่างกัน ได้แก่ ลักษณะของกลุ่มประชากร รูปแบบของอาหารสำเร็จรูป และความชอบในการบริโภคอาหารที่แตกต่างกัน ผลกระทบที่ทำให้โรคประจำตัวที่มีอยู่รุนแรงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ แมคเคย์ (McKay, 2020) ที่กล่าวว่าความกังวล ความเครียดทำให้ภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อลดลง เกิดการติดเชื้อได้ง่าย ผลกระทบอีกด้านคือ เกิดโรคต่างๆตามมาจากการซื้ออาหารและยาต่างๆตามความเชื่อ และจากสื่อต่างๆ มารับประทาน และการที่เป็นโรคที่เกิดขึ้นใหม่ ความรู้เรื่องโรคนี้น้อย และข่าวสารจากทางสื่อต่างๆ ซึ่งอาจจะเกิดการคลาดเคลื่อน ทำให้เกิดความสับสนในการปฏิบัติตัวและก่อให้เกิดโรคตามมา ส่วนผลกระทบเกิดอาการนอนไม่หลับและ พักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดอาการเหนื่อยล้า หดหู่และทุกข์ทรมาน สอดคล้องกับการศึกษาของเจียโลนาโดและคณะ และการศึกษาของ ปาโรดี, โปเอตา, อัสสินี, ชิรินซ์ & เซตเต (Giallonardo et al., 2020; Parodi, Poeta, Assini, Schirinz & Sette, 2020) ได้กล่าวว่าความเครียด ความกังวลทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับพักผ่อนไม่เพียงพอ เวียนศีรษะ ปวดหัว อ่อนเพลีย หดหู่ รู้สึกทุกข์ทรมาน

ผลกระทบด้านจิตใจ เกิดความกลัวว่าผู้อื่นจะรู้ว่าเป็นผู้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ กลัวว่าจะติดเชื้อและเสียชีวิต กลัวว่าจะถูกรังเกียจ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าความกลัวและความกังวลจะเพิ่มมากขึ้น ถ้ามีความรู้สึก ถูกตีตราจากคนรอบข้าง ก่อให้เกิดความหวาดระแวง ความสับสนเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ผลกระทบทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวล (กรมสุขภาพจิต, 2563; Mertens, Gerritsen, Duijndam, Saleminck & Engelhard, 2020; WHO, 2020) ความกลัว ความวิตกกังวลและความโกรธที่เกิดขึ้น ส่งผลเกิดความเครียด ความกังวลที่ต้องรอผลการตรวจที่ค่อนข้างใช้เวลานานและความไม่ไว้วางใจในผลการตรวจ ทำให้เกิดความเครียดมากขึ้น และการที่เจ้าหน้าที่มาเยี่ยมที่บ้านทำให้เกิดความวิตกกังวล โกรธ กลัวว่าจะทำให้ทุกคนรู้ว่าตนเองเป็นผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ มีการบอกต่อกันในสังคมรอบข้าง ทำให้เกิดความเครียดมากขึ้น ความกลัวถูกกระตุ้นจากความไม่รู้ จากโรคที่เกิดขึ้นเป็นโรคใหม่ ยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับโรค ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน การขาดข้อมูลรายละเอียดในการปฏิบัติตัวและเรื่องโรค ไม่แน่ใจว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไร (Banschick, 2020; CDC, 2020b; Jeong et al, 2016) สอดคล้อง

กับการศึกษาของจองและคณะ (Jeong et al, 2016) ที่ว่า ความเครียดเกิดจากคนรอบข้างที่รังเกียจ เห็นเป็นตัวเชื้อโรค แม้พ้นระยะกักกันแล้ว ก็ถูกรังเกียจ แม้แต่ในที่สาธารณะ เช่น ตลาด การใช้รถโดยสาร เกิดความรู้สึกว่าตัวเองน่าขยะแขยง พ้นระยะกักตัวแล้วยังเครียดเพราะรู้สึกถูกรังเกียจจากคนรอบข้าง บางรายมีความเครียดมากขึ้นหลังพ้นระยะกักตัว ซึ่งพบว่าความเครียดนี้อาจดำเนินไปถึง 6 เดือนหลังจากการกักตัว ผลกระทบอีกประการคือเกิดความรู้สึกเบื่อ หงุดหงิด อึดอัด ไปไหนไม่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ มีโอ,อบูคาลาฟ, อัลมา, แซททาร์, และโคลนอฟ (Meo, Abukhalaf, Aloma, Sattar & Klonoff, 2020) ที่พบว่าการถูกจำกัดเสรีภาพ ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียอิสรภาพ ไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้เหมือนที่เคยทำมา นอกจากนั้นความรู้สึกอึดอัดจากการเหมือนถูกจ้องมองจากคนรอบข้าง ผลกระทบทำให้เกิดความรู้สึกหงุดหงิด หดหู่ ท้อแท้ ซึมเศร้าโดดเดี่ยว อยากฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับการศึกษาของคาปูตีและ จีอัลโลนาโดและคณะ (Caputi, 2020; Giallonardo et al., 2020) ที่พบว่าความเครียดทำให้เกิดอารมณ์หงุดหงิด ก้าวร้าว โกรธได้ง่าย เกิดความระแวงคนรอบข้างจะรังเกียจ ทำให้หดหู่ ท้อแท้ ซึมเศร้า รู้สึกทุกข์ทรมาน และจากการที่ต้องมีระยะห่างทางสังคม (social distancing) ทำให้ต้องทำทุกอย่างด้วยตนเอง ขาดการเข้าสังคม จึงมีความรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง โดดเดี่ยว รู้สึกหมดแรง หมดความหวัง เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้

ผลกระทบด้านสังคม เกิดรู้สึกว่าถูกรังเกียจจากคนรอบข้างและสังคมการถูกตีตราว่าเป็นผู้แพร่เชื้อ สอดคล้องกับการศึกษาของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคสหรัฐฯ (CDC, 2020a) ที่พบว่าการตีตราทำให้ความรัก ความสามัคคีในครอบครัวและสังคมลดลง เกิดความแตกแยก การทะเลาะเบาะแว้งกันในสังคม และผลจากการที่ไม่มีความรู้เรื่องโรค ทำให้ถูกปฏิเสธไม่ให้เข้าสังคมร่วมกันบางครั้งมีความรู้สึกว่าถูกเลือกปฏิบัติ การไม่รับเข้าทำงาน สาเหตุเกิดจากการที่ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวยังไม่แน่ชัด จึงเกิดความตื่นกลัวขึ้นได้ง่าย ถูกรังเกียจและถูกต่อต้านไม่ให้เข้าร้านค้าหรือตลาด (Asmundson et al, 2020; Jeong et al, 2016)

ผลกระทบภายในครอบครัว พบว่าเกิดความแตกแยกในครอบครัวความสามัคคีในสังคมลดลง จากการศึกษาของแบงก์ (Bank, 2015) พบว่าการกระทบกระทั่งเกิดบ่อยขึ้นในครอบครัวที่ต้องอยู่ร่วมกัน การปฏิบัติตัวทุกอย่างต้องทำเองและหลังใช้อุปกรณ์ต่างๆที่ต้องใช้ร่วมกันต้องทำความสะอาดหลังใช้เสมอ อาจเกิดการหลงลืม การทำความสะอาด หรือคนที่ต้องใช้ต่อไม่ไว้วางใจ ทำให้เกิดความไม่พอใจ ความโกรธ กล่าวโทษกันเองบางครั้งถึงอยู่บ้านเดียวกันไม่คุยกัน และเกิดความขัดแย้งอย่างรุนแรงในครอบครัว ทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวล้มเหลวเกิดความรู้สึก เศร้า โดดเดี่ยว ไม่มีที่พึ่งไม่มีที่ระบาย การถูกกล่าวโทษจากบุคคลในครอบครัว ว่าเป็นผู้ที่ทำให้บุคคลรอบข้างเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ทำให้เกิดความรู้สึกเศร้า เจ็บปวด เสียใจ รู้สึกหมดแรงและไร้ที่พึ่งพิง เกิดการแยกตัว ทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวเลวร้ายลงเรื่อยๆ ผลกระทบทำให้ครอบครัวขาดรายได้ เนื่องจากว่า เมื่อถูกกักกันส่วนใหญ่ต้องออกจากงาน ทำให้เครียดและกังวลกับอนาคตของตนเอง กลัวว่าจะไม่มีงานทำ บางรายที่ต้องหยุดกิจการชั่วคราวทำให้ขาดรายได้ การที่มีความเครียดด้านรายได้ และทำให้มีความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายสูงขึ้นด้วย (CDC, 2020b; Mertens et al, 2020)

ประเด็นหลักที่ 2 การปรับตัวขณะและหลังจากที่ต้องกักตัวอยู่ที่บ้าน

การปรับตัวด้านร่างกาย พบว่าในเรื่องอาหารก็พยายามรับประทานอาหารที่ได้รับเป็นการคิดในแง่บวก สอดคล้องกับการศึกษาของนาซีมและคาลิด (Naseem & Khalid, 2010) ที่กล่าวว่ามุมมองโลกในแง่บวก ไม่ดีนบนแสวงหาสิ่งที่ตนเองพอใจ เช่น อาหารที่ตนเองชอบก็ทำให้ ไม่เครียดสุขภาพก็ดีตามมาหรือใช้วิธีโทรสั่งอาหาร ให้คนรู้จักหรือญาติไปซื้ออาหารให้ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการศึกษาของ มัณทนา วิเทศสนธิ, เกรียงไกร อรุณทยานันท์, และอรรณวิทย์ อุบโยคิน (2564) ที่พบว่าการใช้วิธีการสั่งอาหารแบบออนไลน์ เป็นวิธีการปรับตัวในการซื้อของทั้งของอุปโภคและบริโภค ที่เริ่มมีมากขึ้นในช่วงของโควิดระบาด เพื่อให้ผู้ที่ถูกกักตัว สามารถสั่งอาหารหรือของใช้ ซึ่งอาจจะเป็นจากร้านค้าโดยตรง หรือผ่านช่องทางอื่น ๆ ทำให้ได้ของที่ตนเองต้องการ หรือใช้วิธีให้คนในครอบครัวจัดหา เครื่องอุปโภค บริโภคมาให้การปรับตัวในการออกกำลังกายก็พยายามเดินภายในบ้าน สอดคล้องกับ

การศึกษาของเชอริ (Cherry, 2020) ที่พบว่า การถูกจำกัดพื้นที่ทำให้การออกกำลังกายลดลง การทำงานในบ้านหรือในพื้นที่จำกัดจะช่วยให้เกิดการเคลื่อนไหวของร่างกายให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวตลอดเวลา นอกจากนั้นยังทำให้ความรู้สึกเหนื่อยล้าและความเบื่อลดลงได้

การปรับตัวด้านจิตใจ พบว่าบางรายก็อยู่คนเดียว ไม่พูดไม่คุยกับใคร สอดคล้องกับการศึกษาของคาปูติ (Caputi, 2020) ที่พบว่า การไม่รับรู้เรื่องราวใดรอบข้าง การแยกตัวในขณะที่รู้สึกเครียด ความรู้สึกถึงการถูกตีตรา ความรู้สึกเครียด โดดเดี่ยวจะลดลง การไหว้พระสวดมนต์หรือบนบานสิ่งศักดิ์สิทธิ์ สอดคล้องกับการศึกษาของประพิมพ์พันธ์ เป็นสุขพร้อม และประทุม ฤกษ์กลาง (2561) ที่กล่าวว่า การไหว้พระสวดมนต์ เป็นการแสวงหาที่พึ่งทางใจ ซึ่งทำให้ลดความวุ่นวายใจ ความเครียดได้มากที่สุด การปรับตัวโดยพยายามไม่คิดมาก คิดว่ามันหายได้ ไม่ตาย การมองโลกในแง่บวก สอดคล้องกับการศึกษาของ นาซีมและคาลิด (Naseem & Khalid, 2010) ที่พบว่า การมองโลกในแง่บวก ทำให้ ความเครียดลดลง มีความสุข ความพอใจกับชีวิต ทำให้ความสัมพันธ์ในสังคมดีขึ้น ปรับตัวกับปัญหาได้ดี

การปรับตัวด้านสังคมพบว่าเมื่อครบการกักตัวก็ยังไม่ออกจากบ้าน แยกตัวจากคนอื่น ไม่นั่งหรือรับประทานอาหารร่วมกับคนอื่น ไปซื้อของต่างหมู่บ้านไกลออกไป พึ่งพาญาติในการดำรงชีวิต ตั้งกลุ่มสังคมออนไลน์การปรับตัวด้านครอบครัวพบว่าใช้ความอดทน ไม่พูด อยู่ห่างๆกัน สอดคล้องกับการศึกษาของจอฮาล (Johal, 2009) ที่กล่าวว่า การสื่อสารในระบบสื่อสารออนไลน์หลายรูปแบบก็ทำให้สามารถสื่อสาร ติดต่อกับสังคมภายนอก สามารถค้นหาความรู้ และแสวงหาความช่วยเหลือ ทำให้ลดความเครียดได้ อย่างเช่น การตั้งกลุ่มสังคม การสื่อสารออนไลน์ การพูดคุยสื่อสารกันในกลุ่ม เช่น กลุ่มญาติ กลุ่มครอบครัว ทำให้รู้สึกว่ามีได้อยู่ตัวคนเดียว ยังมีผู้ที่สามารถให้ความช่วยเหลือ และสามารถร้องขอความช่วยเหลือจากคนในกลุ่มได้ ในเรื่องราวได้ก็ใช้จ่ายอย่างประหยัด และพบว่าได้รับการช่วยเหลือจากทางรัฐบาลที่ให้เงินเยียวยากรณีที่เป็นเกษตรกร (กระทรวงเกษตรและสหกรณ์, 2563) ซึ่งเป็นข้อค้นพบใหม่ ที่เกิดขึ้นจากกรณีการระบาดของโรคระบาดใหม่ ที่รัฐบาลได้ให้การช่วยเหลือเกษตรกรที่ขาดรายได้ขณะที่ต้องถูกกักตัว

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า การกักตัวอยู่ที่บ้านเกิดผลกระทบและทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องปรับตัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและรายได้ในครอบครัว เพื่อลดผลกระทบและการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตดังกล่าว จึงควรมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนเกี่ยวกับการช่วยเหลือขณะและเมื่อออกจากกักกัน อาทิ เช่น การเตรียมอุปกรณ์การป้องกัน เครื่องอุปโภค บริโภคต่างๆให้เพียงพอในระยะเวลาที่ถูกกักกัน มีช่องทางในการติดต่อสื่อสารเพื่อให้ได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัย ถูกต้อง และสามารถขอรับการช่วยเหลือได้โดยตรง ในเชิงนโยบาย ควรมีการเตรียมชุมชนให้มีความเข้าใจในเรื่องการแพร่ระบาดของโรค มีการประชาสัมพันธ์ เชิญรู้ให้ข้อมูลของโรคอย่างต่อเนื่องและถูกต้อง แนะนำการรับวัคซีนเพื่อป้องกันโรค การจัดการบริการตรวจโรคโควิด 19 และใบรับรองแพทย์ให้เพื่อนำไปใช้ในการสมัครงาน ประสานกับอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเป็นผู้ให้ข้อมูลกับชุมชน

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิธีการลดความขัดแย้ง และการรังเกียจในชุมชนในกรณีเกิดโรคระบาดใหม่

เอกสารที่อ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563ก). แนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคไวรัสโคโรนา 19 (coronavirus disease 2019: covid-19). สืบค้นเมื่อ 15 เมษายน 2563, จาก [https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/guide lines/ G35.pdf](https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/guide%20lines/G35.pdf)
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563ข). แนวทางการบริหารจัดการ กรณีแยกกักเพื่อสังเกตอาการ (quarantine). สืบค้นเมื่อ 15 เมษายน 2563, จาก https://www.skho.moph.go.th/eoc/?page_id=769
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563ค). หลักเกณฑ์ลักษณะ และแนวทางการจัดการสถานที่ควบคุมเพื่อสังเกตการเริ่มป่วย (quarantine) กรณีผู้เดินทางจำนวนมากกลับจากพื้นที่เสี่ยงสูง. สืบค้นเมื่อ 15 เมษายน 2563 , จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_other/G_other_01_2.pdf
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563ง). สถานที่ชุมนุมที่มีการประกาศให้ผู้เกี่ยวข้องเฝ้าระวังอาการตนเอง. สืบค้นเมื่อ 15 เมษายน 2563, จาก https://twitter.com/ddc_riskcom/
- กรมสุขภาพจิต (2563). ระวังโรคระบาดทางจิต (emotional contagion) ในช่วงวิกฤตโควิด -19. สืบค้นเมื่อ 3 สิงหาคม 2563, จาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30286>
- กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. (2563). มาตรการเยียวยาเกษตรกรจากสถานการณ์ covid-19. สืบค้นเมื่อ 9 กันยายน 2563, จาก <https://www.moac.go.th/>.
- ณัฐฐา กิณะพันธ์. (2563). ยูนิเซฟชี้เด็กเผชิญความเสี่ยงเพิ่มขึ้นด้านความรุนแรง การถูกทอดทิ้งและ การถูกแสวงประโยชน์ ในช่วงการควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด -19. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 เมษายน 2563, จาก <https://www.unicef.org/thailand/th/press-releases>
- ไทยรัฐ. (2563). กักตัวเครียดโดดเดี่ยวของชาวไทย. สืบค้นเมื่อ 15 เมษายน 2563, จาก <https://www.thairath.co.th/news/local/central/1819904>
- บุญวรา คุ้มโน เจนพิงพร. (2563). ระวังความรุนแรงในโรคระบาด เมื่อ“บ้าน”อาจ ไม่ใช่ที่ปลอดภัยสำหรับทุกคน. สืบค้นเมื่อ 15 เมษายน 2563, จาก <https://tdri.or.th/2020/04/domestic-violence-victims-during-covid19>
- ประพิมพ์พันธ์ เป็นสุขพร้อม และประทุม ฤกษ์กลาง. (2561) . *The effects of dharma information seeking behavior through social media on stress reduction and increasing happiness of working age population in Bangkok*”. สืบค้นเมื่อ 7 ก.ค. 2564, จาก <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/Humanties-up/article/view/196644>
- มณฑนา วิเทศสนธิ, เกรียงไกร อรุณทยานันท์, และอรรณวิทย์ อุบิโยคิน. (2564). การวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบการใช้บริการจัดส่งอาหารตามต้องการแบบออนไลน์ก่อนและหลังการระบาดใหญ่ของไวรัสโคโรนา 2019. สืบค้นเมื่อ 7 กค 2564, จาก <https://www.conference.thaince.org/index.php/ncce26/article/view/892/617>
- ศูนย์ต่อต้านข่าวปลอมประเทศไทย. (2563). covid -19 เตือนอย่าแชร์ข่าวปลอม ระวังอย่าหลงเชื่อ กลุ่มแอบอ้าง. สืบค้นเมื่อ 15 เมษายน 2563, จาก <https://www.antifakenewscenter.com/tag>
- สมาคมโภชนาการเพื่อกีฬาและสุขภาพ. (2563). แนวทางการปฏิบัติในช่วงถูกกักตัว 14 วันป้องกันแพร่เชื้อโควิด -19. สืบค้นเมื่อ 15 เมษายน 2563, จาก <https://www.posttoday.com/social/general/618530>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. (2563). ร่วมด้วยช่วยกันฝ่าฟันโควิด19. สืบค้นเมื่อ 15 เมษายน 2563, จาก <https://www.facebook.com/SanaknganSatharnsukhCanghwadCheiyngay?fref=ts>

- สำนักส่งเสริมการเคารพสิทธิมนุษยชน. (2563). ข้อมูลการดำเนินงานของ กสม. เกี่ยวกับการคุ้มครองและส่งเสริมสิทธิของสตรีและเด็กหญิงในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19. สืบค้นเมื่อ 15 พฤษภาคม 2563, จาก <http://docs.nhrc.or.th/uploads/62676-465.pdf>
- Asmundson, G. J. G., Paluszek, M. M., Landry, C. A., Rachor, G. S., McKay, D., & Taylor, S. (2020). Do pre-existing anxiety-related and mood disorders differentially impact covid -19 stress responses and coping? *Journal of Anxiety Disorders*, 74(2020) 102271 doi: 10.1016/j.janxdis.2020.102271
- Bank, S. A. (2015). *Social Isolation can kill you*. Retrieved August 20, 2020, from <https://www.psychologytoday.com/us/blog/wired-love/201511/social-isolation-can-kill-you>.
- Banschick, M. (2020). *How to manage the psychological effects of quarantine how quarantine affects people and what we can do*. Retrieved August 5, 2020, from <https://www.psychologytoday.com/us/blog/the-intelligent-divorce/202003/how-manage-the-psychological-effects-quarantine>
- Caputi, T. L. (2020). *Lonely in lockdown?* Retrieved Aug 5, 2020, from <https://www.psychologytoday.com/us/blog/behavioral-health-matters/202004/lonely-in-lockdownin-lockdown>
- Center for Disease Control and Prevention. (2020a). *Reducing stigma*. Retrieved Aug 5, 2020, from <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/daily-life-coping/reducing-stigma.html>
- Center for Disease Control and Prevention. (2020b). *Coping with stress*. Retrieved Sep 5, 2020, from <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/daily-life-coping/managing-stress-anxiety.html#recovering-ending-isolation>
- Cherry, K. (2020). *How to cope with quarantine*. Retrieved Aug 5, 2020, from <https://www.verywellmind.com/protect-your-mental-health-during-quarantine-4799766>
- Giallonardo, V., Sampogna, G., Vecchio, V. D., Luciano, M., Albert, U., Carmassi, C., ... Fiorillo, A. (2020). The Impact of quarantine and physical distancing following covid -19 on mental health: study protocol of a multicentric Italian population trial. *Frontiers in Psychiatry*. 11: 533 doi: 10.3389/fpsy.2020.00533
- Jeong, H., Yim, H. W., Song, Y. J., Ki, M., Min, J., Cho, J.,...Chae, J. (2016). Mental health status of people isolated due to middle- east respiratory syndrome. *Epidemiology and Health*, 38, e2016048 <https://doi.org/10.4178/epih.e2016048>
- Johal, S. S. (2009). Psychosocial impacts of quarantine during disease outbreaks and interventions that may help to relieve strain. *Journal of the New Zealand Medical Association*, 22 (1296), 53-58 Retrieved August 21, 2020, <https://mro.massey.ac.nz/bitstream/handle/10179/9559/Psychosocial-impacts-of-quarantine.pdf>
- Lambert, V. A. & Lambert, C. E. (2012). Qualitative descriptive research: an acceptable design. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 16(4), 255-256 <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/5805/5064>

- Mattioli, A. V., Nasi, M., Cocchi, C. & Farinetti, A. (2020). Covid-19 outbreak: impact of the quarantine-induced stress on cardiovascular disease risk burden. *Future Cardiology*, 10.2217/fca-2020-0055. doi: 10.2217/fca-2020-0055
- McKay, D. (2020). Covid -19 stress and substance use: current issues and future preparations. *Journal of Anxiety Disorder*, 74: 102274. Retrieved Aug 21, 2020, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7371588/pdf/main.pdf>
- Meo, S. A., Abukhalaf, A. A., Aloma, A. A., Sattar, K. & Klonoff, D. C. (2020). Covid -19 pandemic: impact of quarantine on medical students' mental wellbeing and learning behaviors. *Pakistan Journal of Medical Science*, 36(COVID19-S4): S43–S48. doi: 10.12669/pjms.36.COVID19-S4.2809
- Mertens, G., Gerritsen, L., Duijndam, S., Saleminck, E., & Engelhard, I. M. (2020). Fear of the coronavirus (covid -19): predictors in an online study conducted in March 2020. *Journal of Anxiety Disorders*, 74: 102258. doi: 10.1016/j.janxdis.2020.102258
- Naseem, Z & Khalid, R. (2010). Positive thinking in coping with stress and health outcomes: literature review. *Journal of Research and Reflections in Education*, 4(1), 42 -61 Retrieved August 19, 2020, from <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.1078.6530&rep=rep1&type=pdf>
- Parodi, I. C., Poeta, M. G., Assini, A., Schirinzi, E. & Sette, P. D. (2020). Impact of quarantine due to covid infection on migraine: a survey in Genova, Italy. *Neurological Sciences*, 41(8):2025-2027. doi: 10.1007/s10072-020-04543-x
- Philip, A. M. & Paul, S. S. (2002). The origin of quarantine. *Clinical Infectious Diseases*, 15(9):1071-1072. Retrieved April 15, 2020, from <https://academic.oup.com/cid/article/35/9/1071/330421>
- Sandelowski, M. (2000). *Focus on research methods whatever happened to qualitative description?* Retrieved Aug 19, 2020, from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/1098-240X%28200008%2923%3A4%3C334%3A%3AAID-NUR9%3E3.0.CO%3B2-G>
- World Health Organization. (2020). *Social stigma associated with covid -19*. Retrieved August 5, 2020, from https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid19-stigma-guide.pdf?sfvrsn=226180f4_2

พฤติกรรมการป้องกันการเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพของแรงงานสูงวัยนอกระบบ

เกษราวัลณ์ นิลวรางกูร, ปรด.¹ วันเพ็ญ ทรงคำ, สด.²
ลดาวัลย์ พันธุ์พานิชย์, ปรด.³ คีมาลักษณ์ ดิถีสวัสดิ์เวทย์, ปรด.⁴
จอห์น เอฟ สมิต, ปรด.⁵ จักรกฤษณ์ ผูกจิตร, พยม.⁶

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพของแรงงานสูงวัยนอกระบบ และปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพ ดำเนินการวิจัยใน 4 หมู่บ้านในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 100 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และการสนทนากลุ่มจำนวน 12 ครั้ง ใช้รวบรวมข้อมูล พฤติกรรมการป้องกันการเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพและปัจจัยเงื่อนไขที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บป่วย วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยการวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่าแรงงานสูงวัยนอกระบบมีพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพไม่เหมาะสม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการยกของหนัก และทำงานด้วยท่าทางที่ไม่เหมาะสม ป้องกันพิษของสารเคมีทางการเกษตรไม่เหมาะสม การไม่ฉนวนสายตา และป้องกันโรคระบบทางเดินหายใจไม่เหมาะสม และปัจจัยเงื่อนไขที่ทำให้แรงงานนอกระบบสูงวัยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เกิดจาก การขาดความรู้ ไม่มีทุนทรัพย์ และวิธีการป้องกันการเจ็บป่วยดังกล่าวไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของแรงงานสูงวัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน ผลของการศึกษานี้ พยาบาลชุมชนและบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างเสริมให้แรงงานสูงวัยนอกระบบ ให้มีพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: โรคจากการประกอบอาชีพ, การป้องกันการเจ็บป่วย, แรงงานสูงวัยนอกระบบ, ผู้สูงอายุ

วันที่รับ: 1 กุมภาพันธ์ 2565 วันที่แก้ไข: 10 มีนาคม 2565 วันที่ตอบรับ: 18 มีนาคม 2565

¹ ศาสตราจารย์ โครงการจัดตั้ง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: kessarawan2022@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

⁴ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 อุตรดิตถ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

⁵ ศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

⁶ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

Work related-illness prevention behaviors among informal sector older workers

Kessarawan Nilvarangkul, PhD.¹ Wanpen Songkham, PhD.²
Laddawan Panpanit, PhD.³ Simalak Dithisawatwet, PhD.⁴
John. F. Smith, PhD.⁵ Chakkrit Phukjit, MNS.⁶

Abstract

This study aimed to identify work related-illness prevention behaviors among informal sector older workers and condition factors which affected prevention behaviors in four villages in North and Northeastern regions. A purposive sampling was used to recruit 100 participants. A questionnaire was used to collect general information, and 12 focus groups were conducted to collect work related-illness prevention behaviors and conditions factors which affected the prevention behaviors. General data were analyzed using statistics including: frequency, percentage, mean and standard deviation. A content analysis was used to analyze qualitative data. Results of the study showed that informal sector older workers prevented work related-illness improperly in four themes. First, they lifted heavy materials and worked with poor posture. Second, they prevented hazardous of agricultural chemical improperly, and third, they did not care their eyes appropriately. Finally, they did not prevent respiratory illness properly. Condition factors which affected informal sector older workers to prevent work related-illness properly included lack of knowledge and money. They methods of work related-illness prevention did not congruent with informal sector older workers' life style and work environments. Community nurses and health personnel who are responsible to care for the older workers can used the results of this study as basic information to enhance work related-illness prevention behaviors among the older workers.

Keywords: Work related-illness, Illness prevention, Informal sector older worker, Older people

Received: February 1, 2022 Revised: March 10, 2022 Accepted: March 18, 2022

¹ Prof, Project of Establishing Faculty of Nursing, Chiangrai Rajabhat University
Corresponding author, Email: kessarawan2022@gmail.com

² Assist. Prof., Faculty of Nursing, Chiangmai University

³ Assist. Prof., Faculty of Nursing, Khon Kaen University

⁴ Public Health Technical Officer (expert level), Office of Disease Prevention and Control 8, Udonthani, Ministry of Public Health

⁵ Prof, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

⁶ Lecturer, Faculty of Nursing, Vongchavalitkul University

บทนำ

กว่าครึ่งศตวรรษที่ผ่านมาสังคมไทยและโลกต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของโครงสร้างประชากร อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี วิทยาศาสตร์ การแพทย์ และระบบสาธารณสุข ทำให้ประชากรที่เจ็บป่วยได้รับการรักษาให้หายหรือทุเลาจากโรคได้มากขึ้น อีกทั้งลักษณะทางระบาดวิทยาได้มีการเปลี่ยนแปลงจากการเจ็บป่วยด้วยโรคระบาดติดเชื้อ มาเป็นโรคเรื้อรังและโรคจากพฤติกรรมแทน ทำให้อัตราการตายลดต่ำลง และประชากรมีอายุที่ยืนยาวขึ้น ดังจะเห็นได้ว่าอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (life expectancy) ของประชากรไทยที่เพิ่มสูงขึ้น จากอายุคาดเฉลี่ยประมาณ 59 ปี เมื่อ 50 ปี ก่อน เพิ่มขึ้นเป็น 75 ปี ในปี พ.ศ. 2558 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558) ทำให้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ ในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีประชากรสูงวัยมากกว่าร้อยละ 20 และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2574 จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด โดยจะมีจำนวนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 28 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) รายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าสัดส่วนของประชากรที่ทำงานนอกระบบในปี พ.ศ. 2564 กลุ่มอายุ 40–59 ปี ซึ่งเป็นประชากรที่อยู่ในวัยทำงานมีจำนวนมากที่สุด 9.60 ล้านคน (ร้อยละ 49.0) รองลงมา เป็นกลุ่มอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป เป็นวัยสูงอายุที่ยังสามารถทำงานได้ 4.30 ล้านคน (ร้อยละ 21.9) ซึ่งภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีแรงงานสูงวัยนอกระบบมากที่สุดร้อยละ 32.72 รองลงมาภาคกลางร้อยละ 24.31 และภาคเหนือร้อยละ 21.45 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ม.ป.ป.) แรงงานสูงวัยนอกระบบส่วนใหญ่ทำงานด้านการเกษตรและการประมงร้อยละ 59.5 รองลงมาเป็นพนักงานบริการและพนักงานในร้านค้า ร้อยละ 18.1 เป็นผู้ปฏิบัติงานด้านความสามารถทางฝีมือและธุรกิจการค้าที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ 8.6 อาชีพขั้นพื้นฐานต่างๆในการขายและการให้บริการร้อยละ 6.2 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558)

การทำงานของแรงงานสูงวัยมีข้อได้เปรียบวัยอื่น คือสามารถนำศักยภาพที่มีมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ เพราะถือเป็นผู้มีที่ประสบการณ์ ทำให้เข้าใจปัญหาและมีแนวทางแก้ปัญหาด้วยประสบการณ์ของตนเอง และเป็นผู้ให้คำแนะนำแก่คนรุ่นหลังได้ดี (ปริชา คามาตี, วิโรจน์ เจษฎาลักษณ์ และ จิราวรรณ คงคล้าย, 2560) แต่ขณะเดียวกันก็มีข้อเสียเปรียบในการทำงานเช่นกัน เนื่องจากแรงงานสูงวัยอยู่ในวัยที่อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมถอยมากกว่าเจริญเติบโต ระบบต่าง ๆ ของร่างกายมีประสิทธิภาพการทำงานที่ลดลง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำงานและภาวะสุขภาพได้ จากผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2557 พบว่าแรงงานสูงวัยได้รับบาดเจ็บและอุบัติเหตุจากการทำงานประมาณ 700,000 คน (ร้อยละ 18.2) ของแรงงานสูงวัยทั้งหมด โดยส่วนใหญ่ได้รับบาดเจ็บจากของมีคมบาดทิ่มแทงมากที่สุด ร้อยละ 63.2 รองลงมาเป็นการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 23.1 และถูกไฟหรือน้ำร้อนลวกร้อยละ 4.4 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558) นอกจากการเจ็บป่วยจากการทำงานที่กล่าวมาแล้ว การทำงานของแรงงานสูงวัยยังเสี่ยงต่อปัจจัยคุกคามทางสุขภาพในหลายด้านด้วย ทั้งด้านสิ่งคุกคามจากสารเคมี ที่พบว่าแรงงานสูงวัยที่เป็นแรงงานนอกระบบ ส่วนใหญ่มีปัญหาการได้รับสารเคมีเป็นพิษถึงร้อยละ 70 สิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ มีแรงงานสูงวัยที่มีปัญหาอริยาบทหรือไม่ค่อยได้เปลี่ยนท่าระหว่างทำงาน ร้อยละ 50 ด้านสิ่งคุกคามทางกายภาพ พบว่า แรงงานสูงวัยนอกระบบต้องทำงานในสถานที่ที่มีฝุ่นละออง ควั่น กลิ่น ร้อยละ 18.4 ทำงานในที่แสงสว่างไม่เพียงพอร้อยละ 14.3 และสถานที่ทำงานสกปรกร้อยละ 9.2 นอกจากนี้แรงงานสูงวัยบางส่วน (ร้อยละ 13.0) ยังต้องทำงานกับเครื่องจักร เครื่องมือที่เป็นอันตรายด้วย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558) ด้านสิ่งคุกคามทางชีวภาพ พบว่า แรงงานสูงวัยสัมผัสแหล่งพาหะนำโรค ร้อยละ 4.7 และสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งร้อยละ 1.5 อีกทั้งยังมีสิ่งคุกคามด้านจิตใจ ซึ่งพบว่าแรงงานสูงวัยมีความเครียดเป็นประจำถึง ร้อยละ 11.4 และบางส่วนมีโรคประจำตัว โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง ซึ่งลักษณะงานอาจส่งผลกระทบต่อความรุนแรงของโรคได้ (วันเพ็ญ แก้วปาน และ สุรินทร์ กลัมพากร, 2550) แรงงานสูงวัยนอกจากประสบปัญหาสุขภาพดังได้กล่าวมาแล้ว ยังมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม เช่นสูบบุหรี่ทุกวัน ร้อยละ 5.8 ดื่มสุราทุกวัน ร้อยละ 3.3 พักผ่อนไม่เพียงพอโดยนอนน้อยกว่า 6 ชั่วโมง ต่อวัน ร้อยละ 23.2 (ปัจฉิมา บัวยอม, หทัยทิพย์ จุทอง, สุวิช ธรรมปาโล, ลิเลียน วิวัฒน์ และวันเพ็ญ แก้วปาน, 2553) มี

พฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ โดยพบแรงงานสูงวัยนอกระบบที่ทำงานในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 58.0 ไม่ออกกำลังกาย โดยให้เหตุผลว่าเสียเวลา และทำให้ขาดรายได้ (ณัฐธิดา สุขสมัย, ขวัญใจ อำนาจสัจย์สือ, พัทธพร เกิดมงคล, วันเพ็ญ แก้วปาน และ นิตยา วัจนะภูมิ, 2555) ด้านพฤติกรรมกรรมการป้องกันการเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพ พบว่าแรงงานสูงวัยร้อยละ 73.3 มีท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่จะทำให้เกิด อาการปวดกล้ามเนื้อบริเวณคอ/ไหล่/แขนและปวดหลัง/เอว (เสาวลักษณ์ แก้วมณี, ชวพรพรรณ จันทรประสิทธิ์ และ ธาณี แก้วธรรมานุกูล, 2554)

จากที่กล่าวมา เกี่ยวกับความเสื่อมถอยของสรีรวิทยาและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ทำให้แรงงานสูงวัยมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยได้ ดังนั้นการป้องกันการเจ็บป่วยจากการทำงานของแรงงานสูงวัยจึงมีความสำคัญ เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถกำหนดภาวะสุขภาพของแรงงานสูงวัย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันการเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพในแรงงานสูงวัยนอกระบบ มีจำกัด การศึกษาในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ในกลุ่มแรงงานสูงวัยอายุ 45-60 ปี ที่ทำงานในภาคอุตสาหกรรมการผลิตซึ่งเป็นแรงงานสูงวัยในระบบ เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (ปัจฉิมา บัวยอม และคณะ, 2553) ดังนั้นบทความวิจัยนี้ มุ่งรายงานผลการศึกษา พฤติกรรมการป้องกันการเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพของแรงงานสูงวัยนอกระบบ และ ปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันการเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพของแรงงานสูงวัยนอกระบบซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยหลักเรื่องการพัฒนาองค์ความรู้ในการสร้างสุขภาพและป้องกันโรคจากการทำงานของแรงงานสูงวัย ประโยชน์ของการศึกษาในครั้งนี้เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูล ในการป้องกันไม่ให้แรงงานสูงวัยเจ็บป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพ ส่งเสริมให้แรงงานสูงวัยมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) พฤติกรรมการป้องกันการเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพของแรงงานสูงวัยนอกระบบ
- 2) ปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันการเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพของแรงงานสูงวัยนอกระบบ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย (descriptive qualitative research) เลือกพื้นที่ศึกษาแบบเจาะจง ในระดับจังหวัด และในระดับหมู่บ้าน พื้นที่ที่ศึกษา คือ 2 หมู่บ้าน จาก 2 จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และ 2 หมู่บ้าน จาก 2 จังหวัดในภาคเหนือ การเลือกพื้นที่เลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก จากจังหวัดที่มีจำนวนแรงงานสูงวัยนอกระบบที่ประกอบอาชีพ 4 อาชีพหลักมากที่สุด 1 ใน 10 ของภาค ได้แก่ เกษตรกรรม อาชีพแรงงานฝีมือ เช่น ทอผ้า จักสาน และเย็บปัก อาชีพเกี่ยวกับงานบริการเช่น ค้าขาย รับจ้างทั่วไป และอาชีพเกี่ยวกับหัตถอุตสาหกรรม เช่น เย็บผ้าโหล โดยนักวิจัยได้ประสานขอความร่วมมืออย่างไม่เป็นทางการกับผู้นำชุมชนและแรงงานสูงวัยนอกระบบ เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการประชุม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินโครงการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้และเปิดโอกาสให้ซักถาม แสดงความคิดเห็น เพื่อขออนุญาตดำเนินโครงการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลักเลือกอย่างเจาะจง มีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1) เป็นแรงงานสูงวัยนอกระบบที่ประกอบอาชีพ 4 อาชีพหลัก ได้แก่ เกษตรกรรม อาชีพแรงงานฝีมือ เช่น ทอผ้า จักสาน และเย็บปัก อาชีพเกี่ยวกับงานบริการเช่น ค้าขาย รับจ้างทั่วไป และอาชีพเกี่ยวกับหัตถอุตสาหกรรม เช่น เย็บผ้าโหล 2) เป็นแรงงานสูงวัยนอกระบบ อายุ 50 ปี ขึ้นไป 3) อ่านออกเขียนได้ 4) สนใจเข้าร่วมโครงการ โดยเลือกมาหมู่บ้านละ 25 คน จาก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 50 คน และภาคเหนือ จำนวนเท่ากัน รวมผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมด 100 คน ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจนมีความครอบคลุมและอิ่มตัว (Sargeant, 2012)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส โดยใช้แบบสอบถาม ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ เครื่องมือสำคัญคือนักวิจัย ในการศึกษาครั้งนี้นักวิจัยจากสาขาวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคจากการประกอบอาชีพของแรงงานสูงวัยนอกระบบ และการวิจัยเชิงคุณภาพ และเครื่องมือที่ใช้ในการสนทนากลุ่มเป็นแนวคำถามที่นักวิจัยพัฒนาขึ้น เป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพด้านโรคระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ การเจ็บป่วยจากพิษของสารเคมี โรคจากฝุ่นฝ้าย และอาการผิดปกติของตาจากการทำงาน ตัวอย่างข้อคำถามหลัก เช่น ให้ท่านเล่าลักษณะงานที่ท่านทำ และในการทำงานท่านปฏิบัติตนอย่างไรในการป้องกันตนเองไม่ให้เจ็บป่วยจากการทำงาน เป็นต้น และตัวอย่างคำถามเจาะลึก เช่น ขณะที่ท่านยกของหนักท่านทำอย่างไร (พร้อมให้ทำท่าประกอบ) และท่านสวมหน้ากากชนิดใดเพื่อป้องกันฝุ่นฝ้ายจากการทำงาน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น (HE 592316) นักวิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย และประโยชน์ ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยและให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้ซักถามก่อนตัดสินใจลงนามยินยอมเข้าร่วมการดำเนินการวิจัยและมีอิสระในการเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ นักวิจัยไม่ได้ดำเนินการใดๆ ที่เป็นอันตรายต่อผู้ให้ข้อมูลหลัก และ ในการนำเสนอผลการวิจัย นักวิจัยใช้นามสมมุติ และการจัดเก็บข้อมูลมีเพียงนักวิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติจากกรรมการจริยธรรมและการวิจัยในมนุษย์ นักวิจัยทำหนังสืออย่างเป็นทางการถึงผู้นำชุมชนในดำเนินการวิจัยในพื้นที่ โดยแนบใบชี้แจงเรื่องวัตถุประสงค์ และวิธีการดำเนินการวิจัย รวมถึงประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการดำเนินการวิจัย เพื่อขอการยินยอมให้ดำเนินการวิจัยในพื้นที่ และนักวิจัยได้ขอการยินยอมเข้าร่วมดำเนินการวิจัยจากผู้ให้ข้อมูลหลัก ตามขั้นตอนในหัวข้อจริยธรรมการวิจัย หลังจากนั้นนักวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มตามแนวคำถามที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการสนทนากลุ่ม หมู่บ้านละ 3 ครั้ง ใน 4 หมู่บ้าน รวมการสนทนากลุ่มทั้งหมดจำนวน 12 ครั้ง จำนวนผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มแต่ละครั้ง 8-9 คน ใช้เวลาในการสนทนากลุ่มนาน 1 ชั่วโมงครึ่งถึง 2 ชั่วโมง และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมขณะที่สนทนากลุ่ม และร่วมในการสาธิตท่าทางประกอบขณะสนทนากลุ่ม เช่น ท่าทางการทำงาน เป็นต้น และสังเกตขณะที่ไปตรวจเยี่ยมตามบ้าน และสถานที่ที่แรงงานสูงวัยรวมกลุ่มทำงาน

ความน่าเชื่อถือของข้อมูล

นักวิจัยใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลแบบสามเส้า เก็บรวมโดยการสนทนากลุ่มและการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม ขณะที่ดำเนินการสนทนากลุ่มและไปเยี่ยมตามบ้าน/สถานที่ที่แรงงานสูงวัยรวมกลุ่มทำงาน และเก็บข้อมูลต่างสถานที่ เช่น ตามบ้านของแรงงานสูงวัย และสถานที่ที่แรงงานสูงวัยรวมกลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของแรงงานสูงวัยใช้สถิติ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) นำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาถอดเทปแบบคำต่อคำ (verbatim) หลังจากนั้นนักวิจัยอ่านข้อมูลซ้ำแล้วซ้ำอีกเพื่อทำความเข้าใจกับข้อมูล ต่อจากนั้นดำเนินการกำหนดรหัสเปิด จัดกลุ่มข้อมูล (grouping) จำแนกประเภทข้อมูล (categorization) ทำให้เป็นนามธรรม หรือกำหนดสาระสำคัญของข้อมูล (Elo & Kyngas, 2008)

ในการรายงานผลการวิจัยนักวิจัยกำหนดรหัสของการสนทนากลุ่มในแต่ละครั้งดังนี้ FG1 หมายถึงข้อมูลจากการสนทนากลุ่มครั้งที่ 1 ตามลำดับจนถึง FG 12 เป็นข้อมูลจากสนทนากลุ่มครั้งที่ 12

ผลวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

แรงงานสูงวัยนอกระบบเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 56 อายุที่พบมากที่สุด คือ ≥ 60 ร้อยละ 52 ปี ค่าเฉลี่ย 59.13 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.93 สถานภาพสมรส พบว่า สมรสมากที่สุด ร้อยละ 81.0 จบการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 90 อาชีพหลักพบว่า เกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 68 ส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ร้อยละ 58 และไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 74 สำหรับเครื่องดื่มบำรุงกำลัง ชา กาแฟ พบว่าส่วนใหญ่ดื่ม ร้อยละ 58 ไปตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 63 ซึ่งกลุ่มที่ไปตรวจสุขภาพประจำปีมีร้อยละ 65 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการตรวจสุขภาพทั่วไป รายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละข้อมูลทั่วไปของแรงงานสูงวัยนอกระบบ

ข้อมูลทั่วไป	รวมทุกกลุ่ม (n = 100)		หมู่บ้านที่ 1 (n=25)		หมู่บ้านที่ 2 (n=25)		หมู่บ้านที่ 3 (n=25)		หมู่บ้านที่ 4 (n=25)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
เพศ										
ชาย	44	44.00	11	44.00	11	44.00	13	52.00	9	36.00
หญิง	56	56.00	14	56.00	14	56.00	12	48.00	16	64.00
อายุ										
< 60 ปี	48	48.00	14	56.00	10	40.00	12	48.00	12	48.00
≥ 60 ปี	52	52.00	11	44.00	15	60.00	13	52.00	13	52.00
mean (S.D.)	59.13 (7.93)		59.68 (6.26)		59.36(5.18)		60.24 (5.64)		59.4(6.51)	
median (min, max)	60 (50, 76)		59(50, 76)		60(52, 71)		61(54, 69)		60(50, 69)	
สถานภาพสมรส										
โสด	4	4.00	1	4.00	1	4.00	1	4.00	1	4.00
สมรส	81	81.00	18	72.00	20	80.00	24	96.00	19	76.00
หย่าร้าง/หม้าย/แยกกัน	15	15.00	6	24.00	4	16.00	0	0.00	5	20.00
ระดับการศึกษา										
ประถมศึกษา	90	90.00	22	88.00	23	92.00	21	84.00	24	96.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	7.00	2	8.00	1	4.00	3	12.00	1	4.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3	3.00	1	4.00	1	4.00	1	4.00	0	0.00
อาชีพหลัก										
เกษตรกรรม	68	68.00	5	20.00	10	40.00	23	92.00	20	80.00
แรงงานฝีมือ	13	13.00	5	20.00	2	8.00	2	2.00	5	20.00
งานบริการ	13	13.00	11	44.00	11	44.00	0	0.00	0	0.00
หัตถอุตสาหกรรม	6	6.00	4	16.00	2	8.00	0	0.00	0	0.00
การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์										
ไม่ดื่ม	58	58.00	14	56.00	15	60.00	16	64.00	13	52.00
ดื่ม	42	42.00	11	44.00	10	40.00	9	36.00	12	48.00
สุราขาว	16	16.00	2	8.00	2	8.00	4	16.00	8	32.00
สุราอื่นๆ เช่น แมโจ	16	16.00	3	12.00	7	28.00	4	16.00	2	8.00
เบียร์	9	9.00	3	12.00	3	12.00	1	4.00	2	8.00
การสูบบุหรี่										
ไม่สูบ	74	74.00	20	80.00	19	76.00	15	60.00	20	80.00
สูบ	22	22.00	3	12.00	6	24.00	8	32.00	5	20.00

ข้อมูลทั่วไป	รวมทุกกลุ่ม (n = 100)		หมู่บ้านที่ 1 (n=25)		หมู่บ้านที่ 2 (n=25)		หมู่บ้านที่ 3 (n=25)		หมู่บ้านที่ 4 (n=25)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
เคยสูบบุหรี่แล้ว	4	4.00	2	8.00	0	0.00	2	8.00	0	0.00
การดื่มเครื่องดื่มบำรุงกำลัง ชา กาแฟ										
ไม่ดื่ม	42	42.00	10	40.00	11	44.00	7	28.00	14	56.00
ดื่ม	58	58.00	15	60.00	14	56.00	18	72.00	11	44.00
การตรวจสุขภาพประจำปี										
ประจำปี	63	63.00	16	64.00	7	28.00	19	76.00	21	84.00
ไม่เป็นประจำปี	10	10.00	2	8.00	6	24.00	2	8.00	0	0.00
ไม่เคย	27	27.00	7	28.00	12	48.00	4	16.00	4	16.00
การตรวจสุขภาพ										
ไม่เคยตรวจ	35	35.00	0	0.00	15	60.00	8	32.00	12	48.00
ตรวจ (ตอบได้มากกว่า 1 คำถาม)	65	65.00	25	100.00	10	40.00	17	68.00	13	61.90
ทั่วไป	65	65.00	25	100.00	10	40.00	17	68.00	13	61.90
สมรรถภาพการมองเห็น	4	4.00	0	0.00	1	4.00	2	8.00	1	4.80
ตรวจสมรรถภาพการได้ยิน	2	2.00	0	0.00	1	4.00	1	4.00	0	0.00
สมรรถภาพปอด	2	2.00	0	0.00	1	4.00	1	4.00	0	0.00
เอกซเรย์ปอด	9	9.00	0	0.00	4	16.00	3	12.00	2	9.50
เจาะเลือดหาปริมาณสารเคมี	12	12.00	0	0.00	3	12.00	4	16.00	5	23.80
เบาหวานความดัน	7	7.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	7	33.30

ผลการวิจัยพบสาระสำคัญ 4 ประเด็น ได้แก่ด้านท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม การป้องกันตนเองจากการเจ็บป่วยด้วยพิษของสารเคมีไม่เหมาะสม ไม่ถนอมสายตาขณะทำงาน และการป้องกันการเจ็บป่วยทางเดินหายใจไม่เหมาะสม ดังนี้

พฤติกรรมการป้องกันการเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพ

1. ยกของหนักและท่าทางการทำงานไม่เหมาะสม

แรงงานสูงวัยที่เข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้ทุกกลุ่มอาชีพบางส่วนมีพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพด้านการยศาสตร์ที่ไม่เหมาะสม กล่าวคือ ยังมีการทำงานด้วยท่าทางซ้ำๆ โกวังโค้ง เอี้ยวตัว ก้มๆ เงยๆ ยกของหนักด้วยท่าทางที่ไม่เหมาะสม ไม่มีอุปกรณ์ป้องกันตนเองในระหว่างยกของ และออกแรงมากขณะทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเกษตรกร ทำงานนานติดต่อกันเป็นเวลานานเกิน 2 ชั่วโมงโดยไม่มีการเปลี่ยนอิริยาบถ จะเปลี่ยนเมื่อรู้สึกปวดเมื่อยร่างกาย โดยในกลุ่มทำนามีการคุกเข่าในการเกี่ยวข้าว ดังที่ชาวนาสูงวัยคนหนึ่งสะท้อนว่า “ข้าวมั่นล้ม ก้มก็ปวด ต้องคุกเข่าเกี่ยวเอา เดินเข้าค้อยๆเขียบๆไป เกี่ยวไปเรื่อยๆ” (FG4) ในขณะที่กลุ่มจักสานมีการทำงานโดยนั่งกับพื้น ส่วนแรงงานเย็บผ้าท่านหนึ่งเล่าว่า “เวลาเย็บผ้านั่งเกิน 2 ชั่วโมง นั่งทำเรื่อยๆเวลาเมื่อยก็ค่อยลุก บางทีทำจนถึงเวลากินข้าว บางที 3 หุ่ 4 หุ่ก็มีปวดฉี่ไม่ลุก” (FG3) แรงงานทำดอกไม้คนหนึ่งสะท้อนว่า “ไม่ได้ป่วยเป็นอะไร เป็นแต่เจ็บหลัง เจ็บเอว คือมันนั่งนาน 2 ชั่วโมง ไม่ลุก ก็นั่งคุ้ยกันไปทำกันไป นั่งแล้วลุกยากหัวเข่าลั่น ก๊อกรก๊ากๆ” (FG7) แรงงานที่ร่วมสนทนากลุ่มเห็นด้วยกับคำพูดเหล่านี้

2. ป้องกันตนเองจากการเจ็บป่วยด้วยพิษของสารเคมีไม่เหมาะสม

กลุ่มแรงงานที่สัมผัสสารเคมี ได้แก่ กลุ่มแรงงานฝีมือที่ทำอาชีพจักสาน มีการสัมผัสที่ใช้ทาเครื่องจักสานแต่มีการป้องกันที่ดี และกลุ่มแรงงานเกษตรกรซึ่งแรงงานบางส่วนมีการสัมผัสพิษของสารเคมีทางการเกษตร และป้องกันการเจ็บป่วยด้วยพิษของสารเคมีไม่เหมาะสม สวมใส่เสื้อแขนยาวและกางเกงขายาว ขณะทำงานในนา/ไร่ สวมหน้ากาก และสวมถุงมือขณะพ่นสารเคมีทางการเกษตรกำจัดศัตรูพืช แต่หน้ากากที่สวมปิดปากและจมูกเป็นหน้ากากผ้า

รวมถึงถุงมือที่สวม (ถุงมือผ้า/ถุงมือยางชนิดใช้แล้วทิ้ง) ไม่สามารถป้องกันพิษของสารเคมีได้ นอกจากนี้กลุ่มแรงงานบางคนรับประทานอาหารเช้าและเครื่องดื่มบริเวณที่ปนสารเคมี ดังที่เกษตรกรชายสูงวัยท่านหนึ่งเล่าว่า “ผมใส่เสื้อแขนยาว ใส่ถุงมือ ผ้าปิดจมูก ใส่รองเท้าบูต ผ้าปิดจมูกก็เป็นแบบหนา เป็นกลมๆ มีฟองน้ำกรอง เขาก็ไม่ได้บอกว่ารับประทานสารพิษ ถุงมือก็เป็นถุงมือยางยาวๆ” (FG1) ซึ่งมีแรงงานสูงวัยบางคนสนับสนุนคำกล่าวนี้นี้ แต่มี แรงงานเกษตรกรสูงวัยส่วนใหญ่ยังมีการป้องกันพิษของสารเคมีที่ไม่เหมาะสม และไม่มีชุดสำหรับปนสารเคมีเกษตรโดยเฉพาะ ซึ่งเกษตรกรแรงงานสูงวัยนอกระบบมีการดูแลตนเองโดยการสวมถุงมือ บางคนใช้ถุงมือผ้าในขณะที่บางคนใช้ถุงมือยางสีขาว ไม่สวมถุงมือตลอดเวลา มีการสวมหน้ากากอนามัยที่ไม่สามารถป้องกันพิษของสารเคมี ใช้ปากเป่าหัวฉีดเครื่องพ่นยาที่อุดตัน และไม่สวมรองเท้าบูทในขณะที่ทำงาน โดยแรงงานหญิงสูงวัยนอกระบบท่านหนึ่งได้เล่าว่า “เวลาหวานปุ๋ยนี้ก็ไม่ค่อยใส่ถุงมือนะ”(FG3) ในขั้นตอนการผสมสารเคมียังพบว่าการผสมสารเคมีโดยใช้ไม้ในการคนสารเคมีผสมกันแต่ยังมีการใช้สารเคมีหลายชนิดผสมกันและระหว่างฉีดพ่นสารเคมีไม่สวมหน้ากากปิดปากและจมูก ทั้งนี้พบว่ามีแรงงานสูงวัยบางคนในขณะที่ฉีดพ่นไม่มีการใช้ผ้ารองแผ่นหลังอีกด้วย ดังที่เกษตรกรชายท่านหนึ่งเล่าว่า “ผมใส่เสื้อตัวเดียว ไม่มีผ้ารองหลัง” (FG2) และ อีกคนเล่าว่า “เวลาทอพ่นสารเคมีต้นผมใช้ไม้เขี่ยออก หากไม่ออกใช้ปากเป่า...” (FG 3) และ แรงงานสูงวัยบอกว่า “เวลาต้อนน้ำ หรือรับประทานอาหารเช้ากลางวัน ก็รับประทานบริเวณที่ปนสารเคมี...” (FG 12) แรงงานสูงวัยส่วนใหญ่เห็นด้วยกับคำกล่าวนี้นี้

3. ไม่ถนัดสายตาขณะทำงาน

กลุ่มเกษตรกรกรรม คำชาย รับจ้างทั่วไปสูงวัย ส่วนใหญ่จะทำงานในช่วงระยะเวลาที่มีแสงสว่าง แต่กลุ่มแรงงานเย็บผ้าโหลและทอผ้าสูงวัยที่เป็นกลุ่มอาชีพแรงงานฝีมือ ส่วนใหญ่โดยภาพรวมมีการทำงานเย็บผ้า/ทอผ้าในบริเวณที่มีแสงสว่างเพียงพอ โดยเฉพาะในเวลากลางวัน ทำงานเย็บผ้า/ทอผ้าในบริเวณที่ทิศทางของแสงสว่างเหมาะสม ไม่ได้จัดระยะห่างระหว่างชิ้นงานกับสายตา ประมาณ 35 เซนติเมตร เพื่อให้มองเห็นได้ชัดเจนและรู้สึกสบายตา และขณะเย็บผ้า/ทอผ้า ไม่พักสายตาทุก 30 นาที หรือทุกครั้งที่ปวดเมื่อยสายตา โดยการหลับตาหรือมองไกลเป็นระยะๆ เป็นเวลา 1-2 นาที ในการสนทนากลุ่มแรงงานสูงวัยสะท้อนถึงพฤติกรรมป้องกันเกิดปัญหาสายตาจากทำงานดังนี้ “เร่งทอผ้าทั้งวันมีปวดเมื่อยตาอยู่...ไม่ค่อยได้พักสายตา” (FG 10) อีกคนเล่าว่า “ฉันทอผ้าตอนกลางวันมีหลอดไฟหลอดเดียวต้องเพ่งสายตาเหมือนกันเวลาทอผ้า”(FG 10)

4. ป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจไม่เหมาะสม

กลุ่มแรงงานสูงวัยที่ทำงานด้านบริการ ไม่ได้สัมผัสฝุ่นละอองหรือสิ่งกระตุ้นที่จะก่อให้เกิดโรคระบบทางเดินหายใจ ส่วนกลุ่มแรงงานสูงวัยที่สัมผัสฝุ่น ได้แก่ กลุ่มแรงงานสูงวัย เกษตรกร จักสาน ทอผ้า และเย็บผ้าส่วนใหญ่ไม่สวมหน้ากากปิดปากและจมูก ส่วนบางคนที่ไม่สวมหน้ากากปิดปากและจมูกสวมไม่ถูกวิธี หรือ สวมหน้ากากปิดปากปิดจมูกที่ไม่สามารถป้องกันฝุ่นละอองได้ เช่น กลุ่มแรงงานสูงวัยทอผ้า สวมหน้ากากที่ไม่สามารถกรองฝุ่นขนาดเล็กได้ และไม่สามารถสวมหน้ากากปิดปากและจมูกตลอดเวลาในการทำงาน ส่วนใหญ่มีการใช้หน้ากากปิดจมูกระหว่างการทำงานในตอนเริ่มแรก แต่เมื่อเริ่มรู้สึกร้อนหรืออึดอัดจะทำการถอดหน้ากากปิดจมูกออก ในขณะที่บางคนก็มีการปิดแค่ปาก ซึ่งหน้ากากปิดจมูกที่ใช้เป็นแบบหน้ากากอนามัยทั่วไปหรือผ้าปิดจมูกแบบผ้าที่มีขายตามท้องตลาดโดยทั่วไป ดังที่แรงงานสูงวัยท่านหนึ่งเล่าว่า “ผ้าปิดจมูกก็ใช้อนที่เขามาให้ใส่ เป็นผ้าสีขาว” (FG9) และข้อมูลจากการสังเกตมีแรงงานสูงวัยบางคนไม่ได้ทำความสะอาดฝุ่นบริเวณที่ทำงาน

ปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพ

ปัจจัยเงื่อนไขส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพ สรุปสาระสำคัญได้แก่ขาดความรู้ พฤติกรรมป้องกันการเจ็บป่วยไม่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตและสิ่งแวดล้อม และขาดแคลนทุนทรัพย์รายละเอียดดังนี้

1. ขาดความรู้

แรงงานสูงวัยส่วนใหญ่ที่มีพฤติกรรมกำบังตนเองเพื่อไม่ให้เจ็บป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพไม่เหมาะสม เช่น ใช้ปากเป่าเวลาพ่นสารเคมีทางการเกษตรแล้วหวั่นต้น มีท่าทางการทำงานไม่เหมาะสม สวมถุงมือที่ไม่สามารถป้องกันพิษของสารเคมี หรือทำงานโดยไม่พกสายตา หรือมีแสงสว่างที่ไม่เพียงพอ ในการสนทนากลุ่มแรงงานสูงวัยได้สะท้อนว่า “ไม่รู้ว่ามีอันตรายเวลาใช้ปากเป่าหวั่นต้นสารเคมี ที่อุดต้น” (FG3) และแรงงานสูงวัยอีกคนได้เสริมว่า “บางคนก็ปิดแค่ปาก ไม่ถึงมาปิดจมูก” (FG3) แรงงานสูงวัยบางคนบอกว่า “ฉันนั่งทำงานนานๆไม่ลุกเปลี่ยนท่าเลย บางครั้งนั่งก่อนวันจนทำงานเสร็จ...ไม่มีหมอ (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) มาแนะนำว่าต้องเปลี่ยนท่า” (FG 11) ผู้ร่วมสนทนากลุ่มส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการผู้พูด

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพไม่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตและสิ่งแวดล้อม

แรงงานสูงวัยส่วนใหญ่ไม่สามารถป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคพิษของสารเคมีทางการเกษตร และโรคระบบทางเดินหายใจได้ หรือป้องกันไม่ถูกวิธี เช่น สวมถุงมือยางและสวมหน้ากากปิดปากและจมูกในระยะเริ่มผสมสารเคมีทางการเกษตร แต่ต่อมาร้อนและรู้สึกอึดอัดไม่เคยชิน เลยถอดถุงมือออกแล้วใช้มือเปล่าในการผสมสารเคมี และใช้ไม้คน การหว่านปุ๋ยเคมีทางการเกษตรด้วยมือเปล่า รวมถึงถอดหน้ากากออก ในกลุ่มทอผ้าแรงงานสูงวัยส่วนใหญ่ที่สวมหน้ากากปิดปากและจมูกต่อมาอึดอัดหายใจไม่ออกถอดออก หรือบางคนเลื่อนลงมาปิดปาก ดังที่แรงงานเล่าว่า “เวลาหว่านปุ๋ยนี้ก็ไม่ค่อยใส่ถุงมืออะ มันไม่ถนัดก็เลยไม่ใส่”(FG3) บางคนกล่าวว่า “สวมถุงมืออย่างทำงานมันร้อนมืออึดอัดทำงานไม่ถนัด” (FG1) และแรงงานทอผ้าสูงวัยบอกว่า “บางคนก็ปิดแค่ปาก ไม่ถึงมาปิดจมูก มันอึดอัดหายใจไม่ออกเหมือนใจจะขาด” (FG3)

3. ขาดแคลนทุนทรัพย์

ในบางหมู่บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบลจัดงบประมาณซื้ออุปกรณ์แจกให้แก่แรงงานสูงวัยแต่อุปกรณ์ที่แจกมีจำกัดไม่ทั่วถึงและไม่เพียงพอ เพราะอุปกรณ์บางอย่างชำรุดง่าย แรงงานสูงวัยต้องซื้อบ่อยๆ เช่น ถุงมือและบางอุปกรณ์ หรือวัสดุใช้แล้วทิ้ง เช่น หน้ากากปิดปากและจมูกเพื่อป้องกันฝุ่น ทำให้แรงงานสูงวัยซึ่งมีรายได้น้อยบางคนไม่มีเงินซื้ออุปกรณ์ป้องกันการเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพ ดังคำกล่าวต่อไปนี้ “ก็มีแจกอุปกรณ์ พวกผ้าปิดจมูก รองเท้าบูต เป็นงบจากของ อบต. นี่แหละ ได้แค่ สิบกว่าคน บางทีก็ 15 คน บางทีก็ 18 คน”(FG3) แรงงานส่วนใหญ่บอกไม่เพียงพอ เพราะให้น้อยและให้ครั้งเดียวต่อปี แรงงานสูงวัยที่ทอผ้าสะท้อนว่า “ไม่มีเงินที่จะซื้อหน้ากากปิดปากและจมูกบ่อยๆ หากซื้อเป็นครั้งคราวพอมีจึงสวมหน้ากากปิดปากและจมูกบ้าง และไม่สวมบ้าง” (FG11) แรงงานที่ร่วมสนทนากลุ่มส่วนใหญ่เห็นด้วยกับคำพูดนี้

อภิปรายผล

แรงงานสูงวัยนอกระบบมีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 52.0 จบระดับประถมศึกษาร้อยละ 90.0 ทั้งนี้เพราะพื้นที่ที่ดำเนินการวิจัยเป็นเขตชนบทที่พื้นฐานของครอบครัวเป็นเกษตรกรที่มีรายได้น้อยไม่แน่นอน แรงงานสูงวัยจึงไม่ได้รับการส่งเสริมให้เรียนในระดับสูง การศึกษานี้ยังพบว่าแรงงานสูงวัยนอกระบบ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 42.0 และดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ชาและกาแฟร้อยละ 58.0 คล้ายกับการศึกษาของ เกษราวัลณ์ นิลารากร, วิจิตรา เสนา, เกศินี สราญฤทธิชัย, สมิต, อีร์ศศักดิ์ นาจันทร์ และศันสนีย์ สีต่างคำ (2560) ที่พบว่า แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ ดื่มสุรา เครื่องดื่มชูกำลัง ชา กาแฟ และสูบบุหรี่ และแรงงานนอกระบบไม่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่เป็นการตรวจสุขภาพประจำปีโดยทั่วไปถึงร้อยละ 65.0 ทั้งนี้เพราะการให้บริการตรวจสุขภาพของสถานบริการสาธารณสุขทั่วไปไม่ได้มุ่งเน้นการตรวจสุขภาพประจำปีที่ค้นหาความเสี่ยงจากการประกอบอาชีพ ทำให้แรงงานสูงวัยเข้าถึงบริการดังกล่าวได้น้อย

ด้านพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพ พบว่า แรงงานสูงวัยมีท่าทางการทำงานไม่เหมาะสมหรือ ยกของหนักและทำงานในท่าทางเดิม ๆ โดยไม่เปลี่ยนท่าเป็นเวลานาน ผลการศึกษานี้คล้ายกับ

การศึกษาของ นันทพร เมฆสวัสดิชัย, ตรียมร วิสุทธิศิริ และณัฐภูมิ แดงสวัสดิ์ (2554) ที่พบว่า กลุ่มทอผ้ามักเกิดอาการปวดเมื่อยจากการนั่งทอผ่านานเฉลี่ย วันละ 7-8 ชั่วโมง และการทำงานทำเดียวซ้ำกันนานๆ และ การศึกษาของ รุจาธร อินทรตุล, วรันธรณ์ จรุงโรจน์สกุล, ขวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์, ธาณี แก้วธรรมานุกูล และนพมาศ ศรีเพชรวรรณดี (2562) ที่พบว่าแรงงานนอกระบบทำงานที่ต้องนั่งหรือยืนนาน ร้อยละ 96.3 มีการบิดเอี้ยว ก้มตัวขณะทำงาน ร้อยละ 92.6 และยกของหนักหรือออกแรงเกินกำลัง ร้อยละ 49.6 และการศึกษาของ ฉันทนา จันทวงศ์, นันทพร ภัทรพุทธ, วรรณภา ลือกิตินันท์ และกัญจนวลัย นนทแก้ว แพร์รี่ (2558) พบว่าแรงงานสูงวัยยืนทำงานติดต่อกันนาน 30 นาที ร้อยละ 68.0 สำหรับผลการศึกษาที่พบว่า แรงงานสูงวัยนอกระบบมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการเจ็บป่วยด้วยพิษของสารเคมีไม่เหมาะสม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ น้ำเงิน จันทมณี (2560) ที่พบว่าแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่มีการรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำในบริเวณที่ทำงานเกือบทุกครั้งที่ใช้ปฏิบัติงาน รองลงมาเป็นกลุ่มตัวอย่างไม่สวมถุงมืออย่างป้องกันสารเคมีขณะผสมและพ่นสารเคมี และการศึกษาของ รุจาธร อินทรตุล และคณะ (2562) พบว่า แรงงานนอกระบบมี การสัมผัสกับฝุ่น ร้อยละ 25.2 และ สัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 8.9 และจากการสังเกตและสนทนากลุ่มบริบทการทำงานในกลุ่มแรงงานสูงวัยที่ทำเกษตรของการศึกษานี้ บางคนที่ทำนาทำไร่ห่างจากบ้านมาก ไม่สะดวกในการกลับไปอาบน้ำและเปลี่ยนเสื้อผ้าหลังการพ่นสารเคมีทางการเกษตร

ผลการศึกษาในครั้งนี้ ด้านพฤติกรรมที่ไม่ถนัดสบายตา และมีพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บป่วยระบบทางเดินหายใจจากการประกอบอาชีพไม่เหมาะสม สอดคล้องกับหลายการศึกษา เช่น รุจาธร อินทรตุล และคณะ (2562) ที่พบว่า ร้อยละ 17.8 ของแรงงานแกะลำไยทำงานในที่มืดแสงสว่างไม่เพียงพอ การศึกษาของปภาวิทย์ หมั่นกิจการ และ ทศน์พงษ์ ตันติปัญญาพร (2560) ที่พบว่า ร้อยละ 23.3 แรงงานไม่ได้ทำความสะอาดที่ทำงาน และแสงสว่างไม่เพียงพอ ร้อยละ 17.8 ในส่วนของปัจจัยเงื่อนไขที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพนั้นคล้ายกับการศึกษาของ เกษราวัลณ์ นิลวรารุณ, จริญญา วงษ์พรหม, ขวณพิศ ทำนอง, อุสาศิ ศุภรพันธ์, ปัทมา สุริต และนิรมล ศรีธงชัย (2547) ที่พบว่า แรงงานนอกระบบทอผ้า บางคนไม่ใช้หน้ากากปิดปากและจมูกเพราะไม่รู้ถึงอันตรายของฝุ่นฝ้าย บางคนมีความรู้แต่ไม่มีเงินเพียงพอในการซื้อหน้ากากป้องกันฝุ่นอย่างสม่ำเสมอ และ มีแรงงานบางคนใช้ผ้าปิดปากและจมูกไม่ถูกวิธีเช่น ปิดเฉพาะปาก ไม่ปิดจมูกเพราะอากาศร้อน หายใจลำบากและเวลามีคนเดินผ่านอาจจะถูกทักบ่อยๆว่าทำไมสวมหน้ากากปิดปากและจมูก ต้องตอบคำถามบ่อยๆ เลยไม่ใช้

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้และการวิจัย

การศึกษานี้พบว่า พฤติกรรมการป้องกันการเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพของแรงงานสูงวัยนอกระบบไม่เหมาะสมในด้านการป้องกันการเจ็บป่วยทางการยศาสตร์ พิษของสารเคมี การไม่ถนัดสบายตาและโรคระบบทางเดินหายใจ ซึ่งปัจจัยเงื่อนไขที่ทำให้แรงงานนอกระบบสูงวัยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมเกิดจากการขาดความรู้ ไม่มีทุนทรัพย์ และวิธีการป้องกันการเจ็บป่วยดังกล่าวไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของแรงงานสูงวัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน ดังนั้น พยาบาลชุมชน และบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรเสริมหนุนความรู้และพัฒนานวัตกรรม การป้องกันการเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพ ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือแรงงานนอกระบบสูงวัย เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนงบประมาณและอุปกรณ์การป้องกันการเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพ นอกจากนี้ ควรจัดให้มีการตรวจร่างกายประจำปีของแรงงานนอกระบบสูงวัยเพื่อประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคจากการประกอบอาชีพ เพิ่มจากการตรวจสุขภาพโดยทั่วไป และผลการศึกษาสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำวิจัยเพื่อพัฒนาให้แรงงานสูงวัยนอกระบบมีพฤติกรรมในการป้องกันการเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพ

กิตติกรรมประกาศ

นักวิจัยขอขอบคุณแรงงานนอกระบบสูงวัยที่เข้าร่วมดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณโครงการสร้างและจัดการความรู้เพื่อพัฒนาระบบรองรับสังคมสูงวัย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่สนับสนุนทุนในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงโดยดี

เอกสารอ้างอิง

- เกษราวัลณ์ นิลวรารังกูร, วิจิตรา เสนา, เกศินี สราญฤทธิชัย, สมิต, เจ. เอฟ., ธีรศักดิ์ นาจันทร์ และคันสนีย์ สีต่างคำ. (2560). *การพัฒนากระบวนการเรียนรู้ของชุมชนในการดูแลสุขภาพเกษตรกรสวนยางพาราภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* (รายงานผลการวิจัย) ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เกษราวัลณ์ นิลวรารังกูร, จริญญา วงษ์พรหม, ชวนพิศ ทำนอง, อุสาห์ ศุภรพันธ์, ปัทมา สุริต และ นิรมล ศรีธงชัย. (2547). *การพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของแรงงานสตรีนอกระบบ: งานทอผ้าพื้นบ้านในจังหวัดขอนแก่น (ระยะที่ 1)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). *มาตรการขับเคลื่อนระเบียบ วาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ (ฉบับปรับปรุง)* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: อมรินทร์.
- ฉันทนา จันทวงศ์, นันทพร ภัทรพุทธ, วรณภา ลือกิตินันท์, และกัญจนวลัย นนทแก้ว แพร์รี่. (2558). *รูปแบบการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยในการประกอบอาชีพของแรงงานสูงอายุในระบบในชุมชนชายทะเลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต*. ชลบุรี: ม.ป.พ.
- นันทพร เมฆสวัสดิชัย, ตรียมร วิสุทธิศิริ และ ณัฐภูมิ แดงสวัสดิ์. (2554). การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพ และ พฤติกรรมการป้องกันอันตรายในการทำ งานของ กลุ่มแรงงานนอกระบบในจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารควบคุมโรค*, 37(3), 151-159.
- น้ำเงิน จันทมนิ. (2560). พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชและประสิทธิผลของการให้อาชีวสุศึกษาต่อความรู้ ทางด้านความปลอดภัยของเกษตรกรพื้นที่ต้นน้ำ จังหวัดพะเยา. *วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ*, 10(37), 36-45.
- ณัฐฐิณี สุขสมัย, ขวัญใจ อำนาจสัตย์สือ, พัทธพร เกิดมงคล, วันเพ็ญ แก้วปาน และนิตยา วัจนะภูมิ. (2555). ปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 26(3), 80-93.
- ปัจฉิมา บัวยอม, หทัยทิพย์ จุทอง, สุวิษ ธรรมปาโล, ลิเลียน วิวัฒน์ และ วันเพ็ญ แก้วปาน. (2553). *การประเมินสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของแรงงานสูงอายุในภาคใต้*. สงขลา: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา.
- ภาวิณี หมั่นกิจการ และทัศนพงษ์ ตันติปัญจพร. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการระบบทางเดินหายใจของ กลุ่มผู้รับงานไปทำที่บ้าน: กรณีศึกษาแรงงานทำดอกไม้ประดิษฐ์จากสำลี อำเภอพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี. *วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ*, 10(36), 34-45.
- ปรีชา คามาดี, วิโรจน์ เกษภูลักษ์ณ์ และ จิราวรรณ คงคล้าย. (2560). การจัดการแรงงานผู้สูงอายุในประเทศไทย: ปัจจัยเชิงสาเหตุและผลลัพธ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาวิจัยองค์กร ในพระบรมราชูปถัมภ์*, 12(2), 23-34.
- รุจาธร อินทรตุล, วรันธรณ์ จรุงโรจน์สกุล, ขวพรพรรณ จันท์ประสิทธิ์, ธาณี แก้วธรรมานุกูล และ นพมาศ ศรีเพชรวรรณ ดี. (2562). ปัจจัยคุกคามสุขภาพ พฤติกรรมการทำงาน การเจ็บป่วยและบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ของแรงงานนอกระบบ: กรณีกลุ่มแกะลำไย. *พยาบาลสาร*, 46(ฉบับพิเศษ), 23-35.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2558). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2558*. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิ สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย
- วันเพ็ญ แก้วปาน และสุรินธร กลัมพากร. (2550). *ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริม สุขภาพของแรงงานสูงอายุ (อายุ 45-60 ปี)*(รายงานการวิจัย). นนทบุรี: สำนักงานประกันสังคม.
- เสาวลักษณ์ แก้วมณี, ขวพรพรรณ จันท์ประสิทธิ์ และธานิ แก้วธรรมานุกูล. (2554). ปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการ ทำงานและภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงของแรงงานสูงอายุในอุตสาหกรรมอาหารทะเลบรรจุกระป๋อง. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 6(2), 90-99.

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (ม.ป.ป.). สถิติแรงงาน. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สืบค้นเมื่อ 3 มกราคม 2565, จาก statbbi.nao.go.th/staticreport/page/sector/th/02.aspx
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2558). *การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2558*. สืบค้นเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2560, จาก http://web.nso.go.th/en/survey/lfs/data_lfs/2015_iep_Full%20Report.pdf
- Elo, S., & Kyngas, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Sargeant, J. (2012). Qualitative research part II: Participants, analysis, and qualitative assurance. *The Journal of Graduate Medical Education*, 4(1), 1-3. doi: 10.4300/JGME-D-11-00307.1

การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร

เนตรญา วิโรจวนิช, พยม.* ธงวิไล กันทะสอน, พยม.**

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและทดสอบคุณภาพของแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 7 คน และกลุ่มผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น คือหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 30 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 4 เครื่องมือ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ แบบสอบถามองค์ประกอบสมรรถนะและสมรรถนะย่อย แบบสอบถามแสดงรายการพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ และแบบประเมินสมรรถนะของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น วิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน วิเคราะห์ความเที่ยงและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของแบบประเมินสมรรถนะ โดยหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 30 คน ประเมินโดยหัวหน้างานการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยประเมินตนเอง และพยาบาลผู้ได้บังคับบัญชา ผลการวิจัยสรุป ดังนี้ 1. แบบประเมินสมรรถนะ ประกอบด้วยสมรรถนะหลัก 6 ด้าน สมรรถนะย่อย 29 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงจำนวน 8 ข้อ 2) ด้านการเป็นนักนวัตกรรมจำนวน 4 ข้อ 3) ด้านการจัดการคุณภาพการพยาบาลจำนวน 4 ข้อ 4) ด้านความเชี่ยวชาญทางคลินิกจำนวน 3 ข้อ 5) ด้านการจัดการทรัพยากรจำนวน 6 ข้อ และ 6) ด้านจริยธรรมและกฎหมายวิชาชีพจำนวน 4 ข้อ 2. การทดสอบคุณภาพของแบบประเมินสมรรถนะ พบว่า มีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .97 และค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .97 และประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้อยู่ในระดับมาก (mean= 4.19, SD= 0.63) ผลการวิจัยสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางการพัฒนาสมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลรายบุคคลได้ และแบบประเมินสามารถนำไปใช้ในการประเมินสมรรถนะของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นได้

คำสำคัญ: แบบประเมินสมรรถนะ, ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น

วันที่รับ: 22 พฤศจิกายน 2564 วันที่แก้ไข: 6 มีนาคม 2565 วันที่ตอบรับ: 23 มีนาคม 2565

*พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: netayaw@gmail.com

**พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

The development of first line manager competency assessment scale, Naresuan University Hospital

Netaya Wirotwanit, MNS.^{*} Thongwilai Kantasorn, MNS.^{**}

Abstract

This research and developmental study aimed to construct and examine the quality of competency assessment scale for first line nurse manager. Two participant groups including 7 expert and 30 first line managers of Nursing Department in the Naresuan University Hospital were selected using a purposive sampling technique. The research applied 4 instruments including: a semi-structured interview for first line manager competency assessment expert team, a tool for core and functional competency assessment, behavioral competency evaluation tool, and first line manager competency assessment. The expert consensus panel was constructed to validate the content validity of the competency assessment tool. The internal consistency and feasibility were assessed by 30 head nurses, head of nursing division, and subordinates. The results showed that 1) the first line manager competency assessment scale consisted of 6 core competencies, 29 functional competencies. The first core competency was transformational leadership consists of 8 items. Second, innovator consists of 4 items. Third, nursing quality improvement consists of 4 items. Fourth, clinical nursing specialist consists of 3 items. Fifth, resource management consists of 6 items, and finally, ethical and legal issues consist of 4 items. 2) The quality evaluations revealed that content validity index (CVI) and Cronbach's alpha coefficient were 0.97 and 0.97, respectively, while the aspect of feasibility was being rated at the high level (mean= 4.19, SD.= 0.63). The present findings could be used as a guideline for individual first line manager development plan, and the competency assessment scale can be used to evaluate first line manager competencies.

Keywords: Competency assessment scale, First line manager

Received: November 22, 2021 Revised: March 6, 2022 Accepted: March 23, 2022

^{*} Registered nurse, senior level, Naresuan University Hospital, Faculty of medicine, Naresuan University
Corresponding author, E-mail: netayaw@gmail.com

^{**} Registered nurse, practitioner level, Naresuan University Hospital, Faculty of medicine, Naresuan University

บทนำ

ทรัพยากรมนุษย์เป็นสินทรัพย์ทางการบริหารที่มีคุณค่ามากที่สุดในองค์กร การพัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพสูงเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนองค์กรไปสู่เป้าหมายและก้าวสู่การเป็นองค์กรชั้นนำได้อย่างประสบความสำเร็จ (ชูชัย สมितिไกร, 2556) การนำแนวคิดสมรรถนะ (competency) มาประยุกต์ใช้ในการบริหารทรัพยากรมนุษย์เป็นฐาน โดยการกำหนดว่าในแต่ละตำแหน่งจะต้องมีพื้นฐานทักษะ ความรู้ และความสามารถหรือพฤติกรรมใดบ้างและอยู่ในระดับใด จึงจะทำให้บุคลากรนั้นมีคุณลักษณะที่ดี มีผลต่อการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพสูง และได้ผลการปฏิบัติงานตรงตามวัตถุประสงค์องค์กร (ฉัตรณรงค์ศักดิ์ สุธรรมดี และจินตกานต์ สุธรรมดี, 2560) ผู้บริหารระดับต้นเป็นผู้บริหารที่จะนำนโยบายและกลยุทธ์ขององค์กรไปสู่การปฏิบัติการ สมรรถนะของหัวหน้าหรือผู้ปฎิบัติจึงมีความสำคัญยิ่งที่จะเชื่อมโยงระดับนโยบายขององค์กรลงสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม โดยการชักนำให้ผู้ใต้บังคับบัญชาปฏิบัติตามนโยบาย การจัดการ และการบริหารบุคลากร ดังนั้นทักษะที่จำเป็นต้องใช้ คือ ทักษะด้านเทคนิค ทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ระหว่างบุคคล รองลงมาเป็นทักษะในการคิด วิเคราะห์ คัดการณ (จารุวรรณ ธาดาเดช, 2556) การศึกษาสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะผู้นำทางการพยาบาลของหัวหน้า หรือผู้ปฎิบัติ พบว่ายังขาดความสม่ำเสมอในการติดตามงาน การนิเทศงาน และขาดความเป็นแบบอย่างที่ดีในบางสถานการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะผู้นำทางการพยาบาลต้องแสดงสมรรถนะในด้านความรู้ การจัดการเชิงระบบให้ชัดเจน มีพฤติกรรมแบบอย่างที่ดี มีการมอบอำนาจ สร้างวัฒนธรรมให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ เป็นต้น (จินตนา อาจสันเทียะ, จริยา ชื่นศิริมงคล, เรวดี ลือพงศ์ลักษณ์ และสุวรรณา อนุสันติ, 2557)

กระบวนการจัดทำแผนพัฒนาสมรรถนะผู้บริหารระดับต้น มีความจำเป็นต้องมีรูปแบบการบริหารจัดการและการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ การจัดทำแบบประเมินสมรรถนะเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดังกล่าว แบบประเมินสมรรถนะที่มีคุณภาพให้ผลการประเมินที่น่าเชื่อถือและมีความแม่นยำในการวัดนั้นประกอบด้วย ความตรง (validity) คือ ความสอดคล้องกับความสามารถในการปฏิบัติงาน และความเที่ยง (reliability) คือ ความคงเส้นคงวาของผลการวัด มีความสามารถในการจำแนก มีความยุติธรรม และสามารถทำได้จริง (ชูชัย สมितिไกร, 2556) และสามารถประเมินสมรรถนะได้ตรงตามระดับความสามารถที่แท้จริงได้

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูงขนาด 400 เตียง มีวิสัยทัศน์ขององค์กรคือโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ชั้นนำ ที่ใช้นวัตกรรมเพื่อสนับสนุนการสร้างผู้นำในระบบสุขภาพ โดยมีพันธกิจ 3 ด้านดังนี้ 1) ให้บริการทางการแพทย์ระดับมาตรฐานสากล 2) สนับสนุนการผลิตบัณฑิตแพทย์ที่เป็นผู้นำในระบบสุขภาพ และ 3) ส่งเสริมวิชาการและงานวิจัยเพื่อตอบสนองสังคมด้วยนวัตกรรม เพื่อตอบสนองต่อเป้าหมายของโรงพยาบาล องค์กรพยาบาลได้จัดบริการพยาบาลที่เน้นการดูแลกลุ่มโรคเฉพาะทางที่ซับซ้อน ส่งเสริมการสร้างนวัตกรรม และพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อยกระดับคุณภาพการพยาบาลสู่ความเป็นเลิศ ด้านบริบทขององค์กรพยาบาลผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นคือหัวหน้าหรือผู้ปฎิบัติมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 42 ปี อายุน้อยที่สุด 34 ปี และอายุมากที่สุด 48 ปี ประสบการณ์ด้านบริหารเฉลี่ยเท่ากับ 7 ปี น้อยที่สุด 2 ปี และมากที่สุด 19 ปี จัดได้ว่าเป็นองค์กรที่มีผู้บริหารมีประสบการณ์ด้านการบริหารน้อย และด้านการศึกษาหรืออบรมหลักสูตรการบริหารพยาบาล ระดับปริญญาโท 3 คน ประกาศนียบัตร 14 คน คิดเป็นร้อยละ 57 ของจำนวนหัวหน้าหรือผู้ปฎิบัติทั้งหมด (ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร, 2562) ประกอบกับในปัจจุบันแบบประเมินสมรรถนะของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร เป็นแบบประเมินใช้เกณฑ์อ้างอิงการประเมินของข้าราชการพลเรือนที่เนื้อหายังไม่ครอบคลุมสมรรถนะการปฏิบัติงานจริงของวิชาชีพ ขาดรายละเอียดของพฤติกรรมปฏิบัติงานที่ใช้เป็นเกณฑ์ประเมิน อีกทั้งองค์กรพยาบาลยังไม่มีระบบการเตรียมความพร้อมสำหรับการเข้าสู่ตำแหน่งผู้บริหารทางการพยาบาลที่เป็นรูปธรรม

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น เพื่อหาโอกาสในการพัฒนาสมรรถนะของผู้บริหารให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ และบริบทขององค์กร รวมถึงการรับมือความท้าทายที่ส่งผลกระทบต่อสถานการณ์ในการจัดบริการพยาบาล การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างแบบประเมินสมรรถนะ และทดสอบคุณภาพของแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลรายบุคคล (individual development planning) และแนวทางในการเตรียมตัวบุคลากรทางการพยาบาลก่อนเข้าสู่ตำแหน่งบริหาร (succession plan) ที่เป็นรูปแบบที่ชัดเจนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อสร้างแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร
- 2) เพื่อทดสอบคุณภาพของแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อสร้างและทดสอบคุณภาพของแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร วิธีการสร้างแบบประเมินประยุกต์ใช้แนวคิดวิธีมาตรฐานค่าแบบยึดพฤติกรรม (Springer et al, 1998 อ้างถึงในยุภา เทิดอุดมธรรม, 2557) และแนวคิดการสร้างแบบประเมินของ สุวิมล ว่องวานิช (2550 อ้างถึงในยุภา เทิดอุดมธรรม, 2557) การกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ใช้วิธีการประเมิน 360 องศา กลุ่มตัวอย่างใช้ประชากรทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คัดเลือกด้วยวิธีการแบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection) ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 7 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับสูง 2 คน ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับกลาง 3 คน และผู้บริหารหลักสูตรการศึกษาการพยาบาล จำนวน 2 คน และผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น คือ หัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 30 คน โดยวิธีการกำหนดคุณสมบัติให้สอดคล้องและเหมาะสมกับปัญหาการวิจัย ระยะการเก็บข้อมูล พฤษภาคม 2563 - พฤษภาคม 2564 มีกระบวนการ 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการพัฒนา (Research: R1) สำรวจโอกาสพัฒนาด้านบริหารการพยาบาลใช้การสนทนากลุ่ม (focus group) โดยจัดประชุมผู้บริหารองค์กรพยาบาล คือ กลุ่มหัวหน้าหอผู้ป่วย 30 คน จากนั้นสรุปเนื้อหาความต้องการพัฒนาด้านบริหารการพยาบาลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อร่วมกันกำหนดปัญหาและโอกาสพัฒนา

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร (Development: D1) มีขั้นตอนดังนี้

1) ทบทวนวรรณกรรม สมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น วิสัยทัศน์ พันธกิจของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 7 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับสูง 2 คน ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับกลาง 3 คน และผู้บริหารหลักสูตรการศึกษาการพยาบาล 2 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นผู้วิจัยสังเคราะห์เนื้อหา กำหนดองค์ประกอบสมรรถนะและรายการสมรรถนะย่อยของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร

2) นำองค์ประกอบสมรรถนะและรายการสมรรถนะย่อยของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันความเหมาะสมและแสดงความคิดเห็น กำหนดค่าคะแนนความเหมาะสมในแต่ละข้อด้วยมาตราประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ จากนั้นนำข้อมูลรายชื่อที่สอดคล้องและปรับแก้ตามข้อเสนอแนะมาจัดทำแบบสอบถามแสดงรายการ

พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันความสอดคล้องเลือกรายการพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถที่ค่า SD น้อยกว่า 0.5 (Springer et al, 1998 อ้างถึงใน ยุภา เทิดอุดมธรรม, 2557) และแสดงความเห็นด้านความเหมาะสมของการจัดเรียงรายการพฤติกรรมซึ่งแปลเป็นระดับสมรรถนะ 5 ระดับ จากนั้นนำผลการยืนยันระดับความเหมาะสมมาของรายการพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ และสร้างแบบประเมินสมรรถนะตามแนวคิดของ สุวิมล ว่องวานิช (2550 อ้างถึงใน ยุภา เทิดอุดมธรรม, 2557) โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน วิธีการประเมินตามแนวคิด 360 องศาและคู่มือการประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร

ขั้นตอนที่ 3 ทดสอบคุณภาพของแบบประเมินสมรรถนะที่สร้างขึ้น (Research: R2)

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) ของแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร โดยความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน คือ 1) อาจารย์พยาบาลกลุ่มวิชาการบริหารการพยาบาลและพัฒนาวิชาชีพ คณะพยาบาลศาสตร์ 2) ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายคุณภาพ คณะแพทยศาสตร์ และ 3) หัวหน้างานการพยาบาลสูตินรีเวช ทั้ง 3 คนมีคุณสมบัติสอดคล้องกับงานวิจัย ซึ่งค่าความตรงเชิงเนื้อหาที่ยอมรับได้ เท่ากับ .80 ขึ้นไป (อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ และชญากา วันทุม, 2560)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินสมรรถนะไปหาความเที่ยง (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค กับหัวหน้าหอผู้ป่วยทุกคน จำนวน 30 คน วิธีการดำเนินการคือ ให้หัวหน้างานการพยาบาล และพยาบาลผู้ได้บังคับบัญชา โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพผู้ทำหน้าที่ประเมิน ซึ่งคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวนหกละ 1 คน ประเมินหัวหน้าหอผู้ป่วยคนเดียวกัน และหัวหน้าหอผู้ป่วยประเมินตนเอง จากนั้นใช้แบบสอบถามประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของแบบประเมินสมรรถนะ ซึ่งเป็นแบบสอบถามชนิดมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับกับกลุ่มตัวอย่างคือ หัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 30 คน โดยข้อคำถาม มี 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) ขอบเขตและวัตถุประสงค์ 3 ข้อ 2) การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง 4 ข้อ 3) ขั้นตอนการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะ 7 ข้อ 4) ความชัดเจนและการนำเสนอ 4 ข้อ 5) การประยุกต์ใช้ 3 ข้อ และ 6) ความเป็นอิสระของทีมร่วมจัดทำแบบประเมินสมรรถนะ 2 ข้อ

ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนา (Development: D2) ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะจากการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของแบบประเมินสมรรถนะ มาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันและมีความชัดเจนขึ้น จากนั้นเผยแพร่

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของอาสาสมัคร โดยโครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ก่อนการดำเนินการวิจัย เลขที่ COA No.123 /2020 IRB No. P3-0018/2563 และกระทำโดยการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ผู้วิจัยชี้แจงแก่อาสาสมัครก่อนการลงนามยินยอมถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบในเชิงลบแต่อย่างใด พร้อมทั้งชี้แจงให้เห็นว่าข้อมูลที่ให้จะเกิดประโยชน์โดยรวม มีการปกป้องสวัสดิภาพของอาสาสมัครผู้ยินยอมโดยไม่บันทึกชื่อ นามสกุล และไม่เปิดเผยข้อมูลให้ผู้อื่นทราบตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการวิจัยจนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย ซึ่งการนำเสนอข้อมูลเพื่อการอภิปรายผลหรือตีพิมพ์ผลงานวิจัยจะกระทำในภาพรวม

ผลวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการพัฒนา ผลการวิเคราะห์ความต้องการพัฒนาระบบบริหารการพยาบาลขององค์กร พบโอกาสในการพัฒนาสมรรถนะผู้บริหารระดับต้นโดยเริ่มจากกระบวนการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะ จากข้อมูลด้านบริบทขององค์กรพยาบาลผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น คือหัวหน้าหอผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 42 ปี อายุน้อยที่สุด 34 ปี และอายุมากที่สุด 48 ปี ประสบการณ์ด้านบริหารเฉลี่ยเท่ากับ 7 ปี น้อยที่สุด 2 ปี

และมากที่สุด 19 ปี จัดได้ว่าเป็นองค์กรที่มีผู้บริหารมีประสบการณ์ด้านการบริหารน้อย และด้านการศึกษาหรืออบรมหลักสูตรการบริหารพยาบาล ระดับปริญญาโท 3 คน ประกาศนียบัตร 14 คน คิดเป็นร้อยละ 57 ของจำนวนหัวหน้าหอผู้ป่วยทั้งหมด พบโอกาสพัฒนาด้านผลลัพธ์การบรรลุเป้าหมายตามพันธกิจขององค์กรพยาบาล ในปี 2562 ร้อยละของตัวชี้วัดที่บรรลุตามแผนปฏิบัติการของฝ่ายการพยาบาล ด้านบริหารการพยาบาล และร้อยละการบรรลุเป้าหมายของตัวชี้วัดด้านปฏิบัติการพยาบาล เท่ากับ 75.7, 73.1 และ 80.3 ตามลำดับ (เกณฑ์มากกว่าเท่ากับ ร้อยละ 80) ประกอบกับในปัจจุบันแบบประเมินสมรรถนะของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร เป็นแบบประเมินใช้เกณฑ์อ้างอิงการประเมินของข้าราชการพลเรือนที่เนือหายังไม่ครอบคลุมสมรรถนะการปฏิบัติงานจริงของวิชาชีพ อีกทั้งองค์กรพยาบาลยังไม่มีระบบการเตรียมความพร้อมสำหรับการเข้าสู่ตำแหน่งผู้บริหารทางการพยาบาลที่เป็นรูปธรรม

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร

1) ผลจากการทบทวนวรรณกรรม วิสัยทัศน์ ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและผู้วิจัยสังเคราะห์เนื้อหาได้องค์ประกอบสมรรถนะ 6 ด้านและรายการสมรรถนะย่อย 29 ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สมรรถนะหลักและสมรรถนะย่อยของแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร

สมรรถนะหลัก	สมรรถนะย่อย
1. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง	1) การสร้างแรงบันดาลใจ 2) การมีวิสัยทัศน์ 3) การสร้างผู้ใต้บังคับบัญชาให้เป็นผู้นำ 4) กระตุ้นให้ผู้ใต้บังคับบัญชาแก้ปัญหาโดยใช้หลักเหตุผล 5) การยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล 6) การสื่อสาร 7) การเจรจาต่อรอง 8) การสร้างทีมทำงาน
2. การเป็นนักวัด	9) ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ 10) การสร้างนวัตกรรม 11) การเป็นที่ปรึกษาทางนวัตกรรม 12) การบริหารจัดการนวัตกรรม
3. การจัดการคุณภาพการพยาบาล	13) การวางแผนพัฒนาคุณภาพการพยาบาล 14) การนำมาตราฐานสู่ปฏิบัติการพยาบาล 15) การประเมินผลคุณภาพการพยาบาล 16) การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
4. ความเชี่ยวชาญทางคลินิก	17) ความเชี่ยวชาญการปฏิบัติการพยาบาล 18) การให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคตามความเชี่ยวชาญ 19) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย
5. การจัดการทรัพยากร	20) การวางแผนอัตรากำลัง 21) การมอบหมายงาน 22) การสร้างขวัญกำลังใจ

สมรรถนะหลัก	สมรรถนะย่อย
6. จริยธรรมและกฎหมายวิชาชีพ	23) การประเมินผลปฏิบัติงาน
	24) การพัฒนาบุคลากร
	25) การบริหารจัดการ บำรุงรักษาครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ ภายในหอผู้ป่วย
	26) การประพัตติตนเป็นแบบอย่างที่ดีด้านคุณธรรมและ จริยธรรม
	27) การประยุกต์ใช้หลักจริยธรรมและกฎหมาย ในการ ตัดสินใจเชิงจริยธรรม
	28) การส่งเสริมบรรยากาศจริยธรรมในหน่วยงาน
	29) การพิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการ

2) ผลการนำองค์ประกอบสมรรถนะและรายการสมรรถนะย่อย มาจัดทำแบบสอบถามแสดงรายการพฤติกรรม บ่งชี้ความสามารถ ซึ่งผลการยืนยันระดับความเหมาะสมของรายการพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถและการจัดเรียงลำดับ ได้ สมรรถนะหลัก 6 ด้าน สมรรถนะย่อย 29 ข้อ และรายการพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ 145 รายการ ดังนี้

1. ด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง พบว่าพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ 40 รายการ มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.28-4.84 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.10-0.42 ค่าเฉลี่ยระดับความเหมาะสมเท่ากับ 4.43 อยู่ใน ระดับเหมาะสมมาก

2. ด้านการเป็นนวัตกร พบว่าพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ 20 รายการ มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.36-4.6 และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.22-0.37 ค่าเฉลี่ยระดับความเหมาะสมเท่ากับ 4.53 อยู่ในระดับเหมาะสม มากที่สุด

3. ด้านการจัดการคุณภาพการพยาบาล พบว่าพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ 20 รายการ มีค่าเฉลี่ยอยู่ ระหว่าง 4.64-4.72 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.04-0.39 รายการพฤติกรรมมีระดับความเหมาะสม มากที่สุด

4. ด้านความเชี่ยวชาญทางคลินิก พบว่าพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ 15 รายการ มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.52-4.84 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.19-0.33 ค่าเฉลี่ยระดับความเหมาะสมเท่ากับ 4.65 อยู่ใน ระดับเหมาะสมมากที่สุด

5. ด้านการจัดการทรัพยากร พบว่าพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ 30 รายการ มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.64- 4.8 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.00-0.35 ค่าเฉลี่ยระดับความเหมาะสมเท่ากับ 4.71 อยู่ในระดับ เหมาะสมมากที่สุด

6. ด้านจริยธรรมและกฎหมายวิชาชีพ พบว่าพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ 20 รายการ มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.56-4.72 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.00-0.21 ค่าเฉลี่ยระดับความเหมาะสมเท่ากับ 4.64 อยู่ใน ระดับเหมาะสมมากที่สุด

ขั้นตอนที่ 3 ทดสอบคุณภาพของแบบประเมินสมรรถนะที่สร้างขึ้น

ผลตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) ของแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารการพยาบาล ระดับต้น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ โดยความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .97 ผลการทดสอบคุณภาพของแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ โดยการทดสอบหาความเที่ยงใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .97 ดังตารางที่ 2 และผลการประเมินความ เป็นไปได้ในการนำไปใช้ อยู่ในระดับมาก (mean= 4.19, SD= 0.63) ดังตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบหาความเที่ยง ด้วยวิธีคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคจำแนกตามสมรรถนะหลัก

รายการสมรรถนะหลัก	ค่าความเที่ยง
1. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง	.91
2. การเป็นนวัตกร	.88
3. การจัดการคุณภาพการพยาบาล	.89
4. ความเชี่ยวชาญทางคลินิก	.72
5. การจัดการทรัพยากร	.92
6. จริยธรรมและกฎหมายวิชาชีพ	.85
รวม	.97

ตารางที่ 3 ผลการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ของแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร

รายการประเมิน	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1. ขอบเขตและวัตถุประสงค์	4.35	0.48
2. การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง	4.40	0.37
3. ขั้นตอนการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะ	4.35	0.48
4. ความชัดเจนและการนำเสนอ	4.20	0.53
5. การประยุกต์ใช้	4.00	0.48
6. ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแบบประเมินสมรรถนะ	3.85	0.53
รวม	4.19	0.63

ขั้นตอนที่ 4

ผลการทดสอบคุณภาพของแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร กับผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น 30 คน พบว่ามีความสอดคล้องภายใน ไม่มีรายการพฤติกรรมที่ต้องตัดทิ้งและมีความเป็นไปได้ในการนำแบบประเมินสมรรถนะไปใช้ ผู้วิจัยได้ปรับข้อความบางข้อความตามข้อเสนอแนะ เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันและมีความชัดเจนขึ้นดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 รายละเอียดข้อรายการพฤติกรรมของแบบประเมินที่ต้องปรับปรุง

รายการพฤติกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	รายการพฤติกรรมที่ต้องปรับปรุง
1.ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง	
1.3 สมรรถนะย่อยด้านสร้างผู้ได้บังคับบัญชาให้เป็นผู้นำ	
ระดับ5 แสดงให้ผู้ได้บังคับบัญชาเห็นถึง ผลแห่งความก้าวหน้า สร้างความเชื่อมั่นว่าเกิดจากผลของการปฏิบัติงานของตนเอง และทีมงาน	ระดับ 5 สร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้ได้บังคับบัญชาให้เห็นถึงผลแห่งความก้าวหน้าที่เกิดจากผลของการปฏิบัติงานของตนเองและทีมงาน
1.4 สมรรถนะย่อยด้านกระตุ้นให้ผู้ได้บังคับบัญชาแก้ปัญหาโดยใช้หลักเหตุผล	
ระดับ 3 สนับสนุนให้ผู้ได้บังคับบัญชาใช้เหตุผลมีตรรกะ และใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการปรับปรุงวิธีการทำงาน	ระดับ 3 สนับสนุนให้ผู้ได้บังคับบัญชาใช้เหตุผล และใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการปรับปรุงวิธีการทำงาน
1.5 สมรรถนะย่อยด้านการยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล	
ระดับ 4 ส่งเสริมระบบการให้รางวัลที่เหมาะสมกับผู้ได้บังคับบัญชาแต่ละคน	ระดับ 4 เลือกใช้วิธีการจูงใจในการทำงานที่เหมาะสมกับผู้ได้บังคับบัญชาแต่ละคน

1.7 สมรรถนะย่อยด้านการเจรจาต่อรอง

ระดับ 5 ทำหน้าที่เป็นคนกลางในการเจรจาต่อรองได้ กรณีเกิดความขัดแย้ง

ระดับ 5 สามารถนำหลักการ เทคนิคและกลยุทธ์ของการเจรจาต่อรอง ไปใช้ทำหน้าที่เป็นคนกลางในการเจรจาต่อรองได้ กรณีเกิดความขัดแย้ง

2. ด้านการเป็นนวัตกร

2.4 สมรรถนะย่อยด้านการบริหารจัดการนวัตกรรม

ระดับ 1 มอบหมายทีมและผู้รับผิดชอบโครงการนวัตกรรมที่มีความเหมาะสม

ระดับ 1 สนับสนุนการสร้างทีมพัฒนานวัตกรรม และมอบหมายผู้รับผิดชอบโครงการนวัตกรรมที่มีความเหมาะสม

6.ด้านจริยธรรมและกฎหมายวิชาชีพ

6.3 สมรรถนะย่อยด้านการส่งเสริมบรรยากาศจริยธรรมใน

หน่วยงาน

ระดับ 2 สนับสนุนนโยบายด้านจริยธรรมของฝ่ายการพยาบาล ให้เป็นรูปธรรมมีแผนงานดำเนินการด้านจริยธรรมในหน่วยงาน

ระดับ 2 จัดทำแผนงานดำเนินการด้านจริยธรรมในหน่วยงาน สอดคล้องกับนโยบายด้านจริยธรรมของฝ่ายการพยาบาล

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและทดสอบคุณภาพของแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาล ระดับต้น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ผลการวิจัยนำมาอภิปราย 3 ส่วนดังนี้

1. การสร้างแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรนี้ ได้กำหนดสมรรถนะหลักโดยการทบทวนวรรณกรรม วิสัยทัศน์ พันธกิจของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญโดยเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้มีประสบการณ์ด้านการบริหารองค์การพยาบาล ทำหน้าที่จัดทำแบบประเมินสมรรถนะและผู้ประเมินสมรรถนะ อีกทั้งยังใช้การมีส่วนร่วมของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อแบบประเมินสมรรถนะ นำไปสู่การใช้การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งจะก่อให้เกิดการยอมรับลดการต่อต้าน และทำให้เกิดความเข้าใจต่อเป้าหมายของการใช้แบบประเมินสมรรถนะ สอดคล้องกับการศึกษาของ จงจิตร รัยมธุรพงษ์ และอารีย์วรรณ อ่วมธานี (2562) ซึ่งรายการสมรรถนะที่ใช้ในแบบประเมินของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมุทรปราการ เป็นข้อคำถามที่หัวหน้าหอผู้ป่วยทุกคนมีส่วนร่วมในการคิดและแสดงความคิดเห็น และ เป็นพฤติกรรมที่หัวหน้าหอแสดงออกอยู่แล้วในการทำงานจริงจึงมีความเข้าใจพฤติกรรมที่ใช้ประเมินและเกณฑ์การประเมินทำให้การประเมินเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ผลการวิจัยพบว่าสมรรถนะหลักแต่ละด้านมีความสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ และบริบทขององค์การพยาบาล และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร มีพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติได้จริง สามารถนำไปใช้พัฒนาหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อช่วยขับเคลื่อนองค์กรได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุภา เทิดอุดมธรรม (2557) การกำหนดองค์ประกอบของสมรรถนะนั้นต้องนำมาเชื่อมโยงกับวิสัยทัศน์ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร โดยเน้นพฤติกรรมที่สอดคล้องกับบริบทปฏิบัติได้จริงจึงจะนำไปสู่การพัฒนาบุคลากรที่บรรลุเป้าหมายองค์กรได้

การนำวิธีมาตรฐานค่าแบบยัดพฤติกรรม มาใช้เพื่อกำหนดระดับสมรรถนะช่วยแปลความหมายของพฤติกรรมในระดับต่างๆ ได้ชัดเจนและลดความคลาดเคลื่อนในการให้คะแนนของผู้ประเมินสมรรถนะ สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาสมรรถนะ (จิตติมา อัครดิพิพงศ์, 2556) การประเมินโดยใช้มาตรฐานค่าแบบยัดพฤติกรรมช่วยส่งเสริมให้การวัดพฤติกรรมประเมินจากพฤติกรรมที่สังเกตได้ช่วยลดความผิดพลาดในการประเมิน ซึ่งเกิดจากอุปทานหรือลักษณะเด่นของผู้ถูกประเมินสามารถกระทำได้อย่างถูกต้อง และการนำแนวคิดการสร้างแบบประเมินของ สุวิมล ว่องวานิช (2550) อ้างถึงใน ยุภา เทิดอุดมธรรม, (2557) โดยการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน และใช้วิธีการประเมิน 360 องศา การเลือกใช้แนวคิดนี้ช่วยในการตัดสินใจเบื้องต้นว่ามีความจำเป็นประเมินทักษะการปฏิบัติผ่านการแสดงความสามารถ ทักษะใดบ้าง และการประเมิน 360 องศาทำให้มีหลายมุมมอง ลดอคติของผู้บังคับบัญชาได้ ลดความผิดพลาดจากการประเมินโดยบุคคล

เดียว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของยูภา เทิดอุดมธรรม (2557) การกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน และใช้วิธีการประเมิน 360 องศาทำให้ผู้ประเมินมีความเข้าใจในหลักการและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน สามารถประเมินได้ตรงวัตถุประสงค์ และเกิดความเป็นธรรมถูกต้อง

2. ผลการทดสอบคุณภาพของแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร โดยความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .97 ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ เท่ากับ .80 ขึ้นไป (อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ และชญาภา วันทุม, 2560) แสดงให้เห็นว่าแบบประเมินสมรรถนะมีความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ นิยามของสมรรถนะหลักและรายการสมรรถนะ และการเรียงลำดับพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถที่ต้องการประเมิน การทดสอบหาความเที่ยง ด้วยวิธีคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .97 โดยค่าดัชนีที่ยอมรับได้ เท่ากับ .70 ขึ้นไป (ปราณี มีหาญพงษ์ และกรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร, 2560) ข้อค้นพบนี้อธิบายได้ว่าระเบียบวิธีในการสร้างแบบประเมินสมรรถนะเน้นการสังเคราะห์และวิเคราะห์ความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์โดยตรงด้านบริหารและการประเมินสมรรถนะ ร่วมกับการมีส่วนร่วมให้ความเห็นของหัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งเป็นพฤติกรรมในการทำงานจริง พฤติกรรมที่ใช้ประเมินและเกณฑ์การประเมินจึงเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ส่งผลต่อการยอมรับ เข้าใจเป้าหมายของระบบการประเมินสมรรถนะ เป็นผลให้การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้แบบประเมินสมรรถนะอยู่ในระดับมาก เท่ากับ 4.19 ซึ่งระดับคะแนนที่ยอมรับได้เท่ากับ 3.50-4.49 คะแนนระดับมากขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2555)

3. ผลการวิจัยพบว่าสมรรถนะหลักของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ประกอบด้วยสมรรถนะหลัก 6 ด้าน คือด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้านการเป็นนวัตกรรม ด้านการจัดการคุณภาพการพยาบาล ด้านความเชี่ยวชาญทางคลินิก ด้านการจัดการทรัพยากร และด้านจริยธรรมและกฎหมายวิชาชีพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง อภิปรายได้ว่าหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรจำเป็นต้องแสดงสมรรถนะภาวะผู้นำที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล คือ ผู้นำระบบสุขภาพ เป็นความท้าทายในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับ Harlianto & Rudi (2018) ผู้นำแสดงออกด้วยการสื่อสารโดยการจูงใจให้ผู้ใต้บังคับบัญชาปฏิบัติงานอย่างมีเป้าหมายที่ชัดเจน มองเห็นคุณค่าของงานที่ทำและให้ผู้ตามทราบถึงความคาดหวัง ให้ความเชื่อมั่นและการทำงานร่วมกันเป็นทีมเพื่อบรรลุวิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กรโดยการสร้างจิตสำนึกของผู้ตาม และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงจะต้องใช้กลยุทธ์ในการนำการเปลี่ยนแปลง มีพฤติกรรมแสดงออกถึงความสามารถในการวิเคราะห์ และตัดสินใจแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ มีความคิดสร้างสรรค์ ผลักดันให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถสร้างนวัตกรรมใหม่เพื่อเพิ่มคุณค่าให้กับองค์กร (ทินกร บัวชู, 2559)

2) ด้านการเป็นนวัตกรรม อภิปรายได้ว่าหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรจำเป็นต้องแสดงสมรรถนะสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล คือโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ชั้นนำ ที่ใช้นวัตกรรมเพื่อสนับสนุนการสร้างผู้นำระบบสุขภาพ โดยเป็นผู้นำในการดำเนินการใหม่ๆ สร้างนวัตกรรมอย่างสร้างสรรค์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ลักขณา ศรีบุญวงศ์ และคณะ (2563) สมรรถนะของผู้นำที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดของศตวรรษที่ 21 คือกระตุ้นให้ผู้ใต้บังคับบัญชามีการใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในงาน การใช้ความคิดในการสร้างนวัตกรรม และสอดคล้องกับสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของ กุลชลี จงเจริญ (2562) เป็นความสามารถของผู้นำในการทำงานร่วมกับทีมงานเพื่อสร้างผลงานสร้างสรรค์เพื่อนำไปสู่นวัตกรรมขององค์กร

3) ด้านการจัดการคุณภาพการพยาบาล อภิปรายได้ว่าหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรจำเป็นต้องมีสมรรถนะการจัดการคุณภาพเพื่อขับเคลื่อนพันธกิจ ด้านการให้บริการทางการแพทย์ระดับมาตรฐานสากล โดยพัฒนาและบริหารจัดการคุณภาพในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยของสภาการ

พยาบาล (2556) สมรรถนะด้านการพัฒนาคุณภาพบริการเป็นสมรรถนะที่สำคัญสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วย และสอดคล้องกับการศึกษาของ นิศมา ฤชศินีย์, นิตยา เพ็ญศิริธนา และ พรทิพย์ กิรพงษ์ (2562) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการจัดการคุณภาพในหน่วยงาน สมรรถนะด้านระบบบริหารคุณภาพที่เหมาะสมจึงมีความจำเป็นสำหรับหัวหน้าหน่วยงานด้านการพยาบาล

4) ด้านความเชี่ยวชาญทางคลินิก อภิปรายได้ว่าหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรจำเป็นต้องแสดงสมรรถนะด้านนี้เพื่อแสดงถึงการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพและมีการประยุกต์ใช้องค์ความรู้ในศาสตร์ต่างๆ ในการปฏิบัติการพยาบาล เป้าหมายเพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัย สอดคล้องกับผลวิจัยของ ณัฏฐาทิพย์ ดาราช (2557) ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นจำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทางที่หน่วยงานรับผิดชอบเป็นอย่างดี สามารถสนับสนุนและให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ตามความเชี่ยวชาญต่อทีม และหัวใจสำคัญของผู้บริหารทางการพยาบาลต้องสามารถปฏิบัติบทบาทผู้นำด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้วยการประยุกต์ใช้องค์ความรู้ในทุกศาสตร์สาขาวิชาได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยเฉพาะสาขาที่ตนเองเชี่ยวชาญ เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความปลอดภัย (American Organization of Nurse Executives, 2011)

5) ด้านการจัดการทรัพยากร อภิปรายได้ว่าหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรจำเป็นต้องแสดงสมรรถนะด้านการจัดการทรัพยากรทั้งทรัพยากรบุคคล และเครื่องมือให้เกิดประโยชน์สูงสุดเพื่อให้ตอบสนองต่อการจัดบริการพยาบาลของหอผู้ป่วย สอดคล้องกับแนวคิดของ ปราณี มีหาญพงษ์ และกรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร (2560) ที่ว่าการบริหารทรัพยากรเป็นสมรรถนะที่สำคัญของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในการจัดการทรัพยากรทุกประเภทรวมทั้งเครื่องมือ นำจุดเด่นจุดอ่อนมาใช้ประโยชน์เชิงการบริหารที่สร้างสรรค์ในการบริหารหอผู้ป่วย สอดคล้องกับสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลตติยภูมิ ในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่ามีองค์ประกอบสมรรถนะที่สามารถบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล และการใช้อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้อย่างคุ้มค่าและให้เกิดประโยชน์สูงสุดตลอดจนควบคุมการใชีวิตอุปกรณ์ให้เป็นไปอย่างประหยัด ถูกต้องเหมาะสมกับการใช้งาน (กรองจิตต์ เล็กสมบูรณ์สุข, 2555)

6) ด้านจริยธรรมและกฎหมายวิชาชีพ อภิปรายได้ว่าหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรจำเป็นต้องแสดงสมรรถนะด้านจริยธรรมและกฎหมายวิชาชีพ เนื่องจากลักษณะงานของการปฏิบัติการพยาบาลเป็นการดูแลผู้ป่วยและญาติที่ต้องใช้การดูแลแบบองค์รวม และรับผิดชอบต่อผู้รับบริการ จึงต้องเป็นแบบอย่างด้านจริยธรรมกำกับดูแลให้บุคลากรในหอผู้ป่วยปฏิบัติตามหลักจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยของสภาการพยาบาลที่ว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดกับการปฏิบัติงานด้านบริการจึงต้องมีสมรรถนะด้านจริยธรรมและกฎหมาย (สภาการพยาบาล, 2556)

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. การนำแบบประเมินสมรรถนะของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรไปใช้ในองค์กรพยาบาลอื่น ควรปรับปรุงองค์ประกอบสมรรถนะให้สอดคล้องกับ วิสัยทัศน์ พันธกิจ รวมถึงบริบทขององค์กรพยาบาลนั้นๆ
2. การนำแบบประเมินสมรรถนะ ไปใช้ควรมีการกำหนดเกณฑ์ความคาดหวังเกณฑ์ของสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยแตกต่างกันตามประสบการณ์ด้านบริหารการพยาบาล เช่น ประสบการณ์บริหารน้อยกว่า 5 ปี ประสบการณ์บริหารมากกว่า 5 ปี
3. สามารถนำผลวิจัยใช้เป็นแนวทางการพัฒนาสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลรายบุคคลและแนวทางการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่ตำแหน่งบริหารได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะของผู้บริหารทางการพยาบาลทุกระดับ ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร
2. ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะที่สอดคล้องกับสมรรถนะที่ได้จากการใช้แบบประเมินสมรรถนะ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทรมนัส พงศ์รังสรรค์ อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญ 7 ท่าน ที่ให้ความเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะของผู้บริหารทางการพยาบาล ระดับต้นของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ได้แก่ ดร.กัญญาณัฐ สาทิธรณ์ธัญ ดร.กมลรัตน์ วงษ์จันทร์หาญ ดร.ประภาดา วัชรนาถ พว.ปริศนา ปทุมอนันต์ พว.อมรรักษ์ จินนาวงศ์ พว.อมรรณณ กวีภัทรนนท์ และพว.ชญาภา อิมจิตร ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านที่ประเมินตรงตามเนื้อหา ของแบบประเมิน ได้แก่ ดร.รุ่งทิพา บุญประคม ภก.กนกวรรณ แพรขาว และพว.มนทน์ภูฏี ปาละและสุดท้ายขอขอบคุณ อาสาสมัครของงานวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ ทำให้การดำเนินงานวิจัยสำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- กรองจิตต์ เล็กสมบุรณ์. (2555). องค์ประกอบของสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดสุพรรณบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- กุลชลี จงเจริญ. (2562). ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรม ใน ประมวลสาระวิชาวัตกรรมการบริหารการศึกษาและภาวะผู้นำ. (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- จงจิตร รัชมธูพงษ์ และอารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2562). การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมุทรปราการ. วารสารพยาบาลตำรวจ, 11(2), 305-315.
- จารุวรรณ ธาตาเดช. (2556). การรับรองมาตรฐานสากลโรงพยาบาลในประเทศไทย: สถานการณ์และแนวโน้ม. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 43(3), 313-321.
- จิตติมา อัครดิพิงศ์. (2556). การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์. เอกสารประกอบการสอนเรื่องการพัฒนาสายอาชีพ การพัฒนาสมรรถนะและการจัดการทุนมนุษย์. พระนครศรีอยุธยา: มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา.
- จินตนา อาจสันเทียะ, จริยาชื่นศิริมงคล, เรวดี ลือพงศ์ลักษณ์ และสุวรรณา อนุสันติ. (2557). แรงบันดาลใจในภาวะผู้นำเชิง การเปลี่ยนแปลงของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อการรับรู้พลังอำนาจของพยาบาลวิชาชีพ. วารสารพยาบาลทหารบก, 15(3), 398-406.
- ฉัตรณรงค์ศักดิ์ สุธรรมดี และจินตกานต์ สุธรรมดี. (2560). การประยุกต์ใช้สมรรถนะเพื่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด, 11(1), 262-268.
- ชูชัย สมितिไกร. (2556). การสรรหา การคัดเลือก และการประเมินผลปฏิบัติงานของบุคลากร. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณิธาทิพย์ ดาราข. (2557). สมรรถนะทางการพยาบาลระดับต้น ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ทินกร บัวชู. (2559). *ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของหัวหน้าผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต) กรุงเทพมหานคร. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิศมา ฤชคณิตย์, นิตยา เพ็ญศิริรักษา, และพรทิพย์ กิรพงษ์. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะของหัวหน้าหน่วยงานด้านการพยาบาลในการบริหารระบบคุณภาพโรงพยาบาลในจังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 30(1), 148-160.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2555). *การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปราณี มีหาญพงษ์ และ กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร. (2560). การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(1), 9-15.
- ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร. (2562). *คู่มือบริหารฝ่ายการพยาบาล*. พิษณุโลก.
- ยุภา เทิดอุดมธรรม. (2557). *การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต) กรุงเทพมหานคร. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลักขณา ศรีบุญวงศ์, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, และพัชรภรณ์ อารีย์. (2563). โมเดลความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยพฤติกรรมสร้างนวัตกรรมในการทำงานและผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไป. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและหลอดเลือด*, 31(2), 96-110.
- สภาการพยาบาล. (2556). *แผนยุทธศาสตร์สภาการพยาบาล พ.ศ. 2557- 2561*. นนทบุรี: สภาการพยาบาล.
- อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ และชญภา วันทุม. (2560). การทดสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 11(2), 105-111.
- American Organization of Nurse Executives. (2011). *The American Organization of Nurse Executives: AONE Nurse Executive Competencies*. Retrieved June 14, 2020, from: <http://www.aone.org/.../PDFs/AONE NEC.pdf>.
- Harlianto, J., & Rudi, A. D. (2018). The role of leaders in stimulating innovative work behavior and its impacts towards job performance (case study: PT. XYZ). *International Journal of Engineering & Technology*, 7(3.30), 571-574. Retrieved June 6, 2020, from: <https://www.sciencepubco.com/index.php/Ijet/article/view/18433>

การตีตราทางสังคมต่อผู้ที่อาจติดเชื้อหรือติดเชื้อ COVID-19 และผลกระทบ: การศึกษาเชิงคุณภาพ

อรัญญา นามวงศ์, พยด.*¹ วชิร ไซยจันดี, กศม.*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่ออธิบายเกี่ยวกับการตีตราทางสังคมต่อผู้ที่อาจติดเชื้อหรือติดเชื้อ COVID-19 และผลกระทบ เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 17 ราย ประกอบด้วย ผู้ติดเชื้อจำนวน 2 ราย และผู้ที่เกี่ยวข้องจำนวน 15 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือแบบสัมภาษณ์เจาะลึกชนิดกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า การตีตราทางสังคมและผลกระทบของผู้ที่อาจติดเชื้อหรือติดเชื้อ COVID-19 แบ่งเป็น 6 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) ความหมายการตีตราทางสังคม ประกอบด้วย 2 ลักษณะหลัก ได้แก่ ถูกสังคมรังเกียจและการถูกตำหนิ/ถูกนินทา/ถูกกล่าวโทษ 2) สาเหตุของการตีตราทางสังคม ประกอบด้วย 5 ประเด็นย่อย ได้แก่ ขาดความรู้ ความกลัวและหวาดระแวง การเชื่อข่าวลือ สับสนในข้อมูลข่าวสาร และความเชื่อที่ผิดๆ 3) ลักษณะการตีตราทางสังคม ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ การตั้งตำหนิ การพูดตำหนิหรือนินทาหรือกล่าวโทษ และปฏิเสธการให้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน 4) ผลกระทบของการถูกตีตราทางสังคม ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ ผลกระทบเชิงลบต่อจิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม ผลกระทบเชิงบวก ได้แก่ เพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 เกิดชีวิตวิถีใหม่ในชุมชน พัฒนาความสามารถในการแก้ปัญหาของชุมชน และการยอมรับในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข 5) วิธีการลดการตีตราทางสังคม ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ การสื่อสารสร้างความรู้และความเข้าใจ ส่งเสริมให้มีชีวิตวิถีใหม่ และชุมชนมีส่วนร่วมลดการตีตราทางสังคม และ 6) การปรับตัวทัศนคติของผู้ถูกตีตราทางสังคม ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ การให้อภัย และการปรับความคิดเชิงบวก ผลการวิจัยมีประโยชน์ในการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการลดการตีตราทางสังคมและการพัฒนาแนวทางเพื่อลดการตีตราทางสังคมของผู้ที่ติดเชื้อหรืออาจติดเชื้อโควิด-19 ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

คำสำคัญ: การตีตราทางสังคม, ผลกระทบการตีตราทางสังคม, ผู้ที่อาจติดเชื้อ COVID-19, ผู้ที่ติดเชื้อ COVID-19

วันที่รับ: 22 พฤศจิกายน 2564 วันที่แก้ไข: 6 มีนาคม 2565 วันที่ตอบรับ: 28 มีนาคม 2565

* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

¹ ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: arunya.n@bcnpy.ac.th

A social stigma toward people with COVID-19 or people who may have COVID-19 and its consequences: a qualitative study

Arunya Namwong, PhD.^{*1} Watcharee Chaijundee, MEd.*

Abstract

The descriptive qualitative research aimed to explain social stigma among people with COVID-19 or people who may have COVID-19 and its consequences. Seventeen participants which consisted of two people who have COVID-19 and fifteen people involved were purposively recruited. In-depth interview questionnaires were used to guide in-depth interviews. Data were analyzed by content analysis to reveal significant themes. The results revealed six main themes; 1) *meaning of social stigma* which included two main characteristics: discrimination and condemning/gossiping/blame 2) *causes of social stigma* which included five sub-themes; a lack of knowledge, fear and paranoid, belief in rumors, ambiguous information and mistaken belief 3) *types of social stigma* which included three sub-themes; discrimination, condemned/gossiped/blamed, and not include in community activities 4) *social stigma impacts* including two sub-themes. First, negative impacts on mind, economy, and social; and second, positive impacts including: increasing prevention awareness in Covid-19, adapting to new normal lifestyles, developing community problem solving, and acceptance of health care volunteer's practices 5) *reducing social stigma* including three sub-themes; having communication for establishing knowledge and understanding, promoting new normal lifestyles, and engaging community in reducing stigma, and 6) *changing attitude toward stigmatized individual* including 2 sub-themes; forgiving and positive thinking. These findings could be useful for establishing social stigma policy and developing guideline for reducing social stigma attached to Covid-19 infection according to the community context.

Keywords: Social Stigma, Consequences of Social Stigma, People who may have COVID-19, People who have COVID-19

Received: November 22, 2021 Revised: March 6, 2022 Accepted: March 28, 2022

^{*} Lecturer, Boromarjonnani College of Nursing Phayao, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, MOPH

¹ Corresponding author, email: arunya.n@bcnpy.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกกำลังประสบกับปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงเป็นวงกว้างในลักษณะการแพร่ระบาดรุนแรงไปทั่วโลก (pandemic) (WHO, 2021) จนอาจทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวและนำไปสู่การเสียชีวิตได้ในที่สุด โดยขณะนี้ข้อมูลเมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2564 มีจำนวนประชากรทั่วโลกป่วยด้วยโควิด-19 จำนวน 279,114,972 คน และมีจำนวนผู้เสียชีวิต 5,397,580 คน ทั่วโลก (Worldometer, 2021) และยังมีแนวโน้มของการติดเชื้อและเสียชีวิตของประชากรโลกเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง การระบาดของโรคไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพโดยตรงทุกมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แล้ว ยังส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ และการศึกษา (Sotgiu, & Dobler, 2020)

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เป็นอย่างมาก ไม่เพียงแต่ปัญหาที่เกิดจากการเจ็บป่วยทางกายเท่านั้นแต่ยังเผชิญกับผลกระทบด้านครอบครัว สังคม ชุมชน ในกลุ่มของผู้ที่อาจติดเชื้อหรือผู้ติดเชื้อโควิด-19 โดยจำนวนผู้ติดเชื้อข้อมูล ณ วันที่ 27 ธันวาคม 2564 ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 2,212,407 คน เสียชีวิตรวมทั้งสิ้น 21,598 คน (กรมควบคุมโรค, 2564) กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานทั้งเชิงรุกและเชิงรับในการแก้ไขปัญหาโรคระบาด โดยบูรณาการทุกภาคส่วนร่วมมือกันอย่างจริงจังให้ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพราะปัญหาสุขภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับโรคและการรักษาให้หายป่วยทางด้านร่างกายเท่านั้นแต่ร่องรอยสภาพจิตใจ ผลกระทบต่างๆที่เกิดขึ้นกับครอบครัว สังคม ชุมชน ของคนที่อาจติดเชื้อหรือผู้ติดเชื้อโควิด-19 จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นรูปธรรม (กรมสุขภาพจิต, 2563) โดยเฉพาะผลกระทบจากการกีดกันทางสังคมเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่เป็นปัญหาสำคัญและส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตทั้งด้านเศรษฐกิจ ครอบครัว สังคม ชุมชนที่อยู่อาศัย สาเหตุอาจเนื่องมาจากประชาชนขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง และมีการรับรู้ข้อมูล ข่าวสาร สื่อออนไลน์ ในเชิงลบต่อกลุ่มคนเหล่านี้ อาจทำให้เกิดความวิตกกังวล กลัวการติดเชื้อจากการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในสังคม แม้ว่าจะได้รับการรักษาหายแล้วก็ตาม (สุกัลลักษณ์ ธาณิรัตน์, เมทนี ระดาบุตร, สุจิรา, วิเชียรรัตน์ และศิริพร โอภาสวัธชัย, 2563; Chew, Lim, Chang, Rajan, Nasir & Low, 2021)

ทั้งนี้โรคโควิด-19 ยังเป็นโรคอุบัติใหม่ทำให้ประชาชนเกิดความกลัวในสิ่งที่ยังไม่รู้ เกิดความสับสน วิตกกังวล เกิดความหวาดกลัวเกิดขึ้นในสังคมเกี่ยวกับโรคนี้จึงทำให้เกิดการตีตราทางสังคมเพิ่มมากขึ้น (WHO, UNICEF & IFRC, 2020) ซึ่งการตีตราทางสังคมคือภาวะที่บุคคลหรือกลุ่มชนในสังคมหนึ่งกำหนดว่าอะไรคือความแตกต่างของบุคคล ลักษณะของบุคคลที่พึงประสงค์หรือไม่พึงประสงค์ หากมีความแตกต่างจากคนปกติจะถือว่ามีความเบี่ยงเบน ส่งผลให้บุคคลสูญเสียชื่อเสียง ไม่น่าไว้วางใจหรือเกิดความอับอายตลอดจนทำให้บุคคลนั้นรู้สึกถึงคุณค่าในตัวเองลดลงในสายตาของสังคมและแตกต่างจากคนอื่นทั่วไป (นิยดา เกียรติยิ่งอังคัล, สุรางค์รัตน์ จำเริญพรพล, นิมิตร เทียนอุดม, ศยามล เจริญรัตน์ และสุภัทรา นาคะผิว, 2556) ในบริบททางสาธารณสุขในด้านการระบาดของโรค การตีตราทางสังคมหมายถึงการมีทัศนคติทางลบ และการปฏิบัติต่อกับบุคคลด้วยการเรียกชื่อแบบดูแคลน การเหมารวม การเลือกปฏิบัติ การปฏิบัติ แยกจากคนอื่นและ/หรือการสูญเสียสถานะบางอย่างเนื่องจากความเชื่อมโยงกับโรคชนิดหนึ่งที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ (WHO, UNICEF & IFRC, 2020) โดยส่งผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อ ผู้ดูแลผู้ติดเชื้อ ครอบครัว และชุมชน โดยคนที่ไม่เป็นโรคแต่มีลักษณะอื่นที่เหมือนกับคนกลุ่มนี้อาจได้รับความทุกข์ใจ ไม่สบายใจจากการถูกเหมารวมตีตราทางสังคมร่วมด้วย รวมทั้งเกิดพฤติกรรมเลือกปฏิบัติต่อบุคคลกลุ่มนี้จากการที่สังคมส่วนใหญ่รับรู้ว่าเป็นบุคคลผู้ติดเชื้อไวรัสและอาจจะนำพาเชื้อแพร่กระจายสู่คนในชุมชนได้ (นิยดา เกียรติยิ่งอังคัล และคณะ, 2556) โดยเฉพาะในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทั่วประเทศที่ดำเนินไปอย่างต่อเนื่องยังไม่สิ้นสุด จากผลกระทบดังกล่าวทำให้คนที่เสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อหรืออาจติดเชื้อ โควิด-19 ไม่กล้าไปรับการตรวจคัดกรองในโรงพยาบาล หรือปิดบังข้อมูลการสัมผัสเชื้อโดยใช้ชีวิตได้ตามปกติเพื่อไม่ยอมให้ชุมชนรับรู้เกี่ยวกับสถานะทางสุขภาพของตนเอง เพราะกลัวถูกสังคมตีตราแบ่งแยก กีดกัน และกลัวถูกให้ออกจากงานหรือไม่จ้างงาน (Villa et al, 2020) สอดคล้องกับการศึกษาผลของการตีตรา

ต่อผู้เป็นโรคเรื้อรัง วัณโรค และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้เป็นโรคเอดส์ในประเทศไทย พบว่า การตีตราส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ได้แก่ ทำให้เกิดความล่าช้าในการรักษา ขาดการรักษา การปกปิดโรค มีปัญหาสุขภาพจิต มีปัญหาชีวิตคู่ และการประกอบอาชีพ เพราะผู้ป่วยไม่เข้ารับบริการการรักษาในระบบสาธารณสุขจึงทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพทั้งองค์รวม (ศีลธรรม เสริมฤทธิ์, พงนา ธัญญกิตติกุล และชุตินันท์ พลเดช, 2561)

สถานการณ์โควิด-19 จังหวัดพะเยานี้มีรายงานข้อมูลจากศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ข้อมูลเมื่อวันที่ 30 ธันวาคม 2564 มีผู้ป่วยยืนยันสะสม 2,780 ราย และเสียชีวิตสะสมจำนวน 10 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2564) ทั้งนี้กรณีกลุ่มประชาชนที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรคเหล่านี้เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงที่ได้สัมผัสกับผู้ติดเชื้อโควิด-19 จำเป็นต้องรับผิดชอบตนเองด้วยการกักตัวเป็นเวลา 14 วัน ตามมาตรฐานของกรมควบคุมโรค (กรมควบคุมโรค, 2563) และจากสถานการณ์โรคโควิด-19 ในจังหวัดพะเยามีการเสนอข่าวสารทั้งทางวิทยุ โทรทัศน์ สื่อออนไลน์ต่างๆ เพื่อเตือนให้ประชาชนตระหนักและป้องกันตนเองจากโรคนี้ อย่างไรก็ตามโรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ ประชาชนส่วนใหญ่อาจขาดความรู้ความเข้าใจที่เพียงพอ อาจทำให้ประชาชนที่อาศัยในพื้นที่เดียวกันกับกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อโควิดเกิดความวิตกกังวล กลัวว่าจะติดเชื้อจากกลุ่มเสี่ยง เกิดการรับรู้ในเชิงลบ หรือมีอคติต่อบุคคลเหล่านี้ จนเกิดการตีตราทางสังคมเกิดขึ้นได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการตีตราทางสังคมและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดพะเยา เพื่ออธิบายเกี่ยวกับสภาพการณ์หรือปัญหาการตีตราทางสังคมและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อหรือผู้ติดเชื้อโควิด-19 โดยผลการศึกษาจะนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบาย และพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ การรับรู้ให้กับประชาชนเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันหรือแก้ไขปัญหาการตีตราทางสังคมของประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่ออธิบายเกี่ยวกับการตีตราทางสังคมต่อผู้ที่อาจติดเชื้อหรือติดเชื้อโควิด-19 และผลกระทบที่เกิดขึ้น

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบเชิงพรรณนา (descriptive qualitative research) ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) ด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview guideline) ในพื้นที่ที่มีการติดเชื้อโควิด-19 ครั้งแรกของจังหวัดพะเยา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูล คือผู้ที่อาจติดเชื้อหรือติดเชื้อ โควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดพะเยาและผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้ป่วยที่หายจากการติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 2 ราย และ 2) ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ครอบครัวหรือญาติผู้ใกล้ชิดผู้ติดเชื้อ บุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้นำชุมชน และประชาชนในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบ จำนวน 3 อำเภอของจังหวัดพะเยา ได้แก่ อำเภอเมืองพะเยา อำเภอเชียงคำ และอำเภอจุน จำนวน 15 ราย โดยผู้ให้ข้อมูลสามารถสื่อสารภาษาไทยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ช่องทางการเข้าถึงความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และ 2) แบบสัมภาษณ์ เจาะลึกชนิดกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) เรื่องการตีตราทางสังคมของคนที่อาจติดเชื้อหรือติดเชื้อโควิด-19 ในประเด็นเกี่ยวกับความหมาย ลักษณะ และผลกระทบการตีตราทางสังคม โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และการตีตราทางสังคม ตรวจสอบเนื้อหาจำนวน 3 คน ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด เช่น คำถามสำหรับผู้ติดเชื้อหรืออาจติดเชื้อโควิด-19 “คนในหมู่บ้านของท่านมีการแสดงออก หรือปฏิบัติต่อท่านอย่างไรเมื่อรู้ว่าท่านอาจติดเชื้อโควิด-19 เพราะเหตุใด การติดเชื้อโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อตัวท่าน ครอบครัว และชุมชน อย่างไร”

คำถามสำหรับผู้นำชุมชน บุคลากรสาธารณสุข และอสม. เช่น “เท่าที่ การแสดงออก ปฏิกริยาของคนในพื้นที่หรือในหมู่บ้านเป็นอย่างไรเมื่อทราบว่าคนในพื้นที่ของท่านติดเชื้อโควิด-19 หรืออาจติดเชื้อโควิด-19” “มีปัจจัยหรือเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้คนมีมุมมองหรือปฏิกริยา เท่าที่ ต่อผู้ที่อาจติดเชื้อโควิด-19 หรือติดเชื้อโควิด-19 เชิงลบ” 3) เครื่องบันทึกเสียง 4) ตัวผู้วิจัย และ 5) สมุดจดบันทึก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา หมายเลข REC 012/63 ก่อนลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลาการสัมภาษณ์ การเก็บรักษาความลับของข้อมูลที่ได้ การขออนุญาตบันทึกเสียง ผลการศึกษาจะนำไปเผยแพร่ในภาพรวมในเชิงวิชาการเท่านั้น โดยใช้รหัสแทนชื่อและนามสกุลจริง พร้อมเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามรายละเอียดและข้อมูลเพิ่มเติม และตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยอย่างอิสระ พร้อมคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว และจิตใจของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการสัมภาษณ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม-พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 โดยผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติเก็บข้อมูลวิจัยผ่านสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองพะเยา อำเภอเชียงคำ และอำเภอจุน เมื่อได้รับการอนุมัติการเก็บข้อมูลแล้วผู้วิจัยได้โทรศัพท์ติดต่อประสานงานและเชิญชวนเจ้าหน้าที่ รพสต. เข้าร่วมวิจัยในพื้นที่ และขอความร่วมมือในการประสานชุมชน ได้แก่ อสม. ผู้นำชุมชน และ ประชาชนทั่วไปที่ได้รับผลกระทบ เมื่อผู้ให้ข้อมูลตอบรับเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย และใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth-interview) โดยผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเองในพื้นที่ ใช้เวลาเฉลี่ยคนละประมาณ 30-45 นาที สัมภาษณ์คนละ 1 ครั้ง การสัมภาษณ์สิ้นสุดเมื่อข้อมูลอิ่มตัวที่ผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 17 คน และนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเสียงมาถอดเทปร่วมกับการบันทึกขณะสัมภาษณ์เพื่อนำมาวิเคราะห์

ความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล

ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพของ Lincoln & Guba (1985 อ้างถึงใน Miles & Jozefowicz, 2010) โดยเลือกใช้ 3 ขั้นตอนที่สำคัญ ได้แก่ 1) ความน่าเชื่อถือ (credibility) ใช้วิธีการ ตรวจสอบสามเส้า (triangulation) โดยพิจารณาตามข้อมูล (data triangulation) ได้เปรียบเทียบกับแหล่งข้อมูลที่หลากหลายจากพื้นที่ต่างๆ ที่ได้เก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่ม สถานที่เก็บข้อมูล รวมถึงการตั้งคำถามในประเด็นเดียวกับผู้ให้ข้อมูลหลายคน ทั้งจากผู้ติดเชื้อและผู้ที่เกี่ยวข้องกับโควิด-19 ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก 2) ความสามารถในการพึ่งพา (dependability) ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลอภิปรายร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อลดอคติจากการวิเคราะห์และตีความข้อมูล และ 3) ความสามารถในการยืนยัน (conformability) โดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นกรอบในการสร้างแนวคำถามให้ครอบคลุมประเด็นที่ต้องการศึกษา และผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ และเมื่อสิ้นสุดการเก็บข้อมูลได้ทำการถอดเทปด้วยตนเอง และนำข้อมูลที่ได้มาบันทึกจัดเนื้อหาให้เป็นหมวดหมู่หลังเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยทำพร้อมๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดระยะเวลาการวิจัย แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 2 ส่วน ได้แก่

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกวิเคราะห์ด้วยการประยุกต์ใช้แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพของ Colaizzi (1978 อ้างถึงใน Sander, 2003) ดังนี้

2.1) นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกมาถอดเทปทันทีแบบคำต่อคำโดยมีการถอดเทปและอ่านทำความเข้าใจในเนื้อหาที่บันทึกได้จากการถอดเทปเพื่อให้เข้าใจในสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น

2.2) นำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทป มาวิเคราะห์โดยดึงคำ หรือประโยคข้อความที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่ศึกษาแล้วให้รหัสด้วยคำหรือวลีของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมบันทึกการลงรหัส ระบุบรรทัดและลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูล และนำรหัสมาแยกแยะจับกลุ่มรหัสที่มีคุณลักษณะหรือมีความหมายบางอย่างร่วมกันให้มาอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม

2.3) ค้นหาแก่นสาระหลัก (themes) และแก่นสาระย่อย (sub-themes) ด้วยวิธีการแยกแยะและจับกลุ่มรหัสที่มีคุณลักษณะหรือมีความหมายบางอย่างร่วมกันให้จัดมาอยู่รวมกัน

2.4) เชื่อมโยงกลุ่มรหัสเหล่านั้นด้วยแนวคิดและเชื่อมโยงแนวคิดต่างๆที่เกิดขึ้นเข้าด้วยกัน และยกกลุ่มรหัสและแนวคิดขึ้นมาเป็นประเด็นย่อยและประเด็นหลักตามลำดับ

ผลวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลมีจำนวนทั้งสิ้น 17 ราย ประกอบด้วย ผู้ติดเชื้อจำนวน 2 ราย ผู้อาจติดเชื้อ ได้แก่ ญาติผู้ติดเชื้อจำนวน 3 ราย อสม. จำนวน 3 ราย ผู้นำชุมชน จำนวน 3 ราย บุคลากรสุขภาพ จำนวน 3 ราย และประชาชนทั่วไป ผู้ได้รับผลกระทบ จำนวน 3 ราย แบ่งเป็นเพศชายจำนวน 8 ราย และเพศหญิง จำนวน 9 ราย คิดเป็น ร้อยละ 47.06 และ 52.94 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 53 ปี (SD.=8.92) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 76.47 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและปริญญาตรีจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 29.41 รองลงมาคือชั้นมัธยมปลาย ร้อยละ 23.53 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 58.82 รองลงมารับราชการ ร้อยละ 23.53 กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโควิด-19 ผ่านทางโทรทัศน์และไลน์มากที่สุด ร้อยละ 29.41 รองลงมาได้รับข้อมูลผ่านทางโทรทัศน์ ไลน์ และเฟซบุ๊ก ร้อยละ 23.53 และจากการประชุม อสม. ประจำเดือน ร้อยละ 11.76

ข้อค้นพบ การติดตามทางสังคมและผลกระทบของคนที่อาจติดเชื้อหรือติดเชื้อโควิด-19 แบ่งเป็น 6 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) ความหมายการติดตามทางสังคม 2) สาเหตุของการติดตาม 3) ลักษณะการติดตามทางสังคม 4) ผลกระทบของการถูกติดตามทางสังคม 5) วิธีการลดการติดตามทางสังคม และ 6) การปรับทัศนคติของผู้ถูกติดตามทางสังคม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ความหมายการติดตามทางสังคม ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการติดตามทางสังคมในลักษณะการรังเกียจกับผู้ที่ติดเชื้อหรืออาจติดเชื้อโควิด-19 โดยแสดงพฤติกรรมที่ไม่อยู่ใกล้ การหนีห่าง รวมทั้งการแสดงออกด้วยการกล่าวคำหยาบคาย หรือ การนิยาม แบบเหมารวมว่าเป็นผู้ที่อาจนำเชื้อโรคมาสู่ตนเองหรือบุคคลใกล้ชิดและส่งผลกระทบต่อคนทั่วไปได้ แบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย

1.1 สังคมรังเกียจ เป็นการรับรู้ของผู้ที่ติดเชื้อหรืออาจติดเชื้อโควิด-19 ว่าการติดตามทางสังคมหมายถึงการที่คนในสังคม มีปฏิกิริยาเดินหนีห่าง ไม่เข้าใกล้ ไม่มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยแสดงออกทั้งในสื่อออนไลน์และการพูดคุย บอกเล่าของคนในชุมชน ดังตัวอย่างจากประชาชนหมู่บ้านแห่งที่ 2

“ชาวบ้านนี้รังเกียจกันมากจริงๆ เขาคิดว่าเราใกล้ชิดกับคนไข้ ถ้าเราไปใกล้เขาเขาก็กลัว เขารังเกียจตัวเราและญาติของคนไข้มากทั้งในและนอกหมู่บ้าน รังเกียจกันหมด เวลาเราเดินไปไหนทุกคนในหมู่บ้านมองเราเหมือนเป็นสัตว์ประหลาด เดินผ่านหน้าบ้าน ชาวบ้านที่เห็นก็จะปิดหน้าต่าง เติมน้ำ เอาผ้าปิดหน้าต่างปิดมิดชิดกลัวติดโควิดจากญาติที่ได้มาคลุกคลีกับคนไข้ สุดยอดเลย รังเกียจกันมาก น่าสงสารกลุ่มญาติคนไข้มาก ” (ประชาชนหมู่บ้านแห่งที่ 2)

1.2 การถูกตำหนิ/ถูกนิยาม/ถูกกล่าวโทษ หมายถึง ผู้ติดเชื้อ ญาติ หรือ บุคคลใกล้ชิดให้ความหมายของการติดตามทางสังคมในเชิงการถูกตำหนิ การถูกนิยาม กล่าวโทษ จากคนในพื้นที่โดยแสดงออกในเชิงตำหนิต่อว่า กล่าวโทษ ผ่านการพูดคุยกันในบ้านว่าไม่ควรเข้ามาในพื้นที่ของหมู่บ้านเมื่อรู้ว่าตนเองป่วยเป็นโควิด-19 รวมถึงมีการนิยาม ทั้งในสื่อออนไลน์และสังคมในหมู่บ้านตนเอง ดังตัวอย่างของญาติผู้ติดเชื้อของอำเภอแห่งที่ 1

“โลกโซเชียลก็มีการกล่าวคำหยาบคายและต่อว่า ทำไม่ต้องเข้ามาในพื้นที่ ทำให้พื้นที่เดือดร้อน แต่ก็มีคนบางกลุ่มที่นินทาตามเสียงชาวบ้านทั่วไป ส่วนใหญ่จะกลัวกันมาก ในโซเชียลก็มีการส่งข่าวกัน เพราะเขาไม่รู้เขาจึงว่ากล่าว นินทา และแสดงออกแบบนี้ ถ้าเขารู้เขาคงไม่ทำ มีการตำหนิว่าเป็นผู้เอาเชื้อโรคมารแพร่ให้ชาวบ้าน” (ญาติผู้ติดเชื้อของอำเภอแห่งที่ 1)

2. สาเหตุของการตีตราทางสังคม การตีตราทางสังคมที่เกิดขึ้นมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับประเด็นต่างๆ 5 ประเด็น ดังนี้

2.1 ขาดความรู้ การขาดความรู้ความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับโรคโควิด-19 เนื่องจากเป็นโรคที่เกิดขึ้นใหม่ ความรู้ยังไม่ชัดเจน มีการเปลี่ยนแปลงตลอด รวมถึงประชาชนในพื้นที่ได้รับข้อมูล ความรู้ที่ไม่ถูกต้อง เกิดความกลัวในการติดเชื้อและตัดสินคนอื่นในทางลบด้วยประสบการณ์ตนเอง ดังที่พยาบาลวิชาชีพของ รพสต. แห่งที่ 1 กล่าวว่า

“ในมุมมองของตนเองมีความคิดว่า การตีตรา จะเกิดจากชาวบ้านที่ไม่มีความรู้ ไม่เชื่อมั่นมาตรการป้องกันจากทางรัฐบาล บางคนก็ดูเหมือนรู้มากเกินไป แม้ว่าบางคนอธิบายไปมากแล้วให้ข้อมูลไปแล้วก็กลัวอยู่” (พยาบาลวิชาชีพของ รพสต. แห่งที่ 1)

2.2 ความกลัวและหวาดระแวง การที่บุคคลเกิดความกลัวและหวาดระแวงเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 ว่าโรคนั้นติดกันได้ง่ายและมีอาการรุนแรงถึงชีวิตได้ จึงทำให้เกิดความสับสน ตกตื่น กลัว และความหวาดระแวงจึงนำไปสู่การตีตราทางสังคมทั้งต่อผู้ติดเชื้อและผู้ที่ยังติดเชื้อโควิด-19 ได้ ดังที่ผู้ใหญ่บ้านของหมู่บ้านแห่งที่ 1 กล่าวว่า

“ตอนที่จะไปเยี่ยมผู้ติดเชื้อ ผู้ใหญ่ก็ชวน อสม. หรือเพื่อนบ้านคนอื่นๆ ไม่ค่อยมีใครไปด้วยก็กลัวไม่อยากจะไปหาคนไข้เพราะกลัวติดโรค เพราะชาวบ้านรับรู้จากสื่อที่ออกมาว่า ติดโรคนี้อาจเสียชีวิตจริง แค่ไปสัมผัสเล็กน้อยก็ติด” (ผู้ใหญ่บ้านของหมู่บ้านแห่งที่ 1)

2.3 การเชื่อข่าวลือ การเกิดโรคอุบัติใหม่ซึ่งไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อนในหมู่บ้าน ทำให้ชาวบ้านพูดคุยนับข่าวต่อกันไป ซึ่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับบางครั้งอาจไม่เป็นความจริง มาจากแหล่งข่าวที่ไม่น่าเชื่อถือ ส่งต่อกันมา แต่ประชาชนส่วนใหญ่เชื่อไปก่อนแล้ว จึงทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ที่ยังติดเชื้อโควิด-19 ถูกตีตราทางสังคมเพิ่มมากขึ้น ดังที่พยาบาลวิชาชีพใน รพสต. แห่งที่ 2 กล่าวว่า

“การเชื่อเรื่องของข่าวลือไปได้เร็วกว่าข่าวที่เป็นองค์ความรู้ ข่าวลือสุดยอดมากแล้วกัน ปากต่อปากรวดเร็วกว่า ซึ่งตอนนี้เราเป็นบุคลากรสาธารณสุขเราจะต้องสร้างองค์ความรู้ให้อสม. และชาวบ้านในพื้นที่ให้ทราบข้อมูลที่ถูกต้อง ส่วนระยะการระบาดรอบ 2 ผมคิดว่าต้องการเตรียมความพร้อมยังมองว่า องค์ความรู้มีก็จริง ได้รับก็จริง แต่ในความเข้าใจของเขามีอย่างน้อยเพียงใด บางคนรู้ก็รู้ไม่สุด รู้ไม่ลึก รู้ไม่ครบถ้วน แต่การจัดการปัญหาที่ชาวบ้านได้มาจากข่าวลือนั้นค่อนข้างยากมากจริงๆ เราสร้างช่องทางใดที่เป็นองค์ความรู้ที่ชัดเจนไปให้เขา เขาก็ไม่เชื่อ เพราะเขาเชื่อไปแล้ว ตั้งธงไว้แล้ว” (พยาบาลวิชาชีพใน รพสต. แห่งที่ 2)

2.4 สับสนในข้อมูลข่าวสาร การได้รับข้อมูลข่าวสารที่มาจากแหล่งข่าวหลายๆ แห่ง และไม่ครบถ้วนอาจนำไปสู่ความสับสนในการรับรู้และความเข้าใจในประเด็นที่แท้จริงเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ได้ จนอาจส่งผลทำให้เกิดการตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อหรือผู้ที่ยังติดเชื้อโควิด-19 ขึ้นได้ ดังที่นักวิชาการสาธารณสุขของ รพสต. แห่งที่ 3 กล่าวว่า

“อิทธิพลจากสื่อปัจจุบันถ้าเป็นการให้ข้อมูลที่แท้จริงชาวบ้านก็ได้รับข่าวสารที่ถูกต้องอย่างกรณีผู้ป่วยรายนี้ ชาวบ้านก็แตกตื่นและเล่าลือกันมาก ว่าผู้ติดเชื้อเสียชีวิตแล้วในโรงพยาบาล ซึ่งชาวบ้านก็ได้ฟังข่าวมาจากสื่อต่างๆ ที่บอกต่อกันมา เนื่องจากว่าก่อนหน้านี้มีผู้เสียชีวิตอยู่อำเภอแห่งหนึ่งเพิ่งเสียชีวิตรายล่าสุด ทาง รพสต. ก็รับข่าวและมีการกระจายข่าวที่ถูกต้องไปสู่เทศบาลเพื่อสื่อสารกับชาวบ้านให้เข้าใจ” (นักวิชาการสาธารณสุขของ รพสต. แห่งที่ 3)

2.5 ความเชื่อที่ผิดๆ การมีความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดยเฉพาะความเชื่อเกี่ยวกับการแพร่กระจายเชื้อที่มีความเข้าใจไม่ถูกต้อง และเชื่อโดยไม่เปิดใจยอมรับข้อมูลที่นำเสนอและถูกต้องอย่างแท้จริง อาจทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกทางลบและมีอคติต่อผู้ติดเชื้อหรือผู้ที่อาจติดเชื้อโควิด-19 จนนำมาสู่การตีตราทางสังคมตามมาได้ ดังที่นักวิชาการสาธารณสุขของ รพสต.แห่งที่ 3 กล่าวว่า

“การตีตราเกิดจากชาวบ้านซึ่งคิดไปเองมากกว่า เพราะอาจจะเป็นโรคอุบัติใหม่ เป็นเรื่องที่เราไม่รู้ยังไม่ถึง เหมือนกับโรคเอดส์สมัยก่อน บางคนก็เชื่อและคิดเอาเองว่าเชื้อโควิดมันก็เหมือนตัวหมีที่เดินมาติดคนต่อคนเมื่อมาอยู่ใกล้กันตัวเชื้อโรคนั้นก็จะเดินแล้วมาติดกันได้ ชาวบ้านบางคนเข้าใจและเชื่ออย่างนั้นจริงๆ” (นักวิชาการสาธารณสุขของ รพสต. แห่งที่ 3)

3. ลักษณะการตีตรา เป็นการแสดงออกของบุคคลต่อคนที่อาจติดเชื้อหรือติดเชื้อโควิด-19 แบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย

3.1 การตั้งทำรังเกียจ การแสดงออกถึงการตั้งทำรังเกียจผู้ติดเชื้อหรือผู้อาจติดเชื้อโควิด-19 เริ่มตั้งแต่การได้รับข่าวแจ้งว่ามีคนในหมู่บ้านติดเชื้อ โดยบางบ้านปิดประตูหน้าต่าง ปิดบ้านไม่ให้ใครเข้ามา บ้านที่มีผู้ติดเชื้อก็เลี่ยงเส้นทางไม่ผ่านหน้าบ้าน เมื่อญาติผู้ติดเชื้อไปซื้อของในตลาดก็เดินเลี่ยงไป มีพฤติกรรมหนีห่าง ไม่ทักทาย ไม่พูดคุยด้วย ร้านขายของบางร้านไม่ให้เข้ามาซื้อของที่ร้านเนื่องจากกลัวลูกค้าคนอื่นจะไม่กล้าเข้าร้านตนเอง และยักรวมถึงหมู่บ้านอื่นที่มีการตั้งทำรังเกียจแบบเหมารวมร่วมด้วย เช่น การปฏิเสธไม่ให้คนในหมู่บ้านที่มีผู้ติดเชื้อไปขายของในตลาดของหมู่บ้านอื่น เพราะกลัวว่าจะติดเชื้อได้ รวมถึงการปฏิเสธไม่ให้นำศพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 เข้ามาทำพิธีในพื้นที่ เนื่องจากกลัวการแพร่กระจายเชื้อ เป็นพฤติกรรมที่ประชาชนในพื้นที่แสดงออกถึงการตีตราทางสังคม อาจส่งผลกระทบต่อจิตใจของครอบครัวของผู้ติดเชื้อได้

“มีการเล่าต่อกันมาว่าสามีของป้าไปทานข้าวกับคนไข้ทำให้ติดเชื้อโควิดด้วยกัน ตอนนี้ ติดกันแล้วทั้ง 2 คน อยู่ที่ รพ. ชาวบ้านล้อกันทั้งหมู่บ้าน ผลสุดท้ายก็ไม่ใช่เลย ความจริงปรากฏไม่ติดเชื้อแต่เวลาป้าเดินไปไหนทุกคนในหมู่บ้านมองเราเหมือนเป็นสัตว์ประหลาด เดินผ่านหน้าบ้าน ชาวบ้านที่เห็นก็จะปิดหน้าต่าง เหนียวิน เอาผ้าปิดหน้าปิดจมูก ไม่มองไม่พูดด้วย” (ประชาชนในหมู่บ้านแห่งที่ 2)

“แม้เราเป็นกลุ่มเสี่ยงต่ำแต่ชาวบ้านก็ตั้งทำรังเกียจตนเองชัดเจน ขนาดเราเอารถมอเตอร์ไซด์มาจอดใกล้ ก็รีบมาย้ายหนีไปไม่อยากอยู่ใกล้เรา” (ประชาชน ในหมู่บ้านแห่งที่ 1)

“ในหมู่บ้านมีผู้ป่วยเสียชีวิตที่ รพ. จากโควิด 1 ราย ชาวบ้านหลายคนรีบมาบอกผมว่าไม่ให้จัดงานศพในหมู่บ้าน แค่นี้ก็บอบช้ำจากโควิดมากพอแล้ว ผมก็บอกเขาไปว่าจะไม่เอามาอยู่แล้ว รพ.เขามีที่จัดการศพเป็นอย่างดีและทำพิธีสั้นๆเพื่อที่ไม่ให้เชื้อแพร่อยู่แล้ว” (ผู้นำชุมชนของหมู่บ้านแห่งที่ 2)

3.2 การพูดตำหนิหรือนินทาหรือกล่าวโทษ เป็นการแสดงออกของคนในสังคมต่อผู้ที่ติดเชื้อหรือผู้อาจติดเชื้อโควิด-19 ด้วยการกล่าวตำหนิผู้ติดเชื้อที่กลับมาบ้านตนเอง มีการนินทา หรือการกล่าวโทษว่าเป็นคนที่ทำให้ชุมชนเดือดร้อน ทำให้ต้องถูกปิดหมู่บ้าน และทำการค้าขายกับหมู่บ้านอื่นลำบาก ดังที่ ผู้นำชุมชนของหมู่บ้านที่ 1 กล่าวว่า

“ชาวบ้านบางคนก็บ่นกับตนเองว่าผู้ป่วยทำงานอยู่กรุงเทพฯ โน่นแล้วจะกลับมาที่บ้านทำไม ถ้าไม่ อยากให้คนอื่น ๆ เดือดร้อนจะกลับมาทำไมที่บ้าน ทำไมไม่รักษาตัวที่โน่น” (ผู้นำชุมชนของหมู่บ้านที่ 1)

3.3 ปฏิเสธการให้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เป็นการปฏิเสธจากคนในพื้นที่ที่ไม่ต้องการให้ผู้ติดเชื้อหรือญาติเข้าร่วมงานต่างๆในหมู่บ้านแม้จะรักษาหายแล้วก็ตาม เช่น การไปวัด การร่วมงานบุญต่างๆในหมู่บ้าน ขณะที่ผู้ติดเชื้อที่รักษาหายแล้วยังไม่กล้าออกไปทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับชุมชนเนื่องจากมีการแจ้งบอกจากผู้นำชุมชนว่าให้งดร่วมกิจกรรมในหมู่บ้านไปก่อนในระยะนี้ ดังที่ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่รักษาหายแล้วในอำเภอแห่งที่ 1 กล่าวว่า

“โควิดนี้ทำให้เราไม่กล้าออกไปในชุมชน งดออกงานในชุมชนแม้จะหายจากโรคนี้แล้ว หากงานของชาวบ้านที่จัดขึ้นที่มีคนเยอะๆก็กลัวไม่อยากไป กลัวจะเอาโรคไปติดเขา แม้ว่าเราจะหายแล้ว เช่น จะไม่ไปงานศพ

งานแต่งงาน งานทำบุญขึ้นบ้านใหม่ รอบนอกชาวบ้านไม่กล้าเข้าใกล้เรา เราก็ก้าวไวก่อนไม่กล้าไปไหน” (ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่รักษาหายแล้วในอำเภอแห่งที่ 1)

4. ผลกระทบของการถูกตีตราทางสังคม ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อหรือผู้ที่อาจติดเชื้อโควิด-19 มีทั้งเชิงลบและเชิงบวก แต่ผลกระทบเชิงลบจะเกิดขึ้นค่อนข้างมากทั้งโดยตรงและโดยอ้อม โดยเฉพาะด้านจิตใจที่ถูกคนในสังคมเหมารวมว่าเป็นผู้นำเชื้อมาแพร่สู่คนในพื้นที่ จึงมีการกล่าวตำหนิ นินทา ว่าร้าย กล่าวโทษ ปฏิเสธไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมใดๆ จนกว่าจะมั่นใจว่าจะไม่แพร่เชื้อโรคได้ อาจทำให้บุคคลนั้นเกิดอาการเครียด น้อยใจ เสียใจ หดหู่ หรืออาจคิดสั้นหรือทำร้ายตนเอง โทษตนเองได้ แบ่งเป็น 2 ประเด็นสำคัญ

4.1 ผลกระทบเชิงลบ ได้แก่ ด้านจิตใจ: เกิดความเครียด/วิตกกังวล ด้านการเงิน: ไม่สามารถขายของหรือจ้างงาน และด้านสังคม: การต่อต้านการร่วมกิจกรรมทางสังคม

4.1.1 ด้านจิตใจ: เกิดความเครียด/วิตกกังวล บุคคลที่เป็นกลุ่มอาจติดเชื้อที่อยู่ระหว่างรอผลการตรวจยืนยันการติดเชื้อรวมถึงครอบครัวของผู้ติดเชื้อจะมีความเครียดหรือวิตกกังวลค่อนข้างสูง เพราะกลัวติดเชื้อเครียดจากการถูกเพื่อนบ้านรังเกียจ และเครียดจากการถูกกักตัว ดังที่ประชาชนหมู่บ้านแห่งที่ 2 กล่าวว่า

“สามีไปทานข้าวกับผู้ติดเชื้อ ชาวบ้านก็ล้อกันว่าสามีไปติดโควิด ซึ่งไม่เป็นความจริง ปากกับสามีก็เครียดและกังวลมาก วันที่ไปตรวจและรอผลตรวจช่วงนั้นนอนไม่หลับ กังวล กลัวจะติดเชื้อ กลัวชาวบ้านรังเกียจ และยังมีญาติที่เป็นคนในครอบครัวผู้ป่วย โทรมาปรึกษาบ้างบอกว่ารู้สึกเครียดมาก จิตตก บางวันอยากฆ่าตัวตายตอนนั้น ให้อภัยไปจากโลกเลย ปากก็ได้แต่ปลอบใจให้กำลังใจตลอด ตัวปากกับสามีก็เครียดกับการต้องกักตัวเกือบเดือนไม่ได้ออกไปไหน” (ประชาชนหมู่บ้านแห่งที่ 2)

4.1.2 ด้านการเงิน ไม่สามารถขายของหรือจ้างงาน การเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงส่งผลทำให้คนในพื้นที่มีท่าทีปฏิเสธการจ้างงานหรือการค้าขาย เนื่องจากกลัวการแพร่กระจายเชื้อ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตด้านรายได้ ดังที่ อสม. หมู่บ้านแห่งที่ 2 กล่าวว่า

“ท่าทีชาวบ้านใกล้เคียงก็ค่อนข้างรู้สึกต่อต้านอยู่ เช่น มีชาวบ้านในหมู่บ้านนี้ที่ติดโควิดได้ ออกไปขายปลาที่หมู่บ้านอื่นก็จะขายไม่ได้ ไม่มีคนซื้อ และมีอีกรายเอาล้งไปขายเขาก็แจ้งมาที่พ่อหลวงว่าไม่ควรให้ชาวบ้านออกไปไหน ต้องรอให้เขาเปิดหมู่บ้านก่อนค่อยไปขาย ขายไม่ได้เลย” (อสม. หมู่บ้านแห่งที่ 2)

4.1.3 ด้านสังคม เกิดจากการต่อต้านการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การต่อต้านจากชุมชนที่ไม่ต้องการให้ผู้ติดเชื้อหรือผู้ที่อาจติดเชื้อโควิด-19 เข้าร่วมทำกิจกรรมในชุมชน เช่น งานศพ งานขึ้นบ้านใหม่ แม้จะรักษาหายแล้วหรือตรวจไม่พบเชื้อแล้วก็ตาม ต้องใช้เวลาหลายเดือนกว่าคนจะยอมรับ ดังที่ ประชาชนหมู่บ้านแห่งที่ 1 กล่าวว่า

“บางคนนี่แทบไม่ทักกันเลย แม้แต่คนในหมู่บ้านเดียวกัน ขนาดงานศพ ก็ไม่นั่งด้วยกัน ขนาดบ้านเดียวกันก็ยังกลัวกัน บ้านห่างจากคนไข้ 5 หลัง เขาก็กลัวจะติดเชื้อ แสดงว่า บริเวณ 100 เมตรละแวกนั้น ใกล้บ้านคนไข้ ก็จะถูกชาวบ้านอื่นๆที่อยู่ไกลออกไปรังเกียจ” (ประชาชนหมู่บ้านแห่งที่ 1)

4.2 ผลกระทบเชิงบวก ได้แก่ การมีบุคคลที่อาจติดเชื้อหรือติดเชื้อโควิด-19 ในพื้นที่ ทำให้บุคคลเกิดความตระหนักเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 ความสามารถในการแก้ปัญหาของชุมชน และการยอมรับในความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม.

4.2.1 เพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 เมื่อคนในพื้นที่ป่วยเป็นโควิด-19 ในหมู่บ้าน ทำให้ประชาชนเกิดความตระหนักและกระตือรือร้นในการป้องกันการติดเชื้อ ทำให้เกิดชีวิตวิถีใหม่ในชุมชน รวมถึงผู้ที่มิหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง ได้แก่ ผู้นำชุมชน อสม. ต้องทำหน้าที่เพิ่มมากขึ้นในการสื่อสารกับประชาชน การช่วยคัดกรองโรค ช่วยเหลือผู้ถูกแยกกักตัว ร่วมกับทีมบุคลากรทางการแพทย์

“การมีโควิดในหมู่บ้านทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น กระตุ้นให้เราดูแลตนเอง ดูแลครอบครัว และดูแลสุขภาพ มากขึ้น ชาวบ้านตระหนักมากขึ้น ในการป้องกันตนเอง จัดงานใช้การแจกข้าวกล่องไม่ต้องทำโต๊ะจีนเหมือนเมื่อก่อน” (อสม.หมู่บ้านแห่งที่ 3)

“ผลดีทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อป้องกันตนเอง โดยเฉพาะไปไหนก็ต้องใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้ง เวลาออกจากบ้าน จำเป็นมาก” (ผู้นำชุมชนของหมู่บ้านแห่งที่ 2)

4.2.3 พัฒนาความสามารถในการแก้ปัญหาของชุมชน ข้อดีจากผลกระทบที่เกิดจากโควิด-19 ในชุมชน ทำให้ชุมชนมีความสามัคคีมากขึ้นและร่วมมือร่วมใจกันในการแก้ปัญหา โดยมีผู้นำชุมชนเป็นผู้ประสานความร่วมมือ แก้ปัญหา สร้างแรงกระตุ้นการทำงานให้เกิดความเข้มแข็งขึ้นในชุมชน ดังผู้นำชุมชนของหมู่บ้านแห่งที่ 2 กล่าวว่า

“การเกิดโควิดในหมู่บ้านทำให้ชาวบ้านมีความสามัคคีเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน และช่วยให้ชุมชนเราเข้มแข็ง พร้อมทั้งจะได้เรียนรู้กับสิ่งที่เกิดขึ้น พ่อหลวงทำงานมีการประสานงานกันตลอดกับทุกฝ่ายทำให้ชาวบ้านเชื่อถือและศรัทธาเชื่อมั่น สถานการณ์โควิดเปลี่ยนวิกฤตเป็นโอกาส ทำให้ได้เรียนรู้กับสิ่งใหม่ๆและมีหน่วยงานหลายๆหน่วยงานเข้ามาศึกษาในพื้นที่ ทำให้เราจะได้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ได้รู้ข้อมูลก่อนหมู่บ้านอื่น” (ผู้นำชุมชนของหมู่บ้านแห่งที่ 2)

4.2.4 การยอมรับในความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. สถานการณ์ที่มีผู้ติดเชื้อโควิดในหมู่บ้านทำให้ อสม. ต้องทำงานหนักมากขึ้นเพื่อคัดกรองโรคและช่วยเหลือชาวบ้านที่ถูกกักตัวหลายด้าน ทำให้ประชาชนเกิดความเชื่อมั่นและการยอมรับในการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. เพิ่มขึ้น ดังที่ นักวิชาการสาธารณสุข รพสต. แห่งที่ 3 กล่าวว่า

“ชาวบ้านให้ความไว้วางใจ อสม. เพิ่มขึ้นยกให้ อสม.เป็นฮีโร่ กลายเป็นต้นทุนสูงขึ้น เกิดการยอมรับของชาวบ้าน ทำให้เกิดการการันตี ให้ อสม. ว่า มีความน่าเชื่อถือ เป็นสิ่งที่ดีมาก ๆ ประเทศไทยเป็นประเทศเดียวในโลกที่มี อสม. ช่วยเหลืองานสาธารณสุข ทำให้ชาวบ้านเกิดความสุข สุขภาพดีถ้วนหน้า” (นักวิชาการสาธารณสุข รพสต. แห่งที่ 3)

5. วิถีลดการติดราทางสังคม ตามมุมมองของผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มองว่าการลดการติดราทางสังคมควรมีวิธีการ ดังนี้

5.1 การสื่อสารสร้างความรู้และความเข้าใจ การสื่อสารที่เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 และการมีทัศนคติเชิงบวกและยอมรับการอยู่ร่วมกันของผู้ติดเชื้อจะทำให้ลดการติดราทางสังคมได้ค่อนข้างมาก ดังที่นักวิชาการสาธารณสุข รพสต. แห่งที่ 3 กล่าวว่า

“การให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดยเฉพาะข้อมูลสุขภาพจะสื่อสารยังไงให้ชาวบ้านเข้าใจในบริบทของชาวบ้าน การพูดภาษาหมอให้ชาวบ้านฟังก็อาจจะไม่เข้าใจ ควรสื่อสารที่ดี ที่สื่อให้ชาวบ้านเข้าใจง่าย และสามารถปฏิบัติได้ เช่น ต้องใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สื่อสารที่ชาวบ้านจะไม่เกิดการเข้าใจผิด” (นักวิชาการสาธารณสุข รพสต. แห่งที่ 3)

5.2 ส่งเสริมให้มีชีวิตวิถีใหม่ เมื่อมีคนในชุมชนมีการติดเชื้อโควิด-19 ส่งผลทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนรูปแบบใหม่ในการทำกิจกรรมต่างๆในชุมชน เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ดังที่ อสม. ประจำหมู่บ้าน แห่งที่ 1 กล่าวว่า

“การแก้ไขปัญหาหลักๆแล้วจะต้องให้ความรู้แก่ชาวบ้านให้เกิดความไว้วางใจเกี่ยวกับการติดต่อของโรคโควิด-19 เมื่อมีงานชาวดำ อสม. จะตั้งเต็นท์จุดคัดกรองเบื้องต้น และจะสร้างจิตสำนึกในการป้องกันตัวเอง เพราะเมื่อ อสม. เป็นผู้นำเป็นตัวอย่าง มีมาตรการที่ดีพร้อม ก็จะเป็นการสร้างความตระหนักให้ชาวบ้านได้รู้ได้ป้องกันตนเองมากขึ้น” (อสม. ประจำหมู่บ้านแห่งที่ 1)

5.3 ชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อลดการตีตราทางสังคม การช่วยเหลือกันในชุมชนทุกภาคส่วนและร่วมกันรณรงค์เพื่อลดการตีตราทางสังคมแก่ผู้ติดเชื้อโควิด-19 จะส่งผลทำให้ประชาชนเข้าใจและมีมุมมองเชิงบวกกับผู้ติดเชื้อได้ รวมถึงการมีบุคคลที่เป็นผู้นำที่สามารถช่วยปรับความคิดคนในสังคม สามารถกระตุ้น ส่งเสริมหรือการเชิญชวนเพื่อลดการตีตราทางสังคมได้ ดังที่พยาบาลวิชาชีพในรพสต.แห่งที่ 1 กล่าวว่า

“เจ้าหน้าที่ที่สำคัญคือผู้ใหญ่บ้าน อสม. ต้องเป็นตัวขับเคลื่อนให้ชาวบ้านเกิดพลังกาย และพลังใจ ให้กำลังใจตัวเอง ให้กำลังใจ อสม. ควบคู่ไปด้วยกัน ทักษะที่นำมาใช้คือหลักมนุษยสัมพันธ์ การพูดคุยที่ดี ต้องประสานงานหลายจุด อย่างคนไข้นั้นจะพูดแบบหลักการไม่ได้ ต้องพูดแบบเป็นเพื่อนที่ดูแลด้านจิตใจได้ รวมถึงการสื่อสารเพื่อประสานงาน ว่าช่วยด้านใดบ้าง เราจะต้องเตรียมมาตรการการแนวทางป้องกันยังงัยบ้างจนคนไข้ออกโรงพยาบาลมา ซึ่งการแก้ปัญหาการตีตราและโควิดในชุมชนควรบูรณาการทุกภาคส่วนทั้งทีมสุขภาพจิต รพสต. รพ. อสม. ผู้นำชุมชน” (พยาบาลวิชาชีพในรพสต.แห่งที่ 1)

6. การปรับทัศนคติของผู้ถูกตีตราทางสังคม เป็นวิธีการที่ผู้ติดเชื้อหรืออาจติดเชื้อใช้ปรับความคิดเพื่อลดความเครียด ความกังวลใจให้กับตนเอง เมื่อถูกตีตราทางสังคมจากการติดเชื้อหรืออาจติดเชื้อ ได้แก่ การให้อภัย และการปรับความคิดเชิงบวก

6.1 การให้อภัย ผู้ติดเชื้อหรือผู้ที่อาจติดเชื้อโควิด-19 มองว่าควรมีการปรับทัศนคติในลักษณะของการให้อภัยผู้อื่น ปล่อยวางไม่ยึดติดจะทำให้ไม่เกิดความเครียดหรือความทุกข์ทางใจตามมา เมื่อถูกสังคมตีตรา ไม่ถือโทษโกรธเคืองใคร ดังที่ประชาชนหมู่บ้านแห่งที่ 2 กล่าวว่า

“ความกลัวก็มีข้อดี ก็คือ เขาเคร่งครัดในการป้องกันตนเองมากขึ้น สวมหน้ากากอนามัย หมั่นล้างมือ เราไม่ได้น้อยใจเสียใจ ก็เข้าใจชาวบ้านที่เขาคิดอย่างนั้นเพราะเขากลัวมาก ถ้าเป็นเรา เราก็กว้างเช่นกัน เรียนรู้กับเหตุการณ์ที่ผ่านมาแล้วก็สติกับมันเพื่อที่จะแก้ปัญหา ช่วงกักตัวก็ใช้ธรรมะเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ เราก็ไม่โกรธไม่เกลียดเขา ให้อภัยเขาเพราะเขากลัวก็เข้าใจเขา” (ประชาชนหมู่บ้านแห่งที่ 2)

6.2 การปรับความคิดเชิงบวก เป็นมุมมองของผู้ถูกตีตราทางสังคม เพื่อเป็นสิ่งที่ทำให้สามารถผ่านพ้นระยะเวลาที่ทุกข์ยากลำบากไปได้ ด้วยการปรับมุมมองของตนเองให้รู้จักมองเชิงบวกและปล่อยให้ระยะเวลาช่วยเยียวยาและลดความรุนแรงลง ดังที่ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่รักษาหายแล้วในอำเภอแห่งที่ 1 กล่าวว่า

“การเป็นโควิดทำให้เราได้อยู่กับตนเองและทบทวนตนเองมากขึ้น ได้ทำให้เราคิดว่าความตายอยู่ใกล้ตัวเราทุกวัน เราต้องไม่ประมาทในการดำเนินชีวิต ทำให้เราได้คิดมากขึ้น มีเวลาอยู่กับตนเองมากขึ้น ทำให้รู้จักบาปบุญคุณโทษ อยากรับผิดชอบก็ทำได้ อยากรทำอะไรก็ทำ หาสัญญะยึดเหนี่ยวในจิตใจไว้ ตอนอยู่โรงพยาบาลก็ฟังพระสวด พระเทศน์ ก็ทำให้จิตใจดีขึ้นทำให้เราสบายใจมากขึ้น ถ้าไม่เจอกับตัวเองก็อาจจะไม่ทำให้เราคิดถึงธรรมะ” (ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่รักษาหายแล้วในอำเภอแห่งที่ 1)

อภิปรายผล

ความหมายการตีตราทางสังคม ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของการตีตราทางสังคมเกี่ยวกับโควิด-19 คือการถูกสังคมรังเกียจและการกล่าวคำหยาบคาย/การนินทา/กล่าวโทษ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ได้รับผลกระทบโดยตรงทั้งขณะที่กักตัวอยู่บ้านและผ่านระยะการกักตัวแล้วและพร้อมจะเข้าไปใช้ชีวิตตามปกติในสังคมของตนเอง แต่ยังไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ เนื่องจากคนในชุมชนยังไม่พร้อมจะอยู่ร่วมด้วย ด้วยการว่ากล่าว คำหยาบ หรือจับกลุ่มนินทา รวมถึงการแสดงพฤติกรรมรังเกียจ ปฏิเสธการให้เข้ามาค้าขายในหมู่บ้าน หยุดจ้างงานชั่วคราว เดินหนี ไม่เข้าใกล้ กล่าวว่าจะได้รับเชื้อแม้ว่าจะได้รับการรักษาจนหายแล้วก็ตาม แต่ก็ยังมีการตั้งท่ารังเกียจ ไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูว์ และคณะ (Chew et al, 2021) ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยโควิด-19 ในมาเลเซีย พบว่า ผู้ติดเชื้อ

โควิด-19 ได้รับการตำหนิ กล่าวโทษจากคนรอบข้างในชุมชน รวมถึงให้แยกออกจากสังคมจนกว่าจะหายดี สอดคล้องกับ สอทกิว และดอเบลอร์ (Sotgiu & Dobler, 2020) กล่าวว่าบุคคลที่สังคมไม่ยอมรับและไม่เห็นด้วยกับบุคคลอื่นมีลักษณะ ที่แตกต่างไปจากบรรทัดฐานของสังคมที่ยอมรับ บุคคลนั้นๆจะถูกต่อต้าน ถูกตำหนิ และกล่าวโทษจากสังคมทำให้รู้สึก ถูกลดคุณค่าของตนเอง

สาเหตุของการตีตราทางสังคม ผู้ให้ข้อมูลอธิบายถึงสาเหตุของการตีตราทางสังคมเกี่ยวกับโควิด-19 มี ประเด็นย่อยที่สำคัญ ได้แก่ จากการขาดความรู้ ความกลัวและหวาดระแวง การเชื่อข่าวลือ สับสนในข้อมูลข่าวสาร และ ความเชื่อที่ผิดๆ เนื่องมาจากโรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่องค์ความรู้ด้านวิชาการยังมีน้อยและต้องมีการพัฒนา ปรับเปลี่ยนเมื่อมีการค้นคว้าวิจัยเพิ่มมากขึ้น ทำให้คนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจที่เพียงพอเกี่ยวกับโรคนี้ จึงทำให้เกิดความกลัวและหวาดระแวงเกี่ยวกับการติดเชื้อตามมาได้และทำให้เกิดการตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อหรืออาจติดเชื้อ ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูว์ และคณะ (Chew et al, 2021) ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยโควิด-19 ในมาเลเซีย พบว่า ผู้ติดเชื้อขาดความรู้ ความกลัว เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ไม่กล้าเปิดเผยหรือไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล เนื่องจาก กลัวจะถูกสังคมตีตรา นอกจากนี้จากข้อค้นพบ ผู้ให้ข้อมูลยังเชื่อข่าวปลอม ไม่ได้ตรวจสอบให้แน่ชัด เกิดความสับสนใน ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 รวมถึงการเชื่อข่าวลือจากกลุ่มสังคมออนไลน์หรือในชุมชน อาจทำให้ได้รับข้อมูลที่ ไม่ถูกต้อง สอดคล้องกับ สุภลักษณ์ ธาณิรัตน์ และคณะ (2563) และ บรูนส์, ครากูลแจค และ บรูนส์ (Bruns, Kraguljac & Bruns, 2020) กล่าวว่า สาเหตุของการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลทำให้เกิดความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับโรค โควิด-19 ว่าเป็นการเจ็บป่วยที่ร้ายแรง อันตราย ทั้งในด้านการติดต่อแพร่กระจายเชื้อ การป้องกันรักษา เกิดมุมมอง ด้านลบหรือมีอคติต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19 ครอบครัวยุติพี่น้องและเหมารวมไปถึงประชาชนในหมู่บ้านเดียวกันว่าเป็น บุคคลที่น่ารังเกียจ และไม่ควรอยู่ร่วมในสถานที่เดียวกัน สอดคล้องกับ สอทกิว และดอเบลอร์ (Sotgiu & Dobler, 2020) ศึกษาพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารที่หลากหลาย ไม่ครบถ้วน รวมถึงข่าวลือต่างๆทำให้เกิดความสับสน และกลัวว่าจะ ได้รับเชื้อจึงส่งผลทำให้เกิดการตีตราทางสังคมเกี่ยวกับโควิด-19 ได้

ลักษณะการตีตราทางสังคม ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายลักษณะการตีตราทางสังคมในเชิงของการตั้งทำรังเกียจ การ พุดตำหนิหรือนินทาหรือกล่าวโทษ และการปฏิเสธการให้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เช่น ปฏิเสธการซื้อขาย และปฏิเสธ จัดพิธีกรรมงานศพ ทั้งนี้ผู้ติดเชื้อหรือผู้ที่อาจติดเชื้อโควิด-19 ที่อาศัยอยู่ในชุมชนส่วนใหญ่รู้จักกันดี เมื่อคนใดคนหนึ่ง ติดเชื้อหรือสงสัยว่าจะติดเชื้อโควิด-19 ก็จะมีการแพร่กระจายข่าวสารออกไปอย่างรวดเร็วในหมู่บ้านและหมู่บ้าน ข้างเคียง ประกอบกับสาเหตุที่เกิดจากความกลัวการติดเชื้อด้วยความไม่รู้ ไม่เข้าใจ เกี่ยวกับการแพร่กระจายเชื้อ จึงทำ ให้ชุมชนแสดงออกต่อผู้ติดเชื้อหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับเชิงรังเกียจ ปฏิเสธการให้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนแบบเหมารวม หมู่บ้านที่มีผู้ติดเชื้อโควิดจะถูกกีดกัน รังเกียจและปฏิเสธให้เข้าหมู่บ้านอื่น ปฏิเสธขายของในตลาดหรือไม่ให้เข้าร้าน หรือซื้อของ ปฏิเสธการจัดเผาศพในสุสานของหมู่บ้านกรณีเสียชีวิตด้วยโควิด-19 สอดคล้องกับแนวคิดการตีตราทาง สังคมของ บอส, ไพร์ออร์, รีเดอร์, และสตัทเทอร์ไฮม์ (Bos, Pryor, Reeder & Stutterheim, 2013) กล่าวว่า การตีตรา ในลักษณะของสาธารณะหรือระดับคนส่วนรวม (public stigma) จะมีปฏิกิริยาทั้งความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมใน เชิงลบต่อผู้ที่ถูกตีตรา นอกจากนี้บุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่ถูกตีตราทางสังคม เช่น ครอบครัว ยุติพี่น้อง รวมถึงกลุ่ม เพื่อนของผู้ที่ถูกตีตรายังพลอยได้รับปฏิกิริยาการถูกตีตราทางสังคมร่วมด้วย สอดคล้องกับ สุภลักษณ์ ธาณิรัตน์ และ คณะ (2563) สรุปลักษณะการตีตราทางสังคมในสถานการณ์โควิด-19 ต่อผู้ติดเชื้อและผู้สงสัยว่าจะติดเชื้อ ประกอบด้วย การใช้คำพูดที่สร้างความเกลียดชัง ตำหนิ กล่าวโทษ รวมถึงการกีดกัน ขับไล่ ไม่ให้เข้าร่วมในสังคม

ผลกระทบของการถูกตีตรา ผู้ให้ข้อมูลอธิบายถึงผลกระทบที่เกิดจากการตีตราทางสังคม พบว่า โดยส่วนใหญ่ ได้รับผลกระทบในเชิงลบมากกว่า ได้แก่ ด้านจิตใจ ทำให้เกิดความเครียด/วิตกกังวล ด้านการเงินทำให้ไม่สามารถขาย ของหรือถูกจ้างงาน และด้านสังคม เกิดการต่อต้านการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม อาจเนื่องมาจากการเป็นภาระบาคครั้ง

แรกของหมู่บ้านที่มีผู้ติดเชื้อโควิด-19 เป็นโรคใหม่ที่ยังไม่เคยมีมาก่อน เมื่อมีผู้ติดเชื้อเกิดขึ้นจึงมีการกระจายข่าวกันอย่างรวดเร็ว ร่วมกับการประกาศปิดหมู่บ้านเพื่อลดการแพร่ระบาด ทำให้ประชาชนรู้สึกกังวล เครียด เริ่มกลัวว่าจะติดเชื้อจากผู้ป่วยหรือผู้เกี่ยวข้อง จึงมีความรู้สึกเครียดหรือวิตกกังวลทั้งผู้ติดเชื้อหรือผู้ที่อาจติดเชื้อ ผู้ติดเชื้อเกิดความกังวลว่าตนเองจะทำให้คนในพื้นที่ได้รับเชื้อและเกิดผลกระทบที่รุนแรงตามมา เกิดความเครียดจากการถูกกักตัวหรือรักษาตัว และการถูกคนในชุมชนรังเกียจรวมทั้งเกรงว่าโรคจะรุนแรงจนถึงกับเสียชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ อาดอม, เมนซาห์ และ โอเซอี (Adom, Mensah & Osei, 2021) ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อโควิด-19 ที่ถูกตีตราทางสังคมในประเทศกานาเกี่ยวกับความทุกข์ทางใจและความเครียด พบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้รับการตีตราทางสังคมแบบเหมารวม ได้รับการดูถูก ถูกล้อเลียน จึงทำให้เกิดความเครียดและความทุกข์ใจ จึงจำเป็นต้องมีทีมนักจิตวิทยาเข้ามาประเมินภาวะสุขภาพจิตเป็นระยะ สอดคล้องกับ ไฟอริลโล และ กอร์วูด (Fiorillo & Gorwood, 2020) กล่าวว่า การระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบด้านจิตใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องค่อนข้างมากโดยเฉพาะการเกิดภาวะเครียดหรือมีภาวะบอบช้ำทางจิตใจของประชาชนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงจำเป็นต้องมีทีมบุคลากรด้านสุขภาพจิตเข้ามาช่วยเหลือดูแลร่วมด้วย อย่างไรก็ตามในการศึกษารังนี้ยังมีการค้นพบผลกระทบเชิงบวกร่วมด้วย ได้แก่ เพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 การเกิดชีวิตวิถีใหม่ในชุมชน ความสามารถในการแก้ปัญหาของชุมชน และการยอมรับการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. ซึ่งในสถานการณ์ที่เกิดการระบาดของโรคโควิด-19 นั้น มีการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลดีต่อระบบการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนการใช้ชีวิตแบบวิถีใหม่ทั้งระดับบุคคลและชุมชน ทำให้ประชาชนมีการป้องกันตนเองมากขึ้น เกิดความตระหนักมากยิ่งขึ้นในด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล โดยเฉพาะการหมั่นล้างมือ การเว้นระยะอยู่ห่างจากผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ แคมดี และ ดีโอเกด (Kamdi & Deogade, 2020) ศึกษาถึงผลกระทบที่ซ่อนอยู่เมื่อเกิดการแพร่ระบาดโควิด-19 ซึ่งหนึ่งในนั้นคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลเพิ่มมากขึ้น มีการหมั่นล้างมือมากขึ้นและการรักษาระยะห่างเมื่ออยู่ในชุมชน นอกจากนี้ยังค้นพบจากการศึกษารังนี้ยังพบว่าประชาชนในหมู่บ้านให้การยอมรับและเชื่อมั่นในทำงานของ อสม. เพิ่มมากขึ้น จากการที่ได้ทำงานช่วยบุคลากรทางการแพทย์โดยเป็นจิตอาสาช่วยเหลือดูแลประชาชนในพื้นที่ทั้งผู้ติดเชื้อและกลุ่มเสี่ยง สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกที่ได้ยกย่อง อสม. ของ ประเทศไทยในการช่วยเหลือ คัดกรอง เฝ้าระวังโรคโควิด-19 (WHO, 2021) และสอดคล้องกับการศึกษาของประเทศไทยเกี่ยวกับบทบาทของ อสม. ต่อการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 พบว่า อสม. มีบทบาทสำคัญในการช่วยติดตามให้ความรู้ แก่ประชาชนในพื้นที่เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ช่วยแบ่งเบาภาระหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ได้ค่อนข้างมาก รวมถึงการช่วยเหลือด้วยการจัดส่งยาให้แก่ผู้ติดเชื้อเรื้อรังที่บ้านโดยตรงกรณีที่ไม่สามารถมารับยาที่โรงพยาบาลเนื่องจากสถานการณ์โควิด-19 (Tejativaddhana, Suriyawongpaisal, Kasemsup & Suksaroj, 2020)

วิธีการลดการตีตราทางสังคม ผู้ให้ข้อมูลให้ข้อคิดเห็นในการลดการตีตราทางสังคม ประกอบด้วย การสื่อสารสร้างความรู้และความเข้าใจ ส่งเสริมให้มีชีวิตวิถีใหม่และชุมชนมีส่วนร่วมลดการตีตรา จากข้อค้นพบ 3 วิธี เป็นสิ่งสะท้อนที่มาจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 ในพื้นที่ โดยการลดการตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อและผู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 สิ่งสำคัญคือทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับคนในชุมชนเกี่ยวกับโรคโควิด-19 อย่างครอบคลุมทั้งด้านลักษณะของโรค การติดต่อ การรักษา การป้องกัน รวมทั้งการไม่ตีตราทางสังคมทั้งต่อผู้ติดเชื้อและญาติพี่น้องและชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาเชิงทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับแนวทางเพื่อลดการตีตราทางสังคมในสถานการณ์โควิด-19 ของประเทศอังกฤษ ของ กรอนโฮล์ม และคณะ (Gronholm et al, 2021) พบว่า แนวทางการลดการตีตราทางสังคม ควรแก้ปัญหาตั้งแต่ระดับบุคคล ระหว่างบุคคล ระดับชุมชน ระดับหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง และระดับประเทศ โดยผู้บริหารประเทศหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระดับนโยบายควรมีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับมาตรการลดการตีตราทางสังคม นอกจากนี้ สุกัลลักษณ์ ธานีรัตน์และคณะ (2563) กล่าวว่า การลดปัญหา

การตีตราทางสังคมในผู้ติดเชื้อโควิด-19 ควรใช้วิธีการปรับทัศนคติของบุคคลในสังคมเป็นเชิงบวก เน้นการสร้าง ความเข้าใจ ความเห็นใจ การยอมรับซึ่งกันและกัน ร่วมกับการสร้างแนวทางที่ดีในวิถีชีวิตใหม่เพื่อลดการแพร่ระบาดของเชื้อ โรคไปสู่บุคคลอื่น สร้างเครือข่ายทางสังคมด้วยการส่งเสริมจัดกิจกรรมที่ลดการตีตราทางสังคมและส่งเสริมความ รับผิดชอบต่อสังคม จะช่วยลดการตีตราทางสังคมลงได้และเพิ่มคุณค่าและคุณภาพชีวิตของผู้ที่ได้รับเชื้อหรือสงสัยว่า ได้รับเชื้อร่วมด้วย

การปรับทัศนคติของผู้ถูกตีตรา เป็นหนึ่งในข้อค้นพบที่ผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญเพื่อนำมาใช้ลดความเครียด ความวิตกกังวลของตนเอง ได้แก่ การให้อภัย และการปรับความคิดเชิงบวก เนื่องจากผู้ติดเชื้อหรือผู้ที่อาจติดเชื้อ โควิด-19 ถูกตีตราทางสังคม จึงพยายามปรับวิธีคิด สร้างกำลังใจให้ตนเอง เพื่อให้ผ่านพ้นปัญหานี้ไปได้ด้วยดี ด้วยการ ให้อภัยต่อคนอื่น และการปรับความคิดในเชิงบวกมากขึ้น ซึ่งผู้ให้ข้อมูลมีมุมมองเชิงบวกคือการได้มีเวลาอยู่กับตนเอง มากขึ้น ทำให้มีเวลาคิดทบทวนการใช้ชีวิตของตนเองให้เกิดประโยชน์ มีคุณค่าต่อตนเองและต่อผู้อื่น และเห็นว่าการ ปรับทัศนคติเชิงบวกจะช่วยทำให้ลดความวิตกกังวล ความเครียด จากการถูกตีตราทางสังคมลง และช่วยให้ตนเอง สามารถผ่านพ้นปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นไปได้ด้วยดี บางคนนำหลักธรรมของพระพุทธศาสนาเข้ามาใช้ขณะถูกกักตัวเพื่อ เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวในจิตใจไม่ให้เกิดความเครียด ความกังวล ร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูว์ และคณะ (Chew et al, 2021) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยโควิด-19 พบว่า การนำหลักศาสนาเข้ามายึดเหนี่ยวในจิตใจทำให้จิตใจ สงบ ลดความวิตกกังวลลงไปมากโดยเฉพาะความเครียด ความกังวลเกี่ยวกับการถูกตีตราทางสังคมจากบุคคลอื่นๆ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

ข้อเสนอแนะด้านปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโควิด-19 ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน ควร มีบทบาทสำคัญในการสื่อสาร ให้ข้อมูล ให้คำปรึกษา เพื่อการสร้างความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และการตีตราทางสังคมและผลกระทบให้กับประชาชน โดยเน้นการปรับทัศนคติเชิงบวกและแสดงความเห็นใจ เข้าใจ และให้การยอมรับการใช้ชีวิตอยู่ในสังคมร่วมกับผู้ติดเชื้อหรืออาจติดเชื้อโควิด-19 รวมถึงเป็นผู้ประสานการทำงานทุก ภาคส่วนในชุมชนในการมีส่วนร่วม หนุนเสริมลดการตีตราทางสังคมในสถานการณ์โควิด-19 ที่เน้นกิจกรรมการช่วยเหลือ แบ่งปันน้ำใจให้กันและกันในชุมชน การสร้างความร่วมมือ ร่วมใจ สร้างความสามัคคีให้เกิดขึ้นในชุมชน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การลดการตีตราทางสังคมในสถานการณ์โควิด-19 ควรมีการกำหนดนโยบายตั้งแต่ระดับประเทศจนถึงระดับการ ปฏิบัติให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีการระบาดของโควิด-19 ควรมีการสร้างความร่วมมือและประสาน การทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่ดูแลประชาชนในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การปกครอง ส่วนท้องถิ่น รวมถึงผู้นำชุมชน อสม. ในการรณรงค์หรือดำเนินโครงการจัดกิจกรรมที่เสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจที่ ถูกต้องเกี่ยวกับการลดการตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อหรืออาจติดเชื้อให้กับประชาชน โดยอาจจะปรับใช้ให้สอดคล้อง กันในแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

เนื่องจากการตีตราทางสังคมในสถานการณ์โควิด-19 มีความแตกต่างในแต่ละบริบทหรือในพื้นที่ขึ้นอยู่กับ ประสพการณ์ ความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ของประชาชน รวมถึงลักษณะการระบาด ความรุนแรงของโรคที่อาจจะมี การเปลี่ยนแปลงตามระยะเวลาหรือปัจจัยต่างๆ จึงควรศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบเพื่อลดการตีตราทางสังคมใน สถานการณ์โควิด-19 ในหลากหลายพื้นที่ เช่น ในชุมชนเมือง ชุมชนชนบทหรือกึ่งชนบท สถาบันการศึกษา และ การศึกษาในสถานที่ทำงาน โดยปรับไปใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่นั้นๆ อย่างเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา และขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองพะเยา อำเภอจุน และอำเภอเชียงคำ ที่ช่วยเหลือในการประสานงานในการเก็บข้อมูลวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2563). คำแนะนำการป้องกันควบคุมโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 สำหรับสถานศึกษา สถานการณ์การระบาดในวงกว้าง ระยะเริ่มต้น. สืบค้นเมื่อ 12 เมษายน 2563, จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/introduction/introduction07_1.pdf
- กรมควบคุมโรค. (2564). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สถานการณ์ในประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 12 พฤษภาคม 2564, จาก <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/?dashboard=main>
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แนวทางการสร้างวัคซีนใจ เพื่อให้เกิดภูมิคุ้มกันในชุมชน. สืบค้นเมื่อ 22 เมษายน 2563, จาก <https://www.dmh.go.th/covid19/news1/view.asp?id=13>
- นิตยา เกียรติยั้งอังสุลี, สุรางค์รัตน์ จำเนียรพล, นิมิตร เทียนอุดม, ศยามล เจริญรัตน์ และสุภัทรา นาคะผิว. (2556). การเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. กรุงเทพมหานคร. สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศีลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์, พจนา ฉัญญกิตติกุล และชุตีวัลย์ พลเดช. (2561). การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ: ผลของการตีตราต่อผู้เป็นโรคเรื้อน วัณโรค และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้เป็นโรคเอดส์. *วารสารควบคุมโรค*, 44(1), 66-77.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. (2564). ศูนย์บริหารสถานการณ์ COVID-19 จังหวัดพะเยา. สืบค้นเมื่อ 30 ธันวาคม 2564, จาก <https://www.pyomoph.go.th/backoffice/files/41587.jpg>
- สุกัลลักษณ์ ธานีรัตน์, เมทนี ระดาบุตร, สุจิรา, วิเชียรรัตน์ และศิริพร โอภาสวัตรชัย. (2563). กลยุทธ์เพื่อลดการตีตราทางสังคมในสถานการณ์ covid-19. *วารสารเกื้อการุณย์*, 27(2), 164-174.
- Adom, D., Mensah, J. A., & Osei, M. (2021). The Psychological distress and mental health disorders from COVID-19 stigmatization in Ghana. *Social Sciences & Humanities*, Open 4, 100186 <https://doi.org/10.1016/j.ssaho.2021.100186>
- Bos, A. E. R., Pryor, J. B., Reeder, D., & Stutterheim, S. E. (2013). Stigma: advances in theory and research. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(1), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1080/01973533.2012.746147>
- Bruns, D. P., Kraguljac, N. V., & Bruns, T. R. (2020). Covid-19: facts, cultural considerations, and risk of stigmatization. *Journal of Transcultural Nursing*, 31(4): 326–32.
- Chew, C., Lim, X., Chang, C., Rajan, P., Nasir, N & Low, W. (2021). Experiences of social stigma among patients tested positive for COVID-19 and their family members: a qualitative study, *BMC Public Health*, 21(1623), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11679-8>
- Fiorillo, A., & Gorwood, P. (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*, 63(1), e32, 1–2. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.35>

- Gronholm, P.C., Nosé, M., van Brakel, W.H., Eaton, J., Ebenso, B., Fiekert, K., Milenova, M., Sunkel, C., Barbui, C., & Thornicroft, G. (2021). Reducing stigma and discrimination associated with COVID-19: early stage pandemic rapid review and practical recommendations, *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 30 (e15), 1–10. doi: 10.1017/S2045796021000056.
- Kamdi, P. S. & Deogade. M. S. (2020). The hidden positive effects of COVID-19 pandemic. *International Journal of Research in Pharmaceutical Sciences*, 11 (SPL) (1), 276-279. <https://doi.org/10.26452/ijrps.v11iSPL1.2712>
- Miles, B. W. & Jozefowicz, D. (2010). Naturalistic inquiry. *Research method in the social science*. Retrieved December 20, 2021, from <https://www.researchgate.net/publication/215788544>
- Sanders, C. (2003). Application of Colaizzi's method: Interpretation of an auditable decision trail by a novice researcher, *Contemporary Nurse*, 14(3), 292-302, doi: 10.5172/conu.14.3.292
- Sotgiu, G. & Dobler, C. C. (2020). Social stigma in the time of Coronavirus. *European Respirator Journal*, 56(2002461), 1-3. <https://doi.org/10.1183/13993003.02461-2020>
- Tejativaddhana, P., Suriyawongpaisal, W., Kasemsup, V & Suksaroj, T. (2020). The roles of village health volunteers: Covid-19 prevention and control in Thailand. *Asia Pacific Journal of Health Management*, 15(3), i477, doi: 10.24083/apjhm.v i5i3.477.
- Villa, S., Jaramillo, E., Mangioni, D., Bandera, A., Gori, A & Raviglione, M. C. (2020). Stigma at the time of the COVID-19 pandemic. *Clinical Microbiology and Infection*, 26 (11), 1450-1452. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2020.08.001>
- World Health Organization, United Nations Children's Fund and International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (2020). *Social stigma associated with the Coronavirus Disease COVID-19*. Retrieved December 24, 2021, from <https://www.who.int/publications/i/item/social-stigma-associated-with-covid-19>
- World Health Organization. (2021). *Thailand's 1 million village health volunteers - "unsung heroes" - are helping guard communities nationwide from COVID-19*. Retrieved December 24, 2021, from <https://www.who.int/thailand/news/feature-stories/detail/thailands-1-million-village-health-volunteers-unsung-heroes-are-helping-guard-communities-nationwide-from-covid-19>
- Worldometers. (2021). *Covid-19 Corona virus pandemic*. Retrieved December 24, 2021, from <https://www.worldometers.info/coronavirus/?fbclid=IwAR2Ldxd3-Z2tf2Pbqvw2p8dTea4Q9Cs7nFXVyUPzjaGLCPL106llabaq5gk>

การรับรู้ความเสี่ยงต่อการหกล้มและพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ในผู้สูงอายุโรคกระดูกพรุน

วิไลลักษณ์ วงศ์เจริญ, พยบ.*¹

นงลักษณ์ อินตา, พยม.* ขวัญเนตร คงแดง, พยบ.*

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกพรุนเกิดกระดูกหักได้ง่าย โดยมีปัจจัยเสริมที่สำคัญได้แก่ การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม และปัจจัยส่วนบุคคล วิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการรับรู้ความเสี่ยงต่อการหกล้ม พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม และความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความเสี่ยงต่อการหกล้ม และ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ในผู้สูงอายุโรคกระดูกพรุน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกระดูกพรุนที่เข้ามาใช้บริการตามนัดที่ห้องตรวจกระดูกและข้อ ณ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 306 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน สิงหาคม ถึง พฤศจิกายน 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มตามความรู้สึก 3) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุโรคกระดูกพรุนมีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=68.86\pm12.00$) และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับสูงเช่นกัน ($\bar{X}=92.52 \pm 10.11$) โดยพบว่า การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.31, p<0.001$) และระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.13, p<.05; r=.11, p<.05$ ตามลำดับ) ผลการวิจัยนี้จะเป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลในการวางแผนส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยงและการปฏิบัติ พฤติกรรมสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งส่งเสริมครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคกระดูกพรุนต่อไป

คำสำคัญ: การรับรู้ความเสี่ยงการหกล้ม, พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม, ผู้สูงอายุโรคกระดูกพรุน

วันที่รับ: 29 มกราคม 2565 วันที่แก้ไข: 14 มีนาคม 2565 วันที่ตอบรับ: 5 เมษายน 2565

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹ ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: wilailak.w@cmu.ac.th

Perceived risk of falling and fall prevention behaviors in older persons with osteoporosis

Wilailak Wongcharoen, BNS.*¹

Nonglak Inta, MNS.* Kwannet Kongdang, BNS.*

Abstract

Older persons are at risk of osteoporosis. Predisposing factors of fractures in older persons included a perception of risk of falling, fall prevention behaviors, and some personal factors. The purposes of this study were to examine perceived risk of falling and fall prevention behavior among older persons with osteoporosis, and to determine relationships among persons factors, perceived risk of falling, and fall prevention behaviors among older persons received services at an orthopedic clinic in a tertiary hospital in Chiang Mai province. The purposive sample comprised 306 older adults with osteoporosis. Data were collected from August to November 2021. The research instruments included a demographic data questionnaire, a perception of risk of falling questionnaire, and a fall prevention behavior questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman correlation coefficient. The results of this study revealed that an average perceived risk of falling score was at a high level ($\bar{X}=68.86\pm12.00$), and an average fall prevention behavior score was also at a high level ($\bar{X}=92.52\pm10.11$). There were significant low positive relationships between perceived risk of falling and fall prevention behavior ($r=0.31, p<0.001$), and educational levels were correlated with perceived risk of falling and fall prevention behaviors ($r=.13, p<.05$; $r=.11, p<.05$, respectively) The result of this study can be used to plan for enhancing risk perceptions and fall prevention behavior among older persons as well as their families to prevent falls in older persons with osteoporosis.

Keyword: Risk of falling, Fall prevention behavior, Elderly with osteoporosis

Received: January 29, 2022 Revised: March 24, 2022 Accepted: April 5, 2022

* Registered nurse, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

¹Corresponding author, email: wilailak.w@cmu.ac.th

บทนำ

โรคกระดูกพรุนเป็นภาวะที่มวลกระดูกน้อยลง ซึ่งเกิดจากความไม่สมดุลของกระบวนการสร้างและการสลายของมวลกระดูก ผลของมวลกระดูกที่ลดลงทำให้กระดูกเปราะบางไม่สามารถจะรับน้ำหนักหรือแรงกระทำต่างๆ ได้ ทำให้กระดูกหักเมื่อเกิดอุบัติเหตุหกล้ม (Lyritis & Rizou, 2016) โรคกระดูกพรุนถือเป็นภัยเงียบ เนื่องจากผู้ที่เป็โรคนี้ส่วนใหญ่ไม่มีอาการหรือมีอาการแสดงเพียงเล็กน้อย และการดำเนินของโรคเป็นไปอย่างช้าๆ จัดเป็นกระบวนการหนึ่งในการชราภาพของมนุษย์ (ฐิตินันท์ อนุสรณ์วงศ์ชัย, 2561) และเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อกระดูกหักได้ง่าย (Akkawi & Zmerly, 2018) โดยเฉพาะตำแหน่งของกระดูกสะโพกและกระดูกสันหลัง (ทัศนตร พุทธรักษา, สุพร ดนัยดุขฎีกุล, อรพรรณ โตสิงห์, และอาศิร อนุชนนันทน, 2021) กระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน เป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อ ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ (International Osteoporosis Foundation, 2015) อีกทั้งมีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูงในการรักษา ทั้งจากการผ่าตัด การใช้ยา (Wajannavisit, Woratanarat, Sawatriawkul, Lertbusayanukul, & Ongphiphadhanakul, 2015) และการเดินทางมารับการรักษาจากผู้ดูแลที่เชี่ยวชาญเฉพาะโรค (จุราธร อินทรตุล, วันชัย เลิศวัฒนวิลาส, เบญญาภา พรหมพุก, อภิชาติ ภาคโอสถ, และวิไลลักษณ์ วงศ์เจริญ, 2563)

จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าผู้ป่วยกระดูกหักจากโรคกระดูกพรุนถึง 8.9 ล้านรายทั่วโลกและจัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (International Osteoporosis Foundation, 2015; สัตยา โรจนเสถียร, 2560) สำหรับประเทศไทยพบว่าผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป จะเกิดภาวะกระดูกพรุนมากกว่าร้อยละ 50 (วิรัช สนั่นศิลป์, 2555) และจากสถานการณ์ที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทำให้พบความชุกของโรคกระดูกพรุนเพิ่มขึ้นด้วย แนวโน้มของการเกิดกระดูกหักจึงเพิ่มขึ้นตาม (Kung et al., 2013) และในแต่ละปีผู้สูงอายุร้อยละ 28-35 เกิดการหักของข้อสะโพก ข้อมือ และกระดูกสันหลังจากการหกล้ม (สัตยา โรจนเสถียร, 2560) ซึ่งจากการวิจัยพบว่ากระดูกสะโพกหักจะเกิดขึ้นภายหลังการหกล้มขณะยืน หรือจากการสะดุด การลื่น การเซ และกลัมน้ำอ้อนแรง (คุณาวุฒิ วรรณจักร และ พิมลพรรณ ทวีการ วรรณจักร, 2561) นับว่าเป็นอันตรายและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศต่างๆทั่วโลก (International Osteoporosis Foundation, 2015) ซึ่งผลกระทบภายหลังกระดูกสะโพกหัก และหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยต้องนอนอยู่บนเตียงนานๆ จะมีความทุกข์ทรมาน เกิดความกลัวการหกล้มซ้ำ และไม่มั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรม ส่งผลให้มีการจำกัดการเคลื่อนไหว (Roseen, LaValley, Li, Saper, Felson, & Fredman, 2019) และถ้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อทางเดินหายใจ ข้อติด หรือเสียชีวิตจากโรคแทรกซ้อน (Hershkovitz, Brown, Burstin, & Brill, 2015) อีกทั้งผู้ป่วยยังต้องพึ่งพาผู้อื่นไม่สามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้ดังเดิม (สัตยา โรจนเสถียร, 2560) เพราะการรักษาต้องใช้เวลานานในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย (Limpawattana, Sutra, Thavompitak, Chindaprasirt, & Mairieng, 2012) และอาจนำไปสู่ความพิการและบาดเจ็บเสียชีวิตในผู้สูงอายุ (Tran et al., 2018)

การหกล้มในผู้สูงอายุโรคกระดูกพรุนเกิดขึ้นจากสาเหตุที่เป็นความเสี่ยงทั้งปัจจัยภายใน คือ ภาวะมวลกระดูกที่ลดลง ซึ่งอายุที่มากขึ้น ร่างกายจะเกิดโรคหรือเกิดความผิดปกติต่างๆ จากความเสื่อมของระบบประสาทสัมผัส ความแข็งแรง และความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อเสื่อมลง (กนกวรรณ เมืองศิริ, นิภา มหารัษฎพงศ์, และ ยุวดี รอดจากภัย, 2560) และปัจจัยภายนอก คือ สิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัว เช่น แสงสว่างที่ไม่เพียงพอ บันไดสูง พื้นลื่น รวมทั้งเสื้อผ้าเครื่องแต่งกายที่สวมใส่ เป็นต้น (Weaver et al., 2016) ความรุนแรงของการหกล้มจะน้อยหรือมากขึ้นอยู่กับปัจจัยทั้งสองอย่างร่วมกัน (อุบลทิพย์ ไชยแสง, นิวัติ ไชยแสง, นุวัยดา เจ๊ะหะ, และนัสริน อาลีตีมัน, 2564) ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะรับรู้ความเสี่ยงเหล่านี้จากประสบการณ์ ความรู้ที่ได้รับ ทัศนคติ รวมถึงความเชื่อส่วนบุคคล (กมลทิพย์ หลักมัน, 2558)

การรับรู้ความเสี่ยงมีบทบาทสำคัญในหลายทฤษฎีที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ (Host, Hendriksen, Borup, 2011; Child et al., 2012; Robinson, Newton, Jones, & Dawson, 2014) ทฤษฎีส่วนใหญ่อธิบายถึงการรับรู้ความเสี่ยงที่จะประสบอันตรายต่อสุขภาพ จะกระตุ้นให้บุคคลดำเนินการป้องกันเพื่อลดภัยคุกคามต่อสุขภาพ โดยการ

นำเข้าสู่กระบวนการความคิดวิเคราะห์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ แล้วนำไปปฏิบัติในการป้องกันอันตราย ดังนั้นบุคคลที่รับรู้ว่าตนมีความเสี่ยงที่จะหกล้มสูง จะมีพฤติกรรมในการป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดการหกล้มเช่นเดียวกัน (Blalock, Gildner, Jones, Bowling, & Casteel, 2016) ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มทั้งพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงภายในและภายนอก จะเป็นกุญแจสำคัญในการลดความร้ายแรงของผลที่ตามมา (ปริศนา รสสีดา, 2561) มีการศึกษาที่พบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงต่อการหกล้มกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ (พวงประภา ศิริประภา, 2553; อัจฉรา สารพันธ์ และคณะ, 2560; Jang, Park, & Kim, 2019) สถิติผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนที่เข้ารับการรักษาที่ห้องตรวจกระดูกและข้อ ในโรงพยาบาลของระดับตติยภูมิ ที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่พบว่าในจำนวนผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนตั้งแต่ปี 2561-2563 เป็นผู้สูงอายุถึงร้อยละ 91.90-93.27 และมีการเกิดกระดูกหักรวมทุกส่วนของร่างกายในแต่ละปี ร้อยละ 45.1- 46.7 จะเห็นว่าเกือบครึ่งของผู้สูงอายุโรคกระดูกพรุนเกิดกระดูกหัก โดยเป็นกระดูกสะโพกหักซึ่งถือว่าการหักของกระดูกที่รุนแรง ถึงร้อยละ 12.4-16.2 (งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2563) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงต่อการหกล้ม และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคกระดูกพรุนที่เข้ามารับการรักษา รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงต่อการหกล้มกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคกระดูกพรุน และความสัมพันธ์ของสองตัวแปรกับปัจจัยส่วนบุคคล เพื่อนำข้อมูลพื้นฐานที่ได้เป็นแนวทางในการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยงต่อการหกล้ม และส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคกระดูกพรุน ให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและไม่เกิดอันตรายต่อชีวิต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงต่อการหกล้มและพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคกระดูกพรุน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการหกล้ม และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคกระดูกพรุน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงต่อการหกล้ม และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคกระดูกพรุน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคกระดูกพรุน ที่เข้ารับบริการตามนัดที่คลินิกห้องตรวจกระดูกและข้อโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกระดูกพรุน ที่เข้ารับการรักษา ระหว่าง เดือน สิงหาคม ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง มีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ (1) เป็นผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการตามนัดที่ห้องตรวจกระดูกและข้อ ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ ทั้งเพศชายและหญิง (2) มีการรับรู้ ได้ตอบได้ และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี (3) สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้ตารางเครจซ์และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่น 0.95 และความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 306 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลอายุ เพศ และระดับการศึกษา
2. แบบสอบถามการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มตามความรู้สึก ของพวงประภา ศิริประภา (2553) ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้ ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ แบ่งเป็นการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงที่อยู่ภายใน (ข้อ 1-10) และ การรับรู้ปัจจัย

เสียงที่อยู่ภายนอก (ข้อ11-20) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วน 4 ระดับได้แก่ เห็นด้วยมาก 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง 3 คะแนน เห็นด้วยน้อย 2 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน การแปรผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับในแต่ละปัจจัยและปัจจัยรวมตามค่าคะแนนที่ได้ดังนี้ การรับรู้ปัจจัยเสียงภายในและปัจจัยเสียงภายนอก ระดับต่ำ (10-24) ระดับปานกลาง (24.1-32) ระดับสูง (32.1-40) และปัจจัยรวมระดับต่ำ (20-48) ระดับปานกลาง (48.1-64) ระดับสูง (64.1-80)

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ของพวงประภา ศิริประภา (2553) ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้ประกอบด้วยคำถาม 28 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 26 ข้อ และคำถามเชิงลบ 2 ข้อ แบ่งเป็นการวัดพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสียงภายใน (ข้อ1-15) และการวัดพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสียงจากภายนอก (ข้อ16-28) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วน 4 ระดับ ได้แก่ปฏิบัติเป็นประจำ 4 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 2 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติ 1 คะแนน โดยคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 28-112 คะแนน การแปรผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับในด้านของพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มที่เกี่ยวข้องกันแต่ละปัจจัยและพฤติกรรมโดยรวม ดังนี้ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสียงภายในระดับต่ำ (15-36) ปานกลาง (36.1-47.4) สูง (47.5-60) พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสียงภายนอกระดับต่ำ (13-31.2) ปานกลาง (31.3-41) สูง (41.1-52) และพฤติกรรมโดยรวมระดับต่ำ (28-67.2) ปานกลาง (67.3-88.5) สูง (88.6-112)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามการรับรู้ปัจจัยเสียงต่อการหกล้มตามความรู้สึก และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ต้นฉบับได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และมีความค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .84 และ .88 ตามลำดับ ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1 และนำไปหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ในกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จำนวน 10 ราย ได้ค่าเท่ากับ .83 และ .91 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยดำเนินการภายหลังจากที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หมายเลขจริยธรรม NUR-2564-08296 เอกสารรับรองหมายเลข 316/2564 การเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปโดยสมัครใจ และมีการลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับและทำการบันทึกข้อมูลโดยใช้รหัสแทนชื่อ และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการออกแบบส่งเสริมการให้ความรู้ผู้สูงอายุโรคกระดูกพรุน ที่มารับบริการที่ห้องตรวจกระดูกและข้อ โรงพยาบาลตติยภูมิในจังหวัดเชียงใหม่ ในการป้องกันอันตรายจากการหกล้มต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และได้รับใบอนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้บริหารโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยได้คัดเลือกจำนวนผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่ระบุไว้ จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย อธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอม ผู้วิจัยให้ลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามช่วงระหว่างรอเข้าพบแพทย์ โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ในห้องที่มีแสงสว่างเพียงพอ เงียบและเป็นส่วนตัว และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ผู้วิจัยคอยดูแลให้ความสะดวกในระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งผู้วิจัยหากต้องการพัก หรือช่วยอ่านในบางข้อที่กลุ่มตัวอย่างต้องการความช่วยเหลือ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยอำนวยความสะดวกในการเข้าพบแพทย์ในการตรวจ อำนวยความสะดวกในการออกไปนัด และให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มตามความรู้สึก และข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงต่อการหกล้มตามความรู้สึกกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม และปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rho correlation) เนื่องจากตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงต่อการหกล้มตามความรู้สึกกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มมีการแจกแจงไม่เป็นปกติ

ผลวิจัย

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 92.8) มีอายุอยู่ในช่วง 60-99 ปี (อายุเฉลี่ย 73.13 ± 8.43) อยู่ในช่วงอายุ 60-70 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.8 มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.4 รองลงมา คือ ปริญญาตรีร้อยละ 23.5 และสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 10.1 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N= 306)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)	mean (S.D.) = 73.13 (8.43)	min-max = 60-99
60 – 70	128	41.8
71 – 80	117	38.2
81 – 90	51	16.7
91 - 100	10	3.3
เพศ		
ชาย	22	7.2
หญิง	284	92.8
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	15	4.9
ประถมศึกษา	136	44.4
มัธยมศึกษา	30	9.8
ปวช./ปวส./อนุปริญญา	22	7.2
ปริญญาตรี	72	23.5
สูงกว่าปริญญาตรี	31	10.1

การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม คะแนนการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงภายในและการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงภายนอก อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=33.75 \pm 5.86$; $\bar{X}=35.12 \pm 7.60$ ตามลำดับ) และคะแนนโดยรวมการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มก็อยู่ในระดับสูงเช่นกัน ($\bar{X}=68.86 \pm 12.00$) โดยปัจจัยเสี่ยงภายในที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้มากที่สุด คือ การรับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงท่าทางอย่างรวดเร็วจะทำให้การทรงตัวไม่ดีทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย และปัจจัยเสี่ยงภายในที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้่น้อยที่สุด คือ อาการหลงลืมสับสน ส่วนปัจจัยเสี่ยงภายนอกที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้มากที่สุด คือ ลักษณะของบ้าน ได้แก่ พื้นบ้านที่ไม่เรียบ ขรุขระ พื้นต่างระดับ พื้นเปียกชื้นหรือเป็นมัน และปัจจัยเสี่ยงภายนอกที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้่น้อยที่สุด คือ การสวมใส่เสื้อผ้าที่มีขนาดไม่พอดีตัว เช่น เสื้อผ้าขนาดใหญ่หรือยาวรุ่มร่าย (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 คะแนนการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มตามความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายข้อ เรียงจากคะแนนสูงไปต่ำตามลำดับ (N= 306)

การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มตามความรู้สึก	คะแนน ($\bar{X} \pm SD$)
ปัจจัยเสี่ยงภายใน	
การเปลี่ยนแปลงท่าทางอย่างรวดเร็วทำให้การทรงตัวไม่ดี หกล้มได้ง่าย	3.77 $\pm$.54
การมีปัญหาด้านการทรงตัว หรือการทรงตัวไม่มั่นคง เช่น ความไม่มั่นคงบริเวณข้อเข่า ข้อสะโพก หรือข้อเท้า	3.58 $\pm$.69
การมีปัญหาด้านสายตา เช่น ตามัว มองตอนกลางคืนไม่ชัดเจน	3.53 $\pm$.77
การมีกำลังกล้ามเนื้ออ่อนแรง และความยืดหยุ่นของข้อต่าง ๆ น้อยลง	3.45 $\pm$.75
การมีปัญหา หรือความยากลำบากในการเดิน เช่น เดินลากเท้า เดินก้าวสั้นๆ	3.42 $\pm$.83
การรับประทานยาโรคกระดูกพรุนตามแพทย์สั่งไม่สม่ำเสมอ	3.33 $\pm$.94
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, น้ำอัดลมเป็นประจำทำให้การดูดซึมแคลเซียมลดลง	3.28 $\pm$ 1.01
การสูบบุหรี่เป็นประจำทำให้ร่างกายสูญเสียแคลเซียมมากขึ้น	3.20 $\pm$ 1.07
การดื่มชาและกาแฟทุกวัน มากกว่า 2 แก้ว/วัน จะทำให้ร่างกายสูญเสียแคลเซียมมากขึ้น	3.12 $\pm$.99
การมีอาการหลงลืม สับสน	3.05 $\pm$.91
ปัจจัยเสี่ยงภายนอก	
พื้นบ้านไม่เรียบ ขรุขระ พื้นต่างระดับ พื้นเปียกชื้น หรือเป็นมัน	3.65 $\pm$.79
ช่วงชั้นบันไดที่แคบ หรือกว้างเกินไป และไม่มีราวยึด	3.63 $\pm$.77
การปีนป่ายขึ้นลงที่สูง	3.61 $\pm$.89
การจัดวางของเครื่องใช้ภายในบ้าน ไม่เป็นระเบียบเรียบร้อย กีดขวางทางเดิน	3.57 $\pm$.84
การมีแสงสว่างไม่เพียงพอ บริเวณทางเดินรอบๆบ้านและภายในบ้าน เช่น ห้องน้ำ ห้องนอน และทางเดินภายในบ้าน	3.53 $\pm$.88
การสวมรองเท้าที่มีส้นสูง และมีพื้นรองเท้าลื่น	3.50 $\pm$ 1.01
การนั่งบนเก้าอี้ที่ต่ำหรือสูงเกินไปโดยที่ไม่มีพนักพิง และเตียงนอนที่ต่ำหรือสูงเกินไป	3.40 $\pm$.99
การใช้ห้องน้ำห้องส้วมที่ไม่มีราวสำหรับจับ ยึด เกาะ	3.39 $\pm$.81
การใช้โถส้วมแบบนั่งยอง	3.37 $\pm$ 1.12
การสวมใส่เสื้อผ้าที่มีขนาดไม่พอดีตัว เช่น เสื้อผ้าขนาดใหญ่ หรือ ยาวรุ่มร่า	3.25 $\pm$ 1.00

พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม พบว่าคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงภายในอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=45.63 \pm 6.29$) ขณะที่พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงภายนอกอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=46.89 \pm 5.23$) และคะแนนโดยรวมพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มก็อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=92.52 \pm 10.11$) โดยพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงภายในที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ การไปพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงภายในที่ปฏิบัติน้อยที่สุด คือ การไปในสถานที่ที่มีคนจำนวนมากหรือมีการจราจรพลุกพล่าน ขณะที่พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงภายนอกที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ การเลือกสวมรองเท้าส้นเตี้ยและมีขนาดพอดีกับเท้า และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงภายนอกที่ปฏิบัติน้อยที่สุด คือ การตรวจสอบความมั่นคงแข็งแรงของเครื่องเรือนภายในบ้าน เช่น โต๊ะ เก้าอี้ ตู้ เตียงนอน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 คะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายข้อเรียงจากคะแนนสูงไปต่ำตามลำดับ (N= 306)

พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม	คะแนน ($\bar{X} \pm SD$)
พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงภายใน	
ท่านไปพบแพทย์ ตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ	3.92 $\pm$.35
ท่านเดินด้วยความระมัดระวัง เพื่อให้ไม่หกล้มหรือสะดุดกับขอบประตู พื้นทางเดินที่ต่างระดับ สิ่งของที่วางไว้กีดขวางทางเดิน หรือสัตว์เลี้ยง	3.56 $\pm$.74

พฤติกรรมกำกับการป้องกันการหกล้ม	คะแนน ($\bar{X} \pm SD$)
ท่านรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เพิ่มแคลเซียมให้แก่ร่างกาย เช่น นม ปลา ถั่วเหลือง กุ้งฝอย ผักใบเขียว งาดำ	3.52 $\pm$.67
ท่านรับประทานยาโรคระดูกพรุนตามที่แพทย์สั่ง โดยที่ไม่หยุด เพิ่ม ลด หรือ ซื้อยากินเอง	3.50 $\pm$ 1.00
ท่านหลีกเลี่ยงการยกสิ่งของขนาดใหญ่หรือจำนวนมากที่ทำให้ท่านมองไม่เห็นทางเดิน	3.34 $\pm$.96
ทุกครั้งที่ท่านเอื้อมหรือก้มลงเพื่อย้ายสิ่งของ ท่านจะยึดเกาะกับสิ่งมั่นคงที่สามารถช่วยพยุงน้ำหนักของท่านได้	3.33 $\pm$.85
ท่านเปลี่ยนจากท่านนอนเป็นท่านั่ง หรือจากท่านั่งเป็นท่านยืนอย่างช้าๆ	3.23 $\pm$.88
ท่านปรึกษาแพทย์/ เภสัชกร/ เมื่อมีอาการผิดปกติหรือ มีอาการจากผลข้างเคียงของยา	3.20 $\pm$ 1.09
ท่านหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่ต้องยืนหรือเดิน เมื่อรู้สึกว้าวุ่นไม่เพียงพอ	3.04 $\pm$.89
ท่านออกกำลังกายวันละประมาณ 20-30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์	2.80 $\pm$ 1.05
ท่านไปรับการตรวจรักษา แก้วไข เมื่อมีปัญหาทางสายตา	2.78 $\pm$ 1.16
ท่านไปรับการตรวจวัดสายตาอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	2.64 $\pm$ 1.23
ท่านเลือกวิธีการออกกำลังกายที่ไม่รุนแรง และมีการเคลื่อนไหวปานกลาง เช่น การเดินเร็ว การรำมวยจีน หรือการเต้นแอโรบิคแรงกระแทกต่ำ	2.59 $\pm$ 1.54
ท่านปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันด้วยความรีบเร่ง	2.03 $\pm$.87
ท่านชอบไปในสถานที่ ที่มีคนจำนวนมาก หรือมีการจราจรพลุกพล่าน	1.80 $\pm$.80
พฤติกรรมกำกับการป้องกันการหกล้มที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงภายนอก	
ท่านเลือกสวมรองเท้าส้นเตี้ย และมีขนาดพอดีกับเท้า	3.85 $\pm$.42
ท่านระมัดระวังในการใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม	3.80 $\pm$.48
เมื่อท่านรู้สึกหรือเกิดการทรงตัวไม่ดี ท่านจะหยุดการเคลื่อนไหว และ/หรือ หาที่ยึดเกาะที่มั่นคงเช่น ฝานั่ง หรือบุคคลใกล้ชิด หรือใช้เครื่องช่วยในการเคลื่อนไหว เช่น ไม้เท้า ไม้ค้ำยัน เป็นต้น	3.62 $\pm$.65
ท่านหลีกเลี่ยง หรือระมัดระวัง ขณะเดินบนพื้นขรุขระ บริเวณพื้นต่างระดับ พื้นเปียกชื้น หรือพื้นเป็นมัน	3.61 $\pm$.65
ท่านช่วยดูแลพื้นห้องน้ำและห้องส้วม ให้แห้ง สะอาด อยู่เสมอ	3.59 $\pm$.69
เมื่อท่านพบสิ่งชำรุดหรือเป็นอันตราย ท่านจะดำเนินการแก้ไข หรือบอกกล่าวแก่สมาชิกในครอบครัว เพื่อปรับปรุงแก้ไข	3.55 $\pm$.70
เมื่อมีแสงไฟสว่างไม่เพียงพอต่อการมองเห็นบริเวณทางเดินทุกจุดภายในบริเวณบ้าน ท่านจะดำเนินการแก้ไข หรือบอกกล่าวให้สมาชิกในครอบครัวดำเนินการแก้ไข	3.54 $\pm$.65
ท่านช่วยดูแลและจัดวางเครื่องเรือน ข้าวของเครื่องใช้ต่างๆ ภายในบ้านให้เป็นระเบียบเรียบร้อยและไม่กีดขวางทางเดิน	3.52 $\pm$.71
เมื่อเข้าห้องน้ำ หรือห้องส้วม ท่านมักจะยึดเกาะราวหรือหาที่สำหรับยึดเกาะที่มีอยู่ภายใน	3.49 $\pm$.79
ท่านสำรวจสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เช่น พื้นบ้าน แสงสว่างภายในบ้าน และสำรวจสิ่งแวดล้อมภายนอกบ้าน เช่น บริเวณทางเดินรอบๆ บ้าน และแสงสว่างรอบๆ บ้าน เป็นต้น	3.45 $\pm$.71
ท่านเลือกสวมใส่เสื้อผ้า เครื่องแต่งกายที่มีขนาดพอดีกับตัว ไม่มีชายผ้ารุ่มร่า และขนาดใหญ่เกินไป	3.44 $\pm$.58
ท่านตรวจสอบความมั่นคงแข็งแรงของเครื่องเรือนภายในบ้าน เช่น โต๊ะ เก้าอี้ ตู้ เตียงนอน	3.36 $\pm$.78

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มกับพฤติกรรมกำกับการป้องกันการหกล้ม และความสัมพันธ์ของทั้งสองตัวแปรกับปัจจัยส่วนบุคคล ทดสอบโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's rho correlation) เนื่องจากข้อมูลตัวแปรทั้งสองตัวมีการแจกแจงไม่เป็นปกติ มีผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ดังนี้

4.1 ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยส่วนบุคคลเดียวที่มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำกับการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม และพฤติกรรมกำกับการป้องกันการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.13$, $p=.02$; $r=.11$, $p=.04$ ตามลำดับ)

4.2 การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมกำกับการป้องกันการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.31$, $p<.001$)

อภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 73.13 ± 8.43 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ วิรัช สนั่นศิลป์ (2555) ที่พบว่าความชุกโรคกระดูกพรุนในประเทศไทย จะค่อยๆ สูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยพบในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 50 และจากการศึกษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 92.8 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ebeling (2013) ที่พบว่าอัตราการเกิดโรคกระดูกพรุนพบในเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 35 ขณะที่เพศชายพบร้อยละ 20 และโรคกระดูกพรุนสามารถเกิดได้ 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุเพศหญิง (คุณาวุฒิ วรรณจักร และพิมลพรรณ ทวีการ วรรณจักร, 2561) และกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 44.4) ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ในปัจจุบัน มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาจากการศึกษาการเกิดโรคกระดูกพรุนในผู้สูงอายุชาวไทย พบว่าผู้สูงอายุจบการศึกษาชั้นประถมศึกษามากที่สุดเช่นกัน (ภาณี เดชาสถิตย์, ศรีเทียน ตรีศิริรัตน์, และ เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2556; อัจฉรา สารพันธ์ และคณะ, 2560; Phiboonleetrakul, Aree-Ue, & Kittipimpanon, 2020)

การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มตามความรู้สึก ระดับการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มตามความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 68.86 \pm 12.00$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ พวงประภา ศิริประภา (2553) และ Jang, Park, & Kim, (2019) อาจเป็นด้วยเหตุว่า การรับรู้ของบุคคลส่งผลต่อทัศนคติ ความตระหนัก และการรับรู้ความสามารถของตนเองและมีส่วนร่วมในการปฏิบัติสุขภาพที่ดี อันนำไปสู่ความเข้าใจในความสำคัญของสุขภาพที่แข็งแรง (Twibell, Siela, Sproat, & Coers, 2015) เช่นเดียวกับผู้ป่วยในการมาตรวจรักษาโรคกระดูกพรุน จะได้รับคำแนะนำเรื่องโรค และการปฏิบัติตัวจากเจ้าหน้าที่แพทย์และพยาบาลในข้อปฏิบัติเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ อีกทั้งในปัจจุบันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่มากขึ้น ทำให้มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสารสนเทศ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แผ่นพับ จดหมายข่าว จุลสาร วารสาร นิตยสาร โทรทัศน์ และทางออนไลน์ เข้าถึงประชาชนได้มากขึ้น (บรรจง พลไชย และ ณิตยา พรหมสาขา ณ สกลนคร, 2561) จึงอาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนมีมากขึ้น และเมื่อพิจารณาปัจจัยเสี่ยงภายในที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้มากที่สุด พบว่าเป็นความเสี่ยงเกี่ยวกับวัยและโรคที่เป็นอยู่ที่จะทำให้เกิตกหักได้ง่าย ได้แก่ การรับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงท่าทางอย่างรวดเร็วจะทำให้การทรงตัวไม่ดี และรองลงมา คือปัญหาทางด้านสายตา ส่วนปัจจัยเสี่ยงภายนอกที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้มากที่สุด จะเป็นลักษณะทางกายภาพของสิ่งแวดล้อม ได้แก่ พื้นบ้านที่ไม่เรียบ ขรุขระ พื้นต่างระดับ พื้นเปียกชื้นหรือเป็นมัน และ ช่วงขั้นบันไดที่แคบหรือกว้างเกินไปและไม่มีราวยึด (คุณาวุฒิ วรรณจักร และพิมลพรรณ ทวีการ วรรณจักร, 2561) ซึ่งเป็นลักษณะทางกายภาพที่มองเห็นชัดเจน ส่วนที่น่าสนใจจากการศึกษาคือ ปัจจัยภายในที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้น้อยที่สุดที่จะทำให้หกล้ม คือ อาการหลงลืมสับสน ซึ่งเป็นปัจจัยที่ต้องมีผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวคอยช่วยเหลือเฝ้าระวัง (Francis-Coad et al., 2019) และ ปัจจัยเสี่ยงด้านอาหารที่กลุ่มตัวอย่างรับประทาน ได้แก่ การดื่มชากาแฟ และการสูบบุหรี่เป็นประจำ ซึ่งจะมีผลทำให้ร่างกายสูญเสียแคลเซียมมากขึ้น ทำให้ภาวะกระดูกพรุนรุนแรงขึ้น (วัชรินทร์ วงษาหล้า และ มโนไท วงษาหล้า, 2563) ดังนั้นจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่พยาบาลควรสนใจในการให้คำแนะนำในเรื่องของอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงแก่กลุ่มตัวอย่างต่อไป นอกจากนี้เมื่อพิจารณาปัจจัยภายนอกที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้น้อยที่สุด ได้แก่ การสวมใส่เสื้อผ้าที่มีขนาดไม่พอดีตัว เช่น เสื้อผ้าขนาดใหญ่หรือยาวรุ่มร่าย อาจเนื่องด้วยความสนใจในการแต่งตัวและเลือกซื้อเสื้อผ้าในวัยที่สูงขึ้นมีลดลง และเน้นเสื้อผ้าที่สวมใส่สะดวกสบาย เหมาะกับกิจกรรมภายหลังเกษียณ ความสะดวกสบายในบ้าน (อัจฉรา จະนันท์, นฤมล ศรารพันธ์, และ อภิญา หิรัญวงษ์, 2016) และลักษณะของห้องน้ำห้องส้วม ได้แก่ การใช้โถส้วมแบบนั่งยอง และการไม่มีราวสำหรับจับ ยึด เกาะภายในห้องน้ำห้องส้วม อาจเป็นเพราะบ้านที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่เป็นรูปแบบเดิมที่อยู่มาจนคุ้นชิน ทำให้ละเลยหรือไม่คิดว่าเป็นความเสี่ยงหรืออันตราย หรืออาจมีอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม ด้วยเหตุผลด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงเป็นความท้าทายแก่เจ้าหน้าที่ในการแนะนำและค้นหานวัตกรรม หรือหาแนวทางช่วยเหลือเพื่อลดความเสี่ยงในลักษณะนี้ต่อไป

พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ระดับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 92.52 \pm 10.11$) อาจเนื่องด้วยพฤติกรรมเป็นการกระทำของมนุษย์ การแสดงอารมณ์ หรือทางเลือกในชีวิตประจำวันที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ผ่านกลยุทธ์ต่างๆเป็นตัวกำหนด (Moura et al., 2016) ในผู้สูงอายุโรคกระดูกพรุนก็เช่นกัน การได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคกระดูกพรุนจึงอาจเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มที่ได้ผลดี (Kiyoshi-Teo et al., 2019) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงภายในที่ปฏิบัติมากที่สุด เป็นพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุกระทำเป็นประจำ คือ การไปพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากต้องไปรับยาตามกำหนด แต่จะเห็นว่าพฤติกรรมที่ปฏิบัติมาก รองลงมาคือ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ซึ่งขัดแย้งกับการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงในเรื่องอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง จึงเป็นข้อมูลที่พยาบาลควรพิจารณาในการให้คำแนะนำในเรื่องของอาหารให้ครอบคลุม ขณะเดียวกันจะเห็นว่าพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงภายในที่ปฏิบัติน้อยที่สุด คือ การออกไปในสถานที่ที่มีคนจำนวนมากหรือมีการจราจรพลุกพล่าน อาจเป็นพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุเคยปฏิบัติประจำตั้งแต่วัยหนุ่มสาวจนเป็นกิจวัตร หรืออาจหมายถึง การไปวัดซึ่งเป็นวิถีชีวิตโดยทั่วไปของผู้สูงอายุในสังคมไทย ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงความมีอิสระและมีคุณค่ากับครอบครัวและสังคม (อุบลวรรณ ภาวนันท์, เพื่อน กิตติโสภณ, วิวัฒน์ หามนตรี, และ เดชา กัปโก, 2019) จึงทำให้หลีกเลี่ยงยาก รองลงมาคือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างไม่มีรับแรง ขณะที่พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงภายนอกที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ การเลือกสวมรองเท้าส้นเตี้ยและมีขนาดพอดีกับเท้า รองลงมาคือ การระมัดระวังในการใช้ห้องน้ำห้องส้วม ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มที่เห็นชัดเจน ซึ่งอธิบายได้ว่าพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มอาศัยความคาดหวังและปัจจัยคุกคามที่บ่งชี้ผลกระทบโดยตรง (Jang & Ahn, 2014) ส่วนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงภายนอกที่ปฏิบัติน้อยที่สุด จะเห็นได้ว่าเป็นพฤติกรรมที่มักจะมองข้ามในลักษณะทางกายภาพ และไม่ได้ระมัดระวังในเรื่องของความเสี่ยง จึงมักจะทำให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุได้ (Moura et al., 2016) คือ การตรวจสอบความมั่นคงแข็งแรงของเครื่องเรือนภายในบ้าน และการเลือกสวมใส่เสื้อผ้าเครื่องแต่งกายที่มีขนาดพอดีกับตัว ไม่มีชายผ้ารุ่มร่าย และขนาดใหญ่เกินไป

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงต่อการหกล้มกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการหกล้ม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.31, p<.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา (อัจฉราสารพันธ์ และคณะ, 2560; นันทา เขตเจริญ, 2563; Kim, 2013; Nam, Jung, Jung, & Ju, 2015) ซึ่งได้อธิบายว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีผลทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกถูกคุกคาม จึงเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค (Blalock, Gildner, Jones, Bowling, & Casteel, 2016) เช่นเดียวกับผู้สูงอายุโรคกระดูกพรุนที่มีโอกาสเกิดอันตรายจากกระดูกหักจากการหกล้ม การรับรู้ความเสี่ยงต่อการหกล้มจะทำให้เกิดความรู้และความเข้าใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ที่จะช่วยชะลอการเกิดความเสี่ยงของโรคและป้องกันตนเองจากการหกล้มและภาวะคุกคาม (Jang, Park, & Kim, 2019) แต่ในขณะเดียวกันบางการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุบางรายทราบถึงข้อควรระวังที่แนะนำแต่ไม่ได้ปฏิบัติตาม เนื่องจากผู้สูงอายุมักใช้กลยุทธ์ในการตัดสินใจเอง ซึ่งเกิดจากความเชื่อส่วนตัวและพฤติกรรมที่ปฏิบัติจนเคยชิน (Moura et al., 2016) นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับการรับรู้ความเสี่ยงต่อการหกล้ม และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ($r=.13, p=.02$; $r=.13, p=.02$ ตามลำดับ) เนื่องจากการศึกษาถือเป็นหนึ่งในปัจจัยกำหนดสุขภาพ (นิภาพร เอื้อวันณะโชติมา, 2559) ระดับการศึกษาที่เพิ่มขึ้นมักจะส่งผลต่อความรู้สึกนึกคิด ทักษะการสื่อสาร การเข้าถึงข้อมูลต่างๆ นำไปสู่การตัดสินใจ การปฏิบัติตน ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพ และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยงต่อการหกล้ม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคกระดูกพรุนให้ถูกต้องเหมาะสม ทั้งความเสี่ยงที่เป็นปัจจัยภายในและภายนอก โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยที่มีการรับรู้

ความเสี่ยงน้อย ได้แก่ ความเสี่ยงในการเลือกการรับประทานอาหาร และการดูแลสุขภาพตนเอง อีกทั้งความเสี่ยงในการหกล้มในห้องน้ำ เป็นต้น

2. ส่งเสริมครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการป้องกันการหกล้ม โดยเฉพาะการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านที่เหมาะสมกับวัย การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหลงลืมสับสน การพาผู้สูงอายุตรวจวัดสายตาและรักษาการมองเห็น บกพร่อง และมุ่งเน้นให้มีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยงต่อการหกล้ม ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม และอุบัติการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุโรคกระดูกพรุน

2. ศึกษาบทบาทของครอบครัว ผู้ดูแล ในการดูแลเฝ้าระวังการหกล้มในผู้สูงอายุโรคกระดูกพรุน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ อาจารย์นายแพทย์กสิณ กลั่นกลั่น อาจารย์ดร.จุฑาธร อินทรตุล และคุณธีรนนท์ สิงห์เฉลิม ที่เอื้อเฟื้อในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่เสียสละเวลาในการให้ข้อมูล ขอขอบคุณหน่วยงานต่างๆ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการอำนวยความสะดวกช่วยเหลือในการทำวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณผู้บริหารงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่คลินิกห้องตรวจกระดูกและข้อ ที่ให้ความร่วมมือสนับสนุนการวิจัย ให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ เมืองศิริ, นิภา มหารัษฎพงศ์, และยุวดี รอดจากภัย. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี. *วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 25(4), 23-33.
- กมลทิพย์ หลักมัน. (2558). *การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุตำบลท่าชุมเงิน อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน*. (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- คุณาวุฒิ วรรณจักร และพิมลพรรณ ทวีการ วรรณจักร. (2561). การหกล้มในผู้สูงอายุที่กระดูกพรุน: สาเหตุและการป้องกันด้วยการออกกำลังกาย. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 13(2), 141-150.
- งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. (2563). *รายงานสถิติประจำปี*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.
- ฐิตินันท์ อนุสรณ์วงศ์ชัย. (2561). ปัจจัยเสี่ยงการเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล เล็ดสิน. *วารสารกรมการแพทย์*. 43 (3), 56-59.
- ทัศนตร พุทธิรักษา, สุพร ดนัยดุขฎีกุล, อรพรรณ โตสิงห์, และอาคิส อุนนะนันทน. (2021). ปัจจัยทำนายความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้ป่วยกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 39(3), 60-73.
- นัทชา เขตเจริญ. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 5(2), 155-165.
- นิภาพร เอื้อวัฒน์โชติมา. (2559). ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพของประชากร. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 25(1), 148-156.

- บรรจง พลไชย และ ณีติยา พรหมสาขา ณ สกลนคร. (2561). สื่อสำหรับเผยแพร่สารสนเทศสุขภาพ. *วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม, ฉบับพิเศษ (การประชุมวิชาการครบรอบ 25 ปี)*, 269-275.
- ปริศนา รลีสิตา. (2561). การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน: บทบาทพยาบาลกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 11(2), 15-25.
- พวงประภา ศิริประภา. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดยะลา. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). สงขลา. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ภาณี เดชาสถิตย์, ศรีเทียน ตีรศิริรัตน์, และ เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2556). การรับรู้สมรรถนะตนเองในการป้องกันโรคกระดูกพรุนของผู้สูงอายุในชุมชน. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา. มหาวิทยาลัยขอนแก่น: ขอนแก่น, 985-994.
- รุจธรร อินทรตุล, วันชัย เลิศวัฒนวิลาส, เบญญาภา พรหมพุก, อภิชาติ กาศโอสถ, และวิไลลักษณ์ วงศ์เจริญ. (2563). ปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่ปวดหลังเรื้อรัง. *พยาบาลสาร*, 47(4), 484-496.
- วัชรินทร์ วงษาหล้า และ มโนไท วงษาหล้า. (2563). การเสริมสร้างความแข็งแรงของกระดูก : แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงการเกิดโรคกระดูกพรุน. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 14(35), 410-424.
- วิรัช สนั่นศิลป์, (2555). สถานการณ์โรคกระดูกพรุนปี 2555: หักครึ่งเดียวก็เกินพอ. สืบค้นเมื่อ 23 มกราคม 2565, จาก <https://www.bangkokhealth.com/articles/สถานการณ์โรคกระดูกพรุน/>
- สัตยา โรจนเสถียร. (2560). *เอกสารประกอบการบรรยาย Metabolic Bone Disease and Geriatric Fracture*. สืบค้นเมื่อ 24 มีนาคม 2563, จาก www.rcost.registration-master.com/images/2019/0511_01_MBOG/summary%20MBOG%20Resident%204%20Tutoring.pdf
- อัจฉรา จะนันท์, นฤมล ศราทพันธุ์, และ อภิญญา หิรัญวงษ์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเสื้อผ้าสำเร็จรูปของผู้สูงอายุสตรี ในกรุงเทพมหานคร. *Kasetsart Journal of Social Sciences*, 37, 178-187.
- อัจฉรา สารพันธ์, ณัฐกฤตา ศิริโสภณ, ประเสริฐศักดิ์ กายนาคา, สมบัติ อ่อนศิริ, บุญเลิศ อุทยานิกสุพัฒน์, อีระเวช เจริญชัย, และณัฐพงศ์ สุโกมล. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18 (พิเศษ), 215-222.
- อุบลทิพย์ ไชยแสง, นิวัติ ไชยแสง, นุ้ยดา เจะหะ, และ นัสรีน อาลีตีมัน, (2564). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุและแนวทางในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*. 8(1), 293-307.
- อุบลวรรณ ภาวนันท์, เปื่อน กิตติโสภณ, วิวัฒน์ หามนตรี, และ เดชา กัปโก. (2019). บทบาทของ“วัด ” ในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ ดำเนินชีวิตแบบอิสระและสามารถ ที่จะให้คุณค่ากับครอบครัวและสังคม. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*, 12(2), 1224-1238.
- Akkawi, I., & Zmerly, H. (2018). Osteoporosis: current concepts. *Joint*, 6(2), 122-127. doi: 10.1055/s-0038-1660790
- Blalock, S. J., Gildner, P. L., Jones, J. L., Bowling, J. M., & Casteel, C. H. (2016). Relationship Between Perceived Risk of Falling and Adoption of Precautions to Reduce Fall Risk. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(6), 1313–1317. doi: 10.1111/jgs.14136

- Child, S., Goodwin, V., Garside, R., Jones-Hughes, T., Boddy, K., & Stein, K. (2012). Factors influencing the implementation of fall-prevention programmes: a systematic review and synthesis of qualitative studies. *Implementation Science: IS*, 7, 91. doi: 10.1186/1748-5908-7-91
- Ebeling, P.R. (2013). Osteoporosis in men. *Current Opinion in Rheumatology*, 25(4), 542-552. doi: 10.1097/bor.0b013e328362164d
- Francis-Coad, J., Watts, T., Etherton-Beer, C., Panes, G., Griffiths, H., Anderson, M., . . . Hill, A. (2019). Evaluation of older people's knowledge, awareness, motivation, and perceptions about falls and falls prevention in residential aged care homes: A tale of two cities. *Ageing and Society*, 39(11), 2541-2559. doi:10.1017/S0144686X18000697
- Hershkovitz, A., Brown, R., Burstin, A., & Shai, B.S. (2015). Measuring rehabilitation outcome in post-acute hip fractured patients. *Disability and Rehabilitation*, 30(2), 158-164.
- Høst, D., Hendriksen, C., & Borup, I. (2011). Older people's perception of and coping with falling, and their motivation for fall-prevention programmes. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(7), 742-748.
- International Osteoporosis Foundation. (2015). *International fracture liaison service tool kit 2015*. Retrieved June 6, 2021, from http://capyurethefracture.org/sites/default/files/2014-IOF-CTF-FLS_tol_kit.pdf.
- Jang, H. J., & Ahn, S. (2014). A predictive model of fall prevention behaviors in postmenopausal women. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 44(5), 525-533.
- Jang, I., Park, S., & Kim, P.Y.S. (2019). The effects of fall health belief and knowledge of fall on the prevention of fall in the elderly: mediating and Moderating effects of fall fear. *Journal of Muscle and Joint Health*, 26(2), 63.
- Kim, Y.H. (2013). Relations among fall efficacy, perception of fall risk and fall prevention behavior in the frail elderly at home. *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society*, 14(7), 3383-3389.
- Kiyoshi-Teo, H., Northrup-Snyder, K., Cohen, D. J., Dieckmann, N., Stoyles, S., Winters-Stone, K., & Eckstrom, E. (2019). Older hospital inpatients' fall risk factors, perceptions, and daily activities to prevent falling. *Geriatric Nursing*, 40(3), 290-295.
- Krejcie, R., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activates. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610.
- Kung, A.W., Fan, T., Xu, L., Xia, W.B., Park, I.H., Kim, H.S., ... Sen, S. (2013). Factors influencing diagnosis and treatment of osteoporosis after a fragility fracture among postmenopausal women in Asian countries: a retrospective study. *BMC Women's Health*, 13(7), 1-7.
- Limpawattana, P., Sutra, S., Thavompitak, Y., Chindaprasirt, J., & Mairieng, P. (2012). Geriatric hospitalizations due to fall -related injuries. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 95(7), 235-239
- Lyrītis, G.P., & Rizou, S. (2016). A revision in the definition of osteoporosis. *Journal of Frailty Sarcopenia and Falls*, 1(1), 1-3.

- Nam, L.E., Jung, C.E., Jung, J.M., & Ju, H.H. (2015). The mediating effect of fall risk perception on the relationship between fracture risk and fall prevention behaviors in women with osteoporosis. *Journal of Muscle and Joint Health*, 22 (2), 130-137.
- Moura, L.A. Araújo, J.N.M., Fernandes, A.P.N.L., Araújo, M.G., Silva, A.B., Olímpio, J.A., Souza, A.M.L., & Vitor, A.F. (2016). Fall prevention behavior among hospitalized elderly patients. *International Archives of Medicine section: Global Health & Health Policy*, 9(57), 1-9.
- Phiboonleetrakul, Y., Aree-Ue, S. & Kittipimpanon, K. (2020). Relationships between Osteoporosis Knowledge, Risk of falls and fall prevention behavior in older Thai females at risk of osteoporosis. *Thai Journal of Public Health*, 50(3), 391-406.
- Robinson, L., Newton, J. L., Jones, D., & Dawson, P. (2014). Self-management and adherence with exercise-based falls prevention programmes: a qualitative study to explore the views and experiences of older people and physiotherapists. *Disability and Rehabilitation*, 36(5), 379–386.
- Roseen, E. J., LaValley, M.P., Li, S., Saper, R.B., Felson, D.T., & Fredman, L. (2019). Association of back pain with all-cause and cause-specific mortality among older women: a cohort study. *Journal of General Internal Medicine*, 34(1), 90-97.
- Tran, T., Bliuc, D., Hansen, L., Abrahamsen, B., Van den Bergh, J., Eisman, J.A.,.....& Center, J.R. (2018). Persistence of excess mortality following individual non hip fracture: a relative survival analysis. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 103(9), 3205-3214. doi: 10.1210/jc.2017-02656
- Twibell, R. S., Siela, D., Sproat, T., & Coers, G. (2015). Perceptions related to falls and fall prevention among hospitalized adults. *American Association of Critical-Care Nurses*, 24(5), e78–e85 <https://doi.org/10.4037/ajcc2015375>
- Wajannavisit, W., Woratanarat, P., Sawatriawkul, S., Lertbusayanukul, C., & Ongphiphadhanakul, B. (2015). Cost-utility analysis of osteoporotic hip fractures in Thais. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 98 (8), S65-S69.
- Weaver, C. M., Gordon, C. M., Janz, K. F., Kalkwarf, H. J., Lappe, J. M., Lewis, R., O'Karma, M., Wallace, T. C., & Zemel, B. S. (2016). The national osteoporosis foundation's position statement on peak bone mass development and lifestyle factor: a systematic review and implementation recommendations. *Osteoporosis International*; 27(4), 1281-1386.

ประสิทธิผลของเจลน้ำมันสมุนไพรต่อความเครียดและการผ่อนคลายในผู้สูงอายุ

ญาติา เรียมริมมะตัน, สม.^{*1} อรชมา หนูน้อย, ศษม.^{**}

โปรตปราน ทาศิริ, วทม.^{**} อัษฎางค์ พลนอ, ปรด.^{***} พงษ์ณัฐณ์ สมบัติภูธร, ภม.^{****}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (two group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของเจลน้ำมันสมุนไพรต่อความเครียดและการผ่อนคลาย เก็บข้อมูลในการทดลองจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน และสุ่มอย่างง่าย เข้ากลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับเจลน้ำมันสมุนไพร ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับยาหลอก ระยะเวลาในการทดลอง 1 สัปดาห์ วัดผลด้วยแบบประเมินความเครียด (ST-5) แบบประเมินการผ่อนคลายชนิดเปรียบเทียบโดยสายตา (visual analogue scale) อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และความดันโลหิตเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ paired t-test และ independent t-test ผลการวิจัยพบว่า ผลประเมินความเครียด ประเมินการผ่อนคลายชนิดเปรียบเทียบโดยสายตา อัตราการหายใจและความดันโลหิตซิสโตลิกหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .01$) ส่วนอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตไดแอสโตลิกไม่มีความแตกต่างกัน ผลการทดลองนี้แสดงให้เห็นว่าเจลน้ำมันสมุนไพรสามารถลดความเครียดและช่วยให้เกิดการผ่อนคลายได้ จึงเป็นทางเลือกหนึ่งในการนำมาใช้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาความเครียดได้

คำสำคัญ: เจลน้ำมันสมุนไพร, ความเครียด, การผ่อนคลาย, ผู้สูงอายุ

วันที่รับ: 23 มกราคม 2565 วันที่แก้ไข: 5 เมษายน 2565 วันที่ตอบรับ: 21 เมษายน 2565

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนรินทร์

¹ ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: yada.rea@rru.ac.th

** อาจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนรินทร์

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

**** เกษตรชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

The effects of herbal oil gel on stress and relaxation in older people

Yada Reamrimmadun, MPH.^{*1} Onchuma Nunoy, MEd.^{**}

Prodpran Tasiri, MS.^{**} Assadang Polnok, PhD.^{***} Pongnuwat Sombutpoothon, M.Pharm.^{****}

Abstract

This study was a quasi-experimental research (two group pretest-posttest design) aimed to investigate the effects of herbal oil gel on stress and relaxation in older people. The data were collected from a sample of 40 people, which were randomly assigned into the treatment group and the control group, 20 for each group. The experimental group was given an herbal oil gel and the control group was given a placebo. The duration of the trial was 1 week. The outcomes included; stress was measuring by ST-5 stress questionnaire, relaxation was measuring by a visual analogue scale, pulses, respiration rates, and blood pressure. The pretest and posttest values were compared using paired-t-test and independent t-test. The results of ST-5 stress questionnaire, visual analogue scale, respiration rates, and systolic blood pressure at posttest showed significant differences between the treatment group and the control group at a statistical significance level of $p < 0.01$, while no difference was found in pulses and diastolic blood pressure. The results of this experiment showed that herbal oil gel can reduce stress and promote relaxation. Therefore, it should be applied as an alternative treatment option for older people who suffer from stress.

Keywords: Herbal oil gel, Stress, Relaxation, Older people

Received: January 23, 2022 Revised: April 5, 2022 Accepted: April 21, 2022

* Assist. Prof., Faculty of science and Technology, Rajabhat Rajanagarindra University

¹ Corresponding author, Email: yada.rea@rru.ac.th

** Lecturer, Faculty of science and Technology, Rajabhat Rajanagarindra University

*** Assist. Prof., Faculty of Pharmaceutical Science, Naresuan University

**** Professional Pharmacist, Chonburi Public Health Office

บทนำ

สถานการณ์ปัจจุบันจำนวนประชากรผู้สูงอายุของโลกสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว คาดว่าจะเพิ่มจาก 900 ล้านคนในปี ค.ศ.2015 เป็น 2,000 ล้านคนในปี ค.ศ.2050 ประมาณร้อยละ 12 เป็นร้อยละ 22 ของประชากรโลกทั้งหมด ช่วงหลายปีที่ผ่านมาถือเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก สะท้อนให้เห็นถึงการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ.2564 และเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดในปี พ.ศ.2578 (สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2561) สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ.2562 มีจำนวนประชากรทั้งสิ้นประมาณ 66,374,000 คน เป็นผู้สูงอายุทั้งสิ้นประมาณ 11,587,000 คน คิดเป็นร้อยละ 17.46 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2562) ในขณะที่ประชากรรวมของประเทศไทยกำลังเพิ่มด้วยอัตราที่ช้าลงอย่างมากจนเหลือเพียงร้อยละ 0.4 ต่อปี แต่ประชากรกลุ่มสูงอายุกลับเพิ่มด้วยอัตราที่สูงมาก โดยประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นด้วยอัตราร้อยละ 5 ต่อปี ประชากรอายุ 80 ปีขึ้นไปเพิ่มด้วยอัตราสูงกว่าร้อยละ 6 ต่อปี (สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) ซึ่งผู้สูงอายุจัดเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบาง อันเนื่องมาจากการได้ประสบกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต ส่งผลต่อปัญหาด้านสุขภาพกาย ปัญหาด้านจิตใจ และด้านอารมณ์ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ว่าเหว่รู้สึกหมดหวัง หวาดระแวง ท้อแท้ในชีวิต และส่งผลทางด้านสังคม ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับความสนใจจากลูกหลานเท่าที่ควรและบางคนรู้สึกท้อแท้สูญเสียอำนาจ เนื่องจากต้องพ้นจากตำแหน่งหน้าที่การงานและบทบาท สังคมไม่ได้รับการยกย่องเหมือนเช่นเคย ปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ถ้าผู้สูงอายุปรับตัวไม่ได้จะก่อให้เกิดความหงุดหงิด ซึมเศร้า คิดว่าตนเองหมดความหมาย ไม่มีคุณค่าและเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตได้ (พิรสันต์ บั่นก้อง, 2560) สำหรับประเทศไทยมีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ประสบปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิตได้เผยแพร่สถิติการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้สูงอายุเป็นอันดับที่ 2 ต่อเนื่องในช่วงปี พ.ศ.2551-2555 ที่ผ่านมาและหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุคือโรคซึมเศร้า (กรมสุขภาพจิต, 2561) ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุในชุมชนที่มีปัญหาสุขภาพจิตจะเข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชนและใช้ยาคลายเครียดในการรักษา สำหรับยาคลายเครียดเป็นยาที่ออกฤทธิ์ต่อสมองส่งผลต่อร่างกายทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เช่น อาการซึมมาก หลับนานผิดปกติ กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน หากใช้ยาดูติดต่อกันจะมีโอกาสเสี่ยงคือยา ทำให้ต้องใช้ยาในปริมาณมากขึ้น การรับประทานยาจึงควรอยู่ภายใต้คำแนะนำของแพทย์เท่านั้น (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2557) ดังนั้นการผ่อนคลายความเครียดโดยใช้วิถีธรรมชาติหรือวัตถุดิบจากธรรมชาติเป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่ดี นั่นคือการบำบัดด้วยกลิ่นหอมหรือ สุนทรบำบัด (Aromatherapy) เป็นการใช้น้ำมันหอมระเหยในการสูดดม ซึ่งสามารถบำบัดรักษาโรคหรือบรรเทาอาการของโรคได้ ผลต่อร่างกายเมื่อโมเลกุลขนาดเล็กของน้ำมันหอมระเหยเข้าสู่สมองส่วนลิมบิก (limbic system) ที่ควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก และเนื่องจากสมองส่วนนี้เชื่อมโยงโดยตรงกับสมองที่ควบคุมการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตการหายใจ ความจำ ระดับความเครียด สมดุลฮอร์โมน ทำให้การสูดดม น้ำมันหอมระเหยเป็นวิธีที่ให้ผลทางกายและระบบประสาทที่เร็วที่สุดทางหนึ่ง เพราะหลังจากสูดดมเข้าไป น้ำมันหอมระเหยจะเข้าสู่กระแสเลือดโดยทางเนื้อเยื่อของปอด และจากระบบประสาทรับกลิ่นจะไปส่งผลต่อสมองส่วนต่างๆ (อัมบุญ วาลิสุต, 2557) น้ำมันหอมระเหยจากพืชตระกูลส้ม ได้แก่ ส้ม มะกรูด มะนาวและน้ำมันหอมระเหยจากขิง มีสารลินาออล (linalool) เป็นองค์ประกอบ ซึ่งสารลินาออลเป็นโมโนเทอร์พีน (monoterpene) ที่พบในน้ำมันหอมระเหยของพืชที่มีกลิ่นหอมหลายชนิด มีคุณสมบัติช่วยให้ผ่อนคลาย ด้านความเครียดและช่วยส่งเสริมการนอนหลับ (Linck, Silva, da, Figueiro, Caramao, Moreno, & Elisabetsky, 2010) ได้ดี

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้สุนทรบำบัดในการทำให้อ่อนคลายและลดความวิตกกังวล พบว่าการใช้สุนทรบำบัดในอาสาสมัครสามารถลดความรู้สึกกังวล ลดความรู้สึกแยะและความรู้สึกกระสับกระส่ายได้ดี (ชนิดา โรจน์จำนงค์, อรรถพล สุนทรศิริมย์ ณ พัทลุง, และภัทรภรณ์ กิรินทร์, 2563) นอกจากนี้ยังพบว่าการสูดดมน้ำมันหอมระเหยมีผลต่ออารมณ์ความรู้สึกและการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ได้แก่ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และอัตราการหายใจรวมถึงส่งผลต่อความรู้สึกผ่อนคลายได้ (ศราวดี แพะขุนทด, ศุภะลักษณ์ พักคำ, วินัย สยอวรรณ, และ นกษา สิงห์วีธรรม, 2565) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การสูดดมน้ำมันหอมระเหยตระกูลส้มสามารถใช้บรรเทาความวิตกกังวลได้ดี (Rashidi-Fakari, Tabatabaeichehr, & Mortazavi, 2015) และผลการศึกษาที่พบว่าอาสาสมัครที่สูด

ดมน้ำมันหอมระเหยของชิง และมะกรูดซึ่งมีปริมาณสารลินาออลอยู่ สามารถส่งผลให้อาสาสมัครรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น (สุธัญญา พรหมสมบูรณ์, อนงค์นาฏ โสภณางกูร, ประพฤติ พรหมสมบูรณ์, และสุชาดา กรเพชรปณี, 2560)

จากข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ 2563 ผลการคัดกรองกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า คัดกรองร้อยละ 79.88 ของผู้สูงอายุในจังหวัดทั้งหมด พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า จำนวนร้อยละ 8.11 ผลการคัดกรองซึมเศร้า (2Q) ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงร้อยละ 78.51 (1,615 คน) พบผู้สูงอายุเสี่ยงซึมเศร้า ร้อยละ 23.47 (379 คน) และได้รับการประเมินต่อด้วย 9Q ร้อยละ 85.22 (323 คน) (กรมอนามัย, 2563) ซึ่งผลการลงพื้นที่สำรวจข้อมูลในชุมชนของจังหวัดฉะเชิงเทราโดยคณะผู้วิจัย เบื้องต้นพบว่ามีผู้สูงอายุที่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางและมีความวิตกกังวลในชีวิตจากหลายสาเหตุ (ญาติา เรียมริมมะดัน และอรชุนมา หนูน้อย, 2564) จากปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับปานกลาง จึงควรมีการช่วยเหลือให้บุคคลมีวิธีการจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเครียดในระดับรุนแรง โดยมุ่งหวังให้บุคคลสามารถจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม เพื่อป้องกันมิให้ความเครียดเพิ่มมากขึ้น (พรพรรณ ศรีโสภณ และ ธนวรรณ อาชารัฐ, 2560) จึงควรมีการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วถึงและพัฒนาวัฒนธรรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย เพื่อจะช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่อาจสะสมและก่อให้เกิดความรุนแรงมากยิ่งขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2561ก) ผลการศึกษาของผู้วิจัยเกี่ยวกับ ความเครียดและความต้องการในการใช้สมุนไพรต่อความเครียดในผู้สูงอายุในจังหวัดฉะเชิงเทราจำนวนทั้งสิ้น 489 คน พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่มีปัญหาความเครียด ร้อยละ 85.68 ต้องการใช้วิธีการจัดการความเครียดที่หลีกเลี่ยงการรับประทานยา และต้องการใช้ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรเป็นหลัก ร้อยละ 81.39, 83.43 ตามลำดับ (ญาติา เรียมริมมะดัน และอรชุนมา หนูน้อย, 2564) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจและความต้องการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับพืชสมุนไพรที่มีและหาได้ง่าย เช่น มะกรูด มะนาว ชิง ซึ่งมีอยู่เกือบทุกครัวเรือนมาใช้ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์เพื่อช่วยในการบำบัด ผ่อนคลายความเครียดและเป็นการเพิ่มมูลค่าของสมุนไพรที่มีในชุมชน ซึ่งจากเดิมผลิตภัณฑ์ที่ผู้สูงอายุนิยมใช้ผ่อนคลายความเครียด ได้แก่ ยาต้มสมุนไพร ยาหม่องสมุนไพร บาล์มสมุนไพรด้วยวิธีการสูดดมและนิยมนำน้ำมันโพล ด้วยวิธีการทา ถู นวด เพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ

จากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่ได้มีการพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของผลิตภัณฑ์สำหรับการแก้ไขปัญาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน คณะผู้วิจัยจึงได้นำศาสตร์ด้านสุนทรียบำบัดและภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับพืชสมุนไพรในชุมชนมาใช้ในผลิตภัณฑ์ ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำเอาภูมิปัญญาในท้องถิ่นและองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์มาใช้ร่วมกับการพัฒนาผลิตภัณฑ์ในรูปแบบของเจลน้ำมันสมุนไพร เพื่อใช้ความเหนียวของเจลในการช่วยไม่ให้น้ำมันหอมระเหยกระจายตัวเร็วเกินไป ไม่เหนียวเหนอะหนะและช่วยคงสภาพในการออกฤทธิ์ได้ดียิ่งขึ้น เพื่อศึกษาประสิทธิผลของเจลน้ำมันสมุนไพรต่อความเครียดและการผ่อนคลาย สำหรับเป็นทางเลือกในการบำบัดผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิต ช่วยลดการใช้ยาคลายเครียดที่มีผลข้างเคียงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุและลดค่าใช้จ่ายด้านยาของหน่วยงานภาครัฐ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของเจลน้ำมันสมุนไพรต่อความเครียด และการผ่อนคลายในผู้สูงอายุ โดย

1. เปรียบเทียบคะแนนความเครียดจากผลประเมินความเครียด ประเมินการผ่อนคลายชนิดเปรียบเทียบโดยสายตา อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และความดันโลหิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับเจลน้ำมันสมุนไพร
2. เปรียบเทียบคะแนนความเครียดจากผลประเมินความเครียด ประเมินการผ่อนคลายชนิดเปรียบเทียบโดยสายตา อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และความดันโลหิตของผู้สูงอายุ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi - experimental research design) มีรูปแบบการวิจัยแบบสองกลุ่ม วัดก่อน วัดหลัง (two group pretest-posttest design) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม-สิงหาคม 2564

ประชากร ที่ศึกษานี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง ได้รับการตรวจคัดกรองความเครียด (ST-5) และอาศัยอยู่ในตำบลลิบเอ็ดตอก อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวนทั้งสิ้น 70 คน

กลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษานี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง ได้รับการตรวจคัดกรองความเครียด (ST-5) และอาศัยอยู่ในตำบลลิบเอ็ดตอก อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้การวิเคราะห์อำนาจทดสอบ คำนวณขนาดของอิทธิพล (effect size) จากสูตรของโคเฮน (Cohen, 1988) ด้วยค่าเฉลี่ยจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องศราวดี แพะขุนทด ศุภะลักษณ์ พักคำ วินัย สยวรรณและนภชา และ สิงห์วีระธรรม (2565) คำนวณขนาดอิทธิพลได้ขนาดใหญ่ กำหนดค่า $\alpha = .05$ ค่า และ $\text{power} = .80$ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria) มีดังต่อไปนี้ 1. เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย 2. ไม่มีโรคสมองเสื่อม สามารถให้ข้อมูลได้ 3. ไม่มีความบกพร่องในการรับกลืน 4. คะแนนแบบวัดประเมินความเครียด (ST-5) อยู่ระหว่าง 5-7 คะแนน 5. ไม่มีประวัติแพ้ยาต้านมะเร็งหรือ ไข้ฉี่ เจล

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) มีดังต่อไปนี้ 1. เป็นโรคระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคไข้หวัด โรคหอบหืด ภูมิแพ้ ในระหว่างการวิจัย 2. อาสาสมัครทีมกาแพ แอลกอฮอล์ หรือสูบบุหรี่

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (discontinuation criteria) มีดังต่อไปนี้ 1. ผู้เข้าร่วมงานวิจัยที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน 2. ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ทาเจลน้ำมันสมุนไพรไม่ครบ 7 วันตามที่กำหนดไว้ 3. ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องการออกจากวิจัย 4. ไม่สามารถติดตามผู้เข้าร่วมวิจัยได้

การเลือกและการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างเพื่อคัดเลือกเข้ากลุ่มควบคุม ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จากรายชื่อผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองความเครียด (ST-5) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดำเนินการตามแผนการวิจัยในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ จำนวน 20 คน เพื่อหลีกเลี่ยงการปนเปื้อน (contaminate)

2. หลังดำเนินการกับกลุ่มควบคุมครบจำนวน 20 ราย ผู้วิจัยจึงทำการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง จากรายชื่อผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองความเครียด (ST-5) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยจับคู่ตัวแปรสำคัญกับกลุ่มควบคุมเพื่อให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติทั่วไป และพยายามให้มีคะแนนความเครียด คะแนนการผ่อนคลายชนิดเปรียบเทียบโดยสายตา ระดับความดันโลหิต อัตราการหายใจ ซึ่พจรที่ใกล้เคียงกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว การแพ้ยา ยาที่ใช้ประจำ

2. แบบวัดประเมินความเครียด (ST-5) พัฒนาโดยอรรพรรณ ศิลปกิจ (2551) มีจำนวน 5 ข้อแบ่งการประเมินเป็น 4 ระดับ ได้แก่ แทบไม่มี (0 คะแนน) เป็นครั้งคราว (1 คะแนน) บ่อยๆครั้ง (2 คะแนน) และเป็นประจำ (3 คะแนน) ค่าเป็นคะแนนรวม 0-15 คะแนน มีเกณฑ์การประเมินน้อยกว่า 4 คะแนน (ไม่มีความเครียด) 5-7 คะแนน (มีปัญหาความเครียด) และ ≥ 8 คะแนน (มีความเครียดสูง)

3. แบบประเมินการผ่อนคลายชนิดเปรียบเทียบโดยสายตา (visual analogue scale) จากการพัฒนาของธวัชชัย ศรีสุวรรณ จุฬารัตน์ สมคุณและธัญชนก ชูเสื่อหิง (2561) เป็นแถบเส้นตรง มีมาตราส่วนแบ่งเท่ากัน กำหนดเลข 0 อยู่ทางด้านซ้ายหมายถึงรู้สึกไม่ผ่อนคลายเรียงลำดับเพิ่มขึ้นไปจนถึงเลข 10 อยู่ขวามือสุด หมายถึงผ่อนคลายมากที่สุด เกณฑ์ประเมินระดับ 0-2 คะแนน (ไม่ผ่อนคลายเลย) 2.5-4 คะแนน (ผ่อนคลายเล็กน้อย) 4.5-6 (ผ่อนคลายปานกลาง) 6.5-8 คะแนน (ผ่อนคลายมาก) 8.5-10 คะแนน (ผ่อนคลายมากที่สุด)

4. แบบบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต ก่อนหลังการทดลอง

5. เครื่องวัดสัญญาณชีพ (patient monitor) Aquarius รุ่น I7000

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา โครงสร้าง และภาษา โดยใช้เทคนิคการหาค่าความสอดคล้องหรือดัชนีของความสอดคล้องกันระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อ กับจุดประสงค์ (Index of item objective congruence, IOC) ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา จำนวน 3 ท่าน แบบประเมินการผ่อนคลายนิตเปรียบเทียบโดยสายตา แบบบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิตก่อนหลังการทดลอง แบบวัดประเมินความเครียด (ST-5) มีค่าดัชนีความสอดคล้อง ที่ได้อยู่ระหว่าง 0.67-1.00

2. การหาความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสัมภาษณ์โดยนำไปทดลองใช้ (try out) แบบวัดประเมินความเครียด (ST-5) และแบบประเมินการผ่อนคลายนิตเปรียบเทียบโดยสายตา โดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี ที่มีบริบทเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82 และ 0.78 ตามลำดับ

3. เครื่องติดตามสัญญาณชีพ (patient monitor) Aquarius รุ่น I7000 ตรวจสอบความเที่ยงตรงโดยผู้เชี่ยวชาญที่ทำหน้าที่ดูแลด้านการทดสอบเครื่องมือแพทย์ จำนวน 1 ท่าน ทำการทดสอบผ่านเครื่องวิเคราะห์ประสิทธิภาพเครื่องวัดสัญญาณชีพทางการแพทย์ (vital sign simulator)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา เลขที่การรับรอง PH_CCO_REC 003/2564 เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2564 ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ การเก็บข้อมูล สิทธิในการเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้ถือเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อผู้ให้ข้อมูลในผลการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการศึกษาประสิทธิภาพเจลน้ำมันสนุนไพรต่อการผ่อนคลายนิตในกลุ่มผู้สูงอายุโดยประสานงานกับผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลิบเอ็ดตอก เพื่อขออนุญาตและขอใช้สถานที่ในการทำวิจัย

1. ผู้ศึกษาแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งวัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวมข้อมูล ประเด็นหัวข้อวิจัย ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ รวมทั้งการเก็บรักษาความลับและการป้องกันสวัสดิภาพและเกียรติภูมิของกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้ผู้ศึกษาได้ชี้แจงถึงวิธีการเก็บข้อมูลโดยวิธีการใช้แบบบันทึกข้อมูลให้กับกลุ่มตัวอย่างตามที่ขอไว้ในจริยธรรมการวิจัย

2. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ศึกษามีการพูดคุยสร้างความสัมพันธ์กับกลุ่มตัวอย่าง แล้วเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบวัดความเครียด แบบประเมินการผ่อนคลายนิตเปรียบเทียบโดยสายตา แบบบันทึกอัตราการหายใจ ชีพจร ระดับความดันโลหิต กล่าวขอบคุณและนัดหมายครั้งต่อไปในวันถัดไป

3. ภายหลังจากที่ผู้เข้าร่วมงานวิจัยที่ได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มควบคุมจะได้รับการชี้แจงรายละเอียดของการทดลอง แจกยาหลอกซึ่งเป็นเจลน้ำมันปราศจากน้ำมันหอมระเหยและทดสอบด้วยการทาบนผิวหนัง เพื่อสังเกตการแพ้เมื่อไม่พบความผิดปกติ จึงนัดหมายเพื่อทดลองจริงในวันถัดไป

4. ผู้เข้าร่วมงานวิจัยที่ได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มทดลองจะได้รับการชี้แจงรายละเอียดของการทดลอง พร้อมแจกตัวอย่างของเจลน้ำมันสนุนไพร โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทดลองทาบนผิวหนัง เพื่อสังเกตการแพ้ เมื่อไม่พบความผิดปกติ จึงนัดหมายเพื่อทดลองจริงในวันถัดไป

5. ให้กลุ่มตัวอย่างทำการทดลองจริงภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์ โดยใช้ห้องประชุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลิบเอ็ดตอกที่ถูกเตรียมขึ้น เพื่อใช้สำหรับเป็นห้องทดลองในการเก็บข้อมูลวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มทดลอง: ภายในห้องทดลอง ให้อาสาสมัคร นำเจลน้ำมันสนุนไพรที่มีความเข้มข้นของน้ำมันหอมระเหย 10% w/w ขนาด 5 mg (daily dose) ที่เตรียมให้ทาบริเวณ จมูก ขมับและท้ายทอยทั้ง 2 ข้างทิ้งไว้ นึ่งพักผ่อนตามสบาย เป็น

ระยะเวลาประมาณ 30-40 นาที ผู้วิจัยบันทึกผลการประเมินการผ่อนคลายชนิดเปรียบเทียบโดยสายตา อัตราการหายใจ ชีพจร ระดับความดันโลหิตและแบบวัดความเครียด ก่อนและหลังการทาเจลน้ำมันสนุนไพรทุกวัน เป็นระยะเวลา 7 วัน

กลุ่มควบคุม: ภายในห้องทดลองให้อาสาสมัครนวดาหลอกซึ่งเป็นเจลน้ำมันปราศจากน้ำมันหอมระเหย ขนาด 5 mg (daily dose) ที่เตรียมให้ ทาบริเวณข้อมือ ขมับ และท้ายทอยทั้ง 2 ข้างทิ้งไว้ นึ่งพักผ่อนคลายตามสบาย เป็นระยะเวลาประมาณ 30-40 นาที ผู้วิจัยบันทึกผลการประเมินการผ่อนคลายชนิดเปรียบเทียบโดยสายตา อัตราการหายใจ ชีพจร ระดับความดันโลหิต และแบบวัดความเครียด ก่อนและหลังการทาหลอกทุกวัน เป็นระยะเวลา 7 วัน

6. หลังการทดลองจริงครบ 1 สัปดาห์ รวบรวมข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

7. อาสาสมัครกลุ่มควบคุมจะได้รับการพิทักษ์สิทธิ์เช่นเดียวกับกลุ่มทดลองที่ได้รับเจลน้ำมันสนุนไพร โดยภายหลังจากที่เสร็จสิ้นการศึกษารายวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการนำเจลน้ำมันสนุนไพรไปใช้กับกลุ่มทดลองเพื่อผ่อนคลายความเครียดในลำดับต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ ดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลที่ได้ โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปด้วยการใช้สถิติ Chi square test และสถิติ Fisher's exact test

2. เปรียบเทียบประสิทธิภาพของเจลน้ำมันสนุนไพรต่อการผ่อนคลายความเครียดในผู้สูงอายุก่อน-หลังการทดลอง โดยใช้สถิติ paired t-test , independent t-test

ผลวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ผู้สูงอายุทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย กลุ่มทดลองมีอายุช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 75 และกลุ่มควบคุมมีอายุในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 70 ทั้งสองกลุ่มมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 90 และร้อยละ 85 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60 และร้อยละ 50 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 45 และร้อยละ 40 ตามลำดับ มีโรคประจำตัว ร้อยละ 55 และร้อยละ 50 ตามลำดับ ไม่แพ้ยาร้อยละ 90 และร้อยละ 80 ตามลำดับ และไม่มียาที่ใช้ประจำ ร้อยละ 50 และร้อยละ 55 ตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ด้วยการวิเคราะห์ Chi square test ทดสอบความแตกต่างของเพศ อายุ โรคประจำตัว ยาที่ใช้ประจำ พบว่าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน และใช้สถิติ Fisher's exact test ทดสอบสถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพและการแพ้ยาร พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และผลการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					.507 ^a
ชาย	6	30.00	8	40.00	
หญิง	14	70.00	12	60.00	
อายุ					.723 ^a
60 - 69 ปี	15	75.00	14	70.00	
70 ปีขึ้นไป	5	25.00	5	30.00	
Mean ± S.D.	66.55 ± 6.69		67.82 ± 5.17		
สถานภาพ					.500 ^b
คู่	18	90.00	17	85.00	

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
โรค/หม้าย/หย่า	2	10.00	3	15.00	.910 ^b
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	12	60.00	10	50.00	
มัธยมศึกษาตอนต้นและปลาย	4	20.00	6	30.00	
อนุปริญญาและปริญญาตรี	4	20.00	4	20.00	.938 ^b
อาชีพปัจจุบัน					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3	15.00	2	10.00	
ค้าขาย/รับจ้าง	4	20.00	6	30.00	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	20.00	4	20.00	.752 ^a
เกษตรกรกรรม	9	45.00	8	40.00	
โรคประจำตัว					
ไม่มี	9	45.00	10	50.00	
มี	11	55.00	10	50.00	.331 ^b
การแพ้ยา					
ไม่มี	18	90.00	16	80.00	
มี	2	10.00	4	20.00	
ยาที่ใช้ประจำ					.752 ^a
ไม่มี	10	50.00	11	55.00	
มี	10	50.00	9	45.00	

* หมายเหตุ ^a หมายถึง สถิติ Chi square ^b หมายถึง สถิติ Fisher's

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลประเมินความเครียด ประเมินการผ่อนคลายชนิดเปรียบเทียบโดยสายตา อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุ ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนการทดลอง ผลประเมินความเครียด ผลประเมินการผ่อนคลายชนิดเปรียบเทียบโดยสายตา อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของผลประเมินความเครียด ประเมินการผ่อนคลายชนิดเปรียบเทียบโดยสายตา อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และระดับความดันโลหิต ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		t	p-value
	กลุ่มทดลอง mean $\pm$ S.D.	กลุ่มควบคุม mean $\pm$ S.D.		
คะแนนความเครียด	5.87 $\pm$ 0.97	6.20 $\pm$ 0.84	1.415	.162
คะแนนการผ่อนคลาย	3.54 $\pm$ 1.27	3.39 $\pm$ 1.21	.466	.643
อัตราการเต้นของหัวใจ	77.91 $\pm$ 5.84	76.68 $\pm$ 5.75	.820	.415
อัตราการหายใจ	19.87 $\pm$ 0.76	19.76 $\pm$ 0.65	.622	.536
ความดันโลหิตซิสโตลิก	121.81 $\pm$ 12.57	124.40 $\pm$ 9.39	.904	.370
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	76.21 $\pm$ 5.93	75.93 $\pm$ 5.01	.198	.844

3. การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลประเมินความเครียด การผ่อนคลายชนิดเปรียบเทียบโดยสายตา อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุ ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่าผลประเมินความเครียดก่อนและหลังทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ผลประเมินการผ่อนคลายชนิด

เปรียบเทียบโดยสายตาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของผลประเมินความเครียด ประเมินการผ่อนคลายชนิดเปรียบเทียบโดยสายตา อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุ ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		t	p-value
	ก่อนการทดลอง mean $\pm$ S.D.	หลังการทดลอง mean $\pm$ S.D.		
คะแนนความเครียด	5.87 $\pm$ 0.97	1.73 $\pm$ 1.04	17.696	.000**
คะแนนการผ่อนคลาย	3.54 $\pm$ 1.27	5.78 $\pm$ 0.56	-9.807	.000**
อัตราการเต้นของหัวใจ	77.91 $\pm$ 5.84	73.72 $\pm$ 5.50	11.222	.000**
อัตราการหายใจ	19.88 $\pm$.774	18.72 $\pm$.391	9.342	.000**
ความดันโลหิตซิสโตลิก	121.81 $\pm$ 12.57	114.87 $\pm$ 11.94	10.155	.000**
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	76.21 $\pm$ 5.93	72.94 $\pm$ 6.16	8.017	.000**

** p < 0.01

4. การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลประเมินความเครียด การผ่อนคลายชนิดเปรียบเทียบโดยสายตา อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุ ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม พบว่าผลประเมินความเครียดของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลองลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลประเมินการผ่อนคลายชนิดเปรียบเทียบโดยสายตาเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของผลประเมินความเครียด ประเมินการผ่อนคลายชนิดเปรียบเทียบโดยสายตา อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุ ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม		t	p-value
	ก่อนการทดลอง Mean $\pm$ S.D.	หลังการทดลอง Mean $\pm$ S.D.		
คะแนนความเครียด	6.20 $\pm$ 0.84	6.00 $\pm$ 0.74	1.361	.184
คะแนนการผ่อนคลาย	3.39 $\pm$ 1.21	3.64 $\pm$ 0.57	-1.943	.064
อัตราการเต้นของหัวใจ	76.68 $\pm$ 5.75	75.78 $\pm$ 6.30	1.975	.058
อัตราการหายใจ	19.76 $\pm$ 0.65	19.59 $\pm$ 0.56	1.431	.163
ความดันโลหิตซิสโตลิก	124.40 $\pm$ 9.39	123.82 $\pm$ 7.39	1.238	.226
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	75.93 $\pm$ 5.01	75.49 $\pm$ 4.07	1.745	.091

** p < 0.01

5. การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความเครียดจากผลประเมินความเครียด ประเมินการผ่อนคลายชนิดเปรียบเทียบโดยสายตา อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าหลังการทดลองพบว่าคะแนนความเครียด คะแนนการผ่อนคลาย อัตราการหายใจ และความดันโลหิตซิสโตลิก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($t=18.190, 14.514, 6.185$ และ 3.485 ตามลำดับ ($p < .000^{**}, < .000^{**}, < .000^{**}$ และ $< .001^{*}$) ตามลำดับ) ส่วนอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตไดแอสโตลิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนความเครียดจากผลประเมินความเครียด ประเมินการผ่อนคลายชนิดเปรียบเทียบโดยสายตา อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	หลังการทดลอง		t	p-value
	กลุ่มทดลอง Mean $\pm$ S.D.	กลุ่มควบคุม Mean $\pm$ S.D.		
คะแนนความเครียด	1.73 $\pm$ 1.048	6.00 $\pm$ 0.743	18.190	.000**
คะแนนการผ่อนคลาย	5.78 $\pm$ 0.562	3.64 $\pm$ 0.579	14.514	.000**
อัตราการเต้นของหัวใจ	73.72 $\pm$ 5.504	75.785 $\pm$ 6.307	1.349	.183
อัตราการหายใจ	18.76 $\pm$ 0.469	19.595 $\pm$ 0.564	6.185	.000**
ความดันโลหิตซิสโตลิก	114.87 $\pm$ 11.94	123.81 $\pm$ 7.398	3.485	.001*
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	72.966 $\pm$ 6.156	75.490 $\pm$ 4.072	1.873	.066

** P < 0.01, *p < .05

อภิปรายผล

ประสิทธิภาพของเจลน้ำมันสมุนไพรต่อการผ่อนคลายความเครียดในผู้สูงอายุ

การศึกษาประสิทธิภาพของเจลน้ำมันสมุนไพรต่อการผ่อนคลายความเครียดในผู้สูงอายุ พบว่าหลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับเจลน้ำมันสมุนไพรมีการลดลงของอัตราการเต้นหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก คะแนนความเครียด และการเพิ่มขึ้นของคะแนนการผ่อนคลายชนิดเปรียบเทียบโดยสายตาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้ยาหลอก มีการลดลงของอัตราการเต้นหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก คะแนนความเครียด และการเพิ่มขึ้นของคะแนนการผ่อนคลายชนิดเปรียบเทียบโดยสายตาแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จากการเปรียบเทียบผลต่อการผ่อนคลายของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนความเครียด คะแนนการผ่อนคลาย อัตราการหายใจ และความดันโลหิตซิสโตลิก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แสดงว่าเจลน้ำมันสมุนไพร ช่วยลดความเครียดได้ และทำให้เกิดการผ่อนคลายได้ ซึ่งเกิดจากการที่โมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยขนาดเล็กเข้าสู่สมองส่วนลิมบิก (limbic system) ซึ่งควบคุมอารมณ์และความรู้สึก โดยจะมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์และความจำ และสมองส่วนนี้เชื่อมโยงโดยตรงกับสมองที่ควบคุมการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต การหายใจ ความจำ ระดับความเครียด สมดุลฮอร์โมน หลังจากสูดดมโมเลกุลน้ำมันหอมระเหยจะเข้าสู่กระแสเลือดโดยทางเนื้อเยื่อของปอดและจากระบบประสาทรับกลิ่นจะไปส่งผลต่อสมองส่วนต่างๆ (อัมมบุญ วลัยสุต, 2557) น้ำมันหอมระเหยไปกระตุ้นสมองส่วน thalamus ให้หลั่ง Enkephalin ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกปลอบปล้ำ ทำให้อารมณ์ดี ในขณะเดียวกันจะช่วยลดความเจ็บปวดได้ ถ้ากระตุ้นต่อมใต้สมอง (Pituitary gland) จะทำให้เกิดการหลั่งสารส่งผ่านประสาท (Neurotransmitter) พวก endorphin และ serotonin ที่ช่วยให้สงบเยือกเย็น และผ่อนคลาย (ดุขฎิ อุดมอิทธิพงศ์, กฤตนิย แก้วยศ และเกตุรมาศ อยู่ถิณ, 2561) น้ำมันหอมระเหยจากพืชตระกูลส้ม ได้แก่ ส้ม มะกรูด มะนาวและน้ำมันหอมระเหยจากขิง ที่ใช้ในการตั้งตำรับเจลน้ำมันสมุนไพรมีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาในการผ่อนคลายความเครียด เมื่อกลุ่มทดลองได้รับกลิ่นน้ำมันหอมระเหยที่มีสารสำคัญคือสารลินาออลเป็นองค์ประกอบ ซึ่งลินาออลเป็น Monoterpene ที่พบในน้ำมันหอมระเหยของพืชที่มีกลิ่นหอมหลายชนิด มีคุณสมบัติช่วยให้ผ่อนคลาย ด้านความเครียดและช่วยส่งเสริมการนอนหลับ (Linck et al., 2010) การสูดดมเจลน้ำมันสมุนไพรจึงทำให้กลุ่มทดลองเกิดความผ่อนคลาย โดยลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดอัตราการหายใจ ลดความดันโลหิตและสามารถเพิ่มระดับความผ่อนคลาย สอดคล้องกับงานวิจัย (Pimenta et al., 2016) ศึกษาฤทธิ์ด้านอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งของน้ำมันหอมระเหยจากส้ม พบว่าน้ำมันหอมระเหยจากส้มช่วยบรรเทาอาการวิตกกังวลได้ดี และการตรวจสอบร่างกายทั่วไปพบว่าน้ำมันหอมระเหยจากส้มทำให้ความดันโลหิตลดลง การเต้นของหัวใจลดลง และความถี่ของการหายใจดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของศราวุฒิ แพะขุนทด ศุภะลักษณ์ พิกคำ วินัย สยอวรรณ

และ นกษา สิงห์วีรธรรม (2565) พบว่าการสูดดมน้ำมันหอมระเหยมีผลต่อความรู้สึกและการทำงานของระบบอัตโนมัติ ได้แก่ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และอัตราการหายใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมถึงส่งผลต่อความรู้สึกผ่อนคลาย รู้สึกเคลิบเคลิ้มรู้สึกผ่อนคลาย รู้สึกดี นอกจากนี้ผลการศึกษากการใช้สมุนไพรบำบัดในอาสาสมัครของ ก้าวเกียรติ สุมิตรเหมา ชัชพงศ์ สุขสรายุ เมธิรา คำทอง นิบุณ วัฒนญาณนท และ วรางคณา อภรณ์ชยานนท์ (2563) ยังพบว่าอาสาสมัครที่ใช้สมุนไพรบำบัดต่อเนื่องไม่ต่ำกว่า 1 อาทิตย์มีระดับอารมณ์เชิงบวกที่สูงกว่ากลุ่มไม่ใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สัดส่วนผู้ใช้สมุนไพรบำบัดมีความสุขสูงกว่ากลุ่มไม่ใช้ 1.6 เท่า มีความผ่อนคลายมากและรู้สึกสงบสูงกว่าผู้ไม่ใช้ 1.3 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่าความดันโลหิต ซิสโตลิก ของกลุ่มที่ใช้สมุนไพรบำบัดต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุธัญญา พรหมสมบูรณ์ อนงค์นาฏ โสภณางกูร ประพฤติ พรหมสมบูรณ์ และ สุขาดา กรเพชรปณี (2560) พบว่าอาสาสมัครที่ดมน้ำมันหอมระเหยชิง ขมิ้น โหระพา แมงลัก และมะกรูด โดยประคบเย็นจะเพิ่มความผ่อนคลาย ตราบจวัดระดับคอเลสเตอรอล และวิเคราะห์ปริมาณไขมันอิ่มตัว สามารถสรุปได้ว่าการดมน้ำมันหอมระเหยจากจากขิง ขมิ้น โหระพา แมงลัก และมะกรูด มีฤทธิ์ทำให้ผ่อนคลายได้จริง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชนิตา โรจน์จำนงค์ อรรถพล สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง และภัทราภรณ์ กิรินทร์ (2563) พบว่าการใช้สมุนไพรบำบัดสามารถส่งผลต่อการลดลงของความรู้สึกกังวล ความรู้สึกแย่ และความรู้สึกกระสับกระส่าย เปรียบเทียบก่อนหลังในการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .001$, $p < .001$ และ $p = .001$ ตามลำดับ) ส่วนอัตราการเต้นของหัวใจ และ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม จะเห็นได้ว่าการทดลองและหลังการทดลอง อัตราการเต้นหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเจลน้ำมันสมุนไพรมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าเจลน้ำมันส่งผลต่อการผ่อนคลายความเครียดและลดอัตราการเต้นหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิตได้อย่างชัดเจน ในขณะที่กลุ่มได้รับยาหลอกพบว่าระดับความเครียด ระดับการผ่อนคลาย อัตราการเต้นหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิตก่อนและหลังทดลองไม่มีความแตกต่างกัน เพราะผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการสูดดมเจลน้ำมันสมุนไพรที่มีส่วนประกอบของน้ำมันหอมระเหยและสารสำคัญลิโมนีนอล แต่มีการลดลงระดับความเครียด ระดับการผ่อนคลาย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเกิดจากการนั่งพักในห้องทดลองในสภาวะแวดล้อมที่สงบ ทำให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลายขึ้นเล็กน้อย ทั้งนี้เมื่อนำทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบหลังการทดลอง จะเห็นได้ว่าอัตราการเต้นของหัวใจและความดันไดแอสโตลิกลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และอาจเกิดจากข้อจำกัดเรื่องระยะเวลาในการทดลองเพียง 1 สัปดาห์ ซึ่งอาจทำให้ไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาในส่วนของสัญญาณชีพอย่างชัดเจนมากนัก ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ จีรวัฒน์ แก้วรัตน์ (2558) พบว่าการใช้กลิ่นมะกรูดการลดเสียงและลดอุณหภูมิในสถานที่ให้บริการผู้ป่วย สามารถทำให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีระดับชีพจร ระดับความดันโลหิต ไดแอสโตลิกลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมได้แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

จากการศึกษาพบว่าเจลน้ำมันสมุนไพรสามารถลดความเครียดในผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินความเครียด (ST-5) อยู่ในระดับมีปัญหาความเครียดสู่ระดับไม่มีความเครียดและช่วยให้เกิดการผ่อนคลายได้ ดังนั้นจึงควรคัดกรองความเครียดของผู้สูงอายุในชุมชนและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุใช้เจลน้ำมันสมุนไพร เพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งในการแก้ปัญหาความเครียดได้ ช่วยป้องกันการเกิดความเครียดในระดับที่สูงขึ้นที่มีความจำเป็นจะต้องได้รับการรักษาด้วยการใช้ยาคลายเครียดที่มีผลข้างเคียงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิธีการผ่อนคลายความเครียดอื่นๆ ร่วมกับการใช้เจลน้ำมันสมุนไพรเพื่อศึกษาประสิทธิภาพในการผ่อนคลายความเครียดที่อาจส่งเสริมประสิทธิภาพในการผ่อนคลายความเครียดได้มากยิ่งขึ้น
2. ควรเพิ่มระยะเวลาในการทดลองประสิทธิผลของเจลน้ำมันสมุนไพรต่อการผ่อนคลายความเครียด เพื่อให้สามารถเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาได้ชัดเจนมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ที่ได้สนับสนุนทุนวิจัย ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะในการจัดทำวิจัยครั้งนี้ ช่วยให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2561). สถิติผู้สูงอายุฆ่าตัวตายสูงอันดับ 2 (ข่าวจากหนังสือพิมพ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต). สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2562, จาก <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=27623>.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2561ก). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2561 (รายงานประจำปี). กรุงเทพฯ:ละม่อมจำกัด.
- กรมอนามัย. (2563). แบบรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563 ประเด็นที่ 3 สุขภาพกลุ่มวัย หัวข้อ ผู้สูงอายุคุณภาพ เขตสุขภาพที่ 6 จังหวัดฉะเชิงเทรา. สืบค้นเมื่อ 8 ตุลาคม 2563, จาก <https://hpc6.anamai.moph.go.th/th/inspection63-2>.
- ก้าวเกียรติ สุมิตรเหมาะ, ชัชพงศ์ สุขสราญ, เมธิรา คำทอง นิบุณ, วัฒนญาณนนท์ วรางคณา, และ อาภรณ์ชยานนท์. (2563). ความสัมพันธ์เบื้องต้นของการใช้สุนทรบำบัดชนิดสุดคมเป็นประจำต่ออารมณ์และความดันโลหิตในอาสาสมัครชายสุขภาพดี. *วารสารกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*, 18(2)(ฉบับเสริม), 36.
- จิรวรรณ แก้วรัตน์. (2558). ผลของการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อผ่อนคลายผู้รับบริการที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะรอตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสอง จังหวัดแพร่. สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2564. จาก <http://www.r2rthailand.org/sites/default/files/example2.pdf>
- ญาดา เรียมริมมะดัน และอรชุนา หนูน้อย. (2564). การพัฒนาเจลน้ำมันสมุนไพรต่อการผ่อนคลายความเครียดในผู้สูงอายุ (รายงานผลการวิจัย). ฉะเชิงเทรา: มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์.
- ชนิดา โรจน์จำนงค์, อรรถพล สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง, และภัทราภรณ์ กิณร. (2563). ผลของสุนทรบำบัดต่อความดันที่เกี่ยวกับสารเสพติด:ความรู้สึกรู้สึก 9 ด้านและคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยใช้สารแอมเฟตามีน. *Chula Longkorn Medical Bulletin*, 2(1), 3-14.
- ดุขฎิ อุดมอิทธิพงศ์, กฤตณัย แก้วยศ, และเกตุรมาศ อยู่ถิน. (2561). น้ำมันหอมระเหยกับการทำงานของระบบประสาทและความรู้สึกทางอารมณ์. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา*, 12(2), 48-62.
- ธวัชชัย ศรีสุวรรณ, จุฬารัตน์ สมคุณ, และธัญชนก ชูเลื้อหึง. (2561). ผลต่อความผ่อนคลายของน้ำมันหอมระเหยจากใบสมุลแว้งในอาสาสมัครสุขภาพดี. *วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ*, 21(2), 1-10.
- พรพรรณ ศรีโสภะ และธนวรรณ อาษาธิ. (2560). บทบาทพยาบาลในการป้องกันและจัดการความเครียด. *บูรพาเวชสาร*, 4(2), 79-92.
- พีรสันต์ ปั่นก้อง. (2560). ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอดุตรดิษฐ์. *วารสารกรมการแพทย์*, 42(6), 119-123.
- ศราวุฒิ แพะขุนทด, ศุภลักษณ์ พักคำ, วินัย สยอวรรณ, และนภชา สิงห์วีระธรรม. (2565). ผลของการสูดดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหยเข้มข้นต่อระบบประสาทอัตโนมัติและอารมณ์ความรู้สึก. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 9(1), 257-269.
- สุธัญญา พรหมสมบูรณ์, อนุคนาญ โสภณางกูร, ประพฤติ พรหมสมบูรณ์, และสุชาดา กรเพชรปानी. (2560). ประสิทธิภาพของน้ำมันหอมระเหยจากพืชสมุนไพร 5 ชนิด ต่อการผ่อนคลายความเครียด. *วารสารวิจัย*, 10(2), 68-76.

- สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2561). *สังคมผู้สูงอายุกับการขับเคลื่อนเศรษฐกิจไทย*. จาก <https://dl.parliament.go.th/handle/lirt/518445>
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2562). *ประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2562*. สารประชากรมหาวิทยาลัยมหิดล. สืบค้นเมื่อ 12 ตุลาคม 2562. จาก <https://ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/th/Gazette.aspx>.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2557). *ยาคลายเครียดเรื่องซีเรียสที่ต้องระวัง*. สืบค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2562. จาก <https://www.hsri.or.th/people/media/infographic/detail/5002>.
- สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559*. กรุงเทพฯ: พรินเทอรี่.
- อรรธรณ ศิลปกิจ. (2551). แบบวัดความเครียดฉบับศรีธัญญา. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 16(3), 177-185.
- อ้อมบุญ วลิสุต. (2557). *อโรมาเธอราพี (Aromatherapy)*. สืบค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2562. จาก <https://pharmacy.mahidol.ac.th/knowledge/files/0225.pdf>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Science* (2 nd ed). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associa.
- Linck, V.M., Silva, A.L., da, Figueiro, M., Caramao, E.B., Moreno, P.R., & Elisabetsky, E. (2010). Effects of inhaled linalool in anxiety, social interaction and aggressive behavior in mice. *Phytomedicine*, 17(8-9), 679-683. doi: 10.1016/j.phymed.2009.10.002
- Pimenta, F., Alves, M., Pimenta, M., Melo, S., Almeida, A., Leite, J.R.,...de Almeida, R.N. (2016). Anxiolytic effect of Citrus aurantium L. on patients with chronic myeloid leukemia. *Phytotherapy Research*, 30(4), 613-7. doi: 10.1002/ptr.5566
- Rashidi-Fakari, F., Tabatabaeichehr, M., & Mortazavi, H. (2015). The effect of aromatherapy by Essential oil of orange on anxiety during labor: A randomized clinical trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20(6), 661–664. doi: 10.4103/1735-9066.170001

ผลการจัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ต่อความรู้ การตัดสินใจทางคลินิกและทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ระยะวิกฤติ: กรณีศึกษา

สุภัทรา สีเสน่ห์, พย.ม.*¹ จักรพันธ์ กีนออย, วท.ม.*
ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์, ประ.ด.* สมคิด รูปงาม, พย.ม.*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ ใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง (one group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (simulation based learning: SBL) ที่มีผลต่อความรู้ การตัดสินใจทางคลินิก และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันระยะวิกฤติของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 37 คน ประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้แบบ SBL โดยวัดความรู้ก่อน และหลังการเรียนรู้ และประเมินการตัดสินใจทางคลินิก และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลหลังการเรียนรู้ วิเคราะห์เปรียบเทียบก่อนและหลังด้านความรู้โดยใช้สถิติ paired t-test วิเคราะห์คะแนนการตัดสินใจทางคลินิก และทักษะการปฏิบัติการพยาบาล หลังการเรียนรู้ด้วย SBL โดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการจัดการเรียนรู้ด้วย SBL มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คะแนนการตัดสินใจทางคลินิกผ่านเกณฑ์จำนวน 30 คน (ร้อยละ 81.10) กลุ่มตัวอย่าง 27 คน (ร้อยละ 71.13) มีคะแนนทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในภาพรวมผ่านเกณฑ์ และความพึงพอใจอยู่ในระดับดี ($X=4.36$, $SD=0.70$) มีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการจัดการเรียนการสอนแบบ SBL เพื่อพัฒนาความรู้ของนักศึกษาพยาบาล นอกจากนี้ควรมีการวิจัยแบบทดลองซ้ำเพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านทักษะการตัดสินใจในคลินิก และทักษะการปฏิบัติการพยาบาล

คำสำคัญ: ความรู้, การตัดสินใจทางคลินิก, ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล, การจัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง

วันที่รับ: 7 ธันวาคม 2564 วันที่แก้ไข: 25 มีนาคม 2565 วันที่ตอบรับ: 18 เมษายน 2565

* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

¹ ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: supattra.see@ckr.ac.th

Effects of simulation-based learning on knowledge, clinical judgment, and nursing skills in caring for critical patients with acute myocardial infarction: a case study

Supattra Seesanea, MNS.*¹ Chakrapan Kunoy, MSc.*
Sirikul Karunchareonphanit, PhD.* Somkid Rupngam, MNS.*

Abstract

This quasi-experimental study (one group pretest-posttest design) aimed to examine the effects of Simulation Based learning (SBL) on knowledge, clinical judgment, nursing skills in caring for critical patients with acute myocardial infarction. 37 of third year nursing students were participated in the study. Outcomes of intervention included knowledge, which was measured at before and after SBL, while clinical judgments and nursing skills were evaluated after SBL. Knowledge scores were compared between pretest and posttest using paired t-test. Clinical judgment and practical skill scores were analyzed using frequencies, percentages, means, and standard deviations. Results revealed that nursing students who participated in SBL had significant higher knowledge score at posttest than pretest ($p < 0.05$). Thirty nursing students (81.10%) had passed scores for clinical judgments, and 27 nursing students (71.13 %) had passed scores for practical skills, and an overall satisfaction level was in a good level ($X = 4.36$, $SD = 0.70$). It is recommended that SBL should be utilized in teaching and learning to improve knowledge. Further experimental research of SBL on clinical judgments and nursing skills is recommended.

Keywords: Knowledge, Clinical Judgement, Practice, Simulation based learning

Submitted: December 7, 2021 Revised: March 25, 2022 Accepted: April 18, 2022

* Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Chakiraj, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, MOPH

¹ Corresponding author, Email: supattra.see@ckr.ac.th

บทนำ

การจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมีเป้าหมายให้มีการสร้างพยาบาลวิชาชีพที่มีมาตรฐาน คุณวุฒิระดับปริญญาตรี ในสาขาพยาบาลศาสตร์ ซึ่งประกอบด้วยทักษะ 6 ด้าน ทั้งนี้รวมทั้ง ทักษะปฏิบัติทางวิชาชีพ พยาบาล ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความรู้ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจทางคลินิก ร่วมกับทักษะปฏิบัติการ พยาบาลที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เผชิญ (Modic, 2013) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่จำเป็นต้องดูแลผู้ป่วย ในระยะวิกฤติหรือฉุกเฉิน (Rahajeng, & Muslimah, 2019) เช่น การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มี ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งเป็นทักษะที่มีความสำคัญสำหรับนักศึกษาพยาบาล เป็นสถานการณ์ ฉุกเฉินที่อาจเจอได้ในการฝึกภาคปฏิบัติ จึงเป็นประสบการณ์ที่จำเป็นสำหรับนักศึกษา เป้าหมายที่สำคัญของการดูแล ผู้ป่วยในระยะวิกฤติ คือ การรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว หากไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีจะมีโอกาสเสียชีวิตสูง (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2563) การพยาบาลจึงจำเป็นต้องใช้ความรวดเร็วใน การตัดสินใจและการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้อง เหมาะสมกับสถานการณ์เพื่อให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมี ประสิทธิภาพและปลอดภัย (Cook, Webb, & Proudfoot, 2022)

จากผลการประเมินคุณภาพของนักศึกษาปีสุดท้าย และผลการประเมินวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหา สุขภาพ 3 ยังพบว่า นักศึกษายังขาดความรู้ ความมั่นใจ และทักษะการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤติ ในการปฏิบัติการ พยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การตัดสินใจ และการปฏิบัติการพยาบาล (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช, 2562) อาจเกิดจากการสอนภาคทฤษฎีในระบบนี้เป็นการจัดการเรียนรู้แบบบรรยายเท่านั้น นอกจากนี้ในการฝึกภาคปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยในระยะวิกฤต โดยเฉพาะระบบหัวใจและหลอดเลือด นักศึกษามักจะมีโอกาสดูแลผู้ป่วยน้อย และ เมื่อเกิดเหตุการณ์จริงนักศึกษามักจะไม่กล้าร่วมดูแลช่วยเหลือ โดยเฉพาะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ทำให้เกิดความไม่ มั่นใจ อันอาจส่งผลให้เกิดความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) ในการปฏิบัติงานได้ การศึกษาของพนารัตน์ วิสวเทพนิมิต อุบล สุทธิเนียม และจันทร์จิรา เกียรติสีสกุล (2562) พบว่านักศึกษาที่ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับหัวใจ และหลอดเลือด นักศึกษาเมื่อเจอสถานการณ์คับขัน รวมทั้งการช่วยฟื้นคืนชีพ ก่อให้เกิดความเครียด

การส่งเสริมให้นักศึกษามีความรู้ ทักษะการตัดสินใจทางคลินิก และสามารถปฏิบัติการพยาบาลเป็นทีม มีความพร้อมก่อนออกฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาลระยะวิกฤตฉุกเฉินมีความสำคัญมาก ผู้เรียนควรได้รับการเรียนรู้ทาง คลินิกที่หลากหลายและเพียงพอ (Jeffries, 2015) เพื่อให้สามารถประยุกต์ความรู้ในห้องเรียนมาใช้ในการสถานการณ์จริงได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Simulation-Based Learning: SBL) มาทดลอง มีผลการวิจัยก่อนหน้านี้ที่ระบุว่า นักศึกษาพยาบาลที่เรียนรู้ด้วย SBL สามารถคงความรู้ได้ยาวนานกว่ากลุ่ม ที่เรียนแบบบรรยาย (Torkshavand, Khatiban, & Soltanian, 2020) มีความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเอง เพิ่มขึ้น (สมจิตต์ สินธุชัย, กันยารัตน์ อุบลวรรณ, ณัฐวุฒิ บุญสนธิ, ปริญญา ยอดอาษา, และ ภูมินทร์ ดวงสุริยะ, 2562) นอกจากนี้ยังสามารถทำให้ผู้เรียน มีการพัฒนาทักษะการคิด การสื่อสารทางการพยาบาล การทำงานเป็นทีม การตัดสินใจ และปฏิบัติการแก้ปัญหา (วงเดือน สุวรรณศิริ, อรพิน จุลมุล และฐิติอาภา ตั้งคำวานิช, 2559; ศุภลักษณ์ ธนาโรจน์, 2560)

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่าการจัดการเรียนรู้ด้วย SBL ได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการเรียนการสอน ของนักศึกษาพยาบาลในประเทศไทย โดยเฉพาะการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต โดยการศึกษาในประเทศไทยพบว่า มีการ วัดผลลัพธ์ด้านความรู้ และทักษะการพยาบาล นอกจากนี้ยังมีการวัดพฤติกรรมอื่นของผู้เรียนด้วย เช่น ความมั่นใจ การคิดแบบมีวิจารณญาณ (มาลินี บุญเกิด, ฤทัยรัตน์ มั่งอณะ, และสุกัญญา กระเบียด, 2558; สมจิตต์ สินธุชัย และ กันยารัตน์ อุบลวรรณ, 2560) การตัดสินใจทางคลินิก เพื่อวัดการใช้เหตุผลในการคิดตัดสินใจ (Yuan, Williams, & Man, 2014) และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล ที่แสดงถึงกระบวนการพยาบาล ความปลอดภัยของผู้ป่วย ความรู้ การสื่อสาร และทัศนคติจากการสะท้อนคิด (Lee, Liang, Chu, & Hung, 2019) ถึงแม้ว่าการจัดการเรียนรู้ด้วย SBL จะมีข้อจำกัด คือต้องใช้ทรัพยากรในการจัดการเรียนรู้นาน และใช้เวลานาน (สมจิตต์ สินธุชัย และ กันยารัตน์ อุบลวรรณ, 2560) ในปีการศึกษา 2563 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช จึงได้ทำการทดลองเพื่อศึกษาผลการจัดการ

เรียนรู้ด้วย SBL ที่มีผลต่อความรู้ ทักษะการตัดสินใจทางคลินิก ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแล ผู้ป่วยระบบหัวใจและหลอดเลือดระยะวิกฤติ และความพึงพอใจของนักศึกษาเพื่อนำผลวิจัยไปพัฒนาสมรรถนะ ผู้เรียนก่อให้เกิดความมั่นใจ และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้น อันจะส่งผลต่อความปลอดภัยและคุณภาพการพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันระยะก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง
2. เพื่อศึกษาคะแนนการตัดสินใจทางคลินิก หลังการจัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงเทียบกับเกณฑ์ (มากกว่าร้อยละ 60)
3. เพื่อศึกษาคะแนนทักษะการปฏิบัติการพยาบาลหลังการจัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงเทียบกับเกณฑ์ (มากกว่าร้อยละ 60)
4. เพื่อวัดระดับความพึงพอใจหลังการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง (one group pretest-posttest design) สถานที่ดำเนินการศึกษา คือ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2563 - มกราคม พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช ปีการศึกษา 2563 จำนวน 83 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมาจากแบ่งกลุ่มนักศึกษาฝึกภาคปฏิบัติงาน จำนวน 11 กลุ่ม กลุ่มละ 7-8 คน ภายในกลุ่มคณะนักศึกษาเก่ง (เกรดเฉลี่ย 3.50-4.00) ปานกลาง (เกรดเฉลี่ย 2.50-3.49) และอ่อน (เกรดเฉลี่ย <2.50) จากนั้นจับฉลากกลุ่มนักศึกษา 5 กลุ่ม จัดการเรียนรู้แบบสถานการณ์จำลอง หัวข้อ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้ 5 กลุ่ม นักศึกษากลุ่มละ 8 คน จำนวน 2 กลุ่ม และกลุ่มละ 7 คน จำนวน 3 กลุ่ม

เครื่องมือวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบทดสอบวัดความรู้ เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดระยะเฉียบพลัน จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือก ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน หลังจากปรับปรุงตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำแบบทดสอบไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วทดสอบหาความเที่ยง (reliability) โดยใช้สูตร KR-20 ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.8 ค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.52-0.80 และข้อสอบบางข้อยาก ได้แก่ ข้อ 3,7 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อทุกข้อมากกว่า 0.2-0.8 เมื่อวิเคราะห์ภาพรวมแบบวัด

1.2 แบบประเมินการตัดสินใจทางคลินิก แบบประเมินการตัดสินใจทางคลินิกของลาเซเตอร์ (The Lasater Clinical Judgment Rubric) (Lasater, 2007) ซึ่งผู้วิจัยนำมาแปลเป็นภาษาไทยและใช้วิธีการแปลย้อนกลับ (double back-translation techniques) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการสังเกตพบความผิดปกติ ด้านการตีความ ด้านการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ และด้านการสะท้อนคิด มีจำนวน 11 ข้อคำถาม คำตอบมี 4 ระดับ คือ 4 หมายถึง เป็นแบบอย่างที่ดี (exemplary), 3 หมายถึง คล่องแคล่ว (accomplished), 2 หมายถึง กำลังพัฒนา (developing), 1 หมายถึง ต้องปรับปรุง (beginning) ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 11-44 คะแนน โดยมีการกำหนดคะแนนทุกประเด็นผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนทั้งหมด ทดสอบหาความตรงเชิงเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมิน

พบว่าทุกข้อมีค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 และในข้อที่ได้คะแนนน้อยได้มีการปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำแบบทดสอบไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาคอนนัค ได้เท่ากับ 0.92

1.3 แบบประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาล (Objective structured clinical examination; OSCE) เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันระยะวิกฤติ ประกอบด้วย 7 ด้าน คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 1 ข้อ 2 คะแนน 2) การประเมินสภาพ การซักประวัติ 6 ข้อ 10 คะแนน 3) การประเมินสภาพ การตรวจร่างกาย ตรวจพิเศษ 7 ข้อ 10 คะแนน 4) การพยาบาลก่อนระยะ cardiac arrest 5 ข้อ 15 คะแนน 5) การพยาบาลระยะ cardiac arrest 12 ข้อ 50 คะแนน 6) การบริหารทีม 3 ข้อ 10 คะแนน และ 7) การพยาบาลด้วยความเอื้ออาทร 1 ข้อ 3 คะแนน มีเกณฑ์การประเมิน คือ ปฏิบัติได้สมบูรณ์ (1-7 คะแนน) ไม่สมบูรณ์ (0-3 คะแนน) หรือไม่ปฏิบัติ (0 คะแนน) ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-100 ผู้ที่ผ่านเกณฑ์ต้องได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 ขึ้นไป ทดสอบหาความตรงเชิงเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมิน พบว่าทุกข้อมีค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 และในข้อที่ได้คะแนนน้อยได้มีการปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาคอนนัค ได้เท่ากับ 0.79

1.4 แบบสอบถามความพึงพอใจหลังการใช้สถานการณ์จำลองมีทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็น มาตราส่วนประเมินค่า (Likert scale) 5 อันดับ จาก 1-5 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ทดสอบหาความตรงเชิงเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมิน พบว่า ทุกข้อมีค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 ทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาคอนนัค ได้เท่ากับ 0.88

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการจัดการเรียนรู้ด้วย SBL ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

2.1 สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (scenario) เรื่อง ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันระยะวิกฤติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2.2 วิธีการจัดการเรียนรู้ด้วย SBL แก่กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน เป็นเวลาทั้งหมด 60 นาที ดังนี้

1) ขั้นนำ/ ปฐมนิเทศ (pre-brief) ใช้เวลา 20 นาที โดยใช้วิดีโอการแนะนำห้องปฏิบัติการเรียนรู้ SBL และทักษะการพยาบาลขั้นต้น

2) การดำเนินสถานการณ์ (simulation activity) การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันระยะวิกฤติ ใช้เวลา 20 นาที

3) ทีมผู้วิจัย ร่วมสะท้อนคิดการเรียนรู้และสรุปบทเรียน (debrief) กับนักศึกษา โดยใช้แนวคำถามตะกร้า 3 ใบ (รู้สึกร่างไร, ได้เรียนรู้จากเหตุการณ์อย่างไร และจะนำไปปรับปรุงตนเองอย่างไร) ใช้เวลา 20 นาที

เครื่องมือในการจัดการเรียนรู้ด้วย SBL ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (IOC) ทุกข้อมีค่าเท่ากับ 1.00

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โดยผู้วิจัยทำหนังสือเสนอโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา เลขที่ 4-83-2563 เพื่อขอดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งมีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากการเป็นนักศึกษาวิจัยที่อยู่ระหว่างภาคการศึกษา สำหรับนักศึกษาที่ไม่ได้เข้าร่วมการวิจัย จะได้รับการสอนแบบ SBL ในรูปแบบเดียวกันภายหลังสิ้นสุดภาคการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ทีมนักวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. อธิบายเกี่ยวกับการศึกษาและการเก็บข้อมูลกับนักศึกษา
2. ทำแบบทดสอบวัดความรู้ ในระยะก่อนเข้าร่วมวิจัย

3. จัดการเรียนรู้ด้วย SBL แก่กลุ่มตัวอย่าง

4. ทีมผู้วิจัย ร่วมทำการประเมินหลังการจัดการเรียนรู้ด้วย SBL ได้แก่ การตัดสินใจทางคลินิก ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล

5. กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบวัดความรู้หลังการเรียนรู้ด้วย SBL และประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้ด้วย SBL

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปมีขั้นตอนในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง การตัดสินใจทางคลินิก และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลหลังการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ความพึงพอใจต่อการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์และเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง โดยใช้สถิติพรรณนา และ paired t-test

ผลวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 กลุ่มตัวอย่างไม่เคยมีประสบการณ์การเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลอง จำนวน 37 คน แบ่งเป็นเพศหญิง 34 คน คิดเป็นร้อยละ 91.89 เป็นเพศชาย 3 คน คิดเป็นร้อยละ 8.10 เกรดเฉลี่ยสะสมของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 2.86

คะแนนความรู้ คะแนนก่อนการจัดการเรียนรู้ด้วย SBL มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 4.43 (SD.=1.52) คะแนนหลังการจัดการเรียนรู้ด้วย SBL มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น คะแนนความรู้เฉลี่ย 5.35 (SD.=1.72) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด และค่ามัธยฐานของความรู้ในระยะก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (N=37)

ความรู้	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด	ค่าเฉลี่ย (S.D.)
ระยะก่อน	1	9	4.43 (1.52)
ระยะหลัง	2	10	5.35 (1.72)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ภายหลังการจัดการเรียนการสอนด้วย SBL พบว่า ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความรู้ นักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง นักศึกษามีความรู้เพิ่มมากขึ้น ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ นักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (N=37)

ด้านความรู้	คะแนนก่อน		คะแนนหลัง		t	P
	mean	SD	mean	SD		
คะแนนความรู้ SBL	4.43	1.52	5.35	1.72	-4.803	.000

3. คะแนนการตัดสินใจทางคลินิก กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการตัดสินใจทางคลินิกผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 60) มีจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 81.10 กลุ่มที่ไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด มีจำนวน 7 คน คิดเป็น ร้อยละ 18.9 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ด้านที่ 4 การสะท้อนคิด มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ร้อยละ 100 รองลงมา

เป็นด้านที่ 1 การสังเกตพบความผิดปกติและด้านที่ 2 การตีความ มีค่าคะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจทางคลินิกเท่ากัน ร้อยละ 81.10 และด้านที่มีคะแนนการตัดสินใจน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านที่ 3 การตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการตัดสินใจทางคลินิก และความถี่ ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้
จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม จำนวน 37 คน

คะแนนการตัดสินใจทางคลินิก	ผ่าน		ไม่ผ่าน	
	ความถี่(คน)	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
ด้านที่ 1 การสังเกตพบความผิดปกติ	30	81.10	7	18.90
ด้านที่ 2 การตีความ	30	81.10	7	18.90
ด้านที่ 3 การตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ	26	70.30	11	29.70
ด้านที่ 4 การสะท้อนคิด	37	100	0	0
รวม	30	81.10	7	18.90

คะแนนทักษะการปฏิบัติการพยาบาล พบว่ามีคะแนนที่สามารถผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 71.13 ขณะที่กลุ่มที่ไม่ผ่านจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 25.86 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่ผ่านเกณฑ์ทุกคน มีจำนวน 2 ด้าน ได้แก่ การประเมินสภาพ และการบริหารทีม รองลงมาคือด้านการสร้างสัมพันธภาพและการพยาบาลด้วยความเอื้ออาทร มีผู้ที่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 78.38 ขณะเดียวกันด้านที่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ผ่านเกณฑ์แต่ได้คะแนนต่ำสุด คือ ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในระยะก่อนผู้ป่วย cardiac arrest จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 40.54 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 4 คะแนนทักษะการปฏิบัติการพยาบาล และความถี่การผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ หลังการใช้รูปแบบจัดการเรียนการสอนด้วย SBL จำแนกเป็นรายด้าน (N=37 คน)

ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล	ผ่าน		ไม่ผ่าน	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
1.ด้านการสร้างสัมพันธภาพ	29	78.38	8	21.62
2.ด้านการประเมินสภาพ การซักประวัติ	37	100.00	0	0
3.ด้านการประเมินสภาพ การตรวจร่างกาย ตรวจพิเศษ	23	62.17	14	37.83
4.ด้านการพยาบาลก่อนระยะ cardiac arrest	15	40.54	22	59.46
5.ด้านการพยาบาลระยะ cardiac arrest	22	59.46	15	40.54
6.ด้านการบริหารทีม	37	100.00	0	0
7.ด้านการพยาบาลด้วยความเอื้ออาทร	29	78.38	8	21.62
ร้อยละเฉลี่ยทุกด้าน	27 (71.13)		10 (25.86)	

คะแนนความพึงพอใจ

ผลสรุปเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจภาพรวม 4.36 (SD.= 0.70) เมื่อแยกเป็นรายข้อ พบว่านักศึกษาที่มีความพึงพอใจมากที่สุด คือ เนื้อหาเป็นลำดับขั้นตอน เข้าใจง่าย มีคะแนนเฉลี่ย 4.92 (SD.= 0.41) รองลงมา ได้แก่ สถานการณ์มีความน่าสนใจ เหมาะสมกับผู้เรียนมีคะแนนเฉลี่ย 4.67 (SD.= 0.38) และด้านที่มีคะแนนความพึงพอใจน้อยที่สุด คือ ประเมินผลเนื้อหาแต่ละบทมีความเหมาะสม มีคะแนนเฉลี่ย 3.75 (SD.= 1.14) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจหลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง (N=37)

ความพึงพอใจ	mean	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1.มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ในการจัดการเรียนการสอน	4.13	0.57	มาก

ความพึงพอใจ	mean	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
2.ระยะเวลาของการเรียนแต่ละกิจกรรม	4.28	0.79	มาก
3.รูปแบบการเรียนการสอนมีความน่าสนใจ	4.15	0.74	มาก
4.บรรยากาศในการเรียนรู้ กระตุ้นผู้เรียน	4.50	0.52	มาก
5.เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้แสดงความคิดเห็นและซักถาม	4.30	1.09	มาก
6.ความสามารถในการแนะนำการใช้สื่อ อุปกรณ์ในการจัดการเรียนการสอน	4.42	0.52	มาก
7.เนื้อหาเป็นลำดับขั้นตอน เข้าใจง่าย	4.92	0.41	มากที่สุด
8.ประเมินผลเนื้อหาแต่ละบทมีความเหมาะสม	3.75	1.14	มาก
9.สถานการณ์มีความน่าสนใจ เหมาะสมกับผู้เรียน	4.67	0.38	มากที่สุด
10.แบบประเมินมีความเหมาะสม ประเมินผลได้ชัดเจน	4.50	0.88	มาก
เฉลี่ย	4.36	0.70	มาก

อภิปรายผล

ด้านความรู้

ผลการเปรียบเทียบคะแนนด้านความรู้ เรื่องภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ก่อนและหลังการจัด การเรียนรู้ด้วย SBL ของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเพิ่มขึ้นมากกว่าระยะก่อนการจัดการเรียนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งนี้คะแนนความรู้ที่เพิ่มขึ้นเกิดจากการได้ลงมือปฏิบัติจริงด้วยตนเองและการอภิปรายกลุ่มหลังจากปฏิบัติการพยาบาล และวิธีการเรียนแบบ SBL เป็นวิธีหนึ่งที่กระตุ้นการเรียนรู้และช่วยให้จดจำได้นานขึ้นมากกว่าการบรรยายในห้องเรียน อีกทั้งเป็นวิธีการจัดการเรียนการสอนที่ช่วยให้อาจารย์ผู้สอนสามารถประเมินผู้เรียนรายบุคคลได้ตรงและช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากสถานการณ์ และทำให้จดจำความรู้ได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สมจิตต์ สินธูชัย และคณะ (2562) ที่พบว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ หลังทดลองสูงกว่านักศึกษาที่เรียนโดยวิธีปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำให้นักศึกษาสามารถจดจำความรู้ได้นาน

การวิจัยในต่างประเทศที่มีผลการวิจัยที่สอดคล้องกับการศึกษาค้นคว้านี้ได้แก่ การศึกษาของลี และคณะ (Lee, Liang, Chu, & Hung, 2019) ที่ศึกษาผลการสอนด้วย SBL ต่อความสามารถ และการปฏิบัติการพยาบาล ในนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 ในประเทศไต้หวัน โดยใช้สถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนด้านความรู้ และกระบวนการพยาบาล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทำนองเดียวกัน การศึกษาของฮาวคีดัล และคณะ (Haukedal, Reiersen, Hedeman, & Bjørk, 2018) พบว่านักศึกษาที่เรียนรู้แบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีคะแนนความรู้เพิ่มสูงขึ้นมากกว่ากลุ่มที่เรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน และการศึกษาของ เลทเชอร์และคณะ (Letcher, Roth, & Varenhorst, 2017) ที่พบว่า ผลการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงทำให้ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤติของพยาบาลในแผนกผู้ป่วยหนักุมารเพิ่มมากกว่ากลุ่มที่มีการเรียนรู้แบบปกติ

ทักษะการตัดสินใจทางคลินิก

ถึงแม้ว่า ผลการศึกษาในครั้งนี้ยังไม่สามารถแสดงถึงผลที่เพิ่มขึ้นของการพัฒนาทักษะการตัดสินใจในคลินิกในกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากมีการวัดทักษะการตัดสินใจทางคลินิกเพียงครั้งเดียวหลังจากการเรียนรู้แบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริงเท่านั้น งานวิจัยนี้จึงเปรียบเทียบทักษะการตัดสินใจในคลินิกโดยเทียบกับเกณฑ์คะแนนการผ่านที่กำหนดไว้ คือ ร้อยละ 60 พบว่า คะแนนการตัดสินใจทางคลินิกที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด(ร้อยละ 60) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ 30 คน (ร้อยละ 81.10) สามารถผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ได้ ทั้งนี้อาจเกิดจากสถานการณ์จำลองที่ใช้ มีความซับซ้อน นักศึกษาจึงได้ฝึกการคิดวิเคราะห์ แก้ปัญหา ขณะปฏิบัติและในการอภิปรายหลังเรียน ทำให้ผู้เรียนเกิดความมั่นใจในตนเอง เพิ่มทักษะการคิดวิเคราะห์อย่างมีจุดมุ่งหมายในการแยกแยะ ค้นหาความผิดปกติที่จะช่วยเหลืออย่างไร ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสมจิตต์ สินธูชัย และคณะ (2562) ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่ผ่านการเรียนรู้ด้วย SBL ขึ้นสูงสามารถทำคะแนนทักษะการตัดสินใจในคลินิกที่วัดโดยใช้แบบทดสอบอัตนัยประยุกต์

(modified essay question: MEQ) ได้ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 ตามที่กำหนดไว้ พร้อมกันนี้ผลการศึกษาของ หยวนและคณะ (Yuan, Williams, & Man, 2014) พบว่า คะแนนการตัดสินใจทางคลินิกในการเรียนรู้ด้วย SBL เพิ่มขึ้นจากสถานการณ์แรก จนถึงสถานการณ์ที่ 5 แม้ในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน และการศึกษาของเลทเชอร์และคณะ (Letcher, Roth, & Varenhorst, 2017) พบว่า กลุ่มของพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ใช้การเรียนรู้ด้วย SBL มีทักษะการตัดสินใจในคลินิกเพิ่มขึ้นจากเดิม และทำให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้น เช่น ลดอาการรุนแรงของผู้ป่วย ลดระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น

ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล

เมื่อพิจารณาคะแนนทักษะการปฏิบัติการพยาบาลวิกฤตระบบหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มตัวอย่างรายด้าน และโดยรวมที่สามารถผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้คือร้อยละ 60 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผ่านเกณฑ์กำหนด มีจำนวน 27 คนจากทั้งหมด 37 คน คิดเป็นร้อยละ 71.33 เกิดการเรียนรู้แบบ SBL ผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติจริง ได้แสดงออกถึงทักษะต่าง ๆ ทั้งเทคนิคการพยาบาล และการสื่อสาร ทำงานเป็นทีม เพิ่มทักษะพิสัย และด้านเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ มาลินี บุญเกิด และคณะ (2558) ที่พบว่า หลังสอนนักศึกษาที่มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมากกว่าเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมทั้งผลการศึกษาของ สืบตระกูล ต้นตลานุกูล, สุวัฒน์ รัตนศักดิ์, ชมพูนุช แสงพานิช, วิภาวรรณ สีสังข์ และ ฐิตติภา ตั้งคำวนิช (2559) ที่ศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง ในวิชาปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 พบว่า นักศึกษามีความสามารถในการปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้นหรือมีทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้น หลังเรียน และมากกว่านักศึกษาในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการเรียนด้วยสถานการณ์จำลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความพึงพอใจของนักศึกษา

ผลความพึงพอใจของนักศึกษา ต่อการเรียนรู้ด้วย SBL ในภาพรวมอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ย 4.36 (SD.= 0.70) ข้อที่มีความพึงพอใจมากที่สุด คือ เนื้อหาเป็นลำดับขั้นตอน เข้าใจง่าย และสถานการณ์มีความน่าสนใจ เหมาะสมกับผู้เรียน เมื่อพิจารณาจากผลการสะท้อนคิดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีความพึงพอใจในการเรียนรู้ด้วย SBL มาก โดยมีการตระหนักถึงประโยชน์ที่จะทำให้เกิดการพัฒนาตนเองให้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์จริงได้ในอนาคต ทั้งนี้อาจเกิดจากองค์ประกอบการเรียนรู้ที่ออกแบบขึ้นมีความเหมือนจริง สถานการณ์เฉพาะเจาะจง ผู้เรียนได้ทำกิจกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ วรวิศา สำราญเนตร และ นิตยา กออิสรานูภาพ (2562) เกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนด้วย SBL ในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะข้อคอของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนด้วย SBL อยู่ในระดับมากที่สุด ทั้ง 5 ด้าน คือ ด้านการจัดกิจกรรมการสอน ด้านผู้เรียน ด้านเนื้อหา การเรียนรู้ อุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการจำลองสถานการณ์ดูแลผู้ป่วย

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษารั้งนี้ใช้สถานการณ์จำลองแบบกรณีศึกษาเพียงสถานการณ์เดียว และใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว จึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่า การจัดการเรียนรู้ด้วย SBL มีประสิทธิภาพมากกว่าวิธีอื่น

ข้อเสนอแนะ

จากผลการจัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเหมือนจริงดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ในการวิจัย ควรมีการทำวิจัยแบบการทดลองที่เปรียบเทียบ ผลของการจัดการเรียนรู้แบบสถานการณ์จำลองเหมือนจริงต่อทักษะการตัดสินใจในคลินิก และทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกับการเรียนรู้วิธีอื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง

- พนารัตน์ วิศวะเทพนิมิต, อุบล สุทธิเนียม และจันทร์จิรา เกียรติสีสกุล. (2562). ผลการใช้รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 35(2), 224-234.
- มาลินี บุญเกิด, ฤทัยรัตน์ มั่งอณะ, และสุกัญญา กระเปียด. (2558). ผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงต่อความมั่นใจและทักษะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ. สืบค้นเมื่อ 25 กุมภาพันธ์ 2565, จาก https://administer.pi.ac.th/uploads/eresearcher/upload_doc/2015/proceeding/1444373072220903004511.pdf.
- วงเดือน สุวรรณศิริ, อรพิน จุลมูสิ, และฐิตติอาภา ตั้งคำวานิช. (2559). การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองสำหรับนิสิตพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 28(2), 1-14.
- วรรวิษา สำราญเนตร, และนิตยา กออิสรานภาพ. (2562). ความพึงพอใจในการจัดการเรียนการสอนแบบใช้สถานการณ์จำลองในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม. *วารสาร โรงพยาบาลสกลนคร*, 22(1), 64-75.
- วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช. (2562). รายงานการประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตต่อคุณภาพนักศึกษา และพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาปีสุดท้าย/บัณฑิต วทบ. จักรีรัช ปีการศึกษา 2562. ราชบุรี. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
- ศุภลักษณ์ ธนาโรจน์. (2560). การสอนโดยการจำลองสถานการณ์เสมือนจริงในรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 9(2), 70-84.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2563). *แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). สมุทรปราการ: เนคสเทป ดีไซน์.
- สืบทระกูล ตันตลานุกูล, สุวัฒน์ รัตนศักดิ์, ชมพูนุช แสงพานิช, วิภาวรรณ สีสังข์, และ ฐิตติอาภา ตั้งคำวานิช. (2559). ผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองต่อการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 8(1), 49-58.
- สมจิตต์ สีนุชชัย และกันยารัตน์ อุบลวรรณ. (2560). การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง:การนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(1), 29-38.
- สมจิตต์ สีนุชชัย, กันยารัตน์ อุบลวรรณ, ณัฐฉา บุญสนธิ, ปริญญา ยอดอาษา, และภูมินทร์ ดวงสุริยะ. (2562). ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูงต่อความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 11(1), 172-183.
- Cook, D. J., Webb, S., & Proudfoot, A. (2022). Assessment and management of cardiovascular disease in the intensive care unit. *Heart*, 108(5), 397-405. doi: 10.1136/heartjnl-2019-315568.
- Haukedal, T. A., Reiersen, I. Å., Hedeman, H., & Bjørk, I. T. (2018). The impact of a new pedagogical intervention on nursing students' knowledge acquisition in simulation-based learning: A quasi-experimental study. *Nursing Research and Practice*, 2018, 7437386-7437386. doi: 10.1155/2018/7437386.
- Jeffries, P. R., Rodgers, B., & Adamson, K. (2015). NLN Jeffries simulation theory: brief narrative description. *Nursing Education Perspectives*, 36(5), 292-293.

- Lasater, K. (2007). Clinical judgment development: using simulation to create an assessment rubric. *The Journal of Nursing Education*, 46(11), 496–503. doi: 10.3928/01484834-20071101-04.
- Lee, B. O., Liang, H. F., Chu, T. P., & Hung, C. C. (2019). Effects of simulation-based learning on nursing student competences and clinical performance. *Nurse Education in Practice*, 41, 102646. doi:https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.102646.
- Letcher, D. C., Roth, S. J., & Varenhorst, L. J. (2017). Simulation-based learning: improving knowledge and clinical judgment within the NICU. *Clinical Simulation in Nursing*, 13(6), 284-290. doi:https://doi.org/10.1016/j.ecns.2017.03.001.
- Modic, M. B. (2013). Tanner's model of clinical judgment applied to Preceptorship: part 1. *Journal for Nurses in Professional Development*, 29(5), 274-275. doi: 10.1097/01.NND.0000433907.85137.2e.
- Rahajeng, I.M., & Muslimah, F. (2019). The application of clinical judgment and decision making of critical care nurse in intensive care units (ICUs). *International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS)*, 2(1), 1-14.
- Torkshavand, G., Khatiban, M., & Soltanian, A. R. (2020). Simulation-based learning to enhance students' knowledge and skills in educating older patients. *Nurse Education in Practice*, 42, 102-678. doi: https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.102678.
- Yuan, H. B., Williams, B. A., & Man, C. Y. (2014). Nursing students' clinical judgment in high-fidelity simulation-based learning: a quasi-experimental study. *Journal of Nursing Education and Practice*. 4(5), 7-15.

ผลการประยุกต์ใช้โปรแกรมประยุกต์ของกูเกิล (Google Application) ต่อความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

อานภาพ แสนใจ, ศษม.^{*1} อรรณพ สนิธิไชย, ปรด.^{**}

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้ โปรแกรมประยุกต์ของกูเกิล (Google Application) ต่อความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนในตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 304 คน ได้มาโดยการสุ่มแบบอย่างง่าย จากประชากร 1,731 คน โดยใช้วิธีการสุ่มเข้ากลุ่ม 2 กลุ่ม สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง เพื่อใช้โปรแกรมประยุกต์ของกูเกิล (Google Application) จำนวน 129 คน และกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ใช้รูปแบบการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทย ดำเนินการภายใต้นโยบายของกรมปศุสัตว์ และกรมควบคุมโรค จำนวน 175 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในกลุ่มทดลองประกอบด้วย บทเรียนออนไลน์ แบบวัดความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติทดสอบ paired t-test และ independent t-test ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงขึ้น และแตกต่างกับกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $(p < 0.01)$ ดังนั้น โปรแกรมประยุกต์ของกูเกิล สามารถนำมาใช้ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในระดับหมู่บ้านได้ โดยควรมีคู่มือประกอบการใช้งานฯ และพัฒนาทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการใช้โปรแกรมประยุกต์ของกูเกิลด้วย

คำสำคัญ : Google Application, การป้องกันควบคุมโรค, โรคพิษสุนัขบ้า

วันที่รับ: 20 ธันวาคม 2564 วันที่แก้ไข: 1 เมษายน 2565 วันที่ตอบรับ: 18 เมษายน 2565

* อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

¹ ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: amupap_002@yahoo.co.th

^{**} ผู้อำนวยการ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

The effects of using Google Application on knowledge, attitudes, and behaviors regarding rabies prevention

Arnuparp Saenjai, M.Ed.^{*1} Aunnop Sontichai, Ph.D.^{**}

Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate the effects of Google application on knowledge, attitude and behavior on prevention and control of rabies among people in Poo-Yai Sub-District, Warinchamrab, Ubon Ratchathani Province. 341 people were assigned into two groups. The experimental group (n=129) enrolled in program using the Google application for rabies prevention and control training. The control group (n=175) obtained the rabies prevention and control model of Thailand operated under the policy of the Department of Livestock Development and the Department of Disease Control. The instruments used in the study were the online lessons, and questionnaires to measure knowledge, attitudes and behaviors related to rabies prevention and control. Data were analyzed by paired t-test and independent t-test. The results revealed that mean scores of knowledge, attitudes and behaviors on rabies prevention and control of the experimental groups were higher than before the implementation of online lessons via google application, and significantly different from that of the control group ($p<0.01$). The Google application can be applied in the village-level rabies control operation. In addition, there should be a manual for use, and prepare the skills of village health volunteer in using the Google application as well.

Keywords: Google application, Prevention and control, Rabies

Submitted: December 20, 2021 Revised: April 1, 2022 Accepted: April 18, 2022

^{*} Lecturer, Sirindhorn College of Public Health Ubonratchathani, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromrajchanok Institute, MOPH

¹ Corresponding author; Email: arnupap_002@yahoo.co.th

^{**} Director, Sirindhorn College of Public Health Ubonratchathani, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromrajchanok Institute, MOPH

บทนำ

โรคพิษสุนัขบ้า เกิดจากเชื้อไวรัสเรบีส (Rabies) เกิดจากคนหรือสัตว์ถูกกัดโดยสัตว์ที่ป่วย และเมื่อป่วยแล้วจะต้องเสียชีวิตอย่างทรมานทุกราย ในปัจจุบันวัคซีนยังเป็นสิ่งสำคัญที่ใช้ป้องกันก่อนและหลังการสัมผัสโรคนี้ ซึ่งสามารถช่วยชีวิตคนและสัตว์ รวมทั้งควบคุมโรคไม่ให้ระบาดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สุนัย จันทรฉาย, 2561) องค์การอนามัยโลกได้รายงานสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้า ว่า มีผู้เสียชีวิตปีละประมาณ 55,000 รายทั่วโลก พบมากในประเทศแถบเอเชียและแอฟริกา โดยแถบเอเชียพบสูงสุดในประเทศอินเดียประมาณ 20,000 รายต่อปี (Neevel, Hemrika, Claassen, & van de Burgwal, 2018) ถึงแม้ประเทศไทยจะได้ดำเนินการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าโดยการฉีดวัคซีนให้กับสัตว์เลี้ยง เช่น สุนัขและแมวซึ่งเป็นไปตามประกาศบังคับใช้พระราชบัญญัติโรคพิษสุนัขบ้า พ.ศ.2535 (พระราชบัญญัติโรคพิษสุนัขบ้า, 2535) การควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทย ดำเนินการภายใต้ นโยบายของสองหน่วยงานหลักคือ กรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีเป้าหมายสำคัญที่จะทำให้ประเทศไทยปลอดจากโรคพิษสุนัขบ้าทั้งในคนและสัตว์ โดยมุ่งเน้นการประสานความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน ในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ แนวทางหลักในการดำเนินการ ได้แก่ การสร้างจิตสำนึกของประชาชน ให้มีความเข้าใจและร่วมมือในการควบคุมและป้องกันการเกิดโรค และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องตามหลังการสัมผัสโรค การเพิ่มความครอบคลุมในการฉีดวัคซีนให้สุนัข การควบคุมประชากรสุนัขไม่มีเจ้าของ และการสร้างและขยายพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า สำหรับประเทศไทย การตายของผู้ติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าลดลงอย่างต่อเนื่อง 370 คน ในปี 2523 และ 91 คนในปี 2536 จนเหลือจำนวนเป็นเลขตัวเดียวในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา แต่ในช่วงปี 2556-2560 จำนวนคนตายที่เพิ่มขึ้นใน ปี 2559 และ 2560 เป็น 14 และ 11 คน (สุนัย จันทรฉาย, 2561)

ศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าน้องนางเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์อัครราชกุมารีกรมพระศรีสวางควัฒน-วรขัตติยราชนารี มีพระปณิธานเจริญรอยตามเบื้องพระยุคลบาทของ พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร และสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง ในการดูแลทุกข์สุขของพสกนิกรชาวไทย จึงทรงมีพระประสงค์ให้โรคพิษสุนัขบ้าหมดไปจากประเทศ รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขได้น้อมรับใส่เกล้าฯเพื่อสนองพระปณิธานร่วมกันดำเนินงานโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า (สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560) สถาบันพระบรมราชชนก มีหน้าที่ในการผลิตบัณฑิตและพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับนโยบายแห่งรัฐ เพื่อให้มีความรู้ ความสามารถทางวิชาการและทักษะในวิชาชีพ ให้บริการวิชาการแก่สังคม โดยเน้นความร่วมมือกับชุมชน ตามมาตรา 8(1) และ (5) แห่งพระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ.2562 กองบริการวิชาการ ได้รับมอบหมายให้จัดทำโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธาน ศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี ปี พ.ศ.2563-2565 โดยมีกองส่งเสริมวิชาการและคุณภาพการศึกษา กองกิจการนักศึกษาและกิจการพิเศษ คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก และภาคีเครือข่ายจากกระทรวงมหาดไทย กรมควบคุมโรค กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมปศุสัตว์ กรมการปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกันดำเนินการให้ความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้า สำหรับสถานศึกษาและชุมชน มีกิจกรรมการบูรณาการ การเรียนการสอนและบริการวิชาการแก่สังคมและชุมชน โดยเน้นชุมชนที่เป็นชุมชนเป้าหมายของวิทยาลัยที่มีปัญหาพื้นที่เสี่ยง และเป็นพื้นที่เฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการสนองพระปณิธานในการกำจัดโรคพิษสุนัขบ้า

ดังนั้นเพื่อให้มาตรการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้ามีความสอดคล้องกับทิศทางของโลกในศตวรรษที่ 21 ที่เป็นยุคของสังคมดิจิทัลจึงจำเป็นต้องมีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT) ซึ่งปัจจุบันมีหลากหลายรูปแบบทั้งง่ายมาใช้สำหรับเป็นเครื่องมือในการพัฒนาความรู้ความเข้าใจตลอดจนทักษะการปฏิบัติที่ถูกต้องเมื่อถูกสุนัข แมว กัดหรือเป็นผู้สัมผัสเสี่ยงให้กับประชาชน อาสาสมัคร ตลอดจนผู้นำชุมชน ซึ่งนับเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในอีกรูปแบบหนึ่ง และด้วยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัด

อุบลราชธานี เป็นสถาบันการศึกษาสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจหลักได้แก่ การสอน การวิจัย การบริการวิชาการและทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม เพื่อให้สามารถรองรับการพัฒนาประเทศ มีกระบวนการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ ซึ่งเป็นการนำเทคโนโลยีมาใช้เสริมศักยภาพให้ผู้เรียนมีความรู้รอบด้านสุขภาพ อีกทั้งยังสามารถตอบสนองต่อการเรียนรู้ได้อย่างรวดเร็ว ผู้เรียนสามารถทบทวนบทเรียนซ้ำ ๆ เพื่อให้เกิดความรู้ที่คงทน ปัจจุบันการใช้ โปรแกรมประยุกต์ของกูเกิล (Google application) เป็นรูปแบบหนึ่ง ที่นิยมใช้ในการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนได้พัฒนากระบวนการคิดการทำงาน การสืบค้นข้อมูล และการแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง โดยบทเรียนออนไลน์ ซึ่งสร้างโดย Google site ผู้ใช้ไม่จำเป็นต้องติดตั้งโปรแกรมเพิ่มเติมสามารถสร้างแบบทดสอบหรือเพิ่มเติมเนื้อหาในรูปแบบข้อความ/วีดิทัศน์ สื่อสารได้สะดวกรวดเร็ว (พรศักดิ์ หอมสุวรรณ, อิทธิพล หินดี, และ ขวัญดาว ศิริแพทย์, 2560) อีกทั้งอยู่ระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของ เชื้อไวรัส COVID-19 ซึ่งเป็นยุคของการทำงานแบบ ฐานวิถีชีวิตใหม่ (new normal) โดยการเว้นระยะห่างทางสังคมทำให้มีข้อจำกัดในการให้ความรู้ประชาชน หรือสุศึกษาแก่ประชาชนในรูปแบบเดิม การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้โดยการประยุกต์ใช้ของกูเกิลในการสร้างรูปแบบเรียนรู้ โดยการจัดอบรมแกนนำครอบครัวเพื่อทำความเข้าใจ สร้างรูปแบบประเมินผลการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคน (วโรปภา อารีราษฎร์, ธวัช อารีราษฎร์, และ พลวัฒน์ อัฐนาถ, 2559; สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559)

สำหรับในจังหวัดอุบลราชธานี ในปี พ.ศ.2556-2557 ยังพบว่ามีเสียชีวิตต่อเนื่อง ปีละ 1 ราย และ พบเสียชีวิต 1 ราย ในปี 2560 (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี, 2560) นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2563 กรมปศุสัตว์ได้ประกาศให้จังหวัดอุบลราชธานีเป็นเขตโรคระบาดพิษสุนัขบ้าซึ่งเป็น 1 ใน 13 จังหวัดพื้นที่สีแดงที่อยู่ในขั้นน่าเป็นห่วง โดยพบว่าสุนัขเป็นสัตว์ที่พบเชื้อมากที่สุดสูงถึงร้อยละ 58 (สำนักข่าว กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์, 2561) ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น คณะผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของการบริการวิชาการและการวิจัย โดยได้นำโปรแกรมประยุกต์ของกูเกิล มาประยุกต์ใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานฯ ตามโครงการควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในคนและได้รับเป้าหมายจากสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ให้ดำเนินการในพื้นที่บริการวิชาการเพื่อชุมชนของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี โดยข้อมูลจากการสำรวจของสำนักงานปศุสัตว์อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ในปี พ.ศ. 2564 พบว่า ตำบลที่มีประชากรสัตว์เลี้ยงประเภทสุนัขและแมว มากที่สุด ในอำเภอวารินชำราบ ซึ่งเป็นพื้นที่บริการวิชาการแก่ชุมชนของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี คือ ตำบลโพธิ์ใหญ่ มีจำนวนสัตว์เลี้ยงประเภทสุนัขและแมว รวมทั้งสิ้น 1,301 ตัว ดังนั้น เพื่อหาแนวทางในการให้ความรู้ และปรับเปลี่ยนทัศนคติและ พฤติกรรม ของประชาชนเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมป้องกันและควบคุมที่ตรงกับบริบทของพื้นที่ในเรื่องโรคพิษสุนัขบ้า โดยประชาชนสามารถปฏิบัติตนถูกต้องหลังการสัมผัสโรค ทั้งนี้ เพื่อตอบสนองพระปณิธานของ ศาสตราจารย์ ดร. สมเด็จพระเจ้าน้องนางเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์อัครราชกุมารีกรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี ให้สัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปจากประเทศไทย ภายในปี พ.ศ. 2565 ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1.เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ในเรื่องการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนในหมู่บ้านทดลอง ก่อนและหลัง การใช้โปรแกรมประยุกต์ของกูเกิล
- 2.เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ในเรื่องการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน ระหว่างหมู่บ้านทดลองและหมู่บ้านควบคุม ภายหลังการใช้ โปรแกรมประยุกต์ของกูเกิล

สมมติฐานการวิจัย

- 1.คะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ในเรื่องการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนของหมู่บ้านทดลอง ภายหลังการใช้ โปรแกรมประยุกต์ของกูเกิล มีคะแนนสูงขึ้น

2.คะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ในเรื่องการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนระหว่างหมู่บ้านทดลองกับหมู่บ้านควบคุม มีความแตกต่างกัน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest- posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เป็นหัวหน้าครอบครัว ในตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ทุกครัวเรือนจำนวน 1,731 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ เป็นหัวหน้าครอบครัว อายุมากกว่า 20 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่มาไม่น้อยกว่า 1 ปี ยินดีสมัครใจเข้าร่วมโครงการและอยู่ในความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่มีโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟนใช้ และเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือ ย้ายถิ่นที่อยู่ขณะดำเนินการวิจัย ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง ปฏิเสธการให้ข้อมูลกับทีมผู้วิจัย และเป็นหลังคาเรือนที่อยู่ในความรับผิดชอบของอสม. ที่ไม่สามารถใช้โทรศัพท์มือถือแบบ สมาร์ทโฟนได้ตลอดระยะเวลาของการทำวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ได้มาโดยการสุ่มอย่างง่ายจากจำนวนหมู่บ้านทั้งหมด 13 หมู่บ้านของตำบลโพธิ์ใหญ่ เพื่อให้เป็นหมู่บ้านทดลอง จำนวน 1 หมู่บ้านและหมู่บ้านควบคุม 1 หมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างคือหัวหน้าครอบครัวทุกคน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า/คัดออก ใน 2 หมู่บ้านที่สุ่มได้ เริ่มต้นจากทีมผู้วิจัยทำการสุ่มหมู่บ้านทดลอง 1 หมู่บ้าน โดยสุ่มได้หมู่ที่ 5 บ้านโนนแดง กลุ่มตัวอย่างคือหัวหน้าครอบครัวทุกคนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า/คัดออก ได้จำนวน ทั้งหมด 129 คน หลังจากนั้นทำการสุ่มหมู่บ้านควบคุม โดยสุ่มได้ หมู่ที่ 6 บ้านโพธิ์ ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นหัวหน้าครอบครัวที่ทุกคนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก จำนวน 175 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 304 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบเก็บข้อมูลส่วนตัวเลี้ยงประเภทสุนัขและแมว บทเรียนออนไลน์ พัฒนาโดยใช้ Google site ในรูปแบบวีดิทัศน์เรื่องโรคพิษสุนัขบ้า ความยาว 9 นาที ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าซึ่งสาระครอบคลุมเกี่ยวกับ 6 ความเชื่อผิดๆที่เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าและข้อเสนอแนะในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ที่ประชาชนทั่วไปควรทราบ และในบทเรียนออนไลน์มีแบบทดสอบก่อนเรียนและหลังเรียน จำนวน 40 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังเรียน จำนวน 20 ข้อ โดยในแบบทดสอบเป็นคำถามเกี่ยวกับเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า เช่น สัตว์ที่เป็นพาหะนำโรค ฤดูที่มีการพบเชื้อ การแสดงอาการในสัตว์ การเก็บรักษาวัคซีน พระราชบัญญัติโรคพิษสุนัขบ้า พ.ศ.2535 การจัดการเมื่อสัตว์ที่สงสัยว่าจะติดเชื้อ ตัวอย่างเช่น การส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวินิจฉัยให้เก็บไว้ได้ที่อุณหภูมิ 0-4 องศาเซลเซียสหรือไม๊ เกณฑ์การให้คะแนนด้านความรู้ ตอบถูกให้ 1 และตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนเต็มเท่ากับ 20

ส่วนที่ 2 แบบวัดทัศนคติ จำนวน 10 ข้อ โดยในแบบวัดทัศนคติเป็นคำถามเกี่ยวกับ ความตระหนักถึงความเสี่ยงของโรคพิษสุนัขบ้า การเห็นด้วยกับการรณรงค์ของภาครัฐในการสร้างการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาโรคพิษสุนัขบ้า การดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐเช่น อบต.ในการแก้ไขปัญหาโรคพิษสุนัขบ้าความเชื่อในการกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปจากประเทศไทยตามเป้าหมายภายในปี 2565 ตัวอย่างคำถาม เช่น ท่านเชื่อว่า ทุกคนในชุมชนมีความรู้ที่เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert scale) มี 5 ระดับจาก 1 ถึง 5 โดยที่ 1 หมายถึงเห็นด้วยน้อยที่สุด 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด เป็นคำถามเชิง บวก 5 ข้อ เชิงลบ 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 10 ข้อ โดยในแบบสอบถามพฤติกรรม ประเด็นคำถามประกอบด้วย การปฏิบัติตัวเบื้องต้นเมื่อถูกสัตว์เลี้ยง กัด ข่วน การนำสัตว์เลี้ยงไปรับวัคซีนตามกำหนด การให้ข้อมูลด้านสุขภาพของสัตว์ที่ท่านเลี้ยง ตัวอย่างคำถามเช่น เมื่อถูกสุนัขหรือแมวกัด ท่าน

ใส่ยาฆ่าเชื้อที่บาดแผล ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต ดังนี้ มี 3 ระดับ จาก 1 ถึง 3 โดยที่ 1 หมายถึงเห็นด้วยน้อยที่สุด 3 หมายถึงเห็นด้วยมากที่สุด เป็นคำถามเชิง บวก 5 ข้อ เชิงลบ 5 ข้อ

การสร้างและหาประสิทธิภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้สร้างบทเรียนพัฒนาโดยใช้ Google site ในรูปแบบวิดิทัศน์เรื่องโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วย 6 ความเชื่อผิดๆเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าและข้อเสนอแนะในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ที่ประชาชนทั่วไปควรทราบ และในบทเรียนออนไลน์มีแบบทดสอบก่อนเรียนและหลังเรียน จำนวน 40 ข้อ เพื่อให้ได้เนื้อหาตรงตามวัตถุประสงค์ผู้วิจัยได้นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญทำการตรวจสอบจำนวน 3 ท่าน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการปรับแก้ไขตามข้อแนะนำของผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ได้เครื่องมือที่มีความตรงตามเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย โดยได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ทุกข้อ

2. การหาความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างจากหมู่บ้านที่ไม่ใช่หมู่บ้านตัวอย่างในเขตตำบลเดียวกัน เพื่อให้มีบริบทและลักษณะทั่วไปใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อทดลองใช้เครื่องมือ เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น

โดยแบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังเรียน จำนวน 20 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนด้านความรู้ ตอบถูกให้ 1 และตอบผิดให้ 0 คะแนน หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ด้วย Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71

ส่วนแบบวัดทัศนคติ และแบบสอบถามพฤติกรรม ซึ่งเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert scale) ค่าความเชื่อมั่น ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทัศนคติและแบบสอบถามพฤติกรรม เท่ากับ 0.90 และ 0.82 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ 006/2564 ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงให้ทราบถึงข้อมูลและสิทธิในการเข้าร่วมและการปฏิเสธจากการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆและข้อมูลที่ได้ จะเก็บเป็นความลับมีการนำเสนอผลวิจัยในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ใหญ่เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และอำนวยความสะดวกในการจัดเก็บข้อมูล

2. เข้าพบผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้ง 2 หมู่บ้าน ซึ่งเป็นหมู่บ้านจัดให้เป็นกลุ่มควบคุมและหมู่บ้านกลุ่มทดลองเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงวิธีการเก็บข้อมูลและขั้นตอนการวิจัย

3. การดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย

3.1. ประเมินความรู้ก่อนใช้ ประชาชนทั้งหมู่บ้านกลุ่มควบคุมและหมู่บ้านกลุ่มทดลอง โดย อสม.ที่ได้รับผิดชอบรายหลังคาเรือนเป็นผู้เก็บข้อมูล แบบทดสอบก่อนเรียน กับหัวหน้าครัวเรือนทั้ง 2 หมู่บ้าน ด้วยโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟน

3.2. เฉพาะหมู่บ้านกลุ่มทดลองให้ความรู้ในรูปแบบวิดิทัศน์เรื่องโรคพิษสุนัขบ้า ผ่านโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟน นาน 1 เดือน

3.3. ประเมินความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรม หลังการให้ความรู้ด้วยการใช้ โปรแกรมประยุกต์ของกูเกิล 1 เดือน ในหมู่บ้านควบคุมและหมู่บ้านทดลอง ผู้เก็บข้อมูลโดย อสม. จากหัวหน้าครัวเรือนในแต่ละหลังคาเรือน เป็นผู้ให้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและคุณลักษณะประชากร ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ส่วนสถิติเชิงวิเคราะห์ (analytic statistic) ใช้วิเคราะห์ดังนี้

- เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเรื่องโรคพิษสุนัขบ้าในหมู่บ้านทดลอง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมประยุกต์ของกูเกิล โดยใช้สถิติ paired t-test
- เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ในเรื่องการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนระหว่างหมู่บ้านทดลองหลังที่มีการใช้ โปรแกรมประยุกต์ของกูเกิล กับหมู่บ้านควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามนโยบายปกติ โดยใช้สถิติ independent t-test

ผลวิจัย

การเปรียบเทียบลักษณะประชากรหมู่บ้านควบคุมและหมู่บ้านทดลอง

พบว่า กลุ่มตัวอย่าง หมู่บ้านทดลองและหมู่บ้านควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุมากกว่า 60 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกร และมีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท จากการทดสอบ ด้วยสถิติ Chi-square test พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีลักษณะทางประชากร ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะประชากรและการเปรียบเทียบ

ข้อมูลทั่วไป	หมู่บ้านควบคุม		หมู่บ้านทดลอง		Chi- square	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	97	75.2	135	77.1	0.156	0.785
หญิง	32	24.8	140	22.9		
อายุ						
ต่ำกว่า 60 ปี	47	36.4	59	33.7	0.241	0.629
มากกว่า 60 ปี	82	63.6	116	66.3		
อาชีพ						
เกษตรกร	121	93.8	167	95.4	2.101	0.552
รับจ้าง	5	3.9	7	4.0		
ค้าขาย	3	2.4	1	0.6		
รายได้ต่อเดือน						
ต่ำกว่า 10,000 บาท	121	93.8	166	94.9	0.156	0.802
10,000 บาท ขึ้นไป	8	6.2	9	5.1		

เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าระหว่างสองกลุ่ม ก่อนการทดลอง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ก่อนให้ความรู้ ระหว่างหมู่บ้านทดลองและหมู่บ้านควบคุม (N=129 และ 175)

ตัวแปร	Mean	SD	t	p-value
ความรู้ก่อนให้ความรู้				
-หมู่บ้านทดลอง	15.06	1.92	0.233	0.816
-หมู่บ้านควบคุม	14.20	2.08		
ทักษะก่อนให้ความรู้				
-หมู่บ้านทดลอง	34.32	5.25	0.440	0.137
-หมู่บ้านควบคุม	33.31	6.64		

ตัวแปร	Mean	SD	t	p-value
พฤติกรรมก่อนให้ความรู้				
-หมู่บ้านทดลอง	18.99	2.92	0.572	0.568
-หมู่บ้านควบคุม	17.97	4.37		

พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในเรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ก่อนให้ความรู้ ในหมู่บ้านทดลองและหมู่บ้านควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 2)

เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ก่อนและหลังให้ความรู้ ของหมู่บ้านทดลอง (N=129 คน)

ตัวแปร	Mean	SD	t	p-value
ความรู้				
-ก่อนการทดลอง	15.06	1.95	3.942	<0.01**
-หลังการทดลอง	18.06	1.55		
ทักษะ				
-ก่อนการทดลอง	34.32	5.25	9.322	<0.01**
-หลังการทดลอง	40.89	6.95		
พฤติกรรม				
-ก่อนการทดลอง	18.99	2.92	14.802	<0.01**
-หลังการทดลอง	25.52	4.44		

** p<.01

พบว่า ค่าคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า หลังการใช้การ ใช้โปรแกรมประยุกต์ของกูเกิล ของหมู่บ้านกลุ่มทดลอง มีคะแนนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.01 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า หลังการทดลอง ระหว่างหมู่บ้านทดลองและหมู่บ้านควบคุม (N=129 คน และ 175 คน)

ตัวแปร	Mean	SD	t	p-value
ความรู้				
-หมู่บ้านทดลอง	18.06	1.55	3.942	<0.01**
-หมู่บ้านควบคุม	15.41	20.07		
ทักษะ				
-หมู่บ้านทดลอง	40.89	6.95	9.322	<0.01**
-หมู่บ้านควบคุม	34.05	5.84		
พฤติกรรม				
-หมู่บ้านทดลอง	25.52	4.44	14.802	<0.01**
-หมู่บ้านควบคุม	19.19	3.13		

** p<.01

พบว่า ค่าคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า หลังการทดลอง ระหว่างหมู่บ้านกลุ่มทดลองและหมู่บ้านควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.01 (ตารางที่ 4)

การอภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีประเด็นอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวัดความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมหลังการใช้โปรแกรมประยุกต์ของกูเกิล ของหมู่บ้านทดลองพบว่า มีคะแนนสูงขึ้น และเมื่อเปรียบเทียบกับหมู่บ้านควบคุม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $(p < 0.01)$ ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมประยุกต์ของกูเกิล เป็นการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อการสื่อสารความรู้ ความเข้าใจและแนวทางการปฏิบัติ ที่มีความน่าสนใจ และมีความเฉพาะเจาะจงมากกว่าการให้คำแนะนำตามนโยบายปกติ (นักวิจัย สุนทรธนะผล, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาของ เดชพล ใจปิ่นทา (2559) ที่ทำการศึกษา โดยการโปรแกรมประยุกต์ของกูเกิลมาใช้เป็นเครื่องมือในการจัดการเรียนการสอนวิทยาศาสตร์ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า การเรียนรู้โดยรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ ธวัช อาธิราชฤทธิ์ (2558) ที่พัฒนารูปแบบการดำเนินงานกรีนไอที สำหรับสถาบันอุดมศึกษา โดยการนำโปรแกรมประยุกต์ของกูเกิลมาใช้เป็นเครื่องมือ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มเป้าหมายยอมรับรูปแบบการดำเนินงานกรีนไอทีในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ ญาดา อรรถอนันต์ นิธิดา บุณจันทร และสุวรรณา สมบุญสุข (2560) ที่ศึกษาเรื่อง แอปพลิเคชันส่งเสริมการเรียนรู้คำศัพท์ภาษาอังกฤษ สำหรับเด็กบกพร่องทางการได้ยิน ผลการศึกษาพบว่าผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น โดยมีคะแนนแบบทดสอบหลังเรียนเพิ่มมากขึ้น และจากการสังเกตพฤติกรรม พบว่าผู้เรียนให้ความสนใจต่อเทคโนโลยีที่นำมาใช้ในการสร้างทำให้เกิดความสนใจในเนื้อเรื่องที่นำเสนอมากขึ้น นอกจากนี้พบว่า ผู้เรียนมีความสนใจและตั้งใจที่จะเรียนรู้ในบทเรียนออนไลน์ เนื่องจากสามารถทบทวนบทเรียนได้ทันที หรือเมื่อมีเนื้อหาที่ไม่เข้าใจหรือสงสัยผู้เรียนยังสามารถย้อนกลับมาศึกษาเนื้อหาใหม่ได้ ทำให้ผู้เรียนมีโอกาสดทบทวน ทำความเข้าใจในบทเรียนเพิ่มเติม ส่งผลให้มีความรู้ความเข้าใจในบทเรียนดังกล่าวเพิ่มมากขึ้น (เพชรพลาย จิรวิญญู และปัญญ์พัชรกร, 2558) และสอดคล้องกับการศึกษาของรัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ ประภากร ศรีสว่างวงศ์ ปภาวี รัตนธรรม และพัชระ นาเสงี่ยม (2562) ที่ศึกษานวัตกรรมการออกแบบแอปพลิเคชัน เพื่อการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งผลจากการพัฒนาและทดลองใช้งานโมบายแอปพลิเคชัน พบว่าผู้สูงอายุจะสามารถใช้งานแอปพลิเคชันเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองได้ และแอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นได้ในอนาคต ทั้งนี้หากบุคคลเกิดความรู้หรือมีการรับรู้ที่ดีในเรื่องนั้นๆ ย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมที่ดีตามมา เนื่องจากการรับรู้มีความสำคัญต่อพฤติกรรมในแง่ที่ว่า ถ้าบุคคลรับรู้ถูกต้องแม่นยำ การแสดงพฤติกรรมก็จะออกไปในรูปแบบหนึ่ง ถ้าบุคคลรับรู้อย่างไม่ถูกต้องแม่นยำ จะทำให้การแสดงพฤติกรรมออกมาในอีกรูปแบบหนึ่ง นั่นคือ การรับรู้มีส่วนทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมแตกต่างกัน (ชิดชนก ทองไทย, 2556) ดังนั้นการให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า โดยใช้โปรแกรมประยุกต์ของกูเกิล จึงถือเป็นวิธีการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับความต้องการของประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ประชาชนในหมู่บ้านทดลอง มีคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในเรื่องการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเกียรติพงษ์ อุดมธนะธีระ (2562) ที่พบว่า การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้องอาศัยกลวิธีและโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับความต้องการของประชาชนและชุมชน อันจะส่งผลให้ประชาชน มีความสามารถในการควบคุมสุขภาพตนเองและสิ่งแวดล้อม และสามารถตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ดีต่อสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้

ข้อจำกัดในการวิจัย

การใช้โปรแกรมประยุกต์ของกูเกิล เป็นเรื่องใหม่สำหรับอสม. และระบบต้องบันทึกผ่านอินเทอร์เน็ต ทำให้บางครั้งมีปัญหาในการใช้งานเนื่องจากบางพื้นที่สัญญาณเครือข่ายอินเทอร์เน็ตของผู้ให้บริการไม่ครอบคลุม นอกจากนี้ยังพบปัญหาอุปกรณ์โทรศัพท์แบบสมาร์ตโฟนที่มีจอขนาดเล็ก ทั้งนี้เนื่องจากอสม. บางส่วนเป็นผู้สูงอายุ ทำให้เป็นอุปสรรคในการใช้งานเนื่องจากตัวอักษรบนหน้าจอมีขนาดเล็กเกินไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

โปรแกรมประยุกต์ของกูเกิล สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในระดับหมู่บ้านได้ ทั้งนี้ ควรจะต้องมีคู่มือการใช้งานที่เข้าใจง่าย รวมทั้งต้องพัฒนาทักษะในการใช้โปรแกรมประยุกต์ของกูเกิล ให้กับอสม.

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยเพื่อทดลอง โดยให้นำเทคโนโลยี โปรแกรมประยุกต์ของกูเกิล มาประยุกต์ใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญในชุมชน และพัฒนานวัตกรรมที่ใช้เทคโนโลยีในการเก็บข้อมูลเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- เกียรติพงษ์ อุดมชนะธีระ. (2562). TNS แผนระดับที่ 2 แผนแม่บทหลักประเด็น 13 การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี (Good Health) [เว็บไซต์]. สืบค้นเมื่อ 22 ตุลาคม 2564, จาก <https://www.iok2u.com/index.php/article/strategic-plan/1448-tns-2-good-health>
- ชิดชนก ทองไทย. (2556). การรับรู้และทัศนคติที่มีผลต่อความพร้อมในการเข้าสู่ตลาดแรงงานประชาคมอาเซียนของนักศึกษาปริญญาโท มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. (สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ญาดา อรรถอนันต์, นิธิดา บุณจันทร, และสุวรรณา สมบุญสุข. (2560). แอปพลิเคชันส่งเสริมการเรียนรู้คำศัพท์ภาษาอังกฤษสำหรับเด็กบกพร่องทางการได้ยิน, การสัมมนาวิชาการระดับชาติด้านคนพิการ ครั้งที่ 9. (หน้า 194-206) กรุงเทพฯ: กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
- เดชพล ใจปันหา. (2559). กิจกรรมการส่งเสริมครูประยุกต์ใช้สื่อประสมเพื่อการเรียนการสอนวิทยาศาสตร์ด้วยกระบวนการกลุ่ม. (ปริญญานิพนธ์ดุสิตบัณฑิต). มหาสารคาม. มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- ธวัช อารีราษฎร์. (2558). รูปแบบการดำเนินงานกรีนไอทีสำหรับสถาบันอุดมศึกษา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ. มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร.
- นฤธิ์ สุนทรธนะผล. (2560). การศึกษาความพึงพอใจของนิสิตต่อการจัดการเรียนการสอนผ่านกูเกิลคลาสรูมรายวิชาประวัติศาสตร์ตะวันตก (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- พรศักดิ์ หอมสุวรรณ, อิทธิพล หินดี, และขวัญดาว ศิริแพทย์. (2560). ระดับความพึงพอใจระบบการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ผ่าน Google Classroom ภายในวิทยาลัยเทคนิคอุตสาหกรรม. การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 4 สถาบันวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร (หน้า 237-243). กำแพงเพชร: มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร.
- พระราชบัญญัติโรคพิษสุนัขบ้า พ.ศ. 2535 (2535, 12 กุมภาพันธ์). ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 109 ตอนที่ 9, หน้า 24.
- เพชรพลอย ธีระวงษ์พงศ์, จิรวิญญู ดีเจริญจิตพงศ์, และปัญญภัฏฐพร บุญพร้อม. (2558). การพัฒนาบทเรียนอิเล็กทรอนิกส์ เรื่อง การใช้นวัตกรรม Google Apps. for Education สำหรับนักศึกษาระดับปริญญาตรี. วารสารแม่โจ้เทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยแม่โจ้, 1(1), 14-24.
- รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์, ประภากร ศรีสว่างวงศ์, ปภาวี รัตนธรรม, และพัชระ นาแสงี่ยม. (2562). นวัตกรรมโมบายแอปพลิเคชันเพื่อการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลสำหรับผู้สูงอายุ (รายงานการวิจัย). มหาสารคาม: คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.

- วรปภา อารีราษฎร์, ธวัช อารีราษฎร์, และพลวัฒน์ อัฐนาถ. (2559). การพัฒนาชุดฝึกอบรมการประยุกต์ใช้ Google Application เพื่อการเรียนรู้ Training Packages of Google Application for Learning. *วารสารวิชาการจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 3(1), 7-15.
- สำนักข่าวกรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. (2561). *ประกาศ 13 จังหวัดพื้นที่สีแดง "โรคพิษสุนัขบ้า"*. สืบค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2564, จาก <https://news.thaipbs.or.th/content/270686>
- สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี. (2560). *สคร.10 อุบลฯ รณรงค์ป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า* [เว็บไซต์]. สืบค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2564, จาก <https://odpc10.ddc.moph.go.th/?p=767>
- สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2559). *แนวทางเวชปฏิบัติโรคพิษสุนัขบ้าและคำถามที่พบบ่อย* (พิมพ์ครั้งที่ 5) กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคดีไซน์.
- สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2560). *แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ปี 2560*. กรุงเทพฯ: สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- สุนัย จันทรฉาย. (2561). โรคพิษสุนัขบ้า และสถานการณ์ในประเทศไทย พ.ศ. 2561. *วารสารแพทย์ เขต 4-5*, 37(1), 1-3.
- Neevel, A. M. G, Hemrika, T., Claassen, E., & van de Burgwal, L. H. M. (2018). A research agenda to reinforce rabies control: a qualitative and quantitative prioritization. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 12(5): e0006387, 1-12. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0006387>.